

恶性结节的重要指标。

综上所述,甲状腺结节与结节直径、内部钙化、TgAb、TSH、HDL-C 有关。但本研究也存在一定不足,难以掌握患者碘摄入、样本量较少等,后续将扩大样本量作进一步研究,减少样本的偏倚性。

参考文献

- [1] 金占强,何文,蔡文佳,等. 超声多因素 Logistic 回归分析鉴别甲状腺结节的良恶性[J]. 中国医学影像技术, 2016, 32(5):646-650.
- [2] 刘保娟,罗佳,卢颖,等. 实时剪切波弹性成像对甲状腺结节良恶性的诊断及影响因素分析[J]. 中国医学影像技术, 2015, 31(12):1815-1819.
- [3] 高明. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 39(17):1249-1272.
- [4] 宋越,谢明星,王静,等. 实时剪切波弹性成像技术鉴别甲状腺良恶性结节的诊断价值及影响因素分析[J]. 中国医师杂志, 2019, 21(3):324-326.
- [5] 胡珂,刘凌晓,陆志强. 热消融治疗甲状腺良性结节的疗效及相关因素分析[J]. 中国临床医学, 2018, 25(3):359-

362.

- [6] 于璐,尚敬,阚全娥. 桥本甲状腺炎患者甲状腺良恶性结节超声特征及影响因素分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2018, 32(5):471-473.
- [7] 李柠肖. 甲状腺结节病理性质的超声相关影响因素及对良恶性的鉴别诊断价值比较[J]. 河北医药, 2018, 40(15):2306-2308.
- [8] 周小花,刘栋梁,陈娅,等. 内科住院患者良恶性甲状腺结节检出情况及发病相关影响因素分析[J]. 肿瘤预防与治疗, 2019, 32(4):345-349.
- [9] 李冰,吴奇,孙圣荣. 甲状腺良恶性结节超声成像特征分析[J]. 中国医药导报, 2017, 14(14):4-7.
- [10] 方娣,姚晓漫,孙文静,等. 甲状腺结节良恶性的彩色多普勒超声特征及其诊断价值分析[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(1):158-161.
- [11] 王秀杰,邵新宇,董凤林,等. 甲状腺结节良恶性超声危险因素分析[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(10):1151-1152.

(收稿日期:2020-11-21 修回日期:2021-03-03)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.14.032

健康教育联合肠道管理优化方案在预防肿瘤化疗患者便秘中的应用

惠军妮,李娟,魏欣[△]

陕西省渭南市中心医院,陕西渭南 714000

摘要:目的 探讨健康教育联合肠道管理优化方案在预防肿瘤化疗患者便秘中的应用效果。方法 选取该院 2019 年 1 月至 2020 年 8 月收治的肿瘤患者 120 例为研究对象,采用随机数字表法分为 2 组,每组 60 例。对照组进行常规护理,观察组进行健康教育联合肠道管理优化方案护理,观察比较 2 组护理效果。结果 与对照组比较,观察组便秘防治认知水平更高,各维度评分及平均分比较差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组 8 例便秘、9 例食欲缺乏、7 例腹痛腹胀、2 例排便不适,与对照组比较,不良反应发生率较低,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组卡氏功能状态评分、自我效能量表评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);护理后观察组抑郁自评量表、焦虑自评量表评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组便秘相关指标明显好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在肿瘤化疗患者护理管理中,为患者行健康教育联合肠道管理优化方案干预,可有效预防患者便秘,提高患者认知水平、生活质量、自我效能,改善负面情绪等,利于患者健康恢复。

关键词:健康教育; 肿瘤化疗; 肠道管理优化方案; 便秘预防

中图法分类号:R472

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)14-2101-04

恶性肿瘤严重威胁人类健康,其发病率与病死率较高。我国恶性肿瘤发病率及病死率呈逐年上升趋势^[1]。做好肿瘤筛查、诊断、治疗、护理等工作,对人类健康与生命安全维护有重要现实意义。目前,关于肿瘤治疗有手术治疗、放疗、化疗等多种方法,化疗的利用率相对较高。但研究发现,15%的肿瘤患者在化

