

地为患者及其家属普及透析知识,让他们充分了解手术很有必要,患者及家属了解手术相关知识后,不仅缓解了他们紧张不安的心理,还能让他们向更多人宣传,也有利于提高手术的治疗成功率^[9]。(3)满足患者的亲情需求。血液透析患者透析过程中极有可能出现寂寞、紧张、焦虑、不安的情绪,这些源于他们对陌生环境的戒备及遭受病痛后的低落心情,护理人员应对其进行适度关怀,以积极热情的态度去鼓舞、支持他们,设身处地理解他们,患者的亲人尽可能地在透析前后一直陪伴患者,关爱他们,让患者时刻感受到来自医护人员及家人的关爱^[10-11]。本研究中,2 组患者护理管理前 QOL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组护理管理后 QOL 评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。出现这种现象的原因在于维持性控制护理的宣传工作完成情况较好,患者的不安情绪得到及时缓解,治疗信心得到提高,病情改善优于常规护理。

综上所述,血透透析患者采用责任个体化护理模式效果理想,有助于改善患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王灵芝. 血液透析护理不安全因素分析及防范措施[J]. 中国药物与临床, 2015, 15(12): 1830-1832.
- [2] 杜萍. 舒适护理在老年血液透析患者中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(22): 125-127.

- [3] 徐清秀,符霞,邝惠冰,等. 血液净化中心实施责任个体化护理模式的效果评价[J]. 护理学报, 2013, 20(6A): 20-22.
- [4] CALLAGHAN D M. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency[J]. Nurs Sci Q, 2003, 16(3): 247-254.
- [5] 章丹. 全程无缝隙护理模式用于维持性血液透析患者的效果评价[J]. 中华全科医学, 2015, 13(8): 1371-1373.
- [6] 王晴. 血液透析并发恶性肿瘤患者的预防与护理[J]. 医学综述, 2015, 21(1): 173-174.
- [7] 吕爱娥,李晓允. 营养护理对维持性血液透析患者生活质量影响分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(6): 23-26.
- [8] WANG H H, LAFFREY S C. Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2000, 16(9): 459-467.
- [9] MOIST L M, TRPESKI L, NA Y, et al. Increased hemodialysis catheter use in Canada and associated mortality risk: data from the Canadian Organ Replacement Registry 2001-2004[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2008, 3(6): 1726-1732.
- [10] 余春菊. 护理干预对慢性尿毒症血液透析患者心脑血管并发症的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(11): 1243-1245.
- [11] 叶蔚. 糖尿病肾病患者血液透析发生低血压原因及护理干预[J]. 河北医药, 2015, 37(16): 2545-2547.

(收稿日期: 2017-10-25 修回日期: 2018-01-12)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 09. 032

行游离皮瓣重建术的颌面部恶性肿瘤患者 输血影响因素的 Logistic 回归分析

赵祎莉¹, 王秀菊^{1△}, 梁志清¹, 王建广²

(中山大学孙逸仙纪念医院: 1. 输血科; 2. 口腔颌面外科, 广州 510120)

摘要:目的 探讨行游离皮瓣重建术的颌面部恶性肿瘤患者围术期输血的危险因素。方法 对因口腔颌面部恶性肿瘤在该院口腔颌面外科住院并实施游离皮瓣重建术的 899 例患者的临床资料进行回顾性分析,并根据围术期输血情况将患者分为输血组和未输血组,对 2 组患者的性别、年龄、体质量指数(BMI)、是否合并重大基础疾病、肿瘤 T 分期、N 分期、术前是否进行放化疗、ASA 分级、术前血红蛋白水平、游离皮瓣是否包含骨瓣等相关因素进行 χ^2 检验分析。结果 899 例患者中有 338 例患者围术期进行输血,总体输血率为 37.60%。输血组在不同 BMI、基础疾病、T 分期、N 分期、术前放化疗、ASA 分级、术前血红蛋白、游离皮瓣种类中所占比例与未输血组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 术前 BMI $<18.5\text{ kg/m}^2$ 、术前合并重大基础疾病、肿瘤 T 分期为 3~4 期、N 分期 >0 期、术前进行放疗或化疗、ASA 分级 $>II$ 级、术前血红蛋白水平偏低及游离皮瓣包含骨瓣等患者输血概率明显增加,术前应尽早干预。

