

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5月 第18卷 第9期 May 2021 Vol. 18 No. 9



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



0 9>

9 771672 967212

9

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9期

2021年5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

基于动态评估的康复训练对脑卒中后失语症患者的疗效

与生活质量的影响..... 丁晔 (1265)

断指再植术后再植指总体活动度恢复状况及其影响

因素分析..... 罗秀艳 罗朝晖 何美玲 杨婷 (1269)

人文关怀联合分阶段早期心理干预对急诊眼外伤患者

视功能及心理弹性的影响

..... 纪海青 高荣玉 满辉 秦玉霞 (1274)

集束化管理策略在重型颅脑损伤患者早期康复

护理中的应用

..... 李景珊 朱倩云 吴言芬 詹志英 黄海英 (1278)

调查研究

口腔门诊护士人文关怀品质的影响因素

..... 只涤苕 张敬梅 (1283)

造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的影响因素

..... 温小珊 张桂华 (1286)

结直肠癌术后患者3个月内非计划性再入院

危险因素分析..... 孙立华 (1290)

全脑血管造影术后穿刺口血肿的影响因素分析

..... 赵艳艳 陈俭慰 叶向红 (1294)

肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的影

因素分析..... 宋赛花 姜伟伟 高晓琴 (1297)

难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素

..... 屠宏光 厉兆杰 林晓吉 (1301)

老年脑卒中患者心理一致感与应对方式的相关性分析

..... 江佳隆 陈会娜 刘文秀 高倩倩 陈佳乐 李贤 (1305)

中老年胃癌根治术、全胃切除术及姑息手术患者

心理痛苦的影响因素..... 夏秋燕 (1308)

良性前列腺增生患者合并形成膀胱结石的危险因素

调查分析..... 林艳 (1313)

高龄骨科患者术后肺部感染的危险因素分析·····	葛玲 (1317)
全麻下儿童经胃镜空肠管置管成功的影响因素分析·····	周敏萍 俞卫娟 董灵芝 (1321)
综述与讲座	
儿童孤独症谱系障碍评估工具的研究进展·····	金映彤 陈苏琴 包韵歆 周美珍 (1325)
慢性非特异性溃疡性结肠炎的中医疗护措施文献分析·····	范红芳 (1330)
内科护理	
全程无缝隙干预对肺结核咯血患者情绪及生活质量的影响·····	李杨 (1333)
糖尿病并发糖尿病视网膜病变的危险因素·····	郝莉 赵焕 杨元芳 郑鑫 (1337)
五常法管理结合细节护理应用于高血压性脑出血患者中的效果分析·····	曹晶 (1340)
戴明循环管理在幽门螺杆菌阳性四联疗法治疗患者中的临床应用 ·····	姚旺 孙元婧 郭连荣 任卿 牛雪 (1344)
基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方对慢性心力衰竭患者的影响·····	邬海燕 (1348)
外科护理	
持续浅镇静目标导向联合音乐疗法在ICU重症颅脑损伤机械通气患者中的应用效果·····	简珊 (1351)
敏感指标建立的量化评价体系在脑血管介入治疗护理中的应用·····	李守勇 张芙玮 (1354)
快速康复外科联合身心干预对全髋关节置换术患者术后恢复及心理的影响 ·····	孙静 杨扬 李丹丹 齐振兴 林鹏辉 王亚丰 (1357)
妇产科护理	
精细化营养管理知识宣教对产科患者健康教育效果与生活质量的影响·····	李屏萍 (1361)
自我管理表联合乳旁加奶在提高术后72 h母乳喂养率中的应用 ·····	周娅菲 吴波 吴海霞 郭爱英 (1364)
儿科护理	
川崎病合并巨大冠状动脉瘤患儿华法林、那屈肝素钙的11例护理经验报告·····	蒋婧 杨道平 (1368)
肿瘤科护理	
现象描述式教育联合康复护理对前列腺癌患者围术期恐惧疾病进展 及不良反应的影响·····	黄莉 (1371)
进食共享照护计划在肠癌患者照顾中的应用效果·····	李伟超 黄珊 (1374)
原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术前营养风险的影响因素分析 ·····	吴锡芳 徐永萍 程云 (1378)
围术期乳腺癌患者基于智谋理论的分阶段主题心理干预效果·····	马玉琴 (1382)
手术室护理	
全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素调查分析·····	童育慧 陈广秀 夏真洁 张宁 (1385)
影响老年全麻手术患者苏醒期躁动的因素分析 ·····	骆丽华 许立倩 蔡锦华 陈满锐 陈碧霞 单美娟 (1388)

护理管理

改良Mini-CEX结合DOPS评价模式在新入职护士规范化培训考核中的应用
..... 廖丽萍 柴春燕 杨菊英 朱琴 王玲 (1391)

赋能在提升基层医疗机构护理人员慢性伤口护理能力的应用研究
..... 谢间英 高丽梅 区洁芬 (1395)

SBAR双维合理改良交接班法在妇科手术患者中的应用分析..... 李蓁 林萍 潘丽香 (1398)

护理教育

问题引导式联合CDIO模式教学在手术室新护士培训中的应用
..... 张平 赵宏波 毕磊 信鑫 陈丹艳 (1401)

神经外科临床教学中循证医学理念的应用对临床思维能力、创新能力的影响
..... 周慧琰 徐波 王晓红 李娟 (1404)

中医护理

四腔同步气压疗法联合中药封包疗法预防老年股骨近端骨折下肢深静脉血栓的效果
..... 蓝庆娟 王慈香 (1408)

基于背俞功能带关系论指导下的雷火灸法在阳虚体质证型患者中的应用
..... 蒋应玲 郭庆 胡健 韦宝玲 谢元元 (1411)

门诊护理

健康信念护理干预在提高胃癌高危人群胃镜筛查率中的应用..... 刘晋红 范玉 (1414)

急症与危重症监护

基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索在多发伤患者中的应用效果..... 范云飞 (1417)

个案报道

肾移植术后并发重症急性胰腺炎患者的护理1例报告
..... 姚媛媛 沈鸣雁 陈晓飞 张园园 沈如芬 冯志仙 (1420)

其他

《护理实践与研究》杂志社严正声明..... (1381)

征稿简则..... (封底)

基于动态评估的康复训练对脑卒中后失语症患者 的疗效与生活质量的影

丁晔

【摘要】 目的 将基于动态评估的康复训练应用于脑卒中后失语症患者中,探讨对患者疗效及生活质量的影响。方法 选取2019年7月—2020年9月医院收治的86例脑卒中后失语症患者为研究对象,按照年龄、性别、失语症程度匹配的原则分为对照组和观察组,各43例。对照组患者给予常规护理干预,观察组患者在此基础上实施基于动态评估的康复训练干预,观察并比较两组患者的临床疗效、语言能力、生活质量情况。结果 实施基于动态评估的康复训练干预后,观察组临床疗效优于对照组($P<0.05$),观察组自发谈话、口语理解、复述能力、命名能力评分均高于对照组($P<0.05$),观察组生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。结论 将基于动态评估的康复训练应用于脑卒中后失语症患者护理中,可提升患者临床疗效,改善其语言能力,提高其生活质量。

【关键词】 基于动态评估的康复训练干预;脑卒中后失语症;疗效;生活质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.001

Effects of rehabilitation training based on dynamic assessment on the efficacy and life quality of the patients with aphasia after stroke DING Ye (Shanghai Health Rehabilitation Hospital, Shanghai 201615, China)

【Abstract】 Objective To apply the rehabilitation training based on the dynamic evaluation on the patients with aphasia after stroke and discuss the effect on the patients curative and life quality. **Methods** To select 86 patients with aphasia after stroke admitted in the hospital from July 2019 to September 2020 as the study objects, according to the principle of age, gender, the level of aphasia matching between groups, they were divided into a control group and an observation group with 43 cases in each group. The routine intervention was given to the control group, the rehabilitation training intervention based on the dynamic evaluation was given to the observation group, to observe and compare the clinical curative, language competence and life quality of two groups. **Results** After applied the rehabilitation training intervention based on the dynamic evaluation, the clinical effect of the observation group was better than the control group($P<0.05$), the score of spontaneous conversation, oral comprehension, retelling ability, naming ability of the observation group was higher than the control group($P<0.05$), the life quality score of the observation group was higher than the control group($P<0.05$). **Conclusion** To apply the rehabilitation training based on the dynamic evaluation on the patients with aphasia after stroke, the patients clinical effect and the language competence were improved and the life quality was enhanced.

【Key words】 Rehabilitation training intervention based on dynamic assessment; Aphasia after stroke; Curative effect; Life quality

脑卒中是指颅内血管阻塞或骤然破裂导致血液无法正常流入大脑,造成脑神经及组织损伤的一组疾病^[1]。脑卒中发病机制与年龄、生活方式及合并基础疾病等诸多因素有关,随人们生活方式改变及人口老龄化加剧,脑卒中患者例数呈逐渐上升趋势,已成为威胁人类健康的公共卫生问题^[2]。目前脑卒

中主要通过溶栓、抗凝及降纤等治疗,可有效改善患者脑组织缺血损伤区域的血液供应,稳定患者病情,提升存活率,但多数患者会出现失语症,导致患者无法与他人正常交流,增加焦虑、抑郁等不良情绪,降低治疗积极性,不利于疾病康复,严重影响生活质量^[3-4]。有关研究表明^[5],对脑卒中后失语症患者进行科学有效的康复训练干预,能改善患者语言能力,提升患者生活质量。基于此,本研究

旨在探讨基于动态评估的康复训练干预对脑卒中后失语症患者疗效与生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年7月—2020年9月医院收治的86例脑卒中后失语症患者为研究对象,按照年龄、性别、失语症程度匹配的原则分为对照组和观察组,各43例。观察组患者年龄51~85岁,平均 65.27 ± 6.45 岁;男25例,女18例;失语症程度:3级以下24例,3级及以上19例。对照组患者年龄50~85岁,平均 66.43 ± 6.58 岁;男24例,女19例;失语症程度:3级以下23例,3级及以上20例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除条件

纳入条件:年龄 >50 岁,经CT或MRI确诊为脑卒中;恢复期存在失语症;无认知障碍;同意参与本次研究。排除条件:先天性语言障碍;合并其他脑部疾病;存在恶性肿瘤疾病;中途退出;不配合本次研究。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 实施常规护理干预。①健康宣教:责任护士依据患者失语症特点,以通俗易懂的语言为其讲解失语症症状、康复管理重要性、综合康复护理内容、注意事项等知识,嘱咐患者对不理解知识点以举手/摇头示意,并结合视频、图片等形式再次讲解相关难点知识;同时为患者推送电子版综合康复护理指导视频,嘱咐患者自行观看以巩固。②心理护理:康复护理期间以真诚、耐心态度与患者相处,建立友好护患关系,密切关注患者情绪状态,对出现负性情绪者,仔细分析影响情绪的相关因素,并对其进行相应心理疏导,同时邀请成功康复者现身说法,激发患者康复信心,适时运用快乐训练法,对患者微小进步及时反馈并给予鼓励,增加患者训练积极性。③基础护理:密切监测患者生命体征、并发症情况,指导患者适当进行语言训练、肢体功能训练等。

1.3.2 观察组 在对照组基础上实施基于动态评估的康复训练干预,具体措施如下:

1.3.2.1 成立康复护理小组 由1名护士长、2名主管护师、2名护师、1名康复师、3名资深护士组成康复护理小组,干预前均统一对小组成员进行讲座培训及考核,主要内容为脑卒中发病机制、失语症病因、康复护理要点等,考核通过后方可进入干预小组。护士长负责康复护理工作统筹安排、监督,

其他成员负责收集资料、实施康复训练措施;各组员了解患者基本信息、失语症程度及功能障碍情况等,综合评估患者康复训练需求,并查阅失语症康复护理相关文献,结合临床工作经验,以会议讨论形式共同制定基于动态评估的康复训练干预方案。

1.3.2.2 基于动态评估的康复训练干预方案实施

(1) 认知功能训练:①记忆力训练,将患者的日常用品固定于显眼位置,日常活动计划表贴于床头,以刺激患者形成固定记忆,同时为患者播放熟悉音乐、古诗歌等,鼓励患者多倾听,加深患者记忆,每天1~2次;②注意力训练,责任护士为患者提供一串数字、字母,让患者找出特定的数字;同时为患者提供2张图像,找出相同点或不同点,训练环境由安静逐步过渡至嘈杂,每天1~2次;③逻辑推理能力训练,引导患者开展各类逻辑推理训练,如数字排列、物品分类等,并引导患者将训练项目应用于实际生活,学会如何挑选商品、如何结算等,增强患者逻辑推理能力,每天1~2次。

(2) 语言功能训练:责任护士以一对一形式对患者进行语言功能训练,训练频率每天2~3次,15~20 min/次,以简单到复杂原则逐步增加训练强度,具体内容:①理解训练,责任护士说出数字→单词→词汇→句子后,患者指出相应的图片、画面、物品;责任护士说出口头指令,如“拿出书本放在桌上”,患者理解指令后执行指令;②阅读训练,为患者提供单词→句子→短文,同时提供相应图片、画面等,患者阅读后进行图片、画面匹配训练;③书写训练,为患者提供图片、书本等素材,引导患者书写素材中所看到的单词、语句及短文;鼓励患者每日书写日记,向朋友或家人写信;④言语表达训练,为患者提供单词→短句→短文→图片、物品→情景画→动画片等素材,鼓励患者述说素材中内容,同时增加日常简单对话,叙述日常经历。

(3) 社交能力训练:责任护士定期组织病友开展小组社交训练,主要训练项目为辨别躯体部位、呼名、情景对话等,将患者分为2~3人/组,小组成员在护士指导下进行相应交流训练,同时鼓励患者家属陪同患者练习日常生活交流训练,如进食、饮水、穿衣、做家务、购物等。

(4) 动态评估:责任护士及时跟踪患者康复训练情况,对不良康复行为予以纠正,记录临床护理问题;定期评估患者生活状态、语言功能恢复情况,每周将评估结果及临床问题反馈至护士长,护士长组织小组成员以会议讨论综合分析影响护理效果主要因素,结合语言功能情况及时调整康复护理策略。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：采用波士顿诊断性失语症检查法评估两组患者干预后的临床疗效，显效为较干预前失语症好转 2 级以上，有效为较干预前失语症好转 1 级，无效为较干预前失语症状无变化或加重。总有效率 = (有效例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

(2) 语言能力情况：依据《汉语失语症检查法》评估两组患者干预前后的语言能力^[6]，主要包括自发谈话、口语理解、复述能力、命名能力 4 个维度，各维度总分分别为 60 分、230 分、100 分、52 分，得分越高表示患者语言能力越好。

(3) 生活质量：采用汉化脑卒中失语症生活质量量表 (SAQOL-39g) 评估两组患者干预前后的生活质量^[7]，该量表包含沟通、生理、心理社会 3 个维度，共 39 个条目，各条目为 0~5 分，总分值范围为 0~195 分，得分越高代表生活质量越好。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 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 ± 标准差”表示，组间均数比较采

用 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ，以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

实施基于动态评估的康复训练干预后，观察组患者临床疗效优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较					
组别	观察例数	有效	显效	无效	总有效率 (%)
观察组	43	16	25	2	95.35
对照组	43	7	27	9	79.07

$\chi^2 = 5.108, P = 0.024$ 。

2.2 两组患者干预前后语言能力评分比较

干预前两组患者各项语言能力评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；实施基于动态评估的康复训练干预后，观察组患者的自发谈话、口语理解、复述能力、命名能力评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者干预前后语言能力评分比较 (分)						
观察时点	组别	观察例数	自发谈话	口语理解	复述能力	命名能力
干预前	观察组	43	33.42 ± 4.31	123.39 ± 18.31	53.42 ± 7.34	28.46 ± 4.32
	对照组	43	33.49 ± 4.33	121.43 ± 18.03	53.51 ± 7.36	28.48 ± 4.33
	t 值		0.075	0.500	0.057	0.021
	P 值		0.940	0.618	0.955	0.983
干预后	观察组	43	47.58 ± 5.97	183.93 ± 25.32	83.43 ± 10.39	43.03 ± 6.53
	对照组	43	41.72 ± 5.61	161.42 ± 22.37	70.01 ± 9.31	36.42 ± 5.11
	t 值		4.691	4.639	6.308	5.227
	P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

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 ($P > 0.05$)；实施基于动态评估的康复训练干预后，观察组患者的生活质量评分高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者干预前后生活质量评分比较 (分)			
组别	观察例数	干预前	干预后
观察组	43	101.63 ± 14.13	150.56 ± 18.38
对照组	43	103.42 ± 14.38	127.72 ± 15.46
t 值		0.582	6.236
P 值		0.562	0.000

3 讨论

脑卒中是常见脑血管疾病，具有病情危重、治愈率低、病死率高及致残率高等特点，严重威胁患者生命健康^[8]。随着医疗技术发展及医护人员对脑血管疾病深入研究，脑卒中患者经有效治疗后能控制病情发展，延长患者生命周期^[9]。但有数据报道显示^[10]，脑卒中后患者仍会遗留运动、语言、吞咽等功能障碍，约 21%~38% 伴有失语症，严重影响患者生活质量。脑卒中后失语症是指脑卒中疾病引起语言功能区域的脑组织损伤，导致患者对交际符号系统理解及表达功能减退，临床表现为不同程度听

说读写功能障碍,部分患者会出现记忆、逻辑思维、注意力等智力改变,导致患者生活自理能力及社交能力下降,增加患者孤寂、自卑感,不利于患者疾病康复,严重影响患者临床疗效^[11-12]。因此对脑卒中后失语症患者实施科学有效康复护理改善患者失语症状、提升患者临床疗效及生活质量尤为重要^[13]。

脑卒中后失语症患者传统康复护理形式中,通常依据临床经验对患者实施康复措施,缺乏针对性康复训练措施,导致整体护理效果不佳,进而影响患者临床疗效^[14]。有关研究表明^[15],康复训练干预应用于脑卒中吞咽功能障碍患者护理中,可有效促进患者吞咽功能康复,改善患者负性情绪,提升患者生活质量。又有研究显示^[16],对康复训练患者实施动态评估,可及时准确掌握患者功能恢复情况,有利于为患者提供针对性康复训练措施,进一步促进患者功能康复,提升患者治疗效果。基于动态评估的康复训练干预属于一种创新型康复训练干预模式,该模式以促进患者功能康复为目标,通过对患者实施康复训练及动态评估措施,逐步促进患者功能康复,改善患者机体功能,提升患者临床疗效^[17]。

本研究将基于动态评估的康复训练干预应用于脑卒中后失语症患者护理中,通过对患者实施认知功能训练、语言功能训练、社交能力训练等康复训练措施,同时结合动态评估,实时调整康复训练措施,可有效保证康复训练有效性及可行性,促使患者养成良好康复训练习惯,刺激患者语言神经系统重塑,促进患者语言功能恢复,改善患者失语症状,提升患者临床疗效及生活质量。本研究结果显示,实施基于动态评估的康复训练干预后,观察组患者临床疗效优于对照组($P<0.05$),观察组患者自发谈话、口语理解、复述能力、命名能力评分均高于对照组($P<0.05$),观察组患者生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。此研究结果表明,基于动态评估的康复训练干预能促进脑卒中后失语症患者的语言功能恢复,提升患者临床疗效,增强患者语言能力,提高患者生活质量。

综上所述,将基于动态评估的康复训练干预措施应用于脑卒中后失语症患者护理中,可提升患者临床疗效,改善其语言能力,提高其生活质量。

4 参考文献

- [1] 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.
- [2] 邱丽芳,蔡扬帆,江一静,等.反应扩充疗法联合低频

重复经颅磁刺激对脑卒中非流畅性失语的临床疗效[J].中国康复医学杂志,2020,35(10):1192-1197.

- [3] 王晓春,刘通,王俊华,等.透刺联合运动疗法治疗脑卒中后手痉挛:随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(1):21-25.
- [4] 谢志梅,李月清,陈静,等.“听说读写”四维全程护理在脑卒中后运动性失语症患者中的应用[J].临床医学工程,2020,27(1):105-106.
- [5] 韩程雁,杨婷,周亮.通督调神针刺法留针时言语训练对脑卒中后失语症的疗效研究[J].健康研究,2020,40(1):85-88.
- [6] 邢春艳.语言功能康复治疗对脑卒中失语症患者的影响[J].当代护士(中旬刊),2020,27(4):91-92.
- [7] 王晓燕,陈萍,熊翔凤,等.微信平台联合协同护理干预对脑卒中后遗症患者日常生活能力与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(7):55-56.
- [8] 聂涛,黄宇,莫彩霞.语言康复训练配合头电针治疗脑卒中后失语症患者的效果分析[J].中医临床研究,2020,12(29):80-82.
- [9] 邱丽芳,余友金,卢金华,等.针刺联合反应扩充疗法对脑卒中后慢性失语症患者的语言疗效影响[J].中国医药科学,2020,10(15):1-4,19.
- [10] 员玲玲,王欣,李越.镜像神经元康复疗法治疗脑卒中后运动性失语症的疗效观察[J].听力学及言语疾病杂志,2020,28(5):527-530.
- [11] 鲍鑫鑫,刘林,梁秀丽.益肾化痰汤配合醒脑开窍针刺疗法提升脑卒中后失语症的疗效及护理质量效果研究[J].四川中医,2020,38(1):202-205.
- [12] 邵庆敏,何予工,秦合伟.工作记忆训练对脑卒中后运动性失语患者的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(28):5212-5214.
- [13] 王海燕,管蔚畅,郑俊,等.音乐疗法联合语言训练对脑卒中后非流畅性失语的疗效研究[J].神经损伤与功能重建,2020,15(10):563-566,587.
- [14] 廖焕群,邓英莲,杨丽娟,等.家庭跟进式护理在脑卒中失语症患者中的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(28):3,138.
- [15] 何少娟,肖丽萍,伍惠贤,等.综合康复训练护理对脑卒中伴吞咽功能障碍临床疗效评价[J].心电图杂志(电子版),2020,9(3):389-390.
- [16] 刘青青,钱媛,孔婵,等.高龄吞咽障碍患者基于动态误吸风险评估的康复训练[J].护理学杂志,2019,34(17):73-75.
- [17] 郭连荣.注意康复训练对脑卒中失语症患者语言功能和注意力水平的影响[J].护理实践与研究,2019,16(7):153-155.

[2021-01-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

断指再植术后再植指总体活动度恢复状况及其影响因素分析

罗秀艳 罗朝晖 何美玲 杨婷

【摘要】 目的 探讨断指再植术后再植指总体活动度恢复状况及其影响因素分析。方法 回顾性选择 2018 年 1 月—2020 年 1 月医院收治的断指再植术后患者 82 例为研究对象,收集汇总患者的性别、年龄、文化程度、术后康复训练情况、缺血时间、术后心理状态、疼痛程度、断离性质、断指伤的原因、断离平面、医保情况、家庭年均收入、职业类型、术后皮肤温度、术后毛细血管反应、术后指腹弹性情况、合并基础疾病、受伤的手指类型等相关因素,进行统计学处理,确定并分析独立影响因素。**结果** 断指再植术后患者的再植指外观恢复得分为 15.59 ± 3.45 分,运动功能评分为 14.27 ± 4.13 分,感觉恢复评分为 16.38 ± 5.39 分,日常活动恢复评分为 7.36 ± 2.47 分,恢复工作情况评分为 6.78 ± 2.59 分,再植指功能总分为 60.38 ± 16.28 分,其再植指功能活动恢复水平较差。单因素分析显示,年龄、术后康复训练、缺血时间、术后心理状态、断离性质、断指伤原因、断离平面、受伤的手指类型、术后指腹弹性、术后皮肤温度均为影响断指再植术后患者再植指功能活动恢复的相关因素 ($P < 0.05$)。多元线性回归分析显示,断离平面、术后康复训练、术后心理状况与断指伤原因均为断指再植术后患者再植指功能活动恢复的影响因素 ($P < 0.05$)。**结论** 断指再植术患者术后再植指功能恢复与断离平面、断指伤的原因、术后心理状态与术后康复训练情况等密切相关,护理人员配合医师,采取针对性护理干预,促进其功能康复,对患者恢复生活能力、回归工作岗位并重返社会有着极其重要的意义。

【关键词】 断指再植术;再植指;总体活动度;恢复状况;影响因素

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.002

Analysis of the influencing factors of the general restoration ability of the reproduction finger after the severed finger replantation LUO Xiuyan, LUO Zhaohui, HE Meiling, YANG Ting (Shenzhen Longgang District Orthopaedic Hospital, Shenzhen 518116, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the influencing factors of the general restoration ability of the reproduction finger after the severed finger replantation. **Methods** Retrospectively select 82 replantation of severed finger patients admitted in the hospital from January 2018 to January 2020 as the study objects, the related factors such as gender, age, education level, postoperative rehabilitation training, ischemic time, postoperative psychological state, pain level, nature of amputation, cause of severed finger, plane of amputation, medical insurance, average annual household income, occupational type, postoperative skin temperature, postoperative capillary reaction, postoperative finger-abdominal elasticity, combined with underlying disease, type of injured finger, etc. The patients were collected and applied the statistical treatment to identify the independent influencing factors. **Results** The restoration appearance score of the replantation of severed finger patients was 15.59 ± 3.45 point, the motor function score was 14.27 ± 4.13 point, the sensory recovery score was 16.38 ± 5.39 point, the daily activity recovery score was 7.36 ± 2.47 point, the work recovery score was 6.78 ± 2.59 point, the total score replant finger function was 60.38 ± 16.28 point, the level of the replant finger function was poor. Univariate analysis showed that, age, postoperative rehabilitation training, ischemia time, postoperative psychological state, nature of severed finger, cause of severed finger, level of severed finger, type of injured finger, postoperative elasticity of fingertip, postoperative skin temperature were the related factors that effect the function of the replantation finger recovered after replantation ($P < 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that, level of severed finger, postoperative rehabilitation trainng, postoperative psychological state and the cause of amputated finger injury were the influencing factors of functional recovery of

作者单位:518116 广东省深圳市龙岗区骨科医院手术室

replantation finger after replantation($P<0.05$). **Conclusion** The functional recovery of replantation finger patients after replantation was related with the causes of severed plane, cause of severed finger, psychological state after operation and postoperative rehabilitation training, ect., nursing staffs should cooperate with the physicians, take the target nursing intervention, promote the patients' function recovery which has a positive meaning for the patients regain the living ability, back to the work and society.

【Key words】 Replantation of severed finger; Replant fingers; Overall activity; Recovery statue; Influencing factors

手指离断伤需尽快在显微镜助视下行断指再植术,即将断指接回原处,恢复其血液循环,再植时限冬季为十几个小时内,夏季常温下7 h内^[1]。断指再植技术是将未完全离断或者完全离断的指体进行血管吻合,并对神经及骨节进行恢复的一种手术方式^[2]。临床主要通过皮温、皮色、指体张力、毛细血管充盈等指标进行血管监测,或者通过彩色多普勒能量图和彩色多普勒血流图来对断肢再植的微细血管吻合端进行管理,了解断指再植血管吻合端的血流动力学变化,术后成活率高达90%~97.5%^[3]。然而,断指再植目的不仅仅是手指的存活,更是为了今后患者拥有良好的手功能,早期的主、被动活动能够避免关节僵硬、黏连等问题,但是,由于屈伸肌腱均断裂并予修复,与单纯屈肌腱损伤比较,往往无法过早进行被动活动,长时间制动容易引起关节源性的僵硬、广泛粘连,造成关节活动障碍,术后再植指的功能恢复状况却不乐观^[4]。因此,本研究以我院收治的断指再植术后患者为样本,探讨再植指功能恢复现状,并分析其影响因素,以提高患者再植指功能,促进患者早日康复,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2020年1月在医院收治的断指再植术后患者82例为研究对象,男53例,女29例;年龄35~75岁,平均年龄 58.67 ± 5.87 岁;文化程度:初中及以下30例,高中27例,大专以上25例。纳入条件:年龄 ≥ 18 岁;符合手指离断伤的诊治标准;临床资料完整;意识清醒能够独立完成各项问卷调查者;伤前无任何骨关节性疾病;对本研究知情且自愿参与者。排除条件:多指损伤患者;合并其他部位的多发性损伤;既往有精神疾病史或心理障碍者;具有认知障碍者;合并其他恶性肿瘤患者;临床资料不齐者且无法随访者。

1.2 资料收集

利用患者回院复查、查阅电子病历、面对面访谈的形式,收集汇总本组患者相关信息资料,包括

性别、年龄、文化程度、术后康复训练情况、缺血时间、术后心理状态、疼痛程度、断离的性质、断指伤的原因、断离平面、医保情况、家庭年均收入、职业类型、术后皮肤温度、术后毛细血管反应、术后指腹弹性情况、合并基础疾病、受伤的手指等相关因素。

1.3 断指再植功能评估

采用断指再植功能评估表^[5]评定患者的再植指总体功能恢复情况,该表包含外观20分、运动功能20分、感觉恢复20分、日常活动20分、血液循环状态10分、恢复工作情况10分等6个方面,总分范围0~100分,其中 <40 分表明患者的再植指功能活动恢复状态极差,40~59分为一般,60~79分为良好, >80 分为非常好,分数越高,则表明患者的再植指功能活动恢复情况越好。

1.4 统计学处理

选用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料以“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单因素方差分析,多因素分析采用线性回归模型,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 断指再植术后患者再植指功能活动恢复现状

82例断指再植术后患者的再植指外观恢复得分为 15.59 ± 3.45 分,运动功能评分为 14.27 ± 4.13 分,感觉恢复评分为 16.38 ± 5.39 分,日常活动恢复评分为 7.36 ± 2.47 分,恢复工作情况评分为 6.78 ± 2.59 分,再植指功能总分为 60.38 ± 16.28 分,其再植指功能活动恢复水平较差。

2.2 断指再植术后患者再植指功能活动恢复的单因素分析

对断指再植术后患者的再植指功能活动恢复相关影响因素进行单因素分析。结果显示,年龄、术后康复训练、缺血时间、术后心理状态、断离性质、断指伤原因、断离平面、受伤的手指类型、术后指腹弹性、术后皮肤温度均为影响断指再植术后患者再植指功能活动恢复的相关因素($P<0.05$),见表1。

表1 断指再植术后患者再植指功能活动恢复的单因素分析(分)

分析因素	类别	例数	再植指功能评分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	53	60.45 ± 12.42	0.361	0.719
	女	29	61.49 ± 12.53		
年龄(岁)	< 45	37	66.83 ± 17.82	2.054	0.043
	≥ 45	45	59.37 ± 15.08		
文化程度	初中以下	30	60.63 ± 15.93	0.086*	0.918
	高中	27	61.74 ± 15.89		
	大专以上	25	62.40 ± 16.47		
家庭年均收入(万元)	< 5	43	60.48 ± 16.74	0.280	0.780
	≥ 5	39	61.49 ± 15.82		
术后康复训练	有	28	68.69 ± 17.34	2.235	0.028
	无	54	60.34 ± 15.34		
缺血时间(h)	≤ 6	34	67.47 ± 16.38	2.947	0.004
	> 6	48	57.43 ± 14.31		
术后心理状态	好	21	68.49 ± 16.85	5.146*	0.008
	一般	45	60.53 ± 15.30		
	较差	16	52.34 ± 12.52		
疼痛程度	轻度疼痛	27	60.73 ± 15.82	0.020*	0.981
	中度疼痛	35	61.31 ± 16.63		
	重度疼痛	20	60.48 ± 15.72		
断离性质	完全断离	49	58.36 ± 14.93	2.214	0.030
	未完全断离	33	66.41 ± 17.82		
医保情况	商业保险	26	60.74 ± 15.39	0.269*	0.765
	城镇医疗	34	61.34 ± 15.20		
	农村医疗	32	63.48 ± 15.24		
断指伤原因	切割伤	31	51.76 ± 13.84	5.808*	0.004
	撕脱伤	25	65.43 ± 16.74		
	钝性伤	26	60.43 ± 15.38		
断离平面	近节	26	67.44 ± 17.62	5.052*	0.009
	中节	25	60.53 ± 14.84		
	末节	31	54.46 ± 13.64		
职业类型	技术型	38	62.73 ± 13.46	0.084	0.934
	体力型	44	62.48 ± 13.58		
合并基础疾病	有	42	62.43 ± 12.12	0.264	0.792
	无	40	63.27 ± 16.42		
术后皮肤温度	正常	45	68.67 ± 17.48	2.200	0.031
	略低	37	60.49 ± 15.82		
术后毛细血管反应	良好	38	66.34 ± 16.49	1.399	0.166
	一般	44	61.43 ± 15.27		
术后指腹弹性	良好	27	67.45 ± 17.23	3.560*	0.033
	一般	23	60.74 ± 15.22		
	较差	32	56.82 ± 13.57		
受伤的手指类型	大拇指	18	53.46 ± 12.74	2.641*	0.040
	示指	15	51.47 ± 12.26		
	中指	17	57.41 ± 13.53		
	无名指	12	60.64 ± 15.42		
	小拇指	20	65.48 ± 17.41		

* 方差分析的 *F* 值。

2.3 断指再植术后患者再植指功能活动恢复的多元线性回归分析

将断指再植术后患者的再植指功能活动恢复情况作为因变量,以单因素分析得出的具有统计学意

义的影响因素作为自变量,进行多元线性回归分析。结果显示,断离平面、术后康复训练、术后心理状况与断指伤原因均为断指再植术后患者再植指功能活动恢复的影响因素 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 断指再植术后患者再植指功能活动恢复的多元线性回归分析

分析因素	偏回归系数	标准误	标准化回归系数	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
断离平面	1.765	0.786	0.327	3.782	0.006
术后康复训练	-2.035	0.223	-0.125	2.427	0.014
术后心理状态	4.542	0.983	0.417	5.543	0.001
断指伤原因	3.134	0.812	0.354	4.135	0.003

3 讨论

3.1 断指再植术后患者再植指活动恢复现状

如果断指再植术后及时康复,则能恢复部分关节活动度(range of motion, ROM),若被动活动尚可、主被动 ROM 差异较大则需行屈肌腱松解术,可改善主动 ROM;若被动活动受限明显,可同时做伸肌腱、关节松解。但是往往存在松解术后患者仍不注重自我训练,或自我训练方法不到位的情况,造成即使被动活动尚可,但主动活动仍欠缺的现象。均给患者造成不必要的痛苦^[5-6]。断指再植术将失去血液供应的指体(不完全离断或完全离断)、神经、血管和肌腱重新吻合后进行骨折固定,使血液循环系统恢复正常,并修复局部皮肤、骨折和神经等功能的手术治疗方式^[7-9]。断指再植术的术后存活率是患者与医护人员最为关心的问题,但术后再植指的功能恢复情况也是值得重视的,无任何功能或功能不全的指体对于患者来说更是一种精神负担^[10-11]。然而大量研究表明,虽然断指再植术的术后成活率较高,但术后恢复过程漫长和复杂,且相关影响因素较多,忽视任何一个环节将会对预期的效果造成影响,致使临床再植指功能恢复现状不太理想^[12]。本研究通过对 82 例断指再植术后患者再植指功能恢复现状进行调查,结果显示,断指再植术后患者的再植指外观恢复得分为 15.59 ± 3.45 分,运动功能评分为 14.27 ± 4.13 分,感觉恢复评分为 16.38 ± 5.39 分,日常活动恢复评分为 7.36 ± 2.47 分,恢复工作情况评分为 6.78 ± 2.59 分,再植指功能总分为 60.38 ± 16.28 分,其再植指功能活动恢复水平较差。因此,了解影响断指再植患者再植指功能恢复的因素,对找到积极有效的应对方案来提高患者再植指功能具有重要意义。

3.2 相关因素分析

3.2.1 与断离平面和断指伤原因的相关性 本研究结果显示,影响再植指功能恢复的情况与断离平面及断指伤的原因等呈现密切相关性,切割伤的手指离断患者术后的功能恢复情况要优于钝性伤与撕脱伤的患者,近节与中节离断的患者再植指功能恢复情况要低于末节离断的患者,此与其他学者结果相似。分析原因可能是由于,切割伤所造成的断指断面要较为整齐,对患者的肌腱损伤程度也轻于其他原因,而钝性伤与撕脱伤对患者的肌腱、血管和神经的损伤均较为严重,断面也伴有不同程度的挫伤,导致术后的恢复难度相较于更大^[13-14]。末节的断离平面往往无需涉及对肌腱的损伤,在经过再植术后关节稳定的情况下,进行合理的早期功能锻炼对相关关节的影响也较小,然而近节与中节离断的往往需要做伸、屈肌腱的修复,若在术后护理不当或不合理的功能锻炼极易造成肌腱黏连、关节僵硬及瘢痕增生等现象,从而影响术后手指的功能恢复情况^[15]。因此,医护人员应加强在断指高发地区或工厂的健康知识教育,可通过定期的组织集体讲座或图片宣传的方式,来普及断指相关的安全教育和医疗知识,提高人们的预防意识,使其在工作中和生活中尽量避免相关的危险因素,降低断指伤的发生风险。

3.2.2 与术后康复训练和心理状态的相关性 多数断指再植指术后仅能恢复抓、握的功能,仍无法恢复捏的功能,甚至还存在再植指畸形,指腹萎缩的现象,可见,评定断指再植手术成功标志不仅仅是再植指是否成活,其关键是评价再植手指的功能恢复程度,而手功能的恢复与长期科学系统的康复锻炼密切相关^[16]。此外,手指离断伤大多为突然的外伤引起,大多数患者对突发的意外事件缺乏一定

的心理准备,在术后更因为对手术效果、外观不美观及功能恢复效果等过度担心,而产生大量的心理变化,不仅会使患者产生自卑、焦虑的心理,还会影响患者的锻炼积极性和依从性,最终影响再植指的功能恢复^[17]。本研究结果显示,在术后坚持康复锻炼的患者,其再植指的功能恢复情况要明显高于未进行康复锻炼的患者,术后保持良好心理状态的患者其再植指的功能恢复情况也明显高于心理状态较差的患者。因此,护理人员应为患者讲解断指再植术的整个治疗流程和注意事项,告知保持积极乐观的治疗态度对提高手术效果的重要性;帮助患者调整心理状态,讲解手术成功病例,以减轻其焦虑、抑郁情绪,树立康复信心;指导患者康复锻炼动作到位,按照规定次数、规定时间完成,阻力的施加注意循序渐进;为患者制订不同阶段的功能锻炼方案,护理人员及时与外科医师沟通关于术中的主被动活动、肌腱质量、肌腱系统的情况、关节囊等,若肌腱质量较差,应将治疗时间窗推迟,抗阻阻力降低;术后 12~24 h 为炎症反应、伤口愈合期,不宜过早主动活动从而加重肿胀的发生;防止屈肌腱挛缩,建议佩戴牵伸支具;注意力度,避免过早使用导致肌腱断裂;为其提供手功能康复的相关知识,纠正患者训练中的不足,可通过图文讲解、现场演示及观看视频等形式,确保家属与患者均能掌握康复锻炼的方法和步骤,提高其主动参与康复训练的积极性。

综上所述,本研究通过对断指再植术患者术后再植指功能恢复的相关因素进行调查分析,发现与断离平面、断指伤的原因、术后心理状态与康复锻炼情况等密切相关,因此临床应针对相关影响因素采取针对性的处理策略,促进其功能康复,对患者恢复生活能力、回归工作岗位并重返社会有着极其重要的意义。

4 参考文献

- [1] 严芳.断指再植术后改良治疗对再植成活率、血管危象发生率的影响分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(5):113,290.
- [2] Gu Jinya. Effect of nurse-patient co-participation on functional exercise after replantation [J]. Health Research, 2018, 38(2): 220-221.
- [3] 奚勤,盛燕萍,翁镇钧,等.激光多普勒血流仪在断指再植术后血运监测应用的效果研究[J].现代生物医学进展,2019,19(7):1266-1269.
- [4] 罗秀艳,曾涛,毛娟子.舒适护理在手足显微外科断指再植术患者围手术期中的应用研究[J].中国伤残医学,2018,26(3):12-14.
- [5] 杨家庆.断指再植术后持续康复训练对再植指功能恢复的影响[J].中国现代药物应用,2018,12(6):215-216.
- [6] 苏栩蓓,王骏,芮永军,邱玉宇.应用运动处方治疗断指再植松解术后的康复疗效观察[J].中华手外科杂志,2019,35(1):35-38.
- [7] 程成.系统护理干预对断指再植术后功能康复的影响[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2019,7(10):128-129.
- [8] 章玲,许永先,邹旭.手部动力支具在断指再植术后功能康复护理中的应用[J].临床医药实践,2019,28(7):531-534.
- [9] Qu Hongmei. Effect of rehabilitation nursing on postoperative patients with replantation of the last severed finger [J]. Henan Medical Research, 2019, 28(9): 1716-1718.
- [10] 高欣,何志,范爱民.断指再植术后改良治疗对再植成活率和血管危象发生率的影响评价[J].当代医学,2018,24(26):160-162.
- [11] 张丽姣,施玲玲,陆征峰.断指再植术后病人再植指体功能的影响因素分析[J].护理研究,2019,33(5):891-893.
- [12] 王翠侠.专科护理干预对断指再植存活率和术后功能恢复的影响[J].中国社区医师,2018,34(29):166,168.
- [13] 钱萍.探讨专科护理干预对断指再植存活率及术后功能恢复的影响[J].中国保健营养,2019,29(13):163.
- [14] 刘玉珍,林玉娇,叶巧仪,等.护理干预对断指再植患者断指成活率及功能恢复的影响研究[J].中国伤残医学,2018,26(17):76-77.
- [15] Zheng Songyao, Li Zhanxin, Yin You, et al. Clinical management strategy of finger replantation and wound treatment for distal finger amputation [J]. Journal of Practical Hand Surgery, 2019, 33(2): 239-242.
- [16] 洪永昌,吴秀娟,尹志成,等.适度按需活动对切割伤断指再植术后血液循环的影响[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(1):156-157.
- [17] 孙树芹,崔东云,李婷.心理护理对断指再植术后患者不良情绪及再植指功能恢复的影响评价[J].现代医药卫生,2018,34(20):3222-3224.

[2020-10-19 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

人文关怀联合分阶段早期心理干预对急诊眼外伤患者视功能及心理弹性的影响

纪海青 高荣玉 满辉 秦玉霞*

【摘要】 目的 探讨人文关怀联合分阶段早期心理干预对急诊眼外伤患者视功能及心理弹性的影响。方法 选取2018年6月—2019年6月医院112例急诊眼外伤患者为研究对象,按照组间性别、年龄、眼外伤类型、病情状况、文化程度匹配的原则分为对照组和观察组,每组56例。对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上采用人文关怀联合分阶段早期心理干预,观察并比较两组患者治疗依从性、心理弹性及生存质量的变化。**结果** 干预后,观察组患者治疗依从性高于对照组($P<0.05$);观察组患者心理弹性优于对照组($P<0.05$);观察组患者生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 对急诊眼外伤患者采用人文关怀联合分阶段早期心理干预,可有效改善其焦虑、烦躁等不良情绪,提高心理弹性及治疗依从性,进而提高生活质量。**【关键词】** 人文关怀;分阶段早期心理干预;急诊眼外伤;视功能;心理弹性患者;焦虑;烦躁;治疗依从性
中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.003

Effects of humanistic care combined with early staged psychological intervention on visual function and mental resilience of the patients with emergency ocular trauma JI Haiqing, GAO Yurong, MAN Hui, QIN Yuxia (Weifang Eye Hospital, Weifang 261041, China)

【Abstract】 Objective To discuss the effects of humanistic care combined with early staged psychological intervention on visual function and mental resilience of the patients with emergency ocular trauma. **Methods** To select 112 patients with emergency eye trauma admitted in the hospital from June 2018 to June 2019 as the study subjects. According to the principles of gender, age, type of eye trauma, illness condition and education level matching between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 56 cases in each group. The control group was carried out the routine nursing, the observation group was applied the humanistic care combined with stage-by-stage early psychological intervention based on the control group, to observe and compare the changes of treatment compliance, psychological elasticity and quality of life between the two groups. **Results** After intervention, the patients' treatment compliance of observation group was higher than the control group ($P<0.05$), mental resilience of observation group was better than the control group ($P<0.05$), the life quality score of observation group was higher than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Humanistic care combined with early staged psychological intervention were used for patients with eye trauma in emergency could effectively decrease the anxiety, irritability and other adverse emotions, improve the mental resilience and treatment compliance, improve the of life quality of patients with emergency eye trauma.

【Key words】 Humanistic concern; Staged early psychology interention; Emergency ocular trauma; Visual function; Psychological resilience; Patients; Anxiety; Irritability; Treatment compliance

眼球作为视觉功能器官^[1],常因外来化学性或物理性因素,造成其与之附属器官遭受功能性与器质性伤害,临床上通常将眼外伤分为眼钝挫伤、异物伤等闭合性与开放性的机械性眼外伤,与辐射伤、化学伤、毒气伤等非机械性眼外伤两类。其中因外伤引起眼球壁全层裂口,伴有早晚期并发症的开放

性眼外伤,成为眼科急诊入院的首要原因^[2],最终可造成眼残疾等视力影响,且眼外伤患者多为成年男性,面对急性起病、病情严重且复杂的突发事件,造成劳动力的损失,将个人及其家庭带来多方面的负担,因极为迫切希望视力恢复,易产生心理、生理及社会方面的负面、消极心理,对病情预后极为不利^[3]。人文关怀指医护人员以患者与人文精神为中心及思想精髓,为满足其病情与心理需求,充分关心、肯定、理解及尊重他人,改善护患关系,提

作者单位:261041 山东省潍坊市,潍坊眼科医院眼科

* 通讯作者

升患者治疗依从性,促进早日康复^[4]。近年来,因治疗问题而产生伤医事件与护患纠纷也时有报道^[5],故加强对患者心理健康的关注显得尤为重要,基于此,本研究探讨人文关怀联合分阶段早期心理干预对急诊眼外伤患者视功能及心理弹性的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年6月医院112例急诊收治的眼外伤患者为研究对象,纳入条件:年龄>18岁;无语言、认知障碍;首次发病;自愿参与研究,签署知情同意书。排除条件:依从性差,拒绝配合治疗;精神障碍;伴有躯体疾病;伴有听力障碍。按照性别、年龄、眼外伤类型、病情状况、文化程度匹配的原则分为对照组和观察组,每组56例。对照组中男39例,女17例;年龄24~63岁,平均 43.27 ± 16.85 岁;眼外伤类型:非机械性11例,机械性45例;病情状况:轻度18例,中度29例,重度9例;文化程度:小学及初中21例,高中及大学35例。观察组中男35例,女21例;年龄22~61岁,平均 42.16 ± 15.79 岁;眼外伤类型:非机械性15例,机械性41例;病情状况:轻度15例,中度30例,重度11例;文化程度:小学及初中23例,高中及大学33例。两组患者性别、年龄、眼外伤类型、病情状况、文化程度比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 干预方法

对照组患者给予常规护理,包括口头宣教、提供温馨舒适的环境、做相关病情检查、合理饮食指导、术前检查、术后监测以及用药指导等。观察组在对照组基础上实施人文关怀联合分阶段早期心理干预,具体流程如下:

1.2.1 建立护理干预小组 由医院资历深厚的专科主任医师、主管护师、病房护士长各1名、及5名专业水平过硬的责任护士共同成立护理干预小组,经统一参加人文关怀与分阶段早期心理干预理念培训与实践操作后,共同查阅相关文献研究,并以每周开会形式进行组内讨论与总结。由高年资主管护师把控整个计划措施,主任医师负责查看各项工作的进展与落实状况,干预期间可对特殊情况与临时变故进行适当调整。

1.2.2 人文关怀护理要点

1.2.2.1 注重护理礼仪 以每月及每周1次的全科、小组例会及培训,提高医护人员形象、接待、打电话与工作等礼仪的优质护理,将以往被动服务转变

为积极主动服务,如从传递尊重、平等、友善的态度、及时关注患者病情发展情况、换位思考、注意查房礼仪、疏解不良心理等多方面开展精细护理。

1.2.2.2 调整岗位安排 密切关注患者入院流量变化,据观察的实质规律,将人员安排集中于视力治疗及检查的高峰期,即8:00—10:30,最大限度的利用医疗资源,提供“病情诊断、缴费、分派诊疗、验光”等分段式服务,提高就诊效率,以减少患者因急诊中人员过多而焦急等待,缓解其不良情绪。

1.2.2.3 提供温情服务 合理安排并实施24 h值班制度,为上班人群、需陪同的老人与长期治疗患者提供下班时间输液,以避免患者面临高峰期产生工作、生活等方面的压力,增加烦躁等负面心理,同时可有效利用医疗资源。

1.2.3 分阶段早期心理干预

1.2.3.1 入院个体心理疏导 患者入院当天热情接待与问候,以建立良好护患关系,并带其做相关病情检查与心理评估,针对评估结果分别采取“一对一”的支持性心理疏导缓解其压力。播放轻柔音乐的同时,耐心倾听患者心理需求,鼓励患者阐述受伤过程与自身恐惧等心理感受,同时表示理解与安慰,以建立良好护患关系,期间可适当对患者进行心理暗示,如“一切都会好起来的”“没什么大事,病情还算稳定”等语言激励患者,逐步让其接受眼受损的事实并配合治疗。

1.2.3.2 术前行为心理干预 选择柔和、静谧的环境,嘱咐患者统一换取舒适、宽松衣服开展放松训练,以缓解患者术前恐慌、不安等负面情绪,引导其仰卧于床塌,播放轻缓音乐的同时,用口语引导其收缩肌群,并保持10 s以内,引导患者体会肌肉紧张的感觉,紧接着再一次放松15 s以内,全程嘱咐患者保持放松的感觉。指导患者感受自身上肢、面部、躯干、下肢、双腿顺序进行收缩与舒张,直到感觉自身肌肉达到最佳松弛状态,以减轻焦虑、紧张心理,全程控制在25 min之内^[6]。

1.2.3.3 术后情绪心理干预 术后患者因担心眼部恢复问题,且应激反应带来的疼痛感,将引起患者心理烦躁等负面情绪,护理人员应随时关注患者变化,并表示同情与理解,同时给予其安慰及鼓励。通过各种语言暗示,如“今天你表现不错,手术进行的比较顺利”“这位医师的主刀技术水平很好,不会留下缺陷”等正向语言,使患者放心。

1.2.3.4 冥想放松干预 选取安静、舒适的场所,播放《花香鸟语》《花溪》等轻音乐^[7],引导患者展开冥想放松训练,帮助其缓解压力,减轻疼痛,护理

人员口述引导语,指导患者全身心的放松投入,挺直后背,眼睛呈全闭状态,引导其保持均匀、缓慢的呼吸,跟随音乐冥想放松眼部肌肉,有助于伤口愈合。

1.2.3.5 动机性访谈 通过访谈问题把患者引导至具体问题与观察出的事实情况,如“你觉得是哪些行为对病情产生了影响”“你认为哪些方面还不够完善”等开放式沟通与提问,强调自我情绪管理对病情恢复的重要性,鼓励患者继续保持该护理行为,最终对本次护理过程中的现存问题进行归纳总结,以调整下次计划内容。

1.3 观察指标

(1) 治疗依从性:采用医院自制调查表,观察并记录两组患者护理期间的行为、思想及语言等方面的治疗依从性,分为完全依从、基本依从、不依从,治疗依从率 = (完全依从 + 基本依从) / 总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 心理弹性水平:采用心理弹性量表(CD-RISC)^[8]评估两组患者干预前后的心理弹性水平,包括坚韧性、自强、乐观3个维度25个条目,通过5级评分法对每项条目进行评分,满分100分,得分越高代表患者心理弹性水平越好。

(3) 生活质量:选用低视力患者生活质量调查量表(CLVQOL)^[9]评价两组患者干预前后的生活质量,包含移动及光感、阅读、调节能力、精细动作与视力5个维度,总分125分,评分越低表示患者生存质量越差,反之则越好。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,计数资料组间率比较采用 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 两组患者治疗依从性比较

干预后,观察组患者治疗依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 干预前后两组患者CD-RISC评分比较

两组患者干预前坚韧性、自强、乐观评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者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 干预前后两组患者CLVQOL评分比较

两组患者干预前移动及光感、阅读、调节能力、精细动作与视力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者生活质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表1 两组患者治疗依从性比较

组别	观察例数	完全依从	基本依从	不依从	治疗依从率(%)
观察组	56	43	12	1	98.21
对照组	56	27	20	9	83.93

$\chi^2=7.028$, $P=0.008$ 。

表2 干预前后两组患者CD-RISC评分比较(分)

观察时点	组别	观察例数	坚韧性	自强	乐观
干预前	观察组	56	43.83 $\pm$ 10.42	41.03 $\pm$ 11.25	42.11 $\pm$ 11.96
	对照组	56	43.87 $\pm$ 10.73	41.54 $\pm$ 11.19	42.57 $\pm$ 10.62
	t 值		0.020	0.241	0.214
	P 值		0.984	0.810	0.830
干预后	观察组	56	62.93 $\pm$ 13.77	58.79 $\pm$ 10.97	61.92 $\pm$ 12.71
	对照组	56	54.68 $\pm$ 11.14	49.32 $\pm$ 12.53	50.08 $\pm$ 11.96
	t 值		3.486	4.255	5.077
	P 值		0.000	0.000	0.000

表3 干预前后两组患者CLVQOL评分比较(分)

观察时点	组别	观察例数	移动及光感	阅读	调节能力	精细动作	视力
干预前	观察组	56	66.20 $\pm$ 22.79	62.15 $\pm$ 20.06	65.64 $\pm$ 19.32	62.60 $\pm$ 23.47	61.12 $\pm$ 22.33
	对照组	56	65.16 $\pm$ 21.58	63.33 $\pm$ 20.92	65.91 $\pm$ 19.52	62.15 $\pm$ 24.83	61.57 $\pm$ 22.40
	t 值		0.248	0.305	0.074	0.099	0.107
	P 值		0.805	0.761	0.942	0.922	0.915
干预后	观察组	56	88.61 $\pm$ 30.07	88.64 $\pm$ 31.45	89.86 $\pm$ 32.23	87.29 $\pm$ 31.62	89.13 $\pm$ 30.65
	对照组	56	71.59 $\pm$ 25.76	70.32 $\pm$ 21.18	71.17 $\pm$ 20.90	70.44 $\pm$ 20.35	75.08 $\pm$ 23.59
	t 值		3.217	3.616	3.641	3.353	2.718
	P 值		0.002	0.001	0.000	0.001	0.008

3 讨论

眼外伤与青光眼、白内障为眼科中最为常见的致盲疾病^[10],因交通事故、人身暴力、工作、家庭意外以及解剖等因素,引发板层裂伤、挫伤等闭合性与眼内异物、贯通伤等开放性眼外伤。据有关调查显示^[11],每年约1200万左右的眼外伤患者,其中伴有16%~35%患者进入眼科住院,眼外伤情况较严重的情况下可导致眼部重要功能与结构持久性发生改变,如视网膜脱离、眼球萎缩、增生性玻璃体视网膜病变、眼内化脓性炎症等造成非先天性单眼致盲的主要原因,甚至最终需将眼球摘除等不良后果^[12]。由于社会经济不断发展,因各种工伤、爆炸伤、交通事故等时间所致的眼外伤比例逐步上升,目前临床上造成眼外伤的患者多为青壮年与儿童,其中主要以农民及工人等职业引发的眼球钝挫伤及穿通伤为主。

随着现代经济与医学技术不断进步,“人文关怀是护理学的本质”受近代生物医学影响开始转换为“生物-心理-社会”模式,开始拓展于以“关怀整体人的生命健康”的人性关怀发展阶段^[13]。该护理核心理念为Caring-关怀,关心与照顾,以自身专业、责任性以及治疗目的性将人文关怀引入护理当中,换位思考,舍身处境的引导患者以积极、乐观向上的心态面对疾病。早期心理干预是指在心理学理论上^[14],分别有步骤、计划性的展开健康促进、心理指导与治疗等措施,提高患者在治疗中的自觉性,使其积极配合治疗。

3.1 人文关怀联合分阶段早期心理干预可提高患者治疗依从性

视觉占据感知接受的外界信息中的83%,患者在出现眼外伤时,因视力下降或失明,致使许多客观事物均不能明确反应在其大脑中,且眼外伤患者多为成年男性,面对急性起病、病情严重且复杂的突发事件,造成劳动力的损失,从而极易引起焦虑、恐惧、担心损伤后的手术治疗等不良情绪^[15]。因此,本研究采取人文关怀护理,将以往被动服务转变为积极主动服务,调整岗位安排以提供“病情诊断、缴费、分派诊疗、验光”等分段式服务,以及提供温情服务等护理措施^[16]。经研究结果发现,干预后,观察组患者治疗依从性高于对照组($P<0.05$),表明以上护理措施可有效改善护患关系,提高患者对医护人员的信任,从而提升治疗依从性,改善其病情预后。

3.2 人文关怀联合分阶段早期心理干预可改善患者心理弹性与生活质量

应激是因其认知评价、应对方式、社会支持、个人特征与应激源等多因素刺激作用于个体^[17],从而干扰心理或生理的内稳态等多因素集合而成,且眼外伤患者在术后因担心眼部恢复问题而带来的应激反应,将引起患者心理烦躁等负面情绪。本研究采取入院个体心理疏导,鼓励患者阐述受伤过程与自身恐惧等心理感受,逐步让其接受眼受损的事实并配合治疗;术前行为心理干预,感觉自身肌肉达到最佳松弛状态,以减轻焦虑、紧张心理;术后情绪心理,通过各种正能量等语言暗示,使患者产生足够放心;冥想放松干预,帮助其缓解压力,减轻疼痛,有助于伤口愈合等早期心理护理^[18-19],最后以动机性访谈的形式,鼓励患者继续保持该护理行为,总结现存问题以调整下次计划内容。本研究结果显示,观察组患者心理弹性评分均高于对照组($P<0.05$),观察组患者生活质量评分均高于对照组($P<0.05$),表明根据不同患者的心理状态实施针对性心理疏导,可有效改善其不良心理状态,促进眼外伤患者病情恢复。

综上所述,对急诊眼外伤患者采用人文关怀联合分阶段早期心理干预,可有效改善其焦虑、烦躁等不良情绪,提高心理弹性及治疗依从性,进而提高生活质量。

4 参考文献

- [1] Simanjuntak GWS, Farinthska G, Simanjuntak G, et al. Risk factors for poor visual outcome in traumatic hyphema: Jakarta eye trauma study [J]. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 2018, 21(7):921-924.
- [2] 马志中. 近十年眼外伤处理理念的发展与转变 [J]. *中华实验眼科杂志*, 2019, 37(2):81-82.
- [3] 李文庆, 杨新怀, 黄洁蕾, 等. 不同时期微创玻璃体切除术治疗伴有视网膜脱离的开放性眼外伤的疗效比较 [J]. *国际眼科杂志*, 2019, 19(8):1431-1434.
- [4] 阳彩虹. 以人文关怀为依托的延续性护理对动静脉内瘘术病人居家休养的干预效果观察 [J]. *蚌埠医学院学报*, 2019, 44(9):1282-1285.
- [5] 李娟, 杨琴. 临床护士如何避免护患纠纷的探讨 [J]. *新疆中医药*, 2018, 36(2):67-68.
- [6] 王晓黎, 岳晓红, 王沛, 等. 认知行为团体心理干预对慢性肾功能衰竭血液透析患者心理状态、遵医行为及生存质量的影响 [J]. *中国健康心理学杂志*, 2019, 27(5):730-733.
- [7] 娄迺元, 王洪江. 冥想训练对冠心病患者服药依

集束化管理策略在重型颅脑损伤患者早期康复护理中的应用

李景姍 朱倩云 吴言芬 詹志英 黄海英

【摘要】目的 探讨集束化管理策略在重型颅脑损伤 (STBI) 患者早期康复护理中的应用效果。**方法** 选择 2019 年 1 月—2020 年 12 月医院重症医学科收治的 86 例 STBI 患者作为研究对象, 按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组, 每组 43 例。对照组采用常规护理方法, 观察组采取集束化管理策略, 比较两组护理效果。**结果** 护理管理 3 个月后, 观察组格拉斯哥昏迷评分 (GCS) 高于对照组, Barthel 指数评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组 $\geq$ III 级肌力患者的比率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 集束化管理策略应用于 STBI 患者早期康复护理, 可有效改善意识状态, 提高日常生活能力水平, 减轻并发症风险, 加快肌力恢复速度。

【关键词】 集束化管理策略; 重型颅脑损伤; 早期康复护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.004

Cluster management strategy applied on the severe traumatic brain injury patients, early rehabilitation nursing LI Jingshan, ZHU Qianyun, WU Yanfen, ZHAN Zhiying, HUANG Haiying (Boai Hospital of Zhongshan, Zhongshan 528403, China)

【Abstract】Objective To explore the effect of cluster management strategy applied on the severe traumatic brain injury (STBI) patients, early rehabilitation nursing. **Methods** To select 86 STBI patients admitted in the hospital intensive care department from January 2019 to December 2020 as the study object, according to the principle of basic data matching between groups they were divided into a control group and an observation group, with 43 cases in each group. The control group was given the routine nursing methods, the observation group was give the cluster management strategy, the intervention effect was compared between two groups. **Results** After three

作者单位: 528403 广东省中山市博爱医院住院部三楼重症医学科

从性及预后的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(13):1667-1669.

[8] 庞晓华, 张丽芳. Connor-Davidson 心理弹性量表中文版在煤矿工人中应用的信效度分析 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2019, 28(7):655-659.

[9] 缪晓临, 杜垚强, 赵海岚, 等. 中文版印度视功能量表在白内障患者手术前后视觉相关生活质量评估中的应用研究 [J]. 浙江医学, 2018, 40(12):1397-1400.

[10] Rebecca W, Catherine H, Ryan G, et al. Patterns of pediatric firearm-related ocular trauma in the united states [J]. JAMA Ophthalmology, 2019, 137(12):1363-1370.

[11] Qayum S, Anjum R, Rather S. Epidemiological profile of pediatric ocular trauma in a tertiary hospital of northern India [J]. Chinese Journal of Trauma, 2018, 21(2):100-103.

[12] 邓锐东, 徐桂花, 王小艺. 广东省惠州市农村儿童眼外伤原因分析 [J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2018, 40(4):305-308.

[13] 李红, 林榕, 闫静. 基于舒适护理模式的人文关怀策略在 ICU 口渴患者中的应用效果评价 [J]. 护士进修

杂志, 2019, 34(14):1324-1326, 1336.

[14] 卜梦茹, 翟惠敏, 甘俊丽, 等. 患者家属对人文关怀护理体验的质性研究 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(14):1302-1306.

[15] 李俊红, 王丛欢, 李坤, 等. 早期心理干预配合呼吸康复训练在严重呼吸机依赖患者脱机前治疗中的作用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(9):1314-1318.

[16] 艳艳, 佟艳秋. 双眼角膜边缘变性破裂伴晶状体脱位一例 [J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2019, 41(2):156-157.

[17] 王开杰, 袁博伟, 王海燕, 等. 儿童开放性眼外伤的临床特点及预后因素分析 [J]. 哈尔滨医科大学学报, 2019, 53(3):313-316.

[18] 曹玲. 预防性护理对开颅手术患者术前应激及术后并发症的作用分析 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(16):225-226.

[19] 刘德英, 刘修艳. 术前心理护理和人文关怀在儿童手术室护理工作中的应用价值 [J]. 中外医疗, 2019, 38(24):167-169.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

months nursing management, the Glasgow coma scale(GCS) of the observation group was higher than the control group, Barthel index score was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$), the incidence of complication rate of the observation group was lower than the control group($P<0.05$), the proportion of the patients' strength $\geq$ level III was higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of the cluster management strategy in early rehabilitation nursing of STBI patients could effectively improve the state of consciousness, enhance the activities level of daily living, reduce the risk of complications and accelerate the progress of muscle strength recovery.

【Key words】 Cluster management strategy; Severe craniocerebral injury; Early rehabilitation nursing

重型颅脑损伤(STBI)病情凶险、并发症多、疗护棘手且病死率在30%以上,其在临床定义为颅脑损伤后格拉斯哥昏迷评分(GCS)3~8分,伤后昏迷时间6 h以上或在24 h内意识恶化致再次昏迷6 h以上群体^[1]。文献报道救治期行机械通气呼吸机相关性肺炎(VAP)等并发症发生率达10%~30%,病死率接近30%~50%^[2];部分患者即使抢救成功仍遗留不同程度神经肢体运动、生活能力功能障碍。目前,国内对STBI早期干预文献研究和护理实践中模式较为固定,但发病后3~6个月内恢复率不太理想^[3]。集束化管理策略(Bundle of Care)作为日趋广泛应用危重症领域新理念,是将研究证据或成果作为理论指导,结合各项科研结论、临床经验与患者实际充分捆绑、整合并优化有效护理措施的系列干预策略^[4-5],其当前已在脓毒症、感染性休克及呼吸机护理干预中临床效果优良。为保障有效利用护理资源,本研究将集束化管理策略应用在STBI患者早期康复护理中,取得了良好效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年1月—2020年12月医院重症医学科病房收治的86例STBI患者作为研究对象,纳入条件:伤后12 h内入院接受治疗;年龄18~75岁;首次在医院接受头部MRI或CT检查确诊为STBI;患者均接受了机械通气且时间 ≥ 3 d;患者与家属自愿参与本次研究。排除条件:入院时已存在皮肤相关性疾病;合并高血压或糖尿病、肝肾功能不全、脑血管疾病、严重性心力衰竭等病史;中途死亡或因其他原因退出本次研究。本研究经医院医学伦理委员会批准同意并签订知情同意书。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,每组43例。对照组中男29例,女14例;年龄24~59岁,平均 39.80 ± 6.47 岁;致伤原因:车祸伤21例,摔伤12例,打伤7例,其他3例,GCS评分为3~8分,平均 6.02 ± 1.95 分。观察组中男28例,女15例,年龄

26~61岁,平均 39.76 ± 6.15 岁;致伤原因:车祸伤20例,摔伤14例,打伤8例,其他1例,GCS评分为3~8分,平均 5.76 ± 1.87 分。两组患者性别、年龄、致伤原因、GCS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规疗护方法。

(1)持续多功能监护:严密监测患者脉搏、血压、呼吸、体温、血氧饱和度,每15~30 min记录1次,每30 min绘制各项指标变化趋势图,观察患者瞳孔、呼吸的频率、深度、节律,对于体温 > 38.5 °C者给予降温贴或冰袋外用等物理降温;对于血糖 > 11.1 mmol/L者快速通知医师处理。

(2)基础护理:保持安静、绝对卧床,保护头部、避免大幅度活动,设置床档予保护性约束,预防躁动或跌倒坠床,每2 h翻身1次,定期检查皮肤,预防压疮。

(3)气道管理:吸氧维持呼吸道通畅,昏迷者头偏向一侧,预防呕吐误吸或痰液堵塞气道,尤其对饱餐后发病、频繁呃逆、腹胀等高风险者;对血氧饱和度 $< 94\%$ 或鼾症样呼吸者,可留置口咽通气管,随时准备气管插管辅助处理;对呼吸不规则或下颌式呼吸者,立即行气管插管机械通气,改良深部吸痰法减少吸痰刺激,预防颅内压升高。

(4)合理用药:遵医嘱及时予以药物治疗。

1.2.2 观察组 采取集束化管理策略,从危重信号早期识别及处理、早期STBI风险因素、不良刺激消除等方面开展集束化护理管理措施实施,具体内容如下:

1.2.2.1 实施前准备 由8名高年资、教学经验丰富、主管护师和主治医师及以上或神经急诊科教学组长共同组建集束化护理管理团队,负责科室每场培训组织与执行,包括理论培训、操作培训、情景模拟演练,其中情景模拟采取双人角色扮演形式,由高年资护士引导低年资护士依据STBI症状体征、辅助检查结果与若干重要突发病情变化(呕吐、躁动、

呼吸心跳骤停、血氧饱和度骤降)场景描述,由低年资护士预测该场景处理及待解决问题优先次序、准确作出判定措施,提升专业性护理服务。

1.2.2.2 危重信号早期识别及处理要点集束化管理

(1) STBI 危重信号观察监测:集束化护理管理组查阅国内外文献,制定循证 STBI 危险并发症观察要点,见表 1。护士通过下述特异性确定,观察症状体征,并予以针对性观察记录。

表 1 STBI 危重信号观察监测要点

常见并发症	观察监测要点
颅内压异常增高	头痛、恶性呕吐、嗜睡、打哈欠等
脑疝	双侧瞳孔大小不一,且光反射消失
呼吸功能减弱或衰竭	血氧饱和度低于 94%,间断叹息样呼吸或下颌式呼吸
呼吸道梗阻	频繁呕吐或呃逆、饱餐后病发、鼾症样呼吸
大面积脑梗死或大量脑出血	病发后即刻意识障碍或进行性意识障碍、眼球凝视、GCS 评分低于 7 分、房颤

(2) 低中危、高危、极高危风险预警分级与处置:根据《中国重症脑血管病管理共识》结合科室 STBI 早期康复症状体征与病情度划分绿、橙、红 3 种颜色预警等级,具体内容如下表 2。将低中危、高危、极高危风险等级制作为对应颜色条块,置于每位患者对应床头安置展板醒目位置,用于提醒护士及时针对性观察病情变化。

表 2 STBI 患者 3 个风险预警分级

分级	症状体征	代表颜色
低中组	血糖 > 10 mmol/L, GCS 评分 7~8 分	绿
高危组	体温 > 38.5 ℃、颅内高压症状(头痛、呕吐、嗜睡、打哈欠等)、眼球凝视、SpO ₂ <94%, 频繁呕吐或者呃逆、GCS 评分 <7 分、躁动不安、鼾症样呼吸	橙
极高危组	进行性意识障碍、大脑中线结构移位、病理性呼吸形态、瞳孔不等大	红

1.2.3 早期 STBI 风险因素集束化护理对策

(1) 监测评估方案:患者吞咽功能与管饲评估采取洼田饮水试验和 GUSS 吞咽功能试验判定,洼田饮水试验 ≤ 2 分及 15 ≤ GUSS 评分 <20 可中止管饲喂养;患者口腔护理评分采用 MOBAS 动态评估,5~10 分口腔护理 2 次/日,11~15 分口腔护理 3 次/日,16~20 分口腔护理 1 次/4 h;采用 Braden 评分法评估压疮危险性,若为 ≤ 12 分高危患者,则 1 次/日评估;除交接班时全身皮肤日常检查外,对卧床枕、肩胛、骶尾、足跟、足踝部 1 次/2 h 评估并记录;监测有无呛咳、误吸现象,包括痰中是否有食物残渣等,制订紧急床旁备吸痰物品等处理对策。

(2) 口腔与吞咽护理管理方案:软毛牙刷至少 3 次/日牙齿内外侧刷洗,护士将床头抬高 20°~30°,联合上方口角缓慢注入氯己定口腔护理液冲洗,配合另一侧口角负压吸引;吞咽感觉刺激:基于患者耐受性,以 0~4 ℃冰冻柠檬水棉签刺激舌根、软腭及咽后壁,5~10 min/次;舌咽部肌群训练:每日 3 次专业护士训练患者最大限度伸舌并两侧口角摆动,进而舌尖舔上下唇,再闭嘴,反复练习咀嚼,持续 5 min/次训练咀嚼肌和舌肌。

(3) 压疮管理:①皮肤护理。依据袖带的长、宽度尺寸,特制血压测量保护套,柔软的棉布沿袖带缝制为桶状保护套,缓冲血压测量压力,减轻损伤,并每隔 2 h 松解袖带 1 次,检测皮肤。②体位管理。患者取平卧位,床头抬高 30°,侧卧位则保持床头抬高 15°,借助体压分散床垫/气垫床、适宜辅助用具与护理技巧,协助患者间隔 2 h 更换 1 次体位,避免压迫眶上神经或过度活动头部,选用头颈和胸部纵轴一致简化轴线翻身运动;注意为大小便失禁患者及时更换潮湿尿垫。

(4) 运动训练方案:条件允许下指导患者肢体被动依据设计的肩外展、外旋、前臂后旋、上臂后旋及指关节顺序做上肢屈伸,依据设计的髋关节屈伸、内外旋、膝关节屈伸、踝关节背伸跖屈及足趾做下肢屈伸运动,30 min/次,2 次/日;稳定期协助设计的翻身、搭桥、坐起、Bobath 握手、上下肢屈伸及变换卧姿等训练并依据患者意愿逐步过渡训练。

1.2.4 不良刺激消除性集束化护理管理

(1) 简易语言与听觉训练:①听觉刺激。每日早晚为患者定时播放广播、音乐、电视及读报等形式,提供语言、倾听及文字理解训练;②语言构音训练。视频播放加现场演示指导患者声音、口型控制、舌、齿、下颌、喉及口周肌群运动,责任护士“一对一”纠正异常发音,配合肢体运动;日常交流:对中度失语患者进行简易汉字词汇教学,循序渐进至词组及短句,对重度失语患者进行手势交流,指导传递示意需求。

(2) 排泄管理:定期评估患者腹部体征判定是否存在尿潴留,留置导尿者每小时记录排尿情况,少尿及无尿者及时排查原因,并反馈给医师。

(3) 惊厥、躁动管理:通过风险等级评估强化四肢、胸部等约束部位,观察皮肤血运,积极排查约束原因,消除刺激不适感,如:输液部位疼痛、头痛、尿潴留、过冷或过热、电解质紊乱等。

(4) 双下肢空气波气压治疗仪刺激或四肢循环

疗法：使用 LGT-2 200H 空气波压力循环治疗仪启动生物波治疗模式：设置模式 F3（脑外伤模式）、强度 40、频率 85、比率 45 参数，电极贴于双侧耳背乳突处，辅助电极于脊柱颈部和腰部；空气波治疗模式：设置 MOOD1 模式，按照足部脚踝、小腿、膝盖、大腿依次加压 18~20 kPa，促进偏瘫肢体运动功能恢复，上述均为 30 min/次，2 次/日。

1.3 观察指标

（1）意识状态^[6]：患者意识状态严重度选择 Glasgow 昏迷评定量表 (GCS) 评分评估，纳入项目主要为睁眼反应 (1~4 分)、语言反应 (1~5 分) 和肢体运动 (1~5 分) 3 个方面，评分高低与昏迷程度深浅成负相关。

（2）日常生活能力评定：选取改良的 Barthel 指数进行评估^[7]，该量表主要纳入 10 个相关条目，每条目 0~10 分，累计总评分范围 0~100 分，将最终评分划分为良好 (>60 分)、中 (41~60 分)、差 (≤ 40 分) 3 个等级。

（3）并发症发生率：包括中枢性高热、关节僵硬、肢体肿胀、肌肉萎缩及体位性低血压等。

（4）肌力分级：参考“功能缺损程度评分标准”^[8]对两组患者疗护 3 个月后肌力分级评定，由专业护理人员依据表征划分为 0 级（无活动、肌力完全消失）、Ⅰ级（关节不活动、肌肉可收缩）、Ⅱ级（关节稍有活动，肌肉可收缩，但无法对抗肢体重力）、Ⅲ级（能对抗肢体重力使关节活动，但无法抗拒外

来阻力）、Ⅳ级（能对抗外来阻力使关节活动但肌力仍较弱）、Ⅴ级（肌力正常）共 6 个等级。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据的统计分析，计数资料组间率的比较采用 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 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理管理 3 个月后 GCS、Barthel 指数评分比较

观察组护理管理 3 个月后 GCS 评分、Barthel 指数评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 两组护理管理 3 个月内并发症发生情况比较

观察组护理管理 3 个月内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 两组护理管理 3 个月后肌力情况比较

观察组护理管理 3 个月后肌力 ≥ Ⅲ级的比率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 1 两组护理管理 3 个月后 GCS、Barthel 指数评分比较 (分)

组别	例数	GCS 评分	Barthel 指数评分
对照组	43	9.03 ± 2.19	37.23 ± 13.79
观察组	43	12.18 ± 2.42	61.90 ± 16.45
t 值		6.329	7.536
P 值		0.000	0.000

表 2 两组护理管理 3 个月内并发症发生情况比较

组别	观察例数	中枢性高热	关节僵硬	肢体肿胀	肌肉萎缩	体位性低血压	并发症发生率 (%)
对照组	43	2	3	1	2	2	23.26
观察组	43	1	0	0	1	1	6.98

$\chi^2=4.440$, $P=0.035$ 。

表 3 两组护理管理 3 个月后肌力 ≥ Ⅲ级情况比较

组别	观察例数	肌力 ≥ Ⅲ级例数	比率 (%)
对照组	43	29	67.44
观察组	43	37	86.05

$\chi^2=4.170$, $P=0.041$ 。

3 讨论

STBI 主要由暴力所致，有统计显示^[9-10]，临床该病患者治疗后肢体障碍发生率甚至达到 70%，尤其是肢体偏瘫等，是除颅脑严重受损、持续昏迷外诱发生命体征紊乱等风险外又一危险症。虽然 STBI 患者经救治后生命获得挽救，但早期康复阶段表现出的意识、言语、认知障碍，僵硬、痉挛、疼痛及行为异常等后遗症，带给家庭系列沉重负担。治疗

期间 ICU 机械通气、气管切开、留置多管道及多系统监护等系列措施会损害机体原有保护屏障，降低抵抗力，《美国严重颅脑损伤处理指南》肯定了 ICP 监测对指导临床疗护的重要性，但目前国内特意针对 STBI 强化治疗期间的早期康复护理防护尚少^[11]，所以已有学者采取早期综合康复护理运用于 STBI 疗护，通过基础护理、营养支持、亚低温治疗以及感染加强预防等内容，一定程度改善脑组织耐受缺氧能力，促进肢体循环功能恢复，但是上述护理措施完善化、整体化、系统化与科学化均无证据可循，存在较大优化空间。

在此次研究中，集束化管理策略集合系列循证基础，强调实际研究证据或成果理论下指导，明确地、慎重地通过实施前准备集束化护理管理团队情

景模拟双人角色扮演培训,危重信号早期识别及处理要点、早期 STBI 风险因素以及特色不良刺激消除性集束化护理管理^[12],确保将护理风险事件降至最低,分析最终数据,结果显示:护理管理3个月后,观察组 GCS 评分高于对照组,Barthel 指数评分明显高于对照组($P<0.05$),可知患者应用集束化管理策略能够明显改善患者意识状况、提升日常生活能力水平。观察组患者中枢性高热、关节僵硬、肢体肿胀、肌肉萎缩及体位性低血压等总并发症发生率明显低于对照组($P<0.05$),观察组 $\geq$ Ⅲ级肌力患者占比高于对照组($P<0.05$),表明肌力恢复进展与效果也明显有所提升。

分析原因:本研究中集束化管理策略包括医护患一体进行实施前准备,STBI 危重信号观察监测要点拟定,低中危、高危、极高危风险预警分级与处置,通过循证依据获取早期 STBI 风险因素对应监测评估、口腔与吞咽护理管理方案、压疮管理、运动训练方案,以及简易语言与听觉训练,排泄管理,惊厥、躁动管理及脑电或神经肌肉电刺激或四肢循环疗法,训练时机和强度由低到高、由弱到强、由易至难、循序渐进,从 STBI 患者知信行早期综合功能的恢复中具有良好促进作用,尤其有效遏制治疗 48 h 内生命体征、神经系统症状恶化情况。以往早期 STBI 风险因素调查研究多从定性角度分析^[13],此次研究中通过早期 STBI 风险因素,MOBAS 动态口腔评估,采用 Braden 评分法评估压疮危险性以及有无呛咳、误吸现象判定,定量化对应风险项目改善对策,通过系统的口腔、吞咽、压疮、运动训练方案,可有效改善日常生活多项指标,促进肌力恢复,有效规避了 STBI 患者早期长期卧床所导致的二次风险,最大限度恢复意识、运动功能模式。本研究中不良刺激消除性集束化护理管理逐项排除分析简易语言与听觉训练,定期评估患者腹部体征判定是否存在尿潴留,少尿及无尿者及时排查原因,并反馈给医师,观察皮肤血运,积极排查约束原因,消除刺激不适感,并借助 LGT-2 200H 空气波压力循环治疗仪脑电或神经肌肉电刺激或四肢循环疗法在缓解早期康复多项不良刺激感知。已有文献报道,语言功能刺激强化语感,激起大脑语言功能重新编码、组合及脑组织健康区域的功能代偿^[14],与本次研究结果相吻合。另外在对照组基础上补充发挥电刺激在早期昏迷其与觉醒期大脑皮质活动刺激,并达到舒缓疼痛与疾病本身所带来的负面因素。

综上所述,集束化管理策略应用于 STBI 患者早期康复护理,可有效改善患者意识状态,提高日

常生活能力水平,减轻并发症风险,加快肌力恢复速度。

4 参考文献

- [1] 盘丽华,张传东,莫喜萍,等.颅脑外伤术后吞咽障碍训练与 K 点刺激联合吞咽摄食管理的研究进展[J].医药高职教育与现代护理,2020,3(4):284-287.
- [2] 景珊,桑丽云,张峻瑜,等.多准则决策分析在呼吸机集束化护理策略优化中的应用[J].护理研究,2020,34(12):2212-2214.
- [3] 汪涛,袁莉萍.重型颅脑损伤气管切开患者早期康复护理干预的效果分析[J].皖南医学院学报,2020,39(2):197-199.
- [4] 谢瑞怡.基于循证的集束化护理对预防脑卒中鼻饲患者吸入性肺炎的研究[D].南京:南京中医药大学,2020.
- [5] 侯春蕾,张碟,邓颖,等.ICU 护士对镇静镇痛集束化护理知信行的现状调查[J].中华护理杂志,2019,54(10):1529-1534.
- [6] 马鑫,谢波,周庆,等.集束化护理对重型颅脑损伤患者营养水平的影响[J].湖州师范学院学报,2019,41(10):74-79.
- [7] 潘李芬,吴柯.早期康复护理对重型颅脑损伤术后偏瘫患者康复效果的影响[J].中国医学创新,2019,16(19):85-88.
- [8] 占小燕,余国峰.早期评估与分级管理康复模式对重型颅脑损伤患者的干预效果研究[J].中国现代医生,2019,57(18):128-131.
- [9] 戴娜,李苹,张敏.集束化护理实施术前准备在重型颅脑损伤急诊手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(12):1-3.
- [10] 曾玉琼,陈健蒲,洪彩霞,等.集束化管理策略在气管切开多重耐药菌管理中的应用效果[J].护理实践与研究,2019,16(11):135-137.
- [11] 辜茜娟.创伤性颅脑损伤昏迷患者主要照顾者自我效能、社会支持与照顾负担的相关性研究[D].南昌:南昌大学,2019.
- [12] 丁静义.集束化护理结合震动排痰对重型颅脑损伤患者呼吸机相关性肺炎的影响[J].护理实践与研究,2019,16(3):79-80.
- [13] 黄现平.早期康复护理干预对重型颅脑损伤术后偏瘫肢体康复效果的影响[J].山西医药杂志,2018,47(13):1621-1623.
- [14] 张泉,张红梅,申志才,等.早期综合康复对重型颅脑损伤的临床疗效[J].中国临床神经外科杂志,2018,23(4):276-277.

