

家政府的大力支持,特别是在社区,中医预防保健服务已作为社区卫生服务的重要组成部分。本研究发现,有关中医预防保健服务工作的相关政策还不够完善,没有明确的监管政策和规范。因此,建议政府尽快建立中医预防保健服务体系配套监管政策,制定行动计划,明确责任单位,并建立统筹协调机制,一旦出现不良职业记录或安全事故应严肃处理;同时,制定相应的法律来规范社区提供的中医预防保健服务,完善社区在药品安全、设备配置和人员安排上的合理性,不断提高居民对中医预防保健服务的满意度,增强其对中医预防保健服务的信任。

在医保制度方面,本研究发现,居民对中医预防保健服务纳入医保报销的需求较高,建议政府增加中医预防保健服务可报销的项目,促进人们对中医预防保健服务的积极性,规范、引导中医预防保健服务工作的健康发展^[10];同时,在医保制度允许范围内,充分调动提供中医预防保健的社区卫生服务中心和社区居民的积极性,并且鼓励社区在提供服务时能根据各自的特点和居民的需求制订适宜的政策措施。

参考文献

- [1] 李菁.北京市社区中医预防保健服务现状调查研究[D].北京:北京中医药大学,2014.
- [2] 顾怡勤,顾竞春,施永兴.上海市社区国家基本公共卫生

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.20.023

- 服务中医预防保健项目现状的调查与分析[J].中医药管理杂志,2012,20(12):1147-1151.
- [3] 梁瑞琼,陈宛媛.广东省中医药预防保健服务体系的现状与发展[J].现代医院管理,2013,11(2):38-40.
- [4] 王晓鸣,宋康,刘建国,等.社区人群对我国中医预防保健服务需求的调查与分析[J].中医药管理杂志,2009,17(10):910-912.
- [5] 罗富健,王宋颖,高莉敏.北京社区居民对中医预防保健服务需求的调查与分析[J].北京中医药大学学报,2015,57(4):284-288.
- [6] 洪明玲.重庆市社区居民对中医药的知信行现状及对策研究[D].重庆:重庆医科大学,2014.
- [7] LI I C,KUO H T,SIN M K,et al. Medication use in community-residing older adults in taiwan;a comparison between conventional and complementary and alternative medications[J]. J Community Health,2015,40(2):301-307.
- [8] 王丹.外科医护人员对加速康复外科知信行现状的调查研究[D].济南:山东大学,2018.
- [9] 代晓颖.重庆市卫生服务需方对中医药卫生服务的需求与利用影响因素的分析[D].重庆:重庆医科大学,2016.
- [10] 邵平,熊军,许亮文,等.基于居民视角的社区中医预防保健服务医保政策调查研究[J].健康研究,2018,39(1):28-32.

(收稿日期:2019-03-27 修回日期:2019-06-17)

带状疱疹临床护理、发病诱因及遗留神经痛影响因素研究*

陈维开,蓝雪花,谢花云,招兰芝,关健红,文金玲
广东省佛山市中医院皮肤科,广东佛山 528000

摘要:目的 探讨带状疱疹临床护理、发病诱因及遗留神经痛的影响因素。方法 选取该院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的带状疱疹患者 100 例作为研究对象,分析其临床特征及诱因,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组各 50 例。对照组仅给予门诊护理,观察组给予门诊护理、健康教育、家庭护理和随访。对所有患者随访 6 个月,根据 6 个月后患者是否遗留神经痛分为遗留神经痛组和未遗留神经痛组,比较分析两组患者疱疹特征、发病诱因、护理方式等差异,采用多因素 Logistic 回归分析发生遗留神经痛的影响因素。结果 年龄 ≥ 50 岁、营养不良、伴有糖尿病、恶性肿瘤、服用激素、服用免疫抑制剂、清蛋白水平减少、严重感染疾病、重大手术后均是带状疱疹发病的诱因;单因素分析显示,年龄 ≥ 50 岁、皮损累及胸神经分布区、皮损程度重、入院疼痛数字评分法评分高、就诊时间 ≥ 5 d、有糖尿病、前驱期疼痛、恶性肿瘤及仅进行门诊护理的患者遗留神经痛发病率越高($P < 0.05$);经 Logistic 多因素回归分析发现,就诊时间 ≥ 5 d、皮损程度重、累及胸神经分布区、年龄 ≥ 50 岁、入院疼痛数字评分法(NRS)评分高是带状疱疹遗留神经痛的影响因素。结论 带状疱疹遗留神经痛的影响因素有就诊时间 ≥ 5 d、皮损程度重、累及胸神经分布区、年龄 ≥ 50 岁、入院 NRS 评分高。

