

无抗炎症效果,而沙美特罗替卡松吸入剂有抗炎效果且噻托溴铵可以增强沙美特罗替卡松吸入剂的药效。

综上所述,长效抗胆碱药噻托溴铵联合 β_2 -受体激动剂沙美特罗替卡松吸入剂在治疗 AECOPD 患者中有显著疗效,可以明显改善患者肺功能和炎症水平,改善患者症状,提高患者生存质量。

参考文献

[1] 郎文娟. 联合应用布地奈德雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病加重期的疗效分析[D]. 泰安:泰山医学院,2014.
 [2] 贾永良,谢强敏,张洪泉,等. 吸烟对慢性阻塞性肺疾病发病机制的影响[J]. 国际呼吸杂志,2010,30(21):1321-1323.
 [3] 高天野. 灸药结合对 COPD 稳定期患者生存质量的影响[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
 [4] 姚婉贞,路明. 2015 年新版 GOLD 指南要点解读[J]. 浙江医学,2015,37(4):369-270.
 [5] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版),2014,36(2):67-80.
 [6] 叶宁. 支气管扩张患者的肺功能改变及易于合并 COPD 的高危因素的探究[D]. 长春:吉林大学,2016.
 [7] 孙沛,丁毅鹏. 慢性阻塞性肺疾病危险因素及发病机理研究进展[J]. 海南医学,2015,26(9):1324-1327.
 [8] 冯鑫,王荣丽. 慢性阻塞性肺疾病中氧化应激及抗氧化治疗的研究进展[J]. 临床肺科杂志,2016,21(1):136-139.
 [9] 何慧洁,张冬,王慧敏,等. 噻托溴铵联合大剂量沙美特

罗/替卡松治疗中重度性阻塞性肺疾病稳定期患者的疗效观察[J]. 中国当代医药,2012,19(3):73-74.
 [10] 郁昊达. 噻托溴铵联合沙美特罗/丙酸氟替卡松对稳定期中重度慢性阻塞性肺疾病的疗效观察[D]. 苏州:苏州大学,2012.
 [11] 孔铭颢,王建忠,刘颖. 脂连素联合其他炎症标记物在慢性阻塞性肺病中的诊断价值[J]. 同济大学学报(医学版),2016,37(2):106-109.
 [12] 迟玉敏,吕静,杜俊凤,等. 联合吸入噻托溴铵及沙美特罗替卡松对稳定期 COPD 患者血清炎症细胞因子及肺功能的影响迟[J]. 临床肺科杂志,2013,18(9):1560-1562.
 [13] 孔铭颢,王建忠,刘颖. 脂连素联合其他炎症标记物在慢性阻塞性肺病中的诊断价值[J]. 同济大学学报(医学版),2016,37(2):106-109.
 [14] 吴红红,魏晓丽,何英. 慢性阻塞性肺病患者的血清 IL-8、TNF- α 变化及其与肺功能的关系[J]. 新疆医科大学学报,2012,35(10):1356-1358.
 [15] 吴镇湖,许银姬,汤翠英. 慢性阻塞性肺病稳定期 TNF- α 、IL-8 水平与及吸烟和肺功能的相关性研究[J]. 医药前沿,2013,3(13):91-92.
 [16] 葛红庭,黄长明,吴暇,等. 沙美特罗替卡松联合噻托溴铵治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的疗效及对血清白细胞介素-8、肿瘤坏死因子- α 的影响[J]. 临床内科杂志,2015,32(6):407-409.

(收稿日期:2017-08-22 修回日期:2017-10-08)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.05.046

内镜下组织黏合剂联合硬化剂对危重食管胃底静脉曲张患者门静脉血流动力学的影响

冯姝婷¹, 由继辉², 李 艳^{1△}

(辽宁省人民医院:1. 消化内一科;2. 呼吸内科,沈阳 110016)

