

地减少焦虑和抑郁心理,改善心功能,提高心律变异性,避免出现各种心脏病事件。通过培养科学的生活方式,增强治疗的依从性,排除各种危险因素,改善预后,使患者拥有较好的生活质量。

参考文献

[1] 崔庆日,张辉.冠状动脉介入术后焦虑障碍及其干预研究[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(5):136-137.
[2] 马向花.认知行为干预对心力衰竭患者负性情绪的影响研究[J].吉林医学,2011,32(29):6101-6102.
[3] 郭晓娟,张运生,杨卫芹,等.认知行为干预在住院冠心病患者护理中的应用[J].河南大学学报(医学版),2010,29(2):128-132.
[4] 崔耀刚,吕小宁.冠心病患者经皮冠状动脉介入术后焦虑抑郁症综合干预观察[J].现代医药卫生,2011,27(14):2139-2141.

[5] 赵淑青.强化认知、行为干预对居家慢性心力衰竭患者效果观察[J].社区医学杂志,2011,9(14):36-37.
[6] 邓旭.认知行为干预对冠心病患者心理健康和生活质量的影响[J].当代护士(学术版),2011,23(7):147-149.
[7] FIEDOROWICZ J G, HE J, MERIKANGAS K R. The association between mood and anxiety disorders with vascular diseases and risk factors in a nationally representative sample[J]. J Psychosom Res, 2011, 70(2):145-154.
[8] 梁思宇,李向平.冠心病合并抑郁焦虑障碍常用量表评价[J].中国实用内科杂志,2011,25(2):135-138.
[9] 赵福涛,徐淑敏,赵文艺,等.认知行为治疗对冠心病介入治疗术后焦虑抑郁和生活质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2010,18(12):1433-1435.

(收稿日期:2017-07-26 修回日期:2017-10-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.04.037

血小板与冷沉淀结合输注对大出血患者凝血功能的研究

于玉芳

(江苏省南通市海安县人民医院血库 226600)

摘要:目的 探讨血小板与冷沉淀结合输注对大出血患者凝血功能的改善情况。方法 选择该院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月收治的大出血患者 90 例,按照患者家属选择的输注方式治疗方案分为 2 组:45 例选择血小板与冷沉淀联合输注方式治疗的患者作为联合组,45 例选择冷沉淀输注方式治疗的患者作为沉淀组。比较 2 组患者输注前后的凝血功能、有效止血率、平均止血时间。结果 联合组患者各项凝血功能均较沉淀组明显好转,且输注后联合组有效止血率高于沉淀组,24 h 内悬浮红细胞续用量少于沉淀组,平均止血时间短于沉淀组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 采用血小板与沉淀结合输注能恢复大出血患者凝血功能,提高血小板和高纤维结合蛋白水平,促进止血功能,效果优于单纯冷沉淀治疗。

关键词:血小板; 冷沉淀; 联合输注; 凝血功能
中图法分类号:R446.1 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2018)04-0544-03

大出血是临床急症之一,其发展速度较快,短期内患者红细胞、血容量急剧下降,易出现失血性休克,严重者甚至病死^[1]。该疾病最有效的治疗手段为输液与输血,但临床以全血或红细胞为主的短期快速扩容,大量的血液被浪费,抢救效果也不显著^[2]。因不能及时补充凝血因子和血小板使血液稀释,致凝血因子和血小板减少,且血小板和凝血因子的消耗随抢救时间的延长而减少,不能有效控制出血,造成凝血功能异常,延误抢救时机^[3]。常规输血与大量输血不同,凝血异常是首先需要解决的问题。冷沉淀凝血因子对凝血功能起重要作用,在输注红细胞制品的同时,采用单采血小板与冷沉淀联合输注,效果明显,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择该院 2015 年 1 月至 2017 年 1 月收治的大出血患者 90 例,按照患者家属选择的输注方式治疗方案分为 2 组:其中 45 例选择血小板与冷沉淀联合输注方式治疗的患者作为联合组,45 例选

