

- [5] WILKINSON J M, STANLEY D. Posterior surgical approaches to the elbow: a comparative anatomic study[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2001, 10(4): 380-382.
 - [6] 王万垠, 杨建强, 湛梅圣, 等. 肱三头肌肌腱止点横断入路治疗肱骨远端双柱骨折的初步研究[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2011, 26(1): 68-69.
 - [7] 李睿夫, 缪旭东, 闫乔生, 等. 尺骨鹰嘴截骨入路治疗复杂肱骨远端冠状面剪切骨折[J]. 中国现代医学杂志, 2018, 28(33): 121-124.
 - [8] 林绍仪, 刘金伟. 经尺骨鹰嘴截骨入路双侧平行钢板固定治疗肱骨远端关节内骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2013, 28(1): 86-87.
 - [9] 彭德付, 孙强, 董新利. 尺骨鹰嘴截骨入路双钢板内固定治疗肱骨髁间骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2012, 27(3): 263-264.
 - [10] 王朝阳, 谭俊铭. 经尺骨鹰嘴入路治疗成人肱骨髁间 C 型骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(18): 1573-1574.
 - [11] 陈志发, 袁慧仪, 梁加利. 锁定加压钢板内固定治疗老年肱骨远端骨折[J]. 中国修复重建外科杂志, 2009, 23(11): 1285-1289.
 - [12] 卢华定, 蔡道章, 金文涛, 等. AO 双钢板内固定治疗肱骨髁间骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(6): 408-410.
 - [13] 魏新建, 曹飞, 张福华, 等. 切开复位解剖型钢板内固定治疗肱骨远端骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 14(20): 1539-1541.
- (收稿日期: 2020-04-26 修回日期: 2020-09-13)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.02.033

安置导尿管对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者的影响

王 英¹, 郝 利², 马 雪², 赵秋菊²

中国人民解放军陆军特色医学中心: 1. 神经外科; 2. 神经内科, 重庆 400042

摘 要:目的 观察导尿管安置对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者的影响, 并探讨患者尿道出血的相关影响因素。方法 对该中心 2019 年 1—12 月收治的急性缺血性脑卒中行静脉溶栓且溶栓后 24 h 内成功留取尿液送检的 82 例患者进行回顾性分析, 根据静脉溶栓患者留取尿液标本送检前是否安置导尿管, 分为导尿组($n=50$)和未导尿组($n=32$)。比较导尿组和未导尿组患者的静脉溶栓治疗时间(DNT)、尿道出血发生率; 并对导尿组患者中尿道出血的相关因素进行单因素分析和多因素分析。结果 导尿组患者溶栓前美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS 评分)高于未导尿组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组患者 DNT 差异无统计学意义($P>0.05$), 但导尿组尿道出血率(68.0%)明显高于未导尿组(12.5%), 差异有统计学意义($P<0.05$); 对导尿组患者可能影响尿道出血率的 25 个因素进行单因素分析, 结果显示, 尿道出血患者与尿道未出血患者除溶栓前舒张压差异有统计学意义($P=0.047$)外, 其余 24 个因素差异均无统计学意义($P>0.05$); 多因素 Logistic 分析显示, 25 个因素对尿道出血均无影响($P>0.05$)。结论 神经损伤更严重的患者, 导尿操作介入更多; 导尿操作虽不影响患者 DNT, 但可增加尿道出血发生率, 临床工作中需严格掌握导尿的适应证; 尿道出血的影响因素较少, 建议对于有明确导尿指征的静脉溶栓患者无须延迟安置尿管。

