良^[16]。鉴于此,笔者在进行下胫腓联合固定时,直视下复位下胫腓联合,在穹窿上方 2~3 cm 处固定,确保螺钉垂直于胫腓关节面并穿过胫腓骨,保证下胫腓关节的复位。笔者得出对于下胫腓联合分离而行固定的患者,术后随访的评分与未分离病例组的评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明对于下胫腓联合分离的患者有必要施行固定。

术后合理地指导患者进行康复锻炼也是需要注意的问题。踝关节在损伤后相当长的一段时间内丧失了功能,随着损伤的愈合及关节的合理锻炼才能逐渐让踝关节功能恢复。临床实践中因功能锻炼不佳而导致疗效欠缺并不少见。同时应谨记不增加或减弱断端应力的活动才是有利于功能锻炼的,反之则应尽量避免。只有患者的踝关节功能恢复,才能算得上是手术治疗的成功。

参考文献

[1] Xu HL, Li X, Zhang DY, et al. A retrospective study of the posterior malleolar fractures[J]. *Int Orthop*, 2012, 36(9):1929-1936.

[2] 沈超, 付备刚, 傅跃龙, 等. 不稳定性踝部骨折的手术治疗分析[J]. *实用骨科杂志*, 2013, 19(9):796-799.

[3] Tartaglione JP, Rosenbaum AJ, Aboosayed M, et al. Classifications in brief: Lauge-Hansen classification of ankle fractures[J]. *Clin Orthop Relat Res*, 2015, 473(10):3323-3328.

[4] Mingo-Robinet J, López-Durán L, Galeote JE, et al. Ankle fractures with posterior malleolar fragment: management and results[J]. *J Foot Ankle Surg*, 2011, 50(2):141-145.

[5] Hasan K, Bombaci H, Gorgec M. Treatment of trimalleolar fractures. Is osteosynthesis needed in posterior malleolar fractures measuring less than 25% of the joint surface? [J]. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2003, 37(4):299-303.

[6] Langenhuisen JF, Heetveld MJ, Ultee JM, et al. Results of ankle fractures with involvement of the posterior tibial

margin[J]. *J Trauma*, 2002, 53(1):55-60.

[7] Gardner MJ, Streubel PN, McCormick JJ, et al. Surgeon practices regarding operative treatment of posterior malleolus fractures[J]. *Foot Ankle Int*, 2011, 32(4):385-393.

[8] Abdelgawad AA, Kadous A, Kanlic E. Posterolateral approach for treatment of posterior malleolus fracture of the ankle[J]. *J Foot Ankle Surg*, 2011, 50(5):607-611.

[9] Odak S, Ahluwalia R, Unnikrishnan P, et al. Management of Posterior Malleolar Fractures; A systematic Review [J]. *J Foot Ankle Surg*, 2016, 55(1):140-145.

[10] Erdem MN, Erken HY, Burc H, et al. Comparison of lag screw versus buttress plate fixation of posterior malleolar fractures[J]. *Foot Ankle Int*, 2014, 35(10):1022-1030.

[11] 何震宇, 孙海钰. 钢板与螺钉内固定治疗大块后踝骨折的疗效比较[D]. 太原:山西医科大学, 2015.

[12] 沈超, 傅跃龙, 王秀会. 踝关节旋后-外旋Ⅳ度损伤的外科治疗分析[J]. *实用骨科杂志*, 2015, 21(7):596-599.

[13] Mendelsohn ES, Hoshino CM, Harris TG, et al. CT characterizing the anatomy of uninjured ankle syndesmosis [J]. *Orthopedics*, 2014, 37(2):e157-e160.

[14] Ebraheim NA, Lu J, Yang H, et al. Radiographic and CT evaluation of tibiofibular syndesmotom diastasis: a cadaver study[J]. *Foot Ankle Int*, 1997, 18(11):693-698.

[15] Weening B, Bhandari M. Predictors of functional outcome following transsyndesmotom screw fixation of ankle fractures[J]. *J Orthop Trauma*, 2005, 19(2):102-108.

[16] Mukhopadhyay S, Metcalfe A, Guha AR, et al. Malreduction of syndesmosis — are we considering the anatomical variation? [J]. *Injury*, 2011, 42(10):1073-1076.

