

中国医师协会
中国系列期刊



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6月 第18卷 第11期 June 2021 Vol.18 No.11



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



11
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 11 期

2021 年 6 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

国内外公开发刊

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

儿童1型糖尿病酮症酸中毒的高危因素分析

..... 宋丽琴 (1581)

泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育症患者治疗

依从性的相关影响因素分析..... 丁凌 (1585)

妊娠期糖尿病患者产后发展为2型糖尿病相关

因素的调查分析..... 廖毅力 王玲 郭晓睿 袁铭 (1590)

尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁

症状的关系研究..... 曾金萍 郑惠仪 李志琴 (1594)

淋巴瘤化疗IV期骨髓抑制期医院感染的影响因素

..... 胡明星 林梓乐 (1598)

终末期肾病患者透析早期阶段应对方式的影响因素分析

..... 韩智 刘东伟 王沛 姚武 (1602)

老年糖尿病居家患者健康管理行为的影响因素..... 王婕 (1606)

精神分裂症患者自我管理能力及相关影响因素

..... 陈明霞 袁莹 (1610)

体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年患者

谵妄危险因素分析..... 董飞飞 (1614)

清脑益元汤加減联合中药熏蒸疗法对脑卒中偏瘫患者

康复效果的影响..... 邢肖玥 张文娟 刘晶晶 游佳 (1618)

调 查 研 究

新生儿发生病房医院感染的危险因素分析..... 林少英 (1622)

高压氧疗患者院内转移不良事件发生的危险因素

..... 袁燕 苏洲 郑昌娟 袁治玲 (1626)

重症监护病房心血管病患者ICU综合征的危险

因素分析..... 陈佳星 (1630)

骨髓瘤患者领悟社会支持与生活质量的相关性分析

..... 党静晓 崔彬 张帆 马为杰 韩向梅 (1634)

内 科 护 理

个案管理护理干预对内分泌科患者生活质量及不良

情绪的作用分析..... 何剑青 陈晓君 (1638)

阶段护理对缺血性脑卒中认知功能和生活自理能力的影响

- 秦维 孙秀敏 伊静 王晨钟 杨莹 张璐 (1641)
- 基于敏感指标体系的护理干预在2型糖尿病疾病专项管理中的应用..... 郭晴晴 (1646)
- 熏香足浴联合助眠中药枕对维持性血液透析患者疲乏状态、睡眠质量的影响
- 张宁 张德宁 (1650)
- 多学科协作模式联合过渡期护理在ICU呼吸衰竭患者中的应用..... 阙红芳 范春兰 韩净 (1653)
- 院前急救链式流程联合时机理论家庭护理对急性心肌梗死患者康复的影响
- 金秋华 黄桂先 (1657)

外科护理

家庭医护信息化管理平台在永久性肠造口术患者延续护理中的应用

- 庄静 李娇 刘照帅 胡文青 任芳芳 (1661)
- 精准护理在急腹症患者护理中的应用效果观察..... 骆丽英 (1665)

儿科护理

全方面监测护理在亚低温治疗新生儿缺氧缺血性脑损伤中的应用效果..... 胡晓姣 段秀丽 (1668)

五官科与皮肤科护理

综合性护理干预对于眼症患者症状评分、社会支持、心理状况和生存质量的影响

- 孙佳丽 田丽娜 张玉新 何绪琦 马艳玲 赵亚丽 杨滢瑞 (1671)

肿瘤科护理

医护一体化互联网+随访模式在头颈肿瘤患者随访管理中的应用..... 辜德英 (1675)

肿瘤化疗患者PICC导管相关性上肢静脉血栓的影响因素..... 焦慧 (1679)

晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素分析

- 许新梅 陈雅卓 姚宁 徐俊青 焦晶茹 (1683)
- 基于微信平台的同伴教育护理模式对肝癌介入患者术后心理、自我护理能力
- 及生活品质的影响..... 刘春莉 王雪梅 (1686)

手术室护理

受力点特别加温护理预防开放性肾脏手术患者术中压力性损伤的效果观察

- 龙汉秋 吴康莲 高淑惠 (1690)

健康心理与精神卫生

娱乐式场景模拟康复训练对精神分裂症患者认知功能与自理能力的影响

- 吴淑静 宋义珍 梁园园 (1692)

基础护理

无痛胃肠镜检查过程中发生不良事件的影响因素分析..... 王雄英 李玲 唐寅亮 (1695)

护理管理

DMAIC模式在提升新护士护理文书质量和核心能力中的应用

- 梁贝贝 汤玉霞 俞士卉 丁晓红 张凡 郝敏 施艳群 丁晓云 唐芳 陆子红 (1698)

眼科亚专科化建设下手术室精细化管理的应用效果·····	易文芳 余文静 王亚冲 李文静 (1702)
强化护理质量管理在消毒供应中心生物监测中的应用效果·····	曾丽 (1705)
设备信息化管理追溯系统联合改良清洗流程在眼科精密器械管理中的应用 ·····	刘蔚 庄若 蒋纪琴 (1707)
管道预警标识管理的持续改进与应用效果·····	任红梅 魏瑶 (1712)
基于信息化Benner理论能级分层管理联合个性化培训模式对低年资护理人员 核心能力提升的影响·····	贺晓莉 (1715)

护理教育

虚拟仿真教学中护生课堂参与的影响因素分析·····	周寒寒 马常兰 (1718)
结构化教育配合角色扮演在急诊护理临床带教中的应用·····	谢丽花 (1721)
基于形成性评价体系的适时教学模式在实习护生中的应用效果 ·····	陈帝清 陈涵瑜 刘婉明 吴冬玲 (1724)

康复科护理

强化肌力训练对全膝关节置换术后患者下肢功能康复的影响·····	仇珍珍 (1727)
---------------------------------	------------

基层实践与探索

关于护理精准帮扶在基层医院中的应用·····	贾沙风 嵇秀明 (1731)
客观结构化临床考试模式在手术室护士临床技能考核中的应用效果 ·····	陈俊 朱行玉 闫婷 王全平 (1733)

经验与革新栏目

血液透析中心医疗废物小推车的设计制作与应用·····	刘丽琴 张春珍 李建辉 谈菊萍 (1737)
----------------------------	------------------------

其他

《护理实践与研究》杂志严正声明·····	(1670)
欢迎订阅 欢迎投稿·····	(1738)
征稿简则·····	(封底)

儿童1型糖尿病酮症酸中毒的高危因素分析

宋丽琴

【摘要】目的 调查分析1型糖尿病(T1DM)酮症酸中毒患儿的高危因素,并讨论相应护理对策。**方法** 选取2019年1—12月医院PICU收治的79例T1DM患儿,将其中发生糖尿病酮症酸中毒(DKA)患儿58例作为病例组,未发生DKA患儿21例作为对照组,比较两组患儿临床资料,采用单因素分析及多因素Logistic回归分析T1DM患儿发生DKA的危险因素。**结果** 单因素分析显示,居住地、父母受教育程度、诱发因素、入院血糖、空腹C-肽、入院TC、入院TG、FT4水平是T1DM发生DKA的相关因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,父母受教育程度低、合并诱发因素、入院血糖明显升高、空腹C-肽低为T1DM发生DKA的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** T1DM患儿中父母受教育程度低下、合并诱发因素、入院血糖明显升高、C-肽水平低的患儿更易发生DKA,针对DKA发病危险因素可采取相应护理对策。

【关键词】 1型糖尿病;糖尿病酮症酸中毒;儿童;高危因素;护理对策

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.001

Risk factors of ketoacidosis in children with type 1 diabetes mellitus SONG Liqin(Children's Hospital Affiliated to Suzhou University, Suzhou 215000, China)

【Abstract】Objective To investigate and analyze the influencing factors of ketoacidosis in children with type 1 diabetes mellitus (T1DM) and discuss the corresponding nursing countermeasures. **Methods** To select 79 children with type 1 diabetes admitted in the hospital from January 2019 to December 2019, 58 cases with diabetic ketoacidosis (DKA) were set as the case group, 21 cases without DKA were set as the control group, the clinical data was compared between two groups, the risk factors of DKA in children with T1DM were analyzed by univariate analysis and multivariate Logistic regression. **Results** Univariate analysis showed that residence, education level of parents, predisposing factors, admission blood glucose, fasting C-peptide, admission TC, admission TG and FT4 levels were related factors of DKA in T1DM ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, low education level of parents, combined precipitating factors, higher blood glucose at admission and low fasting C-peptide were independent risk factors of DKA ($P<0.05$). **Conclusion** Among the children with T1DM, the parents, education level were low, combined with inducing factors, significantly increased blood glucose at admission and low C-peptide level were more likely to lead the DKA, corresponding nursing countermeasures should be taken according to the risk factors of DKA.

【Key words】 T1DM; Diabetes ketoacidosis; Children; Risk factors; Nursing countermeasures

T1DM是由于胰岛 β 细胞破坏造成的胰岛素绝对分泌不足,儿童为高发人群,临床中发现其发病率逐年升高,且DKA是其最常见的急性并发症^[1]。研究发现,DKA是由于胰岛素缺乏和(或)胰岛素抵抗、反调节激素增加引起,临床表现以高血糖、高血酮、酮尿、脱水、电解质紊乱、代谢性酸中毒为特征,病情重、变化快,是儿童T1DM最常见的死亡原因^[2]。为此,本研究开展临床病例对照研究,分析T1DM患儿发生DKA的高危因素,为临床制

定有效护理对策提供依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2019年1—12月我科收治的79例T1DM患儿为调查对象,将其中发生DKA患儿58例作为病例组,未发生DKA患儿21例作为对照组。病例组中男30例,女28例;年龄3.5~13岁,平均 5.72 ± 3.14 岁。对照组中男11例,女10例;年龄3.4~13岁,平均 5.15 ± 2.96 岁。本研究获得医院伦理委员会批准,资料收集获得患儿及家属知情同意

作者单位:215000 江苏省苏州市苏州大学附属儿童医院 PICU

并签署知情同意书。

1.2 诊断依据

① T1DM 诊断标准。符合世界卫生组织 T1DM 诊断标准 (2014): 糖化血红蛋白 (HbA1c) $\geq 6.5\%$, 或空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl), 空腹定义为 8 h 以上没有摄入任何热量, 或口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl), 高血糖或高血糖危象症状典型, 随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl) [3]。② DKA 诊断标准。符合中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组儿童 DKA 诊疗指南 (2009 年): 高血糖 (静脉血糖 >11 mmol/L), 静脉血气分析 pH <7.3 , 和 / 或碳酸氢根 <15 mmol/L, 伴有酮血症、酮尿症。DKA 分度: 轻度: pH <7.3 , 或碳酸氢根 <15 mmol/L; 中度: pH <7.2 , 或碳酸氢根 <10 mmol/L; 重度: pH <7.1 , 或碳酸氢根 <5 mmol/L [1]。

1.3 调查内容

①个人信息。收集患儿个人信息, 包括性别、年龄、体型、居住地、父母受教育程度、家庭月收入、糖尿病家族史。②实验室指标。收集患儿入院时血糖、HbA1c、空腹 C-肽、胰岛素自身抗体、甘油三酯 (TG)、胆固醇 (TC)、甲状腺激素 [三碘甲

状腺原氨酸 (FT3), 四碘甲状腺原氨酸 (FT4)] 等实验室检查指标。③发病前诱因。采用自制调查问卷, 待患儿病情稳定后详细向患儿及家属解释问卷内容, 协助其填好问卷。问卷调查包含发病前是否有感染、劳累、饮食不当、外伤、手术、精神受刺激、胰岛素应用不当等情况出现。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 单因素分析中, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料比较采用 χ^2 检验; 多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 儿童 T1DM 发生 DKA 的单因素分析

单因素分析显示, 两组患儿性别、年龄、体型、家庭月收入、糖尿病家族史、HbA1c、胰岛素抗体、TT3 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 居住地、父母受教育程度、诱发因素、入院血糖、空腹 C-肽、入院 TC、入院 TG、FT4 水平比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 表明与 T1DM 发生 DKA 有关联, 见表 1。

表 1 儿童 T1DM 发生 DKA 的单因素分析

分析因素	类别	病例组 ($n=58$)	对照组 ($n=21$)	χ^2 值	P 值
性别	男	30	11	0.003	0.959
	女	28	10		
年龄 (岁)		5.72 ± 3.14	5.15 ± 2.96	0.723*	0.472
体型	瘦	12	7	3.933	0.140
	正常	39	9		
	胖	7	5		
居住地	城市	14	13	9.775	0.002
	农村	44	8		
父母受教育程度	小学及以下	8	3	6.009	0.049
	初中或高中	38	8		
	大专及以上	12	10		
家庭月收入 (元)	< 4000	25	11	0.535	0.465
	≥ 4000	33	10		
糖尿病家族史	有	28	13	1.147	0.284
	无	30	8		
诱发因素	有	44	5	17.735	0.000
	无	14	16		
入院血糖 (mmol/L)		29.17 ± 10.69	18.19 ± 8.51	4.240*	0.000
HbA1c (%)		12.18 ± 2.17	11.39 ± 2.31	1.405*	0.164
空腹 C-肽 (μ g/L)		0.37 ± 0.28	0.57 ± 0.33	2.673*	0.009
胰岛素抗体	阳性	22	12	2.321	0.128
	阴性	36	9		
入院 TG (mmol/L)		3.68 ± 2.71	1.72 ± 1.17	3.198*	0.002
入院 TC (mmol/L)		5.73 ± 1.63	4.57 ± 1.25	2.957*	0.004
FT3 (mmol/L)		1.14 ± 0.71	1.41 ± 0.65	1.526*	0.131
FT4 (mmol/L)		76.16 ± 41.27	98.10 ± 45.38	2.033*	0.045

* t 值。

2.2 儿童 T1DM 发生 DKA 的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生 DKA 为因变量，以居住地、父母受教育程度、诱发因素、入院血糖、空腹 C-肽、入院 TC、入院 TG、FT4 水平为自变量（赋值情况

见表 2），纳入多因素 Logistic 回归模型。结果显示，父母受教育程度低、合并诱发因素、入院血糖升高、空腹 C-肽低为 T1DM 发生 DKA 的独立危险因素（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 2 DKA 危险因素分析变量赋值

分析因素	变量名	赋值说明
居住地	X1	城市 =0，农村 =1
父母受教育程度	X2	小学及以下 =0，初中或高中 =1，大专及以上 =2
诱发因素	X3	有 =0，无 =1
入院血糖	X4	入院血糖值
空腹 C-肽	X5	空腹 C-肽值
入院 TC	X6	入院 TC 值
入院 TG	X7	入院 TG 值
FT4	X8	TT4 值
DKA 情况	Y	发生 =0，未发生 =1

表 3 儿童 T1DM 发生 DKA 的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	Wald χ^2	P 值	OR 值	95%CI
父母受教育程度	1.196	7.162	0.007	6.724	1.165~27.153
诱发因素	1.549	4.739	0.029	4.706	1.167~18.976
入院血糖	2.182	8.642	0.003	8.860	2.069~37.941
空腹 C-肽	1.859	6.253	0.012	6.418	1.495~27.554

3 讨论

T1DM 是一种需要终身用药、每天监测血糖、定时复查的慢性疾病，糖尿病患者因其年龄小、自控能力差，在糖尿病日常健康管理中常存在许多问题。糖尿病患者日常自我管理不当会导致血糖波动大，不利于患儿生长发育，另一方面自我健康管理不当极易诱发糖尿病严重并发症。DKA 是儿童糖尿病最常见的急性并发症，其起病急、病情变化快，若不及时救治病死率高^[1-2]。

3.1 高危因素分析

本研究显示，父母受教育程度低、合并诱发因素、入院血糖升高、空腹 C-肽低为 T1DM 发生 DKA 的独立危险因素（ $P<0.05$ ），具体分析如下：①父母受教育程度为 T1DM 发生 DKA 的独立危险因素。究其原因，患儿因其年龄小，自我管理能力有限，因此需要父母执行健康管理。父母受教育程度低下，其对糖尿病健康知识掌握度不够或主动寻找知识的能力欠缺，有些初发 T1DM 患儿其父母不

能识别症状，因而耽误疾病诊疗进而诱发 DKA；另一些确诊糖尿病患儿居家自我健康管理不到位，如胰岛素使用不当、没有合理为患儿提供饮食等诱发 DKA^[4]。因此，护理工作中要采取多种形式的宣教方式使糖尿病患者父母能正确掌握糖尿病自我管理知识以避免 DKA 再次发生。②DKA 患儿发病前常有诱发因素，如感染、胰岛素应用不当等，本研究调查的 58 例 DKA 患儿中有 44 例发病前有诱发因素，其中感染 15 例（呼吸道感染 7 例，消化道感染 4 例，泌尿道感染 2 例，皮肤感染 1 例，中枢神经系统感染 1 例）；饮食不当如暴饮暴食、偷吃零食甜饮等 6 例；胰岛素应用不当如随意调整剂量或停药 14 例；应激因素如劳累、外伤、手术、精神刺激 9 例。有研究发现 DKA 患儿常因感染表现出发热、咳嗽误诊为呼吸道疾病或呕吐、腹痛腹泻误诊为消化道疾病等延误诊治^[5-6]。糖尿病患者因血糖升高机体容易并发感染，另一方面由于感染病原体诱发机体出现自身免疫损伤，进而对胰岛 β 细胞造成损伤，两者互为干扰，造成恶性循环^[7]。研究发现

感染既是DKA发生的危险因素又是DKA的诱因,因此患儿居家或因病入院均要注意防范感染^[6-8]。特别是糖尿病患儿入院后需接受众多有创性检查和治疗,这些过程中要规范无菌操作,防止医源性感染。T1DM由于胰岛素分泌绝对缺乏故采用胰岛素替代治疗,若父母不能准确为患儿注射胰岛素(如胰岛素使用剂量、方法、注射部位、保存方法不当),患儿体内胰岛素严重不足导致DKA产生。③血糖水平明显升高。提示严重的代谢紊乱和胰岛素严重不足,且血糖升高会增加患儿感染的风险^[8],这也解释了DKA患儿入院后频繁监测血糖的原因,监测血糖一方面可以掌握治疗效果,另一方面为及时调整胰岛素剂量、速度等提供依据。④空腹C-肽低。C-肽能反映胰岛β细胞功能,同时不受外源性胰岛素和内源性胰岛素抗体的影响^[8]。国内外研究发现DKA患儿C-肽水平较低,与本研究结果相符,DKA患儿胰岛β细胞功能严重受损,故C-肽水平降低。

3.2 护理对策

3.2.1 急救护理 DKA患儿入院后给予补液疗法和胰岛素治疗以纠正酸碱电解质平衡紊乱,恢复血糖、尿酮体至正常水平^[9-10],护理上需要密切监测患儿生命体征、频繁监测血糖为调整胰岛素剂量及速度提供依据,避免出现低血糖不良反应,复查血电解质、血生化指标为补液疗法提供参照^[11-12];此外护理人员需要预防感染等诱因再次出现,有创性操作如采血、输液等要严格无菌操作,防止医源性感染出现;做好呼吸道如口腔、泌尿道如会阴部的清洁。另外,由于患儿年龄小,治疗过程中难免出现害怕、抵触心理,护理人员要注意与患儿的沟通,有创性操作时要安抚患儿,可采取讲故事、看动画片方式取得患儿信任和配合^[13]。

3.2.2 健康指导 本研究调查发现,父母受教育程度低下、合并诱发因素是DKA发病的独立危险因素。T1DM患儿确诊后,大部分时间需要居家自我管理,追根溯源要提高糖尿病患儿父母对患儿健康管理的能力^[14-15]。根据上述现象,本研究提出如下针对性护理对策,以避免DKA发生或再次发生。

①胰岛素使用。胰岛素替代治疗是T1DM最重要的药物治疗形式,私自调整胰岛素剂量、使用次数常常引起血糖波动,不利于患儿病情。住院期间,护理人员可以集中每周开展2次胰岛素使用知识的讲座,邀请家属参加。讲座内容包含胰岛素治疗对糖尿病的必要性和重要性,正确胰岛素使用方式、注射部位选择、胰岛素保存,测量血糖发现血糖过高

或过低,胰岛素剂量如何微调整等,讲座结束后设置答疑时间集中回答家属的问题。②合理饮食、正确运动。合理饮食是糖尿病患儿居家自我管理的重要部分,儿童正处于生长发育关键时期,血糖波动大会影响其生长发育。住院期间向患者宣教如何正确饮食,在保证营养供应前提下,避免饮食因素对血糖产生影响。另外,指导患儿日常可采取的运动种类、运动时间、运动注意事项等。住院病房开展“糖糖圈”主题活动,指导家属进行食物选择、食谱设计等,糖尿病患儿家属间可互相分享患儿饮食食谱及其他方面的经验。③并发症的识别。T1DM常见并发症为DKA,但是研究发现有部分患儿入院原因为呼吸道感染或呕吐、腹痛或嗜睡、精神差或其他原因,因出现其他症状掩盖DKA,常出现误诊或延迟诊断^[8]。家属对DKA没有意识也无法及时就诊,因此向患者正确宣教并发症识别十分重要,可采取每周1次医护家属交流会形式,科室医师就识别糖尿病并发症开展小讲课,随后医护和家属进行交流,分享经验,医护人员适当点评总结。上述所有健康宣教内容均可采取微信公众号等新媒体方式向患儿及家属宣教,配合图片、视频的形式更直观,也更易获取宣教知识^[15-16]。

3.2.3 心理辅导 T1DM是一种慢性终身性疾病,此性质让患儿及其家属均难以接受,加上DKA发病急、病情危重更加重患儿及家属的担忧、焦虑心理,可以组织有经验医师、护理人员组成指导小组对DKA患儿一对一帮扶。除了指导其自我健康管理外,也要重视患儿及家属心理状态。一部分患儿及家属对疾病不重视,不相信医师所说的是终身性疾病,相信所谓的根治药物,一部分患儿及家属过度担忧疾病,认为是终身性疾病因而整天忧心忡忡。心理辅导要针对不同情况采取不同方式转变患儿及家属错误观念,树立应对疾病的信心,增加对医护人员信任感进而提高治疗依从性,在日常中遵从医嘱有意识避免导致DKA不当行为^[6-7]。

4 参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童糖尿病酮症酸中毒诊疗指南(2009年版)[J].中华儿科杂志,2009,47(6):421-425.
- [2] 韩笑,梁琦琦,李静文,等.青年糖尿病酮症酸中毒合并N末端脑钠肽前体升高1例报道[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(17):2943-2944.
- [3] 梁峰,胡大一,沈珠军.2014美国糖尿病指南:糖尿病诊疗标准[J].中华临床医师杂志(电子

泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育症患者 治疗依从性的相关影响因素分析

丁凌

【摘要】 目的 探讨泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育症患者治疗依从性的相关影响因素，依此制订应对策略。**方法** 选择医院 2016 年 1 月—2019 年 1 月收治的不孕不育症患者 323 例，患者泌尿生殖道支原体属培养结果均显阳性。按治疗依从性的不同将患者分为完全依从组 118 例与不稳定组（治疗部分依从与完全不依从者）205 例。运用医院自拟一般资料调查表对患者一般人口学资料（年龄、文化程度、常住地、月平均支配金额、医保形式）、心理状况、支原体相关知识了解情况及医护人员态度进行调查，采用单因素分析、多因素 Logistic 回归分析影响患者治疗依从性不稳定的因素。**结果** 单因素分析结果显示，年龄、文化程度、常住地、月平均支配金额、心理状况、支原体相关知识了解情况及医护人员态度是影响患者治疗依从性的因素（ $P<0.05$ ）；多因素 Logistic 回归分析显示，年龄、文化程度、月平均支配金额、心理状况、支原体相关知识了解情况均为导致患者治疗依从性下降的独立危险因素（ $P<0.05$ ）。**结论** 对治疗依从性不稳定的泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育患者，可疏导负面情绪，加强人文关怀，提高疾病认知，将干预体系系统化，以此提高治疗效果。

【关键词】 支原体感染；不孕不育；治疗依从性；相关因素；护理对策

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.002

Related influencing factors analysis of treatment compliance in infertility patients secondary to mycoplasma infection of urogenital tract DING Ling (Hebi People's Hospital of Henan, Hebi 458030, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of treatment compliance of infertility patients secondary to mycoplasma infection in the urogenital tract and develop the countermeasures. **Methods** To select 323 infertility patients admitted in the hospital from January 2016 to January 2019 and the results of culture tests of mycoplasma urogenital tract were positive. According to the difference of treatment compliance, 118 patients were set as full compliance group and 205 patients were set as unstable group (partial compliance and

作者单位：458030 河南省鹤壁市人民医院生殖医学科

版),2014(6):1182-1190.

[4] 侯敬茹,辛颖.初发1型糖尿病患儿酮症酸中毒的高危因素分析[J].中华实用儿科临床杂志,2015,30(8):585-588.

[5] 陈双双.新诊断101例儿童1型糖尿病临床分析[D].温州:温州医科大学,2016.

[6] 徐爱晶,李秀珍,饶敏,等.新发1型糖尿病儿童酮症酸中毒的相关因素分析[J].中国临床医生杂志,2019,47(7):861-863.

[7] 余跃,丁曙霞,邵淑容,等.儿童1型糖尿病酮症酸中毒高危因素分析[J].健康研究,2019,39(6):645-648.

[8] 魏丽亚,巩纯秀,吴迪,等.2010-2012年儿童及青少年新发病1型糖尿病患者合并酮症酸中毒的情况调查[J].中华内分泌代谢杂志,2015(9):752-757.

[9] 裴亚南.儿童糖尿病酮症酸中毒的护理[J].中国现代药物应用,2019,13(3):233-235.

[10] 倪佳,陈建丽,凌萍,等.57例儿童糖尿病酮症酸中毒的临床治疗分析[J].贵州医药,2019,43(6):930-931.

[11] 黄丹娜.儿童糖尿病酮症酸中毒60例护理干预体会[J].糖尿病新世界,2017,20(6):102-103.

[12] 马海梅,王文娜,孙杉,等.护理干预在小儿糖尿病酮症酸中毒患儿护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(38):157.

[13] 陈少艳.重症糖尿病酮症酸中毒患儿的急救护理[J].糖尿病新世界,2019,22(11):97-98,145.

[14] 杨秋,赵莉.家庭自我管理在糖尿病儿童居家护理中的应用效果研究[J].川北医学院学报,2017,32(2):292-296.

[15] 杜云然.家庭功能和自我管理行为干预对I型糖尿病儿童血糖控制和生存质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(14):122-124.

[16] 赵小磊,郑思琳,黄厚强.基于网络和手机的信息技术对1型糖尿病儿童和青少年血糖管理影响的系统评价[J].护理研究,2017,31(25):3134-3140.

[2020-05-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)

noncompliance completely). Taking the hospital designed general information questionnaire to collect the general demographic data (age, education level, permanent residence, average monthly expenditure, health care form), psychological status, mycoplasma related knowledge understand level and investigate the staff attitude. Univariate analysis and multivariate Logistic regression were applied to analyze the factors affecting patients' unstable treatment compliance. **Results** Univariate analysis showed that, age, education level, permanent residence, average monthly expenditure, psychological status, mycoplasma knowledge and attitude of medical staff were the factors that affected patients' treatment compliance ($P < 0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age, educational level, monthly average amount of money, psychological status and mycoplasma related knowledge were independent risk factors lead to decreased treatment compliance of patients ($P < 0.05$). **Conclusion** For the patients with infertility secondary to urogenital tract mycoplasma infection whose treatment compliance was unstable, negative emotions could be relieved, humanistic care should be strengthened and improve the disease cognition, and intervention system should be systematized in order to improve the treatment effect.

【Key words】 Mycoplasma infection; Infertility; Treatment compliance; Correlative factors; Nursing countermeasures

支原体是一种能够独立生长的原核微生物,大小介于病毒与细菌之间,常依附于人体黏膜,多见于泌尿生殖道,由于其繁殖速度快,不进入细胞组织与血液中,且泌尿生殖道环境的特殊性,一般较难被消灭,因此,在治疗过程中对于患者的治疗配合度要求极高。泌尿生殖道支原体感染与患者不孕不育病症的关系密切^[1],李维娜等^[2]研究显示,支原体感染与精子的活性有关。因此,对于有支原体感染的不孕不育患者,泌尿生殖道内支原体的清除至关重要。为保证治疗效果,本研究探讨泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育患者治疗依从性的相关影响因素与应对策略。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2016年1月—2019年1月医院收治的不孕不育症患者323例,纳入条件:不孕症(指夫妻双方均至生育年龄,有生育意向且夫妻生活正常,1年内未行相关避孕措施,女方仍未受孕),不育症(指女方有妊娠史,但均因自发性的死产、死胎、早产或流产而造成的未能获得活婴)^[3];泌尿或泌尿生殖道分泌液支原体培养呈阳性;知情本研究并签署知情同意书,配合问卷调查的患者;具备基本沟通能力。排除条件:夫妻双方在接受相关检查后,确诊为男方单方面因素导致,如少精、弱精、无精、死精、畸形精子症或性功能障碍;合并有糖尿病、免疫性疾病、结核病等疾病的患者;合并精神病及其既往史。按治疗依从性的不同,将患者分为完全依从组118例与不稳定组(治疗部分依从与

完全不依从者)205例。完全依从组年龄26~36岁,平均 31.73 ± 3.31 岁;病程0.5~3.5年,平均 1.98 ± 0.93 年。不稳定组年龄27~38岁,平均 33.25 ± 3.12 岁;病程0.5~3年,平均 2.07 ± 0.87 年。两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 调查内容

(1)一般资料调查:采用医院自拟一般资料调查问卷,对患者各项个人情况进行调查记录。问卷内容包括:年龄、文化程度、常住地、月平均支配金额、医保形式等。

(2)心理状况探查:采用不孕不育相关压力量表(IRSS)作为患者对病症的心理压力测试,本量表汉化版由马羽西等^[4]提供,研究显示,与患者抑郁、焦虑情绪呈正相关关系。IRSS包含两个维度(社交维度与个人维度)共12个条目,本文分值计算为两个维度得分相加,采用Likert7级评分法对患者进行测试,总分12~84分,得分越高表示患者压力越大。

(3)医护人员态度:采用医院自拟医患关系满意度评价表,分为不满意(0~69分)、满意(70~90分)、非常满意(91~100分)3个等级。

(4)支原体感染相关知识调查:采用医院自拟支原体相关知识了解情况表进行测试调查,包括支原体与病症关系、性生活传染、治疗期间避免同房/同房使用安全套、夫妻同时治疗、日常生活接触无感染性等5个条目。每个条目采用3级评分,分别为:不了解、一知半解、知晓。

1.3 调查方法

由经统一培训后的护士执行问卷发放工作,发放前征得患者同意,于疗程结束后发放至患者手中。

为保证本问卷的真实性, 以及确保患者正常行使隐私权, 本问卷以匿名形式进行填写, 引导患者在填写完毕后投入两组各自问卷箱, 于研究结束后打开统一查阅。本研究发放 330 张问卷, 排除无效问卷及填写不完全问卷 7 份, 最终获得有效问卷 323 份。

1.4 支原体检查方法

采用人泌尿生殖道支原体通用型 PCR 检测试剂盒 (上海博湖生物科技有限公司提供), 按照说明书标准严格执行, 使用期限均在有效期内。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 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; 多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 影响患者治疗依从性因素的单因素分析

单因素分析显示, 年龄、文化程度、常住地、月平均支配金额、心理状况、支原体相关知识了解情况及医护人员态度是影响患者治疗依从性的因素 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 影响患者治疗依从性因素单因素分析

分析因素	类别	完全依从组 (n=118)	不稳定组 (n=205)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	< 25	2(1.69)	19(9.27)	30.677	0.000
	25~	49(41.53)	41(20.00)		
	30~	53(44.92)	82(40.00)		
	35~	14(11.86)	63(30.73)		
文化程度	初中及以下	24(20.34)	80(39.02)	11.977	0.001
	高中及以上	94(79.66)	125(61.08)		
常住地	农村	41(34.75)	95(46.34)	4.131	0.042
	城市	77(65.25)	110(53.66)		
月平均支配金额 (元)	< 2000	19(16.10)	85(41.46)	22.829	0.000
	2000~	58(49.15)	77(37.56)		
	4000~	41(34.75)	43(20.98)		
医保形式	自费	49(41.53)	83(40.49)	0.033	0.855
	医保	69(58.47)	122(59.51)		
医护人员态度	不满意	8(6.78)	25(12.20)	7.588	0.023
	满意	60(50.85)	122(59.51)		
	非常满意	50(42.37)	58(28.29)		
心理状况 (分)	12~	26(22.03)	22(10.73)	10.786	0.005
	24~	56(47.46)	90(43.90)		
	48~	36(30.51)	93(45.37)		
支原体相关知识了解情况	不了解	7(5.93)	34(16.59)	18.445	0.000
	一知半解	45(38.14)	103(50.24)		
	知晓	66(55.93)	68(33.17)		

注: 表中 () 内数据为百分数 (%)。

2.2 影响患者治疗依从性因素的多因素 Logistic 回归分析

将患者年龄、文化程度、常住地、月平均支配金额、医保形式、心理状况、支原体相关知识了解

情况及医护人员态度纳入 Logistic 回归分析模型, 结果显示, 年龄、文化程度、月平均支配金额、心理状况、支原体相关知识了解情况均为导致患者治疗依从性下降的独立危险因素 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 影响患者治疗依从性的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald χ^2	<i>P</i> 值	<i>OR</i>	95% <i>CI</i>
常量	1.401	0.522	7.198	0.007	4.058	—
年龄	0.420	0.147	8.139	0.004	1.522	1.141~2.032
文化程度	-0.879	0.288	9.295	0.002	0.415	0.236~0.731
月平均支配金额	-0.450	0.162	7.756	0.005	0.637	0.464~0.875
心理状况	0.548	0.183	8.990	0.003	1.730	1.209~2.475
支原体相关知识了解情况	-0.842	0.203	17.164	0.000	0.431	0.289~0.642

3 讨论

依从性即患者治疗过程中的配合程度, 为影响治疗效果重要影响因素, 是医学社会学及医学心理学中重要研究内容^[5-6]。对于支原体感染不孕不育患者, 由于疾病较为隐私, 与患者的尊严及家庭幸福密不可分, 且治疗费用高, 患者在检查、复查、服药过程中, 常常会做出与医嘱不符的行为, 即为依从性不稳定, 对治疗效果极为不利, 也增加患者的经济压力^[7]。本研究从一般人口学资料、心理状况、护理人员专业素养、患者对支原体感染相关知识了解情况、家庭婚姻生育状况入手, 具体分析如下:

3.1 年龄

本次研究所纳入的研究对象中, 30~34 岁年龄段的女性患者具有较好的治疗依从性, 而年龄 >35 岁的患者治疗依从性下降, 究其原因 30~34 岁女性患者具有更加强烈的生育欲望。而年龄 >35 岁的女性患者因其接受了多年的治疗, 未获得理想的治疗效果, 由此降低了其生育欲望, 进而治疗依从率下降, 且该不稳定率具有较为明显的线性关系^[8]。由此, 在干预年龄较大的患者时, 应着重向其叙述生育的优点, 引导患者对生育一事产生向往, 激发其生育欲望, 进而提高治疗依从性。

3.2 文化程度

本次研究所纳入的研究对象中, 具有高中及以上文化程度的女性患者治疗依从性好, 提示文化程

度能够影响泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育患者治疗依从性。在制订干预方案时, 应了解患者的文化程度, 结合患者的文化程度, 选择通俗易懂或具有一定专业性的语言对其进行健康宣教, 使患者能够有效理解自身所患疾病、发展程度及治疗干预手段等, 由此提高患者的治疗依从性^[9]。

3.3 月平均支配金额

治疗费用与患者的治疗依从性具有明显的线性关系, 即患者治疗费用越高, 其治疗依从性相应降低; 而治疗费用又与患者的月平均支配金额相关, 患者月平均支配金额越低, 其治疗依从性也相应较低^[10]。本次研究结果表明, 患者月平均支配金额 <2000 元时, 其治疗依从性较差, 提示大多数患者在治疗时存在明显的费用顾虑。在患者接受治疗的过程中, 应结合患者的月平均支配金额, 为其尽可能选择经济适宜的治疗、护理方案, 使患者更能接受; 针对家庭经济状况较为困难的患者, 则应该向院部提交申请, 为其适当减免相应治疗费用, 以此提高患者的治疗依从性。

3.4 心理状况

泌尿生殖道支原体感染继发不孕不育患者在得知自身患病情况后, 往往产生焦虑、抑郁等不良心理状况, 由此影响其治疗依从性^[11], 与本次研究结果大致相同。不孕不育病症涉及男女关系、家庭和睦与繁衍后代等问题, 而国人对于性方面的问题较为私密、敏感, 易使不孕不育患者压力过大而造成负面情绪增长, 情绪处理不得当易造成治疗依从性

的下降。患者在心理状况不佳时,往往采取消极态度面对自身疾病,应给予患者更多来自家庭及社会的关怀,促使患者恢复良好的心理状况,提升其治疗依从性。加强护患沟通,消除患者负性情绪,增加其对医护人员的信任感,从而提高治疗依从性^[12]。

3.5 支原体相关知识了解情况

由于早期支原体感染对无生育欲望的患者生活质量影响不大,导致对支原体感染相关知识不熟悉的患者对本病的治疗欲望不大,从而体现在治疗依从性的下降。本研究结果表明,患者对于支原体相关知识的了解程度越高,其治疗依从性越好。本研究显示,文化程度低、月支配金额低的患者的治疗依从性更低,此类患者对于支原体感染相关知识的了解程度往往不够,且经济压力一般较大,患者的自我保护意识差,在知识宣讲方面需侧重此类患者,使患者明白疾病治愈的重要性。相关知识的宣讲可使患者在日常生活中加强自我保护意识,防止感染进一步加重或传染他人。在开展护理工作时,应与患者建立良好的沟通渠道,加强对患者的宣教工作,即向其宣教支原体感染原因、危害、治疗及预防措施等内容。在开展该项工作时,可充分应用网络平台进行,即以微信公众号平台向患者推送带有图文的支原体相关知识文章,由此提升患者对于支原体感染的了解^[13]。而对于文化程度较高的患者,则可给予其针对性较强的宣教方案。

4 小结

依从性一直是医学界重点关注的问题^[14],对于非住院治疗的患者,依照医生的叮嘱执行尤为重要。本研究显示,年龄、文化程度、患者心理状况、患者对于支原体感染相关知识了解程度都是影响患者治疗依从性的重要因素。由此可知,提高护理人员专业素养,加强患者心理护理,提高患者对于支原体感染知识了解程度,是提高患者治疗依从性的重要手段。

5 参考文献

- [1] 陈曦,刘朝晖.泌尿生殖道感染与不孕不育关系的研究进展[J].中国妇产科临床杂志,2016,17(6):565-

567.

- [2] 李维娜,朱文兵,刘刚.生殖支原体感染与男性不育相关性分析[J].中华男科学杂志,2018,24(11):999-1004.
- [3] 潘长清,王丹,齐成秋,等.不孕患者支原体感染调查与药物敏感性研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(11):2583-2586.
- [4] 马羽西,李香凤,郭羽,等.中文版不孕不育相关压力量表信效度检验及其适用性研究[J].护理研究,2017,31(7):820-823.
- [5] 陈芳芬,杨泽妹,许爱玲,等.泌尿生殖道支原体属及衣原体属感染对女性不孕及性功能的影响分析[J].中国性科学,2018,27(1):130-133.
- [6] 吴佩蔚.不孕不育患者支原体感染状况及药敏分析和疗效[J].中国计划生育学杂志,2017,25(11):776-778.
- [7] 刘思宇,朱艳,张晓梅,等.不孕不育患者宫颈解脲支原体感染情况分析及其耐药监测[J].中华全科医学,2017,15(10):1748-1751.
- [8] 白玮,郝娜,连建华,等.解脲支原体感染对男女不育不孕的临床影响研究[J].中国性科学,2017,26(5):147-149.
- [9] 曲绪琴.不孕不育患者负性情绪现状及影响因素分析[J].中国妇幼保健,2016,31(13):2696-2699.
- [10] 冯国芳,卓广超,周红,等.支原体感染不孕不育患者治疗依从性相关因素调查及干预[J].中华全科医学,2017,15(1):79-81+181.
- [11] 赵本书,牟玲.不孕不育患者解脲支原体、沙眼衣原体及淋病奈瑟氏菌感染状况调查[J].中国性科学,2016,25(10):109-112.
- [12] 沈秀珍,李兰芳.女性泌尿生殖道支原体、衣原体及淋球菌感染与不孕症的相关性分析[J].中国妇幼保健,2016,31(6):1236-1237.
- [13] 王琦,张红云,陈蔚清,等.继发性不孕不育女性泌尿生殖道支原体与沙眼衣原体的感染分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(10):2348-2350.
- [14] 卓广超,冯国芳,周红,等.不孕不育女性泌尿生殖道支原体属感染状况及耐药性分析[J].中华全科医学,2015,13(12):1973-1975.

[2020-03-18 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

妊娠期糖尿病患者产后发展为2型糖尿病 相关因素的调查分析

廖毅力 王玲 郭晓睿 袁铭

【摘要】目的 探讨妊娠期糖尿病(GDM)患者产后发展为2型糖尿病(T2DM)的相关因素和防控措施。**方法** 选取2019年1—12月医院收治的164例GDM患者作为研究对象,其中104例患者发展为2型糖尿病(T2DM)作为病例组,未发展为T2DM的60例作为对照组。收集其一般资料(年龄、体质量、产次、糖尿病家族史、合并症和并发症等)、糖筛查试验结果等,进行单因素和多因素Logistic回归分析影响GDM患者产后发展为T2DM相关因素及护理对策。**结果** 单因素分析结果显示,糖尿病家族史、孕期体质量增长率、孕前产后体质量差异、孕期空腹血糖值、OGTT异常是GDM进展成T2DM的危险因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,糖尿病家族史、孕期体质量增长率、孕前产后体质量差异、孕期空腹血糖值、OGTT异常是GDM进展成T2DM的危险因素($P<0.05$)。**结论** GDM患者产后极易进展为T2DM,主要是因为患者有糖尿病家族史、肥胖、孕期的空腹血糖值或OGTT异常等因素造成,为了降低GDM患者产后患T2DM的风险,必须加强GDM患者产后随访和健康教育,从而达到减少或推迟患T2DM发生的目的。

【关键词】 妊娠期糖尿病; 2型糖尿病; 危险因素

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.003

Analysis of factors related to postpartum development of type 2 diabetes in patients with gestational diabetes mellitus LIAO Yili, WANG Ling, GUO Xiaorui, YUAN Ming(Shenzhen Maternal and Child Health Hospital, Shenzhen 518000, China)

【Abstract】Objective To explore the related factors and prevention measures of postpartum development of type 2 diabetes mellitus (T2DM) in patients with gestational diabetes mellitus (GDM). **Method** To select 164 GDM patients admitted in the hospital from January to December 2019 as the study object, 104 cases with type 2 diabetes mellitus (T2DM) were set as the case group, 60 cases without T2DM were set as control group. To collect the patients general data (age, body-mass, parity, family diabetes history, complications and other general information, etc.), glucose screening test results, etc., univariate analysis and multivariate Logistic regression were operated to analyze the related factors and nursing countermeasures of postpartum development of T2DM in GDM patients. **Result** Univariate analysis showed that, family diabetes mellitus history, increase rate of body-mass during pregnancy, body-mass difference before and after pregnancy, fasting blood glucose during pregnancy and abnormal OGTT were the risk factors of the progression of GDM ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, family diabetes mellitus history, growth rate of body-mass during pregnancy, body-mass difference before and after pregnancy, fasting blood glucose during pregnancy and abnormal OGTT were the independent risk factors of the progression of GDM to T2DM ($P<0.05$). **Conclusion** Patients with GDM were easily to develop T2DM after delivery, mainly due to the family diabetes history, obesity, abnormal fasting blood glucose or OGTT during pregnancy and other factors. In order to reduce the risk of postpartum T2DM in GDM patients, postpartum follow-up and health education of GDM patients must be strengthened so as to reduce or delay the occurrence of T2DM.

【Key words】 Gestational diabetes mellitus; Type 2 diabetes; Risk factors

妊娠期糖尿病(GDM)会引起患者外阴瘙痒、胎儿过大和羊水过多的症状,不但会影响患者和胎

儿的生活质量,也可能引起如流产、生殖系统感染等不良妊娠结局,而且GDM患者的剖宫产率也比正常患者高,甚至3.1%的患者产后无法恢复正常糖代谢^[1]。临床研究发现,GDM患者产后有

作者单位:518000 广东省深圳市,南方医科大学附属深圳市妇幼保健院产科

13%~63% 的概率进展成 2 型糖尿病 (T2DM), 因此, 为提高 GDM 患者产后生活质量和降低产后糖尿病发生率, 必须要筛查引起术后糖尿病的高危因素, 并采取针对性的防护措施, 从而达到改善患者产后生活质量的目的^[2]。本研究探讨 GDM 产后发展为 T2DM 相关因素和防控措施, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2019 年 1—12 月医院收治的 164 例 GDM 患者作为研究对象, 其中 104 例患者发展为 2 型糖尿病 (T2DM) 作为病例组, 未发展为 T2DM 的 60 例患者作为对照组。纳入条件: 均经糖筛查试验诊断符合《妊娠合并糖尿病诊治指南》(2014) 中 GDM 的标准^[3]; 同意参与此次研究。排除条件: 妊娠前患有内分泌疾病或有既往史; 患有重要器官疾病或恶性肿瘤; 患有急性妊娠合并症或认知、行为能力异常。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 调查方法

采用问卷调查方式获取患者信息, 内容包括: 患者的年龄、分娩次数、糖尿病家族史和各时期的体质量变化, 详细记录两组患者孕期是否使用胰岛素、空腹血糖值、血脂和口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 等检查结果。其中怀孕前体质量指数 (BMI)= 怀孕前体质量 (kg) / 身高²(m²); 怀孕期间体质量

增长率 (%)=(分娩前体质量 - 孕前体质量) / 孕前体质量, 分娩前体质量指的是患者分娩前最后 1 次称重; 孕前产后体质量差异 = 产后体质量 - 孕前体质量, 产后体质量取得是产后半年复查时的体质量^[4]。医护人员在患者妊娠期进行信息调查, 并通过电话和家访进行产后随访, 叮嘱患者定期进行随访, 医护人员在调查前均将调查目的详细告知患者, 调查问卷在征得患者同意后进行发放, 指导患者正确填写, 问卷需要在现场独立填写和收回, 共发放 172 份, 回收 164 份, 有效回收率为 95.35%。

1.3 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计分析。单因素分析中, 计数资料组间构成比较采用 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; 多因素采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 GDM 孕产妇产后发展为 T2DM 的单因素分析

单因素分析结果表明, GDM 孕产妇糖尿病家族史、孕期体质量增长率、孕前产后体质量差异、孕期空腹血糖值 (FPG)、孕期糖耐量异常 (OGTT) 均是影响产后发展为 T2DM 的相关因素 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 GDM 孕产妇一般资料及产后发展为 T2DM 的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=104)	对照组 (n=60)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	< 35	68	41	0.148	0.700
	≥ 35	36	19		
产次 (次)	0-1	70	39	0.091	0.763
	≥ 2	34	21		
糖尿病家族史	有	29	7	5.841	0.016
	无	75	53		
孕前 BMI	< 25	62	44	3.132	0.077
	≥ 25	42	16		
孕期体质量增长率 (%)		34.90 ± 6.69	26.55 ± 7.24	7.470*	0.000
孕前产后体质量差异 (kg)		8.03 ± 1.21	3.98 ± 2.34	14.607*	0.000
孕期空腹血糖值 (mmol/L)		5.90 ± 0.24	4.13 ± 0.37	37.126*	0.000
孕期使用胰岛素	有	39	20	0.287	0.592
	无	65	40		
OGTT 异常	有	62	17	14.913	0.000
	无	42	43		
孕期血脂异常项	有	50	28	0.030	0.862
	无	54	32		

* 为 *t* 值。

2.2 GDM 孕产妇产后进展成 T2DM 的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生产后糖尿病为因变量,单因素分析中具有统计学意义的因素为自变量(变量赋值见表2),进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示,糖尿病家族史、孕期体质量增长率、孕前产后体质量差异、空腹血糖值、OGTT 异常均是 GDM 进展成 T2DM 的独立危险因素($P<0.05$),见表3。

表2 变量赋值表

变量标签	变量赋值
糖尿病家族史	有=1, 无=0
孕期体质量增长率	$>30\%=1$, $\leq 30\%=0$
孕前产后体质量差异	$>4\text{ kg}=1$, $\leq 4\text{ kg}=0$
孕期空腹血糖值	$>4.5\text{ mmol/L}=1$, $\leq 4.5\text{ mmol/L}=0$
OGTT 异常	有=1, 无=0

表3 GDM 孕产妇产后进展成 T2DM 的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95%CI
糖尿病家族史	1.801	0.856	4.427	0.035	6.056	1.131~32.420
孕期体质量增长率	1.742	0.798	4.765	0.029	5.709	1.195~27.278
孕前产后体质量差异	1.593	0.678	5.520	0.019	4.918	1.302~18.576
孕期空腹血糖值	1.428	0.313	20.815	0.000	4.170	2.258~7.702
OGTT 异常	1.611	0.516	9.747	0.002	5.008	1.822~13.768

3 讨论

3.1 GDM 患者产后发展成 T2DM 的临床现状

GDM 患者由于临床变化比较复杂,妊娠期患者正处于特殊生理时期,腹中的胎儿处于生长发育的关键时期,孕妇为了满足胎儿的生长需求,体内的各系统会产生生理变化,机体代谢负担也不断增加,所以妊娠期患者会出现糖尿病倾向^[5]。GDM 主要是因为患者的胰岛素抵抗或是胰岛 β 细胞功能异常引起的^[6-7],虽然患者分娩后可以恢复正常的糖代谢,但是部分会发展成 T2DM,患者表现为多饮、多食、多尿和消瘦等症状^[8-10],长期的高血糖会损伤患者的血管、神经和其他重要器官,目前没有针对性的根治方法,只能通过控制患者的血糖来延缓疾病的进程。

3.2 GDM 患者产后发展成 T2DM 的相关因素分析及对策

本研究多因素 Logistic 回归分析结果显示,糖尿病家族史、孕期体质量增长率、孕前产后体质量差异、空腹血糖值、OGTT 异常均是 GDM 进展成 T2DM 的独立危险因素($P<0.05$)。因此,临床必须对 GDM 患者加强健康宣教的力度,指导其科学合理的饮食,多补充植物蛋白,减少脂肪摄入量,多食用些富含粗纤维的食物,避免自身体质量过度增长,指导其动态监测自身的体质量变化,加强日常锻炼^[11]。

3.2.1 糖尿病家族史、孕期体质量增长率以及产后体质量差异

糖尿病是一种具有遗传性的内分泌系统疾病, GDM 与 T2DM 的病理和生理过程比较相似,都是因为遗传和外界环境等因素共同作用引起的。有研究表明:某些 T2DM 患者易感基因位点的变异与 GDM 有关,有糖尿病家族史的患者患 GDM 的风险是没有家族史患者的 2 倍^[12-13], GDM 产后患 T2DM 的患者中 50% 都有糖尿病家族史^[14-15]。但是由于糖尿病家族史是不可抗的危险因素,只能对患者进行针对性指导和随访。加深对 GDM 孕期妇女孕期治疗与护理体验,及家庭糖尿病家族史筛查参与,提高公众风险意识,医疗系统及专业人员提供照护与支持,做到及时预测、早期发现,生活方式干预或药物治疗改善胰岛功能,预防或推迟 T2DM 的发生及发展。

患者如果超重或孕期体质量过度增加也会进一步增加产后患 T2DM 的风险,这是因为患者体内过多堆积脂肪或者是脂肪分布异常引起体质量增加,脂肪过多不但会刺激胰岛素分泌异常,引起胰高血糖素分泌,使胰岛素的敏感性降低,胰岛素抵抗和体内血糖增多。为了预防产后发展成 T2DM,必须要严格控制体质量。主张碳水化合物的日摄入量<全部饮食摄入总量的 50%,间断应用复合碳水化合物低脂饮食(60% 碳水化合物/25% 脂肪/15% 蛋白质比例)摄食模式^[16-17]。加上 3~7 次/周的按照意愿实施步行、慢跑、瑜伽等运动($>15\text{ min/次}$)的个体化处方干预稳定体质量与血糖、血压。

3.2.2 孕期空腹血糖、OGTT 异常 空腹血糖代表着患者孕期的血糖变化情况,也能反应患者的胰岛素抵抗状况。孕期 OGTT 中空腹血糖的水平是

T2DM 最有效的预测因素。妊娠期孕妇的雌孕激素分泌比较多,所以此时的空腹血糖水平低于非妊娠期的妇女,一旦孕期出现空腹血糖升高的现象,孕妇以后患糖尿病的风险会比较高^[18-19]。本研究发现,妊娠期妇女的空腹血糖值越高就越容易产后发展成 T2DM,这就提示依据美国糖尿病学会(ADA)推荐,临床必须重视妊娠期妇女空腹血糖的变化,至少 1 次/3 个月葡萄糖耐量试验,尤其对于高危空腹血糖值产期应增加复查频次。配合个性化有氧运动与阻力运动,例如每周 150 min 的快步走(6.4 km/h)或每周 75 min 的慢跑(9.6 km/h),利于胰岛素敏感性增加、血糖控制以及肌肉中的脂肪氧化及储存。OGTT 异常项增多主要是多因为患者体内的胰岛素抵抗增加。健康孕妇进行口服葡萄糖耐量(OGTT)试验时,能够增加体内的胰岛素分泌来进行代偿,但是 GDM 患者因自身的胰岛 β 细胞功能异常,所以自身的代偿能力也不断下降,出现 OGTT 异常。患者的胰岛素 β 细胞产后没有恢复正常的功能,患者极易发生 T2DM。应对 OGTT 异常产妇采取一级防范措施,强调孕早、中晚和后期饮食、运动、筛查及自我管理各方面健康生活方式指导。

综上所述,GDM 患者产后极易进展为 T2DM,主要是因为患者有糖尿病家族史、肥胖、孕期的空腹血糖值或 OGTT 异常、孕期使用胰岛素等因素造成的,为了降低 GDM 患者产后患 T2DM 的风险,必须加强 GDM 产后随访和健康教育,从而达到减少或推迟患 T2DM 发生的目的。

4 参考文献

- [1] 陈晓琼,刘雅琪,刘萍.同伴教育对 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白及自我管理能力影响的 Meta 分析[J].现代预防医学,2018,45(6):12-16, 32.
- [2] 袁东登,乐嘉宜,郁敏杰.“微信公众号”在社区糖尿病管理中的应用效果研究[J].中国全科医学,2018,52(19):2353-2356.
- [3] 韩娜,刘珏,金楚瑶.2013-2017 年北京市通州区 34637 例孕妇妊娠期糖尿病流行情况及其影响因素研究[J].中华疾病控制杂志,2019,26(2):156-161.
- [4] 张燕,杜明钰,王明芳.新生儿性别对妊娠期糖尿病人群妊娠结局的影响[J].实用妇产科杂志,2019,55(5):385-389.
- [5] Li QS, Cai HW, Li GX, et al. Degradation behavior of triclosan by co-exposure to chlorine dioxide and UV irradiation: influencing factors and toxicity changes[J]. Environmental Science and Pollution Research, 2018,

25(9-10):9391-9401.

- [6] 郭广丽,李晓慧,周钦.2015-2017 年河北省妊娠期糖尿病患病率及危险因素分析[J].实用医学杂志,2019,35(18):2844-2847.
- [7] 曾琼静,吴逸,解其贵.妊娠糖尿病危险性因素分析及预防对策[J].中国妇产科临床杂志,2018,11(3):217-219.
- [8] 李婵娟,李志娟.个体化饮食指导联合口服降糖药对妊娠期糖尿病孕妇糖脂代谢及围生儿预后的影响分析[J].中国妇产科临床杂志,2019,20(3):243-244.
- [9] 樊艳婷,秦雪英,李琳.孕早期游离甲状腺素与妊娠期糖尿病的相关性研究[J].中国糖尿病杂志,2019,11(9):647-652.
- [10] 董青青,何伟健,缪华章.产前抑郁与妊娠期糖尿病相关性队列研究[J].中国公共卫生,2019,35(1):107-110.
- [11] 龚明霞,吴俊妍,葛丽娜.张家港地区妊娠期糖尿病高危模型人群孕早期营养干预的相关研究[J].重庆医学,2018,47(2):242-244.
- [12] 徐千越,葛智娟,胡君.妊娠期糖尿病患者孕期体重增加不同控制标准与妊娠不良结局发生的相关性研究[J].中国糖尿病杂志,2019,61(9):641-646.
- [13] 王雪鑫,张力,欧国进.DUSP9 基因多态性与妊娠期糖尿病的相关性研究[J].中华医学遗传学杂志,2019,36(3):267-270.
- [14] Khayat S,Dolatian M,Navidian A, et al. Factors affecting adequacy of prenatal care in suburban women of southeast Iran: A cross-sectional study[J]. Journal of Clinical & Diagnostic Research, 2018, 12(4):QC01-QC05.
- [15] 韩云,陈丽平,郑艳莉.内质网应激介导的胎盘滋养细胞凋亡在妊娠期糖尿病合并胎儿生长受限中的研究[J].中国妇产科临床杂志,2018,41(5):445-446.
- [16] 秦胜堂,杨慧霞.肠道菌群与妊娠期糖尿病相关性的研究进展[J].中华妇产科杂志,2018,53(9):648-650.
- [17] Halipchuk J, Temple B, Dart A, et al. Prenatal, Obstetric and Perinatal Factors Associated with the Development of Childhood-Onset Type 2 Diabetes[J]. Canadian Journal of Diabetes, 2018, 42(1):71-77.
- [18] 蔡艳.五味子合剂联合复方 α -酮酸片对糖尿病肾病 IV 期尿蛋白及炎症指标的影响[J].中华中医药学刊,2018,63(7):1671-1674.
- [19] Lim E J. Factors Influencing Mobility Relative to Nutritional Status among Elderly Women with Diabetes Mellitus[J]. Iranian Journal of Public Health, 2018, 47(6):814-823.

[2020-04-16 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系研究

曾金萍 郑惠仪 李志琴

【摘要】 目的 探讨尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系。方法 2019年1月—2020年2月应用心理一致感量表(SOC-13)、中文知觉压力量表(CPSS)、流行调查中心抑郁量表(CES-D)对60例尿毒症患者进行调查,采取Pearson相关性分析尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系,应用多元线性回归分析影响尿毒症患者心理一致感的相关因素。结果 尿毒症患者SOC-13、CPSS、CES-D量表总评分分别为 63.25 ± 2.76 分、 41.25 ± 2.99 分、 60.63 ± 2.59 分。经Pearson相关性分析可知,尿毒症患者心理一致感总评分与心理压力总评分及紧张感、抑郁症状总评分呈负相关($P < 0.05$)。经多元线性回归分析可知,患者年龄、文化程度、心理压力及抑郁症状是影响心理一致感的危险因素($P < 0.05$)。结论 尿毒症患者心理一致感处于较低水平,且与患者年龄、文化程度、心理压力及抑郁症状有关,医护人员应根据尿毒症患者个人情况为其制订个体化护理干预,从而增强患者心理一致感,提高患者生活质量。

【关键词】 尿毒症;心理一致感;心理压力;抑郁症状;关系

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.004

Study on the relationship between psychological congruence, psychological stress and depressive symptoms in patients with uremia ZENG Jinping, ZHENG Huiyi, LI Zhiqin(Huizhou Central People's Hospital, Huizhou 516001, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the relationship between psychological congruence, psychological stress and depressive symptoms in patients with uremia. **Methods** From January 2019 to February 2020, 60 patients with uremia were selected as the study objects. The investigation was applied by taking the psychological congruence scale (SOC-13), Chinese perceived stress scale (CPSS) and center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). Pearson correlation analysis was applied to explore the relationship between psychological congruence and psychological stress and depressive symptoms in patients with uremia. Multiple linear regression was applied to analyze the factors related to psychological congruence in patients with uremia. **Results** The total scores of SOC-13, CPSS and CES-D in uremia patients were 63.25 ± 2.76 point, 41.25 ± 2.99 point and 60.63 ± 2.59 point respectively. According to the Pearson correlation analysis result, the total psychological congruence score of uremia patients was negatively correlated with the total psychological stress score, tension score and depressive symptom score ($P < 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that age, education level, psychological stress and depressive symptoms were the risk factors affecting psychological congruence ($P < 0.05$). **Conclusion** The psychological concordant feeling level of uremia patients was low, and it was related to patients' age, education level, psychological pressure and depressive symptoms. Medical staff should formulate individualized nursing intervention for patients with uremia according to their personal conditions, so as to enhance patients' psychological concordant feeling and improve their quality of life.

【Key words】 Uremia; Psychological coherence; Psychological stress; Depressive symptoms; Relationship

尿毒症是终末期肾病患者最终表现,血液透析是目前治疗尿毒症常用的手段,但长时间血液透析

会导致患者出现低血压、营养不良等并发症,且会增加患者经济负担,给患者带来很大心理压力,导致患者出现恐惧、担心、紧张及抑郁症状,严重影响患者身心健康^[1-2]。近年来随着生物-心理-社

会医学模式的转变,护理工作除了关注患者躯体症状外,更加注重患者压力应对及心理健康领域^[3]。心理一致感是指个体对生活总的认知及感受,是内在持久、稳定、动态等信心。面对同样的压力事件,心理一致感高的个体其面对逆境时的应对能力越强,患者患抑郁症的可能性越小,越有利于患者身心健康^[4]。因此,本研究探讨尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系,旨在为尿毒症患者临床心理干预提供指导。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年2月医院行维持血液透析的尿毒症患者60例,纳入条件:符合美国肾脏病基金会慢性肾脏病及透析临床实践指南(KDOQI)^[5]中对尿毒症的诊断标准;行维持血液透析时间>3个月,且每周血液透析频次>2次;具备良好的理解能力、沟通能力及认知能力;对本次调查知情,且愿意配合。排除条件:具有认知障碍而不能进行正常交流;合并严重并发症,如尿毒症性心包炎、未能控制的严重高血压、心肺损伤等疾病;合并精神类疾病或老年痴呆症;入组前受过重大精神创伤。

1.2 调查内容及方法

1.2.1 一般调查问卷 采用自行设计的“患者基础资料调查问卷”进行评价,包括性别、年龄、原发疾病、学历、婚姻状况、家庭月收入、医疗方式、血液透析时间、透析期间并发症情况等。

1.2.2 心理一致性 采用中文版心理一致感量表(SOC-13)^[6]进行评价,量表包括可理解感(5个条目)、意义感(4个条目)、可控制感(4个条目)等3个维度13个条目,每个条目采用1~7级评分,总评分13~91分,分值越高提示患者心理一致感水平越高,量表Cronbach's α 系数为0.923,提示量表具有良好的信效度。中文版SOC-13 Cronbach's α 系数为0.852,重测信度为0.65,提示量表具有良好的信效度。

1.2.3 心理压力 采用李红杰等^[7]编制的中文版知觉压力量表(CPSS)进行评价,通过个人知觉来反映压力程度,包括紧张感(7个条目)及失控感(7个条目),共14个条目,每个条目采用1~5分5级评分法,总评分14~70分,分值越高提示患者心理压力越大,本调查中量表Cronbach's α 系数为0.898,重测信度为0.75,提示量表具有良好的信效度。CPSS评分14~28分为低水平,CPSS评分

29~56分为中等水平,CPSS评分>56分为高水平。

1.2.4 抑郁症状 采用流行调查中心抑郁量表(CES-D)^[8]对患者抑郁症状进行筛查,量表包括人际(5个条目)、躯体症状(5个条目)、积极情绪(5个条目)、抑郁情绪(5个条目)等4个维度共20个条目,每个条目采用1~4分4级评分法,总评分0~80分,分值越高提示患者抑郁症状越明显。本调查中量表Cronbach's α 系数为0.923,重测信度为0.782,提示量表具有良好的信效度。CES-D评分为1~10分为低水平,CES-D评分为11~60分为中等水平,CES-D评分>60分为高水平。

1.3 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料采用“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;采用Pearson相关性分析尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系,多因素分析采用多元线性回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 尿毒症患者心理一致感、心理压力、抑郁症状评分及其相关性

60例尿毒症患者SOC-13、CPSS、CES-D量表总评分分别为 63.25 ± 2.76 分、 41.25 ± 2.99 分、 60.63 ± 2.59 分。经Pearson相关性分析可知,尿毒症患者心理一致感总评分与心理压力总评分及紧张感、抑郁症状总评分呈负相关($P<0.05$),尿毒症患者心理一致感中可理解感维度与心理压力总评分及紧张感、抑郁症状中人际关系呈负相关($P<0.05$),心理一致感中可控制感维度与心理压力紧张感及抑郁症状中躯体症状呈负相关($P<0.05$),详细情况见表1。

2.2 影响尿毒症患者心理一致感单因素分析

经单因素分析可知,尿毒症患者年龄、学历、家庭月收入、血液透析期间并发症发生率、CPSS评分、CES-D评分可影响心理一致感($P<0.05$),见表2。

2.3 影响尿毒症患者心理一致感的多元线性回归分析

以影响尿毒症患者心理一致感为因变量,以影响心理一致感相关因素为自变量行多元线性回归分析,结果可知患者年龄、文化程度、心理压力及抑郁症状是影响心理一致感的危险因素($P<0.05$),见表3。

表 1 尿毒症患者心理一致感与心理压力及抑郁症状的关系研究（*r*）

心理一致感		心理压力			抑郁症状				
		紧张感	失控感	总评分	躯体症状	积极情绪	抑郁情绪	人际关系	总评分
总评分	<i>r</i> 值	−0.558	−0.093	−0.684	−0.004	0.007	−0.192	−0.215	−0.282
	<i>P</i> 值	0.000	0.481	0.000	0.978	0.961	0.141	0.099	0.029
可理解感	<i>r</i> 值	0.410	0.011	0.345	−0.140	−0.005	−0.139	−0.257	0.031
	<i>P</i> 值	0.001	0.935	0.007	0.285	0.971	0.291	0.047	0.812
可控制感	<i>r</i> 值	−0.349	−0.057	−0.202	−0.315	0.019	−0.019	−0.106	−0.232
	<i>P</i> 值	0.006	0.668	0.122	0.014	0.883	0.883	0.419	0.074
意义感	<i>r</i> 值	0.198	0.219	0.079	0.076	−0.161	0.072	−0.145	0.048
	<i>P</i> 值	0.133	0.096	0.511	0.566	0.223	0.587	0.273	0.717

表 2 影响尿毒症患者心理一致感单因素分析（分）

分析因素	类别	例数	SOC-13 评分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	36	63.14 ± 2.25	0.430	0.668
	女	24	63.42 ± 2.77		
年龄（岁）	<60	38	66.55 ± 2.78	12.447	0.000
	≥ 60	22	57.55 ± 2.55		
原发疾病	高血压肾病	25	63.42 ± 2.96	0.099*	0.960
	糖尿病肾病	22	63.05 ± 2.22		
	慢性肾小球	8	63.11 ± 2.10		
	其他	5	63.47 ± 2.88		
学历	小学	12	57.95 ± 2.11	49.699*	0.000
	初中	14	60.02 ± 2.89		
	高中	20	65.05 ± 2.12		
	大专或以上	14	68.46 ± 2.85		
婚姻状况	已婚	42	63.18 ± 2.99	0.285	0.776
	未婚 / 离异	18	63.41 ± 2.52		
家庭月收入（元 / 月）	<3000	38	60.61 ± 2.88	10.299	0.000
	≥ 3000	22	67.81 ± 2.11		
医疗方式	职工医保	24	63.51 ± 2.22	0.708	0.482
	居民医保	36	63.08 ± 2.36		
血液透析时间（年）	<5	38	63.06 ± 2.11	0.783	0.437
	≥ 5	22	63.58 ± 3.02		
透析期间并发症	是	13	59.39 ± 2.63	5.738	0.000
	否	47	64.32 ± 2.77		
CPSS 评分	低水平	14	54.65 ± 2.25	112.167*	0.000
	中等水平	16	63.98 ± 2.45		
	高水平	30	66.88 ± 2.69		
CES-D 评分	低水平	16	55.33 ± 2.99	124.035*	0.000
	中等水平	16	63.43 ± 2.02		
	高水平	28	67.85 ± 2.52		

注：* 为 *F* 值。

表 3 影响尿毒症患者心理一致感的多元回归分析

分析因素	<i>B</i>	标准误差	标准系数	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
年龄	6.172	2.987	0.345	2.345	0.012
文化程度	4.528	2.741	0.311	2.152	0.017
心理压力总评分	4.449	1.852	0.289	2.888	0.021
抑郁症状总评分	14.324	3.263	0.302	3.978	0.000

3 讨论

3.1 尿毒症患者心理一致感分析

本研究结果显示,尿毒症患者 SOC-13 评分为 63.25 ± 2.76 分,提示患者心理一致感水平处于中等水平,还有待进一步提高。这可能与尿毒症血液透析患者治疗时间长、经济负担重及部分生理机能丧失有关,导致其容易出现焦虑、抑郁及恐惧等不良情绪,从而影响患者认知水平及身心健康^[9]。本研究结果显示,可理解感 22.45 ± 4.02 分、可控制感 19.36 ± 3.98 分、意义感 20.25 ± 5.02 分,说明尿毒症患者能利用各种资源应对疾病带来的压力,但大部分尿毒症患者无法获得合适的肾源,血液透析成为其延续生命的全部寄托,导致患者容易出现悲观绝望情绪,导致患者消极面对疾病,难以在治疗过程中获得意义感^[10]。意义感是心理一致感重要组成成分,是促进个体产生认知世界的动机,尿毒症患者意义感水平越高越有利于患者采取积极的态度面对疾病,促进患者身心健康,提高生活质量^[11]。

3.2 尿毒症患者心理压力及抑郁症情况

尿毒症患者由于需要长时间接受血液透析,导致患者经济负担较重,加之长时间血液透析会导致患者出现各种并发症,从而加重患者心理负担,导致患者出现心理压力过大及抑郁症状,影响患者身心健康^[12]。研究指出^[13],尿毒症患者心理压力与抑郁症呈正相关,患者心理压力越大,越容易发生抑郁。本研究结果显示,尿毒症患者 CPSS、CES-D 量表总评分分别为 41.25 ± 2.99 分、 60.63 ± 2.59 分,提示尿毒症患者心理压力较大,抑郁症状较明显。这提示护士对尿毒症患者进行护理时除了注重患者躯体症状护理外,还应关注患者心理症状,通过采取有效的心理干预及认知行为干预措施(如认知疗法、音乐疗法、同伴支持、多维度健康宣教等)可提高尿毒症患者对疾病的认知,从而减轻患者由于认知偏差而引起的抑郁情绪,进而减轻患者心理压力,促进患者身心健康^[14]。

3.3 影响尿毒症患者心理一致感的相关因素分析

本研究经 Pearson 相关性分析可知,尿毒症患者心理一致感总评分与心理压力总评分及紧张感、抑郁症状总评分呈负相关($P < 0.05$),表明提高尿毒症患者心理一致感能增强患者应对生活负性事件的能力,减少负面事件对患者心理状况的影响,促进患者身心健康,从而减轻患者负性情绪。将心理压力及抑郁症状纳入多元回归方程中,进一步表明心理压力及抑郁症状是影响心理一致感的危险因素($P < 0.05$)。

多元线性回归分析显示,患者年龄、文化程度也是影响尿毒症患者心理一致感的危险因素($P < 0.05$),这是因为患者年龄越大预后越差,患者预后不确定感越明显,抑郁症状越明显,心理压力越大,从而影响其心理一致感^[15]。文化程度越低患者对疾病的认知水平越低,其心理压力越大,抑郁情绪越明显,心理一致感水平越低^[16]。高龄患者由于合并多种基础疾病导致其躯体症状明显,躯体的不适会加重患者心理负担,因此临床护士可遵医嘱对患者进行舒适护理,以减轻患者躯体不适引起的心理负担,提高患者心理一致感^[17]。低学历患者由于获取疾病信息渠道及对疾病的认知理解能力有限,导致患者对疾病认知存在偏差,影响患者治疗信心,因此临床护士可通过多元化健康教育提高该类患者对疾病的认识,从而减轻患者心理负担,提高患者心理一致感^[18]。

4 小结

尿毒症患者心理一致感处于较低水平,且与患者年龄、文化程度、学历、心理压力有关,医护人员应根据尿毒症患者个人情况为其制订个体化护理干预,从而增强患者心理一致感,提高患者生活质量。本研究仅局限于初步理论探讨,并未提出尿毒症患者心理一致感方面的干预措施,因此,在日后的研究中可通过制订更为详细的干预措施,从而为尿毒症患者心理干预提供指导。

5 参考文献

- [1] 王探春,章丽.心理干预对尿毒症患者血液透析期护理的效果分析[J].中国急救医学,2017,37(1):189-190.
- [2] 李争艳.优质护理干预对尿毒症血液透析患者负面情绪的影响[J].中国全科医学,2018,21(1):379-380.
- [3] 曹艳.综合护理干预对尿毒症血液透析患者心理状态及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2017,23(5):44-45.
- [4] 葛刘娜,章新琼,吴小婷,等.食管癌患者心理一致感的现状及影响因素分析[J].广东医学,2019,40(6):799-804.
- [5] 湛贻璞.慢性肾脏病的定义与分期-从 KDOQI 到 KDIGO:贡献与问题[J].临床肾脏病杂志,2011,11(1):4-6.
- [6] 包蕾萍,刘俊升.心理一致感量表(SOC-13)中文版的修订[J].中国临床心理学杂志,2005,13(4):399-401.
- [7] 李红杰,胡鸿涛,刘佳,等.心理一致感在肿瘤介入患者心理压力与抑郁症状间的中介作用[J].中华现代护理杂志,2017,23(4):461-465.
- [8] 冯笑,郭丽娜,刘莹,等.精简版流调中心抑郁量表在社区老年人中的信效度评价[J].中国现代医学杂志,2016,26(10):133-137.

淋巴瘤化疗Ⅳ期骨髓抑制期医院感染的影响因素

胡明星 林梓乐

【摘要】目的 探讨淋巴瘤化疗Ⅳ期骨髓抑制期(bone marrow suppression, BMS)医院感染的影响因素并讨论护理对策。**方法** 选择医院2018年3月—2020年3月收治的淋巴瘤化疗Ⅳ期骨髓抑制患者100例,将发生医院感染38例作为发生组,未发生医院感染62例作为对照组。采用单因素及多因素Logistic回归模型,分析可能造成淋巴瘤患者化疗BMS期医院感染的相关因素。**结果** 单因素分析显示,年龄、住院时间、侵入性操作、有无应用糖皮质激素、粒缺期时间、原发病转归、使用广谱抗生素时间、白细胞计数、合并其他并发症、SAS评分、SDS评分是淋巴瘤患者化疗BMS期发生医院感染的相关因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,高龄、SAS评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、粒缺期时间 >7 d、SDS评分是淋巴瘤患者化疗BMS期发生医院感染的高危因素($P<0.05$)。**结论** 淋巴瘤化疗后BMS期发生医院感染的危险因素较多,应加强对淋巴瘤的侵入性操作、糖皮质激素的使用、焦虑、抑郁患者的预测及针对性护理,控制医院感染的发生。

【关键词】 淋巴瘤;化疗;粒细胞;骨髓抑制;医院感染

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.005

Analysis of influencing factors and nursing countermeasures of infection in patients with lymphoma at the stage of IV myelosuppression during chemotherapy HU Mingxing, LIN Zile(Sun Yat-Sen University Cancer Center, Guangzhou 510060, China)

【Abstract】 Objective To investigate the influencing factors and countermeasures of nosocomial infection in patients at the stage of IV bone marrow suppression (BMS). **Methods** To select 100 patients with lymphoma in stage IV myelosuppression during chemotherapy admitted in the hospital from March 2018 to March 2020, 38 cases with nosocomial infection were set as occurrence group, 62 cases without nosocomial infection were set as non-occurrence group. Univariate and multivariate Logistic regression models were applied to analyze the related factors of the nosocomial infection of lymphoma patients during BMS stage of chemotherapy. **Result** Univariate analysis showed that, age, length of hospital stay, invasive operation, use of glucocorticoids, duration of granulose-

作者单位: 510060 广东省广州市,中山大学肿瘤防治中心
化疗四区

- [9] 王建荣,丁淑贞,冯红,等.心理一致感理论在护理领域应用的研究进展[J].中国实用护理杂志,2018,34(19):1510-1514.
- [10] 张佩嘉,谭洁,王婧,等.老年维持性血液透析患者心理一致感现状及其影响因素分析[J].中国全科医学,2017,20(24):3026-3031.
- [11] 王琳,薛云珍,冯佳荷,等.成人心理一致感对人生意义与心理复原力的中介效应研究[J].实用预防医学,2018,25(9):1142-1145.
- [12] 赵萌,谭婷婷,陈钰梅,等.尿毒症患者首次血液透析前后抑郁评估及相关因素分析[J].重庆医学,2018,47(8):1061-1063.
- [13] 陈金鳌,吴迪,赵珊,等.老年慢性病患者康复期心理压力、运动动机与幸福感的相关性[J].中国康复医学杂志,2018,33(6):710-713.
- [14] 简爱华,郑燕兰,叶燕飞,等.老年帕金森病患者

心理一致感水平及其影响因素[J].现代临床护理,2017,16(2):42-46.

- [15] 朱义如,刘延锦,郭丽娜,等.脑卒中患者的主要照顾者心理一致感的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(7):995-998.
- [16] 黄桂芳,吴丹,严秀敏,等.永久性肠道口患者心理一致感的调查及家属情绪管控对其影响的相关性研究[J].护士进修杂志,2018,33(22):2096-2099.
- [17] 葛刘娜,章新琼,吴小婷,等.心理一致感保护性和危险性预测因素研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(13):1709-1712.
- [18] 朱燕珍,黄琴,章玉玲,等.慢性病患者心理一致感的研究进展[J].现代临床护理,2017,16(12):63-67.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

deficiency period, primary disease outcome, duration of broad-spectrum antibiotic use, White blood cell count, other complications, SAS score and SDS score were the related factors of nosocomial infection during BMS chemotherapy in the lymphoma patients ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that advanced age, SAS score, invasive procedure, use of glucocorticoids, granulocyte-deficiency period >7 d and SDS score were the high risk factors for nosocomial infection during BMS chemotherapy in lymphoma patients ($P<0.05$). **Conclusion** There were various risk factors for nosocomial infection in BMS stage after chemotherapy for lymphoma, it is necessary to strengthen the invasive lymphoma operation, the use of glucocorticoids, the prediction of anxiety and depression patients and the targeted nursing in order to control the occurrence of nosocomial infection.

