

对疾病治疗有协同促进作用,提升疾病治愈率,循证护理缩短住院时间,能更有效改善 SLE 患者整体生活质量,有助于改善其预后,能够尽快投入生活及工作中^[10]。

综上所述,对 SLE 患者实施循证护理干预后,促进临床疗效,患者临床症状改善明显,同时有助于提高护理人员工作态度及服务质量。

参考文献

[1] 付佳,李丽,张姬慧,等. 护理干预对系统性红斑狼疮患者激素治疗依从性的影响[J]. 现代生物医学进展,2014,14(17):3354.

[2] 梅培培,周兰兰. 循证护理在大剂量甲强龙冲击治疗系统性红斑狼疮的应用[J]. 实用临床医药杂志,2016,20(2):18-20.

[3] 曹津津,梁伍今,马姝. 综合干预对系统性红斑狼疮患者生存质量的影响[J]. 长春中医药大学学报,2013,29(5):912-913.

[4] Dua AB, Touma Z, Toloza S, et al. Top 10 recent developments in health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus[J]. Curr Rheumatol Rep, 2013,

15(12):380.

[5] 何勤. 整体护理干预对系统性红斑狼疮患者健康状况及生存质量的影响[J]. 中国医药,2015,10(6):911-913.

[6] 金燕. 情志护理对系统性红斑狼疮患者抑郁焦虑的影响[J]. 西部中医药,2014,27(9):135,138.

[7] 蒋红,张梦云,杜华英,等. 循证护理在系统性红斑狼疮患者护理中的效果分析[J]. 川北医学院学报,2016,31(3):426-427.

[8] Zirkzee EJ, Steup-Beckman GM, Schouffoer AA, et al. Health care in systemic lupus erythematosus (SLE): the patient's perspective[J]. Clin Rheumatol, 2014, 33(9):1279-1287.

[9] 元红,金萌,张艳,等. 特异化护理干预在系统性红斑狼疮患者中的应用研究[J]. 中国临床实用医学,2015,6(5):74-75.

[10] 陈秀珍,王威. 循证护理在系统性红斑狼疮病人护理中的应用[J]. 护理研究,2014,28(1):199-200.

(收稿日期:2017-01-07 修回日期:2017-03-23)

• 临床探讨 •

痰热清注射液治疗颅脑创伤术后继发肺部感染临床疗效观察

程 波,吴 海,江才永,谈志辉

(重庆市南川区人民医院神经外科 408400)

摘要:目的 探讨痰热清注射液对颅脑创伤术后继发肺部感染患者的临床疗效。方法 将 60 例颅脑创伤术后继发肺部感染患者按就诊顺序编号,分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组给予痰热清注射液静脉滴注联合常规西药治疗,对照组仅采用西药对症处理,疗程 7 d,给药结束后,记录两组患者咳嗽缓解和发热时间,检测治疗前及治疗后 24 h、72 h、7 d 血清 C 反应蛋白(CRP)水平。结果 治疗组患者临床总有效率较对照组增高,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组咳嗽缓解和发热时间均较对照组缩短,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组治疗后血清 CRP 水平均较治疗前下降,差异有统计学意义($P < 0.01$),且治疗组对于降低血清 CRP 水平有明显优势,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 痰热清注射液对颅脑创伤术后继发肺部感染患者有较理想的治疗作用,效果优于单纯西药对症处理。

关键词:痰热清注射液; 颅脑创伤; 肺部感染; C 反应蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.12.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)12-1799-03

颅脑创伤是指外界暴力直接或间接作用于头部所导致的损伤,依据损伤后脑组织是否与外界相通可分为两大类,即开放性损伤和闭合性损伤^[1]。颅脑创伤病情复杂,手术治疗主要是为了恢复神经系统的重要生理功能。由于颅脑创伤患者易出现昏迷、失血,长期卧床导致免疫功能低下,手术创伤大,侵入性操作较多,因此感染机会较高^[2]。临床上由于抗生素的长期、大量及不规范应用导致耐药菌株不断增加,使感染较难控制,肺部感染是颅脑创伤术后最常见的继发感染形式^[3],也是造成患者死亡的重要原因,在常规治疗基础上,本院加用具有清热化痰、醒脑开窍作用的痰热清注射液,临床取得了良好治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月本院住院患者,符合颅脑创伤术后继发肺部感染中西医结合纳入标准^[4]的患者共 60 例,按接诊的时间顺序编号,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组中男 23 例,女 7 例;年龄 16~52 岁,平均

