

# OI

2019年11月  
第1卷第1期



德国阿尔海默斯国际学术出版社  
ALHERMES INTERNATIONAL ACADEMIC PRESS



# 临床医学研究

## Clinical Medical Research



本刊由谷歌学术、中文知网全文收录，所有录入文章通过国际权威检测查重系统“Crossref”的检测并经过专家审定，每篇出版文章拥有全球唯一的国际文献标识码（DOI码），德国国家图书馆存档，本刊遵循国际开放获取出版原则全球公开发行人，欢迎投稿和下载阅读。

Copyright © 2019 by Alhermes International Academic Press Dresden

All right reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, without the prior permission of the publisher, or authorization.

## 目 录

六味地黄丸治疗糖尿病肾阴虚证的临床探究	
李业永	1
浅谈瓷贴面美学修复技术临床效果	
陈丽娟	5
浅谈儿科临床用药安全护理风险管理	
段桂仙	9
浅谈经脐单孔腹腔镜胆囊切除术临床应用	
姚峰平	13
浅谈临床一线医生心理压力现状分析及措施	
李知	17
细菌性肝脓肿临床特点和治疗的探讨	
张慧	21

## 六味地黄丸治疗糖尿病肾阴虚证的临床探究

作者：李业永 工作单位：第四军医大学西京医院

**摘要：**目的：探究六味地黄丸医治糖尿病肾阴虚证的临床效果。方法：将2017年5月—2018年5月该院内分泌科收治的104例糖尿病肾阴虚证患者纳入研究对象范畴，结合患者个人医治意愿将一切患者划分为各组52例的对照组及调查组；对照组患者实施惯例医治，调查组患者实施六味地黄丸医治，比照两组患者的医治有效率及尿蛋白排泄量。成果比照医治成果发现，对照组医治有效率为75.00%，与调查组96.15%比较二者差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；比照医治成果发现，对照组医治前后尿蛋白排泄量与调查组比较二者差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：糖尿病肾阴虚证实施六味地黄丸医治的效果显著，能明显提高医治有效率消除临床症状，取得令人满意的医治效果，值得在临床医治范畴使用推广。

**关键词：**六味地黄丸；糖尿病肾阴虚证；临床效果

作为目前临床最为常见的内分泌疾病之一，糖尿病严重威胁患者生命健康，而糖尿病肾阴虚证是糖尿病的典型并发症[1-2]。由于大多数糖尿病患者机体长期处于代谢紊乱状态，其肾脏组织极易出现病理性改变，造成阴虚燥热及气阴两虚，长期以往形成淤血导致精气外泄，直至形成糖尿病肾阴虚证[3-4]。从中医理论角度来看，糖尿病肾阴虚证以滋阴补肾为治疗理念。鉴于此，该文以2017年5月—2018年5月收治的104例患者为研究对象，重点探究六味地黄丸治疗糖尿病肾阴虚证的临床效果，现将研究结果报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基本资料

将该院内分泌科收治的104例糖尿病肾阴虚证患者纳入研究对象范畴，结合患者个人治疗意愿将所有患者划分为各组52例的对照组及观察组。其中，对照组52例患者中男女比例为31:21（即男女例数分别为31例及21例），年龄最高者74岁、年龄最低者52岁，平均年龄为（ $63.8 \pm 5.7$ ）岁，平均病程为（ $5.3 \pm 2.1$ ）个月；观察组52例患者中男女比例为32:20（即男女例数分别为32例及20例），年龄最高者73岁、年龄最低者51岁、平均年龄为（ $63.7 \pm 5.6$ ）岁，

平均病程为 (5.2±2.2) 个月。结合上述资料发现, 对比两组患者基本信息 (例如: 性别及年龄等) 不存在明显差异性, 侧面说明两组患者具备纳入对比的研究价值, 并且要求所有患者及其家属均于实验前签署同意书, 基本了解实验内容及实验流程, 该实验得到该地伦理协会审查及批准。

## 1.2 治疗方法

对照组患者实行常规治疗, 即: 控制日常膳食, 以高蛋白及低糖低钠低脂饮食为主, 指导患者开展户外运动, 3次/d, 50mg/次于餐前口服阿卡波糖 (该药物国药准字号为 H19990205), 结合患者血糖指标适当调整用药剂量, 递增至 0.1g/次。观察组患者在此基础上实行六味地黄丸治疗, 即: 3次/d, 8粒/次口服六味地黄丸 (该药物国药准字号为 Z41022128、九剂 200S 型浓缩丸)。

### 1.3 判定标准

血糖指标恢复正常且临床症状基本消失为显效、血糖指标趋向正常且临床症状有所改善为有效、血糖指标及临床症状均无任何变化为无效[5]。同时, 分别统计 2 组患者治疗前后尿蛋白排泄量指标波动幅度。

### 1.4 统计方法

该实验选择 SPSS18.0 统计学软件进行数据收集及数据处理, 将 (%) 视为计数资料的表现形式且选择  $\chi^2$  检验标准进行研究, 将 ( $\bar{x} \pm s$ ) 视为计量资料的表现形式且选择 t 检验标准进行研究,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗有效率对比

对比治疗结果发现, 对照组治疗有效率为 75.00%与观察组 96.15%相比两组数据差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组患者治疗前后尿蛋白排泄量对比

对照组治疗前尿蛋白排泄量为 (155.2±13.1) mg/24h、治疗后尿蛋白排泄量为 (126.4±10.7) mg/24h; 观察组治疗前尿蛋白排泄量为 (154.8±13.2) mg/24h、治疗后尿蛋白排泄量为 (75.3±8.5) mg/24h。对比治疗结果发现, 对照组治疗前后尿蛋白排泄量与观察组相比, 两组数据差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

糖尿病指胰岛素分泌缺陷或胰岛素抵抗产生以血糖过高为典型临床症状的

代谢性疾病，其临床症状包括代谢紊乱、多饮多食多尿、体重下降及全身乏力，以超过 45 岁中老年人作为好发人群。受人口老龄化形势严峻及生活方式发生翻天覆地变化的影响，我国糖尿病发生率呈逐年递增趋势。从中医理论角度来看，糖尿病发病机制与素体阴虚间关系密切，大多数患者往往五脏柔弱，一旦劳欲过度、情志失调、嗜食肥甘及饮食不节则肾阴虚亏及肺胃燥热，以阴虚燥热为病理病机，而长期以往阴损及阳造成阳虚寒凝，甚至导致淤血内停[5]。糖尿病肾阴虚证作为糖尿病最为常见的并发症之一，肾病早期气阴两虚且痰热郁结于肾脏脉络，以水肿尿浊、两腿无力、腰膝酸软及眩晕耳鸣为临床症状。目前临床治疗糖尿病肾阴虚证以滋阴补肾为治疗理念，立足于肾阴虚证的发病机制。六味地黄丸是中成药物浓缩丸，其有效成分包括泽泻、茯苓、山药、牡丹皮、酒萸肉及熟地黄[6]。其中，熟地黄由玄参科植物地黄根块炮制加工形成，包含磷酸、多种氨基酸、多种糖类、维生素 A、甘露醇、核黄素及梓醇等有效成分，能滋阴补肾及填精益髓；酒萸肉（又称肉枣、红枣皮及药枣），是山茱萸干燥成熟果肉，口味酸涩且性质微温，具有固脱涩精的作用；牡丹皮是毛茛科植物牡丹的根皮，包含芍药甙、牡丹酚原甙、牡丹酚甙及牡丹酚，能清热凉血及消瘀和血；山药性质平和且口味甘甜无毒性，能归脾肾肺经，具有益气健脾及补气开达等作用。

