

◆护理研究论著◆

前位辨证施护路径对急性心肌梗死患者BNP水平的影响

李亚轩, 傅晓霞, 陈志珍, 谢正强

湛江市第一中医医院, 广东 湛江 524043

[摘要] 目的: 观察前位辨证施护路径对急性ST段抬高型心肌梗死的B型尿钠肽(BNP)水平影响。方法: 将60例溶栓并静脉滴注血栓通注射液的急性ST段抬高型心肌梗死病例分为2组, 观察组28例采用前位辨证施护路径, 对照组32例采用常规辨证施护模式。比较2组治疗前后BNP的水平及心功能变化临床疗效。结果: 2组治疗7天后BNP水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗14天后, 观察组BNP水平与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 观察组优于对照组。心功能分级改善总有效率治疗组高于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 前位辨证施护路径可改善早期急性心肌梗死心功能状态。

[关键词] 急性心肌梗死; 前位辨证施护; B型利钠肽(BNP)

[中图分类号] R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0277-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.123

急性心肌梗死是心血管系统的危重症, 病死率高。BNP(B型利钠肽, B-type natriuretic peptide)可以准确地反映左心室功能的变化, 是诊断及判断急性心肌梗死的重要指标^[1]。有效及时的护理干预对于改善患者的预后、预防心力衰竭非常重要。笔者对本院收治的急性ST段抬高型心肌梗死(ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI)病例, 采用了前位辨证施护路径, 观察其对患者BNP水平的影响, 观察其对急性心肌梗死心功能的影响, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断: 参照《内科学》^[2]相关标准。

1.2 一般资料 观察病例为2010年1月1日—2013年12月31日住院诊断为急性ST段抬高型心肌梗死并符合溶栓适应症的病例, 共60例。2组患者均由急诊科入院后收至心内科监护病房(CCU)抢救治疗。按随机数字表法的原则, 观察组28例采用前位辨证施护, 对照组32例采用传统辨证施护。2组患者年龄、性别、病程、危险分层、入院时BNP水平等经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2组患者均使用100 mL生理盐水加尿激酶150万U, 45 min内静脉滴注溶栓^[3]; 另以5%葡萄糖注射液250 mL加

入血栓通注射液(三七总皂甙)250 mg, 静脉滴注, 每天1次, 连续治疗7天。其他常规治疗方法2组相同^[4]。

2.1 对照组 采用传统辨证施护路径(入院第2天开始辨证施护)。

2.2 观察组 采用医院拟定的前位辨证施护路径, 具体流程: (1)患者在急诊科确诊为急性抬高型心肌梗死后立即启动绿色通道。急诊科一名护士接诊, 建立静脉通路, 吸氧、心电监护。心内科CCU另外立即派遣一名护士到急诊科应诊, 随即开展初步中医辨证施护流程: 评估其初步病情, 分析病因。心肌梗死属于中医学范畴之“真心痛”, 常因骤食肥甘厚腻、大喜大悲大怒大惊诱发。根据病因有针对性地给予患者及家属言语安慰及心理疏导, 及时将患者转送至心内科CCU病房。(2)CCU病房同时有两名护士接诊, 及时备好抢救药物及除颤仪等。两人都具备5年以上中医心内科护理工作经验, 熟练掌握“真心痛”的中医辨证施护路径, 能独立进行电除颤、气管插管等操作。其中一名必须为护师以上职称。(3)患者入CCU后立即给予持续心电监护, 密切观察心率、心律、血压等生命体征变化, 及时描记十八导联心电图。建立两条静脉通路, 备好溶栓药物及溶栓前抽血物品。首诊护士率先进行初步中医辨证, 根据分析结果进行辨证施护。证同护亦同, 证异护亦异, 采用“同病异护”和“异病同护”的方法处理。(4)入院第2

[收稿日期] 2015-03-25

[基金项目] 广东省医学科研基金立项课题(B2012351)

