

参考文献

- [1] 李方钦. 癫痫发作类型与认知功能损害关系研究[J]. 现代仪器与医疗, 2016, 22(3): 13-15.
- [2] 曹圃霖. 含镁极化液治疗脑卒中后癫痫的效果和对神经元保护的作用分析[J]. 中外医学研究, 2016, 14(25): 39-40.
- [3] 梅晶, 李惠允. 癫痫患者认知功能障碍及其影响因素相关性分析[J]. 疑难病杂志, 2016, 15(5): 445-448.
- [4] 曹化, 仲玲玲, 居克举, 等. 拉莫三嗪联合丙戊酸钠治疗青年难治性部分性癫痫的疗效及对认知功能的影响研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2017, 25(1): 33-37.
- [5] 郭韬, 张波, 武江, 等. 药物难治性额叶、颞叶癫痫患者认知功能评估及影响因素对照分析[J]. 中华神经医学杂志, 2016, 15(10): 1004-1010.
- [6] JIANG G H, WANG W, CAO Q Q, et al. Insulin growth factor-1 (IGF-1) enhances hippocampal excitatory and seizure activity through IGF-1 receptor-mediated mechanisms in the epileptic brain[J]. Clin Sci, 2015, 129(12): 1047-1060.
- [7] 李文斌, 龚亮. 胰岛素样生长因子-1 对幼年大鼠癫痫持续 • 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 02. 031
- [8] 薛韬, 马琳. 血清 BDNF、IGF-1 水平变化与癫痫患者认知功能损害的关系探讨[J]. 医药前沿, 2016, 6(31): 183-184.
- [9] 李怡静, 王松江, 李玲玲, 等. 癫痫发作后认知功能与血清 BDNF IGF-1 及 Hcy 的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(16): 81-82.
- [10] 金海燕, 木娜瓦尔. 脑卒中并发癫痫对患者认知功能影响的相关性研究[J]. 中国社区医师, 2016, 32(22): 33-34.
- [11] 吉翔, 华芸, 张学军. 癫痫发作患儿血清中 IGF-1 和 NSE 联合检测的临床意义[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(4): 650-652.
- [12] 谭乔月, 孙怀强, 郝南亚, 等. 颞叶癫痫患者前额叶背外侧的定量质子磁共振波谱研究[J]. 放射学实践, 2016, 31(3): 209-213.
- [13] 刘耀, 李华灿, 陈自谦, 等. 氢质子磁共振波谱用于颞叶癫痫致痫灶术前定位的研究[J]. 中外医学研究, 2016, 14(19): 3-6.

(收稿日期: 2017-08-02 修回日期: 2017-10-25)

氯比格雷治疗局限性缺血性脑卒中致神经功能缺损患者的循证护理干预效果分析

牟春英, 屈彦, 曹娜

(西安交通大学第一附属医院神经内科, 西安 710061)

摘要:目的 探讨循证护理干预在氯比格雷治疗局限性缺血性脑卒中致神经功能缺损患者的临床效果。**方法** 选取 2015 年 12 月至 2016 年 12 月在该院神经内科接受氯比格雷药物治疗的局限性缺血性脑卒中患者 146 例, 通过随机数字表法将 146 例患者分为观察组(73 例)和对照组(73 例)。对照组采用常规护理和常规的康复训练; 观察组在对照组的基础上采取循证护理干预, 包括认知、心理、皮肤、饮食以及功能性的康复训练。比较两组之间给药后的不良反应、神经功能缺损评分(NIHSS 评分)、日常生活能力评分(MBI 评分)、生活质量评分(QOL-BREF 评分)以及护理满意度。**结果** 观察组给药后不良反应的发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组患者的神经功能和日常生活能力均得到了明显改善, NIHSS 评分低于对照组, MBI 评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组 QOL-BREF 评分中的生理、环境、健康状态、生存质量评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 在护理满意度比较中, 观察组总护理满意度为“非常满意”, 评分为(37.94 ± 0.42)分, 对照组为“满意”, 评分为(32.54 ± 0.33)分, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对局限性缺血性脑卒中患者早期采取循证护理干预可以在一定程度上缓解药物不良反应, 改善患者的神经功能和生活质量, 对提高治疗效果有重要意义。