关键词:急性缺血性脑卒中; 静脉溶栓; 尿道出血; 尿管

中图法分类号:R651.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)02-0254-04

急性缺血性脑卒中(AIS)是最常见的脑卒中类型, 目前时间窗内(发病 3~4.5 h)使用重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)进行静脉溶栓是改善 AIS 结局最有效的药物治疗手段^[1-2]。受疾病影响, 部分静脉溶栓患者因排尿困难、桥接血管内治疗等原因需要安置导尿管, 文献[1]推荐在病情许可的情况下应延迟安置导尿管, 临床工作中医护人员往往担心导尿操作会延长静脉溶栓治疗时间(DNT), 增加尿道出血发生率而尽量减少或延迟安置^[3-4]。本研究回顾性分析静脉溶栓且溶栓后 24 h 内成功留取尿液送检的 82 例 AIS 患者的临床资料, 旨在探讨安置导尿管对静脉溶栓患者的影响以及尿道出血的相关影响因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取陆军特色医学中心神经内科 2019 年 1—12 月收治的 AIS 静脉溶栓后 24 h 内成功留取尿液标本送检的 82 例患者为研究对象。纳入标准: (1)起病 4.5 h 内且符合 2014 年《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》中静脉溶栓治疗标准的患者^[1], 年龄可大于 80 岁; (2)溶栓后 24 h 内成功留取尿液标本送检者。排除标准: (1)既往有泌尿系统疾病患者; (2)溶栓前有泌尿道出血或感染患者。根据静脉溶栓患者留取尿液标本送检前是否安置导尿管, 分为导尿组($n=50$)和未导尿组($n=32$)。导尿组中男 31 例, 女 19 例; 平均年龄(65.10 ± 13.26)岁。未导尿组中

男 22 例,女 10 例;平均年龄(68.56±11.81)岁。两组患者性别构成、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 抽取患者静脉血 4.7 mL,取其中 2 mL 置于抗凝管内,加入 EDTA,采用全自动血细胞分析仪测定血小板计数。同时将剩余的 2.7 mL 静脉血置于含 0.3 mL 枸橼酸钠的试管中混匀,离心分离血浆,采用凝血分析仪检测凝血酶功能相关指标。同时检测患者的末梢指血糖。溶栓前采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS 评分)评价两组患者神经功能损伤情况。尿道出血的判定方法:尿沉渣每高倍镜视野红细胞超过 3 个判定为尿道出血^[5]。比较两组患者在性别、年龄、血小板计数、凝血功能指标[凝血酶原时间-国际标准化比值(PT-INR)、纤维蛋白原(FIB)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶时间(TT)、D-二聚体(D-D)、凝血酶原时间(PT)]、血糖、

收缩压、舒张压等方面有无差异;观察两组患者 DNT、尿道出血率的情况,并对导尿组患者中可能影响尿道出血率的因素进行单因素分析和多因素分析。

1.3 统计学处理 采用 SPSS24.0 软件进行数据处理和统计分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;不符合正态分布的计量资料采用 $M(P_{25},P_{75})$ 表示,组间比较采用独立样本的 Mann-Whitney U 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者临床资料的比较 两组患者在血小板计数、凝血功能指标、收缩压、舒张压、血糖等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。导尿组患者溶栓前 NIHSS 评分[17(7,21)分]高于未导尿组[12(5,17)分],差异有统计学意义($P<0.001$)。

表 1 导尿组和未导尿组临床资料的比较

组别	<i>n</i>	血小板 ($\times 10^9/L, \bar{x}\pm s$)	PT-INR [$M(P_{25}, P_{75})$]	FIB ($g/L, \bar{x}\pm s$)	APTT ($s, \bar{x}\pm s$)	TT ($s, \bar{x}\pm s$)
导尿组	50	125.34±64.00	0.99(0.95,1.03)	3.33±1.12	32.61±5.49	14.76±1.46
未导尿组	32	112.97±68.64	0.97(0.90,1.00)	3.37±1.07	32.96±5.45	14.70±1.72
<i>U/t</i>		0.712	1.856	0.177	0.286	0.158
<i>P</i>		0.407	0.068	0.860	0.775	0.875