【Key words】 Lymphoma; Chemotherapy; Granulocyte; Myelosuppression; Hospital infection

淋巴瘤是临床常见的淋巴造血系统恶性肿瘤,以淋巴结肿大、伴肝脾肿大、发热盗汗为典型表现,部分患者出现消瘦。淋巴瘤分为霍奇金淋巴瘤(HL)和非霍奇金淋巴瘤(NHL)两种类型^[1-2]。淋巴瘤发病机制并不明确,异质性较高,不同类型治疗方案不同,预后也有着较大差别,但大部分以放化疗为主,其中,化疗会严重损害淋巴瘤患者骨髓造血系统,加之淋巴瘤患者本身具有一定程度的免疫功能缺陷,化疗进一步降低机体免疫功能,增加了此类患者医院感染风险^[3-4]。曾有报道,侵袭性NHL予以一线方案化疗后,半数以上患者发生感染并发症^[5]。因此,探究此类人群医院感染的高危因素,及早评估、预测、护理防范,有助于减少淋巴瘤患者化疗BMS期医院感染的发生概率。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择我院2018年3月—2020年3月收治的淋巴瘤化疗Ⅳ期骨髓抑制患者100例为研究对象,将发生医院感染38例作为发生组,未发生医院感染62例作为对照组。纳入条件:病理学检查确诊,均为单部位感染,符合WHO淋巴瘤分类标准;住院前无严重感染,无重要器官功能障碍;患者意识清楚,签署知情同意书。排除条件:患者及其家属拒绝参与研究;HIV感染、肝肾功能不全;依从性差的患者;无骨髓浸润,未同时予以静脉丙种球蛋白和胸腺肽。

1.2 调查工具

1.2.1 医院感染评价标准 依据《医院感染诊断标准》^[6],淋巴瘤化疗骨髓抑制患者入院48h后发生感染或者是在住院期间体温连续2d超过38℃、或出现明显感染病灶。真菌感染采用《血液病/恶性肿瘤患者侵袭性真菌感染的诊断标准与治疗原则(修订版)》进行诊断。

1.2.2 焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS) 对

患者焦虑、抑郁情绪进行评价,两个自评量表均由20个条目组成,采用1~4分4级评分法,总分20~80分,评分越高表示患者的焦虑、抑郁程度越严重^[7]。SAS评分标准:50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,>69分为重度焦虑;SDS评分标准:53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁,>73分为重度抑郁。

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

2 结果

2.1 淋巴瘤患者化疗BMS期发生医院感染的单因素分析

发生医院感染患者主要感染部位为呼吸道、口腔,共检测出38株病原菌。单因素分析显示,年龄、住院时间 ≥ 15 d、白细胞计数下降、SAS评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、使用广谱抗生素时间、合并其他并发症、粒缺期时间、原发病转归、SDS评分是淋巴瘤患者化疗BMS期发生医院感染的相关因素($P<0.05$),见表1。

2.2 淋巴瘤患者化疗BMS期发生医院感染的多因素Logistic回归分析

将淋巴瘤患者化疗BMS期是否发生医院感染作为因变量,将年龄、住院时间、白细胞计数下降、SAS评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、使用广谱抗生素时间、合并其他并发症、粒缺期时间、原发病转归、SDS评分作为自变量,进行多因素Logistic回归分析,结果显示,高龄、SAS评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、粒缺期时间 >7 d、SDS评分是淋巴瘤患者化疗BMS期医院感染的独立危险因素($P<0.05$),见表2。

表1 淋巴瘤患者化疗 BMS 期发生医院感染的单因素分析

分析因素	类别	对照组 (n=62)	发生组 (n=38)	χ^2 值	P 值
性别	男	32	21	0.126	0.723
	女	30	17		
年龄 (岁)	<60	44	13	12.987	0.000
	≥ 60	18	25		
住院时间 (d)	<15	38	15	4.502	0.034
	≥ 15	24	23		
婚姻状况	已婚	35	28	3.001	0.083
	未婚	27	10		
有无深静脉置管	有	33	25	1.527	0.217
	无	29	13		
合并其他并发症	有	25	28	10.527	0.001
	无	37	10		
有无使用糖皮质激素	有	15	28	23.544	0.000
	无	47	10		
粒缺期时间 (d)	≤ 7	44	8	23.518	0.000
	>7	18	30		
原发病转归	缓解	37	15	3.853	0.049
	未缓解	25	23		
使用广谱抗生素时间 (d)	≤ 7	38	15	4.502	0.034
	>7	24	23		
白细胞计数	$\leq 4 \times 10^9/L$	23	22	4.118	0.042
	$>4 \times 10^9/L$	39	16		
侵入性操作	有	20	30	20.543	0.000
	无	42	8		
SAS 评分	轻度	35	4	38.019	0.000
	中度	22	10		
	重度	5	24		
SDS 评分	轻度	36	5	35.180	0.000
	中度	21	10		
	重度	5	23		

表2 淋巴瘤患者化疗 BMS 期发生医院感染的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	B	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
应用糖皮质激素	3.085	1.504	4.210	0.040	21.870	1.148~416.588
SAS 评分	3.870	1.937	3.994	0.046	47.954	1.078~2134.075
侵入性操作	3.952	1.740	5.159	0.023	52.043	1.719~1575.628
SDS 评分	4.678	2.187	4.574	0.032	107.591	1.479~7829.462
粒缺期时间 ≤ 7 d	-2.372	1.189	3.977	0.046	0.093	0.009~0.960
年龄 < 60 岁	-3.108	1.225	6.442	0.011	0.045	0.004~0.493

3 讨论

3.1 淋巴瘤患者 BMS 期发生医院感染影响因素分析

本研究显示,淋巴瘤患者 BMS 期发生医院感染 38 例,发生医院感染患者主要感染部位为呼吸道、口腔,共检测出 38 株病原菌。有研究报道^[8],粒

缺期时间延长是侵袭性真菌感染的主要危险因素。本研究综合考虑了患者性别、留置深静脉置管等因素,认为老年、粒缺期时间长、广谱抗生素使用时间长、原发病未缓解、住院时间 ≥ 15 d、SAS 评分、侵入性操作、SDS 评分是淋巴瘤医院感染的高危因素,而多因素 Logistic 回归分析也进一步印证,高龄、

SAS 评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、SDS 评分、粒缺期时间 > 7 d 是淋巴瘤患者化疗 BMS 期医院感染的独立危险因素 ($P < 0.05$)。患者自身因淋巴组织增殖分化导致免疫能力下降,长期服用糖皮质激素对淋巴、中性粒细胞也会造成较大杀伤作用,改变了正常细胞数量的分布,影响淋巴瘤患者的机体各方面功能,尤其是当呼吸道、口腔黏膜屏障功能减退时,病原菌极易通过空气、饮食传播,诱发医院感染^[8-9]。多数淋巴瘤患者在得知病情后,会陷入抑郁、绝望、焦虑等负面情绪中,情绪波动较大,甚至放弃治疗,自身机体防护能力减弱。研究表明,有 30% 医院感染是以院内人员手部细菌感染所致,因此,保持医院空气流通并定期消毒,减少侵入性操作等外源性感染是关键^[10-12]。

3.2 淋巴瘤患者 BMS 期发生医院感染的三阶梯护理对策分析

①第一阶梯。化疗开始前,加强患者、护理人员健康知识宣教,宣教对象包括患者、主要照顾者和卫生员;在淋巴瘤化疗患者床头挂宣教卡片标识,宣教内容包括淋巴瘤化疗相关注意事项、营养支持、饮食卫生等。②第二阶梯。化疗后 7~14 d 是淋巴瘤化疗后的骨髓抑制期,在患者床尾悬挂防控标识,严格对房间擦拭消毒;加强保护性隔离,防止交叉感染,针对白细胞 $\leq 1 \times 10^9/L$ 者,由于其机体防御功能极其低下,易发生医院感染。此类患者可在化疗前 1 d 安排其入住层流病房,注意每 2 d 更换床单、被套,病房内氯消毒液擦拭。谢绝探视或固定陪护,门口贴“减少人员探视”及隔离卡标识。加强肿瘤化疗科护士的手卫生规范,落实医院感染控制基本要求,指导培训护士熟练掌握洗手指征,防止医源性感染。医护人员每次接触患者前喷手消毒。③第三阶梯。针对粒细胞持续 $1.5 \times 10^9/L$ 下降,并且持续 3 d 左右的患者,移入层流病房,完全保护性隔离。根据其年龄、体质、疗程等原因,可由第一阶梯进入第三阶梯预防,加强呼吸道护理,指导患者有效咳嗽,嘱患者多饮水;加强口腔护理,防止口腔感染,每日 3 次,晨起、饭前、饭后、睡前均漱口,如真菌感染者,用制霉菌素液交替漱口;合理安排饮食,提供营养均衡的膳食,增强机体抵抗力;肛周感染的处理,局部保持清洁干燥。

如少数患者因病情需要进行高剂量化疗时,直接进入层流病房。根据患者基础血常规或既往治疗经验,粒细胞下降者,则化疗后第 3、4 天后,第二阶梯预防措施即开始。

综上所述,高龄、SAS 评分、侵入性操作、应用糖皮质激素、SDS 评分、粒缺期时间 > 7 d 是淋巴瘤化疗后 BMS 期患者感染的重要危险因素,应加强对上述患者进行针对性护理,预防医院感染。

4 参考文献

- [1] 边祥海,孙贵富,黄莉丽,等.200 例淋巴瘤患者医院感染的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2016,26(21):4920-4921.
- [2] 杨娇,吕麟亚,章均,等.临床表现为软组织感染的非霍奇金淋巴瘤 15 例分析[J].中华小儿外科杂志,2017,38(2):107-112.
- [3] 李桃.恶性肿瘤化疗患者医院感染相关因素分析与临床干预[J].中华医院感染学杂志,2015,25(22):5178-5180.
- [4] 常青,王欢,张亚平.不同心理弹性淋巴瘤患者化疗周期 恶心呕吐的趋势观察[J].护士进修杂志,2017,32(6):489-491.
- [5] 冯丽娜,冯莉霞.淋巴瘤化疗患者症状群的调查及相关因素分析[J].中国实用护理杂志,2017,33(27):2130-2133.
- [6] Schönfeld P, Preusser F, Margraf J. Costs and benefits of self-efficacy: differences of the stress response and clinical implications [J]. Send to Neurosci Biobehav Rev, 2017(75):40-52.
- [7] 纪英,王倩,宋萍.自我效能干预对恶性肿瘤放化疗患者 癌痛及生活质量的护理效果[J].中国医药导报,2017,14(8):171-174.
- [8] 于雪.心理护理对恶性淋巴瘤患者不良情绪及遵医行为的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(10):1388-1391.
- [9] 王燕娜,殷玉娇.自我效能干预对恶性肿瘤患者放化疗 期间癌痛的影响[J].护理实践与研究,2018,15(16):89-91.
- [10] 郑淑华,林雪棉.综合性护理干预对恶性淋巴瘤患者化疗 后负性心理与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2017,14(12):99-100.
- [11] Cheson BD, Trask PC, Gribben JG, et al. Health-related quality of life and symptoms in patients with rituximab-refractory indolent non-Hodgkin lymphoma treated in the phase III GADOLIN study with obinutuzumab plus bendamustine versus bendamustine alone[J]. Ann Hematol, 2017,96(2):253-259.
- [12] 高慧,吕利明,张晓华,等.透析感染患者血浆降钙素原和 C-反应蛋白的比较研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(19):4404-4406.

[2020-10-10 收稿]

(责任编辑 陈景景)

终末期肾病患者透析早期阶段应对方式的影响因素分析

韩智 刘东伟 王沛 姚武*

【摘要】 目的 探讨终末期肾病(ESRD)患者透析早期阶段(1年内)的应对方式和影响因素。方法 从本地4所医院中抽取2018年4月—2019年9月正在接受腹膜透析或者血液透析治疗的250例ESRD患者作为研究对象。调查过程中主要涉及常规资料问卷、医学应对问卷、领悟社会支持量表、中文版事件相关反刍性沉思问卷等调查工具。结果 ESRD患者透析早期阶段的面对评分 19.11 ± 3.29 分,回避评分 15.33 ± 2.57 分、屈服评分 11.36 ± 3.23 分。单因素分析显示,年龄、经济情况、学历水平、家庭照护者、透析时间、自觉疾病了解程度、反刍性沉思水平、社会支持水平是影响透析不超过1年ESRD患者应对方式的相关因素($P < 0.05$);多元逐步回归分析显示,患者应对方式受家庭照护者、经济状况、自觉疾病了解程度、反刍性沉思、社会支持水平等因素影响($P < 0.05$)。结论 ESRD患者透析早期阶段,更愿意选择面对这一积极应对方式,作为护理人员,要加强疾病与透析相关知识的针对性教育,引导家属予以有力的家庭支持,从而增强患者面对疾病的信心与积极性。

【关键词】 终末期肾病;透析;早期阶段;应对方式;影响因素

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.006

Influencing factors of coping style at early stage of dialysis in patients with end-stage renal disease HAN Zhi, LIU Dongwei, WANG Pei, YAO Wu(The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, China)

【Abstract】 **Objective** To investigate the coping styles and influencing factors of patients with end-stage renal disease (ESRD) at the early stage of dialysis (within 1 year). **Methods** A total of 250 ESRD patients recieved peritoneal dialysis or hemodialysis treatment from April 2018 to September 2019 in 4 local hospitals were selected as the study subjects. The survey mainly involved the general information questionnaire, the medical coping questionnaire, the perceptive social support scale, the Chinese version of the event related ruminant meditation questionnaire and other survey tools. **Results** Facing score of ESRD patients at early stage of dialysis was 19.11 ± 3.29 point, avoidance score was 15.33 ± 2.57 point, and yield score was 11.36 ± 3.23 point. Univariate analysis showed that, age, economic status, education level, home caregivers, dialysis time, self-awareness level of disease, rumination meditation level, social support level were the related factors that effect the ESRD patients' (within 1 year) coping style($P < 0.05$). Multivariate stepwise regression analysis showed that, the coping style of patients was affected by family caregivers, economic status, self-awareness level of the disease, rumination meditation, social support level ($P < 0.05$). **Conclusion** At the early stage of dialysis, ESRD patients were more willing to take this positive coping mode. The nursing staffs should strengthen the targeted education of disease and dialysis related knowledge, guide the family members to give powerful family support so as to enhance the patients' confidence and enthusiasm when facing of the disease.

【Key words】 End-stage renal disease; Dialysis; Early stage; Coping style; Influencing factors

终末期肾病(end stage of renal disease, ESRD)是各类患有慢性肾脏疾病患者的最后阶段,这种患者大部分仅能利用透析治疗来维持生命。透析第1年是核心,患者在应对透析时存在很大问题的同时,

还要忍受透析治疗产生的巨大心理压力^[1-2]。相关研究表明^[3],心理应激阶段关键中介要素就是应对方式,它在保证患者生活品质、确保心理健康方面发挥着至关重要的作用,但目前很少有针对透析早期患者应对对策、应对方式影响因素等开展的研究。其次,相关国际专家表明^[4],严重疾病导致的心理伤害会让患者去思考疾病本身问题,具体来说

作者单位:450000 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院(韩智,刘东伟,王沛);公卫学院劳动卫生教研室(姚武)

* 通讯作者

就是在反刍性沉思中应对目前的困境。虽然有很多研究显示^[5],透析患者应对方式的影响因素涉及发病年龄、时间、社会支持情况、病情严重程度等,但仍然无法确定创伤性事件对透析患者的应对到底存不存在影响。所以,此次研究将透析不超过1年的ESRD患者设为研究对象,基于个体、社会因素、心理、疾病等不同角度来研究影响应对方式选择的因素,为制定行之有效的临床干预对策夯实基础。

1 对象与方法

1.1 调查对象

从本地4所医院中抽取2018年4月—2019年9月正在接受腹膜透析或者血液透析治疗的250例ESRD患者设为调查对象。纳入条件:由于各种原因引发的慢性肾脏病(CKD);年龄超过18周岁;CKD为第五期;透析时间不超过1年。剔除条件:存在肾移植治疗史;存在阅读理解障碍,调查员帮助后仍不能完成问卷填写;存在认知功能障碍;存在器质性、功能性精神障碍。

1.2 调查内容

(1) ESRD透析基础调查问卷:内容包括性别、年龄、婚姻情况、经济情况、学历水平、工作情况、家庭照护者类型、医保报销比例、宗教信仰、患者对疾病的自觉了解程度(了解、一般、不了解)等。

(2) 中文版事件相关反刍性沉思问卷(ERRI-C):这一问卷设计人是美国的Cann团队,董超群团队结合我国实际情况进行汉化^[6],以此来对高度应激性事件的认知加工进行全面、系统评估,这一问卷涉及两大维度,即目的性反刍性沉思、侵入性反刍性沉思,每个维度各10条目,总问卷共20条目。每个维度使用不同指导语以强化个体对不同类型认知活动的理解。个体根据某特定时段内(最近2周内)沉思发生的频率以Likert 4级评分法进行打分,从创伤事件后“从来没有这种想法”到“经常发生这种想法”依次计0~3分,总分为0~60分,分值越高,表示其发生反刍性沉思的频率越高。原问卷的信度较好,两个维度的内部一致性信度分别为0.94和0.88。

(3) 领悟社会支持量表(PSSS):由Zimet团队开发设计,姜乾金团队汉化修订,主要用来测量患者主观感受到的社会支持^[7],包括家庭支持、朋友支持和其他支持(亲戚、领导、同事等)3个维度,共12个条目。采用1~7级计分法,从“极不符合”至“极其符合”分别赋值为1~7分,总分为12~84分,得分越高表明个体从社会支持源领悟到的社会支持

越多。该量表Cronbach's α 系数为0.94。

(4) 医学应对问卷(MCMQ):由Feifel团队开发设计,由姜乾金团队进行修订,是专门为患者设计的应对量表^[8]。MCMQ问卷表共有20个条目,患者从每个条目对应的4个选项中选择1项,各条目均采用Likert 4级评分法(1~4分),其中8个条目采取反向计分,量表包括面对、回避、屈服3个分量表,评分越高提示患者采取该维度代表的应对方式的倾向性越强。

1.3 调查方法

以面对面问卷调查为主。在阐述此次研究的意义、目的及内容时,应坚持统一指导语,调查应秉承保密性、无害性、自愿性原则,患者自愿签署知情同意书后再开展问卷调查工作,问卷填写工作必须全程由患者自己完成,如果患者无法填写,那么要在研究人员详细朗读、解释每个条目以后,让患者口述、研究人员帮助填写。全部问卷都要当场发放和回收。问卷剔除标准:1题存在2个或2个以上答案;常规资料没有填写完整或者有超过5个题目被漏答;存在规律应答倾向,漏答题目在1~4题的问卷,要用这一条目的平均值来替代。此次研究发放问卷总数为278份,当场回收250份。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数 $\pm$ 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方差分析;多因素分析采用多元逐步回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

其中男120例,女130例;年龄21~90岁,平均 48.6 ± 15.15 岁;学历:大专或以上70例,高中80例,初中52例,小学及以下48例;透析时间2~12个月,平均 7.12 ± 0.36 个月;无宗教信仰172例,有宗教信仰78例。

2.2 透析不超过1年ESRD患者应对方式的单因素分析

ESRD患者透析不超过1年的面对评分 19.11 ± 3.29 分,回避评分 15.33 ± 2.57 分、屈服评分 11.36 ± 3.23 分。单因素分析显示,年龄、经济情况、学历水平、家庭照护者、透析时间、自觉疾病了解程度、反刍性沉思水平、社会支持水平是影响透析不超过1年ESRD患者应对方式的相关因素($P<0.05$),见表1。

表 1 透析不超过 1 年 ESRD 患者应对方式的单因素分析 (分)

分析因素	类别	观察例数	应对方式评分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	130	19.25 ± 3.96	0.356	0.722
	女	120	19.07 ± 4.02		
年龄 (岁)	< 60	114	22.98 ± 4.02	11.865	0.000
	≥ 60	136	17.22 ± 3.65		
婚姻情况	已婚	185	19.02 ± 3.24	0.403	0.687
	未婚 / 离异 / 丧偶	65	19.22 ± 3.96		
经济情况 (元 / 月)	< 3000	145	16.98 ± 4.02	6.358	0.000
	≥ 3000	105	20.11 ± 3.58		
学历水平	小学	48	16.02 ± 3.78	21.431*	0.000
	初中	52	17.98 ± 3.96		
	高中	80	18.99 ± 4.25		
	大专或以上	70	21.85 ± 4.02		
工作情况	公务员 / 事业单位职工	54	19.85 ± 4.55	0.260*	0.903
	个体户 / 商人	46	19.22 ± 4.06		
	工人	50	20.02 ± 4.11		
	农民	70	19.82 ± 3.89		
	自由职业	30	19.69 ± 3.78		
家庭照护者	全职	154	22.25 ± 4.11	8.556	0.000
	兼职	96	17.85 ± 3.69		
医保报销类型	自费	22	19.85 ± 3.88	0.321*	0.726
	社保	208	19.25 ± 3.26		
	商业保险	20	19.37 ± 3.74		
宗教信仰	是	78	19.02 ± 4.11	0.108	0.914
	否	172	18.96 ± 4.03		
透析时间 (月)	< 6	72	22.52 ± 3.96	8.268	0.000
	≥ 6	178	18.69 ± 3.02		
自觉疾病了解程度	了解	85	23.02 ± 3.44	31.751*	0.000
	一般	95	19.58 ± 3.98		
	不了解	70	18.69 ± 3.45		
反刍性沉思水平	低水平	65	17.25 ± 3.11	24.423*	0.000
	中等水平	75	19.22 ± 3.44		
	高水平	110	21.02 ± 3.69		
社会支持水平	低水平	85	16.74 ± 3.21	41.846*	0.000
	中等水平	90	19.22 ± 3.56		
	高水平	75	21.88 ± 3.88		

* 为 *F* 值。

2.3 透析不超过 1 年 ESRD 患者应对方式的多元逐步回归分析

将应对方式分数设为因变量, 将单因素分析中存在统计学意义的因素设为自变量, 开展多元逐步回归分析, 结果显示, 家庭照护者、经济情况、自觉疾病了解程度、反刍性沉思、社会支持水平是透析不超过 1 年 ESRD 患者应对方式的独立影响因素 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 透析不超过 1 年 ESRD 患者应对方式的多元逐步回归分析

分析因素	<i>B</i>	标准 误差	标准 系数	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
家庭照护者为全职	4.587	0.056	0.255	9.889	0.000
经济情况	-2.277	0.011	-0.023	8.023	0.000
自觉疾病了解程度	-2.285	0.396	-0.902	7.452	0.000
反刍性沉思	2.739	0.092	0.223	7.311	0.000
社会支持水平	2.215	0.045	0.098	7.069	0.000

3 讨论

3.1 透析早期阶段患者应对方式确定

应对方式是指人们用来调整情绪、应对内外环境的对策、手段,目的是避免或者消除压力^[9-11]。过去研究中,若患者接受透析,不管时间是长还是短,都会被纳入调查中。但是此次研究对象只选择透析不超过1年的患者。治疗之初,透析导致行动受到限制、饮食和饮水选择受到限制等都是患者需要应对的应激源,大部分患者都是向医护人员询问或者自己学习有关知识来侧重于解决实际问题的应对方式来消除负面情绪^[12]。

3.2 影响透析早期患者应对方式的主要因素

多元逐步回归分析显示,家庭照护者、经济情况、自觉疾病了解程度、反刍性沉思、社会支持水平是透析不超过1年 ESRD 患者应对方式的独立危险因素($P<0.05$)。①家庭照护者为全职能有更多的时间为患者提供照顾并能更好地满足患者照护需求,减轻患者躯体症状,从而增强患者康复信心,使患者能更好地应对疾病^[13]。②血液透析治疗周期长,费用高,经济状况差的患者其经济负担较重,会对患者心理造成较大负担,从而影响患者治疗信心,导致患者消极应对疾病^[14]。③患者对自身疾病越了解越有助于减轻患者疾病不确定感,从而增强患者治疗信心,促使患者采取积极的方式应对疾病^[5]。⑤反刍性沉思是认知加工的重要形式,反刍性沉思水平越高的患者更倾向于主动考虑疾病对自身的带来的积极意义,因此反刍性沉思水平越高越有助于患者采取积极的方式应对疾病^[15]。④患者获得的社会支持越高,患者对疾病的认知也越高,其面对疾病时可利用的有效资源越多,从而增强患者治疗信心,有助于患者采取积极的方式面对疾病。

3.3 促使 ESRD 患者以面对方式应对疾病的措施

要加强对患者的教育与培训,作为透析护士,应利用手机 APP、透析知识网站、小组探讨、个性化指导等手段系统的向患者普及透析知识,引导患者全面掌握自我管理对策与注意事项。作为护士,要让患者家属正确认识到增强对患者的家庭支持对于提高透析有效性的重要性,从而为患者营造良好的家庭生活气氛,消除其因为疾病造成的心理伤害。护士应基于患者实际情况,找到其面对应激的方式以及选择这种方式的原因,引导选择适应性应对,同时引导患者能够准确表达心中的真实感受。

4 参考文献

- [1] 周悦玲, 蒋更如. IgA 肾病进展至终末期肾病临床预测的研究现状 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2016, 36(2): 296-301.
- [2] 高艳凤, 高博, 赵慧. 维持性控制护理策略及心理干预改善终末期肾病血液透析患者负性情绪及生活质量的效果研究 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(5): 18-21.
- [3] 吴玉娟, 叶霖, 林薛群. 血液透析患者社会功能与特质应对方式对自我管理能力的影晌及路径分析 [J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(4): 330-333.
- [4] 罗丽敏, 黑小杰, 朱丽萍, 等. 维持性血液透析患者治疗依从性与反刍性沉思水平的相关分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2018, 32(2): 3913-3916.
- [5] 宋廷雪, 祁兴顺, 郭晓钟. 肝硬化降低终末期肾病患者生存率 [J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(4): 768.
- [6] 董超群, 巩树梅, 刘晓虹. 简体中文版事件相关反刍性沉思问卷在意外创伤者中应用的信效度分析 [J]. 中华护理杂志, 2013, 9(2): 831-834.
- [7] 张帆, 朱树贞, 邓平基. 领悟社会支持量表在国内住院病人社会支持研究中的应用评价 [J]. 护理研究, 2018, 13(2): 2048-2052.
- [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, 2000, 1(2): 22-24.
- [9] 王小珍, 赵卿. 胃癌患者反刍性沉思水平影响因素分析 [J]. 肿瘤学杂志, 2017, 23(12): 1139-1141.
- [10] 赵辉, 周勇, 张卓, 等. 内观疗法对服刑人员领悟社会支持和幸福感的促进作用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(11): 1631-1634.
- [11] 吴丽艳. 终末期肾病腹膜透析患者社会支持与应对方式水平高低对康复结局的影响 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2019, 12(2): 31-33.
- [12] 董玉静, 殷海燕, 王爱红, 等. 住院缺血性脑卒中患者医学应对方式及其影响因素研究 [J]. 全科护理, 2019, 17(29): 3597-3600.
- [13] 宋宇尘, 韩新民, 袁海霞, 等. 脑微透析技术在神经精神疾病中的研究进展 [J]. 医学研究生学报, 2018, 31(7): 750-755.
- [14] 王文, 王汉民. 应对方式和社会支持对行血液透析治疗的终末期肾病患者心理状况的影响 [J]. 中国临床康复, 2002(9): 1297-1298.
- [15] Alberto EM, Ruth TS, Alejandrino D, et al. The avifauna of Ypeti Nature Reserve, and its implication for the consolidation of [J]. The Wilson Journal of Ornithology, 2019, 131(1): 44-45.

[2019-12-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

老年糖尿病居家患者健康管理行为的影响因素

王婕

【摘要】 目的 调查老年糖尿病居家患者健康管理行为的影响因素并讨论其护理策略。**方法** 选择2018年3月—2019年9月收治的老年糖尿病居家患者120例,查阅病历资料或者电话随访获取相关信息资料,借助中文版糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)评价其健康管理行为,根据SDSCA评分,将健康管理行为良好(≥ 36 分)患者88例作为对照组,健康管理行为较差(<36 分)患者32例作为病例组。通过单因素及多因素Logistic回归分析,筛选健康管理行为的影响因素。**结果** 单因素分析显示,年龄、病程、文化水平、并发症状况、家庭人均月收入、糖尿病自我效能、社会支持、健康教育状况、糖尿病居家生活质量是影响老年糖尿病居家患者健康管理行为的相关因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,年龄 >70 岁、病程 ≤ 5 年、伴有并发症、家庭人均月收入 <3000 元、糖尿病自我效能 <6 分、社会支持 <22 分、健康教育缺失、糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分是老年糖尿病居家患者健康管理行为的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 老年糖尿病居家患者健康管理行为表现不一,其影响因素复杂多样,护理人员需有的放矢,加强患者及其家属对主要影响因素的认识,提高其居家健康管理能力。

【关键词】 老年糖尿病;健康管理行为;影响因素;护理策略

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.007

Influencing factors of the health management behaviors in elderly home patients with diabetes WANG Jie(*Sheyang People's Hospital of Jiangsu, Yancheng 224300, China*)

【Abstract】 Objective To investigate the influencing factors of the health management behaviors in elderly home patients with diabetic and discuss the nursing strategies. **Methods** To select 120 elderly home patients with diabetes from March 2018 to September 2019, to couect the related information by checking the medical records or telephone follow-up, and use the Chinese version summary of diabetes self care activities (SDSCA) to evaluate their health management behaviors. According to the SDSCA score, 88 patients with good health management behaviour(≥ 36 point) were taken as the control group, 32 patients with bad health management behaviour(<36 point) were set as the case group. By taking the univariate and multivariate Logistic regression analysis to find out the influencing factors of health management behavior. **Results** Univariate analysis showed that, age, course of disease, education level, complications, family monthly income, diabetes self-efficacy, social support, health education and diabetic quality of life at home were the factors that effect the health management behavior in elderly home patients with diabetes ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age >70 years old, disease course ≤ 5 years, complications, family monthly income <3000 yuan, diabetic self-efficacy <6 points, social support <22 points, lack of health education, diabetic quality of life at home ≥ 54 points were the independent risk factors for health management behavior of elderly home diabetic patients ($P<0.05$). **Conclusion** Home health management behaviors in elderly patients with diabetes were different, the influencing factors were complex and diverse. Nursing staffs should strengthen the understanding of the main influencing factors of patients and their families and improve their home health management ability.

【Key words】 Elderly diabetes; Health management behavior; Influencing factors; Nursing strategies

研究数据显示^[1-2],我国糖尿病患者人数高达1.14亿,其中2型糖尿病约占90%~95%,而老年人群中糖尿病患病率高达20%,且需终身治疗。李玉东^[3]研究显示,科学有效的健康管理能提升糖尿病患者血糖控制水平,减少并发症发生。但调查显示^[4],老年糖尿病居家患者健康管理行为相对较差,主要体现在服药依从性、血糖自我监测、胰岛素注射、科学膳食、足部护理、相关并发症发生率高,而大量临床病例证实,糖尿病足管理不好会导致截肢;糖尿病视网膜病变会导致患者失明;低血糖会致死等。所以,为了提高老年糖尿病居家患者健康管理能力,本研究借助中文版糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)进行筛选,评价其健康管理行为的影响因素,为制定护理策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年3月—2019年9月收治的老年糖尿病居家患者120例,纳入条件:符合WHO 2型糖尿病诊断标准;年龄 ≥ 60 岁;已接受院内治疗;认知能力、阅读能力良好,且无沟通障碍;签署知情同意书。排除条件:伴有严重心、肾等脏器功能障碍;既往有精神疾病史;伴有躯体性疾病或躯体活动障碍。其中男78例,女42例。根据SDSCA评分,将健康管理行为良好(≥ 36 分)88例患者作为对照组,健康管理行为较差(<36 分)32例患者作为病例组。

1.2 调查内容及方法

(1)一般资料调查:查阅病历资料或者电话随访,获取患者基础信息,包括性别、年龄、病程、文化水平、婚姻状况、家庭人均月收入、伴有并发症、糖尿病住院史、健康教育状况。

(2)健康管理行为调查:采用糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)评价健康管理行为,该量表包括饮食管理、运动管理、遵医用药管理、血糖监测管理、足部护理5个方面,其中饮食管理包括普通饮食、特殊饮食,共12个管理条目。量表以7d作为1个周期,记录患者每天各行为表现,如取7d均未管理,则0分,1d管理则加1分,总分0~7分,分值越高,则健康管理行为表现越好。如评分 ≥ 36 分,则健康管理行为良好; <36 分,则健康管理行为较差^[4-5]。

(3)糖尿病自我效能调查:选择中文版糖尿病自我效能量表实施评价,量表共8个条目,涉及饮食管理、运动管理、血糖水平管理、病情控制等,

每个条目包括1~10级,分值1~10分,1分表示完全无信心,10分表示完全有信心,根据量表条目均分评价患者自我效能水平,分值越高则自我效能水平越高^[6]。

(4)社会支持调查:选择中文版社会支持评定量表(SSRS)实施评价,包含3个维度,即主观支持(4个条目)、客观支持(3个条目)、支持利用度(3个条目),量表共计10个条目,量表评分越高则社会支持水平越高,如评分 <22 分,则社会支持水平偏低^[7]。

(5)糖尿病生活质量调查:选择中文版糖尿病患者生存质量特异性量表(DSQL)实施评价,量表共包含生理机能、心理精神、社会关系、治疗影响4个项目,共计27个条目,且均实施Likert 5级评分法,分值1~5分,总分27~135分,分值越高则生活质量越差。 ≥ 54 分,则生活质量较差, <54 分,则生活质量良好^[8]。量表Cronbach's α 系数为0.95,分半信度为0.91,信效度表现良好。

1.3 统计学处理

采用SPSS 21.0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,多因素分析采用多因素Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 老年糖尿病居家患者健康管理行为的单因素分析

单因素分析显示,年龄、病程、文化水平、并发症状况、家庭人均月收入、糖尿病自我效能、社会支持、健康教育状况、糖尿病居家生活质量是影响老年糖尿病居家患者健康管理行为的相关因素($P<0.05$),见表1。

2.2 老年糖尿病居家患者健康管理行为的多因素Logistic回归分析

将健康管理行为评分作为因变量,年龄、病程、文化水平、并发症状况、家庭人均月收入、糖尿病自我效能、社会支持、健康教育状况、糖尿病居家生活质量作为自变量,进行多因素Logistic回归分析。结果显示,年龄 >70 岁、病程 ≤ 5 年、伴有并发症、家庭人均月收入 <3000 元、糖尿病自我效能 <6 分、社会支持 <22 分、健康教育缺失、糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分是老年糖尿病居家患者健康管理行为的独立危险因素($P<0.05$),见表2。

表1 老年糖尿病居家患者健康管理行为的单因素分析

分析因素	类别	对照组 (n=88)	病例组 (n=32)	χ^2 值	P 值
性别	男	54	24	1.918	0.166
	女	34	8		
年龄 (岁)	60 ~	58	8	15.868	0.000
	70 ~	30	24		
病程 (年)	≤ 5	21	22	20.563	0.000
	> 5	67	10		
文化水平	初中以下	35	23	9.684	0.002
	初中及以上	53	9		
婚姻状况	无配偶	26	12	0.686	0.407
	有配偶	62	20		
家庭人均月收入 (元)	< 3000	36	26	15.293	0.000
	≥ 3000	52	6		
伴有并发症	无	61	8	18.861	0.000
	有	27	24		
糖尿病自我效能 (分)	< 7	34	25	14.641	0.000
	≥ 7	54	7		
社会支持 (分)	< 22	36	25	13.004	0.000
	≥ 22	52	7		
健康教育状况	接受	57	8	14.952	0.000
	缺失	31	24		
糖尿病居家生活质量 (分)	< 54	61	7	21.510	0.000
	≥ 54	27	25		

表2 老年糖尿病居家患者健康管理行为的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95% CI
年龄 >70 岁	1.758	0.466	14.224	0.000	5.801	2.327~14.463
病程 ≤ 5 年	1.949	0.456	18.256	0.000	7.022	2.872~17.168
伴有并发症	1.914	0.469	16.638	0.000	6.780	2.703~17.008
家庭人均月收入 <3000 元	1.834	0.502	13.341	0.000	6.259	2.339~16.746
糖尿病自我效能 <6 分	1.736	0.480	13.052	0.000	5.675	2.213~14.553
社会支持 <22 分	1.641	0.479	11.711	0.001	5.160	2.016~13.209
健康教育缺失	1.708	0.465	13.472	0.000	5.518	2.217~13.737
糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分	2.088	0.486	18.451	0.000	8.069	3.112~20.921

3 讨论

本研究发现, 年龄 >70 岁、病程 ≤ 5 年、伴有并发症、家庭人均月收入 <3000 元、糖尿病自我效能 <6 分、社会支持 <22 分、健康教育缺失、糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分是老年糖尿病居家患者健康管理行为的独立危险因素 ($P < 0.05$), 具体分析如下:

3.1 老年糖尿病居家患者健康管理行为受多因素影响

①年龄。与麻倩等^[9] 研究结果相一致, 即糖尿

病患者年龄越大, 健康管理行为越差, 血糖水平控制效果较差, 生活质量偏低。高龄患者机体功能下降, 且极易并发其他疾病, 如高血压、冠心病等, 导致患者行动能力受限, 加之学习能力、记忆力偏低, 故患者难以充分掌握糖尿病健康管理知识, 且行为受限^[10]。②病程。研究发现, 病程偏长, 患者健康管理行为表现越好, 随着病程延长, 患者对疾病知识、健康管理知识的了解越全面, 能主动转变不良管理行为, 且自我保健意识增强, 故具有更强的管理能力^[11]。③经济能力。糖尿病属于慢性疾病, 需坚持持续性治疗, 经济负担相对偏大, 如患者经

济水平较差,则其检查、治疗意愿将受到影响,其健康管理行为受到影响。④健康教育缺失。健康教育缺失是导致老年糖尿病居家患者健康管理行为受限的因素之一,多数老年糖尿病居家患者获取糖尿病疾病知识的渠道有限,而院内健康教育、院外延续教育是其获取疾病知识、自护知识的主要途径,健康教育缺乏情况下,患者自我保健意识薄弱,且对疾病危害性的认知不足,故缺失疾病控制信心,健康管理能力显著偏低^[12]。⑤并发症。并发症是老年糖尿病居家患者健康管理行为受限的主要因素之一,统计数据显示^[13],病程3年及以上糖尿病患者并发症发生率>46%,病程5年以上并发症发生率>61%,病程10年以上并发症发生率高达98%,常见并发症有糖尿病足、糖尿病视网膜病变等,对患者日常活动能力影响极大,导致其健康管理行为较差。⑥糖尿病自我效能<6分、社会支持<22分、糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分。糖尿病自我效能对患者居家自我管理信念、行为具有一定作用,自我效能偏低者缺乏克服困难、坚持健康管理的信心,健康管理行为表现差;社会支持包括情感、物质、评价及信息4方面,能充分反映家人、朋友及社会各方对患者情感、物质等层面的支持,社会支持水平越低者,多缺失健康管理信心及管理知识获取途径,良好的生活质量是对健康管理行为的保障。

3.2 改善老年糖尿病居家患者健康管理行为的护理策略

护理人员面向健康管理行为评分<36分的老年糖尿病居家患者开展并发症体验教育,引导患者观看斑块血管模型,比较正常血管与斑块血管间差异,向患者说明斑块脱落易造成血管堵塞,从而引起心脑血管疾病,时长10 min;为患者佩戴体验背心,并收紧背部松紧带,在心前区放置重量为2 kg的沙袋,指导患者闭目想象急性心肌梗死发作情况下,胸部沉重的压迫感,体验时长3~5 min;引导患者佩戴糖尿病视网膜病变体验眼镜,感受视物不清、模糊感受,体验时长2 min;指导患者光脚或穿薄袜踩棉花,以感受足部触电感,即周围神经病变症状,比较足部差异,体验时长3 min^[14-16]。同时,介绍各类糖尿病并发症的发生率,明确其危害性,以强化患者健康管理意识^[17-18];讲解示范胰岛素注射方法、注意事项;讲解低血糖原因、症状、预防措施。

护理人员组建基于微信平台构建“糖友”交流圈,根据患者居住区域、结合其意愿实施分组,每组8~10人;创建“糖友”微信交流群,家属协助、

引导“糖友”根据居家健康管理现状,撰写“居家健康管理周记”;以周为时间单位,总结居家健康管理中的问题,如血糖监测遗漏、遗忘服药、康复运动中断等;总结管理问题形成原因,并提出改进办法,如设置服药提醒闹钟,以电子文档或图片形式分享“居家健康管理周记”至交流群,每周1名或2名患者^[19-21]。

综上所述,老年糖尿病居家患者健康管理行为表现不一,其影响因素复杂,有年龄>70岁、病程 ≤ 5 年、伴有并发症、家庭人均月收入<3000元、糖尿病自我效能<6分、社会支持<22分、健康教育缺失、糖尿病居家生活质量 ≥ 54 分,以上因素可单独作用,但更多的是协同作用,需强化社会支持,提高患者对2型糖尿病的认知行为,最终提高其健康管理能力。

4 参考文献

- [1] 于尚,杨巧芳,张运生,等.河南省农村2型糖尿病患者自我管理行为及影响因素的调查分析[J].当代护士(中旬刊),2019,26(10):153-155.
- [2] 吴延莉,李剑虹,申涛,等.北京市朝阳区2型糖尿病患者血糖监测现状及影响因素分析[J].中国健康教育,2019,35(7):601-606.
- [3] 李玉东.南阳地区空巢老年糖尿病居家患者自我管理水平与生活质量相关性研究[J].护士进修杂志,2019,34(13):1228-1230,1243.
- [4] 李亚丽.北京某社区糖尿病患者自我管理现状调查与分析[J].北京医学,2019,41(3):225-226,230.
- [5] 骆斯慧,杨黛稚,林琼艳,等.成人1型糖尿病患者自我管理水平和膳食模式的相关性研究[J].中华糖尿病杂志,2019,11(6):398-403.
- [6] 刘国彩,黄娟,曹娜,等.2型糖尿病患者自我效能、社会支持与自我管理知行水平的关系研究[J].护理管理杂志,2018,18(10):689-693.
- [7] 黄春花,吕薇.糖尿病肾病居家腹膜透析患者自我管理能力的的影响因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(5):1-3.
- [8] 刘胜兰,叶墨,娜荷芽,等.北京市某城区社区糖尿病患者生活质量影响因素研究[J].中国健康教育,2018,34(12):1081-1085.
- [9] 麻倩,蒲萌萌,赵辉,等.糖尿病患者自我管理行为及影响因素研究现状[J].河北医药,2019,41(1):126-129.
- [10] 何巧,刘宇,赵芳,等.新诊断2型糖尿病青年患者自我管理现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2018,33(11):26-30.
- [11] 刘莲叶,丁小炼,赵润年.渭南市门诊2型糖尿病患者自我管理水平及其影响因素调查分析[J].解放军预防医学杂志,2017,35(8):983-985.

精神分裂症患者自我管理能力和相关影响因素

陈明霞 袁莹

【摘要】目的 探讨精神分裂症患者自我管理能力和相关影响因素。**方法** 选择 2018 年 1 月—2019 年 11 月医院收治的恢复期精神分裂症患者 120 例为研究对象,采用精神分裂症自我管理量表 (SSMIS) 进行评分,以 SSMIS=60 分为界限,将 SSMIS<60 分的 45 例患者作为自我管理能力差组 (病例组),SSMIS ≥ 60 分的 75 例患者作为自我管理能力良好组 (对照组)。分析影响精神分裂症患者自我管理能力的因素。**结果** SSMIS 量表总分 78.47±4.15 分,各维度得分中自我效能最高、利用社会资源和支持最低。单因素分析显示,不同年龄、文化程度、病程、住院次数、家属照顾次数的患者,其 SSMIS 得分比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析显示,住院次数是影响患者自我管理能力的危险因素 ($P<0.05$),而家属照顾是保护因素 ($P<0.05$)。**结论** 精神分裂症患者自我管理能力和相关影响因素有待提高,且与多种因素密切相关,可采取对应措施提高患者的自我管理水平和能力。

【关键词】 精神分裂症;自我管理能力和;影响因素

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.008

Self-management ability and related influencing factors in schizophrenic patients Chen Mingxia, Yuan Ying (Liaocheng No.4 People's Hospital of Shandong, 252000 Liaocheng, China)

【Abstract】Objective To explore the self-management ability and related influencing factors in patients with schizophrenia. **Methods** To select 120 patients with convalescent schizophrenia admitted in the hospital from January 2018 to November 2019 as the study object, the study objects were scored by taking the schizophrenia self-management scale (SSMIS) and SSMIS=60 point was set as the critical value. 45 patients whose SSMIS<60 point was taken as the poor self-management ability group (case group), 75 patients whose SSMIS≥60 point was taken as the good self-management ability group (control group). To analyze the relevant factors that effect the self-management ability in patients with schizophrenia. **Results** The total score of the SSMIS scale was 78.47±4.15 point, among the scores of each dimension, the self-efficacy was the highest, the use of social

作者单位: 252000 山东省聊城市第四人民医院

- [12] 程贤鸫,钱林华,李文娟,等.妊娠期糖尿病患者自我管理行为现状及影响因素的研究[J].浙江医学,2017,39(4):291-293,303.
- [13] 王晓燕,马丽,李丽丽.社区2型糖尿病患者自我管理行为现状及影响因素研究[J].宁夏医科大学学报,2017,39(4):436-442.
- [14] 张秋娟,张岩.对糖尿病患者实施并发症体验式护理结合网络延续干预效果分析[J].贵州医药,2018,42(12):1531-1533.
- [15] 蔡照红,江培兰,朱瑜瑜,等.并发症模拟体验在海岛居民2型糖尿病患者中的应用效果分析[J].中国基层医药,2019,26(11):1368-1371.
- [16] 朱元媛,陈玉凤,赵娟.并发症体验式健康教育对2型糖尿病患者自我管理影响的系统评价[J].军事医学,2018,42(5):374-379.
- [17] 王庆菊,杜娟,许香.团体认知干预联合情景模拟体

验在老年2型糖尿病患者中的应用价值[J].医学临床研究,2019,36(9):1727-1729,1732.

- [18] 马晓娟,章琦.糖尿病并发症体验式健康教育在2型糖尿病患者中的应用效果研究[J].蚌埠医学院学报,2018,43(9):1227-1231.
- [19] 王海霞,周维华,王慧.同伴支持为导向的互助模式对糖尿病病人情感特质以及自我效能水平的影响[J].蚌埠医学院学报,2019,44(1):126-129.
- [20] 江培兰,蔡照红,朱瑜瑜,等.同伴教育联合并发症模拟体验对门诊2型糖尿病患者的影响研究[J].中国基层医药,2019,26(12):1499-1502.
- [21] 刘紫凝,曾佳媚,卢海伟,等.同伴互助模式对2型糖尿病患者糖脂代谢及心理健康影响[J].社区医学杂志,2019,17(16):1015-1018.

[2020-05-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)

resources and support was the lowest. Univariate analysis showed that, compared the SSMIS scores of patients with different ages, education levels, duration of illness, number of hospitalizations and number of family cares, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, the number of hospitalizations was a risk factor affecting patients' self-management ability ($P<0.05$), while family care was a protective factor ($P<0.05$). **Conclusion** The self-management ability in patients with schizophrenia needs to be improved and it was closely related with various factors. Corresponding measures should be taken to improve the self-management level of patients.

【Key words】 Schizophrenia; Self-management ability; Influencing factors

精神分裂症为一种精神类疾病, 主要由于精神活动不协调, 同时伴有各种障碍, 包括情感、行为、感知觉等, 临床上以患者出现幻觉、抑郁、易激惹、认知缺陷等多种形式的症状, 对患者的正常生活造成严重影响, 且该疾病在青壮年群体中高发^[1-2]。目前临床上仍主要以药物治疗为主, 以尽可能减轻患者精神分裂相关症状。自我管理能力的指患者通过自身行为来监控和管理疾病症状, 知晓自我管理技能并为之付诸行动、积极解决问题的能力^[3-4]。由于该部分群体的特殊性, 部分患者往往无法做到良好的自我管理, 导致病情不稳定, 症状反复, 对患者预后十分不利, 影响其生活质量。因此, 对于精神分裂症患者而言, 在进行药物治疗的同时, 需要注重患者自我管理能力的提高。为探讨改善此类患者人群治疗的临床疗效, 并为临床合理诊疗提供参考, 本研究调查了精神分裂症患者自我管理能力现状及相关影响因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集医院于2018年1月—2019年11月收治的恢复期精神分裂症患者120例为研究对象, 纳入条件: 经评定证实为恢复期精神分裂症; 经治疗后患者的自知力有部分甚至是完全恢复; 选取对象的读写能力正常, 可配合问卷调查的完成。排除条件: 经过治疗后, 病情仍然无法控制; 存在认知功能障碍; 精神发育迟缓或者为痴呆; 合并器质性精神障碍; 合并恶性肿瘤或严重残疾。采用精神分裂症自我管理量表(SSMIS)^[5]进行评分, 以SSMIS=60分为界限, 将SSMIS<60分的45例患者作为自我管理能力差组(病例组), SSMIS≥60分的75例患者作为自我管理能力良好组(对照组)。

1.2 调查方法

由4名资深护士组成调查小组, 经统一培训合格后对所有研究对象开展问卷调查, 包括患者的一般资料、精神分裂症患者自我管理量表(SSMIS)

得分。所有问卷均在病房内由患者自行填写, 完成填写后, 由护士核查无遗漏、无明显逻辑错误后, 当场回收。本研究问卷有效回收率100%。

1.3 调查内容

(1) 一般资料: 该问卷由我院精神科和心理科专家自行编制, 包括患者的性别、年龄、婚姻状况、病程、文化程度、家属照顾情况、月收入、职业、就医的付费方式等。该问卷克伦巴赫系数 α 为0.814, 重测效度为0.783。

(2) 精神分裂症患者自我管理能力(SSMIS): 采用SSMIS量表, 包括自我效能、维持日常生活及社会功能、服药依从性、精神症状管理、药物的管理、利用社会资源和支持6个维度, 共33个条目, 每个条目得分范围均为0~4分, 其中5、12、13、24项为反向计分条目, 得分越高提示自我管理能力越强。

1.4 统计学处理

采用SPSS 18.0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; 多因素分析采用Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 精神分裂症患者自我管理能力的单因素分析

研究对象的SSMIS量表总分 78.47 ± 4.15 分, 以自我效能得分最高, 为 18.20 ± 3.63 分, 利用社会资源和支持得分最低, 为 10.62 ± 4.25 分。其他各维度得分情况为维持日常生活及社会功能 13.04 ± 3.52 分、服药依从性 12.88 ± 3.75 分、精神症状管理 12.19 ± 4.26 分、药物的管理 11.54 ± 3.54 分。单因素分析显示, 不同年龄、文化程度、病程、住院次数、家属照顾患者SSMIS得分比较, 差异具有统计学意义($P<0.05$), 见表1。

2.2 精神分裂症患者的自我管理能力的多因素Logistic回归分析

将自我管理能力评分作为因变量, 年龄、文

化程度、病程、住院次数、家属照顾为自变量, 进行多因素 Logistic 回归分析, 结果显示, 住院次数是精神分裂症患者自我管理能力的独立危险因素

($OR>1$, $P<0.05$), 而家属照顾是保护因素 ($OR<1$, $P<0.05$), 见表 2。

表 1 精神分裂症患者自我管理能力的单因素分析

分析因素	类别	病例组 ($n=45$)	对照组 ($n=75$)	χ^2 值	P 值
性别	男	24	37	0.180	0.671
	女	21	38		
年龄 (岁)	≤ 60	15	49	11.571	0.001
	> 60	30	26		
婚姻	未婚	12	26	0.832	0.362
	已婚	33	49		
文化程度	高中及以下	29	27	9.143	0.002
	大专及以上	16	48		
病程 (年)	<5	18	45	4.511	0.034
	5~	27	30		
住院次数 (次)	≤ 3	20	61	17.446	0.000
	> 3	25	14		
月收入 (元)	≤ 5000	26	41	0.110	0.740
	> 5000	19	34		
职业	无业或退休	30	55	0.605	0.437
	在职	15	20		
家属照顾	有	19	52	8.556	0.003
	无	26	23		
付费方式	医疗保险	28	48	0.038	0.845
	自费	17	27		

表 2 影响精神分裂症患者的自我管理能力的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	$Wald \chi^2$	P 值	OR	95%CI
住院次数	1.593	0.433	13.552	0.000	4.917	2.106~11.480
家属照顾	-0.979	0.419	5.446	0.020	0.376	0.165~0.855

3 讨论

精神分裂症由于病因较复杂, 个人心理因素、外部环境不良因素等各方面均可导致患者发病, 影响患者病情。当患者发病时, 其思维、感知觉、认知功能和行为等各方面均存在一定程度的障碍, 对其身心健康造成严重影响^[6]。当患者处于恢复期时,

症状基本可以比较稳定, 但由于存在一定程度的社会功能缺陷, 导致患者自我管理水平和欠佳, 延误患者病情的恢复。鉴于此, 探究此类患者自我管理能力及其相关影响因素具有重要的临床意义。

本研究中处于恢复期精神分裂症患者的 SSMIS 量表总分为 78.47 ± 4.15 分, 提示其自我管理能力和中等水平, 其原因可能与本研究病例均为恢复期

精神分裂症患者有关,患者经治疗后病情明显减轻,也可能与部分患者的病程较短、住院次数少、文化程度高有关。因此,精神分裂症患者的自我管理能力的存在差异性,还需扩大样本量调查。

多因素 Logistic 回归分析显示,住院次数是此类患者自我管理能力的独立危险因素,家属照顾是其独立保护因素,分析原因在于:患者住院次数越多,是由于其病情反复,或者症状加重需要进行治疗,由于有较多的残存精神症状,影响其病情恢复,降低患者治疗的信心,并降低其遵医嘱依从性。另有报道显示,当精神分裂症患者出现阴性症状时,其社会功能和生活自理能力受到影响,导致患者的自我管理能力的水平降低^[7]。在患者家属影响方面,报道显示,当患者为首次发病时,患者家属可能会比较重视,积极配合治疗,遵医嘱行为较高,对患者的支持度也较高。但随着治疗频次和住院次数的增加,会降低患者及其家属对疾病的重视程度,出现一系列低依从性的治疗行为,主要表现为不按时用药、不遵医嘱等,从而降低患者的自我管理能力的^[8]。对于精神分裂症患者自身而言,由于疾病的特殊性,以及受当地风俗习惯、社会偏见,以及长期治疗需要花费较高的药物和治疗费用等不良因素的影响,加重了患者的心理负担,并导致患者压力巨大,进而而不愿承认自己有病,甚至拒绝治疗,导致病情更易反复发作,并加重病情,如此恶性循环,引起患者出现行为怪异或暴力行为等,也在一定程度上对和谐的家庭关系造成不利影响,且社会支持度较低,容易出现无人照顾的场景^[9-10]。因此,对于精神分裂症患者的恢复而言,家属的照顾显得相当重要。当患者的家庭环境较为和谐时,患者的治疗信心将会被激发;而和谐的家庭环境又可以在一定程度上为患者提供相对稳定的治疗环境,从而提高其自我管理能力的。徐华等^[11]研究表明,有家属照顾或者是患者已婚有配偶者,其自我管理水平的显著较高,与本研究结果一致。

为提高精神分裂症患者的自我管理能力的,护理人员可对其进行引导式教育训练,逐步强化患者对疾病的认知和对药物作用的掌握程度,使其掌握正确服药,完成康复训练^[12]。同时对患者进行针对性心理干预,改变不合理的认知,对有自杀倾向的患者强化认知-行为疗法,并使其逐步掌握生活技能,为回归社会做好准备^[13-14]。

综上所述,精神分裂症患者自我管理能力的有待提高,且与多种因素密切相关,可采取对应措施提高患者的自我管理水平的。

4 参考文献

- [1] 吴艳,崔静怡,孙爱荣,等.精神分裂症患者自我管理体验的质性研究[J].中华现代护理杂志,2019,25(23):2952-2956.
- [2] 颜红萍,赵李平,胡凌志,等.自我管理技能训练法对精神分裂症患者治疗依从性和生活质量的影响[J].浙江临床医学,2017,19(8):1501-1503.
- [3] 朱晓洁,曹新妹.精神分裂症患者自我管理干预研究现状[J].上海护理,2016,16(5):75-79.
- [4] 秦丽,周郁秋.精神分裂症患者自我管理测评工具及影响因素的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2019,19(7):702-706.
- [5] 邹海欧,李峥,王红星,等.精神分裂症患者自我管理量表的编制[J].中国心理卫生杂志,2014,28(1):51-56.
- [6] 居丽晶,范洪峰,马莹,等.对精神分裂症患者实施医院-社区-家庭康复一体化护理干预的效果评价[J].国际护理学杂志,2018,37(5):584-590.
- [7] 张国胜.利培酮合并西酞普兰治疗精神分裂症阴性症状的对照研究[J].实用医技杂志,2010,17(3):277-278.
- [8] 黄娟.影响精神分裂症药物治疗遵医嘱行为相关因素及护理干预措施[J].中外医学研究,2013(31):108-109.
- [9] 于文军,胡纪泽,李兰兰.照顾负担,应对方式和心理健康:对精神分裂症患者家属的追踪研究[J].中国临床心理学杂志,2019,27(5):179-183.
- [10] 孙延强.影响精神分裂症患者住院治疗的心理、社会和生物学因素[J].中国临床康复,2003,7(24):3328-3329.
- [11] 徐华,张燕红,陈兆红,等.住院恢复期精神分裂症患者自我管理能力的的影响因素分析及对策[J].护士进修杂志,2019,34(17):1545-1548.
- [12] 潘杨.多元化护理干预对精神分裂症患者自我管理行为和康复的影响[J].检验医学与临床,2017,14(11):1645-1647.
- [13] 石银燕,王建女,张学平.引导式教育训练对提高精神分裂症患者症状自我管理能力的效果[J].护理与康复,2016,15(9):861-864.
- [14] 朱晓洁,曹新妹,徐文静,等.自我管理训练对住院精神分裂症患者社会功能和生活质量的影响[J].上海护理,2019,19(4):22-25.

[2020-04-16 收稿]

(责任编辑 陈景景)

体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年患者谵妄危险因素分析

董飞飞

【摘要】 目的 分析体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年患者谵妄的危险因素。**方法** 选取2017年1月—2019年12月于医院行体外循环冠状动脉旁路移植术治疗的老年冠心病患者180例作为研究对象,使用患者一般资料问卷危险因素表,收集基础资料(年龄、既往病史等),采用镇静程度评估表(RASS)及谵妄量表(CAM)评估患者谵妄发生情况,将体外循环冠状动脉旁路移植术老年患者麻醉复苏期发生谵妄21例作为病例组,未发生谵妄159例作为对照组。采用单因素和多因素Logistic回归分析发生谵妄的危险因素。**结果** 单因素分析结果显示,年龄 ≥ 65 岁、合并高血压、低氧血症、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻断时间为体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的危险因素($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析发现,年龄 ≥ 65 岁、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻断时间及低氧血症是老年冠心病患者麻醉复苏期发生谵妄的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的风险性较高,年龄 ≥ 65 岁、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻断时间及低氧血症均会增加麻醉复苏期谵妄发生的危险性,为降低术后谵妄发生率,医护人员需对上述危险因素格外重视。

【关键词】 体外循环冠状动脉旁路移植术;麻醉复苏期;老年患者;谵妄;危险因素

中图分类号 R472.3 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.009

Risk factors of delirium in elderly patients underwent cardiopulmonary bypass grafting during anesthesia recovery Dong Feifei (Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University, Xuzhou 221000, China)

【Abstract】 Objective To analyze the risk factors of delirium in elderly patients recovering from anesthesia after cardiopulmonary bypass grafting. **Methods** A total of 180 elderly patients with coronary heart disease who received cardiopulmonary bypass grafting in the hospital from January 2017 to December 2019 were selected as the research subjects. By taking the patients' general data questionnaire and risk factors table to collect basic data (age, past medical history, etc.) the delirium incidence of patients was assessed by Richmond agitation-sedation scale(RASS) and confusion assessment method(CAM). 21 cases of delirium during anesthesia recovery in elderly patients underwent cardiopulmonary bypass grafts were selected as case group, 159 cases without delirium were selected as control group. Univariate and multivariate Logistic regression were operated to analyze the risk factors of delirium. **Results** Univariate analysis showed that, age ≥ 65 years old, complicated hypertension, hypoxemia, operation time ≥ 240 min, cardiopulmonary bypass time, aortic occlusion time were the risk factors of delirium in elderly patients with coronary heart disease after cardiopulmonary bypass grafting at the recovery stage of anesthesia ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, age ≥ 65 years old, operation time ≥ 240 min, extracorporeal circulation time, aortic occlusion time and hypoxemia were the independent risk factors of delirium in elderly patients with coronary heart disease during anesthesia recovery ($P<0.05$). **Conclusion** Extracorporeal circulation coronary artery bypass grafting has a higher risk of delirium in elderly patients with recovering from anesthesia, age ≥ 65 years old, operation time ≥ 240 min, CPB time, aortic occlusion time and hypoxemia all increase the risk of delirium from anesthesia. To reduce the incidence of postoperative delirium, nursing staffs need to pay extra attention on these risk factors.

【Key words】 Cardiopulmonary bypass grafting; Anesthesia recovery stage; Elderly patients; Delirium; Risk factors

作者单位: 221000 江苏省徐州市, 徐州医科大学附属医院
麻醉科手术室

体外循环冠状动脉旁路移植术是冠心病治疗的重要术式,主要用于冠状动脉细小、低射血分数、术中局部性解剖困难等影响冠脉血运重建^[1]。谵妄是由多种因素导致的急性可逆性意识功能性异常改变,临床表现为随时间波动出现注意力障碍,且识别外界环境、物体等能力降低,精神活动性下降,继而出现睡眠-觉醒周期功能性紊乱现象^[2]。老年冠心病患者因器官功能衰弱、合并基础病,全麻术后识别外界环境、物体等能力降低,精神活动性下降,进而诱发神经系统并发症即谵妄,但目前临床对于体外循环冠状动脉旁路移植术老年患者谵妄的诱因及发生机制尚未完全阐述^[3-4]。本研究通过临床病例对照研究,探讨体外循环冠状动脉旁路移植术老年冠心病患者麻醉复苏期谵妄发生的危险因素,为制定预警护理策略提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年1月—2019年12月于医院行体外循环冠状动脉旁路移植术治疗的老年冠心病患者180例作为研究对象。其中男75例,女105例。年龄60~76岁,平均 68.2 ± 4.6 岁。纳入条件:均符合全麻类手术的指征,且均行体外循环冠状动脉旁路移植术(ONCABG);年龄60~86岁;美国麻醉医师协会(ASA)分级为I~III级;术后均进入麻醉苏醒室(PACU);均自愿参与本研究,且签署知情同意书。排除条件:合并严重肝、肾等功能不全;伴凝血功能障碍或免疫系统疾病;患精神类疾病或交流障碍;严重焦虑或抑郁。将体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期发生谵妄的21例患者作为病例组,未发生谵妄的159例患者作为对照组。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 调查方法

1.2.1 老年冠心病患者基础信息问卷 使用医院患者一般资料问卷危险因素表,术前进行访视、查阅病历资料,了解老年冠心病患者临床基础资料,如性别、年龄、学历、既往病史(高血压等)。术前实验室相关项目检查结果,如:心电图、血气指标、血常规、尿常规等。术中事项记录:麻醉药用量、麻醉时间、低氧血症等。

1.2.2 老年冠心病患者麻醉复苏期谵妄危险因素评估

(1)镇静质量及深度评估:采用镇静评分表(RASS)评估老年全麻患者镇静质量及深度。量表共包含10个等级,概述如下:+4:存在攻击性,表

现具有暴力攻击性,有一定危险;+3:非常躁动,表现企图将呼吸管、导尿管、输液器及胃管等拔除;+2:焦虑躁动,表现为身体频发无目的移动,且不能配合呼吸机;+1:不安烦躁,表现神情焦虑,身体轻微移动但不具备攻击性;0:平静、清醒,患者处于自然的清醒状态;-1:昏昏欲睡,表现未完全清醒,但在声音的刺激之下可维持 ≥ 10 s的清醒状态;-2:属于轻度镇静,患者在声音的刺激下无法维持 ≥ 10 s的清醒;-3:属于中度镇静,患者仅表现为对声音有刺激性反应,但无法维持清醒;-4:属于深度镇静,患者对声音无刺激性反应,需给予其机体一定刺激方可有反应;-5:属于昏迷,患者对声音及机体刺激性均无反应^[5]。

(2)术后谵妄评估:采用意识混乱评估法(CAM)评估老年全麻患者术后谵妄情况,此评估方法具有较好的灵敏度及特异度。CAM量表共包含4项评估特征:I:意识急性改变,病情波动;II:存在注意力不集中;III:意识水平改变;IV:思维混乱且无序。老年全麻患者在过去任何24 h内出现特征I和II,后采用RASS量表评定特征III,即患者RASS评分结果非0分,则记为阳性(存在特征III),特征IV考察常识性是否问题与指令性动作问题,按照标准统计结果^[6]。谵妄判定标准:患者存在特征I和II,再加上特征III或特征IV,即可评定为存在谵妄,否则判定无谵妄产生^[7]。

1.3 统计学处理

采用SPSS23.0统计学软件,单因素分析计数资料组间构成的比较采用 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 影响体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的单因素分析

单因素分析结果显示,年龄 ≥ 65 岁、合并高血压、低血氧症、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻闭时间是体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的危险因素($P<0.05$)。见表1。

2.2 影响体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的多因素Logistic分析

多因素Logistic回归分析结果显示,年龄 ≥ 65 岁、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻闭时间及低氧血症为老年冠心病患者麻醉复苏期谵妄危险因素的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

表1 影响体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=21)	对照组 (n=159)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	<65	8	100	4.753	0.029
	≥ 65	13	59		
低血氧症	否	7	122	17.204	0.000
	是	14	37		
合并高血压	否	9	114	7.131	0.008
	是	12	45		
手术 ASA 分级	I ~ II	7	50	0.031	0.861
	III	14	109		
手术时间 (min)	<240	7	99	6.413	0.011
	≥ 240	14	60		
体外循环时间 (min)	<105	6	98	8.313	0.004
	≥ 105	15	61		
学历	初中及以下	9	70	0.010	0.919
	高中及以上	12	89		
主动脉阻闭时间 (min)	<70	7	97	5.823	0.016
	≥ 70	14	62		
苏醒期躁动	否	10	77	0.005	0.944
	是	11	82		

表2 影响体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95%CI
年龄 ≥ 65 岁	1.013	0.478	4.485	0.034	2.754	1.078~7.034
手术时间 ≥ 240 min	1.194	0.491	5.913	0.015	3.300	1.261~8.638
体外循环时间	1.390	0.510	7.437	0.006	4.016	1.479~10.910
主动脉阻闭时间	1.141	0.491	5.406	0.020	3.129	1.196~8.185
低血氧症	1.886	0.500	14.260	0.000	6.595	2.477~17.554

3 讨论

3.1 体外循环冠状动脉旁路移植术老年冠心病患者麻醉复苏期谵妄分析

谵妄在老年患者全麻手术的术后较为常见,又被称之为急性脑综合征,该症的主要临床表现为行为没有目的、意识性障碍、记忆力减退、注意力不集中等,主要指的是患者在进行外科手术治疗之后产生一种注意力、意识水平及认知能力的急性一过性异常改变^[8]。术后谵妄症状持续时间越长,老年患者术后病死率越高,虽然术后谵妄具备一定的自愈性,临床症状多数时间可于麻醉复苏期、住院期间得到较好的缓解,但仍然会对老年患者长时间的认知功能产生不良影响,进而影响手术效果及预后^[9]。因此在体外循环冠状动脉旁路移植术的麻醉复苏期分析老年患者谵妄发生的危险因素是极其必要的。

3.2 老年冠心病患者麻醉复苏期谵妄危险因素分析

本研究多因素 Logistic 回归分析发现,年龄 ≥ 65 岁、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主

动脉阻闭时间及低氧血症为老年冠心病患者者麻醉复苏期谵妄的独立危险因素,具体分析如下:

(1) 年龄 ≥ 65 岁:随着老年冠心病患者年龄的不断增长,其机体器官、组织等功能性逐步退化,包含大脑的退行性改变,如大脑整体性容积缩小、脑部神经元体积缩小、神经递质的数量减少,加剧了脑血管硬化的风险,降低了脑组织血流量^[10]。上述退行性改变,使老年脑代谢水平下降,对应激性的反应能力也随之降低。且随着年龄增长,老年患者机体的基础合并症逐渐增多,其调节代偿能力随之明显下降,经过手术及麻醉后,短时间内难以适应其机体内外在环境的剧烈反差性改变,对脑组织的供氧供血产生影响,血氧失衡则会导致脑部功能性障碍的发生。加之老年肝肾功能普遍较弱,清除药物的能力相对较低,新陈代谢时间较长,麻醉药物在机体中蓄积,如若在中枢神经系统蓄积,则会进一步影响大脑的代谢水平,继而产生谵妄等^[11-12]。在麻醉复苏期针对年龄 ≥ 65 岁的患者,需严密观察其代谢情况,监测 24 h 液体出入量等。

(2) 手术时间 ≥ 240 min: 老年冠心病患者手术时间过长会增加其机体创伤性, 致使其机体中体液、血容量明显降低, 同时会增加术中输血量, 增加感染的风险性, 致使患者机体始终处于生理应激状态。

(3) 体外循环时间及主动脉阻闭时间: 研究表明体外循环时间及主动脉阻闭时间为影响老年冠心病患者术后发生谵妄的危险因素, 原因与手术操作中冠心病患者脑部血氧浓度密切相关, 且相关临床报道体外循环类心脏手术的术中患者局部的脑部血氧饱和度与术后认知功能障碍紧密相关^[13-14]。因此尽可能控制主动脉阻闭的时间与体外循环时间, 加强外科手术操作技巧, 以此提升术中患者脑部血氧饱和度, 对降低术后谵妄发生率有积极意义。

(4) 低氧血症: 研究发现术后低氧血症为老年冠心病患者术后发生谵妄的危险因素, 原因为老年冠心病中枢神经系统对缺氧现象异常性敏感, 而缺氧往往会致使神经递质合成释放量降低, 特别是乙酰胆碱, 进而诱导术后认知功能障碍的发生^[15-16]。因此针对低氧血症患者, 需调整床头, 使其与地面水平呈 30° , 并采用鼻导管输氧方式, 确保呼吸道畅通, 采用生命体征监测仪实时监测心率、呼吸频率、血压水平等, 并给予无创机械通气, 采用俯卧位, 首先将患者气道中分泌物清理干净, 并适当给予镇静剂等, 后输送纯氧 1 min。将引流管关闭并将其固定牢靠, 待平稳 10 min 后, 将体位调整为俯卧位, 并于老年患者双肩、髋部等部位放置适宜方垫, 保障胸腹部自主活动。俯卧位调整为仰卧位后的 2 h, 将呼吸机相关指标及患者中心静脉压维持平稳。第 1 次采用俯卧位无创机械通气的时间在 15~30 min 范围内, 后逐次延长, 但最长需 ≤ 2 h, 并在此过程中实时监测患者生命体征及患者对此体位行机械通气的耐受程度, 以此改善低氧血症。

综上所述, 危险因素发现体外循环冠状动脉旁路移植术麻醉复苏期老年冠心病患者发生谵妄的风险性较高。年龄 ≥ 65 岁、手术时间 ≥ 240 min、体外循环时间、主动脉阻闭时间及低血氧症均会增加麻醉复苏期谵妄发生的风险性, 为降低术后谵妄发生率, 医护人员需对上述危险因素格外重视。

4 参考文献

- [1] 汪悦, 李娟. 老年患者术后谵妄的危险因素分析及其临床防治现状 [J]. 国际麻醉学与复苏杂志, 2018, 39(3): 239-244, 249.
- [2] 林雪琴, 黄文娟. 经皮冠状动脉介入术后冠心病患者

健康促进行为与健康信念的相关性研究 [J]. 华南预防医学, 2019, 14(4): 309-313.

- [3] 王云云, 靳英辉, 陆翠, 等. 围手术期谵妄风险筛查工具对老年髋部骨折患者风险预测效果影响的 Meta 分析 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(16): 1461-1467.
- [4] 刘思伯, 刘赞华, 王虹, 等. 老年患者首次谵妄发生后的预后相关因素分析 [J]. 中华老年医学杂志, 2019, 38(2): 161-164.
- [5] 陈敏, 郭芬, 王影. 不同麻醉方式及深度对老年髋关节置换术后谵妄的影响 [J]. 中国现代医药杂志, 2018, 20(6): 53-56.
- [6] 赵姝. 不同吸入浓度的七氟烷联合瑞芬太尼对髋关节置换术老年患者术后谵妄的影响 [J]. 系统医学, 2019, 22(18): 7-9.
- [7] 黄艳, 张蒙, 高浪丽, 等. 生活项目干预方案预防住院老年患者谵妄的效果研究 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(6): 855-861.
- [8] Emily Brück, Anna Schandl, Matteo Bottai, et al. The impact of sepsis, delirium, and psychological distress on self-rated cognitive function in ICU survivors—a prospective cohort study [J]. Journal of Intensive Care, 2018, 6(1): 2.
- [9] 李呈凯, 白树财, 宋秀钢, 等. 老年髋部骨折患者术后谵妄相关危险因素的回溯性研究 [J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(4): 250-256.
- [10] 王明洪, 卢丹, 陈明, 等. 早期心理干预对老年患者骨科手术后谵妄及心理健康的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(3): 533-536.
- [11] Dong-Dong Chai, Jun Ji. Effect of dexmedetomidine combined with sevoflurane for general anesthesia during dental treatment in pediatric patients [J]. Shanghai Journal of Stomatology, 2018, 27(1): 85-88.
- [12] 李丽琴, 孙艳丽, 王聪, 等. 老年患者术后谵妄防治的研究进展 [J]. 国际老年医学杂志, 2019, 22(1): 59-64.
- [13] 段振馨, 陈芳, 钟河江, 等. 术后认知功能障碍对心脏瓣膜置换手术患者康复的影响 [J]. 第三军医大学学报, 2019, 41(11): 1077-1082.
- [14] 肖芳, 王金柱, 陈娟红, 等. 成人心脏术后谵妄的危险因素及护理措施分析 [J]. 现代实用医学, 2018, 30(12): 1662-1664.
- [15] 余金甜, 张爱琴, 陈俊杉. 冠状动脉旁路移植术后低氧血症危险因素 Meta 分析 [J]. 中国循证医学杂志, 2019, 14(10): 1163-1169.
- [16] Tsiotou AG, Malisiova A, Kouptsova E, et al. Dexmedetomidine for the reduction of emergence delirium in children undergoing tonsillectomy with propofol anesthesia: A double-blind, randomized study [J]. Paediatric Anaesthesia, 2018, 28(7): 632.

[2020-05-21 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法对脑卒中偏瘫患者康复效果的影响

邢肖玥 张文娟 刘晶晶 游佳

【摘要】 目的 探讨清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法对脑卒中偏瘫患者康复效果的影响。方法 选取2018年2月—2019年9月于医院就诊的102例脑卒中偏瘫患者为研究对象,按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组与观察组,每组51例。患者入院后均给予常规治疗,对照组予以常规中医情志护理、中医饮食干预、靳三针治疗法、点穴治疗,观察组在对照组基础上加用清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法,比较两组患者肢体运动功能(FMA)、日常生活活动能力(ADL)、神经功能缺损(NIHSS)评分及风痰瘀阻证评分。结果 观察组FMA总评分及上肢、下肢FMA评分均高于对照组($P<0.05$);观察组ADL评分高于对照组($P<0.05$),NIHSS评分、风痰瘀阻证评分均低于对照组($P<0.05$)。结论 清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法可明显提升脑卒中患者肢体运动功能评分,改善神经功能缺损症状,提升日常生活活动能力,促进患者康复。

【关键词】 脑卒中;偏瘫;清脑益元汤加减;中药熏蒸疗法;康复;影响

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.010

Effect of Qingnaoyiyuan decoction combined with traditional Chinese medicine fumigation therapy on rehabilitation of patients with stroke and hemiplegia Xing Xiaoyue, Zhang Wenjuan, Liu Jingjing, You Jia(26 North District of Jiangsu Chinese Medicine Hospital, Nanjing 210000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of Qingnaoyiyuan decoction combined with traditional Chinese fumigation medicine on rehabilitation of patients with stroke and hemiplegia. **Methods** To select 102 patients with stroke and hemiplegia admitted in the hospital from February 2018 to September 2019 as the research subjects. According to the principle of comparability of basic characteristics matching between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 51 cases in each group. The routine nursing was applied on all the patients, the control group was applied the traditional Chinese medicine emotional nursing, Chinese medicine diet intervention, Jinsanzhen therapy, point treatment, the observation group was applied the Qingnaoyiyuan decoction combined with traditional Chinese medicine fumigation therapy based on the control group. The Fugl-Meyer(FMA), activities of daily living (ADL), NIH stroke scale (NIHSS) score and wind phlegm and blood stasis syndrome were compared between two groups. **Results** The total FMA score, upper and lower limb FMA scores of observation group were higher than the control group ($P<0.05$). ADL score of observation group was higher than the control group ($P<0.05$), NIHSS score and windphlegm and stasis syndrome score were lower than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Qingnaoyiyuan decoction combined with traditional Chinese medicine fumigation therapy could improve the limb motor function score of stroke patients, improve the symptoms of neurological function deficit, enhance the ability of daily living activities and promote the rehabilitation of patients.