关键词: 缺血性中风; 循证护理; 氯比格雷

中图法分类号: R473.74

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)02-0239-04

缺血性脑卒中是由于脑部血液循环障碍, 导致脑组织缺血缺氧性病变坏死, 进而产生临床上对应的神经功能缺失表现。这种疾病往往是在脑血栓的基础上引起的^[1-2]。目前, 缺血性脑卒中已经成为了神经内科的常见疾病, 局限性缺血性脑卒中作为缺血性脑卒中的一种, 主要是指由于患者脑部的血液供应障碍, 从而引发局限性的脑组织缺血性坏死或脑软化,

可造成患者神经功能缺损^[3-5]。在临床上被广泛用于治疗局限性缺血性脑卒中的氯比格雷具有抗凝血和提高患者血液循环功能的作用, 但是, 有报道称氯比格雷对胃肠道产生刺激, 并且有可能会引起皮肤疾病和白细胞水平的降低等不良反应^[5-7]。然而, 在对局限性缺血性脑卒中患者采取氯比格雷治疗的前后同步进行合理、有效的循证护理干预, 可能会显著提高

患者的生活质量和治疗效果。因此,本文探讨循证护理干预对氯吡格雷治疗局限性缺血性脑卒中患者的神经功能恢复情况以及生活质量水平的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 12 月至 2016 年 12 月在本院神经内科接受氯吡格雷药物治疗的局限性缺血性脑卒中患者 146 例,通过随机数字表法将 146 例患者分为观察组(73 例)和对照组(73 例)。观察组中男 40 例,女 33 例;年龄 42~84 岁,平均(57.63±13.48)岁;基础病类型中,高血压 29 例,动脉粥样硬化 15 例,糖尿病 6 例,冠心病 23 例。对照组中男 42 例,女 31 例;年龄 40~83 岁,平均(55.83±14.11)岁;基础病类型中,高血压 30 例,动脉粥样硬化 14 例,糖尿病 8 例,冠心病 21 例。两组患者的性别、年龄、病情等一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入、排除标准 纳入标准:(1)经过 CT 和 MRI 等检查确诊,符合第四届全国脑血管病会议修订的缺血性脑卒中标准;(2)患者在自愿的原则下签署知情同意书。排除标准:(1)有脑卒中病史以及后遗症的患者;(2)对氯吡格雷禁忌的哮喘患者或者过敏者;(3)精神病患者或处在妊娠期、哺乳期的女性^[8]。

1.3 方法

1.3.1 给药方法 氯吡格雷片联合阿司匹林片治疗。第 1 天给药氯吡格雷片 300 mg、1 次/天,阿司匹林片 300 mg、1 次/天;第 2 天及以后氯吡格雷 75 mg、1 次/天,阿司匹林片 100 mg、1 次/天。两组均是 4 周/疗程。

1.3.2 护理方法 对照组采用常规护理和常规的康复训练。观察组在对照组的基础上采取循证护理干预。主要循证护理方法:(1)认知护理。医护人员根据患者心理和病情的不同状态以及生活和家庭状况,耐心地进行一对一交流,针对性地制订护理干预措施,同时对患者进行健康教育,进行疾病专业知识介绍和讲解,纠正患者不合理的认知。(2)心理护理。医护人员积极、主动地和患者进行交谈,缓解其焦虑情绪,鼓励其以正确和积极的态度来对待疾病,通过讲述一些成功案例激发患者战胜病魔的信心。(3)肢体康复护理。按时给患者翻身、更换体位,通常每隔 2 h 1 次^[9],耐心地引导患者进行站立、缓慢行走等康复训练,避免患者因长时间卧床而肌无力,并预防跌倒发生。(4)吞咽功能护理。医护人员在创造合适的饮食环境的基础上对患者进行触觉刺激和味觉刺激等,同时密切关注患者,严禁其仰头进食,食物逐渐从流食到固食转变,耐心告诉患者进食切勿着急,咽下之后做几次空吞动作。(5)语言功能护理。在训练初期,医护人员积极引导患者从短至长、从字至词再至句进行发音练习。(6)皮肤护理。根据相关研究,氯

