

tinal hemorrhage who underwent endoscopy and confirmed to have variceal hemorrhage [J]. Alexandria J Med, 2014, 51(4): 295-304.

[10] JUN C H, KIM K R, YOON J H, et al. Clinical outcomes of gastric variceal obliteration using N-butyl-2-cyanoacrylate in patients with acute gastric variceal hemorrhage [J]. Korean J Intern Med, 2014, 29(4): 437-444.

[11] ASSELAH T, BRUNO S, CRAXI A. HCV cirrhosis at the edge of decompensation; will paritaprevir with ritonavir, ombitasvir, dasabuvir, and ribavirin solve the need for

treatment? [J]. J Hepatol, 2014, 61(6): 1430-1433.

[12] 贾丽萍, 袁晓英, 向明确, 等. 内镜下治疗食管静脉曲张对门脉高压性胃病及胃底静脉曲张的影响[J]. 重庆医学, 2010, 39(5): 584-585.

[13] 张焰平, 程翠平, 李敏. 内镜下套扎联合组织粘合剂注射治疗食管胃底静脉曲张破裂出血[J]. 安徽医学, 2011, 27(9): 1281-1282.

(收稿日期: 2017-08-23 修回日期: 2017-10-09)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 05. 047

护理干预对肾穿刺后患者血肿发生的预防效果

孙圆圆, 迟 蕾[△]

(哈尔滨医科大学附属第四医院肾内科, 哈尔滨 150001)

摘要:目的 探讨护理干预对于穿刺后患者预防血肿发生的临床效果。方法 选取 2015 年 2—12 月于该院进行肾穿刺活检的 100 例肾病患者, 按照随机分配的原则, 将其分为对照组和观察组各 50 例。其中穿刺活检后接受护理干预患者为观察组, 接受常规护理的患者为对照组, 比较两组患者血肿及其感染的发生情况。结果 观察组患者感染率为 4.0%, 对照组患者的感染率为 30.0%; 观察组血肿的发生率为 4.0%, 对照组患者血肿的发生率为 36.0%, 两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者的术后出血量和血肿直径均小于对照组患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者重度血肿和感染的发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对肾穿刺后患者采取护理干预可有效预防血肿、感染及相关并发症的发生, 同时提高患者的生存质量, 可在临床上推广使用。

关键词:肾穿刺; 护理干预; 血肿; 感染

中图法分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)05-0714-03

作为目前临床上常用的一种肾活检方式, 肾穿刺术可明确肾脏的形态学变化, 对于医生明确疾病的诊断具有积极意义^[1]。随着肾脏疾病发病率的上升, 同时部分疾病存在早期临床特征不明显的特点, 肾穿刺越来越多的应用于临床诊断中, 并且已经成为肾脏疾病确诊的“金标准”^[2]。但是值得注意的是, 作为一种有创检查, 采用肾穿刺对患者进行确诊常伴有一系列并发症, 因此如何对穿刺后的患者进行科学、有效的护理就显得尤为重要^[3]。本次试验主要针对肾穿刺后的患者采用护理干预, 并对预防血肿发生的临床效果进行具体分析, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2015 年 2—12 月于本院进行肾穿刺活检的 100 例肾病患者, 按照随机数字表法, 将患者分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组男 26 例, 女 24 例; 年龄 18~62 岁, 平均(38.2±4.3)岁。观察组男 28 例, 女 22 例; 年龄 16~60 岁, 平均(38.4±4.5)岁。两组患者性别和年龄的比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。同时两组患者在入院前的常规检查中, 均无心、脑、肺及其他脏器的疾病, 内分

