

部工作人员联系,对相关护理人员进行标本采集规范培训,定期考核相关人员标本采集的操作手法,以提高操作规范性,减少因取样操作不规范造成的标本质量不合格情况发生。送检不及时和标本污染是痰液、尿液、粪便、分泌物等多种微生物检验标本不达标的重要原因,对此检验科将每月送检不及时和标本污染的统计结果反馈给临床各科室,加强科室之间的沟通,根据相关工作人员的意见,系统化和规范化标本采集、保管、运送流程,缩短标本送检时间,避免送检不及时而导致标本成分发生改变或受到污染等。采血量不足和条形码错误均为血液标本不达标原因,这就要求采血人员熟知各血液检测标本的采血量,并正确粘贴条形码,以减少血液标本不达标率。本研究结果显示,动态监测培训后痰液、尿液、血液、粪便、分泌物和无菌体液标本不达标率分别为 1.26%、1.17%、0.87%、0.44%、0.40% 和 0.00%,均较动态监测培训前低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明采取动态监测培训能有效降低标本不达标率。

综上所述,微生物检验标本不达标的标本类型主要为痰液、尿液和血液,其产生原因包括取样操作不规范、标本污染、送检不及时、采血量不足和条形码错误,给予动态监测管理后,微生物检验标本不达标率降低,提高了微生物检验标本的质量。

参考文献

- [1] WANG Q, SU M, GUO X, et al. Discussion on medical laboratory quality management system document control and improvement[J]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 2015, 95(22):

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2020.08.032

1719-1721.

- [2] MINCHELLA P A, CHIPUNGU G, KIM A A, et al. Specimen origin, type and testing laboratory are linked to longer turnaround times for HIV viral load testing in malawi[J]. PLoS One, 2017, 12(2): e0173009.
- [3] SHITARA M, UMEZU S, KATSUNO H. Effects of the ISO15189 accreditation on clinical laboratory[J]. Rinsho Byori, 2009, 57(6): 521-526.
- [4] YANIKKAYA-DEMIREL G. ISO 15189 accreditation: Requirements for quality and competence of medical laboratories, experience of a laboratory II[J]. Clin Biochem, 2009, 42(4/5): 279-283.
- [5] DIKMEN Z G, PINAR A, AKBIYIK F. Specimen rejection in laboratory medicine: necessary for patient safety[J]. Biochem Med (Zagreb), 2015, 25(3): 377-385.
- [6] KEBEDE Y, FONJUNGO P N, TIBESSO G, et al. Improved specimen-referral system and increased access to quality laboratory services in ethiopia: the role of the public-private partnership [J]. J Infect Dis, 2016, 213(Suppl 2): S59-S64.
- [7] SAFADEL N, ANJARAN I, SOGHR A, et al. Establishing an iranian medical laboratory standard based on ISO 15189[J]. Accredited Quality Assurance, 2014, 19(6): 473-476.
- [8] 杜娟. 微生物检验标本不合格原因分析及质量控制对策探讨[J]. 河北医学, 2016, 22(4): 693-695.
- [9] 廖晓林. 医院微生物检验标本不合格原因分析及质量控制对策探讨[J]. 现代预防医学, 2018, 45(20): 143-146.
- [10] 赵世清. 公共卫生中微生物检验标本不合格的原因及质量控制对策[J]. 中国医药指南, 2017, 15(1): 288-289.

(收稿日期: 2019-07-30 修回日期: 2019-12-06)

