

郁、焦虑状态,增强患者战胜疾病信心,促使患者以积极心态面对疾病,增强疗效<sup>[8]</sup>;进而在长期和医护人员的交流过程中,增强信心,促使患者适应、回归社会,明显改变患者的自尊及自我和谐,增强患者的用药依从性。

本研究还发现,研究组患者的 SAS、SDS 评分明显低于对照组( $P < 0.05$ );研究组患者的生活质量评分明显高于对照组( $P < 0.05$ ),说明整体护理联合心理强化教育模式在烧伤康复患者护理中具有一定的有效性和可靠性。这是由于心理强化教育模式可充分调动患者的主观能动性,及时缓解患者心理问题,提高患者自我管理能力和患者病情康复。心理强化教育模式通过宣教、健康教育手册进行系统化健康教育,较常规护理模式更详细、系统,使患者的良好心理及健康行为保持更长久,促使患者养成良好的行为习惯,改善预后<sup>[9]</sup>。在积极改善患者不良情绪的同时给予整体护理干预,提高了患者的自我认知模式,进而提高其生活质量。这与赵谷娜等<sup>[10]</sup>的研究结果一致,这些研究均证实整体护理联合心理护理在不同疾病的护理中均取得了较好的临床效果。

综上所述,烧伤康复患者应用整体护理联合心理强化教育模式,可有效弥补常规护理的不足,减轻患者的不良情绪,消除患者的抑郁、焦虑等负面情绪,对患者自我意识的完善及生活质量的提升具有重要意义,值得在临床上推广应用。

参考文献

[1] 罗丽. 紧急事件应激晤谈联合认知行为干预对重度烧伤  
• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.18.039

病人心理康复的效果研究[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44 (7):954-959.

[2] 祝玲,王洪梅,沈琴,等. 随访护理模式对心脏瓣膜置换术出院患者治疗依从性及负面情绪的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(1):106-108.  
[3] 李洁,杨晓媛,黄欣,等. 整体护理中实施心理护理方法探讨[J]. 西南军医, 2004, 6(2):67-68.  
[4] 赵锋,黄宾,湛煜,等. 认知行为干预对烧伤患者抑郁和焦虑情绪的影响[J]. 广西医科大学学报, 2016, 33(1):98-100.  
[5] 吴瑛,田琰,达哇卓玛,等. 护理干预对烧伤患者负性情绪康复效应及生活质量的影响评价研究[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(22):2718-2720.  
[6] JAGNOOR J, LUKASZYK C, CHRISTOU A, et al. Where to from here? A quality improvement project investigating burns treatment and rehabilitation practices in India[J]. BMC Res Notes, 2018, 11(1):224-234.  
[7] 梁文锐,吴小平,张启富,等. 强化呼吸训练联合常规康复训练对吉兰-巴雷综合征患者功能康复及心理变化的影响[J]. 中国康复, 2017, 32(6):468-471.  
[8] 徐洪霞,谭平,龙文秀,等. 人文关怀护理和心理干预对乳腺癌患者不良心理及生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(7):844-846.  
[9] 赵娟. 重度烧伤创面感染患者的心理状况调查及干预[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(22):104-106.  
[10] 赵谷娜,张思敏,贾甜,等. 责任制整体护理联合家庭系统心理护理在儿童遗尿症护理中的应用效果分析[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(5):187-190.

(收稿日期:2019-12-20 修回日期:2020-07-14)

## 还原型谷胱甘肽联合生长抑素治疗肝硬化合并上消化道出血的疗效及对血液流变学的影响

鄢冬梅<sup>1</sup>, 鄢长秀<sup>2</sup>

沈阳七三九医院:1. 肝病科;2. 检验科, 辽宁沈阳 110034

**摘要:**目的 探讨还原型谷胱甘肽联合生长抑素治疗肝硬化合并上消化道出血的疗效及对血液流变学的作用。方法 选择该院 2017 年 1 月至 2019 年 12 月接诊的 85 例肝硬化合并上消化道出血的患者,通过随机数字表法分为观察组 45 例和对照组 40 例,在常规处理措施上,对照组给予生长抑素治疗,观察组联合还原型谷胱甘肽治疗。比较两组临床疗效、血液流变学、凝血功能、输血量、止血时间、再出血率、住院时间及不良反应。结果 观察组临床疗效总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ );治疗 72 h 后,观察组全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原(FIB)均高于对照组,活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)少于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组输血量少于对照组,止血时间、住院时间比对照组短,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );两组再出血率、不良反应总发生率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论 还原型谷胱甘肽联合生长抑素对肝硬化合并上消化道出血患者的止血效果满意,且可有效调节血液流变学,改善凝血功能,安全性好。

