

比例上升,且种类较多,提示 VVC 的病原体由白色假丝酵母菌株向非白色假丝酵母菌株变迁,VVC 复发性及难治性可能与 VVC 菌株的变化有密切的关系。

近年来,随着假丝酵母菌引起的感染不断增多、抗真菌药物的大量使用和患者服药依从性差等原因,致使假丝酵母菌的耐药菌株日益增多,给 VVC 的治疗带来困难,已引起国内外医学界的广泛关注。60 例药敏分析结果表明,两性霉素 B 敏感性最高,为 90.0%,唑类药物耐药率相对较高,以咪康唑最显著,达 25.0%。本药敏试验的结果与国内外相关研究有明显不同^[9-10],可能存在试验的系统差异,但也高度提示,临床医生应充分注意假丝酵母菌耐药性的变化,盲目地凭经验用药,不仅达不到有效的治疗目的,还极易造成新的耐药现象的产生。在允许的情况下及时进行假丝酵母菌培养及药敏试验,依据药敏结果指导临床用药,对提高治愈率、预防和减少耐药菌株的产生是非常必要的。

参考文献

[1] Me CJ,Zinner SH,Mccormack WM. The incidence of sen- itotainary infections in a cohort of healthy women[J]. Sex Tnutsm Dis,1994,21(2):63-64.

[2] 刘朝晖,王晓莉,廖秦平. 外阴阴道假丝酵母菌病患者阴道局部免疫环境状态研究[J]. 中华妇产科杂志,2006,41(12):843-844.

[3] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3

版. 南京:东南大学出版社,2006:256.

[4] 杨惠琴,黄岑,孙惠芳. 阴道分泌物中念珠菌的检测[J]. 医学理论与实践,2007,20(4):456-457.

[5] 祝建军,叶金艳,杜玉海,等. 复发性外阴阴道假丝酵母菌病的病原真菌学与耐药性研究[J]. 中华医院感染学杂志,2008,18(2):287-289.

[6] 文惠方,张红巧,马艳丽,等. 766 例妇女阴道炎患者假丝酵母菌分布与药敏分析[J]. 中国优生优育,2012,18(1):24-25.

[7] 崔景辉,王延伟,赵会晶. 假丝酵母菌性阴道炎 500 例的病原学检测及药敏分析[J]. 临床军医杂志,2005,33(5):592-594.

[8] 罗少青,高春燕,邓松. 外阴阴道假丝酵母菌病菌群鉴定及药敏分析[J]. 国际医药卫生导报,2009,15(7):79-80.

[9] Buitrón García R,Romero Cabello R,Cruz Talonia F,et al. Study on candida no-albicans species and its relation to recurrent vulvovaginal candidiasis [J]. Ginecología y Ob- stetricia de México,2002,70(9):431-436.

[10] 冯佩英,陆春,朱国兴,等. 复发性阴道念珠菌病念珠菌的菌种及药敏分析[J]. 临床皮肤科杂志,2005,34(4):215-217.

(收稿日期:2012-12-29 修回日期:2013-03-02)

• 临床研究 •

经济单孔腹腔镜胆囊及阑尾联合切除与常规腹腔镜手术对患者生理心理的影响

张贺松(河北省徐水县人民医院普外科 072550)

【摘要】 目的 探讨经济单孔腹腔镜胆囊、阑尾联合切除术与常规腹腔镜下胆囊、阑尾分别切除术对患者生理心理的影响。**方法** 选择 35 例患者使用经济单孔胆囊、阑尾联合切除术,并与 35 例常规腹腔镜术患者比较,术中、术后患者的相关情况,并统计术后并发症以及患者手术前后抑郁和焦虑视觉模拟评分变化情况。**结果** 观察组切口总长度和术毕缝合时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组术后疼痛程度显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),术后下床时间和术后肛门排气时间均显著快于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组发生切口感染的比率仅为 2.9%,显著低于对照组的 25.7%,差异具有统计学意义($P<0.05$),术后观察组的抑郁视觉模拟评分和焦虑视觉模拟评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针对阑尾和胆囊同时病变的患者,使用经济单孔腹腔镜切除术能更好地提高患者术后美观,减轻患者对术后伤口的疑虑。

【关键词】 经济单孔; 胆囊阑尾联合切除; 生理; 心理
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)18-2425-03