泌、神经和免疫的功能均无异常, 另外以上患者均无穿刺禁忌证。本次研究经过医院的伦理协会审核同意, 同时患者及其家属对研究均知情同意。

1.2 方法 相关护理人员确定患者穿刺前膀胱处于排空状态, 嘱患者呈俯卧位, 并在其腰部下方置一个薄枕。将腹带展开充分暴露穿刺部位, 在超声引导下确定患者的穿刺部位, 在医生准备充分的前提下对患者进行常规的术前消毒, 铺无菌洞巾。将 2% 的利多卡因与生理盐水按照 1:1 的比例进行稀释后进行局部麻醉处理, 在患者的右肾下极垂直进针进行穿刺。穿刺深度约 4 cm, 根据情况进行调整, 穿刺中不破坏肾包膜。穿刺过程中密切关注针尾的活动情况, 随患者呼吸摆动情况下嘱患者屏住呼吸, 在负压的环境下抽取 1.5~2 cm 的肾组织进行活检。穿刺完成后, 使用碘伏对周围皮肤进行消毒处理, 在覆盖无菌纱布后使用腹带加压处理。

1.2.1 对照组护理方法 对照组患者接受常规护理, 相关护理人员在患者肾穿刺过程中针对血压、心率等常规生命体征进行检测, 对于波动较大的指标及时进行相关处理。待患者穿刺后对其穿刺点进行按

[△] 通信作者, E-mail: CL5918041@126.com。

压处理,并嘱患者及其家属关注饮水量及其日常休息等相关注意事项,另外对患者穿刺点的情况进行密切的关注。

1.2.2 观察组护理方法 观察组患者在常规护理的基础上配合护理干预,包括术前护理、术中及术后 3 个时段的护理。术前护理中,相关护理人员应对患者进行科学、有效的心理干预。大部分患者因为不了解穿刺的具体操作,在一定程度上加重了患者的紧张情绪。同时患者过度关注穿刺后并发症的发生情况,降低了患者接受检查的依从性。针对这种情况,护理人员积极地同患者进行沟通,增加患者对于检查的认识,同时介绍之前成功的病例,增加病房巡视的频率从而消除患者紧张的心理。在术中,相关护理人员嘱患者保持正确的体位,同时调整患者的呼吸,通过与患者的沟通消除其紧张的情绪,配合医生的操作。密切关注患者的生命体征,对于术中出现的不利反应,配合医生进行有效的处理。在术后,对患者生命体征及其穿刺点的相关情况进行具体的记录,根据患者的身体情况为其制订个性化的恢复方案,具体包括饮水量的调整以及食物的具体搭配,帮助患者尽快恢复。

1.3 观察指标 观察两组患者相关并发症的发生情况,具体包括尿潴留、感染、血肿、肉眼血尿和轻度腰疼;同时对两组患者的术后出血量及血肿直径进行统计分析,比较两组患者出现血肿和感染的发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件分析,计量数据采用均 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分数表示,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

2.1 两组患者的并发症发生情况比较 两组患者尿潴留、肉眼血尿和轻度腰疼 3 种症状的发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者的感染及血肿的发生率明显低于对照组患者,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的并发症发生情况[n(%)]					
组别	n	尿潴留	感染	血肿	肉眼血尿 轻度腰疼
对照组	50	5(10.0)	15(30.0)	18(36.0)	4(8.0) 4(8.0)
观察组	50	4(8.0)	2(4.0)*	2(4.0)*	3(6.0) 3(6.0)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 两组患者的穿刺直径及穿刺点出血情况 观察组患者的术后出血量明显少于对照组患者,同时血肿直径也明显小于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的穿刺直径及穿刺点出血情况($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	术后出血量(mL)	血肿直径(cm)
对照组	50	258.4 $\pm$ 43.6	5.3 $\pm$ 0.8
观察组	50	162.2 $\pm$ 32.7*	2.7 $\pm$ 0.4*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 两组患者血肿及感染程度比较 两组患者在轻、中度血肿和感染发生率的比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者重度血肿、重度感染发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者血肿及感染程度比较[n(%)]							
组 别	n	血肿分级			感染分级		
		轻度	中度	重度	轻度	中度	重度
对照组	50	2(4.0)	3(6.0)	13(26.0)	1(2.0)	2(4.0)	12(24.0)
观察组	50	1(2.0)	0(0.0)	1(2.0)*	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3 讨 论