[2021-01-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

口腔门诊护士人文关怀品质的影响因素

只涤苈 张敬梅

【摘要】 目的 探讨口腔门诊护士人文关怀品质的影响因素,并讨论提升对策。方法 选择医院口腔门诊2018年1月—2020年1月在职的护士60名,采用护士人文关怀品质量表、职业认同量表评价护士人文关怀品质及职业认同水平。根据人文关怀品质评分分组,品质差组42名,品质优良组18名。通过单因素、多因素 Logistic 回归分析筛选口腔门诊护士人文关怀品质的影响因素,并据此确定提升对策。结果 口腔门诊护士人文关怀品质评分为 114.35 ± 20.43 分,职业认同水平评分为 102.43 ± 18.42 分。单因素分析显示,口腔门诊护士人文关怀品质的相关影响因素有学历、职称、人文关怀教育经历、职业认同($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示,人文关怀品质独立危险因素有人文关怀教育经历、一致感、患者和组织影响感($P < 0.05$)。结论 口腔门诊护士人文关怀品质影响因素有人文关怀教育经历、一致感、患者和组织影响感,护理管理者应加强人文关怀教育,强化护理职业培训力度。

【关键词】 口腔门诊;人文关怀品质;职业认同;影响因素

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.005

Influencing factors of the humanistic care quality of the dental clinic nurses ZHI Dipeng, ZHANG Jingmei(*Dental Hospital of the Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China*)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of the humanistic care quality of the dental clinic nurses and discuss the improving measures. **Methods** To select 60 on-the-job nurses worked in the dental clinic from January 2018 to January 2020, by taking the nurses' humanistic care quality scale, occupational identity scale to evaluate the nurses' humanistic care quality and occupation identity. According to the score of the humanistic care quality and they were divided into a poor quality group with 42 cases and a good quality group with 18 cases. By applying the univariate and multivariate Logistic regression analysis to select the influencing factors of the humanistic care quality of the dental clinic nurses and to propose the improvement measures. **Results** The humanistic care quality score of the dental clinic nurses was 114.35 ± 20.43 points, and the occupational recognition level score was 102.43 ± 18.42 points. The univariate analysis showed that, the influencing factors of the humanistic care quality of the dental clinic nurses was education background, title, humanistic education experience, professional identity($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, the independent risk factors of the humanistic care quality were humanistic education experience, sense of coherence, the influence sense of patients and organizational influence($P < 0.05$). **Conclusion** The influencing factors of the quality of humanistic care of dental clinic nurses were humanistic care education experience, sense of consistency, sense of patient and organization al influence. Nursing management statfs should strengthen humanistic care education and strengthen nursing vocational training.

【Key words】 Dental clinic; Humanistic care quality; Professional identity; Influencing factors

国家护理事业发展规划(2016~2020年)指出,“十二五”期间我国护理事业发展状况良好,但护理人员紧缺问题仍旧显著,护理人员职业认同感有待提升^[1]。职业认同属于心理学概念,是指个体对其职业的肯定性评价,个体通过努力完成本职工作,

以实现组织目标的心理基础^[2-3]。而人文关怀品质是开展护理人文关怀的基础,是维持和谐护患关系的促进因子,文献报道^[4-5]显示,人文关怀品质是门诊护理质量及患者满意度的影响因素,而职业认同属于职业发展的内在激励因素,与人文关怀品质有一定联系。本研究采用护士人文关怀品质量表、职业认同量表评价护士人文关怀品质及职业认同水

作者单位:300070 天津市,天津医科大学口腔医院修复科

平,通过单因素、多因素 Logistic 回归分析筛选人文关怀品质的影响因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院口腔门诊 2018 年 1 月—2020 年 1 月在职的护士 60 名,根据人文关怀品质评分分组,品质差组 42 名,品质优良组 18 名。纳入条件:全日制护理专业毕业生;取得执业资格证书;工作年限 >1 年;仍处于在职状态,未提交离职申请;知晓研究详情,且自愿参与。排除条件:因病假、事假及产假等原因中途退出研究。

1.2 调查方法

借助自制一般资料问卷收集患者基础信息,包括工作年限、婚姻状况、学历状况、工作年限、职称、人文关怀教育经历;并采用护士人文关怀品质量表、职业认同量表评价护士人文关怀品质及职业认同水平。

1.2.1 护士人文关怀品质量表 采用中文版护士人文关怀品质量表进行评价,量表共有人文关怀理念、人文关怀知识、人文关怀能力、人文关怀感知 4 个维度,29 个评价项目,均采用 5 级评分法,如不赞同则 1 分,赞同则 5 分,量表总分为 29 ~ 145 分,根据得分率,即量表评分在总分中的占比,划分人文关怀品质水平;如得分率 <60% 则品质差,60% ~ 79% 则品质中等水平,80%~90% 则品质良好,>90% 则品质优。量表 Cronbach' s α 系数为

0.913^[6-7]。

1.2.2 护士职业认同量表 采用职业认同感量表进行评价,量表 Cronbach' s α 系数为 0.902,信效度表现良好,适用于我国护士职业认同水平测定,量表包括自我效力感和把握感、一致感、自我决定感、患者和组织影响感、有意义感 5 个维度,共计 21 个条目,条目评价均采用 7 级评分法,分值 1~7 分,总分 21~147 分。维度或量表条目均值 <3 分为低水平,3~5 分为中等水平,5~7 分为高水平^[8-9]。

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,采用 Logistic 回归模型进行多因素分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 口腔门诊护士人文关怀品质与职业认同现况

口腔门诊护士人文关怀品质评分为 114.35 ± 20.43 分,其中品质差组 42 名(包含差 24 名,中等水平 18 名),品质优良组 18 名(包含良好 11 名,优 7 名);职业认同水平评分为 102.43 ± 18.42 分,其中低水平 25 名,中等水平 20 名,高水平 15 名。

2.2 口腔门诊护士人文关怀品质的单因素分析

单因素分析显示,口腔门诊护士人文关怀品质的相关影响因素有学历、职称、人文关怀教育经历、职业认同($P<0.05$),见表 1。

表 1 口腔门诊护士人文关怀品质影响因素的单因素分析

分析因素	类别	品质差组 ($n=42$)	品质优良组 ($n=18$)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	<30	28	13	0.180	0.672
	≥ 30	14	5		
婚姻状况	未婚或离异	12	8	1.429	0.232
	已婚	30	10		
学历	专科	36	3	26.405	0.000
	本科及以上	6	15		
工作年限 (年)	<5	32	10	2.555	0.110
	≥ 5	10	8		
职称	护士	26	4	7.937	0.005
	护师及以上	16	14		
人文关怀教育经历	有	13	15	13.890	0.000
	无	29	3		
职业认同 (分)	<3	30	6	7.619	0.006
	≥ 3	12	12		

2.3 口腔门诊护士人文关怀品质的多因素 Logistic 回归分析

将单因素分析中比较差异有统计学意义的因素及职业认同维度内容作为自变量，人文关怀品质为

因变量，进行多因素 Logistic 回归分析，结果显示，口腔门诊护士人文关怀品质独立危险因素有人文关怀教育经历、一致感、患者和组织影响感 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 口腔门诊护士人文关怀品质的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i> χ^2	<i>P</i> 值	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
人文关怀教育经历	0.772	0.401	6.920	0.009	2.164	1.217~3.847
一致感	1.247	0.462	12.328	0.000	3.480	1.735~6.980
患者和组织影响感	0.643	0.374	9.093	0.003	1.902	1.252~2.889

3 讨论

3.1 口腔门诊护士人文关怀品质的影响因素复杂

多因素 Logistic 回归分析显示，口腔门诊护士人文关怀品质独立危险因素有人文关怀教育经历、一致感、患者和组织影响感 ($P<0.05$)。职业认同属于职业发展的积极心态，反映了从业人员对所从事职业的肯定，能增大从业人员工作投入，全面提升自身职业素养、人文关怀品质^[10]；而人文关怀理念属于人文关怀品质结构理论模型的核心，口腔门诊护士经专业知识学习、对患者生理与心理需求的评估，能促使个人价值观与职业价值观相融合，进而形成关怀责任意识、人道主义信念，实现关怀理念内化^[11-12]。同时，职业认同患者对职业价值的认知全面，能明确职业责任感，对护理关怀责任于患者的重要意义有全面的认知，能在口腔门诊护理工作中给予患者充分关怀，增强职业成就感、向善使命感。护士人文关怀品质是经特定文化教育而形成的，且能通过护理人文关怀行动体现出的内在专业禀性^[13-14]；通过人文关怀教育能实现对人文关怀知识的系统教学，强化护士对人文关怀理念的认知，同时，结合护理人文关怀实践，能促使人文关怀教育内容行动化，全面提升护士人文关怀品质。

3.2 口腔门诊护士人文关怀品质的提升对策

3.2.1 量化比较式认知促进教育—感知、理念 根据护士人文关怀品质水平分组，并借助自制“口腔门诊患者护理满意度评价量表”评估品质优良组、品质差组护士同一阶段收治患者的护理满意度、人文关怀护理应用前（2018 年 1 月前）与应用后的患者护理满意度，并根据统计数据绘制簇状柱形图，横坐标为评分，纵坐标为组别（品质优良组、品质差组）、阶段（应用前、应用后），引导参训护士观察、分析簇状柱形图，比较不同人文关怀品质水

平护士对应患者护理满意度评分、人文关怀护理应用前后的患者护理满意度评分，明确其差异性，促使参训护士认识到人文关怀品质对患者护理满意度的促进作用，强化其对人文关怀理念的认知、对护理人文关怀重要性的感知，教育时长 30~40 min。

3.2.2 访谈式实践经验替代—知识、能力 本研究选择医院口腔门诊及护理部工作年限大于 10 年、高级职称、人文关怀品质优的护士 8 名，其中副主任护师 4 名、主任护师 4 名；培训人员参照相关文献制订访谈提纲，所涉问题有“您认为护理人文关怀在口腔门诊中的意义是什么”“护理人文关怀应用前后口腔门诊护理工作发生了哪些变化”“护理人文关怀应用注意事项或难点有哪些”“口腔门诊如何开展护理人文关怀”“您有哪些护理人文关怀经验可以分享”，采用上述提纲开展访谈，并同步录制访谈视频。培训人员播放访谈视频，引导参训护士学习，并通过 Colaizzi 7 步法分析访谈内容、提取主题，如“口腔门诊护理人文关怀价值”“口腔门诊护理人文关怀实践”“口腔门诊护理人文关怀要点”等，以促进参训护士学习护理人文关怀知识，提升其护理人文关怀能力，教育时长 40 min^[15]。

综上所述，口腔门诊护士人文关怀品质影响因素有人文关怀教育经历、一致感、患者和组织影响感，护理管理者应加强人文关怀教育，强化护理职业培训力度。

4 参考文献

[1] 郭成桦,黄瑛,李莎莎,等.男护士职业认同与职业获益的相关性研究[J].安徽医药,2019,23(6):1263-1267.

[2] 顾智慧,舒倩宜,邱添,等.护士心理资本在职业紧张与职业认同中的中介作用[J].中国卫生统计,2020,37(3):345-348.

造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的影响因素

温小珊 张桂华

【摘要】目的 探讨造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的影响因素,并讨论护理措施。**方法** 选择2018年7月—2020年9月中山大学肿瘤防治中心收治的造血干细胞移植患者127例作为研究对象,其中53例术后出现心理困扰为病例组,未出现心理困扰的74例为对照组。收集患者基本资料及心理困扰相关信息资料,分析影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生的独立危险因素。**结果** 单因素分析结果显示,隔离时间、家庭月收入、不良症状程度、家庭支持程度、是否首次移植、疾病认知程度、家庭支付能力、睡眠障碍是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的相关因素($P<0.05$);多因素 Logistic 回归分析发现,家庭支持程度、疾病认知程度、不良症状程度是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 针对以上独立危险因素,临床医护人员需加强预测,采取有效的护理措施,以降低造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生率,提升其治疗依从性及治疗效果,促进其疾病康复。

【关键词】 造血干细胞移植患者;净化舱;心理困扰;影响因素;护理措施

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.006

Influencing factors of the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin WEN Xiaoshan, ZHANG Guihua (Cancer Centre of the Zhongshan University, Zhongshan 510060, China)

【Abstract】Objective To investigate the influencing factors and nursing measures of the hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin. **Methods** To select 127 hematopoietic stem cell transplantation

作者单位:510060 广东省广州市,中山大学肿瘤防治中心
化疗4区

- [3] 赵月,姜一,李铭燕,等.护士职业获益感主要影响因素 Meta 分析[J].华北理工大学学报(医学版),2020,22(3):214-221.
- [4] 杨茵,马胜华.门诊护士人文关怀品质与患者就医满意度的相关性分析[J].实用临床医药杂志,2020,24(8):120-123.
- [5] 潘玲玲,匡霞,张先翠.护士人文关怀品质影响因素及与护患关系信任度的相关性分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(3):375-378.
- [6] 陈登宏.临床护士专业生活品质在人文关怀能力与护患信任度之间的中介效应分析[J].护士进修杂志,2019,34(14):1290-1294.
- [7] 申素淑,吴小钦.护士人文关怀品质与职业倦怠程度的相关性研究[J].中国卫生产业,2019,16(20):164-166,169.
- [8] 徐静.授权管理对急诊科护士职业倦怠及职业认同感的影响[J].护理实践与研究,2020,17(14):121-123.
- [9] 王芸,刘维维,金艳鸿.护士工作成就感、职业认同与组织承诺的相关性研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(13):1709-1713.
- [10] 陈郁,张力川,路潜,等.口腔门诊护士职业认同现状及其与职业倦怠和组织感情承诺的相关性分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(23):2976-2982.
- [11] 许鹏珠,刘宇,姜桐桐,等.手术室护士职业认同感的质性研究[J].医学与哲学,2020,41(5):61-65.
- [12] 苏昕,徐宏.医院文化建设感知评价的影响因素分析[J].中国医药导报,2020,17(5):54-58.
- [13] 徐晓勋,王燮斌,仰筱旺,等.叙事教育对妇科实习护士职业认同感和批判性思维能力及人文关怀能力的影响[J].中国乡村医药,2018,25(11):64-65.
- [14] 余飞,肖莎.危重症专科护士人文关怀品质现状调查及影响因素分析[J].蚌埠医学院学报,2020,45(5):672-675,679.
- [15] 施燕禧.儿科护士护理人文关怀现状的质性研究[J].中国卫生标准管理,2017,8(21):164-166.

[2020-12-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

patients admitted in the Zhongshan university cancer center from July 2018 to September 2020 as the study objects. 53 cases with the psychological distress were set as the case group, 74 cases without the psychological distress were set as the control group. The patients' basic data and the information about the psychological distress were collected, to analysis the independent risk factors that effect the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin. **Results** Univariate analysis showed that, time of isolation, family monthly income, degree of adverse symptoms, family support, whether or not the first time transplant, disease awareness, family affordability, sleep disorders were the related factors that effect the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, family support, disease awareness, degree of adverse symptoms were the independent risk factor that effect the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin($P<0.05$). **Conclusion** According to those independent risk factors above, the clinical staffs should strength the prediction, take the effective nursing measures to reduce the incidence rate of the the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin, improve the treatment compliance and treatment effect, promote the patients recovery.

【Key words】 Hematopoietic stem cell transplantation patients; Purified cabin; Psychological distress; Influencing factors; Nursing measures

血液病具有起病隐匿、发病率高及死亡率高等特点,多由遗传、免疫及污染等因素所致^[1]。因为工业化、机械化的快速发展,以及化学、物理、生物因素以及环境污染等成为血液病的诱发因素,且呈现逐年上升的发展趋势^[2]。造血干细胞移植治疗可有效缓解疾病症状,恢复其造血及免疫系统功能。但移植过程中,为降低患者感染风险,需在净化舱内隔离1~2个月,净化舱内陌生的环境、狭小的空间容易使患者产生心理困扰^[3-4]。有研究表明^[5],心理困扰会降低患者治疗依从性,严重影响其治疗效果,不利于其疾病康复^[6]。本研究通过病例对照研究,分析造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的影响因素,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

连续纳入2018年7月—2020年9月我院收治的造血干细胞移植患者127例,将其中术后出现心理困扰的53例患者作为病例组,未出现心理困扰的74例为对照组。纳入条件:具备正常的认知能力;行造血干细胞移植患者;无手术禁忌证者;家属知情并签署知情同意书。排除条件:有精神病史者;临床资料不全者;合并有其他严重躯体疾病者;中途退出者。

1.2 心理困扰诊断标准

心理困扰诊断标准(DT)^[7]采用心理困扰温度计对患者心理困扰程度进行评估,该量表总分为10分,评分标准:0分为无心理困扰、1~3分为轻度困

扰、4~6分为中度困扰,7分以上为重度困扰,以4分为临界值, ≥ 4 分判定为存在心理困扰。

1.3 资料收集

收集的资料内容包括性别、年龄、家庭支持程度、合并基础疾病、隔离时间、不良症状程度、家庭月收入、体质指数(BMI)、睡眠障碍、是否首次移植、家庭支付能力、疾病认知程度等信息。

1.4 统计学处理

选用SPSS 22.0统计学软件,单因素分析计数资料比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用Logistic回归分析。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 造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的单因素分析

单因素分析结果显示,隔离时间、家庭月收入、不良症状程度、家庭支持程度、是否首次移植、疾病认知程度、家庭支付能力、睡眠障碍是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的相关因素($P<0.05$),见表1。

2.2 造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的多因素 Logistic 回归分析

将表1中具有统计学意义的因素作为自变量,进行多因素Logistic回归分析,结果显示,家庭支持程度、疾病认知程度、不良症状程度是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的独立危险因素($P<0.05$),见表2。

表1 造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=53)	对照组 (n=74)	χ^2 值	P 值
性别	男	24	38	0.455	0.500
	女	29	36		
年龄 (岁)	< 55	33	34	3.299	0.069
	≥ 55	20	40		
家庭月收入 (元)	≥ 5000	21	49	8.829	0.003
	< 5000	32	25		
合并基础疾病	无	25	41	0.839	0.360
	有	28	33		
家庭支付能力	可以支付	20	49	10.095	0.002
	几乎不能支付	33	25		
睡眠障碍	无	21	46	6.295	0.012
	有	32	28		
体质指数	≥ 25	29	33	1.266	0.260
	< 25	24	41		
疾病认知程度	了解	19	46	8.558	0.003
	不了解	34	28		
是否首次移植	是	38	29	13.095	0.000
	否	15	45		
隔离时间 (d)	≥ 45	39	31	12.539	0.000
	<44	14	43		
不良症状程度	轻微	17	42	7.563	0.006
	严重	36	32		
家庭支持程度	低	38	29	13.095	0.000
	高	15	45		

表2 造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	Wald χ^2	P 值	OR	95% CI
家庭支持程度	1.164	8.045	0.005	3.203	1.433~7.157
疾病认知程度	1.088	7.259	0.007	2.969	1.345~6.522
不良症状程度	1.293	9.934	0.002	3.645	1.631~8.147

3 讨论

随着医疗技术的快速进步,造血干细胞移植可控制血液病病情发展,缓解其疾病症状,恢复其造血系统功能,但患者长时间在净化舱内隔离,易产生心理困扰^[8]。有关研究表明^[9],患者出现心理困扰会导致其治疗积极性及依从性降低,从而严重影响其治疗效果及疾病康复。

有报道显示^[10],造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生率约为31.41%~63.74%。本研究127例造血干细胞移植患者中心理困扰占比41.73%,此结果与既往文献调查结果相符^[11]。本研究结果显示,家庭支持程度、疾病认知程度、不良症状程度是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的独立危险因素 ($P<0.05$),这与既往研究结果相符^[12]。分析原因有以下几点:

(1) 家庭支持程度:随着移植技术水平和支持治疗水平的提高,患者总体生存率逐渐上升,生存率仍是社会关注的主要焦点,对于育龄期、青春女性,预处理过程中的放化疗对生殖系统的损伤表现为卵巢功能早衰(POF),继而引起不孕/不育、闭经,患者潮热、骨质疏松、情绪不稳定等。HSCT治疗后,女性患者POF的发生率可达65%~84%,与全身照射、环磷酰胺、白消安等药物关系密切,尤其环磷酰胺联合全身照射较单用环磷酰胺的预处理方案所导致的POF发生率更高^[13]。这就更需要人文关爱,尤其是感受到家人的关心及爱护,接收家庭支持程度较高的患者心理困扰发生率较低,身心痛苦感相应降低,增强其疾病治疗的信心,从而消除患者孤独及悲观厌世心理,帮助其接受并适应当前角色,从而采取积极的应对方式配合治疗,进而降低其心理困扰程度^[14]。

(2) 疾病认知程度: 该病预处理的毒副作用、粒细胞的缺乏、免疫系统破坏等原因, 易出现各种感染, 疾病认知程度较低的患者对疾病及治疗等知识缺乏了解, 导致其对医护人员的技术水平及治疗效果存在不定感, 担心出现后遗症, 同时面对封闭、陌生的净化舱环境, 易导致患者心理压力增大, 出现严重心理困扰^[15]。

(3) 不良症状程度: 不良症状程度较高的造血干细胞移植患者心理困扰发生率相对较高, 行造血干细胞移植前, 需进行大剂量的化疗预处理, 化疗会引起患者产生疲乏、恶心、呕吐及疼痛等一系列不良症状, 患者易产生心理困扰, 且不良症状程度严重程度会相应增加其身体痛苦, 对其机体功能及生活质量造成巨大影响, 从而导致其心理困扰发生率较高。

针对影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生的相关因素, 护理人员耐心细致地介绍净化舱环境及注意事项, 减轻隔离产生的孤独感; 讲解治疗中可能出现的躯体反应、WBC 变化的过程, 让患者做好心理准备, 增加其心理韧性; 护理人员主动关注患者心理情绪变化及躯体症状, 给予针对性疏导, 特别是对于躯体状况不良者, 重点给予心理情绪的关心; 向患者介绍本科室内同类型疾病患者治疗成功的案例, 树立其战胜疾病的信心, 建立积极乐观的认知, 使其尽快适应隔离环境、躯体症状变化, 主动配合治疗; 治疗前, 以文字、图片、视频相结合的方式为患者讲解疾病相关知识及治疗方式和效果, 介绍医护人员技术水平及医疗设备; 讲解治疗成功康复案例, 以减少患者紧张、焦虑及恐惧等情绪, 增强治疗信心。为患者及家属提供网络、电话等沟通平台, 指导患者家属经常与患者视频聊天, 多探望患者、多沟通、多安慰, 精神上给予支持和鼓励, 告知其家庭支持的重要性。鼓励患者多听音乐、看电视、适量运动, 以转移其注意力, 缓解其不良反应。

综上所述, 影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生的因素较多, 本次研究中显示, 家庭支持程度、疾病认知程度、不良症状程度是影响造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰的独立危险因素, 临床医护人员需结合以上危险因素采取有效的护理措施, 以降低造血干细胞移植患者净化舱内心理困扰发生率, 提升其治疗依从性及治疗效果, 促进其疾病康复。

4 参考文献

- [1] 郝晶, 孙伟正, 高明洁, 等. 孙伟正运用归脾汤治疗血液病 [J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(4): 647-649.
- [2] 朱紫红, 钟春芳, 张秋芳. 全方位护理对控制血液病区医院感染与护理质量的效果研究 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(5): 99-100.
- [3] 库金江. 造血干细胞移植患者口腔溃疡的护理 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(23): 213-214.
- [4] 孙菲菲, 张会娟, 解文君, 等. 供者来源嵌合抗原受体 T 细胞治疗造血干细胞移植后复发患者的毒性观察及护理 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(17): 1593-1595.
- [5] 宋琳. 团体心理干预对乳腺癌根治术患者心理困扰及上肢锻炼的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(11): 121-124.
- [6] 陈应年. 心理护理提高异基因造血干细胞移植患者治疗效果的价值 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(38): 140, 143.
- [7] 魏云英, 刘惠哲, 魏金铠, 等. 老年肝硬化患者症状体验、心理困扰与生活质量的相关性 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(15): 3336-3338.
- [8] 明茜, 肖毅. 异基因造血干细胞移植治疗慢性活动性 EB 病毒感染的研究进展 [J]. 临床内科杂志, 2020, 37(7): 523-525.
- [9] 周曼, 王宇华. 社会支持及心理护理对血液透析患者心理困扰、希望水平及自我效能的影响 [J]. 贵州医药, 2020, 44(6): 996-997.
- [10] 郭彩玲, 张川莉, 陈凤姣, 等. 造血干细胞移植患者的心理情绪及躯体症状分析 [J]. 国际输血及血液学杂志, 2020, 43(2): 134-141.
- [11] Carrillo-Valdez L, Mar í a L. Guti é rrez-Escamilla, Moreira-Ponce C L. Psychological evaluation in Hematopoietic Stem Cell Transplantation [J]. Journal of Basic and Applied Psychology Research, 2020, 2(3): 1-6.
- [12] 王娇. 造血干细胞移植患者的心理护理分析 [J]. 饮食保健, 2018, 5(10): 186-187.
- [13] 周栋, 谢佳君, 黄亚楠, 等. 女性血液病患者造血干细胞移植后生育功能恢复的研究进展 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2019, 11(9): 1-6, 173.
- [14] Gerhart J I, Asvat Y, Lillis T A, et al. The impact of posttraumatic stress symptoms on social support and social conflict during hematopoietic stem cell transplant [J]. Journal of Psychosocial Oncology, 2018, 36(3): 1-15.
- [15] 匡大林, 丁萍, 韩江英, 等. 癌症患者的心理困扰及其影响因素分析 [J]. 安徽医学, 2019, 40(8): 939-942.

[2020-10-13 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

结直肠癌术后患者3个月内非计划性再入院危险因素分析

孙立华

【摘要】 目的 探讨结直肠癌患者术后非计划性再入院危险因素。方法 选取2017年9月—2019年9月在医院进行结直肠癌手术治疗的924例患者,根据患者出院后3个月内非计划入院情况,将其中术后非计划性再入院的37例患者设为病例组,未再入院的887例患者设为对照组。采用单因素和多因素Logistic回归分析结直肠癌患者术后非计划性再入院的危险因素。结果 单因素分析结果显示,性别、术前糖尿病、术前低蛋白血症及术后并发症发生情况是结直肠癌患者术后非计划性再入院的影响因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,男性、术前糖尿病、术前低蛋白血症、术后并发症为导致结直肠癌患者术后非计划性再入院的独立危险因素($P<0.05$)。结论 结直肠癌患者术后非计划性再入院危险因素包括患者为男性、术前糖尿病、术前低蛋白血症、术后并发症,因此,在患者首次治疗前,应进行有效评估,改善患者血糖及营养水平,并采取快速康复护理及延续护理等措施避免患者术后再入院。

【关键词】 结直肠癌;非计划性再入院;危险因素;管理对策

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.007

Risk factors of the colorectal cancer patients happend unplanned readmission within three months SUN Lihua (The People's Hospital of Huaiyin, Jinan 250021, China)

【Abstract】 Objective To explore the risk factors of the colorectal cancer patients happend unplanned readmission. **Methods** To select 924 patients underwent the colorectal cancer surgery in the hospital from September 2017 to September 2019, according to the patients' unplanned readmission situation occurred after leaving the hospital within three months, the 37 readmitted patients were taken as the case group, the 887 patients were not readmitted were taken as the control group. Univariate and multivariate Logistic regression analysis were applied to analysis the risk factors of the colorectal cancer patients happend unplanned readmission. **Results** Univariate analysis showed that, gender, preoperative diabetes, preoperative hypoproteinemia, the incidence of postoperative complications were the influencing factors of the colorectal cancer patients occurred the unplanned readmission($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, male, preoperative diabetes, preoperative hypoproteinemia, postoperative complications were the independent risk factors of the colorectal cancer patients occurred the unplanned readmission($P<0.05$). **Conclusion** The risk factors of the colorectal cancer patients happend the unplanned readmission included male, preoperative diabetes, preoperative hypoproteinemia, postoperative complications Therefore, before the patients' first therapy, the effective evaluation is necessary to improve the patients blood glucose and nutrition level, the rapid rehabilitation care and continuing care should be given to the patients to avoid the readmission after operation.

【Key words】 Colorectal cancer; Unplanned readmission; Risk factors; Management countermeasures

非计划性再入院作为评价医疗质量的重要指标,是指患者在治疗出院后短时间内因相同或相关的疾病而再次入院接受治疗,且入院原因无法预测,严重浪费了医疗资源,增加了治疗成本^[1]。结直肠癌作为临床常见恶性肿瘤,发病率在我国居恶性肿瘤的第5位,且年增长率约为1.2%^[2]。临床以结直肠切除术及肠造口术为主要治疗方式,

调查显示,术后近期非计划再入院手术率可达到1.4%~7.3%,且患者再入院时间以出院后1~3个月为主^[3],患者痛苦、恐惧、绝望。因此,本研究探讨结直肠癌患者术后非计划性再入院的危险因素,为制订具有针对性的管理措施提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年9月—2019年9月在医院进行结

直肠癌手术治疗的患者 924 例, 将术后非计划性再入院的 37 例患者设为病例组, 未再入院的 887 例患者设为对照组。纳入条件: 经病理学及影像学检查, 结果符合结直肠癌相关诊断标准; 症状及体征符合结直肠癌手术治疗相关指征, 并接受手术治疗; 肿瘤 TNM 分期处于 I ~ III 期; 且未发生远端转移; 在术后能够接受按时随访; 对本研究知情, 并自愿参与。排除条件: 伴有其他类型恶性肿瘤; 伴有其他危重症, 或预期寿命 < 6 个月。

1.2 调查内容

(1) 基础资料: 包括患者性别、年龄、体质指数 (BMI) 等。

(2) 疾病及治疗情况: 包括术前心肺疾病、糖尿病、低蛋白血症、肠梗阻、腹部手术治疗史、术前辅助化疗情况、初次手术方式及肿瘤 TNM 分期等。

(3) 术后并发症: 包括切口裂开或感染、吻合

口瘘、肠梗阻、造瘘口回缩或坏死及腹腔出血、感染等。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析, 单因素分析时, 计数资料计算构成比, 组间构成比较采用 χ^2 检验; 多因素分析时采用多因素 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 结直肠癌患者术后非计划性再入院影响因素的单因素分析

单因素分析结果显示, 病例组与对照组间性别、术前糖尿病、术前低蛋白血症及术后并发症发生情况比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 是结直肠癌患者术后非计划性再入院的影响因素, 见表 1。

表 1 结直肠癌患者术后非计划性再入院单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=37)	对照组 (n=887)	χ^2 值	P 值
性别	男	30 (81.08)	532 (59.98)	5.867	0.015
	女	7 (18.92)	335 (40.02)		
年龄 (岁)	< 60	11 (29.73)	356 (40.14)	1.606	0.205
	≥ 60	26 (70.27)	531 (59.86)		
BMI	< 25	20 (54.05)	570 (64.26)	1.603	0.205
	≥ 25	17 (45.95)	317 (35.74)		
术前心肺疾病	是	9 (24.32)	246 (27.73)	0.207	0.649
	否	28 (75.68)	641 (72.27)		
术前糖尿病	是	14 (37.84)	155 (17.47)	9.855	0.002
	否	23 (62.16)	732 (82.53)		
术前低蛋白血症	是	11 (29.73)	135 (15.22)	5.621	0.018
	否	26 (70.27)	752 (84.78)		
术前肠梗阻	是	5 (13.51)	81 (9.13)	0.372	0.542
	否	32 (86.49)	806 (90.87)		
术前新辅助化疗	是	3 (8.11)	58 (6.56)	0.002	0.969
	否	34 (91.89)	829 (93.44)		
腹部手术史	有	7 (18.92)	116 (13.08)	0.605	0.437
	无	30 (81.08)	771 (86.92)		
初次手术方法	腹腔镜	20 (54.05)	563 (63.47)	1.353	0.245
	开腹	17 (45.95)	324 (36.53)		
肿瘤 TNM 分期 (期)	I	7 (18.92)	169 (19.05)	0.662	0.718
	II	18 (48.65)	482 (54.34)		
	III	12 (27.02)	236 (26.61)		
术后并发症	是	34 (91.89)	106 (11.95)	176.562	0.000
	否	3 (8.11)	781 (88.05)		
住院时间 (d)	< 7	18 (48.65)	492 (55.47)	0.668	0.414
	≥ 7	19 (51.35)	395 (44.53)		

注: 表中 () 内数据为构成比 (%)。

2.2 结直肠癌患者术后非计划性再入院的多因素 Logistic 回归分析

以患者术后非计划性再入院为因变量,以单因素检查中存在统计学意义的因素为自变量,进行多

因素 Logistic 回归分析。结果显示,男性、术前糖尿病、术前低蛋白血症、术后并发症均为导致结直肠癌患者术后非计划性再入院的独立危险因素 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 结直肠癌患者术后非计划性再入院多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
男性	1.179	0.500	5.555	0.018	3.252	1.220~8.672
术前糖尿病	1.464	0.411	12.673	0.000	4.323	1.931~9.678
术前低蛋白血症	1.098	0.434	6.408	0.011	2.999	1.281~7.019
术后并发症	4.206	0.621	45.928	0.000	67.069	19.874~226.342

3 讨论

研究表明^[4],结肠癌患者术后非计划性再入院的原因主要包括医疗服务不充分、出院准备不足及出院后出现疾病相关并发症等,杨婕等^[5]指出,随着近些年人们生活方式及饮食结构的改变,在导致结直肠癌发生率增加的同时,还导致治疗后非计划性再入院治疗概率明显提高,曹飞龙等^[6]指出,该类患者在出院后 1~3 个月内非计划性再入院发生率高达 7% 以上,严重影响了患者的治疗效果,同时导致患者治疗成本明显提高。

本研究结果显示,924 例患者结直肠癌患者中,共有 37 例患者非计划性再入院,发生率为 4%,该结果与左学良等^[7]研究结果相似,另外,本研究中非计划性再入院原因以切口裂开或感染及吻合口瘘为主,分别占全部再入院患者的 32.43% 及 29.73%,该情况与尹世全等^[8]研究结果基本一致,证实了切口不良及吻合口瘘是导致患者再次入院治疗的主要原因。男性、术前糖尿病、术前低蛋白血症、术后并发症(切口开裂或感染、吻合口瘘、肠梗阻、造瘘口回缩或坏死及腹腔出血、感染等)均为导致结直肠癌患者术后非计划性再入院的危险因素 ($P<0.05$)。分析如下:

(1) 性别因素:研究发现,男性结直肠癌患者治疗后再入院率明显高于女性,其原因包括:与女性相比,男性的骨盆较为狭窄,因此在术中更易造成输尿管、精囊腺损伤,同时导致术后出现腹腔内出血、吻合口瘘等并发症^[9],促使患者再次入院治疗。宋天强^[10]指出,结直肠癌患者在治疗后常出现肝转移,进而导致患者再次入院,且由于男性结直肠癌患者肝转移概率明显高于女性,因此男性患

者再入院率较高,但在本研究中,未发现患者因肝部恶性肿瘤再次入院,主要与本研究仅对患者进行为期 3 个月的观察有关;另外,本研究中,再入院患者肝功能指标略低于对照组,但未见统计学差异。男性患者在治疗后出现肠梗阻概率较高,且男性患者在术前伴有糖尿病概率明显高于女性,因此术后再入院率较高。

(2) 术前糖尿病或低蛋白血症:①术前糖尿病。糖尿病作为临床常见的慢性消耗性疾病,严重影响患者机体代谢能力,因此,糖尿病患者术后切口恢复速度较慢^[11],进而极易引起切口裂开及吻合口瘘等并发症,导致患者再次入院接受治疗;另外,如患者血糖长期处于较高水平,使血浆渗透压升高,导致血浆中中性粒细胞与单核细胞的趋化、粘附及吞噬作用明显降低,进而使患者免疫水平降低,增加了术后感染的发生概率^[12]。②术前低蛋白血症。低蛋白血症主要由营养不良导致,由于老年患者因胃肠功能退化极易出现营养不良等情况,加之结直肠癌作为消化系统恶性肿瘤,更加重了患者营养不良的发生率^[13],而患者营养水平较低可影响术后切口及造口的恢复速度,同时影响患者免疫功能,因此增加了患者非计划性再入院率。

(3) 术后并发症:本次研究中患者出现的术后并发症主要包括切口裂开或感染、吻合口瘘、肠梗阻、造瘘口回缩或坏死及腹腔出血等,主要原因包括:①多数结直肠癌患者年龄较大,且伴有多种慢性消耗性疾病,导致患者术后恢复时间较长,而在出院后,如患者未能得到有效的护理干预,极易导致切口及吻合口出现开裂或感染等并发症,迫使患者再次入院接受治疗。②老年患者多因机体功能及代谢能力降低,影响肠道蠕动功能,而接受肠道手

术治疗的患者,对其胃肠道蠕动功能造成进一步打击,若术后未能得到有效干预,极易导致患者出现肠梗阻等并发症,导致患者再次入院。③患者在治疗后出现并发症,在心理方面更易选择进行手术治疗,因此增加了再入院率。

4 管理对策

(1) 加强术前评估工作:加强术前评估,建立风险筛查工具,开展个性化营养干预,针对进行手术治疗的患者,应在术前密切监护患者血糖、血浆蛋白水平,并采取相应措施改善患者疗效;同时,可与营养科专家进行沟通,针对患者具体情况开展个性化营养干预,促进患者各项生命指标恢复至正常水平;术后,对患者治疗情况及生命体征进行评估,制订术后个性化营养干预措施,将菜谱发给患者,要求患者记录饮食结构并反馈给营养工作人员,通过改善患者营养及健康水平,降低非计划性再入院率。

(2) 采取快速康复外科干预模式^[14]:该模式以降低患者围术期机体受到的刺激为主要方式,促进患者更快的恢复,即通过术前3 h给予患者少量葡萄糖氯化钠注射液,促进患者术后胃肠功能早日康复。术中将补液量控制在200 ml以内,并将注射液适当加温,以避免对患者机体造成刺激,促进患者术后快速恢复。术后根据患者恢复情况,分阶段指导患者开展术后训练,通过提高患者术后恢复速度,避免患者术后发生相应并发症。

(3) 医护合作:适当提高患者出院标准,进而保证患者出院质量,避免尚未完全恢复或存在并发症征兆的患者提前出院。

(4) 延续护理:于患者出院时,添加患者微信号及推广微信公众号等措施提高患者及家属自我护理能力^[15],对患者进行指导,告知其出院后需严格观察的体征及注意事项,同时告知患者常见并发症类型,指导患者每日上报病情改善情况采取有效干预措施,避免病情的进一步发展。

综上所述,结直肠癌患者术后非计划性再入院危险因素包括患者为男性、术前糖尿病、术前低蛋白血症、术后并发症等,因此在患者首次治疗前,应进行有效评估,改善患者血糖及营养水平,采取快速康复护理及延续护理等措施避免患者术后再入院。

5 参考文献

- [1] 杜昆伦,白希壮.人工全关节置换术后非计划再次入院的原因、危险因素及预防分析[J].实用骨科杂志,2019,25(8):681-685.
- [2] 武雪亮,王立坤,黄先涛,等.结直肠癌流行病学特征回顾性研究[J].中国医药导报,2019,16(20):60-63.
- [3] 贺育华,杨婕,蒋理立.结直肠癌病人术后非计划性再入院的研究进展[J].护理研究,2019,33(2):112-115.
- [4] 侯梦晓,梁红霞,赵丽霞,等.结直肠癌患者术后非计划性再入院影响因素及对策[J].护理管理杂志,2019,19(5):357-361.
- [5] 杨婕,冯金华,李卡.结直肠癌患者术后1年内非计划性再入院影响因素分析[J].护士进修杂志,2015,3(6):551-552.
- [6] 曹飞龙,颜登国.结直肠癌非计划再次手术影响因素分析[J].中国肛肠病杂志,2017,37(10):11-14.
- [7] 左学良,汪进国,王俊峰,等.直肠癌术后非计划再手术的原因及危险因素分析[J].皖南医学院学报,2019,38(1):37-39,43.
- [8] 尹世全,梁铨,吴秀红,等.结直肠肿瘤外科非计划再次手术综合分析[J].中华肿瘤杂志,2018,40(11):837-840.
- [9] 沈伯明,王永峰,俞伟君.高龄结直肠癌患者的手术治疗及围手术期处理[J].结直肠肛门外科,2018,21(2):122-124.
- [10] 宋天强.结直肠癌肝转移的治疗进展[J].中华消化外科杂志,2016,42(2):228-231.
- [11] 陈小红,程素霞,张琨,等.多学科协作护理模式在糖尿病伴急性胆囊炎老年患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(15):1921-1925.
- [12] 王丹丽,简桂花,汪年松.糖尿病合并尿路感染的研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2016,17(10):927-929.
- [13] 甘孝红.患者参与直肠癌术后饮食护理对其营养状况的影响[J].中华临床营养杂志,2018,26(5):288-292.
- [14] 杨婕,冯金华,李卡.加速康复外科模式下结直肠癌患者术后1年内非计划性再入院风险评估工具的构建[J].中华现代护理杂志,2018,24(2):143-146.
- [15] 梁瑶,王淑云,权琳,等.微信联合造口门诊延续护理模式对肠造口病人自我护理能力的影响[J].齐鲁医学杂志,2016,31(4):471-474.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

全脑血管造影术后穿刺口血肿的影响因素分析

赵艳艳 陈俭慰 叶向红

【摘要】目的 探讨全脑血管造影术后穿刺口血肿影响因素及护理预防策略。**方法** 选择2018年1月—2020年1月医院行全脑血管造影术的患者668例为研究对象,将发生穿刺口血肿的48例患者作为病例组,未发生穿刺口血肿的620例患者作为对照组。收集患者性别、年龄、疾病、穿刺次数等相关资料,采用单因素及多因素Logistic回归分析全脑血管造影术后穿刺口血肿的高危因素。**结果** 单因素分析显示,肥胖、糖尿病、动脉粥样硬化、凝血功能、穿刺次数是导致穿刺口血肿的可疑因素($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,有肥胖、有糖尿病、有动脉粥样硬化为导致全脑血管造影术后穿刺口血肿的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 全脑血管造影术后穿刺口血肿的高危因素包括有肥胖、有糖尿病、有动脉粥样硬化,应针对性的护理贯穿于手术前、中、后全过程,降低穿刺口血肿的发生率。

【关键词】 全脑血管造影术;并发症;穿刺口血肿;影响因素;护理

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.008

Influencing factors of puncture oral hematoma after total cerebrovascular angiography ZHAO Yanyan, CHEN Jianwei, CHEN Xianghong(Guangzhou Red Cross Hospital, 510220 Guangzhou, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors and nursing prevention strategies of puncture oral hematoma after total cerebrovascular angiography. **Methods** To select 668 patients underwent oral cerebrovascular angiography in the hospital from January 2018 to January 2020 as the research objects. 48 patients with puncture oral hematoma were selected as the case group, and 620 patients without puncture oral hematoma were selected as the control group. The patients' gender, age, disease, puncture times and other relevant data were collected. Univariate and multivariate Logistic regression were applied to analyze the high risk factors of puncture oral hematoma after total cerebrovascular angiography. **Results** Univariate analysis showed that, obesity, diabetes mellitus, atherosclerosis, coagulation function and puncture times were the suspected factors lead to puncture hematoma($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, obesity, diabetes and atherosclerosis were the independent risk factors for hematoma of puncture oral cavity after total cerebrovascular angiography($P<0.05$). **Conclusion** The high risk factors of puncture oral hematoma after total cerebrovascular angiography include obesity, diabetes and atherosclerosis, targeted nursing should be carried out throughout the whole process before, during and after the operation to reduce the incidence rate of puncture oral hematoma.

【Key words】 Total cerebral angiography; Complications; Puncture oral hematoma; Influencing factors; nursing

全脑血管造影术(DSA)是一种含碘造影剂影像确诊成像技术,是脑血管疾病检查的金标准^[1]。随着影像技术的发展与成熟,全脑血管造影术总体上是安全的,但作为一项有创性、侵袭性检查,亦有一定的风险性^[2-3]。穿刺口血肿若护理不及时或者不当,血肿压迫术侧动脉,引起远端肢体血液回流受阻,严重者导致休克,甚至危及生命^[4]。因此加强围术期的护理,预防、降低并发症的发生是手术成功的关键。本文对全脑血管造影术后穿刺口血肿影响因素进行分析并提出相应的护理应对策略。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2020年1月医院行全脑血管造影术患者作为研究对象。纳入条件:符合我国规定的脑血管类疾病诊断标准,且均有影像学及临床表现^[5];年龄 ≥ 18 岁;一般资料完整者。排除条件:心、肝、肾功能不全;对造影剂过敏者;合并其他器官器质性病变者。最终进行观察研究的有668例,其中脑梗死126例,短暂性脑缺血发作288例,椎基底动脉供血不足175例,颅内动脉瘤50例,其他29例。将发生穿刺口血肿的48例患

者作为病例组,未发生穿刺口血肿的 620 例患者作为对照组。

1.2 资料收集

收集资料内容包括患者的年龄、性别、BMI、基础性疾病、穿刺口部位、有无局部渗血及皮下血肿、足背动脉搏动及穿刺侧下肢水肿、皮肤温度、颜色等情况。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件,单因素分析中计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验;多因素分析采

用 Logistic 回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 影响全脑血管造影术后穿刺口血肿发生的单因素分析

结果显示,两组患者肥胖、糖尿病、动脉粥样硬化、凝血功能、穿刺次数比较差异有统计学意义 ($P<0.05$),提示上述因素与全脑血管造影术后穿刺口血肿发生有一定的相关性。见表 1。

表 1 影响全脑血管造影术后穿刺口血肿的单因素分析

分析因素	类别	对照组 ($n=620$)	病例组 ($n=48$)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	≤ 60	108	12	1.737	0.187
	> 60	512	36		
性别	男	317	29	1.539	0.215
	女	303	19		
肥胖	有	142	27	26.124	0.000
	无	478	21		
高血压	有	338	33	3.655	0.056
	无	282	15		
糖尿病	有	182	31	25.457	0.000
	无	438	17		
动脉粥样硬化	有	293	43	31.925	0.000
	无	327	5		
凝血功能	正常	396	6	49.061	0.000
	异常	224	42		
造影剂剂量 (ml)	≤ 120	199	10	2.629	0.105
	> 120	421	38		
穿刺次数	1	438	7	62.962	0.000
	> 1	182	41		
手术时间 (h)	≤ 1	285	26	1.204	0.273
	> 1	335	22		

2.2 影响全脑血管造影术后穿刺口血肿发生的多因素 Logistic 回归分析

以术后是否发生穿刺口血肿为因变量,以年龄、糖尿病、动脉粥样硬化、凝血功能、穿刺次数及手

术时间为自变量进行多因素 Logistic 回归分析。分析结果显示,有肥胖、有糖尿病、有动脉粥样硬化为导致全脑血管造影术后穿刺口血肿的独立危险因素 ($P<0.05$),见表 2。

表2 多因素 Logistic 回归分析结果

分析因素	<i>B</i>	Wald χ^2	<i>P</i> 值	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>	
					下限	上限
肥胖有	1.415	12.857	0.000	4.117	1.899	8.923
糖尿病有	1.178	9.08	0.003	3.249	1.51	6.991
动脉粥样硬化有	2.112	16.406	0.000	8.266	2.975	22.97
凝血功能正常	-2.346	23.325	0.000	0.096	0.037	0.248
穿刺次数 1 次	-2.422	28.361	0.000	0.089	0.036	0.216

3 讨论

相关研究表明, DSA 作为一种新型诊疗技术, 总体上是比较安全的, 其并发症发生率为 0.9%~17.0%^[6]。诸多学者在临床研究发现, 穿刺口血肿是最常见的并发症^[7-10]。本次研究纳入的 668 例行全脑血管造影术的患者, 共有 48 例发生穿刺口血肿, 其发生率为 7.19%。单因素分析发现, 年龄、糖尿病、动脉粥样硬化、凝血功能、穿刺次数、手术时间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示上述因素与全脑血管造影术后穿刺口血肿发生有一定的相关性。进一步有肥胖、有糖尿病、有动脉粥样硬化为导致全脑血管造影术后穿刺口血肿的独立危险因素。分析如下: 肥胖患者因其脂肪堆积, 在穿刺时寻找血管可能出现一定偏差, 导致穿刺失败, 且因肥胖患者血流动力通常较为缓慢, 穿刺时间相对较长, 因此在术后易发生血肿。糖尿病患者自身内环境紊乱, 若血糖在穿刺过程中存在波动, 可能影响凝血功能发生改变, 导致术后血肿的发生^[11-12]。存在动脉粥样硬化因其血液内存在脂质、复合糖类物质的积聚, 进而引起纤维组织增生与钙质的沉积, 在穿刺后可导致穿刺组织发生缺氧, 从而引起血肿或坏死^[13]。针对以上因素, 提出以下护理策略:

(1) 术前护理: 对于行 DSA 的患者, 完善术前相关检查, 积极处理其基础疾病, 尤其是老年群体、凝血功能异常患者, 密切关注生命体征。主管护士做好术前宣教, 并派发术前宣教单, 保证患者能正确有效知晓并执行, 同时适当进行心理疏导, 缓解其焦虑、紧张情绪, 列举既往成功案例, 强调 DSA 在脑血管疾病诊疗中的重要性。

(2) 术中护理: 保持手术内环境温度、湿度处于合理范围内; 指导患者放松心态, 若术中有不适, 及时反馈; 手术进行时护理人员应高度配合术者操作全过程, 密切监测患者生命体征以及面部表情。通过医、护、患协同配合, 尽可能缩短手术时间, 减少操作次数。

(3) 术后护理: 术后应准确定位压迫点, 保证压迫力度, 适当延长穿刺口按压时间, 压迫后运用弹力绷带包扎, 并用 1.5 kg 盐袋持续压迫 6 h^[14]; 术后每 15~30 min 密切观察穿刺处有无出血、皮下血肿和瘀斑, 如无出血, 4 h 后改为 1 h 观察 1 次至 24 h。若出现立即用手指压迫穿刺点, 同时通知医师, 延长盐袋压迫时间。嘱患者卧床休息, 严格制动 24 h, 减少不必要的活动; 卧床期间抬高患肢, 助其静脉回流, 并在此期间密切观察穿刺口是否有渗血、渗液及血肿的发生, 局部皮肤是否有肿胀、发绀、苍白等情况以及足背动脉搏动、穿刺侧下肢水肿、皮肤温度、颜色等情况^[15]。进行预见性护理干预, 及时发现和治疗假性动脉瘤、下肢静脉血栓等其他并发症, 最大限度改善预后^[16]。

(4) 穿刺口血肿处理: 穿刺口血肿大多预后良好, 但对于血肿直径 >4 cm 或局部皮肤张力增加者需重新包扎压迫, 适当延长卧床时间, 严格肢体制动, 可进行局部热敷、红外线照射等理疗, 必要时予以抗生素预防感染。密切监测血肿范围的变化, 患者下肢周径, 若血肿处范围缩小、皮肤张力减轻、局部症状缓解, 提示预后较好。如血肿进一步引发破溃、感染, 需进一步治疗, 必要时行外科手术。

综上所述, 有肥胖、有糖尿病、有动脉粥样硬化为导致全脑血管造影术后穿刺口血肿的独立危险因素。以上述危险因素为参考, 提出将针对性的护理贯穿于手术前、中、后全过程, 并及时有效干预穿刺口血肿的发生。

4 参考文献

- [1] 马廉亭. 对《脑血管造影术操作规范中国专家共识》的评价与建议 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 774-775.
- [2] 娄雪磊. 脑血管造影术的并发症临床分析 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(20): 54-55.
- [3] 刘鸣, 谢鹏. 神经内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 23.
- [4] 朱娜, 张斌太. 全脑血管造影术并发症临床分

肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的影响因素分析

宋赛花 姜伟伟* 高晓琴

【摘要】 目的 探讨肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的影响因素,并讨论相应护理策略。方法 选取医院2014年1月—2020年3月出院的肝硬化失代偿期居家患者354例作为研究对象,收集患者一般资料,分析其自我管理能力的影响因素。结果 单因素分析显示,年龄、经济能力、文化程度、肝硬化知识、病程、自我效能感、肝硬化分级是影响肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的因素($P<0.05$)。多元线性回归分析显示,经济能力、文化程度、自我效能感、肝硬化分级是肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的因素($P<0.05$)。结论 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的评估普遍偏低,经济压力大、文化程度低、自我效能感低下、患者肝硬化分级为B/C级的家属自我管理能力的自我管理能力较低,需加强患者居家管理宣教,提高患者自我效能及管理能力的。

【关键词】 肝硬化失代偿期;居家患者;自我管理能力的;影响因素

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.009

Influencing factors of the decompensated liver cirrhosis home based patients' self-management ability Song Saihua, Jiang Weiwei, Gao Xiaoqing (Nantong Ruici Hospital, Nantong 226009, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the influencing factors of the decompensated liver cirrhosis home based patients' self-management ability and propose the reasonable nursing strategies. **Methods** To select 354 decompensated liver cirrhosis home based patients admitted in the hospital from January 2014 to March 2020 as the study objects, the patients' basic data were collected to analysis the influencing factors of their self-management ability. **Results** Univariate analysis showed that, age, financial ability, education level, cirrhosis knowledge, course of the disease, self-efficacy, level of cirrhosis were the related factors of the decompensated

作者单位:226009 江苏省南通市,南通大学附属瑞慈医院

* 通讯作者

析及预防措施[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(8):61-63.

[5] 徐运.中国脑血管病影像应用指南的更新[J].中华神经科杂志,2020,53(4):241-243.

[6] Kaufmann TJ, Huston J, Mandrekar JN, et al. Complications of diagnostic cerebral angiography: evaluation of 19 826 consecutive patients [J]. Radiology, 2007, 243(3): 812-819.

[7] 田鸿福,王慧,邱峰.神经介入术后股动脉穿刺处出血的影响因素[J].国际脑血管病杂志,2020,28(4):255-259.

[8] 李强.脑血管造影DSA术并发症的临床分析[J].现代医用影像学,2015,24(4):685-686.

[9] 戴桂良.全脑血管造影术并发症发生原因分析及防治措施[J].心血管病防治知识(学术版),2017(12):16-18.

[10] 刘俊田.动脉粥样硬化发病的炎症机制的研究进展[J].西安交通大学学报(医学版),2015,36(2):141-152.

[11] Mohammed Farghally Amin, Enas A. Abd El Gawad.

Diagnostic performance of MDCT angiography in penetrating atherosclerotic aortic ulcer and its complications compared with digital subtraction angiography [J]. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 2016, 47(3): 101-105.

[12] 吕会玲.数字减影脑血管造影术(DSA)临床护理路径的制定与应用[D].延吉:延边大学,2015.

[13] 田龙飞,刘华,李东.全脑血管造影术常见并发症的防治分析[J].内蒙古医学杂志,2017,49(2):195-196.

[14] 李渊妹,彭筠昀,沈小芳.经股动脉穿刺行全脑血管造影术后患者穿刺点去除沙袋“十字”加压包扎止血的效果[J].解放军护理杂志,2016,33(3):62-64.

[15] 赵秀珍.全脑血管造影术后穿刺处形成血肿1例的护理体会[J].中国冶金工业医学杂志,2018,35(3):251.

[16] 汤先兰.预见性护理对全脑血管造影术后并发症的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(2):48-49.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

liver cirrhosis home based patients' self-management ability($P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that, financial ability, education level, self-efficacy, level of cirrhosis were the influencing factors of the decompensated liver cirrhosis home based patients' self-management ability($P<0.05$). **Conclusion** Decompensated liver cirrhosis home based patients' self-management ability was generally low, high financial pressure, low education level, low self-efficacy, stage of cirrhosis in the B/C level were the reasons for the family members low self-management ability. It is necessary to strengthen the patients' home management education to improve the patients' self-efficacy and management ability.

【Key words】 Decompensation stage of cirrhosis; Home based patients; Self-management ability; Influencing factors

肝硬化是一种进行性、弥漫性的慢性肝脏病变,由慢性肝炎演变而来,该疾病并发症多、病情复杂且病程长,长期性治疗造成患者身心承受能力低下,经济压力大。此外,我国统计年鉴于2017年数据显示,肝炎年发病人数超过100万人,发病率达89/10万^[1]。同时肝硬化以男性较多,在国内因疾病死亡中占据前列^[2]。而失代偿期病死率较高,此类患者通常需进行居家自我管理,但受到生活习性、疾病认识等影响,其自护能力不理想^[3]。且肝硬化作为应激性、持续性以及负性的疾病生活事件,患者抑郁等不良情绪严重,部分患者应对方式也较为消极,因此,院外持续护理对于该类患者健康指数的提高尤为重要。本研究探讨肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的影响因素,提出相应护理策略。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2014年1月—2020年3月出院的肝硬化失代偿期居家患者354例作为研究对象。其中男223例,女131例;年龄37~89岁,平均 59.12 ± 7.14 岁。纳入条件:均符合肝硬化临床诊断标准^[4],年龄超过18岁;具备正常的行为及认知能力;患者对此次研究知晓同意,且伦理委员会鉴定通过。排除条件:伴有其他严重疾病、恶性肿瘤;免疫系统疾病;精神病史或意识不清,未签署知情同意书。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料 收集患者基本资料,包括性别、年龄、经济能力、文化程度、肝硬化知识、居住地、自我效能感、病程、肝硬化分级。

1.2.2 自我管理能力 自我管理行为量表参考国内学者霍红秋等^[5]肝硬化患者自我管理行为量表研制的项目内容,含饮食(7个条目)、生活(7个条目)、

疾病监测(5个条目)、用药管理(5个条目)4个维度,以Likert 4级评分法评价,“从不”“很少”“经常”“总是”分别赋值1~4分,分值24~96分,分值越高表明自我管理能力越好。

1.2.3 自我效能感 采用Lorig等^[6](美国斯坦福大学)编制的自我效能量表评价,分为6个条目,其中疾病管理的自我效能4个条目、疾病共性问题的自我效能感2个条目,每项以1~10分测量,1分表示“毫无自信”,10分表示“非常自信”,自我效能得分=总得分/条目数,分值高表示患者自我效能感高。

1.3 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 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验,多组间均数比较采用方差分析;多因素分析采用多元线性回归模型,分析肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的影响因素。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 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的单因素分析

单因素分析显示,年龄、经济能力、文化程度、肝硬化知识、病程、自我效能感、肝硬化分级是影响肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的相關因素($P<0.05$),见表1。

2.2 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的多元线性回归分析

以自我管理能力评分为因变量,以年龄、经济能力、文化程度、肝硬化知识、病程、自我效能感、肝硬化分级为自变量,进行多元线性回归分析,结果显示,经济能力、文化程度、自我效能感、肝硬化分级是肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的独立危险因素($P<0.05$),见表2。

表 1 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的单因素分析（分）

分析因素	类别	例数	自我管理能力评分	F 值	P 值
性别	女	131	53.02 ± 4.65	1.598*	0.111
	男	223	52.14 ± 5.20		
年龄（岁）	35~	261	55.21 ± 6.14	6.749*	0.000
	55~	93	50.34 ± 5.48		
经济能力	可承受	15	59.31 ± 7.88	20.190	0.000
	有一定压力	148	54.04 ± 4.65		
	压力大	191	52.12 ± 4.39		
文化程度	初中及以下	95	52.14 ± 7.08	61.614	0.000
	高中及大专	209	57.25 ± 6.13		
	本科及以上	50	64.30 ± 5.48		
肝硬化知识	了解	46	57.15 ± 4.78	7.771	0.000
	部分了解	153	54.34 ± 6.08		
	不了解	155	53.42 ± 5.41		
居住地	农村 / 乡镇	231	54.21 ± 5.47	1.368*	0.172
	县 / 城市	123	55.02 ± 4.98		
病程（年）	<5	119	57.42 ± 4.58	56.867	0.000
	5~	85	53.17 ± 6.21		
	10~	150	51.04 ± 4.27		
自我效能感	高	69	63.21 ± 5.98	69.723	0.000
	中等	147	56.24 ± 4.87		
	低	138	53.45 ± 6.15		
肝硬化分级	A 级	124	53.64 ± 7.05	3.853*	0.000
	B/C 级	230	56.34 ± 5.84		

*t 值。

表 2 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力的多元线性回归分析

分析因素	回归系数	标准差	标准化回归系数	t 值	P 值
经济能力	1.134	0.045	0.135	20.190	0.000
文化程度	2.105	0.039	0.184	61.614	0.000
自我效能感	1.155	0.507	0.241	69.024	0.000
肝硬化分级	1.836	0.048	0.223	3.853	0.000

3 讨论

肝硬化为消化科常见疾病之一，晚期症状为失代偿期，临床表现有消化道出血、腹水、门静脉高压、肝功能减退等，治疗难度大且迁延不愈^[7-8]。对于失代偿期居家患者，对患者主观能动性要求较高，强调生活管理、疾病症状管理、疾病监测以及治疗管理和心理调试，但研究也发现，患者健康意识及自护能力因个体不同表现出差异性。本研究得出，肝硬化患者自我管理能力评分从饮食、生活、疾病监测以及用药管理 4 个维度评价分多处于中下水平，结果基本符合初紫晶等^[9]研究报告，提示患者在疾病监测以及主观管理方面积极性不足。

多元线性回归分析患者自我管理能力影响因素分析如下：①经济能力及文化程度。因肝硬化患者住院次数多，病程长，经济压力大。研究调查显示，患者医疗费用支出方面农村及乡镇地区居民低于县级及以上地区居民，而根据本文结果中患者居住地以及受教育程度，农村及乡镇地区以及学历较低层次患者占比高，其经济收入平均水平偏低，李倩倩等^[10]调查也表明，患者及其家属对于经济压力的反馈尤为突出。此类患者因男性偏多，劳动力丧失后家庭经济拮据，患者考虑因素多在治疗积极性上不高，出现自行停药、不按医嘱复查、忽略身体异常等不良行为。而院外护理则需定期电话随访，加强社区卫生宣传，提倡早期治疗和预防。②自我效能感。本研究自我效能感高患者仅 69 例（19.49%），但自我管理能力更高。自我效能感注重对自身潜力充分挖掘，以认知为基础，自我效能感高的患者主观能动性更强，对疾病控制积极性更高，在检测日常生活、疾病、饮食以及用药上更为主动^[11-12]。此类患者具备良好的康复行为能力，疾病管理信念强，在情绪调节、生活方式以及遵医上均较突出，因此生活质量提高显著。③肝硬化分级。本研究肝

硬化不同分级居家患者自我管理能力体现出差异性 ($P<0.05$), 且数据显示超过 10 年的失代偿期患者约 70%^[13-14], 肝硬化患者需长期应用抗病毒药物以降低门静脉压、改善肝功能以增加生存期及改善临床结局。同时, 此阶段患者消化道出血、腹水等并发症常发, 患者对痛苦感受度强烈, 因此对自身疾病以及身体管理更为重视, 具有一定的遵医行为, 不会因不规律生活导致内分泌系统、消化系统等紊乱进而影响抵抗力。而病程长且为失代偿期的肝硬化居家患者更需注重医务人员专业指导, 重视自我管理及健康宣教。

为提高自我效能感及生活质量, 加强管理能力, 我院院外护理建议推荐回馈式 (Teach-back) 健康教育模式, 该方法主要通过信息技术对患者及家属实施健康教育, 分为以下几方面: ① Teach-back 教育手册及测评单制定, 查阅文献资料纳入肝硬化疾病监测、生活、休息活动、并发症、诱因等知信行多方面内容, 制定个性化教育手册及测评单; ② Teach-back 线上加强宣教, 根据时间护理原则, 患者出院 14 d 内开展初期宣教, 包括 Teach-back 基本程序、概念, 纳入信息通讯设备, 如微信、QQ, 由指导老师在线讲解, 此阶段注重药物、饮食以及消毒; 出院 28 d 后根据测评单对居家失代偿期患者评估, 该阶段注重并发症、心理状态、诱因以及自我检测事项; ③ Teach-back 健康教育反馈。根据患者测评单内容, 对其未理解问题进行再强调说明, 应用短视频、图片及模型辅助讲解, 并让患者可进行自我复述至基本理解为止。Teach-back 健康教育院外模式通过线上反复讲解-评估-回馈-再讲解的循环教育模式, 可最大程度确保患者提高肝硬化知识, 在结合传统院外护理上进一步加强患者自我疾病重视程度, 有利于改善不良认知, 规范饮食、用药以及作息, 同时还可及时巩固院内治疗效果。Teach-back 健康教育同样适用于糖尿病、高血压等慢性疾病院外护理项目^[15-16], 且经研究证实取得良好成效。

总之, 肝硬化失代偿期居家患者自我管理能力评估普遍偏低, 需加强患者居家管理宣教, 提高患者自我效能及管理能力。

4 参考文献

- [1] 辛晓燕, 杜合娟. 矛盾意向训练联合睡眠限制法干预对肝硬化合并睡眠障碍病人睡眠质量及生活质量的

影响 [J]. 护理研究, 2019, 33(13): 2235-2238.

- [2] 章晓云, 邓俊黎, 张霓, 等. 失代偿期乙型病毒性肝炎肝硬化病人实施个体化蛋白质-热量饮食方案的干预研究 [J]. 护理研究, 2019, 33(9): 1613-1615.
- [3] 吴海霞. 强化护理干预有利于提高肝硬化肝性脑病患者治疗效果、改善患者生存质量 [J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(5): 2366-2370.
- [4] 张声生, 王宪波, 江宇泳. 肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017(7): 3065-3068.
- [5] 霍红秋, 侯婧悦, 杨静, 等. 空巢老年肝硬化患者自我健康管理水平与生存质量及二者的相关性 [J]. 广西医学, 2019, 41(6): 793-795.
- [6] Logrig KR, Anita LS, Ritter P, et al. Outcome measures for health education and other health care interventions [M]. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996: 41-44.
- [7] 宋健, 李红亮, 戚旭飞, 等. 失代偿期乙型肝炎后肝硬化病人营养状况与预后关系的研究 [J]. 肠外与肠内营养, 2018, 25(6): 346-348, 354.
- [8] 张天. 124 例慢性肝硬化失代偿期患者感染病原菌特点及危险因素 [J]. 中国真菌学杂志, 2018, 13(4): 235-238.
- [9] 初紫晶, 王崇, 于立娜, 等. 正念减压疗法对老年肝硬化失代偿期患者负性情绪及自我效能的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(13): 3162-3165.
- [10] 李倩倩, 牛小霞, 徐碧海, 等. 肝硬化失代偿期患者主要照顾者对延续性护理需求的质性研究 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 37(21): 331.
- [11] 许梅, 刘国艳, 陈丽珊. 改善肝硬化失代偿期患者生活质量的中医护理体会 [J]. 广东医学, 2016, 37(21): 3315-3318.
- [12] 赵芳, 杨昆, 谭焦奇. 综合护理干预对肝硬化患者牙龈出血疗效的影响 [J]. 实用医学杂志, 2016, 32(21): 3613-3615.
- [13] 孙英芬, 何萍, 张静静. 失代偿期肝硬化患者外周血干细胞采集的护理 [J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(16): 57-58, 61.
- [14] 代凤玲, 金雷, 顿珊珊. 应用程序在食管胃静脉曲张出血病人内镜治疗后延续性护理中的应用效果 [J]. 护理研究, 2019, 33(1): 138-141.
- [15] 李燕飞, 刘永兵, 陈艳莉, 等. Teach-back 方法在养老机构老年人高血压健康素养教育中的应用 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2015, 23(10): 762-765.
- [16] 刘云霞. Teach-back 教育法联合问话技巧在糖尿病患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(1): 126-127.

[2020-04-22 收稿]

(责任编辑 陈景景)

难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素

屠宏光 厉兆杰 林晓吉

【摘要】 目的 调查难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素。**方法** 选择2018年12月—2019年12月医院80例难治性抑郁症患者为研究对象,采用药物信念问卷(BMQ-S)评价患者药物信念水平,收集患者付费方式、性别、年龄、学历、抑郁症复发次数等临床资料,比较不同临床资料患者BMQ-S评分差异,并采用多元线性回归分析调查影响药物信念的相关因素。**结果** 80例难治性抑郁症患者BMQ-S评分为 27.76 ± 4.22 分;单因素分析显示,不同抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感、抑郁症严重程度、有无不良反应、年龄、文化水平、心理治疗倾向患者BMQ-S评分比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),不同性别、婚姻患者BMQ-S评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。多元线性回归分析显示,抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感、文化水平、心理治疗倾向是难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 难治性抑郁症患者药物信念处于中等水平,且受抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感等因素影响,应开展针对性健康宣教及心理护理等提升药物信念。

【关键词】 难治性抑郁症; 药物信念; 影响因素

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.010

Influencing factors of medicine beliefs level of the patients with refractory depression TU Hongguang LI Zhaojie LIN Xiaojie (Guangdong Sanjiu Brain Hospital, Guangzhou 510510, China)

【Abstract】 Objective To investigate the influencing factors of medicine belief level of the patients with refractory depression. **Methods** To select 80 patients with intractable depression admitted in the hospital from December 2018 to December 2019 as the study objects, the medicine beliefs questionnaire (BMQ-S) was used to evaluate the patient's medicine belief level, and the patients' payment methods, gender, age, education and depression episodes were collected. Compared the differences in patients' BMQ-S scores of different clinical data, and multiple linear regression analysis was applied to investigate the relevant factors affecting the medicine beliefs. **Results** The BMQ-S score of 80 patients with refractory depression was 27.76 ± 4.22 points. Univariate analysis showed that, recurrence of different depressions, payment methods, medicine belief level, stigma, severity of depression, adverse events, age, education level and psychotherapy tendencies of patients with different depressions were statistically significant ($P < 0.05$), there was no statistically significant difference in BMQ-S scores between different ages and marriages ($P > 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that, the number of relapses of depression, payment methods, medicine beliefs, stigma, education level, psychotherapy tendencies were related factors that influenced the patients' beliefs of refractory depression medicines. **Conclusions** The medicine beliefs of patients with refractory depression was in the medium level and were affected by the factors such as the number of episodes, payment methods, medicine beliefs level, stigma, et al. Target health education and psychological care should be carried out to improve the medicine beliefs level.

【Key words】 Refractory depression; Medicine beliefs; Influencing factors

难治性抑郁症是指使用超过两种类型的抗抑郁药物足疗程、足量服药后疗效仍较差者,其较首发抑郁症更需要长期服用抗抑郁药物用以维持临床疗效并预防复发,如果未坚持或未按要求服药,约有

10% ~ 20%的患者发展成为慢性迁延的难治性抑郁症^[1]。研究显示,40% ~ 70%的难治性抑郁症患者对抗抑郁药物存在一定的负性信念与排斥心理,表现出对药物成瘾以及其不良反应的极大顾虑,担心持续性服药会引起人格改变等。因此,有必要全面了解患者的药物信念现状,以便通过必要的护理措施提升服药依从性。目前国内对精神病患者药物信

念的研究较少,为此本研究参照汤森等^[2]编制的《药物信念问卷》对医院 80 例难治性抑郁症患者进行药物信念水平调查及相关因素分析。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 12 月—2019 年 12 月医院 80 例难治性抑郁症患者为研究对象,纳入条件:经超过两种类型的抗抑郁药物足疗程、足量服药后疗效仍较差的难治性抑郁症^[3];汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)≥17分;年龄 18~60 岁且具备初中以上文化水平;有未合并精神分裂、人格分裂等其他精神病;患者或家属同意本研究方案且参与调查时病情相对稳定。排除条件:合并颅脑损伤、脑器质性疾病;合并心、肝等严重躯体性疾病;自杀风险较高或当前情绪极不稳定;合并严重认知功能障碍或文化程度较低无法配合调查。

1.2 调查工具

(1) 药物信念:采用药物信念量表(BMQ-S)评价,共包含服药必要性维度以及服药担心维度,共 10 个条目,每个维度评分 0~5 分,前者为反向计分,后者为正向计分,总分 50 分,0~20 分、21~40 分、41~50 分分别表示药物信念低、中、高水平^[4]。

(2) 抑郁情绪:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评价,共包含 17 个条目,采用 0~4 分的 5 级评分法以及 0~2 分的 3 级评分法(条目 4、5、6、12、13、16、17),7~16 分、17~24 分、>24 分分别表示轻、中、重度抑郁^[5]。

(3) 心理治疗倾向:参照 Gabriel 研发的抑郁症及治疗态度量表(ATDT)中的心理治疗倾向分量表,包含“我相信单纯心理治疗或谈话疗法通常就有用”“抗抑郁药具有成瘾性,我更愿意接受心理治疗”等 4 个条目,每个条目评分 0~4 分,分值越高心理治疗倾向越强,以≥9 分为强烈倾向^[6]。

(4) 病耻感:采用慢性疾病病耻感量表(SSCI)评价,共 24 个条目,分别计 1~5 分,总分 120 分,24 分以上表示存在病耻感^[7]。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据,计量资料以“均数±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方差分析;多因素采用多元线性逐步回归模型,分析难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素。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 难治性抑郁症患者药物信念水平的单因素分析

80 例难治性抑郁症患者 BMQ-S 评分为 27.76 ± 4.22 分。单因素分析显示,不同抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感、抑郁症严重程度、有无不良反应、年龄、文化水平、心理治疗倾向患者 BMQ-S 评分比较,差异具有统计学意义($P<0.05$);不同性别、婚姻患者的 BMQ-S 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 难治性抑郁症患者药物信念水平的多元线性回归分析

以 BMQ-S 评分为因变量,单因素分析差异具有统计学意义的项目为自变量,进行多元线性回归分析,结果显示,抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感、文化水平、心理治疗倾向是难治性抑郁症患者药物信念水平的影响因素($P<0.05$),见表 2。

3 讨论

一项关于抑郁症患者药物信念调查显示,患者对药物的消极态度以及错误认识会对服药依从性甚至临床预后造成不良影响,这在难治性抑郁症中可能表现的更加突出。本研究采用的 BMQ-S 量表包含服药必要性维度以及服药担心维度,前者为防止复发、缓解抑郁症状、提升生活质量相关认知,后者主要指对抗抑郁药物疗效、副作用以及依赖性的担心^[8]。本组难治性抑郁症患者 BMQ-S 量表评分为 27.76 ± 4.22 分,处于中等水平,难治性抑郁症患者服药必要性、服药担心等药物信念现状不容乐观。多元线性回归分析显示,影响药物信念的因素包含抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感等,这为构建提升药物信念的针对性护理措施提供了理论支持。

付费方式中自费患者服药信念水平最低,这可能原因在于自费患者或家庭会更多地考虑长期服药的经济成本,而抗抑郁药物造成的经济负担可能对患者对药物利弊及获益性关系认知造成影响^[9]。以往的相关报道也支持了这一观点,冯新新等^[10]调查发现对于低收入家庭,医疗费用是影响抑郁症服药依从性的相关因素之一。因此针对自费患者,一方面需要通过数据分析、案例分享等告知患者坚持服药的重要性;还需要尽可能让其选择能够发挥相同疗效的低价格药物,以降低因经济情况对药物服用信念的影响。抑郁症复发次数较多的患者可能认

表 1 难治性抑郁症患者药物信念水平的单因素分析（分）

分析因素	类别	例数	BMQ-S 评分	t 值	P 值
性别	男	37	27.71 ± 4.21	0.084	0.933
	女	43	27.79 ± 4.28		
年龄（岁）	18~	55	29.23 ± 4.65	4.772	0.000
	41~	25	24.09 ± 4.02		
婚姻	已婚	60	27.57 ± 5.03	0.610	0.534
	未婚	20	26.81 ± 4.12		
抑郁症复发次数（次）	2	46	29.01 ± 4.87	3.908	0.000
	≥ 3	34	25.00 ± 4.04		
付费方式	自费	24	25.01 ± 3.43	6.356*	0.003
	城乡医保	45	28.66 ± 4.34		
	商业保险	11	28.11 ± 4.40		
药物了解程度	几乎不了解	18	25.87 ± 3.89	5.139*	0.008
	部分了解	32	27.65 ± 4.55		
	大部分了解	30	30.12 ± 5.03		
病耻感	有	34	29.11 ± 4.77	3.145	0.002
	无	46	26.01 ± 4.03		
抑郁症严重程度	中度抑郁	55	29.48 ± 4.10	4.198	0.000
	重度抑郁	25	25.07 ± 4.88		
不良反应	有	55	25.23 ± 3.94	4.715	0.000
	无	25	30.11 ± 4.99		
文化水平	初中	24	25.01 ± 3.78	4.884*	0.010
	高中及中专	36	27.21 ± 4.03		
	大专及本科	20	28.98 ± 5.04		
心理治疗倾向	弱	56	28.56 ± 4.62	2.913	0.005
	强	24	25.36 ± 4.21		

* 方差分析的 F 值。

表 2 难治性抑郁症患者药物信念水平的多元线性回归分析

分析因素	B	标准误	β	t 值	P 值
抑郁症复发次数	-2.844	0.754	-0.312	-3.772	0.000
付费方式	1.781	0.487	0.288	3.657	0.001
药物了解程度	1.343	0.495	0.232	2.696	0.019
病耻感	-2.822	0.767	-0.310	-3.679	0.001
文化水平	2.881	0.801	0.342	3.597	0.001
心理治疗倾向	-1.023	0.367	-0.283	-2.787	0.020

为未从既往长期坚持服药中获益，觉得药物治疗对自身病情并无明显关系，造成服药信念水平低下^[11]。为此，可要求患者书写“抑郁日记”，以天为单位，记录服药后 HAMD-17 评分变化、自觉情绪、躯体症状改善以及潜在不良情绪诱因情况等，复诊时护士与其交流“抑郁日记”心得，并梳理症状缓解趋势，降低其病情不确定感，提高坚持服药会从中获益的认知^[12]。

对抗抑郁药物的了解程度关系到患者对可能出现的药物不良反应、成瘾性及漫长治疗过程的认知程度，因此抗抑郁药物了解程度低者药物信念水平较差^[13]。针对此类患者，可针对药物了解程度开展动机性访谈健康宣教^[14]。第一次访谈聚焦在抗抑郁

药物服用这一话题，采用问卷评估患者的药物信念，医患之间建立良好的交流关系，时间约 20 min；第二次访谈着重了解患者对药物种类的判定、药效的感知、抗抑郁药物服用的必要性以及对服药的疑虑或担忧，时间 30~40 min，结束时以试卷的形式进行考核，不足之处再进行下一次访谈；第三次访谈帮助患者总结回顾过去 2 周服药情况，预测后期药物服药时间、剂量以及可能达到的治疗效果，解决遗留问题。出院后基于微信平台进行服药管理，要求病友群内每日进行服药签到，统一推送药物不良反应辨别、应对手段等小贴士。病耻感分为社会病耻感（对外人对精神疾病的歧视或偏见）以及自我病耻感（自身因害怕他人偏见与歧视而产生的耻辱心

理),存在病耻感的患者认为长期服药是一件令人羞耻的事情,害怕别人提及自身病情,因此药物信念水平较差^[15]。对于此类患者可采用“教育-接触”模式的健康宣教法,“教育”是指视频、书籍、动画等结构化教育模式,用于介绍抑郁症病理知识、药物治疗机理等;“接触”包括沙盘游戏、病友交流会等,通过加强与医护、社会、家属的交流、接触,让患者主动面对疾病,提升社会支持,减少因自己长期服药是“异类”的想法,降低病耻感,最终提升药物信念^[16]。

本研究结果显示,文化水平越高的患者其药物信念越强,而患者的服药行为属于一个动态决策过程,文化水平越高者其理解能力、学习能力更好,在服药过程中更能权衡药物改善症状、预防复发以及不良反应的利弊,更倾向认为服药获益性更高^[17]。因此针对低文化水平患者而言,加强相关健康教育是提升其药物信念的关键,例如设置抗抑郁药物科学规范使用的微信小程序,定期推送治病机理、不良反应的可控性等文章,并要求患者阅读完成后在线打卡,以便能够持续接受院外健康教育。Gabriel研发的ATDT量表中关于心理治疗倾向理论认为,抑郁症患者治疗方法的选择与患者认识疾病及病因有关,病因归结于生物学因素的更倾向药物治疗,而认为是外界环境、性格为主要致病因素的更倾向于心理治疗。后者在服药过程中常对服药必要性产生怀疑,以致其药物信念较差^[18]。对于该类患者,切勿对治疗方式进行“一刀切”,应在院内心理干预的基础上联合社区卫生服务中心、社区心理咨询室等适当加强心理治疗;同时可加强对五羟色胺(5-HT)、脑源性神经营养因子(BDNF)等生物学因素与抑郁症发病、发展关系的健康宣教,提升其药物治疗倾向。

综上所述,难治性抑郁症患者药物信念处于中等水平,且受抑郁症复发次数、付费方式、药物了解程度、病耻感等因素的影响,应开展针对性的健康宣教及心理护理等提升药物信念。

4 参考文献

- [1] 张喜梅,朱凤艳,石夏明,等.从药理机制探讨难治性抑郁症药物治疗[J].国际精神病学杂志,2018,45(3):409-412.
- [2] 汤森,欧红霞,杨昕,等.失眠症与抑郁症患者的心理韧性 with 睡眠不良信念的比较及对睡眠质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2019,27(7):973-978.
- [3] 苏文君,曹志永,蒋春雷,等.抑郁症的炎症机制及诊疗新策略[J].生理学报,2017,69(5):715-722.
- [4] Levey EJ, Zhong QY, Rondon MB, et al. The psychometric properties of the 16-item version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) as a screening instrument for perinatal psychosis[J]. Archives of Women's Mental Health, 2018, 21(3):1-10.
- [5] 董佳妮,毕波,孔令韬.综合医院心理科门诊抑郁症患者自杀未遂的相关因素分析[J].中国医师杂志,2019,21(10):1460-1463.
- [6] 汤森,欧红霞,杨昕,等.失眠症与抑郁症患者的心理韧性 with 睡眠不良信念的比较及对睡眠质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2019,27(7):973-978.
- [7] 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.
- [8] 张莉,柳艳松,王军,等.难治性抑郁症患者服药信念及影响因素[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(5):421-425.
- [9] 赵晓航,阮航清.中国成年人抑郁症状的社会经济梯度研究——基于“中国家庭追踪调查”2014年和2016年数据[J].北京社会科学,2019(8):34-47.
- [10] 冯新新,王克勤.抑郁症患者抗抑郁治疗无效后换药方法文献综述[J].济宁医学院学报,2017,40(3):209-213.
- [11] 王静,曾庆霞,李占娥.简易应对训练联合感恩日记对孕妇焦虑抑郁症状的干预作用[J].护理实践与研究,2020,17(5):93-95.
- [12] 周桦.老年抑郁症患者心理疏导与精神护理的效果观察[J].护理实践与研究,2019,16(13):144-146.
- [13] 杨滨,宋龄,于水,等.延续护理对心力衰竭合并抑郁患者抑郁情绪及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2019,35(2):356-359.
- [14] 李念,刘可智,雷威,等.自主性动机对抑郁症患者症状严重程度和短期疗效的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(1):47-51.
- [15] 亢昕,汪芹,宋丽秀,等.抑郁症患者病耻感对临床症状及生活质量影响研究[J].国际精神病学杂志,2019,46(5):828-830.
- [16] 周洋,杨冰香,王晓琴,等.武汉市城区居民抑郁症状病耻感调查及影响因素分析[J].神经损伤与功能重建,2019,14(6):299-302.
- [17] 李金英,李霞,王伟.秦皇岛市产后群体抑郁症发生现状调查分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(2):133-135.
- [18] 王梅,程韬,杨开仁,等.抑郁症患者血清脑源性神经生长因子、P物质、白细胞介素-6水平变化及临床意义[J].中国医药导报,2019,16(13):95-98.