【Key words】 Stroke; Hemiplegia; Qingnaoyiyuan decoction; Chinese medicine fumigation therapy; Rehabilitation; Effect

脑卒中患者偏瘫是其最常见症状,病因为动脉硬化、血液黏稠度升高引发大脑神经细胞缺血、缺

氧、凋亡、坏死等,临床表现为不同程度的上下肢损害、肌力不足、肌张力高、躯干稳定性差、髋膝踝控制能力差等^[1-2]。该病致残率在70%以上,且40%左右患者经治疗后仍无法痊愈,严重影响个人及家庭生活质量^[3-4]。中医学将脑卒中偏瘫归为心、

作者单位:210000 江苏省南京市,江苏省中医院北26区针灸康复科

肝、肾三脏阴阳失调,诱因为气血亏虚,或联合外邪侵袭、房事劳累、饮酒饱食、忧思恼怒等^[5-7]。近年来,中药组方配合中医特色护理在脑卒中偏瘫治疗中取得较好效果,例如:武文印等^[8]通过补阳还五汤加减法辨证治疗116例脑卒中后遗症患者,患者运动能力高于对照组的西医疗法,本研究在常规中医情志护理、中医饮食干预、靳三针治疗法、点穴治疗基础上联合使用清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法,以期改善临床中风偏瘫患者康复进程。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年2月—2019年9月于医院就诊的102例脑卒中偏瘫患者为研究对象。西医诊断标准:采用中华医学会神经病学分会制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》相关诊断标准^[9],临床症状为单侧肢体麻木、无力,语言功能受限,起病急,存在确切影像学诊断结果。中医诊断标准:参考国家中医药管理局制定的《中风病诊断与疗效评定标准》中相关标准^[10],以偏瘫、偏身感觉障碍、口角歪斜、言语晦涩不清或神志异常情况为主症,以头痛、眩晕、共济失调、饮水呛咳为次症,起病急,多存在情绪激动、过劳等诱因。纳入条件:年龄18~75岁;经头颅CT或MRI检查确诊,且符合中西医诊断标准;首次发病并给予治疗;存在肢体功能障碍,偏瘫肌力0~4级;神志清晰病情稳定。排除条件:合并严重器质性疾病、恶性肿瘤、精神疾病;处于妊娠或哺乳期;对相关中西药过敏;由继发性脑梗死、短暂性脑缺血等诱发的神经功能缺损或肌力减退;皮肤破溃、晕针者;重要临床资料缺失。按照组间基本特征相匹配的原则分为对照组与观察组,每组51例。对照组中男62例,女40例;年龄24~74岁,平均 51.39 ± 4.67 岁;卒中类型:脑梗死81例,脑出血21例;卒中侧别:左侧偏瘫53例,右侧偏瘫49例。观察组中男60例,女42例;年龄26~74岁,平均年龄 52.13 ± 5.28 岁;卒中类型:脑梗死79例,脑出血23例;卒中侧别:左侧偏瘫54例,右侧偏瘫48例。两组患者性别、年龄、卒中类型、偏瘫侧别比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 康复护理方法

1.2.1 对照组 采取常规中医组合方法,包括:

(1)中医情志护理:护理人员采用疏导解郁法予以针对性心理疏导,以解郁安神、疏通气血,包括良性语言暗示、移精变气法转移注意力;主动了解患者需求,针对性讲解中风偏瘫专业知识、疗护

方法、注意事项,提升疾病认知,指导不良情绪宣泄;自患者入院第1天起实施,30 min/次,隔日1次。

(2)中医饮食干预:以水果、蔬菜、谷类食物为主,基于中医理论对不同体质患者对食谱加减,脾胃气虚者加糯米、红枣等;脉络阻滞者加柑橘、萝卜等;食谱搭配避免搭配禁忌。

(3)靳三针治疗法:取穴:智三针(神庭、本神)、肩三针、手三针(曲池、合谷、外关)、颞三针、足三针(足三里、太冲、三阴交)。具体操作:取华佗牌一次性无菌灸针(0.3 mm×0.4 mm),使用75%酒精棉球对患者穴位皮肤严格消毒后,协助其取仰卧位,施智三针:头皮向后15°角平刺进针10 mm至帽状腱膜下,接着小幅度快速捻转得气;施肩三针:上肢向45°角斜刺皮肤30 mm,平补平泻捻转;剩余穴施常规针刺至得气;足三里施提插捻转补手法;其余行平补平泻捻转法。留针30 min,每隔10 min/1次。

(4)点穴治疗:①取穴:选择患侧肩髃、肩井、合谷、曲池、委中、环跳、阳陵泉、与足三里等穴位。②具体操作:协助患者取舒适卧位,专业医护者采用示指、中指近端指间关节突起或肘尖着力,由浅至深、由轻及重缓慢向下按压穴位深层组织至得气,停留5 s后缓慢抬起术手,至起始部位,反复持续2~3 min/穴。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予清脑益元汤加减联合中药熏蒸的方法,具体方案如下:

(1)清脑益元汤加减治疗:基本处方包括水牛角30 g,红景天20 g,紫河车、赤芍、川牛膝各15 g,肉苁蓉、生地黄、制首乌各10 g,三七粉、水蛭各9 g。依据患者中医辨证分型合理加减药物,统一煎制,1剂/日,早晚各1次空腹温服,300 ml/次。

(2)中药熏蒸疗法:①处方:艾叶、狗脊、赤芍各20 g,海风藤、伸筋草、桑枝、络石藤、桂枝各15 g,桃仁、红花各10 g,制地龙6 g,三七、全蝎、炒乌梢蛇各3 g。上述方剂加水浸泡1 h后文火煎30 min,取药液200 ml。②熏蒸过程:首先检查皮肤是否存在破损、溃疡等,于餐后2~3 h后使用中药熏蒸机(LXZ-200V型),调节温度至100℃,预热至升温于43℃,对患肢肿胀处熏蒸,1次/日,30 min/次,持续4周。每次熏蒸结束后静卧休息30 min以上。每次先行靳三针,再行点穴治疗,最后施中药熏蒸疗法,定期观察患者状况并询问感受,及时调节组合方案。

1.3 观察指标

(1)运动功能评估^[11]:采用简式Fugl-Meyer

量表 (FMA) 评估患者运动能力, 上肢评分范围 0~66 分, 下肢评分范围 0~34 分, 总评分范围 0~100 分, 评分越高, 表明肢体活动能力越好。

(2) 日常生活活动能力 (ADL) 量表评估^[12]: 采取 Barthel 指数评分, 内容包括进食、穿衣、如厕、个人卫生、大便控制、膀胱控制、自己洗澡、椅/床转移、行走/坐轮椅和上楼梯等 10 个条目, 累计评分 0~100 分, 评分越高, 表明生活活动能力越好。

(3) 神经功能缺损评分量表 (NIHSS) 评估^[13]: 对比两组患者神经功能缺损程度, NIHSS 量表总评分为 0~42 分, 评分越高, 表明神经功能缺损越严重。

(4) 风痰瘀阻证评分^[14]: 根据《中风病诊断与疗效评定标准》中相关半身不遂、言语謇涩或不语、感觉减退或消失、口眼斜、头晕目眩、舌歪、

痰多而黏等症状情况, 各条目评分分为“0~3 分”分别表示“无、轻、中、重”。评分越高, 表明风痰瘀阻症状越严重。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 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”描述, 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 护理干预后两组患者运动功能评分比较

观察组患者护理干预后上肢、下肢 FMA 评分以及 FMA 评分总评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 护理干预后两组患者 FMA 评分比较 (分)

组别	例数	上肢	下肢	FMA 总评分
对照组	51	43.82 ± 6.35	24.01 ± 5.37	67.83 ± 7.94
观察组	51	49.57 ± 5.09	27.88 ± 5.92	77.45 ± 10.25
<i>t</i> 值		5.046	3.458	5.229
<i>P</i> 值		0.000	0.001	0.000

2.2 两组患者日常生活活动能力、神经功能缺损及风痰瘀阻证评分比较

观察组护理后干预后, ADL 评分高于对照组,

NIHSS 评分和风痰瘀阻证评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者日常生活活动能力、神经功能缺损及风痰瘀阻证评分比较 (分)

组别	例数	ADL 评分	NIHSS 评分	风痰瘀阻证评分
对照组	51	67.90 ± 10.12	12.78 ± 2.31	11.68 ± 1.80
观察组	51	78.56 ± 11.64	10.13 ± 2.04	7.93 ± 1.79
<i>t</i> 值		4.936	6.141	10.550
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

中医护理是基于中医基础理论知识逐步形成的有效辅助手段, 具备中医学特色。脑卒中后偏瘫患者采取中医特色护理技术包含针刺疗法、中药熏洗、穴位按摩、敷贴等诸手段, 普遍存在操作简便、

价格低廉、患者易于接受等特点^[15], 可有效改善脑卒中偏瘫患者自理能力, 助于快速康复。顾云龙等^[16]研究中医情志护理对比常规护理对 36 例脑卒中后遗症患者临床效果更好; 中医同时强调饮食均衡搭配, 应根据寒、热、阴虚、阳虚、痰饮、瘀血阻滞等不同证型为中风偏瘫者搭配饮食。除此之外, 与

单纯西医治疗比较,温针灸、穴位和四肢按摩、情志护理、推拿按摩、熏洗、贴敷、日常健康指导等均被国内文献纳入中风偏瘫康复辅助手段。

本研究对照组结合传统中医情志护理、中医饮食干预、靳三针治疗法、点穴治疗等手段,在中医五志七情学说理论指导下,通过对患者体表经络、穴位或特定刺激线采取点、按、拍、掐等手法,将穴位刺激传导至中枢神经,加强循环调节,提升痛阈,有效缓解紧张痉挛、修复损伤祖师并松解软组织粘连,降低肌张力改善偏瘫患者肢体功能;靳三针取穴在神经血管丰富部位,促使脑代偿能力提升,受损功能区内神经细胞恢复,进而改善认知功能。

然而,上述办法尽管一定程度实现患者运动、日常活动及其他功能损伤改善,但如何使 100% 高效依据病情改变提升患者运动功能等方面仍为医学者关注重难点。因为,本次研究进一步在对照组基础上采取清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法,蕴含内外施治,结果显示,观察组护理后上肢、下肢及 FMA 总评分均明显高于对照组 ($P<0.05$),提示上述干预有效提升上下肢运动能力。原因可能在于:清脑益元汤加减治疗联合中药熏蒸依据中医辨证论治,达到传统内外治方法配合效果。同时,研究显示,观察组护理后 ADL 评分高于对照组,NIHSS 评分、风痰瘀阻证评分均低于对照组 ($P<0.05$),表明日常生活活动能力、认知功能及中医分型症状明显改善,究其原因:中药熏蒸汽扩张肌肤腠理、改善血液循环并增进药物吸收,可显著降低神经兴奋、降低肌力并缓解疼痛,为集中药药疗、热疗、汽疗、中药离子渗透综合功能的特色护理技术,并对脑卒中偏瘫者起到温阳通络、行气活血化瘀通络效果。

综上所述,本研究认为清脑益元汤加减联合中药熏蒸疗法可明显提升肢体运动功能评分,改善神经功能缺损,提升日常生活活动能力,促进康复。

4 参考文献

- [1] 刘国辉,曹发奇.中国老年偏瘫患者应用骨科矫形器康复治疗的专家共识[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(1):82-85.
- [2] 杨丽萍.脑卒中偏瘫患者延续性护理的研究进展分析[J].吉林医学,2019,40(11):2685-2686.
- [3] 秦会超,刘丰艳.针灸推拿联合中药熏蒸治疗中风后偏瘫痉挛临床研究[J].新中医,2020,52(7):129-131.
- [4] 杨攀.醒脑开窍针刺法对中风后痉挛性偏瘫患者的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(3):151-153.
- [5] 陶平安,安彩梅,钟建友.韦氏壮药烫疗包联合华佗夹脊点穴治疗中风偏瘫的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13(9):122-124.
- [6] 武文印,谷力彬,张印纲.电针联合中药熏蒸治疗缺血性卒中后下肢痉挛的疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(3):291-294.
- [7] 赵蕾,陶雪,司林阁,等.针刺对中风痉挛性偏瘫研究进展[J].云南中医中药杂志,2020,41(3):86-88.
- [8] 张少明,贺小卉,孙墨,等.靳三针配合点穴联合清脑益元汤对急性缺血性中风偏瘫患者神经功能及肌力的影响[J].四川中医,2020,38(3):206-209.
- [9] 冼卫民,黄雪仪,谢学慧.中医护理促进中风偏瘫患者康复的临床分析[J].中医临床研究,2020,12(7):122-124.
- [10] 路晟,程飞,陈乾.滋阴通络方联合针刺治疗中风恢复期偏瘫患者临床观察[J].山东医药,2020,60(7):77-79.
- [11] 李秀玲.基于患者需求为导向的临床护理路径对卒中后偏瘫患者主观感受及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(1):50-51.
- [12] 王家艳,许玉皎.中药熏洗在缺血性中风病恢复期应用研究进展[J].中国中医急症,2019,28(12):2246-2249.
- [13] 杨东宁.中药熏蒸治疗偏瘫肢体肿胀疗效观察[J].按摩与康复医学,2019,10(18):3-4.
- [14] 吴维宁,任路.针灸治疗情志因素引起中风病及其后遗症取穴探析[J].亚太传统医药,2019,15(03):84-87.
- [15] 何俊,黄亮,庄任,等.基于肌骨超声技术中药熏蒸精准论治中风偏瘫恢复期肩痛疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(4):87-90.
- [16] 顾云龙,施婕妤,孙萍萍,等.推拿点穴疗法治疗脑梗死后上肢痉挛性偏瘫的临床疗效观察[J].上海中医药杂志,2018,52(6):50-52.

[2020-06-03 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

新生儿发生病房医院感染的危险因素分析

林少英

【摘要】 目的 探讨新生儿发生病房医院感染的危险因素。**方法** 选择2019年1—12月在医院新生儿科接受治疗的患儿200例为研究对象,将发生病房医院感染的新生儿20例作为感染组(病例组),未发生病房医院感染的新生儿180例作为未感染组(对照组),通过单因素分析、多因素Logistic回归分析,筛选新生儿发生病房医院感染的危险因素。**结果** 单因素分析显示,出生体质量、胎龄、Apgar评分、气管插管、PICC、留置胃管、住院时间、护士感染防控培训是影响新生儿发生病房医院感染的相关因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,出生体质量、胎龄、Apgar评分、气管插管、PICC、住院时间、护士感染防控培训是新生儿发生病房医院感染的独立危险因素($P<0.05$)。**结论** 出生体质量 <2.5 kg、胎龄 <37 周、Apgar评分 <5 分、气管插管、PICC、住院时间 ≥ 7 d、护士未接受感染防控培训是新生儿发生病房医院感染的独立危险因素,临床需实施目标性监测干预,积极完善防控护理方案。

【关键词】 新生儿;医院感染;危险因素;护理对策

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.011

Analysis of the risk factors of hospital infections in neonatal wards LIN Shaoying (Fuzhou Children's Hospital, Fuzhou 350001, China)

【Abstract】 Objective To explore the risk factors and nursing strategies of neonatal ward hospital infection.

Methods To select 200 children admitted in the neonatal department of the hospital from January to December 2019 as the study object. 20 cases occurred the hospital ward infection were set as infect group(case group), 180 cases without the hospital ward infection were set as uninfected group(control group), by taking the univariate analysis and multivariate Logistic regression analysis to select the risk factors of neonatal ward infection.

Results Univariate analysis showed that, birth weight, gestational age, Apgar score, endotracheal intubation, PICC, indwelling gastric tube, length of hospital stay, nurse infection prevention and control training were the related factors influence the incidence of neonatal hospital infection ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, birth weight, gestational age, Apgar score, endotracheal intubation, PICC, length of hospital stay, and nurses' training in infection prevention and control were the independent risk factors of neonatal ward hospital infection ($P<0.05$). **Conclusion** Birth body mass <2.5 kg, gestational age <37 weeks, Apgar score <5 point, endotracheal intubation, PICC, hospitalization time ≥ 7 d, and nurses not receiving infection prevention and control training are independent risk factors of neonatal ward hospital infection. Clinical implementation of targeted monitoring intervention is required, and actively improve the prevention and control nursing plan.

【Key words】 Newborn; Hospital infection; Risk factors; Nursing countermeasures

新生儿科是医院感染的高危科室之一,全国医院感染现患率及横断面抗菌药物使用情况调查结果显示,新生儿科位居医院感染科室排名前5,是医院感染监测的重点^[1]。相关研究报道,各年龄阶段的患儿医院感染患病率随年龄增长呈U型分布,其中5岁以下患儿医院感染率为22.1%^[2-3]。而新生儿科收治患儿为低体重儿、早产儿及难产儿等高危新

生儿,多伴有免疫功能缺陷,加之侵入性检查或操作、自身疾病等因素作用,局部或全身感染风险显著增大^[4]。为对新生儿病房医院感染的有效防控,需对其危险因素实施分析,以实现医院感染危险因素的精准识别、控制,而现有研究多从疾病、患儿层面实施分析,未考虑到护理及护理管理层面的因素。本研究采用临床病例对照研究,通过单因素分析、多因素Logistic回归分析筛选新生儿发生病房医院感染的危险因素,为临床制定防控护理对

策提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 1—12 月在我院新生儿科接受治疗的患儿 200 例为研究对象，纳入条件：出生 24 h 内未出现局部或全身感染；临床资料齐全；出生时间不足 4 周；家属知晓研究详情，且签署知情同意书。排除条件：因病情变化而无法进行试验；非医院感染范畴；经胎盘获得感染，且发病于出生后 48 h 内；皮肤黏膜开放性伤口，存在细菌定植但未出现炎症反应；非生物因子刺激而引起的炎症。根据临床诊断结果将发生病房医院感染的新生儿 20 例作为感染组（病例组），未发生病房医院感染的新生儿 180 例作为未感染组（对照组）。

1.2 资料收集

通过医院病例管理系统搜集研究期间住院新生儿病例，基于双人核查制度按一般资料量表整理、记录新生儿相关信息，包括性别、胎龄、出生体质量、合并基础疾病、是否多胎、分娩方式、留置胃管、

PICC 应用、Apgar 评分、气管插管、住院时间等。

1.3 诊断标准

根据国家卫生部 2001 年颁布的“医院感染诊断标准（试行）”实施诊断，其中呼吸机相关性肺炎、中心静脉导管相关血流感染参照相关指南标准；临床医师上报医院感染病例，由感染管理科相关人员审核、诊断^[5-6]。

1.4 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比较采用 χ^2 检验，多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 新生儿发生病房医院感染的单因素分析

单因素分析显示，出生体质量、胎龄、Apgar 评分、气管插管、PICC、留置胃管、住院时间、护士感染防控培训是影响新生儿发生病房医院感染的相关因素（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 新生儿发生病房医院感染的单因素分析

分析因素	类别	病例组（n=20）	对照组（n=180）	χ^2 值	P 值
性别	男	11	94	0.056	0.813
	女	9	86		
胎龄（周）	<37	15	80	6.739	0.009
	≥ 37	5	100		
出生体质量（kg）	<2.5	14	81	4.511	0.034
	≥ 2.5	6	99		
合并基础疾病	是	3	30	0.016*	0.899
	否	17	150		
是否多胎	是	4	30	0.004*	0.950
	否	16	150		
分娩方式	阴道分娩	13	125	0.166	0.683
	剖宫产	7	55		
留置胃管	是	14	46	16.931	0.000
	否	6	134		
PICC	是	15	56	15.142	0.000
	否	5	124		
气管插管	是	14	63	9.313	0.002
	否	6	117		
Apgar 评分（分）	<5	13	55	9.517	0.002
	≥ 5	7	125		
住院时间（d）	<7	6	114	8.333	0.004
	≥ 7	14	66		
护士感染防控培训	已接受	4	123	18.143	0.000
	未接受	16	57		

* 为校正 χ^2 值。

2.2 新生儿发生病房医院感染的多因素 Logistic 回归分析

将新生儿是否发生医院感染为因变量, 出生体质量、胎龄、Apgar 评分、气管插管、PICC、留置胃管、住院时间、护士感染防控培训作为自变量,

进行多因素 Logistic 回归分析, 结果显示, 出生体质量 <2.5 kg、胎龄 <37 周、Apgar 评分 <5 分、气管插管、PICC、住院时间 ≥ 7 d、护士未接受感染防控培训是新生儿发生病房医院感染的独立危险因素 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 新生儿发生病房医院感染的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
出生体质量 <2.5 kg	1.048	0.510	4.215	0.040	2.852	1.049~7.756
胎龄 <37 周	1.322	0.538	6.042	0.014	3.751	1.307~10.763
Apgar 评分 <5 分	1.440	0.496	8.431	0.004	4.221	1.597~11.157
气管插管	1.466	0.512	8.191	0.004	4.332	1.587~11.822
PICC	1.894	0.541	12.254	0.000	6.646	2.301~19.191
住院时间 ≥ 7 d	1.394	0.512	7.415	0.006	4.031	1.478~10.994
护士未接受感染防控培训	2.155	0.582	13.738	0.000	8.628	2.761~26.966

3 讨论

3.1 新生儿病房医院感染的危险因素分析

本研究多因素 Logistic 回归分析显示, 出生体质量 <2.5 kg、胎龄 <37 周、Apgar 评分 <5 分、气管插管、PICC、住院时间 ≥ 7 d、护士未接受感染防控培训是新生儿发生病房医院感染的独立危险因素 ($P < 0.05$)。出生体质量 <2.5 kg、胎龄 <37 周属于新生儿并发病房医院感染的危险因素, 且胎龄越小、出生体质量越低, 则医院感染风险越大。临床观察可知, 早产儿与极低体重儿机体器官发育成熟度偏低, 且免疫球蛋白水平偏低, 机体未能形成完善的保护屏障, 如患儿合并其他疾病, 则免疫活性物质消化量增大, 加之住院新生儿多需行气管插管、吸痰等侵入性操作, 导致皮肤及黏膜完整性受损, 医院感染发生率高^[7-8]; 此外, 早产儿胃肠功能尚未发育完善, 胃酸分泌量偏低, 蛋白酶活动性不足, 导致肠黏膜渗透性增强, 对外来病原菌缺乏有效防控能力, 胃肠道黏膜上病原菌附着概率增大, 极易引起上行感染^[9]。研究调查得到, 气管插管、PICC 属于新生儿并发病房医院感染的危险因素, 临床针对胎龄小、出生体重低或合并多种疾病的新生儿多采取气管插管, 因新生儿免疫系统发育尚未完善, 如空气未经鼻腔过滤、湿润而直接经气管入肺, 呼吸道黏膜保护屏障受损, 加之呼吸道痰液未及时排

出, 为菌群繁殖创造了良好环境, 极易诱发呼吸机相关性肺炎^[10-11]; PICC 是新生儿出生后治疗所采取的主要输液通道之一, 属于持续性侵入操作, 临床治疗中存在移位、滑脱风险, 如医护人员置管中未能严格执行无菌操作, 导致病原菌经管路侵入, 可诱发相关性血流感染^[12-13]。Apgar 评分是临床评价新生儿窒息情况的重要工具, Apgar 评分 <5 分表明患儿缺氧严重, 需行人工呼吸或气管插管等侵入性操作, 增大了病房医院感染风险; 新生儿病房医院感染率与住院时间呈正相关性, 住院时间越长, 则执行侵入操作几率越大, 医护人员与新生儿接触机会增多, 病原菌传播途径、几率明显增多, 易导致病原菌定植或医院交叉感染, 且机体正常菌群易被耐药菌群取代, 进而引发医院感染^[14]。护士未接受感染防控培训属于新生儿发生病房医院感染的危险因素, 经感染防控培训能规范新生儿科护士无菌操作、增强其医院感染防控意识, 有助于实现对高风险患儿的有效识别, 并采取相应干预措施, 以降低病房医院感染发生率, 而缺乏系统化感染防控培训下, 护士医院感染防控知信行水平明显降低^[15]。

3.2 新生儿病房医院感染的防控护理对策

3.2.1 新生儿感染防控预警评价 根据新生儿发生病房医院感染的危险因素编制“新生儿感染防控预警评价量表”, 量表 Cronbach's α 系数为 0.876, 量表共 6 个评价项目, 分别为出生体质量、胎龄、

疾病情况、Apgar 评分、侵入性操作、住院时间, 各项目评分如下: ①出生体质量。2.5 kg 为临界值, 2~2.5 kg 计 1 分, 1.5~2 kg 计 2 分, <1.5 kg 计 3 分。②胎龄。37 周为临界值, 33~37 周计 1 分, 28~32 周计 2 分, <28 周计 3 分。③疾病情况。包括新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿肺炎、新生儿高胆红素血症、新生儿窒息等, 每种疾病加 1 分, 3 种及以上加 3 分。④Apgar 评分。7 分为临界值, 5~7 分计 1 分, 3~5 分计 2 分, ≤3 分计 3 分。⑤侵入性操作。临床常见侵入性操作有气管插管、PICC、留置胃管等, 每增加 1 种侵入性操作则加 1 分, 3 种及以上加 3 分。⑥住院时间。7 d 为临界值, 每增加 1 d 加 1 分, 3 分为最高值。量表总分 0~18 分, 如总分 >12 分或单项评分为 3 分则红色预警, 总分 6~12 分则橙色预警, 总分 3~6 分则黄色预警, 总分 <3 分则绿色标识。护理人员需加强对黄色预警新生儿的监测, 对橙色预警新生儿实施感染防控干预。

3.2.2 系统化医院感染防控培训 为提升护士感染防控知信行水平, 需面向新生儿科护士开展系统化医院感染防控培训, 对应培训方式为案例分析教学、模拟演示教学。①案例分析教学。培训教师选择既往新生儿病房医院感染数据, 说明新生儿病房医院感染发生率, 约为 11.06%, 选择 3 例新生儿病房医院感染病例, 比较分析患儿临床资料, 据此介绍新生儿医院感染危险因素, 包括出生体质量、胎龄、疾病情况、Apgar 评分、侵入性操作、住院时间, 说明常见感染部位、病原菌, 分析病原菌侵入途径, 据此说明临床防控对策, 如规范化无菌操作、适度应用抗生素治疗等, 并结合临床数据说明新生儿病房医院感染的死亡率及危害性, 增强护士病房感染防控意识, 教育时长 2 课时。②模拟演示教学。培训教师根据新生儿病房医院感染防控护理确定模拟演示主题, 包括规范化无菌操作、病房医院感染预警评价、吸痰排痰操作等, 根据主题现场演示相关操作, 并配合操作说明, 护生跟随培训教师练习操作, 直至熟练掌握, 教学时长 3 课时。以“病房医院感染预警评价”为例, 培训教师分发“新生儿病房医院感染预警评价量表”, 逐一介绍量表所涉评价项目, 2 名护生 1 组, 借助婴儿模型开展模拟演示, 护生 A 持表提问, 如“出生体质量多少”“胎龄多少”“合并疾病有哪些”等, 护生 B 根据新生儿临床资料或通过临床观察回答问题, 护生 A 据表评价、统计得分, 并粘贴预警标识, 2 名护生互换角色开

展模拟演示培训, 每次 20 min。

综上所述, 住院治疗新生儿存在病房医院感染风险, 且感染危险因素复杂, 临床需实施目标性监测干预, 积极完善防控护理方案。

4 参考文献

- [1] 王计玲. NICU 新生儿感染特点与高危因素分析及目标性监测干预措施 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10): 4-6.
- [2] 刘姣姣, 方平. 川北医学院附属医院新生儿科医院感染现状及其危险因素研究 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(8): 92-95.
- [3] 余红, 刘银梅, 杨惠英. 新生儿重症监护病房医院感染危险因素 [J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16(3): 233-236.
- [4] 谢亚南. 重症监护病房新生儿医院感染特点及危险因素分析 [J]. 基层医学论坛, 2020, 24(3): 324-326.
- [5] 张红, 李梅君, 蒋巧稚. 重症监护病房新生儿医院感染特点及危险因素的相关性分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(45): 8748.
- [6] 张秀平, 吴琼芳, 高群, 等. 新生儿重症监护病房医院感染流行病学研究 [J]. 中国感染控制杂志, 2019, 18(7): 665-669.
- [7] 邱潇, 董玉斌, 栾永刚, 等. 重症监护病房新生儿医院感染特点及危险因素的相关性分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(6): 1398-1401.
- [8] 张仁燕. 极低出生体质量儿医院感染现状及危险因素分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44(3): 359-363.
- [9] 谢爱香. 新生儿感染性疾病主要致病菌及诱发感染的危险因素分析 [J]. 安徽医药, 2019, 23(3): 513-517.
- [10] 王艳芬, 杨燕飞, 任允孜, 等. 早产儿医院感染发生情况及危险因素探讨 [J]. 中国药物与临床, 2017, 17(5): 686-688.
- [11] 李小英, 张小英. 广汉市某医院新生儿院内感染现状调查分析 [J]. 传染病信息, 2019, 32(4): 333-335.
- [12] 牛曼曼, 程雁, 陈萍, 等. 新生儿医院感染的危险因素分析 [J]. 实用预防医学, 2019, 26(8): 990-992.
- [13] 杨蕊, 李欣, 姜红. 沈阳市新生儿医院获得性肺炎危险因素分析 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2019, 11(12): 119-122.
- [14] 刘媛, 王婉霞. 新生儿 CRKP 院内感染性肺炎的危险因素分析 [J]. 海南医学, 2020, 31(1): 62-65.
- [15] 罗玲. 新生儿医院感染的监控与危险因素分析 [J]. 包头医学院学报, 2017, 33(8): 90-92.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

高压氧疗患者院内转移不良事件发生的危险因素

袁燕 苏洲 郑昌娟 袁治玲

【摘要】 目的 探讨高压氧疗患者院内转移不良事件发生的危险因素。**方法** 选择2018年1月—2019年3月在医院行高压氧疗的患者860例,根据患者在转运过程中是否发生不良事件分为不良事件组(病例组)43例与未发生不良事件组(对照组)817例。分析高压氧疗患者院内转移不良事件发生的危险因素,并探讨预防措施。**结果** 43例发生院内转移不良事件,其中坠床1例、呼吸困难5例、血氧饱和度下降26例、管道异常脱落6例、其他5例。单因素分析结果显示,年龄、早期预警评分、合并肺部疾病、意识状态、转运人员职称、与陪护关系、转运时间、转运过程中供氧方式是影响高压氧疗患者院内转移不良事件的相关因素($P<0.05$)。多因素分析结果显示,年龄、合并肺部疾病、改良早期预警评分、供氧装置是影响高压氧疗患者院内转移不良事件的独立危险因素,而转运护送人员职称是保护因素($P<0.01$)。**结论** 高压氧疗患者院内转移不良事件发生率相对较高,年龄、合并肺部疾病、改良早期预警评分、供氧装置是常见的独立危险因素,而转运护送人员职称是保护因素。在临床工作中应针对可能出现的不良事件进行相应的处理,以预防不良事件发生的风险。

【关键词】 高压氧疗; 院内转移; 不良事件; 危险因素; 防范措施

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.012

Risk factors of hospital transfer adverse events in hyperbaric oxygen therapy patients YUAN Yan, SU Zhou, ZHENG Changjuan, YUAN Zhiling(The No.1 Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Weihui 453100, China)

【Abstract】 Objective To explore the risk factors for the occurrence of hospital transfer adverse events in hyperbaric oxygen therapy patients. **Methods** To select 860 hyperbaric oxygen therapy patients admitted in the hospital from January 2018 to March 2019, according to the occurrence of the adverse events during metastatic, 43 cases were divided into the adverse events group (case group) and 817 case were dinrinded into the non-adverse events group(control group). To analyze the risk factors of hospital transfer adverse events in hyperbaric oxygen therapy patients and disscuss the preventive measures. **Results** There were 43 cases occurred the hospital transfer adverse events, included 1 case of bed fall, 5 cases of dyspnea, 26 cases of blood oxygen saturation decrease, 6 cases of abnormal pipe fall off and 5 others. Univariate analysis showed that, age, early warning score, combined lung disease, consciousness state, title of transporter, relationship with nurse, transportation time, and oxygen supply mode during transportation were related factors affecting hospital transfer adverse events of hyperbaric oxygen therapy patients ($P<0.05$). Multivariate analysis showed that, age, combined lung disease, improved early warning score and oxygen supply device were the independent risk factors affecting the hospital transfer adverse events in hyperbaricoxygen therapy patients, while the title of transport escort was a protective factor ($P<0.01$). **Conclusion** The incidence rate of hospital transfer adverse events in patients receiving hyperbaric oxygen therapy was relatively high, age, combined pulmonary disease, improved early warning score and feeding device were common independent risk factors, while the title of transport escort was the protective factor. In clinical work, the possible adverse events should be dealt with in order to prevent the risk of adverse events.

【Key words】 Hyperbaric oxygen therapy; Hospital transfer; Adverse events; Risk factors; Preventive measures

高压氧 (Hyperbaric oxygen, HBO) 是在高压环境下, 呼吸气体中氧的分压超过 1 个大气压。高压氧治疗 (Hyperbaric oxygen therapy, HBOT) 是通过呼吸高压氧以达到治疗疾病的方法。高压氧舱是为高压氧治疗提供高压环境的特殊设备。高压氧治疗可以提高氧分压、增加血氧和组织氧含量, 提高氧的弥散率和有效弥散距离, 脑血管收缩, 脑血流量减少, 脑水肿减轻, 促成脑血管侧支循环形成, 修复某些病变的脑血管。因此目前高压氧治疗是神经科重要的治疗方法之一, 研究显示高压氧疗可以改善脑梗死患者的微循环, 降低颅内压, 改善脑出血患者神经功能缺损与日常生活活动能力^[1-2]。高压氧疗患者多病情危重, 甚至意识昏迷, 在医院转移过程中, 发生不良事件的风险较高。本文对高压氧疗患者院内转移不良事件发生的危险因素进行分析, 并针对这些不良因素探讨防范措施, 以期为临床降低院内转移不良事件的发生风险提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 1 月—2019 年 3 月在医院行高压氧疗的患者 860 例为研究对象。纳入条件: 高压氧疗患者, 脑卒中、高血压性脑出血、颅脑外伤, 年龄 ≥ 18 周岁, 符合高压氧治疗的适应证, 无高压氧治疗的禁忌证。排除条件: 临床资料不完整, 中途转院, 中途放弃治疗者。根据患者在转运过程中是否发生不良事件分为不良事件组 (病例组) 43 例与未发生不良事件组 (对照组) 817 例。

1.2 资料收集

资料内容包括性别、年龄、肺部疾病史、意识情况、转运时间、早期预警评分、疾病类型、转运陪护人员职称、转运过程中供氧装置、陪同家属等。早期预警评分 (MEWS) 应用意识、心率、收缩压、呼吸频率和体温 5 项生理指标为参数, 每个参数 0~3 分, 总分 15 分。即用患者资料对照评分标准参数, 获取患者 MEWS 每个单项参数所得分值, 各项参数得分之和为总分, 评价患者病情的潜在危险性。MEWS 分值越高, 提示该患者的潜在病情越重, 需及时给予相应的护理措施。意识状态: 清醒, 嗜睡, 意识模糊, 昏睡, 浅昏迷, 深昏迷, 谵妄, 本文分为意识清醒与意识障碍。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料组间构成比较行 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

43 例院内转移不良事件中主要包括坠床 1 例、呼吸困难 5 例、血氧饱和度下降 26 例、管道异常脱落 6 例、其他 5 例。

2.1 高压氧疗患者院内转移不良事件单因素分析

单因素分析结果显示, 年龄、早期预警评分、合并肺部疾病、意识状态、转运人员职称、与陪护关系、转运时间、转运过程中供氧方式是影响高压氧疗患者院内转移不良事件的相关因素 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 高压氧疗患者院内转移不良事件多因素分析

多因素分析结果显示, 年龄、合并肺部疾病、改良早期预警评分、供氧装置是影响高压氧疗患者院内转移不良事件的独立危险因素, 而转运护送人员职称是保护因素 ($P<0.01$)。见表 2。

3 讨论

3.1 高压氧疗患者医院转运过程中不良事件危险因素

高压氧疗是在高于一个大气压的环境中, 吸入高浓度的氧来治疗疾病的过程, 需要在高压氧舱中进行。与常压氧比较, 高压氧疗要求的压力设备不同, 吸氧的浓度不同, 疗效不同, 高压下吸氧血氧含量较常压下吸氧增加数倍以至数十倍。气体在液体中的溶解度随着压力的升高而增加。在高压下 (高压氧舱中) 吸氧可以使患者血液中的溶解氧含量明显增加^[3]。在一定压力下, 如果把患者的血红蛋白统统除去, 仅靠血液中的容积氧含量, 就可达到患者机体代谢的需求了。高压氧疗目前在神经科的应用最为广泛, 研究显示, 其可以显著缓解脑水肿, 提高局部组织供氧, 改善患者预后, 改善认知功能障碍等^[4]。但神经科患者多病情危重, 部分患者甚至会出现意识障碍, 而高压氧治疗必须在高压氧舱中进行, 这就牵涉到患者转运问题。神经科患者病情危重, 转运过程容易发生不良事件, 在本次研究中, 43 例发生院内转移不良事件, 发生率 5.00%。主要不良事件包括坠床 1 例、呼吸困难 5 例、血氧饱和度下降 20 例、管道异常脱落 6 例、其他 5 例。可见患者呼吸变化、血氧饱和度下降、管道异常的发生率较高, 坠床发生率低。在既往的研究中, 院内转运可能出现的不良事件包括病情变化, 跌倒, 仪器设备故障, 氧气瓶供氧不足, 微量泵电量不足,

表1 高压氧疗患者院内转移不良事件单因素分析

分析因素	类别	例数	不良事件组 ($n=43$)	未发生不良事件组 ($n=817$)	χ^2 值	P 值
性别	男	448	23	425	0.035	0.851
	女	412	20	392		
年龄 (岁)	≥ 70	186	21	165	22.022	0.000
	60~	226	11	215		
	50~	301	6	295		
	< 50	147	5	142		
早期预警评分 (分)			9.2 ± 3.0	6.3 ± 2.2	7.297*	0.000
合并肺部疾病	有	158	26	132	286.901	0.000
	无	702	17	685		
意识状态	清醒	659	40	619	6.794	0.009
	障碍	201	3	198		
疾病类型	脑卒中	417	22	395	0.267	0.857
	高血压脑出血	278	14	264		
	颅脑外伤	165	7	158		
与陪护关系	夫妻	602	15	287	26.073	0.000
	子女	158	8	150		
	其他	100	20	80		
转运人员职称	护师	287	5	282	16.885	0.000
	护士	437	23	414		
	实习护士	136	15	121		
转运时间 (min)			18.1 ± 2.6	14.5 ± 3.3	6.710*	0.000
转运中供氧方式	氧气袋	451	31	420	7.008	0.008
	氧气钢瓶	409	12	397		

* 为 t 值。

表2 高压氧疗患者院内转移不良事件多因素分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95%CI
年龄	1.523	0.512	8.848	0.000	4.586	1.681~12.510
合并肺部疾病	1.342	0.228	34.645	0.000	3.827	2.447~5.983
转运护送人员职称	-1.135	0.206	30.357	0.000	0.321	0.214~0.481
改良早期预警评分	1.432	0.411	12.139	0.000	4.187	1.870~9.371
供氧装置	1.315	0.393	11.196	0.000	3.725	1.724~8.047

转运急救物品携带不全等^[5]。对患者在院内转运过程中出现不良事件的危险因素进行分析,结果显示年龄、合并肺部疾病、改良早期预警评分、供氧装置是影响高压氧疗患者院内转移不良事件的独立危险因素,而转运护送人员职称是保护因素($P<0.01$)。高龄患者整体身体机能下降,代偿能力较差,在转运过程中更容易发生心率异常、血氧饱和度下降等不良事件^[6]。改良早期预警评分是一种对患者病情进行快速评分的系统,不受设备、场地、仪器的限制,短时间内对患者病情进行评估,与预测预后具有较高的准确性,并且方法简单,在危重患者鉴定中应

用广泛^[7]。改良早期预警评分越高则表示患者病情越重。在本次研究中改良早期预警评分是高压氧疗患者院内转移不良事件发生的独立危险因素。在转运过程中供氧装置是影响转运过程中的影响因素,用氧气钢瓶转运不良事件的发生率要低一些。转院过程中护送护理人员的职称与转运过程中的不良事件有关,实习护士护送的转运发生不良事件风险相对较高,这可能与临床经验有关^[8]。

3.2 高压氧疗患者医院转运过程中不良事件预防策略

①对负责高压氧疗患者院内转运的医护人员进

行必要的培训,其中包括对患者病情的评估,转运过程由接受专业训练的医护人员完成;对于病情不稳定者而又必须接受高压氧治疗的患者,主管医师陪同^[9-10]。②转运前与接收及相关医务工作者进行沟通,做好充分准备,保证转运的安全;重症患者在转运时准备必要的抢救治疗设备及药物;根据患者病情准备转运工具,对于昏迷、制动的患者可应用转运床转运^[11-12]。③转运前、转运过程中注意患者气道安全,加强呼吸道管理,保持呼吸道通畅,转运中随时注意患者的呼吸状态,确保循环稳定;转运过程中注意患者随身所带各种导管的安全,确保通畅,妥善固定,避免异常脱落等不良事件,防止感染^[13-14]。④准备充足氧气,必要时应用氧气钢瓶供氧;转运前各种导联线缠绕整齐^[15-16]。⑤转运过程中医护人员密切观察患者病情变化,护士全程陪同,始终站于患者头侧,随时严密观察患者意识、瞳孔、呼吸、脉搏、血压等生命体征的变化,重视患者主诉,及时发现问题,昏迷患者途中注意观察瞳孔变化,对光反射,注意有无呕吐等^[17]。⑥转运过程中患者发生的任何状况需要如实记录^[18]。⑦科室制订危重患者转运流程、质控标准,建立转运不良事件分析、报告制度^[19]。⑧交接时与接收人员共同安置患者,详细床边交接,双方记录^[20-21]。⑨科室可制订分级转运制度,根据患者病情特征及临床实践等情况,从患者的生命体征、意识状态、呼吸支持、循环支持、主要临床问题及转运时间等进行评估,确定转运的分级及所需要配备的人员和装备,以实现资源优化、安全转运。

综上所述,高压氧疗患者院内转移不良事件发生相对较高,年龄、合并肺部疾病、改良早期预警评分、供养装置是常见的独立危险因素,而转运护送人员职称是保护因素。在临床工作中应针对可能出现的不良事件进行相应的处理,以预防不良事件发生的风险。

4 参考文献

- [1] 徐玮. 高压氧疗联合注射用丹参多酚酸治疗脑梗死的疗效分析及对患者血液流变学的影响[J]. 药物评价研究, 2019, 42(2): 268-272.
- [2] 张军伟. 早期高压氧疗对脑出血患者神经功能缺损和日常生活能力的改善效果[J]. 临床医学, 2017, 37(11): 51-52.
- [3] 王玉琴. 探讨高压氧疗法对急性脑梗死的疗效观察[J]. 新疆中医药, 2018, 36(5): 55-56.
- [4] 周桂红. 高压氧早期综合治疗对颅脑外伤病人免疫功能及预后的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2018, 43(7): 877-881.
- [5] 邵欣, 韩媛媛, 关欣. 优化ICU危重患者院内安全转运流程的实践探索[J]. 中国护理管理, 2018, 18(9): 1245-1248.
- [6] 李学技, 杜静. 患者院内安全转运存在的问题与对策[J]. 继续医学教育, 2019, 33(1): 43-44.
- [7] 张伟英, 肖松梅, 周如女, 等. 危重患者院内转运不良事件的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(1): 47-50.
- [8] 刘晓颖, 高健, 史冬雷. 急危重症患者标准化院内分级转运体系的实施与效果[J]. 中国护理管理, 2019, 19(3): 394-400.
- [9] 何静茹, 胥文建. 急诊危重患者院内转运中护理风险管理的实施[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(3): 187-188.
- [10] 王芳, 顾纪芳, 刘庆芬, 等. 多学科合作的流程管理在急诊危重症患者院内转运中的应用效果[J]. 中华全科医学, 2019, 17(4): 674-677.
- [11] 刘方伟, 潘梦兰, 刘婉雨, 等. 品管圈在降低危重患者院内转运质量缺陷中的应用. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(9): 26, 28.
- [12] 刘春香, 韦涌初, 汪莉, 等. 失效模式与效果分析在急危重症患者院内转运风险管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(1): 85-87.
- [13] 刘治锋, 梁建新, 蔡瑀, 等. 岭南急诊医学杂志, 2019, 24(1): 56-58.
- [14] 赵学玲. 便携式气动呼吸机配合转运护理在急危重症患者院内转运中的应用效果[J]. 医疗装备, 2019, 32(6): 163-164.
- [15] 黄灵容, 周守会, 黄敏. 管道安全管理在ICU危重患者院内转运中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(3): 185-187.
- [16] 杨旭, 于水. 急诊冠心病患者院内转运中的无缝隙交接技术[J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(1): 147-149.
- [17] 陆雪芬. 重型颅脑损伤昏迷患者高压氧疗后安全转运的预见性护理[J]. 当代护士(上旬刊), 2018, 25(1): 64-66.
- [18] 程雪珂, 李士芝. STABLE技术在危重新生儿转运护理中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(37): 144.
- [19] 胡玉兰. CUSP模式在危重患者院内转运中的应用[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2018.
- [20] 范丹峰, 李艳君, 孟祥恩, 等. 高压氧重症监护病房院内感染临床分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(6): 802-804.
- [21] 周建军. 早期实施呼吸支持策略在救治急性中毒危重患者转运中的临床应用[J]. 中国医学创新, 2017, 14(11): 41-44.

[2021-01-05 收稿]

(责任编辑 刘学英)

重症监护病房心血管病患者 ICU 综合征的危险因素分析

陈佳星

【摘要】 目的 探讨重症监护病房心血管病患者 ICU 综合征的危险因素。方法 选择医院重症监护病房 2018 年 4 月—2020 年 4 月收治的心血管病患者 120 例, 根据 ICU 综合征诊断结果分为发生组 32 例, 未发生组 88 例。依据急性生理及慢性健康状况 (APACHE II) 评分系统、ICU 环境压力源量表 (ICUESS) 进行评价, 对数据进行单因素及多因素 Logistic 回归分析, 筛选 ICU 综合征发生的危险因素。结果 单因素分析得到, 重症监护室心血管病患者 ICU 综合征发生危险因素有年龄、高血压史、脑梗死史、APACHE II 评分、入住时长、气管插管、睡眠障碍、ICU 环境压力源评分 ($P<0.05$); 多因素 Logistic 回归分析显示, 重症监护病房心血管病患者 ICU 综合征发生的危险因素有高血压史、APACHE II 评分、入住时长 ≥ 7 d、气管插管、睡眠障碍、中重度压力 ($P<0.05$)。结论 重症监护病房心血管病患者仍存在 ICU 综合征发生风险, 其危险因素有高血压史、APACHE II 评分、入住时长 ≥ 7 d、气管插管、睡眠障碍、中重度压力, 需加强对风险因素的识别、防控, 强化临床护理干预。

【关键词】 重症监护病房; 心血管疾病; ICU 综合征; 危险因素

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.013

Risk factors of ICU syndrome in cardiovascular patients in the intensive care unit CHEN Jiaxing(Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410000, China)

【Abstract】 **Objective** To investigate the risk factors of ICU syndrome in cardiovascular patients in the intensive care unit. **Methods** To select 120 cardiovascular patients admitted in the hospital intensive care unit from April 2018 to April 2020, according to the diagnosis result of ICU syndrome, 32 cases were set as the occurrence group and 88 cases were set as non-occurrence group. By taking the acute physiological and chronic health (APACHE II) scoring system, ICU environmental stressors scale (ICUESS) to evaluate, univariate and multivariate Logistic regression analysis were applied to select the risk factors of ICU syndrome. **Results** Univariate analysis showed that, the risk factors for ICU syndrome of patients with cardiovascular diseases in ICU included age, hypertension history, cerebral infarction history, APACHE II score, length of stay, endotracheal intubation, sleep disturbance and ICU environmental stressor score ($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that, the risk factors for ICU syndrome in patients with cardiovascular diseases in ICU were history of hypertension, APACHE II score, stay time ≥ 7 d, endotracheal intubation, sleep disturbance, moderate to severe stress ($P<0.05$). **Conclusion** Patients with cardiovascular diseases in ICU still exist the risk of ICU syndrome and the risk factors include history of hypertension, APACHE II score, stay time ≥ 7 d, endotracheal intubation, sleep disturbance, moderate to severe stress. Nursing staffs should strengthen the identification, prevention and control of risk factors, and strengthen clinical nursing intervention.

【Key words】 Intensive care unit; Cardiovascular disease; ICU syndrome; Risk factors

ICU 综合征是一种发生于 ICU 患者的一组综合征, 多表现为精神障碍、思维紊乱、行为异常或情感障碍等^[1]。统计数据显示^[2], 我国 ICU 综合征发病率为 20%~40%, 且 ICU 综合征的发生易诱发相关并发症, 导致入住时间延长、记忆力衰退, 患者生活质量显著下降, 甚至遗留长期认知障碍,

严重影响到临床疗效。心血管疾病多发病急, 病情危重, 是 ICU 综合征的高发群体, 发病率超过了 30%^[3]。本研究通过临床病例对照研究, 筛选 ICU 综合征发生的危险因素, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院重症监护病房 2018 年 4 月—2020 年

4月收治的心血管病患者120例,纳入条件:入住重症监护室时长超过24h;认知、沟通能力正常;入住重症监护室时意识清晰;知晓研究详情,且已签署知情同意书。排除条件:既往有精神疾病史;入院确诊为意识障碍;转出重症监护室时仍意识不清;入住期间失去生命体征。根据ICU综合征诊断结果分为发生组32例,未发生组88例,两组性别、年龄、文化水平、家庭人均月收入、吸烟史、酗酒史、APACHE II、高血压史、脑梗死史、是否手术、入住时长、气管插管、镇静治疗、是否置管、睡眠障碍、ICU环境压力源评分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

1.2 资料收集

通过患者临床资料获取基础信息,内容包括性别、年龄、文化水平、家庭人均月收入、吸烟史、酗酒史、高血压史、脑梗死史、是否手术、入住时长、气管插管、镇静治疗、是否置管、睡眠障碍,并依据APACHE II评分系统、ICU环境压力源量表(ICUESS)进行评价。

(1) ICU综合征诊断:研究依据ICU意识模糊评估法(CAM-ICU)判断患者是否发生ICU综合征,所涉及的诊断标准如下:意识水平发生变化、思维紊乱、注意力缺损、意识状态出现急性变化,护理人员参照以上标准进行初步判断,再经医师诊断后确定^[4-5]。

(2) APACHE II评分:研究依据APACHE II评分评价病情危重程度,评价项目包括3方面,即年龄、慢性健康状况、急性生理学评分,分值范围3~71分,根据评分进行分级,如3~20分,则轻度, ≥ 21 分,则中重度,评分高低与病情严重程度保持一致^[6]。

(3) ICUESS:依据ICUESS量表进行评价,量表包括4方面评价内容,分别为治疗环境、自身感受、人文环境、物理环境,共42个条目,条目评价采取4级评分法,分值范围1~4分,总分42~168分,根据评分分级,42~84分,则轻度压力, ≥ 85 分,则中重度压力^[7-9]。

1.3 统计学处理

采取SPSS 21.0统计学软件,单因素分析时,计数资料组间构成比较采取 χ^2 检验;多因素分析采用多因素Logistic回归模型,筛选危险因素。检验标准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 重症监护室心血管病患者ICU综合征发生危

险因素的单因素分析

研究通过单因素分析得到,重症监护室心血管病患者ICU综合征与年龄、高血压史、脑梗死史、APACHE II评分、入住时长、气管插管、睡眠障碍、ICU环境压力源评分有关,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 重症监护室心血管病患者ICU综合征发生危险因素的多因素Logistic回归分析

以重症监护室心血管病患者是否发生ICU综合征为因变量,单因素分析有统计学意义的因素为自变量(变量赋值见表2),进行多因素Logistic回归分析。结果显示,高血压史、APACHE II ≥ 21 分、入住时长 ≥ 7 d、气管插管、睡眠障碍、中重度压力是重症监护病房心血管病患者ICU综合征的危险因素($P<0.05$),见表3。

3 讨论

经多因素Logistic回归分析得到,重症监护病房心血管病患者ICU综合征发生的危险因素有高血压史、APACHE II ≥ 21 分、入住时长 ≥ 7 d、气管插管、睡眠障碍、中重度压力($P<0.05$)。研究显示,高血压史属于重症监护病房心血管病患者ICU综合征发生的危险因素;相关研究显示^[10],高血压属于心血管疾病的重要诱因,且高血压患者多伴有不同程度的脑血管调节功能受损,导致毛细血管通透性改变,脑部缺血缺氧症状加重,极易诱发ICU综合征^[11]。APACHE II ≥ 21 分属于重症监护病房心血管病患者ICU发生的危险因素;APACHE II评分高低与病情严重程度保持一致,APACHE II偏高患者器官退行性变化严重,且脑神经细胞凋亡严重,神经递质出现异常表达,相关研究显示^[12],APACHE II评分 >40 分患者ICU综合征发病率约为 <20 分患者的3~4倍。本研究调查显示,入住时长 ≥ 7 d、气管插管属于重症监护病房心血管病患者ICU综合征发生的危险因素;ICU入住时间越长,则与家属隔离时间越久,陌生环境及人际交流缺乏易引起负性情绪,且ICU入住时间越长感染风险越大,导致患者病情加重,更易发生ICU综合征;气管插管患者多病情严重,加之气管插管情况下患者无法实现正常交流,且自理能力较差,不适感、孤独感强烈,极易引发ICU综合征^[13-14]。研究显示,睡眠障碍、APACHE II ≥ 21 分属于重症监护病房心血管病患者ICU综合征发生的危险因素;重症监护病房复杂的仪器设备、管道、约束等因素增加了患者不适感,且易引起精神焦虑,医护人员专注于

表 1 重症监护室心血管病患者 ICU 综合征发生危险因素的单因素分析

分析因素	类别	发生组 (n=32)	未发生组 (n=88)	χ^2 值	P 值
性别	男	17	47	0.001	0.978
	女	15	41		
年龄 (岁)	<60	10	62	15.028	0.000
	≥ 60	22	26		
文化水平	高中及以下	14	43	0.246	0.620
	大专及以上	18	45		
家庭人均月收入 (元)	<3500	20	54	0.013	0.910
	≥ 3500	12	34		
吸烟史	有	15	38	0.130	0.719
	无	17	50		
酗酒史	有	14	42	0.149	0.699
	无	18	46		
APACHE II (分)	<21	8	50	9.514	0.002
	≥ 21	24	38		
高血压史	有	20	33	5.948	0.015
	无	12	55		
脑梗死史	有	21	12	31.812	0.000
	无	11	76		
是否手术	是	9	34	1.128	0.288
	否	23	54		
入住时长 (d)	<7	13	55	4.573	0.032
	≥ 7	19	33		
气管插管	是	20	32	6.528	0.011
	否	12	56		
镇静治疗	是	15	43	0.037	0.847
	否	17	45		
是否置管	是	13	39	0.130	0.718
	否	19	49		
睡眠障碍	是	20	34	5.399	0.020
	否	12	54		
ICUESS (分)	<85	12	52	4.395	0.036
	≥ 85	20	36		

表 2 自变量赋值表

分析因素	变量赋值
年龄	<60 岁 =0; ≥ 60 岁 =1
高血压史	无 =0; 有 =1
脑梗死史	无 =0; 有 =1
APACHE II (分)	<21=0; ≥ 21=1
入住时长	<7 d=0; ≥ 7 d=1
气管插管	否 =0; 是 =1
睡眠障碍	否 =0; 是 =1
ICU 环境压力源评分	轻度 =0; 中重度 =1

表3 ICU综合征发生危险因素的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	95% CI
高血压史	1.022	0.426	5.741	0.017	2.778	1.204~6.407
APACHE II $\geq$ 21 分	1.373	0.462	8.852	0.003	3.947	1.598~9.753
入住时长 $\geq$ 7 d	0.890	0.422	4.452	0.035	2.436	1.065~5.570
气管插管	1.070	0.427	6.281	0.012	2.917	1.263~6.737
睡眠障碍	0.973	0.426	5.228	0.022	2.647	1.149~6.098
中重度压力	0.879	0.425	4.280	0.039	2.407	1.047~5.534

疾病治疗、病情监测，而缺乏人文关怀，加之患者多伴有电解质紊乱、睡眠不足等症状，极易出现应激、烦闷等不良心理，进而诱发 ICU 综合征^[15]。

综上所述，重症监护病房心血管病患者仍存在 ICU 综合征发生风险，其危险因素有高血压史、APACHE II $\geq$ 21 分、入住时长 $\geq$ 7 d、气管插管、睡眠障碍、中重度压力，需加强对风险因素的识别、防控，强化临床护理干预。

4 参考文献

[1] 陈海萍,杨丹丹,马杰.以家庭为中心探视模式对重症监护病房综合征发病率的影响效果[J].中国药物与临床,2020,20(7):1227-1229.

[2] 敖漫,敖薪.ICU 后综合征评估工具的研究进展[J].护理管理杂志,2018,18(2):107-111.

[3] 朱小芳,乔瑶,王宜庭,等.危重症患者 ICU 后综合征的危险因素分析[J].重庆医学,2018,47(26):3383-3385,3389.

[4] 郭海凌,孙丹丹,梁涛.ICU 意识模糊评估法使用中常见问题解读[J].中国临床医生杂志,2017,45(1):108-109,110.

[5] 李小雅,原大江,李艳艳.APACHE II 评分与 ICU 内脊髓损伤行有创机械通气患者谵妄发生的关系[J].河北医学,2020,26(4):605-609.

[6] 牟厚玲,韩平.APACHE II 评分及血乳酸清除率在呼吸衰竭患者病情及预后评估的研究[J].中国实验诊断学,2020,24(2):230-233.

[7] 苏丽静,颜艺鹭,黄文娟,等.中文版 ICUESS 的修

订和信效度评价[J].中华护理杂志,2018,53(4):508-512.

[8] 张翠媚,冯惠娟,区女侄.ICU 综合征发生的影响因素分析及干预对策[J].护士进修杂志,2019,34(5):472-474,479.

[9] 李洁,于君.ICU 日记减轻患者家属 ICU 后综合征的研究进展[J].现代临床护理,2019,18(4):62-65.

[10] 张娴,臧泽林,赵甜甜,等.ICU 患者发生获得性衰弱的危险因素分析[J].中华危重症医学杂志(电子版),2019,12(6):377-382.

[11] 陈炎,林清,郭叶群,等.慢性意识障碍并发阵发性交感神经过度兴奋综合征的危险因素及其对预后的影响[J].临床神经病学杂志,2019,32(5):359-363.

[12] 夏青.急诊重症监护病房患者发生 ICU 综合征的影响因素分析与防护对策[J].护理实践与研究,2020,17(6):11-13.

[13] 李真,李奇,李尊柱,等.ICU 患者亚谵妄综合征患病率及危险因素的系統评价[J].中华护理杂志,2020,55(2):288-293.

[14] 浦洁.根据护士主导的家属支持对 ICU 清醒患者心理应激反应及睡眠质量的影响[J].医学临床研究,2019,36(12):2473-2475.

[15] 马晓欢,关红,张来军.重症监护病房病人环境压力源感知程度及影响因素[J].护理研究,2017,31(33):4298-4301.

[2020-05-26 收稿]
(责任编辑 刘学英)

骨髓瘤患者领悟社会支持与生活质量的相关性分析

党静晓 崔彬 张帆 马为杰 韩向梅*

【摘要】 目的 探讨骨髓瘤患者领悟社会支持与生活质量的相关性分析。方法 选取2018年6月—2019年5月本市三甲医院血液科收治的骨髓瘤患者350例作为研究对象。通过问卷调查的方式,收集研究对象领悟社会支持能力及生活质量现状。采用Pearson相关分析确定骨髓瘤患者领悟社会支持与生活质量的相关性,并制定相应的护理措施。结果 本研究调查结果显示,350例骨髓瘤患者领悟社会支持能力总体处于中等水平,领悟社会支持量表PSSS总平均得分 53.86 ± 12.58 分,其中家庭内支持平均得分 22.43 ± 5.27 分,家庭外支持平均得分 35.11 ± 8.79 分;生活质量(SF-36)总平均得分 48.69 ± 21.37 分,总体处于较差水平。其中,生理机能平均 61.21 ± 2.45 分、生理职能平均 23.19 ± 3.27 分、一般健康状况平均 55.07 ± 3.42 分、情感职能 36.51 ± 3.11 分、躯体疼痛平均 60.43 ± 2.39 分、精力平均 45.62 ± 2.35 分、社会功能平均 40.87 ± 2.68 分、精神健康平均 58.45 ± 2.66 分;骨髓瘤患者领悟生活支持与生活质量呈正性相关($P < 0.05$)。结论 骨髓瘤患者领悟社会支持能力总体处于中等水平,生活质量总体处于较差水平,其领悟社会支持能力与生活质量存在正性相关,良好的领悟社会支持能力对其生活质量的提升具有积极意义,而良好的生活质量又可提升患者的领悟社会支持能力,形成良性循环。因此,护理人员应尽量争取患者家庭内、外的充分支持,并运用自身专业知识及时缓解患者的心理压力,帮助其提升领悟社会支持能力,以充分发挥社会支持的最大价值,提升其生活质量。

【关键词】 骨髓瘤;领悟社会支持;生活质量;相关性分析;护理措施

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.014

Correlation analysis for understanding the quality of life and social support in patients with myeloma

DANG Jingxiao, CUI Bin, ZHANG Fan, MA weijie, HAN Xiangmei(People's Hospital of Henan, Zhengzhou 450000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the correlation analysis between the perception of social support and quality of life in patients with myeloma. **Methods** To select 350 myeloma patients admitted in the department of hematology of the grade A class 3 hospitals in this city from June 2018 to May 2019 as the study objects. Through the questionnaire survey, the status quo of social support ability and quality of life understood by the study objects were collected. Pearson correlation analysis was used to determine the correlation between the perception of social support and quality of life in patients with myeloma, and to formulate corresponding nursing measures. **Results** The survey results of this study showed that 350 cases of patients with myeloma had an overall average level of comprehension of social support, and the total average perceived social support scale(PSSS) score was 53.86 ± 12.58 points, of which the average score for family support was 22.43 ± 5.27 points, and the average score for outside family support was 35.11 ± 8.79 points. The quality of life(SF-36)total average score was 48.69 ± 21.37 points, which was a poor level overall. Which the average score for physiological function was 61.21 ± 2.45 points, the average score for physiological role was 23.19 ± 3.27 points, the average score for general health was 55.07 ± 3.42 points, the average score for emotional role was 36.51 ± 3.11 points, the average score for body pain was 60.43 ± 2.39 points, the average score for vitality was 45.62 ± 2.35 points, the average score for social function was 40.87 ± 2.68 points, and the average score for mental health was 58.45 ± 2.66 points. The perceived life support of myeloma patients was positively correlated with the quality of life ($P < 0.05$). **Conclusion** The myeloma patients' ability to perceive social support was generally on a moderate level, and their quality of life was generally

作者单位: 450000 河南省郑州市, 河南省人民医院血液科

* 通讯作者

on a poor level. The patients ability to perceive social support was positively correlated with their quality of life, and a good ability to perceive social support was positive for the quality of life. And good quality of life could enhance the patient's ability to understand social support and form a virtuous circle. Therefore, nursing staff should try their best to strive for adequate support inside and outside the patients' family, and use their professional knowledge to relieve the patient's psychological pressure in a timely manner to help them improve the understanding of social support capabilities, so as to give full play to the maximum value of social support and improve the quality of life.

【Key words】 Myeloma; Perceived social support; Quality of life; Correlation analysis; Nursing measures

近年来,随着优质护理理念的不断发展,临床护理工作已逐渐从疾病治疗向管理疾病及促进康复等方面不断延伸,如何提升患者的生活质量已成为临床医护人员关注的热点^[1]。生活质量是反映患者生命健康的镜子,也是医疗保健服务是否有效的重要体现,其包含身体健康、心理健康、精神健康及社会健康4个方面,是所有健康护理干预的最终目的^[2]。研究指出^[3],社会支持可用来预测慢性疾病患者的生活质量,较低的社会支持水平会导致患者生活质量的降低,另有研究指出^[4-5],社会支持分为实际社会支持与领悟社会支持,其中领悟社会支持是个体对社会支持的预期及评估,也是个体对可能获得社会支持的信念,其能影响个体是否能充分利用所获得的社会支持。而多发性骨髓瘤(MM)^[6-7]是血液系统肿瘤中位居第二的恶性肿瘤,也是最常见的骨髓瘤,近年来MM发病率呈逐渐上升趋势,且发病年龄也逐渐降低。MM会造成贫血、肾功能受损、感染及溶骨性骨病变等症状,严重者甚至面临截肢截瘫的风险,严重影响患者的生活质量。基于此,本研究选取本市三甲医院血液科收治的骨髓瘤患者作为研究对象,对其领悟社会支持与生活质量的相关性进行调查分析,以期为今后骨髓瘤患者生活质量的提升提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年5月本市三甲医院血液科收治的骨髓瘤患者350例。纳入条件:符合多发性骨髓瘤相关诊断标准;沟通意识良好,具备一定语言交流能力;患者及家属知情本次研究,并签署知情同意书。排除条件:认知功能障碍或精神疾病;照顾者为患者已成年直系亲属,且照护时间 ≥ 7 d;研究途中出现转院治疗、死亡及其他意外情况。其中男189例,女161例;年龄:40~70岁,平均年龄 51.68 ± 4.37 岁;文化程度:初中及以下69例,高中或中专95例,大专及以上186例;婚

姻状况:已婚287例,未婚或离异63例;照顾者与患者关系:配偶167例,子女125例,父母58例;付费方式:医保274例,自费76例;肿瘤分期:I期75例,II期100例,III期175例。

1.2 研究工具

1.2.1 领悟社会支持量表(PSSS)^[8] 该量表共12个条目,分为家庭内支持及家庭外支持两个维度,采用1~7级评分法,分别表示极不同意(1分)、很不同意(2分)、稍不同意(3分)、中立(4分)、稍同意(5分)、很同意(6分)及极同意(7分),总分范围12~84分,得分越高表明领悟社会支持能力越好,其中总分 < 28 分代表领悟社会支持能力较低,总分29~56分代表领悟社会支持能力中等,总分 > 57 分代表领悟社会支持能力较高。

1.2.2 生活质量调查量表(SF-36)^[9] 该量表共36个条目,包含8个维度,分别为生理机能、生理职能、一般健康状况、情感职能、躯体疼痛、精力、社会功能及精神健康,总分范围0~100分,得分 < 60 分表明生活质量较差,得分60~70分表明生活质量中等,得分 > 71 分表明生活质量较好。

1.3 资料收集及质量控制

研究开始前对研究对象统一培训,确保资料的真实性、准确性及规范性。在获得患者及家属知情同意后,发放调查问卷并详细告知研究目的,及时解答填写过程中所提出问题,匿名填写完成后收回。本次调查共发放调查问卷350份,收回有效问卷350份,收回有效率100.00%。

1.4 统计学处理

选用SPSS 22.0统计学软件,采用Pearson相关分析确定骨髓瘤患者领悟社会支持与生活质量的相关性。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 骨髓瘤患者领悟社会支持能力现状

调查结果显示,350例骨髓瘤患者领悟社会支持能力总体处于中等水平,PSSS总平均得分为

(53.86 ± 12.58) 分, 见表 1。

2.2 骨髓瘤患者生活质量现状

调查结果显示, 350 例骨髓瘤患者生活质量总体处于较差水平, SF-36 总平均得分为 (48.69 ± 21.37) 分, 见表 2。

2.3 骨髓瘤患者社会支持与生活质量相关性分析

调查结果显示, 350 骨髓瘤患者领出生活支持与生活质量呈显著正性相关 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 骨髓瘤患者领悟社会支持能力现状

项目	例数	平均得分	程度
PSSS 总分	350	53.86 ± 12.58	中等
家庭内支持	350	22.43 ± 5.27	较高
家庭外支持	350	35.11 ± 8.79	中等

表 2 骨髓瘤患者生活质量现状

项目	例数	平均得分	程度
SF-36 总分	350	48.69 ± 2.37	较差
生理机能	350	61.21 ± 2.45	中等
生理职能	350	23.19 ± 3.27	较差
一般健康状况	350	55.07 ± 3.42	较差
情感职能	350	36.51 ± 3.11	较差
躯体疼痛	350	60.43 ± 2.39	中等
精力	350	45.62 ± 2.35	较差
社会功能	350	40.87 ± 2.68	较差
精神健康	350	58.45 ± 2.66	较差

表 3 骨髓瘤患者社会支持与生活质量相关性分析 (r)

项目	与领悟社会支持相关性 (r)	P
SF-36 总分	0.613	<0.001
生理机能	0.501	0.005
生理职能	0.495	0.004
一般健康状况	0.487	0.005
情感职能	0.338	0.003
躯体疼痛	0.446	0.004
精力	0.396	0.002
社会功能	0.534	<0.001
精神健康	0.607	0.001

3 讨论

3.1 骨髓瘤患者领悟社会支持能力分析

领悟社会支持指个体感受到的来自社会的尊重、支持、理解及满意等情感上的主观感受^[10]。本研究结果显示, 骨髓瘤患者领悟社会支持能力总体处于中等水平, 平均得分 53.86 ± 12.58 分, 其中家庭内支持处于较高水平, 平均 22.43 ± 5.27 分, 家庭外支持处于中等水平, 平均 35.11 ± 8.79 分。相关研究显示^[11-12], 肿瘤患者来自家庭方面的支持状况较为理想, 多数患者在确诊肿瘤后, 均能得到来自家庭成员及亲戚朋友的鼓励与支持, 如生活方面的照料、足够的陪伴与关怀等, 但社会支持的重要意义在于个体所获得的支持及支持资源能否发挥其应有作用, 因此, 只有充分利用所获得的社会支持, 才能发挥社会支持的最大价值。这也与本研究结果基本相符, 即骨髓瘤患者来自家庭内支持总体处于较高水平, 而肿瘤患者通常存在抑郁、焦虑及恐慌等负性情绪, 同时高昂的治疗费用等均会为其带来较大的生理及心理压力, 一方面疾病给患者带来的生理疼痛会导致其消极情绪, 另一方面, 被抛弃、孤立等也是肿瘤患者通常存在的不良心理, 加之治疗费用及照护需求给家庭带来的负担会导致患者抵触与外界沟通, 影响其领悟社会支持能力, 进而导致其无法充分利用所获得的社会支持。

3.2 骨髓瘤患者生活质量分析

生活质量是对个体生理、心理及社会功能 3 方面的状态评估, 也是对健康质量的直接体现^[13]。本研究结果显示, 骨髓瘤患者生活质量总体处于较差水平, 骨髓瘤多发于 40 岁以上中老年人群, 其主要症状为持续性的脊柱疼痛, 且疼痛会进行性加重, 还可使神经系统受到压迫, 甚至导致截瘫^[14], 而治疗方式以放化疗为主, 治疗过程中化疗药物的使用会产生众多副作用, 这些不适与痛苦会导致患者产生恐慌、焦虑及紧张等负性情绪, 甚至抵触治疗, 进而影响其生活质量; 同时骨髓瘤病情严重及预后差等特点, 会导致患者巨大的心理压力, 加之高昂的治疗及照护费用, 会给患者的家庭带来严重的经济负担, 加重其焦虑担忧情绪, 进一步降低其治疗依从性, 影响其生活质量。

3.3 骨髓瘤患者领悟社会支持生活质量相关性分析

有效的临床护理措施可帮助患者宣泄不良情绪, 提高其领悟社会支持水平, 改善生活质量^[15]。本研究结果显示, 骨髓瘤患者领出生活支持与生活

质量呈显著正性相关 ($P<0.05$)。有研究指出^[16], 领悟社会支持能力越高的患者能更好得利用社会资源, 从而建立更强的治疗信心, 积极乐观的应对疾病并解决治疗过程遇到的问题。一方面, 家庭内的支持可减轻患者在治疗时面临的经济压力, 亲戚朋友的鼓励与支持给患者提供了有力的精神支持, 缓解其心理压力, 从而更积极主动的配合治疗, 最终提升生活质量; 另一方面, 患者最关心的是治疗效果, 而医护人员的专业知识可以帮助患者更全面的了解疾病、治疗过程及治疗效果, 使其建立面对疾病的勇气及治疗信心, 提升其治疗主动性与依从性, 充分保证治疗效果, 最终提升其生活质量^[17]。

3.4 护理措施

根据以上分析, 护理人员可通过以下护理措施提升骨髓瘤患者的领悟社会支持能力与生活质量:

(1) 重视对患者及其照顾者的健康宣教, 详细讲解疾病、治疗与康复等知识, 帮助患者建立治疗信心。

(2) 与患者及家属进行沟通交流, 充分了解其社会支持状况及心理需求, 宣教良好的社会支持对疾病治疗的积极作用, 帮助患者与家庭及亲友建立良好沟通渠道, 指导其充分享及利用社会资源, 发挥家庭内支持的最大价值。

(3) 密切关注患者心理状况及心理需求, 及时发现并缓解患者心理压力, 运用自身专业知识对患者遇到的问题解疑答惑, 消除其恐惧担忧心理, 对其治疗效果予以肯定, 赞扬其对治疗的积极配合。

(4) 指导家属帮助患者建立与外界的良好沟通, 强化与外界的联系, 使患者充分感受来自外界的理解、支持与鼓励, 强化其情感上的归属感与寄托感。

综上所述, 骨髓瘤患者的领悟社会支持能力与生活质量呈正相关, 良好的领悟社会支持能力对其生活质量的提升具有积极意义, 而良好的生活质量又可提升患者的领悟社会支持能力, 形成良性循环。因此, 护理人员应尽量争取患者家庭内、外的充分支持, 并运用自身专业知识及时缓解患者的心理压力, 帮助提升提升领悟社会支持能力, 以充分发挥社会支持的最大价值, 进而提升其生活质量。

4 参考文献

- [1] 蔡赫, 王燕利, 郭艳丽. 优质护理服务模式在妇科肿瘤护理中的应用 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(6): 759-761.
- [2] 孙晓蕾. 社区健康教育护理干预模式对高血压患者

的生活质量与治疗依从性的影响分析 [J]. 贵州医药, 2019, 43(6): 1002-1004.

- [3] 任志玲. 肺癌患者病耻感及社会支持与生活质量结构方程模型的构建 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(5): 701-705.
- [4] 桑明, 熊司琦, 刘雅倩. 2 型糖尿病患者负面社会支持互动量表的汉化及信效度检验 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(23): 2956-2960.
- [5] 陈平, 戴宏星, 师智. 陕西省大骨节病患者领悟社会支持及影响因素分析 [J]. 中华地方病学杂志, 2018, 37(11): 881-885.
- [6] 贺玉钦, 高文, 陈文明. 长链非编码 RNA 在多发性骨髓瘤发生发展中的作用 [J]. 中国肿瘤临床, 2019, 46(12): 640-644.
- [7] 汤然. 肾功能指标联合检测对多发性骨髓瘤肾功能不全诊断价值的分析 [J]. 癌症进展, 2019, 17(11): 1335-1337.
- [8] 刘宇, 姜桐桐, 史铁英. 护理本科生人文关怀能力与角色认知、领悟社会支持的相关性研究 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(1): 105-108.
- [9] 吕春子, 朱丽瑜, 陈壮容. SF-36 评分在颈源性头痛低温等离子消融术后患者生活质量评价中的应用 [J]. 中华神经医学杂志, 2019, 18(8): 824-827.
- [10] 李忠臣, 王康, 祝心怡. 医务人员心理资本在领悟社会支持与工作满意度间的中介作用 [J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2018, 36(8): 594-597.
- [11] 崔蕾, 李玉红, 李艳平. 肿瘤病人 141 例支持性照顾需求与社会支持的调查 [J]. 安徽医药, 2019, 23(8): 1559-1562.
- [12] 范成文. 发达国家老年人体育服务社会支持体系及对我国的启示 [J]. 体育科学, 2019, 39(4): 39-50.
- [13] 董贤. 心理社会支持模式对癌症化疗患者自我感受负担及生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(24): 2721-2724.
- [14] 吴迪. 多发性骨髓瘤伴非骨髓外病变临床分析 [J]. 现代肿瘤医学, 2018, 26(4): 591-594.
- [15] 钟安琪, 甘影妃. 糖尿病肾病血液透析患者生活质量的提高及护理措施 [J]. 临床检验杂志 (电子版), 2019, 8(4): 5-6.
- [16] 李颖斐, 刘玉瑶, 魏洁丽. 鼻咽癌患者癌症复发恐惧水平及影响因素分析 [J]. 中华全科医学, 2019(9): 1443-1446.
- [17] 谭志刚, 蒋宇钢. 脑深部电刺激的医学伦理问题: 医生和患者的关注 [J]. 医学与哲学, 2019, 40(16): 11-13.

