

出血患者的抑郁情况。

参考文献

[1] 薛伟红,王友春,韩宏锋,等.肝硬化合并上消化道出血患者医院感染的相关因素分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(14):3204-3207.

[2] KASSEM M I,HASSOUNA E M. Short-term outcome of total clipless laparoscopic cholecystectomy for complicated gallbladder stones in cirrhotic patients[J]. Anz J Surg, 2017,88(3):33-35.

[3] 张媛媛,陈国栋,王智峰,等.中老年肝硬化患者上消化道出血的临床和内镜特点分析[J].中华普通外科杂志,2018,33(1):41-44.

[4] LOFFREDO L,PASTORI D,FARCOMENI A, et al. Effects of anticoagulants in patients with cirrhosis and portal vein thrombosis: a systematic review and Meta-analysis[J]. Gastroenterology, 2017,153(2):480-487.

[5] 李晓明,蔺洁,李尧,等. 1 例肝硬化合并上消化道出血患者肠外营养支持的药学监护[J]. 中国药房, 2017, 28 (32):4569-4571.

[6] WAKEFIELD J C,SCHMITZ M F. Severity of complicated versus uncomplicated subthreshold depression: new evidence on the "Monotonicity Thesis" from the national comorbidity survey[J]. J Affect Dis, 2017,212(2):101.

[7] 曹海芳,祖红梅,彭军宁,等. 中西医结合治疗肝硬化合并上消化道出血临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 59(9):

136-138.

[8] EZAZ G,MURPHY S L,MELLINGER J, et al. Increased morbidity and mortality associated with falls among patients with cirrhosis[J]. Am J Med, 2018,131(6):33-35.

[9] 周永兴. 现代肝硬化诊断治疗学[M]. 北京:人民军医出版社,2000:37-42.

[10] 冯丽英. 上消化道出血[M]. 北京:军事医学科学出版社, 2007:55-67.

[11] 王维民,黄延庭. 关于肝功能分级标准的商榷[J]. 中华普通外科杂志,1998,13(2):70-73.

[12] 梁文京,符应田,黎燕锋,等. 内镜下套扎联合药物注射治疗肝硬化合并上消化道出血的疗效[J]. 实用医学杂志, 2016,32(12):2017-2019.

[13] 张蕾,王勇,李华龙,等. 乙型肝炎肝硬化伴上消化道出血患者医院感染因素分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(17):3903-3905.

[14] CAO Y,CHEN X,XIE H, et al. Correlation between electroencephalogram alterations and frontal cognitive impairment in esophageal cancer patients complicated with depression[J]. CMJ, 2017,130(15):1785-1790.

[15] 王春妍,胡东胜,文君,等. 乙型肝炎肝硬化患者合并剥脱性食管炎所致上消化道出血 1 例[J]. 中华肝脏病杂志, 2017,25(11):868-869.

(收稿日期:2019-02-22 修回日期:2019-05-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 19. 036

个案管理对稳定期 COPD 患者生活质量、情绪及肺功能的影响

盛赛花,倪仪华,瞿 杰,戴 娅

上海市杨浦区中心医院呼吸科,上海 200090

摘要:目的 分析个案管理对稳定期慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者生活质量、情绪及肺功能的影响。方法 抽取 2018 年 2—10 月该院呼吸科收治的 60 例 COPD 患者为研究对象,按照随机数字表法分为管理组和对照组,每组各 30 例。对照组实施常规 COPD 管理,管理组在对照组基础上实施延续性个案管理,干预管理均持续 3 个月。于干预管理前后测定两组患者第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC),并计算 FEV1/FVC 的百分比,采用 George 呼吸问卷(SGRQ)评分评估患者生活质量,采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估患者情绪状态。记录两组患者干预管理期间急性加重次数、再住院次数。结果 两组干预管理前肺功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预管理后两组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 均明显升高,且管理组明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组干预管理前 SGRQ、SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预管理后两组 SGRQ、SAS、SDS 评分均明显降低,且管理组明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预管理期间,管理组平均急性加重次数、平均再住院次数均明显少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 个案管理可使稳定期 COPD 患者出院后得到高质量的个体化延续护理,从而可改善肺功能,提高生活质量,缓解负性情绪。