[2020-04-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

老年脑卒中患者心理一致感与应对方式的相关性分析

江佳隆 陈会娜 刘文秀 高倩倩 陈佳乐 李贤*

【摘要】 目的 了解老年脑卒中患者心理一致感和应对方式现状,并探讨两者间的关系。**方法** 选取2019年8—12月河北省人民医院神经内科住院治疗的285例老年脑卒中患者为研究对象。采用自行设计的一般资料问卷、心理一致感量表和医学应对方式问卷,对其开展调研。**结果** 285例老年脑卒中患者心理一致感得分为 63.37 ± 15.79 分;三种应对方式中,面对者163例(57.19%),回避者101例(35.44%),屈服者21例(7.37%);老年脑卒中患者心理一致感总分及其各维度评分与面对呈正相关($r=0.531 \sim 0.636$, $P<0.05$),与回避、屈服呈负相关($r=-0.628 \sim -0.496$, $P<0.05$)。**结论** 老年脑卒中患者心理一致感总体处于中等水平,患者大多采取面对和回避两种应对方式;心理一致感水平越高的老年患者其应对方式越积极,因此医护工作者可依据患者的心理一致感水平,采取针对性的护理措施,从而提高患者应对疾病的能力。

【关键词】 脑卒中;老年人;心理一致感;应对方式

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.011

Correlation analysis of the elderly stroke patients' sense of psychological coherence and coping style JIANG Jialong, CHEN Huina, LIU Wenxiu, GAO Qianqian, CHEN Jiale, LI Xian (North China University of Science and Technology Nursing and Rehabilitation College, Shijiazhuang 050000, China)

【Abstract】 Objective To understand the elderly stroke patients' sense of psychological coherence and coping style and find out the relationships between two factors. **Method** To select 285 elderly stroke patients admitted in Hebei provincial people's hospital neurology department from August to December 2019 as the study object, by taking the self-designed general situation questionnaire, sense of coherence scale(SOC-13) and medical coping modes questionnaire(MCMQ) to conduct the research. **Result** The 285 elderly stroke patients' sense of coherence scale score was 63.37 ± 15.79 point. Among the three coping styles, 163 cases were confronted(57.19%), 101 cases were avoided (35.44%), 21 cases were surrendered(7.37%). The total score of psychological coherence and the scores of various dimensions in elderly stroke patients were positively correlated with the dimensions of face ($r=0.531 \sim 0.636$, $P<0.05$), and negatively correlated with the dimensions of avoidance and surrender ($r=-0.628 \sim -0.496$, $P<0.05$). **Conclusion** The elderly stroke patients generally had a low level of psychological coherence, and most of them adopted two coping style: face and avoid. The higher the level of psychological congruence, the more active the coping style of elderly patients. Therefore, medical staffs should take targeted nursing measures according to the level of psychological coherence, so as to improve the ability of patients to cope with the disease.

【Key word】 Stroke; Elderly; Psychological coherence; Coping style

随着我国老龄化进程的日益加快,老年患者成为我国脑卒中患者的主要群体^[1]。由于脑卒中难自愈,易复发,病程长,并发症多等特点^[2],加之老年患者认知和机体功能的下降,致使其不仅要承受疾病本身所带来的痛苦,还会因自理能力障碍及生活、经济等严重负担而产生心理问题,从而影响患者的疾病康复和身心健康^[3]。心理一致感^[4]指

个体面对生活中各种刺激和压力时的总体感受和认知,体现了个体所拥有的普遍、持久且动态的自信心和意义感。个体的应对方式贯穿于疾病的发生、治疗和康复过程当中,作为心理应激和健康促进间的重要变量,良好的应对方式有利于维持个体的积极心态,提高其生活质量^[5]。研究发现^[6],心理一致感强的患者会采取积极的应对方式,缓解自身压力和负性情绪,从而促进身心健康。因此,本研究分析老年脑卒中患者心理一致感与应对方式现状及两者间的关系,旨在为医护人员开展健康管理和护理干预提供理论依据。

基金项目:河北省医学科学研究课题(编号:ZL20140058)
作者单位:063000 河北省唐山市,华北理工大学护理与康复学院(江佳隆,刘文秀,高倩倩,陈佳乐);承德医学院(陈会娜);河北省人民医院(李贤)

*通讯作者

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 8—12 月医院神经内科住院治疗的 285 例老年脑卒中患者为研究对象。纳入条件: 年龄 ≥ 60 岁; 符合 2018 年中国脑卒中的诊治标准; 患者意识清楚, 症状体征平稳, 自愿参加调查。排除条件: 合并其他严重的疾病者; 有精神疾病者; 有失语、视力和听力障碍。

1.2 调查方法

本研究采用问卷调查的方式, 由研究者及 2 名经过培训并考核合格的调查员在征得医院、科室以及患者的知情同意后, 使统一量表和非诱导性语言进行面对面的资料收集。若患者存在识读或书写困难不能独立完成问卷时, 研究者可向其口述问卷问题, 代为完成填写。现场发放问卷, 并当场收回。本次共发放问卷 294 份, 最终获取有效问卷 285 份, 有效率为 96.94%。

1.3 调查工具

1.3.1 一般资料问卷 由研究者自主设计, 包括年龄、性别、文化水平、婚姻情况、月收入、居住方式、发病次数、卒中类型、有无并发症等。

1.3.2 心理一致感量表 (SOC-13) 该量表由国外学者 Antonovsky 编制, 国内包蕾萍等^[7]汉化并修订。由理解感、控制感和意义感 3 个维度, 共 13 个项目。采用 Likert 7 级评分法, 从“从来没有”到“经常”依次赋值 1~7 分, 其中 5 个条目为反向计分, 总分为 13~91 分, 分值越高说明患者心理一致感水平越高。量表的 Cronbach's α 系数为 0.894, 具有良好的信效度。依据得分分为 3 个水平: 13~63 分为低水平, 64~79 分为中等水平, 80~91 分为高水平。

1.3.3 医学应对方式问卷 (MCMQ) 该量表由国外学者 Feifel 等编制, 国内沈晓红等^[8]汉化。共包含 20 个条目, 采用 Likert 4 级计分。包含面对、回避、屈服 3 个分量表, 各分量表分数越高, 表明越趋于该种应对方式。3 个分量表的 Cronbach's α 系数分别为 0.701、0.788、0.783, 具有较好的信效度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 正态分布计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 多样本均数组间比较采用方差分析, 分析因素之间的关系采用 Pearson 相关分析。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 老年脑卒中患者一般资料

285 例老年脑卒中患者当中, 年龄 60~95 岁, 平均 71.35 ± 9.51 岁; 男 167 例 (58.60%), 女 118 例 (41.40%)。文化水平: 小学及以下 96 例 (33.68%), 初中及高中 94 例 (32.98%), 中专及大专 63 例 (22.11%), 本科及以上 32 例 (11.23%); 婚姻情况: 未婚 4 例 (1.40%), 已婚 221 例 (77.54%), 离异 9 例 (3.16%), 丧偶 51 例 (17.89%); 月收入: < 1000 元 60 例 (21.05%), $1000 \sim 1999$ 元 51 例 (17.89%), $2000 \sim 2999$ 元 121 例 (42.46%), ≥ 3000 元 53 例 (18.60%); 居住方式: 独居 53 例 (18.60%), 与家人同住 194 例 (68.07%), 其他 38 例 (13.33%); 首次发病 132 例 (46.32%), 多次发病 153 例 (53.68%); 卒中类型: 缺血型 242 例 (84.91%), 出血型 27 例 (9.47%), 混合型 16 例 (5.61%); 有并发症者 167 例 (58.60%), 无并发症者 118 例 (41.40%)。

2.2 老年脑卒中患者心理一致感得分情况

285 例老年脑卒中患者心理一致感总分为 63.37 ± 15.79 分, 总体处于中等水平。其中各维度条目均分从高到低依次为控制感、理解感和意义感。见表 1。

表 1 老年脑卒中患者心理一致感得分情况

项目	条目数	维度得分	条目均分
理解感	5	24.29 ± 6.25	4.86 ± 1.25
控制感	4	20.66 ± 5.27	5.17 ± 1.32
意义感	4	18.43 ± 5.20	4.61 ± 1.30
总分	13	63.37 ± 15.79	4.87 ± 1.21

2.3 不同心理一致感水平应对方式得分情况

在 285 例老年脑卒中患者中面对者 163 例 (57.19%), 回避者 101 例 (35.44%), 屈服者 21 例 (7.37%)。心理一致感水平不同的老年脑卒中患者, 三种应对方式得分比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 应对方式得分情况

组别	例数	面对	回避	屈服
低水平	128	13.41 ± 3.54	15.77 ± 2.19	12.65 ± 2.79
中等水平	110	17.23 ± 3.43	13.79 ± 1.90	9.85 ± 2.67
高水平	47	19.91 ± 2.95	12.74 ± 1.45	7.74 ± 2.30
F 值		75.038	52.372	68.332
P 值		0.000	0.000	0.000

2.4 老年脑卒中患者心理一致感与应对方式相关性分析

老年脑卒中患者心理一致感总分及其各维度与面对呈正相关，与回避、屈服呈负相关（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 老年脑卒中患者心理一致感与应对方式的相关性（ r 值）

项目	面对	回避	屈服
心理一致感总分	0.618	-0.602	-0.621
理解感	0.584	-0.577	-0.593
控制感	0.531	-0.628	-0.590
意义感	0.636	-0.496	-0.575

3 讨论

3.1 老年脑卒中患者心理一致感水平偏低

本研究结果显示，老年脑卒中患者心理一致感得分为 63.37 ± 15.79 分，总体处于中等水平，低于谭琳等^[9] 调查的脑卒中患者的心理一致感水平，这种差异可能是年龄所导致的。由于本研究老年人年龄偏大，其生活功能、认知和理解能力有限，使其在一定程度上难以体会战胜和挑战疾病所带来的意义感^[10]，致使心理一致感水平不高。研究结果发现，在各条目平均得分中，控制感维度得分最高，表明老年脑卒中患者在一定程度上认为自己能够或已经对其健康情况进行了良好的控制，这可能是因为患者在长期的治疗过程中，通过临床护士健康宣教或其它知识传播途径，了解并掌握关于疾病的一些知识和技能，拥有应对疾病的知识资源。这提示医护人员，在今后的临床工作当中，可适当增加关于脑卒中预防、饮食和康复等方面的健康教育和知识讲座，满足患者知识的求，改善其对于疾病的可控感，从而提高患者的心理一致感水平。

3.2 老年脑卒中患者应对方式情况分析

研究结果显示，老年脑卒中患者在面对方式上的选择频率较高，心理一致感水平高的老年脑卒中患者面对维度得分高于低、中等水平者，回避和屈服维度得分低于低、中等水平者，分析其原因，这可能是因为本研究中的老年患者其家庭功能和社会经济水平较高，77.54% 的老年患者已婚，68.07% 的患者与家人同住，61.05% 的患者月收入在 2000 元以上。相关研究^[11] 证明，家庭功能健全、社会条件优渥的患者其心理一致感水平更高，拥有较强的适应能力和重塑社会形象的信心。温馨的家庭关怀和良好的社会支持，能够提高患者对于负性事件的接受程度和生活满意度，从而降低患者的心理压力，正确认识 and 肯定自我，使其从容、积极的面对疾病^[12]。

医护人员可鼓励亲属与其多沟通交流、举办病友经验交流会、建立院内 - 院外的脑卒中康复指导群组，充分发挥家庭和社会的支持作用，营造温馨和谐的家庭及社会环境，从而帮助患者树立战胜疾病的信心，提高应对疾病的能力。

3.3 老年脑卒中患者心理一致感与应对方式存在相关性

本研究发现，老年脑卒中患者心理一致感及各维度与面对呈正相关，与回避、屈服呈负相关，这与张莉等^[13] 研究结果一致。分析其原因，心理一致感高的患者能正确的进行健康自评，其具有较高的自我效能^[14] 及心理健康水平^[15]，能更好地处理认知和情绪问题，对于疾病自我管理有更强的自信心；高水平的心理一致感，能够促使患者更好地利用来自家庭和社会的物质、医疗及情感资源，具备强的应激能力，理性地看待疾病的发生，采取积极的态度来应对疾病^[16]。相关研究^[17] 发现，进行健康赋权、情感关怀等干预，有助于患者心理一致感水平的整体提高，促进对于生命意义感的认知和追求，以改善在自我管理过程中的应对方式和技能。

综上所述，老年脑卒中患者心理一致感水平偏低，尚有待提高，患者所采取的应对方式与其心理一致感水平的高低相关，即心理一致感水平越高其应对方式越积极。因此，医护人员可依据心理一致感的评估，制定针对性的护理干预措施，提高心理一致感水平，进而促使患者积极地面对疾病，以维持良好的身心健康。由于本研究样本数量、区域及人群特点的限制，研究结果仅能解释当地实际情况，故结果外推还在今后研究中扩大样本量及研究范畴，进行深入论证。

4 参考文献

[1] 王陇德, 刘建民, 王伊龙, 等. 《中国脑卒中防治报告 2017》摘要 [J]. 中国脑血管病杂志, 2018, 15(11): 611-617.

[2] Park JH, Ovbiagele B. Relationship of Functional Disability after a Recent Stroke with Recurrent Stroke Risk [J]. Eur J Neurol, 2016, 23(2): 361-367.

[3] 李 铮, 石 丹, 杨 强, 等. 老年脑卒中病人症状负担与生活质量相关性研究 [J]. 护理研究, 2019, 33(6): 925-929.

[4] Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale [J]. Soc Sci Med, 1993, 36(6): 725-733.

[5] 李梦婷, 何源. 无锡市 2 型糖尿病患者医学应对方式状况及其对生活质量的影 响 [J]. 医学与社会, 2019, 32(10): 89-92, 130.

中老年胃癌根治术、全胃切除术及姑息手术患者心理痛苦的影响因素

夏秋燕

【摘要】目的 探讨中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的影响因素及护理对策。**方法** 选取医院2018年4月—2019年12月收治的中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者90例,借助心理痛苦筛查管理工具(DMSM)评价患者心理痛苦程度,将患者心理痛苦(≥ 4 分)者40例为病例组,非心理痛苦(<4 分)者50例为对照组。收集、分析患者临床资料及相关因素。**结果** 单因素分析结果显示,年龄、文化程度、疲乏、经济状况、抑郁情绪、VAS评分、术后便秘、恐惧疾病进展、社会支持、家庭关怀度指数是中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的危险因素($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,年龄、文化程度、经济状况、疲乏、SDS评分 ≥ 53 分、VAS评分 >6 分、术后便秘、恐惧疾病进展、社会支持不足、家庭关怀度指数低是中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦检出率较高,且影响因素复杂,临床应积极开展健康教育,强化护理干预力度。

【关键词】 胃癌;心理痛苦;影响因素;护理对策

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.012

Influencing factors of psychological pain in elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation XIA Qiuyan (Jiujiang No.1 People's Hospital, Jiujiang 332000, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of psychological pain in elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation and discuss the nursing countermeasures. **Methods** To select 90 elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation admitted in the

作者单位:332000 江西省九江市第一人民医院普外一科

- [6] 葛刘娜,章新琼,吴小婷,等.应对方式在食管癌患者心理一致感与主观幸福感间的中介作用[J].现代预防医学,2019,46(10):1825-1828,1861.
- [7] 包蕾萍,刘俊升.心理一致感量表(SOC-13)中文版的修订[J].中国临床心理学志,2005,13(4):399-401.
- [8] 沈晓红,姜乾金.医学应对方式问卷中文版701例测试报告[J].中国行为医学科学,2009,9(1):18-20.
- [9] 谭琳,陈丽,李倩,等.应对方式在脑卒中患者心理一致感与健康行为间的中介效应[J].护理管理杂志,2019,19(10):687-692.
- [10] 姜娜,尚少梅,李国平,等.老年人生命意义感及其影响因素[J].中国老年学杂志,2018,38(20):5104-5107.
- [11] 李静,孙丽媛,阎玲,等.乳腺癌患者家庭功能、社会支持对心理一致感的影响研究[J].实用医学杂志,2015,31(18):3091-3094.
- [12] 张清,原志芳,柴倩文,等.首发脑卒中患者医学应对方式及其影响因素调查研究[J].中国全科医学,2016,19(2):210-215.
- [13] 张莉,陈云,谢文,等.稳定期腹膜透析患者心理一致感与应对方式状况及其相关性[J].现代临床护理,2017,16(9):35-39.
- [14] Ferreira VM, Silva LN, Furuya RK, et al. Self-care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure[J]. Rev Esc Enferm USP,2015,49(3):725-733.
- [15] 黄丽洁,刘永闯,郭丽娜,等.心理一致感在老年患者睡眠障碍与心理健康的中介效应[J].护理学杂志,2017,32(7):68-70.
- [16] 张明,高伟,孙媛媛,等.肿瘤患者PICC带管期间自我护理能力与心理一致感及社会支持的相关性研究[J].护理学杂志,2014,29(8):78-80.
- [17] Hourzad A, Pouladi S, Ostovar A, et al. The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: a randomized controlled trial[J]. Clin Interv Aging,2018(13):2215-2224.

[2020-05-12 收稿]

(责任编辑 刘学英)

hospital from April 2018 to December 2019, taken the psychological pain screening management tool (DMSM) to evaluate the patients' psychological pain level, the 40 patients with psychological pain (≥ 4 points) were taken as the case group, the 50 patients without the psychological pain (< 4 points) were taken as the control group. To select and analysis the patients' clinical data and the related factors. **Results** Univariate analysis result showed that, age, education level, fatigue, financial situation, depression, VAS score, postoperative constipation, fear of disease progression, social support, family care index were the risk factors of the elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age, education level, financial situation, fatigue, SDS Score ≥ 53 point, VAS Score > 6 point, postoperative constipation, fear of disease progression, insufficient social support, and low family care index were the independent risk factors of the psychological pain in elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation ($P < 0.05$). **Conclusion** The detection rate of the psychological pain in elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation were comparatively high and the influencing factors were complex, the clinic health education should be launched positively to strength the intervention level.

【Key words】 Gastric cancer; Psychological pain; Influencing factors; Nursing countermeasures

胃癌是第4位常见的恶性肿瘤,发病率高,病死率居恶性肿瘤第2位,术后5年生存率可达61%^[1]。心理痛苦是指因各因素影响所造成的不愉快体验,是影响疾病症状、治疗应对能力的重要因素之一^[2]。胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者需承受手术创伤、疾病痛苦,69.05%的患者术后伴有心理痛苦,其中严重心理痛苦为20%~52%,情绪障碍发生率为30%~40%^[3-4],导致患者术后治疗依从性差,临床疗效受到影响。为此,本研究采用心理痛苦筛查管理工具(DMSM),评价患者心理痛苦程度现状,确定其高危因素,据此确定护理对策。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2018年4月—2019年12月收治的中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者90例,纳入条件:经病理诊断确诊为胃癌,且行手术治疗;年龄 ≥ 40 岁;手术前后均未出现其他系统合并症;术后生命体征指标稳定,且无严重并发症;认知、沟通能力正常;签署知情同意书。排除条件:已发生转移;伴有其他系统疾病;术前存在精神或心理疾病;术后病情不稳定。根据心理痛苦筛查管理工具(DMSM)评分,分为心理痛苦组(DMSM ≥ 4 分)40例(病例组)、无心理痛苦组(DMSM < 4 分)50例(对照组)。

1.2 调查方法及内容

调查人员通过病历管理系统,搜集患者临床资料,并按双人核对制度统计、记录相关信息,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、手术方式等。评价工具包括:

1.2.1 心理痛苦筛查 采用心理痛苦筛查管理工具(DMSM)进行评价,包括心理痛苦数字评分、心理痛苦相关因素调查表(PL),其中心理痛苦数字评分按0~10分评价,0分为无心理痛苦,10分为极度心理痛苦,指导患者根据近1周主观感受完成自评,选取相应数字并标记,如标记数字 ≥ 4 ,则心理痛苦,标记数字 < 4 ,则无心理痛苦;而PL则包含了实际问题、情感问题、交往问题、身体问题及信仰问题5个维度,共涉及40个条目,每条目对应“是”“否”2个选项^[5]。

1.2.2 恐惧疾病进展 采用中文版恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)进行评价,量表包括生理健康、社会家庭2个因子12个条目,每个条目均采取1~5分5级评分法,总分12~60分,如评分 ≥ 34 分,则心理功能失调^[6]。量表Cronbach's α 系数为0.883。

1.2.3 抑郁程度 采用Zung抑郁自评量表(SDS)进行评价,量表共20个条目,每个条目均采取4级评分法,即没有时间、很少时间、相当多时间、绝大部分时间,分值范围1~4分,正向计分10个条目(1~4分),反向计分10个条目(4~1分),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,如标准分 ≥ 53 分,则伴有抑郁情绪^[7]。

1.2.4 家庭关怀度 采取家庭关怀度指数(APGAR)进行评价,问卷包括适应度、亲密度、成长度、情感度、合作度5个因子,每个因子均采取3级评分法,即几乎很少、偶尔这样、一直这样,分值范围0~2分,总分0~10分,根据评分分级, ≥ 7 分,则家庭功能良好;4~6分,则家庭功能中度障碍; ≤ 3 分,

则家庭功能重度障碍^[8]。

1.2.5 疼痛程度 采用视觉模拟疼痛量表(VAS)评分进行评价,0分无痛,10分为无法忍受的剧痛。评分越高,表明疼痛越严重。

1.3 统计学处理

采用SPSS21.0统计学软件,单因素分析中计数资料组间构成比较采取 χ^2 检验,多因素分析采用Logistic回归模型。检验标准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 影响胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的单因素分析

单因素分析结果显示,影响胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦因素有年龄、文化程度、疲乏、经济状况、SDS评分、VAS评分、术后便秘、恐惧疾病进展、社会支持、家庭关怀度指数($P<0.05$),见表1。

表1 胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦影响因素的单因素分析

分析因素	类别	心理痛苦组($n=40$)	无心理痛苦($n=50$)	χ^2 值	P 值
性别	男	21	28	0.110	0.740
	女	19	22		
年龄(岁)	40~	30	23	7.720	0.005
	60~	10	27		
文化程度	初中及以下	28	22	6.084	0.014
	高中及以上	12	28		
婚姻状况	未婚、离异或丧偶	10	15	0.277	0.599
	已婚	30	35		
手术方式	根治术	15	20	0.058	0.809
	姑息手术	25	30		
疲乏	无	13	29	5.806	0.016
	有	27	21		
经济状况	良好	12	32	10.281	0.001
	困难	28	18		
SDS评分(分)	<53	14	33	8.559	0.003
	≥ 53	26	17		
VAS评分(分)	≤ 6	15	35	9.506	0.002
	>6	25	15		
术后便秘	无	14	37	13.765	0.000
	有	26	13		
恐惧疾病进展(分)	否(<34)	13	39	18.859	0.000
	是(≥ 34)	27	11		
社会支持	良好	14	35	10.976	0.001
	不足	26	15		
家庭关怀度指数	中重度障碍	25	20	4.500	0.034
	良好	15	30		

2.2 影响胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的多因素 Logistic 回归分析

以单因素分析中具有统计学意义的因素为自变量,进行多因素 Logistic 回归分析,结果显示,年龄、文化程度、经济状况、疲乏、SDS 评分、VAS 评分、术后便秘、恐惧疾病进展、社会支持不足、家庭关怀度指数低为影响胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的独立危险因素 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 影响胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% CI
年龄	-1.259	0.462	7.412	0.006	0.284	0.115~0.703
文化程度	-1.088	0.447	5.917	0.015	0.337	0.140~0.810
经济状况	-1.423	0.454	9.832	0.002	0.241	0.099~0.587
疲乏	1.054	0.443	5.663	0.017	2.869	1.204~6.835
SDS 评分	1.282	0.446	8.263	0.004	3.604	1.504~8.638
VAS 评分	1.358	0.449	9.135	0.003	3.888	1.612~9.381
术后便秘	1.665	0.462	12.964	0.000	5.286	2.135~13.084
恐惧疾病进展	1.997	0.480	17.293	0.000	7.367	2.874~18.883
社会支持	-1.466	0.453	10.482	0.001	0.231	0.095~0.561
家庭关怀度指数	-0.916	0.436	4.419	0.036	0.400	0.170~0.940

3 讨论

3.1 患者心理痛苦受多种因素影响

本研究中,中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦的影响因素有年龄、文化程度、经济状况、疲乏、SDS 评分、VAS 评分、术后便秘、恐惧疾病进展、社会支持不足、家庭关怀度指数 ($P<0.05$)。

(1) 年龄和经济状况:年龄和经济状况为术后心理痛苦的影响因素。40~60 岁群体是家庭支柱,承担着家庭经济重担,因罹患胃癌患者正常工作易受影响,经济条件受限更易诱发心理痛苦。

(2) 文化程度:文化程度反映或决定了个体的知识层面和理解能力,低学历患者对胃癌的认知存在局限性,且获取疾病、治疗知识的渠道有限,对疾病反应、预后敏感度偏高,故心理负担重,造成心理痛苦^[9]。

(3) 疲乏、抑郁情绪、疼痛程度:疲乏是一种痛苦、主观且持续的疲惫感,统计数据显示^[10],恶性肿瘤患者中癌因性疲乏发生率高达 91.2%,且中重度疲乏占比约为 78%。胃癌患者遭受手术创伤,且术后多伴有不同程度的疼痛不适,VAS 评分 >6 分,则患者伴有重度疼痛不适,且睡眠、进食均受到影响,加之疲乏症状,导致机体功能受到影响,

患者多伴有恐惧、抑郁情绪严重,心理痛苦检出率偏高^[11]。

(4) 恐惧疾病进展:恐惧疾病进展是癌症患者中的常见精神心理负担,林郁清等^[12]研究显示,癌症患者中恐惧疾病进展心理功能失调率为 10.6%,患者对临床治疗与康复呈悲观或消极态度,且治疗依从性降低,更易出现心理痛苦。

(5) 社会支持不足、家庭关怀度指数:社会支持包括主观支持、客观支持及对支持的利用度 3 个维度,涉及物质、情感等多层面,因胃癌需持续性治疗,患者自我感受负担重,且经济压力大,对社会支持具有极大依赖性;而家庭关怀度反映了对家庭功能的主观满意度,徐莹等^[13]研究显示,家庭功能可实现对创伤后成长水平的正向预测,良好的家庭关怀可激发患者潜能,拓宽其疾病或治疗认知范围,能促进疾病、治疗积极认知的形成,改善其治疗体验,缓解心理痛苦。

3.2 中老年胃癌手术患者心理痛苦的护理对策

3.2.1 胃癌思维导图教育 术后第 1 天,以“胃癌手术治疗及护理”为主题,开展胃癌思维导图教育。护理人员结合教育主题绘制思维导图,导图 1 级主题为“胃癌手术治疗与护理”,2 级主题为“胃癌病因及临床表现”“胃癌发病率及治愈率”“胃癌手术治疗(包括治疗方法、术后常见并发症、术

后5年生存率等) ” “围术期护理”, 并借助图形、线条构建知识网络; 护理人员印制、下发纸质版“胃癌手术治疗及护理”思维导图, 引导患者据此学习胃癌及治疗知识, 重点介绍手术治疗(包括术前准备、术中配合、术后护理及注意事项), 说明术后并发症发生率及原因, 明确其危害性及相应防控护理对策; 借助胃癌手术疗效折线图说明手术治疗效果, 横坐标为时间(年)、纵坐标为5年生存率(%), 直观呈现手术治疗数据, 强化患者手术治疗认知, 教育时长30~40 min。

3.2.2 术后内观暴露疗法 护理人员创建内观暴露治疗团, 成员包括患者、患者配偶、患者父母1人、患者兄弟姐妹1~2人、患者子女或其他晚辈1人、患者同事或好友1~3人, 团队成员人数 ≥ 5 人。护理人员指导患者围绕“患病期间我为他人做了什么”“患病期间他人为我做了什么”“患病期间我给他人增添了什么麻烦”3点展开回顾, 再现确诊至今患者记忆深刻的场景, 如“妻儿温暖关怀”“同事或朋友关切问候”“病友经验交流或帮助”, 深入体会患病期间自身在情感、物质两个层面的收获, 正确看待患病后“失去的事物”, 时长30~40 min, 每周2次^[14-15]。

3.2.3 穴位按压刺激

(1) 穴位按摩: 指导患者取卧位, 护理人员立于患者一侧, 对督脉、膀胱经、阳明经、头部、腰背部及四肢实施推拿按摩, 所设按摩手法有“推法”“拿法”“捏法”“捻法”, 每天1次, 每次20~30 min, 10 d为1个疗程, 以缓解骨骼肌与主观疲乏。

(2) 耳穴贴压: 选取胃、脾、肝、神门及交感等耳穴, 蘸取医用酒精对所选穴位处皮肤进行清洁、消毒, 而后粘贴王不留行籽, 并指导患者以中指、示指指腹实施按压, 从而产生酸胀刺激, 每天2次, 每次每穴位1 min, 每天更换1次耳贴, 连续干预1周, 可调理脏腑、疏通经络、缓解疲乏^[16]。

综上所述, 中老年胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦检出率较高, 且影响因素复杂, 临床应积极开展健康教育, 强化护理干预力度。

4 参考文献

- [1] 陈洁, 陈锦妹, 赵晓慧, 等. 肿瘤放疗患者心理痛苦评估及其影响因素分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2019,28(10):758-761.
- [2] 康小云, 杨群草, 王浩楠, 等. 胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦状况及影响因素分析[J]. 广西医科大学学报, 2019,36(10):1677-1681.
- [3] 杜洪芳, 李菊萍. 不同化疗周期胃癌患者恐惧疾病进展及其影响因素分析[J]. 赣南医学院学报, 2019,39(6):614-618.
- [4] 康小云, 王浩楠, 郝楠, 等. 胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者心理痛苦影响因素研究及护理对策[J]. 中国医学伦理学, 2019,32(11):1497-1501.
- [5] 孟凡静, 李琼琼, 郭晓莉. 乳腺癌放疗患者心理痛苦的相关因素分析[J]. 护理实践与研究, 2017,14(16):91-93.
- [6] 黄家莲, 应燕萍, 陆秋芳, 等. 癌症患者疾病进展恐惧现状及其影响因素[J]. 海南医学, 2018,29(16):2266-2269.
- [7] 章新琼, 吴小婷, 韩世钰, 等. 化疗期胃癌患者心理弹性预测因素的纵向研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2019,33(9):695-700.
- [8] 邹媛, 高茜, 王举, 等. 治疗性沟通系统干预对胃癌化疗期患者症状体验的影响[J]. 广西医学, 2018,40(7):858-860,863.
- [9] 王旭, 张卫红, 陈长香, 等. 胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术患者症状群的调查分析[J]. 护理实践与研究, 2018,15(14):8-10.
- [10] 杨会, 康军秀, 刘艳利, 等. 溯源自护能力相关影响因素的针对性管理模式应用于胃癌患者的效果分析[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2019,11(4):300-304.
- [11] 吕俭霞, 高静, 吴晨曦, 等. 肺癌患者心理痛苦的研究进展[J]. 医学与哲学, 2017,38(22):61-65.
- [12] 林郁清, 孙敏敏, 蒋莹, 等. 癌症患者恐惧疾病进展的现状及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2017,23(28):3610-3613.
- [13] 徐莹, 郭素萍. 心理痛苦管理筛查工具及个性化干预在肺癌住院患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2019,16(7):42-43.
- [14] 倪志强, 孙玉红, 方艳秋, 等. 内观疗法联合改良森田疗法对老年癌痛患者创伤后成长的干预效果[J]. 中华老年医学杂志, 2018,37(2):197-201.
- [15] 高淑君, 穆婷婷, 李慧, 等. 内观疗法对消化道肿瘤癌痛患者自我效能感与生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2019,17(8):979-981,992.
- [16] 温雅, 田建英. 综合功能锻炼路径及穴位按摩对胃癌根治术、全胃切除术、姑息手术胃肠功能快速康复的指导意义[J]. 中国药物与临床, 2019,19(19):3397-3398.

[2020-03-24 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

良性前列腺增生患者合并形成膀胱结石的危险因素调查分析

林艳

【摘要】目的 探讨良性前列腺增生 (BPH) 患者合并形成膀胱结石的危险因素, 并讨论相应护理对策。

方法 选择 2018 年 1 月—2019 年 9 月医院就诊的 180 例 BPH 患者, 其中合并形成膀胱结石 78 例为病例组, 未合并形成膀胱结石 102 例为对照组, 通过单因素及 Logistic 回归分析 BPH 患者合并形成膀胱结石的危险因素。结果 单因素分析结果所示, 两组患者在年龄、体质指数、不同手术治疗、膀胱内前列腺突入程度 (IPP)、前列腺症状评分 (IPSS) 5 个方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示, 年龄、尿流动力学检测参数 $Q_{\max}$ 、IPP、IPSS、前列腺移行带体积 (TZV)、不同术式治疗是导致 BPH 患者合并形成膀胱结石的危险因素, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 导致 BPH 合并形成膀胱结石的危险因素诸多, 临床应针对上述独立因素实施针对性干预措施。

【关键词】良性前列腺增生; 膀胱结石; 危险因素

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.013

Research analysis of the risk factors of bladder stone formed in patients with benign prostatic hyperplasia

LIN Yan (Gutian Country Hospital of Ningde, Ningde 352200, China)

【Abstract】Objective To explore the risk factors of bladder stones formed in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) and discuss the related nursing measures. Methods To select 180 BPH patients admitted in the hospital from January 2018 to September 2019, 78 patients formed bladder stone were set as the case group, 102 patients without the bladder stone were set as the control group, by processing the univariate and Logistic regression analysis to find out the risk factors of BPH patients combined with the formation of bladder stone. Results Multivariate Logistic regression analysis showed that, by comparing age, body mass index, different treatment modalities, intravesical prostatic protrusion (IPP), prostate symptom score (IPSS) of the two groups, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age, urodynamic parameters $Q_{\max}$, IPP, IPSS, prostate transition zone volume (TZV), and different surgical treatments were the risk factors for the BPH patients formed the bladder stones, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion There were various risk factors caused the formation of bladder stones, target nursing measures should be applied according to the independent factors mentioned above.

【Key words】Benign prostatic hyperplasia; Bladder stones; Risk factors

良性前列腺增生 (BPH) 多发于中老年男性, 患者伴随尿频、尿急、排尿困难等症状, 严重者并发泌尿系统感染、膀胱结石、尿路梗阻等症状, 其中膀胱结石是 BPH 最常见并发症之一, 其发病率高达 10%^[1]。有文献指出^[2], 导致继发性膀胱结石的危险因素众多, 例如: 膀胱出口梗阻 (BOO) 造成患者尿流不畅、尿盐结晶在膀胱沉积而形成结合, 膀胱结石发生后不仅造成额外痛苦、降低生活质量, 还可能诱发膀胱癌^[3], 因此, 本研究通过探讨良性前列腺增生 (BPH) 患者合并形成膀胱结石的危险因素, 并提出相应护理对策, 旨在为临床积极预防

该并发症发生提供理论支持。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 1 月—2019 年 9 月医院就诊的 180 例 BPH 患者为研究对象, 纳入条件: 术前均出现排尿困难、尿路感染、尿痛、血尿等前列腺增生症状, 且在医院泌尿外科经直肠指诊、超声、CT 尿路造影、泌尿系平片检查首次确诊为 BPH 患者; 年龄 > 50 岁; 前列腺体积 ≥ 20 ml; IPSS 评分 > 7 分; 积极配合本次调查且依从性较高; 患者和家属自愿参与本次调查。排除条件: 治疗前合并神经源性膀胱、上尿路结石、泌尿系肿瘤、肾功能损害等; 既往有前列腺、

尿道、膀胱手术史或骨盆放疗史；患痛风或特发性高钙血症等症状；资料不完整；因各种原因中途退出研究。将其中合并形成膀胱结石的 78 例患者作为病例组，未合并形成膀胱结石的 102 例作为对照组。病例组患者年龄 55~80 岁，平均 68.79 ± 5.20 岁；前列腺平均体积为 53.14 ± 12.58 ml。对照组患者年龄 56~79 岁，平均 59.07 ± 6.78 岁；前列腺平均体积为 50.32 ± 11.80 ml。

1.2 调查方法

收集纳入的 180 例 BPH 患者基本资料，包括：年龄、体质指数、不同术式治疗、前列腺体积、残余尿量、尿流动力学检测参数最大尿流率（ $Q_{\max}$ ）、逼尿肌压力、前列腺症状评分（IPSS）、生活质量评分（Quality of Life, QOL）、膀胱内前列腺突入程度（IPP）、前列腺移行带体积（TZV）、自护能力水平等诸多因素。由专业培训人员共调查发放问卷 180 份，收回有效问卷 180 份，有效回收率为 100%。

1.3 相关指标评估标准^[4-5]

（1）尿流动力学检测参数 $Q_{\max}$ 、膀胱出口梗阻指数（BOOI）、排尿量（VV）、IPP：采取尿流动力学检查仪（Life-Tech Janus-V 型，美国生命科技公司）对排尿期患者的压力/流率进行同步测定，获取 VV、 $Q_{\max}$ 、最大尿流率时逼尿肌压力（Pdet $Q_{\max}$ ）3 项指标，计算 $BOOI = P_{\det} Q_{\max} - 2Q_{\max}$ ，其中（IPP）评估为患者膀胱充盈（200~300 ml）状

态，采取腹矢状面超声检测膀胱基底与前列腺突入顶端间距离。

（2）IPSS 评分：根据以往患者基本情况与相关文献设置 7 个问题，各项问题评分 0~5 分，累积得分范围 0~35 分，并按照得分高低分为症状轻微（0~7 分）、中度（8~19 分）、重度（20 分及以上）。

（3）TZV、前列腺总体积（TPV）测定标准：由直肠超声探头分别测量前列腺和前列腺移行区最大左右径、前后径和上下径，然后分别计算 TPV 和 TZV。

（4）剩余尿量（PVR）：采用超声检查测定。

1.4 统计学处理

选取 SPSS 21.0 统计学软件，单因素分析计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验；多因素分析采用 Logistic 回归分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ ，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

78 例并发膀胱结石患者中，结石最长径范围 10~57 mm，平均长度为 29.98 ± 10.76 mm；结石数目 1~4 个，平均 1.45 ± 1.10 个，单发结石例数为 54 例。

2.1 BPH 患者术后并发膀胱结石的单因素分析

两组患者在年龄、体质指数、不同术式治疗、IPP、IPSS 等 5 个方面比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 BPH 患者术后并发膀胱结石的单因素分析

分析因素	类别	病例组 ($n=78$)	对照组 ($n=102$)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	< 60	17	53	16.924	0.000
	≥ 60	61	49		
体质指数	< 25	35	64	5.705	0.017
	≥ 25	43	38		
不同术式治疗	开放手术	30	23	5.387	0.020
	电切除 TUEP 术	48	79		
前列腺体积 (ml)	< 50	44	62	0.349	0.555
	≥ 50	34	40		
尿流动力学检测参数 $Q_{\max}$	单发	54	82	2.981	0.084
	多发	24	20		
逼尿肌压力 (mmHg)	≥ 40	41	67	3.171	0.075
	< 40	37	35		
IPSS	过高	65	67	7.039	0.008
	正常	13	35		
QOL	< 75	51	62	0.400	0.527
	≥ 75	27	40		
IPP	异常	43	27	15.274	0.000
	正常	35	75		
TZV	过高	48	30	18.578	0.000
	正常	30	72		
自护能力水平	< 80	26	35	0.019	0.890
	≥ 80	52	67		

2.2 影响 BPH 患者术后并发膀胱结石的多因素 Logistic 回归分析

以 BPH 患者术后并发膀胱结石为因变量，表 1 中存在统计学意义的指标为自变量，多因素 Logistic

回归分析结果显示，年龄、尿流动力学检测参数 Q_{max}、IPP、IPSS、TZV、不同术式治疗是导致 BPH 患者合并形成膀胱结石的危险因素 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 影响 BPH 患者术后并发膀胱结石的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% 置信区间
年龄	1.535	0.424	13.106	0.000	4.641	2.022~10.655
尿流动力学检测参数 Q _{max}	1.460	0.518	7.944	0.005	4.306	1.560~11.885
IPP	1.461	0.570	6.570	0.010	4.310	1.410~13.173
IPSS	1.351	0.403	11.238	0.001	3.861	1.753~8.507
TZV	1.587	0.582	7.435	0.006	4.889	1.562~15.298
不同术式治疗	1.073	0.229	21.955	0.000	2.924	1.867~4.581

3 讨论

3.1 年龄和尿流动力学检测参数 Q_{max} 对 BPH 并发膀胱结石的影响

本文研究结果显示，BPH 患者年龄越高，并发膀胱结石的发病率升高趋势越大 ($OR=4.462$)，邱智等^[6]研究也发现随着患者年龄增长前列腺结石发病率增加且结石大小逐渐增大，杨必林等^[7]研究表明并发膀胱结石是年龄化的一部分相一致。分析原因：老年患者身体状况差、免疫力与耐受力低，器官生理功能日益减退且常合并其他器官或系统疾病，加上更易存在尿路梗阻，致使尿液中结晶、细胞、微结石等聚集在膀胱，导致膀胱结石风险加重，严重影响生活质量。此外，研究结果显示，尿流动力学检测参数 Q_{max} 是影响 BPH 并发膀胱结石的独立危险因素 ($OR=4.574$)，谢湘伟等^[8]指出，尿流动力学指标可一定程度反映 BPH 形态学改变与有效反映下尿路梗阻情况，原因在于多项研究表明，最大尿流率等 Q_{max} 参数与前列腺及周围结构特定解剖形态的异常关系显著，其反应病理生理学上患者尿流不畅、小结石和尿盐结晶沉积程度进而折射导致膀胱结石形成的风险高低^[9]，此外，宏观上讲，前列腺内腺区表现为低水平回声、外腺区表现为强回声的形态学特征，极易在膀胱出口梗阻发生时检测出膀胱出口、后尿道甚至膀胱结构功能系列改变，进而影响 BPH 并发膀胱结石发生率。因此，患者治疗前需详细综合评估年龄、基础疾病、以往病史等资料，协助实施检查，注意各项指标，包括患者尿量、膀胱冲洗液颜色、量的观察记录，保持各项导管通畅、并采取相应的管道护理措施。

3.2 IPP 和 IPSS 对 BPH 并发膀胱结石的影响

本研究结果显示，IPP 是 BPH 患者并发膀胱结石的独立预测因素 ($OR=5.106$)，这与肖文苑等^[10]调查结果相符。还有文献指出^[11]，IPP 是指前列腺突入腺体的顶端距离膀胱颈基底部的垂直部分，也是因“球瓣”样梗阻产生，破坏排尿时膀胱颈“漏斗”形结构，测定 IPP 属于判别 BPH 是否并发膀胱结石比较理想与无创的办法。分析原因：BPH 患者 IPP 过大，则提示膀胱颈正常解剖形态和“漏斗机制”可能遭遇破坏，进而膀胱收缩时导致尿道内口呈现“球状瓣”封闭，加重膀胱逼尿肌功能性紊乱，同时引发排尿困难甚至急性或慢性尿潴留形成，导致并发膀胱结石高风险。此外，本研究发现，IPSS ($OR=2.119$) 与 BPH 并发膀胱结石的相关性明显，尚向涛研究^[12]也得到类似结果。究其原因：一方面 IPSS 评分越高，膀胱颈解剖形态、膀胱收缩机制以及患者排尿困难程度越大，另一方面也会导致前列腺中叶增大，进而前列腺尿道角随之加大，从“能量损失假说”方面解释为尿液排出路径趋于曲折^[13]，尿道壁对尿流阻隔损伤更多动能，而从“Martinez-Borges 等”提出假说猜测为尿流冲击压力刺激尿道壁和周围组织，进而导致前列腺腺体增生，更易产生尿盐结晶沉积，加重膀胱结石发生风险^[14]。因此，针对潜在膀胱内前列腺突入程度异常、IPSS 评估偏高患者，应做好相应防护措施，严密观察生命体征，有异常应及时报告并协助医师急救，同时注意术中温湿度，避免环境温度过高造成凝血功能障碍，针对腹部疼痛患者，及时检查尿液渗入情况避免膀胱穿孔，针对膀胱痉挛者及时疏通尿管，以有效规避膀胱结石。

3.3 TZV 和不同术式治疗对 BPH 并发膀胱结石的影响

本研究结果还显示, TZV ($OR=4.382$) 和不同术式治疗 ($OR=4.214$) 对 BPH 并发膀胱结石影响均具有独立相关性。分析原因: 一方面临床显示, BPH 患者的 TZV 与年龄关联密切, 伴随年龄增长, 前列腺体积及移行区体积均呈增长趋势, 且明显临床症状患者 TZV 更大, 诱发排尿时膀胱收缩能力减弱, 内压升高减少, 尿液在两侧叶间排尿通道更为狭窄^[15], 另一方面 TZV 与前列腺总体积存在正相关, TZV 异常变大, 膀胱颈后移转变为漏斗状受阻, 不仅极易引发膀胱结石等并发症发生率且结石清除成功率也大大降低。因此, 医护人员可借助经直肠三维超声检查前列腺预测并评估前列腺的病症及轻重程度, 以降低膀胱结石风险。此外, 董滢等^[16]经单因素分析, 认为不同术式治疗及医师操作手法也会对 BPH 并发膀胱结石产生影响, 这与本研究结论相似。调查显示, 常见 BPH 手术治疗方法包括: 经尿道前列腺切除术、等离子电切术、钬激光剝除术等, 相较于电切除 TURP 术手术操作复杂、时间长、术中出血量较大、患者应激损伤较重等不足^[17], 由于开放手术具备手术时间短、操作大体积 BPH 患者理想, 可完全取出 BPH 增生的前列腺组织, 有效防止尿盐结晶部分聚集, 同时粉碎吸出患者合并的膀胱结石效果更佳, 所以利于降低 BPH 并发膀胱结石风险^[18]。因此, 选取合理术式治疗并在术后指导患者导尿管护理, 保持导尿管通畅, 定期清洗尿口, 及时更换敷料, 减少并发症发生。

综上所述, 本研究认为导致 BPH 合并形成膀胱结石的危险因素诸多, 临床应针对上述独立因素实施针对性干预措施。

4 参考文献

- [1] 李梅, 刘付海平, 欧法玲, 等. 知行模式对泌尿系结石术后饮食依从性及复发率和并发症的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(22): 87-89.
- [2] 张伟, 陈其超, 冯欢, 等. 经尿道等离子前列腺剝除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生症的临床疗效比较 [J]. 东南国防医药, 2019, 21(6): 649-651.
- [3] 马有才, 胡森, 王继贤, 等. 两种微创取石方案对膀胱多发结石合并 BPH 老年患者围手术期临床指标及安全性的影响 [J]. 中国性科学, 2019, 28(10): 13-15.
- [4] 高海捷, 李坤, 张旭, 等. 良性前列腺增生伴发膀胱

结石不同治疗方法的临床效果研究 [J]. 山西医药杂志, 2019, 48(10): 1220-1222.

- [5] 肖海涛, 罗明俊. 经尿道双极等离子前列腺剝除术治疗良性前列腺增生伴膀胱结石的效果及其对患者性功能的影响 [J]. 现代医学, 2019, 47(5): 502-507.
- [6] 邱智, 吴栗洋, 王伟, 等. 经尿道前列腺电切术联合气压弹道碎石治疗前列腺增生合并膀胱结石的中长期随访报告 [J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(5): 385-387, 393.
- [7] 杨必林, 邱志勇. 经尿道前列腺电切剝除术治疗大体积前列腺增生的疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(9): 121-122.
- [8] 谢湘伟, 邝世航, 乐有为, 等. 绿激光和 $2\mu\text{m}$ 激光治疗前列腺增生的疗效和安全性 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2019, 18(4): 281-284.
- [9] 徐浩. 电切镜联合肾镜治疗前列腺增生合并膀胱结石患者的临床效果 [J]. 医疗装备, 2019, 32(7): 81-82.
- [10] 肖文苑, 莫小慧, 陈璐. 以护理结局为导向的前列腺增生症并膀胱结石的护理方案的建立与应用研究 [J]. 中外医疗, 2019, 38(8): 155-157.
- [11] 张盼, 张芳芳, 李敏. 预见性护理在前列腺增生患者 TVP 加膀胱切开取石术术后护理中的应用分析 [J]. 首都食品与医药, 2019, 78(5): 125.
- [12] 尚向涛. 肾镜 EMS 第四代泌尿腔镜碎石系统在前列腺增生合并膀胱结石者中的临床应用价值 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2018, 15(6): 138-140.
- [13] 高艳芹. 全程护理干预在良性前列腺增生症手术患者中的应用效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(24): 79-80.
- [14] 陈烨辉, 林婷婷, 李晓东, 等. 良性前列腺增生患者并发膀胱结石的危险因素分析 [J]. 临床泌尿外科杂志, 2018, 33(12): 965-967, 971.
- [15] 黄琦. 良性前列腺增生合并膀胱结石高龄患者的治疗 [J]. 江西医药, 2018, 53(10): 1087-1088.
- [16] 董滢, 卜小斌, 许平, 等. 两种方法治疗高龄、高危 BPH 合并膀胱多发结石的疗效比较 [J]. 微创泌尿外科杂志, 2018, 7(4): 254-257.
- [17] 陈以德, 张勇科, 龙启, 等. 前列腺增生并发膀胱结石形成因素分析 [J]. 中国医药科学, 2018, 8(9): 133-135, 139.
- [18] 张修诚, 周慧. 前列腺等离子电切术治疗高龄前列腺增生的临床效果观察 [J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24(6): 62, 164.

[2020-03-24 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

高龄骨科患者术后肺部感染的危险因素分析

葛玲

【摘要】 目的 调查分析高龄骨科术后患者并发肺部感染的高危风险因素，并制定相应预防措施。**方法** 选取医院 2018 年 1 月—2020 年 1 月收治的老年骨科手术患者 624 例，其中 56 例发生肺部感染作为感染组，568 例未发生肺部感染的作为非感染组，收集患者的一般资料及相关信息，并对数据进行统计学处理，确定高龄骨科患者发生术后肺部感染的危险因素。**结果** 单因素分析显示，年龄、吸烟史、术后卧床时间、不同麻醉方式、NNIS 分级、不良气管插管操作、预防性抗菌药物使用是骨科老年患者术后肺部感染的影响因素 ($P<0.05$)，多因素 Logistic 回归分析显示，年龄 ≥ 70 岁、术后卧床时间 ≥ 14 d、不同麻醉方式、NNIS 分级 ≥ 2 、不良气管插管操作是骨科老年患者术后肺部感染的独立影响因素 ($P<0.05$)。**结论** 高龄骨科术后患者并发肺部感染与诸多风险因素有关，护理人员应高度警惕，合理预防、规避风险因素，以有效降低肺部感染发生。

【关键词】 老年；骨科；术后患者；肺部感染；高危风险因素

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.014

Risk factors analyzation of the elderly orthopaedic patients' postoperation lung infection GE Ling (No.2 People's Hospital of Liu'an, Liu'an 237000, China)

【Abstract】 Objective To investigate and analyze the high risk factors of postoperative pulmonary infection in elderly orthopedic patients and develop the corresponding preventive measures. **Methods** To select 624 elderly orthopedic patients admitted in the hospital from January 2018 to January 2020, 56 patients with lung infection were set as the infected group, 568 patients without the lung infection were set as the uninfected group. To collect the patients basic data and related information to conduct the statistical treatment, find out the risk factor of the postoperative pulmonary infection in elderly orthopedic patients. **Results** Univariate analysis showed that, age, smoking history, postoperative bed time, different anesthesia modes, NNIS classification, unhealth endotracheal intubation, prophylactic antibiotic use were the influencing factors of the postoperative pulmonary infection in elderly orthopedic patients ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age ≥ 70 years old, postoperative bed time ≥ 14 days, different modes of anesthesia, NNIS classification ≥ 2 , unhealth endotracheal intubation were the independent influencing factors of the postoperative pulmonary infection in elderly orthopedic patients ($P<0.05$). **Conclusion** The incidence of the postoperative pulmonary infection in elderly orthopedic patients were related with various risk factors, nursing staffs should maintain keen vigilance, take the reasonable prevention to avoid the risk factors and reduce the incidence of lung infection.

【Key words】 Elderly; Orthopedic; Postoperative patients; Lung infections; High risk factors

随着我国人口老龄化进程的加快，临床因骨质疏松后骨折、全髋关节置换、人工股骨头置换等实施手术治疗的患者越来越多^[1-2]。而老龄患者多合并有多种基础病，如糖尿病、心血管疾病、慢性阻塞性肺疾病（COPD）等，术后并发肺部感染发生率约为 3%^[3]，病死率相较于普通内科肺炎患者高出 10%~30%^[4]。由于骨科手术患者组织损伤范围大、暴露面积广，加上老年自身免疫力低，无法有效咳

嗽排痰，致使肺部痰液淤积，所以尽管骨科微创手术不断进步，术后肺部感染仍为待解决难题^[4-5]。为此，本研究通过临床病例对照研究，分析老年骨科术后肺部感染的高危风险因素，并提出相应预防措施。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2018 年 1 月—2020 年 1 月收治的老年骨科手术患者 624 例，其中 56 例发生肺部感染者

作为感染组（病例组），568例未发生肺部感染者作为非感染组（对照组）。纳入条件：年龄 ≥ 60 岁；在本院接受骨科手术；手术麻醉前由麻醉医师实施统一麻醉风险评估^[6]；术前3个月无其他外科手术史；病史资料齐全；患者和家属自愿参与本次调查。排除条件：有免疫抑制剂类药物使用史^[7]；患恶性肿瘤、免疫系统疾病史、术前肺部感染诊断；合并认知障碍或精神疾病；依从性低或不配合治疗。对照组：男290例，女278例；年龄61~83岁，平均年龄 73.41 ± 4.27 岁；其中股骨骨折内固定术233例，全髋关节置换术173例，人工股骨头置换术152例，其他10例。病例组：男34例，女22例；年龄60~85岁，平均年龄 67.96 ± 4.58 岁；其中股骨骨折内固定术20例，全髋关节置换术14例，人工股骨头置换术14例，其他8例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 肺部感染诊断标准

根据卫生部制定的《医院感染诊断标准》^[8]判别老年骨科手术患者术后是否合并肺部感染，具体内容：临床症状：痰液粘稠、明显的咳嗽、肺部湿啰音等，并伴随下列任意并发症类型：体温检测结果 $>38^{\circ}\text{C}$ ；经实验室检测显示白细胞计数异常增高

或减少；胸部X线检测显示为显著炎症症状。原有慢性气道疾病基础上并发急性感染症状，经病原学、胸部X线检测结果均异常、直接出现新病变。若老年患者术后出现以上两种中任何一种症状则确诊为肺部感染，病原菌检测结果为阳性。

1.3 资料收集

查阅病历资料，收集患者的年龄、吸烟史、合并心血管疾病或糖尿病等、术后卧床时间、不同麻醉方式、麻醉时间、手术风险分级（NNIS）分级^[9]、不良气管插管操作、预防性抗菌药物使用等信息。

1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0统计学软件进行数据分析，单因素分析计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验；多因素分析采用多因素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 高龄骨科患者术后并发肺部感染的单因素分析

单因素结果显示，年龄、吸烟史、术后卧床时间、不同麻醉方式、NNIS分级、不良气管插管操作预防性抗菌药物使用，是影响高龄骨科术后患者并发肺部感染的因素，见表1。

表1 高龄骨科术后患者并发肺部感染的单因素分析

分析因素	类别	病例组（n=56）	对照组（n=568）	χ^2 值	P值
年龄（岁）	60~	48	338	14.839	0.000
	70~	8	230		
吸烟史	有	26	155	9.068	0.005
	无	30	413		
慢性疾病史	有	44	457	0.115	0.735
	无	12	111		
术后卧床时间（d）	< 14	24	409	20.393	0.000
	≥ 14	32	159		
不同麻醉方式	气管插管全身麻醉	32	228	6.062	0.014
	硬膜外麻醉	24	340		
麻醉时间（h）	≤ 2	20	180	0.379	0.538
	> 2	36	388		
NNIS 分级	< 2	24	330	5.527	0.019
	≥ 2	32	228		
不良气管插管操作	有	10	48	4.789	0.029
	无	48	518		
预防性抗菌药物使用	有	50	526	7.074	0.000
	无	6	42		

2.2 高龄骨科患者术后并发肺部感染的多因素 Logistic 回归分析

将单因素分析筛选出的 7 个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≥ 70 岁、术后卧床时间≥ 14 d、不同麻醉方式、NNIS 分级≥ 2、不良气管插管操作为骨科老年患者术后肺部感染的独立影响因素（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 高龄骨科术后患者并发肺部感染的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95% 置信区间
年龄≥ 70 岁	0.948	9.292	0.002	2.581	1.403~4.747
术后卧床时间≥ 14d	0.472	6.953	0.008	1.603	1.129~2.277
不同麻醉方式	0.906	15.653	0.000	2.474	1.580~3.876
NNIS 分级≥ 2	0.617	5.504	0.019	1.853	1.107~3.103
不良气管插管操作	0.752	5.628	0.018	2.121	1.140~3.948

3 讨论

肺部感染是骨科手术患者术后常见并发症，术后均需长时间卧床。免疫力低下，肺顺应性差，呼吸道黏膜纤毛转运功能差，支气管分泌物随重力沉积肺底，细菌生长繁殖而咳嗽无力，细菌清除困难，均会诱发肺部感染^[10]。调查显示^[11]，术后肺部感染起病隐匿、病情进展快，危险性极高，感染率约为 3%；也有研究证实^[12]，年龄每增长 1 岁，肺部感染风险加大 1.196 倍，若处理不当，不仅延长住院时间，增加医疗费用，还可能发展为多器官功能衰竭（MSOF），甚至导致死亡^[13]。本研究结果中，624 例老年骨科手术患者术后并发肺部感染的例数为 56 例，约占 8.97%，经多因素 Logistic 回归分析显示，影响术后肺部感染的独立高危因素主要包括：年龄≥ 70 岁、术后卧床时间≥ 14 d、不同麻醉方式、NNIS 分级≥ 2、不良气管插管操作等。具体讨论如下。

3.1 高龄（≥ 70 岁）是影响术后肺部感染的独立危险因素

由于骨科术后往往持续剧烈疼痛，易引起全身性应激反应，加上老年患者自身生理功能退化、机体反应与手术耐受性下降，存在术前血钾、中药使用、慢性支气管炎史等，易导致血液持续高凝、社交机能及认知功能下降、抑郁，呼吸抵抗力弱，长期如此致使肺部微小血栓，肺不张、肺部感染等风险增大^[14]。此外年龄越大，术后咳嗽无力、错误咳痰发生率越高，越会增加骨科疾病术后肺部并发症。因此，接受骨科手术的老年患者需在家属协助下，耐心指导呼吸操训练，循序渐进改

善呼吸机功能，围术期加强相关慢性疾病及以往病史监测。

3.2 术后卧床时间≥ 14 d 是增加术后肺部感染的独立危险因素

有文献指出^[12,14]，长期卧床容易造成下肢静脉血栓、坠积性肺炎等诸多术后并发症。本研究发现高龄骨科术后患者常伴随肢体功能障碍、自理能力低，相较于卧床时间 <14 d 的患者，发生肺部感染风险超过 10 倍以上^[15]，这可能因为卧床时间过长降低胸廓活动度、肺活量及有效通气量，加上老年患者自身呼吸功能弱，呼吸道分泌物易聚集、肺底淤血水肿，大量细菌滋生进而肺部交叉感染发生。因此，建议医护人员术后 1~2 周内根据患者体质及时进行床下负重训练，鼓励早期床上活动，循序渐进主动屈曲、下蹲等功能锻炼，指导定时翻身、臀部垫及更换海绵等预防压疮，指导正确排痰预防坠积性肺炎。

3.3 麻醉方式是增加术后肺部感染的独立危险因素

老年患者骨科手术常见麻醉方式包括：气管插管全身麻醉与硬膜外麻醉，相较于硬膜外麻醉，气管插管全身麻醉方式增加了术后肺部感染风险，原因：一方面气管插管全身麻醉会对咽喉部、气管壁造成机械损害，污染呼吸通路、淤积分泌物，导致肺部感染发生，而硬膜外麻醉由于直接作用脊髓和脊神经，副作用少、效果佳^[16]；另一方面，气管插管全身麻醉对老年患者刺激性更大、术后意识恢复延长，精神状态与认知功能相较硬膜外麻醉方法更差，患者炎症反应加剧，增加呼吸机依赖，肺部感染可能性提升。因此，在合理评估选择麻醉方式情

况下,护理人员围术期应密切守护患者,1 h测定呼吸、脉搏、体温、血压1次,术后注意尿量、输液速度,以防心肺负担过重。

3.4 NNIS 分级 ≥ 2 是增加术后肺部感染的独立危险因素

这与 NNIS 风险指数综合考虑骨科手术切口类型、手术持续时间、美国麻醉医师协会评分指标预测手术风险等有关。有文献指出^[17],NNIS 分级越高,老年患者围术期引发全身水肿、消化道、呼吸道功能及手术切口愈合损害严重,进而导致切口迁延不愈,致使老年患者术后发生肺部感染的风险更大。因此,护理人员可合理利用 NNIS 分级结果,实施对应术前呼吸道、体位、有效咳痰等准备。

3.5 不良气管插管操作是增加术后肺部感染的独立危险因素

气管插管操作是呼吸道结构直接与外界联通过程,该过程由鼻腔、口腔等呼吸系统阻挡细菌,一旦受损则湿化、加温、防御等防御功能衰弱,细菌经插管进入咽部、呼吸道,且贲门括约肌会松弛,纤毛功能、咳嗽反射下降,痰液无法有效排出,处理不当诱发肺部感染^[18]。因此,医护人员对于长期气管插管患者应预防气管痉挛、哮喘等,维持患者呼吸道顺畅,必要时遵医嘱服用痉平喘药物,同时督导患者加强口腔卫生干预。

综上所述,本研究得出高龄骨科术后患者并发肺部感染与诸多因素相关,针对上述独立危险因素,合理选择麻醉方式、缩短卧床时间、合理预防规避围术期应激风险,可有效降低肺部感染发生。

4 参考文献

- [1] 姜晓芬,罗维瑛,薛清.护理干预对骨科老年髋部骨折患者围术期肺部感染的预防效果研究[J].基层医学论坛,2020,24(3):439-440.
- [2] 叶婷.164例气管切开患者并发肺部感染危险因素分析及护理干预措施[J].医学理论与实践,2020,33(1):131-133.
- [3] 刘丽娜,朱小丽,马红芳,等.中国老年心力衰竭患者继发肺部感染危险因素的 Meta 分析[J].中国老年学杂志,2019,39(23):5652-5657.
- [4] 丁丽娜,吴晓英,聂利,等.骨科老年患者术

后肺部感染危险因素分析[J].中国消毒学杂志,2019,36(11):855-858.

- [5] 邹玉婷,杨婷.个性化护理在脑出血偏瘫并发重症肺部感染患者的应用体会[J].当代医学,2019,25(31):69-71.
- [6] 宋艳君.风险管理在骨科手术患者中的护理效果及对医院感染率的影响[J].实用临床医学,2019,20(6):76-80.
- [7] 孟莉,廖涛,梁佳佳.高龄骨科手术患者术后并发症发生的影响因素分析[J].实用医院临床杂志,2019,16(3):50-52.
- [8] 许秋月.失效模式与效应分析在降低骨科手术患者皮肤压疮发生率中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(7):61-63.
- [9] 丁丽娜.骨科老年患者术后肺部感染临床特点与危险因素分析[D].重庆:重庆医科大学,2019.
- [10] 郝玲霞,黄利芳,艾佳.高龄骨科大手术后患者发生谵妄的危险因素分析与防范措施[J].护理实践与研究,2019,16(3):1-4.
- [11] 张社会,殷亚鹏,朱东杰,等.硬膜外麻醉对老年股骨干骨折患者术后预防肺部感染的发生和认知功能的影响[J].抗感染药学,2018,15(6):1039-1041.
- [12] 王幼萍,楼颂羔,王仲夏.骨科手术患者不同抗菌药物不同时机应用的抗感染效果分析[J].浙江创伤外科,2017,22(6):1183-1184.
- [13] 郑育秀,徐志新,吕淞,等.不同麻醉方法对下肢骨科手术老年患者术后肺部感染的影响研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(22):5186-5188.
- [14] 陈曲敏,廖瑞哲,董源洪.下肢骨科手术患者术后肺部感染危险因素分析[J].中外医学研究,2017,15(24):22-23.
- [15] 王登海.骨科住院患者肺部感染的影响因素[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2017,11(4):405-408.
- [16] 李正英,王梅,魏红艳,等.前馈控制对骨科手术患者消毒供应中心相关医院感染的影响[J].中华医院感染学杂志,2017,27(13):3110-3113.
- [17] 缪淑敏.老年人全髋关节置换术后肺部并发症麻醉相关危险因素分析[D].南京:东南大学,2017.
- [18] 唐建.骨科手术后合并肺部感染的临床特点及相关危险因素分析[J].现代医学,2015,43(10):1264-1267.

[2020-04-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

全麻下儿童经胃镜空肠管置管成功的影响因素分析

周敏萍 俞卫娟 董灵芝*

【摘要】目的 探讨影响全麻下儿童经胃镜空肠管置管成功的因素。**方法** 选取2017年2月—2019年12月于医院行全麻手术并辅以经胃镜空肠管置管的患儿26例作为研究对象,将其中一次置管成功的10例患儿作为成功组,置管次数 ≥ 2 次的16例患儿作为对照组。调查分析影响经胃镜空肠管置管成功的因素。**结果** 单因素及多因素 Logistic 回归分析结果显示,影响全麻患儿胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素为年龄、胃食管反流、胃排空延迟、胃动力不足、反复性置管、导丝位置无法完全掌握、退出胃镜致导丝位置移动、与屈氏韧带的距离(≥ 40 cm 或 ≤ 15 cm) ($P < 0.05$)。**结论** 影响全麻患儿胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素诸多,其中导丝位置移动、胃动力不足是置管中常见原因,因此在置管前需预先分析,并辅以相应的护理配合措施,以此提升空肠管置管成功率,促使能一次性成功。

【关键词】 全麻; 儿童; 胃镜; 空肠管置管成功; 危险因素; 护理配合措施

中图分类号 R473.57 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.015

Influencing factors ana lysis of the success of gastrointestinal catheterization in children under general anesthesia ZHOU Minping, YU Weijuan, DONG Lingzhi (Children's Hospital Affiliated to the Suzhou University, Suzhou 215002, China)

【Abstract】 Objective To explore the factors influencing the success of gastrointestinal catheterization in children under general anesthesia. **Methods** To select 26 general anesthesia combined with transgastrostomal jejunal tube feeding children admitted in the hospital from February 2017 to December 2019 were selected as the study objects, 10 children who place the tube successfully for one-time were set as the success group, 16 children who place the tube up to two times were set as the control group. To explore and analysis the influencing factors of the successful gastrointestinal catheterization. **Results** Univariate analysis showed that, age, gastroesophageal reflux, gastric emptying delay, gastric insufficiency, unstable guide wire position, gastroscope exit caused guide wire position changed, distance to the torsion ligament were the influencing factors of one-time success tube catheterization ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, the factors influencing the success of gastrointestinal catheterization in children under general anesthesia were age, gastroesophageal reflux, gastric emptying delay, gastric insufficiency, unstable guide wire position, gastroscope exit caused guide wire position changed, distance from the torsion ligament (≥ 40 cm or ≤ 15 cm) ($P < 0.05$). **Conclusion** The risk factors influencing the success of jejunum tube catheterization under gastroscopy in children under general anaesthesia were various, position change of the guide wire and the gastric insufficiency was the common causes, therefore it is necessary to analyze in advance before catheterization, and to supplement with corresponding nursing measures, in order to improve the success rate of jejunum tube catheterization and promote one-time success.

【Key words】 General anesthesia; Children; Gastroscope; Successful insert of jejunal tube; Risk factors; Nursing coordination measures

儿科患儿手术治疗时麻醉方式较多,其中全麻为应用广泛的一种,而随着医学界对儿童生长发育问题关注度的提升,全麻手术治疗中儿童营养问题也成为关注的焦点^[1]。疾病营养支持方式分为两

种,即肠内营养(Enteral nutrition, EN)与肠外营养(Parenteral nutrition, PN)。近几年临床不完全统计发现全麻手术中95%患儿采用EN获取营养支持,因此EN成为儿童手术营养支持的首选方式,应用特点为方便安全、操作简单、成本低,且能有效避免感染,营养成分全面,能满足患儿疾病康复的基本需求^[2]。临床EN途经诸多,但如若儿童表

作者单位: 215002 江苏省苏州市,苏州大学附属儿童医院消化科

* 通讯作者

现为无法正常进食或正常途径进食受限时,基本采用空肠管获取营养支持。但在全麻患儿的空肠管置管过程中受诸多因素影响,导致置管不成功,影响整体手术的治疗效果^[3]。因此本研究分析影响全麻患儿在胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素,并对护理配合措施加以探讨,以此为临床儿科空肠管置管成功提供理论支持。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年2月—2019年12月于医院行全麻手术并辅以经胃镜空肠管置管的患儿26例作为研究对象,将其中一次置管成功的10例患儿作为成功组,置管次数 ≥ 2 次的16例患儿作为对照组。纳入条件:均符合手术全麻指征;患儿年龄 ≤ 12 岁,且均经胃镜进行空肠管置管;患儿家属或监护人均自愿参与本研究且在知情同意书上签字。排除条件:麻醉方式为局部麻醉的患儿;患有胃肠道功能衰竭、消化道活动性出血、肠梗阻或急腹症的患儿;患有凝血功能性障碍;中途退出或放弃治疗。

1.2 全麻下经胃镜空肠管置管方法

插入胃镜置管前用心电监护仪实时监测患儿的生命体征,同时吸氧建立有效静脉输液通道,维持水电解质等平衡。待患儿全身麻醉后^[4-5],使用石蜡油润滑导管,配备导丝,然后导入电子胃镜(型号:奥林巴斯 GIF-Q260),通过患儿食管-幽门,最后到达患儿的十二指肠降段或水平部,导丝沿肠腔继续前行,达到患儿屈氏韧带下方30 cm位置,采用鼠齿钳(型号:FG-8L-1)夹住空肠管的前端位置,末端经胃镜孔道,将空肠管沿导丝置入至空肠,当空肠管末端于胃镜视野中显露或露出导丝后,将导丝拔除,并缓慢退出胃镜,然后向前轻推空肠管,最后使用床旁X射线C形臂判定空肠管最终位置^[6-7]。固定空肠管使用无菌胶布,采用蝶形的方式的将其固定于患儿的鼻翼两侧,完成后使用记号笔在空肠管相对应的管道上做好醒目标记^[8]。

1.3 资料收集

内容包括患儿的年龄、合并基础疾病、手术类型、手术体位等情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件进行统计,单因素分析计数资料组间构成比较采用Fisher's精确概率检验,多因素分析采用Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 影响一次性置管成功因素的单因素分析

单因素分析结果显示,年龄、胃食管反流、胃排空延迟、胃动力不足、导丝位置无法完全掌握、退出胃镜致导丝位置移动、与屈氏韧带的距离均为影响置管一次性成功的相关因素($P<0.05$),见表1。

2.2 影响一次性置管成功因素的多因素 Logistic 回归分析

以是否一次性置管成功为因变量,单因素分析存在统计意义的影响因素为自变量,进行多因素Logistic回归分析,结果显示,年龄、胃食管反流、胃排空延迟、胃动力不足、导丝位置无法完全掌握、退出胃镜致导丝位置移动、与屈氏韧带的距离(≥ 40 cm或 ≤ 15 cm)为影响置管成功的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

临床营养支持是近几年外科手术治疗中关注的重点性问题,临床统计发现肠内营养为手术治疗中营养支持的首选方式。对于进行全麻手术的患儿而言,肠内营养能有效促使其胃肠功能恢复,多样化配备患儿恢复所需营养成分,维持机体消化道的正常功能,避免胃肠道黏膜萎缩,降低感染,同时肠内营养还可辅助纠正水、电解质紊乱,促使胃肠道激素等的分泌,以免出现胃肠道出血等不良事件,还可在一定程度上刺激胰腺和胆汁的合成分泌,进一步改善肠道功能,加快肠道中免疫性因子的释放,有效降低胃肠道、肝脏等并发症产生^[9-10]。但儿童空肠管置管受诸多因素影响会导致置管失败,反复性置管会增加并发症发生率,部分患儿甚至会出现鼻黏膜出血等不良事件,影响患儿术后的康复^[11-12]。因此本研究分析全麻下儿童胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素,以此为全麻手术患儿空肠管置管的一次性成功提供理论支持。

本研究通过分析全麻患儿胃镜下空肠管置管方法,统计置管不成功的影响因素发现,影响全麻患儿胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素为年龄、胃食管反流、胃排空延迟、胃动力不足、反复性置管、导丝位置无法完全掌握、退出胃镜致导丝位置移动、与屈氏韧带的距离(≥ 40 cm或 ≤ 15 cm)($P<0.05$)。其中年龄是影响置管失败的因素之一,原因为患儿受年龄限制,机体各器官发育不完善,鼻腔、食管、幽门及十二指肠等部位的管腔相对狭窄,因此置管

表 1 影响一次性置管成功因素的单因素分析

分析因素	类别	成功组 (n=10)	对照组 (n=16)	P 值 *
年龄 (岁)	<7	1	10	0.014
	7~12	9	6	
手术类型	急性重症胰腺炎	6	9	0.975
	胃肠吻合术	3	5	
	其他	1	2	
手术体位	床头抬高 30° ~40°	7	11	1.000
	半卧位	3	5	
胃食管反流	有	1	10	0.014
	无	9	6	
胃排空延迟	是	2	11	0.041
	否	8	5	
合并胃肠道基础性疾病	是	4	6	1.000
	否	6	10	
胃动力不足	是	1	9	0.037
	否	9	7	
导丝位置完全掌握	是	10	9	0.023
	否	0	7	
胃镜管腔 (cm)	< 3	6	9	1.000
	≥ 3	4	7	
退出胃镜致导丝位置移动	有	0	7	0.023
	无	10	9	
机械通气	有	3	4	1.000
	无	7	12	
操作人员专业水准	高	9	14	1.000
	低	1	2	
与屈氏韧带的距离 (cm)	≤ 15	1	10	0.000
	16~39	9	2	
	≥ 40	0	4	

*Fisher's 精确概率。

表 2 影响一次性置管成功因素的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	B	β	Wald χ^2 值	P 值	OR	95%CI
年龄	1.033	0.502	4.234	0.040	2.809	1.050~7.515
胃食管反流	1.045	0.511	4.182	0.041	2.843	1.044~7.741
胃排空延迟	1.121	0.521	4.630	0.031	3.068	1.105~8.518
胃动力不足	1.766	0.849	4.327	0.038	5.847	1.107~30.878
导丝位置无法完全掌握	1.225	0.525	5.444	0.020	3.404	1.217~9.526
退出胃镜致导丝位置移动	1.292	0.648	3.975	0.046	3.640	1.022~12.963
与屈氏韧带的距离 (≥ 40 cm 或 ≤ 15 cm)	1.252	0.425	8.678	0.003	3.497	1.520~8.045

的操作人员需具备高专业水准，一次性置管存在一定限制性；胃食管反流发生是肠内营养支持普遍存在的问题，一旦发生则极有可能导致呼吸道阻塞，影响手术治疗，而对于同时进行机械通气的患儿，则会增加呼吸机相关性肺炎的发病率，因此胃食管反流可列为影响置管成功的危险因素；导丝位置无法完全掌握、退出胃镜致导丝位置移动、与屈氏韧带的距离 (≥ 40 cm 或 ≤ 15 cm) 上述 3 种危险因素均为实际置管中存在的问题，其中导丝位置无法完全掌握的原因为无法完全于术野中明确导丝到达的位置，继而影响后续空肠管的置管，研究发现采用数字减影(DSA)联合胃镜的方式引导空肠管置管，

一次置管成功率高于单一胃镜引导,可于术野中直视导丝位置^[13]。退出胃镜致导丝位置移动因为在撤出胃镜时因牵拉会致使导丝移位,继而影响置管位置,增加失败概率,而与屈氏韧带的距离(≥ 40 cm或 ≤ 15 cm)则表示空肠管的置管位置,与屈氏韧带的距离 ≥ 40 cm与太远,进行肠内营养对胰腺、胆汁等分泌起不到刺激性作用,继而影响患儿胃肠道的消化吸收,极有可能引发术后腹泻等并发症,而与屈氏韧带的距离 ≤ 15 cm则太近,极易导致肠内营养液反流,导致其他相应并发症的发生^[14]。因此在全麻患儿胃镜引导空肠管置管前需预先考虑影响置管成功的危险性因素,并辅以相关性护理配合措施,提升置管成功率。

全麻患儿胃镜引导空肠管置管的护理配合措施:置管前预先进行彩超、心电图等相应的检查,明确患儿病情及手术方案等,手术室人员预先准备好电子胃镜、监护仪、抢救仪器及药物、空肠管及其他器材等。采用持续低流量的吸氧方式,同时实时监测患儿的生命体征指标,建立静脉通道后,依据手术类型调整患儿体位,麻醉医师全麻完成后,待患儿呼吸平稳及睫毛反射消失之后方可进行胃镜引导空肠管置管^[15]。将电子胃镜插入鼻腔后,采用超细导丝进行引导,以免管腔管腔狭窄影响置管,导丝插入至十二指肠降段远端后,首先充分固定导丝,避免移位,询问医师空肠置管位置,将空肠管置入,并做好标记和固定,后可采用X射线等设备明确置管是否成功^[16]。或者在置管前设备准备时有条件的医院可采用数字减影联合胃镜的方式的置入空肠管以此提升置管成功率^[17]。

综上所述,影响全麻患儿胃镜引导下空肠管置管成功的危险因素诸多,其中导丝位置移动、胃动力不足是置管中常见原因,因此在置管前需预先分析,并辅以相应的护理配合措施,以此提高空肠管置管成功率,促使能一次性成功。

4 参考文献

- [1] 吴文明,刘晓峰.圈套器外固定联合导丝引导法协助胃镜下鼻空肠营养管置入一例[J].中华消化内镜杂志,2018,35(12):941-942.
- [2] 冯丽明,张来香,舒晓.基于快速康复外科理念的肠内营养支持在结直肠癌伴肠梗阻术后患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(15):94-95.
- [3] 崔玉萍.改良式注气法鼻肠管置入术行肠内营养在重症胰腺炎患者中的应用及护理体会[J].实用中西医结合临床,2018,18(5):159-160.
- [4] Waseem Ahmad. Percutaneous endoscopy to diagnose malignancy in gastric outlet obstruction of excluded stomach after gastric bypass[J]. Annals of Gastroenterology, 2017, 30(3):367-369.
- [5] 刘林那,周志庆.鼻空肠管在急性胰腺炎患者营养支持中的应用及护理[J].当代护士(下旬刊),2017,22(3):35-37.
- [6] 贺永,袁舒烜,罗永琴,等.集束化护理在急性重症胰腺炎早期经鼻空肠管肠内营养中的应用及对并发症发生率的影响[J].世界最新医学信息文摘,2018,12(41):232.
- [7] 冯玉峰,钱建清,俞隼,等.经皮内镜下胃空肠造瘘对危重症患者呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J].中华临床营养杂志,2017,25(2):90-93.
- [8] 张春霞.肠内营养耐受性定时评估管理对重症急性胰腺炎患者的影响[J].护理实践与研究,2019,16(11):1-5.
- [9] 张幸,周书成,史冬涛,等.消化道内镜处理的临床研究[J].中华消化内镜杂志,2019,36(2):98-102.
- [10] 潘小东,张京臣,汤鲁明,等.鼻胃管减压联合鼻肠管营养支持对重症神经系统疾病患者预后的影响[J].中华危重症医学杂志(电子版),2017,10(4):230-234.
- [11] Cecil Brown, Heather Nolan, Clint Cawley, et al. Use of a Gastroduodenal Tube to Preserve the Common Wall during Excision of a Gastric Duplication[J]. The American surgeon, 2017, 83(5):e176-177.
- [12] 郑晓倩,虞瑜,虞晓珍.电磁定位联合新型“子弹头”空肠管在危重患者幽门后置管中的应用[J].现代实用医学,2019,31(3):315-317,封3.
- [13] 何蕾,侯丽,孙涛,等.床边胃镜引导下留置鼻肠管在危重病人肠内营养中的应用效果[J].蚌埠医学院学报,2018,43(4):540-542.
- [14] Xiaoqing Wang, Yang Bai, Mangmang Cui, et al. Modified Blumgart anastomosis without pancreatic duct-to-jejunum mucosa anastomosis for pancreatoduodenectomy: a feasible and safe novel technique[J]. Cancer Biology & Medicine, 2018, 18(1):e430.
- [15] 亓志玲,贺银燕,李宗强,等.超声引导下床旁鼻空肠管置入术在危重患者肠内营养中的应用[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(1):110-113.
- [16] 支慧,桑田,李浩,等.护理干预联合右美托咪定对小儿气管内麻醉苏醒期躁动的影响[J].护理实践与研究,2017,14(24):113-114.
- [17] 刘颖,姜云涛.鼻空肠管喂养后脑卒中吞咽障碍患者的胃肠并发症发生率及营养支持效果分析[J].航空航天医学杂志,2019,30(2):232-233.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

