

展,急变期和加速期患者体内会发生染色体核型变化,表现为出现了 Ph 染色体以后其他克隆性染色体发生异常,还会合并有额外染色体出现,这些变化与患者病情发展联系紧密。

综上所述,AL 患者体内染色体畸变率比较高,还和 FAB 分型相关;CML 患者体内出现额外染色体和其病情发展有密切联系。

参考文献

[1] 郝洁,杨元发,刘维凯.慢性粒细胞白血病患者骨髓细胞染色体核型的变化分析[J].基层医学论坛,2015,19(29):4033-4034.

[2] MATNANI R,PAREKH V,BORATE U,et al. Therapy-related B-lymphoblastic leukemia associated with Philadelphia chromosome and MLL rearrangement: Single institution experience and the review of the literature[J]. Pathol Int,2015,65(10):536-540.

[3] 刘黔伟,魏辉.白血病发生发展过程中的克隆演变[J].癌症进展,2015,13(3):251-254.

[4] 丁懿,李萍,张文君,等.同治 96 方案序贯治疗 Ph 染色体阴性成人急性淋巴细胞白血病疗效分析[J].中华血液学杂志,2015,36(4):272-276.

[5] KOHLA S A,SABBAGH A A,OMRI H E,et al. Mixed phenotype acute leukemia with two immunophenotypically distinct B and T blasts populations,double Ph+ chromosome and complex karyotype: report of an unusual case [J]. Clin Med Insights Blood Disord,2015,8(1):25-31.

[6] 李静.关于慢性粒细胞白血病染色体的核型临床研究[J/CD].临床医药文献电子杂志,2016,3(34):6747-6750.

[7] SHORT N J,KANTARJIAN H M,SASAKI K A,et al.

Poor outcomes associated with+1der(22) t(9;22) and-9/9p in patients with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia receiving chemotherapy plus a tyrosine kinase inhibitor[J]. Am J Hematol,2017,92(3):238-243.

[8] 周兰兰,潘学谊,郭煜.48 例急性混合细胞表型白血病患者临床特征及预后[J].山东大学学报(医学版),2017,55(2):79-83.

[9] DING B,ZHOU L,JIANG X,et al. The relationship between clinical feature,complex immunophenotype,chromosome karyotype,and outcome of patients with acute myeloid leukemia in China[J]. Dis Markers,2015,6(2):1-10.

[10] 吴蔚,顾健,马莉,等.细胞遗传学检测在慢性粒细胞白血病中的应用价值[J].中华全科医学,2015,13(8):1320-1322.

[11] CHEBIHI Z T,BELKHAYAT A,EL-KABABRI M,et al. P 1: pediatric acute lymphoblastic leukemia with Philadelphia chromosome in Morocco: experience of BIOLAB laboratory[J]. Clin Cancer Investig J,2015,55(6):173-177.

[12] MAUOLA K N. Cytogenetics of pediatric acute myeloid leukemia[J]. Eur J Haematol,2009,83(9):391-405

[13] 吴海英,任莉,陶叠红,等. Ph+急性单核细胞白血病伴复杂核型病例并文献复习[J].全科医学临床与教育,2015,28(3):348-350.

[14] 王娟,张蓓莉,胡杰英,等.慢性髓系白血病患者染色体核型分析[J].白血病·淋巴瘤,2016,25(4):220-223.

[15] 蔡文治,刘彬,徐杨,等. Ph+急性淋巴细胞白血病 ABL 激酶区突变患者的临床、分子遗传学特征和治疗选择[J].中华血液学杂志,2016,37(2):105-109.

