

中国医师协会
系列期刊



中国核心期刊（遴选）数据库期刊
中国期刊全文数据库期刊
中文科技期刊数据库期刊
万方数据——数字化期刊群全文收录期刊

ISSN 1672-9676
CN 13-1352/R

护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

2021年3月 第18卷 第6期 March 2021 Vol.18 No.6



NURSING
PRACTICE
AND
RESEARCH

河北省卫生健康委员会 主管
河北省儿童医院 主办



ISSN 1672-9676



9 771672 967212

06>

6

2021



护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

半月刊

2004 年 8 月创刊

第 18 卷第 6 期

2021 年 3 月 25 日出版

主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省儿童医院

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

编 辑

《护理实践与研究》杂志编辑委员会

《护理实践与研究》杂志编辑部

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

电话: 0311-85911163 85074334

网址: <http://www.hlsjyj.com>

社 长

曲 艺

主 编

尚少梅

执行主编

徐应军 栾 奕

副 主 编

李春燕 张俊敏 应 岚 韩 琳

李 卡 王志稳 庄一渝 方 琼

蒋 艳 栾晓嵘 张先庚 李 伟

出 版

《护理实践与研究》杂志社

印 刷 者

石家庄嘉年印刷有限公司

发 行

河北省报刊发行局

发行范围

国内外公开发行

中国标准连续出版物号

ISSN 1672-9676

CN 13-1352/R

订 购

全国各地邮政局 邮发代号: 18-112

定 价

每期10.00元, 全年240元



欢迎关注微信公众号

2021 年版权归《护理实践与研究》杂志社所有

目 次

论 著

瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况评价

及其影响因素..... 李 晗 (791)

心理弹性支持联合目标设置康复训练对脑卒中

偏瘫患者的影响..... 岳源 李迎 田会丽 (796)

2 型糖尿病患者自我管理行为影响因素的调查与分析

..... 马慧慧 韦伟 李俊芳 葛燕红 (799)

调查 研究

鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性的影响因素

..... 张亚芳 (804)

四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与自我

效能的相关性分析..... 瞿邱炜 (808)

PACU 妇科全麻手术患者非计划性低体温影响因素调查

..... 王雪 谢飞 先会 韩杰 杨晓莹 (811)

脑卒中吞咽困难患者发生误吸的影响因素及护理措施

..... 张金凤 赵爱霞 梁赢 么荣荣 (815)

初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素

..... 胡茂研 田梅枝 张淑玲 吴婉华 (819)

综 述 与 讲 座

老年住院患者压力性损伤预防护理证据的文献汇总分析

..... 陈佩琴 温新颜 陈春莲 (823)

内 科 护 理

凹槽式功能枕早期良肢位摆放在急诊重症监护室脑卒中

肢体痉挛患者中的应用..... 张倩倩 耿延花 侯丹丹 (827)

健康教练技术在 2 型糖尿病视网膜病变患者

延续护理中的应用..... 杨玉莹 (830)

人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发下肢深静脉

血栓的危险因素..... 高稳 潘寒寒 王亚红 (833)

外 科 护 理

超早期面体针疗法结合电刺激对重型颅脑损伤昏迷患者

促醒作用观察..... 王丽杰 张利蕊 董雪 (836)

集束化护理干预在老年髋关节置换术患者中的应用·····	许雅芬 (839)
肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法在单节段胸腰椎骨折患者术后 腹胀及便秘防治中的应用·····	杨曼亚 (842)
“云门诊”叙事随访在泌尿造口患者出院后护理中的应用·····	朱继萍 成巧梅 张红梅 (845)
团队式授权教育联合应用互动达标理论对肺癌手术患者心理状态的影响·····	王雅倩 徐凯佳 (849)
基于跨理论模型构建的护理方案在行髋关节置换术患者中的应用效果·····	杨凯 (852)
量化评估早期四级康复训练在重症脑外伤机械通气患者肺功能恢复中的应用 ·····	林瑞端 王伦 华美芳 (855)
基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式在腹腔镜胆囊切除术后 患者中的应用·····	戴峰 陈澎 孙晓红 (859)
循序渐进式康复护理对腰椎压缩性骨折患者术后康复的影响·····	韦翠银 (863)
妇产科护理	
顺产分娩产妇应用延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练的效果观察·····	韩晓雨 (865)
基于微信平台的院外管理对产妇心理状态及育儿能力的影响·····	苗艳 陈玉 李月 (868)
新产程标准对初产妇潜伏期活动管理及分娩体验的效果观察·····	石姗姗 (871)
乳房康复按摩对初产妇泌乳效果及乳房胀痛影响·····	姜征 (875)
早期进食联合循证思维对妇科腹腔镜患者术后疼痛以及自我效能的影响 ·····	曾温婕 胡蓉娟 陈英 张凤贞 (878)
儿科护理	
品管圈活动在降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率中的应用·····	张媛 张琴 蒲晓芳 (881)
综合护理干预在手术室腹腔镜小儿疝修补术中的应用·····	许娇 孙晨霞 (886)
目标镇静联合雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇和异丙托溴铵气雾剂在重症 肺炎患儿中应用·····	陈俊 (889)
不同给药方法对习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备效果的影响 ·····	王晓琴 刘剑英 梅晶晶 黄春连 林俊红 (892)
五官科与皮肤科护理	
特色化护理干预联合健康宣教对银屑病患者疾病认知及生活质量的影响·····	谭芳 (895)
多维度协同护理对带状疱疹后遗神经痛患者负性情绪及疼痛状况改善的影响 ·····	朱海洋 吴芳 周玉兰 (898)
肿瘤科护理	
全面系统健康教育对女性乳腺癌相关知识认知及自检行为的影响·····	余丽美 史斌 全芳 (901)
罗森塔尔效应护理干预对恶性淋巴瘤化疗患者心理弹性及不良反应的影响·····	鄢舞玲 卢淑晶 (904)
瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩对鼻咽癌放疗患者张口程度及口腔黏膜反应的影响 ·····	王聚花 李媛媛 (907)
基础护理	
肠道功能训练联合排便训练预防颅脑损伤术后便秘及对肠道菌群的改善作用·····	洪璐 (910)

结局描述式教育联合促排尿护理在全脑血管造影术尿潴留患者中的应用

..... 行君 顾晓乐 许悦悦 康路 冯英璞 (913)

患者活动能力红点指示系统在老年跌倒风险管理中的应用..... 肖娟 刘萌 (916)

引导式腔内心电定位技术对肿瘤患者 PICC 置管的尖端到位率及术后并发症的影响

..... 彭娜 李貌 谭静 李金铃 葛金钰 邱昊 (919)

腔内心电图技术用于早产儿 PICC 置管尖端定位的效果..... 王艳 黄婷婷 庄婷婷 (922)

护理管理

基于流程改造的精益管理模式对门诊伤口管理中心接诊效率及患者就诊满意度的影响

..... 邓素红 曾兰娟 彭佩玲 刘映辉 戴宁军 (924)

基于临床分期的“互联网 + 慢病管理”在痛风患者中的应用效果分析

..... 刘红 肖纯玥 邓兰兰 杨静 刘丹 邹晋梅 董建玲 (927)

中医护理

中药药枕联合生理 - 行为睡眠护理干预在脑卒中后睡眠障碍患者中的应用

..... 黄玉娴 唐旭丽 蒋颖 黎莹 张雪香 蒋钦清 (930)

骨科全麻围术期腹胀便秘的集束化中医护理方案效果评价

..... 万婷 陈晓东 王丽征 杨学军 舒高 曾依然 林巧巧 (934)

中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙对慢性肾功能不全便秘的应用效果观察

..... 钟丽红 张丽霞 林静 (937)

健康心理与精神卫生

基于任务导向药物自我管理干预在住院精神分裂症患者中的应用..... 韦利玲 (940)

个案分析

1 例原发性反流综合征 I 型 - 先天性阴道乳糜漏的护理..... 蒋沙沙 刘艳华 (943)

基层实践与探索

连续性血液净化患者护理质量评价指标体系的构建

..... 李凡 徐金艳 荆璐 欧阳秀梅 元华丹 (945)

其他

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (926)

欢迎订阅 欢迎投稿..... (933)

征稿简则 (封底)

责任排版 张晓玉 编务 冯晓倩 纪薇 责任编辑 肖向莉 陈景景

期刊基本参数: CN 13-1352/R*2004*s*A4*160*zh*P* ¥10.00*1200*48*2021-06

瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况评价及其影响因素

李晗

【摘要】目的 探究瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况及其影响因素。**方法** 选择医院2016年11月—2019年11月收治的瘢痕子宫再次妊娠待产妇90例,根据待产妇心理健康状况评分,分为心理健康状况较差组20例,良好组70例。借助一般资料量表调查基础信息,选择症状自评量表(SCL-90)调查其心理健康状况,通过多因素Logistic回归分析筛选瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素。**结果** 调查结果显示,瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况评分为 145.48 ± 12.12 分,总体心理健康状况良好。单因素分析显示,年龄、家庭经济水平、孕期身体状况、孕期并发症、妊娠反应、睡眠质量、社会支持、家庭关怀度、负性生活事件、不良妊娠经历、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局对瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况影响比较差异具有统计学意义($P < 0.05$);经多因素Logistic回归分析发现,瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素有孕期并发症、不良妊娠经历、负性生活事件、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局、睡眠质量差、社会支持不足、家庭关怀度低($P < 0.05$)。**结论** 瘢痕子宫再次妊娠待产妇总体心理状况良好,但仍有部分患者心理健康状况较差,且其影响因素复杂,临床应据此确定护理方案,强化护理干预。

【关键词】 瘢痕子宫; 待产妇; 心理健康状况; 影响因素

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.001

Evaluation and influencing factors of mental health status of expectant mothers who were re-pregnancy and underwent scarred uterus LI Han (The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, China)

【Abstract】Objective To explore the mental health status of expectant mothers who were re-pregnancy and underwent scarred uterus, and its influencing factors. **Methods** To select 90 cases of expectant mothers who underwent scarred uterus and were admitted to hospital from November 2016 to November 2019, and according to the mental health score of the expectant mothers, they were divided into a poor mental health group with 20 cases, and a good group with 70 cases. With the help of the general data scale to investigate the basic information, the self-reporting inventory(SCL-90) was selected to investigate their mental health status, and the influencing factors of the mental health status of expectant mothers with scarred uterus were screened by multi-factor Logistic regression analysis. **Results** The results of the survey showed that the mental health status of expectant mothers with scarred uterus was 145.48 ± 12.12 points, and the overall mental health status was good. Univariate analysis showed that the comparative difference of pregnancy outcome on the mental health status of pregnant women with scarred uterus affected by the age, family economic level, physical condition during pregnancy, complications during pregnancy, pregnancy reaction, sleep quality, social support, family care, negative life events, adverse pregnancy experience, and scarred uterus re-pregnant and bad pregnancy outcome from surrounding friends was statistically significant ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that the factors affecting the mental health of pregnant women with scarred uterus were the complications during pregnancy, adverse pregnancy experience, negative life events, negative life events, poor sleep quality, insufficient social support, and low family care ($P < 0.05$). **Conclusion** The overall psychological status of expectant mothers with scarred uterus is good, but there were still some patients with poor mental health and its influencing factors were complex. The clinical nursing plan should be determined based on this and the nursing intervention should be strengthened.

【Key words】 Scarred uterus; Expectant mother; Mental health status; Influencing factors

瘢痕子宫是指经剖宫产术或肌壁间肌瘤剥除术的子宫,其中剖宫产是瘢痕子宫的主因,这与我国高达40%的剖宫产率有关^[1]。瘢痕子宫再次妊娠是一类特殊的异位妊娠,其约占全部异位妊娠的6.50%。瘢痕子宫对再次妊娠的孕期、分娩及产后影响较大,且再次妊娠子宫破裂、产后出血、剖宫产后感染及切口愈合不良风险显著增大^[2]。研究显示^[3-4],瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康问题突出,多表现为过度焦虑、孕期抑郁等,对妊娠结局极为不利,临床需加大对瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的关注。本研究分析筛选瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素,以确定护理方案,改善待产妇心理状态。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2016年11月—2019年11月收治的瘢痕子宫再次妊娠待产妇90例,纳入条件:孕37周B超检查显示子宫下端厚度>3.5 mm,且回声层次连续性较好;首次分娩方式为剖宫产术;两次分娩时间间隔超过2年;孕前无焦虑、抑郁等负性情绪;未伴有严重性生理疾病;能独立完成问卷调查且可配合开展医护工作。排除条件:伴有严重性妊娠合并症;既往有精神病史或焦虑病史;中途退出研究。根据待产妇心理健康状况评分,分为心理健康状况较差组(病例组)20例,良好组(对照组)70例。

1.2 调查内容及方法

本研究借助一般资料量表调查患者基础信息,包括年龄、家庭经济水平、文化水平、妊娠准备、孕期身体状况、孕期并发症、妊娠反应、分娩认知水平、孕期睡眠质量、社会支持水平、家庭关怀度等。

1.2.1 心理健康状况 采用症状自评量表(SCL-90)评价瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况,量表共10个因子,分别为躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、其他因子,共计90个条目,均采用5级评分法,包括没有、很轻、中等、偏重、严重,分值范围1~5分,评分越高,则心理健康状况越差,如满足“总分>160分、阳性条目数>43个、任意因子分 ≥ 2 分”,则心理状况较差^[5-6]。

1.2.2 睡眠质量 选择匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)实施评价,量表共24个条目,其中自评条目19个,他评条目5个,计分条目共18个,分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、助眠药物、日间功能障碍7个成分,成分

评价采用4级评分法,分值为0~3分,总分0~21分,根据评分衡量患者睡眠质量,如评分<16分,则睡眠质量一般或良好, ≥ 16 分,则睡眠质量较差^[7]。

1.2.3 社会支持水平 选择中文版社会支持评定量表(SSRS)进行评价,分为主观支持、客观支持及支持利用度3个维度,其中主观支持4条目,客观支持3条目,社会支持利用度3条目,共10条目,根据评分判断社会支持水平,临界分值为22分,<22分,则社会支持不足, ≥ 22 分,社会支持良好,量表Cronbach's α 系数为0.950^[8]。

1.2.4 家庭关怀度 选择家庭关怀度指数量表进行评价,量表信度系数为0.80~0.83,量表分为5个维度,即家庭适应度、亲密度、情感度、合作度、成长度,共5个调查问题,每个问题对应3个选项,对应分值0~2分,总分0~10分,根据评分评价家庭关怀度,如<7分,则存在家庭功能障碍, ≥ 7 分,则无家庭功能障碍^[9]。

1.3 统计学处理

采用SPSS21.0统计学软件,心理健康状况的影响因素单因素分析中,计数资料组间构成比较实施 χ^2 检验;多因素分析采用Logistic回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况影响因素的单因素分析

研究经量表评价得到,瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况评分为 145.48 ± 12.12 分,其中良好患者70例,较差患者20例。单因素分析显示,瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况影响因素有年龄、家庭经济水平、孕期身体状况、孕期并发症、妊娠反应、睡眠质量、社会支持、家庭关怀度、负性生活事件、不良妊娠经历、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局($P<0.05$),见表1。

2.2 变量赋值说明

因变量为心理健康状况,自变量为心理健康状况良好组与较差组比较差异有统计学意义的因素,包括年龄、家庭经济水平、孕期身体状况、孕期并发症、妊娠反应、睡眠质量、社会支持、家庭关怀度、负性生活事件、不良妊娠经历、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局,变量赋值见表2。

2.3 瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况影响因素的多因素Logistic回归分析

经多因素Logistic回归分析发现,瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素有孕期并发

症、不良妊娠经历、负性生活事件、周围朋友瘢痕 持不足、家庭关怀度低（ $P<0.05$ ），见表 3。
子宫再次妊娠不良妊娠结局、睡眠质量差、社会支

表 1 瘢痕子宫再次妊娠待产妇女心理健康状况影响因素的单因素分析

分析因素	类别	良好组 ($n=70$)	较差组 ($n=20$)	χ^2 值	P 值
年龄（岁）				27.436	0.000
	<30	55	3		
	≥ 30	15	17		
家庭月收入水平（元）				7.437	0.006
	<3000	19	12		
	≥ 3000	51	8		
文化水平				2.087	0.149
	高中及以下	40	15		
	大专及以上	30	5		
妊娠准备				0.268	0.605
	无	29	7		
	有	41	13		
孕期身体状况				4.822	0.028
	良好	47	8		
	较差	23	12		
孕期并发症				28.894	0.000
	无	62	6		
	有	8	14		
妊娠反应				14.397	0.000
	无	53	6		
	有	17	14		
孕期睡眠质量				19.322	0.000
	一般或良好	59	7		
	差	11	13		
社会支持水平				35.585	0.000
	良好	63	5		
	不足	7	15		
家庭关怀度				17.759	0.000
	<7	12	13		
	≥ 7	58	7		
负性生活事件				22.850	0.000
	有	11	14		
	无	59	6		
不良妊娠经历				20.089	0.000
	有	15	15		
	无	55	5		
周围朋友瘢痕子宫再次 妊娠不良妊娠结局				15.213	0.000
	有	10	12		
	无	60	8		

表 2 变量赋值表

变量	赋值方式
年龄	<30 岁 =0, ≥ 30 岁 =1
家庭经济水平 (月人均)	<3000 元 =0, ≥ 3000 元 =1
孕期身体状况	良好 =0, 较差 =1
孕期并发症	无 =0, 有 =1
妊娠反应	无 =0, 有 =1
睡眠质量	一般或良好 (<16 分) =0, 差 (≥ 16 分) =1
社会支持	良好 (≥ 22 分) =0, 不足 (<22 分) =1
家庭关怀度	≥ 7 分 =0, <7 分 =1
负性生活事件	无 =0, 有 =1
不良妊娠经历	无 =0, 有 =1
周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局	无 =0, 有 =1

表 3 瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况影响因素的多因素 logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald	P 值	OR 值	95% CI
负性生活事件	0.716	0.312	7.437	0.006	2.046	1.223~3.423
孕期并发症	0.754	0.295	9.729	0.002	2.125	1.323~3.414
不良妊娠经历	0.802	0.303	8.889	0.003	2.230	1.316~3.778
睡眠质量差 (≥ 16 分)	0.792	0.311	6.029	0.014	2.208	1.173~4.155
社会支持不足 (<22 分)	0.803	0.320	4.243	0.039	2.232	1.040~4.793
家庭关怀度 <7 分	0.776	0.286	6.109	0.013	2.173	1.174~4.020
周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局	0.785	0.303	8.534	0.003	2.192	1.295~3.712

3 讨论

本调查结果显示, 瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况评分为 145.48 ± 12.12 分, 其中心理健康状况良好组 70 例, 心理健康状况较差组 20 例, 阳性检出率为 22.22%, 张明霞等^[10] 研究显示, 瘢痕子宫再次妊娠待产妇焦虑发生率 14.63%、抑郁发生率为 10.88%, 相较本研究均偏低。究其原因, 本研究心理健康状况评价采取症状自评量表 (SCL-90), 其评价内容除焦虑、抑郁情绪外, 还有敌对、恐怖、躯体化及强迫症状等, 评价范围更广。其他文献显

示^[11], 瘢痕子宫再次妊娠待产妇具有特殊性, 导致产妇负性情绪严重, 加之其他因素影响, 易造成心理健康状况恶化。

本研究发现, 瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素有孕期并发症、不良妊娠经历、负性生活事件、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局、睡眠质量差、社会支持不足、家庭关怀度低 ($P<0.05$)。研究显示, 孕期并发症、严重妊娠反应属于瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况的影响因素; 施亦佳等^[12] 研究显示, 分娩认知不足待产妇的心理健康状况评分越高, 究其原因, 因待

产妇对分娩知识缺乏了解、妊娠准备不足,加之伴有严重妊娠反应,易出现严重分娩恐惧;孕期常见并发症或合并症有妊娠期糖尿病、妊娠期高血压疾病等,因妊娠期并发症对胎儿生长、分娩结局有负面影响,且瘢痕子宫再次妊娠伴有子宫破裂等风险,更易诱发负性情绪。统计数据显示^[13],约90%的孕产妇伴有睡眠不足或睡眠质量差的困扰,究其原因,孕期待产妇心理敏感,耐压能力下降,大脑神经易兴奋,且孕期体型笨重,脏器受压面功能受限,极易出现呼吸不畅等躯体问题,多伴有入睡困难、易醒等睡眠问题,易出现相关心理问题。研究显示^[14],社会支持不足(<22分)、家庭关怀度<7分属于心理健康状况的影响因素;社会支持反映了主客观层面对待产妇物质、精神方面的支持力度及其利用程度,而家庭关怀度则反映了家庭成员对待产妇的支持和关爱。相关研究显示^[15],约78%的待产妇伴有轻中度压力,而6%的待产妇伴有重度压力,且妊娠属于特殊压力性生活事件,加之精神、物质层面支持不足,家庭关怀、关爱缺失,易诱发情绪特殊反应。研究显示,不良妊娠经历、负性生活事件、周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局均属于瘢痕子宫待产妇心理健康状况的影响因素;不良妊娠经历属于生育过程中的意外事件,对孕产妇身心影响较大,加之社会、家庭各方面压力作用及负性生活事件的发生,产妇孕期生活受到影响,更易出现不良心理;周围朋友瘢痕子宫再次妊娠不良妊娠结局造成产妇对瘢痕子宫再次妊娠产生不良印象,对自身分娩结局、术后恢复过度担忧,易出现分娩恐惧、焦虑情绪。

综上所述,瘢痕子宫再次妊娠待产妇总体心理状况良好,但仍有部分患者心理健康状况较差,且其影响因素复杂,临床应据此确定护理方案,强化护理干预。

4 参考文献

- [1] 吴波,刘静,常隽,等.瘢痕子宫再次妊娠待产妇心理健康状况调查分析[J].护理学杂志,2019,34(19):76-78.
- [2] 来庆平.孕中晚期中央型前置胎盘孕妇妊娠焦虑情况及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(6):752-755.
- [3] 柳兆芳,黄芬,贾青青.孕中晚期妊娠压力与心理健康状况的关系分析[J].实用预防医学,2019,26(5):635-637.
- [4] 马春梅,程建云,王梅新.二胎妊娠晚期孕妇焦虑状态及影响因素分析[J].护理管理杂志,2017,17(12):872-875.
- [5] 李艳霞,樊少磊,方惠,等.Roy适应模式在改善妊娠中期孕产妇睡眠质量及心理状态中的应用[J].全科护理,2019,17(32):3985-3988.
- [6] 汪三慧,邹建,邓敏,等.多方位心理支持对试管婴儿产妇心理健康的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(6):69-72.
- [7] 彭玲.妊娠中晚期孕妇焦虑抑郁状况发生的影响因素分析[J].中外女性健康研究,2019,(20):71,73.
- [8] 王曼丽,李金芝.妊娠相关焦虑影响因素的研究进展[J].当代护士(中旬刊),2019,26(8):8-10.
- [9] 张帆,邹素珍,孙茜.妊娠晚期孕妇心理压力及其影响因素分析[J].中国基层医药,2019,26(24):2973-2975.
- [10] 张明霞,何敏芝,许晓峰,等.瘢痕子宫再次妊娠孕产妇围生期心理状况的影响因素分析[J].中国妇幼保健研究,2019,30(12):1520-1527.
- [11] 孙丽丽,徐萌艳,金珊,等.120例二胎孕妇妊娠晚期压力调查及其影响因素和预防措施分析[J].中国妇幼保健,2019,34(19):4537-4540.
- [12] 施亦佳,刘欢,冯亚玲,等.无锡市孕晚期妇女妊娠相关焦虑及其影响因素分析[J].护理研究,2019,33(1):87-91.
- [13] 韩丹丹.中晚期妊娠合并焦虑的影响因素分析[J].河南医学研究,2019,28(1):42-44.
- [14] 孙迟,万玉英,胡晓莹.妊娠期妇女焦虑及其影响因素的研究现状及其进展[J].解放军护理杂志,2019,36(4):62-64,68.
- [15] 刘梅.剖宫产高危妊娠产妇术前焦虑、抑郁状况及影响因素分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(8):1034-1036.

[2020-10-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

心理弹性支持联合目标设置康复训练对脑卒中偏瘫患者的影响

岳源 李迎 田会丽*

【摘要】 目的 探讨心理弹性支持联合目标设置康复训练对脑卒中偏瘫患者语言、运动功能的影响。**方法** 选取2018年12月—2020年3月医院脑卒中偏瘫患者86例为研究对象,按照组间基本特征匹配原则分为对照组与观察组,每组43例。对照组实施目标设置康复训练,观察组在对照组基础上采用心理弹性支持,比较两组干预前后的心理状态、语言功能以及运动功能等指标。**结果** 干预前,两组焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组SAS、SDS量表评估得分低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组汉语失语检查表(ABC)、Fugl-Meyer(FMA)标准测评得分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组ABC、FMA得分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 心理弹性支持联合目标设置康复训练,能明显改善脑卒中偏瘫患者的心理状态,促进其语言功能、运动功能的恢复,有利于改善疾病预后。

【关键词】 脑卒中; 偏瘫; 心理弹性支持; 语言功能; 运动功能

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.002

Effect of psychological resilience support combined with goal setting rehabilitation training on stroke patients with hemiplegia YUE Yuan, LI Ying, TIAN Huili (Liaocheng People's Hospital, Liaocheng 252000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of psychological resilience support combined with goal setting rehabilitation training on the language and motor function of stroke patients with hemiplegia. **Methods** A total of 86 patients with stroke and hemiplegia in hospital from December 2018 to March 2020 were selected as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of matching basic characteristics between groups, with 43 cases in each group. The control group implemented goal setting rehabilitation training, and the observation group used psychological resilience support on the basis of the control group to compare the indexes, such as psychological state, language function and motor function of the two groups before and after the intervention. **Results** Before the intervention, there was no statistically significant difference in the self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) scores between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, the SAS and SDS scores in the observation group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant ($P<0.05$). Before the intervention, there was no statistically significant difference in the standard test scores of the Chinese aphasia checklist (ABC) and Fugl-Meyer (FMA) between the two groups ($P>0.05$). After the intervention, the ABC and FMA scores in the observation group were significantly higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of psychological resilience support combined with goal setting rehabilitation training can significantly improve the psychological state of stroke patients with hemiplegia, promote the recovery of their language and motor functions, and help improve the prognosis of the disease.

【Key words】 Stroke; Hemiplegia; Psychological resilience support; Language function; Motor function

偏瘫是脑卒中常见后遗症,是中枢神经系统损伤所致^[1],临床通常表现为同侧上下肢瘫痪,约

55%~75%的脑卒中患者愈后有致瘫的风险,日久可诱发泌尿系感染、压力性损伤、坠积性肺炎等并发症,给患者、家庭或社会造成沉重负担^[2]。早期康复锻炼对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复非常重要,但患者常伴有睡眠障碍、情绪低落及兴趣丧失等不适,严重影响早期康复治疗依从性^[3]。心理弹性支

基金项目:聊城市自选课题(编号:聊字2020-176号)
作者单位:252000 山东省聊城市人民医院神经内科
* 通讯作者

持是在同一时间对同一群体进行治疗,能节省治疗时间和人力,减轻经济负担,促进脑卒中偏瘫术后康复^[4]。目标设置康复训练是根据患者所处康复阶段及自身恢复状况,制定康复训练计划与目标,提升患者康复目标实现的积极性^[5]。为此,本研究将其联合应用于脑卒中偏瘫患者,取得了满意效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年12月—2020年3月入住医院治疗的脑卒中偏瘫患者86为研究对象。纳入条件:经脑部CT、MRI等诊断后确诊;患肢Brunnstrom分期^[5]Ⅱ~Ⅴ期。排除条件:患有精神心理或心肺/肝肾方面的严重疾病;沟通或听力障碍;重度感染或营养不良等。按照组间基本特征匹配的原则等分为对照组与观察组。观察组43例,男27例,女16例;年龄49~76岁,平均 59.33 ± 5.68 岁。对照组43例,男26例,女17例;年龄51~78岁,平均 58.97 ± 5.49 岁。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。患者及家属知情同意并签署知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施目标设置康复训练:①近期目标:时间为1周,专职护理人员通过拿捏、揉按四肢,揉按曲池、足三里等穴位,以促进肢体功能恢复,按摩幅度不宜过大,要着重按摩腹股沟、锁骨上等淋巴密集区,肢体部分穴位等,每天2次,每次30 min,促进肢体肌肉恢复。②中期目标:时间为1周,指导患者及其家属掌握康复训练基本方法和康复护理知识,基本掌握身体平衡练习、功能性康复训练等内容;护理人员为家属做现场示范,使其在患者出院前能够基本掌握主要护理内容,为患者的居家护理创造条件。③远期目标:时间以5个月为准,在家属帮助下完成走路,尽量使其独立行走、完成日常生活活动。肩关节功能训练:指导患者仰卧于硬板床上,患手拇指放于健手拇指掌指关节上,然后将患手上举过头,分别向患侧、健侧左右移动。肘关节:利用健手的力量带动患手向前额屈肘,再往后拉伸至伸肘位。腕关节:利用健手的力量带动患手向上、下、左、右活动手腕,屈曲健手、伸展患手指。主动翻身训练:患者取仰卧位,两腿交叠,双手指交叉,以健手的力量带动患手上举,左右侧方摆动,借助摆动惯性的力量实现翻身锻炼。重视坐起与站立训练:开始时,指导患者保持坐起角度 60° ,逐渐增加训练难度,坐起角度加大到 90° ,逐渐过渡到行站立练习,站立困难者,

可先床边双腿下垂训练,每次训练30 min。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采取团队心理弹性支持。

(1)第1~2次:邀请1~2名取得国家心理咨询师证书的专业护士对护士进行知识辅导,每周1次,每次40 min左右。每次8~10例患者为一治疗团体,互相自我介绍,建立彼此安全与信任感,增加成员认同感,共同制定心理干预团体活动规范。

(2)第3~4次:对患者讲解脑卒中偏瘫早期康复锻炼的重要性,邀请1~2例康复效果满意患者现身说法,让患者正确认识疾病,减轻对偏瘫的恐惧、担忧,积极面对后续康复治疗;强调自我管理在脑卒中偏瘫患者康复中的作用,使其意识到积极配合康复锻炼能改善肢体功能障碍状态;教会患者自我照顾技能,培养其独立自主能力。

(3)第5~6次:嘱家属多关心、陪伴患者,消除亲人之间的歧视与情感疏远,用积极心态阻断不良心理;了解患者患病感受、担心问题、护理需求等,教会患者渐进式放松训练、音乐疗法等情绪调节方法,让患者学会自我控制情绪。

(4)第7~8次:引导团体成员总结活动心得,对于心理成长给予肯定,解决好脑卒中偏瘫患者回归家庭、社会可能面对的问题。

1.3 评估项目

(1)心理状况:使用Zung氏编制的焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)^[6]测评,得分越高,说明焦虑与抑郁情绪的程度越严重。

(2)语言功能:使用汉语失语检查表(ABC)^[7]测评,有听、复述、口头表达、抄写及阅读等9项,总分198分,得分高低与语言功能的改善情况呈正相关性。

(3)运动功能:选用Fugl-Meyer(FMA)标准^[8]测评,含有2个维度、50条目,严重、明显、中度以及轻度运动障碍的评定依次为 <50 分、 $50\sim84$ 分、 $85\sim95$ 分以及 ≥ 96 分。

上述各量表由2名工作人员共同负责测评。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后心理状况评分比较

干预前,两组SAS、SDS得分比较差异无统计

学意义 ($P>0.05$)；干预后，观察组 SAS、SDS 得分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组干预前后语言、运动功能评分比较

干预前，两组 ABC、FMA 得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后，观察组 ABC、FMA 得分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组干预前后心理状况评分比较

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=43$)	52.87 ± 3.08	37.59 ± 2.47	51.46 ± 3.34	38.43 ± 3.15
对照组 ($n=43$)	51.62 ± 2.92	41.34 ± 4.88	50.29 ± 3.18	42.72 ± 4.95
t 值	1.931	4.496	1.664	4.624
P 值	0.957	0.000	0.100	0.000

表 2 干预前后两组语言、运动功能评分结果比较

组别	ABC 量表评分		FMA 量表评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=43$)	59.79 ± 10.83	134.31 ± 26.05	62.48 ± 4.32	90.34 ± 10.25
对照组 ($n=43$)	60.03 ± 10.91	118.08 ± 20.72	63.79 ± 5.01	83.48 ± 8.73
t 值	0.102	3.197	1.299	3.341
P 值	0.919	0.002	0.199	0.001

3 讨论

脑卒中是临床常见的心脑血管疾病，急性期通常予以及时的静脉溶栓、抑制血小板凝集、抗凝及补液等治疗，相当一部分患者遗留有肢体、语言功能障碍。积极有效的康复锻炼能够重塑中枢神经系统功能，促进神经末梢突触再生，从而改善语言及肢体功能，提高患者生活质量^[9]。脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复时间可能长达 1 年，但病后 3 个月是功能康复训练的最佳时机^[10]，尽早肢体训练可降低脑卒中肢体运动功能障碍。

本研究中，近期目标训练，通过肢体按摩、穴位点按等干预，改善肢体功能，促进肢体血液循环，加快康复进程。中期目标，护士综合多种因素，通过认知干预、心理疏导，帮助患者提升注意力，认识到康复训练对术后偏瘫康复、预后的重要性，正确看待、积极投身于康复训练中。远期目标，通过坐起、站立练习、肩、腕、肘关节锻炼等，改善局部血液循环，缓解韧带、关节囊挛缩症状，逐渐增加训练强度，以增强患侧肌体耐力、肌力，改善肢体、关节功能。帮助患者循序渐进地进行康复训练，让患者感受到每日进步，对治疗与康复充满

信心，乐观面对自身病情。心理弹性支持主要针对脑卒中偏瘫后抑郁情绪、康复锻炼依从性差，奠定心理治疗基础，运用心理学疗法，让脑卒中偏瘫后抑郁、焦虑、恐惧感达到释放、减压的效果，让患者了解康复锻炼进程，认识到偏瘫后康复锻炼不能急于求成，以平和心态接受治疗，敢于和勇于进行康复训练，努力提升自我能力，加速神经功能恢复。结果显示，干预后，试验组 SAS、SDS 量表评估得分低于对照组 ($P<0.05$)，试验组 ABC、FMA 得分明显高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。与郭启蕊^[11]研究结果有相似性。

总之，心理弹性支持联合目标设置康复训练在脑卒中偏瘫患者中的应用可行，对于患者心理状态有良好的调节作用，能够促进患者语言、运动功能恢复，有利于改善疾病预后。

4 参考文献

[1] 黄捷, 黄芳艳. 早期康复护理对脑卒中后偏瘫患者运动功能恢复的影响 [J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 32(12):1418.

[2] 黄欣, 邵亚, 李亚玲, 等. 奥瑞姆自理理论在康复期脑卒中病人的应用进展 [J]. 护理研究, 2018, 32(2):186-190.

2 型糖尿病患者自我管理行为影响因素的调查与分析

马慧慧 韦伟* 李俊芳 葛燕红

【摘要】 目的 探讨 2 型糖尿病患者自我管理行为的相关影响因素, 并分析护理对策。**方法** 选择医院 2018 年 1 月—2020 年 1 月收治的 2 型糖尿病患者 200 例为研究对象, 通过调查患者基础信息, 借助中文版糖尿病自我管理行为量表 (SDSCA) 进行评价, 采用单因素与多元线性回归分析筛选患者自我管理行为的相关影响因素。**结果** 糖尿病自我管理行为 (SDSCA) 评分为 78.43 ± 3.64 分, 其中自我管理中高水平患者 144 例; 经单因素及多元线性回归分析显示, 年龄、病程、并发症、心理痛苦、社会支持、家庭关怀度、希望水平、系统化健康教育为影响 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响因素 ($P < 0.05$)。**结论** 2 型糖尿病患者自我管理行为表现各异, 且其影响因素复杂, 临床需加强教育引导, 全面提升患者自我管理水平。

【关键词】 2 型糖尿病; 自我管理行为; 血糖水平; 护理对策

中图分类号 R473.58 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.003

Investigation and analysis of influencing factors of self-management behavior in patients with type 2 diabetes MA Huihui, WEI Wei, LI Junfang, GE Yanhong (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China)

【Abstract】 Objective To explore the related influencing factors of self-management behaviors of patients with type 2 diabetes, and analyze nursing strategies. **Methods** A total of 200 patients with type 2 diabetes who were admitted to the hospital from January 2018 to January 2020 were selected as the study objects. The basic information of the patients was investigated and the Chinese version of the diabetes self-management behavior scale (SDSCA) was used for evaluation. Single factor and multiple linear regression analysis were used to screen the relevant influencing factors of patients' self-management behavior. **Results** The SDSCA score was 78.43 ± 3.64 points, including 144 cases of patients with high level of self-management. Univariate and multiple linear regression analysis showed that the age, course of disease, complications, psychological pain, social support, family care, level of hope, and systematic health education were the influencing factors that affected the self-

基金项目: 河南省医学科技攻关计划省部共建项目
(编号: SB201901086)

作者单位: 450003 河南省郑州市, 河南省人民医院内分泌科
* 通讯作者

- [3] 梁权, 樊启财, 陈双杰. 早期康复训练对急性脑卒中偏瘫患者运动功能和 PCs、SDF-1 α 水平的影响 [J]. 河北医药, 2017, 39(5):720-722.
- [4] 雷文. 奥瑞姆自理模式对脑卒中后康复护理效果的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(4):126-128.
- [5] 阙玉梅, 张玲, 莫晔, 等. 神经传导速度测定以及表面肌电图在老年脑卒中偏瘫患者中的应用价值 [J]. 实用老年医学, 2017, 31(2):143-145.
- [6] 邱敏玲, 陈婷婷, 许安有. 康复训练联合自理理论对脑卒中患者恢复效果观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(23):180-182.
- [7] 王培, 付娟娟, 周婷, 等. 脑卒中患者周围神经与肌肉神经电生理特征分析 [J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(5):545-550.
- [8] 刘云, 冯丙东, 马少玲, 等. 引导式训练对脑卒中患者早期肢体运动功能恢复的影响 [J]. 陕西医学杂志, 2019, 48(6):731-733.
- [9] 阙玉梅, 张玲, 莫晔, 等. 神经传导速度测定以及表面肌电图在老年脑卒中偏瘫患者中的应用价值 [J]. 实用老年医学, 2017, 31(2):143-145.
- [10] 曹娟娟, 夏静, 宋新建. 早期综合康复治疗对脑卒中偏瘫 ADL 评分的影响观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(21):3448-3450.
- [11] 郭启蕊. 奥瑞姆自理理论联合协同护理模式对脑卒中后偏瘫老年患者负性情绪及生活质量的影响 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(12):2258-2259.

[2021-01-13 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

management behavior of patients with type 2 diabetes ($P<0.05$). **Conclusion** The self-management behavior of patients with type 2 diabetes was different, and its influencing factors were complex. Clinical education and guidance need to be strengthened to improve the self-management level of patients in an all-round way.

【Key words】 Type 2 diabetes; Self-management behavior; Blood glucose level; Nursing countermeasures

统计数据显示^[1],我国成人糖尿病发病率约为11.60%,位居慢性非传染性疾病前3位,而2型糖尿病在糖尿病中的占比已超过了95%。同时,因长期血糖增高,易引起心、脑、肾、眼、足及周围神经病变。调查^[2]显示,10年糖尿病患者中并发症发生率高达98%,危及患者健康。临床治疗2型糖尿病以药物治疗、胰岛素治疗及饮食运动管理为主,可实现对血糖水平的有效控制;但2型糖尿病治疗效果与患者自我管理行为密切相关,科学有效的自我管理行为有助于血糖水平控制,减少并发症发生^[3]。本研究借助中文版糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)进行评价,筛选患者自我管理行为的相关影响因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2018年1月—2020年1月收治的2型糖尿病患者200例为研究对象,纳入条件:符合2型糖尿病防治指南提出的相关诊断标准;接受正规药物治疗或胰岛素治疗;认知、沟通功能良好,且既往无精神病史;未出现影响自理能力的严重并发症;签署知情同意书。排除条件:妊娠期糖尿病患者;伴有恶性肿瘤或脏器功能异常;躯体活动受限或丧失自理能力;中途退出研究。

1.2 调查内容及方法

1.2.1 自我管理行为 选择中文版糖尿病自我管理行为(SDSCA),量表包括5个方面,分别为饮食管理、运动管理、血糖监测管理、遵医用药管理、足部护理,其中饮食管理细分普通饮食、特殊饮食2方面,共12个管理条目,以过去1周内条目行为出现天数为分值,分值0~7分,总分0~84分,如评分 ≤ 48 分,则低水平,48~71分,则中等水平,72~84分,则高水平^[4]。

1.2.2 心理痛苦 选择中文版糖尿病痛苦量表(DDS),总量表重测信度为0.849,量表共4个维度,分别为情感负担相关痛苦、医生相关痛苦、生活规律相关痛苦、人际关系相关痛苦,共计17个条目,均采取6级评分法,分值范围1~6分,总分17~102分,根据评分分级,17~33分,则无痛苦,34~51分,则中等痛苦,52分~102分,则重度痛苦^[5]。

1.2.3 社会支持状况 选择社会支持评定量表(SSRS)进行评价,问卷共10个条目,划分为3个维度,包括客观支持(3个条目)、主观支持(4个条目)及支持利用度(3个条目),其中第1~4条目、第8~10条目均采用4级评分法,分值1~4分,第5~7条目根据“来源数”计分,如量表总分 <22 分,则社会支持不足, ≥ 22 分,则社会支持良好^[6]。

1.2.4 家庭关怀度 选择家庭关怀度指数问卷(PAGA)进行评价,问卷包括5个部分,分别为适应度、情感度、亲密度、合作度、成熟度,均采用3级评分法,分值范围0~2分,根据评分分级,0~3分,则家庭功能严重障碍,4~6分,则家庭功能中度障碍,7~10分,则家庭功能良好^[7]。

1.2.5 希望水平 选择中文版HERTH希望量表(HHI)进行评价,量表Cronbach's α 系数为0.87,量表共3个维度,分别为实施主动行动、与他人保持亲近关系、对现实未来的积极态度,共计12个条目,均实施4级评分,分值范围1~4分,总分12~48分。如评分为12~23分,则低水平,24~35分,则中水平,36~48分,则高水平^[8]。

1.3 统计学处理

选择SPSS21.0统计学软件,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用两独立样本 t 检验;多因素采取多元线性回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 量表评价结果

经量表评价得到,糖尿病自我管理行为(SDSCA)评分为 78.43 ± 3.64 分,中文版糖尿病痛苦量表(DDS)评分为 55.49 ± 3.78 分,社会支持评定量表(SSRS)评分为 24.68 ± 2.47 分,家庭关怀度指数问卷(PAGA)评分为 8.84 ± 1.13 分,中文版HERTH希望量表(HHI)评分为 37.54 ± 3.75 分。

2.2 2型糖尿病患者自我管理行为相关因素的单因素分析

2型糖尿病患者自我管理行为的相关因素有年龄、病程、文化水平、经济水平、并发症情况、焦虑抑郁、心理痛苦、社会支持、家庭关怀度、希望

水平、系统化健康教育 ($P<0.05$)，见表 1。

2.3 自我管理行为相关影响因素的多元线性回归分析

因变量为自我管理行为，自变量包括年龄、病程、文化水平、经济水平、并发症情况、焦虑抑郁、心理痛苦、社会支持、家庭关怀度、希望水平、系统化健康教育。多元线性回归分析显示，年龄、病程、并发症、心理痛苦、社会支持、家庭关怀度、希望水平、系统化健康教育为影响 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响因素 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 2 型糖尿病患者自我管理行为相关因素的单因素分析

分析因素	类别	例数	自我管理行为(分)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	153	78.20 ± 3.68	0.753	0.452
	女	47	78.66 ± 3.60		
年龄 (岁)	<60	115	84.11 ± 2.30	22.145	0.000
	≥ 60	85	72.75 ± 4.81		
病程 (年)	<5	95	74.03 ± 4.21	17.699	0.000
	≥ 5	105	82.83 ± 2.73		
文化水平	初中及以下	128	77.01 ± 3.84	5.288	0.000
	高中及以下	72	79.85 ± 3.27		
经济水平 (元 / 月)	≤ 5000	107	74.85 ± 4.03	14.166	0.000
	>5000	93	82.01 ± 2.94		
医疗费用支付	公费或医保	115	78.14 ± 3.67	1.125	0.262
	自费	85	78.72 ± 3.51		
糖尿病家族史	无	121	78.11 ± 3.70	1.221	0.223
	有	79	78.75 ± 3.50		
治疗方法	口服药物或胰岛素治疗	130	78.02 ± 3.78	1.525	0.129
	联合治疗	70	78.84 ± 3.32		
并发症情况	有	43	72.51 ± 4.71	24.639	0.000
	无	157	84.35 ± 1.98		
焦虑抑郁	无	64	82.53 ± 2.35	18.959	0.000
	有	136	74.33 ± 3.06		
心理痛苦 (分)	<34	75	70.28 ± 5.02	34.118	0.000
	≥ 34	125	86.58 ± 1.43		
社会支持 (分)	<22	86	68.23 ± 5.68	37.323	0.000
	≥ 22	114	88.63 ± 1.18		
家庭关怀度 (分)	<7	110	73.19 ± 3.77	23.703	0.000
	≥ 7	90	83.67 ± 2.03		
希望水平 (分)	<24	76	74.17 ± 3.12	22.193	0.000
	≥ 24	124	82.69 ± 2.29		
系统化健康教育	缺失	89	72.85 ± 4.63	23.159	0.000
	开展	111	84.01 ± 1.87		

表2 自我管理行为相关影响因素的多元线性回归分析

分析因素	偏回归系数	标准误	标准回归系数	t 值	P 值
年龄	0.535	0.072	0.409	2.116	0.035
病程	0.620	1.547	0.453	2.437	0.015
并发症	0.867	2.462	0.634	2.911	0.009
心理痛苦	0.218	1.477	0.005	2.217	0.028
社会支持	0.102	0.042	0.076	6.532	0.000
家庭关怀度	0.676	0.030	0.680	7.381	0.000
希望水平	3.687	0.593	0.183	6.849	0.000
系统化健康教育	1.601	0.928	0.058	9.351	0.000

3 讨论

本研究显示，年龄、病程、并发症、心理痛苦、社会支持、家庭关怀度、希望水平、系统化健康教育为影响2型糖尿病患者自我管理行为的影响因素，分析如下：年龄>60岁、病程<5年属于2型糖尿病患者自我管理行为的相关影响因素；相较于中青年2型糖尿病患者老年患者自由时间更加充足，但因身体机能下降、记忆力退化，加之伴有其他慢性疾病困扰，老年患者自理能力受限，且对自我管理内容及疾病信息的掌握程度偏低，自我管理水平下降。有研究显示^[9]，2型糖尿病患者的知信行水平与病程相关，且病程长患者的疾病诊治经验丰富，对2型糖尿病并发症发生率及危害性有深入认识，能主动配合医护人员工作，自我管理能力较强。有研究显示^[10]，2型糖尿病相关并发症高达100多种，涉及心、肾、眼、足等重要脏器或系统，其中周围神经病变发生率约为59%，糖尿病肾病发生率约为20%~30%；糖尿病相关并发症的发生对患者具有警示作用，能强化其自我管理意识，认识到自我管理行为与并发症发生的相关性。糖尿病心理是指患者因担心糖尿病自我管理、情感负担及社会支持而产生的负性情绪，相关研究数据显示^[11]，糖尿病心理痛苦发生率约为18%~45%，心理痛苦中高水平患者对疾病管理缺乏信心，存在“被疾病控制感”，对糖尿病自我管理存在抵触或恐惧情绪。研究显示，社会支持不足(<22分)、家庭功能障碍(≤6分)属于2型糖尿病患者自我管理行为的影响因素；社会支持包括主观支持、客观支持及支持利用度3方面，可分为直接支持、间接支持2个层面，间接支

持层面对糖尿病患者自我管理行为的影响更为明显，家人、朋友可通过各种间接支持方式为患者饮食、运动、用药等方面管理提供帮助^[12]。社区老年糖尿病患者中家庭功能良好占比约为59.2%，家庭关怀度反映了家庭成员对患者患病后变化的接受、适应及支持情况，家庭功能良好情况下，家庭成员对患者病情变化、居家自护能力保持着高度关注，能实现对糖尿病患者饮食管理、运动管理及血糖监测行为的有效监督^[13]。研究显示，希望水平低(12~23分)属于2型糖尿病患者自我管理行为的影响因素。章喜枝^[14]研究显示，2型糖尿病患者希望水平评分为35.00±3.30分，处于中等水平；希望水平反映了疾病及治疗困扰下患者的应对态度，希望水平低则患者对2型糖尿病康复治疗缺乏信心，自我管理行为难以得到保障，血糖控制效果差。2型糖尿病患者自我管理涉及饮食、运动、用药、血糖监测、足部护理多方面内容，而院内健康教育与延续健康教育是患者获取糖尿病知识及自护技能的重要途径，有助于增强患者自我管理意识。尉颖等^[15]研究显示，健康教育对糖尿病患者积极自我管理态度形成有促进作用，使其认识到糖尿病自我管理的意义，继而促进自我管理行为转变。

提升2型糖尿病患者自我管理水平的护理对策：

(1) 双轨同伴互助支持：研究面向2型糖尿病患者开展双轨同伴互助支持，选拔糖尿病自我管理行为良好患者共10名为同伴互助小组组长，选拔标准：病程≥5年、无并发症、糖尿病自我管理高水平、糖尿病知信行高水平，按“1+1+10”原则分组，即每10例2型糖尿病患者配备1名糖尿病自我管理行为良好患者、1名护理人员，基于微信平

台创建“线上交流微信群”，指导开展“线上”“线下”双轨教育。①线上经验交流：互助小组组长结合自护经验及自我管理心得，编写“抗糖日记”、“抗糖经验贴”，共5则，涉及饮食管理、运动管理、药物使用、血糖监测、足部护理5个方面，罗列“抗糖”过程中上述5方面存在的问题，介绍各问题应对策略，周一至周五每天分享1则“抗糖日记”或“抗糖经验贴”至微信群，其他成员学习并反馈问题；护理人员收集自我管理行为良好患者血糖监测数据，以周数据为“点”绘制折线图并分享至微信群，开启语音通话，引导患者学习折线图，分析数据波动与自我管理行为的相关性，以实现对患者的激励教育。②线下自护指导：组长根据小组成员时间组织线下活动，每周1~2次，每次30~40 min，带领组员练习糖尿病降糖操、十全甩手操。通过现场演示教授患者推拿按摩降糖法，包括按摩法、抹运法、点按法，其中按摩法所涉穴位有中脘、章门、气海、关元及中极，采取顺时针旋转按摩，每穴位30 s；抹运法所涉部位有额、眼周、颊部、鼻唇沟，拇指指腹纵横抹运5~7次；点按法所涉穴位有印堂、承浆、百会、内关、风池、合谷及足三里，采取点按法。

(2) 并发症警示教育：护理人员组织糖尿病自我管理、低水平患者开展并发症警示教育，具体如下：①血管病变模拟体验：护理人员指导患者穿戴特制“背心”，左右胸前各放置重2.5 kg的砂袋1个，并调节束带、背部松紧带，以模拟冠心病发作时胸部压迫感、放射至背部压迫感，并说明糖尿病性心血管病变率，如糖尿病患者心血管病变率为非糖尿病患者的2~4倍。②视网膜病变模拟体验：准备3副糖尿病性视网膜病变模拟眼镜，1副眼镜中间有透明小孔，其他部位均为黄色，模拟糖尿病性白内障视觉体验；一副采用透明磨砂镜片，模拟糖尿病性视网膜病变早期视觉模糊体验；一副采取带黑点镜片，模拟糖尿病性视网膜病变中晚期视觉体验，指导患者佩戴眼镜，体验并反馈感受，介绍糖尿病性视网膜病变发生率，约为8%~12%。③手足神经病变模拟体验：患者单足捆绑2 kg重的砂袋步行，模拟足部神经病变感受，佩戴无指针织手套、手掌固定装置，根据患者要求开展手部活动，如拿笔写字等，模拟手部血管病变症状^[16]。

综上所述，2型糖尿病患者自我管理行为表现各异，且其影响因素复杂，临床需加强教育引导，全面提升患者自我管理行为水平。

4 参考文献

- [1] 王宗芳. 老年糖尿病患者睡眠质量现状调查及其自我管理行为的相关性分析[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(24): 14-16.
- [2] 易姝薇, 彭娟. 2型糖尿病患者焦虑抑郁与自我管理现状调查及分析[J]. 遵义医学院学报, 2018, 41(6): 758-762.
- [3] 李亚丽. 北京某社区糖尿病患者自我管理现状调查与分析[J]. 北京医学, 2019, 41(3): 225-226, 230.
- [4] 李玉东. 南阳地区空巢老年糖尿病患者自我管理行为与生活质量相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(13): 1228-1230, 1243.
- [5] 刘林, 徐慧文, 王世伟, 等. 自我效能在空巢老年2型糖尿病病人心理痛苦与自我管理间的中介效应研究[J]. 中国护理管理, 2019, 19(11): 1621-1625.
- [6] 孟微, 马新利. 长春市社区老年糖尿病患者医学应对方式与领悟社会支持相关性研究[J]. 医学与社会, 2019, 32(7): 107-109, 118.
- [7] 颜永灵, 黄菊华, 陈君明, 等. 老年增生性糖尿病视网膜病变患者术后家庭关怀度与自我感受负担的相关性研究[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(3): 112-113.
- [8] 赵丽莉, 赵娜, 高利利. 自我超越理论护理模式对糖尿病患者希望水平和心理痛苦程度的影响研究[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(20): 1904-1908.
- [9] 麻倩, 蒲萌萌, 赵辉, 等. 糖尿病患者自我管理行为及影响因素研究现状[J]. 河北医药, 2019, 41(1): 126-129.
- [10] 傅桂芬, 张艳萍, 陈露文, 等. 南宁市社区空巢老年糖尿病患者自我管理行为及相关因素[J]. 中国老年学杂志, 2019, 34(3): 707-709.
- [11] 张会, 张德桂, 胡桑, 等. 2型糖尿病患者自我感受负担自我管理行为及应对方式的调查分析[J]. 安徽医学, 2018, 39(8): 1004-1007.
- [12] 黄金婷, 陈劲, 刘小玲, 等. 老年2型糖尿病患者自我血糖监测的现状与对策[J]. 安徽医学, 2019, 40(8): 950-952.
- [13] 曹俊, 林琴, 付梦雪, 等. 近10年我国糖尿病病人自我管理现状、热点与趋势的可视化分析[J]. 护理研究, 2019, 33(6): 937-940.
- [14] 章喜枝. 2型糖尿病患者希望水平和自我管理行为的相关性分析[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(13): 1962-1965.
- [15] 尉颖, 刘海燕, 刘虹, 等. 青年2型糖尿病病人糖尿病自我管理行为与糖尿病知识、糖尿病自我管理态度的相关性研究[J]. 护理研究, 2018, 32(22): 3625-3627.
- [16] 赵峰英, 王燕, 李丽群, 等. 体验教育对2型糖尿病患者自我管理行为的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(6): 776-779.

[2020-03-10 收稿]

(责任编辑 陈景景)

鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性的影响因素

张亚芳

【摘要】 目的 探讨鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性的影响因素及护理对策。**方法** 选择2019年1—11月治疗的鼻咽癌放疗患者88例作为对象,采用自行设计的调查问卷调查患者的张口功能锻炼依从性影响因素。**结果** 88例鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性得分为 11.38 ± 0.94 分,处于中等水平,不依从53例,依从35例,不依从率为60.23%。单因素及多因素Logistic分析:年龄、社会支持、健康指导、病程、对锻炼的认知度均为影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的因素($P < 0.05$)。**结论** 鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性处于中等水平,应加强对患者实施健康教育及支持,提高患者对张口功能锻炼的认知度及依从性。

【关键词】 鼻咽癌;放疗;张口功能锻炼;依从性;影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.004

Influencing factors of the compliance of nasopharyngeal carcinoma patients with mouth opening exercise

ZHANG Yafang (Zhongda Hospital Affiliated to Southeast University, Nanjing 210000, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of the compliance of nasopharyngeal carcinoma patients with mouth opening exercise and its nursing countermeasures. **Methods** A total of 88 patients with nasopharyngeal carcinoma treated with radiotherapy from January to November 2019 were selected as the study objects. A questionnaire designed by hospital was used to investigate the influencing factors of patients' compliance with mouth opening exercise. **Results** A total of 88 patients with nasopharyngeal carcinoma radiotherapy had a score of 11.38 ± 0.94 for compliance with mouth opening exercise, which was at an intermediate level. There were 53 cases of non-compliance and 35 cases of compliance. The non-compliance rate was 60.23%. Univariate and multivariate Logistic analysis showed that the age, social support, health guidance, course of disease, and awareness of exercise were all factors that affected the compliance of patients with nasopharyngeal carcinoma with radiotherapy ($P < 0.05$). **Conclusion** The compliance of nasopharyngeal cancer patients with mouth opening exercise was at a moderate level. Health education and support for patients should be strengthened to improve patients' awareness and compliance with mouth opening exercises.

【Key words】 Nasopharyngeal carcinoma; Radiotherapy; Mouth opening exercise; Compliance; Influencing factors

鼻咽癌是一种恶性肿瘤,大部分为低分化鳞癌,临床治疗多采用放疗为主,在杀灭癌细胞,预防转移和扩散作用的同时,会不可避免放疗照射到口咽、咀嚼肌群等肿瘤周围正常组织,引起放射性损伤,患者颞颌关节、咀嚼肌群出现退行性变,导致肌肉萎缩、颞颌关节障碍。张口困难即放疗后最常见的并发症^[1]。鼻咽癌放疗患者进行张口功能锻炼的依从性越好,张口困难症状越不明显。Chen等调查110例鼻咽癌放疗患者,均出现不同程度张口困难,

而予以针对性干预措施,可显著改善张口困难,减轻痛苦,进而提高生活质量^[2]。本研究探讨鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性的影响因素,并制定针对性护理措施。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年1—11月治疗的鼻咽癌放疗患者88例作为对象,纳入条件:符合鼻咽癌临床诊断标准,且所有患者均获得病理学和影像学检查确诊;放射治疗2周以上者^[3];意识清楚,语言表达无障碍,有阅读能力及回复医护人员问题的能力,主动

作者单位:210000 江苏省南京市,东南大学附属中大医院肿瘤科

配合治疗及调查。排除条件：合并其他免疫性疾病或病历资料不全者；对放疗不耐受者；合并凝血功能异常、精神异常者。其中男 48 例，女 40 例，年龄 35~80 岁，平均 52.25 ± 5.53 岁。本研究经医学伦理委员会审核批准。

1.2 调查内容及方法

1.2.1 临床资料 包括年龄、性别、病程、接受放疗治疗时间。再进行一般情况调查，包括婚姻状况、经济状况、文化程度等。

1.2.2 张口功能锻炼依从性 依从性问卷调查是由我院放射科护士在百度文库、知网数据库、万方数据库、维普数据库等各大数据库的期刊寻找相关资料及数据，并对获得的数据及资料进行可行性、可靠性评估。根据患者的自身情况而制定。调查问卷共包含 6 个项目，每个项目 1~3 分，1 分表示不锻炼，2 分表示有时锻炼，3 分表示经常锻炼，总评分为 0~18 分，依从性分为 3 个等级：差（0~6 分）、中（7~12 分），高（13~18 分）。以评分在 13 分及以上为依从，<13 分为不依从。调查问卷的内容由至少 5 名护理专家审核。发放调查表前先与患者沟通，让患者了解本次调查的意义和填写说明，采用统一的指导语，对重点注意事项进行详细的讲解，保证调查结果的真实性及有效性。调查效度为 0.912，发放测量表 68 份，收回 68 份，有效测量表 68 份，有效率 100%。并就普遍存在的问题开展集中讨论，制定对应的整改措施。

1.2.3 对张口锻炼的认知度 以问卷形式评估，问卷涉及张口功能锻炼相关知识、方法、重要性等，总分 0~100 分，分值 ≥ 85 分为认知度较高，70~84 分为认知度一般，< 70 分为认知度较低。

1.2.4 社会支持量表 量表包括家庭（4 条目）、朋友（4 条目）及其他支持（4 条目），共计 12 个条目。采用 Likert 7 级计分法，从“非常不支持”到“非常支持”分别赋予 1~7 分，总分 12~84 分，分值越高表示患者的社会支持水平越高。

1.3 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据分析，计数资料构成比较采用 χ^2 检验，多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的单因素分析

88 例鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性得分

为 11.38 ± 0.94 分，处于中等水平，不依从 53 例，依从 35 例，不依从率为 60.23%。单因素分析显示：年龄大、病程 > 1 年、无健康指导、文化程度低、社会支持低、对锻炼认知度低患者张口功能锻炼依从率较差（ $P < 0.05$ ）；性别、婚姻状况因素对张口功能锻炼依从率影响差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 1。

表 1 影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的单因素分析

分析因素	例数	不依从 (n=53)	依从 (n=35)	χ^2 值	P 值
性别				0.002	0.965
男	43	26	17		
女	45	27	18		
年龄（岁）				6.681	0.010
35~	48	23	25		
> 60	40	30	10		
放疗时间(d)				2.835	0.242
15~	23	15	7		
21~	35	23	12		
30~	31	15	16		
健康指导				5.332	0.021
有	42	20	22		
无	46	33	13		
婚姻状况				1.815	0.178
有配偶	58	32	26		
无配偶	30	21	9		
病程（年）				17.308	0.000
<1	39	14	25		
≥ 1	49	39	10		
文化程度				16.489	0.000
初中及以下	28	25	13		
高中、中专	31	24	7		
大专以上	19	4	15		
社会支持（分）				13.513	0.001
12~	26	22	4		
34~	28	18	10		
51~66	34	13	21		
对锻炼认知度				14.787	0.001
认知度高	16	3	13		
认知度一般	40	26	14		
认知度低	32	24	8		

2.2 影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的多因素 Logistic 分析

以鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性为因变量,以年龄、病程、健康指导、文化程度、社会支持、

对锻炼认知度为自变量进行多因素 Logistic 回归分析,结果表明:年龄、社会支持、健康指导、病程、对锻炼的认知度均为影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性因素 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的多因素 Logistic 分析

分析因素	B 值	Wald	P 值	OR	95%CI
年龄	-3.392	7.161	0.007	0.034	0.003~0.404
社会支持	-2.791	4.486	0.034	0.061	0.005~0.812
健康指导	3.034	6.535	0.0111	20.774	2.029~212.649
病程	2.088	4.342	0.037	8.066	1.132~57.466
对锻炼的认知度	3.448	5.447	0.020	31.432	1.738~568.590

3 讨论

鼻咽癌是指原发于鼻腔、咽腔的一种恶性肿瘤,也是我国一种高发的恶性肿瘤,主要临床表现为鼻塞、涕中带血、耳闷、听力下降、复视、头痛等。鼻咽癌发病原因和饮食、地域、EB 病毒感染、遗传、吸烟、饮酒等因素相关^[4]。98% 属于低分化鳞状细胞癌,首选的治疗手段是放射治疗,一般情况下经放疗后鼻咽癌的控制率较好,且 5 年内的生存率也较高,但是放疗时射线也会照射到患者面颈部造成颞颌关节及咀嚼肌、周围软组织出现粘连和反应性渗出,引发局部纤维化,发生痉挛,最终造成张口困难,降低了患者的生存质量^[5-6]。

尽早开展张口功能锻炼可缓解张口功能障碍,利于患者摄入营养,增强机体抵抗能力,控制病情恶化,但是由于患者对锻炼的认知率低、不重视锻炼,随着病程的增长,失去治疗信心,导致张口功能锻炼的依从性差,影响了张口功能恢复效果^[7-8]。本研究中,多因素 Logistic 分析结果表明:年龄>60 岁、社会支持评分低、对锻炼的认知度低、病程长、无健康指导均为影响鼻咽癌放疗患者张口锻炼依从性的独立危险因素。分析结果,随着患者年龄的增长,出现消极的态度,降低锻炼依从性,因此要给予患者心理护理,嘱咐患者进行张口功能锻炼的重要性^[9]。另外就是年龄越大,接受健康教育知识能力越差。对功能锻炼缺乏正确的认知,很难对生活中充斥着的大量信息进行有效甄别,进而干扰了患者张口功能锻炼的遵医行为。社会支持在鼻咽癌张口功能锻炼中具有不可忽视的作用,它不仅能改善鼻咽癌放疗患者躯体症状,也能改善放疗患者心理

状态,使其以积极乐观心态配合治疗,提升治愈希望,主动进行张口康复锻炼,减少张口障碍发生率。

4 提高鼻咽癌张口功能锻炼依从性的对策

4.1 提高患者认知

护理人员用通俗易懂的语言耐心为患者讲解锻炼方法,并亲自演示如何锻炼;建立标准化的健康教育方案,正确指导患者进行张口功能锻炼,直到患者掌握为止;主动讲解张口功能锻炼的意义,介绍依从性好的患者锻炼效果,增加患者的锻炼信心;加强锻炼监督,嘱家属要多给予患者鼓励,并督促患者完成锻炼。

4.2 建立监督机制,提高张口功能锻炼依从性

张口功能锻炼是一个长期、连续过程,因此锻炼阶段包括放疗期间及出院后居家锻炼。在临床随访发现,鼻咽癌患者出院后居家锻炼依从性较差^[10-11]。因此,创建微信平台连续护理,保证患者出院后居家锻炼的延续性:①成立微护小组:护士长 1 名担任小组组长,5 名经验丰富的高年资护士为小组成员,均经张口功能锻炼的统一培训合格。②创建微信延续护理系统:微护小组创建名为“开口乐之家”的微信群,将出院后患者拉入微信群,简单介绍微信群的交流功能以及注意事项,医护直接通过微信群来交流病情,同时嘱患者进群后遵守群规。③定时提醒:维护小组在微信群内定期发送功能锻炼提醒,帮助患者能顺利完成每天的锻炼。④信息推送:每周一和周五定期通过微信公众号推送 1 条与张口困难功能锻炼有关的文字、图片、视频等链接,患者通过自己对链接的兴趣选择“感兴趣/已阅读”或“不感兴趣/未阅读”,专门负责信息统计的成员按照

病人的选择进行记录并分析病人感兴趣的内容,在下次推送时要对内容进行整改,如果患者连续3次不做出反馈或选择“不感兴趣/未阅读”,就由维护小组的专门监督成员对其进行电话随访监督。⑤即时交流:患者在微信群里可以和微护小组成员以及其他病友随时进行沟通,并且以文字、视频以及语音等形式将自己的成功锻炼经验分享在群里,微护小组内有专门的组员对群内信息的合法性以及安全性进行监督。

4.3 开展同伴教育,调动患者社会支持系统

①放疗前:邀请2名康复较好的鼻咽癌化疗患者作为同伴教育者,彼此自我介绍,创建良好的信任关系。由同伴教育者告知患者治疗过程有可能造成张口困难,因此后期要注重加强张口锻炼,让其知晓张口锻炼的必要性。②放疗前1周:同伴教育者要每天组织患者在休闲区按照功能锻炼的视频进行张口功能锻炼,同时实时监督指导患者。③放疗期间:每天组织一次病友会,同伴教育者将自身再放疗期间出现的心理变化、自我疗法、锻炼遇到的难题分享给病友,病友间相互倾诉,讲述自己面对的压力,彼此鼓励,积极引导患者以乐观的心态面对鼻咽癌及化疗不良反应,保持心情愉悦。组织患者在休闲区进行每天至少两次的功能康复锻炼,增强监督力度^[12]。对锻炼依从较好的病患者提出表扬,增强配合度不佳病人的监督指导;同时,让家属参与进来,创建监督管理制度。④放疗结束后:患者出院后建立健康档案、出院规划以及张口功能锻炼宣教单,同伴教育者可通过微信网络与患者互动,加入到患者出院后的健康教育中。告知其放疗后功能康复锻炼的重要性,并且分享出院后张口锻炼激励人心的故事,使患者看到康复希望,从而积极配合锻炼^[14]。

综上所述,鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼依从性处于中等水平,应加强对患者实施健康教育及支持,提高患者对张口功能锻炼的认识度及依从性。

5 参考文献

- [1] 罗子芮,林广勇,陈子波,等.表面肌电生物反馈疗法联合吞咽训练对鼻咽癌放疗后吞咽困难患者的影响

[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(8):601-605.

- [2] Chen YJ, Chen SC, Wang CP, et al. Trismus, Xerostomia and Nutrition Status in Nasopharyngeal Carcinoma Survivors Treated with Radiation [J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2016, 25(3):440-448.
- [3] 陈洁,陈锦妹,赵晓慧,等.肿瘤放疗患者心理痛苦评估及其影响因素分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2019, 28(10):758-761.
- [4] 吴晓峰.无远处转移鼻咽癌患者治疗后局部复发的回顾性研究[J]. 肿瘤学杂志, 2018, 24(6):551-554.
- [5] 许益芬,陈胜东,王达飞,等.鼻咽癌根治性放疗后发生远处转移患者的预后及其影响因素分析[J]. 重庆医学, 2017, 46(36):5059-5061.
- [6] 朱洁楠,卞剑云,蒋洪霞.乳腺癌术后化疗患者家庭复原力与负性情绪、锻炼依从性的相关性[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(2):232-235.
- [7] 李洁霞,韦萍,黄连云,等.系统性康复干预在鼻咽癌放疗后吞咽困难护理中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(4):482-486.
- [8] 潘冬梅,韦榕飒,廖金莲,等.全程动态管理对预防鼻咽癌放疗患者张口困难的效果观察[J]. 护理研究, 2015, 29(20):2489-2492.
- [9] Hung TM, Fan KH, Chen EY, et al. An elective radiation dose of 46 Gy is feasible in nasopharyngeal carcinoma treated by intensity-modulated radiotherapy: A long-term follow-up result [J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(6):6036.
- [10] 丘文泽,黄培钰,施君理,等.调强放疗结合诱导化疗或同期加辅助化疗治疗局部晚期鼻咽癌的疗效比较[J]. 中国肿瘤临床, 2015, 42(4):231-235.
- [11] 刘安娜,陈秀英,甘爱华,等.不同健康教育模式对提高鼻咽癌患者住院期间功能锻炼依从性的疗效观察[J]. 福建医药杂志, 2015, 37(4):173-174.
- [12] 陈艳,易珑,程平,等.行为护理对首次住院鼻咽癌患者放射治疗张口锻炼依从性的影响[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(10):725-726.
- [13] 陈佩娟,张露,张春梅,等.鼻咽癌放疗患者自我管理效能感对张口锻炼依从性的影响研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(9):1049-1053.

[2020-04-02 收稿]

(责任编辑 陈景景)

四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与自我效能的相关性分析

瞿邱炜

【摘要】目的 探讨四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与自我效能及应对方式相关性。**方法** 2019年1—12月选取医院收治的四肢创伤性骨折患者90例为调查研究对象,根据患者术后3个月康复锻炼依从性将患者分为锻炼依从性良好组($n=58$)及不依从组($n=32$),应用日常生活能力量表(ADL)、自我效能量表、应对方式量表对两组患者进行评价;应用Pearson单因素分析四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与术后康复、自我效能、应对方式及疾病管理能力的关系。**结果** 四肢骨折锻炼依从性良好组ADL评分、自我效能评分、积极应对评分均高于功能恢复不良组,差异有统计学意义($P<0.05$)。经Pearson相关分析可知,四肢创伤性骨折患者术后功能锻炼依从性评分与ADL评分、自我效能评分、积极应对方式评分呈正相关($P<0.05$)。ADL评分与自我效能评分、积极应对方式评分呈正相关($P<0.05$)。**结论** 通过对患者进行自我效能干预,使患者采取积极的应对方式面对疾病,将有助于提高四肢骨折患者术后锻炼依从性,促进患者康复。

【关键词】 四肢创伤性骨折; 术后锻炼依从性; 自我效能; 应对方式

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.005

Correlation analysis between postoperative exercise compliance and self-efficacy in patients undergoing traumatic limbs fractures QU Qiuwei (Tongzhou District People's Hospital of Nantong, Nantong 226300, China)

【Abstract】Objective To explore the correlation between postoperative exercise compliance and self-efficacy and coping styles of patients with traumatic limbs fractures as the study subjects. **Methods** A total of 90 patients with traumatic limb fractures admitted to the hospital from January to December 2019, were selected as the survey and study objects. According to the patients' compliance with rehabilitation exercise 3 months after the operation, the patients were divided into good exercise compliance group ($n=58$) and non-adherence group ($n=32$), the activities of daily living scale (ADL), self-efficacy scale, and coping style scale were used to evaluate the two groups of patients. Pearson's univariate analysis was used to analyze the relationship between postoperative exercise compliance and postoperative rehabilitation, self-efficacy, coping style and disease management ability in patients with traumatic limb fractures. **Results** The ADL score, self-efficacy score, and active coping score of the extremity fracture group with good exercise compliance were higher than those of the poor functional recovery group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). Pearson correlation analysis showed that the postoperative functional exercise compliance scores of patients with traumatic limbs fractures were positively correlated with ADL scores, self-efficacy scores, and positive coping style scores ($P<0.05$). The ADL scores were positively correlated with self-efficacy scores, and positive coping style scores ($P<0.05$). **Conclusion** Through self-efficacy interventions for patients, enabling patients to adopt a positive coping style to face the disease will help improve compliance of postoperative exercises for patients with limbs fractures and promote the recovery of patients.

【Key words】 Traumatic limbs fractures; Postoperative exercise compliance; Self-efficacy; Coping style

骨折术后尽早开展功能锻炼将有助于促进肢体功能恢复,改善患者预后^[1]。骨折早期大部分患者由于疼痛及对早期功能锻炼重视不够而影响患者功

能锻炼依从性^[2]。研究认为^[3],提高患者对疾病治疗信心,采取积极的态度面对疾病,将有助于提高其康复锻炼依从性。自我效能是指个体对完成某项活动的信念及能力,个体对某一行为具有较高的自我效能在活动中表现出来的动机及积极性将更好,

获得的健康效果更佳^[4]。应对方式是指个体营养环境变化采取有目的、有意识的调节性行为，积极的应对方式有助于增强患者自我效能，提高患者康复信心^[5]。本研究将探讨四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与自我效能及应对方式的关系，旨在为提高四肢骨折患者康复锻炼依从性提供指导。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2019年1—12月选取本院收治的四肢创伤性骨折患者90例为调查研究对象，纳入条件：均经X线或CT确诊为四肢骨折；均为新鲜骨折患者；无认知功能障碍、意识障碍、沟通障碍、精神类疾病或老年痴呆症；在知情同意下参与研究。排除条件：脑卒中、脑梗死引起的运动功能障碍患者；合并其他部位骨折患者；不愿配合研究，中途退出者。根据患者术后3个月康复锻炼依从性将患者分为锻炼依从性良好组（ $n=58$ ）及不依从组（ $n=32$ ），依从性良好组：男32例，女26例；年龄18~75岁，平均 42.3 ± 3.8 岁；骨折类型：胫骨外科颈骨折10例，桡骨远端粉碎性骨折10例，胫骨平台骨折12例，股骨颈骨折8例，股骨颈骨折12例，其他6例。不依从组：男20例，女12例；年龄18~72岁，平均 41.9 ± 3.4 岁；骨折类型：胫骨外科颈骨折5例，桡骨远端粉碎性骨折5例，胫骨平台骨折8例，股骨颈骨折7例，股骨颈骨折5例，其他2例。两组患者临床资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 调查方法

术后3个月向调查对象发放自我效能量表、依从性量表、应对方式量表，量表调查前向患者讲解调查目的，并让患者当场填写并回收，本次共发放问卷90份，有效回收90份。

（1）依从性：采用自制“骨科功能锻炼依从性量表”，量表共10个条目，每个条目采用1~4级评分，总分10~40分，分值越高患者自我效能水平越高。本量表Cronbach's α 系数为0.910，问卷内容效度指数（CVI）为0.712，提示量表具有良好

的信效度。
（2）功能评价：以患者日常生活能力（ADL）^[6]作为患者功能恢复评价指标，ADL采用Barthel指数进行评价，总评分为0~100分，分值越高提示患者日常生活能力越好。

（3）自我效能：应用自我效能量表^[7]进行评价，量表共10个条目，每个条目采用1~4级评分法，总分10~40分，分值越高患者自我效能水平越高。

（4）应对方式^[8]：量表由积极应对与消极应对两部分组成，共20个条目，其中积极应对项目为1~12题，消极应对项目为13~20题，每个条目采用1~4级评分，总评分为0~60分，积极应对评分高表明患者更倾向于采取积极应对方式，消极应对评分高表明患者更倾向于采取消极方式应对。该问卷Cronbach's α 系数为0.902，问卷CVI为0.718，表明该问卷具有良好的信度及效度。

1.3 统计学处理

采用SPSS19.0统计学软件分析数据，两组自我效能评分、依从性评分、自护能力评分以“均数标准差”表示，组间比较采用 t 检验；四肢创伤性骨折患者术后锻炼依从性与自我效能及应对方式的关系采用Pearson相关分析。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者ADL评分、自我效能评分、应对方式评分比较

四肢骨折锻炼依从性良好组Barthel指数、自我效能评分、积极应对评分均高于不依从组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

2.2 四肢骨折患者锻炼依从性及康复效果与自我效能及应对方式的相关性

经Pearson相关分析可知，四肢创伤性骨折患者术后功能锻炼依从性评分与ADL评分、自我效能评分、积极应对方式评分呈正相关（ $P<0.05$ ），而与消极应对呈负相关（ $P<0.05$ ）。ADL评分与自我效能评分、积极应对方式评分呈正相关（ $P<0.05$ ），而与消极应对呈负相关（ $P<0.05$ ），见表2。

表1 两组患者ADL评分、自我效能评分、应对方式评分比较

组别	例数	Barthel 指数	自我效能评分	积极应对评分	消极应对评分
依从性良好组	58	71.02 ± 4.36	32.85 ± 5.36	38.25 ± 4.02	10.12 ± 1.26
不依从组	32	50.10 ± 3.22	21.22 ± 4.17	26.22 ± 3.89	22.98 ± 3.02
t 值		23.776	10.619	13.744	28.357
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 四肢骨折患者锻炼依从性及康复效果与自我效能及应对方式的关系

相关指标		自我效能	积极应对	消极应对
锻炼依从性	<i>r</i> 值	0.412	0.407	-0.342
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000
Barthel 指数	<i>r</i> 值	0.378	0.382	-0.369
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

四肢骨折患者功能锻炼是术后康复训练重要的内容，但临床上不少患者由于害怕术后疼痛而对功能锻炼缺乏信心，从而影响其治疗依从性，不利于术后康复^[9]。本研究对 90 例四肢骨折患者调查发现，锻炼依从性良好率为 64.44%，不依从率为 35.56%，提示四肢骨折患者依从性较差。经分析可知，四肢骨折锻炼依从性良好组 Barthel 指数均高于不依从组（ $P<0.05$ ），说明四肢骨折患者锻炼依从性与患者术后康复有密切的关系。这提示临床工作者通过提高患者术后功能锻炼依从性将有利于患者功能恢复。

影响骨科患者伤后锻炼依从性的因素主要与患者缺乏治疗信心有关，提高患者自我效能将有助于增强患者康复信心，促使患者进行锻炼，提高患者治疗依从性^[10]。本研究结果显示，锻炼依从性良好组自我效能评分较不依从组明显升高（ $P<0.05$ ），且经 Pearson 单因素分析可知，四肢创伤性骨折患者术后功能锻炼依从性评分及 Barthel 指数与自我效能评分呈正相关，说明通过增强四肢骨折患者自我效能将有助于提高锻炼依从性，促进术后康复。这提示临床医护工作者可通过对患者加强健康宣教，增强患者治疗信心及对疾病的认识，从而提高患者自我效能及锻炼依从性，进而促进患者康复。

结果显示，锻炼依从性良好组积极应对评分均高于不依从组（ $P<0.05$ ），且进一步分析可知，患者自我效能及 Barthel 指数与积极应对方式评分呈正相关（ $P<0.05$ ），而与消极应对方式呈负相关（ $P<0.05$ ）。这提示临床医护人员可给予患者足够的情感及社会支持，以提高患者康复锻炼信心，使患者能采取积极的态度面对疾病，从而提高患者治疗依从性^[11]。

综上所述，通过对患者进行自我效能干预，使患者采取积极的应对方式面对疾病，将有助于提高四肢骨折患者术后锻炼依从性，促进患者康复。

4 参考文献

[1] 真启云, 费文勇, 杨文婷, 等. 四肢骨折患者肢体肿胀的护理干预 [J]. 护理学杂志, 2016, 31(12): 17-19.

[2] 沈克秀, 陈延芳, 邱尚娟, 等. 功能锻炼执行表在提高四肢骨折早期功能锻炼患者依从性中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(22): 6-8.

[3] 沈克秀. 品管圈活动对提高四肢骨折患者早期功能锻炼依从性的影响 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(11): 150-152.

[4] 杨洋. 自我效能在骨折病人康复锻炼中的应用 [J]. 全科护理, 2017, 15(6): 717-719.

[5] 季艳萍, 张静, 丁庆彬, 等. 骨质疏松性髋部骨折术后患者应对方式与生存质量的相关性研究 [J]. 护理管理杂志, 2016, 16(11): 783-785.

[6] 施俊琦, 王垒. 一般性自我效能量表的信效度检验 [J]. 中国心理卫生杂志, 2005, 19(3): 191-193.

[7] 任晓碧, 戴一希, 柯哲茜, 等. 护士工作压力应对方式量表的编制及信效度检验 [J]. 护理管理杂志, 2013, 13(11): 784-785.

[8] 沙淑艳, 潘美开, 邹瑞婵, 等. 四肢骨折术后疼痛病人早期实施生命力护理的效果观察 [J]. 护理研究, 2010, 24(31): 2842-2844.

[9] 赵珍. 四肢骨折后关节僵硬患者的护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(17): 25-26.

[10] 李荣军, 何令敏. 四肢骨折患者的护理 [J]. 护理实践与研究, 2012, 9(1): 72-73.

[11] 梁艳. 骨质疏松性髋部骨折术后患者应对方式与生存质量的相关性研究 [J]. 河北医药, 2017, 39(8): 1276-1277.

