

情变化的指标,CWP 具有独特的临床表现及机体内环境变化,临床诊断中应对疾病的特点予以充分考虑,给出科学的治疗方案。

参考文献

[1] 曲双翼,黄文丽. 煤工尘肺防治研究进展[J]. 国外医学(医学地理分册),2012,33(3):218-220.

[2] Agarwal D, Pandey JK, Pal AK. Pulmonary function test of mine workers exposed to respirable dust in Jharia coalfield India[J]. Inter J Sci Engin Res, 2015, 6(5):1570-1576.

[3] 易佳,王宋平. 大容量肺灌洗术的临床应用及研究进展[J]. 国际呼吸杂志, 2015, 35(19):1517-1520.

[4] 王密琳,金玉兰,陈适,等. 煤工尘肺患者肺灌洗液中肺泡巨噬细胞自噬活动的研究[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2015, 33(1):41-44.

[5] Moitra S, Puri R, Paul D, et al. Global perspectives of e-merging occupational and environmental lung diseases [J]. Curr Opin Pulm Med, 2015, 21(2):114-120.

[6] 陈丽,吴苓,陈宁,等. 煤工尘肺合并 COPD 使用舒利迭治疗研究[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(7):1129-1231.

[7] 范晶晶,吉晓明,王莎莎,等. 二氧化硅诱导的肺纤维化中 miR-149 对白细胞介素-6 的调节[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2014, 32(3):161-167.

[8] Fishwick D, Sen D, Barber C, et al. Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a standard of care[J]. Occup Med(Lond), 2015, 65(4):270-282.

[9] 袁宝军,李超,王冬梅,等. 煤工尘肺患者血清 TGF-β1 和 IL-17A 水平及其与肺功能关系[J]. 中国实验诊断学, 2014, 18(6):906-909.

• 临床探讨 •

重组组织型纤溶酶原激活物静脉溶栓治疗急性脑梗死的早期转归及护理措施

杨雪莲

(中国核工业北京四〇一医院神经内科 102413)

摘要:目的 探讨重组组织型纤溶酶原激活物(rt-PA)静脉溶栓治疗急性脑梗死(ACI)的早期转归及相应护理对策。**方法** 将2014年1月至2016年1月该院神经内科病区接诊的134例ACI患者作为研究对象,发病时间均小于6h,采用随机、单盲法将其分成两组,其中67例为对照组采取常规治疗方法,67例为观察组于常规治疗基础上加用rt-PA,评价临床治疗效果、早期转归情况,并探索相应护理对策。**结果** 治疗前两组美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后24h、7d、21d、90d时NIHSS评分为(8.91±0.92)、(6.02±0.54)、(3.48±0.32)、(1.31±0.21)分,与治疗前和对照组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后90d时转归良好率67.16%,与对照组(34.33%)比较明显提高,而出血并发症发生率(2.99%)及病死率(4.35%)与对照组比较均明显降低,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** rt-PA静脉溶栓治疗ACI安全、有效,而护理人员应掌握相应护理对策,有助于改善患者早期转归、提高溶栓率、减少并发症发生,应进行推广。

关键词:重组组织型纤溶酶原激活物; 静脉溶栓; 脑梗死; 早期转归; 护理对策
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.051 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)10-1491-03

急性脑梗死(ACI)是最常见脑卒中类型,发病率占脑卒中的60%~80%,以中老年人群为高发,具有较高致残、致死率,主要采取溶栓治疗,且临床研究认为,溶栓治疗是抢救脑缺血

[10] 景正全,淡珂,陈晓艳,等. C反应蛋白联合白细胞检测在新生儿感染性肺炎中的临床价值评价[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(10):1490-1491.

[11] Weis N, Almdal T. C-reactive protein-can it be used as a marker of infection in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease? [J]. Eur J Intern Med, 2006, 17(2):88-91.

[12] 周春英. IL-10 与 TGF-β1 在肺纤维化中的研究进展[J]. 中国实验诊断学, 2011, 15(11):1989-1990.

[13] He XY, Tian YX. Clinical Significance of TGF-β1 and CTGF in Judging Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Fibrosis[J]. J Kunming Med Univ, 2015, 36(3):120-122.

[14] Tan WJ, Tan QY, Wang T, et al. TGF-beta 1-Induced Pulmonary Fibroblasts Proliferation and Differentiation Are Inhibited by Antisense Oligodeoxynucleotide of Basic Fibroblast Growth Factor[J]. Cytologia (Tokyo), 2015, 80(3):331-342.

