

ciated with vancomycin therapy[J]. Pathol Biol (Paris), 2002,50(9):525-529.

[11] CDC. Public Health Dispatch: Vancomycin resistant Staphylococcus aureus-Pennsylvania, 2002[J]. MMWR, 2002,51(40):902.

[12] 丁茂文,吴晓燕,李国雄,等. 头孢西丁检测耐苯唑西林金黄色葡萄球菌[J]. 中华医院感染学杂志, 2005, 15(12):

1422-1424.

[13] Patel M, Waites KB, Moser SA, et al. Prevalence of inducible clindamycin resistance among community and hospital-as-associated Staphylococcus aureus isolates[J]. J Clin Microbiol, 2006, 44(7):2481-2484.

(收稿日期:2012-06-21)

代谢综合征的中西医治疗护理比较

陈谷兰 综述, 陈锦秀, 谭景予 审校(福建中医药大学护理学院, 福州 350122)

【关键词】 代谢综合征; 中西医治疗; 中医护理; 干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2012)22-2876-02

随着物质生活水平的提高、居民生活方式和饮食结构的改变,以及人口老龄化速度的加快,代谢综合征的患病率呈逐年上升趋势。代谢综合征增加了糖尿病和心脑血管疾病的发生率和病死率,严重威胁人类健康和生活质量。流行病学资料显示,世界范围内代谢综合征发病率显著增多,其发病率预计在将来 2 个世纪会显著增长,尤其在发达国家和发展中国家^[1]。

1 代谢综合征的定义

1.1 现代医学 代谢综合征国际疾病分类编号为 ICD-9.277.79(International Classification of Disease),最早有“X 综合征”“死亡四重奏”“胰岛素抵抗综合征”和“肥胖综合征”等,1999 年世界卫生组织建议采用“代谢综合征”^[2]。代谢综合征是一组以肥胖、高血压、糖代谢及血脂异常等多重代谢异常和心血管病危险因素聚集为基本特征的综合征,是导致糖尿病和心脑血管疾病的危险因素。

1.2 祖国医学 代谢综合征作为一新病名概念,祖国医学对此研究稍晚,对本病虽没有专门系统的论述,但根据患者的临床症状,代谢综合征类似中医学“痰湿”“肝郁”“食郁”“血瘀”“肥胖”“眩晕”“湿阻”“消渴”等病^[3]。

2 代谢综合征的诊断标准

2.1 现代医学 1999 年世界卫生组织首次对代谢综合征进行定义,随后美国国家胆固醇教育计划成人治疗指南Ⅲ、欧洲胰岛素抵抗工作组和美国临床内分泌医师学会等基于不同出发点和适用目的,对代谢综合征进行了不同定义,2004 年中华医学会糖尿病学会也提出中国的诊断标准。

2005 年 4 月,国际糖尿病联盟在综合世界六大洲糖尿病学、心血管病学、血脂学、公共卫生、流行病学、遗传学、营养和代谢病学专家意见的基础上,对代谢综合征的定义进行了统一。诊断为代谢综合征的患者必须具备中心性肥胖,其中,中国人男性腰围需大于或等于 90 cm,女性腰围需大于或等于 80 cm,另加下列 4 因素中任意 2 项:(1)三酰甘油水平升高大于或等于 150 mg/dL(1.7 mmol/L),或已接受针对此脂质异常的特殊治疗;(2)高密度脂蛋白胆固醇水平降低,男性小于 40 mg/dL(1.03 mmol/L),女性小于 50 mg/dL(1.29 mmol/L),或已接受针对此脂质异常的特殊治疗;(3)血压升高,收缩压大于或等于 130 mm Hg 或舒张压大于 85 mm Hg,或此前已被诊断为高血压接受治疗;(4)空腹血糖升高,空腹血糖大于或等于 100 mg/dL(5.6 mmol/L),或已被诊断为 2 型糖尿病^[4]。

