

- [J]. Ophthalmology, 2018, 126(1): 156-170.
- [8] ÖHNELL H M, HEIJL A, ANDERSON H, et al. Detection of glaucoma progression by perimetry and optic disc photography at different stages of the disease: results from the early manifest glaucoma trial[J]. Acta Ophthalmologica, 2017, 95(3): 281.
- [9] 曹海燕. 比较晶状体摘除术与激光周边虹膜切开术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的效果[J]. 河南外科学杂志, 2017, 23(3): 138-139.
- [10] 刘荣, 徐寅中, 王洪春. 长期低剂量服用阿司匹林对激光虹膜周切术中及术后前房出血的影响[J]. 国际眼科杂志, 2018, 19(3): 554-555.
- [11] 刘隽, 杨晓春, 梅妍, 等. 康柏西普玻璃体腔注射联合黄斑格栅样激光光凝治疗非缺血性视网膜分支静脉阻塞继发黄斑水肿的疗效观察[J]. 中华眼底病杂志, 2017, 33(2): 119-123.
- [12] 杨喆, 相义会, 付颖. 康柏西普玻璃体内注射联合眼底激光光凝治疗对糖尿病性黄斑水肿患者视力及黄斑中心厚度的影响[J]. 西北国防医学杂志, 2017, 10(1): 24-27.
- [13] 薛鹏程, 游志鹏, 付书华, 等. 23 G 玻璃体切割术前、术中辅助玻璃体内注射康柏西普治疗增生型糖尿病视网膜病变(PDR)的疗效分析[J]. 眼科新进展, 2017, 37(5): 458-462.
- [14] 路文, 桑延智. 经玻璃体切除全视网膜激光光凝术联合玻璃体腔注射康柏西普治疗增生期糖尿病性视网膜病变的疗效观察[J]. 中国激光医学杂志, 2018, 27(2): 93-94.
- [15] 鱼喆, 蒲晓莉, 延新年, 等. 玻璃体腔注射康柏西普联合小梁切除术及全视网膜激光光凝治疗新生血管性青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2018, 18(5): 862-865.
- (收稿日期: 2020-03-25 修回日期: 2020-07-13)
- 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 21. 030

## 延续性护理干预对吉兰-巴雷综合征患者康复效果的临床研究

白雪<sup>1</sup>, 吴利娜<sup>2△</sup>, 王敏<sup>3</sup>

西北大学附属医院/陕西省西安市第三医院: 1. 神经内科; 2. 护理部, 陕西西安 710018;

3. 陕西省西安市中心医院神经内科, 陕西西安 710003

**摘要:**目的 探讨吉兰-巴雷综合征出院患者延续性护理干预的临床效果。方法 选择西北大学附属医院和西安市中心医院神经内科 2017 年 2 月至 2019 年 2 月即将出院的吉兰-巴雷综合征患者 76 例为研究对象, 分为干预组和对照组, 每组各 38 例。对照组患者给予常规护理, 干预组患者在对照组基础上给予延续性护理干预, 比较 2 组患者出院时和出院 3 个月后的肢体康复效果、焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分。结果 干预前 2 组患者肌力、SAS 与 SDS 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 干预组肌力较对照组明显提高, SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 对吉兰-巴雷综合征出院患者给予延续性护理干预可显著改善患者的肢体康复情况, 提高患者生活质量, 改善患者负性情绪, 进而提高临床疗效。