关键词:个案管理; 稳定期; 慢性阻塞性肺疾病

中图分类号:R563.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)19-2865-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以气流受限且不完全可逆为特征的肺部疾病,主要原因在于有害气体及颗粒物导致的异常炎性反应^[1],而长期吸烟史、大气

污染及自身免疫力低下等均为老年人群 COPD 发生的影响因素^[2]。根据发病与病情控制情况,COPD 可分为急性加重期与稳定期,综合治疗是控制临床症

状、改善患者生存质量的主要途径^[3]。现阶段临床普遍认为稳定期 COPD 患者出院后常常缺乏系统管理,治疗依从性下降,病情易反复,而实施全面管理康复治疗具有长远意义^[4]。因此,本研究以 George 呼吸问卷(SGRQ)评分、肺功能等为评价指标,分析个案管理对稳定期 COPD 患者的干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2—10 月本院呼吸科收治的 60 例 COPD 患者为研究对象,纳入标准:(1)性别不限,年龄 45~80 岁;(2)结合临床症状表现、危险因素接触史、病史、体征,肺功能、胸部 X 线片、心电图等检查结果确诊;(3)符合 2017 年 COPD 全球倡议^[5]和《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[6]确定的稳定期 COPD 诊断标准;(4)对本研究

的目的、意义知情,依从性良好,且积极配合随访干预;(5)临床病历资料、随访资料不全。排除标准:(1)急性加重期 COPD;(2)合并严重的呼吸功能衰竭;(3)明确患有 COPD 以外的其他呼吸系统疾病,如支气管扩张、肺结核、刺激性气体过敏等因素引起的慢性咳嗽、喘息;(4)肺部或其他部位存在恶性肿瘤;(5)严重的心脑血管疾病、血液病及肝肾功能障碍;(6)合并严重的精神、神经疾病或认知功能障碍。按照随机数字表法分为管理组和对照组,每组各 30 例,两组患者性别、年龄、COPD 病程、急性生理学和慢性健康评估(APACHE II)评分、受教育年限、吸烟例数等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经过本院伦理委员会批准后进行。

表 1 两组患者临床基线资料比较

组别	<i>n</i>	男/女 (<i>n</i> / <i>n</i>)	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,年)	APACHE II 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)	受教育年限 ($\bar{x}\pm s$,年)	吸烟例数 (<i>n</i>)
管理组	30	21/9	71.96±8.91	4.96±1.00	13.07±2.45	12.77±2.60	18
对照组	30	19/11	72.00±9.74	4.83±0.95	12.92±2.37	13.13±2.84	16
χ^2/t		0.300	0.017	0.516	0.241	0.512	0.271
<i>P</i>		0.584	0.987	0.608	0.810	0.611	0.602

1.2 管理方法 对照组患者实施常规 COPD 管理,如门诊基础治疗与护理、就诊复诊指导、出院后 COPD 常规随访、督促定期复查、随访和复查时提供疾病相关康复指导及答复患者疑问,并开展常规健康宣教等,管理时间为出院后的 3 个月。在对照组基础上,管理组患者出院后实施为期 3 个月的延续性个案管理,具体方法如下:(1)由呼吸内科医生、营养师、康复师组成个案管理团队,统一培训 COPD 相关理论知识,包括常见症状与体征、诊治方法、危险因素、用药管理、急性加重期应对要点、氧疗及注意事项、肺康复锻炼方法、情绪管理、饮食营养、个案管理内容介绍等。(2)出院前 1 d 为患者建立健康档案,填写出院需求评估单,由个案管理团队与患者、家属共同制订个体化的管理计划,包括改善居家环境、严格戒烟、症状与体征记录、氧疗装置使用及注意事项、遵医嘱用药、个性化呼吸功能锻炼、饮食调节、强化患者自我管理意识等。(3)出院后由个案管理团队对患者进行跟踪随访,定期对患者、家属进行电话随访,必要时进行家庭访视,评估其居家环境和心理社会状况,发现已存在和潜在的不足或需求,以便及时作出评价与反馈,并与患者、家属共同协商改进护理计划,提供相应指导,满足患者需求。

