

瘤患者术后疗效的影响[J]. 海军医学杂志, 2020, 41(1): 111-113.

- [8] 吴燕, 蒋亚琴. 快速康复外科护理理念在胸腔镜下纵隔肿瘤切除术患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(11): 44-46.
- [9] 庞礴. IKAP 模式护理在肥胖型多囊卵巢综合征不孕患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(11): 2095-2098.
- [10] 马静, 薛娟, 康莹. 基于信息-知识-信念-行为的护理干预模式对行 PICC 置管术胃肠道肿瘤患者康复的影响[J].

海南医学, 2019, 30(17): 2300-2303.

- [11] 闫放, 陈碧霄, 张雅静. 基于信息-知识-信念-行为模式的护理干预对多囊卵巢综合征患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(23): 103-106.
- [12] 王瑞敏, 苗金红, 岳晓红. IKAP 模式健康教育提高血液净化患者血管通路建立后遵医行为和生活质量的效果观察[J]. 中华全科医学, 2020, 18(11): 1897-1900.

(收稿日期: 2021-04-27 修回日期: 2021-11-19)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 01. 032

三联抗血小板治疗对行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者的效果分析

萧杰明¹, 刘柳贤²

广州医科大学附属第四医院: 1. 急诊科; 2. 手术室, 广东广州 511300

摘要:目的 探讨三联抗血小板治疗对行经皮冠状动脉介入(PCI)治疗的糖尿病合并急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)患者的效果。**方法** 选取 2018 年 10 月至 2019 年 10 月在该院行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者 100 例作为研究对象, 根据治疗方案将其分为观察组和对照组, 每组各 50 例。对照组在 PCI 后给予双联抗血小板治疗, 观察组在 PCI 后给予三联抗血小板治疗。对比两组治疗前后的炎症因子水平、不良反应发生情况。**结果** 治疗后观察组炎症因子水平低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 三联抗血小板治疗可抑制行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者的炎症反应, 降低不良反应发生率。

关键词: 糖尿病; 急性 ST 段抬高型心肌梗死; 经皮冠状动脉介入; 三联抗血小板

中图分类号: R542. 22

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)01-0116-03

急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)是临床较为常见的疾病, 其主要是由于冠状动脉发生堵塞, 导致心肌出现缺血性坏死, 而糖尿病是临床上较为常见的内分泌科疾病, 其主要是由于机体内分泌失衡而导致, 临床上常用经皮冠状动脉介入(PCI)治疗糖尿病合并急性 STEMI 患者, 迅速建立血管通道, 但术后患者仍然要服用抗血小板药物来维持治疗^[1]。目前, 较为常用的治疗药物为双联抗血小板药物, 其可起到抑制血小板的作用, 但长期应用部分患者可能出现出血现象, 导致整体治疗效果不佳^[2]。三联抗血小板药物是较为新型的抗血小板聚集药物, 其具有起效快、血栓清除效果佳等优势。本研究旨在探讨三联抗血小板治疗对行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 10 月至 2019 年 10 月在本院行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者 100 例作为研究对象, 根据治疗方案将其分为观察组和对照组, 每组各 50 例。对照组男性 25 例、女性 25 例; 年龄 35~78 岁, 平均年龄(56. 25±6. 23)岁; 体质量(BMI)为 22~27 kg/m², 平均 BMI 为(24. 23±

0. 56)kg/m²。观察组男性 26 例、女性 24 例; 年龄 37~80 岁, 平均(58. 32±7. 28)岁; BMI 为 23~27 kg/m², 平均 BMI 为(25. 23±0. 48)kg/m²。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1)符合文献[3]中 PCI 治疗标准; (2)入组前未接受其他治疗; (3)资料完整。排除标准: (1)患有精神分裂症, 无法配合; (2)言语障碍, 不可沟通; (3)严重感染; (4)过敏史。本研究经本院伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组给予双联抗血小板(阿司匹林+氯吡格雷)治疗, 其中阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20171021, 规格: 100 mg)口服治疗, 每次 300 mg, 1 次/天; 硫酸氢氯吡格雷片[赛诺菲(杭州)制药有限公司, 国药准字 H20056410, 规格: 75 mg]口服治疗, 首次剂量为每次 600 mg, 术后维持 75 mg/d, 1 次/天。观察组在对照组的基础上加用盐酸替罗非班氯化钠注射液[远大医药中国有限公司, 国药准字 H20041165, 规格为 100 mL 盐酸替罗非班(C₂₂H₃₆N₂O₅S)5 mg 与氯化钠 0. 9 g]治疗, 10 μg/kg, 3 min 内缓慢注射完毕, PCI 术后 48 h 以 0. 15 μg·kg⁻¹·min⁻¹ 剂量持续静脉泵入。两组均治疗 6

