

[7] AHMED A S, SAIF A G, SAFLA A M, et al. Evaluation of anti-mutated citrullinated vimentin antibodies, anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factor in Omani patients with rheumatoid arthritis[J]. Int J Rheumatol, 2012, 10(8): 1151-1156.

[8] 贾淑芳, 袁璐, 周玲瑶, 等. 抗 CCP 抗体、抗 MCV 抗体和 RF 抗体联合检测与磁共振成像诊断类风湿关节炎相关性分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(8): 584-585.

[9] 许军华, 刘树业. 血清抗 CCP 抗体、抗 MCV 抗体与 RF 联合检测诊断类风湿关节炎的临床价值[J]. 山东医药, 2013, 53(22): 38-40.

[10] 朱国民. 血清 I 型胶原吡啶交联终肽检测在类风湿关节炎疗效评估中的意义[J]. 检验医学, 2013, 28(12): 1142-1143.

[11] 董奕裕, 张新根, 陆建良, 等. 早期类风湿性关节炎患者血清 I 型胶原吡啶交联终肽、基质金属酶-3 等指标的检测及意义[J]. 检验医学, 2013, 28(5): 400-403.

[12] 董奕裕, 张新根, 陆建良, 等. ICTP、MMP-3、抗 CCP 抗体和 RF 检测对早期 RA 患者的诊断应用[J]. 放射免疫学杂志, 2013, 26(3): 330-333.

(收稿日期: 2017-08-24 修回日期: 2017-12-21)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 06. 030

丙种球蛋白与甲泼尼龙治疗小儿血小板减少症的效果比较

邵国峰

(中国人民解放军第一四八医院儿科 255300)

摘要:目的 对比分析丙种球蛋白与甲泼尼龙治疗小儿血小板减少症的效果。方法 选取该院 2012 年 3 月至 2016 年 12 月收治的 80 例血小板减少症患者作为研究对象, 按照随机数字表法将患儿分为观察组和对照组各 40 例。观察组患儿给予丙种球蛋白静脉滴注治疗, 对照组患儿给予甲泼尼龙静脉滴注治疗。观察对比两组患儿治疗前后血小板计数(PLT)、治疗后血小板升高时间、达到峰值时间、出血停止时间、住院时间、不良反应发生情况以及临床疗效。结果 两组患儿治疗前 PLT 比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 两组患儿治疗 2、3、5 d 后 PLT 均有所改善, 观察组患儿 PLT 高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患儿治疗后血小板升高时间、达到峰值时间、出血停止时间、住院时间分别少于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患儿出现血压下降、恶心、肺出血的不良反应发生率(10.00%) 低于对照组(50.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患儿治疗后有效率(92.50%) 高于对照组(75.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 小儿血小板减少症给予丙种球蛋白治疗, 不仅能在短时间内有效提升 PLT, 缩短住院时间, 还能减少不良反应发生, 值得临床上推广。

关键词: 丙种球蛋白; 甲泼尼龙; 血小板减少症; 血小板计数

中图分类号: R558

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)06-0836-03

血小板减少症在小儿血液疾病中极为常见, 患儿通常以自发性皮肤和黏膜出血为突出表现, 多为针尖大小的皮内或皮下出血点, 或为淤斑和紫癜, 少见皮肤出血斑和血肿, 但重症血小板减少将会导致严重的并发症出现, 如肺出血、颅内出血甚至死亡等^[1]。因此, 早期诊断、及时医治在预防血小板减少症患者并发症发生和降低病死率中具有重要意义。目前小儿血小板减少症常用的治疗手段是糖皮质激素和丙种球蛋白静脉注射, 对于如何合理评估和治疗血小板减少症学者们仍存在着较大争议^[2]。本研究对血小板减少症的患儿分别给予丙种球蛋白与甲泼尼龙治疗, 对比两种药物的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月至 2016 年 12 月在本院治疗的 80 例血小板减少症患者作为研究对象, 按照随机数字表法将所有患儿分为两组, 观察组 40 例, 对照组 40 例。所有患儿均符合小儿免疫性血小板减少症的诊断标准: 血小板计数(PLT) $< 100 \times$