组别	<i>n</i>	D-D[$g/L, M(P_{25}, P_{75})$]	PT($s, \bar{x}\pm s$)	收缩压(mm Hg, $\bar{x}\pm s$)	舒张压(mm Hg, $\bar{x}\pm s$)	血糖(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)
导尿组	50	242.00(144.13,567.40)	11.67±1.53	147.22±21.80	85.76±15.85	8.50±4.77
未导尿组	32	227.44(88.50,564.50)	10.94±0.74	150.19±20.35	86.56±14.67	7.87±3.86
<i>U/t</i>		1.432	1.831	0.481	0.179	0.480
<i>P</i>		0.156	0.072	0.632	0.858	0.633

2.2 两组患者 DNT 和尿道出血率的比较 两组患者 DNT 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);但导尿组患者尿道出血率(68.0%)显著高于未导尿组(12.5%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 尿道出血的影响因素分析 对凝血功能指标、血小板计数等可能影响尿道出血的 25 个因素进行单因素分析,结果显示,尿路出血患者与尿路未出血患者除溶栓前舒张压差异有统计学意义($P=0.047$)外,其余 24 个因素差异均无统计学意义($P>0.05$),见表

3。多因素 Logistic 分析结果显示,25 个因素对尿道出血均无影响($P>0.05$)。

表 2 两组患者 DNT 和尿道出血率的比较

组别	<i>n</i>	DNT(min, $\bar{x}\pm s$)	尿道出血[$n(\%)$]
导尿组	50	53.02±17.37	34(68.0)
未导尿组	32	56.50±21.67	4(12.5)
t/χ^2		0.527	24.17
<i>P</i>		0.470	<0.001

表 3 影响尿道出血的单因素分析

因素	尿道出血患者($n=34$)	尿道未出血患者($n=16$)	$\chi^2/t/U$	<i>P</i>
安置尿管与溶栓间隔时间[$\min, M(P_{25}, P_{75})$]	18.5(2.0,43.5)	28.0(15.8,64.0)	1.279	0.201
男[$n(\%)$]	21(61.8)	10(62.5)	0.002	0.96
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	66.69±12.47	64.35±13.73	0.577	0.567
入院前皮下注射肝素史[$n(\%)$]	5(14.7)	4(25.0)	0.239	0.625
联合使用替罗非班[$n(\%)$]	19(55.9)	8(50.0)	0.152	0.697

续表 3 影响尿道出血的单因素分析

因素	尿道出血患者(<i>n</i> =34)	尿道未出血患者(<i>n</i> =16)	$\chi^2/t/U$	<i>P</i>
血小板计数($\times 10^9/L, \bar{x} \pm s$)	180.44±57.83	197.59±47.80	1.106	0.274
PT-INR[<i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	0.98(0.94, 1.03)	1.02(0.98, 1.05)	0.477	0.636
FIB(g/L, $\bar{x} \pm s$)	3.26±1.29	3.37±1.05	0.320	0.750
APTT(s, $\bar{x} \pm s$)	32.40±3.17	32.71±6.33	0.182	0.856
TT(s, $\bar{x} \pm s$)	15.22±1.59	14.54±1.37	1.556	0.126
D-D[mg/L, <i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	288.32(145.89, 615.14)	175.50(141.75, 307.50)	1.225	0.227
PT(s, $\bar{x} \pm s$)	11.76±1.19	11.63±1.68	0.284	0.777
溶栓前 NIHSS 评分[分, <i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	17(9, 21)	15(8, 20)	0.573	0.567
病变血管为前循环[<i>n</i> (%)]	25(73.5)	16(100.0)	3.527	0.060
吸烟史[<i>n</i> (%)]	15(44.1)	6(37.5)	0.196	0.658
饮酒史[<i>n</i> (%)]	14(41.2)	7(43.8)	0.030	0.863
高血压史[<i>n</i> (%)]	20(58.8)	6(37.5)	1.982	0.159
糖尿病史[<i>n</i> (%)]	7(20.6)	3(18.8)	<0.001	1.000
冠心病史[<i>n</i> (%)]	5(14.7)	5(31.3)	0.971	0.324
房颤病史[<i>n</i> (%)]	6(17.6)	3(18.8)	<0.001	1.000
心肌梗死病史[<i>n</i> (%)]	8(23.5)	4(25.0)	<0.001	1.000
入院前抗血小板药物治疗史[<i>n</i> (%)]	4(11.8)	3(18.8)	0.052	0.82
血糖(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)	9.99±7.46	7.80±2.63	1.145	0.268
收缩压(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)	142.19±26.03	149.59±19.48	1.123	0.267
舒张压(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)	79.31±16.83	88.79±14.66	2.035	0.047