**关键词:**肝硬化; 上消化道出血; 生长抑素; 还原型谷胱甘肽; 血液流变学

**中图分类号:**R573.2

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2020)18-2711-04

肝硬化是临床上较为常见的慢性进行性肝脏疾病,主要是由一种或多种病因长期反复所致的弥漫性

肝损伤,疾病早期患者肝脏代偿功能较强,多数无明显症状,但随着疾病进展,患者可出现明显的肝功能

损伤、门静脉高压、食管-胃底静脉曲张,并累积到多系统,上消化道出血是该病中较为常见的并发症,具有起病急、进展快、出血量大等特点,若得不到适当的处理极易加重肝硬化腹水,令肝性脑病的风险增加,病死率可达 50%~70%,严重影响预后<sup>[1]</sup>。有较多报道显示,在肝硬化合并上消化道出血的患者中存在明显的血液流变学障碍,也是导致疾病进展的重要因素,积极调节血液流变学的紊乱在改善病情方面起关键作用<sup>[2-3]</sup>。

联合用药是目前肝硬化合并上消化道出血的常用治疗手段,多以质子泵抑制剂(PPI)联合血管收缩剂的方案为主,但仍有部分患者无法获得满意的止血。近年来有学者发现,还原型谷胱甘肽可通过抗氧化应激、调节血管功能等机制,发挥止血效果<sup>[4]</sup>。因此,本研究旨在探讨还原型谷胱甘肽联合生长抑素治

疗肝硬化合并上消化道出血中的止血效果,并分析其对血液流变学的影响。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 2017 年 1 月至 2019 年 12 月接诊的 85 例肝硬化合并上消化出血的患者进行研究。纳入标准:(1)有肝硬化病史,诊断标准参照《病毒性肝炎防治方案》<sup>[5]</sup>;(2)有呕血、黑便等症状,并经内窥镜检查出现上消化道出血;(3)患者及家属同意此研究。排除标准:(1)合并消化道溃疡、急性糜烂性出血性胃炎等引发消化道出血的疾病;(2)出血严重,需行手术治疗;(3)合并血液系统疾病、肾功能异常等;(4)对研究中使用的药物有禁忌;(5)精神障碍。85 例患者通过随机数字表法分为观察组 45 例和对照组 40 例,两组一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组一般资料比较[n(% )或  $\bar{x} \pm s$ ]

组别	n	性别		年龄(岁)	Child-Pugh 分级			食管胃底静脉曲张程度			出血量(mL)
		男	女		A	B	C	I级	II级	III级	
观察组	45	27(60.00)	18(40.00)	63.81±7.55	10(22.22)	25(55.56)	10(22.22)	14(31.11)	21(46.67)	10(22.22)	778.34±101.03
对照组	40	25(62.50)	15(37.50)	62.59±7.81	7(17.50)	24(60.00)	9(22.50)	15(37.50)	16(40.00)	9(22.50)	783.05±96.53
$\chi^2$ 或 <i>t</i>		0.056		0.732	0.309			0.470			0.261
<i>P</i>		0.813		0.466	0.857			0.790			0.795

**1.2 方法** 两组均给予常规禁食、输血、补液、止血、护肝、抗感染、保持水电解质和酸碱平衡、营养支持、预防并发症等处理,并给予泮托拉唑钠(规格 40 mg,东北制药集团沈阳第一制药有限公司生产,国药准字 H210123356)40 mg 加入 250 mL 生理盐水中,静脉滴注,2 次/日,每 12 小时 1 次。