$10^9/L$, 当 $PLT \leq 20 \times 10^9/L$ 记为重度。观察组中男 23 例, 女 17 例; 年龄 6 个月至 14 岁, 平均(6.23 ± 1.20)岁; 体质量 7~26 kg, 平均(24.36 ± 1.42)kg。对照组中男 18 例, 女 22 例; 年龄 5 个月至 15 岁, 平均(6.48 ± 1.07)岁; 体质量 6~29 kg, 平均(24.88 ± 0.94)kg。2 组儿的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 所有患儿治疗前抽取静脉血并采用血细胞分析仪检查血常规和 PLT, 同时给予原发病治疗、抑酸、保护胃黏膜以及止血等常规治疗。对照组在此基础上给予 2~10 mg/(kg·d)甲泼尼龙(天津药业焦作有限公司, 国药准字 H20030727)静脉滴注; 观察组患儿在常规治疗的基础上给予 400 mg/(kg·d)丙种球蛋白(山西康宝生物制品股份有限公司, 国药准字 S19994004)静脉泵注射治疗。若患儿 $PLT < 20 \times 10^9/L$ 时, 需要同时进行同型血小板输注治疗, 对于重度贫血患儿需进行输注浓缩红细胞以纠正贫血治疗。所有患儿均治疗 5 d, 观察对比患儿治疗后 PLT 和治

疗情况等。

1.3 观察指标 (1)观察两组患儿治疗前和治疗 2、3、5 d 后 PLT; (2)记录两组患儿血小板升高时间、达到峰值时间、出血停止时间、住院时间; (3)比较两组患儿血压下降、恶心、肺出血等不良反应发生情况; (4)比较两组的临床疗效。

1.4 评价标准 按照第 2 届全国血液学学术会议制定的血小板减少性紫癜标准对疗效进行评价: PLT > 100 × 10⁹/L 且无出血症状为显效; PLT 在 (50 ~ 100) × 10⁹/L 且出血症状有所改善为有效; PLT < 50 × 10⁹/L 且出血症状无改善甚至病情加重为无效。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 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 两组患儿治疗前后 PLT 比较 两组患儿治疗前 PLT 比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。两组患儿治疗 2、3、5 d 后 PLT 均有所改善, 且观察组 PLT 高于对照组, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组患儿治疗前后 PLT 比较 ($\bar{x} \pm s, \times 10^9/L$)

| 组别 | <i>n</i> | 治疗前 | 治疗 2 d 后 | 治疗 3 d 后 | 治疗 5 d 后 |
|----------|----------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 观察组 | 40 | 39.24 ± 12.56 | 58.64 ± 14.59 | 73.21 ± 20.56 | 113.58 ± 21.57 |
| 对照组 | 40 | 38.87 ± 11.96 | 43.47 ± 13.25 | 64.27 ± 18.64 | 96.38 ± 22.43 |
| <i>t</i> | | 0.134 9 | 4.868 1 | 2.037 4 | 3.495 7 |
| <i>P</i> | | 0.893 0 | 0.000 0 | 0.045 0 | 0.000 8 |

2.2 两组患儿治疗后基本情况比较 观察组患儿治疗后血小板升高时间、达到峰值时间、出血停止时间、住院时间少于对照组, 差异均有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患儿治疗后基本情况比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

| 组别 | <i>n</i> | 血小板升高时间 | 达到峰值时间 | 出血停止时间 | 住院时间 |
|----------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 观察组 | 40 | 1.56 ± 0.51 | 5.22 ± 1.87 | 2.47 ± 0.76 | 7.58 ± 2.13 |
| 对照组 | 40 | 2.85 ± 0.94 | 7.16 ± 1.52 | 4.13 ± 1.25 | 9.75 ± 3.24 |
| <i>t</i> | | 7.628 9 | 5.091 5 | 7.176 6 | 3.539 5 |
| <i>P</i> | | 0.000 0 | 0.000 0 | 0.000 0 | 0.000 7 |

2.3 两组患儿治疗后不良反应发生情况比较 观察组患儿血压下降、恶心、肺出血的发生率为 10.00%, 低于对照组的 50.00%, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患儿治疗后不良反应发生率比较 [*n*(%)]

| 组别 | <i>n</i> | 血压下降 | 恶心 | 肺出血 | 总不良反应 |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组 | 40 | 1(2.50) | 2(5.00) | 1(2.50) | 4(10.00) |
| 对照组 | 40 | 6(15.00) | 8(20.00) | 6(15.00) | 20(50.00) |
| χ^2 | | 3.913 9 | 4.114 3 | 3.913 9 | 15.238 1 |
| <i>P</i> | | 0.047 9 | 0.042 5 | 0.047 9 | 0.000 1 |

