

- [7] Ji LN, Pan CY, Lu JM, et al. Efficacy and safety of combination therapy with vildagliptin and metformin versus metformin up-titration in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus; study design and rationale of the vision study[J]. Cardiovasc Diabetol, 2013, 12(1):118.
- [8] 董健. 利格列汀对初发 2 型糖尿病患者胰岛 β 细胞功能的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 23(4): 295-297.

- [9] 黄伟萍. 利格列汀治疗 2 型糖尿病的研究进展[J]. 南昌大学学报:医学版, 2013, 53(12):98-101.
- [10] 臧彦楠, 谢振伟, 方翼. 利格列汀治疗 2 型糖尿病的系统评价[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2015, 20(7): 778-787.

(收稿日期:2016-03-12 修回日期:2016-05-21)

• 临床探讨 •

综合性护理措施用于肛瘘患者对其术后自理能力及康复情况的影响

唐 敏

(成都医学院第一附属医院中西医结合科 610500)

摘 要:目的 分析综合性护理措施对肛瘘患者术后自理能力及康复情况的影响。方法 选取该院 2014 年 12 月至 2015 年 12 月收治的 94 例肛瘘患者并将其按数字表法分为对照组和观察组, 每组 47 例患者。对照组患者术后采用一般的护理方法, 观察组患者术后采用综合性护理措施。对比两组患者的护理后自理能力、疼痛情况、排尿情况及住院时间。结果 观察组护理干预后自我护理能力总分为 (113.25 ± 19.63) 分, 明显高于对照组护理后自我护理能力总分 (95.41 ± 18.23) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组干预后术后 24、48、72 h 的 VAS 评分明显低于对照组护理后 24、48、72 h 的 VAS 评分 ($P < 0.05$); 但术后 6 h 的 VAS 评分两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组护理干预后出现尿潴留、尿路刺激征、导尿的患者明显少于对照组, 且观察组住院时间 (11.95 ± 2.63) d 明显少于对照组住院时间 (15.96 ± 3.01) d, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 肛瘘患者术后采用综合性护理措施效果显著, 可以有效地提高患者的自理能力, 减轻疼痛, 减少尿潴留、尿路刺激征及导尿的发生, 明显缩短患者的住院时间, 加快患者康复。

关键词:综合性护理; 肛瘘; 自理能力; 康复

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)18-2638-03

肛瘘是一种常见的肛肠疾病, 是肛门周围的肉芽肿性的异常通道, 包括内口、瘘管、外口, 临床上常采用手术治疗^[1]。由于肛周围神经丰富, 神经元的敏感性较高, 术后常伴有疼痛且持续时间较长, 加之病变部位隐私, 护理难度大, 为患者术后的康复带来了一定的阻力^[2]。术后长时间的疼痛会使患者产生焦虑情绪, 从而引起尿道括约肌痉挛, 膀胱逼尿肌麻痹而出现尿潴留等并发症^[3]。所以肛瘘患者术后采用何种护理模式可以减轻患者疼痛及减少排尿困难的发生是目前临床上值得研究的课题。为了进一步找寻护理肛瘘患者术后的有效方法, 特采用综合性护理措施对本院收治的 94 例患者进行护理, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2014 年 11 月至 2015 年 11 月收治的肛瘘患者 94 例纳入本组研究对象, 均符合肛瘘的诊断标准。所有患者根据数字表法随机分为对照组和观察组, 每组 47 例。对照组中, 男 22 例、女 25 例; 年龄 23~40 岁, 平均年龄 (28.47 ± 8.23) 岁; 病程 45 d 至 10 年, 平均病程 (5.06 ± 4.25) 年。观察组中, 男 24 例、女 23 例; 年龄 20~38 岁, 平均年龄 (30.56 ± 8.49) 岁; 病程 40 d 至 10 年, 平均病程 (5.05 ± 4.42) 年。两组患者均对本次护理目的和护理方法知情同意, 自愿参与本次研究。经过统计学处理, 两组患者在年龄、性别比、病情、病程等方面显示差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1) 明确诊断为肛瘘患者; (2) 年龄 20~40 岁, 性别, 民族, 职业不限; (3) 无泌尿系统疾病; (4) 术后意识清醒, 可明确表达自己意愿; (5) 自愿参加者。排除标准: (1) 有其他重要

脏器功能障碍者; (2) 有凝血功能障碍、贫血及恶病质的患者; (3) 有精神病史者或依从性差无法完成本研究者; (4) 围生期、哺乳期患者; (5) 有免疫系统疾病者; (6) 不愿参与本研究者。