[作者简介] 李亚轩(1976-), 女, 主管护师, 主要从事心内科临床护理工作。

天,CCU 主管护士对患者进行具体中医体质辨识,以“实则攻之、虚则补之,寒则热之、热则寒之,气滞者理气、血瘀者活血”确定下一步护理措施,配合医师进行各项中医特色疗法:气虚质、阳虚质外敷温补心肾之“壮肾灵”药包^④,痰湿质者灸丰隆,血瘀质者穴位贴敷自制丹参膏^⑤。(5)同时指导患者的饮食,鼓励患者发病初期忌烟酒、以清淡、高纤维饮食为宜,气虚质、阳虚质忌冷饮,阴虚、痰湿质者忌煎炸发物,血瘀质者酌情进活血化瘀之药膳,气郁质者多怡情;床边解二便,切忌如厕督责。根据患者体质辨识结果,指导患者住院期间及出院后的药膳治疗及生活起居调理。(6)积极与患者及家属沟通,辨证施护中以“未病先防”和“既病防变”为原则,掌握疾病传变途径,防止并发症,在疾病康复期防止病情反复。如患者可能因泵衰竭而出现血压波动,糖尿病患者可能因应激状态出现血糖波动,继发的其他脏器的再缺血灌注损伤如肾衰竭等。告知家属相关注意事项:例如患者住院第1周绝对卧床休息,限制探视;第2周床上活动等,以免过早活动增加心肌耗氧量。(7)患者整个住院过程中,护士长、主管护师每天查房,指导主管护士负责护理质量,制定辨证施护具体计划,进行中医健康宣教,如调情志,动静有常,和谐适度,远房室,适四时,顺性情,服药饵。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察患者入院时、第7天及第14天的B型尿钠肽(BNP)水平;②患者入院时及治疗14天后评估患者心功能。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0软件包对数据进行统计学分析,计数资料比较用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较用 t 检验。

4 疗效标准与护理结果

4.1 疗效标准 参照文献[7],采用NYHA分级评价患者心功能改善。显效:心衰控制或心功能提高2级以上者。有效:心功能提高1级,但不及2级者。无效:心功能提高不足1级者。加重:心功能恶化或死亡。

4.2 2组治疗前后BNP水平比较 见表1。2组治疗7天后BNP水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗14天后,观察组BNP水平与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组优于对照组。

表1 2组治疗前后BNP水平比较 $(\bar{x} \pm s)$ pg/mL

组别	n	治疗前	治疗7天	治疗14天
观察组	28	580 ± 60	389 ± 24	184 ± 20 ^①
对照组	32	560 ± 58	366 ± 16	352 ± 10

与对照组同期比较,① $P < 0.05$

4.3 2组心功能分级改善疗效比较 见表2。心功能分级改善总有效率观察组高于对照组,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组心功能分级改善疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
观察组	28	13	12	3	0	89.3 ^①
对照组	32	11	9	8	4	62.5

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

有效及时的护理能预防急性心肌梗死早期并发症发生。BNP是提示患者心功能预后的有力指标,得到有效治疗的心梗患者的BNP水平呈现进行性下降趋势^⑧。本课题组采用上述治疗方法治疗的心梗患者BNP水平下降^⑨。中医辨证施护在指导患者心功能恢复、生活及情绪调节等方面有长足之处;而前位护理是预防急性心肌梗死泵衰竭有效干预手段^⑩。笔者等改良前位护理模式,结合中医辨证论治特色,进行前位辨证施护,于患者入院前,在急诊便开展辨证施护,确切提高中医护理人员的急救医疗服务意识。辨证,就是将四诊(望、闻、问、切)所收集的资料、症状和体征,通过分析辨清病因、病位、病性及邪正关系,概括判断为何病、何证。施护,则是根据辨证的结果确定相应的护理方法。辨证是决定护理的前提和依据,施护是护理疾病的手段和方法。辨证施护它注重人、病、证三者之间的关系,是中医护理的精华,是指导中医临床护理的基本原则。七情常为“真心痛”致病病因,即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化。真心痛患者发病时,脏腑气血功能紊乱,情绪波动剧烈。心内科护士在急诊就及时辨识患者内伤七情发病机理,积极进行安抚措施,优化了院前急救程序,使CCU做好相关准备,有效挽救患者生命,更为后续中医治疗打下良好基础。辨识体质,从而制定防治原则,选择相应的治疗、预防、养生方法,进行“因人制宜”的治疗措施,能更有效地改善疗效。本研究表明,治疗14天后,治疗组BNP水平下降优于对照组,心功能分级改善,提示前位辨证施护能有效改善心功能。而7天内2组BNP水平差异无统计学意义,提示急性心肌梗死病情重,急性期长,治疗复杂,辨证施护必须贯穿整个疗程;也可能与收集病例较少,未能进一步讨论2组患者溶栓成功与否的影响有关。总而言之,前位辨证施护路径这一护理模式的建立使得辨证施护重要性得到进一步深化,中医辨证与治疗更加紧密结合,更有效地降低心肌梗死患者BNP水平。