(22.10±4.78)岁;病程 1~12 h,平均(4.58±1.20)h;开放性颅脑损伤者 10 例,闭合性颅脑损伤 20 例,格拉斯哥昏迷评分(GCS)评分 5~8 分,其中脑挫裂伤合并硬膜下血肿、脑内血肿行开颅血肿清除并去骨瓣减压术者共 17 例,单纯硬膜外血肿清除术者 13 例。对照组男 25 例,女 5 例;年龄 16~49 岁,平均(23.10±5.34)岁;病程 0.5~20.0 h,平均(4.24±1.41)h;开放性颅脑损伤者 9 例,闭合性颅脑损伤 21 例,GCS 评分 5~8 分,其中脑挫裂伤合并硬膜下血肿、脑内血肿行开颅血肿清除并去骨瓣减压术者共 18 例,单纯硬膜外血肿清除术者 12 例。两组患者年龄、病情轻重、病程持续时间及手术方式经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),可进行临床对比研究。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者均给予常规剂量的头孢哌酮-舒巴坦抗感染^[5],治疗组加用痰热清注射液(厂家:上海凯宝药业股份有限公司,规格:每支 10 mL)30 mL 加注于 250 mL 5%葡萄糖注射液中,静脉滴注,1 次/日,连用 7 d。

1.2.2 观察指标^[6]

1.2.2.1 治疗前后患者咳嗽、咳痰、呼吸困难等临床症状缓解状况、体温及肺部啰音等体征改变情况。

1.2.2.2 治疗前及治疗后 24 h、72 h、7 d 血清 C 反应蛋白 (CRP) 水平。

1.2.3 疗效标准 参照中华医学会重症医学分会发表的《颅脑创伤诊疗规范》^[7]及相关标准制订。临床治愈:治疗后临床症状及体征基本消失;显效:体温恢复,仅有轻微临床症状,肺部仍有不同程度的啰音;有效:体温恢复、临床症状有所缓解,肺部啰音减少;无效:症状、体征无缓解或加重。

1.3 统计学处理 运用 SPSS18.0 软件进行实验数据的统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后临床疗效比较 治疗 7 d 后,治疗组和对照组患者的临床总有效率分别为 92.45%、84.32%,且治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明加用痰热清注射液可提高治疗效果,见表 1。

2.2 两组治疗后咳嗽缓解、发热时间比较 治疗组咳嗽缓解

和发热时间均较对照组缩短,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明痰热清注射液联合西药可有效控制颅脑创伤手术后继发的肺部感染,从而缓解临床症状,见表 2。

表 1 两组治疗前后临床疗效比较

组别	<i>n</i>	治愈(<i>n</i>)	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率(%)
治疗组	30	4	10	14	2	92.45
对照组	30	2	9	15	4	84.32*

注:与治疗组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组咳嗽缓解和发热时间比较($\bar{x} \pm s, h$)

组别	<i>n</i>	发热时间	咳嗽缓解时间
治疗组	30	43.23 ± 12.81	59.21 ± 21.53
对照组	30	61.25 ± 15.37*	75.24 ± 19.38*

注:与治疗组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 两组治疗前后血清 CRP 水平比较 两组治疗后 24 h、72 h、7 d 血清 CRP 水平均较治疗前明显下降,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),且治疗组对于降低血清 CRP 水平有明显优势,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组治疗前后静脉血清中 CRP 水平比较($\bar{x} \pm s, mg/L$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 24 h	治疗后 72 h	治疗后 7 d
治疗组	30	257.23 ± 24.52	136.57 ± 13.59*	47.53 ± 15.34*	14.21 ± 3.56*
对照组	30	249.31 ± 20.43	147.32 ± 14.24*#	69.24 ± 14.25*#	40.39 ± 10.28*#