2.4 两组患儿治疗后临床效果比较 观察组患儿治

疗后有效率为 92.50%, 高于对照组的 75.00%, 差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 4。

表 4 两组患儿临床效果比较 [*n*(%)]

| 组别 | <i>n</i> | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 40 | 27(67.50) | 10(25.00) | 3(7.50) | 37(92.50) |
| 对照组 | 40 | 10(25.00) | 20(50.00) | 10(25.00) | 30(75.00) |
| χ^2 | | 14.531 7 | 4.266 0 | 4.500 6 | 4.500 6 |
| <i>P</i> | | 0.000 1 | 0.038 9 | 0.033 9 | 0.033 9 |

3 讨 论

有关调查显示, 皮肤紫癜或者点状出血是轻度血小板减少症患儿的主要临床症状, 但由于其症状并不典型, 极易被误诊, 治疗不当将会发展为重度血小板减少, 从而引起颅内出血, 大大提高了病死率^[3]。有研究报道, 血小板减少症病因复杂, 感染性因素、疫苗接种、免疫性因素等可能是导致血小板减少症的主要原因^[4]。此外, 药物不良反应、系统性红斑狼疮也可导致血小板减少症。血小板减少在败血症等重症感染中常作为败血症早期诊断指标之一, 主要原因是大部分患者在感染初期即有血小板减少现象^[5-6]。感染时凝血酶在内毒素炎性作用下激活, 促使血小板聚集和活化, 并释放血栓素 A₂, 增加了血小板消耗和破坏, 减少了循环血液中血小板^[7]。目前, 如何有效治疗小儿血小板减少症已引起了广大学者们关注。

有研究表明, 甲泼尼龙和丙种球蛋白能够有效治疗血小板减少症, 增加 PLT, 二者结合效果更佳^[8]。甲泼尼龙是一种中效糖皮质激素, 生物半衰期为 12 ~ 36 h, 相对常规的糖皮质激素类药物具有起效快、作用强、体内残留时间短、对下丘脑-垂体-肾上腺轴无抑制、不良反应少等优点^[9]。丙种球蛋白升血小板速度快, 升高的幅度大, 疗效好, 多数患者在 3 ~ 5 d 后 PLT 可恢复正常, 其不良反应轻^[10-11]。本研究对血小板减少症患儿分别采用丙种球蛋白和甲泼尼龙治疗, 研究结果显示: 两种方法治疗 2、3、5 d 后 PLT 均有所改善, 丙种球蛋白治疗的患儿治疗后 PLT 均高于甲泼尼龙治疗的患儿; 丙种球蛋白治疗的患儿血小板升高时间、达到峰值时间、出血停止时间、住院时间均少于甲泼尼龙治疗的患儿; 丙种球蛋白治疗的患儿出现血压下降、恶心、肺出血的不良反应发生率 (10.00%) 低于甲泼尼龙治疗的患儿 (50.00%); 丙种球蛋白治疗后的有效率 (92.50%) 高于甲泼尼龙治疗的患儿 (75.00%)。说明采用丙种球蛋白治疗的观察组效果更好, 其不良反应少。

综上所述, 丙种球蛋白治疗血小板减少症患儿, 安全有效, 能有效改善 PLT 降低情况, 有利于病情的控制, 极大地提高治疗效果, 但其治疗费用较昂贵, 下一步可对丙种球蛋白联合甲泼尼龙治疗血小板减少症患儿的疗效进一步研究。