摘要:目的 探讨内镜下组织黏合剂联合硬化剂对危重食管胃底静脉曲张患者门静脉血流动力学的影响。**方法** 采用便利抽样法选取该院 2012 年 9 月至 2016 年 9 月收治的危重食管胃底静脉曲张患者 76 例作为研究对象,将其随机分为观察组和对照组,每组 38 例。对照组采用内镜下注射硬化剂治疗,观察组采用内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗,观察对比两组患者的治疗效果和门静脉血流动力学检测指标。**结果** 治疗后,观察组患者吞咽梗塞、胸痛、发热等并发症出现的情况明显少于对照组($P < 0.05$),且急诊止血率高于对照组($P < 0.05$);观察组患者近期、远期再出血发生率明显少于对照组($P < 0.05$);与治疗前比较,治疗后两组患者门静脉内径无明显改变,其血流速度与血流量均明显增加,且观察组明显高于对照组($P < 0.05$);观察组出现脊髓和大脑栓塞各 1 例,对照组出现脊髓栓塞 2 例、大脑栓塞 3 例,两组不良反应发生情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗危重食管胃底静脉曲张,能够提高止血效果,降低近远期再出血发生率,促进肝功能的恢复。

关键词:组织黏合剂; 硬化剂; 静脉曲张; 血流动力学

中图法分类号:R573

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)05-0711-04

食管胃底静脉曲张是消化内科常见的疾病,重度 食管胃底静脉曲张会破裂出血,严重危及患者生命。

△ 通信作者, E-mail: liyanln100@126.com.

目前临床常用治疗方法是内镜硬化剂注射、组织黏合剂注射等治疗方法。近年来相关研究表明,内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗危重食管胃底静脉曲张患者效果更好^[1]。为进一步证实该理论,本院将对76例危重食管胃底静脉曲张患者进行研究,旨在分析内镜下组织黏合剂联合硬化剂的治疗效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法选取本院2012年9月至2016年9月收治的危重食管胃底静脉曲张患者76例作为研究对象,其中男39例,女37例;轻度23例,中度29例,重度24例;患者年龄25~68岁,平均(46.56±4.67)岁。随机将其分为观察组和对照组,每组38例。观察组男20例,女18例;轻度12例,中度14例,重度12例。对照组男19例,女19例;轻度11例,中度15例,重度12例。两组患者性别、年龄等资料相比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《消化道静脉曲张及出血内镜诊断和治疗规范试行方案》^[2],常规内镜下,患者黏膜表面出现弯曲的条索或结节状隆起,以及静脉血管颜色改变,即可确诊;超声内镜下,食管、胃底黏膜或黏膜下方出现低回声血管腔影的影像学特征,亦为曲张静脉的诊断。食管胃底静脉曲张的严重程度根据中华医学会消化内镜分会制定的《食管胃底静脉曲张内镜下诊断和治疗规范》^[3],分为轻、中、重度3度。轻度:食管胃底静脉曲张呈直线形或略有迂曲,无红色征;或连续曲张的食管胃底静脉,沿胃小弯部向胃食管交界处延伸3~5 cm。中度:食管胃底静脉曲张呈直线或略有迂曲,有红色征或食管静脉曲张呈蛇形迂曲隆起但无红色征;或静脉曲张向胃底大弯延伸,且超过胃食管结合处。重度:食管胃底静脉曲张呈蛇形隆起或曲张呈结节状、瘤状,或静脉曲张既向胃底延伸,又向胃小弯延伸。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:(1)经食管钡餐造影、CT、MRI扫描或内镜检查确诊为食管胃底静脉曲张者;(2)年龄20~70岁。排除标准:(1)过敏体质者;(2)合并有严重原发性疾病者(如呼吸衰竭、心功能不全等);(3)妊娠、哺乳期女性;(4)肥胖、肠道气体过多等影响胃左静脉测量患者。

1.4 方法 对照组采用内镜下注射硬化剂治疗食管胃底静脉曲张,硬化剂为聚桂醇注射液(陕西天宇制药有限公司,生产批号:20130321,生产规格:10 mL,100 mg)。患者行电子胃镜检查,对食管胃底静脉曲张情况进行详细记录,确定拟行穿刺的食管胃底靶静脉,通过活检孔插入注射针,根据血管旁内或血管内方式,向曲张静脉内注射硬化剂,每根静脉注射2~5