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.01$;与治疗组比较,# $P < 0.05$ 。

3 讨论

颅脑创伤是临床常见的危重症之一,其病情复杂、病变迅速,术后并发症多,其中以肺部的继发感染较常见。形成原因主要与机体抵抗力下降及昏迷使细菌在口腔内迅速繁殖,或因患者咽、喉部神经功能失调导致呼吸道分泌物及呕吐物反流,坠积于肺组织滋生大量细菌所致。同时颅脑创伤发生后血液中多种凝血酶和亚铁血红蛋白增多,激活白细胞介素-1、CRP、肿瘤坏死因子(TNF)等多种炎性因子,导致脑组织的继发病变及全身多部位的感染。西医治疗多以抗炎及相关对症支持疗法为主。中医认为本病总病机是肺气上逆、痰热蒙窍^[8]。肺主全身之气,司呼吸,肺气不利则呼吸不畅;且肺为储痰之器,痰浊淤阻于肺,随肺气宣发而上犯清窍,从而出现嗜睡、昏迷、痰邪郁久化热,清窍为之不利,导致发热、谵妄、狂躁。治疗上以祛痰降气、醒脑开窍为原则,本研究采用痰热清与头孢哌酮舒巴坦联合用药,临床疗效优于单用西药者,可有效缓解咳嗽、发热等肺部感染症状。痰热清组方中,以黄芩清热解暑,泻火力强,又有燥湿以除痰之功而为君药。熊胆粉、山羊角性寒味苦,主沉降,为臣药,助黄芩清热化痰,并善入肝经长于解痉开窍,金银花、连翘为佐使。全方以清痰热、开窍为主要功效,适应于痰热证患者,证见高热、痰多、呼吸气粗、咳痰黄稠、谵狂、神志不清等。CRP 一般在机体应激状态下产生,如感染或组织损伤时,血浆中水平急剧上升,其作用机制为激活补体,同时加强吞噬细胞的作用来清除进入机体的病原微生物和坏死、凋亡细胞^[9]。本研究中治疗后血清中 CRP 水平降低也证实了这

一机制。临床上,由于抗生素的长期、大量、不规范使用导致普通抗炎治疗效果并不理想,而中药在改善症状、对抗耐药性方面有独特的优势。诸多药理试验表明,痰热清具有较好的抗惊厥、广谱抗炎作用^[10],且能有效稀释痰液,使痰液易于咯出而改善肺通气状况^[11],有效增加机体防御能力,促进白细胞吞噬功能,促进炎症吸收,有效对抗颅脑创伤术后继发的肺部感染,疗效安全稳定,值得临床应用。

参考文献

- [1] 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:143.
- [2] 杨登峰,沈罡. 颅脑外伤患者术后感染相关因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(24):6033-6034,6037.
- [3] 林进平,杨绮帆,钱锁开. 颅脑外伤术后颅内感染相关因素分析[J]. 现代诊断与治疗,2010,21(3):143-145.
- [4] 安得仲. 神经系统感染性疾病诊断与治疗[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010:46-49.
- [5] 李作孝. 痰热清注射液治疗脑出血患者肺部感染临床观察[J]. 中国中医急症,2010,19(1):4-5.
- [6] 武霄峰,侯林. 颅脑外伤术后颅内感染的危险因素分析及干预对策[J]. 中国医药导刊,2013,15(9):1549-1550.
- [7] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1995,29(6):379-380.
- [8] 高红梅,张广武. 中西医结合治疗脑出血后肺部感染临床

观察[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(9): 7-8.

北国防医药, 2010, 22(1): 41-43.

[9] 黄乔春, 韦君武, 杨国平. 痰热清注射液治疗高血压脑出血术后感染 30 例[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(12): 2228-2229.

[11] 张志华, 郑光, 郭洪涛, 等. 痰热清注射液临床应用文献分析[J]. 中成药, 2014, 36(1): 52-55.

[10] 王琴, 潘静. 痰热清注射液的药理作用和临床应用[J]. 华
• 临床探讨 •

(收稿日期: 2017-01-03 修回日期: 2017-03-19)

德莫林喷雾剂对 II 度以上宫颈癌放射性皮炎的治疗效果观察

蒋远静, 刘 红, 胡 玲

(第三军医大学第三附属医院肿瘤中心, 重庆 400042)

摘要:目的 探讨德莫林喷雾对 II 度以上宫颈癌放射性皮炎的临床治疗和护理效果。方法 选取 2014 年 8 月至 2016 年 1 月在某三甲医院肿瘤中心接受宫颈癌放疗期间发生 II 度以上放射性皮炎的患者 60 例, 随机平均分成试验组和对照组。其中对照组(30 例)采用常规放疗后皮肤护理和常规药物治疗, 试验组(30 例)在采用常规放疗后皮肤护理的同时使用德莫林喷雾剂喷洒放射性皮炎的区域, 观察并比较两组皮肤损伤的恢复效果。结果 两组治疗均顺利完成, 试验组皮肤修复的总有效率为 93.3%, 显著高于对照组的 76.7%, 两组比较差异有统计学意义($\chi^2=31.067, P<0.05$)。结论 德莫林喷雾对宫颈癌放射性皮炎的护理效果良好, 无明显不良反应, 且使用操作简便、快捷, 值得在临床工作中推广使用。

