

[8] 巴庆华,冯树涛,周俊超,等.急性期脑梗死患者血浆同型半胱氨酸水平与 TOAST 分型关系的研究[J].中国现代医生, 2013,51(1):65-67.

[9] Sen S,Hinderliter A,Sen PK,et al. Aortic arch atheroma progression and recurrent vascular events in patients with stroke or transient ischemic attack[J]. Circulation, 2007, 116(8):928-935.

[10] Willinek WA,Ludwig M,Lennarz, et al. High normal serum ho-

mocysteine concentration are associated with an increased risk of early atherosclerotic artery wall lesions in healthy subjects[J]. J Herptens, 2000, 18(4):425-430.

[11] 胡大一,徐希平.有效控制“H型”高血压——预防卒中的新思路[J].中华内科杂志, 2008, 47(12):976-977.

(收稿日期:2014-05-26)

# 冷疗机冷疗对儿童长骨骨折术后的镇痛效果

彭文(重庆医科大学附属儿童医院骨一科,重庆 400014)

**【摘要】目的** 探讨冷疗机冷疗对儿童长骨骨折术后镇痛的效果。**方法** 选择 2013 年 8 月 1 日至 12 月 1 日在该科住院的长骨骨折切开复位内固定术后患儿 200 例,分为甲、乙两组,各 100 例。两组患儿术后均给予抗感染、止血及静脉滴注甘露醇消肿等对症、支持治疗,甲组在此基础上采用 Evercryo 冷疗机冷疗,术后第 2 天开始冷疗,每天冷疗 2 次,累计治疗 3 d。乙组不给予冷疗。**结果** 与乙组比较,甲组患儿疼痛症状有所缓解,且镇痛效果随冷疗总时间的延长而增强,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。甲组患儿冷疗过程中未发生冻伤和周围神经麻痹等不良反应。**结论** 使用冷疗机冷疗镇痛效果明确,值得在临床护理工作中推广应用。

**【关键词】** 儿童; 骨折; 冷冻疗法; 镇痛

doi:10.3969/j.issn.1009-5519.2014.20.022

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2014)20-3090-02

骨折是儿童常见创伤之一,伴随骨折而来的疼痛不仅造成患儿痛苦,还带来护理方面的困难,严重影响患儿生活质量。冷疗是应用低温物理因子刺激机体神经末梢,使其敏感性降低,从而缓解疼痛的物理疗法,具有不良反应少、成本低、操作方便、依从性高等优势,本文旨在探讨采用冷疗机进行冷疗对儿童骨折术后的镇痛效果,为临床护理工作提供参考,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2013 年 8 月 1 日至 12 月 1 日在本科住院的长骨骨折切开复位内固定术后患儿 200 例,均为单侧,其中男 113 例,女 87 例;年龄 3~16 岁,平均(9.5±3.2)岁。肱骨骨折 127 例,尺桡骨骨折 73 例。分为甲、乙两组,各 100 例。甲组患儿中男 54 例,女 46 例;乙组患儿中男 59 例,女 41 例。两组患儿年龄、性别等比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 两组患儿术后均给予抗感染、止血及静脉滴注甘露醇消肿等对症、支持治疗,甲组采用 Evercryo 冷疗机冷疗,术后第 2 天开始冷疗,每天冷疗 2 次,累计治疗 3 d。乙组不给予冷疗。

**1.3 观察指标** 采用 Wong-Baker 面部表情量表(wong-baker faces pain rating scale)分别记录两组患儿每天疼痛评分,并分为不痛(0~1 分)、微痛(2~3 分)、有些痛(4~5 分)、很痛(6~7 分)、疼痛剧烈(8~9 分)、疼痛难忍(10 分)等。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS19.0 统计软件进行数据分析,计数资料以率表示,采用非参数秩合检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

术后第 1 天,甲组患儿疼痛程度较乙组轻,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。且镇痛效果随冷疗总时间的延长而增强,差异也有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2、3。且在冷疗过程中未发生冻伤和周围神经麻痹等不良反应。

表 1 两组患儿术后第 1 天疼痛情况比较[n(%)]

组别	n	不痛	微痛	有些痛	很痛	疼痛剧烈	疼痛难忍
甲组	100	15(15) <sup>a</sup>	27(27)	48(48)	5(5)	4(4)	1(1)
乙组	100	8(8)	20(20)	19(19)	47(47)	3(3)	3(3)

