

能打击不大,故对成人各类的腹股沟疝患者等均适用,必要时可在局麻下进行^[10]。本资料显示观察组的临床治疗效果明显优于对照组,其差异有统计学意义($P<0.05$);在治疗的过程中两组患者均未出现严重的并发症和不良反应。

疝环填充式无张力疝修补术不破坏正常的腹股沟区解剖结构,且手术操作简单、疗效满意、并发症较少,适合临床应用推广。虽然目前填充材料价格较昂贵,但随着人们生活水平的不断提高,对生活质量的要求也越来越高,故疝环填充式无张力疝修补术临床应用前景良好,值得临床推广。

参考文献

- [1] Singhal V, Szeto P, VanderMeer TJ, et al. Ventral hernia repair: outcomes change with long-term follow-up [J]. JSLs, 2012, 16(3): 373-379.
- [2] D'Amore L, Gossetti F, Manto O, et al. Mesh plug repair: can we reduce the risk of plug erosion into the sigmoid colon? [J]. Hernia, 2012, 16(4): 495-496.
- [3] Sevoni D, Gunnarsson U, Nordin P, et al. Recurrent groin hernia surgery [J]. Br J Surg, 2011, 98(10): 1489-1494.
- [4] Vrijland WW, van den Tol MP, Luijendijk RW, et al. Randomized clinical trial of non-mesh versus mesh repair of primary inguinal hernia [J]. Br J Surg, 2002, 89(3): 293-297.

- [5] Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States [J]. Surg Clin North Am, 1993, 73(3): 413-426.
- [6] Blatnik JA, Harth KC, Krpata DM, et al. Stitch versus scar—evaluation of laparoscopic pediatric inguinal hernia repair: a pilot study in a rabbit model [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2012, 22(8): 848-851.
- [7] Mandai Y, Naito M, Hayashi T, et al. Impact of endoscopic and histological evaluations of two different types of mesh plug for a groin hernia model [J]. Surg Today, 2011, 41(11): 1512-1518.
- [8] 曹家平. 疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝 [J]. 实用中西医结合临床, 2011, 11(6): 30-31.
- [9] 糜英华, 刘英, 王相. 聚丙烯修补材料在腹股沟疝治疗中的应用 [J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(16): 2995-2998.
- [10] Boudokhane M, Fodha M, Abdekefi MT, et al. Lichtenstein versus Lichtenstein plus plug in prosthetic inguinal hernia repair: preliminary results of a prospective randomized controlled trial [J]. Tunis Med, 2012, 90(5): 401-406.

(收稿日期: 2013-03-21 修回日期: 2013-06-09)

• 临床研究 •

膀胱灌注患者治疗依从性影响因素调查研究

毛元香, 张 杨, 刘利蓉 (贵州省铜仁市第一人民医院 554300)

【摘要】目的 探讨膀胱灌注患者治疗依从性的影响因素。**方法** 调查对象为 2010 年 10 月至 2012 年 8 月在铜仁市第一人民医院进行膀胱灌注的膀胱癌术后患者 465 例, 采用治疗依从性调查问卷对患者的治疗依从性进行调查, 采用统计学方法对结果进行处理分析。**结果** (1) 年龄小于 40 岁的患者、文化程度在高中及以上的患者、不同的付费方式中公费或者医保的患者、不同的婚姻状况中有配偶的患者治疗依从性好的患者所占比例明显较高, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。 (2) 多因素分析结果表明, 患者的年龄、文化程度及付费方式为影响患者治疗依从性的因素, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。 (3) 影响患者治疗依从性的主要原因是惧怕反复插管。**结论** 为患者制订个性化及有针对性的护理措施, 可使患者治疗依从性得到提高。

【关键词】 膀胱灌注; 治疗; 依从性; 影响因素

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.050 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)21-2872-03

