

灵芝可显著提高机体的免疫功能,增强人体自身的防癌、抗癌能力,因此其药用价值日益受到重视,越来越多的肿瘤和慢性病患者、亚健康人群服用含有灵芝成分的保健品。由于灵芝孢子有一层坚硬外壁,极难被人体胃酸消化,所以服用灵芝保健品的人群粪便中可见到灵芝孢子,它可能对镜检带来干扰<sup>[4]</sup>。本组中病例来自华支睾吸虫感染高发区,且大多有不良饮食习惯,存在着感染华支睾吸虫的高危因素。又因检验人员尚未掌握灵芝孢子形态,镜下检出的芝麻状小体与华支睾吸虫卵形态极相似,遂报告“粪便直接涂片找到大量华支睾吸虫卵”。但华支睾吸虫排卵数量一般较少,粪便直接涂片法很少会检出大量华支睾吸虫卵<sup>[5]</sup>。3 例因临床医生以患者无消化系统症状为由,质疑检验结果,建议检验科复查;5 例因高年资检验人员审核初检报告时,认为结果异常,指导复检。检验人员随即与临床医生、患者直接取得联系,询问病史,了解详细情况,掌握了患者正在服用灵芝保健品的重要信息。经过进一步深入检查,镜检患者的灵芝保健品,对比观察华支睾吸虫卵示教标本,患者粪便集卵毛蚴孵化试验以及患者停服灵芝保健品后复查粪便。最终确定粪便中检出的是灵芝孢子,患者并未感染华支睾吸虫。根据近年检验工作经验,归纳出华支睾吸虫卵与灵芝孢子的鉴别要点:前者比灵芝孢子大,通常低倍镜下华支睾吸虫卵与高倍镜下灵芝孢子大小接近,有时由于忽视了显微镜的放大倍数而关注于形态,导致误判;仔细辨认详细特征和突出特点,前者有明显的卵盖、肩峰、小疣状突起,而后者全无;从分布来看,灵芝孢子量多,常成堆、成片分布,甚至满视野,而华支睾吸虫卵一般单个、散在分布;灵芝孢子在加工过程中易受损,常可看到其外壳破损的情况,而华支睾吸虫卵外观都是完整的。其他实验室检查也对诊断华支睾吸虫感染有至关重要的作用。ELISA 敏感性较高,假阴性的情况较少出现<sup>[6-7]</sup>,能对可疑者进行快速筛查。而感染者大多会出现嗜酸性粒细胞和谷氨酰转氨酶增高<sup>[5]</sup>。因此,将各项检查联合应用,更能保证结果的准确性。

为保证检验结果与临床实际相符,应加强检验人员同临床的联系,结合患者的病情、饮食、服药等情况综合考虑、全面分析以作出正确判断。在科学技术高度发展的今天,准确全面的检验报告是临床作出准确诊断与制定正确治疗方案必不可少的先决条件,所以检验科室的水平对医院整体医疗水平起着举足轻重的作用。检验科室应加强管理,坚持业务学习制度、检验报告审核和复检制度等,特别要慎重对待一些异常结果,及时与临床沟通,才能为临床提供可靠的诊断和治疗依据。

### 参考文献

- [1] 方悦怡,陈颖丹,黎学铭,等.我国华支睾吸虫病流行区感染现状调查[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2008,26(2):99-103.
- [2] 李雍龙,管晓虹.人体寄生虫学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:95.
- [3] 黎学铭,欧阳颐,杨益超,等.广西居民饮食习惯与食源性寄生虫病的分布调查[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2009,27(2):151-155.
- [4] 廖远泉.灵芝孢子与几种吸虫虫卵的形态特征及鉴别[J].中国病原生物学杂志,2010,5(3):235.
- [5] 胡纓,黎学铭,卢作超.医院就诊患者华支睾吸虫感染及临床特征分析[J].中国病原生物学杂志,2012,7(6):458-460.
- [6] 罗烈伟,毕燕玲.2004~2006 年广东地区肝吸虫病血清流行病学调查[J].中国热带医学,2008,8(4):616-617.
- [7] 陈雪瑛,卢金英,邱志超,等.广州市某医科院校学生华支睾吸虫感染情况调查[J].中国热带医学,2009,9(9):1850-1851.

