

中国医师协会  
系列期刊



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

ISSN 1672-9676  
CN 13-1352/R

# 护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

2021年9月 第18卷 第18期 September 2021 Vol.18 No.18



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



18  
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 18 期

2021 年 9 月 25 日出版

## 主 管

河北省卫生健康委员会

## 主 办

河北省儿童医院

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

## 编 辑

《护理实践与研究》杂志编辑委员会

《护理实践与研究》杂志编辑部

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

电话: 0311-85911163 85074334

网址: <http://www.hlsjyj.com>

## 社 长

曲 艺

## 主 编

尚少梅

## 执行主编

徐应军 栾 奕

## 副 主 编

李春燕 张俊敏 应 岚 韩 琳

李 卡 王志稳 庄一渝 方 琼

蒋 艳 栾晓嵘 张先庚 李 伟

## 出 版

《护理实践与研究》杂志社

## 印 刷 者

石家庄嘉年印刷有限公司

## 发 行

河北省报刊发行局

## 发行范围

国内外公开发行

## 中国标准连续出版物号

ISSN 1672-9676

CN 13-1352/R

## 订 购

全国各地邮政局 邮发代号: 18-112

## 定 价

每期10.00元, 全年240元



欢迎关注微信公众号

2021 年版权归《护理实践与研究》杂志社所有

## 目 次

### 论 著

云南省某三所三甲医院编制护士与合同制护士

心理契约的现状分析

..... 胡秋兰 马芳 杨名钊 丁兰 白阳娟 (2687)

原发性肝癌术后复发患者负性心理影响因素分析

..... 张余芬 (2691)

阶梯式评估联合量化康复训练指导在脑卒中肢体

功能障碍患者中的应用..... 孙敏 肖蓓 李月芳 (2696)

### 调 查 研 究

低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血

危险因素调查分析..... 周思佳 (2701)

对ICU护士在其患者转出迁移应激预防中的知信行

现状调查..... 谢艳芳 杨凤葵 叶秋容 (2705)

肺癌化疗患者睡眠质量与负性情绪及应对方式的

相关性研究..... 林雪 庞永慧 甘海洁 罗洁宁 庞芸 (2708)

HIV感染者/艾滋病患者日常感知歧视现状及

影响因素

..... 卢晓燕 黄金萍 杜丽群 黎彦君 李祥青 (2713)

### 综 述 与 讲 座

尿路造口患者的负性心理状态及护理研究进展

..... 鞠洪杰 尹安春 刘卫 (2717)

铂类化疗药物所致恶心呕吐的预防及治疗进展

..... 曹兆铭 孙文静 李萍 哈敏文 王迎春 (2721)

我国安宁疗护的发展现状

..... 王丽丽 占婷婷 袁娟 王燕 孙彩杰 (2727)

ICU后综合征易患因素与护理干预的研究进展

..... 张立文 颜冉冉 孙田 高莲莲 (2732)

近10年我国护理领域死亡教育研究的文献

计量学分析..... 杨源 王小丽 温志杰 罗懿婷 (2735)



## 内科护理

生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者康复期间肢体功能及

情绪-社交孤独心理的影响..... 高路路 (2739)

基于护理个案管理的全程心理干预对急性心肌梗死心血管事件发生率的影响

..... 张佳 郁艳梅 钱柯柯 俞剑东 赵莉华 何红卫 (2744)

疾病管理临床路径在缺血性脑卒中患者护理中的应用

..... 杨琦清 李艳芬 张春花 张意辉 周利丹 (2748)

人文关怀联合早期床上脚踏车在机械通气患者护理中的应用..... 曾维兰 肖萍 魏玲 (2752)

信息化医患互动平台管理对糖尿病患者血糖控制和治疗

依从性的影响..... 柳秋丽 张婕 陈玉荣 (2755)

医护一体化干预应用于内镜下胃息肉黏膜切除术对患者负性情绪、术后康复

及并发症的影响..... 胡梦玲 魏建红 (2758)

预处理血压对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者预后影响的Meta分析

..... 董湘萍 陈立芳 尚倩倩 徐朝霞 左家财 (2762)

专科护士对初次使用基础胰岛素治疗糖尿病患者的血糖管理效果研究..... 皮丽娟 邓豫 (2767)

多路径积极暗示在三叉神经痛患者护理中的应用..... 陈琼星 彭红霞 郑锐 (2770)

## 外科护理

微信APP辅助线上个性化护理干预对手术后恢复期患者的影响..... 谢宜静 何婷 舒文杰 (2773)

思维导图干预对老年髋关节置换术患者日常生活能力及并发症的影响

..... 肖玉华 胡永林 宋新建 华永萍 黄菊 陈虹 耿桂灵 陈茜 (2776)

个体化护理在先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期的

应用效果..... 葛雪华 肖婷 (2780)

## 妇产科护理

思维导图健康教育对腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行水平及生活质量的影响

..... 王芳 范怡冰 张云霞 (2784)

基于移动平台的情志护理模式对辅助生殖技术治疗不孕症患者的效果评价

..... 潘瑞华 袁细妹 古雯洁 刘容菊 曹焕嫻 黄柳婷 陈雪梅 陈博 (2789)

随访管理在妇科恶性肿瘤患者术后延续护理中的应用效果..... 孙岚 (2793)

## 儿科护理

ABC情绪管理在学龄期癫痫患儿中的应用效果

..... 高贵霞 刘红美 牛晓桂 李化娉 张燕燕 (2797)

## 基础护理

品管圈活动在提高心力衰竭患者出入量记录准确性中的应用..... 柳凯丽 常玉霞 申卫玲 (2800)

压力性损伤防护软件在神经内科高危压力性损伤患者中的应用..... 陈小云 李亚娟 (2803)

## 护理管理

正念减压训练对PIVAS护士知觉压力、不良情绪、心理弹性及职业倦怠感的影响..... 李芸 陈娟 (2806)

护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系的应用及效果评价·····	李玲 李玉 陈云 (2810)
<b>护理教育</b>	
概念构图教学法对护理本科学生临床评判性思维能力的影响 ·····	李瑞 徐旻 张琳 王桂华 (2813)
HEART沟通模式在骨科临床护理带教中的应用及效果分析·····	李婷 李枫 (2818)
成果导向教学理念结合以案例为基础的教学法在重症医学科 新入科护士培训中的应用·····	蒋卓娟 俞荷花 李阳洋 (2821)
<b>中医护理</b>	
急危重症患者机械通气合并胃肠功能障碍患者护理中雷火灸干预的效果观察 ·····	朱晶 徐雪琼 梁红 程玲玲 刘青艳 (2825)
<b>门诊护理</b>	
以6小时复苏目标理论为导向的急救护理对急诊ICU严重脓毒血症患者的影响 ·····	侯丹丹 田娇娇 张倩倩 (2828)
<b>社区与全科护理</b>	
基于心理护理的“社区+家庭”一体化延续护理对糖尿病合并脑卒中 患者的影响·····	谭熾 陈文丽 (2832)
<b>基层实践与探索</b>	
“五维并进”社区疫情防控模式探索研究 ·····	王红艳 张先庚 郭勤 李鑫 张云秋 刘赞琦 (2836)
<b>案例报告</b>	
多囊卵巢综合征二胎妊娠合并宫颈机能不全、妊娠期糖尿病护理1例 ·····	张宇宏 邓美莲 (2839)
<b>经验与革新</b>	
一种印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置的设计 ·····	周思齐 李杰尧 徐庶 刘远浩 刘腊梅 (2842)
<b>其他</b>	
《护理实践与研究》杂志严正声明·····	(2700)
欢迎订阅 欢迎投稿·····	(2769)
疫情报道高频术语(十二)·····	(2799)
疫情报道高频术语(十三)·····	(2812)
征稿简则 ·····	(封底)

责任排版 吴辰瑶 魏劲伟 编务 冯晓倩 纪薇 责任编辑 肖向莉 崔兰英

期刊基本参数: CN 13-1352/R\*2004\*s\*A4\*160\*zh\*P\* ¥10.00\*1200\*41\*2021-18

# 云南省某三所三甲医院编制护士与合同制护士心理契约的现状分析

胡秋兰 马芳 杨名钊 丁兰 白阳娟\*

**【摘要】** 目的 调查云南省某三所三甲医院编制护士及合同制护士心理契约现状,为管理编制护士和合同制护士提供基础依据。方法 采用心理契约调查表对云南省3所三甲医院的402名护士进行调查,对比合同制护士、编制护士与基线数据心理契约各维度的情况。结果 编制护士关系型、平衡型心理契约均数、心理契约满足均数低于基线,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),交易型心理契约无统计学意义( $P>0.05$ )。合同制护士关系型、平衡型心理契约均数,以及心理契约满足均数低于基线,交易型心理契约均数高于基线,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。编制护士与合同制护士关系型心理契约以及心理契约满足状态,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),平衡型和交易型心理契约形式,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 云南省三甲医院护士心理契约形式有待管理,进而提高心理契约满足,特别是对合同制护士。

**【关键词】** 编制;合同;护士;心理契约;现状分析

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.001

**Analysis of the status quo of psychological contract between nurses with establishment and contract nurses in 3 top three hospitals in Yunnan province** HU Qiulan, MA Fang, YANG Mingfang, DING Lan, BAI Yangjuan (The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming, 650032, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the status quo of the psychological contract between nurses with establishment and contract nurses in 3 top three hospitals in Yunnan province, and provide a basic basis for the management of nurses with establishment and contract nurses. **Methods** The psychological contract questionnaire was used to survey 402 nurses in 3 top three hospitals in Yunnan province, and the conditions of contract nurses, nurses with establishment and baseline data of psychological contracts were compared. **Results** The average number of nurse relationship and balance psychological contracts and the average psychological contract satisfaction were lower than the baseline, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ), while the transactional psychological contract was not statistically significant( $P>0.05$ ). The average of contract nurse relationship, balanced psychological contract, and the average of psychological contract satisfaction were lower than the baseline, and the average of transactional psychological contract was higher than the baseline, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). There was a statistically significant difference in the relationship-based psychological contract and psychological contract satisfaction status between nurses and contract nurses( $P<0.05$ ). There was no statistically significant difference between the balanced and transactional psychological contract forms( $P>0.05$ ). **Conclusion** The form of psychological contract for nurses in the top three hospitals in Yunnan province needed to be managed, which would improve the satisfaction of psychological contract, especially for contract nurses.