膀胱癌患者的临床治疗效果及疾病的转归会受到患者对膀胱灌注依从性好坏的直接影响^[1-3]。膀胱灌注通常需要较长的治疗时间, 导尿管在患者治疗期间需要反复置入, 导致治疗依从性差的患者占有较高的比例。作者选取来本院进行膀胱灌注的膀胱癌术后患者进行调查, 对患者治疗依从性的影响因素进行分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 调查对象为 2010 年 10 月至 2012 年 8 月在本院进行膀胱灌注的膀胱癌术后患者 465 例, 其中男 96 例, 女 369 例, 年龄 21~86 岁, 平均(63.17±10.85)岁。301 例患者采用经尿道膀胱肿瘤电切术, 164 例患者采用膀胱部分切除术。

1.2 研究方法 本次调查采用问卷的形式进行。

1.2.1 测量工具 本次调查采用治疗依从性调查问卷进行,

由于在膀胱癌治疗依从性问卷方面还没有统一的标准, 本次调查的问卷为本单位参照相关的资料自行设计, 具体的内容有 3 个方面, 具体如下: (1) 患者的基本资料, 如性别、年龄及职业等患者的一般信息。 (2) 疾病相关知识的掌握程度。该项调查共包括 10 个问题, 如疾病的临床表现, 具体的治疗方式及有不良反应发生时应该采取何种治疗措施等内容。 (3) 治疗依从性调查, 患者的膀胱灌注化疗是不是按医嘱进行, 患者膀胱镜的复查是不是定期进行, 如果患者治疗依从性差则对于其停药的具体时间及原因要详细的注明。

1.2.2 治疗依从性判定的标准^[4] 本次研究将治疗依从性分为依从性好及依从性差两个标准, 其中依从性好的标准为患者能够遵医嘱完成 2 年膀胱灌注, 并且对于疾病的复查能够定期地进行; 依从性差的标准为患者进行膀胱灌注时的次数和量不能按照医嘱的标准进行, 并且对于疾病的复查不能按照医嘱规

定的时间进行。

1.3 统计学处理 使用 SPSS13.0 统计分析软件包,计数资料采用 χ^2 检验分析,对于治疗依从性影响因素采用 Logistic 多元回归分析进行筛选,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 问卷发放情况 本次研究中的问卷共发放 465 份,回收 465 份,均为有效问卷,回收率为 100.00%。

2.2 调查对象的一般资料对治疗依从性的影响 所有的调查对象中依从性好的患者 306 例(65.8%)、依从性差的患者 159 例(34.2%)。年龄大于 40 岁、文化程度初中及以下、付费方式自费、未婚或丧偶为治疗依从性差的影响因素,见表 1。

表 1 调查对象的一般资料对治疗依从性的影响[n(%)]					
影响因素		n	依从性好	依从性差	χ^2 P
性别	男	369	234(63.4)	135(36.6)	2.26 >0.05
	女	96	72(75.0)	24(25.0)	
年龄(岁)	<40	32	26(81.3)	6(18.8)	7.607 <0.05
	40~60	178	135(75.8)	43(24.2)	
	>60	255	145(56.9)	110(43.1)	
职业	干部	146	95(65.1)	51(34.9)	0.34 >0.05
	工人	162	112(69.1)	50(30.9)	
	农民	157	99(63.1)	58(36.9)	
文化程度	初中及以下	288	161(55.9)	127(44.1)	9.982 <0.05
	高中及以上	177	145(81.9)	32(18.1)	
付费方式	自费	286	154(53.9)	132(46.2)	17.265 <0.05
	公费或者医保	179	152(84.9)	27(15.1)	
婚姻状况	有配偶	298	164(55.0)	134(45.0)	13.032 <0.05
	未婚或丧偶	167	142(85.0)	25(15.0)	

2.3 多因素分析结果 将表 1 中的有统计学意义的影响因素进一步进行多因素分析,结果表明,患者的年龄、文化程度及付费方式为影响患者治疗依从性的因素,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 多因素分析结果						
影响因素	β	Wald χ^2	P	OR	OR95%CI	
					低	高
年龄	1.55	6.021	<0.05	2.62	1.63	4.02
文化程度	1.61	3.902	<0.05	1.51	1.39	2.31
付费方式	1.78	4.802	<0.05	1.59	1.25	2.27
婚姻状况	1.51	3.104	>0.05	0.96	0.41	1.02

