- Association of gestational diabetes mellitus with left ventricular structure and function: the CARDIA study[J]. *Diabetes Care*, 2016, 39(3):400-407.
- [3] ATIQ M, IKRAM A, HUSSAIN B M, et al. Assessment of cardiac function in fetuses of gestational diabetic mothers during the second trimester[J]. *Pediatr Cardiol*, 2017, 38(5):941-945.
- [4] 董梅, 王小丽. 医学营养干预联合运动训练对妊娠期糖尿病孕妇分娩方式及结局的影响[J]. *医学临床研究*, 2018, 35(6):1164-1166.
- [5] 刘娟菊, 王爱民, 叶洪江, 等. 自然声音配合放松内视心象法对妊娠期糖尿病患者焦虑情绪的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2017, 36(14):1972-1975.
- [6] BLAIS S, PATENAUE J, DOYON M, et al. Effect of gestational diabetes and insulin resistance on offspring's myocardial relaxation kinetics at three years of age[J]. *PLoS One*, 2018, 13(11):e0207632.
- [7] 于姗姗, 杨韵歆. 多学科联合早期干预对降低妊娠期糖尿病高危孕妇患病率的效果观察[J]. *实用临床医药杂志*, 2016, 20(8):104-107.
- [8] SANHAL C Y, DAGLAR H K, KARA O, et al. Assessment of fetal myocardial performance index in women with pregestational and gestational diabetes mellitus[J]. *J Obstet Gynaecol Res*, 2017, 43(1):65-72.
- [9] 党森, 崔张霞, 郑福利. 医学营养疗法联合运动训练对妊娠期糖尿病患者血清脂联素、血清铁蛋白及妊娠结局的影响[J]. *中国妇幼保健*, 2017, 32(7):1455-1458.
- [10] BERRY D C, THOMAS S D, DORMAN K F, et al. Rationale, design, and methods for the medical optimization and management of pregnancies with overt type 2 diabetes (MOMPOD) study[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018, 18(1):488-492.
- [11] GOMEZ M L, HIERONYMUS L B, ASHFORD K B, et al. Linking postpartum and parenting women with a national diabetes prevention program: recruitment efforts, challenges, and recommendations [J]. *Diabetes Spectr*, 2018, 31(4):324-329.
- [12] 吴娜, 丁焱. 运动对妊娠期糖尿病孕妇血糖控制和妊娠结局影响的研究[J]. *护理研究*, 2012, 26(32):3066-3069.
- [13] HARRISON A L, TAYLOR N F, FRAWLEY H C, et al. Women with gestational diabetes mellitus want clear and practical messages from credible sources about physical activity during pregnancy: a qualitative study [J]. *J Physiother*, 2019, 65(1):37-42.
- [14] 陈雪云. 多学科联合对妊娠糖尿病患者饮食干预效果观察[J]. *中国现代医生*, 2017, 55(36):155-157.
- [15] KAUL P, BOWKER S L, SAVU A, et al. Association between maternal diabetes, being large for gestational age and breast-feeding on being overweight or obese in childhood[J]. *Diabetologia*, 2019, 62(2):249-258.
- [16] 吴丹, 洪普, 王娟, 等. 多学科诊疗模式下“三位一体”无缝隙护理服务在妊娠期糖尿病患者中的应用[J]. *中国医药导报*, 2016, 13(30):114-117.
- [17] 柳萍, 娄晓君, 王怡, 等. 基于社会学习理论的妊娠糖尿病综合管理模式的探讨[J]. *医学与哲学*, 2017, 38(14):87-90.