对照组给予生长抑素(规格 3 mg,瑞士雪兰诺有限公司生产,注册证号 X19990113),首次给予 0.25 mg 负荷剂量,之后以 0.25 mg/h 持续静脉滴注,根据患者反应逐渐增加剂量,最高不超过 0.50 mg/h,连续用药 72 h,停止出血后再持续用药 72 h。观察组在对照组基础上联合还原型谷胱甘肽(规格 0.3 g,重庆药友制药有限责任公司生产,国药准字 H19991068)1.2 g 加入 100 mL 生理盐水中静脉滴注,1 次/天,连续用药 3 d。两组 72 h 内仍未止血者可进行内镜下止血或气囊压迫止血或介入止血等处理。

**1.3 观察指标** 采集治疗前、治疗后 72 h 静脉血 4 mL,并使用 FASCO 全自动血液流变仪 3010A 型检测血液流变学指标(全血高切、低切黏度及血浆黏度)的变化,并使用法国 Stago 公司生产的 STA-R Evolution 全自动凝血分析仪检测凝血功能指标的变化,包括活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)、纤维蛋白原(FIB);并记录输血量、止血时间、再出血率、住院时间及不良反应。输血标准:(1)体位

改变出现血压降低、心率加速、晕厥、失血性休克等症状;(2)血红蛋白<70 g/L 或血细胞比容<25%(输血过程中需根据血红蛋白调整水平决定输血量)。再出血率为止血 48 h 后再次出血患者例数在总患者数中所占的比例。

**1.4 疗效评价标准** 参照文献<sup>[6]</sup>评价,显效:治疗 48 h 内停止出血;有效:治疗 49~72 h 停止出血;无效:治疗 72 h 后仍存在活动性出血。停止出血判定标准符合下述一项即可:(1)无呕血、黑便、肠鸣音亢进症状,血压、心率稳定;(2)经胃镜检查活动性出血消失;(3)胃管抽吸液清晰,无出血,隐血试验呈阴性;(4)粪便为黄色,便潜血试验呈转移。总有效率=显效率+有效率。

**1.5 统计学处理** 以 SPSS18.0 软件包处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间、组内比较分别使用独立、配对样本 *t* 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 观察组有 2 例在治疗 72 h 后仍有活动性出血,经气囊压迫止血获得止血;对照组有 8 例治疗 72 h 后仍有活动性出血,其中 5 例经过气囊压迫止血后获得止血,3 例经内镜下止血后获得止血。观察组总有效率高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.2 两组血液流变学比较** 治疗后,观察组全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度比对照组高( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	26(57.78)	17(37.78)	2(4.44)	43(95.56)*
对照组	40	17(42.50)	15(37.50)	8(20.00)	32(80.00)

注:与对照组比较,\* $P = 0.026$ 。

表 3 两组血液流变学比较( $\bar{x} \pm s$ , mpa·s)

组别	n	时间	全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度
观察组	45	治疗前	5.30±0.59	6.17±0.45	2.14±0.40
		治疗后	8.17±0.66*#	8.56±0.70*#	3.20±0.31*#
对照组	40	治疗前	5.24±0.62	6.20±0.41	2.09±0.42
		治疗后	7.05±0.59*	7.47±0.57*	2.76±0.35*

注:与组内治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

**2.3 两组凝血功能比较** 治疗后,两组凝血功能指

标均较治疗前明显改善( $P < 0.05$ );观察组 APTT、PT 均低于对照组,FIB 高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组凝血功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	APTT(s)	PT(s)	FIB(g/L)
观察组	45	治疗前	36.89±1.60	14.03±1.38	2.14±0.37
		治疗后	29.04±1.39*#	11.78±1.04*#	3.08±0.33*#
对照组	40	治疗前	36.95±1.57	13.98±1.41	2.18±0.35
		治疗后	33.89±1.44*	12.82±1.17*	2.75±0.41*

注:与组内治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

**2.4 两组输血量、止血时间、再出血率、住院时间比较** 两组再出血率比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ );观察组输血量低于对照组,止血时间、住院时间比对照组短,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组输血量、止血时间、再出血率、住院时间比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	输血量(mL)	止血时间(h)	再出血率[n(%)]	住院时间(d)
观察组	45	210.23±17.40	34.29±3.04	2(4.44)	6.94±1.55
对照组	40	309.45±22.82	43.02±3.71	3(7.50)	9.21±1.70
t 或 $\chi^2$		22.683	11.916	0.357	6.439
P		<0.001	<0.001	0.550	<0.001