(收稿日期:2017-02-08 修回日期:2017-04-08)

• 临床探讨 •

中西医结合护理对胰腺癌患者急性疼痛的影响分析

白云莉, 杨 英

(重庆市第十三人民医院医保科 400053)

摘要:目的 观察分析中西医结合护理方案对胰腺癌患者急性疼痛的影响。方法 随机选取该院 2015 年 3 月至 2016 年 3 月收治的 100 例胰腺癌患者作为研究对象,按照入院顺序,将入院单号作为对照组($n=50$),双号作为观察组($n=50$),对照组患者接受常规西医护理,观察组患者实施中西医结合护理方案,通过疼痛评分、心境量表评分、护理满意率等指标,评估临床护理干预效果。结果 护理干预后,观察组患者视觉模拟评分法的评分低于对照组,观察组患者止痛药物给药次数少于对照组;观察组患者精力-活动性评分较对照组更高,紧张-焦虑、发怒-敌视、抑郁-沮丧、疲劳-迟钝评分低于对照组;观察组患者护理满意率(94%)明显高于对照组(78%),各项比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 对于胰腺癌患者,中西医结合护理能有效缓解患者急性疼痛、减少西药止痛剂的用量,减轻药物不良反应,从而减轻患者心理应激障碍,改善生活质量,提高护理满意率,获得患者的认可与好评,值得临床积极推广应用。

关键词:胰腺癌; 急性疼痛; 中西医结合护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.042 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)19-2925-04

胰腺癌,中医学称之为“癥瘕”、“积聚”、“黄疸”等。是由机体正气不足,情志抑郁,脾胃虚弱,饮食所伤,脾肾两虚,正气虚

损,气机不畅,邪毒侵入,湿毒瘀凝于胰腺,滞留聚积所致。癌痛是癌症患者常见症状,疼痛对患者产生巨大的身体压力和精

神压力,患者在承受肉体折磨的同时也承受着心理煎熬,严重影响患者睡眠和食欲,降低其生活质量,影响疾病转归。中医护理注重整体观念,应用“身心并治”的方法,可实现不错的干预效果。本文收集了本院 2015 年 3 月至 2016 年 3 月 100 例胰腺癌患者资料,分析中西医结合护理方案对患者疼痛、心理应激障碍的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取本院 2015 年 3 月至 2016 年 3 月收治的 100 例胰腺癌患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组各 50 例。对照组中男 28 例,女 22 例;年龄 46~72 岁,平均(63.92±10.83)岁;文化程度:大专及以上学历 10 例,高中(中专)11 例,初中及以下 29 例。观察组中男 29 例,女性 21 例,年龄 47~74 岁,平均(63.99±10.82)岁;文化程度:大专及以上学历 9 例,高中(中专)11 例,初中及以下 30 例。纳入标准^[1]:经病理组织学确诊;晚期癌症,预计生存时间≥6 个月;无精神疾病,智力、听力、认知功能正常,具有一定的沟通交流能力,能配合治疗和临床随访工作;知晓研究内容,签署《知情同意书》。排除标准:合并重要脏器严重疾病者;合并原发性精神疾病、心理应激障碍,无法配合研究者;有严重自杀倾向者;因转科、转院等因素中断治疗、随访者;拒绝入组者。两组患者的年龄、性别等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予常规西医护理,具体内容:(1)心理护理。积极与患者交流,了解患者文化程度、家庭背景,用关切的语言向其介绍癌症知识、癌痛部位、治疗方法、疼痛缓解方法、注意事项等,提高患者及家属认知水平,有效缓解负面情绪,树立战胜疾病的信心,鼓励其以积极乐观的心态配合临床工作。同时采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛程度,帮助患者和医生掌握具体疼痛情况,疼痛较轻者,可与其交谈、播放轻柔音乐等,分散注意力,以缓解疼痛。(2)镇痛治疗和护理。按三级阶梯止痛法采用西药镇痛药物进行镇痛,用药过程应注意疼痛的缓解效果和药物不良反应及时对症治疗。(3)皮肤护理。胰腺癌患者因食欲不振、消化不良,体型多消瘦,肌肉松弛。护理人员应定期清洁皮肤,协助患者翻身、拍背,用乙醇擦拭身体,保持床单干净整洁,避免皮肤感染。(4)环境护理。为患者提供安静、舒适的治疗环境,维持温度 22~24℃,湿度 55%~65%,定时通风,保持空气清新,室内配备电视、空调、书架等,让患者心情愉快。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上采用中西医结合护理,具体方法为:(1)辨证施护。癌痛在中医中属于“癌瘤痛”范畴^[2],癌瘤侵犯经络或阻滞气血,导致疼痛,虚证为“不荣则痛”,实证为“不通则痛”,疼痛所致情志病,气血失调、情志抑郁、暴怒气逆。以望、闻、问、切等方式收集资料,进行护理评估,针对护理诊断制定合适的护理计划。气滞血淤证,护理原则为活血化瘀、理气止痛、软坚散结;气血两亏证,护理原则为活血散结、益气养血;阴虚内热证,护理原则为养阴生津泻火;湿浊阻恶证,护理原则为健脾利湿、化浊解毒。(2)情志调节。癌症患者不仅要承受躯体疼痛,同时心理、精神压力较大,强烈的疼痛、心理刺激,导致患者产生焦虑、抑郁、恐惧、悲观等情绪,直接影响患者睡眠、食欲,难以保障治疗效果。护理人员通过主动关爱和鼓励患者,以情感宣泄、移情、借情、安神静志等方式调理情志,并运用关切的语言、表情等,尽可能缓解患者负面情绪,鼓励其以积极乐观的心态面对生活怡悦心志,养心安