[参考文献]

- [1] Mukoyama M, Nakao K, Hosoda K, et al. Brain natriuretic peptide as a novel cardiac hormone in humans: Evidence for an exquisite dual natriuretic peptide system, atrial natriuretic peptide and brain natriuretic peptide[J]. J Clin Invest, 1991, 87: 1402-1412.
- [2] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出

- 版社, 2006: 283- 297 .
- [3] 中华心血管病杂志编委会. 急性心肌梗死溶栓法参考方案[J]. 中华心血管病杂志, 1996, 24(5): 318- 329 .
- [4] 血栓通注射液对急性心肌梗死再灌注损伤防治作用[J]. 中成药, 2014, 36(5): 933 .
- [5] 傅晓霞, 吕健, 杨帆. 壮肾灵方外敷联合西药治疗心肾阳虚、水瘀内阻型慢性心力衰竭的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(7): 808- 811 .
- [6] 杨帆. 穴位贴敷治疗胸痹心痛 60 例疗效观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(2): 56- 57 .
- [7] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 69- 85 .
- [8] Morita E, Yasue H, Yoshimura M, et al. Increased plasma levels of brain natriuretic peptide in patients with acute myocardial infarction [J]. Circulation 1993, 88: 82-91 .
- [9] 傅晓霞, 肖文剑, 李亚轩. 血栓通注射液对急性心肌梗死 BNP 水平影响研究[J]. 今日药学, 2014, 24(4): 273- 275 .
- [10] 李宏伟, 张艳芹, 陈涛. 前位护理路径对急性心肌梗死并发泵衰竭的干预效果分析[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(3): 347- 349 .

(责任编辑: 刘淑婷)

脾肾气虚型慢性肾炎中医治疗与护理效果观察

刘静

丽水市中医院肾内科, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察肾衰宁胶囊联合中医辨证施护对脾肾气虚型慢性肾炎的疗效。方法: 将 90 例脾肾气虚型慢性肾炎患者随机分为 2 组各 45 例。2 组均给予基础护理和健康宣教, 对照组给予常规治疗; 治疗组在对照组的基础上给予肾衰宁胶囊联合进行中医辨证施护进行治疗, 2 组疗程均为 4 周。结果: 治疗组经治疗后 24h 尿蛋白定量较治疗前下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 且其水平值低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组经治疗后血肌酐 (SCr)、尿素氮 (BUN) 的水平 and 尿红细胞计数均低于治疗前 ($P < 0.01$), 对照组治疗前后, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组经治疗后血清总蛋白 (TP) 和白蛋白 (ALB) 水平较治疗前上升, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 且 TP 水平值高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。总有效率治疗组 88.9%, 对照组 71.1%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肾衰宁胶囊联合中医辨证施护对脾肾气虚型慢性肾炎疗效确切。

[关键词] 慢性肾炎; 脾肾气虚型; 中医护理; 肾衰宁胶囊

[中图分类号] R692.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2015) 07- 0279- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.124

慢性肾炎是一种病程长, 起病隐匿, 发病机制复杂的肾小球疾病, 临床表现为血尿, 蛋白尿, 水肿和高血压等症状, 病程持续发展将引起肾功能不同程度的损伤, 最终导致慢性肾衰竭, 严重的影响了患者的生存和生活质量^[1]。作为一种免疫介导的复杂肾脏炎症性疾病, 西医在临床治疗中尚无满意的治疗方案。本研究根据慢性肾小球肾炎脾肾气虚的临床证型, 采用中医辨证施护的方法对 90 例慢性肾炎患者进行治疗, 结果总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]拟定: ①发病缓慢, 随病情发展, 临床出现肾功能减退、贫血等症状, 感染可诱发肾炎的急性发作, 病情可缓解或加重; ②出现水肿、高血压、蛋白尿、血尿等症状的一种或多种, 可伴有肾病综合征。病程中可有肾炎急性发作, 常因感染(如呼吸道感染)诱发。有些病例可自行缓解, 有些病例出现病情加重。

1.2 中医辨证标准 脾肾气虚型辨证标准^[2]拟定: ①主症: 腰

[收稿日期] 2015-03-15

[作者简介] 刘静 (1980-), 女, 主管护师, 主要从事肾脏病临床护理工作。