关键词:带状疱疹; 发病诱因; 遗留神经痛

中图法分类号:R752.1+2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-2995-05

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒(VZV)引起的急性病毒性皮肤病,其发病诱因与多种因素有关。有研究表明,免疫力下降的患者是 VZV 感染的易发人

群,另外,老年人、营养不良等患者均是带状疱疹的易发诱因^[1]。免疫力低下的人群初次感染病毒后,临床上表现为水痘或呈隐性感染,病毒潜伏于脊髓后根神

经节中,当免疫功能持续低下或在多种诱发刺激作用下,病毒活跃并沿着周围神经纤维移动到皮肤,出现皮疹^[2],其主要临床特征为单侧带状分布的簇集性水疱、神经痛及带状疱疹后遗留神经痛^[3]。部分患者疱疹愈合后 1~3 个月,神经痛及感觉过敏、感觉异常等现象会消失,达到临床痊愈,但有一部分患者疱疹痊愈后会遗留神经痛,严重影响其生活质量^[4]。有研究认为,患者疱疹急性期病情越严重,后期遗留神经痛的可能性越大^[5]。为进一步探讨带状疱疹的发病诱因和遗留神经痛的影响因素,本研究以本院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的 100 例带状疱疹患者作为研究对象,旨在为临床预防带状疱疹及遗留神经痛提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月收治的带状疱疹患者 100 例作为研究对象,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组各 50 例。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 均诊断为带状疱疹^[6];均为首次发病;临床资料完整;均完成本研究 6 个月的随访;均同意参与本研究并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 非首次发病者;合并其他引起疼痛的疾病者;合并严重皮肤病者;未配合完成本研究及随访者;临床资料不完整者。

1.3 方法 采集患者一般资料:性别、年龄、营养状态,是否伴有糖尿病、高血压病史、吸烟史、饮酒史、恶性肿瘤,是否服用激素、免疫抑制剂,清蛋白水平,是否有家族恶性肿瘤病史等。采用疼痛数字评分法(NRS)评估患者疼痛程度,询问发病诱因,包括近期是否有上呼吸道感染、发热、恶性肿瘤发病、严重感染疾病、重大手术后、心脑血管发病意外、严重肝肾功能障碍等诱因,并评估疱疹特征,分析带状疱疹患者发病诱因及一般资料特征。对照组仅完成门诊护理,观察组除完成门诊护理外,还通过电话随访对其进行家庭护理健康教育和家庭随诊,每个月进行 1 次。对所有患者随访 6 个月,评估两组患者 6 个月后是否有遗留神经痛,根据患者是否有遗留神经痛分为遗留神经痛组和未遗留神经痛组,比较分析两组患者疱疹特征、发病诱因、护理方式等差异,采用多因素 Logistic 回归分析发生遗留神经痛的影响因素。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析处理,对无序分类资料采用 χ^2 检验,首先采用单因素分析带状疱疹发病诱因及遗留神经痛患者的基本特征,然后对单因素分析结果有统计学意义的因素进一步采用多因素 Logistic 回归分析发生遗留神经痛的影响因素。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 带状疱疹发病个体差异因素及诱因分析 见表 1。带状疱疹患者中年龄、营养状况、是否合并糖尿病、恶性肿瘤、严重感染性疾病、服用激素、服用免疫抑制剂、重大手术后及清蛋白水平正常与否等因素差