个点,每次注射3~6根静脉,平均用量40 mL。观察组在对照组基础上采用内镜下组织黏合剂联合硬化剂进行治疗,组织黏合剂选择康派特(北京顺康医用胶有限公司生产)。常规行胃镜检查,首先注射胃底静脉组织黏合剂,使用三明治夹心注射法,注射黏合剂及碘化油,选择好食管胃底静脉注射点,刺入后将组织黏合剂快速注入,再注入预先备好的碘化油,将注射针头退出,立即用生理盐水冲洗注射针,防止注射针阻塞,并注意创面,依上述方法进行第2点的注射,每点注射人体组织黏合剂1 mL,每次注射1~4点。对于食管胃底静脉曲张,首先观察出血状况,寻找出血点,注射部位选择在出血点下方,每点注射10 mL硬化剂,每次注射3~6根静脉,若退针后静脉仍喷血,立即在同条静脉的远端部位再次注射,直至停止出血。治疗过程中,密切注意患者生命体征,记录患者检查的各项指标;治疗结束后,嘱患者合理饮食、适量运动,并定期对其随访。

1.5 观察指标 (1)近期疗效比较:包括吞咽梗塞、胸痛、发热等并发症出现的情况,以及急症止血率,即治疗后3 d内未出现新的上消化道出血,表示活动性出血已控制。(2)远期疗效比较:患者静脉曲张消失的情况,以及发生再出血的情况,包括近期再出血、远期再出血发生情况。近期再出血判定:从内镜治疗后3 d至静脉曲张消失前发生出血的情况;远期再出血判定:静脉曲张消失后发生再出血的情况。(3)门静脉血流动力学检测指标比较^[4]:术前、术后1周应用彩色多普勒超声测量患者门静脉内径、血流速度和血流量。(4)两组患者脊髓栓塞、大脑栓塞等不良反应发生情况比较。

1.6 统计学处理 采用SPSS22.0软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分数比较,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 两组患者近期疗效比较 治疗后,对照组患者吞咽梗塞、胸痛、发热等并发症出现的情况明显多于观察组,且急诊止血率低于观察组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者近期疗效比较[n(%)]

组别	n	吞咽梗塞	胸痛	发热	急诊止血
观察组	38	0(0.00)*	1(2.63)*	2(5.26)*	35(92.11)*
对照组	38	4(10.53)	5(13.16)	7(18.42)	30(78.94)

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者远期疗效比较 治疗后,观察组患者近期再出血及远期再出血发生的情况明显少于对照组,且静脉曲张消失率高于对照组,差异有统计学意

义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组患者治疗前后门静脉血流动力学检测指标比较 与治疗前比较,治疗后两组患者门静脉内径无明显改变,其血流速度与血流量均明显增加,且观察组明显高于对照组($P < 0.05$),见表3。

表2 两组患者远期疗效比较[n(%)]

组别	n	静脉曲张消失	近期再出血	远期再出血
观察组	38	18(47.37)*	2(5.26)*	3(7.89)*
对照组	38	12(31.58)	7(18.42)	9(23.68)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表3 两组患者治疗前后门静脉血流动力学检测指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	内径(mm)	流速(m/s)	流量(mL/s)
观察组	38	治疗前	12.95±2.61	17.31±3.68	16.31±3.18
		治疗后	13.11±3.47	23.94±4.21*#	21.13±3.41*#
对照组	38	治疗前	12.41±3.26	17.29±3.42	16.41±3.51
		治疗后	13.04±3.27	20.13±3.56*	18.49±3.67*

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,# $P < 0.05$

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 观察组出现脊髓和大脑栓塞各1例;对照组出现脊髓栓塞2例,大脑栓塞3例;两组患者不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

食管胃底静脉曲张是肝硬化门静脉高压最常见并发症,若不及时治疗会使曲张静脉发生破裂出血,引起较高的病死率^[5-6]。临床常用的治疗方法是内镜下硬化剂治疗,其原理是将高浓度盐水、硬化剂等高涨性溶液注射到患者曲张的静脉中,产生化学性炎症,增厚静脉管壁,使血管变硬,从而消除曲张静脉。但相关研究表明,硬化治疗的效果很大程度上依赖于操作者的技术、经验及硬化剂的选择,且治疗过程中会出现剧烈疼痛,甚至会出现伤口溃烂等^[7-9]。本研究调查显示,内镜下硬化剂治疗引发的吞咽梗塞、胸痛、发热等并发症,以及出现近远期再出血情况明显多于观察组($P < 0.05$),且急诊止血率明显少于观察组,表明内镜下硬化剂治疗易引起并发症,且止血率低。