神。(3)饮食调节。科学的饮食可满足患者营养需求,濡养五脏六腑,增强机体抵抗力。癌症患者可进食具有抑制或杀伤癌细胞、保护正常细胞的防癌、抑癌食物。饮食尽量色香味俱全以促进患者食欲,但同时避免辛辣、刺激食物。胰腺癌患者多表现为食欲降低、腹胀腹痛等,应多给予易消化为主,多进食一些蛋白质水平高达食物,如鱼、蛋类等。详细记录每次进食量,并询问消化、腹胀情况,观察大便性质、腹泻情况,科学调整食谱。晚期胰腺癌患者易出现打嗝,可取食道、神门、耳中、内分泌等穴进行耳穴贴压治疗,可有效缓解打嗝。(4)疼痛干预。在三级阶梯止痛法基础上,着重通过中医针灸、按摩穴位等缓解疼痛:①止痛贴外敷。清洗疼痛部位皮肤,切不可使用药液清洗,妥善张贴止痛贴,注意观察有无红肿、皮疹、破溃等情况,敷药部位需避开电热毯、热水袋等。②耳穴压豆。取皮质下、交感、心、脾、肝,乙醇消毒耳廓,以王不留行籽贴敷穴位,早中晚按压 130 次左右,以酸胀痛感为宜,压丸每周更换 1 次,持续治疗 4 周。③艾灸。取足三里、百会穴、心俞、脾俞、肝俞,选择穴位周围的嗜热点,当患者出现渗透、传导感觉时,固定在此点施灸,以皮肤潮红为度,每次 0.5 h,每日 1 次,持续 4 周^[3-4]。

1.2.3 比较 两组患者干预前后 VAS 评分、简明心境量表(POMS)评分及护理满意率,综合评估患者临床护理干预效果,将结果加以统计。

1.3 评价指标 (1)在护理干预前后,采用 VAS 评估患者疼痛情况^[5],分值越高,表明疼痛越严重,详细统计止痛药物给药次数。(2)在护理干预前后,应用 POMS 评估患者心理状态^[6],内容包括紧张-焦虑、发怒-敌视、抑郁-沮丧、疲劳-迟钝,分值越低,表明心理状态越好,精力-活动性,分值越高,表明心理状态越好。(3)发放本院自制《护理满意调查问卷》^[7],内容包括护理人员工作态度、专业技能、管理能力、环境等,以 0~100 分为评分范围,分为非常满意、基本满意、不满意 3 个等级,将非常满意和基本满意纳入总满意率中。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行分析处理,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 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验,统计学检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAS 评分比较 干预前两组患者 VAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后明显改善,观察组患者 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。对照组患者 24 h 内使用止痛药次数 ≥ 3 次者 38 例(76%),>3 次者 12(24%);观察组 24 h 内使用止痛药物次数 ≤ 3 次者 48 例(96%),>3 次者 2 例(4%)。两组患者止痛药物给药次数比较差异有统计学意义($\chi^2 = 16.611 3, P < 0.05$)。