疗后,出现了便秘、腹胀等胃肠道反应^[2]。与此同时,绝大多数恶性肿瘤患者在确诊后,容易出现焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪,在负面情绪刺激下患者自主神经功能出现紊乱,从而引发便秘^[3]。长时间便秘将影响患者生存质量,降低患者免疫功能,增加肿瘤并发症发生率,提高临床治疗难度。护理干预能够解决患

[△] 通信作者, E-mail:410532907@qq.com。

者疾病治疗过程中产生的各种实际问题,改善患者生存质量,促进患者健康恢复。本研究以120例肿瘤患者为例,对健康教育联合肠道管理优化方案在化疗患者便秘预防中的影响进行了分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2019年1月至2020年8月收治的肿瘤患者120例为研究对象,采用随机数字表法分为2组,每组60例。对照组中男33例,女27例;年龄33岁~70岁,平均(51.35±4.46)岁;受教育年限5~16年,平均(9.89±2.44)年;住院时间10~22 d,平均(16.35±1.67)d;肝癌18例,胃癌16例,肺癌15例,卵巢癌9例,其他2例。观察组中男32例,女28例;年龄32~69岁,平均(51.31±4.27)岁;受教育年限4~16年,平均(9.84±2.19)年;住院时间10~25 d,平均(16.33±1.78)d;肝癌16例,胃癌17例,肺癌14例,卵巢癌10例,其他3例。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:(1)确诊为肿瘤并在医院接受化疗治疗者;(2)研究知情且签署知情同意书者;(3)住院时间超过7 d者。**排除标准:**(1)伴有严重精神疾病或无法正常沟通者;(2)器质性便秘,胃肠道疾病引发便秘,习惯性便秘或服用止痛药物、抗抑郁药物等导致便秘者;(3)对治疗与护理不依从者。

1.2 方法 对照组患者进行常规护理,如患者入院时及化疗之后,向患者及其家属介绍护理事项、便秘成因、便秘可能带来的影响、便秘预防与治疗的重要意义;指导患者合理健康饮食;协助患者康复训练;与患者沟通,掌握心理健康状况并进行针对性疏导;了解患者感受,通过腹部按摩、遵医用药等方式提高患者舒适度等。

研究组在对照组的基础上,为患者行健康教育联合肠道管理优化方案干预。(1)健康基础知识宣教:护士根据患者文化水平、理解能力、接受程度、性格特征等合理选择健康基础知识宣教方法,向患者介绍化疗后不适表现,使患者在视频观看、图画书阅读、讲座听讲等过程中,对胃肠道反应诱发因素、便秘表现、便秘影响、便秘防治措施等有清晰、准确的了解。提高患者对治疗与护理的依从性,帮助患者树立自我管理意识。(2)便秘防治方法教授:护士能够灵活利用各种媒介(如视频、宣传册、公告墙、PPT、微信、QQ等)向患者及其家属传授肿瘤化疗后胃肠道反应防治方法。例如,鼓励患者多饮水,每日摄入量至少保持在1 000~2 000 mL;食物以粗纤维、优质蛋白质、多维生素、低油低脂肪、易消化等为主,禁烟酒、禁辛辣刺激食物,忌食萝卜、土豆、芹菜、南瓜、碳酸饮料等容易产生气体的食物,同时要保证膳食营养均衡。保持适当运动,避免长时间卧床。指导患者定时排便,养成良好排便习惯,排便前可适当按摩腹部,即取仰卧位,