[2020-02-27 收稿]

(责任编辑 陈景景)

个案管理护理干预对内分泌科患者生活质量及不良情绪的作用分析

何剑青 陈晓君

【摘要】目的 探讨个案管理护理干预对内分泌科患者生活质量及不良情绪的作用。**方法** 选择医院2016年2月—2019年2月收治的内分泌科疾病患者82例进行研究,按照组间基本特征具有可比性的原则等分成对照组和观察组,各41例。对照组实施常规护理,观察组则实施个案管理护理干预。采用生活质量SF-36量表、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),评价两组患者生活质量及不良情绪。**结果** 干预后,观察组SF-36各维度评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组SAS、SDS评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 个案管理护理干预可明显改善内分泌科患者生活状态及不良情绪,同时有利于促进医患关系,提高患者满意度。

【关键词】 个案管理护理; 内分泌科; 生活质量; 不良情绪

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.015

随着近年来我国人口老龄化问题的日益凸显,内分泌科疾病的发病率正呈逐年升高趋势^[1-3]。许多内分泌代谢性疾病为慢性病,需长期药物治疗及重新安排生活。这一人群易产生焦虑、抑郁等不良情绪,影响身体健康和生活质量。随着国内医疗模式的转变,对慢性病患者的心理、情绪、社会功能等方面的治疗与护理已备受关注。个案管理是从患者入院到出院后回归社会的全程管理,通过健康指导、信息支持和心理护理,缓解患者焦虑抑郁情绪。个案管理护理干预主要是指充分合作、共同参与的一个过程,通过充分沟通交流,促进个体对医疗护理服务的选择,从而在最大程度上满足个体的健康需求,合理选择可用资源,提高服务质量^[4-5]。虽近年来个案管理护理已被广泛应用于临床多种疾病的护理过程中,但尚未形成统一标准。鉴于此,本文通过研究个案管理护理干预对内分泌科患者生活质量及不良情绪的作用并进行分析,旨在为内分泌科患者寻找一种行之有效的护理干预方案,提高患者生活质量,改善疾病结局。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2016年2月—2019年2月收治的内分泌科疾病患者82例进行研究,纳入条件:所有患

者均因内分泌科疾病入院,并积极配合治疗;年龄 ≥ 18 周岁;无意识障碍或精神疾病。按照组间基本特征具有可比性的原则分成对照组及观察组,各41例。对照组中男25例,女16例;年龄24~75岁,平均年龄 33.10 ± 3.05 岁;病程2~20年,平均病程 7.37 ± 1.35 年;疾病类型:糖尿病16例,甲状腺疾病13例,痛风3例,骨质疏松症5例,其他4例。观察组中男患24例,女17例;年龄22~77岁,平均年龄 33.28 ± 3.11 岁;病程2~18年,平均病程 7.34 ± 1.34 年;疾病类型:糖尿病17例,甲状腺疾病13例,痛风4例,骨质疏松症5例,其他2例。两组性别、年龄、病程、疾病类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 住院期间实施常规护理,出院后常规门诊随访,由医师对其治疗效果和并发症等情况进行评估,叮嘱其相关注意事项。

1.2.2 观察组 实施个案管理护理干预,具体实施方案包括:

(1) 建立个案管理小组:小组成员包括,主治医师以上职称的医师2人、营养师1人、护士长1人、教育护士1人以及责任护士4名,要求小组成员学历均在本科及以上,且工作年限 ≥ 5 年。其中医师、教育护士参与个案管理护理方案的制订以及安全性监测;护士长负责调整组内护士的工作,协助以及监督干预方案的实施;责任护士则进行住院期间健

康教育、门诊随访、微信跟踪、个案建立及维护、资料收集和整理。

(2) 对小组成员进行培训: 要求所有小组成员熟练掌握本研究的调查问卷内容和目的, 强化沟通技巧的训练, 掌握常见问题和相关处理方式, 培训后进行考核, 通过者方可参与研究。

(3) 个案管理主要内容: 包括评估患者情况、制订计划、执行、协调实施过程中出现的问题和评价 5 个部分。这五大部分内容贯穿于持续医疗的全过程, 由专业团队为患者制订合理、系统、个体化的诊疗和自我管理方案, 并根据患者情况及时调整方案, 不断满足其需求^[6]。其工作内容包括: ①从患者入院开始, 评估一般情况, 建立“个案管理记录手册”, 完成 SAS、SDS 调查; ②住院期间对患者进行健康教育, 帮助其改进生活中存在的不足; 发放健康指导手册; 根据患者病情制订治疗、护理方案; 倾听患者诉说, 予以心理支持, 同时强调家庭支持的重要性, 对患者提出的疑惑及时解答, 必要时可以提供心理咨询; ③出院前建立内分泌科患者微信群, 将康复讲堂、居家照护、注意事项以及饮食运动等相关知识进行发布, 1 次/周; ④延续护理: 定期电话随访患者内分泌治疗情况, 明确患者活动、饮食、心理状况, 并按照患者的身体状况制定指导方案; 通过微信动态评估患者需求, 鼓励患者表达自己的情感, 指导其自我调节情绪; 通知患者定时复诊并完成相关调查; ⑤举行“病友会”, 提供病友分享经验和体会的平台, 促进疾病康复。

1.3 观察指标

(1) 患者生活状态: 通过 SF-36 量表进行评估, 此量表共有 8 个维度评价健康相关生命质量 (HRQOL), 即生理功能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、总体健康 (CH)、活力 (VT)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH), 计算量表健康状况各个方面计分及得分换算, 得分越高健康状况越好。

(2) 焦虑和抑郁: ①通过 Zung 焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 完成患者不良情绪的评价^[7]: 上述两个量表均包含项目 20 个, SAS/SDS 所有项目得分 1~4 分/1~3 分。得分越高反映焦虑/抑郁程度越严重; ②以自制满意度评价表完成对患者满意度的判定^[8]: 涵盖十分满意, 较满意, 不满意 3 个选项, 以十分满意与较满意人数总和与总人数的比值, 再乘以 100% 作为满意度。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 22.0 软件分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验; 计数资料组间率的比较行 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 干预后两组 SF-36 评分比较

干预后, 观察组 SF-36 各维度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 干预前后两组 SAS 和 SDS 评分比较

干预前, 两组 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组 SAS、SDS 评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 干预后患者 SF-36 评分比较 (分)

组别	例数	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
观察组	41	88.82 ± 9.38	87.32 ± 11.38	84.27 ± 12.10	83.22 ± 8.88	84.82 ± 7.98	86.62 ± 9.54	83.57 ± 8.64	82.32 ± 8.39
对照组	41	57.22 ± 8.32	68.05 ± 11.47	63.18 ± 10.94	67.39 ± 10.18	57.92 ± 6.35	61.38 ± 7.23	60.09 ± 5.38	56.32 ± 5.46
<i>t</i> 值		16.138	7.637	8.279	7.503	16.890	13.502	14.771	16.631
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 干预前后两组 SAS、SDS 评分比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	51.38 ± 10.32	33.27 ± 7.84	46.52 ± 8.92	30.19 ± 6.25
对照组	41	51.44 ± 10.35	38.74 ± 8.75	46.73 ± 8.85	36.27 ± 8.38
<i>t</i> 值		0.026	2.981	0.107	3.724
<i>P</i> 值		0.979	0.004	0.915	0.000

2.3 干预后两组患者满意度情况比较

观察组满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表3。

表3 干预后两组患者满意度情况比较

组别	例数	满意例数	满意度 (%)
对照组	41	39	95.12
观察组	41	33	80.49

$\chi^2=4.100$, $P=0.043$ 。

3 讨论

内分泌科疾病由于存在病程较长、病情迁延不愈等特点, 会在一定程度上增加患者不良情绪的发生概率, 继而可能不利于临床治疗及护理。传统的临床护理干预模式容易忽略患者的心理、情绪等方面的因素, 无法有效缓解患者的不良情绪以及生活状态^[9-10]。由此可见, 寻找一种更加积极有效的护理干预方式显得极为重要, 亦是目前临床内分泌科医务人员及患者共同关注的热点。个案管理的理念诞生于19世纪末西方的保险领域, 其目的是为了控制由灾难性事故或疾病引发的高额保险赔偿事件的发生^[11], 在20世纪30年代首次应用于护理领域^[12]。个案管理模式至今已发展了80年, 于临床中的应用已然趋于成熟, 国外甚至建立了相对完善的患者个案管理体系以及个案管师培养模式^[13-15]。国内个案管理的研究正处于起步阶段, 仅在一线城市有过尝试, 关于个案管理护理干预应用于内分泌科患者中的研究更是少见, 具有一定的研究价值。

本文结果发现: 干预后观察组 SF-36 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。这提示了个案管理护理干预可明显改善内分泌科患者的生活质量。究其原因, 该护理干预方式打破了传统护理干预模式的时间、空间局限性, 使得患者随时随地可从医护人员处获取自身所需知识, 可在提高患者对疾病相关知识、居家注意事项、饮食、运动等的掌握程度, 从而有利于自我约束, 纠正不良生活习惯, 从心理、生理、精神等多个方面为患者的疾病康复提供有利条件^[16-17]。干预后观察组 SAS、SDS 评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。这表明了个案管理护理干预可明显缓解内分泌科患者的不良情绪。分析原因, 笔者认为该干预方式通过联系家属陪伴与交流、鼓励病友间互相支持、组织参与病友团体的活动等, 为患者提供重要的情感与心理支持, 帮助患者建立战胜疾病的信心; 通过提高患者对疾病的掌握程度, 在一定程度上减轻了其因对疾病未知而产生的负性情绪,

继而达到缓解负性情绪的目的。此外, 观察组满意度明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。这提示了个案管理护理干预在提高内分泌科患者满意度方面效果明显, 其中主要原因可能在于: 个案管理护理干预促使患者感受到了源自医务人员的人性化关怀, 每次随访为患者提供所需的相关照护, 为良好医患关系的建立创造了有利条件。本研究的不足之处在于干预随访时间较短, 护理人力资源配置不足, 国外类似研究随访时间达3~10年, 因此之后若有条件仍会继续随访, 继续关注内分泌科患者的生活质量和不良情绪。

综上所述, 个案管理护理干预在改善内分泌科患者生活状态及不良情绪方面效果明显, 同时加强了医疗护理双方面的管理, 加强了医护的联系, 并提高了护理地位^[18], 且有效促进医患关系。

4 参考文献

- [1] Almudena, Veiga-Lopez, Yong, Pu, et al. Obesogenic endocrine disrupting chemicals: identifying knowledge gaps[J]. Trends in endocrinology and metabolism, 2018, 29(9): 607-625.
- [2] Jingyan Tian, Chang-Sheng Sheng, Weihong sun, et al. Effects of high blood pressure on cardiovascular disease events among chinese adults with different glucose metabolism[J]. Diabetes care, 2018, 41(9): 1895-1900.
- [3] Winifred MLo, Meghan LGood, Naris Nilubol, et al. Tumor Size and Presence of Metastatic Disease at Diagnosis are associated with disease-specific survival in parathyroid carcinoma[J]. Ann of surg oncol, 2018, 25(9): 2535-2540.
- [4] 师福香, 罗艳, 张晶, 等. 个案管理及随访对2型糖尿病患者糖代谢指标及自我管理水平的影响[J]. 贵州医药, 2018, 42(5): 622-623.
- [5] 王惠丽, 阿吉古丽, 张荣霞. 多学科个案管理模式对2型糖尿病患者健康管理的效果观察[J]. 新疆医学, 2016, 46(3): 361-364.
- [6] 袁晓丹, 楼青青, 张丹, 等. 糖尿病个案管理模式的研究进展[J]. 中华护理志, 2013, 48(1): 84-86.
- [7] 陆迪菲, 袁振芳, 杨丽华, 等. 肥胖人群焦虑抑郁情况与肥胖程度相关性的调查分析[J]. 中国糖尿病杂志, 2019, 27(8): 592-596.
- [8] 郑玲玉, 覃竞燕, 王静, 等. 随访系统格式化信息发送对提高甲状腺功能亢进症患者治疗依从性的观察[J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(3): 261-264.
- [9] 王璐, 朱晓萍, 王西英, 等. 上海市二三级综合医院糖尿病个案管理护理服务现况调查[J]. 护理学杂志, 2018, 33(9): 66-69.
- [10] 张艳, 高珊, 惠蓉, 等. 个案管理对门诊初发2型糖尿

阶段护理对缺血性脑卒中认知功能和生活自理能力的影响

秦维 孙秀敏* 伊静 王晨钟 杨莹 张璐

【摘要】目的 研究阶段护理对缺血性脑卒中患者认知功能和生活自理能力的影响。**方法** 选择2017年6月—2020年6月神经外科收入治疗的缺血性脑卒中患者116例进行调查研究,将患者按照入院时间编号,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组58例,对照组行常规护理;观察组在对照组基础上加用阶段护理;干预1个月后比较两组不当生活方式改善情况、认知功能以及生活自理能力。**结果** 干预1个月后,不当行为改善情况:两组酗酒、缺乏运动比较差异有统计学意义($P<0.05$),两组吸烟相比差异无统计学意义($P>0.05$),但观察组明显少于对照组;干预前,观察组MoCA评分、ADL评分、改良Barthel指数评分与对照组相比差异无统计学意义($P>0.05$)。干预1个月后,观察组MoCA评分、ADL评分、改良Barthel指数评分明显提高,且均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 阶段护理以“跨理论模型”为指导,分阶段完成护理工作,护理更全面,对于改善缺血性脑卒中患者认知功能,提高生活自理能力有积极意义。

【关键词】 阶段护理;缺血性脑卒中;认知功能;生活自理能力

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.016

脑卒中临床发病率、致死致残率、复发率均较高,缺血性脑卒中占脑卒中发病60.0%~80.0%^[1-2]。手术治疗、药物治疗、康复理疗等有效促进患者预后。近几年,因我国医疗技术不断进步完善,脑卒中病死率在一定范围内有所降低,但部分患者治疗后仍存在后遗症,如语言障碍、认知障碍、运动障碍等,因此针对脑卒中患者开展康复训练,恢复其

语言功能、运动功能、认知功能,有利于提高其生活自理能力,改善生活质量。护理工作中采取二级预防措施有利于降低脑卒中复发,但患者依从性是关键,良好生活习惯的养成和良好行为是良好预后的保证。分阶段护理能够适应患者在不同疾病发展阶段病情变化,并针对进行护理,有效恢复其各项功能,帮助患者回归家庭和社会生活。“跨理论模型”^[3-4]主要是以患者行为改变的意愿和时间为基础,对整个行为改变进行阶段划分,针对所处不同阶段进行干预,以转换患者行为,以期促进疾病预后。目前,大量研究报道指出^[5-7]“跨理论模型”在临床的应用价值。但在缺血性脑卒中患者护理中

基金项目:辽宁省教育科学“十三五”规划2018年度课题(编号JG18DB121)

作者单位:116023 辽宁省大连市,大连医科大学附属第二医院神经外科

*通讯作者

病患者代谢指标及自我管理能力的影 响[J].护理学报,2019,26(6):55-59.

[11] Weil M, Karls JM. Case management in human service practice [M]. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998:37-55.

[12] Cesta TG, Tahan HA, Fink LF. The case manager's survival guide: Winning strategies for clinical practice [M]. St. Louis: Mosby, 1998:42-57.

[13] 马晓丽,党慧,周俊,等.全程专业护理个案管理对糖尿病患者康复和生活质量的影响[J].贵州医药,2019,43(10):1647-1649.

[14] 李彩宏,沈犁.基于移动医疗的个案管理模式对2型糖尿病患者自我管理及血糖控制的干预效果评价[J].中国糖尿病杂志,2018,26(11):914-918.

[15] 范会敬,蒋瑞.以护士为主导的个案管理模式对2型糖尿病患者的干预效果[J].解放军护理杂志,2018,35(9):7-11.

[16] 凤香清,李翠吟,柳岚,等.个案强化管理对门诊新诊断2型糖尿病青年患者自我管理能力及血糖代谢的影响[J].中国临床护理,2019,11(4):319-323.

[17] 董晓晶,张男,甘露,等.个案管理模式对老年乳腺癌患者辅助治疗依从性分析[J].上海交通大学学报(医学版),2019,39(2):170-175.

[18] 宋淑芬,余晓佳,秦期,等.应用个案管理模式提高乳腺癌患者内分泌治疗的依从性[J].护理学报,2011,18(9B):24-26.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

的应用报道较少,本研究将阶段护理与常规护理在神经外科缺血性脑卒中住院患者的应用进行比较,取得较满意结果。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年6月—2020年6月神经外科收入治疗的缺血性脑卒中患者116例进行调查研究,纳入条件:患者年龄在18~75周岁,诊断符合缺血性脑卒中标准;均由神经外科收入治疗后神清,具备正常交流能力;经医院伦理委员会批准,签署相关同意书。排除条件:出血性脑卒中、精神异常、认知功能异常、肝肾功能异常、心肺功能不全等患者;失语或卒中后语言障碍患者;沟通障碍、中途退出、脱落病例。将患者依入院顺序编号,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组,各58例,观察组中男33例,女25例;年龄均值在48~78岁,平均 58.06 ± 7.55 岁;合并高血压26例,冠心病21例,2型糖尿病11例。对照组中男31例,女27例;年龄38~80岁,平均 56.86 ± 9.33 岁;合并高血压27例,冠心病21例,2型糖尿病10例。两组患者在性别、年龄、合并疾病等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[8]中对缺血性脑卒中的诊断标准:①起病急骤;②局部神经功能缺损,少部分患者为全面神经缺损;③影像学检查有责任梗死病灶时症状体征持续时间不限,有责任病灶时,症状体征持续时间在24 h以上;④排除其他脑血管疾病;⑤行CT或MRI检查排除脑出血可能。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 进行常规护理干预:①详细观察记录患者病情,尽可能详细解释医嘱,完成用药指导,包括合并基础疾病的用药指导;明确规定患者用药剂量、时间、次数。用药期间全面监测不良反应的发生;②完成健康宣教,通过心理辅导帮助患者缓解心理压力,放下心理负担;及时与患者及家属沟通交流,方便他们及时获取病情控制和治疗相关信息;③照护患者住院生活,完成整理床铺、病房打扫等工作,保证病房环境,保持清洁卫生。

1.3.2 观察组 在对照组基础上加用阶段护理:以“跨理论模型”^[9]为指导,对患者进行行为阶段评估,分阶段实施护理。成立干预小组,由神经内科医师、康复医师、责任护士、主管护师、社区医

务人员组成,为患者提供相关诊疗护理服务。对我科其他护理人员进行相关护理工作的培训,组建护理小组,制定护理方案,设定不同阶段护理目标。培训责任护士,组织讲解和学习护理表格内容,充分认识注意事项和护理目的。出院后护理则主要由社区医务人员和家属完成。两组均护理1个月后评估效果。

1.3.2.1 潜意识阶段

(1) 认知护理:发放科室制作的相关疾病预防图册,简单介绍内容,辅助患者家属正确认识疾病,重点强调治疗和复发后果,定期进行视频宣教。疾病预防图册中载明患者合并基础疾病,如高血压、糖尿病、冠心病的预防,强调脑血管复发危险因素如吸烟、饮酒、并发症等的干预方法。

(2) 生活自理能力护理:主治医师结合患者情况、日常生活自理能力设置训练方案,将康复医师、责任护士和主管护师归为一组,与患者沟通,建立良好的医患关系;为患者简单介绍护理方案,在患者潜意识里植入下一步的护理工作,为后续护理工作奠定基础。

(3) 目标:①认知护理目标。患者及家属对疾病有正确认识;②生活自理护理目标。患者及家属同意接受生活自理康复护理方案,并可主动配合。

1.3.2.2 意识阶段

(1) 认知护理:强调疾病复发危害和危险因素,帮助患者认识自身不当行为,意识到遵医嘱治疗的重要性。

(2) 生活自理能力护理:开始指导患者完成简单的生活自理,如进食、饮水、上厕所、穿脱衣服、修饰、沐浴等方面的护理,由小组指导,患者在家属的陪伴下完成初级目标,并在每天查房前自行完成功能锻炼。

(3) 目标:①认知护理目标:患者可正确分辨危险因素,意识到自身不当行为;②生活自理护理目标:患者能在指导下,由陪护人员陪同完成简单的生活自理能力锻炼,对后期恢复有信心。

1.3.2.3 准备阶段

(1) 认知护理:认可并鼓励患者改进自身不当行为的意图,与患者及家属共同制订改善病情的近期和远期目标。

(2) 生活自理能力护理:①进食饮水的护理,手功能恢复较好(上肢肌力测定在3级以上)的患者训练单手进食饮水,可借助辅助工具行进食饮水训练。设定固定的进餐场景训练患者进食能力,通过餐前洗手擦手,借助辅助餐具进食饮水,餐后擦

嘴,收拾餐桌餐具,经以上训练锻炼生活自理能力;②上厕所的护理,早期卧床时在床上借助便盆等同步训练排大小便;患者在坐位能维持 30 min 平衡后,锻炼完成床椅转移,学会采用床旁坐式马桶锻炼大小便,可开始如厕训练。设定固定如厕场景,从病床转移到床旁坐式马桶排便,排便后擦拭干净,穿好裤子,冲水后完成如厕;③穿脱衣服护理,患者平衡能力测定可达 2 级,坐位时间可保持 30 min 后开始穿脱衣服训练。设定固定的家庭场景,患者需根据自己当天需参加的活动自己选择衣物完成穿搭。首先从衣柜中取出选好的衣服放好,关好衣柜,穿衣时先穿患侧,脱衣时先脱健侧,按照该原则穿脱衣服。外出回来后按照上述标准换上家居服,整理好外出服装;④修饰护理。患者平衡功能测定达到 2 级,坐位时间可保持 30 min 以上,病情在稳定期,健侧肢体功能良好的患者需尽早锻炼修饰能力。按照性别的不同设定场景,比如在带镜子的卫生间台面放置梳子、洗面奶、剃须刀、牙刷、牙膏等,患者在指导下进入场景,选择合适的位置坐在镜子前,完成洗漱、修面、化妆等事宜,并在完成后收整好台面;⑤洗澡护理。需确认患者健侧肢体功能良好,可以久坐且病情稳定后开始锻炼自我沐浴。设定好沐浴场景,指导患者在淋浴室坐好,调节水温到合适的程度,抹匀沐浴露,将毛巾浸湿铺在椅背上,用长柄浴刷刷背,手无法触及的部位也用浴刷清洗,然后冲洗干净,用浴巾擦干身体,穿衣出浴室。强调合并基础疾病如高血压、糖尿病、冠心病等的治疗,严格遵医嘱服药,将病情控制在合适范围。告知患者戒烟限酒、预防并发症,结合当日身体情况适当锻炼。所有护理训练都必须在患者意识清晰,能良好配合且主动意识强的情况下完成。由主管护士记录训练的时间,评估熟练程度和安全性,告知患者及家属注意事项。

(3) 目标:①认知护理目标。近期目标为改进自身不当行为,远期目标为坚持改进不当行为,养成良好习惯,遵医嘱配合完成治疗;②生活自理护理目标。患者能在指导下,独立或有人陪伴下完成各项情景训练。

1.3.2.4 行动维持阶段

(1) 认知护理:肯定患者对自身不当行为的动机,与家属共同见证患者的进步,纠正不正确方式,鼓励患者坚持正确行为;加强与病友的交流,互相学习不当行为改进经验,反馈信息,长期监督并鼓励患者;若同时合并多种危险因素患者,需加强自我照护和生活习惯的护理;若患者想放弃甚至退步

时,及时与患者交流,知晓原因及时调整方案,让患者接受并改变不当行为;出院后,让家属、亲友参与并支持患者。

(2) 生活自理能力护理:患者能坚持完成准备阶段中的各项情景训练;且出院后在家属或陪护人员的陪伴下坚持生活自理,医院定期回访患者,前 3 个月电话回访 1 次/周,15 d 预约上门回访 1 次,并以问卷形式做好调查,后期若患者能自主配合且情况好,可每月回访 1 次。

(3) 目标:①认知护理目标。患者养成良好行为习惯,并可自觉长期坚持;②生活自理护理目标。通过问卷调查,随访患者能自主完成训练,并能较好的坚持。

1.4 观察指标

(1) 不当生活方式改善情况:吸烟、酗酒、缺乏运动等;酗酒评定标准为 1 次性饮啤酒 2.5 L 及以上或血液中酒精含量在 0.08 g/dL;运动量以每次适宜运动 30~60 min,每天 1 次。

(2) 认知功能:采用蒙特利尔认知评估(MoCA)量表^[10]评定,包括注意力、执行力、抽象力、命名、定向力和延迟记忆、语言力,总分 30 分,正常健康人群分值 ≥ 26 分。

(3) 生活自理能力:日常生活能力评分(ADL)^[11]包括:大便、小便、修饰、用厕、吃饭、转移、活动(步行)、穿衣、上楼梯、洗澡;10 项根据不同需要帮助程度赋分,依赖需要帮助为 0 分,偶尔需帮助为 5 分,完全自理为 10 分,总分为 100 分,分值越高生活能力越强。

(4) 改良 Barthel 指数^[12]:改良 Barthel 指数是对患者日常生活活动的评定,总分为 100 分,独立性与分值成正比,分值越高运动功能恢复越好。

1.5 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。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 两组不当生活方式改善情况比较

干预 1 个月后,两组酗酒、缺乏运动比较差异有统计学意义($P<0.05$),两组吸烟相比差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 认知功能及生活自理能力比较

干预前,两组 MoCA 评分、ADL 评分、改良 Barthel 指数评分差异无统计学意义($P>0.05$);干

预后, 两组 MoCA 评分、ADL 评分、改良 Barthel 于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。指数评分均明显升高, 但观察组各项指标均明显高

表 1 两组不当生活方式改善情况比较

组别	观察例数	吸烟	酗酒	缺乏运动
观察组	58	15 (25.86)	12 (20.69)	8 (13.79)
对照组	58	24 (41.38)	23 (39.66)	20 (34.48)
χ^2 值		3.129	4.951	6.779
P 值		0.077	0.026	0.009

表中 () 内数据为百分数 (%)

表 2 两组认知功能及生活自理能力比较

观察时点	组别	观察例数	MoCA 评分	ADL 评分	改良 Barthel 指数
干预前	观察组	58	20.06 $\pm$ 3.31	52.55 $\pm$ 8.54	47.31 $\pm$ 7.28
	对照组	58	19.97 $\pm$ 3.46	52.42 $\pm$ 8.92	46.82 $\pm$ 7.39
	t 值		0.143	0.080	0.360
	P 值		0.886	0.936	0.720
干预后	观察组	58	28.27 $\pm$ 2.85	75.77 $\pm$ 5.39	72.55 $\pm$ 4.66
	对照组	58	23.82 $\pm$ 3.03	61.39 $\pm$ 5.40	59.36 $\pm$ 6.82
	t 值		8.147	14.354	12.161
	P 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

缺血性脑卒中是极易复发的脑血管疾病, 发病因素多样化且发病机制复杂。缺血性脑卒中患者大脑局部血液循环障碍, 损伤神经功能, 引起患者认知障碍或偏瘫等的发生。相关研究指出^[13-16], 中国脑卒中发病率以 8.7%/年的增长速度持续增加, 具有发病率高、病死率高、致残率高的特点。目前, 临床针对缺血性脑卒中尚无特效治疗方法, 尽管病死率有所降低, 但预后仍未能达到理想水平, 对患者康复积极性、日常生活自理能力产生不良影响。护理工作的开展有利于促进预后, 选择较好的护理模式是保证康复的前提。

“跨理论模型”设定目标以改变不良行为, 重视连续的行为改变, 针对不同阶段患者采取对应护理干预行为转变, 有利于督导行为向持续性阶段发展^[17-20]。从表 2 和表 3 数据可见, 观察组不当行为改善情况明显优于对照组, 且观察组 MoCA 评分、ADL 评分、改良 Barthel 指数评分均高于对照组 ($P<0.05$)。充分显示出阶段护理有利于改善缺血

性脑卒中患者不当行为和不良生活习惯, 提高患者认知能力、运动功能和生活质量。以往的研究中, 未能结合患者个体特点制定阶段护理目标^[21-22], 护理工作多以健康宣教、用药干预为主, 大大降低时效性, 且无针对性。本研究结合“跨理论模型”对患者进行阶段划分, 并在每一阶段设定护理目标, 强调自我评价, 以患者的主观能动性为主, 有利于引起患者共鸣, 激发潜能, 让其主动参与配合护理、治疗, 在循序渐进的过程中起到潜移默化的影响。此种阶段护理方案中, 重视患者主观意愿, 通过前期和动机性访谈有利于全面、详细地了解患者心理活动和整体病情。在掌握患者基本情况、对疾病的认知程度后, 针对其不当行为进行纠正, 让患者及家属共同参与护理工作, 设定短期、长期护理目标, 增加患者参与感, 让其感受到自己在疾病治疗过程中的主导作用, 有利于提高护理目标实现可能性。在整个护理过程中, 及时发现问题, 调整方案, 增强患者坚持改变不当行为的信心。高娜等^[23]、钱凯华^[24]、龚春艳等^[25]研究指出, 阶段护理可明显提高患者健康行为和肢体功能, 提升生活质量。阶段

护理工作开展中,护理人员及时反馈护理目标完成情况,以鼓励患者坚持,同时以近期护理目标为根本,衔接中期护理目标,最终达到远期目标,养成帮助患者在出院后亦能坚持良好行为。构建家属、亲友支持系统,易于让患者接受阶段护理,目标实现成功率更高,也能激发患者主动完成康复训练的积极性。这也是观察组患者日常生活能力恢复更佳的主要原因。

综上所述,阶段护理的开展,在“跨理论模型”的指导下,制订具有针对性、科学性、可行性强的护理方案,充分结合患者个体特点,有效纠正患者不当行为,提高认知功能和日常生活自理能力,促进康复。

4 参考文献

- [1] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 中国急性缺血性脑卒中中西医急诊诊治专家共识 [J]. 中华危重病急救医学, 2018, 30(3): 193-197.
- [2] 周建国, 符大勇, 孟云, 等. 双时相 ASL 在急性缺血性脑卒中灌注评估中的临床应用价值 [J]. 实用放射学杂志, 2018, 34(2): 315-316, 318.
- [3] 刘彦淑, 任海燕. 跨理论模型在冠心病患者健康行为改变中的应用进展 [J]. 中华心血管病杂志, 2019, 47(4): 331-334.
- [4] 岑琼, 顾捷, 陶春, 等. 基于跨理论模型的牙周病病人健康行为管理的研究 [J]. 护理研究, 2019, 33(2): 194-199.
- [5] 沈洁, 赵文凤. 跨理论模型对慢性阻塞性肺疾病患者呼吸功能锻炼及自我管理的影响 [J]. 护士进修杂志, 2018, 33(9): 849-851.
- [6] 段宏为, 王筱筱, 林航, 等. 跨理论模型在脑卒中患者护理中应用的研究进展 [J]. 中国护理管理, 2018, 18(2): 249-252.
- [7] 王谊, 陈亚梅. 基于跨理论模型的干预对克罗恩病患者鼻胃管家庭肠内营养效果的影响 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(8): 1164-1170.
- [8] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [9] 许文瑶, 李顺玉. 动机性访谈联合跨理论模型在老年 COPD 患者肺康复训练中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(32): 4190-4193.
- [10] 康婧, 耿文清, 姜拥军, 等. 蒙特利尔认知评估量表和国际人类免疫缺陷病毒痴呆量表在男男同性性行为人类免疫缺陷病毒感染不同认知功能障碍筛查中的应用 [J]. 中华传染病杂志, 2020, 38(6): 348-352.
- [11] 华强, 夏文广, 李冰冰, 等. 经颅直流电刺激联合虚拟情景互动训练对脑梗死偏瘫上肢功能及 ADL 的影响 [J]. 中国康复, 2020, 35(1): 15-18.
- [12] 李小峰, 陈敏. 改良 Barthel 指数评定量表的设计与应用 [J]. 护理研究, 2015, 29(13): 1657-1658.
- [13] 解恒革. 重视对脑卒中后认知障碍和抑郁的研究 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2018, 20(10): 1009-1011.
- [14] 王陇德, 刘建民, 杨弋, 等. 《中国脑卒中防治报告 2017》概要 [J]. 中国脑血管病杂志, 2018, 15(11): 611-616.
- [15] 陈祚, 李苏宁, 王馨, 等. 我国中年人群高血压、超重和肥胖的发病率及其与心血管事件的关系 [J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(1): 47-53.
- [16] 贾琴艳, 龚桂平, 屠厚冕, 等. 围术期精细化护理对缺血性脑卒中支架成形术患者的效果探讨 [J]. 山西医药杂志, 2020, 49(3): 346-349.
- [17] 汪爱茹, 李森, 苏霖, 等. 基于跨理论模型对中青年 2 型糖尿病患者生活质量的影响 [J]. 四川医学, 2019, 40(8): 822-828.
- [18] 郎海燕, 何汉琴. 基于跨理论模型的健康教育对尿毒症血液透析患者遵医行为及自我护理能力的影响 [J]. 医学临床研究, 2019, 36(4): 819-821.
- [19] 胡艳群, 孙小珍, 黄海云, 等. 阶段目标性护理干预对老年脑卒中偏瘫患者遵医行为及 ADL 评分的影响 [J]. 中国地方病防治杂志, 2018, 33(3): 351.
- [20] 舒金鼎, 冯涛, 黄小芬. 跨理论模型干预模式对肺癌合并冠心病心绞痛患者自护行为及生活质量的影响 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(5): 625-628.
- [21] 刘龙, 谢晶. 分阶段护理模式对胃十二指肠肿瘤患者康复效果及营养水平的影响 [J]. 现代医学, 2019, 47(8): 1028-1031.
- [22] 姜红涛, 张宇, 杨洋, 等. 以患者需求为导向的阶段护理方案对肠造口患者自我护理能力的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(3): 327-330.
- [23] 高娜, 杨梦莉, 张弛, 等. 基于跨理论模型动机访谈对脑卒中患者创伤后应激障碍及健康行为改变阶段效果研究 [J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(1): 39-42.
- [24] 钱凯华. 阶段式延续护理对脑卒中患者肢体功能和生活质量改善效果研究 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(5): 19-21.
- [25] 龚春艳, 吕梅芬. 观察脑卒中患者应用分阶段延伸护理对肢体功能康复的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(5): 634-637.

[2020-08-25 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于敏感指标体系的护理干预在 2 型糖尿病疾病专项管理中的应用

郭晴晴

【摘要】目的 探讨基于敏感指标体系的护理干预在 2 型糖尿病疾病专项管理中的应用效果。**方法** 选择医院 2018 年 1 月—2019 年 12 月 70 例 2 型糖尿病患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组 35 例,对照组采用常规护理,观察组采用基于敏感指标体系的护理干预。随访至出院 12 周。比较两组健康行为、生存质量、血糖水平。**结果** 出院前两组餐后 2 h 血糖 (2hPG)、空腹血糖 (FBG)、糖化血红蛋白 (HbA_{1c}) 水平比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院 12 周,观察组 2hPG、FBG、HbA_{1c} 水平均明显低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者出院前健康行为量表 (HPLP)、生存质量测定表 (QOL) 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院 12 周,观察组 HPLP、QOL 评分明显高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 基于敏感指标体系的护理干预能促进 2 型糖尿病患者健康生活行为的养成,更好控制血糖,提高生活质量。

【关键词】 敏感指标体系; 护理干预; 2 型糖尿病

中图分类号 R473.58 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.017

随着老年化加重,我国 2 型糖尿病 (T2DM) 的临床发病率逐年升高。血糖控制效果是衡量 T2DM 患者病情进展及治疗达标的重要指标,一旦 T2DM 患者血糖水平未能获得良好控制,患者长期处于高血糖状态下,疾病进一步进展,可能引发心肌梗死、冠心病、肾衰竭、失明等一系列并发症,严重威胁患者生命健康及生存质量^[1]。既往研究指出 T2DM 患者普遍存在健康知识缺乏,长期给予有效的健康教育对增加其疾病认知,改善行为,提高血糖控制效果具有重要意义^[2]。T2DM 是一种慢性终身管理性疾病,住院治疗时间相对较短,大部分治疗及血糖自我管理需在院外完成,糖尿病患者及其家庭对糖尿病病情观察、服药、规律饮食、运动调理等方面知识的院外延续性护理需求逐渐增加^[3]。近年来,护理学科越来越关注应用相关数据来支持护理实践效益,改善患者结局。本研究以美国爱荷华大学定义的护理敏感结局指标为基础,识别和评估护理改善 T2DM 患者结局及健康照护系统中的数据,制订基于敏感指标体系的 T2DM 护理干预,分析其对改善 T2DM 患者内分泌失调症状和生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2018 年 1 月—2019 年 12 月收治的 70 例 T2DM 患者为研究对象,纳入条件:符合《中

国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版)》^[4] 中 2 型糖尿病诊断标准;患者签署知情同意书;年龄 40~80 岁;语言表达能力正常。排除条件:妊娠期;患恶性肿瘤;合并严重并发症;中途退出研究;精神疾病史;意识障碍。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组 35 例。观察组中男 20 例,女 15 例;平均年龄 52.18 ± 3.43 岁;糖尿病病程 1~5 年,平均 2.87 ± 0.08 年。对照组中男 18 例,女 17 例;平均年龄 53.01 ± 2.74 岁;糖尿病病程 1~6 年,平均 2.94 ± 0.06 年。两组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,包括口服降糖药、皮下注射胰岛素、常规门诊随访、用药指导等;出院后予以微信延续性随访模式,内容包括:

(1) 微信专题讲座:每次讲座时长 40~50 min,后 20 min 促进患者之间相互交流;通过微信以视频方式发送糖尿病相关知识专题讲座。首次讲座主要内容为 2 型糖尿病病因、病机、并发症、危害性概述以及持续药物和血糖监测治疗的意义,使患者把握用药指征,坚持按医嘱用药,不可擅自改动用药方案;第二场讲座主要内容为糖尿病并发症的危害性、危险因素和预防措施,指导患者严格控制每日热量摄入,减少胆固醇、脂肪摄入,少吃多餐,多吃果蔬和高蛋白食品,规律性运动,如打太极、跳广场舞、打乒乓球等;第三场讲座内容为内

分泌失调的症状、病因、病机、与糖尿病的关系、自我干预方法,其中自我干预方法包括睡前2 h进行瑜伽等适度活动,晨起仰卧5 min,缓慢下床后喝1杯温开水促进血液循环等。每周开展1次讲座。

(2) 线上交流互动:护理小组每天通过微信推送2~3次糖尿病相关知识,每周六组织1次护患集体交流活动,就患者所提出的问题进行解答;每日抽查患者血糖监测情况、生活行为改善情况;进行心理干预,使患者坚定康复信心,改善其自我生活行为。

1.2.2 观察组 在对照组基本上予以敏感指标体系的护理干预,具体如下:

(1) 集中培训:护理人员组建健康教育护理小组,包括护士、护士长。出院前对患者进行集中培训,内容主要为2型糖尿病发病原因和用药、饮食、运动注意事项;如何指导患者关注2型糖尿病公众号,如何在聊天群进行知识宣教等。

(2) 建立T2DM患者护理敏感指标体系:采用奥马哈问题分类系统、以护理结局为指标基础,总结归类T2DM患者专科领域的核心护理问题,确立了一级指标(生理、健康行为、心理领域),二级指标(T2DM患者核心护理问题)和三级指标的T2DM患者护理敏感指标体系,见表1。

(3) 确定健康教育目标及措施:护理小组根据患者实际情况,确定健康教育目标及措施,在“患者版T2DM患者护理敏感指标体系单”上对选择的项目向患者做详细讲解,相应护理敏感指标栏打“√”。

(4) 评价方法:向患者耐心讲解“T2DM患者护理敏感指标体系”使用方法,每周为1个评价周期,患者在评价栏上对护理敏感指标达标及实施情况进行评价,如“达到”评为“是”继续制订新的目标;若评价为“否”则进入下一个管理周期,努力达到目标为止。

1.3 观察指标

①健康行为:采用健康行为量表(HPLP)评价,该量表共6个维度52个条目,分值越高越好^[3];②生存质量:用生存质量测定表(QOL)评估生活质量;③出院前、出院12周测空腹血糖(FBG)、餐后2 h血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HA1c)水平。

1.4 统计学处理

采用SPSS 18.0统计学软件对数据进行统计分析,计量数据用“均数±标准差”描述,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 两组血糖水平控制情况比较

出院前两组2hPG、FBG、HA1c水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);出院12周,观察组2hPG、FBG、HA1c水平均明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.2 两组HPLP、QOL评分比较

两组患者出院前健康行为量表(HPLP)、生存质量测定表(QOL)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);出院12周,观察组HPLP、QOL评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

3 讨论

T2DM病情逐渐进展,对血管、心肌均有影响,增加心血管疾病风险。通常患者合并内分泌失调,与其生活作息、饮食等有关,因此,及时有效的健康教育对纠正其认知,改善行为,血糖控制的生活质量改善具有重要意义^[5-6]。

T2DM发生与患者饮食、作息、运动锻炼、生活习惯等密切相关^[7]。因此,基于敏感指标体系的健康教育从疾病基础知识、自理状态、糖尿病疾病知识管理、药物相关知识、精神、运动、能量、睡眠、并发症危害性与预防、用药知识、健康运动与饮食习惯等多方面入手,构建适合我国T2DM患者护理敏感指标评价体系,全面提高患者自我护理能力,有助于控制其血糖以及调节内分泌失调现象;同时督促其养成健康的生活方式,戒烟戒酒,有助于稀释T2DM患者血液浓度,加快血液循环,进而降低远期心绞痛、心力衰竭等并发症的发生率^[8-9]。加上基于敏感指标体系健康教育与微信随访模式结合,确保健康教育系统化、持续化,避免常规护理中健康教育在患者出院后缺失,从而使患者即使在院外也能获得正确、详细的2型糖尿病相关知识,不断纠正错误认知和补充知识,确保患者长期保持良好的血糖水平^[10]。本研究中出院12周,观察组2h-PG、FBG、HA1c水平均明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。说明基于敏感指标体系的护理干预有助于T2DM患者行为和生活质量改善,利于血糖控制,且取得的效果较常规护理更显著。

随着传统生物医学模式的转变,T2DM治疗已不单纯仅仅局限在血糖控制,临床更注重缓解疾病

表 1 T2DM 患者护理敏感指标体系

一级指标领域	二级指标护理问题	三级指标	
		护理结局	护理敏感指标
生理领域	循环	循环状况	生命体征指标
			外周水肿状况
	营养	电解质平衡	尿量
			血钠、钾、镁、氯水平
健康相关行为领域	个人照顾	营养状态	食物、液体的输入
			体质指数
			血糖水平
			血糖、糖化血红蛋白、血清白蛋白、前蛋白
	个人照顾	自理状态	保持个人清洁
			糖尿病疾病知识管理
			准确保存及注射胰岛素
			饮食限制、规律锻炼
	药物治疗方案	药物相关知识	戒烟戒酒
			处理低血糖等应激事件的策略
			日常饮食、坚持运动锻炼在糖尿病血糖控制中的作用
			如何正确测量血糖
心理社会领域	身体活动	活动耐力	处方降糖药服药方案
			求助健康教育小组帮助时机
			降糖药物的种类及服药副作用
			正确服药方法
	睡眠与休息状态	睡眠	药物的合理存放
			步行距离
			日常生活活动度
			睡眠小时数
	精神健康	精神、运动、能量	睡眠辅助用品
			音乐辅助睡眠方法
			显示正常的情感
			放松技巧
			避免滥用酒精及药物
			遵循治疗计划

表 2 两组血糖水平控制情况比较

组别	例数	2hPG (mmol/L)		FBG (mmol/L)		HA1c(%)	
		出院前	出院 12 周	出院前	出院 12 周	出院前	出院 12 周
观察组	35	14.23 ± 2.16	8.17 ± 1.62	9.30 ± 1.95	6.49 ± 1.32	9.82 ± 2.15	7.22 ± 2.19
对照组	35	14.08 ± 1.98	11.62 ± 1.49	9.13 ± 1.76	8.02 ± 1.03	9.85 ± 2.21	8.29 ± 2.20
<i>t</i> 值		0.303	9.273	0.383	5.406	0.058	2.039
<i>P</i> 值		0.763	0.000	0.703	0.000	0.954	0.045

表 3 两组 ESCA 量表、HPLP 量表评分比较（分）

组别	例数	HPLP 评分		QOL 评分	
		出院前	出院 12 周	出院前	出院 12 周
观察组	35	139.21 ± 10.43	160.43 ± 8.43	41.59 ± 1.62	46.62 ± 1.03
对照组	35	137.02 ± 9.98	145.32 ± 7.62	42.01 ± 1.49	53.65 ± 1.17
<i>t</i> 值		0.898	7.867	1.129	26.681
<i>P</i> 值		0.373	0.000	0.93	0.000

进展、降低远期并发症及改善生存质量^[11-13]。HPL 是评估慢性疾病患者健康行为的重要工具，能反应患者躯体活动、心理健康、健康责任感、人际关系、压力调节及营养状况。QOL 能反应患者精神状态、食欲等方面，是目前用于糖尿病、冠心病等慢性疾病患者生活质量评估的重要工作。本研究以解决 T2DM 患者的 7 个核心护理问题（二级指标）为主线，以护理结局为目标，护理敏感指标为指导依据，一方面通过针对性护理干预措施，增加了内分泌失调合并 DM 患者的糖尿病专科知识；实施过程中，在相应护理敏感指标栏打“√”，对选择的项目向患者做详细讲解，使患者充分了解血糖管理各目标；若评价为“否”则进入下一个管理周期，不断改进，达到行之有效的目标管理为止。且微信随访模式利用微信平台，实现护患双向交流，利于护理人员对患者疾病认知、用药情况、血糖监测情况、健康行为等进行了解；方便患者随时、随地向护理人员发出问题，寻求帮助，从被动式灌输教育转变为主动学习，提高患者对自身疾病的责任感^[5]。本研究结果显示，干预 12 周后，观察组患者 HPLP、QOL 评分明显升高且高于对照组，差异具有统计学意义（*P*<0.05），验证了基于敏感指标体系的护理干预模式的成效。

综上所述，基于敏感指标体系的护理干预能促进 T2DM 患者健康生活行为的养成，更好控制血糖，提高生活质量。

4 参考文献

[1] 张晓伟. 健康教育干预在内分泌失调合并糖尿病护理中的应用价值分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(9): 238-239.

[2] 李慧. 健康教育干预在内分泌失调合并糖尿病护理中的应用分析[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(18): 17.

[3] 李亚范. 提高妇科内分泌失调伴糖尿病冠心病患者健康教育的效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(13): 97.

[4] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.

[5] 吴雪梅, 陈奋, 张波华, 等. 系统化健康教育对妊娠期糖尿病患者胰岛素用药依从性的影响[J]. 中国基层医药, 2018, 25(6): 795-798.

[6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(10): 893-942.

[7] Li LT, Barden GM, Balentine CJ, et al. Postoperative transitional care needs in the elderly: an outcome of recovery associated with worse long-term survival[J]. Ann Surg, 2015, 261(4): 695-701.

[8] 郑侠, 张宁. 青少年 1 型糖尿病患者出院后延续护理的效果研究[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(9): 1289-1292.

[9] 张艳, 高珊. 目标管理对 2 型糖尿病患者自我血糖监测的影响[J]. 上海护理, 2017, 17(1): 19-22.

[10] 管朋春, 赵秀芳, 李琦, 等. 行为干预在 2 型糖尿病患者中的应用效果[J]. 当代医学, 2017, 23(7): 171-172.

[11] 黄剑凤, 谢风云. 目标制定监督在青少年糖尿病防治及构建和谐心理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(1): 47-48.

[12] 蒋云. 综合护理干预对内分泌、失调型肥胖患者减肥效果的影响[J]. 内科, 2017, 12(4): 600-602.

[13] 岳小林, 陈沁, 叶赞, 等. 基于互联网+的居家糖尿病护理平台联合家庭固定伴侣在糖尿病患者院外延续护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(16): 1216-1221.

[2020-05-21 收稿]
(责任编辑 崔兰英)

熏香足浴联合助眠中药枕对维持性血液透析患者疲乏状态、睡眠质量的影响

张宁 张德宁*

【摘要】 目的 探讨熏香足浴联合助眠中药枕对维持性血液透析患者疲乏状态、睡眠质量的影响。**方法** 选择医院 2019 年 1 月—2020 年 1 月收治的维持性血液透析患者 80 例,按组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,各 40 例。对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上加以熏香足浴联合助眠中药枕,比较两组患者的疲乏状态、睡眠质量。**结果** 观察组患者疲乏程度轻于对照组,睡眠质量优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 熏香足浴联合助眠中药枕在维持性血液透析患者中的应用,能缓解疲乏症状,改善睡眠质量。

【关键词】 维持性血液透析;疲乏;睡眠质量;熏香足浴;助眠中药枕

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.018

维持性血液透析是急慢性肾衰竭患者常用的替代疗法,约占透析治疗的 90%^[1]。有调查显示,在维持性血液透析患者中,睡眠障碍发生率高达 50%~80%,尿毒症毒素蓄积、高龄、生活方式、精神和心理因素、治疗方式等是其诱因,患者表现为失眠、睡眠呼吸暂停综合征、不宁腿综合征、周期性肢体运动功能障碍、日间嗜睡等^[2]。睡眠障碍加重患者脏器功能受损,诱发机体免疫功能低下综合征,加重患者身心痛苦,影响透析治疗效果。祖国医学认为,睡眠障碍属于“不寐”范畴,与心神失养、气血不足、神志不宁有关,而疲乏为虚劳症,与情志内伤、脏腑五劳有关,应加强对脏腑功能的调节,补气益血、安神静心^[3-4]。本研究在维持性血液透析患者中应用熏香足浴联合助眠中药枕,探讨其对患者疲乏状态、睡眠质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2019 年 1 月—2020 年 1 月收治的维持性血液透析患者 80 例,纳入条件:经临床诊断确定行维持性血液透析治疗,时长 ≥ 3 个月;血液透析前无疲乏、失眠症状;经治疗病情稳定;认知沟通能力正常。排除条件:伴有心、肝等其他脏器功能异常;合并有恶性肿瘤、心脑血管疾病;预计生存期不足 6 个月;伴有精神疾病或认知障碍。按组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察

组,每组 40 例。对照组中男 28 例,女 12 例;年龄 48.37 ± 2.63 岁;透析龄 10.53 ± 2.04 个月;原发病:糖尿病肾病 6 例,慢性肾小球肾炎 10 例,多囊肾 11 例,高血压肾病 13 例。观察组中男 27 例,女 13 例;年龄 48.99 ± 2.62 岁;透析龄 10.61 ± 1.98 个月;原发病:糖尿病肾病 5 例,慢性肾小球肾炎 11 例,多囊肾 12 例,高血压肾病 12 例。两组患者性别、年龄、透析龄、原发病比较,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,患者已签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取常规护理+穴位按摩+耳穴按压。①常规护理。包括常规健康宣教、治疗期饮食指导、遵医嘱用药;②穴位按摩。选取内关穴、印堂穴、太阳穴、三阴交、足三里、太溪、涌泉穴、太冲穴等穴位,以拇指、示指指腹对所选穴位实施按压、旋揉,每穴位 1~2 min,以产生酸、麻、热感为宜,干预 2 周^[5];③耳穴按压。按压穴位为神门、心、交感、内分泌、皮质下、额颞枕、肾、胃、脾等,以探棒探查敏感点,而后对穴位处皮肤实施清洁、消毒,蘸取王不留行籽贴压耳穴,以轻、慢、均匀手法实施按压,每穴位 1~2 min,以耳廓表皮红晕、充血为准,每天 1 次,干预 2 周^[6-7]。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加以熏香足浴联合助眠中药枕,具体如下:

1.2.2.1 熏香足浴

(1)熏香疗法:取檀香、白芷、甘松、生结香、乳香、零陵香、香附子及丁香皮各 10 g,将其研磨成粉末并制成饼状(每饼 20 g),每次取 1 饼点燃,

每天午休、晚上睡前 2 h 各燃 1 饼，每次 20~30 min，连续干预 2 周^[8]。

(2) 足浴疗法：取煅牡蛎、酸枣仁各 50 g，柴胡、枳壳、茯苓各 30 g，磁石、红花各 20 g，加水 2~3 L 浸泡 20~40 min，大火煮沸后文火煎煮，约 40 min 后取汁 500 ml，将其倒入足浴器，指导患者双足置于足浴器中，加热水至 3 L，调节温度至 55 ℃左右，在足浴器上放置熏蒸架；指导患者取坐位，双足放置在熏蒸架滚珠上，以干净毛巾覆盖盆口，借助药液蒸汽对双足实施熏蒸，每次 6~8 min，以足底轻微泛红、产生热感为宜；调节水温至 45 ℃左右，撤离熏蒸架，双足放置在足浴器中，取毛巾蘸取药液擦洗双足，持续洗濯 40 min 后擦干，每天早晚各 1 次，连续干预 2 周^[9]。

1.2.2.2 助眠中药枕

(1) 自拟组方：选取夜交藤 140 g，合欢皮、丹参、白菊、五味子、柏子仁、制香附及丁香各 70 g，石菖蒲、远志各 84 g。

(2) 自制中药枕：选取上述药材，将其研磨成粉状，后装入棉质枕套内，患者将中药枕置于颈后、枕骨后睡觉，并定期将药枕置于通风处，以去除药枕汗味及汗气，确保药枕干爽^[10-11]。

1.3 观察指标

(1) 疲乏状态：护理干预 14 d 后，借助 Piper 疲乏修订量表 (RPFS) 进行评价，量表

Cronbach's α 系数为 0.802~0.895，量表分值范围 0~10 分，分值高低与疲乏严重程度一致，0 分为无疲乏，1~3 分为轻度疲乏，4~6 分为中度疲乏，7~10 分为重度疲乏^[12]。

(2) 睡眠质量：护理干预 14 d 后，借助匹兹堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 进行评价，量表共 24 个条目，其中计分条目共 18 个，均为自评条目，分为 7 个维度，分别为睡眠质量、睡眠障碍、睡眠时间、睡眠效率、入睡时间、催眠药物、日间功能障碍，每个维度采取 4 级评分法，分值 0~3 分，总分 0~21 分，评分越高则睡眠质量越差，16~21 分，睡眠质量很差，11~15 分，则睡眠质量一般；6~10 分，则睡眠质量较好；0~5 分，则睡眠质量良好^[13]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件，等级资料比较采取两独立样本 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疲乏程度比较

观察组患者疲乏程度轻于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者睡眠质量比较

观察组患者睡眠质量评级高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 两组患者疲乏程度比较

组别	例数	无	轻度	中度	重度
对照组	40	9	10	16	5
观察组	40	16	13	10	1

秩和检验： $u=2.827$ ， $P=0.005$ 。

表 2 两组患者睡眠质量比较

组别	例数	很差	一般	较好	良好
对照组	40	5	15	14	6
观察组	40	1	8	17	14

秩和检验： $u=2.399$ ， $P=0.016$ 。

3 讨论

王亚楠等^[14]研究显示，维持性血液透析患者抑郁情绪、疲乏与睡眠质量高度相关，抑郁情绪越

严重患者，睡眠质量越差，疲乏程度越严重。相关数据^[15]显示，76%~93% 的维持性血液透析伴抑郁患者睡眠质量较差，且存在疲乏症状，且中医治疗缓解维持性血液透析患者睡眠障碍及疲乏有良好效

果。本研究在维持性血液透析患者中应用熏香足浴联合助眠中药枕,结果显示,观察组疲乏程度轻于对照组,睡眠质量优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

熏香疗法通过燃烧香药实现干预,可提升正气、调理气血、缓解躯体疲乏与睡眠障碍;研究指导开展足浴,足浴药物中煅牡蛎有镇静安神作用,酸枣仁有养血补肝及宁心安神作用,柴胡有疏肝解郁作用,枳壳有行气活血作用,茯苓有健脾渗湿、宁心安神作用,使用以上药物开展足浴,通过温热效应能促进足部皮肤吸收,基于不同药物对相应反射区实施刺激,热力作用下可促进机体气血循环,改善睡眠质量、缓解神经压力。李娟^[16]在血液透析睡眠障碍患者中应用中药足浴,结果显示,干预后患者匹兹堡睡眠质量评分明显低于干预前。柏子仁有宁心安神的效用,有助于缓解虚烦不眠、惊悸怔忡;而五味子有补益心肾、宁心安神效用,有助于缓解心肾不交而引起的虚烦心悸或失眠多梦;香附、丁香共同作用下有疏肝行气、补肾助阳的效用,白菊、石菖蒲有清热化湿、祛痰除烦的功效;远志有镇静催眠的作用,将上述药物制作中药枕,能起到养血安神、宁心助眠的效用。

综上所述,熏香足浴联合助眠中药枕在维持性血液透析患者中的应用,能缓解疲乏、改善睡眠质量。

4 参考文献

- [1] 钟娜,李卉芄,彭小春.阶段式机体放松干预对维持性血液透析患者负面情绪、疲乏程度及睡眠质量的影响[J].长江大学学报(自科版),2019,16(10):118-120,124.
- [2] 邓娜,孙蕾,刘金凤,等.5E康复护理方案改善尿毒症血液透析患者水钠摄取不合理及睡眠状况的研究[J].护士进修杂志,2018,33(24):2221-2224.
- [3] 徐庆群,张芹.基于患方反馈的持续改进护理在血液透析联合血液灌流患者中的应用[J].广西医学,2019,41(18):2408-2411.
- [4] 徐滋琪,牛彩丽,刘环宇,等.耳穴疗法对血液透析患者失眠影响的网状 meta 分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2019,20(10):859-862.
- [5] 杨海侠,张晓乐,李小波,等.补阴泻阳穴位按摩治疗失眠证疗效研究[J].陕西中医,2019,40(9):1291-1293.
- [6] 陶玲,丁舒,何然,等.中药足浴联合耳穴压豆对维持性血液透析患者睡眠质量的影响[J].河北中医,2017,39(11):1659-1662.
- [7] 高云,马玉华,夏志银,等.不同耳穴刺激对维持性血液透析患者睡眠质量的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(14):58-60.
- [8] 陈明霞,王瑞丽,陆卫红,等.中医熏香疗法对维持性血液透析患者精神状况和生活质量的影响[J].西部中医药,2019,32(8):108-110.
- [9] 余丽萍,汪德平.中药足浴联合耳穴压豆对血液透析睡眠障碍患者的影响[J].中国中医药科技,2019,26(5):762-763.
- [10] 夏苑莺,姜成利,赵俊,等.安神足浴方配合舒眠中药枕治疗终末期肾脏病血液透析患者失眠的临床观察[J].中国现代医生,2019,57(11):140-144.
- [11] 李海棠,邓正定,陆红珍.自制中药枕联合耳穴埋豆对维持性血液透析患者睡眠障碍的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(23):67-70.
- [12] 丛金梅,曹云,张小萍,等.基于自我管理为导向的互联网 5A 护理模式对维持性血液透析患者生活质量与疲乏状况的影响[J].护理实践与研究,2019,16(22):59-61.
- [13] 赵敬娜,罗莉,苏香彪,等.维持性血液透析患者严重睡眠障碍调查及原因分析[J].中国血液净化,2019,18(11):783-786.
- [14] 王亚楠,马志芳,向晶,等.维持性血液透析患者抑郁、睡眠质量与疲乏的相关性及中介效应分析[J].中国血液净化,2019,18(5):349-351.
- [15] 陈凌云,倪松,施凌云,等.慢性肾衰竭维持性血液透析患者自我管理行为研究[J].山西医药杂志,2019,48(6):713-715.
- [16] 李娟.放松训练联合中药足浴对尿毒症维持性血液透析患者睡眠质量和生活质量的改善效果分析[J].护理实践与研究,2019,16(19):42-44.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

多学科协作模式联合过渡期护理在ICU呼吸衰竭患者中的应用

阙红芳 范春兰 韩净*

【摘要】目的 分析过渡期护理联合多学科协作模式应用于呼吸衰竭患者重症监护期间的临床效果。**方法** 选取2018年3月—2020年5月医院收治的呼吸衰竭重症监护患者86例为观察对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组。对照组实行常规护理干预,观察组在重症监护期间实行多学科协作模式联合过渡期护理。比较两组患者心率、呼吸频率、氧分压、二氧化碳分压、肺功能指标、机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间。**结果** 护理干预后,观察组心率、呼吸频率、二氧化碳分压均低于对照组,氧分压及肺功能指标均高于对照组,机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间均短于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 呼吸衰竭患者在重症监护期间实行多学科协作模式联合过渡期护理,有利于改善患者肺功能,缓解各项临床指标,缩短机械通气时间和住院时间。

【关键词】 呼吸衰竭;重症监护;多学科协作模式;过渡期护理

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.019

呼吸衰竭属于重症疾病,很可能引发不同类型呼吸系统疾病,会严重影响到患者呼吸中枢及呼吸器官的通气功能,很容易使患者出现生理紊乱等不良症状,引发低氧血症,出现低氧血症伴高碳酸血症^[1]。呼吸衰竭致病因素较多,所表现临床症状为损伤肺部换气功能,导致患者很难进行正常呼吸,从而引发低氧血症,无法正常排出二氧化碳。在治疗呼吸衰竭患者时很可能突发病情,若未尽快做好相应处理,会使患者表现出呼吸骤停等不良症状,需做好有效的护理监护。临床高度重视呼吸衰竭患者,通过在呼吸衰竭患者重症监护期间实行有效措施,缩短机械通气时间,预防发生不良症状^[2]。本研究采取多学科协作模式联合过渡期护理干预,分析其应用于呼吸衰竭患者重症监护期间的临床价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年3月—2020年5月医院收治的呼吸衰竭患者86例为研究对象,纳入条件:均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中呼吸衰竭诊断标准。排除条件:伴有严重肝肾等脏器功能障碍;出现严重心肌梗死或肺出血^[3];伴有严重肺出血、肺大泡、纵隔气肿。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,各43例。对照组中男22例,女21例;

年龄45~79岁,平均 62.25 ± 2.14 岁;患病时间0.4~6个月,平均 3.27 ± 0.42 个月。观察组中男23例,女20例;年龄44~78岁,平均 61.13 ± 2.06 岁;患病时间0.3~6个月,平均 3.10 ± 0.57 个月。两组性别、年龄、患病时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组实行常规护理干预,护理措施包括观察病情、监护呼吸机治疗及吸氧护理等。观察组在重症监护期间实行多学科协作模式联合过渡期护理干预,护理措施如下:

1.2.1 多学科协作模式干预

(1)创建呼吸衰竭护理小组:开展研究前系统化培训组内成员,只有考核合格者才可参与本次研究。多学科团队的小组成员包括临床药师、营养师、精神心理医师、临床康复医师、呼吸医师等,每间隔7d开展1次组内会议,精细化评估患者精神心理、营养、康复、护理及治疗等,并评估所实施的各项护理方案,之后找出问题,提出解决措施。

(2)心理疏导:医护人员应与患者进行良好沟通,清晰了解其心理问题,并实行相应治疗,防止患者处于过度紧张的情绪,对治疗造成不利影响。护理人员还应为患者讲解关于疾病的相关知识,并在患者治疗期间给予鼓励和安慰,使其以良好的心态面对治疗,自愿配合临床护理工作。

(3)重症患者呼吸道护理:实行呼吸道护理措施,可加快患者康复速度。若患者已经清醒且未实行机械通气治疗,应对患者咳痰情况给予正确指导,可轻拍患者背部直至患者完全排除痰液,若痰液黏

稠,可实行雾化吸入治疗。若患者需要采取机械通气治疗,护理人员应依据实际需求实行无菌吸痰,若痰液黏稠难以吸出,可使用盐酸氨溴索注射液湿化气道,特殊情况下还可以使用化痰平喘药物,通过联合用药获取更明显的治疗效果,或是为患者采取排痰仪机械辅助排痰,从而缓解患者肺炎症状,预防发生相关并发症。

(4)呼吸功能和咳痰训练:指导患者练习吸气、呼气,维持大约15 min的训练时间,在患者明显舒缓临床症状后展开适当的上肢、腹部运动练习,维持大约10 min的训练时间。之后告知患者咳嗽方法,行3次连续咳嗽,防止因咳嗽情况严重而损伤患者。除此之外,还应为患者讲解咳痰训练的正确方法,先吸气再咳嗽,之后屏息片刻,前倾躯干,屈曲两侧手臂,于两侧胸壁下方放置双手,内收后施加压力,用力咳嗽时收缩腹肌,完成吸气后进行3次连续咳嗽,停止咳嗽呼出剩余气体,再次吸气反复练习咳嗽动作。

1.2.2 过渡期护理干预

(1)培训小组成员:本研究负责人为重症监护室护理人员,负责整理数据,并在科主任和护士长的辅助下集中培训过渡期护理小组,相关内容包括过渡期基础知识、实施方案及相关注意事项,共进行8学时培训。

(2)过渡期护理小组定期床旁访视:设置8 d的过渡期,第1天是从重症监护室出室的前1 d,至出重症监护室后的第7天共8 d。过渡期第1天是由重症监护室和呼吸病房的2名过渡期护理人员共同回顾患者前期住院病历。过渡期护理人员可在此期间于重症监护室床旁访视转科前患者,并为患者及其家属讲解相关注意事项,由2名过渡期护理人员共同护理评估患者的现阶段状态,依据患者及其家属现阶段存在的问题制订符合患者的针对性护理计划。病房过渡期护理人员初步接触待转出患者。过渡期第2天为转出重症监护室的第1天,由责任医师、责任护士将患者护送至呼吸内科病房,与病房护理人员、医师交接病案。由2名过渡期护理人员辅助病房责任护士制订重症监护室转出第1天护理计划,之后再由2名过渡期护理人员于过渡第1、2、3、5、8天于患者床旁访视,若出现护理问题,应与责任护士共同修订护理计划。

1.3 观察指标

(1)临床指标评估:于干预前后,观察并记录两组患者心率、呼吸频率,采用血气分析仪测定两组患者氧分压、二氧化碳分压。

(2)肺功能评估:于干预前后,采用肺功能分析仪^[4]检测两组患者各项肺功能指标,相关项目:第1秒用力呼吸容积占预计值的百分比值(FEV_1/FVC)、第1秒用力呼吸容积(FEV_1)及所占预计值的百分比值($FEV_1\%$)。

(3)治疗情况:观察并记录两组患者机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间^[5]。

1.4 统计学处理

应用SPSS 19.0统计学软件处理分析数据。正态分布的计量数据以“均数 $\pm$ 标准差”描述,组间均数比较采用 t 检验;非正态分布的计量数据以“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后各项临床指标比较

护理干预前,两组心率、呼吸频率、二氧化碳分压及氧分压比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,观察组的心率、呼吸频率及二氧化碳分压均低于对照组,氧分压高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者干预前后肺功能指标比较

护理干预前,两组的 FEV_1 、 FEV_1/FVC 、 $FEV_1\%$ 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,观察组各项指标均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间比较

观察组机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

3 讨论

引发呼吸衰竭的主要因素为通气或换气功能障碍,若患者处于重症呼吸衰竭,很可能引发呼吸困难或发绀症状。很多慢性疾病患者容易并发呼吸衰竭,该疾病在向一定程度发展后,会损伤心肺功能,特别是向重症呼吸困难发展,促使患者引发一系列并发症,对患者的生命安全造成严重威胁^[6]。现阶段,主要以机械通气法给予呼吸衰竭患者有效治疗,确保患者体内滞留气体紊乱情况得到良好改善,稳定代谢情况,维持呼吸道通畅,但在治疗期间会有很多不良情况出现,需在重症监护期间实行有效护理,经多学科协作模式联合过渡期护理给予患者辅助干预,从而实现明显的治疗效果^[7-8]。

表 1 两组患者各项临床指标干预前后比较

观察时点	组别	观察例数	心率 (次/min)	呼吸频率 (次/min)	氧分压 (mmHg)	二氧化碳分压 (mmHg)
干预前	观察组	43	119.54 ± 6.56	32.59 ± 3.13	47.31 ± 6.23	96.27 ± 6.15
	对照组	43	120.38 ± 6.67	32.74 ± 3.27	47.02 ± 6.48	96.45 ± 6.30
	<i>t</i> 值		0.589	0.072	0.211	0.134
	<i>P</i> 值		0.558	0.942	0.833	0.894
干预后	观察组	43	88.24 ± 4.16	20.12 ± 2.06	96.28 ± 7.64	71.14 ± 6.28
	对照组	43	97.28 ± 5.35	26.33 ± 3.25	68.65 ± 6.21	82.36 ± 5.29
	<i>t</i> 值		8.747	10.582	18.403	8.960
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者干预前后肺功能指标比较

观察时点	组别	观察例数	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC	FEV ₁ % (%)
干预前	观察组	43	1.34 ± 0.23	44.18 ± 4.20	47.02 ± 5.18
	对照组	43	1.47 ± 0.25	44.39 ± 4.16	47.68 ± 5.24
	<i>t</i> 值		0.579	0.232	0.587
	<i>P</i> 值		0.564	0.816	0.558
干预后	观察组	43	2.86 ± 0.43	76.98 ± 6.16	74.26 ± 6.23
	对照组	43	1.96 ± 0.32	66.23 ± 5.29	63.33 ± 5.21
	<i>t</i> 值		11.010	8.681	8.825
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者机械通气时间、ICU 治疗时间及住院时间比较 (d)

组别	例数	机械通气时间	ICU 治疗时间	住院时间
观察组	43	16.20 (1.34)	21.23 (2.68)	27.25 (3.10)
对照组	43	22.03 (2.48)	29.12 (2.37)	36.34 (3.28)
<i>z</i> * 值		13.562	14.461	13.207
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

* 为中位数比较的秩和检验值。

多学科协作模式通过运用多学科护理团队评估患者状况,制订针对性护理计划,定期会诊护理期间存在的问题,可减轻专科护理局限性,对缓解患者临床症状起到良好的促进作用。除此之外,实行该护理措施还能增强患者耐受性,预防不良反应,确保安全治疗^[9-10]。过渡期护理也可被称为转移护理、延续护理,是经有效的行动设计,让患者在医院各个科室均接受到连续性和协作性护理,近几年已经被广泛应用于临床中^[11-12]。本研究将过渡期护理应用于重症监护室这一时期,给予危重患者护理干预,并不是转出重症监护室就结束,而是连续性地实行护理干预,有利于准确判断患者病情,保证各个阶段的护理效果,加快患者康复速度^[13-14]。

本研究结果显示,相比对照组,观察组实行护理干预后明显改善心率、呼吸频率、氧分压及二氧化碳分压,可维持稳定的肺功能指标($P<0.05$)。可见,于患者重症监护期间给予多学科协作模式联合过渡期护理干预,能够促进恢复骨骼肌肉力量,加强传导肌肉细胞信号,进一步提升患者抗氧化能力,改善肺功能指标,平复患者负面情绪,维持稳定氧分压水平,保持正常心率和呼吸频率^[15-16]。本研究结果显示,相比对照组,观察组实行护理干预后明显缩短机械通气时间、ICU治疗时间及住院时间($P<0.05$)。可见,多学科协作模式联合过渡期护理干预的良好实施,可促进咳嗽、排痰,缩短机械通气时间,改善机体微循环,减少重症监护室治疗,降低并发症发生率,加快恢复各项临床指标,保证患者安全^[17]。

综上所述,呼吸衰竭患者于重症监护期间实施多学科协作模式联合过渡期干预,有利于帮助患者维持稳定的肺功能指标,缓解不良症状,保证干预效果。

4 参考文献

- [1] 段辉,周坤,杨贤义,等.急诊重症监护室机械通气对急性重症肺栓塞合并Ⅰ型呼吸衰竭患者血生化及预后的影响[J].临床内科杂志,2018,35(9):630-631.
- [2] 吴美景.危重症专职护理模式应用于慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的效果评价[J].中国实用护理杂志,2019,35(14):1046-1050.
- [3] 蔡艳阳.品管圈护理管理在慢性呼吸衰竭并发肺性脑病患者中的应用价值分析[J].中国全科医学,2018,21(1):401-402.
- [4] 朱文生.有创-无创序贯通气疗法在重症慢性肺源性心脏病并Ⅱ型呼吸衰竭患者中的应用效果[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(6):65-68.
- [5] 陈园园,毛敏杰,范大鹏,等.结核重症监护室中胞内分枝杆菌肺病与脓肿分枝杆菌肺病的临床特征比较分析[J].中华临床感染病杂志,2018,11(3):191-196,212.
- [6] 叶旭辉,王敏鹏,方旭晨,等.无创正压通气联合自制痰液吸取装置在老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用效果[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(2):103-106.
- [7] 沙海旺,冯翀,王治国.左心室射血分数,颈内静脉呼吸塌陷指数对重症呼吸衰竭机械通气患者容量反应性的评估价值[J].医学临床研究,2019,36(11):2185-2187.
- [8] 胡桂琼,黄丽丹.呼吸衰竭患者机械通气过程中常见问题的原因分析与护理对策[J].护理实践与研究,2018,15(12):48-49.
- [9] 吴峤微,吉山宝,林嘉,等.双水平正压通气模式在儿童呼吸衰竭有创机械通气治疗中的效果评价[J].南京医科大学学报(自然科学版),2020,40(1):86-89.
- [10] 胡安丰,彭晓,李婷.早期康复护理对ICU呼吸衰竭有创机械通气患者的影响[J].护理实践与研究,2019,16(2):75-77.
- [11] 刘奇,陆欢,单梦田,等.头罩无创通气在慢性阻塞性肺疾病急性加重合并呼吸衰竭患者中的应用[J].中华危重病急救医学,2020,32(1):14-19.
- [12] 许俊旭,王聪,郝金香.COPD急性加重并发Ⅱ型呼吸衰竭疑似合并急性肺血栓栓塞症抗凝治疗的临床观察[J].广东医学,2018,39(2):255-258.
- [13] 程海涛,李为贵.重症肺炎合并呼吸衰竭患儿应用肺动脉压监测的临床意义[J].检验医学与临床,2018,15(14):140-142.
- [14] 张明明,张琦,舒勤琴,等.高流量氧疗与标准氧疗对免疫功能低下AHRF患者的生存获益分析[J].中国医药导报,2020,53(1):116-120.
- [15] 濮雪华,揭红英,缪小莉,等.支气管肺泡灌洗对重症肺炎合并呼吸衰竭患者正五聚体蛋白-3水平的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(8):588-592.
- [16] 冯晓丽,黄娜,李培培,等.无创序贯机械通气对重症肺炎合并呼吸衰竭患者血浆ANP、NT-proBNP的影响[J].西部医学,2018,30(5):724-727,731.
- [17] 唐志军,刘莺,胡善友.不同呼吸机辅助时机对急性左心衰竭伴呼吸衰竭患者血流动力学血气及转归的影响[J].山西医药杂志,2019,48(6):678-681.

[2021-01-23 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

院前急救链式流程联合时机理论家庭护理 对急性心肌梗死患者康复的影响

金秋华 黄桂先

【摘要】 目的 探讨院前急救链式流程联合时机理论家庭护理对急性心肌梗死患者康复的影响。**方法** 选取医院 2017 年 1 月—2019 年 12 月收治的急性心肌梗死患者 110 例为研究对象,按照组间基本特征相匹配的原则分为观察组和对照组,各 55 例,对照组采用常规护理模式,观察组采用院前急救链式流程护理联合时机理论家庭护理。比较两组患者急救情况、住院时间,6 个月后的用药依从性、自我护理能力、生活质量。**结果** 观察组患者急诊反应时间、院前急救时间、心肌再灌注时间、住院时间明显短于对照组 ($P<0.05$),6 个月后观察组患者用药依从性、自我护理能力、生活质量明显高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 院前急救链式流程联合时机理论家庭护理应用于急性心肌梗死患者可缩短心肌再灌注时间,改善患者预后,提高生活质量。

【关键词】 急性心肌梗死;院前急救链式流程;家庭护理;应用效果

中图分类号 R473.54 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.020

Effect of pre-hospital emergency chain procedure combined with timing theory home nursing on rehabilitation of patients with acute myocardial infarction JIN Qiuhua, HUANG Guixian(East District of Suzhou Municipal Hospital, Suzhou 215000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of pre-hospital emergency chain procedure combined with timing theory home nursing on rehabilitation of patients with acute myocardial infarction. **Methods** To select 110 acute myocardial infarction patients admitted in the hospital from January 2017 to December 2019 as the study object, according to the principle of matching the basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 55 cases in each group. The control group was given the routine caring mode, the observation group was given the pre-hospital emergency procedure combined with timing theory home nursing. The first aid situation, length of hospital stay, medication compliance after 6 months, self-care ability, quality of life of the two groups were compared. **Results** The emergency response time, pre-hospital emergency treatment time, myocardial reperfusion time and hospital stay time of the observation group were shorter than the control group ($P<0.05$), after 6 months, the medication compliance, self-nursing ability and life quality of the observation group were significantly higher than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of pre-hospital emergency chain procedure combined with timing theory home nursing in patients with acute myocardial infarction could shorten the time of myocardial reperfusion, improve the prognosis of patients and improve the living quality.

【Key words】 Acute myocardial infarction; Pre-hospital emergency chain procedure; Home care; Application effect

急性心肌梗死是由于冠状动脉狭窄导致心肌持续性缺血、缺氧而引起的心肌细胞坏死,是我国急诊常见的急危重症,具有发病急、进展快、病死率高的特点^[1]。急性心肌梗死时限性强、窗口期短,需要对患者尽快的进行救治^[2],无缝急救流程护理管理重视救治过程中各个环节的有效衔接,尽量减

少院前急救时间同时保证救治的有效性,为介入治疗争取机会^[3]。时机理论将疾病分为诊断期、稳定期、准备期、实施期及适应期 5 个阶段,根据不同时机为患者提供护理服务,有研究报道,基于时机理论的家庭护理应用于急性心肌梗死患者康复过程可显著降低患者二次入院率^[4]。本研究探讨院前急救链式流程护理联合时机理论家庭护理的临床效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年1月—2019年12月医院收治的急性心肌梗死患者110例为研究对象,纳入条件:首次发病并符合急性心肌梗死诊断标准及PCI手术;自愿参与本研究;临床资料完整。排除条件:合并肿瘤、严重肝肾功能障碍;精神障碍或其他原因无法正常交流。按照组间基本特征相匹配的原则分为观察组和对照组,各55例,观察组中男32例,女23例;年龄49~65岁,平均 61.3 ± 4.2 岁。对照组中男31例,女24例;年龄50~65岁,平均 61.7 ± 4.8 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 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理模式,接呼救电话后2 min内出诊,接触患者后立即采取相应的抢救措施稳定生命体征,介入治疗后进行健康宣教,嘱患者适当运动锻炼、戒除烟酒,出院后出现不适紧急来院复诊。

1.2.2 观察组 采用院前急救链式流程护理联合时机理论家庭护理:

(1)院前链式流程护理:接急救电话后询问患者病情,对可疑急性心肌梗死患者提示分诊护士注意,到达现场后快速了解发病时间、评估意识状态和生命体征,立即予以持续吸氧,流速4 L/min,浓度40%。遵医嘱给予硝酸甘油缓解患者疼痛,对患者进行必要的心理干预,同时将患者身份信息快速传至急诊科,胸痛中心做好接诊准备,患者到达医院后以绿色通道模式立即转入抢救室。

(2)时机理论家庭护理:①诊断期:对患者进行精神和情感支持,建立良好的护患关系,告知家属患者病情的严重性,使患者做好照顾患者的思想准备,宣教疾病诱因、病因、治疗及术后康复的相关知识,指导患者学习饮食、活动、卧床、心理疏导等照顾技能,此阶段由于患者病情不稳定,主要对家属进行健康教育。②稳定期:向患者及家属讲解手术相关问题,包括治疗方式、风险、支架型号与价位、术前准备、术后康复等,指导患者家属快速掌握术后照顾技巧,准确辨识术后病情变化,正确体位更换,以图谱或视频联合床旁示范的方式介绍康复训练,患者从肢体被动锻炼逐步过渡至床旁活动。③准备期:患者治疗快结束时为患者出院做好准备,包括院外治疗、康复计划。如复诊计划、介绍药物的不良反应,家庭运动锻炼及注意事项,

另外告知患者家属照顾的重要性,在患者出院前可有计划的开展干预措施,及时调整不当之处。④调整期:患者回家后前3个月,护理人员主要进行延续性护理和家庭康复相关知识,帮助患者养成良好的生活习惯、疾病发作时及时自救,通过电话定期对患者进行随访,建立微信交流平台。⑤适应期:患者回家后3~6个月,指导患者预防疾病,并根据患者身体状况调整生活方式和工作形式,提醒患者和家属不能对疾病放松警惕,持续对其进行健康教育,联合患者所在社区门诊,强化对急性心肌梗死患者的健康宣教。

1.3 观察指标

比较两组患者急诊反应时间、院前急救时间、心肌再灌注时间、住院时间及6个月后的用药依从性、自我护理能力、生活质量。用药依从性采用Morisky量表进行评估^[5],8分表明依从性好、6~7分表明依从性中等、<6分表明依从性差。自我护理能力采用ESCA量表评估,包括自护责任感、自我概念、健康知识水平、自我护理技能,满分172分,分值与自我护理能力呈正比^[6]。生活质量采用SF-36量表进行评估,包括8个维度,每项满分100分,分值与生活质量呈正比。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0统计学软件进行数据分析,正态分布的计量数据以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;非正态分布的计量数据以“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验;等级资料比较采用Wilcoxon秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者急诊反应时间、院前抢救时间、心肌再灌注时间及住院时间的比较

观察组急诊反应时间、院前抢救时间、心肌再灌注时间、住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者治疗依从性的比较

观察组患者用药依从性高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者自我护理能力评分的比较

观察组患者6个月后自我护理能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.4 两组患者生活质量评分比较

观察组患者6个月后生活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 两组患者急救情况及住院时间的比较

组别	例数	急诊反应时间（s）	院前抢救时间（min）	心肌再灌注时间（min）	住院时间（d）
观察组	55	75.5（8.9）	23.4（5.8）	45.2（5.4）	8.2（1.7）
对照组	55	114.6（9.7）	42.2（6.9）	73.8（6.1）	13.5（2.4）
<i>z</i> 值 *		22.027	15.468	26.035	13.364
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

表 2 两组患者依从性的比较

组别	例数	好	中等	差
观察组	55	36	14	5
对照组	55	18	22	15

秩和检验： $u=3.550$ ， $P=0.000$ 。

表 3 两组患者自我护理能力评分比较（分）

组别	例数	自护责任感	自我概念	健康知识水平	自我护理技能
观察组	55	29.1 ± 3.2	28.9 ± 4.2	49.8 ± 6.3	33.2 ± 4.4
对照组	55	25.4 ± 2.9	22.1 ± 3.5	40.5 ± 5.2	26.8 ± 3.8
<i>t</i> 值		6.354	9.224	8.443	8.164
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 两组患者生活质量评分比较（分）

组别	例数	躯体疾病	生理机能	健康状况	精神健康	生理职能	情感职能	社会功能	精力
观察组	55	80.2 ± 9.3	80.3 ± 9.2	74.5 ± 8.4	82.9 ± 9.3	73.2 ± 8.4	82.4 ± 9.4	79.6 ± 9.1	82.3 ± 9.2
对照组	55	65.5 ± 7.4	68.7 ± 7.5	63.1 ± 7.2	67.5 ± 7.9	63.5 ± 7.5	67.1 ± 7.3	66.4 ± 7.2	67.6 ± 7.5
<i>t</i> 值		9.173	7.248	7.642	9.360	6.388	9.534	8.436	9.185
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急性心肌梗死发病急、进展快，患者需要及时得到有效的救治，否则可导致死亡。为减少院前救治时间，及时恢复心肌再灌注，本研究观察组患者采用院前急救链式流程，护理人员在接到求救电话后 2 min 内必须出诊，争分夺秒到达抢救现场，

及时给予有效救治、护理措施，尽量减轻患者疼痛程度和心肌梗死面积，心肌梗死患者因剧烈疼痛会出现极度恐惧心理，护理人员在患者运转过程中给予一定的心理疏导，可帮助患者稳定情绪，配合抢救，在转运途中向医院传达患者基本信息，便于院内做好介入准备，患者入院后通过绿色生命通道立即进入抢救室进行手术治疗，待患者病情稳定后再

行缴费,明显缩短了患者心肌再灌注时间。链式流程护理措施为一闭环式管理方式,以接到患者求救电话为起点,护理人员进入链式工作模式,各环节紧密衔接,可保证抢救的有效性和时效性,提高救治的成功率^[7]。

急性心肌梗死患者进行介入手术后症状大都可得到显著缓解,但1年内二次入院率可高达20%,导致预后不良的原因主要是患者用药依从性较差和危险因素控制不佳^[8]。观察组患者通过实施基于时机理论的家庭护理模式,其自我护理能力、生活质量、用药依从性等均明显得到提高,分析原因有以下几个方面:①时机理论将心肌梗死患者疾病发生、治疗和预后分为5个阶段,根据各阶段不同护理需求提供照护,突出强调掌握各阶段护理特征,另外根据患者及家属的反馈信息及时调整护理计划^[9]。②急性心肌梗死病情危急,患者病死率极高,手术治疗的同时也是一种创伤,患者一个人难于应对身心的双重打击,此时家庭可发挥重大的作用,家人的陪伴与支持可稳定患者情绪,增强面对疾病的信心^[10],护理人员指导患者家属学习疾病的相关知识,照顾患者的基本技能,可提高对患者的护理质量和持续性。患者回家后在家属的监督和照护下可使用药的依从性提高,家庭护理可将院内护理措施延伸至院外,在家属的积极参与下患者保持良好的生活习惯,适当锻炼身体,将心肌梗死的危险因素降至最低,减少再次发病的概率。

综上所述,院前急救链式流程护理联合时机理论家庭护理应用于急性心肌梗死患者可明显缩短心肌再灌注时间,改善患者预后,提高生活质量。

4 参考文献

- [1] 崔红云,黄静.专案三维护理在急性心肌梗死患者院前急救中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(15):143-145.
- [2] Zhang Ping,Zheng Wenjing,Liu Fengting,et al. Effect of modified early warning score combined with clinical nursing pathway on emergency rescue effect of acute myocardial infarction patients[J]. Minerva

medica,2020,12(16):167-169.