肾穿刺活检可明确相关肾脏疾病的病因,同时在对病灶及其周围组织的病理诊断的过程中有助于疾病的分类,另外肾穿刺对于临床治疗及其预后均具有积极的意义^[4]。肾穿刺活检作为一种有创检查,需要对患者实施具体操作前进行充分的检查,排除相关的禁忌证^[5]。

因为肾穿刺过程中存在着一定的危险性,部分接受穿刺活检之后的患者可能发生相关并发症^[6]。相关数据表明,尿潴留和腰部疼痛是穿刺后患者常见的两项并发症^[7-8]。本研究对两组患者穿刺后相关并发症发生情况进行比较,结果显示,两组患者尿潴留、肉眼血尿和轻度腰疼 3 种症状的发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者感染率为 4.0%,而对照组患者的感染率为 30.0%;同时观察组血肿的发生率为 4.0%,而对照组患者血肿的发生率为 36.0%。两组感染及血肿的发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。笔者在对其原因进行分析的过程中发现,由于接受穿刺后的患者需要卧床休息,同时多数患者因穿刺造成疼痛导致情绪燥郁,各种原因造成患者的肌肉紧张等问题,最终导致患者发生尿潴留^[9]。

另外,本研究针对两组患者血肿和感染的严重程度进行比较,结果显示观察组患者重度血肿、感染的发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。回顾本次试验的过程,观察组相关护理人员在术前对患者进行科学、有效的心理干预,通过对穿刺知识的普及,可一定程度上消除患者的紧张情绪,增加患者的信心。在术中,嘱患者保持正确的体位同时调整患者的呼吸,通过与患者沟通消除其紧张的情绪,患者的依从性增加^[10-11]。在术后,记录患者生命体征及其穿刺点的相关情况,根据患者的身体情况为其制订个性化的恢复方案,对减少血肿和感染的发生具有积极意义^[12]。本研究针对患者在术中的出血量及其血肿直径进行比较分析,结果发现,观察组患者的术后出血量明显少于对照组患者,同时血肿直径也明显小于对照组($P < 0.05$)。这说明采用干预护理对于术后的恢复和提高术后的生存质量有着积极的临床意义。

综上所述,因对接受肾穿刺的患者采用干预护理可有效预防血肿和感染的发生,降低相关并发症的发生率,有助于患者的恢复同时提高患者的生存质量,可在临床中推广使用。

参考文献

[1] 张颖. 护理干预对行肾穿刺活检术患者的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(13): 25-25.

[2] 林萍, 卞淑芬, 王丽娟, 等. 临床护理路径在成人肾穿刺活检术中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(29): 3511-3513.

[3] 尹华, 欧阳涵, 王赞. 纽曼系统护理模式对 B 超引导下肾穿刺活检术患者术前焦虑及术后并发症的影响[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(7): 891-892.

[4] 程光敏. 规范化护理在肾脏穿刺活检术患者中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 8(1): 120-121.

[5] 龚乐为. 术前模拟训练配合床边护理在肾穿刺活检术护理的应用[J]. 吉林医学, 2014, 35(29): 6604-6605.

[6] 张杰, 张金萍. 渐进性舒适训练对老年肾穿刺术患者的干预研究[J]. 护理管理杂志, 2010, 10(7): 513-514.

[7] 罗晓英, 简讯, 刘静梅. 超声引导下经皮肾穿刺活检术的护理[J]. 护理研究, 2011, 25(29): 2666-2667.

[8] 范艳华, 李丽华, 夏蓉, 等. 原发性肾病综合征并发特发性急性肾损伤的临床及病理分析[J]. 广西医学, 2013, 35(3): 327-328.

[9] 蒋毓柏, 李伍荣, 何锦明, 等. 微创经皮肾镜取石术并发症分析[J]. 广西医学, 2013, 35(3): 349-350.

[10] LORENZ E C, SETHI S, POSHUSTA T L, et al. Renal failure due to combined cast nephropathy, amyloidosis and light-chain deposition disease [J]. Nephrol Dial Transplant, 2010, 25(4): 1340-1343.