**【Key words】** Establishment; Contract; Nurses; Psychological contract; Analysis of the status quo

基金项目: 云南省高层次卫生计生技术人才培养(编号: D-2017049); 云南省教育厅课题(编号: 2019J1219); 云南省医学学科后备人才培养(编号: H2019015)  
作者单位: 650032 云南省昆明市, 昆明医科大学第一附属医院

\* 通讯作者



有报道显示,合同制护士占医院护士比例的半数以上<sup>[1]</sup>。在雇佣形式转变的情况下,了解不同雇佣关系护士感知自己与医院的关系至关重要。心理契约是员工对自己与组织建立关系的主观感知,Rousseau提出心理契约的形式可以反应员工与组织建立关系的形式,包括平衡型、交易型、关系型<sup>[2]</sup>。了解护士心理契约类型有利于管理者个性化的管理护士。当护士心理契约满足时护士具有积极的情感、态度和行为,如护士满意度、组织信任、工作投入、组织承诺、组织公民行为的提高,能降低护士离职意向的发生<sup>[3-4]</sup>;相反,护士心理契约破裂、消极怠工会带来负面影响<sup>[5]</sup>。本研究旨在了解编制护士与合同制护士心理契约的形式与状态,为护理管理者有针对性地对编制护士和合同制护士进行管理提供参考依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

于2020年1—2月,抽取云南省3所三甲医院工作超过1年、自愿参与研究的注册护士作为研究对象。排除退休后返聘的护士、进修护士和规范化培训护士。

### 1.2 调查内容及方法

采用问卷调查法进行调查,内容包括年龄、工作年限、性别、婚姻状态、学历、雇佣形式、工作科室、工作意图、工作收入。本调查共发放问卷445分,回收问卷415份,剔除13份填写不完整问卷,有

效回收问卷402分,有效回收率为90.34%。其中编制护士148份,合同制护士254份。

### 1.3 心理契约调查

经作者Rousseau同意,通过翻译-回译、对等性检验,得到PCI中文版。PCI共计60个条目,心理契约形式56个条目,其中,心理契约形式包括平衡型24个条目,交易型16个条目,关系型16个条目,心理契约状态4个条目。该量表为Likert 5级量表:1分为一点也不同意,2分为很少同意,3分为有一些同意,4分为相当同意,5分为很大同意。量表具有良好的信效度<sup>[6]</sup>,GFI=0.88,AGFI=0.85,TLI=0.92,CFI=0.94,RMSEA=0.05,各维度Cronbach's  $\alpha$  为0.79~0.96。

Rousseau运用心理契约调查表(Psychological Contract Inventory, PCI)测量了的630名雇员心理契约形式及满足状态,由于样本来自不同国家,10余种不同行业,其研究结果常被视为心理契约研究的基线数据<sup>[6]</sup>。本研究也将其结果作为基线。

### 1.4 统计学处理

应用SPSS 26.0统计软件进行数据处理及分析,计量资料用“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行 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 编外护士和编内护士基本情况

两类护士基本特征见表1。

表1 编外护士和编内护士基本情况比较

分析因素	类别	编制护士 ( $n=148$ )	合同护士 ( $n=254$ )	$\chi^2$ 值	$P$ 值	分析因素	类别	编制护士 ( $n=148$ )	合同护士 ( $n=254$ )	$\chi^2$ 值	$P$ 值
工作经历 (年)		17.39 $\pm$ 8.25	5.64 $\pm$ 4.03	19.128*	0.000	年龄(岁)		37.84 $\pm$ 6.87	28.20 $\pm$ 3.71	18.264*	0.000
性别	女	142	240	0.420	0.517	工作部门	内科	51	98	1.265	0.939
	男	6	14				外科	52	84		
婚姻状态	已婚	123	128	42.673	0.000		妇产及儿科	11	20		
	未婚	25	126				急诊及ICU	14	25		
教育程度	本科以下	21	33	0.115	0.734		手术室	7	9		
	本科及以上	127	221				其他	13	18		
月收入 (元)	<4000	6	62	40.486	0.000	工作意图	热爱 护理行业	52	86	6.628	0.085
	4000~	55	109				满足 父母愿望	9	20		
	6000~	63	67				生存需求	105	187		
	8000~	24	16				其他	8	3		

\*为 $t$ 值。

2.2 心理契约形式与状态均数与基线比较

与基线数据相比较，编制护士关系型、平衡型心理契约均数、心理契约满足均数低于基线，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），交易型心理契约无统计

学意义（ $P>0.05$ ），见表2。合同制护士平衡型、关系型心理契约均数，以及心理契约满足均数低于基线，交易型心理契约均数高于基线，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

表 2 编制护士 (n=148) 心理契约形式和状态与基线的均数比较

心理契约	基线数据	编制护士	t 值	P 值
关系型	3.46	3.32 ± 0.79	-2.230	0.027
平衡型	3.45	3.22 ± 0.74	-3.747	0.000
交易型	2.49	2.51 ± 0.97	0.217	0.828
心理契约满足	3.86	3.62 ± 0.71	-4.046	0.000

表 3 合同护士 (n=254) 心理契约形式和状态与基线的均数比较

心理契约	基线数据	编制护士	t 值	P 值
关系型	3.46	3.15 ± 0.77	-6.481	0.000
平衡型	3.45	3.14 ± 0.70	-7.034	0.000
交易型	2.49	2.65 ± 0.68	3.683	0.000
心理契约满足	3.86	3.48 ± 0.69	-8.862	0.000

2.3 编制护士与合同制护士心理契约形式和状态均数比较

从心理契约形式看，编制护士关系型心理契约均数高于合同制护士，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），而平衡型和交易型心理契约均无统计学差异（ $P>0.05$ ）。从心理契约状态看，编制护士心理契约满足均数高于合同制护士，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 4 编制护士与合同护士心理契约形式与状态得分情况比较

心理契约	编制护士 (n=148)	合同护士 (n=254)	t 值	P 值
关系型	3.32 ± 0.79	3.15 ± 0.77	2.112	0.035
平衡型	3.22 ± 0.74	3.14 ± 0.70	1.114	0.266
交易型	2.62 ± 0.75	2.65 ± 0.68	-0.436	0.663
整体满足	3.62 ± 0.71	3.48 ± 0.69	2.046	0.041

3 讨论

3.1 编制护士和合同制护士心理契约形式与基线对比

（1）关系型心理契约：本研究编制护士和合同制护士的关系型心理契约低于基线。关系型心理契约侧重于追求社会情感需求的满足，建立长期合作关系。分数低于基线，提示护士的社会情感未达到满足，与医院建立长期合作关系的意愿不高。可能因为社会对护士的认可度不高，即便护士学历不断提高，民众对护士的认知依然是卫校毕业，从事打针发药简单工作。且护士在日常工作中面临着职

业暴力、职业暴露等安全隐患，且相关医疗法律、机制等不完善<sup>[7]</sup>。呼吁相关部门，强化对伤医事件的管理，为医护人员营造安全执业环境。护理管理者为护士发声，增加民众对新时代护理的认知，促进护士得到相应的尊重与认可，进而使得护士愿意在医院长期工作。

（2）平衡型心理契约：本研究编制护士和合同制护士平衡型心理契约平均分低于基线。平衡型心理契约指员工与组织关注双方未来长期稳定的关系，促进双方的共同发展。平均分低于基线，可能是因为国内护士晋升、深造、培训的机会有限，从某种程度上限制了护士的职业生涯发展<sup>[8]</sup>。护理管

理者应为护士提供培训或者继续教育的机会,支持、鼓励护士提高其自身能力,以适应不断提高的患者需求,为护士晋升及长远发展提供平台与机会。

(3) 交易型心理契约:本研究合同制护士交易型心理契约平均分高于基线,编制护士交易型心理契约平均分与基线相比无统计学意义。交易型心理契约指组织为员工提供经济和物质利益,员工承担基本的工作任务,合同制护士平均分高于基线,提示合同制护士与医院建立的关系更注重护士通过简单、具体的工作得到报酬。该类型的契约往往不稳定,随时可能解除关系,这也能解释我国合同制护士离职率高的现状<sup>[9]</sup>,研究表明我国有离职医院的护士高达56.94%<sup>[10]</sup>。突出护理管理者应适当改变护士工作模式,与之建立长久关心,如应开展新业务、提高技术含量,体现护士专业性和重要性。

### 3.2 编制护士和合同制护士心理契约状态与基线对比

本研究编制护士和合同制护士的心理契约满足均低于基线,说明护士的心理契约满足有待提高。原因可能在于中国三甲医院护士压力较大,工作负荷过重,却没有得到预期的回馈<sup>[11-12]</sup>。医院在招聘入职阶段,通过培训的形式给护士清楚说明工作相关的内容、待遇、晋升机制以及彼此的义务和责任,让护士在工作伊始就正确认识自己应该怎样完成工作,会得到医院怎样的回馈,避免护士由于过高的期待最终造成较低的心理契约满足<sup>[13]</sup>。并在工作中通过与护士建立良好的关系,保持顺畅的沟通,及时化解误会达成一致,实施多劳多得的护理绩效分配方案,以促进心理契约的满足。