表 1 两组患者 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后
观察组	50	6.3±1.1	2.0±0.3
对照组	50	6.2±1.2	3.8±0.7
t		1.190 1	5.444 4
P		0.544 8	0.000 0

2.2 两组患者 POMS 评分比较 两组患者在干预前,POMS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后 POMS 评分明显改善,观察组患者紧张-焦虑、发怒-敌视、抑郁-沮丧、疲

劳-迟钝等评分低于对照组,精力-活动性评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者 POMS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	紧张-焦虑	发怒-敌视	抑郁-沮丧	疲劳-迟钝	精力-活动性
观察组	干预前	23.4±2.7	19.8±4.5	32.8±4.8	14.5±3.6	5.6±1.4
	干预后	11.1±1.0 ^{△#}	9.8±1.9 ^{△#}	17.1±2.1 ^{△#}	7.9±1.1 ^{△#}	15.3±2.8 ^{△#}
对照组	干预前	23.2±2.8	19.9±4.7	32.7±4.7	14.4±3.5	5.7±1.5
	干预后	15.8±1.7 [△]	15.4±2.7 [△]	24.8±3.2 [△]	10.7±2.4 [△]	10.4±2.2 [△]

注:与干预前比较,△ $P < 0.05$;与对照组比较,# $P < 0.05$

2.3 两组患者护理满意率比较 发放 100 份满意调查问卷,回收 100 份,回收率 100%。观察组患者护理满意率较对照组明显提高,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者护理满意率比较[n(%)]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	总满意率
观察组	50	41(82)	6(12)	3(6)	47(94)
对照组	50	30(60)	9(18)	11(22)	39(78)
χ^2		11.753 3	1.411 8	10.631 2	10.631 2
P		0.000 6	0.234 7	0.001 1	0.001 1

3 讨论

近年来,胰腺癌发生率逐渐上升,90%患者直到死亡均伴有程度不等的疼痛^[8],长期疼痛使患者产生绝望情绪甚至轻生的念头。因此有效镇痛,对缓解患者负面情绪、提高患者生活质量、帮助患者平静地走完最后的人生旅程具有重要作用。美国国立综合癌症网络指出^[9],癌症患者心理问题直接影响治疗依从性、效果及患者生活质量,故如何有效缓解疼痛关注癌症患者心理健康,也是临床亟待解决的问题。

西医护理以现代护理观念为指导^[10],将护理管理、临床业务系统化,中医护理应用辨证施护、情志调节、饮食指导、艾灸、耳穴压豆等具有中医特色的干预措施,根据“七情养生”、“七情治病”制定情志干预措施,使患者心理、生理处于相对愉悦状态,有效缓解负面情绪。有研究认为,人的情志活动与脏腑精气对外界刺激活动应答反应有关,人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐^[11]。心主宰人体心理活动,肝主疏泄,思虑过度而伤脾,肝脾失调而致抑郁、焦虑。因此对焦虑、抑郁的肿瘤患者进行心理干预,需要时从心肝脾入手。中西医结合是在西医治疗和护理的基础上,将传统中医护理和现代护理集为一体,通过中医望、闻、问、切等手段,收集患者心理、生理、文化、精神、社会等资料,包括评估、诊断、计划、实施、评价等阶段,应用辨证施护的原则对患者进行心理护理、中医饮食调理,以增强濡养脏腑功能,维持阴阳平衡,增强机体抵抗力。

胰腺癌晚期身体消瘦,伴有黄疸、腹积水、腹积块等,疼痛剧烈,本文在西药镇痛药物基础上,给予耳穴压豆、艾灸、止痛贴外敷等具有中医特色的止痛措施,通络止痛、调节阴阳,有效减轻患者疼痛,提高治疗效果,同时减少镇痛药物剂量,减少药物所致的不良反应^[12]。当癌细胞扩散至腹壁、腹腔神经,可表现为全身瘙痒,尿黄、便黄,营养不良,体质量严重消耗,需注意一定养分的摄入,在饮食方面,应尊重少食多餐的原则,根据不同证型进行饮食调节,尽可能使机体吸收营养,增强机体抵抗力,同时也可以提高疼痛阈值。护理人员、家属应经常与患者谈心,了解其心理需求,并尽可能满足,使患者快乐地走完最后