(收稿日期:2013-01-25 修回日期:2013-03-18)

## • 临床研究 •

# 80 例院前急救患者除颤时间与除颤复苏成功率相关性分析

姚 波(陕西省延安市人民医院 120 急救站 716000)

**【摘要】 目的** 研究院前急救患者除颤时间与除颤复苏成功率的相关性。**方法** 选择接受院前急救电除颤治疗的 80 例患者作为研究对象,根据电除颤时间分为小于 1 min 组、1~<3 min 组、3~<6 min 组、6~<8 min 组和大于或等于 8 min 组,观察除颤成功率,检测心功能。**结果** 除颤成功率以及心功能指标舒张早期充盈峰速度(E 峰)、E/A 值(A 峰为舒张晚期充盈峰速度)、左心室射血分数、左心室舒张末期内径均呈(<1 min 组)>(1~<3 min 组)>(3~<6 min 组)>(6~<8 min 组)>(≥8 min 组)的趋势,且以上指标均与除颤时间呈负相关关系。**结论** 院前急救患者除颤时间越短,除颤成功率越高、除颤后心功能越好。

**【关键词】** 心搏骤停; 院前急救; 电除颤

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-2018-03

目前,心脏电复律治疗是治疗心室颤动最有效的方式。电除颤治疗的关键因素是时间,除颤成功的可能性随着时间的延长而降低。本文旨在探讨院前急救患者除颤时间与除颤复苏成功率的相关性,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2007 年 3 月 30 日至 2012 年 6 月 30 日期间在本院急诊就诊的、于院前发生心搏骤停的 80 例患者作

为研究对象。入选标准:(1)明确的基础疾病病史,包括心肌梗死、心绞痛、脑血管病、恶性肿瘤;(2)于院前发生恶性心律失常,包括室性心动过速、心室颤动;(3)并发心搏骤停,给予相应的院前急救措施。回顾性分析 80 例患者的病史资料,根据在院前急救时给予电除颤的时间进行分组,包括小于 1 min 组、1~<3 min 组、3~<6 min 组、6~<8 min 组和大于或等于 8 min 组。其中,<1 min 组 12 例患者电除颤时间为(36.52±

5.32)s,男 8 例,女 4 例;1~<3 min 组 18 例患者电除颤时间为(2.12±0.31) min,男 12 例,女 6 例;3~<6 min 组 22 例患者电除颤时间为(4.83±0.54) min,男 14 例,女 8 例;6~<8 min 组 19 例患者电除颤时间为(6.96±0.84) min,男 13 例,女 6 例;≥8 min 组 9 例患者电除颤时间为(11.03±1.44) min,男 6 例,女 3 例。各组患者之间性别、年龄、基础疾病等资料比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 院前急救措施

1.2.1 现场急救措施 迅速观察患者全身状况,对病情作出初步评估,建立外周静脉通道,准备抢救药品和自动体外除颤仪。

1.2.2 电除颤 采用自动体外除颤仪,连接电源、地线和肢体导连线,将开关指向交流,若使用电池则必须电池指示灯显示电压正常;选择体外除颤和非同步模式后进行充电,第一次选择 200 J,以后可逐步增加至 300 J 或 360 J;将盐水纱布均匀涂在左锁骨中线与第 4 肋间交界的心尖处,右第 2 肋间胸骨旁;完成充电后保证电极板与患者皮肤接触,待其余人离开床位后放电,放电后观察心电图示波。