综上所述，糖尿病肾阴虚证实行六味地黄丸治疗的效果显著，能明显提高治疗有效率消除临床症状，取得令人满意的治疗效果，值得在临床治疗领域使用推广。

#### 参考文献：

- [1]李业永. 六味地黄丸辅助治疗糖尿病肾阴虚证的临床疗效分析[J]. 环球中医药, 2015, 8 (S1) : 11.
- [2]金玉良. 六味地黄丸治疗糖尿病肾阴虚证的临床分析[J]. 糖尿病新世界, 2015 (13) : 27-28.
- [3]金洪键, 刘丹妮. 六味地黄丸治疗糖尿病（肾阴虚证）89 例临床疗效观察[J]. 糖尿病新世界, 2014, 34 (23) : 17.
- [4]麦合权, 曹燕娟. 六味地黄丸辅助治疗糖尿病肾阴虚证的临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33 (9) : 18-19.
- [5]何宏鑫. 滋阴补肾中药治疗糖尿病肾阴虚证的临床疗效分析[J]. 现代养生, 2016 (12) ,

190.

[6]申红强, 曹明明. 探讨滋阴补肾中药治疗糖尿病肾阴虚证的临床效果[J]. 糖尿病新世界, 2017, 20 (12) : 11-12.

## 浅谈瓷贴面美学修复技术临床效果

作者：陈丽娟 工作单位：北京协和医院

**摘要：**目的：探究瓷贴面美学修正技能的临床使用作用。方法：50例（135颗牙齿）进行瓷贴面美学修正的患者作为研究对象，调查患者术后1、6、12、24、36个月时的牙齿康复状况，评价瓷贴面美学修正技能的临床使用作用。成果50例（135颗牙齿）患者复查时均未见牙齿敏感状况，未见牙龈炎、继发龋状况。医治后12个月复查时有3颗瓷贴面修正体呈现开裂状况，属咬硬物所造成的；医治后24个月复查时另有2颗瓷贴面修正体呈现开裂状况，患者有夜磨牙史；医治后36个月复查时有6颗瓷贴面呈现边际着色状况，与患者长期吸烟有直接关系。修正体色彩改变均在正常范围之内。结论：瓷贴面美学修正技能在牙齿修正中的使用有着良好的作用，其对患者牙体安排的磨损及损伤较小，贴面硬度及强度高，具有较高的临床使用价值，值得进行广泛的推行和使用。

**关键词：**瓷贴面；美学修复；超波热压

瓷贴面美学修复技术是前牙修复治疗中较常使用的治疗方式，能够有效改善患者前牙轻度扭转、畸形牙、前牙缺损以及前牙变色等情况，瓷贴面在临床治疗中主要是将修复体粘贴在患者前牙唇面中，对患者自身牙齿进行保护，能够有效降低对患者自身牙齿造成的伤害[1]，本次研究选取本院2013年7月~2014年7月收治的50例（135颗牙齿）进行瓷贴面美学修复的患者作为此次研究对象，探究瓷贴面美学修复技术的临床应用效果。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料选取本院2013年7月~2014年7月收治的50例（135颗牙齿）进行瓷贴面美学修复的患者作为此次研究对象，其中包括四环素着色牙29颗，前牙间隙36颗，切端缺损49颗，畸形牙21颗。患者年龄14~53岁，平均年龄（35.36±6.03）岁。所有患者咬情况均正常，且牙周组织良好，均详细了解此治疗方式，自愿选择且签署相关知情同意书。

### 1.2 方法

1.2.1 牙体预备对患者牙齿情况进行拍照，制取分析模型，根据患者情况确定患者牙体预备的方式及基本情况，按照牙齿贴面的预备情况，在患者唇面植被



引导沟，因此为标志进行唇面预备。在颈缘 0.2mm 部分预备前凹形沟，边缘需保持平整光滑，根据患者实际情况考虑是否需要排龈处理，牙齿邻面的预备需处理至邻接区唇侧位置，制作凹形斜面，大小为 0.3mm，不可损伤患者修复牙齿邻接区域，切端位置设计时以对接形和开窗形为主，以上各项工作完成后使用西码金刚砂车针对整体预备体进行磨合处理，消除倒凹情况，如患者牙体较小，则无需进行牙体预备。

1.2.2 确定贴面颜色及制作印模制取完成后，在自然光环境下，依照患者的肤色、唇色、年龄、临牙颜色以及患者自身意愿确定瓷贴面的颜色，根据基本情况及要求送至工厂制作瓷贴面。

1.2.3 试戴及固定修复体试戴过程中需要详细检查瓷贴面与患者牙齿的贴合情况，佩戴后表面是否有高点，边缘结合是否紧密，是否有悬突情况出现，与相邻牙齿的连接面是否合适。观察贴面颜色选择患者满意的粘结剂，使用牙齿相同颜色的粘结剂进行粘结，粘结完成后需使用金刚砂车针对边缘进行抛光处理，分开牙齿的脸面。

1.3 观察指标及判定标准统计本次研究中 50 例（135 颗牙齿）患者修复完成后 1、6、12、24、36 个月时的恢复情况，评价标准以美国公共健康协会的修正标准为主，评价标准主要包含完整性、修复体颜色、边缘着色、边缘密合度、牙龈以及继发龋 6 个方面，每个方面的评判标准分为 A、B、C 3 个级别，每个级别有相对应的评价标准[2, 3]。美国公共健康协会的修正标准见表 1。

## 2 结果

50 例（135 颗牙齿）患者复查时均未见牙齿敏感情况，未见牙龈炎、继发龋情况。治疗后 12 个月复查时有 3 颗瓷贴面修复体出现断裂情况，属咬硬物所致；治疗后 24 个月复查时另有 2 颗瓷贴面修复体出现断裂情况，患者有夜磨牙史；治疗后 36 个月复查时有 6 颗瓷贴面出现边缘着色情况，与患者长期吸烟有直接关系。修复体颜色变化均在正常范围之内。见表 2。