2.4 影响患者依从性的原因 惧怕反复插管(34.6%,55/159)为最主要的影响患者治疗依从性的原因,其次为疾病知识缺乏(32.1%,51/159)、药物不良反应(16.4%,26/159)、就医不便(12.6%,20/159)及经济困难(4.4%,7/159)。

3 讨 论

本次研究中的多因素分析结果表明,患者的年龄、文化程度及付费方式为影响患者治疗依从性的因素,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。年龄小于 40 岁的患者治疗依从性较好,患者的治疗依从率随着其年龄的增长而呈现降低的趋势,推测其原因可能是该年龄段的患者与其他年龄段的患者比较一般受教育程度较高,相对来讲具有较多的接受信息的途径及较强的接受信息的能力;而且年龄小于 40 岁的患者具有较强的生活能力及工作能力,所以无论在社会还是在家庭中都会承担比较大的责任,其对自身的身体状况比较重视,更为关注疾病的

发展,也会获得比较多的社会支持。不同的付费方式中公费或者医保的患者治疗依从性好比例明显较高,膀胱灌注一般需要较长的治疗时间,而如果患者采用自费方式进行治疗无疑将要承担一笔较大的医药费用,患者及家庭都要承受沉重的经济负担,导致其具有相对较低的治疗依从性^[5-7]。

在影响患者治疗依从性的原因中有 55 例(34.6%)患者停止治疗的原因是由于惧怕插管。尿道的神经支配较为丰富,尿道中较为广泛的分布副交感神经和交感神经,机体的疼痛及触觉等感觉的传递是通过感觉交感神经纤维进行的,感觉交感神经纤维具有非常灵敏的感觉^[8]。对于男性患者来讲,由于其尿道具有独特的生理特点,这样插入导尿管时感觉更为不舒服,插管时会由于尿道括约肌收缩而更为困难,会加大患者出现黏膜损伤出现的可能性。所以,动作轻柔在插管操作过程中是非常重要的,使其润滑充分,在插管前对于男性患者要先将液状石蜡滴入尿道口,以达到降低尿管对尿道黏膜摩擦的目的;对所有患者的尿道情况进行准确的评估,导尿管型号及材质的选择要与患者的个体情况适合,这样能够将患者在插管过程中的不适感降低到最低程度^[9]。

有报道表明,患者治疗的依从性会受到疾病和治疗知识水平的影响。患者对治疗方案的理解受到其对疾病相关知识了解程度的影响,本次治疗中治疗依从性差的患者有 159 例,疾病知识缺乏为较为主要的影响患者治疗依从性的原因,约占 32.1%。该结果提示对于膀胱癌患者进行健康教育的加强具有非常重要的意义^[10-11]。

相关报道表明,患者治疗的依从性会受到其对药物知识的了解程度的影响。膀胱灌注中膀胱刺激症状为其最为常见的一种不良反应。本次调查中因为药物的不良反应而使患者治疗依从性差的患者有 26 例,所占比例为 16.4%,所以对患者进行跟踪指导非常重要,医师可以为具有明显不良反应的患者更换治疗药物。此外,药物浓度和温度的控制在药物配制过程中也非常的重要,因为膀胱黏膜所受到的刺激会由于药物过高的浓度及过低的温度而加重。

综上所述,膀胱癌术后进行膀胱灌注成为应用较广的该种疾病的辅助治疗措施,但临床治疗效果会受到患者治疗依从程度的直接影响。本次调查中对患者治疗依从状况进行了分析,了解了各种影响因素,根据其为患者制订的护理对策更为合理,有针对性,以达到使患者治疗依从性得到明显提高的目的,为患者膀胱灌注的临床效果提供有力的保障。

参考文献

[1] 褚爱桂,徐芃,鲍文卿.自我效能增强干预对膀胱癌术后患者膀胱灌注的依从性影响[J].护理与康复,2010,9(2):95-97.

