

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4月 第18卷 第7期 April 2021 Vol.18 No.7



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

07>

7

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 7 期

2021 年 4 月 10 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

无创呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者应用手机

APP 辅助式延续运动方案干预效果研究…………… 陶丽君 (949)

基于信息 - 动机 - 行为技巧模型的护理干预对银屑病

患者病耻感及心理弹性水平的影响…………… 陈丽 邓乐英 周萍 (953)

知信行健康教育模式在酒精所致精神和行为障碍患者

中的应用 …………… 张春艳 王梅花 王敏 李艳 (957)

风险防范管理体系在乳腺癌静脉输液港置管化疗

患者中的应用…………… 黄剑 赖美春 蒋冬芳 (961)

医护一体化管理模式对强直性脊柱炎患者心理弹性

及病耻感的影响…………… 张小丽 (965)

中医护理干预在膝骨关节炎体外冲击波穴位治疗患者中的

应用效果…………… 朱彩云 熊怡胜 刘弼 程锦珍 卢小虎 (969)

调 查 研 究

经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后嗅觉改变的

影响因素…………… 励莉 (974)

颈动脉支架置入术后低血压的影响因素 …………… 赵杰 王宇 (978)

深圳市龙华区男男性行为人群 HIV 感染分布特征

及影响因素 …………… 李文婷 吴友珍 黄纪忠 (982)

高龄胃十二指肠术后患者发生胃瘫综合征的高危因素

…………… 刘胜 李霞 (985)

宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生的

危险因素…………… 殷慧香 刘玉灵 董小京 (989)

原发性肝癌患者心理弹性现状及影响因素分析

…………… 李芸芸 李丽 朱秀秀 黄帅 张兰凤 (993)

综 述 与 讲 座

国内重症监护病房临终患者救治选择影响因素

定性研究的系统评价…………… 黄晓君 梁金燕 向洁 (999)

基于理论构建的远程护理干预在冠心病患者中的研究进展 柯炜 陈诗(1003)

内科护理

神经电磁刺激联合针灸穴位干预对脑梗死后吞咽障碍患者功能恢复的影响 赵晓红 任春会(1009)

6S管理模式在肾脏内科护理管理中的应用效果 孟丽霞 赵军(1012)

结合需要层次理论在缺血性脑卒中患者出院后护理中的应用 杨越 常晶晶(1015)

《国际糖尿病足疾病预防和管理指南 2019》在糖尿病足患者中的应用效果 柯运(1019)

正向促进式教育对失代偿期肝硬化患者自我感受负担及疾病不确定感的影响

..... 李丹 赵显芝 金廷春(1022)

外科护理

护理专项管理对神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸发生率的影响 李美婷 王媛媛(1025)

热敏灸联合芒硝外敷治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效观察 白细兰 杨静 赵静 罗盈(1028)

家属协同康复护理对人工半髌关节置换术后患者康复效果的影响 陈月柳(1031)

乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能影响因素分析 张丽 李楠(1034)

基于网络的延续性护理在冠状动脉搭桥术后患者中的应用效果 张瑜 祁佩聪 李梦蝶(1037)

妇产科护理

压力接种训练联合按摩足三里、照海穴在妊娠糖尿病患者中的应用效果观察

..... 潘华英 赵昕 李红霞(1040)

五官科与皮肤科护理

加速康复外科护理对慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者术后疼痛及康复效果的影响

..... 冯楚楚 任丽琪 戚欣 袁敏(1043)

同伴互助教学联合问题案例教育对口腔种植术患者术后并发症及牙科焦虑的影响 姚玉娟(1046)

肿瘤科护理

康复树涂鸦秀结合中等强度交替训练对乳腺癌患者化疗后肢体功能

和癌因性疲乏的影响 丘淑芬 杨媛(1049)

头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行调查分析 杜亚娟 黄水云 林慧娟(1052)

“人性情怀”为基础的安宁疗护在晚期癌症患者中的应用效果 侯燕 克热曼·牙库甫(1056)

营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析 彭辉(1059)

数字化健康干预在青年癌症患者心理康复中的应用 李亿芳 金文(1062)

微信公众号随访管理在晚期原发性肝癌患者中的应用 刘燕萍 张霞(1065)

中医护理

肠道保健操对功能性便秘患者的干预效果 宁红秀 史晓思 熊洁 王一征 刘轩良(1068)

手术室护理

单孔胸腔镜肺癌根治手术的围手术期护理 杨琼 杨宗夫(1071)

集束干预改良泌尿科手术升桥侧卧位护理流程的应用效果观察

柏艳芳 李润仪 李凤姣 黄中英(1074)

急症与危重症监护

护理目标管理预防 VV-ECMO 并发症的临床观察..... 熊文珍(1077)

社区与全科护理

“信息需求评估联合模拟演示教育”在社区脑卒中偏瘫患者健康管理中的应用 陆宏艳(1081)

基础护理

主动呼吸循环技术结合 0.45%盐水持续气道湿化在脑卒中气管切开患者

护理中的应用..... 俞巧兰 万小菊 周春香 薛元峰 尹立成(1084)

旋腕运动操联合微波热疗预防老年 PICC 化疗患者静脉血栓的效果分析

王慧芳 张小红 符玲萍(1087)

护理管理

护士分时段现场预约与走动式管理在门诊质控管理中的应用..... 夏亚琴 王晓俊(1090)

失效模式与效果分析对手术室护士职业暴露的防范效果..... 武淑敏 张文祥 邱常青(1094)

PDCA 在改善疾病诊断相关分组护理病案数据质量的应用效果

李汝新 李凤玲 王风云 李宝叶(1097)

个案护理

1 例流行性出血热致多脏器功能障碍患者的护理 闫风华 米伟(1102)

1 例兰索拉唑致过敏性休克的临床护理..... 马琳 王兰英 万海英(1104)

其他

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (988)

欢迎订阅 欢迎投稿..... (1008)

疫情报道高频术语(四) (1080)

征稿简则..... (封底)

责任排版 魏劭伟 编务 冯晓倩 纪薇 责任编辑 崔兰英 刘学英

期刊基本参数: CN 13-1352/R*2004*S*A4*160*zh*P* ¥10.00*1200*45*2021-07

无创呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者应用手机 APP 辅助式延续运动方案干预效果研究

陶丽君

【摘要】 目的 探讨无创呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者应用手机 APP 辅助式延续运动方案干预效果。**方法** 选择 2017 年 6 月—2020 年 6 月医院接诊的 120 例 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者为研究对象。按照组间匹配方法分为对照组和观察组,各 60 例。对照组实施常规护理干预+出院指导+延续护理,观察组在对照组基础上应用手机 APP 辅助式延续运动方案干预,比较两组肺功能、动脉血气指标、运动耐力、身体健康评分、运动依从率及自我护理能力评分。**结果** 观察组患者 FEV₁%、FVC%、PaO₂、PaCO₂ 等肺功能及动脉血气指标均优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者 6 min 步行距离 (6MWT) 高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者 GHQ-12 评分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者运动依从率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组自我护理能力评分高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 应用手机 APP 辅助式延续运动方案干预在无创呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭居家患者中,可有效改善肺功能及动脉血气指标,提升运动耐力、运动依从率及自我护理能力水平。

【关键词】 无创呼吸机治疗; COPD 合并 II 型呼吸衰竭; 手机 APP 辅助; 延续运动方案

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.001

Intervention effect of the non-invasive ventilator treatment on the COPD patients combined with type II respiratory failure applied the continuing exercise program assist by the mobile phone APP TAO Lijun
(Jiangyin Hospital Affiliated to Dongnan University, Wuxi 214400, China)

【Abstract】 Objective To explore the intervention effect of the non-invasive ventilator treatment on the COPD patients combined with type II respiratory failure applied the continuing exercise program assist by the mobile phone APP. **Methods** To select 120 COPD patients combined with type II respiratory failure admitted in the hospital from June 2017 to June 2020 as the study objects. According to the principle of matching between groups, they were divided equally into a control group and an observation group. The control group was given the routine nursing intervention + discharge guidance + continuing nursing, the observation group was given the continuing exercise program assist by the mobile phone APP based on the control group, the result of lung function, arterial blood gas index, exercise endurance, physical fitness score, exercise compliance and self-care ability score were compared between two groups. **Results** The lung function such as FEV₁%, FVC%, PaO₂, PaCO₂, etc. and arterial blood gas index of the observation group were better than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), the 6MWT of the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), the GHQ-12 score of the observation group was lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), the self-care ability score of the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** By applying the continuing exercise program assist by the mobile phone APP in the the non-invasive ventilator treatment of the COPD patients combined with type II respiratory failure, the lung function and arterial blood gas index were effectively improved, the exercise endurance was enhanced, the exercise compliance and self-care ability were improved.

【Key words】 Non-invasive ventilator therapy; COPD combined with type II respiratory failure; Mobile phone APP assistance; Continuing exercise program

作者单位: 214400 江苏省无锡市, 东南大学医学院附属江阴医院

无创呼吸机在对慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者肺功能各项指标改善、维持生命体征平稳中存在较强优势, 其无需具备人工气道条件, 已成为治疗 COPD 重要方法之一^[1-2]。而临床 COPD(多见于 ≥ 40 岁人群) 主要表征出气道不可逆阻塞, 伴高碳酸血症、低氧血症、全身炎性、肺动脉高压等综合征, 病情易进展为 II 型呼吸衰竭或者肺心病, 出现心悸、胃部不适、搏动性头痛等严重身心危害, 尽管药物联合无创呼吸机治疗可调整患者血气指标, 降低炎症反应^[3-4], 但受操作、规范或指导不到位等影响, 以运动训练为基石的肺康复仍被视为提升患者活动耐力, 减轻呼吸困难和疲乏症状, 改善生存质量水平最重要非药物手段^[5]。除此以外, 现有运动康复计划多数在院内完成, 而受场地与费用限制, 院后复诊难度较大, 居家患者疾病与用药疗法、运动训练长效依从性不足, 例如: 运动强度、处方无法持续。以往居家提升运动依从性办法包括: 记录运动日记、责任护士电话或家访监督等^[6-7], 但仍仅 50% 的 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者可遵照推荐运动方案执行。近几年国内外随着“互联网+”慢性病管理模式发展, 远程医疗设备蓝牙监督运用于家庭环境运动逐渐增多, 同时利用手机 APP 辅助运动潜力巨大, 鉴于我国互联网技术与移动设备不断普及^[8], 本研究选择 120 例 COPD 合并呼吸衰竭患者为研究对象, 分析比较手机 APP 辅助式延续运动方案和常规延续性护理对患者康复影响, 以期为临床提供参考依据。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2017 年 6 月—2020 年 6 月医院接诊的 120 例 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者为研究对象。纳入条件: 首次在医院诊断为 COPD 合并 II 型呼吸衰竭并接受无创呼吸机治疗; 意识清晰, 积极配合; 患者与家属自愿参与本次研究。排除条件: 肺癌或其他恶性肿瘤; 存在严重肢体功能障碍; 有肺性脑病、认知功能障碍或其他神经系统病变; 治疗后病情加重或无法出院。按照两组性别、年龄、病程可比的方法分为对照组和观察组, 各 60 例。其中对照组男 32 例, 女 28 例; 年龄 46~74 岁, 平均 68.98 ± 4.07 岁; 病程 1~5 年, 平均 2.40 ± 0.67 年。观察组男 31 例, 女 29 例; 年龄 48~73 岁, 平均 69.08 ± 5.62 岁; 病程 6 个月~4 年, 平均 2.28 ± 0.79 年。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 常规护理干预 + 出院指导 + 延续

护理。主要内容: 1) 入院起密切监测生命体征, 进行运动、饮食、用药、日常疗护宣教。2) 院前发放 COPD 指导手册, 含基本疾病知识与运动相关资料, 向患者与家属讲述运动训练、处方与注意事项等情况。3) 延续性居家运动训练方案。①运动方式: 平地步行、快速摆臂(摆臂角度呈 45°) 等循序渐进。②运动频率: 40~50 min/次, 热身运动 10 min+ 运动训练 20~30 min+ 整理运动 10 min, 5 次/周, 以运动结束感到略微疲乏为宜。医护人员通过线上微信群、短信通知及电话监督等形式确保每位患者运动安全性与依从性。

1.2.2 观察组

(1) 手机 APP 的设计: 考虑 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者多为老年群体, 阅读和操作受字体大小影响较大, 因此将此次手机 APP 运动功能模块做如下设计: 1) 运动程序。初步设计: 热身运动 10 min+ 运动训练 20~30 min+ 整理运动 10 min。2) 运动节拍器。默认设置运动频率为 6 min 步行距离 (6MWT) $\times 80\%$, 若患者无法接受此坚持步行 10 min 以上节奏, 自行调节节拍幅度 10%, 热身、整理运动阶段则依据日常慢步行走调节。3) 3D 计步器。精确测定记录患者行走时步态加速度信号, 获取实际运动步数。4) 运动强度监测。患者运动期间携带下载 APP 手机, 系统进行 Borg 评分评估疲乏程度, 依照评分依次代表顺序为: “无感” “刚察觉” “非常轻微” “轻微” “中度(温和)” “稍强” “强” “中强” “很强” “非常强” “超强” “极强(最大)”, 结束运动后点击对应“疲乏程度”即可。5) 言语鼓励功能。运动开始时自动语音提示“现在准备运动喽, 加油”, 运动期间每隔 5 min 语音提示“您已运动 5 min, 请继续努力”, 结束运动时语音提示“您非常棒完成了今天运动任务, 请您好好休息”。

(2) 辅助式延续运动干预方案: 责任护士确保每位护士手机安装上述 APP, 演示指导 APP 作用和操作流程, 患者与家属当场学会后发放手机 APP 操作流程图, 以防遗忘, 患者使用手机 APP 依照预设运动强度在院内安静平坦路上步行 20 min, 通过 GPRS 或 WLAN 反馈运动数据至管理段, 观察确定运动期血氧饱和度、运动后呼吸困难及疲乏度, 确保运动安全性。1) 责任护士或研究者。通过手机 APP 随时查看“患者资料模块”, 据此了解患者的性别、年龄、病程、疾病严重度、药物治疗状况、吸烟状况、合并症情况、6MWT 资料, 同时为每位患者制定个体化运动处方, 基于基本模块基础上,

制定热身运动、运动训练（60%~80%VO₂max）、整理运动详细视频内容。该 App 后台自动记录每日运动时长、步数、疲乏程度，研究者每日监测数据分析，对于运动排名靠前者予以适当鼓励，超过 2 d 未运动者立即电话或短信督促询问不运动原因，并帮助指导解决。2）居家运动患者。点击该软件并登陆账号，进入程序主界面，点击“运动”，进入界面“健康教育模块”，将出院前宣教手册绘制成图文电子版，内含 COPD 疾病基本知识、治疗要点、急性加重早期症状及识别等，及运动训练益处、个体化运动处方和运动注意事项等部分连接。“开始”按钮确定启动后，患者依据节拍步行运动，中途出现任何疲乏或呼吸困难，点击“暂停”稍作休息，运动结束后点击“停止”，进入疲乏 Borg 评分界面，根据自我感受点击对应选项及配备图案，接着点击“存储”，将数据上传至研究者管理端。“运动提醒模块”内闹钟、应用程序后台可由患者自行设定运动时间，设置成功后应用程序自动提醒运动，超过 1 d 内无运动记录，也会向手机发送推送提醒。“问卷模块”通过电子问卷上传至 APP，患者自行打开手机 APP 问卷填写使用感受及意见，便于及时更新。

1.3 观察指标

- （1）肺功能及动脉血气指标^[9]：干预前后采取肺功能仪 (Cosmed Quark PEF) 测定记录两组患者 FEV₁%、FVC% 等指标，采用 GEM3000 血气分析仪测定血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂) 等血气指标。
- （2）运动耐量^[10]：由专业护理人员计时测定两组患者 6MWT，于室内外平台位置评估。
- （3）身体健康评分：选择一般健康问卷 (GHQ-12)^[11] 对患者机能健康状况调查研究，评分含 12 项，范围在 0~12 分，评分高低与身体健康好坏成负相关。
- （4）运动依从性：观察两组患者疗护期间运动依从性情况，采取我院自制问卷调查，按照评分结果将其划分为不依从、一般依从、完全依从 3 个等级，

其中完全依从指完全配合医护人员治疗，理解并每日与医护人员沟通交流；一般依从指大部分时间配合接受运动方案实施，存在偶然（通常 1~2 次 / 周）非自发进行运动计划实施，但经过医护人员或家属提醒后重新接受运动；不依从：抵触情绪较为强烈，无法居家持续完成运动训练任务。运动依从率 = (完全依从 + 一般依从) / 总例数 × 100%。

（5）自我护理能力：针对医院 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者实际临床情况，根据疾病理论知识、药物不良反应及其防治方式、咳痰及呼吸道技巧管理、运动及睡眠、情绪管理等各维度，评估患者自我护理能力，量表评分设置为 0~100 分，评分高低与患者自我护理能力呈正比，该量表经检验信效度良好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据的统计分析。计量数据采用“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 两组患者肺功能、动脉血气指标以及运动耐量情况比较

干预后，观察组患者 FEV₁%、FVC%、PaO₂、PaCO₂ 等肺功能及动脉血气指标均优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者 6MWT 高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者身体健康情况比较

干预后，观察组患者 GHQ-12 评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者运动依从性和自我护理能力比较

观察组患者运动依从性率、自我护理能力评分均高于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者肺功能、动脉血气指标以及运动耐量情况对比

组别	例数	FEV ₁ %	FVC%	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	6MWT (m)
对照组	60	34.72 ± 4.91	51.11 ± 6.27	68.97 ± 5.16	61.31 ± 6.01	207.11 ± 35.29
观察组	60	39.06 ± 5.27	54.96 ± 4.88	75.82 ± 4.95	50.69 ± 5.65	259.82 ± 30.13
<i>t</i> 值		4.667	3.753	7.421	9.973	8.799
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者 GHQ-12 评分比较 (分)

组别	例数	GHQ-12 评分
对照组	60	4.90 ± 0.47
观察组	60	2.03 ± 0.52

$t=31.716$, $P=0.000$ 。

表3 两组患者运动依从性和自我护理能力比较

组别	例数	运动依从性		自我护理能力 评分 (分)
		依从例数	依从率 (%)	
对照组	60	30	50.00	73.90 ± 9.47
观察组	60	41	68.33	87.64 ± 10.21
χ^2 值		4.174		7.643*
P 值		0.041		0.000

* 为 t 值。

3 讨论

COPD 是患者临床常表现为支气管炎或肺气肿等气流阻塞特征的一类疾病, 此类患者对内脏供氧产生负面影响后会进一步并发呼吸衰竭、肺心病等症状, 且呼吸中枢感受能力持续降低, 进而血流比例或肺内通气失调, 严重威胁患者生命安全^[12-13]。若未接受及时有效处理, 呼吸异常、心搏骤停发生率极高。相关资料提出, 无创呼吸机协助该类患者自主呼吸, 吸气过程触发传感器形成一定压力, 可舒缓疲劳, 而呼气时可降低正压, 规避肺泡萎陷、肺不张等状况, 同时及时纠正呼吸衰竭, 排出 CO_2 , 辅助正常呼吸功能, 存在无需创建人工气道、方便、简单等优势。但学者仍一致认为^[14-15] 多方专业的运动康复干预必不可少, 现有运动康复训练包括上肢、下肢、行走、呼吸训练等, 以改善肺换气、肺通气功能, 舒缓咳嗽、咳嗽症状, 提升肢体运动功能与自理能力为目标。但是临床实施简易家庭运动康复训练方案过程, 常缺乏专业护理人员管理, 或有成本高、实际操作性差等问题而影响广泛开展。

随着互联网技术、移动设备持续发展, 微信群和 QQ 群构建、手机 APP 等成为集中患者宣教, 实现无线沟通, 传播各行业信息的重要手段。本次研究也提出自行编制含运动程序、运动节拍器、3D 计步器、运动强度监测、言语鼓励功能等协助医护患进行护理教育、工作及自我管理的移动式平台, 促进彼此及时掌握现有康复情况, 其构建基于多项文献制定的针对 COPD 或哮喘等呼吸系统慢性疾病管理类 APP, 例如: 荷兰 VORRINK 等设计^[16] 为维持肺康复日常体力活动的 APP, 同时佩戴加速计测定并量化机体活动, 制订个体化的运动处方, 为医护人员提供监测和反馈, 充分保障患者运动安全性。

本研究观察组患者 $\text{FEV}_1\%$ 、 $\text{FVC}\%$ 、 PaO_2 、 PaCO_2 等肺功能及动脉血气指标均优于对照组 ($P<0.05$), 提示上述干预对策实施后, 可有效缓解症状, 稳定病情, 其中 PaO_2 指以物理状态溶解在血浆内的氧分子产生的张力即氧分压, PaCO_2 指物理溶解 CO_2 所产生张力, 是衡量肺泡通气状况下, 反映酸碱平衡中呼吸因素关键指标^[17]。同时, 观察组患者 6MWT 高于对照组 ($P<0.05$), 该项测试 6 min 内患者以最快速度行走的距离, 与运动耗氧量密切相关, 其改善代表运动耐力增强。此外, 研究结果发现, 观察组患者 GHQ-12 评分明显低于对照组 ($P<0.05$), 运动依从性率高于对照组 ($P<0.05$), 自我护理能力评分高于对照组 ($P<0.05$), 表明患者生活质量水平、运动依从率以及自护能力水平均有所提升。原因分析: 首先手机 APP 设计前期充分考虑 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者年龄段多为中老年, 将 APP 默认字体增大, 同时院前耐心讲解阅读、操作流程, 并在院内至少独立操作使用 1 次运动, 促进系统操作实习同时, 也进一步加强患者对延续运动干预重视。同时采取自我检测形式改善运动自觉性与依从性, 例如: 手机 APP 节拍器促使患者伴随节拍运动, 每次可能自我调控至最大有效运动强度, 外周肌肉和呼吸肌功能以及神经-肌肉协调能力均更强^[18], 很好规避传统无 APP 指导下呼吸困难难以掌控等问题。此外手机 APP 辅助式延续运动方案使得医护人员可及时查看反馈出患者多项指标信息, 且及时在 App 发布动态改进个体化运动方案, 形成良性互动, 突破时间与空间限制, 既方便患者, 也最大程度节约院内资源, 提升院后运动康复干预效果。

综上所述, 应用手机 APP 辅助式延续运动方案干预在无创呼吸机治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭居家患者中, 可有效改善肺功能及动脉血气指标, 提升运动耐力、运动依从率及自我护理能力水平。

4 参考文献

- [1] 余瑞朋, 王利芳, 李岩, 等. 延续性护理对老年慢阻肺合并呼吸衰竭患者血气指标及运动耐量的影响 [J]. 疾病监测与控制, 2020, 14(5): 379-381.
- [2] 蒋薇, 代芬, 钱灵赢, 等. 心力衰竭合并 II 型呼吸衰竭患者的护理干预 [J]. 中华肺部疾病杂志 (电子版), 2020, 13(3): 421-423.
- [3] 李贞. 综合护理对无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病疗效的影响 [J]. 中国基层医药, 2020, 27(12): 1521-1524.
- [4] 潘明皓. 临床护士移动护理类 APP 使用意向的影响因素研究 [D]. 济南: 山东大学, 2020.

基于信息－动机－行为技巧模型的护理干预对银屑病患者病耻感及心理弹性水平的影响

陈丽 邓乐英 周萍

【摘要】目的 探讨基于信息－动机－行为技巧（IMB）模型的护理干预对银屑病患者病耻感及心理弹性水平的影响。**方法** 选择医院2018年8月—2020年8月收治的银屑病患者78例，按照组间性别、年龄、病程、文化水平匹配的原则分为观察组和对照组，每组39例。对照组采取常规皮肤科专科护理，观察组在此基础上采取基于IMB模型的护理干预，观察12周。比较两组患者病耻感、心理弹性及生活质量。**结果** 干预前，两组患者慢性病病耻感量表（SSCI）、心理弹性量表（CD-RISC）、皮肤病生活质量指数（DLQI）评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组SSCI评分低于对照组，CD-RISC评分高于对照组，DLQI评分低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 基于IMB模型的护理干预能够减少银屑病患者病耻感，提升心理弹性水平和生活质量。

【关键词】 银屑病；信息－动机－行为技巧模型；病耻感；心理弹性；生活质量

中图分类号 R473.75 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.002

The effect of nursing intervention based on the information-motivation-behavioral skills model on the psoriasis patients' levels of stigma and psychological resilience Chen Li, Deng Leying, Zhou Ping (Jiangxi Provincial Dermatology Specialist Hospital, Nanchang 33001, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of nursing intervention based on the information-motivation-behavioral skills model on the psoriasis patients' levels of stigma and psychological resilience. **Methods** To select

基金项目：江西省卫生健康委科技计划（编号：20204125）
作者单位：330001 江西省南昌市，江西省皮肤病专科医院

- [5] 曹兰婷,王磊.老年COPD患者住院生活质量现况及其影响因素调查[J].护理实践与研究,2020,17(11):38-41.
- [6] 秦立志.延续护理对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者生存质量的影响[J].中国医药导报,2020,17(16):190-192,196.
- [7] 蒲晓伟,葛丽,梅花.COPD患者使用无创呼吸机辅助通气依从性的研究进展[J].中华现代护理杂志,2020,26(14):1935-1939.
- [8] 赵晓霞,臧玉,严婷,等.运动疗法联合自我效能训练在中晚期慢性阻塞性肺疾病患者中的应用研究[J].中国康复医学杂志,2020,35(2):178-181.
- [9] 江美芳,刘茜,秦克.噻托溴铵联合无创呼吸机治疗COPD合并Ⅱ型呼吸衰竭疗效及对患者血气指标和炎症因子的影响[J].标记免疫分析与临床,2020,27(1):132-135,141.
- [10] 丁美祝,胡佩欣,申倩,等.慢性阻塞性肺疾病稳定期患者应用远程康复效果的Meta分析[J].中国组织工程研究,2020,24(8):1306-1312.
- [11] 彭红华.无创呼吸机治疗COPD合并呼吸衰竭的护理要点分析[J].中国医学创新,2019,16(19):96-99.
- [12] 俞立峰.低强度神经肌肉康复联合无创通气治疗慢阻肺合并Ⅱ型呼吸衰竭的临床研究[D].杭州:浙江中医药大学,2019.
- [13] 邢乃姣.COPD合并呼吸衰竭应用无创呼吸机患者延续护理方案的构建及评价[D].青岛:青岛大学,2019.
- [14] 谭桂蓉.基于移动医疗APP的延续护理在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用研究[D].桂林:广西医科大学,2019.
- [15] 王艳红,虞意华.精细化护理在慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并Ⅱ型呼吸衰竭患者中的应用[J].中华全科医学,2019,17(2):321-324.
- [16] 唐映莲,梁水英,黄荣静,等.延续护理在COPD患者康复过程中的作用[J].现代医院,2017,18(9):1393-1396,1399.
- [17] 郭艳艳.基于院患通管理平台的自我管理干预对稳定期COPD患者的影响研究[D].长沙:湖南师范大学,2017.
- [18] 邸娜.护理干预对无创呼吸机治疗COPD合并呼吸衰竭患者依从性研究[J].中国现代医生,2017,56(7):148-150.

[2020-11-15 收稿]
(责任编辑 崔兰英)

78 psoriasis patients admitted in the hospital from August 2018 to August 2020, according to the principle of gender, age, disease course and educational level matching between groups, they were divided equally into an observation group and a control group with 39 patients in each group. The routine specialized dermatology care was given to the control group, the nursing intervention based on the IMB model was given to the observation group. After 12 weeks observation, the stigma, mental resilience and quality of life were compared between two groups. **Results** Before intervention, compared the score of stigma scale for chronic illness (SSCI) scale, Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), dermatology life quality index (DLQI) between two groups, there was no statistical difference ($P>0.05$). After intervention, the SSCI score of the observation group was lower than the control group, CD-RISC score was higher than the control group, DLQI score was lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Nursing intervention based on the IMB model could reduce the stigma of the psoriasis patients, improve the mental resilience and quality of life.

【Key words】 Psoriasis; Information-motivation-behavioral skills model; Stigma; Mental resilience; Quality of life

银屑病是一种慢性鳞屑性皮肤病,以皮肤红斑、银白鳞屑为主要表现,可发于全身任何部位^[1]。银屑病病情迁延,易反复,需长期接受治疗,以控制皮肤症状,阻止病情发展。因银屑病属于损容性疾病,会对患者心理、精神等造成影响,导致不同程度的病耻感,不利于病情的控制,降低生活质量^[2-3]。基于信息-动机-行为技巧(IMB)模型是一种促行为改变护理理论,可通过改变患者对疾病的认识及健康行为,维持患者健康,减轻疾病造成的负面影响^[4]。基于此,本研究以银屑病患者为研究对象,探讨基于IMB模型的护理干预对患者病耻感、心理弹性和生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2018年8月—2020年8月收治的银屑病患者78例,本研究经医学伦理委员会批准。按照组间性别、年龄、病程、文化水平匹配的原则分为观察组和对照组,每组39例。观察组男24例,女15例;年龄21~57岁,平均年龄 40.98 ± 10.25 岁;病程9个月~14年,平均病程 6.91 ± 1.75 年;文化水平:初中及以下18例,高中13例,专科及以上8例。对照组男23例,女16例;年龄20~57岁,平均年龄 40.91 ± 10.36 岁;病程10个月~13年,平均病程 6.85 ± 1.81 年;文化水平:初中及以下17例,高中15例,专科及以上7例。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 纳入及排除条件

纳入条件:①符合《皮肤性病学》^[5]中银屑病诊断标准;②年龄 >18 岁;③意识、认知正常,自愿签订知情同意书。排除条件:①合并其他皮肤疾病或免疫性疾病;②合并严重心脑血管疾病或脏

腑功能不全;③处于哺乳或妊娠期;④有精神病或相关病史。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 采取常规皮肤科护理,主要包括住院护理和院外延伸护理,干预措施为心理疏导、环境管理、膳食指导、用药指导等。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采取基于IMB模型的护理干预:①信息支持。住院期间每日与患者沟通2次,了解其疾病认知程度,根据患者文化水平对银屑病表现、病因、口服及外用药使用、日常皮肤护理、并发症预防、饮食要求等一对一讲解;出院后每周2次微信分享银屑病相关咨询,鼓励患者积极在群中提问,每日下午17:00—18:00统一收集,解答问题。②动机干预。通过引导式问句了解患者对疾病、自我的看法,分析产生不良心理的原因,告知患者遵医嘱用药、做好日常自我管理有益于症状的缓解;与患者家属、朋友沟通,针对银屑病进行宣教,告知银屑病不传染,并与其分享患者病情、心理状况,嘱咐其多与患者互动、交流,给予充分支持;每2周开办1次病友交流会,邀请自我管理较好、病情控制佳者分享经验,树立典型,通过真实病例让患者认识到疾病的可控性,以及遵医嘱进行自我管理的重要性,以逐步转变患者态度,增强信心;出院后通过微信视频开展随访,每周1次,了解患者对自我认知及态度的改变,给予针对性健康宣教及心理疏导。③行为干预。制定日常护理表,规范用药方法、饮食要求、活动要求、皮肤护理方法等,要求患者完成后做好标注,每周拍照反馈;教会患者外用药使用方法、皮肤护理方法、皮肤症状识别方法,以及呼吸冥想、想象冥想、肌肉放松、音乐放松等心理疏导方法,住院期间亲自指导示范,出院后微信分享相关教学视频,或在视频随访时给

予指导，以保证患者熟练掌握。④信息反馈。根据住院期间日常观察评估及出院后信息反馈情况，分析患者病情控制效果及自我管理情况，总结患者疾病认知、自我态度改变情况，以及存在的问题，并制定相应解决方案，调整后期干预重点。两组均持续观察 12 周。

1.4 观察指标

比较两组患者病耻感、心理弹性及生活质量评分。于干预前后发放相关评估量表，由患者自行填写，完成后护理人员检查无漏选、多选等疏漏后，统一录入系统计算，确保同质性。

(1) 病耻感：采用慢性病病耻感量表 (SSCI)^[6] 评价，总计 24 个条目，包括外在病耻感 (11 个条目) 和内在病耻感 (13 个条目)，采用 5 级评分 (1~5 分)，分值越高则病耻感越高。

(2) 心理弹性：采用心理弹性量表 (CD-RISC)^[7] 评价，包括乐观性 (4 项)、力量性 (8 项)、坚韧性 (13 项) 3 个因子，总计 25 个条目，采用 5 级评分 (0~4 分)，分值越高则心理弹性越好。

(3) 生活质量：采用皮肤病生活质量指数 (DLQI)^[8] 评价，总计 10 题 (症状、尴尬、生活活动、穿着、社交、体育运动、学习或工作、性生活、治疗、亲友影响)，采用 4 级评分 (0~3 分)，分值范围 0~30 分，分值越高则生活质量越差。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 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。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后病耻感评分比较

干预前两组患者外在病耻感、内在病耻感评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者各项病耻感评分均低于干预前 ($P < 0.05$)，观察组各项病耻感评分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者干预前后心理弹性评分比较

干预前两组患者乐观性、力量性、坚韧性评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者各项心理弹性评分均高于干预前，观察组各项心理弹性评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者干预前后生活质量评分比较

干预前两组患者生活质量评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，两组患者生活质量评分均低于干预前，观察组生活质量评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 1 两组患者干预前后病耻感评分比较 (分)

组别	例数	外在病耻感		内在病耻感	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	37.39 ± 4.17	18.98 ± 3.34	42.32 ± 5.65	21.06 ± 3.93
对照组	39	37.25 ± 4.40	26.79 ± 3.72	42.45 ± 5.51	30.75 ± 5.12
<i>t</i> 值		0.144	9.756	0.103	9.376
<i>P</i> 值		0.886	0.000	0.918	0.000

表 2 两组患者干预前后心理弹性评分比较 (分)

组别	例数	乐观性		力量性		坚韧性	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	39	8.82 ± 1.47	11.91 ± 1.80	16.99 ± 2.75	24.85 ± 3.09	26.46 ± 3.94	38.48 ± 4.33
对照组	39	8.86 ± 1.43	10.34 ± 1.56	17.21 ± 2.48	22.06 ± 3.14	26.59 ± 3.88	34.15 ± 4.04
<i>t</i> 值		0.122	4.116	0.371	3.955	0.147	4.566
<i>P</i> 值		0.903	0.000	0.712	0.000	0.884	0.000

表 3 两组患者干预前后生活质量评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	39	23.64 ± 3.71	13.92 ± 3.19
对照组	39	23.55 ± 3.93	18.40 ± 3.27
<i>t</i> 值		0.104	6.124
<i>P</i> 值		0.917	0.000

3 讨论

银屑病作为一种慢性皮肤疾病，会对外在容貌造成明显的影响，且病情顽固，长时间持续存在的皮肤症状会给患者心理、生理均造成伤害，严重影响日常生活质量^[9-10]。多项研究发现，银屑病给患者造成较沉重的心理负担，病耻感较强，生活质量

普遍较低,而针对心理、疾病认知及行为进行干预,对于改善病耻感及生活质量意义重大^[11-12]。

常规皮肤病专科护理主要侧重于治疗本身的护理,健康指导以口头宣教和发放书面材料为主,缺乏有效的沟通及教学,影响护理效果,在改善患者疾病认知及态度中存在明显的不足^[13]。本研究结果显示,观察组外在病耻感、内在病耻感评分均低于对照组($P<0.05$),乐观性、力量性、坚韧性评分均高于对照组($P<0.05$),生活质量评分低于对照组($P<0.05$)。表明基于IMB模型的护理干预在改善患者病耻感、心理弹性和生活质量中效果确切。IMB模型是于1992年提出的一种健康行为改变理论,认为动机是促进行为改变的推动因素,而动机的产生以健康认知的形成为基础,信息支持则可以改善健康认知^[14]。在银屑病患者中采取基于IMB模型的护理干预,于住院期间及出院后定期进行银屑病相关知识宣教,可帮助患者逐步记忆,避免一次性宣教导致的信息丢失,口头宣教、视频指导等多种宣教方式更利于加深记忆,进而改善患者疾病认知及态度,产生自我改变动机。银屑病患者病耻感的产生包括内在原因及外在原因,其中内在原因与疾病症状、疾病认知不足等相关,外在原因与生活、社交影响相关。基于IMB模型的护理干预通过病友活动及家属、朋友的互动鼓励,可增加患者社交活动,减轻患者病耻感,正确看待疾病及自我;典型病例的经验分享及鼓励,能够帮助患者认识到疾病的可控性,激发其治疗信心,提升心理弹性,强化行为改变动机。帮助患者制定日常护理方案,教会患者自我护理管理方法,要求其做好自我管理记录及监督,可帮助患者养成良好的行为习惯,增强疾病控制效果,减轻银屑病对患者身心造成的影响,提升病后生活质量。该护理模式还注重信息反馈,并通过微信将护理干预延续至患者出院后,能够起到持续指导、监督作用,不仅能够满足患者多方面健康需求,还可帮助其适应病后生活,全方位提升生活质量,最大程度减轻银屑病造成的负面影响。张薇等^[15]研究结果显示,基于IMB模型的护理干预能够改善银屑病患者自我管理效能与生活质量,与本研究结果一致,进一步证明IMB模型在银屑病患者护理干预中的应用价值。但本研究观察时间较短,未充分体现IMB模型的应用价值。临床还应进一步完善试验设计,观察基于IMB模型的护理干预对银屑病患者远期预后的影响,为临床提供更好的指导。

综上所述,在银屑病患者中采取基于IMB模型

的护理干预,能够减轻患者病耻感,提升心理弹性水平,改善生活质量。

4 参考文献

- [1] 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.
- [2] 曾丽,刘爱华,王彩仁.情志干预联合药物治疗对寻常型银屑病患者负性情绪及生活质量的影响[J].医学临床研究,2018,35(4):827-829.
- [3] 朱方亿,何仕琼.心理护理干预对银屑病患者负性情绪的影响研究[J].中国卫生统计,2019,36(1):119-120,125.
- [4] 何颖倩,王莲萍.基于IMB模型的健康教育在慢性心力衰竭患者自我管理中的应用[J].中国药物与临床,2019,19(18):3238-3240.
- [5] 张建中,高兴华.皮肤性病学[M].北京:人民卫生出版社,2015:204-207.
- [6] 邓翠玉,卢琦,赵岳.慢性病病耻感量表的汉化及其在脑卒中患者中的信效度研究[J].中国全科医学,2017,20(34):4304-4309.
- [7] 雷阳,张静平.中文版Connor-Davidson心理弹性量表在糖尿病患者中的信效度研究[J].中国全科医学,2016,19(10):1188-1193.
- [8] 刘江波,司爱丽,邓蕾,等.慢性荨麻疹患者生活质量评估及皮肤病生活质量指数的因子分析和信度分析[J].中华皮肤科杂志,2011,44(1):47-49.
- [9] 汪萍萍,刘杨.团体积极心理干预在银屑病患者体象障碍中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2017,23(9):1190-1193.
- [10] 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.
- [11] 陈小兰,郑丽英,张昊,等.银屑病患者疾病负担和生存质量调查:基于网络的问卷调查[J].中华皮肤科杂志,2019,52(11):791-795.
- [12] 朱蓓蓓,曹春艳.银屑病患者疾病耻辱感与社会支持及疾病对患者生活质量影响的相关性研究[J].护理研究,2016,30(29):3639-3642.
- [13] 孙丽燕.综合护理干预在银屑病病人中的应用[J].护理研究,2018,32(14):2312-2313.
- [14] 左秀萍.基于信息-动机-行为技巧模型的护理干预对AECOPD患者生活质量的影响[J].河北医药,2017,39(20):3187-3191.
- [15] 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.

[2021-01-05 收稿]

(责任编辑 陈景景)

知信行健康教育模式在酒精所致精神和行为障碍患者中的应用

张春艳 王梅花* 王敏 李艳

【摘要】目的 探讨知信行健康教育模式在酒精所致精神和行为障碍患者中的应用效果。**方法** 选取2018年1月—2019年5月医院收治的酒精所致精神和行为障碍患者100例,按照组间基本特征相匹配的原则分为观察组和对照组,每组50例。观察组采取知信行健康教育模式进行干预,对照组采取传统健康教育模式,比较两组患者干预前后 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、自我护理能力量表、自我效能量表及 GQOLI-74 生活质量量表评分。**结果** 干预前,两组患者 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 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组各项自我护理能力量表和自我效能评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组 GQOLI-74 生活质量各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 知信行健康教育干预模式可有效改善酒精所致精神和行为障碍患者的负性情绪,强化自我护理和自我管理行为,对提高预后和生活质量具有积极的影响。

【关键词】 知信行健康教育;精神行为障碍;酒精;自我效能;生活质量

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.003

Application effect of KAP health education model on the mental and behavioral disorder patients caused by the alcohol ZHANG Chunyan, WANG Meihua, WANG Min, Li Yan(Oriental People's Hospital of Xuzhou, Xuzhou 221004, China)

【Abstract】Objective To explore the application effect of KAP health education model on the mental and behavioral disorder patients caused by the alcohol. **Methods** To select 100 mental and behavioral disorder patients caused by the alcohol admitted in the hospital from January 2018 to May 2019 as the study objects, according to the principle of matching the basic characteristics between groups they were divided into an observation group and a control group, with 50 cases in each group. The KAP health education model was applied on the observation group, the routine health education model was given to the control group, Self-rating anxiety scale(SAS), self-rating depression scale(SDS), self-care ability scale, self-efficacy scale and generic quality of life inventory-74(GQOLI-74) score were compared between two groups before and after the intervention. **Results** Before intervention, compared the score of SAS, SDS between two groups, the difference was not statistically significant($P>0.05$). After intervention, the SAS, SDS score of the observation group was lower than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), each score of the self-care ability scale and self-efficacy scale of the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), the GQOLI-74 score of the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The KAP health education model could effectively decreased the negative emotions of the mental and behavioral disorder patients caused by the alcohol, enhanced the self-care and self-management behaviour and positively effect the improvement of the prognosis and living quality.

【Key words】 KAP health education model, Mental behavior disorder, Alcohol, Self-efficacy, Living quality

酒精是世界上最为广泛的成瘾性物质,2014年世界卫生组织统计,全球约1.4亿人患有酒精依赖

症,是仅次于心脑血管病和肿瘤的第三大“健康杀手”,给个体、家庭和社会造成了严重影响^[1]。酒精依赖是长期大量饮酒引起的一种特殊性心理状态,表现为对酒的渴求和经常需要饮酒的强迫性体验,强制减少或终止后可出现焦虑、心悸、睡眠障碍、

作者单位:221004 徐州市东方人民医院

* 通讯作者

震颤、抽搐等一系列酒精戒断症状,因而患者不得不维持饮酒行为甚至加量。长此以往可引起幻觉、精神行为异常、韦尼克脑病、柯萨可夫精神病、痴呆等中枢神经系统综合征^[2]。对于酒精所致的精神和行为异常,除了药物治疗外,纠正不良生活方式、矫正心理、提高依从性、激发戒酒行为、重建健康人格对预后至关重要,我中心对其采取知信行健康教育干预模式,效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2019年5月医院收治的酒精所致精神和行为障碍患者100例。纳入条件:符合《CCMD-3中国精神障碍分类与诊断标准》中酒精所致精神和行为障碍诊断标准^[3];年龄25~70岁,饮酒5年以上;本次住院时间 ≥ 20 d;病情好转后具备基本的沟通交流能力,有家属协同参与;排除条件:合并严重的躯体疾病;药物滥用史;妊娠或哺乳期妇女。按照组间基本特征匹配的原则分为观察组和对照组,每组50例,观察组中男48例,女2例;年龄27~69岁;嗜酒开始年龄 28.2 ± 12.2 岁;嗜酒时间 16.5 ± 3.4 年;饮酒方式:每日饮酒量 ≤ 500 g 44例,饮酒量 <1000 g 3例,饮酒行为超常 ≥ 1000 g 3例。文化水平:小学及以下12例,中学34例,中学以上4例。对照组中男49例,女1例;年龄28~68岁;嗜酒开始年龄 27.5 ± 2.2 岁;嗜酒时间 18.2 ± 3.8 年;饮酒方式:每日饮酒量 ≤ 500 g 46例,饮酒量 <1000 g 3例,饮酒行为超常 ≥ 1000 g 1例。文化水平:小学及以下10例,中学36例,中学以上4例。两组上述资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 健康教育模式

所有患者入院第1周以改善戒断症状及长期饮酒造成的营养不良为主,包括完善相关检查、药物治疗、饮食调整、运动疗法、防治并发症、督促戒酒。第2周进入稳定期,对照组给予常规健康教育及心理指导,观察组采取知信行健康教育干预模式,方法如下:

(1) 设立知信行健康教育小组:组长(护士长担任)及3位成员(10年以上工作经验主管护师)经护理部培训后上岗。患者入院当天建立个人信息档案,详细评估个人基本资料、家庭成员资料、患者性格特征、生活习惯、饮酒状态及对戒酒和自身疾病的看法,设立个体化知信行健康教育方案。

(2) 健康教育:细致讲解酒精依赖症的病因和

特点,酒精对个体、家庭和社会的危害,戒酒的方法,可能出现的戒断症状及应对措施,让患者能够充分的对疾病有所了解,同时提高对疾病的认知度,对不良的行为习惯进行纠正,让患者自身消除对戒酒的顾虑,树立正确的戒酒观念和心理防御机制,让其对戒酒成功这个目标树立有效的信心。①稳定期初期(入院第2周):患者处于“愿意改变自身行为但尚未采取行动”阶段,健康教育和沟通方式要以家属协助、监督和鼓励为主。②行动期(入院第3、4周):患者可主动调整自身行为,但状态不稳定,退回原状态的风险高,健康教育应持续进行,且以针对性指导为主并适当给予认可,消除环境中的危险信号和诱惑,强化改善其认知行为。

(3) 心理干预:以温和的言语和态度对患者进行劝解、疏导、安慰和鼓励,倾听其嗜酒原因和对戒酒的看法。发挥亲人、朋友的力量,让患者充分感受到关心和爱护,在这种环境下倾诉自己的苦闷。尊重患者的意愿、需求和情感,耐心细致的引导和教育,根据患者的心理问题给予建议,让患者充分意识到饮酒的危害,帮助其树立戒酒的信心和决心,并且进行本院戒酒成功案例介绍,以及戒酒后所带来的益处。

(4) 行为干预:制订适合患者的作息表,提供包括饮食、运动、睡眠、兴趣爱好在内的多方面作息计划,鼓励患者在执行过程中进行自我监督,提出认知误区和不良行为并及时更正。不定期请匿名者戒酒协会的人员对患者进行讲座,内容主要以自我管理方法和技巧、认知行为强化等为主。

(5) 院外延续性干预:在患者离院前对患者进行院外相关注意事项的讲解,同时加强患者家人对患者出院后相关行为的监督力度,同时注意与患者多沟通、多交流。医院护理人员定期进行随访和跟踪,针对院外患者的表现行为进行相关干预方案的调节。

1.3 观察指标

(1) 负性情绪:采用Zung焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者干预前后的负性情绪,SAS,SDS各有20个条目,每个条目采用1~4分4级评分法,将各条目得分相加即为总粗分,总粗分乘以1.25取整数部分即为标准分,满分100分,得分越高,表明焦虑、抑郁程度越重^[4]。

(2) 自我护理能力量表:包括疾病认知水平、护理技能、护理责任感和自我概念4个维度43个条目,每个条目按1~4分4级评分法,总分43~172分,得分越高,表明自我护理能力越强。

(3) 自我效能测评表: 包括日常行为和遵医行为两个维度, 每个维度包括 10 个条目, 每个条目采用 5 级评分法, 总分 100 分, 得分越高, 表明自我效能越好。

(4) 生活质量综合评定问卷 (GQOLI-74): 于出院后 3 个月测评, 内容包括物质生活、躯体健康、心理健康、社会功能 4 个维度共 74 个条目, 以累计得分法计分, 得分越高, 表明生活质量越好^[5]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行统计分

析, 计量数据采用“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 干预前后两组患者 SAS、SDS 评分比较

干预前, 两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 两组 SAS、SDS 评分均低于干预前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组干预前后 SAS、SDS 得分比较 (分)

组别	观察例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	54.4 ± 5.2	40.4 ± 7.3	58.2 ± 5.4	42.0 ± 7.2
对照组	50	56.1 ± 4.9	53.4 ± 5.2	59.5 ± 6.0	56.1 ± 8.0
	<i>t</i> 值	1.682	10.256	1.139	8.651
	<i>P</i> 值	0.096	0.000	0.258	0.000

2.2 两组患者自护能力和自我效能评分比较

干预后, 观察组认知水平、自护技能、自护责任感、自我概念、日常行为和遵医行为得分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者生活质量比较

干预后, 观察组 GQOLI-74 生活质量各维度得分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者自护能力和自我效能比较 (分)

组别	例数	自护能力				自我效能	
		认知水平	自护技能	自护责任感	自我概念	日常行为	遵医行为
观察组	50	34.4 ± 4.2	32.5 ± 4.3	35.2 ± 5.4	31.7 ± 5.8	59.5 ± 6.9	24.2 ± 3.5
对照组	50	27.6 ± 5.3	23.1 ± 6.2	28.5 ± 6.3	25.3 ± 6.2	42.2 ± 7.1	18.5 ± 5.1
	<i>t</i> 值	7.110	8.809	5.710	5.330	12.356	6.516
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者生活质量 GQOLI-74 评分比较 (分)

组别	例数	物质生活	躯体健康	心理健康	社会功能
观察组	50	45.3 ± 5.2	43.1 ± 4.4	40.0 ± 3.7	41.6 ± 4.7
对照组	50	37.2 ± 5.3	37.6 ± 5.2	32.7 ± 4.2	34.4 ± 4.5
	<i>t</i> 值	7.714	5.709	9.222	7.824
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

酒精是中枢神经系统麻醉剂, 一次性大量饮酒或长期嗜酒可引起急、慢性可逆或不可逆的中枢神经系统损伤, 表现为幻觉、震颤、焦虑、抑郁、人格衰退等。大量研究显示, 慢性酒精中毒所致精神行为障碍以男性、重体力劳动及低文化程度人群为主, 过重的生活压力和低收入是嗜酒的常见原因^[6], 因而患有该疾病的人群往往存在以下特点^[7-8]:

①对饮酒的危害和戒酒认识不足, 且长期受焦虑、抑郁等负性情绪主导, 导致患者本身对戒酒存在抵抗心理。②抵制环境诱惑的能力低, 造成戒酒成功率低、复饮率高现象。③日常不良生活习惯多, 自我控制能力差, 以饮酒为生活的中心, 不顾事业、家庭和社会生活, 造成亲人和朋友的远离, 处于缺乏关心和爱护与饮酒行为加重的恶性循环之中。

知行理论教育模式是护理研究过程中的里程碑式进步, 它有效的诠释了个人认知水平和信念是

如何对健康行为产生影响的, 重点强调以提高患者健康知识和改变其健康信念入手, 进而促进患者积极主动地采取针对疾病的预防或治疗性措施, 目前在临床许多护理实践中发挥着不可替代的作用^[9]。对于普遍缺乏相关知识的嗜酒人群而言, 健康教育必不可少, 但传统的教育模式过于形式化, 传授方式也以责任护士传达、集中培训等较为生硬的方式为主, 缺乏个体化和针对性, 嗜酒人群自控力和文化水平低下, 接受难度大, 因而对患者的负性情绪改善效果不明显, 更加不会形成有效的健康信念, 本研究显示, 采取传统教育模式干预后, 对照组患者 SAS、SDS 评分较干预前无明显下降 ($P>0.05$), 焦虑和抑郁情绪均未见明显改善。

知信行教育模式将行为改变分为有效获取知识、产生健康信念和形成健康行为三个连续过程, 三个过程的关键在于知识的有效获取^[10]。所谓有效, 与传统教育模式不同, 它强调让不同认知水平和文化程度的患者真正理解疾病的危害, 因此实施教育前准确的掌握每位患者的基本情况和对疾病的认知程度、在此基础上制定适合患者的针对性教育方案, 这样才能进一步提升患者戒酒意愿、促进戒酒行为^[11]。本研究显示, 采取知信行教育模式干预后, 观察组患者 SAS、SDS 评分明显低于干预前和对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。焦虑和抑郁是酒精所致精神行为障碍患者最常见的负性情绪, 与缺乏相关知识、缺乏家人和社会的关心、在陌生的环境中接受治疗、担心受酒精戒断症状折磨等因素有关^[12], 知信行干预模式针对上述原因采取措施, 不仅在认识水平上进行了引导和提升, 还给予患者心理上的疏导、安慰和鼓励, 并充分发挥了亲人和朋友的力量, 缓解焦虑、抑郁情绪, 这也是促进患者健康信念形成的先决条件^[13]。认知水平的提高和负性情绪的消除使得患者自然而然进入到下一个过程——健康信念形成, 结果显示, 观察组患者整体自护能力和自我效能得分均高于对照组, GQOLI-74 生活质量各维度得分及总分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。自护能力和自我效能是认知水平和自我控制力的直接体现, 同时也是促进健康行为的必要条件, 有了对疾病的认识、健康信念、遵医行为和良好的生活方式, 患者的生活质量得到显著的提升。需要指出的是, 获取知识、产生健康信念和形成健康行为是三个连续的过程, 不能截然分开, 且鉴于疾病特点必须长期巩固和维持, 否则可因个人或环境因素再次退回到低级行为阶段^[14]。

综上所述, 知信行健康教育干预模式可有效改

善酒精所致精神和行为障碍患者的负性情绪, 强化自我护理和自我管理行为, 对提高预后和生活质量可产生积极的影响。

4 参考文献

- [1] 沈渔邨. 精神病学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 665.
- [2] 康传依, 胡建. 慢性酒精中毒脑损伤的研究进展 [J]. 医学综述, 2017, 23(24): 4895-4899.
- [3] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 62.
- [4] 康兆鹏, 苏中华. 精神分裂症与酒精使用障碍共患病研究综述 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2018, 24(2): 118-124.
- [5] 吕园园, 陈宝嫦, 许律琴. 酒精依赖与双相情感障碍共病患者的临床特征及生活质量调查 [J]. 海南医学, 2019, 30(8): 1076-1078.
- [6] Mosquera Nogueira Jacinto, Rodr í guez-M í guez Eva. Intangible costs of alcohol dependence from the perspective of patients and their relatives: A contingent valuation study [J]. Adicciones, 2018, 30(2): 152-155.
- [7] 董晓杰, 刘学兵, 杨永德. 常规治疗联合综合心理干预对酒精依赖综合征患者负性情绪、复饮率和再住院率的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(1): 111-113.
- [8] 黄小权. 酒精依赖患者心理护理研究进展 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(33): 190-191.
- [9] 崔海伦, 任汝静, 王刚. 酒精诱发的神经认知障碍: 从对疾病认识的发展到诊疗的新进展 [J]. 内科理论与实践, 2017, 12(2): 152-156.
- [10] 朱冉, 倪照军, 张顺, 等. 临床特征对酒精依赖复发的影响: 前瞻性队列研究 [J]. 北京大学学报 (医学版), 2019, 51(3): 519-524.
- [11] Paelecke-Habermann Yvonne, Paelecke Marko, Mauth Juliane, et al. A comparison of implicit and explicit reward learning in low risk alcohol users versus people who binge drink and people with alcohol dependence. [J]. Addictive Behaviors Reports, 2019, 9(11): 133-137.
- [12] 黄小权. 循证护理在男性首发酒精依赖患者治疗中的应用效果 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(15): 83-85.
- [13] 潘虹, 陈冬梅, 王敬. 生活事件、应对方式及人格特征与成年男性酒精依赖的关系 [J]. 中国民康医学, 2019, 31(6): 122-126.
- [14] 马晓, 崔平, 王传升. 男性酒精依赖患者戒断早期认知功能及其相关因素分析 [J]. 新乡医学院学报, 2017, 34(8): 723-726.

[2020-04-17 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

风险防范管理体系在乳腺癌静脉输液港置管化疗患者中的应用

黄剑 赖美春 蒋冬芳

【摘要】 目的 探讨风险防范管理体系对降低乳腺癌化疗患者输液港置管不良事件发生率、提高护理满意度的效果。**方法** 选择医院乳腺癌初次放置静脉输液港化疗的患者为研究对象,其中2019年4—6月收治的48例为对照组,给予常规护理;2020年1—4月收治的49例患者为观察组,在对照组基础上实施风险防范管理体系护理,比较两组患者置管后6个月植入式静脉输液港不良事件发生情况及护理满意度。**结果** 观察组患者静脉输液港不良事件发生率低于对照组($P<0.05$),护理满意度高于对照组($P<0.05$)。**结论** 风险防范管理体系应用于乳腺癌输液港置管化疗患者能降低不良事件发生率,提高患者护理满意度。

【关键词】 风险防范管理体系;乳腺癌;静脉输液港;化疗;不良事件

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.004

Application of risk prevention management system on the breast cancer patients with intravenous infusion port catheterization chemotherapy HUANG Jian, LAI Meichun, JIANG Dongfang(People's Hospital of HeZhou, Hezhou 542899, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of risk prevention management system on reducing the incidence of infusion port catheterization adverse events and improving nursing satisfaction of the chemotherapy breast cancer patients. **Methods** To select cancer chemotherapy patients who placed the intravenous infusion port for the first time admitted in the hospital as the study objects, 48 patients admitted from April to June 2019 were set as the control group and applied the routine nursing, 49 patients admitted in the hospital from January to April 2020 were set as the observation group and applied the risk prevention management system based on the control group, after six months of cathetering, the incidence of infusion port catheterization adverse events and nursing satisfaction were compared between two groups. **Results** The incidence of infusion port catheterization adverse events in the observation group was lower than the control group($P<0.05$), the level of nursing satisfaction in the observation group was higher than the control group($P<0.05$). **Conclusion** To apply the risk prevention management system on the breast cancer patients with intravenous infusion port catheterization chemotherapy could decreased the incidence of adverse events, increased the patients' nursing satisfaction.

【Key words】 Risk prevention management system; Breast cancer; Venous access port; Chemotherapy; Adverse events

乳腺癌在我国女性人群发病率中逐年增高,已成为严重威胁生命健康的疾病之一^[1],目前临床治疗主要采用手术切除辅以放化疗的方法,但化疗药物对血管损伤较大,长期频繁地静脉输液刺激血管,很容易引起静脉炎。输液港是植入皮下可长期留置的静脉输液装置,能反复穿刺2000次,适合癌症患者长期应用,能有效减轻患者外周静脉反复穿刺导致的痛苦,具有留置时间长、美观舒适等优点,可明显提高患者治疗间歇期的生活质量,已成为乳腺癌患者化疗药物输注的优选通路^[2-4]。但由于肿瘤

患者凝血功能差、免疫力低下及静脉损伤较重等因素影响,长期输液港留置过程中依旧存在多种不良事件和无法预测的护理风险。有研究表明^[5],建立专业的静脉港维护团队可有效降低相关不良事件发生率。风险防范管理体系是对医院环境、管理程序、设备、医务人员、药物等风险因素进行的管理活动^[6]。为提高护士对输液港的认识,确保化疗患者管路安全,避免输液港相关不良事件的发生,我科将风险防范管理体系应用于乳腺癌输液港置管化疗患者护理中,并探究其应用效果,为提高乳腺癌输液港置管化疗安全性、降低相关不良事件发生等提供一定的科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院乳腺癌初次放置静脉输液管化疗的患者为研究对象,其中2019年4—6月收治的50例为对照组,2020年1—4月收治的50例为观察组。纳入条件:已确诊的乳腺癌;置入静脉输液港进行化疗;预计生存期限大于6个月;知情同意参加本研究。排除条件:置入静脉输液港但暂不做化疗;合并其他部位恶性肿瘤或严重疾病;意识不清或伴有认知功能障碍;不愿配合者。参与本研究的患者和家属均签署知情同意书。本研究方案符合《赫尔辛基宣言》且已获得医院伦理委员会批准。对照组平均年龄 48.48 ± 7.45 岁;置管位置:左前胸壁24例,右前胸壁26例;肿瘤分期:I期12例,II期22例,III期11例,IV期5例;病理分型:非特殊型浸润性癌47例,浸润性小叶癌2例,其他1例。观察组平均年龄 47.50 ± 7.57 岁;置管位置:左前胸壁27例,右前胸壁23例;肿瘤分期:I期14例,II期20例,III期12例,IV期4例;病理分型:非特殊型浸润性癌46例,浸润性小叶癌2例,其他2例。两组年龄、静脉输液港置入部位、肿瘤分期、病理分型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。穿刺前严格把握输液港置管适应证与禁忌证,告知患者置管的优缺点、使用材料、价格及操作目的等,向患者讲解穿刺过程中配合方式、导管使用及维护注意事项,并且评估患者局部皮肤情况。置港操作由本科室2名高年资主治医师完成,指导患者放松身体、均匀呼吸,常规消毒后局部麻醉,在B超引导下将导管放置预定长度,置港完成后进行胸部X线检查,确定最终导管尖端位置。置管后护士告知患者输液港维护相关事项及不良事件预防知识,指导患者做好穿刺点护理,避免日常活动幅度过大导致港体翻转,指导患者合理健康饮食,适度锻炼以提高患者免疫功能,预防感染。患者每次返院化疗时进行输液港维护,完成既定化疗方案后,对于保留输液港的患者每4周进行1次输液港维护。

1.2.2 观察组 由主治医师、护士长、护理组长、责任护士等组成输液港置管护理风险防范管理小组,在对照组基础上实施风险防范管理体系护理,主要体现在置管前和置管后的管理有所不同,具体内容如下:

1.2.2.1 预估风险 风险防范管理小组通过咨询

相关专家及查阅文献的方法,梳理出植入式静脉输液港导管留置相关风险及影响因素^[7-12]等,相关不良事件主要包括血栓(包括导管内血栓和导管外血栓)、感染(包括输液港部位感染、囊袋感染和导管感染)、导管脱落/导管破裂/导管断裂/导管移位、导管堵塞、Pinch-off综合征(导管夹闭综合征)、外渗、输液座外露、输液座翻转(旋转综合征)等,导致不良事件的危险因素主要包括患者状况(身体状况、病史、年龄、性别、穿刺部位皮肤情况)、肿瘤类型及分期、血细胞计数(尤其是中性粒细胞计数)、血凝状态、操作技术(固定、穿刺、冲洗、无菌技术)、植入静脉的选择、导管头端位置、化疗方案、药物使用及术后护理等。

1.2.2.2 评估风险 风险防范管理小组根据前期梳理的植入式静脉输液港导管留置相关风险及影响因素,对每例患者进行评估,整理罗列出该患者存在的危险因素。并使用腾讯文档建立“静脉输液港不良事件风险因素记录单”电子档案,责任护士将评估后的危险因素录入档案内,便于护理风险防范管理小组成员随时浏览掌握患者情况。

1.2.2.3 控制与防范风险

(1)前期准备:课题组在观察组开始干预前对风险防范管理小组护理成员集中专业培训,根据输液港导管留置相关风险将培训分为“血栓”“感染”“导管异常”“输液座异常”4个主题,每次培训约40 min。培训内容及课件由护士长和护理组长整理制作,培训内容包括不良事件发生率、危险因素、临床表现、预防和处理,引入科室真实病例分析、讨论和总结,提出改进办法。导管相关感染发生率随使用时间延长而增加^[13],因此在培训中充分强调使用和维护时注意无菌操作,要求护士严格对照《输液港维护评分标准》进行操作,提高操作技能水平,此外特别注意提高护士风险防范意识、风险识别能力、风险应对能力,与患者积极沟通交流,重视任何不适主诉。

(2)置管前:患者对植入式静脉输液港的认知情况会影响配合程度及日后维护的重视程度,责任护士置管前1 d了解患者对植入式静脉输液港的认知情况,根据患者知识储备程度进行针对性健康教育,讲解穿刺过程,教会其配合方法,消除患者疑虑,提高依从性;主治医师根据患者存在的风险给予一定处理,如对于免疫力低下者酌情使用抗生素,对于合并贫血等疾病的患者积极纠正贫血等。

(3)置管后:指导患者避免局部摩擦损伤皮肤,不能用力撞击植入部位,上肢勿做剧烈外展活动。

置管术后 24 h 责任护士评估输液港植入部位是否存在囊袋周围血肿, 使用静脉输液港前注意观察患者有无畏寒、发热、切口部位肿胀、压痛、出血等症状, 并检查同侧胸部和颈部静脉是否有血栓、红斑、渗液或漏液等现象, 填写输液港使用记录单(包括港座周围皮肤情况、港座稳定性、抽回血情况、推注生理盐水是否顺畅、输液是否通畅等)。带管期间相关感染多因输液港穿刺时消毒不规范引起, 导管感染等常见不良事件重在预防^[14], 在换药和维护时应严格无菌操作, 护士长、护理组长随时抽查, 以保证护理质量。

(4) 出院前: 组织“静脉输液港不良事件知多少”主题小讲课 1 次, 提高患者的风险防范意识, 使其意识到不适症状下隐藏的风险, 有任何不适积极向医护人员反应。指导患者注意避免做剧烈的胸部、肩部运动, 以防止注射座翻转、导管扭转等, 告知患者每天观察局部情况, 每月维护 1 次输液港, 邀请患者加入微信群, 有问题可在群内咨询。

1.2.2.4 风险应对计划 住院期间, 明确导管感染后, 暂时保留导管, 根据药敏结果选用抗生素从外周静脉输注, 采用“抗生素锁”技术(高浓度抗生素持续填充导管腔数小时)对抗感染, 效果不佳则移除导管。出现纤维蛋白鞘则用尿激酶冲管和皮下注射低分子肝素 1 周, 严重的纤维蛋白鞘形成则考虑拔除停止输液港。发生导管阻塞时积极寻找原因, 纤维蛋白或血液凝块导致的血栓性堵塞可先用肝素盐水轻柔回抽, 试将凝血块从管腔抽出, 或用尿激酶进行溶栓, 反复回抽, 使药液充分均匀充满管腔, 2 h 后用注射器回抽, 药物沉淀导致的堵塞, 根据药物性质使用碳酸氢钠或者氢氧化钠进行处理, 导管打折或扭曲引起的导管堵塞使用胸部 X 线正位片明确后通过改变体位或手术调整。胸部 X 线正位片明确后的导管脱落、断裂一旦发生应立即通过介入手术取出。怀疑液体外渗时应停止输液, 行胸片检查是否异常, 检测原因为导管破损, 应立即更换导管。输液港外露时通知医生及时处理, 可以

给予二次缝合或更换港座置入部位。化疗间歇期, 根据患者的反馈分析存在的风险, 必要时要求患者返院接受进一步检查与处理。

1.2.2.5 风险防范效果评价 乳腺癌输液港置管化疗患者不良事件发生情况, 患者护理满意度。

1.3 观察指标

(1) 不良事件发生率: 比较两组患者自静脉输液港置管后 6 个月内血栓、感染、导管脱落、导管移位、导管堵塞、导管夹闭综合征、外渗、输液港翻转/外漏等不良事件发生率, 所有阳性结果由风险防范管理小组判定。不良事件发生率 = 不良事件发生例数 / 置港总例数 × 100%。

(2) 护理满意度: 使用科室自制问卷进行调查, 满分 100 分, ≥ 90 分为非常满意, 71~89 分为满意, ≤ 70 分为不满意。护理满意率 = (非常满意 + 满意) / 总例数 × 100%

1.4 资料收集方法

于置管 6 个月时收集资料, 患者返院维护输液港时进行调查, 对于无法返院的患者, 电话联系了解是否有不良事件发生, 并通过微信邀请患者填写线上护理满意度调查问卷。随访中对照组 2 例患者取出输液港, 观察组 1 例患者死亡, 共收集到 97 例患者的数据。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 19.0 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。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 两组患者不良事件发生情况比较

观察组患者植入式静脉输液港不良事件发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组患者护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者不良事件发生情况比较

组别	例数	血栓	感染	导管脱落	导管移位	导管堵塞	外渗	输液港翻转/外漏	发生率 (%)
对照组	48	2	3	1	1	2	1	1	22.92
观察组	49	1	1	1	0	1	0	0	8.16

$\chi^2=4.037, P=0.045$ 。

表 2 两组患者护理满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意率 (%)
对照组	48	10	31	7	85.42
观察组	49	29	19	1	97.96

$\chi^2=5.042, P=0.025$ 。

3 讨论

护理风险管理是针对患者可能发生的潜在风险进行预测、评估、防范并提前介入处理的一种管理机制,是目前防范和降低护理风险的有效措施,可明显减少风险事件的发生^[15]。郑文彩^[16]将对护理风险管理在宫颈癌患者术后化疗期的应用效果进行分析,发现护理风险管理不仅可以降低宫颈癌患者术后化疗期间护理风险事件的发生,也能提高患者的护理满意度,减少医护纠纷的发生。马丽娟等^[6]探究了风险防范管理体系在宫颈癌 PICC 置管化疗患者中的应用价值,结果显示护理不良事件发生率得到降低,延长了 PICC 导管留置时间,提高了患者对护理的满意度和导管维护依从性。本研究将风险防范管理体系应用于乳腺癌静脉输液港置管化疗患者的临床工作中,成立风险防范管理小组,预估发生相关不良事件的风险,评估患者,为每位患者制定静脉输液港不良事件风险因素档案。明确了置管前、置管后、出院前控制防范风险的要领与具体要求,针对有可能出现的风险制定应对计划。实施过程中,对护理人员进行专业风险防范管理及静脉输液港规范使用及维护的培训,不仅能提高医务人员操作水平和护士专业素养,也有助于科学规避风险。与常规宣教不同,观察组健康教育时分不同阶段对健康教育内容进行分割,以免一次输出信息量太大影响患者理解记忆。本研究从优化护理管理程序、加强医务人员配合等方面入手,应用风险防范管理体系识别乳腺癌化疗患者静脉输液港置管现有及潜在风险,对存在的护理风险做出有效的控制和防范,并及时制定应对策略,降低了乳腺癌化疗患者静脉输液港置管相关不良事件发生率,提高了护理满意度,有助于为患者提供更全面、更专业的照护。

本研究的不足之处在于风险防范管理体系的应用一定程度上会增加护理人员的工作量,要求科室储备相对充足的护理人员才能更好的开展工作,此外,本研究为单中心研究,后续的研究应进一步开展多中心研究并追踪随访其远期效果,确保干预方案的科学性。

4 参考文献

- [1] Fan L, Strasser-Weippl K, Li JJ, et al. Breast cancer in China[J]. *Lancet Oncology*, 2014, 15(7):e279-e289.
- [2] 王影新,刘飞,赵璇,等.乳腺癌化疗患者不同部位植入输液港的对比研究[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(6):917-921.

- [3] 毛美芬,徐文亚,高雪娟,等.乳腺癌化疗患者输液港相关血栓形成的影响因素[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11):33-35.
- [4] 赵凌微,王影新,刘飞.输液港不同植入方式在乳腺癌患者化疗中的应用效果评价[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(S1):22-25.
- [5] Goossens GA, Stas M, Moons P. Management of functional complications of totally implantable venous access devices by an advanced practice nursing team: 5 Years of clinical experience[J]. *European Journal of Oncology Nursing*, 2012, 16(5):465-471.
- [6] 马丽娟,林丽,朱妮,等.风险防范管理体系在宫颈癌 PICC 置管化疗病人中的应用[J]. *护理研究*, 2020, 34(14):2515-2519.
- [7] 袁琳丽,傅荣,崔博.两种路径置入完全植入式静脉输液港远期不良事件发生情况的 Meta 分析[J]. *广西医学*, 2020, 42(20):2685-2694.
- [8] 李海洋,黄金,高竹林.完全植入式静脉输液港应用及护理进展[J]. *中华护理杂志*, 2012, 47(10):953-956.
- [9] Narducci F, Jean-Laurent M, Boulanger L, et al. Totally implantable venous access port systems and risk factors for complications: a one-year prospective study in a cancer centre.[J]. *European Journal of Surgical Oncology*, 2011, 37(10):913-918.
- [10] Wu CY, Hu HC, Ko PJ, et al. Risk Factors and Possible Mechanisms of Superior Vena Cava Intravenous Port Malfunction[J]. *Annals of Surgery*, 2012, 255(5):971-975.
- [11] Wang TY, Lee KD, Chen PT, et al. Incidence and risk factors for central venous access port-related infection in Chinese cancer patients[J]. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2015, 114(11):1055-1060.
- [12] Wildgruber M, Lueg C, Borgmeyer S, et al. Polyurethane versus silicone catheters for central venous port devices implanted at the forearm[J]. *European Journal of Cancer*, 2016(59):113-124.
- [13] 中心静脉通路上海协助组.完全植入式输液港上海专家共识[J]. *介入放射学杂志*, 2015, 24(12):1029-1033.
- [14] 陈莉,罗凤,蔡明.植入式静脉输液港不良事件及处理的研究进展[J]. *中华乳腺病杂志(电子版)*, 2017, 11(2):102-105.
- [15] 王志伟.护理风险管理在宫颈癌患者术后化疗中的效果观察[J]. *当代医学*, 2016, 22(13):106-107.
- [16] 郑文彩.护理风险管理在宫颈癌患者术后化疗期的应用研究[J]. *实用妇科内分泌杂志(电子版)*, 2017, 4(6):79,81.

[2021-01-02 收稿]

(责任编辑 陈景景)

医护一体化管理模式对强直性脊柱炎患者心理弹性及病耻感的影响

张小丽

【摘要】 目的 探讨医护一体化管理模式对强直性脊柱炎患者心理弹性及病耻感的影响。**方法** 选取2018年1月—2020年7月收治的强直性脊柱炎患者100例作为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,每组50例。对照组接受常规护理,观察组在对照组基础上应用医护一体化管理模式,比较两组患者正负性情绪、心理弹性及病耻感评分。**结果** 观察组患者正性情绪维度得分高于对照组,负性情绪维度得分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);心理弹性坚韧性得分、力量性得分、乐观性得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);内在病耻感得分、外在病耻感得分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 医护一体化管理模式能有效改善强直性脊柱炎患者的情绪状态,有利于提升患者的心理弹性水平,降低患者的病耻感。

【关键词】 医护一体化;强直性脊柱炎;正性情绪;负性情绪;心理弹性;病耻感

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.005

The effect of the integration health care management model on the resilience and stigma of ankylosing spondylitis patients ZHANG Xiaoli (Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001, China)

【Abstract】 Objective To analysis the effect of the integration health care management model on the resilience and stigma of ankylosing spondylitis patients. **Methods** To select 100 patients with ankylosing spondylitis admitted in the hospital from January 2018 to July 2020 as the research objects, according to the principle of matching between groups, they were equally divided into a control group and an observation group. The control group was given the routine nursing care, the observation group was applied the integration health care management model based on the control group. The positive and negative emotion scale, resilience and stigma of the two groups were compared. **Results** The positive emotion scale of the observation group was higher than the control group, the negative emotion scale was lower than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), the score of psychological resilience, strength and optimism was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), the inner and external stigma score of the observation group was lower than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The integration health care management model could effectively improve the emotional state of the ankylosing spondylitis patients, improved the level of psychological resilience and eased the stigma.