**关键词:** 延续护理; 吉兰-巴雷综合征; 肢体康复; 负性心理

**中图分类号:** R473.5

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2020)21-3182-03

吉兰-巴雷综合征又称急性炎性脱髓鞘性多发性神经根神经病, 是目前世界上导致急性、亚急性迟缓性瘫痪最常见的原因<sup>[1-2]</sup>。在积极采取治疗的同时, 还应配合专业的护理方法, 以控制病情, 提升患者的生存质量。患者在住院期间常能得到相应的治疗及护理, 但在出院后, 因缺乏对疾病的认识, 重视程度低, 往往出现不规范康复和焦虑、抑郁等负性心理状态, 严重影响患者出院后的身体健康<sup>[3]</sup>。本研究选取 76 例吉兰-巴雷综合征患者作为研究对象, 探讨出院后给予延续性护理干预对吉兰-巴雷综合征患者肢体及心理康复效果的临床疗效。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择西北大学附属医院和西安市中心医院神经内科 2017 年 2 月至 2019 年 2 月即将出院的吉兰-巴雷综合征患者 76 例为研究对象, 分为干预组和对照组, 每组各 38 例。干预组男 20 例, 女 18

例; 年龄 28~78 岁, 平均(51.30±16.00)岁。对照组男 23 例, 女 15 例, 年龄 23~70 岁, 平均(50.30±16.23)岁。2 组患者的性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 方法** 对照组患者予以常规护理, 包括血压监测、适当运动和遵医嘱用药。干预组在对照组的基础上给予延续性护理干预, 设立延续护理小组, 延续护理小组均由 1 名康复医师及 1 名责任护士组成, 在患者出院前, 护理人员应先对患者肌力(肌力评估由责任医生进行质量控制)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行初步评估打分, 予以记录、评估, 对其服药、锻炼方法等不良习惯重点了解, 并对患者进行服药、饮食、运动、自觉症状及复诊等事项的宣教, 并制订个体化护理措施。(1)健康宣教: 出院后定期对患者及家属进行疾病相关知识的健康教育, 加深患者对自身疾病的认知, 并让患者知晓疾病康复治疗

△ 通信作者, E-mail: kk55478@163.com。

重要性,从而有助于提升患者依从性。(2)电话随访:在患者出院后,定期对患者进行电话随访,即在患者出院后每 2 周进行 1 次随访,询问患者症状、负性心理状态及护理需求,依据评分结果进行个体化护理心理干预。(3)康复训练:出院前给予专业肢体康复指导,并在出院后每月进行 1 次上门访视,进行肌力评估及量表评分,指导改善不良康复习惯,根据患者肌力恢复情况调整康复治疗方。总体干预时间为 3 个月。

**1.3 评估指标和判断指标** 肌力评估:通过详细的体格检查评估患者四肢肌力情况,分为 0~5 级<sup>[4]</sup>。0 级:肌肉无任何收缩现象(完全瘫痪);1 级:肌肉可轻微收缩,但不能活动关节,仅在触摸肌肉时感到;2 级:肌肉收缩可引起关节活动,但不能对抗地心引力,肢体不能抬离床面;3 级:肢体能抬离床面,但不能对抗阻力;4 级:能做对抗阻力的活动,但较正常差;5 级:正常肌力。负性心理评估:分别使用 SAS、SDS 评分<sup>[3,5]</sup>,评估 2 组患者焦虑、抑郁等负性心理状态及主观感受。2 个量表各 20 个项目,每项分为 4 个评分等级,评分越高,说明患者的负性情绪越严重。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS23.0 软件进行统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,干预前后比较采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用独立样本 *t* 检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 肌力康复情况** 2 组干预前、后肌力比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前,2 组肌力比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,干预组肌力较对照组明显提高( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组肌力康复情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	38	2.90 ± 1.15	4.60 ± 0.39	8.630	<0.001
对照组	38	2.80 ± 1.03	3.85 ± 0.82	4.916	<0.001
<i>t</i>		0.399	5.092		
<i>P</i>		0.691	<0.001		

**2.2 负性心理评估结果** 2 组干预前后 SAS、SDS 评分比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。干预前,2 组 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,干预组 SAS、SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2、3。

表 2 2 组 SAS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	38	48.10 ± 5.24	38.50 ± 3.50	9.391	<0.001
对照组	38	48.51 ± 4.77	42.31 ± 3.56	6.431	<0.001
<i>t</i>		0.357	4.704		
<i>P</i>		0.722	<0.001		

