

[4] Yu H, Diamandis EP, Levesque M, et al. Prostate specific antigen in breast cancer, benign breast disease and normal breast tissue[J]. Breast Cancer Research and Treatment, 1996, 40(2): 171-178.

[5] Yu H, Levesque MA, Clark GM, et al. Prognostic value of prostate-specific antigen for women with breast cancer: a large United States cohort study[J]. Clinical Cancer Research, 1998, 4(6): 1489-1497.

[6] Filella X, Molina R, Alcover J, et al. Detection of nonprostatic PSA in serum and nonserum samples from women [J]. International Journal of Cancer, 1996, 68(4): 424-427.

[7] Diamandis EP, Yu H, López-Otín C. Prostate specific antigen a new constituent of breast cyst fluid [J]. Breast Cancer Research and Treatment, 1996, 38(3): 259-264.

[8] Foretova L, Garber JE, Sadowsky NL, et al. Prostate specific antigen in nipple aspirate [J]. The Lancet, 1996, 347(9015): 1631.

[9] Lehrer S, Terk M, Piccoli SP, et al. Reverse transcriptase-polymerase chain reaction for prostate-specific antigen may be a prognostic indicator in breast cancer [J]. British

Journal of Cancer, 1996, 74(6): 871-873.

[10] Watt KW, Lee PJ, M' Timkulu T, et al. Human prostate-specific antigen; structural and functional similarity with serine proteases [J]. Proceedings of the National Academy of Sciences, 1986, 83(10): 3166-3170.

[11] Lilja H. Significance of different molecular forms of serum PSA the free, noncomplexed form of PSA versus that complexed to alpha 1-antichymotrypsin [J]. Urologic Clinics of North America, 1993, 20(4): 681-686.

[12] Stenman UH, Leinonen J, Alftan H, et al. A complex between prostate-specific antigen and alpha 1-antichymotrypsin is the major form of prostate-specific antigen in serum of patients with prostatic cancer; assay of the complex improves clinical sensitivity for cancer [J]. Cancer Research, 1991, 51(1): 222-226.

[13] 李凤巧. PSA、CYFRA21-1、CA153、CEA 的联合检测在乳腺癌中的临床价值 [J]. 医学伦理与实践, 2013, 26(2): 156-157.

(收稿日期: 2015-10-12 修回日期: 2015-12-18)

• 临床探讨 •

个体化呼吸道护理对高龄开胸手术患者术后并发症的影响

胡亚会(陕西省宝鸡市中心医院胸外科 721008)

【摘要】 目的 分析个体化呼吸道护理对高龄开胸手术患者术后并发症的影响,为临床护理提供参考。
方法 选取该院 2014 年 4 月至 2015 年 5 月收治的高龄开胸手术患者 92 例,依照护理模式分为研究组和对照组,各 46 例,给予研究组患者个体化呼吸道护理,给予对照组患者常规护理,分析护理效果。
结果 研究组患者并发肺不张发生率(2.2%)显著低于对照组(8.7%);研究组患者肺部感染发生率(2.2%)显著低于对照组(10.9%);研究组患者支气管胸膜瘘发病率(0.0%)显著低于对照组(4.3%);研究组患者开胸术后房颤发生率(17.4%)显著低于对照组(28.3%);术后开始发生房颤时间显著早于对照组;研究组患者房颤时心房激动频率显著小于对照组;研究组患者术后住院时间和总医疗费用显著低于对照组;研究组患者护理满意度评分为(8.96±0.85)分,显著高于对照组的(6.42±0.28)分。各组间比较差异有统计学意义(P<0.05)。
结论 对高龄开胸手术患者采用个体化呼吸道护理能减少术后并发症的发生,缩短住院时间,提高护理满意度。

【关键词】 开胸手术; 术后并发症; 个体化护理; 呼吸道护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.09.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)09-1256-03

开胸手术是治疗多种胸外科疾病重要方式之一,但对高龄患者而言,开胸手术创伤大、手术时间长^[1],容易出现呼吸道分泌物聚集,形成肺部炎性反应^[2]。开胸手术术后并发呼吸道疾病是常见并发症之一,严重时导致患者呼吸道衰竭,甚至导致患者病死,相关资料显示,采用相应的护理措施能减少并发症的发生^[3],缩短住院时间,本院对高龄开胸手术患者采用个体化呼吸道护理,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 4 月至 2015 年 5 月收治的高龄开胸手术患者 92 例,依照护理模式分为研究组和对照组,各 46 例。研究组患者男 31 例,女 15 例;年龄(69.4±7.4)岁;15 例食管胃部分切除术,12 例食管胃部分切除食管胃弓下吻合术,19 例肺部手术。研究组患者男 29 例,女 17 例;年龄(71.6±8.5)岁,16 例食管胃部分切除术,13 例食管胃部分切