参考文献

[1] KANDI R, GUTTI U, UNDI R, et al. Understanding throm-

- bocytopenia: physiological role of microRNA in survival of neonatal megakaryocytes[J]. J Thromb Thrombolysis, 2015, 40(3):310-316.
- [2] 王焱,李红,朱传升. 不同类型免疫抑制剂治疗原发性血小板减少症疗效比较[J]. 山东医药, 2015, 55(11): 41-43.
- [3] LITT J S, HECHT J L. Placental pathology and neonatal thrombocytopenia: lesion type is associated with increased risk[J]. J Perinatol, 2014, 34(12):914-916.
- [4] 刘文霞. 两种不同糖皮质激素类药物在小儿原发性免疫性血小板减少症中的疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(1):121-122.
- [5] 万小梅. 大剂量地塞米松治疗儿童原发性免疫性血小板减少症临床分析[J]. 皖南医学院学报, 2017, 36(3): 123-124.
- [6] 陈红,黄玉柱,杨惠泉,等. 儿童原发性免疫性血小板减少症的临床分析[J]. 中国实用医刊, 2015, 42(11):123-124.
- [7] UHRYNOWSKA M E, DEBSKA M, GUZ K A, et al. PREVFNAIT prevention of foetal/neonatal alloimmune thrombocytopenia(FNAIT) in Polish fetuses and newborns; the PREVFNAIT program[J]. Ginekol Pol, 2015, 86(1):62-66.
- [8] 李毅,杨敏,李燕,等. 妊娠期血小板减少症 98 例围产结局分析[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(10):2061-2063.
- [9] 陈健青,蔡清,夏国波. 大剂量丙种球蛋白联合甲泼尼龙治疗小儿手足口病合并神经系统损害临床观察[J]. 现代医院, 2014, 14(12):90-91.
- [10] 朱桂芹. 大剂量泼尼松口服冲击治疗儿童免疫性血小板减少症的疗效观察[J]. 医学综述, 2014, 20(9): 1692-1694.
- [11] 艾奇,乔丽津. 免疫性血小板减少症患者应用大剂量静脉丙种球蛋白可能的血液细胞毒性的临床观察[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(5):435-437.

(收稿日期:2017-09-16 修回日期:2017-12-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.06.031

协同护理模式对帕金森病患者自护能力及生存质量的影响

屈彦,牟春英,曹娜,郭晓娟,王亮,张婷,李青莉

(西安交通大学第一附属医院,西安 710061)

摘要:目的 分析协同护理模式对帕金森病患者自护能力及生存质量的影响。方法 选取 69 例于该院进行治疗的帕金森病患者作为研究对象,采用随机数字表法分为两组,其中对照组(34 例)采用常规护理模式,研究组(35 例)采用协同护理模式。采用自护能力测量量表和生存质量测定量表简表分别于入院时与出院时对两组患者的自护能力及生存质量进行测定和比较。结果 刚入院时,两组患者的自护能力比较差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在自我责任感、自我概念、自护技能、健康知识水平 4 个维度上显著优于对照组,差异均有统计学差异($P<0.05$);入院时两组患者的生存质量比较差异无统计学意义($P>0.05$),而出院时,研究组在生理、环境、健康状况及生存质量维度上优于对照组($P<0.05$),而在心理和社会维度上比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对帕金森病患者运用协同护理模式能显著提升患者的自护能力,并积极改善患者生存质量,对疾病的康复和预后具有重要意义,临床值得推广运用。

关键词:帕金森病; 协同护理模式; 自护能力; 生存质量

中图分类号:R473.74

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)06-0838-03

帕金森病(PD)是一种中枢神经系统变性疾病,表现为动作迟缓、震颤、强直和姿势平衡调节异常^[1]。近年来,随着我国老年化进程的加剧,PD 患者的数量已达 200 万人,并呈不断增加的趋势。目前对于 PD 的治疗尚无根治之策,多采取外科治疗、药物治疗和康复治疗的方式缓解症状、延长生命,这就要求 PD 患者必须具备一定的自护能力和自我管理的能力,从而降低并发症发生率和提高生存质量^[2]。协同护理模式是一种新的护理模式,由 Orem 自护理论演变而来,其目的是以现有的人力资源最大限度地发挥患者自我护理的能力,并鼓励患者家属积极参与其中,强化集体护理协同的作用,从而有利于提高治疗效果,避免各类并发症的发生。目前该护理模式已在慢性肾衰竭、急性心肌梗死及糖尿病患者等人群中广泛运

用,并取得了较好的护理效果^[3]。本研究选取 69 例 PD 患者作为研究对象,旨在探讨协同护理模式对 PD 患者自护能力及生存质量的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月至 2016 年 12 月于本院治疗的 69 例 PD 患者作为研究对象,本研究经医院伦理委员批准,患者及其家属对本研究完全知情。入组标准:(1)符合中华医学会神经病学分会制定相关 PD 诊断标准(2006 版)^[4];(2)年龄 ≥ 50 岁,且病史 ≥ 24 个月;(3)意识清醒,无认知障碍,能配合相关护理需求。排除标准:(1)患有严重心、肝、肾等功能障碍患者;(2)早期有严重的自主神经受累者;(3)继发于脑血管病、脑炎、颅脑外伤等的 PD 综合征者。将上述患者按照随机数字表法分为两组,其中对照组 34 例,