**2.5 两组不良反应比较** 观察组出现 2 例恶心呕吐、1 例眩晕、1 例皮疹,不良反应总发生率为 8.89%;对照组有 2 例恶心呕吐、1 例眩晕,不良反应总发生率为 7.50%。两组不良反应总发生率差异无统计学意义( $\chi^2 = 0.054, P = 0.816$ )。

### 3 讨论

肝硬化患者发生上消化道出血的关键因素是由于食管胃底静脉曲张破裂出血,可导致患者休克、电解质紊乱、自发性腹膜炎、肝性脑病等并发症,且会加重肝损伤程度,严重影响生命安全。有报道显示,在肝硬化合并上消化道出血的患者中,APTT、TT 延长,FIB 表达降低,多种凝血因子的能力呈降低状态,而上述因素可降低血浆黏度,导致血液流变学紊乱,不仅是引发患者出血尤其是再出血的关键因素,而且也与肝细胞损伤程度密切相关<sup>[7]</sup>。因此,积极提高血浆黏度,纠正血液流变学是治疗和预防肝硬化合并上消化道出血中的重要举措。

生长抑素联合泮托拉唑是目前治疗上消化道出血的常用方案,泮托拉唑作为第 3 代质子泵抑制剂,具有抑制胃酸分泌、促进黏膜修复、预防再出血等作用<sup>[8]</sup>。生长抑素也被称作是生长激素抑制剂,具有多种生物学效应,包括抑制胃酸、胃蛋白酶释放,提高黏膜屏障、降低门静脉高压、保护胰腺细胞等功效。虽然生长抑素联合泮托拉唑可取得一定疗效,但部分患

者止血时间较慢,而延长用药时间可增加感染风险,导致患者不得不接受手术治疗,增加治疗痛苦。还原型谷胱甘肽是临床上常见的抗氧化剂,在维持细胞内氧化还原平衡、防止细胞不受缺血-再灌注所致的脂质过氧化损伤中作用关键,对多种原因所致的肝脏损伤具有保护作用<sup>[9]</sup>。

本研究显示,联合还原型谷胱甘肽的患者在血液流变学及凝血功能指标的改善程度上更明显,这是由于还原型谷胱甘肽作为抗氧化剂,对血管内皮的收缩具有调节作用,可改善体内的微循环障碍、降低内脏血流,且还原型谷胱甘肽本身对肝脏损伤有保护效应,在缓解肝脏缺血、缺氧损伤等同时,可提高肝脏生成凝血因子的能力,纠正血流动力学紊乱;KARINCAOGLU 等<sup>[10]</sup>也发现,还原型谷胱甘肽可通过缓解上消化出血患者的氧化应激反应,提高机体抗氧化能力,且对血管活性分子具有调节作用,有助于减少出血量。且生长抑素具有抑制胃酸释放、改善黏膜屏障功能等作用,生长抑素和还原型谷胱甘肽联合使用可相互协同、相互促进,进一步促进疾病恢复。此外,本研究中观察组的患者在 72 h 内获得止血成功的患者更多,且输血量更低,止血时间、住院时间更短,也进一步提示联合还原型谷胱甘肽可提高止血效果,且安全性较好。

综上所述,还原型谷胱甘肽联合生长抑素对肝硬

化合并上消化道出血患者的止血效果满意,且可有效调节血液流变学,改善凝血功能,安全性好。

## 参考文献

- [1] YOO J J, CHANG Y, CHO E J, et al. Timing of upper gastrointestinal endoscopy does not influence short-term outcomes in patients with acute variceal bleeding [J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(44): 5025-5033.
- [2] XAVIER S A, VILAS-BOAS R, CARVALHO P B, et al. Assessment of prognostic performance of Albumin-Bilirubin, Child-Pugh, and Model for End-stage Liver Disease scores in patients with liver cirrhosis complicated with acute upper gastrointestinal bleeding [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2018, 30(6): 652-658.
- [3] 韩丹, 张韬, 张跃新. 肝硬化上消化道出血的危险因素分析 [J]. 成都医学院学报, 2016, 11(1): 62-64.
- [4] 王景景, 郭倩, 田妍, 等. 还原型谷胱甘肽辅助治疗对肝硬化上消化道出血患者血管活性分子、氧化应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23(19): 2620-2622.
- [5] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会, 中华医学会肝病

学分会. 病毒性肝炎防治方案 [J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 56-62.