表 3 2 组 SDS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
干预组	38	50.10 ± 7.48	39.80 ± 2.20	8.143	<0.001
对照组	38	48.90 ± 7.20	44.25 ± 4.54	3.328	0.001
<i>t</i>		0.712	5.437		
<i>P</i>		0.478	<0.001		

**3 讨 论**

吉兰-巴雷综合征是免疫介导的急性或亚急性多发性周围神经病,以周围神经、脊神经根及脊神经节的多发性、节段性脱髓鞘及神经根水肿为主要特征<sup>[6-7]</sup>。该病起病急,病情进展迅速,主要表现为进行性加重的四肢迟缓性瘫痪,严重者可累及呼吸肌,病死率约为 3%,经过积极救治,多数患者神经功能在数周至数月内基本恢复,少数遗留有持久的神经功能障碍<sup>[4,8]</sup>。多数患者在住院期间经过积极的药物及康复治疗,症状可得到改善,但肌力尚未完全恢复,且患者病情进展迅速,部分患者曾行气管插管及呼吸机辅助呼吸,对患者的心理造成极大创伤,这种负性心理常存在较长时间,故患者出院时常遗留不同程度的肢体功能障碍及焦虑、抑郁等负性情绪<sup>[9-11]</sup>。既往研究显示,有效的护理康复训练能恢复肌肉功能及神经支配,促进运动和感觉功能恢复,帮助患者消除心理和生理障碍<sup>[12-13]</sup>。延续护理是指在围出院期开展的促进健康照护连续性和协调性的一系列活,其最终目的在于促进患者从医院到家庭(社区)的安全过渡,改善其出院后结局<sup>[14-15]</sup>。因此,出院后的延续性康复护理对患者的肢体康复及心理康复具有重要意义。

本研究通过对 2 组患者出院后是否进行针对性的肢体及心理康复护理进行研究,结果显示,干预前 2 组肌力、SAS 及 SDS 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),但在出院后 3 个月内给予相应的肢体功能锻炼及康复指导,同时纾解负性情绪,鼓励患者正确积极面对疾病,在 3 个月后再进行肌力和负性心理评估,结果显示,干预组肌力恢复明显高于对照组,SAS 及 SDS 评分明显低于对照组及干预前,表明对吉兰-巴雷综合征患者出院后进行电话随访及面对面康复指导,对患者肌力恢复具有明显促进作用,同时,患者负性情绪可以得到缓解,提高生活质量。吉兰-巴雷综合征患者住院期间给予相应治疗后,症状可明显改善,仍有部分患者有不同程度后遗症,而出院治疗手段有限,患者依从性差,故出院后针对后遗症患者给予延续性护理干预的方法值得推广。

本文还存在一些不足,因吉兰-巴雷综合征患病率低,干预组及对照组纳入患者病例数较少,同时随访时间仅为出院后 3 个月,相对较短,在今后的研究中应继续收集相关病例,扩大样本量,同时延长随访时间,不断细化延续性护理内容,使更多的患者及家庭受益。

参考文献

[1] DELANNOY A, RUDANT J, CHAIGNOT C, et al. Guillain-Barre syndrome in France: a nationwide epidemiological analysis based on hospital discharge data(2008-2013)[J]. J Peripher Nerv Syst, 2017, 22(1): 51-58.

[2] 黄振华, 孔德燕, 周红卫. 血浆置换治疗吉兰-巴雷综合征疗效的影响因素分析[J]. 中国血液净化, 2019, 18(1): 26-29.

[3] 王飞, 陈晓云等. 延续护理对脑卒中患者康复效果的随机对照试验[J]. 中国实用护理杂志 2016, 32(19): 1352-1355.

[4] 吴江, 贾建平. 神经病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 78-79.

[5] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 35-42.

[6] 李邦惠, 冉茂群, 任永平. 综合康复治疗吉兰-巴雷综合征的疗效观察[J]. 重庆医科大学学报, 2006, 31(2): 275-276.

