

[6] 郭永平,汪年松.高尿酸血症肾脏损害的药物治疗进展[J].世界临床药物,2018,39(10):649-654.

[7] 刘开翔,冯杰,田冬琴,等.高尿酸血症肾损害的治疗进展[J].临床肾脏病杂志,2018,18(7):444-447.

[8] 中国慢性肾脏病患者合并高尿酸血症诊治共识专家组.中国慢性肾脏病患者合并高尿酸血症诊治专家共识[J].中华肾脏病杂志,2017,33(6):463-469.

[9] KUROZUMI A,GOTO Y,OKATO A,et al. Aberrantly expressed microRNAs in bladder cancer and renal cell carcinoma[J]. J Hum Genets,2017,62(1):49-56.

[10] 胡竹萌,陈海冰.尿酸与肾功能关系的研究进展[J].医学研究杂志,2018,24(8):14-17.

[11] 李文莹,解汝娟.高尿酸血症与慢性肾脏病的研究进展[J].临床与病理杂志,2018,38(3):614-617.

[12] 闵柳畅,安梦丽,何平.高尿酸血症与各种肾脏疾病关系的研究进展[J].中国临床研究,2018,31(11):155-157.

[13] GONZALEZCALERO L, MARTINEZ P J, MARTIN-LORENZO M, et al. Urinary exosomes reveal protein signatures in hypertensive patients with albuminuria[J]. Oncotarget,2017,8(27):44217-44231.

[14] 赵黎,金娟,龚建光,等.特发性膜性肾病伴高尿酸血症患者临床及病理特点分析[J].临床肾脏病杂志,2017,17(8):456-460.

[15] LI C C, CHIEN T M, WU W J, et al. Uric acid stones increase the risk of chronic kidney disease[J]. Urolithiasis, 2018,46(6):543-547.

[16] 王惠芳,刘雪梅,刘孟春,等.慢性肾脏病 3~5 期患者高尿酸血症的临床研究[J].中国综合临床,2017,33(3):221-226.

[17] 何立芳,阎双缓,李宏山,等.别嘌醇对伴高尿酸血症糖尿病肾病患者血尿酸及尿蛋白排泄率的影响[J].河北医科大学学报,2018,39(6):649-652.

(收稿日期:2019-11-10 修回日期:2020-02-26)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.13.041

# 胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素及护理措施探讨

李艳芳,刘晓艳<sup>△</sup>  
陕西省榆林市第二医院骨一科,陕西榆林 719000

**摘要:**目的 探讨胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素分析及护理措施。方法 选取该院 2015 年 1 月至 2019 年 2 月收治的行胸腰椎骨折术的患者 150 例为研究对象,按照术后是否发生便秘,将 150 例患者分为便秘组和非便秘组。其中便秘组 88 例,非便秘组 62 例。收集两组一般资料,对术后便秘的影响因素及相关护理措施进行分析。结果 单因素分析显示,术后进食量、术后首次进食时间、便秘史、术后镇痛药物使用情况及手术入路方式是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素( $P<0.05$ );多因素分析结果显示,术后进食量较少、术后进食时间 $>10$  h、术后使用镇痛药物及手术入路方式为后路是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素( $P<0.05$ )。结论 影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的相关因素有术后进食量、术后首次进食时间、术后使用镇痛药物及手术入路方式。临床护理工作中,应根据其影响因素进行个性化干预,并予以预防性护理,从而有效预防术后便秘的发生。

**关键词:**胸腰椎骨折; 便秘; 预防措施; 影响因素  
**中图分类号:**R472 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)13-1921-03

胸腰椎骨折是在强大物理外力作用下胸椎和腰椎出现骨质断裂,在临床上属于一种常见的脊柱损伤,患者常合并有不同程度的神经功能损伤,由于药物保守治疗效果欠佳,故通常采用手术治疗,但术后常需要长期卧床休养,且骨折患者本身运动受限,因此行胸腰椎骨折术患者为便秘的高发人群<sup>[1]</sup>。健康人每日排便 1~2 次,但便秘患者排便次数显著减少,伴排便费力和粪便干结。便秘可分为功能性和器质性便秘,功能性便秘主要是由进食和运动因素综合作用导致的,器质性便秘主要是由胃肠道病变或腹腔肿瘤压迫引起<sup>[2]</sup>。便秘通常会降低长期卧床患者生存质量,甚至会使患者产生自卑、抑郁等不良情绪<sup>[3]</sup>,目前针对胸腰椎骨折术后患者便秘的护理研究较少,本研究探讨了胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素,并分析了相关护理措施,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择本院 2015 年 1 月至 2019 年 2 月收治的行胸腰椎骨折术的 150 例患者为研究对象。纳入标准:(1)具有胸腰椎骨折史且经相关影像学确诊者;(2)在本院进行手术;(3)术后意识清晰,均无交流障碍;(4)年龄 18~78 岁;(5)患者同意本次研究,已获得医院伦理委员会许可。排除标准:(1)器质性胃肠功能障碍者;(2)有严重代谢性疾病者;(3)近 2 周内使用过影响胃肠功能的药物;(4)存在手术禁忌证者;(5)临床资料不完整或不配合研究者。