【Key words】 Integrated health care management model; Ankylosing spondylitis; Positive emotion; Negative emotion; Psychological resilience; Stigma

强直性脊柱炎是临床常见的慢性免疫系统疾病,以骶髂关节、脊柱附着点炎症为主要症状,晚期常表现为脊柱关节强直畸形^[1]。相关研究指出^[2-3],我国强直性脊柱炎发病率约0.3%,青壮年男性为好发人群,患者常伴有不同程度的关节功能障碍,致残率较高,严重影响患者的工作能力及生活质量。由于患者身体机能、工作能力及知觉能力等

功能逐渐下降,患者普遍存在担心拖累家庭、自觉成为负担的心理问题,容易产生焦虑、抑郁、自卑等负性情绪^[4]。病耻感是患者因患病而产生的一种负性情绪体验^[5],通常与自我污名化产生联系,其会对患者社会功能康复产生不利影响。有研究指出^[6],50%~80%不同系统慢性病的患者有轻至中度的病耻感,存在严重疾病与心理问题^[7],但目前对于强直性脊柱炎患者病耻感的研究较为缺乏。心理弹性作为心理学近年来的热门话题,是积极心理学的一个重要分支,提高心理弹性水平可有效降低患者

作者单位:226001 江苏省南通市,南通大学附属医院风湿免疫科

的病耻感,缓解心理痛苦,从而提升其生活质量。医护一体化是近年来逐渐兴起并受到医学提倡的护理模式,对提升患者独立生活能力与心理社会适应状况具有积极促进作用^[8-9]。本研究探讨医护一体化管理模式对强直性脊柱炎患者心理弹性及病耻感的影响,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7月医院收治的强直性脊柱炎患者100例作为研究对象,纳入条件:年龄 ≥ 18 周岁;符合强直性脊柱炎相关诊断标准;入院前无脊柱相关手术史;患者本人及其家属知情本次研究,并签署知情同意书。排除条件:合并严重心、肝、肾等器官障碍;伴有认知、理解、沟通交流等功能障碍;合并恶性肿瘤、糖尿病等慢性疾病;临床病例资料不完整、不可靠。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,每组50例。对照组中男37例,女13例;年龄18~65岁,平均 31.49 ± 4.71 岁;学历:初中及以下10例,高中或中专18例,大专及以上22例;病程1~10年,平均 4.53 ± 2.46 年。试验组中男35例,女15例;年龄18~65岁,平均 29.82 ± 5.49 岁;学历:初中及以下11例,高中或中专20例,大专及以上19例;病程1~10年,平均 5.63 ± 3.28 年。两组患者性别、年龄、文化程度及病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 接受常规护理,包括健康宣教、心理护理、饮食指导、用药指导、疼痛护理、关节功能锻炼指导、出院指导及定期随访等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上应用医护一体化管理模式。成立医护一体化管理小组,小组成员包含主治医师、康复治疗师、心理咨询师、护士长及责任护士,对小组成员进行医护一体化理念培训,同时召开小组会议,共同探讨与制定护理方案,主要包含院内健康宣教与心理访谈、院外正念干预两部分,具体内容如下:

(1) 院内健康宣教:①患者入院时由管理小组共同对患者性别、年龄、职业、文化程度、病程、病情、用药情况进行综合评估,建立个体化健康信息档案,并进行健康宣教,内容包含强直性脊柱炎疾病知识、治疗方案、健康饮食、功能锻炼等,确保患者现场理解并掌握,指导患者改变不良生活习惯与姿势。②患者出院前1~2d采用六步标准沟通流程

(CICARE)^[10]与患者进行面对面沟通交流,沟通开始前首先主动进行自我介绍,恰如其分地称呼患者名字或以对方喜欢的称谓进行称呼,简明扼要地介绍此次沟通的目的,医师着重与患者沟通病情、治疗、用药、预后等情况,护士着重与患者沟通饮食、日常生活、功能锻炼、心理等情况,沟通过程中注意耐心倾听患者的表述、充分理解患者的感受,热情询问患者有哪些顾虑或不明白的地方、希望得到哪些帮助或指导等,向患者强调保持良好功能锻炼与良好心理状态的积极作用,最后向患者介绍本次护理方案的流程、内容、目的等信息,取得患者的理解、支持与配合,确认本次沟通无疑问后解释下一步安排,表达感谢之后结束沟通。③建立沟通微信群,群内成员均以职务/身份+姓名+联系方式的形式命名,引导患者互相熟悉,鼓励患者互相交流、分享感受、提出问题及寻求帮助,并定期或不定期在群内推送治疗注意事项、用药情况、不良反应、健康饮食、功能锻炼等相关知识,形式包括图片、文字、小视频等。

(2) 院外正念干预:院外正念干预分为个体干预及团体干预两部分,每次干预均采用六步标准沟通流程,其中个体干预每2周进行1次,每次10~15 min,团体干预每2个月进行1次,每次30~40 min,具体干预内容如下:①个体干预:干预前1d通过微信群或其他联系方式与患者取得联系,约定干预时间、地点,约定时间当天提醒患者及时参与干预,首次干预以与患者建立良好干预为目的,向患者阐述正念干预原理、内容、目的及注意事项等知识,使患者明确何为正念干预,并引导患者表述其对自身疾病的认知与感受、疾病对生活或情绪等方面造成的影响等,讲解疾病与心理之间的关系、心理状态对疾病造成的影响等;最后帮助患者列举问题清单、设立可行目标,解释这样做的目的、有什么影响等,鼓励患者努力达成设立的目标,并告知患者在下次干预时交流目标达成情况及遇到的问题;随后每次干预均与患者共同探讨目标达成情况、引导患者描述问题情景或事件、识别心理问题、选择信念及建立目标为主题,同时在约定干预时间时,鼓励患者提出对自身病情、治疗、生活、护理及心理等方面的问题,根据患者提出的问题,由管理小组共同确定是否需要相关医护人员参与干预并给予具体讲解。②团体干预:每次干预前均由患者共同推选出3名最配合和心态最积极乐观的患者,推选方式为微信匿名投票及个体干预时询问,干预前2d在群内推送本次干预的内容、方法、

注意事项等信息,干预时首先邀请推选出的3例患者现身说法,分享自身患病与治疗经历、心路历程、功能锻炼与日常生活、遇到的问题及克服问题的方法等情况,随后随机邀请其他患者讲述对他人分享的感受与启发,最后组织所有患者共同进行躯体扫描、呼吸训练、放松训练等正念减压训练,训练完成后布置正念日记、心理或情绪问题记录等家庭作业,鼓励患者将正念训练运用至日常生活中,在下一一次个体干预及团体干预时检查家庭作业,并与患者共同对家庭作业进行探讨,引导患者思考相关事件或情景、质疑与处理不良信念、肯定与建立正确信念。

1.3 观察指标

(1) 正性情绪与负性情绪:采用正负性情绪量表(PANAS)^[11]评估两组患者正性情绪与负性情绪水平,量表包含正性情绪与负性情绪两个维度,共20个条目,各维度分别由10个描述正性情绪或负性情绪的条目组成,每个条目均采用Likert 1~5分5级评分法,各维度总分50分,得分越高表明该维度情绪水平越高。

(2) 心理弹性水平:采用心理弹性量表(CD-RISC)^[12]评估两组患者心理弹性水平,量表包含心理坚韧性、心理力量性及心理乐观性3个维度,共25个条目,每个条目采用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,其中得分<60分

为心理弹性水平较差,60~70分为心理弹性水平一般,71~80分为心理弹性水平较好,>80分为心理弹性水平优秀。

(3) 病耻感:采用慢性病病耻感量表(SSCI)^[13]评估两组患者病耻感水平,量表包含内在病耻感及外在病耻感两个维度,共24个条目,每个条目采用Likert 5级评分法,从1~5分分别代表从不至总是,总分24~120分,得分越高表明病耻感程度越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据的统计分析,计量数据采用“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,以*P*<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者正负性情绪水平比较

观察组患者正性情绪维度得分高于对照组,负性情绪维度得分低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表1。

2.2 两组患者心理弹性水平比较

观察组患者心理弹性坚韧性得分、力量性得分、乐观性得分均高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表2。

2.3 两组患者病耻感水平比较

观察组患者内在病耻感得分、外在病耻感得分均低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表3。

表1 两组患者正负性情绪水平比较(分)

组别	例数	正性情绪	负性情绪
观察组	50	33.76 ± 6.49	27.53 ± 5.32
对照组	50	27.35 ± 5.82	31.87 ± 4.61
<i>t</i> 值		5.200	4.360
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表2 两组患者心理弹性水平比较(分)

组别	例数	坚韧性	力量性	乐观性
观察组	50	34.58 ± 6.74	28.63 ± 5.49	12.67 ± 2.51
对照组	50	27.43 ± 5.96	21.54 ± 5.86	8.97 ± 2.73
<i>t</i> 值		5.619	6.243	7.055
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表3 两组患者病耻感水平比较(分)

组别	例数	内在病耻感	外在病耻感
观察组	50	27.46 ± 3.15	20.83 ± 2.27
对照组	50	32.51 ± 2.78	24.57 ± 3.49
<i>t</i> 值		8.500	6.352
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

强直性脊柱炎其病因不明,临床缺乏有效治疗手段,患者在病情进展中长期受病痛折磨,严重影响其日常生活、工作及学习,同时患者容易出现各种负性情绪,对治疗丧失信心,导致功能锻炼依从性降低、自我管理意识较差,对治疗及预后造成不利影响^[13-14]。相关研究指出^[15-16],较高的心理弹性水平能有效调节患者心理压力,缓解负性情绪,降低患者的病耻感,促使患者选择积极应对方式面对疾病与治疗,从而提升治疗效果及生活质量。因此,探讨一种科学、有效的护理模式,提升强直性脊柱炎患者的心理弹性水平,改善患者的心理状态,降低患者的病耻感,对提升患者的生活质量具有重要意义。

目前,医护人员越来越重视患者的心理健康,如健康教育、正念减压、聚焦模式等^[17]干预手段不断应用于对患者的心理护理中,并取得良好应用效果。但受患者认知水平、健康意识及耐受力等因素影响,实际干预效果也不尽相同,加之强直性脊柱炎好发于青壮年,且以男性居多,患者多正处于人生中的黄金阶段,来自工作、学习、家庭等方面的压力较大,常由于担心疾病会影响自身正常生活而出现自卑、悲观等情绪,导致病耻感较高,不利于健康教育、心理干预等护理工作的开展。近年来,随着医学模式与医学伦理的发展,医师与护士的关系也逐渐发生转变,由最初的医师主导、护士从属的模式转变为并列及互补相结合的模式^[18],医护一体化模式可有效提高健康宣教效果,提升患者的认知水平,改善患者的心理状态,提升患者的治疗依从性,从而提升其治疗效果与生活质量。本研究将医护一体化理念应用于强直性脊柱炎患者的护理模式中,通过组建包含主治医师、康复治疗师、心理咨询师、护士长及责任护士等相关医护人员在内的多学科管理小组,加强医护人员之间的有效沟通与团队合作,为强直性脊柱炎患者提供住院期间至出院后的全程优质护理,并采用六步标准沟通流程,即“一看、二引、三告知、四问、五答、六再见”6个连贯性沟通步骤,提升医护人员的沟通交流能力与技巧,与患者建立良好沟通习惯及良好信任关系,使患者卸下心理防备、敞开心扉,充分表达自身对疾病的感受及遇到的问题,便于医护人员根据患者的实际情况给予针对性指导与护理干预。同时,通过两周1次的院外个体干预,使患者对疾病与心理之间的关系、心理状态对疾病造成的影响逐渐了解,

并帮助患者列举问题清单、设立可行目标,加深患者对健康宣教内容的认知与理解,不断提升健康宣教与心理干预效果;并通过两个月1次的团体正念活动,推选、邀请依从性最好及心态最积极乐观的患者分享亲身感受、心得、经验,使患者之间形成良好互助氛围,同时通过躯体扫描、呼吸训练、放松训练、正念日记、心理或情绪问题记录等方法,不断引导患者调节身心状态,识别、纠正负性情绪,建立、保持正性情绪,从而提升其心理弹性水平,改善其情绪状态,降低病耻感。

本研究结果显示,实施医护一体化管理模式后,观察组患者正性情绪维度得分高于对照组($P<0.05$),观察组患者负性情绪维度得分低于对照组($P<0.05$);观察组患者心理弹性坚韧性得分、力量性得分、乐观性得分均高于对照组($P<0.05$);观察组患者内在病耻感得分、外在病耻感得分均低于对照组($P<0.05$)。以上说明医护一体化管理模式有利于缓解强直性脊柱炎患者的负性情绪水平,有利于正性情绪的产生,可有效提升患者的心理弹性水平,从而降低患者的病耻感。

综上所述,医护一体化管理模式能有效改善强直性脊柱炎患者的情绪状态,有利于提升患者的心理弹性水平,从而降低患者的病耻感。

4 参考文献

- [1] 顾燕琴,何屹,郭里.精索静脉曲张与强直性脊柱炎相关性初步分析[J].中华男科学杂志,2019,25(1):89-90.
- [2] 吴歆,徐沪济.应关注强直性脊柱炎患者身心健康、生活质量和易被忽视的骨质疏松[J].诊断学理论与实践,2019,18(1):113-116.
- [3] 宋雨晴,陈红.强直性脊柱炎患者康复护理的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(10):1226-1229.
- [4] 张颖,李春敏,张然.强直性脊柱炎患者自我感受负担及影响因素研究[J].护理管理杂志,2018,18(7):490-493.
- [5] 田策,赵红.结核病患者病耻感的研究进展[J].中国防痨杂志,2018,40(6):634-638.
- [6] 李利平,孙建萍,吴红霞.慢性病患者病耻感的研究现状[J].解放军护理杂志,2020,37(3):81-84.
- [7] 吴燕,田蓓,钱君.冠心病介入术后患者的心理弹性研究进展[J].国际病理科学与临床杂志,2020,40(5):1320-1325.
- [8] 韦巧玲,庞永慧,李霞.伤残接受度与心理弹性对喉癌永久性气管造瘘患者病耻感影响的路径分析[J].中华现代护理杂志,2020,26(3):322-326.
- [9] 薛芬.医护一体化护理对脑梗死患者独立生活能力

中医护理干预在膝骨关节炎体外冲击波穴位治疗患者中的应用效果

朱彩云 熊怡胜 刘弼 程锦珍 卢小虎

【摘要】目的 探讨中医护理干预在膝骨关节炎(KOA)体外冲击波(ESWT)穴位治疗患者中的应用效果。**方法** 选取2019年9月—2020年9月医院接受治疗的KOA患者112例,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,各56例。本组患者术后均接受ESWT穴位治疗,对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上接受中医护理干预,比较两组患者干预前后中医证候评分、视觉模拟疼痛评分(VAS)、膝关节日本骨科协会(JOA)评分、膝骨关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间以及便秘发生情况。**结果** 干预2个月,观察组中医证候评分、VAS评分及JOA评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组膝骨关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组便秘发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** KOA患者ESWT穴位治疗中给予中医护理干预可有效改善中医证候症状、疼痛程度及JOA评分情况,缩短疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间,降低便秘发生率。

【关键词】 膝骨关节炎;体外冲击波穴位治疗;中医护理干预;影响效果

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.006

The application effect of the TCM nursing intervention on the knee osteoarthritis patients with the extracorporeal shock wave acupoint therapy ZHU Caiyun, XIONG Yisheng, LIU Bi, CHENG Jinzhen, LU Xiaohu (Shenzhen People's Hospital, Shenzhen 518109, China)

【Abstract】Objective To explore the application effect of the TCM nursing intervention on the knee osteoarthritis(KOA) patients with the extracorporeal shock wave(ESWT) acupoint therapy. **Methods** To select 112 KOA patients admitted in the hospital from September 2019 to September 2020 as the study objects. According to the principle of matching basic characteristics between groups, they were equally divided into a control group and an observation group. All the patients were given the ESWT acupoint therapy, besides, routine

作者单位:518109 深圳市人民医院(暨南大学第二临床医学院,南方科技大学第一附属医院)骨科

- 和心理社会适应状况的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(2):311-314.
- [10] 白玉玲,刘霞,郑元.六步标准沟通流程在老年肺癌患者护理沟通中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(19):2475-2479.
- [11] 何艺.化疗期肺癌患者心理弹性与正负性情绪的相关性研究[J].解放军护理杂志,2018,35(11):29-31.
- [12] 刘东玮,任兴华,周郁秋.中文版心理弹性量表在精神分裂症患者中的信效度测量[J].中国实用护理杂志,2020,36(18):1366-1371.
- [13] 何月月,尹安春,梁战华.帕金森病患者病耻感现状及影响因素研究[J].中国护理管理,2020,20(2):35-40.
- [14] 彭旭玲,胡周静,罗茜.激励性刺激结合系统护理对强直性脊柱炎患者活动、生理功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(19):2149-2152.
- [15] 董佳,周郁秋,孙玉静.青年精神分裂症病人病耻感与自尊、心理弹性相关性及其影响因素[J].护理研究,2018,32(20):3189-3192.
- [16] 范廷婷,钟梦诗,罗彩凤.乳腺癌术后患者心理弹性和积极应对方式对自我形象的影响研究[J].护士进修杂志,2019,34(2):122-125.
- [17] 迟林林,朱秀丽,庞旭峰.聚焦解决模式下居家慢性阻塞性肺疾病患者正念干预方案的构建[J].中国实用护理杂志,2018,34(1):1231-1235.
- [18] 李娟,周文娟,代艺.医护一体化循证护理改善老年患者股骨颈骨折术后康复效果的研究[J].现代医学,2019,47(1):102-104.

[2020-10-28 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

care was applied on the control group, the TCM nursing intervention was given to the observation group based on the control group, the TCM syndrome score, visual analogue scale (VAS), Japanese orthopaedics association (JOA) score, knee joint pain disappearance time, swelling disappearance time, hospitalization time and the occurrence of complications such as constipation, etc. were compared between two groups before and after the intervention. **Results** After 2 months of intervention, the TCM syndrome score, VAS score and JOA score of the observation group were lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), knee joint pain disappearance time, swelling disappearance time, hospitalization time of the observation group were shorter than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$), the incidence of constipation of the control group was lower than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Applied the TCM nursing intervention on the KOA patients with the ESWT acupoint therapy could improved the TCM syndrome, relieve the pain level and increase JOA score, shorten the pain disappearance time, swelling disappearance time and hospitalized time, decreased the incidence of constipation.

【Key words】 Knee osteoarthritis; Extracorporeal shock wave; TCM nursing intervention; Influencing effect

有统计数据显示,我国膝骨关节炎(KOA)总体患病率按照<40岁、60~75岁、>75岁群体依次约为5%、50%及80%^[1]。发病与下列因素有关:膝关节局部损伤,炎症、慢性劳损所致关节面软骨变性、软骨下骨损伤及增生的慢性退变性病损;膝关节受过劳或外伤、受凉等因素影响,发生膝关节活动障碍、疼痛、肿胀和渗出、发炎、滑膜损伤等,进而活动困难与功能限制^[2]。体外冲击波治疗(ESWT)是基于现有康复治疗,规避非甾体抗炎药(NSAIDs)等基础药物疗法所引发副作用,无手术治疗多项指征,利于松解粘连、促进局部血运和炎性物质消散,多途径缓解KOA病情,且治疗周期短、风险小、恢复迅速^[3]。祖国医学认为,KOA属于“痹症”“骨痹”范畴,是风、寒、湿、热等外邪阻滞经络、气血不通,致筋、骨、关节、肌肉疼痛、酸胀,及关节活动受限、僵硬、肿胀、变形等^[4]。本研究在ESWT治疗期间予以中医护理干预,临床效果满意,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年9月—2020年9月医院接受治疗的KOA患者112例,纳入条件:符合KOA诊断标准,且X线结果显示KellgrenLawrence分级^[5]I~II级;年龄18~75岁;入院前6个月未接受中西医相关诊疗。排除条件:合并其他膝关节疾病者;合并严重脏器衰竭、神志疾病、凝血功能异常等相关疾病;膝骨关节炎6个月内存在药物注射治疗史、相关部位手术史、结构严重变形或畸形;对纳入中西医药物存在过敏情况;重要临床资料缺失。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,

各56例。对照组中男27例,女29例;年龄23~72岁,平均 47.80 ± 10.13 岁;病程7d~102个月,平均 48.08 ± 19.92 个月。观察组中男25例,女31例;年龄22~71岁,平均 46.90 ± 11.21 岁;病程14d~100个月,平均 49.41 ± 22.87 个月。两组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过医院医学伦理委员会批准,获取患者与家属知情同意。

1.2 KOA 中西医诊断标准

(1) 西医诊断标准^[5]:选择美国风湿病学院(ACR)制定的KOA临床及放射学诊断标准,内容有1)1个月内多日膝痛;2)X线结果表明存在关节边缘骨赘;3)年龄>40岁;4)晨僵 ≤ 40 min;5)关节活动期有响声,若满足1)、2),或1)、3)、4)、5),或1)、4)、5)条件,则确诊为KOA。

(2) 中医诊断标准^[6]:参考我国《中医病证诊断疗效标准》,结合我院临床KOA表征,纳入蹲起困难、腰膝酸软、膝关节疼痛、关节漫肿、上下楼梯时加重等多项作为主症,纳入头晕目眩、耳鸣耳聋、四肢乏力等多项作为次症,纳入舌质淡或暗、苔薄白、脉紧或涩,若联合舌脉症状及主次症各2项及以上则确诊为KOA。

1.3 ESWT 穴位治疗方法

两组KOA患者术后均接受ESWT穴位治疗,具体方案:

(1) 治疗仪:采用黑马S1骨科气压弹道式冲击波仪。

(2) 穴位选择:突出节段两侧夹脊、大肠俞、关元俞、委中、阿是穴,及沿胆经循行阳陵泉等穴。

(3) 参数设置:治疗能流密度 0.2 mJ/mm^2 ,压力1.5~2.5 bar,冲击频率6~15 Hz,各穴位冲击约

300次, 注意避开重要血管与神经。

(4) 具体操作: 患者取仰卧位, 膝关节屈曲 90° , 涂抹耦合剂于拟冲击穴位皮肤, 用20 mm直径冲击波探头自上而下、沿胆经治疗, 必要时加大显著酸痛感处治疗强度。

(5) 操作周期: 单侧膝关节冲击3000次, 3~5 min/次, 1次/周, 持续3~6次。

1.4 护理方法

1.4.1 对照组 采取常规护理。

(1) 心理护理: 给患者讲解治疗过程、术后并发症(假体脱位、患肢肿胀、深静脉血栓、切口感染、僵硬等)防护、康复锻炼规划等内容宣教, 引导患者克服治疗与训练心理恐惧与焦虑, 确保锻炼依从性。

(2) 饮食干预: 遵医嘱每日摄入高蛋白质、高热量、富含维生素食物, 及时纠正贫血、低蛋白等不良情况。

(3) 超前镇痛: 预先向患者与家属指导准确疼痛描述, 采取视觉模拟疼痛评分法(VAS)评估, 讲解疼痛危害、镇痛意义、方案与注意事项, 遵医嘱定时服用塞来昔布、丁丙诺啡等药物。

(4) 尿管留置时间与训练指导: 结合患者年龄、性别、麻醉方式、ASA评级等内容合理设置尿管放置时间, 为患者播放KOA训练相关视频、联合真人示范讲解, 运用助行器等工具指导主被动训练。

(5) 保温措施: 采取输液、冲洗液等保温措施, 必要时适当延长引流管时长, 关节四周伤口浸润注射镇痛药物。

(6) 饮食与锻炼: 术后返回病房期评估吞咽功能、肠鸣音恢复等状况, 前期予以流食100 ml, 6~8 h后进普食。遵医嘱实行疼痛控制, 并开展早期锻炼, 依次在专业医护人员指导下, 实行小腿肌肉运动、股四头肌等长收缩运动→直腿抬高运动→膝关节屈伸运动→下蹲练习→行走, 酌情增加行走距离及次数。

1.4.2 观察组 在对照组基础上接受系统性中医护理干预, 具体内容包括:

(1) 情志护理与五音疗法: 根据患者性别、年龄、性格测试结果、心理状况选取发泄疏导法、暗示疗法、以情胜情法(观看喜剧电影、电视等)及时动态确保情志正常、脏气调和。选取《国乐养生(无损音质)》版音乐光盘, 内含金乐、木乐、水乐、火乐、土乐五类乐章, 按照阴阳韵调, 对应曲目内容如下: 金乐-商调: 晚霞钟鼓(阳韵)、秋月清露(阴韵); 木乐-角调: 玄天暖风(阳韵)、

碧叶烟雨(阴韵); 水乐-羽调: 伏阳朗照(阳韵)、冰雪寒天(阴韵); 火乐-徵调: 荷花映月(阳韵)、雨后彩虹(阴韵); 土乐-宫调: 黄庭骄阳(阳韵)、玉液还丹(阴韵)。针对焦虑抑郁情绪、机体疼痛等躯体、消化不良、失眠症状等对应特点选取对应木金乐舒畅情志, 火乐通调血脉, 土乐健脾养胃, 土水乐安神助眠。2次/日, ≥ 20 min/次。

(2) 辨证饮食调护: 1) 术前。对寒湿痹阻证、气血虚弱证、气滞血瘀证、肝肾亏虚证四类依次设计对应饮食配方, 其中寒湿痹阻证以薏苡仁、韭菜、羊肉、干姜等温经散寒食品为主, 忌生冷食品; 气血虚弱证以大枣、桂圆、阿胶等补益气血食品及动物肝脏、菠菜等富含铁食品为主; 气滞血瘀证以白萝卜、鲈鱼、红糖、山楂、生姜、桃仁、百合等行气止痛、活血化瘀食品为主, 如山楂桃仁粥等, 忌寒凉、煎炸、厚味、肥腻食品; 肝肾亏虚证以山药、枸杞等补益气血、益肝肾食品, 忌发物、肥腻食品。2) 术后。在原有饮食基础上1次/日增加200~300 ml汤饮。术后1~2周, 设计花旗参茶、田七煲去皮鸡汤、银耳瘦肉汤、鱼片粥及富含粗纤维蔬菜水果等补气渗湿、活血祛瘀食谱; 术后3~4周, 给予生鱼葛菜汤、银耳瘦肉汤、乌豆圆肉大枣汤及各种富含维生素C的蔬菜及水果等补气血、健脾胃食谱; 术后5~6周, 拟定北芪杞子炖乳鸽、冬虫草炖老鸭、西红柿炒牛肉、杜仲煲脊骨汤、淮山圆肉炖水鱼等补肝肾、强筋骨饮食食谱。

(3) 艾灸干预: 自患者入院至术前1 d接受患膝血海、梁丘、内膝眼、外膝眼4穴位温和灸, 1次/日。具体操作步骤: 操作者检查患者膝部皮肤情况、排空大小便, 准备治疗盘、特制精艾纸条(规格: 22 cm×20 cm)、火柴、弯盘、小口瓶, 确保仪表整洁、环境光线充足、安静清洁、无吸氧装置或易燃物品; 通过七步洗手法洗手后点燃艾条一端, 对准穴位, 距皮肤2~3 cm, 悬灸使患者局部温热且无灼痛感, 皮肤红晕为度, 4个穴位轮流施灸, 20 min/次, 及时调整艾灸与皮肤距离, 做好艾灰处理。完毕后熄灭后艾条装入小口瓶, 防复燃, 再次核对, 协助患者衣着整理、取安全舒适体位、详细记录签名。术后拆除弹力绷带后选取患肢足三里、涌泉、三阴交、对应阿是穴施灸, 方法与术前相同。

(4) 功能锻炼: 选取红、绿、蓝3种颜色区分, 将指导患者站立、卧床及坐立时锻炼方法录制为视频, 在金乐、木乐、水乐、火乐、土乐五类音乐背景下, 自术后第1天在病房内轮流播放, 并下载至患者与家属移动手机内, 及时接受锻炼形式、强度

与次数等信息。

1.5 观察指标

(1) 中医证候评分^[7]：参考最新《中药新药临床研究指导原则》相关 KOA 疗效评定办法，纳入局部关节疼痛、屈伸不利、行走后加重为主症(计 0、2、4、6 分)，畏寒、肢冷、肿(计 0、1、2、3 分)，以及舌脉象情况(计 0、1 分)为次症。中医临床证候积分高低与临床症状严重程度成正相关。

(2) 视觉模拟疼痛评分法(VAS)^[8]：根据相关权威文献将 0~10 分评分范围划为无(0 分)、轻度(1~3 分)、中度(4~6 分)、重度(7~10 分)4 个等级，分别代表无痛，轻度疼痛可以忍受、疼痛并影响睡眠尚可忍受，剧烈疼痛难以忍受且影响睡眠饮食。

(3) 日本骨科协会评估(JOA)^[9]：该评分量表主要涵盖步行、上下楼梯、屈伸角度、关节积液等方面，累计总评分 100 分，评分越高代表膝关节功能越好。

(4) 便秘发生率：比较两组术后发生便秘概率，计算便秘发生率(%)=便秘例数/总例数×100%。

(5) 膝关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、

住院时间。

1.6 统计学处理

采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据的统计分析。正态分布的计量数据以“均数±标准差”表示，组间均数比较采取 *t* 检验；非正态分布的计量数据以“中位数(四分位间距)”表示，组间中位数比较采取秩和检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预 2 个月后中医证候评分、VAS 评分及 JOA 评分比较

干预 2 个月后，观察组中医证候评分、VAS 评分低于对照组，JOA 评分高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者膝关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间、便秘发生率比较

干预 2 个月后，观察组疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间短于对照组，便秘发生率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者干预 2 个月后中医证候评分、VAS 评分及 JOA 评分比较(分)

组别	例数	中医证候评分	VAS 评分	JOA 评分
对照组	56	15.31±4.60	4.02±0.86	85.64±4.27
观察组	56	11.64±3.35	2.59±0.90	90.03±5.96
<i>t</i> 值		5.826	8.597	4.481
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者膝关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间、便秘发生率比较

组别	例数	疼痛消失时间(d)	肿胀消失时间(d)	住院时间(d)	便秘(%)
对照组	56	15.29(1.87)	16.01(1.90)	23.10(2.13)	1(1.79)
观察组	56	10.83(1.51)	11.57(1.77)	15.99(1.94)	8(14.29)
<i>Z</i> 值		13.886*	12.795*	18.468*	4.359**
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.037

* 中位数比较的秩和检验值；** 为校正 χ^2 值。

3 讨论

KOA 发病原因可能是受高龄、肥胖、骨密度、过度运动及遗传等复杂因素影响，治疗 KOA 以减少负重、行走锻炼为主，但疗效并不令人满意^[10]。近年新型 ESWT 非侵入式保守疗法应用广泛，如：肌腱炎、关节炎、跟痛症等疾病，其经皮肤入体内，产生柔和的机械压力效应、空化效应，使痛点处细

胞弹性变，继而使微血管新生、组织修复与再生，有效缓解疼痛、解除组织粘连，达到改善局部血运，消除炎症因子的作用^[11]。KOA 归属于中医“痹症”“骨痹”范畴，发病机制为风、寒、湿、热等外邪阻滞经络、气血不通，致筋、骨、关节、肌肉疼痛、酸胀，及关节活动受限、僵硬、肿胀、变形等^[12]。陈李专等^[13]指出，冲击波空化与机械压力效应同样会达到疏通穴区微小血管、神经末梢、痛觉感受器等效

果,对应穴位产生酸、胀、痛等感受后局部辐射,本次研究两组患者均采用冲击波取夹脊、大肠俞、关元俞和委中、阳陵泉、阿是等穴治疗,起调理经气、行气活血作用,其疗效已获得医护专家广泛认可。

中医特色诊疗技术运用可依据病情特征根本改善疗效,但传统护理模式以治疗为中心,护理流程复杂、所需接触人员非固定,致医护患沟通不畅,影响护理质量^[14]。本研究在原有 ESWT 穴位治疗干预基础上增添中医护理干预,要求护理的服务流程进一步优化和细化,纳入情志护理、五音疗法、饮食调护、艾灸干预、视频训练观看等全程干预策略。根据患者辨证分型予以针对性关怀、健康教育、开导。自入院到出院,严格控制薄弱护理环节,遵医嘱科学合理开展上述以中医护理干预为主的细节把控对策,院前指导并安排调理机体注意事项,提升患者依从性与自护能力,结果显示,观察组干预2个月后中医证候评分、VAS 评分低于对照组,JOA 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),虽然 KOA 作为常见慢性退行性关节疾病,病机尚不明确,但其护理主要目的在于减轻疼痛,调控便秘、肿胀等并发症,而炎症反应在 KOA 发生、发展过程至关重要,促炎症细胞因子与抗炎细胞因子动态失衡常致使关节软骨代谢异常,损坏膝关节结构和功能,继而发生严重疼痛与功能受限,王磊等^[15]指出采取“针灸”方式行 ESWT 治疗颈腰腿疼痛,疗效显著高于单纯 ESWT 治疗,再次验证本次实施方式可行性、安全性与全面性。

本研究中,观察组膝关节疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组便秘等发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),证实中医护理干预对比传统对照组干预,更利于患者持续接受护理信息,弥补以往护理模式缺陷,提升自我概念与健康知识认知。采取中医护理干预模式,寻求缝隙问题,对 KOA 行 ESWT 穴位治疗者纰漏或不足之处进行需求满足,过程连贯、完善,达到人性化与无缝隙目标,提升护理质量。服务内容更具个性化,如:阴阳韵调节,寒湿痹阻证、气血虚弱证、气滞血瘀证、肝肾亏虚证四类证候对应饮食调护等,井井有条、环环相扣护理过程均利于患者心理、生理、社会功能达最佳状态。有目的、有计划性健康指导促进患者不同层次信心提升,优于对照组流水式干预,坚持以人为本,通过创新体系机制、优化职能及业务流程手段,构建具决策、监督、反馈、执行功能整个护理系统。

综上所述,本研究认为, KOA 患者 ESWT 穴位治疗中给予中医护理干预可有效改善中医证候症状、疼痛程度及 JOA 评分情况,缩短疼痛消失时间、肿胀消失时间、住院时间,降低便秘发生率。

4 参考文献

- [1] 赵中溢,李勇阵,陈峰,等.同期双侧全膝关节置换和单髁置换治疗创伤性关节炎的比较[J].中国组织工程研究,2021,25(6):854-859.
- [2] 李寅翠,刘云,李莹,等.术前睡眠质量对全膝关节表面置换患者术后早期康复及生活质量的影响[J].护理学报,2020,27(4):42-47.
- [3] 欧阳卉英,张欢,朱妹妹.健康教育结合坐位调膝法治疗膝骨关节炎的效果观察[J].上海护理,2020,20(2):21-24.
- [4] 胡光亮,徐迈,周伦,等.康复护理干预联合药物治疗对膝骨关节炎患者关节功能的影响[J].新疆医科大学学报,2019,42(11):1497-1501.
- [5] 孟纬.膝骨关节炎的个体化治疗[J].中国组织工程研究,2019,23(32):5216-5220.
- [6] 林琳,程珂,沈雪勇.近5年低强度激光针灸治疗膝骨关节炎的临床研究综述[J].中华中医药学刊,2020,38(5):104-108.
- [7] 李秋燕.追踪方法学在膝关节置换术后患者疼痛质量管理中的应用研究[D].南宁:广西中医药大学,2019.
- [8] 李帅妙.养老机构老年膝骨关节炎患者的心理弹性状况及干预研究[D].太原:山西中医药大学,2019.
- [9] 胡隼.中医护理联合快速康复在TKA围手术期的应用研究[D].广州:广州中医药大学,2019.
- [10] 梁群飞,钟联凤.优质护理干预对膝骨关节炎患者疼痛控制及负性情绪的影响[J].中国医药科学,2019,9(2):123-126.
- [11] 张玉飞,李坤,魏琴,等.体外冲击波辅助依托考昔治疗早中期膝骨关节炎临床观察[J].山东医药,2020,60(22):60-62.
- [12] 范芷君.穴位贴敷治疗仪治疗膝骨性关节炎(KOA)的临床疗效观察[D].长春:长春中医药大学,2020.
- [13] 陈李专,陈斌,林安阳,等.膝骨关节炎中西医疗法的临床研究进展[J].辽宁中医杂志,2020,47(2):203-206.
- [14] 周述娜,王蕾,仇莹莹,等.冲击波治疗联合下肢肌力锻炼对膝骨关节炎疼痛患者的疗效[J].中国临床保健杂志,2019,22(4):464-467.
- [15] 王磊,彭金林,张恤.体外冲击波在经络理论指导下治疗颈腰腿疼痛性疾病的应用现状[J].江西中医药,2018,49(11):78-80.

[2020-10-25 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后嗅觉改变的影响因素

励莉

【摘要】 目的 探讨经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的影响因素及护理对策。**方法** 选取2019年1—12月在医院行经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术患者90例作为研究对象,将发生嗅觉改变的13例患者作为改变组,未发生嗅觉改变的77例患者作为正常组。采用单因素分析筛选影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的相关危险因素,对有统计学意义的纳入因素进行多因素Logistic回归分析,确定影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素。**结果** 13例出现嗅觉改变的患者中,9例轻度嗅觉减退,3例中度嗅觉减退,1例重度嗅觉减退。单因素分析结果显示,性别、手术时间、保留中鼻甲、消毒液浓度、鼻窦炎、脑脊液鼻漏、鼻腔粘连及鼻出血是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的相关因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,保留中鼻甲、脑脊液鼻漏及鼻窦炎是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 保留中鼻甲、鼻窦炎及脑脊液鼻漏是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素。提示医护人员应针对以上危险因素,制定相应护理对策,尽量避免对患者鼻腔正常生理结构与鼻腔黏膜的损害,加强术后鼻腔护理,减少相关并发症的发生,指导患者坚持,以促进患者术后嗅觉功能的恢复。

【关键词】 经鼻中隔黏膜下入路;垂体瘤切除术后;嗅觉改变;影响因素;护理对策

中图分类号 R473.76 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.007

Influencing factors of olfactory change on the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum LI Li(Jinpu Campus of The First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Dalian 116600, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of olfactory change on the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum and the nursing measures. **Methods** To select 90 patients undertook the resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum in the hospital from January to February 2019 as the study objects, 13 patients with the olfactory change were set as the change group and 77 patients without the olfactory change were set as the normal group. Unifactor analysis was applied to identify the influencing factors of the the resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum patients with the olfactory change, applied the multiple Logistic aggression analysis on those statistically significant factors, found out the independent risk factors that effect the resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum patients with the olfactory change. **Results** Among the 13 patients with olfactory changes, 9 cases had the mild hyposmia, 3 cases had the moderate hyposmia, 1 case had the severe hyposmia. Unifactor analysis result shows that gender, operation time, preserve middle turbinate, disinfection concentration, nasosinusitis, cerebrospinal fluid rhinorrhea, nasal adhesion and epistaxis were the related factors that effect the olfactory change on the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, preserve middle turbinate, cerebrospinal fluid rhinorrhea and nasosinusitis were the independent risk factors that effect the olfactory change on the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal

septum($P<0.05$). **Conclusion** Preserve middle turbinate, cerebrospinal fluid rhinorrhea and nasosinusitis were the independent risk factors that effect the olfactory change in the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum. The medical staffs should arrange the corresponding nursing measures according to those risk factors, try to avoid the damage to the normal physiological structure of the patients' nasal cavity and nasal mucosa, enhance postoperative nasal care, reduce the occurrence of related complications, guide the patients insist, promote the recovery of the postoperative olfactory function.

【Key words】 Submucosal approach through nasal septum; Resection of pituitary adenoma postoperation; Olfactory changes; Influencing factors; Nursing measures

垂体瘤是起源于垂体前叶、后叶及颅咽管上皮残余细胞的良性肿瘤,是最常见的鞍区肿瘤之一,约占颅内肿瘤的10%~15%,根据有无激素分泌可分为功能性腺瘤与无功能性腺瘤,其中功能性腺瘤发生率在65%~80%^[1-2]。目前,手术治疗仍是垂体瘤的首选治疗方式,常见手术方式有开颅手术与经蝶窦手术,随着显微外科手术的不断开展,显微神经内镜技术被引入至颅底疾病的治疗中,其中经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术是一种成熟的术式,具有创伤小、并发症少及肿瘤切除率高等优势^[3-4]。但患者术后仍会出现脑脊液鼻漏、颅内感染、鼻窦炎及嗅觉障碍等并发症,严重影响患者的预后效果与生活质量^[5-6]。其中嗅觉障碍会对患者食物摄入、危险预警、学习记忆及情绪等方面造成直接影响,但患者对嗅觉障碍的主观感觉不明显,临床医护人员也未引起充分重视^[7-8]。基于此,本研究对行经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的影响因素进行调查分析,并探讨相应的护理对策,以期为今后患者术后嗅觉障碍的预防与护理措施提供参考依据,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1—12月在医院行经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术患者90例作为研究对象,将发生嗅觉改变的13例患者作为改变组(病例组),未发生嗅觉改变的77例患者作为正常组(对照组)。纳入条件:符合垂体瘤相关诊断标准,首次接受手术治疗;术前无嗅觉功能异常;能完成嗅觉测试及量表填写;具备良好的沟通交流能力;知情本次研究并签署知情同意书。排除条件:术前合并有慢性鼻炎、鼻窦炎等疾病;既往有鼻部手术史;复发垂体瘤或二次手术。

1.2 调查内容及方法

1.2.1 一般资料调查问卷 参考相关文献内容自行设计一般资料问卷调查表对研究对象的一般资料

进行收集,包括:性别、年龄、肿瘤性质、肿瘤大小、手术时间、肿瘤切除程度、是否保留中鼻甲、消毒液浓度及术后并发症等。

1.2.2 嗅觉评估^[9] 采用五味试嗅液对患者术前及术后1个月的嗅觉功能进行评估,具体方法为:选用乙酸、乙酸戊酯、丁香酚、薄荷醇及3-甲基吲哚五种试剂作为试嗅剂,分别代表酸味(A)、香蕉味(B)、薄荷味(C)、花香味(D)及粪臭味(E),并将每种试嗅剂配置成5种不同浓度,浓度由低至高以数字1~5表示;由受试者按从A至E、浓度由低至高的顺序进行测试,并记录可闻见溴素味道,但不能识别具体名称的阈值(DT),以及能闻见溴素味道且能识别名称的阈值(RT),将五种试嗅剂的DT值总和除以5得出平均嗅觉阈值,分值>3为嗅觉正常,2.1~3为轻度嗅觉减退,1.1~2为中度嗅觉减退,0.1~1为重度嗅觉减退,0为嗅觉丧失。

1.3 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行统计分析,单因素分析中计数资料比较采用 χ^2 检验,多因素分析采用多因素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 经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变情况

13例出现嗅觉改变的患者中,9例轻度嗅觉减退,3例中度嗅觉减退,1例重度嗅觉减退。

2.2 经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的单因素分析

单因素分析结果显示,性别、手术时间、保留中鼻甲、消毒液浓度、脑脊液鼻漏、鼻窦炎、鼻腔粘连及鼻出血是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的相关因素($P<0.05$),见表1。

2.3 经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的多因素Logistic回归分析

将经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者

嗅觉改变情况作为因变量，将相关危险因素作为自变量进行多因素 Logistic 回归分析发现，保留中鼻甲、脑脊液鼻漏及鼻窦炎是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的单因素分析

分析因素	类别	例数	改变组 ($n=13$)	正常组 ($n=77$)	χ^2 值	P 值
性别	男	30	9	26	6.085	0.014
	女	55	4	51		
年龄 (岁)	≤ 65	59	5	54	3.637	0.057
	> 65	31	8	23		
肿瘤性质	功能性	74	10	64	0.022	0.882
	无功能性	16	3	13		
肿瘤大小	巨大腺瘤	30	4	26	0.904	0.636
	大腺瘤	57	8	49		
	微腺瘤	3	1	2		
手术时间 (h)	≤ 2	72	7	65	4.726	0.030
	> 2	18	6	12		
切除程度	全切除	73	11	62	0.376	0.945
	次全切除	10	1	9		
	大部分切除	6	1	5		
	部分切除	1	0	1		
保留中鼻甲	是	65	5	59	6.778	0.009
	否	25	8	18		
消毒液浓度 (%)	0.5	74	6	68	10.793	0.001
	2.5	16	7	9		
脑脊液鼻漏	有	28	9	19	10.032	0.001
	无	62	4	58		
鼻窦炎	有	21	11	10	28.021	0.000
	无	69	2	67		
鼻腔粘连	有	23	10	13	18.037	0.000
	无	67	3	64		
鼻出血	有	25	9	16	10.712	0.001
	无	65	4	61		

表 2 影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的多因素分析

分析因子	β 值	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% CI
保留中鼻甲	1.572	0.3615	6.545	0.011	4.819	1.445~16.073
脑脊液鼻漏	1.282	0.604	4.498	0.034	3.603	1.102~11.781
鼻窦炎	2.152	0.663	10.519	0.001	8.589	2.343~31.555
性别	-1.022	0.717	2.032	0.154	0.360	0.088~1.467
手术时间	0.217	0.724	0.090	0.764	1.243	0.031~5.138
消毒液浓度	-0.503	0.696	0.523	0.470	0.604	0.154~2.365
鼻腔粘连	-0.283	0.707	0.160	0.690	0.754	0.189~3.015
鼻出血	-0.723	0.728	0.985	0.321	0.485	0.116~2.023

3 讨论

嗅觉是重要感觉功能之一,具有辨别气味、危险预警、增加食欲及辅助记忆等作用,嗅觉功能障碍会严重影响生存质量,造成一系列情绪、情感障碍^[10]。垂体瘤患者术后出现嗅觉改变的原因与手术损伤嗅觉中枢、嗅觉传导通路等有关,大部分患者嗅觉功能可逐渐恢复^[11]。本组90例垂体瘤患者中,有13例患者术后1个月出现嗅觉改变,其中9例轻度嗅觉减退,3例中度嗅觉减退;1例重度嗅觉减退。保留中鼻甲、脑脊液鼻漏及鼻窦炎是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素($P<0.05$),分析如下:

(1) 保留中鼻甲:中鼻甲在维护鼻腔鼻窦正常生理功能方面具有重要作用^[12]。本研究结果显示,术中未保留中鼻甲的患者术后嗅觉改变的发生率明显更高($P<0.05$)。分析原因为:为了充分暴露手术视野,部分患者需在术中切除中鼻甲^[13],导致其鼻腔的正常生理结构遭到破坏,相应鼻黏膜丧失而影响其嗅觉功能。提示保留中鼻甲是患者术后嗅觉改变的保护因素,术中应尽量避免损伤或切除患者中鼻甲,对于必须切除中鼻甲以暴露手术视野的患者,应在手术完成后及时复位中鼻甲,并加强术后监护工作。

(2) 术后并发症:鼻窦炎、脑脊液鼻漏是垂体瘤患者术后常见并发症^[14-15]。本研究结果显示,术后出现相关并发症的患者术后嗅觉改变的发生率明显更高($P<0.05$)。分析原因为:鼻窦炎可引起鼻塞、浓涕、记忆力差及炎症反应等症状,同时其本身就可引起嗅觉障碍^[16],因而术后并发鼻窦炎的患者更容易发生嗅觉改变;脑脊液鼻漏指脑脊液流入鼻腔^[17],在颅底鼻窦手术中较为常见,漏液量多时可见清亮液体流出或搏动性溢出,会对患者辨别气味造成一定影响。提示应加强术后鼻腔护理,了解患者恢复效果、有无并发症发生等情况,并采取相应护理措施以预防及处理相关并发症。

针对以上分析结果,制定以下护理对策:术前对患者鼻腔状况进行全面检查,详细讲解术后可能出现的并发症及应对技巧,并采用生理盐水冲洗患者鼻腔;提升医护人员专业技能水平,提升对患者鼻腔黏膜及鼻腔正常生理结构的保护意识,并强调中鼻甲对患者嗅觉功能的保护作用,尽量避免切除中鼻甲,对于必须切除的患者,手术完成后应进行及时复位、修整;合理进行鼻腔填塞,嘱咐患者勿拔出鼻腔填塞物,密切观察患者鼻腔内有无渗液、

出血及分泌物,及时清理患者鼻腔内血凝块、分泌物,拔除填塞物时注意动作轻柔,避免损伤患者鼻腔黏膜,当患者鼻腔清亮液体流出时,及时上报医生进行相应处理;嘱咐患者保持卧床休息,避免用力咳嗽、打喷嚏及擤鼻涕,保持大便通畅,并采用生理盐水冲洗鼻腔,以保持鼻腔湿润、减少分泌物及结痂;根据患者术后恢复情况,鼓励其早期下床活动,对于不能下床活动的患者指导其进行踝泵练习、床旁坐立等运动,并逐渐过渡至离床活动;患者出院时嘱其注意休息,进食清淡、易消化的饮食,多食蔬菜、水果及高纤维素食物等,并强调保持大便通畅,避免用力咳嗽、擤鼻涕及排便等动作,定期来院复查,鼻腔内有大量清亮液体流出时应立即来院就诊;定期评估患者术后嗅觉功能,告知术后出现嗅觉改变是正常现象,不必过于担忧,及时疏导患者心理压力与负性情绪,并给予小剂量激素、中药促嗅汤^[18]等药物治疗;指导患者使用酒精、薄荷、香水及醋等坚持,每种气味训练15s左右,休息3~5min后再进行下一步训练。

综上所述,本研究中经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的发生率为14.44%,多数为轻度嗅觉减退;保留中鼻甲、鼻窦炎及脑脊液鼻漏是影响经鼻中隔黏膜下入路垂体瘤切除术后患者嗅觉改变的独立危险因素。提示医护人员应针对以上危险因素,制订相应护理对策,尽量避免对患者鼻腔正常生理结构与鼻腔黏膜的损害,加强术后鼻腔护理,减少相关并发症的发生,并指导患者坚持,以促进患者术后嗅觉功能的恢复。

4 参考文献

- [1] 申剑波,茹小红,崔杰.不同类型垂体瘤治疗方案选择的临床分析[J].中国药物与临床,2019,19(20):3541-3543.
- [2] 唐光容,樊朝凤,戴和伶.内分泌激素水平在功能性垂体腺瘤患者手术疗效中的评估价值[J].河北医学,2018,24(4):560-564.
- [3] 吕洪柱,冷基勇,王克臻.改良带蒂鼻中隔黏膜瓣在经蝶垂体瘤手术脑脊液漏中的应用[J].中国医师进修杂志,2019,42(12):1118-1120.
- [4] 王斐.舒适护理对103例神经内镜下经鼻蝶入路垂体瘤切除术后患者围手术期的应用效果分析[J].贵州医药,2019,43(6):985-986.
- [5] 姜占涛.神经内镜下经鼻蝶垂体瘤切除术后并发症分析及治疗体会[J].中国临床医生杂志,2019,47(10):1214-1217.
- [6] 刘小海,李茗初,陈革.经鼻蝶窦入路垂体腺瘤切除

颈动脉支架置入术后低血压的影响因素

赵杰 王宇*

【摘要】 目的 探讨颈动脉支架置入术后低血压的影响因素及干预措施。方法 选择2017年1月—2020年1月在医院行颈动脉支架置入患者86例为研究对象,收集、统计入组患者资料,将术后发生低血压24例作为病例组,术后未发生低血压62例作为对照组,分析颈动脉支架置入术后低血压的相关影响因素。结果 单因素分析发现,病例组年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、双侧支架、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、球囊长度 ≥ 30 mm、球囊扩张压力 ≥ 8 atm比例高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者性别、狭窄程度、支架结构特点、球囊扩张次数比较差异无统计学意义($P > 0.05$);多因素Logistic回归分析显示,年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、球囊长度 ≥ 30 mm、双侧支架、球囊扩张压力 ≥ 8 atm是颈动脉支架置入术后发生低血压的独立危险因素($P < 0.05$)。结论 颈动脉支架置入术后发生低血压是多种因素共同作用的结果,临床需针对上述因素加强护理干预,避免低血压发生,以改善其预后。

【关键词】 低血压;颈动脉支架置入术;影响因素;干预措施

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.008

Influencing factors of the hypotension after the carotid stent implantation ZHAO Jie, WANG Yu(Beijing Tsinghua Changgong Hospital Affiliated to Tsinghua University, Beijing 102218, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the influencing factors and intervention measures of hypotension after the carotid stent implantation. **Methods** To select 86 patients admitted the carotid stent implantation in the hospital from January 2017 to January 2020 as the study objects, the patients data were collected and counted, 24 cases occurred the hypotension after carotid stent implantation were set as the case group, 62 cases not occurred the

作者单位:102218 北京市,清华大学附属北京清华长庚医院

* 通讯作者

术后嗅觉功能障碍的研究进展[J]. 中华医学杂志, 2019, 99(40):3195-3197.

[7] 袁国涛,樊园园. 针刺治疗嗅觉障碍选穴规律分析[J]. 中医学报, 2019, 34(4):226-228.

[8] 李彩霞,沈梅芬. 经鼻蝶入路垂体瘤术后患者嗅觉功能障碍的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(12):1582-1585.

[9] 郑赞赞,张文波,严芳. 嗅觉功能及嗅球体积联合检测对PD的诊断价值研究[J]. 中华神经医学杂志, 2017, 16(8):810-815.

[10] 白学学,王思奇,刘晓民. 嗅沟脑膜瘤术后患者嗅觉障碍危险因素分析[J]. 山东医药, 2019, 59(30):5-7.

[11] 冯子泽,伍益,李智斌. 经鼻蝶垂体病变切除手术并发嗅觉损害的原因与预防措施分析[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19(3):277-280.

[12] 陈国辉. 鼻内镜术中不同中鼻甲处理方式治疗慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉效果比较[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2019, 33(5):82-86.

[13] 孟肖利,万经海. 内镜颅底肿瘤切除术中高流量脑脊液鼻漏修补失败原因及处理[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(4):28-34.

[14] 陈晓娟,张维天. 垂体瘤术后并发鼻窦炎的预防及处理[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016(16):1280-1282.

[15] 甘慧,邹利光,葛晓东. 磁共振3D-Cube T2序列成像对脑脊液鼻漏的诊断价值[J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(2):11-14.

[16] 刘琢扶,卢涵宇,冯仙. 慢性鼻窦炎伴鼻息肉患者过敏状态与嗅觉及鼻部症状的关系[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 33(2):114-117.

[17] 毕智勇,陈震,刘健. 经鼻内镜手术治疗脑脊液鼻漏[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(4):244-249.

[18] 马胜民,曹家军. 张重华治疗嗅觉障碍经验[J]. 中医药导报, 2019, 25(11):80-82.

[2020-12-20 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

hypotension after carotid stent implantation were set as the control group, to analysis the correlation of hypotension after carotid stent implantation influencing factors. **Results** Unifactor analysis showed that, the proportion of age ≥ 65 years old, history of hypotension, carotid bulbbar stenosis, bilateral stentballoon, inflation time ≥ 5 s, balloon length ≥ 30 mm, balloon inflation pressure ≥ 8 atm in the case group were higher than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$), compared the gender, degree of stenosis, structural characteristics of stent, number of balloon inflations between two groups, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age ≥ 65 years old, history of hypotension, carotid bulbbar stenosis, bilateral stentballoon, inflation time ≥ 5 s, balloon length ≥ 30 mm, balloon inflation pressure ≥ 8 atm were the independent risk factors of the occurrence of hypotension after carotid stent implantation ($P < 0.05$). **Conclusion** The occurrence of hypotension after carotid stent implantation was resulted by various factors, the clinical staffs should strengthen the target nursing interventions to avoid the hypotension and improve the prognosis of patients.

【Key words】 Hypotension; Carotid stent implantation; Influencing factors; Intervention measures

颈动脉支架置入具有损伤小、操作简单、疗效确切等优点,是临床治疗颈动脉粥样硬化的常用手段,但术后患者会因出现血流动力学不稳定,诱发低血压^[1-3]。严重的低血压会造成脑组织血流灌注下降,加重或诱发脑缺血症状,甚至诱发其他严重并发症,影响患者病情恢复^[4-5]。了解颈动脉支架置入术后发生低血压的危险因素,指导临床及时实施针对性预防措施,对降低低血压发生率和改善患者预后至关重要。为此,本研究回顾性分析行颈动脉支架置入患者86例临床资料,旨在探讨颈动脉支架置入术后发生低血压的相关影响因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年1月—2020年1月在医院行颈动脉支架置入患者86例为研究对象。纳入条件:经全脑血管造影和颈部血管超声检查确诊为颈动脉狭窄,其中无症状性颈动脉狭窄的狭窄率 $\geq 70\%$,症状性颈动脉狭窄的狭窄率 $\geq 50\%$;认知功能正常;行颈动脉支架置入。排除条件:严重全身性感染;支架置入后出现大出血、血肿;对造影剂或介入材料严重过敏;严重出血倾向;严重心肺功能不全;入组前3个月使用过肝素等抗凝药物或颅脑出血史;血管变异或扭曲影响导管输送。将术后发生低血压的患者24例作为病例组,术后未发生低血压的患者62例作为对照组。

1.2 资料收集

收集资料内容包括:年龄、是否发生低血压、性别、手术时间、颈动脉狭窄部位、狭窄程度、低血压病史、支架侧别、支架结构特点、球囊长度、球囊扩张次数、球囊扩张压力、球囊扩张持续时间等。

1.3 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件处理数据,单因素分析中计数资料组间比较采用 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 颈动脉支架置入术后发生低血压的单因素分析

病例组年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、双侧支架、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、球囊长度 ≥ 30 mm、球囊扩张压力 ≥ 8 atm比例高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者性别、狭窄程度、支架结构特点、球囊扩张次数比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

2.2 颈动脉支架置入术后发生低血压的多因素 Logistic 回归分析

将颈动脉支架置入术后是否发生低血压设为因变量,将年龄、低血压病史、颈动脉狭窄部位、支架侧别、球囊扩张持续时间、球囊长度、球囊扩张压力设为自变量,进行多因素Logistic回归分析。结果显示,年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、球囊长度 ≥ 30 mm、双侧支架、球囊扩张压力 ≥ 8 atm是颈动脉支架置入术后发生低血压的独立危险因素($P < 0.05$),见表2。

3 讨论

颈动脉粥样硬化性疾病是诱发缺血性脑血管病的高危因素,颈动脉粥样硬化造成颈动脉狭窄,减少局部组织血液灌注,诱发局部缺血症状,而硬化斑块的脱落、移行会阻塞远端血管,诱发不良后

表 1 颈动脉支架置入术后发生低血压的单因素分析

分析因素	病例组 (n=24)	对照组 (n=62)	χ^2 值	P 值	分析因素	病例组 (n=24)	对照组 (n=62)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)			7.592	0.006	球囊长度 (mm)			4.235	0.040
<65	8	41			<30	8	36		
≥65	16	21			≥30	16	26		
性别			0.024	0.877	球囊扩张压力 (atm)			19.381	0.000
女	19	50			≥8	20	19		
男	5	12			<8	4	43		
低血压病史			4.864	0.027	支架结构特点			0.432	0.511
是	20	36			开环	6	20		
否	4	26			闭环	18	42		
颈动脉狭窄部位			5.653	0.017	支架侧别			54.065	0.000
非球部	1	17			双侧	19	2		
球部	23	45			单侧	5	60		
狭窄程度			0.178	0.674	球囊扩张次数 (次)			0.940	0.332
中度及以下	3	10			1	14	43		
重度	21	52			> 1	10	19		
球囊扩张持续时间 (s)			25.586	0.000					
≥5	18	12							
<5	6	50							

表 2 颈动脉支架置入术后发生低血压的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	B	标准误	Wald χ^2	P 值	OR (95% 置信区间)
年龄 ≥ 65 岁	1.362	0.509	7.105	0.007	3.905 (1.439~10.598)
低血压病史	1.284	0.605	4.502	0.034	3.611 (1.103~11.824)
颈动脉球部狭窄	2.162	1.060	4.157	0.041	8.689 (1.087~69.440)
球囊扩张持续时间 ≥ 5 s	2.526	0.571	19.595	0.000	12.500 (4.085~38.246)
球囊长度 ≥ 30 mm	-1.109	0.504	4.089	0.043	0.361 (0.135~0.969)
双侧支架	2.303	0.860	7.176	0.007	10.000 (1.855~53.911)
球囊扩张压力 ≥ 8 atm	2.426	0.613	15.660	0.000	11.316 (3.403~37.632)

果^[6-8]。对于此类疾病,临床多使用颈动脉支架置入术,而支架置入后会刺激颈动脉窦压力感受器,导致患者出现持续性低血压,降低脑部灌注,进一步造成脑组织缺氧缺血加重,若不及时治疗可能会危及患者生命安全^[9-10]。

本研究结果显示,年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、双侧支架、球囊长度 ≥ 30 mm、囊扩张压力 ≥ 8 atm 是颈动脉支架置入术后发生低血压的独立危险因素 (P<0.05)。低血压病史者基础血压偏低,迷走神

经张力相对较高,加上支架置入刺激,易发生低血压。高龄患者窦房结构内起搏细胞变性减少,导致患者出现心律失常或窦性心动过缓,减少心脏储备,减缓循环系统,降低血压水平,增加低血压发生风险^[11-13]。颈动脉狭窄的颈动脉斑块主要在颈内动脉起始部与颈动脉分叉处,介入操作中球囊扩张、导丝刺激、支架置入等机械性牵拉颈动脉窦,撕裂内膜与动脉粥样硬化斑块表面,改变颈动脉受体敏感性和颈动脉壁顺应性调整,导致患者出现低血压。球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、双侧支架、球囊长度 ≥ 30 mm、球囊扩张压力 ≥ 8 atm对颈动脉支架置入术后发生低血压影响机制:支架置入后一定时间内逐渐达到扩张状态,会对颈动脉窦压力感受器形成刺激,使其敏感性下降,难以快速调节血压至正常水平,进而诱发低血压^[14-15]。球囊扩张持续时间越长、压力越大,则对压力感受器刺激越大,增加低血压发生风险。与单侧之间相比,双侧支架增加低血压发生风险较大,可能与刺激颈动脉受体敏感性和改变颈动脉顺应性有关。

临床针对上述危险因素需加强护理对策,如术前合理进食,以高纤维、高蛋白、低脂、低盐饮食为主,禁食辛辣刺激食物,术前3 d口服75 mg/d波立维和300 mg/d阿司匹林,降低患者血栓前状态;术前1 d给予患者适当心理疏导,消除不良情绪,避免发生颈动脉窦反应;颈动脉支架置入后,需对血压动脉变化持续观察,密切观察患者是否存在面色苍白、心慌、大汗、头晕等症状,一旦患者出现持续性低血压,需及时行持续性低流量吸氧,促使患者血压恢复正常;术后给予心电监护,观察心率、血压、呼吸等,并加强床旁巡视,15~30 min测量1次血压,心率、血压稳定3 h后,可将监测间隔时间延长;对于已出现低血压的患者,应及时补充血容量,补充液体和晶体,若血压仍未恢复正常,则静脉持续微量泵入多巴胺,按照动脉血压监测情况,对患者多巴胺用量进行调整,确保血压处于正常水平。

综上所述,年龄 ≥ 65 岁、低血压病史、颈动脉球部狭窄、球囊扩张持续时间 ≥ 5 s、双侧支架、球囊长度 ≥ 30 mm、球囊扩张压力 ≥ 8 atm是颈动脉支架置入术后发生低血压的独立危险因素,针对上述危险因素,需加强围术期护理干预,避免低血压发生,改善患者预后。

4 参考文献

- [1] 熊洪亮,车武强,蒋雄京,等.颈动脉支架术对血流动力学的急性影响[J].中国循环杂志,2017,32(10):999-1004.
- [2] 马志芬.颈动脉支架植入病人发生持续性低血压的危险因素分析及护理[J].护理研究,2016,30(2):164-166.
- [3] 刘玲,柳秋红,刘炳艳,等.颅内动脉狭窄支架植入术后的临床观察及护理[J].国际护理学杂志,2016,35(22):3087-3089.
- [4] 赵守财,杨倩,吴雪松,等.血管内再通术治疗颈动脉粥样硬化性闭塞性病变与颈动脉狭窄支架置入术的疗效比较[J].安徽医药,2016,20(11):2055-2060.
- [5] 许志剑,余丹枫,蒋烽烽,等.颈动脉内膜剥脱术和支架成形术治疗老年颈动脉狭窄的临床研究[J].中华老年医学杂志,2019,38(3):265-268.
- [6] Han JT, Zhao HY, Li X, et al. Related factors of hemodynamic damage after carotid artery stenting[J]. Journal of Peking University, 2015, 47(5):804-808.
- [7] 黄必润,李震,化召辉,等.双侧分期颈动脉内膜剥脱术围手术期血压管理的意义[J].中国医师杂志,2016,18(11):1619-1621,1625.
- [8] 潘文龙,赵浩,王备备.颈动脉支架植入术患者的围术期护理[J].介入放射学杂志,2019,28(7):687-690.
- [9] 陈宇,刘昌伟,刘志丽,等.颈动脉内膜剥脱术和颈动脉支架的疗效分析[J].中国卒中杂志,2016,11(7):536-541.
- [10] 刘青,谢满意,李中林,等.分期颈动脉内膜剥脱与支架治疗双侧颈动脉狭窄的临床疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2019,18(13):1432-1435.
- [11] 杨华,田春鸥,何强华,等.颈动脉内膜剥脱术治疗颈动脉支架成型术后再狭窄的疗效及安全性[J].中华神经医学杂志,2019,18(11):1098-1102.
- [12] 陈鲲鹏,陆军,祁鹏,等.80岁及以上患者行颈动脉支架置入术的临床观察与随访[J].中华老年医学杂志,2019,38(11):1232-1236.
- [13] 代鸣明,苏庆杰,龙发青,等.颈动脉支架置入术对脑梗死患者脑血流动力学变化的随访观察及与临床预后的相关性分析[J].卒中与神经疾病,2019,26(1):51-54.
- [14] 艾瑞,刘静静,程晋成.颈动脉支架植入术的围手术期及并发症护理[J].海军医学杂志,2016,37(2):176-178.
- [15] 张莹,韩斌如,朱丛丛.颈动脉支架置入术后低血压的危险因素及护理干预措施[J].护理研究,2017,31(15):1912-1914.

[2020-10-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

深圳市龙华区男男性行为人群 HIV 感染分布特征及影响因素

李文婷 吴友珍 黄纪忠

【摘要】目的 探讨深圳市龙华区男男性行为人群 (MSM) 人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染的分布特征, 探究其影响因素。**方法** 整理 2014 年 1 月—2019 年 12 月深圳市龙华区 MSM 人群 HIV 感染资料, 并进行统计学分析。**结果** 本研究共搜集 2316 例男男性行为人群, HIV 感染率为 5.91%。经过单因素及多因素分析结果显示, 年龄偏大、无性行为保护措施、吸毒、合并梅毒感染为 MSM 人群 HIV 感染的影响因素 ($P<0.05$)。**结论** 深圳市龙华区 MSM 人群 HIV 感染情况不容乐观, 年龄大、无性行为保护措施、吸毒、合并梅毒感染为 MSM 人群 HIV 感染的高危因素。

【关键词】 男男性行为人群; 艾滋病; 影响因素

中图分类号 R473.51 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.009

Distribution characteristics and influencing factors of HIV infection among the men who have sex with men in Shenzhen Longhua district LI Wenting, WU Youzhen, HUANG Jizhong (Shenzhen Longhua District Disease Prevention and Control Center, Shenzhen 518109, China)

【Abstract】Objective To explore the distribution characteristics of human immunodeficiency virus (HIV) infection among the men who have sex with men (MSM) in Shenzhen Longhua district and investigate the influencing factors. **Methods** The data of MSM who infected HIV in Shenzhen Longhua district from January 2014 to December 2019 were collected and applied the statistical analysis. **Results** A total number of 2316 MSM cases were collected, the HIV infection rate was 5.91%. Univariate and multivariate analysis showed that age, unprotected sex, drug taken and syphilis infection were the risk factors of HIV infection among MSM ($P<0.05$). **Conclusion** The situation of HIV infection among MSM people in Shenzhen Longhua district was not optimistic, aged, unprotected sex, drug taken and syphilis infection were high risk factors of HIV infection among MSM people.

【Key words】 MSM; HIV; Influencing factors; Logistic regression analysis

近年来, 人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染监测报告显示, 我国 HIV 感染率呈上升趋势, HIV 感染人数越来越多, 以男性人群为主^[1]。既往研究表明, 男男性行为属于 HIV 感染的高危行为。男男性行为人群 (MSM) HIV 感染率呈快速上升趋势, 已成为 HIV 感染的高危人群之一^[2-4]。MSM 人群的艾滋病防控影响着整个地区艾滋病防控形势, 是各地区艾滋病重点防控人群之一^[5]。掌握男男性行为人群的分布特征, 了解其感染状况, 分析 MSM 人群 HIV 感染的高危因素, 进而针对相关影响因素采取针对性的防控措施, 对于遏制艾滋病流行具有重要意义。深圳市龙华区地处深圳市地理中心和发展中轴, 是深圳市比较繁华的地带, 常住人口达 160.37 万人, 龙华区是深圳市艾滋病的高发地区, 影响着

深圳市的艾滋病流行趋势。为了采取针对性措施来遏制深圳市龙华地区的艾滋病流行, 本研究深入分析了 2014—2019 年间龙华区 MSM 人群 HIV 感染分布状况及影响因素, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将深圳龙华区各艾滋病哨点所监测到的年龄在 18 周岁以上, 近期有过口交、肛交等同性性行为的 MSM 作为调查对象。本次研究共调查 2316 例 MSM, 年龄 18~67 岁, 平均年龄 31.21 ± 16.74 岁; 汉族 2031 例, 少数民族 (主要为维吾尔族、回族、壮族等) 285 例; 按学历统计大专及以上学历 1021 例, 高中/中专 717 例, 初中及以下 578 例; 已婚者 649 例, 未婚者 1667 例。

1.2 调查方法

2014 年 1 月—2019 年 12 月, 艾滋病监测哨点

工作人员定期深入同性恋聚集的酒吧、舞厅等场所,在同性恋网站进行宣传动员,招募志愿者,在征得调查对象知情同意的前提下,匿名填写调查问卷,免费检测梅毒/HIV。HIV 筛查方法:初筛采用酶联免疫吸附试验检测抗-HIV,复查采用用蛋白免疫印迹(Western blotting,WB)法进行确诊。梅毒检测方法:初筛采用快速血浆反应素环状卡片试验(Rapid plasma reagent,RPR),复查采用梅毒螺旋体明胶颗粒凝集试验(Treponema pallidum particle agglutination,TPPA)进行确诊。

1.3 统计学处理

以 SPSS 21.0 统计软件对研究数据进行分析,单因素分析采用 χ^2 检验比较组间率的差异,多因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 HIV/梅毒感染情况

2316 例 MSM 中,136 例确认感染 HIV,其中 73 例合并梅毒感染;274 例确认感染梅毒。2014—

2019 年,这 5 年龙华区 MSM 群体的 HIV 新感染率呈逐年上升趋势。龙华区本地常住人口与外地人口的感染率分别为 6.17%(86/1394)、5.43%(50/922);市区与郊区的感染率分别为 8.42%(119/1423)、1.9%(17/893);同性传播者有 98 例,占有 HIV 感染者 72.06%,异性传播者有 38 例,占有 HIV 感染者 27.94%。

2.2 MSM 人群 HIV 感染的单因素分析

单因分析结果显示,年龄 ≥ 40 岁、文化程度在大专及以下、未婚、HIV 知晓程度较差、吸毒、合并梅毒感染、缺乏性行为保护措施等因素均为 MSM 群体 HIV 感染的高危因素($P<0.05$)。见表 1。

2.3 MSM 人群 HIV 感染的多因素 Logistic 回归分析

以年龄、文化程度、婚姻状况、艾滋病知晓情况、吸毒、合并梅毒感染及有无性行为保护措施等因素为自变量,以有无感染 HIV 为因变量,进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示,年龄偏大、吸毒、合并梅毒感染及无性行为保护措施,是 MSM 人群 HIV 感染的影响因素($P<0.05$),见表 2。

表 1 MSM 人群 HIV 感染单因素分析

分析因素	类别	观察例数	HIV 感染例数	感染率(%)	χ^2 值	P 值
年龄(岁)	< 40	1300	35	2.69	54.212	0.000
	≥ 40	1016	101	9.94		
文化程度	大专以上	1213	49	4.04	15.476	0.000
	大专及以下	1103	87	7.89		
婚姻状况	已婚	1289	29	2.25	40.943	0.000
	未婚	1027	107	10.42		
HIV 知晓程度	良好	1239	30	2.42	57.403	0.000
	较差	1077	106	9.84		
吸毒	无	2000	28	1.40	530.401	0.000
	有	316	108	34.18		
合并梅毒感染	无	2243	79	3.52	711.064	0.000
	有	73	57	78.08		
有无性行为保护措施	无	1000	120	12.00	119.557	0.000
	有	1316	16	1.22		

表 2 MSM 人群 HIV 感染多因素 Logistic 回归分析

变量	β 值	Wald	P 值
年龄	1.417	8.274	0.004
文化程度	0.891	1.615	0.204
婚姻状况	0.362	0.361	0.548
艾滋病知晓情况	0.764	2.532	0.112
吸毒	3.962	14.249	0.000
合并梅毒感染	4.054	16.065	0.000
有无性行为保护措施	1.035	6.743	0.009

3 讨论

MSM 人群是 HIV 感染的高危人群, 同时在 HIV 传播的重点人群之一^[6-7]。过去调查中发现, 已婚或处于同居状态的 MSM 占总调查人数的 19.4%, 调查时期与异性有过性行为的 MSM 占总调查人数的 10.8%, 并且这类人群的 HIV 感染率往往高于一般 MSM^[8-11]。由于已婚或同居的 MSM 为隐瞒自己的男男同性恋史, 往往不主动使用安全套, 安全套使用率低, 这加大 MSM 异性性伴侣 HIV 感染风险, 甚至还会传给下一代^[12-13]。因此, 对 MSM 人群的 HIV 感染状况及影响因素进行深入研究, 显得极其重要。

3.1 龙华区 MSM 人群 HIV 感染分布特征 ①龙华区本地 MSM 的 HIV 感染率显著高于外来人口, 可能是外来人口流动性大, 不愿接受艾滋病哨点的咨询检测, 检出率低。②龙华区市区 MSM 的 HIV 感染率高于郊区 MSM, 究其原因, 可能是市区经济繁荣, 人口众多, 文化更为开放, 对 MSM 群体的包容性大, 而郊区思想往往更为保守, 往往不能容忍 MSM 的存在。③ MSM 经同性传播的人数远多于异性传播, MSM 作为 HIV 感染的桥梁人群, 还能够将 HIV 扩散到更多的异性群体。

3.2 龙华区 MSM 人群 HIV 感染的影响因素分析

多因素 Logistic 回归分析结果显示: ①年龄 ≥ 40 岁者的感染 HIV 风险远高于年龄 < 40 岁者, 可能是随着年龄的增长, 性行为安全意识薄弱, 不愿接受安全套, 且基础性疾病开始出现, 免疫力相对较低, MSM 不愿使用安全套, 防护意识薄弱; ②缺乏性行为保护也是 MSM 感染 HIV 的一个独立高危因素, 提示着安全套等传统性行为保护措施能够有效地防范 HIV 感染, 在未来应该加大宣传力度, 推广安全套的使用; ③吸毒者的 HIV 感染风险远高于无吸毒者, 目前我国吸毒方式仍以注射吸毒为主, 这使得共用注射器的现象屡见不鲜。④合并梅毒等其他性病加剧了 MSM 感染 HIV 的风险, 这与白超^[14]的研究结果相符, 提示着未来要加大对性病门诊的筛查力度。

2017—2019 年间龙华区 MSM 的 HIV 感染率快速上升, 与国内其他城市的监测结果相似, 提示未来一段时间内, MSM 仍是艾滋病防控的重点监测人群。针对于深圳市龙华区 MSM 人群的 HIV 感染分布状况及严峻的防控形势, 我们建议对深圳市龙华

区本地 40 岁以上人群作为重点人群进行干预; 针对于 MSM 人群的 HIV 感染的高危因素, 建议加大吸毒的打击力度, 为性病门诊病人提供 HIV 筛查服务, 同时通过健康教育普及性行为保护措施。

4 参考文献

- [1] 王静, 朱绍汶, 蒋昵真, 等. 南京地区自愿无偿献血者 HIV 感染流行病学分析 [J]. 临床血液学杂志: 输血与检验, 2016, 29(8): 640-642.
- [2] 张静, 王素玲. 石家庄市 2004 至 2014 年无偿献血人群 HIV 感染者流行特征及确证分析 [J]. 河北医药, 2015, 37(20): 3170-3173.
- [3] 王霞, 许晓绚, 吴桂丹, 等. 深圳地区 2003~2014 年献血者 HIV 血液筛查结果及其窗口期确认 [J]. 国际检验医学杂志, 2016, 37(3): 299-302.
- [4] 钱惠忠, 李林, 郭方, 等. 2011 年-2015 年无锡市无偿献血人群 HIV 感染确证情况及特征分析 [J]. 中国输血杂志, 2016, 29(11): 1257-1259.
- [5] 刘阳, 周浩, 杨永光, 等. 对艾滋病随访管理队伍的干预效果评价 [J]. 现代预防医学, 2016, 43(16): 2945-2948.
- [6] 曾亚莉, 谭勇, 杨薇, 等. 四川省某少数民族地区艾滋病随访管理工作现状分析 [J]. 中国卫生事业管理, 2017, 34(6): 472-473.
- [7] 韩孟杰. 贯彻落实防治艾滋病“十三五”行动计划将艾滋病持续控制在低流行水平 [J]. 中国艾滋病性病, 2018, 24(1): 2-4.
- [8] 王旭. 抚顺市 1997-2014 年艾滋病疫情分析 [J]. 中国卫生统计, 2016, 33(2): 307-308.
- [9] 李东亮, 孙喆娅, 张越, 等. 北京市男男性行为人群 HIV 感染情况及相关因素分析 [J]. 中国预防医学杂志, 2016, 17(5): 321-326.
- [10] 柳忠泉. 天津市 2004-2015 年艾滋病病毒感染者 / 艾滋病患者晚发现比例及影响因素 [J]. 中国预防医学杂志, 2016, 17(12): 925-928.
- [11] 邱兴庆, 赵云岩, 孟丽丽, 等. 湖北省襄阳市男男性行为人群艾滋病干预效果分析 [J]. 中国健康教育, 2016, 32(12): 1082-1085.
- [12] 刘燕. 专科护理小组在护理质量管理中的实践 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(1): 118-119.
- [13] 袁爱茵, 程琳, 邹碧霓. 连续性护理对老年慢性病患者知识掌握、自理能力及焦虑情绪的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(4): 42-44.
- [14] 白超. 认知行为干预对抑郁症患者自杀意念的影响 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(9): 141-142.

[2020-03-20 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

高龄胃十二指肠术后患者发生胃瘫综合征的高危因素

刘胜 李霞*

【摘要】目的 探讨高龄胃十二指肠术后患者发生胃瘫综合征(PGS)的高危因素,以便更好地加强防护。

方法 选择2018年1月—2019年8月医院收治的108例高龄胃十二指肠手术患者,根据是否发生PGS,将48例高龄胃十二指肠术后发生PGS患者作为病例组,未发生PGS的高龄胃十二指肠术后患者60例作为对照组,比较两组患者的精神状况、术前访视、术前营养状况、胃肠吻合方式、手术时间、术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间、术后肠外营养时间,分析影响PGS发生的危险因素。**结果** 单因素分析显示,精神状况、术前访视、术前营养不良、手术时间、术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间、术后肠外营养时间是影响胃十二指肠术后发生PGS的因素($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间为影响胃十二指肠术后发生PGS的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 高龄胃十二指肠术后PGS的发生是由多种因素共同作用的结果,术后高血糖、术后腹腔并发症及肠内营养开始时间长是导致术后发生PGS的主要危险因素。

【关键词】 胃十二指肠手术;胃瘫综合征;高危因素;护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.010

High risk factors of gastroparesis syndrome occurred in elderly patients after the gastroduodenal operation

LIU Sheng, LI Xia(People's Hospital of Hunan, Changsha 410000, China)

【Abstract】 Objective To explore the high risk factors of the postsurgical gastroparesis syndrome(PGS) in elderly patients underwent the gastroduodenal operation, in order to strengthen the prevention preferably.

Methods To select 108 elderly patients underwent the gastroduodenal surgery in the hospital from January 2018 to August 2019 as the study objects, according to the occurrence of the PGS, 48 elderly patients underwent the gastroduodenal operation occurred the PGS were set as the case group, and 60 elderly patients underwent the gastroduodenal operation without the PGS were set as the control group, mental status, preoperative visit, preoperative nutritional status, gastrointestinal anastomosis method, operation time, postoperative hyperglycemia, postoperative abdominal complications, starting time of nutrition, postoperative parenteral nutrition time were compared between two groups, the high risk factors affecting the occurrence of PGS were analyzed. **Results** Univariate analysis showed that, mental statue, preoperative visit, preoperative malnutrition, operation time, postoperative hyperglycemia, postoperative abdominal complications, nutritional onset time, postoperative parenteral nutrition time were the influencing factors of the occurrence of PGS after the the gastroduodenal operation($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, postoperative hyperglycemia, postoperative abdominal complications, nutritional onset time were the independent risk factors of the occurrence of PGS after the the gastroduodenal operation($P<0.05$). **Conclusion** The occurrence of PGS in elderly patients after gastroduodenectomy was resulted by the combined effect of various factors, postoperative hyperglycemia, postoperative abdominal complications and long-term enteral nutrition were the main risk factors of the occurrence of PGS after the the gastroduodenal operation.

【Key words】 Gastroduodenal operation; Gastroparesis syndrome; High risk factors; Nursing

术后胃瘫综合征(PGS)是胃十二指肠术后常见的早期并发症,以胃排空障碍,非机械性肠梗

阻为病理基础,临床表现为术后胃引流量多,进食后出现上腹饱胀、膨隆及恶心呕吐,其发生率为0.47%~28.0%^[1-2]。合并有贫血、低蛋白血症、免疫力低下、高龄、糖尿病等基础病的患者,术后易出现吻合口水肿、痉挛或输出性狭窄,是PGS高危

作者单位:410000 湖南省人民医院(湖南师范大学附属第一医院)肝胆外科

*通讯作者

人群,不利于患者术后恢复与疾病愈后^[3]。鉴于此,本研究采用面对面访谈、查阅病历资料、调查问卷的研究方法,对医院收治的胃十二指肠术后发生 PGS 的患者进行调查分析,探讨 PGS 发生的危险因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 1 月—2019 年 8 月医院收治的 108 例高龄胃十二指肠手术患者,根据是否发生 PGS,将 48 例高龄胃十二指肠术后发生 PGS 患者作为病例组,未发生 PGS 的高龄胃十二指肠术后患者 60 例作为对照组。纳入条件:均有胃十二指肠手术指征;临床资料完整;患者及家属知情,并签署知情同意书。排除条件:切除术过程中切除脾等其他脏器者;术前大量使用吗啡、阿托品等影响平滑肌收缩者;合并心、肝、肾等重要脏器损伤或严重感染者。本研究经医院医学伦理委员会审核并通过。

1.2 调查内容及方法

采用面对面问卷、查阅病历资料等方法调查,

内容包括患者的性别、年龄、精神状态、术前访视、术前营养不良、胃肠吻合方式、手术时间、术中出血量、肠内营养开始时间、术后肠外营养时间、术后应用镇痛泵、术后高血糖、术后腹腔并发症。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据,单因素分析中,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非参数秩和检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 影响胃十二指肠术后发生 PGS 的单因素分析

单因素分析结果显示,精神状态、术前访视、术前营养不良、手术时间、术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间、术后肠外营养时间是影响胃十二指肠术后发生 PGS 的因素($P<0.05$)。见表 1。

表 1 影响胃十二指肠术后发生 PGS 的单因素分析

分析因素	类别	例数	病例组(<i>n</i> =48)	对照组(<i>n</i> =60)	χ^2 值	<i>P</i> 值
性别	男	58	26 (44.83)	32 (55.17)	0.007	0.931
	女	50	22 (44.00)	28 (56.00)		
精神状态	良好	46	12 (26.09)	34 (73.91)	10.936	0.001
	不良	62	36 (58.06)	26 (41.94)		
术前访视	是	90	35 (38.89)	55 (61.11)	6.750	0.009
	否	18	13 (72.22)	5 (27.78)		
术前营养不良	是	56	30 (53.57)	26 (46.43)	3.924	0.048
	否	52	18 (34.62)	34 (65.38)		
胃肠吻合方式	Billroth I 式	72	28 (38.89)	44 (61.11)	2.700	0.100
	Billroth II 式	36	20 (55.56)	16 (44.44)		
术后应用镇痛泵	是	60	30 (50.00)	30 (50.00)	1.688	0.194
	否	48	18 (37.50)	30 (62.50)		
术后高血糖	是	42	30 (71.43)	12 (28.17)	20.268	0.000
	否	66	18 (27.27)	48 (72.73)		
术后腹腔并发症	是	52	32 (61.54)	30 (38.46)	11.868	0.001
	否	56	16 (28.57)	40 (71.43)		
年龄(岁)			74.58 ± 2.26	73.82 ± 2.43	1.666*	0.099
手术时间(h)			3.84 (0.52)	3.32 (0.47)	5.449**	0.000
术中出血量(ml)			476.57 ± 98.43	443.62 ± 88.15	1.833*	0.070
肠内营养开始时间(d)			3.21 (0.36)	2.40 (0.27)	13.359**	0.000
术后肠外营养时间(d)			7.64 (1.69)	5.42 (1.57)	7.058*	0.000

**t* 值; ** 中位数比较秩和检验的 *z* 值。

2.2 影响胃十二指肠术后发生 PGS 的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生 PGS 作为应变量,以单因素分析中有统计学意义的因素为自变量,纳入多因素 Logistic

回归分析。结果显示,术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间为影响胃十二指肠术发生 PGS 的独立危险因素 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 影响胃十二指肠术后发生 PGS 的多因素 logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% CI
精神状况	0.872	0.681	1.640	0.200	2.392	0.630~9.086
术前访视	0.876	0.473	3.430	0.064	2.401	0.950~6.068
术后高血糖	1.773	0.852	4.331	0.037	5.888	1.109~31.278
术后腹腔并发症	1.716	0.794	4.671	0.031	5.562	1.173~26.370
手术时间	0.654	0.385	2.886	0.089	1.923	0.904~4.090
肠内营养开始时间	1.841	0.906	4.129	0.042	6.303	1.067~37.217
术后肠外营养时间	0.945	0.603	2.456	0.117	2.573	0.789~8.389

3 讨论

目前,PGS 的发生机制尚不明确,但有大量文献报道^[4-6]其诱发因素主要有:胃十二指肠手术尤其近端胃切除术,双侧迷走神经均被切断,导致胃蠕动功能受损,幽门括约肌呈张力升高,导致胃排空功能减弱;术后胃肠抑制性交感神经系统被激活,直接抑制胃动力,同时,间接通过交感神经末梢释放的儿茶酚胺阻止乙酰胆碱的释放,从而抑制胃肌的电活动,减缓胃排空;远端胃切除术后,胃的整体结构及迷走神经部分被破坏,胃对食物的研磨功能下降,导致胃排空延迟,发生 PGS。

本研究结果显示,术后高血糖、术后腹腔并发症、肠内营养开始时间为影响胃十二指肠术后发生 PGS 的危险因素。

(1) 术后高血糖:高血糖可引起胃肠运动植物神经及自主神经病变,抑制胃动素分泌释放,严重者可导致胃组织生物电节律紊乱,降低胃动力,从而延缓胃排空,引发 PGS^[7]。耿宏等^[8]研究表明,术后合并糖尿病等基础疾病的患者,易出现吻合口水肿、吻合口瘘、输出性狭窄等致胃排空障碍性并发症。本文研究结果显示,术后合并高血糖的患者发生 PGS 的几率是未合并高血糖患者的 5.888 倍,提示术后高血糖是影响胃十二指肠术后发生 PGS 的危险因素。

(2) 术后腹腔并发症:术后腹腔并发症中存在的积液脓肿会刺激腹腔交感神经丛,增加交感神经兴奋性,抑制残胃蠕动,导致胃肠运动功能减弱及麻痹性肠梗阻^[9-10]。杨晓荣等^[11]研究发现,腹腔

手术后出现吻合口瘘、重度感染的患者发生 PGS 的几率是无术后腹腔并发症患者的 45 倍,与本文研究中胃十二指肠术后合并腹腔并发症作为 PGS 危险因素的结论一致。

(3) 肠内营养开始时间:研究表明,肠内营养开始时间越长会增加术后 PGS 的发生几率,肠内营养制剂属于高渗性液体,短时间内大剂量输注会促进肠蠕动,导致肠腔渗透压增高,破坏了胃的内在神经和植物神经正常的神经传递,影响了胃的平滑肌功能,使胃近端胃组织的紧张性收缩功能紊乱。此外,肠内营养开始时间越长,肠道运行功能越弱,导致肠内黏膜层绒毛高度及绒毛细胞增殖能力下降,肠黏膜萎缩往往越严重,肠绒毛萎缩会引起营养吸收障碍,从而引发 PGS^[12-14]。本文研究结果显示,病例组肠内营养开始时间明显晚于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),提示肠内营养开始时间是影响胃十二指肠术后发生 PGS 的危险因素。

为降低胃十二指肠术后 PGS 的发生率,制定如下干预措施:

(1) 心理干预:手术是一种应激源,可使患者产生应激反应,影响回血量及微循环。因此,应完善术前访视制度,加强心理干预,通过向患者解释手术目的、操作流程及注意事项,以消除患者紧张、焦虑等负面情绪,提高患者的手术耐受性和配合度。

(2) 鼻肠管护理:采用 Y 型胶布固定法固定鼻肠管,将 1 根 12 cm × 2 cm 的胶布纵形撕开 2/3 成“Y”型,整端从鼻根至鼻尖贴于鼻梁上,撕开端的 2 条胶布分别由内向外顺时针和逆时针方向向下螺旋贴

于胃管和鼻肠管。

(3) 营养液输注管理: 患者取半卧位, 抬高床头 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$, 预防液体反流和误吸, 营养液温度控制在 $36.9 \sim 37.9^{\circ}\text{C}$, 遵循营养液浓度由低到高、速度由慢到快、容量由少到多的原则, 初始供给量每天 $250 \sim 500\text{ ml}$, 在 $5 \sim 7\text{ d}$ 内逐步达到全量, 输注速度以 20 ml/h 起, 根据患者耐受程度逐步加速并维持滴速在 $100 \sim 200\text{ ml/h}$, 输注时严格按照无菌原则, 可配合泵控制技术辅助输注。

(4) 阶梯式功能锻炼计划: 术后 $6 \sim 24\text{ h}$, 护理人员指导患者进行深呼吸、扩胸、自助侧身、床上坐立等简单运动, 端坐位 10 min 后协助患者下床站立 $5 \sim 10\text{ min}$, $1\text{ 次}/6\text{ h}$ 。术后 25 h , 护理人员指导患者在床边站立 $10 \sim 20\text{ min}$, 室外扶活动输液架行走, 每次 $5 \sim 15\text{ min}$, 每天 $3 \sim 5$ 次。

综上所述, 胃十二指肠术后 PGS 的发生是由多种因素共同作用的结果, 术后高血糖、术后腹腔并发症及肠内营养开始时间长是导致胃十二指肠手术患者术后发生 PGS 的主要危险因素, 护理人员应针对上述危险因素给予针对性护理, 以降低 PGS 的发生风险。

4 参考文献

- [1] 宋彬, 苏妍卓, 舒振波, 等. 远端胃切除术后胃瘫综合症的危险因素分析 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2016, 23(1): 94-96.
- [2] 赵建波, 段红杰, 付冬云, 等. 腹部手术后胃瘫综合征 12 例诊治分析 [J]. 2015, 21(21): 69-70.
- [3] 王飞, 王青萍, 戚利娟, 等. 胃癌根治性胃大部切除术后胃瘫的危险因素分析 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(4): 158-161.
- [4] 肖宝强, 周扬, 孙新增. 老年胃癌患者行根治术后并发十二指肠残端瘘的危险因素分析 [J]. 国际肿瘤学杂志, 2018, 45(4): 210-213.
- [5] 李坤, 赵丽君, 曹廷宝, 等. 腹腔镜胃癌根治术后胃瘫综合征的诊治策略 [J]. 现代肿瘤医学, 2016, 24(6): 927-929.
- [6] 张明星, 张新华. 食管癌术后胃瘫综合征临床诊治分析 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(7): 889-889.
- [7] 孙秀波, 范婷宇. 胃肠手术后胃瘫综合征的临床治疗 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(27): 84-84.
- [8] 耿宏, 徐鸿, 严国度. 探讨胃胰十二指肠术后胃瘫综合征的治疗方式及疗效 [J]. 医学信息, 2015, 28(47): 20-216.
- [9] 赵丽君, 杨甜, 邓欢, 等. 腹腔镜胃癌根治术患者术后胃瘫综合征的护理体会 [J]. 中国临床研究, 2015, 28(10): 1380-1382.
- [10] 谭佳成, Shrestha Sachin Mulmi, 王盼盼, 等. 经口内镜下幽门肌切开术治疗胃大部切除术后胃瘫的疗效分析 [J]. 中华消化内镜杂志, 2019, 36(5): 317-322.
- [11] 杨晓荣, 高金贵. 腹腔镜胰十二指肠切除术患者术后肺部并发症高危因素探讨 [J]. 河北医科大学学报, 2019, 40(3): 319-323.
- [12] 江频, 李栋梁, 宋承鹏, 等. 根治性远端胃大部切除术后胃瘫发生的危险因素分析 [J]. 安徽医学, 2019, 40(2): 144-147.
- [13] 祝永刚, 李威, 司来杰. 肠内营养在腹部非胃手术后胃瘫综合征治疗中的应用评价 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(13): 127-128.
- [14] 谢文勇, 刘以俊, 张大方, 等. 老年患者胰十二指肠切除术后并发症及危险因素分析 [J]. 中华普通外科杂志, 2018, 33(10): 842-844.