### 3.3 编制护士与合同制护士心理契约形式对比

编制护士的关系型心理契约得分高于合同制护士差异有统计学意义( $P<0.05$ ),与Chambel等<sup>[13]</sup>的研究结果一致。研究显示婚姻状态和关系型心理契约得分相关<sup>[14]</sup>。编制护士 $17.39\pm 8.25$ 工作年限比合同制护士 $5.64\pm 4.03$ 工作年限长,从某种程度上而言,工作年限长的护士与医院建立了更紧密的关系。且编制护士(83.11%)比合同制护士(50.39%)结婚比例也更大,婚后也使护士趋于稳定,更愿意与医院建立长远的关系。但是编制护士和合同制护士在平衡型和交易型心理契约得分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。也反应了近年来对“同工同酬”政策的落实到位,编制护士与合同制护士得到同等的待遇,并且合同制护士也具有同样的晋升机会,和被提拔的机会,本研究验证了“同工同酬”政策适合我国当前医疗行业发展趋势。

### 3.4 编制护士与合同制护士心理契约状态对比

编制护士心理契约满足得分高于合同制护士差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明编制护士感知自己对医院以及医院对自己义务完成的整体情况优于合同制护士,与Scheel等<sup>[15]</sup>的研究结果相反,在Scheel的研究中合同员工能力弱于编制员工,因此期待少于编制员工,更容易心理契约满足。本研究中,编制护士与合同制护士学历比较差异无统计学意义,见表1,说明从某种程度上反应其能力无明显差异。研究显示年龄影响心理契约得分相关<sup>[14]</sup>,编制护士年龄明显年长与合同制护士,随着年龄的增长,护士对工作的关注度可能会部分转向对社会关系的关注度,从而更容易满足于当前的状态;相反年轻护士可能更关注工作,更期待通过工作得到自我提升,相对难于实现满足状态。且编制护士的收入高于合同制护士(见表1),这也可能促进编制护士心理契约满足。

## 4 小结

云南省三甲医院护士心理契约状态有待管理,提高平衡型和关系型心理契约,降低交易型心理契约,并实现护士心理契约满足的提升。相比编制护士而言,合同制护士与编制护士的差距有所缩小,但仍然存在,随着合同制护士比例的增大护理管理者应该更多关注合同制护士的心理契约,以实现合同制护士的最优表现。

## 5 参考文献

- [1] Shang J, You L, Ma C, et al. Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction [J]. Human Resources for Health, 2014, 12(1): 1-10.
- [2] Rousseau DM. Psychological and Implied Contracts in Organizations [J]. Employee Responsibilities and Rights Journal, 1989(2):121-139.
- [3] Ahmad S, Nisar Q A, Naqvi S M. Effect of psychological contract fulfillment and organizational justice on employee reactions under moderation by organizational trust: a study on the lady health workers in Pakistan [J]. Science International, 2016, 28(1):120-129.
- [4] Birtch TA, Chiang FFT, Van Esch E. A social exchange theory framework for understanding the job characteristics-job outcomes relationship: the mediating role of psychological contract fulfillment [J]. The International Journal of Human Resource Management, 2016, 27(11): 1217-1236.
- [5] Vander Elst T, De Cuyper N, Baillien E, et al. Perceived



# 原发性肝癌术后复发患者负性心理影响因素分析

张余芬

**【摘要】** 目的 了解原发性肝癌术后患者负性心理现状并探究其影响因素。方法 选取2018年1月—2020年1月医院收治的原发性肝癌术后患者120例为研究对象,采用自制调查问卷、焦虑(SAS)、抑郁(SDS)量表对患者进行调查,将存在负性情绪的47例患者纳入病例组,无负性情绪的患者73例纳入对照组,收集相关资料,分析原发性肝癌术后患者负性情绪现状,寻找其影响因素。结果 单因素分析结果显示,年龄、性别、婚姻状况、文化程度、家庭月收入、TNM病理分期、付费方式、术后时间与原发性肝癌术后患者负性心理得分存在关联( $P<0.05$ )。Logistic回归分析结果发现,年龄 $\geq 60$ 岁、女性、没有配偶者、家庭月收入 $<4000$ 元、病理分期Ⅱ和Ⅲ期、术后时间 $<6$ 个月及付费方式为自费等为肝癌复发患者发生焦虑、抑郁等负性情绪的主要影响因素( $P<0.05$ )。结论 年龄、性别、婚姻状况、家庭月收入、病理分期、术后时间及付费方式等为肝癌复发患者发生焦虑、抑郁等负性情绪的主要影响因素,护士及早对其进行心理干预,降低患者负性心理水平。

**【关键词】** 原发性肝癌; 术后; 负性情绪; 焦虑; 抑郁; 影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.002

**Analysis of the influencing factors of negative psychology in patients with postoperative recurrence of primary liver cancer** ZHANG Yufen (Fifth People's Hospital of Wuxi, Wuxi, 214000, China)

**【Abstract】** **Objective** To understand the negative psychological status of patients with primary liver cancer after operation and explore its influencing factors was as the study subject. **Methods** A total of 120 postoperative patients with primary liver cancer admitted to hospital from January 2018 to January 2020 were selected as the study objects. The patients were surveyed through self-made questionnaires, anxiety(SAS) and depression(SDS)

作者单位: 214000 江苏省无锡市第五人民医院肿瘤科

control and psychological contract breach as explanations of the relationships between job insecurity, job strain and coping reactions: towards a theoretical integration[J]. Stress and Health, 2016, 32(2): 100-116.

[6] Hui Chun, Lee Cynthia, Rousseau Denise M. Psychological contract and organizational citizenship behavior in China: investigating generalizability and instrumentality[J]. J Appl Psychol, 2004(89):311-21.

[7] 张鼎, 陆丹, 时宇, 等. 公立医院工作场所患者暴力对护士职业倦怠的影响[J]. 中国医院管理, 2016, 36(9):69-71.

[8] 徐玉林, 李善玲, 黄红艳, 等. 护士职业生涯管理研究现状及思考[J]. 中国护理管理, 2015, 15(6):681-684.

[9] 唐秀珍, 余红, 刘常青. 中国大陆地区护士离职意愿与组织承诺相关性研究的 Meta 分析[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(3):1-5.

[10] 杨田田, 李小燕, 王跃会, 等. 武汉市三级甲等医院护士离职意愿现状及影响因素分析[J]. 中国护理管理, 2019, 19(4):569-574.

[11] 胡秋兰, 马芳, 杨名钊, 等. 护士心理契约破裂研究进展[J]. 护理管理杂志, 2019, 19(3):200-203.

[12] 陈婷, 张庆华, 祁欢. 国内外护士职业压力管理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(10):1480-1482.

[13] Chambel MJ, Lorente L, Carvalho V, et al. Psychological contract profiles among permanent and temporary agency workers[J]. Journal of Managerial Psychology, 2016, 31(1):79-94.

[14] Bal PM, Kooij DT, De Jong SB. How do developmental and accommodative HRM enhance employee engagement and commitment? The role of psychological contract and SOC strategies[J]. Journal of Management Studies, 2013, 50(4), 545-572.

[15] Scheel TE, Rigotti T, Mohr G. HR practices and their impact on the psychological contracts of temporary and permanent workers[J]. The International Journal of Human Resource Management, 2013, 24(2): 285-307.

[2021-03-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

scales, and 47 patients with negative emotions were included in a case group, and 73 patients without negative emotions were included in a control group. Relevant data were collected to analyze the negative emotion status of patients after primary liver cancer after operation and find its influencing factors. **Results** Univariate analysis showed that the age, gender, marital status, education level, monthly family income, TNM pathological staging, payment method, postoperative time was associated with negative psychological scores of patients after primary liver cancer surgery( $P<0.05$ ). Logistic regression analysis showed that the age  $\geq 60$  years old, female, those without a spouse, family monthly income  $< \text{RMB } 4000$ , pathological stages II and III, postoperative time  $< 6$  months and self-pay method were the main factors affecting negative emotions such as anxiety and depression in patients with liver cancer recurrence( $P<0.05$ ). **Conclusion** The age, gender, marital status, family monthly income, pathological staging, postoperative time and payment method were the main factors affecting negative emotions such as anxiety and depression in patients with liver cancer recurrence. Nurses should be required to carry out psychological intervention as soon as possible to reduce the patient's negative psychology.