内镜下注射组织黏合剂是将组织黏合剂与血浆中阴离子迅速聚合,产生极强的黏附性,在静脉内形成栓子,达到即刻止血效果,但内镜下注射组织胶对较大静脉丛或者静脉瘤作用较大,但对肌层、浆膜层静脉丛作用不明显,导致曲张的静脉丛容易近期复发^[10-11]。有研究显示,联合内镜注射组织黏合剂与静脉曲张硬化剂治疗胃底食管静脉曲张可以有效提高急诊止血率及曲张静脉消失率,减少不良反应及再出血的

发生^[12]。其治疗效果要高于单纯硬化剂组。本研究调查表明,内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗危重食管胃底静脉曲张,近、远期再出血发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。提示在减少并发症、急诊止血率、静脉曲张消失率及再出血发生率方面观察组有更好的效果。

有研究表明,门静脉及胃左静脉的血流动力学改变是食管胃底静脉曲张的发生基础^[13]。因此,为评价两组治疗方法的疗效,要测定门静脉血流动力学改变。本研究调查发现,与治疗前相比,治疗后两组门静脉平均血流速度与血流量均明显增加。提示两组治疗方法可能不会明显加重门静脉高压,且有助于改善患者肝脏的血流灌注,维持肝脏血液供应,促进肝功能的恢复。另外通过对两组患者术后不良反应分析发现,观察组出现脊髓和大脑栓塞各1例,对照组出现脊髓栓塞2例、大脑栓塞3例,此结果进一步表明内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗危重食管胃底静脉曲张患者的安全性高,且可行性好。

综上所述,内镜下组织黏合剂联合硬化剂治疗危重食管胃底静脉曲张患者,可以提高止血效果,降低近、远期再出血发生率,术后不良反应少,且不会明显加重门脉高压,并改善肝血回流,促进肝功能的恢复。

参考文献

- [1] 杜君彦,李成安,吴伟. 内镜硬化联合组织粘合剂治疗食管胃底静脉曲张及其对门静脉血流动力学的影响[J]. 医学争鸣, 2009, 30(24): 3085-3088.
- [2] 吴锋,王拱臣,黄鑫,等. 食管胃底静脉曲张硬化疗法及组织胶治疗对肝硬化患者门动脉血流动力学及肝功能的影响[J]. 海南医学, 2012, 23(2): 31-33.
- [3] 汪佩文,姜海琼,吴坚炯. 内镜套扎联合组织粘合剂和硬化剂注射治疗食管胃底静脉曲张患者疗效分析[J]. 实用肝脏病杂志, 2016, 19(3): 349-351.
- [4] 吴达军,罗超,陈维顺. 内镜下组织粘合剂联合硬化剂注射治疗食管胃底静脉曲张破裂大出血10例疗效观察[J]. 海南医学, 2013, 24(2): 240-241.
- [5] 周玮. 内镜下治疗食管胃底静脉曲张疗效及对门静脉系统血流动力学的影响[D]. 济南: 山东大学, 2007.
- [6] 李楠,敖国昆,朱建华,等. 经内镜注射组织粘合剂联合经皮肝门静脉栓塞治疗食管胃底静脉曲张出血临床研究[J]. 中国内镜杂志, 2007, 13(11): 1205-1207.
- [7] 秦怡,徐馥,汪良芝. 内镜硬化联合组织胶治疗危重食管胃底静脉曲张的配合及护理[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(2): 33-35.
- [8] 苏秉忠,杨成旺,于金花,等. 手术、内镜下治疗食管胃底静脉曲张出血的近期和远期疗效观察[J]. 消化外科, 2002, 1(4): 267-270.
- [9] GADO A, EBEID B, ABDELMOHSEN A, et al. Predictors of mortality in patients with acute upper gastrointes-

tinal hemorrhage who underwent endoscopy and confirmed to have variceal hemorrhage [J]. Alexandria J Med, 2014, 51(4): 295-304.

[10] JUN C H, KIM K R, YOON J H, et al. Clinical outcomes of gastric variceal obliteration using N-butyl-2-cyanoacrylate in patients with acute gastric variceal hemorrhage [J]. Korean J Intern Med, 2014, 29(4): 437-444.

[11] ASSELAH T, BRUNO S, CRAXI A. HCV cirrhosis at the edge of decompensation: will paritaprevir with ritonavir, ombitasvir, dasabuvir, and ribavirin solve the need for

treatment? [J]. J Hepatol, 2014, 61(6): 1430-1433.

