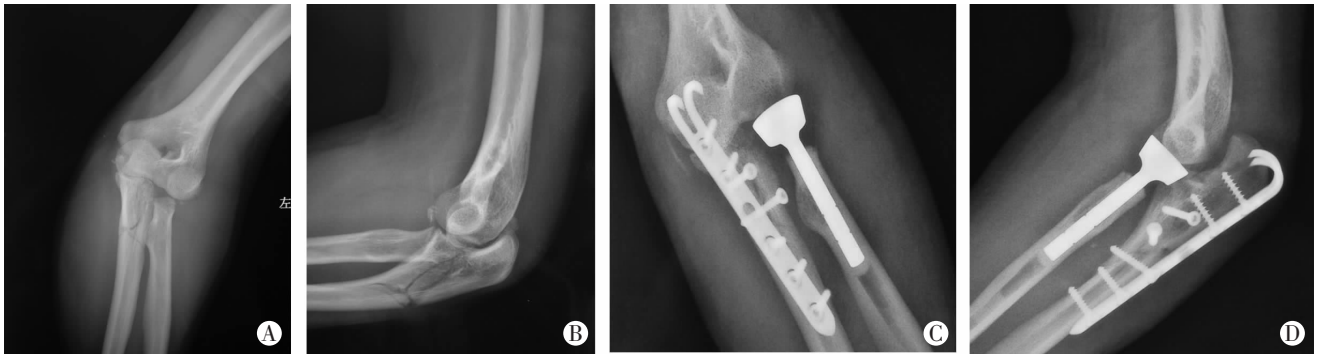


A:术前 X 线正位片;B:术前 X 线侧位片;C:术后 5 个月 X 线正位片;D:术后 5 个月 X 线侧位片

图 1　左侧 Mason Ⅳ型桡骨头骨折术前及术后 5 个月 X 线片表现

术中注意事项:MCL 若有损伤术中尽可能同时修复。术中截骨高度尽量准确,若截骨过多会外翻位松弛,不能真正发挥假体稳定关节的作用;近端保留太多,肱桡关节过紧,引起软骨磨损和肘关节疼痛,术后亦容易发生脱位。我们认为以牵拉前臂时假体与肱骨小头 2 mm 间距的松紧度为合适;假体近端的凹面需与正常桡骨小头解剖成角一致,即前倾和外倾,在放置假体时,只要把前臂置于中立位,拇指伸直、外展,使假体凹度与拇指伸直之面一致即可。修复环状韧带是保证肱桡关节稳定的前提,有学者报告在手术操作中只需部分切开环状韧带亦能顺利安装假体[7],但我们认为此举不利于关节腔内碎骨块和淤血的清理,且环状韧带仔细修复后于早期康复及肘关节功能并无太大影响,同时术中尽量将骨屑冲洗干净,有利于防治肘关节异位骨化。桡骨头假体型号选择,最重要的是保证人工桡骨头的尺寸小于原有桡骨头的直径以避免关节内容积增加,影响肘关节功能。

术后康复对于手术效果至关重要,虽然 Popovic 等[6]认为由于延长固定时间导致肘关节轻微僵硬从而限制关节功能要强于再发肘关节不稳定而带来的问题,但我们在随访中发现,本组病例中按照 Broderg 和 Morrey 肘关节功能评分为差的 1 例患者,就是因为担心假体脱位而长期石膏外固定所致。因此,我们认为环状韧带牢固修复后,即可进行早期的康复锻炼,尤为注意术后 2 ~4 周是最为关键的时期,在此期间是切口软组织修复、瘢痕形成期,如术后 1 个月功能锻炼未达到满意者,以后肘关节及前臂功能将非常难以恢复,其中以旋前功能受限为主。

采用人工桡骨头假体置换治疗成人 Mason Ⅲ、Ⅳ型桡骨头骨折是一种可供选择的有效的手段,随着现代外科假体设计的不断进步,将有广阔的临床应用前景。其短期疗效可靠,但远期疗效需进一步观察,如假体松动、肱骨小头软骨磨损等问题。

参考文献:

[1] Leppilahti J, Jalovaara P. Early excision of the radial head for fracture [J]. Int Orthop, 2000, 24(3): 160 - 162.
[2] Broberg M A, Morrey B F. Results of delayed excision of the radial head after fracture[J]. J Bone Joint Surg Am, 1986, 68(5): 669 - 674.
[3] 李庭, 蒋协远, 王满宜. Essex-Lopresti 损伤[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(12): 736 - 738.
[4] Ball C M, Galatz L M, Yamaguchi K. Elbow instability: treatment strategies and emerging concepts[J]. Instr Course Lect, 2002, 51: 53 - 61.
[5] 游胜龙. 肘关节后脱位合并尺骨冠状突骨折六例[J]. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(5): 360.
[6] Popovic N, Gillet P, Rodriguez A, *et al*. Fracture of the radial head with associated elbow dislocation: results of treatment using a floating radial head prosthesis[J]. J Orthop Trauma, 2000, 14(3): 171 - 177.
[7] 朱式仪, 马宝通, 张建国, 等. 应用人工桡骨头假体置换治疗桡骨头粉碎骨折的研究[J]. 中华骨科杂志, 1996, 16(4): 237 - 240.