(收稿日期:2019-02-23 修回日期:2019-05-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.044

风险护理在前列腺增生术后引流中的应用及对患者前列腺特异性抗原水平的影响

汪 婷¹, 王青青^{2△}, 刘忠慧¹, 刘 茜¹

陕西省安康市中心医院:1. 泌尿外科;2. 手术室, 陕西安康 725000

摘要:目的 探讨风险护理在前列腺增生术后引流中的应用及对患者前列腺特异性抗原水平的影响。方法 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月该院收治的 200 例行经尿道电切术治疗前列腺增生患者, 随机分为两组, 每组 100 例。术后对照组进行常规护理, 研究组进行风险护理。比较两组患者风险事件发生率, 视觉模拟 (VAS) 评分、汉密顿焦虑量表 (HAMA) 评分和汉密顿抑郁量表 (HAMD) 评分, 特异性抗原指标游离前列腺特异抗原 (F-PSA)、血清总前列腺特异抗原 (T-PSA) 水平, 以及并发症发生率。结果 护理后, 研究组风险事件发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。研究组 VAS、HAMA 和 HAMD 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。研究组特异性抗原指标优于对照组 ($P < 0.05$)。研究组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 对行经尿道电切术治疗前列腺增生患者的术后引流过程进行风险护理, 不仅护理效果理想, 而且改善了患者 F-PSA、T-PSA 水平, 降低了患者 VAS、HAMA、HAMD 评分。

关键词: 风险护理; 经尿道电切术; 前列腺增生; 前列腺特异性抗原

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)22-3370-04

前列腺增生是临床上较为常见的一种男性疾病, 该病的发病群体主要为中老年男性。相关研究表明,

前列腺增生的发病率呈逐年上升的趋势,75 岁以上男性的发病率为 85%~90%,其中 15%的患者需要手术治疗^[1]。该病的临床症状主要为排尿不畅、尿潴留和夜尿增多等,给患者的日常生活造成了严重影响。目前,临床上主要采用手术治疗该病,但是因为发病群体多为老年人,其器官功能出现了退化,进而增加了手术的风险。因此,在患者手术的过程中,进行有效的护理干预是非常有必要的^[2]。风险护理是针对医护工作中的伤害风险进行辨识和评估,从而解决问题的一种方法。本研究主要探讨了风险护理在经尿道电切术治疗前列腺增生术后引流中的应用及对患者前列腺特异性抗原水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2018 年 1 月本院收治的 200 例前列腺增生患者。纳入标准^[3]:(1)经临床症状和 B 超诊断,确诊为前列腺增生,并行经尿道电切术治疗;(2)患者凝血功能正常;(3)入组患者均了解本次研究的相关内容,并已签署了知情同意书。排除标准^[4]:(1)不愿参与本次研究或临床数据不完善的患者;(2)伴有心绞痛或急性心肌梗死的患者;(3)前列腺癌患者;(4)不能耐受手术者。将患者随机分为两组,每组 100 例。研究组年龄 50~75 岁,平均(56.3±4.1)岁;病程 3~6 年,平均(3.5±1.4)年;住院时间 12~18 d,平均(13.6±3.1)d。对照组年龄 50~76 岁,平均(54.3±4.5)岁;病程 3~5 年,平均(3.4±1.3)年;住院时间 13~19 d,平均(14.2±2.5)d。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。本研究已经本院伦理委员会批准。

1.2 方法 术后对照组进行常规护理,研究组进行风险护理,方法如下。

1.2.1 引流处理 建立风险防控小组,对患者引流过程中出现的问题及时进行反馈和处理。在对患者进行引流管固定的过程中往往会出现一系列问题,因此应加强对引流管的固定。定期检查患者引流管固定情况,主要包括牵引效果,是否有移位或脱管现象出现等^[5-6]。耻骨上膀胱造瘘管和耻骨后引流管都属于中危导管,应将引流管由患者腹部自然下垂延伸,采用不予固定的方法(自然防脱管法,能够让引流管具备较大的活动范围)。嘱患者不要长期维持易造成引流异常的体位,导尿管留置患者在引流初期应取半卧位,禁止取坐位,以避免气囊移位进而降低牵引的效果。对于耻骨后和耻骨上方进行引流的患者,应取侧卧位,目的是避免引流管出现折叠或扭曲。另外,患者在发生体位改变时,应对引流管是否受压或盘曲进行检查。在从包装取出引流管时,应将扭曲的引流管理顺,如果发现管道处于旋转状态,应及时进行复位。其次,应提高患者的风险防范意识,主要是根据患者自理能力评分,为患者制订有效的护理方案^[7]。