[2020-04-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

PACU 妇科全麻手术患者非计划性低体温影响因素调查

王雪 谢飞 先会 韩杰 杨晓莹*

【摘要】 目的 调查分析妇科手术患者术后麻醉复苏室(PACU)非计划性低体温的发生状况及相关因素分析。**方法** 选择2019年3—5月术后入住PACU的210例择期全麻妇科手术患者为研究对象,使用基于物联网与AI的无线体温监测系统对本组PACU患者进行连续动态的实时核心体温监测,观察患者术后在PACU期间核心体温的动态变化、非计划性低体温发生率、低体温发生时长占比,并采取单因素分析及二元Logistic多因素回归分析。**结果** 妇科手术患者术后PACU非计划性低体温发生率为37%,在PACU复苏期低体温发生时长占比为0.8。单因素及多因素分析结果显示,年龄 ≥ 45 岁,非腔镜手术,麻醉诱导时核心体温 $< 36.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 是妇科手术患者术后PACU低体温的危险因素($P<0.05$)。**结论** 全麻妇科患者术后PACU非计划性低体温发生率和低体温发生时长占比均较高,并与患者高年龄、手术类型、手术麻醉前是否进行预保温密切相关。因此提示加强患者术中和进入PACU的持续性核心体温监测,有助于及时了解患者体温变化及时采取干预措施。

【关键词】 妇科手术; 麻醉恢复室; 非计划性低体温; 物联网; 无创体温监测

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.006

Investigation on influencing factors of unplanned hypothermia in PACU patients undergoing gynecological general anesthesia WANG Xue, XIE Fei, XIAN Hui, HAN Jie, YANG Xiaoying (Affiliated Hospital of Southwest Medical University, Luzhou 646000, China)

【Abstract】 Objective To investigate and analyze the occurrence of unplanned hypothermia and related factors in postanesthesia care unit (PACU) after gynecological surgery was set as the study subjects. **Methods** A total of 210 patients undergoing elective general anesthesia for gynecological surgery who were admitted to PACU from March to May 2019 were selected as the study objects. A wireless body temperature monitoring system based on the Internet of Things and AI was used to perform continuous dynamic real-time core body temperature monitoring for the PACU patients of this group. The dynamic changes of core body temperature, the incidence of unplanned hypothermia, and the proportion of the duration of hypothermia during the postoperative period in PACU were observed, and univariate analysis and binary Logistic multivariate regression analysis was adopted to analyze. **Results** Incidence of unplanned hypothermia in PACU after gynecological surgery was 37%, and the proportion of the duration of hypothermia during PACU resuscitation was 0.8. Univariate and multivariate analysis showed that the age ≥ 45 years old, in non-laparoscopic surgery, core body temperature $< 36.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ during induction of anesthesia was the risk factor for postoperative PACU hypothermia in patients undergoing gynecological surgery ($P<0.05$). **Conclusion** The incidence of unplanned hypothermia in PACU and the duration of hypothermia after general anesthesia in gynecological patients were relatively high, and they were closely related to the patient's age, type of surgery, and whether pre-warming was performed before surgical anesthesia. Therefore, it was suggested to strengthen the continuous core body temperature monitoring of patients during operation and entering PACU, which will help to understand the patient's temperature changes in time and take intervention measures in time.

【Key words】 Gynecological surgery; Postanesthesia care unit; Unplanned hypothermia; Internet of things; Noninvasive temperature monitoring

麻醉恢复室(postanesthetic care unit, PACU)是对术后患者进行严密观察、生命体征监测和麻醉复

苏期并发症预防与处置的重要场所。由于受手术室的特殊环境、手术与麻醉操作、术后护理与管理等多种因素的后续影响,患者在此阶段极易发生非计划性低体温,且麻醉恢复室作为术后的一个短期中

作者单位: 646000 四川省泸州市, 西南医科大学附属医院
* 通讯作者

转站往往容易被忽略。目前,低体温发生率及其术中相关风险因素分析的报道中,PACU 体温监测工具均为红外线体温监测仪,体温采集数据多局限于患者入、出 PACU 的外周体温,与术中腔镜探头核心体温监测方法存在不一致性,数据关联性较弱。本研究采用基于物联网与人工智能(AI)的无线体温检测系统对全麻妇科手术患者从入手术室至出 PACU 的全程进行连续动态的实时体温监测,并对该类患者 PACU 低体温及其相关风险因素进行分析研究,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 3—5 月在泸州某三甲医院择期行手术后进入麻醉恢复室的妇科手术患者 210 例。纳入条件:手术均安排在 7 级洁净手术室,手术环境温度均维持在 23~24℃,相对湿度在 40%~60%,术中输入室温液体,术中冲洗液温度为 35~37℃;术日晨核心温度低于 37.5℃且 ≥ 36.0 ℃;自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除条件:特殊感染患者(梅毒、HIV、乙肝、丙肝阳性者);术前 1 周有感染性发热;腋下有溃疡、伤口、渗血、渗液者;明确诊断的甲减或甲亢。

1.2 体温监测

①体温监测工具:采用北京某公司生产的无线体温系统,该监测系统由三部分构成(无线体温监测传感器 iThermonitor、数据传输盒、管理系统);②工作原理:iThermonitor 采用独创智能算法,通过体表腋窝实施的无线无创持续动态的核心体温监测,通过蓝牙将核心体温监测数据传输体温管理系统。其监测精度与食管核心温度具有较强的一致性,误差值为 0.14 ± 0.26 ℃^[1]。③体温监测方法:将 iThermonitor 无线体温传感器紧贴于患者腋下深部靠近腋动脉处,通过专用敷贴固定传感器,保持患者手臂夹闭 8 min 以初始患者信息,用数据传输盒扫码患者腕带绑定患者基本信息并上传至管理系统。

1.3 统计学处理

采用 SPSS25.0 统计学软件,单因素分析中,计数资料组间比较采用 χ^2 检验;多因素进行二元 Logistic 回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者非计划性低体温发生情况

210 例患者中 77 例术后 PACU 阶段发生了非计

划性低体温,且在复苏室内发生低体温的患者其低体温时长与 PACU 的留观时长之比为 0.8。

2.2 全麻妇科手术患者 PACU 非计划性低体温单因素分析

单因素分析显示手术方式、术中总入量、术中冲洗量、年龄、麻醉诱导时核心体温比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 全麻妇科手术患者 PACU 非计划性低体温单因素分析

分析因素	类别	低体温组 (n=77)	正常体温组 (n=133)	χ^2 值	P 值
年龄(岁)	≤ 44	18	70	17.338	0.000
	45~59	42	47		
	≥ 60	17	16		
手术方式	腔镜	14	61	16.278	0.000
	非腔镜	63	72		
BMI	< 18.5	1	6	5.488	0.134
	18.5~	36	78		
	24~	30	39		
	≥ 28	10	10		
麻醉诱导时 体温(℃)	< 36.5	42	35	16.735	0.000
	≥ 36.5	35	98		
手术时间 (min)	≤ 120	39	71	2.054	0.358
	121~	30	41		
	> 240	8	21		
手术体位	仰卧位	64	99	2.115	0.146
	截石位	13	34		
麻醉等级	I	16	41	4.89	0.87
	II	59	83		
	III	2	9		
液体总入量 (ml)	< 1000	9	18	6.029	0.049
	1000~	51	102		
	> 2000	17	13		
出血量(ml)	< 200	45	83	0.982	0.612
	200~	22	30		
	> 400	10	20		
冲洗量(ml)	< 500	61	85	6.672	0.042
	500~	12	41		
	> 1000	4	7		

2.3 PACU 妇科全麻手术患者非计划性低体温影响因素多因素分析

将单因素分析中有统计学意义的因素进行二元 Logistic 回归分析, 结果显示, 年龄 ≥ 45 岁, 非腔

镜手术, 麻醉诱导时核心体温 $< 36.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 是妇科全麻手术患者术后 PACU 低体温的危险因素 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 PACU 妇科全麻手术患者非计划性低体温多因素 Logistic 回归分析

分析因素	类别	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR 值	95% CI
年龄 (岁)	≤ 44					1	
	45~	0.948	0.371	6.531	0.011	2.581	1.24~5.342
	≥ 60	1.076	0.485	4.924	0.026	2.932	1.134~7.582
麻醉诱导时体温 ($^{\circ}\text{C}$)	≥ 36.5					1	
	< 36.5	1.424	0.344	17.17	0.00	4.155	2.118~8.849
手术方式	腹腔镜					1	
	非腹腔镜	1.207	0.437	7.617	0.006	3.343	1.419~7.878
液体总入量 (ml)	< 1000					1	
	1000~	-0.055	0.519	0.011	0.915	0.946	0.342~2.616
	> 2000	0.999	0.631	2.506	0.113	2.717	0.788~9.362
冲洗量 (ml)	< 500					1	
	500~	-0.279	0.471	0.351	0.553	0.756	0.300~1.904
	> 1000	0.297	0.782	0.144	0.704	1.346	0.291~6.232

3 讨论

PACU 的建立在国内起步较晚, 不同地区医院 PACU 的建设与发展进度不一, 相关研究探索相对较少, 特别是 PACU 的护理与管理。在 PACU 阶段, 患者因受术中相关手术与麻醉因素的后续影响、PACU 环境条件、体温保护措施等影响, 易发生非计划性低体温。有研究显示, PACU 患者低体温发生率为 47.50%^[2], 国内一项横断面调查结果显示 PACU 患者低体温发生率为 22%^[3], 其发生率较高。目前对术后 PACU 体温管理的研究中, 体温监测数据采集多局限于患者入、出 PACU 的外周体温, 孤立的温度测量值来确定体温过低, 可能会低估 PACU 患者非计划性低体温的发生情况, 因此, 使用连续的体温监测可以更全面准确了解低体温的发生情况。本研究采用基于物联网的无线无创体温

监测传器 iThermonitor 对患者核心体温进行持续动态的实时监测, 该体温监测方法得到《围手术期患者低体温防治专家共识 (2017)》^[4] 应用推荐, 其体温数据的采集涵盖了患者留观 PACU 全程, 其调查结果显示, 妇科手术患者术后 PACU 的非计划性低体温的发生率为 37%, 略高于国内一项横断面调查的结果 (22%)^[3]。这个可能与采用不同体温监测工具和方法有关, 故探寻和选择更科学实用的体温监测方法, 有助于更加全面准确地了解术后 PACU 患者体温的动态变化, 并及时发现和处理异常体温发生情况, 保障患者复苏期安全。

低体温会对患者产生诸多不利的影响, 如引起术后寒战、苏醒延迟、热舒适不良的并发症。刘野等^[5] 研究表明, 妇科手术患者围术期低体温组心脑血管意外发生率、切口感染发生率、切口愈合不良发生率均高于正常体温组, 进而影响患者的快速康

复, 延长住院时间, 增加住院费用。因此探索其危险因素, 从而采取有效的预防和管理措施是十分重要的。

不同手术类型低体温发生现况不同, 本研究结果显示, 非腔镜手术比腔镜手术更易发生术后低体温 ($P=0.006$, $OR=3.343$, $95\%CI$ 为 $1.419\sim7.878$)。这可能由于妇科非腔镜手术的术野暴露面积广、创伤较大, 出血较多等因素增加了非计划性低体温的风险; 同时本研究还表明麻醉诱导时其核心体温 $< 36.5^{\circ}\text{C}$ 相比于核心体温 $\geq 36.5^{\circ}\text{C}$ 的患者较易发生术后低体温 ($P<0.001$, $OR=4.115$, $95\%CI$ 为 $2.118\sim8.849$)。Vural 等^[6]的研究也显示, 术前核心体温会影响术后非计划性低体温的发生; 同时相关研究显示, 术前进行预加温能一定程度预防围术期低体温^[7]。有报道显示^[8], 麻醉诱导前的皮肤表面变暖不会显著增加患者核心温度, 但会增加外周组织的体温和人体总热量, 从而降低温度梯度^[8], 进而降低发生低体温的风险。因此, 在手术开始前应对患者进行体温监测, 核心体温低于 36.5°C 的患者应采取预加温。此外, 本研究发现, 随着年龄的增长, 低体温的发生率呈现一个增加的趋势, 其中年龄大于 60 岁患者发生率为 51.5%, 明显高于其他年龄段患者, 表 2 也显示, 年龄 ≥ 45 岁是本组患者低体温发生的危险因素, 这可能与此阶段妇女大多进入更年期, 体质较差、基础代谢率降低, 对手术室环境的适应性较弱等有关。目前关于 PACU 患者低体温的研究多局限于发生率, 而对低体温发生的严重程度研究较少, 严重程度主要指低体温的降幅和发生时长占比, 患者低体温降幅越大、低体温发生时长占比越高, 对患者麻醉复苏和术后康复影响越大。之前相关报道显示^[9], 核心体温每降低 1°C , 血液黏滞度增加 2%, 脑血流量下降 6% ~ 7%, 本研究在连续动态体温监测的基础上, 对妇科全麻手术患者术后 PACU 低体温的发生时长占比进行了调查分析, 结果显示在复苏室内发生低体温的患者其低体温时长与 PACU 的留观时长之比为 0.8, 说明妇科手术患者在 PACU 阶段不仅容易出现低体温, 且低体温持续时间较长, 应引起高度关注, 但其对患者

康复的具体影响还有待进一步研究。

综上所述, 全麻妇科患者术后在 PACU 非计划性低体温发生率和低体温发生时长占比均较高, 应引起高度重视。探究其危险因素有利于医务人员对病情的分析与判断, 并采取积极的预防和管理措施, 降低围术期低体温的发生率, 进而促使患者安全的度过围手术期。

4 参考文献

- [1] Pei L, Huang Y, Mao G, et al. Axillary Temperature, as Recorded by the iThermonitor WT701, Well Represents Core Temperature in Adults Having Noncardiac Surgery[J]. *Anesth Analg*, 2018, 126(3): 833-838.
- [2] 马郑萍, 唐锐, 张丽平. “中西医结合护理优化方案”对围手术期低体温影响的临床研究[J]. *西部中医药*, 2012, 25(10): 105-107.
- [3] 徐彦, 陈茜, 陆建平, 等. 术后苏醒室低体温发生率及危险因素[J]. *复旦学报(医学版)*, 2016, 43(3): 302-307.
- [4] 马正良, 易杰. 围手术期患者低体温防治专家共识(2017)[J]. *协和医学杂志*, 2017, 8(6): 352-358.
- [5] 刘野, 徐铭军, 车向明, 等. 妇科手术全身麻醉期间低体温发生率调查分析[J]. *中国临床医学杂志*, 2017, 45(5): 94-96.
- [6] Vural F, Celik B, Deveci Z, et al. Investigation of inadvertent hypothermia incidence and risk factors[J]. *Turk J Surg*, 2018, 34(4): 300-305.
- [7] Jun J, Chung M H, Kim E M, et al. Effect of pre-warming on perioperative hypothermia during holmium laser enucleation of the prostate under spinal anesthesia: a prospective randomized controlled trial[J]. *BMC Anesthesiology*, 2018, 18(1): 201.
- [8] Bindu B, Bindra A, Rath G. Temperature management under general anesthesia: Compulsion or option[J]. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 2017, 33(3): 306-316.
- [9] Emmert A, Gries G, Wand S, et al. Association between perioperative hypothermia and patient outcome safter thoracic surgery[J]. *Medicine*, 2018, 97(17): e528.

[2020-04-03 收稿]

(责任编辑 陈景景)

脑卒中吞咽困难患者发生误吸的影响因素及护理措施

张金凤 赵爱霞 梁赢 么荣荣*

【摘要】 目的 探讨脑卒中吞咽困难患者发生误吸的影响因素及护理措施。**方法** 选择2018年2月—2019年11月医院就诊的140例脑卒中吞咽困难患者为研究对象,根据是否发生误吸将其分为病例组($n=60$ 例)与无误吸的对照组($n=80$ 例),并分别采取单因素与多因素分析影响误吸的可能因素。**结果** 单因素分析显示,不同年龄、是否脑干及小脑病变、吞咽障碍评分、机械通气时长、进食体位依从性、是否使用鼻胃管、及时排痰、疾病认知度均会对脑卒中吞咽困难患者发生误吸风险产生一定影响($P<0.05$);经多因素 Logistic 回归分析结果显示,年龄 ≥ 65 岁($OR=5.248$),脑干及小脑病变($OR=4.689$),吞咽障碍评分 > 24 分($OR=3.883$),机械通气时长 ≥ 7 d($OR=2.954$),低进食体位依从性($OR=3.143$),鼻胃管应用($OR=3.427$)是增加误吸风险的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 患者自身及护理过程中均存在影响脑卒中吞咽困难患者误吸的相关因素,临床工作中应针对上述独立高危因素,实施体位、进食、呼吸道护理,加强吞咽功能训练,减少误吸发生率。

【关键词】 脑卒中; 吞咽困难; 发生误吸; 影响因素; 干预措施

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.007

Influencing factors of aspiration in patients with facial stroke and dysphagia and its nursing measures

ZHANG Jinfeng, ZHAO Aixia, LIANG Ying, YAO Rongrong (Liaocheng People's Hospital, Liaocheng 252000, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of aspiration in patients with facial stroke and dysphagia and its nursing measures. **Methods** To select 140 cases of patients with stroke and dysphagia who were treated in the hospital from February 2018 to November 2019 as the study objects. According to whether aspiration occurred or not, they were divided into a case group ($n=60$ cases) and a control group without aspiration ($n=80$ cases), and single-factor and multi-factor analysis were adopted to analyze the possible factors that affected aspiration. **Results** Univariate analysis showed that the different ages, whether brainstem and cerebellar lesions, dysphagia scores, duration of mechanical ventilation, eating position compliance, whether to use nasogastric tube, timely sputum excretion, and awareness of disease all had a certain impact on risk of aspiration in patients with stroke dysphagia ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that the age ≥ 65 years old ($OR=5.248$), brainstem and cerebellar lesions ($OR=4.689$), dysphagia scores > 24 points ($OR=3.883$), duration of mechanical ventilation ≥ 7 d ($OR=2.954$), low eating position compliance ($OR=3.143$) and application of nasogastric tube ($OR=3.427$) were the independent risk factors that increased the risk of aspiration ($P<0.05$). **Conclusion** There were the related factors that affected aspiration in patients with stroke dysphagia in the patients themselves and during the nursing process. Clinical work should focus on the above independent high-risk factors, implement posture, eating, and respiratory tract care, strengthen swallowing function training, and reduce the incidence of aspiration.

【Key words】 Stroke; Dysphagia; Aspiration occurs; Influencing factors; Intervention measures

脑卒中是临床常见的神经内科脑血管疾病,致畸、致残率高^[1]。脑卒中后吞咽困难发生率为51%~78%,多数患者1周内吞咽困难逐渐恢复正

常^[2-3],但11%~13%患者仍会出现约6个月的恢复期^[4]。此外,世界卫生组织(WHO)指出^[5],高龄脑卒中吞咽困难患者发生误吸风险远超50%,误吸时间发生后食物无法正常到达胃肠,导致营养不良^[6-7],若处理不当,则进一步严重影响患者预后与生活质量,甚至出现意识障碍或窒息等症状。

作者单位: 252000 山东省聊城市人民医院神经内科

* 通讯作者

本研究探讨脑卒中吞咽困难患者发生误吸的影响因素,提出对应干预措施,为临床提供借鉴与支持。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年2月—2019年11月医院就诊的140例脑卒中吞咽困难患者为研究对象,纳入条件:在我院经头颅CT或MRI确诊为脑卒中,且临床症状符合2014年版中国急性缺血性脑卒中诊治指南中的相关标准^[8];格拉斯哥评分(GCS)均<8分;调查研究前已合并吞咽功能障碍;资料完整;患者和家属自愿参与本次调查。排除条件:合并严重器质性疾病、肺炎等感染性疾病;存在严重消化系统疾病;对研究过程药物存在过敏或伴鼻饲管置入禁忌证;发生死亡或其他原因中途退出研究。将发生误吸的60例患者作为病例组,未发生误吸的80例患者作为对照组。误吸组中男33例,女27例;年龄54~75岁,平均 60.94 ± 5.72 岁;发生大面积脑梗死31例,发生脑出血18例,其他11例;留置鼻饲管时间 ≥ 20 d 39例, < 20 d 21例。对照组中男45例,女35例;年龄52~74岁,平均 59.27 ± 4.98 岁;发生大面积脑梗死40例,发生脑出血24例,其他16例;留置鼻饲管时间 ≥ 20 d 58例, < 20 d 22例。

1.2 调查方法

1.2.1 基本资料 调查收集符合纳入标准患者的年龄、合并基础疾病、是否脑干及小脑病变、吞咽障碍评分、机械通气时长、进食体位依从性、是否使用鼻胃管、食物稠度级别、及时排痰、疾病认知度等。

1.2.2 误吸的评价 选择日本洼田俊夫的饮水测试方法^[9],患者饮30 ml温开水,观察记录饮水全程指标,评分分级为1~5分,依次代表优(一饮而尽,无呛咳)、良(分2次以上饮尽,无呛咳)、中(一饮而尽,有呛咳)、尚可(2次以上饮尽,有呛咳)、差(呛咳多次,无法饮尽水),其中 ≥ 3 分纳入误吸组,1~2分纳入无误吸组。

1.2.3 吞咽功能评估标准^[10] 采取吞咽功能评估量表(SSA)对患者吞咽困难程度进行评级,主要内容包括:意识状态、软腭运动、头和躯干活动度、面部肌肉控制、呼吸模式、咽喉反射、咳嗽反射、吞咽时间等,评分范围1~46分,将其分为Ⅰ级高风险(35~46分)、Ⅱ级中度风险(24~34分)、Ⅲ级低风险(1~23分),评分越高表明吞咽功能越差。

1.2.4 进食体位依从性评估^[11] 采用进食体位执行表,主要内容包括:进食时抬高床头 $<30^\circ$ 、

$30^\circ \sim 45^\circ$ 情况。详细记录护士或家属进食体位情况,判断以90%以上进食体位 $>30^\circ$ 为依从性好。

1.2.5 疾病认知度 参考美国社区脑卒中预警症状和危险因素知晓率调查研究及22个国家脑卒中危险因素研究^[12],设计脑卒中吞咽困难放置知识知晓率调查问卷,对患者疾病认知度进行评估。

1.3 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件,单因素分析计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验,多因素分析采用Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑卒中吞咽困难患者发生误吸的单因素分析

单因素分析结果显示,是否脑干及小脑病变、吞咽障碍评分、机械通气时长、进食体位依从性、是否使用鼻胃管、及时排痰、疾病认知度,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 脑卒中吞咽困难患者发生误吸的多因素Logistic回归分析

在影响误吸发生的8项单因素中,经多因素Logistic回归分析结果显示,脑干及小脑病变($OR=4.689$),吞咽障碍评分 >24 分($OR=3.883$),机械通气时长 ≥ 7 d($OR=2.954$),低进食体位依从性($OR=3.143$),鼻胃管应用($OR=3.427$)是增加误吸风险的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

3.1 脑卒中吞咽困难患者发生误吸影响因素

吞咽障碍是脑卒中患者常见并发症之一,急性期脑卒中发病3 d内出现吞咽障碍率约为50%~70%,进而发生营养不良、误吸风险,增加吸入性肺炎、窒息率^[13]。本研究显示,年龄 ≥ 65 岁、脑干及小脑病变、吞咽障碍评分 >24 分、机械通气时长 ≥ 7 d、低进食体位依从性、鼻胃管应用等是患者发生误吸的独立危险因素,分析如下:

(1) 年龄 ≥ 65 岁、合并基础疾病多等是脑卒中吞咽困难的高发群体:由于老年患者食管括约肌松弛、咽喉部感知退化、咳嗽及吞咽反射减弱,加上身体机能退化、持续卧床、胃肠道蠕动减慢,致使胃内食物滞留,增加误吸或反流风险,同时老年患者多并发假性球麻痹、心血管疾病、意识障碍等需接受诸多治疗手段,如:肌松剂、镇静剂高频使用、长期机械通气,这也易导致误吸。

(2) 脑干及小脑病变为误吸独立危险因素:

表 1 脑卒中吞咽困难患者发生误吸的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=60)	对照组 (n=80)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)				0.688	0.407
	< 65	28	43		
	≥ 65	32	37		
合并基础疾病				0.064	0.968
	糖尿病	17	22		
	高血压	31	43		
	无	12	15		
是否脑干及小脑病变				10.181	0.001
	是	20	9		
	否	40	71		
吞咽障碍评分 (分)				82.567	0.000
	> 24	53	9		
	≤ 24	7	71		
机械通气时长 (d)				11.046	0.001
	< 7	22	52		
	≥ 7	38	28		
进食体位依从性				14.902	0.001
	高	20	7		
	中	28	42		
	低	12	31		
是否使用鼻胃管				12.655	0.000
	是	45	36		
	否	15	44		
食物稠度级别				2.755	0.097
	过稠	34	34		
	正常	26	46		
及时排痰				22.015	0.000
	有	18	56		
	无	42	24		
疾病认知度				11.845	0.003
	高	21	51		
	中	28	23		
	低	11	6		

表 2 脑卒中吞咽困难患者发生误吸的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR 值	95% 置信区间
脑干及小脑病变	1.232	0.313	15.493	0.000	3.428	(1.144, 4.388)
吞咽障碍评分 > 24 分	1.357	0.354	14.694	0.000	3.885	(1.941, 7.774)
机械通气时长 ≥ 7d	1.083	0.307	12.445	0.000	2.954	(1.618, 5.391)
低进食体位依从性	1.545	0.417	13.727	0.000	4.688	(2.070, 10.616)
鼻胃管应用	1.145	0.309	13.731	0.000	3.142	(1.639, 5.671)

原因在于脑干延髓内存在咳嗽反射中枢，脑干或小脑病变会导致咳嗽反射中枢受损、造成反射障碍，而咳嗽反射利于排出呼吸道病理学分泌物与异物，所以咳嗽反射减弱或障碍极易诱发误吸，这与李鑫等^[14]研究认为脑干及小脑病变是吸入性肺炎的独立危险因素一致。

(3) 吞咽障碍评分 > 24 分易发生吞咽障碍：评分 >24 分说明处于高风险吞咽困难，延髓吞咽中

枢损伤严重，患者出现随意性舌运动时间延迟、吞咽肌肉运动协调性低等现象，摄食甚至唾液误咽发生率提高，误吸风险显著提高。

(4) 机械通气时长 ≥ 7 d：机械通气尤其是气管切开等操作会损害正常气道生理状态，引发误吸^[15]，本研究也认为长期机械通气不仅不同程度损害喉环状括约肌，破坏正常收缩与扩张，还与意识状态密切相关，机械通气时长 ≥ 7 d 患者意识水平降低，

胃肠功能退化、腹胀、胃内容物潴留量大,食管上部括约肌群受异常压迫,以上现象均增加误吸风险,此外,长期机械通气者咀嚼及吞咽感下降、心理焦虑、抑郁、恐惧加重,也会诱发误吸,影响康复进程。

(5) 进食体位依从性低影响误吸:一部分源于患者自身长期卧床,需常翻身与体位变换,当咽部抬高不够、食管入口处抗张差,环状咽肌无法松弛,会造成食物留滞咽部,易因胃内容物反流而发生误吸,另外,医护人员有关进食体位重要性宣教不足,患者因无法独立调整体位,加上陪护执行力低、监督不足,无法确保患者最大限度吞咽,也会降低进食体位依从性,增加误吸风险。

(6) 鼻胃管应用是患者发生误吸独立危险因素:尽管鼻胃管、鼻肠管均会降低误吸风险,但鼻胃管放置于胃内不同于,自空肠起送入营养液的鼻肠管,显著增加因胃动力不足导致的胃潴留,以及返流、误吸、呛咳等并发症情况,此外,临床研究显示,部分鼻胃管患者更易发生胃肠道功能紊乱、胃排空延迟、胃部痉挛等现象,营养液更易在胃内潴留,也会引发呕吐或误吸。

3.2 脑卒中吞咽困难患者发生误吸护理

为减少误吸情况发生,医护人员规范化管理患者鼻饲管,掌握脑卒中吞咽困难发生误吸危险因素,针对上述独立影响因素,切断误吸途径、减少误吸及相关并发症,提出护理对策如下:①体位护理。临床普遍认为,可持续性营养液输注患者最宜取半卧位,抬高床头 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$,偏瘫患者稍向健侧偏斜,进食时可协助头部前屈并向麻痹侧转,预防头部过低引发食物或口腔分泌物逆流,导致误吸,还可规避胃部压迫膈肌和肝脏组织,促进脑血液循环与肝颈静脉回流^[16]。②进食护理。实际临床中,护理人员应遵医嘱评估食物稠度级别,根据不同吞咽能力,制定黏性半流质、半固体、浓稠流食的精细个性化饮食方案,并配合安全进食的体位、一口量、速度、技巧,进食过程可设计人文关怀以提升心理支持,同时密切关注胃残余量(GRV)情况,GRV>100 ml时减缓营养液的输注速度^[17]。进食后加强口腔护理,温水漱口、清除残渣,降低牙周疾病发生率。③呼吸道护理。指导有效咳嗽咳痰、协助翻身拍背,尽早清除气道吸入物及分泌物,对气管切开、机械通气患者,在合理气囊压力范围内,加强监测频率,严密观察气道症状、血氧饱和度,注意听取肺部呼吸音,若出现显性误吸,及时取半卧体位,清除气管内食物、阻止气道阻塞。选择材质柔软、弹性好

的硅胶胃管,必要时遵医嘱使用防误吸型胃管^[18]。

④吞咽功能训练。预评估患者吞咽功能,为不同患者分别制定唇部练习,下颌、面部及颊部运动训练,舌、软腭力量及控制,声带闭合,喉上抬练习,舌制动吞咽练习,等长/等张吞咽训练,及呼吸训练,加强各部位运动调控、力量与协调能力,并通过刺激训练、呼吸道保护法等促进提升吞咽功能。

综上所述,本研究显示:年龄 ≥ 65 岁,脑干及小脑病变,吞咽障碍评分>24分,机械通气时长 ≥ 7 d,低进食体位依从性,鼻胃管应用的患者更易发生误吸,临床工作中针对上述独立高危因素应通过合理体位、进食、呼吸道护理,加强吞咽功能训练,减少误吸发生率。

4 参考文献

- [1] 徐欢欢,王芳,金小瑞.集束化护理对ICU重症脑卒中患者误吸和压疮的影响[J].现代医药卫生,2020,36(2):268-270.
- [2] 张晓梅,周春兰,周宏珍,等.脑卒中病人误吸预防的标准化护理流程及措施——基于循证及德尔菲函询法的专家共识[J].护理研究,2020,34(1):1-8.
- [3] 黄妍,张军,安旭,等.纤维鼻咽喉镜吞咽功能检查对脑卒气管切开拔管指征的指导意义[J].中华保健医学杂志,2019,21(6):568,569+583.
- [4] 李清.护理干预对降低脑卒中吞咽障碍患者误吸发生率及睡眠的影响[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(12):1731-1733.
- [5] 邹卫露.咽动态造影检查在脑卒中后吞咽障碍的临床应用价值[J].现代医用影像学,2019,28(12):2671-2672.
- [6] 李岩瑜.卒中单元护理模式对脑卒中后吞咽功能障碍患者康复的作用探讨[J].中国医药指南,2019,17(33):345-346.
- [7] 胡玲莉.循证模式对住院低龄脑卒中患者负性情绪的影响分析[J].山西医药杂志,2019,48(21):2704-2706.
- [8] 邹静,吴霞霞,徐玲锋.改良式口腔护理在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用研究[J].现代医院,2019,19(10):1554-1557.
- [9] 戴萌,安德连,张科,等.吞咽辅助凝胶用于脑卒中后患者口服胶囊可行性的吞咽造影研究[J].康复学报,2019,29(5):15-19.
- [10] 马春敏.两种管饲法在脑卒中吞咽障碍患者预防并发吸入性肺炎的临床观察[J].医药论坛杂志,2019,40(9):38-40.
- [11] 冯小红.脑卒中患者误吸影响因素分析及护理对策[J].首都食品与医药,2019,26(17):172.
- [12] 唐欣慧,谭杏媚,吴妙珠,等.容积-黏度吞咽试验在脑卒中吞咽障碍患者中的应用[J].护理实践与研究

初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素

胡茂研 田梅枝 张淑玲 吴婉华

【摘要】 目的 探讨初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素,并据此制定相关护理对策。**方法** 选择医院2016年1月—2019年1月收治的选择剖宫产分娩初产妇150例,调查产妇个人因素与环境因素,通过单因素及多因素线性回归分析初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素。**结果** 本研究中,150例产妇BSES量表平均得分为 67.23 ± 16.23 分。技能平均得分为 21.93 ± 7.92 分,内心活动平均得分为 45.72 ± 9.88 分。单因素及多因素线性回归结果显示,喂养认知度、产后抑郁情况、配偶支持度水平、乳头是否健康、产后泌乳量是影响初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的独立影响因素。**结论** 初产妇剖宫产术后母乳喂养效能高低存在多种因素影响,护理对策应着对因施护,提高母乳喂养率。

【关键词】 初产妇;剖宫产;母乳喂养效能;影响因素;护理对策

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.008

Influencing factors of breastfeeding efficacy after cesarean section in primiparas HU Maoyan, TIAN Meizhi, ZHANG Shuling, WU Wanhua (Dongguan People's Hospital, Dongguan 523000, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of breastfeeding efficacy after cesarean section in primiparas, and formulate relevant nursing strategies accordingly. **Methods** A total of 150 cases of primiparas who underwent cesarean section and were admitted to the hospital from January 2016 to January 2019 were selected to investigate the individual factors of the primiparas and environmental factors, and the influencing factors of breastfeeding efficacy after cesarean section in primipara were analyzed by univariate and multivariate linear regression. **Results** In this study, the average score on the BSES scale of 150 parturients was 67.23 ± 16.23 points. The average score for skills was 21.93 ± 7.92 points, and the average score for inner activities was 45.72 ± 9.88 points. Univariate and multiple linear regression analysis showed that the feeding cognition, postpartum depression, support level of spouse, nipple health, and postpartum lactation were the independent factors that affected the effectiveness of breastfeeding after cesarean section in primiparas. **Conclusion** There were many factors influencing the breastfeeding efficacy after cesarean section in primiparas. Nursing strategies should be based on nursing care to increase the breastfeeding rate.

【Key words】 Primipara; Cesarean section; Breastfeeding efficacy; Influencing factors; Nursing countermeasures

基金项目:广东省东莞市科技计划医疗卫生类科研项目

(编号:201410515000286)

作者单位:523000 广东省东莞市人民医院产科

究,2019,16(16):52-53.

[13] 赵锦颖,韩宇洲.标准吞咽功能评估量表联合标准饮食护理在脑血管病吞咽障碍患者中的应用价值[J].河北医药,2019,41(13):2066-2069.

[14] 李鑫,张立新.脑卒中后吞咽障碍患者吸入性肺炎危险因素及洼田饮水试验应用进展[J].社区医学杂志,2019,17(11):683-686.

[15] 王瑛慧.脑卒中患者并发吸入性肺炎的原因分析及护理经验总结[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36(03):340-341.

[16] 王芳.早期识别和强化吞咽训练方案在后颅窝肿瘤获

得性吞咽障碍患者中的应用效果研究[D].南京:南京大学,2019.

[17] 马静,郭琳.依据食品流变学量化食物稠度对脑卒中后吞咽功能障碍患者预防误吸的效果观察[J].护理实践与研究,2019,16(7):48-49.

[18] 王云,吴玉琴.吞咽与摄食训练在脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(24):55-56.

[2020-03-11 收稿]

(责任编辑 刘学英)

联合国儿童基金会及世界卫生组织极力提倡将母乳喂养作为新生儿营养来源,且建议:6个月内纯母乳喂养是最佳的婴儿喂养方式^[1]。母乳喂养效能的提高是母乳喂养建设的重要一环,决定了产妇是否能坚持对新生儿进行母乳喂养,而通过剖宫产的新生儿,由于没有通过产道的挤压,其健康程度一般低于自然分娩新生儿^[2],因此,母乳作为更健康的一种营养来源方式对于采取剖宫产的新生儿更为重要。本文通过对相关影响因素的分析,旨在研究初产妇剖宫产后母乳喂养效能低下的相关原因,并基于研究结果制定有效的护理对策。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2016年1月—2019年1月收治的宫产术后初产妇150例,纳入条件:单胎;孕周39~42周;选择剖宫手术分娩,且符合剖宫产指征的产妇。排除条件:合并先天代谢性疾病、传染性疾病、有相关母乳喂养禁忌证的产妇;合并精神类疾病及其既往史的产妇。本研究产妇均签署知情同意书,且经伦理委员会审核批准。纳入例数参照Kendall原则,BSES量表共有30个条目,以量表变量个数5倍选取样本含量,最终纳入产妇150例。产妇年龄21~30岁,平均 24.71 ± 2.11 岁。

1.2 调查内容

(1)问卷调查:采用医院自拟一般资料调查问卷,对产妇各项个人情况进行调查记录。问卷具体内容有:①个人因素:包括年龄、喂养认知度、产后抑郁、初次母乳喂养情况、乳头健康情况、产后泌乳情况等。②环境因素:包括配偶支持情况、孕期代乳品接触情况、身边朋友母乳喂养情况等。

(2)母乳喂养效能调查:采用母乳喂养自我效能表(BSES)对产妇产后母乳喂养效能情况进行调查:该表由戴晓娜等学者引进^[3],并改编至中国妇女使用版本,包括内心活动与技能2个维度,各有条目15个,共30个。使用Likert 5级评分法,最低得分30分,最高得分150分。

(3)母乳喂养认知度评价:条目制定参照陈柯洁制定的“母乳喂养知识问卷”^[4],该问卷由赵旻等学者提供^[3],包括产妇喂养技能强度、母乳喂养益处知晓情况2个维度,共17个条目,每个条目记1分,最低分0分。最高分17分。

(4)产后抑郁评价:采用爱丁堡产后抑郁量表(EPDS)^[5]对本次实行剖宫产的初产妇进行抑郁情况调查,在产后约6w进行,本表共包括10个条目,

采用Likert 4级评分法,最低分0分,最高分30分。以EPDS得分 ≥ 13 分为产后抑郁产妇。

1.3 调查方法

由经统一培训后的护士执行问卷发放工作,问卷发放前均征求产妇及其家属同意,于生产结束后6w发放至产妇手中,为保证本问卷的真实性,以及确保产妇正常行使隐私权,本问卷以匿名形式进行填写。本研究中,共发放150张问卷,收回150张问卷。

1.4 统计学处理

采用SPSS20.0统计学分析,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;多因素分析采用多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 初产妇剖宫产术后母乳喂养效能单因素分析

本研究中,150例产妇BSES量表平均得分为 67.23 ± 16.23 分。技能平均得分为 21.93 ± 7.92 分,内心活动平均得分为 45.72 ± 9.88 分。不同年龄产妇母乳喂养效能得分比较差异无统计意义($P>0.05$);不同喂养认知度、产后抑郁情况、配偶支持度水平、孕期是否代乳品、身边朋友母乳喂养情况、乳头是否健康、产后泌乳量是否充足情况下产妇母乳喂养效能得分比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 初产妇剖宫产术后母乳喂养效能多因素分析

对初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素进行多元线性回归分析,结果显示,喂养认知度、产后抑郁情况、配偶支持度水平、乳头是否健康、产后泌乳量是影响初产妇剖宫产术后母乳喂养效能的影响因素($P<0.05$),见表2。

3 讨论

母乳喂养效能由Dennis CL等加拿大学者最早提出,是指初产妇以母乳喂养的方式照顾新生儿的程度,对母乳喂养时间及母乳喂养行为影响较深。相关研究表明,对自身母乳喂养能力保持怀疑态度的母亲,其纯母乳喂养的概率更低。孙凤春等^[6]对新生儿肠道菌群分布的影响因素研究中指出,有母乳喂养方式参与其发育成长的新生儿,在其肠道菌群当中,双歧杆菌等益生菌的数量明显更高,而在新生儿早期发育中,肠道菌群与其后续健康身体的发展密切相关。韩树萍^[7]研究指出,母乳当中有丰富的免疫类蛋白质、不饱和脂肪酸及碳水化合物、

表 1 初产妇剖宫产术后母乳喂养效能单因素分析

分析因素	类别	例数	母乳喂养效能得分（分）	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
年龄（岁）	< 25	101	67.01 ± 10.82	0.229	0.182
	≥ 25	49	67.67 ± 9.88		
喂养认知度（分）	< 10	91	54.45 ± 8.07	-21.464	0.000
	≥ 10	59	86.92 ± 10.39		
产后抑郁（分）	< 13	111	33.92 ± 9.31	23.417	0.000
	≥ 13	39	79.82 ± 10.92		
配偶支持度	低	95	67.81 ± 9.31	-7.579	0.000
	高	55	80.92 ± 11.03		
孕期是否代乳品	否	118	63.25 ± 9.12	-9.512	0.000
	是	32	81.91 ± 12.19		
身边朋友母乳喂养情况	无	87	57.39 ± 9.77	-14.621	0.000
	有	63	80.81 ± 9.56		
乳头是否健康	否	109	62.53 ± 9.80	-9.330	0.000
	是	41	79.72 ± 10.72		
产后泌乳量是否充足	否	62	76.06 ± 8.92	-8.805	0.000
	是	88	90.13 ± 10.11		

表 2 初产妇剖宫产术后母乳喂养效能多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常量	49.373	—	10.833	0.000
喂养认知度	4.686	0.243	3.575	0.000
产后抑郁	-7.179	-0.343	-5.078	0.000
配偶支持情况	4.014	0.196	2.948	0.004
乳头健康情况	3.736	0.177	2.786	0.006
产后泌乳情况	3.817	0.202	3.186	0.002

对婴幼儿的免疫、消化系统及神经系统都有相当大的益处，尤其是对于 NICU 早产儿，可有效促进其生长、成熟、减少各种疾病的发生概率。研究显示^[8]，剖宫产的新生儿，其身体健康状况总体低于正常阴

道分娩儿，如肠道菌群的分布。贺建霞等^[9]在对 180 名产妇的相关研究中指出，分娩方式与母乳喂养效能得分存在显著关系，且选择剖宫产的孕妇，其母乳喂养效能较低，提高剖宫产产妇母乳喂养效

能极为重要。本院拟定剖宫产初产妇母乳喂养效能影响因素调查表,由产妇个人因素及环境因素组成,包括喂养认知度、产后抑郁、配偶支持情况、乳头健康情况、产后泌乳情况。

本研究表明,母乳喂养认知度低下、配偶支持率低是剖宫产产妇母乳喂养效能较低的相关原因,而母乳喂养相关技巧及注意事项等知识并不难学,产妇的喂养认知度低的根本原因在于过少或根本没有对相关知识进行探究,表明产妇对于相关知识不够关心根本就不太认同,加上配偶支持率低,导致产妇母乳喂养依从性差^[10]。而如果身边朋友对于母乳喂养抱有和产妇一样的态度,没有相关实例使产妇了解,也会影响产妇的母乳喂养认知度。罗永伟等^[11]研究表明,对于母乳喂养知识的接受,孕妇最希望通过医护人员面授的方式进行,可通过面对面的方式对产妇宣讲有关母乳喂养的相关知识,包括技能及注意事项,同样,对产妇丈夫母乳喂养相关知识普及,也非常重要,可增加其对于母乳喂养的支持度^[12]。

产后抑郁、乳头不健康、产后泌乳情况低下下的产妇其母乳喂养效能较低。沈春燕等^[13-14]在相关研究中指出,产后母乳缺乏是导致产妇产后抑郁的重要原因,而泌乳量少、乳头不健康等因素均会导致产妇实际的产乳量低下,产后抑郁的产生会导致产妇对于新生儿的养护失去信心,甚至是失去兴趣,同时母乳喂养效能也会相应下降。护理措施:邀请一位有生育史的护士,在日常护理中与产妇沟通,引导其倾述心中不满情绪,以自身经验疏导产妇情绪,提高其初为人母的信心。以适当的方式转述给产妇家属,使家属对产妇能有一定的理解与支持,可引导产妇进行有效的肌肉放松训练及冥想训练。产前可对产妇宣讲剖宫产有关知识,减少产妇对于分娩的恐惧感。

对产妇及其家属普及乳房按摩护理的重要性,宣讲淤积乳汁的危害性,乳房按摩在产后2 h内进行最佳^[15]。按揉时引导产妇呈仰卧姿势,护理人员充分清洁双手,取按摩油涂抹掌部,一手托住乳房底部,一手沿着乳房乳腺管及乳根向乳头的方向缓慢按揉,环形按揉乳房硬结处,对乳根穴、檀中穴进行拇指点按,每次按揉5 min,双乳交替进行。后采用双乳齐按的方式,顺时针进行,过程中可对乳房不停进行轻柔的挤压。整个过程持续25 min,每天1次,共按揉3 d。

总之,初产妇剖宫产术后母乳喂养效能受多重因素影响,护理人员应高度重视相关因素,从提高

产妇母乳喂养认知度、降低产后抑郁发生率,注意乳房护理,提高此类初产妇母乳喂养的能力、积极性,最终提高母乳喂养率。

4 参考文献

- [1] World Health Organization, breastfeeding policy brief[EB/OL].[2018-03-27].<https://www.wfc.org/website/>.
- [2] 盛夕曼,洪静芳,王维利,等.社区初产妇母乳喂养自我效能调查及影响因素研究[J].中国全科医学,2015,(2):191-195.
- [3] 戴晓娜.母乳喂养自信心量表的引入及母乳喂养自信心影响因素的探索性研究[D].天津:天津医科大学,2002.
- [4] 陈柯洁.“全面二孩”政策下二孩纯母乳喂养现状及健康教育研究[J].中国妇幼保健,2018,34(14):3164-3167.
- [5] 仇剑崑,王祖承,罗来敏,等.爱丁堡产后抑郁量表的临床应用[J].上海精神医学,2001,9(4):34-36.
- [6] 孙凤春,张文卿,吕锐,等.不同喂养方式婴儿肠道菌群分布特征[J].中华实用儿科临床杂志,2015,30(11):844-847.
- [7] 韩树萍.母乳喂养对新生儿重症监护病房早产儿的益处[J].中国新生儿科杂志,2015,30(3):161-163.
- [8] 刘誉,秦胜堂,马京梅,等.不同分娩方式和喂养方式下婴儿肠道菌群的分布特征[J].中华围产医学杂志,2018,21(7):465-471.
- [9] 贺建霞,康凤英,李琳波.生育政策调整下初产妇母乳喂养自我效能及影响因素的分析[J].中国实用护理杂志,2018,34(6):430-433.
- [10] 杨波,赵芳仍.某医院386例产妇产后母乳喂养自我效能现状及影响因素分析[J].解放军预防医学杂志,2017,35(10):1270-1272.
- [11] 罗永伟,贾红光,赵芳菲,等.孕妇对母乳喂养知识需求的调查分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(7):1220-1222.
- [12] 余梦婷,樊丹凤,杜亚平.父亲母乳喂养健康教育重要性、必要性及可行性分析[J].中国公共卫生,2019,35(11):1588-1592.
- [13] 沈春燕,戴国亮,吴勤辉.以母乳缺乏为主要表现的产后抑郁及护理对策[J].浙江临床医学,2014,16(3):501-502.
- [14] 罗闻俊.初产妇剖宫产术后母乳喂养中优质护理的应用[J].中国药物与临床,2018,18(3):492-493.
- [15] 徐晶晶,杨露.乳房按摩时间对孕妇产后乳汁分泌及成功喂养率的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(3):521-523.

[2020-03-27 收稿]

(责任编辑 陈景景)

老年住院患者压力性损伤预防护理证据的文献汇总分析

陈佩琴 温新颜 陈春莲

【摘要】目的 通过文献汇总,收集分析老年住院患者压力性损伤预防护理证据。**方法** 通过中国指南网、中国知网、万方数据库、美国指南网、Pubmed、中国生物医学文献数据库等中外数据库或指南网检索相关文献资料,包括临床指南、临床决策、系统评价、证据总结,文献发表时限2016年1月—2020年8月,并对文献质量进行评价,明确其推荐级别。**结果** 检索得到相关文献14篇,其中临床指南3篇,临床决策7篇,系统评价2篇,证据总结2篇;通过文献阅读分析得到护理证据共10条。**结论** 老年住院患者压力性损伤预防护理证据的总结过程科学,所得护理证据的临床适用性强,护理人员可根据临床实选选择性应用护理证据,以期提高压力性损伤风险评估准确率,改善预防护理效果。

【关键词】 老年住院患者;压力性损伤;预防护理;最佳证据

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.009

压力性损伤(PI)是因长期卧床受剪切力、摩擦力、压力等引起的局限性损伤,以骨隆突处最为常见,是临床常见的身体衰弱并发症^[1-2]。文献^[3-4]报道的数据显示,住院患者压力性损伤发生率为1.58%,其中70岁以上老年住院患者发病率高达10%~25%^[5]。临床强调加强对老年住院患者压力性损伤的预防护理,护理人员根据现有循证证据、指南推荐识别风险,并确定护理措施。本研究通过中国指南网、中国知网、万方数据库、美国指南网、Pubmed、中国生物医学文献数据库等中外数据库或指南网检索相关文献资料,包括临床指南、临床决策、系统评价、证据总结,文献发表时限2016年1月—2020年8月,并对文献质量进行评价,明确其推荐级别,进而确定压力性损伤预防护理的最佳证据。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 检索策略

1.1.1 确定循证问题 研究根据PIPOST分析确定循证问题,其中P为证据支持对象,即老年住院患者;I为护理证据,包括压力性损伤风险评估、治疗、护理等;P为护理执行个体,即医护人员;O为证据应用结果,包括压力性损伤风险等级、压力性损伤发生率、护理质量等;S为护理证据应用场所,即医院各科室;T为护理证据分类,包括临床指南、临床决策、系统评价、证据总结。

1.1.2 检索相关文献

(1)文献检索关键词:中文关键词有“老年住院患者/住院患者/老年卧床患者”“压力性损伤/压疮/压力性溃疡”“风险评估/治疗/预防护理/护理证据”;英文关键词有“Elderly hospitalized patients/inpatients/elderly bedridden patients”“pressure injuries/pressure ulcers/pressure ulcers”“risk assessment/treatment/preventive care/care evidence”。

(2)文献检索数据库:所涉数据库或指南网有美国指南网、中国指南网、中国知网、万方数据库、美国指南网、Pubmed、中国生物医学文献数据库、澳大利亚JBI循证卫生保健中心等。

(3)文献发表时限:文献发表时限2016年1月—2020年8月。

1.2 文献筛选

本研究中研究人员按照下述标准筛选文献:①以老年住院患者为研究对象;②内容以压力性损伤风险评估、治疗、护理等为主;③文献语言为中文或英文;④文献内容详实,且结构完整。

1.3 文献质量评价

研究人员根据文献评价标准开展组内评价:如组内评价意见一致,则可作为文献质量评价结果;如组内文献评价意见不一,则由循证护理专家论证会讨论决定;当文献所提出证据存在冲突,则以权威期刊、最新发表文献对应护理证据为准。各类文献质量评价方法具体如下:

1.3.1 临床指南类评价标准 借助指南研究与评

作者单位:512026 广东省韶关市,粤北人民医院全科医学科

估工具 (AGREE II) 评价临床指南类文献质量, 评价内容包括 6 个维度, 即范围目的、牵涉人员、开发严谨性、清晰性、适应性、独立性, 25 个评价条目, 其中全面评价条目 2 个, 采取 Likert 7 级评分法, 分值 1 ~ 7 分, 1 分表示完全不同意, 7 分表示完全同意, 每维度条目之和即为维度总分, 通过标准化处理得到维度可能最高分百分比, 据此确定文献推荐级别, 如维度可能最高分百分比 $\geq 60\%$, 则非常推荐, $30\% \sim 60\%$, 则推荐, $<30\%$, 则不推荐。

1.3.2 系统评价类评价标准 借助 JBI 2016 年发布的方法学质量评价工具评价系统评价类文献, 共有 11 个评价条目, 使用 a ~ k 表示, 其中 a 表示“是否有前期设计方案”、b 表示“选择与数据提取是否存在可重复性”、c 表示“是否进行广泛性、全面性的文献检索”、d 表示“纳入标准中是否考虑到发表情况”、e 表示“是否存在纳入、排除的文献清单”、f 表示“是否对纳入研究的特征进行了描述”、g 表示“是否对纳入研究的科学性进行了评价、报道?”、h 表示“结论推导中是否应用到纳入研究的科学性”、i 表示“合成纳入研究结果的方法是否合适”、j 表示“是否对发表偏倚可能性进行了评估”、k 表示“是否对利益冲突进行了

解释说明”, 每条目对应“是”(1 分)、“否”(0 分)、“不清楚”与“不适用”(0.5 分), 评估工具总分为 11 分, 如评分 <5 分, 则文献质量低水平, $5 \sim 8$ 分, 则中等水平, ≥ 9 分, 则高水平。

1.3.3 临床决策与证据总结类评价标准 研究通过对临床决策类文献、证据总结类文献的分析, 明确原始研究文献类型, 以选择合适的文献评价工具, 评价文献质量。

1.4 文献资料提取

本研究基于全文阅读法对文献进行分析, 以提取文献资料, 包括文献主题、文献作者、发表时间、文献类型、研究对象、研究场所、研究方法、研究内容、研究结果, 并对文献所涉护理证据进行整理, 借助相关工具评价文献质量, 以明确最佳证据, 说明推荐意见。

2 结果

2.1 文献检索结果

本研究共纳入 14 篇文献, 其中临床指南类文献 3 篇, 系统评价类文献 7 篇, 临床决策类文献 2 篇, 证据总结类文献 2 篇, 文献相关资料见表 1。

表 1 文献相关资料

文献作者	文献主题	文献来源	文献类型	时间	获取途径
NPUAP 等 ^[6]	压力性损伤预防治疗; 指南	美国指南网	临床指南	2019	网络下载
WHO ^[7]	老年人综合护理指南	中国指南网	临床指南	2017	网络下载
Health Quality ^[8]	压力性损伤预防管理; 原则	NZWCS	临床指南	2017	网络下载
金捷等 ^[9]	老年住院患者; 压力性损伤; 因素	中国知网	系统评价	2019	网络下载
徐翠宝等 ^[10]	住院患者; 压力性损伤; 现患率	万方数据库	系统评价	2019	网络下载
史桂蓉等 ^[11]	Munro; Scott Triggers; 压力性损伤	中国知网	系统评价	2020	网络下载
王玲华等 ^[12]	循经取穴艾灸; 老年; 压力性损伤	万方数据库	系统评价	2019	网络下载
李焱莹等 ^[13]	压力性损伤; 分期判断; 护理	万方数据库	系统评价	2020	网络下载
夏冬云等 ^[14]	压力性损伤; 决策支持系统	中国知网	系统评价	2020	网络下载
常淑文等 ^[15]	中药外治法; 压力性损伤	万方数据库	系统评价	2019	网络下载
陈慧玲等 ^[16]	Waterlow 量表; Braden 量表	万方数据库	临床决策	2020	网络下载
钟玉玲等 ^[17]	老年病人; 翻身间隔时间	万方数据库	临床决策	2019	网络下载
余丽丽等 ^[18]	水胶体敷料; 压力性损伤	万方数据库	证据总结	2020	网络下载
Haesler E 等 ^[19]	压力性损伤; 预防管理	JBI	证据总结	2017	网络下载

2.2 文献质量评价

(1) 系统评价类文献：本研究经文献检索、整理得到系统评价类文献 11 篇，经临床决策、证

据总结转变所得系统评价了文献共 4 篇，原系统评价类文献 7 篇，文献来源有中国知网、万方数据库、JBI，文献质量评价结果见表 2。

表 2 系统评价类文献质量评价

文献作者	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
金捷等	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
徐翠宝等	是	是	是	不清	是	是	是	是	是	是	是
史桂蓉等	是	是	是	不清	是	是	是	是	是	否	是
王玲华等	否	是	是	是	是	是	是	是	是	是	不清
李垚莹等	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
余丽丽等	是	是	是	不清	是	是	是	是	是	是	是
夏冬云等	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
常淑文等	是	是	是	不清	不清	是	是	是	是	是	不清
陈慧玲等	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
钟玉玲等	是	是	是	不清	是	是	是	是	是	是	是
Haesler E 等	是	是	是	不清	是	是	是	是	是	否	是

(2) 临床指南类文献：研究最终得到临床指南网、NZWCS 等，临床指南类文献质量评价结果

南类文献共 3 篇，文献来源有美国指南网、中国指

见表 3。

表 3 临床指南类文献质量评价结果

文献作者	领域标准化百分比（%）						全面性评价		推荐级别
	范围目的	牵涉人员	开发严谨性	清晰性	适应性	独立性	总评分	推荐使用	
NPUAP 等	92.0	92.8	90.2	92.2	87.3	80.9	6.5	6.0	A
WHO	83.0	95.0	76.6	84.8	77.4	68.5	6.0	5.5	A
Health Quality	74.4	87.0	55.4	71.8	66.2	48.4	5.0	5.0	B

2.3 护理证据描述

本研究参照 JBI 循证卫生保健中心证据分级及证据推荐级别系统对所收集的护理证据推荐级别实施划分，包括 Level1 级 ~ Level5 级 5 个级别，其中 Level1 级为最佳级别；同时，根据护理证据的临床价值、适用性、可行性、有效性划分护理证据推荐级别，包括 A 级推荐（即强烈推荐），B 级推荐（弱推荐）。

2.3.1 压力性损伤形成风险评估 老年住院患者是压力性损伤的高发群体，且多发生于卧床 6 d 内，以卧床第 3 天最为常见，压力性损伤形成是多因素作用结果，而风险评估则是预防护理的关键环节。

(1) 评估时机：老年住院患者压力性损伤高发时间集中分布在卧床 3~6 d，患者入院卧床第 1 天即需对其皮肤、组织实施评估，自卧床第 3 起，每天评估 1 次，并与第 1 天评估结果进行比较，明

确其变化（Level 1，A 级推荐）。

(2) 评估工具及内容：临床评估压力性损伤形成风险常用工具有 Braden 量表、Waterlow 压力性损伤量表、NPIAP/EPUAP 压力性损伤分类系统，不同工具应用范围、效果各异。① Braden 量表。Braden 量表是当前临床预测压力性损伤的常用工具，评估内容包括感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力、摩擦力与剪切力 6 项，每个评价项目对应 4 个计分标准，对应分值为 1 ~ 4 分，总分 20 分，并根据评分划分压疮危险级别，≤ 9 分，则极高危险，9 ~ 12 分，则高度危险，12 ~ 14 分，则中度危险，>14 分，则轻度危险（Level 1，A 级推荐）。② Waterlow 评估表。Waterlow 压力性损伤评估量表所涉评估内容包括性别、年龄、BMI、皮肤类型、运动能力、控便能力、营养状况及特殊因素，均采取 9 级评分法，分值 0 ~ 8 分，评分越高，

则压力性损伤发生风险越大 (Level 1, A 级推荐)。陈慧玲等^[16] 研究对 Waterlow 压力性损伤量表与 Braden 压疮评分表预测压疮的效果进行了比较, 结果显示, Waterlow 压力性损伤量表的灵敏度与特异度分别为 100%、88.23%, Braden 压疮评分表的灵敏度与特异度分别为 100%、73.82%, 且 Waterlow 量表 ROC 曲线下面积为 0.770 大于 Braden 评分表的 0.704, Waterlow 量表的特异性更好。③ NPIAP/EPUAP 压力性损伤分类系统。2019 版“压疮/压力性损伤的预防和治疗: 临床实践指南”强调采用 NPIAP/EPUAP 压力性损伤分类系统评估压力性损伤风险, 将其分为 1 期、2 期、3 期、4 期、不可分期、深部组织损伤, 并据此确定预防护理措施 (Level 1, A 级推荐)。

2.3.2 压力性损伤预防护理 压力性损伤易并发相关问题, 导致患者住院时间延长约 3 ~ 5 倍, 甚至诱发严重感染或重度残疾, 临床应加强对压力性损伤的预防护理。①使用敷料预防。临床可考虑在老年住院患者经常受摩擦力、剪切力影响的骨隆突处使用敷料预防压力性损伤, 常见敷料有聚氨酯泡沫敷料 (Level 1, A 级推荐)。②营养管理。临床应加强对存在压疮风险的患者营养管理, 保证每天 30~35 Kcal/kg 的热量, 并摄入足够的液体 (Level 1, A 级推荐)。③体位变换技术。老年住院患者体位摆放时, 应避免指压不变白红斑的骨隆突处受压、使皮肤免受压力与剪切力作用、避免与医疗器械压力性接触、鼓励 30° 倾斜侧卧位、及时更换体位 (Level 1, A 级推荐); 钟玉玲等^[17] 研究认为老年患者压力性损伤的发生与翻身间隔时间有关, 且研究显示, 间隔 2 h、间隔 4 h 翻身对压力性损伤发生率无影响, 而间隔 4 h 翻身能减少护理量。

2.3.3 压力性损伤处理办法 临床治疗压力性损伤的传统方法有碘伏、凡士林纱布、生理盐水纱布, 能促进创口结痂, 但因创面暴露导致感染风险增大。余丽丽等^[18] 研究在压力性损伤患者中应用水胶体敷料, 其所用材料为羧甲基纤维素钠, 因材料特殊性能其与皮肤实现良好贴合, 有助于直接观察伤口、维持湿性环境, 能促进伤口愈合、降低感染率 (Level 1, A 级推荐)。常淑文等^[15] 研究, 针对不同期的压力性损伤采取中药外治法, 针对 1 期压力性损伤患者采取紫草油、中药熏洗、茶籽油, 对 2 期压力性损伤患者采用白芷、中药油纱、碧雪散, 对 3 期压力性损伤患者采用生肌玉红膏、牡丹叶, 对 4 期压力性损伤患者采用象皮生肌散、康复新液等, 能活血解毒、生肌抗炎、止痛, 有助于创口形成保护膜,

可促进上皮细胞修复 (Level 1, A 级推荐)。王玲华等^[12] 研究针对压力性损伤患者采用循经取穴艾灸治疗, 对局部疮面实施艾灸治疗, 于非受压处循行取穴, 包括承山、委中、会阴、足三里、气海等穴位实施艾灸治疗, 能促进压力性损伤面愈合 (Level 2, B 级推荐)。

3 小结

本研究总结了老年住院患者压力性损伤预防护理证据, 强调临床应加强对压力性损伤形成风险的评估、识别, 根据风险分级确定预防护理措施或治疗方法, 以降低压力性损伤的发生率、促进创面愈合。本研究所得护理证据对应文献来源包括中外数据库或指南网, 但国内数据库或指南网占比偏高, 且部分文献资料发表时间偏早, 护理证据更新及时性难以得到保障。

4 参考文献

- [1] 苏梅芳, 洪菁, 周桂兰, 等. 老年胃肠道肿瘤患者手术压力性损伤的影响因素与干预对策 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(8): 9-12.
- [2] 杨小辉, 钮美娥. 成人 ICU 患者压力性损伤风险评估工具的构建及信效度检验 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(12): 1087-1092.
- [3] 张晓燕, 姚玲丽, 姜小卫. 术中获得性压力性损伤的高危影响因素分析及预防性量表评估干预措施 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(24): 125-127.
- [4] 蒋琪霞, 苗素琴, 陈文芳. 手术获得性压力性损伤流行特征和危险评估新进展 [J]. 医学研究生学报, 2019, 32(8): 882-885.
- [5] 林名云, 郭海强, 黄壮国, 等. 压力性损伤愈合评价量表用于压力性损伤项目管理的效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(4): 147-149.
- [6] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline [S]. EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
- [7] 杨敏, 李琼. 世界卫生组织老年人综合护理指南解读 [J]. 护理研究, 2019, 33(2): 183-186.
- [8] Health Quality & Safety Commission New Zealand. Guiding principles for pressure injury prevention and management in New Zealand, 2017 [EB/OL]. (2017-05-01) [2018-09-20]. <https://www.nzwcs.org.nz/resources/publications/10-guidelines-and-protocols>.
- [9] 金捷, 任媛芳, 卞文霞. 老年住院患者压力性损伤影响因素分析及其与自我忽视的相关性研究 [J]. 中华

凹槽式功能枕早期良肢位摆放在急诊重症监护室脑卒中肢体痉挛患者中的应用

张倩倩 耿延花 侯丹丹

【摘要】 目的 探究凹槽式功能枕早期良肢位摆放在急诊重症监护室(EICU)脑卒中肢体痉挛患者中的应用效果。**方法** 选取2019年5月—2020年5月收入医院EICU治疗的150例意识障碍患者为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组与观察组各75例。对照组实施常规干预,观察组在对照组基础上实施凹槽式功能枕早期良肢位摆放干预。采用格拉斯哥昏迷指数(GCS)、改良Ashworth量表(MAS)、改良Tardieu量表(MTS)评价患者脑损伤程度、肢体张力以及肢体痉挛程度。**结果** 干预前,两组GCS、MAS、MTS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预4周后,观察组GCS、MAS、MTS评分优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对EICU意识障碍患者早期康复中应用凹槽式功能枕辅助良肢位摆放可降低脑损伤以及肌肉张力,且改善肢体痉挛状态,利于患者预后。

【关键词】 凹槽式功能枕;早期良肢位摆放;脑损伤程度;肢体张力;肢体痉挛

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.010

有数据显示,脑卒中后意识障碍患者出现肢体痉挛状态高达80%以上^[1]。痉挛可继发性引起上肢肘关节屈曲、下肢膝关节僵硬或强直,甚至导致肢体畸形,影响其运动能力,且疾病发展到末期可致偏瘫,直接影响患者独立生活能力和生活质量^[2-3]。临床常用运动疗法、药物治疗和局部药物注射、物理疗法、外科手术以及针灸推拿等常规康

复治疗方案来缓解脑卒中后肢体痉挛程度,虽有一定疗效,但效果不理想,给患者及家属带来巨大的精神痛苦,如何有效改善患者肢体痉挛状态、提高患者日常生活能力,已成为临床上治疗脑中风后肢体痉挛患者的重中之重^[4-5]。良肢位摆放是通过静止性反射抑制以及持续性控制对抗患者异常的运动模式,属于一种保护性体位,可最大程度发挥损伤脑组织的潜在修复力,最大限度修复受损的运动神经元,重塑中枢神经功能,为患者运动功能的恢复奠定良好的基础。为此,本研究探讨凹槽式功能枕

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院(郑州大学人民医院)急诊科

现代护理杂志,2019,25(33):4311-4314.

- [10] 徐翠宝,吴文秀.基层医院住院患者压力性损伤现患率及发生率调查与分析[J].当代护士(下旬刊),2019,26(8):24-26.
- [11] 史桂蓉,王晓慧,刘萍,等.Scott Triggers评分表与Munro量表评估手术患者压力性损伤的效果比较[J].护理学杂志,2020,35(7):43-46.
- [12] 王玲华,范槐芳,蒋燕红,等.循经取穴艾灸治疗老年患者3期前压力性损伤的临床疗效观察[J].中国中医药科技,2019,26(2):258-260.
- [13] 李垚莹.护理专案改善法在提高伤口联络员对压力性损伤分期判断准确率中的应用效果分析[J].检验医学与临床,2020,17(13):1912-1915.
- [14] 夏冬云,史婷奇,陆巍,等.压力性损伤临床决策支持系统的研发与应用[J].中华护理杂志,2020,55(1):50-54.
- [15] 常淑文,窦英茹,陈伟,等.中药外治法治疗压力性

损伤的研究进展[J].护士进修杂志,2019,34(22):2041-2045.

- [16] 陈慧玲,王淑东.Waterlow压力性损伤量表与Braden压力性量表在预测ICU病人压疮预防中的价值[J].蚌埠医学院学报,2020,45(8):1107-1109,1113.
- [17] 钟玉玲,王兆霞,周玉峰,等.老年压疮高危病人卧减压床垫翻身间隔时间的循证实践[J].实用老年医学,2019,33(3):306-309,312.
- [18] 余丽丽,左红霞,王静,等.水胶体敷料应用于压力性损伤效果的Meta分析[J].当代护士(中旬刊),2020,27(6):151-154.
- [19] Haesler E.Evidence Summary.Pressure injuries:preventing medical device related pressure injuries[J].The Joanna Briggs Institute, 2017,11(30):1-4.

[2020-10-19 收稿]

(责任编辑 刘学英)

早期良肢位摆放在 EICU 意识障碍患者早期康复中的应用效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 5 月—2020 年 5 月收入医院急诊重症监护室 (EICU) 治疗的 150 例患者为研究对象, 按组间基本特征匹配原则分为对照组与观察组各 75 例。纳入条件: 患者符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[6] 中脑卒中患者的诊断标准; 患者入院时间 $\geq 48\text{h}$, 且病情处于稳定期; GCS 评分 ≥ 12 分的轻度意识障碍者; 患者肢体均出现不同程度肌痉挛; 患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除条件: 患者临床资料不全者; 中度昏迷者。对照组: 男 55 例, 女 20 例; 年龄 25~65 岁, 平均 37.25 ± 3.74 岁; 发病至入院时间 1~2 h, 平均 1.36 ± 0.12 h; 头颅 CT 或 MRI 诊断为脑梗死 39 例, 脑出血 36 例, 肌张力 I 级 30 例, II 级 25 例, III 级 20 例。观察组: 男 51 例, 女 24 例; 年龄 24~64 岁, 平均 35.38 ± 3.87 岁; 发病至入院时间 1~2 h, 平均 1.39 ± 0.17 h; 头颅 CT 或 MRI 诊断为脑梗死 40 例, 脑出血 35 例; 肌张力 I 级 31 例, II 级 25 例, III 级 19 例。患者基本资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究获得医院伦理委员会审核批准。

1.2 干预方法

患者入院后病情稳定即给予良肢位摆放, 并贯穿在整个康复治疗中。对照组给予普通枕行良肢位摆放, 观察组给予凹槽式功能枕良肢位摆放, 根据人体力学设计 3 种不同类型 (上肢、下肢、楔型) 的凹槽功能枕, 长宽高分别为 55 cm、20 cm、15 cm 和 70 cm、16 cm、10 cm 与 18 cm、23 cm、10 cm, 凹槽枕外面应用棉纱布, 里面为记忆海绵填充, 不易变形, 且透气性好, 步骤如下; ①仰卧位。患者肩部以及腕部放置凹槽功能枕, 且患者上臂外旋,

腕关节以及肘部呈外展状态, 手掌向上, 五指分开, 患侧臀部以及下肢放置凹槽型功能枕, 且保持膝关节呈屈曲状态, 头部以及脊柱保持中立状态^[7]。②患侧卧位。在患者胸前放置一凹槽功能枕, 同时将患者上肢摆放成前伸状态, 与肩关节成垂直水平, 肘部以及腕关节固定在凹槽式功能枕内, 五指、髋关节以及膝关节分别成分开、向上以及屈曲状态^[9]。

1.3 观察指标

(1) 格拉斯哥昏迷指数^[9-10] (GCS): 该量表共包括睁眼反应、语言反应、肢体运动 3 个条目 17 个因子, 采用 5 级评分法进行评分, 3~8 分重度昏迷, 9~12 分中度昏迷, 13~14 分轻度昏迷, 14 分以上为正常。

(2) 改良 Ashworth 量^[11]表 (MAS): 测量者将患者肢体从最大屈膝位拉至最大伸直位, 直到感觉存在软组织抵抗; 最终分为 6 个等级量表, 分别赋予分值为 0.5 分, 分数越高, 表示患者痉挛程度越严重。

(3) 改良 Tardieu 量表^[12] (MTS): 被动活动中完全无阻力为 0 分, 被动活动中略有阻力为 1 分, 某一角度明显被卡为 2 分, 在某一角度存在易疲劳阵挛为 3 分 (持续压力不足 10 s), 在某一角度存无易疲劳阵挛为 4 分; 分数越高肌张力越高。

1.4 统计学处理

应用 SPSS24.0 进行统计学软件, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

干预前, 两组患者 GCS、MAS、MTS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 4 周后, 观察组患者 GCS、MAS、MTS 评分优于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 干预前后两组患者 GCS、MAS、MTS 评分比较

组别	观察例数	GCS		MAS		MTS	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	75	13.57 ± 1.41	16.56 ± 1.98	3.89 ± 0.41	2.57 ± 0.52	3.69 ± 0.53	2.54 ± 0.38
对照组	75	13.98 ± 1.35	14.19 ± 1.85	3.98 ± 0.35	3.08 ± 0.41	3.74 ± 0.51	2.99 ± 0.32
t 值		1.819	7.474	1.446	6.670	0.589	7.845
P 值		0.071	0.000	0.150	0.000	0.557	0.000

3 讨论

有研究表明^[13], 机体在正常状态下, 部分突触属于较低的阈值, 使用较少处于休眠状态, 当神经系统遭到迫害时, 可利用早期的良肢位摆放训练将休眠状态下的突触激活以及利用, 缓慢降低其阈值, 为脑神经功能损伤后功能代偿提供可能。脑卒中患者在发病3周内均可出现肢体痉挛症状, 而持续的痉挛可导致患者出现肩关节脱位、肌张力升高、足下垂等严重的并发症, 治疗不当还可能延误病情, 远期预后效果更差。为此本研究在EICU对脑卒中肢体痉挛患者早期康复中应用凹槽式功能枕辅助良肢位摆放, 取得满意效果。

良肢位摆放又被称之为抗痉挛体位, 是医护人员在临床实践中根据患者病情制定的一种理念与治疗措施, 包括卧位姿势以及更换卧位姿势时间。有学者^[10]认为, 在患者生命体征平稳、神经学体征无发展后的24 h即可对患者实施良肢位摆放, 该体位是利用大脑的可塑性, 促进神经系统相关细胞形成新的轴突, 通过反复训练帮助患者建立正常功能的神经网络系统, 实现抑制中枢神经系统所控制的运动, 避免肢体发生痉挛, 降低肌张力。凹槽式功能枕可根据临床需求、人体力学以及患者舒适度进行不同规格、不同部位具体制作, 与常规枕头相比较, 不易变形, 透气性好, 能够避免患者局部受压引起局部血液循环障碍, 维持关节正常功能。本次研究中, 实施干预前, 两组GCS、MAS、MTS评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。干预4周后, 观察组GCS、MAS、MTS评分优于对照组, 组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。由此说明, 对EICU意识障碍患者早期康复中应用凹槽式功能枕辅助良肢位摆放可助于脑神经功能恢复, 改善其意识状态, 缩短患者苏醒时间, 预防肢体痉挛、肌张力高等并发症。其原因为: 凹槽式功能枕早期良肢位摆放通过预防肩胛骨后缩、下沉以及肱骨内旋等痉挛, 并助于维持肩甲胸廓关节的活动度, 使髋关节始终保持内旋、内收的状态, 从而抑制肢体的异常运动模式。此外, 良肢位摆放利于患者肢体的放松, 减轻肢体肌张力, 且早期的训练促进大脑损伤区域功能的重建, 改变中枢神经系统中部分蛋白的基因表达, 修复病灶周围组织, 降低脑损伤, 促进患者意识恢复。

综上所述, 对EICU意识障碍患者早期康复中应用凹槽式功能枕辅助良肢位摆放可降低脑损伤以及肌肉张力, 且改善肢体痉挛状态, 利于患者预后。

本研究中, 由于仅评价4周后的干预效果, 干预时间较短, 存在少量患者未达到理想效果的问题。期待在后续的研究中, 对患者进行追踪随访, 或将该康复方式应用在多家医院进行大样本量研究。

4 参考文献

- [1] Sandrini G, Baricich A, Cisari C, et al. Management of spasticity with onabotulinumtoxinA: practical guidance based on the italian real-life post-stroke spasticity survey [J]. *Funct Neurol*, 2018, 33 (1): 37-43.
- [2] 于洪江, 刘洋, 于长新, 等. 温针灸联合中药湿热敷治疗脑中风后肢体痉挛的疗效及对患者肢体运动、日常活动能力的影响 [J]. *现代生物医学进展*, 2019, 19(7): 1340-1343.
- [3] 郑月月, 倪朝民, 吴鸣, 等. 早期综合肺康复干预对有创机械通气患者呼吸机相关性肺炎的预防效果观察 [J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2019, 41(6): 453-457.
- [4] 韦仕菊, 廖婵娟. 凹槽式功能枕在脑卒中患者良肢位摆放中的应用与疗效分析 [J]. *血栓与止血学*, 2019, 25(1): 49-52.
- [5] 高强. 早期高压氧联合下肢康复机器人训练对脑卒中偏瘫患者步行能力的效果 [J]. *实用医院临床杂志*, 2018, 15(4): 98-100.
- [6] 操良松, 李秀娟, 何丽娟. 醒脑开窍针法联合早期康复训练对脑卒中后偏瘫患者运动功能和神经功能的影响 [J]. *针灸临床杂志*, 2018, 34(8): 40-43.
- [7] 费雅雅, 顾艳, 徐希德, 等. 早期改良良肢位摆放在脑出血偏瘫患者康复中的应用效果 [J]. *广西医学*, 2019, 41(5): 120-122, 125.
- [8] 宋东庆, 李淑景, 王玉春, 等. 早期康复治疗在ICU脑卒中患者康复中的疗效观察 [J]. *中国临床医生杂志*, 2018, 46(2): 171-173.
- [9] 周小萍, 夏贵凤, 孟露, 等. 脑卒中患者早期康复中抗痉挛体位摆放的应用探究 [J]. *贵州医药*, 2019, 43(10): 1633-1634.
- [10] 唐京萍. 早期康复护理对创伤性颅脑损伤患者的神经及肢体运动、胃肠道并发症、生活质量效果观察 [J]. *现代消化及介入诊疗*, 2018, 11(A02): 239-240.
- [11] 谢肖霞, 刘付明英, 彭冲, 等. 早期卧位踏车训练对下肢重度烧伤患者的效果 [J]. *中国康复理论与实践*, 2020, 26(5): 603-606.
- [12] 张月华, 杨欣刚, 沈君, 等. 早期综合康复训练对脑出血患者术后肢体功能及日常活动能力的影响 [J]. *中国临床保健杂志*, 2019, 22(2): 117-119.
- [13] 时红梅, 李依芃, 靳智凯, 等. 心理支持配合早期康复干预对缺血性脑卒中患者康复的效果评价 [J]. *中国康复*, 2020, 35(1): 12-14.

[2020-10-19 收稿]

(责任编辑 刘学英)

健康教练技术在 2 型糖尿病视网膜病变患者延续护理中的应用

杨玉莹

【摘要】 目的 探究健康教练技术在 2 型糖尿病视网膜病变患者延续护理中的应用效果。**方法** 选取 2018 年 5 月—2019 年 5 月医院住院治疗的 2 型糖尿病视网膜病变患者 98 例作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则等分为对照组和观察组。对照组接受常规延续护理,观察组在对照组的基础上应用健康教练技术,统计两组患者自我护理能力、视力水平变化及生命质量。**结果** 应用健康教练技术后,观察组自我护理能力行为各维度得分明显高于对照组,观察组视力下降水平明显低于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 将健康教练技术应用于 2 型糖尿病视网膜病变延续护理中,有利于提升患者自我护理能力,控制视力下降水平,从而提升患者的生命质量。

【关键词】 健康教练技术; 2 型糖尿病视网膜病变; 延续护理; 应用效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.011

Application of health coaching technology in continuing care of patients undergoing type 2 diabetic retinopathy YANG Yuying (Tianjin First central Hospital, Tianjin 300112, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of health coaching technology in continuing care of patients undergoing type 2 diabetic retinopathy. **Methods** To select 98 cases of patients with type 2 diabetic retinopathy who were hospitalized in hospital from May 2018 to May 2019 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups. The control group received routine continuing care, and the observation group applied health coaching techniques on the basis of the control group to make statistics on the self-care ability, changes in vision level and living quality of the two groups of patients. **Results** After applying the health coaching technique, the each dimension of self-care ability behavior scores in the observation group were significantly higher than those of the control group, the observation group's visual acuity decline was significantly lower than that of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of health coaching technology in the continuous care of patients undergoing type 2 diabetic retinopathy was beneficial to improve the self-care ability of patients, control the level of vision loss, and improve the quality of life of patients.