- [3] Dharma Surya,Dakota Iwan,Andriantoro Hananto,et al. Trends in reperfusion therapy for acute ST-segment elevation myocardial infarction in an academic percutaneous coronary intervention center in the metropolitan area of a developing country: insights from the Jakarta Acute Coronary Syndrome registry[J]. Coronary Artery Disease,2020,17(6):274-275.
- [4] Lenzi J, Rucci P, Castaldini I, et al. Does age modify the relationship between adherence to secondary prevention medications and mortality after acute myocardial infarction?A nested case-control study[J]. Eur J Clin Pharmacol,2015,71(2):243-250.
- [5] 王建超,周国勇.急性心肌梗死后心律失常患者应用综合护理的效果[J].心血管康复医学杂志,2017,26(2):214-216.
- [6] 彭青梅.基于时机理论的家庭护理干预在急性心肌梗死患者中的护理效果观察[J].医学理论与实践,2018,31(10):1523-1524.
- [7] Hoa LNguyen,Dat TPhan,Duc AHa,et al. Pre-hospital delay in Vietnamese patients hospitalized with a first acute myocardial infarction: A short report[J]. F1000Research,2018,4(8):993-994.
- [8] Varunsiri A,Nileshkumar J,Varun K,et al. Frequency of 30-day readmission and its causes after percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock[J]. Catheterization and Cardiovascular Interventions,2019,94(2):712-716.
- [9] Wang Shan,Jiang Yangwei,Wang Mingzhu,et al. Application effect and satisfaction analysis of personalized nursing in pre-hospital emergency nursing of patients with acute myocardial infarction.[J]. Panminerva Medica,2020(4):558-562.
- [10] 王姗姗,薛小玲.基于时机理论的家庭护理对急性心肌梗死患者家属照顾能力及生活质量的影响[J].中华护理杂志,2016,51(8):998-1003.

[2021-01-12 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

家庭医护信息化管理平台在永久性肠造口术患者延续护理中的应用

庄静 李娇 刘照帅 胡文青 任芳芳*

【摘要】目的 探讨家庭医护信息化管理平台在永久性肠造口术患者延续护理中的应用效果。**方法** 选取2018年5月—2020年8月医院收治的136例永久性肠造口术患者为研究对象,按照组间基线资料可比的原则分为对照组和观察组,各68例。对照组实施常规干预,观察组实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预,比较两组自我护理能力、并发症发生率、生存质量情况。**结果** 实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预后,观察组自我护理能力评分高于对照组($P<0.05$);观察组并发症总发生率低于对照组($P<0.05$);观察组生存质量评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预措施可有效提升永久性肠造口术患者自我护理能力,降低其造口相关并发症发生率,提高其生存质量。

【关键词】 家庭医护信息化管理平台; 延续性护理; 永久性肠造口术; 应用

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.021

永久性肠造口术是在腹壁人为开口,将一段肠管拉出至开口外边,将其翻转过来缝在腹壁上,形成一个新的肠造口用来代替肛门的排便功能,患者不仅要承受癌症、手术治疗的痛苦,还要面对排便方式改变的尴尬,其生理和心理都面临巨大挑战,严重影响其生存质量^[1-2]。另外,此类患者往往顾虑别人歧视的眼光,很惧怕听到或闻到自己的气味,产生社交恐惧感,而结肠造口是一个伴随一生的治疗康复过程,在医院接受短暂治疗后需转至家庭护理^[3-4]。有调查显示,此类患者自我护理能力不足的现象较为普遍,增加了其术后造口缺血性坏死、造口回缩、造口脱垂及造口皮肤黏膜连接处感染等并发症发生率,导致患者再次入院,增加其身体痛苦及家庭负担^[5-6]。基于此,本研究将家庭医护信息化管理平台应用于永久性肠造口术患者延续护理中,临床效果较为满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年5月—2020年8月医院收治的136例永久性肠造口术患者为研究对象,按照组间基线资

料可比的原则分为对照组和观察组,各68例。纳入条件:行永久性肠造口术;临床资料完整;具备正常的沟通能力;家属自愿签署知情同意书。排除条件:有精神病史;临终患者;合并其他严重消化系统疾病;不配合研究。观察组男38例,女30例;年龄:37~84岁,平均年龄 59.73 ± 6.13 岁;疾病类型:直肠癌41例,结肠癌27例。对照组男39例,女29例;年龄38~84岁,平均年龄 59.81 ± 6.15 岁;疾病类型:直肠癌40例,结肠癌28例。两组基本资料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 实施常规干预,即:向患者讲解永久性肠造口术术后护理相关知识;协助完成相关检查;密切监测生命体征;指导患者饮食、用药,及时了解患者心理状态,并给予心理疏导;告知患者日常生活注意事项;发放宣教手册;出院时告知其相关注意事项,向其发放院外永久性肠造口术后健康管理手册,内容包括疾病管理、饮食指导、心理调节、生活指导、用药指导及复查指导等,嘱咐患者参照手册内容对疾病进行管理;电话随访。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预,出院前讲解家庭医护信息化管理平台应用意义及流程,告知患者实施该方案的目的,教会患者如何下载、注册、登录、使用平台各模块功能方法等,要求其熟练掌握信息化管理平台使用方法,共同协商确定随

基金项目:山东省医药卫生科技发展计划项目(编号:2017WS183)

作者单位:250014 山东省济南市,山东第一医科大学第一附属医院

*通讯作者

访及复诊时间,嘱咐患者随访期间保持电话畅通。

具体内容如下:

(1) 成立基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理干预小组:由肿瘤科主任医师1名、护士长1名、责任护士8名组成干预小组,主任医师担任小组组长,护士长担任副组长,主任医师及护士长负责对小组成员护理工作进行监督及指导,同时对小组成员进行相关知识培训,内容包括永久性肠造口术后护理、并发症识别、并发症预防、并发症处理及信息化管理平台应用方法、延续性护理内容等知识;责任护士负责患者基础护理、方案实施及资料收集。

(2) 方案制定:根据患者住院期间的遵医行为具体情况及临床信息,评估患者院外护理过程中存在或潜在的问题,各组员针对评估的护理问题查阅相关资料数据库,结合自己的临床经验,各自提出自己的想法及护理方案,护士长将方案汇总,经小组讨论后共同制定基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理干预方案,建立基于家庭医护信息化管理平台:基于家庭医护信息化管理平台包括家庭端(包含个人信息模块、学习模块、社交模块、康复管理模块、家属反馈模块)、医护端(包含宣教模块、监督管理模块、随访模块)。

(3) 家庭医护信息化管理平台应用:将家庭医护信息化平台应用于永久性肠造口术患者延续性护理中,具体操作如下:①医护端干预:宣教模块,责任护士通过该模块定期向患者家庭端推送术后康复管理知识,内容包括永久性肠造口术后并发症识别、预防及处理、术后康复护理、用药指导、心理调节技巧、治疗成功案例、康复锻炼指导及生活指导等知识,及时更新保健常识,设置提醒患者按时学习。监督管理模块,责任护士利用该模块获取患者个人信息,定期查看患者学习、饮食、康复管理完成情况,评估营养状况、并发症情况、疾病认知水平、自我管理能力和等,针对患者留言问题及时解答。随访模块,责任护士提前设置随访提醒,为术后1周、3周、5周、8周、12周等,结合电话及微信对患者进行随访,随访内容为了解饮食、用药、心理、家庭护理及生活状况等情况,告知患者生活中注意事项,对其不良行为及习惯予以纠正,护理过程中遇到的问题予以指导,患者出现不良情绪时,对其进行心理疏导,并告知其不良情绪的危害,嘱咐患者定期复查。②家庭端干预:患者通过家庭端实施并反馈健康管理相关行为,实现可视化效果,具体措施见表1:

表1 家庭端干预措施

模块	具体措施
个人信息模块	出院前责任护士协助患者登录家庭端,将性别、病情、年龄、家庭成员状况、家庭住址及联系方式(微信、电话)等录入个人信息模块中,可实现患者个人信息共享
学习模块	患者及家属登录后可进入学习模块,要求每日点击学习签到,学习并发症识别及护理、用药方法、心理调节技巧、造口护理技能等,学习结束后进行知识点考核,考核成绩直接反馈至医护端
康复管理模块	该模块包含饮食、并发症预防、用药、心理日志等子栏目,具体内容:①饮食栏,患者及家属可参照饮食栏目中饮食计划及饮食食谱实施健康管理,做好饮食签到及饮食摄入反馈措施;②并发症预防栏,设置提醒功能,提醒患者依据造口护理及并发症预防操作视频实施倾倒粪便、清洗造口袋、更换造口袋、皮肤护理等疾病管理行为,及时反馈并发症情况;③用药栏,设置用药提醒,患者及家属严格按照用药规程进行每日用药签到、用药完成及不良反应反馈;④心理日志栏,设置提醒,患者倾诉每天遇到的困难及承担的压力,表达当天心情
社交模块	(1)病友交流栏,患者每周六晚8:00准时登录社交模块,参加护士组织的病友交流会,分享居家疾病管理经验、阐述日常生活体验、负性情绪克服技巧,鼓励病友间互加微信、电话自由沟通。 (2)医护患交流栏,患者可借助该模块直接咨询医护人员,向其留言或获取微信号、电话咨询,医护人员及时给予解答,患者可对其解答专业性及态度进行评价
家属反馈模块	选取一位与患者关系亲近且具有良好理解力的家属为家庭协管员,负责协助患者造口护理,对患者饮食、用药、日常行为等方面进行提醒监督,并将患者康复管理情况反馈至家属模块

1.3 观察指标

(1) 自我护理能力:采用自我护理能力量表(ESCA)^[7-8],对两组自我护理能力情况进行比较,该量表对患者自我概念、自我护理技能、自我责任感、健康知识水平4个维度进行综合评分,总分为172

分,评分越高表明患者自我护理能力越好。

(2) 并发症发生率:采用我院自制的并发症发生情况调查表,对两组并发症发生率进行比较,该量表包括造口回缩、造口感染、造口狭窄3个指标,并发症发生率=(总例数-未发生并发症例数)/总

例数 × 100%。

(3) 生存质量：采用生存质量量表 (WHOQOL-BREF)^[9] 对两组生存质量进行评分比较，该量表对患者生理领域、社会功能领域、心理领域及环境领域 4 个维度进行综合评分，共包括 26 个条目，采取 5 级评分制，总分为 130 分，得分越高代表患者生存质量越好。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用两独立样

本的 *t* 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后自我护理能力评分比较

实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预前，两组自我护理能力比较，差异无统计意义 ($P > 0.05$)，干预后观察组自我护理能力优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者干预前后的自我护理能力评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	68	101.63 ± 10.21	116.92 ± 11.78
观察组	68	102.17 ± 10.35	130.56 ± 13.23
<i>t</i> 值		0.306	6.350
<i>P</i> 值		0.760	0.000

2.2 两组干预后并发症发生率比较

实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预后，观察组造口回缩、造口感染、造

口狭窄总发生率少于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者干预后并发症发生率比较

组别	例数	造口回缩	造口感染	造口狭窄	总发生率 (%)
对照组	68	2	5	3	14.71
观察组	68	0	2	1	4.41

$\chi^2 = 4.168$, $P = 0.041$ 。

2.3 两组生存质量评分比较

实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式干预前，两组生存质量评分比较，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 4 两组患者干预前后的生存质量情况比较 (分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	68	78.46 ± 7.89	93.16 ± 9.43
观察组	68	78.41 ± 7.86	105.49 ± 10.64
<i>t</i> 值		0.037	7.152
<i>P</i> 值		0.971	0.000

3 讨论

直肠癌是从齿状线至直肠乙状结肠交界处之间的恶性肿瘤，受大气环境污染，饮食卫生安全、日常生活习惯及遗传等多因素影响，结直肠癌发病率呈年轻化发展趋势，但多发于中老年群体^[10]，临床多表现为便血、大便次数增多、肛门坠胀、里急后重等症状，是肿瘤科常见的消化道疾病，永久性结肠造口严重影响患者正常排便，同时因患者缺乏专

业知识及自护能力，导致其生活质量下降^[11]。探寻一种有效的延续性护理措施提升永久性肠造口术患者自我护理能力，降低其并发症发生率，提高其生存质量具有重要意义^[12]。有研究表明^[13]，基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式可有效改善糖尿病患者血糖水平，提高治疗依从性及治疗效果，提升其生活质量。基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理模式是医院内护理的延伸，该模式是以家庭医护信息化管理平台为基础，医护人员为

满足患者需求,将住院期间的护理活动延伸至院外,通过医护人员为患者提供准确的诊断,并与患者及家庭成员之间的相互紧密合作,对患者生理、心理、健康等方面进行全面护理指导,可有效提高患者自我保护能力及护理效果,改善其生活质量^[14-15]。

本研究结果显示,观察组自我护理能力评分高于对照组($P<0.05$),观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$),观察组生存质量评分高于对照组($P<0.05$)。究其原因:对照组患者实施常规干预,缺乏科学、有效的护理干预措施,导致患者生存质量改善不佳。观察组实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理干预方案,该方案是干预组成员根据疾病特点及家庭护理过程中易出现的问题,结合其临床资料,制定的针对性干预方案,将一系列以家庭医护信息化管理平台为基础的延续性护理措施贯穿于患者术后护理过程中;通过责任护士借助信息平台的医护干预端不断为患者提供延续性护理干预指导,长期追踪随访,定期向患者推送疾病及护理相关知识,发送更换造口袋的相关视频,可在一定程度上提高患者的疾病认知程度,使患者认识到疾病的危害,促使其熟练掌握疾病相关知识及护理技能,从而有效提升自我护理能力。通过医护端定期向患者推送并发症识别、预防及处理相关知识,给予其专业的护理指导,可有效提升其护理技能,认识到并发症的危害,提高患者并发症防范意识,促使其掌握并发症预防知识及技能,从而明显减少其并发症发生风险,同时通过家庭端中的疾病管理栏目提醒患者坚持规律用药、健康饮食及并发症预防等措施,促进患者术后康复,进一步降低其并发症发生率。通过实施基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理干预措施,由医护人员与患者、家属充分借助信息化管理平台进行相互紧密合作,促使生理、心理及健康等方面得到全面管理,可有效改善患者心理状态,提高其自我护理能力,减少其并发症发生风险及身体痛苦,从而提升其生存质量。

综上所述,将基于家庭医护信息化管理平台的延续性护理干预措施应用于永久性肠造口术患者护理中,可有效提升患者自我护理能力,降低其造口相关并发症发生率,提高其生存质量。

4 参考文献

[1] 杜哲明,邓莉.MircoRNA在直肠癌中的研究进展[J].

武警医学,2020,31(8):730-732.

- [2] 于伟强,乔文波.直肠癌与GPX2表达关系的研究进展[J].现代肿瘤医学,2020,28(15):2723-2726.
- [3] 余向南,徐鲁明,宾雅雯,等.超低位直肠癌前切除术后吻合口漏风险因素分析[J].腹部外科,2020,33(4):297-300,305.
- [4] 黄文光,张福洲,戚婉,等.磁共振多模态成像在直肠癌诊断和术前分期的应用价值[J].西部医学,2020,32(8):1224-1228,1233.
- [5] 吕厚宽,庄文辉,刘晓晖,等.卡培他滨联合奥沙利铂治疗直肠癌的临床疗效研究[J].长春中医药大学学报,2020,36(4):741-744.
- [6] 吴英.永久性肠造口患者自我接纳与自动思维的相关性研究[J].护理实践与研究,2020,17(9):8-10.
- [7] 白美英.团体认知行为干预对永久性肠造口患者知信行及生活质量的影响[J].中国继续医学教育,2020,12(23):194-196.
- [8] 龚凤翔,邓莉莹,唐朝.家庭访视护理对社区老年慢性病患者自我护理能力及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(15):42-44.
- [9] 石赞华.阶段性护理对脑垂体瘤切除术后患者并发症及生存质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(15):94-96.
- [10] 郭令飞,罗德红,葛华,等.miR-149靶向调控CARM1基因对直肠癌细胞放疗敏感性[J].中国老年学杂志,2020,40(15):3319-3323.
- [11] 于艳秋,张杰,焦鑫,等.延续护理对直肠癌术后永久性结肠造口患者自我护理能力及生活质量的影响分析[J].健康大视野,2020,19(21):178,181.
- [12] Maria H, Anna K, Jouko L, et al. Very low bilirubin after portoenterostomy improves survival of the native liver in patients with biliary atresia by deferring liver fibrogenesis[J]. Surgery, 2019, 165(4):843-850.
- [13] 卢明,俞燕娟,李中东,等.基于家庭医护平台延续性护理模式的构建及应用[J].中华护理杂志,2019,54(12):1851-1855.
- [14] Xie XF, Lin JY, Tong YM. The influence of education opportunities advancement on the stoma adaptation and self-care ability of patients with enterostomy[J]. Nursing practice and research, 2018, 15(21):45-46.
- [15] 杨小红,李婷婷,王健,等.哮喘患儿家庭医护共管系统的设计与应用[J].医疗卫生装备,2018,39(10):19-22,38.

[2020-09-24 收稿]

(责任编辑 陈景景)

精准护理在急腹症患者护理中的应用效果观察

骆丽英

【摘要】目的 探讨基于加速康复外科护理模式的精准护理在急腹症患者护理中的实践价值。**方法** 选取2018年7月—2020年7月来医院就诊的86例急腹症患者为研究对象,按照组间性别、年龄、疾病类型匹配的原则分为对照组和观察组,每组43例。对照组仅实行常规护理,观察组实行基于加速康复外科护理模式的精准护理,比较两组患者营养状况、临床指标及并发症发生率。**结果** 精准护理后,观察组血清白蛋白、前白蛋白改善效果优于对照组($P<0.05$);观察组术后镇痛时间、肠蠕动恢复时间、手术时间、进食时间、应用抗生素时间、术后住院时间、术后疼痛评分均优于对照组($P<0.05$);观察组患者肺部感染、术后肠粘连、尿路感染、切口液化感染并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 在急腹症患者护理中应用基于加速康复外科护理模式的精准护理,能够辅助患者维持正常的营养指标,预防尿路感染症状,加快肠蠕动恢复时间,保证干预效果,临床实践价值较高。

【关键词】 急腹症;精准护理;加速康复外科护理模式;实践

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.022

外科急腹症的主要特征为病情变化快、病因复杂及发病急等,很容易引发严重应激状态,需紧急实行外科手术。外科急腹症的主要治疗手段为手术治疗,围手术期可能会发生机体免疫功能紊乱及创伤性应激等症状,若情况严重,还会引发多器官功能衰竭及败血症。因此,外科医师的重点关注为改善患者免疫功能、降低手术应激^[1-2]。加速康复外科理念(enhanced recovery after surgery, ERAS)是由丹麦的 Kehlet 教授^[3]提出的,其核心是通过围手术期处理措施合理优化来缓解患者应激反应,加快患者恢复速度。精准护理属于新型护理模式,在护理期间通过准确评估和全面衡量患者病情,并依据患者临床症状及病情发展实行精确、规范化的护理模式,确保获取显著的干预效果^[4]。因此,本研究以急腹症患者为研究对象,围绕其实行基于加速康复外科护理模式的精准护理的临床效果展开研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年7月—2020年7月来我院就诊的86例急腹症患者为研究对象,本研究与《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求相符。纳入条件:入选患者的手术治疗均于急诊内24h完成;经影像学检查确诊为急腹症诊断标准;无手术禁忌证;心肺肝肾功能正常^[5];患者均对本次试验知情。排除条件:因外伤而引发急腹症者;合并心肺肝肾功能,对手术不耐受^[6];伴有腹部恶性肿瘤,既往伴有手

术史;对本次试验不配合。按照组间性别、年龄、疾病类型匹配的原则分为对照组和观察组,每组43例。观察组中男23例,女20例;年龄26~61岁,平均年龄 43.86 ± 2.19 岁;疾病类型:急性胰腺炎2例,消化道穿孔6例,急性肠梗阻4例,急性胆囊炎11例,急性阑尾炎20例。对照组中男24例,女19例;年龄27~62岁,平均年龄 44.19 ± 2.06 岁;疾病类型:急性胰腺炎3例,消化道穿孔6例,急性肠梗阻5例,急性胆囊炎10例,急性阑尾炎19例。两组患者性别、年龄、疾病类型比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组仅实行常规护理,包括监测病情、基础干预及饮食指导等。观察组实行基于加速康复外科护理模式的精准护理,护理措施包括以下几点:

1.2.1 加速康复外科护理模式

(1)术前干预:告知患者加速康复外科护理理念,并为其讲解该护理措施的安全性和重要性,增强患者的理解和配合。采用营养风险筛查表(NRS2002)对患者营养风险进行评估,若评分 ≥ 3 分,表示患者伴有营养风险,针对现有情况,应于术前2h口服5%500ml葡萄糖溶液或在术前20min内快速输完10%200ml葡萄糖溶液联合50%50ml葡萄糖,若患者并发糖尿病,应将胰岛素加入溶液中或皮下注射胰岛素。

(2)术中干预:手术期间利用暖风机帮助患者维持正常体温,手术期间常规加热处理冲洗液。尽可能不放置盆腹腔引流管,若情况特殊应尽早拔除。

(3)术后干预:患者术后6h可饮用温水,并

于术后第1天依据患者临床表现及是否恢复胃肠功能给予饮食指导,并依据患者是否耐受逐渐增加食物量,注意坚持少食多餐的饮食习惯,若患者术前曾伴有营养风险,应在术后1~5 d联合肠内营养,在实行肠内营养期间对患者是否伴有腹痛、腹胀情况加强观察,并对输注速度合理控制,保证营养液始终维持恒温状态,于输注前后进行营养管冲洗,预防堵塞。为患者讲解早期下床活动的关键作用,术后当天按时翻身,并展开外周、屈伸肢体关节活动等运动,术后第1天引导患者尽早下床活动。

1.2.2 精准护理 ①护理人员在接诊患者期间，需依据患者生命体征、步态、神态及面色，对患者病情特征进行初步评估，之后依据轻重缓急的顺序为患者安排就诊，若患者顺序靠后，应给予相应说明，做好安抚工作。②护理人员在实行护理干预期间应对护理禁忌严格关注。在明确诊断患者病情之前，应严禁患者食用吗啡类止痛剂，预防患者病情受到掩盖。禁止服用泻药，给予患者灌肠，防止患者因消化道负担增加而扩散炎症。③外科患者在确诊急腹症前需进行相应的临床检验，护理人员需提前制备好各种标本试管，为腹腔穿刺及胸腹透导尿管做好准备工作。④为患者做好肠胃减压工作，护理人员在患者胃管插管前，需为其讲解插管的重要性、意义、目的及相关注意事项，增强患者临床配合度，确保顺利完成胃管插管。若患者在此期间发生梗阻，应采用0.9%氯化钠溶液冲洗。⑤护理人员在患者完成手术后，要加强观察患者病情特征，若病情发展不理想，需提高警惕，严密观察，并在术后实行有效基础干预，严格进行病房消毒，为患者提供舒适的居住环境。

1.3 观察指标

(1) 营养状况: 对患者血清白蛋白 (ALB)、前白蛋白 (PA) 于术前及术后第 3 天进行检测并比较营养状况^[7]。

(2) 临床指标: 比较两组患者术后疼痛评分、术后镇痛时间、肠蠕动恢复时间、手术时间、进食时间、应用抗生素时间及术后住院时间, 并做好观察、记录工作, 疼痛评分与临床效果呈反比^[8]。

(3) 并发症: 比较两组患者术后并发症发生例数, 计算发生率, 包括肺部感染、术后肠粘连、尿路感染、切口液化感染。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计学软件处理数据, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术前、术后第3天营养状况比较

术前, 两组患者血清白蛋白、前白蛋白比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 术后第 3 天, 观察组血清白蛋白、前白蛋白改善效果优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者临床指标比较

干预后, 观察组各项临床指标均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

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

表1 两组患者干预前后营养状况比较

组别	例数	ALB (g/L)		PA (mg/L)	
		术前	术后第 3 天	术前	术后第 3 天
观察组	43	34.24 ± 4.16	30.67 ± 3.57	213.22 ± 36.78	254.39 ± 38.42
对照组	43	34.87 ± 4.23	28.10 ± 3.24	212.54 ± 37.05	232.14 ± 37.36
<i>t</i> 值		0.696	3.496	0.085	2.723
<i>P</i> 值		0.488	0.001	0.932	0.008

表2 两组患者临床指标比较

[illegible]

表 3 两组患者术后并发症发生率比较						
组别	例数	肺部感染	术后肠粘连	尿路感染	切口液化感染	发生率(%)
观察组	43	0	1	1	0	4.65
对照组	43	2	3	3	1	20.93

$\chi^2=5.107, P=0.023$ 。

3 讨论

急腹症患者在长时间禁食、手术传输等因素的影响下，术后均伴有营养不良风险，对患者康复造成影响。相关研究表明，急腹症患者会伴有应激损伤，需在临床治疗期间配合针对性护理干预，提升患者生活质量^[9]。加速康复外科护理模式是一项新型的外科理念，经术前健康宣教、评估营养风险、术中维持正常机体、术后饮食指导、早期活动，有效改善患者营养状态，加快术后恢复速度，确保医疗质量^[10-11]。精准护理是一项安全、准确、贴心、有效的护理模式，指的是护理人员给予患者精确表型分析和表型深分析，在合适的时间为患者实行精确的护理实践，通过给予患者全面衡量，依据不同症状和病情实行相应护理干预，增强患者临床配合度，进一步提升治疗有效率^[12]。

本研究结果显示，观察组血清白蛋白、前白蛋白、疼痛症状均优于对照组（ $P<0.05$ ），观察组术后镇痛时间、肠蠕动恢复时间、手术时间、术后住院时间、进食时间、应用抗生素时间均短于对照组（ $P<0.05$ ），观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。可见，实行基于加速康复外科护理模式的精准护理可发挥显著干预效果，其主要原因是加速康复外科护理模式经术前有效干预手段，可缓解患者生理应激反应，预防发生胰岛素抵抗，并经健康宣教，缓解患者负面情绪，提升患者护理配合度^[13-14]。术后实行肠内营养联合早期进食，可辅助患者维持正常营养状态，预防代谢损伤，避免发生营养不良，促进康复。精确护理十分注重患者的主观感受，所实行护理期间的出发点为患者的病情需求，经转变传统护患关系，与患者身体状态相结合，制定相应的护理干预^[15-16]。在患者护理期间实行以上两种护理干预形式可发挥双重作用，有效改善患者疼痛症状，缩短住院时间，保证护理质量。

综上所述，在急腹症患者中应用基于加速康复外科护理模式的精准护理能改善营养指标，保证干预效果。

4 参考文献

[1] 方汉萍,李蓉蓉,蔡纯,等.加速康复外科护理专业

组管理模式构建及应用研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(20):10-13.

[2] 唐华丽. 全程护理模式在结直肠肿瘤加速康复外科中的应用及临床价值分析[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(1):21-23.

[3] 张继芝,李秀娥,徐玉芝,等. 多学科合作加速康复外科工作模式下的护理管理实践及效果评价[J]. 中国护理管理, 2018, 18(4):546-552.

[4] 金占萍,朱迎春,王哲洋,等. 基于营养支持的加速康复外科护理在老年髋部骨折患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(2):159-162.

[5] 吴治敏,薄海欣,王延洲,等. 加速康复外科理念在妇科围手术期护理干预中的应用价值[J]. 中国妇产科临床杂志, 2018, 19(6):85-87.

[6] 关晓红,朱卉娟,吴银丽,等. 基于风险管控的院前急救护理对妇科急腹症患者的影响研究[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(1):155-157.

[7] 李金亭,刘京,陈颖. 基于加速康复外科理念的中西医结合对重症急性胰腺炎初期护理研究[J]. 中国急救医学, 2018, 38(1):373-374.

[8] 努尔古丽·买提哈提,史凌云,王新玲. 互动达标理论的延续性照护在加速康复外科人工髋关节置换术后患者中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2019, 511(17):146-149.

[9] 曾纯,吴燕,巫倩英. 加速康复外科护理在肝胆胰围手术期中的应用[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(24):77-78.

[10] 赵彬芳,贺世明,王元,等. 加速康复外科在颅脑肿瘤病人围手术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2018, 32(19):3132-3134.

[11] 赵华,高俊平,翟晓梅,等. 加速康复外科理念在后腹腔镜肾囊肿去顶术病人围手术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2018, 32(23):3771-3774.

[12] 努尔古丽·买提哈提,史凌云,李雪,等. 骨科护士对加速康复外科人工关节置换术患者护理的知信行分析研究[J]. 新疆医科大学学报, 2019, 42(5):137-141.

[13] 栗林,郭丽霞,郭万鹏. 加速康复外科在主动脉夹层患者围手术期护理中的应用研究[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(8):1362-1364.

[14] 简红云,张瑛,陈玲. 加速康复外科护理路径对胃癌根治术患者围手术期治疗效果及患者满意度的影响[J]. 新疆医科大学学报, 2020, 43(8):136-139.

[15] 贺育华,杨婕,蒋理立,等. 加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度护患评估差异性分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2018, 25(12):1449-1453.

[16] 李成聪,胡兵兵,程宏伟,等. 加速康复外科护理在预防听神经瘤术后创伤后应激障碍中的应用[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(10):1245-1247.

[2021-01-21 收稿]
(责任编辑 陈景景)

全方面监测护理在亚低温治疗新生儿缺氧缺血性脑损伤中的应用效果

胡晓姣 段秀丽

【摘要】 目的 探讨新生儿行亚低温治疗缺氧缺血性脑损伤的安全效果与护理研究。方法 选择医院2018年3月—2020年3月诊治的140例新生儿缺氧缺血性脑损伤作为研究对象,按照性别、胎龄、体重、窒息程度匹配的原则分为对照组和观察组,每组70例。所有患儿均采用亚低温治疗,其中对照组应用传统护理,观察组给予全方面监测护理。对比两组患儿不良反应发生率、住院时间、神经行为测定评定情况。结果 观察组不良反应发生率低于对照组($P<0.05$);观察组住院时间短于对照组($P<0.05$),神经行为评分高于对照组($P<0.05$)。结论 对新生儿缺氧缺血性脑损伤给予亚低温治疗,在治疗的同时增加全方面监测护理,可有效降低不良反应发生,提升患儿预后效果。

【关键词】 新生儿;亚低温治疗;缺氧缺血性脑损伤;应用效果;神经行为评分;住院时间;不良反应

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.023

新生儿缺氧缺血性脑损伤是临床较为常见的新生儿疾病之一,在活产儿当中的发病率为1%~8%,其中新生儿期的死亡率高达20%,超过30%的存活患儿在后期成长当中会残留神经发育的后遗症,对新生儿的身体发育造成了很大的伤害^[1]。有相关研究表明,亚低温治疗可以有效减少婴儿的死亡率以及后期后遗症的发病率,亚低温主要指采取人工的形式,将患儿脑部温度降低2~6℃,从而达到冬眠的效果。在亚低温整体治疗过程当中,对患儿的监护工作起到了非常重要的意义,贯穿在整个治疗当中^[2]。以往传统的护理无法对患儿实时监测,大多都是被动护理,而本院提出了全方面监测护理措施,对患儿起到了较佳的治疗效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择我院2018年3月—2020年3月诊治的140例新生儿缺氧缺血性脑损伤作为研究对象,纳入条件:胎龄超过36周;出生体重>2500g;出生时间不超过6d;符合临床的相关诊断标准^[3]。剔除条件:患儿存在先天性畸形;合并其他神经系统或血液系统疾病;颅内发生感染;生长发育迟缓;资料不完整^[4]。按照性别、胎龄、体重、窒息程度组间匹配的原则分为对照组和观察组,

每组70例。对照组:男42例,女28例;胎龄37~41周,平均 39.02 ± 0.34 周;体重2500~3344g,平均 2977.45 ± 5.44 g;窒息程度:轻度55例,重度15例。观察组:男41例,女29例;胎龄36~42周,平均 39.14 ± 0.42 周;体重2501~3343g,平均 2977.06 ± 5.46 g;窒息程度:轻度50例,重度20例。两组患儿基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组患儿均采取亚低温治疗,给予衡阳北方光电信息技术有限公司研发的YJW608-04C型医用降温仪器,应用冷水帽或螺旋管包围患儿的头部,循环水流动至冷却,维持患儿鼻咽部温度为34℃,并且确保患儿鼻咽和直肠之间的温差控制在小于1.5℃左右。同时采取柔软的毛巾将患儿包裹到保温毯上,设置毯温后启动控温仪,实时监测患儿中心温度^[5]。

1.3 护理方法

对照组应用传统护理,观察组给予全方面监测护理,具体如下:

(1) 体温监测:将患儿的体温控制在一定范围内,是亚低温治疗的主要内容,也在很大程度上取决于患儿的治疗效果。对患儿的体外温度监测,一共分为三个部分:①降温:将患儿居住的病房温度控制在22~24℃,对病房消毒和通风,确保空气质量良好^[6]。降温开始前对患儿进行温度检查,按照患儿核心体温适当调整降温帽。观察温度传感器和机器是否正常,设定好温度下降幅度,稳定下降

速度也要合理控制，避免速度过快让患儿产生寒战等情况，因此将患儿稳定下降幅度控制在 1~2 h 下降 1℃^[7]。②体温维持：在对患儿头部进行降温的同时，也会导致患儿体温出现下降，体温下降是患儿发生硬肿症的重要因素之一，因此，在对患儿脑部降温时，应采用远红外线对患儿体温进行维持。③在亚低温治疗完成后，需对患儿实施复温处理，快速复温易引发患儿出现休克等不良反应。复温时仔细观察患儿的核心体温，待恢复至正常后每隔 4 h 进行体温监测 1 次^[8]。

（2）神经系统监测：亚低温治疗时，仔细观察患儿意识和是否存在肌力张力异常的表现，例如颈部后仰等情况，同时也要监测患儿面部肌肉，有无面部皱眉或挤眼等现象^[9]。若是患儿出现上方提到的表现，护理人员要对患儿进行针对性治疗，一旦发现患儿发生昏睡等情况，要给患儿插入气管以及应用呼吸机辅助治疗。

（3）循环系统监测：临床上通过研究得知，低温会降低患儿心率，血压也会出现明显变化，因此，在患儿接受治疗期间实时监测患儿心肺功能，若有任何特殊情况，护理人员要及时告知临床主治医师^[10]。与此同时，还要观察患儿吸氧情况，若患儿缺氧，需及时给予呼吸机治疗，将患儿呼吸道内分泌物快速清除，避免因呼吸道堵塞而发生窒息，护理人员要时刻保持患儿呼吸通畅。

（4）皮肤监测：因为血管收缩的原因，患儿皮肤的血液黏滞度会增加，红细胞压积增高会导致患儿发生水肿等情况，特别是在下肢处更容易引发水肿。在对患儿进行护理时，要尽可能让患儿保持平

卧位，护理人员每隔 3 h 要对患儿更换 1 次体位，仔细查看患儿皮肤情况，同时也要避免压疮的形成，时刻保证患儿皮肤清洁，在交接班时也要做好对接工作，定时评估患儿皮肤情况，若发现异常情况及时处理^[11]。与此同时还要密切观察患儿局部组织颜色，及时进行个性化护理干预。在此基础上增加生理舒适护理，护理人员需要从病房内的光线和温度等为患儿提供舒适的环境，完善患儿日常饮食，对患儿的用药也要对家属进行详细讲解，避免患儿出现任何不良反应后发生不必要的争吵，护理人员也需要适当为患儿进行按摩，疏通患儿静脉^[12]。

1.4 观察指标

对比两组患儿不良反应发生率、住院时间、神经行为评定情况。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 28.0 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 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿不良反应发生率比较

护理干预后，观察组患儿不良反应发生率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患儿住院时间和神经行为评分比较

护理干预后，观察组患儿住院时间短于对照组，神经行为评分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 1 两组患儿不良反应发生率比较

组别	例数	心律失常	酸碱失衡	电解质紊乱	发生率（%）
观察组	70	1	2	1	5.71
对照组	70	4	6	4	20.00

$\chi^2=6.375$ ， $P=0.012$ 。

表 2 两组患儿住院时间和神经行为评分比较

组别	例数	住院时间（d）	神经行为评分（分）
观察组	70	13.24 ± 1.11	39.83 ± 1.25
对照组	70	15.16 ± 1.03	32.49 ± 1.22
t 值		10.608	35.158
P 值		0.000	0.000

3 讨论

缺氧缺血性脑损伤是新生儿出现窒息的并发症

之一，在缺氧的情况下，全身多个组织器官都会受到严重的损害，特别是中枢神经最为严重^[13]。脑缺氧的耐受时间只有 5 min，一旦超过这个时间，临

床治疗效果就会大打折扣, 尽早对患儿实施亚低温治疗特别重要^[14]。亚低温治疗也在临床当中称为冬眠治疗, 是国外临床经常使用的降温手段, 其通过促使窒息新生儿进入冬眠状态而对脏器降低损伤的一种方式, 亚低温主要是依靠冬眠药物联合物理降温对机体局部或者是整体起到降温效果, 从而达到对患儿脑部的保护, 也在很大程度上提升新生儿窒息救治率, 降低并发症发生率^[15]。

对缺氧缺血性脑损伤患儿给予亚低温治疗联合全面监测护理, 可有效降低不良反应发生, 提升预后效果。

4 参考文献

- [1] 王锋, 姚宝珍. 全身与局部亚低温治疗新生儿窒息所致缺氧缺血性脑损伤疗效分析 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2019, 11(1): 151-154.
- [2] 乔丽丽. 褪黑素和亚低温对新生儿缺氧缺血性脑损伤的治疗作用 [J]. 国际儿科学杂志, 2018, 38(2): 105-107.
- [3] 姜苗苗, 闫维恒, 郑军. 缺氧缺血性脑病的性别差异性研究进展 [J]. 中华围产医学杂志, 2020, 23(4): 280-284.
- [4] 王英杰, 毛健. 新生儿缺氧缺血性脑病脑电图监测关键问题研究进展 [J]. 发育医学电子杂志, 2020, 8(4): 359-364.
- [5] 吴冬雪, 马建荣. 亚低温治疗新生儿缺氧缺血性脑病研究进展 [J]. 中国实用儿科杂志, 2018, 33(6): 463-467.
- [6] 杨璐颖, 王灵芝, 陈棉. 新生儿缺血缺氧性脑病 D-二聚体和脂蛋白 a 水平及其与病情严重程度和脑损伤的关系 [J]. 重庆医学, 2020, 49(12): 1969-1972.
- [7] 袁静, 杨超, 陈娟. 间充质干细胞对新生儿缺氧缺血性脑损伤的神经保护作用 [J]. 中华妇幼临床医学杂志 (电子版), 2020, 16(4): 386-391.
- [8] 赵春林, 杨艳红, 杨海澜. 脑源性神经营养因子在新生儿缺氧缺血性脑病中的作用研究进展 [J]. 中华围产医学杂志, 2020, 23(10): 690-694.
- [9] 黄娟, 朱梅. 声学结构定量技术评估新生儿缺氧缺血性脑损伤的临床价值 [J]. 临床超声医学杂志, 2019, 21(3): 190-193.
- [10] 韩碧波, 曲书强. 维生素 D 在新生儿缺氧缺血性脑损伤中的作用 [J]. 中国医师进修杂志, 2019, 42(3): 269-272.
- [11] 袁先桃, 徐骞. 家属护理干预在高压氧治疗新生儿缺血缺氧性脑病封闭式病房管理中的应用 [J]. 海军医学杂志, 2019, 40(3): 277-279.
- [12] 尚云, 夏于荣, 郭喜霞, 等. 促红细胞生成素与亚低温治疗在足月新生儿缺氧缺血性脑病中的疗效对比 [J]. 河北医学, 2019, 25(2): 292-296.
- [13] 苟知贤, 鲁利群. 褪黑素治疗新生儿缺氧缺血性脑损伤的研究进展 [J]. 成都医学院学报, 2018, 13(6): 759-762.
- [14] 秦璇, 姜泓. 振幅整合脑电图在新生儿脑损伤中的应用进展 [J]. 中国综合临床, 2018, 34(3): 284-288.
- [15] 吕白于, 丁国栋, 亢娟. 新生儿缺氧缺血性脑损伤的文献计量分析 [J]. 中国儿童保健杂志, 2020, 28(8): 890-894.

[2021-01-25 收稿]

(责任编辑 陈景景)

《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

综合性护理干预对干眼症患者症状评分、社会支持、心理状况和生存质量的影响

孙佳丽 田丽娜 张玉新 何绪琦 马艳玲 赵亚丽 杨滢瑞*

【摘要】 目的 分析综合性护理干预对干眼症患者症状评分、社会支持、心理状况及生存质量的影响。方法 选取2019年7月—2020年7月医院收治的76例干眼症患者为研究对象,按照组间基线资料可比的原则分为对照组35例和观察组41例。对照组给予常规眼科护理,观察组在对照组基础上实施综合性护理干预。比较两组干预前后泪膜破裂时间、希尔默(Schirmer)泪液分泌情况及角膜荧光素染色评分,采用数字评分系统(numeric rating scale, NRS)评估两组干预前后症状、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分、社会支持(采用社会支持量表评估)、生活质量[生存质量测定量表评分(WHOQOL-BREF)]。结果 治疗后,观察组泪膜破裂时间长于干预前且长于对照组、Schirmer泪液分泌大于干预前且大于对照组,角膜荧光素染色评分小于对照组($P<0.05$)。两组干预后症状评分较干预前均有所降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。干预后,观察组客观支持、主观支持和对支持的利用度得分均高于对照组($P<0.05$)。干预后,两组SAS及SDS评分均有所下降,且观察组评分低于对照组($P<0.05$)。干预后,两组WHOQOL-BREF评分均有所升高,且观察组评分高于对照组($P<0.05$)。结论 综合性护理干预有利于降低干眼症患者症状评分,改善患者社会心理状况和负性情绪,提高生存质量。

【关键词】 综合性护理干预;干眼症;症状评分;社会心理状况;生存质量

中图分类号 R473.77 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.024

干眼症由泪液质或量异常或动力学异常,导致泪膜稳定性下降,并伴有眼部不适和眼表组织病变特征的眼部疾病总称,泪液分泌不足、蒸发过强及泪液动力改变是该病的主要病因^[1]。干眼症发病率较高,可造成患者眼睛红肿、充血,严重者可导致角结膜病变,影响视力,患者生活质量也相对较差。此外,在疾病的影响下,患者多伴焦虑和抑郁情绪,其社会支持系统也存在明显缺陷,故有关于改善干眼症患者社会心理状况的研究成为临床关注重点^[2]。相关学者认为,采取积极的应对措施,加强干眼症患者的护理干预对改善疾病预后、促进患者康复有重要价值^[3]。本研究分析综合性护理干预对干眼症患者症状评分、社会支持、心理状况及生存质量,旨在为临床治疗提供思路。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年7月—2020年7月本院收治的76

例干眼症患者,按照组间基线资料可比的原则分为观察组和对照组。纳入条件:符合干眼症诊断标准^[4];停用抗感染、抗炎等药物,改用人工泪液治疗后症状改善;泪液分泌试验 $<10\text{ mm}/5\text{ min}$,泪膜破裂时间 $<10\text{ s}$,裂隙灯钴蓝光下荧光素染色 >8 个为阳性;久治不愈的结膜炎、角膜炎等眼病,经常规的抗炎抗感染治疗效果不佳或加重。符合以上三点,并存在眼干、眼涩、畏光、疲劳等症状即确诊为干眼症;临床资料完整。排除条件:合并重要脏器病变;合并精神疾病史;合并其他结膜及角膜病变、泪道阻塞、严重沙眼的名号眼部疾病者;疑似或确诊为干燥综合征。观察组41例,其中男20例,女21例;年龄18~70岁,平均年龄 45.31 ± 5.61 岁;病程3~19个月,平均病程 9.53 ± 1.49 个月。对照组35例,其中男17例,女18例;年龄18~68岁,平均年龄 45.85 ± 5.73 岁;病程3~18个月,平均病程 9.41 ± 1.35 个月。两组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规眼科护理,包括健康宣教、心理护理、用药护理和生活护理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施综合性护理

基金项目:河南省社会科学界联合会调研课题(编号:SKL—2020—549)

作者单位:450000 河南省人民医院(河南省立眼科医院,郑州大学人民医院,河南大学人民医院眼科)

*通讯作者

干预,具体方法如下:设立护理干预小组,由1名护士长作为组长,2名高年资护师及7名责任护士作为组员,组长负责培训、咨询、协调工作,组员负责计划、安排、协调和实施本组患者的护理活动。

①通过结合患者的一般资料、心理状态、认知水平、教育背景及病情发展等建立全面的护理干预方案。

②心理干预:通过交谈、倾听、鼓励和安慰等多种方式建立有效的医患、护患沟通途径,了解患者的心理状态,评估其抑郁、焦虑等不良情绪产生的原因。改善病室环境,营造舒适、安静、安全的病房环境,调节病室温度、湿度和光线至合理程度,避免不良刺激的产生。对抑郁情绪、焦虑比较严重的患者可采用箱庭疗法、音乐疗法、阳光疗法等,改善睡眠质量,帮助其保持良好情绪和良好心境^[5]。

③认知干预:通过采用通俗易懂的语言、播放PPT等方式,使患者了解干眼症的相关知识,认识到干眼病是慢性疾病,需要提高治疗依从性长期坚持治疗。④用药指导:讲解药物基本作用和用药方式,要求患者按照医嘱要求定时定量用药,嘱患者勿随意用药及滥用消炎类眼药水等。⑤根据患者具体病情制定饮食计划,嘱患者日常均衡饮食,不偏食,同时增加维生素A类食物的摄入,避免使用辛辣刺激性食物,戒烟戒酒。嘱患者按计划坚持锻炼,每日至少按摩眼周2次,每次5 min,并按时随访和复查。

1.3 观察指标

(1)干预前后泪膜破裂时间、希尔默(Schirmer)泪液分泌情况及角膜荧光素染色评分。角膜荧光素染色评分:无染色为0分;1~30个点状着色为1分;>30个点状着色但染色未融合为2分;出现角膜点状着色融合,溃疡等为3分,分数越低越好。

(2)不适症状评分:以眼部干涩不适为主要症状,护理前后由同1名护理人员以数字评分系统^[5](numeric rating scale, NRS)依据患者不适症状实际情况进行评分,0分:无不适,≤3分:轻微的不适;4~6分:干涩较严重,且影响阅读,但

可忍受;7~10分:患者干涩感强烈,严重影响阅读,无法长时间睁眼。

(3)社会支持:护理前后由同1名护理人员采用社会支持量表^[6]进行评估,其中包括客观支持、主观支持和对支持的利用度3个维度,各维度共10个条目。总分即10个条目计分之总和(评分范围:12~64分);客观支持分:2、6、7条评分之和(评分范围:1~20分);主观支持分:1、3、4、5条评分之和(评分范围:8~32分);对支持的利用度:8、9、10条评分之和(评分范围:3~12分)。

(4)心理状况:护理前后由同1名护理人员采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表^[7](self-rating depression scale, SDS)评估患者心理状况,SAS≥50分为焦虑,SDS≥53分为抑郁。

(5)生存质量:以生存质量测定量表(WHOQOL-BREF)^[8]进行评估,评分范围为0~100分,总分越高生活质量越佳。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据处理,等级资料的比较采用秩和检验;计量资料以“均数±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 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌情况及角膜荧光素染色评分比较

两组干预前泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌情况及角膜荧光素染色评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌均明显升高,角膜荧光素染色评分明显降低,且观察组泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌优于对照组,角膜荧光素染色评分小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌情况及角膜荧光素染色评分比较

组别	例数	泪膜破裂时间(s)		Schirmer泪液分泌(mm)		角膜荧光素染色评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	8.36±1.41	12.36±1.41	8.47±0.53	11.83±2.43	1.94±0.58	0.97±0.63
观察组	41	8.51±1.29	16.97±1.72	8.65±0.98	15.34±2.57	2.01±0.62	0.29±0.31
t 值		0.484	12.638	0.972	6.085	0.505	6.104
P 值		0.630	0.000	0.335	0.000	0.615	0.000

2.2 两组干预后症状评分比较

观察组干预后症状评分优于对照组，差异统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

2.3 两组干预前后社会支持比较

干预前，两组客观支持、主观支持和对支持的利用度比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，两组客观支持、主观支持和对支持的利用度均明显升高，且观察组高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

2.4 两组干预前后心理状况比较

干预前，两组SAS及SDS评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，两组SAS及SDS评

分均有所下降，且观察组评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表4。

2.5 两组干预前后生存质量比较

干预前，两组WHOQOL-BREF评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，两组WHOQOL-BREF评分均有所升高，且观察组评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表5。

表2 两组干预后症状评分比较

组别	例数	0分	≤3分	4-6分	7-10分
对照组	35	1	5	20	12
观察组	41	7	22	10	2

秩和检验： $u=4.906$ ， $P=0.000$ 。

表3 两组干预前后社会支持评分比较（分）

组别	例数	客观支持		主观支持		对支持的利用度		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	5.86 ± 1.19	12.31 ± 2.39	9.67 ± 3.25	20.45 ± 2.33	5.63 ± 1.52	8.56 ± 1.71	19.81 ± 4.31	42.37 ± 2.69
观察组	41	5.74 ± 1.15	17.78 ± 1.47	9.31 ± 3.37	29.89 ± 1.75	5.31 ± 1.71	10.95 ± 1.63	20.13 ± 4.12	60.71 ± 2.12
<i>t</i> 值		0.446	12.205	0.472	20.136	0.855	6.229	0.329	33.222
<i>P</i> 值		0.657	0.000	0.638	0.000	0.395	0.000	0.743	0.000

表4 两组干预前后SAS及SDS评分比较（分）

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	70.65 ± 9.43	50.34 ± 6.37	72.95 ± 5.63	52.71 ± 5.49
观察组	41	71.53 ± 9.61	31.21 ± 5.54	73.52 ± 5.41	34.59 ± 5.63
<i>t</i> 值		0.401	14.003	0.449	14.146
<i>P</i> 值		0.689	0.000	0.655	0.000

表5 两组干预前后WHOQOL-BREF评分比较

组别	例数	干预前	干预后
对照组	35	68.37 ± 9.51	84.71 ± 8.53
观察组	41	69.79 ± 9.85	90.31 ± 5.67
<i>t</i> 值		0.636	3.414
<i>P</i> 值		0.527	0.001

3 讨论

干眼症是指泪腺功能降低，泪液明显减少造成的各种眼部不适症状的总称，是眼科最常见的问题之一^[9]。目前认为，干眼症的病因可归结为：手术后眼表不光滑使泪膜不完整及术后长时间使用含有防腐剂眼药等，使泪液的动力学发生变化，引起泪膜破裂，导致干眼症^[10]。结膜的杯状细胞、Henle

隐窝、Manz腺及泪腺的肺杯状黏液分泌细胞受到破坏；干眼症可造成患者出现干燥感、异物感、视疲劳、疼痛、畏光、视物模糊等症状，会大幅降低患者视觉功能，影响患者生存质量^[11]。老年患者激素水平变化及各种系统疾病发生率增高而导致泪液分泌量减少；长时间的视屏中断工作、长期在风沙较大、污染严重地区工作和精神长时间紧张而导致瞬目减少，泪液蒸发过快而导致干眼症的发生；研究表明，有效地护理干预提高了患者的治疗依从性、保证良好的临床疗效，进而改善疾病预后，在干眼病患者的治疗过程中发挥重要作用^[12]。

既往眼科病室以传统护理为主，围绕疾病开展一系列护理程序，虽可为患者提供一定的医疗服务，但效果不佳。综合性护理干预以护理程序为核心，

将护理程序系统化,是基于现代护理理念的新型护理方案^[13]。其可融合责任制护理及小组护理的优点,将护理计划、患者教育计划、出院计划、各种护理表格的填写、护理质量的控制等多面工作科学化、规范化和协调化^[14]。李玫等^[15]认为综合护理能够明显提高睑板腺功能障碍蒸发过强型干眼的疗效,缓解症状,提高护理满意度。本研究对41例患者实施系统性护理干预,通过设立护理小组,以护理诊断为指导,制定干预计划,并实施护理干预。结果显示,治疗后观察组泪膜破裂时间、Schirmer泪液分泌大于干预前及对照组,角膜荧光素染色评分小于对照组($P<0.05$),说明综合性护理干预可促进干眼症患者临床症状的改善。

长期的社会因素影响与个体的心理应对方式交互作用可促使患者处于慢性应激状态,在本次研究中,通过详细的评估,进行针对性心理干预,为患者答疑解惑,缓解其因认知偏差导致的抑郁、焦虑情况。同时与患者建立有效的沟通,使其得到良好的社会支持。另外,还根据患者具体病情制定相应的饮食和锻炼计划,进一步达到调节情绪,改善治疗效果的目的。导致边缘系统和下丘脑的情感中枢、植物神经中枢和神经内分泌系统功能降低,可引起患者巨大的心理压力^[16]。同时,干眼症患者社会支持系统存在缺陷,患者需求无法得到及时满足,故本研究中,干眼症患者干预前均存在不同程度的焦虑、抑郁情况,社会支持评定得分也相对较低^[17]。因此,本研究实施的综合性护理干预的内容除常规的护理外,尤其重视心理护理干预。结果显示,干预后,观察组症状评分、SAS及SDS评分均低于对照组,客观支持、主观支持和对支持的利用度得分及WHOQOL-BREF评分均高于对照组($P<0.05$),进一步证明综合性护理干预可为患者提供积极的社会支持,改善其负性情绪,提高生存质量。

综上所述,综合性护理干预有利于降低干眼症患者症状评分,改善患者社会心理状况和负性情绪,提高生存质量。

4 参考文献

- [1] 刘菲,郑利民,刘贞杰,等.飞行员干眼症的流行病学调查[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2018,25(4):267.
- [2] 唐德荣.康柏西普玻璃体内注射联合眼底激光治疗对糖尿病性黄斑水肿患者视力及黄斑中心厚度的影响[J].解放军医药杂志,2017,29(10):76-79.
- [3] 刘利红.易误诊为糖尿病性动眼神经麻痹的中枢神经系统疾病[J].临床误诊误治,2017,30(12):45-46.
- [4] 尤冉,王军,韩钰,等.超声乳化白内障吸除术后两种人工泪液对干眼的疗效比较[J].中华眼科杂志,2017,53(6):445-450.
- [5] 罗解萍,沈爱娟,董燕萍,等.综合护理干预对COPD合并呼吸衰竭患者生存质量、心理状态的影响[J].中华全科医学,2018,16(6):1032-1035.
- [6] 尤冉,王军,韩钰,等.超声乳化白内障吸除术后两种人工泪液对干眼的疗效比较[J].中华眼科杂志,2017,53(6):445-450.
- [7] 余玲萍,谢灵敏,王卫珍,等.综合护理干预对脑卒中后患者失眠伴焦虑的影响研究[J].中华全科医学,2017,15(6):1075-1078.
- [8] 安晓辉,孙福亮,曹淑卿.干眼症患者视力相关生活质量测评工具研究进展[J].护理学报,2019,24(20):24-28.
- [9] Lee HY, Wang MS. Musculoskeletal symptoms on nurses of comprehensive nursing care service wards[J]. Asia life sciences, 2018,31(1):415-424.
- [10] 赵艳青,项敏泓,王雪菲,等.基于因子分析与关联规则挖掘干眼症的用药规律[J].中华中医药杂志,2017,32(10):4708-4712.
- [11] Gou Y, Yi J, Jiang M, et al. Analysis on effects of comprehensive nursing care applied in interventional therapy for patients with liver cirrhosis and liver cancer[J]. Iranian Journal of Public Health, 2019, 48(3):494-500.
- [12] 唐晶,万宇,樊宗山,等.hsa-miR-328-3p对人视网膜母细胞瘤 WERI-Rb-1生物学活性的影响[J].医学分子生物学杂志,2019,16(4):382-389.
- [13] 罗旭芳,张敏,赵杜娟,等.综合护理干预对重度烧伤患儿照护者的影响[J].中华烧伤杂志,2018,34(9):648.
- [14] 梁庆丰,杜向红,苏远东,等.Epidemiologic study of tear film lipid layer thickness measurement in the population of taishitun community in beijing[J].中华眼科杂志,2017,53(7):495-501.
- [15] 李玫,梁永霞.综合护理对睑板腺功能障碍致蒸发过强型干眼症患者的护理效果研究[J].现代中西医结合杂志,2018,27(36):4087-4090.
- [16] Wei XL, Xue MF, Qin ZX, et al. The effect of comprehensive care on the patients received minimally invasive percutaneous nephrolithotomy[J]. Iranian Journal of Public Health, 2017, 46(7):923-929.
- [17] Boylan MR, Riesgo AM, Paulino CB, et al. Does total ankle arthroplasty belong in the comprehensive care for joint replacement?[J]. Journal of Foot & Ankle Surgery, 2018, 57(1):69-73.

[2020-09-02 收稿]

(责任编辑 陈景景)

医护一体化互联网+随访模式在头颈肿瘤患者随访管理中的应用

辜德英

【摘要】目的 比较医护一体化互联网+随访模式与电话随访模式在头颈肿瘤患者随访管理中的应用效果,为探索提升随访率、改善患者结局提供依据。**方法** 选取医院2018年3—11月手术后出院的90例头颈肿瘤患者作为对照组,实施电话随访模式进行管理,采用基于医院官方APP的医护一体化互联网+随访对2018年12月—2019年8月医院手术后出院的90例头颈肿瘤患者作为观察组进行管理,比较两组患者的随访率、随访满意度、非计划门急诊复诊人数和出院1个月、6个月的焦虑抑郁情绪。**结果** 观察组头颈肿瘤患者的随访率、随访满意度得分均高于对照组($P<0.05$),非计划门急诊复诊人数明显少于对照组($P<0.05$),出院后1个月、6个月的焦虑抑郁量表得分均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 医护一体化互联网+随访管理模式可有效提升头颈肿瘤患者术后随访率及满意度,和谐医患关系,提高其自护能力及生存质量,改善不良情绪。

【关键词】 互联网+; 头颈肿瘤; 随访模式; 随访管理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.025

头颈肿瘤(head and neck cancer,HNC)已经成为全球第六大常见肿瘤,患者五年生存率低于50%^[1]。治疗方式是以手术治疗为主的综合治疗^[2]。随着医学技术的进步,加速康复外科的深入开展,耳鼻咽喉科头颈肿瘤术后患者平均住院日不断缩短,但多数患者需带气管套管及胃管出院,有的甚至终生带气管套管,出院后需要定期的门诊随访、进行内镜检查等以早期发现问题及时干预,这意味着患者出院后有更多的病情观察及健康保健等方面的需求,这对科室的随访工作提出了更大的挑战。电话随访是常用的随访方式,主要由护士完成,医师参与度低,随访内容较简单,不能解决患者预约检查、挂号难、有疑惑时能得到及时指导等问题,加上头颈肿瘤患者术后不能自行通过电话进行有效沟通,只能由照顾者转述,不能很真实反映患者的病情、心理状态等情况。为探索提升头颈肿瘤患者随访率及满意度,帮助患者解决随访中存在的困难,改善患者结局、提高其生存质量提供依据,我科于2018年11月构建了基于医院官方APP的医护一体化互联网+随访管理模式,针对耳鼻咽喉头颈肿瘤疾病特点及术后患者情况,制定随访管理方案,并

与传统的电话随访管理模式比较,效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年3—11月医院收治的90例头颈肿瘤术后患者作为对照组,另选取2018年12月—2019年8月医院收治的90例头颈肿瘤术后患者作为观察组。纳入条件:经病理检查明确诊断为恶性肿瘤;实施了手术治疗;可电话联系并有照顾者。排除条件:有精神病史。对照组中男84例,女6例;平均年龄 60.93 ± 9.53 岁;平均住院时间 11.53 ± 3.91 d;疾病种类:喉癌/下咽癌75例,甲状腺癌5例,扁桃体癌6例,中耳癌2例,鼻腔鼻窦癌2例;手术方式:全喉切除术15例,部分喉切除术55例,激光喉癌切除术6例,甲状腺癌切除术5例,扁桃体癌切除术5例,侧颅底径路中耳癌切除术2例,鼻侧切开鼻腔鼻窦癌切除术2例。观察组中男89例,女1例;平均年龄 61.36 ± 8.71 岁;平均住院时间 12.36 ± 3.72 d;疾病种类:喉癌/下咽癌77例,甲状腺癌4例,扁桃体癌5例,中耳癌2例,鼻腔鼻窦癌2例;手术方式:全喉切除术13例,部分喉切除术57例,激光喉癌切除术7例,甲状腺癌切除术4例,扁桃体癌切除术5例,侧颅底径路中耳癌切除术2例,鼻侧切开鼻腔鼻窦癌切

基金项目:四川省科技厅计划项目(基金编号:2018ZR0342)
作者单位:610041 四川省成都市,四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科

除术 2 例。两组上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 随访管理方法

1.2.1 对照组 实施电话随访管理模式。由随访护士分别于患者出院后 1 个月、3 个月及 6 个月各进行电话随访 1 次, 随访内容包括: 切口情况、管道护理、自行咳嗽排痰、饮食、睡眠、情绪、存在的不适症状等情况, 针对患者情况进行针对性健康宣教。电话随访时嘱咐患者提前预约挂号按时到主管医生处面诊, 并调查非计划门急诊复诊情况, 家庭照护情况, 问卷调查患者焦虑、抑郁情况, 并于出院后 6 个月电话随访结束时调查患者对随访的满意度。

1.2.2 观察组 采用医护一体化互联网+随访管理模式。按照随访方案指导患者使用医院官方 APP 专科专病随访管理平台, 并同时对其进行问卷调查。具体步骤如下。

1.2.2.1 随访团队构建与职责 互联网+随访管理平台其功能涉及健康教育知识库、医患互动专区、具体随访管理计划方案、信息查询、复诊提醒、在线调查等。根据其功能组建头颈肿瘤互联网+随访团队, 包括咽喉头颈亚专业组长 6 名、护士长 2 名、护士 4 名、软件工程师 2 名。具体分工: 软件工程师负责互联网+随访模块的设计与制作、各医疗组随访团队组建、患者信息框架的设置、组建健康教育知识库及日常互联网平台维护。随访医护人员负责构建疾病知识库并定期更新, 根据患者具体情况制定随访计划, 随访问卷制作与调查, 复查提醒, 数据回收以及资料分析。医疗组长、随访护士及护士长负责在线咨询答疑、健康宣教及面诊。

1.2.2.2 设计与使用

(1) 疾病知识库的制作与应用: 结合头颈肿瘤疾病及康复特点制作相应的健康宣教资料, 包括头颈肿瘤疾病知识简介、治疗方法、康复期护理及复诊注意事项、出院后发生意外情况的紧急处理措施及自护操作技能视频等。所有健康宣教资料包含文字、图片、视频及音频, 使患者更加直观、形象地学习相关知识及自护技能。

(2) 软件工程师在医院官方 APP 上建立医患双方操作界面: ①患者操作界面: 患者以手机号为登录名, 设置登陆密码, 绑定实名制就诊卡, 填写病例信息建立病历档案, 方便医护人员在线查看患者病情、治疗情况, 以便随访管理。②医护操作界面: 随访医护人员以统一的账号及密码登录操作界面, 通过建立工作组共同进行随访管理。③互动专区:

医患双方可在随访专区进行图文及语音互动, 根据患者需求及时解决其存在的问题。④问卷调查模块: 通过插入不同类型的调查问卷, 定时发送与回收。

⑤随访数据统计分析模块: 点击统计分析以实现对问卷调查数据进行整理与分析, 进而科学掌握随访效果。

1.2.2.3 使用与管理

(1) 患者出院前由主管医护人员向患者及家属介绍医护一体化互联网+随访管理模式, 由患者及家属自愿选择加入, 责任护士指导患者在智能手机下载安装医院官方 APP 完成注册, 选定主管医师专属随访服务包并填写患者基本信息, 完成线上支付。

(2) 随访护士通过 APP 医护端与患者建立联系, 定时推送健康宣教知识及自护视频。

(3) 患者可通过随访互动专区随时对自己的病情、复查方案进行提问, 常规由随访护士回答患者的问题, 超出回答范围可将问题转给患者的主管随访医师。

(4) 随访护士安排患者分别于出院后 1 个月、3 个月及 6 个月各来院面诊 1 次, 护士并根据患者随访计划提前预约专科检查、具体面诊的时间及地点, 由互联网平台系统按时自动通过手机短信和 APP 端提醒患者, 必要时再电话通知。

(5) 面诊当天由随访护士全程陪同、评估病情、调查非计划门急诊复诊情况, 家庭照护情况, 进行针对性的健康指导及心理干预。

(6) 第 1 次和第 3 次面诊前随访专区推送焦虑量表、抑郁量表, 并于第 3 次随访结束时推送随访满意度量表, 随访护士督导患者进行填写。

1.3 观察指标

(1) 随访率: 记录两组患者的随访率, 即接受随访人数/总随访人数 $\times 100\%$ 。

(2) 随访满意度: 本研究采用自制随访满意度量表评价随访满意度, 该量表通过查阅资料及参考专家意见进行编制, 内容包括随访方式、随访态度、随访的有效性、咨询答疑 4 个方面, 12 个条目, 采用 Likert 5 级评分法, 分值 1~5 分, 分数越高表示满意度越高。该量表总的内容效度指数 (CVI) 为 0.95, 在本研究中的 Cronbach's α 为 0.83。

(3) 非计划门急诊复诊情况: 记录两组患者出院后 1 个月、3 个月及 6 个月各复诊 1 次以外的非计划门急诊复诊人数。

(4) 抑郁及焦虑情绪: 采用 SDS 及 SAS^[3] 评估患者出院后 1 个月和 6 个月的焦虑、抑郁情况, 分值越高表明患者焦虑及抑郁程度越高。

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 ± 标准差”表示，组间均数比较采用两独立样本的 *t* 检验；计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组随访率比较

观察组出院后 1 个月、3 个月、6 个月随访率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 两组随访满意度比较

观察组各项随访满意度优于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

2.3 两组非计划门急诊复诊人数比较

观察组非计划门诊、急诊复诊率均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

2.4 两组出院后 1 个月和 6 个月焦虑、抑郁评分比较

观察组出院后 1 个月和 6 个月 SAS、SDS 得分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 1 两组患者随访率比较

组别	例数	出院后 1 个月		出院后 3 个月		出院后 6 个月	
		随访例数	随访率 (%)	随访例数	随访率 (%)	随访例数	随访率 (%)
对照组	90	64	71.11	59	65.56	52	57.78
观察组	90	90	100.00	90	100.00	87	96.67
χ^2 值		30.390		37.450		4.183	
<i>P</i> 值		0.000		0.000		0.000	

表 2 两组随访满意度比较 (分)

组别	例数	随访方式	随访态度	随访的有效性	咨询答疑
对照组	90	4.13 ± 0.72	4.52 ± 0.50	3.42 ± 0.61	3.38 ± 0.60
观察组	90	5.00 ± 0.32	5.00 ± 0.13	4.94 ± 0.23	4.97 ± 0.18
<i>t</i> 值		10.475	8.814	22.119	24.080
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者非计划门急诊复诊情况比较

组别	例数	非计划性门急诊复诊情况			
		门诊人数	复诊率 (%)	急诊人数	复诊率 (%)
对照组	90	22	24.44	10	11.11
观察组	90	5	0.56	2	0.22
χ^2 值		12.593		5.714	
<i>P</i> 值		0.000		0.017	

表 4 两组患者出院后 1 个月、6 个月焦虑、抑郁得分比较 (分)

组别	例数	出院后 1 个月		出院后 6 个月	
		SAS	SDS	SAS	SDS
对照组	90	52.62 ± 4.86	47.27 ± 4.11	46.17 ± 4.23	44.86 ± 4.18
观察组	90	48.73 ± 5.12	42.13 ± 5.12	41.27 ± 4.98	40.72 ± 4.95
<i>t</i> 值		5.228	7.427	7.114	6.062
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

由于医护人力的紧缺,电话随访等传统的随访工作多流于形式,且费时费力,没法深入管理,未能体现医护一体化服务模式的优势。随着现代信息技术的发展,在传统的随访管理服务中融入互联网技术是现代生物医学发展的必然趋势^[4-6]。通过互联网随访可弥补门诊及电话随访的不足,能更系统地补充或完善住院时对疾病的认识,提高自我护理能力,改善患者生活质量,提高患者的治疗依从性,从而有效提高随访率^[4,7-11]。

本研究结果表明,观察组患者出院后1个月、3个月及6个月的随访率明显高于对照组。分析其原因可能为:

(1)随着加速康复模式的开展,部分头颈肿瘤患者出院时仍需要安置气管导管和胃管,存在切口疼痛、不能经口进食和不能有效咳痰等问题,需要医师和护士的指导和帮助,但这些问题中的很大一部分无法通过电话随访得到有效的解决,部分患者不愿意接受电话随访,从而导致电话随访率较低。

(2)头颈部肿瘤术后多数患者常会出现声音嘶哑、发声费力等嗓音问题,影响了随访过程中的电话沟通,照顾者不能准确理解和表达患者存在的问题,也会影响电话随访的随访率。

(3)实施医护一体化互联网+随访管理模式,患者按计划进行复诊,专科检查和门诊可当天完成,复诊当天由专门的随访护士陪同,评估病情、针对性进行健康指导,复诊方便快捷,增加了患者复诊的依从性,所以随访率较高。

本研究结果表明,观察组患者随访满意度高于对照组,非计划门急诊复诊人数低于对照组。分析其原因可能为:

(1)实施互联网+随访管理更能充分体现医护一体化服务的片等信息交流,拓宽了医患的沟通渠道,也避免了医师在患者需要私人联系号码时的尴尬^[12-13],有效地避免了患方因不能及时获取专业指导,而出现焦躁不安、反复奔波于医院或因处理不当发生并发症等,帮助其理性就医,从而能更好地减少患者的非计划性门急诊就诊次数^[6]。同时也可有效缓解主管医师在病房接待非计划性复诊患者的压力,有利于病房人流量的控制,维护安静的病房秩序。

(2)实施医护一体化互联网+随访管理模式,随访护士提前帮助预约检查,主管医师利用碎片时间对患者进行面诊,患者不用挂号,将有限的门诊

号源留给初诊的患者,有利于医疗资源的合理使用,从而也解决了随访患者挂号难问题。

(3)采用电话随访管理模式,不能有效的解决患者出院后存在切口管理、复查挂号、预约检查及便捷的专业指导等问题,因而导致随访的满意度相对较低。

癌症不仅给患者带来严重不适和痛苦,还会使患者产生严重心理应激反应和适应性不良行为^[14],头颈肿瘤患者术后因语言交流存在不同程度的障碍、佩戴气管套管、呼吸道改道、自我形象紊乱等因素,患者极易产生焦虑、抑郁心理^[15]。本研究结果表明:和电话随访管理模式相比,实施医护一体化互联网+随访管理模式,明显降低了患者的焦虑抑郁情绪。分析其原因可能为:

(1)电话随访时,患者因安置气管套管或者声音嘶哑等问题,不能有效的和随访护士交流,不但不能缓解甚至会加重患者的焦虑抑郁情绪,而基于医护一体化互联网+随访管理模式,患者可以通过文字、图片等方式和医护人员进行交流,关于后续治疗的问题可以得到及时的回复或者帮助,在一定程度上降低了患者的焦虑、抑郁情绪。

(2)基于医护一体化互联网+随访管理模式,患者可以按计划进行门诊随访和各项检查,降低了患者因挂号难和预约检查排队导致的焦虑抑郁情绪。

(3)患者及家属对自护知识及技能不清楚时可通过随访平台随时调取、重复学习医护人员推送的疾病相关知识及自护视频等,从而减轻其因照护不良产生的焦虑、抑郁情绪。

综上所述,头颈肿瘤术后患者随访管理效果受诸多因素影响,尤其是就医的便捷性及医患沟通灵活性等方面。实施基于医护一体化互联网+随访管理模式可以提高患者的随访率、随访满意度,降低患者的焦虑、抑郁情绪,减少非计划门急诊病房复诊人数等,更有利于预防疾病的复发,提高头颈肿瘤患者的生活质量。

4 参考文献

- [1] Torre LA, Bray F, Siegel BL, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(2): 87-108.
- [2] 任佳, 毛敏姿, 吕丹, 等. 头颈肿瘤患者吞咽相关生活质量评估研究进展[J]. 医学综述, 2020, 26(1): 2171-2176.
- [3] 田银娣, 王怡恺, 李静, 等. 焦虑和抑郁量表在肝硬化患者临床应用中的信效度评价[J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22(1): 105-108.

肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的影响因素

焦慧

【摘要】目的 探讨肿瘤患者经外周穿刺中心静脉置管 (PICC) 实施化疗发生导管相关性上肢静脉血栓的高危因素与防护对策。**方法** 选择医院于 2017 年 1 月—2019 年 12 月收治的 PICC 置管化疗肿瘤患者 260 例作为研究对象, 根据是否发生 PICC 导管相关性上肢静脉血栓, 58 例发生静脉血栓的作为观察组, 202 例未发生静脉血栓的作为对照组, 收集患者的临床资料, 采用单因素及多因素 Logistic 回归分析, 确定影响肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素。**结果** 单因素及多因素 Logistic 回归分析显示, 合并糖尿病、导管留置时间长、导管移动、细胞免疫功能低下是影响肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素 ($P < 0.05$)。**结论** 肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的影响因素中, 合并糖尿病、导管留置时间 ≥ 60 d、导管移动及细胞免疫功能低下为其危险因素。为降低 PICC 导管相关性上肢深静脉血栓的形成, 提高患者的生存率, 应针对上述危险因素做有效预防措施。

【关键词】 肿瘤患者; 化疗; PICC 导管; 上肢静脉血栓; 危险因素; 护理

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.026

经外周置入中心静脉置管 (PICC) 具有操作简便、留置时间长、安全高效等优点, 能避免化疗药物损伤血管和反复穿刺的痛苦, 是一条安全、有效的静脉治疗通路, 但导管使用过程中可能会发生导管相关性血栓等并发症^[1-3]。据文献报道, PICC 导管相关性血栓约占 PICC 置管所有并发症的 23.26%, 其致死率约为 3.0%^[4]。鉴于此, 本次研究对我科肿瘤患者同期放化疗期间 PICC 导管相关性血栓的

可能因素进行分析, 旨在探讨 PICC 导管相关性血栓形成的风险认识, 为临床指导血栓治疗提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2017 年 1 月—2019 年 12 月收治的 PICC 置管化疗肿瘤患者为调查对象, 选择发生静脉血栓的 58 例患者为观察组, 未发生静脉血栓的 202 例患者为对照组。纳入条件: 符合肿瘤临床诊断标

作者单位: 214200 宜兴市人民医院 A09 肿瘤科

- [4] 石志坚, 高宾, 黄艳. 微信公众号联合电话随访在痛风出院患者健康教育中的应用研究 [J]. 护士进修杂志, 2017, 32(10): 883-885.
- [5] 邓利方, 李铭杰. “互联网+医疗”对老年人健康与医疗消费的作用机制分析——基于中国的省际面板数据 [J]. 广东行政学院学报, 2018, 30(1): 79-87.
- [6] 叶启乐, 邵阿茜, 夏贝贝等. 网络合作型延续护理在胃肠肿瘤手术患者快速康复中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(25): 3207-3211.
- [7] 张洁, 马青, 李蓉琼, 等. 手机微信软件在原发性高血压患者出院随访中的应用 [J]. 华西医学, 2017, 32(1): 42-45.
- [8] 王文英. 急诊护理管理中存在的问题和对策分析 [J]. 中国卫生产业, 2018, 15(1): 33-34.
- [9] 孙伟, 张翠琼, 何桂华, 等. 不同随访模式对宫颈环扎术后孕妇依从性的影响. 现代医院, 2015, 15(12): 154-156.
- [10] 张跃红, 张林梅. 基于网络的随访系统对提高肾癌患者术后治疗依从性的效果 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2016, 1(3): 146.
- [11] 杨慧. 协同护理模式对慢性乙型病毒性肝炎患者疾病态度及自我效能的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(35): 152-153.
- [12] 毕莉. 妇产科医护合作决策分级护理级别的分析 [J]. 大家健康: 现代医学研究, 2016, (13): 63-64.
- [13] 尹新, 董可男, 孟群. 互联网+康复医疗的新模式探究 [J]. 中国卫生信息管理杂志, 2016, 13(2): 115-118.
- [14] 徐静, 刘吴琼, 徐胜, 等. 原发性肝癌患者希望水平与人格特征、负性情绪的关系研究 [J]. 海军医学杂志, 2017, 38(5): 401-403.
- [15] 陈颖. 针对性心理干预对子宫肌瘤术后患者负性情绪、希望水平及生活质量的影响 [J]. 医学临床研究, 2019, 36(11): 2271-2273.