个月。

1.3 观察指标 对比两组治疗前后的炎性因子、不良反应发生情况。炎性因子包括血清 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平,采集静脉血 5 mL,3 000 r/min 离心 10 min 分离,采用酶联免疫吸附试验法检测。不良反应发生情况包括心源性猝死、心律失常、再次心肌梗死、脑卒中及支架内血栓形成。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 统计软件进行数

据分析,计数资料用%表示,行 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组炎性因子比较 治疗后观察组炎性因子低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组不良反应发生情况比较 观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组患者炎性因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	17.82 \pm 3.23	7.23 \pm 1.18*	18.42 \pm 2.41	8.38 \pm 2.31*	15.81 \pm 3.43	7.29 \pm 2.31*
观察组	50	18.71 \pm 5.48	5.23 \pm 1.26*	19.32 \pm 2.72	4.15 \pm 1.32*	16.45 \pm 4.28	5.19 \pm 2.41*
t		0.989	8.192	1.751	11.242	0.825	4.448
P		0.325	<0.001	0.083	<0.001	0.411	<0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	心源性猝死	心律失常	再次心肌梗死	脑卒中	支架内血栓形成	不良反应发生率
对照组	50	2(4.00)	3(6.00)	1(2.00)	2(4.00)	1(2.00)	9(18.00)
观察组	50	0(0.00)	1(2.00)	0(0.00)	1(2.00)	0(0.00)	2(4.00)
χ^2							5.005
P							0.025

3 讨 论

糖尿病行 PCI 治疗后常伴有急性 STEMI 并发症,严重影响患者的生活质量,有效的治疗可改善患者的生活质量^[4]。双联抗血小板治疗虽具有一定的治疗效果,但治疗时间长,且需经过代谢以后才可发挥作用,导致患者的临床依从性较差,且易产生心律失常等不良反应。

三联抗血小板治疗主要由阿司匹林、氯吡格雷及替罗非班组成,其中替罗非班属于一种非肽类血小板 GP II b/III a 受体拮抗剂,其中的血小板 GP II b/III a 受体的连接区域被 RGD 序列所占据,抑制多种相关物质介导的血小板聚集功能;而阿司匹林是临床常用的抗血小板聚集的药物;氯吡格雷属于一种噻吩并吡啶药物,其经过肝脏代谢后才可发挥出抑制血小板聚集的作用^[5-6]。

炎症反应在糖尿病合并急性 STEMI 的发生发展中占据重要地位,炎性因子可损伤内皮,促使单核细胞与内皮黏附,还可通过损伤血管内皮功能,在各因素相互作用下加速疾病进展^[7]。PCI 术后血管内皮损伤,相关炎症细胞被激活,大量炎性因子和生长因子被激活,介导炎症相关信号通路,这无疑又加重机体损伤。其中 CRP、IL-6、TNF- α 是该过程中重要的

促炎因子,监测其水平能有效反映机体炎症状态。本研究结果显示,治疗后观察组患者炎性因子水平低于对照组,提示三联抗血小板治疗可抑制行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者的炎症反应,分析其原因为阿司匹林及氯吡格雷作为抗血小板聚集药物的代表^[8-9],其中阿司匹林能通过不可逆抑制环氧化酶-1 和环氧化酶-2 抑制血小板聚集;氯吡格雷活性产物可不可逆抑制二磷酸腺苷与 P2Y12 受体相结合,使血小板活性受到抑制,在一定程度上可控制机体炎症水平。在此基础上增加替罗非班可通过抑制患者体内的 P-选择素表达水平,阻止血小板激活过程中炎症物质和缩血管物质的释放,下调炎症水平;同时能增强内皮细胞介导的扩血管作用,改善血流循环,促进炎性因子消散,进而达到抗炎的作用^[10-11]。

抗血小板聚集是治疗糖尿病合并急性 STEMI 患者的重要方法,然而尽管采用双联抗血小板治疗,患者仍可能会因对阿司匹林或氯吡格雷低反应性而出现不良心血管事件,达不到预期生物学效应,而且有研究报道,上述两种药物的低反应性发生率可达 1%~45%,这一情况提示双联抗血小板治疗存在客观抵抗现象^[12]。本研究结果显示,观察组患者不良反应发生率低于对照组,提示三联抗血小板治疗可降低

行 PCI 治疗的糖尿病合并急性 STEMI 患者的不良反
应发生率,分析其原因可能为三联抗血小板治疗通过
在双联抗血小板治疗上加用替罗非班,其可加强抑制
血小板聚集的效果,还可有效降低血栓负荷,改善血
流情况、增加心肌组织的血液灌流,降低患者的不良
反应发生率。

综上所述,三联抗血小板治疗可抑制行 PCI 治疗
的糖尿病合并急性 STEMI 患者的炎症反应,降低不
良反应发生率。

参考文献

[1] 刘洋,刘恒亮,陈奇,等.三联抗血小板治疗对老年女性糖
尿病急性心肌梗死患者的疗效探讨[J].中华老年心脑血
管病杂志,2019,21(10):1041-1045.