[11] TSAI S F, WEN M C, CHENG C H, et al. Clinical features of renal amyloidosis: an analysis of 40 patients in a 28-year follow-up [J]. Intern Med, 2011, 50 (21): 2511-2517.

[12] 张育安. 肾淀粉样变性病的肾脏病理损伤研究进展[J]. 国际泌尿系统杂志, 2013, 33(2): 264-270.

(收稿日期: 2017-08-24 修回日期: 2017-10-10)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 05. 048

拟血管生成在口腔鳞状细胞癌中的初步研究

闫 明¹, 冯红超^{2△}, 许 华³, 张 伟⁴, 李丽艳⁵

(1. 河北省眼科医院口腔颌面外科, 河北邢台 054000; 2. 贵州省贵阳市口腔医院口腔颌面外科 550000; 河北省眼科医院; 3. 口腔内科; 4. 眼外伤科; 5. 科教科, 河北邢台 054000)

摘 要:目的 探讨口腔鳞状细胞癌(OSCC)中是否存在拟血管生成(VM), 以及其临床意义。方法 使用 CD31、过碘酸雪夫染色(PAS)双染技术对 42 例经手术切除的 OSCC 标本进行染色, 观察是否存在 VM 结构, 并描述其形态。结果 CD31 和 PAS 双染结果显示 OSCC 中存在 VM; 在 42 例 OSCC 标本中, 15 例标本 VM 阳性(35. 71%)。其在光镜下表现为: 肿瘤细胞构成了管道样结构, 此结构中无血管性内皮细胞参与, 部分管腔与肿瘤细胞之间有一层 PAS 染色阳性的物质。在这些管道中可以找到红细胞。病理分级为 I 级的患者中有 1 例 VM 生成[14. 28%(1/7)], II 级患者中有 6 例 VM 生成[30. 00%(6/20)]; III 级患者中有 8 例 VM 生成[53. 33%(8/15)]。秩和检验结果提示, 病理分级恶性程度越高, VM 阳性率也越高, 差异具有统计学意义($Z=2. 193, P=0. 028$)。在 16 例颈淋巴结转移患者中, VM 阳性 11 例; 在 27 例无淋巴结转移的患者中, VM 阳性 5 例。OSCC 发生颈淋巴结转移的患者其 VM 阳性率更高, 差异有统计学意义($\chi^2=12. 286, P<0. 01$)。结论 OSCC 患者中存在 VM, 且 OSCC 中有 VM 的存在更易发生颈淋巴结转移。

关键词:拟血管生成; 口腔鳞状细胞癌; 双重染色技术

中图法分类号:R780. 2 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)05-0716-04

实体肿瘤在生长和血行转移过程中, 必须有血液供应。有研究者早在 1971 年提出肿瘤的血管生成理论^[1], 此理论认为肿瘤血管的生成是促进肿瘤生长的一个重要因素。随后, 该理论成为一个研究热点, 一直被研究者认为是肿瘤获得血液供应的唯一途径。国外学者在 1999 年研究葡萄膜黑色素瘤时, 发现了一种新的肿瘤供血微循环结构, 此结构由肿瘤细胞围成无内皮细胞参与的管道结构, 此管道功能与血管相

同, 将这种新结构命名为拟血管生成(VM)^[2]。VM 结构与经典的肿瘤血管生成不同, 后经国内外多个研究证实, VM 存在于多种肿瘤中, 例如肝癌、前列腺癌、乳腺癌等^[1], 亦包括口腔鳞状细胞癌(OSCC)。OSCC 是一类严重危害人类健康的恶性肿瘤^[3], 占口腔恶性肿瘤的 80%, 在头颈鳞癌(HNSCC)中也占较大比例, 病死率也较高。当前治疗手段是手术切除病灶, 但其有着较高的术后 5 年复发率^[4], 因此研究 OS-

△ 通信作者, E-mail: hongchaof@126. com.