[2020-03-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

《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.hlsjyj.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

宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生的危险因素

殷慧香 刘玉灵 董小京

【摘要】目的 探讨宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生危险因素及护理预防对策。**方法** 选择2019年3月—2020年5月在医院收治110例宫颈癌患者为研究对象,其中发生下肢淋巴水肿37例为病例组,未发生下肢淋巴水肿73例为对照组。收集两组患者年龄、BMI、放疗剂量、术后放化疗时间、肿瘤分期、每日站立时间、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、合并感染等资料,并进行统计学处理,确定同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生的独立危险因素,总结相应的护理对策。**结果** 单因素分析显示,年龄、BMI、放疗剂量、术后放化疗时间、肿瘤分期、每日站立时间、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、合并感染均为宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生的相关因素($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,年龄、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、每日站立时间为宫颈癌患者同步放化疗期间发生下肢淋巴水肿的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 护理人员应结合上述影响因素加强防护,及时发现高危患者,及时评估与健康教育,降低其发生风险,促进其康复进程,提高患者生活质量。

【关键词】 宫颈癌;同步放化疗;下肢淋巴水肿;危险因素;预防对策

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.011

Risk factors of the lower extremity lymphedema occurred in the cervical cancer patients during the simultaneous radiotherapy and chemotherapy YIN Huixiang, LIU Yuling, DONG Xiaojing (Affiliated Cancer Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450003, China)

【Abstract】 Objective To investigate the risk factors of the lower extremity lymphedema occurred in the cervical cancer patients during the simultaneous radiotherapy and chemotherapy and the prevention measures. **Methods** To select 110 cervical cancer patients admitted in the hospital from March 2019 to May 2020 as the study objects, 37 patients with the occurrence of lower extremity lymphedema were set as the case group, 73 patients without the occurrence of lower extremity lymphedema were set as the control group. To collect the data of two groups patients: age, BMI, radiation dose, length of postoperative chemoradiotherapy, tumor stage, daily standing time, number of dissected lymph nodes, early functional exercise, co-infection, etc. Statistical process was applied on those data to identified the independent risk factors of the occurrence of the lower extremity lymphedema occurred during the simultaneous radiotherapy and chemotherapy. **Results** Univariate analysis showed that, age, BMI, radiation dose, length of postoperative chemoradiotherapy, tumor stage, daily standing time, number of dissected lymph nodes, early functional exercise, co-infection were the related factors of the lower extremity lymphedema occurred on the cervical cancer patients during the simultaneous radiotherapy and chemotherapy ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that age, number of dissected lymph nodes, early functional exercise, daily standing time were the independent risk factors of the lower extremity lymphedema occurred in the cervical cancer patients during the simultaneous radiotherapy and chemotherapy ($P<0.05$). **Conclusion** Nursing staffs should combine the influencing factors above and strengthen the prevention, recognize the high risk patients in time, evaluate and give the health education in time, reduce the risk of occurrence, promote the recovery process, improve the patients' living quality.

【Key words】 Cervical cancer; Simultaneous radiotherapy and chemotherapy; Lower extremity lymphedema; Risk factors; Preventive response; Prevention measures

基金项目:河南省医学科技攻关计划(联合共建)项目(编号:LHGJ20190653)

作者单位:450003 河南省郑州市,郑州大学附属肿瘤医院(河南省肿瘤医院)

宫颈癌发病率在女性癌症中仅次于乳腺癌而居于第二位^[1], 每年宫颈癌新发病例为 13.52 万例, 且呈不断递增并年轻化趋势^[2]。其发病诱因与病毒感染、营养不良、吸烟、分娩次数和性行为有关, 患病后以阴道异常流血、异常排液、月经不调、便秘等为主要症状^[3]。同步放化疗作为局部晚期宫颈癌患者标准治疗方案, 可有效缓解临床症状, 抑制癌症进展, 但会使淋巴系统造成损伤, 引发盆腔大小淋巴管变窄、毛细淋巴管闭塞、周围组织纤维化等不良现象, 最终导致淋巴回流功能障碍, 使淋巴液大量积聚在组织间隙中, 造成下肢淋巴水肿^[4-5], 是宫颈癌治疗中常见的远期并发症之一, 严重影响患者的心理健康、生活质量及康复预后^[6]。为此, 本研究通过病例对照研究, 分析宫颈癌患者下肢淋巴水肿的高危因素, 为提出针对性护理预防措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 3 月—2020 年 5 月医院收治的 110 例宫颈癌患者为研究对象, 其中发生下肢淋巴水肿 37 例为病例组, 未发生下肢淋巴水肿 73 例为对照组。纳入条件: 年龄 ≥ 18 周岁; 无其他既往病史; 经临床诊断为宫颈癌; 积极配合治疗; 均为首次治疗; 自愿参与本研究并签署知情同意书; 具备正常的沟通能力。排除条件: 精神障碍; 长期药物滥用; 癌症脑部转移; 存在严重心脑血管疾病; 癌症复发。病理类型: 鳞癌 48 例, 腺癌 41 例, 腺鳞癌 21 例。

1.2 资料收集

包括患者年龄、家庭年收入、BMI、婚姻状况、放疗剂量、文化程度、肿瘤分期、每日站立时间、术后放化疗时间、医保情况、疾病认知程度、淋巴结清扫数目、合并感染、早期功能锻炼等。

1.3 下肢淋巴水肿评估

采用下肢淋巴水肿自感症状评估问卷 (GCLQ)^[7] 评估下肢淋巴水肿情况, 该问卷包含疼痛、感染、下肢水肿、沉重感、局部肿胀、麻木、肢体活动功能 7 个症状群、20 个条目, 各条目采用 0~1 分评分, 0 分代表不是, 1 分代表是, 总得分 ≥ 4 分则可确诊为下肢淋巴水肿。该问卷 Cronbach's α 系数为 0.94, 具有良好的信效度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 单因素分析中, 计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验; 采用 Logistic 回归模型进行多因素分析。检验水准

$\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 宫颈癌同步放化疗期间下肢淋巴水肿的单因素分析

病例组与对照组患者年龄、BMI、放疗剂量、术后放化疗时间、肿瘤分期、每日站立时间、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、合并感染比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿的多因素 Logistic 回归分析

将宫颈癌患者同步放化疗期间是否发生下肢淋巴水肿作为因变量, 以单因素分析得出的具有统计学意义的相关因素作为自变量, 进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示, 年龄、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、每日站立时间为宫颈癌患者同步放化疗期间发生下肢淋巴水肿的独立危险因素 ($P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

3.1 宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿发生现状

淋巴水肿属于一种慢性、常见的、进行性疾病, 主要是由组织间隙内蛋白瘀滞引起液体过度蓄积而诱发相关炎症反应, 使脂肪组织增殖及纤维化, 导致所累及身体部位出现皮肤肿胀并丧失灵活性^[8]。下肢淋巴水肿为宫颈癌患者中发病率较高的远期并发症之一, 在宫颈癌放化疗中发生率为 5%~40.2%, 一般发生于治疗后数周或数月^[9]。发病初期以凹陷性水肿为主要特征^[10], 随病情进展逐渐表现为患肢慢性刺痛、肢体麻木、沉重感、运动困难, 最终不断加重组织纤维化和脂肪沉积使患肢变得粗大、表皮角化粗糙、关节功能障碍及活动能力降低等不良表现, 还会增加淋巴管及周围组织炎症和蜂窝织炎的发生风险^[10-11]。多数患者由于患肢的外形变化而导致自我感觉降低, 病耻感严重, 给患者造成较大的心理、生理负担, 成为导致宫颈癌患者生活质量明显下降的主要影响因素^[12]。

3.2 相关因素分析

(1) 年龄: 患者机体各器官功能随年龄的增长呈逐渐下降趋势, 血管内皮结构发生衰退, 淋巴管、静脉吻合网不断减少, 淋巴引流代偿能力降低, 淋巴管和淋巴结缺损后自主修复能力较弱, 加上老年患者体能和免疫力较差, 活动量与年轻患者相比明显更少, 从而更易于导致淋巴回流障碍, 出现下肢

表 1 宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿的单因素分析

分析因素	病例组 (n=37)	对照组 (n=73)	χ^2 值	P 值	分析因素	病例组 (n=37)	对照组 (n=73)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)			12.768	0.002	每日站立时间 (h)			8.472	0.004
<40	7	37			< 6	13	47		
40~	12	21			≥ 6	24	26		
≥ 60	18	15			术后放化疗时间 (月)			5.020	0.025
家庭年均收入 (万)			0.004	0.947	< 1.5	15	46		
<5	18	36			≥ 1.5	22	27		
≥ 5	19	37			医保情况			0.059	0.971
BMI			5.596	0.018	商业保险	11	22		
<25	14	45			城镇医疗	12	25		
≥ 25	23	28			农村医疗	14	26		
婚姻情况			0.038	0.845	疾病认知程度			0.255	0.880
已婚	21	40			好	17	30		
未婚	16	33			一般	12	25		
居住环境			0.363	0.547	较差	8	18		
农村	16	36			淋巴结清扫数目 (个)			7.543	0.023
城市	21	37			< 10	10	33		
放疗剂量 (Gy)			4.445	0.035	11~20	11	26		
<45	10	35			> 20	16	14		
≥ 45	27	38			合并感染			7.216	0.007
文化程度			0.124	0.940	有	5	28		
初中以下	15	28			无	32	45		
高中	13	25			早期功能锻炼			5.676	0.017
大专以上	9	20			有	15	47		
肿瘤分期 (期)			6.717	0.035	无	22	26		
Ia	10	33							
Ib	11	25							
IIa + IIb	16	15							

表 2 宫颈癌患者同步放化疗期间下肢淋巴水肿的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
年龄	1.981	13.293	0.000	7.251	2.500~21.034
淋巴结清扫数目	1.583	8.050	0.005	4.869	1.631~14.531
早期功能锻炼	1.199	5.285	0.022	3.318	1.193~9.225
每日站立时间	1.196	4.890	0.027	3.307	1.146~9.544

淋巴水肿^[13]。

(2) 淋巴结清扫数目: 淋巴结清扫的数目越多, 对淋巴系统的损伤程度就越严重, 导致淋巴引流功能降低, 无法充分引流淋巴液, 进而增加下肢淋巴回流障碍的风险。淋巴结清扫数目 > 20 个下肢淋巴水肿的发生率高达 32.64%, 而清扫数目 < 20 个的发生率 15.8%^[14], 术中应尽量控制对正常组织的损伤率, 在行淋巴结清扫时应严格按照顺序系统清扫, 采用流动水清洗, 及时清除血液和黏液, 使淋巴管损伤及阻塞程度降到最低。

(3) 功能锻炼与站立时间: 长期卧床, 关节僵硬和肌无力, 血液流速减慢, 淤滞在静脉内, 长

时间保持站立位会加重下肢淋巴系统负荷, 不利于淋巴液的回流, 继而增加淋巴水肿^[15]。治疗期间应避免长时间站立或静卧, 尽早开展规律性功能锻炼或定时更换体位, 以促进淋巴系统功能的恢复。

3.3 预防护理对策

①健康信息宣教^[16-17]: 护理人员根据患者文化程度、家庭背景等, 结合实际情况, 播放视频影像资料, 以发放健康手册或进行一对一交流、集体讲座的方式进行健康宣教, 使患者了解宫颈癌的病因、发病率、当前病情程度、预后知识等。侧重向患者讲解放化疗的作用、重要性、不良反应、注意事项以及下肢淋巴水肿的表现、危害性等, 患者对疾病

有更深入的了解,告知患者各项预防措施的具体方法、注意事项,多站在患者的角度给予鼓励和支持,消除不良心理,增强其疾病自我识别与监测的主观积极性。②淋巴手法引流^[18]:指导患者取平卧位,保持身体放松,从下肢踝关节处直到大腿根部依次按摩腿部肌肉,随后采用静止旋转、环状推进、旋转挤压、环形排空的手法为患者行淋巴引流,操作时注意控制力度,手法要轻柔,以免对深筋膜产生压迫而引起淋巴管痉挛。按摩力度要有起伏期,每个部位按摩持续3 s,反复5~6次为1组,3组为1个循环。按摩根据淋巴结回流方向开展,自周围无淋巴水肿的区域至治疗患肢相关区域的淋巴结,遵循先健侧后患侧、先躯干后肢体、先远心端后近心端的顺序,以促进患侧淋巴液淋巴通路回流,达到减轻和消除患肢水肿的作用。③皮肤护理:保持衣物柔软、宽松,减少皮肤摩擦,保持皮肤清洁,避免皮肤出现咬伤、抓伤、割伤等相关损伤或感染现象。会阴部破损皮肤周围使用康乐保皮肤保护粉并覆盖水胶体敷料、绷带包扎,定时观察敷料浸湿情况,及时更换。密切观察、记录下肢皮肤颜色、皮肤瘙痒、出现皮疹、皮肤水肿程度、皮肤温度以及下肢肌肉是否出现深压疼痛等。④运动锻炼:下肢淋巴水肿患者应尽早开展功能锻炼,避免长时间站立或剧烈运动,首先协助和指导患者抬高患肢,早期可在床上开展髋关节、膝关节、踝关节、后跟滑行等被动活动和主动运动,以及主动下肢抬高训练、跖屈和背屈运动、足踝“环转”运动等。还可间歇性充气加压装置进行辅助治疗,配合腹式呼吸,穿戴如弹力袜、弹力绷带、梯度压力长袜、非弹性压缩紧身裤等,随病情缓解可循序渐进地开展快走、慢跑、爬楼梯、骑自行车等运动,以促使组织液回流,达到减轻患者患肢肿胀的效果。

综上所述,年龄、淋巴结清扫数目、早期功能锻炼、每日站立时间为宫颈癌患者同步放化疗期间发生下肢淋巴水肿的主要危险因素,护理人员应根据上述危险因素对患者进行全面评估及健康教育,提前制定针对性预防措施,尽可能降低其发生风险,促进疾病康复。

4 参考文献

- [1] 王宇,宋淑芳,刘凤.我国宫颈癌流行病学特征和发病高危因素的研究进展[J].中国妇幼保健,2019,34(5):1206-1208.
- [2] 钟际香,叶晓红,张文娟.宫颈癌高危因素分析与护理对策的研究进展[J].护理实践与研究,2019,16(13):17-18.
- [3] 石岩.宫颈癌流行病学特征和高危因素的相关研究[J].中国保健营养,2019,29(7):114-117.
- [4] 陈兰兰,高立明,程少会,等.中晚期宫颈癌放化疗患者血清CYFRA21-1水平研究[J].河北医药,2018,40(10):101-103.
- [5] 李霞,孔为民,陈娇,等.中晚期宫颈癌同步放化疗生存情况及其预后相关因素分析[J].中国计划生育和妇产科,2018,10(2):60-63.
- [6] 王晓苏,陈月华,何翠琴.宫颈癌根治术后继发性下肢淋巴水肿危险因素与预防策略[J].护理实践与研究,2020,17(9):86-88.
- [7] 赵耀红,祁志宇,郭东侠,等.宫颈癌治疗后下肢淋巴水肿的疗效观察[J].糖尿病天地·教育(上旬),2018,15(6):19-20.
- [8] 巴特,张卫东,牛瑞,等.中医治疗宫颈癌根治术后下肢淋巴水肿研究概况[J].山西中医学院学报,2019,20(3):67-70.
- [9] 郭昊然,赵天易,赵美丹,等.妇科恶性肿瘤术后下肢淋巴水肿治疗的中西医临床研究进展[J].环球中医药,2020,13(3):511-517.
- [10] 刘高明,胡进,刘媛媛,等.宫颈癌治疗后继发性双下肢淋巴水肿患者的护理[J].护理学杂志,2019,34(9):37-39.
- [11] 邓媛.宫颈癌治疗后下肢淋巴水肿危险因素的Meta分析[J].护士进修杂志,2019,34(6):498-502.
- [12] 畅惠,高新萍,贺燕娇.浅析髋关节全范围运动预防宫颈癌患者术后下肢淋巴水肿[J].人人健康,2020,(2):38-39.
- [13] 宫晨,熊慧华,张明生,等.系统性康复训练联合迈之灵片治疗宫颈癌患者同步放化疗后下肢淋巴水肿[J].大连医科大学学报,2018,40(3):209-212,218.
- [14] 帅经纬.微波复合理疗对宫颈癌患者放疗后淋巴水肿干预效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(51):99.
- [15] 彭莉贞,熊艳,曾婷婷,等.重力压力理论预防宫颈癌术后下肢淋巴水肿的效果分析[J].现代医药卫生,2020,36(3):437-439.
- [16] 苏伟才,梁雅楠,路虹,等.宫颈癌患者治疗后下肢淋巴水肿的调查分析[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(11):1314-1316.
- [17] 唐军辉.健康教育在宫颈癌筛查中提升疾病认知的效果[J].护理实践与研究,2018,15(2):105-107.
- [18] 奚兰花,张小萍.循证护理对宫颈癌患者放疗后并发症与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(13):101-103.

[2020-12-06 收稿]

(责任编辑 陈景景)

原发性肝癌患者心理弹性现状及影响因素分析

李芸芸 李丽 朱秀秀 黄帅 张兰凤*

【摘要】目的 了解原发性肝癌患者心理弹性的现状,分析心理弹性与人口学特征、疾病特点、应对方式、人格特质、自我效能、家庭关怀的关系,探索影响原发性肝癌患者心理弹性的主要因素。**方法** 选取2018年1—12月在上海某三甲专科医院住院治疗的377例原发性肝癌患者,使用中文版心理弹性量表(CD-RISC)、简易应对方式问卷、大五人格量表、自我效能感量表和家庭关怀度指数量表进行调查,应用多元线性回归分析原发性肝癌患者心理弹性的主要影响因素。**结果** 377例患者心理弹性得分平均 57.66 ± 18.02 分。相关性分析结果显示:积极应对、消极应对、人格外倾性、宜人性、责任感、开放性、自我效能、家庭关怀度与患者心理弹性呈正相关($P < 0.05$);人格神经质与患者心理弹性呈负相关($P < 0.001$)。多元线性回归分析结果显示:自我效能、积极应对、人格外倾性、家庭关怀度、责任感为影响患者心理弹性的主要因素($P < 0.05$)。**结论** 原发性肝癌患者心理弹性水平偏低。无职业、文化程度低、家庭人均月收入低、非手术治疗的患者的心理弹性较低。临床护理人员应加强该人群的心理状态评估,早期识别心理弹性水平低的患者,护士应指导患者采用积极应对方式,激励患者的自我效能,鼓励家属给予患者足够的家庭关怀,共同促进患者心理弹性水平的提高。

【关键词】 原发性肝癌;心理弹性;影响因素;自我效能;应对方式

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.012

Primary liver cancer patients' psychological resilience statue and analysis of the influencing factors LI Yunyun, LI Li, ZHU Xiuxiu, HUANG Shuai, ZHANG Lanfeng(NO.3 Affiliated Hospital of Naval Medical University, Shanghai 200438, China)

【Abstract】 Objective To explore the primary liver cancer patients' psychological resilience statue, analyzed the relationship between the psychological resilience and demographic characteristics, disease characteristics, coping style, personality traits, self-efficacy, family care, found out the mainly effect factors of the primary liver cancer patients' psychological resilience. **Methods** To select 377 liver cancer hospitalized patients admitted in a Shanghai class A specialized hospital from January to December 2018, research was underwent by using the Connor- Davidson resilience scale (CD-RISC) in Chinese version, simplified coping style questionnaire, big five personality scale, general self-efficacy scale and family APGAR index, the multiple linear regression was applied to find out the main influencing factors of the primary liver cancer patients' psychological resilience. **Results** The average psychological resilience score of 377 patients was 57.66 ± 18.02 , Correlation analysis results showed that: positive coping, negative coping, personality extroversion, agreeableness, sense of responsibility, openness, self-efficacy, family care and the patients' psychological resilience were positive correlation($P < 0.05$), Personality trait showed that negative correlation with the patients' psychological resilience($P < 0.001$). The multiple linear regression showed that self-efficacy, positive response, personality extroversion, family care and responsibility were the main factors effect the the patients' psychological resilience($P < 0.05$). **Conclusion** The psychological resilience level of the primary liver cancer patients was low. Unemployed, low educated level, low average monthly income, non-surgical treated patients' psychological resilience were low. Clinical nursing staffs should strengthen the physical statue assessment of those patients, identified early those patients with the low level psychological resilience, the nurses should guide the patients to cope positively, stimulate the patients' self-efficacy, encourage the family members offer the patients more care, promote the patients' psychological resilience

作者单位:200433 上海市,海军军医大学第三附属医院(李芸芸,李丽,朱秀秀,黄帅);南通肿瘤医院护理部(张兰凤)

* 通讯作者

together.

【Key words】 Primary liver cancer; Psychological resilience; Influencing factors; Self-efficacy; Coping style

原发性肝癌(primary liver cancer, PLC)是临床常见的消化系统恶性肿瘤,其恶性程度高、复发率高、五年生存率不足10%^[1]。罹患肝癌作为重大生活应激事件,不仅给患者带来疾病痛苦,同时还使其产生巨大精神压力^[2],焦虑、恐惧、抑郁等负性情绪尤为突出,巨大的精神压力为患病后生活质量及患者心理护理带来诸多难题^[3-4]。随着临床心理护理研究的深入,临床心理护理学者倡导转换视角^[5],护理人员应更多关注如何引导患者接受疾病、积极应对、提高恢复能力。心理弹性译自英文单词“Resilience”。美国心理学会^[6]将其定义为个体面对逆境、创伤、悲剧、威胁或重大压力事件时能良好处理及适应的能力,也就是指个体在面对压力时表现出的较强内心不降反升的反弹能力。虽然目前研究者们对该名词的概念尚未明确统一,但对其主要表现及心理特征已形成的共识,即面对压力源、增加适应性、恢复正常行为表现和保持心理健康^[7]。心理弹性受影响因素较多,本研究对377例PLC住院患者的心理弹性水平及其影响因素进行调查分析,为临床护理人员对患者实施积极心理干预提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1—12月在上海某三甲专科医院肝外科住院的PLC患者。纳入条件:经病理诊断为原发性肝癌;意识清楚,具有基本语言理解及沟通能力;年龄大于18岁;自愿参与本研究;本人知晓所患疾病。排除条件:伴随心、脑、肾等其他重要脏器的严重疾患;伴有精神疾病史;复发性肝癌及肝外转移。

1.2 调查工具

1.2.1 患者的基本资料调查表 采用自行设计的PLC患者基本资料调查表,评估患者人口统计学特征,包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、宗教信仰、治疗方式、家庭人均月收入、医疗费用支付方式等。

1.2.2 心理弹性量表(CD-RISC) 该量表中文版由于肖楠^[8]于2005年汉化,包含坚韧性、力量性和乐观性3个维度,共25个条目,其内部一致性Cronbach's α 系数为0.89,具有较好的效度。

1.2.3 简易应对方式问卷 该量表由解亚宁^[9]于1998年编制,具有简捷、易使用的特点,包含积极

应对和消极应对2个维度共20个条目,采用0~3级评分方法,其信度检验Cronbach's α 系数为0.90,重测信度0.89,具有较好的效度。

1.2.4 大五人格量表 该量表包括外倾性、宜人性、责任感、神经质、开放性5个维度共44个条目,均采用李克特氏5级评分,各维度得分越高说明该维度倾向性越强^[10]。

1.2.5 自我效能感量表 由德国学者及同事编制的单维度量表,开始为20个条目,后经过修订改进为10个条目。我国学者王才康等^[11]汉化,为单维度10个条目的李克特氏4级量表,其内部一致性Cronbach's α 为0.87,间隔10d左右重测信度为0.83,折半系数为0.90,具有较好信度;10个条目和总量表分的相关性都大于0.60,有较好的内部一致性。

1.2.6 家庭关怀度指数量表(APGAR) 由美国学者于1978年编制,我国学者汉化使用后,主要用于评价研究对象的家庭功能满意度^[12]。采用3级评分,每题0~2分,总分10分。得分 ≥ 7 分属于高功能家庭,4~6分属于低功能家庭,0~3分为无效家庭。APGAR因量表条目少,使用简单、便捷,其内部一致性Cronbach's α 为0.728。

1.3 调查方法

本研究通过医院临床研究伦理委员会审批,征得医院主管部门批准后,研究人员进入肝外科病房。了解患者病情,明确研究对象。调查问卷由研究人员逐一发放,发放前与患者及家属沟通,讲解本研究的目的和意义。征得同意后,讲解问卷填写方法和要求,在患者充分理解及知情同意后填写问卷,由研究人员本人当场收回。本研究共发放问卷400份,回收问卷389份,剔除12份无效问卷,有效问卷共377份,问卷有效率为96.92%。

1.4 统计学处理

双人数据录入EpiData3.1数据库,使用SPSS 19.0统计学软件处理数据。计量资料先进行正态性检验,服从正态分布的以“均数 $\pm$ 标准差”表示,两组间均数比较采用 t 检验;多组间均数比较采用ANOVA;用Pearson或Spearman相关分析对患者心理弹性与应对方式、人格等进行相关性分析,用多元线性回归分析找出影响PLC患者心理弹性的主要因素。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 研究对象的一般资料

377例患者中,男323例,女54例;年龄22~83岁,平均 54.07 ± 11.30 岁;有宗教信仰49例,无宗教信仰328例;文化程度:文盲19例,小学69例,初中128例,高中/中专89例,大专及以上72例;婚姻状况:已婚360例,未婚7例,离异或分居10例。

2.2 PLC患者心理弹性现状

377例PLC患者心理弹性总分为 57.66 ± 18.02

分,各因子均分最高为坚韧性因子 29.50 ± 9.83 分,其次为力量性因子得分 19.78 ± 6.45 分,最低的是乐观性因子得分 8.37 ± 3.19 分。

2.3 PLC患者心理弹性的单因素分析

PLC患者心理弹性受职业、文化程度、家庭人均月收入、手术切除的影响($P<0.05$),有固定职业的患者心理弹性得分高,文化程度高的患者心理弹性得分高,家庭人均月收入高的患者心理弹性得分高,行手术治疗的患者心理弹性得分高,见表1。

表1 PLC患者心理弹性的单因素分析(分)

分析因素	例数	得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	分析因素	例数	得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别			1.848	0.066	文化程度			8.730*	0.000
男	323	58.36 ± 17.32			文盲	19	42.74 ± 21.53		
女	54	53.48 ± 21.43			小学	69	52.54 ± 18.45		
年龄(岁)			0.617*	0.605	初中	128	56.35 ± 16.98		
<30	8	64.88 ± 7.77			高中中专	89	61.64 ± 17.06		
31~	76	56.22 ± 16.34			大专及以上	72	63.90 ± 15.85		
46~	234	57.71 ± 18.65			家庭人均月收入(元)			4.372*	0.005
65~	59	58.34 ± 18.57			<1000	61	55.62 ± 18.21		
民族			1.858	0.064	1001~	120	54.43 ± 19.31		
汉	371	57.44 ± 18.01			3001~	127	58.47 ± 16.29		
其他	6	71.17 ± 13.60			5001~	69	63.76 ± 17.36		
宗教信仰			0.420	0.675	支付方式			1.908*	0.128
有	49	56.65 ± 18.43			城居医疗保险	84	59.32 ± 16.21		
无	328	57.81 ± 17.98			新农合	155	55.17 ± 19.19		
职业状况			4.744	0.000	职工医疗保险	105	60.14 ± 18.35		
有	204	61.60 ± 16.84			自费	33	57.21 ± 14.44		
无	173	53.01 ± 18.29			病程(个月)			0.769*	0.512
婚姻			1.071*	0.344	≤1	100	59.75 ± 16.43		
已婚	360	57.93 ± 18.10			2	67	55.84 ± 18.06		
未婚	7	55.00 ± 11.26			3	46	56.28 ± 18.25		
离异/分居	10	49.78 ± 19.12			>3	164	57.51 ± 18.88		
手术切除			2.096	0.037					
是	272	58.86 ± 17.77							
否	105	54.54 ± 18.37							

**F* 值。

2.4 PLC 患者心理弹性与应对方式、人格、自我效能及家庭关怀度的相关性

PLC 患者心理弹性总分与积极应对、消极应对、人格外倾性、宜人性、责任感、开放性呈正相关 ($P<0.05$) ; 心理弹性总分与神经质呈负相关 ($P<0.05$) ; 患者心理弹性总分与自我效能、家庭关怀度呈正相关 ($P<0.05$) , 见表 2。

表 2 PLC 患者心理弹性与应对方式、人格、自我效能及家庭关怀度的相关性分析 (r)

项目	心理弹性总分	坚韧性	力量性	乐观性
积极应对	0.46 [*]	0.42 [*]	0.43 [*]	0.41 [*]
消极应对	0.11 [*]	0.13 [*]	0.07 [*]	0.11 [*]
外倾性	0.41 [*]	0.40 [*]	0.39 [*]	0.32 [*]
宜人性	0.39 [*]	0.32 [*]	0.40 [*]	0.39 [*]
责任感	0.42 [*]	0.40 [*]	0.44 [*]	0.28 [*]
神经质	-0.30 [*]	-0.26 [*]	-0.32 [*]	-0.25 [*]
开放性	0.43 [*]	0.42 [*]	0.41 [*]	0.30 [*]
自我效能	0.66 [*]	0.62 [*]	0.63 [*]	0.56 [*]
家庭关怀度	0.21 [*]	0.20 [*]	0.20 [*]	0.14 [*]

* $P<0.05$ 。

2.5 PLC 患者心理弹性影响因素的多元线性回归分析

依据单因素分析结果, 将文化程度、职业、家庭人均月收入、手术切除、应对方式、大五人格、自我效能、家庭关怀度的各维度为自变量, PLC 患者心理弹性评分作为因变量, 进行多元线性回归分析, 采用逐步进入法进入模型 (进入模型的概率为 0.05, 移除模型的概率为 0.10)。分析前用 TOL 与 VIF 进行变量间的多重共线性检验, TOL 值为 0.755~0.971, VIF 值为 1.030~1.325, 故变量间不存在共线性。本研究结果显示, PLC 患者的自我效能、积极应对、外倾性、家庭关怀度、责任感变量进入回归方程, 是 PLC 患者心理弹性水平的影响因素 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 PLC 患者心理弹性多元逐步回归分析

分析因素	偏回归系数 (B)	标准化回归系数 (Beta)	t 值	P 值
常数	-28.778	-	-5.616	0.000
自我效能	1.336	0.473	11.887	0.000
积极应对	0.628	0.234	6.177	0.000
外倾性	0.543	0.131	3.298	0.001
家庭关怀度	1.017	0.119	3.350	0.001
责任感	0.436	0.126	3.142	0.002

注: $R^2=0.550$, 调整 $R^2=0.544$, $F=90.424$, $P=0.002$ 。

3 讨论

3.1 PLC 患者心理弹性整体水平偏低

随着生物—心理—社会医学模式的发展,心理状态已成为评估患者总体健康状况的重要组成部分。心理弹性作为心理恢复的重要能力在压力应对、提高适应性、恢复正常行为表现方面发挥显著意义,是心理状态评估的重要内容。本研究结果显示,377例 PLC 患者的心理弹性得分为 57.66 ± 18.02 分,总分及各维度得分均低于乳腺癌患者心理弹性得分^[13]。这可能与原发性肝癌恶性程度高、预后较差、患者的心理压力大有关,这也提示临床护理人员,目前 PLC 患者心理弹性水平恢复尚有提升空间。

3.2 PLC 患者心理弹性的影响因素分析

3.2.1 文化程度高的 PLC 患者心理弹性水平较高 本研究显示,不同文化程度的患者的心理弹性有差异,且患者心理弹性水平与文化水平程度呈正相关,其中大专及以上学历文化水平的 PLC 患者心理弹性得分最高。进一步组间比较发现,高中中专文化程度患者心理弹性水平得分高于初中、小学及文盲患者,但与大专及以上学历文化程度的患者心理弹性水平得分比较差异无统计学意义。究其原因可能是文化水平程度与患者成熟度有关,文化程度高的患者更倾向于采用成熟的、理智的方式处理疾病诊断、治疗中遇到的问题,且更能激发患者个人自我效能,从而积极有效地应对各种困难,利于心理弹性水平的恢复^[14]。

3.2.2 家庭收入高的 PLC 患者心理弹性水平较高 对学龄期癌症儿童父母的心理弹性研究显示,家庭人均月收入高的父母心理弹性水平高^[15]。这与本调查研究显示的家庭人均月收入与 PLC 患者心理弹性呈正相关的研究结果一致。究其原因可能是较高的收入可为癌症患者及其家庭提供更多治疗途径,提供尝试最新前沿治疗的机会,给患者的疾病治疗带来更多积极信息,从而提高患者应对能力,恢复心理弹性。

3.2.3 PLC 行手术的患者心理弹性水平较高 本研究结果显示,不同治疗方式的 PLC 患者心理弹性评分比较差异有统计学意义。由于 PLC 患者的高复发率,手术仍是目前我国 PLC 的主要和首选治疗方式,患者在得知罹患肝癌后,首选的、以及最迫切想解决的治疗方式是手术,希望通过手术切除去除病灶。当疾病的发展或自身原因不能手术或者无法首选手术治疗时,可能会影响患者情绪及心理弹性水平的

调整。

3.2.4 自我效能与 PLC 患者心理弹性呈正相关 本研究显示,PLC 患者的心理弹性与其自我效能感呈正相关。自我效能越强的癌症患者越易建立积极的心理,提高疾病治疗的信心。钟碧珍等^[16]对宫颈癌患者的研究表明,自我效能高的患者能有效应对疾病的不确定感、症状困扰及负性情绪,其心理弹性水平高,这与本研究结果一致。临床护理人员可通过有效健康宣教等改变患者的认知,使其减少负面情绪,积极参与疾病的临床治疗决策,从而改进心理弹性水平。

3.2.5 应对方式与 PLC 患者心理弹性呈正相关 本研究显示应对方式是影响 PLC 患者心理弹性水平的重要变量,不仅患者心理弹性水平总得分受积极应对的影响,并且心理弹性各因子得分均受到患者应对方式的影响。由此可见,积极应对是患者心理弹性的重要促进因素,这与蔺巧莲^[17]对中青年乳腺癌患者的研究结果一致。在本研究中消极应对与心理弹性水平也有相关性,究其原因可能由于积极应对与消极应对产生的行为结果是相对的,积极应对方式与消极应对方式随着时间推移存在变化趋势,且“接受现实”和“自己安慰自己”条目归为消极应对方式,实际却对缓解挫折打击有缓冲作用。临床护理人员需观察 PLC 患者的情绪,判断其应对方式,帮助患者调整应对策略,及时处理消极情绪,积极进行心理调适,改善心理弹性。

3.2.6 人格特质对 PLC 患者心理弹性水平的影响方向不同 本研究显示,PLC 患者心理弹性水平与其大五人格的外倾性、宜人性、责任感和开放性呈正相关,与其神经质呈负相关。人格特质维度中外倾性、责任感进入回归方程,其中外倾性表现为热情、主动、健谈且喜欢参与集体活动。外倾性得分高的患者更积极主动地寻求他人帮助和社会联系,在疾病治疗中更容易感受积极的情绪。责任感是反映能力、条理性、责任心的个人特质,该因子得分高的患者具有较高的治疗预期,并配合治疗努力实现目标,且自律、治疗依从性好,思想成熟,不冲动。宜人性和开放性表现为善解人意、乐观且有创造性的特质,在治疗中更愿意接受新事物,对新治疗方法愿意尝试。神经质作为人格特质中的唯一与患者心理弹性负相关的因子,该因子得分高的患者在治疗中行事冲动、情感脆弱,影响其心理弹性的恢复。临床护理人员应能初步识别患者人格特质,及时进行心理状态评估,尽早发现心理弹性水平较

低的患者。

3.2.7 家庭关怀度与 PLC 患者心理弹性呈正相关 本调查研究显示, PLC 患者的心理弹性水平与家庭关怀度呈正相关, 在多元逐步回归分析中, 家庭关怀度进入回归方程, 显示其为心理弹性水平的重要预测因子。唐颖等^[18]对直肠癌患者的研究结果显示, 患者的心理弹性水平受到其家庭关怀度的影响, 这与本研究结果一致。家庭作为重要的社会组成部分对心理弹性水平的提高有积极作用, 良好的家庭氛围, 以及来自家族成员间的相互支持可以为 PLC 患者提供物质和精神帮助, 从而对疾病的治疗效果有一定促进作用。临床护理工作在工作中应对患者及其家人同时给予支持, 帮助患者与家庭成员团结协助, 共同度过治疗过程中的难关, 克服痛苦, 提高家庭功能和心理弹性水平。

4 小结

PLC 住院患者心理弹性水平较低。无职业、文化程度低、家庭人均月收入低、非手术治疗的 PLC 患者心理弹性水平低。临床护理人员应加强该人群的心理状态评估, 早期识别心理弹性水平低的患者, 尽早进行临床心理干预, 以促进患者心理健康, 从而利于患者疾病恢复。患者心理弹性主要受自我效能、积极应对、家庭关怀度、人格外倾性和责任感的影响。临床护士应指导患者采用积极应对方式, 激励患者的自我效能, 鼓励家属给予患者足够的家庭关怀, 共同促进患者心理弹性水平的提高。

5 参考文献

- [1] Wang HB, Lu ZM, Zhao XX. Tumorigenesis, diagnosis, and therapeutic potential of exosomes in liver cancer[J]. *Journal of Hematology Oncology*, 2019, 12(1):133.
- [2] Delaporte E, Peeters M, Simoni M, et al. HTLV-I infection in western equatorial Africa[J]. *Lancet*, 1989, 2(8673):1226.
- [3] 钱多, 徐旭娟, 范琳琳, 等. 原发性肝癌病人负性情绪和生活质量相关因素的研究进展[J]. *护理研究*, 2014, 28(4):399-402.
- [4] 金娟, 朱守林, 高静, 等. 尊严疗法联合心理干预对终末期原发性肝癌患者负性情绪和生活质量的影响研究[J]. *实用肝脏病杂志*, 2018, 21(5):805-806

- [5] 刘淳淳, 张兰凤, 石松松, 等. 癌症患者疾病获益感的影响因素[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2017, 26(1):41-45.
- [6] Association TAP. The Road to Resilience: what is resilience [EB/OL]. (2010-12-20)[2020-12-23]. <https://www.apa.org/practice/programs/campaign/secure/road-resilience/resilience>.
- [7] Garroway A. Resilience in Parkinson's disease: An empirical examination of age-related components of the construct[D]. Virginia Commonwealth University, 2014.
- [8] 于肖楠. Connor-Davidson 韧性量表 (CD-RISC) 在中国大陆的应用[A]. 中国心理学会. 第十届全国心理学学术大会论文摘要集 [C]. 中国心理学会: 中国心理学会, 2005:779.
- [9] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 1998(2):114-115.
- [10] 李璐璐, 张蒙悦, 赵雯倩, 等. 中文版 10 项目大五人格量表在乳腺癌病人中应用的信效度分析[J]. *护理研究*, 2019, 33(6):970-973.
- [11] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. *应用心理学*, 2001, 7(1):37-40.
- [12] 栾凤焕, 杜亚松. 家庭功能评估量表的应用现状[J]. *中国儿童保健杂志*, 2016, 24(12): 1287-1289.
- [13] 吴子敬, 刘叶, 李小寒. 乳腺癌患者心理韧性现状及其与焦虑抑郁的关系[J]. *中国医科大学学报*, 2018, 47(1):78-81.
- [14] 何苗, 张静. 癌症患者心理弹性影响因素及干预措施的研究进展[J]. *中国护理管理*, 2015, 15(7):880-883.
- [15] Kim DH, Yoo IY. Factors associated with resilience of school age children with cancer[J]. *J Paediatr Child Health*, 2010, 46(7-8):431-436.
- [16] 钟碧珍, 冯彤玉, 陈翠荣, 等. 宫颈癌患者创伤后成长与心理弹性、自我效能的关系研究[J]. *中国临床护理*, 2016, 8(3):207-209.
- [17] 蔺巧莲. 中青年女性乳腺癌患者心理弹性与应对方式的相关性研究[J]. *中国实用护理杂志*, 2017, 33(30):2376-2380.
- [18] 唐颖, 沈忱, 陈玲. 直肠癌患者创伤后应激障碍的发生与心理弹性及家庭支持的相关性研究[J]. *现代医学*, 2018, 46(11):1286-1288.

[2021-01-05 收稿]

(责任编辑 陈景景)

国内重症监护病房临终患者救治选择影响因素定性研究的系统评价

黄晓君 梁金燕 向洁

【摘要】 目的 系统评价国内重症监护病房临终患者治疗选择的影响因素。方法 计算机检索中国知网、维普和万方数据库等,搜集有关重症监护病房临终患者治疗选择影响因素的定性研究文献,采用定性系统评价证据分级工具对研究的质量进行评价。结果 通过筛选,共纳入5篇定性研究,包括21名ICU护士、53名ICU患者家属,综合结果显示,国内重症监护病房临终患者的救治选择主要受社会、家庭、医疗3个维度因素的影响。结论 建立由家属、患者和医护人员共同组成的临床决策共享模式,有助于为临终救治选择提供帮助。

【关键词】 临终患者;救治选择;定性研究;系统评价

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.013

随着现代医学的不断发展,重症监护病房患者救治率不断提高,生存时间也在不断延长。现代医疗手段虽然可以延长临终患者的生命,但是仍然无法逆转死亡的事实。因此,对于既定的临终患者,怎样选择适当的救治手段是社会、医疗、家庭面临的一个共同难题,恰当的治疗手段既可以降低患者痛苦,也可以减少医疗负担、更可以节省医疗资源。2014年5月,欧洲委员会发布《临终医疗决定程序指南》^[1],该指南为临终患者救治选择提供了实质性的原则和指导。但无论选择哪种方式进行救治都是经过协商后的综合决定,既要医护人员基于临床诊断而提出的意见,也要尊重患者本人及其家属的意见。中国缺乏死亡教育,一直对死亡怯于启齿,使得临终患者大多数对自己的死亡没有决定权。此外,影响救治选择最终决定的因素又常常包含社会文化、道德、法律、经济等诸多方面^[2],如:受传统观念的影响,总是有一部分人,在做没有抢救价值的抢救,直至患者死亡^[3];还有一些意外导致的病危,家属往往会因一时难以接受而坚持绝不放弃的救治态度^[4]。而实际上,执意的救治只会给患者带来更多身体上的痛苦和心理上的煎熬。因此,全面、系统地了解临终患者的真实需要,对于帮助临终患者或者家属选择合适的救治方式具有重要的指导意义。基于此,围绕患者或家属需求、医护人员认知,应用定性系统评价方法,全面对国内研究重

症监护病房临终患者救治选择影响因素进行评价,可帮助临终患者或家属选择合适的救治方式,为EICU、ICU开展临终护理,提供相应的参考依据。

1 资料与方法

1.1 文献资料纳入与排除条件

(1) 纳入条件:研究内容与重症监护病房临终患者治疗选择影响因素相关;研究对象为中国患者、患者家属、医护人员;研究设计属定性研究/质性研究。

(2) 排除条件:重复发表的文献;会议摘要;无法获取全文的文献;研究对象为国外的患者、家属、医护人员;原始资料不完整,文献无法利用。

1.2 检索策略

利用计算机检索中国生物医学文献数据库、中国知网、维普和万方数据库,检索起止为建库至2020年3月30日。采用主题词(定性研究 OR 质性研究)与自由词(临终 AND 影响因素)相结合检索方式进行搜索。

1.3 文献筛选与资料提取

2名研究者根据纳入以及排除条件独立筛选文献,提取有用的信息。运用小组讨论解决有异议的内容。提取相关信息包括:①研究的基本信息,即研究题目、研究摘要、作者、发表时间、研究样本量、研究对象、数据收集方式等。②重症监护病房临终患者治疗选择的影响因素。

1.4 纳入研究的偏倚和证据分级评价

2名研究者利用定性系统评价证据分级工具——CERQual^[5]对纳入的文献进行筛选,综合各

个研究方法的相关性、一致性、数据充分性以及局限性,对结果给出信度分级——高、中、低、极低4个等级。

1.5 定性资料合成

参照提高定性研究合成报告透明度 (ENTREQ) 指南^[6],由2名研究者对研究结果进行初步归纳,整理形成重症监护病房临终救治选择影响因素的主题类别,再对主题内容进行阐释和提炼,形成为决策提供证据。不能达成一致的主题由第3名研究者提出建议并统一意见。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检获取文献618篇,剔除定量研究论文563篇,综述28篇,重复文献4篇,政策类文献5篇,研究内容、研究对象不符合纳入标准13篇,最终纳入5篇进行系统评价。

2.2 纳入研究的基本特征

参与者包含21名ICU护士、53名ICU患者家属,纳入研究的基本特点见表1。

表1 纳入研究的基本特征

纳入研究	样本量	参与者 / 研究对象	数据收集方法	影响因素
曹梅利等 ^[7] 10名ICU护士面对面半结构性深度访谈	10	护士	访谈笔录	S、F、M
李明珍等 ^[8] 36名ICU患者家属非结构式访谈	36	患者家属	访谈笔录	S、F
沈乐等 ^[9] 7名ICU患者家属深度访谈	7	患者家属	访谈笔录	S、F
吴奇云等 ^[10] 11名ICU护士一对一半结构式深入访谈	11	护士	访谈笔录	S、F、M
刘梦婕等 ^[11] 10名ICU患者半结构式访谈	10	患者家属	访谈笔录	S、F、M

注: S表示社会因素, F表示家庭因素, M表示医疗因素。

2.3 主题综合结果

2.3.1 社会文化因素

(1) 传统观念: 传统的“孝道”思想对重症监护病房患者的救治选择有一定影响。即使大部分人能感受到患者的痛苦,但仍然会为了最后一点救治的可能进行抢救,否则就可能会受到来自社会和自己内心的道德谴责。

(2) 情感需求: 多数情况下,家属的心理需求在一定程度上影响着临终救治的选择。家属都不愿接受失去亲人的痛苦,尤其对于突发意外的临终患者,要在短时间内接受亲人即将离开的现实,对家属的心理承受能力是一个巨大的考验。此时,只要还有一线希望,家属通常都会做出积极救治的决策。纵然是医务工作者^[12]在做类似决定的时候,也会表现为一种非救不可的心情,不愿眼睁睁看着亲人离开。

(3) 医疗费用支付方式: 高昂的医疗费用给患者家庭带来沉重的经济负担,但只要参加公费医疗、城镇医保或购买商业保险,且家庭经济条件宽裕的患者家属,只要有一丝希望往往都会坚持救治^[13]。

(4) 死亡态度: 对患者死亡观念的改变以及生命的尊重决定着临终患者和家属的临终救治选择。调查显示,在美国、加拿大、瑞士等国家,

ICU的病死率为10%~20%^[12-15]。复旦大学附属中山医院2011年ICU死亡患者占全院患者死亡人数的35.2%^[16]。可见,死亡是目前人类经验无法到达的领域,无论医学如何发达,任何人都会面临自己或亲人生命的终结。因此,以正确的态度面对死亡,原来生死只不过是生命的一种自然流程。

(5) 临终场所: 研究中所有的受访者都曾向患者家属询问是否有合适的临终场所,这也影响着家属的救治决策,合适的临终场所是提高患者临终生命质量的重要条件。实际上,国家临终关怀政策的目标是让患者在家中去世,但一些地区大多数患者并不愿在家中去世,因此,医院急诊科、重症监护室等就成为临终关怀和死亡的常见场所。基于人道,尽管一些重症监护病房允许患者离开时部分亲人的陪伴,但重症监护病房显然不是一个良好的临终场所。

2.3.2 家庭因素

(1) 家庭经济状况: 这是决定患者家属选择积极或消极救治的最重要因素。尽管现实中有公费医疗、医疗保险等多种支付方式,但长期住院、自费项目等开支,仍然使得不少家庭,特别是经济较差的家庭致贫。即使患者家庭开始要求坚持积极抢救,但往往最后会因为无法承担高昂的医疗费用而被迫

选择放弃治疗。

(2) 家属意愿：当谈论到是否放弃治疗时，很多家属会出现逃避的态度。因此，家属意见不明确、不统一的结果往往是以继续治疗而结束。而且，当家属意见不一致的时候，大部分家属不愿意承担“放弃治疗”的决定者，不愿被人标上“不孝”的标签。

(3) 患者意愿 / 权益：在我国，要做到尊重患者本人的意愿存在很大困难。因为对于临终患者，医护人员及家属都过分强调“保护性医疗”，患者几乎没有表达自己意愿的机会，更不明确自己所患疾病的诊断、预后。此外，大部分入住 ICU 的患者由于病情、气管插管、使用镇静药物等，长时间都处于昏迷状态，根本无法为自己做临终救治的选择。因此，临终救治的临床决策权均由家属承担，而选择放弃治疗无形中增加了家属的精神压力。

2.3.3 医疗因素

(1) 临终判断：现有文件对于临终患者已有明

确的定义以及涵盖的范畴，在 ICU 的临床工作中，医护人员如能给予一定的临终救治相关医疗知识支持，在和家属充分沟通的基础上，采取适当的放弃治疗不仅能给家属一定的临床支持，也能减少家属对于放弃治疗而产生的内心愧疚感。

(2) 生存质量：患者的生存质量是影响临终患者救治选择的客观因素。如果患者长期以来都处于比较低的生存质量，家属会比较倾向于放弃治疗。

(3) 疾病预后：医护人员应如实、客观地描述患者或家属是否应该继续治疗以及治疗的效果。如果医师客观阐述了患者恢复的可能性不大，疾病预后不理想，这样医师可建议家属考虑放弃治疗。

2.4 证据分级结果

经 CERQual 对主题综合结果评估后，6 个为高信度，3 个为中信度，1 个为低信度。证据分级结果见表 2。

表 2 证据分级结果

影响因素	检查发现	相关文献	可信度	评估证据
社会文化因素	传统道德观念	[4,5,6,8]	高	
	情感需求	[6,7]	中	
	医疗费用支付方式	[4,6]	中	
	死亡态度 / 死亡观念	[4,6,7,8]	高	
	临终场所	[8]	低	
家庭因素	家庭经济条件	[5,6,8]	高	
	家属意愿 / 家属意见是否统一	[4,6,8]	高	
	患者意愿 / 权益	[6,7]	中	
医疗因素	临终救治医疗知识支持	[4,7]	高	
	生存质量	[4,8]	中	
	疾病预后	[4,7,8]	高	

3 讨论

3.1 完善社会支持系统

面对我国人口老龄化的现状，临终救治选择的困惑还会长期存在并影响诸多家庭。如将来能建立临终救治的保障机制，明确定义临终关怀对象，对临终关怀医院或病房设定一定的标准，规范临终关怀的技术标准和操作规程，明文规定从业人员的资质、职责以及伦理要求，对临终关怀机构的设施、药品、收费标准等做出明确的规定，那需要临终救治的患者将有可能得到切实的、全面的临终照护。

3.2 树立正确的“死亡”教育观念

死亡是人生不可避免的一部分。资料显示^[17]，在美国、英国等发达国家，死亡教育的课程从 20 世纪 70 年代就已进入中小学。即使在同样忌讳谈论死亡的我国台湾^[18]，有关死亡的选修课也已进入高等院校。而在大陆，类似的课程还停留在医学院的选修课中。因此，应当提高民众对“死亡”观念的认知，消除死亡避讳，确保死亡教育在生命教育中的应有地位，让死亡教育提早进入中小学课程中，从而促使大众改变传统的死亡观念，正确面对死亡、接受死亡。

一旦能够面对死亡,接受死亡,在一定的时间,人们就会思考自己的未来,以及想要什么样的生命和死亡。如此一来,患者就更有可能与医护人员和家属交流自己的愿望,完成自己的临终救治选择。这样,既避免了家属之间因意见不一的争论,又不会因为选择不必要的救治而背负沉重的医疗费用、造成巨大的医疗资源浪费。

3.3 建立由患者、家属和医护人员共同决策的临终救治共享模式

在我国现有国情下,尽管医护人员已经将患者病情、预后与家属进行了客观充分的沟通,也给出了相应的建议,但实施生命终末限制或撤离治疗的患者比例仍相对较低。由表1也可以看到,由于患者及其家属缺乏相应的医疗知识,医疗因素并不是患者或家属选择临终救治的最主要影响因素。因此,随着人们对生命过程越来越理性的认知,医护人员要及时向患者及其家属提供疾病性质、预后等相关医疗知识的支持,帮助患者和家属共同了解疾病,面对疾病可能导致的结果。因此,逐步建立由患者、家属和医护人员共同决策的临终救治共享模式具有重大意义。

4 小结

本研究运用定性系统评价方法对国内重症监护病房临终患者治疗选择影响因素进行归纳与评价,结果显示,重症监护病房临终患者救治选择的影响因素主要包括社会因素、家庭因素和医疗因素3个方面。在我国现有医疗卫生资源紧缺的情况下,正确对待临终期患者,帮助他们有尊严地、减少痛苦的死亡,仍然是EICU、ICU当前临床治疗和护理工作长期而艰巨的任务。

本研究还存在以下不足:相对而言,定性研究文献数量较少,可能会影响一些观点的代表性。尽管经过科学设计,定性研究还是存在一定的主观性,可能会影响主题的综合结果。故在今后的研究中,研究者仍需开展更多高质量的原始文献定性研究,为建立由患者、家属和医护人员共同组成的临床决策共享模式提供更加丰富的证据。

5 参考文献

- 会议的认知、态度及临床实施调查[J].中国实用护理杂志,2018,34(29):2246-2250.
- [3] 潘青.晚期肿瘤患者家属选择临终决定的影响因素调查分析[J].智慧健康,2019,5(20):45-47.
- [4] 曹梅利,祁智,周林,等.国内家属对ICU临终患者治疗方式选择的现况调查[J].解放军护理杂志,2018,35(4):45-47.
- [5] 拜争刚,刘少堃,黄崇斐,等.定性系统评价证据分级工具-CERQual简介[J].中国循证医学杂志,2015,15(12):1465-1470.
- [6] 钟珍梅,刘少堃,赵舒焯,等.提高定性研究合成报告透明度(ENTREQ)的指南解读[J].循证医学,2015,15(5):309-313.
- [7] 曹梅利,祁智,李丽.ICU护士对临终患者选择积极治疗认知的质性研究[J].护理实践与研究,2017,14(1):11-13.
- [8] 李明珍,邓爱辉,吴宝玉.ICU患者家属不同阶段照护体验的质性研究[J].护理学杂志,2016,31(5):27-29.
- [9] 余晓,田刻平,张小红,等.危重患者临终决策的研究现状[J].中国护理管理,2017,17(2):271-275.
- [10] 吴奇云,程念开,沈霞娟.重症监护室护士视角下临终患者需求的质性研究现代临床护理[J].2017,16(2):47-51.
- [11] 刘梦婕,周厚秀,朱京慈.重症监护室生命末期病人家属临床决策的影响因素[J].护理研究[J].2016,30(12C):4501-4505.
- [12] Patel AV, Ackermann RJ. Care of patients at the end of life: surrogate decision making for incapacitated patients[J]. FP Essent,2016,8(447):32-41.
- [13] 刘凌云,刘晓丹,李璐,等.重症监护室患者临终决定的研究进展[J].中华护理杂志,2017,52(6):675-679.
- [14] 付成琴,权明桃,吴华炼,等.ICU临终病人家属需求的质性研究[J].全科护理,2017,15(14):1680-1683.
- [15] Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ, et al. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life[J]. JAMA, 2016,315(3):284-292.
- [16] 刘梦婕. ICU患者生命末期姑息照护模式的构建研究[D].重庆:第三军医大学,2016.
- [17] 王蒙蒙,徐天梦,岳鹏.临终患者与家属进行临终互动的影响因素研究进展[J].医学与哲学,2020,41(7):31-33.
- [18] 朱国强,侣静瑶,石小霞,等.尊重并重视ICU患者的临终决定[J].医学与哲学(B),2018,39(12):78-80.

[2020-04-18 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

[1] 李丹霞.欧洲委员会发布《临终医疗程序指南》[J].中国医学伦理学,2014,27(3):381.

[2] 康晓冬,田刻平.ICU医护人员对重症患者开展家庭

基于理论构建的远程护理干预在冠心病患者中的研究进展

柯炜 陈诗*

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.014

据国家心血管病中心发布的《中国心血管病报告 2018》^[1] 显示中国冠状动脉粥样硬化性心脏病患者 1100 万,且患病率处于持续上升阶段。对于这种慢性疾病,出院后能够接受医务人员定期随访并进行专业的康复指导,对于患者而言尤为重要。随着信息技术和移动设备的发展,一种新型的健康管理模式—远程医疗应运而生^[2],与之相应的远程护理,近年来也得到较为广泛的开展^[3]。美国门诊护理协会(American Nursing Association, ANA)将远程护理定义为在护理实践过程中电子通讯技术的传输、管理和为服务人群提供的护理服务与健康保健^[4]。多项系统性评价显示远程护理参与冠心病管理可有效改善患者的血压水平及自我管理能力等^[5],但干预过程中也存在患者依从性较低、不良生活习惯短期内难以改变等问题,影响干预效果,因而需进一步改进并提高干预方案的有效性。研究表明,理论为基础的干预方案能有效提高干预效果^[6],理论是指通过研究变量之间的关系来解释或者预测某些事件的结局^[7]。但是基于理论构建的远程护理干预是否具有更好的效果目前仍未见相关报道,本研究围绕此主题进行文献综述,为构建有效的冠心病远程管理模式提供依据,提高冠心病患者的远程管理效果。

1 冠心病患者中远程护理的相关理论应用

行为理论学家提出:干预的理论基础解释了患者行为变化的原因,干预为什么有效以及效果为什么能保持的问题^[8]。以理论为基础的干预方案至少可以通过 3 种途径来提高干预的有效性^[9]。首先,能够识别或确立干预的目标(如动机赋能理论等),其次,针对性地选择干预方法或策略(如健康行动过程取向理论、跨理论模型),最后,针对干预对

象的不同特点构建个性化干预措施(格林模式)。通过以上 3 种途径,确立干预目标,选择干预方法,构建干预方案,使干预的构建过程更加清晰合理,干预方案的实施更加具有靶向性,从而提高干预的有效性,本研究将针对冠心病人群中在远程护理干预中常见理论方法进行综述。

1.1 格林模式理论

格林模式是由美国健康教育学家 Green 和 Kreuter^[10] 提出,又称 PRECEDE-PROCEED 模式,相较于其他健康教育模式,格林模式进行了更加全面的评估,主要包括流行病学、社会学、行为与环境、教育组织及政策法规等方面,包含 9 个步骤:5 个计划阶段、1 个执行阶段和 3 个评估阶段,形成一个连续循环的过程。通过格林模式,首先应对干预对象进行系统评估,找出其主要健康问题及影响因素,格林模式认为行为的改变是倾向因素、促成因素和强化因素三个方面共同作用的结果,分析并归纳其影响因素制定个性化的健康教育方案,最终实施并进行效果评价。Calano 等^[11] 针对社区的高血压人群,依据格林模式构建干预方案,主要包括:患者血压监测、针对性的健康教育、动机性访谈、个性化生活方式改变计划和家访等,进行为期 2 个月的干预,结果表明患者的疾病知识知晓率以及治疗依从性明显提高。国内学者张丽君^[12] 也将格林模式应用到提高冠心病 PCI 术后自我管理能力等方面都取得明显成效。

1.2 健康行动过程取向理论

健康行动过程取向理论(Health Action Process Approach, HAPA)是由 Schwarzer^[13] 构建,该理论构建的目的是为了促使干预对象从行为意向有效地转化为外在行为。将个体内在动机及行为意向、外在行为活动及宏观社会环境因素结合起来,将不同个体划分为前意向阶段(preintentional stage)、意向阶段(intentional stage)和行动阶段(actional stage),该理论弥补了从行为意愿向健康行为的转变及行为维持之间的间隙^[14]。Duan 等^[15] 针对冠心病出院患者,在居家康复过程中使用 HAPA 理论

基金项目:苏州市立医院 2019 年护理科研项目
(编号:Slyyh1201901)

作者单位:215002 江苏省苏州市,南京医科大学附属苏州医院苏州市立医院心内科(柯炜),苏州卫生职业技术学院护理学院(陈诗)

* 通讯作者

进行远程护理干预,将干预方法设定为:第1周和第5周为风险感知、结果预期和目标设定;第2周和第6周制订行动计划;第3周和第7周修订和调整先前的行动计划和制订应对计划;第4周和第8周修订和调整先前的应对计划,并发展特定行为的社会支持。自我效能是一个固定的干预变量,包括从第1周至第8周。通过 HAPA 理论模式制订的包括身体锻炼及蔬果摄取两个方面的干预计划,极大提高了患者的心理状况及生活质量水平。

1.3 患者赋能理论

赋能来源于英文单词“empowerment”,目前国内学者也通常翻译为授权理论,世界卫生组织(WHO, 1986)定义赋能为人们获得自己控制、决定及行动去影响自己健康的过程^[16]。在护理领域中,赋能被认为是增强自我效能感的一种有效的健康教育模式,Small等^[17]认为赋能是通过与专业人员沟通和分享疾病相关信息及资源而产生的有利过程或结果,从而有效提高患者自我控制感、自我效能感及应对能力。通过随访出院后患者,指导其进行自我决策、自我管理,适时调整方式方法,从而实现自己定的康复目标,进而提高生活质量。国内学者马玉萍等将赋能分为五个步骤^[18]:①明确问题;②促进患者感情表达;③鼓励患者自主设定健康目标;④制订健康计划;⑤效果评价。Su等^[19]基于赋权理论制订了针对冠心病患者的远程护理干预方案,通过个性化评估以及整合不同人群的认知水平、理解能力和可获得的健康资源,帮助参与者了解使用网络和远程平台的目的,制订自我保健目标和行动计划,将互动教学应用于提高患者的知识和技能,并且把知识和技能转化为行为改变。考虑到患者出院后的延续性护理需求,通过提供个人咨询和指导服务,护士的鼓励和同伴互动的鼓励等多方位沟通渠道来促进患者健康行为目标的实现,通过使用赋能理论构建的远程护理干预方案来提高患者的自我效能、健康相关生活质量,减轻焦虑和抑郁,降低心血管风险等。

1.4 跨理论模型

跨理论模型是80年代初,由美国心理学教授James Prochaska创立的行为改变理论模型^[20],又称行为分阶段转变理论模型(Trans-Theoretical Model of change, TTM),目前在健康教育领域得到广泛应用,是近年来国际上具有代表性的一种健康行为促进理论^[21]。该理论认为个体的行为改变是一个复杂且连续变化的过程^[22-23],根据患者在不同阶段的行为改变及生理和心理需求,制订并调整针对性的

干预方案,促使其向下一个阶段推进,以此来达到改变不良生活习惯以及促进健康的目的^[24-25]。该模式是依据个体行为改变的时间、动机和维持情况将整个行为改变的过程依次划分为5个不同阶段:前意向阶段、意向阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段,该理论指出了行为变化是如何发生,如何改变不良行为以及获得健康行为的整个过程^[26]。国内研究者黄瑞秀^[27]将冠心病住院患者400例随机分到对照组和干预组,干预组根据患者行为改变不同阶段,制订了不同的干预措施,重点帮助患者在前两个阶段树立及增强行为改变的信念,而在后两个阶段巩固患者行为改变的信念,制订并完成行为改变计划,最终进行效果评价。

2 远程干预方式

2.1 移动医疗 APP

根据美国医疗卫生信息与管理信息系统协会(HIMSS)的定义,移动医疗APP指基于不同系统的智能手机将各种与医疗相关的服务和健康信息传递给所需人群的应用程序^[28]。国内徐倩等^[29]将移动医疗APP定义为借助智能手机将健康信息提供给用户并促进其建立健康行为习惯,以实现健康促进和疾病预防的目的。移动医疗APP可以将健康相关信息和健康促进策略远程连接到服务对象,在疾病预防、症状管理控制、提高治疗依从性和健康知识获取等方面有着积极作用。Martín等^[30]研发一款名为“Heart Keeper”的健康管理软件,主要应用于冠心病患者人群,Garibay等^[31]对“Heart Keeper”软件的应用进行了研究,通过问卷对患者使用应用程序4周后进行效果评价,研究结果表明干预后的患者的用药依从性及疾病症状得到明显改善。近年来,国内冠心病健康管理类移动APP也有所增加,研究结果表明通过手机APP对冠心病患者进行健康教育及症状管理,可以极大提高患者的疾病相关知识水平及服药依从性等^[32]。

2.2 计算机网站平台在冠心病患者健康教育中的应用

由于计算机网站平台具有开发难度大,技术要求高,网络维护费用高,以及患者操作过程较复杂等问题,相较于其他方式,利用计算机网站平台进行冠心病健康教育在实际应用及推广方面具有一定的局限性。但也有研究表明^[33],网站平台在冠心病患者健康教育中效果显著且接受度高。Rawstorn等^[34]基于循证和理论创建的心脏运动康复移动医疗平台,Enzenhofer等^[35]针对冠心病人群开发了网站

系统“Dr Topf's Patient Information System”，采用随机对照研究，对干预组采用新型的健康教育模式与传统模式进行比较，结果显示使用新模式的干预组，患者的满意度及疾病相关知识水平都得到了明显提高，且新型模式相较于传统模式更节省教育的时间。国内学者张建荣等^[36]也有类似研究。

2.3 手机短信

手机短信干预即把疾病相关知识及健康教育内容计划性地发送至患者手机上，患者可以根据个人的不同需求自主选择需要的健康信息，避免了因直接说教而让患者产生抗拒心理，让患者主动参与到自我管理的过程中来，增强其自我效能感及参与的积极性。Park等^[37]采用随机对照研究，通过对干预组的患者每天发送服药的短信提醒以及药物相关知识的信息指导，对照组采用常规方法，效果评价主要采用患者自我报告的方式，如每天的服药状况，包括服药的次数及剂量等，经过为期30 d的干预，结果显示干预组的服药依从性高于对照组。Kamal等^[38]对干预组和对照组均提供医疗机构的热线电话，以便于患者咨询疾病及药物的相关知识，而针对干预组每天还会额外接受有关疾病及药物的交替式语音信息及定制短信提醒，干预1个月后将两组研究对象进行比较，结果显示，干预组的服药依从性及健康素养均高于对照组。由此可以看出，移动手机短信提醒等措施可以更好地督促患者按时规律服药，对患者的健康指导也更加方便快捷，简单有效^[39]。由于手机短信干预模式成本较低，患者的接受度较高，针对冠心病患者短信健康教育的相关研究也越来越受到国内学者的关注，刘溢思等^[40]探讨了手机短信教育对冠心病PCI术后患者服药依从性的影响，并采用Morisky量表得分进行效果评价，结果显示干预后研究对象的服药依从性由干预前的56.1%提高到干预后的85.37%，由此可见，短信教育对提高冠心病患者服药依从性有显著效果，周明等^[41]也利用手机短信对冠心病患者进行为期1年的短信干预，干预组患者的各项遵医行为较对照组有明显改善。北京阜外医院霍西茜研究团队报道^[42]，干预组除常规疾病治疗外，每周收到6条短信，持续6个月。干预内容包括冠心病患者血压控制、服药依从性、体育锻炼和生活方式建议以及激励信息等，而对照组每周收到2条致谢短信以及标准治疗。并且短信的特点是采用传统的中文格言和朗朗上口的押韵，方便患者记忆。研究结果显示，几乎所有的参与者都认为信息容易理解(97.1%)和有用(94.1%)，并且表示愿意继续短信提醒来帮助提高其

自我管理能力。

3 基于理论构建的远程干预的效果评价

3.1 防控冠心病危险因素

已有大量研究表明，综合防控冠心病危险因素能显著降低心肌梗死的再发率以及猝死发生率，提高冠心病患者的总体生存率以及生活质量^[43]。因此，控制血压、体重、血脂以及吸烟等相关危险因素对冠心病患者的预后至关重要。其中血压是衡量冠心病健康状况的重要指标^[44]，Devi等^[45]通过设计一个“Activate Your Heart”网站，通过对居家康复的冠心病患者设定健康目标，自我监测健康情况，鼓励患者及时进行情况反馈，完成初级目标后继续制订下一级目标，帮助患者减少负面情绪等措施。在第6周随访中发现干预组的体重及心绞痛的发作频率明显降低。

3.2 提高患者自我效能及自我管理能力

自我效能指个体对是否能够充分完成某项活动的自信心及程度^[46-49]，自我效能影响运动的开始、维持和体力活动水平，新西兰心脏康复指南指出自我效能是心脏康复中重要的干预变量之一，也是新西兰心脏康复指南推荐干预的变量。自我管理能力是提高慢性疾病治疗效果、提高慢性病患者生活质量的有效方式，并被作为冠心病二级预防的有效途径。Maddison等^[50]针对居家心脏康复的患者进行为期24周的远程信息干预，电话或网络指导冠心病患者进行身体锻炼及健康教育，结果显示可以极大地提高患者的积极锻炼的自我效能感，Reid等^[51]也有类似报道。

3.3 提升患者的生活质量

生活质量是衡量冠心病患者生存状况的重要指标，在一项新西兰的单盲随机对照实验中^[50]，通过个性化发送短信以及联合网站视频指导患者进行身体锻炼等干预措施，并且使用生活质量量表(SF-36)评价患者干预前后的生活质量，24周后随访结果显示能够有效改善个人运动习惯，提高患者生活质量。Varnfield等^[52]通过远程健康和锻炼监测、提供激励和教育材料并且每周指导咨询来对居家心脏康复患者进行远程干预，结合欧洲多维健康量表得分评价，研究结果显示在第6周随访时，干预组生活质量分数明显高于对照组。

3.4 减轻患者常见的心理问题

有效减轻冠心病患者常见的心理状况如焦虑抑郁等，通过远程护理干预能有效降低患者的焦虑抑郁水平，Glozier等^[53]通过使用“E-couch”网站，

使用专业的网络行为认知干预方法,远程指导冠心病中度抑郁的患者,通过抑郁自评量表测量干预前后得分情况,发现干预组的抑郁程度明显减轻。Varnfield 等^[52]通过智能手机对冠心病患者进行健康和运动监测,并通过短信和预装的音频和视频文件(包括了解心血管疾病(CVD)、症状和管理)向参与者提供激励和教育材料并且提供每周的专业咨询。使用凯斯勒心理困扰量表(K10)来测量干预前后心理健康状况,结果显示干预后的第6周随访时,干预组的得分明显下降,提示患者心理健康状况得到明显改善。Devi 等^[45]也有类似报道。

4 存在的不足和问题

4.1 远程平台推送内容形式单一,缺乏系统理论构建

在远程干预的内容形式方面,国内目前主要是通过医护人员手机短信、微信公众号、QQ群等形式向患者推送疾病药物以及症状管理等健康信息,形式较为单一,难以满足冠心病患者个体化的健康教育需求,相比较于国外的远程干预是通过严格的理论框架结构制定远程干预方案,国内的远程干预方案缺乏系统理论构建。

4.2 评价标准尚不完善

目前,基于理论构建的冠心病远程护理干预的评价指标不仅要聚焦于临床相关指标,更要重视不同年龄、不同文化层次冠心病患者在接受远程护理服务过程中真实体验和使用需求,从而对远程护理服务进行持续改进与不断完善^[54]。在设计评价方案时,能够结合冠心病患者的真实需求,临床评价指标,以及对产品的使用满意度进行综合评价,目前尚未见相关报道。

4.3 远程护理干预推广难度较大

远程干预仍旧存在患者接受度不高、保密措施不完善以及患者信息数据不安全等问题,诸多问题导致远程护理干预方式具有一定的推广难度,建议可以设计微信小程序,相比较传统APP,更简单易操作,不占手机空间内存,更易被大多数患者接受。

5 小结

远程护理干预相较于传统的冠心病健康教育方式,突破了时间和空间限制,将护理服务从医院延伸到患者的家中,可以及时方便地了解患者最新疾病状况以及不同的需求,提供针对性的健康相关知识、症状管理以及指导患者改变不良生活习惯等,从而提高冠心病患者的自我管理能力和生活质量。

然而,远程护理干预模式在我国冠心病患者健康教育中的应用仍处于起步阶段,由于缺少相应的成熟的理论基础支撑、专业的健康教育平台以及较全面的评价体系。因此,如何结合我国国情探索冠心病远程护理模式,完善相关理论依据,以期提高冠心病患者的自我管理能力和提升其回归社会的能力,尚需学者进一步的探索。

6 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 冯亚坤.远程医疗模式在2型糖尿病综合管理中的应用研究[D].长春:吉林大学,2016.
- [3] 周璇,杜敏霞,刘智慧,等.移动应用程序在脑卒中患者管理中的研究进展[J].中华护理杂志,2018,53(4):493-497.
- [4] American Telemedicine Association. Defining telemedicine[EB/OL]. (2012-01-20)[2017-06-24]. <http://www.american-telemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine>.
- [5] 张瑾,陈忠丽,唐娴.护理干预对改善老年高血压患者血压状况及自我管理能力的效果[J].中华现代护理杂志,2015,21(16):1927-1930.
- [6] 朱瑞芳,韩世范,张持晨,等.临床护理理论的国内外研究进展及述评[J].护理研究,2019,33(9):1514-1521.
- [7] Glanzk, RimerBK. Theory atag glance: aguide for health promotion practice[M]. 2nded. Washington:U. S.Government Printing office,2005:35
- [8] Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice[M]. 7th ed. philadelphia: Wolters kLuer Health/Lippincott Williams & Wilkins,2010:610
- [9] Prestwich A, Sniehotta FF,Whittington C, et al. Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis.[J]. Health Psychology, 2014, 33(5):465-474.
- [10] Green Lw K. Health education planning: a diagnostic approach[M]. Mountain View CA:Mayfield,1980:2-17.
- [11] Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, et al. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach[J]. J Clin Nurs, 2019, 28(9-10):1879-1888.
- [12] 张丽君.格林模式对急性心肌梗死PCI术后患者自我管理水平的的影响[J].天津护理,2018,26(6):685-689.
- [13] Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA)

- [J]. Rehabil Psychol, 2011, 56(3):161-170.
- [14] 刘娜, 杜慧姣, 谷岩梅. 健康行动过程取向模式在我国健康教育护理中的应用分析[J]. 河北医药, 2017, 39(17):2691-2693.
- [15] Duan YP, Liang W, Guo L, et al. Evaluation of a Web-Based Intervention for Multiple Health Behavior Changes in Patients With Coronary Heart Disease in Home-Based Rehabilitation: Pilot Randomized Controlled Trial[J]. Journal of Medical Internet Research, 2018, 20(11):e12052.
- [16] 于尚. 冠心病住院患者赋能水平及其影响因素研究[D]. 开封: 河南大学, 2019.
- [17] Small N, Bower P, Chew-Graham CA, et al. Patient empowerment in long-term conditions: Development and preliminary testing of a new measure[J]. BMC Health Services Research, 2013, 13(1):263.
- [18] 马玉萍, 李晓华, 闫晓洁, 等. 赋能教育指导对家庭康复效果的影响[J]. 重庆医学, 2014, 43(29):3935-3940.
- [19] Su JJ, Yu DSF. Effectiveness of eHealth cardiac rehabilitation on health outcomes of coronary heart disease patients: a randomized controlled trial protocol[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2019, 19(1):274.
- [20] Prochaska JO. Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis[M]. Pacific, CA: Brooks-Cole, 1979:243-294.
- [21] 吴崇雯, 鄂绪. 跨理论模型在护理行为干预中的研究进展[J]. 科技资讯, 2018, 16(14):254-256.
- [22] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change[J]. J Consult Clin Psychol, 1983, 51(3):390-395.
- [23] Petrocelli JV. Processes and stages of change: counseling with the transtheoretical model of change[J]. Journal of Counseling and Development, 2002, 80(1):22-29.
- [24] Macnee CL, McCabe S. The transtheoretical model of behavior change and smokers in southern Appalachia[J]. Nurs Res, 2004, 53(4):243-250.
- [25] 孔德华, 陆皓, 汉瑞娟, 等. 跨理论模型在健康行为改变中应用的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(13):28-31.
- [26] 尹博. 健康行为改变的跨理论模型[J]. 中国心理卫生杂志, 2007(21):194-199.
- [27] 黄瑞秀. 基于跨理论模型的健康信念教育模式在冠心病二级预防中的干预研究[D]. 开封: 河南大学, 2019.
- [28] 赖榕霏, 江智霞, 袁晓丽, 等. “互联网+”背景下老年骨折病人康复训练研究进展[J]. 护理研究, 2017, 31(4):388-391.
- [29] 徐倩, 赵文龙. 移动医疗 App 研究现状及启示[J]. 医学信息学杂志, 2015, 36(9):8-13.
- [30] Martín JAC, Martínez-Pérez B, Torre-Díez IDA, et al. Economic Impact Assessment from the Use of a mobile App for the self-management of heart diseases by patients with heart failure in a Spanish region[J]. Journal of medical systems, 2014, 38(9):96.
- [31] Garibay VGD, Fernández MA, Torre-Díez IDL, et al. Utility of a mHealth app for self management and education of cardiac diseases in Spanish urban and rural areas[J]. Journal of Medical Systems, 2016, 40(8):186.
- [32] 胡永琼, 邓云霞. 移动医疗 App+ 微信群在冠心病 PCI 术后患者延续护理中的应用[J]. 中国护理管理, 2016, 16(3):394-397.
- [33] Salonen A, Ryhänen AM, Leino-Kilpi H. Educational benefits of internet and computerbased programmes for prostate cancer patients: a systematic review[J]. Patient Education and Counseling, 2014, 94(1):10-19.
- [34] Rawstorn JC, Gant N, Meads A, et al. Remotely delivered exercise-based cardiac rehabilitation: design and content development of a novel mHealth platform[J]. JMIR Mhealth Uhealth, 2016, 4(2):e57.
- [35] Enzenhofer M, Bludau HB, Komm N, et al. Improvement of the educational process by computer-based visualization of procedures: randomized controlled trial[J]. Journal of Medical Internet Research, 2004, 6(2):e16.
- [36] 张建荣, 高莹, 张淑清. 移动平台在冠状动脉支架植入患者健康教育中的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(6):712-715.
- [37] Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML, et al. A Text Messaging Intervention to Promote Medication Adherence for Patients with Coronary Heart Disease: a Randomized Controlled Trial[J]. Patient Education and Counseling, 2014, 94(2):261-268.
- [38] Kamal AK, Muqet A, Farhat K, et al. Using a Tailored Health Information Technology-driven Intervention to Improve Health Literacy and Medication Adherence in a Pakistani Population with Vascular Disease (Talking Rx)-Study protocol for a Randomized Controlled Trial[J]. Trials, 2016, 17(1):121.
- [39] Thakkar J, Kurup R, Laba TL, et al. Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: a Meta-Analysis[J]. JAMA Internal Medicine, 2016, 176(3):340-349.
- [40] 刘溢思, 李怡然, 吴瑛. 短信教育改善急性冠状动脉综合征患者介入术后服药依从性的效果研究[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(6):660-665.
- [41] 周明, 罗菊英, 曾德志. 短信随访干预对改善冠心病患者遵医行为的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(1):20-23.
- [42] Huo XQ, Krumholz HM, Bai XK, et al. Effects of Mobile Text Messaging on Glycemic Control in Patients With Coronary Heart Disease and Diabetes Mellitus: A

- Randomized Clinical Trial[J]. Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes, 2019,12(9):e005805.
- [43] 中华医学会心血管病学分会. 冠心病康复与二级预防中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013,41(4):267-275.
- [44] Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MVV, Macindo JRB. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach[J]. J Clin Nurs. 2019, 28(9-10):1879-1888.
- [45] Devi R, Powell J, Singh S. A Web-based program improves physical activity outcomes in a primary care angina population: randomized controlled trial[J]. J Med Internet Res, 2014,16(9):e186.
- [46] Bandura A. Health promotion by social cognitive means [J]. Health EducBehav,2004,31(2):143-164.
- [47] Maddison R, Pfaeffli L, Stewart R, et al. The HEART mobile phone trial: the partial mediating effects of self-efficacy on physical activity among cardiac patients [J]. Front Public Health, 2014(2):56.
- [48] Slovinec D'Angelo ME, Pelletier LG, Reid RD, et al. The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short- and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease [J]. Health Psychol, 2014,33(11):1344-1353.
- [49] Lee LL, Arthur A, Avis M. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper [J]. Int J Nurs Stud, 2008,45(11):1690-1699.
- [50] Maddison R, Pfaeffli L, Whittaker R, et al. A mobile phone intervention increases physical activity in people with cardiovascular disease: Results from the HEART randomized controlled trial[J]. Eur J Prev Cardiol, 2015,22(6):701-709.
- [51] Reid RD, Morrin LI, Beaton LJ, et al. Randomized trial of an Internet-based computer-tailored expert system for physical activity in patients with heart disease[J]. Eur J Prev Cardiol, 2012,19(6):1357-1364.
- [52] Varnfield M, Karunanithi M, Lee CK, et al. Smart phone based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial[J]. Heart, 2014,100(22):1770-1779.
- [53] Glozier N, Christensen H, Naismith S, et al. Internet delivered cognitive behavioural therapy for adults with mild to moderate depression and high cardiovascular disease risks: a randomised attention-controlled trial[J]. PLoS One, 2013,8(3):e59139.
- [54] 王婧婷, 袁长蓉. 智能手机应用程序在健康管理效果评价中的要素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2014,30(25):20-22.