微微弯曲双膝,以左手在上右手在下方式将双手重叠,按照顺时针方向从右下腹位置开始按摩,力度控制在腹部下陷3 cm左右,按摩时间以6~10 min为宜。(3)个体化心理护理:在护理前后用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者心理状况,根据负面情绪严重等级,结合患者负面情绪成因制订个体化心理护理方案。能够通过与学生亲密交流,给予患者安慰和鼓励,为患者行正性暗示,对患者进行劝解,指导患者放松训练等,使患者认知负面情绪对便秘的影响,并有效减轻患者心理负担,消除患者紧张、恐惧、抑郁、烦躁等负面情绪,调动患者积极情绪。(4)肠道管理优化方案制订与落实:结合患者相关检测结果,根据患者排便时间、腹痛腹胀、排便性状等信息,掌握患者胃肠道反应症状真实状况。同时在患者住院期间,由责任护士负责监测患者肠道功能变化情况,记录患者排便情况,做好相关评估工作。并根据评估结果结合健康教育,制订肠道管理优化方案。在责任护士领导下落实肠道管理措施。例如,将患者化疗前3 d至化疗后7 d视为肠道功能恢复训练1周期。在患者生命体征稳定、情绪波动不明显的情况下开展训练。在化疗早期感觉患者耐受程度确定训练时间与方法,通常需要有家属协助完成腹式呼吸训练、腹部肌肉训练、腹部按摩等内容。肠道功能恢复训练通常于早晚餐前60 min开始。就腹式呼吸训练而言,要求患者取平卧位,身心放松,用鼻深吸气3~5 s后,屏住1 s,并用口呼气3~5 s,训练时间控制在5~8 min。患者化疗前,护士需要指导其建立正确排便行为,即每日晨起后,适当抬高床头,指导患者取屈膝仰卧位,要求患者集中注意力,吸气时收缩腹肌、肛门,呼气时放松,持续5 min左右;早餐后60 min进行排便,如没有排便欲望,则模拟排便行为;排便时可适当按压腹部,以促进排便,同时禁止患者在排便过程中看手机、阅读报纸或做其他分散注意力的事情。

1.3 观察指标 (1)便秘防治认知水平:采用医院自制《肿瘤化疗便秘防治认知调查表》围绕“便秘成因、便秘影响、预防措施、注意事项”等维度评分,每项总分100分,分数越高认知水平越高。(2)不良反应发生率:统计2组患者便秘、食欲不振、腹痛腹胀、排便不适等不良反应发生情况。(3)生活质量评分与自我效能评分:采用卡氏功能状态(KPS)评分与自我效能量表(GSES)评估患者生活质量与自我效能。(4)负面情绪评分:采用SDS与SAS评估患者心理状况,分数越高表示负面情绪越严重。(5)便秘相关指标水平包括排便次数、排便性状评分及利便药物使用率。

1.4 统计学处理 采用SPSS26.0对数据进行处理和分析,呈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;计数资料以例数和百分率表示,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 2 组便秘防治认知水平比较 观察组患者的便秘防治认知水平明显高于对照组,各维度与平均分比

较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 2 组不良反应发生情况比较 观察组便秘、食欲缺乏、腹痛腹胀、排便不适等不良反应的发生率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 2 组便秘防治认知水平比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	便秘成因	便秘影响	预防措施	注意事项	平均分
对照组	60	71.86±9.33	79.71±9.98	74.56±8.86	70.39±8.26	84.26±4.64
观察组	60	88.69±9.96	89.98±8.77	90.14±6.14	88.31±7.75	91.36±6.44
<i>t</i>		9.552	5.988	11.195	12.255	6.929
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 2 2 组不良反应发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	便秘	食欲缺乏	腹痛腹胀	排便不适
对照组	60	22(36.67)	19(31.67)	16(26.67)	11(18.33)
观察组	60	8(13.33)	9(15.00)	7(11.67)	2(3.33)
χ^2		8.711	4.658	6.304	6.988
<i>P</i>		0.003	0.031	0.012	0.008

2.3 2 组生活质量与自我效能比较 护理前 2 组 KPS 评分与 GSES 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后 2 组均得到改善,且观察组评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 2 组生活质量与自我效能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	KPS 评分		GSES 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60	70.36±7.72	75.92±5.69	24.44±6.05	26.63±2.21
观察组	60	70.33±6.89	79.54±7.01	24.41±5.93	29.96±3.37
<i>t</i>		0.022	3.106	0.027	6.400
<i>P</i>		0.982	0.002	0.987	<0.001