将引流的重要性和引流过程中易出现的问题、解决的方法告知患者,提高患者的治疗依从性。

1.2.2 风险分析 对患者引流过程中出现的危险因素进行分析,并制订有效的护理措施。护理人员定期对患者进行风险教育,提高患者的风险防范意识。护士和护士长应在关注患者病情的同时把术后引流工作作为工作交接的重点内容^[5]。同时,在对患者进行引流过程中,护理人员应仔细查找安全隐患,指导护理人员从管道连接和固定位置处查找问题。

1.2.3 培训 对轮转护士和新护士应进行各项引流管安全护理技能培训,对护理人员术后引流管护理风险评估技能进行考核。在科室内部成立护理质量控制小组,要求小组成员针对引流管检查过程中出现的问题进行及时处理和反馈,并在每周举行的质量分析会上进行分析,阐述解决方案。其次,需对护理人员知识掌握情况定期进行考核,采取一定的奖罚措施。对护士进行培训后,应将培训知识应用到患者的实际护理工作中,根据患者自理能力对患者制订有效的护理方案。

1.3 观察指标 (1)比较两组风险事件发生率,风险事件包括管道阻塞、管道扭曲、受压折叠、管道移位和滑脱或分离等。风险事件发生率越低,患者的护理效果越好。(2)比较两组视觉模拟(VAS)评分、汉密顿焦虑量表(HAMA)评分和汉密顿抑郁量表(HAMD)评分。应用 VAS 评分对患者疼痛程度进行评价,共计 10 分,分数越高,说明患者的疼痛程度越重^[8]。HAMA、HAMD 评分总分为 100 分,分数越低,说明患者的焦虑和抑郁程度越轻。(3)比较两组前列腺特异性抗原指标游离前列腺特异抗原(F-PSA)、血清总前列腺特异抗原(T-PSA)水平。分别在患者护理前后抽取空腹静脉血 2 mL,并将分离后的血清置于-20℃进行保存,应用电化学发光免疫分析技术进行检测。本研究所用试剂盒均为索林公司的产品,操作根据说明书进行^[9]。(4)比较两组并发症发生率,主要包括拔管后血尿、膀胱痉挛和 TURP 综合征。并发症发生率越低,患者的护理安全性越高。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行处理和分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检测,计数资料以例数或百分率表示,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 两组风险事件发生率比较 研究组风险事件发生率低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组风险事件发生率比较[n(%)]

组别	n	管道阻塞	管道扭曲	受压折叠	管道移位	滑脱或分离
对照组	100	18(18.0)	20(20.0)	24(24.0)	12(12.0)	22(22.0)
研究组	100	4(4.0)	4(4.0)	6(6.0)	2(2.0)	4(4.0)
χ^2		5.269	5.637	5.631	5.247	4.089
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组 VAS、HAMA 和 HAMD 评分比较 护理前,两组 VAS、HAMA 和 HAMD 评分比较,差异均无

统计学意义($P>0.05$)。护理后研究组 VAS、HAMA 和 HAMD 评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 HAMA、HAMD、VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	HAMA 评分		HAMD 评分		VAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	100	52.4±9.2	34.2±5.7	58.6±9.1	31.5±7.4	6.1±1.3	3.6±1.1
研究组	100	52.8±9.3	24.1±3.3	58.3±9.2	22.5±6.3	6.2±1.5	2.1±0.5
t		1.562	14.862	1.756	14.234	1.562	15.960
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组 F-PSA、T-PSA 水平比较 研究组护理后 F-PSA、T-PSA 水平均低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 F-PSA、T-PSA 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	T-PSA (ng/mL)		F-PSA (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	100	6.3±5.6	15.6±7.7	19.9±4.4	20.9±5.3
研究组	100	6.2±5.7	13.5±6.2	19.8±4.5	19.1±5.2
t		1.562	15.427	1.567	14.052
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组并发症发生率比较 研究组并发症发生率为 4.0%,低于对照组的 18.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	拔管后血尿	膀胱痉挛	TURP 综合征
对照组	100	5(5.0)	6(6.0)	7(7.0)
研究组	100	1(1.0)	1(1.0)	2(2.0)
χ^2		5.324	4.962	5.247
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