1.3 观察指标 (1)干预管理前后采用肺功能仪测定第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC),并计算 FEV1/FVC 的百分比。(2)干预管理前后采

用针对 COPD 患者自我管理效果的评估工具——SGRQ^[7]评估其生活质量,采用 Zung 编制的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估患者情绪状态。(3)干预管理期间统计患者急性加重次数、再住院次数。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对样本 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组肺功能改善效果比较 两组干预管理前肺功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预管理后 FVC、FEV1、FEV1/FVC 均明显升高,与干预管理前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);干预管理后,管理组 FVC、FEV1、FEV1/FVC 均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.2 两组生活质量及情绪状态评估结果比较 两组干预管理前 SGRQ、SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预管理后 SGRQ、SAS、SDS 评分均明显降低,与干预管理前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);干预管理后,管理组 SGRQ、SAS、SDS 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.3 两组急性加重次数、再住院次数比较 干预管理期间,管理组平均急性加重次数、平均再住院次数

均明显少于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。 见表 4。

表 2 两组肺功能改善效果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	FVC(L)		FEV1(L)		FEV1/FVC(%)	
		干预管理前	干预管理后	干预管理前	干预管理后	干预管理前	干预管理后
管理组	30	2.07±0.42	2.96±0.55 *	1.42±0.27	2.48±0.57 *	52.02±5.74	59.61±5.86 *
对照组	30	2.11±0.39	2.62±0.49 *	1.44±0.24	2.15±0.53 *	51.95±5.80	54.80±5.67 *
<i>t</i>		0.383	2.528	0.303	2.322	0.047	3.231
<i>P</i>		0.704	0.014	0.763	0.024	0.963	0.002

注:与干预管理前比较,* $P<0.05$

表 3 两组 SGRQ 评分、SAS 评分、SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SGRQ 评分		SAS 评分		SDS 评分	
		干预管理前	干预管理后	干预管理前	干预管理后	干预管理前	干预管理后
管理组	30	54.35±9.03	39.43±7.84 *	40.34±7.72	27.32±5.59 *	38.46±7.04	23.96±5.81 *
对照组	30	55.13±9.46	46.37±8.69 *	39.60±8.04	31.14±6.27 *	38.49±6.60	29.64±6.49 *
<i>t</i>		0.327	3.248	0.364	2.491	0.017	3.571
<i>P</i>		0.745	0.002	0.718	0.016	0.987	0.001

注:与干预管理前比较,* $P<0.05$

表 4 两组急性加重次数、再住院次数比较($\bar{x}\pm s$,次)

组别	<i>n</i>	急性加重次数	再住院次数
管理组	30	5.01±1.57	2.39±0.58
对照组	30	6.39±1.72	2.91±0.64
<i>t</i>		3.245	3.298
<i>P</i>		0.002	0.002

3 讨 论

稳定期 COPD 患者通常给予糖皮质激素、β2 受体激动药物、抗胆碱能药物等治疗为主,治疗周期长,大部分时间需在院外自行用药治疗。一方面此类患者日常活动、身心受到疾病(如长期反复发作的气喘、咳嗽、咳痰等)的影响,易产生焦虑、抑郁等负性情绪,缺乏社会支持及信心,治疗依从性与住院期间相比明显降低^[8];另一方面,患者对自我日常生活、饮食、戒烟、呼吸功能锻炼、用药、氧疗等行为管理认识不足,不利于病情控制与恢复,继而导致急性加重次数增加和再住院率增高^[9]。因此,对稳定期 COPD 患者开展针对性、连续性的出院护理管理尤为重要。