**【Key words】** Primary liver cancer; Postoperative; Anxiety; Depression; Negative psychological; Influencing factors

原发性肝癌是指由肝细胞或肝内胆管上皮细胞发生的恶性肿瘤,病死率位居肿瘤类疾病第3位,多见于中年男性,男女之比为2~5:1<sup>[1]</sup>。其病因是由于乙型肝炎后肝硬化,是受环境和遗传共同影响的复杂性疾病。国家卫健委在《原发性肝癌诊疗规范(2017年版)》指出,由于中国肝癌患者70%左右都伴有肝硬化门静脉高压症的原因,经过严格评估后,部分伴有肝硬化门静脉高压症的肝癌患者仍然可以承受肝部分切除甚至半肝切除,预后也有一定保障;肿瘤多于3个及伴有血管侵犯者经过评估后仍可考虑手术切除<sup>[2]</sup>。有研究显示,原发性肝癌切除术后3年复发率超过50%,而5年复发率高达80%,且大多数患者生存期不足半年,即处于终末期原发性肝癌(PLC)阶段,患者承受着身体和心理的双重打击<sup>[3]</sup>。魏巍等<sup>[4]</sup>研究显示,原发性肝癌术后易复发,由于突然遭受严重疾病,生活状况发生明显的变化,用现有的生活条件和经验难以克服重大疾病,患者及其家属陷于痛苦及不安状态,往往会产生绝望、麻木不仁及焦虑,甚至植物神经症状和行为障碍等,直接影响患者免疫功能,生命质量低下。人文关爱是针对患者的愿望而制定的以满足其要求为出发点的干预措施,旨在维护患者的尊严,使其相对快乐地走完人生路<sup>[5]</sup>。因此,了解原发性肝癌术后患者负性心理现状,探究焦虑、抑郁影响因素,可为临床采取有针对性的护理干预提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

选取2018年1月—2020年1月我院收治的原

发性肝癌术后患者120例为调查对象,将其中有负性情绪者47例作为病例组,无负性情绪者73例作为对照组。纳入条件:患者均在我院进行原发性肝癌手术,且经过病理学确诊;年龄 $\geq 18$ 岁;依从性好,签署知情同意书。排除条件:具有精神疾病者;合并其他严重的心、脑、肝、肾疾病者。纳入研究的患者中男73例,女47例;年龄35~82岁,平均 $55.38 \pm 7.49$ 岁;肝内肝细胞性原发性肝癌83例,肝内胆管细胞性原发性肝癌24例,混合性原发性肝癌13例。

### 1.2 负性心理调查问卷

采用焦虑自评量表(SAS)<sup>[6]</sup>及抑郁自评量表(SDS)<sup>[6]</sup>评价患者负性心理情况。SAS和SDS由Zung等编制,SAS和SDS均有20个条目,每个条目4个选项,采用1~4评分法,1分表示偶尔有,2分表示少有,3分表示常有,4分表示绝大部分有,量表粗总分为20~80分,标化分在量表粗总分的基础上乘以1.25。焦虑得分在50~59分可评价为轻度焦虑,60~69分可评价为中度焦虑,69分以上可评价为重度焦虑。抑郁得分在53~62分可评价为轻度抑郁,63~72分可评价为中度抑郁,72分以上可评价为重度抑郁。

### 1.3 调查方法

参加本研究现场调查人员均统一培训,如规范用语、调查流程等,培训合格后方可参与本研究。调查者向患者发放问卷,并进行统一指导,充分讲解本调查的目的。问卷由患者独立完成,填写完成后调查者统一回收,进行现场核对,如发现调查表中有缺项,立刻让患者补充。本调查中共发放问卷120份,回收问卷120份。

1.4 统计学处理

使用 Epidata 3.0 建立数据库，采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析。单因素分析中，计数资料组间构成比较采用  $\chi^2$  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 原发性肝癌术后患者负性心理影响因素的单因素分析

单因素分析结果显示，年龄、性别、婚姻状况、文化程度、家庭月收入、TNM 病理分期、付费方式、

术后时间与原发性肝癌术后患者负性心理得分存在关联（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 原发性肝癌术后患者负性心理影响因素的多因素分析

将是否发生负性情绪作为因变量，将年龄、女性、家庭配偶、家庭月收入、病理分期、术后时间、文化程度、付费方式作为自变量（赋值情况见表 2），进行多因素 Logistic 回归分析，结果显示，年龄  $\geq 60$  岁、女性、没有配偶者、家庭月收入  $<4000$  元、病理分期 II 和 III 期、术后时间  $< 6$  个月及付费方式为自费等为肝癌复发患者发生焦虑、抑郁等负性情绪的主要影响因素（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 1 原发性肝癌术后患者负性心理影响因素的单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=47)	对照组 (n=73)	$\chi^2$ 值	P 值
性别	男	19	54	13.505	0.000
	女	28	19		
年龄 (岁)	60	19	52	11.232	0.001
	$\geq 60$	28	21		
文化程度	初中及以下	23	29	13.866	0.000
	高中 / 中专	12	21		
	大专及以上	12	23		
婚姻状况	无配偶	28	26	6.631	0.010
	有配偶	19	47		
现居住地	城镇	21	38	0.622	0.430
	乡村	26	35		
家庭月收入 (元)	$<4000$	25	19	9.091	0.011
	4000~	12	30		
	8000~	10	24		
付费方式	公费	10	21	7.316	0.026
	医保	10	28		
	自费	27	24		
TNM 病理分期	I 期	12	27	7.498	0.024
	II 期	12	28		
	III 期	23	18		
术后时间 (个月)	$< 6$	18	12	7.292	0.026
	6~	15	30		
	24~	14	31		



表2 肝癌复发患者负性情绪影响因素赋值表

变量标签	赋值说明
因变量 负性情绪	1= 是, 0= 否
自变量 年龄	1= ≥ 60 岁, 0=60 岁
性别	1= 女, 0= 男
文化程度	3= 大专及以上, 2= 高中 / 中专, 1= 初中及以下
婚姻状况	0= 有配偶, 1= 无配偶
家庭月收入 (元)	1=8000~, 2=4000~, 3=4000
付费方式	1= 公费, 2= 医保, 3= 自费
TNM 病理分期	1= I 期, 2= II 期, 3= III 期
术后时间 (月)	1=<6, 2=6~, 3=24~

表3 肝癌复发患者负性情绪 Logistic 回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	Wald $\chi^2$ 值	<i>P</i> 值	<i>OR</i> 值	95% <i>CI</i>
年龄	1.075	0.415	6.710	0.009	2.930	1.299~6.607
性别	0.959	0.415	5.340	0.021	2.609	1.299~5.884
婚姻状况	1.530	0.214	51.12	0.000	4.618	3.036~7.023
家庭月收入	1.743	0.266	42.94	0.000	5.713	2.392~9.623
付费方式	1.684	0.171	96.98	0.000	5.386	3.852~7.530
病理分期	1.267	0.214	35.06	0.000	3.550	2.333~5.399
术后时间	1.128	0.215	27.53	0.000	3.089	2.027~4.708

### 3 讨论

#### 3.1 原发性肝癌术后患者负性心理现状

肝癌高危人群主要包括乙型肝炎病毒 (HBV) 和 (或) 丙型肝炎病毒 (HCV) 感染者、长期酗酒者、非乙醇性脂肪性肝炎者、食用被黄曲霉毒素污染食物的人群、各种原因引起的肝硬变患者、有肝癌家族史的人群等。恐惧、焦虑、抑郁、绝望、愤怒均为常见的负性心理, 邓燕英等<sup>[7]</sup> 研究显示, 原发性肝癌术后患者恐惧心理得分较高, 原发性肝癌术后患者焦虑、抑郁的发生率亦不容忽视。本研究中焦虑、抑郁等负性情绪的发生率低于付丽娟等<sup>[8]</sup> 在原发性肝癌术后复发再手术患者的研究, 此可能由于付丽娟等<sup>[8]</sup> 研究以原发性肝癌复发再手术患者为研

究对象, 此患者需再次经历手术其心理不可避免的易发生恐惧、焦虑、抑郁等负面情绪。

#### 3.2 原发性肝癌术后患者负性心理的影响因素

(1) 年龄与性别: 本研究发现, 年龄为原发性肝癌术后患者焦虑、抑郁的危险因素, 年龄越大患者焦虑、抑郁得分越高, 此研究结果与傅建琴等<sup>[9]</sup> 研究结果相似, 可能由于高龄患者身体感受较为敏感, 其临床症状表现可能更为严重。再加上老年人群易产生焦虑、抑郁等心理。因此在工作中, 对高龄患者应该格外关注, 减少其焦虑、抑郁的发生<sup>[11]</sup>。而女性患者则因社会角色及分工不同, 易产生纠结敏感多虑, 进一步影响患者情绪, 易发生负性情绪。

(2) 术后时间与病理分期: 术后时间越长, 患者对疾病的了解程度越深, 接纳程度也随之越高,

应对能力与自我调节能力越强。患者的生死观也随着时间的推移发生变化,甚至以淡然的态度处之,快乐走完人生最后一段路。病理分期是对患者预后有着决定性影响,病期Ⅲ期的患者往往预后不良,患者感觉会不久于人世,恐惧心理随之而来,负性情绪明显增强。

(3) 婚姻状况:婚姻状况为原发性肝癌术后患者焦虑、抑郁的高度危险因素,无配偶患者其焦虑、抑郁得分明显高于有配偶患者,此可能由于有配偶者其配偶会给予其正面开导和鼓励,此外有配偶照顾者其生命质量较无配偶者高,与汤艳艳等<sup>[10]</sup>的研究相似。因此,对于无配偶者应及时关心,了解其心理状况。

(4) 家庭月收入及付费方式:家庭月收入、支付方式与治疗干预呈正比,与SAS、SDS评分呈反比,收入越高、报销比例越高其得分越低。多因素分析亦发现家庭月收入低、自费原发性肝癌术后患者负性情绪的危险因素,此研究结果与康继厚<sup>[11]</sup>的研究结果相似。此可能原因,原发性肝癌的治疗花费较多,有关研究显示甘肃原发性肝癌患者日均花费高达826元之多<sup>[12]</sup>;低收入及自费患者不仅担心疾病进展,还担心高额的治疗费用,如果在没有医保报销比例的情况下,产生的负性情绪更高;高收入患者因不必担心治疗费用,而因经济条件允许可到上级医院接受更高水平的治疗,因此其抑郁水平明显较低。在工作中护士应了解家庭相对贫困患者心理情况,及时进行心理疏导。