异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 带状疱疹发病个体差异因素及诱因分析

因素	<i>n</i>	百分比(%)	χ^2	<i>P</i>
年龄(岁)			9.680	0.002
<50	39	39.00		
≥50	61	61.00		
性别			1.280	0.258
男	46	46.00		
女	54	54.00		
营养不良			6.480	0.011
是	59	59.00		
否	41	41.00		
是否伴有糖尿病			13.520	0.000
是	64	64.00		
否	36	36.00		
是否有高血压病史			2.000	0.157
是	55	55.00		
否	45	45.00		
吸烟史			0.720	0.396
是	53	53.00		
否	47	47.00		
饮酒史			0.080	0.777
是	51	51.00		
否	49	49.00		
恶性肿瘤			5.120	0.024
是	58	58.00		
否	42	42.00		
服用激素			8.000	0.005
是	60	60.00		
否	40	40.00		
服用免疫抑制剂			11.520	0.001
是	60	60.00		
否	40	40.00		
清蛋白水平			9.680	0.002
正常	39	39.00		
减少	61	61.00		
家族恶性肿瘤病史			2.880	0.090
是	44	44.00		
否	56	56.00		
近期中上呼吸道感染			0.320	0.572
是	52	52.00		
否	48	48.00		
发热			0.080	0.777
是	51	51.00		
否	49	49.00		
严重感染疾病			6.480	0.011
是	59	59.00		
否	41	41.00		
重大手术后			3.920	0.048
是	57	57.00		
否	43	43.00		
心脑血管发病意外			0.320	0.572
是	48	48.00		
否	52	52.00		
严重肝肾功能障碍			2.000	0.157
是	45	45.00		
否	55	55.00		

2.2 皮损特征分析 皮损分布在左侧 51 例(51.00%),右侧 49 例(49.00%)。累及三叉神经分布

区 48 例(48.00%),累及膝状神经节 1 例(1.00%),颈神经分布区 9 例(9.00%),胸神经分布区 23 例(23.00%),腰神经分布区 12 例(12.00%),骶神经分布区 7 例(7.00%)。皮肤损伤程度根据皮损数目分为轻度(<25 个)、中度(25~50 个)、重度(>50 个),患者入院时皮肤损伤程度轻、中、重度分别为 6 例(6.00%)、50 例(50.00%)、44 例(44.00%)。

2.3 带状疱疹遗留神经痛单因素分析 见表 2。两组患者在年龄、皮损是否累及胸神经分布区、皮损程度、入院 NRS 评分、就诊时间、是否合并糖尿病、前驱期疼痛、恶性肿瘤及护理方式等方面差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 带状疱疹遗留神经痛单因素分析					
因素	<i>n</i>	遗留神经痛组 (<i>n</i> =32)	未遗留神经痛组 (<i>n</i> =68)	χ^2	<i>P</i>
年龄(岁)				17.361	<0.001
<50	39	2	37		
≥50	61	30	31		
性别				0.015	0.904
男	46	15	31		
女	54	17	37		
营养不良				0.147	0.701
是	59	18	41		
否	41	14	27		
恶性肿瘤				5.583	<0.05
有	58	24	34		
无	42	8	34		
发病前 6 个月重大手术史				0.037	0.848
有	58	19	39		
无	42	13	29		
发病前使用激素				0.123	0.726
是	60	20	40		
否	40	12	28		
使用免疫抑制剂				0.276	0.600
是	60	18	42		
否	40	14	26		
接受放疗、化疗				0.218	0.641
是	56	19	37		
否	44	13	31		
发热				0.085	0.771
是	51	17	34		
否	49	15	34		
前驱期疼痛				7.448	<0.05
是	52	23	29		
否	48	9	39		