### 1.2 方法

依据罗马委员会通过的便秘诊断标准<sup>[4]</sup>对所有患者术后进行便秘评定。按照术后是否发生便秘,将 150 例行胸腰椎骨折术的患者分为便秘组和非便秘组。其中便秘组 88 例,非便秘组 62 例。对患者一般资料(性别、年龄)、围术期情况(麻醉方式、手

<sup>△</sup> 通信作者,E-mail:527227134@163.com。

术入路方式、术后是否使用镇痛药物、术后进食量、术后进食时间、每日饮水量)进行整理分析。

1.3 观察指标 术后便秘发生率。

2 结 果

2.1 影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的单因素分析 单因素分析结果显示,术后进食量、术后首次进食时间、术后镇痛药物使用情况、便秘史、手术入路方式是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素,见表 1。

| 表 1 影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的单因素分析 |               |                |          |       |
|---------------------------|---------------|----------------|----------|-------|
| 因素                        | 便秘组<br>(n=88) | 非便秘组<br>(n=62) | $\chi^2$ | P     |
| 年龄                        |               |                |          |       |
| ≤50 岁                     | 46(52.27)     | 37(59.68)      | 0.810    | 0.369 |
| >50 岁                     | 42(47.73)     | 25(40.32)      |          |       |
| 性别                        |               |                |          |       |
| 男                         | 49(55.68)     | 42(67.74)      | 2.220    | 0.137 |
| 女                         | 39(44.32)     | 20(32.26)      |          |       |
| 便秘史                       |               |                |          |       |
| 有                         | 49(55.68)     | 12(19.35)      | 5.213    | 0.021 |
| 无                         | 39(44.32)     | 50(80.65)      |          |       |
| 术后进食量                     |               |                |          |       |
| 较少                        | 43(48.86)     | 27(43.55)      | 6.512    | 0.018 |
| 一般                        | 34(38.63)     | 9(14.52)       |          |       |
| 较多                        | 11(12.51)     | 26(41.94)      |          |       |
| 术后首次进食时间                  |               |                |          |       |
| ≤10 h                     | 31(35.23)     | 33(53.23)      | 4.820    | 0.028 |
| >10 h                     | 57(64.77)     | 29(46.77)      |          |       |
| 饮水量                       |               |                |          |       |
| ≤1 000 mL                 | 36(40.91)     | 35(56.45)      | 3.520    | 0.061 |
| >1 000 mL                 | 52(50.09)     | 27(43.55)      |          |       |
| 术后是否使用镇痛药物                |               |                |          |       |
| 是                         | 53(60.23)     | 26(41.94)      | 4.880    | 0.027 |
| 否                         | 35(39.77)     | 36(58.06)      |          |       |
| 手术入路方式                    |               |                |          |       |
| 前路                        | 39(44.32)     | 52(83.87)      | 4.031    | 0.046 |
| 后路                        | 49(55.68)     | 10(16.12)      |          |       |

2.2 影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的多因素分析 多因素分析结果显示,术后进食量较少、术后进食时间>10 h、术后使用镇痛药物及手术入路方式为后路均是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的影响因素,见表 2。

| 表 2 影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的多因素分析 |         |       |               |        |                    |
|---------------------------|---------|-------|---------------|--------|--------------------|
| 变量                        | $\beta$ | SE    | Wald $\chi^2$ | P      | OR 95%CI           |
| 术后进食量较少                   | 2.563   | 0.916 | 37.829        | <0.001 | 3.978 2.155~12.144 |
| 术后首次进食时间>10 h             | 0.568   | 0.131 | 9.152         | <0.001 | 1.766 1.057~1.968  |
| 术后使用镇痛药物                  | 1.582   | 0.317 | 28.741        | <0.001 | 2.833 1.253~7.653  |
| 手术入路方式为后路                 | 1.262   | 0.433 | 16.745        | <0.001 | 2.432 1.452~6.925  |