2.2 祖国医学 由于中医对代谢综合征的辨证标准未达成统

一认识,医家们利用中医望闻问切诊断方法,在了解患者症状体征基础上,对不同证型进行辨证施治。因此各医家在研究证型上常出现现代代谢综合征证治规律研究结果不一致现象^[5]。祖国医学普遍认为,六郁(食、气、血、热、痰、湿)作用于脾胃而酿成痰、瘀、浊、脂等病理产物,以食郁为主导的六郁是代谢综合征的发病基础;以肝脾功能失调为核心的代谢功能紊乱是其基本病理机制,故代谢综合征患者临床表现为虚实夹杂,而心、肝、脾、肾是主要累及脏腑^[2]。

3 代谢综合征的病因

3.1 现代医学 现代医学认为,社会环境因素和遗传因素引起了肥胖症患者的胰岛素抵抗,相应的代谢紊乱引发心血管疾病。代谢综合征的核心是胰岛素抵抗,其病因主要为:(1)胰岛素抵抗和胰岛素分泌过多是代谢综合征进展的关键;(2)B 细胞功能缺陷以及三酰甘油增多和血糖升高,引起糖脂代谢紊乱;(3)另有观点认为,代谢综合征病因主要以胰岛素耐受的潜在作用、勒帕茄碱耐受以及其他异常为主要影响因素^[1]。

3.2 祖国医学 祖国医学关于代谢综合征的发病观与现代医学相似,认为先天禀赋不足、饮食不节、情志失调、劳逸少动、年老体虚等,均能导致代谢综合征的发生和发展^[5]。李庆生^[6]认为具有“痰湿”和“阴虚”特点的体质偏极之人较常人易发生代谢综合征。董静等^[7]整理痰湿体质证候特征相关论著后指出,痰湿体质之人大多形体肥硕,腹部肥满松软,符合代谢综合征定义的核心(中心性肥胖的特征)。

4 代谢综合征的治疗

4.1 现代医学 代谢综合征属于生活方式疾病,目前尚无统一治疗标准,比较公认的基本治疗策略是:以改善胰岛素抵抗为基础,对心血管危险因素进行综合防治,包括生活方式干预、饮食控制和运动治疗,无效时考虑药物干预。饮食控制和运动疗法作为长期干预的基础措施,最终目标是减轻体质量、降低胰岛素抵抗、减轻高胰岛素血症、改善脂代谢异常血症和高凝状态,以减少 2 型糖尿病和心血管病的发生及死亡的危险性^[8]。因此代谢综合征早期干预和治疗至关重要。胡莉萍^[9]曾提出建立健康的生活方式与有效的一级预防护理。现代医学认为,三级预防是健康促进的首要有效手段。对于慢性病,尤其注重一级预防。一级预防亦称病因预防,是最积极最有效的预防措施;二级预防亦称“三早”预防,即早发现、早诊断、早治疗,它是在疾病初期采取的预防措施。对于代谢综合征患者,重视一级和二级预防非常关键。临床大量研究资料表明,

降低各种危险因素,改变不良的生活方式,饮食干预、运动干预、控制体质量、戒烟、戒酒、健康教育等,对预防和延缓疾病的发生和发展有明显效果^[8,10-12]。同时在干预基础上,如果病情比较复杂和严重,可以针对病症进行药物治疗,如降血糖、血脂、血压等。

4.2 祖国医学 祖国医学历来提倡“未病先防”的理念,早在《黄帝内经》中就提出了“上工治未病”的思想。“治未病”是历代医家不断完善而形成的一套理论体系,是医学界和为医者追求的最高境界;“治未病”实质是提前预防控制,以“治未病”为核心,有助于人们树立积极的防病理念。“治未病”就是在健康状态下,采取养生保健措施,控制疾病的发生^[13],这与现代医学倡导的以预防为主观点一样。其次,祖国医学根据患者体质,综合整体观和辨证施治方法,对不同证型不同体质的患者使用不同的汤药治疗。由于疾病在不同的阶段有不同的特点,用药也需随之进行调整。兰爱珍^[14]、李爱萍等^[15]对代谢综合征中医药治疗研究进展作了全面描述,包括分期治疗、健脾化痰,通腑泄浊、化湿解毒、化痰活瘀、益气养阴,活血通腑、活血化瘀,疏肝利胆等疗法。再次,祖国医学用针灸疗法调节人体代谢,以起到治疗代谢综合征的作用。袁爱红等^[16]对 2 型糖尿病患者按中医辨证分型取穴,进行针刺配耳穴治疗,结果能降低 2 型糖尿病患者机体高胰岛素血症,改善胰岛素抵抗,同时针灸对 2 型糖尿病患者的脂代谢紊乱有明显的调节作用。另外,中医气功、按摩等疗法也具有减肥效果,对血压、植物神经功能、血黏度及胰岛素水平等均具有调节作用。