吡格雷在临床治疗中可能导致皮疹等^[10-12]症状的发生,针对该问题,在按时给患者翻身的基础上,医护人员要密切观察患者的皮肤是否有异样,必要时告知主治医生或者采取抗过敏治疗皮疹。

1.4 评价指标 (1)调查比较氯吡格雷药物的不良反应。检查患者在治疗后是否有颅内出血、消化道出血、严重的胃肠道不适以及皮肤过敏等症状。(2)神经功能缺损程度和生活能力评价。根据美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS 评分)^[13]标准对患者治疗前后进行神经功能受损情况评分。神经功能缺损情况分为 3 级:轻度神经功能缺损(<4 分)、中度神经功能缺损(4~15 分)和重度神经功能缺损(>15 分)。生活能力评价:根据 Barthel 指数^[14]对治疗前后患者的日常生活能力进行评分(MBI 评分),分值为 0~100 分,分值和生活能力呈正比。(3)生活质量和护理满意度。采用生活质量评分(QOL-BREF 评分)系统从心理、生理、社会、环境、健康状态、生存质量 6 个维度对患者生活质量进行评估。调查患者对护理的满意度,包括 4 项(心理护理、健康教育、功能康复训练和护理态度),10 分/项,非常满意:>34 分;满意:26~34 分;不满意:<26 分。总满意度评分=(非常满意评分+满意评分)/总病例数。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件对研究数据进行分析。计数资料以率或例数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 药物的不良反应调查 两组患者均未出现颅内出血,但是对照组有 1.37% 出现消化道出血,9.56% 出现胃肠道不适以及 6.85% 出现皮肤过敏,与观察组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者对氯吡格雷药物不良反应比较[n(%)]

项目	<i>n</i>	颅内出血	消化道出血	严重的胃肠道不适	皮肤过敏
观察组	73	0(0.00)	0(0.00)	1(1.37)	2(2.74)
对照组	73	0(0.00)	1(1.37)	7(9.56)	5(6.85)
χ^2			192.33	37.822	26.528
<i>P</i>			0.000	0.000	0.001

表 2 两组患者治疗前后神经功能缺损程度评价比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	<i>n</i>	NIHSS 评分		MBI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	73	14.21±3.98	6.17±4.21	44.50±12.79	80.63±14.93
对照组	73	14.45±3.32	10.92±4.09	44.18±13.01	61.52±15.29
<i>t</i>		0.287	3.421	0.318	5.74
<i>P</i>		0.778	0.015	0.903	0.006

2.2 两组患者神经功能缺损程度和 MBI 评分比较

治疗前两组患者的 NIHSS 评分和 MBI 评分差异均无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组 NIHSS 评分低于对照组,MBI 评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),神经功能和生活能力得到了明显改善。见表 2。

2.3 两组患者 QOL-BREF 评分和护理满意度比较分析 经氯吡格雷治疗后,对照组 QOL-BREF 评分

中的生理、环境、健康状态、生存质量评分明显低于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$),心理和社会 2 个方面评分差异无统计学意义($P>0.05$)。护理满意度比较,观察组总护理满意度为“非常满意”,评分为(37.94 ± 0.42)分;对照组为“满意”,评分为(32.54 ± 0.33)分,两组评分差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3、表 4。

表 3 两组患者 QOL-BREF 各项评分比较($\bar{x}\pm s$,分)							
项目	<i>n</i>	心理	生理	社会	环境	健康状态	生存质量
观察组	73	86.89±7.04	90.02±9.62	49.28±6.75	93.59±5.29	3.78±3.14	3.47±1.23
对照组	73	81.73±6.92	77.69±10.40	33.88±3.09	84.91±6.12	3.08±2.95	2.66±0.89
<i>t</i>		2.974	3.605	3.037	4.182	3.620	2.958
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 两组患者护理满意度评分比较($\bar{x}\pm s$,分)						
项目	n	心理护理	健康教育	功能康复	护理态度	总满意度
观察组	73	9.21±0.23	9.09±0.20	9.13±0.15	9.39±0.13	37.94±0.42
对照组	73	8.17±0.19	8.39±0.21	8.20±0.17	8.54±0.29	32.54±0.33
t		3.762	3.104	3.804	3.951	4.238
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

