

瞻性研究将是进入临床应用阶段的必要理论基础,也是下一步研究的重点。

参考文献

[1] 聂良华,沈其君. 产前筛查试验中 MOM 方法的原理及其应用[J]. 中国医院统计, 2006, 13(4): 302-304.
 [2] 王芳. 可溶性血管内皮生长因子受体 sFlt-1, Flt-1 在妊娠期高血压疾病患者中的水平和意义[J]. 医学综述, 2014, 20(6): 1136-1138.
 [3] 苑洪菲, 王晓蓉, 于波, 等. 血管内皮生长因子与胎盘生长因子在妊娠期高血压患者血清中的表达[J]. 中华保健医学杂志, 2012, 14(4): 292-293.
 [4] WIKSTRM A K, LARSSON A, ERIKSSON U J, et al. Placental growth factor and soluble FMS-like tyrosine kinase-1 in early-onset and late-onset preeclampsia[J]. Obstet Gynecol, 2007, 109(6): 1368-1374.
 [5] SCHIETTECATTE J, RUSSCHER H, ANCKAERT E, et al. Multicenter evaluation of the first automated Elecsys sFlt-1 and PIGF assays in normal pregnancies and preeclampsia[J]. Clin Biochem, 2010, 43(9): 768-770.
 [6] VILLAR J, SAY L, GULMEZOGLU A M, et al. Eclampsia and preeclampsia: a worldwide health problem for 2000 years[M]. London: RCOG Press, 2003: 189-207.
 [7] STEEGERS E A, VON DADELSZEN P, DUVEKOT J J, et al. Pre-eclampsia[J]. Lancet, 2010, 376(41): 631-644.
 [8] MILNE F, REDMAN C, WALKER J, et al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in the community [J]. Br Med J, 2005, 330(91): 576-580.

[9] CHAIWORAPONGSA T, ROMERO R, KORZENIEWSKI S J, et al. Plasma concentrations of angiogenic/anti-angiogenic factors have prognostic value in women presenting with suspected preeclampsia to the obstetrical triage area: a prospective study[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2014, 27(2): 132-144.
 [10] OHKUCHI A, HIRASHIMA C, MATSUBARA S, et al. Threshold of soluble fms-like tyrosine kinase 1/placental growth factor ratio for the imminent onset of preeclampsia[J]. Hypertension, 2011, 58(5): 859-866.
 [11] CHAIWORAPONGSA T, ROMERO R, SAVASAN Z A, et al. Maternal plasma concentrations of angiogenic/anti-angiogenic factors are of prognostic value in patients presenting to the obstetrical triage area with the suspicion of preeclampsia [J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2011, 24(10): 1187-1207.
 [12] CHAIWORAPONGSA T, ROMERO R, KORZENIEWSKI S J, et al. Maternal plasma concentrations of angiogenic/antiangiogenic factors in the third trimester of pregnancy to identify the patient at risk for stillbirth at or near term and severe late preeclampsia[J]. Am J Obstet Gynecol, 2013, 208(4): 287-306.
 [13] EREZ O, ROMERO R, ESPINOZA J, et al. The change in concentrations of angiogenic and anti-angiogenic factors in maternal plasma between the first and second trimesters in risk assessment for the subsequent development of preeclampsia and small-for-gestational age[J]. J Matern Fetal Neonatal Med, 2008, 21(5): 279-287.

(收稿日期: 2017-08-06 修回日期: 2017-10-05)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 04. 035

预见性护理对祛湿化淤解毒定痛汤结合西药治疗急性痛风性关节炎

周 华

(华中科技大学附属梨园医院骨科, 武汉 430077)

摘要:目的 探讨预见性护理对祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗急性痛风性关节炎的临床效果。
方法 选取 2015 年 6 月至 2016 年 6 月该院收治的急性痛风性关节炎患者 94 例, 按照随机数字表法分为对照组($n=47$)和观察组($n=47$)。2 组患者均给予祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗, 对照组患者实施常规护理, 观察组在对照组的基础上联合预见性护理, 比较 2 组患者的临床护理效果。
结果 2 组护理前关节疼痛评分、关节肿胀评分、关节活动受限评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。护理后观察组关节疼痛评分、关节肿胀评分、关节活动受限评分, 均低于对照组($P<0.05$); 观察组 C 反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)、肌酐(Cr)水平低于对照组($P<0.05$); 观察组白细胞介素-6(IL-6)、红细胞沉降率(ESR)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)指标低于对照组($P<0.05$)。
结论 急性痛风性关节炎患者采用祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗过程中采用预见性护理临床效果理想, 值得推广应用。