3 讨 论

控制逼尿肌和尿道外括约肌的神经传导束与支配躯体感觉和运动的神经行走途径几乎相同,大脑中有许多参与排尿控制的神经核团^[5],如基底节、小脑、苍白球、纹状体、丘脑等,当脑卒中发生后,上述通路或核团受到损害时,患者除有特殊的意识、感觉运动功能障碍及原发疾病的临床表现外,常有排尿功能紊乱^[6-8]。本研究结果显示,在护理人力充足的时候,导尿操作并不影响患者 DNT,但可显著增加尿道出血率,因此,临床工作中护士应严格掌握导尿的适应证,对于有明确导尿指征的患者才能实施操作。有研究显示,虽然导尿时各种疼痛和刺激均可引起患者强烈的应激反应,导致血流动力学改变,患者心率,血压升高^[9],给脑卒中患者的恢复带来不良影响,但是明确的排尿不畅也会导致患者血流动力学改变^[10],影响溶栓的效果。本研究还对影响尿道出血的单因素和多种因素进行分析,结果发现,除溶栓前患者舒张压(*P*=0.047)可能对尿道出血有影响外,尿管安置与静脉溶栓的间隔时间、血小板计数、凝血功能指标等因素对尿道出血无影响,因此,建议对有明确导尿指征的患者,应考虑及时给予导尿,无须等待检验结果或者溶栓药物输注完毕等情况。

本研究的不足之处:(1)本研究是小样本回顾性

研究,只能得出初步结果,尚需大量的样本进行验证;(2)随访时间短,缺乏对长期预后的观察。本中心将在后续的研究中扩大样本量进行相关的长期随访。

参考文献

[1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性脑缺血性脑卒中诊治指南(2014版)[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.

[2] 重组组织型纤溶酶原激活剂治疗缺血性卒中共识专家组.重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗缺血性卒中中国专家共识(2012版)[J].中华内科杂志,2012,51(12):1006-1010.

[3] 常红,王晓娟.阿替普酶静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中出血并发症发生时间的观察[J].中华护理杂志,2014,49(10):1191-1193.

[4] 常红,许亚红,陈琳.缺血性脑卒中患者阿替普酶静脉溶栓出血并发症的研究进展[J].中华护理杂志,2015,50(4):459-462.

[5] 李乐之,路潜.外科护理学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2018:605.

[6] 陈晓虹,王玉洁,陶旭,等.脑卒中排泄障碍的评估[J].中国临床康复,2002,6(13):1876-1877.

[7] 刘兰群,李惠兰.脑卒中后排尿障碍的中西医结合治疗[J].中国康复理论与实践,2013,19(11):1036-1038.

[8] 王汝佳,沈桂权,高波.卒中后排尿功能障碍的影像学研

究进展[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(12): 1046-1050.

[J]. 护理研究, 2003, 17(6): 699-700.

[9] 肖文文, 刘伟娟. 尿潴留对脑出血病人预后的影响及其护理[J]. 护理研究, 2003, 17(6): 694.