3 讨 论

胸腰椎骨折患者术后常并发便秘,虽不会使患者产生胃肠道器质性病变,但长期便秘会减弱患者胃肠功能和营养状况,还可能会延长患者住院时间,降低患者生活质量<sup>[5]</sup>。本研究中共有 150 例胸腰椎骨折的患者,术后便秘发生率为 58.67%,提示胸腰椎骨折患者是便秘的高发人群,因此护理人员在患者入院早期就应该评估患者排便形态,在围术期予以相关护理干预,降低术后便秘发生率。

本研究结果显示,术后进食量较少是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的危险因素,与茹克亚古丽·买买提等<sup>[6]</sup>研究结果一致。原因可能与患者在术后因肢体活动功能受限引起活动量减少、胃肠蠕动减慢,从而出现食欲不振、消化不良等情况有关<sup>[7]</sup>。部分患者担心床上排便不方便故意控制进食量,导致胃肠道内容物缺乏,也会引起胃肠蠕动变慢,影响粪便正常排出。因此胸腰椎骨折患者在术后应当保持一定进食量,避免进食过少引起便秘。

有研究表明,术后首次进食时间大于 10 h 是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的危险因素<sup>[8]</sup>,提示患者在术后早期进食能有效预防便秘发生。原因可能与早期进食能促进胃液分泌,避免手术引起应激性溃疡有关。因此患者在术后需尽早进食,促进胃肠功能恢复。

本研究结果显示,术后使用镇痛药物是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的危险因素,提示术后使用镇痛药物会增加便秘发生率。有研究发现,镇痛药物可刺激胃肠道收缩,影响胃肠道内离子正常跨膜转运,使患者出现异常性电生理活动,引起胃肠道痉挛<sup>[9]</sup>。另外,镇痛药物对中枢神经系统具有较强抑制性,会降低大脑对排便反射的敏感性,使患者出现便秘<sup>[10]</sup>。

多因素分析结果显示,手术方式为后路是胸腰椎骨折患者术后发生便秘的危险因素,提示术中使用该手术方式会增加便秘发生率。原因可能与后路会对患者胸腹部产生强烈手术牵拉,对于止血时压迫部位更广,力度更大,更易对消化臂丛神经产生强烈刺激,在机体反馈调节影响下,反射性引起肠胃道蠕动减慢,使患者术后发生便秘情况。另外,后路手术可通过腹膜后形成血肿引起腹胀。提示在手术中,应尽可能根据患者情况选择前路手术方式,以减少术后便秘的发生。

对于胸腰椎骨折的患者,为避免术后发生便秘,首先应该在术前进行护理干预:建立“防便秘”干预小组,每组包括 1 名具有营养资格证的一级护师和 3 名二级护师,手术前对患者进行总体评估,在不影响手术效果前提下尽可能选择前路手术方式。手术完成当天开始至出院,进行腹部按摩外加中医疗理促进排便,腹部按压能促进胃肠蠕动,增加胃动力,促进粪便排出,有利于预防便秘发生。对于腹胀程度严重者施以针灸理疗,对于腹胀程度较轻者可使用腹部热敷外

加风油精擦涂神阙穴。环境护理方面,应为患者提供遮挡帘和除臭剂,有利于消除患者因排便带来的羞耻感和不良情绪,提高组内整体护理质量。术后应为患者制订个性化膳食配餐,并提醒患者尽早进食,避免患者因不敢进食导致进食过少引起便秘发生。对于疼痛耐受性较差患者,应在达到镇痛效果的前提下尽可能减少镇痛药物使用频次和剂量。

综上所述,影响胸腰椎骨折患者术后发生便秘的相关因素有术后进食量、术后进食时间、术后使用镇痛药物及手术入路方式。临床护理工作中,应根据其影响因素进行个性化干预,并予以预防性护理,从而有效预防术后便秘的发生。

参考文献

[1] LADI-SEYEDIAN S S, SHARIFI-RAD L, MANOUC HEHRI N, et al. A comparative study of transcutaneous interferential electrical stimulation plus behavioral therapy and behavioral therapy alone on constipation in post-operative Hirschsprung disease children [J]. J Pediatr Surg, 2017, 52(1): 177-183.