[2020-05-30 收稿]

(责任编辑 陈景景)

准,且所有研究对象均行上肢静脉血管彩超;临床资料完整;化疗前患者知情同意。排除条件:合并心、肝、肾等重要脏器损伤及不耐受手术治疗;精神疾病,不能配合治疗。

1.2 收集资料

收集资料包括性别、年龄、操作人员熟练程度、静脉血栓史、单次化疗次数、合并糖尿病、置管部位、导管留置时间、导管移动、导管维护频率、细胞免疫功能。

1.3 上肢静脉血栓诊断标准

(1)患者行PICC侧前臂、上臂出现肿胀、肌肉疼痛、手指活动受限、伴有肩部、上臂等部位浅静脉扩张等症状。

(2)上肢静脉加压彩超示:上肢静脉系统实质性低回声团块、血管管径明显扩张,同时确定血栓

位置及范围。

1.4 统计学处理

运用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,单因素分析中,计数资料比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用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 肿瘤化疗患者PICC导管相关性上肢静脉血栓的单因素分析

由表1可见,两组性别、年龄、单次化疗次数、置管部位、导管维护频率、操作人员熟练程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组静脉血栓史、合并糖尿病、导管留置时间、导管移动、细胞免疫功能比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表1 肿瘤化疗患者PICC导管相关性上肢静脉血栓的单因素分析

分析因素	类别	例数	观察组($n=58$)	对照组($n=202$)	χ^2 值	P 值
性别	男	146	35	111	0.533	0.466
	女	114	23	91		
年龄(岁)	≥ 65	128	30	98	0.186	0.667
	< 62	132	28	104		
操作人员熟练程度	熟练	126	31	95	0.743	0.389
	不熟练	134	27	107		
静脉血栓史	有	101	43	58	19.219	0.000
	无	159	15	144		
单次化疗次数	≥ 2	103	21	82	0.363	0.547
	< 2	157	37	120		
合并糖尿病	有	116	40	76	17.913	0.000
	无	144	18	126		
置管部位	肘关节上	145	28	117	1.699	0.192
	肘关节下	115	30	85		
导管留置时间	≥ 60 d	114	36	78	10.069	0.002
	< 60 d	146	22	124		
导管移动	是	105	36	69	14.580	0.000
	否	155	22	133		
导管维护频率	正常	158	30	128	2.562	0.110
	延迟	102	28	74		
细胞免疫功能	正常	142	18	124	16.747	0.000
	低下	118	40	78		

2.2 影响肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生 PICC 导管相关性血栓作为因变量，以单因素分析中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，合并糖尿病、导管留置时间长、导管移动、细胞免疫功能低下是影响肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR 值	95%CI
合并糖尿病	0.944	0.433	4.742	0.029	2.570	1.099~6.009
导管留置时间	0.756	0.382	3.926	0.048	2.130	1.088~4.499
导管移动	1.283	0.401	10.243	0.001	3.608	1.644~7.917
细胞免疫功能	0.874	0.440	3.942	0.047	2.397	1.011~5.682
静脉血栓史	-0.267	0.399	0.446	0.504	0.766	0.350~1.676

3 讨论

上肢深静脉血栓是一种血栓栓塞性疾病，其发生机制与血流速度缓慢，血管内皮细胞受损及凝血功能异常有关^[5-7]。有流行病学调查显示，PICC 置管化疗肿瘤患者并发上肢深静脉血栓的发生率为 4%~10%，而上肢深静脉血栓患者中，有 20%~30% 的患者合并有恶性肿瘤，其中有 5%~11% 的患者在血栓发生后 1~2 年内诊断合并恶性肿瘤^[8]。血栓的形成是导致恶性肿瘤患者死亡的主要原因。因此，早期了解 PICC 置管化疗肿瘤患者并发上肢深静脉血栓的危险因素，对于纠正恶性肿瘤患者的高凝状态，改善患者预后具有积极意义^[9-10]。

本文研究表明，纳入的 PICC 置管化疗肿瘤患者 260 例中，出现静脉血栓 58 例，发生率为 22.31%；经多因素 Logistic 回归分析显示，合并糖尿病、导管留置时间、导管移动、细胞免疫功能是影响肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素。

（1）合并糖尿病：长期存在的高血糖状态，会使内皮素等由内皮细胞合成的缩血管物质大量释放，而合成的舒血管物质明显减少，导致血管长期处于过度收缩状态，缺氧使血管内皮细胞受损。此外，高血糖会抑制内皮细胞 DNA 合成，导致内皮细胞更替速度减慢^[11-14]。有临床研究发现：高血糖状态下血小板处于活化状态，会产生大量氧自由基而损害蛋白质，导致血管结构、功能改变，使血小板聚集力明显增强，引起血管内皮细胞损伤，最终导致上肢静脉血栓的形成^[15]。

（2）导管留置时间：导管长期置于血管中损伤血管内皮完整性，导致内皮细胞损伤释放大量组织因子，肿瘤细胞膜产生少量凝血酶，导致血小板黏附于血管内皮，造成血栓形成前状态，内皮细胞、血小板及肿瘤细胞之间复杂作用导致肿瘤细胞对血管内皮的黏附均会导致血栓形成^[16-17]。本文研究结果显示，置管时间 ≥ 60 d 的患者发生上肢静脉血栓高于导管留置时间 <60 d 的患者，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），提示导管留置时间是影响 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素。

（3）导管移动：导管移动会刺激机体组织，导致血管壁急性损伤，抗凝血酶 III、蛋白 S 等自然凝血抑制物减少，从而导致上肢深静脉血栓的形成。唐德荣等^[18]研究发现，导管移动会损伤血管内皮细胞，促使机体释放大量炎症细胞，而血管损伤会导致暴露的血管基底膜与炎症细胞黏附、聚集，最终导致静脉血栓的形成。本研究结果显示，导管移动患者发生上肢静脉血栓的概率是未发生导管移动患者的 2.721 倍，提示导管移动是影响 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素。

（4）细胞免疫功能：肿瘤化疗过程中，患者经历消化道反应、骨髓抑制等治疗并发症，导致机体免疫功能低下，易发生穿刺部位感染。研究表明，机体免疫功能越低，对局部细菌的灭绝功能越差，大量细菌定植后，生长繁殖，并通过插管位置沿着非隧道式导管皮下走行，进入血液引发血流感染，激活凝血过程，形成感染性血栓^[19-20]。本文研究结果显示，纳入的 58 例存在导管相关性上肢静脉血栓患者中，有 40 例（68.97%）患者细胞免疫功能

低下,提示细胞免疫功能是影响 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的危险因素。

为降低肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的发生率,应制定如下干预措施:

(1) 肿瘤化疗患者心理普遍敏感, PICC 导管相关性血栓会引起患者出现恐惧、抑郁等负性情绪,护理人员应综合评估患者的生理、心理状况,加强心理疏导,提高治疗信心及依从性。

(2) 密切观察患肢周径及颜色的变化:如患肢周径不断增加,说明静脉回流受阻;颜色加深,温度升高说明出现感染,应及时通知医师,积极处理。

(3) 抬高患肢:置管后,抬高患肢 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$,以利静脉回流,减轻水肿,并注重患肢保暖。

(4) 运动锻炼:①有氧运动方式:步行,频率:4~5次/周,运动时间:20~30 min/次,运动强度 40%~70% 最大心率(最大心率 = $220 - \text{年龄}$);②力量训练运动方式:健身操,频率 2~3 次/周,运动时间:15~20 min/次,运动强度:锻炼时使出 50% 最大力量 1 次和 70% 最大力量 3 次,循环 8 次为 1 组。

综上所述,肿瘤化疗患者 PICC 导管相关性上肢静脉血栓的影响因素中,合并糖尿病、导管留置时间 ≥ 60 d、导管移动及细胞免疫功能低下为其危险因素。为降低 PICC 导管相关性上肢深静脉血栓的形成,提高患者的生存率,应针对上述危险因素开展有效预防措施。

4 参考文献

- [1] Attarian S, Rahman N, Halmos B. Emerging uses of biomarkers in lung cancer management: molecular mechanisms of resistance[J]. *Annals of Translational Medicine*, 2017, 5(18):377.
- [2] 吕晓涓, 黄海波, 董震. 不同病理类型老年肺癌患者外周血血清肿瘤标志物表达差异[J]. *中国老年学杂志*, 2014, 34(7):1971-1972.
- [3] Socinski MA, Villaruz LC, Ross J. Understanding Mechanisms of Resistance in the Epithelial Growth Factor Receptor in Non-Small Cell Lung Cancer and the Role of Biopsy at Progression[J]. *Oncologist*, 2017, 22(1):3-11.
- [4] 王琛, 方立挺, 陈福春. 手术后下肢深静脉血栓形成溶栓治疗时机和方法的临床分析[J]. *实用医学杂志*, 2017, 33(9):1534-1535.
- [5] 赵楠, 向倩, 刘倩欣, 等. 晚期肺癌患者因厄洛替尼与华法林相互作用导致皮下血肿的病例分析[J]. *中国*

临床药理学杂志, 2017, 33(19):1956-1958.

- [6] 乔力松, 许小毛, 杨鹤, 等. 肺癌、消化及泌尿系恶性肿瘤合并静脉血栓栓塞症的临床特点及预后比较[J]. *中华医学杂志*, 2018, 98(18):1403-1407.
- [7] 杜晖, 陈军. 肺癌患者静脉血栓栓塞症的发生及其抗凝治疗[J]. *中国肺癌杂志*, 2018, 21(10):67-72.
- [8] 宋春风, 李辉, 田博, 等. 中国胸外科术后静脉血栓栓塞症现状的问卷调查分析[J]. *中华外科杂志*, 2017, 55(9):661-666.
- [9] Liberman AL, Merkler AE, Gialdini G, et al. Risk of Pulmonary Embolism After Cerebral Venous Thrombosis. [J]. *Stroke*, 2017, 48(3):563.
- [10] 王首骏, 王帅兵, 王彤, 等. 乳腺癌术后发生下肢深静脉血栓的危险因素及血栓风险评估[J]. *中国肿瘤临床*, 2017, 44(23):1199-1203.
- [11] 郑娥, 唐煜东, 杨梅, 等. 肺癌围术期患者静脉血栓栓塞症的预防与护理现状调查分析[J]. *中国肺癌杂志*, 2017, 20(10):661-666.
- [12] 李辉, 陈军. 胸外科围术期静脉血栓栓塞症专题前言[J]. *中国肺癌杂志*, 2018, 21(10):21.
- [13] 孙紫千, 李然天, 王红兵. 肺癌并发静脉血栓栓塞症的危险因素分析[J]. *山东医药*, 2019, 59(12):70-73.
- [14] 黄莹, 王春梅, 张毅, 等. 胸外科术后重症患者下肢深静脉血栓形成及其凝血状态分析[J]. *中国肺癌杂志*, 2018, 21(11):66-69.
- [15] 洪娇, 程弯弯, 王艳丽, 等. 96 例肺腺癌伴发静脉血栓栓塞症危险因素分析[J]. *南京医科大学学报(自然科学版)*, 2018, 38(9):65-70.
- [16] 顾静芝, 刘静. 高耐药性肺癌患者 PICC 相关性深静脉血栓形成的相关影响因素分析[J]. *中国医学前沿杂志*, 2017, 9(10):128-131.
- [17] 崔松平, 李辉, 田博, 等. 肺癌术后静脉血栓栓塞症相关危险因素分析:单中心研究[J]. *中国肺癌杂志*, 2018, 21(10):36-43.
- [18] 唐德荣, 赵建强, 臧豹. 肺癌根治术后患者并发下肢深静脉血栓形成的因素分析及对策[J]. *中外医学研究*, 2016, 14(22):107-108.
- [19] 王新娟. 精细化护理预防恶性肿瘤化疗患者 PICC 相关性上肢深静脉血栓形成的应用研究[J]. *河北医科大学学报*, 2018, 39(5):594-597.
- [20] 林伟芬, 蔡燕莲, 陆金静. 肺癌化疗 PICC 置管所致上肢深静脉血栓的危险因素与预防性护理干预[J]. *护理实践与研究*, 2019, 16(17):54-55.

[2020-03-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素分析

许新梅 陈雅卓 姚宁 徐俊青 焦晶茹

【摘要】目的 探讨晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素,并讨论安宁疗护护理策略。**方法** 选取2019年6—12月医院收治的晚期头颈部肿瘤患者为调查对象,收集患者的临床资料,采用中文版灵性护理需求量表评价晚期头颈部肿瘤患者的灵性照顾需求,采用单因素和多元线性回归分析晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素。**结果** 本研究共发放问卷160份,收回有效问卷154份。154例晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求平均得分 34.80 ± 8.33 分。单因素分析显示,性别、年龄、配偶情况、工作状态得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);有宗教信仰、文化程度低、病程长、对死亡恐惧程度大的晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求得分高于无宗教信仰、文化程度高、病程短、对死亡恐惧程度小的患者得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。多元线性回归分析结果显示,宗教信仰、文化程度、病程、对死亡恐惧程度是晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求受文化程度、有无宗教信仰、病程、对死亡恐惧程度的影响,临床应给予晚期头颈部肿瘤患者合理的安宁疗护舒适护理以提高其生命质量。

【关键词】 晚期头颈部肿瘤;灵性照顾需求;影响因素;安宁疗护;护理策略

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.027

随着社会的快速发展,工作生活压力增大、环境污染等一系列因素影响,口腔、喉癌、下咽癌等晚期头颈部肿瘤发病率逐年升高,患者进食困难、营养缺乏,当癌症病灶生长侵犯到呼吸道时还会引起呼吸困难^[1]。头颈部肿瘤外科手术治疗还可能导导致语言、视觉等局部功能丧失,影响患者生理、情绪、容貌、社交功能。癌症本身的病痛及愈后不确定性给患者身心、家庭、社会等带来的痛苦,但目前针对头颈部肿瘤尤其晚期癌症患者的安宁疗护严重不足,也给患者身心带来了二次伤害。有研究显示^[2],癌症患者对于生命意义的寻求、希望、宗教以及宽恕等需求较高,患者渴望摆脱痛苦和困境,寻求生命价值,这也正是患者的灵性需求。安宁疗护也可称之为临终关怀,是指对生命 < 6 个月患者进行生理、心理及社会等全面护理,以减轻其癌性症状,心理痛苦,延缓癌症进展,使临终患者能安宁、舒适地走完最后时光,进而提高临终病人的生命质量^[3]。相关调查发现,尽管近年来安宁疗护一直在临床实施,但效果差强人意^[4]。因此,护理人员有必要对患者安宁疗护前真正的灵性护理需求进行评估,以提高患者生命质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年6—12月本院住院治疗的晚期头

颈部肿瘤患者为调查对象,纳入条件:经医院确诊为晚期头颈部肿瘤,并对自身病情知情;年龄不小于18岁;意识清醒,具备正常沟通能力;预计生存时间小于6个月;自愿参与本研究,并签署同意书。排除条件:有严重并发症;合并严重躯体性疾病。

1.2 调查内容及方法

(1)采用我院自行设计的临床资料问卷收集入选患者的临床资料,包括性别、年龄、宗教信仰、文化程度、病程、配偶情况、工作状态、对死亡恐惧程度等。

(2)采用中文版灵性护理需求量表评价患者的灵性照顾需求,该量表由英文翻译而成,并经过适当的删减和合并,共保留12个条目,每个条目采用1~4分评分,满分为12~48分,轻度:12~24分,中度25~36分,重度37~48分;量表经3位专家3次修订,Cronbach's $\alpha = 0.876$,具有良好的信效度。由研究人员统一发放,对于不懂或者有疑问的条目,研究人员给予解释,当场发放、填写、收回,研究人员进行统计。

本研究共发放问卷160份,剔除无效问卷,收回154份,回收率为96.25%。

1.3 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,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;多因素分析采用多元线性回归模型。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 晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的单因素分析

154例晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求平均得分为 34.80 ± 8.33 分。单因素分析显示,不同性别、

年龄、配偶情况、工作状态的晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求得分比较差异无统计学意义($P>0.05$);有宗教信仰、文化程度低、病程长、对死亡恐惧程度大的晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求得分高于无宗教信仰、文化程度高、病程短、对死亡恐惧程度小的患者($P<0.05$),见表1。

表1 晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的单因素分析

分析因素	类别	例数	灵性照顾需求得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	95	34.76 ± 8.11	0.074	0.941
	女	59	34.86 ± 8.31		
年龄(岁)	<40	32	35.19 ± 7.95	0.059*	0.943
	40~	53	34.58 ± 8.29		
	60~	69	34.79 ± 7.69		
宗教信仰	有	39	37.87 ± 8.93	2.804	0.006
	无	115	33.76 ± 7.54		
文化程度	初中及以下	41	38.45 ± 8.12	7.307*	0.001
	中专或高中	80	34.29 ± 8.03		
	大专及以上	33	31.49 ± 7.63		
病程(月)	0~5	45	31.52 ± 7.60	5.283*	0.006
	6~12	89	31.89 ± 8.32		
	>12	20	38.02 ± 7.98		
配偶情况	有	119	34.57 ± 8.04	0.670	0.504
	无	35	35.58 ± 7.12		
工作状态	有工作	96	34.44 ± 7.86	0.738	0.462
	无工作	58	35.40 ± 7.77		
对死亡恐惧程度	较小	32	31.21 ± 7.94	11.454*	0.000
	一般	68	33.22 ± 8.42		
	较大	54	38.92 ± 7.74		

* 方差分析的 *F* 值。

2.2 晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的多元线性回归分析

以晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求得分为因变量,将单因素分析中有差异的因素(有无宗教信

仰、文化程度、病程、对死亡恐惧程度)作为自变量,进行多元线性回归分析,结果显示,宗教信仰、文化程度、病程、对死亡恐惧程度是晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素($P<0.05$),见表2。

表2 晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
宗教信仰	0.974	0.413	0.975	5.563	0.020
文化程度	0.562	0.215	0.583	7.159	0.000
病程	0.483	0.231	0.510	4.289	0.039
对死亡恐惧程度	0.930	0.274	0.952	10.731	0.000

3 讨论

晚期头颈部肿瘤患者在治疗的过程中,由于承受身体的疼痛、内心的煎熬、对病情的担忧、家庭的愧疚以及死亡的恐惧,常常处于紧张、焦虑的

情绪中,其对灵性照顾需求较高,尤其是晚期头颈部肿瘤患者,普遍对生活失去信心,极度的绝望恐惧,因此灵性照顾需求更高^[3]。本研究中,154例晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求平均得分为 34.80 ± 8.33 分,处于中等偏高水平。灵性需求是

指无论个体有无宗教信仰都有探讨以及寻找人生目的、意义以及价值观的需求和期望,有研究显示^[4],患者的焦虑、恐惧、抑郁等心理状态与灵性照顾需求存在关联,因此对晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求影响因素的探讨有助于改善患者心理状态,提高生命质量。

本研究结果显示,宗教信仰、文化程度、病程、对死亡恐惧程度是晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求的影响因素,有宗教信仰、文化程度低、病程长、对死亡恐惧程度大的晚期头颈部肿瘤患者其灵性照顾需求更高。分析原因为:信仰宗教的人是在寻找一种信念支撑和归属感,其本身就是一种灵性的表达,有宗教信仰的患者,其平时就常常通过各种宗教活动或者仪式得到心理上的慰藉,对灵性照顾需求的愿望比无宗教信仰的患者更加强烈,因此当其患病时,灵性照顾需求也更高^[5]。文化程度低的患者自身收入相对低,其对社会资源的利用率明显降低,患病后经济负担加重,可能很大程度上也负担不了治疗的费用,造成极大的心理压力和对家庭的亏欠感,致使其希望得到更多的关注和帮助,灵性照顾需求也更高^[6]。病程越长的患者,其经受病痛的折磨也越久,人的耐性都会有一定的限度,当这个承受限度被击破时,患者心理容易崩溃,导致对护理的需求也更强烈。对于死亡恐惧程度大的患者,其焦虑、抑郁、悲伤、绝望的心理问题会更严重,护理人员需要给予更多的照顾,加强患者对生老病死理解,使其能够正确面对死亡^[7]。

安宁疗护也被称作临终关怀,其由英国人首创,在我国临床护理的现阶段并不常见,其具体是指对生命期较短的患者及其家属进行生理、心理、社会活动等的全面护理,使患者有尊严、舒适、安宁的走完人生最后的旅程^[8]。有研究显示,采用安宁疗护舒适护理的方式为存在灵性照顾需求的晚期头颈部肿瘤患者提供针对性护理措施可以改善其生命质量,因此本研究根据晚期头颈部肿瘤患者的影响因素提出以下护理策略^[9-10]:①基于宗教信仰的死亡教育:护理人员通过沟通了解患者的宗教信仰,并根据不同的教派进行灵性护理及死亡教育,使患者能够正确认识死亡,并对其释然,消除对死亡的恐惧,正确认识生命的意义。②不同文化程度患者的个性化护理:文化程度低的患者主要是对于治疗费

用的担心,护理人员可以给患者讲解医疗报销政策,使其详细了解医疗保险的减负作用,并指导其通过自身资源和募捐平台筹集医疗费用,以缓解其对医疗费用的压力;同时,耐心倾听其对家属的亏欠心情,增加同理心,并引导家属给予更多的家庭温暖,为患者建立起积极的心态,正面面对问题。③环境护理:加强对晚期头颈部肿瘤患者进行环境管理、疼痛护理、排泄物护理等,为患者提供一个整洁、安静的病房,以使患者身心均处于较舒适的状态;住院期间,指导患者正确使用止痛药,使其消除顾虑,养成遵从医嘱用药的习惯。加强与患者的沟通,引导并倾听其对过往美好事物的回忆,增强其对战胜疾病的信心,使其更有耐心的对待癌症的治疗。

综上所述,晚期头颈部肿瘤患者灵性照顾需求与其自身宗教信仰、文化程度、患病病程以及对死亡恐惧程度有关,临床应针对以上因素给予合理的安宁疗护措施,以改善生命质量。

4 参考文献

- [1] 张丽燕,沈琳,陆宇晗,等.1221例癌症幸存者生活质量及相关因素研究[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2020,6(2):118-123.
- [2] Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, et al. Interprofessional Spiritual Care in Oncology: A Literature Review[J]. ESMO Open, 2019, 4(1):e000465.
- [3] 谢宏,傅静.老年癌症患者灵性需求评估及照顾的理论探讨[J].医学与哲学,2018,39(6):91-93.
- [4] 成琴琴,梁赛,湛永毅,等.癌症患者灵性需求的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(3):330-335.
- [5] 孙盼盼,邓梅娟,姜喆.癌症患者灵性需求及其相关因素的研究进展[J].医学与哲学,2019,40(2):43-48.
- [6] 李梦奇,王颖,谢海燕,等.癌症患者灵性护理需求的现状及其影响因素研究[J].中华护理杂志,2017,52(8):930-934.
- [7] 梅沙沙.新疆血液恶性肿瘤患者灵性照护需求现状及影响因素分析[J].现代临床护理,2018,17(8):16-20.
- [8] 李呈,孟爱凤,智晓旭,等.晚期癌症病人安宁疗护的研究进展[J].护理研究,2019,33(5):791-795.
- [9] 林尽.癌症患者灵性照护需求现况调查与护理干预策略[J].护理实践与研究,2019,16(14):61-62.
- [10] 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.

[2020-05-30 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于微信平台的同伴教育护理模式对肝癌介入患者术后心理、自我护理能力及生活品质的影响

刘春莉 王雪梅*

【摘要】目的 探讨基于微信平台的同伴教育对肝癌介入术后患者心理、自我护理能力及生活品质的影响。

方法 将2018年10月—2019年10月在医院接受第1次肝癌介入术的224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与观察组,每组112例。对照组行常规术后护理,观察组在此基础上开展同伴教育,两组均护理至患者出院之后4周。采取Zung焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评估两组患者护理前后的焦虑及抑郁状况,以自我护理能力(ESCA)量表评估两组患者的健康知识、自我概念、自我责任感及自我护理技能状况。采用QOL-30生活质量量表评估两组患者生活质量状况,包括社会功能、躯体功能,心理功能及生理功能。**结果** 护理干预后,两组患者焦虑自评量表得分和抑郁自评量表得分均呈现明显下降趋势,且观察组低于对照组($P<0.05$)。健康知识、自我概念、自我责任感及自我护理技能评分高于对照组($P<0.05$),社会功能、躯体功能,心理功能及生理功能评分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 以微信平台为基础,对肝癌介入术后患者实施同伴教育,有利于改善患者术后焦虑、抑郁等负性心理,提升其自我护理能力,进而提升其生活品质。

【关键词】 肝癌;介入术后;护理;同伴教育;微信

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.028

肝癌具有发病率和病死率高的特点,在我国常见恶性肿瘤里面居第四位,男性群体为好发、多发人群^[1-2]。当前,治疗肝癌的常见方式是手术切除肿瘤。然而,很大部分肝癌患者在肝癌早期没有任何症状,直到确诊时,已经到中期和晚期了。因为这时手术条件已经完全丧失,保守治疗是最好的诊治方法^[3]。如果进行非手术治疗,最好的方案是介入术治疗,这一治疗方法,患者可能会出现或多或少的心理及生理问题,导致其在治疗时难以积极配合,进而造成患者的生活水平急剧下降^[4-5]。同伴教育在患者自我保健及心理状态的改善方面效果较好。同伴教育,是指一个有着相同阅历与身世背景的群体,进行着行为、观念、理念以及信息的共享,从而推动宣教方式不断地健康化,这一模式也普遍应用到糖尿病、高血压等疾病患者的护理中^[6-7]。当下,信息技术发展日新月异,疾病护理也开始了互联网+的新模式,例如广泛使用的微信平台,这一新模式更好地推进了护理水平的提高^[8]。为给临床护理提供新的方法,本研究以微信平台为基础,应用同伴教育干预肝癌患者介入术后护理,取得了一定的成效。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2018年10月—2019年10月在医院接受肝癌介入术的患者224例作为研究对象。纳入条件:与肝癌诊断标准相符,根据《原发性肝癌诊疗规范》(2017年原国家卫计委印发)内容,结合肝穿刺活组织检查、DSA、MRI、CT、US,最终确诊为原发性肝癌患者^[9];第1次使用介入术治疗。排除条件:存在沟通困难或者是文盲;介入术禁忌证;以往肝癌切除史;偏瘫等其他生活不便。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组,每组112例。观察组中男61例,女51例;年龄 50.3 ± 8.9 岁;TNM分期:Ⅲ期63例,Ⅳ期49例;Child分级:A级70例,B级42例;学历:初中及以下49例,高中36例,大学以上27例。对照组中男63例,女49例;年龄 52.4 ± 9.4 岁;TNM分期:Ⅲ期61例,Ⅳ期51例;Child分级:A级67例,B级45例;学历:初中及以下54例,高中28例,大学以上30例。两组患者性别、年龄、TNM分期、Child分级、学历比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。患者均签署知情同意书,本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 常规术后护理后,责任护士给患者开展健康宣教,主要是相关的疾病常识、术后并

作者单位:450000 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院肝胆外科

* 通讯作者

发症的处理方法、药品的使用及其剂量等，并对患者进行心理方面的疏导，让患者乐观应对，并定期开展电话回访。

1.2.2 观察组 开展基于微信平台的同伴教育模式护理，具体内容为：

- （1）建立微信群：群名称设置为同伴教育研究团队群，群成员包括：研究人员 1 名、护士长 1 名、责任护士 3 名及同伴教育人员 14 名。同伴教育研究团队成员的培训、研究计划的制订由研究人员负责，研究小组所有业务由护士长协调，患者家庭状况、病史、治疗状况之类临床资料由责任护士搜集，此外，责任护士还要替患者创建单独的档案，帮助训练同伴教育人员，同时答复他们的问题。
- （2）同伴教育人员的招募：本研究需要 7 名同伴教育人员，每人将负责 16 例患者，把患者划分成 7 个小组，每组都创建微信群。同伴教育人员的人选要求：接受过至少 1 次的肝癌介入治疗，且术后康复较佳；语言表达能力较强；乐观主动，爱好人际交往；能够利用微信平台与人沟通。
- （3）培训同伴教育人员：责任护士负责此项工作，内容主要为患者开展心理疏导、同伴教育相关知识介绍等，为了随时掌握培训效果，在培训结束后增添考核环节；另外把培训内容做成课件上传至微信群，目的是让参训者随时温习，尽快掌握。
- （4）实施同伴教育：培训完成后同伴教育人员在介入术后，面对面地与患者进行教育沟通，内容主要是激励患者乐观面对疾病，如何养成积极的心态与乐观的性格，术后并发症如何应对与自我管理方法引导，身体当前状态以及自我认识水平等；接下来就是针对患者的问题，进行耐心解答，并进行记录，反馈到小组微信群内，由护士协同完成。同伴教育人员后续护理指的是患者出院后，由同伴教育人员进行后续护理，同伴教育人员需要每天按时发布相关疾病知识，定时与出院患者联系，不断激励患者以积极心态面对疾病，并将这一工作形成文

字记录，反馈至微信群。另外，作为本项目的主负责人，研究人员需要对患者进行全程跟踪（从住院到出院）与监督检查工作，观察时间段为从护理开始至出院后第 4 周。

1.3 观察指标

- （1）焦虑、抑郁情况：采取 Zung 抑郁自评量表（SDS）、焦虑自评量表（SAS）进行评估，SDS、SAS 各有 20 个条目，每个条目按 Likert4 级评分法，分别为持续（4 分）、经常（3 分）、有时（2 分）、偶尔（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，满分均为 100 分^[10-11]。SDS 临界值为 53 分，SAS 临界值为 50 分，分数越高，表明抑郁、焦虑情绪越严重。
- （2）自我护理能力：采取自我护理能力测量量表（ESCA）进行评价，ESCA 共有 4 个维度 43 个条目，每个条目包含内容为“非常像我（4 分）”“有些许像我（3 分）”“不发表意见（2 分）”“有些许不像我（1 分）”“很不像我（0 分）”，分值与自我护理能力成正比^[12]。
- （3）生活质量：运用 QOL-30 生活质量量表加以评估，共包括社会功能、躯体功能，心理功能及生理功能 4 个维度，每个维度满分 100 分，分数越高，表明生活质量越高^[13]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计学软件对数据进行统计分析，计量数据采用“均数 ± 标准差”描述，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 两组患者护理干预前后 SAS、SDS 评分比较

护理干预前，两组患者 SAS、SDS 评分比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)；护理干预后，两组患者 SAS、SDS 评分均明显下降，且观察组明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组肝癌患者护理干预前后 SDS、SAS 评分比较（分）

组别	例数	SDS		SAS	
		护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
观察组	112	62.40 ± 8.13	39.47 ± 6.75	59.43 ± 7.66	42.56 ± 5.62
对照组	112	62.77 ± 8.17	51.86 ± 7.98	59.68 ± 7.93	50.95 ± 6.21
<i>t</i> 值		0.340	12.545	0.240	10.601
<i>P</i> 值		0.734	0.000	0.811	0.000

2.2 护理干预前后两组患者自我护理能力评分比较

护理干预前, 两组患者自我概念、健康知识、自我护理技能、自我责任感评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预后, 观察组自我概念、健康知识、自我护理技能、自我责任感评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 护理干预前后两组患者 QOL-30 生活质量评分比较

护理干预前, 两组患者生理功能、心理功能、躯体功能及社会功能评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预后, 观察组生理功能、心理功能、躯体功能及社会功能评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 2 护理干预前后两组患者自我护理能力评分比较 (分)

观察时点	组别	观察例数	自我概念	健康知识	自我护理技能	自我责任感
干预前	观察组	112	18.55 ± 2.93	28.97 ± 3.89	23.67 ± 3.28	16.14 ± 3.33
	对照组	112	18.89 ± 2.81	29.15 ± 3.83	23.58 ± 3.19	16.11 ± 2.47
	<i>t</i> 值		0.104	0.349	0.208	0.077
	<i>P</i> 值		0.917	0.728	0.835	0.939
干预后	观察组	112	27.68 ± 4.46	45.79 ± 6.98	37.85 ± 5.71	28.32 ± 4.36
	对照组	112	23.66 ± 3.67	33.62 ± 4.65	28.92 ± 4.07	21.78 ± 3.22
	<i>t</i> 值		7.366	15.356	13.478	12.770
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 护理干预前后两组患者生活质量评分比较 (分)

观察时点	组别	观察例数	生理功能	心理功能	躯体功能	社会功能
干预前	观察组	112	55.16 ± 2.91	45.73 ± 6.56	52.33 ± 7.12	60.19 ± 7.57
	对照组	112	54.68 ± 7.02	46.88 ± 6.50	53.39 ± 7.18	60.58 ± 7.88
	<i>t</i> 值		0.366	1.318	1.109	0.378
	<i>P</i> 值		0.505	0.243	0.269	0.706
干预后	观察组	112	73.46 ± 9.17	68.77 ± 8.96	73.28 ± 9.88	79.22 ± 9.99
	对照组	112	60.26 ± 8.65	51.98 ± 7.36	59.71 ± 7.92	66.35 ± 8.52
	<i>t</i> 值		11.802	15.324	11.341	10.374
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

作为肝癌患者非手术切除治疗的最主要手段, 第 1 次接受肝癌介入术治疗的患者, 在生活品质方面普遍存在着下降问题^[10]。患者在情绪、情感、心理状态以及生理功能方面都会有所下降, 原因是患

者对于肝癌的莫大恐惧、对介入术及其术后效果不了解。接下来患者就会出现多种消极、负面情绪, 例如沉默寡言、焦躁、抑郁悲伤、自控能力减弱, 不能积极面对疾病等, 这对于患者的生活品质而言, 是一次严重的冲击, 并对患者的后续治疗以及疾病再复发等都会产生很大的负面影响^[11]。

因此,为了提高术后肝癌患者的自控能力,以及保持乐观心态应对当前和后续的治疗,介入术后延续性护理就显得尤为重要。之前的肝癌介入术后护理过于传统,仅仅是专业知识的介绍以及形式上的激励,护理工作流于形式,不注重实质,难以达到预期效果^[12]。所以,我们需要一种全新的护理模式。

基于微信平台的同伴教育在自我保健、改善患者心理状态等方面,有着非常好的优势,能够不断提升患者的生活品质、提升心理乐观程度,培养患者以乐观的心态去面对病痛。它具有社会支持属性,这是因为一批具有共同身世经历与背景的人,不断地共享理念、观念、信息与技能,从而达到行为正确、情绪到位、心理健康,了解疾病的宣传教育目的。由于具有认同、活泛、安全、便捷等特点,患者非常容易接受这一护理模式。目前,这一模式已经广泛应用于慢性阻塞性肺疾病、甲状腺癌术后放射治疗以及糖尿病等多种疾病的护理之中^[13]。

信息技术的不断发展,让互联网技术运用走进千家万户,如今,医疗领域采取了“互联网+”模式,运用微信平台进行实时信息交流,具有快速、便利、效率高等特点,可广泛运用于现代护理领域,另外,微信平台基础上的护理方式对于护理人员来讲,也是一种监管患者的有效途径。

本研究运用微信平台联合同伴教育,把两种事物进行组合,运用到肝癌患者介入术后护理中,结果表明,患者焦虑、抑郁倾向得到缓解与减轻,生活品质和自我保健能力得到明显提高。范素云等^[14]在研究甲状腺癌术后放射性¹³¹I治疗患者的护理时,就采取了同伴教育的模式,陈晓^[15]在研究多囊卵巢综合征患者护理时,运用了微信平台联合同伴教育的模式,提升了患者的生活水平。本次研究微信平台联合同伴教育护理模式,大大改善和提升了患者的生活品质、自我保健能力、焦躁和抑郁的心理状况、促进患者以积极乐观的心态应对疾病。究其本质,一方面,采取微信平台联合同伴教育护理模式,加强了医护人员与患者的知识、技能等多方面的实时沟通和交流,促进了患者心理建设,缓解和消除负面情绪,增添正能量,最终树立患者战胜病魔的信心。另一方面,这一护理模式,有助于医患之间及时沟通,反馈与了解最新病情,及时制订治疗方案与应对措施,还能起到很好的监管作用。

综上所述,微信平台基础上的同伴教育护理模式是一种高效的护理方式,不仅可以缓解患者的焦虑、抑郁等负性心理,还能提升患者自我护理水平和生活质量水平。

4 参考文献

- [1] 邵玉香,毛辉. 鸦胆子油软胶囊联合 XELOX 化疗方案对晚期肝癌患者肝功能及生存质量的影响[J]. 医学理论与实践,2020,33(4):590-591.
- [2] 冯皓男,李子一,谭刚. 非编码 RNA 在肝细胞癌发病及肝细胞癌索拉非尼耐药机制中的研究进展[J/OL]. 中国普外基础与临床杂志,2020,27(7):912-916.
- [3] 胡玉辉,刘杰. 肝癌合并胆管癌栓治疗方式对预后的影响[J]. 现代仪器与医疗,2018,24(6):76-78.
- [4] 史钰侃,薛青,龚时夏. 64 排螺旋 CT 四期增强扫描对肝癌介入治疗术后评价分析[J]. 影像研究与医学应用,2019,3(24):226-227.
- [5] 宋志杰. 磁共振扩散加权成像评价肝癌介入术后疗效研究分析[J]. 现代医用影像学,2019,28(9):2026-2027.
- [6] 魏洁,董浩宇. 同伴教育对伴有情绪障碍的老年 2 型糖尿病患者血糖、心理压力、情绪变化及生活质量的影响研究[J]. 实用老年医学,2020,34(1):58-61.
- [7] 龙春鹂,卢岳青,汪敏. 同伴教育在脑卒中病人恢复期应用的研究进展[J]. 护理研究,2019,33(12):2085-2087.
- [8] Wang J,Tong Y,Jiang Y,et al. The effectiveness of extended care based on Internet and Home Care Platform for Orthopedics after hip re-placement surgery in China[J]. J Clin Nurs,2018,27(21-22):4077-4088.
- [9] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局. 原发性肝癌诊疗规范(2017 年版)[J]. 传染病信息,2017,16(3):705-720.
- [10] 易淑芳. 护理干预对肝癌介入术后患者并发症及生活质量的影响分析[J]. 中国社区医师,2019,35(20):148,151.
- [11] 欧阳玲花. 全面性护理对肝癌介入术后并发症发生及患者负面情绪的影响研究[J]. 现代医用影像学,2019,28(7):1676-1677,1684.
- [12] 李德敬,汤超,吕全军. 中西医结合护理干预对肝癌介入术后患者并发症及生活质量的影响分析[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(10):1745-1747.
- [13] 符名勇,陈明聪. 基于微信互动的同伴健康教育在慢性阻塞性肺疾病稳定期病人中的应用效果[J]. 中国健康教育,2019,35(6):550-553.
- [14] 范素云,贾彦彦,施雁. 同伴教育对甲状腺癌患者术后服用放射性¹³¹I 治疗效果的影响[J]. 中华护理杂志,2017,52(3):285-288.
- [15] 陈晓. 基于网络平台的同伴教育在多囊卵巢综合征护理中应用效果[J]. 实用中西医结合临床,2019,19(11):161-162.

[2020-04-13 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

受力点特别加温护理预防开放性肾脏手术患者术中压力性损伤的效果观察

龙汉秋 吴康莲 高淑惠

【摘要】 目的 探讨受力点特别加温护理预防开放性肾脏手术患者术中压力性损伤的效果观察。**方法** 选择2019年1月—2020年2月于医院行手术治疗的开放性肾脏手术患者200例为研究对象,按照年龄、BMI、压力性损伤风险评估值、手术时长、体温匹配的原则分为对照组和观察组,每组100例。对照组按常规术中压力性损伤预防护理方案实施手术室护理,观察组在对照组基础上加用受力点特别加温护理。比较两组患者接触面皮肤压红率、腰桥部压红面积及疼痛评分、术中压力性损伤发生率。**结果** 干预后观察组接触面皮肤压红率、腰桥部压红面积与疼痛评分、术中压力性损伤发生率均低于对照组($P<0.05$)。**结论** 采用受力点特别加温护理对开放性肾脏手术患者施加干预,可降低其接触面皮肤压红率、腰桥部压红面积与疼痛感受,降低术中压力性损伤发生风险。

【关键词】 受力点;特别加温护理;开放性肾脏手术;术中压力性损伤;预防

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.029

术中压力性损伤被定义为发生于受术者术毕数小时至6 d内的压力性损伤^[1],术前监测强化、术时选择合适体位、术中密切配合、围术期压力性损伤教育等为现行常规术中压力性损伤防控策略,但实际所产生的术中压力性损伤预防效应较为有限^[2],术中压力性损伤的发生进展,可致受术者其他并发症概率上升,住院时间延长,后期康复受阻^[3-4]。故如何降低术中压力性损伤一直是国内外手术室护理领域的热点研究方向^[5-6],本研究尝试采用受力点特别加温护理预防术中压力性损伤,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年1月—2020年2月于我院行手术治疗的开放性肾脏手术患者200例,纳入条件:全麻插管,手术时间2~4 h,侧卧位,开放性肾脏手术,健侧皮肤完好,无皮肤疾病,知情同意。排除条件:皮肤病史,手术时间小于2 h,拒绝参与。按照年龄、体质量指数(BMI)、压力性损伤风险评估值、手术时长、体温匹配的原则分为对照组和观察组,每组100例。对照组平均年龄 62.35 ± 12.30 岁;平均BMI 24.57 ± 6.21 ;平均压力性损伤风险评估值 19.44 ± 3.33 分;平均手术时间 150.58 ± 27.18 min;平均体温 36.57 ± 0.30 °C。观察组平均年龄 62.45 ± 12.24 岁;平均BMI 24.47 ± 6.30 ;平均压力

性损伤风险评估值 19.69 ± 3.17 分;平均手术时间 151.47 ± 26.33 min;平均体温 36.70 ± 0.25 °C。两组患者年龄、BMI、压力性损伤风险评估值、手术时间、体温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 按常规术中压力性损伤预防护理方案实施手术室护理,包括:术前脱去患者上衣;手术床单平整无皱褶;赛肤润喷涂于患者健侧外踝、髂嵴、肩峰、腋下、肋弓等处,以高分子软垫为工具对接触面实施减压处置,手术环境温湿度维持于适宜生理舒适状态,术中行体温监测。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用受力点特别加温护理,具体实施方式为:于患者健侧腋下及肋弓处提供持续加温护理,加温工具为暖风机,暖风温度调节于40 °C,维持患者局部环境温度于40 °C。

1.3 观察指标

(1)接触面皮肤压红率、腰桥部压红面积:接触面皮肤压红评定标准,以1把塑料直尺轻压于受压部皮肤2~3 s后抬起,受压皮肤自白转红,表现为压之褪色的皮肤发红。

(2)疼痛评分:以视觉模拟评分法(VAS)评定两组患者疼痛程度,0~10分分别指代无痛感至最痛感,分值愈高提示痛感愈明显。

(3)压力性损伤:记录并比较两组患者术中压力性损伤发生例数,计算发生率。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0统计学软件处理数据,计量资

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

2 结果

2.1 两组患者干预后接触面皮肤压红率比较

观察组患者干预后接触面皮肤压红率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者干预后腰桥部压红面积与疼痛评分比较

观察组患者干预后腰桥部压红面积与疼痛评分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者干预后术中压力性损伤发生率比较

观察组患者干预后术中压力性损伤发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 1 两组患者干预后接触面皮肤压红率比较

组别	例数	皮肤压红	发生率 (%)
观察组	100	7	7.00
对照组	100	36	36.00

$\chi^2=24.915$ ， $P=0.000$ 。

表 2 两组患者干预后腰桥部压红面积与疼痛评分比较

组别	例数	压红面积 (cm ²)	疼痛评分 (分)
观察组	100	2.17 ± 0.49	2.10 ± 0.48
对照组	100	7.06 ± 0.72	7.11 ± 0.72
<i>t</i> 值		56.148	57.897
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表 3 两组患者干预后术中压力性损伤发生率比较

组别	例数	术中压力性损伤	发生率 (%)
观察组	100	0	0.00
对照组	100	5	5.00

$\chi^2=5.128$ ， $P=0.024$ 。

3 讨论

术中压力性损伤属于急性压力损伤，多于术毕或术后 72 h 内高发，会对术后机体恢复形成严重阻碍，且具备进展为重度压力性损伤与感染的高风险性，存在致命性威胁^[7]。术中压力性损伤的发生机制：受术者术中持续承受诸多同一部位的局部组织压力却无法借助于体位改变来加以缓解，持续长时间麻醉状态，术前禁食，辅助手术治疗器械的应用等^[8]，故手术患者作为急性压力性损伤的高危人群而存在^[9]，手术室护理应加强对术中压力性损伤的关注度，采取积极策略降低术中压力性损伤风险与伤害。

开放性肾脏手术需取侧卧位并抬高肾脏以充分暴露术野目标，一般是通过于健侧腰部行腰桥抬

高方式来相应地使患侧肾脏亦得以抬高，故腰桥部属于该类病患侧卧位手术压力性损伤的高发部位所在。本研究表 1 数据显示，观察组患者接触面的皮肤压红率为 7.00%，而对照组压红率高达 36.00%，提示受力点特别加温护理具备较为可靠的接触面皮肤压红预防效应，究其原因，以暖风机为工具对受术者腰桥部位给予暖风供给，为腰桥部周围皮肤提供了温暖的周边环境，皮肤血管得以扩张，毛细血管内血流速得以增涨，氧合与血流供应充分，受压局部缺血缺氧环境不易形成，压红发生率由此得以下降。本研究表 2 数据显示，观察组患者腰桥部疼痛评分与压红面积均低于对照组，说明受力点特别加温护理有助于缓解受术者腰桥部的疼痛感受并减少压红范畴，这是因为外周环境受持续加温的影响而处于长时间的恒温状态，可通过热幅射效应改善腰桥部缺血缺氧环境，使乳酸产生量得以减少，起到酸痛感缓解与压红面积减少的双重积极效应。本研究表 3 数据显示，观察组患者的术中压力性损伤发生率低于对照组，接触面皮肤质量是皮肤受压强度的直接影响因子，在处于持续受热加温状态的外部环境作用下，皮肤可产生较高的接触耐受度，使压红发生率与压红生成面积得以下降，从而实现良好的术中压力性损伤预防功效。

4 参考文献

[1] 陈晓琴.改良侧卧位对胸外手术患者术中急性性压疮的预防效果[J].护理学杂志,2016,31(4):47-48.

[2] 肖树维,舒惠萍,曾慧美,等.标准化防护流程预防心脏侧卧位长时间手术患者术中压疮的效果[J].护理实践与研究,2017,14(4):119-120.

[3] 侯晓敏.神经外科手术患者医疗器械相关性压疮的发生原因分析及对策[J].中华现代护理杂志,2017,23(1):57-59.

[4] 徐永红.体外循环下心脏手术术中压疮相关因素分析及预防对策[J].天津护理,2017,25(1):43-44.

[5] 常慧,张婷.集束化护理管理对预防神经外科老年手术患者术中压疮的效果分析[J].中华现代护理杂志,2017,15(4):91-93.

[6] 赵体玉,郭月,旷婉,等.目标管理在预防手术患者术中压疮的应用效果[J].中华现代护理杂志,2017(6):809-812.

[7] 欧阳媛媛,陈春兰,钱丹.术中压疮预防护理措施对高危压疮患者的应用效果[J].临床护理杂志,2018,17(5):53-55.

[8] 旷婉,赵体玉,余云红.术中压疮预防相关研究进展[J].中国护理管理,2017,33(29):851-855.

[9] 刘艳玲,杜丽娟,黄萍,等.改良侧卧位在胸科手术中的应用[J].中国实用护理杂志,2017,33(29):2267-2270.

[2020-04-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

娱乐式场景模拟康复训练对精神分裂症患者认知功能与自理能力的影响

吴淑静 宋义珍 梁园园

【摘要】 目的 探讨娱乐式场景模拟康复训练对精神分裂症患者认知功能以及自理能力的影响。**方法** 选取2018年1—12月收入医院治疗的98例精神分裂症患者为研究对象,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49例。对照组实施常规护理干预,观察组在对照组基础上实施娱乐式场景模拟康复训练,实施干预6周后,比较两组认知功能以及自理能力改善情况。**结果** 实施干预6周后,观察组语言功能、定向力、记忆力、回忆能力以及注意力和计算力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组进食、个人卫生、穿衣、移动以及如厕评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对精神分裂症患者实施娱乐式场景模拟康复训练,可提高护理效果,改善患者认知功能,提高生活自理能力。

【关键词】 娱乐式场景;模拟康复训练;精神分裂症;认知功能;自理能力;注意力和计算力

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.030

The effect of entertainment scene simulation rehabilitation training on cognitive function and self-care ability on the schizophrenics patients(patients WU Shujing, Song Yizhen, LIANG Yuanyuan(Liaocheng No.4 People's Hospital, Liaocheng 252000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of entertainment scene simulation rehabilitation training on cognitive function and self-care ability on the schizophrenics patients. **Methods** To select 98 schizophrenics patients admitted in the hospital from January to December 2018 as the study objects, according to the principle of gender, age, course of disease matching between groups, they were equally divided into a control group and an observation group, with 49 cases in each group. The routine nursing was applied on the control group, the entertainment scene simulation rehabilitation training was applied on the observation group based on the control group. After 6 weeks intervention, the cognitive function and self-care ability improvement were compared between two groups. **Results** After 6 weeks of intervention, the scores of language function, directionality, memory, recall ability, attention and computational power in the observation group were significantly higher than the control group, the difference was statistically significant($P<0.05$). The scores of eating, personal hygiene, dressing, moving and toileting in the observation group were significantly higher than those in the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The entertainment scene rehabilitation training for schizophrenics patients could improve the nursing effect, enhance the patients, cognitive function and the self-care ability.

【Key words】 Entertainment scene; Simulated rehabilitation training; Schizophrenia; Cognitive function; Self-care ability; Attention and Numeracy

随着我国社会工作、生活节奏不断加快,精神疾病患者的发病率逐渐上升^[1]。WHO研究表明,精神疾病是致残的第四大因素,而我国严重的精神障碍患者约1700万,其中精神分裂占全部精神疾病患者的三分之二^[2]。而精神分裂症属于重型精神障碍,大多数患者在接受药物治疗后症状可消失,

但仍会存在认知、行为以及个性等方面障碍,甚至出现精神残疾或衰退,严重影响生活质量^[3]。如何通过有效的措施促进精神分裂症患者康复是国内外相关学者所关注的话题^[4]。近年来,有关精神分裂症患者的康复训练文献报道较多,但训练项目、训练频率各不相同,导致其观察指标存在差异。为此本文就娱乐式场景模拟康复训练对精神分裂症患者认知功能以及自理能力的有效性进行深入探究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1—12月收入医院治疗的98例精神分裂症患者为研究对象,纳入条件:患者及家属均签署知情同意书;均符合《中国精神疾病分类与诊断标准3版》中精神分裂症的诊断标准;均处于治疗康复期,存在认知能力,简明精神病评定量表评分 <30 分。排除条件:严重躯体残疾;始动性缺乏以及社交障碍者;合并心肺肾功能不全;全身性恶性肿瘤。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49例。对照组中男29例,女20例;年龄25~60岁,平均 39.65 ± 5.73 岁;病程2~12月,平均 6.87 ± 1.32 月。观察组中男27例,女22例;年龄27~61岁,平均 39.98 ± 6.01 岁;病程1~11月,平均 6.53 ± 1.44 月。两组患者年龄、性别、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上实施娱乐式场景模拟康复训练,具体步骤如下:

1.2.1 娱乐场景设定 根据患者躯体状况、兴趣爱好设定场景,由病区护士送患者到康复活动场所,并由负责工娱治疗的康复护士登记,做好各项康复活动记录,且患者每日上午、下午集中30 min进行康复训练。

1.2.2 居家生活技能训练 在居家生活技能训练室指导患者如何对家庭进行布置与整理,如何在家中整理物品、打扫房间,要求患者自己整理床铺,着装整洁。培训患者的日常生活自理能力,如洗脸、刷牙、个人卫生清洁等,帮助患者建立良好的生活制度,如按时起床、入睡、排队就餐等^[5]。

1.2.3 职业技能训练室 根据患者病情躯体症状以及劳动能力等情况安排患者参加适宜的劳动工序,在职业技能训练室内指导患者制作手工艺,如刺绣、编织、橡皮泥、搬运缝纫等活动,训练前由专科护士向患者讲解相关知识、目的以及意义等,训练过程中对患者存在的不良行为予以批评,对操作有误的患者及时予以更正^[6]。

1.2.4 工娱活动训练室 举行卡拉OK比赛、诗歌朗诵、文艺联欢会、运动会,可邀请患者的朋友、家属、媒体参加,增加患者与外界的联系。并对活动设立名次、奖项,通过颁发奖品提升患者的上进心以及荣誉感,充分调动其参加活动的积极性^[7-8]。

1.2.5 职业技能训练室 根据患者病前职业特点分组,每天定时安排1 h内完成任务,培养患者的

生活自理能力,如扫地、拖地、擦玻璃、分发餐具食品,在患者劳动过程中可通过鼓励的方式调动其积极性。

1.2.6 农疗活动训练场景 在天气条件允许的情况下,由专科护士组织患者实施农疗训练计划,根据患者的个人爱好指导患者参与蔬菜种植、林果技术、养殖、花卉培育等训练内容,每日1次,每2周对患者的表现总结分析,鼓励患者之间主动交流活动感受,并讨论培育心得^[9]。

1.2.7 思维训练室 对于思维贫乏的患者给予一定的语言以及信息刺激,并寻找其感兴趣的话题,增进与患者之间的交流,鼓励患者说话。适当进行词汇练习,如填空、反义词、近义词等一般思维训练,并鼓励其选择不同的词组造句,试着大声朗读报纸、书籍、短文等。数学计算练习,可从一位数开始,指导患者反复训练加减乘除运算,根据其病情恢复情况逐渐增加难度^[10]。

1.3 观察指标

(1) 认知功能:采用简易精神状态评价量表评价,该量表包括语言功能(0~9分)、定向力(0~10分)、记忆力(0~3分)、回忆能力(0~3分)以及注意力和计算力(0~5分)5项,满分30分, <27 分表示患者存在认知功能障碍^[11]。

(2) 自理能力:采用日常生活能力评定量表评价,该量表包括进食、个人卫生、穿衣、移动以及如厕5项,25个条目,并采用4级评分法评分,从不、偶尔、经常、总是分别评分为0、1、2、3分,分数越高表示患者自理能力越强,干预效果越佳。

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 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者认知功能评分比较

护理干预后,观察组各项认知功能评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者自理能力评分比较

护理干预后,观察组各项自理能力评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

3 讨论

精神分裂症是由一组症状群组成的临床综合征,该病病因尚不明确^[12]。但研究表明,个体心理

表1 两组患者认知功能评分比较(分)

组别	例数	语言功能	定向力	记忆力	回忆能力	注意力和计算力
对照组	49	3.18 ± 1.31	5.27 ± 0.85	1.38 ± 0.35	1.32 ± 0.47	1.68 ± 0.64
观察组	49	5.21 ± 1.45	6.59 ± 0.83	1.81 ± 0.41	1.94 ± 0.43	2.47 ± 0.57
<i>t</i> 值		7.272	7.778	5.584	6.813	6.453
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者自理能力评分比较(分)

组别	例数	进食	个人卫生	穿衣	移动	如厕
对照组	49	1.18 ± 0.31	1.27 ± 0.41	1.44 ± 0.45	1.56 ± 0.39	1.88 ± 0.31
观察组	49	1.83 ± 0.45	1.89 ± 0.46	1.99 ± 0.47	2.17 ± 0.43	2.37 ± 0.29
<i>t</i> 值		8.327	7.043	5.917	7.356	8.080
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

易感因素以及外部社会等不良因素对该病的发生发展起到了重要作用。在青壮年时期发病率较高,可缓慢发作,也可急性发作,大多数病情反复发作,难治愈,且随着时间的变化而加重。临床表现为记忆、行为、知觉、情感障碍,且在不同患病阶段临床症状存在明显的差异,临床治疗该疾病首选抗精神病药物治疗,待患者临床症状消失后,进入恢复期时可改为护理干预,促进患者逐渐恢复。常规护理干预多采用封闭管理模式,使患者长期与家庭、社会隔离,导致患者形成孤僻、懒散、行为退缩等症状,不利于预后。

随着时代发展,临床治疗精神分裂症的方式也在不断创新,娱乐式场景模拟康复训练成为治疗精神分裂症的重要措施。娱乐式场景模拟康复训练是指在专科护士的指导下,为患者选择合适的训练场景以及训练项目,挖掘患者的自我潜能,提高患者参与的积极性以及主动性,使患者情感可与周围患者相匹配,提高其心理素质,改善认知功能以及社会功能。本研究结果显示,观察组语言功能、定向力、记忆力、回忆能力以及注意力和计算力评分均高于对照组($P < 0.05$);观察组进食、个人卫生、穿衣、移动以及如厕评分均高于对照组($P < 0.05$)。表明对精神分裂症患者实施娱乐式场景模拟训练,可促进护患间交流,提升患者理解能力、语言表达能力、记忆力,提高认知功能及生活自理能力。

4 参考文献

- [1] Lamb KM, Nogg KA, Safren SA, et al. Mechanism of change in cognitive behavioral therapy for body image and self-care on ART adherence among sexual minority men living with HIV[J]. *Aids & Behavior*, 2018, 22(2):2711-2717.
- [2] 安春,潘梅,向琴,等.职业康复训练对康复期精神分裂症患者自理能力及社会功能的影响[J]. *医学临床研究*, 2018, 35(7):1311-1313.
- [3] Bebetos E, Zetou E, Vezos N. An exploratory study of self-efficacy and attitudes on selfcare health behaviors among Greek Naval Academy cadets. An application of the Theory of Planned Behavior[J]. *Cuadernos De Psicologia Del Deporte*, 2018, 18(1): 81-88.
- [4] 孔素丽,赵皎文,张燕华,等.园艺疗法对社区慢性精神分裂症患者认知功能的影响研究[J]. *中国预防医学杂志*, 2019, 20(4):108-112.
- [5] Kisokanth G, Ilankoon IMPS, Arulanandem K, et al. Perceptions, attitudes and self-care practices on management of hypertension among hypertensive patients at teaching hospital, batticaloa district, sri lanka[J]. *Open Hypertension Journal*, 2018, 10(1):1-7.
- [6] 冯薇,贾强,谭淑平,等.强化无错性节奏治疗改善稳定期精神分裂症患者认知功能的随机对照研究[J]. *中华精神科杂志*, 2018, 51(6):363-366.
- [7] 康慧敏,王斌红,郝瑞军,等.药物联合认知行为疗法对精神分裂症患者自知力及社会功能恢复的对照研究[J]. *中国药物与临床*, 2019, 19(16):2814-2816.
- [8] 袁朝霞,章秋萍,朱小英,等.社会认知与交互训练对精神分裂症患者社会支持和希望水平影响的研究[J]. *护理管理杂志*, 2019, 19(8):32-36.
- [9] 童捷,孙喜蓉,俞玮,等.团体绘画艺术治疗对慢性精神分裂症患者社会功能康复与生活质量的影响[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2019, 28(6):532-537.
- [10] 磨丽莉,潘巧淑,周芳珍,等.运动治疗联合心理护理对慢性精神分裂症病人康复和生活质量的影响[J]. *护理研究*, 2019, 33(17):3067-3070.
- [11] 刘英,张凯,胡江,等.全程康复护理对精神分裂症恢复期病耻感及心理状况的影响[J]. *海南医学*, 2019, 30(17):2297-2299.
- [12] 周杰,于辉,吴雪.住院精神分裂症患者对医护人员的信任水平现状及相关因素分析[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(27):3497-3501.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

无痛胃肠镜检查过程中发生不良事件的影响因素分析

王雄英 李玲 唐寅亮

【摘要】目的 探讨无痛胃肠镜检查过程中不良事件的影响因素,并讨论防护对策。**方法** 选取医院2018年2月—2019年8月收治的无痛胃肠镜患者200例为研究对象,统计其中的不良事件发生率,采用单因素和多因素 Logistic 回归分析确定无痛胃肠镜检查过程中发生不良事件的影响因素。**结果** 200例患者中,54例发生不良事件,其中呼吸系统不良事件32例,循环系统不良事件22例;无痛胃肠镜患者不良事件发生的高危因素有首次检查、检查焦虑 >60 分、禁食禁饮 ≥ 3 h、伴有高血压、肺部疾病史、丙泊酚 >197 mg ($P<0.05$)。**结论** 无痛胃肠镜检查过程中不良事件发生的高危因素有首次检查、检查焦虑 >60 分、禁食禁饮 ≥ 3 h、伴有高血压、肺部疾病史、丙泊酚 >197 mg,临床护理人员应强化防护,降低不良事件发生率。

【关键词】 无痛胃肠镜检查;检查不良事件;高危因素;护理对策

中图分类号 R473.57 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.031

消化内镜检查治疗是检查胃肠道疾病的常用手段,但因其属于侵入性操作,检查过程中的不良事件报道比较多,比如,低氧血症、血压波动、心率失常、难以耐受等,往往导致检查不能顺利进行,或影响检查质量^[1-4]。罗子青等^[5]研究显示,无痛胃肠镜检查过程中,患者不良事件发生率为26.98%,经临床护理干预后仍达到7.94%。本研究调查分析我院收治的无痛胃肠镜患者200例,探查不良事件的高危因素,为加强防护,降低其发生率提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取本院2018年2月—2019年8月收治的无痛胃肠镜检查患者200例为调查对象,纳入条件:确定行无痛胃肠镜检查术,符合检查指征;无严重性咽喉部疾病;非消化道出血征象;可正常沟通交流,且认知正常;签署知情同意书。排除条件:伴有严重性肺部疾病;伴有血液系统疾病;对检查用药过敏;妊娠期或哺乳期产妇。

1.2 调查内容及方法

(1)临床资料收集:包括性别、年龄、文化水平、吸烟史、检查焦虑、检查次数、伴有高血压、检查时间、禁食禁饮时长、肺部疾病史、打鼾史等。

(2)焦虑情绪:临床检查前1h,向患者发放焦虑自评量表(SAS),量表共计20个测评条目,

每条目对应“从未”“一些”“很大程度”“完全”4项,分值1~4分,其中第5、9、13、17、19测评条目采取反向计分,分值为4~1分,量表粗分为20~80分,标准分为1.25倍的粗分取整,标准分范围为25~100分;如测评标准分 ≥ 50 分,则伴有焦虑情绪,其中50~60分为轻度焦虑,61~70分为中度焦虑, ≥ 71 分则重度焦虑^[6]。

1.3 统计学处理

应用SPSS 19.00统计学软件进行数据分析,计数资料组间率比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 无痛胃肠镜不良事件状况

200例患者术中及术后24h内不良事件发生例数为54例,其中呼吸系统不良事件32例,均为低氧血症;循环系统不良事件22例,其中心律失常8例,心率波动6例,血压波动8例。

2.2 无痛胃肠镜检查中不良事件的单因素分析

单因素分析显示,无痛胃肠镜检查中不良事件影响因素有年龄、伴有高血压、检查焦虑、检查次数、检查时间、禁食禁饮时长、肺部疾病史、丙泊酚用量($P<0.05$),见表1。

2.3 无痛胃肠镜检查不良事件的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生不良事件为因变量,单因素分析具有统计学意义的因素为自变量行多因素 Logistic 回

归分析,结果显示,无痛胃肠镜检查不良事件的影响因素有首次检查、检查焦虑 >60 分、禁食禁饮 ≥ 3 h、伴有高血压、肺部疾病史、丙泊酚 >197 mg ($P<0.05$),见表 2。

表 1 无痛胃肠镜检查中发生不良事件的单因素分析

分析因素	类别	不良事件			χ^2 值	P 值
		发生例数	未发生例数	发生率 (%)		
性别	男	30	76	28.30	0.194	0.660
	女	24	70	25.53		
年龄 (岁)	<50	14	80	14.89	13.188	0.000
	≥ 50	40	66	37.74		
文化水平	高中及以下	29	76	27.62	0.043	0.836
	大专及以上	25	70	26.32		
吸烟史	是	31	78	28.44	0.252	0.616
	否	23	68	25.27		
肺部疾病史	有	39	42	48.15	30.891	0.000
	无	15	104	14.42		
打鼾史	有	28	74	27.45	0.021	0.883
	无	26	72	26.53		
检查焦虑 (分)	<60	12	82		18.231	0.000
	≥ 60	42	64	12.77		
检查次数	首次检查	41	47	46.59	30.600	0.000
	再次检查	13	99	11.61		
伴有高血压	是	43	50	46.24	32.636	0.000
	否	11	96	10.28		
检查时间 (min)	<15	14	90	13.46	20.149	0.000
	≥ 15	40	56	41.67		
禁食禁饮时长 (h)	<3	12	96	11.11	30.072	0.000
	≥ 3	42	50	45.65		
丙泊酚用量 (mg)	≤ 197	9	86	9.47	28.201	0.000
	>197	45	60	42.86		

表 2 无痛胃肠镜检查患者发生不良事件多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β 值	SE 值	Wald χ^2	P 值
检查焦虑 >60 分	1.501	0.367	16.685	0.000
首次检查	1.894	0.364	27.023	0.000
伴有高血压	2.016	0.380	28.100	0.000
禁食禁饮 ≥ 3 h	1.905	0.371	26.384	0.000
丙泊酚 >197 mg	1.969	0.402	23.998	0.000
肺部疾病史	1.862	0.355	27.582	0.000

3 讨论

3.1 无痛胃肠镜检查术不良事件发生的影响因素分析

多因素 Logistic 回归分析显示,无痛胃肠镜检查患者不良事件的高危因素有首次检查、检查焦虑 >60 分、禁食禁饮 ≥ 3 h、伴有高血压、肺部疾病史、丙泊酚 >197 mg ($P<0.05$)。研究显示,首次检查、检查焦虑 >60 分属于无痛胃肠镜检查患者不良事件的高危因素;首次检查情况下,患者对胃肠镜检查目的、意义、操作流程及注意事项的认知程度低,检查恐惧心理严重,抵触反应明显,检查配合度显著下降,

不良事件发生风险增大^[7];而检查焦虑 >60 分的患者伴有中重度焦虑,导致交感神经兴奋、血管收缩,血清促肾上腺皮质激素、皮质醇水平均有不同程度的上升,心率显著加快,易诱发呼吸系统、循环系统不良事件,如血压波动、恶心、呕吐等^[8]。研究显示,高血压属于无痛胃肠镜检查患者不良事件的高危因素;无痛胃肠镜中高血压患者的血压、心率及血氧饱和度变化明显,而高血压患者对麻醉镇静药物较为敏感,当药物剂量偏大或注射速度偏快情况下,则易发生不良事件^[9-10]。丙泊酚是内镜诊疗中的常用镇静剂,研究显示^[11-12],内镜诊疗中丙泊酚患者低氧血症发生率相较于非丙泊酚患者偏低,但丙泊

酚 >197 mg 情况下,镇静麻醉药物对机体循环、呼吸系统具有显著抑制作用,导致外周循环阻力降低、心率减慢,加之检查时间偏长(≥ 15 min),应激反应延顺。研究显示,禁食禁饮 ≥ 3 h 的检查患者更易发生检查不良事件;究其原因,进食 3 h 后超过 80% 的胃内容将被排空,极易发生低血压、低血糖反应,机体耐受度下降,缺乏充足的血容量,加之肠镜检查对肠道迷走神经的刺激作用,易引起呼吸系统、循环系统不良事件^[13]。研究显示,肺部疾病史属于无痛胃肠镜检查术不良事件的高危因素;肺部疾病史患者多伴有不同程度的肺功能损伤,呼吸机肌力相对偏弱,呼吸功能下降,且麻醉状态下机体缺氧风险大,易诱发呼吸系统不良事件。

3.2 无痛胃肠镜检查不良事件防控护理对策

3.2.1 思维导图检查教育 检查前 1 d 借助无痛胃肠镜思维导图开展检查教育,导图共 2 级主题,第 1 级检查为“无痛胃肠镜”,第 2 级主题包括“检查准备”“检查流程”“检查后不良反应”“麻醉镇静药物”;护理人员结合思维导图按“检查前一检查中一检查后”的顺序详细介绍无痛胃肠镜的相关知识,重点说明检查准备、检查操作 2 阶段的护理配合要求,包括禁食禁饮、呼吸配合等;护理人员基于现场演示教学法介绍应激反应防控措施,如取穴干预、呼吸训练,以取穴干预为例,护理人员介绍所选穴位,有足三里穴、少冲穴、内关穴、中脘穴,说明各穴位功效,并现场演示按摩手法(包括指按法、旋转按揉法),明确按摩力度(产生酸、麻、热感)、按摩时间(80~100 次/min,每穴位 1 min),思维导图检查教育时长约 20~40 min^[14]。

3.2.2 检查实景观摩学习

(1) 检查前 1 d,按 10 例 1 组原则实施分组,由护理人员引导、陪同患者进入胃肠镜操作室,介绍胃肠镜检查所涉药物(如丙泊酚)、设备(如检查管、心电监测仪),结合临床数据说明麻醉镇静用药效果、无痛胃镜检查优势,时长 20 min。

(2) 引导患者观看无痛胃镜、肠镜检查视频,基于“看”“听”“练”“记”“问”方法开展学习:看:观看视频,配合观察检查时环境、设备;听:倾听护理人员讲述检查操作流程、注意事项及机器指令;练:跟随视频练习屏气呼吸;记:记录呼吸训练要领;问:同伴相互交流学习,并向护理人员提问,以全面了解检查过程。时长 10~20 min。

(3) 引导患者与休息室已完成检查患者交流,由已检查患者介绍检查自感、检查准备、检查配合等,说明检查中呼吸配合要点,时长 3~5 min,待检患者

根据自身疑虑提问,每人 1 题,时长 6~8 min^[15]。

综上所述,无痛胃肠镜检查过程中易发生检查不良事件,其高危因素有首次检查、检查焦虑>60 分、禁食禁饮 ≥ 3 h、伴有高血压、肺部疾病史、丙泊酚 >197 mg,应加强防护,降低其发生概率。

4 参考文献

- [1] 蒲怀玉,陈光兰.无痛胃肠镜的临床并发症发生率及其护理干预[J].中国药物与临床,2019,19(12):2104-2105.
- [2] 王玉兰,何冰娟.无痛胃镜在老年患者检查中全程护理干预效果分析[J].中国医学装备,2018,15(9):128-131.
- [3] 封莉莉,丁文霞,孙媛媛,等.麻醉胃镜检查中低氧血症的高危因素分析[J].世界华人消化杂志,2019,27(7):427-434.
- [4] 杨菲,周辉,杨林楠,等.对接受无痛胃镜检查患者实施路径式健康教育[J].实用医药杂志,2018,35(4):358-359.
- [5] 罗子青,谭金娉.基于知-信-行模式的护理干预在无痛胃肠镜及并发症预防中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(24):12-14.
- [6] 杨丽,范惠萍,殷晓磊.无痛胃肠镜检查患者并发症的高危因素分析与预防对策[J].护理实践与研究,2019,16(19):77-78.
- [7] 黄福秀,亢媛,吕长虹,等.舒适护理干预在无痛胃肠镜并发症预防中的应用分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):68-70,77.
- [8] 邓全军,米玛拉姆,扎西措姆,等.西藏高原地区无痛胃镜检查过程中不良反应发生情况及高危因素分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2017,31(3):248-250.
- [9] 林丽英,黄灵珊,俞静.生姜贴敷联合按摩内关穴防止胃镜检查时呕吐 60 例[J].福建中医药,2017,48(4):69-70.
- [10] 张民.丙泊酚联合瑞芬太尼在老年人无痛胃镜检查中的麻醉效果及对机体炎症应激水平的影响[J].中国基层医药,2019,26(15):1879-1882.
- [11] 吴彦茹,刘志奇.无痛胃镜检查术中丙泊酚的应用和护理[J].河北医药,2017,39(11):1755-1757.
- [12] 李欢,荣加.右美托咪定与丙泊酚在胃镜检查中的应用效果及高危因素分析[J].解放军医药杂志,2017,29(5):97-100,109.
- [13] 张利霞,刘飞燕,钟丽梅,等.健康教育联合心理护理在无痛胃镜中的应用分析[J].中国现代药物应用,2019,13(14):195-196.
- [14] 曾环珍.健康教育路径联合按揉内关穴在胃镜检查患者中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(13):150-152.
- [15] 刘乃真,谢文吉.健康教育联合心理护理在无痛胃镜中的护理干预效果[J].中外医学研究,2019,17(28):83-85.

[2020-05-25 收稿]

(责任编辑 陈景景)

DMAIC 模式在提升新护士护理文书质量和核心能力中的应用

栾贝贝 汤玉霞* 俞士卉 丁晓红 张凡 郝敏 施艳群 丁晓云 唐芳 陆子红

【摘要】目的 探讨 DMAIC 模式在提升新护士护理文书质量和核心能力中的应用效果。**方法** 对 2019 届新护士 68 人实施基于 DMAIC 模式的护理文书质量管理培训, 比较培训前后新护士护理文件书写知信行问卷、护士核心能力量表、护理文书理论考试成绩。**结果** 培训后新护士护理文件书写知信行问卷得分、护士核心能力得分、理论考试、护理文书书写质量均高于培训前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 基于 DMAIC 模式的护理文书质量管理培训可提高新护士护理文书书写质量、核心能力和护理管理质量。

【关键词】 DMAIC 模式; 新护士培训; 护理文书; 护士核心能力

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.032

护理文书是护士对患者进行病情观察、实施护理措施的客观原始记录^[1]。其书写质量直接体现了护理人员的文化素养、专业技术能力及专科护理质量。作为病历的重要组成部分, 护理文书书写质量也是衡量医疗质量管理标准之一^[2]。有报道^[3]称国内的医疗纠纷有 20% ~ 30% 与病历缺陷有关, 部分与护理文书有直接关系。病历质量是评价医疗和护理行为的关键证据和重要法律依据, 是进行事故鉴定、保护医患双方合法权益的重要依据^[4]。新护士是刚出校门进入医院环境、走上工作岗位第 1 年的护士, 作为注入护理队伍的新鲜力量, 开展护理文书撰写规范化的专项培训, 对提高其文书撰写质量、巩固其专业知识、规范其职业行为、确保护理质量具有重要意义。DMAIC 模式包括定义 (define)、测量 (measure)、分析 (analyze)、改进 (improve) 和控制 (control) 5 个阶段^[5], 该模式主要侧重于质量的管理和提升, 意在认清问题的本质所在, 针对每个问题, 寻找合适的解决方法, 并持续改进^[6]。DMAIC 模式在医院管理、患者疾病管理和专科护士培训中有一定的应用, 对于提高患者疾病自我管理能力和降低就医成本、提高医院管理质量具有重要意义^[7-9]。因此, 本研究充分依托信息化, 开展基于 DMAIC 模式的新护士护理文书质量培训, 以期提高新护士护理文件书写能力及业

务能力, 提高我院护理文书质量管理水平。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 届入职安徽医科大学第一附属医院的 68 名新护士为研究对象, 所有新护士均已取得护士职业资格证书。其中男 6 名, 女 62 名; 年龄 21 ~ 28 岁, 平均 23.56 ± 1.79 岁; 学历: 本科 54 名, 硕士 14 名; 实习期间接受过护理文书相关培训的途径数目: 1 种 31 名, 2 种 22 名, ≥ 3 种 15 名。

1.2 培训方法

2019 届新护士于 2019 年 6 月进岗报到, 为了使新护士更好地适应角色, 满足临床需求, 医院于 2019 年 6~8 月, 针对新护士进行一系列规范化岗前培训, 内容包括: 职业价值观培养、人际沟通相关技能、护理核心制度、患者安全管理基本要求、电子信息化管理以及一系列的基础和专科操作技能培训。本研究对新护士采用规范化岗前培训 + 基于 DMAIC 模式的护理文件书写管理培训, 为期 3 个月, 具体方法如下:

1.2.1 Define, 定义阶段, 描述现状差距 文书组成员广泛查阅文献, 了解当前国内针对新护士文件书写质量培训的现状, 发现目前尚无规范系统的护理文书培训模式, 制订时培训内容往往缺乏针对性。我院以往针对新护士护理文件书写的培训内容, 也仅是贯穿整体培训课程的一小部分内容。本研究首先使用“新护士护理文件书写质量管理知信行问卷”了解新护士护理文书质量管理现状, 在立足现状的基础上制订护理文件书写质量管理培训计划。

1.2.2 Measure and Analyze, 即明确制约因素及

基金项目: 安徽医科大学第一附属医院青年基金项目 (编号: 2019kj25)

作者单位: 230022 安徽省合肥市, 安徽医科大学第一附属医院护理部

* 通讯作者

要因 在新护士岗前集中培训结束后,使用焦点小组访谈了解新护士对岗前培训的感受(尤其是针对护理文件书写质量管理培训),了解进一步的培训需求,并提出合理化的培训建议,同时抽查新护士书写的护理文件,每人1份,了解现状;其次文书组召开专题讨论会,使用头脑风暴法分析以往培训中存在的问题,提出改进的方向以及存在的障碍因素。

1.2.3 Improve, 改进阶段,即形成最优方案并付诸实施 通过反复讨论,构建规范化新护士护理文书质量管理培训方案,依托信息化-护理管理系统展开培训。①建立新护士微信群,由文书组3名有经验的成员作为“引导员”,利用小组之前收集的素材(错误的护理记录、输血单、体温单、护理首页等,因护理文件书写不当引发的矛盾或纠纷,国家及安徽省颁布的关于护理文件书写的法律法规等),轮流负责组织微信群中与新护士进行互动,每人负责1个月,互动过程重点引发新护士提出问题、发现问题,并积极解决问题,同时鼓励他们敢于表达自己对于案例的感受;②在我院护理管理系统上传“护理文件书写质量检查评定标准”电子版、“护理文件书写与管理”系列PPT课件,并设置提醒,督促每个新护士进行学习;③每个月从新护士所在科室随机抽取由新护士撰写的护理文书1份,并使用“护理文件书写质量评定标准”进行评价,得分95分以上者在微信中予以表扬,并上报至护理部。

1.2.4 Control, 即评价效果、持续质量改进 通过线上终期理论考核对新护士进行终末评价,使用新护士护理文书质量管理知信行问卷、护士核心力量表、护理文件书写理论考核试卷进行干预前后结果对比,首次填表时间为新护士报道后岗前培训开始的第1天,规范的培训后进行第二次量表资料的收集;干预后资料收集还包括护理文件书写质量评价(文书组设计标准化病例,考核所有新护士围绕标准化病人所撰写的护理文书质量),同时调查护士在过去1周内出现护理文件撰写错误的次数,以及对培训的满意程度、并提出合理化建议,以综合评价培训效果。

1.3 观察指标

(1) 护士护理文件书写质量管理知信行问卷:该量表是在代彦丽等^[10]研制的临床护士护理文书质量控制知信行问卷基础之上由文书组查阅文献、专家咨询修订后自编而成。专家组成员包括:文书质量控制组5名成员(文书管理经验大于5年以上)、护理管理专家5名成员(从事管理工作10年以上)。初始问卷形成后由文书质量控制小组反

复讨论逐步修改。本量表包括护理文件书写质量管理知识(条目1~10)、护理文件书写质量管理态度(条目11~17)和护理文件书写质量管理行为3个维度22个条目(条目18~22),每个条目均采用1~5分5级计分,问卷总分为各条目相加之和,分数越高,表明该护士护理文件书写质量管理越好。该量表在本研究中的内部一致性信度是0.865。

(2) 护士核心能力:该量表是澳门理工学院护理教研室刘明^[11]编制的中国注册护士核心力量表(CIRN),该量表有7个维度58个条目,分别是:批判性思维/科研能力、临床护理、领导能力、人际关系、伦理与法律实践、专业发展、教育培训。每个条目采用Likert 5级评分法,从“没有能力”至“很有能力”分别计1~5分,得分越高表明核心能力越高。该量表广泛用于我国护士核心能力的测量,在本研究的内部一致性信度是0.973。

(3) 护理文件书写知识理论考核:由文书组准备两套试卷,确保2份试卷的难易程度基本一致。分别于新护士进岗前、培训结束后填写。试卷包括选择题20题,填空题20题,判断题10题,每题2分,卷面分100分,得分越高,表明护理文件书写知识掌握越好。

(4) 护理文书书写质量得分:在培训结束后,由文书组设计标准化病例,考核所有新护士撰写的护理文书质量,内容涉及体温单的绘制、护理首页的书写、护理记录的书写、配发血记录单书写、评估单/转运交接单的书写、皮试登记本的书写、交班报告的书写等。由护理部组织第三方人员使用《护理文件书写质量检查评定标准》对护理文书进行评价,得分<90分为不合格,≥90为合格,≥95为优秀。

1.4 统计学处理

采用Epidata 3.0软件进行数据双人录入,数据导入SPSS 18.0进行统计分析。计量资料用“均数±标准差”描述,组间均数比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 新护士培训前后考试成绩、护理文件书写管理知信行得分、核心能力得分比较

结果显示,培训后,新护士考试成绩得分高于培训前,差异有统计学意义($P<0.05$)。护士文书质量管理知信行总分及各维度得分、护士核心能力及各维度得分均高于培训前,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1,表2。

表1 新护士培训前后文书质量管理知信行总分及各维度得分比较(分)

分类	培训前(n=68)	培训后(n=68)	t值	P值
护理文件书写质量管理知识	35.69 ± 5.04	42.44 ± 4.11	7.578	0.000
护理文件书写质量管理态度	33.04 ± 3.14	37.42 ± 3.69	6.003	0.000
护理文件书写质量管理行为	18.69 ± 3.52	20.11 ± 3.14	1.892	0.041
护理文件书写质量管理知信行总分	87.64 ± 8.23	93.98 ± 9.17	3.804	0.000

表2 新护士培训前后护士核心能力及各维度得分比较(分)

分类	培训前(n=68)	培训后(n=68)	t值	P值
批判性思维/科研能力	23.69 ± 6.28	33.72 ± 6.37	9.622	0.000
临床护理	22.71 ± 5.61	30.57 ± 6.03	8.167	0.000
领导力	25.64 ± 5.67	34.42 ± 6.90	7.741	0.000
人际关系	21.87 ± 4.58	28.98 ± 4.94	8.779	0.000
法律与伦理实践	23.50 ± 4.79	28.95 ± 5.57	5.841	0.000
专业发展	13.41 ± 2.74	17.11 ± 3.65	6.647	0.000
教育培训	16.22 ± 4.73	22.77 ± 5.57	7.497	0.000
核心能力总分	147.04 ± 31.72	196.55 ± 35.82	8.548	0.000

2.2 培训后新护士护理文书错误次数、护理文件书写质量、培训满意度

培训后,新护士文书撰写未出现错误者占22.1%,仅出现1~3次错误者占57.3%,出现错误次数>10次者占20.6%;护士护理文书质量评价合格及以上者占97.1%,仅有2.9%不合格;护士对培训满意度为100%(其中基本满意占58.8%,非常满意占41.2%)。

3 讨论

3.1 基于DMAIC模式的护理文书书写培训可提升新护士护理文书书写质量,满足新护士学习需求

本研究结果显示,经过3个月的培训,新护士考试成绩得分、护理文件管理知信行得分及各维度得分均高于干预前,差异具有统计学意义($P<0.05$)。经过培训,新护士文书撰写未出现错误以及仅出现1~3次错误者占79.4%,护士护理文书质量评价合格及以上者占97.1%,护士对培训满意度为100%。

可见基于DMAIC的护理文书书写培训模式能够依据护士的个体化需求而制订相应的培训计划,能够起到很好的培训效果,提高培训满意度。考虑新护士多为95后,他们个性突出、对网络等新技术手段接受度较好,对新事物有较强的接受能力,因此,本研究在常规岗前培训基础上增加DMAIC护理文书书写培训模式,首先,使用新护士护理文书书写质量管理知信行问卷了解新护士护理文书质量管理现状,结合培训对象的需求和特点量身制订培训计划,使得培训计划和内容更贴近实际,确保培训取得较好的效果。其次,利用微信群、护理信息管理系统上传相关学习课件,并采取措施督促学生学习,充分结合新护士的学习特点,增加电子信息系统及微信平台等手段,调动新护士学习的积极性。思想决定行为,要改变行为,先要改变思想,本研究在微信群中定期发布文书相关案例纠纷、文书相关法律法规,引发新护士对护理文书书写重要性的认知,从而产生相关学习护理文书书写知识的行为,让新

护士的学习更具有自主性。在评价阶段,我们从抽取的护理文件中进行等级评价,连续3次为优秀者,上报护理部,提出表扬,以这种激励手段,调动新护士学习热情,提高新护士学习和改进的积极性。

3.2 基于DMAIC模式的护理文书书写培训可提升新护士核心能力

本结果提示,培训结束后新护士核心能力总分及各维度得分均高于培训前,差异有统计学意义($P<0.05$)。研究表明^[12],个体能否胜任日常工作取决于其核心能力水平。但新入职护士核心能力得分不高,各方面能力均有待继续提高,应制订合理的岗前培训计划^[13]。因此本研究在前期岗前培训增加了包括职业价值观培养、人际沟通相关技能、护理核心制度培训、患者安全管理等内容,以训练并提高新护士的核心能力;此外,本研究施予基于DMAIC模式的护理文书书写培训,内容涉及以下:

①文书相关法律法规的培训,因此提高了护士的法律与伦理实践能力;②如何正确记录危重患者护理文书等内容,因此,在引导的过程中教会新护士在准确全面观察病情的基础上撰写相关护理记录,提高新护士的临床护理能力;③由文书组成员在微信群中发布护理文件记录问题页,让学生主动思考问题所在,并提出修改方案,在此过程中锻炼新护士的批判性思维能力与实际解决问题的能力。

4 小结

本研究对新护士采用基于DMAIC模式的护理文书书写培训模式,调动了新护士的积极性,提高其学习的自主性,提高了新护士护理文书书写管理知信行水平、护理文书质量以及护士核心能力,该模式对于新护士护理文件的书写培训具有较好的效果。但本研究仍存在一定问题:尽管研究结果表明我们的干预是有效的,但培训中文书组成员在微信群中引导新护士互动沟通时,如何确保每一位新护士的参与?我们思考可以引入更为先进的信息平台,方便组织者进行后台监管,同时设定奖惩机制(连续回答正确次数 ≥ 3 次给予记录并口头表扬;连续3次未参与互动讨论者,由后台先提醒,后连续2次效果不明显,@到个人,并进行面对面沟通),

提高新护士全员参与的积极性,提高培训效果。

5 参考文献

- [1] 梁旭彤,张娟娟,李亚励.护理文书的质量监控与缺陷管理[J].中国护理管理,2017,7(3):48-50.
- [2] 李红永,王永华,庞玉玲,等.微信平台在护理文书书写质量控制中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(9):114-116.
- [3] 雷芳,陈渊青,罗红,等.护理质量管理知识认知现状调查与分析[J].中国卫生质量管理,2016,23(3):67-70.
- [4] 卫生部.医疗事故处理条例及配套文件汇编[M].北京:中国法制出版社,2002:3.
- [5] 张成,徐婕,李春雨,等.基于精益六西格玛管理的门诊服务流程优化实践[J].中国医院管理,2021,41(4):65-68.
- [6] 王雅玲,饶志莉.DMAIC管理模式在手术室护士规范化培训中的应用效果[J].福建医药杂志,2020,42(4):170-172.
- [7] 肖娜,石绍南,谢鑑辉,等.DMAIC管理模式在提升儿科专科护士培训教学质量中的应用[J].中国护理管理,2018,18(2):218-223.
- [8] 雷航英.DMAIC管理模式在提升儿科专科护士培训教学质量中的效果分析[J].中国卫生产业,2019,16(29):86-87.
- [9] 赵文芳.DMAIC模式在ICU护士培训中的应用研究[J].护理研究,2018,32(12):1948-1950.
- [10] 代彦丽,朴金龙,陈翠屏,等.护士护理文书质量控制知信行的调查研究[J].中华护理教育,2018,15(5):389-392.
- [11] Liu M, Yin L, Ma E, et al. Competency Inventory for registered nurses in Macao: instrument validation[J]. J Adv Nurs, 2009, 65(4):893-900.
- [12] 杨芳,李梅,段红林.手术室新入职护士核心能力现状及影响因素研究[J].中华护理教育,2018,15(7):526-529.
- [13] 王香莉,刘玲玉,张才慧,等.新入职护士核心能力现状调查及影响因素分析[J].护理研究,2021,35(8):1480-1483.