个案管理是连续性保健护理服务管理与运作的重要组成部分。个案管理能保证患者从出院到家庭均有专业的医护人员全程给予个性化的专业教育、咨询及指导,其在延续护理中的应用可保证慢性病患者康复治疗的连续性、个体性和专业性。对于稳定期 COPD 患者,应用个案管理能够及时了解患者的病情变化和自我管理需求,并提供个体化医疗护理服务,如营养支持、功能锻炼、健康教育、释放压力、心态调整、用药指导等,还能及时纠偏,使肺康复治疗得以有

效实施。稳定期 COPD 患者个案管理的目标在于延缓肺功能的恶化速度,提高生活质量^[10-11]。杨玮等^[12]的研究显示,应用个案护理管理模式干预 1 年后,社区 COPD 患者的健康知识水平、自我责任感、自我护理技能及自我护理能力总分均明显升高,认为自我护理能力和行为改善后将改善肺功能和生活质量大有裨益。童亚慧等^[13]通过对照研究发现,试验组(个案管理模式干预)患者干预 1、2、3 个月后 COPD 健康知识问卷得分、SGRQ 总分、症状分均明显高于对照组(常规护理)患者,且前者干预 3 个月内的急性加重次数明显较后者少。本研究中,对照组实施常规 COPD 管理,管理组在对照组基础上实施延续性个案管理,包括组建个案管理团队,出院前建立健康档案和制订个体化的管理计划,出院后跟踪随访,并提供相应指导以满足患者需求。结果发现持续干预管理 3 个月后,管理组 FVC、FEV1、FEV1/FVC 明显高于对照组,SGRQ、SAS、SDS 评分明显低于对照组,且干预管理期间平均急性加重次数、平均再住院次数明显较对照组少,与上述报道具有一致性,均表明个案管理能有效改善稳定期 COPD 患者的肺功能,提高其生活质量,缓解负性情绪,主要与个案管理能够确保患者出院后得到高质量的个体化延续护理有关。

综上所述,对稳定期 COPD 患者出院后开展个案管理的延续护理干预积极有效,适合医院推荐应用。

参考文献

[1] KALLIANOS A,CHARIKIOPOULOU M,VELENTZA L,et al. AB056. Outcomes of pulmonary rehabilitation in COPD patients-correlation with stage of the disease,

- symptoms, history of exacerbations and cardiovascular comorbidity[J]. Ann Transl Med, 2016, 4(22):56-57.
- [2] 蒋凌志, 许丹媛, 杨志雄. 老年 COPD 患者血清 PCT、hs-CRP 的表达与肺功能指标、生活质量的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(7):1623-1625.
- [3] 邱亚平, 王楠. 呼吸功能锻炼对慢性阻塞性肺疾病稳定期的影响[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(21):3073-3075.
- [4] 杨睿, 张国俊, 陈闪闪, 等. 肺康复干预治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(3):203-208.
- [5] 陈荣昌. 慢性阻塞性肺疾病全球倡议 2017 版报告的评述[J]. 国际呼吸杂志, 2017, 37(1):1-5.
- [6] 蔡柏蔷. 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组工作会议纪要[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2010, 33(9):715-717.
- [7] 张振柱, 徐兴祥. 慢性病管理对慢性阻塞性肺疾病患者的肺功能、SGRQ 评分及急性加重次数的影响[J/CD]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2017, 10(5):525-529.
- [8] 罗秋平. 慢性阻塞性肺疾病稳定期患者自我管理干预疗效分析[J]. 广州医药, 2016, 47(3):83-85.
- [9] MORIYAMA M, TAKESHITA Y, HARUTA Y, et al. Effects of a 6-month nurse-led self-management program on comprehensive pulmonary rehabilitation for patients with COPD receiving home oxygen therapy[J]. Rehabil Nurs, 2015, 40(1):40-51.
- [10] 赵旭英, 雷慧, 陈友明. 追踪式综合康复护理干预在改善农村 COPD 稳定期患者肺功能的效果研究[J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(7):946-950.
- [11] 金雪梅, 李晓佳, 张俊林. 稳定期 COPD 患者行肺康复为主的综合管理治疗的价值[J]. 国际呼吸杂志, 2016, 36(23):1778-1781.
- [12] 杨玮, 李晨虎, 陈碧华. 个案护理管理模式对社区 COPD 患者自我护理能力和健康行为的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(13):1510-1513.
- [13] 童亚慧, 杨青敏. 个案管理模式在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(8):594-600.

