

访跟踪,随时对患者是否完全遵医嘱服药进行监督调查,了解所用治疗方案对患者血压的影响,进行治疗方案的及时纠正与调整,促进患者季节性血压变化的恢复^[10]。

综上所述,综合护理干预有利于腹膜透析患者季节性高血压的预防,降低患者冬季血压,提高夏季血压,使患者的血压维持在一个相对稳定的水平,减少因血压变化引起的病死率,同时提示体质量变化是患者季节性血压变化幅度的重要影响因素之一,在临床研究方面具有重要的参考价值。

参考文献

[1] 张德强,马清. 血液透析患者的血压变化规律、影响因素及与死亡率的关系[J]. 中国血液净化,2016,15(2):103-106.
 [2] Mattila R, Malmivaara A, Kastarinen M, et al. Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension; a randomised controlled trial[J]. J Hum Hypertens, 2003, 17(3): 199-205.
 [3] 周素素,羊木英,游群芳. 综合护理干预对血液透析患者季节性血压变化的影响[J]. 护理与康复,2015,14(11):1034-1036.
 [4] 陈财铭,崔炯,万建新,等. 维持性血液透析患者透析过程相关高血压的影响因素[J]. 中华高血压杂志,2012,20

(12):1170.
 [5] 谭玉燕,邹玉清. 护理干预对血液透析患者的血压变化影响观察[J]. 中国现代药物应用,2014,8(3):164-165.
 [6] 陈万美,解林花,包娅. 不同透析模式在血液透析高危患者中对血压的影响及护理干预[J]. 护士进修杂志,2013,28(17):1616-1617.
 [7] 全蕾,李燕筠,许莹,等. 综合护理干预下腹膜透析患者季节性血压变化幅度的影响因素分析[J]. 中国血液净化,2013,12(6):344-347.
 [8] Schillaci G, Bilo G, Pucci G, et al. Relationship between short-term blood pressure variability and large-artery stiffness in human hypertension: findings from 2 large databases[J]. Hypertension, 2012, 60(2):369-377.
 [9] 全大勇,杨斌,舒英,等. 递增式腹膜透析对初期腹膜透析患者血压的影响及机制初探[J]. 四川医学,2014,35(5):536-538.
 [10] 滕雪梅,杨柳,邹丽华,等. 延续性护理对血液透析患者夏冬季血压变化的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2015,21(17):42-44.

(收稿日期:2017-01-17 修回日期:2017-03-06)

• 临床探讨 •

氯吡格雷联合依达拉奉治疗对急性脑梗死患者血清炎性细胞因子的研究

刘 莉¹, 刘晓川²

(四川省广安市人民医院:1. 神经内科;2. 胸心外科 638000)

摘要:目的 探讨氯吡格雷联合依达拉奉对急性脑梗死患者细胞因子的影响。方法 60 例急性脑梗死患者随机分为 2 组,每组 30 例,观察组在常规治疗的基础上采用氯吡格雷联合依达拉奉治疗,对照组仅使用依达拉奉治疗,同时选取 10 例健康者血清作为健康对照组,连续监测血清中肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-8(IL-8)、改良爱丁堡-斯堪的那维亚量表(SSS)和 Barthel 指数(BD)的动态变化。治疗后第 15 天进行临床疗效评定。结果 治疗第 3 天,观察组患者 TNF- α 、IL-8、SSS、BI 较对照组有明显改善($P < 0.05$);与对照组比较,观察组患者总体有效率较高($P < 0.05$)。结论 急性脑梗死患者给予依达拉奉联合氯吡格雷可早期控制患者病情进展及炎性细胞因子释放,改善患者预后。

关键词:急性脑梗死; 依达拉奉; 氯吡格雷

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)13-1977-03

急性脑梗死导致脑组织局部炎性反应及炎性细胞因子的释放是继发性脑损伤的重要原因,在启动炎性级联反应过程中发挥关键作用。有研究显示肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-8(IL-8)在脑梗死患者血清中高表达,是急性脑梗死疾病进展的重要促进因素^[1-2]。氯吡格雷是一种新型抗血小板聚集药,依达拉奉是一种有效的神经元保护剂。本研究对脑梗死患者采用依达拉奉联合氯吡格雷治疗,取得良好的临床疗效,现探讨血清 TNF- α 和 IL-8 等细胞因子水平的动态变化进行监测,分析其与该治疗方案临床疗效的相关性,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 6 月至 2013 年 6 月收治 60 例急性脑梗死患者,男 42 例,女 18 例,年龄 38~78 岁,平均(62.5 \pm 1.0)岁,符合《全国第四届脑血管病会议》修订的诊断标准^[3]。并经 CT 和 MRI 确诊,均于脑梗死发病后 2~72 h 内就诊。排除标准:(1)严重心肺肝肾功能不全。(2)严重感染的患者。(3)合并自身免疫性疾病、风湿性疾病、血液系统疾病、肿瘤等患者。(4)颅内出血和其他器官的出血倾向。(5)妊娠。将患者随机分为