1.3 观察指标

1.3.1 除颤成功情况 给予电除颤后 5 s,观察心电图波形,若显示心搏停止或非心室颤动无电活动,则判断为除颤成功。

1.3.2 心功能指标 除颤成功后,患者去平卧位进行心脏彩色多普勒超声检查,选择 315 MHz 超声探头,心尖四腔切面,测定舒张早期充盈峰速度(E 峰)、舒张晚期充盈峰速度(A 峰)、E/A 比值、左心室舒张末期内径(LVEDD)和左心室射血分数(LVEF)。每个数据均测 3 个周期,取平均值。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 18.0 软件分析,计量资料采用完全随机设计的方差分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 5 组患者的除颤成功情况与心功能情况 5 组患者的除颤成功率依次分别为 91.67%、66.67%、54.55%、31.58%、11.11%,呈(<1 min 组)>(1~<3 min 组)>(3~<6 min 组)>(6~<8 min 组)>(≥8 min 组)的趋势;心功能指标 E 峰、E/A 值、LVEF、LVEDD 也呈(<1 min 组)>(1~<3 min 组)>(3~<6 min 组)>(6~<8 min 组)>(≥8 min 组)的趋势,见表 1。

表 1 5 组患者除颤成功情况与心功能情况比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别(min) | 除颤成功率(%)        | E 峰(cm/s)  | E/A 比值      | LVEF(%)    | LVEDD(mm)  |
|---------|-----------------|------------|-------------|------------|------------|
| <1      | 91.67           | 75.22±8.39 | 1.412±0.165 | 67.38±7.25 | 56.39±5.98 |
| 1~<3    | 66.67           | 72.35±7.68 | 1.386±0.154 | 65.15±7.03 | 54.13±5.57 |
| 3~<6    | 54.55           | 69.23±7.13 | 1.355±0.142 | 63.63±6.91 | 52.41±5.33 |
| 6~<8    | 31.58           | 66.54±6.99 | 1.316±0.133 | 61.55±6.83 | 49.33±5.14 |
| ≥8      | 11.11           | 61.32±6.52 | 1.283±0.129 | 57.32±6.23 | 44.51±4.92 |
| 检验值     | $\chi^2=12.892$ | $F=5.963$  | $F=6.125$   | $F=6.351$  | $F=6.982$  |
| $P$     | <0.05           | <0.05      | <0.05       | <0.05      | <0.05      |

2.2 除颤时间与除颤成功率、心功能的相关性 以除颤时间为应变量进行单因素回归分析可知,除颤时间与除颤成功率、E 峰、E/A 比值、LVEF、LVEDD 呈负相关,决定系数( $r^2$ )分别为 0.615、0.482、0.526、0.398、0.456( $P<0.05$ )。

表 2 除颤时间与除颤成功率、心功能的相关性

| 项目        | 回归系数   | $r^2$ | 95%CI       | $P$   |
|-----------|--------|-------|-------------|-------|
| 除颤成功率(%)  | -1.523 | 0.615 | 0.315~0.862 | <0.05 |
| E 峰(cm/s) | -0.852 | 0.482 | 0.385~0.632 | <0.05 |
| E/A 比值    | -0.632 | 0.526 | 0.415~0.681 | <0.05 |
| LVEF(%)   | -1.025 | 0.398 | 0.275~0.542 | <0.05 |
| LVEDD(mm) | -1.116 | 0.456 | 0.312~0.538 | <0.05 |

3 讨 论

心绞痛、心肌梗死、脑梗死是常见的心脑血管疾病,当各种原因诱发其急性发作时,会引起心脏传导功能异常,导致心律失常的发生。心室颤动是最为严重的心律失常类型,也是引起心搏骤停最常见的心律失常类型。目前,心室颤动最有效的治疗是心脏电复律治疗<sup>[1]</sup>。心脏电复律指当发生严重的快速型心律失常时,通过给予心脏外源性的高能量脉冲电流,使全部的心肌细胞在瞬间同时发生除极反应,造成心脏电活动的短暂停止,然后由自律性最高的起搏点重新发放冲动、进而主导心