1.2 方法 两组患者在接受基础治疗的基础上, 对照组患者采用一般的常规护理和必要的心理护理方法。观察组患者采用综合性护理措施, 具体方法: (1) 对疼痛的干预: 对患者进行术后健康教育, 告知患者术后疼痛的原因及必然性, 增加患者对疼痛的接受度, 减轻患者因疼痛出现的焦虑、烦躁等不良的情绪。对疼痛患者要表现出高度的同情心、耐心及爱心, 要充分展现人文关怀理念, 通过各种语言或非语言的沟通方式使患者淡化或摆脱疼痛的干扰, 例如听音乐、看电视、聊天、深呼吸等。护士在给患者进行护理操作时动作要轻柔, 不可反复进行, 减少对患者疼痛的刺激。在换药时告知患者最佳的配合方式, 最大程度的缓解患者疼痛, 换药时若出现伤口粘连, 不可强拉硬拽, 应用温的无菌溶液浸湿后轻轻揭开, 以免再出血及引起疼痛。患者每次排便后都给予三黄汤坐浴, 时间为 10 min 左右, 水温保持在 45℃, 在坐浴的同时提醒患者有规律地进行肛提肌收缩, 增强肛门的收缩功能, 加快药物的吸收。 (2) 促排尿护理干预: 及时与患者进行沟通, 了解患者对排尿的认知水平及排尿习惯, 告知患者尿潴留的危害及防御方法, 提高患者的认知。在术前指导患者采取合适体位进行床上排尿训练, 术后不习惯在床上排尿的患者病情允许的情况下鼓励患者床边或入厕排尿, 家属或护理人员全程陪同防止意外发生, 鼓励患者术后适当饮水以便及时排尿。在麻醉消退后, 遵医嘱可适当的用些镇痛药, 减轻疼痛, 缓解尿道括约肌的痉挛, 也可指导患

者早期下床活动并进行膀胱功能锻炼,加快膀胱功能的恢复,促进排尿。指导患者配合呼吸锻炼腹肌,即在吸气时放松腹肌,在呼气时收缩腹肌,在收缩腹肌时可对膀胱及盆底产生压力,促进排尿。若以上方法效果不佳,可让患者听流水声诱导排尿,或热敷下腹部,也可轻轻按摩膀胱区,促进排尿。(3)饮食干预:在患者术后指导患者进食一些具有健脾祛湿功效的食物,多喝汤水,促进排尿;多食富含纤维素的、B 族维生素及具有润滑肠道的食物,促进患者排便。

1.3 评价指标 (1)自我护理能力比较:采用 ESCA 量表评价,包括自我护理技能、自我责任感、自我概念、健康知识水平 4 个维度,共 43 个问题,每题有 0~4 分,总分 0~172 分,评分

越高,自我护理能力越好。(2)疼痛情况比较:采用 VAS 评分量表评估疼痛,0 分无痛;1~3 分轻度疼痛;4~7 分为中度疼痛;8~10 分为重度疼痛。

1.4 统计学处理 用统计学软件 SPSS20.0 对表中数据进行分析,用 χ^2 检验计数资料;用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,用 t 检验比较组间, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者自我护理能力比较 观察组护理干预后自我护理能力总分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者自我护理能力比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	自我护理技能	自我责任感	自我概念	健康知识水平	总分
对照组	47	22.24±5.69	12.92±3.01	16.05±4.95	40.23±6.95	95.41±18.23
观察组	47	27.19±5.16	16.56±3.26	20.94±5.01	46.25±6.84	113.25±19.63
<i>t</i>		4.42	5.62	4.76	4.23	4.57
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者干预后疼痛情况比较 观察组干预后术后 24、48、72 h 的 VAS 评分明显低于对照组护理后 24、48、72 h 的 VAS 评分,差异有统计学意义($P<0.05$);但术后 6 h 的 VAS 评分两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 对比两组患者干预后疼痛情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术后 6 h	术后 24 h	术后 48 h	术后 72 h
对照组	47	6.39±1.25	5.84±1.25	5.01±1.11	4.61±1.01
观察组	47	6.21±1.54	4.03±0.81	2.29±0.72	1.59±0.61
<i>t</i>		0.62	8.33	14.09	17.55
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者术后排尿情况及住院时间比较 观察组护理干预后出现尿潴留、尿路刺激征、导尿的患者明显短于对照组,且观察组住院时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者术后排尿情况及住院时间比较

组别	<i>n</i>	尿潴留 [<i>n</i> (%)]	尿路刺激征 [<i>n</i> (%)]	导尿 [<i>n</i> (%)]	住院时间 (<i>d</i> , $\bar{x} \pm s$)
对照组	47	21(44.68)	12(25.53)	9(19.15)	15.96±3.01
观察组	47	5(10.64)	3(6.38)	1(2.13)	11.95±2.63
χ^2		13.61	6.43	7.16	6.88
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