观察组与对照组,各 30 例。观察组男 20 例,女 10 例,年龄 37~79 岁,平均 62.5 岁。对照组男 22 例,女 8 例,年龄 40~80 岁,平均 63.7 岁。2 组患者的年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。同时选取 10 例健康者作为健康对照组。

1.2 治疗方法 所有患者均控制血压、降低颅内压,并根据患者的病情给予降血脂、抗凝、控制血糖、营养支持等对症治疗。观察组在常规治疗的基础上采用生理盐水 100 mL 加依达拉奉(必存,南京先声东元制药有限公司,国药准字 H20031342)30 mg,静脉滴注 30 min,2 次/天,心功能不全患者可适当减慢滴速;氯吡格雷(天津中瑞药业,国药准字 H20133071)75 mg 口服,1 次/天;14 d,疗程 14 d。对照组仅使用依达拉奉治疗。

1.3 检测方法 采用双抗体夹心酶联免疫吸附测定(ELISA)法检测 IL-8 和 TNF- α ,严格按试剂盒说明书操作。收集治疗第 1、3、7、14 天 静脉血 3 mL。选取健康者清晨空腹静脉血 3 mL 作对照^[4]。

1.4 神经功能缺损评分 (1)基本治愈:功能缺失评分减少

91%~100%，致残程度 0 级。(2)显著进步:功能缺失评分减少 46%~90%，致残程度 1~3 级。(3)进步:功能缺失评分减少 18%~45%。(4)无效:功能缺失评分减少或增加在 18%以内。(5)恶化:功能缺失评分增加 18%以上或病死。基本治愈、显著进步、进步病例合计为总有效病例。

1.5 量表评估 采用改良爱丁堡-斯堪的那维亚量表(SSS)和 Barthel 指数(BI)评价病情严重程度及日常生活活动能力^[5]。

1.6 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示;多组间均数的比较使用 *F* 检验,组间两两比较应用 SNK-*q* 检验,计数资料以例数或百分率表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者病情评分结果比较 治疗 14 d 后,2 组患者的

表 1 3 组研究对象各指标及评分结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	时间	SSS 评分	BI 评分	IL-8	TNF- α
健康对照组	10				25.5 \pm 12.6	32.2 \pm 13.5
观察组	30	第 1 天	24.5 \pm 7.3	21.3 \pm 7.0	115.6 \pm 24.6	123.8 \pm 26.3
		第 3 天	15.3 \pm 4.5	39.5 \pm 9.4	45.6 \pm 12.6	43.8 \pm 11.5
		第 7 天	12.2 \pm 4.3	47.0 \pm 10.5	27.5 \pm 9.1	38.1 \pm 10.7
		第 14 天	6.0 \pm 2.8	64.8 \pm 18.9	24.8 \pm 9.4	34.7 \pm 11.2
对照组	30	第 1 天	23.7 \pm 7.6	22.1 \pm 7.3	121.3 \pm 30.5	120.3 \pm 27.2
		第 3 天	23.6 \pm 7.3	21.2 \pm 6.9	91.7 \pm 22.5	83.3 \pm 18.5
		第 7 天	15.6 \pm 4.2	30.6 \pm 8.8	48.0 \pm 12.8	50.2 \pm 16.3
		第 14 天	11.6 \pm 4.7	51.1 \pm 11.3	25.3 \pm 8.2	35.2 \pm 10.7

表 2 2 组患者临床疗效结果比较

组别	总例数(n)	基本治愈(n)	显著进步(n)	进步(n)	无效(n)	病死(n)	总有效率[n(%)]
观察组	30	18	5	2	4	1	25(83.3)
对照组	30	15	4	2	7	2	21(70.0)*

注:与观察组比较,* $P < 0.05$

3 讨论

目前,临床上急性脑梗死治疗的主要方法在改善脑组织供血与保护神经元 2 个方面,均有良好疗效。急性脑梗死患者梗死部位中心区神经细胞迅速死亡,引起周围缺血半暗带区发生缺血级联反应,导致患者脑组织损伤。该病治疗的关键是及时恢复脑部供血和供氧量,减少不可逆的缺血性脑部损伤,同时保护缺血脑组织,减轻各种继发性脑损伤。因此,在急性脑梗死的治疗中联合用药,通过不同途径促进患者神经功能恢复^[6]。相关研究认为炎性细胞因子的大量释放是机体组织继发性损伤产生与进展的重要环节^[7]。