[2021-01-03 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

眼科亚专科化建设下手术室精细化管理的应用效果

易文芳 余文静* 王亚冲 李文静

【摘要】目的 探讨眼科亚专科建设下手术室精细化管理的应用效果,为专科护理管理的改革与创新提供依据。**方法** 选择2019年3—6月在医院行眼科手术患者200例作为对照组,2019年7—10月在医院行眼科手术患者200例作为观察组,对照组实行常规管理模式,观察组实行精细化管理模式。对比两组患者满意度、术前等待时间、手术间利用率、护理质量和医师满意度。**结果** 实施精细化管理后,观察组患者满意度高于对照组($P<0.05$),医师满意度高于实施前($P<0.05$),护士各项护理质量评分高于实施前($P<0.05$),观察组患者术前等待时间短于对照组($P<0.05$),手术间利用率高于对照组($P<0.05$)。**结论** 针对眼科亚专科建设而实施的精细化管理模式,能有效提高护理质量和手术间利用率,为患者提供高效、优质的护理服务,从而提高患者和医师满意度,满足眼科亚专科化发展的需求。

【关键词】 精细化管理;手术室;眼科亚专科;护理质量

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.033

随着现代外科技术的飞速发展,学科专业分工细化,临床亚专科建设已成趋势。我院眼科作为重点学科,自亚专科建设开展以来手术量大幅度增加,其手术类别除了常规择期手术和急诊外,还开展了日间手术和门诊预约手术^[1-2]。同时,眼科手术具有种类繁多、手术节奏“短频快”且专科性较强等特点,对手术室护理管理要求越来越高。我院从2019年7月开始实施精细化管理,突出以精细化管理理念、精细化操作、精细化服务为特征的全过程护理,提高了临床护理工作的有效性与安全性及患者、医师满意度,优化了护理质量,缩短了患者等待时间,有效保证了手术室的高效管理。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年3—10月在我院行眼科手术患者400例患者,包含住院患者和门诊患者,并将同期在职的15名手术室护士和50名医师(包含本院职工、规培生和学生)纳入研究。其中2019年3—6月在我院行眼科手术患者200例作为对照组,男111例,女89例;平均年龄 52.5 ± 3.8 岁;手术类型:外眼手术65例,内眼手术91例,泪道手术44例。2019年7—10月在我院行眼科手术患者200例作为观察组,其中男105例,女95例;平均年龄 53.6 ± 3.9 岁;手术类型:外眼手术78例,内眼手

术96例,泪道手术26例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组采取常规管理模式,包括手术室环境管理、器械管理、人员管理等。观察组在对照组基础上实施精细化管理模式,具体内容如下:

1.2.1 手术流程化管理 ①规范门诊预约手术和日间手术流程。制定门诊预约手术和日间手术流程,有序安排手术,减少患者术前等待时间。②针对亚专科制定手术配合流程。根据眼科手术亚专科制定手术配合流程,编写专科护理手册,包括手术护理配合措施、仪器设备使用方法以及不同教授习惯等。对各亚专科小组定期组织培训与考核,使专科化护理技术标准化呈现。③制定“手术患者接送表”,提高患者接送效率。制定接送患者流程规范,定期对服务中心人员组织培训。对于接台手术较多的情况,于术前1d与手术医师沟通,制定“手术患者接送表”,手术当日由专人负责协调处理手术患者接送问题,提高接送患者效率。

1.2.2 手术安全管理 ①建立安全管理制度。定期组织核心小组人员,对存在的或潜在的安全隐患和护理缺陷进行整理分析,制定相应的护理安全制度和奖惩措施。②优化术前访视。眼科手术患者术前存在不同程度的焦虑情绪,患者围手术期的健康教育非常重要^[2]。为了使患者术中更好的配合手术,我们对术前访视环节进行优化,由手术室护士进行术前宣教与心理疏导,而手术过程、手术安全性普及由手术医师负责,手术室专科护士主要负责介绍手术室环境,指导患者手术功能位的摆放,并对术

作者单位:430022 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院附属协和医院

*通讯作者

中可能出现的护理问题进行评估。各个岗位职责明确，患者的术前护理需求得到充分满足，且有利于手术护理工作的开展。③重视手术安全核查。在手术高峰期安排1名专职护理人员，在患者等待区对手术患者进行初步核查和分流，进入手术间后再由手术医师、麻醉医师和手术室护士三方共同进行安全核查。加强手术安全核查工作的实施，提高医护人员的安全意识和风险防范意识，减少差错事故的发生，最大程度保证患者安全^[3]。

1.2.3 手术环境的管理 ①严格感控，降低手术感染风险。眼科手术精细而复杂，无菌要求较高，要严格控制手术室管理的各个环节，降低手术感染风险^[4]。②仪器设备、手术物品规范摆放，便于取用。眼科手术专科仪器设备较多，根据手术需要放置在规定区域内，位置相对固定。手术间一次性物品按规范摆放，无菌物品间标识醒目，便于取用。③合理安排手术间，提高手术间利用率。手术间相对固定，外眼手术、内眼手术、感染性手术区别使用，门诊预约、急诊手术预留1~2个手术间。我院眼科教授组较多，大多都有相对固定的诊疗模式，根据不同教授手术时间合理安排手术间，灵活调配，在满足手术需求的同时最大限度提高手术间使用率。

1.2.4 人力资源的管理 ①亚专科分组。将手术室护理人员按眼科亚专科及护理人员层级进行分组，高、中、低级护士搭配组合，由护士长和专科组长统一管理。将亚专科组员、手术医师、专科手术安排在相对固定的手术间，实施精准配合，提高手术效率的同时，专科护理质量得到保证，更有利于亚专科的建设和发展^[5]。②亚专科组护理质量管理。实行三级垂直管理体系，护士长负责整体协调与监督，全程督导质量管理。专科组长作为总组长，负责亚专科组的培训与管理。亚专科组组长与组员相互检查监督，共同参与护理质量管理。③弹性排班。护士长根据每日手术量及眼科教授的手术日合理排班，如针对部分教授组首台不能准时开台的情况，从平时早班时间7:30改成8:30，针对门诊预约手术时间及时调整护理人员班次，如9:00—17:00、10:00—18:00的班次等。在人力资源紧缺的情况下，既满足了手术需求，又不浪费人力资源，最大程度利用手术室护士的有效上班时间，减少护士的整体加班时间。

1.3 观察指标

(1) 患者满意度和医师满意度：使用我院自制的患者满意度调查表和医师满意度调查表评价患者和医师的满意度，结果包括非常满意、满意、一般

和不满意4项，总满意率=(非常满意+满意)/总人数×100%。

(2) 护理质量：采用我院自制的护理质量量表进行评价，主要从仪器管理、药品管理、文书书写、人文关怀、专科护理5个方面打分，由护士长评价，满分100分，分数越高表明护理质量越好。

(3) 患者术前等待时间：患者术前等待时间计算方法为患者到手术室至手术开始时间。

(4) 手术间利用率：以每个手术间每日平均手术台数来表示。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件处理数据，正态分布的计量资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较采用t检验；非正态分布的计量资料以“中位数(四分位数间距)”表示，组间中位数比较采用秩和检验；计数资料计算百分率，组间率的比较采用χ²检验。检验水准α=0.05，P<0.05为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者和医师满意度比较

精细化管理后，观察组患者满意度高于对照组，医师满意度高于实施前，差异有统计学意义(P<0.05)。见表1，表2。

2.2 精细化管理前后护士护理质量评分比较

精细化管理实施后护士各项护理质量评分高于实施前，差异有统计学意义(P<0.05)，见表3。

2.3 两组患者术前等待时间比较

观察组患者术前等待时间短于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表4。

2.4 两组手术间利用率比较

观察组患者手术间利用率高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表5。

表1 两组患者满意度比较						
组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意率(%)
观察组	200	91	100	7	2	95.50
对照组	200	78	89	25	8	83.50

χ² = 15.323, P=0.000。

表2 精细化管理实施前后医师满意度比较						
观察时点	人数	非常满意	满意	一般	不满意	总满意率(%)
实施后	50	28	21	1	0	98.00
实施前	50	21	19	6	4	80.00

χ² = 8.274, P=0.004。

表3 精细化管理前后护士护理质量评分比较(分)

观察时点	人数	仪器管理	药品管理	文书书写	人文关怀	专科护理
实施后	15	98.15 ± 1.25	97.34 ± 3.28	98.13 ± 1.32	96.69 ± 2.98	97.09 ± 2.99
实施前	15	90.52 ± 2.84	91.16 ± 2.68	92.41 ± 2.56	90.99 ± 2.20	90.53 ± 2.44
<i>t</i> 值		9.524	5.651	7.691	5.960	6.583
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表4 两组患者术前等待时间比较(min)

组别	例数	术前等待时间
观察组	200	27.36 (7.19)
对照组	200	34.11 (7.87)

中位数比较秩和检验: $z = 8.955$, $P = 0.000$ 。

表5 两组手术间利用率比较[台/(间·d)]

组别	例数	手术间利用率
观察组	200	6.63 ± 3.11
对照组	200	3.50 ± 2.33

$t = 11.391$, $P = 0.000$ 。

3 讨论

3.1 护士与手术医师配合默契增加, 护理团队综合实力增强, 医师满意度提高

亚专科化是专业技术走向纵深发展的策略和方向, 手术室亚专科护理管理, 使手术配合更专业, 质量安全管理紧密结合亚专科特色^[6]。实行亚专科分组管理前, 手术量多的情况下不能灵活调动手术, 巡回护士对部分手术配合流程不熟悉, 导致手术医师满意度不高, 手术间的利用率低。亚专科细分后, 可整合亚专科各成员知识和能力, 优化资源配置, 提高护理团队的综合实力, 促进专科护理的发展^[7]。亚专科分组管理, 人员统一调配, 分工合作, 充分满足手术需求, 提高护理质量和手术效率, 从而提高医师满意度。

3.2 优化细节, 实现高效、优质护理服务

眼科手术大多是局麻手术, 患者处于清醒状态, 医护人员的言行得到患者的关注, 传统护理管理的缺陷有护理资源缺乏、护士缺乏专科理论知识等, 导致护理质量差, 患者满意度低^[8-9]。精细化护理是一种全面护理模式, 在手术室管理中实施精细化管理, 可有目的的将手术室各级人员有效统一起来, 根据手术室工作原则、方法和一般流程, 有计划、有组织、协调性的展开手术室护理工作^[10], 实现高效、优质的护理服务。

3.3 合理安排人力资源, 提高护士工作积极性

由于手术室护理工作存在不可预知和不平衡性, 传统的管理方法让护理工作处于被动, 传统的排班模式会造成某些时段人力资源的浪费, 护士加班时间较长, 实行弹性排班后, 避免了人力资源浪费, 减少了护士加班时间, 同时能满足高峰期手术量增加的需求。

3.4 强化安全管理, 提高护理质量

眼科手术“短频快”, 连台手术多, 且手术部位为双器官, 存在较大的安全隐患。手术室护理服务质量将直接影响患者手术治疗效果, 手术室护理工作复杂而繁琐, 存在较高的护理差错潜在风险^[11]。因此建立手术室安全管理制度, 强化安全管理, 以保证手术护理安全, 提高护理质量。

随着医学亚专科化的快速发展, 护理亚专科建设和管理模式将成为护理学科建设的关键所在, 我院眼科亚专科建设下手术室管理模式初步建立, 本研究显示具有一定的成效, 后期还将在不断实践中完善, 从而更好的促进专科护理管理发展。

4 参考文献

- [1] 冯雪莲, 熊小伟, 王艳, 等. 精细化护理模式对眼科手术患者康复及护理质量提升的作用[J]. 川北医学院学报, 2019, 34(5): 646-649.
- [2] 何宇红, 包秀丽. 眼科日间手术护理模式的初步探讨[J]. 内蒙古医科大学学报, 2019, 41(52): 309-311.
- [3] 白洁, 余佳佳, 印李雅. 手术安全核查在手术室护理风险管理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(3): 188-189.
- [4] 李艳辉. 眼科手术室感染控制护理管理[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(29): 147.
- [5] 徐昌霞, 朱新宇. 骨科亚专科组管理模式在手术室专科护理质量管理中的应用[J]. 实用临床护理学杂志, 2019, 4(5): 167-168.
- [6] 徐梅, 蒲霞, 王惠珍, 等. 手术室亚专科护理岗位管理体系的构建与临床实践[J]. 中国护理管理, 2018, 18(10): 1371-1374.
- [7] 王芳, 袁丽, 熊真真, 等. 护理亚专业化的研究进展[J]. 护理研究, 2016, 30(1B): 129-131.
- [8] 孙璐, 姚希, 袁建峰, 等. 精细化管理模式在提高首台手术准时开台率中的应用[J]. 中国医院管理, 2016, 36(6): 30-31.
- [9] 杜玲俊. 精细化管理在手术室护士管理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(25): 3676-3678.
- [10] 张延平. 精细化管理对手术室护理质量及手术效率的影响[J]. 中国医药指南, 2018, 16(18): 258-259.
- [11] 林启玲. 护理安全风险管理体系在手术室护理管理中的应用[J]. 中国卫生产业, 2015, 12(26): 166-168.

[2020-04-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

强化护理质量管理在消毒供应中心生物监测中的应用效果

曾丽

【摘要】目的 分析在消毒供应中心生物监测中实施强化护理质量管理的应用效果。**方法** 以医院消毒供应中心 2019 年 1—6 月为对照组,对 66 名护理人员进行护理质量管理,生物监测共 620 次;2019 年 7—12 月为观察组,对 66 名护理人员在对照组基础上进行强化护理质量管理,生物监测共 678 次。对比两组生物缺陷事件发生率及护理人员满意度评分。**结果** 观察组护理人员满意度评分高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组生物缺陷事件发生率明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 在消毒供应中心生物监测工作时采用强化护理质量管理可提高护理人员满意度,降低生物缺陷事件发生率,对院内感染的防治有重要作用。

【关键词】 护理质量;应用效果;消毒供应中心;生物监测;强化管理;生物缺陷事件

中图分类号 R472.1 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.034

消毒供应中心是负责为医院提供医疗用品消毒、清洗、包装、灭菌、发放的重要部门,医疗用品的消毒质量与患者预后密切相关^[1]。近年来,临床对院内感染的重视程度明显提高,医院感染增加了临床治疗难度,还加重了患者的经济负担。医疗用品的使用频率高,提高消毒质量是控制感染的有效措施。生物监测是监督灭菌质量的常用手段,生物监测不合格就容易引发医院感染,导致医患矛盾激化,对医院的可持续发展产生不利影响^[2]。强化护理质量管理在常规护理基础上提高对护理质量的要求,对护理人员给予人文关怀、技术培训、规范操作流程,强化护理人员的安全意识,提高生物灭菌合格率。本文就消毒供应中心生物监测的强化护理质量管理方法及应用效果进行探讨,内容如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

观察对象选自医院消毒供应中心 2019 年 1—12 月 66 名从事生物监测的护理人员,其中男 2 名,女 64 名;年龄 21~47 岁,平均年龄 33.8 ± 1.6 岁;学历:大专 30 名,本科 36 名。纳入条件:所有护理人员均在消毒供应中心从事生物监测及其他相关工作,知晓生物监测及感染预防相关操作;意识清晰、沟通交流能力正常;获得医学伦理会批准,护理人员均知情同意。排除条件:合并有精神疾病;严重心、肺、肝、肾器质性病变;中途退出研究者。以 2019 年 1—6 月为对照组,护理人员进行护理质

量管理,生物监测共 620 次;以 2019 年 7—12 月为观察组,护理人员进行强化护理质量管理,生物监测共 678 次。

1.2 管理方法

1.2.1 对照组 进行护理质量管理,护理人员双手消毒后佩戴消毒防护工具,采用环氧乙烷消毒锅(监测时间 4 h)、过氧化氢低温等离子锅(监测时间 0.5 h)进行生物监测,脉动压力蒸汽灭菌器(监测时间 3 h)进行生物培养。严格按照生物监测流程进行操作,取生物培养指示剂置于专用灭菌柜灭菌后在室温中冷却 30 min,盖上盖子。将生物培养阅读器打开进行 30 min 预热,将生物指示剂瓶身挤破,便于菌苗、培养液完全接触,轻拍后放入阅读器,每隔 1 h 观察 1 次,至培养时间后读取和记录监测结果,关闭机器电源,清洁消毒后按照存放方法保存。

1.2.2 观察组 在对照组基础上进行强化护理质量管理:

(1) 成立质量监管小组:由护士长、主管护士、护理骨干组成质量监管小组,负责制订护理操作流程、分析存在的质量问题,拟定护理目标。护士长监督实施护理质量管理计划,对护理工作情况进行反馈、评估,实行奖惩制度。引进国内外先进管理经验、生物监测技术对护理人员进行生物监测培训,考核达标后才能进入开展生物监测工作。要求护理人员熟知生物培养、操作过程、结果读取等知识及操作技能,明确自身职责,定期向组长汇报工作情况,共同讨论存在的问题,研究解决方案。组长定期组织护理人员学习《医院消毒供应中心管理规范》,明确生物监测工作的临床实用价值,减

少操作不当、生物指示剂出错等生物缺陷发生率,满足质量管理需求。

(2) 优化生物监测流程:护理人员按照消毒供应中心对生物监测工作的流程进行规范操作,不能随意精简操作步骤,独立完成工作,严格把控监测质量。生物测试包必须侧放,对于无标准生物测试包的小型压力蒸汽灭菌器应按照制作要求将嗜热脂肪杆菌芽孢菌制作成标准生物测试包,灭菌器保持满载状态。为防止指示剂破裂渗漏,应放置2袋指示剂,并检查其生产批号、日期,位置要准确放置。监测过程中要多次巡视,查看有无异常,并签字确定。结果为阴性时提示灭菌质量合格,对假阳性结果进行重新操作,由2人共同判定结果,记录结果后签字上报。不合格的灭菌器材要重新消毒,连续3次生物监测合格后才能投放使用,并分析不合格原因,及时改进。

(3) 人文关怀:消毒供应中心护理人员的工作内容较为特殊,承受着较大的精神压力。医院应尊重、关心护理人员,询问护理人员的意见,弹性排班、合理调班,防止疲劳工作。为护理人员配备好防护用品,休息室用字画、盆栽装饰,营造舒适的工作环境。对护理人员进行工作教育,规范语言行为,

对错误对行为及时纠正,耐心沟通,强化爱岗敬业精神,提高工作效率。

1.3 观察指标

对比两组生物缺陷事件(操作错误、生物指示剂出错、结果读取不当、灭菌器异常)发生率及护理人员满意度评分。护理的满意度评分用百分制,评分范围0~100分,由护理人员客观评价,得分越高,满意度越高。

1.4 统计学处理

采用统计学软件 SPSS20.00 处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生物缺陷事件发生率比较

观察组生物缺陷事件发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组护理人员满意度评分比较

观察组护理人员满意度评分较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组生物缺陷事件发生率比较

组别	监测次数	操作错误	生物指示剂出错	结果读取不当	灭菌器异常	生物缺陷事件发生率(%)
观察组	678	0	0	0	0	0.00
对照组	620	4	13	7	0	5.48

$\chi^2=38.181$, $P=0.000$ 。

表2 两组护理人员满意度评分比较

组别	例数	护理人员满意度评分
观察组	66	95.2 $\pm$ 2.4
对照组	66	90.3 $\pm$ 3.8

$t=8.857$, $P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 消毒供应中心生物监测工作情况

随着现代疾病类型的增多,临床对医疗用品的消毒管理工作的重视度也明显增加^[3]。消毒供应中心主要负责医疗器械、物品的消毒灭菌工作,每个步骤都紧密相扣,工作质量对医院形象、患者安危有直接影响。生物监测技术利用嗜热脂肪杆菌芽孢菌、灭菌器监测物品内微生物死亡情况,评价灭菌质量^[4-5]。通过标准化菌株、抗力判定是否符合灭菌要求,是目前评价消毒供应中心医用物品灭菌质量的金标准,生物监测结果可指导灭菌工作开展,

降低医院感染发生率。

3.2 强化护理质量管理的应用效果

灭菌监测质量是评估消毒供应中心灭菌质量的重要指标,受经济因素、地域或管理因素的影响,医院对生物监测质量管理水平参差不齐^[6]。护理质量管理中护理人员技术水平参差不齐,对生物监测重视度不高、未严格按照操作流程执行。加之医院人力物力投入不足就会影响监测结果准确性,影响灭菌效果。护理质量管理主要通过开会、奖惩制度进行质量监督,虽有成效,但是仍有部分工作人员工作积极性差、不服从调配,降低了工作效率。强化护理质量管理以护理人员为中心,在常规护理基础上提高了对质量的要求,规范生物监测程序,克服工作中常见的缺陷。通过人文关怀、成立质量监管小组、优化生物监测流程强化护理人员业务能力、明确自身职责,分析存在的隐患,重视人才培养,提高护理人员工作地位,营造温馨的工作环境,提

设备信息化管理追溯系统联合改良清洗流程在眼科精密器械管理中的应用

刘蔚 庄若 蒋纪琴

【摘要】目的 探讨设备信息化管理追溯系统联合改良清洗流程在眼科精密器械管理中的应用价值。**方法** 选取2019年6—12月医院126件眼科精密器械为对照组,2020年1—10月医院140件眼科精密器械为观察组。对照组行常规器械管理和传统清洗流程,观察组行设备信息化管理追溯系统和改良清洗流程。观察两组眼科精密器械管理风险、消毒合格率及性能。**结果** 观察组眼科精密器械清洗质量不合格、器械缺损、交接不当、周转困难、培训考核不合理RPN均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组消毒合格率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组140件精密器械性能一级、二级等级占比明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 眼科精密器械管理中开展设备信息化管理追溯系统和改良清洗流程,有利于降低器械管理风险,提高器械消毒清洗效果,保证眼科精密器械性能质量。

【关键词】 信息化管理追溯系统;改良清洗流程;眼科精密器械;器械性能;消毒清洗

中图分类号 R472.1 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.035

器械管理系医院重点工作内容之一,注重医疗器械管理,为临床提供优质医疗器械,是确保临床治疗工作顺利开展的重要前提^[1]。眼科手术作为高精密度手术,其对手术器械性能同样具有较高要求,随着医疗技术水平不断提高,眼科手术器械结构趋于复杂化,做工更加精细,眼科手术效果虽获得质的飞跃,但也使眼科精密器械管理工作逐渐成为医院管理工作的难点^[2]。传统器械管理模式对器械损耗较高,管理不当便可使眼科精密器械受损,造成医疗资源浪费,如果使用低性能眼科精密器械为患者治疗,还可能对患者造成损伤,导致医疗事故,

引发医疗纠纷。采取何种器械管理模式才能提高眼科精密器械管理效率,保证器械性能和消毒清洗质量,逐渐成为医院医疗器械管理工作者的重点关注内容^[3]。本次研究将设备信息化管理追溯系统和改良清洗流程运用于眼科精密器械管理中,并对其运用效果进行研究分析,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 材料

选取2019年6—12月医院眼科精密器械126件作为对照组,选取收集2020年1—10月医院眼科精密器械140件作为观察组。纳入条件:I类眼科精密器械;使用时间<2年。排除条件:普通及管

作者单位:212000 江苏省镇江市,江苏大学附属医院

高工作热情、团队归属感,从而提高工作质量、生物监测质量。

综上所述,生物监测是消毒供应中心监管灭菌质量的重要手段,强化护理质量管理使护理人员熟练掌握生物监测技能,提升职业道德修养、工作热情,提高生物监测质量。

4 参考文献

- [1] 马晓乐,王慧玲.消毒供应中心护理质量控制预防医院感染的作用分析[J].实用医学杂志,2019,26(7):929-930.
- [2] 余超超.强化质量控制管理在消毒供应中心器械消毒灭菌中的应用效果[J].医疗卫生装

备,2018,31(17):107-108.

- [3] 顾春妮.消毒供应中心下收下送实行社会化的研究[J].护理研究,2014,28(24):2959-2960.
- [4] 钱黎明,季佩雯,张青.医院消毒供应中心实施信息化质量追溯的现况调查[J].中华护理杂志,2020,55(1):123-127.
- [5] Mostafa.Mutual relationship between knowledge management system with nursing process[J].Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research,2019,24(5):401-403.
- [6] 吉桂赞.细节管理在医院消毒供应中心的应用效果评价[J].检验医学与临床,2020,17(7):972-974.

[2020-05-26 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

腔眼科器械；外来眼科器械；经历过除锈处理；研究前存在缺损或性能大幅度下降^[4]。对照组：器械使用时间6~22个月，平均 14.56 ± 2.67 个月；剪45件，钳33件，镊30件，夹18件。观察组：器械使用时间3~23个月，平均 14.28 ± 2.53 个月；剪50件，钳37件，镊33件，夹20件。两组眼科精密器械基础信息比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 器械管理和清洗流程

1.2.1 对照组 行传统器械管理和清洗流程。器械单人保管，记录器械数量，定期评估器械性能质量；器械清洗消毒采取传统人工清洗，专人定时回收使用后器械，清洗前做好器械分类，随后依次进行预洗、浸泡、漂洗、干燥、润滑及消毒^[5]。

1.2.2 观察组 行设备信息化管理追溯系统和改良清洗流程。

1.2.2.1 成立课题小组 消毒供应中心护士长担任组长，3名护士担任组员，要求小组成员学历大专及以上，职称护师及以上。组长带领组员参加系统性知识技能培训，培训内容包括失效模式与效应分析(FMEA)、设备信息管理、改良清洗流程等相关知识，要求小组成员熟练掌握理论知识，拥有娴熟操作技巧。

1.2.2.2 管理风险分析 小组组长结合现阶段眼科精密器械管理模式绘制管理流程图，召开小组会议，采用“头脑风暴法”对当前管理流程行风险评估，找出潜在失效模式及其失效原因。本次研究共总结出5点失效模式，并分析出失效原因：

(1) 清洗质量不合格：①缺乏器械清洗专项人员，预处理不当，清洗工具使用不当，器械回收时间固定致使清洗工作时间分配不合理，清洗难度增加；②器械清洗人员缺乏责任心。

(2) 器械缺损：①清洗期间器械摆放随意，缺少器械保护措施；②器械运输过程中未妥善放置。

(3) 交接不当：①器械回收时间固定，缺少充足时间清点器械；②质量交接缺乏硬性标准。

(4) 周转困难：①器械回收、清洗时间过于集中，周转时间过长；②现有器械包数量无法满足临床需求。

(5) 培训考核不合理：①缺乏系统性培训；②缺乏明确流程及质量标准。基于潜在原因，计算各失效模式风险优先指数(RPN)，RPN评分最高失效模式，最先开始改进^[6]。

1.2.2.3 器械管理流程

(1) 开展信息管理，制作器械照片：①引入信息化技术，在医院信息网络中心协助下，构建医疗器

械信息化管理追溯系统平台，器械包上设置UDI编码，通过扫描UDI编码，即可利用电脑系统查看器械包中眼科精密器械种类、数量、性能、使用次数、使用时间及对应手术时间和患者信息、器械清洗次数、器械更新记录等一系列相关信息^[7]；②将整套器械实物照片导入电脑系统，需要查询时在追溯系统里查询^[8]。

(2) 促进科室联动，加速器械周转：①提高科室间沟通效率，手术室发现器械存在问题立即通知消毒供应中心，手术中设置器械使用电子记录簿，手术室护士根据医师建议和意见，将器械包UDI编码、器械名称、器械问题、处理意见等记录在电子记录簿上，记录信息会实时反馈到消毒供应中心管理平台，并据此做出及时调整；②多数眼科手术时间较短，器械使用需求较大，需要器械快速周转，个别眼科精密器械价格昂贵，难以实现大量准备，因此需要通过调整收下送制度，提高器械周转速度。手术室预处理后立即通知消毒供应中心回收器械，确保器械可在使用后60 min内进入清洗流程，清洗消毒后及时下送^[9]。

(3) 改良清洗流程，强调器械保护：①对于内含易损、怕压眼科精密器械的器械包，上附勿压、轻放等字样，回收器械后整齐摆放器械包，易损、怕压器械包置于顶部；②制定眼科精密器械清洗分级标准，A级：显微持针钳、显微无齿镊、撕囊镊、晶体镊、角膜剪等一般眼科精密器械；B级：23G膜镊、钛合金眼用导管针等贵重眼科精密器械；③A级器械整齐摆放于精密清洗框中，避免器械重叠放置，初次冲洗后将清洗筐浸入内含1:270全效多酶清洗液整理箱中，浸泡5 min，温度40℃；浸泡后将器械逐一整齐摆放在底部配置硅胶垫的清洗盒中，清洗盒整体放入QX2000台式超声波清洗机(山东新华医疗器械股份有限公司)，选择精密器械清洗程序，超声频率80 kHz，功率50%，超声清洗5 min，污染严重器械清洗10 min；④B级器械选用手工清洗，整齐摆放于清洗筐中行多酶浸泡，随后根据精密器械具体情况，选择合适型号软毛刷清洗器械；⑤再将A、B级器械分别置入Super-6000全自动清洗机(山东新华医疗器械股份有限公司)行二次清洗+消毒处理，清洗前调整器械位置，避免发生挤压^[10]；⑥清洗干燥后检查器械性能，性能下降严重需剔除，随后将器械装入对应器械包中，并记录器械清洗过程，上传至管理平台。

(4) 重视环节对接，优化存放环境：①加强器械管理环节质量管控，确保各环节紧密连接无差错。

回收→清洗,要求手术室护士详细清点器械种类与数量,与消毒供应中心人员精准对接,叮嘱其认知检查器械性能质量;清洗→包装,清洗后器械需快速转移至包装区,避免器械在去污区停留过久造成二次污染;包装→灭菌,器械性能检查及包装完成后将器械送至灭菌区,器械转移时保证轻拿轻放,避免造成器械损伤,影响器械性能;灭菌→运输,灭菌处理完成后,根据手术室需求将器械包运输至手术室,专设医疗器械运输路线,运输路线定时清洁消毒,避免器械包在运输中遭受污染。利用信息化管理追溯系统实时更新器械所处环节,发生器械性能质量下降问题时,通过管理平台找出原因,加以整改;②清洗消毒后器械包整齐放在器械柜中,上锁,定期消毒器械柜,从器械柜中取出器械包时需严格遵循手卫生标准和无菌操作。

(5) 加强培训考核,质量持续改进^[11]:①组织消毒供应中心人员定期参加精密器械清洗业务知识培训,培训内容包括眼科精密器械种类、精密器械清洗办法、精密器械清洗操作技巧、清洗工具种类及功能、清洗消毒设备使用方法、信息化管理追溯系统平台应用、眼科精密器械管理流程、眼科精密器械性能评估及器械消毒效果检测方法,每周一、三、五培训理论知识,每周二、四、六培训操作技巧,每天2课时,周日进行每周小测,连续培训10周,小测成绩计入总成绩,小测成绩与总成绩比例为3:7,培训后行总成绩考核,总成绩>90分为合格;②课题小组实时监督眼科精密器械管理流程,每月底再次利用FMEA评估器械管理风险,结合器械管理环节中发现问题和手术室反馈建议和意见,制订针对性整改策略,促进器械管理质量持续改进。

1.3 观察指标

观察两组眼科精密器械管理风险、消毒合格率及性能。

(1) 根据FMEA评定标准评估眼科精密器械管理风险,评估内容由严重性(S)、可能性(O)及有效性(D)3部分组成,选用1~10分评分法。①S评定包括5个等级。1分:未对器械造成任何影响;2~3分:对器械造成影响,不影响正常使用;4~6分:器械使用存在不便,医师稍有不满;7~8分:医师对器械现状存在严重不满;9~10分:医师严重不满,器械现状可能会引发医疗事故;②O评定包括6个等级。1分:几乎不可能发生;2分:有轻度发生可能;3分:有可能发生;4~6分:偶尔发生,但几率不大;7~8分:经常发生;9~10分:几乎不可避免;③D评定包括5个等级。1~2分:

几乎可以肯定;3~5分:存在良好检测手段;6~8分:可能检测出来;9分:很有可能检测不出;10分:大概率检测不出来。通过S、O、D评分计算风险优先指数(RPN), $RPN=S \times O \times D$,总分1~1000分,评分越高代表眼科精密器械管理风险越高,本次研究以 $RPN \geq 150$ 分为优先解决^[12]。

(2) 选用放大镜检测、微生物培养检测、ATP生物荧光检测和杰力试纸法检测4种检测方法,评估眼科精密器械消毒合格率,以《眼科手术器械清洗消毒及灭菌技术操作指南》为参考标准。①放大镜检测:5倍放大镜下观察器械表面光滑程度,是否存在污染残留。外表面光洁且无污染残留为合格;②微生物培养检测:无菌棉签于器械上取样行细菌培养,计算菌群数量。单件器械细菌数<20 cfu为合格;③ATP生物荧光检测:纯化水灌洗器械5次,收集灌洗液,利用3M ATP荧光检测拭子蘸取灌洗液,测定ATP荧光值。相对光单位 ≤ 150 为合格;④杰力试纸法检测:利用杰力试纸蘸取灌洗液,观察试纸颜色变化。1 min后试纸显黄色为合格^[13]。

(3) 选用医院自行拟订“眼科精密器械性能评分表”评估眼科精密器械性能。①剪类:剪拉薄棉花片,整齐剪下无粘扯,评3分;整齐剪下无粘扯,有钝感,评2分;未能整齐剪下和(或)有粘扯,评1分;②钳类:拍打手掌或从空中抛下,不自动弹开,完全闭合时夹住1号线头且不脱落,评3分;不自动弹开,能夹紧1号线头,使用时有顿挫感,评2分;自动弹开和(或)无法完全闭合,评1分;③镊类:闭合情况下用手触摸,光滑,无错开、缺损,评3分;光滑,有错开或缺损,评2分;粗糙,有错开和(或)缺损,评1分;④夹类:夹住手推针,无晃动,评3分;无晃动,但对手推针造成磨损,评2分;有晃动,评1分。评分范围为4~12分,4分为四级、5~6分为三级、7~9分为二级、10~12分为一级,评分越高说明器械性能越好。

1.4 统计学处理

通过ERP软件录入数据,选用SENSORS Data软件比对数据,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验;等级资料采用两独立样本的Wilcoxon秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组眼科精密器械管理失效模式RPN比较

观察组眼科精密器械清洗质量不合格、器械缺

损、交接不当、周转困难、培训考核不合理 RPN 均少于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组眼科精密器械消毒合格率比较

观察组 126 件精密器械在放大镜检测、微生物培养检测、ATP 生物荧光检测、杰力试纸法检

测下合格率明显高于对照组, 差距存在统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组眼科精密器械性能等级比较

观察组 140 件精密器械性能等级明显优于对照组, 差距存在统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组眼科精密器械管理失效模式 RPN 比较

组别	件数	清洗质量不合格	器械缺损	交接不当	周转困难	培训考核不合理
对照组	126	432.59 ± 12.34	390.17 ± 11.25	245.62 ± 9.64	150.39 ± 8.69	155.27 ± 7.88
观察组	140	12.23 ± 2.06	8.59 ± 1.02	13.26 ± 1.13	19.57 ± 1.82	9.86 ± 1.07
t 值		397.040	399.588	283.105	173.968	216.180
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组眼科精密器械消毒合格率比较

组别	件数	放大镜检测	微生物培养检测	ATP 生物荧光检测	杰力试纸法检测
对照组	126	119 (94.44)	115 (91.27)	109 (86.51)	106 (84.13)
观察组	140	140 (100.00)	140 (100.00)	134 (95.71)	130 (92.86)
χ^2 值		7.988	12.750	7.116	5.051
P 值		0.005	0.000	0.008	0.025

表内 () 内数据为百分数 (%)。

表 3 两组眼科精密器械性能等级比较

组别	件数	一级	二级	三级	四级
对照组	126	81	18	18	9
观察组	140	103	13	7	3

秩和检验: $z=3.271, P=0.001$ 。

3 讨论

眼部结构复杂、精细, 疾病种类繁多, 为满足各种眼科手术需求, 眼科手术器械不断向复杂化、精细化方向发展, 但其为眼科手术带来便捷的同时, 也提高了眼科精密器械管理的难度^[14]。随科学技术发展, 各类型医疗机构先后引入高新技术, 医用耗材、药品、病例信息管理效率明显提升, 但作为手术成功完成重要保障的医疗器械管理, 还依然秉承传统管理模式, 导致医疗器械受损、丢失、清洗消毒不合格等问题经常发生, 为临床治疗工作进行造成严重阻碍, 故在眼科精密器械管理中积极引

入高新技术, 改良器械清洗流程, 对于促进眼科手术顺利开展、保证手术成功率均具有重要意义^[15]。本次研究在眼科精密器械管理中运用设备信息化管理追溯系统和改良器械清洗流程, 其应用价值主要体现于以下两个方面:

3.1 降低器械管理风险

设备信息化管理追溯系统是一种基于信息化管理平台的设备管理模式, 利用信息化管理追溯系统实时更新眼科精密器械基础信息、所在位置及所处环节, 实现器械全程跟踪, 避免器械丢失, 即便发生器械管理问题, 也能通过信息管理平台快速找出问题所在, 以便于对此加以改进。本次研究还在信

息化管理追溯系统中加入 FMEA, 通过对当前器械管理中失效模式及其原因进行深度剖析, 获取各失效模式 RPN 值, 再根据 RPN 值高低确定急需改进的失效模式, 改进措施针对性和精准性得以提升, 课题小组每月底还会对当月器械管理存在问题进行整合分析, 保证器械管理质量持续改进。此外, 为眼科精密器械制作照片, 能提升器械包可视性, 无需打开器械包, 即可明确器械包内器械种类和数量, 不仅能够避免器械下放错误事件发生, 也可避免器械遭受污染。本次研究器械管理失效模式 RPN 值由观察组眼科精密器械清洗质量不合格、器械缺损、交接不当、周转困难、培训考核不合理 RPN 均少于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 可见设备信息化管理追溯系统和改良器械清洗流程在控制器械管理风险方面可发挥重要作用。

3.2 控制器械清洗质量和性能质量

改良器械清洗流程将眼科精密器械分为两个级别分开清洗, A 级精密器械数量多, 精密度相对较低, 人工清洗费时费力, 基于硅胶垫整齐摆放入清洗机中清洗, 既可避免器械相互交叉引起的清洗不净、器械损伤等问题, 还能提高清洗速度; B 级精密器械精密度较高, 购入成本高, 机洗难以达到清洗要求, 同时该级别精密器械数量较少, 故更适合人工清洗, 在消毒供应中心人员经过为期 10 周的系统性培训基础上, 可确保 B 级精密器械通过人工清洗不仅能达到器械清洗标准, 还可维持器械性能质量。此外, 通过对器械回收→清洗→包装→灭菌→运输流程进行优化, 加强器械存放环境消毒管理, 从而降低器械遭受污染和损坏的概率。本次研究观察组眼科精密器械放大镜检测、微生物培养检测、ATP 生物荧光检测及杰力试纸法检测消毒合格率高于对照组 ($P<0.05$), 观察组 140 件精密器械性能等级明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述, 灵活运用设备信息化管理追溯系统追溯系统模式和改良清洗流程, 能有效提升眼科精密器械管理效率、清洗质量和性能等级, 为眼科手术成功完成提供重要保障。

4 参考文献

- [1] 陈聪, 杨帆, 范立成, 等. 眼科手术导航的 OCT 图像畸变矫正 [J]. 光学精密工程, 2020, 28(1): 182-188.
- [2] 曹小兰, 姜梁, 胡晓艳. 耳鼻咽喉科内镜室清洗消毒及微生物污染调查分析和对策 [J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(4): 67-71.
- [3] 张小燕, 黄秀霞, 韩璐. 3 种清洗剂用于牙科磷酸锌水门汀污染的金属器械清洗效果观察 [J]. 实用口腔医学杂志, 2020, 36(5): 740-743.
- [4] 张文华, 闻涛, 娄静. 规范化清洗消毒对消毒供应中心器械清洗消毒质量的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(22): 129-131.
- [5] Tepelus TC, Hariri AH, Balasubramanian S, et al. Reproducibility of macular thickness measurements in eyes affected by dry age-related macular degeneration from two different SD-OCT instruments [J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina, 2018, 49(6): 410-415.
- [6] Tearney GJ. Devices, Systems, Methods and Storage Mediums Using Full Range Optical Coherence Tomography [J]. European Heart Journal, 2018, 39(41): 3685-3686.
- [7] 杨宏娟, 白芳, 史玲玲, 等. 眼科显微手术器械损坏率的探讨与分析 [J]. 中国消毒学杂志, 2020, 37(2): 159-160.
- [8] 徐小奇, 林超, 陈燕燕. 眼科医用高值耗材供应链管理体系的构建与应用 [J]. 中华医院管理杂志, 2018, 34(10): 863-865.
- [9] Sedaghat MR, Momeni-Moghaddam H, Ambrósio R Jr, et al. Long-term Evaluation of Corneal Biomechanical Properties After Corneal Cross-linking for Keratoconus: A 4-Year Longitudinal Study [J]. J refract surg, 2018, 34(12): 849-856.
- [10] 陈秀丽, 王艳, 王大莉, 等. 医用导光检测仪的制作及在管腔器械清洗质量检查中的应用 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(3): 475-476.
- [11] 谢建仪, 王秋喆, 黄琛厦. 供应室标准操作程序在骨科外来手术器械清洗质量控制中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(16): 133-135.
- [12] 李琼霞, 张敏, 张学华, 等. 内镜清洗消毒流程对降低医院感染风险的效果研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(10): 1584-1586.
- [13] Sirinirund B, Garaicoa-Pazmino C, Wang HL. Effects of Mechanical Instrumentation with Commercially Available Instruments Used in Supportive Peri-implant Therapy: An In Vitro Study [J]. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, 2019, 34(6): 1370-1378.
- [14] 李磐, 师红星, 符聪, 等. 激光清洗用高功率纳秒脉冲掺镱光纤激光器 [J]. 激光与光电子学进展, 2018, 55(12): 354-358.
- [15] 钟丽华, 王红梅, 任素桃, 等. 应用品管圈提高骨科手术外来医疗器械清洗合格率 [J]. 中国感染控制杂志, 2018, 17(3): 267-269.

[2021-01-26 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

管道预警标识管理的持续改进与应用效果

任红梅 魏瑶

【摘要】目的 探讨持续改进管道预警标识管理在提高护理质量安全,保障患者安全的应用效果。**方法** 2019年9月医院开始对管道标识进行改进,按照突发事件预警颜色级别分别将高、中、低危管道进行统一颜色设置,统一格式,统一规划,标识贴中添加入液体流向箭头,并规范管道标识管理。比较管道预警标识改进前后管道相关护理不良事件发生率、护理工作效率、患者健康教育知晓率、满意度情况。**结果** 持续改进后发生管道相关的护理不良事件较管道标识改进前明显降低,实施后护士的交接班及管道巡视效率明显提高,患者健康教育合格率、满意度均有提高,与改进前比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 规范管道预警标识及管理,能有效降低护理不良事件的发生率,提高护理质量,保障患者安全,提升患者满意度。

【关键词】 管道预警标识;管理;护理质量安全

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.036

保障患者安全是医院护理质量安全的基础^[1]。现代医学技术水平的不断提高,手术种类日趋增多,而各类管道也日趋增多,如T管、胸腔引流管、吻合口以下的胃管、鼻胆管、胰管、导尿管、胃管、脑室引流管、胸腔引流、腹腔引流等,这些引流管的应用对病情观察、治疗效果等起着至关重要的作用,有的甚至危及患者生命安全,在管道护理中如果不能正确识别管道极易出现不良事件^[2]。规范管道预警标识及管理既保障患者安全,又提高护士的管道风险识别能力,提高工作效率,提高健康教育合格率,提升患者满意度^[3-4]。为了保障患者的安全,提高护士的工作效率,提升患者满意度,针对引流管标识种类多、颜色繁杂,不易分辨管道风险,护理部成立管道护理质控组,对管道标识进行改进,制定护理流程制度,做好细节管理,取得满意效果。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年7—9月(未改进管道标识前)留置管道的住院患者4417例为对照组,其中男2176例,女2241例;平均年龄 46.5 ± 15.3 岁;平均留置管道根数 4.2 ± 2.5 根;总床日数38 895 d。选取2019年10—12月(改进管道标识后)有留置管道的住院患者4669例为观察组,其中男2122例,女2547例;平均年龄 46.8 ± 14.9 岁;平均留置管道根数 4.4 ± 2.4 根;总床日数40 064 d。两组患者

性别、年龄、留置管道根数比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 管道管理方法

对照组采用常规管道管理方法,观察组采用持续改进管道预警标识管理方法,具体方法如下:

1.2.1 成立管道护理质控组 管道护理质控小组共6人,由护理部副主任任组长,组员为护理督导,制订小组职责、管道护理流程、制度、管道护理质量督查表。

1.2.2 管道标识设计 标识设计原则:规范、统一、警示醒目、一目了然。将医疗护理管道风险等级分为高、中、低危3类,标识颜色参考突发事件警报级别一级红、二级橙、三级黄、四级蓝危险警示颜色,将高危管道标识设为主色调红色配黑色字、中危管道标识设为主色调橙色配黑色字、低危管道标识设为主色调黄色配黑色字、静脉路管道主色调蓝色配黑色字,并在标识贴中添加入液体流向箭头,其中静脉管路中的深静脉管与PICC管属于高危管道,因此管道标识设计将高危管道及静脉管道标识特点融合在一起,主色调仍是蓝色底配黑色字,但标识添加红色外框并把液体流向箭头改为红色。各类引流冲洗、灌洗输入性管道标识要与输液管道能明显有效的区分,设计方案按照高危管道标识设计为红色但粘贴方向是竖版,另外,根据肠内营养国际标准,将其输注管道标识设计为主色调紫色配橙色字,并统一使用紫色一次性肠内营养输注器。根据临床实际需求,也设计可自行填写管道名称的空白栏的管道标识。管道标识内容、规格设计:管道标识内容包括管道名称、液体出入流向箭头、置管时间。

管道标识规格：统一 8 cm × 1.8 cm。

1.2.3 规范管道标识管理 患者置入管道后第一时间做好相应标识。在病房置入的尿管、胃管、各类引流管等由病房责任护士做好标识；各类手术切口、非临床科穿刺引流管标识由相关科室护士做好标识；深静脉置管标识由配合穿刺的护士完成；PICC 置管由穿刺护士完成标识，管道标识需进行双人核对，避免管道标注错误。规范管道标识固定：所有引流管标识统一置于引流管与引流袋衔接处上 5 cm 处，同时在引流袋上再次注明该引流管名称，以便核对，有利于操作及引流液的统计与观察，提高护理工作效率^[5]。

1.2.4 管道护理管理制度实施 管道质控小组在完成管道标识设计、制度流程修订后，对全院护士进行规范化培训，通过培训使护士了解管道预警标识的目的、改进后管道标识的作用及对护理质量的影响，掌握操作流程及具体管理制度。在实施过程中责任护士先对管道风险分类评估后再按规范贴上相应颜色的标识，每班检查标识，标识不清晰应及时更换新标识，并且及时与患者、家属进行健康宣教，向患者、家属解释管道的重要性，讲解管道预警标识的意义，让患者及家属主动参与到安全管理中，保证患者安全。管理小组工作职责主要为检查管道标识评估正确性，督查管道标识管理流程及制度落实情况，护理记录是否准确，对患者的宣教是否到位。在实施过程中管理小组定期应用管道护理质量督查表对管道护理工作进行督查，通过 PDCA 循环不断完善管道标识管理^[6]。

1.3 观察指标

比较两组护理工作效率、管道相关不良事件发生率、患者健康教育知晓率、满意度情况。护理工作效率是以调查时期护士对管道滑脱风险评估时

间、管道辨别时间来测算。管道相关不良事件发生率是以调查时间段发生的管道相关不良事件。患者健康教育合格率及患者满意度采用问卷调查形式每月调查带管患者对管道护理相关知识及护理满意度情况。健康教育知晓调查问卷包括管道风险级别、管道护理相关注意事项、疾病相关知识等内容，均由患者自主评价，将问卷结果分为非常了解、了解、一般、不了解，以非常了解加了解来统计知晓率。满意度调查问卷主要包括管道标识、健康教育、服务态度等内容，均由患者自主评价，根据评价结果分为非常满意、满意、一般、不满意，以非常满意加满意来统计满意度^[7]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行统计分析，计数资料比较采用 χ^2 检验，非正态分布计量资料以“中位数（四分位数间距）”表示，组间中位数比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者给药错误、非计划性拔管、连接错误、引流量记录错误发生率比较

观察组患者给药错误、非计划性拔管、连接错误、引流量记录错误发生率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者管道滑脱风险评估时间与管道辨别时间比较

护士对观察组患者管道滑脱风险评估时间与管道辨别时间明显短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者健康教育知晓率及满意度比较

观察组患者健康教育知晓率、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 1 实施前后管道相关不良事件发生率比较

组别	观察例数	给药错误	非计划性拔管	连接错误	引流量记录错误	发生率（%）
观察组	4417	6	30	10	12	1.31
对照组	4669	0	10	0	0	0.21

$\chi^2=36.902, P=0.000$ 。

表 2 两组患者管道滑脱风险评估时间与管道辨别时间比较（s）

组别	观察例数	管道滑脱风险评估时间	管道辨别时间
对照组	4417	47.7（22.9）	42.4（31.3）
观察组	4669	18.7（7.5）	6.8（5.0）
u^* 值		82.007	76.690
P 值		0.000	0.000

* 中位数比较的秩和检验值。

表 3 实施前后患者的健康教育知晓率及满意度比较

组别	观察例数	健康教育知晓		满意度	
		例数	知晓率（%）	例数	满意率（%）
对照组	4417	3754	84.99	3901	88.32
观察组	4669	4482	95.99	4551	97.47
χ^2 值		324.170		293.073	
P 值		0.000		0.000	

3 讨论

3.1 减少护理不良事件的发生率,保障患者安全

从既往不良事件数据来看,因管道管理不到位出现的不良事件不光是在堵塞、非计划拔管、感染等方面,同时还可能出现冲洗与输液弄混用错药、错误连接等,这些多数是由于管道区分不良,管理不到位引起的,按突发事件警示颜色来规范管道预警标识管理是一种先进的管理思路。从研究数据来看,2019年10—12月对管道预警标识进行改进后不良事件发生率低于改进前,差异具有统计学意义($P<0.05$),说明规范管道预警标识管理后,大大减少了相关不良事件的发生率,保障患者安全。

3.2 提高护士的风险防范意识

外科患者及病情复杂的患者管道种类较多,原先标识颜色不统一,容易混淆管道,影响护士对管道风险级别判断及管道滑脱风险评估的准确性,从而影响病情观察,而高、中、低危管道标识颜色统一及液体流向箭头的应用可以提高护理人员对管道风险级别判断,统一醒目的标识不仅可以起到警示作用,还可以让护理人员有针对性查看各类管道,有利于护理人员对病情变化的及时判断,提高护理人员的风防范意识,降低护理风险事件的发生率,提升护理质量。

3.3 提高护士的工作效率与质量

改进后的管道预警标识管理一方面便于区分管道防止差错,另一方面则能够帮助护士缩短核对管道时间,方便护士的交接班。护理人员可以根据管道标识颜色,一眼就能判断出管道的风险级别,马上就可以评估出患者的管道滑脱风险评分,及时给予相应的预防措施,即便是新护士也能很快的培训到位,从数据来看,在实施改进后大大缩短了护理人员评估管道滑脱风险时间、管道辨别时间,明显提高护理工作效率与质量。

3.4 患者主动参与安全管理

2019年6月发布中国医院协会患者十大安全目标(2019版),“鼓励患者参与患者安全”作为患者十大安全目标之一,其临床执行情况直接影响着患者的安全^[8]。改进后的管道预警标识,护理人员可以更好更直观的对患者进行管道安全知识的教育,告知每根管道的作用和注意事项,提高患者健康教育知晓率,从数据来看,在实施改进后患者健康教

育知晓率从84.99%上升至95.99%。改进后的管道预警标识还可以让患者及家属更容易掌握各类管道风险,一眼就能判断出管道的风险,可增强患者及家属主动参与自身安全管理意识,保障安全。

3.5 提升患者满意度

患者满意度与患者的安全呈正相关,实施改进后的管道预警标识管理制度,使患者及家属主动参与安全管理、很容易就掌握自身管道重要性及注意事项。从数据来看,在实施改进后患者对管道护理的满意度从88.32%上升为97.47%,成效显著。

综上所述,规范管道预警标识管理可提高护士的风险防范意识、提高护士的工作效率、保证护理质量,减少护理不良事件的发生,还能让患者及家属主动参与到安全管理中,进一步保障患者安全,提升患者满意度。同时也可以帮助护理人员养成良好的核对习惯,有利于提升护理工作效率和工作质量。

4 参考文献

- [1] 杨汉喜,常笑,陈燕燕.护理人员对患者参与患者安全态度的现状调查[J].护理学杂志,2018,33(18):11-14.
- [2] 闻诗琴,罗敏.管道安全护理在临床护理工作中的应用与体会[J].中国误诊学杂志,2010,10(11):2639-2640.
- [3] 刘念,郑莉.规范化管道护理在神经外科的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(55):247-248.
- [4] 许旸晖,徐秀群,吴洪磊,等.管道护理专业组在医院管道风险管理中的实践及效果评价[J].护士进修杂志,2019,34(7):620-622.
- [5] 陈海青,金敏丽,袁朵.管道标识在胸外科护理安全管理中的应用与效果分析[J].中医药管理杂志,2018,26(22):174-176.
- [6] 王巧,马芳,朱真真,等.运用PDCA循环管理规范病房管道标识[J].中西医结合护理,2018,4(12):165-167.
- [7] 秦利恒.导管标识管理制度设计与应用对胸心外科护理安全管理质量的影响[J].临床研究,2018,26(11):174-175.
- [8] 范玉霞,张甜,曾定芬.基于患者参与患者安全的医护一体化健康教育模式在甲状腺癌患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(1):13-15.

[2020-04-15 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

基于信息化 Benner 理论能级分层管理联合个性化培训模式对低年资护理人员核心能力提升的影响

贺晓莉

【摘要】目的 探讨 Benner 理论能级分层管理联合个性化培训模式对低年资护理人员核心能力提升的影响。**方法** 选取医院 N0-N1 级护理人员 105 名为研究对象, 对其采用 Benner 理论能级分层管理联合个性化培训模式进行培训, 比较培训前后低年资护理人员的核心能力、考核成绩及患者对护理人员满意度。**结果** 培训后低年资护理人员核心能力、理论知识、技能操作考核成绩均高于培训前, 患者满意度也明显高于培训前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** Benner 理论能级分层管理联合个性化培训模式可使培训时间自由化, 培训内容更具有针对性, 有助于年轻护理人员核心能力的提高。

【关键词】 低年资护理人员; Benner 理论; 能级分层管理; 个性化培训模式; 核心能力; 培训效果

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.037

护士核心能力指护士在临床工作中利用理论知识、操作技能和判断水平的能力^[1], 包括干预能力、信息处理能力、人际交际能力、批判性思维能力、管理能力、教育能力等多个方面^[2-3]。随着我国老龄化及综合国力的提高, 护理从业人员逐渐增多, 护理人员能力培训成为各医疗机构工作重点之一, 能级分层管理是一系统的专业能力培养和考核制度, 弥补了以往按资排辈的不足, 以护理人员能力为基础进行定级、定岗、定责、定薪的管理模式^[4]。Benner 理论能级分层认为护理人员的成长过程具有阶段性, 包括初级、高级、胜任、熟练、专家 5 个阶段, 在 Benner 理论的基础上我们根据医院的实际情况将医院护理人员从低到高分 N0-N4 级, N0、N1 级护理人员临床经验少, 所掌握专业内容仅包括学校教授的普遍性护理知识, 初入医院接触实际患者后不知如何解决问题, 需要经验丰富的带教人员从旁指点。本研究探讨基于 Benner 理论能级分层管理联合个性化培训模式对年轻护士核心能力的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 N0-N1 级护理人员 105 名为研究对象, 男 9 名, 女 96 名; 年龄 24~32 岁。其中 N0 级 79 名, N1 级 26 名。纳入条件: 根据个人申报、科室组织考核评定、上报医院护士能级管理办公室等方式, 进行能级评定的护理人员; 年龄 ≥ 20 周岁; 能独立阅读完成填写所需问卷; 取得护士执业证书;

从事临床护理工作 1~5 年, 且知晓自己评定的能级。排除标准: 未从事临床护理工作; 近 3 个月内参加过其他研究者。

1.2 信息化能级分层次管理培训模式

(1) 成立课题组: 本课题组成员共 5 名, 均来自于医院护理部, 组长为护理部主任, 组员 4 名。组长负责对本研究所涉及的问卷、量表进行审核, 对组员统一培训相关评价内容与评价方法, 要求组员掌握护理自主学习平台内容推送方法, 并严格按照本研究所构建的基于信息化手段对研究对象实施干预, 同时组员承担本次研究中所有问卷量表资料的数据收集与整理。

(2) 信息化平台的设计及使用: 信息化平台包括管理员平台、参训护士平台。管理员平台操作内容包括: ①信息发布: 管理员登陆后面向培训护士发布相关培训计划、培训通知、培训新闻动态等, 使全院护理人员及时了解相关培训信息; ②护士信息管理: 用于维护护士基本信息, 了解参训护士基本信息和护士培训档案; ③培训资料管理: 用于维护和更新培训资料、考试试卷, 上传和更新护理培训精品课件、护理操作或讲座视频、考试参考资料等; ④理论考试平台: 管理员负责设置题型、考试题库、模拟考试支持、考试后成绩点评分析等。实现在线监控、自动评分、成绩管理、试卷分析等, 有效解决考试形式化等各类弊端问题; ⑤在线考试: 体现公平、公正、公开原则; ⑥模拟考试: 护士可利用业余时间进行模拟考试, 提高护士自主学习能力。参训护士平台具有培训新闻动态浏览、在线课堂、学习培训监控、查询成绩等功能, 为护士提供方便、快捷试用、前沿、高效的培训模式。此外,

基金项目: 宁夏护理学会科研课题项目 (编号: NXHL19-13)
作者单位: 750001 宁夏银川市第一人民医院

护士作为使用者,凭个人账号和密码登录,安全性高,且不受时间与场地的限制。

(3) 个性化能级培训:定期将理论知识和操作技能制作成视频或 PPT 上传至在线考试平台和自主学习平台中,护士利用业余时间或空闲时间登录平台进行学习,护理人员虽处于相同或相近能级水平,但各自之间对临床技能及理论知识的弱项各不相同,护理人员可在上传内容中选择自己的弱项进行强化学习,而不用统一对知识点进行学习,然后管理员统计各个护士的学习积分,促使护士能自主学习。

1.3 观察指标

(1) 核心能力:采用注册护士核心能力量表进行评估,共 7 个纬度 58 个条目,每个条目采用 0~4 分 5 级评分法,其中 0= 没有能力;1= 有一点能力;2= 有一些能力;3= 有足够的的能力;4= 很有能力,分值与核心能力呈正比。

(2) 考核成绩:包括理论知识和技能操作两个方面,满分均为 100 分。

(3) 护理满意度:培训前与培训后各选择住院患者 110 例进行护理满意度调查,患者满意度分为

非常满意、满意、不满意 3 个等级,满意率 = 非常满意 + 满意例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计学软件,计量数据采用“均数 $\pm$ 标准差”描述,组间均数的比较采用 t 检验,计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理人员培训前后核心能力的比较

培训后护理人员核心能力中评判性思维和科研、临床护理、领导能力、人际关系、伦理和法律实践、专业发展、教育咨询等评分均高于培训前,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

2.2 护理人员培训前后考核成绩比较

培训后护理人员理论和技能操作考核成绩均高于培训前,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

2.3 患者对护理人员培训前后满意率比较

患者对培训后护理人员满意率高于培训前,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 3。

表 1 护理人员培训前后核心能力的比较 (分)

时间	人数	评判性思维和科研	临床护理	领导能力	人际关系	伦理和法律实践	专业发展	教育咨询
培训后	105	29.4 $\pm$ 4.9	28.5 $\pm$ 3.9	35.6 $\pm$ 7.1	28.7 $\pm$ 4.5	26.7 $\pm$ 3.8	19.3 $\pm$ 2.8	23.5 $\pm$ 2.9
培训前	105	21.3 $\pm$ 5.6	19.2 $\pm$ 2.4	24.5 $\pm$ 6.1	20.6 $\pm$ 4.0	19.3 $\pm$ 3.4	12.7 $\pm$ 1.9	15.1 $\pm$ 2.3
t 值		11.154	20.810	12.151	13.786	14.871	19.987	23.255
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 护理人员培训前后考核成绩比较 (分)

时间	人数	理论成绩	技能操作
培训后	105	93.8 $\pm$ 7.6	90.2 $\pm$ 7.3
培训前	105	82.4 $\pm$ 6.5	81.9 $\pm$ 6.2
t 值		11.681	8.880
P 值		0.000	0.000

表 3 患者对护理人员培训前后满意率比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意率 (%)
培训后	110	75	30	5	95.45
培训前	110	58	32	20	81.82

$\chi^2 = 10.154$, $P = 0.001$ 。

3 讨论

护理工作是医疗卫生工作的重要组成部分,在医疗卫生事业发展中发挥着不可替代的作用^[5]。加强护理工作、更好地服务于人民群众不仅是护理事业发展的着力点,也是实现医药卫生体制改革总体目标的重要措施。现实社会中,患者需要的不仅是生理和安全上的满足,更包括医疗活动中通过人文关爱体现出来的被重视、被尊重和一种归宿感^[6-7]。护士作为提供护理服务的主体,其核心能力关系着患者的心理体验乃至整体护理质量。护士核心能力被国际护士协会定义为护士的理论知识、操作技能、工作态度在临床工作中的综合表现^[8],并强调护士核心能力是建立在卫生保健形式、专业现实、世界发展趋势的基础之上,并认定护士核心能力可随着护理人员工作任务和环境发生迁移,有利于护理人员快速适应新的工作需求^[9]。

Benner理论将护理人员分为5个等级,包括初级、高级、胜任、熟练、专家,项目组结合信息化Benner理论,根据医院实际情况,将护理人员分为N0-N4共5个等级,N0、N1级护理人员从事临床工作时间短,基本理论知识掌握不全面,临床经验少,技能操作不熟练,应急能力低,医院需定期培训帮助年轻护理人员快速成长,满足临床工作的需求。信息化是我国医改的重要组成部分,医院信息化平台的建设是支撑医学科研的基础^[10],作为临床工作不可或缺的组成部分,护理信息化也备受关注,信息化技术改变了临床工作流程,随之培训考核、人员管理、质量控制等方面也需要进一步转化,护理人员日常工作繁忙,需要轮值夜班。上班与培训时间经常冲突,每次听课人数不全,人员集中学习难度较大,信息化培训可实现学习时间自主化,护理人员自由选择学习时间,可做到生活、工作、培训三者兼顾,提高了培训效果。能级分层是根据护理人员能力进行分级,包括N0~N4五个级别,信息化能级分层培训可制订符合不同层级护理人员的培训计划,护理人员根据自己能级选择培训内容,使培训更有针对性,另外护理部还可通过信息平台对学员进行督促,保证培训工作的顺利完成。培训完成后进行线上考核,详细记录每次考核成绩,并以此作为护士晋级的标准。在本项研究中采用信

息化能级分层培训模式,培训后护理人员的核心能力评分明显高于对照组,理论知识、技能操作考核及患者满意度也明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,基于信息化Benner理论能级分层次管理培训模式可使培训时间自由化,培训内容更具有针对性,有助于提高年轻护理人员的核心能力和患者满意度。

4 参考文献

- [1] Chen HX, Pu L H, Chen Q, et al. Instrument development for evaluation of gerontological nurse specialists core competencies in china.[J]. Clinical Nurse Specialist CNS,2019,33(5):79-80.
- [2] 邓小玉. 基层医院实施护士岗位管理与分层培训的应用价值研究 [J]. 中国医药指南,2019,17(2):297-298.
- [3] Ann-Christin V,Christine LS,Birgitta AG,et al. Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper[J]. Nursing pen,2020,7(2):49-51.
- [4] 邵建玲, 王婷. 基于护士信息化网络培训平台对临床护理培训效果的研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志,2018,3(52):1-2,15.
- [5] 李琳波, 康凤英, 贺建霞, 等. 我国护理信息化发展现状及其局限性思考 [J]. 护理研究, 2018,32(11):1687-1690.
- [6] Chang IC, Lin PJ, Chen TH, et al. Cultural Impact on the Intention to Use Nursing Information Systems of Nurses in Taiwan and China: Survey and Analysis.[J]. Journal of Medical Internet Research,2020,22(8):598-601.
- [7] 柏亚妹, 钟琴, 宋玉磊, 等. 公立医院分级护理等级构建研究 [J]. 中华医院管理杂志,2018,34(12):1034.
- [8] Aubrey SW, Karen C. N.A Novel Application Of A Systems Theory-based Prospective Safety Model To Medication Use In The Operating Room Environment[J]. International Journal of Nursing,2020,10(5):94-97.
- [9] 童丽春, 王莉敏, 孔晓明, 等. 层级管理在进修护士培训中的应用与效果 [J]. 护理管理杂志,2017,17(2):118-119.
- [10] Kassaw MW, Abebe AM, Kassie AM, et al. Evidence from 2016 Ethiopian demographic and health survey data: Maternal practice in managing childhood diarrhea at home. [J]. Journal of Pediatric Nursing,2020(8):165-166.

[2021-01-10 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

虚拟仿真教学中护生课堂参与的影响因素分析

周寒寒 马常兰

【摘要】 目的 建立影响虚拟仿真教学护理专业学生（以下简称护生）课堂参与相关因素的路径模型。

方法 利用虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制问卷，以及虚拟仿真教学课堂参与行为意向问卷、课堂参与问卷等，对某校参与 Sim Man 综合模拟人教学的 312 名护生进行调查，利用结构方程模型拟合影响护生虚拟仿真教学课堂参与的相关因素。结果 在全部 312 名护生中，主动参与虚拟仿真教学的占 75.64%；经常课堂发言的占 10.26%，经常课堂主动提问的占 6.41%；护生行为态度（ $r=0.418$, $p<0.05$ ）、主观规范（ $r=0.372$, $P<0.05$ ）、感知行为控制（ $r=0.542$, $P<0.05$ ）均与课堂参与行为意向呈正相关，课堂参与行为意向（ $r=0.398$, $P<0.05$ ）与课程参与行为亦呈正相关；结构方程模型显示，护生对虚拟仿真教学的行为态度、感知行为控制对其课堂参与行为意向有正向作用（ $CR=2.427$, $P=0.015$ ； $CR=7.965$, $P=0.000$ ），进而通过课堂参与行为意向影响其课堂参与行为（ $CR=6.794$, $P=0.000$ ），而主观规范对其行为意向的影响较弱且不存在统计学意义（路径系数为 0.07）（ $CR=1.249$, $P=0.212$ ）。结论 护生在虚拟仿真教学中的主动参与意识较强，但在真正参与课堂中时仍存在主动性不够的表现。护生对于虚拟仿真教学的课堂参与意向受到其行为态度、感知行为控制的影响，进而影响其课堂参与行为，而主观规范在这一作用路径中的影响并不大。虚拟仿真教学课堂参与的干预须从护生自身行为态度、感知行为控制切入。

【关键词】 虚拟仿真教学；课堂参与；影响因素；结构方程模型

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.038

实践教学是培养学生专业技术应用能力及分析问题和解决问题能力的重要途径。缩短教学与临床的距离成为目前护理专业实训教学中亟需思考和解决的重要问题。虚拟仿真教学为解决这一问题提供了很好的改革方向。SimMan 综合模拟人是国内护理专业虚拟仿真教学常借助的平台，已应用于护理专业《内科护理学》《急救护理学》等课程中^[1-3]。由于虚拟仿真教学涉及的知识面广、专业门类相对较多，对学生的技能水平、团队合作能力、分析问题能力等提出了较高的要求。课堂参与作为护生虚拟仿真教学过程中主动学习的途径，会影响到护生对虚拟仿真教学的学习效果。高职护生对于虚拟仿真教学的课堂参与情况如何，这些问题在既往虚拟仿真教学相关研究中一直较少涉及。因而有必要针对护生对虚拟仿真教学的课堂参与进行系统研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2019 年 5—6 月以某学校参与《护理综合实训》课程（30 学时）SimMan 综合模拟人教学的 312 名

护生为调查对象。

1.2 调查工具

（1）虚拟仿真教学课堂参与问卷：从课堂参与性质、座位选择、主动提问方式、发言情况等方面反映虚拟仿真教学的课堂参与情况，其中利用虚拟仿真教学过程主动提问方式、发言情况作为课堂参与的外显测量指标，这两个条目均包括了对象（护生）、行动（课堂参与）、情境（虚拟仿真教学）、时间（课堂）这 4 个行为的 TACT 元素^[4]，评分均采用 Likert 4 分制（从“经常”到“从不”），其 Cronbach's α 为 0.751。

（2）虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制问卷：根据计划行为理论自行设计该问卷，经过条目筛选、预试验等步骤，最终确定主观规范包括重要团体（学校）及他人（任课教师、班主任 / 辅导员）对于护生课堂参与行为决策的影响，共计 3 个条目；行为态度测量护生对虚拟仿真教学的倾向或立场（提高临床护理、加深临床病理理解、促进理论知识理解是一种有效的学习形式），共计 4 个条目；感知行为控制测量了护生对于促进或阻碍行为实施的可能因素（阅读过复杂案例、群体学习经历、综合案例学习经历）的感知，共计 3 个条目。问卷 3 个部分的评分均采用 Likert 5 分制

基金项目：江苏省高校哲学社会科学基金项目（编号：2018SJA0787）；江苏省高等教育教改研究课题（编号：2019JSJC401）
作者单位：210000 江苏省南京市，江苏卫生健康职业学院

(从“非常不符合”到“非常符合”),3个部分的Cronbach's α 分别为0.734、0.904、0.845,提示各部分条目的内在一致性均较好。

(3)虚拟仿真教学课堂参与行为意向问卷:系在阅读相关文献^[5-6]基础上自行设计,测量了护生对虚拟仿真教学课堂参与的趋向意图(积极思考、发言、参与讨论),共计3个条目,评分均采用Likert 5分制(从“绝对不可能”到“绝对可能”),Cronbach's α 为0.743。

1.3 调查方法

取得被调查者的知情同意后,采用团测方式进行数据收集。资料收集后,对问卷内容进行核对、整理,然后利用Excel建立数据库。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件处理数据,利用Pearson相关明确虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制与课堂参与行为意向、课堂参与行为的相关性;利用AMOS 20.0软件拟合虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制对课堂参与行为意向、课堂参与行为影响的结构方程模型。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 虚拟仿真教学护生课堂参与现状

全部312名护生中,在SimMan综合模拟人教学中主动参与的236名;座位选择前面的161名、中间的139名、偏后的12名;在提问方式上,喜欢个别提问的78名,喜欢全班提问的234名;在课堂发言方面,经常发言的32名,偶尔发言的176名,很少发言的92名,从不发言的12名;在课堂主动提问方面,经常提问的20名,偶尔提问的137名,很少提问的127名,从不提问的28名;在倾向性的参与方式上,喜欢发言的19名,喜欢提问的21名,喜欢实际操作的72名。

2.2 虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制与课堂参与行为意向、课堂参与行为的相关性

Pearson相关分析结果显示,护生行为态度、主观规范、感知行为控制均与课堂参与行为意向呈正相关($P<0.05$);课堂参与行为意向与课程参与行为亦呈正相关($P<0.05$),见表1。

表1 护生虚拟仿真教学主观规范、行为态度、感知行为控制与课堂参与行为意向、课堂参与行为的Pearson相关系数(r)

	行为态度	主观规范	感知行为控制	课堂参与行为意向	课堂参与行为
行为态度	1.000				
主观规范	0.349*	1.000			
感知行为控制	0.318*	0.409*	1.000		
课堂参与行为意向	0.418*	0.372*	0.542*	1.000	
课堂参与行为	0.198*	0.097**	0.235*	0.398*	1.000

* $P<0.05$; ** $P>0.05$ 。

2.3 虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制对课堂参与行为意向、课堂参与行为影响的路径分析

在上述相关分析的基础上,结合本研究依据计划行为理论提出的初始模型,即行为意向是影响行为最为直接的因素,是预测行为发生的最佳变量;而行为意向受到主观规范、行为态度、感知行为控制的影响,利用AMOS 20.0软件对数据进行拟合。拟合结果显示,除AGFI外,其他拟合指标均满足适配标准(见表2),提示整体拟合较理想。在具体路径上,行为态度、感知行为控制对护生课堂参与行为意向有正向作用(路径系数分别为0.94、0.41)($CR=2.427$, $P=0.015$; $CR=7.965$, $P=0.000$),而主观规范对其行为意向的影响较弱(路径系数为0.07),路径系数亦无统计学意义($CR=1.249$, $P=0.212$);护生课堂参与行为意向对其课堂参与行为有直接影响(路径系数为0.44)($CR=6.794$, $P=0.000$)。

表2 虚拟仿真教学护生主观规范、行为态度、感知行为控制对课堂参与行为意向、行为影响模型的拟合结果

	GFI	AGFI	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RESEA
拟合模型	0.915	0.877	0.927	0.908	0.956	0.943	0.955	0.068
适配标准 ^[7]	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	>0.90	<0.08

注:GFI:拟合优度指数;AGFI:调整后拟合优度指数;NFI:规范拟合指数;RFI:相对拟合指数;IFI:增量拟合指数;TLI:非规范拟合指数;CFI:比较拟合指数;RESEA:近似均方根残差。

3 讨论

3.1 虚拟仿真教学护生课堂参与现状分析

在虚拟仿真教学中,利用SimMan模拟人等所

创设高度仿真的临床情境,要求护生整合各学科的专业知识,并组织护生对模拟人进行正确的诊断、治疗和护理,有利于培养护生的综合技能操作能力、临床思维能力等^[7-9]。因此,分析如何让护生更好

地参与到高仿真模拟课堂教学中就显得尤为重要。

本研究结果显示,在 SimMan 综合模拟人教学中,75.64% 护生能够主动参与到课堂教学中,这与既往对大学生群体课堂参与研究得到的大学生中被动参与课堂学者远远多于主动参与者的结论^[6]不一致。这可能与虚拟仿真教学与传统的讲座式理论教学不同,以本课程的 SimMan 综合模拟人教学为例,本课程所使用的 SimMan 综合模拟人采用数字化电脑教学软件,具备了“标准患者”的基本功能,可模拟出各种困难气道情况和不同的呼吸音、心音和肠鸣音等,有超过 2500 种心电图。在本课程中,护生结合“角色扮演”和“案例情景”,对模拟人实施心电监护、除颤、体外起搏、静脉注射和导尿等技能练习,这在无形中增加了教学的吸引力,有助于提高护生的课堂参与程度。而本研究中发现的有超过一半(51.60%)护生选择教室前面的座位,也支持上述结论。有研究从课堂生态学的角度指出^[10],学生对于课堂座位的选择具有相对稳定的群体特征,一般选择前排座位的是学习积极性较高的学生,这种座位选择的课堂空间构成对课堂的人际互动有积极意义。这些都表明了护生对于在虚拟仿真教学中的主动参与意识较强。

但需要引起重视的是,在提问方式上,绝大多数护生(75.00%)喜欢的仍是传统的全班提问,在课堂发言中仅有 10.26% 会经常发言,在课堂上经常提问的仅 6.41%,这表明护生在真正参与课堂中时仍存在主动性不够的问题。从教学中的观察可以发现,上述护生的主动参与性多体现在 SimMan 综合模拟人教学的技能操作部分,而在教学后半部分的讨论和操作“回示”环节,护生仍存在主动性不够的表现。

3.2 虚拟仿真教学护生课堂参与的影响因素分析

主观规范指的是期望促使行为主体做出特定行为的倾向程度,反映的是重要团体或他人对于个体行为决策的影响^[4]。结合虚拟仿真教学的特点,本研究所确定的主观规范包括了重要团体(学校)及他人(任课教师、班主任/辅导员)对于护生课堂参与行为决策的影响。从研究结果可以看出,虽然既往认为学校、任课教师、班主任/辅导员会对学生的学业行为表现有重要影响^[11],但在本研究中,这些对护生有影响的重要团体或他人,并没有影响护生虚拟仿真教学中课堂参与的行为意向,也没有对其课堂参与行为产生影响。而是与护生个体因素密切相关的虚拟仿真教学行为态度、感知行为控制通过行为意向,影响了护生虚拟仿真教学的课堂参与行

为。这也提示护理教育者们,今后在对护生虚拟仿真教学的课堂参与行为干预中,需要以其行为态度、感知行为控制作为切入点,对护生虚拟仿真教学相关的行为信念、行为结果评价、控制信念和知觉力等进行干预,从而改善护生对于虚拟仿真教学的课堂参与,进一步提高虚拟仿真教学的效果。

需要注意的是,本研究的数据仅来自参与一门虚拟仿真教学课程的护生,护生在不同门类虚拟仿真教学的课堂参与如何还有待于今后进一步探讨。此外,本研究提到的课堂参与是一个相对狭义的概念,广义的虚拟仿真教学的课堂参与还应包括课前知识与技能准备、课后自主学习与反馈等内容,这些也有待于今后进一步研究。

4 参考文献

- [1] 余珊,王波.高端模拟人在内科护理学临床见习中的应用[J].昆明医科大学学报,2016,37(7):135-137.
- [2] 张颖钊,许小明,王欢,等.SimMan 综合模拟人在急危重症护理实验教学中的应用[J].现代临床护理,2016,15(5):55-59.
- [3] 周寒寒,马常兰,洪震,等.基于积极职业教育范式的高职护生虚拟仿真实验教学概念框架的构建[J].卫生职业教育,2019,37(2):14-16.
- [4] 高小莲,郑文清,肖明中,等.基于计划行为理论的中青年肥胖性非酒精性脂肪性肝病患者中医健康管理行为意向的结构方程模型分析[J].中国全科医学,2019,22(35):4362-4369.
- [5] 高莉,林康红,林荫.应用型院校学生的课堂参与度探究[J].教育教学论坛,2016(49):102-103.
- [6] 张旭.大学生课堂参与的现状及影响因素研究[D].苏州:苏州大学,2014.
- [7] 吴明隆.结构方程模型—AMOS 的操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2009:37-59.
- [8] 周寒寒,方明明,洪震,等.大学生高仿真实践学习策略量表的开发及信效度初步评价[J].循证护理,2018,4(10):871-874.
- [9] Lee JJ, Yeung KCY, Clarke CL, et al. Nursing Students' Learning Dynamics and Perception of High-Fidelity Simulation-Based Learning[J]. Clinical Simulation in Nursing, 2019(33):7-16.
- [10] 宋冰清.大学生课堂空间偏好与学业成绩的关系研究[D].扬州:扬州大学,2019.
- [11] 潘鹏.高职护理专业学生临床实习现状调查与对策研究[D].南京:东南大学,2015.