除食管胃弓下吻合术,17 例肺部手术。2 组患者一般资料差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 方法 对照组患者采取常规吸氧、雾化吸入、清洁等护理工作,严密监视患者生命体征变化,保持病房通风良好。研究组患者给予个体化呼吸道护理。术前准确评估患者对疾病、深呼吸以及咳嗽排痰认识程度;讲解术后预防呼吸道并发症重要性,增强患者疾病认识;针对患者具体心理状态,稳定患者情绪,讲解疾病知识和手术治疗的必要性和成功性,提高患者护理配合主动性,全面评估患者病情。高龄患者常见术后伤口疼痛,容易诱发房颤,针对患者疼痛情况给予患者镇痛药物治疗,严密监视患者心电图变化。针对存在既往吸烟史患者,说明吸烟危害,协助其加强深呼吸和腹部呼吸练习,改善患者功能。针对存在痰液患者,可在术前采用雾化吸入护理,每次雾化时间不超过 20 min。针对免疫力较低下患者,遵照医嘱给予静脉

营养支持治疗。针对神志清醒、配合良好患者,术后尽早鼓励患者咳嗽,协助患者保持舒适体位,加强患者呼吸功能训练,教导患者呼吸训练方法,护理频率保持 6 次/min。针对采用呼吸机辅助呼吸患者,加强管道护理工作;拔管时,注意清除气管内痰液。抗菌药物使用中强化个体化原则,根据患者具体病情采取相应的治疗。

1.3 观察指标 分析 2 组患者肺部并发症发生率,记录患者住院时间和医疗费用,患者护理满意度评价采取本院制定的满意度量表,最高 10 分。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 17.0 统计软件计量资料,患者房颤发生时间、心房激动频率、住院时间、医疗费用以及满意度评分以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,采用 t 检验,患者并发症发生率采用 % 表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 术后并发肺不张比较 研究组患者并发肺不张发生率(2.2%)显著低于对照组(8.7%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 患者术后并发肺不张比较[n(%)]

组别	并发肺不张	未并发肺不张
研究组	1(2.2)	45(97.8)
对照组	4(8.7)	42(91.3)
χ^2	4.53	—
P	<0.05	—

注:—表示无数据。

2.2 术后肺部感染比较 研究组患者肺部感染发生率(2.2%)显著低于对照组(10.9%);研究组患者支气管胸膜瘘发病率(0.0%)显著低于对照组(4.3%),组间差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 患者肺部感染比较[n(%)]

组别	肺部感染	支气管胸膜瘘	合计并发症
研究组	1(2.2)	0(0.0)	1(2.2)
对照组	5(10.9)	2(4.3)	7(15.2)
χ^2	—	—	23.05
P	—	—	<0.05

注:—表示无数据。

2.3 患者开胸术后房颤发生情况 研究组患者开胸术后房颤发生率(17.4%)显著低于对照组(28.3%);术后开始发生房颤时间显著早于对照组;研究组患者房颤时心房激动频率显著小于对照组,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 患者开胸术后房颤发生情况比较

组别	术后开始发生房颤时间(d)	房颤时心房激动频率(次/min)
研究组	3.1±1.3	153.4±22.7
对照组	4.6±1.7	238.6±42.8
t	7.52	8.60
P	<0.05	<0.05

2.4 患者术后一般情况比较 研究组患者术后住院时间和总医疗费用显著低于对照组;研究组患者护理满意度评分显著高于对照组,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 患者术后一般情况比较

组别	术后住院时间(d)	总医疗费用(元)	满意度评分(分)
研究组	11.20±3.56	3 859.15±2 634.50	8.96±0.85
对照组	17.53±4.68	44 523.80±352.64	6.42±0.28
t	6.28	81.02	14.62
P	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