大量临床研究证实氯吡格雷联合依达拉奉的治疗方案是可供急性脑梗死患者选择的安全有效的临床方案^[6]。本研究也证实联合用药患者有效率为 83.3%,显著高于单独使用依达拉奉的患者($P < 0.05$),且无严重不良反应发生。依达拉奉能有效清除氧自由基,保护神经元免受损伤;同时可抑制脂质过氧化反应生成花生四烯酸,降低脑水肿程度,遏制了神经元迟发性病死的发生,避免病灶的进展^[8]。本研究结果提示,依达拉奉治疗可以早期改善患者血清 TNF- α 和 IL-8 等细胞因子水平,避免继发性炎性损害,改善患者预后。氯吡格雷作为

SSS 和 Barthel 指数评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$);治疗第 3 天开始,观察组较治疗前有明显改善且优于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 3 组患者血清 IL-8、TNF- α 水平结果比较 观察组治疗第 3 天开始 IL-8、TNF- α 较治疗前显著下降,治疗第 3、7 天显著低于对照组($P < 0.05$),治疗第 7 天与健康对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组治疗第 14 天与健康对照组比较,差异也无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

2.3 2 组患者临床疗效结果比较 见表 2。

2.4 2 组患者不良反应结果比较 2 组患者均无严重不良反应发生,观察组 1 例患者丙氨酸氨基转移酶轻度升高,可自行降至正常。2 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

一种新型抗血小板药物是目前治疗急性脑梗死的主要药物之一,其可通过抑制二磷酸腺苷与血小板受体的结合从而抑制血小板聚集;扩张脑血管,改善微循环功能,从而使脑部供血量和供氧量增加,促进受损神经细胞的恢复^[9-10]。由于脑部供血的改善,缺血性脑损伤得到有效遏制,势必使组织炎性细胞因子的释放得到控制。本研究结果表明,治疗第 3 天,观察组治疗 SSS、BI 评分较对照有明显改善,血清 TNF- α 和 IL-8 细胞因子水平比对照组显著下降($P < 0.05$),治疗第 3、7 天显著低于对照组($P < 0.05$),治疗第 7 天与健康对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),对照组治疗第 14 天才恢复至健康对照组水平。因此本研究认为联合用药可早期改善患者症状,同时有效控制患者血清炎性细胞因子水平的升高,避免进一步的继发性脑损伤,保证患者恢复。但本研究观察病例数和观察时间点设置有限,难以完整、精确地观察血清细胞因子的动态变化趋势,下一步的研究需要改进。

综上所述,氯吡格雷联合依达拉奉治疗安全有效,很大程度上避免了细胞因子介导的继发性脑损伤加重,是临床治疗急性脑梗死的良好选择。

参考文献

[1] Tuttolomondo A, Raimondo D, Pecoraro R, et al. Inflammation in ischemic stroke subtypes[J]. Curr Pharm Des, 2012, 18(28): 4289-4310.
 [2] 刘莉, 刘晓川. 依达拉奉对急性脑梗死患者疗效及血清炎性细胞因子水平的影响[J]. 中国医药科学, 2013, 3(2): 66-67.
 [3] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评

分标准[J]. 中华神经科杂志, 1997, 17(5): 313-315.

[4] 石滴坚. 微创碎吸术手术时机对高血压脑出血患者血清炎症细胞因子水平的影响[J]. 疑难病杂志, 2010, 9(2): 94-95.

[5] 刘莉, 刘晓川, 魏有东, 等. 依达拉奉对伴胰岛素抵抗急性脑梗死患者细胞因子的影响[J]. 中国热带医学, 2014, 14(9): 1105-1107.

[6] 欧阳至吉, 陈晴. 氯吡格雷联合依达拉奉治疗急性脑梗死的临床疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(12): 113-114.

[7] 陈杰, 惠威, 徐斌, 等. 肝硬化合并肝源性糖尿病患者血清细胞因子水平分析[J/CD]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(8): 3270-3272.

[8] 湛小波, 周勇, 史忠. 高血压脑出血患者应激性高血糖与微创碎吸术后血清炎症细胞因子水平的相关性研究[J]. 西部医学, 2013, 25(3): 402-404.

[9] Liao JK. Secondary prevention of stroke and transient ischemic attack: is more platelet inhibition the answer? [J]. Circulation, 2007, 115(12): 1615-1621.

[10] Wu S, Sena E, Egan K, et al. Ederavone improves functional and structural outcomes in animal models of focal cerebral ischemia: a systematic review [J]. Int J Stroke, 2014, 9(1): 101-106.

