

康人群中的血清水平是很难检测到,但是在严重感染并有全身性炎症反应时,PCT 由甲状腺以外组织产生,如肝脏中的巨噬细胞、单核细胞,肺和肠道组织的淋巴细胞和神经内分泌细胞都能合成及分泌,其血清水平明显上升,当感染控制后血中 PCT 水平会随之下降。对 112 例怀疑有全身感染的败血症患者进行 PCT 的检测中,有明显感染灶与无明显感染灶组 PCT 阳性率和 PCT 均值比较均无统计学差异($P>0.05$),而有明显感染灶组与伴有多脏器官功能损害组比较 PCT 阳性率和 PCT 均值均有统计学差异($P<0.05$),说明当局部感染时,PCT 增高不明显,而当在全身感染有不同程度的脏器功能改变时,PCT 值明显增高。PCT 是一种非常敏感的炎症标志物,对败血症患者感染有高度特异性^[6-7],不仅可作为败血症预示、预后的指标,而且可帮助识别细菌、病毒感染。在本研究中,有明显感染灶组 PCT 与 CRP 阳性率比较差异有统计学意义($P<0.05$),而在伴有多脏器官功能损害组 PCT 与 CRP 阳性率比较无统计学差异($P>0.05$)。说明 PCT 的升高要早于 CRP 的上升,PCT 的测定更能早期反映机体全身性感染,其原因可能与在细菌感染的早期 CRP 水平较低有关^[8]。与 Karzai 等^[9]报道 PCT 增高和恢复比 CRP 更快相符合。

在本组病例中,44 例 PCT 增高者,其中 39 例经过治疗后 PCT 恢复正常治愈出院,另外 5 例在治疗过程中的动态观察中无明显下降或进行性上升,4 例死亡,1 例自动出院。在伴有多脏器官功能损害组 PCT 均值明显高于有明显感染灶与无明显感染灶组($P<0.05$),说明 PCT 值升高的水平及其动态变化与疾病的程度及愈后有关,PCT 能及时反映临床的过程。血培养是诊断败血症的金标准,但需要时间长,受外界干扰的因素较多,不能达到早期、快速的要求,尤其是败血症患者的症状不明显而且进展迅速,往往在实验室指标未出现阳性结果时,病情已恶化,以致措手不及,丧失抢救的最佳时机。因此,PCT 可作为败血症患者感染早期诊断的标志物,而其动态变化也可作为败血症预示和预后的指标。在临床实践中对可能发生败血症的患者进行 PCT 的检测,可提供早期诊断的依据及观察治疗的效应。

对一些不明原因 PCT 增高的患者,应密切观察寻找感染源。进行适当的处理,当 PCT 持续升高或进行性增高时提示

预后差。因此对 ICU 病房内危重患者常规监测 PCT 有助于临床医生早期诊断和确定合理的治疗方案。随着临床和实验研究的不断深入,PCT 将作为一个细菌性感染的实验室常规指标得到推广。

参考文献

- [1] 张瑾,赵诸慧.感染患儿血清降钙素原水平的变化[J].国外医学儿科学分册,2000,27(1):7-9.
- [2] 孔万权,庄荣,魏大臻.降钙素原与血清 C2 反应蛋白联合测定对严重多发伤患者早期细菌感染的诊断价值[J].重庆医学,2009,38(16):2018-2019.
- [3] 邓明明,王烜,杜光红,等.降钙素原对急性胰腺炎合并感染的诊断价值[J].泸州医学院学报,2009,32(1):31-32.
- [4] 李慎,贺金峰.降钙素原、C 反应蛋白联合检测在新生儿败血症早期诊断中的价值[J].中国临床研究,2012,25(10):995-996.
- [5] 钱苗,辜楠,韩树萍.降钙素原在诊断早产儿医院感染败血症的临床意义[J].临床医学工程,2012,19(10):1689-1690.
- [6] 李光富,胡孝彬,王诗涛.降钙素原在儿童感染性疾病中的诊断价值[J].国际检验医学杂志,2012,33(22):2797-2798.
- [7] Peltola H,Jaakkola M,C-reaction protein in early detection of bacteria versus viral infections in immunocompetent and compromised children[J].J pediatr,1988,113(4):641-646.
- [8] Gendrel D,Assicot M,Raymond J,et al. procalcitonin as a marker for the early diagnosis of neonatal infection[J].J Pediatr,1996,128(4):570-573.
- [9] Karzai W,Oberhoffer M,Meier-Hellmann A,et al. procalcitonin-A New Indicator of the Systemic Response to severe Infections[J].Infection 1997,25(6):329-334.