【Key words】 Health coaching technology; Type 2 diabetic retinopathy; Continuous nursing; Application effect

糖尿病视网膜病变 (DR) 是由糖尿病导致的视网膜微血管损害,属于特异性眼底病变,也是中老年人群视力损害的主要病因^[1]。根据是否出现视网膜新生血管,DR 分为增殖型与非增殖型两种,且增殖型糖尿病视网膜病变对视力危害更大,甚至致盲^[2]。目前,DR 临床常用药物、激光及手术等治疗,尚缺乏有效治愈手段。随着病程延长及疾病进展,若患者对疾病缺乏充分了解、自我护理意识薄弱及自我护理能力不足,或者服药依从性不佳,患者可出现视力下降、视物模糊、视网膜脱离等症状,最终导致视力完全丧失^[3-4],严重影响患者的生命质量。

健康教练技术是以患者为中心、目标为导向,针对威胁健康的不良行为进行干预,促使患者建立和达到健康目标,获得知识、技能、工具以及自信心,最终主动改变其不良生活方式,减少潜在的健康风险,提高慢性病患者的自我管理能力和生活质量的^[5-6]。为此,本研究将其应用于 2 型糖尿病视网膜病变延续护理中,效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 5 月—2019 年 5 月符合入组条件的本院住院治疗的 2 型糖尿病视网膜病变患者 98 例。纳入条件:符合糖尿病视网膜病变相关诊断标

准及分类标准; 2型糖尿病病程5年及以上, 且有不同程度的视网膜病变; 单眼发病, 无失明, 行玻璃体切割术治疗; 思维清晰、意识清楚, 具备正常语言表达能力。排除条件: 伴有严重心、脑、肝、肾等脏器功能障碍或其他严重躯体性疾病; 伴有严重免疫功能疾病、精神障碍或认知功能障碍; 术后眼内填充硅油或惰性气体; 生活不能自理。按照组间基本特征具有可比性的原则, 将本组病例分为对照组和观察组, 每组49例。对照组中男33例, 女16例; 年龄31~75岁, 平均 59.41 ± 9.37 岁; 糖尿病病程5~19年, 平均 10.54 ± 3.96 年; 病理类型: 增殖型DR39例, 非增殖型DR10例。观察组中男35例, 女14例; 年龄30~74岁, 平均 59.29 ± 10.69 岁; 糖尿病病程5~20年, 平均 10.61 ± 4.57 年; 病理类型: 增殖型DR40例, 非增殖型DR9例。两组患者性别、年龄、糖尿病病程及病理类型比较差异无统计学意义($P>0.05$)。患者及其家属知情并签订知情同意书。

1.2 干预方法

对照组接受常规延续护理, 包括: 出院健康宣教、用药指导、饮食指导、运动指导、视力监测、眼底检查、定期随访及定期复诊等。观察组在对照组的基础上实施健康教练技术, 具体如下:

1.2.1 组建多学科、专业化健康教练技术团队通过专业考核, 组建由内分泌科医师、主管护师、专科护士、心理医师及康复医师组成的多学科、专业化健康教练技术团队。成员具备丰富临床经验, 并在健康教练技术专家的指导下, 对团队成员进行专业培训, 培训内容包含健康教练技术理论知识、方法、形式、技巧及团队分工等, 考核合格后召开团队会议, 查阅国内外相关文献, 并结合临床经验, 针对2型糖尿病视网膜病变患者延续护理服务需求进行讨论分析, 制定本次延续护理服务方案。

1.2.2 评估、准备阶段 ①收集患者性别、年龄、文化程度、糖尿病病程、治疗前与出院时视力、DR分期、家庭居住情况及联系方式等资料, 建立个体化延续护理档案, 并在后期随访、复诊过程中及时更新档案内容。②根据患者文化程度、理解能力及自我护理能力制定个性化健康宣教计划, 讲解2型糖尿病视网膜病变知识, 定期检查患者对糖尿病视网膜病变防治知识的认知情况, 评估患者对饮食控制、运动、自我监测、用药等自我管理的执行意愿, 对意愿较低的患者, 与患者及其家属沟通, 了解具体原因, 根据患者实际情况, 制定个性化饮食、运动、自我监测、用药等管理措施。③患者出院前, 与其进行面对面沟通交流, 对出院后可能出现的生理及

心理问题进行全面评估, 向患者讲解延续护理服务内容、原则及个人分工, 取得患者配合。

1.2.3 院外服务

①组建由健康教练技术全体成员、患者及其家属在内的微信交流群, 由团队队长担任群主, 群内成员均以医师/护士/患者/家属/等+姓名+联系方式的格式命名微信名, 每日定时或不定时在微信群内推送疾病知识, 如: 减轻血糖监测疼痛的小技巧、胰岛素笔的使用、眼睛保健, 以及所有注意事项等; 指导患者将自己的饮食、运动、服药情况等发送到微信群; 对于打字困难、依从性较低或血糖控制不理想的患者, 直接与其沟通, 及时查找原因, 解决问题; ②团队成员监督患者于每晚汇报当日血糖值、体质量、饮食、运动、血糖控制、有无视力降低、视物模糊、眼疼眼涩等情况; 明确限定糖的摄入, 对于淀粉含量高、含糖量高的水果、饮料等, 患者未必能识别出, 团队成员要及时识别、指出, 让患者及时调整饮食, 充分认识到危险所在, 增加自我管理能力和预防糖尿病视网膜病变的进展。③对于不会使用微信的患者, 每月电话随访1次, 督促其定期复查眼底; 每3个月1次家庭访视, 检查患者药物储备、自我监测记录; 通过提问、示范等形式, 评估患者自我护理能力, 发现问题及时予以纠正; 征求患者及其家属的意见或建议, 了解患者对健康教练技术的感受、护理服务需求, 以便进行相应调整; ④定期开展集体讲座, 宣教疾病自护知识; 组织患者以团队的形式分享自身经验心得, 如: 邀请自我管理效果良好的患者分享心路历程、健康管理计划与效果; 进行知识问答竞赛或运动竞赛, 了解患者心理状况、治疗费用、有无不良生活习惯、运动情况、不适症状等; 对心理负担较重或依从性较低的患者及时告知其早发现与积极治疗, 可有效控制疾病进展, 让患者明白要想控制糖尿病视网膜病变的进展, 其根本是控制血糖、注意用眼卫生, 嘱患者保持良好心态, 严格遵医嘱用药与自我管理。

1.3 观察指标

①自我护理能力。采用自我护理能力测定量表(ESCA)^[7]评估, 量表包含自护责任感、自我概念、健康知识水平及自我护理技能4个维度, 共43个条目, 其中5个反向评分条目, 各条目得分0~4分, 总分172分, 得分越高表明自我护理能力越好。②视力水平比较。明显提高: 视力提高 ≥ 4 行; 提高: 视力提高 ≥ 2 行; 不变: 视力提高1行或下降1行; 下降: 视力下降 ≥ 2 行^[8]。

1.4 统计学处理

使用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 等级资料比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者自我护理能力比较

应用健康教练技术后, 观察组自我护理能力行为各维度得分均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者自我护理能力比较

项目	观察组 ($n=49$)	对照组 ($n=49$)	t 值	P 值
自护责任感	22.48 ± 2.57	20.79 ± 3.25	2.855	0.005
自我概念	20.62 ± 2.31	17.53 ± 2.47	6.396	0.000
健康知识水平	33.19 ± 3.84	30.46 ± 4.58	3.197	0.002
自我护理技能	54.67 ± 5.96	51.91 ± 5.79	2.325	0.022

2.2 两组患者视力水平比较

应用健康教练技术后, 观察组视力下降水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者视力水平比较

组别	例数	明显提高	提高	不变	下降
观察组	49	0	0	48	1
对照组	49	0	0	41	8

秩和检验: $u=2.429$, $P=0.015$ 。

3 讨论

随着我国城市化进程加快、人口老龄化加剧以及人们生活方式的改变, 我国 2 型糖尿病以及由此引发的 2 型糖尿病视网膜病变患病率呈逐年上升趋势^[9]。充分满足照护需求, 提升其自我护理能力, 对控制患者视力下降具有重要意义。本研究应用健康教练技术后, 观察组自我护理能力行为各维度得分明显高于对照组 ($P<0.05$); 观察组视力下降水平明显低于对照组 ($P<0.05$)。

健康教练技术是以患者为核心、目标为导向, 健康教练与患者共同合作, 促使患者建立并完成健康计划, 重点在于, 使患者积极主动地纠正自身不良生活行为, 并保持良好自我管理行为, 从而控制疾病进展^[10]。考虑到个体从获得知识到行为转变需经历一系列过程, 这一过程中会受其自身学习能力、

理解能力、是否认识到行为转变的重要性及诸多外部环境因素的影响, 只有对相关知识积极思考, 逐步建立健康信念, 才有可能采取积极态度来建立并保持健康行为。本研究中, 组建包含内分泌科医师、护理人员、心理医师及康复医师等在内的多学科、专业化健康教练技术, 针对 2 型糖尿病视网膜病变患者制订针对性延续护理服务方案, 如出院前评估与指导、微信随访、电话随访及家庭访视等多种服务形式, 使健康教练技术与患者、患者与患者之间保持有效沟通, 便于医护人员全面评估患者出院后饮食、运动、自我监测等情况, 及时识别患者潜在风险问题, 并给予针对性纠正与指导, 从而促使患者改变错误认知与行为, 保持健康的促进行为。

总之, 延续护理是常规院内护理的延伸及拓展, 将健康教练技术应用于 2 型糖尿病视网膜病变延续护理中, 有利于提升患者自我护理能力, 控制患者视力下降, 从而提升患者生命质量。

4 参考文献

- [1] 闫莉. 糖尿病视网膜病变的诊治进展 [J]. 内科理论与实践, 2019, 14(3): 149-153.
- [2] 刘明琼. 糖尿病视网膜病变患者适应性挑战的质性研究 [J]. 护理研究, 2019, 33(16): 2783-2787.
- [3] 胡彦秋, 胡长娥, 常晓芳. 延续护理干预在 2 型糖尿病视网膜病变中的应用研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(1): 26-32.
- [4] 随闻达, 杨景元, 张碧磊. 烟台市牟平区糖尿病视网膜病变筛查患者复诊依从性及相关影响因素分析 [J]. 中国医师杂志, 2018, 20(8): 1135-1138.
- [5] 张凤英, 王艳. 延续护理干预对糖尿病患者生活质量及疗效影响的研究 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(7): 103-105.
- [6] 魏敏. 个性化心理护理对老年糖尿病患者的心理及主观幸福感的影响 [J]. 护理研究, 2019, 33(3): 533-535.
- [7] 赵宏, 马莉, 赵小娟. 孕期日记对妊娠期糖尿病患者自护能力, 生活方式的影响 [J]. 检验医学与临床, 2019, 16(23): 3533-3535.
- [8] 骆晓琴, 蒋红文, 许娜. 532nm 激光治疗 DR 患者后视力和黄斑水肿的情况分析 [J]. 国际眼科杂志, 2017, 17(9): 1770-1772.
- [9] 甘亚平, 陈玲, 韦晓丹. 循证护理对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(8): 1026-1029.
- [10] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.

[2020-10-04 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发下肢深静脉血栓的危险因素

高稳 潘寒寒 王亚红

【摘要】 目的 调查分析人工肝支持系统治疗高龄肝衰竭患者并发下肢深静脉血栓（DVT）危险因素。方法 选取医院2017年6月—2020年10月收纳的行人工肝支持系统治疗的肝衰竭患者118例为研究对象，将并发DVT的36例患者作为病例组，非DVT患者72例作为对照组，收集患者临床基础资料并分析DVT危险因素。结果 单因素及多因素Logistic分析显示，年龄、血清D-二聚体浓度、股静脉置管、急性出血性坏死胰腺炎等为DVT的危险因素（ $P<0.05$ ）。结论 行人工肝支持系统治疗的肝衰竭患者出现DVT与年龄、血清D-二聚体浓度、股静脉置管、急性出血性坏死胰腺炎等相关，需加强危险因素防范，采取合理措施针对性干预。

【关键词】 人工肝；肝衰竭；下肢深静脉血栓；危险因素

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.012

肝衰竭是因多种病因引发的肝功能不全及相关并发症为特征的肝病症候群，该疾病致使正常肝细胞坏死及凋亡程度超过肝脏再生能力，病情进展快，伴有顽固性腹水、黄疸、凝血功能障碍、水电解质紊乱及系统性炎症反应综合征^[1-2]。目前，人工肝支持系统（ALSS）凭借化学、体外机械或生物型装置可部分或暂时替代肝脏功能，进而协助治疗肝功能不全或相关疾病^[3]。研究发现，下肢深静脉血栓形成（DVT）在ALSS治疗肝衰竭过程中时有发生，行肝部手术患者术后出现DVT为非肝部手术者2倍，易引起肾静脉堵塞而危及生命^[4]。故本研究对行ALSS治疗肝衰竭患者并发DVT相关危险因素进行分析，旨在制定针对性干预措施，加强风险防范。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院2017年6月—2020年10月收纳的行人工肝支持系统治疗的肝衰竭患者118例为研究对象，将并发DVT的36例患者作为病例组，将非DVT患者72例作为对照组。对照组：男38例，女34例，年龄39~67岁，平均 50.21 ± 4.56 岁。病例组：男23例，女13例，年龄41~68岁，平均 53.21 ± 4.85 岁。两组均符合中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组《肝衰竭诊治指南》（2018版）^[3]；患者均符合人工肝临床治疗指征；本研究

患者均知晓同意；DVT组符合《下肢深静脉血栓形成介入治疗规范专家共识》^[4]，伴有患侧肢体腓肠肌压缩、肿胀。排除条件：临床资料缺失或不完善；浅静脉血栓、弥散性血管内凝血、严重活动性出血；心脑血管死非稳定期患者；循环功能衰竭者。

1.2 调查方法

查阅病历资料，收集人工肝支持系统治疗肝衰竭患者年龄、血清D-二聚体浓度、肝素使用、股静脉置管、合并急性出血性坏死胰腺炎、术前抗凝、肥胖、腹水、术后高凝、吸烟饮酒等，统计血常规指标（WBC、PLT、Hb）等临床基础资料。

1.3 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件，计量资料以“均数 \pm 标准差”表示，组间均数比较进行 t 检验；计数资料组间构成比较进行 χ^2 检验；多因素采用Logistic回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发DVT危险因素的单因素分析

单因素分析两组患者血清D-二聚体浓度、股静脉置管、合并急性出血性坏死胰腺炎、肥胖比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

2.2 人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发DVT危险因素的多因素分析

以人工肝支持系统治疗肝衰竭患者是否并发DVT为因变量，以年龄、血清D-二聚体浓度、股静脉置管、急性出血性坏死胰腺炎等为自变量，多

因素 Logistic 回归分析显示, 年龄大、血清 D- 二聚体浓度高、股静脉置管、急性出血性坏死胰腺炎等为 DVT 的危险因素 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发 DVT 风险因素的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=36)	对照组 (n=72)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)				2.113	0.146
	>60	15	20		
	≤ 30	21	52		
血清 D- 二聚体浓度 (μg/L)		879.25 ± 195.4	629.25 ± 195.4	6.268*	0.000
肝素使用				4.286	0.038
	是	10	35		
	否	26	37		
股静脉置管				12.259	0.000
	是	16	10		
	否	7	37		
合并急性出血性坏死胰腺炎				8.710	0.003
	是	10	5		
	否	26	67		
术前抗凝				1.852	0.173
	是	15	40		
	否	14	32		
肥胖				9.164	0.002
	是	28	34		
	否	8	38		
腹水				2.260	0.133
	是	20	29		
	否	16	53		
术后高凝				1.869	0.172
	是	29	49		
	否	7	23		
WBC (×10 ⁹ /L)		8.15 ± 3.24	8.50 ± 3.65	0.487*	0.627
PLT (×10 ⁹ /L)		210.34 ± 85.50	208.03 ± 90.24	0.128*	0.899
Hb (g/L)		83.01 ± 20.26	84.46 ± 23.50	0.316*	0.753

* 为 t 值。

表 2 人工肝支持系统治疗肝衰竭患者并发 DVT 风险因素的多因素分析

分析因素	B	Wald χ^2	P 值	OR 值	95%CI
年龄	0.129	4.533	0.033	1.137	1.010~1.281
血清 D- 二聚体浓度	-0.009	4.308	0.038	0.991	0.982~0.999
股静脉置管	-4.522	8.276	0.004	0.011	0.000~0.237
急性出血性坏死胰腺炎	-3.133	4.634	0.031	0.044	0.003~0.756

3 讨论

深静脉血栓(VTE)为临床住院患者常见并发症, 且特异性临床表现缺乏, 严重影响预后, 危及患者生命, 而肝脏疾病患者普遍身体机能差, VTE 发生率高, 且主要表现为肺栓塞及 DVT。根据国外学者 Bellini G 等人对约 5000 例患者研究显示^[5], 经肝切除术后住院时间延长同时, 发生 DVT 与未发生患者病死率为 7.4% 与 2.3%。目前对于肝脏术后 VTE 发生的危险因素临床上认为主要有血管壁损伤、血流动力学异常等, 而本研究发现, 行人工肝支持系统治疗患者 DVT 发生与如下几点因素有关, 具体分析如下:

3.1 年龄

行人工肝治疗超过 60 岁依旧为 DVT 的预警因素之一, 且多伴有高血脂、糖尿病等一种或以上基础性疾病, 机体代谢慢, 器官组织系统退行性病变, 血流动力学受之影响, 在长期卧床状态下造成了静脉血液回流减缓。同时因老年患者使用镇痛药物后知觉恢复缓慢, 下肢活动受影响, 部分患者或因术后输血时选择的库存血液放置时间较长, 其内含有较多细胞颗粒或碎片增加血液黏稠度, 患者易发生 DVT。乔艳等^[6]人采取 Caprini 血栓风险评估量表能个体化的对不同患者静脉血栓栓塞症进行危险性评估发现高龄为其风险因子之一, 而 JFK 医学中心

血栓评估表及 Autar 血栓风险表也将高龄纳入评估体系, 显示出此类患者血管功能退化随年龄增大而加剧。此类患者需严格遵循手术指征, 在对基础疾病控制后方可实施治疗; 同时加强超 60 岁患者的 DVT 预防护理, 定期翻身按摩。

3.2 血清 D-二聚体浓度

学者发现, 血清 D-二聚体对于 DVT 的灵敏度预测高达 90%^[7], 属人体凝血系统的重要因子, 老年 DVT 患者的 D-二聚体界值超过 700 ng/ml, 高于正常成人 500 ng/ml, 这符合本研究数据结果, 当 D-二聚体浓度高时患者血液持续高凝态, 加上静脉损伤及卧床时间长等因素, 血流缓慢, 这为血栓形成创造有利条件。孙亚萌等^[8]对 D-二聚体高浓度住院患者检测发现, DVT 风险高于正常值患者 2 倍以上, 因此需注重 D-二聚体浓度升高造成的 DVT 及其他栓塞风险性。

3.3 股静脉置管

肝衰竭患者普遍表现精神萎靡、高度乏力, 下肢活动少, 增加了 DVT 发生概率, 而置管方式对血栓形成有一定影响。深静脉置管途径主要有患侧逆行股静脉、颈静脉及顺行的膈静脉, 另外也有少数经动脉途径^[9]。膈静脉固定、浅表, 穿刺成功率高, 通过容易且静脉瓣损伤少见, 血栓复发率也低, 但高龄患者则因俯卧位可能有所受限。而股静脉置管由于逆行入路, 受到穿刺路径长、瓣膜逆向阻碍, 加上为降低置管处出血, 其运动量或活动强度及时间也随之减少等因素, 直接导致 DVT 形成^[10-11]。穿刺前, 评估血管条件, 选择符合患者的穿刺途径, 降低血管损伤。指导患者进行适当的主动或被顶肢体康复训练, 注意患者腿部肌肉的腓肠肌及比目鱼肌的静脉窦, 此类静脉内血液的向心回流基本依靠肌肉泵效果, 因此需勤换体位, 鼓励患者伸屈髋膝、股四头肌收缩等科学锻炼。

3.4 急性出血性坏死胰腺炎

本研究中合并急性出血性坏死胰腺炎患者 10 例, 胰腺炎为炎症过程的一种, 主要表现为胰蛋白酶不稳定激活知识胰腺内酶原激活, 进而引起自身消化, 病情持续下发展为重症急性胰腺炎 (SAP), 此时胰腺易出现继发感染、胰腺外坏死甚至多系统器官衰竭, 胰腺腺泡间血流减少, 血管通透性增加, 栓塞及梗阻加重。由于白细胞内皮细胞及血管内血栓的相互作用, 凝血酶受组织因子途径激活^[12], 引起受损内皮细胞促进释放了血小板活化因子, 血小板聚集下引起凝血因子纤溶亢进及消耗, 血液持续呈现高凝状态, 从而诱发 DVT。李建君^[13]对 30 例

肝胆胰外科恶性肿瘤患者研究发现, 术后 DVT 发生率超过 60%。肝胆胰普外科患者给予抗凝药物虽可极大减少术后 DVT, 但也有研究认为, 肝脏手术后可能因肝功能不全致使自身分泌抗凝血因子及引发出血症状^[14]。国际指南则建议, 可对延伸至近端静脉危险因素的患者如既往史、住院、肿瘤等或存在严重症状的 DVT 患者给予 2~3 个月的抗凝治疗^[15]。

综上所述, 行人工肝支持系统治疗的肝衰竭患者出现 DVT 与年龄、血清 D-二聚体浓度、股静脉置管、急性出血性坏死胰腺炎相关, 需加强危险因素防范, 适当进行康复训练, 加快血液循环, 预防血栓。穿刺操作时注意降低导丝与穿刺针损伤血管, 重点关注感染患者, 选择敏感度高抗生素及时治疗, 避免加重感染造成胰腺等组织出血。

4 参考文献

- [1] 刘珮, 雷春璞. 原发性肝癌切除术后门静脉血栓形成的预防及护理 [J]. 血栓与止血学, 2018, 24(4): 150-151.
- [2] 黄旭芳, 毛剑婷, 周望京, 等. 快速康复护理对肠癌肝转移持续动脉灌注患者深静脉血栓形成的预防效果 [J]. 重庆医学, 2018, 14(2): 285-286.
- [3] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组, 中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南 (2018 年版) [J]. 中华临床感染病杂志, 2018, 11(6): 1-2.
- [4] 顾建平, 徐克, 滕皋军. 下肢深静脉血栓形成介入治疗规范的专家共识 (第 2 版) [J]. 介入放射学杂志, 2019, 28(1): 1-10.
- [5] Bellini G, Teng A, Kotecha N, et al. The identification of risk factors for venous thromboembolism in gastrointestinal oncologic surgery. J Surg Res, 2017, 205(2): 279-285.
- [6] 乔艳, 郭普, 王丽. Caprini 血栓风险评估量表预测人工肝治疗肝衰竭病人静脉血栓栓塞症风险有效性分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 28(1): 126-129.
- [7] Dhar A, Mulish BH, Thursz MR. Anticoagulation in chronic liver disease [J]. Hepatol, 2017, 66(6): 1313-1326.
- [8] 孙亚萌, 张建政, 刘智. 老年骨折患者下肢深静脉血栓形成的危险因素及动态 D-二聚体对其预测价值的分析 [J]. 中国骨与关节杂志, 2020, 9(6): 419-424.
- [9] 李建君. 规范护理对肝胆胰外科恶性肿瘤患者术后下肢深静脉血栓形成及生活质量的影响 [J]. 血栓与止血学, 2018, 24(4): 86-87, 90.
- [10] 马延召, 袁新华, 叶海丹. 肝移植联合脾切除术后并发血栓和感染患者的护理 [J]. 现代临床护理, 2018, 17(8): 56-58.
- [11] 许祖存, 齐华英, 胡新春, 等. 老年患者腹部手术后静脉血栓栓塞症的危险因素分析及护理要点 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(24): 2284-2287.

超早期面体针疗法结合电刺激对重型颅脑损伤昏迷患者促醒作用观察

王丽杰 张利蕊 董雪

【摘要】 目的 探究超早期面体针疗法结合电刺激对重型颅脑损伤昏迷患者促醒作用。**方法** 选取2017年1月—2020年10月医院住院治疗的90例重型颅脑损伤患者为研究对象,根据组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组各45例,对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上给予超早期面体针疗法结合电刺激治疗。采用格拉斯预后评分量表(GCS)、西方神经感觉刺激参数量表(WNSSP)以及卡氏评分对两组患者脑神经功能、感觉刺激、功能状态、血浆脑损伤标志物水平进行比较。**结果** 实施干预2周后,观察组GCS、WNSSP、卡氏评分等指标均优于对照组($P<0.05$);观察组脑血浆人S100B蛋白(S-100B)、髓鞘碱性蛋白(MBP)以及神经元特异性烯醇化酶(NSE)指标均优于对照组($P<0.05$)。**结论** 超早期面体针疗法结合电刺激能够改善重型颅脑的昏迷程度,提高脑血流灌量,降低脑神经功能损伤程度,对患者预后具有积极的影响。

【关键词】 超早期面体针疗法;电刺激;重型颅脑损伤;昏迷患者;血浆脑损伤标志物

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.013

重型颅脑损伤(STBI)是创伤性颅脑损伤(TBI)的一种,占TBI的15%左右,且经过临床抢救治疗后,仍有25%以上的患者处于昏迷状态^[1],肢体静脉血栓、坠积性肺炎、压力性损伤等并发症发生概率较大,不利于患者康复进程以及预后^[2]。超早期面体针疗法是利用大脑神经可塑性,通过针刺,促进脑神经细胞功能的重建,降低脑损伤程度^[3]。正中神经为中枢神经系统的外周门户,对该神经实施电刺激,可激发脊髓-脑干-丘脑等部位,达到唤醒的目的^[4]。为此,本研究将超早期面体针疗法结合电刺激应用于重型颅脑损伤昏迷患者,促醒效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年1月—2020年10月本院住院治疗的

重型颅脑损伤患者90例,纳入条件:符合《外科学》^[5]以及《颅脑创伤性昏迷诊断与治疗》^[6]中重型颅脑损伤以及昏迷的诊断标准;经过CT或MRI检查确诊;深昏迷或昏迷 ≥ 12 h, GSC评分 ≥ 4 分。排除条件:生命体征不平稳且合并严重的腹部脏器损伤;存在内分泌、神经系统性疾病;电刺激禁忌证;存在并发症或感染。本研究获得医院伦理委员会的批准,患者或其家属知情同意,并签署知情同意书。根据组间基本特征具有可比性的原则分为对照组以及观察组各45例。对照组:男32例,女13例。年龄19~70岁,平均 39.36 ± 12.65 岁;观察组:男34例,女11例。年龄20~71岁,平均 41.23 ± 13.25 岁。两组患者基线资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理,如基础护理、对症护理、康复治疗等。观察组在此基础上给予超早期面体针疗法结合电刺激,步骤如下:

作者单位:455000 河南省安阳市人民医院神经外科监护室

[12] 刘伟,窦秀云,张莉,等.脊髓损伤患者发生下肢血栓的影响因素病例对照研究[J].护士进修杂志,2018,33(9):808-811.

[13] 朱芳琴.规范护理对肝胆胰外科恶性肿瘤患者术后下肢静脉血栓形成及生活质量的影响[J].实用临床医药杂志,2018,22(8):57-59.

[14] 李海燕,李蓉,植艳茹,等.中老年患者院内发生静

脉血栓栓塞症风险预测模型的研究[J].中华护理杂志,2020,55(1):70-75.

[15] 邬涛,严律南,罗艳丽.肝切除术后静脉血栓栓塞症影响因素及预防的研究进展[J].中国普外基础与临床杂志,2017,24(7):895-899.

[2020-12-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

1.2.1 超早期面体针疗法 选穴：面针选穴位印堂、水沟穴，体针选穴位四关穴、阳陵泉穴以及大陵穴。选用无菌毫针应用提插捻转泄法对印堂穴向鼻根部针刺，进针深度为 15~18 mm，水沟穴向鼻中隔方向斜刺进针，进针深度 12~15 mm。采用平补平泻直刺进针法对四关穴、阳陵泉穴以及大陵穴进行针刺，进针深度为 20~25 mm，留针 25 min 后起针。1 次，7 d 为 1 疗程，连续治疗 2 疗程。

1.2.2 神经电刺激 仪器：选用正中神经电刺激仪操作：将电极片贴置在患者双臂前腕部横纹处，设置为 350 ms 方波，直流电刺激频率为 30 Hz，强度为 20~35 mA，刺激强度以患者双前臂肌肉跳动为宜，持续刺激 25 min，1 疗程为 5 d，休息 2 d 进行下一疗程，连续治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标

采用格拉斯预后评分量表（GCS）、西方神经感觉刺激参数量表（WNSSP）以及卡氏评分对脑神经功能、感觉刺激、功能状态进行评价，并观察比较两组患者脑灌注指标以及血浆脑损伤标志物水平。① GCS 量表包括肢体活动、睁眼反射、应答情况采用 5 级评分法进行评分，各项分别赋予分值为 1~5 分，总分 3~15 分，≤ 8 分为重度颅脑损伤，分数越低，颅脑损伤程度越严重^[7]。② WNSSP 量

表用于评价感觉刺激反应以及认知功能恢复情况，包括唤醒和注意、对象操纵、表达沟通以及听觉理解等 7 个条目 32 个因子，总分 110 分，分数越高，提示预后越好^[8]。③ 卡氏评分用于评价患者功能状态恢复情况，总分 100 分，低于 50 分表示患者生活需要别人帮助，分数越高，提示患者健康状态越好^[9]。④ 血浆脑损伤标志物水平。于治疗 2 周后，采取患者静脉血 5 ml，低温离心处理，检测血浆脑损伤标志物水平^[10]。

1.4 统计学处理

应用 SPSS27.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准 α=0.05，*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脑神经功能、感觉刺激、功能状态比较
干预后 2 周后，观察组脑神经功能、感觉刺激、功能状态评分优于对照组，差异有统计学意义（*P*<0.05）。见表 1。

2.2 两组患者血浆脑损伤标志物水平比较
干预后 2 周后，观察组血浆脑损伤标志物水平均优于对照组，差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 2。

表 1 两组患者脑神经功能、感觉刺激、功能状态评分比较

组别	例数	GCS	WNSSP	卡氏评分
对照组	45	7.63 ± 1.75	21.65 ± 11.23	48.13 ± 7.92
观察组	45	9.36 ± 2.03	34.91 ± 12.56	59.67 ± 8.04
<i>t</i> 值		5.006	5.280	6.859
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者血浆脑损伤标志物水平比较

组别	例数	S-100B(μg/L)	MBP(μg/L)	NSE(μg/L)
对照组	45	0.82 ± 0.09	1.78 ± 0.66	15.14 ± 3.58
观察组	45	1.08 ± 0.19	2.71 ± 0.95	9.51 ± 3.89
<i>t</i> 值		8.296	5.393	7.144
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

昏迷可能是由于颅脑损伤累及脑干网状结构，网状激活系统受损，阻滞神经系统上传功能或颅脑损伤导致大脑皮层受损，大脑皮层无法维持觉醒状态^[11]。研究表明^[12]，脑神经具有一定的重组重建功能，早期康复治疗具有降低脑神经损害、促进脑

神经元轴突再生的作用。S-100B、MBP 以及 NSE 在中枢神经系统中具有较高的特异性，当神经元收到损伤时，S-100B 迅速通过血脑屏障进入血液，诱发脑细胞死亡，促神经机制的退化，是反映脑神经损伤程度的重要标记物^[13]；MBP 主要由少突胶质细胞合成并分泌，可维持中枢神经髓鞘功能的稳定性，当脑神经系统受损时，血脑屏障通透性增加，

促使 MBP 释放至脑血液中,可作为脑实质性病变的重要标志物^[14];NSE 主要存在神经元中,当神经元受损时,NSE 进入脑部血液循环,可作为脑组织受损的敏感性标记物。因此,对重型颅脑损伤昏迷患者康复治疗应以降低血浆脑损伤标志物为治疗目标^[15]。

脑为髓海,是脏腑活动之主宰,中医将颅脑损伤后昏迷称之为“神昏”,由于外伤脑窍,血溢血管外,气血受阻,窍闭神匿,而神昏不醒。早期面体针疗法中,印堂穴是内眼角组太阳膀胱经、足阳明胃经以及任脉等三大经络的汇集地,为督脉经穴之一,具有调和阴阳畅达、清醒名目、通鼻开窍之功效。现代医学认为,针刺印堂穴可激活脑细胞,抑制脑细胞死亡的效果;水沟穴位于三叉神经分支之上,具有清热熄风,醒神开窍的功效。针刺该穴位可兴奋呼吸中枢、提高肾上腺皮质代谢能力、调节脑血流的功效;四关穴为合谷穴以及太冲穴的总称。在《素问调经论》中提到:“人之所以有者,血月气也”,针刺该穴位,可调节人体气血;阳陵泉穴具有通经活络,止痛祛瘀的功效;太陵穴是手厥阴心包经原穴与输穴,具有燥湿生气的功效。上述穴位合用,具有改善肢体痉挛以及昏迷促醒的功效。目前,临床对于正中神经电刺激的促醒作用机制尚不明确,可能与加快脑部血液循环,为脑神经细胞的修复提供充分的营养物质、利于神经元轴突再生、促进神经递质的释放有关。结果显示,实施干预2周后,观察组 GCS、WNSSP、卡氏评分等指标均优于对照组($P<0.05$);观察组血浆人 S100B 蛋白(S-100B)、髓鞘碱性蛋白(MBP)以及神经元特异性烯醇化酶(NSE)指标均优于对照组($P<0.05$)。

综上所述,早期面体针疗法结合电刺激能够改善重型颅脑的昏迷程度,提高脑血流灌量,降低脑神经功能损伤程度,对患者预后具有积极的影响,应用价值较高。

4 参考文献

- [1] 孙冬玮,韩超.超早期面体针疗法治疗重症颅脑损伤后昏迷临床研究[J].针灸临床杂志,2019,35(11):9-13.
- [2] 兰莉萍,廖妹,曾雯,等.正中神经电刺激对颅内动脉瘤术后昏迷患者促醒效果分析[J].护士进修杂志,2018,33(20):14-16.
- [3] Weibing W, Xiaodan L, Peijun L, et al. Effect of Liuzijue Exercise Combined with Elastic Band Resistance Exercise on Patients with COPD: A Randomized Controlled Trial[J]. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2018, 20(102):1-12.
- [4] 鲍英存,张芳,李群,等.子午流注纳甲法联合康复治疗促醒重型颅脑损伤植物状态:随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(3):234-238.
- [5] 高慧,杨洁,胡云霞,等.升降散对重型颅脑损伤患者胃肠功能障碍及预后影响的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(4):7-9,13.
- [6] 魏莲,李妮.不同频率重复经颅磁刺激治疗脑干损伤致昏迷促醒效果及安全性研究[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(6):79-84.
- [7] 仲悦萍,张云,陈晓艳,等.护士和家属实施感觉刺激对重型创伤性颅脑损伤昏迷患者促醒作用的比较[J].中华现代护理杂志,2018,24(31):3793-3797.
- [8] 刘引莲,范莎莎,黄静,等.高压氧联合经颅直流电刺激对重型颅脑外伤促醒疗效分析[J].中国药物与临床,2019,19(2):100-101.
- [9] 丁静义.集束化护理结合震动排痰对重型颅脑损伤患者呼吸机相关性肺炎的影响[J].护理实践与研究,2019,16(3):79-80.
- [10] 吴杰.戴明循环理论 QCC 活动对重型颅脑损伤行气管切开患者术后肺部感染发生率的影响[J].护理实践与研究,2019,16(3):70-72.
- [11] 王振宁,叶嘉文,罗灼明,等.正中神经电刺激对重症颅脑损伤昏迷病人脑血流速度及脑血流量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(9):1406-1410.
- [12] Shariat A, Ansari N N, Najafabadi M G, et al. The effects of cycling with and without functional electrical stimulation on lower limb dysfunction in patients post-stroke: A systematic review with meta-analysis[J]. Neurorehabilitation, 2019,40(14):23-26.
- [13] 孟令和,夏凡,刘子彧.电针刺激治疗重型颅脑损伤迁延性昏迷患者疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2020,29(16):1789-1792.
- [14] 邓丽霞,刘吉权,刘云义,等.醒脑开窍针法联合脑电仿生电刺激对持续性植物状态患者血清中 IL-6 和 TNF- α 的影响[J].湖北中医药大学学报,2019,11(3):23-26.
- [15] 方圆,许能贵.开窍醒神针刺法配合电刺激对早期重型颅脑损伤昏迷患者的促醒作用观察[J].中医药导报,2019,25(331):119-121.

[2020-10-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

集束化护理干预在老年髋关节置换术患者中的应用

许雅芬

【摘要】 目的 探讨集束化护理干预在老年髋关节置换术患者中的应用效果。**方法** 选择2018年12月—2019年12月医院收治的老年髋关节置换手术患者82例,按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组与观察组,每组41例。对照组接受常规护理,观察组采用集束化护理模式,比较两组患者髋关节功能和生活质量评分及并发症发生情况、下地时间、术后住院时间。**结果** 观察组患者髋关节功能、生活质量评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),下地时间、住院时间短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对老年髋关节置换手术患者开展集束化护理,可提高患者髋关节功能、生活质量,降低并发症发生率,缩短住院时间。

【关键词】 老年患者;髋关节置换手术;集束化护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.014

髋关节置换术在临床上主要用于治疗髋关节功能障碍,通过手术将患者受损髋关节置换为人工假体,重建患者关节功能,从而改善患者生活质量。髋关节置换术具有一定创伤性,且患者多为老年群体,合并较多基础疾病,机体机能较差,术后并发症的发生风险较大^[1-2]。深静脉血栓(DVT)是髋关节置换术后常见的并发症类型,老年患者由于血管脆性较大,血液黏稠,术后长时间制动,因此容易出现下肢深静脉血栓^[3]。下肢深静脉血栓的发生可降低手术疗效,延长术后恢复时间,需加以预防。集束化护理方案是将循证基础操作以及护理措施进行整合,针对某种难治疾患进行护理,有效优化了医疗护理服务^[4-5]。本研究将集束化护理应用于老年髋关节置换术后,目的是降低深静脉血栓发生风险。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年12月—2019年12月医院收治的老年髋关节置换手术患者82例为研究对象,纳入条件:年龄在60岁以上;均符合髋关节置换手术适应证;患者知晓研究内容且同意参与。排除条件:合并严重脏器功能不全;精神、交流、意识等方面存在障碍;存在出血性倾向。按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组与观察组,每组41例。对照组中男28例,女13例;年龄61~88岁,平均 71.02 ± 0.12 岁;疾病类型:股骨颈骨折33例,股骨头坏死8例。观察组中男27例,女14例;年龄

60~86岁,平均 72.10 ± 0.35 岁;疾病类型:股骨颈骨折30例,股骨头坏死11例。两组患者性别、年龄、疾病类型比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 常规对入院患者的自理能力、神志状态等进行评价;发放术后血栓预防相关手册,并以口头宣教的形式指导患者预防深静脉血栓的发生;术后指导患者开展功能训练:足背伸屈、膝关节屈曲、下床活动;遵医嘱指导患者开展物理、药物预防,指导出院患者用药。

1.2.2 观察组 采用集束化护理模式,具体方法如下:

1.2.2.1 建立集束化干预小组 成员包括副主任医师2名,骨科护士长2名,专科护士4名。副主任医师担任诊治工作和督促下级医师开展干预措施;骨科护士长担任骨科专科护士的技术培训,并指导骨科专科护士的工作,定期开展案例讨论,组织护理查房;骨科专科护士负责落实相关干预措施,并评价实施成效;护理研究生负责资料收集、文献查找以及数据统计。

1.2.2.2 制定质量控制表 执行小组三级质量控制,严格督导护士、医生落实深静脉血栓预防工作。制定深静脉血栓预防质量控制表,由护士栏、医生栏、预防措施栏、健康教育栏组成。护士栏事项为是否了解血栓风险评估分值、危险因素的预防;医生栏事项为确定深静脉血栓动态评分的准确性、是否及时开具深静脉血栓预防医嘱;预防措施栏事项为是否落实床上足背伸屈运动、膝关节屈曲训练、早期下床活动、气压泵使用、弹力袜穿戴的指导工

作,患者在低分子肝素或低剂量肝素治疗方面是否依从,是否做好患者抗凝药并发症的监测工作;健康教育栏事项为患者是否了解运动的重要性,是否了解仪器操作、抗药物作用、药物有关事项等。

1.2.2.3 方案制订与实施 查阅老年髋关节术后深静脉血栓影响因素的文献资料,并对常规深静脉血栓预防措施进一步优化,结合医院实际情况、患者病情制订集束化干预方案,方案细分为以下几点:

(1)危险因素评估:记录患者入院、术后24 h内Caprini血栓风险因素评估分值, ≤ 1 分即低危,2分即中危,3~4分即高危, ≥ 5 分即极高危。将分值超过3分的患者纳入预防血栓工作表。高危、极高危患者采取基本预防、药物预防、物理预防联合模式,中危、低危患者采取物理预防配合下地活动。

(2)功能锻炼:内容包括患肢抬高、小腿按摩、深呼吸、膝关节屈曲、下地活动,对功能锻炼的具体方法、时间以及强度加以规范,应用功能锻炼量化卡记录进程。术前开展床旁一对一功能训练指导,术后结合耐受程度对运动量进行调整。

(3)饮水指导:对心脏、肾脏正常患者制定饮水计划,8:00—12:00饮水量为100 ml、14:00—18:00饮水量为600 ml、18:00—20:00饮水200 ml,可用汤、果汁替换。饮食量依据患者耐受程度进行调整,护士负责督促和记录。

(4)物理预防:手术当天、术中、术后指导患者使用弹力袜,每天上午采用间歇充气加压治疗,持续2 h。护士定时检查物理预防事项的落实情况。

(5)抗凝药物的预防:及时对患者术后血小板参数、C反应蛋白、D-二聚体进行检测,结合患者深静脉血栓危险因素评分、血液检测情况,指导患者严格遵医嘱使用抗凝药,避免出血、凝血功能障碍等并发症。

(6)健康教育 结合患者及家属有关深静脉血栓预防的了解程度进行健康教育,包括手册方法、多媒体教育、同伴教育等。

1.3 观察指标

(1)并发症发生情况:在干预后记录患者发生

各类并发症的例数,包括深静脉血栓、压疮、肺部感染、便秘等。

(2)髋关节功能评价:髋关节功能依据Harris髋关节功能评分标准^[6]进行评价,评估项目涉及疼痛(44分)、功能(47分)、畸形(4分)、关节活动度(5分),总分为100分。 ≥ 90 分表示优良,80~89分表示良好,70~79分表示尚可, <70 分表示差。Cronbach's α 系数为0.883,效度为0.923。

(3)观察患者下地时间、住院时间。

(4)生活质量:评测工具选择生活质量综合评定量表(Generic Quality of Life Inventory-74, GQOLI-74)^[7],量表内容分为4个维度(物质生活状态、心理功能、躯体功能、社会功能),共20个因子,74个条目,采取Likert 5级评分法进行计分,量表Cronbach's α 系数0.87,重测信度0.92,量表分值与评价目标为正相关关系。

1.4 统计学处理

采用SPSS20.0统计学软件进行数据的统计分析,计数资料比较采用 χ^2 检验;正态分布计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;非正态分布计量资料以“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较进行秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预后两组患者髋关节功能评分比较

干预后,观察组患者髋关节功能评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 干预后两组患者生活质量评分比较

干预后,观察组患者生活质量评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义, ($P<0.05$)。见表2。

表1 干预后两组患者髋关节功能评分比较(分)

组别	例数	髋关节功能评分
对照组	41	63.41 \pm 7.35
观察组	41	87.72 \pm 8.15

$t=14.184$, $P=0.000$ 。

表2 干预后两组患者生活质量评分比较(分)

组别	例数	物质生活状态	心理功能	躯体功能	社会功能
对照组	41	53.12 \pm 9.21	53.44 \pm 9.16	54.08 \pm 9.08	54.50 \pm 9.55
观察组	41	80.41 \pm 12.14	80.4 \pm 11.12	82.01 \pm 12.46	81.21 \pm 10.67
t 值		11.467	11.867	11.600	11.944
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者预后指标比较

干预后, 观察组并发症 (深静脉血栓、压力性损伤、肺部感染、便秘) 发生率低于对照组, 观察组下地时间、住院时间短于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者预后指标分析

组别	例数	并发症	下地时间(d)	住院时间(d)
对照组	41	12	5.23 (1.52)	8.43 (1.01)
观察组	41	4	3.18 (1.69)	5.69 (1.32)
χ^2 值		11.467	11.867*	11.600*
P 值		4.970	5.775	10.556

* 中位数比较的秩和检验 u 值。

3 讨论

髋关节受损患者大多为老年群体, 受疼痛、肿胀、活动受限等症状影响, 患者心理、生理负担增加, 生活质量明显降低。髋关节置换术在髋关节受损治疗中属于常用术式, 治疗效果得到广泛认可^[6]。然而该术式属于创伤性术式, 且患者多为老年群体, 机体功能衰退, 预后相对较差, 术后容易引发手术相关并发症, 影响患者预后恢复。因此对于老年髋关节置换患者, 临床上需要落实护理干预措施, 保障患者术后恢复^[8-9]。随着人们对护理工作认识的加深以及护理要求的增加, 髋关节置换术的临床护理模式也不断得到调整和完善, 集束化护理作为一种新型的护理模式, 在临床上受到广泛认可^[10-11]。

集束化护理是一种整合了循证理论的护理方案, 实际操作过程中遵循理论支持, 并结合患者病情适时对护理方案进行调整和完善, 具有较强的针对性, 护理期间关注细节, 措施的落实更为全面, 有效满足了患者生理、心理方面的护理需求。随着集束化护理模式的日益成熟, 其应用范围和领域也逐渐拓宽, 在多种疾病以及多个科室中均得到广泛认可。临床总结得出, 集束化护理的特点主要表现为以下几点: ①集束化护理可提高治疗效果以及护理质量。②集束化护理主要针对某类疾病制定护理计划, 并同步开展和落实护理措施, 相比单独开展更具效率, 且更能改善患者预后。③集束化护理依赖于过往临床经验和报道, 在实际开展过程中存在局限性。④集束化护理的关联元素要求落到实处, 以体现护理工作的可靠和有效。⑤集束化护理工作的开展能够促进医护人员的协作以及交流。

老年髋关节置换术后并发症中, 深静脉血栓是常见一类, 其主要因患者术后长期制动, 导致血液

在深静脉内凝结, 引起下肢静脉回流受阻^[12]。血栓产生后若控制不及时, 血栓容易发生扩散, 累及整个肢体深静脉主干, 引发血栓形成后遗症, 影响患者预后^[13]。我院针对老年髋关节置换术后深静脉血栓的预防开展集束化护理, 观察组髋关节功能、生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义, ($P<0.05$), 与吴庆飞^[14]的研究结果相符。分析认为, 髋关节置换手术具有创伤性, 且高龄患者本身基础疾病较多, 术后并发症的护理工作相对复杂, 而集束化护理遵循循证理论制订针对性护理方案, 科学评估风险因素, 并从多个方面开展全面性干预, 提高了患者髋关节功能和生活质量。

本研究结果显示, 观察组并发症 (深静脉血栓、压力性损伤、肺部感染、便秘) 发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 下地时间、住院时间短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。这与谭瑞芬等^[15]研究结果相符。集束化护理强调对患者的肢体干预, 术后早期指导患者进行适应性锻炼, 有效促进患者预后髋关节功能的恢复, 提高了患者的生活质量。同时配合饮食指导、预防性抗凝、机械性预防^[16], 有效降低了术后并发症的发生率, 加快了患者的预后恢复, 缩短了患者的下地时间、住院时间。

综上所述, 对老年髋关节置换手术患者开展集束化护理, 在深静脉血栓预防方面效果显著, 有效促进了患者预后恢复, 提高了患者的髋关节功能和生活质量。

4 参考文献

[1] 谢煜, 潘卫宇, 张红梅. 人工髋关节置换术后股骨假体周围骨折 1 例的围术期护理 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2019, 5(4):207-209.

[2] 赵冬燕. 综合护理干预在髋关节置换术中的应用效果分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(32):15-16.

[3] 石姣梅, 吴杰倩, 钟雪莲. 延续性护理应用于人工髋关节置换术后的疗效评价 [J]. 中国伤残医学, 2017, 25(23):19-20.

[4] 饶海芳, 刘文辉, 覃瑜芳, 等. 快速康复外科理念在老年人工髋关节置换围手术期的护理应用 [J]. 医学信息, 2017, 30(4):193-194.

[5] 袁凌. 快速康复护理在髋关节置换术患者术后康复中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(23):3243-3245.

[6] 区彩琼, 黎黎因, 曾小明, 等. 快速康复外科护理在老年人工髋关节置换术中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(17):78-79.

肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法在单节段胸腰椎骨折患者术后腹胀及便秘防治中的应用

杨曼亚

【摘要】 目的 探讨肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法在单节段胸腰椎骨折患者术后腹胀便秘防治中的应用效果。**方法** 将2018年6月—2019年12月在深圳市人民医院接受单节段胸腰椎骨折手术患者70例纳入研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将其均分为对照组和观察组,对照组行常规护理,观察组在对照组基础上实施肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法,比较分析两组患者腹胀及便秘发生率。**结果** 观察组腹胀、便秘发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法应用于行单节段胸腰椎骨折手术患者,可降低腹胀、便秘发生率。

【关键词】 肛门指力刺激技术;九宫腹部经络推拿法;单节段胸腰椎骨折;腹胀便秘防治

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.015

胸腰椎骨折属于脊柱外科多发病,多由车祸、高空坠落伤、跌倒等因素所致,其中单节段胸腰椎骨折($T_{10}\sim L_2$)发病率最高,超过胸腰椎骨折的50%^[1-2]。临床根据骨折类型、椎管占位程度、有无脊髓神经损伤等选择相应的手术方式^[3-4]。但受手术剥离及牵拉、患者自身因素影响,仍有70%以上胸腰椎骨折患者术后表现为腹胀、焦虑、便秘等症状^[5-6],仅采取药物、心理干预难以改善便秘症状,给患者带来极大痛苦^[7]。肛门指力刺激技术最先用于脊髓损伤患者肠道功能的重建,效果较为理想^[8];九宫腹部经络推拿法基于祖国医学中中医脏

腑经络、阴阳五行学说及洛书九宫图等理论指导,配合不同推拿手法作用于腹部,刺激局部经络穴位,是推动大肠腑气以治疗便秘的特色疗法。因此,本研究将上述两种特色疗法应用于术后腹胀便秘防治中,临床效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年12月在深圳市人民医院接受单节段胸腰椎骨折手术患者70例,纳入条件:经X线、临床检查确诊为单节段胸腰椎骨折,符合手术适应证^[9];年龄18~75岁;具有基本认知与听说读写能力;治疗依从性较好。排除条件:合

作者单位:518020 广东省深圳市人民医院脊柱外科

- [7] 李彦春,邱凤.术中综合保温干预对老年髋关节置换术术后寒战与凝血功能的影响[J].护理实践与研究,2019,16(16):116-117.
- [8] 蒋珍丽.集束化护理干预对预防老年股骨颈骨折患者深静脉血栓形成的效果观察[J].护理实践与研究,2017,14(19):75-76.
- [9] 郑亚惠.集束化护理在老年患者骨科术后下肢深静脉血栓预防中的应用效果[J].双足与保健,2018,27(9):111,113.
- [10] 刘瑞华.舒适护理对老年人工髋关节置换术患者术后生活质量的影响[J].河南医学研究,2017,26(23):4401-4402.
- [11] 李喜迎,程月起,韩晓兰,等.集束化护理在老年患者骨科术后下肢深静脉血栓预防中的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(1):61.

- [12] 张燕燕,赵翠梅,朱亚楠.行为转变理论护理模式干预对下肢骨折老年患者下肢静脉血栓和便秘的影响[J].四川生理科学杂志,2018,40(2):123-125.
- [13] 张明慧,陈立红,徐芙蓉,等.护理干预对老年患者髋骨关节置换术后并发症的预防效果观察[J].中国实用医药,2017,12(35):175.
- [14] 吴庆飞.集束化护理对髋关节置换患者术后并发症及功能恢复的影响分析[J].中国当代医药,2018,25(9):189-191.
- [15] 谭瑞芬,陈映娟.集束化护理在髋关节置换患者围术期护理中的应用价值[J].按摩与康复医学,2018,9(5):67-68.
- [16] 王爱巧,石彩英.集束化护理在髋关节置换患者围术期护理中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,20(14):76-78.

[2020-03-19 收稿]

(责任编辑 陈景景)

并严重凝血功能障碍者^[10]、严重免疫功能障碍或感染病、重要器质性损伤或颅骨损伤等;手术耐受性较差;资料不齐全或因各种原因中途退出研究。按照组间基本特征具有可比性的原则将其均分为对照组和观察组,对照组:男21例,女14例;年龄24~71岁,平均 45.69 ± 3.48 岁;胸10节段2例,胸11节段9例,胸12节段18例,腰1节段4例,腰2节段2例;致伤原因:高处坠落伤20例,车祸伤11例,压砸伤4例;受伤到手术时间0~5 d。观察组:男20例,女15例;年龄22~73岁,平均 45.77 ± 3.21 岁;胸10节段1例,胸11节段10例,胸12节段17例,腰1节段5例,腰2节段2例;致伤原因:高处坠落伤18例,车祸伤12例,压砸伤5例;受伤到手术时间0~5 d。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。患者及其家属自愿参与本次调查。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 予以常规护理:讲解单节段胸腰椎骨折及术后腹胀原因、注意事项等;舒缓焦虑恐惧情绪,鼓励患者养成每日定时排便习惯;术后48 h内每隔4 h采取数字疼痛评分法(NRS)进行1次疼痛程度评估^[11];指导患者进食高纤维素、高蛋白质、高维生素饮食,禁食豆类、蘑菇、甜食、牛奶等产气食物,少食多餐;手术当天辅助患者挤压按摩四肢;早饭后1~2 h自脐周向外扩散、由轻及重、再由重至轻进行腹部按摩,持续10 min左右,辅以局部热敷15 min,必要时辅以开塞露,预防便秘。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合肛门指力刺激技术和九宫腹部经络推拿法。

1.2.2.1 肛门指力刺激技术干预

确保环境安静、私密,备好防水垫巾、便盆、一次性橡胶手套、石蜡油。防水垫巾置于患者臀下、备好便盆,操作者修剪好指甲,立于患者右侧,戴手套、口罩,石蜡油充分润滑右手示指多于2个指节,示指轻插入肛门1.5~2个指节,360°沿肠壁旋转,边旋转边指腹按压肠壁,旋转10~15圈/组,时间为15~20 s,不超过1 min,休息2 min后进行下一组,每天不超过5组,至患者产生便意或排气。观察并记录排便排气状况。注意事项:干预前必须排空肠道内粪便;每日操作时间固定,每天1 d,早餐后30 min内进行;示指按压肠壁力度适中,避免太轻,起不到刺激作用;太重,导致肠黏膜损伤。操作完毕,床头摇高,取半坐位,利用引力促进粪便排出。

1.2.2.2 九宫腹部经络推拿法

由护师以上专业人员,经本院推拿科医师对操

作技巧、手法、经络等统一培训,直到操作者熟练掌握并考核合格。协助患者仰卧位,放松四肢,双手自然平放身体两侧,操作者立于右侧。操作方法如下:第一步,“太极”大回环摩腹:操作者两手五指并拢、交叉贴于九宫5区(脐部),放松前臂,以腕关节为中心,顺时针运太极形式从五区环旋摩揉至全腹,即遵循九宫图中5-1-3-9-7数字顺时针顺序推揉,每分钟60次,约5 min。第二步,“太极”小回环揉脐:操作者双手拇指指腹对置贴于九宫5区,翘起余指,以5区为中心,逆时针向外旋转揉摩至全腹,即遵循九宫图中5-2-4-8-6数字顺时针顺序推揉,每分钟60次,约3 min。第三步,“一”形推腹:操作者五指并拢,指尖朝患者头侧,双手掌根均平贴于九宫5区,以拇指为着力点,向两侧外推,推至3区、7区时向下各点压按揉5次后再回推至5区,每分钟60次,约3 min。第四步,“m”轨迹运腹:操作者五指并拢,双手掌贴于腹部8区,并缓慢推摩经3区→2区→9区→5区→1区完成1个“m”,设为1次,每分钟30次,约3 min。第五步,米字轨迹擦腹:按照“米”字比划中“左点”“右点”“左撇”“右捺”“横左”“横右”“竖上”和“竖下”描述按捺次序,为从“米”字中心开始→“右捺”→“横右”→“左撇”→“竖上”→“竖下”→“右点”→“横左”→“左点”→回“米”字中心,或者按照九宫图中9-1-3-7-4-6-2-8-5数字顺序完成一个“米”字推揉按摩,每分钟30次,约3 min。最后以“太极”运腹法摩腹2圈结束整个流程。操作要点:手掌均不离开腹部皮肤,运行轨迹于皮下进行,根据患者实际调整操作频率至皮肤深层透热且不擦伤皮肤。整个疗程15~20 min为宜,每天1次,3 d为1个疗程,1个疗程后次日效果评价。

1.3 观察指标

比较两组患者干预后腹胀、便秘的发生率。

1.4 统计学处理

采取SPSS 20.0统计学软件进行数据处理,计数资料比较采用两独立样本的 χ^2 或 χ_c^2 检验;计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

干预后,观察组腹胀、便秘发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者干预后腹胀、便秘发生率比较

组别	例数	腹胀		便秘	
		例数	率(%)	例数	率(%)
对照组	35	7	20.00	9	25.71
观察组	35	0	0.00	2	5.71
χ^2 值		5.714*		5.285	
P 值		0.017		0.022	

* 为校正 χ^2 值。

3 讨论

单节段胸腰椎骨折除损害脊柱正常结构外, 还易损伤神经功能, 其发生率约为创伤性骨折患者的3%~5%, 约占脊柱创伤的37%~46%^[12]。由于术后长期卧床、活动减少, 导致气血津液不足, 进而创伤情志失和、肝气瘀滞、扰心肺肾脏, 并伤及膀胱经和督脉, 最终瘀血停留腹中、脾胃运化升降失调、肠道阻塞形成便秘, 加上排便姿势、环境改变, 过分担忧预后等, 加重腹胀便秘等^[13]。

本研究借助腹能直接刺激肛门, 手指刺激信号与粪便对直肠壁刺激类似。“太极八卦九宫图”基于五行、脏腑理论、后天八卦方位等, 将人体胸腹部分为9宫, 各宫分别对应脾胃、心小肠、肝胆、肾膀胱等部位, 指导手掌或梅花指腹部较大面积连续循环推揉, 按摩触动腹部穴位, 进而针对性行九宫腹部经络推拿法, 可达到推动大肠、行气活血、降逆消阻效果^[14-15]。肛门指力刺激技术借助手指刺激信号, 促使直肠黏膜感受器接收粪便刺激训练, 使冲动经盆神经、腹下神经传导至脊髓腰骶触及排便中枢并上传至大脑皮质, 反射性增加肠道蠕动及分泌, 利于平滑肌收缩功能恢复, 进而引发便意和排便反射。直肠肠壁末梢神经诱发迷走神经兴奋, 刺激肠黏膜感受器, 加速胃肠蠕动利于排气排便。九宫腹部经络推拿法通过对九宫5区(脾胃区)分别实施八卦运太极、一形推腹、“m”及“米”字轨迹运腹等穴位连续环形按摩手法, 顺应五行之圆运动规律, 配合各穴位经络做功、摩擦生热、改善血液循环与应激能力, 进而有效补脾胃之气, 泻心肺之火, 最终滋阴通便、促进药物吸收, 改善胃肠蠕动功能。应用肛门指力刺激技术和九宫腹部经络推拿法, 旨在建立并加强规律性润肠通便疗法, 结果显示: 干预后观察组腹胀、便秘发生率明显低于对照组($P<0.05$), 陈云燕^[16]研究结果也支持该结论。

综上所述, 将肛门指力刺激技术配合九宫腹部经络推拿法应用于行单节段胸腰椎骨折手术的患者可有效降低腹胀、便秘发生率。

4 参考文献

- [1] 蒋飞, 周寒茹, 董顺红. 递进式康复护理对股骨骨折内固定术后功能恢复与负性情绪的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(2): 74-76.
- [2] 郭雪芳. 胸腰椎骨折患者腹胀原因分析与康复护理对策[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(2): 234-235.
- [3] 李萍, 王炜昌, 吴婷容, 等. 椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎骨折的护理干预[J]. 中国医药科学, 2020, 10(1): 176-179.
- [4] 刘峰. 前后联合入路治疗在单节段胸腰椎不稳定性骨折患者中的研究[J]. 浙江创伤外科, 2019, 24(6): 1229-1231.
- [5] 班博恒, 覃家永, 陆耀宇, 等. 不同入路方式治疗单节段胸腰椎骨折患者的疗效对比[J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(12): 897-901, 907.
- [6] 李聪慧. 持续质量改进护理对胸腰椎骨折患者心理状况及疼痛的影响[J]. 河南医学研究, 2019, 28(23): 4397-4398.
- [7] 万永杰, 姜茜华, 郭永传. 分析经皮微创相邻节段椎弓根钉植入治疗单节段胸腰椎骨折的临床疗效[J]. 辽宁医学杂志, 2019, 33(6): 58-60.
- [8] 章海慈, 吴丹, 周纯. 基于循证理论的多维护理对老年髋部骨折患者并发症与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(23): 92-94.
- [9] 黄石英, 谢文娴. 早期护理干预对胸腰椎骨折患者术后身心健康的影响[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(21): 3567-3568, 3529.
- [10] 王文娟, 周然然. 腹部穴位按摩配合贴敷疗法治疗胸腰椎骨折后便秘的临床应用效果观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(30): 97-98.
- [11] 李盼, 崔快, 王彩琴. 阶梯性康复训练应用于胸腰椎骨折患者术后的价值分析[J]. 航空航天医学杂志, 2019, 30(10): 1229-1231.
- [12] 付忠泉, 褚天航, 霍智铭, 等. 胸腰椎损伤分类及损伤程度评分在胸腰椎椎体骨折微创手术预后评价中的应用[J]. 广东医学, 2019, 40(18): 2682-2685.
- [13] 范梅霞, 姚璇娟, 蒋士军, 等. 肛门指力刺激技术在预防髋关节置换术后患者便秘中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(23): 75-76.
- [14] 刘建泉, 史宗新, 陈萌萌, 等. 经椎弓根螺钉内固定与切开复位内固定治疗无神经损伤单节段胸腰椎骨折的对比研究[J]. 北京医学, 2019, 41(1): 19-22.
- [15] 桑平. 经椎弓根螺钉复位内固定治疗单节段胸腰椎骨折的临床研究[J]. 中国处方药, 2018, 16(8): 121-122.
- [16] 陈云燕. 循证护理在老年胸腰椎骨折患者中应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(11): 49-51.

[2020-04-14 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

“云门诊”叙事随访在泌尿造口患者出院后护理中的应用

朱继萍 成巧梅* 张红梅

【摘要】目的 通过互联网+“云门诊”平台为泌尿造口患者在出院后提供便捷、省时、经济、可视化的、专业、优质的护理延伸服务,提高泌尿造口患者院外自我照护技能及生活质量。**方法** 纳入泌尿造口出院患者80例,按照组间基本特征均衡的原则分为观察组35例与对照组45例。观察组患者或家属出院时登录“云门诊”功能,与医院内“叙事护理专家”,享受一对一“叙事对话”护理人文服务,健康指导、康复意见输入后提交,被咨询对象在线系统给予反馈评价。对照组执行传统常规出院指导及每3个月定期随访。观察组两组患者焦虑评分、治疗依从性、知识掌握率及满意度。**结果** 出院后随访,观察组焦虑评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组院外治疗依从性、造口知识掌握程度、患者出院服务满意度均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对出院后泌尿造口患者利用“云门诊”开展叙事随访延伸护理服务,不仅助于缓解患者术后焦虑,提高患者治疗依从性及护理造口的能力,提高患者满意度,为出院患者随访及专业健康指导提供便捷、省时、经济的优质护理服务,开启智慧医疗时代现代护理专业化人文护理服务新模式。

【关键词】 膀胱癌;叙事医学;互联网;泌尿造口

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.016

有研究显示,我国膀胱癌的发病率居泌尿系恶性肿瘤第一位,并呈上升趋势^[1-2]。膀胱癌以根治性切除并尿流改道术为主要治疗手段^[3],尿流改道后泌尿造口患者自我形象紊乱,尿液不能随意控制,给患者及家属带来许多困扰,尤其是年轻患者对生活感到焦虑、自卑,对前途失去信心^[4]。叙事医学是一种心理医疗模式,叙事治疗有狭义与广义之分,狭义由澳大利亚 Michael Whit 和新西兰大卫·爱普斯顿提出叙事治疗理论和模式,是后现代心理学的一种治疗方法^[5]。李明博士2005年将叙事治疗引入中国,本研究运用狭义上叙事治疗理论。李春著《叙事护理》一书中定义叙事疗法的理念和方法加以融合,是后现代心理治疗与临床护理相结合,在临床运用方便简称“叙事护理”^[6]。传统出院随访手段费时费力而难以充分开展,失访率较高^[7],且并发症发生率高^[7]。因此,泌尿造口患者作为社会上特殊群体,更需要家人、社会的关爱及心理援助,以及术后康复指导^[8]。基于现代互联网快速发展时代,出院后膀胱癌泌尿造口患者迫切需要解决院外发生的新问题,健康信念模式配合心理护理干预可以提高患者生活质量^[9],我科利用“云门诊 App”

开展叙事随访延伸服务,优于传统随访。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年8月—2019年8月在某三甲医院泌尿外科就诊并行泌尿造口手术的80例患者为研究对象。依据膀胱镜检查病理结果,拟行泌尿造口手术。纳入条件:意识清楚、自我表达清晰且无精神异常者;年龄大于18岁小于65岁且生活自理能力评分 >90 分;明确知晓诊断行膀胱全切泌尿造口者无或符合轻度抑郁的诊断标准。排除条件:既往有精神病或家族史;使用可影响精神药物者;多因素引起语言表达不清且生活自理能力评定 <90 分。按照组间基本特征均衡的原则分为观察组35例与对照组45例,观察组男31例,女4例;平均年龄 54.22 ± 2.27 岁;文化程度:初中及以下25例,高中8例,大专及以上2例。对照组男37例,女8例;平均年龄 53.31 ± 2.95 岁;文化程度:初中及以下30例,高中12例,大专及以上3例。两组患者上述因素比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究经河南省人民医院伦理委员会的审核并通过(2019)伦快审第(04)号。所有纳入随访泌尿造口患者微信群建档管理,出院前征得本人同意并签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 对照组干预措施包括:①出院时

基金项目:河南省医学科技攻关计划省部共建项目(编号:SB201901072)

作者单位:450003 河南省郑州市,河南省人民医院泌尿外科(河南省护理医学重点实验室,郑州大学人民医院)

*通讯作者

由责任护士进行常规给予出院指导,发放纸质版造口指导手册及心理疏导;②责任护士评估患者家属造口护理技术并告知出院注意事项,教会患者或家属在家庭照护中更换造口袋的方法;③告知遵医嘱出院后每3个月随访。

1.2.2 观察组

建立由泌尿外科医师、信息工程师、心理咨询师、造口治疗师、责任护士组成的研究小组;医师组提供随访内容与需求;2名具备叙事能力的心理咨询师,学习叙事疗法的方法与技巧,负责病区内叙事护理培训与指导,参与随访对话及评价;造口治疗师1名,负责造口知识与技能培训与指导。造口随访小组每2周进行叙事技能学习培训及病友间案例分享,以提高组员的叙事护理能力,鼓励患者积极参与。

观察组分别于手术前1天评估患者心理状态、家庭社会支持系统、参与造口定位,手术后第1天、第3天、出院前1天由“泌尿造口叙事小组”成员主动与患者进行面对面叙事式沟通,共4次,每次30~40 min。出院前1天根据评估结果进行一对一叙事心理干预,填写随访信息登记表,内容包括患者姓名、年龄、家庭住址、诊断、本人及家属联系电话号码、手术时间、使用造口袋的种类、造口黏膜及造口周围皮肤情况等;记录出院时及随访后对疾病发生改变的认识度;约定随访的时间;教会家属或患者练习“云门诊APP”的使用及演示。

1.2.2.1 叙事护理干预 术后第1天,由主管医师、造口治疗师、心理咨询师、责任护士共同查看造口患者,心理咨询师以叙事的问话技巧,“外化”造口问题,从感知触摸造口袋→感官认识造口→观察造口周围皮肤→了解造口的作用,通过叙事语言外化手段让患者内心植入“人不等于疾病,疾病才是疾病,每个人都有治愈疾病的资源与能力”,把造口当成“朋友”,帮助患者解除问题的“造口朋友”;评估造口对患者的影响,使患者认识到自身抵抗疾病的能力,增强患者康复能量与信心,弱化因膀胱切除尿流改道、形象自我紊乱带来的“病耻感”。

1.2.2.2 造口技术干预 术后第3天及出院当天,心理咨询师及造口治疗师指导家属更换泌尿造口袋,患者体验、配合更换技巧,同时心理咨询师在倾听患者内心感受的同时,“叙叙”泌尿造口给患者带来的好处。争取家庭支持系统帮助患者从低迷不接受过渡到慢慢适应与“泌尿造口”慢慢相处。

1.2.2.3 “云门诊APP”使用指导

责任护士在患者出院当日协助其注册“云门诊

APP”,登录咨询模块,选定自测心理焦虑VAS焦虑量表,评估后上传量表评估信息、现场演示上传图文资料、语音、电话等“护理专家”随访服务流程。评估患者焦虑水平,对轻度焦虑水平的患者,使用远程视频进行一对一干预;同时评估患者、家属对泌尿造口袋更换技能,引导患者自我构建出院后日常生活的规划与预期,预设情境体验,如一个人在家遇见尿袋漏尿如何处理?激发患者自我对泌尿造口的照护能力以及对未来生活的掌控能力,及时给予“叙事”干预及健康指导。教会患者开通预约挂号、随诊复查、图文咨询、心理咨询、康复指导、智慧送药等功能。

1.2.2.4 叙事随访管理

泌尿造口出院后3个月内,应用简单的视觉模拟评分法(Visual Analogue Scales,VAS)测量患者的焦虑水平^[10]。通过“云门诊”预约咨询对观察组对象进行模糊焦虑评分,大于5分患者遇到情绪低落或悲观时,手中“云门诊”随时可以一对一语音,免费图文或视频答疑解惑“专家”以叙事疗法干预,让患者描述目前存在最困惑问题及命名出叙述其发生进展的影响及对问题的看法,关注患者的过往积极意义的闪光点并加以引导评估患者应对术后的认知水平以及自我战胜疾病的能力,发掘其自身资源,使其重构对身体自我形象改变的认知及生命的意义,增强适应社会生活的信心。

1.3 效果评价

出院3个月后复查随访时进行问卷调查,调查问卷含3部分问卷。本研究共发放调查表80份,收回有效问卷80份,有效率100%。第一部分为造口知识掌握程度调查表,内容涉及造口黏膜及周围皮肤观察、造口袋更换方法等方面,共50道判断题,每题2分,问卷满分100分,得分≥80分为掌握,60~80分为基本掌握,<60分为未掌握;第二部分为评价患者治疗依从性,方法为自我报告法,采用问卷与患者或患者家属远程询问、电话访问或微信视频等方式了解与依从性相关的问题。通过观察患者的随诊程度、复诊依从性、造口袋更换依从性3个维度,判别患者对治疗的依从性。采用4分制评分:1分,根本做不到;2分,偶尔做得到;3分,基本做得到;4分,完全做得到。总分越高,说明依从性越好。第三部分为满意度量表,出院3个月后,回访患者,请患者对医院就诊及健康宣教服务进行满意度评价,满分100分,评分越高满意度越高。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0统计学软件进行数据分析,计量

资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料计算百分率，组间率比较进行 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术前和出院后 3 个月焦虑评分比较

术前两组患者焦虑评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；出院后 3 个月观察组焦虑评分低于对照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组术前和出院后 3 个月焦虑评分比较			
组别	观察例数	术前	出院后 3 个月
观察组	35	3.95 ± 1.20	4.87 ± 1.14
对照组	45	3.89 ± 1.16	6.38 ± 0.95
<i>t</i> 值		0.226	6.492
<i>P</i> 值		0.822	0.000

2.2 两组患者出院后治疗依从性及泌尿造口知识掌握情况比较

观察组患者出院后治疗依从性率高于对照组，泌尿造口知识掌握率高于对照组，组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者出院后治疗依从性及知识掌握情况比较					
组别	观察例数	治疗依从性		知识掌握情况	
		良好例数	依从率 (%)	掌握例数	掌握率 (%)
观察组	35	29	82.86	30	85.71
对照组	45	20	44.44	27	60.00
χ^2 值		12.239		6.355	
<i>P</i> 值		0.005		0.012	

2.3 两组患者出院后 3 个月满意度比较

出院后 3 个月观察组患者满意度得分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者出院后 3 个月满意度比较		
组别	观察例数	满意度得分
观察组	35	97.88 ± 14.56
对照组	45	89.16 ± 10.55

$t = 3.106$ ， $P = 0.003$ 。

3 讨论

利用互联网 + “云门诊”平台为泌尿造口患者开展随访、护理延伸服务，不仅助于缓解患者术后焦虑，提高患者治疗依从性，提高护理造口的能力，减少造口周围皮肤并发症，提高患者出院后的生活质量及服务满意度，为出院患者随访及专业健康指导提供便捷、省时、经济的优质护理延伸服务。开启智慧医疗时代现代护理专业化人文护理服务新模式优于传统的随访模式，尤其更注重患者的自我形象紊乱后的心理适应及社会适应能力的人文服务，

是十三五健康中国所倡导的人文关怀理念。

传统心理治疗从个体视角看待心理问题的产生，而叙事治疗的视角更为宏大，倾向于从社会文化的视角看待心理问题的产生^[11]，与护理人文交叉融合。叙事治疗其核心理念是：人不等于问题，问题才是问题；每个人都是自己问题的专家；每个人都是有资源和能力的；每个人都是自己生命的作者；问题不会百分之百地操纵人^[6]，与黄辉等^[12]综述叙事护理理念一致。护理人员通过对患者的故事倾听、吸收，帮助患者实现生活、疾病故事意义重构，引导患者倾诉出内心在生活和疾病等方面的困扰和需求，达到减轻生理与心理层面痛苦的效果。如何深入了解患者，倾听患者叙事是必由之径，患者叙事能将过去、现在及未来连成一个整体，并从中透露出“身体 - 心理 - 社会 - 精神”4 个层次的需求，这是实施整体护理的出发点^[13]。叙事疗法近年来在国内逐渐普及，“云门诊”叙事随访是智慧医疗时代的新型服务随访模式，真正体现全程、全人、全面的整体护理服务的延伸。与香港盛行的“全人照护”^[14]不同点在于叙事问话技巧，在于发现、挖掘被干预对象的“问题”背后的支线故事，实施者强调“去专家化”与患者或来访者一对一对话，挖掘主线故事背后发生的对生命的影响事件，与患者共同找到支撑生命的感动，鼓励患者及社会支持系统共同面对疾病，从而重构自我对“问题”的新认知与生命感动的意义；而“全人照护”是西方的心理辅导以“专家”角色与中国传统文化中养生及生活哲学结合在团体情境下进行健康宣教，从身体、情绪及思想观念 3 个层面介入，通过生理、心理、精神互动，促进患者达到全人健康。叙事护理与“全人照护”二者有异曲同工之处，其共同点都是一种人性化的护理服务模式。具有叙事能力的护士通过“云门诊”实施叙事护理，网络面对面吸收、解释、回应患者的故事及困扰，为患者提供一种充满尊重、共情和生机、更加温暖的医疗照护，给患者提供一种院外随时被关怀、被尊重的人文延伸护理服务。

3.1 智慧医疗时代开启动叙事护理“云门诊”随访可降低患者焦虑情绪，增加其回归社会自信心

术后 3 个月随访，观察组焦虑评分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明运用云门诊叙事随访能够降低患者焦虑情绪，拉近护士与患者及患者家属间的距离，促进了护患之间的交流与友谊，护士真诚的随访态度、耐心的倾听、专业语言、及时答疑解惑使患者倍感温暖，及时识别患者存在的焦虑与自卑心理，及时给予叙事干预，增加患者

回归社会自信心。

3.2 一对一视频“话聊”或图文指导可有效纠正患者对造口错误认知行为与造口袋更换方法,提高患者依从性及自我护理能力

本研究显示,观察组患者依从率(82.86%)高于对照组(44.44%),差异有统计学意义($P<0.05$)。泌尿造口患者造口周围皮肤状况在很大程度上取决于患者院外更换造口产品的依从性,部分造口患者常存在因消极排斥心理或经济原因,拒绝主动更换造口产品,或是为减少尿液排出主动减少饮水量,从而导致行为退缩,形成造口感染、造口周围皮炎、支架管结石形成及造口周围皮肤增生。因泌尿造口的长期性和终身性特点,部分造口患者及家属未完全掌握正确的更换方法导致造口表面出血、造口回缩,个别患者因体质量控制不佳或是饮食、运动相关知识欠缺导致腹内压增高形成造口旁疝。护士通过以文字联合图片的方式,视频、语音等随时解答有关造口的疑问并推送造口健康护理常识,有效提高出院患者依从性及自我护理能力。

3.3 “云门诊”随访可增进医护患之间关系,提升患者满意度同时,大大节省患者开支

良好的医患沟通可有效降低因医患矛盾而造成的医疗纠纷^[15]。“云门诊”叙事随访是护士将护患沟通服务延伸至院外的一种有效方式。本研究问卷调查结果显示,观察组的医患满意度为100%,同时提高了患者对医院的信任度,营造了良好的护患关系。同时视频、语音随访较单一传统随访和门诊随访相比,随访的效率、真实性均得到提高,失访率大大降低^[16]。根据自身具体情况采取合适的方式进行随访,指导及时在当地医院就近随访,减轻部分患者集中上级医院住院随访造成医疗资源的不合理分配,可以减少患者精力、经济的付出^[17]。

4 结论

运用互联网+“云门诊”开展叙事延伸护理健康服务,是方便、快捷、触手可及的、适合现代就医体验的、势不可挡的一种人文延伸护理服务新探索,为患者积极提供健康干预新型的适宜方法,对其回归社会中起到积极推动作用,效果较好,有助于缓解患者术后焦虑,提高患者治疗依从性、对泌尿造口知识掌握程度、减少造口并发症,提高患者出院后的生活质量及服务满意度。新时代随访服务模式,值得进一步深入探讨。目前,随着我院互联网+“健康服务院”功能模块的开发与不断完善,

未来随访护理服务模式及信息管理平台逐步走向规范、成熟,为出院后泌尿造口患者及时提供更专业、更优质的医疗与护理服务。

5 参考文献

- [1] Chen WQ,Zheng RS,Baade PD,et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians,2016,66(2):115-132.
- [2] 韩苏军,张思维,陈万青,等.中国膀胱癌发病现状及流行趋势分析[J].癌症进展,2013,11(1):89-95.
- [3] Alfred Witjes J,Lebret T,Comp é rat EM, et al. Updated 2016 EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder Cancer[J]. Eur Urol,2017,71(3):462-475.
- [4] 杨慧茹,毕玉美,张景兰,等.膀胱癌造口病人生存质量及其影响因素的研究[J].护理研究,2007,21(7A):1722-1723.
- [5] 李明.叙事心理治疗[M].北京:商务印书馆出版,2016:1-5
- [6] 李春.叙事护理[M].呼和浩特:内蒙古科学技术出版社,2016:1,16-31.
- [7] 徐莲.膀胱全切输尿管皮肤造口术后并发症的护理[J].护理实践与研究,2013,10(10):79-80.
- [8] 苏晓萍,张丽萍,李毅宁.奥马哈系统在泌尿造口患者延续护理中的应用和效果评价[J].中华护理杂志,2016,51(4):389-394.
- [9] 朱继萍,成巧梅,徐静.健康信念模式配合心理干预对老年膀胱癌尿流改道腹壁造口患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2019,27(5):688-692.
- [10] Aloï JA. The nurse and the use of narrative:an approach to caring[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs,2009,16(8):711-715.
- [11] 费俊峰,赵兆.叙事治疗视角下的心理健康教育[J].医学与哲学,2017,38(3A):52-55.
- [12] 黄辉,刘义兰.叙事护理临床应用的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(2):196-199.
- [13] Kindler CH,Harms C,Amsler F,etal.The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns[J]. Anesth Analg,2000,90(3):706-712.
- [14] 彭翠娥,王卫红,湛永毅,等.全人照护在老年造口病人康复中的实践[J].护理研究,2014,28(2):451-453.
- [15] 周枫,陈红.医患沟通与医疗纠纷分析[J].解放军医院管理杂志,2010,17(4):321-323.
- [16] 薛颖芝,朱燕,龚菊芳.出院患者电话随访意见分析[J].解放军医院管理杂志,2012,19(8):134-135.
- [17] 谭其玲,谷波,宋涂润,等.肾移植患者门诊随访依从性调查分析[J].华西医学,2015,30(3):535-537.

[2020-10-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

团队式授权教育联合应用互动达标理论对肺癌手术患者心理状态的影响

王雅倩 徐凯佳

【摘要】目的 探究肺癌手术患者护理中应用团队式授权教育联合应用互动达标理论对心理状态的影响。**方法** 选取郑州大学第一附属医院2018年2月—2020年2月肺癌手术患者82例,按照组间基本特征具有可比性的方法将纳入病例分为观察组与对照组,每组41例,对照组实行团队式授权教育,观察组于对照组基础上采用互动达标理论,比较两组患者肺癌特异量表(QIQ-LC13)评分、肺功能指标及内心情绪波动评分。**结果** 观察组 QIQ-LC13 评分低于对照组 ($P<0.05$);在肺功能指标方面,观察组用力肺活量(FCV)、1s用力呼吸量(FEV_1)、1s用力呼吸/用力肺活量(FEV_1/FVC)及肺活量VC)水平高于对照组 ($P<0.05$);观察组心理状态评分优于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 肺癌手术患者经团队式授权教育联合互动达标理论,可有效改善患者负面情绪,维持正常的肺功能指标。

【关键词】 团队式授权教育;互动达标理论;肺癌手术;心理状态

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.017

有研究^[1]显示,我国肺癌5年生存率13%。肺癌发病隐匿,临床常用手术、中医中药、免疫治疗、放疗、化疗等治疗手段,通过手术将原发肿瘤病灶切除,术后常见有肺活量降低,呼吸无力,心肺代偿能力下降等,患者心理波动较大,焦虑、紧张,疾病不确定感强,甚至无法保证肺癌的后续整体治疗^[2]。团队式授权教育、互动达标理论为有效的干预手段,其合理应用,可发挥医患双重作用,保证康复效果^[3]。因此,本研究将其应用于肺癌手术患者,取得良好干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

在患者及其家属对本研究知情、自愿签署同意书的前提下,选取2018年2月—2020年2月郑州大学第一附属医院肺癌手术患者82例,病例纳入标准:意识清楚,可积极配合本研究;病理证实为肺癌^[4]。排除条件:伴有心脏病、高血压等慢性疾病;合并哮喘、慢阻肺等会损伤心肺功能疾病;伴有严重认知障碍或精神疾病^[5];四肢功能不全。按照组间基本特征具有可比性原则将纳入患者分为对照组与观察组,每组41例。对照组中,男22例,女19例;年龄31~72岁,平均 51.23 ± 2.48 岁。观察组中,男23例,女18例;年龄30~71岁,平均 51.06 ± 2.67 岁。两组基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 实行团队式授权教育,成员包括获取肺癌手术专科护士证书的研究人员及接受授权理论培训的护理人员。课程安排:每次课程为90 min左右,共授课6次,其中4次住院期间完成,出院后1周授课2次。内容包括:指导患者自我护理技能,为其讲解并发症防治、生命体征监测、日常用药及饮食等。完成授权教育后,每间隔2周电话随访1次,每次15 min左右,共4次。出院后第3个月进行门诊随访,相关负责人收集资料。授权教育过程如下:①情感表达。由护理人员营造良好的授权氛围,组织患者讨论“肺癌恢复期间最大的阻碍是什么”,护理人员认真倾听,鼓励患者宣泄自身情绪,判断患者是否存在回避心理,引导其承担自我管理责任。②明确相关问题。对“你在肺癌手术期间自身是否存在问题”展开讨论,通过小组讨论的形式,为患者讲解肺癌知识,使其加深对自身病情的了解,纠正错误认知。③引导患者分析、讨论“该如何做”,找出不良因素及引发的问题,给予建议。④每次课程结束后,依据患者自身问题,护理人员与患者共同制定恢复目标、完成计划和步骤。⑤护理人员和患者于每次授课前评价上一次课中是否完成个人计划和目标,若未完成,找出影响因素,引导患者反思,逐步增强自身解决问题的能力,更好地完成既定目标。

1.2.2 观察组 在对照组基础上应用互动达标理论:①对护理人员统一培训,讲解互动达标理论的概念和内容,提高护理人员沟通能力;术后专项技

能及康复知识培训。②术前,护理人员运用自身专业技能与患者沟通,评估患者家庭支持、饮食习惯、婚姻状况、家庭收入、职业、年龄及性别等,依据评估结果,给出建议,维持良好的护患关系,增强患者及其家属配合度。③术后,依据患者恢复情况分析其心理状态,明确护理目标,制定相应的康复护理方案,实时评价患者实际情况,调整护理计划,引导家属多方面给予患者支持,加快病情恢复,最终实现护理目标。④术后1个月,护理人员依据 QIQ-LC13 测定量表、SAS 量表、SDS 量表、肺功能改善情况,评定患者病情恢复程度,分析是否达到初期目标,确定下一阶段的护理计划和目标,再通过“评估-计划-实施-评价”循环模式。

1.3 观察指标

(1)生活质量:以肺癌特异量表^[6](QIQ-LC13)进行评估,分为胸痛、吞咽困难、外周神经炎、黏膜炎、呼吸困难、咯血、肩背疼痛及脱发8个项目,各评分与临床效果呈反比。

(2)肺功能指标:采用肺功能检测仪评估患者的用力肺活量(FCV)、1 s用力呼吸(FEV₁)、1 s用力呼吸/用力肺活量(FEV₁/FCV)及肺活量(VC)^[7]。

(3)心理状态:采用焦虑量表(SAS)、抑郁量表(SDS)^[8]评估患者焦虑、抑郁情绪,评分与临床效果呈反比。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据处理,计量资料用“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 QIQ-LC13 评分比较

经过干预后,观察组 QIQ-LC13 评分低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者肺功能指标比较

经过干预后,观察组 FCV, FEV₁, FEV₁/FCV, VC 水平高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者心理状态评分比较

干预前,两组患者心理状态评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组心理状态评分优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组患者 QIQ-LC13 评分比较

组别	例数	胸痛	吞咽困难	外周神经炎	黏膜炎
观察组	41	19.12 ± 2.48	17.89 ± 2.12	30.20 ± 4.15	30.22 ± 3.44
对照组	41	31.56 ± 3.75	19.78 ± 2.36	41.18 ± 5.31	41.12 ± 4.19
<i>t</i> 值		17.717	3.814	10.432	12.874
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

组别	例数	呼吸困难	咯血	肩背疼痛	咳嗽
观察组	41	31.56 ± 3.64	22.93 ± 3.41	24.13 ± 3.10	12.98 ± 1.37
对照组	41	36.52 ± 3.57	34.67 ± 4.16	30.02 ± 4.39	15.17 ± 2.16
<i>t</i> 值		6.229	13.975	7.017	5.482
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者肺功能指标比较

组别	例数	FCV (ml)	FEV ₁ (ml)	FEV ₁ /FCV (%)	VC (ml)
观察组	41	3715 ± 248	2560 ± 225	67.58 ± 4.60	3756 ± 256
对照组	41	3014 ± 216	1642 ± 232	54.19 ± 4.23	3213 ± 232
<i>t</i> 值		13.648	18.187	13.719	10.063
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组患者心理状态评分比较

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	54.59 ± 5.16	42.67 ± 4.38	55.37 ± 5.24	43.62 ± 4.17
对照组	41	55.10 ± 5.38	49.34 ± 4.21	54.89 ± 5.36	50.05 ± 5.23
t 值		0.438	7.029	0.410	6.155
P 值		0.662	0.000	0.682	0.000

3 讨论

肺癌发病隐蔽，临床症状不明显，患者确诊时往往已到晚期^[9]。手术切除肿瘤所造成的创伤，以及残留麻醉药物和使用镇痛药物的影响，容易引发呼吸中枢抑制，降低肺顺应性，无法维持肺通气功能，肺有效弥散面积减少。

团队式授权教育注重患者的责任与能力，将患者自我管理的潜能激发出来，尊重患者自我选择，并提供支持^[10]。团队式授权教育的合理实施，能够保证节约成本，期间应用同伴支持教育，促进患者自我管理能力的提升，从中找到、发现、解决问题^[11]。互动达标理论注重社会支持、人际关系及个人管理能力以及相互作用，护患共同参与疾病管理。对患者的临床需求进行实时评估，明确护理目标，实现预定目标，获取良好的健康状态^[12]。应用互动达标理论，可有效提升患者管理能力，经护患双方互动，引导患者将自身想法表达出来，理性接受疾病现况，提高治疗依从性^[13]。健康宣教中，护理人员不仅要为患者讲解自我管理技巧和疾病管理知识，还要给予社会和心理支持。结果显示，观察组 QIQ-LC13 评分低于对照组 ($P<0.05$)；观察组 FCV，FEV₁，FEV₁/FCV，VC 水平高于对照组 ($P<0.05$)；观察组心理状态评分优于对照组 ($P<0.05$)。

总之，团队式授权教育联合互动达标理论在肺癌手术患者护理期间的应用，可发挥显著干预效果，有效平复患者不良情绪，稳定肺功能指标，维持良好的生活质量。

4 参考文献

[1] 王玮,王莉,杨秀丽.团队管理联合正念减压干预在肺癌化疗患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(25):3520-3525.