氯吡格雷作为一种血小板聚集的抑制剂治疗局限性缺血性脑卒中疾病具有显著效果,并得到了临床上的认可^[15]。有研究显示,氯吡格雷治疗局限性缺血性脑卒中具有一定的不良反应,对胃肠道刺激高达 27%,皮肤过敏近 16%以及出血症状为 2%^[12-16]。在本研究中,两组患者均出现了胃肠道不适、消化道出血以及皮疹等症状,但观察组的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),说明对观察组患者进行皮肤和饮食等方面的护理在一定程度上可以缓解或者降低不良反应的发生。为了进一步探讨循证护理在局限性缺血性脑卒中患者神经功能恢复中的作用,对患者进行 NIHSS 评分和 MBI 评分,本研 究结果显示,观察组患者的神经功能和日常生活能力均得到了明显的改善,均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。另外,观察组 QOL-BREF 评分中的生理、环境、健康状态、生存质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);在护理满意度比较中,观察组总护理满意度为“非常满意”,评分为(37.94 ± 0.42)分,对照组为“满意”,评分为(32.54 ± 0.33)分,两组评分差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,对局限性缺血性脑卒中患者采取早期循证护理干预可以在一定程度上缓解药物治疗的不良 反应以及改善患者的神经功能和生活质量,对提高治 疗效果有重要意义。

参考文献

[1] 孙慧英,李涛.脑卒中及其危险因素分析[J].卒中与神经疾病,2012,19(3):167-170.

[2] 中华医学会神经病学分会.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.

[3] SOHAIL U, HARLEEN C, MAHDI A O, et al. Bleeding risk with clopidogrel and percutaneous endoscopic gastrostomy[J]. World J Gastrointest Endosc, 2016, 8(16): 553-557.

[4] 万丽红,邓石凤,张小培,等.不同阶段高血压性脑卒中患者健康知识及行为的比较[J].中华护理杂志,2013,48(5):428-431.

[5] LIU A C, ZHAO L X, YU S W, et al. Pre-treatment with puerarin affects pharmacokinetics of warfarin, but not clopidogrel, in experimental rats[J]. Chin J Nat Med, 2015, 13(4): 257-263.

[6] 陈景红.半乳糖凝集素 3 与急性缺血性脑卒中的相关性研究[J].标记免疫分析与临床,2015,22(2):132-134.

[7] LI L, ZHANG L H, XU W P, et al. Risk assessment of ischemic stroke associated pneumonia[J]. World J Emerg Med, 2014, 5(3): 209-213.

[8] 楼美红,陈利芳,方剑乔.基于神经康复医学的针灸治疗缺血性脑卒中的若干问题探讨[J].中华中医药学刊,2014,32(5):985-989.

[9] WANG X Z, GONG X, ZHU T, et al. Clopidogrel improves aspirin response after off-pump coronary artery bypass surgery[J]. J Biomed Res, 2014, 28(2): 108-113.

- [10] XU T, ZHANG J T, YANG M, et al. Dyslipidemia and outcome in patients with acute ischemic stroke[J]. Biomed Environ Sci, 2014, 27(2):106-110.
- [11] 周子懿, 魏琳, 张小培, 等. 缺血性卒中二级预防药物治疗依从性及应用现状的随访研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(5):498-503.
- [12] 王伊龙, 孟霞, 赵性泉, 等. 氯吡格雷用于急性非致残性脑血管事件高危人群临床研究结果解读[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 32(2):180-182.
- [13] 梁磊, 黄志恩, 罗高权, 等. 双联抗血小板治疗非心源性缺血性脑卒中的疗效及安全性研究现状[J]. 解放军医学杂志, 2014, 39(2):167-171.
- [14] 牟凤群, 陈通. 缺血性脑卒中患者抗血小板药物治疗抵抗与环氧化酶-1 基因多态性的关系[J]. 中风与神经疾病杂志, 2013, 30(12):1102-1104.
- [15] 温宏峰, 王瑞彤, 李继来. 缺血性脑卒中患者阿司匹林或氯吡格雷及其联合应用抗血小板治疗的研究[J]. 临床神经病学杂志, 2013, 26(3):180-182.
- [16] 刘玲, 侯华娟, 刘亚红, 等. 用血栓弹力图评价阿司匹林及氯吡格雷在缺血性卒中患者中血小板抑制效应的研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2012, 29(5):446-449.