(收稿日期:2012-12-17 修回日期:2013-04-23)

• 临床研究 •

门诊患者用药依从性调查分析及药师干预措施

张宇辉(重庆市大足区人民医院药剂科 402360)

【摘要】 目的 调查门诊患者用药依从性情况,分析影响依从性因素及干预对策。**方法** 选择 2011 年 12 月门诊用药患者 300 例作为调查对象,由经过统一培训的药房人员进行依从性及影响因素调查。**结果** 300 例患者依从性好 63.33%,依从性差 36.67%。依从差患者年龄(61.23 ± 11.23)岁、小学以下文化程度 72.73%,高于依从性好者[(50.56 ± 16.33)岁,26.32%];月收入[($1\ 461.23\pm241.23$)元]少于依从性好者[($1\ 986.67\pm210.32$)元, $P<0.05$]。依从性差相应原因包括:治疗方案复杂 50 例次;药品标签及说明书不能正确理解 20 例次;服药不方便(药品体积、气味等)18 例次;担心药物不良反应 45 例次;相信广告 18 例次;缺少药物指导 10 例次。**结论** 影响门诊患者用药依从性因素较多,门诊药师可通过提高业务水平、实施用药指导、充分进行沟通等方法提高患者用药依从性。

【关键词】 门诊患者; 用药依从性; 相关因素; 干预对策

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.035 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)16-2127-03

门诊患者到药房取药是其在医院接受诊疗的最后环节,正确服用药物对其预后起到举足轻重的作用,但患者离开医院后

由于受到多种因素的影响,使其服药性依从性差^[1]。本文通过对门诊患者用药依从性情况进行调查分析,探讨可能提高患者

服药依从性的干预措施,从而更好的提升医院药师药学服务质量。

1 对象与方法

1.1 调查对象 随机选择 2011 年 12 月门诊用药患者 300 例作为调查对象,年龄 18~86 岁,平均为(54.67±14.67)岁;包括内科患者 120 例、外科患者 80 例、妇产科患者 55 例、五官科患者 45 例,均能用口语表达自己的感受,能够配合调查。

1.2 依从性评判^[2] 依从性好:完全遵从医师、药师的用药指导,包括每天用药的次数、剂量、时间、途径正确;依从性差:不按医嘱和药师的用药指导服用药物包括过早停止用药、漏服、用药时间错误、超剂量及剂量不足、随意换药及拒绝用药。

1.2 方法 对 300 例患者由经过统一培训的药房人员进行依从性调查,向患者介绍自行设计的服药依从性调查表(内容包括患者因素年龄、文化程度、经济收入、依从性评判标准等)的目的和方法,在统一的指导用语条件下对调查表作出答卷,患者按要求对依从性标准的每个问题作出选择性的回答,如是或否。回答“否”的患者由填写相应原因。

1.3 统计学处理 SPSS13.0 软件包进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

300 例患者依从性好者占 63.33%(190/300),依从性差者占 36.67%(110/300)。依从差患者年龄(61.23±11.23)岁、小学以下文化程度 72.73%(80/110),高于依从性好患者的(50.56±16.33)岁、26.32%(50/190)(t/χ^2 分别为 4.56/23.67, $P<0.05$);依从差患者月收入(1 461.23±241.23)元,少于依从性好患者的(1 986.67±210.32)元($t=4.56$, $P<0.05$)。依从性差相应原因包括:治疗方案复杂 50 例次;药品标签及说明书不能正确理解 20 例次;服药不方便(药品体积、气味等)18 例次;担心药物不良反应 45 例次;相信广告 18 例次;缺少药物指导 10 例次。