2.4 2 组负面情绪改善情况比较 护理前 2 组 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后观察组评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 2 组负面情绪改善情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SDS 评分		SAS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60	56.68±8.12	48.86±6.64	51.24±7.72	47.73±6.37
观察组	60	56.66±7.87	41.17±9.92	51.29±7.33	42.29±7.77
<i>t</i>		0.137	4.990	0.036	4.194
<i>P</i>		0.989	<0.001	0.971	<0.001

2.5 2 组便秘相关指标比较 护理后观察组排便次数、排便性状评分、利便药物使用率等便秘相关指标均好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见

表 5。

表 5 2 组便秘相关指标比较

组别	<i>n</i>	排便次数 ($\bar{x} \pm s$,次)	排便性状 ($\bar{x} \pm s$,分)	利便药物 [<i>n</i> (%)]
对照组	60	4.22±0.31	3.28±0.55	22(36.67)
观察组	60	5.63±0.84	1.99±0.47	9(15.00)
<i>t</i> / χ^2		12.198	13.812	7.350
<i>P</i>		<0.001	<0.001	0.007

3 讨论

便秘是临床常见症状,以排便次数减少、排便时间延长、受阻感强烈、粪质干硬或需要借助外力排便等为主要表现,在普通人群中的发病率为 2%~30%,在肿瘤患者中的发病率可达到 15%~40%^[4]。有研究表明,肿瘤化疗患者结肠传输时间通常超过 72 h,而长时间便秘,将导致体内有毒物质无法有效排除,一部分被肝脏吸收,损伤肝脏功能,一部分在胃肠道滞留,导致患者胃肠道功能紊乱,出现腹胀、腹痛、口苦等众多症状,严重降低患者生活质量,加剧患者负面情绪^[5]。因此,做好肿瘤化疗患者便秘防治工作至关重要。

导致肿瘤化疗患者便秘的因素众多。(1)肿瘤患者在化疗之后,身体较为虚弱,加之治疗期间的持续输液,使患者不愿下床活动。而长时间卧床减少了腹部运动量,减少了腹部供血,容易降低直肠壁压力敏感度、减弱结肠蠕动功能,从而出现便秘。(2)肿瘤患者及其家属对化疗、化疗后胃肠道反应等缺乏认知,从而在饮食安排上,多以低纤维高蛋白食物为主,每日液体摄入量不足 2 000 mL,不利于肠壁运动刺激,容易出现便秘。(3)绝大多数患者在恶性肿瘤确诊进行化疗治疗时,易出现恐惧、不安、紧张、抑郁等情绪,这些情绪易导致患者自主神经紊乱。而直肠蠕动受自主神经影响较大,加之患者在情绪刺激下容易产生中枢神经递质,造成肠神经系统紊乱,从而导致便秘发生。(4)化疗药物及患者不良排便习惯等也会在一

一定程度上诱发便秘。基于此,在对肿瘤化疗患者便秘进行防治时,可通过护理对患者运动、饮食、情绪、排便行为等进行干预,提高患者及其家属对便秘防治的认知水平,强化患者自我管理能力,以降低便秘、腹胀、腹痛等不良反应发生率。

本研究将健康教育与肠道管理优化方案有机结合后,应用于肿瘤化疗患者便秘预防中,结果显示护理后观察组患者便秘防治认知水平、KPS评分、GSES评分明显高于对照组($P < 0.05$);便秘、食欲缺乏、腹痛腹胀、排便不适等不良反应发生率,以及SDS评分、SAS评分明显低于对照组($P < 0.05$);排便次数、排便性状、利便药物使用率等便秘相关指标明显好于对照组($P < 0.05$)。说明健康教育联合肠道管理优化方案对肿瘤化疗患者便秘预防存在积极影响,利于患者生存质量改善。究其原因,在常规护理上为患者行健康教育干预,能够提高患者健康知识掌握度,使其对治疗、护理行为更依从,能够积极面对疾病及其治疗所带来的影响。同时,让患者具备一定不良反应发生时的处理能力,在生活中科学应对化疗后的胃肠道反应;肠道管理优化方案,是立足患者实际情况制订的