儿童孤独症谱系障碍评估工具的研究进展

金映彤 陈苏琴 包韵歆 周美珍

【摘要】目的 本文主要回顾了国内外儿童孤独症谱系障碍常用的评估工具,分析了各类工具的基本内容、信效度、适用范围及应用情况等,并据此提出我国在此领域的研究方向,旨在为儿童孤独症谱系障碍的临床诊断、筛查和科学研究提供可参考的依据。

【关键词】 儿童;孤独症谱系障碍;评估工具

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.016

孤独症谱系障碍 (autism spectrum disorder, ASD), 又称“自闭症谱系障碍”或“孤独症”“自闭症”, 美国精神疾病诊断标准第五版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) 将其定义为一种由强遗传因素与其他病因混合引起, 以社会交往障碍、语言沟通障碍及重复刻板行为和兴趣狭窄为主要症状的广泛性发展障碍疾病^[1]。据世界卫生组织统计, 全球范围内孤独症儿童患病率为 1/150^[2]。近年来国内外患病率呈逐渐上升趋势, 2011 年英国 ASD 患病率为 1/64^[3], 韩国学龄儿童患病率为 2.6%^[4]。2015 年, 我国估计 0~14 岁孤独症儿童约有 200 万^[5]。随着全球对 ASD 的关注度越来越高, 科学有效的评估工具研制及应用尤为重要。研究表明^[6], 孤独症评估工具有利于护理人员早期发现儿童孤独症, 为早期诊断和治疗提供可能。本文通过对文献的整理与分析, 回顾国内外儿童孤独症的评估工具, 旨在为 ASD 的临床筛查和相关研究提供可借鉴的依据。

1 国外儿童孤独症评估工具

西方国家对 ASD 有较早的关注和研究, 在评估工具的研制和应用方面也相对成熟。由于研究方向的侧重点不同, 测量工具的形式和特点较为多样化。目前, 结构完整且使用广泛的 ASD 评估工具主要包括以下几项。

1.1 孤独症行为量表 (ABC)

1978 年由美国 Krug^[7] 等提出, 该量表以问卷形式涉及感觉能力、交往能力、躯体运动、语言、生活自理 5 个维度, 共 57 个条目, 采用 4 点评分

法进行评估。通过各项累计得出总分, 筛查分界线为 53 分, 诊断分为 67 分及以上。该筛查方法通过五项易获取资料对儿童进行评估, 评估过程安全、快捷、方便、经济, 评估结果的特异性和敏感性较高, 各分量表信度介于 0.57~0.81, 总量表的内部一致性信度为 0.86^[8]。目前, ABC 量表为孤独症较早的筛查工具之一, 主要适用于 18 个月以上的儿童。通过父母及监护人填写量表可较早发现患儿社交行为、语言、自理能力等异常, 从而及时诊治, 以提高患儿的预后和生活质量^[9], 该量表在国内外使用较为普遍, 而中国在 1989 年^[10] 引进, 主要在基层医院与儿童保健机构应用较多。

1.2 克氏孤独症行为量表 (CABS)

由美国 Clancy^[11] 等学者于 1969 年编制, 适用于 2~4 岁儿童, 为全球孤独症早期筛查诊断工具之一。该量表包括 14 项条目, 由家长填写, 条目行为存在记 1 分, 不存在则记 0 分, 7 分为诊断分界线。CABS 量表与 ABC 量表同时关注到了孤独症患儿的核心症状——社会交往障碍。因此, 两个量表侧重于自闭症患儿的行为、社交等方面。在信效度方面, CABS 量表的特异性为 0.91, 敏感度为 0.82, 内部一致性为 0.87^[12]。ABC 量表与 CABS 量表均具有使用方便, 耗时短, 不受场地限制的优点。2017 年我国朱莎等^[13] 学者将两者进行比较, 发现 ABC 量表诊断孤独症个体的价值稍高于 CABS 量表, 但 CABS 量表条目少, 耗时更短, 因此当筛查对象多时, 可用于快速评估。在 1983 年, 我国台湾学者谢清芬等^[14] 对其进行修订, 采用 3 点评分法, 将每一项的评分从“是 (1 分)”“否 (0 分)”改为从不 (0 分)、偶尔 (1 分)、经常 (2 分) 进行评估, 以 14 分作为诊断分。目前, 国内使用的 CABS 量表大多为修订版量表。

1.3 孤独症诊断访谈问卷修订版 (ADI-R)

由 Saemundsen 等^[15] 于二十世纪八十年代编制, 是欧美国家认定为诊断孤独症的金标准之一。该问卷通过有专业执照的人员对儿童抚养人进行半结构式的回顾式询问, 对儿童的社会交往、语言沟通、刻板行为及兴趣三个维度进行评估。多项研究表明该问卷的信效度较好, 与其他评估工具的评估结果相符^[16]。目前, ADI-R 在国外使用广泛, 尤其在科研领域应用较多, 国内学者也将 ADI-R 进行引进和汉化^[17]。2002 年国内学者郭延庆等^[18] 通过 50 个孤独症患儿对 ADI-R 量表进行研究, 发现汉化版问卷也具有较好的信效度, 但由于国情和文化的不同, 对于 ADI-R 中的刻板兴趣以及奇怪行为等项目会存在理解差异, 有待进一步文化调适以修正。另外, ADI-R 的评估操作要求专业人员进行, 需具备较高的专业知识和从业技能, 因此, 其在国内的应用范围受到一定的限制。

1.4 交往和交流障碍诊断访谈量表 (DISCO)

该量表以 300 多道题目组成, 涵盖范围广, 涉及了患儿的家族史、不同年龄阶段的奇特行为、发展技能、刻板重复活动、情绪等问题^[19-20]。DISCO 和 ADI-R 的资料收集方式相同, 均通过专业人员以访谈的形式对家长或患儿照顾者进行询问, 耗时较长, 通常需要 2~4 个小时。DISCO 将收集的资料以立体的形式展现, 为临床后期治疗打下基础。该量表经多次修改, 翻译成多国语言应用于国外多地区的调查研究, 结果均表明其具有较好的信效度^[21-22], 但目前我国尚未有使用 DISCO 的文献报道。

1.5 孤独症诊断观察量表 (ADOS)

由汤宜朗等^[23] 发表, 该量表由专业人员测定, 内容分成四个模块。四个模块以年龄及其相应语言发展水平进行分块, 模块 1 主要针对未掌握短语的水平, 但有语言能力的孩子。模块 2 则是适于已有短语能力但话语却不流畅的儿童, 模块 3 是与 4 岁孩子语言水平相等, 模块 4 在模块 3 的基础上还要进行一定的游戏活动。该量表的评分者信度为 0.82~0.93, 内部各量表一致性系数为 0.54~0.84^[24]。观察者选择适合的模块后通过模块内的活动与材料在 30~45 min 内给予可能患有孤独症的儿童进行评定。观察的主要内容儿童的交流方式和社交方式。该量表修订版可适用于 16 个月龄及以下的儿童^[25]。ADOS 与 ADI-R 均被认为是孤独症诊断的金标准, 因此广泛应用于流行病学与科研工作中。

1.6 儿童期孤独症评定量表 (CARS)

根据庄晓伟等^[26] 的研究, 主要用于 ASD 的筛

查。该量表包含 15 个条目, 采用 4 点评分法, 总分从 15~60 分, 诊断分界线为 30 分, 且分数越高表示孤独症越严重。量表中的 15 个条目范围广泛, 包括人际关系、情感反映、模仿、躯体能力、与非生命物体的关系、环境适应力、视觉、听觉、近处感觉、焦虑反应、语言交流、非语言交流、活动度、智力水平、总印象。2012 年钟霞^[27] 等学者通过对 88 例儿童进行 ABC 量表与 CARS 量表对比研究, 结果显示 CARS 量表与 DSM-IV 孤独症诊断标准一致性均较高, 比 ABC 量表的特异性与敏感性更具有优势, 但使用存在场所、工具以及人员的限制。目前, CARS 量表也为我国常用的孤独症诊断评估工具。

1.7 社交反应量表 (SRS)

由龚俊等^[28] 于 2019 年的研究, 适用于 4~18 岁儿童。该量表涉及社会兴趣、社会认知、社会交往、社会动机、日常习性 5 个因子^[29] 共 65 个条目, 主要由父母或抚养人进行填写, 按其量表中的负荷大小分别给评分 3、2、1、0 分, 各项评分相加即可得出总分, 分数越高, 情况越严重。2018 年 Chunpei Li 等通过 275 名儿童对 SRS 的信效度进行分析, 结果显示 SRS 量表的灵敏度 59.8%, 特异性 77.5%, 阳性预测值 88.4%。该量表在国内最早由陈秋如^[30] 于 2009 年进行修订并应用, 总量表的内部一致性为 0.954, 各维度量表为 0.495~0.904。

1.8 心理教育量表 (PEP)

由美国学者 Schopler 等 1979 年编制, 于 1990 年进行修订形成 PEP-R^[31]。PEP-R 与量表相比, 新增了 29 项内容, 更加侧重于儿童的认知与语言方面的测评。PEP-R 量表被日本、德国、英国等多个国家翻译使用, 我国也对其也进行汉化与应用。1997 年 Steerneman 等^[32] 将 PEP 量表进行第三次修订, 最终形成了 PEP-3 量表。PEP-3 重点关注于儿童的发育和行为与照顾者的反应。该量表分成临床和照顾者两个视角来剖析, 临床测验由 7 个维度组成, 分别为认知、语言理解、语言表达、粗大运动、精细运动、模仿。与此同时照顾者会根据患儿的情况填写问卷, 并进行现场演示, 通过两方面的评判使结果更为科学准确。在信效度方面, 研究显示 PEP-3 的内部一致性信度、重测信度以及评分者信度均较高^[33]。

1.9 儿童孤独症量表 (CHAT)

由英国学者 Bukin 等^[34] 于 1992 年研制, 适用于 18 月龄以上儿童的筛查工具。该量表由两个部分组成, 共 14 个项目, 第一个部分通过询问抚养人, 完成 9 个是非题, 从而初步了解患儿; 第二部

分为直接观察儿童的假装游戏、注意力、动作发展、原要求指向等 5 个项目。该量表存在耗时短, 易操作的优点, 但研究显示 CHAT 量表具有较高的特异性 (0.98), 而灵敏度较低 (0.38)^[35]。因此, 2001 年 Robins 等^[36]对 CHAT 量表进行修订, 成为 M-CHAT 量表。该量表在原版的基础上, 将家长问卷改成 17 个普通条目和 6 个核心条目, 最终改变了阳性指标的标准^[37]。M-CHAT 量表经研究, 其特异度和灵敏度分别为 0.99 和 0.87^[38]。该量表还已在国内进行修订使用, 是婴幼儿早期孤独症筛查的有效工具。

2 国内儿童孤独症评估工具

目前, 我国对孤独症的关注度越来越高, 但国内针对与孤独症儿童的文献更多地是有关于教育与康复等方面。在孤独症儿童评估量表方面, 国内尚未有统一权威的自创量表, 研究多使用国外引用汉化的量表, 国内学者也有努力尝试进行编制, 但应用范围相对有限。根据现有情况, 国内 ASD 的常用量表如下。

2.1 中文版孤独症行为量表

孤独症行为量表 (Autism behaviour checklist, ABC) 为 1978 年美国 Krug 等编制, 由我国杨晓玲^[39]等于 1993 年汉化, 汉化版 ABC 量表与原量表相比, 项目内容一致, 但筛查分数线从 53 分调整至 31 分。经研究显示: 当筛查分数线为 31 分时, 量表信效度最高。目前中文版 ABC 量表应用于我国多地区^[40-41], 证明其筛查、辅助诊断功能良好, 该量表成为我国早期筛查 ASD 工具之一。

2.2 中文版儿童期孤独症评定量表

儿童期孤独症评定量表 (Child autism rating scale, CARS) 由美国学者 Scholer 等在 1988 年发表, 我国学者李建华等^[42]于 2003 年引进, 并对 75 例儿童进行信效度试测, 研究显示: 中文版 CARS 量表在阳性分界线为 30 分时, 其信效度、灵敏性、特异性均良好, 使用价值最高。2004 年我国卢建平^[43]对中文版 CARS 量表项目进行评定, 确定其 15 项条目均有鉴别意义。因此, 该量表符合我国国情, 可作为医院及专业机构筛查的主要工具之一。

2.3 婴幼儿孤独症筛查量表 (CHAT—23)

龚俊等^[44]对 M-CHAT 量表进行本土化修订, 分为家长问卷和观察两个部分, 内容及评估方法同 M-CHAT 量表。2012 年我国学者任爽等^[45]经研究发现该量表适用于 18~36 月龄的儿童, 且特异性和灵敏度较高, 这与国内其他的研究成果相符^[46]。目

前, 该量表在国内被作为社区筛查孤独症患儿的重要工具^[47]。

2.4 中文版克氏孤独症行为量表

克氏孤独症行为量表 (Clancy autism behavior scale, CABS) 由美国 Clancy 等学者于 1969 年编制, 中文版 CABS 量表的变化之处在于将 2 级评分改为 3 级评分, 诊断分改为 14 分。2002 年柯晓燕^[49]等学者进行信效度评测, 发现该量表具有较好的信效度, 与其他地区的研究成果相符^[49-50]。目前, 我国将该量表主要应用于流行病学调查。

2.5 中文版心理教育量表 (C-PEP)

PEP 量表由美国学者 Schopler 等研制, 2000 年由我国学者孙敦科^[51]对其翻译汉化。该量表分为两大部分, 分别为功能发展领域与病理行为领域, 功能发展方面涉及模仿、动作、认知、知觉、手眼协调、口语这 6 个维度, 共计 95 个问题, 而病理行为方面共 44 个项目, 主要在特定情境下通过与儿童游戏、活动, 从而得出患儿全方位的发展水平障碍情况。国内研究运用 C-PEP 和 PEP-3 繁体版量表较多。2016 年我国王献娜^[52]学者对两者进行了比较, 表明两个量表在认知方面差异不大, 但其他维度均有所差异, 各有优势, 因此研究学者提议将两者合并修订, 成为符合我国国情的孤独症评估工具。C-PEP 量表目前已在国内多个精神科医院和特殊教育训练机构中使用^[53]。

2.6 孤独症筛查量表

由我国学者陈文雄^[54]于 2004 年编制, 量表共 17 个项目, 采用 5 点评分法, 量表包含社会交往能力、语言与沟通、兴趣与行为 3 个因子。量表内各因子重测信度分别为 0.954、0.984、0.840, 各因子内部一致性系数良好 (分半信度 0.969, 同质性信度 0.444~0.855), 其特异度为 0.911, 灵敏度为 1。但量表原作者提出该量表中个别项目的信效度差, 仍需进行进一步修改。

3 小结

儿童孤独症谱系障碍的研究经过了七十多年的发展, 目前尚未有诊断性意义的辅助检查, 各国对 ASD 的筛查和评估仍然是以量表和问卷测量为主。纵观上述提及的评估工具, 多以三种测量方式进行评估, 第一种为父母或抚养人进行填写问卷, 例如 ABC、CABS、SRS 量表。第二种以专业人员测评为主, 例如 ADI-R、DISCO、ADOS、CARS 量表。而 PEP、CHAT 量表则是两者的结合。从适用年龄来看大部分量表适合评估 2 岁以上的儿童, 而

ADOS 和 CHAT 均可用于 16 个月龄以上的儿童。从量表维度结构来看, 大多是根据自闭症患儿的典型表现和核心症状来划分, 但每个量表均有不同的侧重点。ABC、CABS 量表侧重关注行为、社交方面; CARS、DISCO 量表还额外关注患儿的情绪; CARS 量表则侧重于智力方面的观测。因此, 在临床工作和研究实践中, 应根据具体情况选择合适评估工具。

相较国外 ASD 的研究水平, 我国在此领域的发展尚有待进一步深入探究。今后研究中, 一方面要重视适合本土国情和文化的自创量表的研制和开发, 同时在引进修订国外量表时也需注重文化调适和信效度的验证。另一方面, 也需关注评估工具功能变化, 由以往以筛查或诊断为主, 开始逐渐关注其校和社会适应或成长经历, 以明确 ASD 对个人发展的影响。

4 参考文献

- [1] Rui H, Meng PW, Chen Z. The complex genetics in autism spectrum disorders[J]. Science China Life Sciences, 2015, 58(10): 9-21.
- [2] Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007 [J]. Pediatrics, 2009, 124(5): 1395-1403.
- [3] Brugha TS, McManus S, Bankart J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England [J]. Arch Gen Psychiatry, 2011, 68(5): 459-465.
- [4] 徐秀. 儿童孤独症谱系障碍早期筛查与诊断 [J]. 中国实用儿科杂志, 2013, 28(8): 576-579.
- [5] 却咏梅. 发展状况报告显示: 自闭症儿童入学仍存在困难 [J]. 现代特殊教育, 2015(7): 77.
- [6] 王艳娟, 卢云, 吴晓庆, 等. 孤独症谱系障碍儿童的早期诊断与识别 [J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(27): 4236-4238.
- [7] 王子才, 钱冬梅, 盛晓尉, 等. 用 ABC 量表分析儿童孤独症 [J]. 临床儿科杂志, 2002, 20(2): 80-81.
- [8] 李婷婷, 郭磊, 李帅, 等. 孤独症谱系障碍测评工具的研究述评 [J]. 心理技术与应用, 2019, 7(2): 107-117.
- [9] 朱莎, 成新宁, 钟燕. ABC 量表对孤独症儿童早期行为特征的分析 [J]. 医学临床研究, 2015, 32(10): 1971-1973.
- [10] 陶国泰. 儿童少年精神病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999: 123.
- [11] 张明元. 精神科手册 [M]. 上海: 科技出版社, 1999: 283-284.
- [12] 李建华, 钟建民, 蔡兰云, 等. 三种儿童孤独症行为评定量表临床应用比较 [J]. 中国当代儿科杂志, 2005, 7(1): 59-62.
- [13] 朱莎, 钟燕, 江淑娟, 等. 孤独症行为量表和克氏孤独症行为量表在孤独症谱系障碍中的应用分析 [J]. 医学临床研究, 2017, 34(5): 1026-1028.
- [14] 谢清芬, 宋维村, 徐澄清. 自闭症: 克氏行为量表的效度与研究 [J]. Bulletin of Chinese Society of Neurology and Psychiatry, 1983, 9(1): 17-27.
- [15] Saemundsen E, Páll M, Jakob S, et al. Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: Convergence and Discrepancy in Diagnosing Autism [J]. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2003, 33(3): 319-328.
- [16] Fombonne E. Diagnostic assessment in a sample of autistic and developmentally impaired adolescents. [J] Autism Dev Disord, 1992(22): 563-581.
- [17] 周浩, 王艺. 中文版儿童孤独症谱系障碍评估工具的现况分析 [J]. 临床儿科杂志, 2017, 12(35): 953.
- [18] 郭延庆, 杨晓玲, 刘靖, 等. 孤独症诊断访谈量表 (修订本) 的诊断效度及信度研究 [J]. 中华精神科杂志, 2002, 35(1): 45-48.
- [19] 黄可, 肖非. 自闭症儿童教育诊断评估工具及其特点分析 [J]. 中国特殊教育, 2013(5): 52-56.
- [20] Jarymke M, Lise N, Evert S, et al. Evaluation of the criterion and convergent validity of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders in young and low-functioning children [J]. Autism, 2012, 16(5): 487-498.
- [21] Susan R, Leekam, Sarah J, et al. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder [J]. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2002, 43(3): 327-342.
- [22] Gudrum N, Bibbi H, Eva B, et al. The Swedish Version of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO-10). Psychometric Properties [J]. Autism Dev Disord, 2009, 39(5): 730-741.
- [23] 汤宜朗, 郭延庆, Catherine E. 等. 孤独症诊断的金标准之一《孤独症诊断观察量表》介绍 [J]. 国际精神病学杂志, 2010, 37(1): 38-40.
- [24] Luyster R, Gotham K, Guthrie W, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule-toddler module: a new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders [J]. J Autism Dev Disord, 2009, 39(9): 1305-1320.
- [25] Lord C, Risi S, Lambrecht L, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism [J]. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2000, 30(3): 205-233.
- [26] 庄晓伟, 陈玉明. 儿童孤独症早期筛查工具概述 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(S1): 350-353.
- [27] 钟霞, 李维君, 刘美华, 等. 2 种儿童孤独症行为评

- 定量表的临床应用比较[J]. 南昌大学学报(医学版), 2012, 52(7): 81-83.
- [28] 龚俊, 邹时朴, 刘冬梅, 等. 社交反应量表的信效度分析[J]. 中国医学创新, 2019, 16(1): 19-23.
- [29] Performance of the Autism Spectrum Rating Scale and Social Responsiveness Scale in Identifying Autism Spectrum Disorder Among Cases of Intellectual Disability[J]. Neuroscience Bulletin, 2018, 34(6): 78-86.
- [30] 陈秋如. 社交反应量表的修订和应用初步研究[D]. 广州: 中山大学, 2009.
- [31] 于松梅, 孙敦科, 杨晓玲. PEP量表的发展及其在中国的修订进展[J]. 中国特殊教育, 2013(7): 30-36.
- [32] Steerneman P, Muris P, Merckelbach H, et al. Brief report: assessment of development and abnormal behavior in children with pervasive developmental disorders. Evidence for the reliability and validity of the revised psycho-educational profile[J]. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1997, 27(2): 177-185.
- [33] 协康会编译. PEP-3 自闭症儿童心理教育评核(第三版)测试员手册. 香港: 商务印书馆, 2009: 38-52.
- [34] Bukin I, Zaridze I, Draudin-Krylenko VA, et al. The effect of beta-carotene on the dynamics of ornithine decarboxylase activity in atrophic mucous membranes and in stomach polyp tissue[J]. Vopr Med Khim, 1992, 38(6): 33-36.
- [35] Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000, 39(6): 694-702.
- [36] Robins DL, Fein D, Barton ML, et al. The modified check list for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders[J]. J Autism Dev Disord, 2001, 31(2): 131-144.
- [37] 沈继英, 肖婷, 肖湘, 等. 改良婴幼儿孤独症量表与婴幼儿孤独症量表临床应用比较[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(5): 340-344.
- [38] 郭纪昌. 婴儿孤独症核对表(CHAT)及其发展[A]. 中国心理学会. 第十五届全国心理学学术会议论文摘要集[C]. 中国心理学会, 2012: 1.
- [39] 杨晓玲, 黄悦勤, 贾美香, 等. 孤独症行为量表试测报告[J]. 中国心理卫生杂志, 1993, 7(6): 279-280.
- [40] 郭楚如, 刘玉珍, 赵虎, 等. 24例儿童孤独症行为干预的效果观察[J]. 护理学报, 2008(5): 86-88.
- [41] 李建华, 蔡兰云, 钟建民, 等. 应用孤独症行为量表评定32例儿童孤独症[J]. 实用临床医学, 2002(2): 3.
- [42] 李建华, 钟建民, 蔡兰云, 等. 儿童期孤独症评估量表的临床应用研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2005, 13(3): 267-268.
- [43] 卢建平, 杨志伟, 舒明耀, 等. 儿童孤独症量表评定的信度、效度分析[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(13): 119-121, 123.
- [44] 龚俊, 邹时朴, 李维君, 等. 孤独症筛查量表(CHAT-23)的应用与信效度分析[J]. 现代医院, 2018, 18(12): 1809-1811, 1814.
- [45] 任爽, 麻宏伟, 胡曼, 等. 孤独症筛查量表M-CHAT与CHAT-23的临床应用研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2012, 14(12): 946-950.
- [46] 龚俊, 罗秀, 李维君, 等. CHAT-23量表在江西省儿童孤独症谱系障碍筛查中的应用效果[J]. 南昌大学学报(医学版), 2019, 59(1): 40-43.
- [47] 吴广霞, 王永霞, 刘红, 等. 社区儿童自闭症早期筛查工具使用现状[J]. 教育教学论坛, 2015(3): 59-60.
- [48] 柯晓燕, 罗硕军, 陶国泰. 克氏行为量表的应用研究[J]. 江西医学院学报, 2002, 42(6): 136-137.
- [49] 于聪, 夏薇, 孙彩虹, 等. 哈尔滨市2~6岁儿童孤独症谱系障碍的现况调查[J]. 中国儿童保健杂志, 2010, 18(10): 750-753.
- [50] 陈艳, 陈卓铭, 胡荣亮, 等. 克氏孤独症行为量表的临床应用[J]. 广东医学, 2007, 28(3): 375-377.
- [51] 孙敦科, 魏华忠, 杨晓玲, 等. 《心理教育评定量表中文修订版C-PEP》修订报告[J]. 中国心理卫生杂志, 2000(4): 222-224.
- [52] 王献娜, 骆维维, 吴卫红, 等. 心理教育量表繁体中文版和简体中文版在特殊儿童中应用的比较[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(3): 249-251.
- [53] 刘靖, 王玉凤, 郭延庆, 等. 儿童孤独症筛查量表的编制与信度、效度分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2004(6): 400-403, 389.
- [54] 陈文雄. 孤独症70年: 从Kanner到DSM-V[J]. 临床儿科杂志, 2013(11): 1001-1004.

[2020-04-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

慢性非特异性溃疡性结肠炎的中医疗护措施 文献分析

范红芳

【摘要】目的 通过阅读文献, 汇总分析中医疗护慢性非特异性溃疡性结肠炎(CUC)的措施, 为CUC的中医疗护管理提供证据支持。**方法** 计算机检索CNKI、万方、维普、Cochrane library、Pubmed、CINAHL等相关数据库, 获取CUC中医非药物疗护管理推荐意见, 分别采用AGREE II、AMSTAR或GRADE系统评价工具, 对纳入指南、系统评价、研究进展、实验对比研究证据尽量进行对应评价。**结果** 检索到中药保留灌肠及其联合西药治疗5篇, 针灸及其联合西药治疗2篇, 推拿及其联合西药治疗2篇, 其他疗法2篇, 并针对性汇总、提取、筛选若干CUC中医疗护高质量证据。比较分析CUC中医治疗与西医治疗优缺点。**结论** 现有对CUC患者中西医结合治疗可有效发挥相互优势, 弥补西医对患者情志调护不足等缺点, 但中医对CUC诊断、辨证、疗效评定不规范研究仍十分不足, 祖国医学研究者应坚持开展高质量原始研究, 及时进行证据总结和评价, 促进中医及联合西医疗护技术循证转化。

【关键词】 慢性非特异性溃疡性结肠炎; 中医疗护; 证据总结

中图分类号 R248 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.017

慢性非特异性溃疡性结肠炎(chronic nonspecific ulcerative colitis,CUC)是临床病因不明、多变量、多因素且多层次的肠道非特异性炎症性疾病, 易累及大肠黏膜层、黏膜下层, 病变表现为腹痛腹泻、肿胀、黏液脓血便、糜烂或浅小溃疡等^[1-2]。CUC主要见于30~39岁成人, 男性发病率高于女性, 其可能受遗传、环境、感染、便秘、精神等因素影响^[3-4], 西医对该病研究已达微观分子与基因层面, 但仍未完全明确。CUC属中医“肠风”“肠癖”“脏毒”“泄泻”等范畴, 病变部位以大肠为主, 涉及脾、肺、肝、肾等脏器; 中医认为发作期基本病机为气滞血瘀、湿热蕴肠, 为反复发作病理基础; 缓解期病机为脾胃受损、余邪未尽^[5]。国内外文献均提到^[6-7], 中药口服或灌肠、推拿及针灸等中医治疗方法在CUC疗效稳定、复发率低、无毒副作用, 但单纯中医、西医仍无法取得预期疗效, 而联合中西医疗法在缓解CUC症状, 提升生活质量水平优势显著, 前景广阔。本研究主要查阅近十年中药保留灌肠、针灸、推拿与其他中医疗法及其联合西医治疗CUC相关证据, 为临床CUC中医治疗及护理管理提供证据支持。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略

查阅指南、证据总结、系统评价、Meta分析等

循证资源。通过计算机检索CNKI、万方、维普、Cochrane library、Pubmed、CINAHL等相关数据库, 获取CUC中医非药物疗护管理推荐意见。检索到有关CUC中医疗护文献共39篇, 分别涵盖中药保留灌肠、针灸、推拿、耳穴疗法、穴位埋线、穴位贴敷等内容, 对中西医结合疗护内容推荐意见质量较高, 最终获取中药保留灌肠及其联合西药治疗5篇, 针灸及其联合西药治疗2篇, 推拿及其联合西药治疗2篇, 其他疗法2篇, 并针对性汇总、提取、筛选若干CUC中医疗护高质量证据。

1.2 纳入、排除条件

(1) 纳入条件: 符合中华医学会消化病学分会制定的炎症性肠病诊断标准^[8], 并在医院确诊; 确诊时间≥6个月; 年龄≥18岁; 具有基本的阅读、理解及认知能力; 患者和家属自愿参与本次调查。

(2) 排除条件: 合并认知障碍或精神类疾病; 近期接受过焦虑、抑郁药物治疗; 伴严重心、肝、肾脏器质性疾病、冠心病、糖尿病等严重疾病; 合并肠易激综合征、肠结核、细菌性痢疾等其他消化系统疾病。

1.3 证据质量评价标准

纳入文献证据限定为2010年至今最新中医非药物疗护方案, 包括: 中医灌肠、灸法(艾条灸、艾柱灸)、中药泡洗、湿敷法、耳穴埋籽、拔罐等诸多中医护理技术操作实训及其联合西药疗法。纳入文献研究质量评价由2位受独立培训且考核通过研究者独立进行。其中指南评定使用AGREE II

评价工具^[9]；系统评价/研究进展/Meta分析方法学证据与质量根据实际文献采取AMSTAR量表、GRADE系统^[10-11]等进行对应评价。

1.4 证据提取及质量评价过程

由2名研究者依据研究类型、文献研究对象纳入与排除标准、干预对策要求独立进行资料提取、筛选、交叉核对等。若存在分歧，交由医院专业循证小组裁决。综合考评文献研究对象、干预对策、结局指标等相关信息资料内容。

2 结果

目前，中医疗护CUC临床研究已取得一定进展，但多以中西医结合治疗为主，单一治疗较少，为临床更优质疗法提供进一步深入研究。本次最终检索到中药保留灌肠及其联合西药治疗5篇，针灸及其联合西药治疗2篇，推拿及其联合西药治疗2篇，其他疗法2篇，并针对性汇总、提取、筛选若干CUC中医疗护高质量证据，比较分析CUC中医治疗与西医治疗优缺点。具体证据总结如下。

2.1 中药保留灌肠联合西药治疗

①汇总多条证据将现代中医灌肠治疗CUC方法分为中药灌肠、烫伤膏灌肠、中西药混合灌肠3方面，步骤是将熬制的中药液经肛门直接灌进直肠并至结肠，促使药物直接作用病患部位，可弥补口服药损失、简便易行、规避激素类药物毒副作用^[12]。②证据推荐针对脾虚肝郁、脾胃气虚与湿热蕴结肠腑、湿热内蕴等不同辨证分型患者，可联合痛泻要方合四逆散、自拟结肠炎方或白头翁汤加减等内治法和上述煎剂灌肠外治疗法，进而确切疗效。③邓耀松对照实验^[13]采取中药直肠滴入治疗CUC，取得较好疗效。④白亦冰等^[14]纳入40例CUC患者采取珍珠烫伤膏保留灌肠；方晓华等^[15]则采取1.0 g/次美沙拉嗪配合榆莧方保留灌肠及中药清热止痢膏穴位贴敷实现对CUC患者有效治疗。⑤现代医学认为，中医保留灌肠等疗护对策与西药联合治疗相得益彰，配合实施具有良好抗炎症、改善机体免疫功能作用，疗效令人满意。此外，证据指出^[16]参苓白术散、扎琼和仁青常觉等藏药交替灌肠治疗，也可提升CUC临床疗效，减轻患者病痛。

2.2 针灸联合西药治疗

有实验表明^[17]，针灸疗法（包括针法和灸法）对CUC患者有无副反应、经济简便、易于接受特点，具阴阳调和、疏通经络、祛邪扶正之功。有证据指出，电针作用机制可能为通过调节TNF- α 等调节炎症反应，减少结缔组织受损。证据认为^[18]临床

针刺选穴以足三里穴、天枢、上巨虚、关元、三阴交及中脘穴为主，达到健脾补虚、阴阳气血平衡疗效。直接灸和间接灸是治疗CUC最常用灸法，艾炷大小选择、隔物药性（如：隔盐、隔药饼、隔姜灸法）等对针灸效果影响较大^[19]。而针灸疗法结合西药治疗CUC患者不仅可提升机体T淋巴细胞亚群CD3、CD4水平，且可有效提高机体免疫力，加快康复进程。吴子英等^[20]则联合中药内服和不同穴位针灸，结果疗效提升12%。

2.3 推拿联合西药治疗

祖国医学中，推拿属于通过推、捏、拿、揉、拍按等诸多手法作用不适体表部位及腧穴的非药物治疗，可疏通经络、推气行血、调和阴阳。本研究证据显示，推拿联合西药治疗CUC，展现物理与化学治疗、内外合治效果。杨梦凡等^[21]基于中医辨证分型对处于缓解期40例CUC患者给予口服美沙拉嗪0.5 g/次结合推拿治疗，改善腹泻、肛门灼热、小便短赤等不良反应，及提升内镜下黏膜疗效。研究证据表明^[22]，推拿作用机理可能为抑制迷走神经兴奋、改善人体自主神经，进而缓解肠道肌肉痉挛及疼痛，减少肠黏膜异常分泌，增强肠道免疫力与促使血管生成、黏膜修复。

2.4 其他疗法

中医治疗CUC常用方法除中药保留灌肠、针灸、推拿及其联合西医疗法外，还有多种内外治辅助联合疗法，如：耳穴疗法、穴位埋线、穴位贴敷^[23]、腹部按摩法等，治疗方法众多但均需遵循辨证正确、选穴得宜原则。有证据^[24]提出，取大肠、神门等主穴、肺、小肠等配穴，联合口服西药等方法，可对CUC患者实施有效疗护。

3 讨论

3.1 CUC中医治疗优缺点

中医学依据CUC临床症状联合辨证论治选择方药，并配合灌肠、针灸、推拿等疗法，效果良好、应用前景广阔。查阅相关文献汇总证据，发现中医药治疗优势包括：毒副作用小；缓解调控CUC症状起效快；有效增强机体免疫或体质；重视个体化疗护；有效平衡肠道菌群等。但仍存在以下不足：缺乏中医药治疗统一诊断与辨证规范及标准；临床治疗CUC患者依从性难以把握；作用机制不确定等，有待进一步探索及提升。

3.2 CUC西医治疗优缺点

CUC西医药治疗虽无特效药物，但基于基础诊断上，采取免疫抑制剂、糖皮质激素、抗生素、益

生菌、氨基水杨酸制剂等内科治疗,及粪便菌群移植、细胞、介入治疗或外科治疗,存在以下优势:短期内控制 CUC 病症;手术治疗严重 CUC 及并发症可显著提高生活质量水平;携带与服用便捷。但证据也存在诸多不足,包括:不良反应显著;疗程长;针对某些顽固性 CUC 几乎无效;术后易产生较多并发症:吻合口狭窄、盆腔感染、贮袋炎等。

综上文献研究证据总结发现,中西医结合治疗可有效发挥相互优势,规避中医对 CUC 诊断、辨证、疗效评定不规范,西医对患者情志调护不足等缺点,使得患者复发率、不良反应显著降低,依从性明显提升。但由于当前仍缺乏大样本、多中心、多学科合作的中西医结合治疗 CUC 方法研究,仍有待医护人员进一步深入研究。

4 参考文献

- [1] 苏仁婧,魏清琳.铺灸疗法在胃肠病症中的应用[J].亚太传统医药,2019,15(12):182-184.
- [2] 张惠珍,赵开明.中医药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床研究概况[J].湖南中医杂志,2019,35(12):121-123.
- [3] 马银.综合干预措施对 UC 伴艰难梭菌感染的抑郁症患者效果观察[J].山东医学高等专科学校学报,2019,41(6):472-473.
- [4] 田立志.参苓白术散加减配合中药灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床评价[J].中国实用医药,2019,14(30):108-109.
- [5] 张惠珍,罗应保,赵开明.中药灌肠结合穴位埋线治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床观察[J].中医临床研究,2019,11(18):60-61,89.
- [6] 朱成慧,吕冠华,孙希良,等.溃结康丸联合美沙拉嗪缓释片治疗脾虚湿蕴型慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床疗效及对患者血清白细胞介素 8、肿瘤坏死因子 α 的影响[J].河北中医,2019,41(1):26-30,35.
- [7] 唐孟意,蒋益.舒适护理在慢性非特异性溃疡性结肠炎中的应用价值[J].中华全科医学,2019,17(2):337-340.
- [8] 张伟,姜锐.榆莢方灌肠联合穴位贴敷治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床疗效[J].世界中医药,2018,13(9):2288-2291.
- [9] 赵华,张焰.慢性非特异性溃疡性结肠炎伴艰难梭菌感染的抑郁症患者的护理体会[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2018,8(4):183-184.
- [10] 许爱军.葛根芩连汤灌肠联合柳氮磺吡啶肠溶片口服治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床观察[J].北方药学,2018,15(3):60-61.
- [11] 杨晓庆,王媛.三联序贯疗法治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(2):181-182.
- [12] LUO Wei-Wei,ZHAO Wen-Wen,LU Jin-Jian,et al.Cucurbitacin B suppresses metastasis mediated by reactive oxygen species(ROS) via focal adhesion kinase(FAK) in breast cancer MDA-MB-231 cells[J].Chinese Journal of Natural Medicines,2018,16(1):10-19.
- [13] 唐梦凡,孙嫚,李毅.慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合治疗研究进展[J].河北中医,2017,39(4):619-623.
- [14] 韩捷.中医四联疗法方案对溃疡性结肠炎的影响[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(8):55-56,70.
- [15] 毕文静,柳越冬.中医治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的研究近况[J].辽宁中医杂志,2017,44(2):422-425.
- [16] 张伟,姜锐.榆莢方灌肠联合穴位贴敷治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎临床疗效[J].世界中医药,2018,13(9):2288-2291.
- [17] 杨斐,郑晓娟,刘近春.溃疡性结肠炎肠道菌群失调的治疗进展[J].胃肠病学,2018,23(1):56-58.
- [18] 秦幸茹,任莹.MRI 诊断炎性肠病的应用进展[J].中国医学影像技术,2018,34(11):1736-1739.
- [19] 孙磊,张亮,陈香梅,等.艾滋病患者肠黏膜病变临床病理特点及其与 CD4 阳性 T 淋巴细胞的相关性[J].中华病理学杂志,2019,48(5):378-384.
- [20] 李淑红,刘华一,唐艳萍.葛根芩连汤加白及灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎急性发作的效果[J].世界中西医结合杂志,2018,13(10):101-104.
- [21] 单海燕,张雪莹,谷海燕.五音疗法联合耳穴贴压缓解溃疡性结肠炎焦虑情绪疗效比较[J].武警医学,2018,29(10):977-979.
- [22] 贾立伟,孙辉,李欣.溃疡性结肠炎药物治疗的研究进展[J].北京医学,2018,40(1):63-65,68.
- [23] 宁丽琴,叶柏,沈洪,等.国医大师徐景藩治疗溃疡性结肠炎的用药规律分析和分子靶点预测[J].中国中药杂志,2018,43(5):1042-1048.
- [24] 郑薇薇,潘林康,刘兴山,等.溃疡性结肠炎中医诊治思路探微[J].中医药信息,2019,36(6):125-128.

[2020-05-08 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

全程无缝隙干预对肺结核咯血患者情绪及生活质量的影响

李杨

【摘要】 目的 探讨全程无缝隙干预对肺结核咯血患者消极情绪及生活质量的影响。方法 将2018年1月—2019年12月医院收治的肺结核咯血患者220例为研究对象,其中2018年接收的110例患者为对照组,2019年接收的110例患者为观察组。对照组采取常规护理,观察组给予全程无缝隙干预。比较两组干预前后流行病学研究中心抑郁量表(CES-D)评分、自我报告广泛焦虑症-7(GAD-7)评分与吕本社交网络简表(LSNS-6)评分,采用健康调查简表(SF-36)对干预前后两组生活质量进行评定分析。结果 两组患者干预前CES-D、GAD-7、LSNS-6评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后观察组CES-D、GAD-7、LSNS-6评分优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组生理职能、情感职能、社会功能、精力4个维度得分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 对肺结核咯血患者实施全程无缝隙干预有利于改善患者焦虑、抑郁等消极情绪,提高其生活质量。

【关键词】 全程无缝隙干预;肺结核;消极情绪;生活质量

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.018

肺结核是由结核分枝杆菌感染引起的一种肺部慢性炎症性疾病,严重威胁人类身心健康,影响人们的生活质量^[1]。据报告,全球2018年活动性结核病病例超过1000万例,死亡人数达到170万人^[2]。咯血是肺结核患者常见的急症之一,严重时容易出现窒息,威胁患者生命^[3]。肺结核合并精神疾病是其护理和预防面临的一个显著、未被意识到的挑战,尤其是在高负担国家。事实上,许多研究已经确认肺结核患者中有很高的精神疾病发病率,包括抑郁和焦虑^[4-6]。因此,人们越来越关注肺结核患者中的精神疾病(包括抑郁症和慢性焦虑)发生与生活质量的下降。虽然肺结核咯血主要依赖于有效止血救治,但以患者为中心,贯穿患者医疗全过程的全程无缝隙干预,可减少或避免窒息的发生,提高患者的满意度,改善医护人员合作关系,促进患者医疗费用的合理化。因此,本研究将全程无缝隙干预应用于肺结核咯血患者,深入探讨其对肺结核咯血患者的消极情绪和生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入条件:符合《肺结核病诊断和治疗指南》诊断标准;初次咯血者;患者及其家属签订知情同

意,并自愿参与。排除条件:不符合《肺结核病诊断和治疗指南》诊断标准;入院前复发咯血或者未咯血者;心、肝、肾等重要脏器严重器质性病变;有严重精神障碍。选取2018年1月—2019年12月我科室接收肺结核咯血患者220例为研究对象,将2018年接收的110例患者为对照组,2019年接收的110例患者为观察组。对照组中男68例,女42例;年龄 <65 岁72例, ≥ 65 岁38例;吸烟情况:从未38例,戒烟22例,当前50例;BMI情况:正常($18.5 \leq \text{BMI} < 24$)共72例,超重/肥胖($\text{BMI} \geq 24$)共29例,消瘦($\text{BMI} < 18.5$)共9例;咯血量情况:少量46例,中等量51例,大量13例。观察组中男71例,女39例;年龄 <65 岁74例, ≥ 65 岁36例;吸烟情况:从未35例,戒烟19例,当前56例;BMI情况:正常($18.5 \leq \text{BMI} < 24$)共70例,超重/肥胖($\text{BMI} \geq 24$)共31例,消瘦($\text{BMI} < 18.5$)共9例;咯血量情况:少量53例,中等量46例,大量11例。两组肺结核咯血患者性别、年龄、吸烟、BMI、咯血量等基线特征比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,包括密切观察病情、口头宣教、熟悉医院环境、指导配合相关检查、进行心理疏导,遵医嘱进行止血、抗痨、抗感染等常规护理,做好并发症预防护理,出院后每隔1个

月电话随访1次等,持续3个月。

1.2.2 观察组 采取以“患者为中心、贯穿整个医疗过程”的全程无缝隙干预。成立全程无缝隙干预小组,由具有5年以上临床护理经验护士担任全程无缝隙干预管理高级责任人,负责计划、执行、协调、监督、评估等一系列相关工作。除了遵医嘱采取常规护理外,加强患者认知干预、行为干预、社会心理支持、经济救助、出院后的随访指导等,具体措施如下。

1.2.2.1 入院时护理 对患者及其家属进行认知干预,介绍病区,宣教肺结核相关知识,尤其是注重咯血先兆知识宣传、遵从医嘱用药的重要性及肺结核的可治愈性,增强患者对疾病的认知,消除不良心理、树立对抗疾病正确积极的态度。使患者掌握咯血先兆,告知其一旦出现相应症状,立即卧床头偏向一侧,将血轻轻咳出,保持呼吸道通畅,按下呼叫铃及时报告医护人员处理。

1.2.2.2 入院后护理

(1)咯血时的护理:当发生咯血特别是中到大量咯血时,要求患者绝对卧床休息,一切活动在床上进行,由于患者一切生活离不开家属照顾,对床上生活不习惯,加上对咯血治疗知识缺乏正确的认知,容易出现恐慌、焦虑、抑郁等情绪,这种消极的情绪容易刺激患者加重咯血量或引起反复咯血。因此护理人员应密切观察患者,稳定患者的情绪,给予其更多关心和安慰,告之患者肺结核咯血的原因与常见诱发因素,病情严重程度与咯血量的多少无直接关系,尽量解除其消极的情绪,避免呼吸道阻塞引发窒息。

(2)呼吸道的处理:注意保持咯血患者呼吸道通畅,若出现窒息征象时,保持患者脚高头低位并患侧卧位,轻拍背部,尽快采取各种措施解除呼吸道阻塞,保持呼吸通畅。

(3)行为干预:中到大量咯血的肺结核患者应绝对卧床休息,小量咯血患者少活动,尽可能卧床休息。肺结核咯血患者应保持大便通畅,避免排便用力 and 屏气,告之患者便秘的危害,嘱其多进食膳食纤维高的食品,养成良好的生活习惯。

(4)社会心理支持:对患者采取多元化方式,将随机与量化教育相结合,将患者的心理护理贯穿整个治疗过程,随时帮助患者消除焦虑、抑郁等消极情绪,向患者宣教情绪调节的方法,减少或避免不良情绪的发生;为患者建立社会家庭的关爱、支持系统,为其营造一个温馨的治疗氛围,帮助患者树立战胜疾病的信心。

(5)经济救助:为患者争取相关的政策或绿色通道,同时指导患者利用其购买的保险来支付医疗费用,减轻患者及家属的经济负担。

1.2.2.3 出院后指导 ①爱心卡片制作:卡片内容包含患者复诊计划和治疗方案、要求患者,并记录的每日医嘱情况、科室地址和联系方式、患者注意事项,紧急救助方式等内容。②短信提示:每日提醒与督促患者按医嘱用药,提高患者治疗的依从性。③随访:2周1次的电话或上门随访,持续2个月,此后每月1次的随访持续至6个月。随访时询问其病情、用药、饮食、运动等情况,耐心解释患者的困惑,纠正其不良行为。

1.3 评价指标

分别在入院时和出院后6个月调查患者的抑郁、焦虑、社交孤立及生活质量情况。

(1)抑郁:采取流行病学研究中心抑郁量表(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)^[7],是检测抑郁症的可靠且有效的工具^[8]。该量表有20个条目组成,最高分60分,总分 ≥ 23 分是抑郁症存在的分界值。

(2)焦虑评价:采用自我报告广泛焦虑症-7(the Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7)^[9],来评价焦虑程度。该量表涵盖了广泛性焦虑、恐慌、社交焦虑、创伤后的应激障碍症状,由7个条目组成。询问被调查过去4周内受到每种症状的频率。总分越高,焦虑情绪越严重,总分最高分21分, ≥ 10 分表明存在焦虑症。

(3)社交孤立评价:采用日本社交网络简表(the Lubben Social Network Scale, LSNS-6)^[9]评估患者社交参与度。总分最高30分,得分越高,社交参与度越高,当总分 ≤ 10 分指示被调查者存在社交孤立。

(4)生活质量评价:采用健康调查简表^[11](SF-36),该量表由生理健康领域(PCS),心理健康领域(MCS)组成。PCS涵盖生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况4个维度,MCS涵盖精力、社会功能、情感职能、精神健康以及健康变化5个维度。每个维度总分100分,得分越高表示生活质量越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS 25.0统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用两独立样本的 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学的意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者 CES-D、GAD-7、LSNS-6 评估结果比较

两组患者干预前 CES-D、GAD-7、LSNS-6 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 但干预后两组三项评分比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后 CES-D、GAD-7、LSNS-6 评分结果比较 (分)

组别	观察例数	CES-D		GAD-7		LSNS-6	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	110	15.23 ± 2.71	13.60 ± 2.52	7.13 ± 1.5	6.45 ± 1.20	15.29 ± 2.42	16.90 ± 2.46
观察组	110	14.93 ± 2.46	10.19 ± 0.35	7.49 ± 1.4	4.38 ± 1.15	14.71 ± 2.36	21.28 ± 2.62
<i>t</i> 值		0.860	14.057	1.840	13.062	1.800	12.782
<i>P</i> 值		0.391	0.000	0.067	0.000	0.073	0.000

2.2 两组患者干预后 SF-36 各个维度得分比较
干预后观察组生理职能、情感职能、社会功能、精力四个维度得分均高于对照组, 差异具有统计学

意义 ($P<0.05$), 其他各维度比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预后 SF-36 各个维度得分比较 (分)

维度	对照组 ($n=110$)	观察组 ($n=110$)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
健康变化	47.52 ± 4.71	48.31 ± 4.21	1.312	0.191
生理机能	46.58 ± 4.84	47.21 ± 3.48	1.108	0.269
生理职能	49.24 ± 3.01	59.35 ± 2.56	26.835	0.000
情感职能	48.98 ± 5.22	52.56 ± 4.76	5.315	0.000
社会功能	58.77 ± 4.21	64.48 ± 3.11	11.442	0.000
躯体疼痛	44.82 ± 3.74	45.19 ± 4.07	0.702	0.483
精神健康	55.69 ± 5.82	56.80 ± 4.45	1.589	0.114
精力	46.02 ± 2.31	53.32 ± 3.46	18.403	0.000
一般健康状况	58.62 ± 5.07	59.19 ± 4.92	0.846	0.398

3 讨论

肺结核患者常见的急症之一是咯血, 其是威胁患者生命的重要原因^[12], 也是影响肺结核患者情绪和生活质量的因素。肺结核是抑郁症一种常见共病, 肺结核合并抑郁症的患者易出现不良求医行为和药物依赖性。许多抗结核药物包括异烟肼和环丝氨酸, 可能导致抑郁、焦虑^[13]。因此需要进一步发展健康

干预措施包括发展社会保护和以“患者为中心”的护理干预^[14], 帮助患者减轻消极情绪, 提高生活质量, 促进肺结核患者早日康复。全程无缝隙干预是一种贯穿于患者整个医疗过程, 以患者利益为中心、发展标准化路径的一种护理模式, 具有积极的临床意义。

3.1 全程无缝隙干预改善了肺结核咯血患者的消极情绪

心理健康是患者整体幸福感的核心部分, 因此

全程无缝隙干预不仅关注患者躯体健康,更注重其心理健康,将护理服务从院内延伸至院外。全程无缝隙干预主要采取各种干预措施包括入院时的认知干预,入院后行为干预、咯血时的处理、社会心理支持、经济救援,出院后随访指导等来改善患者焦虑和抑郁的情绪。本研究结果显示,对肺结核咯血患者实施全程无缝隙干预能有效降低患者焦虑和抑郁情绪,究其原因可能在于:其强化患者认知的干预,使其掌握咯血先兆,了解遵医嘱用药的重要性,减少咯血恐慌、焦虑、抑郁等不良情绪,增强其治疗的依从性,避免或减少窒息、休克等咯血不良事件的发生。

3.2 全程无缝隙干预提高了肺结核咯血患者的生活质量

分析显示:全程无缝隙干预改善了肺结核咯血患者生理职能、情感职能、社会功能、精力4个维度,提高其包括生理健康和心理健康领域的生活质量。肺结核是一种慢性传染性疾病,病程长且难治愈,需要长期的服药,若遭受周围人群的歧视、疏远及隔离治疗容易导致患者处于焦虑、抑郁的消极情绪,加上肺结核患者需要长期接受抗结核治疗,医疗费用高给患者带来巨大的经济负担,影响肺结核患者生活质量。全程无缝隙干预通过社会心理支持,为其营造支持、鼓励治疗氛围,获得来自家庭和社会的关爱,促进其主动融入社会,树立战胜疾病的信心,进而提高其生活质量。另外全程无缝隙干预为患者争取相关的政策或绿色通道,同时指导患者利用其购买的保险来支付医疗费用,减轻患者的经济负担;出院后的随访、短信提醒、爱心卡更有利于提高患者治疗依从性,这一列措施为患者生活质量的提高提供一定的基础。

综上所述,对肺结核并咯血患者应用全程无缝隙干预可改善患者焦虑、抑郁等消极情绪,提高其生活质量。

4 参考文献

- [1] 徐士环,单丹,闫妍.肺结核患者治疗依从性的影响因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(23):20-22.
- [2] Zhang K, Wang X, Tu J, et al. The interplay between depression and tuberculosis[J]. J Leukoc Biol, 2019,106(3): 749-757.
- [3] 杜姗菱,肖芙蓉,林锋,等.针对性护理对肺咯血应用垂体后叶素致低钠血症的影响研究[J].重庆医学,

2016,45(35): 5015-5017.

- [4] Koyanagi A, Vancampfort D, Carvalho A, et al. Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries[J]. BMC Med, 2017,15(1): 209.
- [5] Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, et al. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia[J]. BMC Psychiatry, 2019,19(1):82.
- [6] Mason PH, Sweetland AC, Fox GJ, et al. Tuberculosis and mental health in the Asia-Pacific[J]. Australas Psychiatry, 2016, 24(6): 553-555.
- [7] Treudler R, Zeynalova S, Riedel Heller SG, et al. Depression, anxiety and quality of life in subjects with atopic eczema in a population based cross sectional study in Germany[J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2020, 34(4): 810-816.
- [8] Zuelke AE, Luck T, Schroeter ML, et al. The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study[J]. Affect Disord, 2018,235:399-406.
- [9] Hinz A, Klein AM, Elmar Brähler, et al. Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample[J]. Journal of Affective Disorders, 2017, 210:338-344.
- [10] Lubben J, Blozik E, Gillmann I G, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations[J]. Gerontologist, 2006, 46(4): 503-513.
- [11] 王功琪,徐小燕,何龔.初治肺结核患者的生活质量现况调查[J].解放军护理杂志,2018,35(24):29-33.
- [12] 李王佳,吕发金,李琦,等.肺结核病变表现与咯血责任血管相关性的CT血管成像评价[J].重庆医科大学学报,2019,44(10):1285-1289.
- [13] Jangra MS, Chhabra M. Cycloserine Induced Suicidal Tendencies and Kanamycin Induced Ototoxicity in Indian MDR-TB Patient: A Case Report[J]. Current drug safety,2018,13(3): 211-213.
- [14] 黄文婷,龙亮,胡凤波.全程护理干预在难治性哮喘患者行支气管热成形术中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(15):69-70.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

糖尿病并发糖尿病视网膜膜病变的危险因素

郝莉 赵焕 杨元芳 郑鑫*

【摘要】目的 调查糖尿病并发糖尿病视网膜膜病变(DR)的危险因素,并讨论其护理对策。**方法** 以医院内分泌科2018年6月—2019年3月接收的480例糖尿病患者为研究对象,将其中并发DR的95例患者作为病例组,未并发DR的385例患者作为对照组。调查收集所有患者的相关资料,分析筛选DR的危险因素。**结果** 单因素分析显示,两组患者性别、年龄、血脂水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者BMI、糖尿病病程、血糖水平、吸烟史、高血压史、饮食习惯和每日运动时间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,BMI值高、糖尿病病程长、血糖水平高、吸烟史、高血压史是糖尿病并发DR的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 肥胖、糖尿病病程长、血糖控制不佳、高血压史、吸烟史、均是DR患病的危险因素,临床中应对此进行积极干预,以降低DR患病率或减缓糖尿病患者病情加重。

【关键词】 糖尿病;视网膜病变;危险因素;护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.019

糖尿病视网膜病变(DR)是糖尿病患者高度特异的微血管并发症,病情发展不可逆,也是导致糖尿病患者失明的主要原因。DR的发病机制较为复杂,可能与糖代谢、生长激素、血管生长因子异常有关,DR在早期临床症状不显著,因此难以察觉,大多数患者在出现显著临床症状时已经处于中晚期,导致患者预后不良^[1]。李会琳等^[2]对部分糖尿病患者进行调查显示其患病率为37.2%,这与王涵等^[3]调查的35.8%相差无几,上述研究结果表明,DR在糖尿病患者中的患病率较高,需加以重视。本次研究对医院近两年收治的糖尿病患者进行病例对照研究,对DR的危险因素进行了深入分析,以提出相应护理对策提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将医院内分泌科2018年6月—2019年3月接收的480例糖尿病患者为研究对象,将其中并发DR的95例患者作为病例组,未并发DR的385例患者作为对照组。纳入条件:符合世界卫生组织制定的2型糖尿病诊断标准^[4];临床资料完整;无精神、心理、意识障碍;有配合研究的能力。排除条件^[5]:合并糖尿病急性并发症;合并感染性疾病或血液系统疾病;肝肾功能严重不全;合并严重心脑血管疾病;合并肿瘤疾病;妊娠、哺乳期女性;涉及医疗

纠纷。

1.2 调查内容

本研究自行设计“患者一般资料和病情状况调查问卷”,内容包括患者姓名、性别、年龄、体质指数(BMI)、糖尿病病程、血糖水平[空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)]、吸烟史、高血压史、血脂水平[总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)]、有无不良饮食习惯(高脂饮食、喜好甜食)、每日运动时间等。

1.3 调查方法

患者一般情况调查由研究者向患者和家属讲解本次研究的目的和意义,取得同意后,用统一性语言向其解释问卷内容,患者一般资料内容由患者自己填写,疾病相关部分参照患者病历记录和实验室生化检查。本次研究问卷发放480份,回收480份。

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 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用多因素Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 糖尿病患者并发DR的单因素分析

病例组与对照组患者临床资料对比,性别、年龄、血脂水平组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);BMI、糖尿病病程、血糖水平、吸烟史、高血压史、

作者单位:450000 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院内分泌与代谢病科

* 通讯作者

饮食习惯和每日运动时间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 糖尿病患者并发 DR 的多因素 Logistic 回归分析

以糖尿病患者是否并发 DR 为因变量, 以 BMI、糖尿病病程、血糖水平、吸烟史、高血压史、

饮食习惯、每日运动时间为自变量, 进行多因素 Logistic 回归分析, 结果显示, BMI 值高、糖尿病病程长、血糖水平高、吸烟史、高血压史是糖尿病患者并发 DR 的独立危险因素 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 糖尿病患者并发 DR 的单因素分析

分析因素	类别	病例组 ($n=95$)	对照组 ($n=385$)	t 值	P 值
性别	男	52	212	0.003*	0.954
	女	43	173		
年龄 (岁)		61.59 ± 5.49	62.64 ± 5.08	1.775	0.077
BMI		26.30 ± 2.41	23.27 ± 2.29	11.428	0.000
糖尿病病程 (年)		6.86 ± 2.51	4.27 ± 1.26	14.258	0.000
血糖水平	FPG (mmol/L)	9.06 ± 1.21	7.49 ± 1.18	11.556	0.000
	2hPG (mmol/L)	19.69 ± 1.58	16.44 ± 1.49	18.874	0.000
	HbA1c (%)	9.21 ± 1.28	8.15 ± 1.07	8.308	0.000
吸烟史	有	69	210	10.240*	0.001
	无	26	175		
高血压史	有	68	231	4.349*	0.037
	无	27	154		
血脂水平	TC (mmol/L)	4.61 ± 0.74	4.66 ± 0.68	0.631	0.529
	TG (mmol/L)	2.02 ± 0.53	2.07 ± 0.57	0.776	0.438
	HDL (mmol/L)	1.12 ± 0.33	1.07 ± 0.32	1.356	0.176
	LDL (mmol/L)	2.62 ± 0.43	2.59 ± 0.42	0.621	0.535
不良饮食习惯	有	72	241	5.845*	0.016
	无	23	144		
每日运动时间 (min)	< 30	67	226	4.480*	0.034
	≥ 30	28	159		

* 为 χ^2 值。

表 2 糖尿病患者并发 DR 的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
BMI	1.006	0.231	19.056	0.000	2.736	1.741~4.299
糖尿病病程	0.972	0.258	14.19	0.000	2.644	1.594~4.384
FPG	1.184	0.309	14.717	0.000	3.266	1.784~5.980
2hPG	2.088	0.376	30.886	0.000	8.071	3.864~16.855
HbA1c	1.331	0.334	15.915	0.000	3.785	1.968~7.280
吸烟史	2.623	1.225	4.588	0.032	13.777	1.250~151.873
高血压史	3.431	1.013	11.462	0.001	30.909	4.241~225.284

3 讨论

DR 作为糖尿病一种高度特异且不可逆的微血管并发症, 是一种严重的致盲性眼病, 其较高的发病率和致死率不容忽视^[6]。糖尿病患者 DR 患病危险因素是诸多学者关注的问题, 从本次研究中发现, 糖尿病患者的血糖水平与病程长短、DR 患病密切相关, 李甦雁等^[7]对某社区糖尿病患者视网膜病变的危险因素进行分析, 发现 DR 的患病率与糖尿病病程呈明显的正相关, 李磊等^[8]研究发现, DR 组

患者糖尿病病程平均为 8.08 年, 而非 DR 组患者病程平均为 4.19 年, 由此可见糖尿病病程对 DR 的患病风险有密切关系, 并且在本次研究中, 该因素已经成为 DR 患病的独立危险因素。

患者长期高血糖水平也会增加 DR 的患病风险, 田杏等^[9]研究指出, 糖尿病患者血糖每下降 1 mmol/L, 其 DR 的患病风险会下降 20% 左右。此外陈静等^[10]研究指出, 合并高血压的糖尿病患者, 其 DR 患病的风险也会增高, 这与本研究结果基本符合, 持续的高血压状态会导致血液血浆通过损伤

的微小血管进入视网膜引发病变, 血压控制不合理还会加快视网膜病变的病情加重, 由此可见, 高血压也是 DR 患病的一个重要的危险因素。糖尿病作为我国最常见的慢性疾病之一, 其病程进展受患者日常生活习惯的影响十分严重。本次研究调查发现, DR 患者的体质状况、是否吸烟、饮食习惯和运动情况等与非 DR 患者有明显差异。郝兆虎等^[11]相关研究也证实, 青少年吸烟史是 DR 患病的独立性危险因素, 而且吸烟的时间越长, 频率越高, DR 的患病率就会增高, 病情就会加重, 因此应加以重视。BMI 与 DR 患病在临床中存在一定争议, 但本次研究发现, 两组患者的 BMI 比较差异具有统计学意义, 进一步通过多因素 Logistic 回归分析后, 该因素是 DR 患病的独立危险因素, 此外也有国外研究显示, 肥胖糖尿病患者的 DR 风险是正常体质糖尿病患者的 6 倍左右。本次研究还调查了糖尿病患者的饮食习惯和运动情况, 发现两组患者的饮食和运动状况也存在较大差异, 这说明糖尿病患者的饮食和运动对 DR 的发病和病情状况也有一定影响, 但经过多因素 Logistic 回归分析后, 上述因素并不属于独立性危险因素。沈旻倩等^[12]通过对一部分糖尿病患者一定时间内饮食状况的追踪调查, 结果显示, 坚持低脂饮食的患者可有效减少 DR 患病风险, 而喜好甜食的患者其 DR 患病率较不喜甜食的患者低 10% 左右, 这一研究也充分证实了饮食对 DR 患病的显著影响。

DR 并非不可预防, 本次研究深入分析影响因素后, 可针对其高危因素进行有效的护理干预, 建议临床护理可从以下方面加以干预: ①心理干预。临床研究发现, 糖尿病患者在出现并发症时, 大多会出现焦虑、恐慌、抑郁等不良情绪, 甘亚平等^[13]研究指出, DR 患者会由于视力减退、眼部不适、形象受损等问题出现异常心理, 向患者进行针对性的心理指导, 讲解 DR 病变知识, 纠正患者不良认知和应对态度, 能够有效提高患者的治疗信心, 促进患者配合治疗。②加强用药和生活指导。向患者强调遵医嘱用药的重要性, 告知患者不遵医嘱用药会导致血糖控制不良, 进而导致病情加重, 其他并发症出现, 加大治疗难度; 指导家属加强对患者的用药监督, 协助患者建立正确的用药信念; 耐心向其讲解所服药物的药效、机制、服用时间、剂量及其他注意事项等, 提高患者对药物不良反应的自我监测能力。针对存在诸多不良生活习惯的患者, 应指导其培养良好的生活习惯, 首先劝导患者及时戒烟, 减少吸烟对身体的损耗, 向患者讲解糖尿病的

饮食原则, 根据患者的体质量制定每日摄入总热量, 为患者合理搭配饮食, 告诫患者努力戒除高脂饮食、喜好甜食的不良饮食喜好。为运动依从性较差的患者制定运动计划, 指导家属督导患者生活习惯的改变和培养。③定期进行眼科检查。研究发现, DR 的早期筛查对降低其发病率有显著作用, 因此糖尿病患者眼部出现任何问题时应及时去眼科就诊检查, 对于本身有眼科疾病史的患者应增加定期检查频率, 防止恶化。④建立随访机制。糖尿病作为慢性、终身性疾病, 患者的自我效能与病情进展关系重大, 十分需要对患者进行延续性护理。因此医院为糖尿病患者建立档案并进行随访, 住院期间收集患者联系方式(电话、QQ、微信)以及家庭住址, 充分利用网络技术建立公众号、微信群、QQ 群等平台, 指导患者和家属实名加入, 出院后定期电话随访和视频访视, 记录患者病情变化, 了解患者用药情况、血糖控制情况、自我管理能力和自我管理能力等, 对有 DR 独立危险因素的患者进行重点关注, 加强随访频率, 对于居住在附近社区的患者, 与该社区进行联系, 通过社区活动、板报展示等方式指导社区加强 DR 并发症相关知识的宣教, 充分为患者提供就医和咨询平台。陈丽云等^[14]研究也证实, 通过微信平台对 DR 出院患者进行延伸护理, 可有效改善患者的认知度、遵医行为和生活质量, 对改善患者预后有很大的积极作用。曹怡等^[15]研究也发现, 基于社区为糖尿病患者建立档案进行 DR 认知干预发现, 患者对于 DR 的认知需求较大, 但又缺乏条件去医院就诊, 因此通过社区来进行疾病干预, 既能够节约医疗资源, 又能高效率地为患者提供护理服务。

综上所述, 肥胖、糖尿病病程长、血糖控制不佳、高血压史、吸烟史均是 DR 患病的危险因素, 临床中应对此进行积极干预, 以降低 DR 患病率或减缓糖尿病患者病情加重。

4 参考文献

- [1] 宋美昕, 杨洪滨, 姜洁. 全程护理干预降低糖尿病视网膜病变患者眼底荧光造影不良反应发生率的效果[J]. 中国医药, 2017, 12(2): 298-301.
- [2] 李会琳, 郝少峰, 裴鹏鹏. 80 岁及以上糖尿病患者血脂与糖尿病视网膜病变相关性研究[J]. 中华老年医学杂志, 2018, 37(12): 1376-1378.
- [3] 王涵, 王皓月. 糖尿病视网膜病变进展的危险因素分析[J]. 华西医学, 2016(5): 889-892.
- [4] 邹燕, 李莉芳. 白虎汤对 2 型糖尿病患者体内炎症因子的影响[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(1): 48-50.
- [5] 胡彦秋, 胡长娥, 常晓芳, 等. 延续性护理干预在 2 型

五常法管理结合细节护理应用于高血压性脑出血患者中的效果分析

曹晶

【摘要】目的 探讨五常法管理结合细节护理在高血压性脑出血患者中的应用效果。**方法** 选取2019年1月—2020年8月医院收治的高血压性脑出血患者136例作为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为观察组及对照组,各68例。对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上实施五常法管理结合细节护理干预,比较两组患者并发症、功能恢复及护理满意度情况。**结果** 干预后,观察组患者的认知功能评分高于对照组,神经功能评分低于对照组,并发症发生率低于对照组,护理满意率高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对高血压性脑出血患者实施五常法管理结合细节护理,可降低患者的并发症发生率,促进患者神经功能及认知功能恢复,提升患者的护理满意度。

【关键词】 五常法管理; 细节护理; 高血压脑出血; 效果分析

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.020

高血压性脑出血是由高血压病导致脑底小动脉发生纤维样缺血、坏死形成微小动脉瘤,过度脑力及体力劳动、情绪激动等因素引发血压剧烈升高,进而造成已病变脑血管破裂出血导致脑循环障碍性疾病^[1]。高血压性脑出血具有病情发展迅速、发病急、致残率及病死率高等特点,多发于50~70岁的老年人,随着老龄化加剧,其发病率呈现逐渐上升趋势^[2]。目前手术治疗、药物治疗等是高血压性脑出血患者主要治疗方式,其中手术治疗是患者主流性治疗手段,可有效降低出血损害,改善患者疾病症状,提升其存活率^[3]。但有研究显示^[4-5],高血

压性脑出血患者术后多伴有认知功能障碍、活动功能障碍、再出血、昏迷等系列并发症,容易引发患者出现焦虑、烦躁等情绪波动,严重影响患者康复及生活质量。因此亟需寻找一种有效的护理措施促进患者术后康复,降低其并发症发生率,提升其生活质量^[6]。本研究旨在探讨五常法管理结合细节护理在高血压性脑出血患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年8月医院神经外科收治的高血压性脑出血手术患者136例作为研究对象,纳入条件:符合“中国脑出血诊疗规范”“现

作者单位:277100 山东枣庄矿业集团枣庄医院心内二科

糖尿病视网膜病变中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(1):26-32.

[6] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2017版)[J].中华糖尿病杂志,2018,10(1):28-29.

[7] 李甦雁,刘海洋,刘亚鲁,等.徐州市和平社区糖尿病患者中糖尿病视网膜病变的影响因素[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2019(4):242-248.

[8] 李磊,孔倩倩,王丽,等.2型糖尿病患者视网膜病变的危险因素分析[J].检验医学与临床,2019(11):1503-1505.

[9] 田杏,王珍,杨卫华,等.糖尿病视网膜病变高危因素的研究进展[J].护士进修杂志,2019,34(12):1100-1103.

[10] 陈静,阮流刚,杨洋.2010~2012年重庆市荣昌区糖尿病视网膜病变发病率及危险因素调查研究[J].重庆医学,2016,45(21):3000-3001.

[11] 郝兆虎,邵海琳,黄霄,等.青少年吸烟史、糖尿病发病年龄与糖尿病视网膜病变的相关性分析[J].中华

内分泌代谢杂志,2019,35(4):319-322.

[12] 沈旻倩,杨华,袁源智,等.上海市嘉定区社区2型糖尿病患者糖尿病视网膜病变的流行病学调查[J].中国临床医学,2017(5):723-727.

[13] 甘亚平,陈玲,韦晓丹,等.循证护理对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(8):1026-1029.

[14] 陈丽云,马丹,柳来龙,等.利用微信平台为糖尿病视网膜病变出院患者实施延伸护理的效果评价[J].中华现代护理杂志,2017,23(8):1130-1132.

[15] 曹怡,陈力,郝晓军,等.基于社区慢病档案对糖尿病患者DR患病率和认知度的调查[J].国际眼科杂志,2018,18(2):302-304.

[2020-03-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)

代神经外科学”及MRI检测的高血压性脑出血的诊断标准;首次高血压性脑出血;基本资料完整;患者或家属自愿参与本研究,并签订知情同意书。排除条件:非高血压因素所致脑出血;中途转院;合并其他严重疾病;合并恶性肿瘤;不配合研究。按照组间基本特征匹配的原则分为观察组与对照组,各68例。对照组中男38例,女30例;年龄30~85岁,平均 57.51 ± 5.67 岁;高血压病程1~15年,平均 7.51 ± 1.67 年;出血量31~80 ml,平均 51.39 ± 9.33 ml。观察组中男37例,女31例;年龄31~85岁,平均 57.56 ± 5.62 岁;高血压病程1~14年,平均 7.58 ± 1.65 年;出血量32~79 ml,平均 52.26 ± 9.36 ml。两组患者性别、年龄、病程出血量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理干预。①健康宣教。责任护士为患者发放健康管理手册,面对面为患者讲解手册内容,及时解答患者的提问。②心理护理。嘱家属多给予患者精神鼓励,陪患者聊天、看电视等。③行为干预。指导患者进行规律用药、康复锻炼、并发症预防等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上,给予五常法管理结合细节护理干预实施。

1.2.2.1 细节护理

(1)环境方面:为患者安置舒适、光线充足、通风、单独卫生间的病房,将相近年龄、病情患者安排在同一房间,配备微波炉、空调、电视、床旁平板、床头呼叫铃、生活用品等,张贴相应安全警示牌,摆放1~2盆植物或鲜花。安排清洁员早晚打扫病房,并对生活用品及空气进行消毒,室温约为 22°C ,湿度约为55%。

(2)认知方面:为患者发放疾病管理手册,并定期为患者开展专题知识讲座,结合图片、思维导图、视频等形式为患者形象化讲解,主要讲解内容为医院环境、治疗意义及流程、康复指导、用药指导、饮食指导、生活指导等。利用微信平台推送疾病康复相关知识及保健常识等。

(3)心理方面:主动了解患者的心理状况,分析影响患者心理情绪的主要因素及内心需求,实施针对性干预:①心理疏导。对负性情绪较严重者,由心理咨询师为其进行一对一心理疏导;责任护士多与患者沟通,及时了解其所需、所想,尽能满足其内心需求,教会患者使用呼吸放松、冥想放松法等调节情绪,嘱咐家属多给予其鼓励,陪其聊天、听音乐、看电视、适当活动等。②树立信心。为患

者分析良好心态对疾病恢复意义,讲解手术、药物治疗的成功率,介绍主治医师水平,分析治疗及康复成功案例,并邀请康复者分享康复经验,增强其治愈信心。

(4)生理方面:①并发症预防。术中严格执行无菌操作,确保呼吸道通畅,合理应用抗生素预防感染,帮助患者翻身、按摩受压部位,定期清洁皮肤,评估压疮风险,做好皮肤护理措施,密切监测患者血流动力学、血压、出血部位等情况,做好再出血、静脉血栓预防措施。②对症处理。及时跟踪患者临床症状,对疼痛剧烈者遵医嘱给予镇痛药,对恶心呕吐者给予止吐药,对口腔黏膜炎、肺部感染者,遵医嘱给予抗生素治疗。③康复指导。评估患者的功能障碍情况,对不同功能障碍者给予康复指导措施,包括认知功能康复和神经功能康复。认知功能康复中责任护士对患者进行定向力训练(以提问形式训练时间、位置、方向等)、计算训练(加减乘除计算训练)、记忆力训练(回忆既往照片、记住人名训练)、语言训练(听、说、读写训练)、生活自理训练(独立穿衣、洗漱等训练),每次30~45 min,每日1~2次。神经功能康复主要采用穴位针刺、神经电刺激等方式刺激神经,每天由专业康复师完成此操作。

1.2.2.2 五常法管理 组建护士长-主管护师-资深护士质量管理小组,由质控组对科室护士的护理工作进行常组织、常清洁、常整顿、常自律、常规范等五常法管理,具体如下:

(1)常组织:质控组每周组织护士及时处理不必要物品,规范整理病房及护理室,塑造清爽的病房环境及工作场所,并对相应的物品进行定置,标注相关名称及注意事项,规避误用情况。

(2)常清洁:质控组安排科室护士每天清洁工作场所及病区环境,营造一个舒适、干净的医院环境,对可重复利用品及时清洁、消毒处理并摆放至固定位置,利于工作进行。

(3)常整顿:质控组每周对护士的护理工作、医院环境、物品定置管理等相关工作进行检查,对不足进行整顿改进,逐步优化临床护理质量。

(4)常自律:为护士发放高血压性脑出血患者规范护理指导手册、定置标准及护理质量标准手册,嘱咐护士严格遵从指导手册规范护理操作。

(5)常规范:质控组建立优化护理流程,完善护理质量标准,每月对护士进行细节护理专题理论知识讲座、操作技能演练培训,制订培训考核标准,培训结束后对护士进行标准化考核,对未合格护士

进行再培训、考核。

1.3 观察指标

(1) 功能康复情况: 调查两组患者的认知功能及神经功能恢复情况, 认知功能采用简易精神状态检查表 (MMSE) 评估患者的认知功能恢复情况^[7], 包括视空间、语言、时间向力、地点向力、记忆能力、会议能力、即刻或延迟记忆、注意力及计算能力等 7 个方面, 共 30 个条目, 满分为 0~30 分, 27~30 分为正常, 21~26 分为轻度认知障碍, 得分越低认知障碍越严重。神经功能采用改良 Rankin 评分量表 (MRS) 评估患者神经功能^[8], 从 0~5 分分别表示“完全无症状”到“严重残障”进行评分, 分数越低代表神经功能障碍越低。

(2) 并发症: 采用本院发放的并发症情况调查问卷, 该问卷包含感染、再出血、脑水肿、压疮 4 个方面, 发生率 = (感染例数 + 再出血例数 + 压疮例数 + 脑水肿例数) / 总例数 × 100%, 并发症发生率越低越好。

(3) 满意度: 采用本院发放的护理满意度问卷调查, 由患者对护理人员工作进行评价, 包含不满意、满意、非常满意 3 个等级, 满意率 = (总例数 -

不满意例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理

选用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 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。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者功能康复情况比较

实施五常法管理结合细节护理干预后, 观察组患者的认知功能评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 神经功能评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者的并发症发生情况比较

实施五常法管理结合细节护理干预后, 观察组患者的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 两组患者的护理满意度比较

实施五常法管理结合细节护理干预后, 观察组患者的护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者功能康复情况比较 (分)

组别	观察例数	认知功能		神经功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	68	22.26 ± 2.26	28.85 ± 2.84	2.35 ± 0.28	1.58 ± 0.16
对照组	68	22.29 ± 2.27	25.78 ± 2.53	2.37 ± 0.27	2.14 ± 0.22
<i>t</i> 值		0.077	6.656	0.424	16.976
<i>P</i> 值		0.939	0.000	0.672	0.000

表 2 两组患者的并发症发生情况比较

组别	例数	感染	再出血	压疮	水肿	总发生率 (%)
观察组	68	1	0	1	0	2.94
对照组	68	3	2	3	2	14.71

$\chi^2 = 5.850$, $P = 0.016$ 。

表 3 两组患者的护理满意度比较

组别	例数	不满意	满意	非常满意	满意度 (%)
观察组	68	0	32	36	100.00
对照组	68	6	28	34	91.18

$\chi^2 = 6.277$, $P = 0.012$ 。

3 讨论

高血压性脑出血临床一般表现为恶心呕吐、剧烈头疼、躁动及嗜睡昏迷等, 随血肿扩大会出现瞳孔散大、呼吸障碍、神经系统功能障碍症状, 严重

危害患者的生命健康^[9]。目前高血压性脑出血患者多采用药物治疗、手术治疗等, 医护人员可根据患者病情特点选择最佳的治疗方式, 帮助患者控制病情, 解除血肿对神经的压迫^[10]。由于该疾病患者多为中老年群体, 治疗过程中易对脑组织造成不同程度损伤, 导致炎症因子表达升高, 且脑出血所形成血肿压迫会损害神经, 治疗后若忽略任何细微环节可能出现再出血、并发症、感染、功能障碍等, 严重影响患者预后及护理满意度^[11-12]。因此, 为有效提高高血压性脑出血患者康复效果, 对患者实施有效护理措施显得尤为重要。

细节护理是一项以注重细节为理念的系统、整体护理模式, 该模式通过给予患者细节化护理服务满足患者护理需求, 减少患者护理风险, 避免护患矛盾, 提升护理质量^[13]。有关研究表明^[14], 将细节护理应用于神经外科患者护理中, 能显著降低患

者护理风险,提升患者护理效果。“五常法”管理最先源于日本企业管理,随后逐步应用于医学领域,具有良好的应用效果^[15]。五常法管理是指常组织、常清洁、常整顿、常自律、常规范,强调以护理现场为中心,以护理人员为主体,要求护理人员从小事做到自律、规范,认真做好每件事,以改善职业素养及护理质量为目标^[16]。五常法管理结合细节护理属于一种管理与护理相结合的新型模式,通过在细节护理措施过程中进行五常法质量管理,旨在满足患者护理需求,以提升患者护理效果及临床护理质量^[17]。

本研究将五常法管理结合细节护理应用于高血压性脑出血患者中,结果显示,干预后,观察组患者的认知功能评分高于对照组,神经功能评分低于对照组($P<0.05$);观察组患者的并发症发生率低于对照组($P<0.05$);观察组患者的护理满意度高于对照组($P<0.05$)。此研究结果表明,五常法管理结合细节护理能明显降低高血压性脑出血患者的并发症发生率,促进其认知功能及神经功能恢复,提升患者对护理工作的满意度。究其原因:对照组实施常规护理中,仅对患者进行形式化宣教、心理护理、基础护理等措施,但患者的心理状态、疾病水平及病情程度均存在差异,不能满足多数患者护理需求,导致整体护理效果不佳。观察组患者实施五常法管理结合细节护理中,以患者护理需求为中心,注重环境方面、认知方面、心理方面、生理方面护理细节,弥补常规护理不足之处,可有效帮助患者提升认知水平及病房环境舒适度,改善患者负性情绪,促进患者神经及认知功能恢复;同时通过常组织、常清洁、常整顿、常自律、常规范五常法管理对科室护士进行医院环境管理、设施定置、护理环节质控及规范,可全面提升患者的功能康复效果,降低其并发症发生率,提高患者对护理工作满意率。

综上所述,通过对高血压性脑出血患者实施五常法管理结合细节护理,能明显降低患者的并发症发生率,促进患者神经功能及认知功能的恢复,提升患者的护理满意率。

4 参考文献

- [1] 张运孝,张祖勇.高血压性脑出血外科干预[J].浙江临床医学,2020,22(7):1074-1075.
- [2] 张开鑫,方宪清,程彪,等.早期分步控制性减压手术治疗重症高血压脑出血患者的疗效分析[J].临床神

经外科杂志,2020,17(4):434-438.