## 3 讨论

据相关医学研究显示，瓷贴面美学修复术中，5 年内瓷贴面的修复成功率>90%，瓷贴面属于半透性、高强度的二硅酸锂玻璃基陶瓷，具有极强的抗弯曲强度，全瓷材料与传统的金瓷冠相比光学性能更高，能够确保光线投射过全瓷修

复体，能够将部分光线进行反射，同时能够达到投射效果，使修复体的外观更加真实美观，但是这一特性与修复体的基本情况有着非常密切的关系，并非所有的修复体都能够达到这一效果，全瓷贴面修复材料的通透性是影响其外观的主要因素，且厚度越厚，透光性越差，另外粘结剂的颜色及材料选择也会对瓷贴面的颜色以及牢固性造成一定的影响，据相关医学研究显示，光固化树脂粘结剂的颜色较为稳定，尤其在四环素牙等变色严重牙齿修复中具有良好的应用效果，能够有效提升对牙齿颜色的掩盖效果，因此，此类患者在牙齿修复中要谨慎选择瓷贴面的修复方式。当患者实施瓷贴面修复术时牙体预备体位置在牙釉质内部且未接触到牙齿本质，能够有效降低患者牙齿的敏感情况，同时能够提升粘结剂的强度，能够有效提升牙齿修复效果[4-6]。

本次研究中，50例（135颗牙齿）患者复查时均未见牙齿敏感情况，未见牙龈炎、继发龋情况。治疗后12个月复查时有3颗瓷贴面修复体出现断裂情况，属咬硬物所致；治疗后24个月复查时另有2颗瓷贴面修复体出现断裂情况，患者有夜磨牙史；治疗后36个月复查时有6颗瓷贴面出现边缘着色情况，与患者长期吸烟有直接关系。修复体颜色变化均在正常范围之内。

综上所述，瓷贴面美学修复技术在前牙修复中的应用具有良好的效果，不仅能够有效提升患者前牙修复质量，提升修复成功率还能够有效延长修复时间，降低对患者自身牙体的伤害，提升患者的修复满意度，具有较高的临床应用价值，值得进行广泛的推广和应用。

#### 参考文献：

- [1]陈丽娟, 孟庆飞, 万延俊. 不同设计类型的IPSEmpress铸瓷贴面前牙美学修复的疗效观察. 国际口腔医学杂志, 2016, 43(5): 511-514.
- [2]余跃. 铸瓷贴面与全瓷冠用于前牙美学修复的效果评价. 临床医学研究与实践, 2016, 1(23): 76-77.
- [3]范宗健, 何瑶, 惠雯婷, 等. 前牙IPSe.maxPress瓷贴面美学修复的临床效果评价. 中国美容医学杂志, 2017, 26(2): 108-110.
- [4]李强. 全瓷冠在前牙美学修复中的临床应用与效果评价. 全科口腔医学电子杂志, 2016, 3(14): 33-34.
- [5]付嵘, 张沙沙. 瓷贴面与全瓷冠在前牙美学修复中的运用. 中国社区医师, 2016, 32(30):

97-98.

[6] 范红专, 李瑾. 上前牙邻面龋树脂充填后全瓷贴面修复临床观察. 中国冶金工业医学, 2017, 26 (10) : 93-95.

## 浅谈儿科临床用药安全护理风险管理

作者：段桂仙 工作单位：四川大学华西医院

**摘要：**目的：研究在儿科临床用药安全防护中采取护理危险管理的临床使用效果。方法：选取 50 例发生不良用药事情的住院患儿的临床资料进行回顾性分析研究，患儿均实施护理危险管理，总结护理后不良用药事情的诱发原因，提出合理的有用处理对策。成果 50 例住院患儿的不良用药事情中，医嘱执行发生过错占比为 40.00%（20/50），查对不完善导致的过错占比为 22.00%（11/50），用药操作导致的过错占比为 18.00%（9/50），护理素质要素导致的过错占比为 10.00%（5/50），实习带教不严格导致的过错占比为 8.00%（4/50），未检出过期药品导致的过错占比为 2.00%（1/50）。结论：儿科临床用药过程中护理安全隐患比较多，需要临床医师将护理危险管理力度提高，显著改进护理人员的服务态度、专业水平以及责任意识，降低护理不安全用药事情发生率，保证儿科临床用药安全。

**关键词：**儿科；临床用药安全；护理风险管理

将 2016 年 12 月～2017 年 12 月参与诊治的 50 例住院患儿作为此次数据分析研究分析目标，评估和报道分析护理风险管理应用对用药安全的影响。现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料选取 2016 年 12 月～2017 年 12 月本院参与诊治的 50 例发生不良用药事件的住院患儿，女 24 例，男 26 例；年龄最大 5.0 岁，最小 0.5 岁，平均年龄（2.33±0.89）岁。50 例住院患儿及其家属均在充分阅读和了解本院制定的有关同意书之后自愿签字认可，并且得到本院伦理委员会认可和批准。

### 1.2 方法

1.2.1 落实规章制度医院全面落实和贯彻相关规章制度，保证临床用药安全，对医嘱进行重新优化核对，及时进行处理，落实医嘱制度，完善核对制度，将护理人员工作责任制度全面明确，采取双人核对制度认真处理医嘱和特殊用药情况，医嘱执行过程中及时和医护人员沟通发现的问题，一般医院医师不执行口头医嘱，必要的时候需要确认 2 次及以上，在确定不存在错误之后执行医嘱。强

化护士责任意识，有效处理和解决儿科患儿的问题，降低患儿家属询问以及呼叫按铃次数，降低护理人员日常护理的相关干扰因素。每日核对全区医嘱情况，以便于及时发现和处理存在的问题。统一制定护士站的安全信息提示板，详细记录特殊用药时间和用药情况，认真做好交接班核对制度，避免发生遗漏。

1.2.2 强化护理人员职业素质医院需要为护理人员建立正确的安全护理意识和法制观念，确保用药安全，定期组织护理人员学习法律法规相关知识，采取典型案例方式开展宣传教育，提升护理人员自我约束力和责任感，将护理人员风险意识和慎独精神显著提升。护理人员需要对患儿基本情况以及药物治疗计划进行明确，将患儿家长健康指导工作切实做好，促使患儿家长全面了解药理作用以及药品名称，将用药依从性显著提升，制定科学的口服药品发放制度，达到看服到口的目的。培训科室人员药学知识，儿科存在比较复杂的用药情况，需要拓展护理人员药学知识，了解常用药物的基本作用、注意事项以及药物不良反应，仔细阅读新药以及一些特殊药品的相关说明书。

1.2.3 遵守临床儿科用药操作标准医院需要全面认真地贯彻和落实无菌操作相关要求，液体遵守现配现用的原则，避免药物发生变质以及污染，液体配置过程中应该对配伍禁忌进行明确，通过双头输液器输液过程中严禁同时开放一个通道内的两组液体。对药物剂量进行准确计算，双人核算地西洋以及氨茶碱等特殊用药情况，用药量 $<1\text{ml}$ 时，应该以