- [6] 陆再英, 钟南山. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 387-395.
- [7] CARNEIRO DE MOURA M, CHEN S, KAMATH B M, et al. Acute variceal bleeding causes significant morbidity [J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2018, 67(3): 371-376.
- [8] 高成广, 谢峰, 冯亚东. 生长抑素联合泮托拉唑治疗肝硬化合并上消化道出血的效果观察 [J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(2): 284-287.
- [9] 刘莹. 肝动脉介入化疗栓塞术联合还原型谷胱甘肽治疗对老年晚期肝癌患者肝功能的影响 [J]. 海南医学院学报, 2018, 24(11): 1101-1105.
- [10] KARINCAOGLU M, SEÇKIN Y, ATEŞ F, et al. Hypovolemia-related gastric tissue damage in the setting of upper gastrointestinal bleeding [J]. Turk J Gastroenterol, 2010, 21(1): 17-22.

(收稿日期: 2020-04-16 修回日期: 2020-07-14)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2020.18.040

# 系统脱敏疗法对终末期恶性肿瘤患者甲状腺激素水平的影响

张 宁

铁岭市中心医院肿瘤科, 辽宁铁岭 112000

**摘要:**目的 分析系统脱敏疗法对终末期恶性肿瘤患者甲状腺激素水平的影响。方法 选取 2018 年 1 月至 2019 年 10 月该院收治的 110 例终末期恶性肿瘤患者为研究对象, 利用随机数字表法分为采取常规护理的对照组及在常规护理基础上实施系统脱敏疗法的观察组, 每组 55 例, 对两组护理干预效果进行对比。结果 护理前, 两组患者焦虑评分、抑郁评分、甲状腺激素水平、心理应激指标差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 护理后, 各组焦虑评分、抑郁评分、甲状腺激素水平、心理应激指标均较护理前改善, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组与对照组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 系统脱敏疗法能够通过调节下丘脑-垂体-肾上腺轴以及下丘脑-垂体-甲状腺轴亢奋状态抑制甲状腺激素的释放, 降低心理应激反应, 改善终末期恶性肿瘤患者负性心理状态, 值得推广使用。

**关键词:** 终末期恶性肿瘤; 系统脱敏疗法; 甲状腺激素; 心理应激

**中图分类号:** R473.73

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2020)18-2714-04

近些年来受遗传、环境、社会心理、药物、病毒、行为和生活方式等因素的影响, 恶性肿瘤发病率呈现明显上升趋势<sup>[1]</sup>。由于恶性肿瘤发病早期缺乏特异性症状表现, 容易被患者忽视, 随着病程延长而丧失最佳治疗时机, 步入终末期的恶性肿瘤患者生存质量急剧降低<sup>[2]</sup>。良好的护理干预对于抑制下丘脑-垂体-肾上腺轴以及下丘脑-垂体-甲状腺轴亢奋状态, 维持良好的内环境具有重要意义。系统脱敏疗法为 20 世纪 50 年代出现的一种行为疗法, 旨在对抗负性心理状态, 降低不良刺激带来的不良影响<sup>[3]</sup>。将系统脱敏疗法应用于终末期恶性肿瘤患者护理是否能够促使其获益尚不得知, 故本次研究围绕系统脱敏疗法对终

末期恶性肿瘤患者甲状腺激素水平的影响展开分析, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 在医学伦理委员会审批同意后选取 2018 年 1 月至 2019 年 10 月本院收治的 110 例终末期恶性肿瘤患者为研究对象, 利用随机数字表法分为两组, 每组 55 例。对照组中男 37 例, 女 18 例; 年龄 48~74 岁, 平均 (64.25 ± 5.35) 岁; 病症类型: 肝癌 12 例 (肝细胞癌 7 例、胆管上皮癌 5 例), 肺癌 11 例 (鳞癌 8 例、腺癌 3 例), 胃癌 11 例 (乳头状腺癌 6 例、管状腺癌 4 例、腺鳞癌 1 例), 乳腺癌 11 例 (导管癌 4 例、小叶癌 4 例、三阴性乳腺癌 3 例), 结直肠癌 7 例 (结肠