子午流注择时耳穴贴压治疗心脾两虚型老年失眠的效果观察

梁艳艳¹, 曹丹凤^{2△}, 曹文君¹, 靳云霞¹, 王 英¹

陕西省西安市中医医院: 1. 老年病科; 2. 脾胃病科, 陕西西安 710021

摘要:目的 探讨子午流注择时耳穴贴压治疗心脾两虚型老年失眠的临床疗效。方法 采用便利抽样法将 60 例患者随机分为对照组和干预组, 每组各 30 例。对照组患者采用耳穴贴压治疗, 干预组患者在耳穴贴压的基础上配合子午流注择时按压治疗, 应用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、中医症候评分表分别于治疗前、治疗 2 周后及治疗 6 周后对患者进行评价。结果 两组患者治疗后组间及组内 PSQI 评分比较, 主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续时间、习惯性睡眠效率、白天功能紊乱评分及总分差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者治疗后中医症候评分比较, 差异有统计学意义($F = 7.653, P = 0.008$), 组内不同时间点比较差异也有统计学意义($F = 4.311.174, P < 0.001$); 两组患者治疗 6 周后匹兹堡睡眠质量疗效比较, 差异有统计学意义($\chi^2 = -4.311, P < 0.05$)。结论 子午流注择时耳穴贴压治疗, 可提高心脾两虚型老年失眠患者的睡眠质量, 值得临床推广应用。

关键词: 子午流注; 耳穴贴压; 心脾两虚; 老年失眠; 睡眠质量

中图法分类号: R256.23

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2020)08-1118-04

随着我国人口老龄化问题的加剧, 失眠的发病率也在不断增高, 人们的生活质量受到严重影响^[1-2]。

[△] 通信作者, E-mail: 983588825@qq.com。

国内研究表明,随着年龄的增加,失眠症发病率也随之增加,二者呈正相关,我国老年人失眠的平均发病率为 49.9%,社区老年人失眠的发病率为 42.0%,老年住院患者失眠的发病率为 50.0%~70.0%^[3]。失眠作为睡眠障碍最常见的一种,是老年人常见的慢性疾病,常常表现为入睡困难,时醒时寐,睡眠时间或深度不足,有时甚至彻夜不眠,不同程度地影响老年人的身体健康,导致老年患者身心受到伤害,生活质量降低^[4]。西医治疗失眠多以药物为主,但长期服用失眠药物出现不良反应的风险增加,容易出现日间困倦、认知功能减退等不良反应,特别是老年患者尤其要注意服用药物的风险,同时使用药物时间过长,会导致患者对药物出现依赖性及成瘾性,停药后可能会引起戒断症状^[5]。中医治疗失眠具有不良反应少,无反弹的优势。本研究以子午流注理论为依据,根据相应脏腑的气血流注功能强弱,择时耳穴贴压来治疗心脾两虚型老年失眠,探讨其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 10 月至 2018 年 8 月在本院老年科住院的 60 例老年患者作为研究对象,其中男 25 例,女 35 例;年龄 60~90 岁;病程 1~20 年。随机分为对照组和干预组,每组各 30 例,对照组患者平均年龄(63.13±12.77)岁,平均病程(9.83±1.44)年;干预组患者平均年龄(68.63±11.14)岁;平均病程(7.72±2.26)年。两组患者年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)失眠每周至少发生 3 次,并持续 1 个月以上,匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)总分 8~15 分,符合失眠中西医诊断标准;(2)年龄 60 岁以上,生活可以自理,Barthel 指数计分法评分 60 分以上者;(3)神志清楚,可以正常交流者;(4)能接受和坚持耳穴贴压治疗失眠,并配合本研究者。

1.2.2 排除标准 (1)不符合以上纳入标准者;(2)患有严重心肺疾病或手术后,有生命危险者;(3)器质性病变引起的失眠;(4)某些焦虑因素存在且暂时无法解决引起的焦虑恐惧性失眠。

1.3 方法 两组老年住院患者均给予住院常规治疗、营养支持、积极治疗原发病等。对照组患者在常规治疗基础上配合耳穴贴压治疗。耳穴贴压 2 周为 1 个疗程,每次贴一侧耳穴,每 2 天换贴另一侧耳穴,每天分别于早晨起床后、3 餐后半小时、临睡前按压 5 次,若此过程中耳贴有脱落、潮湿随时更换。干预组患者采用常规耳穴贴压辅以子午流注理论指导下进行耳穴按压。两组患者住院期间治疗 2 周,分别于治疗前、治疗 2 周后、治疗 6 周后发放问卷进行效果观察。