$1\text{ml}$ 注射器进行正确抽吸；依据儿科患儿的药物性质、年龄、病情对输液顺序进行合理安排，同时及时调整患儿的临床输液速度，对药物使用输液泵或者微量泵滴速进行严格控制。认真勤巡视患儿病房，对用药中患儿病情变化情况进行密切观察，检查是否存在液体渗漏现象，完成输注之后进行及时更换。在对患儿药物过敏试验之前，需要对患儿是否存在过敏史进行严格检查，对于存在过敏史患儿不可开展皮试处理。

1.2.4 强化儿科药品安全管理设置儿科专人管理药品，对药品质量进行定期检查，每周进行1次清点，避免发生药品过期以及积压等现象，通过红色笔对3个月内要过期药品进行记录，详细标记失效日期，以便于提升医护人员的护理风险管理力度。定位存放药品，装入装盒、统一设计标签，对药品基数进行合理制定，并且遵守说明书的相关规范要求。严格遵守近期先用、先进先出的药物用药

原则，使用急救药品之后应该及时进行补充。专柜专锁管理高危药品、毒药品、麻药品。

1.2.5 强化病区的日常管理护士长应该对病区日常管理进行强化，维持安静舒适的环境，合理应用静脉留置针，将护理人员焦躁情绪和工作强度减少；每日将五查工作切实做好，并且对全病区护理质量进行随时检查，注重新进护理人员的日常工作状态，合理搭配中班、节假日以及夜班护理人员，采取新老互补方式进行处理，实时监管不同班次护理人员的用药情况，及时发现安全隐患，强化实习护理人员的管理。

1.3 观察指标观察分析患儿的不良用药事件分布情况。

## 2 结果

50 例住院患儿的不良用药事件中，医嘱执行发生错误占比为 40.00%

(20/50)，查对不完善导致的错误占比为 22.00% (11/50)，用药操作导致的错误占比为 18.00% (9/30)，护理素质因素导致的错误占比为 10.00% (5/50)，实习带教不严格导致的错误占比为 8.00% (4/50)，未检出过期药品导致的错误占比为 2.00% (1/50)。见表 1。 3 讨论

药物治疗是临床治疗儿科疾病的关键方式，世界各大医疗机构都全面关注临床合理用药情况，不合理使用药物不但可能产生较大经济费用，也非常容易诱发人身安全相关问题，影响患儿生存质量[1-3]。科室合理用药是临床药学的基本核心内容，儿童因存在不完善和不健全的自身机能发育情况，促使存在较高的敏感性，所以，临床上儿科的用药合理性十分显著[4-7]。临床护理各个环节中都可能产生护理风险，其中用药安全比较常见，在护理各方面都展现安全用药的重要性，如果临床用药发生安全问题，会威胁患儿生存健康和生存质量[8-11]。本次数据显示，50 例住院患儿的不良用药事件中，医嘱执行发生错误占比为 40.00% (20/50)，查对不完善导致的错误占比为 22.00% (11/50)，用药操作导致的错误占比为 18.00% (9/50)，护理素质因素导致的错误占比为 10.00% (5/50)，实习带教不严格导致的错误占比为 8.00% (4/50)，未检出过期药品导致的错误占比为 2.00% (1/50)。综上所述，将护理风险管理应用在儿科临床用药安全过程中具有显著作用，可降低儿科不良用药事件发生率。

参考文献：

- [1]段桂仙. 儿科临床用药安全护理风险管理. 儿科药学杂志, 2015, 21 (6) : 47-49.
- [2]徐小琴. 儿科临床用药安全的护理风险管理. 中医药管理杂志, 2016, 24 (24) : 79-80.
- [3]赵梦, 郑迎. 加强儿科临床用药安全的护理风险管理. 中医药管理杂志, 2016, 24 (11) : 67-69.
- [4]温毅芸. 儿科静脉输液小组在护理风险管理中的作用与影响. 今日健康, 2016, 15 (12) : 215.
- [5]吕雪. 儿科护士医疗护理风险意识调查分析及对策. 中国卫生产业, 2017, 14 (30) : 156-157.
- [6]郑文娟. 研究护理风险管理在儿科门诊输液中的应用价值. 大家健康 (学术版), 2016, 11 (12) : 191-192.
- [7]秦玲玲. 儿科临床用药安全护理风险管理. 医药卫生 (全文版), 2015, 7 (6) : 00168.
- [8]王美凤. 儿科临床用药安全的护理风险管理措施. 中医药管理杂志, 2017, 25 (3) : 85-86.
- [9]曾彬, 李有香, 邓昌惠, 等. 儿科临床常见护理风险管理护理体会. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2014, 14 (2) : 209.
- [10]徐伟萍. 风险管理在临床护士用药安全中的应用探讨. 安徽医药, 2008, 12 (3) : 281-282.
- [11]张丽英. 护理风险管理与患者安全. 临床合理用药杂志, 2010, 3 (12) : 216-217.

## 浅谈经脐单孔腹腔镜胆囊切除术临床应用

作者：姚峰平 工作单位：中国人民解放军总医院

**摘要：**目的：经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的临床使用效果。方法：109例行腹腔镜胆囊切除术患者，根据自愿准则分为调查组（50例）与对照组（59例）。调查组选择经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗，对照组选择传统腹腔镜胆囊切除术治疗。比较两组临床指标、术后痛苦及镇痛用药状况、手术满意度、并发症发生状况。结果调查组术中出血量少于对照组，住院时刻及术后排气时刻短于对照组，但手术时刻长于对照组，差异均具有统计学含义（ $P < 0.05$ ）。调查组术后痛苦评分（ $1.10 \pm 0.78$ ）分显著低于对照组的（ $2.49 \pm 1.24$ ）分，术后痛苦时刻（ $1.65 \pm 0.47$ ）d显著短于对照组的（ $2.39 \pm 0.82$ ）d，差异均具有统计学含义（ $P < 0.05$ ）；调查组镇痛用药率8.00%显著低于对照组的23.73%，差异具有统计学含义（ $P < 0.05$ ）。调查组外观满意度评分（ $4.96 \pm 0.35$ ）分、机能满意度评分（ $4.89 \pm 0.12$ ）分均显著高于对照组的（ $3.89 \pm 0.31$ ）、（ $3.16 \pm 0.35$ ）分，差异均具有统计学含义（ $P < 0.05$ ）。调查组并发症发生率为6.00%（3/50），显著低于对照组的22.03%（13/59），差异具有统计学含义（ $P < 0.05$ ）。结论：经脐单孔腹腔镜胆囊切除术可有用改进临床指标，减轻患者痛苦，下降并发症发生率，有用进步患者的术后满意度，是安全可靠的手术办法。