(**收稿**:2013-08-07;**修回**:2013-10-07)
(编辑　龙　亮)

文章编号:1000-5404(2014)02-0195-03

经验交流

367 例哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的护理

周泽云,吴红梅,徐　智　　(400037 重庆,第三军医大学新桥医院全军呼吸内科研究所,全军呼吸病研究重点实验室)

[**关键词**]　慢性阻塞性肺疾病;哮喘;护理;慢病管理
[**中图法分类号**]　R473.5　　[**文献标志码**]　B

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)和哮喘是临床上最常见的慢性气道炎症性疾病。我国 40 岁以上人群的 COPD 发病率为 8.2%[1],哮喘的发病率约 1% ~3%。由于这两种疾病均为常见病,因此,COPD 合并哮喘也较为常见。如果同时合并这两种疾病,被称为"哮喘-COPD 重叠综合征"[2]。哮喘多在幼年或青少年时期发病,哮喘患者如果长期吸烟或接触有害气体等影响可以再合并 COPD;而 COPD 多在 40 岁以上发病,以后也可能同时再患哮喘。但这两

[**通信作者**]　徐　智,电话:(023)68774603,E-mail:xu_zhi999@163.com
[**优先出版**]　http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131129.1810.008.html(2013-11-29)

种情况,以前者多见。哮喘只要经规范化的治疗大多数都可以得到良好的控制。但合并 COPD 以后,肺功能的损害不能逆转,明显增加治疗难度。同样,COPD 合并哮喘也增加了治疗的难度,增加患者的致残率、病死率和医疗支出[3-4]。目前 COPD 合并哮喘还未受到足够重视,临床多以 COPD 或哮喘进行单独治疗及护理,针对其合并的患者往往容易忽略,从而造成其中的某种疾病不能及时得到控制,加重患者的病情。我科通过对367 例哮喘-COPD 重叠综合征的患者进行规范化治疗及护理,同时做好慢病的管理,使得合并两种疾病患者的病情同时得到控制,取得较好的效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集2010 年1 月至2012 年12 月在本科住院治疗及慢病管理中心门诊治疗的临床诊断哮喘-COPD 重叠综合征患者367 例。其中住院患者 8.4%(31/367),门诊患者 91.6%(336/367);男性 50.7%(186/367),女性 49.3%(181/367);年龄(61.4±8.5)岁;文化程度:文盲 17.4%(64/367),小学及初中 60.8%(223/367),高中及以上 21.8%(80/367);病程(25.2±14.7)年,发病年龄(37.1±17.2)岁;哮喘病史(early-life)77.7%(285/367),特应性病史 22.3%(82/367),吸烟(包括既往吸烟)42.5%(156/367)。

1.2 方法

1.2.1 诊断 诊断标准参考全球支气管哮喘防治创议(GINA)2010 和慢性阻塞性肺疾病全球创议(GOLG)2010。哮喘-COPD 重叠综合征的肺功能诊断标准为:第 1 秒用力呼气量占用力肺活量的比值(FEV_1/FVC)<70%,FEV_1% <80%,AHR,PD_{20} <12 mL。

1.2.2 治疗 治疗方案参考 GINA2010 和 GOLG2010,根据患者的严重程度评估,给予相对应的治疗方案。

1.2.3 慢病管理 ①专职的慢病管理护士对哮喘-COPD 重叠综合征患者进行建档并分类管理,如门诊哮喘/COPD 患者登记表(初诊、复诊)。②通过对患者问卷调查(哮喘知识问卷/ACT 评分、HAD 问卷/EQ-5D 问卷、哮喘/COPD 用药依从性问卷、哮喘自我报告量表/现状调查问题、药物装置使用评估表等)了解患者对所患疾病的认知、心理状态、使用吸入药物情况、有无规范化治疗、治疗效果等。③针对用药及疾病控制情况,对患者定期进行肺功能、诱导痰细胞(白细胞分类)等检查随访,了解患者疾病控制情况,同时调整患者用药。④组织每月 1 次 COPD 及哮喘防治知识讲座,包括慢阻肺疾病给患者带来的危害、长期规范化治疗策略、患者的自我管理、评估及稳定期治疗、认识慢阻肺急性加重及其治疗、如何康复锻炼、饮食指导、心理调节、如何在冬季预防急性加重、哮喘规范化治疗、监测及日常生活指导和答疑等。⑤组织慢病患者联谊会,互相交流经验,增强战胜疾病的信心。