[2021-01-05 收稿]

(责任编辑 陈景景)

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

神经电磁刺激联合针灸穴位干预对脑梗死后 吞咽障碍患者功能恢复的影响

赵晓红 任春会

【摘要】目的 探讨神经电磁刺激联合针灸穴位干预对脑梗死后吞咽障碍患者功能恢复的影响。**方法** 选择医院 2018 年 9 月—2019 年 9 月收治的脑梗死后吞咽障碍患者 100 例,按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组和观察组,各 50 例,对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上加以神经电磁刺激联合针灸穴位干预,比较两组患者的吞咽功能恢复效果及营养状况。**结果** 观察组患者吞咽功能恢复良好率高于对照组 ($P<0.05$);观察组患者营养不良风险低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 神经电刺激联合针灸穴位干预在脑梗死后吞咽障碍患者中的应用,能促进功能恢复,改善营养状况。

【关键词】 脑梗死;吞咽障碍;神经电磁刺激;针灸;穴位干预

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.015

吞咽障碍是一种常见于老年人群及神经系统病变患者中的疾病,是因下颌、舌、软腭、咽喉及食管等器官结构或功能受损,难以安全、有效将食物输送至胃部,导致机体营养、水分摄入不足^[1-2]。研究数据显示^[3],65 岁以上老年人群中吞咽功能异常发生率为 30%~40%,而脑梗死患者吞咽功能异常发生率约为 29%~64%,且约 15% 的社区老年患者伴有吞咽障碍症状。相关研究显示^[4],社区老年脑卒中患者营养不良与吞咽障碍具有明显关联性,且吞咽障碍越严重,则营养不良风险越大,故需积极采取相应康复护理措施,以促进吞咽功能恢复。本研究探讨神经电磁刺激联合针灸穴位干预对脑梗死后吞咽障碍患者功能恢复及营养状态的影响,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2018 年 9 月—2019 年 9 月收治的脑梗死后吞咽障碍患者 100 例,纳入条件:符合第 4 次全国脑血管病会议制定的脑梗死诊断标准,且经头颅 CT、MRI 检查确诊;首次发生脑梗死;伴有吞咽障碍,且洼田饮水试验评价为 3 级及以上;病情稳定,认知、沟通能力正常;签署知情同意书。排除条件:病情不稳定或意识不清;伴有精神疾病;存在咽喉肿痛症状;耳廓处湿疹或溃疡。按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组与观察组,各 50

例。对照组中男 34 例,女 16 例;年龄:≤60 岁 12 例,>60 岁 38 例;病程:≤20 d 22 例,>20d 28 例;吞咽功能分级:Ⅲ级 13 例,Ⅳ级 22 例,Ⅴ级 15 例。观察组中男 35 例,女 15 例;年龄:≤60 岁 14 例,>60 岁 36 例;病程:≤20d 24 例,>20d 26 例;吞咽功能分级:Ⅲ级 12 例,Ⅳ级 26 例,Ⅴ级 12 例。两组患者性别、年龄、病程、吞咽功能分级比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理,包括常规治疗、心理护理、健康手册宣教、吞咽康复训练,其中吞咽康复训练包括发音训练、吞咽肌群训练、呼吸训练、摄食训练,每天 2 次,每次 20~30 min。观察组在对照组基础上加以神经电磁刺激联合针灸穴位干预,具体方法如下:

1.2.1 神经电磁刺激治疗

1.2.1.1 神经电刺激治疗 选择 LK-1003B 型神经肌肉电刺激治疗仪实施治疗,刺激强度为 0~25 mA,频率为 30~80 Hz,根据患者吞咽障碍分期确定治疗方案。

(1)口腔期:护理人员在口腔期患者舌骨上方水平放置通道 1 电极,共 2 个;面神经颊支放置通道 2 电极,共 2 个。

(2)咽期:护理人员在咽期患者舌骨上方水平放置通道 1 电极,共 2 个;在甲状软骨切迹正中垂放通道 2 电极,共 2 个。

(3)食管期:在甲状软骨切迹正中垂放通道 1、通道 2 电极,共 4 个。护理人员根据患者耐受情况

调节刺激强度,并指导患者配合做吞咽动作,每次20~30 min,每天2次,每周5 d,连续治疗3~4周^[5]。

1.2.1.2 外周磁刺激治疗 选择CCY-II型磁刺激治疗仪,选用Y064型磁刺激线圈,将其置于舌骨上肌群,调节仪器参数:频率为20 Hz,输出波形为双向波,脉宽为340 μ s,脉冲序列持续时长为2 s,间歇时长为28 s;刺激治疗时,询问患者感受据此调节磁刺激强度,以产生明显吞咽动作为佳,每次治疗输出脉冲序列共30个,时长10~20 min,每天2次,每周4 d,连续治疗3~4周^[6]。

1.2.2 针灸穴位干预

1.2.2.1 针灸诊疗 主穴选取患者内关穴、人中穴及三阴交,配穴选取患者完骨穴、风池穴及廉泉穴。对两侧内关穴实施直刺,刺入深度0.5~1.0寸,而后捻转提插配合泻法,每次1 min;对人中穴位实施针刺,向鼻中隔方向斜刺,刺入深度0.3~0.5寸,以眼球湿润为佳;对三阴交穴实施针刺,沿胫骨内侧与皮肤45°斜刺,刺入深度1.0~1.5寸,以下肢抽动1~3次为宜;朝喉结方向对完骨穴、风池穴实施针刺,刺入深度2寸,并施加小幅高频捻转补法,每次1 min;朝舌根方向对廉泉穴实施针刺,刺入深度1.5寸,并施加提插泻法,每次1 min;每天20~30 min,每周4 d,连续治疗3周^[7]。

1.2.2.2 穴位干预

(1)耳穴贴磁:指导患者取半卧位或坐位,颈部保持中立位,选取耳廓穴位及区点,包括口、皮质下、脑干、咽喉等穴位或区点,采用75%的乙醇溶液清洁、消毒,选取耳穴磁贴贴于相应穴位处,两侧耳穴交替执行,每3 d更换1次磁贴^[8]。

(2)穴位按摩:选取患者廉泉、天突、承浆、颊车、完骨5穴位,护理人员腕微屈,基于示指、中指指腹对穴位实施顺时针环旋摩动,逐渐增大按摩力度,促使按摩局部产生酸痛感,且在患者承受范围内,每穴位每次1~2 min,餐前30 min按摩,每天3次,

连续干预1~2周^[9]。

1.3 观察指标

(1)吞咽功能恢复效果:护理干预2周后,采用洼田饮水试验测定吞咽功能,结合测试结果实施分级,I级:5 s内可完成饮水,且无呛咳、停顿;II级:能1次饮完,但饮水时间超过5 s,或分2次饮完,但无呛咳及停顿情况;III级:可1次完成饮水,但伴有呛咳;IV级:分2次及以上完成饮水,但存在呛咳情况;V级:出现多次呛咳,且未能全部饮完。根据分级判断吞咽功能恢复效果,包括治愈、恢复良好、恢复较差。治愈:吞咽障碍完全消失,且饮水试验为I级;良好:吞咽障碍显著改善,且饮水试验为II级;较差:吞咽障碍改善不明显,饮水试验为III级、IV级、V级^[10]。

(2)营养不良风险:护理干预2周后,采用营养不良通用筛查工具(MUST)评价患者营养状态,包括体质指数(0~2分)、体重减轻(0~2分)、疾病导致进食量减少(0~2分)3方面,根据评价总分实施风险分级,如0分,则低风险;1分,则中等风险;2分及以上,则高风险,统计各级患者例数^[11]。

1.4 统计学处理

选择SPSS 21.0统计学软件进行数据的统计分析,等级资料比较采用两独立样本Wilcoxon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 两组患者吞咽功能恢复效果比较

观察组患者吞咽功能恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者营养不良风险比较

观察组患者营养不良风险显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组患者吞咽功能恢复效果比较(例)

组别	例数	治愈	良好	较差
对照组	50	14	19	17
观察组	50	18	28	4

秩和检验: $u=2.436$, $P=0.015$ 。

表2 两组患者营养不良风险比较(例)

组别	例数	低风险	中等风险	高风险
对照组	50	12	19	19
观察组	50	20	27	3

秩和检验: $u=3.179$, $P=0.002$ 。

3 讨论

吞咽障碍是脑梗死患者中的常见并发症,且易复发,研究数据显示^[12],脑梗死后吞咽障碍患者复发率为30%~40%。脑梗死吞咽障碍是营养不良的独立危险因素,且吞咽障碍患者极易出现吸入性肺炎、肺部感染,甚至死亡^[13]。

在脑梗死后吞咽障碍患者中应用神经电磁刺激联合针灸穴位干预,观察组患者吞咽功能恢复情况优于对照组($P<0.05$),营养不良风险低于对照组($P<0.05$)。神经肌肉电刺激属于新型吞咽障碍刺激治疗技术,其通过对咽部肌肉实施低频电刺激,使外周神经去极化,可引起瘫痪肌肉产生收缩作用,增强神经突触活跃性,神经中枢受到刺激后,有助于重建、修复吞咽反射弧,防止肌肉出现废用性萎缩。磁刺激属于无侵入性操作,电流通过线圈可形成磁场并对患处实施作用,能引起机体内部神经兴奋,促使舌骨上肌群产生收缩,进而促进咽期喉上抬,改善吞咽速度^[14]。内关穴、人中穴有调神导气、醒脑开窍之功效,三阴交穴有调节阴阳、滋阴补肾的效用,完骨穴具有醒脑开窍、化瘀通络的功效,对内关穴、人中穴、完骨穴、风池穴实施针刺,能促进脑神经兴奋,进而改善吞咽功能^[15]。耳穴贴磁可疏通经脉、调节气血,有助于改善机体吞咽神经支配,实现对吞咽反射弧的修复、重建,明显增强吞咽肌肌力,增强患者吞咽能力,减少呛咳、误吸事件的发生率,改善患者营养状态。本研究针对廉泉、天突、承浆、颊车、完骨5穴位实施按摩,廉泉穴属任脉与阴维脉交会穴,可疏风通络、利咽开窍,天突穴有豁痰祛瘀效用,承浆穴有行气化痰通窍效用,颊车穴有调节气血、开关通络效用,完骨穴有清利头目、疏导水液效用,通过对以上穴位的按摩干预,可增强神经兴奋性,促进脑血管扩张、血液循环,有助于构建吞咽反射弧,促进吞咽功能恢复,改善营养状态。

综上所述,神经电刺激联合针灸穴位干预在脑梗死后吞咽障碍患者中的应用,能促进吞咽功能恢复,改善营养状况。

4 参考文献

- [1] 吴春妍,谭玲,赖春燕.时间康复护理方案对脑梗死后吞咽障碍患者功能康复的影响[J].临床医学工程,

2019,26(11):1585-1586.

- [2] 霍佰慧,张伟滨,齐海瑞,等.吞咽试验对脑梗死后吞咽障碍病人早期功能训练与摄食行为的指导效果[J].护理研究,2019,33(20):3590-3593.
- [3] 张艳明.高压氧联合针灸治疗急性脑卒中后吞咽障碍效果观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(2):167-169.
- [4] 刘兢,李晓军,郑永强,等.六泉穴解惑刺法治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍随机对照研究[J].成都中医药大学学报,2016,39(1):51-53.
- [5] 王星淳.脑卒中后吞咽障碍患者神经肌肉电刺激与吞咽功能训练联合治疗效果分析[J].山西医药杂志,2019,48(20):2492-2494.
- [6] 张云,马明,蔡倩,等.外周磁刺激与神经肌肉电刺激治疗脑卒中后咽期吞咽障碍的疗效对比[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(6):424-427.
- [7] 艾潇,黄伟新,王琳,等.基于数据挖掘技术分析针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的用穴规律[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):441-445.
- [8] 张岚.耳穴磁贴联合吞咽治疗仪治疗吞咽功能障碍效果观察[J].中国民间疗法,2017,25(9):63-65.
- [9] 韦艳燕.吞咽训练联合穴位按摩对脑卒中患者吞咽障碍的效果观察[J].护理学报,2016,23(23):67-70.
- [10] 胡晓梅,董梅花,翟剑霜,等.标准吞咽功能评估量表在脑卒中误吸风险评估中的应用研究[J].护士进修杂志,2016,31(16):1447-1449.
- [11] 朱群妹,朱珠,葛文静,等.区域医疗联合体中社区老年脑卒中病人吞咽障碍及营养状况调查[J].护理研究,2019,33(18):3242-3245.
- [12] 范慧,浦雪荣,肖婷婷.冰棉签刺激和维生素C刺激对脑梗死后吞咽障碍患者康复训练效果的影响[J].临床与病理杂志,2019,39(8):1743-1747.
- [13] 王胜芳,张小容,赵萍,等.补阳还五汤合涤痰汤加减联合吞咽功能训练治疗脑梗死后吞咽障碍(痰瘀互结证)的临床效果[J].世界中医药,2019,14(10):2665-2669.
- [14] 倪荣福,戢彬.电刺激及针刺联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍的疗效观察[J].成都医学院学报,2016,11(1):108-111.
- [15] 邓行行,吴灿.醒脑开窍针刺法联合Vitalstim吞咽治疗仪治疗脑卒中吞咽障碍临床研究[J].中医学报,2017,32(3):466-469.

[2020-03-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

6S 管理模式在肾脏内科护理管理中的应用效果

孟丽霞 赵军*

【摘要】 目的 探讨 6S 管理模式在肾脏内科护理管理中的应用效果。**方法** 选用医院 2017 年 12 月—2018 年 12 月收治的肾脏内科患者 106 例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各 53 例,对照组给予常规护理,观察组实施 6S 管理模式干预。比较两组治疗期间不良事件的发生情况,护理前后自我和谐、遵医行为、护理满意度。**结果** 观察组不良事件发生率低于对照组 ($P<0.05$);护理后,观察组自我与经验不和谐、自我刻板性得分均低于对照组,自我灵活性得分、遵医行为各不同分项得分均高于对照组 ($P<0.05$);观察组护理满意度较对照组高 ($P<0.05$)。**结论** 6S 管理模式可提高肾内科患者自我和谐能力、遵医行为及满意度,降低不良事件发生率。

【关键词】 6S 管理模式;肾脏内科;自我和谐;遵医行为;护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.016

肾脏是重要的排泄器官,若发生病变,将直接影响机体代谢及有毒物质排泄,导致机体有氮产物潴留以及水、电解质代谢紊乱,影响内环境稳定^[1]。肾内科是医院重要科室之一,目前随着肾脏疾病发病率不断升高,患病住院者越来越多^[2]。实践证明,有效的护理干预可提高疗效,减少并发症,有助于患者转归^[3]。6S 管理模式是现代企业的管理方法,“6S”包括整理(seiri)、整顿(seition)、清扫(seiso)、清洁(seiketsu)、素养(shitsuke)和安全(security),可充分调动员工积极性,提高其工作效率^[4]。近年来,随着护理理念的不断发展,6S 管理模式被逐渐应用于临床护理。医院于 2017 年 12 月—2018 年 12 月将 6S 管理模式应用于肾脏内科患者,效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选用医院在 2017 年 12 月—2018 年 12 月收治的肾脏内科慢性肾功能衰竭患者 106 例,纳入条件:符合肾功能衰竭诊断标准;知情同意。排除条件:患有心、肺、肝严重疾病;恶性肿瘤;患有神经或精神疾病。按照组间基线资料可比的原则将研究对象分为对照组和观察组,各 53 例。对照组男 32 例,女 21 例;年龄 53~76 岁,平均 59.26 ± 4.63 岁;病程 1~4 年,平均 1.72 ± 0.83 年。观察组男 34 例,女 19 例;年龄 51~74 岁,平均 58.72 ± 3.84 岁;病程 1~5 年,平均 2.42 ± 1.14 年。本研究经本院伦理学委员会批准。

作者单位:710061 陕西省西安市,西安交通大学第一附属医院肾内科
* 通讯作者

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 应用常规护理模式,包括日常生活照顾、住院指导等。

1.2.2 观察组 采用 6S 管理模式干预,内容如下:

(1) 6S 管理模式宣教:建立 6S 管理模式小组,由科护士长担任小组的组长,对护理人员进行 6S 管理培训,提高其对 6S 管理模式的认知水平及执行能力。同时,护理人员要对患者进行肾衰竭知识培训,向患者讲解肾衰竭的相关知识及注意事项。

(2) 整理:配置药物存放柜,对不同类型的药物分别存放,并在药物存放柜上贴上标签,标明药物的名称及剂量。药品入柜前要认真查验其保质日期,若发现过期药物,要立即处理。对于透析患者,除整理好药物、透析液外,还要整理好透析机,检查透析机管道是否达到透析要求,如不符合要求,应立即进行处理。

(3) 整顿:定期、及时检查治疗室、办公室、病房,整顿各个区域内的物品,对必要物品、非必要物品分别存放,并在物品上进行标识。按照物品使用频率对常用物品进行整顿,使用频率高的医疗及护理用品放在最外侧。对于透析机、呼吸机等医疗器械以及急救物品要专人定时、定量、定位整顿和检查,进行补充和消毒。整顿患者的各种生活用品,进行分类后定点定位存放。定期检查各种设备仪器,若发现问题需及时维修,确保紧急状况下各种设备仪器均可使用。

(4) 清扫:按功能不同对肾内科各室进行分区,每个分区安排责任护士,定编定岗,每天定时清扫各分区,确保各分区尤其是透析室整洁干净,定时消毒,避免患者出现感染情况。严格区分医疗垃圾、

生活垃圾，并分门别类进行处理。

(5) 清洁：定期清洁各种医疗设备与器械，每次使用前后要进行彻底消毒，同时告知患者及陪护家属做好自我清洁，对于无法进行自我清洁的患者，护理人员要及时给予帮助，切实避免因清洁原因导致院内感染事件发生。

(6) 素养：护理人员的职业素养是做好护理工作的保证。医院要定期开展培训教育活动，请肾脏内科专家对护理人员进行培训，全面提高护理人员的专业知识和能力。此外，医院还要加强护理人员的医德教育，提高其对肾内科护理工作重要性的认知，从而真正提高其医德素养。

(7) 安全：因肾衰竭患者多病情较重，且多数患者需行透析治疗，若操作不慎，常易引发多种并发症，对患者安全造成威胁。此外，肾内科患者常合并多种并发症，体能虚弱，极易出现坠床、跌倒及压疮等不良事件。为此，医院要按照实际情况编制安全手册，针对性制订安全保护措施，切实避免安全事件的发生。

(8) 提高护理质量：根据每位患者的实际情况制订贴身护理方法，使每一位患者均可获得最佳的护理。护理人员还要与患者建立良好的医患关系，提高护理质量。护理人员还要进行无菌操作、仪器的放置、标示线和定期消毒等管理，防患于未然，真正将提高护理质量落在实处。

1.3 观察指标

(1) 不良事件的发生情况：其不良事件包括坠床、摔跌、用药错误等。

(2) 自我和谐：自我和谐采用自我和谐量表（SCCS）^[5] 评价，量表共包括 3 个大项 35 个小项，每项 0~4 分，自我与经验不和谐、自我刻板性得分越高及自我灵活性得分越低，提示自我和谐能力越差。

(3) 遵医行为：患者遵医行为按照我院自行编制的遵医行为量表进行评价，量表共包括 4 个大项，每项 1~5 分，得分越高提示遵医行为越好。

(4) 护理满意度：护理满意度按照我院自行编制的患者满意度调查问卷进行评价，总分 100 分，81~100 分为非常满意，61~80 分为基本满意，≤ 60 分为不满意。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 统计学软件分析数据，计数资料计算百分率，组间率比较采用 χ^2 检验；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

2.1 两组不良事件发生情况比较

观察组不良事件发生率较对照组低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

2.2 两组 SCCS 得分比较

护理前，两组自我与经验不和谐、自我刻板性及自我灵活性得分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理后，两组自我与经验不和谐、自我刻板性得分均降低，自我灵活性得分均增加，且观察组自我与经验不和谐、自我刻板性得分均较对照组低，自我灵活性得分较对照组高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

2.3 两组遵医行为得分比较

护理前，两组遵医行为各项得分比较差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；护理后，两组遵医行为各项得分均较护理前提高，且观察组遵医行为各不同分项得分均较对照组高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

2.4 两组护理满意度比较

护理干预后，观察组护理满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 1 两组不良事件发生情况比较

组别	例数	坠床	摔跌	用药错误	总发生率 (%)
对照组	53	6	7	3	30.20
观察组	53	2	1	0	5.67

$\chi^2 = 10.837$, $P = 0.001$ 。

表 2 两组 SCCS 得分比较 (分)

组别	例数	自我刻板性		自我灵活性		自我与经验不和谐	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	53	21.51 ± 2.36	16.92 ± 1.82	28.64 ± 3.30	32.59 ± 3.41	50.74 ± 5.22	45.38 ± 4.70
观察组	53	21.58 ± 2.41	14.64 ± 1.59	28.22 ± 3.24	35.97 ± 3.82	50.82 ± 5.26	41.49 ± 4.36
t 值		0.151	6.868	0.661	4.806	0.079	4.417
P 值		0.880	0.000	0.510	0.000	0.938	0.000

表3 两组遵医行为得分比较(分)

组别	例数	遵医嘱用药		控制情绪	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	53	56.17 ± 5.79	81.65 ± 8.27	51.21 ± 5.30	79.53 ± 8.22
观察组	53	55.68 ± 5.72	90.36 ± 9.28	50.37 ± 5.26	88.49 ± 9.11
<i>t</i> 值		0.438	5.101	0.819	5.316
<i>P</i> 值		0.662	0.000	0.415	0.000

表4 两组护理满意度比较

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意率(%)
对照组	53	19	18	16	69.81
观察组	53	33	19	1	98.11

$\chi^2=15.767$, $P=0.000$ 。

3 讨论

肾功能衰竭为多种肾脏疾病的终末期, 临床治疗较为困难, 若发展至尿毒症期, 仅行药物治疗收效甚微, 多数患者需行透析治疗^[6]。身体的痛苦, 治疗的无望, 巨额医疗费, 常易给患者带来巨大的精神压力, 致使患者出现多种不良情绪, 难以调节自我与经验间以及多种自我知觉间的关系, 无法正视肾功能衰竭、多种治疗手段以及疗效难以达到自我预期的现实, 部分患者甚至因此自暴自弃, 抵抗治疗^[7-8]。

资料显示, 有效的护理可缓解患者心理压力, 纠正其违医行为, 提高其接受治疗的依从性^[9]。6S管理模式是新型护理管理模式, 可经管理培训提高护理人员的理论和操作能力, 为患者提供快速、规范的护理服务, 使患者感受到护理队伍的专业性, 提高其对护理人员的信任度^[10]。患者通过肾衰竭知识培训, 明白通过规范的治疗及护理, 可有效改善症状, 减少并发症的发生, 促进疾病转归^[11]。同时通过整理、整顿、清扫、清洁等环节为患者创造良好的治疗环境, 确保药品、仪器等治疗物资摆放到位, 工作场所的整齐有序, 从而确保护理操作快速准确, 避免发生护理差错, 有效避免肾内科护理安全事件的发生^[12]。6S管理模式可促进护理人员认识到自己的优点和不足, 激发学习热情, 提高护理人员的自身素养, 促进护理人员养成良好的工作习惯, 增强其责任意识, 为患者提供贴身护理服务, 提高护理质量^[13-14]。

自我和谐是自我与经验以及自我内部协调之间的相互协调, 是个体心理健康的表现^[15]。自我灵活性得分越高, 说明患者可有效协调自我与经验以及自我内部协调之间的关系, 快速适应疾病及治疗, 完成从正常人到患者间的转变, 而自我与经验不和谐及自我刻板性则与自我灵活性相反, 其得分越高

说明患者越难以接受自我身份的改变, 难以接受正常的治疗及护理^[16-17]。在本研究中, 护理后, 观察组自我与经验不和谐、自我刻板性得分均较对照组低, 自我灵活性及遵医行为各不同分项得分均较对照组高, 说明与常规护理相比较, 6S管理模式可使患者享受到更加舒适的护理, 为其提供多方面的心理支持, 解除其心理压力, 缓解其紧张情绪, 提高其参与治疗的依从性。

综上所述, 6S管理模式可提高肾内科患者自我和谐能力、遵医行为及满意度, 降低不良事件发生率。

4 参考文献

- [1] Flagg AJ. Chronic Renal Therapy[J]. Nurs Clin North Am, 2018, 53(4): 511-519.
- [2] Yang Y, Ma YP, Zhang Z, et al. Effects of adding Rheum officinale to angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin receptor blockers on renal function in patients with chronic renal failure: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Clin Nephrol, 2018, 89(6): 445-454.
- [3] Anderson CAM, Nguyen HA. Nutrition education in the care of patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease[J]. Semin Dial, 2018, 31(2): 115-121.
- [4] 吕丹菊. 应用6S管理模式提高临床护理管理质量[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(11): 85-88.
- [5] 杨定平, 康岩, 雷杰鹏, 等. 集体心理治疗对康复精神分裂患者自我和谐、自尊和自我效能感的影响[J]. 心理医生, 2017, 23(12): 12-14.
- [6] Brunet P. Treatment of chronic kidney failure by haemodialysis[J]. Soins, 2018, 63(826): 21-23.
- [7] Coulibaly G, Goumbri PP, Lengani HYA, et al. Anxiety and depression during chronic renal failure before end stage at the University hospital center Yalgado Ouedraogo of Ouagadougou (Burkina Faso)[J]. Nephrol Ther, 2019, 15(7): 506-510.
- [8] Guenzani D, Buoli M, Carnevali GS, et al. Is there an association between severity of illness and psychiatric symptoms in patients with chronic renal failure[J]. Psychol Health Med, 2018, 23(8): 970-979.
- [9] Guan Y, He YX. Effect of advanced care on psychological

结合需要层次理论在缺血性脑卒中患者出院后护理中的应用

杨越 常晶晶

【摘要】目的 探讨结合需要层次理论在缺血性脑卒中患者出院后护理中的应用。**方法** 选择医院 2017 年 1 月—2019 年 6 月收治的 100 例缺血性脑卒中患者为研究对象,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,各 50 例。对照组采取常规护理方法,观察组实施结合需要层次理论的护理干预模式。对比分析两组干预后生活质量(SS-QOL)评分、生活能力(BI 指数)评分以及康复依从性评分情况。**结果** 干预 3 个月后,观察组 SS-QOL 评分明显优于对照组($P<0.05$);观察组 BI 指数评分明显高于对照组($P<0.05$);观察组在康复锻炼、饮食均衡、生活作息、服药依从、定期复诊以及总评分均明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 结合需要层次理论的护理干预用于缺血性脑卒中患者出院后可明显提升其生活质量,改善其日常生活能力,促进病情康复。

【关键词】 结合需要层次理论;护理干预;缺血性脑卒中;应用效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.017

缺血性脑卒中(IS)约占全部脑卒中发生病例的 60% 以上,具有发病率高、致残致死率高、反复发作等特点^[1-2],临床症状为肢体麻木、眩晕、感觉障碍,严重者甚至出现偏瘫、意识障碍、失语甚至死亡等现象^[3],有研究调查^[4-5],脑卒中发病率约为 250/10 万,每年新发病例高达 200 万,其中 IS 复发率超过 17%,严重威胁患者生命健康和生活质量。需要层次理论是由美国心理学家 Abraham Harold Maslow 首次提出,将人需求分为生理、安全、爱和归属感、尊重和自我实现共 5 个层次,并逐级递升,各个层次相互重叠与依赖^[6-7],进而确保治疗过程

获得全方位、多层次优质照护^[8]。鉴于此,本研究将结合需要层次理论的护理干预应用于缺血性脑卒中患者出院后,旨在为临床提升生活质量与预后提供有效干预措施借鉴。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2017 年 1 月—2019 年 6 月收治的 100 例缺血性脑卒中患者为研究对象,纳入条件:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》诊断标准,且在医院经头颅 CT、核磁共振(MRI)首次确诊为缺血性脑卒中^[9];入院治疗后病情获得控制,生命体征稳定;生存期 ≥ 12 个月;可积极配合疗护且完成调查问卷填写等研究任务;患者和家属自愿参与本

作者单位:841000 新疆库尔勒市铁门关路第九五一医院神经内科

condition in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis: A protocol of a systematic review[J]. Medicine (Baltimore), 2019, 98(10): e14738.

[10] 魏晓芳.6S 管理在神经内科护理安全管理中的运用分析[J].中国卫生产业,2018,346(11):48-49.

[11] 张敏,宁娟丽,赵妮,等.“6S”管理模式对护理质量不良事件的影响研究[J].山西医药杂志,2020,49(18):2520-2523.

[12] 何俐,时雯婷,李琴.基于“6S”管理模式的护理策略用于创伤性蛛网膜下腔出血经气管切开后患者的价值[J].现代中西医结合杂志,2020,29(17):1905-1908,1912.

[13] 郎芳,张开治.6S 管理模式在门诊护理服务中的应用及其效果[J].长春中医药大学学报,2020,36(2):359-

361.

[14] 林奕辰.6S 管理对住院患者满意度影响分析[J].山西医药杂志,2020,49(1):19-21.

[15] 胡冬英,张莉.整体护理联合心理强化教育对烧伤康复患者自我意识及负面情绪的影响[J].检验医学与临床,2020,17(18):2709-2711.

[16] 张平.经验性回避在老年血液透析病人自我和谐与创伤后成长间的中介作用[J].全科护理,2020,18(8):1010-1012,1019.

[17] 郑香琴,郑晓真,袁亚芬.康复期乳腺癌患者述情障碍与自我和谐的关系[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(4):300-303.

[2020-04-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

次调查。排除条件:患严重心、肝、肾及恶性肿瘤等疾病;合并意识障碍、精神疾病、严重失语等并发症症状^[10-11];病情未稳定且持续恶化者;入院前存在其他严重精神系统类疾病;资料信息不齐全或中途退出研究者。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,各50例。对照组:男29例,女21例;年龄42~69岁,平均 53.79 ± 8.20 岁;发病到就诊时间1~11 h,平均 5.80 ± 1.9 h;GCS评分9~14分,平均 11.82 ± 1.36 分;临床症状表现:左侧偏瘫25例,右侧偏瘫21例,感觉障碍4例。观察组:男28例,女22例;年龄42~71岁,平均 54.02 ± 7.95 岁;发病到就诊时间1~13 h,平均 5.94 ± 1.88 h;GCS评分11~14分,平均 12.55 ± 1.42 分;临床症状表现:左侧偏瘫24例,右侧偏瘫23例,感觉障碍3例。两组性别、年龄、GCS评分临床症状表现比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理:

(1)住院期间:①日常生活锻炼。指导患者日常家居进餐、穿衣、刷牙、上厕所等基础生活能力训练,重点讲述关键性技巧动作,20~30 min/次,2次/d,4~5 d/周;详细记录生活环境、性格、病情恢复情况,培训患者及家属自护能力、康复训练相关专业知识和操作,确保熟练掌握。②集体性干预。加强与患者沟通交流,采用浅显易懂语言向患者与家属讲解脑卒中发病原因、临床症状与体征、预防措施、预后及不良反应等,耐心回答提问,为患者发放便于阅读理解的图文材料,每周指导5次,积极鼓励患者诉说训练过程感受。

(2)出院前1 d:医护人员积极与患者交流,制订针对性用药、康复计划,建立微信群邀请全部患者及家属加入。

(3)出院后:微信群内每天推送视频、图片、视频,介绍缺血性脑卒中疾病知识、诊疗、防护手段,固定时间段耐心解答患者疑惑、分享病友疗护心得,与患者建立长期联系,为其提供饮食指导(禁烟酒,限盐油,计算每日所需蛋白质、坚果、粗粮含量)^[12]、运动锻炼计划(散步30~40 min/d,适当辅以体操、太极、瑜伽等运动),及时了解病情反馈,监督患者定时复查,鼓励其积极学习适用于实际生活的疾病常识,多参与社区组织的疾病预防活动。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施结合需要层次理论的护理干预,即依据QOL-C30评分、HAD评分以及Essen评分结果并结合各需要层次调查汇总,将存在问题项目按照基本需求的A、B、C、D、

E5个层次归类,再结合医护人员对患者各层次需求程度评级1~5级,确立个体化层级护理模式,例如:A5B3C3D2E1、A5B4C3D2E2等模式,责任护士可根据病情与需求灵活调节护理项目与层级数,具体对应层次延续护理干预措施方式如下:

1.2.2.1 生理需求(A1~5)

(1)运动平衡功能训练:指导患者双侧运动训练,握紧双手、伸展肘关节、旋转前臂45°(先健肢、后患肢),复位后反向转动45°,10~20 min/次,2~3次/d;借助棒竖杆训练,缓慢屈曲肘关节120°,随后缓慢前伸肘关节,屈曲肩关节60°~90°,15~20组/次,2~3次/d;双手握住棒横杆,维持手距与肩宽相等,肩关节屈曲0°,肘关节屈曲120°,轻度背伸腕关节,协助患者在护士指导下缓慢屈曲肩关节、腕关节50~60°,10~20 min/次,2~3次/d,根据实际情况调节。

(2)头部操:患者取舒适坐位,双脚距离与肩宽相同,双手放置身体两侧,顺、逆时针交替缓慢转动头部,5~10次/组,完成后旋转按摩风池穴、百会穴,3~5 min/次。

(3)上下肢操:上肢操双手交握、缓慢前位、复位,8~10次/组,并交替旋转腕关节、肘关节,持续5~8 min各方向,结束后指腹按压手三里、合谷穴等诸穴。下肢操双手环抱右膝关节,施力使右腿移动胸部、最大限度后复位,双下肢交替进行,3~5 min/次。结束后指腹按揉梁丘穴、血海穴等诸穴5 s^[13-14]。

1.2.2.2 安全需要

(1)站力平衡训练:协助患者模拟静-动态坐位、静-动态站位平衡训练,设置床边或面镜便于镜中自我调节。

(2)语言功能梯度训练:①基础发音训练:患者跟随护士练习呲牙、伸舌、张口动作,而后练习卷舌、伸缩舌并逐渐加大伸缩速度,接着练习抿嘴唇、咀嚼等更复杂动作,每次15~20 min,每天2~3次,练习发音肌。②字母单字发音:护理人员讲授并示范元音、辅音字母发音技巧,及时纠正练习中口型、吐字后,指导单字、短发音,30 min/d,引导家属与患者简单对话交流。③阅读认知锻炼:提供400~500字左右有声读物故事,如:守株待兔、农夫与蛇等,指导患者阅读并简单复述故事,每日上午练习30 min,循序渐进加大难度。

1.2.2.3 爱和归属的需要

(1)情志调护:基于汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者目前

心理状况,结合中医七种情志(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)相互制约因素为患者提供喜剧短片、美好短视频观看,家属引导患者回忆以往喜悦事件,组织病友互相交谈活动、音乐疗法转移注意力,指导患者和家属进行冥想放松。

(2)激励调节法:制订“结对帮扶”小组,每组配备1~2名康复、社区护理人员,明确组内患者复查时间、定期交流帮扶实践,重点由康复同伴讲述自身正面康复经历,克服负面情绪方式,以关怀激励。

1.2.2.4 尊重的需要 在集体性干预基础上加强个人心理干预,对患者“一对一”心理支持,尊重其负性情绪,耐心倾听,给予解释、鼓励、心理暗示后,寻求原因解决方法,以缓解其焦虑,2次/周,30~40 min/次。

1.2.2.5 自我实现的需要

(1)认知训练:根据患者康复情况实时进行针对性认知训练,包括记忆力、数字计算能力、想象力、语言、视觉空间辨识能力等。①记忆力训练:运用图片、无错性学习、识别亲人照片形式,以不给患者带来精神负担为宜。②数字与数学计算能力训练:应用数工具、数昆虫、数水果方式。③视觉空间辨识能力锻炼:应用倒影观察、拼图、物体相对方位手段。④想象力训练:指导患者借助智能工具进行推箱子、猜字、怪物猜想、七巧板拼图等练习。

(2)志愿活动干预:组织3~4组在社区范围、公共设施区域内展开脑卒中健康知识宣教、城市卫生清洁等志愿者活动,并为表现优秀组颁发奖状,以提升自我认同感。

1.3 观察指标

1.3.1 两组生活质量评估 选取脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)对所有患者进行生活质量评估^[15],主要包括:上肢功能、活动能力、个性、自理、体能、心情、家庭角色、思想、语言、视力、工作能力等共12个领域,49个条目。运用等距等级条目形式,各领域评分范围0~5分,得分高低与生活质量呈正相关。该量表Cronbach's α系数在0.78,

信效度较好。

1.3.2 两组日常生活能力评估 采取Barthel指数量表^[16]评估日常活动能力,主要包括:排便控制、梳洗修饰、床椅转移等10项内容,总评分范围0~100分,其中0~40分代表完全依赖,41~60分代表稍依赖,>60分代表基本自理,评分越高,日常生活能力越高。该量表Cronbach's α系数为0.92,信效度较好。

1.3.3 两组康复依从性评估 选取医院自制的护理干预调查问卷,主要包括康复锻炼、饮食均衡、生活作息、服药依从、定期复诊5项,各项积分为0~4分,累积得分为5~20分,评分高低与康复依从性成正比,该量表Cronbach's α系数为0.87,信效度较好。

1.4 统计学处理

选择SPSS 19.0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,检验水准α=0.05,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预后生活质量和生活能力情况比较

干预3个月后,观察组SS-QOL评分明显优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),观察组BI指数评分明显高于对照组(P<0.05),差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

2.2 两组康复依从性评分情况比较

干预3个月后,观察组在康复锻炼、饮食均衡、生活作息、服药依从、定期复诊及总评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表1 两组干预后SS-QOL评分和BI指数评分情况对比(分)

组别	例数	SS-QOL 评分	BI 指数评分
对照组	50	48.95 ± 1.74	75.90 ± 5.87
观察组	50	57.41 ± 1.29	83.33 ± 6.46
t 值		27.618	6.019
P 值		0.000	0.000

表2 两组康复依从性评分情况比较(分)

组别	例数	康复锻炼	饮食均衡	生活作息	服药依从	定期复诊	总评分
对照组	50	1.92 ± 0.52	1.93 ± 0.32	1.81 ± 0.58	1.85 ± 0.43	1.89 ± 0.42	9.40 ± 1.45
观察组	50	2.30 ± 0.47	2.45 ± 0.67	2.42 ± 0.51	2.53 ± 0.60	2.43 ± 0.54	12.13 ± 1.38
t 值		3.834	4.952	5.585	6.514	5.582	9.644
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

我国 2018 年急性缺血性脑卒中诊治指南提出^[17], IS 患者患病 15 d 内, 生活质量、日常自理水平、神经功能等均急剧下降, 3 个月内致死 / 致残率接近 38%, 严重影响生命健康。近年来, 该疾病诊治水平明显提升, 但多数患者恢复过程仍会出现吞咽障碍、偏瘫、语言功能障碍等诸多后遗症。

本研究将结合需要层次理论的护理干预应用于缺血性脑卒中患者出院后, 探究其在促进 IS 病情康复中重要意义, 通过依据 QOL-C30 评分、HAD 评分以及 Essen 评分结果, 建立生理需求、安全需要、爱和归属的需要、尊重的需要、自我实现的需要 5 项针对性护理措施, 实现各层次信息、管理和关系的延续, 进而提升自护能力、自我干预水平, 结果显示, 干预 3 个月后, 观察组 SS-QOL 评分明显优于对照组 ($P<0.05$); 观察组 BI 指数评分明显高于对照组 ($P<0.05$); 观察组在康复锻炼、饮食均衡、生活作息、服药依从、定期复诊以及总评分均明显高于对照组 ($P<0.05$), 这显示结合需要层次理论护理干预可明显改善与提升患者生活质量、生活能力以及康复依从性。分析原因: 一方面 IS 患者因神经功能受损普遍存在运动、语言、智力等维度病症, 极易产生心理恐慌与社交障碍, 不利于出院后病情恢复, 而结合需要层次理论的护理模式将护理过程对爱和归属、尊重、自我实现的需要, 聚焦心理疏导放在等同于生理和安全需要, 关注生命体征、不良反应等因素同等重要位置, 积极调动患者自身、病友、医护人员、亲属力量激励, 缓解患者焦虑失落情绪, 感受爱、关怀、支持与尊重, 促使病情恢复; 另一方面干预过程中尽早开展运动平衡功能训练、疏经通络护理, 模拟静 - 动态坐位、静 - 动态站位平衡训练, 指导患者日常家居进餐、穿衣、刷牙、上厕所等基础生活能力训练, 组织语言功能梯度干预, 加上情志调护、激励调节法、认知训练护理以及志愿者活动干预等康复护理, 循序渐进减速恢复进程。

综上所述, 本研究认为结合需要层次理论护理干预用于在缺血性脑卒中患者出院后可明显提升生活质量, 改善其日常生活能力, 促进病情康复。

4 参考文献

- 药, 2020, 24(1): 17-20.
- [2] 成云芳, 季燕. 年轻型缺血性脑卒中患者早期神经功能缺损加重的危险因素分析 [J]. 心脑血管病防治, 2019, 19(6): 523-525.
- [3] 黄海萍. 急性缺血性脑卒中后认知障碍的分析 [D]. 南宁: 广西医科大学, 2017.
- [4] 宋鹏延, 王丽, 黄露. 集束化护理模式在预防缺血性脑卒中患者 DVT 中的应用价值 [J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(11): 168-170.
- [5] 赵婷, 李晓妮, 富思齐. 综合康复护理培训联合延续护理对缺血性脑卒中患者生活质量及日常生活能力的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(33): 187-189.
- [6] 李玲, 张芳, 何小凤, 等. 多学科团队合作模式在缺血性脑卒中患者出院准备度中的应用 [J]. 昆明医科大学学报, 2019, 40(11): 165-170.
- [7] 范玉燕. 中医延续护理改善脑卒中患者生活质量的应用价值 [J]. 医学理论与实践, 2019, 32(21): 3557-3559.
- [8] 杨菲, 王龙珍, 钱叶红. 基于家庭医生团队的延续护理在居家脑卒中患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(21): 153-155.
- [9] 陶琼英, 汤伟. 缺血性脑卒中患者社区中医干预模式的构建与意义研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(20): 2488-2494.
- [10] 刘旭东. 缺血性脑卒中患者康复治疗效果观察 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(20): 171, 173.
- [11] 郭彦兵. 缺血性脑卒中急性期血压管理 [J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(14): 163-165.
- [12] 段洁明. 马斯洛需要层次理论在急性脑卒中患者护理中的应用价值 [J]. 河北医药, 2014, (18): 2862-2864.
- [13] 汪伊恋, 张颖杰, 罗少红. 医院 - 社区协同健康管理模式对脑卒中恢复期人群二级预防的效果研究 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(8): 43-45.
- [14] 陈珍凤, 胡琼丹, 陈霞, 等. 基于信息化延续护理的缺血性脑卒中患者出院后二级预防用药依从性研究 [J]. 中国医院药学杂志, 2019, 39(3): 296-300.
- [15] 曹亚芬, 李丽娟, 肖利亚. 卒中后睡眠障碍患者中医延续护理的效果评价 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 90-93.
- [16] 赵鹏. 基于微信平台的延续护理对脑卒中出院患者干预效果的研究 [J]. 检验医学与临床, 2018, 15(14): 2154-2156.
- [17] 高建梅, 段志光, 苏闫兵, 等. 我国脑卒中研究论文的合作分析 [J]. 中华医学科研管理杂志, 2017, 30(5): 379-384, 389.

[2020-04-27 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

- [1] 赵春香, 王瑞刚, 张岩, 等. 核心稳定性训练治疗缺血性脑卒中偏瘫 88 例疗效观察 [J]. 安徽医

《国际糖尿病足疾病预防和管理指南 2019》 在糖尿病足患者中的应用效果

柯运

【摘要】 目的 探讨《国际糖尿病足疾病预防和管理指南 2019》（简称“指南”）在糖尿病足患者中的运用效果。**方法** 选取 2018 年 4 月—2020 年 4 月医院 100 例糖尿病足患者，其中 2018 年 4 月—2019 年 4 月 50 例患者接受常规护理，设为对照组；2019 年 5 月—2020 年 4 月 50 例患者接受“指南”中的相关护理措施，设为观察组。比较两组患者抗生素使用以及创面愈合时间、平均换药次数，并基于糖尿病足溃疡瓦格纳 (Wagner) 分级评价治疗总有效率。**结果** 观察组抗生素使用以及创面愈合时间、平均换药次数均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 基于“指南”相关护理措施能够规范糖尿病足的临床护理措施，缩短抗生素使用以及创面愈合时间，降低换药次数，并提升溃疡愈合效果。

【关键词】 糖尿病足；溃疡愈合；创面护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.018

Application effect of the ‘Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (2019)’ on the diabetic foot patients KE Yun(Xianning Central Hospital, Xianning 437100, China)

【Abstract】 Objective To discuss the application effect of the ‘Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease(2019)’ (abbreviated as ‘Guidelines’) on the diabetic foot patients. **Methods** To select 100 diabetic foot patients admitted in the hospital from April 2018 to April 2020, 50 patients admitted in the hospital from April 2018 to April 2019 were set as the control group and applied the routine nursing, 50 patients admitted in the hospital from May 2019 to April 2020 were set as the observation group and applied the nursing interventions according to the ‘Guidelines’. Antibiotic use, wound healing time, dressing changed time were compared between two groups, evaluated the total efficacy based on Wagner grade of diabetic foot ulcer. **Results** Antibiotic use, wound healing time, dressing changed time of the observation group was lower than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), the total efficacy of the observation group was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The nursing intervention based on the ‘Guideline’ could regulate the clinical nursing intervention of the diabetic foot, shorten the intake of the antibiotic and the wound healing time, reduced the time of dressing change, increased the effect of ulcer healing.

【Key words】 Diabetic foot; Ulcer healing; Wound care

糖尿病足也称糖尿病足溃疡，一种治疗难度较大的皮肤溃疡创面，主要由糖尿病相关神经、动脉末梢病变以及局部菌群变化等因素引起，是糖尿病常见也是较严重的并发症之一，高致残率严重影响了患者的身心健康，增加了家庭、社会负担^[1]。使用抗生素以及清创、换药是糖尿病足护理的主要手段，但疗效局限，病情易迁延不愈、反复发作，加之细菌耐药性的影响，逐步增加治疗及护理难度^[2]。

国际糖尿病足工作组 (IWGDF) 2019 年在荷兰海牙颁布了最新版的《国际糖尿病足疾病预防和管理指南 2019》^[3]，我院积极关注“指南”的推荐措施，并总结相关护理措施用于糖尿病足的日常护理，获得了良好的运用效果^[4]。现就措施运用前后进行临床对比，探讨基于“指南”相关措施的临床运用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入条件：确切的糖尿病病史；符合 IWGDF 糖尿病足诊断标准^[5]；Wagner 分级 1~3 级；年龄

作者单位：437100 湖北省咸宁市中心医院（湖北科技学院附属第一医院）

18~70岁;初次患病,既往无治疗史;未合并患肢严重皮肤病、骨折等。排除条件:合并心力衰竭、脑卒中等其他严重疾病;合并精神病或智力低下无法配合治疗;伴恶性或开放性病灶。选取2018年4月—2020年4月医院100例糖尿病足患者为研究对象,其中2018年4月—2019年4月50例患者设为对照组,2019年5月—2020年4月50例患者设为观察组。对照组中男27例,女23例;年龄43~70岁,平均 54.17 ± 4.91 岁;糖尿病病程6~16年,平均 9.23 ± 1.01 年;Wagner分级:1级14例,2级20例,3级16例。观察组中男29例,女21例;年龄42~70岁,平均 53.87 ± 4.90 岁;糖尿病病程6~16年,平均 9.65 ± 1.20 年;Wagner分级:1级15例,2级22例,3级13例。两组患者性别、年龄、糖尿病病程、Wagner分级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 接受常规护理。患者均进行常规降糖治疗,嘱咐患者按时、按量服用降糖药物以及针对性给予改善微循环、神经代谢药物等。对创面坏死组织进行严格清除,包括坏死肌腱、炎性肉芽组织等;创面采用聚维酮碘、双氧水、生物多糖以及生理盐水反复彻底冲洗消毒。随后外涂厚度约2 mm的磺胺嘧啶银乳膏,外用6层无菌敷料包扎固定,每1~2 d换药1次。

1.2.2 观察组 接受“指南”中的相关护理措施。

①院外时常规降糖治疗的基础上嘱咐患者及家属记录“血糖日记”,监测血糖水平变化;②因足部畸形或充血、胼胝、溃疡等载荷异常导致鞋具不适合者,指导患者根据糖尿病足步态变化定制矫形鞋垫;③近期末接受抗生素治疗或当季气候温和时,对轻度感染患者仅需针对金黄色葡萄球菌、 β 溶血性链球菌等需氧革兰氏阳性菌进行经验性抗生素治疗;④1级或2级患者推荐使用光子治疗仪进行辅助治疗,与皮肤距离10~15 cm,治疗仪中心波设置为长640 nm,功率密度设置为 230 mW/cm^2 ,每次10~15 min,2次/d;⑤3级患者考虑清创、持续冲洗后使用持续冲洗负压封闭引流(VSD),置入2根管径0.5 cm、有侧孔的硬质硅胶引流管,引流管一端及侧孔采用泡沫包裹,将带有引流管泡沫放入创面,接触充分不留空隙,由创缘将引流管直接引出,采用生物透性膜粘贴将创面封闭,将引流管一条接冲洗管,另一条接负压引流;⑥难愈合创面考虑使用异种脱细胞真皮基质作为敷料进行包扎固定,使用重组人血小板源性生长因子(rhPDGF)凝胶,反复彻底冲洗消毒涂抹该凝胶约2 mm,再进行包扎固定。

1.3 观察指标

记录两组患者抗生素使用以及创面愈合时间、平均换药次数;治疗效果参照Wagner分级^[6]:0级,糖尿病足高危患者;1级,皮肤表面溃疡,无感染,以神经性溃疡为主;2级,溃疡较深,具有穿透性,常存在软组织感染,无骨髓炎、深部脓肿;3级,深部溃疡累及骨组织,并合并骨髓炎、深部脓肿;4级,缺血性溃疡,局部坏疽;5级,坏疽累及整个足;显效:Wagner分级下降2级或为0级,创面愈合超过80%;有效:Wagner分级下降1级,创面愈合面积 $\geq 50\%$;无效:不及以上标准甚至症状加重^[7]。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.00统计学软件处理数据,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^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

2.1 两组患者抗生素使用时间、创面愈合时间、平均换药次数比较

观察组抗生素使用以及创面愈合时间、平均换药次数均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者抗生素使用时间、创面愈合时间、平均换药次数比较

组别	例数	创面愈合时间(d)	平均换药次数(次)	抗生素使用时间(d)
观察组	50	24.67 ± 6.23	16.12 ± 3.01	9.17 ± 2.03
对照组	50	33.01 ± 7.02	22.01 ± 4.21	13.07 ± 2.26
t 值		6.283	8.048	9.078
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者临床疗效比较

观察组治疗总有效率高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	23	18	9	82.00
对照组	50	14	18	18	64.00

$\chi^2=4.110$, $P=0.043$ 。

3 讨论

糖尿病足溃疡是糖尿病较为严重的并发症,主要影响因素包括足畸形、周围神经病变、周围动脉

疾病等。报道称, 仅 2/3 的糖尿病足患者经医治后创面能够完全愈合, 据估计, 20%~30% 的患者最终进行了截肢。一旦出现糖尿病足, 将给患者身心及经济均造成负担, 因此, 采取合理、有效的护理措施提升糖尿病足的预后具有重要意义^[8]。《国际糖尿病足疾病预防和管理指南 2019》在 2015 版本基础上更新了关于糖尿病足预防以及患病后的康复治疗、病情管理措施, 具有先进的指导意义。

本研究对观察组糖尿病足患者使用“指南”中的相关护理措施, 结果显示, 观察组抗生素使用以及创面愈合时间、平均换药次数均低于对照组 ($P<0.05$), 观察组治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$), 提示基于“指南”中的相关护理措施能够缩短抗生素使用以及创面愈合时间, 降低换药次数, 并提升溃疡愈合效果。报道称^[9], 血糖控制效果是影响糖尿病足预后的重要危险因素, 因此院外时, 推荐患者及家属记录“血糖日记”, 用以监测血糖水平变化, 以便轻症患者在居家治疗时医护人员能够有效掌握血糖水平及波动情况。对于因足部畸形或载荷异常导致鞋具不适合者, 建议穿戴定制矫形鞋垫, 能够减轻畸形或载荷异常部位的压力, 降低溃疡形成或加重风险。“指南”中改进了既往以药物敏感试验为主的抗感染治疗, 对于近期末接受抗生素治疗或当季气候温和时, 通过经验性进行需氧革兰氏阳性菌的抗生素治疗能够对绝大部分患者起到治疗作用^[10-11]。对于 1 级或 2 级患者, 推荐使用光子治疗仪进行辅助治疗, 利用高能量光化学、光电磁效应等引发细胞酶促反应, 增加局部组织细胞的有氧呼吸, 从而促进创面愈合^[12]。3 级患者考虑使用 VSD 技术, 运用稳定负压原理保持足部创面密闭, 减少组织间压力, 阻断致病菌侵入, 有效去除溃疡处的积液等, 为创面愈合创造良好的条件^[13]。难愈合创面考虑使用异种脱细胞真皮基质作为敷料进行包扎固定, 该材料制成的敷料充分发挥了其生物效应, 具有较高的稳定性, 能在中等强度感染状态下与组织结合, 保持材料的强度与活性, 并促进自身修复^[14-15]。但由于该材料价格昂贵, 临床运用时需针对患者具体情况酌情选择。难愈合创面可考虑使用 rhPDGF 凝胶覆盖创面, rhPDGF 在血小板中提取, 进入组织后能够启动并加速溃疡创伤的修复, 具有刺激细胞趋化与促进细胞生长的作用, 最终促进创面愈合。

综上所述, 基于“指南”中的相关护理措施应用于糖尿病足患者中, 能够缩短抗生素使用以及创面愈合时间, 降低换药次数, 提升溃疡愈合效果。

4 参考文献

- [1] 肖智慧, 曹刚, 黄强, 等. 糖尿病足的中医研究进展 [J]. 中医药信息, 2018, 35(2):100-103.
- [2] 刘艳萍, 韩静, 卢宝金, 等. 新型敷料对糖尿病足溃疡治疗效果的临床观察 [J]. 河北医药, 2018, 40(11):91-94.
- [3] Coffey L, Mahon C, Gallagher P. Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis [J]. International Wound Journal, 2019, 16(1):183-210.
- [4] 王爱红, 石鸿雁, 许樟荣. 基于临床症状和体征评估糖尿病足溃疡肢体缺血严重程度的价值 [J]. 中华糖尿病杂志, 2020, 12(8):585-588.
- [5] 戚纪周, 王晓曼, 白晓萍. X 线平片用于糖尿病足诊断的临床价值 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(21):76-77.
- [6] 杜鸣, 刘佳霖, 许鑫, 等. 不同 Wagner 分级糖尿病足患者创面分离病原菌分布特点 [J]. 中国感染控制杂志, 2018, 17(2):121-125.
- [7] 袁晓勇, 齐心, 陆迪菲, 等. 北京市糖尿病足病回顾调查分析 [J]. 中华糖尿病杂志, 2019, 11(10):658-664.
- [8] 詹桂桂, 宋潇萌, 朱旅云. 糖尿病足感染的发病机制及病原菌特征研究进展 [J]. 临床误诊误治, 2018, 31(12):111-115.
- [9] 周先利, 宋彩萍, 赵欢, 等. 不同护理模式对非糖尿病专科胰岛素治疗发生“苏木杰反应”的影响 [J]. 重庆医学, 2020, 49(11):173-175.
- [10] 包恩义, 徐凤梅, 赵秋波. 重组人表皮生长因子凝胶联合纳米银医用抗菌敷料治疗 II 级 III 级糖尿病足疗效分析 [J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26(3):168-169.
- [11] 杜鸣, 刘佳霖, 许鑫, 等. 糖尿病足溃疡与感染患者病原菌分布与合理抗菌药物的选用分析 [J]. 现代预防医学, 2018, 45(4):167-171.
- [12] 胡晓晓, 李茂全, 姜金霞. 持续冲洗负压封闭引流联合光子治疗在糖尿病足溃疡的疗效及护理 [J]. 介入放射学杂志, 2018, 27(7):672-676.
- [13] 周慧, 杨晓萍, 高玉镭, 等. 负压封闭引流技术 (VSD) 治疗糖尿病足溃疡 [J]. 中国矫形外科杂志, 2019, 27(13):1244-1245.
- [14] 宋惠琴, 肖利虎, 唐荣昌, 等. 不同深度糖尿病足感染患者病原菌特点及耐药性研究 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(16):7-10.
- [15] 陈美连. 保护动机理论指导下的 Wagner 分级护理对糖尿病足患者足部状况与生存质量的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7):4-6.

[2021-01-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

正向促进式教育对失代偿期肝硬化患者自我感受负担及疾病不确定感的影响

李丹 赵显芝 金延春

【摘要】目的 分析失代偿期肝硬化患者实行正向促进式教育对自我感受负担及疾病不确定感的影响。**方法** 选取2019年2月—2020年2月医院失代偿期肝硬化住院患者90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,各45例,对照组实行常规护理干预,观察组在对照组基础上实行正向促进式教育,比较两组患者自我感受负担及疾病不确定感。**结果** 护理干预后,两组患者经济负担水平接近($P>0.05$);观察组相比对照组处于更低的情感负担和身体负担($P<0.05$);观察组身体负担及情感负担评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);不明确性、不可预测、信息缺乏、复杂性评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 失代偿期肝硬化患者实行正向促进式教育,有利于减轻患者自我感受负担,舒缓疾病不确定感。

【关键词】 失代偿期肝硬化;正向促进式教育;自我感受负担;疾病不确定感

中图分类号 R473.57 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.019

肝硬化在我国肝病患者中可达到16%的发病率^[1],若肝硬化病情已经发展至失代偿期,会明显衰退肝功能,并有门静脉高压等表现。失代偿期肝硬化患者会存在因扩张动脉血管而引发高动力循环综合征的临床表现,减少有效血容量,促使明显降低器官灌注,引发免疫功能障碍,出现血流动力学紊乱^[2]。患者一旦进入失代偿期,常伴难治性腹水、腹腔积液、持续性黄疸、营养障碍、消化道出血、感染等并发症,且病情容易反复发作,缺乏特效性治疗方法,由于病死率高,患者往往恐惧、抑郁、屈服^[3]。失代偿期肝硬化患者很难获取良好的预后效果,因自护能力不足会增加疾病不确定感,直接影响到自身心理健康^[4]。随着医疗卫生行业不断发展,人们开始意识到良好的医疗可提升患者生存质量。正向促进式教育是一项新型教育理念,该模式作为正向行为原因分析的模式及正向教育治疗策略,适用于护理实践中^[5-6]。因此,本研究以失代偿期肝硬化患者为研究对象,围绕正向促进式教育对自我感受负担及疾病不确定感的影响展开研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年2月—2020年2月医院收治的失代偿期肝硬化住院患者90例,纳入条件:符合修订的失代偿期肝硬化诊断标准^[7];知情并同意本试

验;病情稳定。排除条件:伴有沟通障碍或精神障碍;合并心肾功能异常^[8];临床配合度较差。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,各45例。观察组中男24例,女21例;年龄43~72岁,平均 57.39 ± 2.14 岁;病程1~6年,平均 3.54 ± 0.49 年。对照组中男25例,女20例;年龄44~73岁,平均 58.24 ± 2.37 岁;病程1~5年,平均 3.12 ± 0.36 年。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采取常规护理,给予皮肤护理、口腔护理;嘱患者规律生活,保证日常休息。

1.2.2 观察组 于对照组基础上实行正向促进式教育。

(1)创建正向促进式教育方案:借助“失代偿期肝硬化评估表”对患者实际行为和引发自身疾病的原因进行评估,撰写宣传材料,主要针对患者病情和其正向生活方式,相关内容:相关疾病对患者的危害、肝硬化发展至失代偿期的生活方式及生活习惯与失代偿期肝硬化发病的相关性。由参与本次研究的主管护师对患者进行授课宣教,保证授课质量。

(2)教育方案的实施:①由责任护士对患者正向行为、意识及影响因素进行评估,依据“失代偿期肝硬化评估表”中的相关内容,了解患者病情发展,制订针对性的正向促进式教育计划。②认知干预。护理人员应为患者介绍疾病相关知识、如何处理并发症、治疗方案和预后情况。基于患者住院期间,为其开展视频宣教,主要向患者说明失代偿期肝硬化的发病机制、实践病因、临床表现、治疗方案、

饮食计划及对症处理方法，完成宣教后耐心倾听患者的疑问，并一一解答，演示各项护理流程。

（3）确定问题和面对困难：集体宣教 24 h，依据评估存在的问题及具体原因，与患者交流，引导其明确自身问题，共同制订整改计划。患者正念行为的决定因素主要是情景因素、人际关系及自觉行动障碍，据此制订正念行为的改变计划，探讨实施过程中存在的不足，并及时予以改进，将最终计划以书面的形式给予患者，方便其阅读。

（4）正念督导：①正念教育者的督导。在交接班内容中纳入病情发展，治疗进度，培养患者病情意识，督促患者落实计划，依据患者需要可播放病情内容。②亲属参与。治疗期间患者需有 1 名家属陪护，注意以科学的方式给予患者家属宣教，并进行合理沟通，站在家属的角度了解患者行为习惯，并指导家属陪同和监督患者正念行为。③同伴支持。组织有经验的患者在正向促进式教育中现身说法。

（5）行为和感受评价：责任护士每天评估患者住院过程中的内心感受、改变情况，分析正念行为的消极性和积极性，以便及时调整正念教育方案。

1.3 观察指标

（1）自我感受负担量表^[9](SPBS) 评分：采用自我感受负担量表对患者自我感受负担进行评估，该量表共涵盖 3 个维度，包括身心负担、情感负担及

经济负担，共 10 个条目，依次包括 1、4、5 个条目，每个条目采用 5 级评分法，评分 1~5 分，总分 10~50 分，评分越高，表明自我感受负担越严重。

（2）疾病不确定感量表^[10](MUIS) 评分：采用中文版 MISHel 疾病不确定感量表对患者症状、诊断、治疗及预后的不确定性进行评估，共涵盖 4 个维度，包括不明确性、不可预测、信息缺乏、复杂性。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 软件处理分析数据。计量资料数以“均数 ± 标准差”描述，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 两组患者干预后 SPBS 评分比较

护理干预后，两组患者经济负担水平接近，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；观察组的情感负担和身体负担低于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05）。见表 1。

2.2 两组患者干预后 MUIS 评分比较

护理干预后，观察组不明确性、不可预测、信息缺乏、复杂性评分均低于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05）。见表 2。

表 1 两组患者干预后 SPBS 评分比较（分）

组别	例数	经济负担	身体负担	情感负担
观察组	45	3.12 ± 0.59	11.28 ± 2.37	11.98 ± 2.46
对照组	45	3.28 ± 0.61	14.63 ± 2.51	14.20 ± 2.63
<i>t</i> 值		1.265	6.509	4.135
<i>P</i> 值		0.209	0.000	0.000

表 2 两组患者干预后 SPBS 评分比较（分）

组别	例数	不明确性	不可预测性	信息缺乏	复杂性
观察组	45	22.46 ± 2.72	6.41 ± 1.39	8.29 ± 1.36	17.69 ± 2.34
对照组	45	30.63 ± 3.13	10.28 ± 2.16	13.25 ± 2.08	19.12 ± 2.31
<i>t</i> 值		13.216	10.106	13.388	2.917
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.005

3 讨论

失代偿期是肝硬化晚期的症状表现,一般指的是发展到一定肝硬化程度时会超出肝功能的代偿功能,主要表现包括损伤肝功能或上消化道出血^[11]。不仅如此,肝硬化常引发一系列并发症,包括腹水、形成门静脉血栓及感染等,而失代偿期肝硬化患者还会伴有一定的负面心理,无法维持良好的生活质量。在高应激状态下若个体没有获取有效的应对方式和正向支持,会加重患者心理损伤程度,需长时间实行规范管理,才可减慢病情发展,确保能够获得显著的预后效果^[12]。

正向促进式教育的护理基础是期望值与认知理论,注意评估患者护理表现,便于护理人员对患者日常行为科学分析,进而为患者提供针对性的正向行为策略,主要特征包括以下几方面:强调患者创建正向信念,加强个体对正向责任的关注,推动患者对正向行为的坚持,使其愿意在目标设定过程中参与进来,护理人员在实行期间应对患者正念行为的影响因素进行评估,引导患者掌握良好的生活方式,坚持健康行为,改善不良习惯,实现疾病有效预防、减缓发病时间和维护健康的目标,保证生活质量。护理人员在护理干预期间应指引患者将自身感受表达出来,提供充分知识,引导患者识别改变自身行为中出现的不足,建立目标,辅助患者制定针对性计划,强调人际间支持、认知是否影响患者正念行为^[13-14]。正向促进式照护应从治疗和预防疾病向促进和提升正向行为发展^[15]。对患者正向相关行为原因评估时,应做好沟通工作,制订克服障碍的措施,增强自我效能。正向促进式教育中,应注重合理利用患者家属、护理人员及其他病友等人际关系,提升患者的配合度,增强其自我护理能力,护理人员在病情评估、临床管理中担任着非常关键的角色,应给予正向教育管理,利用行为示范、加强监护及行为契约等形式,提升患者自我效能。结果显示,观察组身体负担、情感负担、不明确性、不可预测、信息缺乏、复杂性评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,失代偿期肝硬化患者实行正向促进式教育,有利于减轻患者的身体负担和情感负担,降低疾病不确定感量表中的不明确性、不可预测性、信息缺乏、复杂性评分,进而提高患者生活质量,改善预后效果。

4 参考文献

- [1] 陈娟,尹学红,孟庆华.失代偿期肝硬化患者的社区管理建议[J].中国全科医学,2020,23(23):2863-2871.
- [2] 杨文君,周梅,何帆,等.团体心理干预对终末期肾病患者疾病不确定感、自我感受负担和绝望水平的影响[J].实用预防医学,2019,26(12):39-43.
- [3] 李萍,李燕玲,王紫菡,等.治疗性沟通系统对肝硬化患者家属疾病不确定感的影响[J].临床消化病杂志,2019,31(1):41-44.
- [4] 郑梅.肝硬化住院患者及家属疾病不确定感现状及影响因素的研究[J].护理实践与研究,2020,17(8):88-93.
- [5] 朱丹丹,鲁萍,王建平,等.新生儿重症监护室患儿母亲疾病不确定感与角色适应的相关性分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(30):3638-3643.
- [6] 刘素彦,原志芳.肺栓塞患者生活质量与疾病不确定感、负性情绪及医学应对方式的关系构建[J].中华现代护理杂志,2018,24(19):2276-2280.
- [7] 杨孟凤,杨永君,席蓉.突发性耳聋合并耳鸣患者疾病不确定感影响因素分析与护理[J].护理实践与研究,2020,17(1):117-118.
- [8] 黄若琳,刘娟娟,刘琪,等.赋能教育对脑卒中患者照顾者疾病不确定感与焦虑情绪的影响研究[J].中南医学科学杂志,2019,47(5):542-545.
- [9] 任静,李颖毅,刘洁,等.个案管理模式对泌尿结石患者疾病不确定感及负性情绪的影响[J].检验医学与临床,2019,16(14):2030-2033.
- [10] 强珂皎,王静.ICU急性肾功能衰竭患者的家属疾病不确定感与焦虑状态及应对方式的相关性研究[J].护理实践与研究,2018,15(2):16-17.
- [11] 王海蓉,杨佳菲,卞薇薇,等.家属同步教育对术后肢体淋巴水肿 CDT 治疗患者疾病不确定感的影响[J].组织工程与重建外科杂志,2019,15(5):356-358.
- [12] 宋旭生,杨艳杰,王文博,等.宫颈癌患者自我效能感与癌因性疲乏的关系:疾病不确定感的中介作用研究[J].哈尔滨医科大学学报,2018,52(2):156-159.
- [13] 卞秋桂,林征,罗丹,等.以 IIFAR 为基础的信息支持对炎症性肠病患者疾病不确定感的影响[J].护士进修杂志,2019,34(9):781-785.
- [14] 邵海燕,田庆华,王涛,等.脊柱转移瘤介入治疗患者疾病不确定感及影响因素单中心研究[J].介入放射学杂志,2018,27(8):755-759.
- [15] 张馨文,熊建华.跨理论模型综合干预对食管癌患者围手术期不确定感与术后谵妄的影响[J].河北医药,2018,40(4):154-158.

[2021-01-17 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

护理专项管理对神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸发生率的影响

李美婷 王媛媛

【摘要】目的 探讨护理专项管理对神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸发生率的影响。**方法** 选取医院神经外科2017年8月—2019年8月收治的昏迷鼻饲患者90例,按照性别、年龄、疾病分类组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组采用常规护理,观察组采用护理专项管理,比较两组护理质量评分及患者鼻饲反流、误吸发生率。**结果** 观察组基础护理、病情观察、诊疗操作、护理安全、护理记录评分均高于对照组($P<0.05$);观察组鼻饲反流、误吸发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 护理专项管理在神经外科昏迷患者中的应用,能改进护理质量,减少鼻饲反流、误吸发生率。

【关键词】 护理专项管理;神经外科;护理质量;鼻饲反流误吸

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.020

鼻饲是临床常见营养支持方式,临床观察发现^[1],神经外科昏迷患者由于意识不清、颅内压增高、躁动、长期卧床等原因,易发生鼻饲反流误吸、频繁呕吐,极易引起呛咳、窒息,甚至吸入性肺炎。王莞琪等^[2-3]研究显示,常规护理模式实施下的神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸发生率超过90%,且吸入性肺炎发生率高达26.67%。护理专项管理是通过构建活动小组、分析讨论问题、多方获取意见,从而达到改进护理质量的目的^[4]。本研究在神经外科昏迷患者中应用护理专项管理,探究其对护理质量及鼻饲反流、误吸发生率的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院神经外科2017年8月—2019年8月收治的昏迷鼻饲患者90例为研究对象,纳入条件:经MRI、CT诊断为昏迷患者;格拉斯哥昏迷评分 <14 分;确定行鼻饲营养支持;家属知晓研究详情。排除条件:生命体征不稳定;既往有吞咽功能障碍;伴有胃肠道疾病。按照性别、年龄、疾病分类组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组中男32例,女13例;年龄18~57岁,平均 32.5 ± 4.8 岁;疾病分类:脑干部损伤12例,脑组织挫裂伤13例,其他20例。观察组中男34例,女11例;年龄19~55岁,平均 31.4 ± 4.6 岁;疾病分类:

脑干部损伤15例,脑组织挫裂伤14例,其他16例。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

对照组采用常规护理,包括病情指标、管路维护、体位调整、身体清洁按摩等。观察组采用护理专项管理,具体如下:

1.2.1 成立活动小组 神经外科护士长担任护理专项管理小组组长,负责组织开展临床护理工作,对临床护理实施评价,并组织开展临床护理规范化培训;组员为神经外科优秀护士,工作年限 >3 年、护师职称以上、年度考核成绩良好,负责根据临床护理计划开展相关工作,并配合组长实施护理管理。护士长向各组员说明小组工作任务、目标,明确各岗位工作职责,详细介绍护理专项管理实施流程,并组织组员分析、评价小组圈能力,可知圈能力为84.32%^[5]。

1.2.2 确立活动主题 研究基于头脑风暴法确立活动主题,各组员对神经外科昏迷患者临床护理实施回归性分析,评价基础护理、护理安全、诊疗操作等各方面内容,并结合现有研究推介活动主题,每名组员推介2个主题。组长组织组员围绕备选主题进行讨论,从主题创新性、可行性、相关性3方面出发进行评价,并通过举手表决确定最终活动主题,其中“改进护理质量,防控反流误吸”获得票数最多,共12票。

1.2.3 分析原因 ①临床护理总结法:组织组员对2015—2017年度医院神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸发生情况实施分析,得到2015年、2016年及2017年鼻饲反流误吸发生率分别为53.23%、

作者单位:102218 北京市,清华大学附属北京清华长庚医院重症监护室(李美婷);首都医科大学附属北京天坛医院(王媛媛)

49.64%、48.45%，现况值取3年均值，即50.44%。护士长引导组员分析昏迷患者鼻饲反流误吸发生原因，从护理管理、临床护理、患者自身3方面入手明确反流误吸发生原因，得到其影响因素有胃管干预、体位不适、腹胀胃潴留、鼻饲方式、临床监护不足、防控意识薄弱^[6-8]。②同类研究参照法：组员以“神经外科、昏迷患者、反流误吸”为关键词检索相关文献资料，共52篇，对文献内容实施分析，获取“反流误吸发生率”、“反流误吸发生原因”，得到反流误吸发生率均值为56.38%，发生原因有胃管型号选择不当、体位管理不足、鼻饲方式不当等^[9]。

1.2.4 明确活动目标 目标值=现况值-现况值×改善重点×圈能力，本研究中现况值为50.44%、改善重点为90%，圈能力为84.32%，计算得到目标值为12.16%，即神经外科昏迷患者反流误吸发生率≤12.16%。

1.2.5 执行管理措施

1.2.5.1 临床护理 CBL 培训 护士长通过网络搜集相关案例视频，基于微信群推送视频，并督促护理人员观看，结合视频梳理昏迷患者临床护理流程及具体项目，包括体征指标监测、管路维护、诊疗操作、体位调整等，共2课时；护士长选取神经外科昏迷患者临床护理案例，结合临床资料实施分析，说明临床护理、反流误吸防控意义及防控措施，现场演示相关护理操作，如鼻饲管选取插入、管路维护、体位调整等，并指导护理人员练习；结合患者临床护理记录说明护理记录重难点，明确其所存在的问题，并督促护理人员以“神经外科昏迷患者鼻饲护理”为主题绘制思维导图总结培训内容，共3课时^[10-11]。

1.2.5.2 构建护理监督体系 研究构建了“M-E-F”多维监督体系，M表示管理层监督，E表示护理人员自检，F表示家属监督。①M—管理层监督：管理层通过巡视、抽查对临床护理工作进行定期检查、随机抽检，及时指出问题，并督促护理人员改进，每周检查2次，每天随机抽检3名护士。②E—护理人员自检：每周召开1次临床护理总结会议，各护理人员就自身工作表现进行总结，明确临床护理问题，并结合管理层监督反馈情况实施自查，据此提出改进办法，由管理层督促实施。③F—家属监督：入院时向家属发放临床护理路径表，并向其说明使用方法，家属根据临床护理实况填表，如完成，则“√”，未完成，则“×”，并于备注栏说明相关情况，出院前1d回收临床护理路径表，据此提出护理改进方案^[12]。

1.2.5.3 鼻饲反流误吸防控 ①鼻饲速度、体位管理：加强对鼻饲患者体位的管理，如取仰卧位，抬高患者躯干与床面呈30°，保持头颈部微前倾，基于软枕垫高肩部，以防止反流、减少误吸；同时，严格管控鼻饲速度，初始输注速度为20 ml/h，鼻饲营养液温度为40℃左右，持续匀速泵入营养液，并根据患者表现逐渐增大泵入速度，每次增值<5 ml/h，且每24 h更换1次营养袋管路，每4~6 h冲洗1次^[13]。②鼻饲胃管选择管理：根据患者耐受性、舒适度选取鼻饲管，以管径小、弹性好、材质软为宜；鼻饲管插入患者胃部后适量增加管道长度，约15 cm左右，确保鼻饲管前段能抵达幽门处，以防止鼻饲液反流，并对鼻饲管进行加固^[14]。③个体高危因素防控：护理人员根据患者情况明确潜在高危因素，并提出针对性干预措施。如胃潴留>150 ml，则减慢营养液输注速度，或停止输注；如患者昏迷时间过长(>48 h)，则适量补充维生素，以增强体质；如患者伴有便秘症状，则实施腹部按摩，沿升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠方向实施反复推展、按揉，力度以按压处下陷1 cm为宜，直至出现胃肠道蠕动感^[15-17]。

1.3 评价指标

(1) 护理质量：选用科室专用“临床护理质量评价量表”实施评价，所涉指标包括基础护理、护理安全、护理记录、诊疗操作、病情观察，指标分值为20分，总分100分，评分高低与护理质量呈正相关^[18]。

(2) 反流误吸发生率：统计护理干预后1周内发生鼻饲反流、误吸的患者例数，计算反流、误吸发生率，并实施比较。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0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 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理质量评分比较

观察组基础护理、护理安全、护理记录、诊疗操作、病情观察评分均高于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

2.2 两组患者鼻饲反流误吸发生率比较

观察组患者鼻饲反流、误吸发生率低于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

表 1 两组护理质量评分比较（分）

组别	例数	基础护理	病情观察	诊疗操作	护理安全	护理记录
对照组	45	15.54±3.58	16.39±2.94	17.45±2.03	17.94±1.83	18.43±1.07
观察组	45	17.39±2.04	18.53±1.02	18.94±0.98	19.04±0.90	19.53±0.34
t 值		3.012	4.613	4.434	3.618	6.573
P 值		0.003	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者鼻饲反流误吸发生率比较

组别	例数	误吸	反流	发生率(%)
对照组	45	4	6	22.22
观察组	45	1	2	6.67

$\chi^2=4.406, P=0.036$ 。

3 讨论

鼻饲能为昏迷患者提供所需营养物质，确保营养需求得到满足。但因昏迷患者多伴有不同程度的颅内损伤，机体组织反应性、敏感性较差，胃肠道功能显著下降，故患者易发生反流、误吸，对病情恢复影响极大^[19]。神经外科昏迷患者中应用护理专项管理，成立了护理专项管理小组，通过临床护理总结法、同类研究参照法明确了反流误吸发生原因，并提出了相应干预对策，临床效果满意。

观察组基础护理、护理安全、护理记录、诊疗操作、病情观察评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），本研究基于临床护理总结法、同类研究参照法明确了神经外科昏迷患者临床护理问题，分析了问题形成原因，为临床护理改进提供了参照依据；科室护士长主导开展临床护理 CBL 培训，引导护理人员观看案例视频，以强化其对临床护理项目及流程的认知，并通过临床案例分析、护理操作演示详细介绍相关操作，能显著提升护理人员操作熟练度，纠正其在基础护理、诊疗操作及护理记录等方面存在的问题^[20]；本研究构建了“M-E-F”多维监督体系，从护理管理层、护理执行层、患者家属层监督临床护理，并及时反馈监督信息，为开展护理工作提供了有效意见，促进护理质量改进^[21]。观察组患者鼻饲反流、误吸发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），本研究分析了护理现状，借助临床护理总结、同类研究参照明确了昏迷患者鼻饲反流、误吸原因，包括鼻饲体位、鼻饲管道、鼻饲方式及患者状况等，据此制定鼻饲管理对策，能显著增强护理干预针对性，强化防控效果；护理人员对患者鼻饲速度、体位实施管理，通过调整鼻饲体位、调控输注速度，能减少对消化道、鼻咽部的刺激，增强机体舒适度，有助于预防反流、误吸发生^[22]；鼻饲管插入操作对消化道等部

位的生理环境产生了一定影响，促进分泌物形成，患者恶心、呕吐反应加剧，易引起反流，而通过鼻饲胃管选择管理，能缓解鼻饲胃管刺激，减少反流发生；护理人员根据患者情况明确了潜在高危因素，据此提出针对性干预措施，包括控制输注速度、补充维生素、腹部按摩，能实现对高危因素的有效管控，减少反流、误吸事件。

综上所述，护理专项管理在神经外科昏迷患者中的应用，能改进护理质量，减少鼻饲反流、误吸发生率。

4 参考文献

[1] 周娟. 护理干预对神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018,3(28):161-162.

[2] 王莞琪,陈慕媛,陈文专,等. 针对性护理对神经外科昏迷患者鼻饲反流误吸的影响[J]. 护理实践与研究, 2019,16(8):85-86.

[3] 张鑫. 神经内科昏迷患者实施护理干预对鼻饲反流误吸的作用探讨[J]. 中国医药指南, 2018,16(3):274-275.

[4] 罗华,陈敏清,何中华,等. 护理专项管理在神经外科护理风险管理中的应用效果分析[J]. 全科护理, 2018,16(26):3295-3297.

[5] 陈应平. 整体护理在神经内科昏迷患者行鼻饲过程中预防反流误吸的效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017,2(15):23-24.

[6] 袁静. 整体护理在高龄反流性食管炎患者中的应用效果探讨[J]. 河南医学研究, 2018,27(4):743-744.

[7] 佟春宇. 鼻饲反流误吸的老年脑梗死吞咽困难的综合干预[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016,19(20):93-95.

[8] 王儒超. 优质护理干预对神经内科昏迷患者鼻饲反流误吸的预防效果研究[J]. 国际医药卫生导报, 2017,23(22):3625-3627.

[9] 赵桂华. 不同鼻饲速度对昏迷气管切开患者鼻饲后胃内容物反流的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019,38(11):1563-1565.

[10] 张金科,冯贵龙. 昏迷患者吸入性肺炎并发急性呼吸窘迫综合征的救治分析[J]. 中国药物与临床, 2018,18(4):613-614.

[11] 管小红,陈芹. 重型颅脑损伤患者术后伴胃内容物反流 1 例护理报告[J]. 医药前沿, 2019,9(2):195.