[2] 刘森鑫,刘侠,董香婷.护理干预联合肺康复运动对肺癌全肺切除术患者肺功能及心衰的影响[J].中国

肿瘤临床与康复,2018,25(8):998-1001.

[3] 李雪丹,薛荣亮,武辉,等.加速康复外科联合全胸腔镜在肺癌根治术患者中的应用研究[J].现代生物医学进展,2018,18(20):84-88.

[4] 翁芸,韦欣琪,张宇,等.皮格马利翁效应干预模式在肺癌手术患者呼吸功能训练中的应用[J].医学临床研究,2020,37(4):628-631.

[5] 杜心美.渐进式肌肉放松训练联合健康教育对肺癌化疗患者消极心理状态、遵医行为及护理满意度的影响[J].西部中医药,2020,33(3):130-133.

[6] 赵爱华.经皮电刺激干预联合多维康复护理对肺癌化疗患者肺功能康复及胃肠道反应的影响[J].护理实践与研究,2020,17(7):60-62.

[7] 丁孟,朱霞,王小艳,等.正念行为训练对晚期肺癌患者负性情绪及应对方式的影响[J].医学临床研究,2018,35(11):2284-2286.

[8] 陈静,郝在军,都义日.超声引导椎旁神经阻滞联合全身麻醉对胸腔镜肺癌根治术老年患者术后认知功能和并发症的影响[J].临床肺科杂志,2020,25(2):28-31.

[9] 吴桂香.正念减压疗法对老年丧偶肺癌化疗患者癌因性疲乏和心理健康状况的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(2):430-436.

[10] 余闽.自我效能干预联合反馈式呼吸训练对肺癌放疗后患者肺功能与癌因性疲乏的影响[J].护理实践与研究,2020,17(3):62-64.

[11] 戈瑶,荣蓓,王怡君,等.正念减压法对恶性肿瘤患者癌因性疲乏和负性情绪的干预效果[J].现代生物医学进展,2019,19(4):75-78.

[12] 刘婷,韩明辉,梁军利,等.正念减压疗法对肺癌化疗患者自我效能及正念水平的影响[J].护理学报,2019,26(2):66-70.

[13] 许丽琴,严虹,陈佛,等.多模式镇痛对肺癌患者术后肺部感染及肺功能的影响[J].中华医院感染学杂志,2019,29(9):1384-1387.

[2021-01-11 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

基于跨理论模型构建的护理方案在髋关节置换术患者中的应用效果

杨凯

【摘要】 目的 探讨基于跨理论模型构建的护理方案在髋关节置换术患者中的应用效果。**方法** 选择医院 2017 年 6 月—2019 年 6 月收治的行髋关节置换术患者 88 例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,各 44 例。对照组采取常规护理干预,观察组实施基于跨理论模型构建的护理方案,观察 6 个月。比较两组康复依从性、康复效果及生活质量。**结果** 观察组康复依从率为 97.73%,高于对照组的 81.82%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);两组护理前 Harris 髋关节功能评分、功能独立性量表评分 (FIM) 及健康调查简表评分 (SF-36) 比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);观察组护理后 Harris、FIM、SF-36 评分为 84.91 ± 7.73 分、 105.27 ± 11.93 分、 82.18 ± 9.03 分,均分别高于对照组的 79.56 ± 7.48 分、 96.31 ± 10.65 分、 75.42 ± 8.84 分,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 基于跨理论模型构建的护理方案在髋关节置换术患者中应用效果显著,能够提高患者康复依从性,促进髋关节功能及日常活动功能恢复,改善患者生活质量。

【关键词】 髋关节置换术;跨理论模型;依从性;康复效果

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.018

髋关节置换术是治疗髋部疾病主要术式,适用于股骨头坏死、髋部骨折、髋关节炎等疾病治疗,可通过置换病变关节,缓解病痛,改善关节功能^[1-2]。因髋关节功能及结构的特殊性,术后需早期、持续进行康复训练,以恢复髋关节功能,减轻关节功能限制对患者日常活动及生活质量的影响^[3]。但行髋关节置换术后恢复期长,居家期间若不能遵从医嘱持续进行训练,则不利于髋关节功能的康复,护理需求较高。跨理论模型是一种行为改变理论,能够改善患者健康行为,提高患者依从性,利于患者康复^[4]。为此,本研究在髋关节置换术后患者中采取基于跨理论模型构建的护理方案,旨在探讨其具体应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2017 年 6 月—2019 年 6 月收治的行髋关节置换术患者 88 例,本研究获得医学伦理委员会批准。纳入条件:伴有髋部骨折或病变,疼痛重,关节受限明显;年龄 > 50 岁;精神、认知正常,具有沟通能力;签署知情同意书。排除条件:伴有严重功能不全者;具有脑卒中史或颅脑外伤史者;伴肢体残缺或先天性骨骼发育异常者;合并阿尔茨

海默病或其他精神障碍疾病。将患者按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组。观察组中男 24 例,女 20 例;年龄 $56 \sim 78$ 岁,平均 67.53 ± 4.49 岁;股骨骨折 15 例,股骨头坏死 18 例,类风湿性髋关节炎 6 例,髋臼退行性病变 5 例;半髋关节置换 15 例,全髋关节置换 29 例。对照组中男 25 例,女 19 例;年龄 $56 \sim 77$ 岁,平均 67.49 ± 4.52 岁;股骨骨折 14 例,股骨头坏死 19 例,类风湿性髋关节炎 7 例,髋臼退行性病变 4 例;半髋关节置换 16 例,全髋关节置换 28 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 干预方法

对照组采取健康宣教、基础症状护理、体位指导、康复训练指导、出院指导、居家电话随访等常规护理,要求患者术后 1, 3, 6 个月于医院复诊。观察组在对照组基础上采取基于跨理论模型构建的护理方案:

(1) 健康教育:住院期间一对一宣教,出院前发放护理指导小册,并建立微信群,1 ~ 2 周视频随访 1 次。

(2) 护理干预:①无准备期。详细了解患者情况,分析其性格及行为特点,并对髋关节置换术相关知识、术后早期康复训练必要性等进行健康宣教,引导患者思考是否进行康复训练,鼓励患者说出顾虑及担忧,给予解答。②有意图期。综合评估患者对自身、康复训练的认知,针对性分析康复训

练不当对功能康复的不良影响,帮助患者认识康复训练的必要性,纠正错误认知,改变应对方式及态度,强化相关意识。③准备期。根据患者生理状况、家庭情况及活动喜好制定康复训练计划,并充分尊重患者,与其共同分析康复过程中可能遇到的问题及不同阶段训练方法,制定阶段性康复目标。④行动期。要求患者居家期间做好康复训练记录,并根据记录及随访情况评估训练开展及目标达成情况,分析训练过程中的问题,不断修正、完善训练方案。⑤维持期。随访及复诊时全面评估患者训练效果,鼓励患者亲友参与管理,监督患者康复训练情况,以确保患者长期维持良好行为。

1.3 观察指标

护理 6 个月后评估两组康复依从性,并于护理前、护理 6 个月后应用相关量表评估患者髋关节功能、功能独立性及生活质量,量表由护理人员指导填写,核对无疏漏后录入数据计算。①训练依从性。依从:根据医嘱规范、足量进行训练;一般依从:训练不规范,训练时间不达要求;不依从:偶尔进行训练,且训练时间不达要求。②应用 Harris 髋关节功能评分^[5]。总计 9 个项目,包括疼痛、步态、功能活动、关节活动度、畸形情况等方面,评分范围 0~100 分,评分越高则髋关节功能越好。③功能独立性量表(Function Independent Measure, FIM)^[6]。总计 18 个项目,包括日常自我管理、大小便、日常活动、社会认知及沟通,采用 1~7 分量化评分,评分高则代表功能依赖性低。④健康调查简表(the MOS item short from health survey, SF-36)^[7],从躯体疼痛、躯体功能、生理职能、情感职能、心理健康、生命

活力、社会功能、总体健康 8 个维度评估患者生活质量,共计 36 个条目,最高评分 100 分,评分高表示生活质量好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验;等级资料的比较用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组康复依从性比较

观察组康复依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组康复依从性比较

组别	观察例数	依从	一般依从	不依从
观察组	44	28	15	1
对照组	44	19	17	8

秩和检验 $z=2.325$, $P=0.020$ 。

2.2 两组康复效果评分比较

两组护理前 Harris、FIM 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组护理后 Harris、FIM 评分均高于护理前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组生活质量评分比较

两组护理前 SF-36 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组护理后 SF-36 评分均高于护理前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组康复效果评分比较

组别	观察例数	Harris 评分		FIM 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	44	65.85±6.27	84.91±7.73	74.63±8.48	105.27±11.93
对照组	44	66.32±6.44	79.56±7.48	75.05±8.14	96.31±10.65
<i>t</i> 值		0.347	3.299	0.237	3.717
<i>P</i> 值		0.730	0.001	0.813	0.000

表 3 两组生活质量评分比较

组别	观察例数	护理前	护理后
观察组	44	62.79±7.35	82.18±9.03
对照组	44	62.22±7.67	75.42±8.84
<i>t</i> 值		0.356	3.549
<i>P</i> 值		0.723	0.001

3 讨论

髋部为人体一系列运动的中心,髋关节置换术后不仅伴有髋关节功能障碍,还会对患者行走、日常活动等多功能造成影响,降低患者生活质量^[8-9]。研究发现,早期、持续、规范进行康复训练是促进髋关节置换术患者功能恢复的必要条件^[10]。但行髋关节置换术患者年龄较大,思维、记忆能力下降,对髋关节置换术及术后康复训练等认知度较低,难以完全遵从医嘱进行康复训练,进而影响患者术后康复效果。

在髋关节置换术常规护理中多侧重于功能锻炼指导,对患者的行为、动机关注度不够,且护理服务过于流程化、标准化,难以满足不同患者康复需求^[11-13]。本研究结果显示,观察组康复依从性、Harris、FIM、SF-36评分均高于对照组。表明基于跨理论模型构建的护理方案在促进髋关节置换术患者术后康复中具有较高的应用价值。跨理论模型是行为转变理论,该理论将人行为改变分为5个阶段,并在不同阶段采取相应的干预措施,以促进利于疾病治疗或康复的行为改变^[14-15]。基于跨理论模型构建的护理方案在患者无意图期通过健康宣教帮助其初步认识康复训练,在建立相关意识后针对性分析康复训练不当造成的不良后果,强化患者相关意识,改变其对康复训练的态度。在准备期与患者共同制订康复方案、目标,做出问题假设,充分体现对患者的尊重,使康复训练方案更好地满足患者需求,提高患者康复依从性。行动期及维持期加强管理监督及指导,并要求患者亲友参与,不仅能够提高患者依从性,长期坚持进行,还可全面掌握患者情况,不断发现康复训练中的问题,完善训练方案,更好地满足患者术后康复需求,增强髋关节功能恢复效果,避免长期功能限制导致的生活质量下降。同时,基于跨理论模型构建的护理方案注重行为改变的渐进性及不同患者个性化,能够帮助患者逐步适应术后日常生活,减轻手术对患者生活质量的影响。

综上所述,在行髋关节置换术患者中采取基于跨理论模型构建的护理方案,能够提高患者康复依从性,促进髋关节功能及日常活动功能康复,提升患者术后生活质量,有效解决患者术后康复问题。

4 参考文献

- [1] 陈岩,王炜.核心稳定性训练对全髋关节置换术后患者功能恢复的影响[J].中国临床医生杂志,2020,48(2):245-247.

- [2] Neuprez A,Neuprez AH,Kaux JF,et al.Total joint replacement improves pain, functional quality of life, and health utilities in patients with late-stage knee and hip osteoarthritis for up to 5 years.[J].Clin Rheumatol,2020,39(3):861-871.
- [3] 李燕.早期康复护理对老年全髋关节置换术患者康复效果的影响[J].中国医刊,2019,54(12):1344-1347.
- [4] 潘玉芳,郑明霞,韦燕芬.基于跨理论模型的护理干预在髋关节置换术后患者康复训练中的应用[J].临床与病理杂志,2018,38(5):1054-1059.
- [5] 周晓青.老年髋关节置换患者应用个性化健康教育处方的临床效果、Harris评分及预后观察[J].国际护理学杂志,2019,38(3):333-335.
- [6] 胡国金,孙秀丽,张义发,等.Fugl-Meyer量表在脑卒中镜像治疗中应用及与FIM量表相关性分析[J].临床荟萃,2019,34(2):116-119.
- [7] 王振中,崔寅鹏,郭艾.SF-36量表对髋膝关节置换术后患者健康情状评估的应用[J].首都医科大学学报,2015,36(6):974-977.
- [8] 张晓军.半髋与全髋关节置换术在老年股骨颈骨折治疗中的疗效对比[J].中国药物与临床,2020,20(2):232-233.
- [9] Van Horne A, Van Horne J. Presurgical optimization and opioid-minimizing enhanced recovery pathway for ambulatory knee and hip arthroplasty: postsurgical opioid use and clinical outcomes.[J].Arthroplast Today,2020,6(1):71-76.
- [10] 王争荣,魏翀,刘利军.两种髋关节置换术对股骨头坏死患者髋关节Harris评分及运动功能影响的比较[J].贵州医药,2019,43(4):598-600.
- [11] 孟丽焕.功能训练康复护理对髋关节置换术后患者膝关节僵硬的预防作用观察[J].中国医刊,2019,54(2):227-229.
- [12] 燕敏,杨慧.院后延伸护理对全髋关节置换术患者髋关节功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(7):787-789,798.
- [13] 李靖.护理干预对全髋关节置换手术患者术后并发症及髋关节功能的影响分析[J].山西医药杂志,2019,48(16):2072-2073.
- [14] 周善娟,郭飞,刘国珍,等.基于跨理论模型的家庭访视对人工髋关节置换术后患者髋关节功能的影响[J].现代临床护理,2017,16(9):40-43.
- [15] 胡晓红,王锁良,黎巧玲.基于跨理论模型的延续性护理对老年膝关节炎患者的干预效果[J].中国实用护理杂志,2018,34(28):2166-2170.

[2020-04-11 收稿]

(责任编辑 刘学英)

量化评估早期四级康复训练在重症脑外伤机械通气患者肺功能恢复中的应用

林瑞端 王伦 华美芳

【摘要】 目的 探讨量化评估早期四级康复训练在重症脑外伤机械通气患者肺功能恢复中的应用价值。**方法** 选择医院2019年8月—2020年6月收治的重症脑外伤行机械通气的患者86例作为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,各43例。对照组给予常规康复锻炼措施,观察组在对照组基础上给予量化评估的早期四级康复训练。比较两组拔管时间、住重症监护室(ICU)时间、住院总时间及深静脉血栓、压疮等并发症发生情况,采用功能独立性评价量表(FIM)评价患者入ICU时及出ICU时生活质量,并记录入ICU时、出ICU时两组肺功能指标。**结果** 观察组拔管时间、ICU时间、住院时间及病死率低于对照组($P<0.05$)。出ICU时观察组运动及认知得分均高于对照组($P<0.05$)。出ICU时观察组FEV₁、FEV₁/FVC、PEF、IC、MVV均高于对照组($P<0.05$),RV/TLC低于对照组($P<0.05$)。观察组并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 量化评估早期四级康复训练可以更好地促进重症脑外伤机械通气患者肺功能恢复,缩短病情恢复时间,且通过改善患者运动功能及认知功能提高了患者生活质量。

【关键词】 早期四级康复训练;重症;脑外伤;机械通气;肺功能

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.019

临床上交通事故、打击伤等是脑外伤的主要原因,由于该病起病急,病情危重,进展迅猛,且常常合并严重意识障碍,极易出现呼吸循环障碍,特别是重症患者病死率较高。临床上辅助机械通气为抢救患者并给后续治疗提供了有利条件,但对于脑外伤患者而言,由于大脑受到损伤,辅助机械通气可能增加呼吸机相关肺炎及拔管困难等风险^[1],因此如何提高患者拔管率,降低并发症,改善患者肺功能是临床重点关注问题之一。早期四级康复训练是根据患者的不同意识状态给予不同训练的康复方案,该方案从患者存在意识障碍到逐渐意识清醒过程出发,结合患者病情及心肺功能制订个体化、渐进性的康复训练计划^[2]。量化评估是临床护理工作中为提高护理质量,对患者进行准确的综合评估后实施护理干预的方法^[3]。本研究探讨重症脑外伤机械通气患者进行量化评估后实施早期四级康复训练的临床价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年8月—2020年6月医院收治的重症脑外伤行机械通气的患者86例作为研究对象,

纳入条件:年龄 ≥ 18 岁;单纯脑外伤;住重症监护室(ICU)时间 ≥ 7 d;机械通气时间 ≥ 3 d;格拉斯哥评分(GCS) ≤ 8 分;病情相对平稳;符合机械通气适应证^[4];患者或直系亲属签署知情同意书。排除条件:既往明确呼吸系统疾病或四肢运动障碍者;影像学提示此次脑外伤已经影响肢体运动或直接损伤呼吸系统者;接受心肺复苏治疗者;合并严重肝肾功能不全者;合并凝血异常、恶性肿瘤、免疫系统疾病者;合并精神行为异常或认知障碍者。按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,各43例,观察组中男27例,女16例;年龄18~77岁,平均 47.34 ± 5.34 岁;脑外伤原因:车祸25例,摔倒12例,其他6例;GCS评分: <3 分20例,3~5分15例,6~8分8例;对照组中男21例,女22例;年龄18~76岁,平均 47.52 ± 5.53 岁;脑外伤原因:车祸27例,摔倒7例,其他9例。GCS评分: <3 分14例,3~5分18例,6~8分11例。两组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

两组患者入ICU后均积极给予营养、抗感染、镇静等对症支持治疗措施。对照组给予常规护理措施:床头抬高 30° 、监测生命体征、定时翻身拍背、必要时吸痰、健康宣教等。观察组在对照组基础上给予量化评估的早期四级康复训练:

(1) 建立康复训练小组:包括2名康复师、6

作者单位:361000 福建省厦门市,厦门大学附属中山医院神经外科

名高年资护理人员,其中包括1名护士长。康复师负责对护理人员进行康复动作、康复方法的培训,护理人员负责在康复师指导下进行患者的具体康复动作。

(2) 患者入ICU后第2天即开始进行四级康复训练:根据患者病情、心肺功能等给予个体化康复训练。具体量化四级训练方法为:第一级为患者意识障碍情况下,所有康复运动在康复师或护理人员的协助下进行被动运动,上肢抬举训练、下肢蹬车训练等;同时对四肢各个关节进行伸展、屈曲运动,每个运动重复10次,每日进行2次。第二级为患者意识恢复情况下,患者可以保持较长时间的清醒状态,配合完成简单的交流及动作,康复师或护理人员要求患者进行简单运动,如四肢抬举、握手、足背屈等,并给予相应的辅助,每次训练20~30 min,每天2次;同时康复师按顺时针方向进行腹部按摩,重复10~20次。第三级为患者意识清醒情况下,鼓励患者主动完成上肢抬举、下肢蹬车运动,努力坚持主动运动15 min,每天2次;根据病情鼓励患者尽可能端坐位,时间以1 h内为宜。第四级为患者意识清晰情况下,在患者较好的完成第三级训练下,协助患者站立并离床,转移坐到椅子上,每天2次,时间以1 h内为宜。上述康复训练方法至少持续至患者出ICU。

1.3 观察指标

比较两组拔管时间、住重症监护室(ICU)时间、住院总时间及深静脉血栓、压疮等并发症发生情况,

采用功能独立性评价量表(FIM)评价患者入ICU时及转出ICU时生活质量,并记录入ICU时、出ICU时两组肺功能指标。

(1) FIM^[5]:包括运动与认知2部分,再具体分为自理能力、括约肌控制、转移及行走4个运动维度与交流、社会认知两个认知维度,其中运动量表总分91分,认知量表总分35分,得分越高提示生活质量越好。

(2) 肺功能指标:包括第1秒肺呼气容积(FEV₁)、第1秒肺呼气容积/用力肺活量(FEV₁/FVC)、呼气峰流速(PEF)、深吸气量(IC)、残气量/肺总量(RV/TLC)、最大自主通气量(MVV)等。

1.4 统计学处理

采用SPSS23.0统计学软件进行数据分析。正态分布的计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用的 t 检验;非正态分布的计量资料以“中位数(四分位数间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验;计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

干预后,观察组拔管时间、ICU时间、住院时间、病死率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	拔管时间(d)	ICU时间(d)	住院时间(d)	死亡	
					例数	率(%)
观察组	43	5.32(1.16)	8.53(2.42)	13.66(2.54)	3	6.98
对照组	43	7.41(1.68)	11.4(2.34)	17.83(3.01)	10	23.81
u 值*		6.713	5.649	6.943		4.441**
P 值		0.000	0.000	0.000		0.035

*中位数比较的秩和检验值;**为 χ^2 值。

2.2 两组患者入ICU时和出ICU时生活质量比较

入ICU时两组生活质量得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出ICU时,两组患者生活质量

得分均较入ICU时明显提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者生活质量比较

组别	例数	运动(分)		认知(分)	
		入ICU时	出ICU时	入ICU时	出ICU时
观察组	40	57.76±5.66	79.64±7.88	20.92±3.34	29.68±3.65
对照组	33	57.95±6.43	71.36±6.96	20.01±3.65	25.65±3.83
t 值		0.134	4.708	1.111	4.592
P 值		0.894	0.000	0.270	0.000

2.3 两组肺功能比较

入ICU时两组肺功能指标比较,差异无统计
学意义($P>0.05$);出ICU时两组FEV₁、FEV₁/

FVC、PEF、IC、MVV、RV/TLC均有所改善,且
观察组各项指标均优于对照组,差异有统计学意义
($P<0.05$),见表3。

表3 两组肺功能比较

组别	例数	FEV ₁ (%)		FEV ₁ /FVC (%)		PEF (L/S)	
		入ICU时	出ICU时	入ICU时	出ICU时	入ICU时	出ICU时
观察组	40	42.34 ± 4.45	62.54 ± 4.23	50.94 ± 4.23	65.66 ± 4.34	7.17 ± 1.34	8.66 ± 1.23
对照组	33	42.41 ± 4.86	53.31 ± 5.43	51.03 ± 4.14	43.89 ± 5.56	7.13 ± 1.87	7.98 ± 1.65
<i>t</i> 值		0.064	8.163	0.091	18.784	0.106	2.016
<i>P</i> 值		0.949	0.000	0.928	0.000	0.916	0.048

组别	例数	IC (L)		RV/TLC (%)		MVV (L/min)	
		入ICU时	出ICU时	入ICU时	出ICU时	入ICU时	出ICU时
观察组	40	1.19 ± 0.22	1.86 ± 0.23	44.47 ± 2.87	28.16 ± 3.34	53.95 ± 3.23	76.66 ± 4.56
对照组	33	1.22 ± 0.19	1.67 ± 0.23	44.43 ± 2.34	33.87 ± 2.45	54.06 ± 4.12	63.88 ± 4.34
<i>t</i> 值		0.616	3.513	0.064	8.170	0.128	12.179
<i>P</i> 值		0.540	0.001	0.949	0.000	0.899	0.000

2.4 两组并发症发生情况比较

观察组并发症发生率明显低于对照组,差异有

统计学意义($P>0.05$),见表4。

表4 两组并发症发生情况比较

组别	例数	深静脉血栓	呼吸机相关肺炎	压疮	其他	发生率 (%)
观察组	43	1	1	0	1	6.98
对照组	43	3	2	2	3	23.81

$\chi^2=4.441, P=0.035$ 。

3 讨论

临床上重症脑外伤主要是指已经存在意识障碍的颅脑损伤,该类患者病情常常危重而多变,需要密切观察、全面准确评估病情,以便及时给予抢救治疗。重症脑外伤患者由于脑组织的破坏多合并有不同程度的中枢性呼吸功能障碍,且意识障碍同时会增加患者误吸发生肺部感染甚至窒息的风险,常需要辅助机械通气^[6]。有研究报道,重症脑外伤机械通气患者发生呼吸机相关肺炎的风险高达70.0%,病死率高达69.0%^[7-8]。虽然机械通气为重症脑外伤患者的治疗提供了有利保障,但其可能的不良风险亦比较高。在积极治疗原发病同时,促进

重症脑外伤患者肺功能恢复对降低相关并发症、缩短拔管时间有重要意义。

本研究发现观察组拔管时间、ICU时间、住院时间及死亡率均低于对照组。提示量化评估后给予早期四级康复训练不仅有效降低了患者病死率,而且明显促进了患者病情恢复。分析认为早期四级康复训练不仅包含了患者意识障碍到意识清醒的整个过程,避免了患者因意识障碍而缺乏肢体运动的不足^[9]。此外患者意识清醒后仍有加强康复训练的阶段,患者清醒后该康复训练以患者自身情况为基础,鼓励患者力所能及地主动完成相应的运动训练,可以有效提高患者的主观能动性。随着患者各方面技能的恢复,有效降低了病情恶化造成的死亡风险。

目前随着民众生活水平的提高,单纯的医疗效果已不能满足民众对疾病预后的要求,生活质量是患者及家属对疾病治疗效果的又一重要指标。脑外伤患者由于脑组织损伤,因此会存在不同程度的神经功能缺损,进而对日常的生活质量造成影响。本研究采用 FIM 量表作为评价手段,该量表包括运动与认知两部分,不仅对患者的运动能力进行评估,且对患者的社会功能进行评估^[10],结果发现给予量化后早期四肢康复训练的患者出 ICU 时运动及认知得分均高于对照组($P<0.05$)。可见量化后早期四肢康复训练不仅对患者的运动功能有直接的促进作用,且运动功能的更好恢复可间接促进患者社会功能的进一步恢复。

肺功能是评价机械通气患者是否可以有效拔管的主要指标,本研究发现观察组患者不仅拔管时间早,且拔管后肺功能各项指标较对照组仍有更好的提高。缪艳翎等^[10]研究亦发现,早期四级康复训练可明显改善机械通气患者 FVC 及 FEV₁/FVC。但该研究仅分析了肺通气功能,未分析肺换气功能。本研究发现,出 ICU 时观察组 FEV₁、FEV₁/FVC、PEF、IC、MVV 均高于对照组($P<0.05$),RV/TLC 低于对照组。可见肺换气功能同样在早期四级康复训练中得到了较好的恢复。分析认为量化评估以严格、准确为基础,避免过量引起不适或未达量效果不佳^[11-13]。本研究首先保证重症脑外伤机械通气患者正常的生理活动,在准确评估患者耐受力的前提下,即量化评估后给予康复训练,可以提高患者康复训练的依从性及自信心;同时量化评估后的渐进式训练同样可以促进肺功能缓慢恢复^[14-15]。

本研究进一步分析并发症发生情况发现,观察组并发症的发生率明显低于对照组。与黄秀芳等^[16]研究结果一致。分析认为早期四级康复训练在渐进性促进四肢肌力恢复同时,有效缓慢的促进的血液循环,进而降低了深静脉血栓形成及压疮的发生。

综上所述,本研究显示,量化评估早期四级康复训练可以更好地促进重症脑外伤机械通气患者肺功能恢复,缩短病情恢复时间,不仅降低了病死率,且通过改善患者运动功能及认知功能提高了生活质量。

4 参考文献

[1] 孙颖,王雪萍.脑外伤机械通气预防呼吸机相关性肺炎的循证护理[J].实用临床护理学电子杂

志,2019,4(5):56,67.

- [2] 喻贵.早期四级康复训练对 ICU 机械通气患者肌力恢复及并发症发生率的影响[J].当代医学,2020,26(30):127-128.
- [3] 刘砂沙,刘红波,瞿嵘,等.以量化评估策略为基础的早期渐进式康复训练对机械通气患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(7):26-29.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会呼吸危重症医学学组.急性呼吸窘迫综合征患者机械通气指南(试行)[J].中华医学杂志,2016,96(6):404-424.
- [5] 吴毅,Peter Esselman.功能独立性评价量表作为康复治疗前后和随访的功能评价指标[J].中华物理医学与康复杂志,2001,23(6):331-333.
- [6] 曹斐.重型脑外伤早期实施机械通气的护理及健康教育[J].母婴世界,2019(16):213.
- [7] 柯卉,黄海燕.四级早期活动与康复锻炼疗法预防病人 ICU 获得性衰弱的效果观察[J].护理研究,2016,30(18):2202-2205.
- [8] 阳彩云,叶宏伟,冯玉峰,等.隆德概念指导重型颅脑外伤治疗的效果及对呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J].中国实用医刊,2020,47(18):11-14.
- [9] 史风霞,陶瑾.四级康复锻炼疗法在脑出血稳定期康复锻炼的应用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(1):193,195.
- [10] 缪艳翎,恽文娟.基于量化评估下的早期四级康复训练对 ICU 机械通气患者的影响研究[J].护士进修杂志,2020,35(5):473-476.
- [11] 王金萍,亢菊萍.基于量化评估策略的早期康复训练对 ICU 机械通气患者康复情况及神经功能的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(23):184-186.
- [12] 戴蒙,王腾祺,孙海滨.量化评价标准和临床评价体系在加速康复外科的研究进展[J].大医生,2020,5(12):110-113.
- [13] 陈苗苗,李华,张玉利,等.基于 DTI 对轻中重度脑创伤白质结构改变及其与康复期认知功能相关性的量化评估[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2020,18(10):1-3,7.
- [14] 吴晓明,杨小艳.快速康复外科联合量化式目标锻炼对肺癌根治术患者肺功能康复的影响[J].医学理论与实践,2020,33(20):3495-3497.
- [15] 黄海燕,王小芳,罗健,等.ICU 机械通气患者早期四级康复训练效果[J].护理学杂志,2016,31(15):1-5.
- [16] 黄秀芳,黄幼平,黎春艳.早期四级康复训练对 ICU 机械通气患者肌力、功能独立性及其并发症的影响[J].中国临床护理,2019,11(6):479-483.

[2021-01-11 收稿]

(责任编辑 刘学英)

基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式在腹腔镜胆囊切除术后患者中的应用

戴峰 陈澎 孙晓红*

【摘要】 目的 探究基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式应用于腹腔镜胆囊切除术后患者中的临床效果。**方法** 2018 年 10 月—2020 年 10 月医院腹腔镜胆囊切除术患者 78 为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的方法均分为观察组与对照组。对照组行常规护理,观察组行基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式,比较两组健康行为能力、心理状态、血清营养学指标及术后并发症发生率。**结果** 干预前,两组健康行为能力和心理状态评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后,观察组健康行为能力自评量表 (SRAHP)、状态焦虑量表 (S-AI) 和特质焦虑量表 (T-AI) 评分优于对照组 ($P<0.05$); 观察组血清总蛋白 (TP)、白蛋白 (Alb)、前白蛋白 (PAB)、转铁蛋白 (TRF) 指标优于对照组 ($P<0.05$); 观察组术后并发症发生率低于对照组; 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式应用于腹腔镜胆囊切除术后患者,有助于提高其健康行为能力,排除焦虑情绪,保证机体营养所需,降低术后并发症发生率。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术; Cox-IMCHB 理论; 健康行为互动模式; 健康行为能力; 营养指标

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.020

数据显示,在人们生活水平不断提高、生活方式逐渐发生改变的社会背景下,我国胆囊疾病发病率逐年上升,达 7% ~ 10%,甚至高达 28%^[1]。该病以上腹胀痛、压痛、嗝气、消化不良等为典型临床表现^[2]。随着微创技术和水平不断提高,腔镜手术广泛应用于临床,但受疾病知晓程度低、病痛、不良情绪等因素影响,患者术后治疗依从性低,自我管理能力不足,不利于疾病康复^[3]。Cox 健康行为互动模式 (Cox-IMCHB) 由美国护理学家 Cox 基于健康信念模式、自我调节模式、萨奇曼模式等理论创建,将护理评估、护理干预、护理结局紧密联系起来,具有重要的临床意义^[4]。为此,本研究将其应用于腹腔镜胆囊切除术后患者,效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选 2018 年 10 月—2020 年 10 月医院收治的腹腔镜胆囊切除术患者 78 作为研究对象,纳入条件:经实验室检查和影像学检查确诊;接受腹腔镜胆囊切除术;半年内未患胆管炎、胰腺炎、胆管扩张等疾病;手术时间 <3 h;术后无恶心呕吐。排除条件:合并先天性器官畸形、恶性肿瘤;合并心、肝、

肾严重器官功能障碍,意识障碍,无法独立完成量表;术后存在严重出血倾向。按照组间基本特征具有可比性的方法分为对照组和观察组,每组 39 例。对照组男 24 例,女 15 例;年龄 22 ~ 63 岁,平均 43.97 ± 3.69 岁;病程 1 ~ 6 个月,平均 3.55 ± 0.58 个月;疾病类型:急性胆囊炎 17 例,胆囊息肉 12 例,胆囊结石 10 例。观察组男 22 例,女 17 例;年龄 21 ~ 66 岁,平均 44.26 ± 3.75 岁;病程 1 ~ 8 个月,平均 3.62 ± 0.58 个月;疾病类型:急性胆囊炎 18 例,胆囊息肉 11 例,胆囊结石 10 例。患者及其家属知情,自愿参与,且签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 行常规护理干预。①健康讲座,讲解胆囊疾病病因、典型表现、手术大概过程、术后并发症、危险因素等,告知患者禁烟限酒和规律作息的重要性。指导患者正确用药,讲解药物作用机制、服用剂量及副作用。②指导患者康复运动,嘱咐运动量不宜过大,需循序渐进。③饮食管理,术后初期以流食为主,均衡膳食,禁止摄入难消化、油腻食物。④视觉模拟评分法 (VAS) >3 分时给予患者药物镇痛^[5]。⑤观察引流液性状,预防导管滑脱;开展并发症风险评估,做好并发症预防干预。

1.2.2 观察组 在对照组基础上行基于 Cox-IMCHB 理论的健康行为互动模式护理。

1.2.2.1 成立健康行为互动小组 小组成员 7 名,各负其责。主任医师 1 名:评估审核治疗方案;康

作者单位:210000 江苏省南京市中心医院 (南京市市级机关医院)

* 通讯作者

复师1名:评估审核康复运动方案;心理咨询师1名:评估患者心理状态,制定心理干预对策;护士长1名:把控研究过程,协调工作;从事胆囊疾病5年以上护龄人员3名:实施护理方案。

1.2.2.2 个体化评估 在患者及其家属配合下,记录患者性格、患病前后情绪变化、家庭组成、经济状况、付费方式、疾病认知水平、健康宣教史、自身健康状况定位及心理需求。主任医师、心理咨询师及护士长根据患者医疗信息和具体病情,评估患者疾病知识掌握、病情及心理状况。

1.2.2.3 健康信息宣教 于术后、出院前各进行1次集体教育,教育时间30~45 min,内容以胆囊疾病相关知识为主,随堂考核10道试题,5分/题,2次考核总积分100分,分为4个等级,1级:90~100分;2级:75~85分;3级:60~70分;4级:0~60分。1~3级设置奖品,以此提高患者学习主动性。考核1~2级患者,鼓励其与其他患者分享学习经验,传授学习技巧。3~4级患者,评估其文化水平、知识接受能力及学习积极性,对于文化水平低、知识接受能力差的患者,基于小步子原则,将教学内容分为若干个模块,模块之间存在紧密联系,学习内容从少至多,由易而难,确保患者熟练掌握疾病相关知识;对于学习积极性差的患者,开展危机教育,列举以往疾病管理较差患者引发的不良预后,以此引起患者重视。

1.2.2.4 情感支持 根据独特性分析结果为患者行情感支持。①担忧自身预后、质疑自我管理作用的患者,邀请其与自我管理受益者参加病友交流会,由自我管理受益者分享自我护理经验,通过实际案例,让患者明确良好自我管理对预后的积极影响,增强患者自信心,消除疑虑。②因知识接受能力差而产生无力感的患者,在其学习过程中,灵活运用积极反应原则和即时反馈原则,帮助建立阶段性学习目标,达成一个阶段目标后,及时给予患者鼓励,减轻患者无力感。③缺乏家庭支持的患者,根据个体化评估结果,弄清其家庭实际情况,联系家属,向其传达患者近期心理变化,叮嘱家属多予陪伴,帮助患者找回家庭归属感。

1.2.2.5 决策控制 引导患者反思自身存在不良习惯与行为,提高决策能力,强化自我管理意识,促进患者健康行为养成。①饮食决策。组织3~4例患者共同进餐,用餐前护患一同回顾胆囊疾病术后饮食重点,用餐过程中,各自介绍患病前饮食习惯,相互指出饮食中存在问题,护士对不良饮食引发胆囊疾病的机制进行专业解释,患者重新审视自

身饮食问题,掌握饮食要点,培养饮食决策能力^[6]。

②运动决策。麻醉清醒后,鼓励患者行床上主动运动,以翻身和四肢运动为主,由康复师指导进行。翻身运动:分别向健侧和切口侧翻身,翻身时应缓慢柔和,避免对切口造成二次创伤,每3 h 1~2次;四肢运动:缓慢抬起四肢,维持5 s后缓慢归原位,每天10~15次。促进血液循环,预防压力性损伤^[7]。术后6 h,患者可下床活动,以床边站立和室内慢步走为主,床边站立:手扶床围栏,站稳后松开床围栏,维持2~3 min,每天2次;室内慢步走:手扶床围栏或医院走廊扶手,缓慢行走50 m,或缓慢行走60 s,休息10 s,100~150 m或120~180 s/d。促进运动功能恢复,刺激胃肠道反射运动。术后7 d,患者可行低氧耗运动,包括慢跑、太极拳、八段锦等,每天20~30 min^[8]。

构建运动积分制度,康复师根据患者日常运动情况对其评分,运动积分高者可获得丰厚奖品,以此提高患者运动积极性。出院前由康复师与患者进行交谈,询问其运动后身体变化,使其明确术后康复训练对身体康复的重要性,提高运动决策能力,确保出院后依然坚持康复训练。

1.2.2.6 随访 出院前,指导患者加入腹腔镜胆囊切除术患者健康行为微信群,嘱其每日以短视频形式在群内分享出院后用药、饮食及运动情况。疑难问题可在微信群中提问,由护士给予专业解答。对自我管理能力和健康行为能力较差患者,行电话随访,了解原因,尽力帮助其解决相关问题,逐步提升患者自我管理积极性。

1.3 观察指标

观察两组患者干预前后健康行为能力和心理状态;评估两组患者干预后血清营养学指标,包括血清总蛋白(TP, 62.00~76.00 g/L)、白蛋白(Alb, 35.00~51.00 g/L)、前白蛋白(PAB, 0.28~0.36 g/L)、转铁蛋白(TRF, 2.20~4.00 g/L);调查两组患者术后并发症发生率。

选用健康行为能力自评量表(SRAHP)中文版^[9]评估患者健康行为能力,量表包含营养(7个条目)、心理安适(7个条目)、运动(7个条目)和健康责任(7个条目)4个领域,选用0~4分评分法,总分0~112分,评分越高,代表患者健康行为能力越强,Cronbach's α 系数0.950。选用状态焦虑量表(S-AI)和特质焦虑量表(T-AI)^[10]评估患者心理状态,S-AI量表包含20个条目,采取1~4分评分法,总分20~80分,评分越高,代表患者当前焦虑情绪越严重,Cronbach's α 系数0.816;

T-AI 量表包含 20 个条目, 采取 1~4 分评分法, 总分 20 ~ 80 分, 评分越高, 代表患者平时焦虑情绪越严重, Cronbach's α 系数 0.875。

1.4 统计学处理

采用 EPINFO 2000 统计学软件进行数据处理, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较进行 t 检验; 计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后健康行为能力和心理状态评分比较

干预前, 两组健康行为能力和心理状态评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组健康行为能力自评量表 (SRAHP)、状态焦虑量表 (S-AI) 和特质焦虑量表 (T-AI) 评分优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者干预后血清营养学指标比较

观察组血清总蛋白 (TP)、白蛋白 (Alb)、前白蛋白 (PAB)、转铁蛋白 (TRF) 水平优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

观察组术后并发症发生率低于对照组; 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者干预前后健康行为能力和心理状态评分比较

组别	例数	SRAHP 评分		S-AI 评分		T-AI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	39	69.53 \pm 8.61	76.42 \pm 7.13	48.12 \pm 3.76	42.65 \pm 2.64	47.24 \pm 3.66	44.87 \pm 3.42
观察组	39	68.59 \pm 8.49	80.55 \pm 7.62	48.62 \pm 3.79	38.55 \pm 2.48	47.41 \pm 3.72	41.05 \pm 3.25
t 值		0.486	2.472	0.585	7.069	0.203	5.056
P 值		0.629	0.016	0.560	0.000	0.839	0.000

表 2 两组患者干预后血清营养学指标比较

组别	例数	TP (g/L)	Alb (g/L)	PAB (g/L)	TRF (g/L)
对照组	39	52.75 \pm 6.39	29.76 \pm 2.66	0.24 \pm 0.03	1.93 \pm 0.32
观察组	39	56.82 \pm 6.64	34.15 \pm 2.98	0.28 \pm 0.04	2.21 \pm 0.40
t 值		2.758	6.863	4.996	3.414
P 值		0.007	0.000	0.000	0.001

表 3 两组患者术后并发症发生率比较

组别	例数	感染	出血	胆汁瘘	阻塞性黄疸	并发症发生率 (%)
对照组	39	3	2	2	1	20.52
观察组	39	1	1	0	0	5.13

$\chi^2 = 4.129$, $P = 0.042$ 。

3 讨论

Cox-IMCHB 理论认为^[11], 患者背景因素、内在动机、认知、情感以及与护理人员之间的互动, 均会对其健康相关行为造成影响, 只有基于患者独特性, 制定干预策略, 构建互动关系, 才能促进健

康结局的改善。在 Cox-IMCHB 模式中, 患者性别独特性变量可直接影响健康结局, 随着时间推移, 健康结局也会反馈作用于患者独特性变量, 护理人员根据患者独特性, 明确影响患者健康结局和健康相关行为的决定性因素, 进行针对性干预, 进而提高患者决策能力和自我管理能力。虽然腹腔镜胆囊

切除术具有创伤小、术中出血量少、术后恢复快、术后并发症少等优点^[12],但在文化水平、疾病知晓程度、病痛、心理状态等多种因素单独或联合影响下,患者常发生依从性低、自我管理能力差等不良表现,不利于术后身体康复,还可能加大术后并发症风险,本文基于Cox-IMCHB理论构建出一套适用于腹腔镜胆囊切除术患者的健康行为互动模式,提高患者自我管理能力,促进健康行为养成。

基于Cox-IMCHB理论的健康行为互动模式通过剖析患者医疗信息,从中发现影响患者健康结局的独特性因素,以此为基础,从腹腔镜胆囊切除术后患者健康信息宣教、情感支持、决策控制、出院后随访等多个角度为患者实施个性化干预。本研究在健康信息宣教中设置考核积分制度以及奖品激励,提高了患者学习积极性,确保患者熟练掌握疾病相关知识^[13]。情感支持过程中,根据患者个体化评估结果,将患者分为多个类型,给予针对性心理疏导,消除不良情绪。决策控制着重培养患者饮食和运动决策能力,使其逐步掌握科学饮食要点、康复训练技巧,养成科学饮食的习惯,积极参与康复训练^[14]。通过微信群,大家相互监督,相互鼓励。通过出院后随访,实时关注患者居家自我管理情况、饮食情况及康复训练情况,及时给予相应帮助,维持患者自我管理积极性,提高患者健康行为能力。结果显示,干预后,观察组SRAHP、S-AI及T-AI评分优于对照组,观察组TP、Alb、PAB及TRF等营养指标优于对照组,观察组术后并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

总之,在腹腔镜胆囊切除术后患者护理中实施基于Cox-IMCHB理论的健康行为互动模式,能提升其自我管理能力和健康行为能力,对优化患者心理状态、改善营养指标、控制术后并发症均可起到积极作用。

4 参考文献

- [1] 张铃福,侯纯升,徐智,等.腹腔镜胆囊切除术中或术后意外胆囊癌腹腔镜手术治疗:单中心10年回顾性分析[J].中华外科杂志,2019,57(4):277-281.
- [2] 卢超,杜俊英,方剑乔,等.不同频率TEAS结合腕带按压刺激内关穴防治腹腔镜胆囊切除术后恶心呕吐疗效观察[J].中国针灸,2019,39(1):9-15.
- [3] 周颖,王毅.农村老年人群健康行为与个性化干预影响[J].中国老年学杂志,2019,39(7):1736-1739.
- [4] Kokoroskos N,Peponis T,Lee J M,et al.Gallbladder wall thickness as a predictor of intraoperative events during laparoscopic cholecystectomy: A prospective study of 1089 patients[J].The American Journal of Surgery,2020,220(4):1031-1037.
- [5] 吴红英,范静怡,吴萍,等.基于“互联网+”下的健康教育对老年慢性心力衰竭出院患者健康素养及遵医行为的影响[J].护理实践与研究,2018,15(24):4-7.
- [6] Casaccia M,Papadia F S,Palombo D,et al.Single-Port Versus Conventional Laparoscopic Cholecystectomy: Better Cosmesis at the Price of an Increased Incisional Hernia Rate?[J].Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques,2019,29(9):1163-1167.
- [7] 刘英,田世宏.消化性溃疡患者自我护理能力与健康行为、生活质量的关系探讨[J].护理实践与研究,2018,15(11):32-34.
- [8] 陈新,岳胜利,谭唱,等.国医大师徐景藩运用泄木安土法治疗胆囊切除术后腹泻经验[J].中华中医药杂志,2018,33(10):4439-4441.
- [9] Rudasill S E,Morales R R,Sanaiaha Y,et al. Predicting morbidity and mortality in laparoscopic cholecystectomy: Preoperative serum albumin still matters[J].The American Journal of Surgery,2020,220(2):432-437.
- [10] 刘广林,王永徽,赵婷,等.罗哌卡因切口局部浸润对腹腔镜胆囊切除术后常规镇痛的改良效果[J].中华麻醉学杂志,2018,38(10):1205-1208.
- [11] 张丹,于颖,李文涛.基于Cox健康行为互动模式的护理干预对肝移植患者健康结局的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(10):1344-1349.
- [12] 杨婵娟,睦建,朱竹清.Cox健康行为互动模式在老年糖尿病足病人护理中的应用[J].护理研究,2018,32(18):2952-2955.
- [13] Nasri B,Saxe J.Impact of Residents on Safety Outcomes in Laparoscopic Cholecystectomy[J].World Journal of Surgery,2019,43(12):3013-3018.
- [14] 黄琦,周远航,廖芝伟,等.急性胆囊炎腹腔镜胆囊切除术成功的影响因素和手术时机的选[J].上海医学,2018,41(6):359-362.

[2021-01-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

循序渐进式康复护理对腰椎压缩性骨折患者术后康复的影响

韦翠银

【摘要】 目的 探讨循序渐进式康复护理对腰椎压缩性骨折患者术后康复的影响。**方法** 选择2019年2—10月医院收治的腰椎压缩性骨折患者74例作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组37例。对照组给予常规护理,观察组给予循序渐进式康复护理。比较两组患者的康复效果、疼痛评分、住院时间及护理满意度。**结果** 观察组总有效率97.30%,高于对照组的75.68%,差异具有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组疼痛VAS评分及住院时间短于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$);观察组满意度高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 循序渐进式康复护理应用在腰椎压缩性骨折患者术后康复中可提高康复效果,缩短住院时间。

【关键词】 循序渐进式;康复护理;腰椎压缩性骨折;术后康复

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.021

腰椎压缩性骨折是骨科常见疾病,临床以活动受限、腰部疼痛等为显著特征^[1]。目前,手术是治疗腰椎压缩性骨折的有效手段,不过,手术的风险系数比较高,尤其是中老年人群,年龄稍大,术后恢复慢,容易发生并发症^[2]。因此,针对腰椎压缩性骨折患者,应该加强康复护理,促使患者术后早日康复,改善预后^[3]。本文观察循序渐进式康复护理对腰椎压缩性骨折患者术后康复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年2—10月收治的74例患者为研究对象,纳入条件:经临床检查、X线、MRI等检查,确诊腰椎压缩性骨折;男女不限;手术治疗,无手术禁忌证;自愿参与研究,签署知情同意书;本研究得到医院伦理委员会的批准同意。排除条件:不愿参与研究者;妊娠期或哺乳期妇女;精神障碍、认知障碍者;严重心肝肾功能不全者;失语失聪、无法正常交流者。74例患者中,男36例,女38例。年龄19~70岁。受伤原因:跌伤51例,砸伤5例,车祸伤12例,其他6例。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组37例,两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 对照组给予常规护理,主动与患者交流沟通,讲解疾病知识以及手术步骤、配合要领、注意事项等,用成功案例给予患者鼓励与支持,

增加配合度与自信心,保证手术顺利进行。指导患者通过聊天、看电视、深呼吸等方式,分散注意力,减轻疼痛感,必要时,遵医嘱给予止痛药。为患者提供一个舒适的环境,指导患者科学饮食,督促患者养成良好习惯,自觉采纳对健康有益的行为。

1.2.2 观察组 观察组在常规护理的基础上,配合循序渐进式康复护理。

(1)术前:手术前,护士指导患者进行俯卧位训练,每天2~3次,每次30 min,配合卧床式排便训练。同时,指导患者通过吹气球的方式,锻炼肺部功能,有助于术后早期恢复。

(2)术后:①术后病情稳定后开始进行轴线翻身训练,间隔2 h训练1次,同时,保持腰部平直状态,熟练后开始,指导患者自行翻身训练。②术后6 h,病情稳定的前提下,指导患者开始踝关节旋转以及屈伸运动训练,术后24 h开始腿部抬高训练,患者一侧下肢抬高达到20°左右,5 s后慢慢放下,两侧下肢交替进行,每次10~15 min,每天5次。③3 d后,开始进行下肢屈伸运动训练,基于蹬自行车状态下进行,两侧下肢交替训练,每次大约5 min,每天3次。④2周后,护士指导患者以双足、双肘、头部为支撑点,进行腰背肌功能训练,每次坚持3~5 s,每天10~15次。整个过程坚持循序渐进的原则,逐步加强训练。

1.3 观察指标

(1)康复效果:根据临床症状等情况,评价康复效果,显效,背痛、行动不便、腰椎受限等症状基本消失,生活恢复正常;有效,临床症状有所改善,生活趋于正常;无效,临床症状与体征并没有明显

好转,甚至加重^[4]。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

(2) 疼痛评分与住院时间: 根据视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)^[5] 对患者干预前后的疼痛情况进行评价, 0~10 分, 0 分表示无痛, 10 分表示剧烈疼痛, 总分值越高提示越疼痛。同时, 详细记录两组患者术后住院时间。

(3) 护理满意度: 采用我院自制的护理满意度调查表, 调查患者对护理服务的满意程度, 实行百分制, 90~100 分提示非常满意, 60~89 分提示满意, 0~59 分表示不满意。满意度 = (非常满意例数 + 满意例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 康复效果

通过护理干预, 结果显示, 观察组总有效率高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的康复效果进行比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	37	19	17	1	97.30
对照组	37	11	17	9	75.68

$\chi^2 = 7.400$, $P = 0.006$ 。

2.2 两组患者疼痛评分与住院时间比较

干预前, 观察组与对照组 VAS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组 VAS 评分低于对照组, 住院时间明显短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的疼痛评分及住院时间比较

组别	观察例数	VAS 评分 (分)		住院时间 (d)
		干预前	干预后	
观察组	37	6.21 ± 1.02	2.47 ± 0.57	8.15 ± 1.57
对照组	37	6.12 ± 1.35	4.12 ± 1.01	11.75 ± 1.44
<i>t</i> 值		0.323	8.654	10.279
<i>P</i> 值		0.747	0.000	0.000

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度高于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者护理满意度调查比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
观察组	37	22	15	0	100.00
对照组	37	18	14	5	86.49

校正 $\chi^2 = 3.432$, $P = 0.064$ 。

3 讨论

腰椎压缩性骨折是常见创伤性骨折, 发生率高, 骨折后, 常伴有不同程度的疼痛, 限制活动, 行动不便, 甚至无法站立, 有的患者伴有痉挛症状, 严重时瘫痪, 严重危害患者身心健康^[6]。目前, 手术是治疗腰椎压缩性骨折的常用方法, 然而, 恰当护理干预对术后康复至关重要^[7]。以往, 我们采取常规护理干预措施, 如心理疏导、遵医用药等, 虽然可满足临床需求, 但是, 在促进患者术后康复方面的作用不够显著^[8]。

循序渐进式康复护理以患者为中心的基本原则, 根据患者的实际情况、疾病特征, 结合个性化需要, 制订与患者病情相符合的护理方案, 指导护理实践^[9]。循序渐进式康复护理, 打破传统被动护理形式, 树立主动护理服务理念, 始终将患者的护理需求放在首位, 切实考虑患者的利益, 站在患者的角度思考问题, 解决患者的问题^[10]。腰椎压缩性骨折患者给予循序渐进式康复护理, 涉及术前与术后两个方面, 术前通过俯卧位训练、卧床式排便练习以及肺部功能锻炼等, 提高患者耐受程度, 调节身体状况, 保证手术顺利进行; 术后在不同时间段进行个性化指导, 包括翻身训练、下肢锻炼以及腰背肌训练等, 促进患者早日康复, 缩短住院时间, 保证临床疗效。本文结果显示, 观察组康复总有效率高, 干预后 VAS 评分低于对照组, 住院时间短于对照组。

骨折手术的康复是一个十分漫长的过程, 本次研究发现, 循序渐进式康复护理可促进腰椎压缩性骨折患者术后康复, 作用显著, 但在实际操作中, 还是有需要注意的地方, 例如, 由于患者需要平卧在硬板床上, 脊柱低于水平位置, 解除骨折椎体压力, 绝对禁止坐起或下地行走。翻身护理中, 协助患者翻身侧卧时, 保持受压局部固定不动, 不要弯曲, 不要扭转, 用手扶着患者的肩部及髋部, 同时翻动, 以免腰部扭伤。翻身时, 躯干上下保持一致。针对截瘫的患者, 护理时尤其注意, 预防便秘、肺部感染、尿路感染以及压力性损伤等并发症, 早期必要的功能锻炼至关重要。

综上所述, 循序渐进式康复护理在腰椎压缩性骨折患者术后康复中的作用显著, 可减轻疼痛感, 缩短住院时间, 促进患者早日康复。

4 参考文献

[1] 张艳, 白薇, 金莉, 等. 循序渐进式康复护理干预对老

顺产分娩产妇应用延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练的效果观察

韩晓雨

【摘要】 目的 探讨延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练在顺产分娩产妇中的应用效果。**方法** 选取 2017 年 10 月—2019 年 10 月山东大学齐鲁医院顺产分娩产妇 160 例,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组 80 例。对照组实施常规盆底肌康复操,观察组实施延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练,对比两组产妇盆底肌力和性功能评分。**结果** 观察组产妇盆底肌力明显优于对照组 ($P<0.05$);产后 6 个月,观察组仅性欲维度明显高于对照组 ($P<0.05$);产后 12 个月,观察组性功能各维度明显高于对照组;差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 将延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练应用在顺产分娩产妇中,有效改善其产后盆底肌力,提高性功能各项指标,促进产后康复。

【关键词】 顺产分娩;产妇;延续性 Kegel 运动;Bobath 球训练

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.022

盆底肌的主要作用是维持子宫、直肠及膀胱等脏器的正常位置,妊娠过程中,伴随子宫的增加,加上顺产分娩对盆底肌肉组织的压力增大,导致盆底肌功能减弱或丧失,影响患者的正常生活^[1]。随着二胎政策的开放,顺产产妇逐渐增多,产妇分娩后常出现盆底器官脱垂、性功能障碍及压力性尿失禁等。相关研究显示,如果产妇顺产后进行有效的盆底肌训练,可有效缓解临床症状,提高生活质量^[2]。

作者单位:250000 山东省济南市,山东大学齐鲁医院产房

因此,笔者将延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练应用在顺产分娩产妇中,分析其取得干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2017 年 10 月—2019 年 10 月 160 例山东大学齐鲁医院顺产分娩产妇作为研究对象,纳入条件:产妇单胎、足月;在妊娠期和产褥期未出现并发症;精神、意识正常,能较好地配合研究;未行过盆腔手术;恶露已排净。排除条件:既往有引产

年胸腰椎压缩性骨折术后功能恢复的影响[J]. 中医药导报,2018(1):126-128.

[2] 田昕,吴红娟,郭丰,等. 循序渐进康复护理对老年胸腰椎压缩性骨折术后视觉模拟疼痛评分和功能恢复的影响[J]. 山西医药杂志,2019,48(8):94-96.

[3] 张静,潘韩丽,刘娟,等. 核心肌群训练结合中药熏蒸对老年腰椎压缩性骨折术后综合疗效的影响[J]. 中医药导报,2017,23(20):126-128.

[4] 郭春芮,龙娟,段自坤,等. 延续性护理对骨质疏松性椎体压缩骨折患者术后服药依从性的影响[J]. 中华创伤杂志,2019,35(1):44-49.

[5] 李春蓉,李丽霞. 护理干预对经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者的影响[J]. 护理实践与研究,2016,13(14):52-53.

[6] 王萍萍,原泉,徐丽美. 连续性护理对胸腰椎压缩性骨折手术患者临床并发症及心理状态的影响[J]. 中

国医药导报,2016(17):144-148.

[7] 张翠英,张晓莹,张文英. 快速康复外科理念在老年胸腰椎压缩性骨折围手术期中的应用[J]. 海南医学,2018,29(14):152-154.

[8] Ghosh S, Alomari RS, Chaudhary V, et al. Automatic lumbar vertebra segmentation from clinical CT for wedge compression fracture diagnosis[J]. Proc Spie, 2011(3):1-9.

[9] 张威,朱立国,李学朋,等. 五点支撑功能锻炼对骨质疏松性椎体压缩性骨折 PKP 术后患者后凸畸形及功能恢复的影响[J]. 北京中医药,2019,38(3):76-78.

[10] 唐宝萍. 循序渐进式康复护理干预对胫骨平台骨折患者膝关节功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究,2016,13(2):154-155.

[2020-04-23 收稿]

(责任编辑 陈景景)

史;多胎妊娠产妇;合并妇科疾病;分娩过程中应用气息助产;既往孕期出现阴道前后壁膨出等症状。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组 80 例。对照组:年龄 23~40 岁,平均 31.12 ± 5.03 岁;新生儿体质量 2570~4100 g,平均 3412 ± 263 g。观察组:年龄 25~38 岁,平均 30.03 ± 4.89 岁;新生儿体质量 2680~4000 g,平均 3302 ± 242 g。对比两组产妇的一般资料,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 除了饮食、会阴护理,发放并讲解盆底肌康复手册外,指导患者行盆底肌康复操训练。第一节,呼吸运动:协助产妇取仰卧位,全力吸气,腹部收紧,然后呼吸;第二节,缩肛运动:协助产妇取仰卧位,将双臂放置于身体两侧,做肛门的收缩和放松训练;第三节,伸腿运动:产妇取仰卧位,将双臂放置于身体两侧,做双腿上举和并举的训练,两腿轮流进行;第四节,腹被运动:产妇取仰卧位,放松双腿与髋部,分开两腿,保持其微屈,双脚放置床上,将背部和臀部抬高;第五节,仰卧起坐,伸直双腿,在吸气的同时,将头部和上半身向腿部靠拢,呼气时向后平躺;第六节,腰部运动:双腿跪于床上,上臂支撑上身,右腿向后背方向抬高,两腿交替完成^[3]。

1.2.2 观察组 实施延续性 Kegel 运动联合 Bobath 球训练。①延续性 Kegel 运动。训练前排空膀胱,产妇可选择站位、坐位或卧位,吸气同时做收缩肛门动作,尿道、臀部、大腿及会阴等部位尽量放松,保持此动作 3~5 s,呼气后肌肉放松 5 s。每次训练 20~30 min,每日训练 3 次,训练时应保持呼吸深而缓^[4]。② Bobath 球训练。产妇取仰卧位时,双脚放置球上,双手撑地;取俯卧位时,双脚做蹬地动作,双手支撑球上,嘱产妇收腹,腰背挺直,双脚并拢,自然呼吸。坐位训练时,臀部坐于球上,护理人员一旁协助,产妇做左右晃动或上下颠动活动,保持活动幅度 10~15 cm^[5]。训练时注意力度和时间,以产妇感觉舒适为宜,每个体位训练维持 10~15 min,每日 2 组,每周 3~5 次。两种训练共持续半年^[6]。

1.2.3 延续护理 建立患者的个人档案,收集患者的姓名、年龄、住址、电话、产次、盆底肌训练情况及盆底肌康复效果^[7]。采用微信群、电话随访及入户指导等方式,出院 1 周内每 2 天进行 1 次入户随访;出院 1 个月,每 7 天进行 1 次电话随访或微信群随访;出院第 2 个月,每 15 天进行 1 次电话随访或微信随访;出院第 3 个月,每月进行 1 次

电话随访或微信随访。随访持续产后半年,根据产妇的康复情况调整随访次数^[8]。

1.3 观察指标

①采用肌电图评估产妇盆腔肌肉的收缩程度和持续时间,据此评定盆底肌肉分级,共分为 1~5 级,级别越高,表示盆底肌力越好^[9]。②应用性功能指数量表 (FSFI) 评估患者性功能,量表包括性欲、阴道润滑度、性唤起、性高潮、性满意度及性交疼痛共 6 个维度,15 个条目,采用 1~5 及评分法,总分为 36 分。分值越高,表示性生活质量越高^[10]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据处理,等级资料采用秩和检验,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 或 t' 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇盆底肌肌力比较

观察组产妇盆底肌力明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组产妇盆底肌肌力比较

组别	例数	5 级	4 级	3 级	2 级	1 级
观察组	80	44	18	12	6	0
对照组	80	32	10	9	25	4

秩和检验: $u=3.243$, $P=0.001$ 。

2.2 两组产妇的性功能量表各维度评分比较

产后 6 个月,观察组仅性欲维度明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);产后 12 个月,观察组性功能各维度明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

3 讨论

盆底肌的组成包括肛提肌、尿道括约肌及肛门括约肌等,能够支撑盆底各器官,维持其正常功能,产妇顺产分娩中,盆底肌的收缩促进胎儿的娩出^[11]。伴随孕周增长和胎儿体质量增加,腰部位置逐渐突出向前,腹部逐渐下坠,盆腔脏器重力、子宫重量及腹腔内压力均会影响盆底肌力,加上顺产分娩时对阴道周围筋膜、肌肉的损伤,导致盆底肌功能障碍,影响产妇性功能,降低其生活质量^[12]。

Kegel 训练为一种较成熟的行为训练方法,其基于心理和肌肉控制,通过对耻-尾骨肌群的锻炼,改善盆底肌力。研究显示,顺产分娩产妇采用 Kegel 训练可有效增强盆底肌力,提高阴道紧缩程度,

表 2 两组产妇的性功能量表维度评分比较

项目	观察组 (n=80)	对照组 (n=80)	t 值	P 值
产后 6 个月				
性欲	0.55 ± 0.12	0.50 ± 0.08	3.101*	0.002
性唤起	0.52 ± 0.10	0.51 ± 0.09	0.665	0.507
阴道润滑度	0.53 ± 0.11	0.50 ± 0.11	1.725	0.087
性高潮	0.52 ± 0.08	0.51 ± 0.08	0.620	0.536
性满意度	0.62 ± 0.11	0.59 ± 0.12	1.648	0.101
性交疼痛	0.51 ± 0.08	0.50 ± 0.08	0.791	0.430
产后 12 个月				
性欲	0.75 ± 0.15	0.60 ± 0.11	7.213	0.000
性唤起	0.77 ± 0.15	0.54 ± 0.09	11.760*	0.000
阴道润滑度	0.69 ± 0.14	0.55 ± 0.09	7.524*	0.000
性高潮	0.73 ± 0.12	0.60 ± 0.11	5.094	0.000
性满意度	0.74 ± 0.13	0.61 ± 0.11	6.828	0.000
性交疼痛	0.12 ± 0.01	0.40 ± 0.05	49.115	0.000

* 为 t' 值。

改善盆腔器官脱垂和尿失禁症状,促进产后盆底肌力及功能恢复^[13]。Bobath 球训练在临床又称为巴士球,其利用 PVC 材料制作,为一种充气的球体,表面柔软,能够有效支撑和按摩会阴体,辅助盆底肌力恢复,应用安全性较高^[14]。研究显示,Bobath 球弹性好,且表面凸起,能够有效支撑和按摩腰部位置及会阴体,从而促进盆底肌韧带和组织的相互协调,提高会阴体的弹性,减轻对盆底肌的损伤^[15]。数据结果也证明,试验组产妇盆底肌力明显优于对照组 ($P<0.05$);产后 6 个月,试验组性欲维度评分明显高于对照组 ($P<0.05$);产后 12 个月,试验组性功能各维度评分明显优于对照组 ($P<0.05$)。

总之,顺产分娩产妇应用 Kegel 运动联合 Bobath 球训练,使其盆底肌力得到明显改善,提高其性功能,促进产后恢复。

4 参考文献

- [1] 赵青. 多媒体健康教育对初产妇分娩方式、产程及结局的影响 [J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(4): 1760-1766.
- [2] 吴燕, 吴庆珠, 周爱梅. 孕产妇胎膜早破并发生殖道感染影响因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(6): 929-932.
- [3] 姜丽杰, 蔺莉. 产后尿潴留的研究进展 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2018, 19(4): 372-374.
- [4] 张俊, 洪啸天, 鲍静影. 瘢痕子宫再次妊娠产妇产行椎管内分娩镇痛的效果 [J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(6): 537-539.
- [5] 孙伟杰, 杨慧霞. 孕产妇羊水栓塞诊断与处理面临的挑战 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2019, 35(7): 731-734.

- [6] 沈丽霞, 陈海天, 李珠玉. 新产程标准管理下 1 089 例自然分娩初产妇的产程特点分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2019, 54(2): 93-96.
- [7] 陈健, 麦燕玲, 李冬玲. 连续性心理及行为干预对高龄产妇产后抑郁及生活质量的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(2): 87-88.
- [8] 王薇, 张海燕, 钱婧, 何丹, 何丽. 健康产妇近期盆底肌力相关因素研究分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2019, 20(2): 165-167.
- [9] 邓翠平, 丁昭宁. 对足月产妇实施缩宫素、球囊合并引产的促宫颈成熟有效率观察 [J]. 重庆医学, 2019, 48(5): 883-885.
- [10] 左姣, 贾海艺, 李程跃, 等. 京沪孕产妇健康信息发布及时程度 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35(3): 262-267.
- [11] 高宪, 朱圆, 熊亚, 杨贞, 王丹, 常青, 鲁开智, 甯交琳. 计划性全身麻醉改善前置胎盘产妇产剖宫产手术预后的随机对照研究 [J]. 第三军医大学学报, 2019, 41(7): 684-690.
- [12] 赵青. 多媒体健康教育对初产妇分娩方式、产程及结局的影响 [J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(4): 1760-1766.
- [13] 唐墨莲, 赵卫秀, 沈敏, 等. 系统性红斑狼疮产妇产期体质量增长对新生儿出生体质量影响的巢式病例对照研究 [J]. 中国循证儿科杂志, 2019, 14(2): 87-90.
- [14] 翁飞燕, 马雪丽. 基于微信平台的健康教育对高龄产妇产妊娠期糖尿病护理效果研究 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(3): 81-83.
- [15] 陈红波, 赵春梅, 贾春美, 等. 孕产妇感染与 CRP 和 IL-6 及产前阴道炎的相关性研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(6): 925-928.

[2020-03-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

基于微信平台的院外管理对产妇心理状态及育儿能力的影响

苗艳 陈玉* 李月

【摘要】 目的 探究基于微信平台的院外管理对产妇心理状态及育儿能力的影响。方法 选取2019年1—12月医院分娩的80例产妇为研究对象,根据产妇入院先后顺序分为对照组与观察组,每组40例。对照组实施常规干预,观察组在此基础上实施基于微信平台的院外管理。采用症状自评量表(SCL-90)与育儿认知量表对产妇的心理状态以及育儿能力进行评价。结果 实施干预后,观察组焦虑、抑郁、敌对、恐怖、偏执、躯体化、强迫状态、人际关系敏感以及精神病性评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组日常照护、疾病预防、康复效果、社会服务等评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 对产后患者实施基于微信平台的院外管理有助于改善产妇心理状态,提高育儿能力,对促进产后康复,对新生儿的生长发育具有促进作用。

【关键词】 微信平台; 院外管理; 产妇心理状态; 育儿能力

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.023

分娩是女性正常生理过程,分娩后的育儿能力直接影响其心理状态以及生活质量^[1]。国内育儿行为调查显示^[2-3],母亲在喂养、安全育儿以及情感交流中存在诸多问题,而母亲是孩子的主要抚养者以及日常生活的主要照顾者,因此产妇的育儿能力对儿童的身心发展具有重要的影响。常规产后干预中,主要以医护人员口头宣教形式向产妇及家属讲解新生儿照护方式以及产后恢复方式,由于产妇或家属记忆力有限,不能完全牢记或熟练掌握相关知识,使产妇在出院后仍面临许多育儿问题。近几年来,随着移动互联网的发展,微媒体日趋活跃,为产后健康指导提供新途径^[4]。本研究探讨基于微信平台的院外管理对产后患者母亲心理状态以及育儿能力的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1—12月在医院分娩的80例产妇为研究对象,按照年龄、胎龄、分娩方式、学历水平匹配的原则分为对照组与观察组,每组40例。纳入条件:初产妇;患者均知情且获得医院伦理委员会的批准。排除条件:产妇存在认知功能、沟通障碍、产后抑郁;妊娠期糖尿病、妊娠期高血压疾病等合并症;临床资料不全者。对照组年龄19~37岁,平均 32.87 ± 3.24 岁;胎龄35~42周;平均

38.59 ± 2.01 周;剖宫产19例,阴道分娩21例;初中及以下11例,高中10例,大专15例,本科及以上学历4例。观察组年龄20~38岁,平均 33.78 ± 3.14 岁;胎龄35~41周;平均 37.56 ± 1.98 ;剖宫产17例,阴道分娩23例;初中及以下9例,高中8例,大专17例,本科及以上学历6例。两组产妇上述因素比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组采取常规育儿指导模式,包括院内健康宣教、出院后上门指导等;观察组在此基础上实施基于微信平台的院外管理,具体如下。

(1)成立平台管理运营团队:由1名护士长、1名妇产科医生、3名责任护士以及1名心理医生组成。护士长负责计划的实施,责任护士负责系统维护以及在线解答产妇育儿知识,妇产科医生负责解答患者产后康复问题,心理医生负责对产妇实施心理干预^[5]。

(2)平台构建:产妇入院后,指导产妇或家属关注微信公众号,公众号名称为“产后母婴管理”,其信息来源主要为优秀孕产公众号内的图文信息以及具有权威性的孕产育儿书籍影响等。其中推送内容包括产后康复、育儿知识两部分^[6-8],具体内容见表1。

(3)推送方式:根据新生儿周龄向产妇推送2条适用于该新生儿以及产妇的信息。1~2周龄新生儿以及产妇主要向其推送新生儿脐周护理、母乳喂养指导、日常照护、新生儿睡眠姿势以及安全宣教等信息^[9]。3~4周龄新生儿以及产妇主要向其推送

作者单位:221000 江苏省徐州市中心医院新城区妇产科

* 通讯作者

表 1 微信平台公众号推送内容

主菜单	子菜单	内容
育儿知识	生长发育篇	包括新生儿正常与异常体征、新生儿生长指标、新生儿抚触教学视频等
	健康照顾篇	新生儿脐带护理、臀部护理、身体褶皱处护理、日常穿衣、眼部护理、口腔护理、更换尿布以及洗澡护理小视频
	安全篇	新生儿睡眠姿势、人工喂养注意事项、新生儿呛咳或吐奶处理方式等
	喂养篇	人工喂养以及母乳喂养的正确姿势图解、人工喂养后奶瓶清洗方式视频、母乳喂养常见问题等
产后康复	产后恢复正确观念	饮食观念、体重管理、产后抑郁评价
	产后康复	包括产褥操、盆底肌训练、乳房按摩、瑜伽操小视频
	产后体检项目	产后 42 d 回医院复查，包括常规检查（血压、脉搏、血常规）、妇科检查（了解阴道以及子宫恢复情况、恶露排除情况）、妇科超声检查（子宫内膜恢复情况、盆底肌康复情况）

婴儿洗澡与抚触指导、产后恢复正确观念、产后康复锻炼、产后体检宣教等信息，并对于干预周期结束的产妇停止推送消息^[10]。

（4）产后抑郁自评：产妇通过平台推送的“爱丁堡产后抑郁量表”测试心理状态，量表包括心境、乐趣、自责、哭泣、自残、焦虑、恐惧、失眠、应付能力 10 个条目，每项 1~4 分，总分 10~40 分，总分 > 11 分者，表示产妇存在产后抑郁，指导产妇及时就医。

（5）医护在线解答：医护专人在线对产妇的留言进行答复，产科资深护士负责回答常见护理问题，涉及医疗问题需要专业的妇产科医生解答，并给予产妇联系方式。此外，需对咨询率最高的问题作出总结，并将其设置为常见的母婴护理问题定期向产妇推送^[11]。

1.3 观察指标

（1）心理状态：采用症状自评量表（SCL-90）对产妇心理状态进行评价，该量表共包括焦虑、抑郁、敌对、恐怖、偏执、躯体化、强迫状态、人际关系敏感以及精神病性 9 个条目，每个条目采用 Likert 5 级评分法进行评分，从不一总是分别评分为 1~5 分，分数越低表示患者心理状态越好^[12]。

（2）育儿能力：采用育儿认知量表对产妇的育儿能力进行评价，该量表由产妇进行填写。量表共包括日常照护、疾病预防、康复效果、社会服务 4 项，每个条目采用 Likert 5 级评分法进行评分，从不一总是分别评分为 1~5 分，总分 20 分，分数越高提示产妇育儿能力越高^[13]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS27.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准 α=0.05，*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态比较

干预后，观察组心理状态评分优于对照组组，差异具有统计学意义（*P*<0.05），见表 2。

表 2 两组干预后心理状态比较（分）

项目	对照组 (<i>n</i> =40)	观察组 (<i>n</i> =40)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
焦虑	2.98 ± 0.41	2.17 ± 0.67	6.522	0.000
抑郁	2.87 ± 0.51	2.32 ± 0.61	4.375	0.000
敌对	2.38 ± 0.41	1.95 ± 0.59	3.785	0.000
恐怖	2.45 ± 0.45	2.07 ± 0.47	3.693	0.000
偏执	2.39 ± 0.51	1.98 ± 0.39	4.039	0.000
躯体化	2.69 ± 0.47	2.17 ± 0.57	4.452	0.000
强迫状态	2.69 ± 0.51	2.41 ± 0.62	2.206	0.000
人际关系敏感	2.74 ± 0.66	2.31 ± 0.48	3.332	0.000
精神病性	2.98 ± 0.52	2.19 ± 0.56	6.538	0.000

2.2 两组育儿能力比较

干预后，观察组育儿能力高于对照组，差异具有统计学意义（*P*<0.05），见表 3。

表 3 两组干预后育儿能力比较（分）

项目	对照组 (<i>n</i> =40)	观察组 (<i>n</i> =40)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
日常照护	2.58 ± 0.71	3.04 ± 0.78	2.758	0.007
疾病预防	2.49 ± 0.65	2.84 ± 0.66	2.390	0.019
康复效果	2.81 ± 0.58	3.17 ± 0.67	2.569	0.012
社会服务	2.67 ± 0.64	3.15 ± 0.45	3.880	0.000
总分	12.56 ± 1.23	14.65 ± 2.11	5.412	0.000

3 讨论

国内外研究显示^[14], 妇女在产褥期主要存在的健康问题为育儿知识缺乏、饮食不佳、心理障碍等。而母亲的异常健康状态除了对自身的健康产生不良影响外, 还可对新生儿的情感、认知以及社会行为造成负面影响, 甚至对丈夫父亲角色转变与适应以及整个家庭关系重建产生不可忽视的影响。为此, 提高产妇产前健康知识水平以及育儿能力对保持与当前角色平衡、保证母婴健康具有积极的意义。传统护理虽然能够为出院后的产妇提供一定的指导, 但是仍存在弊端, 如: 护患之间交流较少、产妇记忆力有限不能完全掌握育儿知识等, 导致其护理效果不佳。

基于微信平台的院外管理是一种新型媒介传播形式, 能够紧密医护患之间的联系。国外微媒体在医疗健康教育方面应用比较广泛, 如: 慢性病宣教、疫苗接种、性健康教育以及疾病知识的普及等。专业的医护人员通过微媒体宣传健康教育信息, 使同仁或患者受益, 在促进健康上存在很大的潜力。目前, 国内关于微信健康教育较少, 主要集中于慢性病患者的干预中, 利用微信公众号对患者实施护理干预, 提高患者对疾病知识的了解, 减少门诊沟通时间。通过微信平台院外管理, 帮助护士与患者建立沟通平台, 医护人员及时了解患者在康复中所遇到的各种难题, 并通过平台督促其定时服用药物以及合理饮食, 调动患者的主动性以及遵医嘱行为。

本次研究中, 观察组焦虑、抑郁、敌对、恐怖、偏执、躯体化、强迫状态、人际关系敏感以及精神病性评分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$); 观察组日常照护、疾病预防、康复效果、社会服务等评分均高于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$); 与此说明, 基于微信平台的院外管理具有较高的应用价值。通过小视频演示、语音沟通等形式给予产妇教育计划以及康复指导, 优化育儿知识结构, 帮助产妇掌握护理技巧, 完成母亲角色的适应以及积极的育儿态度, 促使其改善不良心理状态, 提高育儿能力。

综上所述, 对产后患者实施基于微信平台的院外管理有助于改善产妇心理状态, 提高育儿能力, 对促进产后康复, 对新生儿的生长发育具有促进作用。

4 参考文献

- [1] 黄春华, 蒋娜, 孙慧君, 等. 基于微信平台的延续性护理模式对早产儿母亲的影响分析 [J]. 全科护理, 2019, 17(28): 3539-3541.
- [2] 张海花, 冯海嫦, 瞿国霞, 等. 基于微信平台的产前健康教育对高龄产妇心理状态、自我效能及分娩结局的影响 [J]. 海南医学, 2018, 29(2): 263-265.
- [3] 段旭锋, 杨阿平, 陈会. 早产儿母亲的社会比较倾向及其对育儿胜任感的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2018, 33(19): 186-189.
- [4] 王慧萍, 陈京立, 魏莉君, 等. 信息支持对早产初产妇育儿胜任感及亲职压力的效果评价 [J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(28): 2179-2184.
- [5] 孔红武, 周玲, 洪丽琴, 等. 基于微信平台实施延续护理对乳腺癌术后患者生活质量及心理素质影响的研究 [J]. 护理与康复, 2018, 17(6): 19-23.
- [6] 崔嫦婷, 刘珍, 黄晓燕. 基于微信平台的延续性护理对产妇产后恢复情况、睡眠质量及母乳喂养行为的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(14): 70-72.
- [7] 李庆书, 李庆平, 冉约曼, 等. 产前心理干预对初产妇精神状态、分娩方式和产后出血的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(6): 166-169.
- [8] 田鸾英, 李海燕, 王箴. 早期皮肤接触对剖宫产产妇心理状态及母乳喂养的影响: 前瞻性随机对照试验 [J]. 中华围产医学杂志, 2020, 23(2): 105-110.
- [9] 江春丽, 孟庆中, 靳慧洁, 等. 术前心理护理干预对剖宫产手术患者负性情绪、自我效能及满意度的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(2): 371-374.
- [10] 于森, 房京丽, 朱兰兰, 等. 基于微信平台的延续性护理对 NICU 出院早产儿母亲育儿能力及焦虑抑郁情绪的影响 [J]. 中国数字医学, 2019, 11(6): 17-19.
- [11] 陈婷婷, 万丽. 基于行为分阶段转变理论对初产妇母乳喂养护理干预的效果分析 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(11): 173-176.
- [12] 张春容, 梁曼. 延续性护理干预对产妇产后疲乏程度及心理状态的影响 [J]. 广西医科大学学报, 2019, 36(8): 1388-1390.
- [13] 廖薇, 林亚娟, 赵杰. 优质护理对初产妇新生儿护理及自我保健能力的影响 [J]. 护理研究, 2020, 34(2): 315-317.
- [14] 张艳, 汪小转, 雷莎莉, 等. 产后抑郁患者再孕期间的心理护理 [J]. 西部中医药, 2018, 31(2): 128-130.