经济单孔将传统腹腔镜多个体表穿刺操作孔道汇集于一个操作孔道上,其明确的优势在于术后的单孔伤口藏匿于脐孔内无瘢痕,美观效果好,同时因切口减小可能带来的潜在优势包括:减轻术后疼痛,减少了术中、术后麻醉药物及镇痛药物的用量,术后恢复快、住院时间短、快速康复及其经济效益、戳孔损伤、戳孔感染发生概率减少等^[1]。经济单孔存在较多的优点,但国内尚未见系统的文献报道其对患者心理以及生理功能影响的报告。本研究主要总结本院使用经济单孔同时切除阑尾和胆囊的经验,并通过与常规腹腔镜术式患者比较,以探讨经济单孔胆囊联合阑尾切除术对患者生理和心理的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 1 月至 2012 年 1 月本院普外科收治的阑尾炎并发胆囊炎的患者共 70 例,随机将所有患者分为两组,各 35 例,其中观察组:男 19 例,女 16 例,年龄 18~59 岁,平均年龄(34.6±3.6)岁,体质量 43~86 kg,平均体质量(64.6±5.6)kg;对照组:男 20 例,女 15 例,年龄 18~60 岁,平均年龄(35.3±3.9)岁,体质量 42~85 kg,平均体质量(65.1±5.4)kg;两组患者性别、年龄以及体质量等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 本组患者均在全麻醉气管插管下完成手术治疗,其中观察组使用经济单孔手术,术前准备同普通腹腔镜手术,

选择脐孔右侧行长约 1.5 cm 的弧形切口,将 0.5 cm 的鞘卡进行穿刺注入腹腔,并建立二氧化碳气腹,置入腹腔镜镜头,全面观察全腹腔病变情况,确定胆囊无显著水肿以及炎性表现,阑尾未穿孔以及坏疽,阑尾系膜和阑尾根部解剖结构清晰,之后取 3 孔 Trocar 置入脐部切口内下方,另取 5 mm 鞘卡经 3 孔 Trocar 置入操作器械,观察全腹腔情况可使用 10 mm 镜头进行,通过腹直肌的压力以及进行简单缝合,以避免漏气,使用常规腹腔镜下胆囊切除术方法,进行胆囊切除术,其中可以使用超声刀对胆囊管和胆囊动脉进行分离,介于操作部位较低,建议使用逆行法切除胆囊,在胆囊切除并充分止血后,通过脐部切口取出标本,之后使用超声刀切断阑尾系膜,将阑尾根据上钛夹,离断阑尾,将阑尾从脐部切口处取出,仔细缝合脐部切口,以防止术后脐疝的发生,并达到有效的形态复原的美观效果。对照组则常规使用脐部置入镜头,和季肋部三孔行胆囊切除,之后选择下腹部和腹中线三孔法行阑尾切除。

1.3 观察指标 观察术中、术后患者的相关情况,并统计术后并发症以及患者手术前后抑郁和焦虑视觉模拟评分变化情况,其中抑郁和焦虑视觉模拟评分是在 1 根长 100 mm 的直线上,0 分代表完全无焦虑,100 分代表最剧烈的焦虑,由患者根据其自觉焦虑程度在直线上做标记,记录长度毫米数即为所得分数。

1.4 统计学方法 应用 SPSS13.0 进行,计量资料以 $\bar{x} \pm s$,两组间均数的比较使用 *t* 检验,组间率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组术中情况比较 两组术中出血、手术时间等差异无统计学意义($P > 0.05$),观察组切口总长度和术毕缝合时间均显著短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血 (mL)	手术时间 (min)	切口总长度 (cm)	术毕缝合时间 (s)
观察组	39.6±5.6	81.3±11.3	1.3±0.2	158.6±36.3
对照组	41.6±5.7	79.4±10.8	1.1±0.2	179.3±41.5
<i>t</i>	3.154	3.256	6.986	15.283
<i>P</i>	0.096	0.091	0.041	0.000

2.2 两组术后情况比较 观察组术后疼痛程度显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),同时术后下床时间和术后肛门排气时间均显著快于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	术后疼痛程度 (分)	术后下床时间 (d)	术后肛门排气时间 (d)
观察组	4.6±1.1	2.0±0.6	1.9±0.5
对照组	5.6±1.3	2.6±0.7	2.3±0.6
<i>t</i>	12.365	18.327	11.027
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000

2.3 两组发生的并发症情况比较 观察组发生胆漏、脐疝和肠痿的比率分别为 2.9%、8.6%和 2.9%,与对照组之间差异无统计学意义($P > 0.05$),同时观察组发生切口感染的比率仅

为 2.9%显著低于对照组的 25.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$),而观察组中转开腹的患者占 17.4%显著高于对照组的 2.9%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组发生的并发症情况比较(*n*)