1.3.1 耳穴贴压 参照张伯礼等^[6]主编的《中医内科学》不寐的辨证分型:心脾两虚表现为不易入睡,多梦易醒,心悸健忘,神疲食少,伴头晕目眩,面色少华,四肢倦怠,腹胀便溏;舌淡苔薄,脉细无力。根据中医辨证结果选择相应的穴位进行耳穴贴压,采用神门、心、皮质下、交感为治疗失眠的主穴,根据辨证分型结果选择配穴,心脾两虚型选择脾和小肠为配穴。两组患者均采用王不留行籽贴于 0.6 cm×0.6 cm 胶布中间,采用乙醇棉球消毒双耳后,用探棒探取最敏感的耳穴,将王不留行籽敷于此处。告知患者按压时出现酸麻胀痛是正常现象,每次按压 3~5 min,微微出汗为宜,若出现剧烈刺痛、破溃、红肿等不适,应及时通知医护人员。

1.3.2 子午流注 干预组患者在对照组的基础上,按照子午流注理论描述的十二经脉气血流注的时间规律,在特定的时间段,根据相应脏腑的气血流注功能强弱,择时穴位按摩,分别在心包经气血流注功能最强的午时(11:00—13:00)按压心的反射区;小肠经最旺的未时(13:00—15:00)按压小肠的反射区;脾经最旺的巳时(9:00—11:00)按压脾的反射区。每次按压 180 次,约 3 min。

1.4 观察指标 (1)失眠程度:采用 PSQI 对干预前后睡眠状况进行评估,分别从主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续时间、习惯性睡眠效率、睡眠紊乱、白天功能紊乱及总分得分 7 个方面对患者的睡眠质量进行评价。(2)失眠伴随症状:参照 2002 年国家中医药管理局颁布的关于失眠症《中医症候评分标准》进行评价。(3)失眠疗效:评定标准参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》中失眠的疗效判定标准。治愈:夜间持续睡眠时间在 6 h 以上或睡眠恢复正常,醒后无困倦感;显效:睡眠好转明显,时间增加 3 h 以上,且深度增加;有效:症状稍有减轻,睡眠时间增加不足 3 h;无效:失眠症状改善不明显或加重。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据分析处理。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用重复测量的方差分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 PSQI 评分比较 见表 1。治疗后组间及组内主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续时间、习惯性睡眠效率、白天功能紊乱及总分评分比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者中医症候评分比较 见表 2。两组患者中医症候评分比较,差异有统计学意义($F=7.653$, $P=0.008$);两组患者组内不同时间点中医症候评分比较,差异有统计学意义($F=4.311.174$, $P<0.05$)。

表 1 两组患者干预前后 PSQI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	主观睡眠质量			睡眠潜伏期			睡眠持续时间			习惯性睡眠效率		
	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后
对照组	1.73±0.64	1.80±0.71	1.63±0.54	2.80±0.41	2.20±0.85	2.13±0.73	2.80±0.41	2.10±0.66	2.07±0.37	2.90±0.35	2.27±1.02	2.14±0.81
干预组	1.63±0.67	1.34±0.57	1.13±0.68	2.90±0.31	1.67±0.71	1.52±0.83	2.77±0.43	2.07±0.45	1.80±0.48	2.85±0.24	2.10±0.68	1.90±1.13
$F_{时间}$		4.065			93.838			62.956			17.837	
$P_{时间}$		<0.05			<0.05			<0.05			<0.05	
$F_{组间}$		1 014.134			1 270.292			120.686			36.313	
$P_{组间}$		<0.05			<0.05			<0.05			<0.05	
$F_{交互}$		4.065			11.385			1.388			3.786	
$P_{交互}$		<0.05			<0.05			<0.05			>0.05	

组别	睡眠紊乱			白天功能紊乱			总分		
	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后
对照组	1.13±0.35	1.10±0.31	1.03±0.36	2.27±0.59	1.30±0.60	1.10±0.61	14.47±1.48	10.87±2.68	10.23±1.81
干预组	1.23±0.43	1.08±0.41	1.19±0.42	2.40±0.72	0.93±0.64	0.90±0.55	14.90±1.24	9.50±1.64	8.40±2.78
$F_{时间}$		0.693			98.263			120.227	
$P_{时间}$		>0.05			<0.05			<0.05	
$F_{组间}$		0.987			173.458			6.847	
$P_{组间}$		>0.05			<0.05			<0.05	
$F_{交互}$		0.231			2.920			214.575	
$P_{交互}$		>0.05			>0.05			<0.05	