[15] Evanko SP, Potter-Perigo S, Petty LJ, et al. Hyaluronan controls the deposition of fibronectin and collagen and modulates TGF-β1 induction of lung myofibroblasts[J]. Matrix Biol, 2015, 42(1):74-92.

[16] Kitani A, Fuss I, Nakamura K, et al. Transforming growth factor(TGF)-beta1-producing regulatory T cells induce Smad-mediated interleukin 10 secretion that facilitates coordinated immunoregulatory activity and amelioration of TGF-beta1-mediated fibrosis[J]. J Exp Med, 2003, 198(8):1179-1188.

(收稿日期:2016-12-31 修回日期:2017-01-29)

半暗带组织、治疗缺血性卒中的最有效方法之一^[1-2]。重组组织型纤溶酶原激活物(rt-PA)是溶栓治疗的常用药物,在多个国家广泛应用,但溶栓过程中给予细心、周到的护理是影响治

疗效果的关键^[3]。本研究对本院神经内科病区接诊的 ACI 患者采取 rt-PA 治疗,并配合系统的护理干预能取得显著效果。现对结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2014 年 1 月至 2016 年 1 月本院神经内科病区接诊的 134 例 ACI 患者作为研究对象,发病时间均小于 6 h,诊断参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4],经颅脑 CT 或 MRI 检查证实的患者;排除标准:有出血倾向或出血性疾病者;近期有脑梗死、心肌梗死病史者;近 2 周内使用抗凝药物者;静脉溶栓治疗禁忌证者;严重器官功能不全或意识障碍者等。研究内容符合医院伦理学委员会相关要求,且经患者家属签字同意后实施。所有患者中男 73 例,女 61 例;年龄 42~78 岁,平均(64.34±4.12)岁;其中合并高血压 18 例,高脂血症 10 例,糖尿病 8 例,冠心病 8 例。采用随机、单盲法将入选患者分成对照组和观察组,每组 67 例,且两组临床基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组患者采取常规治疗方法,即脱水、扩容、抗凝、抗血小板聚集、营养神经、清除自由基等^[5-6]。而观察组患者于常规治疗基础上加用 rt-PA,即 0.6 mg/kg,于 1 min 内静脉推注总剂量的 10%,剩余药物则连续静脉滴注,60 min 内滴完,治疗前后均采用氯化钠注射液冲管,24 h 内不采取抗凝、抗血小板药物治疗。其余同对照组。

1.2.1 溶栓前护理 ACI 患者溶栓治疗的关键在于“早”,为更好地实现梗死血管的再通,应尽量缩短入院到给药治疗的时间,因此建立完善的溶栓绿色通道十分必要^[7]。医护人员接诊后应快速测量患者血压、心率、呼吸等生命体征,详细询问患者病史并认真记录,开通静脉通道,遵医嘱进行血尿常规、电解质、肾功能、心电图等检查,并迅速安排头颅 CT 检查;接诊过程中应配合医生疏导患者情绪,告知疾病相关情况及治疗方法;对检查符合溶栓指征的患者应迅速转入病房准备溶栓治疗,且备好急救药品和器械;与患者进行交流,了解其心理特点并稳定其情绪,使其树立战胜疾病的信心;转送过程中应密切观察患者各项生命体征变化,与病房医护人员认真、快速交接。

1.2.2 溶栓中护理 溶栓开始时应保持患者头低位,减少颅

脑震动以降低溶栓后出血,使用冰袋或冰帽降温以保护脑细胞,避免脑血管再损伤;建立监护系统,严密观察患者生命体征及瞳孔、意识、语言和肢体肌力情况;静脉输液过程中应由专人监护,严格掌握用药方法和剂量,控制输液速度,且溶栓治疗前后均应使用氯化钠注射液冲管;用药期间及用药 24 h 内应密切观察患者是否出现过过敏反应(寒战、发热、皮疹等)或出血倾向;控制患者血压在合理范围,避免出现较大波动,发现血压过高、过低或波动较大时应及时告知医生并协助处理。