[2021-01-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

新产程标准对初产妇潜伏期活动管理及分娩体验的效果观察

石珊珊

【摘要】 目的 探讨新产程标准应用于初产妇潜伏期活动管理及分娩体验中的效果。**方法** 选择2017年7月—2018年6月足月妊娠单胎、头位、无妊娠并发症的临产初产妇200例,按照年龄、接受教育水平、体质量、身高、BMI、职业、孕前教育、产时活动匹配的原则分为对照组和观察组,各100例。入组之后助产士基于待产体位图向其讲解离床骨盆摇摆运动,并且给予科学的指导。对照组运用Friedman产程标准,在潜伏期产程没有显著进展的时候主动进行医疗干预;观察组运用新产程标准,即从正式临产到宫口开6 cm使用本能舒适体位,给予适度的体位指导。观察两组第一产程后腰背痛、宫缩痛、下腹压力。借助VAS-A对其焦虑、满意度进行测量。**结果** 观察组第一产程后腰背痛、宫缩痛、下腹压力以及焦虑情绪的改善都优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组分娩时长短于对照组、自然分娩率高于对照组、产后2 h出血量少于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。两组新生儿Apgar 5 min、1 min评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组满意度得分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 新产程标准应用于分娩产妇潜伏期的管理中,可缓解分娩中的不适,缩短产程,提高自然分娩率及产妇满意度。

【关键词】 新产程; 潜伏期; 体位; 初产妇

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.024

《新产程标准及处理的专家共识》(2014)提出^[1],第一产程中初产妇潜伏期延长大于20 h,若缓慢但有进展时不作为产妇剖宫产的指征;活跃期停滞;宫口停止扩张时间大于6 h;第二产程中产程延长大于3 h认为产程无进展。其主要是为了减少医疗干预,促使安全分娩,使适宜阴道分娩孕妇的试产时间充足。另外,支持临产产妇过程借助安全便捷的活动形式配合分娩辅助设施在减轻宫缩、腰背痛二者都有的复合痛^[2]、促进产程、纠正轻微胎方位异常方面收获了一定的成效^[3-5]。实际工作中,新产程观察时间增加,护理的困难度和潜存的风险骤然上涨^[6],需要助产士具有较高的专业技术能力以及较强的人文意识,使其内心产生一种安全感和满意的分娩体验。本研究探讨新产程标准对初产妇潜伏期活动管理及分娩体验的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年7月—2018年6月在我院定期产检并入院待产的临产初产妇200例为研究对象,纳入条件:年龄<40岁,民族为汉族,计划内低风险足月妊娠、单胎、孕37~41周,并且建立围产期

保健手册,孕37周之前自愿参与我院组织的孕产课程活动;产科四部触诊,辅助超声检查明确了单胎头位;胎心监护无异常;妊娠合并胎膜早破,阴道流液量比较少,先露平坐骨棘,已经获得了产科医师的同意;无认知障碍,以往没有发生过肢体及脊椎损伤,未使用麻醉镇静药品;知晓并且愿意加入此次研究活动中,对于研究者的身心评估及访谈可以接受,具有阴道分娩的意愿;基于对安全性的思虑,要求有家人陪伴。在研究期间表现出发生产科并发症倾向并且需要接受产科医师帮助的予以排除。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。按照年龄、接受教育水平、体质量、身高、BMI、职业、孕前教育、产时活动等匹配的原则分为对照组和观察组,各100例。对照组年龄 27.96 ± 3.06 岁;接受教育水平:研究生及以上12例,大专及本科60例,高中及以下28例;体质量 67.09 ± 4.59 kg;身高 160.90 ± 5.16 cm; BMI 25.96 ± 2.13 ;职业:非固定26例,固定74例;孕前教育:偶尔参加36例,一直参加64例;产时活动:不需要者8例,需要者92例。观察组年龄 27.80 ± 2.95 岁;接受教育水平:研究生及以上4例,大专及本科64例,高中及以下32例;体质量 67.69 ± 4.10 kg;身高 161.48 ± 4.96 cm; BMI 26.02 ± 1.83 。职业:非固定28人固定72例;孕前教育:偶尔参加者32例、

一直参加者 68 例；产时活动：不需要者 4 例、需要者 96 例。两组产妇上述因素比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 收集资料 基于一般问卷调查、现实状况分析、文献查证设立具体的方案。在实际施行之前和产科医师进行深度互动，掌握受试者临床和人口资料信息。以访谈的方式了解孕期活动状况（每周 5 d，每周活动时间不少于 30 min）主要涵盖了交通出行、锻炼、娱乐及工作形式。课题组成员综合评估入室临产初产妇能够开展阴道试产：潜伏期^[7]出现了规律宫缩；阴道有少许的血性分泌物，感觉下腹坠胀；复合痛 VAS 评分 ≥ 4 分；对生命体征、产程进展、胎儿的基础性状况加以记载。对两组离床活动之后 30、60 min 的身心状况进行评价^[8]。

1.2.2 产程管理 临产后进入待产室，室内播放轻缓音乐，设有多功能待产床、软垫及规格多样的分娩球。

（1）对照组：通过阴道试产的孕妇按照 Friedman 产程标准开展常规的护理活动；产程进展基于《妇产科学》第 8 版教科书进行判定，即将第一产程潜伏期定义成从规律宫缩起一直到宫口扩张为 3 cm，多为 8~16 h，但是潜伏期长于 16 h 则为延长。在这个过程当中，助产士需要向产妇提供身心支持，倘若产程没有出现较为显著的进展则需告知医师，采取医疗干预：人工破膜、运用镇静药和催产素，一旦发现胎方位不正常则要督促产妇变换体位。

（2）观察组：实施新产程标准管理：①每 4~6 h 监测胎心 1 次，每 2~6 次行宫颈内口探查；②根据产妇需求实施导乐分娩、陪伴分娩及镇痛分娩，以宫口开至 6 cm 为活跃期起点，活跃期处理原则：持续胎心监护，每 2~4 h 检查宫颈开口情况，若宫缩正常不干预，若宫缩乏力（即宫外压未达到 60~80 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa），宫缩间歇期末未达到 2~3 min）则行人工破膜，并给予乳酸林格液 500 ml+ 宫缩素 2.5 U 静脉滴注，强化宫缩。第二产程：指导产妇自主用力、行自由体位分娩，如可取骨盆摇摆辅助，对臀部进行慢慢摇摆，该体位与下蹲姿势较为接近，能够使骨盆的横径有所加大；家属背对产妇坐于另外一个产球上，使后者侧脸贴于背部，这样的互动不但能够使舒适感得到提升，而且可以使二者的亲密感大增。宫口扩张 4~6 cm 前：在这个阶段，胎头的下降及旋转颇具意义；帮助胎儿旋转，腹直肌弹性较佳，身体朝着前方倾曲，尽可能向前靠膝，双膝跪在比较薄的垫枕上保持膝跪姿，把双

手、头以及前胸都靠于产球上，上半身保持前倾式，全身肌肉放松，对臀部进行有节奏的摆动；腹部肌肉松弛或者悬垂腹，胎儿重心或许会移到母体的前方，宫缩的时候下半身依旧保持蹲位，而上半身朝后靠于陪产者或者产球上，也就是保持半坐卧位姿势，从而使胎儿重心移向后方，使其身体纵轴和母体骨盆轴相同，宫缩间隙的时候，以双手将腹部拖起来，站立以匀称的速度进行行走活动。若宫缩乏力人工破膜后给予乳酸林格液 500 ml+ 宫缩素 2.5 U 静脉滴注加强宫缩。剖宫产指征：宫口扩张至 6 cm 后停止扩张 4~6 h，未实施硬膜外麻醉的产妇第二产程 >3 h，实施硬膜外麻醉产妇第二产程 >4 h，且出现胎儿宫内窘迫。

1.3 观察指标

1.3.1 复合痛、下腹部压力 选择运用自我描述结合直观模拟评分法（VAS），以一条长度为 10 cm 的水平线，0~10 cm 由低到高分别代表 0~10 分（自无至重），产妇按照自身的实际感觉对宫缩痛、腰背痛、下腹部压力对此三项进行标记。

1.3.2 焦虑及满意度评价

（1）焦虑程度：选择运用焦虑视觉模拟尺（VAS-A）来进行测量^[9]，它是一条长度为 10 cm 的水平线，最左端的 0 代表没有焦虑，最右端的 10 表示重度焦虑，总分值为 0~10 分。

（2）满意度：将自行拟制的满意度调查问卷发放给产妇，邀请其及家属基于现实状况来表达出自己对分娩经历的满意程，运用评分的方式，1 分表示十分不满意，10 表示十分满意。所有研究对象的问卷调查表全部收回，有效率为 100%。

1.3.3 分娩母婴结局 包括分娩方式和时长、新生儿 Apgar 评分、产后 2 h 出血量。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件，等级资料比较采用秩和检验；计量资料以“均数 \pm 标准差”表示，组间均数比较进行 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组产妇监测指标比较

较对照组而言，观察组活动后 30 min 与 60 min，复合痛及焦虑水平明显降低，差异存在统计学意义 ($P<0.05$)；在下腹部主观压力所得分值方面明显升高，差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 干预前后两组产妇监测指标比较（分）

观察时点	组别	观察例数	宫缩痛	焦虑	腰背痛	下腹压力
活动前	对照组	100	8.24 ± 0.73	5.90 ± 1.35	6.46 ± 1.22	4.72 ± 0.96
	观察组	100	8.14 ± 0.87	5.72 ± 1.22	6.32 ± 1.08	4.58 ± 0.93
	<i>t</i> 值		0.881	0.989	0.859	1.047
	<i>P</i> 值		0.380	0.324	0.391	0.296
	活动后 30 min					
活动后 30 min	对照组	100	4.50 ± 1.22	3.62 ± 1.15	5.16 ± 1.32	4.96 ± 1.45
	观察组	100	3.94 ± 1.40	3.18 ± 0.95	4.50 ± 1.08	5.70 ± 1.66
	<i>t</i> 值		3.016	2.950	3.870	-3.357
	<i>P</i> 值		0.003	0.004	0.000	0.001
	活动后 60 min					
活动后 60 min	对照组	100	6.62 ± 0.85	3.34 ± 0.89	5.78 ± 1.08	5.12 ± 1.59
	观察组	100	6.04 ± 0.87	2.87 ± 0.79	5.02 ± 0.88	5.96 ± 1.75
	<i>t</i> 值		4.768	3.949	5.455	-3.553
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组分娩结局比较

观察组自然分娩人数多于对照组，差异具有统计学意义（*P*<0.05）；分娩时间、产后 2 h 出血量少于对照组，差异具有统计学意义（*P*<0.05）；满意度高于对照组，差异具有统计学意义（*P*<0.05）；新生儿 Apgar 评分比较差异均无统计学意义（*P*>0.05）。见表 2，表 3。

表 2 两组分娩结局比较

组别	观察例数	分娩方式			分娩时长 (h)		
		剖宫产	阴道助产	自然分娩	<7	7~	>13
对照组	100	30	4	66	14	45	41
观察组	100	14	0	86	37	38	25
<i>u</i> 值 *			3.200			3.566	
<i>P</i> 值			0.001			0.000	

* 秩和检验值。

表 3 两组产妇产后 2 h 出血量、满意度及新生儿 Apgar 评分比较

组别	观察例数	产后 2 h 出血量 (ml)	新生儿 Apgar 评分 (分)		满意度评分 (分)
			1 min	5 min	
对照组	100	225.09 ± 43.38	9.25 ± 0.58	9.82 ± 0.11	8.70 ± 0.70
观察组	100	204.27 ± 39.12	9.32 ± 0.49	9.84 ± 0.09	9.02 ± 0.79
<i>t</i> 值		3.564	-0.922	-1.407	-3.032
<i>P</i> 值		0.000	0.358	0.161	0.003

3 讨论

3.1 新产程标准的应用对分娩质量的影响

Friedman 产程标准在分娩进程方面的要求十分苛刻，医疗干预和诊断都显得过多^[1]，从而增加难产率。本次研究活动选用的是新产程标准，结果观察组自然分娩人数多于对照组。究其根本，可能是

潜伏期采取骨盆摇摆辅助，通过借助重力作用促使胎儿与母体骨盆相顺应，从而完成胎先露下降及旋转，从第一产程顺利地过渡到接下来的第二产程，这一结果和潘敏等^[10]、王静敏等^[3]的探究结论较为相近。此次研究活动在临产前期将对产妇孕期体能储备状况的评估作为关键，遵从所选用的标准给予产妇的本能，对于体位、活动强度及时间的自由

选取十分有益,能够使产妇的自信得到强化,从而提升顺产率。与此同时,在分娩时长方面,较对照组而言,观察组也显得更短,具体缘由如下:①课题组成员和产妇及其家属进行沟通,使其对分娩知识加深印象,从而在进入产房之后能够更好地配合,就算产程进展较慢,仍然能够进行阴道分娩。②在整个产程当中都贯穿着对姿势的自行选取、放松身体、语言支持。③潜伏期宫口扩张速度较慢,抱有乐观的心理将会有助于宫口的扩张,而且还能够减轻疼痛感。④伴随产程进展产力慢慢增加,选择运用臀部摇摆及陪产者密切接触的方式,不但对胎儿的顺利下降及旋转十分有益,而且还能够提升产妇的幸福感。结果还表明,体位交叉变化造成产力,能够减短产程,使产后出血的发生概率下降,这与有关资料^[8]所指出的产时需要动静相结合可以使体力得到较好保存相一致。⑤两组新生儿 1 min、5 min Apgar 评分均未出现新生儿窒息事件,这与陈慧娟等^[11]所指出的对母体体位进行更改可以使胎儿氧供增加大致相同。

3.2 新产程标准的应用对身心状态所产生的影响

Friedman 产程标准在潜伏期无显著进展时给予了太多的干预,操作次数较多加重产妇不适感,易于引发消极情绪。从本次研究结果可知,两组不同时间的复合痛得分比较差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。观察组按照不同的阶段产妇自行采取舒适体位,同时辅以分娩球,不但能够引发有效的宫缩,并且还能够提升体位舒适度,与有关资料结果一致^[12]。研究提示适度的活动可以增加宫缩频率、下腹压力,而对于异常胎方位的纠正必须基于充足的产力。本次研究活动设立了极为宽敞的活动空间,并且邀请家属陪伴产妇,由专业的助产士引导及示范产妇产下床活动。有研究指出,过小的空间难以激发待产妇产下床活动的意愿^[13]。金栩冰等^[14]对运用跪位方式减缓第一产程分娩时腰痛的实际成效进行了探究,在干预 5 min 时与对照组比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),但是在 10 min 时能够明显地感受到腰痛有所减轻。本次研究所得出的结果与下述因素之间存在一定的关联性,临产妇产活动 30 min 时已经发生了多次宫缩,改变体位能够有效地减轻腰背疼痛。结果显示虽然观察组阵痛频率增加持续时间比较长,但是较对照组而言,在主观疼痛评分方面比前者低,这与多个体位相结合运动之间存在关联性。黄秋明等^[8]纠正枕后位的方式也验证了改变体位能够造成比较强烈的宫缩,产妇自己感觉到比较舒适。此次研究表明,大部分产妇对于产时活动都

十分认可:在活动 20~30 min 之后,身体出汗少许,宫缩痛、腰背痛都有所减弱,与有关报道一致^[7]。

3.3 新产程标准的应用对情绪和满意度的影响

因为 Friedman 产程标准在潜伏期有着比较多的医疗干预,所以助产士没有过多的时间与产妇互动。本次研究结果表明,在活动之前,两组的焦虑得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),但是在活动后,观察组的焦虑水平低于对照组,差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。钱夏柳等^[15]指出在陪伴之时应将管理及不间断的质量提升作为关键,只有如此,才能够与产妇的实际需求相契合。本研究借助待产体位图指导产妇选取体位,提倡其与陪伴者进行密切接触。疼痛会对焦虑状况产生较大的影响^[7],活动后,观察组的复合痛大大减缓,焦虑水平明显下降。刘俊等^[16]和李倩娇等^[9]的探究结果表明,下床活动有益于身体平衡协调能力的提升,对于产程进展十分有帮助,可以使焦虑情绪得到缓解,增强分娩控制感。结果表明,有家属陪伴的产妇更倾向于下床活动,并且反馈多个体位活动的舒适感强于较长时间的卧床,在专业人员的科学指导下,产妇对于分娩知识有了更多的了解及认识,自控感也得到了提升,两组的满意度比较差异存在统计学意义 ($P<0.05$),这和田晓辉等^[7]结论相同。本次活动的所有研究对象都接受过孕前教育,提示即使在孕期对有关知识有所掌握^[17],若想使产科质量得到大幅度的提升则需运用新产程标准,并且鼓励产妇进行适度的活动^[18],提高干预成效。

综上所述,将新产程标准应用于潜伏期的管理中,可缓解分娩中的不适,缩短产程,提高自然分娩率和满意度。

4 参考文献

- [1] 张薇,陈慧娟,朱丹.新产程标准对妊娠期糖尿病初产妇分娩结局的影响[J].中国实用护理杂志,2017,33(12):914-917.
- [2] 石琪,漆洪波.推广新产程标准促进阴道分娩[J].实用妇产科杂志,2015,31(4):253-255.
- [3] 王静敏,武聰,汪素坤.新旧产程标准对分娩的影响[J].蚌埠医学院学报,2016,41(5):603-604.
- [4] 谢靖.新旧产程标准对分娩影响的 100 例临床分析[D].大连:大连医科大学,2015.
- [5] 林小丽,梅苏珍,张敏君.755 例基于新产程标准的产妇妊娠结局临床分析[J].黑龙江医学,2016,40(10):905-907.
- [6] 赵艳,宋伟,李颖,等.新产程标准及处理的临床应用对产房工作的挑战[J].中国护理管理,2016,

乳房康复按摩对初产妇泌乳效果及乳房胀痛影响

姜征

【摘要】 目的 探讨乳房康复按摩对初产妇泌乳效果以及乳房胀痛的影响。**方法** 选取本院 89 例初产妇作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组 44 例与对照组 45 例,对照组采用常规护理,观察组采用乳房康复按摩干预,比较两组产妇首次母乳时间、48 h 泌乳是否充足、血清泌乳素水平以及乳房胀痛评分情况。**结果** 干预后,观察组乳房疼痛评分低于对照组,产妇首次泌乳时间早于对照组,血清泌乳素水平高于对照组,产后 48 h 泌乳量高于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 乳房康复按摩干预能提高初产妇的泌乳效果,减轻乳房胀痛,提高初产妇喂养成功率。

【关键词】 乳房康复按摩;初产妇;泌乳效果;乳房胀痛

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.025

世界卫生组织建议,新生儿出生后 6 个月内须纯母乳喂养,然后,可添加辅食配合母乳喂养至 2 岁左右。母乳中含有大量的营养物质,越早吸吮,越有利于子宫恢复,保障儿童营养均衡。对于初产妇来说,母乳喂养存在认知障碍,心理成熟度相对不足,存在不同程度的抵触心理^[1]。母乳喂养过程中,乳汁淤积、乳汁分泌不足、乳房胀痛现象较为常见,乳房按摩加上背部按摩,可以有效促进乳汁尽早分泌,缓解产妇紧张、焦虑等负面情绪^[2-4];乳房穴位按摩也利于产妇提早泌乳、增加排乳量^[5]。因此本研究将三者联合应用于此类初产妇,探讨其

对提高初产妇泌乳效果、减轻乳房胀痛的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

在产妇及家属均知情并同意进入本研究的前提下,选取 2019 年 1—12 月本院分娩初产妇 89 例为研究对象,纳入条件:产妇为单胎妊娠且首次进行生产;孕周 ≥ 36 周;自然分娩;前期孕检均医院进行,产检档案保留完整。排除条件:合并其它慢性疾病史、胸腔脏器功能障碍;产妇不打算进行母乳喂养;孕期有高血压、糖尿病病史;既往有精神病史;新生儿胃肠道发育畸形,不适宜母乳喂养;表达障碍、意识障碍、无自主辨认能力。按照组间基本特征具

作者单位:414000 湖南省岳阳市妇幼保健院

16(3):411-414.

- [7] 田晓辉,麦赞,邓妮,等.新产程标准及处理的临床应用探讨[J].中山大学学报(医学科学版),2015,36(5):734-738.
- [8] 黄秋明,陈晖,梁美娟,等.新产程标准的应用对妊娠结局的影响[J].海南医学,2017,28(6):989-990.
- [9] 李欠娇,郭金强.新产程标准处理产程的临床价值分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2018,32(1):44-45.
- [10] 潘敏,雪丽霜,零恒莉,等.产程早期体位干预配合分娩辅助设施对分娩的影响[J].中华护理杂志,2014,49(3):297-300.
- [11] 陈慧娟,吴蕾,付锦艳.新产程标准中第二产程时长对产妇和新生儿结局的影响研究[J].中华护理杂志,2016,51(10):1170-1173.
- [12] 谢靖,金仙玉.产程标准变化对分娩影响的临床病例分析[J].大连医科大学学报,2015,37(6):583-588.
- [13] 王霞红,姚静,沈彩琴,等.初产妇潜伏期椎管内镇痛

分娩的临床价值[J].上海医学,2014,37(8):706-707.

- [14] 金栩冰,金佳希,黄贤苹,等.新产程标准在温州地区临床应用的可行性[J].温州医科大学学报,2017,47(4):290-292.
- [15] 钱夏柳,詹泽森,覃惠凤.以新产程标准为指导的产程处理对分娩结局的影响研究[J].中国全科医学,2017,20(15):1845-1848.
- [16] 刘俊,王晓东,唐瑶等.新产程标准管理下第二产程时长对产妇盆底功能近期影响研究[J].中国实用妇科与产科杂志,2017,33(12):1271-1275.
- [17] 王红燕,朱秀芳,朱浩琴,等.新产程标准下初产妇产后早期盆底肌电评价及产科影响因素分析[J].护理与康复,2017,16(7):713-716.
- [18] 贾笑天,朱丹.个体化产程管理对初产妇配合度及分娩方式的影响[J].护理学杂志,2018,33(2):16-18.

[2020-02-25 收稿]

(责任编辑 陈景景)

有可比性的原则分为观察组 44 例与对照组 45 例, 观察组: 18~25 岁 22 例, 26~30 岁 20 例, >30 岁 2 例; 体质量: <60 kg 1 例, 60~70 kg 19 例, >70 kg 24 例; 职业: 在职 29 例, 无业 15 例; 文化程度: 高中及以下 13 例, 大专及以上 31 例; 孕周: 39.61 ± 0.78 周。对照组: 18~25 岁 19 例, 26~30 岁 23 例, >30 岁 3 例; 体质量: <60 kg 4 例, 60~70 kg 15 例, >70 kg 26 例; 职业: 在职 31 例, 无业 14 例; 文化程度: 高中及以下 13 例, 大专及以上 32 例; 孕周: 39.04 ± 0.95 周。两组初产妇一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规产后护理。①健康宣教。使用通俗语言对初产妇讲解分娩注意事项、产前需准备的用物、产后乳房护理要点、新生儿喂养方法等。②部分产后出现焦虑、抑郁以及焦躁等负面情绪, 及时予以心理疏导, 提供心理支持, 减轻其心理负担。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上, 增加乳房康复按摩干预。于产后 2~6 h 行第 1 次按摩, 每次按摩持续 30 min 左右, 每天 3~5 次, 共持续 2 d。

1.2.2.1 乳房康复按摩团队前期准备 组建乳房康复按摩团队, 成员包括产科主任、医师、护士长以及专科护士。阅读国内外文献以及相关产后乳房按摩培训, 初步构建一套乳房康复按摩方案。产科护士均有 5 年以上孕产妇护理经验, 并且经过统一的乳房康复按摩基础知识、操作技能培训与考核, 考核合格后方可进行实际操作。

1.2.2.2 乳房康复按摩内容 ①乳周按摩。将病床四周床帘拉上, 注意保护初产妇隐私。初产妇仰卧于病床上, 操作者双手洗净消毒, 温水清洁乳头, 用消毒热毛巾覆盖双乳 5 min 左右, 注意避开乳头以及乳晕处。取少量润滑油涂抹于乳房, 顺时针按摩乳房周围, 避开乳头和乳晕。②乳头牵拉。护士用两个大拇指放于乳头两侧乳晕下方, 向上提拉乳晕处皮肤, 直至乳头向外突出即可。③乳房按摩。护士用左手托于乳房底部, 右手伸直, 除大拇指外,

其余四指由乳房底部向乳头方向按摩, 疏通乳腺管, 双乳各按摩 3 min 左右。乳房有明显硬结的初产妇, 采取环形按摩手法对硬结处反复按摩, 再用双手托起初产妇双乳, 大拇指与其余四指相对而放, 由乳房根部螺旋形按摩至乳头方向, 手部力量压向乳房内部进行反复按摩, 时间大约持续 5 min 左右, 使初产妇乳房肌肉达到松弛状态。期间要注意动作轻柔, 避免引起乳房胀痛。④穴位按摩。选择膻中、中庭、乳根以及中庭等穴位, 垂直推向胸骨部位, 各进行 10 次。⑤背部按摩。护士借用大拇指的力量, 按摩双侧肩胛骨内侧肌肉, 时间大约持续 5 min 左右。

1.3 观察指标

①首次泌乳时间、新生儿出生后第 3 天初产妇的血清泌乳素水平。②新生儿出生后 48 h 初产妇的总泌乳量, 能够满足新生儿的喂养需求为充足, 否则为不足。③乳房胀痛评分^[6]: 采用数字评定量表 (NRS) 评价初产妇产后 48 h 的乳房胀痛情况, 用 0~10 个数字表示, 0 分计为无痛, 1~3 分计为轻度疼痛, 4~6 分计为中度疼痛, 7~10 分计为重度疼痛。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇首次母乳时间、48 h 泌乳情况以及血清泌乳素水平比较

干预后, 观察组初产妇首次母乳时间、48 h 泌乳情况以及血清泌乳素水平均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 干预前后两组初产妇乳房胀痛评分比较

干预前, 两组初产妇乳房疼痛得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组乳房疼痛得分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组初产妇泌乳效果比较

组别	例数	首次泌乳时间 (h)	血清泌乳素水平 (ng/ml)	48 h 泌乳不足	
				例数	率 (%)
观察组	44	16.84 ± 4.69	403.59 ± 25.64	6	13.64
对照组	45	29.75 ± 8.94	387.61 ± 21.06	17	37.78
t 值		8.557	3.216		6.767*
P 值		0.000	0.002		0.009

* χ^2 值。

表 2 干预前后两组初产妇乳房疼痛得分比较

组别	例数	干预前	干预后
观察组	44	3.59 ± 1.69	2.64 ± 0.97
对照组	45	3.28 ± 1.05	5.96 ± 2.87
<i>t</i> 值		1.037	7.343
<i>P</i> 值		0.300	0.000

3 讨论

经过乳房康复按摩，观察组首次泌乳时间短于对照组，血清泌乳素水平高于对照组，48 h 内泌乳不足例数少于对照组，说明乳房康复按摩对于初产妇泌乳效果有积极影响。究其原因：①部分初产妇可能因为乳房胀痛、乳头皲裂或是乳汁不足等原因，拒绝进行母乳喂养，导致喂养率下降^[7]。哺乳健康教育帮助初产妇提高科学喂养知识水平，树立起正确的喂养观念，也教会如何进行产后乳房护理，提高产后乳汁分泌。根据相关报道^[8]的第一次干预时间为产后 2~6 h，本研究在产后 2 h 开始乳房按摩，此阶段，产妇的乳房内环境较为稳定，按摩对提高乳房局部血液循环有积极意义，可以加速乳房内部运动，刺激乳头、乳晕，分泌催乳素，进而提高产后泌乳量^[9-10]。按摩过程中，护士手对乳房产生刺激，尤其是对乳头、乳晕部位，大脑接收到刺激后会转化为神经冲动，进而刺激脑垂体前叶释放大量的催乳素，进而促进初产妇乳汁分泌^[10-11]。

观察组初产妇的疼痛得分低于对照组，并且较干预前相比得分有所下降，说明乳房康复按摩可以有效的缓解初产妇乳房胀痛。究其原因：产妇生产后，由于乳房内压力过大而引起不同程度的乳房胀痛，乳房按摩可通畅输乳导管，降低组织压力^[12]。热毛巾湿敷能够促进局部血液循环，提高乳汁分泌水平，改善乳房胀痛^[13]。乳房周围穴位按摩能够促进周围淋巴液回流，改善局部血流循环，提早预防乳房胀痛以及乳腺炎等疾病^[14]。

总之，乳房康复按摩能够有效的改善初产妇泌乳效果，减轻乳房胀痛发生。

4 参考文献

[1] 周莉莉. 母乳喂养护理干预对足月分娩产妇泌乳量的影响观察 [J]. 吉林医学, 2020, 41(2): 494-496.

[2] 陈兰兰, 肖春芳. 产后不同时间行乳房穴位按摩对乳汁分泌情况及乳房胀痛发生率的影响 [J]. 中国农村卫生, 2019, 11(21): 52-53.

[3] 陈吉莎, 罗洁, 朱丹. 产妇分娩后乳房和背部按摩的最佳时间及按摩对母乳喂养的影响探究 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(21): 1996-1998.

[4] Zargham-boroujeni A, Elsagh A, Mohammadizadeh M. The effects of massage and breastfeeding on response to venipuncture pain among hospitalized neonates [J]. Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research, 2017, 22(4): 308-312.

[5] Zhu Y, Liu Y, Quan X. Application of acupoint massage in postpartum hypogalactia in puerpera [J]. Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2018, 38(1): 33-35.

[6] 丘青, 张燕娜, 刘惠贤, 等. 产后不同时机实施乳房按摩联合穴位按摩对初产妇泌乳质量、母乳喂养的影响研究 [J]. 全科护理, 2019, 17(33): 4118-4121.

[7] 李蕾, 付凌云, 张晓毅. 产后乳房按摩结合心理弹性支持对剖宫产后泌乳的影响 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23): 2999-3002.

[8] 郑翠霞, 朱希慧, 袁坤, 等. 个体化健康教育与行为指导对剖宫产产妇母乳喂养的影响 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(6): 94-95.

[9] 从静. 早期乳房按摩护理在产后泌乳及乳房胀痛中的应用 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(27): 139, 142.

[10] 吴慧. 孕期乳房按摩护理对母乳喂养效果的研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(7): 128.

[11] 梁秋霞, 陈秀绮. 专业催乳师引导下专项产后泌乳乳房按摩对剖宫产产妇泌乳量及母乳喂养成功率的影响 [J]. 临床护理杂志, 2019, 18(5): 31-33.

[12] 吴丽容, 徐敏, 刘运霞, 等. 节段式乳房按摩治疗产后中度乳房胀痛的效果观察 [J]. 重庆医学, 2019, 48(24): 4276-4278.

[13] 刘艳. 乳房穴位按摩对初产妇乳汁分泌及乳房胀痛的影响 [J]. 心理月刊, 2019, 14(14): 107.

[14] 黄海嫒. 耳穴压豆联合乳房按摩对剖宫产术后泌乳功能及乳房胀痛的影响 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(36): 5325-5326.

[2020-03-03 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

早期进食联合循证思维对妇科腹腔镜患者术后疼痛以及自我效能的影响

曾温婕 胡蓉娟 陈英* 张风贞

【摘要】 目的 探究早期进食联合循证思维对妇科腹腔镜患者术后疼痛以及自我效能的影响。**方法** 选取医院 2018 年 1 月—2019 年 12 月收纳的妇科腹腔镜患者 223 例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组 115 例和观察组 108 例,对照组给予常规护理及传统进食,观察组实施循证思维模式联合早期进食,比较两组患者术后疼痛评分、首次排气时间、肠鸣音恢复时间、饮食正常时间以及自我效能评分情况。**结果** 观察组通过视觉模拟疼痛评分表(VAS)评估为 3.45 ± 1.24 分,对照组为 4.31 ± 1.02 分,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间、饮食正常时间均较对照组更优,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$);自我效能评估量表(GSES)观察组测定为 29.27 ± 3.20 分,对照组为 23.56 ± 5.42 分,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对于妇科腹腔镜患者为提高术后自我效能以及降低应激反应,可采取早期进食联合循证思维模式减轻患者疼痛,改善预后。

【关键词】 早期进食;循证思维;妇科腹腔镜;术后疼痛;自我效能

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.026

近年来,医疗水平的不断发展促使腹腔镜技术在各科室临床应用广泛,该技术具有出血量低、微创、住院时间短以及恢复快等优势,得到医师及患者推崇^[1]。而子宫肌瘤、宫颈癌、卵巢癌、子宫内膜病变等妇科疾病也以腹腔镜手术治疗较为常见,以往在进食方面当术后排气功能开始恢复时才摄入一些流食或半流食,而临床研究发现通过早期进食对于术后肠胃功能恢复具有一定促进作用,即术后 4 h 后根据情况开始进食,对于提供人体必需营养和提高肠胃蠕动恢复均起到积极效应^[2-3]。此外,针对术后患者负面情绪表现普遍较高等问题,循证护理(EBN)思维的应用从问题提出、实证查询、应用实证三方面可促使妇科腹腔镜患者情绪改善及预后得到良好保障^[4]。基于此,本研究探究早期进食联合循证思维对妇科腹腔镜患者的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2018 年 1 月—2019 年 12 月收治的妇科腹腔镜患者 223 例为研究对象。纳入条件:患者对本次麻醉手术及麻醉药剂均无禁忌证^[5];均实施腹腔镜手术。排除条件:严重的基础性疾病;妇科恶性肿瘤;伴有心肾功能异常;妊娠或哺乳期女性;

精神病史或意识不清;未签署知情同意书。按组间基本特征匹配原则分为对照组 115 例和观察组 108 例。对照组中年龄 28~53 岁,平均 41.02 ± 6.75 岁;手术类型:子宫部分切除术 25 例,子宫肌瘤剥离 30 例,卵巢良性肿瘤切除 45 例,其他 15 例。观察组中年龄为 29~55 岁,平均 40.32 ± 8.56 岁;手术类型:子宫部分切除术 30 例,子宫肌瘤剥离 34 例,卵巢良性肿瘤切除 42 例,其他 2 例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。所有入组对象对本研究同意知晓,研究方案医院伦理委员会审核通过

1.2 护理方法

对照组实施常规护理,腹腔镜术后送入病房,保持适当体位,头部偏向一侧并去枕平卧位,开放及观察留置尿管,维持呼吸道顺畅,期间观察引流管颜色、量及性质。注意护理工作保证无菌操作,加强对患者的心理护理。在进食方面采取传统进食,即患者术后 8 h 左右或当有排便、排气迹象时开始给予半流质或流质摄入。观察组采用循证思维模式联合早期进食护理,主要内容有:

(1) 循证内容确立:首先对本次循证护理内容包括基础护理、体位护理、疼痛护理、并发症预防、患者意愿或需求等方面结合个人资料制定详细科学的循证护理项目表。

(2) 问题提出:护理人员应当了解妇科腹腔镜手术中不同疾病术后可能出现的并发症或不良反应,在加强自我学习的基础上,分析术后可能出现

作者单位:350014 福建省福州市,福建省肿瘤医院,福建医科大学附属肿瘤医院妇科肿瘤外科十一区

* 通讯作者

腹部或肋间疼痛、焦虑抑郁等负面情绪、食欲不佳、肢体酸麻等症状的原因。

(3) 实证查询：利用文献资料归纳分析患者需求，通过既往类似的调查量表（护理满意度、病房环境舒适度、护士态度、护士知识及护理操作、患者需求解决度）等综合考量，以批判性的眼光寻求可完善或最佳的护理路径。

(4) 实证应用：在文献查阅后还需结合院内实际情况，通过临床经验和科研证据实施循证护理的内容。该护理计划操作过程中纳入同行评议、护士自评、患者评价以及领导评审等多个环节^[6]。采取早期进食原则，及手术完毕4 h后取流质食物给予患者摄入。

1.3 观察指标

比较分析两组患者术后疼痛评分、首次排气时间、肠鸣音恢复时间、饮食正常时间以及自我效能评估情况。术后疼痛评分通过视觉模拟疼痛评分表^[7](VAS)进行测定，10分值，以患者目视集中分值作为疼痛程度参考点，分值越大则显示疼痛程度高；自我效能评估量表^[8](GSES)从10个项目出发，每个项

目对应4个选项（分别对应1~4分），总分40分，分值越高表明患者自我效能更优，反之则低。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据处理，正态分布的计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用*t*检验；非正态分布的计量资料以“中位数（四分位数间距）”表示，组间中位数比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛与自我效能评分比较

观察组患者VAS评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察组GSES评分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

2.2 两组患者肠胃功能恢复时间比较

观察组首次排气时间、肠鸣音恢复时间、饮食正常时间优于对照组，两组比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表1 两组患者疼痛与自我效能评分比较

组别	例数	VAS 评分	自我效能评分
观察组	108	3.45 ± 1.24	29.27 ± 3.20
对照组	115	4.31 ± 1.02	23.56 ± 5.42
<i>t</i> 值		5.670	9.503
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表2 两组肠胃功能恢复对比

组别	例数	首次排气时间	肠鸣音恢复时间	饮食正常时间
观察组	108	12.45 (2.24)	10.12 (4.20)	30.50 (8.70)
对照组	115	17.31 (3.02)	16.03 (6.25)	36.06 (6.84)
<i>u</i> 值 *		13.579	8.234	5.322
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

3 讨论

循证医学最早由加拿大学者 Lsackett 首先提出，将目前最佳证据明确、审慎、理智的应用为其核心思想^[9]。而受到循证医学的影响循证护理思维随即产生，通过批判性的思维在护理过程中纳入了“患

者为核心点”等理念，以低成本、高效率全方面的给予患者优质服务^[10-11]。此外，循证思维要求利用文献多方位资料及检索，对患者实际存在问题提供参考及解决措施。护理领域中循证思维主要从问题—查询—应用等3要素出发，结合理论依据、护士经验和技能以及患者实际需求等，确定个性化、统一

化并存的护理理念^[12]。而早期进食概念虽然提出多年,但目前国内临床特别是基层医院中开展还有待提高,早期进食的优势主要体现在术后可及时保证患者的营养及能量得到补充,配合静脉葡萄糖注射有效预防了低血压、低血糖等症状产生^[13-14],同时保证了局部血流运转正常,食物流入肠胃道后可加快肠道蠕动,同时利于减少患者术后应激反应,如饭后恶心呕吐等。研究还发现,因腹腔镜术麻醉剂量少,且麻醉时间也较短,患者肠胃功能和肌力等恢复也更快,因此早期进食起到利于肠胃功能恢复作用^[15-16]。

本研究在循证思维护理基础上联合了早期进食模式在妇科腹腔镜术后患者中应用取得良好成效,观察组 VAS 低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),结果证明,循证护理思维重视患者疼痛反应,结合对患者心理护理使患者总体感觉良好。有利于缩短患者首次排气时间、肠鸣音恢复时间、饮食正常时间。该结果得益于早期进食模式的应用,与张慈等^[16]结果一致。观察组自我效能评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),说明该护理模式充分调动了患者积极性,在情绪改善方面效果良好。本研究采用的护理方案为:①术中改良式体位。本研究手术中采取改良式“人”字体位,患者臀部放置胶垫(全海绵制作,中间凹槽、近端为弧形平滑斜面,符合人体坐位构造),下肢约 15° 抬高并放于凹槽内,悬空腘窝并于斜面放置,保持腿板水平分开,该体位不会对血流动力学造成较大影响,同时术野也更为清晰。②术后活动。在送入病房后,24 h 内持续观察患者意识、生命体征、引流、切口等情况,24~48 h 在条件允许前提下即可下床活动,首先静坐于床边,然后缓慢行走,活动期间护士全程关注及适当搀扶患者防止摔倒。为缓解肋间疼痛,可做翻身、深呼吸、适当屈膝、腹部按摩等运动,注意活动量及力度不易过大。③强调家庭及社会支持。患者在进行功能恢复期间因疼痛及对手术预后的反应或顾虑较大,护士在做好疾病护理的同时还需联合家属给予患者情感支持,饮食护理、活动训练等,以此提高患者自我效应。

4 参考文献

- [1] 刘静,李彦丽,张靖华,等.快速康复外科可缓解妇科腹腔镜手术围手术期的镇痛和不良反应[J].基因组

学与应用生物学,2019,38(4):1824-1828.

- [2] 李晓玲,唐娟妮,朱燕梅,等.改良“人”字形体位在妇科腹腔镜手术的应用[J].护理学杂志,2019,34(7):39-41.
- [3] 宋美璇,严莲,李飞,等.快速康复外科护理干预在老年结直肠癌腹腔镜手术病人中的应用研究[J].护理研究,2018,32(15):2428-2432.
- [4] 车焱.我国妇产科静脉血栓栓塞症发生率研究现状[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(7):709-713.
- [5] 许淑仙,李霞,张建华.快速康复外科理念在妇科腹腔镜手术病人围术期护理中的应用[J].护理研究,2018,32(4):576-579.
- [6] 姚艳飞.品管圈活动对腹腔镜胆囊切除术患者术后生活质量及护理满意度的影响[J].护理实践与研究,2019,16(13):58-60.
- [7] 叶青,明婷,苏志源,等.红外线加温毯预防妇科腹腔镜术后低体温的效果[J].广东医学,2016,37(21):3313-3314.
- [8] 辛丽,甘秀妮,姜兰兰.穴位按摩预防妇科腹腔镜术后深静脉血栓发生的影响[J].中国中西医结合杂志,2016,36(8):942-945.
- [9] 陈桂珍,葛绿玲,刘玉莲,等.妇科腹腔镜手术患者医院感染的危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(5):1129-1131.
- [10] 唱荣艳,陈芦斌,周花.腹腔镜下肾肿瘤剝除术围手术期的快速康复护理[J].中国微创外科杂志,2016,16(1):38-41.
- [11] 敬国敏,吴立然,韩伟.腹腔镜结直肠癌切除术后早期进食的安全性和有效性研究[J].重庆医学,2015,44(23):3201-3203.
- [12] 鄢雨英,邢兰凤,卢飞.穴位按摩联合吐纳法干预对妇科腹腔镜术后不良反应的影响[J].中国中西医结合杂志,2015,35(7):888-890.
- [13] 刘淑霞,宋秀云,王毅峰.妇科患者腹腔镜术后感染的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2015,25(13):3102-3104.
- [14] 徐少静.按摩护理对妇科腹腔镜患者术后胃肠功能恢复的促进作用[J].辽宁中医杂志,2015,42(2):402-403.
- [15] 廖潇潇,邓杰,黄桂航.体位干预联合小茴香熨烫胃脘部用于妇科腹腔镜术后非切口疼痛[J].护理学杂志,2017,32(22):37-38.
- [16] 张慈,翟惠敏.妇科腹腔镜术后早期进食对患者机体功能恢复的影响[J].广东医学,2017,38(5):808-810.

[2021-01-14 收稿]

(责任编辑 刘学英)

品管圈活动在降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率中的应用

张媛 张琴* 蒲晓芳

【摘要】 目的 探讨品管圈(QCC)活动在降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率中的应用效果,预防用药差错、促进用药安全。**方法** 根据医院质量控制标准成立QCC小组,全员通过文献查阅、解读政策、主题评价等方法确定“降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率”为活动主题,通过现状把握、目标设定、解析、对策拟定及实施等步骤在某三级甲等儿童医院心血管内科病房开展品管圈活动,采取美国医院药剂师学会“预防院内给药差错指南”标准及美国国家用药差错报告和预防协调委员会制定的给药错误分级标准评价改善前后地高辛口服给药错误发生率及错误严重程度。**结果** 通过QCC活动,住院患儿地高辛口服给药错误发生率由11.29%降至1.73%,降幅为9.56%,改善前后差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过开展QCC活动,可有效降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率,切实保障患儿安全。

【关键词】 地高辛; 给药错误; 品管圈

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.027

给药错误是指医生医嘱与药物送达病人的过程之间发生偏差^[1]。美国国家用药差错报告和预防协调委员会将给药错误按患者机体受损害程度分为9级(A~I)^[2]。Ghaleb等^[3]在伦敦的五家儿科医院采用观察性研究调查的结果为19.1%; Suzan Ozkan等^[4]在土耳其的一个儿科病房采用无伪装观测方法及临界事件技术调查的结果为36.5%(855/2344); 龙艳芳等^[5]对我国28个省、自治区、直辖市的288家医院的护理不良事件资料进行调查分析,其中给药错误占护理不良事件的20.5%;调查我院在2017年护理不良事件上报的情况,其中给药错误占护理不良事件的15.1%。

地高辛是中效强心苷类药物,对心脏的作用表现为正性肌力作用、兴奋迷走神经、抑制心脏传导,用于各种急性和慢性小儿心力衰竭^[6]、室上性心动过速^[7]、心房颤动和扑动等。地高辛因治疗窗窄、排泄缓慢易于积蓄而中毒。回顾我院2007—2017年电子病历,院外因服药剂量过大、误服地高辛中毒入院患者有20例,主要表现为恶心、呕吐、窦性心动过缓、室性早搏等,严重者并发心源性休克、Ⅲ度房室传导阻滞甚至死亡。目前地高辛制剂有片剂、口服溶液及注射液三种^[8],给药途径有口服及

静脉注射两种,通常口服给药。地高辛治疗剂量与中毒剂量接近,且儿童对其耐受性不稳定,使用不当极易发生严重后果甚至危及生命。药物分零不精确、给药方法不当、服药不及时等均会导致地高辛口服给药错误发生,严重威胁患儿身体健康及生命安全。我科于2018年开展了以“降低地高辛口服给药错误发生率”为主题的品管圈活动,成效显著。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择我院心血管内科病房口服地高辛患儿为研究对象,将2018年5—7月的34例患儿作为改善前组(共观察124次),男16例,女18例;年龄2个月29d~14岁7个月,平均 2.23 ± 2.93 岁;2018年8—9月40例患儿作为改善后组(共观察346次),男18例,女22例;年龄1个月23d~14岁3个月,平均 2.26 ± 2.83 岁。两组患儿一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入条件:心血管内科病房口服地高辛患儿。排除条件:住院期间请假外出的地高辛口服者;因病情或治疗需要提前或延迟服药者。本研究经伦理委员会审核批准。

1.2 活动方法

1.2.1 成立品管圈小组 根据医院质量控制标准,成立QCC小组。小组共由10名成员组成,包括圈长1名,辅导员1名,圈秘1名,圈员7名,其中副主任护师1名,主管护师2名,护师6名,护士1名。

作者单位: 4000014 重庆医科大学附属儿童医院心血管内科(国家儿童健康与疾病临床医学研究中心,儿童发育疾病研究教育部重点实验室,儿科学重庆市重点实验室)

*通讯作者

1.2.2 活动主题选定 全体圈员根据国家卫计委“进一步改善医疗服务行动计划”、“优质护理服务评价细则（2014版）”以及中国医院协会“中国医院协会患者安全目标（2017版）”，结合临床护理质量持续改进等护理问题展开积极讨论，分别提出 QCC 活动主题，并各自阐述选择的理由及依据。全体圈员运用主题选定评分表对每个主题分别从上级政策、可行性、迫切性、圈能力四个方面进行评分，评分最高者选定为此次活动主题。故最后选定“降低地高辛口服给药错误发生率”为我科此次 QCC 活动主题。

1.2.3 计划拟定 按“5W1H”的方法绘制甘特图，每个项目落实到专人负责，全体成员积极参与到全程活动中。

1.2.4 现状把握 通过文献查阅，利用层别法自

制查检表。为了提高调查者对调查表理解的同质性，减少调查偏倚，在实施数据调查前，对查检表的填写及注意事项进行专项培训。查检表分为护士版和患儿版，调查者利用护士版查检表采用直接观察法，观察心血管内科病房地高辛口服给药过程。照护者利用患儿版查检表填写患儿服药情况。调查者每日将护士版和患儿版查检表内容进行汇总。共查检改善前组 124 例次，发生给药错误 14 例次，发生率为 11.29%；其中 B 级给药错误 2 例，C 级给药错误 12 例，即未对患者机体造成损害，但存在极大的安全隐患，严重威胁住院患儿的用药安全。按照给药错误发生类型绘制改善前柏拉图，见图 1。根据 80/20 原则，确定此次活动主题改善重点为：给药时间差错、给药技术错误。

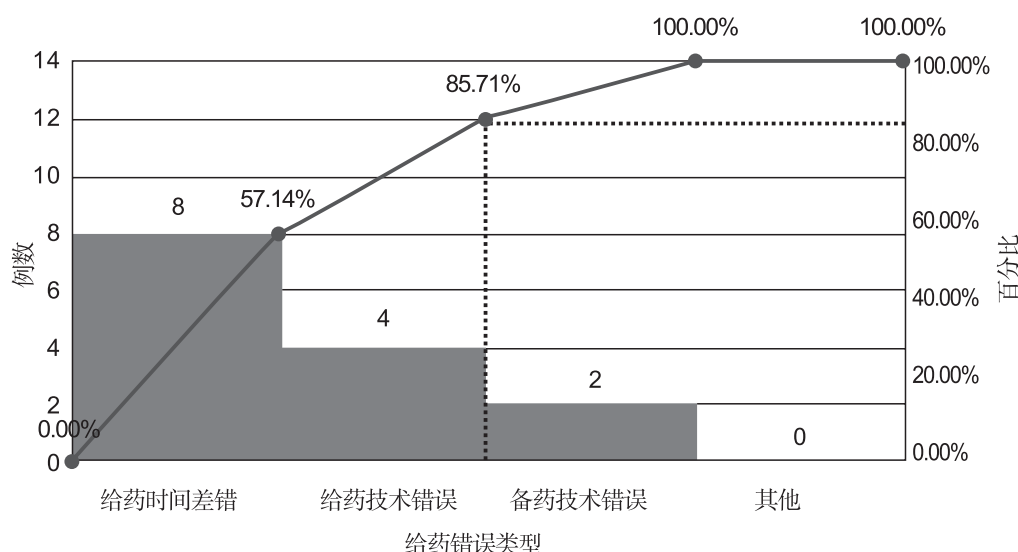


图1 心血管内科地高辛口服给药改善前柏拉图
(■ 例数, —● 累计百分比)

1.2.5 目标设定 根据现况值、圈能力、累计百分比计算目标值。运用公式计算目标值 = 现况值 - 改善值 = 现况值 - (现况值 × 改善重点 × 圈能力) = 11.29% - (11.29% × 85.71% × 81.33%) = 3.42%。

1.2.6 解析 全体成员通过文献查阅、头脑风暴集思广益，应用特性要因图从人、物、法、环四个方面进行分析，见图 2。通过文献查阅、护士能级为 N3 级及以上的护士投票选择要因，小组成员回溯查检表数据进行真因验证。最后确定影响地高辛口服给药错误的真因为：护士知识缺乏、护士宣教不到位、护士未确认服药情况、给药过程易被打断、家属知识缺乏、口服药杯不适宜。

1.2.7 对策拟定及实施 为降低地高辛口服给药

错误发生率，全体成员通过文献查阅、头脑风暴集思广益，针对每一个真因提出相应的护理对策。具体如下：①初步构建护士地高辛口服给药培训体系，改革技能考核模式，提高护士理论和技能水平。通过科内包含高年资专科医师、护理人员在内的培训小组讨论，制定了科内地高辛口服给药培训体系，主要包括地高辛药理作用、口服给药技术、儿科用药安全，通过理论授课、操作示教、视频学习、晨间查房、QQ 工作群互动的形式进行培训，提高地高辛安全用药相关知识和技能。培训后使用自制理论试卷评价护士理论知识掌握程度，给药技术使用视频反馈法^[9]进行考核。②实行分阶段式健康教育和实时评价模式，让患儿及其家属参与用药过程。

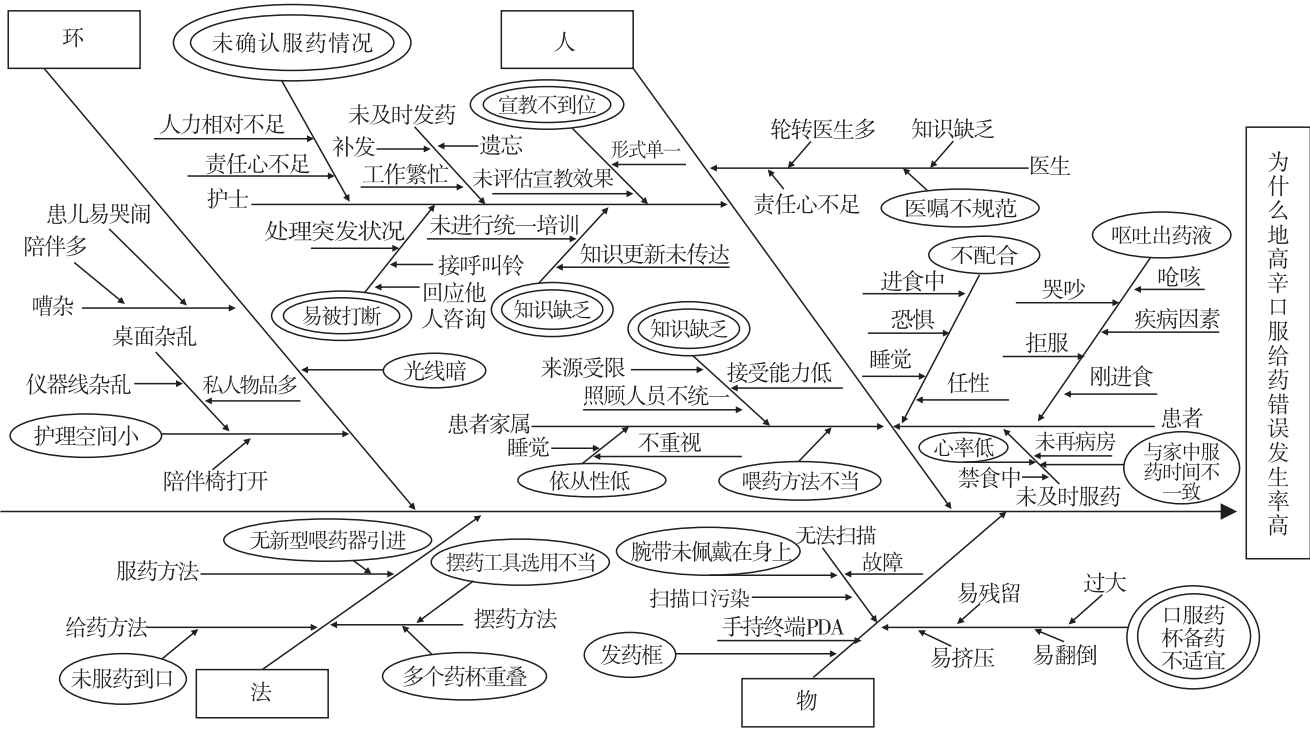


图2 地高辛口服给药错误原因分析
(○表示要因,◉表示真因)

具体按照以下5个步骤、3个阶段进行。第一步：医师下达地高辛口服医嘱，责任护士评估家属的文化层次、语言习惯、照护能力等，建立口服地高辛健康宣教计划。第二步：1周内责任护士按计划分阶段进行健康宣教和评价。第一阶段为基础知识宣教：为保证宣教效果，我科首先基于“中国药典2015版”“儿童心力衰竭管理指南”修订完成了“心血管内科住院患儿服用地高辛口服药须知”，在第一阶段，责任护士向家属发放地高辛口服用药须知，逐项宣教。第二阶段为心脏听诊技能培训：责任护士示范心率、心律听诊方法，讲解听诊注意事项。第三阶段为药物分零技术和药物管理知识：责任护士讲解药物管理知识，演示地高辛口服药分零技术。在每一个阶段宣教完成时，利用自制调查表和操作实践对家属现阶段需掌握的内容进行测评并现场反馈。对未掌握的知识或内容进行再次宣教和测评，直至完全掌握。第三步：适时宣教：护士给药时，再次口头宣教服药注意事项。第四步：评价照护能力：出院前一天，责任护士利用自制调查表和操作实践演示，评估家属基础知识、心脏听诊技能、药物分零技术和药物管理知识等，评价家属的照护能力。均合格后，遵医嘱予以出院。第五步：采用地高辛随访问卷，于患儿出院1周后电话和专科门诊随访。③使用给药免扰马甲，减少给药过程中断率。用药安全是住院患儿护理安全管理的核心

内容，而护士操作被外界因素打断是影响临床用药安全的一个很重要的相关因素。有文献对影响护士临床安全用药的相关因素进行调查，结果显示其中63.2%来自外界因素，而外界因素中又有86.4%是由于操作被打断^[10]。干扰影响认知的稳定性和注意力，护士在给药过程中受到干扰时，需要快速转换大脑的认知，以应对插入的事件，事件解决后，又需要迅速转回被干扰前的认知，继续工作，如果这一过程时间紧张，护士的认知没能及时转换，就可能导致给药错误的发生^[11]。通过回顾性分析改善前查检表，我科护士地高辛口服给药过程中被打断率为20.16%，存在极大的安全隐患。为确保用药安全，避免护士因被打断而导致给药错误，品管圈小组自制“护士给药免扰马甲”。马甲主体为鲜红色，马甲背部印制黄色“配发药中，请勿打扰”字样，具有醒目和警示意义。免扰马甲穿戴时机为备药及发药时。通过免扰马甲的使用，地高辛口服给药过程中被打断率降低至2.04%。④改变地高辛备药模式，确保药物剂量准确。目前地高辛口服制剂主要为地高辛片及地高辛口服溶液，而小儿因体表面积、体质量、器官系统成熟度方面有很大的差异，常小剂量给药，药物用量常需精确到0.1 ml。改善前我科地高辛口服液给药流程为：护士提前将地高辛溶液采取规格为1 ml的空针精准抽吸备好在规格为30 ml的一次性口服药杯中，然后推口服药车至

床旁给药。但有文献报道一次性 1 ml 空针残留量是 $0.07 \pm 0.01 \text{ ml}^{[12]}$ ，因此注射器死腔及一次性口服药杯杯壁药液残留，均会造成给药剂量不准确，特别是对小剂量用药尤为突出，然而残留剂量导致剂量偏差的现象常常被临床忽视。为避免药液残留导致服药剂量偏差，我科使用现备现用和空气留置法的给药模式进行地高辛口服给药，即两名护士在床旁经手持终端及双人查对无误后进行备药及给药。给药时采用留置气泡技术，即精准抽取药液后，再抽取 $\geq 0.08 \text{ ml}$ 空气，在给药时根据重力原理，使药液在下气体在上，通过气体将死腔内的药液全部排出，避免药液残留造成剂量不精确。

1.3 观察指标及标准

①采取美国医院药剂师学会（ASHP）^[13] 制定的“预防院内给药差错指南”标准，将给药错误分为以下几类：备药技术错误、给药技术错误、药物变质、药物类别错误、药物剂型错误、药物剂量错误、给药途径错误、给药时间差错（较医嘱给药时间偏差 $> 1 \text{ h}$ ）、非医嘱给药、额外给药、遗漏。

采取美国国家用药差错报告和预防协调委员会将给药错误按患者机体受损害程度分为 9 级，其中 A 级没有产生差错，B~D 级产生差错，没有造成伤害，E~H 级产生差错，造成伤害，I 级死亡。比较改善前后两组地高辛口服给药错误发生率。地高辛口服给药错误发生率 = 地高辛口服给药错误例次数 / 地高辛口服给药总例次数 $\times 100\%$ 。②观察品管圈成员活动前后成长情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计学软件，计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 有形成果

改善后地高辛口服给药错误发生率明显低于改善前，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），说明改进措施对降低地高辛口服给药错误发生率有效，见表 1。

表 1 改善前后地高辛口服给药错误发生率比较

观察时点	观察例次	错误例次	正确例次	错误率（%）
改善前	124	14	110	11.29
改善后	346	6	340	1.73

$\chi^2 = 20.461$ ， $P = 0.000$ 。

2.2 无形成果

通过品管圈的开展，团队成员责任心、自信心、解决问题的能力、团队凝聚力、沟通协调能力、质

量改进能力等方面相对活动前均有明显的提升，见表 2。

表 2 心血管内科品管圈成员活动前后成长情况

编号	评价项目	活动前分值	活动后分值	活动成长	正 / 负向
1	责任心	46	48	2	↑
2	自信心	36	48	12	↑
3	解决问题的能力	32	44	12	↑
4	团队凝聚力	38	50	12	↑
5	沟通协调能力	32	46	14	↑
6	品管手法	24	42	18	↑

注：由成员 10 人评分，每项每人最高 5 分，最低 1 分，总分为 50 分。

3 讨论

儿童在体格和器官发育等各方面不同于成人,肝、肾发育不成熟、功能不全,影响对药物的代谢和清除能力。儿童在经历给药错误时往往不能主动反映或准确诉说病情,使儿科给药错误带来的临床风险比成人更高^[14],特别是地高辛这类高危药品,儿童对其耐受性不稳定,用药不当易发生中毒。中国医院协会“2017版十大患者安全目标”中明确提出要确保用药安全,因此预防用药差错、促进用药安全已成为住院患儿护理安全管理的核心内容。护士作为直接给药者,是给药错误的高危人群,也是阻止给药错误的最后一道防线。

地高辛药理作用显著、治疗窗窄,治疗剂量与中毒剂量接近,且中毒反应严重,使用不当极易发生严重后果甚至危及生命。临床中有关地高辛中毒或者剂量不足的病例时有报道,故对给予地高辛治疗的每位患儿都应做到5个准确,即将准确的药物,按准确的剂量,用准确的方法,在准确的时间,给予准确的患者^[15]。确保用药安全,避免地高辛口服给药错误的发生。

本研究通过开展“降低地高辛口服给药错误发生率”品管圈活动,初步建立了护士安全用药培训体系;规范了地高辛口服给药健康宣教内容、给药流程;形成了分阶段式健康教育和实时评价模式,有效地降低了地高辛口服给药错误发生率。同时提升了团队护士责任心、自信心、质量改进能力、沟通协调能力以及患儿、家属的满意度、配合度。即通过开展QCC,可有效降低住院患儿地高辛口服给药错误发生率,切实保障患儿安全。在整个质量改进过程中,备药、给药的质量控制和疾病健康宣教是关键。目前虽取得显著的成效,但其工作量大,长期实施较困难。在基于目前发达的信息网络,如何提高高危药物的闭环式管理水平、药物健康知识知晓率以及更优化的护理流程,还需未来进一步的研究。

4 参考文献

- [1] Molly BL, Carrillo COL Jorge D, Cassano Angela T, et al. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors

in Hospitals[J]. American Journal of Health-System Pharmacy, 2018, 75(19):1493-1517.

- [2] McBride-Henry K, Foureur M. Medication administration errors: understanding the issues[J]. Aust J Adv Nurs, 2006, 23(3):33-41.
- [3] Chua SS. Errors detected in 19% of paediatric medication preparations and administrations across five hospitals in London[J]. Evidence Based Medicine, 2010, 15(4):123-124.
- [4] Ozkan S, Kocaman G, Candan Ozturk C, et al. Frequency of Pediatric Medication Administration Errors and Contributing Factors[J]. Journal of Nursing Care Quality, 2011, 26(2):136.
- [5] 龙艳芳 李映兰 郭燕红. 我国护理不良事件报告现况调查及分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(5):16.
- [6] 中华医学会儿科学分会心血管学组, 中国医师协会心血管内科医师分会儿童心血管专业委员会, 中华儿科杂志编辑委员会. 儿童心力衰竭诊断和治疗建议(2020年修订版)[J]. 中华儿科杂志, 2021, 59(02):84-94.
- [7] 王宾. 酒石酸美托洛尔缓释片联合地高辛治疗慢性心力衰竭并快速房颤患者的疗效评价[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(3):306-307.
- [8] 国家药典编委会. 中华人民共和国药典[M]. 2015年版. 北京: 中国医药科技出版社, 2015:333.
- [9] 高杨. 录制视频法在基础护理技术技能考核中的应用研究[J]. 卫生职业教育, 2018, 36(19):75-76.
- [10] 周迎春. 护士临床安全用药中相关干扰因素分析与对策[J]. 中国乡村医药, 2011, 18(1):78.
- [11] 曹建勋, 韩琳, 李德霞, 等. 某三级甲等医院护士给药过程的结构式观察研究[J]. 护理学报, 2013, 20(7B):7-12.
- [12] 杨美惠, 陈锦秀, 方敏. 1ml注射器临床应用的误区[J]. 当代护士(学术版), 2008(1):10.
- [13] American Society of Health System Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospital[J]. AM J Hosp Pharm, 1993, 50(2):305-314.
- [14] 崔焱, 仰曙芬. 儿科护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017:128-129.
- [15] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017:358.

[2020-01-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

综合护理干预在手术室腹腔镜小儿疝修补术中的应用

许娇 孙晨霞

【摘要】目的 探讨综合护理干预在手术室腹腔镜小儿疝修补术中的应用效果。**方法** 选择2018年1月—2019年1月医院收治的200例进行疝修补术的患儿作为研究对象,按照组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,各100例。两组患儿均采用疝修补术进行治疗,其中对照组患儿给予常规护理,观察组应用综合护理干预。比较两组患儿的护理质量评分、手术后的身体各项指标以及并发症发生率。**结果** 观察组患儿的护理质量和身体各项指标变化优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对需要实施疝修补手术的患儿给予综合护理干预,可以降低患儿的并发症发生率,提高治疗效果。

【关键词】 腹腔镜; 疝修补术; 手术室护理

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.028

Application of comprehensive nursing intervention in laparoscopic hernia repair in children in operating room XU Jiao, SUN Chenlu (Qilu Hospital of Shandong University, Jinan 250000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of comprehensive nursing intervention in laparoscopic hernia repair in children in operating room. **Methods** To select 200 cases of children patients who underwent hernia repair in the hospital from January 2018 to January 2019 as the study objects. According to the principle of matching basic characteristics between the groups, they were divided into a control group and an observation group, with 100 cases in each group. The two groups of children patients were treated with hernia repair, the control group was given routine nursing care, and the observation group was given comprehensive nursing intervention to compare the nursing quality scores, various physical indicators after surgery and the incidence of complications between the two groups. **Results** The nursing quality and changes in various physical indicators of children patients in the observation group were better than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of comprehensive nursing intervention for children patients who need hernia repair surgery can reduce the incidence of complications in children patients and improve the treatment effect.

【Key words】 Laparoscopy; Hernia repair; Nursing in operating room

小儿腹股沟疝气是临床常见的疾病之一,主要是指患儿在出生之后腹膜鞘状突关闭不完整,导致腹腔内的肠道、卵巢以及网膜等进入此鞘状突,最后形成了疝气。从流行病学角度分析,该疾病的发病率大多是1%~4%,其中男性患儿的发病率高于女性患儿^[1]。现如今,针对该疾病的治疗措施主要是以手术为主,而腹腔镜小儿疝修补术已经广泛应用到临床中,该手术方式具备创伤小、出血小、并发症发生率低等特点,且具备很高的安全性,得到广大临床医师的认可^[2]。目前,随着我国医学技术的逐渐提升,人们在治疗过程中针对护理工作的需要也显著提升,特别是针对行腹腔镜小儿疝修补术的

患儿,在患儿手术期间给予良好的护理干预,可以增加患儿的治疗效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2019年1月医院收治的200例进行疝修补术的患儿作为研究对象,按照组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组各100例,对照组中男70例,女30例;年龄1~7岁,平均 4.15 ± 1.01 岁;观察组中男68例,女22例;年龄2~6岁,平均 4.04 ± 1.14 岁。两组患儿基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理。在手术之前护理

人员需要向患儿以及家属仔细讲述腹股沟疝气发生的原因、手术操作流程以及围术期需要注意的事项,待手术结束后,密切监测患儿的生命体征,确保患儿的呼吸通畅,及时检查患儿口鼻内的分泌物,避免出现窒息等严重情况^[3]。护理人员需要及时为患儿更换切口敷料,保持切口的干净整洁,待身体将要恢复时护理人员可以鼓励患儿下床适当活动^[4]。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施综合护理干预,具体如下:

(1) 术前及术后护理:术前需要积极有效的和患儿进行沟通,尽可能满足患儿内心的需要,针对哭闹不止的患儿护理人员可以适当转移其注意力,消除患儿对医院的陌生感,与患儿建立良好的信任关系,提升医护人员的工作质量,从而提高患儿治疗的依从性。术后护理人员引导患儿家属鼓励患儿,采用看动画片、听歌以及讲故事等方式来转移患儿对身体疼痛的注意力^[5]。

(2) 术中护理:当患儿进入到手术室,护理人员先要确认好患儿的基本信息,并且主动和患儿进行有效沟通,可以采取触碰患儿皮肤等方式,以此来减少患儿的恐惧等不良心理。待麻醉医生对患儿进行基本麻醉后,护理人员需要时刻关注患儿的生命体征以及麻醉效果,如是发现患儿出现体温下降等现象,护理人员及时告知主治医师并给予保暖处理,保持患儿的体温处于 36℃ 之上,手术室内温度控制在 22~24℃。由于很多患儿在手术完成之后需要经过一段时间才可以苏醒,因此,在这段时间内,护理人员需要做好患儿的麻醉苏醒护理,记录患儿身体的基本指标,保证患儿呼吸通畅,待患儿完全苏醒之后告知家属送入病房观察。

(3) 腹部护理:待患儿完成手术后 12 h 之后,护理人员给予患儿适当的按摩腹部,让患儿采取卧位的姿势,将腹部放松,双腿屈膝,护理人员将自己的双手搓热之后以脐部位置为中心,进行顺时针按摩,速度要合适,动作放慢,每次按摩的时间在 15 min 左右,每天进行 3 次即可^[6]。

(4) 恢复运动护理:待术后 6 h 后护理人员就要指导患儿做出恢复运动,第 1 节:将头部放平,双手举过头,再放回身体侧;第 2 节:持续深呼吸,以腹部为主要呼吸主体;第 3 节:将患儿双腿伸直抬高,与躯干夹角呈现大于 70°,之后反复还原动作;最后 1 节:膝关节呈现弯曲,双手抱住膝盖尽量靠近腹部组织,每节要重复 3 次,每天早中晚各做 1 次即可^[7]。

(5) 穴位指压护理:术后 4 h 护理人员对患儿要进行穴位指压诱导排尿措施,取丹田穴和中极穴以及关元穴,用两拇指位置对腹部交替按压,每个穴位按压 2 min 左右,待患儿感到酸胀感后,其尿意强烈后方可停止^[8]。

1.3 观察指标

(1) 两组患儿的并发症发生率:包括:皮下气肿、尿潴留、感染 3 个方面^[9]。

(2) 两组患儿术后的身体各项指标恢复情况:包括下床活动时间、排气时间、排便时间、住院时间^[10]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计学软件,非正态分布的计量资料以“中位数(四分位数间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验;计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿的并发症发生率比较

观察组患儿并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患儿下床活动时间、排气时间、排便时间、住院时间比较

观察组患儿下床活动时间、排气时间、排便时间、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组患儿的并发症发生率比较

组别	例数	皮下气肿	尿潴留	感染	并发症发生率(%)
观察组	100	3	1	1	5.00
对照组	100	4	6	5	15.00

$\chi^2=5.556$, $P=0.018$ 。

表 2 两组患儿下床活动时间、排气时间、排便时间、住院时间比较

组别	下床活动时间 (h)	排气时间 (h)	排便时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (n=100)	17.11 (3.10)	20.10 (4.01)	34.10 (5.21)	3.61 (0.44)
对照组 (n=100)	22.14 (4.12)	24.67 (4.77)	38.10 (5.66)	4.71 (0.77)
z 值	9.756*	7.334*	5.200*	12.404*
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

3 讨论

小儿腹股沟疝气是由于胚胎期鞘状突未闭合或是因为闭合不完全引起的疾病，严重时会引起嵌顿，威胁患儿的生命质量，临床上针对该疾病都是采取手术治疗。腹腔镜小儿腹股沟疝修补术是微创手术，具备创伤小、恢复较快以及瘢痕小等特点^[11]。但由于患儿身体和心理均未成熟发育，自控能力和耐受性都比较弱，手术心理承受能力和依从性都较差，因此，无形中增加了手术难度和护理难度，若是护理工作不到位会产生并发症，因此，需要周到、全面的护理干预。临床以往常规的护理措施无法满足患儿的生理特点，只是进行机械化的护理工作，对患儿以及家属的需求无法实现^[12]。

本研究采用的护理干预措施主要包括心理护理、腹部护理、恢复运动护理以及穴位护理等。心理护理可以改善患儿以及家属的紧张、焦虑情绪，增加患儿内心的承受能力，使其更好地配合治疗以及护理工作。术后给予腹部按摩不仅可以促进患儿腹腔内的血液流通，还能增加腹部组织和肠平滑肌的血流量，提升患儿的治疗效果，同时也能有效改善患儿的肠道蠕动能力，利于促进肛门排气以及排便。穴位护理是通过中医刺激和经络的传导感起到的效果，激发患儿体内生理机能达到排尿的效果，避免患儿出现尿潴留等并发症^[13]。恢复运动是为了促进患儿肢体功能尽快康复，使早下床成为可能实现的目标。患儿早下床活动也能对消化系统产生影响，预防肠粘连等不良反应出现。本研究结果显示，观察组患儿身体各项指标变化均优于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ^[14]。

综上所述，面对需要实施疝修补手术的患儿给予综合护理干预，可以降低患儿的并发症发生率，从而增加患儿的治疗效果。

4 参考文献

[1] 李琳. 综合护理在小儿腹腔镜疝修补术麻醉后监护

室的应用 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(11): 2065-2066.

[2] 吴艳飞, 李新琳, 周燕燕, 等. 小儿腹股沟疝疝囊高位结扎术麻醉苏醒期躁动的护理干预 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志, 2019, 13(5): 477-480.

[3] 李宇, 刘凤, 韩玉霞, 等. 腹腔镜下小儿斜疝修补术优化护理管理 [J]. 西南国防医药, 2014, 24(9): 1008-1010.

[4] 梁焕叶, 郭维光. 腹腔镜小儿疝修补术的护理 [J]. 中国微创外科杂志, 2015, 5(9): 723.

[5] 谭力. 小儿腹腔镜疝修补术的手术配合及护理 [J]. 激光杂志, 2015, 32(2): 80-81.

[6] 李立娟. 小儿单孔腹腔镜疝修补术的手术配合 [J]. 腹腔镜外科杂志, 2016, 16(4): 264, 271.

[7] 赖洲惠, 黄艳, 王睿, 等. 腹腔镜下小儿先天性食管裂孔疝修补术围手术期的护理 [J]. 护士进修杂志, 2013, 28(14): 1275-1276.

[8] 陈利娇, 姚丽伟, 童红燕, 等. 腹腔镜下小儿腹股沟疝修补术的手术配合与护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(2): 125.

[9] 张川波, 张秋月, 李薛颖, 等. 综合护理干预在对腹腔镜下小儿腹股沟斜疝修补术治疗术中的应用 [J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(10): 176-178.

[10] 杨绿频, 李雪君, 曾小云, 等. 临床护理路径联合微信健康教育在基层医院小儿腹腔镜手术中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(8): 66-68.

[11] 钟敏, 梁园园. 快速康复外科理念在腹股沟疝修补术患儿围术期护理的临床应用 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15(19): 2968-2970.

[12] 李伟, 杨继鑫, 罗意革, 等. 大龄儿巨型脐膨出一例并文献复习 [J]. 中华小儿外科杂志, 2019, 40(3): 228-232.

[13] 冯梅, 唐梦琳. 12 例新生儿重型膈疝的围术期护理体会 [J]. 护理研究, 2013, 27(35): 4052-4053.

[14] 方艳丽, 赖洲惠, 王睿, 等. 小儿日间腹腔镜下腹股沟疝修补术后的近期随访分析 [J]. 华西医学, 2013, 28(11): 1740-1741.

[2020-04-10 收稿]
(责任编辑 刘学英)

目标镇静联合雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇和异丙托溴铵气雾剂在重症肺炎患儿中应用

陈俊

【摘要】 目的 探讨重症肺炎患儿应用目标镇静联合雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇和异丙托溴铵气雾剂的效果。**方法** 选取2017年1月—2020年1月医院收治的重症肺炎患儿82例,根据组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组,每组41例。对照组实施常规镇静和平喘治疗,观察组实施目标镇静及雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇、异丙托溴铵气雾剂,对比两组患儿生命体征变化及不良症状、体征消失时间。**结果** 观察组在实施镇静后心率、血氧饱和度、呼吸平均动脉压等指标优于对照组($P<0.05$);观察组气促、缺氧、肺哮鸣音消失时间及住院时间短于对照组($P<0.05$)。**结论** 重症肺炎患儿应用目标镇静联合雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇、异丙托溴铵气雾剂,保证患儿生命体征平稳,缩短不良症状消失时间,保证治疗顺利进行。

【关键词】 目标镇静;雾化吸入;重症肺炎

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.029

肺炎为临床常见病,其发生主要因病原体感染或其他原因引发的肺泡或肺间质的感染,临床表现为发热、咳嗽及呼吸困难等,若治疗不及时,容易发展至重症肺炎^[1]。重症肺炎通常采用抗感染、抗休克治疗,但因重症监护室特殊的环境、生理疼痛及应激反应,患儿常出现恐惧、焦虑及反抗情绪,影响治疗的顺利进行。以往常规镇静,若镇静过深极易造成患儿出现呼吸抑制,镇静过浅也会导致患儿的躁动和痛苦。因此,实施有效的镇静护理具有重要意义。雾化吸入作为肺炎的首选治疗方法,广泛应用在重症肺炎患儿中,可有效改善其呼吸困难症状^[2]。本研究重点分析应用目标镇静联合雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇及异丙托溴铵气雾剂取得干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年1月—2020年1月本院82例重症肺炎患儿作为研究对象,纳入条件:在12 h内未进行过镇静治疗;未进行机械通气治疗;患儿家属对本研究均知情同意,并签订知情同意书。排除条件:合并较重的肝、肾功能不全;合并心脏基础病变;出现较重血液动力学不稳定;免疫力低下或神经系统引发的肺炎。根据组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组,每组41例。对照组中男24例,女17例;年龄1~11岁,平均 5.46 ± 1.31 岁;

病程1~15d,平均 7.53 ± 1.24 d。观察组男16例,女25例;病程3~17d,平均 8.53 ± 2.36 d。两组患儿一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 实施常规镇静和平喘治疗,首先遵医嘱应用咪唑安定进行小剂量镇静,保持患儿的最佳生理状态,镇静过程中尽量减少镇静过度或镇静不足引发的不良后果。每个治疗阶段严密进行镇静评估,若患儿出现不良反应,应及时报告,对症处理。给予患儿止咳、化痰及抗病毒等药物口服或静脉注射治疗,同时应用布地奈德雾化吸入,对于喘息较重并伴有烦躁患儿应给予氧气吸入^[3]。

1.2.2 观察组 实施目标镇静及雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇、异丙托溴铵气雾剂。

1.2.2.1 成立目标镇静干预小组 选取重症监护室科主任、护士长、医师及护士组建镇静团队,由科主任担任组长,负责制订镇静的具体方案;护士长为副组长,负责对护理人员的镇静护理能力进行培训和指导;责任护士为组员,负责对患儿的镇静深度评估和记录,监测镇静目标的达到情况,并做好相关记录,承担信息反馈工作^[4]。

1.2.2.2 制定明确的镇静目标 依据 Ramsay 镇静评分标准对重症肺炎患儿的镇静深度进行评估,设置明确的镇静目标值。患儿达到满意镇静应使 Ramsay 镇静评分保持2~4分,此时患儿的镇静值最适宜。仍然遵医嘱应用镇静药物右美托咪定,按照镇静目标采用微量泵持续泵入,并根据评估的镇静深度做出相应的调整^[5]。

1.2.2.3 镇静评估 由责任护士实施,镇静评估应2h进行1次。密切观察患儿是否处于镇静目标的范围内,如果仍在范围内,应继续维持原剂量泵入药液;若低于目标或高于镇静目标,应根据患儿的年龄、病情适当增加或减少药物的用量。在每次评估后均需对药物进行调整,维持患儿的镇静目标范围内^[6]。

1.2.2.4 排除镇静干扰 责任护士对镇静剂量进行多次调整后,仍无法达到镇静目标,应加强对外界干扰因素的重视,如光线强度、噪声干扰及环境因素等,镇静前进行镇痛干预,避免对镇静造成影响^[7]。

1.2.2.5 生命体征的监测 密切监测患儿的生命体征,应重视心率、血压变化,保持每30 min记录1次。对患儿镇静期间的心率、血压变化应分别记录。若发现患儿镇静过程中出现异常躁动,应及时报告医师,并协助医师对症处理,保证患儿安全^[8]。

1.2.2.6 雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇及异丙托溴铵气雾剂用法:选取布地奈德1 mg;硫酸沙丁胺醇0~3岁患儿每次应用0.25 ml,4~8岁患儿每次应用0.5 ml,9~12岁患儿每次应用1.5 ml;异丙

托溴铵1 mg另外加5ml生理盐水,应用雾化吸入装置实施雾化,每次15~20 min,每天进行3次。对于喘息较重的肺炎患儿应每6 h进行1次,7d为1个疗程。在治疗后对患儿临床症状改善情况进行观察^[9]。

1.3 观察指标

观察记录两组患儿生命体征变化及不良症状、体征消失时间。

1.4 统计学处理

采用SPSS 18.0统计学软件,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间比较采用 t 检验,非正态分布的计量资料以“中位数(四分位数间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿心率、血氧饱和度、呼吸及平均动脉压变化比较

干预后,观察组心率、血氧饱和度、呼吸及平均动脉压明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患儿心率、血氧饱和度、呼吸及平均动脉压变化比较

组别	例数	心率(次/min)	血氧饱和度(%)	平均动脉压(mmHg)	呼吸(次/min)
对照组	41	131.52 \pm 7.68	95.13 \pm 1.23	70.34 \pm 2.38	38.59 \pm 2.76
观察组	41	122.56 \pm 6.74	96.97 \pm 1.89	66.85 \pm 3.64	36.18 \pm 2.01
t 值		5.615	5.225	5.138	4.520
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患儿气促、缺氧、肺哮鸣音消失时间及住院时间比较

干预后,观察组气促、缺氧、肺哮鸣音消失时

间及住院时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组气促、缺氧、肺哮鸣音消失时间及住院时间比较(d)

组别	例数	气促	缺氧	肺哮鸣音	住院时间
观察组	41	2.12 \pm 1.02	6.43 \pm 1.23	5.26 \pm 1.14	8.00(1.00)
对照组	41	2.62 \pm 1.02	8.45 \pm 2.53	7.84 \pm 2.69	11.00(1.00)
t 值		2.220	4.598	5.655	13.583*
P 值		0.029	0.000	0.000	0.000

*中位数比较的秩和检验 u 值。

3 讨论

重症监护室是救治危重症患儿的重要场所,不仅拥有工作经验的医护人员,还具备生物监测和急

救治疗设备。重症肺炎患儿极易发生呼吸困难,生命危险发生率较高,需要经过相应的医疗活动才能维持患儿生命^[10]。此外,患儿年龄较小,生长发育尚不成熟,且依从性差,在治疗过程中常因应激反

应,出现哭闹、躁动,降低其对治疗的依从性,严重影响重症监护室的正常治疗,应用目标镇静具有重要意义。患儿肺炎反复发作后,极易引发哮喘,影响患儿的正常生活,所以,采取相应的雾化吸入治疗至关重要^[11]。

目标镇静干预主要是在重症监护室成立镇静小组,划分职责,对患儿实施针对性的镇静护理,从而达到满意的镇静效果,保证治疗的顺利进行。本研究中镇静药物选用右美托咪定,在排除其他外界的因素下,实施镇静并进行定时的评估,这为护理人员调整镇静剂量提供重要依据^[12]。应用 Ramsay 镇静评分法,每 2 h 对患儿进行 1 次镇静评估,并控制镇静目标在 2~4 分,患儿可取得较满意的镇静效果。以往传统的镇静常以深镇静为主,虽然也取得明显的镇静效果,但相对于浅镇静,主要来源麻醉,只适合短期应用。而目标镇静,重视以患儿为中心浅镇静的效果明显,能够较好地维护患儿的认知功能^[13]。雾化吸入布地奈德、硫酸沙丁胺醇、异丙托溴铵气雾剂使用较小剂量药物就可迅速改善患儿平喘的效果,且在应用过程中不良反应少,药物局部吸收,无全身不良反应出现。正常人体呼吸道主要存在受体为 β 受体,且 β_2 受体占大部分。布地奈德为一种糖皮质激素,可与糖醇受体超强结合,具有明显的抗炎效果^[14]。雾化吸入布地奈德可有效抑制呼吸道炎症,减少腺体分泌,从而修复气道,缓解呼吸困难。硫酸沙丁胺醇为一种速效 β_2 受体激动剂,吸入后可在 5~15 min 起效,其能够舒张气道平滑肌,阻碍炎性介质释放,使血管通透性降低,促进上皮细胞纤毛功能,使呼吸困难得到缓解。而异丙托溴铵气雾剂具有明显扩张支气管作用,且作用时间久,全身不良反应少。三种药物联合雾化吸入,明显改善患儿不良症状,缩短病程,减少不良反应的发生^[15]。结果显示,镇静后试验组心率、血氧、呼吸机平均动脉压等生命体征明显优于对照组 ($P<0.05$); 观察组气促、缺氧、肺哮鸣音消失时间及住院时间明显短于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,将目标镇静联合雾化吸入布地奈德,硫酸沙丁胺醇,异丙托溴铵气雾剂应用在重症肺炎患儿中,保证其治疗过程中生命体征的稳定,减少不良症状和体征,缩短住院时间,促进疾病康复。

4 参考文献

[1] 赵丽,荣晓姗,沈丽,等.早期目标导向型镇静联合

RASS 评分在重度创伤性颅脑损伤病人中的应用[J].蚌埠医学院学报,2019,44(8):1107-1110.