**关键词：**经脐单孔；三孔；腹腔镜；胆囊切除术

腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊良性疾病的金标准[1]。随着微创外科的不断发展，小创伤甚至是无痕手术已经成为外科医师的目标，因此腹腔镜的操作方式在逐渐发生转变[2]。本科在掌握三孔腹腔镜胆囊切除术的基础上，于2014年逐步开展经脐单孔腹腔镜胆囊切除术，为探讨经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的临床疗效，回顾性分析2017年6月~2018年6月来本院行腹腔镜胆囊切除术患者109例，现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料选取2017年6月~2018年6月就诊的109例行腹腔镜胆囊切除术患者，根据自愿原则分为观察组（50例）与对照组（59例）。观察组患者中，男32例，女18例；年龄20~70岁，平均年龄（ $37.0 \pm 12.9$ ）岁；病程2个



月~16年。对照组患者中,男37例,女22例;年龄19~71岁,平均年龄(36.0±12.2)岁;病程4个月~15年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 方法

1.2.1 对照组选择传统腹腔镜胆囊切除术治疗。术前准备和麻醉后,采用Veress气腹针穿刺造气腹,采用三孔法于脐旁1.0cm、上腹0.5cm及剑突下1.0cm处切开,置入腹腔镜器械后游离胆囊三角,夹闭胆囊管、胆囊动脉后切断,取出胆囊后送病检,缝合切口,术后常规放置腹腔引流管[3]。

1.2.2 观察组选择经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗。术前准备、麻醉方式与对照组相同,于脐内上缘做2.2~2.4cm弧形切口,逐层切开入腹,置入单孔三通道装置,三通道分别放置5mm腹腔镜、直操作器及弯操作器,分离钳分离胆囊系膜前后层,夹闭胆囊动脉,离断胆囊管,剥离胆囊并切除,取出胆囊后送病检,缝合切口,术后常规放置腹腔引流管。

1.3 观察指标及判定标准①记录两组临床指标,包括术中出血量、手术时间、住院时间、术后排气时间;②采用视觉模拟评分法(VAS)评价术后疼痛情况[4],分值越低痛觉越轻,并记录术后疼痛时间,同时统计镇痛用药情况;③患者手术满意度评价参照Brow手术整体满意度评分量表进行评价[5],包括外观满意度和机能满意度评分,分值越高满意度越好;④记录术后并发症类型及例数,包括出血、损伤、感染、胆漏、脐疝。

1.4 统计学方法采用SPSS18.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组临床指标比较观察组术中出血量少于对照组,住院时间及术后排气时间短于对照组,但手术时间长于对照组,两组比较差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

2.2 两组术后疼痛及镇痛用药情况比较观察组术后疼痛评分( $1.10\pm 0.78$ )分明显低于对照组的( $2.49\pm 1.24$ )分,术后疼痛时间( $1.65\pm 0.47$ )d明显短于对照组的( $2.39\pm 0.82$ )d,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组镇痛用

药率 8.00%明显低于对照组的 23.73%，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

2.3 两组手术满意度比较观察组外观满意度评分 ( $4.96\pm 0.35$ ) 分、机能满意度评分 ( $4.89\pm 0.12$ ) 分均明显高于对照组的 ( $3.89\pm 0.31$ )、( $3.16\pm 0.35$ ) 分，差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

2.4 两组并发症发生情况比较观察组并发症发生率为 6.00% (3/50)，明显低于对照组的 22.03% (13/59)，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

### 3 讨论

腹腔镜胆囊切除术经历了四孔法、三孔法、两孔法至单孔法的发展历程，这是外科医生在保证治疗效果的同时，不断追求微创和美容效果的过程[6]。自 2007 年 Podolsky 等实施第 1 例经脐单孔腹腔镜胆囊切除术以来，国内实施该术式的报道逐年增加，本科亦在掌握三孔腹腔镜胆囊切除术的基础上于 2014 年开展该术式的临床研究。本文旨在进一步验证其临床疗效和安全性。

本研究显示：在临床指标方面，观察组的术中出血量少于对照组 ( $P<0.05$ )，证明单孔术式具有创伤小的优势；观察组住院时间、术后肛门排气时间短于对照组 ( $P<0.05$ )，证明切口越少，造成的腹壁和脏器的损伤越少，创伤恢复越快，出院时间越早；观察组的手术时间长于对照组 ( $P<0.05$ )，与郭建飞[7]的研究不一致，究其原因可能与术者操作熟练度、术者与助手配合度以及胆囊病变的严重程度的差异性有关。在术后疼痛及镇痛用药方面，观察组术后疼痛评分 ( $1.10\pm 0.78$ ) 分明显低于对照组的 ( $2.49\pm 1.24$ ) 分，术后疼痛时间 ( $1.65\pm 0.47$ ) d 明显短于对照组的 ( $2.39\pm 0.82$ ) d，差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )；观察组镇痛用药率 8.00%明显低于对照组的 23.73%，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。证明了单孔术式减少了表皮神经和腹壁神经的损伤几率，疼痛发生率和时效都会相应的降低；在手术满意度方面，因单孔术式创伤小、恢复快，无论在美学角度还是技能恢复方面都具有明显优势，这在调查问卷中也得到了验证；在并发症方面，观察组并发症发生率为 6.00% (3/50)，明显低于对照组的 22.03% (13/59)，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

综上所述，在熟练掌握腹腔镜操作技术的基础上行经脐单孔腹腔镜胆囊切除术是安全可靠的手术方法，经脐单孔腹腔镜胆囊切除术可有效改善临床指标，减轻患者痛苦，降低并发症发生率，有效提高患者的术后满意度。

参考文献：

- [1]姚峰平, 柏文庆, 顾石, 等. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术 22 例. 中国微创外科杂志, 2015, 15 (5) : 470-471.
- [2]宋丽娟, 李胜利. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术与传统腹腔镜胆囊切除术护理分析. 中国实用医药, 2017, 12 (35) : 55-56.
- [3]赵雷. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术的临床应用及安全性探讨. 临床军医杂志, 2015, 43(5): 513-515.
- [4]李琦, 吴海滨. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术与传统三孔法腹腔镜胆囊切除术的疗效比较. 临床肝胆疾病杂志, 2017, 33 (9) : 1758-1761.
- [5]项海, 项秉该, 林振亮, 等. 三孔与单孔腹腔镜切除术治疗急性阑尾炎合并胆囊炎的疗效对比. 中国内镜杂志, 2017, 23 (1) : 65-69.
- [6]程晓剑, 章安庆, 叶显道, 等. 经脐单孔与传统腹腔镜胆囊切除术的比较研究. 安徽医药, 2013, 17 (7) : 1180-1181.
- [7]郭建飞. 经脐单孔腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石、胆囊息肉 100 例疗效观察. 中国民康医学, 2017, 29 (24) : 31-32.