关键词: 预见性护理; 祛湿化淤解毒定痛汤; 痛风性关节炎

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)04-0539-03

急性痛风性关节炎是由于机体尿酸盐沉积在患者的滑囊、关节囊、骨质, 以及软骨而诱发的组织损伤和炎症反应, 该病在 40 岁以上的男性发病率较高, 且多发生在拇趾、跖趾关节及踝关节^[1]。临床表现为关节剧痛, 常为突发性单侧疼痛, 并且关节附近组织存

在显著的发热、肿胀、压痛。近年来随着生活水平的持续改进, 嘌呤饮食造成该病的发病率明显上升^[2]。目前, 临床对急性痛风性关节炎以祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗为主, 该方法充分发挥汤药及西药不同治疗方案, 能提高临床治疗效果, 促进患者早期恢

复^[3]。有研究报道,将预见性护理用于祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗急性痛风性关节炎患者的临床效果理想,促进患者康复,但是该结论尚未得到进一步证实^[4]。现探讨预见性护理在祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗急性痛风性关节炎的临床护理效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 取2015年6月至2016年6月该院收治的急性痛风性关节炎患者94例,采用随机数字表法分为对照组($n=47$)和观察组($n=47$)。对照组:男33例,女14例,年龄38~59岁,平均年龄(47.2±3.5)岁,病程3~9h,平均病程(4.2±0.9)h;观察组:男31例,女16例,年龄24~58岁,平均年龄(41.3±3.8)岁,病程3~9h,平均病程(4.3±0.9)h。纳入标准:(1)发作时间大于1年同时1d内达到高峰。(2)关节呈暗红色。(3)炎性限于个别关节。(4)单侧跖趾关节炎。(5)第1跖趾关节肿痛。(6)存在可疑痛风结节。(7)关节非对称肿胀。(8)发作会自行停止。至少具备上述4项,排除继发性关节炎。患者知情同意本研究,同时排除间歇期及慢性期患者。排除标准:合并有严重心脑血管疾病及肝肾疾病者。2组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 2组患者均给予祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗:口服秋水仙碱片(昆明制药公司,国药准字H53021389),1毫克/次,每天6次^[4]。患者症状缓解或者发生不良反应时停止用药,并改用布洛芬缓释胶囊(天津史克公司,国药准字10900089),150毫克/次,每天2次。同时联合使用祛湿化淤解毒定痛汤,主要药物成分为白花蛇舌草、苍术、防己、生地、黄芩、赤芍药等,1剂/天,水煎后取汁400mL分2次服用,持续治疗14d(1个疗程)^[5]。

1.2.2 护理方法 (1)对照组:实施常规护理。向患者宣传、教育疾病相关知识,告知患者即将进行的治疗方法,治疗过程中加强药物干预,保证患者按时、按量用药,提高患者治疗依从性和配合度^[6]。(2)观察组:在对照组的基础上联合预见性护理。①基础护理。为患者安排病房及病床,保证患者住院环境的舒适及安静,设定病房温度约为24℃^[7]。入院后绝对卧床休息,尽可能避免关节疼痛,减轻疼痛加剧,护士告诫患者,局部避免热疗或者冷敷,避免病情加重。②心理护理。加强患者心理评估,了解心理波动情况,根据评估结果选择合适的心理护理方法,消除患者内心的负性情绪,树立战胜疾病的信心^[8]。对患者进行健康教育,使其意识到精神应激及不良生活习惯对该病的影响,纠正错误的生活方式,尤其要戒烟限酒从而合理控制体质量^[9]。③药物不良反应护理。护士及时向患者讲述药物使用过程中可能存在的不良反应,提高患者用药的依从性。同时,护士在患者

自备的日记本里清晰地抄录医师的处方、药物使用方法、剂量、日记等,避免发生遗忘。此外,护士每天叮嘱患者药物使用,正确指导患者药物使用方法,避免随意增减药物剂量或类型,降低药物不良反应发生率。④功能锻炼。护士向患者及家属讲述功能锻炼的重要性和必要性,通过讲解、演示关节运动的正确方法,建立功能锻炼日记本,并且在首页贴上功能锻炼方法等健教卡,要求患者严格遵循健教卡内容进行锻炼,对活动障碍者,护士要求家属准备相应的辅助锻炼工具,正确指导患者锻炼^[10]。

