

- [12] 刘燕文,曾少芳,吴龙章,等. 3 种不同涂片法对分枝杆菌涂片阳性率的影响[J]. 现代医院,2014,14(11):88-89.
- [13] 周亚丽,韩中波. 液基夹层杯技术检测抗酸杆菌的应用效果[J]. 世界临床医学,2017,11(15):226.
- [14] 成松,刘成永,张雪迪,等. 液基夹层杯技术检测支气管肺泡灌洗液中抗酸杆菌对菌阴肺结核的诊断价值[J]. 实验

与检验医学,2016,34(4):428-430.

- [15] 宋红焕,季明,唐国锋,等. 液基夹层杯技术用于基层实验室结核病诊断的可行性研究[J]. 中国防痨杂志,2012,34(7):441-444.

(收稿日期:2020-05-12 修回日期:2020-08-20)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.21.028

## 临床护理路径在类风湿关节炎康复护理中的效果评价\*

陈晓玲,高慧文,李 斌<sup>△</sup>

海南省人民医院护理部,海南海口 570311

**摘要:**目的 探讨临床护理路径在类风湿关节炎康复护理中的应用效果。方法 将 2015 年 1 月至 2016 年 12 月该院收治入院的 136 例类风湿关节炎患者分为对照组与观察组,每组各 68 例。对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上给予临床护理路径进行护理。比较 2 组患者类风湿关节炎相关指标(血清白细胞介素 6、C 反应蛋白、类风湿因子)的变化情况。通过视觉模拟评分法(VAS)及生活质量综合评定量表(GQOLI-74)对 2 组患者疼痛情况及生活质量进行评价。结果 2 组患者在干预前血清白细胞介素 6、C 反应蛋白、类风湿因子水平差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组干预后各指标水平均较对照组下降明显,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。干预前,2 组患者 GQOLI-74 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患者的 GQOLI-74 评分优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。干预前,2 组患者 VAS 疼痛评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患者 VAS 疼痛评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。结论 类风湿关节炎患者应用临床护理路径进行护理干预后,能显著提高护理质量,有效改善各项类风湿关节炎指标水平,减少关节疼痛,提高患者的整体生存质量。

**关键词:**临床护理路径; 类风湿关节炎; 生存质量; 康复护理

**中图分类号:**R473.5

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2020)21-3176-04

类风湿关节炎具有致残率高、病情易反复、无特异疗法等特点,属于慢性全身炎症反应的自身免疫缺陷性疾病,以四肢小关节对称性、慢性、进行性的结构破坏,同时伴有关节畸形、肿痛、运动功能丧失为主要临床表现<sup>[1]</sup>。已有研究表明,国内类风湿关节炎的发生率达 0.4%,全世界类风湿关节炎发病率达 1.2%,女性较男性患病率高。因为病情易反复、病程长、关节疼痛明显等特点,类风湿关节炎带来的高致残性及预后差等问题已引起重视,做好类风湿关节炎的护理是目前相关护理工作的重要课题。临床护理路径由医生、护士及其他专业人员组成专业小组,能够为患者提供高效率、高品质、低成本的护理<sup>[2-3]</sup>,本研究通过对类风湿关节炎患者进行临床护理路径护理干预,取得较满意的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院风湿免疫科 2015 年 1 月至 2016 年 12 月收治的 136 例类风湿关节炎患者为研究对象。纳入标准:(1)符合美国风湿学会制订的诊断及分类标准;(2)患者能按照医嘱定时服药,依从

性好,同时能做到定期复诊;(3)患者或家属能够按时完成调查问卷。排除标准:合并肝肾功能损害、严重心脑血管疾病的患者不被纳入。采用随机数字表法进行分组,分为对照组和观察组,每组各 68 例。对照组中男 25 例,女 43 例;年龄 25~70 岁,平均(44.5±5.7)岁;病程 2 个月至 15 年,平均(9.1±2.5)年;疾病分级:I 级 15 例,II 级 21 例,III 级 21 例,IV 级 11 例。观察组中男 21 例,女 47 例;年龄 24~72 岁,平均(46.7±6.8)岁;病程 4 个月至 15 年,平均(9.8±3.2)年;疾病分级:I 级 16 例,II 级 21 例,III 级 21 例,IV 级 10 例。2 组患者年龄、性别、病程、疾病分级等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。患者及家属了解本次研究,并自愿签署知情同意书;本研究经本院伦理委员会通过。