对前列腺增生患者进行手术治疗可取得显著的效果。在对患者进行治疗的过程中,良好的引流是降低感染率和减少出血的关键。相关研究表明,大部分的不良事件可被有效避免^[10]。因此,在对患者进行护理时,应保证引流的护理质量,提高治疗安全性。

风险护理是一种有效的护理方法,该护理方法主要是对患者进行有效的健康教育,提高患者的风险防范意识,对治疗过程中的各个环节进行检查,有效降低不良事件发生率^[11]。同时,该护理方法还需对护理人员进行安全技能的培训,并开展有效的护理风险评估,使护理人员的业务素质得到有效提升,并提高其风险应对能力。另外,对导管固定方法进行有效改进,大大提高了引流管的稳定性^[12]。在患者手术结束后,对患者三腔气囊导尿管出现的牵拉、移位和脱落进行干预,可降低膀胱的压力,进而避免了出血。对耻骨上膀胱造瘘管和耻骨后引流管应用自然防脱管法,能够让引流管具备

较大的活动范围,降低引流管脱落的发生率,进而减轻患者伤口的疼痛。患者在治疗过程中对留置导管带来的不适耐受度较低,会产生无意识反抗,将引流管强行拔出,大大增加了出血发生率,不利于患者的病情恢复。对患者进行有效的风险护理,可降低不良事件发生率,提高治疗安全性。

本研究结果显示,研究组 VAS、HAMA 和 HAMD 评分显著低于对照组($P<0.05$)。该结果充分表明对患者进行有效的风险护理干预能够减轻患者的疼痛程度,进而降低 HAMA 和 HAMD 评分,改善患者的生活质量。本研究结果还显示,研究组风险事件发生率低于对照组($P<0.05$)。该结果充分说明了对患者进行有效的风险护理干预可使风险事件发生率大大降低,保证了治疗的安全性。本研究中,研究组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。该结果充分表明了风险护理使患者提高了安全意识,进而降低了并发症发生率。研究组特异性抗原指标优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明了对患者进行风险护理,能够有效降低 F-PSA、T-PSA 水平,提升治疗效果。

综上所述,对行经尿道电切术治疗的前列腺增生患者进行风险护理,不仅护理效果理想,而且改善了患者的 F-PSA、T-PSA 水平,降低了患者 VAS、HAMA 和 HAMD 评分,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 何宗海,官润云,杨旷平,等.经尿道前列腺等离子电切术与 2 μm 铥激光汽化切除术治疗良性前列腺增生症的并发症对比[J].广东医学,2017,55(14):104-107.
- [2] 江敦勤.经尿道双极等离子前列腺剝除术治疗良性前列腺增生症效果观察[J].山东医药,2016,56(46):102-104.
- [3] 邱智,吴栗洋,周晓光,等.良性前列腺增生致膀胱出口梗阻合并逼尿肌功能减弱患者行经尿道前列腺电切术疗效的影响因素分析[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(7):217-219.
- [4] 刘宁,陈想求,许斌,等.经尿道前列腺电切+膀胱颈电切术治疗小体积前列腺增生的疗效观察[J].中华男科学杂志,2016,22(5):474-476.

[5] 周发友,章小毅,王允武,等.经尿道 1470 纳米半导体激光汽化术治疗前列腺增生的疗效分析[J].中国内镜杂志,2016,22(12):26-29.

[6] ZHOU Y,XUE B,MOHAMMAD N A,et al.Greenlight high-performance system (HPS) 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia:a meta-analysis of the published results of randomized controlled trials [J].Lasers Med Sci,2016,31(3):485-495.

[7] 张玉杰,杨宇.老年患者前列腺电切手术期间体温保护的临床观察[J].第三军医大学学报,2016,38(18):2096-2099.

[8] 龙其成,于哲,林光正,等.膀胱造瘘术对于 80 g 以下良性前列腺增生症双极前列腺电切术患者围手术期的临床意义[J].南方医科大学学报,2016,36(1):15-17.

[9] 刘爱香,毕东军,张美玲.快速康复外科理念在膀胱肿瘤

电切术患者围手术期护理中的应用[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(S2):367-368.

[10] 樊鑫,董安珂,师磊,等.经尿道膀胱电切术联合氟尿嘧啶热灌注化疗治疗腺性膀胱炎 126 例疗效观察[J].山东医药,2018,58(11):77-79.