1.3 疗效判断标准 (1)关节疼痛、肿胀、受限评分:关节疼痛评分,0分表示无痛;>0~3分表示轻度疼痛但能正常活动;>3~6分表示中度疼痛,虽然影响工作但生活可以自理;>6~9分表示患者疼痛严重且生活无法自理;>9分表示剧烈疼痛且难以忍受。关节肿胀评分,0分表示无肿胀;1分表示关节肿胀且皮肤为红色;2分表示关节明显肿胀,同时皮肤为红色;3分表示关节严重肿胀且皮肤黯红色。关节活动受限评分,0分表示关节活动正常,1分表示关节受限,2分表示关节显著受限,3分表示关节严重受限^[11]。(2)生化指标:观察2组护理前后C反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)、肌酐(Cr)、白细胞介素-6(IL-6)、红细胞沉降率(ESR)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)等指标的变化情况,应用自动生化仪进行相关指标的检测^[12]。

1.4 统计学处理 采用SPSS18.0统计软件进行数据分析,计数资料以例数或百分率表示,使用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,应用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者干预前后关节各指标评分结果比较 2组患者护理前关节疼痛评分、关节肿胀评分、关节活动受限评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后观察组关节疼痛评分、关节肿胀评分、关节活动受限评分均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者干预前后关节各指标评分结果比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数(n)	时间	关节疼痛评分	关节肿胀评分	关节活动受限评分
对照组	47	干预前	7.3±1.5	2.2±0.9	1.9±0.6
		干预后	3.6±1.8 ^{ab}	1.5±0.6 ^{ab}	0.9±0.8 ^{ab}
观察组	47	干预前	7.3±1.1	2.3±0.8	1.9±0.5
		干预后	2.1±1.2 ^b	0.8±0.5 ^b	0.5±0.3 ^b

注:与对照组比较,^a $P<0.05$;与干预前比较,^b $P<0.05$

2.2 2组患者干预前后CRP、UA、Cr水平结果比较 2组患者护理前CRP、UA、Cr水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后观察组CRP、UA、Cr水平均低于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.3 2组患者干预前后IL-6、ESR、ALT水平结果比较 2组患者护理前IL-6、ESR、ALT水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后观察组IL-6、ESR、

ALT水平均低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表2 2组患者干预前后CRP、UA、Cr水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	时间	CRP(mg/L)	UA(μ mol/L)	Cr(μ mol/L)
对照组	47	干预前	35.9 \pm 15.8	459.1 \pm 91.3	96.4 \pm 8.5
		干预后	12.6 \pm 2.4 ^b	436.8 \pm 91.9 ^b	91.3 \pm 8.9 ^b
观察组	47	干预前	35.4 \pm 15.6	456.9 \pm 91.5	96.1 \pm 8.2
		干预后	8.5 \pm 1.9 ^{ab}	401.2 \pm 91.2 ^{ab}	85.4 \pm 8.3 ^{ab}

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与干预前比较,^b $P < 0.05$

表3 2组患者干预前后IL-6、ESR、ALT水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	时间	IL-6(ng/L)	ESR(mm/h)	ALT(U/L)
对照组	47	干预前	69.4 \pm 3.5	35.8 \pm 10.4	43.5 \pm 11.8
		干预后	65.3 \pm 3.9 ^b	20.9 \pm 10.6 ^b	39.2 \pm 11.3 ^b
观察组	47	干预前	69.3 \pm 3.4	35.6 \pm 10.3	43.1 \pm 11.2
		干预后	60.2 \pm 3.1 ^{ab}	13.7 \pm 10.1 ^{ab}	34.2 \pm 11.9 ^{ab}