- [2] 邓湘辉,何润芝,强蕾,等.脑电双频指数的早期目标导向镇静在 ICU 重症患者镇静管理中的应用[J].中国医师杂志,2019,21(8):1164-1167.
- [3] 张美君,袁荆,陈群,等.NTI 与 RASS 评分用于胰十二指肠切除术后短程机械通气患者镇静评估的随机对照研究[J].中华危重病急救医学,2019,31(6):737-741.
- [4] 王红,李呈龙,田夏秋,等.心脏外科围术期体外膜氧合辅助患者目标浅镇静的效果和安全性[J].中国医药,2018,13(2):191-195.
- [5] 赵晓蕾,魏丹,张辉.先天性心脏病术后个体化目标导向镇静治疗[J].中华胸心血管外科杂志,2018,34(7):428-433.
- [6] 张艳,仲爱玲,陈月.持续浅镇静目标导向应用于 ICU 机械通气患者对通气治疗效果及不良反应发生率的影响[J].海军医学杂志,2019,40(4):350-353.
- [7] 王雅莉.布地奈德雾化吸入联合系统护理干预治疗儿童哮喘急性发作[J].基因组学与应用生物学,2019,38(5):2297-2301.
- [8] 李丹,肖凤林,刘晓琴.情景游戏配合优质护理在支气管肺炎患儿中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(12):118-120.
- [9] 郑江珍,孙萍,李璐,等.3 种布地奈德雾化方案对 5 岁以下儿童复发性喘息干预的研究[J].中国药理学杂志,2018,53(12):1024-1028.
- [10] 孔路科,刘婷婷,赵书青,等.肺炎支原体肺炎患儿血清 HDL-C、ApoA I 水平变化及其临床意义[J].山东医药,2019,59(19):27-30.
- [11] 王立娜,王慧,王赏,等.不同封管方式对肺炎患儿导管相关血流感染的效果影响分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(5):771-775.
- [12] 范娟,王加强,李兰.3717 名呼吸道感染患儿肺炎支原体抗体检测结果分析[J].现代预防医学,2019,46(6):1105-1108.
- [13] 张英谦,郝京霞,闫晓丽,等.清热化痰散联合微生态制剂对重症肺炎患儿合并胃肠功能障碍的疗效观察[J].中华中医药杂志,2019,34(4):1810-1813.
- [14] 谭芷妍,黄冬梅,叶仲欢,等.中医肺俞穴微波疗法联合阿奇霉素对肺炎支原体肺炎患儿的临床治疗效果[J].护理实践与研究,2019,16(6):102-103.
- [15] 王玉刚,樊小艳,张亚明.雾化吸入布地奈德治疗毛细支气管炎 82 例[J].中国新药与临床杂志,2018,37(6):363-366.

[2020-03-19 收稿]

(责任编辑 刘学英)

不同给药方法对习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备效果的影响

王晓琴 刘剑英 梅晶晶 黄春连 林俊红*

【摘要】 目的 探讨不同给药方法对习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备效果的影响。**方法** 选取2018年9月—2020年9月医院习惯性便秘、行结肠镜检查的患儿144例为研究对象,根据组间基本特征匹配原则将其分为番泻叶组、乳果糖组和电解质散组各48例,番泻叶组患儿给予口服番泻叶,乳果糖组患儿给予口服乳果糖,电解质散组患儿给予口服复方聚乙二醇电解质散,比较三组患儿干预后的肠道清洁效果、不良反应发生率、回盲部插镜成功率情况。**结果** 三组患儿给予不同给药方法后,电解质散组、乳果糖组患儿的肠道清洁效果明显优于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的肠道清洁效果优于乳果糖组($P<0.05$);番泻叶组、电解质散组患儿的不良反应发生率低于乳果糖组($P<0.05$),电解质散组患儿的不良反应发生率低于番泻叶组($P<0.05$);电解质散组、乳果糖组患儿的回盲部插镜成功率明显高于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的回盲部插镜成功率高于乳果糖组($P<0.05$)。**结论** 将番泻叶、乳果糖及复方聚乙二醇电解质散应用于习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备中,肠道清洁效果最优,不良反应发生率最低,回盲部插镜成功率最高,可作为患儿纤维结肠镜检查前肠道准备的理想给药方法。

【关键词】 给药方法;习惯性便秘患儿;纤维结肠镜检查;肠道准备效果

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.030

习惯性便秘是指每周排便少于3次或排便困难,多由排便动力缺乏、肠道运动亢进、胃肠道运动缓慢及心理因素所导致,是儿童常见的肛肠疾病之一^[1-2]。纤维结肠镜检查前,充分的肠道准备是提高纤维结肠镜检查成功的关键^[3]。临床上有多种给药方法,且不同给药方法获得的肠道准备效果不同^[4],因此,选择一种理想的给药方法,提高习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查成功率至关重要^[5-6]。基于此,本研究比较三种不同给药方法对习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备效果的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年9月—2020年9月医院收治的习惯性便秘患儿144例为研究对象,纳入条件:符合习惯性便秘诊断标准;2~6岁;行纤维结肠镜检查者,家长签署知情同意书。排除条件:有精神病史者;临床资料不全者;药物过敏者;不配合研究者。根据组间基本特征匹配原则将其等分为三组各48例。番泻叶组患儿男26例,女22例;年龄2~6岁,平均 3.81 ± 0.42 岁;体质指数: $21.39 \sim 26.24$,平均 23.61 ± 3.07 ;乳果糖组患儿男25例,女23例,

年龄:2~6岁,平均 3.82 ± 0.42 岁;体质指数: $21.38 \sim 26.23$,平均 23.61 ± 3.06 ;电解质散组患儿男27例,女21例,年龄:2~6岁,平均年龄 3.83 ± 0.42 岁;体质指数: $21.39 \sim 26.25$,平均 23.62 ± 3.08 。三组患儿基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 肠道准备方法

三组患儿采用不同给药方法进行肠道准备,指导家长给予患儿在给药期间均来回走动以促进肠道蠕动加速粪便排出。

1.2.1 番泻叶组 患儿给予口服番泻叶,患儿检查前1天16:00及21:00分别给予其服药1次,嘱咐患儿家长使用20~100 ml沸水冲泡番泻叶2~10 g,用药后给予患儿饮用适量温开水,检查前一日上午行结肠灌洗1次^[7]。

1.2.2 乳果糖组 患儿给予口服乳果糖,患儿检查前3天给予其口服乳果糖5~15 ml/d,检查前1天21:00及检查当日6:00分别给予其服药1次,每次口服乳果糖40~70 ml,饮用温开水250~450 ml,检查前一日上午行结肠灌洗1次^[8]。

1.2.3 电解质散组 患儿给予口服复方聚乙二醇电解质散,指导患儿检查前1天18:00前进食,20:00给予其开始服药,将1包复方聚乙二醇电解质散溶于1000 ml凉开水中,搅拌均匀,每隔15 min口服150~200 ml,1.5 h内服用完,随后继续饮用糖盐水500~1000 ml,检查前一日上午行结肠灌

洗1次^[9]。患儿服药期间,密切观察其精神状态、皮肤黏膜、尿量及有无恶心、呕吐、腹胀、腹痛情况,出现中、轻度失水给予其口服补液盐,出现重度脱水时给予患儿静脉补液,以维持其机体电解质平衡。三组患儿检查前2 h塞开塞露1次,每次10 ml,隔15 min塞1次,共4次,塞开塞露期间适当来回走动,直至排便至清水样为止。检查结束后,责任护士告知患儿日常生活注意事项,指导患儿家长密切关注患儿是否出现不良反应,出现异常情况立即联系医护人员。

1.3 观察指标

(1) 肠道清洁^[9]效果:包括Ⅰ级(全结肠潴留少量清澈液体或无粪渣,视野清晰)、Ⅱ级(潴留较多清澈液体或有少量粪渣,视野不影响观察)、Ⅲ级(有较多混浊粪便潴留或较多粪便黏附于肠壁,视野模糊影响肠壁观察)、Ⅳ级(肠壁积满粪水及糊状便,无法进镜观察)。总有效率=(Ⅰ级例数+Ⅱ级例数)/总例数。

(2) 不良反应发生率:包括腹痛、呕吐、恶心3个指标,不良反应发生率=(总例数-未发生不良反应例数)/总例数。

(3) 回盲部插镜成功率:回盲部插镜成功率=回盲部插镜成功例数/总例数。

1.4 统计学处理

选用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计数资料组间率比较采用 χ^2 检验,两两比较采用 χ^2 分割法。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组患儿的肠道清洁效果比较

三组之间肠道清洁总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),两两比较结果显示,乳果糖组、电解质散组患儿的肠道清洁效果优于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的肠道清洁效果优于乳果糖组($P<0.05$),见表1。

表1 三组患儿干预后的肠道清洁效果情况比较

组别	观察例数	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	总有效率(%)
番泻叶组	48	19	12	9	8	64.58
乳果糖组	48	21	19	6	4	83.33
电解质散组	48	26	21	2	0	97.92

$\chi^2=18.117, P=0.000$ 。

2.2 三组患儿的不良反应发生率与回盲部插镜成功率比较

三组之间不良反应发生率比较差异有统计学意义($P<0.05$),两两比较结果显示,番泻叶组、电解质散组患儿的不良反应发生率低于乳果糖组($P<0.05$),电解质散组患儿的不良反应发生率低于番泻叶组($P<0.05$)。三组之间肠道清洁总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),两两比较结果显示,电解质散组、乳果糖组患儿的回盲部插镜成功率明显高于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的回盲部插镜成功率高于乳果糖组($P<0.05$)。见表2。

表2 三组患儿干预后的不良反应发生率、回盲部插管成功率比较

组别	观察例数	不良反应				回盲部插镜成功情况	
		腹痛	呕吐	恶心	发生率(%)	成功例数	成功率(%)
番泻叶组	48	2	2	3	14.58	35	72.92
乳果糖组	48	5	4	7	33.33	43	89.58
电解质散组	48	0	0	1	2.08	48	100.00
χ^2 值		17.100				16.381	
P值		0.000				0.000	

3 讨论

随着医疗技术的不断进步,儿童消化专科医护人员可通过纤维结肠镜检查观察习惯性便秘患儿大肠黏膜的变化,准确诊断其病情,有利于医护人员制定正确的治疗方法,而充分的肠道准备是纤维结肠镜检查成功的关键^[10]。有关研究表明^[11],肠道准备不充分可导致患者误诊或漏诊,增加其不良反

应发生率,严重影响其检查效果,不利于患儿疾病康复,而充分肠道准备,可降低其不良反应发生率,提高患儿检查效果^[12]。目前临床上患儿纤维结肠镜检查前主要通过口服药物进行肠道准备,但临床上给药方法较多,选择一种最佳的给药方法,是提高习惯性便秘患儿检查效果、促进其疾病康复的关键^[13]。

本研究将番泻叶、乳果糖及复方聚乙二醇电解质散等药物应用于习惯性便秘患儿护理中,结果

显示,乳果糖组患儿的肠道清洁效果优于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的肠道清洁效果优于乳果糖组($P<0.05$);番泻叶组患儿的不良反应发生率低于乳果糖组($P<0.05$),电解质散组患儿的不良反应发生率显著低于番泻叶组($P<0.05$);乳果糖组患儿的回盲部插镜成功率显著高于番泻叶组($P<0.05$),电解质散组患儿的回盲部插镜成功率显著高于乳果糖组($P<0.05$)。此研究结果表明,复方聚乙二醇电解质散可显著改善习惯性便秘患儿肠道清洁效果,降低其不良反应发生率,提高其回盲部插镜成功率。究其原因:番泻叶具有一定的通便及泻下作用,但该药物同时具有一定的毒性,部分患儿服药后会出现恶心、呕吐、腹胀、腹痛等症状,甚至引起患儿肠梗阻,严重危害患儿生命健康,且番泻叶味苦,易导致患儿服药依从性不高,肠道准备效果不佳,视野不清晰,从而影响其诊疗效果^[14-15]。乳果糖具有良好的通便及软化粪便功能,可有效促进患儿肠道蠕动,缓解患儿粪便排泄不畅,服用温开水后可起到水泻冲洗肠道功效,但部分患儿治疗期间会出现腹胀及腹痛等症状,从而影响患儿检查依从性及检查效果。复方聚乙二醇电解质散是临床广泛应用的肠道清洁剂,该药物可患儿肠道内水分子相结合,提高其粪便含水量,刺激其肠蠕动,引起患儿水样腹泻,可有效清洗患儿肠道,且复方聚乙二醇电解质散含有电解质成分,副作用小,并发症发生率低,在肠道准备的同时可补充电解质,有效避免患儿电解质丢失导致其电解质紊乱发生,保证肠道准备安全,保证检查效果。因此,复方聚乙二醇电解质散的肠道清洁效果显著优于番泻叶及乳果糖,不良反应发生率明显低于番泻叶及乳果糖,回盲部插镜成功率高于番泻叶及乳果糖,是一种理想的肠道准备给药方法^[16-17]。

综上所述,将番泻叶、乳果糖及复方聚乙二醇电解质散等药物应用于习惯性便秘患儿纤维结肠镜检查肠道准备中,复方聚乙二醇电解质散肠道清洁效果优于番泻叶、乳果糖,且不良反应发生率最低,回盲部插镜成功率最高,可作为患儿纤维结肠镜检查前肠道准备理想的给药方法。

4 参考文献

- [1] 王瀚康,潘家乐,吴明月,等.龙惠珍教授以韩旋启闭法治疗气虚型习惯性便秘经验[J].浙江中医药大学学报,2020,44(5):462-464.
- [2] 赵巧玲.四物汤联合增液汤加味治疗习惯性便秘的临床观察[J].中国保健营养,2020,30(19):67-68.
- [3] 封月勤,陈延芳,苏振敏,等.子午流注法择时口服番泻叶在骨科术前胃肠道准备中的效果观察[J].广西医学,2019,41(8):1054-1055.
- [4] 刘峰.右美托咪定复合丙泊酚用于无痛纤维结肠镜检查的临床疗效及安全性评价[J].北方药学,2018,15(5):170-171.
- [5] 杨凡,黄鸣秋,陈燕华,等.门诊结肠镜检查病人肠道准备的药学服务实践[J].安徽医药,2020,24(9):1875-1879.
- [6] 林俏,张广清,刘梅娟,等.成人结肠镜检查前肠道准备的最佳证据总结[J].护理学报,2020,27(16):28-34.
- [7] 欧玉凤,杜燕婷,赵慧华.术前口服番泻叶对食管癌患者术后胃肠功能恢复的影响[J].上海护理,2018,18(11):64-66.
- [8] 司继刚,周健,孙敏,等.乳果糖口服溶液用药不当2例分析[J].药学与临床研究,2020,28(2):151-152.
- [9] 林亚琴.品管圈活动在提高口服复方聚乙二醇电解质散行结肠EMR术患者肠道准备合格率中的应用[J].饮食保健,2019,6(37):178-179.
- [10] 扎西才让.口服藏药结合峻导泻法治疗习惯性便秘35例疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2020,40(4):36-37.
- [11] 曹婧.肥皂水清洁灌肠和口服硫酸镁在回肠膀胱术前肠道准备中的效果对比[J].中国当代医药,2019,26(30):222-224.
- [12] 欧喜智.针灸联合自拟益气滋阴润肠通便汤加减治疗习惯性便秘的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(14):159-161.
- [13] 蓝春娣,陈维龄.小剂量舒芬太尼复合丙泊酚在纤维结肠镜检查中麻醉效果临床分析[J].中国医药科学,2018,8(10):118-120.
- [14] Hoffman A, Larson IA. Primary Care Preparation for Children with Medical Complexity for Emergency Encounters in the Community[J]. Pediatric Annals, 2018, 47(3):e102-e105.
- [15] 黄燕,魏建红,邹小兰,等.不同时间口服乳果糖肠道准备对糖尿病病人肠道清洁质量的影响[J].护理研究,2020,34(7):1261-1263.
- [16] Evans S, Daly A, Chahal S, et al. The influence of parental food preference and neophobia on children with phenylketonuria (PKU)[J]. Molecular Genetics and Metabolism Reports, 2018, 14(C):10-14.
- [17] 温丽军.不同时段口服复方聚乙二醇电解质散的结肠清洁效果比较[J].按摩与康复医学,2018,9(23):35-36.

[2020-10-25 收稿]

(责任编辑 刘学英)

特色化护理干预联合健康宣教对银屑病患者疾病认知及生活质量的影响

谭芳

【摘要】 目的 探讨对银屑病患者给予综合护理干预结合系统化健康宣教对患者疾病认知、生活质量的影响。**方法** 选取2019年1月—2020年1月医院皮肤科收治的100例银屑病患者作为观察对象,所有患者均给予特色化护理干预结合健康宣教。护理干预1个月后,观察患者护理前后、疾病认知得分、生活质量量表(QOL-30评分)、皮损面积严重程度指数(PASI评分)。**结果** 干预后患者的疾病认知各项知识得分、QOL-30各项指标评分均高于干预前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 银屑病病程漫长,复发率高,采用特色化护理干预联合健康教育可提高患者对疾病相关知识的了解,优化护理效果,改善生活质量。

【关键词】 银屑病; 生活质量; 健康宣教; 影响; 特色化护理干预; 疾病认知

中图分类号 R473.75 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.031

银屑病是临床常见的慢性皮肤炎性病变,无传染性,好发于青壮年,冬春季节发病率高^[1]。患者主要表现为鳞屑性红斑,主要分布在四肢、头皮,部分患者伴有瘙痒、水肿。与家族遗传、药物因素、感染、免疫异常、内分泌因素、精神因素、吸烟、气候等因素有关,容易反复发作,对患者的外貌形象、心理健康产生不良影响。银屑病病程绵延迁徙,部分患者甚至终身不愈,严重者会并发心脑血管疾病、代谢综合征、关节改变等并发症,威胁患者生命安全。银屑病的诱因众多,患者缺乏对疾病相关知识的了解是导致反复发作的主要原因^[2]。加强护理干预,对患者进行健康教育可提高患者的自我护理能力,从而有效控制疾病。本文分析特色化护理干预方案、健康宣教对患者疾病认知、生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年1月—2020年1月收治的100例银屑病患者为研究对象,纳入条件:所有患者均符合2014年《中国银屑病治疗专家共识》关于银屑病诊断标准;患者主要表现为鳞屑性红斑、皮肤瘙痒;年龄19~64岁;患者对本次研究知情,均签署知情同意书。排除条件:精神疾病无法配合者;听力障碍、语言障碍者;严重脑、肾、肝等实质性脏

器病变者;孕妇、哺乳期女性;依从性差、中途退出研究者;内分泌系统疾病;免疫功能低下;心血管疾病;恶性肿瘤。100例患者中男54例,女46例;年龄19~64岁,平均 39.7 ± 3.8 岁;病程0.5~12年,平均 6.3 ± 1.5 年;体质指数18~28,平均体质质量 24.7 ± 1.0 ;皮损面积5%~30%,平均皮损面积 $16.8 \pm 2.4\%$;文化程度:初中及以下21例,高中40例,大专及以上39例。

1.2 干预方法

患者均给予对症治疗,轻度银屑病患者以外用药物为主,中重度牛皮癣患者采用糖皮质激素、维A酸类药物、光疗或联合中药制剂治疗。

特色化护理干预结合健康宣教:

(1)奥马哈系统:运用奥马哈系统作为护理理论指导依据,通过评估存在的问题与分类、干预措施、效果反馈三个项目了解患者的护理需求、健康知识了解途径、临床表现等情况,制定实施计划,设定护理目标。评估患者银屑病严重程度,分析患者性格特点、认知能力、现状、精神健康、用药情况、人际关系等信息,为患者建立个人健康管理档案,通过电话随访、上门随访了解患者恢复情况,加强沟通,为患者提供持续性的护理干预,帮助患者及时解决问题,提高自护能力。

(2)微信宣教:皮肤科医师、护理骨干建立微信群,负责为患者提供健康教育、在线指导。每周五晚上定时向患者推送银屑病病因病机、临床表现、用药知识、生活护理、功能锻炼、心理护理相

关文件及视频，患者上线时签到，确保及时收听和学习相关信息。多数患者对银屑病知识不了解，又急于取得突出成效。如部分皮损范围较大患者治疗心切，比较急躁，紫外线治疗时要求加快照射速度；水疗需要 30 min，为追求疗效浸泡 2 h；工作太忙未治疗结束就出院导致复发等。护理人员应了解患者的特性，给予个体化指导。鼓励患者在线与病友、医护人员交流咨询，随时查看健康教育内容，了解最新治疗护理进展。医院应加强与社区医院的联系，协同社区医院开展银屑病交流生活会、社区有奖问答活动，激发患者学习兴趣，提高疾病相关知识知晓率。

（3）心理护理：精神紧张、负面情绪会加重和诱发银屑病，导致反复发作。了解患者性格特征、病史、经济状况、心理状态、家庭状况，经济状况较差患者鼓励通过募捐、医疗保险等方式减轻经济压力。分析反复发作的银屑病患者的危险因素，如熬夜、负面情绪、蚊虫叮咬、饮食因素等，为患者示范八段锦、打太极、瑜伽锻炼方法，放松肌肉、改善血液循环，提高睡眠质量，增强大脑神经中枢调控能力。请心理医师为患者进行心理疏导，通过催眠、暗示法、放松疗法、情绪转移法缓解负面情绪，减轻精神压力。

（4）文体活动：根据患者休息时间、天气组织患者开展文艺表演、知识竞赛、户外登山、广场舞等，由医院组织患者拟定活动时间，在微信群中协商一致后发出群通知，鼓励患者或家属参与，增进家庭成员情感交流，丰富患者生活，提高社交能力，改善患者生活质量。鼓励患者多开展打球、游泳、

跑步、骑自行车等活动，可以放松身心、调息养神，促进新陈代谢，加快皮疹消退。

（5）饮食指导：美国 Pegano 医生推荐的饮食自然疗法虽有成效，但是中国人体质与外国人有明显差异，不能照学。应控制腌制、油煎、盐渍食物，戒烟酒；海鱼、牛羊肉中含花生四烯酸，会加重银屑病症状，应禁食；对鱼、虾、蛋类过敏者禁食，多喝水，多吃新鲜蔬菜水果，黑木耳、猪肾、燕麦、魔芋精粉等。

1.3 观察指标

护理干预 1 个月，观察患者干预前后疾病认知得分、生活质量量表（QOL-30 评分）、皮损面积严重程度指数（PASI 评分）。QOL-30 评分通过社会功能、躯体功能、心理功能 3 个指标评估患者的生活质量，各项评分 100 分，得分越高，生活质量越好。患者的疾病认知得分从病因、临床表现、并发症及危害、护理防护 4 个方面评价，各项指标评分范围 0~25 分，总分 100 分，得分越高，对疾病认知水平越高。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.00 统计学软件，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

干预后患者的 PASI 评分明显低于干预前，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；干预后患者的疾病认知各项知识得分、QOL-30 各项指标评分均高于干预前，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 干预前后护理效果相关指标比较（分）

观察指标	干预前（ <i>n</i> =100）	干预后（ <i>n</i> =100）	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
PASI 评分	3.7 ± 1.0	2.6 ± 0.6	9.432	0.000
生活质量评分				
社会功能	43.2 ± 4.7	78.5 ± 6.6	43.567	0.000
躯体功能	41.7 ± 3.9	74.9 ± 5.3	50.454	0.000
心理功能	40.9 ± 5.7	75.6 ± 6.8	39.107	0.000
疾病认知评分				
病因	15.2 ± 2.6	22.1 ± 1.9	21.427	0.000
临床表现	16.9 ± 3.2	23.8 ± 1.1	20.391	0.000
并发症及危害	12.9 ± 2.5	22.1 ± 3.2	22.656	0.000
护理防护	16.2 ± 3.7	23.0 ± 1.4	177.189	0.000

3 讨论

3.1 银屑病概况

随着现代社会生活方式的改变，环境污染问题

的加重，银屑病患者人数持续增多。我国银屑病患者众多，目前已经超过 700 万^[3-4]。临床尚未研发出可以根治该病的方法，主要通过外用药物、水疗、紫外线结合护理干预控制症状。国际银屑病理事会

将每年10月29日设定为世界银屑病日,旨在提高人们对银屑病的重视度。患者对银屑病的认知水平与皮疹严重程度、预后密切相关,加强护理管理,对患者进行健康教育可优化治疗效果。

3.2 特色化护理干预结合健康教育在银屑病患者中的应用效果

银屑病反复发作需要长期用药,皮疹会引起外观形象的改变,影响社交活动、工作,患者容易出现社交回避、烦躁不安、失眠等症状,对患者的身心均有不良影响。而不同患者的临床表现、严重程度、对疾病的认知能力、护理需求各有不同,因此常规护理缺乏针对性,不能满足患者的护理需求。特色化护理干预在常规护理基础上充分激发护理人员主观能动性,丰富了护理内容,充分运用现代护理新技术,将护理内容全面化、深入化、科学化,使患者身心健康均得到显著改善^[5-6]。奥马哈系统是一种以问题为导向的护理标准化访视术语,将护理程序进行简化,运用整体模式评估患者健康问题。护理人员与其他医护人员组成护理团队,共同制定健康干预计划,体现了生物—心理—社会现代化医学模式。奥马哈系统操作简单,护理人员的适应性强,通过详细了解患者相关信息,对患者进行社会、健康、生理、心理全方面评估,通过电话随访、微信随访、面对面访谈了解患者的护理需求,在不同时期制定符合患者需要的系统性护理干预措施,动态评估患者实施情况,有效提高了患者的自我管理能力和自我护理能力。奥马哈系统内容的覆盖范围广,科学性强,操作简单,能满足银屑病患者的护理需求。患者对疾病的认知与疾病预后密切相关,健康宣教通过微信群便于对患者进行管理,方便快捷,患者可以随时查看文件、视频内容,通过头脑风暴法可持续强化记忆。患者在微信群相互鼓励、分享经验,可以提高其社交能力,缓解不良症状,减轻心理压力,尽快回归正常生活状态。了解合理用药重要性,根据患者病情变化调整用药方案,避免出现乱用药、中途停药的行为。通过视频、口头宣教银屑病的危害,严格按照医嘱用药,提高患者依从性,优化治疗效果,降低复发率。蚊虫叮咬、皮肤外伤会激发银屑病,引起Kochner现象,抓挠、暴晒会加重症状,应分析相关原因,及时处理。借鉴Pegano医生食谱经验、自身情况选择最佳食物,多吃富含硒、维生素类食物,提高血清硒水平,改善银屑病症状^[7]。医护人员定期为患者提供在线咨询,患者或家属可以向医护人员提问,提高患者的知信行及生活质量,

提高患者对并发症识别防范能力。银屑病反复发作导致患者痛苦不堪,对患者的形象有影响,尤其是皮损面积大、主要分布在体表时会给患者造成巨大的心理压力。加强心理护理让患者感受到护理人员的关心,学会控制情绪,树立积极健康的心态。重视患者的心理状态,加强心理护理让患者了解到银屑病无传染性,并非不治之症,消除焦虑、自卑情绪。明确银屑病相关影响因素,对常见诱因提高警惕,养成健康的饮食、生活习惯^[8]。加强家庭、社会支持,为患者提供良好的修养环境,提高患者的舒适度。开展文体活动满足患者社交需要,在玩乐中学习疾病护理知识,认识到自身价值。病友之间相互交流可以缓解孤独感,找到团队归属感,增添了生活趣味。

综上所述,对银屑病患者给予特色化护理干预联合健康教育可提高患者对疾病的认知水平,加快皮损消退,降低复发率,减轻患者痛苦,提高其的生存质量。

4 参考文献

- [1] Chika Ohata, Bungo Ohyama, Eri Katayama. Real-world efficacy and safety of interleukin-17 inhibitors for psoriasis: A single-center experience [J]. The Journal of Dermatology, 2020, 47(4): 102-133.
- [2] 阙丽君, 谭玉惠, 李丽楠, 等. 银屑病病人自我效能感与生活质量的相关性研究 [J]. 护理实践与研究, 2016, 30(1): 31-34.
- [3] 张薇, 崔彩娟, 叶苓, 等. 基于IMB模型的护理干预对银屑病患者自我效能与生活质量的影响 [J]. 广西医学, 2020, 42(4): 517-521.
- [4] 孔燕. 探讨综合护理干预对红皮病型银屑病患者心理状态及生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2019, 41(5): 689-691.
- [5] 朱仕筠, 陈莲花. 心理疏导结合认知行为干预对银屑病患者疗效及生活质量的影响研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(12): 1346-1349.
- [6] 李桦, 余虹, 林惠彬. 积极主题循序心理干预法对银屑病患者体象障碍的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(1): 133-134.
- [7] 杜晓, 陈少秀, 吴艳凤, 等. 奥马哈系统在银屑病患者延续性护理的应用 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15(10): 1467-1469.
- [8] 杜文玉, 雷启蓉, 周锡平. 结构-过程-结果三维质量评价模式在银屑病延续护理中的运用效果 [J]. 临床军医杂志, 2019, 15(6): 24-26.

[2020-06-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

多维度协同护理对带状疱疹后遗神经痛患者负性情绪及疼痛状况改善的影响

朱海洋 吴芳 周玉兰

【摘要】目的 探讨多维度协同护理对带状疱疹后遗神经痛患者的负性情绪控制和疼痛改善情况的效果。

方法 选取医院 2019 年 10 月—2020 年 2 月带状疱疹后遗神经痛患者 48 例作为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,各 24 例,对照组予以常规护理,观察组予以多维度协同护理。于干预前后进行评估,比较两组患者负面情绪、疼痛情况和护理效果。**结果** 观察组患者干预后的焦虑、抑郁评分和疼痛评分低于对照组,观察组的护理有效率高于对照组,两组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。

结论 多维度协同护理能够有效缓解带状疱疹后遗神经痛患者焦虑和抑郁等负面情绪及疼痛情况。

【关键词】 多维度协同护理;带状疱疹后遗神经痛;负性情绪;疼痛

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.032

带状疱疹是在机体出现感染或免疫力低下等情况下发生的由水痘一带状疱疹病毒引发的急性皮肤病,若治疗不及时,可使得病毒在神经末梢进行持续性的遗留和损伤,从而并发产生后遗神经痛^[1]。带状疱疹本身的不适感,加之持续性的神经性疼痛感,对患者的身心造成一定的负面效应,从而出现焦虑、躁动和睡眠障碍等负性情绪,给患者的康复和生活质量带来了极大的不良影响。协同护理是在责任制护理的基础上,护士对患者进行自我照护活动指导,尽可能激发患者的潜能,并鼓励家属参与、帮助和监督的新型护理模式^[2]。“多维度协同护理”是协同护理结合患者多维度需求采取针对性护理措施,使得各维度护理发挥各自的优越性,有效提高护理质量并改善患者症状和生活质量^[3]。本研究旨在探讨多维度协同护理对带状疱疹后遗神经痛患者的负性情绪控制和疼痛改善的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 10 月—2020 年 2 月医院收治的 48 例带状疱疹后遗神经痛患者作为研究对象,纳入条件:①带状疱疹后遗神经痛诊断按照美国神经病协会制定的相关标准^[4];②年龄 ≥ 60 岁;③神智正常,交流能力和认知能力正常;④知情并同意参与本研究。排除条件:①严重心、肝、肾功能不全者;②有恶性肿瘤或免疫功能受损者;③神智障碍或近期有服用抗抑郁、抗焦虑等药物者;④不同意参与研究者。按组间基本特征匹配原则分为对照组和观

察组,各 24 例。对照组男 11 例,女 13 例;年龄 60 ~ 81 岁,平均 67.53 ± 2.79 岁;疼痛发生部位:胸背部 13 例,头面部 6 例,腰腹部 3 例,四肢 2 例。观察组男 12 例,女 12 例;年龄 61 ~ 80 岁,平均年龄 68.01 ± 2.68 岁;疼痛发生部位:胸背部 12 例,头面部 7 例,腰腹部 3 例,四肢 2 例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规临床护理。具体如下:

①当班护士对患者予以热情接待,给患者安排好干净舒适的病房;②详细评估患者疼痛情况,并记录疼痛的发作特点和持续时间等;③及时为患者上药和换药,并安抚患者的情绪;④为患者进行带状疱疹后遗神经痛的表现、病因和治疗等相关知识,纠正患者的错误认知;⑤加强带状疱疹后遗神经痛的健康宣教,指导患者按照医嘱进行用药;⑥进行饮食护理,对患者进行日常生活中的饮食注意事项指导。

1.2.2 观察组 在对照组常规临床护理的基础上,开展“身体—心理—社会”多维度协同护理。具体如下:

1.2.2.1 组建小组 在本科室选择经验丰富的高年资和高职称人员进行多维度协同护理小组组建,讨论并制订系统且科学的针对性护理方案,进行多次方案的分析和反馈及改进措施,并进行上岗前考核,考核合格后,方能参与本研究。

1.2.2.2 身体维度 ①基础护理。提供温度、湿度和光线均适宜的舒适病房环境,保证患者充足的休息,保暖护理要做到位,保持床单和被套等的清洁,患者衣物需要进行勤洗更换,对皮肤创面进行及时清理和消毒,并嘱咐患者不要搔抓皮肤以免引

起感染,若伤口存在破溃、糜烂等情况,可采用浓度适宜的硼酸溶液等抗菌液进行湿敷;若伤口已结痂,可用适量的阿昔洛韦等抗病毒软膏进行涂抹。

②严格执行无菌操作。在操作开始前,将注射操作的目的及注意事项等向患者详细解说,选择合适的健侧卧位,以无菌操作进行注射,及时清理进针处的渗血等,注射后嘱患者保持一定的体位,以助于药物吸收,整个过程观察患者的情绪变化,缓解患者焦虑和恐惧情绪,提高治疗依从性,及时发现患者的异常反应并作出相应的记录和处理。

③疼痛护理。正确评估患者疼痛情况,进行疼痛知识的宣教,鼓励患者进行及时正确的疼痛表达,使用针灸、止痛药物等个性化的疼痛缓解措施并注意副作用及时有效地对症处理,也可采用音乐疗法、注意力转移和暗示疗法等方式缓解疼痛。

④营养护理。提供科学且符合患者饮食习惯的食物,告知患者应禁忌的食物详单,可采取适当变换烹饪方法的方式来增强患者食欲,尽可能确保患者获取充足的营养物质来提高自身免疫力。

1.2.2.3 心理维度

①健康宣教。采取简单易懂并科学有效的方式对患者进行针对性的健康宣教,比如简要介绍病情、病程特点、治疗方法的选择和治疗效果,以及饮食、保暖、皮肤护理、休息和心情愉悦与疾病恢复之间的相关性等,提高患者对疾病的认知程度,并反复多次以加强效果,确保宣教效果到位,缓解患者对疾病未知的恐惧感,以提高治疗依从性。

②心理疏导。使用科学的情绪评估工具,根据评估结果给患者制订个性化的心理干预方案,鼓励患者主动诉说内心想法,允许患者进行情绪发泄,适时地给予情绪应答,也可采用音乐、视频等方式增强患者抗病信心。

1.2.2.4 社会维度

①家属。向患者家属详细解释带状疱疹后遗神经痛可能出现的心情压抑和焦躁等负性情绪,以及情绪不佳对疾病治疗的影响,指导家属给予患者更多的理解、支持和陪伴。

②社会。通过参加社区活动、举办病友座谈会或利用网络平

台等手段让患者能够找到有效的交流平台及情绪缓解点,增强其治疗信心。

1.3 评估指标

(1) 负性情绪:采用Zuang编制的各包括20项内容的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),两个量表均以50分作为分界值,50~59分为轻度焦虑或轻度抑郁,60~69分为中度焦虑或抑郁,>69分为重度焦虑或抑郁。分别于入院和出院时对患者进行评估并记录结果。

(2) 疼痛评估:包括疼痛频率、疼痛程度和对患者睡眠的影响3个方面。采用5级评定法,对应程度分为为无、轻度、中度和重度,赋予对应分值分别为0~4分,分值越高,代表疼痛越显著。

(3) 护理效果^[1]:采用长海痛尺移动标尺位置进行的视觉模拟评分法(VAS)来评估,疼痛改善率=(护理前VAS评分-护理后VAS评分)/护理前VAS评分×100%。效果评估标准:疼痛改善率<25%为无效,25%≤疼痛改善率≤48%为有效,49%≤疼痛改善率≤74%为显效,疼痛改善率≥75%为治愈,总有效率=显效+治愈。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0统计学软件处理数据。计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后负性情绪和疼痛情况比较

两组患者干预前焦虑和抑郁评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组患者的焦虑、抑郁评分和疼痛评分明显低于对照组,组间比较差异具有统计学($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者护理有效率比较

观察组的护理有效率为87.50%,对照组的护理有效率为54.17%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组患者干预前后负性情绪得分比较

组别	焦虑评分		抑郁评分		疼痛评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=24)	58.53 ± 9.78	52.18 ± 8.53	59.57 ± 9.89	51.17 ± 6.49	8.55 ± 0.75	7.11 ± 0.42
观察组 (n=24)	59.05 ± 10.11	43.12 ± 7.38	59.36 ± 10.35	42.20 ± 5.43	8.48 ± 0.67	4.51 ± 0.55
t 值	0.081	3.935	0.072	5.193	0.341	18.406
P 值	0.857	0.000	0.943	0.000	0.735	0.000

表2 两组患者护理有效率比较

组别	观察例数	无效	有效	显效	治愈	总有效率 (%)
对照组	24	3	8	5	8	54.17
观察组	24	2	3	8	13	87.50

 $\chi^2=6.454, P=0.011$ 。

3 讨论

带状疱疹后遗神经痛在 60 岁以上的带状疱疹患者中的发生率约为 65%，随着年龄增长而发生率增高、呈烧灼痛样或刀刺样或瘙痒等感觉的疼痛严重且持续时间长，不仅给患者的工作和生活带来阻碍，还经常会导致失眠、抑郁及食欲不佳等不良事件的发生，使得患者工作和生活质量明显下降^[5-6]。因此，对带状疱疹后遗神经痛患者进行积极正确临床治疗的同时，采取科学有效的护理措施，对患者的不良情绪控制和病情康复具有积极意义。

随着医疗技术的不断发展，医疗分工也越来越具体化，临床护理工作也日益精细，使得优质护理服务成为了患者关注的焦点。协同护理是在 1992 年初次提出，并随后在临床护理工作中得到广泛应用。近年来，将多维度与协同护理概念相结合的多维度协同护理，不仅将协同护理中发挥患者自我护理能力和鼓励家属帮助患者树立战胜疾病信心等优点进行了有效运用，同时也将疾病本身需要注意护理的其他维度以及发挥社会能动性等细节进行了完善，更能够改善患者负性情绪，提高治疗依从性，也能够发挥护理人员教育者、支持者和协调者的角色作用，护理人员自我满足感得到改善，工作自主性也得到了提高，实现了医患之间的共赢^[7-8]。

本研究对带状疱疹后遗神经痛患者实施多维度协同护理，结果发现：观察组患者干预后的焦虑、抑郁评分和疼痛评分低于对照组，观察组护理有效率明显高于对照组，这表明经过多维度协同护理，患者的负性情绪控制良好，疼痛状态改善效果显著，这与胡宝婵等^[9]的结果具有一致性，原因可能为^[10-11]：

①基础护理使得患者得到了舒适良好的休息，皮肤的清洁状态及妥善照护，人文关怀，疼痛时及时处理和舒缓，营养的充足保证，使得患者身心愉悦，机体免疫力得到提升，疼痛注意力发生转移，有助

于病情恢复。②从健康宣教和心理疏导着手的心理维度护理，护理人员与患者之间积极沟通，疾病相关知识能及时补充，患者内心疑惑得到了解答，恐惧不安的心理状态得到了释放，有助于患者积极乐观情绪的培养。③来自亲朋好友关怀的社会维度护理，使得患者感受到了来自亲情、友情和社会的温暖，社会归属感提升，自尊感得到了满足，心理状态也同时发生明显改变，进而提高治疗的自信心。

综上所述，多维度协同护理能够有效缓解带状疱疹后遗神经痛患者焦躁和抑郁等负面情绪及疼痛情况。

4 参考文献

- [1] 赵向琴,王丽娜.多维度协同护理对老年带状疱疹后遗神经痛患者负性情绪、疼痛的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(21):5407-5409.
- [2] 朱冉君,芦良花,李瑞玲.协同护理模式的研究进展[J].护士进修杂志,2017,32(13):1184-1185.
- [3] 吴晶,杨欣,周月.多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(5):577-581.
- [4] 韩茜,申文,张玉玲,等.全方位护理对老年带状疱疹后遗神经痛患者疼痛和生活质量的影响[J].护理实践与研究,2017,14(12):54-55.
- [5] 李玉秋,徐文英,潘南楠,等.带状疱疹后遗神经痛的危险因素分析[J].中国医药,2019,14(9):1406-1410.
- [6] 张瑜,彭生,刘佩蓉,等.知觉痛觉分析仪中不同指标对带状疱疹后遗神经痛发生预测效果的临床研究[J].贵州医药,2019,43(2):295-296.
- [7] 范菊红,郑雅宁,宋娜,等.协同护理模式的临床进展[J].智慧健康,2018,4(24):56-57.
- [8] 王平,丁萍,马冬花,等.协同护理模式临床应用的研究进展[J].护理研究,2018,32(10):1524-1527.
- [9] 胡宝婵,阙冬梅,梁国雄.老年带状疱疹后遗神经痛病人多维度协同护理效果观察[J].全科护理,2016,14(11):1114-1116.
- [10] 方容瑜.多维度协同护理对痛风性关节炎患者疼痛、负性情绪及生活质量的影响[J].包头医学院学报,2017,33(12):83-85.
- [11] 岑慧珍,凤亚勇,徐浩,等.动机性访谈对ICU清醒患者负性情绪与睡眠质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(15):46-48.

[2020-04-06 收稿]

(责任编辑 刘学英)

全面系统健康教育对女性乳腺癌相关知识认知及自检行为的影响

余丽美 史斌 全芳

【摘要】 目的 探讨全面系统健康教育对女性乳腺癌相关知识认知及自检行为的影响。**方法** 选取2017年4月—2019年4月于医院进行乳腺癌筛查的女性患者84例,按照年龄、文化程度匹配的原则分为对照组和观察组,各42例。对照组给予常规护理,观察组采用全面系统健康教育。对比两组干预前、干预6个月后的乳腺癌知识认知、自检行为依从性及乳腺癌筛查信念。**结果** 干预前两组乳腺癌知识认知比较,差异无统计学意义($P>0.05$),干预后观察组乳腺癌知识认知评分为 82.51 ± 5.47 分,高于对照组的 71.39 ± 6.38 分,差异具有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组自检行为依从率为90.48%,高于对照组的69.05%,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组感知益处、感知易感性、感知严重性、自我效能评分均高于对照组,感知障碍评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 全面系统健康教育可有效改善女性乳腺癌相关知识认知,提升自检行为依从性,并改善乳腺癌筛查信念。

【关键词】 乳腺癌;全面系统健康教育;知识认知;自检行为;筛查信念

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.033

乳腺癌早期诊断并及时实施有效治疗措施是控制或降低病死率的重要措施。乳腺癌健康检查包括自我检查、专科检查,是筛查乳腺癌患者重要手段^[1]。但多数女性缺乏疾病相关知识,加之疾病早期症状不明显,重视程度不足,易导致主动接受乳腺癌筛查意识偏低,依从性较差,影响疾病检出率^[2]。常规健康教育仅实施口头教育,忽略女性自身文化、理解差异,并偏向于单向教育,缺乏护患沟通,教育内容不具备针对性,效果不佳^[3]。而全面系统健康教育通过分析患者心理特点、理解能力,制订针对性教育方案,帮助患者获得全面、系统的护理服务^[4]。本研究旨在分析全面系统健康教育对女性乳腺癌相关知识认知及自检行为的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年4月—2019年4月于医院进行乳腺癌筛查的女性患者84例为研究对象,纳入条件:符合《乳腺癌HER2检测指南(2019版)》检查标准^[5];长期居住本地,近1年内无搬家计划;患者及家属均知情同意。排除条件:存在精神病史;其他慢性疾病;合并脑部肿瘤患者;研究过程中脱落。

本研究经医学伦理委员会审核通过。按照年龄、文化程度匹配的原则分为对照组和观察组,各42例。观察组年龄23~56岁,平均 38.75 ± 4.16 岁;文化程度:高中及以下20例,大专及以上22例。对照组年龄25~57岁,平均 39.04 ± 4.27 岁;文化程度:高中及以下18例,大专及以上24例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,包括向患者口头讲解乳腺癌基本知识,检查方式及检查过程中注意事项,并发放健康教育手册,便于患者自行学习;给予常规饮食、运动指导等。

1.2.2 观察组 给予全面系统健康教育,具体措施如下:①评估:评估患者心理状态,了解其文化水平、理解能力,根据评估结果制订针对性教育方案。②开展讲座:每月开展1次乳腺癌知识专题讲座,包括疾病原因、预防方式、危害、早期筛查的重要性、治疗现状及预后情况,重点强调积极接受乳腺检查对疾病诊断等重要作用;宣教过程运用多媒体技术,如视频播放、PPT课件等、Flash动画等播放相关知识,可进一步加深患者印象,提升学习积极性。③自我检查教育:讲解示范如何进行自我检查,强调检查过程中注意事项;提供乳房模型方便患者练习,并指导其进行自我检查,详细记录检查感受与检查时间。练习结束后评估患者方式、手法是否准确,

基金项目:上饶市科技计划项目(编号:20173CKJ13)

作者单位:334000 江西省上饶市,江西医学高等专科学校第一附属医院

指出不足,加以纠正。④建立沟通平台:建立微博、微信群、QQ群交流平台,于群内上传乳腺癌知识,引导成员积极讨论相关知识,并发表自我观点,互相分享学习知识,交流经验等;同时建立专门热线电话,为患者提供专业咨询途径。⑤健康生活习惯:了解患者生活习惯,指出其中不健康行为,引导其培养良好的饮食、睡眠、卫生等行为习惯。⑥随访:定期电话或上门随访,提醒患者做钼靶检查,但不宜过勤,注意经期前后3~5 d内禁止检查,30岁以下、妊娠期或短期内妊娠者不宜接受钼靶X线检查;若患者疑似有乳房肿块,及时就诊,接受检查、治疗。每月电话随访1次,每次20~30 min。持续随访半年。

1.3 观察指标

(1)知识认知:干预前、干预6个月后采用自行设计乳腺癌知识调查问卷评价两组知识认知水平,其Cronbach's α 系数为0.893,重测效度为0.847,包括高危因素、治疗知识、基础知识、筛查知识,满分100分,分数和认知水平呈正相关。

(2)自检行为依从性:采用自制自检行为依从性问卷评价干预后两组依从性,其Cronbach's α 系数为0.833,重测效度为0.841,包括自我检查、专科检查、钼靶筛查等,分为完全依从(主动进行自我检查,定期进行专科检查、钼靶筛查)、部分依从(主动自检,不定期专科及钼靶检查)、不依从(从不自检、专科及钼靶检查)。

(3)乳腺癌筛查信念:干预6个月后乳腺癌筛查信念问卷调查两组胃癌筛查信念得分情况,包括感知益处(3条)、感知障碍(3条)、感知易感性(2条)、感知严重性(4条)、自我效能(6条)五项18条目,

采用李克特(Likert)五级评分法,5分为非常同意,4分同意,3分中立,2分不同意,1分非常不同意,分数越高,程度越强烈^[6]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计数资料计算百分率,组间率比较采用 χ^2 检验;计量资料采用“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者知识认知评分比较

干预前两组知识认知对比,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组知识认知评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者知识认知评分比较(分)

组别	观察例数	干预前	干预6个月
对照组	42	65.74 \pm 7.12	71.39 \pm 6.38
观察组	42	67.33 \pm 6.51	82.51 \pm 5.47
t值		1.068	8.575
P值		0.289	0.000

2.2 两组自检行为依从性比较

观察组干预6个月后自检行为依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组乳腺癌筛查信念评分比较

干预6个月后观察组乳腺癌筛查信念评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表2 两组自检行为依从性比较

组别	观察例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从率(%)
观察组	42	24	14	4	90.48
对照组	42	17	12	13	69.05

$\chi^2=5.974$, $P=0.015$ 。

表3 两组乳腺癌筛查信念评分比较(分)

组别	观察例数	感知益处	感知障碍	感知易感性	感知严重性	自我效能
观察组	42	13.47 \pm 2.49	6.72 \pm 1.68	8.38 \pm 1.42	24.57 \pm 3.49	25.35 \pm 3.57
对照组	42	11.37 \pm 2.07	8.13 \pm 1.75	6.98 \pm 1.83	21.16 \pm 3.43	21.84 \pm 3.52
t值		4.203	3.767	3.917	4.384	4.537
P值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

乳腺癌是女性较为常见的恶性肿瘤之一,具有较高的发病率和病死率,近年来,随着生活压力的增高,年轻女性发病率逐渐上升,对女性身心健康产生严重影响。目前乳腺癌医疗技术水平的进步可有效降低病死率,但疾病确诊后仍会加重患者心理压力,影响日常生活^[7-8]。在无症状女性人群中筛查乳腺癌,是提升疾病检出率的重要措施,而我国乳腺癌筛查规模较小,常规防癌健康教育内容单一,形式化严重,加之部分女性缺乏乳腺癌认知,自检手法不正确,导致参与检查行为较被动,影响疾病发现率。

全面系统健康教育主要通过社会心理学向患者解释健康行为,帮助患者养成健康生活习惯,提升疾病知识认知,以促进自我检查^[9]。本研究结果显示,观察组乳腺癌知识认知评分高于对照组,自检行为依从性高于对照组,乳腺癌筛查信念评分高于对照组,表明全面系统健康教育有利于提升女性乳腺癌知识认知和筛查信念,并改善自检行为依从性。蒋燕等^[10]研究结果表明,给予妇女健康教育干预,可提升其乳腺癌知识认知,增强筛查信念,改善自检行为,与本研究结果基本相一致。健康教育以患者“知信行”三级目标为理论依据,以此作为衡量实施效果,相关研究指出,指导患者学习健康知识、培养健康行为、建立健康信念,以缓解其心理压力^[11-12]。随着基层卫生服务不断完善,我国女性健康亦获得一定保障,本研究实施的教育方案以患者为中心,注重改变患者行为、信念、认知,强调“知信行”的统一。健康行为的养成以知识为基础,信念为动力,而人的行为会受到心理、社会等影响,打破“知信行”的统一,因此运用全面系统的健康教育分析影响女性健康行为的不良因素,帮助其纠正错误行为,树立正确信念,从而积极主动自我检查。此外,全面系统健康教育实施过程中,护理人员利用讲课、沟通等方式满足患者认知需求,提升乳腺癌相关知识认知度;同时帮助其培养健康行为,树立正确信念,从而提升乳腺癌筛查信念,改善自检行为。

综上所述,全面系统健康教育可提高女性乳腺癌知识认知,改善自检依从性,树立正确乳腺癌筛查信念。

4 参考文献

- [1] 毕晓峰,王仲照,宣立学.基层乳腺癌筛查应注意的几个问题[J].中华全科医师杂志,2017,16(12):907-910.
- [2] 陈正红,王凤霞,胡成文.微信平台在乳腺癌术后延伸护理中的应用[J].安徽医药,2019,23(7):1411-1414.
- [3] 郑惠芳,毛静飞,俞怡,等.团队信息化管理在舟山地区乳腺癌术后患者中的应用效果[J].护士进修杂志,2019,34(13):1210-1213.
- [4] 余兴艳,毕娜,刘宁,等.“知信行”模式在脊柱结核术后患者健康教育中的应用[J].中国防痨杂志,2017,39(12):1313-1317.
- [5] 《乳腺癌HER2检测指南(2019版)》编写组.乳腺癌HER2检测指南(2019版)[J].中华病理学杂志,2019,48(3):169-175.
- [6] 杨蓉,高学农.基于CiteSpace IV的健康信念模式研究热点的可视化分析[J].护理研究,2018,32(14):2237-2241.
- [7] 徐洪霞,谭平,龙文秀,等.人文关怀护理和心理干预对乳腺癌患者不良心理及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(7):844-846.
- [8] 张耀晴,胡金华,艾瑞华,等.乳腺癌规范化治疗的城乡调查分析[J].现代医院,2016,16(2):310-312.
- [9] 朱海燕,许凤波.健康教育的模式对乳腺癌术后功能锻炼及生活质量的影响[J].中国药物与临床,2019,19(12):2101-2103.
- [10] 蒋燕,张会敏,郭兰青,等.格林模式在社区妇女乳腺癌筛查健康教育中的应用[J].护理研究,2019,33(18):3264-3266.
- [11] 李淑芳.“知信行”健康教育对根管治疗患者心理健康状况及应对方式的影响[J].医学临床研究,2018,35(7):1455-1484.
- [12] 林晓婷,杜艳芬.知信行健康教育对髋关节置换术患者疾病认知及训练依从性的影响[J].医学临床研究,2018,35(8):1661-1662.

[2020-02-27 收稿]

(责任编辑 陈景景)

罗森塔尔效应护理干预对恶性淋巴瘤化疗患者心理弹性及不良反应的影响

鄢舞玲 卢淑晶

【摘要】 目的 探讨罗森塔尔效应护理干预对恶性淋巴瘤化疗患者心理弹性、不良反应的影响。**方法** 选取2018年6月—2019年7月中山大学肿瘤防治中心90例恶性淋巴瘤患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的方法分为干预组和对照组,每组45例,对照组接受常规护理,干预组在对照组的基础上实施罗森塔尔效应护理干预,统计两组患者心理弹性水平、不良反应发生率并进行比较分析。**结果** 实施罗森塔尔效应护理干预后,干预组患者心理弹性各维度均明显高于对照组($P<0.05$);干预组患者化疗不良反应发生率为6.89%,对照组为28.89%,干预组化疗不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 将罗森塔尔效应护理干预应用于恶性淋巴瘤化疗患者中,可明显提升患者的心理弹性,有助于保持患者的心理健康,降低不良反应发生率,从而提高患者的生活质量。

【关键词】 罗森塔尔效应; 护理干预; 恶性淋巴瘤; 心理弹性; 不良反应; 生活质量

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.034

恶性淋巴瘤(ML)是一组起源于淋巴造血系统的恶性肿瘤的总称,临床表现为无痛性淋巴结肿大,全身组织器官均可受累,分为霍金奇淋巴瘤(HL)和非霍金奇淋巴瘤(NHL)两类^[1-2]。目前,ML的治疗方法包含化疗、放疗、造血干细胞移植等,其中化疗是ML的重要治疗方法,临床多采用联合化疗方案,结合靶向药物及生物制剂,可明显提高ML患者的生存率^[3-4]。但肿瘤本身及诊治过程对患者而言均是强烈刺激源,患者身心压力巨大,严重影响治疗依从性、治疗效果^[5]。心理弹性是积极心理学的概念,指个体面对困难、创伤及逆境等应激事件时的适应与应对过程,可以反映个体应对压力的心理及行为状态,与生活质量具有明显相关性^[6]。罗森塔尔效应又称期待效应,通过赞美、信任与期待等心理暗示,帮助患者获得积极向上的动力;通过改变自身行为,从而改善患者预后^[7]。冷蓉蓉等^[8]将罗森塔尔效应护理应用于原发性中枢神经系统淋巴瘤患者中发现,其可明显降低化疗不良反应发生率,有助于提升临床疗效、患者护理满意度。基于此,本研究将其应用于中山大学肿瘤防治中心恶性淋巴瘤化疗患者中,探究其对患者心理弹性、不良反应的改善效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年7月中山大学肿瘤

防治中心90例恶性淋巴瘤患者作为研究对象,纳入条件:经影像学及病理检查确诊为恶性淋巴瘤;拟行化学治疗,预计生存期>6个月;具备正常沟通交流能力;排除条件:伴有精神障碍或认知障碍、其他恶性肿瘤疾病的患者;伴有严重心、肝及肾等器官疾病;中途停止治疗。按照组间基本特征具有可比性的方法分为干预组和对照组,每组45例。干预组男27例,女18例;年龄23~65岁,平均 54.98 ± 6.34 岁;病理类型:霍金奇淋巴瘤9例,非霍金奇淋巴瘤36例;TNM分期:I期6例,II期10例,III期17例,IV期12例。对照组中男29例,女16例;年龄22~65岁,平均 55.27 ± 7.61 岁;病理类型:霍金奇淋巴瘤8例,非霍金奇淋巴瘤37例;TNM分期:I期5例,II期9例,III期18例,IV期13例。患者及其家属知情本研究,并签订知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 接受健康宣教、心理护理、用药护理、并发症护理、饮食指导、出院指导等常规护理;病房内悬挂或张贴鼓励性标语及图片,营造积极向上的病房氛围,了解患者及家属的情绪状态与实际需求,尽量予以满足。

1.2.2 干预组 在此基础上实施罗森塔尔效应护理干预,具体措施如下:

(1) 组建多学科护理干预小组:成员包含血液科主任医师、心理咨询师、护士长及专科护士,由护士长担任小组长,邀请相关专家对小组成员进行罗森塔尔效应概念、原理、操作方法及注意事项等

系统培训,确保所有成员熟练掌握相关理论知识与操作技巧;召开小组会,查阅国内外相关文献,结合临床实际,按照化疗前后确定护理干预方案、内容及责任分工。

(2)化疗前:①患者入院后,对其性别、年龄、文化程度、性格/喜好、病情、症状等进行综合评估,建立个体化健康档案;采取责任制管理制度,每名责任护士负责3~4个床位,对于病情较重、护理难度或风险较大的患者配置高年资责任护士,动态记录患者的病情变化,及时发现病情变化。②讲解恶性淋巴瘤发病机制、症状、诊断、治疗、预后、罗森塔尔效应理论等相关知识,引导患者积极配合治疗,强调保持良好心态的重要性。③结合患者文化程度、性格/喜好、理解能力,采用通俗易懂的语言、视频、PPT等方式,讲解心理因素与疾病转归的关系,指导患者学会正确表达自身情绪,如:采用病情日记、转移注意力、自我放松、阅读励志文章等方法,调整自身心态,表达自身情绪。

(3)化疗后:①将10~15例患者分为一组,定期开展专题讲座与小组交流活动,讲解身心健康相关知识,引导患者讲述自身患病经历、治疗经历、心路历程等情况,鼓励患者自我正性评价,或者干预小组及其他患者予以正性评价。尽量邀请患者家属共同参与,若无法现场参与,采取录制语音或短视频、写信的形式,引导患者回顾过往经历中富有积极意义的事件或情景,指导患者有意识地扩大其中蕴含的积极意义,还可邀请表现较为积极的患者分享自身情绪应对技巧与心得,引导其他患者进行开放式讨论。②密切观察患者有无化疗不良反应,告知患者及家属化疗药物作用机制、常见不良反应观察与应对方法;定期评估患者心理状态,采用六步标准沟通流程(CICARE)^[9]主动拉近与患者的距离,为患者创造良好的情绪宣泄氛围,通过“您觉得当前存在什么问题;您有信心坚持治疗吗、为什么;有哪些人给予了您什么样的支持与帮助”等问题引导患者反思,耐心倾听患者的诉说,不打断患者的表述,充分理解患者的感受,适时通过心理暗示、肢体语言等给予情感支持;指导患者通过手工制作、学习唱歌等方法获得成功体验,鼓励患者主动向他人分享成功过程与体验,引导患者以这些成功体验对未来生活进行想象与自我肯定,如“我能做到某一目标、我能做得更好、我会成为家人/朋友的骄傲”等。③建立沟通微信群、QQ群等交流平台。邀请患者及其家属及相关医护人员加入,定期在群内推送恶性淋巴瘤疾病、化疗、不良反应、

生活习惯、心理疏导等相关知识,设立24 h咨询热线,随时予以专业指导。

1.3 观察指标

(1)心理弹性水平:采用心理弹性量表(CD-RISC)^[9]评估,量表包含心理坚韧性、心理力量性及心理乐观性3个维度、25个条目,采用0~4分评分法,分别代表从来不(0分)至一直如此(4分),量表总分100分。得分越高,表明心理弹性水平越好。

(2)骨髓抑制、口腔溃疡、胃肠道不适、肝肾功能受损等不良反应发生率。

1.4 统计学处理

使用SPSS 22.0统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率比较行两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理弹性评分比较

实施罗森塔尔效应护理干预后,干预组患者心理弹性各维度均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者心理弹性评分比较

组别	例数	坚韧性	力量性	乐观性
干预组	45	37.51±4.36	31.94±5.47	14.28±3.65
对照组	45	34.46±5.79	29.18±4.93	12.74±2.58
t 值		2.823	2.514	2.311
P 值		0.006	0.014	0.021

2.2 两组化疗不良反应发生率比较

实施罗森塔尔效应护理干预后,干预组化疗不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组化疗不良反应发生率比较

组别	例数	骨髓抑制	口腔溃疡	胃肠道不适	肝肾功能受损	发生率(%)
干预组	45	1	0	2	1	6.89
对照组	45	3	4	4	2	28.89

$\chi^2=5.874$, $P=0.015$ 。

3 讨论

近年来,受人口老龄化加快、生活习惯改变、环境污染加剧等因素影响,恶性淋巴瘤发病率逐年增加^[10]。随着医学水平的不断提升,早期霍奇金淋巴瘤的5年生存率可达到90%以上,但仍有一定复发率与致死率^[11]。恶性淋巴瘤患者的焦虑与抑郁情绪发生率较高,患者普遍存在不同程度的心理问题,加之化疗药物的毒副作用会引起一系列不良反应,进一步加重患者的负性情绪,不利于患者预后的改善。

相关研究指出^[12],接受更舒适、优质的人性化服务是患者及家属迫切需要的,临床越来越重视患者的心理健康。现阶段,对于癌症患者心理弹性的研究取得一定进展,如正念疗法、认知行为疗法、关注和解释疗法等,均获得理想应用效果,可明显提升患者的心理弹性水平,有助于缓解负性情绪,预防不良反应的发生,从而对改善患者预后起到积极促进作用^[13]。罗森塔尔效应又称“皮格马利翁效应”,是由美国著名心理学家罗森塔尔提出的一种期望效应理论,赞美、信任及期待等心理暗示,使患者变得自尊、自信,获得积极向上的动力^[14]。本研究以罗森塔尔效应理论为指导,实施综合评估、责任制管理、营养积极病房环境、访谈等干预措施,动态评估护理风险,深入了解、分析患者及其家属的实际需求,根据结果给予针对性宣教与指导,提升患者对疾病与化疗的认知,使患者形成正确认知,充分意识到自身情绪与疾病转归的关系,改善情绪管理行为。化疗开始后,专题讲座与小组交流活动加深了患者对身心健康知识的掌握,帮助患者获得归属感与情感支持,为患者创造良好的情绪宣泄氛围,引导患者观察、记录及观察自身情绪状态,发现自身存在的问题,积极进行自我调节,以良好心态面对疾病与化疗,从而预防或缓解化疗相关不良反应。结果显示,实施罗森塔尔效应护理干预后,干预组患者心理弹性各维度均明显高于对照组($P<0.05$);干预组患者化疗不良反应发生率明显低于对照组($P<0.05$)。

总之,将罗森塔尔效应护理干预应用于恶性淋巴瘤化疗患者,可明显提升患者的心理弹性,有助

于改善患者的心理健康,降低不良反应发生率,从而提高患者的生活质量。

4 参考文献

- [1] 张维骏,刘润兰,崔长虹.《辨证奇闻》消串丹加减治疗淋巴瘤的临证经验[J].世界中西医结合杂志,2019,14(2):11-14.
- [2] 王丽.头颈部恶性淋巴瘤的研究进展[J].重庆医学,2019,48(1):131-133,137.
- [3] 黄玲,陈林杰,江新苗.2019年恶性淋巴瘤研究新进展[J].循证医学,2020,20(1):21-28.
- [4] 梁仁拔.他汀类药物在恶性肿瘤治疗中应用的进展[J].中华实用诊断与治疗杂志,2018,32(5):515-517.
- [5] 郭生梅.系统性健康教育对恶性肿瘤化疗患者治疗依从性的影响[J].中国健康教育,2018,34(11):1042-1045.
- [6] 王磊,康凯,朱玲丽.肝缺血再灌注损伤患者ICU相关记忆、反刍思维和心理弹性与创伤后应激障碍相关性研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(11):801-807.
- [7] 章思思,谢文瑶.基于罗森塔尔效应的心理护理对疑似新型冠状病毒肺炎患者负性情绪的影响[J].护理学杂志,2020,35(9):24-26.
- [8] 冷蓉蓉,黄琳,董丽.责任制管理合罗森塔尔效应护理对原发性中枢神经系统淋巴瘤患者化疗不良反应及满意度的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(1):111-114.
- [9] 王华庆,姜文奇,石远凯.《中国肿瘤临床》文章荐读:长春碱类药物治疗恶性淋巴瘤中国专家共识[J].中国肿瘤临床,2018,44(05):417-417.
- [10] 苏文佳,王树叶.霍奇金淋巴瘤诊疗进展[J].肿瘤研究与临床,2019,31(3):213-216.
- [11] 孙舒君,朱莉萍.恶性淋巴瘤患者焦虑和抑郁情绪的调查及干预对策[J].解放军预防医学杂志,2019,37(5):177-178.
- [12] 简会琴,寿黎红,方适.个体化心理护理在非霍奇金淋巴瘤化疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(24):3379-3381.
- [13] 徐蕾,张群芳.人文关怀在癌症患者中的应用体会[J].实用临床医药杂志,2018,22(16):23-25.
- [14] 吴小婷.癌症患者心理弹性干预的研究进展[J].中华护理杂志,2017,52(3):316-320.

[2021-01-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩对鼻咽癌放疗患者张口程度及口腔黏膜反应的影响

王聚花 李媛媛

【摘要】 目的 探究瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩对鼻咽癌放疗患者张口困难程度及口腔黏膜反应的影响。**方法** 选择本院2018年1月—2019年10月收治的鼻咽癌放疗患者100例,按照组间基本特征具有可比性的原则等分为对照组和观察组,每组50例。对照组采取常规护理,观察组在常规护理基础上加以瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩,比较两组张口困难程度及口腔黏膜反应。**结果** 干预后,观察组张口困难程度评级低于对照组,口腔黏膜反应评级低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩在鼻咽癌放疗患者中的应用,能缓解张口困难及口腔黏膜反应。

【关键词】 穴位按摩;鼻咽癌;放疗;张口困难;口腔黏膜反应

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.035

鼻咽癌是一种发生于鼻咽部及其侧壁的常见恶性肿瘤,国家癌症中心发布数据显示^[1],我国鼻咽癌发病率位居头颈部肿瘤首位,男女发病比例约为2.5:1,多发于40~50岁人群,且超过90%的鼻咽癌发生与EB病毒有关。临床治疗鼻咽癌所采取措施包括放疗、化疗、手术治疗等,其中放疗是鼻咽癌首选根治性治疗手段,该治疗模式下患者5年生存率超过80%^[2]。临床观察发现^[3],鼻咽癌放疗时,因放射线选择性差,导致正常细胞、颞颌关节受损,易引起张口困难、口腔黏膜反应、口干口苦等不良反应。为此,本研究在鼻咽癌放疗患者中应用瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩,探究其对患者张口困难程度及口腔黏膜反应的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择本院2018年1月—2019年10月收治的鼻咽癌放疗患者100例,纳入标准:符合鼻咽癌临床诊断标准,且通过头颅MRI等检查确诊;首次接受放疗,且预计生存期大于1年;未曾行手术治疗或化疗;入组卡氏功能状态评分大于70分。排除标准:出现远处转移;妊娠期或哺乳期妇女;放疗前有口腔疾病;存在脏器功能异常或严重感染;放疗不耐受。按照组间基本特征具有可比性的原则等分为观察组与对照组。对照组50例,男37例,女13例;平均年龄 50.13 ± 4.26 岁;TNM分期:Ⅲ期24例,Ⅳa期26例;分化程度:低分化25例,中分化12

例,高分化13例。观察组50例,男38例,女12例;年龄 50.56 ± 4.11 岁;TNM分期:Ⅲ期26例,Ⅳa期24例;分化程度:低分化23例,中分化14例,高分化13例。本研究经医院伦理委员会审核批准,患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 护理干预方法

1.2.1 对照组 采取常规护理,包括鼻咽癌放疗健康教育、口腔清洁护理、药物镇痛;选取乌梅20g、甘草10g,将其放入500ml开水中浸泡,待水温降至常温后备用,取 $2\text{cm} \times 1.5\text{cm} \times 2\text{cm}$ 规格的冰盘,将清喉乌梅溶液倒入冰盘冰冻,成型后取出冲洗至无棱角后放入冰箱备用。(2)清喉乌梅冰块使用。放疗后1个月内,分别于患者每日三餐前后及睡前使用凉开水漱口,而后取清喉乌梅冰块口含,每次含漱5~8 min,每天4次。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上加以瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩,具体如下:

1.2.2.1 瑜伽功能操 ①眼部功能锻炼:指导患者端坐椅上,保持腰背部挺直,放松双肩,双手拇指并拢、四指握紧、双臂前伸,缓慢屈肘使拇指靠近眼部,双眼紧盯拇指,而后缓慢前伸手臂,反复3次后落手;眼球转向眉心,视线转向鼻尖方向,眼球先左转后右转,眼球顺时针转3圈,逆时针转3圈,以缓解眼干眼涩眼疲劳,每天3次,每次8~10 min。②鼻部按摩清洁:指导患者右手拇指、示指置于睛明穴,沿鼻梁缓慢下提拉、揉捏,至鼻尖素髌穴,轻力度按摩3~5次;两手示指、中指分置鼻两侧迎香穴按压,沿鼻梁方向向上按摩、提拉,至两侧攒竹穴后停留并按压,沿两侧眉弓向太阳穴按压,每穴位3~5次,配合鼻腔冲洗,每天

1次。③耳部功能按摩：以双手示指、中指分置耳廓前后2侧夹住双耳，慢速向上提拉、捏揉3~5次；以拇指、示指夹耳廓，自上至下慢速向外提拉、按摩，至双耳产生热感，后双掌心互搓至热，覆盖双耳，重复3~5次。④口腔功能锻炼：指导患者上下齿相互叩击，以舌舐舐内外牙龈3~5圈，每天2次，每次50下；闭合口唇并鼓气，促使颊部呈半球形，约10s；而后吸纳两侧颊部以呈凹陷状，约10s，并以指腹按摩两腮、颞颌关节，每天3次，每次10~20min；选取细端直径3.2cm、粗端3.8cm的软木塞，将木塞放入两排门齿间练习咬合动作，每天2次，每次练习20min^[4-5]。⑤颈部功能锻炼：呼气配合下巴上、下慢速运动，以拉伸颈部前后侧肌群，吸气时回正头部，每次3~5组；呼气配合左、右缓慢转头，以拉伸颈部左、右侧肌群，吸气时回正头部，每次3~5组；呼气配合下巴带动头部向左、右肩转动，以拉伸左右侧胸锁乳突肌，吸气时回正头部，每次3~5组。⑥肩部功能锻炼：取坐位，双手侧平举与肩同高、掌心向下，拇指内、外旋，各3~5次；双手前平举，掌心朝上，屈肘以十指触摸肩峰，肘触于胸前，吸气配合双肘向上、后打开，手背触于脑后，双手慢速向下、前，肘于胸前相触，重复3~5圈^[6-7]。

1.2.2.2 热敷与穴位按摩

①颞颌关节热敷：取三七、当归、冰片及地龙各12g，放入纱袋后入锅加水煎煮1h；选取2块纱布垫放入杯中，倒入煮沸的汤剂50ml浸泡1~3min，待纱布完全吸收药液后，取出轻拧至无液体滴下，放置患者颞颌关节处，并加薄膜覆盖以保持药垫温度（39℃~45℃），每天2次，每次20~30min^[8]。②面部穴位按摩：选地仓、承浆穴、大迎、下关、颊车等穴位，基于拇指、示指、中指指腹对

所选穴位实施按压、旋揉、推拿，以产生酸、麻、胀感为宜，每次10~20min，每次每穴位1~2min，每天3次^[9-11]。

1.3 评价指标

护理干预后2周，比较以下指标：

（1）张口困难程度：参照主客观处理分析（SOMA）标准评价进行等级评价，包括4级：Ⅰ级，张口受到限制，门齿距为2.1~3.0cm；Ⅱ级，进食干食存在困难，且门齿距为1.1~2.0cm；Ⅲ级，进食软食存在困难，且门齿距0.5~1.0cm；Ⅳ级，难以实现进食，以鼻饲营养为主，且门齿距<0.5cm，评价级别越高，则患者张口越困难^[12]。

（2）口腔黏膜反应：参照RTOG分级标准进行评价，包括5个级别：0级，放射治疗下患者口腔黏膜无反应；1级，伴有轻度可忍受疼痛，无需采取药物治疗；2级，出现片状黏膜炎，且伴有明显痛感，需服用止痛药；3级，出现纤维型剥落炎，且伴有强烈疼痛，需实施麻药干预；4级，口腔出血、口腔溃疡或组织坏死，评价级别越高，则口腔状况越差^[13]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据处理，等级资料比较采用两独立样本的Wilcoxon秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组张口困难程度比较

护理干预后，观察组张口困难程度评级低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

2.2 两组口腔黏膜反应比较

护理干预后，观察组口腔黏膜反应评级低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

表1 两组张口困难程度比较

组别	例数	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级
对照组	50	11	11	14	14
观察组	50	18	15	12	5

秩和检验： $u=2.426$ ， $P=0.015$ 。

表2 两组口腔黏膜反应比较

组别	例数	0级	1级	2级	3级	4级
对照组	50	9	12	11	12	6
观察组	50	15	17	10	8	0

秩和检验： $u=2.540$ ， $P=0.011$ 。

3 讨论

同步放化疗方案在鼻咽癌临床治疗中应用广泛,且疗效确切,但放疗致使患者颈部肌群、口腔黏膜及周围组织伴有放射性损伤,约80%的鼻咽癌放疗患者伴有颈部肌肉纤维化的相关并发症,其中放射性口腔黏膜炎发生率为46%~78.1%^[14],严重影响患者预后及生活质量。

本文在鼻咽癌放疗患者中应用瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩,结果显示,观察组张口困难程度评级低、口腔黏膜反应评级均低于对照组($P<0.05$)。利用瑜伽功能操进行眼部功能锻炼,能起到活动眼球、放松双眼、促进泪腺分泌泪液、滋润眼球、缓解眼部不适的作用;按压睛明穴、素髎穴、攒竹穴及太阳穴,可促进鼻部分泌物排除,配合鼻腔冲洗可改善清洁效果;按摩耳廓,能促进耳部血液循环,保持鼓室内外压力平衡,以缓解耳部不适;叩齿、鼓腮及张口运动等康复锻炼,能促进颞颌关节及面部颈部肌肉组织运动,缓解关节及肌肉僵直硬化,预防肌肉纤维化,有助于关节功能恢复;颈肩部锻炼能促进血液循环,通经活络,缓解颈部肌肉纤维化,预防翼状肩的形成。口含清喉乌梅冰块,其中的甘草有清热解毒功效,乌梅含有枸橼酸等物质,有广谱抗菌功效,能有效抑制口腔细菌繁殖生长,刺激味觉反射,促进唾液腺分泌,有助于缓解口干;口含冰块还能促进口腔黏膜血管收缩,缓解口腔黏膜组织、损伤。三七有化瘀止血、活血定痛功效,当归有补血活血作用,冰片有清热解毒功效,地龙有清热通络功效,上述药物热敷颞颌关节,能促使药品有效成分直达病变位置深处,热力透皮吸收可促进药效发挥,达到疏通经络、化淤止痛效果,有助于缓解张口困难。对地仓、大迎、下关、颊车等穴位按、揉、拿,能疏通经络、促进气血运行,缓解面部痉挛、僵化,缓解张口困难症状^[15]。

综上所述,瑜伽功能操联合热敷与穴位按摩在鼻咽癌放疗患者中的应用,能缓解张口困难及口腔黏膜反应。

4 参考文献

[1] 唐珂,汪志成,童克家,等.银黄利咽汤对鼻咽癌放化

疗相关口腔黏膜炎的防治效果[J].中国医药导报,2019,16(26):109-112.

- [2] 任小萍,杨金丽,蒋雪薇.鼻咽癌放疗患者张口功能锻炼研究进展[J].护理实践与研究,2017,14(12):24-26.
- [3] 王志祥,石彧,冯献斌,等.中医凉血生津法防治鼻咽癌放疗后口腔黏膜损伤疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(33):3691-3693.
- [4] 周舒畅,王建华,宫晨,等.系统性康复训练对鼻咽癌放疗后吞咽困难及张口受限的作用研究[J].中国康复,2018,33(5):490-492.
- [5] 吴盖珍,邓丽芳,黄春柳.鼻咽癌放疗患者进行张口锻炼自我管理的护理效果[J].护理实践与研究,2018,15(7):85-86.
- [6] 胡绍毅,宫海燕,赵甜,等.张口训练操对鼻咽癌患者放疗后功能锻炼的效果[J].重庆医学,2019,48(10):1800,封3.
- [7] 吕雯雯,朱丽婵,李卫阳,等.全程系统康复训练模式对鼻咽癌放疗患者张口困难的影响[J].中国药物与临床,2019,19(21):3789-3790.
- [8] 洪杰,王欣.中药热敷治疗鼻咽癌放化疗张口困难的护理[J].内蒙古中医药,2017,36(7):173.
- [9] 余冰倩,马华安.陈国丰运用中医药干预鼻咽癌放疗后毒副反应的经验探析[J].江苏中医药,2019,51(6):28-30.
- [10] 徐莹,顾平平,从爱华.绿茶冰块含化预防鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎的效果观察[J].中华现代护理杂志,2019,25(33):4387-4391.
- [11] 黄菊红.清喉乌梅冰块对鼻咽癌患者放疗结束后口干不良反应的影响[J].护理实践与研究,2019,16(14):120-121.
- [12] 连丽钦,王燕青.鼻咽癌患者放疗后张口困难干预研究进展[J].护理学报,2017,24(2):24-27.
- [13] 杜家宜,宋君利,郑爱荣,等.中医辨证护理干预对预防鼻咽癌放疗后口腔感染的影响[J].四川中医,2018,36(6):208-210.
- [14] 李凤,周敏卿,陈菲菲.品管圈活动在鼻咽癌患者放疗后张口受限护理中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(11):94-96.
- [15] 李娜.早期示范性教育联合功能训练对鼻咽癌放疗后影响[J].护理实践与研究,2019,16(16):103-104.