**1.2 方法** 对照组患者入院后给予常规护理模式,包括告知住院注意事项、观察生命体征改变等基础护理,并对患者的心理及饮食进行护理指导。观察组在对照组基础上给予临床护理路径进行护理。临床护理路径的建立:成立临床护理路径小组,成员包括主

\* 基金项目:海南省科技厅 2018 年度省重点研发计划项目(ZDYF2018112)。

<sup>△</sup> 通信作者,E-mail:lhb1999@163.com。

管医师、责任护士、康复医师等,探讨护理重点及护理中可能出现的疏漏及解决方案,根据患者的病情、年龄等具体情况,对每位患者分别采取相应的护理措施。护士依照路径指示,评估患者每天的病情进展,以实现程序化和标准化,落实对患者的各项治疗与护理措施。临床护理路径的实施:临床护理路径小组对入组的观察组患者,依据个体情况提供相应的治疗和护理,制订相应的临床路径措施。(1)入院第 1 天:患者在入院时由责任护士接待和协助办理各项入院手续,同时对患者进行宣教以消除入院后的紧张情绪和不适感。(2)入院第 2 天:责任护士对患者的病情与心态进行充分沟通了解,形成良性护患关系,告知患者实施临床护理路径的优势,培训患者及家属自我护理的各种方法,强化患者战胜疾病的信心,同时还需要正确耐心地疏导患者的消极情绪,为患者积极配合治疗打下基础。依据病情合理搭配饮食,充分考虑到所用药物对消化功能的影响,告知患者禁止使用有可能导致疾病加重的食物与饮品。(3)入院第 3~9 天:①开展康复训练,遵循关节保护的原则,根据病情,指导并协助患者开展合适的康复训练;②健康教育,观察组在对照组接受常规入院宣教与出院指导的基础上,依照临床护理路径进行健康教育,保证患者了解临床护理路径的意义,有利于患者的配合,并介绍各项观察表格的内容及作用。对患者按照规定流程每天进行相应评定。(4)出院当天:对患者进行出院指导,帮助患者办好各种手续,告知患者出院后如何进行居家康复训练等,还要叮嘱患者定期进行复诊。

**1.3 观察指标** 随访 2 个月,观察 2 组患者的疼痛

程度及生活质量变化,对干预措施实施前后类风湿关节炎相关指标(血清白细胞介素 6、C 反应蛋白、类风湿因子)的变化进行比较。

**1.4 疗效评价** 采用生活质量综合评定量表(GQOLI-74)<sup>[4]</sup>评价生活质量:由 20 个问题、74 个项目组成,包括心理功能、躯体功能、社会功能和物质生活状态 5 个方面,各项目 4~20 分,每项目分值为 1~5 分,得分越高,生活质量越好。采用视觉模拟评分法(VAS)<sup>[5]</sup>评价患者疼痛情况:绘制 10 cm 的目测表,横线一端为 0 分,另一端为 10 分。0 分指对患者日常生活及睡眠无干扰,无疼痛,1~3 分指轻微疼痛;4~6 分指对日常生活及睡眠有小部分影响,中等疼痛;7~9 分指大部分的日常生活及睡眠受到严重干扰,疼痛显著;10 分指生活质量糟糕,疼痛剧烈难忍。

**1.5 统计学处理** 使用 SPSS20.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用 *t* 检验;计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 2 组患者类风湿关节炎相关指标比较** 2 组患者在干预前血清白细胞介素-6、C 反应蛋白、类风湿因子水平比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,观察组各项指标水平均较对照对照组下降明显,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 1。