[2] 孙志熙,慈健,刘屹立,等.膀胱移行细胞癌行膀胱全切术后尿道再发肿瘤的原因及处理[J].中华外科杂志,2001,39(3):215-216.

[3] 弓艳霞,高凤蕊,陈淑琴.社会支持对膀胱灌注患者治疗依从性的影响[J].河北医药,2009,31(9):1122-1123.

[4] 弓艳霞,高凤蕊,石毅.膀胱灌注患者治疗依从性影响因素调查分析[J].护理实践与研究,2009,6(5):122-124.

[5] 冯素文,袁叶琴,吴伟,等.妇科癌症患者化疗期治疗依从性及其影响因素 R 调查分析[J].中华护理杂志,2004,39(8):630-631.

[6] 金碧霞,刘丽霞,叶丽敏.膀胱肿瘤患者中断膀胱灌注治

疗的原因分析及护理对策[J]. 护理与康复, 2010, 9(7): 587-588.

[7] 常凤辉. 膀胱肿瘤术后患者行膀胱灌注预防肿瘤复发的康复护理[J]. 中国实用医药, 2012, 7(20): 225-226.

[8] 于平川. 膀胱癌患者术后行膀胱灌注化疗的护理[J]. 中国医药指南, 2012, 10(20): 610-612.

[9] 张惠, 孙晓茹, 田莹. 膀胱灌注化疗的方法改进与护理[J]. 现代肿瘤医学, 2010, 18(1): 211-212.

[10] 孙文静. 肾病综合征患者疾病知识掌握程度和遵医行为相关性研究[J]. 齐鲁护理杂志, 2008, 14(7): 22-23.

[11] 金碧霞, 郑小泉, 叶丽敏. 提高膀胱癌患者术后膀胱灌注治疗依从性的护理干预[J]. 护理与康复, 2012, 11(5): 447-448.

(收稿日期: 2013-04-10 修回日期: 2013-06-19)

• 临床研究 •

2008~2012 年鲍曼不动杆菌感染分布特征及耐药性变迁

杨 健, 江培涛, 杨正南, 王科学(南京鼓楼医院集团仪征医院, 江苏仪征 211900)

【摘要】 目的 了解医院鲍曼不动杆菌分布与耐药性变迁。**方法** 采用 AutoScan-4 微生物分析仪对细菌做鉴定和药敏试验, 按美国临床和实验室标准协会(CLSI)标准判断细菌耐药性, 对仪征医院 2008~2012 年医院鲍曼不动杆菌分布与耐药谱变化进行回顾性分析。**结果** 鲍曼不动杆菌的感染主要发生在重症监护病房(ICU)、呼吸内科病房, 其次为神经内科、肿瘤科、儿科、神经外科; 鲍曼不动杆菌主要从痰标本中分离出来; 年龄越大检出率越高; 鲍曼不动杆菌及多重耐药鲍曼不动杆菌分离率逐年上升, 临床常用的 16 种抗菌药物耐药率总体呈上升趋势, 2012 年 16 种抗菌药物耐药率均大于 66.22%, 94.79%亚胺培南耐药的鲍曼不动杆菌为多重耐药。**结论** 鲍曼不动杆菌感染率逐年增加, 对多种抗菌药物的耐药率增加较快, 达到了较高的水平, 临床应加强监测, 合理使用抗菌药物, 以提高疗效和减缓耐药株的产生。

【关键词】 鲍曼不动杆菌; 耐药性; 抗菌药物

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.051 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)21-2874-02

鲍曼不动杆菌耐药机制复杂且常出现多重耐药, 已成为目前临床治疗上的一道难题。为了解本地区鲍曼不动杆菌的临床感染情况, 作者对本院 2008~2012 年分离的鲍曼不动杆菌的感染分布特点及耐药状况进行回顾性分析, 为临床合理使用抗菌药物, 减少鲍曼不动杆菌院内感染提供依据。