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与干预前比较,^b $P < 0.05$

3 讨论

预见性护理通过分析该病患者治疗及预后的影响因素,提前为患者进行护理干预,从而最大限度地避免不良因素的影响,有利于确保治疗效果。本研究联合应用药物治疗及预见性护理,在住院过程中针对患者的具体情况,为患者提供个性化护理干预措施,从基础护理、心理护理、饮食护理等措施实施干预,使得护理人员与患者之间构建起融洽的关系^[13]。一方面缓解患者面临的心理压力,使其主动积极地配合各项干预措施,提高护理依从性;另一方面有利于减轻患者关节疼痛症状,有效改善关节功能。尤其是借助饮食指导,能帮助患者调整饮食结构,使其意识到合理饮食的价值,改变自身的不良饮食习惯,建立科学的生活方式^[14]。此外,还要进一步巩固干预效果,需持续拓展预见性护理的内容,护理人员应当为该病患者提供出院指导,并且做好定期随访工作,在患者出院之后保持联系,从而指导其定期进行复查。通过这样的护理干预措施,有利于患者保持正常UA水平,避免疾病反复发作,显著降低患者的复发风险^[15]。除此之外,运动指导也是预防性护理的重要内容。有氧运动可以加速脂肪燃烧,降低患者的胰岛素抵抗性,且不会升高UA水平,所以护理人员需鼓励患者多进行有氧运动^[16]。不过需要注意的是,因剧烈运动会加大组织的耗氧量,从而生成无氧酵解乳酸,易诱发该病,所以需告诫患者防止剧烈运动,应当选择散步及慢跑等运动方式。

综上所述,急性痛风性关节炎患者在祛湿化淤解毒定痛汤联合西药治疗过程中采用预见性护理的临床效果理想,值得推广应用。

参考文献

[1] 刘燕兰. 中药高位足浴联合丹七止痛膏外敷治疗急性痛

风性关节炎的疗效观察[J]. 护理研究, 2014, 28(8): 992-993.

[2] 周明倩, 李海昌, 温成平. 急性痛性关节炎中西医结合治疗浅析[J]. 中国中医急症, 2015, 24(3): 450-452.

[3] SMITH H S, BRACKEN D, SMITH J M. Gout: current insights and future perspectives[J]. J Pain, 2011, 12(11): 1113-1129.

[4] 余彩云, 杜永明, 陈国宁, 等. 中药外洗在痛风性关节炎急性发作期的护理及治疗中的应用[J]. 中医药导报, 2014, 2(4): 139-141.

[5] 周娅, 黎明. 穿刺放血减压术后配合中药及护理干预治疗痛风性关节炎疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 3(2): 99-100.

[6] CHOI H K, ATKINSON K, KARLSON E W, et al. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men[J]. N Engl J Med, 2004, 350(11): 1093-1103.

[7] 姬艳波, 韩宏妮, 陈立忠. 痛风洗剂治疗急性痛风性关节炎观察[J]. 中国保健营养, 2014, 1(6): 3184-3185.

[8] SO A, DE SMEDT T, REVAZ S, et al. A pilot study of IL-1 inhibition by anakinra in acute gout[J]. Arthritis Res Ther, 2007, 9(2): R28.

[9] 庄丽华, 胡家才, 吴昊. 中西医结合治疗急性痛风性关节炎 meta 分析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 20(12): 128-132.

[10] ESSACK M, SCHUAMACHER H R, FOUICHE L, et al. Rilonacet for gout flare prevention during initiation of uric acid-lowering therapy: results from the PRESURGE-2 international, phase 3, randomized, placebo-controlled trial[J]. Rheumatology, 2014, 1(52): 1285-1292.

[11] MITHA E, SCHUMACHER H R, FOUICHE L, et al. Rilonacet for gout flare prevention during initiation of uric acid-lowering therapy: results from the PRESURGE-2 international, phase 3, randomized, placebo-controlled trial[J]. Rheumatology, 2013, 52(7): 1285-1292.

[12] 陈昉, 童娟, 姚红. NLRP3 与急性痛风性关节炎相关作用研究进展[J]. 华南国防医学杂志, 2014, 28(12): 1281-1284.

[13] 李跃兵, 张泓, 李铁浪, 等. 电针对大鼠急性痛风性关节炎抗炎机制研究[J]. 中国中医急症, 2015, 24(5): 781-783.

[14] 李娟娥, 姜小帆, 李静, 等. 中药复方治疗急性痛风性关节炎的 Meta 分析[J]. 北京中医药, 2015, 18(8): 617-620.

[15] 刘吉琴, 陈雄, 曾玉琴, 等. 针刀结合药物治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 21(25): 2755-2757.

[16] 牛宝华, 孙阳圆, 王会侠, 等. 中西医结合治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 中医药导报, 2014, 30(12): 81-83.

(收稿日期: 2017-08-05 修回日期: 2017-10-04)