肛瘘是肛肠科常见 3 大疾病之一,在我国发病率较高,以青壮年为主要发病人群且男性居多。肛瘘临床上主要表现为疼痛、瘙痒、红肿、流脓,且经常反复发作,目前主要的治疗方法有切开或挂线手术[4]。手术治疗肛瘘具有治疗彻底、不易复发等优点,但术后常会出现疼痛、尿潴留等并发症而影响患者的生活质量,所以术后对患者采取怎样的护理可以减轻患者的并

发症显得非常重要。

综合性护理是一种新型的护理模式,突破了传统的只以治疗为目的的护理模式,它可通过人文护理、健康教育、心理护理、音乐干预等各种方法及途径改善患者的身心状况,使患者处于最佳状态,积极配合,促进康复[6]。肛瘘术后出现疼痛是最常见的,疼痛不仅会影响循环、消化、呼吸、内分泌等系统的功能,还会延长患者的住院时间,影响患者的康复[6]。肛瘘术后出现尿潴留的因素较多,例如麻醉过度时会出现膀胱逼尿肌松弛,膀胱括约肌痉挛;术后精神过于紧张,造成神经性尿潴留;伤口敷料填塞过度,压迫尿道[7-8]。所以加强肛瘘患者的术后护理,减轻疼痛,减少并发症的发生是有非常重要的临床意义。综合性护理针对患者术后的疼痛,给予心理护理,健康教育,音乐干预等使患者放松,减少因疼痛产生的负面情绪及增加患者对疼痛的耐受力[9];针对可能出现排尿困难的患者进行有目的的运动锻炼,诱导排尿,饮食干预等促进患者排尿,同时教会患者应对疼痛及排尿困难的方法,提高患者术后的自理能力[4,10]。本研究结果显示,观察组护理干预后自我护理能力总分明显高于对照组;观察组干预后术后 24、48、72 h 的 VAS 评分明显低于对照组护理后 24、48、72 h 的 VAS 评分,差异有统计学意义($P<0.05$);但术后 6 h 的 VAS 评分两组比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组护理干预后出现尿潴留、尿路刺激征、导尿的患者明显少于对照组,且观察组住院时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明综合护理措施可以有效减轻肛瘘患者术后的疼痛及改善排尿困难情况,也可有效地缩短住院时间,减轻患者经济负担,促进患者术后康复[11]。

综上所述,综合护理措施效果显著,可有效增强患者术后的自理能力,减轻疼痛、减少尿潴留、尿路刺激征、导尿的发生,还可缩短住院时间,促进康复。

参考文献

[1] 兰云. 优质护理在减轻肛瘘术后疼痛的效果及对护理满意度的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(6): 1419-1421.

- [2] 熊书华. 肛肠术后尿潴留的护理干预效果分析研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(13): 1464-1466.
- [3] 彭仁菊, 曾锐. 肛肠手术前后的护理体会[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(36): 279.
- [4] 刘琳, 高昆. 复杂肛肠患者围术期护理中加速康复外科理念的应用[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(10): 1213-1215.
- [5] 郭璐瑜. 预防性护理干预对肛肠术后尿潴留的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(24): 2907-2908.
- [6] 胡成成. 肛肠术后尿潴留的预见性护理干预研究[J]. 医疗装备, 2015, 28(10): 176-177.
- [7] 叶灶凤, 温巧仪, 陈秋梅. 藻酸钙敷料用于肛肠术后伤口临床探讨 •

- 护理疗效观察[J]. 护理研究, 2014, 28(11): 1352-1353.
- [8] 蒋玉芳. 综合性护理对肛肠患者术后疼痛及尿潴留的效果研究[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(18): 56-58.
- [9] 李丹. 黄芩油膏联合痔瘕熏洗剂在肛肠术后创面护理中的应用[J]. 护理研究, 2015, 29(5): 618-619.
- [10] 戴琴花. 基于 PDCA 循环式护理的肛肠外科护理模式探讨[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(6): 104-106.
- [11] 张英, 刘文清. 127 例单纯性肛肠患者术后的辩证施护及疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 9(5): 125.

(收稿日期: 2016-04-27 修回日期: 2016-07-03)

假单胞菌和非发酵菌药敏试剂盒 ATB PSE 在临床药敏实验中的缺陷分析

肖亚雄, 何林波, 蒋国丹, 彭宇生, 王 鹏, 朱 波, 黄忠团
(四川省宜宾市第一人民医院检验科 644600)