1.2.4 临床护理 ①针对吸入用药物做好患者知识宣教。指导患者吸入药物的用药技巧,保证每次吸入药物均有效。督促患者每天遵守治疗疗程,规律使用吸入药物,并以最小药量维持病情稳定,提高用药依从性,避免患者随意停药。②做好戒烟宣教,让患者了解吸烟是导致哮喘-COPD 重叠综合征的主要病因,要治疗就必须戒烟。取得患者理解与配合,并让家属积极参与,共同制定戒烟计划,让患者彻底戒烟。③ 呼吸功能锻炼。指导患者做好呼吸运动锻炼,以腹式呼吸及缩唇式呼吸为主。根据个人情况制定运动计划及目标,指导患者从床上活动、床边活动、走廊活动逐渐过渡到户外的有氧运动,从低运动量开始逐渐增加运动强度及时间。④做好心理疏导,避免加重患者病情。患者因病情反复发作,对疾病预后失去信心,容易产生抑郁。而呼吸困难所带来的濒死感,使患者焦虑、抑郁、恐惧心理加重。特别是在哮喘急性发作时,这些心理反应可加重或诱发呼吸困难,因此要做好患者的心理疏导,避免加重病情;⑤观察病情,注意区分单纯的 COPD 及合并哮喘患者的主要症状,及时做好抢救措施。

1.2.5 评估 观察治疗及护理效果。患者症状、体征、用药恢复到急性加重前水平为好转,患者肺功能 FEV_1 及血气分析值较前改善为有效。1 年控制率 =(经治疗后好转例数 + 有效的例数)÷总患者数 ×100%;依从性 =(一直坚持治疗例数 + 复诊患者数)÷纳入治疗的总患者数 ×100%;通过对就诊患者采用问卷形式进行满意度调查,得出满意率。

2 结果

367 例哮喘-COPD 重叠综合征患者经规范化治疗、慢病管理及精心护理后,患者病情好转 359 例,死亡 8 例,1 年控制率为 94%。患者的用药依从性明显提高,达 96%。而患者用药不良反应率明显下降(<3%),其中无1 例严重不良反应发生。患者的满意度明显提高,达 98%。每年急性加重≤1 次的患者占总人数的 62.1%(228/367)。

3 讨论

哮喘-COPD 综合征是具有气流受限的慢性疾病,目前还不能治愈。该病损害肺功能,导致活动能力降低而致残,严重影响生活质量,并易于反复发作,甚至死亡,给社会和家庭带来极大的经济负担。目前尚无哮喘-COPD 重叠综合征的治疗指南。对哮喘-COPD 综合征主要依据哮喘和 COPD 防治指南的原则进行治疗。中国 COPD 诊疗指南[5]指出,通过对患者的教育和管理可以提高患者及有关人员对 COPD 的认识和自身处理病情的能力,更好地进行预防和配合治疗,减少反复发作,维持病情稳定,从而减少门诊就诊及住院次数,最终实现改善生存质量的目标。在患者教育与管理方面,国外早有健全的系统,而国内还没有建立健全的呼吸慢病管理模式。因此,许多 COPD 和哮喘患者得不到应有指导和帮助。这些患者多数年龄偏高,文化程度低,记忆力和理解力均较差。目前大型综合医院门诊量大,医生在很短的时间里也难以给患者提供足够的规范化治疗及长期管理的详细信息。因此,许多患者不能坚持规范治疗及随访,治疗依从性差,甚至还到处寻找所谓民间偏方、秘方,耽误治疗。

文献[6]报道,不连贯的健康宣教难以帮助患者整体理解所患疾病的知识点。因此,选取专职的慢病管理护士对哮喘-COPD 重叠综合征患者进行疾病的管理是非常必要的。针对 COPD 和哮喘患者存在的这些治疗上的问题,我科成立了慢性呼吸道疾病管理中心,配备了专职管理护士,参与 COPD 和哮

喘的长期管理。定期给患者做宣传教育,让患者定期随访,指导患者的长期治疗。本研究结果可以看出,通过精心治疗、护理及慢病的管理,患者的依从性和疾病控制率得到明显提高,药物不良反应率明显下降,1 年来每年急性加重次数≤1 的患者占总人数的 62.1%,说明每年急性加重次数逐渐减少,达到了减少反复发作,维持病情稳定,从而减少门诊就诊及住院次数的目的。本研究结果表明,系统的慢病管理和临床精心护理,有助于哮喘-COPD 重叠综合征疾病的控制。