脏节律<sup>[2]</sup>。

该治疗方式应用于心室颤动就成为电除颤。相关研究发现,约 80%以上的心脏骤停由心室颤动引起,进而增加了心脏性猝死的风险<sup>[3]</sup>。当心脏发生停搏时,10 s 内会发生意识和运动功能丧失<sup>[4]</sup>,30 s 内会发生阿斯综合征,1 min 内自主呼吸就会停止,3 min 时开始发生脑水肿<sup>[5]</sup>,6 min 时脑细胞开始死亡。因此,电除颤治疗的关键因素就是时间,除颤成功的可能性随着时间的延长而降低<sup>[6]</sup>。对于发生心搏骤停的患者应尽快进行电除颤治疗<sup>[7]</sup>。但是,从患者心搏骤停发病到送至急诊就诊,已经错过了电除颤的黄金治疗时间,严重影响除颤的成功率和患者的生存率<sup>[8]</sup>。

近年来,院前急救被广泛应用于临床救治工作,是指患者发病或受伤后,在其没有到达医院前对其进行的必要急救措施。针对心搏骤停患者最重要的院前急救措施就是电除颤<sup>[9]</sup>。通过上述研究,旨在探讨除颤时间与除颤成功率之间的关系。本文将接受院前急救电除颤的患者分为 5 组:<1 min 组、1~<3 min 组、3~<6 min 组、6~<8 min 组和≥8 min 组,进而观察发现 5 组患者的除颤成功率以及心功能指标 E 峰、E/A 值、LVEF、LVEDD 均呈(<1 min 组)>(1~<3 min 组)>(3~<6 min 组)>(6~<8 min 组)>(≥8 min 组)的趋势。杨葵花<sup>[9]</sup>通过对 103 例患者心室颤动持续时间和心室颤动波形与复苏成功率的关系研究,从另一个角度论证了本文的观

点。同时进一步以除颤时间为应变量进行单因素回归分析显示,除颤时间与除颤成功率、E 峰、E/A 值、LVEF、LVEDD 呈负相关关系, $r^2$  分别为 0.615、0.482、0.526、0.398、0.456。

由此可知,院前急救患者除颤时间越短,除颤成功率越高,除颤后心功能越好,具有积极的临床价值。

## 参考文献

[1] 史宏伟,陈鑫.经食管超声心动图在心肺复苏中的应用[J].临床麻醉学杂志,2012,28(1):91-93.  
[2] 王效增,韩雅玲,王祖禄,等.体外自动除颤仪在抢救心脏骤停中的应用[J].实用医学杂志,2008,24(1):71-72.  
[3] 叶华,王吉文,吴海东,等.长时程室颤先行心肺复苏对复苏效果的影响及机制研究[J].中国急救医学,2008,28(10):911-913.  
[4] 王凤英,李凌.氨茶碱治疗心跳骤停后顽固性室颤效果观察[J].医学论坛杂志,2008,29(15):48-49.  
[5] Nielsen AM, Henriksen MJ, Isbye DL, et al. Acquisition

and retention of basic life support skills in an untrained population using a personal resuscitation manikin and video self-instruction (VSI)[J]. Resuscitation, 2010, 81(9): 1156-1160.  
[6] 庞咏,金奇,张凝,等.不同除颤能量对于除颤后血流动力学及心室复极离散度的影响[J].国际心血管病杂志,2011,38(4):238-240.  
[7] Kim JJ, Lim YS, Shin JH, et al. Relative adrenal insufficiency after cardiac arrest: impact on postresuscitation disease outcome[J]. Am J Emerg Med, 2006, 24(6): 684-688.  
[8] 侯健民.自动体外除颤器在院前急救中的应用效果分析[J].广东医学,2007,28(3):437-438.  
[9] 杨葵花.电击除颤技术在心肺脑复苏抢救应用中的临床研究[J].医药论坛杂志,2011,32(22):137-139.