表 2 两组患者在不同时点中医症候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	干预前	干预 2 周后	干预 6 周后
对照组	30	28.93±3.28	16.26±3.65	15.40±3.82
干预组	30	28.70±3.35	13.73±2.95	13.26±3.38

2.3 两组患者干预 6 周后匹兹堡睡眠质量疗效比较 见表 3。两组患者干预 6 周后对改善失眠症状的疗效比较,差异有统计学意义($\chi^2=-4.311,P<0.05$)。

表 3 两组患者干预 6 周后匹兹堡睡眠质量疗效比较[$n(\%)$]					
组别	n	治愈	显效	有效	无效
干预组	30	17(56.7)	12(40.0)	1(3.3)	0(0.0)
对照组	30	7(23.3)	15(50.0)	6(20.0)	2(6.7)
合计		24(40.0)	27(45.0)	7(11.7)	2(3.3)

3 讨 论

3.1 耳穴贴压可以改善患者的睡眠质量 《内经》云:“耳者,宗脉之所聚也”。我国许多古中医著作都有关于人体的十二经脉和奇经八脉与耳密切联系的记载。《灵枢·邪气脏腑病形》记载:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面……其别气走于耳而为听”。耳部有 5 条正经直接通过,另有奇经、经筋布与周围^[7]。循行耳区的经脉与手足三阳经的关系最密切,耳病发病亦与三阳经关系密切。经络遍布全身,

无处不在,是人体气血运行、沟通内外、贯穿表里的通道。一部分经络敏感的人在进行耳针或耳穴贴压治疗时会有经络传感的现象。皮衍玲等^[8]通过对耳朵辨证取穴进行贴压来治疗失眠,治疗组在入睡时间、睡眠持续时间、睡眠质量总分等方面与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明辨证取穴进行耳穴贴压可改善患者的睡眠质量。耳穴贴压疗法配合其他操作也在临床取得了良好效果。王蔚^[9]以温针灸配合耳穴贴压为观察组,以口服艾司唑仑片为对照组,发现温针灸配合耳穴贴压能够提高抑制性神经递质水平,降低兴奋性神经递质水平。

3.2 子午流注择时耳穴贴压可提高老年失眠患者睡眠质量 本研究结果表明,子午流注择时耳穴贴压能有效提高老年失眠患者的睡眠质量,治疗时间越长效果愈好。子午流注理论最早出现于《黄帝内经》,它以“天人相应”的理论为基础,根据经络相离的流注特点,将十二时辰与十二经脉相联系,最后归属于五脏六腑,通过调整人体的时间节律,来达到调整五行的运化节律及机体阴阳平衡,从而达到治疗疾病的目的^[10]。王然等^[11]通过子午流注安神贴联合耳穴压豆治疗心脾血虚型老年失眠患者疗效显著,得出子午流注安神贴联合耳穴贴压能够有效辅助治疗心脾血虚型不寐,促进疾病康复的结论。廖群好^[12]通过子午流注针法和耳穴贴压相结合的方法治疗顽固性失眠也取得了较好的临床效果。子午流注理论是中医学整

体观念和辨证论治的体现,子午流注理论利用气血开合规律因势利导,调节阴阳,能够改善患者的失眠情况,提高患者的睡眠质量,值得临床广泛推广应用。

耳穴贴压可以改善心脾两虚型老年住院患者的睡眠质量,应用子午流注理论择时耳穴贴压治疗心脾两虚型老年失眠,正是中医整体观念及辨证论治的体现,是中医天人合一思想的发展。子午流注择时耳穴贴压在改善患者睡眠质量,减轻患者中医症候方面疗效更明显,值得广泛应用于心脾两虚老年失眠患者的治疗。

参考文献

[1] 任重阳,葛义俊,张梅.失眠与腺苷信号及免疫功能的进展[J].医学信息,2018,31(10):4-6.
[2] 董博,卜秀梅,宋艳丽,等.个体化心理干预对社区 D 型人格老年人睡眠质量的影响[J].护理研究,2015,29(10):3648-3649.
[3] 王晓令.老年失眠患者用药护理探讨[J].科学中国人,2016,24(32):89.
[4] 张耕瑞,杨丽,段东奎,等.正念放松训练对经皮冠状动脉介入治疗患者心理应激反应及睡眠质量影响的研究[J].