3 讨论

3.1 门诊患者用药依从性影响因素 药物治疗在控制疾病的进展、预防并发症、提高生活质量方面起着重要的作用,能否正确、及时、安全、有效的维持药物治疗方案,受患者对药物治疗依从性高低的影响,但在临床工作中发现,门诊患者对药物治疗依从性相对较低^[3],本文调查发现门诊患者用药依从性好占 63.33%。服药依从性的影响因素较复杂,笔者根据本调查研究结果做以下分析。

3.1.1 患者因素 老年患者由于记忆力下降,容易出现少服、漏服甚至误服现象^[4],本文依从差患者平均年龄(61.23±11.23)岁高于依从性好患者的(50.56±16.33)岁。文化程度低的不能正确认识对待自身疾病,同时接受疾病相关知识比较局限,对所服药物不了解,缺乏自我监护能力随意中断治疗,本文依从差患者年龄小学以下文化程度 72.73%高于依从性好患者 26.32%。经济承受能力不足:有相当一部分患者,因收入低,经济承受能力不足而中断治疗,或改用便宜但疗效差的药物^[5]。对药物不良反应过分担心,对有些药品说明书的不良反应叙述不能正确理解和看待,对不良反应叙述详尽的药物(多为进口药或国内知名药品生产企业生产)产生一种畏惧感,担心不良反应发生在自己身上,继而产生不依从性^[6],或者拒绝服用,或者擅自减量。

3.1.2 药品因素 药品标签说明专业化,如标签上写明 30 mg·kg⁻¹·d⁻¹(每片规格为 37.5 mg),面对专业术语,患者

难以理解,造成服药剂量错误;药片或胶囊体积大吞服困难,或药片太小不利于分掰,或药品含有挥发性刺激性气味等也影响患者用药;药物用法及用量复杂,为了提高药物疗效,减少药物的不良反应,药物的服用时间各不相同:如肠溶阿斯匹林、他汀类调脂药要求晚上服用,而洋地黄制剂、利尿剂则主张早上服用, β -受体阻滞剂常常由小剂量开始服用,然后根据症状改善情况而逐渐加量,使患者难以遵医嘱服药。

3.1.3 社会因素 (1)目前部分民办医院、诊所、个体医生受经济利益驱动,虚假广告铺天盖地,导致患者片面地相信“祖传秘方,纯中药制剂”等等,影响依从性。(2)缺少药物指导。现在越来越多的患者会主动要求药师提供用药指导,如果药师不具备足够的药学知识,业务不熟练,缺乏适当的沟通技巧,对患者的询问不能给予详细解释,不能够满足患者要求的,甚至会引起患者的不满,缺少信任感,用药依从性因此降低。

3.2 门诊药师提高患者用药依从性措施

3.2.1 提高业务水平 药剂师应及时了解国内外药学的最新信息和发展动态,掌握新理论、新知识、新技术,提高自己的专业知识及工作能力;不断提高服务意识,窗口服务应该提倡使用标准的文明用语,强化服务作风,提高服务理念,调配处方时要注意处方中临床诊断,便于药师有针对性地与患者沟通,解释药品知识,增加其用药的依从性。

3.2.2 实施用药指导 药师利用板报、宣传栏、发放《药讯》等开展用药健康教育包括药品价格、药品的用量、用法、禁忌症、不良反应等等,强调按规定用药的必要性和重要性^[7];宣教方法要通俗易懂,对于老年及文化程度低的患者,可以采用在药品的标签上画上不同的符号来代表不同的用法,如在药物的标签上画个“太阳”表示早上服用,画上“月牙”表示晚上服用,同时画上“太阳”和“月牙”则表示早、晚都要服用,没有标记则表示 1 天 3 次服用等^[8],同时促使患者家属积极配合。