择冷沉淀输注方式治疗的患者作为沉淀组。联合组出血时间 1.2~17.0 h,平均出血时间(6.2±1.3)h。沉淀组出血时间 1.1~17.0 h,平均出血时间(6.5±1.1)h。纳入标准^[4]:符合 24 h 内出血量超过本人血容量 0.5 倍的大出血诊断,包括外伤、产后出血、消化道出血、宫外孕出血等;符合医学伦理管理且患者或者家属签署知情同意书。排除标准^[5]:凝血功能障碍;合并重要脏器衰竭;曾服用抗凝血功能药物;重要血液系统、肝脏、恶性肿瘤等对血液中凝血功能造成异常。2 组患者的年龄、患病时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 输注方式 血小板采用血液中心献血者的血小板悬液。冷沉淀为血浆沉淀物,取自冷冻的新鲜血浆 2~6℃融化后,使用前 36.5~37.5℃恒温快速温化,快速输入患者体内。治疗过程不对患者进行其他凝血治疗,依据失血量调节血小板及冷沉淀量。

1.2.2 指标检测 输注前及输注后 24 h 采静脉血

5 mL 于凝血试管, 置入离心机 3 000 r/min 离心 5 min, 采用全自动血凝分析仪检测。

1.3 观察指标^[6] 记录凝血功能的凝血酶原时间 (PT)、凝血酶时间 (TT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、纤维蛋白原 (FIB)、血小板计数 (PLT), 以及有效止血率、24 h 内悬浮红细胞续用量、平均止血时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以例数或百分率表示, 组间比较应用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 2 组患者输注前后凝血功能检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(<i>n</i>)	年龄(岁)	术前				
			PT(s)	TT(s)	APTT(s)	FIB(g/L)	PLT($\times 10^9$ /L)
联合组	45	37.5 $\pm$ 9.6	21.5 $\pm$ 4.6	19.5 $\pm$ 3.6	42.5 $\pm$ 5.8	2.3 $\pm$ 0.3	28.5 $\pm$ 11.6
沉淀组	45	38.2 $\pm$ 8.9	22.1 $\pm$ 4.7	19.2 $\pm$ 4.1	42.1 $\pm$ 5.9	2.4 $\pm$ 0.4	27.9 $\pm$ 11.8

组别	例数(<i>n</i>)	术后 24 h				
		PT(s)	TT(s)	APTT(s)	FIB(g/L)	PLT($\times 10^9$ /L)
联合组	45	15.5 $\pm$ 4.3* [#]	16.4 $\pm$ 3.0* [#]	39.5 $\pm$ 4.6 [#]	2.0 $\pm$ 0.2 [#]	76.5 $\pm$ 9.6 [#]
沉淀组	45	19.1 $\pm$ 6.7*	18.8 $\pm$ 3.9*	50.1 $\pm$ 5.3	1.8 $\pm$ 0.4	53.2 $\pm$ 10.8

注:与术前比较,* $P < 0.01$;与沉淀组比较,[#] $P < 0.01$

表 2 2 组患者输注后有效止血率、24 h 内悬浮红细胞续用量、平均止血时间结果比较

组别	例数 (<i>n</i>)	有效止血率 [<i>n</i> (%)]	24 h 内悬浮红细胞 续用量($\bar{x} \pm s$, U)	平均止血时间 ($\bar{x} \pm s$, h)
联合组	45	42(93.33)*	5.21 $\pm$ 1.17*	3.12 $\pm$ 0.72*
沉淀组	45	22(48.89)	13.78 $\pm$ 4.32	7.68 $\pm$ 1.72