[2020-04-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

结构化教育配合角色扮演在急诊护理临床带教中的应用

谢丽花

【摘要】目的 探讨结构化教育配合角色扮演在急诊护理临床带教中的应用效果。**方法** 选取2018年6月—2019年4月入急诊科实习的护生220名,按照性别、年龄、学历匹配的原则分为对照组和观察组,每组110名。对照组采用传统教学法进行带教,观察组采用结构化教育配合角色扮演的模式进行带教,对比两组护生的急救理论成绩、急救技能成绩和满意度。**结果** 带教前两组急救理论和急救技能成绩比较差异无统计学意义($P>0.05$);带教后观察组急救理论和急救技能成绩均高于对照组($P<0.05$);观察组护生对教师满意度高于对照组($P<0.05$)。**结论** 结构化教育配合角色扮演法在临床带教中应用,明显提高了护生的急诊理论水平和实际操作技能,角色扮演给大家身临其境的感觉也增加了护生的学习兴趣。

【关键词】 急诊护理;结构化教育;临床带教;角色扮演

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.039

急诊科属于综合性科室,重症患者集中、病种较多,病情快速多变,是医院整体工作的一个缩影,较为直接地反映了该医院的急救治疗、护理工作质量和人员的综合素质水平^[1-2]。如何全面、科学、系统、有效的临床带教,是提高护生实习质量的关键,也是该科室乃至整个医院的重中之重。结构化教育是有组织、有计划的系统教育模式,根据当前护生情况和急诊的临床需求,实施有计划的护理带教^[3]。角色扮演是以护生为核心,通过护生之间的沟通交流,提高护生在临床教学中的参与积极性,主动参与到角色扮演活动中。我院急诊科从2018年6月起,将结构化教育配合角色扮演应用到临床带教中,结合急诊科专科特点,促进实习护生形成正确的教学体验,合理地掌握急诊科相关操作技能。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年6月—2019年4月急诊科实习的护生220名,按照性别、年龄、学历匹配的原则分为对照组和观察组各110名。急诊科实习期定为3周。对照组男3名,女107名;年龄19~23岁;本科4名,大专64名,中专42名。观察组男2名,女108名;年龄19~24岁;本科4名,大专75名,中专31名。两组护生均由资质较深的护师带教。两组护生学历、性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 采用传统教学法带教,首先,分

配实习护生,按传导护理理念和相关护理的操作流程,进行一对一带教模式,教师由有5年以上经验的护师带教,制作统一的带教计划,通过口头讲解护理要求范围内的相关内容,答疑环节规范,护生随班学习,掌握紧急情况的处理方法。护士长对带教前和带教结束后进行急救理论和急救技能考试。

1.2.2 观察组 采用结构化教育配合角色扮演的模式进行带教。

1.2.2.1 结构化教育 主要措施包括:①成立教育小组。由2名急诊专科护士和1名急诊科护士长组成,初始对护生进行培训和指导,培训的主要内容包括护患沟通的态度,作为护理人员要保持温和的态度,平易近人,与患者沟通顺畅,使患者愿意与其接近,同时也要增强自我保护意识和相关法律知识,选取带教前急救理论和急救技能考试成绩较高的人执行带教任务,并跟班带教,制定结构化教育内容,明确护理专业知识和内容,具体详见表1。

②第1周。由护士长脱产带教,制定相应的培训计划和培训内容,集中教学,加大急救技能的相关培训力度,使护生在全面掌握急救基础知识的基础上,熟悉急救相关设备的配合操作。③第2周。采用一对一的带教模式进行临床实践,带教教师规划出每天所需完成的工作内容;掌握急救临床操作的具体方法;对重要的知识点进行讲解,列出急诊中轻重缓急的程序;遇到病情较为严重的患者,护生操作时给予相应的鼓励,树立良好的自信心。④第3周。总结考核,护士长统一会议内容,对护生掌握的内容进行考核,查缺补漏,以口头的方式进行改正和完善。

表1 客观结构化护理教育内容

临床接诊	急诊科专业理论知识	人文医学
向患者说明病史采集目的	症状识别	正确称呼患者
鼓励患者陈述病情经过	疾病的鉴别诊断	自我介绍
提问并引导患者以补充其临床资料	急危重症患者的抢救	仪态端庄
条理清晰, 循序问诊	相关量表的掌握	尊重患者, 有同情心
重点突出, 能完整进行病史采集	疾病分科与分级	获得患者信任
简要记录		注意患者舒适感
避免医学术语, 词语通俗易懂		保护隐私
对患者情绪、肢体能做适当回应		
临床基础操作	健康咨询	整体评价考核
心电监护	向患者解释检测结果	正确判断病情轻重
电动洗胃	对患者家属进行健康教育	紧急处理能力
电动吸痰	准备好器械	规定时间内完成考核
徒手心肺复苏		整体效率
止血包扎固定		
简易呼吸器		
皮内注射法		

1.2.2.2 角色扮演教学 由急诊科5年以上经验丰富的护师担任带教教师, 带领护生了解急诊科环境、学习相关规章制度和专业知知识, 指导护生查阅资料, 了解各个角色的职责和使命, 掌握各项操作技能。在情景模拟的过程中, 所有护生相互配合, 以外伤为例, 带教老师自身或指导护生扮演医师、护士和患者的角色, 护士需要配合抢救过程中急救用药、敷料、器材以及无菌器械台, 术前应着装、洗手、皮肤消毒, 术中配合抢救, 术后认真完成善后工作。在整个过程的练习中, 每个护生更换不同的角色, 达到熟练掌握各项操作步骤的目的。然后再将护生分配到具体单元, 由带班护士带领护生参加到具体的急诊工作当中, 护生完成工作后进行总结, 对于存在问题由教师负责统一解答和督办反复训练。

1.3 观察指标

①准确记录两组护生的急救理论和急救技能考试成绩, 满分100分并进行对比分析。②填写满意

度调查问卷, 对比分析护生对教师的满意度。

1.4 统计学处理

采用SPSS 18.0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 $\pm$ 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 两组护生急救理论和技能考试成绩比较

带教前, 两组护生急救理论和急救技能成绩比较差异无统计学意义($P>0.05$); 带教后, 观察组急救理论和急救技能成绩均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表2。

2.2 带教后两组护生对教师的满意度比较

带教后, 观察组护生对教师的满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表3。

表2 两组护生急救理论和技能考试成绩比较(分)

组别	学生人数	急救理论成绩		急救技能成绩	
		带教前	带教后	带教前	带教后
观察组	110	79.53 $\pm$ 5.12	84.56 $\pm$ 5.46	82.64 $\pm$ 8.31	88.94 $\pm$ 3.63
对照组	110	79.64 $\pm$ 4.91	79.27 $\pm$ 5.36	82.06 $\pm$ 7.96	84.42 $\pm$ 3.07
t 值		0.163	7.251	0.529	9.972
P 值		0.871	0.000	0.598	0.000

表 3 带教后两组护生对教师的满意度比较			
组别	学生人数	满意学生数	满意度(%)
观察组	110	95	86.36
对照组	110	72	65.45

$\chi^2=13.149, P=0.000。$

3 讨论

以往的带教方式很多，比如阶段式临床带教路径在急诊实习护生带教中的应用^[4]、情景模拟联合PBL在急诊科护理实习中的应用^[5]、精细化阶段式带教在急诊护理实习教学中的应用^[6]等，对于提升护生在急诊科护理技能和护理水平都起到了一定的作用，但在急诊护理临床带教中或多或少都存在一定的不足，本研究主要探讨结构化教育配合角色扮演在急诊护理临床带教中的应用，取得了良好的效果，为急诊科的临床应用有一定的帮助。

常见的急诊教学中，教育体系尚不完全^[7]，教学内容存在遗漏^[8]，所以导致学习效果欠缺^[9]。结构化教育模式目前在临床应用比较广泛，比如在孤独症儿童中的应用^[10]、2型糖尿病管理方面的应用均起到了突出的效果^[11]，而在急诊护理临床带教中的应用效果也比较显著，结构化教育注重培训和考核急诊科护生在实际中的知识运用能力，不但细化、系统化急诊科护理演练步骤，有利于构建急诊科临床知识和技能培训的流程；且客观结构化教育注重人文关怀，要求护生深入急诊入院患者的心理层面，能提高护生对急诊入院患者人性的关怀，促进护患和谐。同时结合角色扮演和互换，增加护生对急诊操作流程的熟知度，同时也能促使护生在学习的过程中相互沟通^[12]，彼此交流存在中的不足，也有利于急诊的临床经验分享。本研究结果显示，带教前两组护生急救理论和急救技能成绩比较差异无统计学意义($P>0.05$)，带教后观察组急救理论和急救技能成绩高于对照组($P<0.05$)，表明结构化教育侧重于对急诊科护生知识和技能的输出，有利于提高护生的急救理论和急救技能。

观察组护生对教师的满意度高于对照组($P<0.05$)。急诊科实习实质上是临床实习的重要环节，同时急诊科的带教也具有一定的难度和特殊性，如何将护理教育模式发展的更好，更能充分调动护生的积极性，是培养高素质人才的主要核心，也是临床护理中首要解决的问题。角色扮演通过情景模拟可使急诊科护生身临其境，更好地融入急救护理的情境角色，提高应变能力。通过角色扮演，带教老师更能发现护生扮演者的问题，提高护生的

认识不足。结构化教育配合角色扮演整个教学过程精细化，层次分明，由浅到深，重点知识模块有序，护生更易理解所学内容，灵活运用、融会贯通所学知识。教师与急诊科护生互动较频繁，能够及时沟通解答急诊科护生出现的问题，护生对教师的满意度也随之提高。

综上所述，结构化教育配合角色扮演法在临床带教中应用，明显提高了护生急诊理论水平和实际操作技能，角色扮演给大家身临其境的感觉也增加了护生的学习兴趣和加深了临床实践经验的学习。

4 参考文献

[1] 左霞,王群,孙四平.临床路径教学法在急诊科护理带教中的应用[J].国际护理学杂志,2016,35(21):2995-2998.

[2] 徐晓,吴学华,王金玉.精细化阶段式带教在急诊护理实习教学中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2018,17(1):92-95.

[3] 叶蓓,朱晓华,方拴锋,等.结构化教育结合地板时光在孤独症患儿中的治疗效果分析[J].国际精神病学杂志,2016,43(1):77-79.

[4] 卢跃,李蕊.阶段式临床带教路径在急诊实习护生带教中的应用[J].全科护理,2016,14(32):3440-3442.

[5] 程萍,郭敏,姚莉.情景模拟联合PBL在急诊科护理实习中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2019,18(5):497-501.

[6] 徐晓,吴学华,王金玉.精细化阶段式带教在急诊护理实习教学中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2018,17(1):92-95.

[7] 刘静涵,郑淑晨,胡琼,等.客观结构化临床考试在护生临床能力评价中的应用进展[J].中外医学研究,2019,17(15):178-180.

[8] 冯彬.临床路径式带教方法在急诊科的应用[J].健康之路,2017,16(12):99.

[9] 高承霞.情景教学在临床急诊护理带教中的运用探讨[J].大家健康(学术版),2016,10(14):279.

[10] 杨洁,贾春玲,王秋,等.急诊科护理专业实习生能力本位培训模式的建立与实施[J].中国护理管理,2016,16(3):345-349.

[11] 安莹,陈小雄,李飞,等.急诊护士对危重患者院内转运的认知状况及培训需求调查分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(15):2126-2130.

[12] 兰厚祥,王雪,陈艳华.角色扮演教学与精细化阶段式带教对急诊带教质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(17):145-146.

[2020-05-11 收稿]
(责任编辑 陈景景)

基于形成性评价体系的适时教学模式在实习护生中的应用效果

陈帝清 陈涵瑜 刘婉明 吴冬玲

【摘要】 目的 探讨基于形成性评价体系的适时教学(JITT)模式在实习护生中的应用效果。**方法** 选取2018年7月—2019年6月在三甲医院实习护生60名为对照组,实行传统教学模式;选择2019年7月—2020年6月在三甲医院实习护生60名为观察组,应用基于形成性评价体系的JITT模式,比较两组实习护生教学评价效果、操作考核分数及教学模式满意度。**结果** 干预后,观察组实习护生教学评价各维度评分均高于对照组($P<0.05$);观察组基础护理操作、专科护理操作成绩均优于对照组($P<0.05$);满意度优于对照组($P<0.05$)。**结论** 基于形成性评价体系的JITT模式在实习护生中的应用,可提升实习护生临床思维能力、操作考核能力和满意度。

【关键词】 形成性评价体系; JITT模式; 实习护生; 教学评价效果

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.040

护理专业有着较强的技能性、专业性,培养专业护理人才的目标是辅助实习护生尽快掌握操作技能和理论知识,护理质量与护理人员的操作技能有着直接关系^[1]。现阶段,主要是由带教老师负责实习护士护理操作技能培训,通过演示,要求学生反复进行模拟训练,之后进行专业指导,按时考核。常规操作培训方法较为单一,应用过程中缺乏灵活性,以至于很难获取显著的教学效果,而现代化外科操作教学目标是为实习护生营造良好的教学氛围,激发其学习热情,有效提升实习护生护理操作能力。适时教学(JITT)是一种新型教学策略,是基于“以学生的自主性学习为主的课堂教学(active learner classroom)”和“基于网络学习任务(web-based study assignment)”而创建的。该模式能够培养实习护生自主学习能力,使其学会独立思考、发现问题、解决问题^[2-3]。本研究采取形成性评价体系的JITT模式,分析该模式应用于实习护生实习期间的价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年7月—2019年6月在三甲医院实习护生60名为对照组,男3名,女57名;年龄21~24岁,平均 22.57 ± 1.12 岁;本科生40名,大专生20名。选择2019年7月—2020年6月在三甲医院实习护生60名为观察组,男2名,女58名;

年龄20~23岁,平均 21.26 ± 1.03 岁;本科生39名,大专生21名。两组护生性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入条件:愿意接受试验;语言沟通能力较好者^[4]。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 实行传统教学法,主要由教师进行授课,完成课程后,实习护生进行资料查阅完成课后练习,教师在批阅后提出修改意见,以便于进行课程考试。

1.2.2 观察组 实行基于形成性评价体系的适时教学法,实施方案如下:

1.2.2.1 课前教学 教师应于学生在进入科室前3 d,在网络教学平台上传教学资料,内容包括建立信息化学习环境,以便于进行反馈和在线交流,教学资料中涵盖的内容包括教学目标、教学内容、教学任务及关于课程的相关问题。实习护生在授课前应在网络平台积极完成教师布置的相关任务,参与讨论、答疑,依据相关问题经网络学习、组间讨论的形式以个人为单位完成首次题目练习。

1.2.2.2 课中教学

(1) 个人测试:个人测试于课前10 min完成,以便于对自身自学情况进行反馈、检验,计入成绩。

(2) 教师授课:完成个人测试后,教师用30 min时间给实习护生面对面授课,可依据教学重点、教学目标及教学难点,选择典型案例,为实习护生进行具体介绍,例如,患者李某,女,69岁,因加重头晕、呕吐入院,既往“高血压”病史8年,“糖尿病”病史14年,初步诊断为极高危高血压病、2型糖尿病及高甘油三脂血症,护理人员应向实习护

生提出案例问题，如“诊断该患者病情，可提出哪些护理诊断及护理措施？”，护生以小组为单位，推选出1名小组组长进行分工，由其他成员进行资料查阅，完成疾病的护理诊断、护理查体、护理方案及健康教育。若实习护生在教师授课期间存在问题（例如：无法理解诊断变化），教师可通过简洁、易懂的动图及视频，提高实习护生学习兴趣，加深实习护生的理解。每周安排1次课堂授课，1次2 h。

（3）完成练习报告：完成课程后所有实习护生均需提交课程练习，本次课程每位实习护生的成绩组成部门包括小组测试和个人测试。向实习护生发放教师批阅的课程练习，以几分钟时间回顾学习思路，依据教师批阅内容完善设计报告。授课教师每周均会适时考核1项操作，依据护生完成情况，合理调整授课方式，引导实习护生深入思考，增强对知识水平的理解，不断巩固知识。若实习护生已经良好掌握相关护理知识，则可快速带过基础知识。

1.2.2.3 课后教学 在网络平台或网络讨论组上展示优秀学生的课程练习，由教师负责收集相关拓展内容，设置任务，若实习护生有着较高的学习能力，可调整拓展任务。

1.3 观察指标

（1）教学评价效果：采用教学效果问卷调查120名实习护生，调查方向包括增强学习兴趣、提高学习主动性、合理安排上课时间、提高临床思维能力、增强自身学习效率、加强掌握综合知识、提高病例分析能力及提高自信心，以5分制记法评

估，5分：有着非常强的作用；4分：有一定作用；3分：一般作用；4分：较弱作用；5分：没作用^[5]。

（2）操作考核合格分数：采用dosp的技能评分表考核两组实习护生操作考核能力，包括基础护理操作、专科护理操作^[6]。

（3）教学模式满意度：由护生本人进行问卷填写，观察项目共4个，每个项目包含非常满意、基本满意及不满意这3个选项，护理满意度包括非常满意、基本满意，满意度与教学效果呈正比。

1.4 统计学处理

应用SPSS 19.0统计学软件处理分析数据。计量资料数以“均数 ± 标准差”描述，组间均数比较采用t检验；计数资料组间率的比较采用χ²检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组实习护生教学评价效果比较

实施JITT模式后，观察组护生各项对教学评价效果优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表1。

2.2 两组实习护生操作考核分数比较

实施JITT模式后，观察组比对照组基础护理操作、专科护理操作评分均更高，差异有统计学意义(P<0.05)，见表2。

2.3 两组实习护生对教学模式满意度比较

实施JITT模式后，观察组对教学模式满意度高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表3。

表 1 两组实习护生教学评价效果比较（分）

组别	人数	增强学习兴趣	提高学习主动性	合理安排上课时间	提高临床思维能力	增强自身学习效率	加强掌握综合知识	提高病例分析能力	提高自信心
观察组	60	4.02 ± 0.57	4.18 ± 0.85	4.27 ± 1.13	4.12 ± 0.74	4.30 ± 0.63	4.29 ± 0.75	4.56 ± 0.34	4.22 ± 0.51
对照组	60	3.14 ± 0.48	3.67 ± 0.72	3.64 ± 0.71	3.73 ± 0.67	3.41 ± 0.52	3.96 ± 0.60	3.38 ± 0.45	3.49 ± 0.44
t 值		9.147	3.546	3.656	3.026	8.439	2.661	16.205	8.394
P 值		0.000	0.001	0.000	0.003	0.000	0.008	0.000	0.000

表 2 两组实习护生操作考核分数比较（分）

组别	人数	基础护理操作	专科护理操作
观察组	60	99.25 ± 4.16	99.67 ± 4.23
对照组	60	78.35 ± 4.02	79.46 ± 4.13
t 值		27.984	26.480
P 值		0.000	0.000

表 3 两组实习护生对教学模式满意度比较

组别	人数	非常满意	基本满意	不满意	护理满意度（%）
观察组	60	34	21	3	95.00
对照组	60	23	26	11	81.67

χ²=5.175, P=0.022。

3 讨论

JITT 模式相比传统的授课模式更加新颖,有着丰富内容,以便于学习者的参与。JITT 模式的合理实施,方便师生同步或异步于任意地点、时间展开协作教学,便于学习者依据自己的时间做好相应安排,可满足实习护生的学习需求。新颖的“教”和“学”方式,可将实习护生的积极性和热情调动出来,通过信息收集、授课方式及时调整、面对面授课讲解重点等形式,确保满足学习需求^[7-8]。形成性评价是一种动态评价方法,需带教老师和实习护生沟通和配合,可在教学中让师生尽早发现问题。形成性评价方法的合理利用,能够有效、及时地合理评价学生学习过程,以便于对学生专业知识进行巩固,提升学习效果,增强学生自主学习能力。本次试验在临床教学中应用形成性评价体系,发现该教学方法可实时评估实习护生学习进度,以便于对获取的成果差异进行评价,为之后教学制订针对性目标,带教老师在每次教学评估后形成的反馈可促进实习护生整体学习过程中各项能力的提高^[9-10]。

本次试验结果显示,观察组比对照组实习护生教学评价更优,基础护理操作能力、专科护理操作能力评分及护理满意度更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。可见,基于形成性评价体系的 JITT 模式有着较强操作性、便于理解等优势,但也有需花费较多时间的劣势,于病区试行后发现,给予实习护生专业培训,可提升其操作技能、学习积极性、自主学习能力^[11]。带教老师可于不同阶段的教学进行评价反馈,以便于顺利开展接下来的教学工作,促使良性循环,且带教老师在每次考核后需及时指出实习护生存在的问题,并提出建议^[12-14]。

基于形成性评价体系的 JITT 模式可充分体现“学生主体”和“教师主导”的协调统一,带教老师在实习护生讨论期间不应将答案的“准确性”纳入为唯一标准,应对实习护生的努力程度加强关注,参考学生反馈期间的价值,给予充分鼓励,将以实习护生为主体充分体现出来^[15]。在实施教学期间部分实习护生缺乏临床知识,导致实习护生在资料查找期间有着较大的盲目性,且带教老师并未完全了解实习护生的基础知识,以至于在第一次问题设计时有偏差存在。因此,需将带教老师的作用充分发挥出来,为保证教学效果,需在护生入科期间做好沟通工作,让实习护生了解到改进教学方法的的目的性和重要性,提高实习护生的临床配合度^[16]。

综上所述,实习护生采取基于形成性评价体系

的 JITT 模式,有利于提升实习护生操作考核能力,提高自身学习效率。

4 参考文献

- [1] 孙涛,田原,秦燕霞,等.基于蓝墨云班课的 JITT 教学模式在系统解剖学教学中的实施与评价[J].解剖学研究,2020,42(2):93-96.
- [2] 刘海英,丁永年,卢雪玲.形成性评价在内科理论教学中的实践[J].新疆医科大学学报,2019,42(3):152-154.
- [3] 谢长好,陈卫东,王启之,等.构建诊断学课程形成性评价为主的综合评价体系探索与实践[J].蚌埠医学院学报,2019,44(6):814-816.
- [4] 宾东华,曹晖,王孙亚,等.基于“以学生为中心”的 PBL 教学法结合形成性评价在中医外科临床教学中的应用[J].西部中医药,2020,33(9):60-62.
- [5] 宗璐,黄谱,潘怡霞,等. Mini-CEX 与 DOPS 系统在本科生妇产科教学中的应用评价[J].中国妇幼健康研究,2019,30(9):1115-1119.
- [6] 陈胜国,李建勇,斯依提·阿木提,等.形成性评价体系在局部解剖学教学中的应用及意义[J].解剖学杂志,2018,41(2):236-238.
- [7] 颜亮,刘海军,赵劲松,等.问卷星网络平台评价系统在生物化学与分子生物学教学中的应用[J].皖南医学院学报,2020,39(1):88-90,93.
- [8] 梁丽娜,马亮亮,刘佳,等.临床教学实践中形成性评价体系的构建与应用[J].重庆医学,2018,47(4):131-133.
- [9] 张国俊,孙爱平,徐春阳,等.依托慕课的形成性评价在《医学免疫学》教学中的应用与实践[J].中国免疫学杂志,2019,35(14):1765-1768.
- [10] 万文慧,陈瑛,翟兴.形成性评价在妇产科学教学中的应用[J].临床和实验医学杂志,2019,18(22):2456-2459.
- [11] 郑瑶洁.形成性评价对中医轮转生学习能力及临床教学效果的影响[J].护理实践与研究,2019,16(24):139-141.
- [12] 程彦斌,王渊,张保军,等.基于 OBE 理念的临床医学人才培养模式创新与实践[J].中国医学伦理学,2020,211(5):112-116,121.
- [13] 梁美燕,陈楚纯,王琴.基于翻转课堂模式的临床护生综合技能带教实践效果研究[J].护理实践与研究,2020,17(17):142-144.
- [14] 杨静,张旭宁,权明桃,等.混合式教学模式在 ICU 实习护生临床带教中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2019,35(23):1827-1831.
- [15] 鄢晓丽,张俊辉,曾凡玲.O2O 培训模式在实习护生临床实习中的应用[J].昆明医科大学学报,2019,40(9):140-144.
- [16] 仇铁英,王卫星,谭晓菊,等.体验式教学模式在脊柱外科实习护生中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2018,24(3):356-359.

[2021-01-20 收稿]

(责任编辑 崔兰英)

强化肌力训练对全膝关节置换术后患者下肢功能康复的影响

仇珍珍

【摘要】目的 探讨强化肌力训练对全膝关节置换术后患者下肢功能康复的影响。**方法** 选取2019年4月—2020年4月医院收治的全膝关节置换术患者120例,按照组间性别、年龄、病程、手术侧别匹配的原则分为对照组和观察组,各60例。对照组行常规干预,观察组行强化肌力训练。对比两组患者干预前后患肢股四头肌肌力、膝关节主动复位误差角度值、6 min步行距离(6 MWT)及膝关节功能情况。**结果** 干预2个月后,观察组患肢股四头肌肌力评分高于对照组($P<0.05$),膝关节主动复位误差角度值小于对照组($P<0.05$),6 MWT大于对照组($P<0.05$);观察组屈曲畸形、关节活动度、行走功能、稳定性评分均高于对照组($P<0.05$);但疼痛、肌力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 强化肌力训练可有效改善全膝关节置换术后患者下肢功能,促进膝关节正常恢复。

【关键词】 强化肌力训练;全膝关节置换术;6 min步行距离;膝关节功能;下肢功能

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.041

Effect of intensive muscle strength training on the functional rehabilitation of lower limbs patients after total knee arthroplasty QIU Zhenzhen(NO.3 People's Hospital of Nantong, Nantong 226006, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of intensive muscle strength training on the functional rehabilitation of lower limbs patients after total knee arthroplasty. **Methods** To select 120 total knee arthroplasty patients admitted in the hospital from April 2019 to April 2020, according to the gender, age, course of disease, operation side matching between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 60 cases in each group. The control group received the routine intervention, the observation group recieved the intensive muscle strength training. To compare the quadriceps muscle strength, knee joint active reduction error angle, 6-minute walking test(6MWT) and knee joint function between two groups before and after intervention. **Results** After 2 months of intervention, the quadriceps muscle strength score of the affected limb in the observation group was higher than the control group ($P<0.05$), the knee joint active reduction error angle was smaller than the control group ($P<0.05$), the 6MWT was longer than the control group ($P<0.05$). The scores of flexion deformity, joint range of motion, walking function and stability of the observation group were higher than the control group ($P<0.05$), but there were no significant difference in the pain and muscle strength scores comparison ($P>0.05$). **Conclusion** Intensive muscle strength training could effectively improve the function of lower limbs of patients after total knee arthroplasty and promote the normal recovery of knee joints.

【Key words】 Intensive muscle strength training; Total knee replacement; 6-minute walking test; Knee joint function

全膝关节置换术一般用于治疗严重的骨性关节炎,通过人工关节代替损坏关节以改善患肢功能,提高患者生活质量^[1]。但是由于手术损伤大、出血多,术后容易伴随股四头肌肌力异常,并引发下肢

深静脉血栓等并发症,极不利于膝关节功能的正常恢复,因此,术后加强患者干预至关重要^[2]。肌力训练是目前临床上普遍采用的干预方式,其有效性、科学性获得了广大学者的一致认可,但不可否认的是,肌力训练在改善患者预后方面仍有提升的空间^[3]。对此,本研究将强化肌力训练应用于全膝关节置换术后患者,探讨对其下肢功能康复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年4月—2020年4月我院收治的全膝关节置换术患者120例为研究对象,纳入条件:临床诊断为骨性关节炎;行全膝关节置换手术;资料完整;意识清晰,依从性良好;签署知情同意书。排除条件:重度骨质疏松;有膝关节手术史;严重内科疾病;长期使用镇痛剂。按照性别、年龄、病程、手术侧别组间匹配的原则分为对照组和观察组,各60例。对照组男39例,女21例;年龄49~76岁,平均 60.92 ± 6.28 岁;病程1~16年,平均 7.04 ± 3.69 年;左侧手术19例,右侧手术41例。观察组男35例,女25例;年龄47~75岁,平均 62.47 ± 6.83 岁;病程2~15年,平均 6.72 ± 3.86 年;左侧手术23例,右侧手术37例。两组性别、年龄、病程、术侧比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 康复训练方法

两组患者术后均采用常规护理及健康教育,接受膝关节被动运动、双下肢气压治疗、下肢生物反馈等康复训练。

1.2.1 对照组 患者可接受股四头肌肌力测试后行常规肌力训练。肌力测试:患者取平卧位,模仿下肢肌力抗阻训练,膝关节屈曲 45° 稳定10s左右测定长伸、屈膝最大肌力。每次测定10遍,取均值,根据实际测定值确定肌力训练方案。早期一般以慢速抗阻训练为主,依据患者行走、站立恢复情况并参考抗阻训练难易程度决定下次训练强度。同时利用等速肌力训练系统练习肱四头肌向心性收缩,10遍/组,3组/次,2次/d,各组间休息1min。持续训练2个月。

1.2.2 观察组 患者引流管拔除后,在对照组基础上加以强化训练。①关节角度回归训练:患者取平卧位,由康复治疗师帮助屈曲膝关节到合适角度,保持5s后缓慢伸直下肢,随后叮嘱患者闭眼,根据自我感觉自行屈曲膝关节至原先角度,康复治疗师协助纠正。3次/组,每天8~10组。②平衡训练:准备大小适宜的软垫。站立练习:患者双脚站在软垫上,膝关节微屈,保持平衡,身体尽可能不晃动,若中途失去平衡则重新调整,过程中除指导人员外需另外保证1名以上的看护人员,防止发生意外,30s/组,每天8~10组。上下平衡练习:患者距软垫约50cm站立,患肢弓步向前踩在软垫上,身体

尽可能保持稳定,平衡后收回下肢,6次/组,每天5组。③自行车训练:指导患者健侧、患侧交替发力,循序渐进加速或增加阻力。④步行训练:指导患者直线/Z形前行、后退以及转弯、侧走等,25min/次。首次训练从最简单开始,随后依据患者恢复情况逐渐增加难度。上述均1次/d,持续训练2个月。

1.3 观察指标

(1)股四头肌肌力:测定两组患者干预前后患肢肱四头肌肌力,徒手肌力检查,参考标准为Kendall百分比法^[4],0级(肌力完全丧失)~V级(肌力正常),得分越高表示肌力状况越好;膝关节主动复位误差角度值:测定两组患者干预前后本体感觉功能,选择 30° 、 45° 、 60° 3个角度,嘱咐患者凭感觉自行屈曲到相应角度,统计与实际角度的误差绝对值;6MWT:测定两组干预前后6min步行距离。

(2)膝关节功能:根据美国特种外科医院膝关节评分量表(HSS)^[5]测定两组患者干预前后得分,包括屈曲畸形(10分)、关节活动度(18分)、行走功能(22分)、稳定性(10分)、疼痛(30分)、肌力(10分)6个部分,得分越高表示患者膝关节功能越好。

1.4 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 $\pm$ 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 两组患者干预前后股四头肌肌力、膝关节主动复位误差角度值、6MWT比较

干预前,两组患者股四头肌肌力、膝关节主动复位误差角度值、6MWT比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预2个月后,观察组股四头肌肌力评分高于对照组,膝关节主动复位误差角度值小于对照组,6MWT大于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者干预前后膝关节功能评分比较

干预前,两组患者膝关节功能评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预2个月后,观察组屈曲畸形、关节活动度、行走功能、稳定性评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),但疼痛、肌力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。

表 1 两组患者干预前后股四头肌肌力、膝关节主动复位误差角度值、6MWT 比较

时间	组别	股四头肌肌力（分）	膝关节主动复位误差角度值（°）			6MWT（m）
			30°	45°	60°	
干预前	对照组（n=60）	54.62 ± 9.47	4.94 ± 0.64	5.39 ± 0.62	5.58 ± 0.82	402.64 ± 42.75
	观察组（n=60）	53.96 ± 10.02	4.76 ± 0.71	5.26 ± 0.87	5.65 ± 0.91	399.19 ± 40.27
	t 值	0.371	1.459	0.943	0.443	0.455
	P 值	0.711	0.147	0.348	0.659	0.650
干预 2 个月后	对照组（n=60）	73.47 ± 8.58	3.72 ± 0.63	4.82 ± 0.51	4.25 ± 0.68	478.37 ± 35.15
	观察组（n=60）	84.37 ± 8.27	2.29 ± 0.49	3.92 ± 0.47	3.59 ± 0.59	528.41 ± 41.28
	t 值	7.085	13.879	10.052	5.679	7.149
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者干预前后膝关节功能评分比较（分）

时间	组别	疼痛	关节活动度	屈曲畸形	肌力	行走功能	稳定性
干预前	对照组（n=60）	20.17 ± 5.26	10.48 ± 1.85	7.95 ± 1.01	6.87 ± 1.14	13.26 ± 2.75	7.32 ± 1.05
	观察组（n=60）	20.63 ± 5.35	10.83 ± 2.01	8.01 ± 1.08	6.82 ± 1.18	13.72 ± 2.89	7.28 ± 1.02
	t 值	0.475	0.992	0.314	0.236	0.893	0.212
	P 值	0.636	0.323	0.754	0.814	0.374	0.833
干预 2 个月后	对照组（n=60）	23.98 ± 4.29	11.65 ± 3.16	8.13 ± 0.97	7.64 ± 1.16	16.47 ± 2.96	7.01 ± 1.38
	观察组（n=60）	24.75 ± 4.17	13.82 ± 2.96	8.93 ± 1.03	7.91 ± 1.07	18.39 ± 3.25	8.92 ± 1.46
	t 值	0.997	3.882	4.380	1.325	3.383	7.364
	P 值	0.321	0.000	0.000	0.188	0.001	0.000

3 讨论

全膝关节置换术属于比较复杂的骨科手术，范围广、创伤大，容易引发炎症，导致患处及周围软组织肿胀，顺应性降低，不仅增加患者自觉疼痛，而且增大关节活动阻力^[6]。且术后多伴有肌力不足的现象，有学者研究发现^[7]，膝关节屈曲 0°~30° 开展股四头肌等速训练有利于肌力增强及关节恢复，肌力训练也普遍被认为是早期康复训练的重点。

在本研究中，通过先对患者进行肌力测定，随后根据实际结果有区别地制定实施肌力训练计划，具有科学性、针对性，以患者个体承受度为底线，最大限度锻炼肌力^[8]。结果显示，观察组干预 2 个月后患肢股四头肌肌力评分高于对照组（ $P<0.05$ ），膝关节主动复位误差角度值小于对照组（ $P<0.05$ ），6MWT 大于对照组（ $P<0.05$ ）。说明强化肌力训练

可有效促进全膝关节置换术患者术后肌力恢复，改善生活质量。分析原因后，发现这可能与肌力训练帮助锻炼患者膝关节附近肌肉协同收缩有关，通过闭链运动募集式改善膝关节周围的肌肉群，以达到减轻疼痛、稳定关节的目的，最终提高肢体活动能力^[9-10]。

近年来有研究发现^[11]，全膝关节置换术患者除了存在肌力、疼痛问题外，还包含有关节感觉缺失问题。常规肌力训练虽能有效缓解患肢活动受限的情况，但患者本人往往存在感觉障碍，膝关节周围肌力容易出现不协调现象，这极不利于术后恢复。关节位置、运动、加速等感知都属于本体感觉，它作为枢纽同时负责传入与传出活动，通过感受拉力、张力、压力等变化输出为信息传递给神经中枢，让大脑掌握肢体各部分的位置、动作以及相互之间的关系，进而达到对关节活动的感知与控制^[12-13]。由

此可见,这对提高患肢关节的平衡性、稳定性、协调性具有十分重要的作用^[14]。在本研究中,观察组干预2个月后屈曲畸形、关节活动度、行走功能、稳定性评分均高于对照组($P<0.05$)。说明强化肌力训练可有效促进全膝关节置换术患者术后膝关节功能恢复。观察组通过关节角度回归练习、平衡练习,在锻炼肌力的同时不断刺激感受器对信息的敏感度,提高大脑对患肢行为信息的感知,有利于中枢神经协调、稳定关节,兼顾了物理训练与生物训练,因此能达到较为理想的预后效果^[15-16]。自行车训练中逐渐增加阻力、提高速度,主动运动股四头肌等肌肉群,有利于增强肌力^[17]。步行训练通过直线、曲线、转弯等练习,能有效促进关节活动性的提高^[18-19]。同时进行以上训练方式,可达到相互促进、综合提升膝关节功能的目的^[20]。另外本研究中,两组患者干预后疼痛、肌力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),猜想可能是因为样本数较少或干预时间短所造成的,有待进一步研究。

综上所述,强化肌力训练可有效改善全膝关节置换术后患者下肢功能,促进膝关节正常恢复。

4 参考文献

- [1] 田春燕,张玉叶. 艾灸、穴位贴敷联合快速康复干预对老年全膝关节置换术后下肢疼痛、下肢肌力、膝关节功能的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020,26(4):686-691.
- [2] 宫良丰,齐志明,李庆,等. 本体感觉强化训练联合肌力训练对全膝关节置换术患者下肢功能恢复的影响[J]. 中国医师杂志, 2019,21(2):261-263.
- [3] 陆小香,徐迪,林强,等. 早期阶段性康复干预对老年膝关节骨性关节炎患者全关节置换术后下肢疼痛及功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2019,34(3):273-279.
- [4] Kotarsky CJ, Christensen BK, Miller JS, et al. Effect of progressive calisthenic push-up training on muscle strength and thickness[J]. J Strength Cond Res, 2018,32(3):651-659.
- [5] 张彦国,于共荣. 自身肌力标准指导功能训练联合下肢肌肉链训练对膝骨关节炎全膝关节置换术后康复效果分析[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2018,10(9):51-55.
- [6] 李琳,林坚,刘晓林,等. 弹力带渐进抗阻训练对膝关节置换术后患者下肢运动功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2017,32(3):301-304.
- [7] Rinaldo N, Bacchi E, Coratella G, et al. Effects of combined aerobic-strength training vs fitness education program in COPD patients[J]. Int J Sports Med, 2017,38(13):1001-1008.
- [8] 陈慧,杜珊珊,范丽娟,等. 多种康复方式对老年人工全膝关节置换后下肢运动功能的影响[J]. 中国组织工程研究, 2017,21(31):4939-4944.
- [9] 朱姝,杨礼庆. 自身肌力标准指导功能训练在全膝关节置换术后早期康复中的应用[J]. 中国康复理论与实践, 2016,22(6):709-714.
- [10] 姜迎萍,孙云丰,周益凡. 基于表面肌电评价术前康复治疗对单膝关节置换术后功能恢复的影响[J]. 福建中医药大学学报, 2015,25(3):43-45.
- [11] 温开兰,牟玲,杨孟昌,等. 股神经阻滞自控镇痛在全膝关节置换术后镇痛中的应用[J]. 昆明医科大学学报, 2015,36(1):89-93.
- [12] Bell ZW, Wong V, Spitz RW, et al. The contraction history of the muscle and strength change: lessons learned from unilateral training models[J]. Physiol Meas, 2020,41(1):1.
- [13] 岳慧玲,胡三莲,周玲,等. 水中运动疗法在全膝关节置换术后应用的国外研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2015,34(1):4212-4214.
- [14] 韩伟,王锴,张舒,等. 类风湿关节炎膝关节置换术后功能康复的疗效分析[J]. 中华医学杂志, 2020,100(23):1795-1799.
- [15] 张丽华. 卧位蹬车训练联合针灸对全膝关节置换术后患者效果及早期功能康复的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019,28(19):2120-2123.
- [16] Jones TW, Smith A, Macnaughton LS, et al. Strength and conditioning and concurrent training practices in elite rugby union[J]. J Strength Cond Res, 2016,30(12):3354-3366.
- [17] 卢岩岩,许学猛,刘文刚,等. 本体感觉和平衡训练对全膝关节置换后膝关节功能恢复影响的Meta分析[J]. 中国组织工程研究, 2019,23(16):2601-2607.
- [18] 鞠昌军,周鑫,董程程,等. 温灸疗法改善全膝关节置换术后股四头肌无力临床观察[J]. 中国针灸, 2019,39(3):276-280.
- [19] 李琳,林坚,刘晓林,等. 髌膝踝关节周围肌群肌力训练对老年全膝关节置换术后患者下肢运动功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2018,33(4):436-440.
- [20] 祁文静,杨延砚,周谋望. 全膝关节置换术前康复的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2019,34(8):980-983.

[2021-01-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

关于护理精准帮扶在基层医院中的应用

贾沙凤 嵇秀明*

【摘要】 在党的十八届五中全会中,相关参会人员提出了开展脱贫攻坚工程、精准扶贫脱贫的明确任务,指明了精准扶贫的目标、方向与重点。医疗帮扶是中国医疗卫生体系中非常特殊的一项政策,其可以为贫困落后的地区或有突发事件发生的地区给予医疗支援和帮助,以使偏远基层有着更优质的医疗条件,更好地为人民群众服务。本文试分析护理精准帮扶在基层医院中的应用。

【关键词】 护理精准帮扶;基层医院;应用

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.042

现阶段,我国的国民经济建设已经进入“十三五”发展的收口期,同时小康社会的建设也处于非常关键的时期,若要实现国民经济的顺利发展和小康社会的全面建设,必须要采取扶贫等一系列重要举措。新时期背景下,若要进行精准帮扶,为全面健康提供有力的保障,则必须要实现健康扶贫,即将人民健康作为优先发展的战略目标,全方位且全周期地为人们健康提供保障^[1]。基层医院虽然也以此为目标,但客观条件限制了他们达成以上目标的能力,此时便需要给予护理精准帮扶,以提高其护理质量与医疗能力,使其更好地为人民群众提供医疗服务。

1 组建帮扶小组

选择护理部的主任作为帮扶小组的组长,组员是具有至少10年护理管理工作经验的优秀护士长,来自医院各临床科室的护理技术骨干^[2]。在组长的带领下,整个小组先对帮扶的调查方式、形式以及意识等进行研究并积极进行理论培训,随后再制订出详细的阶段性计划及每日帮扶日程,总结涉及的帮扶技术,对帮扶涉及的物资进行筹划。在受帮扶的基层医院中发放调查问卷,将基层医院的医护人员组织起来召开座谈会,分析护理管理现状、护士长的管理能力、日常护理管理中存在的薄弱环节,明确未来的帮扶目标。

2 收集问题并分析原因

帮扶小组人员与受帮扶医院的医护人员面对面

进行半结构式的访谈,在对方知情和自愿的前提下以匿名方式收集资料,被收集资料者包括不同职称、不同年龄段的医护人员,随机进行访谈,访谈地点为安静的独立办公室,访谈内容除了基本的被访人员基本信息(如工作年限、所属科室、职称、年龄等),还包括继续教育情况、技术、管理状况以及绩效考核等。资料收集完毕后,对其中心思想进行提炼与归纳,总结主要的帮扶需求并分析原因^[3]。主要问题有:①受帮扶医院对人力资源无法充分利用,利用效率低、配置不合理使得护理质量受到影响,群众的就医需求因此得不到满足。存在此问题的原因主要是被帮扶的基层医院其护理人员的年龄结构不合理,整体学历水平不高,梯队建设也不够完善,导致护理科研人才与高学历、高年资的护士出现断层^[4]。②护理人员待遇低,影响了患者的收治。出现此问题原因除了当地经济发展水平较低、政府支出有限,基层医院无力发展医护技术,影响了患者的收治;还有绩效分配制度不合理与护理人员地位低^[5]。③在接受帮扶前,基层医院以“主任-护士长-护士”为主要护理管理结构,这种管理结构过于简单,缺乏足够的管理效率,且全责不明确。而导致管理效率低的原因正是结构单一,一线工作的护理人员参与管理的主观能动性被削弱,无法在基层工作中体现出其自身的思维与工作心得^[6]。④受提升渠道、地域条件限制的影响,护理技术进步缓慢,护理新业务难以开展。究其原因是:基层医院所处的地区经济较为落后,缺少广阔的业务提升渠道,没有足够多的学习机会,无法经常与大型综合医学或医学类高校进行学术交流;部分护理人员基本学历较低,后续难以获得继续教育的机会,自身也缺乏创新意识与科研能力,无法快速更新护理技术^[7]。

基金项目:南京医科大学科技发展基金项目(NMUB2019331)
作者单位:215002 江苏省苏州市,南京医科大学附属苏州医院产科护理部
*通讯作者

3 制订并实施帮扶护理计划

3.1 优化人员结构

首先,帮扶小组应明确受帮扶医院护理人员的岗位分布和结构构成,将该医院护理岗位的编制进行重新规划,面向社会招聘更多的优秀护理人员,如在三甲医院具有多年工作经验、具有科研成果或科研经历、具备多种前沿性护理技能的护理人员,确保护理人员队伍不存在断层,保证护理人员不仅具有优秀的基本业务能力,也有扎实的理论基础^[8]。其次,应对专科护理人员进行积极培训,鼓励其向着更加专业化的方向发展,为表现优异者安排外派机会,使其可以前往国家级培训基地进行专科护士的专科培训,在其完成培训、通过考核并获得相关证书后,为其提供晋升机会。此外,应为专科护理人员建立人才库;适当减少管理岗位的数量,直接安排或下达工作任务^[9]。最后,人员队伍应同时存在高年资护士与低年资护理、临床实践人员与科研人员、护理管理人员与技术教学人员,以确保人员结构的科学合理。

3.2 提高护理人员的待遇

首先,应该给予受帮扶医院以一定的建议,向当地政府的相关部门进行说明,使其更加重视在编护士的工作,给予其相关政策的支持,切实提高其基本工资待遇。其次,应该进一步改变受帮扶医院的分配制度,不再按照“绩效系数加值班费加基本工资”方案给予薪酬,而是适当增加项目与护理经费的支持,只要护理人员在护理工作上做出了贡献,便应该给予相应的奖励^[10]。此外,应尊重护理人员的基本权利,确保护理人员能够得到合理且充分的休假,避免其过度劳累。最后,应该为外出进修学习的护理人员报销学习费用,这样有助于提高其主动进修学习的积极性。

3.3 改善护理管理状况

首先,应该在受帮扶医院中建立各种各样的小组,涉及的方面主要有护理科研、护理文化建设、护理教育培训以及护理质量管理等,组员均是从事临床一线护理工作的护士,全院护士均要参与,有助于全面提高受帮扶医院的护理管理水平。其次,应建立长效机制,对查房、护士交接班、护理培训、护理质量管理、护士长值班及交接班等制度不断进行完善,每周召开1次护理讨论会议,记录好每次的会议内容^[11]。此外,健全奖惩制度,不要只以护士的薪酬作为惩罚,在评估护理人员工作效果时,不要仅关注结果,还应关注过程,在管理中应基于

“人本”思想,重视护理人员的主体地位,承认其价值。最后,利用鱼骨图等工具进行护理管理,将前馈控制护理、精细护理、临床护理路径等方法及责任制等理论应用到日常的护理工作中去,确保护理工作的标准化和精细化。

3.4 积极进行培训

首先,应由帮扶小组的技术骨干为受帮扶医院的护理人员进行护理操作技术的培训,培训内容主要包括伤口造口护理、PICC置管及日常维护、危重患者压疮护理等^[12]。其次,应该为受帮扶医院的护理人员加强培训相关理论知识,除了以上涉及的危重症护理、外科手术护理,还包括老年人与儿科的护理、信息化建设以及护理科研等方面^[13]。此外,可定期邀请受帮扶医院的护理人员前来进修学习,使其学习介入手术、脑血管杂交手术以及肝移植手术等复杂手术的围手术期护理技术,在其进修学习完毕后,给予结业考核,以确保其获得良好的进修结果;除了进修学习,还可以组织学术会议、学术论坛、专科培训,提供学术交流机会,邀请一部分受帮扶医院的护理人员前来参与,以提高其护理技术^[14-15]。最后,还可以借助QQ或微信等平台进行实时交流,远程指导受帮扶医院的护理人员进行疑难杂症的处理。

本文介绍了护理精准帮扶在基层医院中的应用方式,分析了帮扶的原因,指明了帮扶的方向,以供从事相关研究的人员进行参考。

4 参考文献

- [1] 曾武祈,郑翠红,谢涛,等. “一对一”帮扶在护理专业精准扶贫学生中的应用研究[J]. 中华护理教育, 2020, 17(1): 50-53.
- [2] 胡苏侠,蔡盈,李美英,等. 护理精准帮扶对提高县级医院儿科护士临床工作能力的效果研究[J]. 当代护士(上旬刊), 2019, 26(12): 173-175.
- [3] 陈洁,李瑞博,叶奇,等. 精准帮扶在基层医院护理建设中的实践与成效[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(11): 832-836.
- [4] 史力群,张燕,刘永春,等. 精准发力 提升基层医疗服务能力[J]. 现代医院, 2019, 19(7): 941-943, 948.
- [5] 田伟翠,谢涛. “精准扶贫”中职护生 SCL-90 特点分析[J]. 海峡科学, 2019, 145(1): 89-91, 98.
- [6] 刘颖,孙冰峰,付强,等. 探索城乡医院对口帮扶精准扶贫网络管理体系[J]. 知识经济, 2017, 1(1): 35-36.
- [7] 张文光,王巧倩,席杨娟,等. 省级三级甲等医院对国家级贫困县医院实施护理管理精准帮扶的实践与思考[J]. 循证护理, 2019, 5(1): 90-93.

客观结构化临床考试模式在手术室护士临床技能考核中的应用效果

陈俊 朱行玉 闫婷 王全平

【摘要】目的 探讨客观结构化临床考试(OSCE)模式在手术室护士临床技能考核中的应用效果。**方法** 2018年7月—2019年2月对医院42名手术室护士实施OSCE模式,从术前交接、手术安全核查、技能操作和术中突发事件应对等多个站点进行考核,并通过问卷调查了解手术室护士对OSCE模式的评价。**结果** 42名手术室护士的OSCE考核总平均成绩为 62.18 ± 1.52 分,属于良好水平;持肯定并接受OSCE考核模式态度的手术室护士比例高于其余两项(不确定和否定)。**结论** 对手术室护士实施OSCE模式的临床技能考核,能客观评价手术室护士的临床护理能力和专业操作能力,利于提高教学质量。

【关键词】 手术室;客观结构化临床考试模式;临床技能;考核

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.043

手术室是集手术治疗、检查、诊断和抢救于一体的重要场所,随手术水平的不断提升,高精尖手术的逐渐开展,手术室专业护士不仅需要精准的手术配合,更重要的是完善和提升专业技术水平^[1],从而争取抢救时间,保证手术质量。研究发现^[2-3],客观结构化临床考试(OSCE)是一种以技能操作为基础的学测试,通过将教学内容及目的模拟临床场景。OSCE模式需要受试者在规定时间内,依次通过4~10个模拟站点,并利用自身的临床知识解决模型患者存在的问题,从而较为客观、标准地评估受试者的临床能力。基于此,本文将分析OSCE模式在手术室护士临床技能考核中应用效果。

作者单位:523073 广东省东莞市,东莞康华医院手术室

1 对象与方法

1.1 研究对象

2018年7月—2019年2月对我院的42名手术室护士实施OSCE模式,其中男11名,女31名;年龄22~48岁,平均年龄 33.58 ± 3.48 岁;工龄2~28年,平均工龄 14.98 ± 2.26 年;学历:大专24名,本科18名;职称:护士17名,护师11名,主管护师13名,副主任护师1名。

1.2 考核方法

1.2.1 制定OSCE考核标准及内容 手术室教学小组根据考核内容制定科学有效的评分标准表,并由接受过OSCE考试培训的教师完善评分标准。手术室教学小组根据护士教学内容及目标、手术室工作

[8] 张建伟,谢仙萍,吕金莲.护理精准扶贫在基层医院等级评审中的帮扶与实效[J].山西医药杂志,2018,47(6):706-707.

[9] 陈涛.开展职业技能培训,助推罗霄山片区精准扶贫[J].社会福利,2017,476(1):34-35.

[10] 胡雪峰,周习东,江力勤,等.跨省域对口支援贵州省县级医院的实践与体会[J].管理观察,2018,1(36):91-92.

[11] 张文光,李晓俞,王巧倩,等.国家级贫困县医院护理精准扶贫模式的研究现状及对策[J].护理研究,2019,33(4):708-711.

[12] Truong, Tien-Vu, Nguyen, et al. Secured primary system with the assistance of secondary system in spectrum-sharing environment[J]. Iet Communications, 2016,

11(17):2673-2680.

[13] Wang X, Yang BO, Songning YU, et al. Short-term efficacy of precise hepatectomy for primary liver cancer: a Meta-analysis[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2016, 25(1):57-67.

[14] 蓝金晶,吴小娟.医联体模式下精准帮扶对基层医院护理人员现状的影响[J].中国乡村医药,2019,26(19):66-67.

[15] 李瑞博,叶奇,陈洁,等.护理精准扶贫在基层医院护理建设中的实践[J].解放军医院管理杂志,2019,26(3):294-296, 300.

[2020-04-29收稿]

(责任编辑 崔兰英)

流程制定考核内容,主要包括术前交接、手术安全核查、技能操作和术中突发事件应对4个方面,并设计手术病例将考核内容串联。其中,设计的病例应具有代表性,信息量适当,考核难度自行商定,适中即可。

1.2.2 OSCE 考核站点设置 共4个考核站点:第1站:术前交接考站,主要考核手术室护士的沟通交流能力、人文关怀能力和护理评估能力。该站点考核时间为5 min。第2站:手术安全核查考站,主要考核手术室护士在核心制度方面的执行能力以及团队协作能力。该站点考核时间为5 min。第3站:技能操作考站,主要考核手术室护士的基础护理操作技术和专科护理操作技术。其中,基础技术操作主要以留置针静脉穿刺、导尿为主;专科技术操作主要以手术室无菌技术操作(包括外科手消毒、穿手术衣、无接触式戴手套、整理无菌手术台、倒无菌溶液、手术物品清点)为主。该站点考核时间为20 min。第4站:术中突发事件应对考站,手术室护士先抽选题目,再由临床教师提问,然后护士根据问题进行解答。该站点主要考核手术室护士的问题解决能力和应急能力,该站点考核时间为10 min。4个站点共考核时间40 min,每站点的考核总分均为20分,共80分,其中第1、2站点的标准化病人由临床教师充当。

1.2.3 OSCE 模式的实施 考核开始前主考官对参加本次考核的手术室护士进行OSCE考核规则、考核流程和考站路线等方面的集中培训。每个考核站点的主考教师由接受过OSCE考试培训的教师担任,并采用统一的评分标准对手术室护士的临床行为进行评定。考核站点均设置在转运间及手术间,且考

站呈单项排列,有明确的考站标识。手术室护士根据抽签顺序依次进行考核,依次完成每项考核内容。并且,每个考核站点每次只能有1名手术室护士接受考核。

1.3 观察指标

(1) OSCE 考核成绩:OSCE 考核分数共80分,其中优秀:≥70分;良好:60分≤分数<70分;及格:50分≤分数<60分;不及格:<50分。得分率:平均分占各项能力分值的百分比。

(2) OSCE 评价问卷:手术室教学小组在手术室专科护士对OSCE评价问卷中抽选与考核内容相关的条目,并根据本次OSCE考核的总体设计、组织、考核效果等多方面内容完善手术室护士的OSCE评价问卷。该OSCE评价问卷含有12个条目,每个条目均具有“肯定”“不确定”“否定”3个选项。OSCE评价问卷采用无记名形式,在手术室护士结束第4站考核后进行发放,并现场回收。共发放42份,回收42份,回收率100%。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数±标准差”表示,计数资料计算百分率。

2 结果

2.1 手术室护士的 OSCE 考核成绩

42名手术室护士的OSCE考核总平均成绩为 62.18 ± 1.52 分,属于良好水平,见表1。

2.2 手术室护士的 OSCE 评价问卷结果

持肯定并接受OSCE考核模式态度的手术室护士比例高于其余两项(不确定和否定),见表2。

表1 手术室护士的 OSCE 考核成绩

考核站点	考核内容	分值(分)	得分(分)	得分率(%)
第1站	术前交接	20	15.23 ± 1.68	79
第2站	手术安全核查	20	15.38 ± 1.25	78
第3站	基础护理操作	10	8.17 ± 0.52	86
	专业护理操作	10	8.24 ± 0.54	85
第4站	突发事件应急	20	15.14 ± 1.22	76
总分		80	62.18 ± 1.52	80.8

表 2 手术室护士的 OSCE 评价问卷结果

评价指标	肯定	不确定	否定
总体设计和组织			
考站引导明确	40 (95.24)	0 (0.00)	2 (4.76)
流程设计合理	39 (92.86)	1 (2.38)	2 (4.76)
时间分配合理	38 (90.48)	1 (2.38)	3 (7.14)
考核内容质量			
考核内容难度适中	37 (88.10)	2 (4.76)	3 (7.14)
考核病理结构合理	38 (90.48)	2 (4.76)	2 (4.76)
突出手术室护理工作重点	36 (85.71)	2 (4.76)	4 (9.53)
模拟临床情景的真实性	37 (88.10)	3 (7.14)	2 (4.76)
考核结果			
优于传统考核	40 (95.24)	1 (2.38)	1 (2.38)
考核公平、客观	40 (95.24)	0 (0.00)	2 (4.76)
利于将知识和技能相结合	38 (90.48)	1 (2.38)	3 (7.14)
可真实反映临床综合能力	36 (85.71)	2 (4.76)	4 (9.53)
为临床能力的培训指明了方向	35 (83.33)	3 (7.14)	4 (9.53)

() 中数据为百分率 (%)。

3 讨论

手术室护士培养主要包括系统化的理论知识和实际护理技能，帮助护士获得相应的职业资格证，并促进护士娴熟运用专业化的护理知识和技能向患者提供专业的服务^[4]。OSCE 考核模式主要以临床情景的模拟考站组成，需手术室护士运用专业理论和技能操作的情况依次完成站点的考核内容，教学小组根据考核成绩评估护士的临床知识及技能掌握情况^[5]。其中，OSCE 考核是一种将知识、技能和态度相结合的综合性评估方法，其评价内容包括临床护理知识、临床思维及技能、应急应变能力等。相较于传统考核，OSCE 考核模式具有客观性、全面性和公平性^[6]。基于此，本文特针对 OSCE 模式在手术室护士临床技能考核中应用效果展开分析。

本研究结果显示，对手术室护士的临床技能考核中实施 OSCE 模式，42 名手术室护士的 OSCE 考核总平均成绩为 62.18±1.52 分，属于良好水平。分析其原因可知，近年来，我国医学模式的转变和护理理念的不断更新，使医院对手术室护士的培养目标转变为“知识－技能－素质”三位一体的应用型人才，因此，医院需客观、公平的掌握手术室护士真实的综合能力，分析并了解教学考核的重点和难点。传统的“笔试＋操作”考核方式较为局限和单一，无法有效测验出手术室护士真实的综合能力和素质。而 OSCE 考核模式将手术室专科特点和手术室护士的教学目标相结合，并在将理论知识、沟

通交流、人文关怀、技能操作、团队协作和应急处理等多方面考核内容巧妙设计在 4 个考核站点中，使考核内容全面化和专业化^[7-8]。分析表 1 内容可知，第 3 站中的基础技能操作得分最高，为 8.17±0.52 分，得分率高达 86%，说明手术室护士的基础技能操作规范和娴熟。这一结果可能与教师的反复强化、临床实习的频繁考核有关。而第 4 站中的突发事件应急得分最低，为 15.14±1.22 分，得分率仅为 76%，说明手术室护士在面对突发事件时，其解决问题能力和应急处理能力相对较为薄弱。这一结果可能与手术室护士在课堂或书本中获得的应急处理知识较少，而在临床实习中遇到抢救患者时，因时间紧迫而确实参与抢救的机会，进而未有效锻炼自身的突发事件应急能力^[9]。因此，手术室教学小组在教学过程中，应针对性设计现场情景演练、角色扮演等多种教学方式提高手术室护士的突发事件应急能力。此外，相较于第 3 站，第 1 站的术前交接和第 2 站的手术安全核查得分相对较低，可能与站点模拟标准化病人的是临床教师有关。手术室护士在考核时面对临床教师，容易产生紧张、害怕等负性情绪，将造成言语表达不佳、交流沟通较为生硬等情况。因此，手术室教学小组在教学过程中，应鼓励手术室护士积极表达，并根据常见的患者反应及行为引导手术室护士锻炼沟通交流的能力^[10]。总而言之，OSCE 模式通过多站点、多形式和多角度的考核，帮助手术室教学小组全面、客观地了解手术室护士对专业知识、技术操作和理论应用等多

方面内容的掌握情况,并根据考核结果分析教学优点和不足,从而改变教学方式,完善教学内容,进而提高教学质量。

本研究结果表明,在 OSCE 考核模式的问卷调查中,持肯定并接受 OSCE 考核模式态度的手术室护士比例高于其余两项(不确定和否定)。分析其原因可知,手术室护士多为从事护理工作的本科、专科护理毕业生,是医院手术室护理发展的新生力量,因此,手术室护理对临床实践、教育质量和考核方式的评价同样重要,对帮助手术室教学小组的教学内容完善有重要意义^[11]。OSCE 考核前,为确保本次考核效果的客观性,主考官提前对参加本次考核的手术室护士进行 OSCE 考核规则、考核流程和考站路线等方面的集中培训,帮助手术室护士熟悉模拟考场、站点标识和考核流程等,尽可能地降低非能力因素对本次考核结果的影响^[12]。其次,考核站点模拟的标准化病人由具有 5 年以上工作经验的临床教师充当,并在考核前,临床教师们将反复讨论和演练,尽可能在面对不同手术室护士表现的应对方式和语言表达时,能使用标准化的引导技巧进行回应。同时,临床教师为手术室护士进行考核评分时,统一使用标准的评分表,进而减少主观引起的评分差异^[13]。分析表 2 内容可知,95.24% 的护士认为考站引导明确,88.10% 的护士认为站点模拟的临床情景真实,95.24% 的护士认为考核客观和公平,85.71% 护士认为该考核方式能真实反映自身的临床综合能力,以上结果说明手术室护士对 OSCE 模式的临床技能考核认可度相对较高,进一步说明 OSCE 模式能客观、真实地反映手术室护士的综合能力。临床观察发现,传统考核的方式较为单一和局限,手术室护士在考核时,往往只注重操作步骤和过程,其思路较为固定,将制约自身学习的主动性和思维的发散性。而分析表 2 内容可知,83.33% 的护士认为 OSCE 考核模式为自身的临床能力培训指明了方向,90.48% 的护士认为 OSCE 考核模式有助于自身将理论知识和技术操作相结合,临床技能考核中实施 OSCE 模式时,有助于手术室护士将分散的理论知识和技术相结合,通过应用知识和技能正确分析及判断模拟患者存在的问题,从而形成自身特有的临床思维^[14]。并且,手术室护士在 OSCE 考核时,可全面、正确的认识自己的强弱项,从而针对性地调整自身的学习方法,进而提高自身的综合能力及素质。

综上所述,在手术室护士的临床技能考核中实

施 OSCE 模式,对客观评价手术室护士的临床护理能力和专业操作能力,以及提高教学质量有重要意义。

4 参考文献

- [1] 赵苏丽,王其恩,樊若琳,等. BEST 培训法联合 OSCE 考核模式在手术室实习生岗前培训教育中的应用 [J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(19):2714-2717.
- [2] 宋秀婵,黄燕,冼慧仪,等. OSCE 站点式考核在重症医学科护士临床急救能力培训中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 39(12):136-138.
- [3] 严鑫,郭秀君,孙敏芝,等. 客观结构化临床考试在中医院新上岗护士临床综合能力考评中应用的效果评价 [J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(22):1705-1708.
- [4] 王春燕. 客观结构化临床考试提高手术交接质量的应用实践 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2017, 3(12):160-162.
- [5] 章兰萍. 临床客观结构化考试模式在护理技能培训中的应用 [J]. 当代护士(中旬刊), 2017, 28(1):145-147.
- [6] 成守珍,陈玉英,朱颖,等. OSCE 在护士临床能力评价中的设计与应用 [J]. 中华护理教育, 2019, 26(4):13-15.
- [7] 张青华. OSCE 考核在急诊科、ICU 护士临床实践技能培训中的应用 [J]. 中国卫生产业, 2016, 13(25):63-65.
- [8] 顾丹凤. 基于护士核心能力的护理本科实习生带教管理模式的应用研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2016.
- [9] 王晓春,刘淑芝,亓恒美,等. 客观结构化临床考试在新入职护士岗前培训评价中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2015, 28(20):3-5.
- [10] 陈晓琳,许红梅,李雪梅. 改良客观结构化临床考试在护士临床能力评价中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 35(12):119-120.
- [11] 夏志春,杨勇,梁云海. 精神科护理技能应用客观结构化临床考试的效果评价 [J]. 护理学杂志, 2016, 31(17):32-34.
- [12] 张伟英,倪逸倩. 客观结构化临床考试在专科护士培训效果评价中的应用现状 [J]. 解放军护理杂志, 2016, 33(13):42-44.
- [13] 焦静,吴欣娟,张晓静. 客观结构化临床考试在护士能力评价中的应用与展望 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(17):2508-2511.
- [14] 尤华琴. OSCE 模式对于提高护生评判性思维能力等应用效果的研究 [J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(3):349-351,354.

[2020-03-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

血液透析中心医疗废物小推车的设计制作与应用

刘丽琴 张春珍* 李建辉 谈菊萍

中图分类号 R472.9 文献标识码 A DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9676. 2021. 11. 044

医疗废物是指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或间接感染性、毒性以及其他危害性废物^[1]。在处置医疗废物时血液透析中心护理人员血源性职业暴露时有发生，血源性职业暴露主要为锐器伤及血液、体液飞溅造成的黏膜污染^[2]。医疗废物在管理过程中常常存在一些问题，比如医疗废物分类不明、医疗废物混入生活垃圾、医疗废物处理不当导致护理人员职业暴露风险增加等。针对以上现状，我院设计了一款专用推车对血液透析中心产生的各类医疗废物进行分类处置，经过多家医院的临床应用效果良好。

1 材料与制作方法

车体材料为不锈钢。制作方法：该推车包括可分离式活动连接的左车体和右车体，左车体和右车体通过若干对卡块固定装置进行连接。整车长 90 cm，宽 35 cm，高 92 cm。左车体上设置有上操作台面和下操作台面，在上操作台面和下操作台面之间设置有锐器盒，锐器盒通过固定框与车体支撑杆连接，锐器盒可沿车体支撑杆上下移动以及水平转动；在车体支撑杆上设置有上限位块和下限位块，上限位块离地高度为 65 cm，下限位块离地高度为 55 cm。锐器盒固定框为嵌入式，根据常用锐器盒的种类配有三款锐器盒固定框，分别为圆形、长方形和方形。可选择性地使用。

在上操作台面底部设置有抽拉式垃圾袋固定装置，该装置包括垃圾袋挂架、滑轨，挂架主体部分为缓冲阻尼静音滑轨，挂架开口最大宽度 25 cm，承重 20 kg，当关闭至 4~5 cm 距离时会启动阻尼装置，自动缩进。右车体包括底座和与底座相连的保护框，在保护框内侧四周设置有滑槽和两组相互垂直的滑杆，滑杆两端通过螺钉进行固定，滑杆可沿滑槽滑

动从而调整框架大小，以便适应不同大小的医疗废物桶。具体见图 1，图 2，图 3。

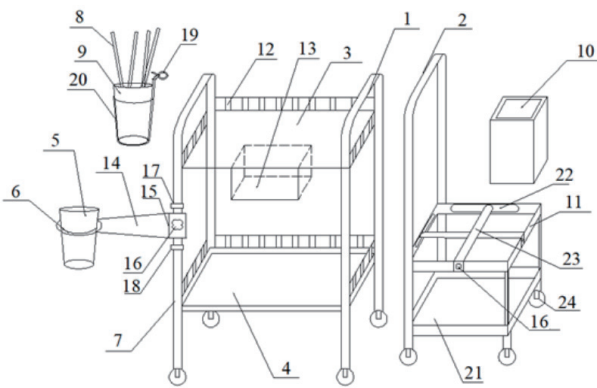


图 1 血液透析中心组合式多功能推车的结构示意图

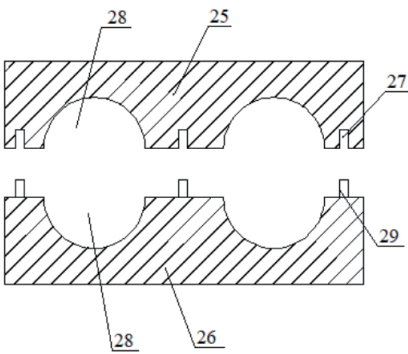


图 2 用于连接左、右车体的卡块固定装置剖面示意图

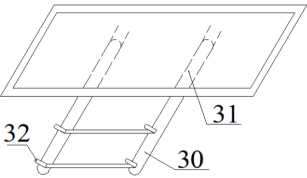


图 3 血液透析组合式多功能推车背面抽拉式垃圾袋固定装置结构示意图

(1. 左车体; 2. 右车体; 3. 上操作台面; 4. 下操作台面; 5. 利器盒; 6. 固定框; 7. 车体支撑杆; 8. 吸管; 9. 吸管筒; 10. 垃圾桶; 11. 保护框; 12. 护栏; 13. 储物盒; 14. 连接杆; 15. 连接套; 16. 螺钉; 17. 上限位块; 18. 下限位块; 19. 夹子; 20. 固定杯托; 21. 底座; 22. 滑槽; 23. 滑杆; 24. 车轮; 25. 左卡块; 26. 右卡块; 27. 卡槽; 28. 凹槽; 29. 卡头; 30. 垃圾袋支架; 31. 滑轨; 32. 垃圾袋卡子)

作者单位: 432000 湖北省孝感市第一人民医院肾病内科
* 通讯作者

2 应用

在内窥穿刺、换药及下机回输血液等操作中可根据使用的需要在车体右侧感染性废物小推车上放置 35 cm × 30 cm 的小号及中号感染性废物桶, 移动推车架框内相互垂直的两条滑杆, 根据桶的大小调节滑杆上的螺母, 使废物桶更为稳定。根据使用的锐器盒的形状选择适用于锐器盒的一款架框并安装于左侧车体的下层, 将锐器盒移出调节至合适高度, 将固定于车体部滑轨上的垃圾袋挂架抽出, 根据垃圾袋大小调节挂架开口大小及选择不同的挂齿固定, 用于放置生活垃圾。小推车推至血液透析患者透析病床旁, 分类收集各类医疗废物。两车一体时, 可用于透析患者上机、换药及下机操作时各类医疗废物的集中收集, 分开时右侧的小车可推至血透机旁收集感染性废物。综上所述, 此款推车完全满足于血液透析中心收集各类医疗废物的需要。

3 优点

①车体轻巧, 使用灵活: 可推至血液透析患者床旁, 收集各类医疗废物; 左侧车体与右侧车体既

可合二为一, 亦可各自单独使用; ②操作简单, 节约空间: 锐器盒架可根据临床操作的需要在水平面内转动, 不用时可转回车体的二层台面间; 固定于车体底部的垃圾袋挂架, 不用时可隐藏, 应用时抽出, 其开口宽度可自由调节, 且有多挂齿, 适用于大小不同的垃圾袋。③车体材质为不锈钢, 安全、稳固、耐用。

目前该推车只是注重医疗废物的分类收集功能, 后期将不断完善, 研制适用于血液透析中心专用的集治疗、医疗废物收集于一体的专用治疗车, 将其改进为轻便防水的材料, 根据临床使用的需要设计大、中、小三种型号, 推广至其他临床科室使用。

4 参考文献

- [1] 付强, 巩玉秀. 医院感染管理文件汇编 (1986-2015) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 47-52.
- [2] 程文琴, 吴润松, 李婧, 等. 医务人员血源性职业暴露相关因素调查分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(18): 2865-2867.

[2020-04-14 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

欢迎订阅 欢迎投稿

《护理实践与研究》杂志是中国医师协会系列期刊, 是由河北省卫生健康委员会主管、河北省儿童医院主办的护理类综合性学术期刊。刊号: CN 13-1352/R; ISSN 1672-9676。国内外公开发行。系中国科技核心期刊遴选期刊、中国科学引文数据库来源期刊, 同时被万方数据库、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库收录。以从事临床护理实践、护理科学研究、护理管理及护理教学等护理专业群体为读者对象; 以报道护理学科领域的研究成果、护理实践经验以及新理论、新方法和新技术为主要内容。包括: 论著, 专科护理, 基础护理, 门诊护理, 手术室护理, 社区与全科护理, 中医护理, 心理护理, 健康心理与精神卫生, 护理管理, 护理教育, 护理人文, 个案分析, 调查研究, 综述与讲座, 经验与革新等栏目。是护理专业人士获得专业前沿信息、理论知识、技术方法和开展学术交流的园地。

《护理实践与研究》杂志为半月刊, 大 16 开, 160 页, 每月 10 日、25 日出版发行。每期定价 10 元, 全年合计 240 元。邮发代号: 18-112。全国各地邮局订阅; 杂志编辑部邮购。

通讯地址: 050031 石家庄市建华南大街 133 号《护理实践与研究》杂志社; 联系人: 柳雅静; 电话: 0311-85911163, 85911463; 网址: <http://www.hlsjyj.com>; E-mail: hlsjyjshb@126.com。

《护理实践与研究》杂志社

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 11 Jun. 10, 2021

CONTENTS IN BRIEF

Risk factors of ketoacidosis in children with type 1 diabetes

mellitus..... SONG Liqin(1581)

Related influencing factors analysis of treatment compliance in

infertility patients secondary to mycoplasma infection of

urogenital tract..... DING Ling(1585)

Analysis of factors related to postpartum development of type 2

diabetes in patients with gestational diabetes mellitus.....

..... LIAO Yili, WANG Ling, GUO Xiaorui, YUAN Ming (1590)

Study on the relationship between psychological congruence,

psychological stress and depressive symptoms in patients

with uremia..... ZENG Jinping, ZHENG Huiyi, LI Zhiqin(1594)

Self-management ability and related influencing factors in

schizophrenic patients..... Chen Mingxia, Yuan Ying (1610)

Effect of Qingnaoyiyuan decoction combined with traditional

Chinese medicine fumigation therapy on rehabilitation of

patients with stroke and hemiplegia.....

..... Xing Xiaoyue, Zhang Wenjuan, Liu Jingjing, You Jia (1618)

Analysis of the risk factors of hospital infections in neonatal

wards..... LIN Shaoying(1622)

Risk factors of ICU syndrome in cardiovascular patients in the

intensive care unit.....CHEN Jiaying(1630)

Effect of pre-hospital emergency chain procedure combined

with timing theory home nursing on rehabilitation of

patients with acute myocardial infarction.....

..... JIN Qihua, HUANG Guixian(1657)

The effect of entertainment scene simulation rehabilitation

training on cognitive function and self-care ability on the

schizophrenics patients.....

..... WU Shujing, Song Yizhen, LIANG Yuanyuan(1692)

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腕部骨折患者自理能力及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究，2017,14(14):8-10.

[4] 崔伟燕，吴军，袁小英，等. 医护康一体化管理模式干预鼻咽癌放疗患者张口困难效果研究[J]. 护理实践与研究，2020,17(22):97-99.

9. 论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目，应在文题页左下角注明。

三、注意事项

1. 来稿自留底稿，请勿一稿多投，凡接到投稿回执信2个月，未接到稿件录用通知，该稿可自行处理。稿件一经刊用，同时也被多家数据库收录，不同意者请在投稿时说明。

2. 本刊不收审稿费，稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

3. 投稿者请登陆<http://www.hlsjyj.com>注册投稿。

本刊通讯地址：河北省石家庄市建华南大街133号《护理实践与研究》杂志社，邮编：050031；联系电话：0311-85911163，85911463；E-mail：hlsjyjshb@126.com。