- [3] 范羽娇,孙香君,董海静.预见性护理对高血压脑出血患者抢救效果及预后影响[J].成都医学院学报,2020,15(4):526-529.
- [4] 潘榆春,薛元峰,胡红娟,等.颅内压及相关参数与老年高血压性脑出血预后的关系研究[J].临床神经外科杂志,2020,17(4):405-407,412.
- [5] 陈小红,周斌,师秋霞,等.脑出血患者术后细节性延续性护理对患者康复效果的影响及思考[J].中国实用护理杂志,2019,35(21):1601-1607.
- [6] 王旭生,周祥,郭言,等.急性高血压性脑出血术后患者抑郁及其危险因素分析[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(7):513-517.
- [7] Fang Yu, Liu Wanrong, Wang Hui, et al. Analysis of 34 cases of hypertensive intracerebral hemorrhage treated by small bone window craniotomy combined with invasive intracranial pressure monitoring[J]. Anhui Medicine, 2019, 23(6):1119-1121.
- [8] 刘双,刘学友,何霞,等.阿司匹林相关性高血压性脑出血病人开颅术后再出血的危险因素分析[J].中国微侵袭神经外科杂志,2020,25(7):299-302.
- [9] 邵玲玲.康复护理对微创血肿清除术治疗高血压性脑出血的效果观察[J].中国医药指南,2020,18(21):235-236.
- [10] Wei Yanju. Effect of Nursing Intervention on Postoperative Rebleeding Rate in Patients with Hypertensive Intracerebral Hemorrhage[J]. Chinese and foreign medical research, 2018, 16(2):84-85.
- [11] 杨振年,甄云,陈天宝.微创治疗高血压性脑出血神经功能的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(12):1966-1968.
- [12] 张海云.舒适护理在继发性高血压并发脑出血护理中的临床效果[J].中国保健营养,2020,30(26):238-239.
- [13] 李孝荣.细节化护理在高血压脑出血患者术后护理中的实施效果[J].中国老年学杂志,2019,39(2):277-279.
- [14] 黄丽宏,张秀香.细节管理在神经科病房护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2018,15(8):90-91.
- [15] 姚良悦.五常法在导管室管理中的应用效果分析[J].蚌埠医学院学报,2020,45(3):417-419.
- [16] 陈淑丽,严娟,刘梅秀.五常法在口腔教学门诊护理质量管理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(15):177,198.
- [17] 谢慧蓉,吴远聪,刘秀梅,等.五常法管理模式联合人性化护理措施应用于高血压性脑出血的效果分析[J].中华全科医学,2018,16(6):1021-1024.

[2021-01-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

戴明循环管理在幽门螺杆菌阳性四联疗法治疗患者中的临床应用

姚旺 孙元婧 郭连荣 任卿 牛雪

【摘要】目的 探讨戴明循环管理在幽门螺杆菌阳性四联疗法治疗患者中的临床应用效果。**方法** 选取2019年2月—2020年2月医院收治的幽门螺杆菌阳性患者148例为研究对象,按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组和观察组,每组74例。两组患者在给予四联疗法治疗的同时,对照组给予常规干预,观察组联合戴明循环管理干预,比较两组患者干预前后的临床疗效、Zung焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)以及生活质量量表评分。**结果** 实施戴明循环管理联合四联疗法治疗后,观察组临床疗效明显优于对照组($P<0.05$);观察组SAS、SDS评分低于对照组($P<0.05$);观察组生活质量评分明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 戴明循环管理配合四联疗法治疗可提高幽门螺杆菌阳性患者临床疗效,缓解不良心理状态,提高患者生活质量水平。

【关键词】 戴明循环管理; 四联疗法; 幽门螺杆菌; 临床疗效; 心理状态; 生活质量

中图分类号 R473.57 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.021

幽门螺杆菌(HP)属革兰氏染色阴性微需氧菌,是一种单极、多鞭毛、螺旋形弯曲的细菌。1994年国际癌症研究机构将幽门螺杆菌定为I类致癌源^[1]。幽门螺杆菌阳性是慢性活动性消化性溃疡、胃炎、胃癌以及胃黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤的主要发病因素^[2]。HP阳性感染后引起胃黏膜充血、水肿甚至出血、糜烂,临床治疗往往迁延不愈,对患者身心健康均造成了不同程度的消极影响^[3]。该疾病须常规联合用药,但常规标准三联疗法临床疗效根除率低于80%,效果不佳^[4]。目前的临床治疗多采用四联疗法,可在较大程度上克服HP对甲硝唑、克拉霉素的耐药性^[5]。相关数据表明^[6],HP阳性患者1年内胃溃疡复发率为50%~70%,极易导致患者出现焦虑不安、恐惧、挫败感、抑郁等不良情绪,而生理及心理处于高度应激状态,直接影响到预后以及生活质量^[7]。相关研究表明^[8],采用科学的护理管理可以有效提高幽门螺杆菌阳性患者的临床疗效和生活质量。戴明循环管理(PDCA)是一种现代护理新型管理模式之一,根据戴明环管理法的特点和优势,经过每一次护理流程的循环,对护理管理质量都会起到系统化提升的作用。基于此,我院将戴明循环管理配合四联疗法治疗应用于幽门螺杆菌阳性患者临床研究中,应用效果满意。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年2月—2020年2月医院收治的幽门螺杆菌阳性患者148例为研究对象,纳入条件:经空腹¹³C尿素呼气试验检测幽门螺杆菌(HP)结果为阳性;意识清晰,可以进行正常交流和沟通;同意参与本次研究。排除标准:患有幽门梗阻消化道出血、穿孔或癌变;对相关药物产生抗药性;有精神疾病史,无法正常沟通;合并其他重要脏器严重疾病;依从性差,不同意参与本次研究。按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组和观察组,每组74例。对照组中男35例,女39例;年龄22~75岁,平均 34.35 ± 2.19 岁;病程1~8年,平均 3.53 ± 1.49 年。观察组中男36例,女38例;年龄21~76岁,平均 33.27 ± 3.38 岁;病程0.8~7年,平均 3.25 ± 1.63 年。两组患者性别、年龄以及病程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 给予常规干预,向患者详细介绍该疾病的病因、治疗方法以及治疗期间需要注意的事项,叮嘱患者注意个人卫生,遵医嘱用药,防止家庭内感染;向患者及家属讲解该疾病传播途径为口粪传播和口口传播,建议餐具分开使用等;按时按量遵医嘱用药,如出现不良反应及时予以对症处理,减少停药可能性的发生;做好心理护理,缓解患者不良情绪,增强自信心,增加依从性;饮食以

温热的流食为主，注意营养的均衡摄入，增强抵抗力，防止病情复发。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合戴明循环管理干预，具体方案实施如下：

1.2.2.1 成立戴明循环管理小组 选取1名经验丰富、资历深的护士长以及4名责任护士组成戴明循环管理干预小组，由护士长任小组组长，统筹各小组成员护理任务和工作内容，对小组成员统一进行戴明循环管理知识培训并进行考核。确保小组成员能够熟练掌握戴明循环管理内涵。小组每周召开1次总结讨论会，对临床护理中遇到的问题集中讨论后给予解决方案。

1.2.2.2 建立患者疾病档案 收集患者姓名、年龄、住址、联系方式等基本资料以及对患者病历内容进行整理归纳，建立独立的患者疾病管理档案，以便于了解患者具体病情，针对性地制订方案。

1.2.2.3 戴明循环管理方案（图1）

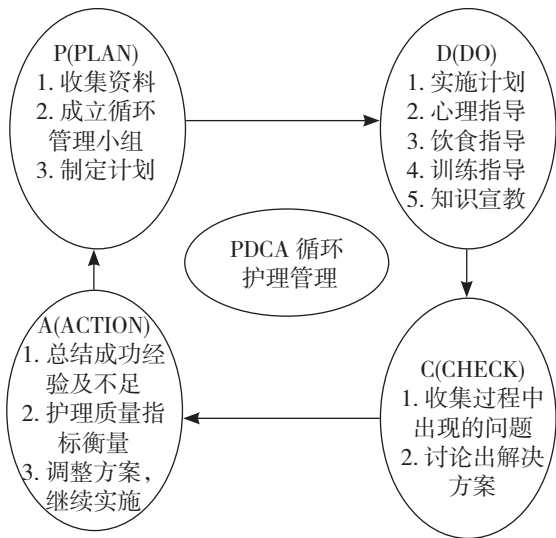


图1 戴明循环管理方案

（1）P计划：根据疾病档案对患者心理状态以及现有疾病相关知识掌握程度以及治疗方案了解度等进行全面评估，结合患者现阶段实际需求，为每位患者制订符合实际情况的针对性护理管理方案。

（2）D实施：为患者实施方案，从心理指导、饮食指导、健康宣教以及用药指导等方面对患者实施护理干预，其中心理指导主要是在患者检测结果呈阳性后，向患者详细讲解该疾病的治疗方案和计划，并做好各项用药治疗的健康指导以及注意事项。对患者进行评估，帮助患者找出导致不良情绪的原因，充分尊重患者，尽可能满足其心理需求；指导患者合理膳食，使患者自身认识到控制饮食的重要性，从而增强其依从性，在医师建议指导下定时定

量、确保多样化制订合理膳食食谱；尽量做好规律作息以及适量的体育锻炼运动；为患者创建患者之间的交流平台，鼓励患者之间多互动，多交流，树立康复信心，积极配合四联治疗。

（3）C检查：针对实施情况，对患者掌握情况以及自我管理等进行评估、反馈，确定患者是否掌握以上宣教内容。每日通过对患者的临床记录分析，找出护理过程中出现的相关问题，小组讨论解决方案。对医护人员的护理质量进行检测，找出问题并及时解决。

（4）A处理：根据以上评估，收集患者及其家属对护理过程中存在的问题和建议，制订出解决方案。总结护理过程中取得的成功案例，分享并学习护理方法，给予患者鼓励和肯定。将这一阶段取得成果和遗留问题循环应用于下一轮护理管理当中，不断完善护理管理方案。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：显效指临床症状消失，炎症消失，溃疡愈合；有效指临床症状基本消失，体内炎症得到基本控制，溃疡面积≤50%；无效指未达到上述标准，HP持续阳性。

（2）负性情绪：采用Zung焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）对两组患者干预前后的心理状态进行评价。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。SAS临界值为50分，SDS临界值为53分。评分越低表明心理状态越好。

（3）生活质量：采用中文版SF-36简明生活质量量表对两组患者干预前后的生活质量情况进行评分比较，该量表主要包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康等维度，各维度满分均为100分。分值越高，表明患者生活质量越好。该量表Cronbach's α系数为0.869，信效度较好。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行统计分析，计量资料采用“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。以P<0.05表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后的临床疗效比较

干预后，观察组临床疗效明显优于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表1。

2.2 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较

实施戴明循环管理联合四联疗法治疗后，观察组 SAS、SDS 评分明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者干预前后的生活质量评分比较

实施戴明循环管理联合四联疗法治疗后，观察组生活质量评分明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 1 两组患者干预后的临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效
观察组	74	50	22	2
对照组	74	35	30	9

秩和检验： $u=2.731$ ， $P=0.006$ 。

表 2 两组患者干预前后的 SAS、SDS 评分比较（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	74	56.33 ± 5.77	30.64 ± 3.13	53.72 ± 5.66	30.64 ± 3.21
对照组	74	56.36 ± 5.63	43.58 ± 4.18	53.21 ± 6.47	40.97 ± 5.75
t 值		0.032	21.316	0.510	13.494
P 值		0.975	0.000	0.611	0.000

表 3 两组患者干预前后的生活质量评分比较（分）

组别	观察例数	生理功能		生理职能		躯体疼痛		总体健康	
		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	74	55.14 ± 16.22	78.95 ± 9.33	57.32 ± 10.38	81.39 ± 8.49	63.13 ± 10.22	86.17 ± 5.65	56.64 ± 9.39	82.34 ± 6.05
对照组	74	54.73 ± 14.96	67.95 ± 11.08	57.37 ± 11.93	69.57 ± 14.75	62.75 ± 11.45	71.47 ± 8.54	57.23 ± 8.63	73.45 ± 9.26
t 值		0.160	6.533	0.027	5.975	0.213	12.349	0.398	6.914
P 值		0.873	0.000	0.978	0.000	0.832	0.000	0.698	0.000

组别	观察例数	活力		社会功能		情感职能		精神健康	
		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	74	56.24 ± 8.24	87.34 ± 7.31	64.78 ± 7.15	82.99 ± 6.65	56.12 ± 11.22	88.14 ± 7.93	57.23 ± 9.32	78.32 ± 9.24
对照组	74	55.73 ± 7.73	75.32 ± 10.21	65.23 ± 8.48	72.54 ± 9.39	55.85 ± 12.35	74.47 ± 8.33	56.72 ± 8.23	69.53 ± 8.32
t 值		0.388	8.234	0.349	7.813	0.139	10.225	0.353	6.081
P 值		0.698	0.000	0.728	0.000	0.889	0.000	0.725	0.000

3 讨论

幽门螺杆菌（HP）于 1982 年由澳大利亚学者 RW 和 BM 首次发现，是引发消化性溃疡、慢性胃炎以及胃癌等疾病的重要致病因素，并定为 I 类致癌原^[9]。HP 一般是通过唾液传播、粪口传播、

医源性传染传播 3 种途径。因此，HP 感染实际意义上也是一种传染病^[10]。据不完全数据统计^[11]，全球约有近半数人口感染 HP，我国的 HP 感染率为 40%~70%，感染人群范围极广。根据研究显示^[12]，所有的 HP 阳性患者一般都会发展成以胃窦为主的胃炎，15% 的 HP 阳性患者将会发展成为消化性溃

疡, HP 阳性感染者发生胃癌和 MALT 淋巴瘤的风险比未感染人群增加了 2~6 倍。在我国慢性胃炎发病率高达 60%, HP 感染者几乎无例外发展成慢性胃炎, 95% 以上慢性胃炎患者都有 HP 感染。HP 感染后将会出现上腹不适、胃痛、胃胀、反酸、溃疡等症状, 对患者身心健康均造成了不良影响^[13]。

目前该疾病尚无单一特效药能有效彻底根除, 必须进行联合用药。临床上常采用标准三联疗法, 基本是 PPI、克拉霉素、阿莫西林或是 PPI、克拉霉素、甲硝唑, 临床疗效不佳, 且因该疾病久治不愈等特点, 患者往往出现焦虑、A 型行为等心理障碍。研究表明^[14], 长期焦虑、抑郁等不良情绪可使人体交感神经失衡, 自主神经功能受到影响, 从而引起胃黏膜血管舒张功能出现紊乱, 导致胃溃疡、胃部不适等症状。目前临床治疗多采用四联疗法, 可在较大程度上克服 HP 对甲硝唑、克拉霉素的耐药性^[15]。戴明循环管理是对各护理环节过程进行监管并对其质量进行细化量化, 确保护理质量体系顺利科学有效运行的一种现代管理模式, 通过分析现阶段护理质量现状并分析其影响因素, 制订计划采取措施; 将方案计划付诸行动, 并检测执行度和取得的成果; 对执行成果与预期目标进行比较, 调查分析过程中的问题并讨论怎样解决; 把成功的经验形成标准, 在此基础上总结整改并把遗留问题以及新的方案继续实施四个步骤^[16]。因此, 对幽门螺杆菌阳性患者给予四联用药治疗的同时采取科学有效的戴明循环管理干预对患者获取优质预后具有重要意义。

本研究将戴明循环管理配合四联疗法治疗应用于幽门螺杆菌阳性患者临床研究中, 通过成立戴明循环管理小组, 在给予四联疗法治疗的同时, 采用 PDCA 四个步骤全面评估患者后制订有效护理方案, 并在实施中发现问题, 解决问题, 从而促进患者获取良好预后。本研究结果显示, 实施戴明循环管理联合四联疗法治疗后, 观察组临床疗效明显优于对照组 ($P<0.05$); 观察组 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$); 观察组生活质量评分明显高于对照组 ($P<0.05$)。由此可以看出, 戴明循环管理配合四联疗法治疗可明显提高幽门螺杆菌阳性患者临床疗效, 缓解其不良心理状态, 提高患者生活质量水平。

4 参考文献

- [1] 李锐, 于丹, 李淑芹, 等. 浅析幽门螺杆菌根除治疗对幽门螺杆菌阳性的功能性消化不良患者的临床效果

[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(3): 116-117.

- [2] 何丽立, 唐春丽. 雷贝拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的临床刍议 [J]. 系统医学, 2020, 5(13): 31-33.
- [3] 刘春力. 幽门螺杆菌根除治疗对幽门螺杆菌阳性的功能性消化不良的治疗作用研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(16): 177, 190.
- [4] 王祯祥. 愈疡汤联合西医四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡 [J]. 河南中医, 2019, 39(3): 431-433.
- [5] 梅相群, 陈启辉. 标准四联疗法与序贯疗法在胃溃疡幽门螺杆菌阳性患者中的应用评价 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(2): 77-79.
- [6] 侯仁好, 苗芸芸, 初晓艺. 序贯疗法与三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10(1): 94-96.
- [7] 翟经鹏. 幽门螺杆菌根除治疗对幽门螺杆菌阳性功能性消化不良患者疗效的影响 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(14): 1994-1995.
- [8] 陈冲冲, 王宏茹, 许广亮, 等. PDCA 循环模式对降低老年脑卒中患者压疮发生率的应用观察 [J]. 临床研究, 2019, 27(1): 162-164.
- [9] 石鹏, 姚洁. 黄连素联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的效果及机制探讨 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(22): 77-79.
- [10] 曲佑保. 根除幽门螺杆菌疗法对幽门螺杆菌阳性功能性消化不良临床效果研究 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(36): 128-129.
- [11] 李亚洲, 徐法贞, 戴冬瑾. 克拉霉素和阿莫西林联合质子泵抑制剂治疗幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效研究 [J]. 当代医学, 2019, 25(24): 115-117.
- [12] 赵刚. 三联疗法联合健脾清热化湿法对幽门螺杆菌阳性脾虚湿热型慢性胃炎的效果分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(23): 76-77.
- [13] 张静. 四联疗法对幽门螺杆菌阳性消化性溃疡患者幽门螺杆菌根除率、疗效及不良反应的影响 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(24): 157-158.
- [14] 郭静. 三联疗法联合柴胡舒肝丸对幽门螺杆菌阳性胃溃疡患者幽门螺杆菌根除率及疗效的影响 [J]. 中成药, 2019, 41(4): 957-959.
- [15] 陈建全. 序贯疗法与标准四联疗法治疗胃溃疡幽门螺杆菌阳性患者疗效比较 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(16): 76-77.
- [16] 范晓梅, 李文周, 张竞佳, 等. PDCA 循环管理干预儿科辅助用药磷酸肌酸钠的临床效果评价 [J]. 中国现代应用药学, 2019, 36(5): 580-583.

[2020-04-18 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方对慢性心力衰竭患者的影响

邬海燕

【摘要】 目的 探讨基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方对慢性心力衰竭患者自我护理能力、生活质量及照顾者负担的影响。**方法** 选取2017年9月—2019年3月在医院进行慢性心力衰竭治疗的患者100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。对照组行常规护理,观察组在对照组基础上实施基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方护理,比较两组干预后自我护理能力及生活质量,比较两组照顾者负担水平。**结果** 干预后,观察组自我护理能力评分明显高于对照组($P<0.05$);观察组生活质量评分明显高于对照组($P<0.05$);观察组照顾者负担评分明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 对慢性心力衰竭患者实施基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方护理,能够有效改善自护能力及生活质量,同时有助于降低照顾者负担。

【关键词】 心功能分级;阶梯式运动康复;护理;慢性心力衰竭;自我护理能力;生活质量;照顾者;负担水平

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.022

慢性心力衰竭为多种心脏病发展至终末期出现的疾病,以心功能明显降低为特征,症状以疲劳感增强、运动耐力降低及呼吸困难等症状为主^[1],对日常生活造成严重影响。2013年美国心脏病学会/美国心脏学会指南指出:运动锻炼可安全有效地改善慢性心力衰竭患者功能状态。1969年世界卫生组织开始采用运动处方这一名词,并得到了国际的认可。运动处方是医师根据个人的年龄、性别、健康状况、身体素质以及心血管、运动器官的功能状况,制订出适合的运动内容、运动强度、运动时间及频率。周文静等^[2-3]指出,通过指导慢性心力衰竭患者进行基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方,即在根据病情稳定且能够开展适当运动时,开具适合的运动内容、运动强度、运动时间及频率的诊断性处方,通过提高日常生活能力,达到改善其生活质量及自护能力的目的。为探究其效果,开展了临床实验研究,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年9月—2019年3月在医院进行慢性心力衰竭治疗的患者100例为研究对象。纳入条件:符合《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[4]中相关诊断标准;病程 ≥ 6 个月;心功能Ⅱ~Ⅳ级,标准参照美国纽约心脏病学会(NYHA);曾接受慢性

心力衰竭治疗;能够按时接受随访;治疗期间有固定的照顾者;对本次研究方法知情,并自愿参与。排除条件:伴有严重意识障碍或沟通能力障碍;伴有严重急慢性躯体疾病;伴有肝、肾等其他内脏功能异常;伴有呼吸困难等疾病而无法进行负荷运动。按照两组基础资料具有匹配性的原则将患者分为观察组和对照组,其中观察组50例,男26例,女24例;年龄59~74岁,平均 70.89 ± 4.02 岁;病程1~12年,平均 4.88 ± 2.07 年;心功能分级:Ⅱ级20例,Ⅲ级17例,Ⅳ级13例。对照组50例,男25例,女25例;年龄61~75岁,平均 72.03 ± 4.11 岁;病程2~13年,平均 4.10 ± 2.23 年;心功能分级:Ⅱ级22例,Ⅲ级16例,Ⅳ级11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

1.2.1 对照组行常规护理,包括:

(1)用药指导:指导患者合理用药,对服药方法、时间、次数、作用及副作用等进行讲解,定时监督患者用药,帮助其培养良好的用药习惯。

(2)运动指导:依据每位患者病情制定合适的运动康复方案,运动量和运动强度由少及多,建议患者进行慢走、快走、慢跑及做韵律操等有氧运动。

(3)培养自我管理能力:指导患者绘制并记录自我护理记录表,内容包括:指导患者测量血压、脉搏、体重、出入量的方法,并将测量结果记录在表格中。告知患者病情变化同尿量及体重的关系,慢性心力衰竭病情加重的症状表现和心力衰竭急性加重时的简单处理措施。

(4) 饮食护理: 嘱患者以清淡为主, 忌辛辣刺激食物, 多进高蛋白质、高维生素类食物, 保持营养均衡。

(5) 心理护理: 慢性心力衰竭患者易产生紧张、焦虑、恐惧心理, 影响治疗效果, 因此护理人员应该了解患者不良情绪产生的原因, 耐心与患者沟通, 缓解负面情绪; 同时向其讲解疾病发生的病因、治疗方法、治疗注意事项等相关健康知识, 取得患者和家属的配合; 向患者展示治疗成功的案例, 让患者建立战胜疾病的信心。

1.2.2 观察组 在对照组基础上, 实施基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方护理, 具体如下:

(1) 不同心功能分级运动康复训练处方内容: 于入院 1 周后, 根据对患者的心功能分级评估制订不同级别的梯度运动康复训练处方。所有运动处方实施 2 周后观察效果。①心功能Ⅱ级 20 例。每天保证患者获得充分休息, 室外散步 1 公里左右, 上下楼 2 层, 2 次/d; 日常生活能够自理, 适当进行太极拳、健身操等活动; ②心功能Ⅲ级者 17 例。患者入院后卧床休息, 护理人员协助患者进行床旁活动, 包括站立、移步、行走等, 3 次/d, 每次 5~10 min, 视情逐步递增运动时间及强度; 协助患者床旁进餐, 练习坐椅与自行排泄, 自坐浴逐步过渡至自主洗浴; ③心功能Ⅳ级 13 例。入院后处于绝对卧床休养状态, 首先护理人员协助患者完成全身各关节之被动运动, 2 次/d, 每次 5 min, 然后逐步过渡至主动式关节运动, 日常生活如床上进餐、翻身、洗漱、排泄等应由护理人员协助完成。护士与医师联合进行心功能等级的动态评估与安全运动评估, 依心功能恢复进度自前一等级匹配运动方案逐步向后一等级匹配运动方案过渡。

(2) 运动康复训练中的安全保障措施: 心功能Ⅲ、Ⅳ级者在进行康复训练时护理人员应全程无隙陪伴, 并进行生命体征监测, 对其运动时心率、血压、心电图等详细记录, 一旦患者出现胸痛胸闷、心前区不适、气喘明显、面色苍白发绀、明显劳累感等征象, 应立即终止运动, 汇报医师。对患者进行出院指导, 包括做好知识宣教, 嘱其出院后遵医嘱服药,

定期复查, 注意运动, 养成良好的饮食和生活习惯。每周以电话、微信等方式继续向患者提供安全运动康复指导, 在督导其继续完成与自己心功能等级相匹配的运动康复活动的同时, 评估其动态心功能, 及时指导其安全过渡更新至相适宜的运动康复等级。

1.3 观察指标

干预后 2 周对相应指标进行评价。

(1) 自护能力: 采用自我护理能力测定表 (ESCA) [5] 从自护责任感、自我概念、自我护理技能及健康知识水平等 4 个维度评估两组患者干预后的自我护理能力, 每个维度 0~50 分, 分数越高表明其自我护理能力越强。

(2) 生活质量: 采用生活质量综合评定表 (GQOLI-74) [6] 从健康状态、身体功能、社会功能、心理健康等 4 个维度评估生活质量, 满分 100 分, 分数越高, 表明其生活质量越高。

(3) 照顾者负担: 采用 Zarit 照顾者负担量表 (ZBI) [7] 对干预后照顾者负担水平进行评价, 该量表包括个人负担及责任负担共 2 个维度 22 个条目, 每个条目 0~4 分, 总分 88 分, 分数越高, 表明照顾者负担越重。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件进行统计分析, 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 两组干预后自我护理能力比较

观察组患者自护责任感、自我护理技能、自我概念、健康知识水平评分高于对照组各项目评分, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组干预后生活质量比较

观察组患者健康状态、身体功能、社会功能、心理健康评分明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组照顾者负担水平比较

观察组患者个人负担、责任负担明显优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组自我护理能力比较 (分)

组别	例数	自护责任感	自我护理技能	自我概念	健康知识水平
观察组	50	24.36 ± 2.34	33.35 ± 2.27	28.67 ± 2.52	27.98 ± 1.35
对照组	50	19.27 ± 2.29	30.18 ± 2.19	20.31 ± 2.27	19.35 ± 1.24
<i>t</i> 值		10.993	7.107	17.429	33.291
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组干预后生活质量比较(分)

组别	例数	健康状态	身体功能	社会功能	心理健康
观察组	50	24.51 ± 2.29	23.34 ± 2.28	12.99 ± 2.31	19.76 ± 1.32
对照组	50	17.17 ± 3.22	18.69 ± 2.41	10.34 ± 2.54	13.82 ± 1.41
<i>t</i> 值		13.135	9.911	5.458	21.746
<i>P</i> 值		<0.05	0.000	0.000	0.000

表3 两组照顾者负担水平比较

组别	例数	个人负担	责任负担
观察组	50	13.56 ± 4.16	7.92 ± 2.69
对照组	50	17.64 ± 3.68	10.02 ± 2.54
<i>t</i> 值		5.194	4.014
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

慢性心力衰竭由于心功能降低,导致其日常生活能力及耐力降低,并出现心悸、呼吸困难等症状,进而导致整日处于卧床状态,传统护理模式对活动量进行严格限制,但临床经验表明,该模式反而导致活动能力进一步降低,并提高致残及致死率。因此,目前较为提倡适当提高该类的活动能力,以促进其生活质量及自我护理能力的提高。本次研究对实施基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方护理,即通过要求完成日常生活行动训练,达到提高其活动能力及生活质量的目的。

观察组自我护理能力评分明显优于对照组($P<0.05$),通过对实施日常生活能力训练,帮助其独立完成日常生活中的相应项目,有效提高了其日常生活能力,进而使不必在生活中麻烦其照顾者,因此自护能力有所提高^[8];其次,在实施该护理模式前对日常生活能力进行评估,有助于提高该护理模式的科学性及针对性,因此能够得到更为有效的干预^[9],也针对性改善了在生活中存在的不足。

观察组生活质量评分明显优于对照组($P<0.05$)。日常生活能力明显提高,对患者生活质量的提高提供了生理基础^[10];相应训练后,其体力及耐力有所提高,对改善心功能也有一定帮助^[11],因此生活质量得到有效改善;再次,在恢复期间,由于护理人员对患者症状及体征重视程度明显提高,使其心理需求得到充分满足^[12],也有助于提高生活质量。

观察组照顾者负担评分明显优于对照组($P<0.05$)。自我护理能力的提高,能够降低对照组的需求程度,因此照顾者护理负担明显降低;其次,生活质量的提高,有助于降低照顾者心理维度的负担。

综上所述,慢性心力衰竭实施基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方护理,能有效改善自我护理能力及生活质量,同时降低照顾者负担。

4 参考文献

- [1] 董洪玲,王中鲁,张亮,等.慢性心力衰竭的治疗进展[J].中国循证心血管医学杂志,2017,9(2):246-248.
- [2] 周文静,彭佳,牛玉芹,等.基于心功能分级的阶梯式运动康复训练处方干预对老年慢性心力衰竭患者的影响[J].护理研究,2017,31(12):1454-1456.
- [3] 戴婷婷,黄建华,尹桃,等.2019年美国心脏病学会/美国心脏协会心血管疾病一级预防指南解读[J].中华血管外科杂志,2019,4(4):206-209.
- [4] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.急性心力衰竭基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2019,18(10):931-935.
- [5] 王晶. Orem 自我护理模式对慢性心力衰竭患者遵医行为、自理能力及幸福感的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(4):520-522.
- [6] 马兰,曹云花.接纳与承诺疗法对慢性心力衰竭患者的干预效果[J].河南医学研究,2020,29(29):5545-5547.
- [7] 王真,陈冠燃,董艳丽.老年慢性心力衰竭患者家庭照顾者负担及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(4):501-504.
- [8] 孙彩霞,曾谷清.NYHA III级慢性心力衰竭患者日常生活活动能力与自我感受负担的相关性研究[J].全科护理,2018,16(2):146-148.
- [9] 于瑞英,张雯,李莉.老年慢性心力衰竭康复运动对日常生活能力的影响[J].心血管康复医学杂志,2017,26(1):27-30.
- [10] 葛荣娟.康复运动对老年慢性心力衰竭日常生活能力的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(18):37,39.
- [11] 王真,陈冠燃,董艳丽.老年慢性心力衰竭家庭照顾者负担及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(4):501-504.
- [12] 贺捷,蒋维连.居家慢性心力衰竭家庭照顾者负担体验的质性研究[J].解放军护理杂志,2016,33(1):26-28.

[2020-03-25 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

持续浅镇静目标导向联合音乐疗法在ICU重症颅脑损伤机械通气患者中的应用效果

蔺珊

【摘要】目的 探讨持续浅镇静目标导向联合音乐疗法在ICU重症颅脑损伤机械通气患者护理中的应用效果。**方法** 选取2019年6—12月医院收治的ICU重症颅脑损伤机械通气患者80例为研究对象,按照组间基本特征相匹配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持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预,比较两组患者的治疗效果、谵妄发生率、匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)评分。**结果** 实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预后,观察组患者住院时间、ICU停留时间及机械通气时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者干预1周、3周的谵妄发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者干预1周、3周的PSQI评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通过对ICU重症颅脑损伤机械通气患者实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预,可提升患者治疗效果,降低谵妄发生率,改善睡眠质量。

【关键词】 持续浅镇静目标导向;音乐疗法;ICU;重症颅脑损伤;机械通气;应用效果

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.023

颅脑损伤是ICU常见疾病之一,多由直接或间接暴力作用于患者头部所导致^[1]。颅脑损伤临床多表现为意识障碍、感觉障碍、恶心呕吐、呼吸循环异常等,随病情发展会出现精神障碍、脑水肿、脑疝,严重威胁患者生命健康^[2]。重症颅脑损伤患者通常采用机械通气来维持呼吸,但因处于ICU特殊环境,且受疾病不适症状、人工气道建立等因素影响,会导致患者出现焦虑、疼痛、谵妄、失眠等不良反应,严重影响患者生活质量^[3]。镇静是ICU机械通气患者重要护理措施,能使患者处于安静舒适状态,但过度镇静会增加患者并发症发生风险,进而影响患者治疗效果^[4]。因此,临床需要一种有效护理措施减轻重症颅脑损伤机械通气患者过度镇静危害,降低患者谵妄发生率,提升患者治疗效果^[5]。本研究探讨持续浅镇静目标导向联合音乐疗法在ICU重症颅脑损伤机械通气患者护理中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年6—12月医院收治的ICU重症颅脑损伤机械通气患者80例为研究对象,纳入条件:经CT检查确诊为颅脑损伤;机械通气;持续通气时间超过2d;颅脑无出血状况;自愿参与本研究。

排除条件:合并严重高血压、冠心病及肾衰竭等疾病;有既往颅脑损伤史;颅脑损伤前伴有睡眠障碍;临床资料不全。按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组和观察组,各40例。对照组中男22例,女18例;年龄40~70岁,平均 53.52 ± 6.64 岁;文化程度:初中及以下16例,高中14例,大专及以上学历10例。观察组中男23例,女17例;年龄41~70岁,平均 52.65 ± 6.63 岁;文化程度:初中及以下15例,高中14例,大专及以上学历11例。两组患者性别、年龄、文化程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,主要包括对患者做好机械通气并发症预防、肠外营养支持、皮肤护理、用药护理、生命体征监测等护理措施。

1.2.2 观察组 在此基础上实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预,具体措施如下:

1.2.2.1 成立护理小组 由主治医师1名、护士长1名、主管护师2名、责任护士5名组成护理小组,由护士长担任小组组长,负责护理工作统筹协调,主治医师与主管护师负责方案决策及培训,其他成员负责资料收集及方案实施。由主治医师及主管护师对责任护士进行镇静操作、浅镇静标准、目标导向理论框架、音乐疗法、颅脑损伤患者护理等相关知识培训及考核,确保责任护士熟练掌握护理技能及要领。小组成员查阅相关文献,结合临床工作经

验,以会议讨论形式共同制定持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预方案。

1.2.2.2 持续浅镇静目标导向干预

(1) 早期评估:患者机械通气后,采用ICU疼痛评估工具(CPOT)评估患者的疼痛程度^[6],同时采用镇静躁动量表(RASS)评估患者镇静水平^[7],依据评估结果确定浅静脉镇静目标:CPOT目标值为0~4分,RASS目标值为-2~0分。

(2) 镇静干预:采用芬太尼以0.5~2.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 速度进行静脉滴注,维持疼痛评分为0~4分后,调整为0.3~1.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 持续泵入,同时给予丙泊酚以0.5~3.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 、右美托咪定0.2~1.5 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 进行基础镇静,并每隔1 h进行RASS评分,未达镇静目标RASS评分<-2分时,采用右美托咪定以0.2 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 速度调整,直至评分达标;未达镇静目标且RASS评分 ≥ 1 分时,给予咪唑安定20~50 mg静脉注射,每隔5~15 min调整剂量重复给药,直至评分达标;RASS评分达到浅镇静目标-2~0分后,以丙泊酚0.3~2.0 $\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 、右美托咪定0.2~0.7 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 泵速持续泵入。

(3) 动态监测:镇静干预期间,对患者实施动态镇静监测,采用双频谱BIS检测仪持续监测患者镇静深度,同时加强RASS及疼痛评估,依据BIS值及RASS评分及时调整镇痛、镇静药物剂量,维持RASS评分、疼痛评分在目标值范围及BIS值在60~100范围内。

1.2.2.3 音乐疗法干预

(1) 音乐曲目:责任护士采用睡眠质量量表、谵妄量表评估颅脑损伤患者的睡眠质量及谵妄情况,同时结合患者音乐爱好,为患者下载音乐曲目至患者手机,主要曲目类型:①催眠功效曲目:《梦》《催眠曲》《平沙落雁》《宝贝》等;②镇静功效曲目:出水莲(古筝)、平湖秋月(古筝)、高山流水(古筝)、舒伯特《小夜曲》等。

(2) 音乐干预:采用不同曲目类型对患者进行音乐疗法干预。在患者持续浅镇静干预期间,为患者播放镇静类曲目,音量控制在20~40 dB,每次30~45 min,同时结合语言诱导,嘱患者闭目、全身放松,为患者讲解音乐意境,引导患者跟随想象,音乐结束后,指导患者深呼吸,缓慢睁开双眼。每晚入睡30 min,责任护士为患者播放催眠类曲目,音量及语言诱导放松方法同上,直至患者进入睡眠状态。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果:比较两组患者的住院时间、

ICU停留时间、机械通气时间,时间越短代表治疗效果越好。

(2) 谵妄:采用意识错乱评估(CAM)量表评估患者的谵妄发生情况^[8],该量表包括急性病程、注意障碍、思维混乱、记忆减退、理解力下降、意识障碍、定向障碍、躁动、睡眠—觉醒周期改变等9项, ≥ 22 分诊断为谵妄,比较两组患者的谵妄发生情况。

(3) 睡眠质量:采用匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)对两组患者的睡眠质量进行评估^[9],该量表共7个条目,各条目为0~3分,总分为0~21分, ≥ 8 分表示睡眠质量较差,分值越高代表睡眠质量越差。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行统计分析,非正态分布的计量资料用“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验;正态分布计量资料比较采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料率的比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗效果比较

实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预后,观察组患者住院时间、ICU停留时间及机械通气时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者谵妄发生率比较

干预前,两组患者谵妄发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预后,观察组患者干预1周、3周的谵妄发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者干预前后的PSQI评分比较

干预前,两组PSQI评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预后,观察组患者干预1周、3周的PSQI评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组患者的治疗效果比较(d)

组别	例数	住院时间	ICU停留时间	机械通气时间
对照组	40	15.93(2.13)	10.73(1.47)	8.11(1.14)
观察组	40	10.66(1.64)	7.27(0.69)	5.25(0.59)
z 值*		12.399	13.476	14.091
P 值		0.000	0.000	0.000

*中位数比较的秩和检验值。

表2 两组患者的谵妄发生率比较

组别	例数	干预前	干预1周	干预3周
对照组	40	11 (27.50)	9 (22.50)	6 (15.00)
观察组	40	12 (30.00)	2 (5.00)	0 (0.00)
χ^2 值		0.061	5.165	4.505*
P 值		0.805	0.023	0.034

* 为校正 χ^2 值; () 内数据为百分率。

表3 两组患者干预前后的 PSQI 评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预1周	干预3周
对照组	40	12.95 ± 1.61	11.01 ± 1.22	9.76 ± 1.03
观察组	40	12.92 ± 1.64	9.49 ± 1.05	7.25 ± 0.91
t 值		0.083	5.972	11.550
P 值		0.934	0.000	0.000

3 讨论

随着颅脑医学逐步发展,重症颅脑损伤患者病死率有所下降,但重症颅脑损伤机械通气患者会受生理剧烈疼痛及负性情绪影响,导致患者易出现谵妄、睡眠障碍等不适反应,严重影响患者的治疗效果^[10]。有关研究表明^[11],谵妄会导致患者意识模糊、思维混乱,加重患者睡眠障碍程度,从而增加患者治疗难度,不利于疾病康复。镇静药物干预会使患者处于镇静状态,可有效减少患者伤害性刺激,改善患者睡眠及负性情绪,降低患者谵妄发生率^[12]。但有研究显示^[13],ICU机械通气患者普遍存在镇静过度问题,而过度镇静会影响患者呼吸及循环功能,导致其出现胃肠道麻痹、呼吸机相关性肺炎等并发症,进而影响患者治疗效果。

由此可见,寻求一种有效的护理措施辅助ICU重症颅脑损伤机械通气患者镇静治疗,对降低患者谵妄率、改善患者治疗效果具有重要意义^[14]。

有关研究表明^[15],持续浅镇静目标导向可为患者提供合理镇静干预措施,有效控制镇静药量摄入,减少过度镇静对患者机体产生危害,促进患者疾病康复,提升患者治疗效果。由于重症颅脑损伤患者病情危重,且ICU机械通气治疗过程中受灯光刺激、机械声音、疾病痛苦等因素影响,导致患者易产生濒死感、孤独感,同时严重影响患者睡眠质量。有关研究显示^[16],将音乐疗法应用于冠心病失眠患者中,可改善患者的心理状况及睡眠质量,促进患者身心健康。持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预属于一种综合型护理模式,该模式通过对患者实施持续浅镇静目标导向、音乐疗法等多样化护理措施,可有效提升患者治疗效果,改善患者睡眠质量,对

降低患者谵妄发生情况具有重要作用^[17]。

通过对患者实施持续浅镇静目标导向干预及音乐疗法等护理措施,可减少各项操作盲目性,提升干预措施的有效性,维持患者浅镇静状态,同时可确保患者睡眠充足,改善其负性情绪及睡眠质量,减少其伤害性刺激,促进患者机体恢复,缩短其住院时间,从而提升其治疗效果。本研究结果显示,实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预后,观察组患者住院时间、ICU停留时间及机械通气时间均短于对照组($P<0.05$);观察组患者干预1周、3周的谵妄发生率低于对照组($P<0.05$);观察组患者干预1周、3周的睡眠质量明显优于对照组($P<0.05$)。此结果表明,持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预显著改善ICU重症颅脑损伤机械通气患者的睡眠质量,降低患者谵妄发生率,对提升患者治疗效果具有促进作用。

综上所述,通过对ICU重症颅脑损伤机械通气患者实施持续浅镇静目标导向联合音乐疗法干预,可明显提升患者治疗效果,降低其谵妄发生率,对改善患者睡眠质量具有重要意义。

4 参考文献

- [1] 李爱琴,陈洪英,张文源,等.音乐疗法对ICU颅脑损伤意识障碍(Doc)患者意识的影响[J].中国现代医生,2019,57(34):87-89,92.
- [2] 王琴.护理干预在ICU颅脑损伤合并意识障碍患者中的应用效果[J].中国继续医学教育,2019,11(2):166-169.
- [3] 罗旋.基于人文理念的保护性约束应用于ICU颅脑损伤患者的效果评价[J].心理月刊,2019,14(13):89-90.
- [4] 张文英.ICU机械通气镇静患者每日唤醒的安全管理[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(87):280,284.
- [5] 丁筱英.机械通气在重度颅脑损伤患者治疗中的应用及护理[J].蚌埠医学院学报,2012,37(11):1362-1364.
- [6] 蒲萍,吴沈,马丽萍,等.程序化镇痛镇静调控方案在NICU术后患者中的应用[J].护理学杂志,2019,34(6):19-22.
- [7] 吴艳红,周蓉.早期目标导向镇静理念在颅脑外伤患者治疗与护理中的应用[J].中国药物与临床,2018,18(2):306-308.
- [8] 黄芳,魏玉洁.早期床上脚踏车锻炼对EICU机械通气患者谵妄发生率的影响[J].当代护士(上旬刊),2020,27(10):138-140.
- [9] 陈丽玲.综合护理对轻、中度颅脑损伤患者睡眠质量的改善效果观察[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(6):1064-1065.

敏感指标建立的量化评价体系在脑血管介入治疗护理中的应用

李守勇 张芙玮*

【摘要】目的 探讨质量敏感指标构建的护理干预在脑血管介入治疗护理中的应用。**方法** 选取2018年1月—2019年12月收入医院行介入治疗的200例脑血管病患者为研究对象,按照性别、年龄、病程组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组100例。对照组实施常规干预,观察组在对照组基础上实施质量敏感指标构建的护理干预,比较两组患者并发症发生情况及术后生活质量改善情况。**结果** 干预后,观察组脑栓塞、脑积水、过度灌注综合征、皮下血肿总发生率低于对照组($P<0.05$);观察组生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状态、精神状态、社会功能、情感职能、活力评分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 在脑血管介入治疗中实施质量敏感指标构建的护理干预,可有效减少术后并发症发生,提高手术效果以及术后生活质量。

【关键词】 质量敏感指标; 脑血管; 介入治疗; 脑栓塞; 过度灌注综合征; 皮下血肿

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.024

脑血管病是影响人类健康以及生活质量的常见病,分为出血性与缺血性,其中缺血性脑血管疾病占脑血管病的75%以上^[1]。随着神经介入治疗技术的发展,脑血管成形术以及支架植入术被广泛应用在脑血管病治疗中,由于脑血管迂曲且复杂,在介入治疗过程中可引发多种并发症,而在术前充分认识并发症的危险因素,做好针对性护理,可降低并发症发生率,提高手术成功率,促进患者早日康复^[2]。质量敏感指标构建的护理干预是通过对敏感指标建立的量化评价体系对患者实施相应的护理干预,持续改善护理干预措施,从而改善护理效率^[3]。

为此本研究针对质量敏感指标构建的护理干预在脑血管介入治疗护理中的应用价值进行深入分析。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2019年12月收入医院行介入治疗的200例脑血管病患者为研究对象,纳入条件:经临床CT或MRI检查确诊为脑血管疾病;患者及家属均知情且签署了伦理知情同意书;生命体征以及病情相对平稳。排除条件:存在精神、意识障碍者;合并全身恶性肿瘤者;患者临床资料不全者;依从性较差者。按照性别、年龄、病程组间匹配的原则分为对照组和观察组,每组100例。对照组中男59例,女41例;年龄37~72岁,平均

作者单位:250000 山东省济南市,山东大学齐鲁医院
*通讯作者

- [10] 谢晶莹. ICU病房重型颅脑损伤行气管切开后患者的护理体会[J]. 中外女性健康研究, 2019, 3(23): 143-144.
- [11] 周纪妹, 郑俊丽. 每日唤醒联合早期组合式功能锻炼在ICU获得性肌无力患者中的应用[J]. 中国康复医学, 2019, 31(10): 40-42.
- [12] 姜红升, 李明航, 杨明, 等. 超早期颅骨修复改善颅脑损伤患者生活质量的临床研究[J]. 临床医学进展, 2020, 10(8): 1646-1654.
- [13] 赵丽, 荣晓珊, 沈丽, 等. 早期目标导向型镇静联合RASS评分在重度创伤性颅脑损伤病人中的应用[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44(8): 1107-1110.
- [14] 周丹, 杨青敏, 唐建国, 等. ICU浅镇静患者非

药物睡眠干预方案的构建研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(5): 645-651.

- [15] 王慧芳, 李宗尚, 张小盼. 集束化护理干预对ICU重型颅脑损伤患者机械通气时间及预后护理满意度的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(15): 2454-2456.
- [16] 杨瑞, 高娟, 何花. 八段锦联合五行音乐疗法对冠心病伴失眠患者的护理干预[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(7): 903-908.
- [17] 姜昆, 纪丽娜, 王晶美, 等. 持续性浅镇静目标导向调控策略对ICU机械通气患者呼吸动力学的影响研究[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(5): 444-445.

[2021-01-26 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

57.35 ± 7.54 岁; 病程 2~14 d, 平均 6.54 ± 2.14 d。观察组中男 62 例, 女 38 例; 年龄 35~73 岁, 平均 58.41 ± 8.24 岁; 病程 1~10 d, 平均 6.72 ± 2.37 d。两组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组实施常规护理干预, 做好术前准备; 术中实时检测, 术后追踪病情; 给予心理护理、基础护理等干预措施。观察组在对照组基础上实施质量敏感指标构建的护理干预, 步骤如下:

1.2.1 建立护理结局为导向的敏感指标体系 成立护理干预小组, 由本科室 1 名主管护师以上职称、具备 10 年或以上专科经验护士担任组长, 并能够对脑血管疾病护理领域提出较为合理全面的建议^[4]。由 3 名护师或以上级别的护士担任组员, 可参照临床资料、理论依据为护理结局设计关于脑介入治疗护理敏感指标设计问卷, 并利用奥马哈系统中的问题分析系统筛选护理中常见问题, 结合问卷确立护理敏感指标。最终确立应以并发症预防管理为主要敏感指标, 主要包括脑栓塞、脑积水、过度灌注综合征、皮下血肿等。同时组织科室人员参加知识培训, 并制定敏感指标监测实施的目的^[5-6]。

1.2.2 建立脑血管介入室护理敏感指标相应的预防护理计划 针对年龄、脑血管疾病类型等确定脑介入治疗护理措施。为针对脑介入治疗中可能存在脑栓塞、脑积水、过度灌注综合征、皮下血肿等并发症发生制定一系列的预防护理措施, 并针对不同时期指标开展检查测定, 分析其原因后并改进, 不断规范护理措施, 提高护理质量, 保证患者安全, 提高术后生活质量^[7-8]。

1.2.3 质量敏感指标预防护理措施 遵医嘱术前以及术中全身规范化肝素给药, 持续导管冲水以及排除空气; 利用远端球囊、脑保护装置, 在手术过

程中密切监测感觉神经、意识状态; 抗凝药物应用期间, 监测凝血时间、结膜以及皮肤是否存在出血, 发现问题及时向医师汇报; 术前注意评估发生过度灌注综合征的危险性, 术中密切监测血压^[9-10]。

1.3 观察指标

比较两组患者并发症发生情况以及术后生活质量改善情况。①并发症包括组脑栓塞、脑积水、过度灌注综合征、皮下血肿。②采用健康状况调查简表(SF-36)评价, 评价内容包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状态、精神状态、社会功能、情感职能、活力 8 个维度, 各维度采用 0~100 分评价, 分数越高说明患者生活质量越高。

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 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率比较

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 1。

2.2 两组患者生活质量评分比较

干预后, 观察组各项生活质量评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	脑栓塞	脑积水	过度灌注综合征	皮下血肿	发生率 (%)
对照组	100	3	4	3	2	12.00
观察组	100	1	1	2	0	4.00

$\chi^2=4.348, P=0.037$ 。

表 2 两组患者生活质量评分比较 (分)

组别	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状态
对照组	100	72.34 ± 5.09	71.84 ± 5.73	72.03 ± 5.04	72.31 ± 5.01
观察组	100	77.26 ± 5.37	75.64 ± 6.03	76.19 ± 6.11	75.92 ± 4.85
t 值		6.650	4.568	5.252	5.177
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

组别	例数	精神状态	社会功能	情感职能	活力
对照组	100	70.08 ± 5.11	76.26 ± 4.59	78.59 ± 3.41	67.59 ± 5.27
观察组	100	73.64 ± 5.47	78.95 ± 4.67	81.34 ± 3.62	71.26 ± 5.49
t 值		4.756	4.108	5.529	4.823
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

脑血管疾病分为出血性脑血管疾病与缺血性脑血管疾病,其临床症状为偏瘫、失语、意识障碍、四肢无力以及小便障碍等,导致患者自理能力下降,影响生活质量^[11-12]。脑血管介入治疗是通过医疗影像设备,不需要开刀、不需要暴露病灶位置,通过血管或皮肤细微处做小通道处理,达到对病灶部位治疗的新型手术方式的目的^[13]。介入治疗通过30年的发展,已经逐步成为内外科三大治疗性支柱治疗方式。介入治疗创伤小且安全性较高,利于患者术后恢复,但在介入治疗的过程中,仍存在治疗风险,尤其是术中,若得不到正确的护理,可能会增加术后并发症的发生概率,影响治疗效果^[14]。

质量敏感指标构建的护理干预是通过衡量护理敏感指性结局的参考指标而构建的护理干预,用于评价、改进优化护理流程较为重要的手段之一,也是保证高质量护理管理水平的测量方式,并客观反应护理质量的高低。针对介入治疗实施质量敏感指标构建的护理干预过程中,将介入治疗过程中可能存在影响患者术后康复进程的并发症作为敏感指标,分析脑介入治疗患者常见并发症,并实施一系列的、全方位的护理措施,降低敏感指标的发生风险,提高患者预后以及生活质量。

本研究结果显示,观察组脑栓塞、脑积水、过度灌注综合征、皮下血肿的总发生率低于对照组($P<0.05$),观察组生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状态、精神状态、社会功能、情感职能、活力评分均高于对照组($P<0.05$),说明质量敏感指标构建的护理干预对降低并发症发生率、提高生活质量具有促进作用。

4 参考文献

- [1] Baoshan L, Geng S, Dai Y. Therapeutic effect of vascular interventional therapy and aspirin combined with defibrase on cerebral ischemia in rats[J]. *Experimental & Therapeutic Medicine*, 2018, 16(2): 891-895.
- [2] Dong Y, Huai L, Wen qiang W. Efficacy of transarterial interventional therapy in the treatment of metastatic liver

cancer[J]. *Chinese Journal of Digestive Surgery*, 2018, 8(2):107-109.

- [3] 张静,张慧芳,孙维伟,等.基于质量敏感指标的护理干预在介入导管室服务质量持续改进中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2019, 16(15):130-132.
- [4] YJ Jang, HO Kim. The Effect of Pain Relieving Intervention During Infiltration among Gamma Knife Surgery Patients for Stereotactic Frame Fixation[J]. *Journal of Korean academy of Nursing*, 2018, 48(2):221.
- [5] 王秋磊,祁小红.心介入导管室专科护理质量敏感指标的初步构建[J]. *中国实用护理杂志*, 2018, 34(33):2587.
- [6] 李莉,朱伟斌,孙丽娟.护理质量敏感指标在烧伤患者中的应用评价[J]. *中国实用护理杂志*, 2019, 35(7):492-496.
- [7] 李红霞,崔芳,孙殿敬.急性缺血性脑卒中介入取栓术中路径化护理急救方案的构建及应用[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(30):3968-3971.
- [8] 过丽珍,卢根娣,田君,等.肝性脑病护理质量敏感指标的构建[J]. *中国实用护理杂志*, 2018, 34(35):2780.
- [9] 任春晖,苏伟,李伟,等.ExoSealTM封堵止血系统应用于脑脊髓血管病介入手术的围术期护理[J]. *中国微侵袭神经外科杂志*, 2018, 23(214):50-52.
- [10] 仲秀玲,苏立苓,刘备备,等.脑血管病患者介入手术前焦虑情绪护理研究进展[J]. *中国医药导报*, 2019, 16(15):33-36.
- [11] 郑智,赵菁,李杰红,等.基于护理结局敏感指标的住院患者流感认知情况调查[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(23):2983-2987.
- [12] 罗丹华,王彩芳,谭琼英,等.质量管理体系在ICU护理敏感质量过程指标中的应用[J]. *护理学报*, 2019, 26(12):15-19.
- [13] 王曾妍,高兴莲,胡娟娟,等.APP智能质量管理体系在手术室临床护理质量考评中的应用与成效[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(1):82-85.
- [14] 孟广丽,王翠香.循证护理对颅内动脉瘤患者介入栓塞术后并发症、心理状态及预后的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24(23):2772-2776.

[2020-05-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

快速康复外科联合身心干预对全髋关节置换术患者术后恢复及心理的影响

孙静 杨扬 李丹丹 齐振兴 林鹏辉 王亚丰

【摘要】目的 探讨快速康复外科联合身心干预对全髋关节置换术患者术后恢复及心理状态的影响。**方法** 选取2018年2月—2019年10月医院收治的196例行全髋关节置换术的患者为研究对象,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组各98例。对照组给予常规康复指导联合身心干预,观察组在对照组基础上给予快速康复外科联合身心干预。比较两组术后恢复情况,并发症发生情况,术后疼痛情况和以Harris髋关节评分评价髋关节功能,采用抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)评价两组焦虑抑郁状态。**结果** 观察组术后肛门排气时间,下地活动时间,住院时间均短于对照组($P<0.05$);术后观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$);两组治疗后VAS、SDS及SAS评分均逐渐降低($P<0.05$),两组Harris评分均逐渐升高($P<0.05$);术后3d、7d及出院时观察组VAS评分均低于对照组($P<0.05$)。出院时、出院后1月观察组Harris评分高于对照组($P<0.05$);出院时、出院后1月及3月观察组SDS及SAS评分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 快速康复外科联合身心干预明显缩短了全髋关节置换术患者术后恢复时间,降低并发症发生风险,促进髋关节功能恢复,同时改善了患者不良情绪。

【关键词】 快速康复外科;身心干预;全髋关节置换术;术后恢复;心理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.025

髋关节是人体下肢负重的重要关节之一,由于退行性或风湿性改变、外伤、使用激素等多种因素的影响,常常出现关节疼痛、活动受限,甚至骨折、股骨头坏死,影响日常生活^[1]。临床上对于顽固性疼痛或严重功能障碍的50岁以上的患者全髋关节置换术是较好的治疗方案,切口、创伤小,且术后髋关节功能恢复较好^[2]。但研究发现^[3],全髋关节置换术后康复仍受到应激反应、深静脉血栓等并发症的影响,特别是老年人对手术的耐受力较低,容易出现焦虑、抑郁等负性情绪;同时由于民众对生活质量要求的提高,围手术期情绪护理亦成为全髋关节置换术后疗效的重要部分^[4]。快速康复外科是目前临床上广泛应用的新型康复理念^[5-6],但其对全髋关节置换术患者的心理状态研究尚少。为此本研究探讨快速康复外科联合身心干预对全髋关节置换术患者术后恢复及心理状态的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年2月—2019年10月196例行全髋关节置换术的患者作为研究对象,按照组间基线资

料可比的原则分为对照组和观察组,各98例。纳入条件:年龄 >50 岁;有外伤史或其他原因引起的不同程度髋关节疼痛、关节强直或严重的功能障碍,保守治疗效果不明显,符合全髋关节置换术手术指征;签署知情同意书。排除条件:年龄 <50 岁,血糖异常,严重骨质疏松,存在感染,肝肾心肺功能不能耐受手术,既往焦虑、抑郁。本研究经医院伦理委员会讨论通过。对照组中男57例,女41例;年龄 ≥ 65 岁51例, <65 岁47例;病程: ≥ 1 年40例, <1 年58例;病因:骨折26例,关节炎24例,股骨头坏死28例,其他20例;手术时间: ≥ 3 h51例, <3 h47例。观察组中男54例,女44例;年龄 ≥ 65 岁46例, <65 岁52例;病程: ≥ 1 年33例, <1 年65例;病因:骨折25例,关节炎26例,股骨头坏死32例,其他15例;手术时间: ≥ 3 h46例, <3 h52例。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予常规康复指导联合身心干预:

①常规康复指导包括:健康宣教、饮食建议、术后康复指导、院外功能锻炼指导及髋关节保护措施等;②身心干预包括:充分的护患沟通取得信任,详细的手术适应证及禁忌证降低焦虑,围手术期了解情绪变化及时心理疏导,强调家属的陪伴、支持,院外定期随访。

1.2.2 观察组 给予快速康复外科联合身心干预,

基金项目:河南省卫学科技攻关计划项目(编号:201702224)

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院(阜外华中心血管病医院)手术部

身心干预措施同对照组。

(1) 组间快速康复外科小组: 包括骨科医护人员、手术麻醉师及术后康复师, 共同评估、制定、实施方案, 并根据具体情况进行相应的调整。

(2) 快速康复内容: ①入院时: 由快速康复小组对患者及家属进行访谈, 向患者及其家属讲解手术内容、目的、意义, 并向患者及其家属发放全髋关节置换术围手术期健康指南, 并对患者及其家属讲解指南相关内容。向患者讲解术后功能锻炼注意事项, 并向患者讲解及示范功能锻炼相关内容。②术前 1 d: 组织患者及家属观看手术视频, 选择成功病例分享经验, 使患者更直观的了解手术, 增强手术治成功的信心, 提高临床配合度; 指导床上大小便锻炼以增加术后舒适度。③术后 1~3 d: 每 4 h 巡视 1 次, 及时了解患者术后基础护理落实情况; 应用视觉模拟评分表 (VAS) 评估患者术后疼痛情况, 针对不同评分给予不同的处理指导, 如 VAS 评分 <5 分者可通过聆听音乐减轻疼痛, VAS 评分 5~7 分者可通过热敷或穴位按摩减轻疼痛, VAS 评分 >7 分者可在医师了解病情并下医嘱后服用药物进行镇痛。④术后 4~7 d: 根据具体病情指导患者进行相应的康复锻炼, 锻炼前给予正确的姿势或动作演示并全程陪同指导。出院随访指导: 所有出院患者均扫描二维码加入“骨科康复指导”微信群, 患者简单询问院外遇到问题, 同时患者之间可交流经验, 此外快速康复小组每日推送相关康复信息并进行一定的监督, 增加患者院外依从性。

1.3 观察指标

(1) 术后恢复情况: 包括肛门排气时间, 下地活动时间, 住院时间。

(2) 并发症发生情况: 包括深静脉血栓, 假体松位, 便秘, 切口感染等。

(3) 疼痛状态: 于术后 3 d、术后 7 d 及出院时采用疼痛视觉模拟评分^[7] (VAS) 评价患者疼痛状态: 评分范围 0~10 分, 0 分为完全无痛, 10 分为疼痛不能忍受。

(4) 髋关节评分: 于入院时、出院时、出院后 1 月、3 月采用 Harris 髋关节评分标准^[8] 评价髋关

节功能: 包括疼痛 (44 分)、功能 (47 分)、畸形 (4 分) 和关节活动度 (5 分), 满分 100 分, >90 分为优良, 80~89 分为较好, 70~79 分为尚可, <70 分为差。

(5) 心理状态: 采用抑郁自评量表 (SDS) 评价抑郁状态: 20 个项目, 1~4 级评分, SDS>53 分为存在抑郁状态, 评分越高抑郁状态越重; 采用焦虑自评量表 (SAS) 评价焦虑状态: 20 个项目, 1~4 级评分, SAS>50 分为存在焦虑状态, 评分越高焦虑状态越重^[9]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 19.0 统计学软件统计分析, 正态分布的计量资料以“均数 ± 标准差”形式表示, 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 (四位小数)”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 两组术后恢复情况比较

观察组术后肛门排气时间, 下地活动时间, 住院时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组术后并发症情况比较

术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 两组术后不同时间段 VAS 评分比较

术后 3 d、7 d 及出院时观察组 VAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 两组不同时间段 Harris 髋关节评分比较

入院前及出院后 3 月两组 Harris 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院时、出院后 1 月观察组 Harris 评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

2.5 两组不同时间段心理状态比较

入院时两组 SDS 及 SAS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院时、出院后 1 月及 3 月观察组 SDS 及 SAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 1 两组术后恢复情况比较 (d)

组别	例数	肛门排气时间	下地活动时间	住院时间
对照组	98	0.78(0.21)	1.71(0.45)	12.21(1.44)
观察组	98	0.61(0.19)	1.11(0.47)	10.14(1.75)
<i>z</i> 值		5.943	9.128	9.042
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

表 2 两组术后并发症情况比较

组别	例数	深静脉血栓	假体松位	便秘	切口感染	总发生率（%）
对照组	98	4	2	2	1	9.20
观察组	98	0	1	1	0	2.00

$\chi^2=4.719$ ， $P=0.030$ 。

表 3 两组术后不同时间段 VAS 评分比较（分）

组别	例数	VAS 评分		
		术后 3d	术后 7d	出院时
对照组	98	4.98 ± 0.51	4.36 ± 0.35	3.57 ± 0.24
观察组	98	4.51 ± 0.49	3.51 ± 0.37	2.24 ± 0.25
<i>t</i> 值		6.579	16.521	37.992
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表 4 两组不同时间段 Harris 髋关节评分比较（分）

组别	例数	Harris 评分			
		入院时	出院时	出院后 1 月	出院后 3 月
对照组	98	38.03 ± 5.01	72.18 ± 5.71	76.56 ± 5.35	89.87 ± 4.74
观察组	98	37.87 ± 4.12	78.11 ± 4.59	87.91 ± 5.07	90.04 ± 5.15
<i>t</i> 值		0.244	8.013	15.325	0.240
<i>P</i> 值		0.807	0.000	0.000	0.810

表 5 两组不同时间段 SAS, SDA 评分比较（分）

组别	例数	SAS 评分				SDS 评分			
		入院时	出院时	出院后 1 月	出院后 3 月	入院时	出院时	出院后 1 月	出院后 3 月
对照组	98	60.03 ± 6.12	55.13 ± 4.98	48.56 ± 4.87	38.96 ± 4.87	66.93 ± 6.65	59.83 ± 5.18	53.56 ± 4.15	38.78 ± 4.74
观察组	98	60.98 ± 5.36	49.87 ± 4.59	44.92 ± 4.54	36.17 ± 5.11	67.08 ± 5.34	52.87 ± 4.59	46.92 ± 4.87	35.24 ± 5.65
<i>t</i> 值		1.156	7.689	5.412	3.913	0.174	8.527	10.273	4.752
<i>P</i> 值		0.249	0.000	0.000	0.000	0.862	0.000	0.000	0.000

3 讨论

流行病学研究发现^[10]，随着人口老龄化的加重，髋关节退行性变及骨性关节炎的发生率随之升高，对于严重关节功能障碍的患者，全髋关节置换术可获得较好的远期疗效。但由于应激、麻醉等因素的影响，术后仍有多种并发症的发生，且术后疼痛发生率亦比较高。本研究发现常规治疗术后并发症发生率为 9.2%，以深静脉血栓为主，影响患者睡眠。研究认为^[11-12]，外科手术质量本身是重要部分，但围手术期护理同样至关重要，特别是对于骨科需要功能康复的患者，规范、科学、合理的护理及康复

指导不仅可以更好的降低术后并发症，且可以提高术后依从性。

快速康复外科是通过循证医学证据将围手术期的各种措施进行优化、改良，以期降低手术应激，促进术后恢复，缩短住院时间。本研究分析发现实施快速康复外科后，观察组术后肛门排气时间、下地活动时间、住院时间均缩短，且术后深静脉血栓等并发症发生率降低（ $P<0.05$ ）。可见快速康复外科明显促进了全髋关节置换术后恢复。此外本研究发现实施快速康复外科后，观察组术后 VAS 评分及 Harris 评分均较对照组得到改善（ $P<0.05$ ）。分析认为快速康复外科强调由于围手术期各种措施，

首先术前明显缩短了禁食时间,且术前2 h 建议进食糖水,维持机体正常的生理需要,保证心脑血管等重要器官的能量代谢^[13],同时避免饥饿引起的烦躁感^[14]。其次优化麻醉选择椎管麻醉,避免造成肠麻痹,且方便留置硬膜外导管^[15],有利于术后镇痛处理;同时术中保证环境温度,低体温虽然可以降低机体消耗,但近年来研究发现,低体温容易影响血小板功能、增强纤溶蛋白活性,导致凝血异常,增加术中出血风险,甚至诱发切口感染^[16-18]。术后尽早拔除尿管,为早期下地活动提供条件;同时术后充分镇痛不仅降低机体应激反应,且可以促进患者主动下地进行康复锻炼,促进功能康复,降低深静脉血栓风险,并增加胃肠功能。

目前随着人们生活质量的提高,对各种疾病的要求随之升高,全髋关节置换术作为可能影响患者日常生活质量的手术,容易导致其心理应激,甚至产生不良的情绪,因此身心干预已广泛应用于围手术期。本研究分析发现全髋关节置换术患者术前均有不同程度的焦虑及抑郁状态影响,随着时间延长,两组 SDS 及 SAS 评分均逐渐降低,而给予快速康复外科的观察组出院时、出院后1月及3月 SDS 及 SAS 评分均低于对照组,且观察组出院时 SDS 平均评分 <53 分、SAS 平均评分 <50 分 ($P<0.05$)。提示快速康复外科不仅促进了功能康复,且提高了身心干预效果。分析认为快速康复外科提倡早下地、早康复、早进食,患者不仅真实感受到进步,且无形中促进了患者的自我肯定,提高其健康信念。因此功能康复锻炼与良好的心境状态是相互促进相互协同作用。

综上所述,快速康复外科联合身心干预缩短了全髋关节置换术患者术后恢复时间,降低并发症发生风险,促进髋关节功能恢复,同时改善了患者不良情绪,值得临床应用。

4 参考文献

- [1] 刘政劼,官建中.微创全髋关节置换术国内外研究进展[J].家庭医药,2019(2):363-364.
- [2] 卢俊雄.全髋关节置换术治疗成人髋关节发育不良临床疗效分析[D].南宁:广西医科大学,2019.
- [3] 范哲皓,王静成.老年全髋关节置换术患者早期康复训练计划构建与效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(21):59-63.
- [4] 李信欣,吕启圆,李江圳,等.髋关节置换术后患者院外功能锻炼依从性与健康信念的纵向研究[J].中华护理杂志,2019,54(8):1180-1184.
- [5] 庾红霞.快速康复外科理念在人工髋关节置换术后康复护理中的临床应用效果观察[J].中国药物与临床,2019,19(21):3829-3831.
- [6] 倪惠,卢根娣,瞿春华.快速康复外科理念在髋关节置换术围手术期护理中的应用进展[J].上海护理,2019,19(8):50-54.
- [7] 杨武,唐锡国,唐锡辉,等.初次全髋关节置换术后髋关节疼痛发生影响因素分析[J].中华关节外科杂志(电子版),2019,13(4):396-400.
- [8] 朱丹瑜,尤春芳,朱伟平.加速康复外科理念在髋关节置换手术患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(5):665-668.
- [9] 陶红飞.重症监护病房病人及家属的心理特点及护理[J].医学食疗与健康,2019,2(1):118.
- [10] 徐婷婷,沙沙.髋关节置换术围手术期康复护理分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(43):167.
- [11] 熊英.快速康复外科理念在老年人工髋关节置换术患者术后护理中的应用效果评价[J].中国保健营养,2019,29(10):244.
- [12] 郭金凤.快速康复护理模式在人工髋关节置换术患者中的应用[J].养生保健指南,2019(26):148.
- [13] 吕丽君.快速康复操在预防髋关节置换术后下肢深静脉血栓的效果评价[J].健康之友,2019(23):117-118.
- [14] 张理,席小燕,林炎水,等.快速康复对老年股骨颈骨折全髋关节置换患者髋关节功能的影响[J].创伤外科杂志,2019,21(5):355-358.
- [15] 陶晓燕.快速康复外科理念对髋关节置换患者生理和心理康复的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(41):132.
- [16] 吴旦,俞霞,周辉,等.中西医结合快速康复用于老年髋关节置换术的疗效观察[J].浙江临床医学,2019(6):830-832.
- [17] 李林.快速康复护理路径在人工髋关节置换术后患者中的护理效果及其对焦虑疼痛评分的影响[J].养生保健指南,2018(4):129.
- [18] 王晓红,蒲娟,杨智茹,等.快速康复外科联合心理护理对髋关节置换患者身心健康及康复进程的影响[J].中国健康心理学杂志,2018,26(11):1702-1706.

[2020-04-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

精细化营养管理知识宣教对产科患者健康教育效果与生活质量的影响

李屏萍

【摘要】目的 探讨产科患者行精细化营养管理知识宣教对健康教育效果与近远期生活质量的影响。**方法** 选取2018年1月—2020年8月医院产科收治的92例患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组45例和观察组47例。对照组行常规健康教育,观察组在对照组基础上行精细化营养管理知识宣教,采用健康教育治疗评价标准评价两组健康教育效果,同时比较两组妊娠结局及近远期生活质量评分。**结果** 观察组计划、形式、技巧、入院宣教、住院教育和出院宣教评分高于对照组($P<0.05$);观察组不良妊娠结局发生率低于对照组($P<0.05$);观察组干预1周后、1年后躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 产科患者行精细化营养管理知识宣教的健康教育质量佳,可有效提高患者近远期生活质量,改善妊娠结局。

【关键词】 产科;精细化营养管理知识宣教;健康教育质量;近远期生活质量;妊娠结局

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.026

孕妇属于特殊人群,机体营养状况可直接影响胎儿生长和发育,由此孕妇在孕期需增加营养摄入,不仅要维持自身机体及胎儿生长发育的营养需要,还要保证乳房、子宫及胎盘等发育所需营养^[1]。近年来,我国孕妇营养状况得到显著改善,因经济原因而导致的营养不良情况明显减少,但因营养管理知识缺乏而导致营养不均衡的孕妇数量呈现上升趋势。有研究资料显示,孕妇营养不良不仅会影响胎儿生长和发育,还可能引起妊娠高血压、糖尿病等疾病发生,甚至影响新生儿成年后的疾病发生与发展^[2]。因此,采取有效、安全干预措施,以提高孕妇对营养管理知识的认知程度,对改善妊娠结局极为重要^[3]。本研究选取92例产科患者,分析产科患者行精细化营养管理知识宣教的健康教育质量及对患者近远期生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2020年8月医院产科收治的92例患者为研究对象,纳入条件:均为单胎妊娠;临床资料均完整,知情且签署同意书。排除条件:合并精神疾病;中途退出。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组45例和观察

组47例,入组病例中,对照组年龄22~35岁,平均年龄 25.74 ± 3.14 岁;孕周38~41周,平均孕周 39.12 ± 0.15 周。观察组年龄21~37岁,平均年龄为 25.87 ± 3.05 岁;孕周38~41周,平均孕周为 39.22 ± 0.17 周。两组基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 健康教育方法

1.2.1 对照组 行常规健康教育,包括饮食教育、用药教育及可能发生疾病知识教育等内容。

1.2.2 观察组 在对照组基础上行精细化营养管理知识宣教,具体为:

(1) 营养咨询指导:于围生期为患者提供营养咨询和指导,耐心解答孕妇疑问,向孕妇讲解营养知识;在孕妇每月孕检时,查看孕检结果,了解孕妇需求,并评估孕妇营养情况,针对孕妇存在的营养问题给予指导和纠正;及时为孕妇反馈膳食调查结果,明确告知孕妇自身膳食结构与健康膳食的差距,提出改进措施,指导孕妇改进,并依据孕妇饮食喜好制定个性化饮食方案;定期对孕妇进行电话咨询指导1次,详细询问孕妇增重情况,针对增重过少或过多产妇给予提醒和建议;鼓励孕妇适量开展户外活动,增加晒太阳的时间。

(2) 发放营养管理知识手册:回顾分析医院产科病例,分析以往病例中孕妇营养状况,编制营养管理知识手册,并发放给孕妇,包括膳食宝塔原则、饮食指南等、孕期适当增重建议和不同时期饮

食注意事项等,并加入常见食物的重量、能量等结构表,以供孕妇参考。

(3) 视频教育和知识讲座:采用营养管理知识教育视频对孕妇开展健康教育,由专业营养师制作视频,视频内容包括孕期生理变化、妊娠期营养素食物来源、妊娠期营养需求和合理膳食原则等,并全程为孕妇进行讲解和指导;定期组织孕妇听取营养管理知识讲座,以互动方式开展,讲课同时详细解答孕妇疑问,讲座内容包括妊娠各期所需营养、常见食物的营养素含量和食物合理搭配知识等。

1.3 观察指标

对比两组健康教育效果、妊娠结局及近远期生活质量评分。①健康教育效果:依据自制健康教育质量评价量表评估患者健康教育效果,包括计划(10分)、形式(10分)、技巧(10分)和教育内容(70分)4个维度,其中教育内容包括入院宣教(20分)、住院教育(34分)和出院宣教(16分)3个项目,量表总分100分,评分高低与健康教育效果呈正比。②妊娠结局:包括产后出血、胎盘早剥、剖宫产、HELLP综合征、胎儿早产、胎儿窒息、胎儿窘迫及胎儿死亡。③生活质量:随访1年,干预前、干预1周后及干预1年后,依据GQOL-74生活质量量表评估患者近远期生活质量,包括躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活4个维度,各维度得分均

为25分,评分高低与生活质量呈正比^[4]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0软件学软件处理数据,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 两组健康教育效果对比

观察组计划、形式、技巧、入院宣教、住院教育和出院宣教评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组妊娠结局比较

观察组不良妊娠结局发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组近远期生活质量评分对比

干预前,两组躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);与干预前比较,两组干预1周后、1年后躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活评分均提高,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预1周后、1年后躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表1 两组健康教育效果比较(分)

组别	观察例数	计划	形式	技巧	入院宣教	住院教育	出院宣教
观察组	47	9.04±0.25	8.97±0.37	9.01±0.16	18.64±0.72	32.84±1.04	14.98±0.57
对照组	45	7.66±0.18	7.84±0.64	8.03±0.04	15.34±1.03	28.64±2.33	13.25±0.34
t 值		30.268	10.422	39.902	17.874	11.245	17.582
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组妊娠结局比较

组别	观察例数	产妇结局				胎儿结局				总发生率(%)
		产后出血	胎盘早剥	剖宫产	HELLP综合征	胎儿早产	胎儿窒息	胎儿窘迫	胎儿死亡	
观察组	47	1	0	0	0	0	0	0	0	2.13
对照组	45	1	0	3	0	2	1	1	0	17.78

$\chi^2=4.730$, $P=0.030$ 。

表 3 两组近远期生活质量比较（分）

组别	观察例数	躯体功能			社会功能		
		干预前	干预 1 周后	干预 1 年后	干预前	干预 1 周后	干预 1 年后
观察组	47	14.12 ± 1.05	19.16 ± 0.52	22.56 ± 1.28	15.64 ± 1.27	20.14 ± 1.15	22.64 ± 1.51
对照组	45	14.25 ± 1.01	15.64 ± 1.08	18.63 ± 1.25	15.39 ± 1.58	17.01 ± 1.52	19.89 ± 1.22
<i>t</i> 值		0.604	20.051	14.890	0.838	11.168	9.583
<i>P</i> 值		0.546	0.000	0.000	0.404	0.000	0.000

组别	观察例数	心理功能			物质生活		
		干预前	干预 1 周后	干预 1 年后	干预前	干预 1 周后	干预 1 年后
观察组	47	14.03 ± 0.84	19.64 ± 1.25	21.56 ± 1.58	15.82 ± 1.23	20.16 ± 1.66	22.04 ± 1.06
对照组	45	14.21 ± 0.26	16.11 ± 1.31	18.46 ± 1.82	15.87 ± 1.25	17.84 ± 1.28	18.97 ± 1.84
<i>t</i> 值		1.375	13.226	8.735	0.193	7.483	9.858
<i>P</i> 值		0.172	0.000	0.000	0.847	0.000	0.000

3 讨论

孕妇机体的营养状况对其自身、胎儿和妊娠结局等均会产生一定影响，孕期营养过剩或营养不良均会对胎儿生长发育产生不良影响^[5]。孕期营养过剩则会导致孕妇增重过多，进而增加剖宫产、巨大儿风险，而高出生体重对新生儿也有着不良远期影响，如肥胖、心血管疾病和糖尿病等^[6-8]。大量研究证实，相较于非妊娠妇女，孕妇膳食不平衡更易患钙缺乏症、贫血等营养相关性疾病，而孕妇贫血不仅会导致胎儿慢性缺氧，还会导致孕妇出现宫缩乏力和出血等情况，进而引起胎儿窘迫、胎儿早产和胎儿死亡等不良妊娠结局^[9-12]。营养管理知识宣教是一种方便、经济的营养健康教育措施，被广泛应用于产科患者营养状况的改善，并取得了良好效果。

本研究结果显示，与对照组比较，观察组计划、形式、技巧、入院宣教、住院教育和出院宣教评分均更高，不良妊娠结局发生率更低，且干预 1 周后、1 年后躯体功能、社会功能、心理功能和物质生活评分均更高，提示精细化营养管理知识宣教应用于产科患者，可有效提高健康教育效果，促使孕妇采取健康行为，以改善妊娠结局，达到提高患者近远期生活质量的目 的。究其原因，精细化营养管理知识宣教是一种新型健康教育模式，强调以患者为中心的教育理念，通过指导产妇妊娠期营养摄入标准，以调动孕妇主观能动性，促使其养成健康生活方式；

同时，通过营养管理知识宣教可增加孕妇的营养知识，以改善孕妇膳食结构，提高孕妇营养水平^[13]。其次，鼓励孕妇进行适当活动，消耗热量，以降低过多增重风险，同时增加骨盆灵活性和肌肉张力，促使孕妇分娩时产道可有效松弛，并显著降低产道阻力，促进自然分娩^[14]。同时，指导产妇营养管理知识，以合理搭配食物，可保证孕妇钙摄入量随孕周增加而稳步增加，以促进孕妇骨骼健康状况，达到改善妊娠结局的目的，同时提高产妇近期生活质量^[15]。此外，精细化营养管理知识宣教通过对产科患者进行全面、深入的营养知识教育，可帮助患者养成健康习惯，在分娩后也能够保持合理膳食结构，以提高患者远期生活质量。

综上所述，精细化营养管理知识宣教应用于产科患者，可有效提高健康教育效果，改善妊娠结局，提高患者近远期生活质量。

4 参考文献

[1] 翁田波,王一荃,饶堃.围生期孕妇实施营养门诊个性化指导的效果分析[J].中国实用医药,2020,15(32):154-156.

[2] 钟惠媚,江红梅,檀丽.基于健康信念模式围生期教育对预防产后抑郁的临床效果[J].基层医学论坛,2020,24(32):4589-4591.

[3] 郭文玲.孕期健康教育在产科门诊护理中的应用及对自然分娩率、产后并发症发生的影响[J].中外医疗,2020,39(29):140-176.

[4] 庾静云,朱凤明,梁煜,等.教育联合膳食指导

自我管理表联合乳旁加奶在提高术后 72 h 母乳喂养率中的应用

周娅菲 吴波 吴海霞 郭爱英*

【摘要】目的 探讨自我管理表联合乳旁加奶在提高术后 72 h 母乳喂养率中的应用效果。**方法** 选择 2019 年 5 月—2020 年 5 月医院收治的剖宫产产妇 200 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 100 例。对照组采用常规哺乳法,观察组采用自我管理表联合乳旁加奶法。比较两组产妇母乳喂养效果,于产妇产后当天及产后第 7 天,采用母乳喂养自信心量表(BSES)评价产妇的母乳喂养信心,设计母乳喂养知识水平调查表调查产妇母乳喂养知识水平。**结果** 干预后,观察组产妇开始泌乳时间、新生儿开始有效吮吸时间、乳汁达到充足时间均短于对照组($P<0.05$),每天平均喂奶次数多于对照组($P<0.05$),产后 3 d 的乳房充盈度评分优于对照组($P<0.05$),乳头错觉发生率低于对照组($P<0.05$),术后 72 h 母乳喂养成功率高于对照组($P<0.05$),产后第 7 天 BSES 量表评分、母乳喂养知识水平评分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 于剖宫产术后母乳喂养护理中应用自我管理表联合乳旁加奶干预能有效提高产妇母乳喂养信心和认知水平,进而提高术后 72 h 母乳喂养率。

【关键词】 母乳喂养;自我管理;乳旁加奶;母乳喂养信心

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.027

母乳喂养作为新生儿最佳的喂养方式,其优势已在临床得到充分证实。但目前我国母乳喂养情况

并不乐观。尤其是剖宫产术后,因体位受限、疼痛以及对喂养观念的误解等因素的影响,导致母乳喂养成功率明显低于阴道分娩的产妇。目前,临床上对剖宫产术后母乳喂养的干预多采用单纯的健康指导,虽能在一定程度上提高产妇对母乳喂养的认知,但并未能取得产妇及家属真正配合及母乳喂养的有

基金项目:江西省卫生健康委科技计划(编号:20193513)
作者单位:330006 江西省南昌市,南昌大学第二附属医院
妇产科
*通讯作者

对单胎初产妇母婴结局的影响[J].中国当代医药,2020,27(15):133-135.