热敏灸联合芒硝外敷治疗术后早期炎性肠梗阻的疗效观察

白细兰 杨静 赵静 罗盈

【摘要】目的 探讨热敏灸联合芒硝外敷治疗术后早期炎性肠梗阻的临床疗效,降低腹腔手术后的并发症危害。**方法** 选取2019年4月—2020年5月于医院接受腹腔外科手术后继发出现炎性肠梗阻的患者82例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各41例。对照组实施常规术后护理与西医治疗,观察组在对照组的基础上实施热敏灸联合芒硝外敷法。分别于治疗前1d及治疗结束后做胃肠道彩超,评测患者胃肠道功能评分,比较两组首次排气时间、首次排便时间及肠鸣音恢复时间以及临床有效率。**结果** 治疗前两组患者均表现有腹胀、腹痛、恶心呕吐、肠鸣音减弱、排气困难、便秘,胃肠道功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组胃肠道功能评分、临床有效率、首次排气时间、首次排便时间及肠鸣音恢复时间均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 热敏灸联合芒硝外敷治疗术后早期炎性肠梗阻,相较于常规术后西医治疗法,更有利于患者尽早恢复胃肠道功能,防止并发症进一步恶化,加快术后康复。

【关键词】 炎性肠梗阻;腹腔术后;热敏灸;中医外治

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.021

黎介寿院士于1955年首次提出术后早期炎性肠梗阻(EP II),该病常发生于腹腔术后1~2周,是由于腹部手术创伤或腹壁内炎症等因素致使腹壁水肿、渗出,继发出现的粘连性肠梗阻,机械性与

动力性同时存在^[1]。据流行病学调查^[2-3]:成人术后并发肠梗阻的概率为17%~80%,其中EP II的发病率为0.7%~14%。除肠梗阻常见表现“吐、呕、胀、痛”,EP II患者具有典型的腹部手术史,特征为术后1~2d内患者有少量排气、排便,进食后出现严重腹胀,腹胀程度低于单纯机械性或麻痹性肠梗阻。EP II的发生不利于患者腹部术后胃肠道功能

基金项目:江西省卫生计生委中医药科研课题项目(编号:2017A047)
作者单位:330001 江西省南昌市江西中医药大学附属医院

- [12] 朱丽莎,陈香凤,李育苏,等.重型颅脑损伤患者术后伴胃内容物反流临床护理[J].齐鲁护理杂志,2018,24(2):103-106.
- [13] 陈飞翔,徐超,张存海.重型颅脑损伤机械通气患者留置鼻肠管进行肠内营养的效果分析[J].中华危重病急救医学,2018,30(1):57-60.
- [14] 李菲菲.重症颅脑损伤机械通气患者中留置鼻肠管行肠内营养的应用效果[J].临床研究,2018,26(6):71-73.
- [15] 周姬,陈倪.经鼻肠管和鼻胃管肠内营养对重型颅脑损伤患者预后及并发症的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(3):72-74.
- [16] 任晋瑞,甄自刚,任少华,等.鼻肠管联合鼻胃管的肠内营养方式治疗重型颅脑损伤患者的疗效分析[J].中华神经外科杂志,2018,34(11):1143-1147.
- [17] 王翠娥,陈祥荣,朱蓉蓉,等.鼻肠管与鼻胃管肠内营养对重型颅脑损伤患者预后和并发症、炎症反应和肠黏膜屏障功能的影响[J].中华神经医学杂志,2017,16(6):599-603.

- [18] 况红梅,万琴,王丹,等.鼻肠管联合鼻胃管在神经内科重症患者肠内营养中的应用研究[J].江西医药,2018,53(9):1004-1005.
- [19] 廖武萍,王思平,何东红,等.反特伦德伦伯格卧位对脑卒中病人误吸的影响[J].全科护理,2018,16(16):1966-1967.
- [20] 秦怀海,沈寻,王文蕾,等.意识障碍患者误吸的原因分析及防治[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(10):1432-1434.
- [21] 徐永能,卢少萍,赵雪琴,等.老年长期卧床患者误吸预防的研究进展[J].中华护理教育,2017,14(7):544-547.
- [22] Yoneda G, Katagiri S, Yamamoto M. Reverse Trendelenburg position is a safer technique for lowering central venous pressure without decreasing blood pressure than clamping of the inferior vena cava below the liver[J]. Journal of Hepato Biliary-Pancreatic Sciences, 2015,6(6):463-466.

[2020-03-08 收稿]
(责任编辑 陈景景)

的恢复,影响患者正常进食及营养摄入,少数患者病情恶化则需二次手术,术后易发展为短肠综合征,危及患者生命。为提高临床治疗效果,本研究使用热敏灸联合芒硝外敷法,治疗腹腔术后早期炎性肠梗阻患者41例,效果良好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年4月—2020年5月行腹腔外科手术后继发出炎性肠梗阻的患者82例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各41例。纳入条件:年龄18~80岁;生命体征正常,单纯不完全肠梗阻;术后曾自主排便排气,进食后出现腹胀;符合保守治疗标准,同意签署知情同意书。排除条件:绞窄性或完全性肠梗阻,腹腔恶性肿瘤切除后需化疗;合并肠扭转、肠套叠等手术指征;同时接受其他类似试验;合并严重心脑血管及凝血功能障碍,或丧失正常行为能力;依从性差,中途退出。对照组:男15例,女26例;年龄30~74岁,平均年龄 57.13 ± 10.72 岁;手术部位:阑尾7例,胰腺6例,肝胆5例,胃肠17例,子宫及附件6例;平均术后腹胀时间 17.37 ± 6.81 h。观察组男17例,女24例;年龄31~73岁,平均年龄 57.91 ± 10.26 岁;手术部位:阑尾10例,胰腺7例,肝胆4例,胃肠15例;子宫及附件5例,平均术后腹胀时间 17.90 ± 6.27 h。本研究已通过医学伦理会审核。

1.2 干预方法

两组均给予常规术后护理,包括禁食、胃肠减压、全胃肠外营养、改善电解质紊乱,维持机体内环境平衡。

1.2.1 对照组 及早予以糖皮质激素,抑制肠内局部炎症;予以生长抑素降低胃肠液分泌,减轻肠腔内液体潴留,帮助恢复肠壁血循环。具体给药:地塞米松磷酸钠注射液(批准文号:国药准字H32020817,规格:1 ml:5 mg),5 mg/次,以5%葡萄糖注射液稀释,每6 h静脉滴注1次;生长抑素(思他宁,注册证号:H20140873,规格:3 mg)1支/次,1次/d,静脉泵入。

1.2.2 观察组 给予热敏灸联合芒硝外敷。热敏灸:患者取仰卧位或侧卧位,使用热敏灸艾条(规格:18 cm $\times$ 200 cm)探查患者腹部及脾俞、胃俞附近热敏点,确定热敏点后开始施灸,灸量以热敏感消退为度。芒硝外敷:取芒硝150 g,研磨后置于布袋中,根据影像学提示将布袋固定外敷于肠梗阻部位的皮肤上。两组治疗均以7 d为1个疗程。

1.3 观察指标

(1)胃肠功能评分:根据胃肠道功能评分量表(GSRS)^[4],分为腹痛、腹胀、恶心呕吐、肠鸣音减少、排气困难、排便困难6个症状,由轻到重分为0~3分,共18分,分数越高表示症状越严重。

(2)胃肠功能恢复时间:记录两组患者首次排气时间、首次排便时间及肠鸣音恢复时间。

(3)临床有效率:以治疗前后炎性肠梗阻患者胃肠道功能评分变化为标准,评分下降指数=(治疗前-治疗后)/18 $\times$ 100%,痊愈:下降指数 $\leq 90\%$,显效:70% $\leq$ 下降指数 $<90\%$,40% $\leq$ 下降指数 $<70\%$ 为无明显疗效,下降指数 $<40\%$ 为无效。临床有效率=(痊愈+显效)/41 $\times$ 100%

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件分析数据,计数资料计算百分率,组间率比较采用 χ^2 检验;正态分布的计量资料以“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 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组胃肠功能评分比较

治疗前两组患者均有腹胀、恶心呕吐、排气排便困难等表现,胃肠功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后两组评分均有下降,且观察组评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组胃肠功能恢复时间比较

观察组首次排气时间、首次排便时间及肠鸣音恢复时间均早于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组临床有效率比较

观察组痊愈30例,显效7例,总有效率为90.24%;对照组痊愈8例,显效21例,总有效率为70.73%。观察组临床有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表1 两组胃肠功能评分比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	41	16.29 ± 0.90	9.24 ± 1.45
观察组	41	16.31 ± 0.91	2.80 ± 1.31
t 值		0.100	21.102
P 值		0.921	0.000

表2 两组患者胃肠功能恢复时间对比

组别	例数	首次排气时间	首次排便时间	肠鸣音恢复时间
对照组	41	6.94(1.09)	7.19(1.02)	6.79(0.98)
观察组	41	2.73(0.83)	2.87(0.82)	2.28(0.79)
Z 值 *		19.676	21.136	22.942
P 值		0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

表3 两组临床有效率比较

组别	例数	痊愈	显效	无明显疗效	无效	有效率(%)
对照组	41	8	21	8	4	70.73
观察组	41	30	7	3	1	90.24

 $\chi^2=4.970$, $P=0.026$ 。

3 讨论

EP II 常发生于腹腔外科手术后, 多由手术创伤与腹壁无菌炎症引发, 但该病具体发病机制目前尚未明确, 有学者认为, 从生理病理方面, 可能与炎症物质的释放、免疫与凝血系统激活等因素密切相关^[5]。李兴海等^[6]将血清 IL-6、TNF- α 作为治疗术后粘连性肠梗阻的观察指标, 发现相较于健康状态, 术后粘连性肠梗阻患者血清炎症因子水平明显升高。EP II 的典型特征为: 术后 1~2 d 患者有少量排气与排便, 可正常进食, 但进食后迅速出现腹胀; 多为无菌性炎症, 因此高热少见; 且患者腹胀程度较轻, 查体可表现为腹部轻微压痛。治疗方面临床多采用保守方法, 西医常规治疗包括禁饮食、全胃肠外营养、胃肠减压、尽早使用激素与生长抑素, 肠外营养可有效维持患者机体恢复所需的能量, 改善内环境失稳, 纠正低蛋白血症, 帮助患者术后康复, 生长抑素与激素可减少胃肠道液体潴留, 加速炎症消退^[7]。

该病在中医理论中属“关格”“肠结”的范畴, 患者术后气血亏虚, 正气损伤, 经气运行无力, 而六腑以通为用, 腑气不通则痰瘀湿热内结, 因此以正气虚损为本, 邪实壅滞为标, 治法当扶正补虚, 泻下通里。灸法本具有温通气血、扶正祛邪之功, 热敏灸为悬灸法的延伸, 理论基础为《灵枢·九针十二原》: “针之要, 气至而有效”, 其创始人陈日新教授创造性的提出“灸之要, 气至而有效”, 通过对热敏点的温和灸, 可使灸感传导至病所, 加强疗效。芒硝有软坚散结之效, 其外敷法具有消炎镇痛、抗感染、促进炎性物质吸收与消化道功能恢复的作用^[8], 广泛运用于阑尾炎、急性胰腺炎、肠梗阻等疾病的临床治疗, 王伟等^[9-10]使

用大黄芒硝散脐周外敷治疗粘连性肠梗阻, 总有效率为 97.1%, 且患者中性粒细胞、血清 CRP 水平明显下降趋于正常。本研究中, 观察组治疗后胃肠道功能评分低于对照组 ($P<0.05$), 观察组首次排气时间、首次排便时间及肠鸣音恢复时间早于对照组 ($P<0.05$), 观察组临床有效率高与对照组 ($P<0.05$), 表明热敏灸联合芒硝外敷治疗术后早期炎性肠梗阻, 相较于常规术后西医治疗法, 更有利于帮助患者尽早恢复胃肠道功能, 防止并发症进一步恶化, 加快术后康复。

4 参考文献

- [1] 赵建政, 肖佑, 王真权. 大承气汤加减方保留灌肠对直肠癌术后早期炎性肠梗阻 [J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(7): 1365-1368.
- [2] 刘江山. 术后早期炎性肠梗阻的临床诊治分析 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(31): 116.
- [3] 季双双, 田明, 王广, 等. 针刺联合芒硝脐敷治疗术后早期炎性肠梗阻 [J]. 中医学报, 2020, 35(5): 1110-1114.
- [4] 张艳芹. 肠梗阻导管联合小承气汤治疗妇科术后早期炎性肠梗阻临床观察 [J]. 光明中医, 2019, 34(13): 2050-2052.
- [5] 任报齐. 结直肠癌术后早期炎性肠梗阻的诊断和治疗研究 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(5): 754-755.
- [6] 李兴海, 刘仕杰, 李萌, 等. 隔药灸神阙八阵穴对术后粘连性肠梗阻患者疗效及炎症反应因子的影响 [J]. 世界中医药, 2020, 15(17): 2635-2638.
- [7] 权亚玲, 杨焕丽. 肠外营养联合生长抑素在术后早期炎性肠梗阻患者中的疗效 [J]. 检验医学与临床, 2019, 16(24): 3662-3664.
- [8] 陈萌, 丛军, 李甫, 等. 芒硝外敷对 ERCP 术后急性胰腺炎模型大鼠的防治作用及其机制研究 [J]. 上海中医药杂志, 2020, 54(S1): 162-166.
- [9] 王伟, 徐茂奇, 汪海, 等. 大黄芒硝散脐周外敷对粘连性肠梗阻疗效的影响 [J]. 南京中医药大学学报, 2018, 34(2): 140-142.
- [10] 贾克丽. 芒硝外敷治疗粘连性肠梗阻 42 例疗效分析 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(17): 2821-2822.

[2021-01-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

家属协同康复护理对人工半髌关节置换术后患者康复效果的影响

陈月柳

【摘要】目的 探讨家属协同康复护理对人工半髌关节置换术后患者康复效果的影响。**方法** 选择2017年8月—2019年8月于医院行人工半髌关节置换术的88例患者为研究对象,按照性别、年龄、疾病类型匹配的原则分为对照组和观察组,每组44例。对照组实施常规护理干预,观察组采取家属协同康复护理。干预前、干预6个月后比较两组患者Harris髌关节功能评分(HHS)和心理状态[焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)]及并发症发生情况。**结果** 两组患者干预前HSS评分、SAS评分、SDS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预6个月后,观察组患者HHS评分高于对照组,SAS评分、SDS评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 人工半髌关节置换术后患者实施家属协同康复护理,可有效减轻其负面情绪、减少术后并发症发生,利于促进髌关节功能恢复。

【关键词】 人工半髌关节置换术;家属协同康复护理;髌关节功能;心理状态;并发症

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.022

人工半髌关节置换术利用人工髌关节假体代替人体已发生病变的髌关节股骨头及髌臼,以减轻和消除关节疼痛感,维持正常关节功能,目前广泛应用于股骨头坏死、股骨颈骨折等疾病^[1-2]。但多数行人工髌关节置换术患者的年龄较大、抵抗力较差,缺乏保健意识和疾病相关认知,出院后无法获得有效护理支持,康复效果不甚理想^[3]。家属协同康复护理通过加强对患者家属康复护理指导,鼓励家属参与到患者的康复护理中,可充分发挥家属协同作用,目前已在疾病康复中获得确切的应用效果^[4]。本研究对在医院行人工半髌关节置换术的44例患者实施家属协同康复护理,由家属全程参与到术后康复锻炼中,并探讨其对患者康复效果的影响,为临床护理提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年8月—2019年8月于医院行人工半髌关节置换术的88例患者为研究对象,纳入条件:有固定且同住的家属照护;患者及家属均签署知情同意书;均行人工半髌关节置换术。排除条件:合并老年痴呆等影响活动疾病;脑血管意外、恶性肿瘤;严重精神障碍致无法交流者。按照性别、年龄、疾病类型匹配的原则分为对照组和观察组,每组44例。观察组中男24例,女20例;年龄58~79岁,

平均 70.56 ± 3.54 岁;疾病类型:粗隆间骨折23例,股骨颈骨折21例。对照组中男25例,女19例;年龄56~79岁,平均 70.57 ± 3.56 岁;疾病类型:粗隆间骨折19例,股骨颈骨折25例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会审批同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,向患者及家属讲解疾病发生原因及人工半髌关节置换术的优点;密切监测围术期患者生命体征变化;术后做好基础护理,并予以踝泵运动、股四头肌收缩、患肢及髌关节主动运动等康复锻炼指导。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施家属协同康复护理

(1)开展家属系统化培训:对所有陪护家属开展人工半髌关节置换术后相关知识培训,向家属讲解术后饮食、运动、并发症预防及居家照护等相关知识,进行康复演练,直至家属掌握为止。

(2)住院期间家属照护:提醒家属多给予患者关心、照护,营造温馨有爱的家庭氛围,使患者感受到被爱及关怀,鼓励其积极面对身体的不适,家属使用交流谈心、陪同看电视、听音乐等方法转移患者对疼痛的关注。指导家属做好卫生清洁工作,依据康复计划单严格执行患者饮食,以清淡易消化食物为主,督导患者戒烟、戒酒,保持良好的生活习惯。指导并教会家属定时帮助患者按摩受压部位;抬高患肢 $15^{\circ} \sim 20^{\circ}$,促进下肢静脉血液回流;嘱患

者术后2周绝对卧床休息,勿随意搬动患者,防止髋关节脱位。术后第1天向家属演示踝泵运动的做法,并监督患者行踝泵运动,5~10 min/次;术后第2天行股四头肌收缩训练;术后第3天指导患者行患肢抬高、髋关节屈伸训练;术后2~4周重复上述练习并依据耐受情况适当增加训练强度,以不感到疲劳、疼痛为宜;训练过程中由家属全程陪护,密切关注患者训练情况,如果患者出现头痛、恶心等不适,立即停止训练。

(3)居家照护:出院前依据患者身体恢复情况制订针对性康复计划,并提醒家属严格依照康复计划对患者实施精心照护,由家属全程陪同、监督患者进行康复训练,患者坐于床旁,双下肢自然下垂,在术侧踝关节处增加重约2.5~5 kg的沙袋,主动伸直抬高术肢,维持5~10 s,适当进行散步、打太极等活动;锻炼过程中发现患者出现患侧极度疼痛等异常情况,及时带领患者就医;通过微信、QQ等网络平台与家属交流,了解患者康复情况,进行针对性分析,改良康复计划。

1.3 观察指标

(1)髋关节功能:于干预前、干预6个月采用Harris髋关节功能评分(Harris hip score system, HHS)评价两组患者的髋关节功能,量表内容包括步态、日常活动功能、疼痛、行走距离、畸形、行走辅助器、活动范围7个方面,满分100分,得分越高表示髋关节功能越好。

(2)心理状态:于干预前、干预6个月采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价两组患者焦虑、抑郁情绪,SAS、SDS量表均包含20

个条目,SAS标准分分界值为50分,SDS标准分分界值53分,评分越高表示患者焦虑、抑郁情绪越严重。

(3)并发症:记录两组患者术后髋关节脱位、关节性僵硬、下肢深静脉血栓、感染、压疮等并发症发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0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 干预前后两组患者HHS评分比较

两组患者干预前HHS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组干预6个月HHS评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 干预前后两组患者SAS,SDS评分比较

两组患者干预前SAS,SDS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组干预6个月SAS,SDS评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者并发症发生率比较

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

表1 干预前后两组患者HHS评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预6个月
对照组	44	19.60±8.92	74.58±11.52
观察组	44	19.72±9.03	90.53±12.57
t 值		0.063	6.205
P 值		0.950	0.000

表2 干预前后两组患者SAS,SDS评分比较(分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预6个月	干预前	干预6个月
对照组	44	53.67±5.84	45.23±4.56	55.38±5.17	47.26±4.27
观察组	44	53.52±5.71	37.89±4.23	53.64±5.19	38.59±4.11
t 值		0.122	7.828	1.576	9.704
P 值		0.903	0.000	0.119	0.000

表3 两组患者并发症发生率比较

组别	观察例数	髋关节脱位	关节性僵硬	感染	压疮	下肢深静脉血栓	发生率(%)
对照组	44	2	3	3	2	1	25.00
观察组	44	1	0	1	1	0	6.82

$\chi^2=5.436$, $P=0.020$ 。

3 讨论

人工半髋关节置换术可有效恢复患者正常关节功能,但行该手术患者以老年人居多,因其理解

能力较差且多合并基础疾病,身体机能下降严重,术后易因手术创伤和长期卧床而产生抑郁等负面情绪,影响出院后功能锻炼的依从性,进而导致髋关节脱位、关节性僵硬等并发症^[5-6]。患者住院期间

能够接受到医护人员的科学、细致干预,但受我国医疗卫生条件、患者就医费用等因素影响,护理干预随患者出院而终止,患者居家修养期间的康复锻炼与自我照护存在一定的盲目性,为保证患者出院后康复训练的科学性与有效性,由专业护理人员对能够长期照护、监督患者的陪护者进行专业指导具有重要意义。

陈媛等^[7]研究结果显示,人工髋关节置换术患者实施家属协同式护理,利于促进患者髋关节功能恢复,改善患者预后。本研究中观察组干预6个月后的HHS评分高于对照组($P<0.05$),表明家属协同康复护理能够改善人工半髋关节置换术患者髋关节功能。分析原因在于实施家属协同康复护理,强调康复护理干预与家属照顾者之间的协同作用,干预过程中以患者为中心,家属为主要实施者,通过健康教育讲堂告知患者及家属积极锻炼的益处及重要性,定期进行培训,指导家属将所学康复知识运用到患者日常训练中,避免患者不规范动作,依据身体情况逐渐增加运动强度及时间,有助于减少并发症发生,加快髋关节功能恢复^[8-9]。本研究中,观察组干预后SAS,SDS评分均低于对照组($P<0.05$),并发症发生率少于对照组($P<0.05$),表明家属协同康复护理利于缓解患者焦虑、抑郁情绪,降低并发症发生风险。分析原因,目前临床护士紧缺、工作量较大,针对每位患者的康复指导时间有限,患者出院后存在家庭访视不到位的现象。家属协同康复护理能够有效解决患者出院后护理支持不足的困扰,将医院康复护理服务有效延伸至家庭中,持续为患者提供专业护理服务、康复指导及精神安慰,能够迅速发现和解决患者居家康复期间所发生的问题,提高其康复锻炼依从性,坚持持续、科学的康复锻炼,达到减少并发症的目的^[10]。同时,患者康复训练过程中充分发挥家属督导作用,增强对患者康复锻炼的管控力度,给予充分情感支持,使患者感受到关爱、支持及鼓励,进一步提升患者对康复锻炼的积极性;而通过家属陪同交流,适当进行散步、打太极等活动,能够减少患者对疼痛的注意力,减轻其焦虑、抑郁等负性情绪^[11-12]。此外,通过微信等网络平台给予患者家属科学护理指导,能够及时帮助家属解决护理过程中遇到的问题,促使患者形成良好的生活方式,提高自我照护能力,使其尽快融入社会生活,减轻照顾者负担和社会负担。

综上所述,家属协同康复护理能够有效满足人工半髋关节置换术患者的家庭支持需求,通过家属

参与术后康复中将优质护理从院内延伸到家庭,督促患者进行科学、有效锻炼,为患者提供有效照护,缓解其消极情绪,能够解决患者出院后护理支持不足的问题,减少并发症的发生,促进患者术后髋关节功能康复。

4 参考文献

- [1] 史燕燕,张敏,王秋菊.延续护理在老年患者髋关节置换术后康复中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(13):1871-1875.
- [2] 庄正陵,丁俊辉,柳洪周,等.早期康复锻炼联合硬膜外镇痛对髋关节置换术老年病人肢体功能和免疫功能的影响[J].安徽医药,2019,23(1):94-98.
- [3] 陈雯,宋爱芹,李会杰,等.阶段性护理干预预防人工髋关节置换术后假体脱位的效果[J].中华现代护理杂志,2018,24(36):4418-4421.
- [4] 常巧云,刘西玲.类风湿关节炎患者应用协同家属护理管理模式的临床价值研究[J].山西医药杂志,2017,46(23):2954-2956.
- [5] Pavelka T, Saláček M, Weisová D. Periprosthetic Femoral Fractures after Total Hip Replacement: Our Results and Treatment Complications[J]. Acta Chirurgiae Orthopaedicae Et Traumatologiae Cechoslovaca, 2017, 84(1):52-58.
- [6] 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.
- [7] 陈媛,李梅.家属协同式护理干预对人工髋关节置换术后生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(17):165-166.
- [8] 倪萍.三环节全程康复链护理模式在全膝关节置换术病人康复护理中的应用[J].全科护理,2018,16(19):2355-2357.
- [9] 周义琴,袁春敏,刘佳,等.患者陪伴参与护理管理对髋关节置换患者快速康复的作用[J].昆明医科大学学报,2019,40(8):136-141.
- [10] 郑玲,童晓茹.家庭访视干预对人工髋关节置换术后患者关节功能和并发症的效果观察[J].中国实用护理杂志,2019,35(21):1638-1642.
- [11] 张俊霞.早期抗阻训练联合身心干预对髋关节置换术后患者功能恢复和不良情绪的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(21):2521-2524.
- [12] 刘媛媛,张然,张颖.Orem自理模式对高龄患者人工髋关节置换术后生活质量的影响[J].河北医药,2018,40(23):3661-3664.

[2020-04-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能影响因素分析

张丽 李楠

【摘要】目的 探讨乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能影响因素及护理对策。**方法** 选取2018年6月—2019年5月医院收治的乳腺癌术后化疗患者120例,统计患者一般资料,采用乳腺癌症状管理自我效能量表、乳腺癌生活质量量表、社会支持问卷、综合医院焦虑抑郁量表评价患者自我效能、生活质量、社会支持度及焦虑抑郁状况,采用单因素分析、多元线性回归分析乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能的影响因素。**结果** 乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能评分为 164.96 ± 50.46 分;单因素分析结果发现,文化程度、工作情况、家庭人均月收入、住院费用支付方式、化疗周期、社会支持度、焦虑评分、抑郁评分、生活质量评分是乳腺癌化疗患者症状管理自我效能的影响因素($P < 0.05$);多元线性回归分析发现,文化程度、化疗周期、家庭人均月收入、生活质量是乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能的独立影响因素($P < 0.05$)。**结论** 乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能处于中等水平,文化程度低、化疗周期长、家庭收入低、生活质量差是影响乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能水平的主要因素,医护人员要采取针对性的护理措施,加强健康宣教,提高其生活质量。

【关键词】 乳腺癌;化疗;症状管理自我效能;影响因素

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.023

随着医疗观念的转变,人们越来越关注乳腺癌患者生存期的疾病管理问题。症状管理自我效能(SMSE)是自我管理行为实施的重要因素,对提高患者自我管理能力和管理信心、改善疾病预后具有重要作用^[1-2]。研究表明,SMSE与生活质量有着密切关系,可改善患者生活质量^[3]。国外大多数研究表明,乳腺癌术后化疗患者SMSE水平大都在中等水平,而国内关于此方面的研究报道较少^[4]。本研究重点分析乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能的影响因素,旨在为乳腺癌术后化疗患者SMSE水平的提高提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2018年6月—2019年5月收治的乳腺癌术后化疗患者120例,均符合中华医学会肿瘤分会制订的乳腺癌的诊断标准,年龄在18岁以上,均正在接受化疗,并经过组织病理学诊断确诊。排除其他恶性肿瘤、语言沟通障碍及精神异常患者。患者均签署知情同意书,本研究经过医院医学伦理委员会同意。

1.2 调查方法

本研究采用问卷调查法,统一培训2名研究员发放调查问卷,采用统一指导语介绍填写方法,发放问卷后由患者自行填写。本研究共发放问卷160

份,回收132份,回收率为82.5%,有效问卷120份,有效率为75%,无效问卷主要为填写不完整。

1.3 调查内容

1.3.1 一般资料调查 一般资料调查问卷为自行编制,包括年龄、婚姻状况、文化程度、住院费用支付方式、工作情况、家庭人均月收入等人口学资料,以及肿瘤分期、化疗周期等临床基本资料。

1.3.2 乳腺癌症状管理自我效能 采用台湾学者Liang等2015年开发的乳腺癌症状管理自我效能量表(SMSE-BC)^[4]测定,包括化疗相关症状管理、获得解决问题途径能力、情绪和人际关系干扰管理3个维度共27个条目,每个条目采用Likert 10级计分法,“一点也不自信”计0分,“非常自信”计10分,总分为0~270分,分数越高表明症状管理自我效能越高。

1.3.3 乳腺癌生活质量 采用万崇华2003年汉化的乳腺癌生活质量量表(FACT-B)^[3]测定,包括生理状况、社会及家庭状况、情感状况、功能状况、附加关注5个维度共36个条目,每个条目采用Likert 5级计分法,“一点也不”计0分,“非常”计4分,总分为0~144分,0~48分代表生活质量较差,49~96分代表生活质量中等,97~144分代表生活质量较好,分数越高说明生活质量越好。

1.3.4 社会支持 采用肖水源编制的社会支持问卷(SSRS)^[5]测定,包括客观支持、主观支持、对社会支持的利用度3个维度10个条目,0~32分代表社会支持度低,33~45分代表社会支持度一般,

45分以上代表社会支持度高,分数越高说明社会支持度越高。

1.3.5 综合医院焦虑抑郁 采用 Zigmond 等 1983 年编制的综合医院焦虑抑郁量表 (HADS)^[6] 测定,共包括焦虑亚量表、抑郁亚量表,共 14 个条目,采用 Likert 4 级计分法,“一点也不”计 0 分,“非常”计 3 分,0~7 分代表无反应,8~10 分代表可以,11~21 分代表有反应,分数越高说明焦虑抑郁症状越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS24.0 统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以“均数 ± 标准差”表示。单因素分析两组间均数比较采用 *t* 检验,多组均数比较采用方差分析;多因素分析采用多元线性回归分析。检验水准 α=0.05, *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 乳腺癌化疗患者 SMSE 评分

乳腺癌术后化疗患者 SMSE 评分为 164.96 ± 50.46 分,其中化疗相关症状管理评分为 89.36 ± 25.33 分,获得解决问题途径能力评分为 43.26 ± 15.29 分,情绪和人际关系干扰管理评分为 32.29 ± 10.22 分。

2.2 影响乳腺癌化疗患者 SMSE 评分单因素分析

单因素分析发现,文化程度、工作情况、家庭人均月收入、住院费用支付方式、化疗周期、社会支持度、焦虑评分、抑郁评分、生活质量评分是乳腺癌化疗患者 SMSE 评分的影响因素 (*P*<0.05)。见表 1。

表 1 影响乳腺癌化疗患者 SMSE 评分单因素分析 (分)

分析因素	例数	症状管理自我效能评分	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值	分析因素	例数	症状管理自我效能评分	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
年龄 (岁)			0.263	0.289	家庭人均月收入 (元)			8.264	0.000
18~	13	162.35 ± 45.56			≤ 2000	53	152.35 ± 55.27		
31~	35	168.26 ± 44.57			2001~	43	194.27 ± 52.36		
46~	32	164.31 ± 46.51			5000~	24	169.35 ± 48.24		
60~	40	166.37 ± 47.52			化疗周期 (次)			8.126	0.000
婚姻状况			0.097*	0.591	≤ 2	29	192.36 ± 53.22		
已婚	116	166.36 ± 47.52			3~5	48	162.31 ± 54.26		
未婚	4	164.02 ± 48.26			≥ 6	43	152.02 ± 37.71		
文化程度			11.216	0.000	社会支持度 (分)			7.569	0.000
初中及以下	44	142.32 ± 48.56			0~	25	145.36 ± 34.28		
高中及中专	35	150.29 ± 49.66			33~	52	163.24 ± 35.69		
大专及本科	36	188.36 ± 46.91			45~	43	186.54 ± 42.19		
研究生	5	233.24 ± 48.66			焦虑评分 (分)			5.569	0.000
住院费用支付方式			3.253	0.019	0~	26	185.47 ± 36.28		
城乡居民合作医疗	108	165.26 ± 49.66			8~	55	163.38 ± 35.61		
自费	8	159.34 ± 26.33			11~	39	146.55 ± 32.14		
公费	4	223.15 ± 35.66			抑郁评分 (分)			6.256	0.000
工作情况			3.992*	0.015	0~	21	187.56 ± 45.24		
在职	32	196.26 ± 42.37			8~	58	165.37 ± 35.49		
非在职	88	156.37 ± 50.39			11~	41	147.56 ± 33.49		
肿瘤分期 (期)			0.162	0.523	生活质量评分 (分)			8.263	0.000
I	38	162.32 ± 45.06			0~	22	149.21 ± 34.25		
II	56	167.31 ± 41.55			49~	60	165.27 ± 35.61		
III	20	165.36 ± 47.56			97~	38	191.52 ± 42.14		
IV	6	160.36 ± 47.23							

* 为 *t* 值。

2.3 影响乳腺癌化疗患者 SMSE 因素的多元线性回归分析

以症状管理自我效能评分为因变量,表 1 中具有统计学意义的因素为自变量,进行多元线性回归

分析。结果显示,文化程度、化疗周期、家庭人均月收入、生活质量是影响乳腺癌化疗患者 SMSE 因素 (*P*<0.05),见表 2。

表2 乳腺癌化疗患者 SMSE 影响因素的多元回归分析

变量	B	SE	标准化 B	t 值	P 值
文化程度	8.623	2.664	0.598	3.265	0.002
化疗周期	-9.161	3.126	-0.486	2.746	0.006
家庭人均月收入	8.634	5.237	0.344	3.899	0.001
生活质量	1.756	0.136	0.331	12.364	0.000

3 讨论

本研究结果显示,乳腺癌术后化疗患者 SMSE 评分为 164.96 ± 50.46 分,根据量表评分,说明处于中等水平,与国内外大多数研究结果^[6-8]基本一致。究其原因可能是患者在化疗后出现不良反应时,机体功能紊乱,无法有效的对不良反应进行自我管理,而且患者承受巨大的心理压力,容易产生焦虑、抑郁等负性情绪,SMSE 水平会明显下降;再者患者患病期间仍需要承担一定的家庭和社会责任,不同的社会支持程度会影响 SMSE 水平,若患者认同感和自我价值感降低,会导致自我管理水平下降,消极应对^[8]。

多元线性回归分析发现,文化程度、化疗周期、家庭人均月收入、生活质量是乳腺癌术后化疗患者症状管理自我效能的独立影响因素($P < 0.05$)。文化程度越高,SMSE 水平越高,究其原因可能是文化程度高的患者会自主获取相应的医疗信息,寻求医护人员帮助,而文化程度低的患者主要依赖于医护人员的健康宣教^[9-10]。因而医护人员要针对不同文化程度的患者进行针对性的健康宣教,如举办健康知识讲座、发放宣传手册等,使患者了解乳腺癌及化疗的相关知识,积极配合治疗。化疗周期越长,SMSE 水平越低,究其原因可能是患者化疗刚开始时对治疗抱有积极态度,心态乐观,随着化疗周期的延长,各种不良反应会导致患者承受巨大痛苦,治疗信心受到打击^[11-12]。因而医护人员要重点关注化疗周期长的患者,采取措施转移患者注意力,如提供安静舒适的环境,播放舒缓的音乐、嗅吸精油等,提高后期治疗积极性。家庭人均月收入对 SMSE 水平也有影响,随着治疗时间的延长,家庭收入低的患者经济负担越来越重,会影响检查和复诊的意愿,治疗积极性和依从性会明显下降,从而影响 SMSE 水平^[13]。因而医护人员要加强对家庭收入低患者的关注,在加强健康宣教的同时帮助患者积极联系社会救助资源,使患者消除后顾之忧,提高治疗信心。生活质量越好,SMSE 水平越高,究其原因可能是生活质量好的患者能够加强对躯体症状的控制,能够获得更多的心理、家庭和社会支持,能够更积极地抵抗疾病^[14]。因而医护人员对生

活质量评分低的患者积极鼓励和沟通,给予积极的心理干预,提高患者整体身心状况。

综上所述,乳腺癌术后化疗患者 SMSE 处于中等水平,文化程度低、化疗周期长、家庭收入低、生活质量差对乳腺癌化疗患者 SMSE 会产生重要影响,医护人员要采取针对性的护理措施,加强健康宣教和心理干预,提高其生活质量。

4 参考文献

- [1] 刘叶,刘诗盈,冯冬东,等.内分泌治疗期间创新途径随访对提高乳腺癌患者自我效能和韧性水平的影响[J].中国医科大学学报,2019,48(1):85-86.
- [2] 钱湛,徐东娥.跨理论模型对乳腺癌术后病人自我效能改变的应用研究[J].护理研究,2018,32(23):3673-3676.
- [3] 易红杰,王爱平,潘柯楠,等.乳腺癌内分泌治疗病人自我管理效能问卷的研制及信效度检验[J].护理研究,2018,32(1):89-94.
- [4] 刘延锦,王敏,董小方,等.中文版乳腺癌幸存者自我效能感量表信效度分析[J].中国全科医学,2016,19(27):3336-3340.
- [5] 肖婷,李惠萍,张婷,等.乳腺癌患者社会支持对心理韧性的影响:有调节的中介模型[J].现代预防医学,2017,44(21):3974-3977.
- [6] 程玲灵,杨芳,赵立辉,等.乳腺癌住院患者自我效能感及创伤后应激障碍对其创伤后成长的影响[J].现代预防医学,2017,44(11):1979-1982,1990.
- [7] 章毛毛,李惠萍,张婷,等.掌控感在乳腺癌患者社会支持与自我效能的中介作用[J].实用医学杂志,2017,33(24):4176-4179.
- [8] 徐东升,赵慧玲,马筱慧,等.基于正念认知疗法的心理护理干预对乳腺癌化疗患者焦虑、抑郁及生存质量的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(23):5854-5857.
- [9] 敖炼,李红梅,田朝霞,等.基于赋能理论自我管理在乳腺癌病人中的应用现状[J].护理研究,2019,33(22):3893-3897.
- [10] 张贤贤,张利霞,贾智慧,等.夫妻自我表露在青年乳腺癌患者癌症复发恐惧干预中的应用研究[J].中华护理杂志,2019,54(11):1610-1614.
- [11] 尚子妹,吴静,周洁.乳腺癌患者睡眠及相关症状的轨迹研究[J].中华护理杂志,2019,54(10):1456-1462.
- [12] 常利,张洁,王雁,等.综合护理干预对乳腺癌改良根治术后病人病耻感及应对方式的影响[J].护理研究,2019,33(16):2793-2797.
- [13] 郭玉茹,刘延锦,郭丽娜,等.智谋在初诊乳腺癌患者知觉压力与抑郁间的中介效应[J].中华护理杂志,2019,54(8):1197-1201.
- [14] 李梦媛,田丽,吴婷,等.乳腺癌患者乳房重建心理体验质性研究的 Meta 整合[J].中华护理杂志,2019,54(7):1091-1096.

[2020-04-24 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

基于网络的延续性护理在冠状动脉搭桥术后患者中的应用效果

张瑜 祁佩聪 李梦蝶

【摘要】 目的 探讨基于网络的延续性护理在冠状动脉搭桥术后患者中的应用效果。**方法** 选取2018年1月—2020年5月在医院实施冠状动脉搭桥术的120例患者为研究对象,按照性别、年龄、既往病史组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组60例。对照组给予常规出院指导,观察组给予基于网络的延续性护理。比较两组患者健康相关行为问卷评分及希望水平评分。**结果** 干预后,两组各项健康相关行为问卷评分均高于干预前,且观察组各项健康相关行为问卷评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,两组各项希望水平评分均高于干预前,且观察组各项希望水平评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 冠状动脉搭桥术后患者采用基于网络的延续性护理可提升健康相关行为及希望水平。

【关键词】 冠状动脉搭桥术; 基于网络的延续性护理; 健康相关行为; 希望水平

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.024

冠状动脉搭桥手术是取患者本身的血管(如胸廓内动脉、下肢的大隐静脉等)或者血管替代品,将狭窄冠状动脉的远端和主动脉连接起来,让血液绕过狭窄的部分,到达缺血的部位,改善心肌血液供应,进而达到缓解心绞痛症状,改善心脏功能,提高患者生活质量及延长寿命的目的。冠状动脉搭桥术是常用治疗冠心病的方式,术后患者如果没有保持良好的生活习惯,可能影响患者预后^[1]。因此需要采取措施提高患者术后的健康行为。常规护理内容较为单一,缺乏针对性,效果不佳。延续性护理是在患者出院后将优质的护理服务从医院延伸至社会的一种护理,本研究探讨基于网络的延续性护理在冠状动脉搭桥术后患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2020年5月在医院实施冠状动脉搭桥术的120例患者,按照性别、年龄、既往病史组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组60例。观察组中男35例,女25例;年龄51~70岁,平均 61.31 ± 4.79 岁;心绞痛病史28例,心肌梗死病史32例。对照组中男39例,女21例;年龄52~72岁,平均 61.97 ± 4.25 岁;心绞痛病史30例,心肌梗死病史30例。两组患者性别、年龄、既往

病史比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 予以常规出院指导,内容包括发放健康手册、电话随访等。

1.2.2 观察组 予以基于网络的延续性护理。①成立由康复医师、主治医师、护士组成的干预团队。②建立公众号平台,主要分为康复百科、个人中心及答疑解惑3个板块。其中康复百科板块每日自动推送冠心病发病机制、冠心病危险因素控制、冠心病治疗方案、搭桥术后药物处方、药物作用、不良反应、服药方法、康复运动、戒烟限酒处方、饮食处方、运动处方、注意事项、心脏家庭急救等内容。个人中心板块主要记录患者康复足迹、日常饮食、作息习惯、入院出院时间等,定期提醒进行患者随访。答疑解惑板块主要解答患者疑惑,给予心理支持。③建立微信群组,在群内发送康复百科知识,定期提醒患者保持健康相关行为。④加强群内病友间沟通交流,实现相关鼓励、资源共享。⑤每个月通过微信视频或语音对患者进行随访,了解患者情况,并给予健康指导和疑问解答。

1.3 观察指标

(1) 健康相关行为状况:采用健康相关行为问卷评价,包括营养、运动、压力应对、疾病知识、药物管理5个维度,总分100分,分值越高表明健康相关行为状况越好^[2]。

(2) 希望水平:采用Herth希望量表评价,包括对目前及未来态度、与他人保持密切关系、积极行动3个维度,总分12~48分,分值越高表明希望

基金项目:河南省医学科技攻关计划项目

(编号:SB201902032)

作者单位:450000 河南省郑州市,阜外华中心血管病医院心外科

水平越高^[3]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 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。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 两组患者干预前后健康相关行为问卷评分比较

干预前, 两组患者营养、运动、压力应对、疾病知识、药物管理及总分比较差异无统计学意

义 ($P>0.05$)。干预后, 两组患者各项健康相关行为问卷评分均高于干预前, 且观察组各项健康相关行为问卷评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者干预前后希望水平评分比较

干预前, 两组患者对目前及未来态度、与他人保持密切关系、积极行动及总分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 两组患者各项希望水平评分均高于干预前, 且观察组各项希望水平评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者干预前后健康相关行为问卷评分比较 (分)

组别	观察例数	疾病知识		药物管理		营养	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	53.13 ± 5.61	93.61 ± 4.49	31.13 ± 3.69	38.46 ± 3.61	21.13 ± 2.67	34.97 ± 3.16
对照组	60	53.69 ± 5.49	78.13 ± 7.91	31.08 ± 3.91	34.79 ± 3.52	21.16 ± 2.47	26.97 ± 2.69
<i>t</i> 值		0.553	13.183	0.072	5.638	0.064	14.932
<i>P</i> 值		0.582	0.000	0.943	0.000	0.949	0.000

组别	观察例数	压力应对		运动		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	12.13 ± 1.61	15.97 ± 1.23	11.33 ± 1.16	14.97 ± 1.51	75.13 ± 7.97	93.19 ± 9.41
对照组	60	12.11 ± 1.77	13.97 ± 1.36	11.31 ± 1.47	12.87 ± 1.63	75.11 ± 7.53	87.64 ± 8.78
<i>t</i> 值		0.065	8.448	0.083	7.321	0.014	3.340
<i>P</i> 值		0.949	0.000	0.934	0.000	0.989	0.001

表 2 两组患者干预前后希望水平评分比较 (分)

组别	观察例数	与他人保持密切关系		积极行动		对目前及未来态度		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	8.16 ± 0.13	13.31 ± 1.69	7.13 ± 0.33	14.79 ± 1.25	8.26 ± 0.31	12.97 ± 1.25	25.12 ± 2.61	39.31 ± 3.49
对照组	60	8.14 ± 0.26	10.67 ± 1.69	7.12 ± 0.36	9.68 ± 1.49	8.25 ± 0.14	10.13 ± 1.63	25.11 ± 2.74	31.13 ± 3.49
<i>t</i> 值		0.533	8.556	0.159	20.352	0.228	10.710	0.021	12.838
<i>P</i> 值		0.595	0.000	0.874	0.000	0.820	0.000	0.984	0.000

3 讨论

冠状动脉搭桥术是常用的一种治疗冠心病的方式,部分患者因出院后治疗依从性差、遵医意识薄弱、不良生活习惯、希望水平低等因素导致效果不佳^[4]。常规护理缺乏连续有效地指导,对患者监督不足,导致效果不佳。

延续性护理是通过一系列行动设计用以确保患者在不同的健康照顾场所(如从医院到家庭)及同一健康照顾场所(如医院的不同科室)受到不同水平的协作性与连续性的照护,通常是指从医院到家庭的延续,包括经由医院制定的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续性随访和指导。基于网络的延续性护理是一种新兴的院外延伸服务模式,基于网络平台让患者获得更为便捷、及时、专业的服务。本研究对冠状动脉搭桥术后患者采用基于网络的延续性护理,以探寻其临床效果^[5]。

健康相关行为是指与恢复健康、增进健康、维护健康、疾病预防等相关的行动^[6],有研究表明^[7-8],健康行为与疾病的发生发展有密切关系,正确的健康相关行为有利于促进疾病预后。本研究中干预后两组患者各项健康相关行为问卷评分均高于干预前,且观察组各项健康相关行为问卷评分均高于对照组($P<0.05$)。结果说明,冠状动脉搭桥术后患者采用基于网络的延续性护理可提升健康相关行为。分析原因:通过网络平台可为患者提供一个获得信息的良好渠道,具有更新性好、及时性强等特点,通过健康教育和有效地健康指导,有利于提高患者疾病管理能力,通过在线解答服务及微信群聊,实现了患患之间、医患之间、护患之间的互动交流,帮助患者树立信心,以达到促进和维护患者健康的目的^[9-10]。

希望水平是患者战胜疾病的态度和信心,患者希望水平越高越有利于患者积极配合治疗护理及相关工作^[11-12]。本研究结果显示,干预后两组患者各项希望水平评分均高于干预前,且观察组各项希望水平评分均高于对照组($P<0.05$)。结果说明,冠状动脉搭桥术后患者采用基于网络的延续性护理可提升希望水平。分析原因:基于网络的延续性护理可加强与患者间的沟通互动,保证护理工作的连续

性和互动性,给予心理支持,及时疏导患者不良情绪,提高患者治疗信心及疾病应对能力,进而提高患者希望水平。

综上所述,冠状动脉搭桥术后患者采用基于网络的延续性护理可提升健康相关行为及希望水平。

4 参考文献

- [1] 韩凯丽. 延伸护理对接受冠状动脉搭桥患者术后生活质量及二次入院发生率的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2019,42(5):148-149.
- [2] 郭建美. 延续性护理对心脏搭桥术患者术后生活质量的影响分析[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(15):2584-2586.
- [3] 李子系, 郑小燕. 延续性护理对心脏搭桥术患者术后生活质量的影响研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018,6(24):94,96.
- [4] 倪婷婷. 延续性护理对心脏搭桥术患者术后生活质量的影响[J]. 中国医药指南, 2020,18(3):218-219.
- [5] 张宏, 栾晓嵘. 基于"微信平台"的延续性管理对冠心病搭桥术后患者希望水平及遵医行为的影响[J]. 护士进修杂志, 2020,35(2):49-53.
- [6] 凌燕, 李明月, 陈烨华. 冠状动脉搭桥术后患者延续护理服务体系的建立与应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019,7(32):95.
- [7] 张绍杰, 胡杰. 冠心病不停跳冠脉搭桥术后老年患者行延续性护理干预的效果[J]. 甘肃医药, 2019, 38(1):93-94.
- [8] 余玉青. 延续护理干预对老年冠心病合并糖尿病冠脉搭桥术患者预后的影响评价[J]. 糖尿病新世界, 2020,23(5):136-137.
- [9] 张娟, 郭敏, 冯素萍. 延续性护理干预对冠心病患者不停跳冠脉搭桥术后焦虑抑郁情绪及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018,37(21):2934-2936.
- [10] 刘凡兄. 延续性护理对心脏外科冠脉搭桥术后患者的影响[J]. 中国保健营养, 2019,29(22):222.
- [11] 孟德平. 应用奥马哈系统对冠脉搭桥术后患者延续护理干预及效果评价[D]. 青岛: 青岛大学, 2020.
- [12] 袁丽娟, 崔丽娟, 宋荣梅, 等. 延续性护理对心脏搭桥术患者术后的效果观察及生活质量影响分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020,8(25):154-156.

[2020-01-30 收稿]

(责任编辑 陈景景)

压力接种训练联合按摩足三里、照海穴在妊娠糖尿病患者中的应用效果观察

潘华英 赵昕 李红霞

【摘要】 目的 探讨妊娠糖尿病患者中应用压力接种训练联合按摩足三里、照海穴的效果。方法 选取2018年6月—2019年6月医院收治的妊娠糖尿病患者78例,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组39例。对照组实施常规健康教育联合孕妇饮食运动疗法,观察组实施压力接种训练联合按摩足三里、照海穴,对比两组患者糖代谢各项指标变化及Zung焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分。结果 观察组空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)及糖化血红蛋白(HbA1c)水平明显低于对照组($P<0.05$);观察组患者SAS评分、SDS评分明显低于对照组($P<0.05$),差异均有统计学意义。结论 在妊娠糖尿病患者中应用压力接种训练联合按摩足三里、照海穴有效控制血糖的水平,使其处于稳定状态,改善患者焦虑、抑郁情绪。

【关键词】 压力接种训练;按摩足三里、照海穴;妊娠糖尿病

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.025

妊娠期糖尿病为孕妇围生期常见并发症,该病在妊娠前期并无发病症状,仅有糖耐量减退,伴随孕周的增长而出现糖尿病,临床表现为典型的多食、多饮及多尿,并且伴有反复发作的假丝酵母菌感染。多采用控制饮食、药物、适度运动等综合治疗管理,而重度糖尿病患者应及时纠正其酮症酸中毒。由于糖尿病需长期治疗,患者需承受较大的压力,尤其是妊娠期,极易出现焦虑、抑郁情绪,对母婴的健康造成威胁^[1]。压力接种训练为临床新型干预模式,其通过给予信息、重组认知、行为复述等技术组合,改善患者焦虑、抑郁水平。而按摩足三里、照海穴能够有效改善胰岛抵抗作用,使胰岛素充分发挥作用。本研究通过临床实验研究,分析应用压力接种训练联合按摩足三里、照海穴取得干预效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年6月医院收治的妊娠糖尿病患者78例为研究对象,纳入条件:经诊断确诊为糖尿病;患者精神及认知功能正常,具备一定的沟通和理解能力。患者和家属对本研究均知情同意,并签订知情同意书。排除条件:合并心、

肝、肾等重要组织和器官功能障碍;正在进行其他心理疏导。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39例。对照组:年龄24~32岁,平均年龄 27.35 ± 3.12 岁;孕周24~28周,平均孕周 26.12 ± 1.03 周。观察组:年龄26~31岁,平均年龄 28.14 ± 3.03 岁;孕周25~29周,平均孕周 27.47 ± 1.34 周。两组年龄、孕周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

采用常规健康教育联合孕妇饮食运动疗法,为患者讲解糖尿病相关知识、基础护理方法、病情观察、用药方法及胰岛素使用方法;指导患者和家属正确测血糖的方法;为患者制定符合实际病情的饮食计划,准确计算孕妇需要的营养物质和热量,制定每日食谱,尽量少食多餐,保证摄入充足的蔬菜和水果;孕中期后,如果身体状况允许,指导孕妇适度运动,如餐后散步20~30 min,每日2次。

1.2.2 观察组 实施压力接种训练联合按摩足三里、照海穴。①建立研究团队,选取1名临床经验丰富、综合素质较高的产科护士,1名心理科医师及2名研究生收集患者资料并整理;②压力接种训练干预,由心理咨询师实施,并以小组的形式对患者进行授课,可将8人划分为一组,共分为5组;③干预时间,每日固定在早9:00,每次干预40

min, 根据患者实际情况确定实施干预的次数^[2]。

1.2.2.1 概念阶段 (1~2次)

(1)内容:强化与患者交流,建立彼此信任关系,介绍患者与小组成员认识。为患者讲解疾病知识,介绍此次干预实施的目的、流程及意义,以认知重组使患者认知到自身负性情绪所扮演的角色。

(2)家庭作业:回忆生活中、工作中自身消极陈述,并将其仔细记录在开放日记上,对上次学习的内容进行回顾。

(3)反馈主要问题:患者在生活工作中无法时刻察觉自身的压力和负面情绪,对某些概念认知不足。

(4)解决方法:患者应时刻保持自身的觉知之心,护理人员可利用视频、图片等方式供患者阅览,或请小组心理咨询师为其进行详细讲解,直至患者完全理解知识。

1.2.2.2 获得技能并复述 (第3~4次)

(1)内容:为患者讲解身心放松方法和技巧,并进行演示,使患者能够完全掌握,并应用自身来调整负性情绪,指导并监督患者进行反复练习。放松训练方法包括自信训练、意向训练及肌肉放松训练等。训练时首先使患者融入焦虑情绪中,并为其讲解训练的注意事项和要领,保持患者在此状态一段时间,使机体形成条件反射,从而达到放松训练的目的,训练后可与同伴交流意见,并进行讨论^[3]。

(2)家庭作业:患者应及时记录自身的负性情绪和压力,并对其发生原因进行分析,根据原因进行相应的放松训练,对学习的内容进行回顾。

(3)反馈主要问题:情绪不稳定,练习姿势的时间较短,对负性情绪反应无法记住。

(4)解决方案:在生活、工作闲暇之余进行放松训练,首先训练5 min,然后逐渐延长训练时间,在进入放松状态后调整自身情况,并记录。

1.2.2.3 应用及完成 (第5~6次)

(1)内容:将学习的放松训练应用在实际生活中,帮助患者解决练习中出现的问题,指导患者如何利用学到的知识和技能进行相应的抗压练习。如患者担心高血糖水平会严重影响胎儿的健康,应采用自我监控、增强自我信心的方法,不断暗示自身坚持锻炼,放松心情,只要遵医嘱就一定能够控制好血糖;自我暗示要放松心情,深呼吸回忆自身设定的目标,分析不合理的实施方法,并及时进行调整^[4]。

(2)家庭作业:在自身负性情绪产生时,应及时应用放松训练进行调整,与同伴同时练习并互相鼓励,观察自身是否能够积极应对,对学习的内容进行回顾。

(3)反馈主要问题:无法积极应对负性情绪,与同伴交流机会较少,有疑问得不到及时解答,自身无法有意识进行放松训练。

(4)解决方法:每日固定时间坚持练习放松训练,建立同伴微信群,相互督促、监督及鼓励,护理人员应及时解答疑问^[5]。

1.2.2.4 总结和评价 (第7~8次)

(1)内容:回忆干预中产生的不良情绪及应对方式,强化患者对理论知识的掌握,提高对疾病知识的认知,提高其控制血糖信心;与患者和家属总结干预过程的所有内容,对患者心理状态重新评估^[6]。

(2)家庭作业:回顾压力接种训练方法和技能,根据自身实际情况,选择相应的训练方法,与同伴进行有效交流。

(3)反馈主要问题:怎样才可以坚持练习^[7]。

(4)解决方法:告知患者可继续坚持训练,并与同伴讨论问题,分享心得,互相监督,同时进步。

1.2.2.5 按摩足三里、照海穴:按照《腧穴名称与定位》进行选穴,选取足三里、照海穴两个穴位。实施操作:采用按、揉、抹、拿、摩、压等按摩手法,点按两个穴位,每次0.5 min,然后再顺时针按揉3 min^[8]。

1.3 观察指标

观察两组患者糖代谢各项指标变化及Zung焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分。

①采用焦虑自评量表(SAS)评估患者的焦虑情绪,量表共20个条目,其中>60分表示中重度焦虑;50~60分:轻度焦虑;<50分:无焦虑。采用抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁情绪,量表共20个条目,分界值为53分^[9]。其中53~62分:轻度抑郁;63~72分:中度抑郁;>72分:重度抑郁^[10]。②血糖各项指标变化水平。

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

2.1 两组患者干预后SAS评分、SDS评分比较

干预后,观察组SAS评分、SDS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者干预后血糖各项指标比较

干预后,观察组FPG、2hPG、HbA1c各项指标均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组患者干预后 SAS 评分、SDS 评分比较 (分)

组别	例数	SAS 评分	SDS 评分
对照组	39	45.13 ± 8.24	53.87 ± 3.22
观察组	39	40.04 ± 8.01	50.16 ± 3.81
<i>t</i> 值		2.766	4.645
<i>P</i> 值		0.007	0.000

表2 两组患者干预后血糖各项指标比较

组别	例数	FPG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	HbA1c (%)
对照组	39	5.01 ± 0.35	6.19 ± 0.55	5.56 ± 0.08
观察组	39	4.68 ± 0.18	5.66 ± 0.27	5.01 ± 0.28
<i>t</i> 值		5.236	5.402	11.794
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

妊娠糖尿病在产妇中具有较高的发病率,其发生原因主要由于孕周增加,胎儿对葡萄糖需求增加,导致孕妇的胰岛素敏感性降低,增加胰岛素的需要量^[11]。而部分产妇胰岛素分泌受限或不足,导致代偿孕期生理反应出现,最终引发妊娠糖尿病的发生。研究显示^[12]如果产妇长期处于高血糖水平,不仅影响其自身健康,对胎儿的生命安全也造成威胁。由于糖尿病病程较长,血糖不易控制,产妇极易出现焦虑、抑郁情绪,影响治疗,因此,改善产妇的负性情绪,稳定其血糖水平,对保证产妇自身健康,胎儿顺利分娩具有重要意义。

压力接种训练与接种疫苗的作用较相似,均是通过刺激机体神经,抵抗疾病带来的压力,改善自身的不良心理状态^[13]。压力接种训练能够提高产妇对自身认识,提高对自身的护理管理能力,使负性情绪得到有效改善^[14]。压力接种训练利用反复持久的放松训练,提高机体对交感神经的控制,明显减少应激激素的分泌,缓解不良生理、心理反应,不仅减轻负性情绪,也较好的控制血糖水平。中医理论认为,引发妊娠糖尿病的主要原因为气聚下聚、脏腑功能减弱,加上妊娠后产妇饮食量增加,自身又不控制,造成机体精微物质代谢异常,导致阴阳偏衰,加重糖尿病病情。而中医应用足三里、照海穴按摩,可有效清虚火、清内热、健中焦、益脾气,能够有效控制血糖水平^[15]。结果显示,干预后观察组 FPG、2hPG 及 HbA1c 水平明显低于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者 SAS 评分、SDS 评分明显低于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,将压力接种训练联合按摩足三里、

照海穴应用在妊娠糖尿病患者中,有效缓解其焦虑、抑郁负性情绪,保持血糖水平的稳定。

4 参考文献

- [1] 岳晓玲,战芳,韩璐. 大连地区妊娠期糖尿病孕妇妊娠中期维生素 A、E 水平研究 [J]. 肠外与肠内营养, 2019,26(2):70-73.
- [2] 张燕,杜明钰,王明芳,等. 新生儿性别对妊娠期糖尿病人群妊娠结局的影响 [J]. 实用妇产科杂志, 2019,35(5):385-389.
- [3] 朱婧菡,吕梦莲,尹洁云,等. 睡眠时间与妊娠期糖尿病发病风险关系的 Meta 分析 [J]. 现代预防医学, 2019,46(10):1729-1732,1747.
- [4] 陈钰仪,邓美莲,邓燕红. 产后葡萄糖耐量试验监测及行为干预对妊娠期糖尿病产妇患 2 型糖尿病的预防效果 [J]. 实用医学杂志, 2019,35(16):2615-2618.
- [5] 王媛,赵旭,杨娅,等. 时间-空间相关成像联合组织多普勒超声观察妊娠期糖尿病孕妇胎儿心脏结构和功能 [J]. 中国医学影像技术, 2019, 35(4):573-577.
- [6] 林仙. 社区访视对妊娠糖尿病患者产后用药的安全指导 [J]. 护理实践与研究, 2017,14(2):60-61.
- [7] 董青青,何伟健,缪华章,等. 产前抑郁与妊娠期糖尿病相关性队列研究 [J]. 中国公共卫生, 2019, 35(1):107-110.
- [8] 李婵娟,李志娟. 个体化饮食指导联合口服降糖药对妊娠期糖尿病孕妇糖脂代谢及围生儿预后的影响分析 [J]. 中国妇产科临床杂志, 2019,20(3):243-244.
- [9] 蒋艳敏,金慧,许岚,等. 早期生活方式干预可降低高危人群妊娠期糖尿病发病率 [J]. 第三军医大学学报, 2019, 41(6):594-599.
- [10] 郭丽,张陈彦,郭影. 妊娠期糖尿病患者并发子痫前期血清 LCN-2、AOPP 水平变化及意义 [J]. 山东医药, 2019,59(16):12-15.
- [11] 王红坤,赵燕玲,徐先明. 上海地区妊娠期糖尿病孕妇孕前期体重指数及孕期体重增加现状分析 [J]. 现代妇产科进展, 2019,28(10):745-748-753.
- [12] 谢朝云,蒙桂鸾,熊芸,等. 妊娠期糖尿病患者会阴侧切部位感染相关因素分析 [J]. 中国消毒学杂志, 2019,36(5):343-345.
- [13] 施丹丹,张若曦. 母体血清 25-羟维生素 D₃ 水平与妊娠期糖尿病发病的相关性 [J]. 上海医学, 2019,42(4):198-202.
- [14] 吴春英. 妊娠糖尿病患者自我管理行为对血糖控制及妊娠结局的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018,15(13):14-16.
- [15] 王雪鑫,张力,欧国进,等. DUSP9 基因多态性与妊娠期糖尿病的相关性研究 [J]. 中华医学遗传学杂志, 2019, 36(3):267-270.

[2020-03-11 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

加速康复外科护理对慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者术后疼痛及康复效果的影响

冯楚楚 任丽琪 戚欣 袁敏*

【摘要】目的 探讨加速康复外科护理对慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者术后疼痛及康复效果的影响。**方法** 选择医院2018年12月—2020年11月收治的慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者88例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各44例。对照组实施常规外科护理,观察组在对照组基础上采取加速康复外科护理,两组均护理至患者出院。比较两组护理前后的焦虑(SAS)、抑郁(SDS)评分、术后疼痛、住院时间及并发症。**结果** 两组护理前SAS、SDS评分和术后2h的视觉模拟疼痛评分(VAS)比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组护理后SAS、SDS和术后72h的VAS评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组术后并发症发生率低于对照组,术后住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 加速康复外科护理能够减轻慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者的焦虑抑郁情绪及术后疼痛,减少并发症的发生,促进术后康复,缩短住院时间。

【关键词】 慢性鼻窦炎;加速康复外科护理;心理应激;术后疼痛;并发症

中图分类号 R473.76 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.026

慢性鼻窦炎是发于鼻窦的化脓性、慢性炎症,表现为脓涕、鼻塞、嗅觉减退、头痛等症,持续发展会累及眼、肺等器官,威胁患者身心健康^[1-2]。鼻内镜手术是治疗慢性鼻窦炎首选疗法,可通过清理病灶恢复鼻窦正常引流、通气功能,且在内镜辅助下视野清晰、视角开阔,能够全面、仔细地观察病灶,有利于手术操作的实施,减少组织损伤^[3-4]。但慢性鼻窦炎鼻内镜仍属于有创操作,会对患者身心造成一定影响,导致围术期应激反应,不利于术后康复,需加强围术期护理。加速康复外科护理是一种专业的外科护理模式,可通过对围术期护理流程的优化,达到促进患者康复的目的^[5]。基于此,本研究在慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者中采取加速康复外科护理,分析其对患者术后疼痛及康复效果的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2018年12月—2020年11月收治的慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者88例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各44例。纳入条件:符合《耳鼻咽喉头颈外科学》^[6]慢性鼻窦炎诊断标准;均接受鼻内镜手术治疗;签署知情同意书,研究经医学伦理委员会批准;年龄 ≥ 18 岁。

排除条件:合并恶性肿瘤;合并心脑血管疾病或脏腑功能不全;合并呼吸系统、消化系统病变;存在鼻腔手术史;伴有智力、认知、沟通或精神障碍,难以配合研究。对照组中男24例,女20例;年龄20~54岁,平均年龄 37.28 ± 9.44 岁;病程8个月~7年,平均病程 3.59 ± 0.77 年;教育程度:初中及以下13例,高中和专科20例,本科及以上11例。观察组中男23例,女21例,年龄19~55岁,平均年龄 37.34 ± 9.57 岁;病程9个月~7年,平均病程 3.65 ± 0.72 年;教育程度:初中及以下14例,高中和专科12例,本科及以上18例。两组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 给予常规外科护理:开展基础健康宣教,辅助患者完成术前检查及手术准备,遵照医嘱指导患者术前、术后均禁食6~8h,术中、术后做好术区监护、体征监控等,注意面部情况,遵医嘱进行抗感染、镇痛用药,持续护理至患者出院,指导居家护理要求。

1.2.2 观察组 采取加速康复外科护理。

(1)循证支持:由耳鼻咽喉头颈外科专科护理小组,以“慢性鼻窦炎”“鼻内镜”“康复”为关键词搜索资料,分析鼻内镜手术整个流程护理问题,寻找证据支持,小组共同讨论,提出解决对策及护理方案。

作者单位:102218 北京市,清华大学附属北京清华长庚医院(清华大学临床医学院)

*通讯作者

(2) 护理内容: ①术前护理。介绍手术室环境、主刀医师情况, 增强患者对环境的熟悉度; 详细讲解鼻内镜手术操作流程、作用、术前准备要求、术后护理重点等, 通过一对一讲解、播放宣教视频等多种途径加深患者记忆及认识; 与患者深入沟通、谈心, 了解患者对手术的态度及心理情绪的改变原因, 通过语言鼓励、情绪引导及冥想放松等多种放松进行疏导; 列举与患者情况相似、预后良好的病例, 通过微信视频邀请其与患者沟通, 分享经验, 让患者直观认识手术治疗的效果及护理的重要性; 指导患者进行适应训练, 包括堵鼻呼吸训练、吞咽训练等, 帮助患者提前适应术后情况; 常规禁食、禁水, 手术前 2~3 h 给予饮用葡萄糖或无渣果汁 250~300 ml。②术中护理。根据手术需求调整体位, 应用硅胶垫固定体位, 提升患者的舒适度; 术前 10 min 预热手术室, 术中维持室温 25 ℃, 湿度 45%~70%, 冲洗液、输液等加温至 34~38 ℃后使用。③术后护理。术后去枕平卧, 分别于术后 1 h、2 h、4 h 综合评估患者意识、生命体征、出血等情况, 情况良好者抬高床头 15°~20°, 之后逐渐抬高至 30°~50°; 术后患者饮用少量温水(10 ml), 无呛咳、呕吐等情况, 则每隔 0.5~1 h 饮水 1 次, 每次饮水量不超过 10 ml, 4 h 左右给予流质饮食, 指导患者根据术前训练要求进行吞咽, 以免拉扯术区, 之后根据患者情况逐渐转为正常饮食; 术后 2 h 进行疼痛评估, 手术当天每隔 2~4 h 评估 1 次, 之后 4~6 h 评估 1 次; 在镇痛用药基础上指导患者通过局部冷敷、按压镇痛穴位、呼吸冥想等方式进行镇痛; 术后 4~6 h 指导患者活动创伤关节, 每隔 2~4 h 进行 1 次, 12 h 左右下床活动, 期间做好疼痛评估及术前监控, 确保活动耐受, 持续观察至出院。

1.3 观察指标

(1) 焦虑、抑郁情况: 采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)综合评价心理应激, 两个量表均有 20 个条目, 采用 4 级评分(1~4 分),

最终评分 = 量表粗分 × 1.25, 分值范围 25~100 分, 分值低则心理应激越轻^[7]。

(2) 术后疼痛: 比较术后 2 h 和术后 72 h 两组患者疼痛程度, 采用视觉模拟疼痛评分法(VAS), 用标有刻度 0~10 标尺量化评价, 分值低则疼痛越轻^[8]。

(3) 并发症: 记录两组面部肿胀、恶心呕吐、出血等发生率。

(4) 住院时间: 记录两组术后住院时间。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件, 正态分布计量资料以“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 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组焦虑、抑郁情况比较

护理前, 两组 SAS、SDS 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 护理后, 两组 SAS、SDS 评分均低于护理前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组术后 VAS 评分比较

术后 2 h, 两组 VAS 评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后 72 h, 两组 VAS 评分均低于术后 2 h, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 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 3。

2.4 两组住院时间比较

观察组术后住院时间短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 4。

表 1 两组焦虑、抑郁情况比较(分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	44	57.05 ± 7.46	45.16 ± 4.33	55.97 ± 6.34	44.90 ± 5.47
观察组	44	56.69 ± 7.13	39.82 ± 6.25	55.65 ± 6.50	39.32 ± 5.58
t 值		0.231	4.659	0.234	4.737
P 值		0.818	0.000	0.816	0.000

表 2 两组术后 VAS 评分比较 (分)			
组别	例数	术后 2 h	术后 72 h
对照组	44	4.84 ± 0.91	2.52 ± 0.65
观察组	44	4.89 ± 0.88	1.64 ± 0.42
t 值		0.262	7.543
P 值		0.794	0.000

表 3 两组并发症发生率比较					
组别	例数	面部肿胀	恶心呕吐	出血	总发生率(%)
对照组	44	3	3	4	22.73
观察组	44	1	0	2	6.82

$\chi^2=4.423$, $P=0.036$ 。

表 4 两组住院时间比较 (d)		
组别	例数	住院时间
对照组	44	5.59 (1.26)
观察组	44	4.75 (1.22)

中位数比较秩和检验： $u=3.177$, $P=0.002$ 。

3 讨论

鼻内镜作为微创技术，有效提升慢性鼻窦炎外科治疗的有效性及安全性。但鼻腔内空间较小，解剖结构复杂，对手术操作要求较高，围术期的密切配合在手术开展及术后恢复中意义重大^[9-10]。研究发现，慢性鼻窦炎患者普遍存在负性情绪，影响手术应对能力，临床需加强对患者多个方面的护理干预^[11-12]。

常规外科护理多以手术程序为基础采取相应的护理措施，主要侧重于手术治疗方面，难以完全避免患者个体因素的干扰，进而影响护理质量^[13]。本研究结果显示，观察组护理后 SAS、SDS 评分和术后 72 h 的 VAS 评分、并发症发生率均低于对照组，术后住院时间短于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。表明加速康复外科护理在慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者中具有较高的应用价值。加速康复外科护理以循证医学理论为支持，考虑手术、患者个体等多方面因素，对围术期护理流程进行优化，最大程度控制手术风险，促进手术顺利开展及术后康复^[14]。于患者术前进行全方位、多途径的健康宣教和心理疏导，能够丰富患者鼻内镜手术及护理方面认知，改善患者态度，配合病友支持能够进一步改善患者负面心理，缓解负性情绪对手术配合度的影响，保障手术顺利开展，减少机械性损伤，降低并发症发生风险。术前补充高糖饮品、术后早期进食，能够补充手术损耗，配合术中保温处理，能够综合提升肠道耐受性，预防恶心呕吐的发生，有利于术后恢复。疼痛是手术常见症状，也是加重心理应激，影响术后康复的重要影响因素。临床通过冷敷、穴位按压、呼吸冥想等多种辅助镇痛方法，可增强镇痛效果，进一步减轻心理应激，有利于早期进食、

活动的进行。术前即进行适应性训练还可避免术后呼吸、进食对术区的影响，减少出血、面部肿胀的发生，配合早期活动，能够进一步加速患者康复，有利于改善患者预后。谢永红等^[15]研究结果显示，加速康复外科护理能够减轻慢性鼻窦炎内镜术后疼痛，缩短住院时间，促进术后康复，与本研究结果相似，进一步证明加速康复外科在慢性鼻窦炎患者围术期的应用价值。但本研究样本容量较少，且为对患者远期鼻功能恢复情况进行观察，研究深度有待提升，临床还应扩大样本容量，完善试验设计，进一步深入研究，旨在为临床提供更好的指导。

综上所述，在慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者中采取加速康复外科护理效果确切，能够改善患者焦虑、抑郁情绪，减轻术后疼痛，减少手术并发症的发生，促进术后康复。

4 参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南 (2018) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 54(2): 81-100.

[2] 王盈盈, 江琳艳, 杨徐静, 等. 鼻内镜手术治疗慢性鼻-鼻窦炎的临床效果及相关影响因素分析 [J]. 中国医刊, 2019, 54(11): 1234-1237.

[3] 罗敏, 段金芳, 孙刚, 等. 鼻窦内镜手术治疗鼻窦炎合并鼻窦炎的疗效及对鼻腔通气和嗅觉功能的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(23): 4572-4575.

[4] 刘蓉蓉. 鼻内窥镜手术治疗鼻窦炎并鼻窦炎的临床应用价值 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19(22): 3895-3897.

[5] 李文君, 蒋仁莲, 吴修建, 等. 舒适训练联合纳吸棉在慢性鼻-鼻窦炎手术加速康复外科中的应用 [J]. 护理研究, 2020, 34(6): 1006-1009.

[6] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 54.

[7] 田银娣, 王怡恺, 李静, 等. 焦虑和抑郁量表在肝硬化患者临床应用中的信效度评价 [J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22(1): 105-108.

[8] 黄辉, 田维云, 叶建国, 等. 痛点定位视觉模拟评分法 (VAS) 对急性肾绞痛诊断的应用价值 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(24): 95-96.

[9] 蒋晨霞, 陈小东. 鼻内镜鼻窦手术对慢性鼻窦炎患者疗效和生活质量的影响 [J]. 中国医药导刊, 2017, 19(10): 1006-1009.

[10] 戴义国, 纪东, 赵璟, 等. 慢性鼻-鼻窦炎鼻内镜手术后疗效的影响因素分析 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018, 26(5): 350-353, 362.

[11] 孙刚, 薛莲, 王努, 等. 心理评估及干预对提高慢性鼻-

同伴互助教学联合问题案例教育对口腔种植术患者术后并发症及牙科焦虑的影响

姚玉娟

【摘要】 目的 探究同伴互助教学联合问题案例教育对口腔种植术患者术后并发症及牙科焦虑的影响。**方法** 选取2019年2—6月医院收治的口腔种植术患者90例,按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组和观察组,每组45例。对照组采取常规健康教育,观察组采取同伴互助教学联合问题案例教育,比较两组牙科焦虑评分及术后并发症发生率。**结果** 观察组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$);观察组术后1周、二期术前的MDAS评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 同伴互助教学联合问题案例教育在口腔种植术患者中的应用,能缓解牙科焦虑,减少术后并发症。

【关键词】 健康教育;口腔种植术;牙科焦虑;牙列缺失

中图分类号 R473.78 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.027

口腔种植术是临床修复牙列缺失的主要方式,其生物相容性强、可恢复咀嚼功能^[1]。牙科焦虑(DA)是指患者在口腔诊疗中出现不同程度的焦虑、紧张,逃避治疗的现象,临床中超过90%的口腔种植术患者伴有焦虑、恐惧情绪,严重影响到口腔种植术能否顺利进行^[2]。口腔种植术属于侵入性治疗,对种植体周围组织刺激性较大,易引起炎症、疼痛反应^[3]。同伴互助教学联合问题案例教育强调创建同伴互助小组(PAL),明确患者健康教育需求,通过问题引导、案例分析2条主线开展健康教育^[4]。本研究在口腔种植术中应用同伴互助教学联合问题案例教育,探究其对患者术后并发症及牙科焦虑的影响,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年2—6月医院收治的口腔种植术患者90例为研究对象,纳入条件:伴有不同程度的牙列缺损;经牙周探诊、牙龈指数及X线等检查

确诊,确定行口腔种植术;首次行口腔种植术;认知、沟通能力正常;签署知情同意书。排除条件:伴有高血压、心脏病等疾病;合并有凝血功能障碍或口腔恶性肿瘤;处于妊娠期或哺乳期。按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组和观察组,每组45例。对照组中男25例,女20例;年龄22~52岁,平均 37.10 ± 4.52 岁;植入种植体共78颗,其中前牙25颗,前磨牙25颗,磨牙28颗。观察组中男28例,女17例;年龄21~54岁,平均 37.55 ± 5.32 岁;植入种植体共76颗,其中前牙26颗,前磨牙25颗,磨牙25颗。两组性别、年龄、植入种植体比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 健康教育方法

对照组采取常规健康教育,院指导、发放健康手册、术前宣教、术后指导等。观察组在对照组基础上加以同伴互助教学联合问题案例教育,具体如下:

1.2.1 同伴互助教学

1.2.1.1 组建同伴互助小组 护理人员以5人1组原则分组,组建同伴互助小组,向同伴互助小组成员说明同伴互助式学习实施流程,强调同伴互助交流重要性,明确小组学习任务;术前,护理人员

作者单位:210029 江苏省南京市,南京医科大学附属口腔医院南苑门诊部

鼻窦炎患者鼻内镜手术生存质量的作用[J].重庆医学,2017,46(19):2701-2703.

[12] 张标新,赵德娟,朱子秀,等.术前行为训练及心理干预对功能性鼻内镜鼻窦手术后患者躯体功能及负性情绪的影响[J].护士进修杂志,2018,33(11):1009-1012.

[13] 赵红燕,金燕.系统护理模式在慢性鼻窦炎鼻息肉鼻内镜术后患者恢复中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2019,28(17):1935-1938.

[14] 戚敏,李红,王倩,等.加速康复外科理念在功能性内镜鼻窦手术围手术期护理的初步应用[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2018,32(5):13-18.

[15] 谢永红,向军,庞建华.加速康复外科理念在功能性内镜鼻窦手术围手术期中的应用[J].海南医学,2019(16):2134-2136.

[2021-01-06 收稿]

(责任编辑 陈景景)

主导组织各小组成员开展交流活动,交流内容包括疾病知识、牙科焦虑控制、口腔健康行为等,引导组员积极分享自身感受及问题,护理人员逐一解答,并指导组员相互学习健康行为管理办法,互助探究牙科焦虑、口腔不良行为的控制方法^[5]。

1.2.1.2 情景模拟式教育—术后并发症、牙科焦虑 即以PAL小组为单位围绕“术后并发症防控”、“牙科焦虑”缓解开展情景模拟式教育,护理人员创设不同情景,如正念减压疗法、术后穴位按摩止痛、术后口腔护理等。以术后穴位按摩止痛为例,护理人员2人1组,分饰患者、家属两个角色,演示内关穴、外关穴、神门穴及合谷穴位置及取穴方法,“家属”双手握持“患者”单侧手臂,由上到下顺序交替按捏各部位,而后,中指、拇指分置内关穴、外关穴,对合旋转按压两穴位10~20次,基于拇指指腹对神门穴实施按揉,约2~3 min;基于拇指向小指方向施力点按合谷穴,约2~3 min;两手臂交替按捏,每天3~5次,每次20 min^[6]。先引导患者观看护理人员演示操作,而后,以PAL小组为单位组织练习,直至熟练掌握^[7]。

1.2.2 问题案例教育

1.2.2.1 问题导向教育—口腔种植术知识

(1) 微信提问:患者入院时,引导其进入口腔种植术健康教育微信群,术前护理人员通过微信群推送“口腔种植术健康知识问答”,涉及疾病知识、术前准备、口腔种植术流程、术后注意事项、术后并发症及防控5个方面,共5个问题,如“口腔种植术适应证及禁忌证有哪些”“口腔种植术前准备项目有哪些”“口腔种植术实施流程”“口腔种植术后常见并发症及防控措施”“口腔种植术后自护注意事项”^[8]。

(2) 自习解答:患者结合护理人员所提问题,通过查阅健康手册搜集资料,并整理搜集所得信息初步确定问题答案;术前,同伴互助小组开展讨论交流会,各组员介绍自拟问题答案,综合各组员答案,并通过微信群分享小组交流成果,交流时长20 min^[9]。

1.2.2.2 案例分析教育—术后并发症

(1) 观看案例视频:护理人员以“口腔种植术后并发症防控”为关键词通过网络搜集视频资料,经剪辑得到健康教育案例视频,时长为10 min,视频内容包括口腔种植术后常见并发症、术后并发症危险因素、各类并发症防控对策三大模块;术前,护理人员通过微信群推送案例视频,并督促患者观看,指导同伴互助小组成员总结各视频模块知识^[10]。

(2) 思维导图总结:术前,护理人员以PAL

小组为单位,引导各组成员再次观看案例视频,配合同步解说,以便于其理解。视频播放完毕后,护理人员指导PAL小组成员绘制思维导图以总结视频内容,确定主题为“口腔种植术后并发症防控”,分支主题为“常见并发症”“并发症诱发因素”“并发症防控措施”“各类并发症危害性”,并从结构合理性、内容完善度两个方面评价各组所绘思维导图^[11]。

1.3 评价指标

(1) 术后并发症:统计术后1周内并发症发生率,包括牙齿疼痛、修复体松动、牙龈渗血^[12]。

(2) 牙科焦虑:护理人员分别于术后1周、二期术前借助改良牙科焦虑量表(MDAS)评价患者围术期牙科焦虑,量表共4个条目,总分20分,如MDAS评分 ≥ 11 分,则存在牙科焦虑,评分越高表示焦虑越严重^[13]。

1.4 统计学处理

采用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 t 检验;计数资料组间率比较行 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1。

2.2 两组牙科焦虑评分比较

观察组术后1周、二期术前牙科焦虑评分均较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组术后并发症发生率比较

组别	例数	牙齿疼痛	修复体松动	牙龈渗血	发生(%)
对照组	45	6	2	2	22.22
观察组	45	2	0	0	4.44

$\chi^2=6.154, P=0.013$ 。

表2 两组牙科焦虑评分比较(分)

组别	例数	术后1周	二期术前
对照组	45	9.43 $\pm$ 1.02	13.25 $\pm$ 1.05
观察组	45	7.43 $\pm$ 0.85	7.02 $\pm$ 0.53
t 值		10.105	35.532
P 值		0.000	0.000

3 讨论

口腔种植术是一种常见牙齿修复术,能促进咀嚼功能恢复,保证牙齿美观性,但因手术患者健康认知不足,术前焦虑、恐惧情绪严重,导致术中血压突增、出血量增大,对术后创口愈合产生了严重

影响^[14]。此外,患者术后自护能力、医护遵从性均偏低,易诱发相关并发症^[15]。在口腔种植术患者中应用同伴互助教学联合问题案例教育,组建同伴互助小组,通过线上、线下两个途径,分别于术前、术后开展问题导向式教育、案例分析式教育、情景模拟式教育。研究显示,观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$),观察组术后1周、二期术前的MDAS评分均小于对照组($P<0.05$)。

同伴互助小组为同类患者营造了良好的交流氛围,组织患者分享口腔健康知识,学习口腔健康行为,探讨口腔健康问题,有助于规范患者口腔健康行为,可有效缓解牙科焦虑^[16-18];问题导向式教育以问题为导向,指导患者围绕问题开展自我学习、小组交流,能调动患者主观能动性,强化其对口腔种植术的认知,消除其对口腔种植术的恐惧,可有效缓解牙科焦虑^[19-20];案例分析式教育通过介绍临床案例,分析临床护理工作,介绍了口腔种植术后常见并发症,如牙齿疼痛、修复体松动、牙龈渗血,分析了各类术后并发症发生的危险因素,明确了其危害性,说明了并发症防控措施,能增强患者并发症防控意识,提升其护理配合度,可减少并发症发生^[21];情景模拟式教育结合临床医护情景开展模拟演示,包括正念减压疗法、术后穴位按摩止痛、术后口腔护理等主题,通过护士演示、患者自行练习的形式教授患者正念减压训练方法、穴位按摩止痛技巧、术后口腔自护方法,能规范术后口腔自护行为,缓解患者牙科焦虑、牙齿疼痛^[22]。

综上所述,同伴互助教学联合问题案例教育在口腔种植术患者中的应用,能缓解牙科焦虑,减少术后并发症发生率。

4 参考文献

- [1] 曹勇,何灏逾,王亚珂.薰衣草联合音乐疗法缓解种植修复患者术中焦虑的研究[J].口腔医学研究,2016,32(10):1047-1050.
- [2] Milani RV, Lavie CJ, Bober RM, et al. Improving Hypertension Control and Patient Engagement Using Digital Tools[J]. Am J Med, 2016(16):30844.
- [3] 朱文静.认知松弛训练对口腔正畸微种植体患者心理状况及术中疼痛的影响[J].护理实践与研究,2019,16(3):107-109.
- [4] 郑衍亮,张作记,陈杰.自我效能干预在口腔正畸治疗中的应用[J].国际口腔医学杂志,2017,44(2):161-164.
- [5] 邹海英,宋军君,路薇.同伴互助培训模式在新护士岗前培训中的应用[J].中华护理教育,2016,13(5):380-383.
- [6] 何静,黄小瑾,雷逸灵,等.抚触联合穴位按摩对缓解

口腔种植手术中患者焦虑情绪及疼痛的效果观察[J].中国实用护理杂志,2019,35(17):1311-1314.