[2021-04-26 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

肠道功能训练联合排便训练预防颅脑损伤术后便秘及对肠道菌群的改善作用

洪璐

【摘要】目的 探究肠道功能训练联合排便训练用于预防颅脑损伤术后便秘,以及对肠道菌群的改善作用。**方法** 选取2018年9月—2020年7月颅脑损伤手术治疗患者94例为研究对象,按照性别、年龄、颅脑损伤部位匹配的原则分为对照组和观察组,每组47例。对照组采用常规术后护理,观察组在对照组基础上进行肠道功能训练结合排便训练。比较两组患者术后便秘、灌肠情况,以及肠道菌群水平和生活质量。**结果** 观察组术后便秘次数、便秘发生率、灌肠剂应用次数及灌肠率均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组双歧杆菌、乳酸杆菌高于对照组,肠球菌、大肠杆菌水平低于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$);观察组生理、社会心理、担忧度、满意度及PAC-QOL量表总分均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 肠道功能结合排便训练应用于颅脑损伤术后患者中,可有效预防便秘发生,减少灌肠频次,促进术后肠道菌群恢复,提高患者生活质量。

【关键词】 肠道功能训练;排便训练;颅脑损伤;便秘;肠道菌群

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.036

便秘是颅脑损伤术后患者的常见并发症之一,据统计,有超过75%以上颅脑损伤术后患者会发生便秘^[1]。便秘虽不伴随胃肠道的器质性病变,但其存在会持续影响患者的营养摄入及肠道菌群的稳定性,并减弱肠道的屏障作用,进而影响疾病治疗预后、增加治疗费用、延长住院时间。有研究显示^[2],便秘史、最低收缩压、使用镇静麻醉药、使用升压药、机械通气(MV)天数和格拉斯哥(GCS)评分是便秘发生的风险预测因素。便秘不仅增加患者的身心痛苦,用力排便还可引起血压升高,加大颅内压增高的风险,进一步加重脑损害;另外,还增加毒素透过血脑屏障风险,诱发脑水肿及继发性脑损伤^[3]。一般采用缓泻剂、通便剂、灌肠等治疗方式,因个体差异,部分患者顽固性便秘效果欠佳^[4]。肠道功能训练联合排便训练引导患者行腹式呼吸,下肢抬高等,逐步促进术后早期排便,重塑排便的条件反射^[5]。据此,本研究将肠道功能训练结合排便训练应用于此类术后便秘患者,临床效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年9月—2020年7月颅脑损伤手术

治疗患者94例为研究对象,按照性别、年龄、颅脑损伤部位匹配的原则分为对照组和观察组,每组47例。本研究符合《赫尔辛基宣言》的医学伦理标准,经本院医学伦理委员会审议并通过。纳入条件:存在急性硬膜外血肿、硬膜下血肿、急性脑内血肿和脑挫裂伤等急性颅脑损伤手术指征,GCS评分6~8分^[6];行去骨瓣减压手术、血肿清除术、开颅手术等神经外科颅脑手术治疗;术后生命体征平稳;术后卧床时间 ≥ 15 d;意识恢复时间处于术后7 d内。剔除条件:术后无法配合完成简单动作者;存在意识或精神障碍患者;伴发严重肝、肾、肺等重要脏器损伤者;伴发结直肠器质性或功能性疾病患者;伴发药物导致便秘患者。对照组中男35例,女12例;年龄20~70岁,平均 56.42 ± 4.56 岁;颅内出血12例,硬膜下血肿伴脑挫伤24例,颅底骨折6例,蛛网膜下腔出血5例;术后1~3 d清醒24例,术后4~7 d清醒23例。观察组中男36例,女11例;年龄20~70岁,平均 57.36 ± 4.72 岁;颅内出血13例,硬膜下血肿伴脑挫伤23例,颅底骨折6例,蛛网膜下腔出血5例;术后1~3 d清醒23例,术后4~7 d清醒24例。两组患者上述因素比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予常规干预,即入院初期为患者或家属讲解术后可能出现的便秘对疾病康复的不

良影响。患者清醒状态下,增强患者主动排便意识,指导其床上应用便盆排便,避免排便过度用力。饮食中适当补充新鲜蔬菜和水果,增加水分及食物纤维素摄入,术后定时翻身、进行腰背部及腹部按摩等避免术后便秘发生,干预时间为 28 d。

1.2.2 观察组 患者生命体征平稳且术后意识清楚 24 h 后在对照组基础上进行肠道功能训练结合排便训练。

1.2.2.1 肠道功能训练 ①首先取平卧位,指导患者腹式呼吸 15 次,吸气过程中胸部保持不动,用鼻吸入气体,尽量让腹部鼓起,呼气时用口呼出,收缩腹部,缓慢呼吸以维持胸廓最小活动幅度。②腹式呼吸结束后取仰卧位,双膝屈曲,放松腹部下行穴位按摩,护理人员将双手叠放,左手在下置于患者的右下腹部,用大鱼际和掌跟力量,对升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠等腹部体表投射区域进行顺时针按摩,各 10 次,按摩力度以患者腹部下陷 1 cm 且无不适为原则。③取天枢、中脘穴、三阴交、内关、人中加以针灸治疗,留针各 3 min。④下肢训练。协助患者行高抬下肢 10 次,伸直下肢并抬高至距离床面 35 cm 处,维持抬高下肢姿势 10 s 后缓慢放下,双腿交叉进行。⑤下肢训练结束后嘱患者改为侧卧位,对患者脊柱、骶尾部加以按摩,用双手拇指及示指对机体腰椎两侧皮肤和肌肉一同夹起,应用示指和中指在前,拇指在后向前(颈部)推,自下而上缓慢提捏 2 次,将双手拇指横向、纵向牵拉机体肛周括约肌 15 次,抬高床头 30°,嘱患者进行盆底肌力训练,双膝屈曲微分,轻抬臀部,引导患者行缩肛提肛,一松一提,训练 10 次。

1.2.2.2 床上排便训练 肠道功能锻炼后进行床上排便训练。为患者备妥床上训练的便盆,由护士从旁协助,训练时间为患者早餐后 1 h 进行,无论患者有无便意均进行模拟排便训练,引导患者集中注意力,吸气时缩肛门,形成盆底上提感觉,持续收缩 5 s 左右,呼气时放松,训练时间为 5 min。训练过程中,医护人员主动询问患者有无头疼、恶心、呕吐等不适症状,1 次/d,干预时间为 28 d。

1.3 观察指标

1.3.1 术后便秘、灌肠发生情况 干预后 7 d,收集患者术后发生便秘次数、便秘例数、灌肠剂应用次数、灌肠剂应用例数。便秘的评判标准为排便困难、排便次数减少、存在排便不尽感且排便间隔时间 >48 h。灌肠剂应用标准,患者出现便秘后,给予甘油灌肠剂 2~4 支,肛门注入,如可顺利排便,记录甘油灌肠剂应用次数。通过便秘例数及灌肠剂应用例数计算便秘发生率及灌肠率。

1.3.2 肠道菌群 术后 28 d 收集患者晨起的新鲜粪便,取 0.5 g 粪便样本接种于无菌的培养基,收集肠道双歧杆菌、乳杆菌、大肠杆菌及肠球菌在培养基上的表达水平,统计双歧杆菌和肠杆菌比值(B/E)计。采用每克粪便中菌落数的对数值(log CFU/g)进行数据描述^[7]。

1.3.3 生活质量 术后 28 d 采用便秘患者生活质量量表(PAC-QOL)^[8],对患者生理、心理、担忧、满意度 4 个维度进行评测,该量表涉及 28 个条目,每个条目赋值 0~4 分,总分 0~112 分,由本院专业量表评测人员进行系统评测,患者或其主要照护者进行填写,得分越高患者的生活质量越好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行统数据处理,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验;计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后便秘、灌肠发生情况

观察组患者术后便秘次数、便秘发生率、灌肠剂应用次数及灌肠率均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者肠道菌群水平比较

观察组双歧杆菌、乳酸杆菌水平高于对照组,肠球菌、大肠杆菌水平低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组术后便秘、灌肠发生情况比较

组别	例数	便秘次数 (次/周)	灌肠剂应用次数 (次/d)	便秘		灌肠	
				例数	率(%)	例数	率(%)
对照组	47	12.25 ± 1.23	3.25 ± 0.42	15	31.91	12	25.53
观察组	47	3.59 ± 0.34	1.36 ± 0.12	6	12.77	4	8.51
<i>t</i> 值		46.524	29.663		4.967*		4.821*
<i>P</i> 值		0.000	0.000		0.026		0.028

* χ^2 值。

表2 两组患者肠道菌群水平比较 (log CFU/g)

组别	观察例数	双歧杆菌	乳酸杆菌	肠球菌	大肠杆菌	双歧杆菌 / 肠杆菌
对照组	47	6.32 ± 1.52	6.76 ± 1.41	8.85 ± 2.16	9.48 ± 0.76	0.71 ± 0.19
观察组	47	7.64 ± 1.48	7.37 ± 1.08	8.02 ± 1.67	8.78 ± 0.85	0.91 ± 0.20
<i>t</i> 值		4.266	2.355	2.084	4.209	4.970
<i>P</i> 值		0.000	0.021	0.040	0.000	0.000

2.3 两组患者生活质量比较

观察组生理、社会心理、担忧度、满意度及

PAC-QOL 量表总分均高于对照组差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表3。

表3 两组患者 PAC-QOL 评分比较 (分)

组别	观察例数	生理	社会心理	担忧度	满意度	总分
对照组	47	8.12 ± 1.52	20.87 ± 5.08	35.32 ± 8.67	9.78 ± 3.85	74.09 ± 15.19
观察组	47	8.96 ± 2.20	23.76 ± 5.41	38.85 ± 7.16	11.48 ± 3.76	83.05 ± 16.48
<i>t</i> 值		2.154	2.670	2.152	2.166	2.741
<i>P</i> 值		0.034	0.009	0.034	0.033	0.007

3 讨论

3.1 肠道功能结合排便训练对便秘及灌肠的防控作用

颅脑损伤具有病情变化迅速、高致残率及病死率的特点, 常规给予降颅压、脱水治疗, 导致血浆渗透压升高, 导致组织脱水, 诱发便秘^[9]。术后由于肢体活动障碍而长期卧床, 二便在床上进行, 受卧床时间长影响, 交感神经兴奋, 肠蠕动功能下降^[10-11]。而对于长期机械通气患者, 则可因腹内压增加而进一步损害胃肠道功能^[12]。还受患者个人体质、内分泌等因素影响, 进一步增加便秘风险。颅脑损伤术后并发便秘后, 以灌肠剂或灌肠液来缓解症状, 灌肠剂或大剂量液体灌肠会造成患者术后血压升高, 增加预后不良发生风险。肠道功能训练以机械性刺激方式有效提升患者腹部血液循环效率, 通过横膈升降力量促进胃肠蠕动功能恢复, 结合腹部按摩、脊背提捏、腹式呼吸等有效避免便秘发生^[2]。结合床上排便训练, 训练时间选择胃肠反射最强时间点, 即早餐后 1 h, 从多方面有效降低便秘频次、便秘发生率, 继而全面降低灌肠剂应用次数及风险^[12]。结果显示, 观察组患者术后便秘次数、便秘发生率、灌肠剂应用次数及灌肠率均低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 肠道功能结合排便训练对肠道菌群的改善作用

肠道菌群是定植在人体消化道内的多种微生物的总称, 肠道菌群具有调节人体生长发育、食物消化、神经营养及免疫功能的作用^[13]。研究显示, 肠道菌群参与肠-脑轴间交互作用, 是菌群-肠-脑

轴的重要组成部分^[14]。研究证实^[15], 运动训练可有效改善患者肠道菌群结构, 增加促短链脂肪酸合成类细菌门类。便秘作为一种肠道应激反应, 会对肠道黏膜屏障功能、肠道免疫功能等产生影响, 引发肠道菌群紊乱。肠道功能训练结合排便训练能够避免机体遭受便秘所致的应激反应, 减轻应激所造成的全身非特异性反应, 降低交感神经兴奋性, 促进肠道蠕动功能提升。结果显示, 观察组双歧杆菌、乳酸杆菌水平高于对照组, 肠球菌、大肠杆菌水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.3 肠道功能结合排便训练对术后生活质量的提升作用

PAC-QOL 量表可对便秘相关的生活质量损害加以反馈。与对照组相比, 观察组采用天枢穴、中脘穴、三阴交穴、内关穴、人中穴进行针灸治疗, 首先从高级中枢的情感方面进行调节, 患者的心理社会维度评分得以提升。当患者产生便秘时, 由于粪便排出不畅, 造成机体肠腔内毒素重吸收, 引发生理维度评分下降。本研究结果显示, 观察组生理、社会心理、担忧度、满意度及 PAC-QOL 量表总分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。肠道蠕动强弱与患者精神状态及情绪密切相关, 肠道功能结合排便训练有效改善肠道菌群, 促进肠道蠕动功能恢复, 提升社会心理维度评分, 增加术后满意度评分, 改善患者生理功能, 减轻疾病担忧度, 形成良性循环, 继而发挥生理与心理学双方面的互补优势。

综上所述, 肠道功能结合排便训练应用于颅脑损伤术后患者中, 可有效防控便秘发生风险, 减少灌肠频次, 促进术后肠道菌群恢复, 提高生

结局描述式教育联合促排尿护理在全脑血管造影术尿潴留患者中的应用

行君 顾晓乐 许悦悦 康路 冯英璞*

【摘要】 目的 探究结局描述式教育联合促排尿护理在全脑血管造影术患者中的应用效果。**方法** 选择医院 2017 年 5 月—2019 年 5 月收治的全脑血管造影术患者 280 例,按照组间基本特征具有可比性的方法分为观察组与对照组,对照组采取常规护理,观察组在此基础上加以结局描述式教育联合促排尿护理,比较两组患者焦虑抑郁水平及术后尿潴留发生率。**结果** 观察组术后尿潴留发生率低于对照组,首次排尿量大于对照组,膀胱剩余尿量少于对照组,排尿完全恢复时间短于对照组,术后焦虑评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 结局描述式教育联合促排尿护理在全脑血管造影术患者中的应用,能缓解患者焦虑抑郁情绪,促进排尿功能的完全恢复。

【关键词】 促排尿护理;全脑血管造影术;尿潴留;焦虑;效果

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.037

全脑血管造影术(DSA)是通过颈部血管注入造影剂,实现对脑部血管分布、形态以及走形的全

方位观察以及疾病诊断,该检查方式安全性高,患者痛苦小^[1]。患者术后需卧床休息 12 h,4 h 内鼓励患者多饮水,增加排尿次数,加快造影剂的排泄,若排尿困难,通常给予中药热敷、流水声刺激,但仍有部分患者效果不理想^[2]。若超过 6 h 仍然不能

作者单位:450003 河南省郑州市,河南省人民医院(郑州大学人民医院)

*通讯作者

活质量。

4 参考文献

- [1] 杨艾影,江英,黄丽娟.中药外敷联合耳穴埋豆治疗颅脑损伤术后便秘效果观察[J].中医药临床杂志,2019,31(12):2351-2353.
- [2] 张家妍,李丽.ICU 颅脑损伤术后患者便秘风险预测模型的构建[J].临床与病理杂志,2018,38(2):329-334.
- [3] 赵菁,徐翎翎.早期肠内营养联合优化护理对结直肠癌术后康复的影响[J].肠外与肠内营养,2018,25(5):272-276.
- [4] 蒋宇钢,郭俊雄.轻型颅脑创伤后脑损伤早期精准诊断[J].创伤外科杂志,2018,20(12):881-883.
- [5] 刘洋,姚勇,朱惠娟.颅脑创伤相关下丘脑—垂体功能损伤的临床特点及研究进展[J].中国医学科学院学报,2018,40(5):699-704.
- [6] 李青,史琳娜,杨顺玉,等.不同比例肠内营养支持对重型颅脑损伤病人临床结局的影响[J].肠外与肠内营养,2018,25(3):161-165.
- [7] 顾玉慧,陈小燕,石卉,等.降阶梯思维在老年颅脑损伤患者急救中的应用效果研究[J].中国全科医学,2018,21(20):2475-2478.
- [8] 李瀛,高慧娟,卢战.颅脑损伤患者早期智能康复训练对下肢功能的影响[J].重庆医学,2018,47(1):105-106.
- [9] 李清记,惠玲,白富斌.参芪术药汤联合腹部穴位按摩预防糖尿病合并颅脑损伤患者便秘临床研究[J].世界中医药,2018,13(7):50-54.
- [10] 李秀婷,史莎,雷敏,等.个体化营养支持对急性颈髓损伤合并颅脑外伤患者围术期并发症的效果研究[J].河北医科大学学报,2020,41(1):117-120.
- [11] 尤园.基于营养泵的间歇性肠内营养支持在非糖尿病重型颅脑创伤患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(16):2076-2078.
- [12] 高涛,朱晓中,鲍丙波,等.脊髓损伤神经源性肠道功能障碍研究进展[J].上海交通大学学报(医学版),2018,38(9):134-139.
- [13] 朱丹,陈朔,姚树坤,等.慢传输型便秘犬模型的建立及其排便、胃肠传输和病理学评价[J].中华医学杂志,2018,98(22):1786-1791.
- [14] 秦春花,李媛,管义祥.肠道功能训练联合排便训练预防脑出血术后患者便秘的效果观察[J].现代临床护理,2020,19(2):45-49.
- [15] 郑建丽.富含胶原蛋白肽的肠内营养支持联合被动训练对重型颅脑损伤患者胃肠道功能的影响[J].护理实践与研究,2020,17(9):70-72.

[2020-10-13 收稿]

(责任编辑 陈景景)

自主排尿,则给予导尿。有数据显示,术后出现尿潴留发生率约 22.5%~36.2%,尿潴留可进一步诱发造影剂肾病、膀胱感染^[3]。为此,本研究将应用结局描述式教育联合促排尿护理应用其中,临床效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2017 年 5 月—2019 年 5 月收治的全脑血管造影术后患者 280 例,纳入条件:确定行数字减影全脑血管造影术,且符合手术适应证^[4];术前无焦虑、抑郁情绪以及躯体疼痛不适;无其他可能诱发排尿障碍的疾病;意识清晰,且认知、沟通能力良好。排除条件:术前患有膀胱肿瘤、膀胱结石、泌尿系统感染及前列腺疾病等;伴有恶性肿瘤、脏器功能异常、其他严重并发症。按照组间基本特征具有可比性的方法分为观察组与对照组。对照组中,男 98 例,女 42 例;平均年龄 56.34 ± 4.16 岁;疾病类型:脑梗死 64 例,大脑动脉狭窄 23 例,颈动脉狭窄 21 例,其他 32 例;排尿体位:站立位或侧卧位 76 例,平卧位 64 例。观察组中,男 95 例,女 45 例;平均年龄 56.78 ± 4.03 岁;疾病类型:脑梗死 61 例,大脑动脉狭窄 24 例,颈动脉狭窄 20 例,其他 35 例;排尿体位:站立位或侧卧位 75 例,平卧位 65 例。两组患者性别、年龄、疾病类型、排尿体位比较差异无统计学意义($P>0.05$)。患者及其家属对本研究知情并签署知情同意书。

1.2 护理方法

对照组:采取全脑血管造影术后常规护理,包括:术前常规宣教、注意事项说明;术中监测生命体征;术后穿刺处护理、病情观察、饮食指导、缩肛练习、疼痛管理等。观察组在常规护理基础上加以结局描述式教育联合促排尿护理,具体如下:

1.2.1 结局描述式教育 研究人员对全脑血管造影术相关结局进行整理,并以数据形式呈现,包括:全脑血管造影术后并发症总发生率、各类并发症发生率;不同护理模式下并发症预防效果;临床全脑血管造影术后排尿完全恢复时间;促排尿护理下尿潴留发生率;不同护理模式下 DSA 术后首次排尿量等,整理得到“全脑血管造影术结局数据集”。护理人员与患者交谈,了解其焦虑情绪形成原因,据此确定“结局描述话术”,如担忧术后并发症、术后排尿障碍,则对应话术有“全脑血管造影术后并发症发生率为 25%~50%;基础护理下术后并发症发生率为 50%,并发症针对性护理下术后并发症

发生率为 10%;临床全脑血管造影术后排尿完全恢复时间 2~5 d;促排尿护理下 DSA 术后首次排尿量 200~250 ml”。每次教育时长 20~30 min。

1.2.2 促排尿护理 ①耳穴压籽促排尿法:术后 4 h,指导患者取仰卧位,借助 0.9% 的氯化钠溶液清洁耳廓处皮肤,选取神门、膀胱、肾、尿道穴,用探棒以均匀力度探取敏感点或肉眼可见的阳性反应点,以产生热、麻或胀痛感为准;用 75% 的乙醇消毒 2 次,镊子夹取王不留行籽置于医用胶布上,粘贴于对应穴位,并实施按压、询问患者感受,每穴 10 下,每次 3 min,每 30 min 按压 1 次,直至可实现自主排尿,如干预 2 h 仍未实现自主排尿,则实施导尿术。②音乐热熨促排尿法:选用白色或白灰色棉质布料缝制规格为 30cm×50cm 的热熨包,取莱菔子 1000g 倒入包内,制成热熨包备用。术后 6 h,引导患者聆听促排尿“流水声”音乐,指导患者取平卧位,充分暴露腹部皮肤,取热熨包 1 枚,将其置于微波炉内中火加热 1 min,至温度达到 60~70℃,取干燥、干净毛巾包裹热熨包,将其置于患者下腹部膀胱区,使用热熨包对该部位实施往返推熨,每天 2 次,每次 15~20 min。

1.3 评价指标

①术后排尿状况。术后尿潴留发生率(%)、首次排尿量(ml)、膀胱剩余尿量(ml)、排尿完全恢复时间(d)。如患者术后 6~8 h 未排尿,且耻骨处有明显浊音区,则判定为尿潴留,统计术后尿潴留患者例数,计算尿潴留发生率^[4-5]。②术后焦虑情绪。术后第 3 天,借助焦虑自评量表(SAS)进行评价,量表有 20 个自评项目,采取 Likert 4 级评分法,包括没有、很少、相当多、一直如此,分值 1~4 分,总粗分为 80 分,标准分为 1.25 倍粗总分取整,其中 SAS 量表标准分分界值为 50 分,>50 分,则有焦虑情绪^[6-7]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.0 统计学软件,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组术后尿潴留发生率低于对照组,首次排尿量大于对照组,膀胱剩余尿量、排尿完全恢复时间短于对照组,术后焦虑评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后排尿状况、焦虑情绪评分比较

组别	例数	尿潴留	首次排尿量	膀胱剩余尿量	排尿完全恢复时间	焦虑评分
对照组	140	28 (20.00)	178.39 ± 25.48	78.49 ± 12.32	3.49 ± 1.14	53.21 ± 4.18
观察组	140	3 (2.14)	242.49 ± 11.49	58.68 ± 15.66	2.03 ± 0.87	49.03 ± 5.22
t 值		22.671*	27.135	11.764	12.046	7.400
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

*χ² 值；表中 () 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

全脑血管造影术是判断颅内血管情况的金标准，在脑血管疾病的诊断及治疗中发挥着巨大作用，多数患者因术后疼痛、术肢制动、难以适应卧床排尿而出现尿潴留，男性发生率明显高于女性，但术后长时间尿潴留极易诱发造影剂肾病、尿路感染^[8-9]。全脑血管造影术患者术后尿潴留发生与焦虑抑郁或紧张情绪有关，约有 40% 的患者因环境不适、精神紧张而出现排尿障碍^[10]，故临床应密切关注患者围术期情绪状态，及早给予护理干预。

在全脑血管造影术患者中应用结局描述式教育联合促排尿护理，结果显示，观察组术后尿潴留发生率低于对照组，首次排尿量大于对照组，膀胱剩余尿量、排尿完全恢复时间短于对照组 ($P<0.05$)；观察组术后焦虑评分低于对照组 ($P<0.05$)。分析如下：面向全脑血管造影术患者实施结局描述式教育，根据患者担忧点或紧张点确定描述结局，并选择相应“数据式话术”进行描述，能促进患者了解不同“结局”，明确临床护理应对“结局”的效果，可明显增强患者信心，消除或缓解负性情绪。耳穴压籽促排尿法确定的干预耳穴有神门、膀胱、肾、尿道穴，膀胱、肾及尿道穴，有疏导膀胱气机的效用，而压籽可通过压痛传递冲动，实现对相应神经元的作用，有助于形成有效排尿反射，进而促进排尿^[11]。研究针对全脑血管造影术患者实施音乐热熨促排尿法，其中热熨包中的莱菔子有利气通水道、消胀行滞作用，经热熨操作能实现对机体调节功能的热激发，而“水流声”有助于形成排尿反射，促进排尿完全恢复^[12]。

综上所述，结局描述式教育联合促排尿护理在全脑血管造影术患者中的应用，能缓解患者焦虑抑郁情绪，促进排尿完全恢复。

4 参考文献

[1] 郑文恒,于韬,罗娅红,等.数字减影血管造影引导经

皮肾穿刺入路联合膀胱镜下输尿管支架置入在妇科手术后医源性输尿管损伤中的临床应用 [J]. 微创泌尿外科杂志,2019,8(2):93-98.

[2] 王成珍,薛冬辉,张戈.流程化管理在经股动脉插管全脑血管 DSA 患者围术期护理中的应用 [J]. 江苏医药, 2018,44(2):165-167.

[3] 王博.护理干预对全脑血管造影术后并发症的预防效果 [J]. 中国医药指南, 2020,18(13):284-286.

[4] 戴玮,赵航.耳穴贴压辅助针灸对术后尿潴留患者膀胱功能的影响 [J]. 国际中医中药杂志,2019,41(4):365-368.

[5] 齐素艳,李洁,刘玉恩,等.全脑血管造影术中憋气训练对主动脉弓影像的影响 [J]. 河北医药, 2020,42(19):3038-3040.

[6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经血管介入协作组.脑血管造影术操作规范中国专家共识 [J]. 中华神经科杂志,2018,51(1):7-13.

[7] 江涛,沈杰,宗钢,等.数字减影血管造影相关并发症的临床回顾研究 [J]. 安徽医学, 2019,40(8):879-881.

[8] 叶密贤,彭进敏,黄雪梅.诱导排尿联合心理护理治疗术后患者尿潴留护理体会 [J]. 中国医药科学, 2019,9(2):140-142.

[9] 肖书萍,李玲,陈东萍.介入手术中发生迷走神经反射注射阿托品后排尿困难发生率及其预测因素分析 [J]. 临床放射学杂志, 2019,38(3):538-542.

[10] 祝晓娟,柏慧华,金玉娟,等.耳穴埋籽在全脑血管造影术后尿潴留患者中的应用 [J]. 护理学杂志, 2017,32(10):56-57.

[11] 吴玉媚,贺为,邵丹丹,等.系统化护理干预对全脑血管造影术后尿潴留的影响 [J]. 中国医药导报, 2020,17(1):190-193.

[12] 陈中华,龚浩,郑进福.热敏灸配合莱菔子烫熨法促进肛肠外科手术后患者排尿的临床效果观察 [J]. 中医临床研究, 2019,11(20):69-71.

[2020-10-27 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

患者活动能力红点指示系统在老年跌倒风险管理中的应用

肖娟 刘萌*

【摘要】 目的 观察患者活动能力红点指示系统在老年跌倒风险管理中的应用效果。**方法** 选取医院2018年1月—2019年3月入住的老年患者102例,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,各51例,对照组采用常规防跌倒措施,观察组在对照组基础上进行活动能力红点指示系统护理,比较两组患者防跌倒效果、防跌倒知识掌握情况。**结果** 观察组患者跌倒、坠床例数及次数均低于对照组($P<0.05$)。观察组的跌倒知识掌握程度优于对照组($P<0.05$)。**结论** 活动能力红点指示系统应用老年跌倒风险管理过程中,能够有效降低跌倒发生风险及频次,促进患者及家属防跌倒知识有效掌握。

【关键词】 活动能力红点指示系统;老年患者;跌倒

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.038

据中国疾病监测系统数据显示,跌倒是我国老年人因伤致死的首位原因。据权威报道,我国60岁以上的总人口占比为17.9%,每年有30%的老年发生跌倒,引发创伤性骨折,严重者甚至会长期卧床、甚至死亡^[1]。而院内发生跌倒通常属于护理不良事件^[2]。但老年患者发生跌倒与患者的认知功能、躯体功能、情感功能的关系密切^[3]。因此,提高神经内科老年患者的防跌倒认识及识别能力有助于防控患者的跌倒风险。老年患者的活动能力红点指示系统是根据跌倒风险评估表所构建的识别系统^[4]。能够对患者的跌倒风险等级进行预判,帮助患者的责任护士、陪护人员明确患者的跌倒风险,给予科学性、针对性更强的防跌倒措施,本研究活动能力红点指示系统用于神经内科老年患者的防控跌倒效果,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2018年1月—2019年3月入住的老年患者102例,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组各51例。本研究经本院医学伦理委员会审议并通过。纳入条件:年龄60~85岁;住院时间超过7d;入院时间3d~3个月。排除条件:精神疾病患者;无法进行有效沟通者;急诊入院患者;拒绝参与本项研究者。对照组:男29例、女22例;年龄60~85岁,平均年龄 71.25 ± 2.12 岁;住院时间7d~3个月,平均 28.23 ± 12.37 d。观察组:男30例、女21例;年龄60~85岁,平均年龄 71.25 ± 2.12 岁;

住院时间7d~3个月,平均 28.23 ± 12.37 d。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规防跌倒护理措施:指导患者及其家属熟悉住院环境,注意跌倒风险。一旦发生突然跌倒/坠床,护理人员在立即赶到现场的时,向责任医师汇报;跌倒时就地检查,评估受伤部位及严重程度,实施对症处理,严密观察病情变化,做好记录,详细交班,做好护患沟通,强化健康教育,填写跌倒/坠床报告,报告护士长,24h内报告护理部及相关领导,填写不良事件报告表,科室开会讨论,分析原因,提出整改措施等常规护理及处置方案。

1.2.2 观察组 在对照组基础上进行活动能力红点指示系统。由1名组长、2名副组长、4个核心成员组成。组长负责制定培训计划、构建活动能力红点指示系统的防跌倒制度、伤情图片收集;副组长负责全院督查;核心成员对每月数据进行上报及收集,形成制度,制订本科室培训及督查方案。

1.2.2.1 进行活动能力红点指示表评估 由管床护士分别采集患者年龄、跌倒/坠床史、二便情况、用药情况、护理设备、行动能力、身体状况及认知功能,计算活动能力红点指示表评分,见表1。当患者存在住院前6个月内有>1次跌倒/坠床史、住院期间有跌倒/坠床史、患高跌倒/坠床风险疾病(如癫痫、肌张力升高等患者)不用继续评估,参照高跌倒/坠床风险(评分>13分)进行护理;当患者昏迷或完全瘫痪,完全无行动能力时,无需继续评估,可参照低跌倒/坠床风险(评分4~6分),执行护理干预。

1.2.2.2 红点指示管理 红点指示评分表评估结

作者单位:410016 湖南省长沙市,湖南省人民医院神内四科

*通讯作者

表 1 活动能力红点指示表评分情况

项目	评分标准					
	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分	7 分
年龄（岁，单选）	60~69	70~79	≥ 80 岁	-	-	-
跌倒 / 坠床史 （单选）	-	-	-	-	入院前 6 个月， 跌倒 / 坠床 1 次	-
二便情况（单选）	-	失禁或紧急 / 频繁	-	失禁且紧急 / 频繁	-	-
用药情况（单选）*	-	-	口服 1 种	-	口服 2 种以上	24h 内应用镇静药物
护理设备（单选）#	1 种	2 种	≥ 3 种	-	-	-
行动能力（多选）	①移动 / 转运 / 行走需要辅助或监管（2 分）；②步态不稳（2 分）；③视力或听力受损，影响行动（2 分）					
身体状况（多选）	头晕 眩晕（2 分）、体位性低血压（2 分）、口体质虚弱（2 分）					
认知功能（多选）	定向力障碍	烦躁	-	认知限制 / 障碍	-	-

注：* 代表镇静安眠麻醉止痛剂、降压及降糖药物、抗癫痫药、散瞳剂、抗惊厥药、利尿剂、缓泻剂、精神病药。# 代表任何约束患者的设备及设施（静脉输液、引流管、留置尿管）。多选项目计算总分。当患者符合以下任何一种情况，直接勾选相应“口”，不用继续进行跌倒 / 坠床风险评分。

束后，为患者及家属在活动能力红点指示移动栏上加以指示，红点数为 1 个时（评分在 0~3 分），患者尚能够独立行走，但需要贴身看护（一点自由行），红点数为 2 个时（评分在 4~6 分），患者存在轻度意识障碍，存在轻度的跌倒风险，行动时需要家属从旁协助（两点伴我行）；红点数为 3 个时（评分 6~12 分），患者处于重度意识障碍，对时间及定向力方面存在障碍，需要 2 个人进行协助（三点三人行）；红点为 4 个时（评分 ≥ 13 分），患者不能自理，无法行走，需要平车、轮椅协助转移，需采用全方位个体护理（四点不宜行）。管床护士需要在患者住院期间进行动态评估。

1.2.2.3 跌倒防控体系动态系统 患者入院后次日、第 5 天对患者及陪护人员的防跌倒风险意识进行评价，明确患者及家属对跌倒相关知识的掌握情况，每周开展 1 次防跌倒宣教，强化跌倒的护患家属三方共同参与的防控机制。并对跌倒高危患者及其陪护进行宣教，指导患者应用呼救灵，将便盆放置于患者能够触及的位置。每周对患者的跌倒风险进行分级评价，对应改变红点指示标志。告知患者出现下肢无力 / 晕厥 / 眩晕时原地蹲下或靠墙，呼叫他人帮助并及时通知护士。护理人员交接班时，需要着重对患者的跌倒风险进行交接。

1.3 观察指标

采集两组患者在院期间发生的跌倒、坠床例数及次数，明确防跌倒效果。于患者入院后 30d 采用调查问卷形式对患者直接照护家属进行防跌倒知识掌握情况调查，对照组采用电话随访方式进行，问

卷内容包括：对患者的跌倒风险级别认知准确程度、患者行动是否需要平车、是否需要生活协助（需要几人协助）、能否正确掌握呼救灵、床栏使用方法，每正确掌握 1 个问题计 1 分，总分 0~4 分，3 分以上为准确掌握，1~2 分为不完全掌握、0 分为不掌握。该问卷的问卷内容效度为 0.82，内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.84^[5]，该问卷的信效度良好，纳入患者的问卷均为有效问卷，回收率为 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计学软件，计数资料计算百分率，组间率比较采用 χ^2 检验；等级资料的比较用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的跌倒、坠床发生率比较

观察组患者跌倒、坠床发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者的跌倒、坠床发生率比较

组别	跌倒例数	坠床例数	发生率（%）
对照组（n=51）	8	6	27.45
观察组（n=51）	1	0	1.96

$\chi^2=13.209$ ， $P=0.000$ 。

2.2 两组患者家属的跌倒知识掌握程度比较

观察组患者的跌倒知识掌握程度优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表3 两组患者家属的跌倒知识掌握程度比较

组别	准确掌握	不完全掌握	不掌握
对照组 (n=51)	29	19	3
观察组 (n=51)	48	3	0

秩和检验 $u=4.370$, $P=0.000$ 。

3 讨论

活动能力红点指示系统是具有前瞻性评估患者的跌倒风险的管理工具^[6]。被用于对患者活动能力及跌倒风险的预警管理环节中^[7]。该系统由评价系统和安全管理相结合,对护理人员的标准化、全方位及动态评估的思维构建提供指导^[8-9]。但我国的患者活动能力红点指示系统仍处于发展阶段,尤其是针对跌倒风险较大的老年患者,国外的跌倒风险的评估方式较多,缺乏适应我国国情的有效评估方式^[10-11]。本研究通过循证医学方式,将涉及老年患者的跌倒风险因素加以整合,形成更为有效的活动能力红点指示系统的评估方案。

本研究结果显示,观察组患者跌倒、坠床例数低于对照组($P<0.05$)。本研究实施活动能力红点指示系统后,依据老年患者的躯体情况、年龄、既往坠床史、二便情况、用药史、行动能力等多方面进行分级评估,并通过床旁红点指示的形式,为患者家属对患者跌倒风险提供明确的方向。帮助患者及主要照护者理解跌倒风险,从护理人员、患者、主要照护者3个方面达到降低跌倒、坠床风险的目的。研究显示,单纯对患者进行防跌倒宣教,存在90%患者不予遵从,产生跌倒、坠床风险^[12]。但是,通过活动能力红点指示系统,患者及家属能够更清晰地了解自身坠床风险,主要照护者能够有序依据患者的跌倒分级,实施正确陪护,强化防范意识。

本研究同时比较两组患者家属的跌倒知识掌握程度发现,观察组患者掌握程度更高。说明,活动能力红点指示系统能够有效改善患者及家属的依从性,更符合住院患者的心理特点^[13]。而活动能力红点指示系统将跌倒风险以红点多少来表述,增加患者及家属的重视程度,与健康教育模式相似^[14]。更有利于患者家属了解患者的正确护理方法,护理协助需求,平车及转运需求,对床旁的呼叫铃、病床调整等知识掌握水平更优。但由于本研究对红点活动能力指示系统仅用于本科室的老年患者,并未确定其适用于不同科室,未来随着纳入样本的增加,会就不同科室应用该评估系统的评价效能进行研究。

综上所述,活动能力红点指示系统应用老年跌

倒风险管理过程中,能够有效降低跌倒发生风险,促进患者及家属有效掌握防跌倒知识。

4 参考文献

- [1] 林小斌,吴文华,林晓聪,等.老年轻中度髋关节骨性关节炎患者行走时冠状面运动学变化对稳定性和跌倒风险的影响[J].中国康复医学杂志,2019,34(6):693-698.
- [2] 张子华,纪仲秋,庞博,等.老年人步态稳定性、步态评价与跌倒风险的研究进展[J].中国康复理论与实践,2019,25(7):793-796.
- [3] 孙华,孔荣华,田原,等.住院肿瘤患者跌倒伤害影响因素分析[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(5):341-344.
- [4] 李粉粉,周德定,叶周丰,等.上海市城乡老年人跌倒的流行病学特征[J].中华流行病学杂志,2019,40(7):779-785.
- [5] 吴红霞,符少剑,凌卫仙.综合评估在预防老年精神障碍住院患者跌倒中的应用效果[J].中华老年医学杂志,2019,38(6):624-626.
- [6] 周白瑜,于冬妮,陶永康,等.北京市社区老年人跌倒发生与衰弱的相关性研究[J].中华流行病学杂志,2018,39(3):308-312.
- [7] 鲍小刚,朱领军,刘佳,等.上海地区老年人骨质疏松危险因素知晓率及其患病率的研究[J].中国骨质疏松杂志,2019,25(5):700-703.
- [8] 宇文培之,李栋正,吕红芝,等.2009年至2018年河北医科大学第三医院胫骨平台骨折流行病学调查[J].中华创伤骨科杂志,2019,21(8):693-698.
- [9] 王明伟,王建军,李立,等.太极拳干预前后屈膝站立时COP运动信号的样本熵研究[J].体育与科学,2019,40(3):116-120.
- [10] 王玉梅,李凌,熊莉娟,等.老年人跌倒预防临床实践指南的质量评价及内容分析[J].中华护理杂志,2019,54(11):1729-1734.
- [11] 崔高亮,程立,刘琴,等.前庭康复对帕金森病患者平衡功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(4):287-290.
- [12] 戴德纯.澳大利亚麦凯勒康复中心管理和医疗体系见闻[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(10):782-784.
- [13] 程娜.基于JCI思维的PDCA循环对神经内科患者跌倒发生率的影响[J].护理实践与研究,2019,16(12):66-68.
- [14] 张玉娟,施娟,张维娜,等.情景模拟式健康教育在脑卒中离床期患者预防跌倒中的应用效果[J].护理实践与研究,2019,16(14):37-38.

[2020-03-20 收稿]

(责任编辑 刘学英)

引导式腔内心电定位技术对肿瘤患者 PICC 置管的尖端到位率及术后并发症的影响

彭娜 李貌 谭静 李金铃 葛金钰 邱昊

【摘要】 目的 探讨引导式腔内心电定位技术对肿瘤患者 PICC 置管的尖端到位率及术后并发症的影响。**方法** 选择医院 2018 年 6 月—2019 年 6 月收治的行 PICC 置管的肿瘤患者 150 例,按照组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,各 75 例。对照组采取“常规测量长度+置管后胸片定位”,观察组采取引导式腔内心电定位技术,比较两组患者的尖端到位率及术后并发症发生率。**结果** 观察组 PICC 置管尖端到位率为 97.33%,明显高于对照组, $P < 0.05$;观察组导管相关性感染、导管异位及静脉血栓发生率明显低于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 引导式腔内心电定位技术在肿瘤患者 PICC 置管中的应用,能提高尖端到位率,减少术后并发症发生率。

【关键词】 引导式腔内心电定位技术;肿瘤;PICC 置管;尖端到位率

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.039

经外周置入中心静脉导管(PICC)技术是以导管头端置于上腔静脉中下 1/3 处、上腔静脉与右心房交界处上方为理想位置^[1]。临床中 PICC 置管常规尖端定位为“常规测量长度+置管后胸片定位”,但因 X 线摄片不能实现对导管位置变化的实时监测,极易引起尖端异位,数据显示^[2],该方法下尖端异位率为 2%~12%。相关研究报道显示^[3],如 PICC 置管尖端位于上腔静脉上 1/3、中 1/3 或右心房、右心室,则血栓、静脉炎、感染等并发症发生率将增大 10%~50%。引导式腔内心电定位技术是指 PICC 置管中根据心电图 P 波的特征性变化,实时监测尖端位置变化,据此实施调整,进而提升尖端到位率,减少并发症^[4]。本研究在行 PICC 置管的肿瘤患者中应用引导式腔内心电定位技术,探究其对尖端到位率及术后并发症的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择我院 2018 年 6 月—2019 年 6 月收治的行 PICC 置管的肿瘤患者 150 例,纳入条件:年龄 ≥ 18 岁;确定行 PICC 置管;体表心电图正常;认知、沟通功能正常;签署知情同意书。排除条件:伴有肺源性心脏病、房颤等心脏疾患;置入起搏器、除颤器;既往有精神病史;置管不成功或置管后未拍摄胸片。按照组间基本特征匹配原则分为对照组

和观察组各 75 例,对照组中男 43 例,女 32 例;年龄 53.26 ± 4.64 岁;疾病分类:乳腺癌 15 例,肺癌 21 例,胃癌 14 例,食管癌 10 例,其他 15 例。观察组中男 46 例,女 29 例;年龄 53.41 ± 4.38 岁;疾病分类:乳腺癌 16 例,肺癌 22 例,胃癌 12 例,食管癌 12 例,其他 13 例。两组患者性别、年龄及疾病分类比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采取“常规测量长度+置管后胸片定位”,即 PICC 置管前,通过体外测量确定导管置入长度,完成置管后拍摄 X 线片定位,根据定位结果调整或重新送管,直至尖端达到理想位置。观察组采取引导式腔内心电定位技术,具体如下:

1.2.1 仪器物品准备 引导式腔内心电定位下 PICC 置管所涉仪器设备有血管超声仪 1 台、科曼 C100 心血管专用监护仪 1 台、巴德三向瓣膜式 PICC、带鳄鱼夹的无菌腔内心电导线、中心静脉置管手术包等。

1.2.2 实景模拟联合宣教 置管前 1 d,明确患者是否存在 PICC 置管禁忌证,并开展实景模拟联合宣教。护理人员以“引导式腔内心电定位下 PICC 置管”为主题绘制流程图,所涉流程有术前准备、置管操作、尖端定位检查,结合流程图详细介绍 PICC 置管,引导患者观察、了解 PICC 置管所涉仪器设备,包括科曼 C100 心血管专用监护仪、巴德三向瓣膜式 PICC 等,现场模拟演示设备连接、操作,并说明操作配合要求,如平卧位、上肢外展等;同时,结合临床案例分析 PICC 置管术常见并发症,如静脉血栓、静脉炎、导管异位及相关性感染等,

基金项目:重庆市技术创新与应用发展专项面上项目

(编号: cstc2019jsex-msxmX0224)

作者单位: 400042 重庆市,陆军军医大学大坪医院肿瘤科

配合视频、图片展示,说明并发症表现,并介绍引导式腔内心电定位技术、临床防控护理措施,基于折线图展示近5年PICC置管并发症发生率,明确防控护理与引导式腔内心电定位技术的有效性,宣教时长20~40 min^[5]。

1.2.3 操作方法

(1) 置管准备:指导患者取平卧位,外展右上肢,基于75%的乙醇溶液清洁患者皮肤,并采取肢体导联方式,选取右上臂内侧(RA)、右侧腋中线与右肋下缘交接处(RL)、左侧腋中线与左肋下缘交接处(LL)、剑突下(V)4处固定电极片;调节C100心电监护仪为置管模式,屏幕右上方显示体表II导联心电波形,波形平稳即可保存为心电图记录中的第一幅图^[6]。

(2) 置管操作:经B超评估患者预置管血管,保证预置入血管的通畅性,选择后定位标注,在肘窝上7~14cm范围选取穿刺点,首选贵要静脉;需要分别测量4个数值:穿刺点据肘窝距离、峰下15cm上臂周长、预穿刺点到右胸锁关节的长度、预置管总长度;其中预置管长度测量时,先将患者置管侧手臂与躯体呈90°角摆放,然后自穿刺点沿静脉走向测量至右胸锁关节顶端,再向下反折至第三肋间;对穿刺侧全手臂消毒,消毒液为75%的乙醇溶液、2%氯己定酒精复合溶液,各擦拭3次;铺无菌巾,保证最大无菌化;在超声引导下,实施赛定格技术进行穿刺置管术,将导管匀速、缓慢、平直送至胸锁关节处^[7]。

(3) 装置连接:导管尾端拧上肝素帽,将头皮针或注射针头插入2/3;分离与体表电极片相连的V导联导联线,与无菌腔内心电导线尾端连接;用无菌腔内心电导线的鳄鱼夹夹住导管末端金属部分,实现体表与腔内电极转换。

(4) 获取心电图:经导管尾端匀速推注0.9%的氯化钠溶液,引导出连续、稳定、清晰的腔内心

电图,一边观察P波变化情况,一边匀速送管;当导管送入上腔静脉后,腔内心电图P波出现升高,缓慢送入至预测量长度时,P波出现明显升高,再继续缓慢送入,直至出现P波倒置或双向P波,记录此位置心电图图形及导管置入长度,然后以每0.5cm为单位后撤导管,直至倒置或双向P波消失,P波振幅达到QRS波峰的50%~70%,则可退出导丝,修剪、固定导管^[8-10]。

(5) 置管质量控制:置管完成后,拍摄胸部正侧位X线片,经由放射科医师判断导管尖端是否到位,护理人员记录判断结果。

1.3 评价指标

(1) 尖端到位率:2016版美国静脉输液协会(INS)指南指出,PICC经上肢静脉穿刺时,导管尖端应处于上腔静脉内,最佳位置为上腔静脉下1/3处、上腔静脉与右心房交界处上方,如导管尖端达到位置符合INS指南要求,则尖端到位,统计尖端到位、未到位例数^[11]。

(2) 术后并发症:PICC置管术后常见并发症有导管相关性感染、导管异位、静脉血栓,统计各类并发症发生例数,计算并发症发生率^[12]。

1.4 统计学处理

选择SPSS21.0统计学软件进行数据分析,计数资料组间率比较用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组PICC置管尖端到位率比较

观察组PICC置管尖端到位率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组PICC置管并发症发生率比较

观察组导管相关性感染、导管异位及静脉血栓发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组PICC置管尖端到位率比较

组别	观察例数	到位	未到位	到位率(%)
对照组	75	65	10	86.67
观察组	75	73	2	97.33

$\chi^2=5.797$, $P=0.016$ 。

表2 两组PICC置管并发症发生率比较

组别	观察例数	导管相关性感染	导管异位	静脉血栓	发生率(%)
对照组	75	2	10	2	18.67
观察组	75	1	0	0	1.33

$\chi^2=12.519$, $P=0.000$ 。

3 讨论

PICC 是临床应用最多的中心静脉导管, 而导管尖端位于中心静脉则是其核心要求。临床常见 PICC 尖端异位部位有颈内静脉、右心房、锁骨下静脉等, 苏效添等研究显示^[13], 不同研究所得 PICC 尖端异位率各异, 其研究得到床旁盲穿下, 成人患者 PICC 尖端异位率约 10% ~ 63%, 且约 1/3 的异位部位为右心房与无名静脉, 极易引发相关并发症。

本研究在肿瘤患者 PICC 置管中应用引导式腔内心电定位技术, 结果显示, 观察组 PICC 置管尖端到位率为 97.33%, 高于对照组 ($P < 0.05$), 观察组导管相关性感染、导管异位及静脉血栓发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。当 PICC 尖端位于上腔静脉下 1/3 处、上腔静脉与右心房交界处上方, 因该处静脉管腔粗直, 血流量可达到 2000~2500 ml/min, 注入药物能得到充分稀释, 且尖端与静脉壁平行, 能减少对静脉的刺激作用, 防止机械性静脉炎、静脉血栓的发生; 引导式腔内心电定位技术应用下, 能实现对置管过程的实时监测, 确保尖端精确定位于理想位置, 可明显降低导管异位、静脉血栓的发生, 保证置管安全^[14]。引导式腔内心电定位技术应用下, 操作人员可根据 P 波特异性变化明确尖端到位情况, 通过实施监测、调整, 确保尖端一次性达到理想位置, 减少 X 线定位后 2 次调整, 防止反复回扯、牵拉导管, 可降低对血管的刺激、局部感染风险, 能减少皮下组织与血管内膜损伤, 进而控制导管相关感染发生率^[15]。术前实景模拟联合宣教实施下, 引导患者熟悉 PICC 置管流程, 了解操作环境、设备, 可显著降低患者紧张、焦虑情绪, 提高其操作配合度, 降低术中不良事件发生率, 减少操作痛苦。

引导式腔内心电定位技术在肿瘤患者 PICC 置管中的应用, 能提高尖端到位率, 减少术后并发症发生率。

4 参考文献

- [1] 杨颖, 程丽, 黄亚雪, 等. 腔内心电图定位技术对 PICC 置管后并发症的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018,15(7):136-138.
- [2] 张洪艳, 赵瑾, 王金平. 心房内心电图引导下 PICC 置管尖端定位术在肿瘤患者中的应用 [J]. 中国医药指南, 2018,16(33):53.
- [3] 朱竹华, 许敏菊, 徐爱萍, 等. 品管圈活动用于静脉内心电定位 PICC 尖端的效果评价 [J]. 西部中医药, 2018,31(11):111-114.
- [4] 钱韦韦, 谷丰, 王丹, 等. 腔内心电图在三向瓣膜 PICC 导管头端定位中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2018,15(17):114-116.
- [5] 李华春, 江庆华, 王小雪, 等. 肿瘤患者 PICC 置管后并发血栓性静脉炎继续保留导管的护理对策 [J]. 肿瘤预防与治疗, 2017,30(3):238-241.
- [6] 赵青兰, 陈梅英. 腔内心电图引导经外周中心静脉置管尖端定位的研究进展 [J]. 临床误诊误治, 2019,32(11):102-106.
- [7] 魏海玲, 朱莲玉, 李育军, 等. 腔内心电图术中定位结合体外测量法确定手臂式输液港导管尖端位置的临床研究 [J]. 护士进修杂志, 2019,34(9):849-851.
- [8] 任小萍, 杨金丽, 周洪昌, 等. 泵注法在腔内心电图定位瓣膜式 PICC 中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017,14(24):140-142.
- [9] 于新颖, 张娇, 赵京雷, 等. 心房内心电图特征性 P 波的变异范围及其对经外周置入中心静脉导管尖端定位的意义 [J]. 中国医科大学学报, 2017,46(11):1045-1047.
- [10] 何翠琴, 赵玉桃, 孙海燕, 等. B 超引导下心电图定位在妇科肿瘤患者 PICC 置管中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2018,22(16):83-85.
- [11] 李迎. 自制心电连接器在 PICC 置管尖端定位的应用 [J]. 中国医学创新, 2018,15(10):120-123.
- [12] 曹奕忠, 张小惠. 成人中心静脉置管术中使用腔内心电图行导管头端定位时心电图稳定性及其影响因素 [J]. 黑龙江医学, 2017,41(4):310-311.
- [13] 苏效添, 肖舒文, 周玲林, 等. 经外周置入中心静脉导管尖端定位技术研究进展 [J]. 海南医学, 2019,30(12):1592-1595.
- [14] 孙红, 王蕾, 聂圣肖. 心电图引导 PICC 尖端定位的多中心研究 [J]. 中华护理杂志, 2017,52(8):916-919.
- [15] 王超红, 王子琴, 侯鑫, 等. 心房内心电图技术在肿瘤患者 PICC 置管中的应用 [J]. 医疗装备, 2016,29(9):21-22.

[2020-03-27 收稿]

(责任编辑 刘学英)

腔内心电图技术用于早产儿 PICC 置管尖端定位的效果

王艳 黄婷婷 庄婷婷

【摘要】 目的 探讨腔内心电图技术用于早产儿经外周静脉穿刺中心静脉导管(PICC)置管尖端定位的临床效果。**方法** 选2017年5月—2019年12月医院早产儿科实施PICC置管的60例患儿,按照组间基本特征具有可比性的方法划分为对照组与观察组,每组30例。PICC置管时,对照组应用X线进行尖端定位,观察组应用腔内心电图技术进行尖端定位,比较两组首次尖端到位率、二次尖端到位率、并发症发生率。**结果** 观察组的首次尖端到位率、二次尖端到位率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用腔内心电图技术对早产儿PICC置管时的尖端予以定位,可提高尖端定位准确性,降低置管并发症的发生概率,提高置管安全性。

【关键词】 早产儿; 经外周静脉穿刺中心静脉导管; 尖端定位; 腔内心电图

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.040

新生儿PICC置管时易出现尖端异位情况,导管异位容易发生静脉血栓、纤维蛋白鞘、心律失常等并发症,久之易引发感染^[1-3]。以往,临床上多采用X线对PICC置管尖端进行定位,近年来,腔内心电图技术发展迅速^[4]。为加强腔内心电图技术在早产儿PICC置管尖端定位中的运用效果,本研究开展前瞻性研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年5月—2019年12月医院早产儿科实施PICC置管的60例患儿开展前瞻性研究,均为早产儿,按照组间基本特征具有可比性的方法分为观察组与对照组,各30例。对照组:胎龄28~34周,平均 32.17 ± 1.32 周;男16例,女14例。观察组:胎龄29~35周,平均 31.69 ± 1.26 周;男17例,女13例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医学伦理学委员会批准,且患儿家属对研究知情同意。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 在PICC置管时应用X线进行尖端定位,导管置入,予以固定,拍摄X片,根据X片查看尖端位置。根据2011年版美国静脉输液护士学会(INS)实践标准^[5],PICC尖端应位于上腔静脉的下1/3段靠近上腔静脉与右心房的交界处,胸片显示导管尖端位于第4~7胸椎,表明PICC尖端应位于上腔静脉中下1/3段或上腔静脉与右心房的

交界处,即为正常位置。

1.2.2 观察组 在PICC置管时应用腔内心电图技术进行尖端定位,在患儿安静状态下,将3个电极片贴于患儿右侧锁骨下、双侧下腹部皮肤,调节导联模式,打印心电图。于最大化无菌屏障下,按常规PICC穿刺置管,导管进入第一测量长度时,采用头皮针,连接肝素帽,排尽空气后,将导管末端与转换器鳄鱼夹连接,将0.9% NaCl溶液用10 ml注射器缓慢注入,观察腔内心电图P波是否发生变化,记录P波变化情况,待P波达到最大振幅,与QRS波平齐甚至超过QRS波,将导管撤出0.5~1 cm,定位位置为P波幅度下降接近R波波幅的60%~70%,打印心电图,固定导管。如导管穿刺过程中P波振幅未增大,说明导管尖端尚未进入上腔静脉,应及时将导管撤出,调整导管方向后再次进行穿刺,直至P波振幅开始增大,表示导管尖端进入上腔静脉。

1.3 观察指标

比较两组的尖端到位率、并发症发生率。尖端到位判断标准:上腔静脉和右心房衔接处上方3~4 cm,上腔静脉中下1/3处。尖端位置最佳:尖端在 T_{4-7} 水平。尖端异位:导管尖端处于腋静脉、锁骨下静脉、颈内静脉或者头臂静脉处。尖端过浅:尖端位于 T_3 水平及以上。尖端过深:尖端位于 T_8 水平或以下。并发症涵盖导管相关性感染、导管堵塞。

1.4 统计学处理

应用SPSS统计学软件,计数资料组间率比较行 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组尖端到位率比较

观察组的首次尖端到位率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 两组二次尖端到位率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组尖端到位率比较

组别	例数	首次尖端到位		二次尖端到位	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)
对照组	30	17	56.67	26	86.67
观察组	30	25	83.33	30	100.00
χ^2 值		5.079		2.411*	
P 值		0.024		0.120	

* 为校正 χ^2 值。

2.2 两组并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较

组别	例数	导管相关性感染	导管堵塞	发生率 (%)
对照组	30	2	4	20.00
观察组	30	0	0	0.00

校正 $\chi^2=4.630$, $P=0.031$ 。

3 讨论

早产儿静脉输液过程中主张采用 PICC 置管^[6]。PICC 置管是经外周静脉穿刺, 将中心静脉导管置入至上腔静脉或下腔静脉, 再对导管予以固定, 可长时间带管, 减少穿刺次数。置管过程中需确保导管尖端到位, 避免其尖端异位, 易引发导管相关性感染, 不利于早产儿输液治疗^[7]。以往采用 X 线对 PICC 尖端予以定位, 可显示 PICC 尖端位置, 但 X 线不具有实时可视性, 需对早产儿进行一次或多次 X 线摄影, 才能妥善定位 PICC 尖端, 无法在实时情况下调整尖端位置, 具有血管神经损伤风险^[8-9]。

采用腔内心电图技术对 PICC 置管时尖端予以定位, 通过连接心电监护仪, 根据心电图是否出现特异性的 P 波来对尖端位置予以判断, 相比于 X 线辅助定位, 腔内心电图定位具有实时性和可视性, 可通过心电图 P 波变化情况实时反映尖端位置, 在可视状态下对 PICC 导管尖端位置予以实时调整, 提高尖端定位准确性, 避免损伤血管、神经, 还可

减少 X 线反复摄影带来的辐射危害, 有利于提高尖端定位安全性^[10-12]。结果显示, 观察组的首次尖端到位率较对照组高 ($P<0.05$), 其置管并发症总发生率较对照组更低 ($P<0.05$)。

综上所述, 采用腔内心电图技术对早产儿 PICC 置管时的尖端予以定位, 可提高尖端定位准确性, 提高置管安全性。

4 参考文献

- [1] 袁玲, 李蓉梅, 李善萍, 等. 两种方法经三向瓣膜式 PICC 引导腔内心电图的效果比较 [J]. 中华护理杂志, 2015, 50(9): 1055-1059.
- [2] Casner M, Hoesli SJ, Slaughter JC, et al. Incidence of catheter-related bloodstream infections in neonates following removal of peripherally inserted central venous catheters [J]. *Pediatr Crit Care Med*, 2014, 15(1): 42-48.
- [3] 汪华萍, 杨利霞, 石岚, 等. 腔内心电图联合超声探查在 PICC 定位中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(4): 114-116.
- [4] 郑春华, 吴贤翠. 腔内心电图技术定位 PICC 导管尖端位置的临床应用研究 [J]. 护理研究, 2016, 30(33): 4208-4209.
- [5] 李倩倩, 王茜. 腔内心电图引导早产儿 PICC 尖端定位的研究进展 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(2): 153-156.
- [6] 吴文理, 陈佩仪, 宋燕伶, 等. 腔内心电图技术用于早产儿 PICC 置管头端定位的效果观察 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(20): 3443-3445.
- [7] Ma M, Garingo A, Jensen AR, et al. Complication risks associated with lower versus upper extremity peripherally inserted central venous catheters in neonates with gastroschisis [J]. *J Pediatr Surg*, 2015, 50(4): 556-558.
- [8] 李黎, 陈月香, 李向君, 等. PICC 置管中腔内心电图 P 波形态改变及临床意义的研究 [J]. 护士进修杂志, 2017, 32(6): 557-558.
- [9] 王龙凤, 郭素萍. 腔内心电图技术处理 PICC 导管尖端异位的效果评价 [J]. 护理研究, 2017, 31(3): 376-379.
- [10] 何广荣, 李洪伟. 早产儿中心静脉腔内心电图 P 波大小与导管尖端位置关系的研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(7): 523-525.
- [11] 苗凤茹, 王婧, 王桂华, 等. 超声联合腔内心电图引导下 PICC 尖端定位的临床观察 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(16): 34-36.
- [12] 陈佳, 熊巍. 腔内心电图定位技术在 PICC 置管患者带管期间的指导意义 [J]. 中国医学装备, 2018, 15(6): 86-89.

[2020-02-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

基于流程改造的精益管理模式对门诊伤口管理中心接诊效率及患者就诊满意度的影响

邓素红 曾兰娟 彭佩玲 刘映辉 戴宁军

【摘要】 目的 探究基于流程改造的精益管理模式对门诊伤口管理中心接诊效率及患者就诊满意度的影响。**方法** 对2018年1月—2020年2月来医院伤口造口门诊就诊的患者,在就诊各个环节进行现场调研统计,找出传统管理模式存在的问题,然后运用基于流程改造的精益管理模式,对比改进前后伤口造口门诊接诊效率及患者就诊满意度。**结果** 精益管理模式实施后,患者首诊时间、候诊时间均明显短于实施前($P<0.05$),患者就诊满意度评分明显高于实施前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 门诊伤口管理中心引用基于流程改造的精益管理模式,通过优化流程,可有效提高伤口门诊管理中心接诊效率,提高患者就诊满意度。

【关键词】 伤口管理中心;精益管理模式;门诊;流程改造

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.041

慢性伤口病程长,无法自愈,给患者带来了沉重的经济负担和心理压力。伤口造口专科门诊是专门处理各种慢性伤口、瘘管、肠造口、压力性溃疡等,为患者提供专业化的护理服务科室。高凤莉等^[1]对我国三级医院护理专科门诊的建立情况调查显示,伤口/造口专科门诊的开设数量在专科门诊开设中排第二位,可见伤口造口门诊的成立正是适应社会发展的需求。精益管理是一种先进的、科学的管理模式,通过精益思维,以最小投入来提高质量和满意度,加快流程速度,实现价值最大化^[2-3]。为此,本研究将其应用于我院门诊伤口管理中心的流程改造中,探讨其临床应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2018年1月—2020年2月来医院就诊的患者为调研对象,以2018年1月—2019年1月接诊的患者3098例为对照组,男2056例,女1042;年龄15~49岁,平均 26.98 ± 7.09 岁。以2019年2月—2020年2月实施基于流程改造的精益管理模式的患者3099例为观察组,男2078例,女1021例;年龄14~48岁,平均 26.67 ± 5.09 岁。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 具体措施

1.2.1 组建团队 按照精益管理模式的标准,由

我院护理部和门诊部牵头,以门诊伤口管理中心为主体,抽调相关人员组成门诊伤口管理中心流程改造团队,小组成员在改造正式开始前进行精益管理模式的培训,包括相关知识,改造工具等,首先向小组成员灌输精益管理的思想,强化小组成员的精益管理理念。

1.2.2 发现问题 通过现场调研和集中讨论,并实地模拟患者在门诊伤口管理中心就诊和治疗时的路线。模拟时,遵照患者需求为中心的原则,对就诊治疗流程进行深入分析,发现问题,分析总结原因。经过考察、分析和总结,按照精益管理模式评估,将重点聚焦于改善患者等待的舒适性和缩短患者等候时间,并提出了5个关键性、短期内能明显改善的重要问题,如:候诊队列混乱、伤口门诊各区域划分不规范、伤口护理流程繁杂、伤口治疗室相关设施设备缺乏、操作护士专业素质欠缺等。

1.2.3 解决问题 针对问题,团队成员在各自查阅文献、自主学习其他类似经验的基础上,收取患者意见,采用头脑风暴法,进行多次集体讨论、情景模拟,团队成员都积极出主意、想对策,群策群力,经过共同商讨和反复论证,对门诊伤口管理中心的流程进行改造和调整。

1.2.4 实施改造后的精益管理措施

(1) 候诊区开设智能叫号系统:传统管理中,由于伤口门诊管理中心原有的候诊区场地过于狭小,没有开设自动叫号系统,无论是普通拆线、换药,还是其他需要特殊照顾的军人、老人、小儿等,

均在同一狭小的候诊区等候，整个候诊过程的队列混乱，无严格设置，因此经常遭患者投诉。精益管理模式实施后，在门诊伤口管理中心的一侧，开辟独立的患者候诊区，同时安装智能排队叫号系统，装置了3块叫号显示屏，显示就诊室的治疗医师、正在接诊的患者以及下一个需要准备的患者和该就诊室等待数量等。患者在候诊区护理导诊台领取就诊号，可坐在候诊区等候，按序就诊。同时，就诊区设置了军人优先，离退休干部、老人、婴幼儿等特殊群体出现特殊情况时也可到导诊台及时求助护理人员，合理调整就诊顺序。

(2) 合理规划区域地形和设施：①传统管理模式下，候诊区患者均站立排队等候，忽视了特殊群体的等候耐力，精益管理模式实施后，在候诊区增设适当数量的标明“老、弱、病、残、孕”优先的座椅。②传统的伤口管理中心伤口处理区域局限，除特殊感染伤口外，其他患者均集中于同一治疗室，不符合医院感染质量控制的要求，存交叉感染的风险。③治疗室内原有的诊疗床和治疗座位欠缺，往往是诊疗床上患者正在进行治疗，下一位患者已在座位上等待，患者隐私无法得到保护，精益管理模式实施后，特殊感染治疗室仍按原来的区域和方式，非特殊伤口治疗室则进行了重新规划，将治疗室划分为清洁伤口处理区和污染伤口处理区，两个区域中间增加隔离帘，以保护患者隐私，避免不同伤口处理时的相互干扰和影响。④走廊增设座位，指导就诊患者依次等候。

(3) 提高护士专业能力：①基础护理教科书中没有关于伤口护理专项操作内容，相关技术规范文件中的相关知识内容也较少，伤口护理知识和能力大多来自于临床实践，缺乏规范性指导和详细的理论依据，伤口治疗师对于护理知识同样具有局限性，也无法全面指导护理人员和患者，存在较多认识不足和技能欠规范的问题，甚至操作错误。精益管理模式下，在护理部和门诊部的支持下，门诊伤口管理中心安排骨干护士到伤口造口专科培训基地接受培训和实践，回来后指导科室其他人员。②聘请伤口造口护理专家实地指导；建立和完善培训考核制度，定期考察护士的理论知识、专科技能，将考核结果与临床绩效挂钩。

(4) 人性化护理管理模式：传统管理中，患者就诊流程为：①窗口挂号、候诊区等待、医师接诊并下达医嘱，患者根据医嘱到伤口管理中心治疗；②伤口管理中心治疗前分诊，开收费单，患者缴费后处理伤口。以后治疗时需重复上述流程，精益管

理模式实施后，伤口管理中心医护人员根据伤口具体情况，制定伤口管理方案，如需每隔3d换药一次，则直接开具3次医嘱，患者一次性挂号缴费后即可。复诊患者分时段预约，最大程度避开高峰期，缓解就诊流量。

1.3 观察指标

分别统计基于流程改造的精益管理模式实施前后门诊伤口管理中心首诊时间、候诊时间、候诊时间、护理满意度。护理满意度采用调查问卷形式，包括20个条目，每个条目采用Likert 5级评分，非常满意为5分，满意为4分，一般满意为3分，不满意为2分，非常不满意为1分，问卷总分20~100分，得分越高，患者满意度越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用t检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

精益管理模式实施后，患者首诊时间、候诊时间均明显短于实施前，患者就诊满意度评分明显高于实施前，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 门诊伤口管理中心接诊效率及满意度评分比较				
组别	例数	首诊时间 (min)	患者候诊时间 (min)	患者就诊满意度(分)
对照组	3098	10.52 ± 1.04	28.57 ± 3.24	76.45 ± 3.46
观察组	3099	8.35 ± 1.20	15.32 ± 2.15	84.57 ± 5.26
t 值		8.309	11.203	9.309
P 值		0.028	0.000	0.004

3 讨论

门诊伤口管理中心是为慢性伤口患者提供伤口治疗和护理的集中场所^[4]，流程改造的目的是为患者提供优质、便捷和满意的护理服务。精益管理模式作为一种科学的管理理念最初在丰田汽车公司的应用，也是为了在减少投入的基础上为顾客提供满意的产品和服务。赵若楠等^[5]研究指出，精益管理能够提高医院的管理水平，改善医院服务流程和服务质量。本研究将其应用于门诊伤口管理中心的流程改造中后发现，患者首诊时间、患者候诊时间均

明显短于实施前,差异具有统计学意义($P<0.05$);门诊伤口管理中心患者就诊满意度评分明显高于实施前,实施前后对比,差异有统计学意义($P<0.05$)。这与陈珏等^[6]的相关研究结果一致。

刘学英等^[7]研究指出,伤口造口门诊的管理应该标准化、系统化、规范化,但这只能保证工作的严格有序,对工作效率的提升还有待改善。实施精益化管理应尽可能满足患者合理需求,让其充分感受到流程改造后的方便^[8]。本研究通过寻找和发现问题,在门诊候诊区开设智能叫号系统,改善了候诊秩序和舒适度,减少了因候诊而引发的护患、患患之间的冲突和纠纷,秩序井然,为医护人员提供了相对安静的工作环境,进而加快了诊疗速度,提高了诊疗量^[9]。通过合理规划各区域地形和设施,充分考虑患者隐私、医院感染防控、患者就诊方便等问题,保证了治疗和护理的安全性。在整个流程改造中,始终坚持以患者为中心和人性化护理理念,如短期多次换药患者,实施1次医嘱3次治疗的措施,避免人群集中,减少了患者的时间浪费,缩短了候诊时间,也减少了工作人员上班时空闲时间和加班时间,提高了伤口管理中心的工作效率,这一结果^[10]与本文一致。蒋琪霞等^[11]研究指出,对伤口护理门诊护士进行技术改良和专科培训,纠纷投诉和不良事件发生率明显下降,患者的满意度大大提高,这一结论在本研究中也得以证实。通过培训和学习,提高了护理人员的专业能力,从而为患者提供全面的优质护理服务,促进患者护理满意度的提升,还能改善患者就诊过程中的不良情绪,提升其对伤口健康知识的知晓度。

综上所述,门诊伤口管理中心引用基于流程改造的精益管理模式,通过优化流程,可有效提高伤

口门诊管理中心接诊效率,提高患者就诊满意度。

4 参考文献

- [1] 高凤莉,刘均娥,丁舒,等.我国三级医院护理专科门诊建立与实践现状的调查分析[J].中国护理管理,2017,17(10):1297-1302.
- [2] 刘蕊,李济宇,王平,等.基于精益管理理念的医院科研经费管理模式探索[J].中华医学科研管理杂志,2018,31(1):8-11.
- [3] 赵旭,陈仲强,王晋豫,等.运用精益管理推行“一站式全程辅助医疗服务模式”[J].中国医院,2017,21(7):72-75.
- [4] 陈雁,夏冬云,吴玲,等.慢性创面多学科诊疗模式在伤口护理门诊中的应用实践[J].中国护理管理,2018(8):1013-1017.
- [5] 赵若楠,李野.精益管理在医院中的应用[J].检验医学与临床,2016,13(2):381-382.
- [6] 陈珏,王蓓,张玲娟,等.精益管理在门诊伤口管理中心流程改造中的应用[J].解放军护理杂志,2015,32(11):47-48.
- [7] 刘学英,陈冰,阮小玲,等.伤口造口门诊的标准化护理[J].护理学杂志,2017,32(22):41-43.
- [8] 何晓俐,李俊茹,赵淑珍.精益化管理在门诊流程优化中的作用[J].四川医学,2015,36(9):1228-1231.
- [9] 张银娟,杨骅,陈珏,等.门诊自助服务精益管理[J].解放军医院管理杂志,2018,25(12):1113-1115.
- [10] 郝建玲,陈珏,张锡锋,等.门诊伤口管理中心开展分时段预约模式的实践与效果[J].解放军护理杂志,2017,34(15):70-72.
- [11] 蒋琪霞,王桂玲,彭青,等.技术改良结合专科培训用于伤口护理中心的管理实践[J].中国护理管理,2016,16(7):994-999.

[2020-10-11 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

《护理实践与研究》杂志严正声明

《护理实践与研究》杂志官网是本刊唯一网站: <http://www.hlsjy.com>; E-mail: hlsjyjshb@126.com; 编辑部电话: 0311-85911163, 85911463。一段时间接到举报,有不法公司和个人盗用或冒用本刊或本刊工作人员名义,以组稿、代写、代发表论文为诱饵,在多个QQ群、微信群上发放虚假广告诈骗钱财。对此,本刊严正声明:本刊没有委托任何公司和个人代收、代写、代发表论文,或代为本刊编辑出版杂志。对上述违法行为,一经查实,本刊将配合国家有关稽查监管部门和公安机关,依法追究其刑事责任!

《护理实践与研究》杂志社

基于临床分期的“互联网+慢病管理”在痛风患者中的应用效果分析

刘红 肖纯玥 邓兰兰 杨静* 刘丹 邹晋梅 董建玲

【摘要】目的 探讨基于临床分期的“互联网+慢病管理”在痛风患者中的应用效果。**方法** 选取2019年1—12月在医院免疫科就诊的痛风患者308例,按照疾病护理管理方法不同等分为观察组和对照组,观察组采用基于临床分期的“互联网+慢病管理”,对照组采用传统的疾病管理。对比两组患者管理前后血尿酸指标、疾病知识知晓情况。**结果** 观察组患者血尿酸值下降优于对照组,观察组的疾病知晓率优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用基于临床分期的“互联网+慢病管理”,能有效控制痛风患者的血尿酸水平,提高患者疾病知识知晓率。

【关键词】 痛风;临床分期;“互联网+慢病管理”;血尿酸

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.042

痛风为临床常见代谢性风湿病,以关节疼痛、炎症、水肿等为临床表现,可并发肾脏病变,重则产生肾功能损害、关节破坏。该病与嘌呤代谢紊乱、高尿酸血症有关,肥胖、饮酒、饮食不节、高血糖、高血压等均影响痛风发作^[1]。“不痛不治”的现象依旧严重,痛风反复发作,就诊率、复诊率低^[2]。痛风管理难度大,涉及营养科、康复科、心内科、预防保健科等多学科,但本院无专门的管理平台或专职人员进行多学科间的无缝衔接,导致不能及时完成疾病的评估、反馈及效果监控,痛风管理仍以单因素或按项目管理为主,尚未形成痛风危险因素的综合干预理念。痛风连续性管理难度大,需要“医院-社区-家庭”的分层、综合策略参与和管理,我国的分级诊疗尚处于初级和探索阶段^[3],医院与社区之间联动较少,社区卫生服务体系总体发展不快,存在护理人员数量少、水平相对较低、医疗设备不完善等问题。本研究对绵阳地区痛风管理现状进行基线调查和数据分析,构建痛风患者预防、治疗、康复、管理四位一体的综合干预、持续管理方法,对痛风患者病情控制效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

患者纳入条件:符合“2015年欧洲抗风湿病联盟/美国风湿病学会痛风分类新标准”^[4];认知、沟通能力正常;能够独立使用智能手机;了解

本研究目的、步骤、意义。排除条件:伴有感染、手术、应激、心肺脑肾功能衰竭;伴有认知功能障碍或精神疾病;合并恶性肿瘤、严重的心血管疾病或脏器损伤。最终,选择2019年1—12月本院免疫科就诊的痛风患者308例为研究对象,按照疾病护理管理方法不同,将308例患者等分为观察组和对照组,观察组:男147例,女7例;年龄16~68岁,平均 51.57 ± 16.1 岁;痛风病程1~23年,平均 11.53 ± 3.83 年。对照组:男149例,女5例;年龄18~67岁,平均 49.54 ± 15.22 岁;痛风病程1~22年,平均 12.46 ± 2.96 年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。患者自愿参加本研究并签署知情同意书

1.2 干预方法

对照组采取传统痛风管理,即护士对患者的饮食、用药、生活习惯、复诊时间进行指导。观察组采用基于临床分期的“互联网+慢病管理”,具体方法如下:

1.2.1 联合地区医院、社区医院提高“互联网+慢病管理”服务效率 充分发挥区域医疗中心辐射作用,联合地区各级医院,构建“互联网+慢病管理”的社会组织构架,提高整体建设效率与服务水平。设立专职的护士负责痛风慢病管理,开设“痛风慢病管理门诊”;组建由2名风湿科副主任医师、2名风湿科慢病管理护士、1名临床营养师、1名康复治疗师、1名药师、2名信息工程师、2名社区医师、2名社区护士组成的痛风慢病管理小组,充分发挥各专业人员的协同作用。制定痛风慢病管理制度SOP 18项,包括《无症状高尿酸血症期体重管理SOP》《无症状高尿酸血症期饮食管理SOP》《痛

基金项目:四川省科技计划项目(编号:2017SZ0148);
2019年四川省卫生适宜技术推广项目(编号:19SYJS09)
作者单位:621000 四川省绵阳市中心医院风湿免疫科
*通讯作者

风急性发作期用药管理 SOP》等。

1.2.2 各临床分期的“互联网+慢病管理”措施

(1) 无症状高尿酸血症期的管理: 该期的重点是控制血尿酸值, 预防痛风急性发作。社区卫生服务中心工作人员针对高尿酸血症患者开展建立初级档案、免费咨询指导、定期回访服务, 积极控制尿酸水平, 监督患者养成良好的饮食、生活、运动习惯。医院通过慢病管理系统向患者推送“高尿酸血症危害相关知识”“知信行调查问卷”“就诊建议”, 初步实现“专病专治”的目标。

(2) 急性发作期的管理: 该期目标是快速缓解患者疼痛, 提高舒适度的问题。疼痛管理: 按痛风急性发作期疼痛管理 SOP 积极对症处理。整体病情评估: 在慢病管理护士的指导下, 利用智能疾病管理系统 APP 进行疾病整体评估, 教会患者使用智能疾病管理系统 APP 进行自我疾病管理, 观看“在线患教”视频, 学习疾病相关知识。创新健康教育形式: 利用病房电视为患者播放健康教育视频, 指导患者关注医院微信公众号“慢病之窗”获取疾病相关知识。

(3) 间歇期管理: 此时期的重点是提高患者降尿酸治疗的依从性。“线上”延续管理: 慢病管理护士通过慢病管理系统每月定期发送科学的个性化的饮食及生活方式指导至患者微信端。自我管理: 指导患者自己在智能疾病管理系统 APP 中, 自我进行发作风险的评估, 通过重复评估了解自己的疾病转归, 实现疾病的自我管理。

(4) 痛风石及慢性关节炎期的管理: 此期重点是降尿酸达标治疗, 减少痛风石的发生。①线上问诊。通过医院互联网医院“护理专家在线”, 为患者提供疾病饮食、用药、活动、术前术后注意事项指导、疾病咨询、居家护理指导等线上问诊护理服务。②“患者志愿者”交流平台。创建以“患者志愿者”为核心的痛风病友交流平台, 由痛风专病医师、慢病管理护士共同负责管理, 病友之间、护患之间可随时互动交流、答疑解惑。③社区参与。医院与社区密切合作, 设立痛风管理组, 把痛风降

尿酸达标治疗作为管理目标。对已纳入照护对象进行用药依从性管理、痛风石切除术前术后管理、生活方式及饮食管理等进行干预和指导, 达到社区—医院一体化治疗和管理。

(5) 痛风性肾病及尿酸性肾病期的管理: “线上 MDT”团队线上管理包括应用慢病管理系统的“多学科协同管理”功能进行合并症管理、用药安全管理、心理健康管理、康复锻炼管理、饮食营养管理。重复评估: 利用智能疾病管理系统 APP, 由慢病管理护士指导患者重复进行疾病评估, 痛风发作风险评估每月评估 1 次。

1.3 观察指标

①血尿酸值。此项指标只采用患者在绵阳市中心医院检验科采集的静脉血尿酸值, 正常值: $202.3 \sim 416.5 \mu\text{mol/L}$ 。②疾病知识知晓率。采用自行设计的疾病知识知晓率调查表, 共包括 10 个疾病相关题目, 每个题目包含“是”和“否”两个答案, 回答“是”计 10 分, 回答“否”计 0 分, 调查表总分为 100 分, 得分 ≥ 80 分定为“知晓”。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行处理, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者管理前后血尿酸指标比较

管理干预前, 两组血尿酸值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组血尿酸均明显降低, 但观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者管理前后疾病知识知晓率比较

管理干预前, 两组疾病知识知晓率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组疾病知识知晓率均明显提高, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者管理前后血尿酸值比较 ($\mu\text{mol/L}$)

组别	例数	管理前	管理后
对照组	154	508.34 ± 124.97	435.82 ± 76.13
观察组	154	506.02 ± 122.19	317.21 ± 80.55
t 值		0.165	13.280
P 值		0.869	0.000

表 2 两组患者管理前后疾病知识知晓率比较

组别	例数	管理前		管理后	
		知晓	知晓率（%）	知晓	知晓率（%）
对照组	154	27	17.53	78	50.65
观察组	154	18	11.69	142	92.21
χ^2 值		1.666		63.143	
P 值		0.197		0.000	

3 讨论

基于痛风各临床分期的“互联网+慢病管理”以降尿酸、调整饮食结构为基本治疗措施^[5]。有研究发现，健康宣教知识不够是痛风患者降血尿酸(UA)治疗依从性差的重要原因之一^[6]。本研究中，通过多途径的宣传和教育能提高患者对痛风相关知识的知晓率，且管理后血尿酸值明显下降。基于痛风各临床分期的“互联网+慢病管理”优势在于针对不同时期患者需求不同给予针对性的管理措施，加强随访管理，提高依从性，让血尿酸值更快实现达标^[7]。

慢性病管理是一项细节工作，单靠医师或者护士都不能很好地完成^[8]，本研究建立起以护士为主导的慢病管理小组，以互联网信息技术为支撑，医院、社区、家庭联合管理，取得较好的管理效果。在管理过程的最大困难是患者依从性的问题^[9-10]，影响依从性的因素很多，有个人因素，如对疾病的重视程度、生活方式、文化环境等，这些因素与个人的经济状况、学历、年龄、性别有密切关系^[11]，有效的健康教育和随访管理成为必不可少的、增加依从性的手段，这也意味着慢病管理仅靠“线上”是无法进行的，必须要“线上、线下”相结合，紧密围绕患者需求。

基于临床分期的“互联网+慢病管理”管理应用于痛风患者，不仅能够减轻痛风症状，控制病情进一步发展，还能提高患者疾病知识，具有较高的临床应用价值。本研究不足之处为没有进行卫生经济学评价以及对并发症的影响分析，仍有待进一步深入研究。

4 参考文献

[1] Bardin T, Bou é e S, Clerson P, et al. Prevalence of Gout in the Adult Population of France[J]. Arthritis

Care & Research, 2016,68(2):261-266.

[2] Xiao N, Long Q, Tang X, et al. A community-based approach to noncommunicable chronic disease management within a context of advancing universal health coverage in China: progress and challenges[J]. BMC Public Health,2014,14(2):114-116.

[3] 邵苗, 张学武. 2015 年欧洲抗风湿病联盟 / 美国风湿病学会痛风分类新标准 [J]. 中华风湿病学杂志, 2015,19 (12) : 854-855.

[4] 谢穗雅, 邓素玲, 沈海靓. “互联网+医养结合”管理在社区老年慢性病人中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2020,17(10):120-122.