3.2.3 充分进行沟通 对于患者通俗易懂语言提供准确详细的用药指导,澄清用药过程中的疑难问题,保留联系方式,以便患者在服药过程中及时咨询有关问题;定期进行随访,指导患者正确服药^[9]。除了与患者加强沟通外,还应充分与对医师联系,建议医生在药物的选择上要尽量选择长效制剂(如缓释剂、控释片),减少患者服药次数,在保证治疗效果的同时,尽可能减少服药的种类;建议药品供应方对药品包装、气味、形状、说明书改良,以满足不同患者的用药需求^[10]。

参考文献

- [1] 许卫华,王奇,梁伟雄. 问卷或量表在患者依从性测量中的应用[J]. 中国慢性病预防与控制,2007,15(4):403-405.
- [2] 杨建坤,杨章群,王永丽. 门诊药师在患者用药依从性中的作用[J]. 湖南中医药大学学报,2011,31(4):69-70.
- [3] 张抗怀,杨世民. 浅论医院药师与患者的沟通[J]. 中国药房,2003,14(4):208-210.
- [4] 卞晓岚,黄海,吴妍妍,等. 沟通技巧在医院药学服务过程中的应用[J]. 中国药师,2005,8(7):575-576.
- [5] 刘永生,王金菊. 零售药店执业药师指导用药的必要性[J]. 中国医药导报,2007,4(30):146-148.
- [6] 张秋颖,王秋安. 小议药师与患者的沟通[J]. 河南中医,2007,27(8):84-85.
- [7] 钟永基,刘佛添,钟小玲. 临床药师与合理用药[J]. 现代医院,2008,8(8):124-125.

[8] 张守堂,李璐,李荣,等.门诊药师在提高患者用药依从性方面的作用[J].药学服务与研究,2009,9(4):248-249.

[9] 楼英彪.药师在改善患者用药依从性中的作用[J].中国药房,2005,16(15):1192-1193.

[10] 彭文.药师对提高患者用药依从性的作用[J].现代医药卫生,2009,25(12):1895-1896.

(收稿日期:2012-12-25 修回日期:2013-04-26)

• 临床研究 •

两种麻醉方式在急性阑尾炎手术中的对比分析

殷雁斌,牟虹,吕兰,骆沙舟,张莉(解放军第四五二医院麻醉科,成都 610021)

【摘要】 目的 对比分析腰硬联合麻醉与单独硬脊膜外腔麻醉两种麻醉方式在急性阑尾炎手术中的效果及不良反应等情况。**方法** 选择 80 例 2011 年 2~12 月在本医院就诊符合收治条件的急性阑尾炎患者,随机分为两组,腰硬联合麻醉组(实验组)40 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)40 例,手术过程中监测两组患者的心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征情况。麻醉成功后,术中观察患者麻醉阻滞平面、牵拉反应程度、辅助用药量等指标,术后记录胃肠道功能恢复时间(排气时间)、出院时间等指标,以此评判两组麻醉方式用于急性阑尾炎手术的优劣。**结果** 两组患者在心率、血压、血氧饱和度、心电图情况方面比较差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者均阻滞完善,可以满足手术要求,但手术过程中牵拉反应程度实验组Ⅰ~Ⅱ级 35 例(87.5%),对照组Ⅰ~Ⅱ级 19 例(47.5%),两组差异有统计学意义($P<0.05$)。辅助用药使用情况实验组 5 例,对照组 16 例,平均用量 1.5~2.0 mL,两组均未见呼吸抑制。术后排气时间和出院时间比较,两组间差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在急性阑尾炎手术中行腰硬联合麻醉可以有效提高阻滞平面,减轻牵拉反应,减少麻醉辅助用药,加快胃肠道功能恢复时间,值得临床推广。