关键词: 游离皮瓣重建术; 颌面部恶性肿瘤; 输血

中图分类号: R739.81

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)09-1314-04

输血对于手术患者围术期出血是最行之有效的治疗方法,但是由于血液传播疾病及输血不良反应的

威胁,加上近年来血液供应的持续紧张,临床合理用血的重要性和紧迫性正逐步受到临床医生,尤其是手

术科室医生的重视。口腔颌面部组织血供丰富,术中出血量大,且难以控制,手术风险很高^[1-3],是临床上出血较多的一类手术,文献报道有12%~84%的患者需要输血^[4],尤其是对于患头面部恶性肿瘤,且需进行游离皮瓣重建的患者。本研究对2006年10月至2016年10月因口腔颌面部恶性肿瘤在本院口腔颌面外科住院并实施游离皮瓣重建术的899例患者进行回顾性分析,探讨拟行游离皮瓣重建术的颌面部恶性肿瘤患者围术期输血的高危因素,旨在确定围术期输血的高危患者,以便提前对其进行干预,以减少围术期异体血的输注,从而减少输血不良反应及并发症的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006年10月至2016年10月在本院口腔颌面外科住院并接受手术的患者899例。入选标准:(1)口腔颌面部原发恶性肿瘤;(2)初诊病例;(3)年龄≥16岁;(4)实施游离皮瓣重建术。899例入选患者中,男607例(67.52%),女292例(32.48%);年龄16~90岁,平均(54.87±13.11)岁;体质量指数(BMI)为11.39~38.20 kg/m²,平均为(21.99±3.85)kg/m²。肿瘤原发部位及皮瓣来源部位,见表1、2。

表 1 肿瘤原发部位情况[n(%)]	
原发部位	例数及构成比
舌癌	372(41.38)
牙龈癌	95(10.57)
口底癌	89(9.90)
颊癌	89(9.90)
颌部癌	78(8.68)
口咽癌	63(7.01)
颞癌	44(4.89)
颌面部皮肤癌	18(2.00)
唾液腺癌	16(1.78)
唇癌	9(1.00)
其他	26(2.89)

1.2 方法

1.2.1 收集基本资料 收集患者相关基本资料包括:年龄,性别,BMI(<18.50 kg/m²为偏低),存在重大基础疾病(包括术前合并严重高血压、冠心病、糖尿病、脑血管意外、慢性支气管炎、肺气肿),原发病灶部位,术前是否进行放疗或化疗,术前血红蛋白水平(男性<130 g/L、女性<120 g/L为偏低),游离皮瓣部位,游离皮瓣是否包含骨瓣。

1.2.2 围术期输血 仅统计术前24 h或术中、术后24 h内输注红细胞悬液病例,所输注红细胞悬液均为广州市血液中心提供的合格血液。

1.3 统计学处理 采用SPSS19.0统计软件进行数

据处理及统计分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 输血患者所占构成比 899例患者中,输血患者338例,占37.60%。

2.2 输血组与未输血组各项参数比较 输血组在不同BMI、基础疾病、T分期、N分期、术前放化疗、ASA分级、术前血红蛋白、游离皮瓣种类中所占比例与未输血组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表 2 皮瓣来源部位情况[n(%)]	
皮瓣部位	例数及构成比
颌下岛状肌瓣	268(29.81)
胸大肌瓣	218(24.25)
锁骨上肌瓣	133(14.79)
斜方肌瓣	80(8.90)
四肢肌皮瓣	49(5.45)
腓骨瓣	34(3.78)
邻近皮肤肌瓣	30(3.34)
面动脉岛状肌皮瓣	25(2.78)
胸锁乳突肌瓣	22(2.45)
胸大肌肋骨复合瓣	13(1.45)
腹部肌皮瓣	9(1.00)
斜方肌肩胛骨复合瓣	6(0.67)
颈阔肌皮瓣	5(0.56)
胸锁乳突肌锁骨复合瓣	4(0.44)
髂骨瓣	3(0.33)