关键词: 宫颈癌; 放射性皮炎; 德莫林喷雾剂

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.12.046 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)12-1801-02

宫颈癌是一种常见的妇科肿瘤, 其发病率在女性生殖器官肿瘤中位居首位^[1]。II B 期以上的宫颈癌患者, 一般采取盆腔外照射和腔内照射, 治疗效果较好^[2]。但其接受照射区域的面积较大, 包括两侧腹股沟区和肛周区, 照射强度往往也较大, 极易发生放射性皮炎。会阴部的皮肤环境相对潮湿, 一旦发生皮肤破损, 很难自行修复, 常常会影响放疗的进程。因此, 有效放疗后皮肤护理对于放疗计划的实施具有很重要的意义。本研究采用德莫林喷雾治疗宫颈癌放射性皮炎患者, 并与常规护理(三乙醇胺乳膏外涂)方法进行对比, 取得很好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月至 2016 年 1 月某三甲医院肿瘤中心接受宫颈癌放疗治疗且发生 II 度以上放射性皮炎的患者共 60 例。纳入标准: (1) 经临床和病理确诊为 II B 以上期别的宫颈癌患者。(2) 为初次进行宫颈癌放疗治疗的患者。(3) 符合急性放射性损伤分度标准中 II 度以上的患者。排除标准: (1) 患有糖尿病、红斑狼疮及免疫疾病史。(2) 放射区域皮肤曾有皮炎病史。所有患者在签署知情同意后, 被随机平均分成试验组 30 例和对照组 30 例。受试者年龄 29~65 岁, 平均(53±7)岁。盆腔照射剂量累计 35~50 Gy, 采用三维适应性放疗, 体模固定。两组患者间进行年龄、皮炎分度及皮肤损伤面积大小的比较, 组间差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组患者均采用同样的心理、饮食护理等常规措施。若患者出现 II 度以上的放射性皮炎时, 试验组用清水进行放射区域清洁; 对于 IV 度患者先用 3% 的过氧化氢溶液将皮肤破溃处脓液、黑色组织清洗干净后, 用生理盐水清洗, 待水分干后将德莫林距皮肤 10~15 cm 喷洒于照射区皮肤, 一次 1 喷, 喷射范围包括皮炎外 1 cm 内, 每天 2 次。注意事项: 使用前充分清洁会阴部皮肤, 充分摇匀, 同一部位喷洒时间不能超过 5 s, 防止冻伤, 使用后创面不能沾水, 要注意保持皮肤干净。对照组采取暴露疗法, 常规皮肤处理, 脱皮患者保持局部清洁, 局部使用放疗防护膏。

1.3 皮肤反应评价标准及方法 放射性皮炎的分度采用 NCI-CTC2.0 标准^[3]分为 0、I、II、III、IV 度。0 度: 无变化; I 度: 轻度红斑和干性皮炎; II 度: 中、重度红斑、湿性脱皮; III 度: 融合性湿性脱皮; IV 度: 出血、坏死、全层溃疡。放射期间每周 3 次对照标准进行评估, 观察两组皮炎进展及转归情况。对稳定者及分度下降者继续放疗。进展至 III 度患者暂时停止治疗, 待分度下降后完成治疗。以评级无升度及降度者为有效, 分度升高者为无效。

1.4 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行统计学处理, 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

试验组患者经治疗和护理后均顺利完成放射治疗, 总有效率达 93.3%; 对照组患者的总有效率为 76.7%, 有 7 例患者因皮炎加重、升级而延误放射治疗, 平均延误 3 d。两组患者治疗总有效率比较, 差异有统计学意义($\chi^2=31.067, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组宫颈癌放疗患者情况的比较

组别	n	有效(n)	无效(n)	总有效率(%)
试验组	30	28	2	93.3*
对照组	30	23	7	76.7

注: 与对照组相比, * $P<0.05$ 。

3 讨 论

对于 II B 期以上的宫颈癌, 目前最重要的治疗措施之一仍是放疗, 其并发症以放射性皮炎最为常见。主要发生在放射治疗照射强度最高的肛周、两侧腹股沟、阴阜、骶尾部等区域, 主要表现为鲜红色红斑、水泡、溃疡等。严重者影响进一步放射治疗, 甚至不得不中断治疗, 降低了局部肿瘤的控制率, 同时增加了住院天数, 加重了患者的痛苦和经济负担, 对患者的生活质量和治疗效果造成不利影响。

对于 I 度放射性皮炎患者, 临床上以常规护理为主, 治疗效果较好, 一般不影响其继续接受放疗。而对于 II 度以上的放