[5] 陈小芬, 繆初蕾, 钟青青, 等. 云随访对慢性阻塞性肺疾病 延续护理研究 [J]. 中国药物与临床, 2018,18(2):178-181.

[6] 戴小良, 何彪, 向桢. 痛风患者降尿酸治疗依从性影响因素的分析 [J]. 华南国防医学杂志, 2017, 31(7):442-444.

[7] Kiltz U, Smolen J, Bardin T, et al. Treat-to-target (T2T) recommendations for gout[J]. Ann Rheum Dis, 2017,76(4):632-638.

[8] Teh CL, Cheong YK, Wan SA, Ling GR. Treat-to-target(T2T)of serum urate(SUA)in gout: a clinical audit in real world gout patients.Reumatismo, 2019, 71(3):154-159.

[9] Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative[J]. Ann Rheum Dis,2015,74(10): 1789-1798.

[10] 胡亚琼, 刘宇, 冷锋. 借力分级诊疗制度的慢病管理实践 [J]. 解放军医院管理杂志, 2019(12):1157-1161.

[11] 欧阳建英, 谭晓青, 陈蕾. 慢性肾病患者治疗依从性及影响因素分析 [J]. 护理实践与研究, 2020,17(12):45-47.

[2020-03-03 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预在脑卒中后睡眠障碍患者中的应用

黄玉娴 唐旭丽* 蒋颖 黎莹 张雪香 蒋钦清

【摘要】 目的 观察中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预对脑卒中后睡眠障碍患者的临床疗效。**方法** 选择2018年1月—2018年12月医院老年病科、干部病区收治的80脑卒中后睡眠障碍的患者作为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组。对照组给予生活护理、环境指导及情志调护等常规护理,观察组在对照组的基础上给予中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预。观察两组患者匹兹堡睡眠质量(PSQI)、脑卒中专用生活质量(SS-QOL)及两组患者治疗的总有效率。**结果** 干预2周后,观察组患者的生活质量及睡眠质量均高于对照组($P<0.05$);观察组干预总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预能有效改善脑卒中后患者的睡眠质量及生活质量。

【关键词】 中药药枕;脑卒中;睡眠障碍;足底按摩;护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.043

脑卒中是常见的严重危害中老年人生命与健康的脑血管疾病,其发病率高、致残率高、病死率高及复发率高^[1]。睡眠障碍是脑卒中常见的并发症,研究表明20%~40%的脑卒中患者可并发睡眠障碍,且在卒中后3~4个月内普遍存在^[2]。脑卒中后的睡眠障碍不仅会影响患者的日常生活质量,还会加重卒中的高危因素,如糖尿病、冠心病等相关病症的病情,甚至引发脑梗死,增加患者及家属的经济负担^[3]。目前,脑卒中睡眠障碍患者的治疗以镇静安眠类药物为主,虽然能有效改善睡眠,但药物治疗有一定的不良反应,如成瘾性、耐受性、呼吸抑制以及跌倒等,易增加患者心理负担^[4]。本研究在常规治疗和护理的基础上,运用中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预模式对脑卒中后患者睡眠障碍进行干预。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1—12月广西中医药大学第一附属医院老年病科、干部病区住院的脑卒中后睡眠障碍患者80例。诊断标准:参考中国神经内科相关专家小组制定的《2015脑卒中分级诊疗指南》中脑

卒中的诊断标准;纳入条件:符合诊断标准的首发患者;有CT或MRI的影像学诊断依据;患者神志清楚,全身状况稳定,无听力障碍和智能障碍,有自我表达能力;匹兹堡睡眠质量指数(PQSI) >7 分;签署知情同意书。排除标准:既往有芳香药物的过敏史;伴有严重心、肝、肺、肾等脏器基础病;其他因素如药物或精神疾病等所引起的失眠;发病前有严重的睡眠障碍。排除条件:研究过程中不配合的患者;研究对象发生各种不良事件、并发症以及病情恶化者;中途出院或自动退出者。将患者按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组各40例。观察组中男28例,女12例;年龄46~82岁,平均 66.56 ± 5.28 岁;PSQI评分 13.35 ± 2.71 分;脑卒中专用生活质量(SS-QOL)评分 201.18 ± 15.13 分。对照组中男24例,女16例;年龄44~85岁,平均 64.12 ± 5.38 岁;PSQI评分 13.53 ± 2.63 分;脑卒中专用生活质量(SS-QOL)评分 198.28 ± 14.56 分。两组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组采用基础护理+普通枕;观察组采用基础护理+中药药枕+生活-行为睡眠干预,两组观察时间均为2周。

1.2.1 对照组 ①病房环境。保持病房安静,温湿度适宜,定时开门窗通风透气。减少探视,告知亲友探视时减少喧哗,医护人员查房、治疗时尽量做到四轻,操作轻,走路轻,说话轻,关门轻,共

基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹科研课题(编号Z20170269)

作者单位:530023 广西南宁,广西中医药大学第一附属医院老年干部病区

*通讯作者

同营造安静舒适的病区环境以提高睡眠质量^[5]。②生活指导。指导患者养成良好的作息习惯,日间避免长时间卧床,可适当进行有氧运动,如散步、打太极拳等,临睡前避免喝浓茶及咖啡等易引起兴奋的饮品^[6]。③情志调护。调畅情志,保持平和心态,避免不良情绪的影响,如过激、过喜、过怒等;通过与患者的有效沟通及引导,找出影响患者睡眠的症结所在,帮助患者消除焦虑的情绪,恢复平稳的心态,从而增强信心^[7]。

1.2.2 观察组

(1) 中药药枕:中药方选自吴震西所著的《中医外治求新》中治疗不寐的经典药枕方—安神药枕方,药材有合欢花、夜交藤、菊花、灵磁石以及冰片。药枕制作方法:①将所选药材混合打磨成粗粒状后再与适量荞麦混合均匀装入一个长25 cm、宽15 cm的棉布袋中,将棉布袋平整摊平,在每隔5 cm长度的地方用缝线垂直缝合固定药粉,防止移动。②将装有药粉的棉布袋放入枕芯套中央位置,四周再以缝线缝合,固定棉布袋。③用珍珠棉填充满枕芯套,使枕高约6 cm,与普通枕同高,缝合开口,再套上枕头套。④药枕每周更换1次,患者夜晚睡觉时在头颈部下方垫药枕,持续2周。为避免干扰,患者白天睡觉时不用药枕,更换为普通枕,同时为避免药枕空置时药效挥发,可将药枕置于塑料袋中存放。

(2) 生理—行为睡眠干预:①生理干预。指导患者睡前按摩足底失眠区、大脑反射区和腰反射区各5 min,提高患者睡眠的自护能力,使全身心得到放松。②行为干预。于每晚睡觉前30 min练习睡眠内视法。患者夜卧时取右侧卧位,右腿屈膝在下,左腿微屈重叠在上,以自我舒适为宜;然后右肘自然弯屈贴于胸肋,右手四指自然微张,大拇指放置于耳垂后面的凹陷处,示指和中指贴着右太阳穴,贴枕而眠;左臂屈肘,掌心贴于右肩上;轻闭双眼,缓慢地自然呼吸,无需刻意控制呼吸的频率,最终达到身心放松,连呼吸都忘记的状态。练习的时间不必过于古板,有困意时即可^[8]。

1.3 观察指标

分别于干预前及干预2周后,运用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)和疗效判定标准评估患者的睡眠质量指数、生活质量以及治疗效果。

(1) 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI):量

表由19个自评和5个他评条目共同构成,其中第19个自评条目和5个他评条目不参与计分,而18个条目组成7个成分,每个成分按0~3等级计分,累积各成分总分为PSQI总分,总分为0~21分,总分小于7分表示睡眠质量比较好,总分大于等于7分者判定为睡眠障碍,得分越高,表示睡眠质量越差^[9]。

(2) 脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL):该量表可在社会角色领域进行测量评价,也可在特定范围内作为中风临床试验疗效判定指标,其包含家庭角色、情绪、个性等共12个维度,49个条目。评分采用Likert 5级评分法,得分范围为49~245,分数越高表示患者生活质量越高。国内学者研究显示,该量表的信度及效度都很好,可用来评定脑卒中患者生活质量^[10]。

(3) 疗效判定标准:参照《中药新药治疗失眠的临床研究指导原则》的疗效标准判定。治愈:睡眠时间恢复正常或睡眠时间增加至6 h以上,睡眠深沉,醒后精神充沛。显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3 h以上,睡眠深度增加。有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不足3 h。无效:睡眠无明显改善^[11]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件分析数据。计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;等级资料组间比较用Wilcoxon秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后PSQI评分比较

干预前,两组PSQI各项评分及总分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预2周后,观察组SS-QOL各项评分(入睡时间、催眠药物两项除外)及总分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组干预前后SS-QOL生活质量评分比较

干预前,两组SS-QOL评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预两周后,观察组SS-QOL评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组干预后疗效比较

干预后,两组疗效比较,观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表 1 两组干预前、干预后 PSQI 评分比较

观察 时点	组别	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能	总分
干预前	观察组 (n=40)	2.03 ± 0.59	2.11 ± 0.63	2.04 ± 0.58	2.01 ± 0.41	2.04 ± 0.21	1.06 ± 0.18	2.06 ± 0.11	13.35 ± 2.71
	对照组 (n=40)	2.16 ± 0.52	2.07 ± 0.53	2.04 ± 0.56	2.03 ± 0.51	2.09 ± 0.20	1.12 ± 0.14	2.02 ± 0.17	13.53 ± 2.63
	t 值	1.046	0.307	0	0.193	1.090	1.664	1.249	0.303
	P 值	0.299	0.759	1.000	0.847	0.279	0.100	0.215	0.764
干预后	观察组 (n=40)	1.05 ± 0.25	1.02 ± 0.32	0.61 ± 0.13	1.00 ± 0.21	0.64 ± 0.16	0.28 ± 0.07	0.50 ± 0.01	5.10 ± 1.15
	对照组 (n=40)	1.29 ± 0.32	1.05 ± 0.25	0.81 ± 0.21	1.46 ± 0.28	1.46 ± 0.31	0.28 ± 0.03	0.82 ± 0.05	6.15 ± 1.45
	t 值	3.738	0.476	5.122	8.312	14.866	0	39.691	3.588
	P 值	0.000	0.642	0.000	0.000	0.000	1.000	0.000	0.001

表 2 两组患者干预前后 SS-QOL 生活质量评分比较

组别	观察例数	干预前	干预后
观察组	40	201.18 ± 15.13	232.11 ± 15.86
对照组	40	198.28 ± 14.56	210.50 ± 17.19
t 值		0.874	5.844
P 值		0.385	0.000

表 3 两组干预后疗效比较

组别	观察例数	治愈	显效	有效	无效
观察组	40	14	18	5	3
对照组	40	8	10	13	9

秩和检验： $u=2.811$ ， $P=0.005$ 。

3 讨论

脑卒中后睡眠障碍是指脑卒中后睡眠质量或时间发生紊乱，临床表现主要包括昼夜失调性睡眠障碍、睡眠结构紊乱以及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。睡眠障碍是脑卒中最常见的并发症之一，脑卒中后睡眠障碍可持续数月至数年，有研究表明卒中后发生睡眠障碍是病情较严重的一种标志，可使神经兴奋性增高，从而影响患者的神经功能恢复，加重病人的负性心理，降低患者的日常活动能力，对脑卒中的预后产生负面影响。

脑卒中属中医学“中风”范畴。睡眠障碍属中医学“不寐”范畴，主要是由人体阴阳失衡、阳不交阴，卫气蓄积于阳，无法入阴，阳气过满，阴气过虚，导致夜间无法入眠^[12]。《难经》有云：“老人血气衰…，营卫之道涩，故…，夜不得寐也”，说明阴血不足是不寐的发病主因。二者生理病理密切联系，病因病机相互影响。中风后患者气血亏虚于下，肝阳暴涨于上，扰乱心神而致不寐；然不寐又可耗伤阴精，使滋养筋肉的气血更虚，导致恶性循环而加重病情。药枕中的药物多具有芳香走窜的

性质，中药药枕疗法主要通过局部皮肤吸收药气，药物通过经络传导，刺激头部穴位通经活络，使得药物有效成分缓慢释放，达到调节机体脏腑气血阴阳的作用^[13]。本研究药枕方选自吴震西所著的《中医外治求新》中治疗不寐的经典药枕方一安神药枕方，根据药物的性能归经，选用主归心、肝经的合欢花、夜交藤、菊花、灵磁石以及开窍药冰片这五种常见制枕中药材制作药枕。合欢花及夜交藤味甘平，具养心安神、通络祛风之效；菊花性微寒，味辛、甘、苦，能清肝明目，清上焦之邪热；灵磁石味咸寒，可平肝潜阳、镇惊安神；冰片可通诸窍、散郁火；药枕通过药气入血行于经脉、药物直接吸收以及对经脉的直接刺激激发脏腑经络之气，以达到“泻其有余，补其不足，平复阴阳”的作用，从而改善患者睡眠质量。

中医认为，足底上的各个穴位反射区都与人体各脏腑相对应，可通过按摩、揉捻等多种方法刺激足底相应穴位，促使机体通过血液循环和神经传导途径来调节人体各脏腑功能及阴阳平衡^[14]。在每晚睡前为脑卒中睡眠障碍患者按摩足底涌泉穴、失眠区、大脑反射区和腰反射区，既可加速足底的血液

以及淋巴的循环,又能刺激人体神经系统,使人体释放复合胺,缓解人体的紧张状态,以安神定志和清心除烦,从而起到镇静安眠的作用。睡眠内视法是一种传统的养生法,它类似于冥想,属于一种心智觉知训练法,能使人平心静气,心无杂念,能有效降低心理敏感性,帮助患者把紧张、焦虑甚至是害怕的负面情绪隔离起来,根本上缓解了导致睡眠障碍的心理紊乱因素,睡眠自然得到了改善。

本研究应用中药药枕联合生理—行为睡眠干预的方法,有效改善了脑卒中后睡眠障碍患者的睡眠质量,提高生活质量。研究结果显示,观察组患者的PSQI评分均明显低于对照组,且SS-QOL各项评分均明显高于对照组,治疗的总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明中药药枕联合生理—行为睡眠干预的方法不仅能有效改善脑卒中后睡眠障碍患者的睡眠质量,同时还能提升患者生活质量,是一种安全、高效的中医组合治疗方案。本研究从患者的“生理—行为”两个维度同时入手,使患者睡前能够处于身心放松的状态,同时配合气味芳香的中药药枕于睡前使用,更能增加患者的舒适度,改善睡眠质量。而且,采用足部按摩、内视法等无副作用且经济实惠的护理干预方法,更易于患者接受。

4 参考文献

- [1] 赵斐燕. 延续性护理干预对脑卒中患者康复效果及依从性的影响[J]. 天津护理, 2017, 25(6): 517-518.
- [2] 窦海玲, 陈洁, 王一凡, 李世泽. 睡眠障碍与脑卒中患者抑郁的关系研究[J]. 临床研究, 2020, 28(2): 60-61.
- [3] Jie Li, Shou-Jiang You, Ya-Nan Xu, et al. Cognitive impairment and sleep disturbances after minor ischemic stroke[J]. Sleep and Breathing, 2019, 23(2): 455-462.
- [4] 杜彤帅, 赵晓甦, 杨阳. 脑卒中后疲劳的评价及非药物干预研究进展[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 110-113.
- [5] 谭小雪, 徐敏. 脑卒中后睡眠障碍的中西医结合护理研究进展[J]. 护理与康复, 2017, 16(7): 730-733.
- [6] 崔芳英, 赵序莲, 边艳新, 聂宏伟. 护理干预对神经内科睡眠障碍患者血压与睡眠质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(7): 68-70.
- [7] 朱银娇, 黄莉, 邓燕. 用中药沐足联合开天门手法对肺癌抑郁症病人的效果影响[J]. 全科护理, 2017, 15(11): 1346-1347.
- [8] 曹娅燕. 住院老年糖尿病睡眠障碍患者睡眠护理干预的研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2017.
- [9] 胡玉莲, 崔恒, 夏雪峰. 认知行为疗法对肝移植术后病人负性情绪及睡眠质量的影响[J]. 循证护理, 2020, 6(3): 245-248.
- [10] 王秀娟. 中医护理对脑卒中偏瘫患者生活质量的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2020, 27(5): 88-90.
- [11] 张鹏, 李雁鹏, 吴惠涓等. 中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- [12] 王子豪, 王恩龙. 耳穴压豆治疗中风后失眠临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(1): 33-34.
- [13] 明露. 中药药枕对乳腺癌失眠患者睡眠质量的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2018, 4(3): 53-56.
- [14] 黄慧红, 梁春燕, 言彩蝶, 等. 足底按摩联合药熨对妇科手术病人胃肠功能恢复的影响[J]. 循证护理, 2019, 5(12): 1103-1106.

[2020-04-07 收稿]

(责任编辑 刘学英)

欢迎订阅 欢迎投稿

《护理实践与研究》杂志是中国医师协会系列期刊,是由河北省卫生健康委员会主管、河北省儿童医院主办的护理类综合性学术期刊。刊号:CN 13-1352/R; ISSN 1672-9676。国内外公开发行。系中国科技核心期刊遴选期刊、中国科学引文数据库来源期刊,同时被万方数据库、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库收录。以从事临床护理实践、护理科学研究、护理管理及护理教学等护理专业群体为读者对象;以报道护理学科领域的研究成果、护理实践经验以及新理论、新方法和新技术为主要内容。包括:论著,专科护理,基础护理,门诊护理,手术室护理,社区与全科护理,中医护理,心理护理,健康心理与精神卫生,护理管理,护理教育,护理人文,个案分析,调查研究,综述与讲座,经验与革新等栏目。是护理专业人士获得专业前沿信息、理论知识、技术方法和开展学术交流的园地。

《护理实践与研究》杂志为半月刊,大16开,160页,每月10日、25日出版发行。每期定价10元,全年合计240元。邮发代号:18-112。全国各地邮局订阅;杂志编辑部邮购。

通讯地址:050031 石家庄市建华南大街133号《护理实践与研究》杂志社;联系人:柳雅静;电话:0311-85911163, 85911463;网址: <http://www.hlsjyj.com>; E-mail: hlsjyjshb@126.com。

《护理实践与研究》杂志社

骨科全麻围术期腹胀便秘的集束化中医护理方案效果评价

万婷 陈晓东 王丽征 杨学军 舒高 曾依然 林巧巧

【摘要】 目的 探讨集束化中医护理方案对骨科全麻围术期腹胀便秘的影响。**方法** 选取2019年1月—2020年1月医院收治的126例骨科全麻患者,按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组,各63例。对照组实施常规围术期护理,观察组在对照的基础上实施集束化中医护理方案护理。比较两组术后肠道功能恢复时间、腹胀和便秘发生率及心理状况。**结果** 观察组术后首次排气时间和首次排便时间明显短于对照组($P<0.05$);观察组腹胀和便秘发生率明显低于对照组($P<0.05$);两组入院时SDS、SAS得分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组出院时SDS、SAS得分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 集束化中医护理方案能有效促进骨科全麻患者术后胃肠功能恢复,降低腹胀和便秘发生率,改善患者心理状况。

【关键词】 集束化中医护理方案;骨科;全麻;腹胀;便秘

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.044

手术是治疗外科疾病的重要手段,但手术和麻醉均为严重的应激源,往往会给患者生理和心理带来沉重负担。术后受体位限制、切口疼痛等因素导致卧床时间过长、活动量减少,加上围术期用药、排便方式以及心理因素的影响,致使手术患者术后腹胀便秘发生率较高^[1]。骨科全麻患者创伤大、术后卧床时间较长,围术期腹胀便秘发生率高^[2-3]。腹胀便秘一旦发生,肠道内毒素聚集,进入人体循环易造成全身中毒的风险,还会加重患者心理负担,影响到患者术后恢复^[4]。为了预防和降低骨科手术患者围术期腹胀和便秘的发生率,临床提出了多种多样的护理干预措施,如优质护理、系统护理干预等,获得了一定的效果^[5-6]。中医外治法在腹胀便秘的治疗具有独特的优势^[7]。集束化中医护理方案以集束化护理理论为指导,配合具有我国传统医学特色的中医护理方案,可使护理方案发挥作用得到最大优化^[8]。本研究探讨集束化中医护理方案对骨科全麻患者围术期腹胀便秘的预防效果及影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年1月收治的126例骨科全麻患者作为研究对象。纳入条件:骨科病变需行手术治疗者;既往无胃肠道病变及便秘病史;行气管插管全麻者;具备正常沟通能力;对本研究

知晓同意并签署知情同意书。排除条件:既往便秘史及胃肠道病变;长期使用缓泻剂;心肝肾功能障碍;血液系统疾病;丧失生活自理能力;妊娠期及哺乳期;心理疾病及恶性肿瘤。按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组,各63例。观察组中男38例,女25例;年龄20~69岁,平均 42.82 ± 6.29 岁;手术术式:胸腰椎后路cage植骨融合45例,胸腰椎切开钉棒5例,颈椎前后路9例,脊柱矫形2例,脊柱结核1例,脊柱肿瘤切除1例;住院时间6~12 d,平均 9.27 ± 1.21 d。对照组中男37例,女26例;年龄21~67岁,平均 42.16 ± 6.07 岁;手术术式:胸腰椎后路cage植骨融合46例,胸腰椎切开钉棒4例,颈椎前后路8例,脊柱矫形2例,脊柱结核1例,脊柱肿瘤切除2例;住院时间6~13 d,平均 9.13 ± 1.13 d。本研究符合医学伦理学要求,经我院伦理委员会批准后实施。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组实施常规围术期护理,如病情观察、饮食护理、健康知识讲解、功能锻炼、加强心理护理等。观察组在对照的基础上实施集束化中医护理方案:

(1)腹部热敷:药方由本院专家开具,具体组成为白术50 g,红花50 g,大黄50 g,木香50 g,桃仁50 g,芒硝30 g,将药物混合后磨粉,再加入盐500 g,白醋100 g,放入事先缝好的布袋中,另外准备1条腹带以及1块合适的塑料薄膜和若干纱布。先用温热的毛巾将肚脐及周围擦拭1遍,将用微波炉加热的中药布袋放置在擦拭的部位上,再盖上塑料薄膜,并用胶布妥善固定,2 h后取出,每

天1次。无体位限制者于术后第2天开始,有体位限制者在能行仰卧位时开始。

(2)腹部按摩:患者平卧位时,护理人员以右手掌大鱼际或整个右手掌对腹部按顺时针方向做有节律的按压动作,3~5 min,力度以患者耐受而定,于早餐后0.5~1 h实施,无体位限制者于术后第2天开始,有体位限制者在能行仰卧位时开始。

(3)腹部艾灸:穴位选择大肠俞、天枢、承山、大横、神阙,将艾条置于配套的艾灸筒中,点燃艾条后左右旋转筒身,待温度上升至40℃左右关闭调节盖,放置于选定的穴位上,每穴3 min,每天1次,无体位限制者于术后第2天开始,有体位限制者在能行仰卧位时开始。

(4)耳穴压豆:在耳廓上选择脾、胃、小肠、大肠、皮质下穴,护理人员通过拇指和示指对选择的穴位行按、捏、揉、压,直至患者出现酸、麻、胀、痛感,再采用75%的乙醇对整个耳廓进行消毒,再将王不留行籽固定在选定的穴位上,隔日1次。

(5)饮食调护:湿热型患者适当进食味酸、性微寒的食物,如山楂、陈醋、冬瓜、藕等,气郁型患者可进食疏肝、行气、解郁的食物,如胡萝卜、柚子、佛手等,气虚型患者可进食益气健脾的食物,如白扁豆、鸡肉、大枣、桂圆等,阳虚型患者可进食温中健脾、温阳散寒的食物,如羊肉、狗肉、韭菜等,阴虚型患者可食用滋阴润燥生津的食物,如百合、猪蹄、鸭肉、蜂蜜等。

1.3 观察指标及判定标准

(1)术后肠道功能恢复时间:术后首次排气时间和首次排便时间。

(2)腹胀、便秘发生率:腹胀的判定^[9]:腹部出现膨胀感、压痛、呼吸运动减弱或消失。便秘的判定^[10]:连续3 d未排便或Bristol大便性状1~3型。

(3)心理状况:采用Zung抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)^[11]于入院时及出院时进行评价,得分越高代表患者心理状况越差。

1.4 统计学处理

采用SPSS18.0统计学软件,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;非正态分布的计量资料以“中位数(四分位数间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验;计数资料的组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后肠道功能恢复时间比较

观察组术后首次排气时间和首次排便时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组腹胀、便秘发生率比较

术后观察组腹胀、便秘发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组术后肠道功能恢复时间比较

组别	观察例数	首次排气时间(h)	首次排便时间(h)
观察组	63	23.82±3.17	38.39±4.27
对照组	63	26.17±4.22	41.15±5.18
u 值		3.534	3.263
P 值		0.001	0.001

表2 两组腹胀、便秘发生率比较

组别	观察例数	腹胀		便秘	
		例数	发生率(%)	例数	发生率(%)
观察组	63	3	4.76	1	1.59
对照组	63	11	17.46	8	12.70
χ^2 值		5.143		4.308	
P 值		0.023		0.038	

2.3 两组心理状况比较

两组入院时 SDS、SAS 得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；观察组出院时 SDS、SAS 得分明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组心理状况比较 (分)

组别	观察例数	SDS		SAS	
		入院时	出院时	入院时	出院时
观察组	63	57.39 ± 3.15	46.28 ± 4.25	58.92 ± 4.81	48.32 ± 4.52
对照组	63	57.20 ± 3.39	49.03 ± 4.57	58.21 ± 4.76	50.82 ± 4.79
<i>t</i> 值		0.326	3.498	0.833	3.013
<i>P</i> 值		0.745	0.001	0.407	0.003

3 讨论

腹胀和便秘是骨科全麻患者围术期常见的并发症，主要原因包括以下几个方面^[12]：①围术期进食过少，食物中所含的纤维素及水分不足，易引发便秘和腹胀；②手术部位分布着丰富的交感神经，受手术过程中刺激、牵拉、术后水肿等对交感神经的刺激，致使肠蠕动功能紊乱而引发腹胀；③原发疾病及手术所致的疼痛剧烈，使患者出现抑郁、焦虑等情绪，导致机体内分泌代谢及神经紊乱，进一步加重腹胀；④术后卧床治疗时间较长，肠蠕动功能减弱，增加腹胀和便秘的发生率；⑤麻醉药物及镇痛药物对中枢神经的抑制作用，致使排便反射减弱，引起便秘；⑥排便环境的改变，患者短时间内难以改变，出于心理因素，患者下意识的抑制便意，引起便秘的发生。目前，临床针对便秘患者的处理多以口服泻药为主，长时间服用会损害患者的神经和肌肉，并降低直肠的敏感性，进一步减弱排便反射，加重便秘症状。

集束化护理是指集合一系列具有循证基础的治疗和护理措施来处理某种难度较大的疾病，实施的主要目的在于帮助医护人员为患者提供最优质的医疗护理服务，以促进临床结局的改善^[13]。集束化中医护理方案遵循集束化护理的理念，将中医特色护理融于其中，在提高临床疗效、降低医疗成本及提升护理质量方面具有明显优势^[14-15]。本研究中，对照组实施常规围术期护理，观察组在常规围术期护理的基础上实施集束化中医护理方案，结果显示，观察组术后首次排气时间和首次排便时间明显短于对照组 ($P<0.05$)，腹胀、便秘发生率及出院时 SDS、SAS 得分明显低于对照组 ($P<0.05$)。中医理论认为，中草药具有四气五味、升降沉浮、作用归

经等特点，而腧穴既能反应各脏腑的病变情况，还是协助诊断和治疗脏腑病变的有效刺激点。腹部热敷和腹部艾灸通过对胃、肠、脾等部位的刺激而发挥治疗和调理作用，能有效缓解胃肠负担，促使其功能恢复。腹部按摩过程中产生的温热刺激会渗透到肠胃，产生温煦和刺激作用，从而达到健脾理气、增加胃肠蠕动的目的。耳穴压豆通过神经和经络的传导反射作用，可刺激胃肠的蠕动和增加消化液的分泌，有利于排气和排便功能的恢复。饮食调护将营养物质和药物药性成份有效结合，而发挥调解胃肠道功能的作用。上述措施优化组合，在缩短患者胃肠功能恢复时间的同时，有效降低了腹胀和便秘的发生，并使患者心理状况得到明显改善。

综上所述，集束化中医护理方案能有效促进骨科全麻患者术后胃肠功能的恢复，并降低腹胀和便秘发生率，改善心理状况。

4 参考文献

[1] 曾秋华,黄苑芬,谢倍英,等.基于多因素确认的联合促排便策略在脊柱骨折患者中的应[J].全科护理,2017,15(35):4404-4406.

[2] 张燕,刘凯,马利群,等.髋部骨折患者伤后 30d 内便秘发生情况调查[J].华西医学,2016,31(1):131-134.

[3] 张朝梅,袁元,何仁芳,等.品管圈活动对降低骨折卧床患者便秘发生率的效果分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(17):2082-2084.

[4] 曾樊莉,匡静.老年骨折便秘患者采用中医特色护理干预临床疗效观察[J].湖北中医药大学学报,2019,21(2):102-104.

[5] 殷峰,郭琴.优质护理对骨折卧床患者便秘的干预效果[J].实用临床医药杂志,2017,21(14):201-203.

[6] 白凤欣,王梦杰,周伟娜,等.系统护理干预对老年股骨转子间骨折患者便秘发生率的影响[J].河北医

中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙对慢性肾功能不全便秘的应用效果观察

钟丽红 张丽霞 林静

【摘要】 目的 探讨中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙对慢性肾功能不全便秘的应用效果。**方法** 选取2018年1月—2020年1月医院收治的慢性肾功能不全合并便秘患者110例为研究对象,根据护理方法的不同将患者分为对照组($n=50$)和联合组($n=60$)。对照组采用常规护理,联合组采用中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙穴。比较两组患者护理后排便时间、排便频率、排便费力程度、粪便性状、排便不尽感评分及总有效率。**结果** 护理干预后,与对照组比较,联合组排便频率明显增高,排便时间明显减少,排便费力程度、粪便性状、排便不尽感评分明显降低($P<0.05$),联合组总有效率明显提高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对慢性肾功能不全便秘患者实施中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙穴,能够明显改善便秘症状。

【关键词】 慢性肾功能不全;便秘;中医辨证施护;吴茱萸;贴敷疗法

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.045

便秘是慢性肾功能不全患者常见临床症状,在经历透析等治疗后,多数患者出现排便困难或排便量减少,久之就形成便秘,躯体不适感增加,甚至引发某些心血管疾病,严重危害健康^[1-2]。临床通常采用药物或者灌肠,但效果有限。中医理论认为,患者在肾功能不全的时候,体内的有毒物质不能经肾脏代谢排出,而是淤积于肠道,即湿、浊、毒等毒物蓄积,从而影响脾、肝、胃以及肠道功能^[3-4]。本研究分析中医辨证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙对慢性肾功能不全便秘的效果,从中医角度为慢性

肾功能不全后便秘的治疗提供依据。现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2020年1月医院收治的慢性肾功能不全合并便秘患者110例为研究对象,患者纳入条件:符合慢性肾功能不全中西医诊断标准及便秘诊断标准;自愿参与本研究;病情稳定。排除条件:合并精神疾病不能配合相关治疗和护理;存在严重心、脑、肝以及凝血系统疾病;合并肠道病变患者。根据护理方法的不同,将患者分为对照组($n=50$)和联合组($n=60$)。对照组:男30例,

作者单位:516001 广东省惠州市中医医院

学,2016,22(6):1044-1046.

[7] 戴敏.中药穴位贴敷联合耳穴压豆治疗老年性便秘30例[J].中国中医药科技,2020,27(1):117-119.

[8] 植月森,谢一心,邱文碧.腰椎间盘突出症患者实行集束化护理联合中医护理的价值分析[J].中医临床研究,2019,11(30):99-30.

[9] 吕燕碧.拔火罐联合穴位贴敷防治胸腰椎压缩性骨折患者便秘疗效观察[J].齐鲁护理杂志,2019,25(7):113-115.

[10] 张朝梅,陈春萍,周涵,等.思维导图在髋部骨折患者便秘干预中应用效果[J].国际护理学杂志,2019,38(21):3569-3572.

[11] 崔海波.集束化护理干预对单节段胸腰椎骨折患者术后自我腹胀、便秘发生率的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(20):2813-2816.

志,2018,37(20):2813-2816.

[12] 李萍.集束化护理对腰椎骨折术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2017,23(20):83-85.

[13] 陈明燕.集束化护理对慢性阻塞性肺疾病患者肺通气功能及生活质量的影响[J].检验医学与临床,2017,14(12):1830-1833.

[14] 明巍,陈蕾,梁伍今.腰椎间盘突出症患者的中医集束化护理研究[J].长春中医药大学学报,2017,33(6):966-968.

[15] 丁凯雯,许翠萍,乔建红,等.集束化护理联合中医护理干预在腰椎间盘突出治疗中的效果分析[J].长春中医药大学学报,2017,33(4):628-630.

[2020-04-24 收稿]

(责任编辑 刘学英)

女 20 例；年龄 38~86 岁，平均 56.77 ± 6.80 岁；病程 1~6 年，平均 3.52 ± 1.32 年。联合组：男 37 例，女 23 例；年龄 40~87 岁，平均 56.80 ± 6.94 岁；病程 1~5 年，平均 3.39 ± 1.38 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究相关护理措施符合伦理学，经医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

对照组采用常规护理。根据病情，指导患者适当运动，讲解便秘发生的原因，指导其养成定时排便的习惯；予以饮食指导，嘱其保持心情舒畅等。联合组在此基础上，依据中医辨证标准从环境、饮食、心理等方面采用中医辨证健康指导，同时联合吴茱萸贴敷神阙，具体为：①脾肾阳虚证。保持居住环境温暖；忌食生冷、苦寒、高盐之物，适量补充维生素，也可服用一定量的虫草、核桃等滋补之物；此类患者多胆怯，应避免让其产生恐惧心理，尽量给予精神上的鼓励，使其保持乐观向上的心态。②脾肾气虚证。应避免过度劳累，卧床时应不定期的变换体位，并依据病情适当运动；饮食应以低盐、高热量、低蛋白、性甘淡之物为主，可食黄芪、西洋参、阿胶等食物；此类患者多表现为低沉懒言，不愿与人交谈，应多与患者沟通交流，通过交流增强其对抗疾病的信心。③肝肾阴虚证。保持居住环境湿润，禁止与呼吸道感染患者接触；忌食生冷、豆制品、辛辣刺激性食物，多食花生、黄精、枸杞等滋补肝肾之物；此类患者虚火旺盛，易烦躁，应以安抚情绪为主，使其能够冷静、理性地看待问题和自己的病情。④痰湿瘀阻证。减少与外界接触以防止交叉感染，适当活动，疏通气血；饮食应少食多餐，助于消化，多食陈皮、茯苓、丹参等健脾行气化瘀之品，畅通血流；此类患者多因气血瘀阻所致，指导其可通过打太极拳、八段锦等发泄瘀阻的情绪，进而保持心情舒畅，乐观面对病情。

在进行中医辨证施护的同时，联合实施吴茱萸

贴敷神阙穴，即：取 10g 吴茱萸粉，加入温水使其成糊状，待用。患者取仰卧位，露出肚脐，生理盐水清洁神阙穴，随后将糊状的吴茱萸填满肚脐，铺平，再用无菌敷料覆盖固定，持续敷 8 h 后撕下。贴敷神阙穴从入院当天开始，1 周为一疗程，若出现过敏现象则停止使用。

1.3 观察指标

(1)便秘症状评分^[5]：记录两组患者排便时间、排便频率、排便费力程度、粪便性状、排便不尽感评分，各项评分均分为 4 个等级，记为 0~3 分，分值越高预示该项症状越严重。

(2)便秘效果^[6]评价：临床症状完全消失，粪便正常或恢复至发病前水平为有效；临床症状基本消失，排便间歇时间不超过 3 d 且粪便性状稍干记为显效；临床症状有所好转，排便间歇时间缩短不小于 1 d 或者粪便干结程度有所改善为有效；临床症状和粪便性状均无变化为无效。除无效外，其余均计入有效，总有效率 = (有效例数 / 总例数) × 100%。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较行 *t* 检验；计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理后便秘症状指标比较

护理后，与对照组比较，联合组排便频率明显增多，排便时间明显减少，排便费力程度、粪便性状、排便不尽感评分明显降低，组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者总有效率比较

与对照组比较，联合组干预总有效率明显提高，组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者护理后便秘症状指标比较

组别	例数	排便时间 (min)	排便频率 (次/周)	排便费力程度 (分)	粪便性状 (分)	排便不尽感 (分)
对照组	50	6.48 ± 1.20	3.03 ± 0.48	2.85 ± 0.79	1.60 ± 0.51	1.23 ± 0.13
联合组	60	4.80 ± 1.03	4.39 ± 0.70	1.92 ± 0.46	1.12 ± 0.21	0.89 ± 0.10
<i>t</i> 值		7.902	12.033	7.350	6.230	15.495
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者应用总有效率比较

组别	例数	有效	显效	有效	无效	总有效率（%）
对照组	50	5	12	17	16	68.00
联合组	60	8	28	22	2	96.67

$\chi^2=16.376$, $P=0.000$ 。

3 讨论

中医辩证健康指导是将中医整体观念与辨证论治相结合，根据该病的中医相关标准给患者确定的症候定性，制定相应的护理措施，起到更加有效的应用效果^[7]。本研究中，根据慢性肾功能不全的辨证分型，将患者分为脾肾阳虚证、脾肾气虚证、肝肾阴虚证、湿痰瘀阻证，从居住环境、饮食以及心理护理三方面进行针对性护理干预。

中医理论认为，肚脐是十二经脉之根，脐穴即神阙穴，是任脉的要穴，中药敷脐可以健脾强肾、和胃通肠，甚至可以调节全身的器官功能^[8]。中医辩证健康指导对居住环境的护理可以使患者形神故俱，减少了环境对病情的影响；中医认为^[9]，食药同源，通过饮食管理，可以补充机体所需微量元素，从而调节机体的阴阳平衡；平和、愉悦的心情可以使脏腑之气舒畅，促进脏腑功能的正常发挥，而烦躁、郁闷的心情将导致脏腑气血紊乱，引发脏腑功能异常，因此，心情调节可以恢复便秘患者脾肾胃以及肠道的功能，促进便秘症状的改善，提高应用效果^[10]。吴茱萸性温，味偏苦，具有驱寒止疼、温中顺气的功效，便秘患者服用后，能够促进胃肠道蠕动，增强胃肠动力，有利于肠胃中淤积之物排除体内^[11]。吴茱萸贴敷神阙穴，具有中药和穴位按摩的双重功效，能够温通经脉，解痉止痛，加强了对肠胃蠕动的刺激和促进作用^[12]。

小结：中医辩证健康指导从患者角度出发，施以更加细致、针对性护理，提高患者对护理人员的信任度，且吴茱萸贴敷神阙穴，操作相对简单，有助于刺激肠道蠕动，改善便秘。

4 参考文献

[1] 李栋妮,张琳,郑笑,等.中西医治疗慢性肾功能不全合并便秘研究进展[J].河南中医,2020,40(7):1113-1117.

[2] 杨飞,李绘云.腹部定向按摩联合益生菌口服对血液透析患者慢传输型便秘的效果分析[J].护士进修杂志,2020,35(14):1323-1325.

[3] 丰胜利.中医治疗老年难治性便秘的现状与思考[J].中医杂志,2020,61(10):905-908.

[4] 王利波.中医辨证施护对改善心肌梗死后便秘及负性情绪效果分析[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(4):208-211.

[5] 杨璐,衣欣,王晓宁,等.便秘推拿联合穴位按摩治疗老年气虚血瘀证心力衰竭患者便秘效果[J].老年学杂志,2020,40(7):1359-1362.

[6] 陈凤鸣,屈玉华,毛丹,等.基于中医体质的辨证施护在社区气虚质老年功能性便秘患者中的应用[J].中医临床研究,2020,12(15):11-14.

[7] 崔竹,吴政政,张敬华,等.吴茱萸热敷联合耳穴压豆护理对老年脑卒中便秘患者腹胀及胃肠功能的影响[J].川北医学院学报,2019,34(3):466-469.

[8] 陈丽丽,张素秋.便秘患者中医辨证施护研究进展[J].北京中医药,2018,37(8):707-710.

[9] 孙丽,谢幸尔,张玉,韩玥.便秘中医辨证治疗与施护方案初探[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(7):96-99.

[10] 陈燕梅,王璟.辨证施护在预防老年髋部骨折患者便秘中的应用[J].西部中医药,2015,28(8):159-161.

[11] 邱占琴,罗丽丹.中医辨证施护预防痔疮患者术后便秘的效果观察[J].中国临床护理,2018,10(1):53-55.

[12] 杨文春.中医辨证施护预防痔疮患者术后便秘的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(32):89-90.

[2021-01-13 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

基于任务导向药物自我管理干预在住院精神分裂症患者中的应用

韦利玲

【摘要】 目的 探讨基于任务导向药物自我管理干预在精神分裂症患者中的应用效果。**方法** 2018年1月—2019年9月期间,将100例精神分裂症患者按照性别、年龄、病程匹配的原则分为对照组和观察组,每组50例。对照组实施传统药物自我管理,观察组实施基于任务导向药物自我管理干预。观察比较两组患者药物自我管理知识、自知力与服药态度水平。**结果** 干预16周时观察组药物自我管理知识、自知力与服药态度评分均优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于任务导向药物自我管理干预能提高精神分裂症患者药物自我管理知识,提升自知力与服药态度。

【关键词】 任务导向;精神分裂症;药物自我管理;自知力与服药态度

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.046

精神分裂症是情感、思维、行为和感知觉等方面障碍的一种迁延性慢性精神障碍性疾病,至2017年我国精神障碍患者约有1600万例,终身患病率、致残率分别为16.57%、32.80%^[1-2]。药物自我管理是个体通过自身行为和意识以维持自身健康,减少疾病对自身正常生活状态的影响,对药物治疗进行的积极、自觉的计划、监察、评价、反馈、控制和调节的过程。药物维持是治疗精神分裂症的有效手段,但大部分患者服药依从性不高,药物维持治疗中会擅自停药或不规律服药而导致疾病复发^[3]。住院精神分裂症患者药物自我管理常规通过健康教育进行干预,方法较为单一、枯燥,患者学习兴趣较低,效果较差。任务导向源自于“任务驱动”,是以具体的某项任务来诱发、加强和维持学习者的成就动机,将任务作为学习的桥梁,驱动学习者完成任务而达到学习的目的,强调任务的导向和调控作用^[4]。近年来,基于任务导向的干预在临床护理领域的应用中取得良好效果^[5-6],但在精神病学护理中尚未见有报道。为提高精神分裂症患者药物自我管理能力,本研究对任务导向药物自我管理干预效果进行了临床观察。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2019年9月我院住院治疗的精神分裂症患者100例为研究对象。纳入条

件:年龄18~60岁,初中及以上文化,具有一定的语言沟通交流能力,经药物治疗病情稳定,阳性与阴性症状量表(Positive and negative syndrome scale,PANSS)总分 <60 分,符合美国《精神障碍诊断与统计手册》(第5版)(DSM-V)^[7]中精神分裂症的诊断标准,患者及家属知情同意自愿参与并签同意书。排除条件:哺乳期或妊娠期妇女,人格障碍、智力低下,合并不稳定或严重的躯体疾病,有脑器质性疾病,有药物滥用史或酒精依赖史,正接受其他类似的干预或系统心理治疗者。本研究经医院伦理委员会同意。按照性别、年龄、病程匹配的原则分为对照组和观察组,每组50例。对照组男31例,女19例;年龄19~57岁,平均 33.64 ± 5.28 岁;病程1.5~7.0年,平均 3.50 ± 0.50 年。观察组男33例,女17例;年龄19~60岁,平均 34.02 ± 5.17 岁;病程1.4~7.2年,平均 3.60 ± 0.45 年。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 按照精神科疾病护理常规实施护理,实施药物自我管理常规健康教育,即以责任护士、健康宣教手册、一对一讲解为主的教育模式。

1.2.2 观察组 给予16周的任务导向药物自我管理干预,具体措施如下:

1.2.2.1 成立干预小组 成立由科主任、护士长、主治医师、责任护士共9人组成的干预小组。科主任担任组长,负责相关技术指导工作。护士长担任副组长,负责项目开展的统筹、督导和质量控制,制定相关制度、明确各人分工和职责;与小组成员共同探讨制订干预方案、内容和措施等。主治医师

1名,负责治疗指导。责任组长1名,由资深的主管护师担任,协助护士长开展工作及质量控制。责任护士5名,均为精神科护理工作年限 ≥ 5 年的护士,负责方案的实施。2018年1月由科主任和护士长对小组成员进行任务导向、精神分裂症、自我药物管理等相关知识进行培训,共8个学时,为项目的顺利开展提供保障。

1.2.2.2 制订干预方案 第1~2周:收集患者基本情况;通过访谈与患者建立良好的护患关系;采用自制的精神分裂症药物自我管理知识问卷表评估患者药物自我管理知识,精神分裂症自知力与服药态度问卷表评估患者自知力与服药态度;与患者共同探讨制定每周需达到的目标任务计划。第3~4周:患者及家属了解精神科常见药物名称、剂量、使用方法、作用。第5~6周:了解药物管理常见问题及解决方法。第7~8周:药物管理的重要性、识别疾病复发征兆。第9~10周:药物常见不良反应及处理方法。第11~12周:强化患者对药物治疗的认知,帮助患者从态度上认识药物治疗的重要性。第13~14周:帮助患者明确自己的社会家庭支持系统,提高自我处理问题的能力。第15~16周:对患者的药物自我管理能力进行实践考核。

1.2.2.3 实施 将患者分为5组,每组10人,由5名责任护士负责每人管理1组。责任护士组织本组患者以主题活动方式进行干预,按照干预方案每2周1个目标任务,每周干预1~2次,60~90 min/次,干预16周,共14~28次/组。每次活动采用PPT课件授课、视频播放、角色扮演、情景模拟、游戏等方式交替进行,从活动开始的自我介绍、医护人员讲解、案例分析、你问我答、患者讨论分享、医护答疑、复习巩固,责任护士总结、提出期望等为1次活动结束。

1.2.2.4 质量控制 责任组长每周质控1次,护士长每2周质控1次,科主任每月质控1次,主要检查目标任务实施情况、实施效果评价、总结分析实施过程中存在的问题及原因、提出持续整改意见和改进措施,保证目标任务完成。每月小组在科室会议上对本月本项目的进展、出现的问题等进行反馈,组织讨论、总结、分析及持续改进。

1.3 观察指标

(1) 药物自我管理知识:采用自制的精神分裂症药物自我管理知识问卷表于入组时和干预16周时分别对两组患者进行测评。该问卷表包含精神分裂症常见药物名称、剂量、使用方法、作用;药物管理常见问题及解决方法;药物管理的重要性;

疾病复发征兆的识别;药物常见不良反应及处理办法等5方面内容共10个条目,其中单选题8个,多选题2个,单选题答对得1分,错误得0分;多选题全部答对得1分,否则为0分;满分0~10分,分数越高说明患者药物自我管理知识掌握越好。问卷表的Cronbach's α 系数为0.792,重测信度系数为0.805。

(2) 自知力与治疗态度:采用自知力与治疗态度问卷(Insight and Treatment Attitudes Questionnaires, ITAQ)^[8]于入组时和干预16周时分别对两组患者进行测评。该问卷共11个条目,采用Likert 3级评分,0分=无自知力,1分=部分自知力,2分=全部自知力,总分0~22分,分数越好说明患者自知力和治疗态度越好。问卷表的Cronbach's α 系数为0.800,重测信度系数为0.869。

1.4 统计学处理

采用SPSS16.0统计学软件,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者药物自我管理知识比较

入组时两组患者药物自我管理知识评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预16周时观察组药物自我管理知识评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者自知力与治疗态度评分比较

入组时两组患者ITAQ评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预16周时,观察组ITAQ评分优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

药物维持治疗是精神分裂症病情稳定性的主要影响因素,影响药物维持治疗的原因是患者的治疗依从性,治疗依从性高低取决于患者对药物治疗相关知识的水平、自知力和服药态度^[9]。任务导向源自于“任务驱动”,其产生于20世纪60年代,建立在建构主义教学理论基础之上,最早运用于西方的语言教学中,是以学习者为中心,通过完成有意义的任务,达到学习知识和技能的目标^[10]。以任务引领知识教育,能激发学习者的学习动机,以任务为导向的教学围绕着目标任务进行,一切由任务展开,依托目标任务完成每次活动任务,在任务解决的过程中达到的目标知识水平,是一种积极的教学手段^[11]。

表1 两组患者药物自我管理知识评分比较 (分)

组别	观察例数	入组时	干预 16 周时
观察组	50	4.95 ± 0.64	8.82 ± 0.37
对照组	50	5.10 ± 0.60	6.30 ± 0.45
<i>t</i> 值		1.209	30.586
<i>p</i> 值		0.230	0.000

表2 两组患者自知力与治疗态度评分比较 (分)

组别	观察例数	入组时	干预 16 周时
观察组	50	10.05 ± 1.37	20.31 ± 2.50
对照组	50	10.11 ± 1.26	15.06 ± 1.94
<i>t</i> 值		0.228	11.731
<i>p</i> 值		0.820	0.000

精神分裂症常规药物自我管理是由责任护士对患者进行药物治疗相关知识、相关药物的认识等填鸭式教育干预,方法较为单一、呆板、乏味,患者处于被动学习状态,常出现精神不集中、思维散漫等现象,学习兴趣维持时间短暂、效果欠佳。本研究观察组基于任务导向对住院精神分裂症患者药物自我管理实施干预,首先将精神分裂症治疗药物自我管理能力需要掌握的知识点分解制订成6个小任务的干预方案,以6个小任务为导向,以每2周学会1个小任务为目标,开展PPT课件授课、视频播放、角色扮演、情景模拟、游戏等方式等形式多样的主题活动,以及活动过程中案例分析、你问我答、讨论分享等护患之间、患者与患者时间的积极互动,克服传统干预方式的弊端,提高了患者学习的趣味性,促使患者主动学习,积极完成目标任务计划,最终提高了药物自我管理相关知识水平,提升自知力与服药态度。结果显示,干预16周时观察组药物自我管理知识评分高于对照组,观察组ITAQ评分优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),说明基于任务导向药物自我管理干预能提高精神分裂症患者药物自我管理知识,提升自知力与服药态度。

4 参考文献

- [1] 徐华,张燕红,王兆芹,等.日记式心理教育在1例反复多次住院精神分裂症患者中的应用[J].中华护理杂志,2018,53(3):379-382.
- [2] 郝伟,陆林.精神病学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2018:2-10.
- [3] 李文秀,何锐,孙辉,等.药物自我处置训练对精神分裂症患者服药自觉性的影响[J].贵州医药,2018,42(6):717-719.
- [4] 彭雯,黄媛媛,叶艳娜,等.以任务为导向的小组合作学习法在产科学基础教学中的应用[J].广东职业技术教育研究,2020(1):89-91.
- [5] 李艳艳,刘丙进,陈翠萍,等.基于任务导向的体验式教学对提高护生护理临床决策能力的实践[J].中国实用护理杂志,2019,35(6):457-461.
- [6] 覃开兵,蒋劲松.任务导向联合早期负重训练对全髋关节置换术后患者康复效果的影响[J].广西医学,41(23):2989-2993.
- [7] Edmonds EC, Martin AS, Palmer BW, et al. Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: Relationships with overall health and biomarkers[J]. Aging Ment Health, 2016, 22(10): 1-3.
- [8] 张作记.行为医学量表手册[M].北京:中华医学会电子音像出版社,2005:350-351.
- [9] 宋凤,陆怡,褚庆文,等.精神分裂症患者社会支持在自尊与自知力与治疗态度间的中介效应[J].国际精神病学杂志,2018,45(3):445-448.
- [10] 罗德·埃利斯.任务型教学法新理念与国际汉语教学:英汉对照[M].北京:外语教学与研究出版社,2016:8-10.
- [11] 罗俊娥,傅静.任务驱动教学法在护理教育中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2019,26(9):16-18.

[2020-04-04 收稿]

(责任编辑 陈景景)

1 例原发乳糜反流综合征 I 型 – 先天性阴道乳糜漏的护理

蒋沙沙 刘艳华*

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.047

乳糜反流综合征 (CRS) 是指乳糜回流途中的淋巴管先天性发育异常或缺陷, 乳糜液不能正常地回流至静脉, 而反流到正常的组织器官中并由此产生的一组罕见的症候群^[1], 乳糜反流被分为: 先天性发育异常、创伤性和非创伤性, 而先天性发育异常分为两型: I 型 (巨大淋巴管 megalymphatics)、II 型 (淋巴管缺陷 lymphatic deficiency)。I 型 – 先天性阴道乳糜漏主要表现为阴道流液, 女性发病少于男性, 儿童和青少年起病为常见, 主要的临床表现为一侧下肢淋巴水肿以及有乳糜液从生殖器或下肢流出, 亦可有乳糜尿、乳糜腹水、乳糜胸等^[2]。此病罕见, 病例报道少^[3], 现将 1 例原发性乳糜反流综合征 I 型的护理措施报告如下。

1 病例介绍

患者, 女, 12 岁, 2019 年 11 月 20 日因“阴道流液 8 年”来我科就诊。身高 137cm, 体重 30kg。体型偏瘦, 四肢无水肿, 关节未见异常, 病理征阴性, 一般状况尚可, 心肺听诊和腹部检查未发现异常。月经未来潮, 外阴皮肤湿疹样改变。患者 8 年前无明显诱因出现阴道流液, 持续至今, 呈白色, 每日完全浸湿十片尿不湿, 分泌物无异味, 偶有腹痛, 遂于我院就诊, 考虑“乳糜瘘”, 未予特殊治疗。三年前于重庆市儿童医院就诊, 行造影检查, 考虑“乳糜瘘”, 未予特殊治疗。入院诊断: 阴道流液待诊。乳糜漏? 诊治经过: 实验室检查包括: 血常规、生化全套、免疫全套、血脂分析 (包括三酰甘油、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、载脂蛋白 A、B、脂蛋白 a(ApoA1/ApoB) 和蛋白电泳等均正常, 乳糜液实验室检测 (+)。腹部超声检查: 未见明显异常。盆腔 CT 提示: ①中下腹主动脉、双侧髂内外血管旁和闭孔区、肠系膜下动静脉走行区、直肠周围和

乙状结肠系膜区异常低密度囊液影, 提示淋巴管畸形可能, 或腹主动脉 (左肾门稍下水平) 淋巴回流受阻, 继发中下腹和盆腔淋巴管扩张或淋巴囊肿形成。②阴道壁稍增厚, 左侧附件稍厚, 密度减低, 提示淋巴回流受阻继发性改变, 未见阴道腔扩张积液征; 子宫形态偏小。③淋巴造影结果显示, 盆腔淋巴结分布紊乱、多发淋巴管呈囊肿样改变, 提示淋巴管畸形; 乳糜池及胸导管显影不理想, 可见少量碘油断续通过到达胸导管流出道, 不排除胸管梗阻可能治疗。④宫腔镜检查。患者于 12 月 3 日行“宫腔镜检查”, 全面探查宫腔, 发现阴道口近处女膜缘见一小瘘口, 内见乳白色液体流出, 处女膜完整, 阴道各壁未见明显异常。缝扎阴道近处女膜缘瘘口。术后诊断: 乳糜瘘。在上述诊治过程中经过全面的仔细评估得出以下护理诊断: ①营养不良。低于机体需要量与长期乳糜漏有关。②有感染的危险。③皮肤完整性受损。④焦虑。病情迁延和担心疾病预后。

2 护理

2.1 个性化饮食护理

乳糜液特点是三酰甘油高 ($>1.24 \text{ mmol/L}$), 胆固醇少 ($<3.88 \text{ mmol/L}$), 细胞分类以淋巴细胞为主^[2], 乳糜反流常与小肠淋巴管扩张相关联, 可导致低蛋白血症、低球蛋白血症、淋巴细胞减少等。中链甘油三酯 (MCT), 指碳链长度为 8 ~ 12 的饱和脂肪酸, 天然存在于棕榈仁油, 椰子油等食品和母乳中, 膳食脂肪的来源之一。中链甘油三酯不进入肠系膜淋巴管, 而是直接通过肠细胞转运进入肠系膜静脉循环。限制长链甘油三酯的摄入量可减少淋巴流量, 从而降低乳糜瘘的量。营养师查看患者病史及实验室检查结果, 为患者制定个体化食谱, 并行床旁饮食指导。①低脂饮食, 全日能量需求 1600~1700 kcal, 蛋白质 65~70 g。②现阶段暂给予全日能量 1500 kcal, 其中长链脂肪供能比为 9%。③肠内营养混悬剂 (MCT) 5 g, 每天 1 次, 由营养科配送。

作者单位: 610066 四川省成都市, 四川大学华西第二医院妇科

* 通讯作者

④注意补充脂溶性维生素。⑤依患儿进食、体重增长及病情调整营养治疗方案。该患者经营养科会诊,住院期间由营养科提供的粉剂成品供食用,并补充脂溶性维生素如胡萝卜、黑芝麻、香蕉、核桃、各类坚果。生长发育受限,乳糜漏经久不愈者可发生低蛋白血症、营养不良、电解质和免疫功能紊乱甚至危及患者生命^[4-5]。该患者12岁9月,身高137cm,体质量30kg,比同龄儿童身材矮小,BMI为15.22,且盆腔CT提示子宫形态偏小,月经仍未来潮,与同时期同龄儿童相比较第二性征也发育较慢。

2.2 严密观察病情变化,预防感染

每天按时监测患者基础生命体征外,加强阴道流液和体温的观察。保持外阴清洁干燥。乳糜液为白色,似牛奶样,观察中如发现乳糜液颜色变混浊,提示有感染存在,护理时准确记录阴道流液量,正确判断阴道流液性质。乳糜液:肠道的淋巴液含有源于肠道吸收的营养物质大分子脂肪和蛋白质等,外观呈乳糜状。与淋巴液、脓液等相鉴别。正确识别乳糜液的同时及时准确记录阴道流液量,给医生提供准确的数据,了解患者通过低脂饮食治疗,阴道乳糜漏有所减少,再加上宫腔镜检查术予缝扎阴道口近处女膜缘的瘘口,阴道乳糜漏明显减少,为证明治疗措施的有效性提供最直观的依据。

2.3 外阴部护理

患者长期穿着纸尿裤,外阴皮肤大片湿疹,伴轻度瘙痒。予紫草油和鞣酸软膏外涂,二便后及时清洁外阴,卧床休息时可不穿纸尿裤,直接用会阴垫铺予床面,保持外阴干燥。

2.4 心理护理

患者病情迁延,8年间一直持续阴道流液至今,每日用尿不湿才能出门活动,严重影响生活质量,患者现读小学6年级,学习期间完全不能参加体育活动,严重影响社交活动,患者自卑,情绪低落,不断求医治疗,严重影响学习及生活,影响患者的身心发展。护理人员主动关心患者及家属,在妇科病房,大部分为成人患者,患者处于学龄前,暂停了学业来寻求治疗,且内心自卑,不擅长与人交流,经过长期的寻医救治家属内心疲惫、焦虑、担心疾病预后,对于该患者,我们采取主动询问及恰当帮助相结合,该患者为小学6年级,有一定的沟通及表达能力,询问患者是否带学习相关书籍,为缓解患者及家属的焦虑情绪,为患者准备一些颜料笔、书写纸、故事书等,让患者画画、看书,感受到医务人员对她的关怀,讲解疾病相关知识,缓解患

者及家属的围手术期焦虑,让患者平稳地度过围手术期。

3 讨论

女性生殖系统疾病中,原发性乳糜综合征临床较为罕见,发病率低,大多因为原发淋巴系统发育异常的并发症,临床表现繁杂,而且常合并全身多器官、多系统异常^[6]。此病的早发年龄大多数在青春期前,极少数的阴道乳糜漏发生在3岁,甚至早至18个月。大部分患者的水疱或瘘发生在淋巴水肿后的数年内,也有以乳糜经阴道排出为第一表现^[7],该患者4岁左右发病,无明显诱因出现阴道流液,持续至今,暂未累及其他器官发生病变。据文献报道淋巴管造影可对保守治疗无效的乳糜漏患者进行定性、定位诊断。非手术治疗的方法主要是通过减少来自小肠乳糜管的淋巴回流来阻止乳糜反流。饮食上,可减少活动,进食低脂中链甘油三酯饮食或无脂以减少乳糜液;药物上也可口服利尿剂减少乳糜的渗出和增加再吸收;或应用生长抑素类药物,减少胃、胰腺和肠道的分泌,抑制肠道的活动及吸收,从而减少内脏的血流降低肝静脉压,减少乳糜液的产生。穿着压缩性的衣服有助于减轻淋巴水肿。②外科治疗。只要找到明确的病变部位,可通过外科手段来治疗,主要有结扎、淋巴静脉管吻合或移植、注入硬化剂、切除扩张的淋巴管等^[7]。③其他治疗。淋巴管造影栓塞术,能较好定位渗漏点,治愈率较高,如经保守治疗无效可采用淋巴管栓塞术治疗^[9]。

该患者阴道流液8年,保守治疗无效,经手术缝扎阴道近处女膜缘瘘口,阴道乳糜漏明显减少,生活质量并得到部分改善,但现在阴道仍有少量乳糜液流出。患者年龄尚小,医务人员细心与其沟通,嘱患儿不要放弃治疗,继续随访观察。

4 参考文献

- [1] Huang H Y, Hu S L. Scrotal cutaneous chylous reflux[J]. British Journal of Dermatology, 2007,156(4):752-754.
- [2] Berenji GR, Iker E, Glass EC. Lymphoscintigraphic findings in chylous reflux in a lower extremity[J]. Clin Nucl Med, 2007, 32 (9): 725-728. .
- [3] 陈爱明, 余珊珊, 张伟. 原发性乳糜反流综合征 I 型一例[J]. 中华皮肤杂志, 2014,47(9):624-627.
- [4] Matsnmoto T, Yamagami T, Kato T, et al. The effectiveness of lymphography as a treatment method for varias ehylealcalce[J]. Br J Radiol, 2009, 82(976):286-290.
- [5] Noel AA, Gloviciki P, Bender CE, et al. Treatment of

连续性血液净化患者护理质量评价指标体系的构建

李凡 徐金艳 荆璐 欧阳秀梅 元华丹

【摘要】 目的 基于德尔菲法构建连续性血液净化患者护理质量评价指标体系,并探究其应用效果。**方法** 选择我院2020年1—12月收治的连续性血液净化患者100例,按基础资料具有匹配性原则分为对照组与观察组,对照组采取常规护理管理,观察组在对照组基础上应用连续性血液净化患者护理质量评价指标体系,比较两组患者不良事件发生率及护理质量评分。**结果** 连续性血液净化患者护理质量评价指标体系包括一级指标3个,二级指标9个,三级指标27个;专家权威度系数为0.791,三级指标变异系数均小于0.25,一致性比率(CR)小于0.1,两轮肯德尔和谐系数为0.245~0.356;观察组患者不良事件发生率低于对照组($P<0.05$);观察组患者基础护理、仪器设备管理及护理安全3维度评分均高于对照组;差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 连续性血液净化患者护理质量评价指标体系结构完整,指标体系可靠性、科学性强,应用于连续性血液净化患者,有助于提高护理质量。

【关键词】 连续性血液净化;护理质量;德尔菲法;护理管理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.06.048

连续性血液净化技术是通过弥散、对流及吸附的方式,连续、缓慢地清除血液中多余的水分及中、大分子溶质,达到治疗疾病的目的^[1-2]。其应用不仅局限于终末期肾病的连续替代治疗,在急性肾损伤、MODS、急性中毒等临床多种重症疾病中也应用广泛^[3-5]。有文献^[6-7]显示,血液净化技术对血流动力学稳定性、并发症预防有较高要求,连续性血液净化患者并发症发生率为15%~65%。现有研究尚未构建起全面、准确的连续性血液净化护理质量评价指标体系,护理质量评价缺乏依据。为此,本研究基于德尔菲法构建连续性血液净化患者护理质量评价指标体系,并应用于临床,以探究其对连续性血液净化患者不良事件及护理质量的影响。

作者单位:518000 广东省深圳市盐田区人民医院血液净化科

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年1—12月连续性血液净化患者100例为研究对象,纳入条件:确定行连续性血液净化治疗;血液净化超过3个月;预计生存期超过1年;意识清楚,可正常沟通、交流;能配合完成护理项目;知晓研究项目,且自愿参与。排除条件:伴有恶性肿瘤或严重性器官功能障碍;存在免疫系统、凝血功能障碍;既往有休克史。按基础资料具有匹配性原则将研究对象分为对照组和观察组,对照组中男28例,女22例;年龄:48.43±5.02岁;血液净化时间:4.05±1.18月;疾病分类:脓毒血症20例,多器官功能衰竭18例,其他12例。观察组中男30例,女20例;年龄:4.90±5.00岁;血液净化时间:4.02±1.17月;疾病分类:脓毒血症20例,

symptomatic primary chylous disorders[J]. J Vasc Surg, 2001,34(5):785-791.

[6] 蒋辰,牛朝诗,邓雪飞,等. 岛叶与锥体束空间关系的影像学和解剖学研究[J]. 中华解剖与临床杂志, 2015,20(2): 106-111.

[7] Li X, Han J, Shi W. Primary chylous reflux syndrome I presenting with vaginal chylous discharge and vulvar vesicles [J]. Eur J Dermatol, 2013,23(5): 705-706.

[8] 刘定益,夏维木,唐崎,等. 足背淋巴管造影在乳

糜漏定位诊断和治疗中的应用[J]. 中华外科杂志, 2016,54(4):281-283.

[9] Kong TW, Chang SJ, Kim J, et al. Risk factor analysis for massive lymphatic ascites after laparoscopic retroperitoneal lymphadenectomy in gynecologic cancers and treatment using intranodal lymphangiography with glue embolization [J]. J Gynecol Oncol, 2016,27(4):e44.

[2020-04-25 收稿]

(责任编辑 刘学英)

多器官功能衰竭 16 例,其他 14 例。两组患者性别、年龄、血液净化时间、疾病分类比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准通过。

1.2 方法

对照组采取常规护理管理,包括:加强环境管理、护理操作规范培训、健康教育、患者分区管理、感染风险分层管理等。观察组在对照组基础上加以连续性血液净化患者护理质量评价指标体系,具体如下:

1.2.1 构建连续性血液净化护理质量评价指标体系

(1) 组建研究小组:研究选择血液净化领域相关人员为组员,共 5 名,包括血液净化室护士长 1 名、副护士长 1 名、肾病内科副主任医师 1 名、血液净化室专科护士 1 名、护理学研究生 1 名;选拔标准:所选成员均具有本科及以上学历、连续性血液净化领域工作年限 ≥ 5 年。

(2) 构建指标条目池:文献检索:本研究检索 PubMed、MEDLINE、中国知网 (CNKI) 和中国万方数据库,查找 2010—2020 年发表的研究文献;文献检索中英文关键词:护理敏感质量指标 (nursing-sensitive quality indicators)、连续性血液净化 (continuous blood purification)、护理质量指标 (nursing quality indicators)、透析护理 (dialysis nursing)、不良事件 (adverse events)。检索得到文献 48 篇,经全文阅读、相关性筛选剔除文献 26 篇,最终得到合格文献 22 篇,阅读文献构建指标条目池,包括一级指标 3 个,二级指标 10 个,三级指标 33 个。

(3) 设计函询问卷:研究人员参照相关文献设计函询问卷初稿,包括专家信息、说明书及文本内容 3 部分,其中专家信息包括性别、年龄、学历、职务职级、工作年限等,说明书介绍了研究目的、背景,文本内容以条目池内容为主,每个指标条目对应“非常重要”“不重要”“重要”“很重要”“非常重要”,分值范围 1~5 分^[8]。

(4) 开展专家函询:通过 E-mail 形式开展专家函询,以附件形式添加函询问卷初稿,并在邮件正文说明问卷填写方法及回收时间(接收到问卷 7 d 内),发送邮件后以短信形式通知专家接收并按时回复邮件;第 1 轮函询结束后,研究人员根据专家意见剔除、修订指标,据此确定第 2 轮函询问卷并开展函询,两轮函询间隔 1 周,结合专家意见剔除、修订指标,确定评价指标体系终稿;指标剔除标准:重要性评分 <3.5 分,变异系数 (CV) ≥ 0.3 ^[9]。

1.2.2 应用连续性血液净化护理质量评价指标体系

系,根据评价指标体系开展护理工作,对护理质量进行评价,据此确定护理改进方案,并督促护理人员根据改进后护理方案开展连续性血液净化护理。

1.3 评价指标

(1) 不良事件发生率:连续血液净化患者常见不良事件包括管路阻塞、意外脱管、相关性感染、出血凝血,干预 1 个月后,护理人员统计发生不良事件的患者例数,计算不良事件发生率^[10-11]。

(2) 护理质量:干预 1 个月后,借助自制连续血液净化护理质量评价量表实施评价,量表包括基础护理、仪器设备管理、护理安全 3 维度,共 30 个条目,均采用 Likert5 级评分法,分值范围 0~4 分,总分 120 分,护理质量与评分高低一致,问卷 Cronbach's $\alpha=0.868$ ^[12]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件、Excel2010 软件统计数据资料,采用问卷回收率评价专家积极性 (RR),采用肯德尔和谐系数评价函询意见协调度,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 德尔菲法专家函询结果

(1) 专家权威度及积极性:①专家权威度。研究根据 $Cr=(Ca+Cs)/2$ 计算专家权威度,其中 Ca 为内容判断依据, Cs 为内容熟悉度^[13], Ca 为 0.890, Cs 为 0.901,计算得到 Cr 为 0.791。②专家积极性。第 1、2 轮函询问卷回收率分别为 100%、98%,积极系数分别为 1.00、0.98。

(2) 函询意见协调度:研究采用肯德尔和谐系数 (Kendall W) 实施评价,系数范围 0~1,第 1、2 轮肯德尔和谐系数分别为 0.245~0.356,存在显著性差异 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两轮专家函询意见协调度肯德尔和谐系数

第一轮函询			第二轮函询		
W 值	卡方值	P 值	W 值	卡方值	P 值
0.284	29.77	<0.001	0.356	37.372	<0.001
0.278	41.636	<0.001	0.245	40.955	<0.001

(3) 德尔菲法函询结果:研究人员根据专家函询结果,经小组讨论确定连续性血液净化护理质量评价指标,其中一级指标 3 个,二级指标 9 个,三级指标 27 个,指标重要性评分及变异系数见表 2。

表 2 连续性血液净化护理质量评价指标

一级指标	二级指标	重要性评分	三级指标	重要性评分	变异系数
结构指标	制度规范	4.52 ± 0.23	护理操作规范	4.51 ± 0.23	0.051
			并发症预防规范	4.53 ± 0.23	0.051
			不良事件预防规范	4.60 ± 0.22	0.048
	操作人员	4.68 ± 0.20	工作年限 ≥ 5 年	4.69 ± 0.20	0.043
			已获取从业资质	4.68 ± 0.20	0.043
	设备环境	4.58 ± 0.22	环境卫生监测合格	4.56 ± 0.23	0.050
设备运行状态正常			4.60 ± 0.21	0.046	
过程指标	患者评估	4.82 ± 0.11	禁忌证与适应证评估	4.84 ± 0.10	0.021
			凝血功能评估	4.82 ± 0.11	0.023
			容量及内环境状态评估	4.80 ± 0.12	0.025
	治疗准备	4.85 ± 0.10	滤器、管路型号选择	4.76 ± 0.14	0.029
			设备状态检查	4.86 ± 0.10	0.021
			选择治疗方式	4.80 ± 0.12	0.025
			安装滤器配套管路	4.82 ± 0.11	0.023
			连接血管路、溶液袋及抗凝剂	4.84 ± 0.11	0.023
			肝素盐水预冲管路及血滤器	4.87 ± 0.08	0.016
			深静脉穿刺管消毒	4.79 ± 0.13	0.027
			导管固定及功能评估	4.81 ± 0.12	0.025
			引血上机	4.86 ± 0.10	设置治疗参数
			体征、容量、血流动力学监测	4.88 ± 0.07	0.014
			机器报警处置	4.82 ± 0.12	0.025
	结果指标	抗凝并发症	4.86 ± 0.10	出血发生率	4.86 ± 0.09
凝血发生率				4.88 ± 0.07	0.014
导管并发症		4.85 ± 0.10	感染发生率	4.87 ± 0.07	0.014
			栓塞发生率	4.89 ± 0.05	0.010
不良事件		4.82 ± 0.11	导管断开发生率	4.86 ± 0.08	0.016
			导管脱出发生率	4.87 ± 0.08	0.016
			栓塞发生率	4.89 ± 0.05	0.010
			导管断开发生率	4.86 ± 0.08	0.016
			导管脱出发生率	4.87 ± 0.08	0.016

3 讨论

3.1 连续性血液净化患者护理质量评价指标体系的科学性评价

研究所选研究人员、函询专家均为血液净化领域从业人员,工作年限均大于5年,对连续性血液净化治疗及护理操作熟悉度高,为评价指标体系构建及应用提供了保障。研究中第1、2轮专家函询问卷回收率分别为100%、98%,提示函询专家积极性高,能积极参与研究;函询专家Cr为0.791,而通常认为专家权威度大于0.70,则专家权威度高,本研究中专家权威度系数均大于0.70,提示函询意见可靠^[14]。研究筛选所得指标重要性评分均大于4.5分,且肯德尔和谐系数分别为0.245~0.356,存在显著性差异($P<0.05$),而有研究^[15]显示,指标重要性评分大于3.50分,则满足要求,提示专家函询意见协调度高,故研究所选指标符合临床要求,据此构建的指标体系可靠性、科学性均较强。

3.2 连续性血液净化患者护理质量评价指标体系的应用效果分析

本研究所构建的连续性血液净化患者护理质量评价指标体系具有鲜明的专科特色,突出了连续性血液净化护理的重点,如上下机操作、管路滤器管理、并发症预防护理等,并将不良事件发生率、并发症发生率作为结果指标重点,可强化护理管理效果。同时,研究在指标筛选、评价指标体系构建过程中坚持“专家意见+护士意见”相结合,增强了其在临床中的实用性与适用性,有助于改进护理质量。

总之,研究构建的连续性血液净化患者护理质量评价指标体系结构完整,指标体系可靠性、科学性较强,有助于提高连续性血液净化护理质量。

4 参考文献

- [1] 韦艳萍.连续性血液净化在危重症患者急性肾损伤中的临床应用研究进展[J].中国当代医药,2020,27(22):20-22,26.
- [2] 秦红燕,张敏.连续性血液净化患者非计划撤机风险因素调查与护理管理对策[J].护理实践与研究,2020,17(13):31-34.
- [3] 刘凯,左武,李丹.连续性血液净化在弥漫性腹膜炎并发感染性休克患者中的应用[J].透析与人工器官,2020,31(3):48-49,61.
- [4] 何梅凤,林英秀,林云云,等.连续性血液净化治疗新生儿肾功能衰竭的临床应用及护理[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(6):630-632.
- [5] 黄凤梅,艾凌艳,谢小街,等.连续性血液净化联合腹膜透析治疗高危尿毒症患者的研究及临床应用[J].透析与人工器官,2020,31(2):7-9,12.
- [6] 李威,瞿平,张雪.基于Donabedian质量理论的我国护理环境的思考[J].中国医院管理,2017,37(9):64-66.
- [7] 中国医院协会团体标准——中国医院质量安全管理第2-20部分.患者服务血液净化[J].中国血液净化,2019,18(8):517-523.
- [8] 李森.血液透析滤过对老年血液净化患者远期并发症的疗效观察[J].中国现代医生,2019,57(2):81-83,87.
- [9] 赵晓霜,张葆荣,张丹,等.儿童连续血液净化护理质量评价指标体系的构建[J].中华护理杂志,2020,55(9):1366-1371.
- [10] 米热古丽·艾山,阿衣先木·艾合买提.血液透析滤过对老年血液净化患者远期并发症的疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(34):77,79.
- [11] 高爽,王治国,周伟.血液透析中静脉针脱出大失血的危险因素分析[J].中国误诊学杂志,2011,11(20):4817-4818.
- [12] 窦素冰,李建平,黄琦,等.PDCA循环护理对血液透析动静脉内瘘保护效果的影响[J].护理实践与研究,2020,17(11):49-52.
- [13] 李琛,梅克文,任树荣.维持性血液透析患者自体动静脉内瘘自我管理与生活质量相关性分析[J].护理实践与研究,2020,17(8):1-4.
- [14] 张敏,秦红燕.血液净化静脉留置导管感染危险因素分析与护理管理[J].护理实践与研究,2020,17(12):17-19.
- [15] 胡华.预见性护理在预防血液净化导管相关性血流感染中的应用[J].河南医学高等专科学校学报,2019,31(6):809-811.

[2020-12-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 6 Mar. 25, 2021

CONTENTS IN BRIEF

- Evaluation and influencing factors of mental health status of expectant mothers who were re-pregnancy and underwent scarred uterus** LI Han (791)
- Effect of psychological resilience support combined with goal setting rehabilitation training on stroke patients with hemiplegia** YUE Yuan, LI Ying, TIAN Huili (796)
- Investigation and analysis of influencing factors of self-management behavior in patients with type 2 diabetes** MA Huihui, WEI Wei, LI Junfang, GE Yanhong (799)
- Influencing factors of the compliance of nasopharyngeal carcinoma patients with mouth opening exercise** ZHANG Yafang (804)
- Correlation analysis between postoperative exercise compliance and self-efficacy in patients undergoing traumatic limbs fractures** QU Qiuwei (808)
- Influencing factors of aspiration in patients with facial stroke and dysphagia and its nursing measures** ZHANG Jinfeng, ZHAO Aixia, LIANG Ying, YAO Rongrong (815)
- Influencing factors of breastfeeding efficacy after cesarean section in primiparas** HU Maoyan, TIAN Meizhi, ZHANG Shuling, WU Wanhua (819)
- Application of health coaching technology in continuing care of patients undergoing type 2 diabetic retinopathy** YANG Yuying (830)
- Application of comprehensive nursing intervention in laparoscopic hernia repair in children in operating room** XU Jiao, SUN Chenlu (886)

Responsible institution

Health Commition of Hebei Province

Sponsor

Children's Hospital of Hebei
Province No.133, Jianhuanan Street,
Shijiazhuang, Hebei, 050031, P.R.China

Editing

Editorial Board of Nursing Practice
and Research
Editorial Department of Nursing
Practice and Research
No.133, Jianhuanan Street,
Shijiazhuang, Hebei, 050031, P.R.China
Tel:0311-85911163 85074334
<http://www.hlsjyj.com>

Proprieter

QU Yi

Editor in chief

SHANG Shaomei

Executive chief editor

XU Yingjun
LUAN Yi

Deputy editor

LI Chunyan, ZHANG Junmin, YING Lan,
HAN Lin, LI Ka, WANG Zhiwen,
ZHUANG Yiyu, FANG Qiong, JIANG Yan,
LUAN Xiaorong, ZHANG Xiangeng, LI Wei

Publishing

Nursing Practice and Research

Printing

Shijiazhuang Jianian Printing Co.,
Ltd.

Distribution

Hebei Post Newspaper and Journal
Publishing House

Scope of issuing

Overtly Issued at Home and Abroad

CSSN

ISSN1672-9676
CN13-1352/R

Oeder

Post Office All Around China
Code No. 18-112

Price

¥10.00/Number, ¥240.00/Year

**Copyright 2021 by the Nursing Praticce
and Research**

《护理实践与研究》杂志征稿简则

《护理实践与研究》杂志为护理类科技期刊，是河北省卫生健康委员会主管，河北省儿童医院主办的中国医师协会系列期刊。中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库和万方数据——数字化期刊群等全文收录，国内外公开发行；刊号：ISSN1672-9676，CN13-1352/R；半月刊，大16开；邮发代号：18-112。

一、主要栏目

设有：论著，专科护理，基础护理，门诊护理，手术室护理，社区与全科护理，中医护理，心理护理，健康心理与精神卫生，护理管理，护理教育，护理人文，个案分析，调查研究，综述与讲座，经验与革新等栏目。

二、稿件要求

1. 论文务求论点明确、论据可靠、数据准确、论证科学严谨；文字规范、语言练达，内容叙述避免过度自信或模棱两可，但应有作者自己的见解。

2. 论著一般4000字为宜，综述在7000字左右，短篇与个例勿超过1500字。摘要在200字以内。照片和图表应精简，推荐使用三线表。参考文献引用，论著>15条；综述类不应少于30条；短篇与个例5~8条。

3. 论文署名作者应为法定著作权人，文责自负。文稿请附英文题名，3~8个中、英文关键词。本刊只接受电子文件投稿，文稿上请附注第一作者或通讯作者的电话、E-mail及详细通讯地址、邮编。

4. 论文正文中各层次编号采用阿拉伯数字，一般不超过四级。例如一级标题“1”，二级标题“1.1”，三级标题“1.1.1”，四级标题“1.1.1.1”编号顶格书写，分级标题阿拉伯数字间用“.”相隔，末数后不加标点，四级标题以后回段中层次可用(1)、1)、①等排序。

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

6. 医学名词以医学名词审定委员会审定的名词为准，未公布的以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物，按引用的先后顺序列于文末，示例如下：

(1) [专著(书籍)] 序号 作者姓名. 书名[M]. 版本(如果是第1版应略去此项). 出版地：出版单位(国外出版单位可用标准缩写，不加缩写点)，出版年：起页—止页。

例：[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 19版. 北京：人民卫生出版社，1995:1117-1119.

[2] 王庆林. 人体解剖学考试指导[M]. 北京：中国医药科技出版社，1994:116-118.

(2) [连续出版物(期刊)] 序号 作者姓名(3人以内全部写出，3人以上，只写前3人，第3人后加“，等”). 文题[J]. 期刊名(外文期刊可用标准缩写，不加缩写点)，年，卷(期)：起页—止页。

例：[3] 杨苑芳，郭节芳，李健清. 远程指导型家庭病床康复护理对老年髋部骨折患者自理能力及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究，2017,14(14):8-10.

[4] 崔伟燕，吴军，袁小英，等. 医护康一体化管理模式干预鼻咽癌放疗患者张口困难效果研究[J]. 护理实践与研究，2020,17(22):97-99.

9. 论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目，应在文题页左下角注明。

三、注意事项

1. 来稿自留底稿，请勿一稿多投，凡接到投稿回执信2个月，未接到稿件录用通知，该稿可自行处理。稿件一经刊用，同时也被多家数据库收录，不同意者请在投稿时说明。

2. 本刊不收审稿费，稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

3. 投稿者请登陆 <http://www.hlsjyj.com> 注册投稿。

本刊通讯地址：河北省石家庄市建华南大街133号《护理实践与研究》杂志社，邮编：050031；联系电话：0311-85911163，85911463；E-mail: hlsjyjsb@126.com。