注:与沉淀组比较,* $P < 0.01$

3 讨 论

临床急症之一的大出血患者,发病急,红细胞和血容量短期内急剧下降,导致失血性休克,严重危险患者生命^[7]。临床治疗手段为输液与输血,但全血或红细胞为主的短期快速扩容,造成血液浪费,治疗效果不明显^[8]。如不及时补充凝血因子及血小板而稀释血液,致使凝血因子和血小板减少,抢救时间延长,导致凝血因子和血小板减少,从而不能有效控制出血,形成凝血功能异常,延误抢救时机^[9]。本研究探讨常规输血与大量输血的异同,提示凝血异常是首要解决的问题。有研究报道,抢救 1 例大出血患者需输注大量全血,虽创面渗血不止但临床症状改善,经输入冷沉淀后停止^[10]。足量的血小板对血液凝固、维护血管壁完整有重要效果,冷沉淀含大量可迅速提高凝血因子水平的有效因子^[11-12]。冷沉淀可清除炎性、细胞粘连、非毒物质、促进创伤愈合的高含量纤维结合蛋白,维持组织正常吞噬功能,为其创造了较好的条件,再加速康复方面有天然优势。因 2 种输注方式各有其优势,因此联合应用效果更显著。本研究结果表明,联合组术后各项凝血功能均较沉淀组明显好转,差异有统计学意义($P < 0.05$);输注后,联合组有效止血率高于沉淀组,24 h 内悬浮红细胞续用量少于沉淀

组,平均止血时间短于沉淀组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与相关研究结果相似^[13]。但目前 2 种输注方式的不良反应及禁忌证报道尚不多见,本研究也无患者出现明显的输注不良反应,无因输注致死的病例,因此对 2 种方式联合输注对治疗大出血患者,可能出现的不良反应仍需继续研究^[14]。另外 2 种输注方式的配比均根据患者失血量而定,本研究患者例数较少,仍不能完全代表该病的治疗方向,因此临床应增加类似研究,探讨联合输注的安全性^[15]。

综上所述,大出血患者采用血小板与冷沉淀结合输注的方式治疗,可有效改善患者的凝血功能,血小板和高纤维结合蛋白含量,对止血功能起促进作用。虽然冷沉淀治疗,也可改善患者的凝血功能,但效果远不及联合输注。因此,采用联合输注方式值得临床推广。

参考文献

[1] 马鸿娟. 急性大失血患者输血治疗及其临床疗效观察[J]. 继续医学教育, 2015, 29(8): 95-96.

[2] 沈红子. 单采血小板联合冷沉淀治疗大出血患者的疗效分析[J/CD]. 临床医药文献杂志(电子版), 2015, 2(14): 2736.

[3] SEGHAATCHIAN J, SAMAMA M M. Massive transfusion; an overview of the main characteristics and potential risks associated with substances used for correction of a coagulopathy[J]. Transfusion and Apheresis Science, 2012, 47(2): 235-243.

[4] 高林江, 陈瑞平, 张怡莹. 联合输注单采血小板和冷沉淀凝血因子在急性大失血患者中的治疗作用[J]. 临床血液学杂志(输血与检验版), 2010, 23(5): 585-587.

[5] 陈玲, 林正明, 江建锋, 等. 单采血小板联合冷沉淀治疗大

出血患者的疗效观察[J]. 临床输血与检验, 2010, 12(2): 172-173.

[6] 程峰. 新鲜单采血小板和冷沉淀在临床出血中的应用分析[J]. 中国医药指南, 2011, 9(25): 49-50.

[7] 范红玲. 单采血小板联合冷沉淀在大出血患者临床治疗中的应用[J]. 中国实用医刊, 2012, 39(7): 105-106.

[8] 孔祥骞, 孔丙元, 魏淑英. 冷沉淀与机采血小板联合应用抢救大出血患者输注效果分析[J]. 临床输血与检验, 2012, 14(4): 340-342.

[9] 朱春丽. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J]. 中国医药科学, 2012, 2(11): 51-52.

[10] 周婷. 联合输注单采血小板和冷沉淀在急性大出血患者的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(12): 229-231.

[11] 刘辉, 王建功, 樊荣, 等. 冷沉淀凝血因子与单采血小板联合输注在严重创伤失血患者的临床观察[J]. 中国医学工程, 2013, 21(11): 59-60.

[12] 古力米娜·玉山. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J]. 中外健康文摘, 2014, 11(4): 121-122.