5 代谢综合征的护理

5.1 现代护理方法 近年来护理干预对代谢综合征效果的研究日渐增多。主要通过健康教育和自我管理干预,如饮食指导、运动指导、心理护理等,健康教育包括开展定期健康讲座、健康咨询、发放宣传资料、建立健康档案、定期随访等方式,改变患者不良生活方式,提高患者对疾病的认知,自觉抵制或减少危险因素。大量护理研究表明,护理干预对代谢综合征患者治疗及建立健康生活方式是有效的^[17-19]。胡莉萍和戴燕妮^[20]研究提出,代谢综合征患者对护理服务延伸的需求,如出院后护理、医院如何更好地对患者进行管理和随访。陆旭亚和张爱珍^[21]及余德爱等^[22]提出,在社区建立代谢综合征患者的健康管理档案,通过系统化、规范化的健康管理和护理干预,帮助患者提高对代谢综合征的认知并掌握预防方法,参与自身健康维护。其次是常规护理、用药护理、病情的监测和观察等护理。如针对降血压的药物进行的护理、针对降血糖药物进行的护理等。告知患者应按时服药,定期监测血压和血糖,观察药物的不良反应及预防措施等。

5.2 祖国医学护理方法 祖国医学对代谢综合征的护理研究主要基于现代护理理念与技术,融合祖国医学“未病先防”理念及传统中医康复护理技术,进行中西医结合的综合护理干预研究。董玲^[23]在研究中提出,应用中医学理论对代谢综合征患者进行健康教育与护理,做好“未病先防”“既病防变”的知识宣传教育,使患者从被动治疗变为“预防为主”,积极防止疾病加重和转变。同时把健康教育从医院延伸到社区,将更有利于代谢综合征患者的自身管理与疾病控制。祖国传统康复护理技术,如太极拳、八段锦等,对代谢综合征患者身心调护作用的研究亦已经逐步展开。

6 讨论

代谢综合征现代医学对其研究比较多,祖国医学研究时间

相对较晚。代谢综合征需要联合用药,难免有药物不良反应,而祖国医学的整体观理念正切合于综合征的疾病特点,其辨证施治的思想及中医药的治疗能减少药物不良反应。大家应充分挖掘祖国医学整体观和辨证施治的优势,利用护理人员与患者临床一线接触的工作机会进行护理研究。如开展针灸、耳针、拔罐、按摩、刮痧等中医护理技术应用研究;把中医养生之道融入健康教育中向患者传授,如四季养身、饮食养身、情志护理和生活起居护理等,特别是开展运动养生护理研究,如六字诀呼吸操、太极拳、八段锦、五禽戏等有氧运动,积极发挥祖国医学对代谢综合征的防治作用,促进祖国医学和中医护理学科发展。