摘要:目的 分析探讨生物梅里埃产假单胞菌和非发酵菌药敏试剂 ATB PSE 在临床药敏实验中存在的缺陷, 并提出补救/解决方案。方法 以美国临床实验室标准化协会(CLSI) M100-S24 标准提供的假单胞菌(以铜绿假单胞菌为代表)和非发酵菌(以不动杆菌属为代表)对应抗菌药物拐点作为标准, 对梅里埃药敏试剂盒 ATB PSE 抗菌药物覆盖情况与各抗菌药物拐点浓度进行对比分析。结果 对铜绿假单胞菌而言 ATB PSE 试剂盒不包括 CLSI 推荐的氨曲南; 对不动杆菌属 ATB PSE 试剂盒提供的 15 种抗菌药物不包括 CLSI 推荐的四环素类, 就抗菌药物敏感耐药判读拐点而言, 试剂盒提供标准均与 CLSI M100-S23 推荐抗菌药物拐点不一致, 从而可能导致临床药敏报告出现假敏感或假耐药的情况。结论 单独使用 ATB PSE 试剂盒进行假单胞菌和不动杆菌属药敏实验将产生误差甚至错误, 必须要其他药敏实验方法进行修正方可发出报告。

关键词:假单胞菌; 非发酵菌; 药敏试验, 缺陷

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)18-2640-03

假单胞菌和非发酵菌药敏试剂 ATB PSE 为法国生物梅里埃公司所生产(以下简称梅里埃)。该试剂盒采用肉汤稀释比色法进行药敏实验, 操作简单[试剂盒生产商将诸多临床所需实验药物固定在透明塑料反应小孔内, 检验师进行药敏实验时仅需将预配置好浊度的菌悬液 135 μ L(含 3×10^4 个细菌)加到反应孔内 35~37 $^{\circ}$ C 孵育 18~24 h]、有无判读仪均可(判读时可采用肉眼判读或仪器判读)、判读方便(根据反应孔内细菌生长抑制情况, 即可进行药敏结果判读)、因此较经典的微量肉汤稀释法或药敏纸片扩散法更易于被微生物检验人员所接受。尽管该试剂盒存在诸多优点, 但是由于试剂盒提供的抗菌药物种类有限, 反应孔内抗菌药物浓度固定的, 同一种抗菌药物包括一个低浓度孔(用于敏感的判读)和一个高浓度孔(用于耐药的判读), 而有的仅有一个判读敏感的浓度孔。因此一旦抗菌药物敏感、耐药判读标准发生变化时则有可能导致判读结果错误, 对临床用药产生误导。本文以美国临床实验室标准化协会(CLSI) M100-S24 标准^[1]表 2B1“铜绿假单胞菌抑菌圈直径及 MIC 解释标准”和 CLSI M100-S24 表 2B2“不动杆菌属抑菌圈直径及 MIC 解释标准”作为参考标准(以下简称 CLSI 标准), 对 ATB PSE 药敏试剂盒所包含的抗菌药物覆盖情况、对应药敏孔药物浓度等情况进行对比分析, 推导出其在临床药敏实验中可能出现的缺陷进行分析, 以引起使用 ATB PSE 试剂盒的实验人员关注, 现具体报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料 假单胞菌和非发酵菌药敏试剂 ATB PSE(生物梅

里埃公司生产)。

1.2 方法 以 CLSI M100-S24 文件表 2B1“铜绿假单胞菌抑菌圈直径及 MIC 解释标准”和 CLSI M100-S24 表 2B2“不动杆菌属抑菌圈直径及 MIC 解释标准”作为参考标准。对生物梅里埃公司生产的 ATB PSE 假单胞菌和非发酵菌药敏试剂盒所提供的 15 种抗菌药物所覆盖情况、15 种抗菌药物对应试验孔拐点情况与 CLSI M100-S24 文件进行对比, 分析查找出差异的地方, 以及该试剂盒在临床运用中的可能出现的误差或错误进行评估分析。以临床铜绿假单胞菌作为假单胞菌代表, 以不动杆菌作为其他非发酵菌的代表。

2 结果

2.1 ATB PSE 试剂盒抗菌药物种类覆盖情况分析 ATB PSE 试剂盒一共含 28 个药敏孔, 包含 15 种抗菌药物, 具体依次为: 氨苄西林/舒巴坦、替卡西林、替卡西林(铜绿假单胞)、替卡西林-棒酸、替卡西林-棒酸(铜绿假单胞)、哌拉西林、哌拉西林(铜绿假单胞)、哌拉西林+他唑巴坦、哌拉西林+他唑巴坦(铜绿假单胞)、头孢吡肟、亚胺培南、美罗培南、头孢他啶、庆大霉素、妥布霉素、环丙沙星、多黏菌素 E、复方磺胺甲噁唑。其中针对铜绿假单胞菌为 13 种, 因为氨苄西林/舒巴坦与复方磺胺甲噁唑为天然耐药, 作为该菌的辅助鉴别孔; 针对不动杆菌为 15 种。CLSI M100-S24 对于铜绿假单胞菌药敏实验所选药物除要求覆盖上述各类抗菌药物外, 还要求包括氨曲南; 针对不动杆菌属缺四环素, 另外 CLSI 对于脂肽类抗菌药物推荐为多黏菌素或多黏菌素 B 见表 1、2。