## 浅谈临床一线医生心理压力现状分析及措施

作者：李知 工作单位：上海交通大学医学院附属瑞金医院

**摘要：**针对临床一线医师心思压力巨大、业务焦虑和职业倦怠问题杰出的现状，心思干预、缓解压力的首要对策是：展开心思治疗，解决心思问题；建立心思支撑体系，减轻心思负担；加强交流理解，缓解舆论压力；坚持人文关怀，营造全心育人环境。

**关键词：**临床一线；医生；心理压力；现状；对策

随着医学模式的不断转变，医疗服务行业面临前所未有的挑战，疾病越发复杂，患者就医的心理期望不断增强，临床一线医生承受巨大压力，心理健康问题也与日俱增。正视临床一线医生的心理压力问题，分析其原因及影响因素，有效干预临床一线医生的心理危机已成为目前亟待解决的重要问题。为准确掌握当前临床一线医生在工作中面临的压力，笔者结合自身专业，采用心理测试、个别访谈、问卷调查等方式，对临床一线医生进行了为期三个月的调查，通过综合分析和研究，对临床一线医生的心理健康状况有了深入了解。

### 一、临床一线医生工作中的心理压力现状

#### 1、工作的特殊性所带来的心理压力很大

(1) 超负荷劳动强度使得临床一线医生长期身心疲劳，心理负担过重。随着医学模式的转变，医护工作由单一的看病治疗转为为病人提供生理、心理、社会的全面服务，这就需要医护人员为此付出更多的劳动和精力。调查显示，80%以上的临床一线医生在工作中存在疲劳感和倦怠感，存在较大的职业压力。

(2) 医疗行业的高风险性使得临床一线医生长期处于神经高度紧张状态，心理压力较大。医院治疗量大，看病过程中，稍有疏忽就会导致医疗事故的发生，同时，临床一线医生每天接触各种病源以及病菌，其自身感染的机率也大大增加，调查显示，有85%的临床一线医生对自己工作存在“又喜欢又害怕”的心理，在工作中存在焦虑感和紧张感。

(3) 环境的特殊性所带来的压力。医疗工作是一项具有较大挑战性的职业，即要面对各种病人痛苦折磨和死亡的残酷现实，又要面对各种各样病人和病人家属交往的考验，极易导致心理负荷的加重和身体疲劳。

(4) 业务能力要求日益增加带来的焦虑。一个医生从见习医师到住院医师再到主治医师以及之后的不断晋升职称，除了要有精湛的专业技术外，还需要经历许多的业务考试、相关部门的检查考核以及自身科研成果，这种心理压力使他们产生自卑、焦虑、抑郁等消极情绪。

## 2、社会舆论压力大，医患关系紧张

由于部分群众缺乏与医生间的沟通理解，对医生产生误解，进而产生对医生谩骂甚至殴打等暴力行为，医生常常沦为患者暴力的受害者和医疗纠纷的被告，严重影响了医生的正常执业环境，调查显示，90%以上的临床一线医生担心在行医过程中与患者及其家属发生纠纷，有50%的医生担忧自身权利受到危害。

## 3、在高强度、超负荷、高风险的工作环境下，易产生职业倦怠压力

临床一线医生工作长期处在同一领域，对于相同的信息每天都要大量的接收，重复的工作环境，重复的工作程序，难免会产生错觉以及心理上疲劳，同时追求政治进步、保障家庭婚姻、子女上学就业等多方面问题难以平衡，部分医生表现出顾此失彼、力不从心，产生危机感和不安全感，导致职业倦怠的发生，在工作中容易产生失望、郁闷等不良情绪。

## 二、提升临床一线医生心理健康水平的有效对策

### 1、开展心理治疗，解决心理问题

(1) 采用“望”、“闻”、“问”、“切”及时发现心理问题。“望”就是察言观色，人的心理是通过行为表现出来的，如一个人最近突然变得沉默寡言或脾气暴躁了，多数表明此人近期存在一定心理问题，需及时心理疏导；“闻”就是通过他人评价来进行判断。听听同事、患者对医生的评价，听听外界有没有该医生的负面消息投诉等，进而了解医生变化；“问”就是通过问卷、访谈等方法进行调查，人的心理压力不会空穴来风，总是先有外因再改变内因的，要根据看到和听到的异常表现，有目的性地去了解医生最近的状况；“切”就是切入问题，针对了解到的问题，甄别是属于思想问题还是心理问题，思想问题要通过思想政治工作解决，否则就要启动心理治疗来解决。

(2) 运用“合理情绪疗法”有效干预心理问题。所谓心理治疗，首先以和来访者即检查员建立良好的咨询关系为基础，经过专业的心理咨询师对来访者开展帮助，解决他们的心理问题，促进他们人格健康发展。合理情绪疗法就是比较

常用的心理治疗方法之一。该疗法是美国临床心理学家艾利斯在 20 世纪 50 年代创立的心理治疗理论及方法[1]。它的基本理论是 ABC 理论，认为诱发性事件 A 只是引起情绪及行为反应 C 的间接原因，人们对诱发性事件所持的信念、看法、解释 B 才是引起人的情绪及行为反应 C 的直接原因[2]。对临床一线医生在工作中因压力过大而产生心理问题，采用合理情绪疗法，具体咨询、矫正过程具体如下：

①心理诊断阶段。首先与出现心理问题的临床一线医生沟通交流，关心关注理解他们，同她们建立良好信任的咨询关系，在此基础上，倾听他们的叙述，全面深入系统的收集他们的资料，找出他们当前的心理问题，以及不合理的思维方式及信念。向其指出他们存在不合理的信念，为什么会这样以及不合理信念对他们情绪心理所造成的影响。

②证明阶段。向出现心理问题的临床一线医生讲解合理情绪疗法的基本理论，让其认识到之所以存在情绪困扰，与他们自身存在的不合理信念有关，要想解决问题，就要消除不合理信念。

③辩论阶段。让出现心理问题的临床一线医生同他们自身不合理的信念开展辩论，辩论过程中逐渐认清不合理信念，继而放弃不合理信念，继而认知发生变化。

④重建阶段。与出现心理问题的临床一线医生一起巩固谈话过程中他们所领悟到的认知改变，放弃原来的不合理信念，重建新的行为反应模式，学会用积极的信念去解决问题。

## 2、建立心理支持体系，减轻心理负担

开通 24 小时心理咨询电话、心理咨询交流网，全方位无间隔的进行心理咨询工作；定期开展团体心理辅导，预防、发现和校正医生常见的心理问题；定期举办心理交流会，促使医生掌握一些必要的心理知识，强化他们自身的心理防御系统；定期组织医生进行心理检查，对其心理状态进行有效监控；制作“心理帮助卡”，将医生常遇心理问题种类以及解决方法写入卡中，帮助他们及时度过心理难关；把心理行为训练作为日常业务培训中的一项重要内容，开展放松训练、压力训练、应激训练等团体心理训练，提高临床一线医生心理调节能力；教授家属一些简单实用的心理减压技巧、减压环境设置等，使其能更好的支持和帮助医生