参考文献

- [1] 赵峥. 代谢综合征的研究进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2011, 19(1): 143-144.
- [2] 夏晓莉, 陈伯钧, 陈浩生, 等. 代谢综合征的中医辨证分型研究进展[J]. 中国中医急症, 2009, 18(4): 609-611.
- [3] 舒琳. 代谢综合征的中医康复研究进展[J]. 中国临床康复, 2006, 10(47): 121-123.
- [4] 宋秀霞, 纪立农. 国际糖尿病联盟代谢综合征全球共识定义[J]. 中华糖尿病杂志, 2005, 13(3): 178-180.
- [5] 关昊. 代谢综合征中医发病机制研究进展[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(2): 152-154.
- [6] 李庆生. 诊治代谢综合征应重视痰瘀互结[J]. 云南中医药杂志, 2007, 28(2): 2-5.
- [7] 董静, 王琦, 王东坡, 等. 从痰湿体质角度论析代谢综合征[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(12): 802-803.
- [8] 贾军宏. 代谢综合征的早期预防和生活方式干预[J]. 中华保健医学杂志, 2010, 12(6): 416-417.
- [9] 胡莉萍. 代谢综合征的预防护理[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(12): 66-68.
- [10] 罗曦娟. 代谢综合征的运动干预[J]. 贵州师范大学学报: 自然科学版, 2008, 26(1): 116-117.
- [11] 黄敬亨. 健康教育学[M]. 3 版. 上海: 复旦大学出版社, 2003: 33.
- [12] 黄琼芳, 韩全水, 余志红, 等. 饮食、运动干预对代谢综合征患者脂质代谢和体重的影响[J]. 现代护理, 2007, 13(7): 648-650.
- [13] 钱俊英, 雷念东, 周爱萍. 未病先防是预防控制疾病的基本指导思想[J]. 陕西中医, 2011, 32(1): 123-125.
- [14] 兰爱珍. 代谢综合征中医药治疗研究进展[J]. 中国实用医药, 2009, 4(31): 236-238.
- [15] 李爱萍, 李本燕, 李秀才. 代谢综合征的中医中药治疗[J]. 中华实用中西医杂志, 2009, 22(8): 470-472.
- [16] 袁爱红, 刘志诚, 魏群利, 等. 针刺配耳穴对 2 型糖尿病伴脂代谢紊乱的调整作用[J]. 贵阳中医学院学报, 2009, 31(5): 22-24.
- [17] 张振香. 护理干预对代谢综合征患者的影响[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(13): 1181-1182.
- [18] 惠娟, 颜凯世, 王绪山. 代谢综合征 96 例护理干预体会[J]. 实用临床医药杂志: 护理版, 2007, 3(5): 63-65.
- [19] 陆敏敏, 冯正仪, 陈利群, 等. 饮食和运动干预对代谢综合征患者自测健康的影响[J]. 护理学杂志, 2007, 22(9): 59-61.

处血液,用肥皂流动水清洗,75%乙醇消毒皮肤伤处;黏膜部位用肥皂流动水和反复冲洗;必要时采取快速评估来决定是否用药和用药方案。(4)相关血清学检测:暴露后尽快做 HIV 抗体检测,并先后在 4 周、8 周、12 周、6 个月和 12 个月各抽血做 HIV 抗体检测。(5)预防性用药:依照专家组评估结果采用基本两联方案或强化三联方案进行暴露后预防性用药。

2 结 果

2.1 2008 年 1 月至 2010 年 12 月发生 HIV 职业暴露 23 例,其中 2008 年 5 例,2009 年 10 例,2010 年 8 例;职业类型有医生、护士、检验人员、实习生;暴露方式有针刺伤、血液或体液溅对黏膜。其职业暴露危险因素调查情况见表 1。

表 1 职业暴露危险因素调查情况[n(%)]

年份	暴露例数	职业类型				暴露方式	
		医生	护士	检验员	实习生	针刺伤	溅对眼黏膜
2008	5	0(0.0)	3(60.0)	1(20.0)	1(20.0)	5(100.0)	0(0.0)
2009	10	2(20.0)	4(40.0)	0(0.0)	4(40.0)	9(90.0)	1(10.0)
2010	8	4(50.0)	4(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(87.5)	1(12.5)
合计	23	6(26.2)	11(47.8)	1(4.3)	5(21.7)	21(91.3)	2(8.7)