(收稿日期:2013-01-13 修回日期:2013-03-23)

## • 临床研究 •

# 健康教育和心理疗法在女性更年期综合征治疗中的应用

钱莉芸(北京市垂杨柳医院妇产科 100022)

**【摘要】 目的** 探讨女性更年期综合征应用健康教育和心理疗法治疗女性更年期综合征的临床疗效。**方法** 回顾分析 2011 年 1 月至 2012 年 2 月北京市垂杨柳医院收治的 72 例女性更年期综合征患者,并将其随机分为对照组和观察组各 36 例。对照组给予常规药物治疗,观察组在对照组基础上给予健康教育和心理疗法治疗;2 个月为 1 个疗程,观察比较两组患者治疗 1 个疗程后更年期 Kupperman 评分及临床效果。**结果** 治疗后观察组患者 Kupperman 评分为  $(19.45 \pm 3.57)$  分,对照组患者为  $(23.26 \pm 3.62)$  分,两组比较差异有统计学意义  $(P < 0.05)$ 。观察组临床总有效率为 91.67%,对照组临床总有效率为 75.00%,两组比较差异有统计学意义  $(P < 0.05)$ 。**结论** 女性更年期综合征治疗中,除应用药物治疗外,健康教育和心理疗法的应用可有效改善患者的负性情绪,提高生活质量和临床疗效。

**【关键词】** 健康教育; 心理疗法; 女性; 更年期综合征

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-2020-02

由于 45~55 岁之间的妇女处于卵巢功能衰退时期,甚至功能消失,出现内分泌以及神经功能失调等情况,引发更年期综合征<sup>[1]</sup>。临床主要表现为潮热出汗、感觉异常、胸闷气短、烦躁易怒、心慌头晕、忧郁、失眠健忘等,严重影响患者的生活质量。有学者认为此病发病机制可能与体质、健康状态、精神因素及社会环境等有关。10%~15% 的症状较为严重,需要治疗<sup>[2]</sup>。因此,采取何种措施使妇女顺利渡过更年期,是医务工作者面对的重要课题,本院 2011 年 1 月至 2012 年 2 月在药物治疗基础上应用健康教育和心理疗法治疗更年期综合征患者,旨在探讨其临床效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 回顾分析 2011 年 1 月至 2012 年 2 月本院收治的 72 例女性更年期综合征患者的临床资料,其中年龄 46~54 岁,平均年龄  $(49.13 \pm 1.56)$  岁;病程 0.6~4.0 年,平均病程  $(1.26 \pm 0.57)$  年。所有患者均符合《中药新药临床研究指导原则》女性更年期综合征的诊断标准<sup>[3]</sup>,排除精神系统疾病,心、肝、肾等器质性病变。将其分为对照组和观察组各 36 例,两组患者的年龄、疾病严重程度、病程时间等方面比较,差异无统计学意义  $(P > 0.05)$ ,具有可比性。

**1.2 方法** 对照组根据患者病情给予对症治疗,酌情应用谷维素、维生素 B<sub>6</sub>、维生素 A、维生素 E、复方维生素 B、维尼安及雌激素替代治疗;若有睡眠障碍,可口服安定治疗。观察组患者在对照组治疗基础上,给予患者健康教育和心理疗法治疗。(1)健康教育:用图片、图书、宣传资料等对患者进行有针对性的宣传教育,用慢速、温和的语气耐心讲述更年期综合征的生理过程、变化,让患者了解并接受。对患者讲解女性更年期是正常生理过程,将伴发的临床症状告知患者,鼓励患者配合医生积极治疗,同时保持会阴部的清洁干燥,当有情绪波动时,要学会自我调节与放松。(2)心理疗法:患者来就诊时,要主动与患者交谈,解释病情,与患者进行零距离接触,走进其内心世界,消除患者紧张感、陌生感、恐惧感;告知患者由于焦虑和抑郁等不良情绪有可能引起内分泌功能及中枢神经系统失衡,要学会情绪调控,减少不良反应;让患者对医生产生信任感,主动配合治疗,要与患者家属及亲友取得联系,让其给予患者关爱,对其理解与包容,这样有助于患者缓解负性情绪,帮助患者解除顾虑,树立信心,促使健康恢复,鼓励患者科学安排生活,充实生活内容,注意性格的陶冶;医生经常与患者交谈,对其提出的问题耐心回答,帮助她们排忧解难,让患者主动配合治疗。