改善家庭环境，减轻心理压力，促使临床一线医生更好的工作。

### 3、加强沟通理解，缓解舆论压力

积极做好医院公关工作，加强与公众、媒体的沟通，争取社会的理解和支持，提高患者的认识和理解，对于部分群众虚假、恶意投诉，第一时间核查、澄清，切实维护医生的合法权利，让医生能安心工作；严格执行各类规章制度，减少医疗差错，杜绝医疗事故，进而减少不安全感带来的压力；增强医生自我防范意识以及对不安全因素的防范能力，加强处突演练，以便出现危机事件时医生能迅速反应、医院能及时响应。

### 4、坚持人文关怀，营造拴心育人环境

加大对临床一线医生人文关怀力度，切实解决其后顾之忧，最大限度调动其工作积极性。一是深入了解临床一线医生思想、情绪以及家庭状况，重点掌握其工作、生活、家庭方面的困难需求；二是从实际出发，竭尽全力解决临床一线医生实际困难，如子女入托、上学、就业，家属医疗保健等方面的问题，消除他们的后顾之忧，让他们能安心工作，缓解因家庭实际困难而产生的心理压力；三是加强沟通交流，畅通情感宣泄渠道，不定期的开展聚会交流，为临床一线医生搭建一个能诉说困难苦恼，缓解精神压力的平台，医生与患者之间、医生与家属之间、家属与家属之间、同事与同事之间、上级与下级之间进行情感交流，有效缓和夫妻、亲子、同事、医患之间关系；四是建立并完善岗位激励机制，在职务晋升、立功授奖、休假补休方面向临床一线医生倾斜，努力提高其福利待遇，做到工作上关心、物质上重奖，营造拴心育人的内部环境，不断激发医生队伍活力和战斗力。

#### 参考文献：

[1]王铁梅，于秋波.合理情绪疗法及其应用研究[N].佳木斯大学社会科学学报，2007（3）.

[2]刘晓明，张明.心理咨询的理论与技术[M].长春：东北师范大学出版社，2003. 237-251.

## 细菌性肝脓肿临床特点和治疗的探讨

作者：张慧 工作单位：复旦大学附属华山医院

**摘要：**目的：探究细菌性肝脓肿（PLA）的临床特征、病原学分布及医治等状况，为临床诊断与医治提供根据。方法：回顾性剖析安徽医科大学榜首隶属医院 2015 年 3 月~2018 年 6 月住院医治的 132 例细菌性肝脓肿患者的临床特征、病原学分布及医治等状况。结果 132 例 PLA 均匀年纪（52.70±18.20）岁，以发热（83.33%）、右上腹痛（50.76%）为首要临床表现。完成脓液和血培育并检出细菌 92 例，其中肺炎克雷伯杆菌 50 例（54.35%），大肠埃希菌 31 例（33.70%），金黄色葡萄球菌 9 例（9.78%），粪肠球菌 2 例（2.17%）。PLA 根底疾病中以胆道疾病（胆结石胆囊炎、胆管炎等）居多，达 100 例（75.76%）；肾脏疾病（肾囊肿、肾功能反常等）90 例（68.18%），糖尿病 87 例（65.91%），高血压 72 例（54.55%），冠心病 27 例（20.45%），恶性肿瘤 22 例（16.67%）。患者入院后均予单纯或联合抗菌药物抗感染医治，其中有 72 例（54.55%）例 PLA 患者单独进行抗菌药物医治，均匀住院时间（37.63±6.08）d；35 例（26.52%）患者抗菌药物医治根底上，一起在 CT 或超声引导下经皮穿刺引流，均匀住院时间（25.83±5.57）d；抗菌药物医治根底上外科手术医治 25 例（18.94%），均匀住院时间（20.44±4.39）d，三组住院时间比较，差异有统计学含义（F=27.8，P<0.05）。结论：PLA 高发于年纪较大的患者，致病菌首要为肺炎克雷伯杆菌和大肠埃希菌，采用抗菌药物结合穿刺引流能缩短住院时间，疗效较好。

**关键词：**细菌性肝脓肿；伴发症；病原体

细菌性肝脓肿（pyogenic liver abscess, PLA）是指化脓性细菌等病原体感染在肝脏内部形成脓肿，脓肿通常会导致周围组织出现炎症反应，从而造成腹部疼痛和肿胀，严重者可导致全身炎症反应综合征而致命。如果没有及时治疗，细菌性肝脓肿可以造成致命性损伤，死亡率可达到 6%~11.3%[1]。临床上该病的致病原因可分为胆源性、血源性和隐源性。近年来原因不明的隐源性肝脓肿病例呈上升趋势，病原菌分布亦有不同[2]。随着临床诊断技术以及治疗手段的提高，病死率大幅下降。关于安徽地区的 PLA 研究报道近年来出现的次数较少，本研究对安徽医科大学第一附属医院近 3 年收治的 PLA 病例的临床特征、病原学与治疗



结果数据进行汇总分析，为安徽地区 PLA 临床研究提供科学依据。

## 1 资料与方法

1.1 研究对象 选择安徽医科大学第一附属医院 2015 年 3 月~2018 年 6 月收治的 132 例 PLA 患者为研究对象。纳入标准：①有细菌性肝脓肿相关表现，如寒战高热、肝区疼痛、乏力纳差等全身症状；②存在符合细菌性肝脓肿的体征，如有肝区压痛或叩击痛阳性等；③相关辅助检查符合细菌性肝脓肿的表现，如血常规白细胞计数、中性粒细胞百分比升高，血清转氨酶升高，血培养或脓液培养出致病菌，经肝脏 B 超、肝脏 CT、肝脏等检查符合肝脓肿表现。有相关临床表现、体征或符合影像学表现的病例作为研究对象。排除标准：①未明确诊断细菌性肝脓肿的病例；②诊断为阿米巴肝脓肿、结核性肝脓肿、真菌学肝脓肿等其他非细菌性肝脓肿病例。

1.2 方法 收集患者的一般资料以及主要的临床表现、血培养或（和）脓液培养的病原学结果、各种实验室检查结果、合并症、治疗方式、住院时间及治疗效果等临床资料。

1.3 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS16.0 进行统计分析，对符合正态分布的计数资料用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，两组以上比较采用方差分析，计量资料采用 (%) 表示，采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般情况 132 例细菌性肝脓肿患者中，男性 92 例 (69.70%)，女性 40 例 (30.30%)，年龄 27~87 岁，平均年龄 (52.70 $\pm$ 18.20) 岁，其中  $\geq$ 65 年龄段占比 62.12% (82/132)，住院时间的平均天数 (31.25 $\pm$ 9.18) d。