患者每次随访,都会得到我科呼吸慢病管理中心专职护士耐心细致的指导和帮助,回答他们对治疗存在的疑问,指导正确用药。如许多患者对治疗哮喘-COPD 重叠综合征使用的吸入激素有惧怕心理,专职护士耐心地给他们讲解吸入激素与口服或注射的全身激素有显著的不同,吸入药物作用直接,起效迅速,所需要药物剂量小,长期使用亦有较高的安全性;吸入激素是局部激素仅在呼吸道局部发生药物作用,几乎不吸收进血循环,全身性副作用极少。通过耐心的宣传教育,长期的管理,提高了患者用药的依从性,使患者的病情得到了有效的控制,显著地改善了患者的症状,提高了生活质量,减少了急性加重。

哮喘-COPD 重叠综合征具有 COPD 和哮喘两种疾病的特征,在治疗和管理上比单纯 COPD 和哮喘更为困难。针对本病的临床特征,我们对患者进行宣传教育及护理,提高患者对疾病的认知和帮助患者制定个体化的长期治疗方案,提高治疗的依从性。目前国家对慢性疾病管理的发展趋势逐渐控制在门诊及社区,减少疾病的发病率及住院率,因此,加强门诊专职慢病管理护士的培训与管理势在必行。通过对患者的教育和管理,可提高患者对疾病的认识和自身处理病情的能力,更好地进行预防和配合治疗,减少反复发作,维持病情稳定,从而减少门诊就诊及住院次数,降低医疗费用,减轻患者经济负担,最终实现改善生存质量的目标。

参考文献:

[1] Abramson M, Matheson M, Wharton C, *et al*. Prevalence of respiratory symptoms related to chronic obstructive pulmonary disease and asthma among middle aged and older adults[J]. Respirology, 2002, 7(4): 325-331.

[2] Soriano J B, Davis K J, Coleman B, *et al*. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease: two approximations from the United States and the United Kingdom[J]. Chest, 2003, 124(2): 474-481.

[3] Shaya F T, Dongyi D, Akazawa M O, *et al*. Burden of concomitant asthma and COPD in a Medicaid population[J]. Chest, 2008, 134(1): 14-19.

[4] Balmes J, Becklake M, Blanc P, *et al*. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2003, 167(5): 787-797.

[5] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J], 中华内科杂志, 2002, 41(9): 640-646.

[6] 关丽婵, 陈美珠, 侯春怡, 等. COPD 患者的教育与管理及效果评价的调查[J], 中国医疗前沿, 2012, 7(12): 1-2.

(**收稿**:2013-10-31;**修回**:2013-11-19)

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2014)02-0197-02

经验交流

血浆 IL-35、IL-10 及 TGF-β1 水平对老年冠心病患者的预后影响

潘娅萍,高 彦,吕 云 (650034 昆明,云南省昆明市第一人民医院心内科)

[**关键词**] 冠心病;白细胞介素-35;白细胞介素-10;转化生长因子-β1;老年人

[**中图法分类号**] R541.4 [**文献标志码**] B

冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)多由脂质代谢异常引发动脉粥样硬化导致心绞痛发作,包括稳定型心绞痛(stable angina pectoris,SAP)、不稳定型心绞痛(unstable angina pectoris,UAP)及急性心肌梗死(acute myocardial infraction,AMI)等多种分型[1]。随着社会的发展和人口老龄化的加剧,老年冠心病的发病率不断上升,预后较差,对人类健康造成了较大的威胁。因此,合适的老年冠心病预后判断方式是指导临床治疗、保证患者预后的关键。本研究选取 85 例老年冠心病患者及同期 30 例冠状动脉正常的老年人,检测血浆白细胞介素-35(interleukin-35,IL-35)、白细胞介素-10(IL-10)及转化生长因子-β1(transforminggrowthfactor-β1,TGF-β1)水平,探讨其对老年冠心病患者的预后影响。

[**通信作者**] 潘娅萍,E-mail: 876893310@qq.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131121.1720.011.html(2013-11-21)

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2012 年 4 月至 2013 年 4 月收治的 85 例参照 1979 年 WHO 制定的冠心病诊断标准[2],且经冠状动脉造影确诊的老年冠心病患者。排除:①合并急慢性感染性疾病;②入院前 1 个月内曾使用抗炎、激素等药物治疗;③合并瓣膜性心脏病、肝肾功能衰竭、恶性肿瘤或自身免疫性疾病。其中男性 63 例,女性 22 例,年龄 61~82(69.4±7.3)岁,按照其临床分型,将其分为 SAP 组(n=28)、UAP 组(n=26)及 AMI 组(n=31)。并选取同期 30 例冠状动脉正常的老年人,纳入对照组,其中男性 16 例,女性 14 例,年龄 61~83(68.5±7.1)岁。4 组人群罹患高血压和糖尿病以及吸烟史组间差异均无统计学意义(P>0.05)。4 组人群均经病史调查、体格检查及实验室检