[12] 贾丽萍, 袁晓英, 向明确, 等. 内镜下治疗食管静脉曲张对门脉高压性胃病及胃底静脉曲张的影响[J]. 重庆医学, 2010, 39(5): 584-585.

[13] 张焰平, 程翠平, 李敏. 内镜下套扎联合组织粘合剂注射治疗食管胃底静脉曲张破裂出血[J]. 安徽医学, 2011, 27(9): 1281-1282.

(收稿日期: 2017-08-23 修回日期: 2017-10-09)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 05. 047

护理干预对肾穿刺后患者血肿发生的预防效果

孙圆圆, 迟 蕾[△]

(哈尔滨医科大学附属第四医院肾内科, 哈尔滨 150001)

摘要:目的 探讨护理干预对于穿刺后患者预防血肿发生的临床效果。方法 选取 2015 年 2—12 月于该院进行肾穿刺活检的 100 例肾病患者, 按照随机分配的原则, 将其分为对照组和观察组各 50 例。其中穿刺活检后接受护理干预患者为观察组, 接受常规护理的患者为对照组, 比较两组患者血肿及其感染的发生情况。结果 观察组患者感染率为 4.0%, 对照组患者的感染率为 30.0%; 观察组血肿的发生率为 4.0%, 对照组患者血肿的发生率为 36.0%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的术后出血量和血肿直径均小于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者重度血肿和感染的发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对肾穿刺后患者采取护理干预可有效预防血肿、感染及相关并发症的发生, 同时提高患者的生存质量, 可在临床上推广使用。

关键词:肾穿刺; 护理干预; 血肿; 感染

中图法分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)05-0714-03

作为目前临床上常用的一种肾活检方式, 肾穿刺术可明确肾脏的形态学变化, 对于医生明确疾病的诊断具有积极的意义^[1]。随着肾脏疾病发病率的上升, 同时部分疾病存在早期临床特征不明显的特点, 肾穿刺越来越多的应用于临床诊断中, 并且已经成为肾脏疾病确诊的“金标准”^[2]。但是值得注意的是, 作为一种有创检查, 采用肾穿刺对患者进行确诊常伴有一系列并发症, 因此如何对穿刺后的患者进行科学、有效的护理就显得尤为重要^[3]。本次试验主要针对肾穿刺后的患者采用护理干预, 并对预防血肿发生的临床效果进行具体分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2015 年 2—12 月于本院进行肾穿刺活检的 100 例肾病患者, 按照随机数字表法, 将患者分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组男 26 例, 女 24 例; 年龄 18~62 岁, 平均(38.2±4.3)岁。观察组男 28 例, 女 22 例; 年龄 16~60 岁, 平均(38.4±4.5)岁。两组患者性别和年龄的比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。同时两组患者在入院前的常规检查中, 均无心、脑、肺及其他脏器的疾病, 内分

泌、神经和免疫的功能均无异常, 另外以上患者均无穿刺禁忌证。本次研究经过医院的伦理协会审核同意, 同时患者及其家属对研究均知情同意。

1.2 方法 相关护理人员确定患者穿刺前膀胱处于排空状态, 嘱患者呈俯卧位, 并在其腰部下方置一个薄枕。将腹带展开充分暴露穿刺部位, 在超声引导下确定患者的穿刺部位, 在医生准备充分的前提下对患者进行常规的术前消毒, 铺无菌洞巾。将 2% 的利多卡因与生理盐水按照 1:1 的比例进行稀释后进行局部麻醉处理, 在患者的右肾下极垂直进针进行穿刺。穿刺深度约 4 cm, 根据情况进行调整, 穿刺中不破坏肾包膜。穿刺过程中密切关注针尾的活动情况, 随患者呼吸摆动的环境下嘱患者屏住呼吸, 在负压的环境下抽取 1.5~2 cm 的肾组织进行活检。穿刺完成后, 使用碘伏对周围皮肤进行消毒处理, 在覆盖无菌纱布后使用腹带加压处理。

1.2.1 对照组护理方法 对照组患者接受常规护理, 相关护理人员在患者肾穿刺过程中针对血压、心率等常规生命体征进行检测, 对于波动较大的指标及时进行相关处理。待患者穿刺后对其穿刺点进行按

[△] 通信作者, E-mail: CL5918041@126.com。