1.2.3 溶栓后护理 溶栓治疗完成后应指导患者绝对卧床休息 24 h,保持室内安静和适宜温湿度,稳定患者情绪并加强心理护理;对于意识清醒者可于溶栓 2 h 后进食温凉的流质饮食,且以高热量、高纤维、易消化为主,多食蔬菜和水果,避免过硬、过热或刺激性食物以防消化道出血;对鼻饲流质饮食者应注意口腔护理,动作轻柔,避免破坏口腔黏膜;定期帮助患者翻身,以防压疮;保持大便通畅,可根据实际情况使用缓泻剂,必要时可进行灌肠以避免排便时过度用力。

1.3 观察指标 治疗后 90 d 时采用 Modified Rankin Scale (MRS)量表^[5]评定患者神经功能恢复情况,并将患者分为 0 分,无症状;1 分,除症状外无明显残疾;2 分,轻度残疾;3 分,中度残疾;4 分,中重度残疾;5 分,重度残疾;6 分,死亡。其中 0~2 分定义为转归良好,而>2~6 分定义为转归不良。统计治疗后 90 d 时患者病死率及出血并发症发生率(包括消化道出血、牙龈出血、尿血等)。于治疗前、治疗后 24 h、7 d、21 d、90 d 时采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评定患者神经功能缺损程度^[6],并进行组间比较。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件包分析数据,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 NIHSS 评分比较 治疗前两组 NIHSS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后 24 h、7 d、21 d、90 d 时 NIHSS 评分均低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIHSS 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 24 h	治疗后 7 d	治疗后 21 d	治疗后 90 d
对照组	67	15.83±1.32	15.39±1.20	11.30±1.19 ^b	7.33±0.43 ^b	6.46±0.54 ^b
观察组	67	16.02±1.10	8.91±0.92 ^{ab}	6.02±0.54 ^{ab}	3.48±0.32 ^{ab}	1.31±0.21 ^{ab}

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与治疗前比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗后 90 d 转归情况、出血并发症发生率及病死率比较 治疗后 90 d 观察组转归良好率与对照组比较明显提高,而出血并发症发生率及病死率与对照组比较均明显降低,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗后 90 d 转归情况、出血并发症发生及病死情况比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	转归良好	出血并发症发生	病死
对照组	67	23(34.33)	5(7.46)	6(10.14)
治疗组	67	45(67.16) ^a	2(2.99) ^a	3(4.35) ^a

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨论

rt-PA 是唯一被美国食品和药物管理局批准的用于 ACI

溶栓治疗的药物,其进入循环系统后与纤维蛋白结合而被激活,从而诱导纤溶酶原转化为纤溶酶,使纤维蛋白被降解而发挥溶栓作用^[8-9]。

本研究采用 rt-PA 静脉溶栓治疗 ACI,以探索临床疗效及患者早期转归,结果显示,观察组患者治疗后 24 h、7 d、21 d、90 d 时 NIHSS 评分与治疗前和对照组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 90 d 时转归良好率与对照组比较明显提高,而出血并发症发生率及病死率与对照组比较均明显降低,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。rt-PA 可溶解血栓,开通闭塞血管,恢复脑血供,减少组织损伤以降低致残、致死率,具有较好的临床应用价值,但过窄的治疗时间窗、严格的用药适应证、多发的严重并发症及昂贵的治疗费用等,是影响

其临床推广应用的关键^[10]。因此,良好的护理支持是保证溶栓治疗效果的重要环节,在溶栓治疗过程中应做好术前准备以缩短患者发病至溶栓治疗时间,加强术后护理,密切观察患者病情变化,以减少溶栓并发症的发生,保证治疗的安全,对患者康复有重要意义。

综上所述,rt-PA 静脉溶栓治疗 ACI 安全、有效,而护理人员应掌握相应护理对策,有助于改善患者早期转归、提高溶栓率,减少并发症发生,应进行推广、应用。

参考文献

[1] 林雪云,王齐兰. 重组组织型纤溶酶原激活物早期静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 中国医药科学,2011,1(8):23-25.

[2] 黄海燕,张丽华,沈碧玉,等. 重组组织型纤溶酶原激活物静脉溶栓治疗脑梗死的早期转归及护理对策[J]. 护士进修杂志,2013,28(17):1544-1546.

[3] 李琳琳,杨彩云. 超早期重组组织型纤溶酶原激活物溶栓治疗脑梗死的观察与护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(17):59-60.

[4] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊治·临床探讨·

断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.

[5] 朱常勤. 重组组织型纤溶酶原激活物与尿激酶分组静脉治疗急性脑梗死临床分析[J]. 临床医学,2010,30(12):61-62.