中华护理杂志,2018,53(12):1463-1467.
[5] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南[J].中华神经科杂志,2012,47(7):534-540.
[6] 张伯礼,吴勉华.中医内科学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:308.
[7] 杨鸿,杨蕪,周志彬,等.试论《黄帝内经》耳病的病因病机[J].福建中医药,2012,45(2):48-49.
[8] 皮衍玲,王翔宇,杨震,等.耳穴辩证施治贴压对失眠症患者的疗效观察[J].中国康复,2012,27(1):37-38.
[9] 王蔚.温针灸配合耳穴贴压治疗阳虚型失眠的疗效及作用机制初探[J].陕西中医,2010,31(10):554-558.
[10] 王磊,陈进法,王硕硕,等.子午流注与生物节律的相关性[J].中华中医药杂志,2011,26(11):2485-2487.
[11] 王然,范卉.子午流注安神贴联合耳穴压豆在老年睡眠剥夺老年病人中的应用效果[J].护理研究,2018,32(15):2379-2382.
[12] 廖群好.子午流注针法结合耳穴压豆在治疗顽固性失眠中的临床疗效分析[J].黑龙江中医药,2018,47(1):66-68.

(收稿日期:2019-08-08 修回日期:2019-12-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.08.033

超声造影技术和常规超声检查在脑胶质瘤手术切除中的应用比较

张 毓,千 超,肖三潮,党连锋[△]

陕西省核工业二一五医院神经外科,陕西咸阳 712000

摘 要:目的 探究超声造影技术和常规超声检查在脑胶质瘤手术切除中的应用情况。方法 回顾性分析该院 2017 年 4 月至 2019 年 4 月收治的 50 例脑胶质瘤患者的病历资料,根据检查方法不同分为 A 组(32 例)和 B 组(18 例),A 组患者采用超声造影技术诊断,B 组患者采用常规超声检查诊断。以病理检查结果作为金标准,比较两组患者确诊脑胶质瘤的诊断结果、两组患者切除胶质瘤的残留率及复发率、两组患者手术前后机能状况(KPS)评分。**结果** A 组患者经病理检查确诊,共有低级别脑胶质瘤 24 例,高级别脑胶质瘤 8 例,其中超声造影技术诊断低级别脑胶质瘤 24 例,高级别脑胶质瘤 8 例;B 组患者经病理检查确诊,共有低级别脑胶质瘤 13 例,高级别脑胶质瘤 5 例,其中常规超声检查诊断低级别脑胶质瘤 11 例,高级别脑胶质瘤 7 例。A 组患者切除胶质瘤的残留率为 21.88%,低于 B 组的 50.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);A 组患者切除胶质瘤后复发率为 12.50%,低于 B 组的 44.44%,差异有统计学意义($P<0.05$);A 组患者手术后 KPS 评分高于 B 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 超声造影技术可以显示脑胶质瘤的肿瘤边界,有利于脑胶质瘤切除手术,还可以降低术后脑胶质瘤的残留率和复发率,加快患者术后恢复。

关键词:超声造影技术; 常规超声检查; 脑胶质瘤

中图法分类号:R651.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)08-1121-04

脑胶质瘤是一种中枢神经系统中脊髓胶质细胞发现癌变而产生的致死性颅内肿瘤^[1]。脑胶质瘤的发病因素主要包括遗传因素和生活环境因素,如 DNA 错配、病毒性感染、生存环境恶劣等都易诱发脑胶质瘤^[2]。脑胶质瘤一般分为低级别脑胶质瘤和高级别脑胶质瘤两种,不同程度的脑胶质瘤临床表现也

不相同。脑胶质瘤患者一般常伴随视力下降、持续性头痛、长期恶心呕吐感较强、语言系统受损等症状^[3]。临床治疗脑胶质瘤一般遵循手术切除的原则。常规超声检查可以帮助医生准确确定病灶位置、形状、大小,对选择合适的手术入路有指导作用^[4],但常规超声检查无法准确判断病灶边界、病灶周围水肿带情况

[△] 通信作者,E-mail:18081123@qq.com。