**2.2 2 组患者 GQOLI-74 评分比较** 干预前,2 组患者 GQOLI-74 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,观察组患者的 GQOLI-74 评分优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。见表 2。

表 1 2 组患者干预前后类风湿关节炎相关指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	白细胞介素 6(pg/mL)		C 反应蛋白(mg/L)		类风湿因子(U/mL)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	68	78.6±9.8	55.3±6.7	23.7±5.3	18.5±4.4	30.3±6.4	20.7±6.3
观察组	68	75.9±8.7	15.8±5.9	24.9±4.6	11.7±3.2	31.6±6.2	14.5±5.2
<i>t</i>		1.699	36.49	1.410	10.307	1.203	6.259
<i>P</i>		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

表 2 2 组患者 GQOLI-74 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活状态	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	68	45.9±4.4	50.5±6.1	50.5±5.4	51.9±4.3	50.4±5.9	53.7±5.2	44.7±6.3	46.9±5.1
观察组	68	46.5±5.3	59.4±7.5	51.1±5.8	65.1±5.2	49.8±5.6	62.4±6.5	45.3±5.5	55.8±6.4
<i>t</i>		0.718	7.592	0.624	16.132	0.608	8.619	0.592	8.968
<i>P</i>		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

2.3 2 组患者 VAS 疼痛评分比较 干预前, 2 组患者 VAS 疼痛评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 干预后, 观察组患者 VAS 疼痛评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。见表 3。

表 3 干预前后 2 组患者的 VAS 疼痛评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
对照组	68	7.3 ± 1.4	5.7 ± 1.7
观察组	68	7.7 ± 1.5	3.6 ± 1.5
<i>t</i>		0.434	10.534
<i>P</i>		>0.05	<0.01

### 3 讨 论

类风湿关节炎患者长期遭受疼痛和残疾, 令患者承受较大的经济压力和心理压力, 严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。因此, 必须引入更高效、优质、低成本的护理方式<sup>[6-9]</sup>, 这不仅能够减少医患双方的时间及经济成本, 减轻患者心理负担, 同时, 患者对病情与治疗方案的知晓也有利于促进康复<sup>[10-11]</sup>。

多数患者选择口服药物作为治疗类风湿关节炎的第一选择, 但部分患者在患病早期存在药物使用依从性较差的情况, 进而出现关节红肿与功能障碍, 这种情况很容易导致残疾, 到病情晚期会出现关节僵硬、畸形, 导致疾病不能得到很好的治疗, 形成高致残率与高致死率<sup>[12]</sup>。临床护理路径起源于美国, 多年来不断发展, 大多数国家已经普及应用, 尤其适用于诊断清楚、临床诊治过程中变异程度不大的疾病, 在我国已经得到推广应用。临床护理路径是由路径小组成员根据相关疾病制订的一种临床治疗护理模式, 作为整体护理的一种深入模式与方法, 让患者从住院到出院都按照路径流程来进行治疗、护理, 做到护理程序和护理行为规范进行, 体现了“以患者为中心”的治疗理念, 具有减少住院时间、节约医疗成本等优势, 在多种临床疾病的护理中均取得了较好效果<sup>[13-14]</sup>。本研究通过对 2 组类风湿关节炎患者各项相关指标进行比较, 探讨临床护理路径在类风湿关节炎康复护理中的应用效果。

本研究结果显示, 干预后, 观察组患者白细胞介素 6、C 反应蛋白、类风湿因子均较对照组下降明显, 观察组患者 VAS 疼痛评分明显低于对照组, 有效地减轻了类风湿关节炎给患者带来的痛苦。本研究结果显示, 干预前, 2 组患者 GQOLI-74 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 干预后, 观察组患者的 GQOLI-74 评分优于对照组 ( $P < 0.01$ )。实施临床护理路径护理干预过程中, 部分患者不能很好地配合治疗, 进而延缓了康复进展, 且在饮食及功能锻炼上未能听从指导, 临床各项指标控制不佳。为保证临床护理路径得到更好的执行, 由主管医师、责任护士、康复