(收稿日期:2019-03-04 修回日期:2019-05-28)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.19.037

病毒性腹泻患儿血清 CK、CK-MB 与酸中毒的相关性研究

董建华

陕西省商洛市山阳县人民医院儿科, 陕西商洛 726400

摘要:目的 探究病毒性腹泻患儿血清肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)水平变化,以及二者与酸中毒的相关性。方法 抽取 2017 年 3 月至 2018 年 2 月在该院儿科诊治的 114 例病毒性腹泻患儿作为研究组,包括轮状病毒(RV)感染 85 例、诺如病毒(NV)感染 16 例、肠腺病毒感染 7 例及星状病毒感染 6 例,评定酸中毒情况;另选取 30 例无心肌损伤非腹泻患儿作为对照组。所有研究对象均行血清 CK、CK-MB 检测及血气分析,并分析 CK 及 CK-MB 与酸中毒的相关性。结果 与对照组患儿比较,研究组 RV 感染性腹泻、非 RV 感染性腹泻患儿血清 CK、CK-MB 水平均明显升高,且 RV 感染性腹泻患儿明显高于非 RV 感染性腹泻患儿($P<0.05$);RV 感染性腹泻患儿酸中毒发生率明显高于非 RV 感染性腹泻患儿($P<0.05$)。研究组中,无酸中毒、轻度酸中毒、中度酸中毒、重度酸中毒患儿血清 CK、CK-MB 水平依次明显升高, pH 值依次明显降低,二氧化碳分压(PCO_2)依次明显升高,两两比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。儿童病毒性腹泻患儿血清 CK、CK-MB 水平与 pH 值呈显著负相关($r=-0.356, P=0.004, r=-0.443, P=0.002$),与 PCO_2 呈显著正相关($r=0.410, P=0.002, r=0.389, P=0.003$)。结论 病毒性腹泻患儿,尤其是 RV 感染性腹泻患儿血清 CK、CK-MB 水平可明显升高,且升高幅度与酸中毒程度具有明显相关性。

关键词:病毒性腹泻; 肌酸激酶; 肌酸激酶同工酶; 酸中毒

中图分类号:R725.7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)19-2868-04

轮状病毒(RV)是造成秋冬季儿童腹泻的首要病原体, RV 感染性腹泻也可发生于其他季节。据报道,全球每年约有 45.34 万儿童死于 RV 感染,尤其是婴幼儿时期病死率更高^[1]。此外,诺如病毒(NV)、肠腺病毒、星状病毒等也是导致儿童病毒性腹泻的病原体,可与 RV 混合感染^[2]。腹泻患儿常因体内水分缺失或大量酮体产生而诱发不同程度的脱水、酸中毒,若治疗不及时可增加病毒性心肌炎的风险^[3]。目前,已有报道显示,病毒性腹泻患儿因伴有一定的心肌损伤

可引起心肌酶谱异常改变,以血清肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)升高最为常见^[4-5],但其是否可反映酸中毒情况尚未完全明确。本研究将 114 例病毒性腹泻患儿作为研究对象,分析其血清 CK、CK-MB 与酸中毒的相关性,以期对临床诊治及相关研究提供一定依据。

1 资料与方法

1.1 样本量估算 借助分层多级抽样法,以均数抽样公式 $n=[U_{\alpha}\sigma/\delta]^2$ 为主要根据,其中 σ 、 δ 分别代表