- [7] 刘学蔚,刘菁,李浩,等.CBL联合情景模拟在口腔黏膜病学中的应用研究[J].卫生职业教育,2018,36(22):85-86.
- [8] 靳俊峰,欧小波,阮媛,等.PBL结合情景模拟剧在病理学实验教学中的应用研究[J].中华医学教育探索杂志,2017,16(1):60-63.
- [9] 高黎,许永华,王书岩,等.问题导向教学法在儿童口腔医学教学中的应用价值[J].河南医学研究,2019,28(1):23-26.
- [10] 刘琳,周海静,文静,等.基于Blackboard网络教学平台的CBL教学法在口腔黏膜病学教学中的实践[J].重庆医学,2016,45(19):2722-2724.
- [11] 李文君,蒋仁莲,曾毅文,等.思维导图在围手术期健康教育中应用的研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(18):2357-2360.
- [12] 巫巧存,黄少颖,邓丽玲,等.牙缺失种植修复治疗局部牙列缺损的效果观察与护理[J].护理实践与研究,2019,16(13):114-115.
- [13] 李娜,李梦倩,文冰,等.正念减压疗法和音乐治疗对种植牙牙科焦虑症患者焦虑及疼痛的影响[J].解放军护理杂志,2018,35(12):31-35.
- [14] 郑晶,卿娟,杜书芳,等.理性情绪疗法对口腔牙种植手术患者焦虑情绪的影响[J].护士进修杂志,2018,33(15):1434-1436.
- [15] 曹素杰,张旻,贾永青,等.非语言沟通对口腔种植患者围术期不良情绪及满意度的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(10):1456-1458.
- [16] 翁海燕,吴玲飞,罗碧云.浓缩生长因子在口腔种植修复手术中的应用及护理[J].全科护理,2017,15(23):2894-2896.
- [17] 朱云峰,傅健胜.种植修复与传统固定修复在口腔牙列缺损中的应用效果观察[J].浙江创伤外科,2019,24(2):367-368.
- [18] 高惠璇,池玉珊.PDCA护理管理模式对预防口腔拔牙术后感染和提高患者护理满意度的影响[J].中国实用医药,2016,11(22):243-244.
- [19] 唐娜.自我护理模式应用于中老年慢性牙周炎种植治疗后护理工作价值[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(28):75-76.
- [20] 张铁军,杨鸿波.心理护理在中老年慢性牙周炎患者牙周治疗中的应用价值分析[J].黑龙江医药,2019,32(4):993-995.
- [21] 张惠.自我护理模式在中老年慢性牙周炎种植治疗患者中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(20):239-241.
- [22] 邹红玉.心理护理在中老年慢性牙周炎患者牙周治疗中的应用[J].现代诊断与治疗,2016,27(14):2731-2732.

[2020-03-10 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

康复树涂鸭秀结合中等强度交替训练对乳腺癌患者化疗后肢体功能和癌因性疲乏的影响

丘淑芬 杨媛

【摘要】目的 探讨康复树涂鸭秀结合中等强度交替训练对乳腺癌患者化疗后肢体功能和癌因性疲乏的影响。**方法** 选取2017年10月—2019年9月医院收治的79例乳腺癌患者为研究对象,按组间基线资料匹配的原则分为对照组39例和观察组40例。对照组实施常规康复训练,观察组实施康复树涂鸭秀结合中等强度交替训练,对比两组患者接受不同康复训练模式后肩关节功能恢复效果和癌因性疲乏的改善效果。**结果** 观察组患者肩关节前屈、后伸、内旋、外旋、内收、外展角度均大于对照组($P<0.05$);观察组患者情感、感觉、行为/严重程度、认知/情绪及总分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 乳腺癌根治术联合化疗后给予患者康复树涂鸭秀结合中等强度交替训练,可有效增强患者肩关节功能恢复,促进患者回归社会和家庭,改善癌因性疲乏程度。

【关键词】 康复树涂鸭秀;中等强度交替训练;乳腺癌化疗;肢体功能;癌因性疲乏

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.028

乳腺癌为女性常见恶性肿瘤,近些年呈现发病年龄下降和发病人群上升趋势,临床首要采用根治术或改良根治术,可显著提升患者5年预后生存期,但该术式可导致切除淋巴结和乳腺组织后其淋巴和血液回流障碍影响运动功能,加之,化疗的不良反应和并发症,可影响患者饮食、睡眠等,增加癌因性疲乏感,往往产生化疗-不良反应-癌因性疲乏-化疗的恶性循环^[1]。本次研究就乳腺癌术后化疗患者的康复锻炼增强患者免疫系统,改善癌因疲乏和上肢功能的疗效进行研究讨论。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年10月—2019年9月收治的79例乳腺癌患者为研究对象,纳入条件:经病理学检查符合乳腺癌诊断标准;已行乳腺癌根治术;年龄18~65岁;患者和家属详细了解本次调查内容,并签署知情同意书。排除条件:伴有肝肾功能不全;合并全身器官器质性病变;既往存在肌肉、关节、神经等影响运动功能疾病。按照组间年龄、体质质量、文化水平、家庭月收入水平、肿瘤分期、手术方式匹配的原则分为对照组39例和观察组40例。对照组:年龄45~55岁,平均 48.61 ± 4.98 岁;体

质量51~67 kg,平均 58.37 ± 4.31 kg;文化水平:高中及以下20例,大专及以上19例;家庭月收入水平:<4500元13例, ≥ 4500 元26例;肿瘤分期:I~II期27例,III~IV期12例;手术方式:改良根治术20例,根治术19例。观察组:年龄47~57岁,平均 49.59 ± 5.06 岁;体质量50~68 kg,平均 59.41 ± 4.29 kg;文化水平:高中及以下22例,大专及以上18例;家庭月收入水平:<4500元15例, ≥ 4500 元25例;肿瘤分期:I~II期26例,III~IV期14例;手术方式:改良根治术18例,根治术22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

对照组实施常规康复训练,观察组实施康复树涂鸭秀结合中等强度交替训练,具体内容如下:

1.2.1 中等强度交替训练 参照《2008年美国体力活动指南》制定关于乳腺癌手术联合化疗患者的中等强度训练计划,锻炼时间保持在150~300 min,锻炼项目包括摆臂扩胸结合快步走、踏车练习及踏板运动等^[2],根据患者意愿选择运动项目,但所有运动项目实施前均应评估患者最大耗氧量。强度:保持症状限制性运动中40%~60%最大负重量、5%~65%的最大心率(220-年龄),训练时间保持开始阶段5~10 min和持续阶段30~40 min,每日3次,每周运动时长不可超过210 min,锻炼过程中由护理人员全程进行督促^[3]。

1.2.2 康复树涂鸦秀 护理人员向患者发送涂鸦本, 分别在每页 A4 纸上放置 1 个康复树。在康复树下标记训练当日日期和训练次数, 前期康复树下应标有 10 个分枝, 后期康复树下应标有 8 个分枝, 各个分枝分别按照上下左右进行排序, 分别标注各期训练动作名称。告知患者完成相应训练后在标有运动名称的分枝处进行涂鸦创作^[4], 逐渐接近枝干包括绿色树叶。鼓励、支持、表扬患者训练完成情况。可开展康复树涂鸦秀竞赛, 使康复树涂鸦竞赛患者自觉参加各项运动锻炼。最终选取优秀涂鸦作品和作者, 逐渐提高患者群体性康复训练气氛与训练意识^[5]。

1.3 观察指标

对比两组患者接受不同康复训练模式后肩关节功能恢复效果和癌因性疲乏的改善效果。采用 Piper 疲乏量表 (PFS) 测评患者癌因性疲乏程度, 包括感觉、情感、认知 / 情绪、行为 / 严重程度, 各项分别采用 0~10 分评价, 总分 0~10 分为无症状, 11~20 分为轻度疲乏、21~30 分为中度疲乏、31~40 分为重度疲乏^[6]。肩关节活动范围: 前屈 ($0^{\circ} \sim 170^{\circ}$): 臂位于躯干侧方且手心朝下为开始位置, 缓慢直臂向前屈曲, 避免弓背和旋转躯干, 测量腋中线和肱骨中线夹角; 外展 ($0^{\circ} \sim 160^{\circ}$): 臂位于躯干侧方且手心朝下为开始位置, 保持直臂

与躯干在水平线上, 缓慢向上外展, 避免肩抬离台面和旋转躯干, 测量腋中线和平行肱骨中线夹角; 后伸 ($0^{\circ} \sim 60^{\circ}$): 俯卧位臂位于躯干两侧且手心朝下为开始位置, 直臂缓慢向后抬, 避免肩抬离台面和旋转躯干, 测量腋中线和平行肱骨中线夹角; 外旋 ($0^{\circ} \sim 90^{\circ}$): 仰卧位臂呈外展 90° , 以肩为轴心向外旋转, 测量活动臂旋转角度; 内旋 ($0^{\circ} \sim 60^{\circ}$): 仰卧位臂呈外展 90° , 以肩为轴心向内侧旋转, 测量活动臂旋转角度^[7]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件处理数据, 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 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肩关节功能恢复效果比较

观察组患者前屈、后伸、内旋、外旋、内收、外展角度均大于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者化疗后癌因疲乏改善效果比较

观察组患者化疗后情感、感觉、行为 / 严重程度、认知 / 情绪评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者肩关节功能恢复效果比较 ($^{\circ}$)

项目	观察组 ($n=40$)	对照组 ($n=39$)	t 值	P 值
前屈	132.25 ± 16.58	102.34 ± 20.34	7.172	0.000
后伸	46.21 ± 5.34	40.57 ± 3.87	5.364	0.000
外展	150.26 ± 3.67	146.24 ± 4.29	4.479	0.000
外旋	67.29 ± 4.12	50.21 ± 4.21	18.225	0.000
内收	30.13 ± 1.14	27.31 ± 1.16	10.898	0.000
内旋	45.33 ± 7.74	31.03 ± 5.87	9.235	0.000

表 2 两组患者化疗后癌因性疲乏改善效果比较 (分)

组别	例数	情感	感觉	行为 / 严重程度	认知 / 情绪	总分
观察组	40	3.28 ± 1.14	1.82 ± 0.69	2.29 ± 1.13	2.09 ± 0.79	8.98 ± 1.52
对照组	39	5.79 ± 0.99	2.79 ± 0.85	3.98 ± 1.24	3.11 ± 0.39	13.51 ± 1.21
t 值		10.438	5.575	6.334	7.247	14.632
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

随着乳腺癌各项诊疗技术的提升,患者5年内生存率提升70%,手术联合化疗可避免术后残留癌细胞扩散或转移,但出现一系列不良反应,严重影响患者预后效果和近远期生活质量^[8]。癌因性疲乏为化疗后最为常见的并发症,其主要由于疾病和治疗负面作用,降低机体肌力、功能,影响生理和心理负担^[9],除此之外,该类疾病可由于大面积淋巴清扫和延迟功能锻炼,增加上肢皮下水肿、积液及功能障碍并发症发生风险,故有必要探讨科学合理的术后专项康复训练,可在保证患者锻炼依从性情况下,增大患者康复锻炼生理与心理的受益度^[10]。

中等强度交替训练可有效平衡同化激素和异化激素,缓解患者化疗后负面情绪、过度紧张状态及疲劳感^[11];且中等强度交替训练可提高肩关节主动活动能力,减少乳酸堆积和骨骼肌代谢过程的惰性^[12],提高机体活动适应性和肌肉氧气运输能力,降低肩关节疼痛感,逐渐扩大肩关节前屈、后伸、内旋、外旋、内收、外展活动角度;且规范、适量、系统锻炼可促进炎症因子的代谢,减少因炎症因子所致疼痛对康复锻炼依从性的影响^[13]。而康复树涂鸦秀主要目的是通过自我与外界对康复历程和效果的见证,促进患者康复训练意识和视觉提醒,当完成训练频次其康复树越茂密,而护理人员及家属对患者康复树涂鸦完成效果给予肯定和表扬,基于患者心理坚持自觉锻炼暗示^[14],除此之外,组织患者之间开展康复树涂鸦秀竞赛可使其明确自身康复锻炼完成进度,增强患者对康复训练动作有标准与规范的完成效果。两者联合一方面可增强上肢功能和建立心理防线,另一方面可增强机体免疫力,避免由于化疗所致免疫系统局部或全身感染^[15]。结果显示,观察组患者肩关节前屈、后伸、内旋、外旋、内收、外展角度均大于对照组($P<0.05$);观察组患者情感、感觉、行为/严重程度、认知/情绪及总分均低于对照组($P<0.05$)。

综上所述,乳腺癌化疗后患者采用康复树涂鸦结合中等强度交替训练,可有效提高患者肩关节活动范围,促进上肢功能恢复和回归社会,改善患者癌因疲乏程度。

4 参考文献

- [1] 何佩珊,潘国风,杨公博,等.“温阳益气方”穴位贴敷治疗乳腺癌化疗期间疲乏的临床研究[J].时珍国

医国药,2019,30(2):391-393.

- [2] 宋琼,陈长香,周立芝,等.TOMATIS听觉训练对乳腺癌化疗患者认知功能及创伤后应激障碍的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(10):887-891.
- [3] 陈季松,高欣,张凯,等.等速肌力训练联合肌内效贴治疗乳腺癌术后淋巴水肿的临床研究[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(3):206-208.
- [4] 张焱铭,马世良.基于TCGA数据库乳腺癌不同病理阶段基因表达图谱建立[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(16):1169-1179.
- [5] 高志强,汪俊峰,陈德华,等.乳腺癌耐药蛋白基因在肝癌组织的表达的临床意义及抑制其表达对肝癌细胞增殖凋亡的影响[J].中华实验外科杂志,2018,35(4):748-751.
- [6] 张盼盼,芦桂林,黄磊,等.三维斑点追踪成像评价乳腺癌患者蒽环类药物化疗前后心室功能[J].中华超声影像学杂志,2017,26(1):17-20.
- [7] 姚育芝,潘玉鸿.乳腺癌术后化疗患者反刍思维的现状及其影响因素研究[J].护理实践与研究,2017,14(4):1-4.
- [8] 张艳,姜志荣,田雨,等.实时三维斑点追踪成像评价乳腺癌蒽环类化疗对左心室功能的影响[J].中国医学影像学杂志,2019,27(5):333-338.
- [9] 陈华敏,吴煌福,黄光钺.人参多糖注射液联合新辅助化疗治疗乳腺癌疗效及对免疫功能的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(7):1760-1763.
- [10] 邱慧,刘均娥,苏娅丽,等.乳腺癌康复患者预防上肢淋巴水肿的运动康复经验访谈[J].中国康复理论与实践,2019,25(8):986-992.
- [11] 邹洁雅,王晓琪,孙丽飞,等.乳腺癌新辅助化疗后前哨淋巴结活检术研究进展[J].中华肿瘤杂志,2019,41(8):565-568.
- [12] 李宁宁,唐毅,黎璞,等.抗苗勒管激素评估绝经前乳腺癌女性卵巢储备功能的前瞻性研究[J].广东医学,2019,40(11):1558-1562.
- [13] 白向东,郝雅婷,张欣雪,等.雌激素受体阳性和阴性乳腺癌术后辅助化学药物治疗中加用脾多肽的临床免疫疗效观察[J].首都医科大学学报,2019,40(3):443-448.
- [14] 范洪玮,向倩,张卓,等.早期乳腺癌患者化疗骨髓抑制与药物疗效关系的分析[J].中国临床药理学杂志,2017,33(19):1963-1965.
- [15] 徐爱琴,陈小红,朱玲.基于Kano模型的乳腺癌化疗患者支持性照护需求现状调查研究[J].护理实践与研究,2019,16(21):18-20.

[2020-03-10 收稿]

(责任编辑 陈景景)

头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行调查分析

杜亚娟 黄水云 林慧娟*

【摘要】目的 调查头颈部肿瘤放疗患者对营养知识的掌握程度、态度和行为,为进一步实施营养教育和营养干预提供科学依据。**方法** 采用医院自制的头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行调查问卷,对100例头颈部肿瘤放疗患者进行调查。**结果** 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行总分为 45.14 ± 5.60 分,得分率达到66.4%。其中“营养态度”得分较高,为 23.4 ± 3.15 分,得分率为78%;而“营养知识”和“营养行为”两个维度得分较低,分别为 3.92 ± 2.15 分和 17.82 ± 2.50 分,得分率分别是48.8%和59.4%。文化程度和家庭人均月收入对患者的知-信-行得分有统计学意义($P < 0.05$)。初中及以上的患者得分高于小学及以下的患者,家庭月收入7000元以上的患者高于7000元以下的患者。**结论** 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行处于中等水平,营养知识掌握不够理想,态度积极,但行为差。

【关键词】 头颈部肿瘤;放疗;营养;知-信-行

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.029

头颈部肿瘤是全球第七大肿瘤^[1],约占全身恶性肿瘤的5%^[2]。据统计,31%~87%的肿瘤患者会出现营养不良。由于头颈部部位的特殊性,头颈部肿瘤是最常出现营养不良的肿瘤疾病之一^[3]。放疗是治疗头颈部肿瘤的常用手段,但由于放疗的毒副作用,放射性口腔炎的发生率达80%^[4],进一步增加了患者营养不良的风险,如不进行有效的营养支持可能导致治疗中断,影响预后,甚至可能导致恶液质,增加患者的感染率和病死率^[5],头颈部肿瘤放疗患者的营养问题成为了一个急需解决的问题^[6]。现在,营养治疗已成为肿瘤患者的常规治疗方式,贯穿头颈部肿瘤治疗尤其是放疗的始终,营养教育是营养治疗的首选方法^[7],而实施营养教育的前提是了解患者对营养的认知程度^[8-9]。患者长久以来对肿瘤营养知识缺乏,导致存在诸多营养误区,而头颈部肿瘤放疗患者自身对营养知识的掌握程度、态度及其行为是否积极在很大程度上决定了患者是否能够及时得到有效地营养治疗。因此,对头颈部肿瘤放疗患者的营养知-信-行状况进行调查非常有必要^[10-11]。本次研究旨在调查了解头颈部肿瘤患者营养知-信-行现状,为进一步实施肿瘤患者的营养教育和营养干预提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年9月—2020年1月医院肿瘤放疗科头颈部肿瘤放疗患者100例为研究对象。纳入条件:年龄 ≥ 18 岁;经病理诊断明确为头颈部肿瘤且处于放射治疗中;神志清楚;自愿参加本研究。排除条件:无病理诊断或诊断不明确;病情危重(病危、昏迷);认知障碍。

1.2 调查工具

根据“肿瘤患者膳食知识及行为调查问卷”^[12]及“消化系统肿瘤患者营养知-信-行问卷”^[13]自行设计“头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行调查问卷”,请厦门大学附属第一医院3名具有副高级职称放射治疗的护理专家确认内容效度。该调查表包括3个维度,分别为营养知识、营养态度、营养行为,共20个条目,其中8个条目测量患者营养知识情况,6个条目测量患者营养态度情况,6个条目测量患者营养行为情况。问卷计分方式如下,知识维度:正确1分,不正确或不确定0分,分值范围0~8分,该条目总分为8分,及格分为4.8分;态度维度:正向计分,从“非常不同意”到“非常同意”分别赋值“1、2、3、4、5分”,分值范围5~30分;行为维度:2、3、4、6正向计分,从“从不”到“总是”分别赋值“1、2、3、4、5分”,1、5反向计分,从“从不”到“总是”分别赋值“5、4、3、2、1分”分值范围6~30分。总分为3个

基金项目:厦门大学附属第一医院厦门市肿瘤医院青年人才科研基金(ZLYB201713)

作者单位:361003 福建省厦门市,厦门大学附属第一医院放疗科

*通讯作者

维度分数之和, 分数范围为 0 ~ 68 分。得分越高, 说明调查对象营养知-信-行水平越高。

1.3 收集资料的方法

由专业研究人员在医院科室开展调查, 采用统一指导用语, 解释说明征得调查对象同意后, 现场发放调查表, 嘱其自行填写, 对于填写困难者, 由调查者朗读, 请调查对象自行选择答案后代为填写, 问卷当场回收。

1.4 质量控制

①调查人员培训: 调查开始前统一调查要求, 并且严格按照纳入、排除标准筛选对象, 符合标准者纳入本研究。②提高调查应答率: 由专人研究人员完成调查表的发放、回收, 耐心、细致讲解, 确保所有参与的调查对象理解调查表中的各项调查内容且完整填写。③确保数据准确性: 回收调查表时, 当场检查调查表, 若发现有缺项、漏填, 立即请调

查对象当场补齐, 数据采用双人录入、核对, 避免错误。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 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。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 调查对象营养知-信-行得分情况

本调查显示, 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行总分为 45.14 ± 5.60 分, 得分率为 66.4%。“营养知识”“营养态度”“营养行为”的得分分别为 3.92 ± 2.15 分, 23.4 ± 3.15 分, 17.82 ± 2.50 分, 得分率分别为 48.8%, 78%, 59.4%, 具体见表 1。

表 1 调查对象营养知-信-行得分情况分析

项目	条目数	满分	得分	得分率 (%)
营养知-信-行总分	20	68	45.14 ± 5.60	66.40
营养知识	8	8	3.92 ± 2.15	48.80
营养态度	6	30	23.4 ± 3.15	78.00
营养行为	6	30	17.82 ± 2.50	59.40

2.2 调查对象基本特征对肿瘤放疗患者营养知-信-行得分的影响

文化程度、家庭人均月收入对营养知-信-行得分有统计学意义的影响 ($P<0.05$), 初中及以上文化程度的患者高于小学及以下的患者得分、家庭人均月收入在 7000 元以上的患者高于家庭人均月收入在 7000 元以下的 ($P<0.05$); 性别、年龄、收支平衡情况、医疗保险支付方式、饮食情况对营养知-信-行得分无统计学意义的影响 ($P>0.05$), 见表 2。

3 讨论

3.1 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行情况分析

本研究结果如表 1 所示, 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行得分为 45.14 ± 5.60 分, 得分率为 66.4%。总体处于中等水平, 其中患者在营养态度方面的表现比较突出, 得分率为 78.0%, 但是在营养知识和营养行为这两方面的得分率却仅占 48.8% 和 59.4%。从这可以看出, 头颈部肿瘤放疗患者的营养态度较积极, 但患者对营养知识的知晓率偏低,

健康营养行为较差, 这可能是由于患者缺乏获取营养知识的途径以及健康营养行为对治疗的重要性认识不足造成的。

3.2 头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行影响分析

3.2.1 文化程度 文化程度与头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行水平和营养知识呈正向相关, 如表 2 所示, 说明文化程度越高的患者, 其获取营养知识的方式也较多, 对营养知识的误区较文化程度低的患者少, 这也与钟林君等^[14]的相关研究相符, 即随着教育程度的提高, 患者对营养知识的理解能力相对提高, 自主学习能力提高, 能通过更多的途径获取营养知识。

3.2.2 家庭人均月收入 家庭人均月收入较高的患者, 对营养知识的掌握程度更好, 营养态度也更积极, 患者的营养知-信-行水平也相对更高, 这表明经济压力小的肿瘤放疗患者, 其自主获取营养知识的途径更多, 外界压力小, 更能专注营养治疗, 对学习营养知识更加自主。

表2 调查对象一般情况对肿瘤放疗患者营养知-信-行得分的影响(分)

分析因素	类别	例数	知-信-行得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	70	45.49 ± 5.07	0.948	0.345
	女	30	44.33 ± 6.71		
年龄	青年人	26	45.46 ± 5.84	0.839	0.435
	中年人	46	44.39 ± 5.47		
	老年人	28	46.07 ± 5.61		
文化程度	小学及以下	26	41.12 ± 4.58	11.844	0.000
	初中	32	45.03 ± 5.30		
	高中或中专	18	45.61 ± 5.59		
	大学及以上	24	49.29 ± 3.83		
家庭人均月收入(元)	<3000	20	43.60 ± 6.29	3.005	0.022
	3000~	53	44.23 ± 5.00		
	5000~	13	47.23 ± 6.89		
	7000~	4	47.75 ± 1.50		
	9000~	10	49.30 ± 3.74		
收支平衡情况	收入大于支出	5	48.00 ± 5.47	2.276	0.108
	收支平衡	36	46.28 ± 5.47		
	支出大于收入	59	44.20 ± 5.59		
医疗保险支付方式	自费	5	45.00 ± 4.41	0.160	0.852
	公费/医保	70	45.34 ± 5.95		
	农保	25	44.60 ± 4.87		
饮食情况	食量正常	38	44.61 ± 6.38	0.373	0.772
	适量略少	49	45.27 ± 5.28		
	食量变为一半	9	46.78 ± 4.14		
	几乎不进食	4	45.00 ± 5.35		

4 结论

通过这个结果,我们可以知道头颈部肿瘤放疗患者在营养知-信-行上的问题,从而有针对性的对患者提供有效的营养治疗。

营养知识存在的主要问题是:患者不知晓高糖饮食会促进肿瘤生长^[15];63%的人还是认为汤比肉有营养及近半数人认为发物不能吃,这也跟闽南人的饮食文化有关,而相对于营养均衡的肠内营养

粉(如安素),大部分患者认为昂贵的草药更有营养,针对这方面的营养知识缺漏,护士可以针对以上内容开展健康教育,形式上可采取集体宣教的方式,或制作相关健康教育讲座视频,进行大范围的科普教育。

营养态度的得分虽然较高,但在发生营养不良时,患者进行肠内营养支持的依从性仍非常差,侯双雁^[16]的研究也证实了这一点,临床营养不良干预率仅为3%,肠外肠内营养治疗的比例为6:1。

临床中患者不愿意置胃管的原因有患者害怕置管时的疼痛及置管后的美观问题,在临床护理过程中,护士应加强肠内营养知识的宣教,可以采用义工现身说法教育方式^[17]进行态度导向,让患者深刻感受到肠内营养的重要性。

营养行为中显示超一半的患者是从不参加相关的饮食营养讲座及不使用肠内营养制剂,营养行为为差。作为医护人员,可以通过实行个性化的营养健康教育方案的方法,例如根据患者的文化程度,对理解能力较好的患者,可给予宣传手册,对于理解能力较差的患者,可利用食物模型^[18]等进行有针对性的解释说明,避免灌注式教育^[19];提供延续性服务,例如电话回访、举办肿瘤营养大讲堂等,改善患者出院后的营养行为,强调知-信-行的统一,避免盲目地进行单纯营养知识的传递;针对营养行为差的患者,应该与主管医生一同给予营养教育,使用MDT营养方式给予营养干预^[20],同时可以实行患者参与性护理干预措施^[21]来提高患者的主动参与能力与自我护理的能力,对于提高护理效果具有重要的意义,进而提升患者的生活质量和治疗效果。

本调查结果显示,头颈部肿瘤放疗患者的营养知-信-行处于中等水平,在营养态度上的得分率高。但是,调查也发现,头颈部肿瘤放疗患者在营养知-信-行水平上存在着文化层次、经济层次的差异性。这提示我们需要有针对性的对头颈部肿瘤患者进行营养知识的个性化的健康教育,使头颈部肿瘤放疗患者意识到营养治疗的重要性,提升头颈部肿瘤放疗患者营养知-信-行的整体水平。

5 参考文献

- [1] 金梦,孙亚男.头颈部鳞状细胞癌相关长链非编码RNA的研究进展[J].肿瘤,2019,39(2):133-139.
- [2] 余爵波,程泽星,练状,等.老年头颈部肿瘤患者生活质量、情绪状态及其影响因素的研究[J].中国基层医药,2018,25(6):774-780.
- [3] 阴骏,徐鹏,冯梅,等.鼻咽癌精准治疗转化研究及临床应用现状[J].中华放射肿瘤学杂志,2017,26(7):823-827.
- [4] 顾田,贾立群.恶性肿瘤患者放射性口腔炎的争议治疗进展[J].北京中医药,2018,37(1):90-93.
- [5] 李厨荣,李涛,李昉,等.营养治疗对头颈部肿瘤放疗营养状况影响的前瞻性研究[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2017,4(2):168-173.

- [6] 秦楠,姜桂春.肿瘤化疗患者营养不良现状及研究进展[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(2):220-224.
- [7] 石汉平.重视肿瘤营养学的学科发展[J].中国医学前沿杂志(电子版),2016,8(1):1-3.
- [8] Hebuterne X, Lemarie E, Michallet M, et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2014, 38(2):196-204.
- [9] August DA, Huhmann MB, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors. ASPEN clinical guidelines: nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation[J]. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 2010, 34(4):455.
- [10] 石汉平,杨剑,张艳.肿瘤患者营养教育[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2017,4(1):1-6.
- [11] 靳彦明,赵晓维,李佳.临床护士关于老年肿瘤患者的营养护理知识、态度及行为的调查分析[J].卫生职业教育,2017,35(6):93-96.
- [12] 丛明华,王杰军,方玉,等.肿瘤内科住院患者膳食认知行为横断面多中心研究[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2017,4(1):39-44.
- [13] 张璟,王维利,章新琼.消化系统肿瘤病人营养知-信-行现状及其相关因素调查[J].肠外与肠内营养,2016,23(4):226-236.
- [14] 钟林君,符琰,余春华,等.胸部肿瘤住院患者营养知-信-行现状调查及影响因素分析[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(1):63-68.
- [15] 张旭,孙迪,姜桂春.生酮饮食在肿瘤治疗中的临床应用进展[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(1):92-96.
- [16] 侯双雁,黄世庆,龙华,等.肿瘤化疗患者营养现状及营养支持治疗的调查[J].右江医学,2019,47(7):535-538.
- [17] 江一铃.农村晚期肺癌化疗患者心理困扰与应对方式的混合性研究[D].合肥:安徽医科大学,2018.
- [18] 胡亚英,董妍娟.实物模型饮食健康教育单在糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(3):123-124.
- [19] Lowe W. Is the sun setting on lecture-based education? Int J Ther Massage Bodywork. 2011,4(4):7.
- [20] 杨丽.MDT营养支持模式对消化道肿瘤化疗患者营养状况及生活质量的影响[D].荆州:长江大学,2019.
- [21] 郭凤英,邱秀环,陈淑娟.头颈部肿瘤患者围放疗期间实施综合护理干预对其营养状况、生活质量的影响分析[J].国际护理学杂志,2019,38(24):4198-4201.

[2020-04-05 收稿]

(责任编辑 陈景景)

“人性情怀”为基础的安宁疗护在晚期癌症患者中的应用效果

侯燕 克热曼·牙库甫

【摘要】目的 探讨以“人性情怀”为基础的安宁疗护在晚期癌症患者中的应用效果。**方法** 选取2017年6月—2018年12月收治的110例晚期癌症患者作为研究对象,按照性别、年龄组间匹配的原则分为观察组和对照组,每组55例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上给予“人性情怀”为基础的安宁疗护,包括“安死、优逝”教育、无声护理、触摸式护理、灵性需求、哀伤辅导等措施。采用姑息照护结局量表(POS)、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)、护理工作满意度评价两组患者干预4周后的状况。

结果 干预4周后,观察组各项POS评分均低于对照组($P<0.05$),观察组主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续性、习惯性睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及PSQI总分均低于对照组($P<0.05$),观察组患者对护理工作满意度高于对照组($P<0.05$)。**结论** 以“人性情怀”为基础的安宁疗护能明显改善晚期癌症患者睡眠质量,提高生活质量,利于巩固护患关系,为全方位安宁疗护模式提供思路。

【关键词】 人性情怀;晚期癌症患者;安宁疗护

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.030

越来越多的晚期癌症患者遭受疾病的折磨,受到传统死亡观、伦理观的影响,同时承受着巨大的经济负担和繁重的照护压力,故癌症患者安宁疗护需求远远高于其他疾病患者,成为安宁疗护需求的主要人群^[1]。“人性情怀”是照护者展现出来的纯粹的情感,是与患者的心境相同的感受,不掺杂其他为自己的利益着想的成分,是一份单纯的同理之心,是愿意与他/她同哭、同笑,是在行动上直接体现出来的而不是停留在心理上的对临终者的关怀之情^[2]。安宁疗护为疾病终末期患者在临终期前提供身体、心理、精神等方面的护理,控制疼痛及不适,提高生活质量,协助患者舒适、安详、有尊严地离世^[3]。本研究通过临床实验,进一步观察以“人性情怀”为基础的安宁疗护在晚期癌症中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年6月—2018年12月收治的110例晚期癌症患者作为研究对象。纳入条件:年龄 ≥ 60 岁,癌症已经被治愈希望且病情不断恶化;具备正常的语言理解能力和沟通能力且无精神障碍史;预计生存时间3~6个月;经医师、家属及患者确定不再接受治疗;患者及家属同意接受安宁疗护,签署知情同意书。排除条件:存在沟通及语言障碍;认知障碍;临床资料不完善;患精神类疾病;中途

退出或拒绝参与。按照性别、年龄组间匹配的原则分为观察组和对照组,每组55例。观察组中男32例,女23例;年龄60~78岁,平均 60.8 ± 5.4 岁。对照组中男30例,女25例;年龄62~75岁,平均 61.0 ± 5.4 岁。两组患者性别、年龄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 采用常规护理,护理人员要支持、鼓励患者,使其保持乐观心态面对治疗、护理及生活,帮助患者树立信心;动态观察患者病情变化,及时给予治疗及护理;为患者营造良好的病房环境,提升患者舒适度;根据患者实际情况予以镇痛处理,缓解其生理不适感;护理人员及家属帮助患者做好基础护理,保持良好的个人卫生。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予“人性情怀”为基础的安宁疗护,包括:

1.2.2.1 “安死、优逝”教育 医护人员需具备高度人道主义精神,有足够耐心、同理心、责任心,取得家属与患者信任的前提下,对患者进行“身心社灵”综合评估后,每周进行2次有针对性的个性化“安死、优逝”教育,可通过音视频、图片等形式,对患者进行鼓励、暗示和启发等,从侧面帮助其建立正确认知,引导患者及家属理解生老病死是自然规律,灌输安详而逝的理念,增强其心理承受死亡的能力;对于癌症终末期患者,气管插管等操作不仅毫无意义,还会增加患者身体上的不舒适,影响其生活质量,医护人员应尽可能为患者营造舒适的

作者单位:830001 新疆乌鲁木齐市,新疆维吾尔自治区人民医院

病房环境，灌输安详而逝的理念，使其可以以平和的心态接受死亡。

1.2.2.2 无声护理、触摸式护理 护理人员为患者营造一个温馨舒适的病房环境，主要是控制病房中温湿度、光线适宜；根据患者的睡眠习惯为其配置合适的枕头，提高其睡眠质量；定期指导患者翻身，更换体位以避免压疮发生；做好身体的清洁处理，避免暴露特殊部位，让患者充分感受尊重，此外家属及亲友需多陪伴患者，让其在亲情与友情的关爱下尽早康复。临终时期患者已经清楚自己的身体状况，单纯温柔言语的精神慰藉效果不明显，同时给予关爱的微笑、激励的眼神、行动上的安慰，在聆听患者话语时轻抚其背部和肩部，在患者讲述疼痛和病情感受时双手抚摸其手部并轻拍，以示理解及倾听等，均会让患者认为自己得到关爱和照顾。

1.2.2.3 灵性需求、哀伤辅导 采用人生回顾、转换生命价值观、重新构建人际关系、从宗教信仰中获得力量、处理未了事务帮助完成最后心愿等措施。①患者多有抑郁、恐惧、失落等心理，护理人员和家属轮流陪伴在患者床旁，以患者能感受到的力量按摩患者体表，握其手部，让患者有安全感；对于有宗教信仰的患者，必要时满足其宗教需求，使其心灵得到安慰。②家属由于即将失去亲人而哀痛和悲伤，护理人员以同理心对待家属，倾听其述说，感受悲伤，鼓励宣泄情绪，并提供帮助，缓解其疲惫，必要时教会家属简单护理技能，使其在护理亲人的过程中获得慰藉。

1.3 观察指标

(1) 姑息照护质量：采用姑息照护结局量表 (palliative care outcome scale, POS) 评估两组晚期癌症患者姑息照护或临终照护质量^[4]，包括对疼痛的

控制、其它症状控制（食欲不振、水肿等）、自身的焦虑、亲属的焦虑、信息供求（“优逝教育”病情告知等）、支持水准、生命价值、自我感觉、时间消耗、个人事务处理 10 个条目，总分 0~40 分，得分越高表明照护质量越差。该量表的 Cronbach’ s α 系数为 0.65~0.69。

(2) 睡眠质量：采用匹兹堡睡眠质量指数 (pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[5] 评估患者的睡眠质量，包括主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续性、习惯性睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍 7 个维度，总分范围为 0~21 分，得分越高表示睡眠质量越差。

(3) 护理工作满意度：采用何秀芳^[6] 设计的简易护理满意度调查问卷评价患者对护理工作的满意度，包括 5 个维度，即服务形象与意识、护士工作能力、病区管理、健康教育、关爱与沟通，采用 4 分计分法，1 分表示不满意，4 分表示很满意，总分为 100 分，得分越高表示护理工作满意度越高。该问卷的 Cronbach’ s α 系数为 0.897。本研究经过预调查测得 Cronbach’ s α 系数为 0.856, 效度为 0.923。

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。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 干预 4 周后两组患者 POS 评分比较

干预 4 周后，观察组患者各项 POS 评分均低于对照组，差异有统计学意义 (*P*<0.05) 见表 1。

表 1 干预 4 周后两组患者 POS 评分比较 (分)

项目	观察组 (n=55)	对照组 (n=55)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对疼痛的控制	1.42 ± 0.43	2.05 ± 0.74	5.459	0.000
其它症状控制 (食欲不振、水肿等)	1.21 ± 0.41	1.58 ± 0.52	4.144	0.000
自身的焦虑	1.73 ± 0.38	2.12 ± 0.51	4.548	0.000
亲属的焦虑	1.64 ± 0.53	2.26 ± 0.58	5.852	0.000
信息供求 (“优逝教育”病情告知等)	1.42 ± 0.31	1.78 ± 0.65	3.707	0.000
支持水准	1.97 ± 0.50	2.42 ± 0.88	3.297	0.001
生命价值	1.54 ± 0.41	1.94 ± 0.71	3.618	0.000
自我感觉	1.82 ± 0.61	2.28 ± 0.70	3.674	0.000
时间消耗	1.32 ± 0.26	1.82 ± 0.44	7.256	0.000
个人事务处理	1.01 ± 0.20	1.45 ± 0.42	7.015	0.000
POS 总分	15.08 ± 4.04	19.70 ± 6.15	4.656	0.000

2.2 干预4周后两组患者PSQI评分比较

干预4周后, 观察组患者主观睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续性、习惯性睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及PSQI总分均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 两组患者日间功能障碍评分比较

差异无统计学意义($P>0.05$), 见表2。

2.3 干预4周后两组患者护理工作满意度评分比较

干预4周后, 观察组护理工作满意度评分高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表3。

表2 干预4周后两组患者PSQI评分比较(分)

项目	观察组($n=55$)	对照组($n=55$)	t 值	P 值
主观睡眠质量	1.36 ± 0.69	2.37 ± 0.58	8.310	0.000
睡眠潜伏期	1.39 ± 0.74	2.25 ± 0.86	5.622	0.000
睡眠持续性	1.73 ± 0.87	2.18 ± 0.98	2.547	0.012
习惯性睡眠效率	1.69 ± 0.82	2.29 ± 0.64	4.278	0.000
睡眠障碍	1.52 ± 0.78	2.16 ± 0.79	4.275	0.000
催眠药物	1.24 ± 0.65	1.75 ± 0.07	5.785	0.000
日间功能障碍	2.05 ± 0.86	2.14 ± 0.92	0.530	0.597
PSQI总分	10.98 ± 5.41	15.14 ± 4.84	4.250	0.000

表3 干预4周后两组患者护理工作满意度评分比较(分)

项目	观察组($n=55$)	对照组($n=55$)	t 值	P 值
服务形象与意识	19.08 ± 0.40	16.16 ± 0.13	51.487	0.000
护士工作能力	18.34 ± 0.85	15.26 ± 0.45	23.750	0.000
病区管理	15.63 ± 0.34	14.46 ± 0.68	11.413	0.000
健康教育	19.51 ± 0.62	16.12 ± 0.74	26.042	0.000
关爱与沟通	18.85 ± 0.76	15.92 ± 0.11	28.297	0.000
总分	91.41 ± 2.97	77.92 ± 0.21	33.601	0.000

3 讨论

癌症患者长期受疾病困扰, 加之治疗费用高, 对家庭带来巨大经济负担, 严重影响患者心理状况、睡眠质量及家庭照护质量^[7-8]。特别针对癌症晚期患者, 患者残存生命不足数月, 如何有效改善患者心理状况及睡眠质量, 减轻癌症病痛, 提高家庭照护质量及护理工作满意度, 成为临床中的重要内容^[9]。安宁疗护为新型护理模式, 该模式是将患者放在第一位, 对患者主权给予充分尊重, 充分表现出患者生命力。本研究对观察组给予“人性情怀”为基础的安宁疗护, 采用“安死、优逝”教育、无声护理、触摸式护理、灵性需求、哀伤辅导等方式, 提高了癌症晚期患者家庭照护质量、患者心理和生活质量、睡眠质量, 提高了护理工作满意度, 帮助其建立正确的生死观, 减轻不良情绪, 使其乐观面对最后的时光。

姑息照护通过对无法治愈性疾病或者癌症晚期患者的整体情况及早识别、评估, 在多学科团队的帮助下管理其身体、心理、精神方面的症状表现, 以改善其生活质量^[10], 其主要目标是从“治愈”转向“照护”, 以减少患者终末期痛苦, 让患者平静、

有尊严地离开人世, 同时疏导患者家属心理^[11]。本研究结果显示, 干预4周后, 观察组患者疼痛的控制、其它症状控制(食欲不振、水肿等)、自身的焦虑、亲属的焦虑、信息供求(“优逝教育”病情告知等)、支持水准、生命价值、自我感觉、时间消耗、个人事务处理评分及POS总分均低于对照组($P<0.05$), 说明观察组照护质量提高, 患者疼痛症状、焦虑及抑郁等减轻, 病情告知、自我感觉等方面改善, 与相关研究结果一致^[12]。

本研究结果还显示, 干预4周后, 观察组患者睡眠潜伏期、睡眠持续性、主观睡眠质量、习惯性睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及PSQI总分均低于对照组($P<0.05$), 观察组患者对护理工作满意度评分高于对照组($P<0.05$), 说明安宁疗护可有效改善患者睡眠质量, 提高护理工作满意度。主要原因: 观察组采用以“安死、优逝”教育、无声护理、触摸式护理、灵性需求、哀伤辅导等方式为主导的安宁疗护, 从“身心社灵”各个角度将支持提供给患者, 使其应激反应大大降低, 提高睡眠质量。护士作为患者的主要照顾者, 在症状管理、患者教育、心灵关怀等方面发挥着重要作用, 在多学科团队共同推进的安宁疗护中起着积极的沟通和协调作用, 进而

营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的效果分析

彭辉

【摘要】目的 探究营养护理干预模式对晚期胃肠道肿瘤化疗患者的临床效果。**方法** 选取医院 2018 年 10 月—2019 年 10 月收治的 56 例晚期胃肠道肿瘤化疗患者为研究对象。按照组间基线资料可比的原则, 等分为对照组和观察组, 各 28 例。对照组实施常规饮食干预模式, 观察组在对照组的基础上给予营养护理干预模式。比较两组干预前后各项营养指标和生活质量、不良反应发生率。**结果** 干预前两组各项营养指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后观察组各项营养指标优于对照组 ($P<0.05$)。两组干预前生活质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 干预后观察组生活质量评分优于对照组, 不良反应的发生率少于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 对晚期胃肠道肿瘤化疗患者实施营养护理干预模式, 可改善患者的各项营养指标, 身体状况和生活质量, 减少不良反应的发生率。

【关键词】 晚期胃肠道肿瘤化疗患者; 营养护理干预模式; 护理效

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.031

临床调查显示, 胃肠道肿瘤在临床上普遍不会存在明显反应^[1]。当患者并发症较为严重时, 基本上已经步入了疾病晚期。在晚期胃肠道肿瘤患者的化疗治疗中, 不仅会杀死癌细胞, 同时也会作用于正常、健康细胞。患者的胃肠道健康细胞在化疗治疗的作用下, 会致使其出现恶心、呕吐及食欲不振等不良反应^[2]。对于化疗患者来说, 若没有摄

入适量、充足的营养物质, 会使其机体免疫力逐渐降低, 导致自身抵抗化疗药物副作用的能力下降, 增加胃肠道肿瘤患者的致死率。本研究将营养护理干预模式应用于晚期胃肠道肿瘤化疗患者中, 效果良好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2018 年 10 月—2019 年 10 月收治的

作者单位: 510000 广东省广州市, 中山大学附属第六医院

提高了患者对护理工作的满意度。

综上所述, 实施以“人性情怀”为基础的安宁疗护, 对提高患者生活质量、睡眠质量、护理满意度具有良好的效果。

4 参考文献

- [1] 陆宇晗. 我国安宁疗护的现状与发展方向 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52 (6): 659-663.
- [2] 李佩怡. 临终咨询伦理初探: 照护癌末病人个人经验之反思与建构 [J]. 哲学与文化, 2016, 33(4): 33-54.
- [3] National Cancer Institute. Definition of hospice [EB/OL]. (2016-12-20) [2020-04-22]. <http://medlineplus.gov/hospicecare.html>.
- [4] 闫敏. 上海市晚期癌症患者姑息照护质量评估及其影响因素的研究 [D]. 上海: 第二军医大学, 2013.
- [5] 李玲, 王伟伟, 王鹏, 等. 姑息缓和治疗对终末期癌症患者睡眠质量影响的临床研究 [J]. 河南医学研究, 2016, 10(25): 1729-1731.
- [6] 何秀芳. 下肢静脉血栓导管溶栓临床护理路径的构建

与实证研究 [D]. 福州: 福建医科大学, 2013.

- [7] 张明君. 晚期癌症患者主要照顾者照顾负荷及其相关影响因素的研究 [D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2018.
- [8] 郑珊红. 恶性肿瘤患者心理痛苦度及相关影响因素现状与癌症照护质量研究 [D]. 济南: 山东大学, 2014.
- [9] 华美锦. 安宁疗护在癌症临终期患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(13): 110-112.
- [10] Wilson KG, Dalglish TL, Chochinov HM, et al. Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer [J]. *Bmj Support Palliat Care*, 2016, 6(2): 170-177.
- [11] 李真, 王立英, 张丽. 姑息性护理在肺癌病人癌因性疲乏的应用进展 [J]. 全科护理, 2017, 15(11): 1303-1305.
- [12] National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care [J]. *Pediatrics*, 2014, 133(4): 16.

[2020-08-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

56例晚期胃肠道肿瘤化疗患者为研究对象。按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各28例。纳入条件:均符合胃肠道肿瘤诊断标准;年龄 >40 岁,无精神问题、视听能力正常;在研究前均未服用药物;所有患者及其家属对此次研究均已知情,同意参加;排除条件:存在严重器官性疾病或者重症病危;合并冠心病、糖尿病或者心脏病;对此次研究存有质疑,参与性低;本研究经过医院医学伦理委员会批准。对照组中男12例,女16例;年龄41~74岁,平均年龄 53.09 ± 5.23 岁;肿瘤类型:结肠肿瘤13例,胃部肿瘤15例。观察组中男14例,女14例;年龄40~75岁,平均年龄 52.64 ± 5.07 岁。肿瘤类型:结肠肿瘤11例,胃部肿瘤17例。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 营养护理干预模式

1.2.1 对照组 给予常规饮食干预模式。护理人员提示患者注意饮食相关事项,禁止其食用刺激性、辛辣食物。指导患者养成较好的饮食规律,多补充维生素、蛋白质等营养物质。

1.2.2 观察组 给予营养护理干预模式。首先成立营养护理小组,由营养专科护士、护理护士、家属、临床医师等人员构成。①营养专科护士与临床医师需对患者的身体状况进行全面评价,并根据评估结果制定个性化的饮食计划。同时,还需及时关注患者的病情变化,根据病情变化来合理调整食谱,家属需根据饮食食谱安排患者的日常饮食。②根据患者身体实际情况,最好从肠道开展进食营养,最好能从肠道摄取能量和氮的三分之二量,可以通过鼻饲、胃肠造口等途径,选择多样化,可选择适量的全肠外营养(TPN)和血清纤维结合蛋白(FN)类食物^[3];因为肠道内营养支持可有效提高患者机体免疫力功能,手术后免疫抑制机制作用^[4]。③在营养护理干预中,也需从患者化疗后的身体状况出发。当患者出现恶心、呕吐等症状时,需尽量食用少油脂的食物。在患者化疗前,尽量不要进食,避免增加身体负担。在化疗后,可以多食用富含维生素、高蛋白质的食物。患者在日常饮食上,也需避免食用刺激性、辛辣的食物。过冷、过热的食物均禁止食用,防止加大胃肠道的负担、刺激。对于有恶心、呕吐的患者,也可以在化疗后含陈皮、闻柠檬片。对于食欲不振较为严重者,也可给予药物治疗。④保持良好的膳食心理做好平衡膳食,进食切忌过快,食物不宜过烫、过硬、刺激性过强,饮食应有节制、饥饱适度,切忌暴饮暴食和不规律进食。保持乐观心情,调整膳食心态。⑤在营养护理期间,也需对

患者、家属进行一定的营养知识普及。使用通俗易懂的语言来讲述营养护理的重要性,引导患者可以主动对抗食欲不振。对于文化程度不同的患者,也需施行相应的讲解方式。对于文化水平较低的患者,需详细讲解相关知识。文化水平较高的患者、家属,可以发放宣传教育手册,引导患者进行自学。也可以转移患者的注意力,减轻不良反应对患者产生的影响。

1.3 观察指标

(1)干预前后的生活质量、不良反应发生情况:不良反应包含有:腹泻、呕吐、丧失食欲等。采用SF-36健康调查简表评估患者的生活质量,包括患者的社会角色功能、躯体功能及心理功能等,得分越高,生活质量越高。

(2)干预前后的营养指标:包括血清白蛋白、血清前白蛋白。采用NRS2002评分量表来评估患者干预后的营养风险,评分低于3分时,表明患者不存在营养风险。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件分析处理数据,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 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后的生活质量、不良反应发生情况比较

两组在干预前的生活质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组的生活质量得分与呕吐、丧失食欲等不良反应发生情况均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组干预前后生活质量、不良反应发生情况比较

组别	例数	生活质量		不良反应发生情况	
		干预前	干预后	发生例数	发生率(%)
对照组	28	54.36 $\pm$ 5.38	71.00 $\pm$ 6.08	13	46.43
观察组	28	55.39 $\pm$ 5.72	80.14 $\pm$ 6.30	6	21.43
t 值		0.694	5.524	3.903*	
P 值		0.491	0.000	0.048	

*为 χ^2 值。

2.2 两组干预前、后的营养指标比较

两组干预前的血清白蛋白水平、血清前白蛋白水平及营养风险评估结果对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后,观察组血清白蛋白水平、血清前白蛋白水平均优于对照组,营养风险评估结果低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表2。

表2 两组干预前后的营养指标比较

组别	例数	血清白蛋白 (mg/L)		血清前白蛋白 (mg/L)		营养风险评估 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	28	28.20 ± 3.11	31.02 ± 5.01	0.15 ± 0.02	0.26 ± 0.06	4.12 ± 0.30	4.03 ± 0.48
观察组	28	28.04 ± 3.05	36.28 ± 5.13	0.14 ± 0.03	0.35 ± 0.05	4.13 ± 0.29	3.19 ± 0.52
<i>t</i> 值		0.194	3.882	1.468	6.098	0.127	6.281
<i>P</i> 值		0.847	0.000	0.148	0.000	0.900	0.000

3 讨论

对晚期胃肠道肿瘤患者来说,化疗是其主要治疗方式,对控制疾病发展具有较高的价值。而长期性的化疗治疗,也会影响到患者的进食功能、欲望,不利于患者的营养摄入。若患者无法摄入充足的营养物质时,会直接损害机体免疫力^[5-6]。而从患者化疗期间的营养护理干预出发,可以为患者制定出针对性、个性化的护理方案。健康、科学的饮食干预,促使患者养成良好的饮食习惯^[7-8]。同时,个性化饮食计划,也让患者在化疗期间的机体营养水平满足于治疗要求,对化疗效果的提升也有积极意义。

本次研究显示,两组干预前的血清白蛋白水平、血清前白蛋白水平及营养风险评估结果、生活质量得分对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。观察组干预后的血清白蛋白水平、血清前白蛋白水平均优于对照组 ($P<0.05$)。这一结果指出,开展营养护理干预模式后,可以确保患者每天摄入足够的营养物质,满足患者的日常所需。充足的营养摄入,也直接反应在身体中的各项营养指标上,对促进患者身体抵抗力的提高有重要价值。其次,观察组干预后的营养风险评估结果也低于对照组 ($P<0.05$)。患者在营养护理后,营养风险也得到显著改善。个体化的营养计划,对患者身体状况的优化有积极意义。并且观察组干预后的生活质量得分与呕吐、丧失食欲等不良反应发生情况均优于对照组 ($P<0.05$)。这一结果表明,观察组患者在护理后的躯体、心理、社会角色等功能均得到提升,也有效改善了不良反应的发生情况,有力促进患者生活质量的提升^[9-10]。

综上所述,晚期胃肠道肿瘤化疗患者在施予营养护理干预模式后,患者各项营养指标、生活质量均得到改善,不良反应发生率降低,对患者营养风险的改善有促进意义。

4 参考文献

[1] 陈莉,刘道兰.中晚期肺癌化疗患者症状群情况及其对患者日常生活中晚期肺癌化疗患者症状群情况及其对患者日常生活、生命质量的影响及干预对策[J].癌症进展,2019,33(12):260-261.

[2] 马海欧,郑义,刘晶,等.综合护理干预对晚期非小细胞肺癌化疗患者心理状态的影响观察[J].实用临床医药杂志,2017,21(4):415-416.

[3] 洪铮,江志伟,黎介寿.胃肠道肿瘤病人营养支持[J].肠外与肠内营养,2002,9(4):239-241.

[4] 莫树生.肠内营养支持在胃肠肿瘤围手术期患者中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2017,10(3):133-134.

[5] 田美丽,邓江,姚凯博,等.分阶段护理干预对胃癌患者康复效果及营养水平的作用[J].昆明医科大学学报,2018,39(12):397-398.

[6] 沈健,何山,解小宏,等.肠外营养联合精氨酸对晚期大肠癌化疗患者抗肿瘤免疫应答及癌细胞活力的影响[J].中国医师杂志,2017,19(9):1403-1405.

[7] 白紫云,黄金美.老年高血压合并胃癌患者围手术期血压的干预护理效果分析[J].心血管病防治知识(下半月),2019,9(26):88-90.

[8] 伍宏,罗爱静.老年胃肠道肿瘤患者围手术期并发症及处理措施的研究[J].当代护士(中旬刊),2019(9):110-112.

[9] 陈文亮.高血压患者胃肠道肿瘤手术前血压控制对术后心血管不良事件的影响[J].中华肿瘤防治杂志,2018(21):75-76.

[10] 黄燕华.高血压合并胃肠道恶性肿瘤患者围手术期血压的干预护理效果观察[J].心血管病防治知识(下半月),2020,10(2):63-64.

[2020-02-25 收稿]
(责任编辑 陈景景)

数字化健康干预在青年癌症患者心理康复中的应用

李亿芳 金文

【摘要】目的 分析青年癌症患者治疗中应用数字化健康干预对心理康复的影响。**方法** 将2017年12月—2018年12月于医院接受治疗的青年癌症患者90例为研究对象,按照组间基线资料可比的原则,分为对照组和观察组,各45例。对照组采用常规健康教育干预,观察组在对照组的基础上采用数字化健康教育干预,比较两组护理后自我管理行为能力、生活质量及焦虑、抑郁情绪评分。**结果** 数字化健康教育干预后,观察组患者自我管理行为能力评分高于对照组($P<0.05$),观察组患者生活质量评分优于对照组($P<0.05$),观察组患者焦虑、抑郁评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 数字化健康干预可以通过社交软件等方式为青年癌症患者提供相应心理信息支持,以保障青年癌症患者得到有效的干预辅导,从而促使自身可以进一步提高自我行为管理能力,继而在切实改善青年癌症患者负性情绪的基础上,提高其生活质量。

【关键词】 数字化健康干预;青年人;癌症;康复护理;心理护理;负性情绪

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.032

据国际癌症所报告^[1]显示,我国青年癌症患者占据癌症患者的1/3,癌症甚至已经成为青年人死亡的第三大原因。随着癌症的出现、确诊及长期住院治疗,严重影响青年人的生活与学习工作等,不仅会造成青年患者脱发、厌食、疲劳与性功能障碍等不良反应,还会导致青年面临癌症复发、转移等风险,从而致使青年有焦虑、抑郁、厌世等严重负面心理情绪出现,严重影响生活质量^[2]。本研究通过临床干预实验,以期证明数字化健康干预对青年癌症患者的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年12月—2018年12月于医院接受治疗的青年癌症患者90例为研究对象,根据组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组中男23例,女22例;年龄16~37岁,平均年龄 23.41 ± 3.19 岁;观察组中男25例,女20例;年龄15~39岁,平均年龄 24.59 ± 3.49 岁。

1.2 健康教育方法

1.2.1 对照组 采用常规健康教育干预,即通过常规健康教育宣教的方式告知患者疾病的发病原因、治疗意义与注意事项等。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上采用数字化健康教育干预,通过邮件、网络、短信等方式监测青

年癌症患者的心理情绪变化,并对其心理情绪及生理状态进行评估,以便及时发现问题并给予解决方案^[3]。

1.2.2.1 在线自我行为管理 首先将癌症的病因、治疗方案等相关内容结合患者自我认知行为疗法与解决问题心理疗法,整合成为一套教育图片或视频,称之为《癌症后护理指南》。在指南中明确将内容分为7个模块,包括焦虑、抑郁、疲惫、日常生活、重返就业与自我管理等,患者需要在使用《癌症后护理指南》3个月、6个月、12个月期间在线填写调查问卷,通过问卷调查的方式可以得知数字化健康干预措施的有效性^[4]。与常规干预相比数字化干预的覆盖面较广,同时在线指导措施并不仅仅通过视频指导的途径进行健康干预,还包括在线视频指导患者自我管理的措施,偏远地区青年癌症患者也可以通过在线干预指导的方式获得心理健康服务,从而切实改善自身心理情绪及生理情绪^[5]。

1.2.2.2 社交软件的应用 手机、网络、信息是现如今青年群体必不可少的交流渠道,通过手机软件与博客等方式对青年癌症患者进行3周的疾病变化监测,要求患者需要将自身每日的生活饮食及情绪变化完整的记录下来。电子信息化的监测手段可以更好地将患者的症状完整描述出来,同时录入患者实时病情数据,从而以便照护者能够及时给予相应的健康干预指导。但是这种录入各种数据的方式也为青年患者增加了一定的生活负担,所以可以尝试将设备与穿戴相结合^[6]。同时可以每周进行一次在线匿名聊天,患者能够自由讨论自己在治疗期间

遇到的困难,因为匿名的方式保护了患者的隐私,患者可以更加畅所欲言的说出自己的问题,从而进一步促进了医护人员与患者之间的亲密度,切实为青年癌症患者提供社会及同伴的支持^[7]。

1.2.2.3 可穿戴设备 可穿戴设备的应用可以第一时间记录患者的情绪波动及行为改变,在青年癌症患者治疗中不仅能够及时准确的接收患者的病情变化,还可以增加患者的参与度^[8]。可穿戴设备中具有一定的温度控制系统及芳香听觉治疗系统,青年患者在使用中可以明显降低疾病后应激障碍现象,减轻由于癌症带给患者的心理困扰,从而进一步提高睡眠质量及心理情绪。同时可穿戴设备采集的数据均是患者的病情及心理变化,并不具备采集患者主观数据的能力^[9]。

1.3 观察指标

1.3.1 自我管理行为能力 通过自我管理行为量表进行评价,分值越高证明患者自我管理行为能力越强^[10]。

1.3.2 焦虑、抑郁情绪 采用 Zung 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估, $SAS \geq 50$

分为焦虑, $SDS \geq 53$ 分为抑郁。

1.3.3 生活质量 采用生活质量量表 SF-36 进行评价,分值越高证明患者生活质量越佳^[11]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我管理能力评分比较

数字化健康教育干预后,观察组患者自我管理行为能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组生活质量评分比较

数字化健康教育干预后,观察组患者生活质量评分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组焦虑、抑郁评分比较

数字化健康教育干预后,观察组焦虑、抑郁情绪低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组自我管理能力评分比较(分)

组别	例数	合理饮食行为	自我处置药物行为	自我症状监控行为	自我心理调节功能	康复训练配合行为
对照组	45	9.01 ± 1.42	8.06 ± 1.50	5.24 ± 1.68	6.79 ± 1.55	6.93 ± 1.60
观察组	45	9.83 ± 1.45	9.08 ± 1.46	6.28 ± 1.48	7.67 ± 1.94	7.89 ± 1.87
<i>t</i> 值		2.710	3.269	3.116	2.377	2.617
<i>P</i> 值		0.008	0.002	0.003	0.020	0.010

表 2 两组生活质量评分比较(分)

组别	例数	生理功能	心理功能	一般情况	生理职能	精神健康
对照组	45	44.85 ± 13.19	41.23 ± 12.19	28.43 ± 8.79	48.29 ± 12.47	57.58 ± 12.66
观察组	45	58.59 ± 15.99	64.96 ± 18.78	36.59 ± 10.59	65.29 ± 18.40	74.66 ± 20.53
<i>t</i> 值		4.447	7.110	3.977	5.131	4.750
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组焦虑、抑郁评分比较(分)

组别	例数	焦虑评分	抑郁评分
对照组	45	57.06 ± 1.21	54.19 ± 0.78
观察组	45	39.83 ± 1.85	35.71 ± 1.19
<i>t</i> 值		52.286	87.126
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

数字化健康干预起源于西方医疗行业中,主要用于治疗焦虑、抑郁,同时干预的效果也已经得到有效证实。患者很难有效表述自身真实情绪,一旦出现焦虑、抑郁等负面情绪时都只是选择自己默默承受,却不习惯向别人讲述以获得心理帮助,近年来,随着我国医疗行业的不断进步,西方一些可行的治疗手段也逐渐被我们应用,其中数字化健康干预措施在临床应用中不仅获得了极佳的效果,还为患者的治疗提供了很大的帮助^[12]。

随着数字化社会的发展,网络在人们生活中必不可少,与传统健康教育干预相比,数字化健康干预更能够基于远程干预的方式为青年患者提供一定的心理干预,这种成本低、便利性强的干预方式更能被青年患者所接受^[13]。在日常网络手段下进行健康干预,可以保证患者身体变化得到及时的控制,同时匿名的聊天方式也可以促使青年癌症患者有勇气说出自身的问题,在线指导的治疗措施不仅能够给青年癌症患者带来一定的社会心理支持,还能够为促进患者康复提供一定的依据^[14]。

在对青年癌症患者使用数字化健康干预手段时需要严格注意以下三点:①需要根据患者的实际情况选择适宜的干预方式,其自我管理内容也应与患者心理情绪息息相关;②匿名在线讨论时最好保证人数不超过10人,这样以利于患者的问题都能够得到有效地解答;③使用的干预网站需要保持一定的隐私性,以保障患者的临床信息不被泄露^[15]。目前我国临床数字化健康干预手段仍处于试用阶段,通过借鉴目前所得的结果可以为未来青年癌症患者康复提供一定的理论支持,从而促进青年癌症患者的康复。

本研究结果显示,护理后观察组患者自我管理行为能力评分高于对照组($P<0.05$);护理后观察组患者生活质量评分优于对照组($P<0.05$);护理后观察组患者焦虑、抑郁情绪低于对照组($P<0.05$)。说明数字化健康干预在青年癌症患者治疗中不仅能够提高患者自我管理行为能力,还可以在及时有效地治疗中缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪,从而切实提高患者生活质量。

综上所述,数字化健康干预可为青年癌症患者提供相应心理信息支持,以保障青年癌症患者得到有效的干预辅导,从而促使自身可以进一步提高自我行为管理能力,继而在切实改善青年癌症患者负面情绪的基础上,提高其生活质量。

4 参考文献

- [1] 孙倩,王璐,郑树基,等.数字化健康干预在青年癌症患者心理康复中的应用进展[J].中华护理杂志,2017,54(2):301-306.
- [2] 张波.综合性心理护理干预对抑郁症患者治疗依从性及生活质量的影响[J].系统医学,2017,2(2):140-143.
- [3] 宫艳丽,贾巍,张国莉,等.心理干预对中青年肺癌术后患者心血管并发症的影响[J].中国康复理论与实践,2018,16(9):863-864.
- [4] 祝娉婷,周娇娇,毛鸣,等.健康指导及人文关怀对癌症患者癌因性疲乏及生活质量的改善效果观察[J].中国地方病防治杂志,2018,32(8):939-940.
- [5] 帅红梅,胡银清,李花林,等.快速康复流程在改善大肠癌患者围手术期睡眠质量及心理状态中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(3):12-17.
- [6] 苏丽华.基于罗伊-纽曼综合模式的心理护理干预在膀胱癌患者围手术期中的应用效果[J].中国健康心理学杂志,2018,26(8):1204-1207.
- [7] 王鹤玮,贾杰,孙莉敏,等.运动想象疗法在脑卒中患者上肢康复中的应用及其神经作用机制研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2018,41(6):473-476.
- [8] 许丹,宋湘梅,程晓容,等.基于云服务的延续性护理模式在老年黄斑变性患者随访中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(13):60-61.
- [9] 朱亚芹,成杰,隋丽丽,等.改良的亲情护理与传统亲情护理对脑卒中偏瘫患者焦虑、抑郁状况疗效的比较[J].重庆医学,2018,23(31):4452-4454.
- [10] 金培勇,王凯,吴耀亮,等.照顾者教育对改善脑卒中患者及其照顾者健康状况的效果[J].中国康复理论与实践,2018,16(7):649-651.
- [11] 熊合明,金晓英.综合护理干预对中青年结直肠癌镜检查患者心理状况的影响[J].护理实践与研究,2018,15(8):152-154.
- [12] 韩广毅,李皓桓.快速康复外科理念对全膝关节置换者生理与心理康复的影响[J].中国组织工程研究,2019,23(36):5760-5765.
- [13] 黄璐诗.康复护理组合对脑卒中后遗症患者功能恢复的影响[J].齐鲁护理杂志,2017,23(19):107-108.
- [14] 占文娟,孙国明.心理护理干预对大肠癌患者围术期焦虑抑郁状态的影响[J].饮食保健,2017,4(27):186-187.
- [15] 邵茜茜,刘东英,张振香,等.时间观疗法在精神障碍患者心理康复中的应用研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(1):130-134.

[2020-04-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

微信公众号随访管理在晚期原发性肝癌患者中的应用

刘燕萍 张霞

【摘要】目的 探讨微信公众号随访管理在晚期原发性肝癌患者中的应用效果。**方法** 以2018年2月—2020年4月为研究时段,选取中山大学肿瘤防治中心100例晚期原发性肝癌患者,按照组间基本特征具有可比性分组的方法,将研究对象分为观察组与对照组,每组50例。对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上实行微信公众号随访管理,比较两组患者心理状态变化情况、营养指标水平、疼痛评分。**结果** 微信公众号随访管理后,观察组SAS、SDS评分低于对照组($P<0.05$);观察组总蛋白、血红蛋白及清蛋白水平高于对照组($P<0.05$),观察组VAS评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 实行微信公众号随访管理,可改善晚期原发性肝癌患者负面情绪,减轻患者疼痛感,辅助患者维持良好的营养状态。

【关键词】 晚期;原发性肝癌;理念;微信公众号;随访管理

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.033

原发性肝癌(PLC)是原发于肝细胞或肝内胆管上皮细胞的恶性肿瘤。《原发性肝癌诊疗规范(2017年版)》指出,因其起病隐匿、进展迅速、恶性程度高、治疗难度大等特点,给社会带来沉重医疗负担^[1]。原发性肝癌患者发病后仅有轻度临床表现,以至于延误最佳诊断时机,很多患者是在中晚期才可确诊,在身心方面均需承受较大压力。原发肝癌临床常用治疗方案为手术、介入及放化疗等,出院后需要定期复查及延续护理,以促进患者身心恢复^[2]。微信公众号随访管理是通过每天定时发送患者日常护理知识、图文信息、最新护理动态、经验分享、病例分析等内容,方便患者随时查看推送信息,并及时反馈回复,护理人员针对患者疑问,给予延续性护理干预,有利于提升护理工作效率^[2]。因此,本研究以晚期原发性肝癌患者为研究对象,应用微信公众号随访管理,临床效果满意。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

病例纳入条件:经影像学检查确诊为原发性肝癌;神志清楚,依从性良好;初次行介入治疗^[3];预计存活时间超过12个月。排除条件:存在药物依赖者;合并严重精神疾病或心血管疾病者;伴有肿瘤破裂出血、消化道大出血等严重并发症者;仅处于轻度疼痛,可自动缓解者^[4];合并其他部位恶性肿瘤者。依据上述条件,选取2018年2月—2020年4月中山大学肿瘤防治中心100例晚期原发性肝

癌患者,按照组间基本特征具有可比性分组的方法,分为观察组和对照组各50例。观察组中男26例,女24例;年龄38~72岁,平均 55.40 ± 2.36 岁;病程18~23个月,平均 21.36 ± 1.04 个月。对照组中男27例,女23例;年龄37~73岁,平均 55.62 ± 2.15 岁;病程18~24个月,平均 22.04 ± 1.35 个月。两组性别、年龄、病程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 采取常规护理,告知患者及其家属家庭护理干预的具体方法及注意事项;与患者互留联系方式,方便沟通,说明复诊复查的具体时间。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采取微信公众号随访管理,详细护理措施包括以下几点:

(1)创建微信随访管理团队:小组成员包括主治医师、护士长、责任护士及网络工程师,由网络工程师负责搭建“晚期原发性肝癌微信随访平台”,开发第三系统,将院内电子病历系统中的实验室检查结果、疾病诊疗记录向本公众平台中导入。

(2)在公众号中纳入理念:由责任护士和主管医生依据患者术后的临床表现,对患者护理需求详细分析,为其制定多维度针对性的护理措施,纳入到公众号中。

(3)微信平台使用流程:于患者出院前2d,纳入患者样本,让其关注公众号,由研究者审核资料,衔接个人诊疗记录。

(4)设置公众号服务项目:相关项目包括健康调查功能、咨询互动、健康宣教及预约管理,由本研究小组提供健康宣教菜单下的资料,以视频、图片、文字的形式进行展示,并持续更新相关内容。

患者可在互动咨询菜单下与医护人员及其他患者进行互动,由医护人员负责解答患者提出的问题,由研究小组针对存在的问题制订针对性健康宣教资料,并在健康宣教栏目中录入,经“1对1”的形式解决问题。

(5) 预约管理:若患者需要复诊,可经微信平台预约挂号,进行检查,再由患者依据预约时间回院复诊,以微信形式将检查结果反馈给患者,缩短院内等待时间。

(6) 患者互动管理:建立病友支持的互动式管理方案,经微信平台与患者进行交流,由护理小组成员总结容易推广的方案进行传播,增加患者之间的交流,患者出院后的随访期限为6个月。

1.3 观察指标

(1) SAS、SDS 评分:于干预前后,采用 Zung 抑郁自评量表^[5] (self-rating depression scale, SDS) 评估患者抑郁程度,评分范围在 0~100 分, SDS 评分:重度抑郁: >70 分;中度抑郁: 61~70 分;轻度抑郁: 53~60 分,无抑郁: <53 分。采用 Zung 焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 评估患者焦虑程度,评分范围在 0~100 分, SAS 评分:重度焦虑: >85 分;中度焦虑: 71~85 分;轻度焦虑: 50~70 分,无焦虑: <50 分,评分与临床效果呈反比。

(2) 营养指标水平:于干预前后清晨在患者空腹状态下采集 5 ml 外周血,检测各项营养学指标,相关项目:总蛋白、血红蛋白及清蛋白。

(3) VAS 评分:采用视觉模拟疼痛评分法^[6]

(visual analogue scale, VAS) 对两组患者疼痛程度进行评估,评分范围在 0~10 分,重度疼痛: 7~10 分;中度疼痛: 4~6 分;轻度疼痛: 1~3 分;无疼痛: 0 分,评分与临床效果呈反比。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 软件处理分析数据。计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验。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 两组患者护理干预前后心理状态变化情况比较

护理干预前,两组 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后,两组 SAS、SDS 评分均有所降低,但观察组 SAS、SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理干预前后营养指标水平比较

护理干预前,两组总蛋白、血红蛋白及清蛋白水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后,两组总蛋白、血红蛋白及清蛋白水平均有所升高,但观察组总蛋白、血红蛋白及清蛋白水平高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者护理干预前后 VAS 评分比较

护理干预前,两组 VAS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后,两组 VAS 评分均明显降低,但观察组低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者护理干预前后心理状态变化情况比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	54.23 ± 4.36	47.64 ± 3.28	55.31 ± 4.25	47.36 ± 3.65
对照组	50	54.79 ± 4.28	52.10 ± 4.02	55.64 ± 4.13	49.50 ± 4.13
<i>t</i> 值		0.648	6.078	0.394	2.745
<i>P</i> 值		0.518	0.000	0.695	0.007

表 2 两组患者护理干预前后营养指标水平比较 (g/L)

组别	例数	总蛋白		血红蛋白		清蛋白	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	63.15 ± 5.68	68.32 ± 6.29	114.20 ± 7.34	121.48 ± 8.69	35.14 ± 3.28	39.26 ± 4.31
对照组	50	63.47 ± 5.61	60.31 ± 6.03	114.62 ± 7.41	112.05 ± 7.63	35.72 ± 3.40	33.54 ± 3.25
<i>t</i> 值		0.283	6.500	0.285	5.766	0.868	7.493
<i>P</i> 值		0.777	0.000	0.776	0.000	0.387	0.000

表 3 两组患者护理干预前后 VAS 评分比较 (分)			
组别	例数	干预前	干预后
观察组	50	9.05 ± 1.63	6.44 ± 1.02
对照组	50	9.34 ± 1.72	8.13 ± 1.10
t 值		0.865	7.966
P 值		0.389	0.000

3 讨论

肝癌在临床中较为常见，致病因素通常为不合理的饮食习惯及乙型肝炎病毒感染。一般情况下，每间隔 3 个月更新 1 次人体肝脏细胞，但病毒会影响到乙型肝炎病毒感染者，导致缩短为 3 个月的更新频率^[7-9]。越频繁更新肝脏细胞，越会增加癌变发生率。相关研究表明，乙型肝炎感染者相比正常人群，可高出 15~20 倍的罹患肝癌发生率；肝脏器官在饮食方面主要负责酒精代谢，将乙醇转化为水和二氧化碳^[10]。大量饮酒，会导致肝脏增加工作负担，从正常情况来讲，每天应摄入 > 40 g 的酒精量，连续 5 年会有酒精性脂肪肝发生，其中患者在后期阶段有 20%~40% 的概率会向酒精性肝炎发展，逐步向肝癌或肝硬化发展^[11]。

随着不断发展肝癌患者病情，在步入后期阶段时常以介入治疗作为主要治疗措施，但由于患者术后仅处于较短的住院时间，在加上病情因素的影响，明显减退生理功能，且会表现出明显的情绪波动，因此，在患者出院后仍需给予有效的护理措施^[12]。近几年，重点护理措施中开始纳入针对性的延续性护理。有研究学者^[13]在晚期肝癌患者介入治疗中实行延续性护理措施，其干预内容包括家庭访视和电话随访，一般情况下是在 1 周 1 次和 2 周 1 次的服务频率。采取延续性护理后，能够帮助患者明显提升生活质量。依据临床护理经验，规范性开展延续性护理工作，相关护理干预包括情绪疏导、饮食指导及详细了解患者病情恢复情况，明显提升了患者健康知识水平及自我护理能力^[14]。为了加快晚期肝癌患者的恢复速度，实行微信公众号随访管理，针对患者家庭护理阶段的康复和用药，给出合理建议，搭建“晚期原发性肝癌微信随访平台”，开发第三系统，在公众号中给予患者更加全面的护理干预，保证预后效果，加快患者病情恢复速度^[15-16]。结果显示，观察组比对照组 SAS、SDS、VAS 评分更低，营养指标水平和生活质量评分更高 ($P>0.05$)。

综上所述，微信公众号随访管理，有利于改善晚期原发性肝癌患者的营养指标，缓解患者疼痛感，使患者以良好情绪面对自身疾病。

4 参考文献

[1] 孙佰玲, 孙银侠. 微信延续性随访干预对甲状腺癌术后患者心理状态与生活质量的影响 [J]. 中国数字医学, 2020, 15(5):130-132.

[2] 尚倩倩, 董湘平, 李媛. 微信的延续性管理体系对脑卒中病人治疗依从性, Bathel 指数及生活质量的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(21):3398-3402.

[3] 牛新菊, 夏炎, 陶永红, 等. 微信群为主导的延续性护理干预对稳定期双相情感障碍患者认知功能及社会功能的影响 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(4):85-88.

[4] 唐珊, 李俐, 郝彬, 等. 延续性护理模式在急性缺血性脑卒中静脉溶栓病人中的应用效果研究 [J]. 护理研究, 2020, 34(6):1074-1077.

[5] 酒晓盈, 李琳, 蔡春雨. 延续性护理模式在改善颅内肿瘤手术患者出院后情绪、睡眠及生活质量中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(2):80-83.

[6] 何晓玲, 杨绍平, 闵丽华, 等. 多学科协作下团体健康管理对宫颈癌患者术后延续性护理的应用效果 [J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(3):166-169.

[7] 张彩虹, 钱新毅, 刘晓霞, 等. 微信群的微课教育及随访在冠心病患者延续护理中的应用 [J]. 现代临床护理, 2018, 17(8):68-73.

[8] 方驰华, 张鹏, 周伟平, 等. 三维可视化技术用于 1 665 例原发性肝癌精准诊治的多中心回顾性研究 [J]. 中华外科杂志, 2020, 58(5):375-382.

[9] 严莉, 李筠, 耿丽, 等. 多学科合作团队延续护理在慢性心力衰竭易损期患者中的应用及效果评价 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(12):1865-1872.

[10] 黄旭辉, 许蝶. 固定照护者参与式的延续性护理在改善脑卒中恢复期患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(11):163-165.

[11] 张丽芹, 张丽华, 陈霞, 等. 医养结合模式下的延续性护理在老年慢性阻塞性肺疾病病人中的应用 [J]. 护理研究, 2018, 32(24):94-96.

[12] 樊励, 林延, 吴淑蕊. 多维度疼痛护理干预在晚期癌症患者中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(17):2351-2354.

[13] 赵翠梅, 荆晓蕾, 胡伟. TTM 的延续性护理在 ACS 患者中的应用及对服药依从性、自我管理能力和认知水平和预后的影响 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2018, 21(5):84-89.

[14] 张梅, 康林瑛, 李倩昀. 临终关怀护理在原发性晚期肺癌患者疼痛管理中的应用效果 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(2):198-201.

[15] 许艳萍. 知行模式护理健康教育在肝癌晚期化疗患者癌因性疲乏中的应用效果及其对消化系统并发症的影响 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2018(1):204-205.

[16] 卢欣欣, 罗玉华, 黄灵, 等. 护理质量反馈构建精准护理模式应用于食管癌患者临床效果观察 [J]. 广西医科大学学报, 2020, 37(2):174-177.