续表 2 带状疱疹遗留神经痛单因素分析					
因素	<i>n</i>	遗留神经痛组 (<i>n</i> =32)	未遗留神经痛组 (<i>n</i> =68)	χ^2	<i>P</i>
就诊时间(d)				5.194	<0.05
<5	38	7	31		
≥5	62	25	37		
皮疹分布位置				0.019	0.891
左侧	51	16	35		
右侧	49	16	33		
皮损严重程度				8.960	<0.05
轻度	6	1	5		
中度	50	10	40		
重度	44	21	23		
入院 NRS 评分(分)				6.460	<0.05
1~3	2	0	2		
>3~6	15	1	14		
>6~10	83	31	52		
累及神经区				16.20	<0.05
三叉神经	48	14	34		
胸神经	23	15	8		
颈神经	9	1	8		
骶神经	7	1	6		
腰神经	12	1	11		
膝状神经节	1	0	1		
疱疹类型				2.380	0.498
出血型	12	2	10		
大疱型	25	9	16		
寻常型	57	20	37		
坏死、溃疡型	6	1	5		
清蛋白减少				0.450	0.504
有	61	18	43		
无	39	14	25		
肝肾功能异常				0.070	0.796
是	45	15	30		
否	55	17	38		
白细胞升高				0.060	0.808
是	42	14	28		
否	58	18	40		
糖尿病				8.480	<0.05
有	64	27	37		
无	36	5	31		
护理方式				6.618	<0.05
门诊护理	50	22	28		
门诊护理、健康教育及随访	50	10	40		

2.4 带状疱疹遗留神经痛影响因素 Logistic 回归分析 见表 3。就诊时间≥5 d、皮损程度重、皮损累及胸神经分布区、年龄≥50 岁及入院 NRS 评分高是遗留神经痛的影响因素。

表 3 带状疱疹遗留神经痛影响因素 Logistic 回归分析

因素	β	SE	Wald	P	OR	95%CI
就诊时间≥5 d	2.276	0.873	6.797	0.009	9.738	1.759~53.897
皮损程度重	0.931	0.299	9.695	0.002	0.537	1.412~4.559
累及胸神经分布区	1.274	0.548	5.405	0.021	3.575	1.221~10.465
年龄≥50 岁	0.035	0.016	4.785	0.029	1.036	1.004~1.069
入院 NRS 评分高	2.678	0.854	9.833	0.002	14.556	2.730~77.621
有糖尿病	1.961	1.208	2.635	>0.05	7.106	0.666~75.844
前驱期疼痛	1.679	0.913	3.382	>0.05	5.360	0.895~32.088
恶性肿瘤	2.253	1.392	2.620	>0.05	9.516	0.622~145.667
仅进行门诊护理	2.218	1.247	3.164	>0.05	9.189	0.798~105.860

3 讨 论

带状疱疹是由带状疱疹病毒感染导致的急性皮疹，目前研究认为其发病原因与患者免疫功能低下有关^[4]。本研究显示，带状疱疹发病诱因与年龄≥50 岁、营养不良、伴有糖尿病、恶性肿瘤、服用激素、服用免疫抑制剂、清蛋白水平减少、严重感染疾病、重大手术后等因素有关，而这些因素均是导致机体免疫力下降的重要原因。带状疱疹遗留神经痛是带状疱疹最常见的后遗症，文献^[7]报道其发病率在 20%~50%，本研究显示其发病率为 32%，符合文献^[7]报道的范围。目前，带状疱疹发病机制尚不明确，有研究认为其发生机制包括中枢和外周两种，是由神经损伤导致的^[8]。以往研究显示，带状疱疹影响因素与年龄大、皮损部位累及三叉神经眼支或胸神经、急性期疼痛程度越严重、有前驱期疼痛、皮损范围大、抗病毒治疗时间晚、合并有免疫功能低下疾病等因素有关^[5]。

本研究经单因素分析显示，带状疱疹遗留神经痛与年龄≥50 岁、皮损累及胸神经分布区、皮损程度重、入院 NRS 评分高、就诊时间≥5 d、有糖尿病、前驱期疼痛、恶性肿瘤及仅进行门诊护理等因素有关。进一步经 Logistic 多因素回归分析发现，带状疱疹遗留神经痛的影响因素有：就诊时间≥5 d、皮损程度重、累及胸神经分布区、年龄≥50 岁、入院 NRS 评分高。年龄≥50 岁患者本身机体免疫力降低，再加上多种因素刺激，更容易诱导潜伏于脊髓后神经节的病毒再次活动，使受侵的神经节产生炎症反应及坏死，由于老年人组织功能退化，神经组织修复能力降低，因此更容易产生神经痛^[9]。有研究认为，带状疱疹急性期皮损范围及疼痛程度均反映了病毒繁殖对外周神经纤维的损伤程度，即皮损范围和疼痛程度越严重，表明病毒复制越活跃，神经局部受损及炎症程度越严重，受损神经恢复就越缓慢，疼痛时间更长，因此更容易发生遗留神经痛^[10]。在带状疱疹发病初期，病毒复制较为活跃，及早开始抗病毒治疗可在很大程度抑制病毒