[5] 王向华,樊莉萍.围生期无缝隙的个性化护理干预措施对健康产妇及新生儿的临床研究[J].中国实用护理杂志,2020,36(9):674-678.

[6] 温容珍,刘秀云,彭景芳,等.互动式健康教育应用于初产妇顺产后母乳喂养护理中的效果研究[J].卫生职业教育,2020,38(2):151-152.

[7] 张淑霞.精细化护理干预联合心理护理在高危妊娠初产妇分娩中的应用效果观察[J].首都食品与医药,2020,27(8):160.

[8] 王桂芳.围产期健康宣教对分娩方式、母婴结局及母乳喂养的影响分析[J].实用中西医结合临床,2018,18(12):163-165.

[9] 邹建华.产前个性化健康教育模式对剖宫产产妇母乳喂养成功率的影响[J].中外医学研究,2018,16(34):174-175.

[10] 孙品妍,唐红梅,郑燕梅,等.围产期健康教育对提高产科质量和孕产妇生活质量的应用效果[J].国际医

药卫生导报,2017,23(16):2550-2553.

[11] 刘春艳,许伍娣,廖春菊.阶段性健康教育对初产孕妇健康素养、健康需求满足及剖宫产率的影响[J].护理实践与研究,2016,13(22):48-50.

[12] 刘海霞,夏海波,彭雪飞.加强产褥期访视的健康教育对提高母乳喂养率的影响分析[J].中国妇幼卫生杂志,2016,7(1):66-69.

[13] 姚芳芳,史园园,贾润萍,等.加速康复外科营养管理在剖宫产手术患者围手术期的应用[J].河南医学研究,2020,29(34):6375-6378.

[14] 钟芳红,张彦芳,黄英.妊娠期个性化饮食指导和营养管理对初产妇分娩结局的影响[J].中国医学创新,2019,16(29):123-126.

[15] 唐桂艳,彭凌湘,彭岚岚,等.妊娠期个性化饮食指导和营养管理对初产妇分娩结局的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(16):3669-3671.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

效实施,导致母乳喂养率较低。剖宫产术后的早吸吮与第1个72 h是母乳喂养成功的关键,据相关研究报告显示,剖宫产术后早期的乳旁加奶可有效解决术后早期乳汁分泌不足导致的婴儿拒乳问题,而加强产妇自我管理可有效纠正不利于母乳喂养的因素,树立喂养信心,二者结合可更好的提高母乳喂养率^[1]。本文以医院收治的200例剖宫产产妇为研究对象,分析自我管理联合乳旁加奶对提高术后72 h母乳喂养率的临床价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年5月—2020年5月医院收治的剖宫产产妇200例为研究对象。纳入条件:产妇均行剖宫产结束分娩,单胎;产妇无妊娠合并症;实行早接触、早吸吮、早开奶、母婴同室及按需哺乳;产妇及配偶知情同意,自愿参与或经解释后同意参与本研究。排除条件:有精神疾病或多胎妊娠;母婴分离;术后使用药物不能行母乳喂养;不配合;无法正常交流。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100例。观察组年龄 28.46 ± 2.53 岁;孕周 38.56 ± 1.14 周;新生儿体质量 3534.27 ± 325.26 g。对照组年龄 29.25 ± 3.05 岁;孕周 38.55 ± 1.23 周;新生儿体质量 3674.55 ± 361.23 g。两组产妇年龄、孕周、新生儿体质量比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 产妇采用常规哺乳法,抱婴儿喂奶,婴儿吸吮母乳不足时,用奶瓶或小勺喂配方奶。

1.2.2 观察组 产妇采用自我管理联合乳旁加奶法。自我管理表:自我管理要求产妇及家属共同参与,提前制订好自我管理表格并予以指导使用。管理表内容主要包括:

(1)健康宣教:将产妇认知特点、护士临床经验及“母乳喂养指导手册”相结合,从母乳喂养的优点和重要性、母乳喂养技巧等方面开展内容丰富、形式多样的健康宣教活动,帮助产妇建立完善的认知体系和正确的母乳喂养行为方式。

(2)喂奶前物品准备:包括喂奶枕、清洁毛巾、温热毛巾等。

(3)喂奶前指导:包括喂奶前乳房清洁、乳房过胀应先挤掉少许乳汁等。

(4)喂奶姿势指导:包括母亲体位指导、托抱婴儿和托起乳房的方法指导、婴儿含接姿势、两侧

乳房哺乳顺序指导、哺乳后退出乳头指导等。

(5)喂奶后指导:婴儿尚未吃空就停止哺乳时,另一边乳房还胀奶,需要将乳汁及时挤干净,并指导产妇挤奶方法。乳旁加奶即在常规哺乳法的基础上,将F6吸管用胶布固定于乳头旁,距离乳头2~3 cm,顶端在乳头旁超出其前端约0.8~1.0 cm处,将另一端放置于配方奶奶杯中,婴儿吸吮母亲乳头可获得足够奶液^[2]。

1.3 观察指标

(1)开始泌乳时间:即产妇分娩后至首次喂奶时间。

(2)新生儿开始有效吮吸时间:即产妇分娩后至新生儿吸吮动作慢且有力,存在明显吞咽动作及声音,产妇无乳头疼痛表现的时间。

(3)乳汁达到充足时间:即产妇产后乳汁分泌能够满足新生儿饲喂量需要时间。

(4)喂奶次数:记录两组产妇分娩后3 d的喂奶次数,取每天喂奶次数的平均值。

(5)产后3 d的乳房充盈度:乳房充盈度评分0~6分,分值越低,提示乳房充盈度越好。0分为乳房饱满,充盈明显,乳汁自溢;6分为乳房无明显胀满感和充盈度,在挤压下无外溢乳汁^[3]。

(6)乳头错觉发生率:即婴儿觅食欲望强烈,但接触母亲乳头时不含接乳头,且不拒绝吸吮则判断为乳头错觉。

(7)术后72 h母乳喂养成功率:即术后72 h新生儿完全通过母乳喂养。

(8)母乳喂养信心:于两组产妇分娩当天及产后第7天,采用母乳喂养自信心量表(BSES)对两组产妇的母乳喂养信心进行评价。该量表共30个条目,分为技能、初产妇内心活动两个维度。各条目评分为0~5分,量表总分0~150分,分值越高,提示产妇母乳喂养信心越好^[4]。

(9)母乳喂养知识水平:设计母乳喂养知识水平调查表,共分为17个小条目,主要内容包括实施母乳喂养的优缺点、如何实施母乳喂养更佳两项。总分17分,分值越高,提示产妇母乳喂养知识水平越高。

1.4 统计学处理

采用中文版SPSS 20.0统计学软件进行数据统计分析。计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验;正态分布计量数据以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;非正态分布计量数据以“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇母乳喂养效果比较

干预后, 观察组产妇开始泌乳时间、新生儿

开始有效吮吸时间、乳汁达到充足时间短于对照组, 每天平均喂奶次数多于对照组, 产后 3 d 的乳房充盈度评分优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组产妇母乳喂养效果比较

组别	例数	开始泌乳时间 (h)	新生儿开始有效吮吸时间 (h)	乳汁达到充足时间 (h)	每天平均喂奶次数 (次)	产后 3 d 的乳房充盈度评分 (分)
观察组	100	6.47 (1.24)	8.35 (1.53)	49.26 (5.36)	7.28 ± 1.24	2.42 ± 0.35
对照组	100	9.25 (1.57)	12.27 (2.22)	66.37 (6.46)	4.27 ± 0.56	4.73 ± 0.68
<i>z</i> 值		13.896 [*]	14.539 [*]	20.383 [*]	22.123 ^{**}	30.205 ^{**}
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。** 为 *t* 值。

2.2 两组产妇乳头错觉、术后 72 h 母乳喂养成功率比较

干预后, 观察组产妇乳头错觉发生率低于对照

组, 术后 72 h 母乳喂养成功率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组产妇乳头错觉、术后 72h 母乳喂养成功率比较

组别	观察例数	产妇乳头错觉		术后 72h 母乳喂养成功	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)
观察组	100	2	2.00	95	95.00
对照组	100	25	25.00	73	73.00
χ^2 值		22.650		18.006	
<i>P</i> 值		0.000		0.000	

2.3 两组产妇干预前后母乳喂养信心和知识水平比较

分娩当天, 两组 BSES 量表评分、母乳喂养知识水平评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$);

产后第 7 天, 观察组 BSES 量表评分、母乳喂养知识水平均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组产妇干预前后母乳喂养信心和知识水平比较 (分)

组别	例数	BSES		母乳喂养知识水平	
		分娩当天	产后第 7 天	分娩当天	产后第 7 天
观察组	100	87.46 ± 14.24	132.38 ± 15.35	6.46 ± 1.42	14.28 ± 2.35
对照组	100	90.38 ± 13.28	100.28 ± 14.35	6.20 ± 1.52	9.36 ± 1.89
<i>t</i> 值		1.500	15.278	1.250	16.315
<i>P</i> 值		0.135	0.000	0.213	0.000

3 讨论

我国的《中国儿童发展纲要 2011-2020》中把 0~6 个月婴儿纯母乳喂养率达到 50% 以上作为儿童

健康的主要目标之一, 但我国母乳喂养情况并不乐观^[5]。近年来, 尽管许多学者对如何促进产妇泌乳、提高母乳喂养质量进行研究, 取得了良好的进展, 但随着二孩政策的开放, 剖宫产率也随之上升, 剖

宫产术后母乳喂养的情况却没有得到改善。据临床相关调查研究显示,产妇母乳喂养知识缺乏、母乳喂养技巧不足、喂养自我效能感低等是造成母乳喂养不成功的主要原因^[6];同时, Greedy 等^[7]认为产妇对母乳喂养的自信心是影响母乳喂养持续时间的11个社会心理学、人口统计学因素中最重要的一个,低信心母亲早断奶的危险性是高信心母亲的3.1倍。因此,采取有效的母乳喂养自我管理干预,完善产妇母乳喂养知识,提高母乳喂养技巧和信心是提高母乳喂养成功率的重要途径。另外,剖宫产术后早期大部分产妇存在乳汁分泌不足的问题,通过乳旁加奶不仅可有效提供婴儿所需喂养量,同时能够提高乳汁分泌量,提高母乳喂养成功率^[8]。本研究采用病例对照研究的方法,术后母乳喂养护理干预中,对照组采用常规哺乳法,观察组采用自我管理表联合乳旁加奶法,研究结果显示:

自我管理表联合乳旁加奶法可有效提高产妇的母乳喂养信心和知识水平。本研究中,产后第7天,在BSES量表评分、母乳喂养知识水平评分上,观察组均高于对照组($P<0.05$)。观察组产妇通过自我管理表的应用,主动邀请产妇或者家属参与管理过程,通过护士和产妇、家属的协作,认真分析产妇所聚焦的母乳喂养问题,从认知体系、母乳喂养管理水平、母乳喂养技巧指导等各个方面来提高产妇的自我管理能力,指导产妇掌握母乳喂养管理方法,增加其对相关问题的掌控感,能有效提高产妇的自我效能感,促进产妇自觉采取积极的行为方式,提高自我管理水平,进而提高母乳喂养信心和知识水平,对提高母乳喂养成功率具有重要的作用^[9]。

自我管理表联合乳旁加奶法可有效提高产妇的母乳喂养效果。本研究中,观察组产妇开始泌乳时间、新生儿开始有效吮吸时间、乳汁达到充足时间均短于对照组($P<0.05$),每天平均喂奶次数多于对照组($P<0.05$),产后3d的乳房充盈度评分优于对照组($P<0.05$),乳头错觉发生率低于对照组($P<0.05$)。且在术后72h母乳喂养成功率上,观察组高于对照组($P<0.05$)。乳旁加奶是针对母乳不足而发明的一种在乳边加奶方法,其主要临床价值在于:一是满足婴儿喂养需要量,提供有效的营

养供应,比起奶瓶加奶和小勺加奶,乳旁加奶操作方便,优势更明显;二是防止、纠正乳头混淆,降低乳头错觉发生率;三是增加产妇泌乳量,乳旁加奶可通过诱发新生儿吸吮,锻炼其吸吮能力,且产妇乳头在婴儿吸吮刺激下,会促进催乳素分泌,增加乳汁的分泌量。因此,在上述作用的综合下,可有效提高母乳喂养成功率^[10]。

综上所述,于剖宫产术后母乳喂养护理中应用自我管理表联合乳旁加奶干预能有效提高产妇母乳喂养信心和认知水平,缩短产妇开始泌乳时间、新生儿开始有效吮吸时间、乳汁达到充足时间,提高每天平均喂奶次数,进而提高术后72h母乳喂养率。

4 参考文献

- [1] 段春芳,张艳红,邓兰珍.连续性护理模式对孕妇自我管理、分娩结局及母乳喂养的影响[J].中国医学创新,2018,15(18):84-87.
- [2] 曹书蕊.赋能教育模式下母乳喂养健康教育在初产妇中的应用效果[J].河南医学研究,2018,27(5):947-948.
- [3] 杨雪平,毛红妮,刘丽,等.乳旁加奶在产科母乳喂养不足中的应用[J].临床医学研究与实践,2019,4(29):157-159.
- [4] 马咏梅,韦莉萍.乳旁加奶诱导婴儿吸吮促进母乳分泌的效果[J].当代医学,2019,25(15):86-88.
- [5] 刘颖.哺乳初期乳旁加奶对母乳喂养影响的研究[J].全科护理,2016,14(3):277-278.
- [6] 刘妍.分析孕妇学校多样化互动式健康教育对母乳喂养的影响[J].中国医药指南,2020,18(3):37-38.
- [7] 宋玮钊,金珊,俞黎铭.跟踪联动自我管理教育对出院剖宫产妇女母乳喂养的影响[J].中国预防医学杂志,2019,20(5):368-370.
- [8] 周兰,王天慈,徐敏.母乳喂养中应用新型乳旁加奶器的临床效果[J].现代医药卫生,2019,35(18):2906,2939-2940.
- [9] 杨敏.哺乳初期乳旁加奶对母乳喂养影响的研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(13):137-138.
- [10] 章田华.行为导向法对初产妇母乳喂养、育儿技能的影响研究[J].中国医学创新,2020,17(3):97-101.

[2020-04-16 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

川崎病合并巨大冠状动脉瘤患儿华法林、那屈肝素钙的 11 例护理经验报告

蒋婧 杨道平*

【摘要】 目的 总结 11 例川崎病合并巨大冠状动脉瘤患儿口服华法林、皮下注射那屈肝素钙的护理经验。观察治疗过程中药物所导致的出血不良事件的发生,重点做好华法林及那屈肝素钙的用药护理,确保华法林服用的准确性,以起到良好的治疗效果,同时定期监测凝血常规中国际标准化比值(INR),根据此值调整华法林剂量,使 INR 目标值介于 2.0~3.0,并汇总那屈肝素钙皮下注射的要点。同时做好药物相关知识宣教,避免影响华法林药效的食物和药物以及治疗期间的自我保健。本组 11 例患儿都能够准确服药,配合注射,经过规范的治疗、精心的护理,均未出现严重的不良出血事件,生命体征平稳,已出院,门诊定期随访。

【关键词】 川崎病; 巨大冠状动脉瘤; 华法林; 那屈肝素钙; 患儿; 护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.028

川崎病(kawasaki disease,KD)自 1967 年首次报道以来,其发病率有逐渐升高迹象^[1]。有调查显示,北京地区 <5 岁儿童川崎病的发病率已从 2004 年的 55/100 000 上升到 2009 年的 87/100 000^[2]。川崎病主要危害为冠状动脉病变(coronary artery lesion,CAL),较常见的有冠状动脉扩张和冠状动脉瘤^[3]。据国外流行病学数据统计 CAL 发生率为 15%~25%^[4],而在我国,虽已施行了大剂量静脉免疫球蛋白联合阿司匹林的正规治疗,CAL 的发生率仍有 15.9%,冠状动脉瘤的发生率为 1.8%^[5]。2017 年美国心脏协会发表的声明指出以 Z 值,即通过体表面积校正冠状动脉管腔内径来对冠状动脉异常情况进行分类,并明确定义 Z 值 ≥ 10 mm,或内径绝对值 ≥ 8 mm 为巨大冠状动脉瘤^[1]。巨大冠状动脉瘤瘤内易形成血栓,远期发生冠状动脉狭窄、闭塞的可能性大,从而引起心肌缺血、梗死,甚至是猝死^[3]。对于出现巨大冠状动脉瘤的患儿,推荐小剂量阿司匹林联合华法林或低分子肝素治疗^[6]。国内有文献研究表明华法林联合小剂量阿司匹林可有效减少血栓形成^[7]。赖惠东^[8]分析了某院心内科住院患者应用华法林的情况显示,由华法林导致的出血发生率为 26.76%。查询国内文献得知,注射低分子肝素所致的皮下出血发生率为 34%~42%^[9]。可见做好华法林及那屈肝素钙的药物护理对川崎病

合并巨大冠状动脉瘤患儿的重要性。现将医院收治的 11 例川崎病合并巨大冠状动脉瘤的患儿口服华法林、皮下注射那屈肝素钙的护理总结如下。

1 病例来源

2018 年 1 月—2019 年 12 月苏州大学附属儿童医院心血管内科收治川崎病合并巨大冠状动脉瘤患儿 11 例,其中女 2 例,男 9 例。年龄最小 4 月 23 天,最大 3 岁 4 月。心脏彩超均示双侧冠状动脉瘤样扩张,其中串珠样扩张 7 例,囊样扩张 2 例,梭样扩张 2 例,其中 2 例瘤内已有一定程度的血栓形成。住院期间心电图检查均未出现 ST 段改变及病理性 Q 波。

2 护理方法

2.1 口服华法林的护理

2.1.1 确保华法林服用的准确性 本组患儿年龄小,体重轻,华法林剂量少,另外华法林剂量又需时常调整,影响华法林代谢的因素多,导致华法林剂量的准确性易受影响。华法林服药时间应较为固定,并且每日服药的时间相差不应 >2 h^[10]。有文献将川崎病服用华法林的时间安排在每晚 20:00^[11],我科根据实际情况将服药时间安排在每日午餐后,主要是考虑到患儿睡眠早,作息时间不定,如出现漏服的情况,还有时间补服。我科使用华法林为片剂,每片 2.5 mg,使用 10 ml 温水将其充分溶解,在患儿情绪稳定时喂服,防止剧烈哭闹引起呛咳或

作者单位: 215000 江苏省苏州市,苏州大学附属儿童医院心血管内科

* 通讯作者

呕吐影响剂量的准确。本组患儿服用华法林剂量准确,有2例虽未在规定时间内服用,但都能在2 h内补服。11例患儿服药期间均未发生呕吐、呛咳。

2.1.2 INR 检测的护理 患儿服用华法林期间,每3 d检查1次凝血常规,并根据INR测定值微调华法林的剂量。如食用了影响华法林代谢的食物或使用了影响华法林药效的药物应重新检测INR。本组患儿年龄小,血标本采集较困难,频繁的检测更加大了采集的难度。采血成功率与年龄、采集部位、穿刺水平有关。根据王英等^[12]文献报告, ≥ 3 岁选择手背静脉和肘部静脉, ≤ 1 岁选择头皮浅静脉、大隐静脉,1~3岁选择肘部静脉、大隐静脉较多,采血时需取得家属的理解和配合。肖秀丽^[13]通过对比,静脉采血后按压10 min的止血效果优于3 min、5 min,故采集后按压10 min,以避免出血。同时将血标本充分摇匀,30 min内送检^[11],以减少实验室误差影响检查结果。本组患儿住院期间INR介于目标值内。

2.1.3 避免食用影响华法林药效的食物 华法林服用后维生素K环氧化物还原酶复合物的活性受抑制拮抗,维生素K及其环氧化物的转化受影响,从而间接抑制凝血因子的活化,产生抗凝效果^[14]。因此富含维生素K的食物及维生素K含量少的食物均会影响华法林的药效,应避免食用。富含维生素K食物(可降低华法林的抗凝作用)常见的有菠菜、油麦菜、西兰花、莴苣、猪肝、橄榄油等,维生素K含量少(可增强华法林的抗凝作用)常见的食物有黄瓜、生姜、大蒜、茄子、西葫芦、葡萄、芒果、柚子等。本组患儿中有3例需母乳喂养,告知其母亲也应尽量避免食用以上食物。总之在服用华法林期间应遵循不随意改变饮食结构,不额外添加营养品的原则。本组患儿服用华法林期间能保持饮食结构不变,未摄入易影响华法林作用的食物。

2.1.4 注意药物相互作用的宣教 能增加华法林作用的常见药物有阿莫西林、阿奇霉素、水合氯醛、头孢美唑、头孢哌酮、奥美拉唑等,能降低华法林作用的常见药物有维生素K、利巴韦林、螺内酯、苯巴比妥等,影响华法林作用的中药有人参、当归、枸杞、龟苓膏等。我科将影响华法林药效的食物和药物制成宣教表,发放给11例患儿家属,便于其查询。

2.2 皮下注射那曲肝素钙的护理

2.2.1 注射部位 常用注射部位有上臂三角肌下缘、腹壁、臀部外上侧、大腿上前侧和外侧,而腹壁因注射面积相对较大、药物外渗风险小、痛感轻、

易操作等特点已得到国内外认可其作为皮下注射的首选部位^[15]。专家共识^[15]建议患儿可选择臀部或大腿,但鉴于在臀部、大腿注射易引起患儿恐惧,痛感明显,故我科仍选择腹壁作为注射部位。

2.2.2 注射体位 注射体位由注射部位决定。屈膝仰卧位时腹壁松弛,便于捏起皮肤形成褶皱,易于药液注入皮下脂肪,使痛感减轻,最大限度的减少皮下出血^[16]。因此患儿在注射时平卧,请家属协助屈膝,并保持该体位直至注射结束。

2.2.3 注射方法 注射前先将多余剂量的药液精确排入1 ml注射器,空气弹至药液上方后,常规消毒,右手以握笔式持针,左手食指和拇指捏起腹壁皮肤形成褶皱,于褶皱最高点快速垂直进针。因左手全程捏皮肤,右手持针,想抽回血很难,如勉强操作,容易引起针尖移位,再加上腹壁结构疏松,毛细血管少,注射药液前可不抽回血。国内有文献建议^[17],推注药液时间10 s,推注药液结束后再停留10 s的方法,可使皮下出血发生率减少,痛感减轻。需要注意的是整个注射过程应始终保持腹壁皮肤处于褶皱状态。

2.2.4 注射后按压 对于注射后是否按压,以及按压时间目前仍有很大争论。有文献表明皮下出血的发生率与按压时间呈反比关系^[18]。本组患儿长期服用阿司匹林,同时华法林、那屈肝素钙又需使用较长时间,因此注射后应按压,按压时间和按压力度参考服用阿司匹林的老年人注射低分子肝素后的按压时间和力度,以皮肤下陷不超过0.5 cm的力度按压5~6 min^[18]。另外我科护士发现使用无菌棉球按压,会在取下棉球时粘下针眼处的血痂而引起再次出血的情况,故改用无菌敷贴(针眼贴、瓶口贴)按压止血,取得了较好的止血效果,能有效防止再次出血。

2.3 出血的观察及处理

使用华法林有较高的出血风险,因此应重点观察出血征象。每班查看患儿全身皮肤黏膜有无出血点,留置针静脉穿刺处有无出血渗血,牙龈、鼻腔有无出血。年长患儿重视其主诉,询问感受,出现头痛、喷射样呕吐、哭闹烦躁需警惕颅内出血,有茶色尿、呕血、便血提示消化道出血。每隔3 d复查1次凝血常规,每周复查尿常规、粪常规2次。本组11例患儿中有1例出现鼻腔出血,表现为血凝块,该患儿既往有鼻出血史。1例患儿大便可见少量血丝,大便隐血实验阳性。2例患儿均停用当日华法林,并给予维生素K₁注射后出血停止,其余患儿未见出血征象。

2.4 自我保健

重视生活中的细微处,从细节做好保护。养成不抠鼻的习惯,避免鼻腔黏膜损伤。选择软毛牙刷,轻柔刷牙。玩具选择应光滑圆润、避免尖锐。住院期间使用床围包裹床栏,避免睡眠时磕碰床栏引起出血。避免跑跳,以免跌倒。还应保持情绪稳定,避免剧烈哭闹。

3 结果

11例患儿中有1例出现鼻腔出血,为血凝块,询问得知该患儿既往有鼻出血史。1例患儿大便可见少许血丝,立即留取大便标本送检,结果隐血试验阳性。2例患儿均停用当日华法林,并注射维生素K₁拮抗后未再出血。其余9例患儿用药后未出现出血不良事件。11例患儿住院期间均未发生心肌缺血、梗死,通过积极的治疗及细致的护理,已出院,门诊定期随访。

4 经验与体会

华法林是目前公认的治疗川崎病合并冠状动脉瘤的常用抗凝药物,但是儿童使用经验少,儿童的使用主要参照成人标准,并且华法林治疗窗口窄,影响因素多,个体差异大,因此做好华法林的用药护理,保证药物疗效,对于患儿来说显得十分重要。那屈肝素钙作为70年代发展起来的一种新型抗凝药物,目前在临床使用也是越来越多,其在成人深静脉血栓、脑梗死等疾病的护理体会多有报道,但是在患儿的报道相比华法林更少。另外那屈肝素钙需采取注射的方式,给患儿造成了心理上的恐惧和生理上的痛苦。只有掌握注射方法,提高注射技巧才能在一定程度上减轻患儿的痛感,缓解患儿的恐惧。在做好药物护理的同时,还应提高患儿及家属的自我保护意识,避免外在因素引起的出血。此外还应观察药物不良反应所导致的出血,及时发现出血倾向,特别是颅内出血、消化道出血等严重出血对患儿生命的威胁。药物知识宣教的知晓率可提高华法林服用的准确性,需做好每位服用该药的患儿及家属的健康宣教工作。

5 参考文献

- [1] 林瑶,李晓惠,石琳,等.2017年版《川崎病的诊断、治疗及远期管理——美国心脏协会对医疗专业人员的科学声明》解读[J].中国实用儿科杂志,2017(32):648.
- [2] 赵春娜,杜忠东.川崎病诊断及治疗的研究进展[J].

中华医学信息导报,2015(15):13.

- [3] 赵春娜,杜忠东,高灵灵.川崎病儿童冠状动脉病变危险因素分析[J].中华实用儿科临床杂志,2016,31(9):659-661.
- [4] McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association[J]. Circulation, 2017, 135(17): e927-e999.
- [5] 何岚,刘芳,黄国英,等.选择性冠状动脉造影在儿童川崎病合并严重冠状动脉病变中的应用[J].中华儿科杂志,2019,57(2):108-112.
- [6] 杨丹.华法林在川崎病合并冠状动脉瘤中的治疗进展[J].国际儿科学杂志,2017,44(8):523-526.
- [7] 彭昭娴,黄萍,张丽,等.华法林联合阿司匹林治疗川崎病并多发中型及巨大型冠状脉瘤临床研究[J].中华实用儿科临床杂志,2019,34(21):1623-1626.
- [8] 赖惠东.我院2015年1-12月心内科住院患者应用华法林情况分析[J].中国合理用药探索,2018,15(4):67-70.
- [9] 夏梦君,王贺芳.循证护理联合PDCA循环管理对低分子肝素钙注射后皮下出血的防治效果研究[J].全科护理,2020,18(4):435-438.
- [10] 戴文娣.临床路径式温馨提示牌在口服华法林患者健康教育中的应用[J].蚌埠医学院学报,2014(12):1736-1738.
- [11] 王远玲,刘佩莹,黄萍.13例川崎病合并巨大冠状动脉瘤患儿服用抗凝剂的用药护理[J].护理学报,2017,24(8):52-54.
- [12] 王英,胡婷,杨海珊,等.门诊婴幼儿静脉采血方法的探讨[J].当代护士(下旬刊),2018,25(12):135-137.
- [13] 肖秀丽.静脉采血后不同按压时间的止血效果评价[J].中国医药指南,2019,17(31):130-131.
- [14] 徐静涵,顾智淳,李浩,等.华法林在儿童患者中应用的单中心药物流行病学研究[J].临床儿科杂志,2020,38(2):146-148,155.
- [15] 中国静脉介入联盟,中国医师协会介入医师分会外周血管介入专业委员会.抗凝剂皮下注射护理规范专家共识[J].介入放射学杂志,2019,28(8):709-716.
- [16] 王芸香,赵静.改良式注射方法在皮下注射低分子肝素钙中的应用[J].当代护士(中旬刊),2015(6):124-125.
- [17] Sutedjo J,李燕,许秀芳,等.低分子肝素两种皮下注射方法不良反应的对照研究[J].介入放射学杂志,2018,27(1):83-86.
- [18] 杨杨,郝春艳.低分子肝素不同皮下注射方法致注射部位皮下出血的研究进展[J].护士进修杂志,2015(16):1458-1460.

[2020-05-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)

现象描述式教育联合康复护理对前列腺癌患者围术期恐惧疾病进展及不良反应的影响

黄莉

【摘要】目的 探讨现象描述式教育联合康复护理对前列腺癌患者围术期恐惧疾病进展及不良反应的影响。

方法 选择中南大学湘雅二医院 2019 年 3 月—2020 年 10 月前列腺癌手术患者 100 例,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上增加现象描述式教育联合康复护理,比较两组患者的恐惧疾病进展水平及不良反应发生率及痉挛持续时间。

结果 观察组恐惧疾病进展中高水平患者低于对照组 ($P<0.05$);观察组尿失禁发生率、膀胱痉挛发生率及痉挛持续时间均小于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 现象描述式教育联合康复护理在前列腺癌患者中应用,能缓解患者的疾病进展恐惧,减少不良反应。

【关键词】 现象描述式教育;前列腺癌手术;恐惧疾病进展;尿失禁

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.029

前列腺癌是一种发生于前列腺上皮的恶性肿瘤,约占男性恶性肿瘤的 13.5%,发病率年增长速度为 8%~10%^[1]。前列腺癌病因复杂,手术是临床首选治疗手段,早期患者术后 10 年存活率能达到 90%,但因手术操作可损伤前列腺周围组织及神经,术后尿失禁发生率为 4%~20%^[2]。有报道显示^[3-4],超过 70% 的前列腺癌确诊患者多处于中晚期,加之术后多伴有尿失禁、膀胱痉挛等症状,患者极易产生疾病进展恐惧心理,导致术后生活质量降低。本研究在前列腺癌手术患者中应用现象描述式教育联合康复护理,探究其对患者围术期恐惧疾病进展及尿失禁的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择中南大学湘雅二医院 2019 年 3 月—2020 年 10 月前列腺癌手术患者 100 例,纳入条件:与前列腺癌临床诊断标准相符,且经实验室检查、前列腺活检确诊;首次行手术治疗,且术程顺利;预计生存期超过 1 年;无其他可能诱发尿失禁的相关疾病;认知、沟通能力正常;已签署知情同意书。排除条件:因手术损伤造成完全性尿失禁;伴有其他恶性肿瘤;合并重要脏器功能异常;伴有泌尿系统感染;姑息手术治疗。按照组间基本特征均衡可比

的原则分为对照组和观察组,每组 50 例,对照组平均年龄 63.45 ± 4.16 岁;文化水平:初中及以下 30 例,高中及以上 20 例;临床分期:A~B 期 29 例,C~D 期 21 例;Gleason 评分: <7 分 27 例, ≥ 7 分 23 例。观察组平均年龄 63.28 ± 4.22 岁;文化水平:初中及以下 32 例,高中及以上 18 例;临床分期:A~B 期 27 例,C~D 期 23 例;Gleason 评分: <7 分 28 例, ≥ 7 分 22 例。两组患者年龄、文化水平、临床分期、Gleason 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组采取常规护理,包括入院宣教、术前检查、术前禁食禁饮、术中体位管理、术中体温管理、术后疼痛管理、术后体温管理、术后膀胱区按摩及排尿训练等。观察组在对照组基础上增加现象描述式教育联合康复护理,具体如下:

1.2.1 现象描述式教育 ①描述现象。本研究通过半结构式访谈法开展现象描述式教育,所涉采访对象有高年资医护人员 2 名、既往前列腺癌手术康复患者 4 例(术后存活时间 ≥ 5 年);研究人员根据主题拟定访谈提纲,分为医护人员访谈(Part 1)、康复患者访谈(Part 2)两部分,Part 1 共 4 个问题,分别为:前列腺癌发病率如何,高发人群特征有哪些;前列腺癌临床治疗方法有哪些,治疗效果如何;前列腺癌术后 5 年、10 年生存率多少,术后常见不良反应有哪些、发生率多少、临床护理对策有哪些;前列腺癌患者疾病恐惧进展如何,影响因素有哪些。Part 2 共 4 个问题,分别为:前列腺癌确

诊、术后您心路历程如何；术后您出现了哪些不良反应，躯体感受如何；术后您是否担心疾病复发，克服这种心理的因素或方法有哪些；您有哪些可与其他病友分享的经验。研究人员根据提纲提问，适度适时引导开展深入访谈，以丰富访谈内容，对整个访谈过程进行同步录像，对患者面部做隐私保护处理，时长 40 min。②现象描述式教育。研究人员借助移动投影仪播放访谈视频，引导患者观看，并以图、表、流程图形式对访谈信息整理，如：各年龄段男性前列腺癌发病率柱状图；前列腺癌术后 5 年、10 年、15 年存活率柱状图；前列腺癌患者确诊、治疗及康复心路历程图。视频播放完毕后，护理人员借助图、表、流程图强化宣教；研究人员根据图介绍各年龄段男性发病率，如：小于 60 岁患者 20%~30%，60~69 岁患者约 40%，70~79 岁患者约 56%，65 岁以上患者占比高达 80%；前列腺癌术后 5 年、10 年、15 年存活率分别为 $\geq 95\%$ 、80%~90%、50%~60%，说明“前列腺癌高发现象”，缓解患者病耻感、增强其治疗信心、缓解恐惧疾病心理是重点。

1.2.2 康复护理干预 ①解挛刺激干预。采用 LH402 型经皮电刺激治疗仪实施解挛刺激，确定刺激部位为脐下三寸、足内踝尖上三寸，采用医用酒精对所选部位处皮肤实施清洁、脱脂。干燥 1~2 min 后，将治疗仪器电极片分别粘贴于上述部位，确定仪器疏密波为 2/100 Hz，脉冲宽度为 0.2~0.6 ms，刺激强度为 8~12 mA，刺激干预过程中，密切关注患者对刺激感受，并据此调整刺激强度，以产生刺激且无疼痛等不适感为宜；术后 6 h 起，每隔 8 h 对患者持续刺激 30 min，连续干预 1 周。②脐周热敷干预。选取艾叶 50 g、粗盐 200 g，将其混合均匀后倒入规格为 20 cm × 20 cm 的双层纱布袋，制成热敷包备用；选取热敷包加热 5 min 后，将其置于患者腕部皮肤试探，以确定热敷温度 40~45℃；选取

热敷部位为脐周及下腹部，取热敷包 1 个，将其置于微波炉内加热 5 min，而后取出待温度降至 42℃ 左右置于患者脐周，顺时针转动，询问患者温度是否适宜，根据其耐受表现调整热敷时长，一般控制在 20~30 min；而后，将热敷包放入微波炉内再加热，温度降至 42℃ 左右，护理人员持热敷包贴患者下腹部皮肤匀速、缓慢往复运动，时长 20 min，每天 2 次，连续干预 1 周^[5]。

1.3 观察指标

(1) 恐惧疾病进展：干预 1 周后采用恐惧疾病进展量表 (FoP-Q-SF) 进行评价，包含生理健康、社会家庭 2 个维度，共 12 个条目，采取 Likert 5 级评分法，非常同意则 1 分，非常不同意则 5 分，量表总分 60 分。总分 ≤ 34 分为无疾病恐惧或恐惧疾病进展低水平，35~47 分为恐惧疾病进展中等水平， ≥ 48 分为恐惧疾病进展高水平。量表 Cronbach's α 系数为 0.833^[6-7]。

(2) 不良反应：前列腺癌手术患者术后常见不良反应有尿失禁、膀胱痉挛，干预 1 周后统计尿失禁、膀胱痉挛患者发生例数，计算其发生率，并统计每次膀胱痉挛持续时间^[8-9]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据，计数资料比较采用 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 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者恐惧疾病进展比较

观察组恐惧疾病进展中高水平发生率低于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者不良反应发生率及痉挛持续时间比较

观察组尿失禁发生率、膀胱痉挛发生率及痉挛持续时间均小于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 两组患者恐惧疾病进展比较

组别	例数	无或低水平	中等水平	高水平	中高水平发生率 (%)
对照组	50	20	17	13	60.00
观察组	50	34	12	4	32.00

$\chi^2=7.891$ ， $P=0.005$ 。

表 2 两组患者不良反应发生率及痉挛持续时间比较

组别	例数	发生尿失禁	发生膀胱痉挛	痉挛持续时间 (h)
对照组	50	18	20	1.14 $\pm$ 0.71
观察组	50	8	7	0.68 $\pm$ 0.23
χ^2 值		5.198	8.574	4.358*
P 值		0.023	0.003	0.000

* t 值。

3 讨论

前列腺癌在泌尿外科恶性肿瘤中占比超过了95%，高发年龄为70~80岁，手术治疗能切除病变组织，但也易诱发机体应激、不稳定性膀胱，术后膀胱痉挛发生率约为24%~75%^[10-11]。而其他文献报道显示^[12]，前列腺癌手术患者术后10年复发率可达到50%，且患者围术期恐惧疾病进展水平与患病现状、术后并发症、术后高复发率等因素有关，而临床常规护理效果一般。

本研究在前列腺癌手术患者中应用现象描述式教育联合康复护理，结果显示，观察组恐惧疾病进展中高水平患者占比为32.00% 低于对照组的60.00% ($P<0.05$)，观察组尿失禁发生率、膀胱痉挛发生率及痉挛持续时间均小于对照组 ($P<0.05$)。本研究在前列腺癌患者围术期护理中应用现象描述式教育，通过半结构式访谈描述前列腺癌患病现象、手术治疗现象、术后并发症现象，并经移动投影仪以视频形式展示，能强化患者对疾病高发性、术后并发症高发性、术后高存活率的认知，缓解患者病耻感，增强其治疗信心，消除恐惧疾病心理。本研究对前列腺癌手术患者脐下三寸、足内踝尖上三寸实施电刺激，上述部位能疏通经络气血、消除瘀滞、通利小便，通过对上述部位的刺激，能缓解疼痛刺激、膀胱充盈刺激，减少痉挛应激源，降低膀胱痉挛发生率^[13-14]。本研究对前列腺癌手术患者实施脐周热敷，艾叶有补气助阳作用，粗盐有良好的导热作用，借助艾盐包对患者脐周及下腹部实施热敷，可调整膀胱平滑肌的紧张度，降低膀胱最大收缩力，减少膀胱逼尿肌异常收缩，降低膀胱痉挛发生率；同时，通过热敷刺激能改善膀胱顺应性，有效抑制逼尿肌过度活动，减少排尿次数、漏尿次数，缓解尿失禁症状^[15]。

综上所述，现象描述式教育联合康复护理在前列腺癌患者中的应用，能缓解疾病进展恐惧，减少不良反应发生概率。

4 参考文献

- [1] 卫晓霞,李文莲. 艾灸配合吴茱萸穴位敷贴对前列腺电切术后膀胱痉挛的疗效观察[J]. 护士进修杂志,

2019,34(18):1700-1702.

- [2] 王建强,李航,张刚. 开放前列腺癌根治术与腹腔镜前列腺癌根治术临床的疗效比较[J]. 国际泌尿系统杂志, 2020,40(5):803-806.
- [3] 张婵娟,张秀琳,孙文东,等. 经皮电神经刺激脚底对围手术期膀胱痉挛的预防和治疗效果[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017,39(1):64-66.
- [4] 刘维,刘会静,董建清,等. 老年前列腺癌术后患者恐惧疾病进展影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2018,24(29):3543-3547.
- [5] 李友芳,陈娟,张培,等. 局部热敷结合盆底肌训练对前列腺癌根治术后患者膀胱痉挛和生活质量的影响[J]. 河北医药, 2020,42(13):2074-2077.
- [6] 刘丹,刘永珍,周静杰,等. 腹腔镜下前列腺癌根治术患者术后恐惧疾病进展现状及影响因素[J]. 护理实践与研究, 2020,17(18):77-79.
- [7] 李娜,路潜. 基于 CiteSpace 的癌症复发恐惧研究可视化分析[J]. 重庆医学, 2019,48(23):4075-4079.
- [8] 甘建辉,谷书涵,郑智文,等. 不同穴位经皮穴位电刺激应用于前列腺电切术后不良反应的比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2019,28(20):2254-2256.
- [9] 骆俊佳. 基于多参数磁共振的影像组学在前列腺癌中的研究进展[J]. 海南医学, 2020,31(11):1464-1468.
- [10] 思志强,张莹,孙彬栩,等. 放射性¹²⁵I粒子植入治疗前列腺癌的研究进展[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2020,12(1):74-78.
- [11] 苏朝康,李康士,伍志浩,等. 术后清淋方加艾灸治疗前列腺增生电切术后膀胱刺激征临床观察[J]. 中国中医急症, 2016,25(6):1098-1100.
- [12] 董建清,刘维,刘会静,等. 老年前列腺癌术后患者恐惧疾病进展影响因素的路径分析[J]. 现代预防医学, 2019,46(4):760-763.
- [13] 洪媚,宋双临,谢玺,等. 针灸配合盆底肌功能训练治疗良性前列腺增生术后压力性尿失禁疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2020,39(2):206-211.
- [14] 周萍,王燕,徐素萍,等. 热敏灸联合盆底肌训练治疗前列腺癌根治术后肾气不固型尿失禁30例临床研究[J]. 江苏中医药, 2020,52(6):68-71.
- [15] 鲁媛媛,刘丹,谢芳芳,等. 热敏灸联合图谱法盆底肌功能锻炼治疗子宫颈癌根治术后膀胱功能障碍效果分析[J]. 陕西中医, 2017,38(4):436-437.

[2021-01-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

进食共享照护计划在肠癌患者照顾中的应用效果

李伟超 黄珊

【摘要】 目的 探讨进食共享照护计划在肠癌患者照顾中的应用效果。方法 选取医院 2018 年 3 月—2019 年 3 月收治的肠癌患者 32 例为研究对象,采用入院档案抽签结合组间基本特征匹配的方法将其分为观察组和对照组,各 16 例。对照组给予常规护理干预,观察组在此基础上给予进食共享照护计划干预,比较两组患者的照护者照护能力、营养状况及生存质量。结果 干预后,观察组患者的照护者照护能力各维度评分均高于对照组 ($P<0.05$);观察组患者的 BMI、ALB、HB 均优于对照组 ($P<0.05$);观察组患者生存质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。结论 进食共享照护计划干预应用于肠癌患者照顾中,可提升肠癌患者照护者照护能力,改善患者营养状况,提升患者生存质量。

【关键词】 进食共享照护计划;肠癌患者;照顾;应用效果

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.030

Application effect of the sharing food care program on the colorectal cancer patients LI Weichao, HUANG Shan(The 7th Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Shenzhen 518107, China)

【Abstract】 Objective To explore the applicaiton effect of the sharing food care program on the colorectal cancer patients. **Methods** To select 32 colorectal cancer patients admitted in the hospital from March 2018 to March 2019 as the study objects, by taking the draw of the hospital archives and the method of matching the basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group with 16 cases in each group. The routine nursing intervention was given to the control group, the sharing food care program was given to the observation group based on the routine nursing intervention, the caregiver caring ability, nutrition statue and living quality were compared between two groups. **Results** After intervention, each dimension score of the caregiver caring ability of the observation group was higher than the control group($P<0.05$), the BMI, ALB, HB of the observation group was better than the control group($P<0.05$), the life quality score of the observation group was higher than the control group($P<0.05$). **Conclusion** To apply the sharing food care program on the colorectal cancer patients could improve the care ability of caregivers of colorectal cancer patients, enhance the nutritional status and living quality of patients.

【Key words】 Sharing food care program; Colorectal cancer patients; Caring; Application research

肠癌主要包含结肠癌、直肠癌,是一种发生于回盲部至肛门齿线间肠黏膜病变的消化道恶性肿瘤疾病^[1]。肠癌发病率与饮食、吸烟、肠腺瘤、肠慢性炎症、遗传、环境等诸多因素相关,随着人们生活方式及饮食习惯改变,导致肠癌发病率呈逐渐上升趋势^[2]。肠癌多以手术治疗为主,辅以化疗、放疗、免疫治疗的综合治疗,肠癌患者通过科学合理治疗能有效缓解疾病症状,但多数患者会出现营养不良现象。有关研究表明^[3],结肠癌患者合并营养不良会进一步恶化病情,增加死亡风险。因此临床上需要有效的护理措施以改善患者营养状况,提升其生存质量。目前国内医护人员长期处于高负荷工作状

态及资源不足现状,故患者的照护者在居家康复中突显重要^[4]。由于多数照护者缺乏疾病相关知识,面临患者复杂照护过程通常无所适从,导致患者难以得到科学照护,进而延缓康复进程,严重影响其生存质量^[5]。有关研究表明^[6],科学有效的照护计划能有效提升照护者照护能力,促进患者疾病康复,提升患者生存质量。基于此,本研究旨在探讨进食共享照护计划在肠癌患者照顾中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取本院 2018 年 3 月—2019 年 3 月收治的肠癌患者 32 例为研究对象,纳入条件:确诊为肠癌未合并其他癌症且非早期结肠癌治愈;临床资料完整;家属签署知情同意书;自愿参与本次研究,未

中途退出。采用入院档案抽签结合组间基本特征匹配的方法将其分为观察组和对照组,各16例。观察组中男8例,女8例;年龄40~69岁,平均 56.24 ± 6.92 岁;肠癌类型:直肠癌9例,结肠癌7例。对照组中男9例,女7例;年龄40~70岁,平均 57.12 ± 6.68 岁;肠癌类型:直肠癌10例,结肠癌6例。每例患者均由1名照护者照顾,照护者要求:年龄大于18岁,初中及以上学历,具有正常沟通及生活自理能力,无精神病史,配合研究等。两组患者性别、年龄、肠癌类型比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经过伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,①健康宣教:入院治疗期间评估患者病情及营养状况,为患者家属发放照护指导手册,为其讲解相关内容;②饮食:依据肠癌患者饮食要求,为其制定饮食指导计划,嘱照护者参照实施;③出院指导:协助照护者办理出院手续,为其讲解健康饮食重要性,院外定期以电话回访形式调查患者居家疾病管理情况,针对照护者问题及时给予解答。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施进食共享照护计划干预,具体如下:

1.2.2.1 成立干预小组 由主治医师1名、护士长1名、营养师1名、责任护士4名组成干预小组,主治医师负责患者病情诊疗,护士长负责计划的统筹协调,营养师负责患者营养食谱,责任护士负责资料收集及照护者指导,干预前对组员进行进食共享照护理论及运用、沟通技巧、饮食护理等培训,要求组员熟练掌握培训内容。

1.2.2.2 制定进食共享照护计划

(1)调查:a.拟定提纲,住院期间干预小组组员依据文献、研究意义、专家建议,拟定访谈提纲,内容如“您在照顾家人进食方面遇到什么困难?您认为怎样照护您家人进食较好?”b.访谈,责任护士采用半结构访谈形式与照护者沟通,保持沟通环境安静、温馨,向照护者讲解访谈目的及流程,正式访谈时打开录音笔并置于较隐蔽地方,围绕提纲内容展开访谈,引导照护者主动表达内心想法,详细记录照护者动作、情绪变化及表情等非语言行为,核实表述模糊的语句,时间为20~30 min。

(2)制定:访谈结束后双人共同将录音资料转换成文字,整理照护者非语言记录内容,分析、推理、汇总访谈内容,提炼代表性内容,整理成照护者主要问题及需求,并向照护者求证。责任护士调查患者及照护者基本资料,并建立个人档案,营养师依

据患者的病情特点、BMI及营养生化指标、饮食爱好及饮食习惯等情况,综合评估患者的营养状况、进食需求。干预小组组员查阅相关文献,依据患者进食需求及照护者需求,结合临床经验,邀请照护者共同确定计划内容,并制定进食共享照护计划,具体应用见表1。

1.3 观察指标

(1)照护能力:采用照顾者照护能力问卷(FCTI)对两组患者照护者照护能力进行评估^[7],该量表包括照护认知(4个条目)、照护技能(3个条目)、寻求支援能力(3个条目)、患者及自身情绪管理能力(3个条目)4个维度,13个条目,各条目1~5分,总分13~65分,得分越高代表照护能力越强。

(2)营养状况:采用我院发放的营养指标情况调查问卷进行调查,清晨空腹检验生化指标及测量体质量指数(BMI),BMI参考值18.5~24、血清白蛋白(ALB)参考值40~50 g/L、血红蛋白(HB)参考值110~160 g/L^[8],越接近参考值代表营养状况越好。

(3)生存质量:采用癌症患者生命质量测定量表(QLQ-C30)对两组患者的生存质量进行评估^[9],该量表从生命健康、心理功能、共性症状、躯体功能及社会功能进行综合评分,总分为100分,得分越高生存质量越好。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组照护者照护能力比较

干预前,两组患者照护者照护能力各维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者照护者照护能力各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.2 两组患者的营养状况比较

干预前,两组患者的BMI、ALB、HB比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者的BMI、ALB、HB均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.3 两组患者生存质量评分比较

干预前,两组患者生存质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者生存质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表1 进食共享照护计划应用

阶段	项目	措施
住院期间	信息共享	①理论指导: 责任护士为照护者发放进食照护指导手册, 主要内容为疾病与进食关系、烹饪方法、食物交换份法、营养素推荐、膳食配制、照护规范及技巧等, 为其一对一讲解后, 定期利用多媒体对重点、难点知识进行授课巩固, 鼓励照护者对疑难、疑点提问, 责任护士以通俗易懂的语言耐心为其解答, 并结合互动问答形式对照护者知识掌握情况进行考核, 对未达标知识点进行强化指导, 2~3次, 每次30~45 min ②技能训练: 针对食物交换份法应用技能、烹饪方法、食物搭配、饮食摄入量评估等技能, 责任护士定期对照护者进行照护技能训练, 主要训练形式为案例分析、示范食物模型、图片展示、情境模拟等, 训练结束后, 对照护者照护技能进行现场考核, 不合格者继续训练, 要求完全掌握照护技能
	共情干预	责任护士巡视期间主动与患者交流, 了解患者的心理状态变化, 及时给予其人文关怀, 尽量满足其护理及内心需求, 鼓励照护者多给予患者精神支持及陪护, 缓解患者内心痛苦; 同时引导照护者分享照护体验及感受, 教会照护者通过音乐疗法、放松疗法、冥想疗法等心理调节技巧, 为照护者及时解决照护问题, 减轻照护者心理压力
	照护反馈	①监督: 责任护士不定期查看照护者进食照护实践情况, 了解患者营养状况及内心情绪, 详细记录于照护记录本, 对照护不足之处及时予以纠正 ②访谈: 出院前, 责任护士对照护者进行再次访谈, 了解照护者照护体验、照护问题、照护新需求及照护建议, 针对访谈结果调整院外照护指导计划
院外	平台共享	①护士与照护者共享: 护士定期向微信群推送疾病管理、进食照护指导手册、每日食谱等相关知识, 及时更新健康饮食及疾病管理常识, 每周组织照护者进行微信交流, 主要内容为照护者提交进食照护日记、分享照护体验、解答照护问题, 实现护士与照护者互惠效果 ②照护者间共享: 责任护士建立照护者微信交流群, 鼓励照护者利用微信群分享照护经验、抒发情感、探讨照护问题等, 共同总结照护心得
	照护反馈	a. 回访形式: 以电话或微信形式回访, 将回访结果记录至医护版日记中; b. 回访内容: 居家照护存在的问题、评估照护者照护实施情况及患者心理状态、营养状态, 多给予患者精神鼓励, 嘱咐照护者尽量满足患者身心需求, 为照护者耐心解答问题并提供需求性帮助, 确定下一次回访时间及重点; c. 回访频次: 出院后第1周、3周、5周等, 每2周回访1次, 直至干预结束

表2 两组照护者照护能力比较(分)

观察时点	组别	观察例数	照护认知	照护技能	寻求支援能力	患者及自身情绪管理能力
干预前	观察组	16	12.45 ± 1.45	9.15 ± 1.02	9.25 ± 1.07	9.21 ± 1.08
	对照组	16	12.32 ± 1.42	9.14 ± 1.03	9.29 ± 1.05	9.22 ± 1.06
	<i>t</i> 值		0.256	0.028	0.107	0.026
	<i>P</i> 值		0.799	0.978	0.916	0.979
干预后	观察组	16	18.34 ± 1.63	13.68 ± 1.37	13.14 ± 1.41	13.38 ± 1.37
	对照组	16	16.34 ± 1.52	11.56 ± 1.13	11.22 ± 1.24	11.02 ± 1.18
	<i>t</i> 值		3.589	4.775	4.090	5.221
	<i>P</i> 值		0.001	0.000	0.000	0.000

表3 两组患者的营养状况比较

观察时点	组别	观察例数	BMI	ALB (g/L)	HB (g/L)
干预前	观察组	16	15.53 ± 1.22	33.52 ± 3.41	96.16 ± 10.21
	对照组	16	15.34 ± 1.21	33.53 ± 3.42	96.17 ± 10.22
	<i>t</i> 值		0.442	0.008	0.003
	<i>P</i> 值		0.661	0.993	0.998
干预后	观察组	16	18.86 ± 1.98	41.16 ± 4.08	118.06 ± 13.89
	对照组	16	17.09 ± 1.52	37.19 ± 3.72	105.99 ± 11.35
	<i>t</i> 值		2.836	2.876	2.692
	<i>P</i> 值		0.008	0.007	0.012

表 4 两组患者的生存质量评分比较（分）			
组别	观察例数	干预前	干预后
观察组	16	62.52 ± 6.45	89.42 ± 8.35
对照组	16	63.55 ± 6.42	78.13 ± 7.24
t 值		0.453	4.086
P 值		0.654	0.000

3 讨论

随着医疗技术发展及对肠癌治疗的深入研究，肠癌患者经合理治疗能有效延长其生命周期，但多数患者随病情恶化会引发肠梗阻、营养不良等并发症，严重影响临床预后，增加死亡风险^[10]。研究显示^[11]，肠癌患者发病机制与其不良饮食习惯密切相关，该类患者较非肠癌人群的饮食控制行为更差，导致患者更易出现营养不良状况，增加患者并发症发生概率，严重影响患者的生存质量。因此亟需行之有效的进食管理措施改善患者营养状况及生存质量^[12]。由于肠癌患者受医护资源及经济负担影响，患者经短暂院内治疗护理后需过渡至居家照护，但多数家属缺乏专业进食照护知识及技能，导致照护者无法适应照护角色，使照护处于混乱及盲目状态，从而增加照护者的身心负担，影响照护者的照护积极性及照护效果，进而影响患者的营养状况及生存质量^[13]。因此医护人员应及时了解照护者进食照护体验并提供相关指导，对提升照护者照护能力及患者营养状况具有积极意义。在临床实践中，医护人员更关注肠癌患者疾病治疗，易忽视照护者进食照护需求及患者需求，导致整体护理效果不佳^[14]。

随着医学护理模式转变，诸多学者逐渐意识到以照护者需求为导向的护理计划重要性。英国最早提出共享照护计划，主张团队成员以沟通、决策、互惠原则，实施以人的需求为导向的护理计划^[15]。有关研究表明^[16]，共享照护计划能有效提升团队合作能力及主观能动性，满足照护者及患者需求，最大化提升照护者的照护效果。进食共享照护计划干预属于一种新型的照护模式，该模式强调以共享照护为理念，通过有效沟通、协调，及时了解照护者与患者需求，制定针对性进食共享照护措施，提升照护者照护能力，帮助患者改善营养状况及疾病症状，提高患者生存质量^[17]。

本研究将进食共享照护计划应用于肠癌患者照顾中，通过调查照护者需求及患者照护需求，制定针对性进食共享照护计划，通过信息共享、共情干预、进食反馈、平台共享、照护反馈等系列措施提

升照护者照护能力，改善患者营养状况及生存质量。结果显示，干预后，观察组照护者照护能力各维度评分均高于对照组 ($P<0.05$)；观察组患者 BMI、ALB、HB 均优于对照组 ($P<0.05$)；观察组患者生存质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。此研究结果表明，进食共享照护计划能提升肠癌照护者的照护能力，改善患者营养状况及生存质量。

综上所述，进食共享照护计划应用于肠癌患者照顾中，可显著提升肠癌照护者照护能力，改善患者营养状况，提升患者生存质量。

4 参考文献

[1] 李小东,侯风刚,李霞,等.大肠癌术后患者中医饮食知识知晓及需求的质性研究[J].浙江中医药大学学报,2020,44(7):682-687.

[2] 徐娜.饮食营养管理对结直肠癌术后免疫功能及营养状况的影响[J].山西医药杂志,2020,49(1):109-111.

[3] 何群.谈饮食护理干预对直肠癌病人术后造口的影响[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(2):188-189.

[4] 周亮.与结直肠癌直接相关的饮食习惯[J].科学养生,2020,23(4):41-42.

[5] 杨佳,于君.饮食、肠道微生态与结直肠癌[J].中华结直肠疾病电子杂志,2019,8(6):541-545.

[6] 李晓玲,谢颖,曹威,等.促炎性饮食与结直肠癌患病风险的Meta分析[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,7(1):104-111.

[7] 郭世奎,张剑,李锦媛,等.高脂饮食对结肠癌肝脏转移的影响及作用机制[J].中国癌症防治杂志,2020,12(1):28-33.

[8] 甘孝红.患者参与直肠癌术后饮食护理对其营养状况的影响[J].中华临床营养杂志,2018,26(5):288-292.

[9] Elfeki H, Larsen HM, Emmertsen KJ, et al. Bowel dysfunction after sigmoid resection for cancer and its impact on quality of life[J]. British Journal of Surgery, 2019, 106(6):805.

[10] 唐丕国.与结直肠癌直接相关的饮食习惯[J].饮食保健,2020,7(10):242-243.

[11] 王仁宇,魏正强.炎性饮食与结直肠癌相关性的研究现状[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(98):95-96.

[12] 李莎莎,李芳,王卫峰,等.地中海饮食与结直肠癌的相关研究[J].医学信息,2019,32(15):6-9.

[13] 疏诚晨,潘旭静,陆春苗.多学科团队协作照护模式在腹腔镜直肠癌手术中的应用[J].蚌埠医学院学报,2019,44(10):1433-1435.

[14] 梁健健,武力,邢季伟.照顾者教练计划在直肠癌患者主要照顾者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(14):1888-1893.

原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术前营养风险的影响因素分析

吴锡芳 徐永萍 程云

【摘要】目的 探讨原发性肝癌(PLC)肝动脉化疗栓塞术(TACE)术前营养风险的影响因素。**方法** 选择医院2017年10月—2019年10月肿瘤介入科住院治疗的原发性肝癌患者147例,采用营养风险筛查2002量表评分进行评价,营养风险筛查2002量表总评分 ≥ 3 分为有营养风险组(病例组72例), <3 分为无营养风险组(对照组75例)。对患者的性别、年龄、人均家庭月收入、文化程度、婚姻状况、贫血、肝癌分期TNM、肿瘤数量、Child-Pugh分级、肌少症(SAR)、谷氨酰胺(Gln)使用情况进行单因素和多因素Logistic回归分析,筛查出影响原发性肝癌患者TACE治疗前营养风险的独立影响因素。**结果** 经多因素Logistic回归分析发现,高龄、家庭经济条件差、贫血、肝癌分期TNM III期、合并SAR是发生营养风险的独立危险因素,Gln使用是发生营养风险的独立保护因素,差异存有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 原发性肝癌患者TACE治疗前营养风险仍处于较高水平,其中高龄、家庭经济条件差、贫血、肝癌分期TNM III级、合并SAR应成为重点关注因素,使用Gln,及时采取预防营养风险措施。

【关键词】 原发性肝癌; TACE; 营养风险筛查; 影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.031

原发性肝癌(PLC)起病隐匿,初期症状不明显,晚期才表现出肝区疼痛、黄疸、黑便、乏力等^[1]。早期诊断困难,确诊后即已失去手术根治切除的机会^[2]。介入治疗术包括肝动脉化疗栓塞术(TACE)、微波消融、射频消融等^[3],可作为无法行手术切除肝癌患者替代性治疗手段,尤其TACE已成为当前中晚期肝癌首选办法^[4]。研究证实,PLC患者自身常有营养不良、代谢功能障碍等疾病,其与肝脏切除术或介入治疗间关联紧密^[5],60%以上肝癌患者发生营养不良风险,致使感染/器官衰竭等并发症,损害患者免疫功能,影响疗效甚至威胁生命健康^[6]。本研究调查147例住院原发性肝癌顺利行TACE手术治疗患者营养筛查与评估现状,分析其独立影响因素。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年10月—2019年10月肿瘤介入科

住院治疗原发性肝癌患者147例进行调查研究,其中营养风险筛查2002(NRS2002)量表评分 ≥ 3 分的72例患者为营养风险组(病例组), <3 分的75例患者为无营养风险组(对照组)。纳入条件:年龄18~75岁;符合原发性肝癌诊疗规范诊断标准,且无法行手术切除治疗,顺利进行TACE治疗;肝功能Child分级为A级、B级;认知清晰,可正常沟通与交流;自愿参与本次调查研究。排除条件:门静脉堵塞;合并严重心、脑血管疾病;存在精神疾病病史;临床病历资料不完整;有远处转移或预计生存期短于6个月患者。

1.2 调查内容及方法

(1)基础资料调查:内容包括性别、年龄、人均家庭月收入、文化程度、婚姻状况、贫血、肝癌分期TNM、肿瘤数量、肌少症(SAR)、谷氨酰胺(Gln)使用情况。

(2)营养风险筛查:采用营养风险筛查2002(NRS2002)量表,该量表包括疾病严重程度评分、营养状态评分、年龄评分3个维度,若总评分 ≥ 3 分,则定义为营养风险。

作者单位:214000 江苏省无锡市,江南大学附属医院

[15] 曲丽楠,朱桂玲.基于循证构建结直肠癌术后造口患者照护服务指标体系[J].中国实用护理杂志,2020,36(5):347-352.

[16] Iarrobino NA, Gill B, Sutera PA, et al. Early Exploratory Analysis for Patient-reported Quality of Life and Dosimetric Correlates in Hypofractionated Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) for Low-risk and

Intermediate-risk Prostate Cancer[J]. American Journal of Clinical Oncology, 2019, 42(11):856-861.

[17] 国仁秀,杨红.1例终末期结肠癌伴恶性腹水患者的安宁疗护[J].护理学报,2019,26(17):65-67.

[2020-10-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

(3) Child-Pugh 分级: 对肝性脑病、腹水、总胆红素、白蛋白、凝血酶原时间延长 5 项生化指标测定, 各指标均按 1~3 分评分法评分, 累积 5 项指标, 其中总分 5~6 分为 A 级 (手术低危险度); 7~9 分为 B 级 (手术中危险度); ≥ 10 分为 C 级 (手术高危险度) [7]。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计学软件处理数据, 计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验, 对单因素分析结果中差异存在统计学意义的因素作为自变量, 有无营养风险作为因变量, 进行多因素 Logistic 回归分析。

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 原发性肝癌患者 TACE 治疗前营养风险单因素分析

有营养风险组与无营养风险组患者, 性别、婚姻状况、肿瘤数量、Child-Pugh 分级情况比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者年龄、人均家庭月收入、文化程度、贫血、肝癌分期 TNM、肌少症 (SAR)、谷氨酰胺 (Gln) 使用情况比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 原发性肝癌 TACE 治疗前营养风险单因素分析

分析因素	类别	营养风险组 (n=72)	无营养风险组 (n=75)	χ^2 值	P 值
性别	男	34	35	0.005	0.946
	女	38	40		
年龄 (岁)	18~	33	53	9.332	0.002
	51~	39	22		
人均家庭月收入 (元)	< 3000	35	23	4.952	0.026
	≥ 3000	37	52		
文化程度	初中及以下	19	2	16.909	0.000
	中专及高中	32	43		
	大专及以上	21	30		
婚姻状况	已婚	43	47	0.134	0.714
	未婚 / 其他	29	28		
贫血	是	36	13	17.640	0.000
	否	36	62		
肝癌分期 TNM (期)	II	39	58	8.784	0.003
	III	33	17		
肿瘤数量	单发	44	44	0.091	0.762
	多发	28	31		
Child-Pugh 分级	A	42	43	0.015	0.902
	B	30	32		
合并 SAR	是	22	10	6.398	0.011
	否	50	65		
Gln 使用	有	32	52	9.292	0.002
	无	40	23		

2.2 原发性肝癌 TACE 治疗前营养风险因素的多因素 Logistic 回归分析

高龄、家庭经济条件差、贫血、肝癌分期 TNM

III 期、合并 SAR 是发生营养风险的独立危险因素, Gln 使用是发生营养风险的独立保护因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 原发性肝癌 TACE 治疗前营养风险的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95% CI
高龄	0.866	0.413	4.397	0.036	2.377	1.058~5.341
家庭经济条件差	0.873	0.407	4.600	0.032	2.395	1.078~5.316
贫血	1.015	0.388	6.843	0.009	2.759	1.290~5.903
肝癌分期 TNM III 期	0.838	0.405	4.281	0.039	2.312	1.045~5.113
合并 SAR	0.865	0.236	13.434	0.000	2.375	1.496~3.772
Gln 使用	-0.473	0.182	6.754	0.009	0.623	0.436~0.890

3 讨论

3.1 TACE 治疗前营养风险现状

TACE 是中晚期肝癌首选治疗,可显著延长患者生存期,但术后常伴发营养不良严重并发症,加上肝功能损伤与手术应激造成营养物质代谢障碍、摄入不足和高代谢情形,影响了患者生活质量与预后^[8]。NRS 2002 量表由于简单易用、无创、易被患者接受等优势,同时准确性不易受水钠潴留、合并腹水等影响,很好反应患者营养状态,被相关指南推荐为营养风险筛查有效工具^[9]。有文献^[10]提出,PLC 患者存在较高营养风险,原因在于肝脏作为体内物质核心代谢脏器,病变后严重影响机体蛋白质、脂肪等营养物质合成,加重肌肉萎缩、代谢紊乱、贫血、消化不良等,促使机体癌变细胞组织刺激下形成肿瘤脂质活动因子与蛋白分解诱导因子,还会降低患者摄食,进而诱发营养风险。

3.2 营养风险相关影响因素分析

营养风险严重威胁临床 TACE 治疗结局与患者康复进程,高龄、家庭经济条件差、贫血、肝癌分期 TNM III 级、合并 SAR 均为影响治疗前营养风险的独立危险因素,Gln 使用是发生营养风险的独立保护因素($P<0.05$)。分析如下:

(1) 年龄:高龄患者是营养风险高危群体,且年龄段升高 1 次,对应营养风险提高 1.602 倍^[11-12]。随着年龄增长,机体组织器官功能普遍减退,况且,老年患者多伴有慢性基础病,病情复杂,消化道症状与食欲减退反应更为显著^[13]。护理人员指导患者科学饮食,保证其营养供给。

(2) 家庭经济条件:经济条件与居住地、家庭人均收入、医疗付费方式等相关,家庭困难患者选取 TACE 治疗过程考虑更多经济因素,健康素养偏低,对于营养知识获取渠道以及确保营养品质执行

均较差,易出现营养摄取不足状况。因而,医护人员应重点关注低收入家庭患者,制定营养支持方案时确保营养前提下尽量避免高价格食谱,同时强化健康教育,提升营养风险重视度。

(3) 贫血:徐军辉等^[14]研究中指出,贫血肝癌住院患者营养风险,超过非贫血患者 2.311 倍,这与本次研究得出贫血是营养风险独立危险因素相符。贫血会引发 PLC 患者疲乏、体力消退,限制饮食,而重度贫血者则易合并心力衰竭或感染等,导致营养情况严重恶化,当前我国贫血群体数量庞大且影响因素较多,临床应针对不同贫血原因设计营养处方,多数患者可通过加强高铁食物摄入,粗粮饮食等补充铁元素摄入不足导致的贫血问题。

(4) 肝癌分期:本次调查研究得出肝癌分期 III 期患者营养风险约为 I~II 期患者的 2~3 倍,证实肝癌分期为营养风险关键因素^[15],由于分期越高,原发灶肿瘤数量与大小通常较大或较多,易侵犯门静脉或肝静脉分支,瘤体营养消耗过大,经口摄入量常无法满足患者摄入需求;此外,与肝功能好坏也有关,高分期患者机体代谢能力差,导致蛋白质摄入困难,易引发肝性脑病等加重肝脏负担。因此,临床应详细测评患者营养状况,对晚期可经口或肠内供食、存在肝功能监测条件危重患者,配合实施肠内营养支持、或血白蛋白及血浆输注等,及时观察与改善营养现状。

(5) SAR: SAR 增加了 TACE 治疗前营养风险,有研究报告^[16]显示,合并 SAR 患者术后并发症风险提高 5 倍,患者住院时间较长,可能与该症患者年龄偏大、营养风险高、低血清白蛋白等相关,可作为评估机体效能的单变量。

(6) Gln: Gln 作为常用的免疫营养素,其对于 PLC 行 TACE 治疗存在营养风险患者疗效良好,是独立保护因素。究其原因,其作为机体必须氨基

酸,可调节机体免疫力,保障肠黏膜屏障,有效抗氧化,补充外源性 Gln 可改善机体免疫功能与肠道功能恢复能力^[17],利于临床恢复。

4 参考文献

- [1] 赵灵利,李婷婷,吴一凡,等.肝癌患者行肝动脉化疗栓塞术前营养风险筛查的应用研究[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2020,7(1):80-85.
- [2] 钟妙,梁东妹,谭晓霞,等.早期营养支持联合系统疼痛干预对原发性肝癌患者术后康复效果的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(2):47-49.
- [3] 王瑛,袁鹤立,袁楠,等.肠内营养治疗对原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术后患者肝功能、凝血功能的影响及临床意义[J].中国老年学杂志,2019,39(15):3649-3654.
- [4] 赵欣,王瑛,甄珍,等.肠内营养对原发性肝癌 TACE 术后患者肠屏障和免疫功能的影响[J].中国临床研究,2019,32(5):600-603.
- [5] 张臻.C-TACE+D-TACE 治疗晚期原发性肝癌的近期疗效及安全性研究[D].南宁:广西医科大学,2019.
- [6] 李仕发,孙占虎,周涛,等.谷氨酰胺对合并营养风险原发性肝癌手术患者肝功能与炎症反应的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(2):99-102.
- [7] 赵文昊,刘雪莲,李宏伟,等.原发性肝癌的营养代谢特点及意义[J].临床肝胆病杂志,2019,35(4):905-907.
- [8] 邓照军,倪志,陈明霞.存在营养风险的原发性肝癌患者术前营养支持的效果及对免疫功能的影响[J].肝脏,2019,24(3):302-304.
- [9] 唐中权.原发性肝癌营养不良三级诊断的营养筛查手段和评价工具[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2019,6(1):120-124.
- [10] 江美娜,李修瑛,李佳睿,等.个体化饮食营养干预对老年肝癌患者肝动脉化疗栓塞术后营养状况及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2019,35(1):150-152.
- [11] 刘萍,张涛,李长平,等.原发性肝癌患者营养不良风险评估量表的研制[J].护理实践与研究,2018,15(20):4-7.
- [12] 王伟仙,曾莉,周丰勤,等.原发性肝癌患者营养风险筛查及影响因素分析[J].护理学杂志,2018,33(19):86-88.
- [13] 江美娜.个体化饮食指导对肝癌 TACE 术患者的效果观察[D].长春:吉林大学,2018.
- [14] 徐军辉,文习刚,罗金波,等.术前营养支持对存在营养风险肝癌患者肝动脉化疗栓塞临床结局的影响[J].中华肝胆外科杂志,2018,24(4):226-230.
- [15] 刘传佳.肝动脉化疗栓塞序贯与同步联合微波消融治疗大肝癌及巨大肝癌的临床研究[D].武汉:武汉大学,2018.
- [16] 彭鸿艳,张建军.小野寺预后营养指数与原发性肝癌的关系研究[J].中西医结合肝病杂志,2018,28(1):17-19.
- [17] 谷雪,赵娟,付文娟,等.调强放射治疗对不宜手术且其他局部治疗无效的原发性大肝癌患者的临床疗效及预后生存分析[J].癌症进展,2018,16(1):81-83,91.

[2021-01-05 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

围术期乳腺癌患者基于智谋理论的分阶段主题心理干预效果

马玉琴

【摘要】目的 探讨围术期乳腺癌患者基于智谋理论的分阶段心理干预对智谋水平的影响。**方法** 选择医院乳腺外科 2019 年 1—12 月确诊乳腺癌并均行乳腺癌改良根治术治疗的女性患者 294 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 147 例。对照组予以常规护理,观察组采取基于智谋理论的分阶段心理干预,比较两组干预前后个人智谋、社会智谋水平情况。**结果** 干预后,观察组个人智谋、社会智谋评分均优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 实施基于智谋理论的分阶段心理干预,对改善围术期乳腺癌患者智谋具有重要作用,帮助患者建立良好应对、情绪管理能力,利于个体智谋发展。

【关键词】 智谋理论;分阶段心理干预;围术期乳腺癌;智谋

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.032

乳腺癌约占女性癌症 16%,位居女性常见癌症的第二位^[1]。改良根治术和保乳根治术等外科手术切除为主要治疗手段。乳房作为女性第二性特征,乳腺癌病情和治疗手段对患者躯体功能、心理和社会意识、家庭生活秩序、社会人际交往及自我价值实现带来重大影响^[2-3]。目前,对乳腺癌围术期患者心理干预、健康宣教落实、生活质量改善的研究较多^[4-7]。智谋包括个人智谋和社会智谋,是个体独立执行日常事务能力或个体无法独立执行日常事务时获取外界帮助能力^[8]。研究表明^[9-10],患者在应对身心压力时需要智谋,智谋可以提高个体处理应激情境的能力。因此,本研究将基于智谋理论的分阶段心理干预应用于临床,以提升围术期乳腺癌患者的智谋水平,效果良好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择本院乳腺外科 2019 年 1—12 月确诊乳腺癌并均行乳腺癌改良根治术治疗的患者 294 例,均为女性,纳入条件:影像学资料初诊确诊乳腺癌,顺利行乳腺癌改良根治术;意识清楚,言语表达正常;患者和家属自愿参与本次调查。排除条件:非原发癌;既往存在精神病史及精神疾病阳性家族史;听力障碍、无法语言交流;中途中断治疗;术后病理活检排除乳腺癌。按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各 147 例。对照组:年龄 22~65 岁,平均年龄 46.79 ± 7.62 岁;文化程度:

大专及以上学历 18 例,初中及以上 76 例,小学及以下 53 例;临床肿瘤分期:I 期 51 例,II 期 38 例,III 期及以上 58 例。观察组:年龄 24~62 岁,平均年龄 46.12 ± 7.83 岁;文化程度:大专及以上学历 16 例,初中及以上 75 例,小学及以下 56 例;临床肿瘤分期:I 期 49 例,II 期 39 例,III 期及以上 59 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

对照组予以常规护理,由责任护士对入院患者进行心理评估与疏导,围术期不同治疗阶段予以个性化健康指导,如:疾病相关知识、心理调适办法,发放健康手册配合健康教育。观察组在对照组基础上采取基于智谋理论的分阶段心理干预干预措施,成立心理干预团队,制作基于智谋理论概念发展的心理教育视频课程,具体办法如下:

1.2.1 冲击阶段(入院后 1~3 d) ①干预人:1~2 名护士;干预时间:60 min。②干预形式。7~8 例患者 1 组,自愿分组,每次 1 h,每周 2 次,连续 4 周,组员自我介绍、相互了解、加强互动、评选小组长,责任护士讲解心理干预方式、时间安排、针对性措施,组织 1~2 个团队协作小游戏,并安排共同周边环境优美地方郊游、下棋、练书法、有氧运动等,营造舒适、友善、敞开心扉相处模式。③干预主题:情绪管理。干预措施:指导患者了解乳腺癌基本知识、手术方案;引导患者挖掘自身内外在资源,提升自我情绪管理、疾病应对能力;纠正其乳腺癌错误认知;帮助其建立心理支持系统、缓解焦虑;说明本次心理干预活动目标,解答疑惑。④自我护理指导和实践。指导患者首先练习伸指、握拳、屈腕,再屈肘、伸臂^[11]。⑤评估。7 d 后护

士再次评估焦虑抑郁症状。

1.2.2 发展阶段（术后 1~4 d） ①干预人：1~2 名护师；干预时间：40~60 min。②干预主题：构建身心健康观。干预措施：讲解乳腺癌术后常见问题、预防解决办法；讲解乳腺癌人群心理模式、应对方式；通过案例分析，鼓励患者重建生存希望、接纳自身乳房缺失事实。③干预形式。选取天气良好的户外，安静、宽敞的环境，备好鲜花水果等，邀请抗癌成功病友讲解体会，或共同室内观看励志抗癌影片，或组织有兴趣成员自导自演抗癌小话剧，在相互交流过程学习饮食、治疗、复查监测、中医中药治疗等抗乳腺癌经验、相关知识、心理康复指导。④自我护理指导和实践。术后 1~2 d，指导用患侧手掌摸到同侧耳朵及对侧肩部，术后 3 d 可用手刷牙、洗脸和进餐，术后 4 d 做肩关节活动，手指爬墙练习。⑤评估。14 d 后护师评估生活重要问题及关注点。

1.2.3 稳定阶段（出院前 1~2 d） ①干预人：1~2 名心理咨询师资质的护师。干预时间：60 min。②干预主题：自我形象重塑。干预措施：向患者讲解综合治疗方案及术后疗护情况；身心健康观干预（以往经验患者现身说教）；两性（夫妻）角度探讨家庭，重估解决家庭问题；探讨自我认知、行为（如：自我形象），提升社会智谋水平，引导健康“问题”转移；合理、有效利用身边资源构建问题解决方案，促进康复。③干预形式。每位患者邀请 1~2 名亲友参与团队活动，依次阐述患病经历、问题、家庭社会关系处理、亲友态度行为等，心理治疗师录制视频，记录感染瞬间，促进团体联谊活动互相鼓励支持，后期处理视频发送至每位患者观看。④自我护理指导和实践。院前 1~2 d 指导术侧手指越过头顶触摸对侧耳朵，梳对侧头发练习。⑤评估。14 d 后心理咨询师评估患者实践技巧、疼痛康复训练。

1.2.4 解决阶段（出院后 1~7 d） ①干预人：1~2 名精神卫生科医生与心理咨询师。干预时间：

30~40 min。②干预主题为“现实和期望”。干预措施：引导患者合理期待疗效，扩展社会支持资源；设定“说出你的压力”的主题讨论、分享、经验总结；设定“寻找自己梦想”团体活动，鼓励诉说康复后生活梦想及目标。③干预形式。回顾不同阶段心理干预历程，分享抗癌积极经历，心理治疗师在旁关注患者情绪波动，及时疏导负面情绪，解答困难。分享推荐有效减压方式，如：学习感受正确呼吸，运动训练减压法等，汇总所有患者感受与经验，制成电子版发送至病友微信群供温习参考。④自我护理指导和实践。出院后 1~7 d，说服患者加入“女人花俱乐部”，借助微信等平台与病友沟通交流，获取更多自我支持资源。⑤评估。7 d 后精神卫生科医生评估心理健康状况。

1.2.5 处置 未恢复者，即焦虑症状阳性 (HADS-A) 或抑郁症状阳性 (HADS-D) ≥ 7 分^[12] 实行下一步干预，恢复者则退出干预，评估再继续。

1.3 观察指标

比较两组干预前后智谋评分，采取基于 2006 年 Zauszniewski 等制定的反映个人智谋自我控制量表 (SCS) 和反映社会智谋的求助资源量表 (HSRS) 改良中译版本^[13]，其中个人智谋评估条目 16 个，社会智谋评估条目 12 个，各条目均使用 0~5 分计分法，累积评分 0~140 分，得分高低与智谋评分呈正相关。经检验上述量表具有较好信效度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

干预前，两组个人智谋和社会智谋评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，观察组个人智谋、社会智谋评分均优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组干预前后智谋评分比较（分）

组别	例数	个人智谋		社会智谋	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	147	38.09 $\pm$ 8.64	52.78 $\pm$ 10.25	29.74 $\pm$ 7.83	39.06 $\pm$ 10.34
观察组	147	37.61 $\pm$ 9.28	62.34 $\pm$ 11.17	29.13 $\pm$ 8.85	48.27 $\pm$ 11.21
<i>t</i> 值		0.459	7.646	0.626	7.322
<i>P</i> 值		0.647	0.000	0.532	0.000

3 讨论

相关研究提出^[14-15],围术期乳腺癌患者往往情绪低落、谈癌色变、逃避、恐惧,面对上述问题,患者有效应对逆境能力往往急速下降,需启动以往生活与教育所学抗压技能,求助专业人员或家庭社会支持,这种综合能力获取适当引导与积累,可提升社会智谋水平运用,对乳腺癌患者临床意义重大。智谋作为压力应对基础,是认知和行为间可调节中间变量,包括“个人智谋”和“社会智谋”2大框架^[16-17]。

目前,智谋理论在我国运用较少,且多用于健康人群,多名学者证实个人智谋(习得智谋)与孕妇、护士抑郁密切相关。国外已有研究团队将智谋理论应用于非何杰金氏淋巴瘤、肠癌幸存等肿瘤疾病患者中^[18],但尚无研究数据将其用于乳腺癌研究,此外,有关围术期乳腺癌患者心理干预课程设置也仍处于初步探讨阶段。本研究创新性使用基于智谋理论的分阶段心理干预,结果显示,干预后,观察组个人智谋、社会智谋评分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明本项目4阶段心理干预课程设置内容可增强乳腺癌患者智谋心理行为能力,充分体现基于智谋理论分阶段心理干预课程的科学性和有效性。分析原因:癌症本身、手术创伤及诊疗过程即为应激源,通过内源性阿片类物质、下丘脑-垂体-肾上腺轴激素与儿茶酚胺等分泌释放,抑制体液细胞免疫功能、情绪低沉,甚至悲观绝望^[14]。入院后1~3d、术后1~4d、出院前1~2d、出院后1~7d分4阶段“情绪管理”“构建身心健康观”“自我形象重塑”“现实和期望”满足患者围术期治疗全过程需求,提升各阶段患者自我情绪管理,知识、思想和行为引导通过专业护士、家庭角度、其他病友角度,增加评估结果与干预次数。另外,本研究设计的团体心理干预基于户外郊游、下棋、练书法、有氧运动等,组织室内观看励志抗癌影片或有兴趣成员自导自演抗癌小话剧等创新形式,促进患者合理、有效使用自身内外自愿,治疗过程学习并寻求家庭、专业人员等帮助,提升自身个人智谋及社会水平。

综上所述,本次研究实施基于智谋理论的分阶段心理干预,对改善围术期乳腺癌患者智谋具有重要作用,能帮助患者建立良好应对、情绪管理能力,利于个体智谋发展。

4 参考文献

- [1] 任晓虹,吴大鹏,杨艳,等.智谋理论在老年人群中的应用[J].中国老年学杂志,2020,40(5):1110-1113.
- [2] 张俊琳,林小佳,谭银欢.认知行为干预对乳腺癌手术患者自护能力与心理状态的影响[J].护理实践与研究,2020,17(3):96-98.
- [3] 张洪涛.整体责任制护理对乳腺癌手术患者护理满意度的影响[J].检验医学与临床,2019,16(24):3648-3650.
- [4] 马佳玲,马伟丽.积极心理暗示对乳腺癌手术患者负性情绪、应对方式及生命质量的影响[J].青岛医药卫生,2019,51(6):436-438.
- [5] 郑俊秋,胡美霞.循证护理对乳腺癌手术患者负性情绪及治疗依从性的影响[J].临床医学工程,2019,26(12):1725-1726.
- [6] 王冬兰.个性化护理对乳腺癌手术患者睡眠质量的影响研究[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(11):1602-1604.
- [7] 刘晓丹,王守艳,徐紫薇,等.量化评估干预对乳腺癌手术患者应激反应的影响[J].癌症进展,2019,17(15):1843-1846.
- [8] 吴美华,刘雅清,柯熹,等.乳腺癌病人智谋状况及相关因素分析[J].护理研究,2015,29(10A):3530-3533.
- [9] 汤彩霞.智谋促进对维持性血液透析患者自我管理的影响研究[D].衡阳:南华大学,2019.
- [10] 冯静.乳腺癌手术患者报告结局及美容效果评价研究[D].南宁:广西医科大学,2019.
- [11] 熊智萍,王佳.老年乳腺癌患者术后心理社会因素对情绪及免疫功能的影响分析[J].中华保健医学杂志,2019,21(2):154-157.
- [12] 张舞红.Orem自我护理理论在乳腺癌手术患者护理中的应用[J].广州医科大学学报,2019,47(2):135-137.
- [13] 刘雅清,吴美华,柯熹,等.基于智谋理论的心理教育课程对乳腺癌患者生命质量的影响[J].护理实践与研究,2018,15(17):4-7.
- [14] 戈文心.团体心理干预对乳腺癌手术患者应对方式、抑郁情绪和生活质量的影响[J].中国健康心理学杂志,2018,26(9):1403-1406.
- [15] 邱丽芳,张运金.综合护理干预对乳腺癌手术患者应激反应与预后的影响[J].护理实践与研究,2018,15(12):100-102.
- [16] 魏现娟,王燕,郝磊,等.乳腺癌手术患者护理中实施心理护理的效果观察[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(S2):165-167.
- [17] 梁雅琴.社区冠心病患者智谋现状调查及智谋训练的应用[D].衡阳:南华大学,2018.
- [18] 邓燕萍,刘雅清,吴美华,等.基于智谋理论心理干预对乳腺癌手术患者心理状况及智谋的影响[J].解放军护理杂志,2018,35(5):24-28.