表 3 输血组与未输血组各项参数[n(%)]					
术前因素	输血组	未输血组	合计	χ^2	P
性别					
男	234(38.55)	373(61.45)	607(67.52)	0.72	0.42
女	104(35.62)	188(64.38)	292(32.48)		
年龄(岁)					
<60	204(36.56)	354(63.44)	558(62.07)	0.68	0.41
≥60	134(39.30)	207(60.70)	341(37.93)		
BMI(kg/m ²)					
<18.50	92(49.46)	94(50.54)	186(20.69)	14.072	0.00
≥18.50	246(34.50)	467(65.50)	713(79.31)		
基础疾病					
无	101(47.20)	113(52.80)	214(23.80)	11.030	0.01
有	237(34.60)	448(65.40)	685(76.20)		
T分期					
T1~2	27(9.75)	250(90.25)	277(30.81)	132.36	0.00
T3~4	311(50.00)	311(50.00)	622(69.19)		

续表 3 输血组与未输血组各项参数[n(%)]					
术前因素	输血组	未输血组	合计	χ^2	P
N分期					
N0	129(23.41)	422(76.59)	551(61.29)	122.08	0.00
N1~3	209(60.06)	139(39.94)	348(38.71)		
术前放化疗					
无	31(58.49)	22(41.51)	53(5.90)	10.48	0.00
有	307(36.29)	539(63.71)	846(94.10)		
ASA 分级					
I~II	212(33.39)	423(66.61)	635(70.63)	16.35	0.00
III~IV	126(47.72)	138(52.27)	264(29.37)		
术前血红蛋白					
偏低	153(53.68)	132(46.32)	285(31.70)	46.03	0.00
正常	185(30.13)	429(69.87)	614(68.30)		
游离皮瓣种类					
不含骨瓣	301(35.88)	538(64.12)	839(93.33)	15.875	0.00
含骨瓣	37(61.67)	23(38.33)	60(6.67)		

3 讨 论

输血治疗是口腔颌面部手术常用的治疗方式,而口腔颌面部恶性肿瘤切除皮瓣修复术创伤及手术范围大,出血多,输血可能性更大^[5]。本研究中 899 例患者输血率为 37.60%,与国外一些进行头颈部游离皮瓣重建术研究文献报道的输血率 20%~25%相比略高^[5-6]。可能由于不同种类肿瘤的发生部位不同,临床医生采用的输血标准也不同,因此不同文献报道的输血率相差较大。

本研究中,通过对入选病例的术前相关因素与围术期输血情况进行统计分析发现,造成患者围术期输血率明显升高的影响因素包括术前 BMI<18.5 kg/m²、术前合并重大基础疾病、肿瘤 T 分期为 3~4 期、N 分期>0 期、术前进行放疗或化疗、ASA 分级>II 级、术前血红蛋白水平偏低及游离皮瓣包含骨瓣等,这与国外一些研究结果基本一致。SHAH 等^[5]对 585 例头颈部恶性肿瘤进行游离皮瓣重建术的病例进行回顾性分析发现,患者性别、BMI、T 分期、N 分期、术前血红蛋白水平、游离皮瓣种类、KFCI 指数等与围术期输血相关,差异有统计学意义(P<0.05)。在 KRUPP 等^[6]的研究也得到了相似的结论。

分析上述因素造成患者输血率升高的原因可能包括:(1)患者术前 BMI 偏低,可能是口腔颌面部肿瘤的患者由于原发病灶的关系,在术前经口腔摄入食物减少,从而导致患者营养不良,增加了患者围术期输血的风险;(2)术前合并高血压、冠心病、糖尿病、脑血管意外、慢性支气管炎、肺气肿等基础疾病的患者或者 ASA 分级较高的患者,由于心肺功能相对较差,对缺氧的耐受能力低,对机体血红蛋白水平要求