[13] 刘和平, 高林江. 单采血小板联合冷沉淀在大出血患者临床治疗中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2014, 14(11): 162-165.

[14] 侯冬梅. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2014, 14(4): 98-98.

[15] 徐勇锋. 单采血小板与冷沉淀凝血因子联合输注在急性大出血治疗中的应用[J]. 中国校医, 2015, 29(6): 451-452.

(收稿日期: 2017-07-21 修回日期: 2017-08-29)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 04. 038

注意训练与常规语言训练对脑卒中失语症患者语言康复的临床研究

付开敏¹, 李 仪^{2△}, 王 芳², 刘小琴²
(重庆市开州区人民医院: 1. 神经内二科; 2. 护理部 405400)

摘 要:目的 探究注意训练和常规语言训练对脑卒中失语症患者语言康复的临床意义。方法 选取该院 2015 年 4 月至 2016 年 4 月接受康复治疗的脑卒中失语症患者 40 例, 所有患者经头部 CT 确诊为脑卒中。发病时间为数周至 1 年。将患者随机分为实验组和对照组, 各 20 例, 同时进行 1 个月治疗。对照组患者采用常规语言训练, 实验组患者在使用常规语言训练的同时增加注意训练。比较 2 组患者治疗前后的语言功能和注意力水平; 2 组患者治疗前后各项检测得分。结果 2 组患者的语言功能水平和注意力水平均比治疗前显著提高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后实验组比对照组在语言功能水平和注意力水平明显提高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 常规语言训练能有效治疗失语症, 但常规训练联合注意训练的临床治疗效果更佳。

关键词: 注意训练; 语言训练; 脑卒中

中图法分类号: R473.5 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2018)04-0546-04

脑卒中仅次于心血管疾病、恶性肿瘤, 作为导致人类病死的疾病, 排在第 3 位, 作为致残疾病, 位居第 1 位^[1]。根据原卫生部统计, 我国脑卒中的发病率约为 0.7%, 总例数超过 800 万, 每年医药费总额高达百亿人民币, 且脑卒中发病率仍然上升。其中约 25% 的脑卒中患者语言功能障碍, 表现为失语症, 临床症状为对口语及书面语都会产生理解障碍, 对事物识别也存在障碍, 日常生活交流较困难。然而, 导致失语症的原因不仅是脑卒中, 还包括癫痫和脑部外伤。现阶段的主要治疗方法: 药物直接介入治疗、高压氧治疗、中医康复治疗、脑部刺激技术治疗, 以及多种多样的语言训练治疗^[2-3]。有研究报道, 注意缺陷可能是患者语言产生障碍的原因之一, 所以在治疗失语症的同时, 注意缺陷导致的康复障碍必须重视。现探讨注意训练和常规语言训练对患者临床康复的区别和联系, 分析最佳治疗方案, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2015 年 4 月至 2016 年 4 月接受康复治疗的脑卒中失语症患者 40 例, 平均年

龄(52.4±7.4)岁, 所有患者经过头部 CT 确诊为脑卒中, 发病时间为数周至 1 年。随机将患者分为实验组和对照组, 各 20 例。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者的一般资料结果比较						
组别	例数 (n)	性别(n)		原发病(n)		病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男性	女性	脑梗死	脑出血	
实验组	20	14	6	11	9	49.4±8.5
对照组	20	13	7	7	13	57.4±6.2
P		0.304		0.228		0.105
						0.334

1.2 纳入与排除标准 (1) 纳入标准: 所有患者皆为初次发病; 各项生命体征都处于正常水平且患者意识清醒; 有能力配合各项治疗; 母语为汉语; 文化程度为小学及以上; 无精神病史; 无视听障碍。(2) 排除标准: 有视听障碍、智力缺陷者; 合并其他神经系统疾病者; 合并心肺功能不全者; 由周围其他器官病变导致的语言障碍和阅读障碍者; 不积极接受治疗者。

△ 通信作者, E-mail: 2359235953@qq. com.