[2020-05-30 收稿]

(责任编辑 陈景景)

[1] 任晓虹,吴大鹏,杨艳,等.智谋理论在老年人群中的

全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素调查分析

童育慧 陈广秀 夏真洁 张宁

【摘要】目的 调查全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动(EA)的危险因素,并讨论护理对策。**方法** 选择医院2017年12月—2020年1月收治的全身麻醉患者400例,将发生麻醉苏醒期躁动患者38例作为病例组,未发生麻醉苏醒期躁动的362例患者作为对照组。采用单因素和多因素Logistic回归分析调查麻醉苏醒期患者躁动的危险因素。**结果** 单因素分析显示,年龄 ≥ 70 岁、脑功能障碍、术前焦虑、手术时间 ≥ 4 h、术中留置尿管、拮抗催醒、未镇痛以及术中低体温是麻醉苏醒期患者躁动的危险因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,年龄 ≥ 70 岁、脑功能障碍、手术时间 ≥ 4 h、拮抗催醒、术中低体温是引起全身麻醉苏醒期躁动的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素多,临床上应该全面监测评估,时刻掌握患者的病情变化,积极防治,降低麻醉苏醒期躁动发生率,保障患者生命安全。

【关键词】 全身麻醉;麻醉苏醒期;躁动;危险因素;护理对策

中图分类号 R472.3 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.033

麻醉苏醒期躁动是全身麻醉患者比较常见的一种并发症^[1]。有文献报道,术后气管导管刺激、尿潴留、疼痛、低氧血症等因素均可能导致麻醉苏醒期躁动^[2]。另外,术前使用七氟醚、苯二氮卓类药物、脊柱与乳腺手术等也是引起麻醉苏醒期的高危因素^[3]。麻醉苏醒期患者主要表现出兴奋,有时出现定向障碍、躁动等,容易出现不适当行为,如语无伦次、无意识动作、呻吟、妄想以及无理性言语等,严重危害患者身心健康^[4-5]。为了更好地防止全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动,我们调查全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动危险因素,采取可行的护理对策,保障患者的身心健康^[6]。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年12月—2020年1月医院行全身麻醉患者400例为研究对象,将其中发生麻醉苏醒期躁动的38例患者作为病例组,未发生麻醉苏醒期躁动的362例患者作为对照组。

1.2 资料收集

查阅病例档案收集资料,内容包括患者性别、年龄、体质指数、手术时间与麻醉方法等。

1.3 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件处理分析数据,单因素分析计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用多因素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 全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的单因素分析

单因素分析发现年龄 ≥ 70 岁、脑功能障碍、术前焦虑、手术时间 ≥ 4 h、术中留置尿管、拮抗催醒、未镇痛以及术中低体温与约束方式不当是全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素($P<0.05$)。见表1。

2.2 全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动多因素Logistic回归分析

多因素Logistic回归分析结果显示,年龄 ≥ 70 岁、有脑功能障碍、手术时间 ≥ 4 h、拮抗催醒、术中低体温是引起全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

3.1 全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的危险因素

麻醉苏醒期躁动是指全身麻醉药物麻醉作用停止,手术结束后,患者出现兴奋、躁动、定向障碍等表现,且伴有不适当行为^[7-8]。虽然时间比较

表 1 全麻麻醉苏醒期躁动的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=38)	对照组 (n=362)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	≥ 70	17	25	52.373	0.000
	<70	21	337		
性别	男	24	235	0.047	0.829
	女	14	127		
体质指数		25.95 ± 2.04	25.90 ± 0.88	0.262*	0.793
脑功能障碍	有	14	25	35.024	0.000
	无	24	337		
术前焦虑	有	24	107	17.628	0.000
	无	14	255		
手术时间 (h)	≥ 4	21	34	61.016	0.000
	<4	17	328		
尿管留置时间	术前	19	107	6.660	0.010
	术中	19	255		
拮抗催醒	应用	13	25	29.821	0.000
	未应用	25	337		
镇痛	是	4	105	5.924	0.015
	否	34	257		
术中低体温	有	18	51	26.683	0.000
	无	20	311		
约束方式	当	23	331	32.284	0.000
	不当	15	31		

* 为 t 值。

表 2 全麻苏醒期躁动多因素 Logistic 回归分析

分析因素	B	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% CI
年龄 ≥ 70 岁	2.111	0.53	15.849	0.000	8.257	2.920~23.343
脑功能障碍	1.772	0.647	7.495	0.006	5.884	1.654~20.928
术前焦虑	0.700	0.487	2.065	0.151	2.014	0.775~5.235
手术时间 ≥ 4 h	2.408	0.52	21.449	0.000	11.11	4.010~30.778
术前留置导尿管	0.873	0.522	2.797	0.094	2.394	0.861~6.662
拮抗催醒	1.576	0.584	7.295	0.007	4.837	1.541~15.182
镇痛	-1.299	0.753	2.973	0.085	0.273	0.062~1.194
术中低体温	1.237	0.529	5.468	0.019	3.446	1.222~9.720
约束方式	-1.767	0.587	2.893	0.091	0.171	0.054~0.540

短,但是可能造成意外性伤害,需引起重视。全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的发生与多方面因素均有关^[9]。本研究多因素 Logistic 回归分析结果显示,年龄 ≥ 70 岁、有脑功能障碍、手术时间 ≥ 4 h、拮抗催醒、术中低体温是引起全身麻醉患者麻醉苏醒期躁动的独立危险因素。

(1) 年龄: 年龄较大患者因自身机体功能下降,

受到手术与麻醉药物刺激后,可明显增加疼觉反应,另外年龄较大者通常忍受能力下降,疼觉反应加重可增加躁动的发生率。

(2) 脑功能障碍: 脑功能障碍患者通常存在神经传导过缓现象,但因手术与麻醉药物的缘故,疼痛神经受到激活,刺激其他神经组织的复苏,引起交感神经兴奋、血压升高、心率加快等情况,造成

躁动的发生。

(3) 手术时间: 手术时间越长患者暴露时间越长, 当患者麻醉药物失效苏醒后, 因长时间手术的缘故, 机体应激反应通常亦会更加严重, 导致躁动的发生。

(4) 术中低体温: 本组躁动患者中有 18 例出现术中低体温现象。麻醉过程中发生低体温现象, 降低代谢率, 肌松药以及麻醉药在肝脏代谢中比较缓慢, 延长苏醒期的时间, 增加躁动发生率。

(5) 拮抗催醒: 本组躁动患者中 13 例采取拮抗催醒手段。全身麻醉苏醒期躁动的发生, 与麻醉药作用以及麻醉药物在体内的残留存在一定的关系, 患者处于较深麻醉状态的情况下, 强行给予拮抗药物催醒时, 可能兴奋交感神经系统, 用药后, 发生躁动的概率比较高^[10]。

3.2 全身麻醉麻醉苏醒期躁动的护理对策

对于全身麻醉麻醉苏醒期躁动, 积极有效的护理可缓解病情, 改善预后。具体来说, 可从以下几个方面着手:

(1) 保持呼吸道通畅: 全身麻醉患者气管插管前, 使用吸引器, 将口咽部分泌物吸除干净, 拔除气管插管后, 若气道分泌物较多, 鼓励患者咳嗽, 若咳嗽无力, 可应用吸引器将其吸出。保持去枕平卧位, 头偏向一侧, 吸出呕吐物。若出现舌根后坠情况, 可听到鼾声, 若血氧饱和度降低, 托起下颌, 或者使用口咽通气导管。尖锐喉鸣声提示喉痉挛, 及时抢救, 去除诱因, 充分给予氧气, 必要时, 可重新气管插管, 保持气道通畅。

(2) 维持循环稳定: 麻醉与手术过程中, 密切监测血氧饱和度、血压及心率等, 稳定循环系统。如出现低血压, 可能因为残留麻醉药物影响心血管系统所致, 也可能因为血容量不足、出血等, 此时, 应密切观察患者心率、面色以及尿量、血压变化, 若是出现异常, 及时告知麻醉医师, 补充血容量, 适当给予血管活性药物, 稳定循环系统。

(3) 防止意外伤害: 全麻患者手术结束后, 护士需及时向医师了解手术情况, 向麻醉医师了解麻醉前后的状态及用药情况, 判断是否存在可能引起麻醉苏醒期躁动的诱因。回到病房后, 需安排专人陪护, 加强安全管理, 保持合适体位, 避免坠床, 避免患者自己拔除导管。发生躁动时, 及时通知医师, 遵医嘱给予镇静止痛剂, 维持安静状态。

(4) 保持正常体温: 麻醉过程中, 体温调节中

枢受到不同程度的抑制, 加上手术室温太低、切口大面积暴露、大量液体补充等因素, 可能引起体温过低, 诱发寒战、心律失常等, 延迟苏醒。因此, 恢复室护理过程中, 应该采取保温措施, 如毛毯、电热毯等, 血液与液体加温处理, 调节室温, 维持患者体温正常。

(5) 疼痛护理: 疼痛是引起苏醒期躁动的重要原因。故此, 我们需遵照医嘱, 合理镇痛, 给予止痛药, 减轻疼痛感, 防止出现麻醉苏醒期躁动。

综上所述, 对于全麻患者, 麻醉苏醒期发生躁动的危险因素较多, 故此, 我们应该加强护理干预, 根据危险因素, 进行针对性护理, 防止麻醉苏醒期躁动, 保障患者生命安全, 保证临床疗效。

4 参考文献

- [1] 马晓媛, 郑俊晨. 手术室预见性护理干预对妇科腹腔镜手术麻醉患者麻醉苏醒期躁动的影响 [J]. 现代医学, 2016(3):393-397.
- [2] 李洪芬, 钱海涛, 庄丽芳. 盐酸利多卡因胶浆减少留置尿管男性患者麻醉苏醒期躁动的效果 [J]. 江苏医药, 2016, 42(12):1409-1411.
- [3] 苏继英. 右美托咪定预防全麻患者麻醉苏醒期躁动临床观察 [J]. 中国处方药, 2017, 15(1):59-60.
- [4] 王慧君, 李妮. 细节护理对外科全麻手术患者麻醉苏醒期躁动及心理状态的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(32):174-176.
- [5] 王云霞, 王会文, 侯春梅, 等. 神经外科患者麻醉恢复期常见并发症及危险因素分析 [J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(8):962-967.
- [6] Hao X, Xiao-Peng M, Li-Xian X. Cause analysis, prevention, and treatment of postoperative restlessness after general anesthesia in children with cleft palate [J]. Journal of Dental Anesthesia Pain Medicine, 2017, 17(1):13.
- [7] 张登文. 全麻患者麻醉恢复期躁动的危险因素分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013(20):3021-3022.
- [8] 刘秀珍, 杨鸥, 吴楠, 等. 腹股沟疝手术患儿全身麻醉后苏醒期躁动危险因素的回溯性研究 [J]. 中国医刊, 2015(5):81-83.
- [9] 曹菁. 全麻患者麻醉苏醒期躁动相关影响因素病例对照研究 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(36):40-42.
- [10] 韦喜艳, 杨晓芸, 陆俊妨. 全麻术后苏醒期躁动的影响因素及护理要点分析 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2016, 2(4):115-117.

[2020-04-26 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

影响老年全麻手术患者苏醒期躁动的因素分析

骆丽华 许立倩 蔡锦华 陈满锐 陈碧霞 单美娟

【摘要】目的 调查老年全麻手术患者苏醒期躁动的影响因素,并讨论针对性的护理干预措施。**方法** 选择2019年1月—2020年3月医院收治的60例老年全麻手术患者为观察对象,搜集其临床资料,统计其麻醉苏醒期躁动发生的病例,并调查分析麻醉苏醒期躁动的影响因素。**结果** 60例老年全麻手术患者中,麻醉苏醒期躁动16例,占比26.67%。单因素分析显示,老年全麻手术患者苏醒期躁动的发生与手术操作时间、麻醉方式、胸肺科手术、术后镇痛以及导尿管的处理有关($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,手术时间 >3 h是麻醉苏醒期躁动的影响因素($P<0.05$)。**结论** 老年全麻手术患者苏醒期躁动的发生涉及诸多因素,其中手术时间延长是重要的影响因素,临床应当引起高度重视,并积极辅以合理高效的护理措施,以降低其苏醒期躁动发生率。

【关键词】 老年患者;全麻手术;苏醒期躁动;危险因素;护理干预

中图分类号 R472.3 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.034

全麻手术苏醒期躁动指的是患者术后麻醉作用消退这一过程中所发生的一种不合理行为,主要表现为四肢无法抑制的抖动、定向障碍、妄想思维、兴奋、挣扎、语无伦次等^[1]。全麻术后复苏期躁动的发生,容易影响人体循环系统,进而导致患者发生心脑血管意外事件,特别是老年患者,危害更加严重,甚至引起各类导管意外脱落,给老年患者带来意外伤害,降低手术治疗效果^[2]。现阶段临床尚未完全明确全麻术后苏醒期躁动的发生机制,诸多研究学者认为该病与药物抑制中枢神经系统有关^[3]。基于此,深入分析老年全麻手术患者苏醒期躁动的有关因素,并根据分析结果提出针对性的护理干预措施,帮助老年患者安全度过麻醉苏醒期,显得至关重要。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2019年1月—2020年3月医院收治的60例老年全麻手术患者,男25例,女35例。年龄60~78岁,平均 65.4 ± 4.9 岁。手术类型:14例普外科,13例泌尿外科,23例胸肺科,10例骨科。ASA级别:37例Ⅰ级,23例Ⅱ级。全麻方式:42例气管插管全麻、18例喉罩及其他非插管全麻。手术操作时间30 min~6 h,其中46例手术时间 ≤ 3 h、14例手术时间 >3 h。本研究通过医院医学伦理委员会审批。入组条件:行择期手术;ASA美国麻醉医师协会分

级Ⅰ~Ⅱ级;自愿参与,并签署知情同意书;临床资料完整齐全。排除条件:局部麻醉、心脑血管手术者;中枢神经系统疾病;药物依赖严重;精神病史、中风病史。

1.2 调查方法

调查分析之前,对相关人员加强培训,提高其重视程度。由同组医护人员调阅患者临床资料,如实记录患者手术情况,包括患者性别、年龄、手术类型、麻醉方式、手术时间、术后有无镇痛以及导尿管处理情况。本研究对象躁动评价标准参照Steward苏醒评分表^[4],评估时间为患者麻醉苏醒1~2 h。评估内容包括①清醒程度(对刺激无反应为0分、对刺激有反应为1分、完全苏醒为2分);②呼吸道通畅程度(呼吸道需要支持为0分、无需支持可维持呼吸道通畅为1分、可按照医师指令咳嗽为2分);③肢体活动度(肢体无活动为0分、肢体无意识活动为1分、肢体有意识活动为2分),评分 >4 分方可离开麻醉恢复室。清醒程度分级:患者安静入睡,呼唤无任何反应,为0级;患者安静入睡,呼唤时头颈部移动、睁眼或肢体有运动,为1级;患者意识苏醒,有1级表现的同时还可以张口伸舌,为2级;患者意识苏醒,有2级表现的同时还能够准确说出自己的姓名、年龄,为3级;患者意识苏醒,有3级表现的同时还可以辨认所处环境以及环境中的人,为4级。

1.3 统计学处理

采用SPSS 22.0软件对研究数据进行统计。计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,两组间均数比较采用 t 检验,计数资料比较采用两独立样本的 χ^2

检验，采用 Logistic 回归模型进行多因素分析。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析

本文调查分析了 60 例老年全麻手术患者，结果全麻术后苏醒期躁动 16 例，占比 26.67%。单因素分析显示：老年全麻手术患者苏醒期躁动的发生

与手术时间、麻醉方式、手术类型、术后镇痛、导尿管的处理有关 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 多因素分析

以是否出现躁动为因变量，上述分析中具有统计学意义的因素为自变量，进行多因素 Logistic 回归分析，结果显示，手术时间 $>3\text{ h}$ 是躁动的影响因素 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 老年全麻手术患者苏醒期躁动单因素分析

分析因素	类别	躁动例数 (n=16)	非躁动例数 (n=44)	χ^2 值	P 值
手术时间 (h)	>3	11	3	25.157	0.000
	≤ 3	5	41		
麻醉方式	气管插管全麻	15	27	5.860	0.015
	喉罩及其他非插管全麻	1	17		
手术类型	普外科	1	13	17.026	0.001
	泌尿外科	1	12		
	胸肺科	13	10		
	骨科	1	9		
术后镇痛	有	4	28	7.037	0.008
	无	12	16		
导尿管	男	11	14	6.584	0.010
	女	5	30		

表 2 老年全麻手术患者苏醒期躁动 Logistic 多因素分析

分析因素	β	Wald χ^2 值	P 值
手术时间 $>3\text{ h}$	3.595	6.690	0.010
气管插管全麻	2.336	2.877	0.090
普外科	-1.659	0.497	0.481
泌尿外科	0.453	0.044	0.834
胸肺科	2.257	1.295	0.255
有术后镇痛	-1.460	2.063	0.151
导尿管男	0.252	0.060	0.807

3 讨论

全麻手术苏醒期躁动在临床中比较多见，通常以定向障碍、兴奋、躁动、哭喊、无法抑制的挣扎、妄想等症状为主且可以同时并存^[5]。目前尚未统一全麻手术苏醒期躁动发生机制，可能与手术操作、药物残留导致的不良刺激有关^[6]。老年全麻手术患者苏醒期发生躁动的风险更大、危害更加严重。出现躁动之后，有可能会引起非计划拔管、动静脉穿刺导管、血压水平升高、心率过快，甚至发生心脑血管不良事件^[7]。由于老年患者发生躁动时，呼吸较快，这对于呼吸机辅助通气的老年患者而言，极易引起人机对抗，进而增高气道压力，降低血氧分

压，阻碍肺部通气，最后引起诸多严重并发症，比如心肌血氧缺失、动脉血二氧化碳分压水平失常^[8]。现阶段，临床实践认为躁动与老年患者痛阈值过高、对外部环境的适应能力减弱有关，而全麻手术苏醒期躁动的发生还包括麻醉方法、手术类型及患者自身体质强弱等原因^[9]。术前预防性用药、镇痛、睡眠时间、手术方式、麻醉方式及导管不良刺激的减少等，均可在一定程度上影响着患者术后麻醉复苏期躁动的发生风险，另外，术后应用催醒药物也会提高老年患者发生躁动的概率，特别是呼吸兴奋药物^[10]。术后心律失常、脑水肿、尿潴留、低血压及低氧血症等并发症以及术后导管气管刺激、疼痛、制动不合理、心理不良应激反应也会增大老年患者发生躁动的可能性^[11]。

本文经过调查分析，发现 60 例老年全麻手术患者中，有 16 例患者麻醉复苏期躁动，占比 26.67%。单因素分析显示：老年全麻手术患者苏醒期躁动的发生与手术操作时间 $>3\text{ h}$ 、全麻方式、胸肺科手术、术后镇痛以及导尿管的处理有关 ($P<0.05$)。手术时间 $>3\text{ h}$ 为导致躁动的独立危险因素 ($P<0.05$)。胸肺科手术创伤大，尤其是肺部大手术，术中视野长时间暴露、各种特殊体位以及

术后各类导管留置较多,术后复苏过程中虽然多为平卧位,但术中肢体长时间约束,加之被动体位,极易降低患者身心舒适度,且在术后不断复苏过程中,对于呼吸运动牵拉手术切口引起的疼痛不适感,增加了躁动的发生率,且不少老年患者无法耐受^[12]。另外,术后使用镇痛药物的使用,虽减轻切口疼痛所带来的不良刺激^[13]。但因留置各类导管的原因,也因为麻醉药物的应用阻断了尿路感觉神经传导通路,这样一来,使得老年患者对尿管刺激缺乏一个适应过程而躁动;尿管留置过深有可能会损伤膀胱黏膜,进而诱发尿路感染^[14]。

护理干预措施:

(1) 手术护理:术前由病房护士加强巡视,与患者主动交流,加强健康宣教,疏导患者负性情绪;根据患者实际情况,合理选择手术麻醉方法,比如气管插管全麻、其他非插管全麻等;全麻患者术后送入麻醉复苏室复苏,妥善固定各种管道,以免牵拉患者手术切口;避免肢体约束过度导致的躁动,对患者四肢进行妥善固定,动态观察患者肢体约束情况,合理调节约束带松紧程度,适当按摩,以免患者皮肤压力性损伤;遵医嘱予以止痛药物、氧疗,确保患者呼吸顺畅,稳定麻醉苏醒期的循环系统,待到患者意识清醒之后再考虑恰当的拔管时机。拔管之后,观察 15~30 min,再把患者安全送回病房,与病房护士交接,嘱患者家属注意看护。如果部分患者实在不能拔气管插管,则将其送入 ICU^[15]。

(2) 减小不良刺激:①导管护理。术后麻醉复苏过程中,针对拔管引起的躁动,如果撤管要求不符,则遵医嘱进行镇静处理,同时连接呼吸机,保证患者呼吸正常;如果符合撤管要求,则及时清理患者口鼻内异物,以免堵塞患者呼吸道而窒息。拔管后密切观察,记录患者反应,及时向医师反馈,第一时间对症处理。另外,针对尿管刺激引起的躁动,通常表现为烦躁不安、尝试坐起,有些男性患者还会试图拉拽导尿管,对此,护理人员应当在麻醉之前详细与患者沟通,将尿管刺激症状告知患者,避免非计划拔管事件。②疼痛干预。若患者在麻醉复苏过程中重度躁动,及时镇痛之后再予以镇静剂,保证用药剂量合理,现阶段多为静脉给药。③其他缘由导致的躁动,遵医嘱给予适量镇静剂,妥善固定静脉留置针,动态检查,加强巡视,防止患者麻醉复苏过程中管道位移、脱落;密切监测患者麻醉复苏期各项生命体征的变化,比如呼吸、血压、心律、血氧饱和度,保证患者安全度过麻醉复苏期。

总而言之,老年全麻手术患者苏醒期出现躁动

的原因涉及多个方面,这就需要临床加以重视,及时辅以合理有效的护理干预措施,降低躁动发生率。

4 参考文献

- [1] 李政花,谭金梅.麻醉恢复室患者麻醉苏醒期躁动发生的影响因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(2):24-26.
- [2] 阮瑜,孙彩虹.系统化护理对全身麻醉手术患者苏醒期躁动的影响观察[J].黑龙江医药科学,2019,42(5):211-212.
- [3] 罗金香.舒适护理联合优质护理在全身麻醉苏醒期患者中的干预效果观察[J].中国医学创新,2019,16(25):75-78.
- [4] 史露露,李梦霞.手术室麻醉苏醒护理干预对减少腹部手术患者全身麻醉苏醒期躁动的临床效果观察[J].中国实用医药,2019,14(17):160-161.
- [5] 李铭皓.胸科手术全身麻醉患者苏醒期躁动的影响因素及针对性护理对策[J].中外女性健康研究,2019(10):120-121.
- [6] 李晓艳,杨冬玲.引起腹腔镜术后麻醉苏醒期患者躁动的原因分析与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(4):32-34.
- [7] 金宇.PDCA 循环管理对全身麻醉手术患者苏醒期躁动及拔管依从性的影响[J].中国医学创新,2018,15(33):141-144.
- [8] 李文佳.手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J].中国现代医药杂志,2018,20(10):91-92.
- [9] 孙美娟,宋鲁燕.手术室麻醉苏醒护理对腹部全麻手术患者的苏醒期躁动影响分析[J].中国实用医药,2018,13(19):161-162.
- [10] 高玉英.腹部手术患者全麻期间实施手术室麻醉苏醒护理的应用效果[J].中国卫生标准管理,2018,9(5):194-196.
- [11] 刘奕婷.腹部手术患者进行针对性麻醉苏醒期护理干预的效果评价[J].中国实用医药,2017,12(31):160-161.
- [12] 彭静,曾钦娅,景胜.分析手术室麻醉苏醒护理干预对腹部手术治疗患者全身麻醉(全麻)苏醒期躁动的影响[J].中国妇幼健康研究,2017,28(S3):353.
- [13] 徐静.系统性护理对手术室全麻留置尿管患者苏醒期躁动的影响[J].中国医药指南,2017,15(9):218-219.
- [14] 刘金虎.老年患者全身麻醉术后苏醒期躁动的 logistic 回归分析[J].中国实验诊断学,2016,20(12):2030-2033.
- [15] 贾会英,梁靖,周梦,彭歆.患儿全身麻醉苏醒期躁动及父母陪伴对其影响的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(10):1230-1233.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价模式在新入职护士规范化培训考核中的应用

廖丽萍 柴春燕* 杨菊英 朱琴 王玲

【摘要】目的 探讨改良迷你临床演练评估 (Mini-CEX) 结合临床操作技能评估 (DOPS) 评价模式在新入职护士规范化培训考核中的应用效果。**方法** 将 60 名新入职护士按照组间匹配的方法分成对照组和观察组, 每组 30 名。观察组采用改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价模式进行临床规范化培训及考核。对照组采用传统方式进行临床规范化培训及考核。比较两组护士的临床综合能力, 理论、操作成绩, 三方满意度。**结果** 观察组在理论、操作成绩, 临床综合能力, 教学满意度, 患者满意度、管理满意度等方面均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 改良 Mini-CEX 结合 DOPS 的带教培训考核模式能明显提高护士临床综合能力并提高培训与考核的效率和效果。

【关键词】 改良 Mini-CEX; DOPS; 新入职护士; 规范化培训

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.035

2016 年国家卫计委办公厅印发《新入职护士培训大纲 (试行)》通知^[1], 要求各医疗机构重视新入职护士培训工作, 建立本单位培训制度及培训方案。通过培训, 让新入职护士除掌握临床基础理论、基本知识和基本技能外; 在职业道德素养、责任意识、沟通交流、人文关怀、应急处理能力, 落实责任制整体护理所需的专业照顾、病情观察、协助治疗、心理护理、健康教育、康复指导等临床实践护理服务能力方面都能独立、规范地为患者提供护理服务。培训可采取理论知识和临床实践能力培训相结合的方式, 考核方式分过程考核及培训结业考核。大纲目标清晰明了给临床新入职护士规范化培训指明了方向及要求, 但培训及考评尚无统一方法和工具, 临床上传统的培训考核方式各异, 传统考核中带教老师的主观评判很难真实、客观反映护士各阶段临床思维能力、沟通能力及评估实践等临床综合能力。迷你临床演练评估 (mini-clinical evaluation exercise, Mini-CEX) 是美国内科医学会开发并推荐的一套用来评估住院医师临床技能并具有教学功能的测评工具, 是国外医学院校临床实践考核的常用演练性工具^[2]。临床操作技能评估 (Direct Observation of Procedural Skills, DOPS) 能直接帮助教师观察学生技能操作过程、及时给予评估及反馈^[3]。我院将改良的 Mini-CEX 结合 DOPS 评价模式运用

于新入职护士规范化培训及考核中, 重点评估了解新入职护士各阶段学习效果及临床知识和技能掌握情况, 通过动态的、系统的、连续的临床护理能力评价, 即时反馈存在问题, 提出改进措施, 对新入职护士临床综合能力进行评价和量化考核, 在提高培训与考核的效率等方面取得良好效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2018 年 8 月—2019 年 7 月新入职护士 60 名为研究对象, 按照组间基本特征具有可比性的原则等分为对照组和观察组。对照组男 4 名, 女 26 名; 平均年龄 21.4 ± 1.76 岁; 本科 22 名, 大专 8 名; 入科前基础理论考核成绩 81.2 ± 11.3 分, 入科前基本操作考核成绩 85.25 ± 10.72 分。观察组男 3 名, 女 27 名; 平均年龄 21.2 ± 1.86 岁; 本科 23 名, 大专 7 名; 入科前基础理论考核成绩 82.5 ± 12.2 分, 入科前基本操作考核成绩 84.36 ± 11.4 分, 两组性别、年龄、学历及入科前基础理论及基本操作考核成绩方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 培训方法

1.2.1 对照组 采用传统带教培训方式: 护理部将新入职护士分配科室, 由科室护士长安排具有带教资格的老师进行一对一带教, 老师根据科室教学目标在临床工作中进行具体培训指导及考核。

1.2.2 观察组 采用改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价模式对新入职护士规范化培训考核, 具体方法:

作者单位: 215001 江苏省苏州市, 南京医科大学附属苏州医院 (苏州市立医院)

* 通讯作者

(1) 改良 Mini-CEX 和 DOPS 评价量表: 查阅文献, 针对新入职护士规范化培训大纲要求, 结合临床护理特点及临床考核经验, 建立了改良 Mini-CEX 量表和 DOPS 考核量表。改良的 Mini-CEX 量表重点从护理评估、体格检查、护理诊断(护理问题)、护理措施、人文关怀(沟通交流)、健康教育、整体评价 7 个方面进行评价观察考核。①护理评估: 引导患者对病史的全面重点叙述, 重点突出, 不漏重要内容; ②体格检查: 针对患者病情、专科特点, 有重点的基础、专科体检, 操作正确, 顺序合理; ③护理诊断(护理问题): 结合护理评估、体格检查、查看检验结果等对患者作出相应的护理诊断, 护理问题准确、相关因素正确, 能按急、危、重、一般来处理问题、排序正确; ④护理措施: 针对问题正确、落实相应的护理措施, 及时评价反馈效果、措施有效; ⑤健康教育: 针对患者存在问题给予相应的健康指导, 患者基本知晓; ⑥人文关怀(沟通交流): 表现对患者的关爱、尊重, 态度和蔼、自然亲切, 沟通有效, 充分体现人文关怀, 注意保护隐私, 语言合适、有亲和力; ⑦整体评价: 过程规范熟练、思路清晰、条理合理, 措施恰当、处置正确, 现场应对能体现轻重缓急, 操作熟练, 按时完成。改良 DOPS 量表从操作目的、评估、准备、操作流程、注意事项(操作并发症)、综合评价 6 方面进行, 内容包括①操作目的: 目的明确; ②评估: 评估内容正确; ③准备: 患者、护士、环境、用物准备正确合理; ④操作流程: 三查七对核对有效、流程步骤正确、无菌概念强、体现人文关怀、沟通交流有效、终末处理方法正确; ⑤注意事项: 注意事项及操作并发症明确; ⑥综合评价: 操作熟练程度、按时完成情况等 6 方面共 16 项内容评分。2 个量表各条目都采取“三级九分”制评分, 即: 优良 7~9 分; 符合要求 4~6 分; 不符合要求 1~3 分, 6 分以上合格。评分结束老师及时反馈此次考核情况、提出存在问题及改进措施。

(2) 师资培训: 建立新入职护士带教一对一导师制, 导师为科室推荐、老师报名竞聘, 经护理部考核后评聘的带教组长负责。期前对导师进行统一培训, 要求导师掌握改良 Mini-CEX 和 DOPS 的评估考核标准, 达到统一教学方法、考核方法及考核标准的目的, 保证培训考核一致性, 缩小评分差距。导师负责临床能力培训, 对新入职护士结合科室要求应用改良 Mini-CEX 结合 DOPS 的考核量表进行护理综合能力考核、反馈、再培训, 在临床导师的反馈和总结中不断改良量表, 使 Mini-CEX 结合

DOPS 评价表更适用于临床。

1.3 观察指标

制定考核计划表, 根据临床实践进程选取合适病例, 用改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价量表将考核分 5 大块进行时间分配, 要求①准备: 2~3 min, 包括查看病案、个人准备等; ②健康评估: 10 min, 包括床边病史询问、体格检查和相关问题情况的询问; ③病例分析: 10 min, 包括现存护理问题、护理措施、健康教育等; ④技术操作根据不同操作项目所需时间, 一般 5~8 min; ⑤反馈及指导: 3~5 min, 考核老师针对问题给予反馈及指导; 考评新入职护士整个过程耗时 30~35 min。改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价量表从护理评估、体格检查、临床判断、护理措施、健康教育、人文关怀、整体评价 7 方面进行打分, 各条目都采取“三级九分”制评分, 最高分 9 分, 最低分 1 分、6 分以上合格。考核频次: 科室考核每 2 周 1 次; 教育组考核每 3 月 1 次; 护理部每半年 1 次, 护理部培训初期(干预前)及年度晋级考核(干预后)进行三基理论、操作综合评估考核, 满分 100 分, 理论 80 分、操作 90 分为合格。三方满意度用护理部自制的患者满意度表、教学及管理满意度表、新入职护士满意度表进行半年度满意度调查, 满分均为 100 分, 90 分为合格。患者满意度从入院接待、护理技术、有效沟通、人文关怀等十个方面评价, 好 10 分、较好 8 分、一般 6 分、差 4 分、很差不得分, 教学及管理满意度表从带教模式、团队协作能力、自主学习能力、创新实践能力、逻辑思维能力等 10 个方面进行评价; 护士满意度表从带教、培训、学习兴趣、实际能力提升、沟通能力、实践能力等 10 方面计分, 非常满意 10 分, 比较满意 8 分、基本满意 6 分、一般满意 4 分、不满意不得分。比较改良 Mini-CEX 结合 DOPS 培训评价考核模式与传统培训考核方式的优劣。

1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件进行处理和分析, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。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 干预前后两组临床综合能力测评比较

干预前, 两组临床综合能力测评各分项得分及总分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 干预后, 观察组护士年度晋级考核临床综合能力测评各项得分及总分均高于对照组, 差异有统计学意义

($P<0.05$)，见表 1。

三方满意度得分均高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表 2。

2.2 两组晋级理论、操作考核及三方满意度比较

干预后，观察组护士的理论成绩、操作成绩、

表 1 两组临床综合能力测评情况比较（分）

观察时点	组别	人数	护理评估	体格检查	临床判断	护理措施	健康教育	人文关怀	整体评价
干预前	观察组	30	5.26 ± 1.31	5.34 ± 1.47	5.41 ± 1.37	5.21 ± 1.35	5.10 ± 1.36	6.04 ± 1.40	5.53 ± 1.39
	对照组	30	5.24 ± 1.26	5.37 ± 1.53	5.37 ± 1.32	5.18 ± 1.28	5.08 ± 1.27	6.18 ± 1.43	5.33 ± 1.35
	<i>t</i> 值		0.060	0.077	0.115	0.088	0.059	0.383	0.565
	<i>P</i> 值		0.952	0.939	0.909	0.930	0.953	0.703	0.574
干预后	观察组	30	6.24 ± 1.31	7.64 ± 1.18	6.06 ± 1.20	6.85 ± 1.71	6.45 ± 1.17	7.50 ± 1.26	7.12 ± 1.17
	对照组	30	5.32 ± 1.21	5.49 ± 1.23	5.42 ± 1.17	5.26 ± 1.15	5.16 ± 1.4	6.24 ± 1.19	5.39 ± 1.43
	<i>t</i> 值		2.826	6.909	2.092	4.226	3.873	3.982	5.129
	<i>P</i> 值		0.007	0.000	0.041	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组晋级理论、操作考核及三方满意度比较（分）

组别	人数	理论成绩	操作成绩	教学及管理满意度	新入职护士满意度	患者满意度
观察组	30	92.5 ± 8.9	95.6 ± 10.4	93.6 ± 2.15	97.6 ± 6.5	96.7 ± 7.5
对照组	30	87.5 ± 10.1	90.3 ± 8.7	89.17 ± 2.31	93.3 ± 5.9	92.2 ± 6.8
<i>t</i> 值		2.034	2.141	7.689	2.683	2.435
<i>P</i> 值		0.047	0.037	0.000	0.010	0.018

3 讨论

新入职护士从各院校毕业踏上工作岗位，从理论到实践、从学校案例教育到临床个体实践、患者个体差异等情况，临床实践与学校教育相比存在较大的差异性；同时，新入职护士往往存在自身角色转变的不适应、医疗环境不熟悉、临床知识缺乏、经验不足、专业实践水平低等因素的困扰，存在着较大的工作压力^[4]。要培养出一名合格的护士，学校教育和毕业后教育具有同样重要的作用。因此，如何提高新入职护士分析问题和解决问题能力、护患沟通交流能力等临床综合能力，新护士需自身努力学习，但临床老师的带教培训、正确引导至关重要，在实践证明，改良 Mini-CEX 结合 DOPS 模式

在临床带教培训考核中能明显提高护士临床综合能力，提高培训与考核的效率和效果。

Mini-CEX 是 1995 年美国内科医学会（American Board of Internal Medicine, ABIM）等在传统 CEX 基础上改良发展一种用来评价受试者临床能力并具有教学功能的测评工具，近年来，Mini-CEX 也逐步被国内院校所借鉴^[5]。改良 Mini-CEX 结合 DOPS 的考核评价模式是根据我院临床护理特点及考核经验，将临床综合能力及操作考核内容进行了细化和改良，减少了临床考核时受主观因素影响和干扰；在培训和考核中，导师能重点了解护士和各阶段学习的效果、存在问题等，克服了以往传统培训及考评中的终结性评价只注重结果、形式单一、很难评价护士综合能力的缺点；考评结束采取即时评价及

反馈方式,强调了“实时反馈”的重要价值^[6],及时评价学生的不足及问题,同时带教老师从学生存在的问题中反思、对考核中分数较低的项目进行针对性分析、讨论带教培训中存在的问题,及时改进培训带教重点及教学策略;实践证明,改良 Mini-CEX 结合 DOPS 模式能够适应和满足现代临床护理工作的需求和需求,通过临床实践、反馈、分析、改进,形成评价闭环回路系统^[7],持续改进带教质量,不断提升临床护理带教质量。

较传统临床培训考核,改良 Mini-CEX 结合 DOPS 量表,将内容进一步细化、量化,评分结构合理、省时;对考核的场地、开展的时间等无特殊要求,便于临床实时考核;考核时老师可采用观察法,能减少护士考核时的紧张心理;考核中导师采取的即时反馈及指导,能让新入职护士知晓自身的不足和存在问题;有效的反馈是临床教学的重点^[8],通过导师的指导,相关的理论知识、操作技能也能得到进一步提高,并能指导护士针对问题去查阅相关文献,充分调动学习主动性和积极性,达到主动学习的目的;同时,导师的即时点评、指导,也促使导师要通过不断学习来提升带教水平才能胜任;因此改良 Mini-CEX 结合 DOPS 模式的应用,对新入职护士及导师都能起到促进自主学习、不断改进的作用,利“教”也利“学”达到双赢的结果。

对新入职护士采取“导师制”“一对一”带教,在培训考核运用改良 Mini-CEX 及改良 DOPS 的评估考核模式,一方面,由竞聘上岗的优秀临床老师担任导师进行“一对一”带教,充分发挥了临床导师的作用,对新入职护士带教培训更系统、更全面,有利于提升教学质量;前期对导师及考官进行系统的培训^[9],导师掌握改良 Mini-CEX 及 DOPS 的评估考核标准,可减少临床带教培训中随意性、经验性及考核过程中主观、随机等因素对结果产生偏差而影响培训及考核结果。

综上所述,通过改良 Mini-CEX 结合 DOPS 评价模式在新入职护士规范化培训考核中的应用,新入职护士的临床综合能力得到全面提升,护士的理论成绩、操作成绩等方面也较传统培训教学法有明显优势,在考查护士的临床能力及临床教学有促

进作用,可在新入职护士规范化培训考核中借鉴使用。但随着信息时代的发展,在临床实践中还需持续改进提高带教及护理质量,继续完善改良的 Mini-CEX 结合 DOPS 培训考核模式,进一步运用信息化技术,将量表嵌入护理管理系统,便于指导临床各层级护士培训考核。

4 参考文献

- [1] 何婷婷,梁文娟,李荣.基于《新入职护士培训大纲(试行)》的“2+1”专科护士培养模式探索[J].护士进修杂志,2018,33(13):1170-1176.
- [2] Walsh E,Foley T,Sinnott C,et al.Developing and piloting a resource for training assessors in use of the Mini-CEX(mini clinical evaluation exercise)[J].Educ Prim Care,2017,28(4):243-245.
- [3] 高璐,高晶,李红伟,等.以 DOPS 为工具的形成性评价在临床技能教学中的应用研究[J].中国医学教育技术,2017,31(6):714-716.
- [4] 杨丽娟,刘进,侯晓红,等.基于十六种人格因素测评的护士人格测评问卷及岗位人格特质模型建立[J].中国实用护理杂志,2016,32(17):1289-1293.
- [5] 冯洋,章晓云,陈跃平,等.改良 Mini-CEX 评价体系在骨科临床教学的应用及意义[J].教育现代化,2018,55(42):99-100.
- [6] 姜从玉,黄虑,朱玉连,等.Mini-CEX 操作考核在康复医学住院医师规范化培训中的应用研究[J].中国高等医学教育,2016(1):4-6.
- [7] Eggleton K,Goodyear-Smith F,Paton L,et al. Reliability of Mini-CEX Assessment of Medical Students in General Practice Clinical Attachments[J]. Fam Med, 2016,48(8):624-630.
- [8] Sudarso S,Rahayu GR,Suhoyo Y.How does feedback in mini-CEX affect students' learning response?[J].International Journal of Medical Education,2016(7):407-413.
- [9] Weston PS,Smith CA.The use of Mini-CEX in UK foundation training six years following its introduction: lessons still to be learned and the benefit of formal teaching regarding its utility[J].MedTeach, 2014, 36(2): 155-163.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

赋能在提升基层医疗机构护理人员慢性伤口护理能力的应用研究

谢间英 高丽梅 区洁芬

【摘要】目的 探讨采用“赋能”模式对基层医疗机构护理人员开展培训管理后对其慢性伤口护理能力的影响。**方法** 选取广东省佛山市南海区3家基层医疗机构的100名护理人员作为研究对象,采用组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各50例。对照组给予常规模式培训,观察组开展“赋能”思维模式下的培训。两组培训由南海区伤口专科护士组成的同一护理团队完成,涵盖理论培训10学时,实践教学1周。培训结束后,比较两组慢性伤口护理能力(理论考核+技能考核)和对集中培训的满意度。再将2019年6月—2020年6月两组护理人员回归基层医疗机构后实施护理干预的100例慢性伤口患者作为研究对象,采用组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各50例。对照组由常规模式培训的护理人员给予护理,观察组由基于“赋能”思维模式下的培训的护理人员给予护理跟踪记录其治疗过程、护理干预过程、伤口换药次数及频率、伤口渗液情况及愈合情况等,结束治疗后逐一随访,比较两组患者的创面愈合效果、对基层护理人员服务满意度。**结果** 观察组护理人员的慢性伤口评估、分析愈合影响因素、掌握敷料性能成绩优于对照组($P<0.05$);观察组护理人员的慢性伤口处理方法、仪器使用技能优于对照组($P<0.05$);观察组护理人员总满意度高于对照组($P<0.05$)。通过评估患者创面愈合效果,调查患者对护理服务的满意度可知,由观察组护理人员实施护理干预的患者在创面愈合效果和满意度上均优于由对照组实施护理干预的患者($P<0.05$)。**结论** 基于“赋能”思维模式下的培训对基层医疗机构护理人员进行培训管理后,有利于提高基层护理人员对慢性伤口的护理能力和对培训的满意度。同时,有利于提高患者慢性伤口愈合率,提升患者对护理服务的满意度和自我效能。

【关键词】 赋能;基层护理人员;慢性伤口;护理能力;培训满意度;伤口愈合率

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.036

“不能通过正常、有序、及时的过程修复,修复后不能恢复解剖结构和功能”的伤口将其定义为慢性伤口。其特点是治疗周期相对较长。主要包括血管性溃疡、糖尿病足、压疮和烧伤。研究发现,慢性伤口患者出院时约有1/2创面未完全愈合。而患者多会选择在基层医院或社区服务中心接受后续治疗与护理,主要原因包括:行动不便、意识匮乏、家庭照护缺失、经济负担较重等。但由于基层医疗机构护理人员缺乏慢性伤口评估、分析愈合影响因素、熟知敷料性能、仪器操作、慢性伤口处理及健康教育的能力,使得慢性伤口患者返院率升高、愈合时间延长,造成家庭照顾负担和经济负担加重。因此,提高基层医疗机构护士对慢性伤口的护理能力,使其具备制定可行有效的伤口愈合方案、确保患者得到最优质的护理方案的能力,为患者提供不间断的护理,从而促进慢性伤口的愈合,减少慢性伤口迟迟未愈、并发感染而导致康复延长及医疗费

用增高是亟待解决的问题^[1-4]。

授权赋能理论是指赋予员工职权,培养员工能力,由20世纪80年代美国著名学者Solomon提出。授权赋能之所以能够最大程度地激发人内在的才智和潜能,是因为在授权赋能的过程中,使他人感到被认同,被信任,被重视,找到了自身价值所在。本研究将“赋能”思维应用于护理人员的培训之中,其目的在于使护理人员充分体现个人价值,激发其内在学习潜能,促进护理人员的认知水平和临床能力的提升,更好地为患者提供护理服务^[5-6]。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择广东省佛山市南海区3家基层医疗机构100名的护理人员作为研究对象,按照组间基线资料可比的原则等分为对照组和观察组。纳入条件:从事社区护理工作 ≥ 1 年;承担慢性伤口病人护理工作;有较高的摄取慢性伤口护理培训知识的意愿。排除条件:主观排斥本研究;因进修、婚、产等原因不在岗。由南海区伤口专科护士组成的同一护理

基金项目:2020年佛山市卫生健康局医学科科研课题(编号:20200075)

作者单位:528200 广东省佛山市南海区人民医院

团队统一进行为期培训 10 学时,开展教学 1 周的培训。对照组中男 3 名,女 47 名;本科 16 名,大专 34 名;年龄 22~39 岁,平均 25.45 ± 3.78 岁。观察组中男 2 名,女 48 名;本科 12 名,大专 38 名;年龄 21~42 岁,平均 26.25 ± 3.12 岁。两组护理人员的基本资料组间差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。另选取 2019 年 6 月—2020 年 6 月收治的 100 例慢性伤口患者作为研究对象,同样按照组间基线资料可比的原则等分为对照组和观察组,纳入条件:给予清创、换药处理 ≥ 8 周,创面未愈合;既往未接受过基于“赋能”理念的护理干预;患者知情同意参与本研究。排除条件:患者存在认知障碍;合并其他皮肤损伤。对照组:男 28 例,女 22 例;平均年龄 60.42 ± 5.73 岁;糖尿病性溃疡 19 例,压力性损伤 16 例,烫伤性溃疡 6 例,静脉性溃疡 6 例,其他 3 例。观察组:男 26 例,女 24 例;平均年龄 61.52 ± 6.21 岁;糖尿病性溃疡 20 例,压力性损伤 17 例,烫伤性溃疡 6 例,静脉性溃疡 5 例,其他 2 例。两组患者的基本资料组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 培训方法

1.2.1 对照组 采用常规培训模式。以讲座、实地参观等形式开展慢性伤口愈合理论基础(慢性伤口愈合的病理生理)、慢性伤口处理方法(评估、测量、记录、包扎、固定敷料及评估和管理的伤口渗液)、敷料(特点、更换时机与频率)及仪器(负压吸引器)的使用方法、愈合影响因素、健康教育(加快慢性伤口愈合的营养知识及穿衣、运动等指导)、慢性伤口护理新理念、新技术。集中理论培训 10 学时,实践培训 1 周,同时将南海区伤口专科护理团队自制的慢性伤口处理操作视频光盘发放给学员。通过公平、公正地理论与临床技能考核评价学员慢性伤口护理能力。

1.2.2 观察组 采用“赋能”培训模式,具体内容包括:

(1) 授权赋能启蒙:培训团队的导师要通过适度授权为授权赋能营造轻松、安静、积极的环境,在这样的环境下,以交谈与讨论的方式,鼓励基层医疗机构护理人员表达对慢性伤口管理的态度和看法,正面、科学、积极地回答基层护理人员提出的问题,尽可能解除基层护理人员对培训的担忧。以“问题”为导向,评估其相关护理知识水平现状及影响因素,帮助基层护理人员客观面对自身问题。

(2) 授权赋能:根据授权赋能个体在慢性伤口护理知识水平现状、临床实践动手能力等方面的差

异,结合授权赋能个体自我实现的需要,挖掘其优势,赋予不同的权利和能力,更能充分调动基层护理人员的主观能动性,激发其批判性与创新性思维,释放其潜在能力,提高其临床实践能力。基层医疗机构慢性伤口护理人员的职责包括:应用完整的护理程序展开慢性伤口护理工作,完成相关护理文件的书写,积极投身社区护理和其他社区卫生服务科研申报及研究工作,担任临床实习生及进修生带教教师。

(3) 细化培训过程:吸纳慢性伤口典型护理案例,融入培训,以案例讨论的形式,指导和激励基层医疗机构护理人员参与每个慢性伤口个案管理目标的拟定,以此提高培训的时效性和针对性,对于学习过程中存在的疑问,鼓励学员查阅文献,通过讨论与交流,得出最终结论,以此提高基层护理人员主动摄取培训知识的热情和自我管理的水平。集中理论培训 10 学时,实践培训 1 周。

(4) 量化培训效果:通过公平、公正地理论与临床技能考核评价学员慢性伤口护理能力,结合学习过程表现选拔优秀学员。

1.3 观察指标

① 护理人员的慢性伤口护理能力。包括理论考核和技能考核。满分 100 分,得分越高,能力越强。

② 护理人员对集中培训的满意度。总满意度 = (非常满意 + 满意) / 总例数 $\times 100\%$ 。③ 患者的伤口愈合效果。统计创面痊愈、创面好转和无效的患者例数。④ 患者对护理人员服务满意度。总满意度 = (非常满意 + 满意) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件统计分析,正态分布的计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”形式表示,组间均数比较采用独立样本 t 检验;非正态分布的采用“中位数(四分间距)”表示,组间中位数比较采用非参数秩和检验;等级资料比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理人员慢性伤口护理能力比较

经过培训,观察组护理人员的慢性伤口评估、分析愈合影响因素、熟知敷料性能等理论考核成绩及实践考核成绩均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组护理人员对集中培训的满意度比较

经过培训,观察组护理人员对集中培训总满意度高于对照组,组间比较差异具有统计学意义

($P<0.05$)，见表2。

2.3 两组患者创面愈合效果比较

经过培训，观察组患者创面愈合效果优于对照组患者，组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表3。

2.4 两组患者对护理人员服务的满意度比较

观察组患者对护理人员满意度高于对照组，组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表4。

表1 两组护理人员慢性伤口护理能力比较

组别	人数	理论考核成绩	实践技能考核成绩
对照组	50	88.48 ± 2.50	84.79 ± 4.50
观察组	50	94.78 ± 2.23	95.82 ± 2.15
<i>t</i> 值		13.298	15.639
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表2 两组护理人员对集中培训的满意度比较

组别	人数	非常满意	满意	不满意	总满意度(%)
对照组	50	14	22	14	72.00
观察组	50	41	8	1	98.00

$\chi^2=13.255$ ， $P=0.000$ 。

表3 两组患者创面愈合效果比较

组别	例数	创面痊愈	创面好转	无效
对照组	50	23	21	6
观察组	50	47	3	0

秩和检验： $u=5.231$ ， $P=0.000$ 。

表4 两组患者对护理人员服务满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度(%)
对照组	50	23	16	11	78.00
观察组	50	47	3	0	100.00

$\chi^2=12.360$ ， $P=0.000$ 。

3 讨论

为保证新医改政策和《健康中国2030规划纲要》精神掷地有声，探索和建立分级诊疗制度变得尤为重要。该制度旨在推动“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的就医格局的形成^[7]。《中国护理事业发展规划(2016—2020年)》指出，要保证向患者提供优质高效的医疗护理服务，就要以加强健康人力资源建设为切入点，延伸护理服务领域，提高基层护理服务能力^[8]。本研究以提升基层医疗机构护理人员慢性伤口护理的相关理论知识与临床能力为出发点，以满足慢性伤口患者对护理服务的需求为目标，最大限度地发挥专科护士培训责任，为深化区域三级诊疗护理服务提供有力的依据。

“赋能”培训模式旨在通过授权赋能，传递“人人参与管理”的理念，激发学习者的内在潜能，增强基层医疗机构护理人员主动工作、主动摄取知识的意识，从而最大程度提升专业护理技能，把护理人力资源最大化、整合化，最大限度地提高区域专

科护理的延伸。这种培训模式提倡以“学员”为本，导师们担当引导者和组织者。在理论讲授、病例讨论和护理经验分享时，导师们更多的是鼓励学员间展开讨论，表达观点，以期大幅提升基层医疗机构护理人员慢性伤口护理能力，惠及更多社区慢性伤口患者，为其得到最优质的护理服务提供保障^[9-10]。

由本研究可知，采用“赋能”培训模式实施培训后，观察组护理人员的慢性伤口护理能力和对护理培训的满意度均高于对照组($P<0.05$)。由观察组实施护理干预的患者创面愈合效果、对护理人员服务满意度高于对照组($P<0.05$)。

综上所述，与常规培训模式相比而言，采用“赋能”模式对基层医疗机构护理人员进行培训管理后，有利于提高基层护理人员对慢性伤口的护理能力和对培训的满意度。同时，有利于提高患者慢性伤口愈合率，提升患者对护理服务的满意度，能够保证培训质量，达到教学目的。

4 参考文献

[1] Jiang Y,Huang S,Fu X,et al. Epidemiology of chronic cutaneous wounds in China[J].Wound Repair and Regeneration, 2011,19(2):181-188.

[2] Mukherjee R, Tewary S, Routray A. Diagnostic and prognostic utility of noninvasive multimodal imaging in chronic wound monitoring:a systematic review[J].Journal of Medical Systems, 2017,41(3):46.

[3] 曲婷婷,刘芳,李海燕,等. 社区护士慢性伤口护理知识培训需求及影响因素分析[J].循证护理,2018,4(8):734-737.

[4] 张国平,陆莹,庄晓瑜. 集约化管理模式在慢性伤口患者临床中的应用[J].上海医药,2020,41(1):29-31.

SBAR 双维合理改良交接班法在妇科手术患者中的应用分析

李慕 林萍 潘丽香

【摘要】 目的 探讨 SBAR 双维合理改良交接班法在妇科手术患者中的应用效果。**方法** 在妇科实施 SBAR 双维合理改良交接班法前 (2019 年 1—6 月) 和实施后 (2019 年 7—12 月) 各选择 180 例妇科手术患者及科室 17 名护理人员为研究对象, 比较 SBAR 双维合理改良交接班法实施前后患者交接班质量合格率、床边交接班满意度评分和护士自主学习能力评分。**结果** 实施后患者交接班质量合格率、床边交接班满意度评分高于实施前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 护士自主学习能力评分高于实施前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** SBAR 双维合理改良交接班法的应用, 可提高妇科手术患者交接班质量合格率与床边交接班满意度, 提高妇科护士自主学习能力。

【关键词】 SBAR; 改良交接班法; 妇科手术

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.037

医疗领域有研究者指出, 超过 60% 的警讯事件皆起自于沟通障碍问题^[1], 故探讨科学适用的沟通模式至关重要。SBAR 是一种结构化标准化沟通模型, 由现况 (situation)、背景 (background)、评估 (assessment)、建议 (recommendation) 4 个沟通内容组成, 可清晰详尽地交待当前发生了什么情况、是因为什么发生的、有待解决的主要问题是什么并给出解决建议^[2]。该沟通模式可成功降低沟通不良所致差错发生率, 有助于构建安全高效治疗照护环境^[3-4]。本研究探讨 SBAR 双维合理改良交接班法在妇科手术患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

医院妇科 2019 年 7 月开始实施 SBAR 双维合理改良交接班法。在 SBAR 双维合理改良交接班法实施前 (2019 年 1—6 月) 和实施后 (2019 年 7—12 月),

分别选取妇科手术患者各 180 例及科室 17 名护理人员为研究对象。实施前后患者年龄、术式的比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理人员无变动。

1.2 SBAR 双维合理改良交接班法

(1) 方案成形与表单设计: 以妇科手术护理特点为依据, 将患者自入院至出院护理全程划分为 4 个交接沟通环节, 分别为入院交接沟通、术前交接沟通、术后交接沟通与出院前交接沟通, 在对环节进行改良的同时, 在 SBAR 模式中的 A (评估) 部分中新增 T (初步处置) 与 E (效果评价) 两项内容, 经过双维度改良后形成妇科手术患者 SBAR 护理交接单。各交接沟通环节的护理重点存在差异性, 故交接单项目内容亦有所不同, 以妇科手术患者术后交接沟通为例加以说明, 交接时, 由交班护理人员携术后 SBAR 交接单至手术患者床旁, 交班者按交接单内容与顺序逐一就现状、背景、评估 (初步处置、效果评价)、建议进行交接, 其中现状栏内容包括姓名与年龄、入院诊断与手术时间、手术方式与返回时间、术中补液量与出血量, 背景栏内容包

作者单位: 351100 福建省莆田市, 莆田学院附属医院妇二科

[5] Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, et al. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus [J]. Patient Educ Couns, 2016, 99(2): 287-294.

[6] 杨艳丽, 柳明仁. 患者授权赋能理论在我国护理学中的应用现状 [J]. 中国保健营养, 2017, 27(32): 249-250.

[7] 白文华, 方朝晖, 杨蕊, 等. 分级诊疗对三级医院的影响与对策探讨 [J]. 中国经济师 2017(7): 235-236.

[8] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 全国护

理事业发展规划 (2016—2020 年) [J]. 中国实用乡村医生杂志, 2017, 24(7): 1-5.

[9] 朱丽萍, 任国琴, 周焕芳, 等. 新型护理培训管理体系在护理人员继续教育培训中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(12): 1739-1742.

[10] 罗秀莲, 罗润嫦, 吴毓芳. “赋能”模式在新护士培训管理中的应用 [J]. 哈尔滨医药, 2018, 38(6): 57-59.

[2020-04-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

括既往疾病史与手术史、用药史与过敏史，评估栏包括生命指征与术后补液、引流管路与切口敷料、皮肤与异常实验室指标、压力性溃疡风险评分与深静脉血栓风险评分、术后特殊类型用药与阴道内纱布情况、保护性医疗与饮水饮食、活动情况及其它，初步处理栏内容包括吸氧、心电监测、静脉补液、床上活动指导、初步血栓预防等，效果评价栏及建议等由交班者据实完成个体化文字填写，所有项目与内容交接完毕后，由接班者就交接内容加以确认，疑问处行查看、说明及澄清，发现有问題 / 情况未于交接单中加以记录体现的部分，进行追问与实时补录，确认无模糊缺失内容后交接双方签名为证。

(2) 培训与实施：通过专题理论授课、交接班情境模拟、持续改进的方式进行 SBAR 双维度合理改良交接班法的推广应用。

1.3 观察指标

(1) 交接班质量合格率：护士长每日随机跟踪 1 例患者手术交班过程，每出现 1 处交接缺陷计为不合格，合计 6 个月查看 180 例患者手术交班，比较 SBAR 双维度合理改良交接班法实施前后的交接班质量合格率。

(2) 护士自主学习能力评价：采用护士自主学习能力评价量表对 SBAR 双维度合理改良交接班法实施前后护理人员的相应能力做出评价，包括自我动机信念（14 个条目）、任务分析（6 个条目）、自我监控调节（10 个条目）与自我评价（4

个条目）共 4 个维度 34 个条目，每个条目按完全不符合至完全符合分别赋予 1~5 分，总分为 34~170 分，分值愈高提示自主学习能力愈佳，该量表 Cronbach ' s α 系数和内容效度分别为 0.944 和 0.97，信效度较好。

(3) 交接班满意度：以患者床边交接班满意度 (中文版)^[5] 为工具行相应评定，含交班互动性、倾听与尊重、交班协调 3 个维度合计 17 个条目，非常不好至非常好分别赋为 1~5 分，总分 17~85 分，分值愈高提示受评者对床边交接班满意度愈高，该量表 Cronbach ' s α 系数和重测信度分别为 0.821 和 0.879，信效度较好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS23.0 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 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SBAR 双维度合理改良交接班法实施前后患者交接班质量合格率比较

SBAR 双维度合理改良交接班法实施后交接班质量合格率明显高于实施前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 实施前后患者交接班质量合格率比较

时间	例数	合格	不合格	合格率 (%)
实施后	180	174	6	96.67
实施前	180	164	16	91.11

$\chi^2 = 4.841$ ， $P = 0.028$ 。

2.2 SBAR 双维度合理改良交接班法实施前后患者对交接班满意度评分比较

SBAR 双维度合理改良交接班法实施后患者对交接班满意度评分高于实施前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 实施前后患者交接班满意度评分比较 (分)

时间	例数	患者交接班满意度评分
实施后	180	77.77 ± 3.27
实施前	180	59.11 ± 3.14

$t = 55.222$ ， $P = 0.000$ 。

2.3 SBAR 双维度合理改良交接班法实施前后护理人员自主学习能力评分比较

SBAR 双维度合理改良交接班法实施后护理人员自主学习能力评分高于实施前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 实施前后护理人员自主学习能力评分比较 (分)

时间	人数	自主学习能力评分
实施后	17	138.18 ± 9.06
实施前	17	104.71 ± 2.40

$t = 14.724$ ， $P = 0.000$ 。

3 讨论

3.1 SBAR 双维合理改良交接班法可提高妇科手术交接班质量

SBAR 双维合理改良交接班法以 SBAR 沟通模式为基础,结合妇科手术护理特点进行内容与环节的改良,依妇科手术患者入院治疗进展合理规划分为4个交接环节,各环节交接项目与重点因时因需而设,体现各环节护理交接重点,涵盖各环节护理交接细节,在评估步骤新增初步处置与效果评价活动,实时动态化呈现护理问题解决措施与效果,强化护理人员主动观察处置评估意识与行为,敦促护理人员以患者病情变化所需提供及时高效照护,理清后续需关注重点与处置建议,双维度改良实现了妇科手术护理交接班的全程标准化与内容充实度,交班者据此收集与传递信息,接班者据此接收与消化信息,遗失错漏概率小,避免模糊事项的存在与交接的含混脱节,流程清晰、细节毕现,交接双方均可对妇科手术患者的病情、处置、效果、后续关注处置重点措施等了然于胸,实现病情相关数据全面式与重点式交接^[6],交接更具清晰度,信息传递更有效性,维持高度的照护连续性与安全性,交接班质量得以明显提高,表1可见,SBAR 双维度合理改良交接班法实施后患者交接班质量合格率高于实施前。

3.2 SBAR 双维合理改良交接班法深受妇科手术患者认可

SBAR 双维合理改良交接班法促使护士为了收集交接所需信息而频繁深入观察妇科手术患者各项情况,高频次全面性的护患沟通使患者深感关爱与尊重,全面细致的信息观察活动提高了异常状态的早期发现与处置可能性,安全护理特质鲜明,交班者对妇科手术患者各项情况熟知于胸,交接班时全面细致描述体现护理高素养,交接双方按标准流程开展规范化护理活动,提供无缝隙性优质照护,故而可赢得妇科手术患者较高的床旁交接班满意度评价,表2可见,实施后患者对床边交接班满意度评分明显高于实施前。

3.3 SBAR 双维合理改良交接班法可促进护理人员自主学习能力的提升

护理技术的持续发展要求护理执业者必须终身全程有效自主学习^[7-8],这对护理执业者的自主学

习能力提出了极高要求^[9],评判性思维训练有助于护理执业者自主学习能力的提升,传统交接班模式以问题陈述为核心,评判性思维活动缺失^[10],SBAR 双维合理改良交接班法的应用,要求护理人员必须发动评判性思维方能完成交接班任务,且每一位手术患者均需完成四个环节的完整交接班活动,故对护理人员形成了长期反复的评判性思维训练,取得了较好的自主学习能力提升效应,表3可见,SBAR 双维度合理改良交接班法实施后护理人员自主学习明显高于实施前($P<0.05$)。

4 参考文献

- [1] 张宁,丁慧芳,薛萍,等.SBAR 沟通模式在 ICU 老年患者护理晨交接班中的应用[J]. 护士进修杂志, 2017,32(19):1762-1764.
- [2] 郭佩佩,方茜,罗梅梅,等.SBAR 沟通模式在临床护理中的应用现状[J]. 齐鲁护理杂志, 2017,23(17):61-63.
- [3] 吴燕萍,余天燕,吴海燕,等.改进式 SBAR 床旁交班模式在 EICU 的应用[J]. 护理实践与研究, 2017,14(22):124-126.
- [4] 齐建伟,张克标,古满平,等.SBAR 交接模式在危重症患者长途转运中的应用[J]. 护理学报, 2018, 25(8):13-17.
- [5] 张玉红,陈海红,何曙芝,等.改良四段式 SBAR 护理交接班在妇科手术患者交接班中的应用研究[J]. 护理学报, 2019,26(2):20-23.
- [6] 曾连英,易云霞,张苑婷. SBAR 沟通模式在产科护士对危重病人交接班中的应用[J]. 全科护理, 2019,17(26):3297-3299.
- [7] 马梦颖,周文红,李振香,等.视频培训在护士自主学习准备度中的应用调查研究[J]. 中国实用护理杂志, 2017,33(15):1187-1190.
- [8] 李红,赵丽,庞晓丽,等.护士情商、心理弹性和心理授权对自主学习能力的提升[J]. 中国实用护理杂志, 2017,33(11):854-858.
- [9] 郑田,焦慧勤,张凤琴,等.品管圈活动提升口腔外科护士自主学习能力的效果分析[J]. 重庆医学, 2016,45(21):2920-2925.
- [10] 朱肖,毛平.SBAR 沟通模式在护理工作中的应用现状与展望[J]. 中国护理管理, 2017,17(5):712-716.

[2020-04-17 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

问题引导式联合 CDIO 模式教学在手术室新护士培训中的应用

张平 赵宏波 毕磊 信鑫 陈丹艳

【摘要】 目的 探讨问题引导式 (PBL) 联合构思-设计-实现-运作 (CDIO) 模式教学在手术室新护士培训中的应用效果。方法 选取 2018 年 8 月—2019 年 12 月我院手术室新入职护士 60 名为规培对象, 按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组, 各 30 名。对照组给予 PBL 教学法, 观察组在对照组基础上采用 CDIO 模式教学培训, 比较两组理论成绩与操作成绩、职业认同感评分。结果 观察组新护士理论成绩、操作成绩高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组新护士职业认知评价、职业社交技能、职业挫折应对、职业社会支持、职业自我反思以及总职业认同感评分高于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义。结论 PBL 联合 CDIO 模式教学应用于手术室新护士培训可有效提升新护士职业认同感、理论操作技能。

【关键词】 问题引导式; 构思-设计-实现-运作模式教学; 手术室新护士; 培训

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.038

近几年, 随着我院医院规模的扩大、住院患者增多, 工作年限在 3 年内的低年资护士约占全院总护士 30%。相关统计显示^[1-4], 低年资护士尤其是新入科护士护理不良事件发生率超过 45%, 其中约 13% 是由于能力欠缺及规培不足。刘倩等^[5-6]研究表明, 新入职护士心理素质、业务能力及临床经验相对较弱, 成为手术室护理安全缺陷高危人群, 如何做好新护士规培是当前面临的紧迫问题。问题引导式 (PBL) 教学是由 1969 年 Barrows 首次提出的问题导向的自主学习模式, 旨在带教老师引导、学生为中心, 激发学习动力、培养学习、分析、解决问题能力^[7]。CDIO (Conceive-Design-Implement-Operate) 即由构思 (conceive)、设计 (design)、实现 (implement) 和运作 (operate) 构建的指导工程教育经典培养模式, 以培养学生主动、实践、课程见有机联系及创新性教学^[8]。鉴于此, 本研究探讨问题引导式 (PBL) 联合 CDIO 模式教学在手术室新护士培训中的应用效果, 旨在为临床提供参考借鉴。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 8 月—2019 年 12 月医院手术室新入职护士 60 名为规培对象, 按照组间基线资料可比的原则分为对照组 30 名与观察组 30 名。对照组:

女 29 名, 男 1 名; 文化程度: 大专 9 名, 本科 21 名; 平均年龄 22.27 ± 1.97 岁。观察组: 女 30 名, 男 0 名; 文化程度: 大专 8 名, 本科 22 名; 平均年龄 22.13 ± 1.88 岁。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 予以 PBL 教学法。新护士入科后由带教组长根据教学大纲, 遵循系统性与循序渐进性, 按照手术室规章制度、基本知识、技能、专科知识、技能、应急预案等 8 个教学单元, 进行为期 1 年教学培训, 考核组成员依照教学计划总结并强化每位护士薄弱环节、指导问题与困难, 并在每月采取阶段性评价、汇总考核成绩、供最终参考。具体内容见表 1。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上联合采用 CDIO 模式教学培训, 授课前邀请工程学领域 CDIO 专家指导 CDIO 模式理念要点, 根据《手术室护理实践指南》^[9], 借助 PPT、视频剪辑备案理论与操作培训方案, 具体教学实施课程案例以“感染手术管理”内容为例, 具体如下:

1.2.2.1 构思 (C)

(1) 实施专业思维构建, 教学内容如下: 以“气性坏疽截肢手术”为案例在授课前 1~2 d 发放护理疑难点问题, 如: 洁净手术室对手术影响; 术前手术间物品准备; 术中添加物品方式; 术后处理医疗垃圾与病理废弃物注意事项。

(2) 规范培训: 新护士参照案例问题预习课程

表1 PBL 教学

时间	教学主题	具体内容
第1个月	器械敷料室轮转	①掌握预真空高压蒸汽锅使用原理、步骤及注意事项 ②熟悉各类器械消毒方式,掌握基本手术器械名称、用法及打包要求 ③采取 PBL 教学法,首先视频学习各类手术器械,由新护士提出问题后进入手术间参观实例,观察器械用法、组织讨论,并采取提问引导检验教学效果
第2个月	手术间巡回洗手工作	①了解巡回护士职责,包括术中物品、仪器准备、体位、静脉通道护理 ②练习协助台上护士、麻醉医师,演练术中紧急情况、危重患者抢救场景 ③熟练掌握无菌手术衣、无菌手套、外科刷手、无菌器械车及无菌巾铺设,学习一般器械传递方法、污染器械处理要点 ④带教老师分科讲解操作流程、要点,并开展示教,教授后规培护士反复练习,缩短基础教学和临床实践间距离,要求考核 ≥ 90 分
第3~4个月	妇产科、普外科配合	术前1d带教老师采取提问方式回顾解剖及手术图谱,包括:子宫、胆囊、子宫解剖特点,讲解术中流程、要点,并在术后提问形式点评,直至熟练掌握各相关仪器操作流程
第5个月	泌尿外科手术配合	掌握泌尿外科手术常见体位、摆放原则、术中引流管护理要点、肾及输尿管结石相关适应证处理
第6~7个月	微创手术的概念、腔镜手术配合	了解 CO ₂ 建立气腹原理、电切手术冲洗液选择原则、腔镜手术器械清洗及灭菌保养等注意事项
第8~9个月	神经外科、开胸手术配合	掌握显微手术器械使用、保养,颅脑外伤患者输液原则、术中动脉瘤夹与骨蜡等基本作用,胸科手术体位、摆放及相关重点要点
第10~11个月	骨科手术配合	熟练掌握脊柱手术解剖知识、内固定器械操作、外伤清创与开放性骨折处理要点、关节置换手术注意事项
第12个月	五官科眼科手术配合	掌握手术相关物品、器械、仪器准备及保养

内容,查阅文献、书籍、临床理论知识,根据新护士的兴趣爱好、个性特点、条件自由分组进行感染手术案例讨论,结合案例构思感染手术配合方案。

(3) 教学方法:案例教学法、PBL 教学法。教学目标:培养专业思维;掌握文献检索能力;掌握专业基础知识。

1.2.2.2 设计(D)

(1) 教学方法:参与式教学法,带教老师注重与新护士沟通的技巧、问题处理、综合运用知识、评判性思维能力培养。教学目标:锻炼专业实践能力;建立无菌观念;增强感控意识。

(2) 教学内容:分组讨论分析后,设计感染手术护理管理典型工作项目:巡回护士手术配合、术后各项终末处理。

(3) 项目模块。项目模块1:术前准备。包括器械物品、环境隔离、患者安置、麻醉配合等。项目模块2:术中配合。包括器械传递、标本管理、无菌屏障建立、手术间人员管理、与病房转运交接。项目模块3:术后处理。包括医疗废弃物处理、手术间空气消毒、手术间物表、器械包处理。

1.2.2.3 实现(I) 教学目标:锻炼沟通协调能力;建立批判性思维;增强团队合作水平。教学内容:5~7名护士1组,分别扮演巡回护士、器械护士、手术医师、麻醉医师,按照角色职责分配进行场景

模拟,重点演示器械护士、巡回护士特异性感染手术过程隔离管理技术、术后各项终末处理任务。组长协调组员间关系、任务分配及问题沟通,提示新护士体会各模块知识点、技能点。教学方法:情景模拟法、角色扮演法。

1.2.2.4 运作(O) 各小组对每项目采取构思、设计、实现、运作步骤以 PPT 形式全程笔记汇报,带教老师分组点评优缺点,以此为评价学习情况效果依据。

1.3 观察指标

(1) 理论及操作成绩评估:培训结束后采取我院自制理论考试试卷(包含:50分单项选择题、50分简答题)、手术室专科护理操作试卷(成绩 ≥ 90 分为合格)对两组新护士进行考核。

(2) 职业认同感评分^[10]:采用护士职业认同感评定量表,主要包括:职业认知评价、职业社交技能、职业挫折应对、职业社会支持、职业自我反思5个维度,共计30个条目。各维度采用 Likert 5级评分法,总职业认同感评分为上述5维度分数累积,得分高低与认同感高低呈正相关。经检验该量表具有较好信度和效度。

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

2 结果

2.1 两组理论及操作成绩得分情况比较

观察组理论成绩、操作成绩高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

2.2 两组职业认同感评分情况对比

观察组职业认知评价、职业社交技能、职业挫折应对、职业社会支持、职业自我反思以及总职业认同感评分均高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表2 两组理论及操作成绩得分情况比较（分）

组别	人数	理论成绩	操作成绩
对照组	30	74.18 ± 9.79	85.16 ± 8.50
观察组	30	86.45 ± 8.36	94.83 ± 9.21
<i>t</i> 值		5.220	4.226
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表3 两组职业认同感评分情况对比（分）

组别	人数	职业认知评价	职业社交技能	职业挫折应对	职业社会支持	职业自我反思	总职业认同感评分
对照组	30	2.73 ± 0.81	3.02 ± 0.90	3.01 ± 0.83	3.31 ± 0.91	3.35 ± 0.77	15.42 ± 6.28
观察组	30	4.25 ± 0.78	4.47 ± 0.82	4.46 ± 0.86	4.79 ± 0.78	4.73 ± 0.89	22.70 ± 9.04
<i>t</i> 值		7.404	6.523	6.645	6.764	6.423	3.623
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001

3 讨论

手术室护理具有实践性、专业性强等特点，新入职护士因专业知识储备不足、临床实践经验不足、主动学习意识偏低，常无法尽快满足现阶段护理工作需求，为提升业务素质、专业能力需予以新入职培训，以提高手术配合水平。调查显示^[11-12]，传统培训模式整体培训效果较低，临床上常结合多媒体技术、情景模拟法、案例教学法及PBL等方法提升新护士自主学习、独立判断能力。

冯换群等研究指出^[12]，问题引导式培训是针对低年资护士采取实际问题导向、引导主动学习及思考，激发岗位知识技能掌握及内在学习动力。CDIO模式则对手术室传统“理论讲解－操作演示－考核”带教改进，选取实践性强的临床案例，以护理疑难问题为教学大纲整合多种教学法构建新型术前准备－术中配合－术后处理的护理方案、改善新护士临床岗位胜任力^[15-16]。本研究将PBL联合CDIO模式教学，结果显示，观察组新护士理论成绩、操作成绩均高于对照组（ $P<0.05$ ），说明上述规培方式可有效提高新护士岗位理论及操作技能，原因在于打破传统“填鸭式”教学方法，带教老师与新护士角色互换，提升新护士构思、设计、实践、展示主动权，实现“思中学、学中做、做中思”，配合授

课老师引导、组织、指导、反馈，更利于教学目标实现。同时，结果显示，观察组新护士职业认知评价、职业社交技能、职业挫折应对、职业社会支持、职业自我反思以及总职业认同感评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），表明PBL联合CDIO模式教学可有效增强新护士职业自我认同感，分析原因：PBL联合CDIO模式培训过程，以实现学习目标、解答内心疑惑为目标，系统性、创新性培养自学、团队工作、解决问题、创新及沟通能力，缩短教学时间、学习积极性与兴趣，不断获得职业认同感，有效分工合作，人人参与以及各自专科知识，除培养岗位胜任能力外，还培养新护士责任感、团队精神。

综上所述，本研究得出PBL联合CDIO模式教学应用于手术室新护士培训可有效提升新护士职业认同感、理论操作技能。

4 参考文献

[1] 王菩禄,李玉芳.一对一专科导师制培训模式对手术室新入职护士的培训质量分析[J].国外医学(医学地理分册),2019,40(3):320-325.

[2] 徐碧文.分级培训手册联合视频教学在手术室护士核心能力培训中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(11):133-135.

[3] 孙玉莲.基于柯氏模型构建新入职护士培训评价指标

神经外科临床教学中循证医学理念的应用对临床思维能力、创新能力的影响

周慧琰 徐波 王晓红 李娟*

【摘要】目的 探讨神经外科临床教学中应用循证医学理念的效果及其对学生临床思维能力、创新能力的影响。**方法** 选择医院 2018–2020 年神经外科临床见习的学生 200 名进行研究,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,每组 100 名。对照组临床教学中用传统教学法,观察组则采取循证医学 (Evidence-based Medicine, EBM) 教学模式。两组学生见习结束,所有学生均完成理论知识与操作技能考核,并发放问卷让学生完成自我评估,调查学生对教学满意程度,并比较。**结果** 观察组学生理论知识和操作技能成绩均明显高于对照组 ($P<0.05$);观察组学生在基础知识、创新能力、学习兴趣、临床思维能力、团队合作方面的自评得分均明显高于对照组 ($P<0.05$);观察组学生对教学满意率明显高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 神经外科临床教学中开展 EBM 教学模式处理,相比传统教学模式,可提高临床思维能力、创新能力,而且提升自我评估结果,使得他们对教学更满意。

【关键词】 神经外科;临床教学;循证医学理念;临床思维能力;创新能力

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.039

神经外科有着专业性强、难度高等特点,而且对外科学基础、神经解剖学基础均有较高的要求。神经外科在外科教学中所占的比例相对较少,课时

少但知识复杂,如何在有限的课时内展现其精髓给学生是临床教学的重点。传统的培养采用的是一种类似师傅带徒弟的经验教学方法,目前已不能适应现代医学模式的要求^[1]。近几年,神经外科临床教学工作者不断研究与探索,寻求一种有效的教学模式,提高教学成绩,促进学生进步^[2]。从2017年开始,

作者单位:200072 上海市第十人民医院神经外科

*通讯作者

体系的研究 [D]. 济南:山东大学,2019.