较高,手术医生在手术过程中考虑到这方面的因素也会适当放宽输血的标准,这部分患者仅在出现轻度贫血时就会要求输血;(3)肿瘤晚期的患者手术范围扩大,创伤面积广,术中失血量明显增加,导致患者输血量增加;(4)术前进行放化疗的患者,由于放化疗可能影响患者的造血功能,使患者术前血红蛋白偏低,为增加手术耐受性,临床医生多选择术前或术中输血来升高血红蛋白;(5)游离皮瓣中包含骨瓣的患者是由于切除侵犯骨头的肿瘤组织时本身出血量大,另外骨瓣取材时出血量也较单纯肌皮瓣取材的转移组织量大,切除范围广,颌面部骨质血运丰富,止血困难,输血率升高^[7]。

输血治疗是手术患者重要的支持治疗手段,但有研究表明,手术患者围术期的输血量及输血次数同患者术后感染的严重程度呈正相关^[8]。同时围术期输血与肿瘤的复发与存活率密切相关^[9]。CHAU 等^[10]的研究认为,输血对头颈部肿瘤的预后有不良影响,可以导致肿瘤复发率升高和总生存率下降。因此,应该在术前对手术患者的输血风险进行评估,尽量减少围术期异体血液的输注,不仅可以有效减少术后感染及肿瘤复发的发生率,也更有利于合理分配有限的血液资源。

对具有输血高危因素的患者,尤其是肿瘤患者应当在术前进行适当的干预,如选择贮存式自体输血、改进手术方式、术前补充造血原料、应用促红细胞生成素等多种血液保护措施,自体输血安全性高,可以最大限度地避免经输血传播疾病和其他血源性致病原交叉感染的危险;其次可以预防免疫抑制,减少肿瘤患者因输血引起免疫抑制而导致肿瘤复发的风险;并且术前实施采血,能刺激骨髓造血干细胞分化,增加红细胞生成,稀释式自体输血可以降低患者的血液黏稠度并改善微循环,取得组织的最佳送氧效果^[11]。

本研究仅粗略地筛选出几个围术期输血的危险因素,对于临床的指导作用比较有限,因此需进一步进行多因素分析,筛选出输血相关的独立危险因素,建立围术期输血预测模型,以便更好地指导临床医生更加科学、合理地用血。

参考文献

[1] DODSON T B. Blood loss following orthognathic surgery varies widely and sometimes transfusions are needed[J]. J Evid Based Dent Pract, 2011, 11(4): 185-186.

[2] FENNER M, VAIRAKTARIS E, NKENKE E, et al. Prognostic impact of blood transfusion in patients undergoing primary surgery and free-flap Reconstruction for oral squamous cell carcinoma[J]. Cancer, 2009, 115(7): 1481-1488.

[3] 徐礼鲜. 口腔颌面肿瘤手术麻醉气道管理[J]. 中国实用口腔科杂志, 2009, 2(6): 335-338.

[4] SCOTT S N, BOEVE T J, MCCULLOCH T M, et al. The

- effects of epoetin alfa on transfusion requirements in head and neck cancer patients; a prospective, randomized, placebo-controlled study[J]. Laryngoscope, 2002, 112(7 Pt 1): 1221-1229.
- [5] SHAH M D, GOLDSTEIN D P, MCCLUSKEY S A, et al. Blood transfusion prediction in patients undergoing major head and neck surgery with free-flap Reconstruction[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2010, 136(12): 1199-1204.
- [6] KRUPP N L, WEINSTEIN G, CHALIAN A, et al. Validation of a transfusion prediction model in head and neck cancer surgery[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 129(12): 1297-1302.
- [7] 刘青鹏, 张霞. 口腔颌面部缺损组织瓣修复重建术输注红细胞成分血调查分析[J]. 中国医科大学学报, 2015, 44(9): 855-857.
- [8] 庄远, 张冬青, 王淑英, 等. 围术期输血对患者术后感染的影响[J]. 中国实验血液学杂志, 2013, 21(1): 214-217.
- [9] WATERS J H, YAZER M, CHEN Y F, et al. Blood salvage and cancer surgery: a meta-analysis of available studies[J]. Transfusion, 2012, 52(10): 2167-2173.
- [10] CHAU J K, HARRIS J R, SEIKALY H R. Transfusion as a predictor of recurrence and survival in head and neck cancer surgery patients[J]. J Otolaryngol Head N, 2010, 39(5): 516-522.
- [11] 赖福才, 王梁平, 汪传喜. 试论自体输血在我国的应用与推广策略[J]. 中国输血杂志, 2013, 26(8): 687-689.
- (收稿日期: 2017-11-11 修回日期: 2018-01-02)
- 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.033