[6] 徐红华,王晓,陈森,等. 重组组织型纤溶酶原激活物静脉溶栓治疗超早期脑梗死临床分析[J]. 内科理论与实践,2015,10(6):428-432.

[7] 包芳,孙小力,曹桂芝. 重组组织型纤溶酶原激活物静脉溶栓超早期治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志,2014,17(8):86-87.

[8] 李辉. 重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗急性脑梗死的研究[J]. 现代医药卫生,2015,31(20):3146-3147.

[9] 余勇飞,张丽,贾复敏,等. 重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床研究[J]. 内科急危重症杂志,2014,20(4):244-245,280.

[10] 张振宇,汪咏秋. 重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗急性脑梗死的护理[J]. 现代实用医学,2011,23(10):1190-1191.

(收稿日期:2017-01-05 修回日期:2017-02-01)

脊髓损伤患者下肢深静脉血栓的综合护理管理效果研究

赵 慧,张建梅,蒋红英,杨 杰
(四川大学华西医院康复医学中心,成都 610041)

摘 要:**目的** 探讨脊髓损伤患者下肢深静脉血栓的有效护理管理方案。**方法** 选取 2014 年 3 月至 2016 年 3 月脊髓损伤并发下肢深静脉血栓(DVT)的 80 例患者为研究对象,随机分为对照组和干预组,其中对照组 40 例,干预组 40 例。在科学治疗的基础上,对照组仅采用常规护理措施,干预组加用 DVT 综合护理管理方案,比较两组下肢 DVT 的消融和新发情况。**结果** 干预组 40 例患者下肢 DVT 全部消融,其中 16 例患者完全消融,24 例患者部分消融;对照组 26 例患者下肢 DVT 消融,其中 7 例患者完全消融,19 例患者部分消融。两组脊髓损伤患者下肢 DVT 消融情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预组有 1 例患者新发下肢 DVT,新发率为 2.5%;对照组有 10 例患者新发下肢 DVT,新发率为 25.0%。两组患者下肢 DVT 新发血栓情况比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 科学治疗的基础上,对并发下肢 DVT 的脊髓损伤患者实行规范性的护理管理方案并辅之以有效的护理措施,可促进其下肢 DVT 的消融,预防新发血栓,有效改善患者生存质量。

关键词:脊髓损伤; 深静脉血栓; 护理管理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.10.052 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)10-1493-03

深静脉血栓(DVT)是指血液在深静脉腔内不正常凝结,阻塞静脉管腔,导致静脉回流障碍^[1-2],好发于下肢。根据第 7 届美国胸科医师协会(ACCP)指南,脊髓损伤患者被列为血栓风险分层的极高危层^[3]。DVT 是脊髓损伤严重的并发症之一,据统计显示,脊髓损伤后下肢 DVT 的发生率最高可达 100%,50%~80%的脊髓损伤患者无临床症状,超过 50%的患者物理检查正常,即使少数有临床表现者亦缺乏特异性,存在较高的漏诊率和误诊率^[4]。DVT 一旦发生,由此继发的肺栓塞更是导致患者致残或致死的重要原因^[5]。近年来,关于脊髓损伤患者下肢 DVT 的成因研究颇多,医学界多致力于脊髓损伤患者下肢 DVT 预防的护理,鲜有对脊髓损伤患者已患有下肢 DVT 的有效护理管理方案。本科对并发下肢 DVT 的脊髓损伤患者采用综合护理管理方案,干预其下肢 DVT,取得良好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本科 2014 年 3 月至 2016 年 3 月收治的脊髓损伤并发下肢 DVT 80 例患者为研究对象。其中男 65 例,女 15 例;年龄 18~64 岁,平均(38.8±11.7)岁;颈段脊髓损伤 28 例,胸段脊髓损伤 33 例,腰段脊髓损伤 19 例;参照美国脊椎损伤协会(ASIA)推荐分类标准:损伤程度分级 A 级 23 例,B 级 29 例,C 级 16 例,D 级 12 例。将入选患者随机分为对照组和干预组。两组患者在性别、年龄、受伤平面、损伤程度等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 科学治疗的基础上^[6-8],采用常规护理方法:(1)加强对并发下肢 DVT 脊髓损伤患者相关的知识宣教;(2)劝导患者及其家属戒烟、酒,指导患者科学饮食,下肢适当地进行主、被动活动;(3)遵照医嘱给予相应药物治疗,说明药物的