(收稿日期:2017-06-15 修回日期:2017-09-11)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.02.032

动态监测血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平对细菌感染再发的诊断价值

刘小艳, 赵锁林, 杨珍珍, 梁会娟, 刘莹[△]
(陕西省宝鸡市妇幼保健院输血科 721000)

摘要:目的 探讨血清降钙素原(PCT)、可溶性髓细胞触发受体-1(sTREM-1)、白细胞介素-8(IL-8)水平对细菌感染再发的诊断价值。方法 选取 2015 年 6 月至 2016 年 6 月该院收治的 120 例细菌性感染患者为研究对象, 根据治疗结果将感染患者分为治疗有效组(65 例)和感染再发组(55 例)。另选取同期在该院体检的 60 例体检健康者为健康对照组。比较各组研究对象基线血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平, 同时动态观察感染再发组患者血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平, 并应用受试者工作特征曲线(ROC 曲线)分析血清 PCT、sTREM-1、IL-8 在细菌感染再发诊断中的应用价值。结果 治疗有效组患者与感染再发组患者血清 PCT、sTREM-1、IL-8 基线水平明显高于健康对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 感染再发组患者血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平明显高于治疗有效组患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 经动态观察, 感染再发组患者治疗 24、48 h 后血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平明显升高, 并于 48 h 达到峰值, 在治疗 72 h 后血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平明显下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 在治疗 96 h 后血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平接近治疗有效组基线水平, 在治疗 144 h 后血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平接近健康对照组基线水平, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。经 ROC 曲线分析, 血清 PCT、sTREM-1、IL-8 在诊断细菌感染再发中的灵敏度及特异度分别为 82.2% 和 89.8%、81.8% 和 89.2%、81.8% 和 80.7%。结论 动态监测血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平对诊断及鉴别细菌感染再发具有重要的临床价值。

关键词:降钙素原; 可溶性髓细胞触发受体-1; 白细胞介素-8; 感染再发

中图法分类号:R446.11

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)02-0242-04

细菌感染是临床常见疾病, 病原菌分离及培养是目前临床诊断细菌感染常用的方法, 但由于该方法耗时较长, 在病原菌鉴定报告出来前, 临床医生常根据经验用药^[1]。大量应用抗菌药物可增加病原菌耐药性, 导致感染加重或增加患者细菌感染再发的风险, 因此寻找快速、灵敏度高的实验室指标对预防及早期诊断细菌再次感染具有重要的意义^[2]。血清降钙素原(PCT)是降钙素前体, 目前普遍认为其是预测早期细菌性感染的特异性指标^[3]。可溶性髓细胞触发受体-1(sTREM-1)是近年新发现与感染相关的指标, 可用于诊断各种感染性疾病及对患者病情作出判断^[4]。白细胞介素-8(IL-8)是重要的免疫调节及炎性细胞因子, 在介导机体炎性反应及感染过程中起到重要的作

用^[5]。因此, 本研究将探讨血清 PCT、sTREM-1、IL-8 水平对细菌感染再发的诊断价值, 旨在为细菌感染再发的预防及早期诊断提供指导。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 6 月本院收治的 120 例细菌性感染患者为研究对象。感染患者纳入标准: (1) 均经细菌培养确诊为阳性患者; (2) 年龄均 > 20 岁; (3) 所有对象对研究均知情同意并签署知情同意书。排除外伤、烧伤、手术、恶性肿瘤、心力衰竭等可能引起 PCT、IL-8 升高的患者。患者入院后均经抗感染治疗, 根据治疗结果分为治疗有效组(65 例)和感染再发组(55 例)。治疗有效组是指患者经抗感染治疗后感染症状明显减轻, 患者实验室指