目前,开胸手术仍是多种疾病的有效治疗手段,高龄并不是开胸手术禁忌证,但是高龄患者自身免疫力低下,相关统计资料显示,手术并发症发生率与患者年龄增长呈正相关关系^[4]。开胸手术不仅会对损坏患者胸廓运动,还会抑制膈肌运动,严重影响患者术后肺通气量,导致患者出现肺不张。此外,高龄肺癌患者由于自身生理储备能力下降,残气量大,存在不同程度气体交换障碍^[5],容易出现肺部感染,研究采用何种护理方法减少术后并发症的发生对患者治疗有现实意义。

开胸手术护理中,有研究指出,采用相应呼吸道护理能减少并发症的发生^[6],本研究主要分析个体化呼吸道护理效果。与常规护理相比,个体化护理主要针对疾病护理中容易出现的病症开展各种护理措施,减少不良事件的发生^[7]。以往分析中发现,高龄开胸手术患者术后常见并发症包括肺不张、肺部感染、房颤、支气管胸膜瘘等^[8],严重影响患者健康。关于胸外科个体化呼吸道护理,国内以往分析中少见,大多采用常规呼吸道护理减少并发症的发生^[9]。本研究个体化呼吸道护理中,加强患者术前对疾病的认识评估,提高患者对咳嗽排痰的认识,向患者讲解预防呼吸道并发症的重要性,增强患者自理能力;术后注意保持患者呼吸道通畅性,教导患者采取正确咳嗽排痰方法,预防肺不张损害;教导患者正确深呼吸运动,改善死腔通气,避免肺泡萎陷;针对采取呼吸机患者,提高插管的护理频率,发现并及时清除阻碍痰液;针对咳嗽无力患者可采用吸痰方式协助患者排痰,术后鼓励患者早期床上活动,改变体位,采取半卧位,逐渐增加运动量。研究结果表明,研究组患者并发肺不张发生率(2.2%)显著低于对照组(8.7%);研究组患者肺部感染发生率(2.2%)显著低于对照组(10.9%);研究组患者支气管胸膜瘘发病率(0.0%)显著低于对照组(4.3%);研究组患者开胸术后房颤发生率(17.4%)显著低于对照组(28.3%);术后开始发生房颤时间显著早于对照组;研究组患者房颤时心房激动频率显著小于对照组;研究组患者术后住院时间和总医疗费用显著低于对照组;研究组患者护理满意度评分为(8.96±0.85)分,显著高于对照组的(6.42±0.28)分。各组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),说明采用个体化呼吸道护理能够有效减少开胸手术患者并发症的发生,缩短住院时间。

总之,对高龄开胸手术患者采用个体化呼吸道护理能够减少术后并发症的发生,缩短住院时间,提高护理满意度。

参考文献

[1] 脱菊红. 老年开胸手术 228 例围术期呼吸道护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(2): 79-80.
 [2] 王茜, 金丽英, 黄立华, 等. 老年心脏病开胸手术患者围术期呼吸道护理效果的对比[J]. 中国组织工程研究, 2014 (5): 116.
 [3] 曹玉仙. 老年患者开胸术后呼吸道并发症的护理干预[J]. 医学信息, 2014(29): 141-142.

[4] 吴琼君,付丹,梅珍. 胸外科老年患者围术期的呼吸道护理[J]. 实用临床医学, 2013, 14(3): 107-111.

[5] 张海梅,张照莉. 老年患者开胸手术围手术期呼吸道的护理[J]. 按摩与康复医学, 2013(1): 128-130.

[6] 陈贞芽,陈茜. 老年患者手术后行呼吸道护理对减少肺部相关并发症的作用[J]. 中国基层医药, 2012, 19(16): 2555-2556.

[7] 谢英莉. 胸外科老年患者围手术期的呼吸道护理[J]. 保

健医学研究与实践, 2012, 9(3): 90-94.

[8] 金海安. 开胸术后患者呼吸道护理[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(2): 82-83.

[9] 喻兰,李小红,张文霞. 63 例老年开胸手术患者呼吸道的护理[J]. 国际护理学杂志, 2010, 29(9): 1372-1373.