- [4] 袁作芝,周秋荣,李大风.专业核心能力训练在手术室青年护士培训中的应用效果 [J]. 护理实践与研究,2019,16(7):125–127.
- [5] 刘倩,尹红梅,李育红,等.护理安全知识及手术配合能力培训在手术室护理人员中的应用 [J]. 护理实践与研究,2019,16(5):114–115.
- [6] 张晓乐,易永红,江燕,等.基于 CDIO 模式的护理创新实践在儿科新护士培训中的应用 [J]. 护理学杂志,2019,34(4):58–61.
- [7] 杨文俊,方茜,邹德庆.贵州省手术室神经内镜护士培训需求的调查分析 [J]. 贵阳中医学院学报,2018,40(6):93–96.
- [8] 谭菊花,曹婵,陈英,等.团队心理训练模式在手术室护士培训中的应用 [J]. 中国继续医学教育,2018,10(32):185–187.
- [9] 张婷.手术室专科护士培训的临床实践效果 [J]. 临床合理用药杂志,2018,11(24):140–141.
- [10] 邱礼荣,韩晶,周丽娟,等.运用 Delphi 法构建手术室新护士培训课程指标体系 [J]. 护理管理杂

志,2018,18(07):512–522.

- [11] 王婷.基于岗位胜任力的护士规范化培训模式构建与效果评价 [D]. 南京:南京中医药大学,2018.
- [12] 陈锐,李静,张静,等.基于 CDIO 模式的手术室新护士女性导尿培训实践 [J]. 临床医药实践,2018,27(2):140–142.
- [13] 冯换群.目标管理模式在手术室新毕业护士核心能力培训中的应用效果 [J]. 深圳中西医结合杂志,2018,28(2):193–194.
- [14] 张增梅,王宇,魏薇,等.目标反馈教学在手术室专科护士培训中的应用 [J]. 中华护理教育,2018,15(1):39–44.
- [15] 陈锐.实景录像教学法在手术室新护士培训工作中的应用 [J]. 中国临床护理,2016,8(2):149–150.
- [16] 黄春蓉,王丽.以问题为基础联合以病例为引导的教学法在急诊科轮转低年资护士培训中的应用 [J]. 实用医院临床杂志,2016,13(2):102–104.

[2020-03-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

神经外科临床教学中引入循证医学 (EBM) 思维理念, 经 3 年的实践, 在提高学生临床思维、创新能力、基本理论及基本操作方面具有明显优势, 本研究认为, EBM 教学模式在神经外科临床教学中具有可行性^[3]。因此, 本次就我院神经外科临床见习学生 200 名进行了研究, 旨在探讨 EBM 教学模式的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2018—2020 年神经外科临床见习的学生 200 名进行研究, 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, 每组 100 名。纳入见习学生自愿配合研究, 带教老师均为经验丰富且获得高等学院教师资格证书的教师。对照组: 男 51 名, 女 49 名; 年龄 20~24 岁, 平均 22.8 ± 0.5 岁。观察组: 男 53 名, 女 47 名; 年龄 20~24 岁, 平均 22.5 ± 0.7 岁。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 本组接受传统教学法, 见习课前 1 周, 带教老师提前告知学生见习课程的内容, 布置思考题, 让他们提前做好预习, 并对相关内容回顾。见习课上, 带教老师带领学生进行教学查房, 根据大纲讲解神经外科常见疾病情况, 比如临床表现、诊断原则、手术方法与并发症等问题, 指导学生完成体格检查, 然后回到教室, 结合病例进一步解释诊断思路与治疗方案, 对学生提问进行解答。

1.2.2 观察组 将神经外科的全部内容分成 6 个专题: 鞍区肿瘤, 大脑半球肿瘤, 脑血管疾病, 脊髓脊柱疾病, 后颅凹肿瘤, 颅脑损伤。在临床教学过程中, 每 2 个月专研学习 1 个专题。每个专题选择 2 个不同组织来源或不同病理损害的典型病例, 每个病例均由各组具有副主任医师及以上职称的指导老师设计一些合理的问题, 这些问题包括该病例所涉及的胚胎学、神经解剖学、病理学、病理生理学、临床表现等内容, 按 EBM 的要求查阅该类疾病的发展简史及与该类疾病诊断治疗有关的系统研究证据。再结合所选患者的临床征象, 最后落脚到该

患者目前能够采用的最佳诊断治疗方案。各指导老师所设计的问题再经由科室主任主持的集体讨论后确定, 以保证所设计问题的合理科学性及科室培养的统一性。在每个月的第 1 周将该月所选病例的相关问题交给学生, 然后由他们自己在带教老师的指导下查阅相关文献及书籍来回答问题, 在第 3 周时由指导老师主持讨论, 形成自己小组的“标准答案”, 如有分歧, 暂时还无法形成“标准答案”的, 由分歧双方继续查找资料, 直到达成共识。在第 4 周时由科室统一组织、各小组都参加的大讨论, 最后形成科室统一的“标准答案”。整个过程都以学生为主体, 带教老师和指导老师为辅助的专研学习形式。每轮 EBM 结束后, 各小组学生进行自我评价和同伴评价, 最后由各指导教师再对小组及成员的知识、技能等方面的不足进行点评和补充^[4]。

1.3 观察指标

两组学生实习结束, 所有学生均完成理论知识与操作技能考核, 并发放问卷让学生完成自我评估, 调查学生对教学满意程度^[5]。具体内容包括: ①理论知识与操作技能考核。按照百分制进行考核, 评分越高则表明考核成绩越好; ②学生自我评估。要求学生自主独立完成自我评估表填写, 包括基础知识、创新能力、学习兴趣、临床思维能力、团队合作 5 个方面, 以 3 级法评价, 包括明显提升 5 分、部分提升 3 分、无提升 1 分, 评分越高自我评估效果越好; ③满意率。用自制满意度问卷调查, 包括非常满意 ≥ 90 分、一般满意 70~89 分、不满意 < 70 分, 满意率 = 非常满意率 + 一般满意率。

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; 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 两组学生理论知识成绩和操作技能成绩比较
观察组学生理论知识和操作技能成绩均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组学生理论知识和操作技能成绩比较 (分)

组别	人数	理论知识	操作技能
对照组	100	91.85 $\pm$ 4.26	90.96 $\pm$ 5.23
观察组	100	97.69 $\pm$ 1.62	96.77 $\pm$ 2.75
<i>t</i> 值		12.814	9.833
<i>P</i> 值		0.000	0.000

2.2 两组学生自我评估结果比较

观察组学生在基础知识、创新能力、学习兴趣、临床思维能力、团队合作方面的自评得分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组学生对教学满意率比较

观察组学生对教学满意率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表2 两组学生自我评估结果比较(分)

组别	人数	基础知识	创新能力	学习兴趣	临床思维能力	团队合作
对照组	100	2.86 ± 0.80	3.03 ± 0.86	3.08 ± 0.82	2.82 ± 0.96	3.22 ± 0.92
观察组	100	3.55 ± 0.85	3.95 ± 0.82	4.04 ± 0.80	3.96 ± 0.92	3.79 ± 1.03
t 值		5.911	7.742	8.380	8.574	4.127
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组学生对教学满意率比较

组别	人数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率(%)
对照组	100	32	49	19	81.00
观察组	100	45	54	1	99.00

$\chi^2=18.000$, $P=0.000$ 。

3 讨论

神经外科涉及很多方面,其教学内容主要有神经疾病病理生理知识、神经解剖学知识、神经手术学基础知识等,这些知识比较复杂,课程内容广泛,抽象概念多,但是在外科教学中神经外科的课程相对较少,一些学生表示教学上听得懂的理论知识,但在实际操作中却不清楚,导致一些学生望而却步。与其他专业如胃肠外科、骨科或其他层次如在校本科生、研究生等比较,神经外科学生的培养教学又有其自身的一些特点,包括:①神经外科的专业性强,涉及神经胚胎学、神经解剖学、神经病理生理学等,还涉及神经内科、内分泌科等其他专业,内容繁杂且极其抽象,学生很难掌握;②大部分学生都来自基层医院,他们在离开校园进入工作单位的第1天开始,接受的都是以上级医师为指导的“师傅带徒弟式”学习工作模式,形成了根深蒂固的重操作轻理论的思想,在进修学习期间,他们这种重操作轻理论的思想也一直存在,对理论知识学习的主动性不够,因此,给临床带教工作带来较大的困难;③学生一般都有2~3年或更长时间的临床工作经验,具有一定的临床思维及分析能力,容易把握临床问题的方向,但是,因他们长期在基层医院工作,一直

都不注重理论知识的再学习^[6]。所以,如何改变学生这种重操作轻理论的思想、激发他们学习理论知识的主动性及兴趣成为问题的关键。神经外科见习是理论知识与临床实践结合比较好的教学模式,可让学生学以致用,但传统教学模式以教师为中心,学生往往被动学习,难以满足新时期的需求,为此寻求一种更为有效的教学模式十分必要^[7]。

医学是一门实践性极强的学科,几乎所有的医生都需要至少1~2次或更多次的进修学习,所以,医学生的教学培养在继续医学教育中显得尤为重要,培养地点主要集中在大型综合性医院,其培养目标除了让医学生具有过硬的手术操作本领之外,还要有较强的临床思维和分析能力、扎实的专业理论知识,并了解一些临床科研方法,回到原单位后能够独立处理神经外科的常见病,并能将自己的临床工作经验、教训、临床过程中的新发现总结出来,以论文的形式在同行之间进行交流。然而,受传统在校“灌输式”教学方法和进入工作单位师傅带徒弟的“经验式”带习模式的影响,学生往往只注重了整个医疗实践过程的终末阶段—手术操作本身,在进修期间几乎把所有的时间和经历都放在手术参观、手术操作上面,而对整个医疗过程中的基础理论、病情分析等医疗过程不重视或者应付了事^[8]。因神

经外科的理论知识复杂又抽象,对理论知识继续给予“灌输式”和“经验式”教授往往枯燥无味,难以引起学生的学习兴趣。所以,教学的重点是激发学生的探索欲望,从而产生学习理论知识的兴趣^[9]。

EBM 是“以证据为基础的医学”,是指将病人自身的临床征象和通过系统研究所得到的外部临床证据有机地结合起来,将当前能够获得的最好证据用于个体患者的照顾和临床决策中^[10]。EBM 自 1992 年加拿大 McMaster 大学 Gordon Guyatt 领导的 EBM 工作组提出并命名以来,目前已渗透到临床医学的各个领域,并成为临床医学的新治疗模式,EBM 的实质也是以问题为先导,其思维方式就是围绕问题进行“循证-评价-决策”^[11]。

本次就神经外科临床见习学生 200 名进行分组研究,对照组临床教学中用传统教学法,观察组则采取 EBM 教学模式,结果显示观察组学生理论知识成绩与操作技能成绩均明显高于对照组;观察组学生在基础知识、创新能力、学习兴趣、临床思维能力、团队合作方面的自评得分均明显高于对照组;观察组学生对教学满意率明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。可以看出,EBM 教学模式可以提高教学成绩,使得学生自我评价效果更好,而且提高他们的满意率。传统教学以书本、多媒体等方式开展,课堂教学占了主导,临床见习作为辅助,重视基础知识、理论的系统教学,知识结构比较全面与系统,学生的基础知识扎实是其主要的优势。此外,医学基础知识复杂多样,传统教学下学生的临床操作与实践机会少,不利于思维的发展,很少主动思考问题,缺乏主观能动性,不利于顺利进入医院实习^[12]。EBM 教学模式建立在医学问题的基础之上,学生更加直接的接触医学问题,而不是直接的理论知识,通过对医学问题的研究和分析探究医学问题的解决对策,在这个过程中能够使得学生的发现能力、分析能力以及处理能力都得到明显提升^[13]。

综上所述,神经外科临床教学中开展 EBM 教学模式,相比传统教学模式,可提高临床思维能力、创新能力,而且提升自我评估结果,使得他们对教学更满意。

4 参考文献

- [1] 卢军. 案例分析和常规教学在神经外科临床教学中的效果对比观察及对教学质量的影响研究 [J]. 教育现代化, 2019, 6(84): 239-240.
- [2] 高璐, 高晶, 李红伟, 等. 以 DOPS 为工具的形成性评价在临床技能教学中的应用研究 [J]. 中国医学教育技术, 2017, 31(6): 714-716.
- [3] 东潇博, 王革生, 王雷, 等. 基于 Mini-CEX 考核模式在脑外科实习生临床教学中的应用价值 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(34): 79-82.
- [4] 王建交, 武志超, 李洋, 等. 基于精准教学的翻转课堂教学模式在神经外科临床实践教学中的设计应用 [J]. 中国医刊, 2020, 55(5): 575-577.
- [5] 李春德, 刘巍, 姜涛, 等. 神经外科研究生临床带教现存问题分析与基于 PDCA 循环增进模式探讨 [J]. 中国医学装备, 2018, 15(6): 145-148.
- [6] 蔡恒, 刘文静, 冯天达, 等. CBL 结合多媒体教学法在神经外科局部解剖教学中的应用体会 [J]. 解剖科学进展, 2018, 24(1): 109-110.
- [7] 王志明, 祝义军, 鲍杨. CBL 联合 EBM 教学模式在麻醉科住院医师培养带教中的应用 [J]. 中国病案, 2019, 20(10): 92-95.
- [8] 蒋佳志, 毕姬琼, 黄静宇, 等. 结合循证医学思维的 PBL 教学模式在研究生教育教学中应用的 Meta 分析 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(8): 919-923.
- [9] 柴大敏, 王京萍, 马莉, 等. 循证医学结合科研训练的教学方法在病理教学中的应用 [J]. 蚌埠医学院学报, 2018, 43(5): 667-670.
- [10] 王璐, 朱俊勇, 董卫国, 等. PBL 和 EBM 联合教学在留学生急危重症医学教学中的应用 [J]. 中国病案, 2019, 20(1): 72-74.
- [11] 王旭, 刘水云. 循证医学在临床教学中的应用成效研究——以北京某三甲医院临床见习教学效果为例 [J]. 医学教育管理, 2019, 5(2): 163-167.
- [12] 李洪秋, 赵忠海, 丁晓伟, 等. 循证医学理念在我国临床实践教学中的应用效果的 Meta 分析 [J]. 沈阳医学院学报, 2019, 21(2): 188-192.
- [13] 朱莹莹, 贾冉. PBL 结合 EBM 理念教学法在临床医学本科生老年医学教学中的应用探讨 [J]. 科教文汇, 2020(22): 110-113.

[2020-11-30 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

四腔同步气压疗法联合中药封包疗法预防老年股骨近端骨折下肢深静脉血栓的效果

蓝庆娟 王慈香

【摘要】 目的 探讨四腔同步气压疗法联合中药封包疗法预防老年股骨近端骨折下肢深静脉血栓的效果。

方法 选择医院 2019 年 6 月—2020 年 6 月收治的老年股骨近端骨折患者 90 例,按照组间性别、年龄、骨折位置、骨折原因匹配的原则分为对照组和观察组,各 45 例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上加以四腔同步气压疗法联合中药封包疗法,比较两组患者血浆黏度、全血黏度、血液流速及下肢深静脉血栓形成率。**结果** 护理干预后,观察组患者血浆黏度、全血黏度均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);血液流速高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);下肢深静脉血栓形成率低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 四腔同步气压疗法联合中药封包疗法在老年股骨近端骨折患者中的应用,能改善血液黏度及血液流速,降低下肢深静脉血栓形成率。

【关键词】 四腔同步气压疗法;股骨近端骨折;血液流变学指标;下肢深静脉血栓

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.040

骨折术后患者需卧床,加之剧烈疼痛,患者不愿主动或被动挪动肢体,而肢体的静止使得下肢失去了肌肉泵的作用,造成血流瘀滞;另外,股骨近端骨折往往由较大的暴力造成,常合并局部肌肉、血管、神经损伤,股骨粗隆间骨折端毗邻股静脉,因此股静脉内膜损伤的可能性较大,而血管内膜损伤是血小板血栓形成的重要条件^[1]。手术是患者的二次创伤,术中复位操作、牵拉操作有进一步损伤血管内膜的可能性,术前已经缓解的疼痛术后将再次加重,患者惧怕活动肢体;术中出血同样可以激活人体的凝血系统,由此造成术后早期成为下肢深静脉血栓发生的高峰期,发生率为 18%~55%^[2]。血栓栓子脱落会导致肺栓塞,肺栓塞引起猝死的发病率大于 34%,严重威胁患者生命安全^[3]。临床常见预防措施有药物预防、机械预防,其中机械性预防占比高达 36%~53%,但在骨折术后对于机械预防,由于骨折伤后患肢疼痛明显,治疗装置选择、治疗时间把控方面难度大^[4]。为此,本研究在老年股骨近端骨折患者中应用四腔同步气压疗法联合中药封包疗法,应用效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2019 年 6 月—2020 年 6 月收治的老

年股骨近端骨折患者 90 例,纳入条件: X 线片检查确诊为股骨近端骨折,且行手术治疗;术程顺利,且既往无股骨近端骨折术史;既往无静脉血栓史;术后意识清晰,且认知沟通能力正常;家属知晓研究,且已签署知情同意书。排除条件:伴有其他骨折疾病;存在凝血功能异常;伴有其他严重组织或系统疾病;既往有精神病史。按照组间性别、年龄、骨折位置、骨折原因匹配的原则分为对照组和观察组,对照组中男 32 例,女 13 例;年龄: 42.35 ± 3.26 岁;骨折位置:股骨干骨折 22 例,股骨粗隆间骨折 23 例;骨折原因:交通事故伤 21 例,跌倒伤 10 例,砸伤 14 例。观察组中男 30 例,女 15 例;年龄 40.43 ± 3.18 岁;骨折位置:股骨干骨折 21 例,股骨粗隆间骨折 24 例;骨折原因:交通事故伤 20 例,跌倒伤 11 例,砸伤 14 例。两组患者性别、年龄、骨折位置、骨折原因比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法

对照组采用常规护理,包括:指导患者进食低脂、低盐饮食;遵医嘱于术前 12 h、术后 12 h、术后 24 h 皮下注射低分子肝素钙(规格:0.3 ml) 40 IU/kg,术后第 2、3 天 40 IU/(kg·d),术后第 4 天起 60 IU/(kg·d),持续干预 1 周^[5];术后护理人员予以 Caprini 血栓评估,指导患者进行踝泵运动、股四头肌静力收缩运动等。观察组在对照组基础上加以四腔同步气压疗法联合中药封包疗法,具

体方法如下:

1.2.1 四腔同步气压疗法 采用 AP600b 型空气肢体压力治疗仪开展治疗, 仪器工作功率为 25 W, 工作电流 0.2 A, 定时 0~30 min, 工作压力范围为 20~250 mmHg, 且充放气速度可调节; 指导患者坐位, 充分暴露健侧双下肢进行气压泵治疗, 协助患者带好下肢套筒, 而后启动仪器, 能自动监测下肢静脉并确定充盈时间, 每次治疗 20min, 每天 1 次, 连续干预 1 周^[6]。

1.2.2 中药封包疗法

(1) 封包组方: 黄芪 20 g、鸡血藤 10 g、土元 10 g、丹参 10 g、红花 10 g、牛膝 10g, 将上述药物混合均匀后研磨成粉末状, 过 200 目筛, 将过筛后粉末状药物装入一次性无纺布中药袋中并封口, 以备。

(2) 治疗操作: 取中药袋将其浸入冷水中, 浸泡时间 1~2 h, 而后取出沥干水分后, 将其放进微波炉加热, 直至温度达到 50 ℃后, 取出凉至 40 ℃, 指导患者充分暴露双下肢, 将药袋贴合下肢肿胀处外敷, 温度降至 20 ℃后, 放入微波炉重新加热并对下肢肿胀处进行外敷; 而后, 另取中药袋浸泡、加热后平铺在双下肢腓肠肌处, 并使用弹力绷带固定, 询问患者感受以确定绷带松紧度, 以有效固定

且无压迫感为准, 每天 2 次, 连续干预 1 周。

1.3 观察指标

(1) 血液流变学指标: 干预 1 周后, 抽取患者空腹静脉血 5ml, 经仪器分析测定全血黏度、血浆黏度, 测定静脉血液流速, 全血黏度、血浆黏度越低, 静脉血液流速越快, 则血液流变学指标表现越好^[7-8]。

(2) 深静脉血栓形成率: 干预 1 周后, 经多普勒彩色影像超声检查诊断患者下肢是否形成深静脉血栓, 并统计下肢深静脉血栓形成的患者例数, 计算形成率^[9]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 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 两组患者干预后血浆黏度、全血黏度、血液流速比较

干预后, 观察组患者血浆黏度、全血黏度均低于对照组, 血液流速快于对照组, 差异均有统计学

表 1 两组患者血浆黏度、全血黏度、血液流速比较

组别	例数	血浆黏度 (mPa/s)	全血黏度 (mPa/s)	血液流速 (ml/s)
对照组	45	1.62 ± 0.30	5.88 ± 0.53	20.14 ± 1.28
观察组	45	1.41 ± 0.34	5.01 ± 0.78	23.34 ± 1.84
<i>t</i> 值		3.107	6.189	9.577
<i>P</i> 值		0.003	0.000	0.000

意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者下肢深静脉血栓形成率比较

干预后, 观察组患者下肢深静脉血栓形成率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者下肢深静脉血栓形成率比较

组别	例数	血栓形成例数	未形成例数	形成率 (%)
对照组	45	12	33	26.67
观察组	45	2	43	4.44

$\chi^2=8.459$, $P=0.004$ 。

3 讨论

老年股骨骨折大多同时合并多种基础疾病,如糖尿病、高血压、肥胖、下肢深静脉慢性瓣膜功能不全等,此类患者具备促进静脉血栓形成的三大危险因素:静脉损伤、静脉血流停滞和血液高凝状态。在这三种因素的协同作用下,明显增加了下肢深静脉血栓的发生概率,即符合年龄、骨折创伤、血管内膜损伤、卧床时间、手术刺激等下肢深静脉血栓形成的高危因素^[10]。低分子肝素钠与低分子肝素钙是临床预防下肢深静脉血栓的常用药物,但增大了出血风险^[11],鉴于以上原因,本研究在老年股骨近端骨折中应用四腔同步气压疗法联合中药封包治疗,效果满意。

表1、表2显示,观察组患者血浆黏度、全血黏度均低于对照组,血液流速高于对照组($P<0.05$),观察组患者下肢深静脉血栓形成率低于对照组($P<0.05$)。采用四腔同步气压疗法对老年股骨近端骨折实施治疗,治疗仪通过压力循环渐进式变化气压带对双下肢实施反复挤压,能实现对肢体深层组织的有效作用,规律性按摩肢体肌肉组织,可促进局部组织血液实现循环,有助于增加下肢回心血量、深静脉血液流速,改善血液流变学指标^[12-13]。吴宇航^[14]研究显示,气压泵在骨折术患者中的应用,使下肢深静脉血栓形成率由10%降至3%,且患者血浆黏度、全血黏度均明显降低。本研究针对老年股骨近端骨折实施中药封包治疗,治疗药物中鸡血藤有活血化瘀效用,土元可破血瘀功效,丹参有活血祛瘀、消肿止痛作用,红花有活血通经、散瘀止痛效用,牛膝有逐瘀通经、引血下行作用,中药封包治疗借助药物对局部进行热敷,促使局部皮肤温度升高,毛细血管显著扩张,下肢静脉充血及血流速度加快,能促进药物对病变部位的直接作用,增加皮肤角质层水合作用,能增强脂溶性、非极性分子的穿透力,进而保证药物效用,可活血化瘀、消肿止痛,明显改善血液流变学指标,降低下肢深静脉血栓形成率;李万和等^[15]研究在骨折术患者中应用中药封包治疗,结果显示,患者肿胀、疼痛症状得到有效缓解,且下肢深静脉血栓形成率明显降低,与本研究结果相符。

综上所述,四腔同步气压疗法联合中药封包疗法在老年股骨近端骨折患者中的应用,能改善血液黏度与血液流速,降低下肢深静脉血栓形成率。

4 参考文献

- [1] 王枫,冯宝华,雷博艺.低相对分子质量肝素钙预防老年下肢创伤骨折患者术后深静脉血栓形成的疗效[J].血栓与止血学,2020,26(4):669-670.
- [2] 田明,吴兴安.低分子肝素钙预防普外科术后静脉血栓的作用[J].临床医学研究与实践,2020,5(7):69-70.
- [3] Buesing KL, Mullapudi B, Flowers KA. Deep venous thrombosis and venous thromboembolism prophylaxis[J]. Surg Clin North Am, 2015, 95(2):285-300.
- [4] 耿兢.大黄芒硝汤保留灌肠联合中医定向透药预防重症胰腺炎并发下肢深静脉血栓疗效评价[J].四川中医,2018,36(8):92-95.
- [5] 张晨,宋国瑞,刘子歌,等.低分子肝素与利伐沙班预防全膝关节置换术后静脉血栓形成的疗效及安全性对比分析[J].陕西医学杂志,2020,49(9):1153-1156.
- [6] 湛艳,江伟,王志聪,等.踝泵运动训练仪在髋部骨折患者血栓预防中的应用[J].实用骨科杂志,2020,26(8):700-702,706.
- [7] 袁雪萍,姚丽文,吴佳玲,等.下足部热敷合并穴位推拿在预防老年女性患者髋部骨折术后发生深静脉血栓的效果[J].解放军护理杂志,2018,35(14):1-5.
- [8] 方丽芬,熊慧英,黄玉如. Caprini 评估联合间歇性气压治疗对ICU患者下肢深静脉血栓发生率的影响[J].护理实践与研究,2020,17(8):147-149.
- [9] 黎凌云,吴春辉.以血栓弹力图为指导预防创伤骨折术后静脉血栓栓塞的护理研究[J].护理实践与研究,2020,17(16):81-83.
- [10] 梁晟,赵云珍,周方燕,等.活血消肿汤熏蒸在踝关节骨折术前应用的疗效观察[J].浙江临床医学,2020,22(4):611-612.
- [11] 李燕燕.低分子肝素对静脉血栓高风险孕妇妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(14):2573-2575.
- [12] 王卉洁,王琦,王念坚.不同气压治疗时间对预防重症长期卧床患者下肢深静脉血栓的效果研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(24):1898-1902.
- [13] 李巍,王亮,张途,等.气压式血液循环驱动器对脑卒中下肢深静脉血栓的预防作用探讨[J].中国临床医生杂志,2019,47(7):851-853.
- [14] 吴宇航.压力泵对老年髋部骨折后下肢深静脉血栓的预防效果[J].川北医学院学报,2019,34(3):385-388.
- [15] 李万和,陈俊柱,彭北娣,等.中药封包热熨疗法联合中频静电对四肢骨折内固定术患者预后的影响观察[J].中医临床研究,2019,11(7):109-111.

[2020-10-28 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

基于背俞功能带关系论指导下的雷火灸法在阳虚体质证型患者中的应用

蒋应玲 郭庆 胡健 韦宝玲 谢元元

【摘要】目的 探讨基于背俞功能带关系论指导下的雷火灸法在阳虚体质证型患者中的应用效果。**方法** 选取2019年8月—2020年7月医院收治的117例阳虚体质证型患者,按照组间基本特征匹配的原则分为观察组58例和对照组59例,对照组实施常规艾灸法,观察组实施基于背俞功能带关系论指导下的雷火灸法,对比两组患者接受不同干预措施后畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振中医证候积分和任脉与督脉的膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞等穴位的均温变化情况。**结果** 干预前两组中医证候积分及各穴位均温差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者任脉和督脉的膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞等穴位的温度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 阳虚体质证型患者在背俞功能带关系论指导下雷火灸法,可改善机体亚健康状态,提高任脉与督脉穴位的均温,实现中医治未病的理论,提升患者生活质量。

【关键词】 背俞功能带关系论;雷火灸法;阳虚体质证型;应用效果

中图分类号 R248 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.041

有统计数据显示,一般人群中约有17.8%~60.5%的亚健康人群,中医认为亚健康属阳虚体质范畴,中医自古以来就有治未病的预防保健理念。众所周知,艾灸为中医适宜技术,每年有数十万患者选择灸法进行冬病夏治,而雷火灸为20世纪90年代重庆赵氏在“雷火神灸”基础上改良创新所得,其施灸方法和药物配方较为独特,因此命名为雷火灸,广泛适用于阳气亏虚及湿寒所致的各种疾病^[1]。本次调查对阳虚体质证型患者实施基于背俞功能带理论指导下的雷火灸,观察对亚健康体征改善效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年8月—2020年7月医院收治的117例阳虚体质证型患者,纳入条件:经中医体质辨识为阳虚体质;1个月内未接受针灸、推拿、灸法、熏蒸等刺激因素及其他热源因素;神志清醒,有自主判断力,四肢无炎症及外伤,无知觉障碍;患者和家属了解本次调查目的及方法,自愿签署知情同意书。排除条件:高血压正发期、早孕期等雷火灸禁忌证;正在接受其他中医外治治疗、服用中药和中成药;对烟味过敏或不耐受,或严重呼吸系统疾病;伴有皮肤破溃、皮肤传染性疾病;存在精神障

碍性疾病;神志不清、痴呆、智力低下、感知障碍及极度虚弱。按照组间基本特征匹配的原则分为观察组58例和对照组59例,对照组中男27例,女32例;年龄24~60岁,平均年龄 46.37 ± 11.28 岁。观察组中男24例,女34例;年龄24~59岁,平均年龄 46.41 ± 11.46 岁。两组患者性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 按一般护理常规护理,给予心理指导、饮食指导。采用常规艾灸法艾灸:选择长2~3 cm艾柱,选择气海穴、三阴交、足三里、阿是穴进行艾灸,每天1次,每次20~30 min,7次为1个疗程,艾灸1~2个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上加用雷火灸法,具体操作方法如下:

(1)穴位及时间:选择膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞等穴位。每天灸1次,每次灸20~30 min,7次为1个疗程,灸3个疗程^[2]。

(2)药物:雷火灸条主要由艾叶、桂枝、沉香、穿山甲、干姜、茵陈、木香等中药组成,规格:25 g×3支/盒,长2~3 cm^[3]。

(3)具体操作方法:①患者取俯卧位,充分暴露施灸部位,评估施灸部位皮肤情况。②根据灸法先上后下的原则,结合穴位的部位,将4根长2~3 cm的雷火灸柱点燃后使燃烧端向下固定于特制的正

基金项目:广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研项目(编号:Z20180387)

作者单位:545001 广西柳州市中医医院脾胃病科

方形四孔网罩灸具中^[4]。③先置于膻中,其次中脘、气海、脾俞,最后肾俞,共3组,燃烧端距离皮肤3~4 cm,以患者感到皮肤热胀能耐受为度,用深色浴巾把整个灸具都盖上,尽量让燃烧的烟雾看不见向外泄露^[5]。该过程中的所有治疗操作均由熟悉体质测评、准确选定穴位、技术操作熟练并接受过统一培训的主管护士进行。

(4) 护理要点:①施灸时灸具距离皮肤的距离以患者能耐受为宜,以免烫伤。②施灸时,操作人员可戴一次性手套操作,注意对患者其他暴露部位保暖^[6]。③灸治过程中,若患者出现晕灸现象,必须停止操作,并立即予以急救处理。④防止灸火烧伤皮肤、衣物、被褥等,施灸完毕,必须将灸条熄灭,以防止火灾发生^[7]。

1.3 观察指标

(1) 中医症候积分:采用“中医量化诊断”评定,记录干预前后两组患者畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振等临床表现,按无、轻、中、重分别计为0分、1分、2分、3分。

(2) 任脉与督脉穴位均温:采用红外热成像检测,各组患者均在干预前及最后1次治疗结束后进行红外热成像检测,比较治疗前后各组膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞等穴位皮温变化。

1.4 统计学处理

采用SPSS23.0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”描述,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 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医症状积分比较

治疗前,两组患者畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振等中医症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振等中医症状积分低于对照组和治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者治疗前后任脉和督脉穴位均温变化情况比较

治疗前,两组患者任脉与督脉膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞穴位均温比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者任脉与督脉膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞穴位温度均高于对照组和治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表1 两组患者治疗前后中医症状积分比较(分)

观察时点	组别	观察例数	畏寒怕冷	四肢不温	喜热饮食	便溏	精神不振
干预前	观察组	58	1.97±0.59	1.86±0.76	1.92±0.65	1.85±0.75	1.99±0.58
	对照组	59	1.95±0.64	1.88±0.73	1.93±0.62	1.82±0.78	2.03±0.56
	t 值		0.176	0.145	0.085	0.212	0.380
	P 值		0.861	0.885	0.932	0.833	0.705
干预后	观察组	58	0.90±0.58	0.78±0.63	0.92±0.66	0.93±0.56	1.01±0.71
	对照组	59	1.89±0.82	1.85±0.79	1.79±0.85	1.78±0.77	1.91±0.64
	t 值		7.713	8.091	6.177	6.819	7.204
	P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者治疗前后任脉和督脉穴位均温变化情况比较(℃)

观察时点	组别	观察例数	膻中	中脘	气海	脾俞	肾俞
干预前	观察组	58	36.54±0.36	36.41±0.36	36.35±0.37	36.32±0.36	36.19±0.34
	对照组	59	36.51±0.36	36.44±0.41	36.34±0.35	36.33±0.37	36.21±0.33
	t 值		0.451	0.420	0.150	0.148	0.323
	P 值		0.653	0.675	0.881	0.883	0.747
干预后	观察组	58	37.38±0.39	37.31±0.34	37.21±0.35	37.22±0.38	37.32±0.35
	对照组	59	36.42±0.98	36.37±0.39	36.33±0.35	36.29±0.34	36.19±0.35
	t 值		6.939	19.796	13.598	13.956	17.461
	P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

阳气为推动机体生长、发育、代谢、衰老、死亡的原动力。查阅《内经·灵枢》内曰：“人道四十，阳气不足，损与日至”，说明随着年龄增长，机体阳气日渐消耗^[8]。人的生存得以阳气的支持，正所谓“得阳者生，失阳者亡”，机体阳气虚弱对血液推动作用减弱，易导致气滞血瘀^[9]；阳虚温煦者易出现四肢不温、怕冷；阳虚温水饮作用减弱，水饮骤停于各脏腑，增加脏器水肿和疾病发生^[10]；阳虚其卫外固密功能失司者易出现多尿、多汗、崩漏等，由此可见，阳虚体质主要指机体处于阳气虚弱状态，为多种疾病累积所致^[11]，若未及时干预，随时间延长各脏器可衍生出多种疾病，严重危害机体健康，因此实施安全、有效的中医护理干预改善阳虚体质为当前医疗领域较为关注的问题。

灸法是温热刺激穴位、经络，以达到调整机体内部生理平衡，实现中医治疗与保健目的。人体是一个有机整体，五脏六腑与四肢百骸之间相互协调。艾灸经络俞穴具有推动全身上下内外气血和感应传导信息的通路系统，调节脏腑形体神经官能作用。查阅相关文献发现，灸疗具有增强机体免疫力作用的双向调节，机体在炎症细胞高与低病理情况下，灸疗可调节其失衡状态^[12]。雷火灸法是在雷火神针疗法改进的明火悬灸法，药物燃烧产生的热量和悬灸刺激相关穴位，在热效应作用下激发经络，开放局部皮肤肌理，将药物透过穴位实现活血利窍、疏经活络及促进局部血液循环的作用^[13]。

本次调查研究发现，在背俞功能带关系论指导下雷火灸法，观察组阳虚体质患者畏寒怕冷、四肢不温、喜热饮食、便溏、精神不振等中医症候积分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者任脉和督脉的膻中、中脘、气海、脾俞、肾俞穴位均温高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。由此可见，雷火灸疗法可改变人体局部经络穴位皮肤温度调节机能状态，燃烧时所产生的红外线辐射作用和热力，在灸区域穴位形成高浓药区，热效应作用渗透到穴内，经络传导实现调节作用达到治疗目的，刺激穴位内生物分子产生氢离子，更好的达到祛风散寒、温经通络、扶正祛邪，具有温补和温通双重作用^[14]。

综上所述，阳虚体征患者在背俞功能带理论指导下的雷火灸疗法，可改善阳虚证，具有简便、安

全作用，避免口服药物的副作用与不良反应。

4 参考文献

- [1] 黎丽群, 谢胜, 李建锋, 等. 胃食管反流病患者中医证型与背俞穴阳性反应的相关性研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(5):900-903.
- [2] 卢璐, 李薇晗, 郭小川, 等. 雷火灸治疗乳腺癌化疗患者气虚型癌因性疲乏的临床研究 [J]. 针刺研究, 2018, 43(2):110-113.
- [3] 刘静, 廖金玲, 覃婧, 等. 背俞温针灸法治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床疗效观察 [J]. 时珍国医国药, 2018, 29(7):1667-1668.
- [4] 桑秀秀, 王丽苹, 王睿林, 等. 180例乙肝相关性肝癌患者的中医体质分布, 证候类型及临床特点分析 [J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(12):1425-1429.
- [5] 熊晓莉, 王巧英, 曾晓霞, 等. 十补丸加味治疗脾肾阳虚型卵巢功能早衰的疗效及作用机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(7):223-227.
- [6] 魏世民, 董宝强, 富昱, 等. 经筋刺法联合艾灸治疗阳虚型肺癌患者癌性疼痛的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(2):175-177.
- [7] 李邗峻, 李艳芳, 曹雅娜, 等. 全身振动训练结合雷火灸治疗原发性骨质疏松症腰背痛的临床观察 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2019, 25(10):1445-1449.
- [8] 胡晓慧, 胡蕻, 陈兴华, 等. 雷火灸联合中药外敷治疗神经根型颈椎病28例 [J]. 中国针灸, 2019, 39(12):1308-1310.
- [9] 李秀霞, 李秀兰, 戴奕光, 等. 逐经灸督脉疗法干预阳虚体质的效果 [J]. 广东医学, 2019, 40(3):370-373.
- [10] 张永秀, 张志芳. 择时艾灸对宫颈癌患者术后胃肠功能恢复的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(3):146-148.
- [11] 李娜, 巫鑫辉, 高静静, 等. 早年不良经历对阳虚体质形成的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 26(4):489-491.
- [12] 杨玲玲, 薛杨, 王燕萍, 等. 中医体质辨识在中医治未病健康管理中的应用 [J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(10):4595-4598.
- [13] 朱燕波, 史会梅, 虞晓含. 不同条目版本的中医体质量表在健康人群中应用的性能比较 [J]. 中国全科医学, 2019, 22(35):4381-4387.
- [14] 王淑平, 成永明, 王冬香. 雷火灸治疗对阳虚型亚健康患者干预效果与生活质量的作用观察 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(7):155-157.

[2020-10-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

健康信念护理干预在提高胃癌高危人群胃镜筛查率中的应用

刘晋红 范玉

【摘要】 目的 探讨健康信念护理干预在提高胃癌高危人群胃镜筛查率中的作用。**方法** 选取医院 2016 年 11 月—2020 年 4 月初筛的胃癌高危且尚未进行胃镜检查的 80 例患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各 40 例。对照组给予胃癌筛查常规教育,观察组给予健康信念护理干预,观察对比两组胃镜筛查率、胃癌健康信念变化以及相关认知。**结果** 两组干预前胃癌健康信念、胃癌相关认知各项评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组明显优于对照组($P<0.05$)。观察组高危人群胃镜筛查率为 97.5%,明显高于对照组的 70.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对胃癌高危人群以健康信念模式作为护理干预指导,可有效树立其健康信念,从而提高胃镜筛查率,有效增加早期胃癌检出率。

【关键词】 胃癌高危人群;健康信念;胃镜筛查;依从性;胃癌检出率;认知改善

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.042

据调查^[1]发现,在全球胃癌发病率占恶性肿瘤发病第 5 位,死亡占前 3 位,其中发展中国家约占 70% 左右。胃癌发病是一个渐进的过程,诊断时间的早晚对胃癌预后至关重要。早发现、早治疗可使胃癌患者 5 年生存率高达 90% 以上,而胃镜是早期胃癌主要筛查手段,对高危人群筛查极为重要,但目前高危人群对胃镜筛查依从性相对较低,筛查工作实施艰难,这直接影响早期胃癌发现,从而影响临床诊疗效果,无形中增加家庭、社会负担,浪费医疗资源^[2]。为此,本研究以健康信念模式为作理论框架对胃癌高危人群进行健康教育护理干预,提高胃癌筛查依从性,所获结果较为满意,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2016 年 11 月—2020 年 4 月初筛的胃癌高危且尚未进行胃镜检查患者 80 例作为研究对象,纳入条件:纳入患者均符合中华医学会消化内镜学分会以及中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会所制定的胃癌早期筛查与内镜诊治共识意见的胃癌高危人群;自愿参与本研究,签署知情同意书;无其他恶性肿瘤史者^[2]。排除条件:有内外科急诊史者;

有胃镜检查史者;精神障碍,无法配合研究者。本研究在医院医学伦理委员会批准下实施。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 40 例。对照组男 23 例,女 17 例;年龄 28~89 岁,平均年龄 48.32 ± 8.45 岁;文化程度:高中以下 14 例,大专 8 例,本科及以上 18 例;慢性胃炎 19 例,直系亲属胃癌史 6 例。观察组男 22 例,女 18 例;年龄 29~88 岁,平均年龄 48.17 ± 8.33 岁;文化程度:高中以下 15 例,大专 9 例,本科及以上 16 例;慢性胃炎 17 例,直系亲属胃癌史 5 例。两组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组给予胃癌筛查常规教育,如电话随访,发放传单等。观察组给予健康信念护理干预:包括感知严重性、感知益处、感知易感性、感知障碍、自我效能五个步骤^[3]。

(1) 感知严重性干预:组建“金字塔”式宣教团队,金字塔从上至下消化内科主任医师、主管护师及社区护士等;按金字塔顺序依次进行团体授课,消化内科主任医师讲解胃癌流行、治疗现状、5 年生存率等;主管护师讲解胃癌化疗、手术后的照护、经济负担;社区护士通过小区、公园等宣传胃癌高危人群以及进行胃镜筛查的重要性。

(2) 感知益处干预:以数据说话,介绍胃癌高危患者胃镜筛查与未筛查者确诊时癌症分期、根治效果、远处转移率等。

作者单位:830022 新疆乌鲁木齐市,乌鲁木齐经济技术开发区(头屯河区)第二人民医院体检中心(刘晋红);伊犁哈萨克自治州新华医院体检中心(范玉)

(3) 感知易感性干预：通过胃癌风险预测评分模型列出胃溃疡、胃炎、家族遗传者胃癌检出率与非高危患者胃癌检出率的差异，同时通过微信公众号、小程序等定期推送注意预防幽门螺杆菌感染、少食油炸食品等胃癌易感性因素^[4]。

(4) 感知障碍干预：心理脱敏干预，视频宣教胃镜检查步骤、可能的不良反应，以尺度评价恐惧程度，分为10个等级，对≥7分者开展渐进性肌肉放松训练6~10次，以全身肌肉处于松弛状态为合格，再次视频，以恐惧感消失提示脱敏成功。

(5) 自我效能干预：进行案例分析，分享胃癌高危人群行胃镜筛查病例，介绍其早期接受手术后的生存现状，让其成功地对这一成就行为形成主观判断，即提升自我效能；开展行为契约管理；例如对于幽门螺杆菌感染者，定期开展C14吹气试验，监测幽门螺杆菌；改变不良生活习惯，如喜食油炸食品、烫食等，定期随访，检查契约履行情况^[5]。

1.3 观察指标

(1) 胃癌健康信念：包括自我效能、感知益处、感知严重性、感知障碍、感知易感性等5个维度，共18小项，计算胃癌健康信念总得分，应用Likert 5级评分，非常同意为1分，不同意2分，不发表态度3分，同意4分，十分同意5分；应用Cronbach's α系数0.836，效度0.872^[6]。

(2) 胃癌相关认知改善情况：包括胃镜的相关认知、高危因素认知、筛查认知等3个维度，包括24小项，通过“是”“否”两种答案进行评分，“否”为0分，“是”为1分；应用Cronbach's α系数0.829，效度0.858^[7]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0统计处理。计量资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较采用t检验，计数资料比较行χ²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 两组干预前后胃癌健康信念得分情况比较

干预前，两组高危人群干预前胃癌健康信念得分比较，差异无统计学意义(P>0.05)；干预后，两组得分均有所升高，但观察组得分明显高于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)，见表1。

2.2 两组干预前后胃癌相关认知改善情况比较

干预前，两组胃癌相关认知、胃镜筛查认知及高危因素认知对比，差异无统计学意义(P>0.05)；干预后，两组胃癌相关认知均有明显改善，且观察组高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表2。

2.3 两组高危人群干预后胃镜筛查率比较

干预后观察组高危人群胃镜筛查率为97.50%，明显高于对照组的70.00%，差异有统计学意义(P<0.05)，见表3。

表1 两组干预前后胃癌健康信念得分情况比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	40	43.23 ± 5.14	50.23 ± 6.45
观察组	40	42.56 ± 5.22	67.34 ± 7.92
t 值		0.578	10.594
P 值		0.565	0.000

表2 两组高危人群干预前后胃癌相关认知改善情况比较(分)

组别	例数	高危因素认知		胃癌相关认知		胃镜筛查认知	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	11.38 ± 3.56	13.65 ± 4.32	8.34 ± 3.03	13.21 ± 4.22	10.05 ± 4.67	12.45 ± 5.89
观察组	40	11.23 ± 3.42	15.88 ± 5.35	8.44 ± 3.11	15.75 ± 6.34	10.09 ± 4.53	15.34 ± 6.88
t 值		0.192	2.051	0.146	2.109	0.039	2.018
P 值		0.848	0.045	0.885	0.038	0.969	0.047

表3 两组干预后胃镜筛查率比较

组别	例数	胃镜筛查	胃镜筛查率(%)
对照组	40	28	70.00
观察组	40	39	97.50

χ²=11.114, P=0.001。

3 讨论

胃癌是消化系统常见的恶性肿瘤，严重危害人类健康。尽早筛查、诊断和治疗，可明显延长生存周期，提高生命质量。认知作为“知信行”中的知，是行动的基础所在，临床要提高胃癌高危人群胃镜筛查，必须让其明确胃癌相关知识，本研究应用健

康信念模式对胃癌高危人群进行相关认知水平进行干预,通过“金字塔”式宣教团队,设计包括胃镜筛查、胃癌高危以及胃镜检查等内容,让高危人群明白胃镜筛查的必要性及重要性。结果显示,观察组胃癌高危因素、胃镜相关认知以及胃镜筛查认知等方面得分明显较对照组高^[8-9]。本研究观察组在感知严重性、感知益处、感知易感性、感知障碍、自我效能等五个维度,胃镜健康信念总得分较对照组明显增加;提示本研究应用易感性教育,使胃癌高危人群了解自身不良生活饮食习惯,并通过科学合理的方法对自身因素与风险进行评估,提高自身感知易感性,同时使其直观了解胃镜在胃癌治疗中的重要性,明确早发现、早治疗对5年生存率的关键作用,从而肯定胃镜的价值,接受胃镜筛查工作^[10-11]。感知障碍是影响高危人群健康行为的重要因子,而本研究通过组织胃癌高危人群学习内镜检查相关步骤、设备,消除其因设备、环境等原因产生的恐惧等负性心理,从而发挥“脱敏治疗”效果^[12-13]。

对胃癌高危人群给予健康信念模式的护理干预,可提高其对胃镜筛查的依从性,以往临床对胃癌筛查对象给予集中的健康教育与动员,少见高危人群针对性追踪干预,因此筛查对象对于胃镜筛查多停留在早期问卷调查上,胃癌患者早期诊断的主要依据来自于胃镜检查,但其不管从风险性、技术性以及复杂性等方面相较于其他的检查方法接受度都较低,因此这类干预在我国相对较少^[14-15];本研究在初次筛查全面教育基础上进行改进,对高危人群给予二次健康教育以及持续性的护理干预,应用健康信念模式作为理论框架,充分利用临床专科护理资源,通过情景脱敏、个体指导、群体教育等手段,对高危人群健康教育时机、方法以及内容都给予了针对性补充,所获结果较好,本研究观察组胃癌高危人群胃镜筛查率达到97.5%。

综上所述,对胃癌高危人群以健康信念模式作为理论基础进行护理干预指导,可有效树立其健康信念,增加高危人群胃镜筛查依从性,从而提高胃镜筛查率,便于临床早发现、早治疗,提高5年生存率。

4 参考文献

- [1] 马静,薛娟,康莹,等.基于信息-知识-信念-行为的护理干预模式对行PICC置管术胃肠道肿瘤患者康复的影响[J].海南医学,2019,30(17):12-15.
- [2] 李严峰,张国立,张敏利,等.健康信念指导下的护理干预提高胃镜依从性的效果观察[J].全科护理,2017,15(34):4245-4249.
- [3] 林慕芸,林志扬,蚁泽宜,等.健康信念指导下的护理干预在提高大肠癌高危患者肠镜依从性中的作用[J].中国实用医药,2019,14(11):164-166.
- [4] 盛剑秋,金鹏.早期胃癌内镜诊断进展[J].中华消化杂志,2018,38(3):149-151.
- [5] Ahmad W. Percutaneous endoscopy to diagnose malignancy in gastric outlet obstruction of excluded stomach after gastric bypass[J].Annals of Gastroenterology, 2017, 30(3):367-369.
- [6] 温春秀.基于健康信念的健康教育对胃癌高危人群遵医行为及自护能力的影响[J].实用医技杂志,2019,26(8):22-24.
- [7] 李莲英,邱红丽,张永丽,等.回馈教学对肺癌根治手术患者呼吸功能锻炼依从性与健康信念的影响[J].护理实践与研究,2019,16(15):17-20.
- [8] 林言,郑祺,黄蓉,等.内镜超声联合传统内镜对早期胃癌浸润深度的预测及临床价值研究[J].中华消化内镜杂志,2018,35(12):895-900.
- [9] Ogata K, Yanai M, Kuriyama K, et al. Double Endoscopic Intraluminal Operation (DEILO) for Early Gastric Cancer: Outcome of Novel Procedure for Endoscopic Submucosal Dissection[J]. Anticancer Research, 2017, 37(1):343-348.
- [10] Xu L, Niu B, Sun X, et al. Laparoscopic segmental gastrectomy for early gastric cancer[J]. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery, 2017, 20(2):213-217.
- [11] 李守震,吴晓丽,董毅,等.胃癌筛查的血清标志物、内镜及影像学检查进展[J].中华全科医师杂志,2019,18(6):604-607.
- [12] 庞丽兴,颜新,苏东星,等.早期胃癌内镜诊断进展[J].医学综述,2019,25(16):3284-3288.
- [13] 孙鹤,黄体政,李洪德,等.胃镜活检与外科病理检查对早期胃癌的诊断价值比较[J].实用癌症杂志,2018,15(1):106-108.
- [14] 刘婧宜,赵清喜,柏海群.早期胃癌的预防及诊治进展[J].中国医师进修杂志,2019,42(1):77-81.
- [15] Schmitt C, Maciel A L P, Boszczowski I, et al. Evaluation of adenosine triphosphate test for cleaning assessment of gastroscopes and the effect on workload in a busy endoscopy center[J]. American Journal of Infection Control, 2018, 46(10):34-36.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索 在多发伤患者中的应用效果

范云飞

【摘要】目的 观察基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索在多发伤患者中的应用效果。**方法** 选择2019年3月—2020年2月在医院实施急救处置的多发伤患者80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,其中2019年3—8月收治的40例患者作为对照组,2019年9月—2020年2月收治的40例患者作为观察组,对照组给予常规急救护理,观察组在对照组基础上给予基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索。比较两组干预后的并发症发生率、EICU滞留时长、住院总费用。**结果** 观察组多发伤急救护理对象干预后并发症发生率、EICU滞留时长、住院总费用低于对照组($P<0.05$)。**结论** 采用基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索对多发伤患者施加干预,可降低并发症风险,推进康复进程,节省住院费用。

【关键词】 风险管理; 主动实用型护理; 多发伤; 意识种植

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.043

交通、建筑、工业的大力发展,使得创伤动能亦随之加大,多发伤、复合伤者比例显著增涨^[1],伤情危害度与复杂度日趋显著^[2],多发伤者受创伤间损伤机制的复杂关联度影响,具备突发危重、进展快速、控制处理棘手等特点^[3],未赢得及时有效救治机会者常会因多类型严重并发症而预后极差,甚至死亡^[4]。常规的多发伤临床护理局限于对现有病状的遵嘱救治处置,疏忽或者无能力对即将出现/可能发生的风险问题做出前瞻预警与提前控制,导致多发伤风险护理处于缺失或低效状态,对患者极为不利。本研究尝试采用基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索对多发伤患者施加干预,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年3月—2020年2月医院实施急救处置的多发伤患者80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40例。其中2019年3—8月收治的40例患者作为对照组,2019年9月—2020年2月收治的40例患者作为观察组。对照组中男21例,女19例。平均年龄 45.32 ± 3.22 岁;受伤类型:高空坠落伤16例,车

祸伤10例,重物砸伤14例;致伤部位:胸部9例,颅脑7例,腹部6例,骨盆5例,四肢7例,脊柱4例。观察组中男17例,女23例;平均年龄 43.32 ± 1.02 岁;受伤类型:高空坠落伤13例,就车祸伤11例,重物砸伤16例;致伤部位:胸部5例,颅脑5例,腹部7例,骨盆8例,四肢9例,脊柱6例。两组一般资料的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组给予多发伤常规急救护理,护理人员遵嘱进行伤情处置、用药管理、病情进展监测、围术期常规护理、健康指导等。观察组在此基础上给予基于风险管理意识种植的主动实用型护理探索干预,具体实施方式如下:

1.2.1 风险管理意识种植 由护士长通过专题课件与专题研讨活动帮助患者树立多发伤风险的管理意识,宣讲风险护理概念与意义,说明多发伤救治护理滞后危害性,强调风险管理在多发伤急救护理中的独特价值,讲解风险护理开展方式与要点,组织与引领护理全员以风险管理为指导,开展多发伤急救主动实用型护理探索活动。

1.2.2 主动实用型护理探索活动的开展 护理全员以多发伤风险护理为主题,进行循证查阅与经验回顾,评价筛选高证据级别循证策略,一方面查找适用于或者经合理调适后可在我科现有护理条件与资源下有效开展的风险护理管理项目,另一方面对我科现有急救流程、人员分配、护理制度等进行深

入分析,主动加以调整与改善以利于推进查阅到的可用循证方案的实施,最终形成以科学精准评估及风险分层管理为核心的多发伤主动实用型急救护理方案。

1.2.3 多发伤主动实用型急救护理方案的实施

1.2.3.1 采用改良早期预警评分(MEWS)^[5]开展多发伤伤情的科学精准评估。该量表包括心率、收缩压与体温、意识与呼吸频率5个评估项目,采用3-0-3双向评分设置法,总分值范畴在0~14分,分值愈高,伤情病情愈危重,风险护理分层级别愈高。

1.2.3.2 风险分层护理管理 共分为4个风险层级,分别匹配循证实用型护理措施,具体为:

① MEWS评分<4分,定为低危风险层,风险状态分析为病情稳定,相应护理措施为:重症监护室工作人员行循环监护,护理对象有潜在并发症隐患,每2h巡视1次,做好体位摆放、管路更换、患肢功能位维护、痰液吸取清理等照护服务。② MEWS评分为4分者,定为中危风险层,风险状态分析为存在全身感染、功能障碍、血气胸及下肢深静脉血栓风险等,相应护理措施为:由1名护士职称者监护,清醒后3h内行气管插管拔除,做好联合抗菌用药管理,低流量持续给氧,符合指征(术后48~72h,引流液量≤50ml,无气体流出)时行密闭式引流装置拔除,术后12h指导协助督促完成踝泵、健侧肢体锻炼,护理巡视频次设置为1次/h。③ MEWS评分在5~7分者,定为高危风险层,风

险状态分析为器官组织并存单个/多个感染、功能障碍风险,相应护理措施为:由1名护师职称护理人员监护,以痰培养试验行细菌种类确认,做好广谱抗菌药用药护理,提供氨溴索雾化吸入照护,每日对健肢实施按摩2~3次,以防肌肉萎缩,静脉/肠内营养支持者,护理巡视频次为每30min 1次。

④ MEWS评分≥8分者,定为极高危风险层,风险状态分析为存在多器官功能衰竭,相对应护理措施为:主管护师及以上职称者2名行24h不间断监护,对紧急状况行早期发现与应急抢救。

1.3 观察指标

记录两组患者并发症发生率、EICU滞留时长、住院总费用,并发症包括失血性休克、肺部感染、低氧血症、MODS综合征等。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析 and 处理,正态分布的计量资料以“均数±标准差”形式表示,组间均数比较采用独立样本 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 两组干预后并发症发生率比较

观察组多发伤急救护理对象干预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。

表1 两组多发伤急救护理对象干预后并发症发生率比较

组别	例数	失血性休克	肺部感染	低氧血症	MODS综合征	总发生率(%)
对照组	40	1	3	2	2	20.00
观察组	40	0	1	1	0	5.00

$\chi^2=4.114$, $P=0.043$ 。

2.2 两组干预后 EICU 滞留时长、住院总费用比较

观察组多发伤急救护理对象干预后 EICU 滞留

时长、住院总费用低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组多发伤急救护理对象干预后 EICU 滞留时长、住院总费用比较

组别	例数	EICU 滞留时长(d)	住院总费用(万元)
对照组	40	5.15±0.53	4.29±0.26
观察组	40	2.95±0.64	2.96±0.42
t 值		16.744	17.029
P 值		0.000	0.000

3 讨论

多发性创伤者常处于多器官与多组织严重受创状态,随之而来的是创伤性/失血性休克、免疫功能显著紊乱、低氧血症等多种紧迫的严重问题^[6],病情危重、高死亡率为其典型特征^[7],病情常出现突发猛进式急性恶变,预见性管理不足时患者处于高度危险之中^[8]。常规急救监护止步于对多发伤者现有病状的监测控制,患者可能于 EICU 中长时间滞留,感染、衰竭与坏死等风险显著上升,患者及家属的经济照护、精神负荷均处于高水平状态。提前发现多发伤者潜在危重症风险,阻断表面所见无异常/某种特定器官受损者向危重症迅速进展的路径,是降低多发伤者恶性并发症与死亡风险的可靠护理方向^[9]。

风险管理有助于使护理工作者处于对各类预警信号的高度警醒状态^[10],从而提高早期及时阻断病情恶性进展的可能性,在多发伤护理领域存在着极高的适用性,但受风险护理意识浅薄、风险护理评估工具缺失、风险护理策略失当等因素的影响,风险护理在多发伤急救领域的应用度与积极性显著不足,本研究为此开展了基于风险管理意识种植的主动实用型多发伤护理探索活动,在护理全员中推行风险管理意识种植举措,引领全员急诊护理工作者主动就如何在多发伤急救护理中践行风险管理开展循证查阅与头脑风暴,寻找确认多发伤急救优质护理举措并行实用型调适,将改良早期预警评分工具与风险分层管理方式纳为主动实用型护理探索成果,以简单易行的改良早期预警评分工具对多发伤护理对象目前状态施以全面的危险度层级评判,精准掌控其病情风险进展动向,匹配以与风险等级护理需求高度相宜的护理资质能力、护理项目内容、护理巡视频次等,充分利用了 MEWS 评估工具所具备的直观明确确认危重级别、量化客观病情指标改变幅度的优势,确保了随之而来的急救监测护理活动的科学实用度,针对性、高效率地置多发伤患者于敏锐预警评估、科学合理监测救治护理之下^[11],在较高程度上阻断了病情恶变方向,延缓了伤情进

展,扫平了疾控康复通道,缩短了滞留于 EICU 的时长,降低了胃肝肾及神经等功能障碍综合征风险,促成了多发伤者各器官、组织的快速有效愈合及功能恢复过程,节省了医疗费用,与韩双双^[12]等研究者取得了一性意见。

4 参考文献

- [1] 王燕.多发伤急诊抢救期护理干预的进展[J].临床检验杂志(电子版),2019,8(4):287-288.
- [2] 方国兰,陈艳华,李宛蓉.多发伤合并脊柱损伤患者危机预控急救护理模式应用效果观察[J].护理实践与研究,2019,16(3):151-153.
- [3] 刘鲁昱,闫菊英,李烁烁.危机管理渗透式风险预控急救护理在多发伤合并脊柱损伤患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(16):123-125.
- [4] 周玉华.多发伤术后患者实施每日唤醒护理策略疗效观察[J].新乡医学院学报,2018,35(4):340-342.
- [5] 王长远,曹涛,汤辉,等.MEWS 评分和 APACHE II 评分对急诊内科抢救室患者的评估价值[J].中国急救医学,2017,37(2):123-126.
- [6] 周开国,李建忠,贾慧林,等.不同院前干预救治模式对重症多发创伤患者预后的影响[J].中华急诊医学杂志,2016,25(3):362-366.
- [7] 陈学松.急诊监护室 145 例多发伤患者的护理体会[J].当代护士,2018,25(7):150-151.
- [8] 张伟艳,李君颖,余红燕,等.多发伤患者创伤后应激障碍的高危因素及早期护理干预[J].现代实用医学,2017,29(7):974-975.
- [9] 陈雨.Mews 评分联合风险评估在多发伤患者中的应用[J].重庆医科大学学报,2019,16(4):80-82.
- [10] 王明伟.急诊治疗中多发伤患者的危险因素以及进行急救措施的分析[J].中国实用医药,2018,13(18):87-89.
- [11] 许开云,李丽.急诊科实施多发伤急救能力规范化培训的作用[J].检验医学与临床,2017,14(1):72-74.
- [12] 韩双双,甘雨霞,牟园芬.基于改良早期预警评分的监护方案联合现况-背景-评估-建议模式在心内科的应用[J].重庆医科大学学报,2017(9):1183-1187.

[2020-04-27 收稿]

(责任编辑 陈景景)

肾移植术后并发重症急性胰腺炎患者的护理 1 例报告

姚媛媛 沈鸣雁 陈晓飞 张园园 沈如芬 冯志仙*

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.09.044

肾移植是目前终末期肾病最佳的治疗方式,移植后常见的并发症有感染、排斥反应、移植肾功能延迟恢复(delayed graft function, DGF)等^[1-2],胰腺炎是其罕见并发症^[3]。重症急性胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是由多种病因导致胰酶在胰腺内被激活后,引起胰腺组织自身消化、水肿、出血甚至坏死的炎症反应,以急性上腹痛、恶心、呕吐、发热和血胰酶增高等为特点^[4]。SAP发病急、并发症多、可发生休克和多器官功能衰竭^[5]。肾移植术后并发SAP在临床上少见,病死率高达50%~100%^[6-7]。2019年6月,医院肾移植中心收治1例肾移植患者在术后11 d并发SAP,经多学科积极救治后病情好转,43 d后康复出院。现报告如下。

1 病历介绍

患者女,46岁,主因“发现肾功能异常9年,维持性血液透析6年”于2019年6月11日入院。既往有肾性贫血、2型糖尿病、高脂血症史。6月15日患者在全麻下行同种异体肾移植术,术后免疫抑制方案为患者术中及术后第4天分别应用巴利昔单抗20 mg行免疫诱导治疗;术中静脉输注甲泼尼龙0.5 g,术后3 d每天分别应用0.50 g, 0.25 g, 0.04 g,之后改为每天口服40 mg,每2周每天减少5 mg,直至20 mg维持;术后第3天开始口服他克莫司(每12 h 2 mg)和麦考酚胶囊片(每12 h 750 mg)。术后第10天出现烦躁、焦虑,腹部疼痛,疼痛评分为3分,体温37.6℃,血压145/96 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。术后第11天患者出现恶心呕吐、腹部剧烈疼痛,疼痛评分7分,查体:体温40℃,脉搏156次/min,呼吸23次/min,血压171/99 mmHg, SpO₂92%。患者呈痛苦面容,皮肤、巩膜无黄染,双眼无神,双肺呼吸音粗,右下肺可闻及湿啰音,心律齐,腹肌紧张,有压痛及反跳痛,下腹部移植肾切口无明显渗血、渗液,双下肢轻度凹陷性水肿。腹部CT示:重度脂肪肝,胰头饱满,十二指肠及部分肠管肠壁水肿,腹腔少量积液。实验室

检查白细胞计数 $39.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞96%,血淀粉酶1107 U/L,尿淀粉酶425 U/L,血脂肪酶1094 U/L,血肌酐359 $\mu\text{mol/L}$,诊断为重症急性胰腺炎^[8]。患者予禁食,留置鼻胃管及左颈深静脉置管,注射用生长抑素减少内脏血流维持用药,他克莫司改为静脉环孢素免疫抑制治疗。当日患者出现嗜睡,体温最高达40.1℃,血压151~195/92~106 mmHg,心率持续偏快135~155次/min,转入ICU救治,予尼卡地平降压,多粘菌素、美罗培南、替考拉宁针抗感染治疗,甲强龙针免疫抑制,胰岛素微泵静脉输入降血糖,奥美拉唑护胃、输注血浆等对症治疗。并行床边CRRT,治疗6 d后,血淀粉酶58 U/L,体温37.4℃,CT示胰头饱满,密度稍显低,胰管无扩张。予转回移植病房治疗。43 d后康复出院。

2 护理方法

2.1 积极参与多学科诊疗,制订护理方案

针对本例患者病情,肾移植中心主任发起院内多学科诊疗,成员包括:肾移植中心、重症医学科、胰腺外科、血液透析中心、消化内科、感染科、精神卫生科、营养科。护士长选派N3级别护士进行连续性整体护理。责任护士全程参与多学科诊疗团队讨论,汇报护理经过,提出护理难点,制订护理计划。该例患者肾移植术后并发SAP的护理要点为:①做好联合血液净化治疗的护理,加强落实无肝素透析抗凝管路。②重点关注移植肾功能延迟恢复期的观察和护理,避免或减少使用对肾功能有损害的药物与检查。③做好免疫抑制剂调整的护理,密切监测血药浓度,并在透析后及时调整药物剂量。④入住ICU期间,开展腹内压增高的监测及积极做好心理护理。

2.2 联合血液净化治疗的护理

急性胰腺炎常产生严重的局部或全身并发症。研究^[9]显示,血液透析能清除多种血液中游离的促炎和抗炎细胞因子。血液滤过具有对流和弥散作用,通过对流可清除中大分子物质,如内毒素、肿瘤坏死因子- α 、IL-1、IL-6、Fib等,通过弥散清除大量BUN、SCr、TBil等小分子物质。除了清除炎症介质外,同时超滤过多水分,调节酸碱平衡、纠正

电解质紊乱。血透室医师联合血透专科护士对该患者制订个体化的透析方案,选择两种血液透析方式联合治疗。

2.2.1 连续性肾替代治疗的护理 患者入住ICU期间连续性肾替代治疗(CRRT)。研究表明^[10],经CRRT联合治疗后,能有效降低患者血清内的PCT、CRP、淀粉酶、脂肪酶、D-二聚体,提高血小板计数。能及时改善患者的胰腺微循环、纠正患者的高凝状态。CRRT治疗能够使设备持续性运转,提高了血液循环量,并同时实现了血液净化,有效清除了血液中的毒性物质^[11]。患者行超滤3 d后,CRP 91 mg/L、血淀粉酶降至129 U/L、尿淀粉酶233 U/L、D-二聚体2485 $\mu\text{g}/\text{DDU}$ 、血小板计数: $102 \times 10^9/\text{L}$ 。

2.2.2 血液透析的护理 患者术后20 d开始血液透析(HD)治疗。重点落实无肝素抗凝的透析管路护理。为防止患者出血,使用金宝Prismallex透析器,选用生物相容性较好的Q36Ccm的M150。为了防止治疗过程中透析管路和滤器出现凝血,保证治疗的顺利进行,患者术后均采用无肝素透析治疗,血滤器和管路在使用前用生理盐水充分预冲后闭路循环管20 min^[12]。上机前做好检查,保证管路和滤器的连接紧密,透析过程中避免管道的打折、弯曲,密切监测各压力指标,根据压力变化预测凝血风险,积极快速处理问题,减少凝血的发生。每小时用100 ml生理盐水冲洗管路,仔细观察患者出血情况,观察滤器是否存在堵塞,通过对其两端血液分布情况、滤器纤维颜色变化、是否存在血液分层情况、液面是否有泡沫等进行评估监测,若有发生需尽早予以处理,及时更换,以便治疗顺利进行。患者治疗11~12 d时出现中空凝血,治疗时间小于8 h,更换2副管路。故后期适当给予小剂量低分子肝素1000 U抗凝,以减少频繁凝血时对凝血因子的消耗。患者后期无继发出血情况。

2.3 移植肾功能延迟恢复期的观察和护理

该患者术后第1天血肌酐680 $\mu\text{mol}/\text{L}$,第2天血肌酐721 $\mu\text{mol}/\text{L}$,尿量为405~635 ml,考虑DGF。DGF会引起移植肾肾小管及间质发生非特异性炎性损伤,继而引起抗原决定簇暴露,导致大量细胞因子释放,激活更为严重的炎症反应,进而影响血流动力学的稳定性和各脏器功能^[13]。用透析的方式改善肾功能,清除毒素,对DGF的恢复非常重要。所以在做好透析护理的同时,也要密切关注水、电解质及肾功能的指标,记录24 h出入量,特别是尿量的观察。该患者使用精密集尿器收集尿液,每

天早上统计并记录,若尿量偏少,或者入量大于出量,及时汇报医师采取措施。同时,避免做增强CT等加重肾脏负担的检查。患者术后第31天开始血肌酐下降至52~86 $\mu\text{mol}/\text{L}$,尿素2.88~4.64 mmol/L,尿量恢复到每天1000~1350 ml。术后35 d开始血肌酐又上升至231 $\mu\text{mol}/\text{L}$,尿量减少至每天450 ml,患者出现全身浮肿,CT示双侧胸腔积液,右侧积液较多伴肺不张。予留置右侧胸腔ARROW管,输注血浆,并更改血液透析方案。

2.4 免疫抑制方案调整的护理

环孢素A(CsA)在器官移植领域的应用已超过30年,成为器官移植领域里程碑式的免疫抑制剂^[14],但同时,CsA也会引发肺部感染、神经系统损害、高血压、肝肾功能损害等不良反应^[15],所以临床研究认为尽可能在保证药效情况下,调整使用剂量至最低且在有效浓度范围^[16]。因此与药师合作,定期监测他克莫司血药浓度谷值,如何做好用药监护成为重点。患者术后10 d因胰腺炎发作改生理盐水50 ml+环孢素A 100 mg,共用药6 d,起始剂量2 ml/h静脉冲击,预期环孢素A血药浓度250~300 ng/ml,每日复查血药浓度,并根据透析清除率计算并调整环孢素A剂量。实际环孢素A血药浓度维持在14~218 ng/ml,第7天改回他克莫司2 mg/每12 h,维持血药浓度在4.07~10.92 ng/ml,术后第13天他克莫司浓度达到18.68 ng/ml,予调整他克莫司为0.5 mg,每天1次,以后药物浓度基本稳定。

2.5 腹内压增高的护理

SAP患者由于胰腺炎症导致的渗出、肠麻痹、胰腺坏死伴感染等原因造成腹内压的升高。严重者发展为腹腔间室综合征(ACS),发病率高达53%^[17]。在ICU住院患者中进行腹腔内压监测有利于及时的发现ACS并采取相应措施进行干预可降低患者的病死率,腹腔内压监测在ICU住院患者中应用具有积极的作用^[18]。患者入住ICU期间,常规禁食,持续胃肠减压,前3 d未解大便,肠鸣音听诊1~2次/min,腹部膨隆,感腹胀明显,测腹围110 cm,CT示大量腹水。腹水量的增多会引起腹内压升高,且呈线性关系。护士通过膀胱内测压法监测腹腔压力为15 mmHg,立即向医师汇报,以后每间隔12 h测量1次,每天测量后取两次的平均值。保证床头抬高严格控制在30°,抬高过程中密切观察并询问患者有无腹痛、腹胀加重。避免使用被动抬腿试验,以免抬高下肢而增加患者的腹腔压力。并及时用开塞露塞肛保持大便通畅。患者一直主诉腹部疼痛,SAS评分大于50分,VAS评分大于7分,患者的疼痛或焦虑会造

成腹肌紧张,腹壁顺应性降低,导致腹内压升高^[19]。因此采用芬太尼 50 mg 静脉持续微泵推入镇痛,丙泊酚维持浅镇静,根据 SAS 及 VAS 评分调整剂量,患者 SAS 评分维持在 20~30 分。VAS 维持在 1~2 分。后期腹内压控制在 11.2~13.5 mmHg,无腹痛症状加重。

2.6 心理护理

该患者及家属对肾移植术后期望值过高,对突发胰腺炎及后期的疾病进展认识不足,病情反复,在 ICU 期间腹部的疼痛、陌生的环境、各种特殊的仪器设备、加上各种导管约束、没有家人的照顾等,使患者产生负性情绪,医院焦虑抑郁量表评分 25 分,间断地出现躁动不安,甚至有拔管的冲动。严重的心理问题会对其预后与康复有明显的影响。对患者实施心理护理干预,可以改善患者的心理状况,对其疾病预后有很大价值^[20]。护士密切观察患者的情绪变化,运用同理心,耐心向其讲解各种治疗的必要性,细致做好各项生活护理,如口腔护理每日 2 次,高危管道护理 1 次/4 h,会阴护理 2 次/日等。因为 ICU 病房特殊性,每天集中患者问题反馈给家属,在指定的探视时间里,让家属安抚其情绪,增强其康复的信心。患者第 3 天情绪逐渐稳定,积极配合治疗。6 d 后转入肾移植病房,在做好隔离措施的前提下,延长了探视时间,患者精神状态恢复良好。医院焦虑抑郁量表评分为 12 分,睡眠时间由原来的 3~4 h 延长到 6 h。

3 经验与体会

肾移植术后并发 SAP 临床罕见,病情凶险。针对该例患者病情,实施 MDT 诊疗模式,护士积极参与多学科讨论,制订针对性的护理方案,重点是做好多种模式血液净化技术的护理、免疫抑制剂调整的观察与护理、移植肾功能延迟恢复期的观察和护理、腹内压增高及心理护理,取得了较好的效果,实践中体现了护理工作的价值。

4 参考文献

- [1] 张雷,朱有华.器官移植供者来源性感染诊疗技术规范(2019版)[J].器官移植,2019,10(4):369-375.
- [2] Azmandian J, Mandegary A, Pootari M, et al. Role of donors and recipients' glutathione S-transferase gene polymorphisms in association of oxidative stress with delayed graft function in kidney allograft recipients[J]. Iranian Journal of Kidney Diseases, 2017, 11(3): 241-248.
- [3] 马军,寇建涛,张欣雪,等.肾移植术后重症急性胰腺炎一例[J].中华移植杂志(电子版),2017,11(4):238-240.
- [4] Tangs J, Rodriguez-Frias E, Singh S, et al. Acute Pancreatitis during Pregnancy[J]. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2010, 8(1): 85-90.
- [5] Portelli M, Jones CD. Severe acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis and surgical management[J]. Hepatobiliary Pancreatic Diseases International, 2017, 16(2): 155-159.
- [6] Slakey D P, Johnson C P, Cziperle D J, et al. Management of severe pancreatitis in renal transplant recipients[J]. Ann Surg, 1997, 225(2): 217-222.
- [7] Tabakovic M, Sallic NN, Bosnjic J, et al. Acute pancreatitis after kidney transplantation [J]. Case Rep Transplant, 2012, 2012: 1-3.
- [8] 王春友,李非,赵玉沛,等.急性胰腺炎诊治指南(2014)[J].中国实用外科杂志,2015(1):4-7.
- [9] 齐欢.血液灌流联合血液透析治疗尿毒症疗效及对患者肾功能的影响分析[J].当代医学,2017,23(30):46-48.
- [10] 彭博,孟德志,黄秀峰.连续性肾脏替代疗法治疗重症急性胰腺炎的效果及对炎性介质和凝血功能的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(5):51-52.
- [11] Tapiawala SN, Tinekam KJ, Cardella CJ, et al. Delayed graft function and the risk for death with a functioning graft[J]. Journal of the American Society of Nephrology, 2010, 21(1): 153-161.
- [12] 陈晓飞,冯志仙,俞笑甜.一例肝移植术后患者连续肾脏替代治疗个体化抗凝护理[J].中国实用护理杂志,2017,33(36):2853-2855.
- [13] Ma J, Yan HY, Yang YH, et al. Clinical effects of clinical nursing pathway for acute pancreatitis[J]. World Chinese Journal of Digestology, 2017, 25(9): 816.
- [14] Colombo D, Ammirati E. Cyclosporine in transplantation - a history of converging timelines[J]. Journal of Biological Regulators Homeostatic Agents, 2011, 25(4): 493-504.
- [15] 杜鹏,张蓬杰,段斌,等.他克莫司切换为环孢素 A 对移植后糖尿病的疗效[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2017,26(6):517-521.
- [16] 李阳波,卢奕,许亚宏,等.肾移植术后免疫抑制剂联合应用的方案优化研究[J].西南国防医药,2017,27(2):146-148.
- [17] 徐芳媛,朱元贞,汪虹,等.直接测压法测量腹内压正常值范围及腹水与腹内压波动关系的研究[J].中华全科医学,2019,17(8):1317-1319.
- [18] 崔轶坤,封凯旋.ICU 住院患者腹腔内压监测及意义[J].医药论坛杂志,2018,38(12):56-58.
- [19] 周映如.1 例胆石性肠梗阻术后失血性休克合并腹腔间隙综合征患者的护理[J].全科护理,2019,17(8):1015-1017.
- [20] 尹倩倩,王燕.探讨心理护理对急性胰腺炎患者心理及预后的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39):265-266.

[2020-04-16 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 9 May. 10, 2021

CONTENTS IN BRIEF

Effects of rehabilitation training based on dynamic assessment on the efficacy and life quality of the patients with aphasia after stroke..... DING Ye(1265)

Analysis of the influencing factors of the general restoration ability of the reproduction finger after the severed finger replantation.....
..... LUO Xiuyan, LUO Zhaohui, HE Meiling, YANG Ting(1269)

Influencing factors of the humanistic care quality of the dental clinic nurses..... ZHI Dipeng, ZHANG Jingmei(1283)

Influencing factors of the psychological disturbance of hematopoietic stem cell transplantation patients in the purified cabin..... WEN Xiaoshan, ZHANG Guihua (1286)

Risk factors of the colorectal cancer patients happend unplanned readmission within three months..... SUN Lihua (1290)

Influencing factors of puncture oral hematoma after total cerebrovascular angiography.....
..... ZHAO Yanyan, CHEN Jianwei, CHEN Xianghong(1294)

Influencing factors of medicine beliefs level of the patients with refractory depression.....
..... TU Hongguang LI Zhaojie LIN Xiaoji(1301)

Influencing factors of psychological pain in elderly patients with the radical gastrectomy, total gastrectomy and palliative operation..... XIA Qiuyan(1308)

Research analysis of the risk factors of bladder stone formed in patients with benign prostatic hyperplasia..... LIN Yan(1313)

Risk factors analyzation of the elderly orthopaedic patients' postoperation lung infection..... GE Ling(1317)

Application effect of the sharing food care program on the colorectal cancer patients..... LI Weichao, HUANG Shan (1374)

Responsible institution

Health Commition of Hebei Province

Sponsor

Children's Hospital of Hebei
Province No.133, Jianhuanan Street,
Shijiazhuang, Hebei, 050031, P. R. China

Editing

Editorial Board of Nursing Practice
and Research
Editorial Department of Nursing
Practice and Research
No.133, Jianhuanan Street,
Shijiazhuang, Hebei, 050031, P. R. China
Tel:0311-85911163 85074334
<http://www.hlsjyj.com>

Proprieter

QU Yi

Editor in chief

SHANG Shaomei

Executive chief editor

XU Yingjun
LUAN Yi

Deputy editor

LI Chunyan, ZHANG Junmin, YING Lan,
HAN Lin, LI Ka, WANG Zhiwen,
ZHUANG Yiyu, FANG Qiong, JIANG Yan,
LUAN Xiaorong, ZHANG Xiangeng, LI Wei

Publishing

Nursing Practice and Research

Printing

Shijiazhuang Jianian Printing Co.,
Ltd.

Distribution

Hebei Post Newspaper and Journal
Publishing House

Scope of issuing

Overtly Issued at Home and Abroad

CSSN

ISSN1672-9676
CN13-1352/R

Oeder

Post Office All Around China
Code No. 18-112

Price

¥10.00/Number, ¥240.00/Year

Copyright 2021 by the Nursing Praticce
and Research

《护理实践与研究》杂志征稿简则

《护理实践与研究》杂志为护理类科技期刊，是河北省卫生健康委员会主管，河北省儿童医院主办的中国医师协会系列期刊。中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库和万方数据——数字化期刊群等全文收录，国内外公开发行；刊号：ISSN1672-9676，CN13-1352/R；半月刊，大16开；邮发代号：18-112。

一、主要栏目

设有：论著，专科护理，基础护理，门诊护理，手术室护理，社区与全科护理，中医护理，心理护理，健康心理与精神卫生，护理管理，护理教育，护理人文，个案分析，调查研究，综述与讲座，经验与革新等栏目。

二、稿件要求

1. 论文务求论点明确、论据可靠、数据准确、论证科学严谨；文字规范、语言练达，内容叙述避免过度自信或模棱两可，但应有作者自己的见解。

2. 论著一般4000字为宜，综述在7000字左右，短篇与个例勿超过1500字。摘要在200字以内。照片和图表应精简，推荐使用三线表。参考文献引用，论著>15条；综述类不应少于30条；短篇与个例5~8条。

3. 论文署名作者应为法定著作权人，文责自负。文稿请附英文题名，3~8个中、英文关键词。本刊只接受电子文件投稿，文稿上请附注第一作者或通讯作者的电话、E-mail及详细通讯地址、邮编。

4. 论文正文中各层次编号采用阿拉伯数字，一般不超过四级。例如一级标题“1”，二级标题“1.1”，三级标题“1.1.1”，四级标题“1.1.1.1”编号顶格书写，分级标题阿拉伯数字间用“.”相隔，末数后不加标点，四级标题以后回段中层次可用(1)、1)、①等排序。

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

6. 医学名词以医学名词审定委员会审定公布的名词为准，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：hlsjyjsb@126.com。