(收稿日期:2017-08-22 修回日期:2017-10-29)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.08.045

基于跨理论模型的延续性护理对冠心病患者 PCI 术后再发心血管事件的影响

任绮华,李 芳,张成芳,唐桂兰,陈 斌
(广东省广州市花都区人民医院心内科 510800)

摘要:目的 探讨基于跨理论模型的延续性护理对冠心病(CHD)患者经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后再发心血管事件的影响。**方法** 选取 2015 年 7 月至 2016 年 6 月在该院经 PCI 术治疗的 CHD 患者 100 例,分为对照组和试验组,每组各 50 例。对照组实施常规出院指导和随访,试验组在对照组的基础上实施基于跨理论模型的延续性护理 6 个月,比较两组患者术后再发心血管不良事件的发生率。**结果** 试验组心绞痛、非致死性心肌梗死、再次靶血管血运重建的发生率显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。**结论** 基于跨理论模型的延续性护理可有效地降低 CHD 患者 PCI 术后不良心血管事件的发生。

关键词:跨理论模型; 延续性护理; 冠心病; 经皮冠状动脉介入治疗; 心血管不良事件
中图分类号:R541.4 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)08-1193-03

冠心病(CHD)是由于冠状动脉粥样硬化导致管腔狭窄或阻塞,进而发生心肌缺血或坏死的心脏病,随着经济的发展、人口老龄化的发展和人民群众生活习惯的改变等,CHD 的发病率逐年增长^[1]。近年来,

经皮冠状动脉介入治疗(PCI)因为其创伤小、疗效好、康复快等优点,成为治疗 CHD,尤其是急性心肌梗死的主要治疗手段,但 PCI 实施过程中会导致血管内膜损伤、使血小板激活,术后心血管不良事件发生率

较高^[2]。

延续性护理的概念 20 世纪 80 年代起源于美国,于 90 年代引入国内,其实质是以“患者为中心”的优质服务理念,将护理服务延伸至院外^[3]。跨理论模型是一种健康行为促进理念,侧重于个体在行为改变方面的自我决策能力,其对改变患者个体不健康行为,帮助患者建立良好的生活习惯和行为的的效果得到了多方面的证实^[4-5]。本研究融合了跨理论模型的个体化行为改变策略,为 CHD 患者 PCI 术后制订和实施延续性护理干预,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 7 月至 2016 年 6 月行 PCI 术的 CHD 患者 100 例,分成试验组和对照组,每组各 50 例。纳入标准:(1)确诊为 CHD 且首次行 PCI 术者;(2)PCI 术后患者病情稳定者;(3)签署知情同意;(4)沟通良好,沟通方式通畅。排除标准:(1)存在神经、精神系统疾病或其他严重疾病;(2)合并主动脉瓣置换、二尖瓣置换或主动脉瓣和二尖瓣双瓣置换患者;(3)术后因非心血管事件导致生存时间不超过 2 年的患者;(4)术后出现其他严重并发症的患者。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 研究开始前组建干预团队,小组成员包括 1 名心内科副主任医师、1 名副主任护师,护师和护士各 3 名。团队成员专业知识丰富,具备良好的沟通能力,研究护师和护士执行具体任务,并在研究前接受专家培训,培训内容包括干预计划、随访措施、评价指标和沟通技巧等。两组患者住院期间均由研究护士收集患者的一般资料,包括性别、年龄、文化程度、病变情况等,并进行定期 PCI 术后相关知识的健康教育。出院指导:对照组患者出院后采用常规随访,包括介绍出院药物的服用方法,叮嘱患者注意休息、戒烟、出院后定期返院复查等。试验组在对照组的基础上采用基于跨理论模型的延续性护理,跨理论模型是基于个体在行为转变过程中需要经历的一系列变化阶段和过程,包括意向阶段、准备阶段、行动阶段、访视阶段和维持阶段。试验组干预措施包括(1)意向阶段:自我评估,让患者明白提高遵医嘱服药的重要性,引导患者做出正确的决定。(2)准备阶段:出院前,收集患者普遍存在的问题,帮助患者制订行为转变的计划,鼓励患者结交生活区域内的 CHD 病友。(3)行动阶段:评估患者当前行为转变情况,根据患者的共同性问题,制订针对性的干预措施,实施阶段匹配性干预内容,通过健康讲座、小组讨论和现场答疑的形式解决共性问题。(4)访视阶段:每周给患者通 1 次电话,询问是否按时服药,是否定期来医院复查,并给予饮食、运动、用药等方面的指导;在出院 1、3、6 个月时进行家庭访视,了解并记录患者的身体状况和心脏不良事件的发生情况。(5)维持阶段:当患者能够坚持遵医嘱服药、改正不良生活习惯时,寻求家庭支持,给