组别	胆漏	切口感染	脐疝	中转开腹	肠痿
观察组	1	1	3	6	1
对照组	1	9	1	1	1
χ^2	0.000	7.467	1.061	3.968	0.000
<i>P</i>	1.000	0.006	0.303	0.046	1.000

2.4 手术前后患者和焦虑视觉模拟评分比较 术后两组患者的抑郁视觉模拟评分和焦虑视觉模拟评分均显著低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且术后观察组的抑郁视觉模拟评分和焦虑视觉模拟评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 手术前后患者和焦虑视觉模拟评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别		抑郁视觉模拟评分	焦虑视觉模拟评分
观察组	手术前	8.6±1.1	9.5±0.3
	手术后	1.3±0.1 ^{ab}	1.5±0.1 ^{ab}
对照组	手术前	8.7±1.1	9.3±0.4
	手术后	2.5±0.3 ^a	3.1±0.2 ^a

注:与术前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

随着腹腔镜手术的推广与技术的成熟,越来越多的医生掌握了经脐单孔腹腔镜手术操作的要点,其临床使用也更加方便,但是就目前的发展程度而言,对于严重的腹部脂肪堆积,并发有严重的肝肾、心肺功能障碍以及急慢性腹膜炎患者,建议不宜同时使用经脐单孔将阑尾和胆囊一同切除,而对于既往有腹部手术史可能存在有腹腔脏器粘连者,选择手术方式需要慎重^[2]。本研究选择的阑尾联合胆囊切除术患者,均排除相应禁忌症。对于患者心理的影响,作者发现虽然术后两组患者的抑郁视觉模拟评分和焦虑视觉模拟评分均显著低于术前,但术后观察组的抑郁视觉模拟评分和焦虑视觉模拟评分均显著低于对照组。术后两组抑郁和焦虑视觉模拟评分均下降的原因,可能是术后患者疾病得到解除,且术后恢复效果显著,对于健康的担忧解除,此时对照组对于术后美观的担忧上升为首位,观察组则有效解决了术后影响美观的不足。

随着内镜技术的发展,医生操作水平的提高,单纯通过经脐单孔不仅能进行胆囊切除而且对于合并有阑尾炎的患者,也能一并进行切除术。本研究发现观察组切口总长度和术毕缝合时间均显著短于对照组,术后疼痛程度显著低于对照组,同时术后下床时间和术后肛门排气时间均显著快于对照组,而且观察组发生切口感染的比率仅为 2.9%显著低于对照组。虽然在操作上存在视野受限、“筷子效应”等不足,但手术效果可以保证,手术获得成功,无并发症发生,由于切口仅在脐部,患者术后心理压力小,疼痛轻,可以更快恢复,美容效果明显^[3]。经脐单孔腹腔镜联合手术的优点是:手术不增加切口,根据需要改变患者体位,减少了不必要的创伤;术中全面探查腹腔,直观显示病灶,避免漏诊腹腔深部潜在的病变;患者创伤小,痛苦轻,并发症少,可早期下床活动,对胃肠道刺激小,肠道功能恢复快;一次麻醉和手术可完成多部位的治疗,避免了多个脏器

病变行多次手术对患者造成的痛苦,节省了治疗费用,减轻了患者的经济负担,而且经脐手术在达到腹壁无瘢痕的同时,技术难度和手术风险均大为降低^[4-6]。

使用经脐单孔手术,术中通过不断的调整腹腔镜镜头的远近,以寻找合适的空间操作,其次可以将器械的操作手柄进行左右的旋转,以更好的得到操作空间,而且在将腹腔镜的镜头进行后退时,首相确定在操作器械与操作部位之间的距离,并进行有效的校准后,再前进或后退镜头,以保证足够的操作视野,同时笔者还注意到通过使用 10 mm 腹腔镜进行手术操作中的观察并在取标本时更换 5 mm 腹腔镜,更有利于取出标本,在术中操作时,如擦拭、更换钛夹等的时候,则可以再次经过 10 mm 鞘卡置入,达到各个操作孔之见的灵活转换,在游离胆囊管时,尽量游离干净,以免上钛夹时夹闭不全,分离胆囊时动作不宜快,以免胆囊破裂或出血,影响手术观察,游离阑尾系膜时,为避免出血用无损伤抓钳提起阑尾尖端,用电钩紧贴阑尾,边凝边分离至阑尾根部^[5-7]。本手术操作时漏气是一个常见的问题,笔者的经验是可以在脐部的下缘行沿脐的弧形长度约 2 cm,之后置入 10 mm 的三孔鞘卡,可同时容纳 2 个 5 mm 鞘卡以及置入 10 mm 镜头进行观察,但是三个鞘卡之间尽量使用腹直肌肌肉以及腹膜进行分隔,能达到一定的预防漏气的效果,而且在术毕取标本的时候,再将鞘卡孔进行扩张,如果标本较大,则可将三切口孔进行连通,但是要注意术毕认真缝合,且要注意美容效果^[8-10]。所以通过本组试验,笔者认为在设备齐全、医师操作熟练的医院,针对阑尾和胆囊同时病变的患者,使用经脐单孔腹腔镜切除术能更好的提高患者术后美观,减轻患者对术后伤口的疑虑。