2.2 23 例 HIV 职业暴露均给予预防性用药,并对观察期内 6 次血清 HIV 抗体检测跟踪,目前均为阴性。

3 讨 论

3.1 本次调查结果提示,3 年内发生 HIV 职业暴露 23 例,职业危险构成比从大至小排序为护士 11 例(47.8%),医生 6 例(26.2%),实习生 5 例(21.7%),检验员 1 例(4.3%)。暴露方式针刺伤 21 例(91.3%),溅对眼黏膜 2 例(8.7%),其中 1 例血标本溅对眼黏膜,另 1 例是脑脊液溅对眼黏膜。护士在发生 HIV 职业暴露其职业类型排在首位,与文献[4]的报道相符,护士为患者治疗过程中进行注射抽血处理废弃针头而接触患者的血液体液及各类分泌物机会多,发生职业暴露的危险性高。医生 6 例均是为患者做穿刺时发生的职业暴露。5 例实习生和 1 例检验员都是针刺伤。在暴露方式中,针刺伤与溅对眼黏膜相比,差异有统计学意义($P < 0.05$),针刺伤是 HIV 职业暴露的主要暴露方式。由此提示加强医务人员职业安全教育,提高职业暴露防范意识,强化职业培训,对患者进行诊疗和护理过程中遵照标准预防原则,执行严格的安全操作及防护措施;坚持预防为主和安全操作是避免艾滋病防治工作及相关工作中职业暴露感染艾滋病的基本保证,采取措施改进方法,避开易产生暴露环节,使用充足的质优防护用品达到有效防护目

的,使用留置针和真空采血针可减少针刺伤的发生等;工作中保持良好的心态和情绪,不仅为患者提供优质服务,还能避免类似职业暴露的发生。

3.2 该 23 例 HIV 职业暴露者经过应急处理、预防性用药及血清 HIV 抗体检测跟踪,目前未发现 HIV 职业暴露感染。由此提示一旦发生了暴露,立即应急处理和经专家组评估进行预防性用药可大大减少被感染的机会。

3.3 疫情监测也是艾滋病预防治疗工作中的重要内容之一^[5],同时也要做好血液的监测工作,防止因为输血而感染艾滋病。

3.4 职业暴露后要给予预防性用药,有两种用药方案,一种是基础用药,另一种是强化用药,基础用药用于情况比较轻微的,强化用药用于情况相对较为严重的。基础用药:两种逆转录酶抑制剂,使用常规治疗剂量,连服 28 d,如双汰芝,300 毫克/次,每天 2 次。强化用药:基本用药程序加一种蛋白酶抑制剂(佳息患),均使用常规治疗剂量,连服 28 d。本院所有统计的职业暴露者都得到了及时处理和或消毒,并给予预防性用药,可能也是到目前为止没有感染的原因之一。但是除了医务人员之外,其他人员职业暴露后的消毒和预防性用药还存在一定的困难,应加强管理,真正做到暴露后能及时消毒、评估、用药,尽可能减少因职业暴露而感染上 HIV 的概率。随着我国 HIV 感染患者的增多,导致越来越多从事艾滋病防治工作的相关人员暴露的危险性增加,虽然因职业暴露而感染 HIV 的概率较低,但暴露后如不能及时处理,就会大大增加感染 HIV 的概率,因此,加强易暴露群体的安全意识还是很重要的。

参考文献

[1] 闫玉娟,渠武帅. 2000~2006 年某医院医务人员职业暴露资料分析[J]. 预防医学论坛,2008,14(3):267-268.
 [2] 陈蜀岚,陈先云. 医务人员职业暴露现状调查及预防策略[J]. 西部医学,2008,20(4):883-884.
 [3] 魏雪芳,杨珺琦,邵宜波,等. 医护人员职业暴露及自我防护情况的调查[J]. 中国医药导报,2009,6(4):134-135.
 [4] 郑晓澜,邸英如,郭蕾. 医护人员医疗锐器损伤情况分析[J]. 中华医院感染学杂志,2005,15(5):501-503.
 [5] 沈朝晖,郑洪,丁彧,等. 丹阳市 2004~2008 年艾滋病疫情监测资料分析[J]. 中国医学文摘皮肤科学,2010,27(1):212-213.

(收稿日期:2012-08-02)

(上接第 2877 页)

[20] 胡莉萍,戴燕妮. 代谢综合征患者对护理延伸服务需求的调查分析[J]. 护理研究,2010,24(10):2568-2569.
 [21] 陆旭亚,张爱珍. 代谢综合征患者社区护理管理现状的调查与分析[J]. 护理与康复,2008,7(12):901-902.
 [22] 余德爱,吴楚燕,陈勇. 代谢综合征患者系统管理及护理

干预[J]. 海南医学,2010,21(15):137-139.

[23] 董玲. 代谢综合征的中医健康教育与护理[J]. 中国民康医学,2007,19(8):703.

(收稿日期:2012-06-15)