### 3.3 护理关爱

患者面临肿瘤的复发、转移、恶化,心理压力剧增,产生焦虑、抑郁、恐惧、回避、担忧、绝望等负性心理。护理人员要总结该类患者的临床实际护理经验,找准适宜的机会与患者沟通,掌握其内心真实的感受,讲究沟通技巧,让患者在舒适的氛围中接受心理干预。护理人员要尊重患者意愿,帮助其回忆人生中印象深刻的人和事,如在家庭中的角色、自豪的事情、对家人的期望、对家人的嘱托等,最终让患者勇敢面对现实、接受现实;对情绪异常不稳定患者给予鼓励、安慰,支持患者表达内心的真实想法;鼓励家属支持和关心患者,使患者感到被尊重和温暖,减轻患者的悲观情绪,尤其是女性患者更应多给予关心与安慰,家人予以多陪伴与照顾。终末期原发性肝癌(PLC)患者生命时间不到6个月,患者备受疾病痛苦与面对死亡的焦虑和恐惧,恶液质、癌性疼痛、疲乏导致患者生活质量急

剧下降,情绪消极。护理人员除了减轻患者疾病痛苦外,还应注重使患者感到生命的意义和被尊重,使其在生命的最后阶段可以表达内心真实的感受,回顾体验人生中自豪和有意义的事情,促使患者能够积极表达自己的情感;组织并邀请、督促患者参加各种团体活动,以转移注意力,术后生活更丰富多彩,减轻患者的心理危机,重建对抗疾病的信心,提高生活质量。

总之,原发性肝癌术后患者焦虑、抑郁情况仍处于较高水平,不容忽视,多因素分析发现,应及时对高龄、女性、无配偶、低收入水平等患者进行早期干预,降低其焦虑、抑郁的发生。

## 4 参考文献

- [1] 程玉佩,张明香.中医药治疗原发性肝癌研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(1):169-171.
- [2] 文天夫.原发性肝癌诊疗规范(2017年版)解读[J].中国普外基础与临床杂志,2018,25(1):32-34.
- [3] 陈凯,杨洪吉,邓小凡,等.原发性肝癌根治性切除术后早期复发危险因素分析及预测模型构建[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(5):344-348.
- [4] 魏巍,卢彩霞,刘柳.原发性原发性肝癌复发患者术后的希望水平与焦虑抑郁及其应对方式的相关性研究[J].当代护士(中旬刊),2019,26(8):164-166.
- [5] 彭丽娟,陈颖,徐飞.以奥马哈系统为指导的个体化护理对老年冠心病患者的影响[J].护理实践与研究,2017,14(12):7-9.
- [6] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [7] 邓燕英,王爱妹,刘沛珍,等.原发性原发性肝癌术后患者癌症复发恐惧及影响因素研究[J].护理学杂志,2019,34(8):18-21.
- [8] 付丽娟,周慧,黄玄玄,等.原发性肝癌复发再手术患者负性心理现状及其影响因素[J].解放军护理杂志,2019,36(10):74-77.
- [9] 傅建琴,李瑄.原发性肝癌患者焦虑与抑郁状况及影响因素分析[J].承德医学院学报,2010,27(4):367-369.
- [10] 汤艳艳,杨海霞,党丹.妇科手术患者焦虑和抑郁相关因素分析[J].护理实践与研究,2018,15(23):23-25.
- [11] 康继厚,陈克河,曾静,等.内科治疗无效的慢性胃炎患者心理状况及其影响因素分析[J].国际精神病学杂志,2017,44(4):667-669.
- [12] 龚红霞,刘元强,马莉,等.兰州市1996~2006年肺癌和原发性肝癌患者住院费用分析[J].现代预防医学,2012,39(2):270-272.

[2020-06-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 阶梯式评估联合量化康复训练指导在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用

孙敏 肖蓓 李月芳

**【摘要】** 目的 探究阶梯式评估联合量化康复训练指导在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用效果。方法 选取2018年1月—2020年12月徐州医科大学附属医院住院脑卒中患者200例为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,每组100例。对照组实施常规护理,观察组在对照组基础上实施阶梯式评估联合量化康复训练指导。采用简式Fugl-Meyer运动功能评分量表(FMA)上肢部分、手臂动作调查测试量表(ARAT)、FMA下肢部分、步行功能量表(Holden)、卒中患者姿势控制量表(PASS)与Brunel平衡量表(BBS)量表评价两组患者上肢运动功能、下肢运动功能、躯体平衡功能变化情况。结果 干预前,两组FMA(上肢部分)、ARAT评分比较无统计学差异( $P>0.05$ );干预后,观察组FMA(上肢部分)、ARAT评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组FMA(下肢部分)、Holden评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组FMA(下肢部分)、Holden评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组PASS、BBS评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组PASS、BBS评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对脑卒中肢体功能障碍患者实施阶梯式评估联合量化康复训练指导能够有效提高患者的肢体功能与躯体平衡能力。

**【关键词】** 阶梯式评估;量化康复训练;脑卒中;肢体功能障碍;上肢运动功能;躯体平衡功能

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.003

**Application of stepwise assessment combined with quantitative rehabilitation training guidance in stroke patients with limb dysfunction** SUN Min, XIAO Bei, LI Yuefang (Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University, Xuzhou, 221000, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the effect of stepwise assessment combined with quantitative rehabilitation training guidance in patients with stroke and limb dysfunction. **Methods** A total of 200 inpatient stroke patients in the Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University from January 2018 to December 2020 were selected as the study objects. According to the principle of matching basic characteristics between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 100 cases in each group. The control group carried out routine nursing care, and the observation group carried out stepwise assessment combined with quantitative rehabilitation training guidance on the basis of the control group. The short form Fugl-Meyer motor function rating scale (FMA) upper limb part, arm movement survey test scale (ARAT), FMA lower limb part, walking function scale (Holden), posture assessment of stroke scale (PASS) and Brunel balance scale (BBS) was used to evaluate the changes in upper limb motor function, lower limb motor function, and body balance function of the two groups of patients. **Results** Before the intervention, there was no statistically significant difference in FMA (upper limb part) and ARAT scores between the two groups ( $P>0.05$ ). After the intervention, the FMA (upper limb part) and ARAT scores in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). Before the intervention, there was no statistically significant difference in FMA (lower extremity part) and Holden scores between the two groups ( $P>0.05$ ). After the intervention, the FMA (lower extremity part) and Holden scores in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). Before the intervention, there was no statistically significant difference in PASS and BBS scores between the two groups ( $P>0.05$ ). After the intervention, the PASS and BBS scores in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically



significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The implementation of stepwise assessment combined with quantitative rehabilitation training guidance for patients with stroke and limb dysfunction can effectively improve the patient's limb function and body balance.

**【Key words】** Stepwise assessment; Quantitative rehabilitation training; Stroke; Limb dysfunction; Upper limb motor function; Body balance function

脑卒中是由于急性循环障碍或脑血管破裂而导致的脑部功能障碍疾病,脑卒中后常见并发症为肢体功能障碍,其中55%~70%以上患者表现为偏瘫,严重影响患者的生命质量<sup>[1]</sup>。研究显示,神经内科早期介入康复治疗可使致残率降低25%~37%,是脑卒中预后的关键环节<sup>[2-3]</sup>。目前,临床对脑卒中肢体功能障碍患者康复干预手段通常采用肌力训练、核心肌群训练以及神经发育疗法等,但训练中往往未对康复进程给予系统评价,降低康复效果。阶梯式评估是根据不同阶段具体情况制定可行性目标,并对患者定期评估与随访,尽量让患者从简单到困难开展训练<sup>[4-6]</sup>。量化康复训练是根据患者实际情况制定康复训练频率、时间及训练次数等,能够有效避免肢体损伤,促进患者功能的恢复<sup>[7]</sup>。为此,本文就阶梯式评估联合量化康复训练指导在脑卒中肢体功能障碍患者中的应用效果进行观察分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年1月—2020年12月徐州医科大学附属医院住院脑卒中患者200例为研究对象,纳入条件:患者符合1995年脑血管病学术会议制定的各类脑血管疾病诊断标准中脑卒中相关诊断标准<sup>[8]</sup>;患者经过临床影像学、血液学检查确诊为脑卒中;年龄25~75岁;初次发病,病程<6个月;生命体征平稳;一侧肢体偏瘫,伴有不同严重程度的吞咽、言语、运动障碍;徒手肌力检查,患侧肩关节、腕关节、肘关节等肌群肌力<3级;简易精神状态量表(MMSE)评分>24分。排除条件:继发脑出血或进展性脑卒中;存在精神障碍;合并脑肿瘤或阿尔茨海默病;癫痫者;合并严重的心肝肾等脏器功能不全者;合并先天肢体功能障碍;严重的类风湿或骨质疏松病;存在感染、内分泌疾病等;不能配合本次研究者。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组与观察组,每组100例。对照组:男67例,女33例;年龄51~78岁,平均 $65.87 \pm 2.36$ 岁;卒中类型:脑梗死89例,脑出血11例。观察组:男66例,女34例;年龄52~75岁,平均 $64.71 \pm 2.51$ 岁;卒中类型:脑梗死91例,脑出血9例。患者基本

资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究患者或家属对本研究均知情同意,获得医院伦理委员会的批准。

### 1.2 干预方法

对照组实施常规康复护理,包括床上肢体功能训练、负重训练、肩关节训练、手功能训练等。观察组在对照组基础上实施阶梯式评估联合量化康复训练指导,具体步骤如下:

**1.2.1 制订阶梯式评估方案** 由康复师查阅相关文献结合临床常规康复治疗方式,将卒中后肢体功能障碍患者所需康复内容分为上肢功能训练与下肢功能训练2类,每类分别制定成7个阶梯。由康复师根据Brunnstrom运动功能评定法制定上肢功能相应的阶梯以及升级评价标准。分别为良肢摆放、手指屈曲及伸展训练、肩手协调运动、上肢部分分离训练、手指侧捏运动、手指粗大动作训练、手指精细运动。根据Brunnstrom运动功能评定法制定下肢功能相应的阶梯以及升级评价标准。分别为垫上运动、坐位平衡、坐-站转移、站立平衡、步行、楼梯、斜坡。