医师组成临床护理路径小组, 由小组成员根据患者的个体化情况制订相应的治疗护理模式, 患者在整个住院期间都能按照临床护理路径小组制订的特定流程接受治疗和护理, 护理者还需制订更完善的院外患者监督管理计划以取得最佳护理效果<sup>[15]</sup>。按临床护理路径对患者进行健康教育使其护理质量得到保障, 在此基础上护士对患者的病情和治疗有更全面的了解, 提高了护理工作的主动性。同时, 患者对疾病的认识度提高, 有助于改善患者心理状态, 让患者以积极乐观的态度接受现实, 面对疾病, 提高患者生活质量。同时患者及家属也积极参加康复方案的制订, 更体现了“个体化”和“以人为本”的整体护理。

综上所述, 类风湿关节炎患者应用临床护理路径进行护理干预后, 能显著提高护理质量, 有效改善各项类风湿关节炎相关指标, 减少关节疼痛, 提高患者的整体生存质量。

### 参考文献

- [1] 曾小峰, 朱松林, 谭爱春, 等. 我国类风湿关节炎疾病负担和生存质量研究的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(3): 300-307.
- [2] 杨玮, 陈碧华. 以家庭为单位的健康管理模式对社区高尿酸血症患者健康信念和行为的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(15): 1772-1774.
- [3] 孟敏, 刘丽春, 葛斌, 等. 塞来昔布治疗类风湿性关节炎或骨关节炎疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(5): 560-564.
- [4] 张树香, 祝秀玲. 类风湿性关节炎的饮食护理[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2014(14): 2761.
- [5] 邓三于, 常彩云, 李雪莉, 等. 类风湿性关节炎患者自我管理行为干预效果分析[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(6): 532-535.
- [6] 杨丽莎, 何华云, 陈新红, 等. 临床路径在新生儿 ABO 血型不合溶血病换血治疗中应用的效果[J]. 护理研究, 2016, 30(5): 1603-1606.
- [7] 袁中草, 王定清, 袁爱珍, 等. 临床路径在子宫肌瘤患者围手术期护理中的应用[J]. 当代医学, 2012, 19(18): 130-131.
- [8] 唐丽. 临床护理路径用于急性胰腺炎患者的临床观察[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2016, 16(48): 238.
- [9] 夏振兰, 谭健群, 程惠芳, 等. 以护理结局为导向的腰椎手术患者临床护理路径的构建[J]. 护理学报, 2014, 21(13): 9-12.
- [10] 陈慧丽, 姜明华, 王新, 等. 护理干预对类风湿性关节炎患者疼痛的影响研究[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(6): 1157-1159.
- [11] 夏娟, 倪春妹, 鲍惠红, 等. 类风湿性关节炎患者 60 例的康复护理[J]. 护理与康复, 2010, 9(7): 612-613.
- [12] 刘秋平, 胡泳琴. 类风湿性关节炎 35 例健康护理分析

[J]. 吉林医学, 2015, 36(18): 4196-4197.

[13] 刘雪涛, 李庆. 类风湿性关节炎治疗药物进展[J]. 现代生物医学进展, 2015, 15(6): 1171-1173.

[14] 韩蓉. 恶性类风湿性关节炎的护理特点[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(8): 89.

[15] 薛斌, 刘维. 类风湿性关节炎最新护理进展[J]. 中国医药导报, 2011, 8(16): 9-10.

(收稿日期: 2020-03-02 修回日期: 2020-07-01)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 21. 029