[2] SCHWENK E S, GRANT A E, TORJMAN M C, et al. The efficacy of peripheral opioid antagonists in Opioid-Induced constipation and postoperative ileus a systematic review of the literature [J]. Reg Anesth Pain Med, 2017, 42(6): 767-777.

[3] 王亭,李敏,祝艳红,等.集束化护理在改善胸腰椎骨折患者术后腹胀便秘中的应用效果[J].国际护理学杂志, 2019, 38(5): 656-659.

[4] 罗马委员会.功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J].胃肠病学, 2007, 11(2): 761-765.

[5] DISSANAYAKA T D, PALLEGAMA R W, SURAWERA H J, et al. Comparison of the Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation and Interferential Therapy on the Upper Trapezius in Myofascial Pain Syndrome: A Randomized Controlled Study [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2016, 95(9): 663-372.

[6] 茹克亚古丽·买买提,高彩云,帕丽达·买买提.乌鲁木齐市养老福利院 160 例长期卧床老年人便秘现状及影响因素[J].新疆医科大学学报, 2017, 40(7): 963-966.

[7] 金丽,杨兰芬.髋部骨折老年患者术后 2 周排便模式的影响因素[J].医学临床研究, 2017, 34(1): 26-28.

[8] 代明营,王慧敏,李堃,等. ICU 长期机械通气患者发生便秘的相关因素分析:一项前瞻性观察性队列研究[J].中华危重病急救医学, 2017, 29(1): 75-80.

[9] 杨梅,周倩.甲状腺疾病病人术后便秘现状及其影响因素[J].护理研究, 2018, 32(23): 3733-3737.

[10] 林兆雪,夏茂盛,叶茂.系统护理对老年四肢多处骨折卧床患者便秘的干预效果[J].海军医学杂志, 2017, 38(1): 70-72.

(收稿日期:2019-12-25 修回日期:2020-03-12)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 13. 042

阿米卡星与卷曲霉素治疗耐多药肺结核的临床疗效对比

李 伟,曹 琳<sup>△</sup>

陕西省结核病防治院内五科,陕西西安 710100

**摘 要:****目的** 比较阿米卡星与卷曲霉素治疗耐多药肺结核的临床疗效。**方法** 选取 2015 年 8 月至 2018 年 1 月到该院治疗的耐多药肺结核患者 98 例为研究对象。采用随机数字表法,将其分为 A 组(标准化治疗方案基础上加用阿米卡星,  $n=49$ )和 B 组(标准化治疗方案基础上加用卷曲霉素,  $n=49$ )两组。对两组治疗后痰菌转阴率和不良反应发生情况进行对比。**结果** A 组治疗后 2、6、10、14、18 个月的痰菌转阴率均高于 B 组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。A 组总不良反应的发生率为 51.02%(25/49),B 组总不良反应发生率为 81.63%(40/49),B 组高于 A 组,差异有统计学意义( $\chi^2=4.141, P=0.042$ )。**结论** 阿米卡星和卷曲霉素均可用于耐多药肺结核患者的治疗,而阿米卡星可显著提高患者痰菌转阴率,疗效更佳。

**关键词:**耐多药肺结核; 卷曲霉素; 阿米卡星; 痰菌转阴率

**中图法分类号:**R521 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)13-1923-03

结核病是由结核杆菌感染引起的慢性传染病,不规律使用抗结核药物会引起耐药。耐多药肺结核(MDR-TB)患者可同时对异烟肼和利福平耐药<sup>[1]</sup>,用药疗程比一般细菌感染长、痰菌转阴率低、预后差、并发症发生率高,同时,会出现多种不良反应<sup>[2]</sup>。我国临床上治疗 MDR-TB 采用注射类抗结核药物,并取得了一定疗效,临床多建议在短程化疗中使用二线治疗药物如左氧氟沙星、莫西沙星、利奈唑胺、氯苯吩

嗪、阿米卡星、卷曲霉素,但二线治疗药物的不良反应较多,包括消化、代谢、中枢及外周神经、血液及造血等系统的损伤,本研究对比分析阿米卡星与卷曲霉素治疗 MDR-TB 的转阴率和不良反应,为更有效地治疗 MDR-TB 提供依据。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 8 月至 2018 年 1 月本院收治的 98 例 MDR-TB 患者为研究对象。采用随

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 591071003@qq. com.