予患者物质或精神鼓励。

1.3 效果评价 分别于患者出院后 1 年随访,记录:(1)所有患者 1 年内主要不良心血管事件的发生情况,包括心绞痛、非致死性心肌梗死、严重心律失常、再次靶血管血运重建、心力衰竭、心源性死亡等;(2)通过询问患者或家属患者,了解有无再次住院治疗,如有可通过查找病历或者查询患者所复印病历,获悉患者有无非致死性心肌梗死情况、并了解目前是否存在相关并发症。若患者未住院但其所描述发病时表现为胸骨中上段压榨性或窒息性疼痛、超过 30 min 者计为非致死性心肌梗死病例,否则不计入非致死性心肌梗死的病例。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组样本均数比较的采用 t 检验;等级资料采用秩和检验比较;计数资料采用 χ^2 检验比较;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

与对照组比较,试验组患者实施基于跨理论模型的延续性护理干预 6 个月后,PCI 术后心绞痛、非致死性心肌梗死、再次靶血管血运重建的发生率均明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者主要心血管不良事件发生率比较[n(%)]				
项目	对照组	试验组	χ^2	P
心绞痛	8(16)	2(4)	4.000	0.026
非致死性心肌梗死	7(14)	1(2)	4.891	0.027
严重心律失常	5(10)	4(8)	1.596	0.074
再次靶血管血运重建	9(18)	2(4)	5.005	0.025
心力衰竭	3(6)	2(4)	1.223	0.069
心源性死亡	1(2)	1(2)	0.000	1.000

3 讨 论

随着医学的发展,PCI 已成为治疗 CHD 的主要治疗手段,尽管 PCI 可改善 CHD 患者的近期症状,但 PCI 术后患者 CHD 危险因素依然存在,研究发现 CHD 患者行 PCI 术后 1 年心脏不良事件总体发生率高达 11.2%~28.5%^[6]。CHD 患者 PCI 术后 1 年发生主要心血管不良事件的危险因素包括吸烟、独居、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、体质指数(BMI)及白细胞计数等,提示 CHD 患者 PCI 术后遵医嘱服药、规律复查、保持良好生活习惯以及愉快心情对促进患者的康复具有重要意义^[7]。因此,通过对术后患者加强自我管理的指导和监督,根据患者自身存在的高危因素制订相应的干预及治疗、管理措施,协助患者控制可改变的高危因素,促使其建立良好的自我管理行为,预防心脏不良事件的再次发生,对于提高患者远期生存质量非常重要。

延续护理是将住院护理服务延伸至社区或家庭的一种新的护理模式。近年来,延续护理在住院患者康复治疗中的作用越来越受到重视,其主要优势在于

对患者进行随访式延续护理可以提高患者出院后的服药依从性^[8]。此外,延续护理还可使出院患者能在住院治疗后的恢复期中得到延续的卫生保健,从而促进患者的康复,减少因病情恶化出现再住院的需求,增加卫生服务成本,具有良好的社会效益及经济效益^[9]。

本研究建立基于跨理论模型的延续性护理干预措施,并对 CHD 患者 PCI 术后实行延续护理。经过 6 个月跨理论模型指导下的延续性护理干预,使 CHD 患者 PCI 术后心绞痛、非致死性心肌梗死、再次靶血管血运重建的发生率明显降低,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示采用基于跨理论模型的延续性护理干预措施可在一定程度上减少 CHD 患者 PCI 术后心血管不良事件的发生。

综上所述,采用基于跨理论模型的延续性护理干预有效地改善了 CHD 患者 PCI 术后的遵医行为,减少了心血管不良事件的发生,提高了患者的生活质量。但本研究仅为单中心试验,周期较短,远期效果不明确,有待进一步完善。

参考文献

[1] 王慧丽,丁荣晶,黄亚芳,等.影响冠心病患者经皮冠状动脉介入治疗术后死亡率的危险因素分析[J].中华疾病控制杂志,2017,21(2):175-178.