## 虹膜激光辅助康柏西普球内注射治疗新生血管性青光眼急性发作的疗效观察

韩曙生<sup>1</sup>, 刘梅香<sup>2△</sup>

1. 渭南慧仁耳鼻喉医院眼科, 陕西渭南 714000; 2 陕西省安康市平利县医院五官科, 陕西安康 725500

**摘要:**目的 探讨虹膜激光辅助康柏西普球内注射治疗新生血管性青光眼急性发作的疗效。方法 选取 2016—2018 年在渭南慧仁耳鼻喉医院就诊的 60 例新生血管性青光眼急性发作患者为研究对象, 分为研究组和对照组, 每组 30 例。研究组采用虹膜激光辅助康柏西普球内注射治疗, 对照组采用虹膜激光治疗。比较 2 组患者治疗前后视力、眼压、周边前房深度、房水血管内皮生长因子(VEGF)、血清 VEGF、治疗效果及不良反应发生率。结果 2 组患者治疗前视力、眼压、周边前房深度比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后 3 个月和 6 个月, 2 组患者视力明显上升、眼压明显下降、周边前房深度明显增加, 其中研究组患者视力上升、眼压降低及周边前房深度增加程度明显优于对照组( $P < 0.05$ )。2 组患者治疗前房水 VEGF、血清 VEGF 比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后 6 个月, 2 组患者房水 VEGF、血清 VEGF 明显降低, 其中研究组患者房水 VEGF、血清 VEGF 降低程度明显优于对照组( $P < 0.05$ )。研究组患者的治疗总有效率为 93.33%, 明显高于对照组的 66.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组患者不良反应发生率为 6.67%, 明显低于对照组的 26.67%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 虹膜激光辅助康柏西普球内注射治疗新生血管性青光眼急性发作, 可有效改善视力, 控制眼压, 治疗效果明显, 安全系数高。

**关键词:**虹膜激光; 康柏西普球内注射; 新生血管性青光眼

中图分类号: R779.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)21-3179-04

青光眼是一组以视神经乳头萎缩、凹陷、视野缺损、视力下降为共同特征的疾病, 病理性眼压增高、视神经供血不足是其发病的原发危险因素, 视神经对压力损害的耐受性也与青光眼的发生和发展有关。在房水循环途径中任何一环发生阻碍, 均可导致眼压升高而引起病理改变, 但也有部分患者呈正常眼压。新生血管性青光眼患者多因视网膜病变升高眼内血管内皮生长因子(VEGF)水平, 造成眼压升高、疼痛剧烈。临床治疗原则主要是控制原发疾病, 消退新生血管, 控制眼压<sup>[1]</sup>。传统治疗多以手术为主, 虹膜激光术具有操作简单、安全性高、容易接受等特点, 但是在临床实际工作中, 单纯应用虹膜激光术治疗, 一次激光难以切穿, 并且术后炎症反应及眼压波动明显, 手术效果不佳<sup>[2]</sup>。随着抗 VEGF 药物的出现, 给青光眼的治疗提供了新的发展方向。康柏西普是一种抗 VEGF 药物, 通过玻璃腔内注射, 抑制内皮细胞繁殖, 消退新生血管<sup>[3]</sup>。本研究对收治的新生血管性青光眼急性发作患者, 使用虹膜激光辅助康柏西普球内注射治疗, 取得了较好的效果, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2016—2018 年在渭南慧仁耳鼻喉医院就诊的 60 例(60 眼)新生血管性青光眼急性发作患者为研究对象, 分为研究组和对照组, 每组 30 例。纳入标准: (1)符合新生血管性青光眼急性发作标准; (2)入组治疗前 30 d 未使用其他治疗药物; (3)患者知晓研究流程及内容, 自愿参加本次研究。排除标准: (1)合并肝肾功能异常、心脑血管疾病; (2)晶状体、玻璃体混浊不清; (3)对本研究药物存在过敏风险。2 组患者性别、年龄、原发疾病等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	n	性别 (男/女, n/n)	平均年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	原发疾病(n)	
				视网膜静脉阻塞	糖尿病视网膜病变
研究组	30	18/12	53.21 ± 2.54	16	14
对照组	30	17/13	53.29 ± 2.60	14	16
$\chi^2/t$		0.069	0.121	0.267	
P		0.793	0.904	0.606	

**1.2 治疗方法** 2 组患者均给予一般支持治疗, 包括戒烟、戒酒、限制钠盐、改善酸碱电解质紊乱等。对照

△ 通信作者, E-mail: 277019435@qq.com.