(收稿日期: 2017-01-18 修回日期: 2017-03-07)

• 临床探讨 •

自我效能干预对直肠癌永久性肠造口患者的自护能力及心理状况影响

李卫红¹, 吕承祥²

(江苏省淮安市洪泽区人民医院: 1. 护理部; 2. 重症监护室 223100)

摘要:目的 探讨自我效能干预对直肠癌永久性肠造口患者的自护能力和心理状况的影响。方法 选取 2012 年 10 月至 2015 年 10 月该院接受永久性肠造口治疗的 80 例直肠癌患者, 采用双盲法随机分为 2 组。对照组($n=40$)行常规护理干预, 研究组($n=40$)在对照组的基础上使用自我效能干预护理。结果 出院 3 个月后 2 组患者的行走能力显示, 研究组的自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平 4 个维度均显著优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 术后 4 d 2 组患者的心理状况比较, 差异有统计学意义($P<0.05$); 出院后 3 个月 2 组患者的心理状况比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 自我效能干预护理能显著改善直肠癌永久性造口患者的自护能力, 改善心理状况, 有助于患者重返及更好适应社会, 值得临床推广应用。

关键词:自我效能干预; 直肠癌; 永久性肠造口; 自护能力

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.13.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)13-1979-02

直肠癌是胃肠道常见的恶性肿瘤, 受环境污染、饮食安全及生活习惯改变等多重因素影响, 其发病率呈逐年上升趋势。目前永久性造口手术治疗仍为直肠癌中晚期患者的最佳疗法, 即将患者自身部位的肠道拉出身体外, 置于腹壁上, 以解决粪便或尿液的排泄。该疗法虽能有效降低患者的病死率, 提高 5 年生存率, 但患者往往难以接受, 易产生抗拒、悲观、甚至绝望的心理^[1]。临床表现为术后身体恢复不佳, 心理状况不健康, 参与治疗的主动性和积极性下降等。近年来, 由 Bandura 提出自我效能干预护理应用到直肠癌永久性肠造口患者的护理中, 临床效果显著^[2]。为探讨自我效能干预护理对患者自护能力和心理状况的影响, 现深入研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 10 月至 2015 年 10 月该院接受永久性肠造口治疗的 80 例直肠癌患者。纳入标准: (1) 首次进行 Miles 手术的直肠癌永久性造口患者。 (2) 患者签署知情协议书, 自愿作为研究对象。 (3) 患者意识清楚, 能与医护人员准确沟通与表达。 (4) 具有较好的生活自理能力。采用双盲法随机将患者分为 2 组, 对照组采用常规护理干预, 男 22 例, 女 18 例, 平均年龄(49.3 ± 12.1) 岁, 高中及以下学历 26 例, 本科及以上学历 14 例, 体力劳动者 13 例, 脑力劳动者 27 例。研究组使用自我效能干预护理, 男 20 例, 女 20 例, 平均年龄(48.6 ± 11.5) 岁, 高中及以下学历 24 例, 本科及以上学历 16 例, 体力劳动者 12 例, 脑力劳动者 28 例。2 组患者的性别、年龄、文化程度等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 (1) 对照组患者采用常规护理干预, 主要包括: 入院时对其进行常规入院宣教, 术前常规检查, 术后常规用药护理, 并及时对其进行心理护理, 帮助正确使用造口袋, 指导术后及出院后的饮食护理, 帮助重建规律性排便及生活指导等。 (2) 研究组患者在对照组的基础上使用自我效能干预护理, 具体如下: ① 全程健康指导教育: 术前充分向患者及其家属展示与疾病有关的诊断、手术和护理知识, 使患者全面了解和做好心理准备, 向患者提供有益的服务, 以得到患者的支持。术前给患者进行个性化的造口术前定位, 模拟佩戴造口袋, 帮助其更好地进行术后身体恢复且适应术后生活。术后指导并帮助患者掌握正确使用造口袋及配合造口灌洗技巧。出院后制订个性化阶段性目标, 定时造口护理门诊复诊, 使其逐步完成身体、心理的适应, 更好地适应社会^[3]。针对不同患者的目标, 给予不同的处理方法。对完成目标的患者, 给予鼓励, 继续努力, 完成下一个目标。对未完成目标的患者, 帮助其分析原因, 共同克服困难, 树立战胜困难的信心。或者把目标缩小, 让其感受完成目标的喜悦, 循序渐进, 不断进步, 适应生活。② 介绍和学习他人成功经验: 定期开展病友经验交流会, 邀请在该院接受该治疗并术后恢复良好, 适应社会能力佳, 心里状况乐观的直肠癌患者及家属来院与患者及家属交流, 传授本人如何在生活中调整心态、适应社会及如何自我护理经验、护理技巧等, 及时向患者传递正能量, 增强患者治疗信心, 更好地面对未来生活, 也使患者家属在出院后更好地护理患者, 帮助其恢复生活信心。③ 注重沟通交流: 患者住院期间, 医护人员要经常与患者进行交流。交流过程中态度温和, 有耐心, 多对患者进行鼓