的复制，减轻神经炎性水肿，从而有利于皮肤组织及神经损伤的修复，降低遗留神经痛的发生率^[11]。而就诊时间较晚的患者体内病毒复制对神经损伤较重，故遗留神经痛的概率增加。累及胸神经分布区的患者发生遗留神经痛的原因可能与神经损伤更严重有关^[12]。

综上所述，带状疱疹发病诱因有：年龄≥50 岁、营养不良、伴有糖尿病、恶性肿瘤、服用激素、服用免疫抑制剂、清蛋白水平减少、严重感染性疾病、重大手术后。带状疱疹遗留神经痛影响因素有：就诊时间≥5 d、皮损程度重、累及胸神经分布区、年龄≥50 岁、入院 NRS 评分高。针对以上影响因素，为降低遗留神经痛的发生率，作者提出以下干预措施：（1）患者发病后应及早就诊，最好在皮损发生后 48 h 内就诊并实施抗病毒治疗，最大限度降低病毒复制率，减轻神经损伤，尤其是老年患者更应早期就诊；（2）积极治疗原发病，提高机体免疫力。

参考文献

[1] 王仁珍,王红,王卿莲,等.带状疱疹 455 例临床分析[J].中国皮肤性病杂志,2015,19(12):730-731.
[2] 翟志超,刘思同,李慧堂,等.带状疱疹后神经痛治疗研究进展[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(1):55-58.
[3] 王家双,陈军.老年人顽固性带状疱疹后神经痛规范化临床诊疗[J].中华老年医学杂志,2014,33(8):845-848.
[4] 赵聆好,黄青.135 例带状疱疹发病及后遗神经痛相关因素临床回顾研究[J].现代中医临床,2015,22(2):39-41.
[5] 伍小敏,于泳健,蔡放,等.带状疱疹后遗神经痛的发病相关因素分析[J].中华全科医学,2016,14(3):352-354.
[6] 于生元,万有,万琪,等.带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(3):161-167.
[7] 申洁,吴跃申,水润英,等.老年带状疱疹后遗神经痛的危险因素研究[J].老年医学与保健,2016,22(1):48-51.
[8] 赵久敏,王琳琳,韦华,等.带状疱疹后遗神经痛危险因素的 Logistic 分析[J].现代预防医学,2015,42(7):1183-1184.

- [9] 徐武生,于建斌,罗杨,等. 50 岁以上带状疱疹患者后遗神经痛的影响因素及其防治[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014,18(12):1260-1261.
- [10] 孔宇虹,李元文,杨碧莲,等. 带状疱疹后遗神经痛发病相关因素流行病学分析[J]. 环球中医药,2014,7(12):909-914.
- [11] 佟长顺. 带状疱疹 186 例临床分析[J]. 皮肤病与性病, 2016,28(4):10-11.
- 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.20.024

- [12] 周乃慧,钱齐宏,杨子良,等. 207 例带状疱疹临床特征及预后因素分析[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2017,8(11):1481-1484.