(收稿日期: 2015-10-11 修回日期: 2015-12-24)

• 临床探讨 •

重庆市璧山区潜伏性结核感染人群的研究

黄茂华, 王树英, 夏庆宇, 靳志栋 (重庆市璧山区人民医院检验科 402760)

【摘要】 目的 对重庆市璧山区不同人群进行潜伏性结核感染现状调查, 了解璧山区结核杆菌感染水平。方法 选择 2014 年 4 月至 2015 年 4 月重庆市璧山区不同人群 382 例进行干扰素体外释放试验 (IGRAs) 检测, 并统计分析结果。结果 382 例患者中, 阳性 136 例, 阴性 246 例, 阳性率 35.60%; 男性阳性率 35.83%, 女性阳性率 32.24%, 性别比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.412, P > 0.05$); 不同年龄人群中阳性率分布不同, 结核感染率随年龄增长呈上升趋势, 70 岁以上老人感染率最高。结论 重庆市璧山区存在结核杆菌高感染风险人群, 结核感染率较高, 高危人群中结核感染率随年龄增长而上升。

【关键词】 结核菌素皮肤试验; 干扰素体外释放试验; 结核感染; 现状调查

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.09.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)09-1258-02

潜伏性结核感染 (LTBI) 时, 结核分枝杆菌被包含在巨噬细胞和肉芽肿内, LTBI 者可发展为活动性结核。由结核菌素皮肤试验 (TST) 检出 LTBI 者中, 活动性结核终生风险约为 5.00%~10.00%, 并且约 50.00% 发生于 LTBI 形成后 1~2 年内^[1-2]。伴有免疫抑制相关性疾病人群中, LTBI 再活化风险更高。根据世界卫生组织数据, 每年中国新增活跃性肺结核患者约 100 万, 是全球 22 个结核病高负担国家之一^[3-4]。此外, 耐药性结核和极端耐药性结核病患者日渐增多, 艾滋病、糖尿病、恶性肿瘤等患者容易并发结核感染, 使得结核病防治面临日益严峻的挑战。目前, 重庆市璧山区没有相关机构对 LTBI 人群、LTBI 高危人群感染比例进行系统研究。本研究通过了解璧山区 LTBI 高危人群感染比例, 探讨建立适合璧山区 LTBI 高危人群的筛查流程, 对控制结核病发病具有重要临床及社会意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取重庆市璧山区 LTBI 高危人群 382 例, 主要包括近期与肺结核患者有密切接触史的医务人员、患者家属, 或疑似结核病患者感染人群。纳入研究的所有对象均知情同意并签署知情同意书, 所有对象的个人信息、疾病史等均严格保密, 并获重庆市璧山区人民医院伦理学委员会批准。

1.2 方法 自制调查问卷, 内容包括人口学信息 (性别、年龄、受教育程度等)、用药史、既往疾病史及与结核患者的接触情况等。血样采集均由经培训人员完成, 抽取静脉血 5 mL 注入一次性真空抗凝管 (抗凝剂 EDTA 或肝素钠), 待检。采用 TB-IGRA 试验筛查 LTBI 者。万泰 TB-IGRA 试剂盒 (购自北京万泰生物药业股份有限公司) 采用结核分枝杆菌特异性抗原 ESAT-6 和 CFP-10 蛋白, 体外刺激待检测者全血, 经过培养后, 采用酶联免疫吸附试验 (ELISA) 定量受试者全血 γ 干扰素水平, 进而判断受试者是否感染结核分枝杆菌, 结果大于 14.0 为阳性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行统计处理, 统计方法采用卡方检验、秩和检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 样本基线资料分析 本研究选取 382 例调查对象, 排除活动性结核患者, 基线资料包括性别、年龄、体质量指数和卡介苗 (BCG) 接种史, 所有调查对象中无 1 人 BCG 接种者。见表 1。

表 1 样本基线资料

组别	n (%)
性别	
男	230 (60.21)
女	152 (39.79)
年龄	
≤10 岁	4 (1.05)
>10 岁~≤20 岁	18 (4.71)
>20 岁~≤30 岁	34 (8.90)
>30 岁~≤40 岁	30 (7.85)
>40 岁~≤50 岁	64 (16.75)
>50 岁~≤60 岁	49 (12.83)
>60 岁~≤70 岁	93 (24.35)
>70 岁~≤80 岁	61 (15.97)
>80 岁	29 (7.59)

2.2 筛查结果阳性分布情况 382 例患者中, 阳性 136 例, 阴性 246 例, 阳性率 35.60%。

2.3 不同性别阳性分布情况 男性阳性率 35.83%, 女性阳性率 32.24%, 性别比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.412, P > 0.05$)。见表 2。