[2] 张军.围术期两种抗血小板方案应用对行 PCI 治疗 STE-
MI 患者血流灌注恢复效果、MACE 及出血事件风险的影
响[J].岭南心血管病杂志,2019,25(2):155-158.

[3] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中华心
血管病杂志编辑委员会.中国经皮冠状动脉介入治疗指南
2012(简本)[J].中华心血管病杂志,2012,4(4):271-277.

[4] 倪楚民,郭海森,蔡志雄,等.替格瑞洛、阿司匹林、替罗非
班三联抗血小板药物联合阿托伐他汀钙用于急性 ST 段
抬高型心肌梗死介入治疗的效果观察[J].现代中西医结
合杂志,2018,27(35):30-34.

[5] 韩娟萍,张卫泽,张汉平,等.氯吡格雷联合替罗非班用于
STEMI 患者 PCI 术后的抗血小板治疗及对血清炎症因
子的影响[J].检验医学与临床,2020,17(10):104-107.

[6] 金彦彦,白融,叶明,等.不同抗血小板治疗策略对急性
ST 段抬高型心肌梗死患者冠状动脉血流及预后的影响
[J].中国介入心脏病学杂志,2019,27(6):340-346.

[7] 黄玲芳,狄宁宁,申恂,等.瑞舒伐他汀与替格瑞洛联合应
用对行经皮冠状动脉介入治疗的急性 ST 段抬高型心肌
梗死患者血清内皮素-1,组织型纤溶酶原激活物水平的
影响[J].中国医院用药评价与分析,2020,20(2):200-
203.

[8] 李博.三联抗血小板方案在 STEMI 患者 PCI 术后的应用
效果[J].临床医学,2020,40(1):63-65.

[9] 柯佳,韩燕.抗血小板药物作用靶点的研究进展[J].中
国药房,2020,31(20):2551-2556.

[10] 杨华.冠心病 PCI 术后三联抗血小板治疗疗效及安全
性的 Meta 分析[D].南宁:广西医科大学,2019.

[11] 刘洋,陈奇,刘恒亮,等.三联抗血小板对女性糖尿病 ACS
患者的疗效和安全性探讨[J].重庆医学,2020,49(5):
732-738.

[12] 李佳霖.急性 ST 段抬高型心肌梗死患者应用三联抗血
小板药物的出血相关因素分析[D].张家口:河北北方学
院,2018.

(收稿日期:2021-03-03 修回日期:2021-11-05)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.01.033

授权原理与路径化健康教育对胃溃疡伴胃出血患者饮食管理行为的影响

代 静

郑州大学第二附属医院消化内科,河南郑州 450000

摘要:目的 探讨授权原理与路径化健康教育对胃溃疡伴胃出血患者饮食管理行为的影响。方法
2019 年 1—12 月选取该院胃溃疡伴胃出血患者 82 例,应用随机数字表将患者分为观察组($n=41$)及对照组
($n=41$),对照组实施常规健康教育,观察组实施授权原理与路径化健康教育,比较两组干预前后健康知识、饮
食管理行为、用药依从性及预后情况。**结果** 干预后观察组健康知识评分、饮食管理行为总评分、用药依从性
评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗总有效率及满意度高于对照组,而观察组复发率
低于对照组,观察组胃液潜血转阴时间、大便潜血转阴时间短于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。
结论 授权原理与路径化健康教育能有效提高胃溃疡伴胃出血患者饮食知识水平及用药依从性,从而提高患
者治疗效果及治疗满意度。

关键词:授权原理; 路径化健康教育; 胃溃疡; 胃出血; 饮食管理行为

中图法分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2022)01-0118-04

胃溃疡是消化内科的多发性疾病,患者病情迁延
难愈,随着病情的加重,极易诱发胃穿孔、胃出血等并
发症,严重威胁患者生命安全^[1]。胃溃疡伴胃出血患
者行止血治疗后需对其进行饮食指导,避免饮食不当
增加患者再出血风险^[2]。研究指出^[3],加强胃溃疡伴
胃出血患者健康教育可提高患者饮食相关知识水平
及用药依从性,改善患者预后。授权原理与路径化健

康教育主要通过最大限度激发患者潜能,增强患者术
后康复信心,提高患者疾病管理能力及健康意识,从
而促进患者术后康复^[4]。既往授权原理与路径化健
康教育主要用于尿路造口患者的造口管理中,并获得
一定的效果^[5]。但关于授权原理与路径化健康教育在
消化内科患者中的应用目前尚没有相关报告,因此本研
究将探讨授权原理与路径化健康教育对胃溃疡伴胃出