(收稿日期:2019-03-07 修回日期:2019-06-08)

VITEK2 Compact 系统中国定制药敏卡片检测 大肠埃希菌和克雷伯菌属结果准确性探讨*

陶佳^{1,2}, 韩鹏鹏³, 王文¹, 李刚¹, 赵梅¹,
马红¹, 李莎莎¹, 贾伟^{1△}

1. 宁夏医科大学总医院医学实验中心,宁夏银川 750004;2. 宁夏医科大学基础医学院,宁夏银川 750004;3. 宁夏医科大学总医院心脑血管病医院检验科,宁夏银川 750002

摘要:目的 评估 VITEK2 Compact 系统中国定制卡片 AST-N334 和 AST-N335 测定肠杆菌科细菌体外药敏试验的可靠性。方法 选取 2010 年 1 月至 2015 年 8 月宁夏医科大学总医院医学实验中心分离的肠杆菌科细菌 80 株,其中大肠埃希菌 30 株,克雷伯菌属 50 株,采用琼脂稀释法/肉汤稀释法作为参考方法,评估 AST-N334 和 AST-N335 药敏卡检测结果与参考方法检测结果的分类标准符合率、非常重大错误、重大错误和一般错误。结果 AST-N334 药敏卡检测大肠埃希菌、克雷伯菌属的分类标准符合率分别为 94.5%、96.3%,AST-N335 药敏卡检测大肠埃希菌、克雷伯菌属的分类标准符合率分别为 95.1%、98.2%。两种卡片中大多数药物检测结果与稀释法的分类标准符合率均在 90.0%以上,亚胺培南、阿米卡星、左氧氟沙星、美罗培南等均为 100.0%,但其他药物出现不同类型的错误。结论 中国定制卡片 AST-N334 和 AST-N335 检测大肠埃希菌和克雷伯菌属的药敏试验结果具有较高的准确性,与稀释法有较好的一致性,能满足临床要求。

关键词:中国定制卡片; AST-N334 药敏卡; AST-N335 药敏卡; 药敏试验; 评估

中图分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)20-2999-03

近年来,由于抗菌药物的不合理使用,细菌耐药形势不容乐观,耐药菌株在不同国家和地区的流行趋势也不同^[1]。另外,不同国家对抗菌药物的管理方式不同,临床医生对抗菌药物的使用方式也不统一,造成同一种药敏卡不能满足所有国家的微生物药敏需求。为此,法国生物梅里埃公司组织专家精心设计了一款符合中国临床病原体分离情况及中国医生用药习惯的“VITEK2 中国定制药敏卡”,该卡片的设计既汇总了近几年中国抗感染治疗专家共识,又充分考虑了中国临床需求与细菌耐药形势,全面覆盖常用菌种,进一步提升了药敏试验效率。大肠埃希菌和克雷伯菌属是临床常见的条件致病菌,能引起严重感染,宁夏医科大学总医院临床标本分离的病原菌中大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌分别为第 1 位和第 2 位^[2],为探讨国家定制卡片 AST-N334 和 AST-N335 检测大肠埃希菌和克雷伯菌属的敏感性、准确性和可靠性,本研究对两种卡片的药敏试验检测结果与稀释法进行比较,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 菌株 选取 2010 年 1 月至 2015 年 8 月宁夏医科大学总医院医学实验中心分离出的非重复大肠埃希菌 30 株,克雷伯菌属细菌 50 株。

1.2 试剂与培养基 VITEK2 AST-N334 药敏卡、AST-N335 药敏卡、琼脂为法国生物梅里埃公司产品。MH 琼脂和 MH 肉汤培养基购自英国 OXOID 公司,药物粉末购自大连美仑生物有限公司。

1.3 方法

1.3.1 试卡法 按仪器操作说明及试卡说明书进行,纯培养的菌株调成 0.50~0.63 麦氏单位菌悬液,吸取菌液 145 μL 加入另一装有 3 mL 0.45% 无菌盐水的试管中,混匀。插入相应药敏卡,放入填充仓,填充完成后转移至孵育仓进行药敏测定。并用相应质控菌株进行质控,均在控。质控菌株选择:AST-N335 选用 ATCC 25922、ATCC 27853、ATCC 35218;AST-N334 选用 ATCC 25922、ATCC 27853、ATCC 35218、ATCC 700603。

1.3.2 琼脂稀释法 分别配制好 10 倍的药物溶液,

* 基金项目:宁夏医科大学校级项目(XZ2018008)。

△ 通信作者,E-mail:jiawei6365@126.com。