注:与乙组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 2 两组患儿冷疗第 2 天疼痛情况[n(%)]

组别	n	不痛	微痛	有些痛	很痛	疼痛剧烈	疼痛难忍
甲组	100	31(31) <sup>a</sup>	45(45)	18(18)	4(4)	2(2)	0(0)
乙组	100	17(17)	22(22)	38(8)	19(19)	3(3)	1(1)

注:与乙组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

表 3 两组患儿冷疗第 3 天疼痛情况[n(%)]

组别	n	不痛	微痛	有些痛	很痛	疼痛剧烈	疼痛难忍
甲组	100	42(42) <sup>a</sup>	35(35)	20(20)	2(2)	1(1)	0(0)
乙组	100	28(28)	35(27)	25(25)	11(11)	1(1)	0(0)

注:与乙组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

**3.1 冷疗原理及特点** 冷疗是应用比人体温度低的物理因子刺激机体使神经末梢敏感性降低,通过皮肤冷感受器引起血管收缩,改变血管通透性,从而减缓细胞代谢,减轻炎症反应,降低血流灌注,解除由充血压迫所致的肿胀、疼痛,并且有利于早期功能恢复,已广泛应用于临床<sup>[1]</sup>。与其他治疗方式比较,冷疗具有不良反应少、成本低、操作方便、依从性高等优势。且采用 Evercryo 冷疗机使冷疗和局部压迫联合应用,镇痛效果加倍<sup>[2]</sup>。在使用过程中不影响患者主动锻炼,便于开展护理工作,深受护士和患者欢迎,

作者简介:彭文(1986-),女,重庆璧山人,护士,主要从事小儿骨科临床护理工作;E-mail:470144070@qq.com。

由于制冷和加压均可控制,所以,不易产生冻伤或过度加压的危险,用完后可将冰敷袋内的水回收至冷却器内重复使用,以减少浪费<sup>[3]</sup>。此外,冷敷可降低组织耗氧量,从而减轻局部炎性反应,也可同时达到消肿的目的<sup>[4]</sup>。

**3.2 冷疗的适应证及禁忌证** 局部冷疗可用于运动性软组织损伤后不同阶段,对于减轻炎性反应、减轻疼痛、消除肿胀、预防热应激的发生、早期功能恢复等均具有显著疗效,已广泛应用于临床。绝对禁忌证有雷诺病、冷过敏、闭塞性脉管炎、冷球蛋白血症及阵发性寒冷性血红蛋白尿等。相对禁忌证包括关节炎、嗜铬细胞瘤、皮肤感觉缺失及严重心血管疾病等。

**3.3 冷疗时间及镇痛效果** 近年来,有文献报道,当冷疗时间延长时镇痛效果越来越明显<sup>[5]</sup>。且相关基础研究表明,冷疗改善急性期软组织损伤的机制与降低白介素 1 $\beta$  及提高转化生长因子  $\beta$ 1 表达有关,持续冷疗的疗效优于间断冷疗。但也有学者认为,为避免动脉长时间过度收缩带来的不良反应,建议持续冷疗不应超过半小时,以免发生冻伤<sup>[6]</sup>。