### 1.2.2 量化康复训练

(1)上肢取物训练:患者取坐位,上肢放置在桌面上,上肢放在矢状面滑行完成传递物品或取物操作。完成后,指导患者模拟物体抓握训练,患者手握物体,前臂呈中立位、旋前位做腕关节屈伸动作训练,每组5次,每天3组。

(2)上肢控制能力训练:患者侧卧位,头枕支撑患侧肢体再旋转中立位,一只手固定患者肩关节,另一只手放在患者肩关节上,做提拉、下降、内旋、外展、前进、后退等活动,以患者无痛为活动原则<sup>[9]</sup>,每组10次,每天3组。

(3)肩部主动控制训练:指导患者坐位,将患者躯干固定在椅背上,双手握住双肘伸直,肩部前驱90°,患者利用肩胛带前驱姿势触碰治疗桌面上治疗球,手触碰到球后,保持该姿势5~8s,利用肩胛带回缩运动缓慢恢复到起始部位,每组5次,每天2组。

(4)关节活动训练:指导患者利用患侧手指做分离板、球、卫生纸等运动。指导患者做键盘打字、

写毛笔字、绘画等练习,以及画片组装等活动<sup>[10]</sup>。

(5) 平衡站立练习:指导患者站在软垫上行躯体平衡训练,主要训练步骤为健侧单腿睁眼站立训练-健侧单腿闭眼站立训练-患侧单腿站立睁眼训练-患侧单腿站立闭眼训练,每次2组,每天2次。

(6) 卧位转移练习:指导患者健侧肢体插在患侧下方,托起患肢后,健手握住患手并上举,摆动向健侧,利用惯性翻向健侧,健腿托起患腿,完成患腿转移,每天2次。

(7) 卧坐转移练习:健侧上肢支撑身体,调整中立位置,从侧面坐起,健侧手部扶持床面,保持躯体平衡,每天2次。

(8) 坐立转移训练:指导患者将健侧脚后跟转到膝关节重力线后方,身体前倾,双手交叉紧握,手臂伸直向下后突然上举,利用惯性以及肱四头肌收缩,完成站立训练,每天2次。

(9) 上下阶梯训练:指导患者站立在台阶上,健侧手部放在阶梯扶手上,患侧足部负重,康复师控制患者患侧膝关节,避免膝发张,健侧足部向上迈台阶,保持踝关节屈曲。每次训练5~10 min,每天1次。

1.2.3 阶梯式评估方案的应用 在患者床头放置磁扣标志,红色表示上肢运动、蓝色表示下肢运动。由康复训练师根据阶梯方式评价标准对患者肢体功能恢复情况进行评价,并将患者相应的磁扣标志分别放置在相应的阶梯上。康复师根据阶梯评估方案对患者肢体功能进行评价,患者肢体功能每提高一步,将相应颜色磁扣放置在相应的阶梯。

### 1.3 观察指标

(1) 上肢运动功能:采用简式 Fugl-Meyer 运动功能评分量表(FMA)上肢部分:共33项,每项评分分为0分、1分、2分,总分66分,分数越高患者上肢运动功能越高。手臂动作调查测试量表(ARAT):包括粗大动作、抓、捏、握4个条目,

19个因子,分别评分为1~3分,0分表示患者无法完成该动作,3分表示患者可正常完成该动作,总分57分,分数越高,患者上肢运动功能恢复越好<sup>[11]</sup>。

(2) 下肢运动功能:采用简式 Fugl-Meyer 运动功能评分量表(FMA)下肢部分:共17个条目,总分2~34分,分数越高患者下肢功能恢复越好。与步行功能量表(Holden):共分为6个等级,完全不能行走需要结束轮椅或2人帮助下完成为0分;需要借助拐杖才能保持平衡或行走为1分;需借助矫正器或在人的帮助下完成行走为2分,能够独立行走但是不安全,需要1人在言语指导或监护下完成为3分;患者在平面上独立完成行走,在上楼梯、坡面上需要监护下完成为4分;在任何情况下能够独立行走为5分,分数越高患者步行能力越强<sup>[12]</sup>。

(3) 躯体平衡功能:采用卒中患者姿势控制量表(PASS)与Brunel平衡量表(BBS)量表共同评价。PASS量表共包括姿势维持与姿势变换两个维度共12个条目,采用3级评分法评分,各项评分分别为1~3分,总分12~36分,分数越高,患者平衡能力恢复情况越好。BBS量表包括共包括独坐举臂、站立计时、坐立计时、站立举臂、跨步站立等7部分组成,总分45分,总分越高表示平衡能力越强<sup>[13]</sup>。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 24.0统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较进行 $t$ 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 两组患者上肢运动功能评分比较

干预前,两组FMA(上肢部分)、ARAT评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组FMA(上肢部分)、ARAT评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者上肢运动功能评分比较(分)

组别	例数	FMA(上肢部分)		ARAT	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	100	11.98±5.54	17.98±6.37	25.17±5.24	31.98±6.36
观察组	100	10.65±5.47	22.56±7.49	24.71±5.39	37.32±7.36
$t$ 值		1.708	4.658	0.612	5.489
$P$ 值		0.089	0.000	0.541	0.000

2.2 两组患者下肢运动功能评分比较

干预前, 两组 FMA (下肢部分)、Holden 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。干预后, 观察组 FMA (下肢部分)、Holden 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

2.3 两组躯体平衡功能评分比较

干预前, 两组 PASS、BBS 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。干预后, 观察组 PASS、BBS 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

表 2 两组患者下肢运动功能评分比较 (分)

组别	例数	FMA (下肢部分)		Holden	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	100	19.38 ± 6.18	25.98 ± 8.39	1.98 ± 0.84	2.38 ± 0.98
观察组	100	20.65 ± 7.21	33.59 ± 9.36	1.87 ± 0.96	3.11 ± 1.21
<i>t</i> 值		1.337	6.054	0.862	4.688
<i>P</i> 值		0.183	0.000	0.389	0.000

表 3 两组躯体平衡功能评分比较 (分)

组别	例数	PASS		BBS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	100	14.33 ± 3.87	21.39 ± 4.38	21.52 ± 5.84	25.38 ± 5.98
观察组	100	15.31 ± 4.13	26.87 ± 5.32	21.87 ± 5.96	31.65 ± 6.21
<i>t</i> 值		1.731	7.592	0.419	7.273
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.675	0.000

3 讨论

卒中后, 由于中枢神经系统受到损伤, 感觉与运动神经传导疏导阻滞, 促使瘫痪一侧肢体出现肌力异常、运动控制功能障碍。但患者自身姿势发生改变或受到外力作用时, 患者四肢以及躯干肌肉收缩速度下降, 机体平衡能力失去控制, 影响患者站立平衡、姿势调整能力, 导致患者失去运动功能以及生活自理能力<sup>[14]</sup>。如何减轻患者残障程度, 帮助患者重获自理能力成为脑卒中后康复重点内容。常规康复干预中, 由于患者缺乏主动性, 且意志力减退, 影响康复效果。

阶梯式评估联合量化康复训练指导能够帮助患者明确训练目标、训练强度与频次, 并从起点低、难度小、量适度开始; 阶梯式评估能够帮助患者了解具体训练目标及进步效果, 增强患者训练自信心及主动性, 有效促进患者肢体功能的康复。取物训练以及肩部主动控制训练中, 患者上肢远端触碰前

方物体, 利用该训练方式能够帮助患者将注意力集中在有目的性的主动训练中, 且实施上肢双侧训练能够改善卒中后上肢运动功能, 并促使运动皮质产生持久而特殊的改变。在训练过程中, 通过增加躯干屈曲, 减少躯干的代偿作用, 有助于促进患者更好地控制患侧肢体肩胛部与上肢, 避免异常运动模式的发生, 从而有效提高患者的上肢运动功能。

本次研究中, 干预前, 两组 FMA (上肢部分)、ARAT 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 FMA (上肢部分)、ARAT 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。本次研究结果与潘金梦等<sup>[15]</sup>研究结果相吻合, 由此说明, 阶梯式评估联合量化康复训练指导能够改善患者上肢运动功能。干预前, 两组 FMA (下肢部分)、Holden 评分比较无统计学差异 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 FMA (下肢部分)、Holden 评分高于对照组, 存在统计学意义 ( $P<0.05$ )。平衡站立练习中, 能够提高患者躯干控制能力以及促进肌群之间的协调



稳定性,为躯体姿势提供精准的肌肉调控,促进各系统的协调,帮助患者养成正确的平衡运动模式。本次研究中,干预前,两组 PASS、BBS 评分比较无统计学差异( $P>0.05$ );干预后,观察组 PASS、BBS 评分高于对照组,存在统计学意义( $P<0.05$ )。由此说明,阶梯式评估联合量化康复训练指导能有效提高患者的躯干平衡功能。