[7] 党静霞. 肌电图诊断与临床应用[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 281-290.

[8] 范珺. PDCA 循环在促进格林巴利患者康复护理的应用[J]. 医药前沿, 2018, 8(13): 244.

[9] 杨帆. 探讨吉兰-巴雷综合征的整体护理效果[J]. 当代医学, 2016, 22(12): 121.

[10] 万丽颜. 重症吉兰-巴雷综合征的护理体会[J]. 中国医药指南, 2012, 10(15): 356-357.

[11] 郑香云. 心理护理对吉兰-巴雷综合征呼吸肌依赖患者脱机的作用分析[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(16): 2287-2288.

[12] 胡桂芳, 任忠失, 晓霞柳. 格林-巴利综合征患者康复过程心理特点及心理干预效果[J]. 中国老年学杂志, 2011, 4(31): 1229-1230.

[13] 高欣. 阶段康复护理对格林-巴利综合征临床治疗效果的影响[J]. 中国当代医药, 2014, 21(27): 137-138.

[14] COLEMAN E A, BOULT C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(4): 556-557.

[15] 李英华, 刘宇. 中文版延续护理测评量表在慢性病患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(36): 2769-2772.

(收稿日期: 2020-02-21 修回日期: 2020-07-11)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 21. 031

## C 反应蛋白在慢性阻塞性肺疾病急性加重老年患者中的临床意义

韩光翡, 沙艳梅, 陈晓云<sup>△</sup>

云南省大理白族自治州人民医院老年病科, 云南大理 671000

**摘要:**目的 探讨白细胞(WBC)、中性粒细胞百分比(NEUT%)、降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)在慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)老年患者中的临床意义。**方法** 选择 2018 年 1 月至 2019 年 10 月该院住院老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者为研究对象, 根据是否有急性加重分为 AECOPD 组(135 例)和 COPD 组(90 例), 所有患者在入院第 2 天常规检测 WBC、NEUT%、PCT、CRP 等指标, AECOPD 组患者在入院第 5 天复查上述指标。**结果** 与 COPD 组患者相比, AECOPD 组 WBC、NEUT%、PCT、CRP 水平明显升高( $P < 0.05$ ), 且在 AECOPD 组, WBC、NEUT%、PCT、CRP 与抗菌药物使用情况呈正相关, 其中 CRP 相关性最高。在 AECOPD 患者中, 与入院第 2 天相比, 入院第 5 天 NEUT%、CRP 水平明显降低( $P < 0.05$ ), WBC、PCT 水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 在 AECOPD 老年患者中, CRP 可反映患者感染严重程度, 并指导临床抗菌药物的应用。

**关键词:**慢性阻塞性肺疾病急性加重; C 反应蛋白; 降钙素原; 中性粒细胞百分比

**中图分类号:**R563

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2020)21-3184-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)已成为威胁全球公共健康安全的第 4 位疾病, 是导致死亡的第 4 位原因。其主要特征为持续存在的呼吸系统症状和气流受限, 与暴露于有害颗粒和气体有关, 严重影响患者的劳动力和生活质量, 给社会和家庭带来沉重负担。慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)是指咳嗽、咳痰、呼吸困难比平时加重, 或痰量增多, 或咯黄痰, 需要改变用药方案。感染是 AECOPD 的重要原因, 在老年患者中, 合并感染时很多患者并无明显发热、咳嗽、咳痰等症状, 而仅表现为乏力、纳差, 及时识别感染及其严

重程度, 合理使用抗菌药物, 对 COPD 患者具有重要意义。白细胞(WBC)、中性粒细胞百分比(NEUT%)、降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)是临床常用感染标志物, 易于检测, 简单实用, 本文旨在研究上述感染标志物在老年 AECOPD 患者中的变化及临床意义。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2018 年 1 月至 2019 年 10 月住院的老年 COPD 患者, COPD 诊断符合 2017 年版《慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)》标准<sup>[1]</sup>, 根

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: handaixue82@sina. cn.