[2021-01-17 收稿]
(责任编辑 崔兰英)

肠道保健操对功能性便秘患者的干预效果

宁红秀 史晓思 熊洁 王一征 刘轩良

【摘要】目的 探讨肠道保健操对功能性便秘患者的干预效果。**方法** 选取2018年10月—2019年12月
在医院治疗的52例功能性便秘患者为研究对象,实施肠道保健操,每天2次,每次7 min,连续4周,
干预前后使用Bristo大便性状量表和便秘患者症状自评量表(PAC-SYM)评价效果。**结果** 干预后患者功
能性便秘的大便性状、粪便症状、腹部症状、直肠症状评分与干预前比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

结论 肠道保健操能有效改善功能性便秘患者的症状。

【关键词】 肠道保健操;功能性便秘;症状

中图分类号 R473.57 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.034

便秘是临床常见病、多发病,中国慢性便秘的患病率约6%~11%,且患病率随年龄增长而呈上升趋势,老年人慢性便秘的患病率高达50%^[1-3]。粪便发酵产生的有害物质停留在肠道里,被重吸收并堆积会出现腹胀、进食困难等症状。便秘会加重基础疾病,排便努挣会引发脑出血、心梗等心脑血管疾病。有调查显示老年人便秘可致严重的心血管事件,如恶性心律失常、休克、高血压危象,甚至猝死^[4]。便秘患者常常会自行使用轻泻药、润肠通便药,导致药物依赖性,甚至肠道黑变病,加重便秘的症状和危害^[5]。本研究研发了肠道保健操,指导便秘的患者坚持练习,促进排便,能有效改善肠道功能。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年10月—2019年12月来医院治疗的功能性便秘患者52例为研究对象,其中男16例,女36例;年龄28~72岁;病程最短3个月,最长5年。纳入条件:根据2016美国消化疾病周发布的罗马IV标准^[6]确诊为功能性便秘;四肢健全;能学习掌握并坚持规范练习;年龄18~75岁。排除条件:孕妇及基本生活活动量表(BADL)评分<60分;有器质性病变;腰椎不稳;接受其他治疗。

1.2 肠道保健操技术要点

基础位动作为自然立定,上肢下垂。跟随归属于肺金的商调古曲《潇湘云水》的音律,遵循子午流柱图,于大肠和胃当令的5:00—9:00和小肠当令

的13:00—15:00,这两个时间段各行1次。一套九式,时长7 min。每日2次,4周后进行效果评价。具体操练方法如下:①摇身转髋通带脉:基础位起,左脚平开同肩宽,双上肢在身体两侧平拉开至头顶后,身体开始逐渐下沉的同时,双掌齐平向下,在身体中线下落至小腹后,转至后腰部,拇指在前握住腰部后再起立站定,让髋部沿身体中轴线进行逆时针方向环绕,转3圈后回到基础位,再开右脚,相同动作进行顺时针方向环绕3圈,左右合为1组,做3组。②蜷体舒身抚脏腑:基础位起,左脚平开同肩宽,双手掌心向后并往后拉伸,同时屈腰深蹲,马上再利用双手向前向上的力量,让胸腰挺立,将身体拉直,双上肢高举尽量向上伸展,然后回到自然站立,再开右脚,做相同动作。左右各1次为1组,做3组。③平侧拉伸击环跳:基础位起,左脚平开同肩宽,双上肢向上抡开平肩,然后左手握拳屈曲,拳眼敲打左臀中外侧的环跳穴的同时,右臂向上向左拉伸下压,下压1次敲打1次,3次后回到自然站立,再开右脚,做反方向的相同动作。左右各1次为1组,做3组。④旋腰挥拳叩中府:基础位起,左脚平开同肩宽,微屈双膝,同时右手叉腰,保持身体中轴线,左手臂平拉开和头身一起随腰旋转向左后方正中处,随即将五指张开的手掌抓拳,至下而上将头身腰拉回正中位,双膝也恢复直立的同时,拳面叩击到右锁骨中段下方的中府穴。旋转1次叩击1次,3次后回到自然站立,再开右脚,做反方向的相同动作。左右各1次为1组,做3组。⑤左右开弓理三焦:基础位起,迈开左弓箭步同时,双上肢在身体两侧平拉开至头顶后,双掌改握双拳,左肘关节屈曲90°,左上臂与左大腿平行,左拳平

眼眉高度，拳心向下。左足尖固定，左足跟踮地 3 次，每踮 1 次，右拳配合敲打左前臂外侧 1 下，依次敲击穴位：支沟、手三里、曲池。完成后回到基础位，再迈开右弓箭步，做反方向的相同动作。左右各 1 次为 1 组，做 6 组。⑥捶打双腿调脾胃：基础位起，双上肢在身前交叉向上向外抡 1 圈的同时，高抬左大腿，膝关节屈曲 90°，在双掌落下时改握成双拳，顺势捶打小腿内外两侧穴位，外侧依次为：悬钟、足三里、梁丘，内侧依次为：三阴交、地机、血海。完成后回到基础位，再高抬右大腿，做相同动作。左右各 1 次为 1 组，做 6 组。⑦上下起落拍任督：基础位起，左脚平开同肩宽，甩开双上肢一前一后交替，同时拍打在身体的任督二脉的穴位上，在任脉依次为关元、气海、中脘，在督脉依次为腰俞、中髎、命门上，在拍打的同时，配合微屈双膝，转换时再直立，保持身体自然上下起落，拍完 3 次后回到基础位，再迈开右脚，做相同动作。左右各 1 次为 1 组，做 6 组。⑧前后开阖冲脏腹：基础位起，左脚平开同肩宽，双上肢屈曲 60°，双手开掌，置于胸前。然后从前向后拉回双掌，以双掌的大鱼际肌分别冲击肚脐两侧的天枢穴，接着从后向前向上推出双掌，以双掌的小鱼际肌分别冲击两侧腰旁的大横穴后，跟着以先前的动作再冲击 1 次天枢穴，配合冲击动作要微屈双膝关节，冲击后恢复直立，保持身体自然上下起落，冲击完成后回到基础位，再迈开右脚，做相同动作。左右各 1 次为 1 组，做 6 组。⑨提踵吐纳守关元：基础位起，左脚平开同肩宽，双上肢在身体两侧平拉开至头顶后，身体开始逐渐下沉的同时，双掌齐平向下，在身体中线下

落至小腹的关元穴的位置，掌心交叠按压关元穴，然后沿顺时针方向按摩腹部 3 圈，身体顺着手掌位置的高低自然起落，完成后回到自然位，再迈右脚做反方向的相同动作。

1.3 观察指标

采用 Bristo 大便性状量表^[7]将大便分为七种状态，为分离的硬团、团块、干裂的香肠状、软的团块、泥浆状、水样便分别予以 7~1 分。采用便秘患者症状自评量表 (PAC-SYM)^[8-9]评价腹部症状、直肠症状和大便症状 3 个维度 12 个条目，采用 Likert 5 级评分法，将“无此症状”“轻微”“中等程度”“严重”“非常严重”分别赋予 0~4 分，各维度得分为该维度所有条目的平均分，总分为所有条目的平均分，得分越高表示便秘症状越重。

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，干预前后均数比较采用配对 *t* 检验。检验标准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后便秘患者 Bristo 大便性状量表评分比较

干预后 Bristo 大便性状量表评分低于干预前，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 干预前后便秘患者症状自评量表评分比较

干预后便秘患者粪便症状、直肠症状、腹部症状评分低于干预前，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 干预前后 Bristo 大便性状量表评分比较 (分)

观察时点	观察例数	Bristo 量表评分
干预前	52	5.15 ± 1.09
干预后	52	1.51 ± 0.67

$t=20.515$, $P=0.000$ 。

表 2 干预前后便秘患者症状自评量表评分比较 ($n=52$)

观察时点	粪便症状	直肠症状	腹部症状
干预前	2.77 ± 0.44	2.23 ± 0.29	1.57 ± 0.15
干预后	0.82 ± 0.27	0.46 ± 0.21	0.27 ± 0.24
<i>t</i> 值	27.239	35.648	33.123
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

近年来,我国功能性便秘发病率高达 10.07%,该病可引发痔疮、肛裂等肛门疾病,还能诱发或加重心血管疾病,增加患结肠癌的几率,同时影响性欲、形象,造成心理焦虑、神经衰弱,甚至抑郁症,严重影响患者的生活质量^[10-11]。便秘在临床上有虚实之分,未经辨证乱用药,只会适得其反。

肠道保健操遵循中医整体观念,运用中医理论支撑,通过疏通经络、刺激腧穴,调动自身营卫之气,平衡体内阴阳,从根本上改善肠道功能。五行生克表中土生金,脾土生肺金,所以润肠先健脾。大肠与肺相表里,胃与脾相表里^[12]。经络是人体运行气血,联络脏腑肢节,沟通上下内外的通道。《灵枢·经别》:“十二经脉者,人之所以生,病之所以成,人所以治,病之所以起,学之所以始,工之所止也。”腧穴是人体脏腑经络气血输注出入,与深部组织器官双向输通的特殊部位,从内通向外,反应病痛;从外通向内,接受刺激,防治疾病^[13]。因此我们主要针对疏通这四条经络,并刺激相应的腧穴,而且辅助五音疗法、运用子午流注,会加强疏通和刺激的功效。同时考虑到普及性、实用性、美观性,进行动作编排,无需设备和费用、不择场地,老少咸宜,效果明显,受到患者一致好评。

肠道保健操不仅能治病,更能防病,积极响应 2016 年 6 月国务院印发《全民健身计划(2016-2020)》,倡导通过日常锻炼,增强人民体质、提高健康水平、保障幸福生活,现代医学研究表明,锻炼时一呼一吸运动可以加强胃的蠕动,膈肌运动幅度增加,也对腹部器官肝、胃、脾、肠有一定的按摩作用。王素娟等^[14]将八段锦运动操配合腹部、穴位按摩应用于脑卒中便秘患者,通过比较干预前后 Bristo 大便性状分型情况,得到了八段锦运动可以有效降低便秘的发生率,改善患者排便情况的结论;周勇等^[15]通过研究表明,相对于药物治疗便秘,太极拳运动能够有善改善功能性便秘患者胃肠功能状态,对于便秘患者的康复有着积极意义。本研究结果显示,干预后患者的大便性状、粪便症状、腹部症状、直肠症状均得到了明显改善。

4 参考文献

[1] 王佩佩,罗雯,禹铮,等.慢性便秘的研究进展[J].

中国全科杂志,2017,20(3):370-374.

- [2] Huang L, Jiang H, Zhu M, et al. Prevalence and Risk Factors of Chronic Constipation Among Women Aged 50 Years and Older in Shanghai, China [J]. Medical Science Monitor International Medical Journal of Experimental & Clinical Research, 2017(23):2660.
- [3] 马佳,李嫦娥,曹信宇,等.秦皇岛地区中老年人慢性便秘流行病学调查及相关因素分析[J].实用预防医学,2020,27(1):84-87.
- [4] 袁绍伦,袁寰,张涛,等.老年人便秘致严重心血管事件 9 例[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(17):13-14.
- [5] 唐末,王淑美,肖顺琼.结肠黑变病的病因及中医治疗进展[J].新中医,2017,49(12):163-165.
- [6] Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History Pathophysiology, Clinical Features, and Rome [J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1262-1279.
- [7] 余卓文,顾莺,黄璞,等. Bristol 粪便性状评估表在儿童结肠镜检查前肠道准备中的应用研究[J].中华消化内镜杂志,2019,36(1):25-30.
- [8] 尹平,马洁,吴焕淦,等.解郁通腑针刺法治疗抑郁症患者伴便秘临床观察[J].上海针灸杂志,2018,37(2):159-164.
- [9] 宋玉磊,林征,柏亚妹.功能性便秘疗效评估指标的现状与评价[J].中国实用内科杂志,2016,36(9):813-816.
- [10] 徐燕,张丽,唐跃华.大黄穴位贴敷联合疏肝解郁药膳对慢性功能性便秘并抑郁焦虑状态的临床疗效观察[J].中国基层医药,2016,23(22):3378-3382.
- [11] 王春微,张亚锋.行气润肠通便方治疗慢性功能性便秘的临床研究[J].四川中医,2017,35(1):73-75.
- [12] 郑洪新.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2016:39-82.
- [13] 高树中.一针疗法《灵枢》论用[M].济南:济南出版社,2016:18-27.
- [14] 王素娟,张敏,李淑杏,等.脑卒中后便秘老年患者八段锦运动、按摩的干预效果[J].中华老年学杂志,2015,11(35):6575-6577.
- [15] 周勇,梁磊,李虹,等.24 式太极拳锻炼对功能性便秘患者的康复影响[J].辽宁体育科技,2015,37(2):52-54,58.

[2020-04-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

单孔胸腔镜肺癌根治手术的围手术期护理

杨琼 杨宗夫*

【摘要】目的 探讨单孔胸腔镜肺癌根治手术的围手术期护理。**方法** 选取2018年4月—2020年1月医院收治的单孔胸腔镜肺癌根治手术患者80例作为研究对象,根据组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各40例。对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上实施围手术期护理。比较两组手术时间、术中出血量、住院时间、并发症、心理状态以及护理满意度。**结果** 两组手术时间、术中出血量与住院时间比较,差异存在统计学意义($P<0.05$);观察组的并发症发生率低于对照组($P<0.05$);观察组护理后的焦虑(SAS)、抑郁(SDS)评分均低于对照组($P<0.05$);观察组患者护理满意度高于对照组($P<0.05$)。**结论** 将围手术期护理应用于单孔胸腔镜肺癌根治手术患者中,可缩短手术时间和住院时间,减少术中出血量和并发症发生率,改善患者负性情绪,提高护理满意度。

【关键词】 单孔胸腔镜肺癌根治手术;围手术期护理;并发症;护理满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.035

肺癌是常见恶性肿瘤,发病率和病死率高,一般采取手术治疗。随着微创外科的迅速发展,到1990年,Lewis等学者经不断钻研探讨,让胸腔镜计数迈入新阶段,即电视辅助胸腔镜外科时代。1992年,我国大多数医院已经开始应用这一技术,胸腔镜技术也日益成熟,在临床应用越来越广泛^[1]。其中,单孔胸腔镜肺癌根治手术在肺癌治疗中得到推广与使用,疗效确切,而围手术期护理是临床疗效的保障,对改善预后有帮助。本项目选择80例患者展开分组研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年4月—2020年1月医院收治的单孔胸腔镜肺癌根治手术患者80例作为研究对象,依据组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各40例。纳入条件:符合肺癌诊断标准;可耐受手术,无单孔胸腔镜肺癌根治手术禁忌证;自愿参与研究,签署同意书;无沟通正常,精神正常。排除条件:合并心、肾、脑等功能障碍;单孔胸腔镜肺癌根治手术禁忌证,手术不耐受;认知障碍、精神障碍;失语失聪、无法正常交流;妊娠期或哺乳期女性;因各种原因难以配合至研究结束。对照组中男24例,女16例;年龄43~78岁,平均年龄

56.84±5.18岁。观察组中男23例,女17例;年龄41~79岁,平均年龄55.12±4.75岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究得到医院伦理委员会的批准同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,术前明确掌握患者病情,了解手术指征,遵照医嘱做好准备,提供基础护理服务;术中配合医师完成手术;术后根据需要,提供对症护理服务。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上,给予围手术期护理,具体措施如下:

1.2.2.1 术前护理 ①心理护理:单孔胸腔镜肺癌根治手术虽然已经开展多年,安全性有一定保障,但是,很多患者对该术式缺乏了解,担心手术失败。对此,护士注重术前访视,配合临床医师,开展针对性健康教育,向患者介绍疾病相关知识,讲解手术的基本步骤及注意事项等,强调医疗团队的专业性,消除患者的负性情绪。同时,通过成功案例,鼓励支持患者,耐心解答患者的疑问,帮助其做好心理准备,消除后顾之忧,保持乐观心态,配合治疗。②术前准备:单孔胸腔镜肺癌根治手术安排在一体化手术间,准备所需的仪器及设备,包括超声刀、腔镜设备、高频电刀、切口保护套等。

1.2.2.2 术中护理 手术当天,巡回护士在手术室门口热情接待患者,详细核对患者信息,包括手术史、过敏史、术前准备、术前用药等,评估患者的精神状态,确认无异常后,协助患者建立静脉通

作者单位:276001 山东省临沂市肿瘤医院手术室

* 通讯作者

道。手术患侧上肢悬吊处理,将其吊在头架上,通常选择健侧上肢穿刺。与此同时,巡回护士配合麻醉医师进行麻醉诱导,用双腔气管导管进行插管处理,成功麻醉后,遵照医嘱,常规导尿。器械护士的配合。器械护士提前 30 min 洗手上台,检查各仪器设备性能是否完好,铺上手术单,协助医师固定好各个导线,对摄像头适当调整,保证图像处于清晰状态,方便使用。医师根据病变部位,做合适切口,根据切口大小,选择切口保护套。因是单孔腹腔镜,目镜直径小,因此在使用时,轻拿轻放,不使用的时候,一定要套上保护套。器械护士务必熟悉手术的各项操作步骤,术中密切观察手术进展,动态掌握手术情况,提前准备操作医师所需要的仪器设备。除此之外,器械护士与巡回护士一定留意手术中的意外事件,包括胸腔严重粘连以及大出血等,做好转开胸手术的准备工作。体位护理:全麻后,胸腔镜专科巡回护士与麻醉医师、手术医师,根据 CT 图像,再次核对无误后,摆放体位。手术体位:健侧在上 90° 卧位,操作时,避免发生脊髓损伤。距离腋窝 10 cm 左右处放 1 个胸垫,自然伸展胸廓,增加肋间隙,方便手术操作。单孔胸腔镜肺癌根治术体位管理直接影响手术成功与否,术中护理时需要妥善安放患者的肢体,注意保护,每隔 30 min 对上肢外展角度及血运状况进行评价,以免神经损伤,预防上肢循环障碍。同时,对健侧足背动脉的搏动状况进行检查,以免挡板移位压迫股静脉,诱发下肢水肿。体位改变时,需与术者沟通。相比传统 2 孔或者 3 孔手术,单孔胸腔镜肺癌根治术体位的要求更高,体位摆放时必须明确病变部位位置以及切口位置,将胸部充分垫高,促使胸廓自然伸展。

1.2.2.3 术后护理 ①疼痛护理。术后,护士指导患者深呼吸、看书、聊天、听音乐等,分散注意力,减轻疼痛感。必要时,遵照医嘱给予止痛药,缓解疼痛感,提升患者舒适度。②心理护理。多数患者担心术后康复,对此,术后护士应该及时向患者说明手术情况,讲解术后注意事项,告知其可能出现的并发症及防治方法,缓解患者的焦虑、不安等情绪,让患者放心接受后续治疗,改善预后。③环境护理。护士根据室外天气变化,调节室内温度与湿度,定时开窗,通风透气,保持室内空气清新,病房内及时打扫卫生,保持干净整洁,播放舒缓的音乐,摆放绿色植物,增添生机,为患者营造一个舒适的环境,促进患者早日康复。④胸管护理。术后 24 h 床边胸片检查,必要时,尽早调整胸管位置,定时挤压,观察水封瓶水柱波动情况,观察引流液

的颜色与量,固定胸腔闭式引流系统且保持通畅,若是引流量超过 100 ml,或者持续 3 h 引流液超过 150 ml/h,颜色鲜红,需及时汇报,对症处理。术后胸管引流液低于 300 ml/d,无漏气现象,肺复张良好,可拔除胸管。⑤饮食护理。麻醉反应结束后,2~4 h 后便可少量饮水,无明显恶心呛咳症状,可食用半流质饮食,少量多餐,慢慢过渡到正常饮食。

1.3 观察指标

(1) 两组手术基本情况:主要观察手术时间、术中出血量以及住院时间。

(2) 两组并发症发生情况:包括感染、切口化脓和疼痛。

(3) 焦虑、抑郁情绪:通过焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) [2] 评价焦虑情绪,得分 ≥ 50 分为焦虑且评分与患者焦虑情绪呈正相关;采用抑郁自评量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS) [3] 评价患者的抑郁情绪,得分 ≥ 53 分为抑郁且得分越高提示越抑郁。

(4) 护理满意度:采用自制问卷调查表,调查患者的护理满意度,总分值 100 分,90~100 分为非常满意,60~89 分为满意,低于 60 分为不满意。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行分析。以“均数 $\pm$ 标准差”表示正态分布计量资料,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 两组手术情况比较

观察组手术时间、住院时间以及术中出血量低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组并发症发生情况比较

护理干预后,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。

2.3 两组焦虑、抑郁情况比较

干预前,两组 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,观察组的 SAS、SDS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组护理满意度比较

护理干预后,观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 1 两组手术情况比较

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (min)	住院时间 (d)
对照组	40	187.46 (17.09)	64.12 ± 6.71	8.45 (1.15)
观察组	40	161.82 (13.85)	50.93 ± 8.35	5.98 (1.02)
<i>t</i> 值		7.372*	7.788	11.163*
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验 *Z* 值。

表 2 两组发生情况比较并发症

组别	例数	感染	切口化脓	疼痛	发生率 (%)
对照组	40	4	1	3	20.00
观察组	40	1	0	1	5.00

$\chi^2=4.114$, *P*= 0.043。

表 3 两组焦虑、抑郁情况比较 (分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	57.34 ± 6.73	40.17 ± 5.67	55.17 ± 4.86	37.45 ± 4.01
观察组	40	58.91 ± 4.51	34.57 ± 6.72	54.85 ± 5.61	31.37 ± 3.48
<i>t</i> 值		1.225	4.028	0.273	7.242
<i>P</i> 值		0.224	0.000	0.786	0.000

表 4 两组护理满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
对照组	40	13	22	5	87.50
观察组	40	21	19	0	100.00

$\chi^2=5.333$, *P*= 0.021。

3 讨论

一般来说,单孔胸腔镜肺癌根治术仅仅做 1 个 3 cm 左右的切口,便可完成手术操作^[4]。不过很多患者并不了解单孔胸腔镜肺癌根治手术,对治疗效果、预后等存在疑虑,容易出现负性情绪,影响治疗效果^[5]。因此应该加强对患者的护理干预,保证手术顺利,改善预后。

围手术期护理可促进手术顺利快速完成,减少出血量,缩短住院时间。围手术期护理,加强术前访视,主动与患者交流沟通,尤其是中老年人群,适当借助握手、抚摸额头、眼神交流等方式,让患者感到安心,从而提高依从性,保证手术顺利完成,配合治疗与护理,促进患者早日康复^[6-8]。本研究

中,观察组的手术时间与住院时间短于对照组,而术中出血量低于对照组 (*P*<0.05)。围手术期护理可减少并发症,缓解患者消极情绪,提高护理满意度。围手术期护理,将整个护理流程划分成术前、术中与术后,在不同阶段,根据护理需求与患者身心状态,提供护理服务,关注细节,保证手术顺利进行,缓解患者的消极情绪,减少并发症发生率,促进患者早日康复,且患者的满意度高^[9-10]。本研究结果显示,观察组并发症发生率、干预后 SAS 评分与 SDS 评分、护理满意度优于对照组 (*P*<0.05)。

综上所述,将围手术期护理应用于单孔胸腔镜肺癌根治手术中,可缩短手术时间和住院时间,减少术中出血量和并发症发生率,改善患者负性情绪,提高护理满意度。

4 参考文献

[1] 黄圣杰. 周围型肺癌在单孔胸腔镜及传统开放式手术下切除的对比分析 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(3):20,22.

[2] 杜姣姣, 刘静. 单孔胸腔镜肺癌根治手术的围手术期护理 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017(6):117-118.

[3] Hao Z, Shen Z, Lei W. Esophageal-gastric anastomosis in radical resection of esophageal cancer under thoracoscopy combined with laparoscopy.[J]. Journal of the College of Physicians Surgeons Pakistan Jcsp, 2014, 24(10):754.

[4] 钟凤玲, 甘海鹰, 陈赞倩. 快速康复外科护理在电视胸腔镜手术患者围手术期护理中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2016, 13(18):53-54,55.

[5] 潘爱芬. 19 例老年病人行 3D 单孔胸腔镜下肺癌根治术的护理配合 [J]. 全科护理, 2016, 14(20):2123-2125.

[6] 林慧洁, 余晓佳, 魏化冰. 快速康复外科理念在胸腔镜肺癌手术患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(14):66-67.

[7] 李薇. 快速康复外科理念在胸腔镜微创根治肺癌围术期护理中的应用效果观察 [J]. 心理医生, 2019, 25(2):258-259.

[8] 陆倩, 孙镒. 快速康复外科理念对胸腔镜肺癌手术围术期护理中的效果观察 [J]. 当代临床医刊, 2018, 31(2):3794-3795.

[9] 唐新. 快速康复外科理念应用于胸腔镜肺癌手术围术期护理中的效果观察 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(33):120,124.

[10] 梁钦. 快速康复外科理念在胸腔镜下肺癌切除术围手术期护理中的应用价值研究 [J]. 心理医生, 2017, 23(23):291-292.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

集束干预改良泌尿外科手术升桥侧卧位护理流程的应用效果观察

柏艳芳 李润仪 李凤姣 黄中英*

【摘要】 目的 观察应用集束干预改良泌尿外科手术升桥侧卧位摆放流程和术中护理预防体位相关并发症的效果。方法 选取2019年6—11月泌尿外科需行升桥侧卧位手术的患者180例,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。对照组采用传统的升桥侧卧位摆放方法,观察组运用集束干预方案,改良升桥侧卧位摆放方法及加强术中护理,比较两组患者压疮发生率、眼部并发症发生率。结果 观察组压疮发生率、红斑发生率低于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组有2例眼睑水肿,所有患者均无视物模糊,对照组有14例眼睑水肿,5例视物模糊,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 运用集束干预策略,改良泌尿外科升桥侧卧位摆放方法,加强术中护理,制定流程并规范实施,能有效降低患者压疮发生率,提高患者舒适度,减少眼部并发症,确保手术护理质量。

【关键词】 集束干预;侧卧位;泌尿手术;手术体位;手术护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.036

集束干预策略是一种集合一系列有循证基础的治疗及护理措施,为患者提供尽可能优化的医疗护理服务,以处理临床医疗和护理难题的方法^[1-3]。多用于高风险体位如侧卧位、截石位等的手术管理以期减少体位相关并发症^[4-5]。泌尿外科手术常用的手术体位是升桥侧卧位,此体位为了暴露术野,需升高腰桥以使患侧腰部皮肤紧绷,此时健侧腰部、髂嵴、肩胛、膝关节外侧和外踝等骨突处的压力均会增加,是产生皮肤软组织伤和肢体神经损伤的高发体位,加之头低足低,患者易出现眼睑水肿、肩部酸痛、腰痛等不适,麻醉风险增加,其摆放方法的改良和探讨是护理工作研究的重点和热点之一^[6]。为此,医院自2019年6月运用集束干预对泌尿外科升桥侧卧位的摆放方法及术中护理进行改进,取得满意效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2019年6月—11月泌尿外科需在升桥侧卧位下手术的患者180例为研究对象,纳入条件:升桥侧卧位行肾癌根治或部分肾切除术;全麻且麻醉分级为Ⅰ~Ⅲ级;年龄 ≥ 18 岁且沟通表达能力正常;全身皮肤完整,皮肤感觉功能完好。排除条件:伴有压疮或糖尿病、白蛋白 $< 30\text{ g/L}$ 等基础疾病患者;青光眼、高度近视($> 600^\circ$)的患

者;有认知和情感障碍者;手术时间 $< 2\text{ h}$ 。180例患者中有13例手术时间 $< 2\text{ h}$,最终入组167例。按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组。观察组87例,其中男72例,女15例;BMI为 23.00 ± 2.36 ;其中腔镜手术53例,开放手术34例;手术时间 $152.59 \pm 27.78\text{ min}$ 。对照组80例,其中男69例,女11例;BMI为 23.16 ± 1.39 ;其中腔镜手术43例,开放手术37例;手术时间 $155.75 \pm 29.01\text{ min}$ 。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 操作方法

1.2.1 对照组 按常规摆放升桥侧卧位,手术医师、麻醉师与巡回护士共同将患者摆置 90° 侧卧位,健侧上肢置于托手板上,患侧上肢自然屈曲于头侧,放置于枕头上,腋垫10 cm腋垫,腰部垫10 cm软垫,调节床使头低足低各 30° ,升高腰桥使腰部间隙打开,充分暴露后,腹侧和背侧卷入长沙袋,在耻骨联合及骶尾部使用档板分别固定骨盆两侧,健侧下肢屈曲,患侧下肢伸直,两腿间垫软枕,髋关节及患侧下肢用约束带固定,放置头架。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用集束化干预针对传统体位摆放备物复杂,术中压疮发生的危险因素、患者术后肩痛腰痛等情况,通过查阅国内外关于术中体位改进的方法及术中压疮的预防和护理方法,对所查文献进行评价研究,对证据的可靠性、实用性做出实证,并将获得的证据与以往经验相结合,制定体位摆放流程,拟定并实施以下护理干预方案:

1.2.2.1 体位摆放方法 手术医师、麻醉师与巡

基金项目:广东省医学科学技术研究基金(A2017246)

作者单位:510060 广东省广州市,中山大学肿瘤医院手术室

*通讯作者

回护士共同将患者摆置 90° 侧卧位, 健侧上肢置于托手板上, 远端稍抬高, 患侧上肢置于支腿架上, 调整支腿架的角度使手臂自然屈曲, 上臂低于关节, 前臂伸向头端向下, 使双上肢呈环抱状。腋下垫 10 cm 腋垫, 腰部垫 10 cm 高分子凝胶垫, 可有效支撑腰部, 预防压疮^[7], 为防止侧胸过度悬空, 在腋垫和腰垫间使用 5~8 cm 的软垫, 所有垫子放入后, 拉平床单, 确保床单平整无皱褶。调节床使头低足低各 30°, 升高腰桥使腰部间隙打开, 充分暴露后, 腹侧和背侧卷入长沙袋, 用 5 cm × 30 cm 的透明薄膜贴于髂棘上方以保护皮肤, 用宽 2.5 cm 的胶带从一侧床沿开始横过髂前上棘固定于另一侧床沿, 注意胶带不能直接贴于患者皮肤上, 应重叠贴在薄膜上防止损伤皮肤, 胶带与床沿要贴紧, 多绕几圈保证不会脱落。同法平乳头平面处用一胶带固定。健侧下肢屈曲, 患侧下肢伸直, 将两腿错开^[8], 两腿间垫软枕, 髋关节及患侧下肢用约束带固定, 放置头架。将床头背板抬高 20°, 防止头部过分低垂, 床尾抬高 20°, 使下肢血液回流。

1.2.2.2 术中体位护理 ①根据术前评估的情况, 在体位安置前预先髂棘、肩胛等骨隆突处涂抹防压疮乳膏或贴薄型泡沫敷料, 以保护皮肤。对于消瘦、年老体弱者应重点关注。②关注身体各部位情况, 防止四肢出现悬空或压迫, 手术时间过长者在脚踝处垫以足跟垫, 巡回护士术中间断抬高踝部缓解压力。③术中实时评价患者手术过程中易出的压疮高危因素。如发现床单潮湿立即加垫干净的布单或用暖风机使敷料尽快干燥, 手术时间超过 2 h 后, 可每小时倾斜手术床角度 15°~20°, 以缓解受压皮肤的局部压力^[9]。④注意保暖, 低体温是发生压疮的危险因素之一^[10], 应使用合适的加温方式维持术中体温大于 36 °C, 防止患者因低体温引起躯体血液循环不良继发压疮。⑤肿瘤切除后及时降低腰桥, 并将床回复原位。

1.3 评价指标

(1) 压疮发生率: 术毕即时查看患者皮肤, 评估并记录皮肤受压情况。出现指压不褪且大于 5 cm 的红斑记为红斑, 出现 1 个以上水泡或皮肤破损记为压疮。

(2) 术后患者体位舒适度, 眼部并发症发生率: 术后 24 h 内随防患者, 体位舒适度主要评价患者术后自觉肩痛、腰痛和四肢酸痛、麻木的程度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t*

检验; 计数资料组间率比较行 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 两组患者压疮发生率比较

观察组红斑 24 例, 髂嵴处 22 例, 肩部 2 例, 对照组红斑 48 例, 髂嵴处 37 例, 肩部 11 例, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 压疮观察组 3 例, 均位于髂嵴处, 对照组 13 例, 髂嵴处 9 例, 健侧腰部 2 例, 肩部 2 例。观察组少于对照组, 组间发生率比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者压疮发生率比较

组别	观察例数	红斑		压疮	
		例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	87	24	27.59	3	3.45
对照组	80	48	60.00	13	16.25
χ^2 值		17.854		7.884	
<i>P</i> 值		0.000		0.005	

2.2 两组患者体位舒适度评分、眼睑水肿和视物模糊发生率比较

患者的体位舒适度评分观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组有 2 例眼睑水肿, 所有患者均无视物模糊, 对照组有 14 例眼睑水肿, 5 例视物模糊, 两组发生率比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者舒适度评分、眼睑水肿和视物模糊发生率比较

组别	观察例数	眼睑水肿		视物模糊		舒适度评分
		例数	率(%)	例数	率(%)	
观察组	87	2	2.30	0	0.00	5.97 ± 0.61
对照组	80	14	17.5	5	6.25	5.05 ± 0.81
χ^2 值		11.117		5.605		8.332*
<i>P</i> 值		0.001		0.018		0.000

*为 *t* 值。

3 讨论

3.1 集束干预可降低泌尿外科升桥侧卧位下手术患者术中压疮发生率

术中压疮发生率是我国评价手术室护理工作质量的重要指标之一, 皮肤问题是围手术期护理的重点之一。升桥侧卧时患侧腰部拉升, 健侧腰部抬高, 头低足低后, 髂嵴、腰部、肩胛等骨隆突处承受的压力比侧卧位时加大, 同时身体处于倾斜状态, 与处于水平状态相比, 与床单位产生的剪切力增加, 易致局部组织缺血、缺氧, 压疮发生率也随之增加。干预实施前, 体位安置常以护士个人的经验和能力进行, 不能为患者提供标准化的护理服务。本研究实施集束化干预后, 术中压疮发生率由 16.25% 下降到 3.45%, 压红发生率也大幅下降, 差异均有

统计学意义。主要原因在于观察组在腰桥升起后,术野暴露理想前提下,将床头的背板和床尾抬高 20° ,使得下斜的坡度减少,一定程度上减轻了肩胛部和髂嵴的压力,与床单位的摩擦力变小,同时摆放体位时针对高危患者实施预保护措施,注意检查,确保床单位的平整,术中加强巡视,保持床单位干燥,这些措施有效地减少了压疮的发生率。

3.2 集束化干预护理措施实施后,增进了患者体位舒适度,减少了眼部相关并发症的发生率

对照组升桥侧卧时头部及足部长时间处于下垂状态,头部长时间处于低垂状态,一方面使胸廓上抬,影响呼吸循环;另一方面头部充血,眼内压增高,使得眼睑水肿,严重时出现视物模糊甚至导致失明^[11]。足部低垂使静脉回流减慢,下肢水肿。针对上述情况,床头背板的抬高,使头部趋于水平,房水回流顺畅,减少了眼睑水肿、视物模糊的发生率,术后肩部腰部疼痛的发生率亦有所下降,有效地提高了患者的体位舒适度。

3.3 集束化干预改良体位摆放用具,使摆置过程简便快捷,提高患者安全系数和医师满意度

对照组的体位摆放用物较多,操作繁琐,档板固定耻骨联合及骶尾部,如固定过紧,受力点皮肤发生潮红及水泡的机率增大,过松则左右晃动,且术中调节腰桥高度或复位时,档板向会阴移位,有损伤外生殖器危险^[12]。针对这些情况,应用集束干预策略,改良了体位摆放用具,使用轻便易获得的胶布和薄膜替代了厚重的档板,胶带与皮肤粘贴牢固,无晃动或胶带松脱、移位等情况发生,胶带接触部位皮肤无潮红。改良后的方法一方面节省了巡回护士拿取归位沙袋和档板的劳动时间;另一方面杜绝了档板可能引起的皮肤损伤或器官压伤等危害的发生,使患者的安全得到了保障。此外,使用胶布固定时,遮挡范围变小,空间增大,拥有更充足的消毒范围,减少了术中污染的机会,医师站位不受档板的约束,站位更宽敞舒适,对于助手而言,可更近距离地观察腹腔,获得更好的暴露效果^[8]。研究显示,医师对于改良后体位满意度评价,在操作便利、站位舒适、患者安全和总体评价4个条目,观察组得分均高于对照组,差异有统计学意义,但在术野暴露方面差异并没有统计学意义($P>0.05$),这可能是由于目前的腔镜手术比例较高所致。在固定效果方面,观察组的效果与对照组相当,表明该方法安全可行,可以达到妥善固定患者的效果。

综上所述,升桥侧卧位是并发症发生较多概率较大的高危体位之一,既往多数研究对该体位进行

改良和探讨^[4,13],但较多仅围绕降低压疮发生率进行,尚无研究针对提高患者舒适度及减少眼部并发症进行改良和探讨。集束化干预以其科学性、简洁性得到了护理人员的极大关注,是提高医疗质量和改善患者结局的一种结构化方法^[14-15]。本研究采用集束干预护理措施,有效减少术中压疮发生率,增进患者舒适度,减少眼部相关并发症的发生率,使摆放程序简单,操作便利,医师满意度增加。

4 参考文献

- [1] Joe B, Lorraine H, Sarah H, et al. Reducing VAP by instituting a care bundle using improvement methodology in a UK paediatric intensive care unit[J]. Eur J Pediatr, 2012, 171(2): 323-330.
- [2] 侯晓敏, 苏青, 郑莉丽, 等. 集束化护理干预预防神经外科手术患者术中压疮[J]. 护理学杂志, 2015, 30(16): 52-55.
- [3] 赵玉华. 集束化护理干预对异位妊娠腹腔镜患者整体机能恢复的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(9): 46-47.
- [4] 张春华, 张军花, 姚艳. 集束干预在预防泌尿外科术中升桥侧卧体位并发症中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(6): 421-422.
- [5] 徐秀珍, 王芝静, 孙杰, 等. 集束化护理在神经外科侧卧位手术患者体位安置与压疮防护中的应用[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(15): 1687-1690.
- [6] 侯晓敏, 钟奕, 姜好, 等. 肾脏手术患者升桥侧卧位适宜桥角度的研究[J]. 护理学杂志, 2016, 31(10): 53-55.
- [7] 张云凤, 宋思贤, 梁亮芳. 医用高分子凝胶体位垫在侧卧位手术中预防急性压疮的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(20): 49-50.
- [8] 冯祖莲, 谭月仙. 屈髋屈膝侧卧位在后腹腔镜肾手术中的应用[J]. 护理学杂志, 2013, 28(2): 54-55.
- [9] 何玉荣, 郭小玲, 李新云. 自制三角形体位垫与“C”型头圈在俯卧位下胸腰椎后路手术患者预防压力性损伤中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(8): 118-119.
- [10] 徐慧. 伤口造口小组在压力性损伤高危患者皮肤管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(20): 67-68.
- [11] Hakimoğlu S, Tuzcu K, Davarc I, et al. Comparison of sugammadex and neostigmine-atropine on intraocular pressure and postoperative effects[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2016, 32(2): 80-85.
- [12] 张燃. 2种不同侧卧位在泌尿外科手术中的应用效果观察[J]. 四川医学, 2012, 33(6): 1038-1040.
- [13] 柏艳芳, 刘艳玲, 李凤姣. 泌尿外科手术升桥侧卧位的改良研究[J]. 当代护士, 2018, 25(12): 97-98.
- [14] 陈霞. 集束化护理理念的临床应用现状[J]. 天津护理, 2015, 23(2): 181.
- [15] 黄维健, 曲华. 集束化干预策略在手术相关压疮跟踪管理中的应用[J]. 护理学杂志, 2016, 31(8): 36-37.

[2020-01-30 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

护理目标管理预防 VV-ECMO 并发症的临床观察

熊文珍

【摘要】 目的 探究护理目标管理预防静脉-静脉体外膜肺氧合(VV-ECMO)并发症的效果。**方法** 选取2016年2月—2018年12月于医院接受VV-ECMO治疗的重症肺炎患者48例,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各24例。对照组行常规护理,观察组行护理目标管理,比较两组自我效能、并发症发生率及护理满意度。**结果** 护理后,观察组角色功能、情绪控制、与医生沟通、症状管理评分均高于对照组($P<0.05$);观察组护理总满意度高于对照组($P<0.05$);观察组并发症总发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 护理目标管理可细化和明确护理事项,为患者提供全面护理服务,降低VV-ECMO治疗过程中的并发症发生率,提高患者自我效能和护理满意度。

【关键词】 护理目标管理;静脉-静脉体外膜肺氧合;并发症;预防

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.037

体外膜肺氧合(ECMO)是将体内的血液通过特殊装置引出体外,并在回输到体内之前通过人工肺、心脏实现有效氧合^[1]。因ECMO置入方便且价格相对低廉,目前已成为救治常规生命支持无效患者的重要方法,但因ECMO治疗过程中涉及多方面的操作,且支持时间较长,常易发生多种并发症,影响救治效果^[2]。资料显示,全面且适宜的护理措施可确保ECMO系统顺利运行,减少并发症,改善患者预后^[3]。护理目标管理为新型护理管理方法,该方法通过制定护理目标,有计划、有目的、有步骤地为患者提供护理服务,提高护理效率^[4]。目前,护理目标管理已应用于ECMO并发症患者,其效果满意^[5]。本研究将护理目标管理应用于静脉-静脉体外膜肺氧合(VV-ECMO)患者,以探究其对VV-ECMO并发症的预防效果,并分析其对患者自我效能、护理满意度的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2016年2月—2018年12月于医院接受VV-ECMO治疗的重症肺炎患者48例,纳入条件:满足重症肺炎的相关标准^[6];同意接受VV-ECMO治疗;在呼吸机纯氧条件下患者经皮血氧饱和度小于85%;患者或者其家属均签署知情同意书,本研究经本院伦理学委员会研究批准同意。排除条件:

ECMO相对或绝对禁忌证;治疗时发生心功能衰竭或者阴阳综合征需更改模式。按照组间基线资料可比的原则等分为对照组和观察组,各24例。对照组男14例,女10例;年龄24~71岁,平均 53.3 ± 4.7 岁;发病到接受ECMO治疗时间17~73 h,平均 43.1 ± 4.4 h。观察组男16例,女8例;年龄23~73岁,平均 53.8 ± 4.2 岁;发病到接受ECMO治疗时间为16~71 h,平均 42.5 ± 4.8 h。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,内容包括严密监测生活护理和生命体征等。

1.2.2 观察组 行护理目标管理,内容包括:组建护理管理小组,由责任护士、护理组长以及护士长组成目标管理小组;培训及考核:组织小组成员开展知识培训,让其了解掌握处理常见意外情况的正确方法和维护管路系统的基本方法,能熟练使用紧急手摇柄,培训后应进行考核,考核合格后才能正式进入小组。制定护理目标:查阅、总结相关护理文献,根据文献再结合患者具体情况制定科学的护理目标,并将其制作成表格,打印后于床边放置,方便核查和实施。具体护理目标:

1.2.2.1 确保管路畅通 ECMO置管直径多较大,脱出易导致大出血,甚至危及患者生命。穿刺置管后,有效固定管路,避免管路发生打折;固定后标记穿刺深度,定时检查置管深度,若深度发生变化需及时向医师反馈;吸痰或翻身时需有效保护管路,避免管路脱出。定时检测电源、气源,避免机械故障。治疗过程中需有效镇静、镇痛,并定时评估镇静深

基金项目:广东省自然科学基金项目(编号:2018A030313058)
作者单位:510220 广东省广州市,暨南大学医学院附属广州红十字会医院重症医学科

度, RASS 评分维持在 3~4 分, 防止因患者躁动而发生意外拔管。

1.2.2.2 确保 ECMO 机器运行顺畅 ECMO 机器与呼吸机的摆放位置应正确, 分别在患者右侧、头端放置 ECMO 机器和呼吸机, 于患者头端右上方或左上方放置输液系统, 有序摆放输液管、各种管路和电线, 并有效固定; 密切监测、记录 ECMO 机器的流量和转速; 认真检查氧合器中是否存在气泡, 严密监测体温及水箱温度, 若水箱温度异常需及时调整。认真检查管路中是否存在气泡, 确保管路密闭, 避免空气栓塞发生。

1.2.2.3 严密监测栓塞和出血现象 ECMO 管路和血液接触常易导致血液凝固, 致使血栓形成, 故管路运行时需严格抗凝, 以普通肝素钠行全身肝素化, 定时检测 APTT 或者 ACT, 维持 APTT 于 60~70 s 或 ACT 于 160~200 s。定时检测血小板计数, 维持其大于 $70 \times 10^9/L$, 若其小于 $50 \times 10^9/L$ 需及时输注血小板。定时检查氧合器内是否存在血栓, 若存在则需及时调整抗凝剂量, 避免血栓形成。严密观察下肢远端供血, 定时检查皮肤是否出现花斑及足背动脉穿刺处是否渗血。严密监测患者有无便血, 若便血较多需应及时向医师反馈。

1.2.2.4 严密监测呼吸功能 ECMO 治疗重症肺炎是让肺充分休息, 以恢复其自身功能, 故需行肺保护性通气。治疗时需监测、记录呼吸机参数, 严密观察平台压、气道峰压、气道压。加强吸痰护理, 确保气道畅通, 严密观察分泌物的量、性质, 吸痰时需保护管路, 避免其脱出。严密检测胸片变化, 如病情需要则采用纤维支气管镜吸痰。定时监测气管插管的气囊压力, 避免因气囊压力较小发生误吸。

1.2.2.5 严密监测血流动力学 持续进行心电监护, 严密观察心率和血压变化情况, 定时测量中心静脉压。严密监测尿量变化, 若因病情需要可给予利尿剂, 避免液体过多而导致组织水肿和肺水肿。患者病情改善需撤出 ECMO 前, 应严格遵医嘱调整流量和转速; 护理人员必须能够正确使用常用急救药物, 以便在患者生命体征变化时能快速、正确地抢救患者。

1.2.2.6 感染防控 患者在接受 ECMO 治疗时, 应始终贯穿着感染防控工作, 不仅需要有效控制肺部感染, 而且还应防控导管相关血流感染。ECMO 选择直径较粗的置管, 容易对局部皮肤造成损伤, 同时穿刺点的渗血现象比较严重, 所以容易发生导管相关血流感染。护理人员在日常护理工作中, 应重视穿刺点的消毒工作, 严密观察穿刺点及其周围

皮肤, 对脓性分泌物进行及时发现, 操作期间应严格遵循相关的无菌操作原则, 并加强手卫生工作。患者尽可能住单人病房, 病房应定期消毒, 并选择消毒液对仪器设备和床头柜定时擦拭, 对 ECMO 机械装置喷洒消毒。将床头适当抬高, 避免发生呼吸机相关肺炎, 护理人员还应重视患者的口腔护理, 保持患者口腔清洁。定时测量体温和相关炎性指标, 了解其变化情况, 结合患者具体情况选择最佳的抗生素进行抗感染治疗。

1.2.2.7 加强基础护理 定时协助患者翻身, 严密观察骶尾部是否存在皮肤破损和皮肤红肿, 以防压疮。被服和床单应定时更换, 及时擦除大便。在上述操作过程中, 翻身幅度不宜过多, 以防管路脱出, 如果穿刺点渗血较多则应减少翻身次数。

1.2.2.8 加强自身防护, 防止医护感染 部分重症肺炎存在传染性, 故护理人员要加强防护工作, 认真遵循三级防护, 根据需要戴好护目镜, 穿好防护服。排班合理优化, 防止护理人员疲劳工作, 若护理人员出现不适, 应停止工作, 及时就医。

1.3 观察指标

1.3.1 两组自我效能比较 护理干预后, 选择自我效能中文版量表^[7] 对患者的自我效能进行调查, 调查内容包括与医生沟通、角色功能、情绪控制、症状管理, 得分越高表示自我效能越理想。

1.3.2 两组并发症发生情况比较 并发症包括管路滑脱、血栓形成、感染、消化道出血、压疮等。

1.3.3 两组护理满意度比较 采用医院自制的调查表, 调查护理满意度, 满分 100 分。较满意: 85~100 分、一般满意: 60~84 分、不满意: <60 分, 满意度 = (较满意 + 一般满意) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 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; 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 两组护理后自我效能比较

护理后, 观察组角色功能、情绪控制、与医生沟通、症状管理等各项自我效能评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组并发症发生情况比较

观察组患者并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组护理后自我效能比较（分）

组别	例数	角色功能	情绪控制	与医生沟通	症状管理
对照组	24	6.25 ± 1.71	6.34 ± 1.66	6.18 ± 1.83	7.11 ± 1.18
观察组	24	7.46 ± 1.43	7.54 ± 1.31	7.37 ± 1.22	8.12 ± 1.24
<i>t</i> 值		2.659	2.780	2.651	2.891
<i>P</i> 值		0.011	0.008	0.011	0.006

表 2 两组并发症发生情况比较

组别	例数	管路滑脱	血栓形成	感染	消化道出血	压疮	总发生率（%）
对照组	24	1	2	2	1	2	33.33
观察组	24	0	0	0	0	1	4.17

$\chi^2=4.923$, $P=0.027$ 。

2.3 两组护理满意度比较

有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

观察组患者护理总满意度高于对照组，差异具

表 3 两组护理满意度比较

组别	例数	较满意	一般满意	不满意	总满意度（%）
对照组	24	11	7	6	75.00
观察组	24	16	8	0	100.00

$\chi^2=4.762$, $P=0.029$ 。

3 讨论

在重症医学科病房内，ECMO 技术是一项较为复杂的技术，护理任务重要且繁重。目前国内大多数医院及医护人员对 ECMO 技术知识与临床经验积累不够丰富，难以对患者进行规范化的护理管理，尤其是难以预见性地对相关并发症进行预防与处理，导致 ECMO 并发症发生率居高难下^[8-9]。重症患者因病情危重多存在严重痛苦，且其不了解 ECMO 治疗的机理，单纯认为 ECMO 将体内的血液引出体外治疗是针对极其严重的疾病采取的治疗手段，且治疗期间常易出现程度不同的并发症，故患者常产生悲伤、恐惧等不良情绪，影响其生理、心理与社会能力，导致其自我效能低下，降低其治疗依从性，影响后续治疗，甚至产生恶性循环，促进疾病进展^[10-11]。

护理目标管理是在护理过程中各层级护理人员参与制定护理目标，并将护理目标分工至每一位护理人员，以明确其职能及责任，从而使其在实施目标时主动履行护理职责，实现自我控制，并及时对护理效果进行评价与反馈，针对性的处理，以达到

获得最佳护理效果的护理管理方法^[12]。护理目标管理针对每项护理内容设置明确的护理目标，并将其量化为具体的条目，并根据条目为患者提供护理服务，实现护理管理的规范化^[13]。护理目标管理可优化配置现有的相关资源，充分调动现有资源，实现现有资源的应用最大化^[14]。护理目标管理可充分调动护士的工作积极性、创造性，推动护理人员自觉遵守护理规范，提升护理服务能力，提高护理工作效率和质量^[15]。护理目标管理可有效减少护理的主观性及盲目性，实现护理质量的同质化及护理工作的同质化管理，从而提高护理质量，有效减少患者痛苦，使患者感受到护理人员的细心呵护，从而改善患者心理，缓解其不良情绪，提高其自我效能^[16]。

本研究中，护理后观察组的角色功能、情绪控制、与医生沟通、症状管理评分优于对照组，观察组并发症总发生率低于对照组，观察组护理总满意度高于对照组，提示护理目标管理可有效提高重症肺炎患者的自我效能及护理满意度，减少并发症发生率，较常规护理具有优势。

综上所述，采用护理目标管理可细化和明确护理事项，为患者提供全面护理服务，减少 VV-

ECMO 治疗过程中的并发症, 提高患者自我效能和护理满意度。

4 参考文献

- [1] Quintel M, Bartlett RH, Grocott MPW, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Respiratory Failure[J]. Anesthesiology, 2020, 132(5): 1257-1276.
- [2] Hadaya J, Benharash P. Extracorporeal Membrane Oxygenation[J]. JAMA, 2020, 323(24): 2536.
- [3] 桑宝珍, 蒋崇慧, 侯六生, 等. 体外膜肺氧合救治成人中心源性休克患者相关并发症的护理[J]. 岭南急诊医学杂志, 2018, 23(3): 284-285, 293.
- [4] 吴慧艳, 孙洪微. 患者安全目标标准化护理管理的实践与应用效果分析[J]. 中国医院管理, 2020, 40(8): 94-96.
- [5] 金莹, 王金柱, 杨向红, 等. 护理目标管理策略预防体外膜肺氧合并发症的效果分析[J]. 护理学报, 2019, 26(4): 14-16.
- [6] 胡佳, 周伟, 周志明, 等. 炎症指标对缺血性脑卒中卒中后抑郁的预测价值[J]. 南方医科大学学报, 2019, 39(6): 45-51.
- [7] 孙垚, 高蕾, 李亚芳, 等. 中文版类风湿关节炎自我效能感量表的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(1): 32-36.
- [8] Badulak JH, Shinar Z. Extracorporeal Membrane Oxygenation in the Emergency Department[J]. Emerg Med Clin North Am, 2020, 38(4): 945-959.
- [9] MacLaren G, Schlappbach LJ, Aiken AM. Nosocomial Infections During Extracorporeal Membrane Oxygenation in Neonatal, Pediatric, and Adult Patients: A Comprehensive Narrative Review[J]. Pediatr Crit Care Med, 2020, 21(3): 283-290.
- [10] Haiduc AA, Alom S, Melamed N, et al. Role of extracorporeal membrane oxygenation in COVID-19: A systematic review[J]. J Card Surg, 2020, 35(10): 2679-2687.
- [11] Sanford Z, Madathil RJ, Deatrick KB, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for COVID-19[J]. Innovations (Phila), 2020, 15(4): 306-313.
- [12] 熊燕, 龚贝贝, 韦彩云, 等. 基于目标管理的新型冠状病毒肺炎应急防护培训方案的实施效果[J]. 广西医学, 2020, 42(13): 1718-1720, 1727.
- [13] 王颖, 郭晓贝, 鲁志卉, 等. 基于目标管理理念的护理不良事件规范化管理[J]. 护理学杂志, 2020, 35(2): 1-4.
- [14] 韩晓伟, 仲崇华, 蓝仁佳, 等. 目标管理在断指再植术后护理中的应用[J]. 实用外科杂志, 2020, 34(1): 106-108.
- [15] 刘春萍. 基于目标管理理论的优质护理在肝硬化住院患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(7): 61-63.
- [16] 高侨, 李俊逸, 张金蕊. 目标管理理论在临床护理管理中的应用及分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30(17): 396-397.

[2020-04-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

疫情报道高频术语(四)

序号	学科	规范用词	英文	定义	来源	公布年份
03.0148	感染病学 - 病原体感染 - 病毒感染	包膜突起	peplomer body	在病毒脂质包膜上有一种或几种糖蛋白, 在形态上形成的突起。如流感病毒的血凝素和神经氨酸酶。	感染病学名词	2019
03.0219	感染病学 - 病原体感染 - 病毒感染	血氧饱和度	saturation of blood oxygen	血液中被氧结合的氧合血红蛋白的容量占全部可结合的血蛋白容量的百分比。即血液中氧的浓度。是呼吸循环的重要生理参数。	感染病学名词	2019
03.0182	感染病学 - 病原体感染 - 病毒感染	病毒变异	viral mutation	病毒基因组在病毒增殖过程中所发生的突变。病毒的自然变异是非常缓慢的, 但这种变异过程可通过外界因素的强烈刺激而加快。许多化学和物理因素均可用来诱发突变, 如亚硝酸、羟胺、高温及抗病毒药物等。	感染病学名词	2019
04.0245	感染病学 - 特殊感染及感染相关问题 - 动物传染病	动物宿主	animal host	为病原体提供营养和生活场所的动物。	感染病学名词	2019

(全国科学技术名词审定委员会提供)

“信息需求评估联合模拟演示教育”在社区脑卒中偏瘫患者健康管理中的应用

陆宏艳

【摘要】目的 探讨信息需求评估联合模拟演示教育在社区脑卒中偏瘫患者健康管理中的应用效果。**方法** 选取社区2019年1月—2020年1月就诊居家的脑卒中患者160例,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组,各80例。对照组采取常规健康教育,观察组在对照组基础上实施信息需求评估联合模拟演示教育,分别采用肢体运动功能评价量表(FMA)、健康促进生活方式量表(HPLP II)进行评分,比较两组患者的功能恢复效果及健康促进生活方式情况。**结果** 观察组上、下肢功能FMA评分高于对照组($P<0.05$);观察组健HPLP II评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 信息需求评估联合模拟演示教育在社区脑卒中偏瘫患者健康管理中的应用,能促进功能恢复,改善患者生活方式。

【关键词】 信息需求评估;模拟演示教育;脑卒中偏瘫;健康管理

中图分类号 R473.2 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.038

社区卫生服务中心承担着疾病家庭随访、慢性病管理等公共卫生职责,是促进慢性病康复的重要环节^[1-2]。脑卒中偏瘫是社区卫生服务中心常见慢性病,超过80%的脑卒中偏瘫患者恢复期需在社区卫生服务中心接受后续治疗及康复训练^[3-4]。健康管理强调以自我为主体,明确健康风险因素,从知识、信念、行为3方面全面管理,防控社区脑卒中偏瘫患者健康风险因素,使其保持健康状态的重要方法。信息需求评估联合模拟演示教育通过问卷调查评估健康信息需求,确定健康教育内容,以模拟演示形式开展健康教育,以强化健康信念、丰富健康知识,促进健康行为形成。本研究在脑卒中偏瘫患者健康管理中应用信息需求评估联合模拟演示教育,探究其对患者功能恢复效果及健康促进生活方式的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取社区2019年1月—2020年1月就诊居家的脑卒中患者160例,纳入条件:首发脑卒中,且符合脑卒中诊疗指南诊断标准;经头颅CT、MRI检查确诊;接受院内治疗,且体征指标稳定、神经系统症状无进展;精神状态评价良好(MMSE ≥ 23 分);医院医学伦理委员会批准,且已签署知情同意书。排除条件:存在文字阅读、语言交流障碍;既往有

精神疾病史;伴有严重的重要脏器疾病;研究期病情恶化或其他原因退出。按照组间基本特征具有可比性的原则进行分为对照组和观察组,各80例,对照组中男56例,女24例;年龄 54.13 ± 2.64 岁;病程: 22.43 ± 3.17 d;MMSE评分 27.43 ± 3.58 分;FMA评分 68.54 ± 4.25 分。观察组中男58例,女22例;年龄 54.31 ± 2.72 岁;病程 22.69 ± 3.25 d;MMSE评分 27.58 ± 3.67 分;FMA评分 69.13 ± 4.31 分。两组性别、年龄、病程、MMSE评分、FMA评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 健康教育方法

对照组采取常规健康教育,包括健康手册教育、上门随访教育(每2周1次)、微信平台宣教(推送康复训练视频及图文)等。观察组在常规健康教育基础上加以信息需求评估联合模拟演示教育,具体如下:

1.2.1 信息需求评估

(1)信息需求评估问卷:借助自制的“社区脑卒中偏瘫患者信息需求调查问卷”开展信息需求调查,问卷Cronbach's α 系数为0.835,问卷包括2大模块,分别为健康教育途径、健康教育内容,其中健康教育途径包括社区服务、组织病友会、开办讲座、网上教育、健康手册5个选项,健康教育内容模块包括脑卒中疾病知识(包括作用机制、临床表现、发病趋势、诊断治疗、并发症及防护5个条目)、脑卒中偏瘫基础知识(包括发病趋势、运动功能评估、功能恢复分期、功能恢复效果4个条目)、

肢体康复护理（包括康复原则、康复训练项目、康复治疗、康复训练分期、康复护理内容 5 个条目）、居家自我管理（包括饮食管理、用药管理、训练管理 3 条目）4 个维度，共 17 个条目，每条目对应“不需求”、“需求”、“迫切需求”3 个选项，如条目对应“需求”、“迫切需求”人数在总人数中占比超过 70%，则纳入需求信息范畴^[5]。

（2）信息需求评估结果分析：护理人员通过上门随访发放调查问卷，进行说明并协助患者完成问卷调查，现场回收，共发放 80 份，回收有效问卷 80 份，回收有效率为 100%；对回收问卷进行整理、分析，得到“最倾向”的健康教育途径为组织病友会（89%）、开办讲座（84%）；被纳入需求信息范畴有脑卒中偏瘫基础知识维度条目、肢体康复护理维度条目、脑卒中知识维度部分条目（发病率、致残致死率、并发症及防护）。

1.2.2 模拟演示教育 护理人员从 2018 年度接治且现肢体功能恢复良好（FMA ≥ 80 分）的脑卒中偏瘫患者为交流病友，组织开展病友交流会，以“脑卒中偏瘫”为中心，互动交流脑卒中偏瘫“发病趋势”“肢体功能评估”“康复治疗”“康复训练项目”“康复护理项目”“居家自护技巧”等相关知识，教育时长 20 min^[6]。同时，借此机会开展模拟演示教育，每个月 2 次，每次 30~40 min。护理人员根据康复训练项目、康复护理项目及居家自护项目创建模拟演示主题，包括抗痉挛体位、肢体被动运动、卧床翻身训练、桥式运动、坐站位训练、步行训练、镜像运动疗法、患肢按摩推拿、患肢中药熏洗等，护理人员或病友介绍相关训练或护理项目，现场分步演示训练或护理操作，说明作用机制及注意事项，并指导患者自行练习，以镜像运动疗法、患肢按摩推拿为例说明模拟演示教育^[7]。

（1）镜像运动疗法：护理人员介绍镜像运动疗法实施步骤、治疗桌制作（带底座的 40 cm $\times$ 40 cm 镜子固定桌面），并现场演示镜像运动疗法；治疗桌前端坐，上肢分置镜两侧，其中健侧上肢置于镜面侧，患侧肢体置于镜反面，指导开展健侧上肢运动，包括腕关节背伸或屈曲、前臂旋前、手指舞、手抓握等，通过镜面观察健侧肢体动作，想象患肢同步练习相应动作，而后患肢尝试与健肢动作一致，逐渐增大训练动作难度，由 1 维逐渐过渡至 3 维，每天早晚各 1 次，每次 30 min^[8]。

（2）患肢按摩推拿：护理人员展示人体穴位分布图，说明患肢按摩推拿所涉穴位及取穴方法，现场演示按摩推拿操作，并指导患者、家属协同训练；

选取曲泽、少海、曲池、足三里、天府、外关、委中、秉风及天宗穴，以拇指、示指指腹对穴位点实施顺时针旋转按揉，每天 2 次，每次每穴位 1 min；沿背部脊柱两侧由上至下实施按摩推拿，以滚法按摩对腰骶部、臀部、大腿后及跟腱实施按摩推拿，每次 10~20 min^[9]。

1.3 评价指标

（1）功能恢复效果：干预 4 周后，护理人员借助肢体运动功能评价量表（FMA）评价功能恢复效果，量表包括上肢、下肢 2 部分，上肢包括 8 个维度，共 33 个条目；下肢包括 6 个维度，共 17 个条目，均采用 3 级评分法，分值范围 0~2 分，总分 100 分，评分高低与功能状态优良保持一致^[10]。

（2）健康促进生活方式：干预 4 周后，护理人员借助健康促进生活方式量表（HPLP II）进行评价，量表包括 6 个维度，分别为运动管理、健康责任、人际关系、压力应对、营养管理、自我实现，共 52 个条目，均采用 4 级评分，包括从不、有时、经常、一直，对应分值 1~4 分，总分 208 分，根据评分分级，52~90 分，则生活方式差；91~129 分，则生活方式一般；130~168 分，则生活方式良好，169~208 分，则生活方式优秀^[11]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行统计分析，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验；等级资料比较采用两独立样本的 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 两组功能恢复效果比较

健康教育干预后，观察组肢体运动功能评价量表（FMA）上、下肢功能评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组健康促进生活方式比较

健康教育干预后，观察组健康促进生活方式量表（HPLP II）评价高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 1 两组功能恢复效果比较

组别	例数	上肢功能	下肢功能
对照组	80	50.87 $\pm$ 2.57	29.05 $\pm$ 1.79
观察组	80	52.21 $\pm$ 2.48	30.01 $\pm$ 1.67
t 值		3.356	3.508
P 值		0.001	0.001

表 2 两组健康促进生活方式比较

组别	例数	差	一般	良好	优秀
对照组	80	23	22	25	10
观察组	80	10	20	33	17

秩和检验： $u=2.728$ ， $P=0.006$ 。

3 讨论

偏瘫是脑卒中患者中常见后遗症，沈玉萍等研究显示^[12]，超过50%的脑卒中患者遗留有偏瘫症状，因恢复进程缓慢、病程长，加之患者疾病认知水平低、自护能力不足且缺乏健康生活方式，导致肢体运动功能恢复慢、生活质量降低，应加强社区居家健康管理。

本研究在脑卒中偏瘫患者健康管理中应用信息需求评估联合模拟演示教育，结果显示，观察组FMA评价量表上、下肢功能评分均高于对照组($P<0.05$)，观察组健康促进生活方式量表(HPLP II)评分高于对照组($P<0.05$)。研究借助社区脑卒中偏瘫患者信息需求调查问卷评估脑卒中偏瘫患者信息需求，明确了患者的健康教育途径倾向及信息需求，为健康教育明确了方向，能保证健康教育针对性，改善健康教育效果^[13]。研究面向患者开展病友交流会，逐一介绍脑卒中偏瘫的发病趋势、肢体功能评估、康复治疗、康复训练项目、康复护理项目、居家自护技巧等健康知识，实现了对脑卒中偏瘫知识的梳理，引导患者正确认识脑卒中偏瘫，促使其对运动管理、营养管理、康复治疗、康复训练等健康管理内容有全面认知，全面提升其自护能力，可促进患者形成健康生活方式。研究面向患者开展模拟演示教育，根据康复训练项目、康复护理项目及居家自护项目创建模拟演示主题，由病友或护理人员根据主题现场演示相应护理操作、康复锻炼项目，如镜像运动疗法、穴位按摩、肢体推拿等，以强化其对肢体康复训练要点的掌握，可显著增强护理效果及锻炼效果，促进肢体功能恢复^[14-15]。

综上所述，信息需求评估联合模拟演示教育在社区脑卒中偏瘫患者健康管理中的应用，能促进功能恢复，改善患者生活方式。

4 参考文献

[1] 叶頔, 胡军, 鲁银山, 等. 情景模拟互动训练对脑卒中患者日常生活自理能力及生活质量的影响[J]. 中国康复, 2019, 34(12): 643-645.

[2] 曹永菊. 脑卒中患者康复护理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(20): 34-36.

[3] 彭胜, 朱华云, 徐永兰. 康复机器人训练对缺血性脑卒中偏瘫患者下肢运动功能的影响效果观察[J]. 中国医学装备, 2019, 16(6): 90-93.

[4] 黄雄峰, 李伟娟, 杨天富, 等. 社区康复治疗脑卒中偏瘫疗效的系统评价和Meta分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(29): 133-136.

[5] 吴洁媛. 脑卒中偏瘫患者居家康复护理需求及影响因素研究进展[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(18): 3185-3187.

[6] 颜国慧. 思维导图在脑卒中急性期并发症护理中的应用[J]. 中国当代医药, 2017, 24(14): 164-166.

[7] 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.

[8] 张焕玲, 崔静静, 陈中庆, 等. 镜像疗法结合强制性运动训练对脑卒中偏瘫患者上肢功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(13): 30-32.

[9] 刘洋, 宗涛. 针灸、穴位按摩联合康复训练治疗气虚阻络型脑卒中后偏瘫43例[J]. 环球中医药, 2017, 10(2): 231-234.

[10] 吕斌, 丁玮, 孙良慧. 社区居家康复对脑卒中偏瘫康复期患者运动功能和日常生活能力的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(17): 156-157.

[11] 戴逸茹. 基于Pender健康促进理论的健康教育对冠心病PCI术后患者生活方式与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(21): 56-58.

[12] 沈玉萍, 罗园梅, 潘胜琼, 等. 社区脑卒中患者家属对健康教育需求现况调查[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(9): 8-9.

[13] 曹黎鸣. 神经内科脑卒中住院患者跌倒健康教育需求调查分析[J]. 当代护士(中旬刊), 2017, (6): 103-106.

[14] 李艳彬, 蔡玉芬, 李博. 镜像疗法对脑卒中所致偏瘫的效果分析[J]. 中国医师杂志, 2019, 21(7): 1089-1091.

[15] 郭镜, 于洪宇, 高月, 等. 穴位按摩法配合康复训练对脑卒中单侧忽略患者的效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(9): 1012-1015.

[2020-04-18 收稿]
(责任编辑 崔兰英)

主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水持续气道湿化在脑卒中气管切开患者护理中的应用

俞巧兰 万小菊* 周春香 薛元峰 尹立成

【摘要】 目的 探讨主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水持续气道湿化在脑卒中气管切开患者护理中的应用效果。方法 选取 2017 年 1 月—2019 年 12 月收入医院治疗的 60 例患者为研究对象,按照年龄、性别、MMSE 评分、出血部位组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上实施主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水持续气道湿化护理,观察两组患者吸痰后脑组织循环功能变化情况以及并发症发生情况。结果 实施干预后,观察组动脉血氧分压 (PaO_2)、二氧化碳分压 (PaCO_2)、动脉血氧饱和度 (SaO_2) 指标均优于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组痰栓形成、刺激性咳嗽、肺部感染以及气管黏膜出血的总发生率为 3.33%,低于对照组的 20.00%,但组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对脑卒中气管切开患者实施主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水持续气道湿化干预,可有效改善脑组织循环功能,提高临床疗效。

【关键词】 主动呼吸循环技术; 0.45% 盐水持续气道湿化; 脑卒中; 气管切开

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.039

The application of the active respiratory circulation technology combined with 0.45% saline continuous airway humidification on the nursing of stroke patients with tracheotomy YU Qiaolan, WAN Xiaojie, ZHOU Chunxiang, XUE Yuanfeng, YIN Licheng (Lishui District People's Hospital of Nanjing, Nanjing 211200, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application effect of active respiratory circulation technology combined with 0.45% saline continuous airway humidification on the nursing of stroke patients with tracheotomy. **Methods** To select 60 patients admitted in the hospital from January 2017 to December 2019 as the study objects, according to the age, gender, the score of MMSE, bleeding site were compared between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 30 cases in each group. The control group was given the routine nursing, the observation group was given the active respiratory circulation technology combined with 0.45% saline continuous airway humidification based on the control group. Cerebral circulatory function change after suction and incidence of complications were observed between two groups. **Results** After intervention, the index of blood oxygen partial pressure (PaO_2), carbon dioxide partial pressure (PaCO_2) and arterial oxygen saturation (SaO_2) in the observation group were better than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The total incidence of the formation of sputum bolt, irritant cough, lung infection and tracheal mucosal hemorrhage of the observation group was 3.33% which is lower than the control group's 20.00%, there was no statistical difference between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The application effect of active respiratory circulation technology combined with 0.45% saline continuous airway humidification on the nursing of stroke patients with tracheotomy could improved the cerebral circulatory function and clinical effect.

【Key words】 Active respiratory circulation technology; 0.45% saline continuous airway humidification; Stroke; Tracheotomy

基金项目: 南京市医学科技发展项目 (编号: YKK17230);
江苏大学临床医学科技发展基金项目 (编号: JLY20180216)
作者单位: 211200 南京市溧水区人民医院神经外科七病区
* 通讯作者

气管切开是脑卒中患者急性发作期的重要抢救措施,但是由于气管切开后,上呼吸道自主升温、加湿以及过滤、咳嗽功能低时,气道防御功能减弱,易形成痰痂,严重者可引起肺炎^[1]。为此如何有效的对气管切开脑卒中患者实施气道管理,顺利拔除人工气道成为临床护理的首要难题。主动呼吸循环技术是指患者主动完成呼吸道管理技术,是国内外较为流行的呼吸道管理技术之一,可有效清除呼吸道分泌物,改善通气功能^[2]。0.45%盐水持续气道湿化可稀释痰液,促进痰液的排除^[3]。为此本研究探讨主动呼吸循环技术结合0.45%盐水持续气道湿化在脑卒中心管切开患者护理中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年1月—2019年12月收入医院治疗的60例患者为研究对象,纳入条件:签署知情同意书,自愿参与研究;符合《中国脑血管病防治指南》的诊断标准,并经过MRI或CT确诊为脑卒中患者;初次发病;无认知功能障碍;MMSE评分>27分;年龄≥18岁。排除条件:脑梗死患者;合并全身恶性肿瘤患者;伴有严重的心、肺功能不全患者。按照年龄、性别、MMSE评分、出血部位组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组30例。对照组男19例,女11例;年龄40~78岁,平均年龄56.35±8.65岁;MMSE评分28~30分,平均28.14±0.63分;基底节区脑出血16例,小脑出血5例,丘脑出血3例,脑叶出血6例。观察组男17例,女13例;年龄41~77岁,平均年龄57.31±8.31岁;MMSE评分27~30分,平均28.12±0.64分;基底节区脑出血15例,小脑出血6例,丘脑出血4例,脑叶出血5例。两组患者年龄、性别、MMSE评分以及出血部位比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组实施常规生理盐水气道湿化护理,观察组在对照组基础上实施主动呼吸循环技术结合0.45%盐水持续气道湿化,步骤如下:

1.2.1 主动呼吸循环技术 呼吸控制:协助患者取坐卧位,嘱患者屈膝,放松胸部以及肩部,指导患者缓慢经鼻部吸气,待腹部完全隆起后屏气5 s,完成后缓慢呼气,并控制吸气、呼气时间比为1:2,在完成2次深呼吸后,用力呼气2~3次,为1个循环,每日练习3次。

1.2.2 0.45%盐水持续气道湿化 采用一次性50 ml注射器抽取0.45%盐水25 ml+灭菌用水25 ml,并以8~10 ml/h的速度滴入气道,根据患者痰液量与黏稠度调节湿化速度。在气道湿化的过程中,注意对病房消毒通风,及时清除患者口腔分泌物,定时翻身排痰。

1.3 观察指标

观察两组患者吸痰后脑组织循环功能变化情况以及并发症发生情况。吸痰结束30 min后血气分析,包括动脉血血氧分压(PaO_2)、二氧化碳分压(PaCO_2)、动脉血氧饱和度(SaO_2)^[4-5]。记录两组患者痰栓形成(吸痰时出现痰痂或痰痂阻塞吸痰管)、刺激性咳嗽(气道湿化护理中出现呛咳或连续性咳嗽)、肺部感染(患者出现发热、肺部湿罗音、X射线检查证实、白细胞增多)以及气管黏膜出血(痰中带有血丝)等并发症发生情况^[6-7]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 24.0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 两组患者吸痰后脑组织循环功能变化情况比较

观察组 PaO_2 、 PaCO_2 、 SaO_2 均优于对照组,组间比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者并发症发生情况比较

观察组并发症发生率低于对照组,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。

表1 两组患者脑组织循环功能变化情况比较

组别	例数	PaO_2 (mmHg)	PaCO_2 (mmHg)	SaO_2 (%)
对照组	30	94.21 ± 3.25	39.65 ± 4.49	96.11 ± 1.97
观察组	30	99.32 ± 3.97	37.38 ± 3.18	97.54 ± 1.21
t 值		5.455	2.260	3.388
P 值		0.000	0.028	0.001

表2 两组患者并发症发生情况比较

组别	例数	痰栓形成	刺激性咳嗽	肺部感染	气管黏膜出血	发生率(%)
对照组	30	1	1	3	1	20.00
观察组	30	0	0	1	0	3.33

校正 $\chi^2=2.588$, $P=0.108$ 。

3 讨论

脑卒中气管切开后虽然通气功能得到改善,但是由于该操作属创伤性操作,使患者的呼吸道屏障遭到破坏,对吸入气体的温度以及适度调节能力降低,导致呼吸道失去水分^[8-9]。且黏膜干燥时呼吸道分泌物湿化不彻底,黏附在气道壁上,影响患者换气功能,加重病情。因此临床多采用气道湿化护理,而气道湿化液选取生理盐水^[10]。近几年来研究发现,将生理盐水滴入气管中,不仅不能对痰液起到稀释作用,并可引起支气管阻塞^[11]。此外,由于生理盐水进入气道后水分蒸发,盐分聚集在器官中形成高渗状态,可引起支气管水肿,不利于气体交换,甚至引起患者呛咳,将痰液转移至肺部,引发肺部感染^[12]。

主动呼吸循环技术主要包括呼吸控制、胸廓扩张运动以及用力呼吸三部分,可通过增强呼吸肌的收缩能力,调整呼吸频率,清除气道分泌物,增加动脉氧分压,改善 SpO_2 。采用 0.45% 盐水在气道湿化中,通过降低渗透压以及渗透速度,降低蒸发速度,且蒸发后的残留部分与呼吸系统渗透压较为相近,快速促进气道功能的恢复,加强纤毛摆动,降低痰痂以及痰栓的形成。并通过稀释痰液,降低肺部感染的发生风险。

本研究结果显示,观察组患者 PaO_2 、 $PaCO_2$ 、 SaO_2 指标均优于对照组,说明主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水气道湿化可行性较高。

综上所述,对脑卒中气管切开患者实施主动呼吸循环技术结合 0.45% 盐水持续气道湿化干预,可有效改善脑组织循环功能,预防并发症的发生,提高临床疗效。

4 参考文献

- [1] Zhang Y, Yun M. The mechanism of active respiratory circulation in patients with chronic respiratory failure

COPD[J]. Cluster Computing, 2019, 22(2): 4703-4709.

- [2] 刘英,肖涛,张小红,等. 国内气管切开后非机械通气患者气道湿化方法的网状 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(29): 2304-2309.
- [3] 张秋雁. 0.45% 盐水气道湿化在小儿肺炎机械通气吸痰中的效果[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(21): 34-35.
- [4] Ferrara F, Gargani L, Ostensfeld E, et al. Imaging the right heart pulmonary circulation unit: Insights from advanced ultrasound techniques[J]. Echocardiography, 2017, 34(8): 1216-1231.
- [5] 陈子红,黄劼,陆维佳,等. 小量恒定带氧气道湿化器的临床应用效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(20): 1583-1585.
- [6] 徐月花,金建芬,汤阿毛,等. 气管切开放式吸痰患者对人工膨肺吸痰的接受度调查及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(20): 2555-2560.
- [7] 郑肖林,刘立天,宿桂霞,等. 3 种护理方法预防气管切开患者颈部皮肤损伤的效果比较[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(6): 37-40.
- [8] 刘超,万明珠,段榴斯,等. 呼吸神经生理促进疗法结合功能性电刺激对脑卒中后呼吸功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(5): 321-324.
- [9] 何丽明,李浅峰,梁伟容,等. 基于 Brunnstrom 分期的早期康复护理对脑卒中患者神经功能恢复与生存质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(13): 52-53.
- [10] 李宁,马飞飞,孙洁,等. 简易呼吸器结合呼吸功能训练在脑卒中气管切开患者气道管理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(7): 540-543.
- [11] 李琳. 综合护理在颅脑损伤患者行气管切开术围术期护理中的应用效果[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(15): 2242-2244.
- [12] 邹田子,方萍萍. 一体化排痰护理在神经康复病区气管切开后合并肺部感染患者中的应用[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(17): 1612-1614.

[2020-04-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

旋腕运动操联合微波热疗预防老年 PICC 化疗患者静脉血栓的效果分析

王慧芳 张小红 符玲萍

【摘要】目的 探讨旋腕运动操联合微波热疗预防老年 PICC 化疗患者静脉血栓的临床效果。**方法** 选择 2018 年 2 月—2020 年 2 月医院收治的老年 PICC 化疗患者 164 例为研究对象,按照组间性别、年龄、TNM 分期匹配的方法分为对照组和观察组,每组 82 例,对照组患者采用常规护理,观察组患者在对照组基础上给予旋腕运动操联合微波热疗。比较两组患者化疗期间静脉血栓发生率和化疗期间纤维蛋白原(FIB)、凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶原时间(APTT)等凝血指标以及腋静脉血液流速。**结果** 观察组患者化疗期间静脉血栓发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者化疗期间 PT、APTT、腋静脉血液流速高于对照组, FIB 低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 旋腕运动操联合微波热疗能够提高置管侧腋静脉血液流速、改善凝血指标,降低老年 PICC 化疗患者静脉血栓发生率。

【关键词】 老年 PICC 化疗;旋腕运动操;微波热疗;静脉血栓

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.040

静脉输注化疗药物是恶性肿瘤治疗的重要手段,其中经外周静脉穿刺置入中心静脉导管(PICC)应用广泛,与传统颈静脉、锁骨下静脉给药等方式相比,使用时间更长,避免反复穿刺,降低药物或穿刺对外周血管的损伤,安全性较高^[1-2]。随着 PICC 在恶性肿瘤化疗患者中的广泛使用,发现 PICC 置管侧可能因活动量减少、高龄等因素导致静脉血流变缓,甚至发生静脉血栓,报道称, PICC 静脉血栓发生率为 5%~20%,而老年人群、肿瘤患者作为静脉血栓的高危因素,其发病风险更高,轻者影响化疗进程,重者出现肺栓塞造成更严重的后果^[3-4]。目前对老年 PICC 化疗患者静脉血栓的预防主要进行经验性的药物预防、增加肢体活动等常规护理,但静脉血栓发生情况仍不容乐观。微波热疗在改善血液循环,提升细胞膜渗透性方面效果明显;旋腕运动操是本研究自“预防下肢 DVT 的踝泵运动”^[5-6]中改良而来,取得了良好效果,本研究探讨旋腕运动操联合微波热疗预防老年 PICC 化疗患者静脉血栓的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 2 月—2020 年 2 月医院收治的老年 PICC 化疗患者 164 例作为研究对象,纳入条件:年龄 > 60 岁的 PICC 化疗患者;患癌前凝血功能、

上肢活动功能正常;TNM 分期 I ~ III a 期;患者认知功能、精神状况基本正常;预计生存时间 > 3 个月。排除条件:合并严重的心脑血管疾病;既往有静脉血栓史;多次接受 PICC 穿刺。按照组间性别、年龄、TNM 分期匹配的方法分为对照组和观察组,每组 82 例。观察组中男 44 例,女 38 例;年龄 61~76 岁,平均 68.12 ± 4.01 岁;TNM 分期:II a 期 34 例,II b 期 26 例,III a 期 22 例。对照组中男 40 例,女 42 例;年龄 62~78 岁,平均 67.87 ± 4.30 岁;TNM 分期:II a 期 36 例,II b 期 24 例,III a 期 22 例。两组患者性别、年龄、TNM 分期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 采用常规护理,置管后进行常规导管冲洗、定期进行敷料更换以及肝素帽更换,做好穿刺皮肤局部护理,保护导管接头,局部湿热敷等。指导患者置管侧上肢适当活动,避免大幅扩胸、上举或提重物,防止管路脱出。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予旋腕运动操联合微波热疗。

(1)旋腕运动操:以广播体操八拍的形式进行,第一节为伸指运动,每个节拍完成伸指-握拳 1 次,每组 4 个八拍;第二节握球运动,手握大小适中的弹力球,随着节拍进行拿捏,每组 4 个八拍;第三节为旋转运动:每个节拍完成手腕向左右侧旋转各 45° ,每组 4 个八拍;第四节为绕环运动,每个节拍完成手腕 360° 环绕,每组 4 个八拍。每日早中晚各完成 4 组。

(2) 微波热疗: 采用 TB2600-PBPLUS 型微波治疗仪, 患侧肢体远端进行局部微波照射, 放置治疗仪探头距离皮肤 2~5 cm 处, 功率设置为 20~30 W, 穿透深度设置为 3~4 cm, 温度控制在 40~42 ℃, 每次 20 min, 每 2 d 1 次, 连续治疗 30 d。

1.3 观察指标

(1) 化疗期间静脉血栓发生率^[7]: 采用彩超检查判断, I 级: 静脉血管内有孤立型小团低快回声, 血流相对通畅, 管腔横断面狭窄率 <30%; II 级: 静脉血管内多处血栓形成, 静脉血流受到影响, 管腔横断面狭窄率 31%~50%; III 级: 形成多处血栓, 管腔大面积被充填, 管腔横断面狭窄率 > 50%。

(2) 凝血指标: 采用全自动血凝分析仪检测治疗 1 个月后凝血酶原时间(PT)、纤维蛋白原(FIB)、活化部分凝血活酶原时间(APTT)等凝血指标^[8],

彩超检查腋静脉血液流速^[9]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS23.00 统计学软件进行数据的统计分析, 计量数据以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验; 计数资料比较采用校正 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 两组患者化疗期间静脉血栓发生率的比较

观察组患者化疗期间静脉血栓发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者凝血指标及腋静脉血液流速的比较

观察组患者化疗期间 PT、APTT、腋静脉血液流速高于对照组, FIB 低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者化疗期间静脉血栓发生率的比较

组别	例数	I 级	II 级	III 级	总发生率 (%)
观察组	82	0	1	0	2.44
对照组	82	4	2	2	9.76

校正 $\chi^2 = 4.232$, $P = 0.040$ 。

表 2 两组患者凝血指标及腋静脉血液流速的比较

组别	例数	PT (s)	APTT (s)	腋静脉血液流速 (cm/s)	FIB (g/L)
观察组	82	12.21 ± 2.01	26.87 ± 3.21	7.01 ± 0.65	3.78 ± 0.56
对照组	82	11.03 ± 1.98	24.89 ± 3.06	5.49 ± 0.55	4.80 ± 0.64
<i>t</i> 值		3.787	4.043	16.165	10.861
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

PICC 相关静脉血栓多出现于置管后早期, 既往流行病学调查显示, 合并恶性肿瘤、年龄 > 60 岁患者静脉血栓风险高出正常人群 2.877 倍以及 2.661 倍^[10]。肿瘤细胞能够刺激凝血系统释放促凝物质, 造成患者血液处于高凝状态; 老年患者可能由于血糖升高、高脂血症导致静脉血流比较缓慢, 因此, 对老年 PICC 化疗患者静脉血栓的预防更为重要^[11]。本研究给予对照组患者常规护理, 包括常规管道护理、减少血管内膜损伤、局部湿热敷、手部活动促进血液循环^[12], 结果显示, 化疗期间静脉血栓发生率为 9.76%, 仍处于较高水平, 也说明 PICC 相关静

脉血栓传统预防措施的预防效果不容乐观。观察组患者采用旋腕运动操联合微波热疗预防, 静脉血栓发生率仅为 2.44%, 明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示旋腕运动操联合微波热疗能够有效预防老年 PICC 化疗患者静脉血栓的发生。

功能锻炼是促进肢体血液循环, 减少凝血因子聚集最简单有效的物理干预方法, 本研究旋腕运动操不同于一般的置管侧肢体活动, 传统肢体活动枯燥, 缺乏指导动作, 而旋腕运动操以广播体操八拍为基础, 进行反复、长期、定时、定量的旋腕运动, 充分保证了置管侧上肢锻炼的频率、时间、强度以及效果, 且仅活动手腕部, 安全性较高, 患者积极性更高且易于操作, 适用于各类 PICC 置管患者^[13]。

旋腕运动时化疗患者留置 PICC 侧肢体的肌肉会凭借规律的收缩力量出现肌肉泵效应,从而加快上肢腋静脉血液回流速度,改善血液循环,降低血栓形成风险。广播体操式的旋腕运动弥补了传统自我锻炼时的枯燥,患者在节拍下锻炼能够提升锻炼的兴趣以及依从性,易于长期保持,坚持锻炼后在促进上肢腋静脉血液循环中效果明显^[14]。因此,在干预 30 d 后,观察组腋静脉血液流速明显高于对照组 ($P<0.05$),说明旋腕运动能够有效提升 PICC 侧的血液循环,这对预防静脉血栓具有积极意义。

微波治疗仪热效应作用于组织内部,因为微波能被水分子吸收,因此照射部位附近组织的温度会上升,本研究设置为 40~42℃,略高于体温,局部组织内发生明显的毛细血管扩张,使血液流量增加^[15-16]。微波治疗仪在局部组织产生感应电流,细胞膜电位改变,造成细胞去极化,组织通透性增强,加快了水肿吸收,促进血流速度的同时能够降低血液黏稠度,对纤维化过程起到抑制作用。同时相关酶系统被激活,血液凝血因子水平降低,起到血栓抑制作用^[17-18]。本研究结果显示,观察组患者化疗期间 PT、APTT 均高于对照组, FIB 低于对照组 ($P<0.05$),提示微波治疗仪可通过改善局部凝血功能,降低静脉血栓的发生率。另外,微波治疗属于非侵入性治疗,对局部组织无损伤、患者无痛苦,治疗简便,患者接受度较高,有助于长时间使用,提升患者治疗依从性。

综上所述,旋腕运动操联合微波热疗能够提高置管侧腋静脉血液流速,改善凝血指标,降低老年 PICC 化疗患者静脉血栓的发生率。

4 参考文献

- [1] 石洋,孔珍其.阶段式健康教育视频在 PICC 化疗患者围置管期中的应用[J].检验医学与临床,2020,17(7):128-131.
- [2] 康小云,郝楠,张勇,等.PICC 与 VPA 在消化道肿瘤术后化疗途径的应用对比研究[J].新疆医科大学学报,2018,164(1):120-124.
- [3] 章淑芳,李德智,赵丽,等.肿瘤患者 CVC/PICC 置管术后静脉血栓发生的影响因素[J].西部医学,2019,31(5):807-810.
- [4] 申梦婷,李丹梅,宋丽淑.Caprini 风险评估模型+分级护理干预对脑卒中 PICC 置管并发上肢静脉血栓发生率的影响[J].名医,2020,83(4):118-120.
- [5] Nezi-Cahn S,Sicking I,Almstedt K,et al.Risk Factors for Chemotherapy-Associated Venous Thromboses in

Gynaecological Oncology Patients[J].Geburtshilfe and Frauenheilkunde,2019,79(10):1100-1109.