综上所述,对脑卒中肢体功能障碍患者实施阶梯式评估联合量化康复训练指导能够有效提高患者的肢体功能与躯体平衡能力。

#### 4 参考文献

- [1] 谢碧灵,邹沁,田玉.肌电生物反馈联合康复训练对脑卒中偏瘫患者运动功能和生活质量的临床研究[J].川北医学院学报,2020,35(2):350-353.
- [2] Hara T, Shanmugalingam A, McIntyre A, et al. The Effect of Non-Invasive Brain Stimulation (NIBS) on Attention and Memory Function in Stroke Rehabilitation Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Diagnostics, 2021, 11(2):227-232.
- [3] 李芸,陆文艳,晁群,等.个案管理康复指导模式对首次脑卒中患者肢体功能锻炼的影响[J].东南国防医药,2019,21(5):533-535.
- [4] 范芸,庄任,徐景,等.全方位密集运动训练联合核心稳定性训练在神经内科老年缺血性脑卒中患者早期康复治疗中的应用效果研究[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(8):83-88.
- [5] Min JH, Seong HY, Ko SH, et al. Effects of trunk stabilization training robot on postural control and gait in patients with chronic stroke: a randomized controlled trial[J]. International Journal of Rehabilitation Research, 2020, 43(2):1-6.
- [6] 周甜甜,张超,应雪琴,等.镜像疗法联合远程康复在脑卒中偏瘫患者上肢功能锻炼中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(6):129-131.
- [7] 张月华,杨欣刚,沈君,等.早期综合康复训练对脑出血患者术后肢体功能及日常活动能力的影响[J].中国临床保健杂志,2019,22(2):255-257.
- [8] Niemeijer M, Svrke KW, Christensen HK. The Effects of Computer Based Cognitive Rehabilitation in Stroke Patients with Working Memory Impairment: A Systematic Review[J]. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2020, 29(12):105265.
- [9] 班友长,林小祥,耿兴法,等.针刺联合康复技术治疗脑卒中早期上肢运动功能障碍的疗效及磁共振弥散张量成像研究[J].现代医学,2019,47(4):439-442.
- [10] Giuriati S, Servadio A, Temperoni G, et al. The effect of aquatic physical therapy in patients with stroke: A systematic review and meta-analysis[J]. Topics in Stroke Rehabilitation, 2020, 11(4):1-14.
- [11] 薛芬,薛峰,杨付莲,等.基于延续性护理管理的针灸联合肢体功能锻炼对脑卒中肢体功能障碍患者的影响研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(14):1903-1906.
- [12] 冯梅,王东,袁敏,等.针灸推拿联合康复治疗对脑卒中四肢功能障碍患者神经运动功能康复及生活质量的影响[J].四川中医,2020,38(10):202-205.
- [13] 李秋妍,徐淑娟,洪花艳,等.多媒体技术联合微信在农村脑卒中患者居家康复中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(9):64-66.
- [14] 齐丽丽,王维欣,颜爱英.多学科协作延续护理对恢复期老年脑卒中患者肢体运动功能及日常生活能力的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(7):70-73.
- [15] 潘金梦.阶梯式评估联合早期康复护理对脑卒中患者神经功能和日常生活能力的影响[J].护理实践与研究,2019,16(4):147-148.

[2021-03-29 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](mailto: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



# 低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后 患儿出血危险因素调查分析

周思佳

**【摘要】 目的** 调查分析低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的危险因素,为降低出血及相关并发症提供理论依据。**方法** 选取医院自2018年1月—2020年6月收治的顺利接受低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除手术患儿685例作为研究对象,按照术后是否发生出血划分为出血组48例和未出血组637例,通过单因素分析及多因素Logistic回归分析,筛选影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的危险因素。**结果** 单因素分析结果显示,年龄、术中止血不彻底、术后感染、饮食不当、术前及术后宣教效果、扁桃体包埋程度、平均手术时间为影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的因素( $P<0.05$ )。多因素Logistic回归分析结果显示,年龄、术中止血不彻底、术后感染、饮食不当及术前、术后宣教效果是影响术后患儿出血的危险因素( $P<0.05$ )。**结论** 年龄、术中止血不彻底、术后感染、饮食不当是影响术后患儿出血的独立危险因素;术前及术后宣教效果是影响术后患儿出血的独立保护因素。

**【关键词】** 低温等离子刀; 扁桃体切除术; 腺样体切除术; 术后出血; 危险因素

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.004

**Investigation and analysis the risk factors of bleeding in children patients after tonsillectomy and adenoidectomy with low-temperature plasma knife** ZHOU Sijia (The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate and analyze the risk factors of bleeding in children patients after tonsillectomy and adenoidectomy with low-temperature plasma knife, and provide a theoretical basis for reducing bleeding and related complications. **Methods** A total of 685 children patients who had successfully undergone tonsillectomy and adenoidectomy with a low-temperature plasma knife, who were admitted to the hospital from January 2018 to June 2020, were selected as the study objects. According to whether postoperative bleeding occurred, they were divided into a bleeding group of 48 cases and a non-bleeding group of 637 cases, through univariate analysis and multivariate Logistic regression analysis, the risk factors of bleeding in children patients after tonsillectomy and adenoidectomy were screened out. **Results** Univariate analysis showed that the age, incomplete hemostasis during operation, postoperative infection, improper diet, preoperative and postoperative education effect, degree of tonsil embedding, and average operation time were the factors that affected children's bleeding after tonsillectomy and adenoidectomy with low-temperature plasma knife( $P<0.05$ ). Multivariate Logistic regression analysis showed that the age, incomplete hemostasis during operation, postoperative infection, improper diet, preoperative and postoperative education effect were the risk factors that affected postoperative children's bleeding( $P<0.05$ ). **Conclusion** Age, incomplete hemostasis during operation, postoperative infection and improper diet were the independent risk factors affecting postoperative bleeding in children patients; the preoperative and postoperative publicity and education effects were the independent protective factors affecting postoperative bleeding in children patients.

**【Key words】** Low-temperature plasma knife; Tonsillectomy; Adenoidectomy; Postoperative bleeding; Risk factors

作者单位: 450000 河南省郑州市, 郑州大学第一附属医院  
鼻科

扁桃体及腺样体炎症或过度肥大属于耳鼻咽喉科常见疾病,尤其多发于儿童群体,切除术后出血为最常见并发症,约达2.7%~15.9%,分为术后24 h内发生的原发性出血、术后24 h发生的继发性出血<sup>[1]</sup>。低温等离子射频消融术通过40~70℃低温电离能量破坏细胞,其无需压迫止血、复发率低、副损伤小、术后恢复迅速、疼痛度轻,加上实施中会配合止血操作,出血风险显著降低,成为当前替换传统手术的一项新技术<sup>[2]</sup>。然而仍存在术后出血、感染等并发症,可能与术中止血不彻底、切口张力变化较大、术后不用纱球压迫止血,以及围术期烦躁、血压升高等导致切口四周充血及血管扩张有关<sup>[3]</sup>。由于患儿情绪与身体自控能力比成年人更差,上述高危情况发生率普遍增加,轻微术后出血可经冰敷、止血改善,严重者则存在再次全身麻醉手术电凝止血等操作风险,处理不当会危及患儿生命安全。为减少术后患儿出血风险,提升疗效,本研究对低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的危险因素进行调查分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取医院2018年1月—2020年6月收治的顺利接受低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除手术患儿685例为研究对象,纳入条件:术前探查,阻塞平面位于口咽或鼻咽部,需进行扁桃体及腺样体切除术;年龄4~18岁;患儿与家属自愿参与本次调查研究。排除条件:合并严重器质性疾病、凝血功能异常、合并免疫系统疾病者;炎症急性发作期;无法有效配合本次调查或重要临床资料缺失。按照术后是否发生出血划分为出血组48例和未出血组637例。

### 1.2 术后处理及随访

术后患儿均接受适宜雾化消肿、抗生素预防感染、止血药物预防出血等治疗,6 h进食后冷流质饮食,每次进食后予复方氯己定含漱液漱口,以确保口腔清洁,注意患者呼吸、出血、假膜生长情况,出院随访3个月以上。

### 1.3 调查内容及方法

(1)术后出血分度标准判定<sup>[4]</sup>:结合临床实践并参考相关文献,结合患儿无法配合局部麻醉下止血特征,将低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后出血分为1~4级,分别为:1级代表采取止血、

抗炎药物后或未做任何治疗自行止血或吸出凝血块后自行止血;2级代表气管插管、全身麻醉下止血;3级代表结扎颈外动脉止血;4级代表术后出血危及患儿生命健康。

(2)术前及术后宣教效果<sup>[5]</sup>:参考相关权威文献,自拟宣教效果评估问卷,按照患儿在家属监督下是否按时服药、睡眠依从性、情绪稳定及其他依从性多方面评价,将结果分为优良、普通、较差3个方面。

(3)术后饮食不当评估:询问家属,充分了解患儿院外生活状况与近期饮食状况,有无存在刺激性食物进食史。

(4)扁桃体包埋程度<sup>[6]</sup>:该项分类标准结合围术期扁桃体拉出扁桃体窝的大小,将其划分为轻度:>75%的扁桃体组织突出于扁桃体窝;重度:<25%的扁桃体组织突出于扁桃体窝;以及中度:介于两者之间。

(5)术中止血不彻底:指关闭切口后,仍出现中等量的出血及血液凝固。

(6)术后感染判定<sup>[7]</sup>:当患儿术后持续3 d以上出现体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 判定为有上呼吸道感染;或者患儿剧烈咳嗽需药物控制症状时,也可判定为有上呼吸道感染。

### 1.4 统计学处理

采用SPASS 25.0统计学软件进行数据分析,单因素分析中计数资料组间率比较用 $\chi^2$ 检验;多因素分析采用Logistic回归分析模型。检验水准 $\alpha=0.05$ ,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的单因素分析

单因素分析结果显示,年龄、术中止血不彻底、术后感染、饮食不当、术前及术后宣教效果、扁桃体包埋程度、平均手术时间为影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的因素( $P<0.05$ )。见表1。

### 2.2 影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的多因素Logistic回归分析

Logistic回归分析结果显示,低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术患儿出血风险受患者年龄、术中止血不彻底、饮食不当、术后感染以及术前及术后宣教效果等影响较大( $P<0.05$ ),见表2。