(收稿日期: 2020-04-10 修回日期: 2020-08-18)

[10] 王素英. 心脏介入治疗术后所致迷走神经反射的护理

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2021.02.034

系统评价性管理策略在声带白斑患者治疗过程中的应用效果分析

杨 森, 赵春蓉[△], 余文兴, 唐梓轩

四川省遂宁市中心医院耳鼻咽喉头颈外科, 四川遂宁 629000

摘 要:目的 探讨系统评价性管理策略在声带白斑患者治疗后预防复发、提高发音质量、尽早恢复其社会功能过程等方面的效果。方法 选取 2017 年 1 月至 2019 年 9 月该院收治的 68 例声带白斑患者为研究对象, 按随机数字表法分为试验组与对照组, 每组 34 例。试验组采用系统评价性管理策略进行治疗后的干预, 对照组不采用干预措施而实施观察法。比较两组干预前后的嗓音分析、嗓音障碍指数量表评分。结果 干预前, 两组嗓音障碍指数量表各维度及总分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 试验组嗓音障碍指数量表各维度及总分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。干预前, 两组基频微扰、振幅微扰、噪谐比比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组基频微扰、振幅微扰、噪谐比比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对声带白斑患者采用系统评价性管理策略进行干预, 有利于声带白斑患者术后嗓音的恢复, 为声带白斑患者术后康复管理提供了有效方案。

关键词: 嗓音; 系统评价性管理策略; 声带白斑

中图分类号: R767.92

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)02-0257-03

声带白斑是指声带黏膜表面白色斑块状隆起, 多由于声带黏膜上皮生长或成熟异常及过分角化引起的喉部黏膜炎性改变^[1]。临床工作中, 本课题组观察到声带白斑患者手术后, 声带黏膜修复较为顺利, 但因禁声后出现发声不能(功能性失语)或术后没有进行规范化嗓音休息而继续接受物理刺激, 出现声带白斑短期复发, 导致治疗没有达到去除病变及恢复声音的目的。术后声带白斑患者嗓音和患者社会功能的恢复是困扰临床的重大问题。在复发率与癌变率较高的情况下, 如何做好早发现、早诊断、早治疗, 如何提高患者术后嗓音质量而恢复社会角色, 需要有效的评价性管理策略对患者术后康复进行管理。本课题组不断总结与研究新的评估与术后管理技术, 对 2017 年 1 月到 2019 年 9 月收治的声带白斑患者开展了嗓音系统评价性管理策略, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月到 2019 年 9 月本院收治的 68 例声带白斑患者为研究对象, 其中男 59 例, 女 9 例, 平均年龄(40.0 ± 5.6)岁。纳入标准: 患者均以声嘶为临床表现, 喉镜检查发现声带病变且术前病检确诊为声带白斑的患者。排除标准: 白斑复发再次治疗的患者; 活检证实为喉癌的患者; 各种原因

无法完成嗓音护理的患者; 基频(F0)无法引出者。按照随机数字表法, 将 68 例患者随机分为对照组和试验组, 每组 34 例。对照组男 29 例, 女 5 例; 平均年龄(40.5 ± 4.67)岁; 试验组男 30 例, 女 4 例; 平均年龄(42.5 ± 5.23)岁。两组患者性别构成及年龄比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究通过遂宁市中心医院医学伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组不采用干预措施而实施观察法。试验组采用嗓音系统评价性管理策略。嗓音系统评价性管理策略与术后常规管理最大区别在于其专业的术后嗓音评估、嗓音康复、角色重建及随访管理。嗓音系统评价性管理策略包括病因分析指导与健康教育、心理状态评估与角色重建、嗓音保健、随访监督管理 4 个板块, 每个板块实施时间相对固定但又可能相互重叠。具体内容如下。

1.2.1 病因分析指导与健康教育 在患者就诊后对患者进行病因分析: 声带白斑的病因较复杂, 韩德民等^[2]在研究中提到声带白斑常见病因可能为吸烟、发声不当、慢性喉部炎症刺激、维生素缺乏等。寻找到每个患者最可能存在的 1 种或几种病因, 有针对性地健康教育。

1.2.2 心理状态评估 对患者进行心理状态评估, 评估患者是否存在心身疾病并加以心理辅导。采用

[△] 通信作者, E-mail: zhao-rong-chun@163.com.