2.2 临床症状 PLA 患者临床症状主要表现为高热、寒战 110 例 (83.33%)，发热 1 周以上的患者 72 例 (54.55%)；右上腹疼痛 67 例 (50.76%)，右下腹疼痛 30 例 (22.73%)，肝区叩痛 115 例 (87.12%)，黄疸 37 例 (28.03%)。

2.3 实验室检查 入院时，132 例患者的胆红素平均水平为 (25.80 $\pm$ 2.60)  $\mu$ mol/L，白蛋白平均水平为 (26.33 $\pm$ 4.34) g/L，中性粒细胞计数为 (13.64 $\pm$ 5.21)  $\times 10^9$ /L，超敏反应蛋白 (122.43 $\pm$ 67.91) mg/L，降钙素原 (10.50 $\pm$ 27.63) ng/ml，谷草转氨酶 (172.83 $\pm$ 68.69) U/L，谷氨酰基转移酶 (175.47 $\pm$ 61.72) U/L。

2.4 合并其他疾病 PLA 伴发症中以胆道疾病（胆结石胆囊炎、胆管炎等）居多，达 100 例（75.76%）；肾脏疾病（肾囊肿、肾功能异常等）90 例（68.18%），糖尿病 87 例（65.91%），高血压 72 例（54.55%），冠心病 27 例（20.45%），恶性肿瘤例 22（16.67%）。

2.5 病原体检测 对 132 例患者进行血培养，对穿刺引流患者的脓液予以细菌培养，培养结果阳性 92 例，阳性率 69.70%，此次培养的常见病原体有肺炎克雷伯杆菌 50 例（54.35%），大肠埃希菌 31 例（33.70%），而金黄色葡萄球菌 9 例（9.78%），粪肠球菌 2 例（2.17%）。

2.6 影像学检查 95 例（71.97%）患者进行了腹部 CT 检查，明确诊断单发脓肿 72 例（75.79%），多发脓肿 23 例（24.21%）。有 37 例（28.03%）患者进行了腹部超声检查，诊断单发脓肿 20 例（54.05%），多发脓肿 17 例（45.95%）。肝脓肿直径约为 2.6~18cm，平均（6.34±3.78）cm，另有 3 例患者进一步行 MRI 检查。

2.7 感染途径 其中胆源性 PLA 所占比例 70 例（53.03%）最高，血源性 PLA 患者 35 例（26.52%），隐源性 PLA 患者 20 例（15.15%），医源性 PLA 患者 7 例（5.30%）。

2.8 治疗与预后 患者入院后均予单纯或联合抗菌药物抗感染治疗，其中有 72 例（54.55%）PLA 患者单独进行抗菌药物治疗，平均住院时间（37.63±6.08）d；35 例（26.52%）患者抗菌药物治疗基础上，同时在 CT 或超声引导下经皮穿刺引流，平均住院时间（25.83±5.57）d；抗菌药物治疗基础上外科手术 25 例（18.94%），平均住院时间（20.44±4.39）d，三组住院时间比较，差异有统计学意义（ $F=27.80$ ， $P<0.05$ ）。132 例 PLA 患者经治疗后，治愈 78 例，52 例患者病情明显好转后，转诊回当地医院继续治疗；接受单纯患者或联合抗菌药物组中 2 例患者死亡，抗菌联合穿刺引流组及抗菌联合外科手术组无患者死亡，三组患者治疗效果比较，差异无统计学意义（ $\chi^2=1.69$ ， $P=0.43$ ）。

### 3 讨论

PLA 近年来在急诊已经成为了不可忽视的疾病，本研究显示 PLA 患者的平均发病年龄为（52.70±18.20）岁，这一结果与 PLA 发病年龄呈上升趋势相一致[3]。资料显示，糖尿病患者细菌性肝脓肿发生几率为非糖尿病患者的 3.6 倍[4]。本

研究 PLA 患者中合并伴发症以糖尿病较为常见 (65.91%)，与张慧等研究相似。出现该现象的原因可能与我国居民生活水平提高，人口老龄化加重有关。PLA 是继发性感染性疾病，其感染来源于多个途径，主要是通过细菌直接或间接感染肝脏而形成脓肿。报道指出，PLA 患者发生胆道疾病的频率也逐渐增加。研究显示 [1, 7]，肺炎克雷伯杆菌在亚洲地区已成为 PLA 的主要致病菌，包括韩国以及台湾地区。而美国等地链球菌则被认为是主要致病菌。本研究以肺炎克雷伯杆菌 (54.35%) 与大肠埃希菌 (33.70%) 为常见菌，提示在安徽地区肺炎克雷伯杆菌与大肠埃希菌是造成 PLA 的主要致病菌。

影像学技术对 PLA 的诊断和治疗发挥着重要的作用，主要包括超声、CT 和 MRI。超声检查的简便性以及无创伤性优点，使超声在肝脓肿诊断应用上最为广泛，可对脓肿部位进行定位和定性检查，并能够辅助经皮穿刺引流。在本次研究中，经超声确诊的 PLA 有 37 例。CT 和 MRI 技术的引入，让 PLA 的敏感性高于超声检查，因此，对肝脓肿进行诊断与治疗时，要结合多方位的影像学检查。

针对 PLA 的治疗，主要有抗菌药物治疗、超声引导下的穿刺引流及置管引流和外科手术三种。抗菌药物一般初始方案可选择应用能覆盖 G+和 G-细菌的大剂量广谱抗生素，并加用抗厌氧菌。在药物临床经验提示在抗菌药物治疗的基础上，联合超声引导下经皮穿刺引流治疗是目前较为合适的方法。但在实际操作时，应根据患者的生理状况、合并并发症及脓肿数量与大小来选择合适的方法。对于下列情况如：①非手术引流无效者；②脓肿壁较厚，需优先处理原发性疾病；③脓肿较大已经穿破胸腔或腹腔等，需要进行手术切开引流治疗。经内科治疗无明显效果或需要手术处理胆道疾病时，应考虑外科手术治疗。本组资料显示，虽然上述三种治疗方法在患者好转及治愈率上无差异，但抗菌药物基础上辅助经皮穿刺引流治疗等，可以缩短住院时间，使患者受益。

#### 参考文献：

- [1]周宜庆,周洁,曾敏,等.93例细菌性肝脓肿患者临床特征分析[J].中国医师杂志,2017,19(10):1524-1527.
- [2]禹远远.10例2型糖尿病患者合并细菌性肝脓肿的临床分析[J].中国民康医学,2014,26(22):62-73.
- [3]张慧,张照如,李家斌.细菌性肝脓肿合并糖尿病患者的临床特点[J].中华传染病杂志,

2017, 35 (6) : 364-368.

[4] 虞胜镭, 翁心华. 成人细菌性肝脓肿的抗感染治疗要点与进展[J]. 实用肝脏病杂志, 2015, 18 (4) : 337-339.