**3.4 冷疗过程中护理要点** 持续冰敷时应注意随时观察局部情况,以免发生冻伤,主动询问患儿及家属有无不适。交接班时床头交接冰敷部位及皮肤状况,认真做好记录,冰敷期间注意观察患儿病情变化,特别注意观察有无生命体征的改变,发现异常情况

及时报告医生给予处理<sup>[5]</sup>。

综上所述,儿童长骨骨折术后使用冷疗机冷疗镇痛不良反应少、成本低、操作方便、依从性高,且效果明确,值得在临床护理工作中推广应用。

#### 参考文献

- [1] 张博,罗从风.骨科相关软组织损伤局部冷疗[J].国际骨科学杂志,2009,30(5):293-295.
- [2] 周清洁,彭贵凌,姜耀,等.骨折后 Aircast 冷疗与冰袋两种冷敷对解除疼痛效果的比较[J].实用医学杂志,2011,27(8):1454-1455.
- [3] 朱艳平,彭贵凌,周清洁.加压冷疗产品用于膝关节骨折后膝部肿胀的疗效观察[J].护理研究,2012,26(1B):137-138.
- [4] 陈丽,周会菊.低频脉冲加压冷疗减轻踝关节肿痛的效果观察[J].护理实践与研究,2012,9(14):26-27.
- [5] 马丽红,张玲,吴秋霞.冷疗机持续冷敷在膝关节置换术后的应用研究[J].护理研究,2012,26(10B):2739-274.
- [6] 苏清伦,秦入结.冷疗结合弹力绷带加压包扎治疗急性踝关节扭伤的临床观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(10):939-940.

(收稿日期:2014-05-03)

## 慢性肺源性心脏病伴冠心病临床治疗分析

贾耀文(北京康复医院心肺康复中心,北京 100144)

**【摘要】目的** 探讨慢性肺源性心脏病伴冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)的临床特点、诊断及治疗方式。**方法** 对经过该院治疗的 40 例慢性肺源性心脏病伴冠心病患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 慢性肺源性心脏病伴冠心病患者具有显著胸闷、心悸、心绞痛、夜间阵发性呼吸困难、心界向左或向左下或向两侧扩大的临床特点;心电图呈显著的完全性左束支传导阻滞、 $\sim$  度房室传导阻滞、急性或陈旧性心肌梗死、持续缺血性 ST-T 改变等临床特征。40 例患者均未出现漏诊,但误诊 8 例,误诊率为 20.0%(8/40),误诊为单纯肺源性心脏病心功能衰竭 3 例,肺源性心脏病伴高血压心脏病 4 例,其他 1 例。所有患者经治疗后均恢复良好,且无严重不良反应。**结论** 提高对肺源性心脏病伴冠心病的认识包括其临床诊断、误诊原因等可提高对该病的诊治水平;做好治疗和随访工作,可延长患者寿命,提高患者生活质量。

**【关键词】** 肺心病; 冠状动脉疾病; 治疗; 合并; 临床诊断

doi:10.3969/j.issn.1009-5519.2014.20.023

文献标识码: B

文章编号: 1009-5519(2014)20-3091-02

慢性肺源性心脏病(chronic cor pulmonale,简称肺心病)是由肺组织、肺动脉血管或胸廓的慢性病变而引起肺组织的结构和功能异常,从而产生肺血管阻力增加,肺动脉压力增高,进而使右心扩张、肥大,伴或不伴右心衰竭的一种心脏病。冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease,简称冠心病)通常由于脂质代谢的不正常,使血液中的脂质沉着在原本光滑的动脉内膜上,一些类似粥样的脂类物质堆积在动脉内膜形成白色斑块,称为动脉粥样硬化;而随着这些斑块渐渐的增多,易造成动脉腔狭窄,使血流受阻,导致心脏缺血,从而产生心绞痛<sup>[1]</sup>。这 2 种病常合并发生,且均为老年常见病、多发病。由于二者的临床症状相互重叠、彼此掩盖,使得病情复杂化<sup>[2-3]</sup>。为提高对该病的认知,现将本院收治的 40 例肺心病伴冠心病患者的临床资料进行分析、总

结如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 40 例患者中男 24 例,女 16 例;年龄 58~86 岁,平均(67.22 $\pm$ 3.50)岁。有肺心病史 5 年以下 4 例,5~10 年 29 例,10 年以上 7 例;有长期吸烟史 15 例,饮酒 9 例。患有“三高”(高血压、高血脂、高血糖)者 32 例,患其中 2 种病症者 7 例;高脂血症 23 例,高血压 12 例,糖尿病 10 例,肥胖症 9 例。

**1.2 临床表现** 40 例患者中临床表现为典型心绞痛发作 28 例,胸闷 35 例,心悸 26 例,夜间阵发性呼吸困难 25 例,叩诊心界向左或向左下扩大 10 例,向两侧扩大 14 例, $A_2 > P_2$  者 16 例,发生心肌梗死 1 例。此外,肺心病伴冠心病患者均有程度不一的咳嗽、咳痰、胸闷、气短等症状。

作者简介:贾耀文(1970-),男,山西原平人,副主任医师,主要从事心内科临床工作;E-mail:happyjyw@126.com。