- [6] Xu X,Xu S,Primignani M,et al.Nonselective β -Blockers May Progress the Thrombosis of Portal Venous System in Cirrhotic Patients: A Retrospective Observational Study[J].Advances in Therapy,2020,37(4):1452-1463.
- [7] 钟柏伟,熊玉梅,温益群.彩色多普勒超声实时观察 PICC 导管相关静脉血栓中的应用[J].现代医用影像学,2019,28(12):2677-2679.
- [8] 杨艳萌,符琰,向秋芬,等.PICC 置管前血液检测指标对发生相关静脉血栓的影响[J].四川大学学报(医学版),2019,50(2):137-140.
- [9] 周雪梅,张桂宁,应燕萍,等.回馈教学对血液肿瘤 PICC 置管患者握拳运动依从性与上肢静脉血流速度及导管相关并发症的影响[J].蛇志,2019,31(1):135-138.
- [10] Eva Indrová,Andrlikova M,Vladislav Břina,et al. Acid-base balance parameters of follicular fluid and venous blood in cattle[J].Acta Veterinaria Brno,2020,89(1):3-10.
- [11] Sofia Ramström.Arachidonic acid causes lysis of blood cells and ADP-dependent platelet activation responses in platelet function tests[J].Platelets,2019,30(8):1001-1007.
- [12] Bukhari S S,Shamim M S.Utility of Tranexamic acid to minimize blood loss in brain tumour surgery[J].Journal of the Pakistan Medical Association,2020,70(4):764-766.
- [13] 关宁.高龄淋巴瘤化疗患者下肢静脉血栓的预防性优质护理干预[J].实用临床医药杂志,2018,22(4):65-68.
- [14] 赵霞.预防性优质护理在高龄淋巴瘤化疗患者下肢深静脉血栓形成的应用[J].血栓与止血学,2020,26(2):136-137,140.
- [15] 张美君.阿加曲班治疗恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后静脉血栓形成的临床观察[J].医学研究杂志,2019,48(8):119-122.
- [16] 文砚芳,万笑.植入静脉输液港与 PICC 在乳腺癌化疗患者中的效果分析[J].护理实践与研究,2018,15(4):132-133.
- [17] 冯悦,李宏.循证护理在急诊患者 PICC 置管预防并发静脉血栓形成中的作用[J].血栓与止血学,2020,26(1):146-147.
- [18] 刘芳,黄改玲.循证护理在心力衰竭患者 PICC 置管中的应用及对患者并发静脉血栓的影响[J].血栓与止血学,2020,26(2):133-135.

[2020-10-28 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

护士分时段现场预约与走动式管理在门诊质控管理中的应用

夏亚琴 王晓俊*

【摘要】 目的 探讨在门诊质控管理中采用护士分时段现场预约与走动式管理的效果。方法 选择 2020 年 3—4 月在医院门诊就诊的患者 89 例作为对照组, 实施常规门诊质控管理; 同时选择 2020 年 5—9 月在医院门诊就诊的患者 84 例作为观察组, 实施护士分时段现场预约与走动式管理; 对比两组诊疗服务效果、就诊质量、护理管理质量及患者的满意度。结果 观察组挂号时间、候诊时间、诊疗完成时间均短于对照组 ($P<0.05$); 观察组服务情况、就诊环境及诊疗体验均优于对照组 ($P<0.05$); 观察组分诊护理、药物管理、导诊服务、宣教水平、院感控制及行为规范均优于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者对护理质量的满意度高于对照组 ($P<0.05$)。结论 在门诊质控管理中应用护士分时段现场预约与走动式管理效果显著, 有效提高门诊的护理质量, 缩短就诊、挂号时间, 保证就诊顺利。

【关键词】 护士分时段现场预约; 走动式管理; 门诊; 质控管理

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.041

Application of nurses' dayparting on-site appointment and walking management in quality control management of outpatient department XIA Yaqin, WANG Xiaojun (Affiliated Dongtai Hospital of Nantong University, Yancheng, 224200, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of using nurses' dayparting on-site appointment and walking management in the quality control management of outpatient department. **Methods** A total of 89 patients who treated in the hospital outpatient department from March to April 2020 were set as the control group to implement the routine quality control management in outpatient department. 84 cases of patients who treated in the hospital outpatient department from May to September 2020 were set as the observation group to implement the dayparting on-site appointment and walking management, the effect of diagnosis and treatment service, quality of treatment, nursing management quality and patient's satisfaction between two groups were compared. **Results** The registration time, waiting time, and completion time of diagnosis and treatment in the observation group were shorter than the control group ($P<0.05$), the service situation, treatment environment and diagnosis and treatment experience of the observation group were better than the control group ($P<0.05$). The triage care, drug management, medical guidance services, publicity and education levels, hospital control and behavioral norms in the observation group were better than the control group ($P<0.05$), and the patients in the observation group were more satisfied with the nursing quality than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of nurses' dayparting on-site appointment and walking management in quality control management of outpatient department had a significant effect, effectively improve the quality of outpatient care, shorten the time of consultation and registration, and ensure the treatment successfully.

【Key words】 Nurses' dayparting on-site appointment; Walking management; Outpatient; Quality control management

门诊为医院内重要的组成科室之一, 其主要职能是通过各科门诊医生的诊断、检查, 对就诊患者

病情初步的诊断, 以便可以针对性地进行治疗^[1-2]。由于门诊病种较多, 就诊流程较复杂, 常会出现挂号难、排队久、候诊时间长及护理质量差等不良问题。加上医护人员繁重的工作, 无法及时为患者解答和指导, 极易导致护患纠纷, 影响患者就诊的同

作者单位: 224200 江苏省盐城市, 南通大学附属东台医院
* 通讯作者

时,降低门诊工作质量。随着医学的发展,护理质量的好坏决定科室的发展及医院的社会形象,为此,在门诊中实施完善的质控管理措施具有重要意义^[3]。本次研究分析应用护士分时段现场预约与走动式管理干预效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年3—4月在医院门诊就诊的患者89例作为对照组,同时选择2020年5—9月在医院门诊就诊的患者84例作为观察组。纳入条件:患者认知功能正常,能够进行较好的沟通和交流。排除条件:精神障碍,既往精神病史或家族精神病史;合并较严重的语言功能障碍;病情较重无法配合研究。对照组中男24例,女65例;年龄6~83岁,平均 46.48 ± 2.16 岁;就诊科室:胃肠内科26例,骨科20例,口腔科31例,耳鼻喉科12例。观察组中男45例,女39例;年龄8~80岁,平均 44.78 ± 1.56 岁;就诊科室:胃肠内科26例,骨科12例,口腔科36例,耳鼻喉科10例。两组患者性别、年龄、就诊科室比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者和家属对研究均知情同意,并签订知情同意书;本次研究经医院伦理委员的同意和准。

1.2 干预方法

对照组:实施常规门诊质控管理。根据医院护理部制定的门诊质控计划对门诊的护理工作进行严密、完善的检查,每个月应进行1次。检查的内容包括环境卫生、规范制度、操作流程、人员管理和分配、院感规范、仪器管理及急救药物管理等。观察组实施护士分时段现场预约与走动式管理^[4],具体如下:

1.2.1 护士分时段现场预约

(1)宣传和培训:查阅近3年相关文献,并根据院内门诊的实际情况,由业务院长、门诊护理管理人员及门诊各科室工作人员讨论分时段现场预约实施的具体程序和方法,在完善计划后,制定具体实施文件和宣传手册;将手册发放至参与研究的门诊护理人员手中,并由门诊护士长对护理人员进行培训,内容包括分时段现场预约优点、实施流程及注意事项等。同时进行实施方法的有效宣传,提高护理人员对分时段现场预约的认知。在医院网站中公示分时段现场预约相关信息,并利用大屏幕在门诊候诊区域播放相关内容和图画,提高患者对预约分诊的认识;也可借助门诊医护人员对患者进行宣传,使其能够理解实施此方法的目的、意义,并接

受此方法的应用^[5]。

(2)分时段现场预约实施:由院内网络部根据门诊提供资料设计分时段现场预约软件,并安装在门诊电脑系统。方案的具体预约时间分配以小时为单位,划分每个时间段。如8:00—9:00、9:00—10:00、10:00—11:00、11:00—12:00、12:00—13:00、13:00—14:00、14:00—15:00、15:00—16:00,在16:00过后应根据每位患者诊疗时间控制在10~15 min进行相应的计算,各时间段允许挂号的人数为6~10例。同时为满足高龄、不同地区及不同文化背景的患者需要,在门诊设置现场预约挂号处、自助挂号机、预约挂号分诊台,为部分人群提供便利条件。对于门诊就诊量较大的科室,应将分时段预约挂号的投放比例增加^[6]。

(3)分时段现场预约诊疗流程:患者以任何形式预约挂号成功后,在规定时间内至相应服务区取号,告知患者在挂号所安排的时间段内相应科室候诊。若部分患者在挂号成功后,不能按时就诊,网上挂号者应及时取消,现场患者可电话取消,门诊挂号系统会自动将号源返回,减少医疗资源的浪费,为其他需要就诊的患者提供需要。也可对部分医生增加挂号源,以便长期看病、复诊患者能够及时就诊,护士要根据医生每个时间段的就诊人数,合理安排复诊患者就诊时间^[7]。

1.2.2 走动式管理

(1)倾听:门诊护士长制定每日的走动计划,在每日的重点时间进行计划走动和随意走动。检查中应重点发现门诊护理人员工作中优点、亮点及问题,并进行记录。然后与其沟通,鼓励并引导其主动讲述工作中疑问、困难及意见,护士长应记录有价值、符合实际可行的意见,并做重点标记,便于讨论和实施。强化与患者的沟通,可根据护理工作情况制定相应的问卷调查,指导患者根据自身意愿填写,使其提出在就诊中的基本需要,从而明确门诊就诊工作中不良问题,采取相应的控制措施^[8]。

(2)指导:走动管理期间发现的小问题,应及时与门诊各护理组长反馈,也可进行现场指导。若发现问题较复杂,应在每月科室会议中进行讨论和分析,制定针对性、有效性的指导方法,增强门诊护理人员责任感,提高护理质量。收集门诊患者在就诊中的意见,与相应科室进行及时反馈,明确问题发生的主要原因,并共同讨论解决问题的方法^[9]。

(3)强化协作:门诊建立质控小组,培训门诊质控的知识、流程及重点检查事项,对门诊护理人员进行定期培训,使其提高对门诊工作素养,重视

工作中各环节的质量,并具备高协作理念,保证每位患者均可顺利就诊治疗^[10]。

1.3 观察指标

比较两组患者诊疗服务效果、就诊质量、护理管理质量及患者的满意度。①就诊服务效果及就诊质量:观察患者挂号时间、候诊时间、诊疗时间。采用1~5级评分评价服务情况、就诊环境和诊疗体验。②护理质量:采用医院自制的门诊护理质量调查表,共有6项,包括分诊护理、药物管理、导诊服务、宣教水平、院感控制、规范行为等,每项评分范围为0~100分,分数越高表示护理质量越好。③满意度:应用满意度调查表,内容包括护理质量各项,评级标准分别为非常满意、满意、一般满意及不满意,总满意度=(非常满意+满意+一般满意)/总人数×100%。

1.4 统计学处理

采用SPSS 25.0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;等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。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 两组患者就诊服务效果及就诊质量比较

观察组挂号时间、候诊时间、诊疗完成时间短于对照组;观察组服务情况、就诊环境及诊疗体验优于对照组;组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者护理管理质量比较

观察组分诊护理、药物管理、导诊服务、宣教水平、院感控制及行为规范优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者对护理质量的满意度比较

观察组患者对护理质量的满意度高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表1 两组患者就诊服务效果及就诊质量比较

组别	观察例数	挂号时间(min)	候诊时间(min)	诊疗时间(min)	服务情况(分)	就诊环境(分)	诊疗体验(分)
对照组	89	20.16±6.48	44.69±11.06	78.49±16.78	4.38±0.35	4.41±0.48	4.52±0.34
观察组	84	16.27±4.38	19.49±6.48	50.16±13.49	4.86±1.01	4.87±0.65	4.96±0.52
t 值		4.599	18.147	12.195	4.223	5.315	6.623
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者护理管理质量比较(分)

组别	观察例数	分诊护理	药物管理	导诊服务	宣教水平	院感控制	规范行为
对照组	89	87.35±1.24	89.47±1.34	91.01±1.04	94.37±1.27	89.49±1.09	87.49±1.26
观察组	84	95.48±2.13	97.46±2.41	98.47±2.12	97.49±2.69	97.89±2.16	98.49±2.34
t 值		30.890	27.148	29.636	9.843	32.561	38.792
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组患者对护理质量的满意程度比较

组别	观察例数	非常满意	满意	一般满意	不满意
对照组	89	34	26	9	20
观察组	84	58	15	7	4

秩和检验: $u=4.257$, $P=0.000$ 。

3 讨论

门诊为医院内重要的服务窗口,护理质量、护理水平及护理人员的专业形象直接影响医院的发展

和进步。由于门诊科室较多,每日就诊的人员流动性较大、较多,这增加门诊护理人员的工作量,增加门诊质控管理的难度^[11]。而且在门诊中挂号难、就诊难、就诊时间长等是较常见的问题,这严重影

响门诊整体质量, 延误患者病情。随着医院管理制度不断完善和创新, 多种新型的质控管理模式应用在各科室中, 并取得显著的管理效果^[12]。但针对门诊质控管理措施仍较少, 因此, 本次研究在门诊质控管理中应用护士分时段现场预约与走动式管理。

分时段预约挂号相对以往传统的现场挂号形式具有多样化, 其利用网络预约分时段挂号、自助机挂号及窗口挂号等多种形式, 使患者从盲目就医看病逐渐转变为主动有序就医^[13]。这些挂号方式不仅减少门诊护理人员的工作量, 同时也为偏远地区、高龄及其他特殊就诊患者提供便利条件, 为期缩短挂号时间。同时分时段预约挂号在患者或家属挂号后, 利用计算机系统中分时段现场预约软件及时确认患者挂号信息, 并为其准确划分就诊时间段, 使其能够明确就诊时间, 并根据时间达到医院就诊, 避免患者集中在同一时间就诊, 有效缩短候诊时间。最后利用分时段现场预约诊疗流程, 及时取消挂号后未来就诊的号源, 帮助复诊患者能够及时就诊, 提高患者对护理工作的满意度^[14]。而走动式管理是以门诊护理人员和患者为中心的管理模式, 通过与护理人员和患者沟通, 明确门诊工作中重点改进的问题, 并通过现场指导、会议讨论等方式, 提高护理人员工作规范性和专业性。并通过定时抽查和随时抽查, 进行相应监督和指导, 规范护理人员的不良行为, 提高对工作的责任感和主动性。此外管理中的协作考核, 提高护理人员对导诊相关知识的认识, 并且可养成质量意识, 积极主动参与到门诊的质控管理中, 有效帮助患者解决就诊问题, 提高门诊护理质量的同时提高患者满意度^[15]。

本次研究结果显示, 观察组挂号时间、候诊时间、诊疗完成时间均短于对照组 ($P<0.05$); 观察组服务情况、就诊环境及诊疗体验均优于对照组 ($P<0.05$); 观察组分诊护理、药物管理、导诊服务、宣教水平、院感控制及行为规范均优于对照组 ($P<0.05$), 观察组患者对护理质量的满意度高于对照组 ($P<0.05$)。可见, 在门诊质控管理中应用护士分时段现场预约与走动式管理对维护门诊医护关系, 建立医院社会形象具有重要作用。

综上所述, 在门诊质控管理中应用护士分时段现场预约与走动式管理, 优化门诊就诊流程, 提高护理管理质量, 提高医疗资源的利用, 改善患者挂号难、就诊难及看病难的问题。

4 参考文献

- [1] 张雅琴, 王晓杰, 马玉芬, 等. 基于分时段入院提高患者入院体验满意度的效果评价 [J]. 中国医院管理, 2018, 38(6):64-65,68.
- [2] 黎欣怡. 走动式管理在医院人事管理中的应用 [J]. 人力资源, 2020, 457(4):32-33.
- [3] 郝建玲, 杨骅, 陈珏, 等. 智慧门诊服务走动管理 [J]. 解放军医院管理杂志, 2019, 26(5):473-475.
- [4] 王忠泉, 黄永贵, 黄彦清. 以病案为基础的教学法结合情景模拟在门诊分诊护士应急能力培训中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(2):136-139.
- [5] 黄培, 何侠. 基于患者安全的肿瘤医院放疗精准质控管理实践及思考 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2019, 28(10):796-798.
- [6] 邹红, 张策, 张新朋. 医院门诊处方质量控制抽样体系的研究及构建 [J]. 中国医院药学杂志, 2019, 39(19):1955-1958.
- [7] 邱冬妮, 赖勇辉, 谭希, 等. 基于广东省中医院慢性疾病管理门诊以因子分析法分析广东地区强直性脊柱炎证候分型特点 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(6):792-795.
- [8] 严海鸱, 杨梅, 姜琴. 儿童变应性鼻炎免疫治疗门诊规范化管理的实践 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55(1):98-103.
- [9] 孙文学. 优化慢性阻塞性肺疾病患者门诊管理策略 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2020, 43(6):548-551.
- [10] 罗晓露, 黄艳丽, 冯双, 等. 门诊特殊疾病管理对社区卫生服务中心 2 型糖尿病患者他汀类药物疗效及效果的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(11):34-39.
- [11] 王桂玲, 陈春霞, 于晓玲, 等. 新型冠状病毒肺炎防控中的综合性医院门诊管理措施与效果分析 [J]. 医学研究生学报, 2020, 33(5):521-524.
- [12] 纪象芹, 陈步凤, 苏婷婷, 等. 基于持续质量改进医疗管理模式对医院门诊患者感染的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(3):473-476.
- [13] 罗晓露, 黄艳丽, 冯双, 等. 门诊特殊疾病管理对社区卫生服务中心 2 型糖尿病患者他汀类药物疗效及效果的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(11):34-39.
- [14] 宋娟丽, 曾琨, 宋秀婵. 基于 PDCA 循环的护理专科门诊管理体系构建 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10):143-145.
- [15] 黄灿, 范惠群, 林娜枝. 基于活页教育菜单的医护患共同决策式护理干预在呼吸科门诊慢性阻塞性肺疾病缓解期患者中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(6):149-151.

[2020-12-04 收稿]
(责任编辑 陈景景)

失效模式与效果分析对手术室护士职业暴露的防范效果

武淑敏 张文祥 邱常青

【摘要】目的 研究失效模式与效果分析(FMEA)对手术室护士职业暴露的防范效果。**方法** 选择2018年4月—2020年4月医院60名手术室护士为研究对象,以2018年4月—2019年4月为对照,2019年5月—2020年4月组建FMEA小组,查找职业暴露防护中高风险失效模式并进行改进,分别设为改进前与改进后。比较两个时期管理因素、设备因素、护士因素的优先风险数值(RPN)以及职业暴露发生率。**结果** 改进后管理因素、设备因素、护士因素RPN均低于改进前,差异具有统计学意义($P<0.05$);改进后职业暴露发生率显著低于改进前,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** FMEA分析手术室护士职业暴露防护中高风险失效模式并进行改进能够有效降低各管理环节职业暴露风险,降低职业暴露发生率。

【关键词】 失效模式与效果分析;手术室;护士;职业暴露

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.042

手术室护士由于护理工作涉及各类锐器、附带病原体的血液、体液等,是职业暴露的高危群体,一旦发生职业暴露可能损害护士生命健康,是医疗风险管理中的重要环节之一^[1]。手术室职业暴露常见为感染血源性疾病感染,报道称,血源性病原体传播率在锐器伤后最高,乙型肝炎病毒(HBV)为6%~30%,丙型肝炎病毒(HCV)为3%~10%,人免疫缺陷病毒(HIV)为0.2%~0.5%^[2]。发生职业暴露后不仅增加手术室护士患病风险,更可能降低其工作积极性,增加离职意愿等,对医院人力资源管理造成不良影响。失效模式与效果分析(FMEA)是国际医疗卫生机构认证联合委员会(JCI)标准认证的一种前瞻性、系统性,以团队协作为主的管理方案,针对潜在风险隐患的原因与后果进行分析,有效降低风险,达到预防目的^[3]。但既往该方法主要运用于患者的住院风险管理,少有关于医务人员职业暴露防护的报道,在本研究探讨FMEA防范手术室护士职业暴露的方法及效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年5月医院60名手术室护士为研究对象,纳入条件:2018年4月—2020年4月在册;大专及以上学历;工作时间1年以上;对本次研究方案知情同意。排除条件:实习或规培人员;未取得护士资格证者。所有手术室护士中男8名,女52名;年龄22~43岁,平均 30.10 ± 4.92 岁;职称:护

士23名,护师22名,主管护师9名,副主任护师4名,主任护师2名。将2019年5月前作为对照组(改进前),2019年5月后开始实施改进后的防护措施,作为观察组(改进后)。

1.2 职业暴露防护方法

1.2.1 改进前 进行常规职业暴露防护。定期进行职业暴露防护措施培训,包括血源性传播疾病种类、常见的暴露环节、职业暴露危险因素、常见锐器伤、标准防护方法、应急处理方案、登记报告、后续追踪检查等,并记录期间锐器伤、血液与体液接触皮肤等职业暴露情况。

1.2.2 改进后 组建FMEA小组,查找职业暴露防护中高风险失效模式并进行改进。

(1)成立FMEA小组:小组成员共8名,组长为1名主任护师,副组长为副主任护师,成员为2名护师、2名主管护师以及2名经验丰富的护士。

(2)寻找潜在失效模式:职业暴露防护措施改进前本小组组员通过查阅文献以及头脑风暴的方式列出手术室护士职业暴露防护的失效模式,共包括管理因素、设备因素、护士因素3个方面,估算失效模式的不易探测度(D)、发生频率(O)、严重度(S),均评分1~10分^[4],算出各失效模式的优先风险数值(RPN),即 $RPN=O \times D \times S$,分值越大风险越高。

(3)制定对策:根据失效模式RPN制定相应改进策略,即对于RPN值>150分的失效模式制定相应的改进措施,见表1。

1.3 观察指标

比较两个时期管理因素、设备因素、手术室护

作者单位:528131 广东省佛山市顺德区,广州医科大学附属顺德医院护理部

士因素的优先风险数值 (RPN), $RPN = D \times O \times S$, 各因素取各失效模式的平均值^[6]; 计算职业暴露发生率: 手术室职业暴露包括锐器伤、血液与体液接触皮肤等^[7]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据的统计分析, 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 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

表 1 职业暴露防护失效模式及改进措施

失效模式	失效原因	失效影响	RPN 值	改进措施
管理因素	上报职业暴露流程繁琐, 防护措施不重视	职业暴露瞒报、漏报	280.45 ± 54.23	简化上报流程, 设置微信小程序一键上报功能; 每周一早会组织职业暴露防护培训
	监督机制不健全	职业暴露防护措施疏忽	288.24 ± 55.88	设置职业暴露统计的专职护士, 每台手术结束严格询问并登记
设备因素	高危手术后未配备洗眼器	经眼部发生职业暴露	284.45 ± 46.44	配置自动排空复合式洗眼器, HBV、HCV、HIV 等携带者高危手术后严格进行洗眼
	锐器盒密闭性不好	引发锐器伤	254.09 ± 34.23	使用新型多方位使用的易封口锐器盒 ^[5]
	使用后器械放置不规范	引发锐器伤	269.04 ± 44.24	设立使用后“器械过渡区”, 及时清理; 利器针具使用后立即放入利器盒
护士因素	使用留置针未遵循规范程序	引发针刺伤	340.88 ± 56.45	配备可自动回缩针芯的安全式留置针
	患者躁动、谵妄未有效识别	施护时发生职业暴露	344.15 ± 66.76	明确低氧血症、麻醉时间长、高龄等躁动、谵妄高危因素, 及早识别并重点注意职业暴露防护
	器械传递不规范	术中发生锐器伤	328.17 ± 60.45	设置未使用器械的“器械过渡区”, 避免器械直接经手传递
	职业暴露高危手术未戴双层手套	术中发生锐器伤	368.16 ± 66.65	高危手术患者预防性佩戴双层手套

表 2 改进前后职业暴露各失效模式 RPN 值比较 (分)

观察时间	人数	管理因素	设备因素	护士因素
改进前	60	284.22 ± 54.22	264.03 ± 40.23	348.11 ± 60.91
改进后	60	100.67 ± 28.20	80.70 ± 18.01	125.80 ± 28.81
	t 值	23.264	32.218	25.557
	P 值	0.000	0.000	0.000

表 3 改进前后职业暴露发生率比较

观察时间	人数	锐器伤	血液、体液接触皮肤	其他
改进前	60	12 (20.00)	26 (43.33)	14 (23.33)
改进后	60	3 (5.00)	8 (13.33)	4 (6.67)
	χ^2 值	6.171	13.297	6.536
	P 值	0.013	0.000	0.011

表中 () 内数据为百分数 (%)。

2 结果

2.1 改进前后职业暴露各失效模式 RPN 值比较

改进后管理因素、设备因素、手术室护士因素 RPN 均低于改进前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 改进前后职业暴露发生率比较

改进后职业暴露发生率低于改进前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

3 讨论

职业暴露是医院风险管理的重要组成部分,手术中若发生锐器伤、血液与体液接触皮肤等职业暴露后危害极大,不仅对手术流程进展造成影响,暴露者感染风险上升,可造成暴露者长期焦虑,甚至发生职业倦怠,若出现医源性感染可造成经济损失,严重损害医院的经济、社会效益。因此,作为职业暴露高发科室,手术室的职业暴露防护更加重要,已成为医院感染防护、风险管理的重要内容^[8]。既往针对手术室职业暴露的防护主要通过相关知识培训,加强自我防护能力等进行,但实际上职业暴露的发生情况并不容乐观。李建民等^[9]报道三甲医院手术室医护人员发生职业暴露比例达到45%~84%,且主要存在职业暴露防护措施不足,思想松懈等情况。本研究通过FMEA分析防范手术室护士职业暴露的方法,针对潜在职业暴露风险隐患的原因与后果进行分析,有效降低职业暴露风险。

本研究FMEA模式分析出手术室职业暴露隐患主要包含管理因素、设备因素、护士因素等3个方面,并通过RPN>150分将其细化为监督机制不健全、使用后器械放置不规范、患者躁动、谵妄未有效识别等条目。结果显示,采取相应改进措施后管理因素、设备因素、护士因素RPN均低于改进前($P<0.05$),职业暴露发生率明显低于改进前($P<0.05$),提示FMEA模式可降低手术室职业暴露风险以及发生率。FMEA模式用于医学上主要特点在于针对院内不良事件、安全隐患开展有效的医疗风险管理,宏观方面主要有管理制度、操作流程、设备设施的改进与优化等^[10-11]。用于手术室职业防护中时管理因素方面,FMEA小组发现,部分手术室护士认为上报职业暴露流程繁琐而隐瞒暴露事实,同时对职业暴露不够重视。为此我们设置微信小程序一键上报功能,由医院管理系统后台工作人员统一处理,简化上报步骤;并在每周一的早会组织职业暴露防护培训,加强督促、提醒。对于监督机制不健全的失效模式,设置职业暴露统计的专职护士加强监督^[12-13]。

设备因素方面,既往高危手术后未配备洗眼器,可导致病毒、细菌经眼部进入护士体内进而发生职业暴露,如何降低经眼部职业暴露已成为一项重要防控途径。在改进措施中我们配置自动排空复合式洗眼器,并要求护士在高危手术后严格进行洗眼,降低HBV、HCV、HIV等病毒经眼部暴露风险。锐器盒是职业暴露发生的常见场所,主要发生于持拿器械过程中,改进措施中新型多方位使用的易封口

锐器盒的运用能够简化锐器拿持过程、“器械过渡区”的运用也有助于降低意外损伤。护士因素方面,可自动回缩针芯的安全式留置针的运用能够降低留置针刺伤风险;麻醉复苏时,部分患者容易出现躁动、谵妄等并发症,患者意识不清、行为无章等,在施护时可能干扰护士,甚至出现针刺伤等情况,因此对于躁动、谵妄者,明确高钠血症、低氧血症、咪达唑仑用量等高危因素,早期有效识别能够降低麻醉苏醒期间对护理操作的干扰^[14-15];未使用器械的“器械过渡区”的设置能够避免传统器械手对手传递的锐器损伤风险;关于双层手套的佩戴既往未进行明确要求,而越来越多的研究证实,单层手套的HBV防护阈值明显低于预防性佩戴双层手套,因此本研究改进措施中预防性佩戴双层手套对于进行HBV、HCV、HIV等病毒携带者的职业暴露高危手术能够降低锐器伤风险^[16-17]。

综上所述,FMEA分析手术室护士职业暴露防护中高风险失效模式并进行改进能够有效降低各管理环节职业暴露风险,降低职业暴露发生率。

4 参考文献

- [1] 孙晓玲,徐桂强,刘均凤,等.医务人员血源性职业暴露调查及其对策[J].中国感染控制杂志,2018,5(7):440-443.
- [2] 杨金燕,杨育卉,施施,等.某综合医院医务人员血源性职业暴露流行病学特点研究[J].中华医院感染学杂志,2018,28(5):780-782.
- [3] Auta A, Adewuyi EO, Tor-Anyiin A, et al. Global prevalence of percutaneous injuries among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis[J]. International Journal of Epidemiology,2018,47(6):1972-1981.
- [4] 朱伟,陆美芹,倪杰,等.医疗失效模式与效应分析对肿瘤放疗患者医院感染的预防作用[J].医药高职教育与现代护理,2019,2(2):114-117.
- [5] Ahmed AM, Kabbash IA, Hassan NM, et al. Assessing of policies and practices for occupational exposure to blood-borne viral infections in Tanta University Hospitals, Egypt[J]. Environmental ence and Pollution Research, 2018, 25(31):30747-30754.
- [6] 赵继春.失效模式与效应分析在消毒供应中心骨科外来器械清洗质量管理中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(18):128-130.
- [7] 张志刚,陈雪莹,杨致需,等.手术室血源性职业暴露与防护现状分析[J].蚌埠医学院学报,2018,43(1):76-78.
- [8] Lu B, Cui LB, Gu MH, et al. Outbreak of Vaccinia Virus Infection from Occupational Exposure, China, 2017[J].

PDCA 在改善疾病诊断相关分组护理病案数据质量的应用效果

李汝新 李凤玲 王风云 李宝叶

【摘要】目的 探讨 PDCA 在改善疾病诊断相关分组 (DRGs) 护理病案数据质量中的应用效果。**方法** 对医院 2017 年 6 月—2019 年 1 月 15 500 份病案填写存在的问题进行分析, 制订出符合医院实际情况的 PDCA 循环管理措施, 并通过不断改善病案首页填写质量提高 DRGs 的数据质量。抽取 2019 年 2 月—2020 年 7 月实施 PDCA 循环管理后病案数据 15 500 份, 从病案管理情况、病历质量评分、发生的主要问题及 DRGs 数据变化情况进行分析。**结果** PDCA 循环理论实施后, 病案管理治疗甲级占比为 95%, 相比于实施前呈现上升趋势, 乙级占比为 2.28%, 不合格 (含丙级) 占比为 2.21%, 返修占 0.51%, 均比实施前呈现下降趋势; PDCA 实施后病案质量评分高于实施前 ($P<0.05$); PDCA 实施后, 护理记录不及时、复制粘贴、漏签代签、护理记录不一致发生率低于实施前 ($P<0.05$); PDCA 实施后, 内科 DRGs 总量、组数、入组病例数及外科 DRGs 总量、组数、入组病例数均高于实施前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 运用 PDCA 循环管理模式通过对病例书写规范进行培训可以提高病历首页的书写质量, 从而对 DGRs 护理病案的数据质量起到改善作用。

【关键词】 PDCA; DRGs; 护理病案数据; 改善

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.043

随着我国信息化时代的不断发展, 医疗行业也在不断地发生着改变与进步, 正不断的向疾病诊断相关分组 (DRGs) 支付时代转变^[1]。DRGs 在临床上具有评价医护人员对患者进行临床服务能力高

低的作用, 同时也可对医院的医疗、护理质量水平进行评价, 是医院向精细化管理迈进的必不可少的措施^[2]。DRGs 作为患者进行医保支付时的一个重要支付工具, 患者在进行临床诊治时的病案首页信息是进行医疗保证金支付的基础, 同时也是医院对科室进行绩效管理措施实施的重要数据参考^[3]。目前临床上针对 DRGs 的病案首页质量的提高多采用

作者单位: 251700 山东省滨州市, 山东省惠民县人民医院 (李汝新, 王风云, 李宝叶); 山东省滨州市中心医院健康管理部 (李凤玲)

Emerging Infectious Diseases, 2019, 25(6):1192-1195.

[9] 张婷, 王秋芳, 王耀华, 等. 手术室护理人员血源性职业暴露的相关因素及防护 [J]. 工业卫生与职业病, 2018, 44(4):312-313.

[10] 喻玲丽, 丁丽丽, 古力夏提·依明, 等. HFMEA 法在医疗职业暴露管理中的应用研究 [J]. 职业卫生与应急救援, 2016, 34(2):105-106.

[11] 周浪. HFMEA 在降低 HIV 患者致外科护士职业暴露中的预防效果评价 [J]. 中国医药科学, 2018, 8(3):206-208, 228.

[12] 狄静, 缪满娟. 细节管理在降低肝病科护士职业暴露风险中的应用 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(18):121-122.

[13] 张海燕, 王晓霞. 细节管理在肝病科护士职业暴露风险防控中的应用价值体会 [J]. 中国卫生产业, 2019, 16(2):71-72.

[14] Brandel JP, Vlaicu MB, Culeux A, et al. Variant Creutzfeldt-

Jakob Disease Diagnosed 7.5 Years after Occupational Exposure [J]. New England Journal of Medicine, 2020, 383(1):83-85.

[15] 胡少科, 朱未, 刘胜林, 等. 基于德尔菲法与层次分析法对在用医疗器械质量管理评价指标体系的构建与应用研究 [J]. 中国医学装备, 2018, 15(5):110-114.

[16] Wastensson G, Kare Eriksson. Inorganic chloramines: a critical review of the toxicological and epidemiological evidence as a basis for occupational exposure limit setting [J]. Critical Reviews in Toxicology, 2020, 50(3):219-271.

[17] Yu CG, Wei FF, Yang WY, et al. Central hemodynamics in relation to blood lead in young men prior to chronic occupational exposure [J]. Blood Pressure, 2019, 28(5):1-12.

[2020-12-04 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

PDCA 循环理论模式进行, PDCA 循环理论是由美国质量管理专家休哈特博士首先提出, 由戴明进行采纳、宣传, 从而获得普及, 因此又被称为戴明环^[4]。PDCA 循环理论^[5]主要包括四个阶段: 第一阶段是分析原因并制定合理的计划, 第二阶段是按照制订的计划进行实施, 第三阶段为在实施过程中需要对产生的结果进行定期检查, 第四阶段对产生的问题进行分析处理, 在这四个阶段的实施中需要不断进行循环往复, 是一种进行全面质量管理的基本方法依据。近几年医疗纠纷不断出现以至于愈演愈烈, 国家为防止这一局面的产生对医疗制度进行了相关的完善与健全, 同时患者及医疗机构在对自身的保护意识及法律意识也不断提高^[6]。病案不仅是医院进行质量管理时最重要的组成成分, 也作为医院与患者发生医疗纠纷进行法律诉讼时最有效的证据, 因此医院加强对医护人员病历书写要求, 加强病案管理质量、提高医院的病历归档率, 不仅是对医院及医护人员进行自身利益的保护, 同时也是对患者的一种责任感的体现^[7]。本研究探讨 PDCA 在改善疾病诊断相关分组 (DRGs) 护理病案数据质量的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

医院 2019 年 2 月开始实施 PDCA 循环管理办法, 将 2017 年 6 月—2019 年 1 月期间 15 500 份病案为实施前, 2019 年 2 月—2020 年 7 月期间的 15 500 份病案为实施后。实施前后抽取的患者病历时间和科室分布差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 管理方法

PDCA 实施前采取常规管理方法, PDCA 实施后采用 PDCA 循环管理方法, 具体方法如下:

1.2.1 培训方法 对医护人员病案书写质量进行

意识强化, 明确告诉医护人员在进行病例书写时需要保证书写的条理性、语言的逻辑性、字迹工整、时间的先后、病情记录的客观、真实、详细, 并强调病案管理流程中的各类人员进行病案管理的职责。将卫计委针对病案首页的填写要求与 PDCA 循环管理的实施措施相结合, 对本院造成病案首页编码质量低下的原因进行分析, 制定出符合医院实际情况的相关措施, 而且在 PDCA 循环管理措施实施中的同时也需要对医院的临床科室定期开展讲座, 使医护人员提高病案首页质量的意识, 掌握 DRGs 数据分析的方法, 提高病案首页质控意识。

1.2.2 填写标准 参考卫生部颁布的《最新病历书写规范》^[8]《住院病案首页数据填写质量规范 (暂行)》《住院病案首页数据填写质量规范 (暂行)》《三级综合医院评审标准实施细则 (2011 年版)》等制订出符合医院实情的护理病案的质量控制考核标准及《出院归档病历护理文书质量评分表》^[9]。

1.3 PDCA 循环法^[10]

1.3.1 计划阶段

1.3.1.1 分析现状 对 2017 年 6 月—2019 年 1 月选出的 15 500 份病历进行检查, 对出现的错误进行统计分析, 发现错误主要集中在以下几个方面: 护士的护理记录不及时、不连贯、不完整, 语言描述不准确, 输入护理记录时错别字多, 复制、粘贴现象严重。病历漏手写签名或替代、模仿他人手写签名、让他人代写或修改护理记录等, 使护理记录缺乏真实性。

1.3.1.2 分析原因 开展科室主任、质控医师、病案室编码员会议, 针对病历填写质量存在的问题进行分析, 对已有科室的 DRGs 数据进行回顾性分析探讨, 并根据分析出来目前医院存在的主要问题制定持续可发展的改进措施, 见图 1。

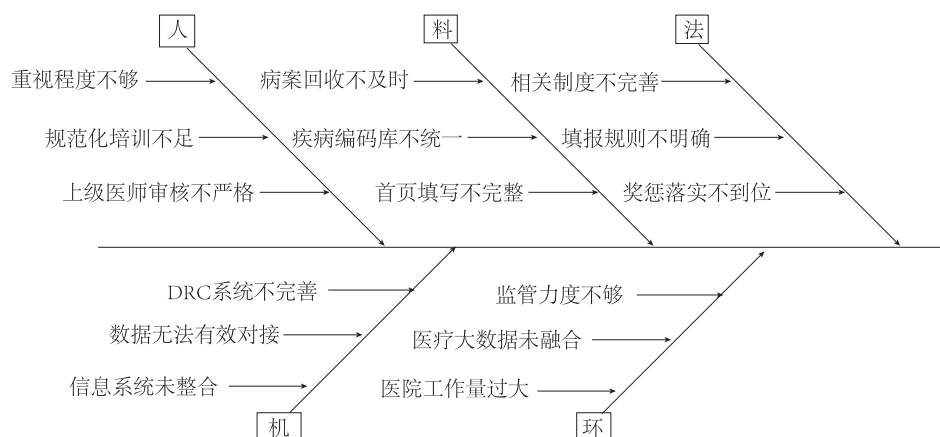


图 1 影响 DRGs 应用的因素分析图

1.3.1.3 针对原因制定计划 对产生的问题及原因进行分析后,依据其主要影响因素制定相关改正措施:①通过培训使医护人员对 DRGs 相关知识进行全面了解,使其针对住院患者的病案首页的填写要求形成清晰、明确的认识。②对 DRGs 数据处理系统的设计及应用进行相关的完善,确保系统能够进行稳定运行。③对医院病历书写相关制度进行完善,可将病历首页信息的填写质量与医护人员的工作绩效相挂钩,以此来促使医护人员做好病案首页的记录、检查,从而减少病案首页错误的产生。针对各级工作人员进行病历信息上传率的规定,并使设定的预期目标=100%,病案首页质量得分≥95分,病历 DRGs 入组率≥95%。

1.3.2 执行阶段 每月通过总结上一月病案首页填写中存在的问题,对临床医师在病案首页填写中存在的问题及 DRGs 相关知识和疾病的分类进行规范化的学习与培训,使其得到进一步的强化;使临床医师对病案首页的重要性及填写规则形成清晰的认识,并且可以更加正确、合理的填写诊治及治疗方法、手术操作及术后并发症等重要信息,从而进一步完善病案首页填写质量。在科室内实施三级医师管理方式,且在每一个医疗小组中设置1位固定的填写病案首页的医师,并需在患者办理完出院手续离开医院当日完成该患者的病案首页的填写,依据疾病的分类由科室的质控医师进行编码操作,每天上午交由质控小组进行审核,管床医师在对病历整理后,将患者完整的病历交由质控护士,递送到病案科。病案科的编码人员再根据 DRGs 数据的反馈情况,对病历中存在的问题进行分析,将问题及改善方法传达给医疗小组和管床医师。

1.3.3 检查阶段 对科室的实施情况进行检查,医院设立病案首页质控的专项小组,随机对科室的病案首页管理质量进行检测,且将检测结果与科室的绩效考核进行挂钩,质控部门根据制定的相关标准对科室的 DRGs 入组率进行抽查,并对 DRGs 未入组病历进行重点抽查;职能部门针对 DRGs 的医

疗服务质量及医护人员的专科能力进行评价与管理,进行透明化公示,起到监督与督促的作用,及时解决一些突出问题。

1.3.4 处理阶段 每月需要召开科室主任例会制度和每一季度的质量反馈制度,对科室病案首页质量检查情况进行通报,并通过对检查结果进行系统的分析与评价,总结取得的成果并对存在的问题进行整改,提出合理的改进方法。且针对医护人员的检查结果需要纳入到月度考评中,按照质量的高低进行奖惩。同时也将成功的经验进行总结纳入到新的循环标准中,进行下一轮 PDCA 循环。

1.4 观察指标

(1)病案管理效果:分为甲级、乙级、不合格(含丙级)、返修。

(2)病例质量评分:病例质量评分满分100分。分数越高,表明病例质量越好。

(3)发生的主要问题:包括护理记录不及时、复制粘贴、漏签代签、护理记录不一致4个方面。

(4)DRGs 指标数据变化情况:包括 DRGs 总量、内科 DRGs 总量、外科 DRGs 总量、内科组数增长率、外科组数增长率、内科入组病例增长率、外科入组病例增长率。

1.5 统计学处理

采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行统计分析,计量数据采用“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验,计数资料比较 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 PDCA 实施前后病案管理情况比较

在实施 PDCA 循环后,甲级病案率高于实施前,乙级、不合格(含丙级)、返修率低于实施前,两组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 PDCA 实施前后病例质量评分比较

在实施 PDCA 循环管理后病历质量评分高于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表 1 PDCA 循环理论实施前后病案管理效果比较(份)

组别	份数	甲级	乙级	不合格(含丙级)	返修
实施前	15500	12400	1085	1035	980
实施后	15500	14645	434	343	78
χ^2 值		1460.700	293.375	363.672	796.145
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 PDCA循环实施前后病例质量评分比较(分)

组别	份数	病例质量评分
实施前	15500	90.26 ± 2.61
实施后	15500	96.63 ± 2.49

$t=219.852$, $P=0.000$ 。

2.3 PDCA实施前后发生的主要问题

实施PDCA循环管后护理记录不及时、复制粘贴、漏签代签、护理记录不一致发生率均低于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.4 PDCA实施前后DRGs数据变化比较

PDCA循环理论实施后对DRGs相关数据进行

分析,DRGs总量、内科DRGs总量、外科DRGs总量高于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$);实施后内科组数增长率、外科组数增长率高于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$);内科入组病例增长率、外科入组病例增长率高于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表3 针对PDCA实施前后发生的问题(份)

组别	份数	护理记录不及时	复制粘贴	漏签代签	护理记录不一致
实施前	15500	3172	5720	2808	780
实施后	15500	676	2392	624	52
χ^2 值		1848.477	1849.237	1562.840	654.568
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表4 PDCA循环理论培训前后指标数据变化情况

科室	DRGs总量		增长率(%)
	实施前	实施后	
内科	11227	14205	26.52
外科	10269	13429	30.77

$\chi^2=60.312$, $P=0.034$ 。

表5 培训前后DRGs指标数据变化情况

科室	组数		增长率(%)	入组病例数		增长率(%)
	实施前	实施后		实施前	实施后	
内科	523	537	2.68	4030	4266	5.85
外科	542	547	0.92	9430	11234	19.13
χ^2 值	0.601			13.459		
P 值	0.028			0.044		

3 讨论

根据我国医改措施的实施,医疗保险的支付方式也发生了相应的改变,目前国家正在全面推广按病种进行付费为主,其他付费方式为辅,两者进行结合的医保支付措施。目前我国大部分地区的医疗机构积极响应国家号召,采用了DRGs付费原则^[11]。PDCA循环是目前最为科学及先进的一种管理模式,可以促进DRGs的质量改善。据相关学者研究表明^[12],PDCA循环管理模式的实施可以在很大程度上提高病案管理工作的效果及质量。在传统的医疗体制中,医护人员针对患者就诊时的病案质量

填写意识较低,且不能及时回收,在很大程度上降低了相关科室的工作效率,同时也影响了病案的整理、编码、录入等一系列工作,造成了病历数据记录的缺陷问题层出不穷,而实施PDCA循环管理模式不仅可以提高病案首页的质量,同时也可以提高病案记录的准确性与及时性。本研究结果显示,在PDCA实施后的病案管理中,甲级14 725份,乙级434份,不合格(含丙级)343份,返修78份,相比于实施前甲级病案管理率呈现上升趋势($P<0.05$),乙级、不合格(含丙级)以及返修率均呈现下降趋势($P<0.05$);实施PDCA循环管理后病案质量评分为(96.63 ± 2.49)分,相比于实施前病案质量评

分提高 ($P<0.05$), 在实施 PDCA 循环管理后病历中出现的主要问题有护理记录不及时、复制粘贴、漏签代签、护理记录不一致四个方面的问题, 且在 PDCA 实施后各项问题均呈现明显的下降趋势, ($P<0.05$), 这一现象的产生主要是由于在该院在实施 PDCA 循环管理时对医院病案记录中存在的问题进行详细的分析并找出问题产生的原因, 在此基础上针对出现的问题制定相应的改进措施并进行组织实施相关措施, 通过对医护人员进行相关的规范化培训, 可以不断地提高医护人员的法律知识和业务水平, 树立医护人员的风险意识, 使医护人员意识到病案填写的重要性, 从而在进行病历填写时有意识的保证病历记录的真实性、准确性、详细性, 从而提高病案质量以及病案质量控制的工作效率。胡以霞等^[13]的研究结果显示, PDCA 循环的管理方法可以用于解决病案管理问题, 优化内部工作流程, 提高整体工作效率, 对病案归档率的持续提高有明显改善作用。与本次研究结果相似。

在 DRGs 数据中造成数据出现错误的原因多种多样, 严重影响了 DRGs 数据录入的准确性, 对采用 DRGs 支付方式进行医疗费用支付的患者产生影响, 因此针对病案记录中存在的主要问题进行分析并结合 PDCA 循环管理模式进行实施, 可提高病案首页质量。在本次研究中, 在实施 PDCA 循环理论后内科 DRGs 总量提升 26.52%, 组数提升 2.68%, 入组病例数增长 5.85%, 外科 DRGs 总量提升 30.77%, 组数增长 0.92%, 入组病例数增长 19.13%。造成这一现象产生的原因是在实施 PDCA 循环管理时从根源上解决问题, 针对病案填写中存在的共性与个性的问题进行全面的分析与总结, 并制订明确的目标, 有效的实施计划, 积极的改善措施, 并严格按照制订的内容进行实施, 且在实施过程中对计划的合理性及实用性与措施的实施程度及影响大小进行综合评估, 看其是否达到预期的目标与是否出现了新的问题, 并针对检查结果进行总结分析, 在出现问题的方面进行改进, 把好的措施、成功的经验制成标准, 进入到下一阶段的循环中, 由此往返重复的循环措施, 使病案首页质量得到积极的改善。在段琛^[14]实验中得出结论, PDCA 措施与病案编码管理进行结合, 可以有效地提高临床医师及编码工作人员编码的准确性, 同时也可以提高医护人员的工作效率与工作积极性, 与本次研究结果相符。

综上所述, PDCA 循环管理通过对病案质量进行分析, 总结病案中存在的问题, 并制订相应改正措施, 从根源上对病案记录问题进行解决, 同时也通过对医护人员进行病案记录的规范性进行定时培训, 有效提高医护人员在进行病案记录时的准确性、完整性, 从而使 GDRs 的护理病案数得到改善。

4 参考文献

- [1] 樊芮冰, 蔡乐. PDCA 循环法住院病案首页培训对 DRGs 数据的影响 [J]. 昆明医科大学学报, 2020, 41(7): 127-130.
- [2] 李冬梅. PDCA 循环管理在压力性损伤患者护理持续质量改进中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10): 146-148.
- [3] Vogl M, Schildmann E, Leidl R, et al. Redefining diagnosis-related groups (DRGs) for palliative care—a cross-sectional study in two German centres [J]. BMC Palliat Care. 2018, 17(1): 58.
- [4] 罗娟, 谭洁, 李彬. PDCA 循环管理模式在医养结合护理中对护理质量持续改进的效果分析 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(23): 2901-2903.
- [5] 王松. PDCA 结合访谈法在提高病案回收率的应用 [J]. 中国病案, 2018, 19(1): 3-6.
- [6] 马起龙. PDCA 管理对医院病案归档率的影响 [J]. 中国病案, 2019, 20(5): 12-13.
- [7] 袁萍, 王德华. PDCA 循环在住院病案档案管理中的应用 [J]. 中国病案, 2018, 19(9): 3-5.
- [8] 余柳君, 卢瑶, 付翠平, 等. PDCA 法管理对住院病案首页信息质量的影响 [J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(3): 198.
- [9] 关曼璐, 虎翼, 杜永强, 等. 运用 PDCA 循环提高 ICD-10 编码准确率 [J]. 中国病案, 2018, 19(5): 26-29.
- [10] 王艺蓉, 林倩, 黄婧雅, 等. PDCA 内训师在促进医院质量持续改进中的探索与实践 [J]. 中国医院管理, 2020, 40(5): 61-63.
- [11] 赵莉. PDCA 循环法在门诊噪声管理中的应用研究 [J]. 上海护理, 2018, 18(3): 58-60.
- [12] 明星辰, 罗勤, 付萍, 等. PDCA 在基于 DRGs 的病案首页校验中的应用 [J]. 中国卫生统计, 2018, 35(4): 596-597.
- [13] 胡以霞, 朱良枫, 陆卫芬, 等. 运用 PDCA 循环提高病案首页填写准确率 [J]. 经济技术协作信息, 2018, 324(17): 20-21.
- [14] 段琛. PDCA 循环在总额预付制下 DRGs 医保控费中的应用 [J]. 财政监督, 2018, 438(24): 101-105.

[2021-01-08 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

1 例流行性出血热致多脏器功能障碍患者的护理

闫风华 米伟

【摘要】 总结了1例流行性出血热致多脏器功能障碍患者的护理经验。护理要点包括：隔离和防护，病情观察，出血的观察和护理，基础护理，气道护理，血液透析滤过治疗的护理，高热护理，营养护理及心理护理。患者住院16 d，通过医疗护理精细化的管理，为患者提供个体化优质的护理服务，最后患者治愈出院。

【关键词】 流行性出血热；多脏器功能障碍；护理

中图分类号 R473.51 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.044

流行性出血热又称肾综合征出血热(hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS)，是一种自然疫源性传染病，以鼠类为主要传染源、由汉坦病毒引起的传染病。该病流行范围较广、临床症状重、病死率高，是严重危害人们健康的传染病之一^[1]。宁夏地区在1991年首次发现流行性出血热，1994年曾爆发疫情，发病率高达259.52/10万，居国家之首^[2]。通过采取各项防控措施，发病率明显降低。我科近10年共收住2例流行性出血热患者，1例治愈出院，1例死亡。现就2019年12月治愈出院的1例流行性出血热致多脏器功能障碍的患者护理经验进行报道。

1 病历介绍

患者，女，15岁，体重50 kg，2019年11月12日在行走途中无明显诱因突然出现头晕、乏力伴全身疼痛症状，患者家属认为感冒所致，遂给予口服感冒药，服用药物后患者症状未见好转，服药期间感上述症状加重，乏力明显，伴胸闷、气短，尿量明显减少，遂就诊当地医院。患者病情危重，于11月22日转入我院急诊科。转入时患者气管插管接呼吸机辅助通气，生命体征：体温39.7℃，心率77次/min，血压107/44 mmHg，经皮血氧饱和度90%。实验室检查：白细胞 $45 \times 10^9/L$ ，血小板 $6.0 \times 10^9/L$ ，肌酐525.7 $\mu\text{mol/L}$ ，血钠125.9 mmol/L，天门冬氨酸氨基转移酶630.9 U/L。血气分析：pH 7.261，Lac 3.1 mmol/L。考虑患者疫源地、临床症状、体征及相关实验室检查结果，积极联系疾控中心行流行性出血热特异性抗体监测提示阳性。我科以流行性出血热、多脏器功能障碍、脓毒症休克收住急诊监护室。患者入院后遵医嘱给予心电监护、呼吸机辅助通气、补液、降温、抗感染、抗病毒、保肝

等治疗。咪达唑仑注射液镇静，盐酸瑞芬太尼镇痛，去甲肾上腺素20 $\mu\text{g/min}$ 泵入维持平均动脉压在65 mmHg以上。患者口腔内牙龈齿缝可见活动性出血，皮肤黏膜新鲜出血点。予以氨甲环酸、酚磺乙胺静脉滴注止血，输注1个治疗量血小板，复查血小板 $10 \times 10^9/L$ 。入院后立即行血液透析滤过治疗，使用枸橼酸钠溶液体外抗凝，治疗结束后肌酐降至142.1 $\mu\text{mol/L}$ 。入院第2天肌酐上升至199.7 $\mu\text{mol/L}$ ，再次行血液透析滤过治疗后降至107.1 $\mu\text{mol/L}$ ，血小板 $34 \times 10^9/L$ 。入院第4天患者尿量在40 ml/h左右，间断给予呋塞米100 mg静脉泵入，维持每小时尿量在150 ml左右，体温38.4℃给予物理降温，逐渐减停血管活性药。入院第5天试脱呼吸机，拔除气管插管给予经鼻高流量湿化氧疗(HFNC)，经皮血氧饱和度在95%以上，血小板 $91 \times 10^9/L$ 。入院第7天患者病情稳定，体温36.4℃，白细胞 $10.82 \times 10^9/L$ ，血小板 $116 \times 10^9/L$ ，肌酐91.3 $\mu\text{mol/L}$ ，天门冬氨酸氨基转移酶81.4 U/L，各脏器功能障碍得到改善，遂转至普通病房继续治疗，入院第16天治愈出院。

2 护理

2.1 隔离和防护

患者置于单间病房，专人看护。隔离期间做好患者周围环境的消毒，每天用500 mg/L的含氯消毒液擦拭地面及物表2次。治疗期间，严格限制探视人员，每天下午30 min探视时间，每次只允许1人探视，穿戴好口罩、帽子、鞋套、探视服后方可进入病房。医护人员在接触患者时，需做好防护措施；在为患者翻身、血液净化、吸痰或者相关操作时，穿隔离衣，戴双层乳胶手套和护目镜等。患者的生活垃圾按医疗垃圾处理。

2.2 病情观察

密切观察患者病情和生命体征变化，特别是血

压变化。该患者入院时使用血管活性药物,持续监测有创动脉血压,保证压力监测系统的连接紧密,测压准确。密切观察患者意识状态,每天早晨停用镇静镇痛药物,评估患者意识情况。流行性出血热患者以肾脏损害为主,由于肾血管受损及肾间质水肿,组织变性坏死,患者相继出现少尿、多尿、血尿、蛋白尿^[3]。输注液体时严格控制输液速度,每日所需液体均采用输液泵匀速输注,监测每小时尿量,尿量减少时及时报告医师。

2.3 出血的观察和护理

流行性出血热患者因血小板减少及其功能损害,凝血因子的大量耗损以及血管内皮损伤合并多部位出血。密切观察患者意识瞳孔变化及大便的颜色,股静脉穿刺点有无渗血,口腔牙龈齿缝出血及皮肤黏膜出血的范围大小。掌握患者的动态化验结果。患者入院时可见牙龈齿缝活动性出血及皮肤散在出血点,积极给予止血药物,加强口腔护理,选用100 ml冰生理盐水+12 mg的去甲肾上腺素混合配置的溶液进行口腔冲洗^[4]。口腔冲洗时双人配合,动作轻柔,避免气管插管移位及口腔牙龈出血加重。

2.4 基础护理

流行性出血热患者入院早期病情较重,应绝对卧床休息^[5]。保持室内空气新鲜,控制室温在22~24℃。培养良好的睡眠习惯,避免睡眠紊乱。每2 h翻身1次,预防压力性损伤。保持床单位干燥、平整、柔软,每天用0.05%醋酸氯己定溶液擦拭全身,做好基础护理,增加患者舒适感。护理操作时动作沉着、轻柔、熟练,增加患者对医护人员的信任感、安全感和对康复的信心。

2.5 气道管理

建立人工气道患者易发生呼吸机相关性肺炎,应做好预防措施。抬高床头>30°;6 h 1次监测气囊压在25~30 cmH₂O,按需清理气道及口鼻腔分泌物;使用呼吸机850湿化器进行气道温湿化,及时倾倒呼吸机冷凝水;根据改良Beck评分进行口腔评分,每隔6小时1次口腔护理,使用一次性口腔护理吸痰管刷进行口腔刷洗。11月27日拔除气管插管,PaO₂/FiO₂ 244 mmHg予以HFNC,设置氧浓度45%,流速50 L/min,经皮氧饱和度在95%以上。HFNC为患者提供精确稳定的吸氧浓度,有利于改善患者血氧饱和度,提高了患者吸氧的舒适性,降低了再次插管低风险患者的再插管率^[6]。

2.6 血液透析滤过治疗的护理

严格执行无菌操作原则,掌握机器报警的原因及处理方法。①上机前:评估股静脉置管通畅性。

正确安装管路,充分预冲滤器。注意各接头紧密连接,避免断开。②治疗过程中:按照医嘱设置治疗参数,做好体外枸橼酸抗凝监测。动态观察动脉压、静脉压、跨膜压、滤器前压,注意观察管路及滤器有无凝血倾向。如果管路通道出现凝血情况,可使用生理盐水回血,查明原因报告医师并处理,必要时更换管路和滤器^[7]。同时密切观察患者生命体征变化及患者主诉,给予对症处理。③下机后:记录患者生命体征及结束的时间,仪器擦拭消毒备用。

2.7 高热护理

患者入院后最高体温39.4℃,且持续时间较长,使用体温探头持续监测体温变化,并在护理记录单上详细记录。予以药物联合物理降温,使用广谱抗菌药物及强效抗病毒药物;自制冰袋联合降温毯物理降温,在使用降温毯时背部垫浴巾,防止皮肤冻伤,设置降温毯温度4~10℃,目标体温36~37℃。自制盐水冰袋用毛巾包裹,置于头部、颈部、腹股沟等大血管处。自制盐水冰袋舒适度高、冰絮融化慢,减少了护士工作量。降温忌温度过高的热水擦浴和酒精擦浴,可使皮下毛细血管扩张,会加重皮下出血,故禁用。

2.8 营养护理

患者入院当天遵嘱留置鼻胃管,抬高床头30°,给予肠内营养瑞先持续鼻胃管30 ml/h泵入。当胃残余量在200~500 ml之间时,应该引起关注并采取措施减少误吸的发生^[8]。第2天监测胃残余量为350 ml,遵医嘱暂停瑞先泵入。更换10%葡萄糖1000 ml,50 ml/h持续泵入。第3天间断鼻胃管泵入瑞先30 ml/h,10 ml/h逐渐增加,直至100 ml/h后维持该速度,每次泵4 h暂停2 h,暂停时用30 ml温开水冲管,防止堵塞;再次启动时监测胃残余量。在泵入过程中通过监测胃残余量调整泵入速度可以明显降低误吸发生率^[9]。在营养管理过程中护士起着很重要的作用,为了达到营养目标,需要护士对患者进行连续准确的评估和对肠内营养速度的相应调整,且医护人员需要保持密切配合和良好的沟通,才能保证营养支持治疗的安全及疗效^[10]。

2.9 心理护理

护士主动与患者沟通交流,态度和蔼、温柔,询问学习和生活方面状况,拉近护患距离,解释监护室家属不能陪护的原因,消除陌生感和恐惧感。在恰当时候向患者讲解疾病知识,鼓励其勇敢坚强面对,树立战胜疾病的信心。同时播放患者喜欢的音乐,家属和同学录播的鼓励话语,病情好转后安排家属陪护,减轻其焦虑和恐惧心理。鼓励患者说

1 例兰索拉唑致过敏性休克的临床护理

马琳 王兰英 万海英

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.07.045

兰索拉唑是当前广泛用于临床的第二代质子泵抑制剂(PPI),主要应用于治疗消化性溃疡及抑制胃酸分泌可能获益的相关疾病,该药物胃酸抑制作用强而持久,临床上广泛应用^[1]。目前报道的常见不良反应有头痛、腹泻、恶心呕吐、皮疹、皮肤瘙痒、荨麻疹及关节痛等,程度多数轻微,结束治疗后即可消失,但注射用兰索拉唑致过敏性休克此类严重不良反应较为罕见,鲜有报道^[1-2]。本文对兰索拉唑致胆管结石过敏性休克1例病例进行报道,旨在提高临床医护人员在工作中对兰索拉唑致过敏性休克发病机制、临床特征、以及配合抢救的认知。

1 病例介绍

患者女性,81岁,主因“间断性右上腹部疼痛1周余”于2019年6月入院。既往高血压病史20余年,自诉口服氨氯地平联合氯沙坦钾片控制

作者单位:300192 天津市第一中心医院

血压,血压控制可,既往2年余前因双侧卵巢浆液性囊腺瘤行双侧卵巢切除术,否认食物、药物过敏史,否认家族遗传病史。入院后查体:神志清楚,体温36.1℃,脉搏70次/min,呼吸17次/min,血压136/84 mmHg,无全身浅表淋巴结肿大,腹部膨隆,未见胃肠型及蠕动波,肠鸣音4次/min,无增强或减弱,移动性浊音阴性,右上腹轻压痛,肝脾肋下均未触及,无反跳痛和肌紧张,双下肢无水肿。实验室检查:总胆红素(TBil)30.1 μmol/L,直接胆红素(DBil)19.32 μmol/L,碱性磷酸酶(ALP)71 U/L,谷氨酰转氨酶(GGT)411 U/L, WBC 7.88 × 10⁹/L, RBC 4.24 × 10¹²/L, HGB 131 g/L, PLT 224 × 10⁹/L;凝血功能正常;腹部超声提示:胆囊多发结石伴沉淀物、胆囊炎、肝内外胆管扩张、胆总管多发结石、脂肪肝。结合患者临床症状、体征以及相关化验、检查,初步考虑患者胆囊结石伴急性胆囊炎、胆管结石伴胆管炎诊断,积极完善相关术前准备,择期行内镜逆行性胰胆管造影(ERCP)取石及腹腔镜下

出自己的不适,在条件允许下尽量满足其需求。

3 小结

流行性出血热在临床上可表现为发热、出血、肾脏受损等^[11],严重时会导致多脏器功能障碍。本例患者出现了肺、肾、肝、血液功能障碍,给患者及家属身心会造成很大的损害。通过医疗护理的共同努力,特别是精细化的护理,为患者提供个体化优质的护理服务,充分诠释了优质护理服务工作的内涵,在患者治愈过程中起到了关键性的作用。

4 参考文献

- [1] 王东辉,张恒,赵连飞.涇源县2012-2016年流行性出血热实验室监测结果及流行趋势分析[J].宁夏医学杂志,2018,40(6):96-97.
- [2] 马羽章,刘天锡.宁夏卫生防疫50年[M].银川:宁夏人民出版社,2004:59.
- [3] 胡美玲.1例流行性出血热致多器官功能衰竭病人的护理[J].全科护理,2013,11(22):2110-2111.
- [4] 田东丽.冰盐水口罩用于预防白血病患者口腔出血的护理观察[J].中西医结合心血管病电子杂

志,2017,5(21):111-112.

- [5] 邢琳琳.肾综合征出血热143例责任制整体护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(22):123.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会呼吸危重症医学学组.成人经鼻高流量湿化氧疗临床应用专家共识[J].中华结核和呼吸杂志,2019,42(2):83-91.
- [7] 王飞杰,刘涉泱.局部枸橼酸抗凝在凝血功能障碍患者连续性肾脏替代治疗中的应用[J].国际护理学杂志,2018,37(5):579-583.
- [8] 米元元,沈月,王宗华,等.机械通气患者误吸预防及管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2018,53(7):849-856.
- [9] 吴白女,潘慧斌,黄培培,等.肠内营养并发胃潴留规范化处理流程对危重症患者喂养达标率的影响[J].中华护理杂志,2018,53(12):1458-1462.
- [10] 平丽,朱建华,邵亚娣,等.营养风险评估结合个体化肠内营养管理流程在重症患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2017,23(28):3628-3632.
- [11] 刘亮,魏艳娇,刘明.浅析流行性出血热的流行特征和防控措施[J].航空航天医学杂志,2019,30(8):992-993.

[2020-04-27 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

胆囊切除治疗。患者于入院后第1天行保肝及抑酸治疗,于当日16:00开始静脉输注兰索拉唑粉针剂(批号:518123086)30 mg+0.9%氯化钠注射液100 ml,在输注约20 ml药液后突发胸闷、喘憋、呼吸困难,伴胸壁及上肢皮肤潮红。考虑患者过敏性休克,立即停止兰索拉唑输注并通知主管医生,替换原有输液器并以0.9%氯化钠注射液维持静脉通路,遵医嘱予以地塞米松注射液5 mg静脉注射,同时给予鼻导管吸氧,给予心电监护提示心率152次/min,呼吸34次/min,血压58/44 mmHg,血氧饱和度81%并逐渐下降。遵医嘱予以肾上腺素2 mg静脉注射,更换为面罩吸氧,同时予羟乙基淀粉酶溶液500 ml静脉点滴,呋塞米20 mg静脉注射,治疗约10 min后患者血氧饱和度逐渐上升至91%~94%,心率92次/min,血压128/66 mmHg,呼吸31次/min。联系心内科、耳鼻喉科会诊,查体可见会厌部水肿,无法进行喉镜操作检查,遂予以二羟丙茶碱平喘、硝酸异山梨酯扩冠治疗,同时配合抗过敏及消肿治疗。治疗5 d后复查喉镜提示会厌部肿胀较前减退、喉黏膜无充血、双侧室带光滑、双侧声带光滑。入院后第6天行ERCP取石治疗,术中造影检查见胆总管上端增宽、下端充盈缺损,胆管结石诊断明确后取石网篮取出结石数枚,术中行鼻胆管引流术(ENBD),并留置鼻胆管持续引流,引流量约400~500 ml/d。3 d后复查肝功能未见明显异常,予以拔除鼻胆管。考虑患者过敏性休克后会厌部肿胀尚未完全消退,影响全身麻醉术中气管插管,遂准予患者出院,择期再行腹腔镜下胆囊切除治疗。

2 护理

2.1 积极配合抢救并识别过敏源

根据国家药品不良反应监测中心药品不良反应因果关系判定原则^[3]:首先,患者从入院完善相关检查至静脉滴注兰索拉唑前6 h内无任何药物治疗;其次,患者在静脉滴注兰索拉唑5 min后即刻出现过敏性休克表现,与药物不良反应发生的时间相吻合;第三,结合患者本次胆囊结石伴胆囊炎、胆管结石伴胆管炎的诊断,以及既往高血压病史所示,并不能从以上病史解释过敏性休克发生原因。综上分析,该患者发生过敏性休克与滴注兰索拉唑存在因果关系。

2.2 辨别注射用兰索拉唑可引起过敏性休克的相关因素

根据患者疾病发展及用药时间判断分析,该患者入院后首袋输注的液体为兰索拉唑注射液,在输

注前及输注时无任何的液体配伍,因此可以排除配伍因素致过敏性休克反应发生。患者虽既往否认食物、药物过敏史,且口服过抑酸剂,具体药名不详,未发生不良反应,但注射用兰索拉唑患者确未曾输注过,因此患者自身对注射用兰索拉唑的不良反应不能排除,此外该药品说明书推荐用法用量为成年人每次30 mg,以0.9%氯化钠注射液100 ml溶解后给药,推荐的静脉用药时间为30 min,该患者药物的配比方法严格按照说明书执行,但该患者在输注约20 ml后出现严重过敏反应,即刻停止输液,静脉用药时间无法估算,因此,护理人员在用药时必须严格按照推荐用药时间缓慢输注,否则可能会因为输注时间过短,输注速度过快而引起不良反应。

2.3 急救护理

协助患者采取头、躯干抬高20°~30°,下肢抬高15°~20°的仰卧中凹体位,以增加回心血量,同时予以鼻导管吸氧,心电监护,密切观察生命体征及神志变化。保证呼吸道通畅。及早建立静脉通路以使用药。注意保暖。保留可疑致敏液体放置于2~6℃冰箱内,并及时上报相关部门。本例患者在输注注射用兰索拉唑粉针剂约5 min后,突发喘憋、呼吸困难,考虑兰索拉唑致过敏反应,立即停止输液,更换输液器,使用0.9%氯化钠注射液维持静脉通路,备好抢救药品及物品,积极配合,为过敏性休克的急救诊治做好充足准备^[4]。

2.4 病情观察

2.4.1 精神状态 患者意识状态是反应过敏性休克的一项敏感指标。如患者的意识清,对外界刺激反应良好,则提示患者的循环血量基本充足。相反,如患者表情淡漠、谵妄、嗜睡甚至昏迷,则提示患者脑组织血流灌注不足,存在程度不同的休克。本例患者经诊断明确为过敏性休克后,意识清,精神欠佳,判断患者脑组织血循环基本充足,治疗上予以羟乙基淀粉酶扩容、提高血浆渗透压、改善微循环及稳定血流动力学,但在临床中,还应结合其它反应组织灌注情况的症状、体征做综合判断^[5]。

2.4.2 皮肤温度、色泽及皮肤黏膜表现 皮温、颜色是反应体表血流灌注情况的标志。若患者表现出四肢温暖、皮肤干燥,表明末梢循环已恢复,休克好转;反之则说明休克仍存在。此外,过敏性休克还有两大特点,一是在短时间内出现休克表现即血压急骤下降,二是在休克前或同时出现一些与过敏性休克相近症状,如皮肤黏膜的改变、呼吸道梗阻症状、循环衰竭以及意识上的改变^[6]。皮肤潮红、瘙痒、荨麻疹往往是过敏性休克在皮肤黏膜方面最

早且最常见的症状改变,本例患者在突发过敏性休克约 5 min 病程中,双上肢及胸壁皮肤潮红程度逐渐加重,四肢湿冷,皮肤苍白,此时积极予以吸氧来改善缺血、缺氧、血流瘀滞状态,予糖皮质激素地塞米松保护细胞,抑制过敏引起的炎症反应,予羟乙基淀粉酶扩容,调节室内适宜的温湿度注意保暖,经抗过敏、抗休克一系列治疗后患者上肢及胸壁皮肤潮红症状缓解,四肢皮温及颜色转为正常,且弹性正常,表明体表血流灌注充足,过敏性休克症状得到缓解,病情有待进一步观察。

2.4.3 血压、心率的变化 血压是休克治疗中最常用的监测指标,而心率加快多出现在血压下降前,是休克早期表现,因此责任护士需密切观察监护中生命体征及心电图示波变化,该例患者在发生过敏性休克初期,心电监护示:心率 152 次/min,血压 58/44 mmHg,计算休克指数 2.6^[7],为严重休克,立即予以肾上腺素兴奋心肌,增加心肌收缩力,收缩血管,升高血压;给药后约 10 min,心电监护示:心率 92 次/min,血压 128/66 mmHg,请心内科会诊,予以二羟丙茶碱注射液平喘、硝酸异山梨酯注射液扩冠治疗,此后患者生命体征逐渐平稳,过敏性休克得到纠正。

2.4.4 尿量 尿量是反映肾脏血流灌注的重要指标,少尿通常是休克早期的表现。因此,对过敏性休克患者应准确观察尿量变化,必要时留置导尿管并连续监测每小时尿量,若尿量保持于 30 ml/h 以上,说明休克被纠正。本例患者予羟乙基淀粉酶扩容、呋塞米增加肾血流保护肾脏,结合患者精神状态及皮肤温度、色泽,综合判断组织灌注充足,过敏性休克得到纠正。

2.5 用药的治疗与护理

该病例患者出现较为少见的过敏性休克症状,立即停止药物输注切断过敏源,保存可疑致敏药物置于 2~6℃ 冰箱内,给予糖皮质激素地塞米松稳定机体内环境,抑制炎症反应;给予肾上腺素,兴奋心肌,收缩血管,升高血压;给予羟乙基淀粉酶扩容、维持体内电解质平衡^[8]。经过一系列有效抗过敏抢救治疗手段,有效避免了患者病情恶化及不良反应发生。

2.6 心理护理

本例患者入院后,胆囊结石伴胆囊炎、胆管结石伴胆管炎诊断明确,就诊时生命体征平稳,无发生休克的任何征兆,在使用兰索拉唑后快速出现严重的过敏性休克反应,突发的病情变化会让患者及家属产生紧张、恐惧心理,甚至对医疗过程产生质

疑,对此责任护士应耐心向患者及家属进行解释与安慰工作,稳定其情绪,减轻焦虑与恐惧感,同时在发生过敏性休克后,果断的处置与及时的抢救,也会让患者及家属产生信任感,紧张情绪得以缓解,并能够积极配合此后的治疗与护理^[9]。

3 小结

在过敏性休克抢救过程中,责任护士与医师密切配合,明确分工,处置果断及时,未遗留任何后遗症。本例患者再次提醒临床医务工作者,入院时对患者过敏史及家族性过敏史应详细询问,严防过敏性休克发生。此外,在对患者输注兰索拉唑时应严格控制药物滴注速度,严密观察有无不良反应发生,一旦发生严重过敏反应应积极配合抢救并在病历中明确记录^[10]。通过积极配合抢救并识别过敏源,辨别注射用兰索拉唑可引起过敏性休克的相关因素,急救护理,动态观察患者精神状态、皮肤温度色泽、血压与心率及尿量等指标,及时合理的药物治疗与有效的心理护理等一系列护理措施,为今后急性过敏性休克的处理提供了临床经验。

4 参考文献

- [1] 任文静,鞠蕾,付桂英.兰索拉唑致过敏性休克 1 例并文献回顾[J].临床药物治疗杂志,2017,15(12):51-54.
- [2] 王锐,赵健琦,张金萍,等.兰索拉唑致肿瘤化疗患儿过敏性休克 1 例[J].儿科药学杂志,2018,24(6):65-66.
- [3] 陈俐烨,安连宇,石萍,等.我国药品不良反应个例报告质量评估方法研究[J].中国药物警戒,2020,17(3):148-153.
- [4] 唐希希.输液过程中的药物过敏性休克的急救护理体会[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(12):102,174.
- [5] 张改丽.头孢类药物过敏性休克早期的急救护理[J].药品评价,2019,16(16):26-27.
- [6] 薄禄龙,卞金俊,邓小明.2017 年国际麻醉领域指南回顾[J].国际麻醉学与复苏杂志,2018,39(10):905-908,937.
- [7] 赖晓娟,刘楠,吴琴江,等.休克指数指导急诊外科严重创伤合并失血性休克患者急救护理的意义[J].中国实用护理杂志,2020,36(22):1681-1684.
- [8] 任晓蕾,詹轶秋,张春燕,等.45 例药源性过敏性休克病例分析[J].医药导报,2018,37(6):766-768.
- [9] 谢艳玲,卢静如,王佳楠,等.优质护理在急性创伤性休克急诊治疗中的应用价值分析[J].临床研究,2018,26(6):182-184.
- [10] 刘子荣,史瑞,张雅敏.兰索拉唑致过敏性休克 1 例并文献回顾[J].中国新药与临床杂志,2020,39(8):508-510.

[2021-01-08 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 7 Apr. 10, 2021

CONTENTS IN BRIEF

- Intervention effect of the non-invasive ventilator treatment on the COPD patients combined with type II respiratory failure applied the continuing exercise program assist by the mobile phone APP.....** TAO Lijun(949)
- The effect of nursing intervention based on the information-motivation-behavioral skills model on the psoriasis patients' levels of stigma and psychological resilience.....**
..... Chen Li, Deng Leying, Zhou Ping (953)
- Application effect of KAP health education model on the mental and behavioral disorder patients caused by the alcohol.....**
..... ZHANG Chunyan, WANG Meihua, WANG Min, Li Yan (957)
- Application of risk prevention management system on the breast cancer patients with intravenous infusion port catheterization chemotherapy.....**
..... HUANG Jian, LAI Meichun, JIANG Dongfang(961)
- The effect of the integration health care management model on the resilience and stigma of ankylosing spondylitis patients.....** ZHANG Xiaoli (965)
- Influencing factors of olfactory change on the patients after resection of pituitary adenoma via submucosal approach through nasal septum.....** LI Li (974)
- Influencing factors of the hypotension after the carotid stent implantation.....** ZHAO Jie, WANG Yu(978)
- Distribution characteristics and influencing factors of HIV infection among the men who have sex with men in Shenzhen Longhua district.....**
..... LI Wenting, WU Youzhen, HUANG Jizhong (982)
- High risk factors of gastroparesis syndrome occurred in elderly patients after the gastroduodenal operation.....**
..... LIU Sheng, LI Xia(985)

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 Practice
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公布的名词为准，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：hlsjyjshb@126.com。