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.14.033

护理方案,可通过各项肠道功能恢复训练,改善便秘症状,降低便秘影响。

参考文献

- [1] 周莉,杜娟,余佳忆,等. 妇科恶性肿瘤化疗患者症状群与健康行为依从性的相关性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2020,26(28):3950-3954.
- [2] 张国凤,孟庆娇,胡静. 护理干预在降低胃癌患者化疗后消化系统反应中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2020,39(16):3038-3040.
- [3] 陶翼. 肠道管理优化方案对颅内肿瘤病人术后便秘的预防效果[J]. 全科护理, 2020,18(19):2408-2410.
- [4] 荫晴,马淑芳,王芳,等. 健康教育联合肠道管理优化方案在预防肿瘤化疗患者便秘中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020,26(3):71-73.
- [5] 吕琳,陈璐. 肠道管理优化方案在预防颅内肿瘤患者术后便秘中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2019,25(13):1674-1678.

(收稿日期:2020-10-16 修回日期:2021-02-23)

LP-PLA2、Hcy、D-D 水平在急性缺血性脑卒中患者中的临床应用价值

郭彩花, 窦红勇, 李彩兰, 张再勤

云南省曲靖市第一人民医院检验中心, 云南曲靖 655000

摘要:目的 探讨血清脂蛋白相关磷脂酶 2(LP-PLA2)、同型半胱氨酸(Hcy)、D-二聚体水平在急性缺血性脑卒中(AIS)患者中的变化及其临床诊疗价值。**方法** 采用回顾性分析的方法,选取 2019 年 6 月至 2020 年 6 月该院神经内科收治的 80 例 AIS 患者作为观察组,同期选取该院体检中心的体检健康者 80 例作为对照组,比较 LP-PLA2、Hcy、D-二聚体水平在 2 组间的表达差异,并依据美国国立卫生研究院卒中量表评分对 AIS 患者进行 Pearson 相关分析。比较 LP-PLA2、Hcy、D-二聚体单独诊断和联合诊断的灵敏度及特异度。**结果** 观察组 LP-PLA2、Hcy、D-二聚体水平明显高于对照组($P < 0.05$);NIHSS 评分与年龄、肥胖、家族史、高血压、高血脂、LP-PLA2、Hcy、D-二聚体存在相关性;LP-PLA2、Hcy、D-二聚体联合检测具有较高的诊断效能。**结论** LP-PLA2、Hcy、D-二聚体联合检测有助于提高 AIS 患者诊断的准确度。

关键词:急性缺血性脑卒中; 脂蛋白相关磷脂酶 2; 同型半胱氨酸; D-二聚体

中图分类号:R743

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)14-2104-03

随着我国人口老龄化进程的加快,脑卒中发病率逐年上升^[1]。脑卒中是大脑细胞和大脑组织坏死的一种疾病,其中以急性缺血性脑卒中(AIS)为主,约占全部脑卒中的 80%^[2]。AIS 主要临床表现为运动、神经功能障碍,以急性发病多见,具有病死率、致残率高的特点^[3]。目前,AIS 的诊治主要是临床医师根据临床经验,结合影像学手段进行确诊。随着检验技术的高速发展,越来越多的检验项目应用到 AIS 的诊治

中。脂蛋白相关磷脂酶 2(LP-PLA2)是磷脂酶家族中重要成员之一,可以预测血管炎症、促进动脉粥样硬化形成,增加脑血管疾病的风险^[4]。同型半胱氨酸(Hcy)是诱发 AIS 的独立危险因素之一^[5]。D-二聚体在 AIS 患者中水平明显升高,且水平随梗死灶面积的增大而升高^[6]。本研究主要分析 LP-PLA2、Hcy、D-二聚体水平在 AIS 患者中的变化,探讨其临床诊疗价值,为临床医师治疗方案的制订提供参考,现报道如下。