1 材料与方法

1.1 菌株来源 201 株不动杆菌来自本院 2008~2012 年住院患者的送检标本, 包括痰、咽拭子、伤口分泌物、中段尿等, 同一患者同类标本分离的菌株收集第 1 次药敏结果, 不同标本来源分离的菌株作为不同菌株分别统计。

1.2 方法 采用 AutoScan-4 微生物分析仪对细菌做鉴定和药敏试验。药敏试验结果按 2006 年版 CLSI 标准判定, R(耐药)、I(中介)、S(敏感)。质控菌株: 铜绿假单胞菌(ATCC 27853)。16 种抗菌药物分别为: 氨苄西林/舒巴坦、阿米卡星、氨曲南、头孢曲松、头孢他定、头孢噻肟、环丙沙星、头孢吡肟、庆大霉素、亚胺培南、左氧氟沙星、哌拉西林/他唑巴坦、哌拉西林、复方磺胺甲噁唑、替卡西林/棒酸、妥布霉素。

1.3 多重耐药鲍曼不动杆菌的筛选 鲍曼不动杆菌至少对 β -内酰胺类、碳青霉烯类、氨基糖苷类、氟喹诺酮类中 3 类药物同时耐药, 则判定为多重耐药鲍曼不动杆菌。

1.4 统计学处理 采用 SPSS10.0 软件进行统计学分析, 率的比较用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 鲍曼不动杆菌检出情况 2008 年检出率为 3.74%(24/642), 2009 年检出率为 3.98%(26/654), 2010 年检出率为 4.85%(32/660), 2011 年检出率为 6.38%(45/705), 2012 年检出率为 9.56%(74/774)。

2.2 鲍曼不动杆菌在不同标本、各个病区及年龄分布情况

共从痰、咽拭子、中段尿、分泌物、血液标本中分离出鲍曼不动杆菌株数 201 例, 其中痰 185 例(92.04%)、咽拭子 9 例(4.48%)、中段尿 3 例(1.49%)、分泌物 3 例(1.49%)、血液 1 例(0.50%); 201 例鲍曼不动杆菌分布科室情况如下: ICU 为 73 例(36.32%)、呼吸内科为 61 例(30.35%)、神经内科为 19 例(9.45%)、肿瘤科为 15 例(7.46%)、儿科为 12 例(5.97%)、神经外科为 9 例(4.48%)、其他科室为 12 例(5.97%); 年龄分布: 0~10 岁为 12 例(5.97%)、11~50 岁为 17 例(8.46%)、51~60 岁为 24 例(11.94%)、61~70 岁为 41 例(20.40%)、> 70 岁为 107 例(53.23%)。

2.3 鲍曼不动杆菌对 16 种临床常用抗菌药物的耐药率 见表 1。

表 1 2008~2012 年鲍曼不动杆菌对 16 种临床常用抗菌药物的耐药率(%)

抗菌药物	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
氨苄西林/舒巴坦	12.50	65.38 ^a	43.75	48.89	70.27 ^b
阿米卡星	8.33	65.38 ^a	56.25	48.89	70.27
氨曲南	16.67	61.54 ^a	59.38	51.11	70.27
头孢曲松	16.67	69.23 ^a	56.25	60.00	71.62
头孢他啶	16.67	69.23 ^a	56.25	53.33	70.27
头孢噻肟	16.67	69.23 ^a	56.25	57.78	71.62
环丙沙星	20.83	61.54 ^a	59.38	57.78	70.27
头孢吡肟	20.83	65.38 ^a	56.25	57.78	70.27
庆大霉素	25.00	69.23 ^a	62.50	57.78	72.97
亚胺培南	8.33	42.31 ^a	40.63	46.67	66.22 ^b
左氧氟沙星	12.50	57.69 ^a	46.88	55.56	70.27 ^b
哌拉西林/他唑巴坦	8.33	50.00 ^a	50.00	48.89	70.27
哌拉西林	20.83	65.38 ^a	54.54	55.56	71.62