参考文献

[1] 王剑明,马超群,杜记涛,等. 经脐单孔腹腔镜手术 19 例

体会[J]. 临床外科杂志,2010,18(8):516-518.
[2] Vilallonga R,Barbaros U,Sümer A,et al. Single-port transumbilical laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomised comparison of clinical results of 140 cases[J]. J Minim Access Surg,2012,8(3):74-78.
[3] 吴硕东,孔静,范莹,等. 经脐单孔腹腔镜食管及胃手术[J]. 中华普通外科杂志,2011,26(3):266-267.
[4] 郭世奎,龚昆梅,包维民,等. 脊柱侧凸患者行经脐单孔腹腔镜联合手术的临床研究[J]. 腹腔镜外科杂志,2010,15(3):229-231.
[5] 张震波,牛锦全,杨宇东. 经脐入路内镜外科手术的技术难点及对策[J]. 腹腔镜外科杂志,2010,15(11):829-831.
[6] Hasukic S,Matovic E,Konjic F,et al. Transumbilical single-port laparoscopic cholecystectomy [J]. Med Arh, 2012,66(4):276-277.
[7] 叶颖江,王杉. 低位直肠癌外科治疗新术式:提肛肌外腹会阴联合切除术[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(6):453-455.
[8] 彭俊生,向军. 炎性肠病营养支持治疗进展[J]. 中国实用外科杂志,2012,32(6):502-505.
[9] 石群峰. 腹腔镜脐环缝扎术治疗小儿脐疝的体会[J]. 腹腔镜外科杂志,2012,17(3):209-211.
[10] 戴新,郑燕,郑雁飞,等. DEC1 基因真核表达质粒的构建及对胃癌细胞增殖的影响[J]. 山东大学学报:医学版, 2012,50(6):75-79.

(收稿日期:2013-01-05 修回日期:2013-03-20)

• 临床研究 •

影响维持性血液透析患者依从性相关因素及护理干预

周 燕(江苏省南通市第三人民医院血液净化中心 226006)

【摘要】 目的 探讨维持性血液透析依从性相关因素及护理干预措施。**方法** 回顾性分析 140 例维持性血液透析的临床资料,比较依从性好及依从性差的两组患者性别、年龄、心理状态、维持性血液透析相关知识、透析龄、家庭经济收入、护患关系等方面的差异。**结果** 140 例维持性血液透析依从性好 90 例(64.29%),依从性差 50 例(35.71%)。依从性差组平均年龄(59.17±14.17)岁、44.44%存在不良心理反应、46.00%缺乏维持性血液透析知识、30.00%护患关系一般高于依从性好的患者 15.56%、18.89%、12.22%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 影响维持性血液透析依从性因素复杂,通过加强老年患者管理、实施针对性心理支持、健康教育、改善护患关系以提高维持性血液透析依从性。

【关键词】 维持性血液透析; 依从性; 相关因素; 护理对策
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.18.039 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)18-2427-02

慢性肾衰竭需实施维持性血液透析,但是受疾病本身、透析并发症以及家庭、社会的影响,患者依从性较差,使透析不充分,不仅导致免疫力下降,影响生活质量,更为严重的是引发透析并发症,从而增加治疗风险^[1]。本文对影响维持性血液透析依从性的相关因素进行研究,探讨护理干预对策,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 6 月至 2011 年 12 月在本院进行维持性血液透析患者 140 例;男 73 例、女 67 例;年龄 43~72 岁,平

均年龄(54.12±14.23)岁;透析龄 6 个月至 10 年,平均(4.11±1.30)年。透析方法为常规碳酸氢盐透析,每周透析 2~3 次,每次 4~5 h,血流量 200~250 mL/min,应用普通肝素或低分子肝素抗凝。140 例患者均意识清醒,有正常的认知功能,能正确表达。

1.2 维持性血液透析依从性诊断标准^[2] 维持性血液透析患者能够正确按时执行医嘱,达到充分透析,相关并发症少,生活质量佳,评价为遵医行为好;如不按时、不遵循或缺漏执行医嘱