【关键词】 蛛网膜下腔麻醉; 硬脊膜外腔麻醉; 腰硬联合麻醉; 急性阑尾炎
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)16-2129-02

目前我国在进行急性阑尾炎手术时可以选用的麻醉技术基本有 3 种,分别为蛛网膜下腔麻醉、硬脊膜外腔麻醉和腰硬联合麻醉方式^[1-2]。但麻醉最基本的要求是安全有效、无痛舒适,为探讨在行急性阑尾炎手术中选择哪种麻醉方式最佳,笔者就本院行该手术时常用的两种麻醉方式进行了对比研究,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 80 例于 2011 年 2~12 月在本医院就诊符合收治条件的急性阑尾炎患者,所有患者参照美国麻醉师协会分级标准判断均为Ⅰ~Ⅱ级^[3],年龄 18~33 岁,平均 26.8 岁;体质量 44~69 kg,平均 52.6 kg。其中随机分为两组,腰硬联合麻醉组(实验组)40 例,硬脊膜外腔麻醉组(对照组)40 例,组间年龄、性别、体质量等一般情况经统计学分析差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 麻醉方法 两组患者手术前 30 min 均常规肌内注射阿托品 0.5 mg。进入手术室后常规监测心率、血压、血样饱和度。对照组:选择 L₁₋₂为穿刺点,用 BD 联合针穿刺,患者呈侧卧位,行 2%的利多卡因 5 mL 测试麻醉平面,没有蛛网膜下腔阻滞麻醉表现后,分 3 次给予 2%的利多卡因 15 mL。实验组:选择 L₂₋₃为穿刺点,用 BD 联合针穿刺,患者呈侧卧位,通过硬膜外针刺入蛛网膜下腔,30 s 内推完 0.5%布比卡因等比重液(10%葡萄糖注射液 1 mL 加 0.75%布比卡因注射液 2 mL)2.5 mL,推完后退出腰穿针,置入硬膜外导管 3.5 cm,产妇平卧位后,针刺法测定阻滞范围。手术完毕后,通过置入硬膜外导管注入 2 mg 吗啡和 2.5 mg 氟哌利多用于术后镇痛。

1.2.2 观察指标 (1)心率、血压、血氧饱和度、心电图等生命体征;(2)麻醉阻滞平面,以 T₅为界,≥T₅或小于 T₅为判断标准;(3)手术过程中观察牵拉反应程度,即手术医生在分离阑尾

系膜、处理残端、关腹时的肌肉牵拉反应;(4)辅助用药,咪唑安定+芬太尼合剂用量;(5)手术后胃肠道功能恢复时间,即排气时间;(6)出院时间。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行结果分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用随机完全设计的方差分析,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组间生命体征指标比较 两组间在心率、血压、血氧饱和度及心电图比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组间的各项生命体征指标统计

组别	心率 ($\bar{x} \pm s$, 次/分)	血压(收缩压/ 舒张压, mm Hg)	血氧饱和度 (%)	心电图
实验组	18±2	96±2/65±6	96.8	未见明显异常
对照组	18±2	97±3/65±5	96.1	未见明显异常

2.2 麻醉效果比较 两组患者阻滞完善,可以满足手术要求,但手术过程中牵拉反应程度实验组Ⅰ~Ⅱ级 35 例(87.5%),对照组Ⅰ~Ⅱ级 19 例(47.5%),差异有统计学意义($P<0.05$)。辅助用药使用情况实验组 5 例,对照组 16 例,平均用量 1.5~2.0 mL,两组均未见呼吸抑制。见表 2。

表 2 两组间麻醉阻滞平面、术中牵拉反应程度、辅助用药情况比较

组别	n	阻滞平面		辅助 用药	牵拉反应程度			Ⅰ~Ⅱ级 (%)
		T ₅	T ₆		Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	
实验组	40	35	5	5	30	5	5	87.5 ^a
对照组	40	13	17	16	9	10	21	47.5

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。