[11] SHIN H J,NA H S,JEON Y T,et al.The impact of irrigating fluid absorption on blood coagulation in patients undergoing transurethral resection of the prostate:A prospective observational study using rotational thromboelastometry[J].Medicine,2017,96(2):465-468.

[12] 张道秀,苏明阳,赵会平,等.经尿道前列腺剜除电切术与传统经尿道前列腺电切术治疗大体积前列腺疗效比较[J].中华实验外科杂志,2016,33(3):807-809.

(收稿日期:2019-02-15 修回日期:2019-05-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.045

氨甲蝶呤联合手术治疗异位妊娠的疗效观察

黄光慧¹,袁超艳²,谭远桃¹

1.湖北省恩施土家族苗族自治州建始县人民医院妇科,湖北恩施 445300;

2.湖北民族大学附属医院妇科,湖北恩施 445000

摘要:目的 分析腹腔镜手术联合氨甲蝶呤对异位妊娠患者血清 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、孕酮水平及生育结局的影响。方法 分析湖北省恩施土家族苗族自治州建始县人民医院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者的病历资料,将其中 48 例腹腔镜联合氨甲蝶呤治疗的患者作为 A 组,另外 50 例未采用氨甲蝶呤治疗的患者作为 B 组,比较两组术后恢复情况、治疗前后血清 β -HCG 及孕酮水平、输卵管通畅情况,术后随访 2 年了解两组再次妊娠情况。结果 A 组积液吸收时间、月经恢复时间、术后住院时间、 β -HCG 恢复正常时间均短于 B 组($P < 0.05$)。A 组治疗第 7 天血清 β -HCG、孕酮水平均低于 B 组($P < 0.05$)。A 组输卵管通畅率为 91.66%,高于 B 组的 76.00%($P < 0.05$)。两组流产率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);再次妊娠,A 组宫内妊娠率为 90.70%,高于 B 组的 74.36%($P < 0.05$);A 组再次异位妊娠率为 4.65%,低于 B 组的 17.95%($P < 0.05$)。结论 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗异位妊娠临床疗效显著,可有效改善患者输卵管堵塞情况,提高术后妊娠率。

关键词:异位妊娠; 腹腔镜手术; 氨甲蝶呤; 人绒毛膜促性腺激素; 孕酮

中图分类号:R714.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3373-04

异位妊娠是指受精卵着床于子宫以外位置的非正常过程,以受精卵着床于输卵管较为多见^[1]。腹腔镜手术是目前治疗异位妊娠最常用的方法,具有损伤小、痛苦轻、恢复快等优势,尤其适用于有生育要求的女性。研究表明,单纯的腹腔镜手术治疗在促进女性生育功能恢复上的效果有限,近年来不少临床工作者认为腹腔镜手术联合药物治疗可以达到更好的治疗效果^[2]。氨甲蝶呤作为临床治疗异位妊娠的常用药物,可破坏胚胎绒毛组织,有效促使输卵管通畅,防止持续性异位妊娠的发生。本研究选取 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者,根据是否联合氨甲蝶呤治疗分为两组,比较其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析湖北省恩施土家族苗族

自治州建始县人民医院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者。纳入标准:(1)所有患者均符合《妇产科学》^[3]中异位妊娠的临床诊断标准,经血清 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、B 超检查确诊为异位妊娠,输卵管包块直径 < 4 cm,血清 β -HCG $< 2\ 000$ U/L;(2)患者各项检查结果均符合腹腔镜手术指征,生命体征平稳,输卵管未破裂,无腹腔活动性出血;(3)年龄 18~36 岁,停经时间 < 60 d,病历资料完整;(4)均为已婚,有生育需求。排除标准:(1)合并严重肝、肾功能不全,凝血功能障碍,免疫性疾病者;(2)有盆腔手术史、精神疾病史者;(3)对氨甲蝶呤过敏者;(4)年龄 > 36 岁,两侧输卵管完全堵塞且病变严重、合并子宫或卵巢恶性肿瘤者;(5)休克型异位妊娠者。根据是否采用氨甲蝶呤治疗