[2] 陈纪言,陈韵岱,韩雅玲,等.经皮冠状动脉介入治疗术后运动康复专家共识[J].中国介入心脏病学杂志,2016,24(7):361-369.

[3] 董玉静,尚少梅,么莉,等.国外延续性护理模式研究进展[J].中国护理管理,2012,12(9):20-23.

[4] 陈小芳,汪国成,薛小玲,等.阶段性改变模式在高血压患者戒烟中的效果研究[J].中华护理杂志,2011,46(8):741-744.

[5] REDDING C A,ROSSI J S,ROSSI S R,et al. Health behavior models[J]. Inter Electronic J Health Edu,2000,3(Special):180-193.

[6] 陈佩,陈鹏飞,王丹宁,等.高龄冠心病患者行 PCI 术后发生并发症的危险因素[J].中国循证心血管医学杂志,2016,8(4):428-435.

[7] 王翎羽,马国娣,林平,等.急性冠脉综合征患者 PCI 术后心脏不良事件发生情况及其影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(30):4311-4315.

[8] 覃桂荣.出院患者延续护理的现状与发展趋势[J].护理学杂志,2012,27(3):89-91.

[9] 裴金霞,冯莺,朱翡翠,等.居家母婴护理平台在延续护理中的应用[J].医院管理论坛,2017,34(3):70-73.

(收稿日期:2017-09-06 修回日期:2017-11-13)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 08. 046

3 种治疗方案用于 I B2、II A2 期宫颈癌患者的疗效对比观察

陈 萍¹,王 斌²

(湖北省黄冈市黄梅县人民医院:1. 妇产科;2. 神经外科 435500)

摘 要:目的 探讨根治手术、新辅助化疗联合根治手术、术前同步放化疗联合根治手术方案治疗 I B2、II A2 期宫颈癌临床疗效及安全性差异。**方法** 选取 I B2、II A2 期宫颈癌患者 150 例,以随机数字表法分为单纯手术组(50 例)、术前化疗组(50 例)及术前同步放化疗组(50 例),分别采用根治手术、新辅助化疗联合根治手术及术前同步放化疗联合根治手术治疗;比较 3 组患者手术时间、术中出血量、住院时间、术后局部侵犯率、淋巴结阳性率、随访生存率及术后并发症发生率等。**结果** 术前同步放化疗组患者术中出血量显著少于单纯手术组、术前化疗组($P < 0.05$);3 组患者手术用时和住院时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术前同步放化疗组患者术后脉管侵犯率、术后深肌层侵犯率及淋巴结阳性率均显著低于单纯手术组、术前化疗组($P < 0.05$);术后 3 组患者术后神经侵犯率比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);3 组患者随访生存率和术后并发症发生率比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 术前同步放化疗联合根治手术方案治疗 I B2、II A2 期宫颈癌疗效优于单纯手术及新辅助化疗联合根治手术方案。

关键词:手术; 新辅助化疗; 同步放化疗; 宫颈癌
中图法分类号:R737.3 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2018)08-1195-04

对于 FIGO 分期 I B~II A 患者国外指南均将盆腔外照射+同步化疗+近距离放疗作为推荐方案^[1]。但受限于放疗仪器普及率低、技术人员缺乏及治疗费用昂贵等,根治手术切除目前仍是我国患者的主要治疗方案。已有研究显示,单纯根治手术可在一定程度上保护卵巢功能,降低因放疗带来的多种并发症,但

因 I B-II A 期肿瘤病灶体积较大、所处盆腔位置较低,术者操作空间较为局限,且视野清晰度欠佳,极易引起医源性脏器损伤,不利于远期预后改善^[2]。近年来,新辅助化疗联合根治性手术方案逐渐成为亚洲国家宫颈癌患者常用治疗方案,在降低肿瘤负荷,避免切缘肿瘤组织残留及远处转移方面效果确切;但美国