达英-35 联合红蓝光治疗中、重度痤疮的疗效观察

谢红霞, 马玉昕, 刘秀萍, 齐艳宁

(白求恩国际和平医院皮肤科, 石家庄 050000)

摘要:目的 探讨达英-35 联合红蓝光治疗中、重度痤疮的疗效。方法 选择 2015 年 7 月至 2016 年 7 月该院收治的中、重度痤疮女性患者 84 例, 按随机数字表法分为 2 组, 每组 42 例。对照组单用红蓝光治疗, 观察组联合达英-35 治疗。观察 2 组临床症状与激素水平改善情况, 比较其临床治疗效果及不良反应发生率。结果 治疗前, 观察组粉刺、丘疹等数目与对照组相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗 8 周后, 观察组粉刺、丘疹等数目均明显少于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗前, 2 组血清睾酮(T)与雌二醇(E_2)水平相近, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组血清 T 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 而观察组血清 E_2 水平与对照组相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 观察组临床治疗总有效率(92.86%)明显高于对照组(76.19%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组不良反应发生率(16.66%)与对照组(14.28%)相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 达英-35 联合红蓝光治疗中、重度痤疮患者, 可明显加快粉刺等症状消失, 调节患者体内激素水平, 提高临床疗效, 进而改善患者面部美观度, 值得推广应用。

关键词: 痤疮; 红蓝光; 达英-35; 激素

中图法分类号: R751.05

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)09-1317-03

痤疮主要由皮脂分泌过多、毛囊皮脂腺导管受阻、炎症反应及痤疮丙酸杆菌感染所致, 进入青春期中, 人体内睾酮等雄激素水平迅速升高, 加快皮脂腺发育, 同时促进大量皮脂产生。毛囊皮脂腺导管角化异常可引起导管堵塞, 阻碍皮脂排出^[1], 毛囊中大量繁殖痤疮丙酸杆菌等微生物, 进而产生脂酶, 将皮脂分解成游离脂肪酸, 并趋化炎性介质与细胞因子, 最终导致炎症反应加重^[2]。调查发现, 85% 的青少年曾受累痤疮, 因痤疮多发于面部, 严重者可出现脓疱、结节, 甚至继发感染, 若未正确处理, 可造成永久性皮肤瘢痕, 尤其是对女性而言, 严重影响外观形象^[3]。光疗法是治疗痤疮的物理方法之一, 通过光的辐射作用, 杀死细菌, 抑制皮脂腺分泌。目前, 光疗法作为新型的治疗方法已备受临床关注, 同时由于高水平雄激素在痤疮发生机制中具有重要作用, 本研究在光疗

法基础上联合抗雄性激素药物治疗, 旨在进一步增强临床疗效, 消除痤疮对患者外观形象造成的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 7 月至 2016 年 7 月本院收治的中、重度痤疮女性患者 84 例, 纳入标准: (1) 入选患者均为女性, 根据《Acne Diagnosis and Treatment》判定^[4], 符合痤疮诊断标准; (2) 临床症状, 面部、胸背部可见较多粉刺、囊肿、脓疱、炎性丘疹、结节、瘢痕等; (3) 治疗前 30 d 内未服用或外用维 A 酸类、抗菌药物及中药等药物治疗痤疮; (4) 非妊娠或哺乳期女性; (5) 近期无生育要求者; (6) 入选患者均自愿参与本研究, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 无法按照规定接受治疗, 或临床资料不全, 难以对疗效及安全性进行有效判断; (2) 存在光敏性皮肤疾病;