一段人生旅程,大大改善胰腺癌患者生活质量。

此研究结果表明,采用中西医结合护理的观察组患者,其 VAS 评分、POMS 评分改善优于对照组,与杨维萍^[13]研究结果相似,表明中西医结合护理可有效减轻晚期癌症患者疼痛症状;观察组患者止痛药给药次数少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明中西医结合护理有利于减少止痛药物给药次数和剂量,降低患者心理应激水平,有效提高其生活质量,获得了患者及家属的好评。观察组患者护理满意率高达 94%,与对照组 78%比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),进一步表明了中西医结合护理的临床优势。

综上所述,针对合并疼痛、心理应激障碍的晚期癌症患者,实施中西医结合护理,有利于减轻癌痛,缓解负面情绪,帮助患者树立战胜疾病的信心,有效提高护理满意率,促进护理质量和生活质量持续提升,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 秦琦,张秀丽,刘敬伟,等.中西医结合治疗晚期癌症疼痛 77 例临床观察[J].中国民族民间医药,2015,12(15):77.
- [2] 陈鸣凤.中医综合护理增强中晚期癌症患者疼痛控制效果的探讨[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(20):51-53.
- [3] 唐虹,季健秋,赵萍.中西医结合护理应用于晚期癌症疼痛 40 例[J].河南中医,2015,35(2):450-452.
- [4] 李晓双.癌痛护理干预对癌痛患者生活质量的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(4):152-153.
- [5] 许厚芬.阅读疗法对癌症患者化疗期间负性情绪的影响[J].检验医学与临床,2014,11(15):2177-2179.
- [6] 马志莹.健康教育对妇科癌症术后患者自我护理能力及负性情绪的影响分析[J].检验医学与临床,2016,13(7):957-959.
- [7] 陈璐,钱文茹.中西医结合护理在癌痛患者中的应用[J].河北中医,2014,36(9):1415-1416.
- [8] Arber A, Hutson N, De Vries K, et al. Finding the right kind of support; A study of carers of those with a primary malignant brain tumour[J]. Eur J Oncol Nurs, 2013, 17(1):52-58.
- [9] Ochiai K, Watanabe M, Azakami D, et al. Molecular cloning and tumour suppressor function analysis of canine REIC/Dkk-3 in mammary gland tumours[J]. Vet J, 2013, 197(3):769-775.
- [10] 林莲女,颜春芳,林爱芳.中西医结合护理在结肠癌患者晚期癌痛中的应用[J].中国中医急症,2013,22(2):341-342.
- [11] 李红娟,祁红霞,张艳林.中西医结合治疗晚期癌症疼痛

患者的临床观察及护理[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(12):116-118.

和心理状态的影响作用研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(10):2130-2131.

[12] 黄露, 梁键, 林海珍, 等. 中西医结合护理对恶性肿瘤患者心理状况干预研究[J]. 光明中医, 2015, 30(1):155-157.

(收稿日期:2017-02-12 修回日期:2017-04-12)

[13] 杨维萍. 中西医结合护理方案对肝癌晚期患者急性疼痛临床探讨 •

急性高血糖与急性心肌梗死急诊 PCI 术后对比剂肾病的相关性

米庆, 庞小华[△], 杨建军
(重庆三峡中心医院心血管内科 404000)

摘要:目的 通过比较急性高血糖、非急性高血糖急性心肌梗死(AMI)急诊经皮冠脉介入(PCI)术后对比剂肾病(CIN)发生率,探讨急性高血糖与 AMI 急诊 PCI 术后 CIN 的相关性。方法 回顾性分析 200 例在该院行急诊 PCI 术治疗 AMI 患者的相关临床资料,将其分为比较急性高血糖组和非急性高血糖组,比较两组患者急诊 PCI 术后 CIN 发生率。结果 急性高血糖组 CIN 发生率明显高于非急性高血糖组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示入院时急性高血糖是急诊 PCI 术后 CIN 的独立危险因素,差异有统计学意义 ($OR = 7.323, 95\%CI: 2.134 \sim 12.418, P < 0.05$)。结论 入院急性高血糖是 AMI 急诊 PCI 术后 CIN 的独立危险因素,为优化临床 AMI 急诊 PCI 术前、术后治疗策略提供依据。

关键词:急性高血糖; 急性心肌梗死; 经皮冠脉介入; 对比剂肾病

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.19.043 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)19-2928-03

目前,冠状动脉粥样硬化性心脏病已成为严重危害人类健康的主要疾病之一^[1]。近年来,随着经皮冠脉介入(PCI)诊疗技术的不断完善和广泛应用,改善了患者生存质量^[2],但也带来一系列的并发症,对比剂肾病(CIN)就是其中之一^[3]。因此,明确 CIN 相关危险因素具有非常重要的临床意义。研究表明急性高血糖是急性心肌梗死(AMI)常见并发症之一,可能是 AMI 急诊 PCI 术后发生 CIN 的危险因素^[4]。本研究拟回顾性分析急诊 PCI 术治疗 AMI 患者的相关临床资料,探讨急性高血糖与急诊 PCI 术后 CIN 的相关性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收取 2014 年 1 月至 2016 年 6 月在本院诊断为 AMI 且行急诊 PCI 术患者 200 例作为研究对象,其中男 148 例,女 52 例,年龄 46~78 岁,平均(65.3±11.2)岁。根据入院时即刻血糖值分为急性高血糖组和非急性高血糖组,其中急性高血糖组 45 例,非急性高血糖组 155 例。纳入标准:(1)符合 AMI 诊断标准^[4]且行 PCI 术;(2)常规生化检测等临床资料完整;(3)造影剂均为碘海醇,即欧乃派克。排除标准:(1)既往慢性肾功能不全或急性肾脏疾病患者;(2)近期服用过肾脏损伤药物,如磺胺类、喹诺酮类等;(3)既往有糖尿病史或家族史;(4)合并肿瘤或其他严重疾病;(5)近期使用过对比剂或

PCI 术中对比剂过量;(6)以往未行 PCI 术。

1.2 方法 详细记录患者一般情况,包括年龄、性别、体质量、既往史、现病史、入院血糖值、入院血清肌酐值、再灌注时间,对比剂用量,术后 48 h 内血清肌酐等。CIN 诊断标准参照《改善全球肾脏病预后指南》^[5]。患者急诊 PCI 依照相关指南规范进行^[6]。所有患者术前均予阿司匹林、氯吡格雷抗血小板,其他药物依据患者具体情况给予;术中予以普通肝素抗凝,其他药物依据术中具体情况给予;术后应用 0.9%氯化钠水化治疗 12 h,水化速度为 1 mL/(kg·h),其他用药依据临床路径指导进行。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行统计分析。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 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验;多因素 Logistic 回归分析评价急性高血糖与急诊 PCI 术后 CIN 发生率的相关性。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般临床资料比较 两组患者年龄、性别、高血压病史、高血脂、冠心病病史、入院肌酐值、再灌注时间、对比剂用量等差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),而两组间入院血糖值差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般临床资料比较

组别	n	平均年龄 ($\bar{x} \pm s, \text{岁}$)	男性 [n(%)]	高血压病史 [n(%)]	高血脂病史 [n(%)]	冠心病病史 [n(%)]	入院血糖值 ($\bar{x} \pm s, \text{mmol/L}$)	入院肌酐值 ($\bar{x} \pm s, \mu\text{mol/L}$)	再灌注时间 ($\bar{x} \pm s, \text{h}$)	对比剂用量 ($\bar{x} \pm s, \text{mL}$)
急性高血糖组	45	64.4±12.1	33(73.3)	32(71.1)	14(31.1)	8(17.8)	14.2±3.1	80.2±11.3	4.3±0.2	144.0±11.2
非急性高血糖组	155	65.7±10.1	115(74.2)	108(69.7)	55(35.5)	22(14.2)	7.1±2.2	79.7±12.5	4.4±0.4	141.0±17.1
P		0.652	0.524	0.505	0.361	0.351	0.000	0.800	0.257	0.173

2.2 两组患者 CIN 发生率比较 急性高血糖组急诊 PIC 术后 48 h 肌酐值明显高于非急性高血糖组,差异有统计学意义

($P < 0.05$);非急性血糖组急诊 PIC 术后 48 h 肌酐值,与术前肌酐值差异无统计学意义 ($P > 0.05$);急性高血糖组急诊 PIC

[△] 通信作者, E-mail: wanzzy2005@163.com.