表 1 影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的单因素分析

分析因素	类别	出血组 (n=48)	未出血组 (n=637)	$\chi^2$ 值	P 值	分析因素	类别	出血组 (n=48)	未出血组 (n=637)	$\chi^2$ 值	P 值
年龄 ( 岁 )	4~	18	131	7.946	0.019	术后感染	有	32	145	44.899	0.000
	7~	17	320				无	16	492		
	12~	13	186			饮食不当	是	37	308	14.740	0.000
性别	男	32	408	0.133	0.715	术前及术后宣教效果	否	11	329	30.098	0.000
	女	16	229				优良	2	244		
术后住院时长 ( d )	< 3	11	152	0.022	0.882		普通	17	215		
	$\geq$ 3	37	485			较差	29	178			
是否伴有鼻窦炎	是	17	203	0.578	0.612	扁桃体包埋程度	轻度	36	548	4.319	0.038
	否	31	434				中重度	13	89		
术中止血不彻底	否	18	375	8.335	0.004	平均手术时间 ( h )	$\geq$ 3	24	282	5.981	0.015
	是	30	262				< 3	24	455		

表 2 影响低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$	P 值	OR 值	95% 置信区间
年龄 3~6 岁	1.592	0.683	5.433	0.020	4.914	1.288~18.740
术中止血不彻底	1.684	0.590	8.147	0.004	5.387	1.695~17.123
术后感染	1.826	0.433	17.784	0.000	6.209	2.657~14.508
饮食不当	1.954	0.528	13.696	0.000	7.057	2.507~19.863
术前及术后宣教效果	-1.679	0.326	26.526	0.000	0.187	0.098~0.353

3 讨论

低温等离子射频消融术对比常规扁桃体及腺样体切除术，原发性与继发性出血率明显降低，Windfuhr 等<sup>[8]</sup>报道指出不同手术方法会对患儿术后出血产生影响，易星等<sup>[10]</sup>国内调研低温等离子融切扁桃体术后出血发生概率 0.88%~6.19%，且术后出血是最常见、最危险并发症。因而，防控护理低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术后患儿出血成为临床探究热点，其可能与咽腔狭窄、舌根肥厚、下颌短缩、上切牙突出及颈部粗短等解剖学因素，或饮食不当、进食较硬食物等日常习惯因素，及手术操作过程医护人员因素等密切关联，而患儿一旦发生出血甚至可导致死亡，但目前国内尚缺乏统一全面分析研究报道。

3.1 年龄

临床已有研究提出<sup>[10]</sup>，患儿术后出血与年龄

有关。本次调查发现≥12 岁患儿术后出血概率显著低于<6 岁患儿 ( $P<0.05$ )，原因在于<6 岁患儿通常扁桃体及腺样体炎症后更易纤维化，与周围组织粘连紧密边界不清晰，术中损伤概率更大，加上扁桃体下极等重要部位往往暴露不佳，易出现止血不彻底、扁桃体下极残留或者损伤舌根、咽缩肌等问题。低龄患儿疼痛耐受性欠缺，不愿吞咽、漱口，进食少，口腔卫生保持差，同时更易发生哭闹、用力咳嗽、大声喊叫等，易出现明显活动性出血或局部压迫不能止血等不良事件。因此，针对此类患儿若无明显活动性出血风险，可预先进行局部冷敷配合止血药物静脉滴注，而若局部发生少许出血或渗血，可局部压迫止血，无法实施者遵医嘱考虑缝扎止血或双极电凝止血，必要时及时进行全麻下止血与输血处理。

3.2 术中止血不彻底

资料显示<sup>[11]</sup>，术后患儿出血发生率最高的是术



中止血不彻底,这与本研究认为术中止血不彻底是诱发患儿术后出血独立危险因素相符。术中止血不彻底,切口张力变化,加上患儿围术期对比成年人更易烦躁、血压持续波动等,极易造成切口周围充血及血管扩张,进而发生术后出血,因而对于颈部粗短、下颌短缩、舌根肥厚等解剖缺陷、暴露困难患儿极易造成术中止血不彻底者,应建议鼻内镜辅助切除扁桃体,或医护人员手术过程中彻底止血,反复电凝仍有出血者需在电凝后表面结痂悬浮后立即结扎止血。

### 3.3 饮食不当

众所周知,行扁桃体及腺样体切除术围手术期患者应流质饮食至假膜完全脱落,期间保障良好的口腔卫生、健康生活习惯,尤其是维持合理饮食意义重大。本研究也证实饮食不当是术后患儿出血重要高危因素( $P<0.05$ ),由于术后饮食不当,大口进食较硬食物,使创面牵拉、易擦伤创面,进而导致出血;饮用碳酸饮料或未严格制定饮食计划,患儿咽喉部组织极脆弱,易擦伤,白膜非正常脱落进而致创面出血。因此,必须为患儿尤其是低龄患儿提供专业化饮食讲解、重点饮食注意事项及处理办法,强化家庭饮食运动等辅助防护的意识。

### 3.4 术后感染

术后患儿并发感染者其出血概率也明显加大( $P<0.05$ )。患儿感染易引发营养不良、创面愈合速率减缓,伪膜一旦剥落,创面暴露会影响有效切割难度,进而使得切除过多四周组织,如舌根组织等风险加重<sup>[12]</sup>。所以,针对低温等离子刀行扁桃体及腺样体切除术患儿术前应仔细查体,避免隐匿感染灶,对体温、血常规进行监测,强化抗感染治疗,使用麻醉用药时尽量避免拮抗,注意刀头动向,避免损伤周围组织。

### 3.5 术前及术后宣教效果

本次研究显示,术前及术后宣教效果是影响患儿术后出血的因素( $P<0.05$ ),例如术中损害正常黏膜或组织,创面暴露、黏膜撕脱等,此外,护士术后换药不及时,无法及时清除术腔分泌物、肉芽组织、凝血块等,加之针对患儿受疼痛等症状困扰常不配合鼻腔清洗换药,进而诱发感染与出血,对责任护士宣教技术要求普遍更高<sup>[13]</sup>。患者及家属饮食、生活方式的指导是减少患儿术后关键,术后3周内饮食适宜流质或半流质饮食。

综上所述,低温等离子刀行扁桃体及腺样体切

除术患儿出血风险受患者年龄、术中止血不彻底、饮食不当、术后感染以及术前及术后宣教效果等影响较大,应强化护理人员对应监测与护理干预。

## 4 参考文献

- [1] 王桂芳,谢红冠,宋洋.低温等离子辅助的H-UPPP术后出血原因分析及预防策略[J].中国医药科学,2020,10(11):247-249,253.
- [2] 秦翔宇.低温等离子扁桃体切除术后创面的临床及病理学研究[D].太原:山西医科大学,2020.
- [3] 陈迪,吴舜,谢元元,等.单极电刀与低温等离子刀切除OSAHS患儿肥大扁桃体的临床疗效比较[J].新医学,2020,51(5):387-390.
- [4] 黎景佳,陈伟雄,张剑利,等.联合被膜内外低温等离子扁桃体切除术在减少儿童OSA术中和术后出血中的应用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,34(2):131-135.
- [5] 庞宇峰,龚静蓉,黄娟,等.等离子扁桃体手术与超声刀扁桃体手术组织损伤与疼痛的对照研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(3):239-242,294.
- [6] 刘倩,吕颜露.术腔缝合止血对TLTPRA术后迟发出血及凝血的影响[J].武汉大学学报(医学版),2019,40(5):815-818.
- [7] 涂敏.少商穴不同放血量治疗急性咽喉肿痛的临床疗效观察[D].南昌:江西中医药大学,2019.
- [8] 李连友.分析功能性鼻内镜鼻窦手术对老年慢性鼻窦炎治疗有效性、安全性[D].天津:天津医科大学,2019.
- [9] 何君玲.扁桃体腺样体射频消融术后出血的多因素Logistic回归分析[D].苏州:苏州大学,2019.
- [10] 杨文,刘松,赵汝有,等.不同剂量右美托咪定对小儿扁桃体腺样体等离子切除术后镇痛和血流动力学的影响[J].中国医刊,2019,54(3):331-334.
- [11] 王媛媛,赵飞鹏,罗剑,等.低温等离子扁桃体切除术后出血的临床讨论[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2019,27(1):49-51,10.
- [12] 田莉,林镒.儿童扁桃体切除术后继发性出血的危险因素分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2018,32(23):1813-1816.
- [13] 邝英桥.综合护理干预对扁桃体切除术后严重出血患者的效果分析[J].中国当代医药,2018,25(15):163-165.
- [14] 杨家岭,朱焱,焦传家.扁桃体低温等离子射频消融术术后出血的对照研究[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2018,25(4):218-220.

[2020-07-03 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 对 ICU 护士在其患者转出迁移应激预防中的知信行现状调查

谢艳芳 杨凤葵 叶秋容

**【摘要】目的** 调查重症监护室(ICU)护士对预防 ICU 转出患者迁移应激工作的知识、态度、行为的现状,以便有针对性地实施干预,有序地推动患者全面康复。**方法** 对 2020 年 1—6 月 110 名护士进行预防 ICU 转出患者迁移应激工作知信行调查,分析不同特征的医务人员对 ICU 转出患者迁移应激预防工作知识、态度和行为得分情况,并对护士知信行之间的相关性进行分析。**结果** 不同职称、年龄护士的知识得分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );是否是专项小组成员、是否参加过迁移应激预防工作相关培训的知识、态度及行为得分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );知识与行为呈正相关( $r_s=0.218, P<0.05$ ),态度与行为呈显著正相关( $r_s=0.339, P<0.01$ )。**结论** 增强 ICU 护士对预防转出患者迁移应激护理工作知识培训和灌输积极态度可提高护士对此项工作的行动力,最终有序地推动患者全面康复。

**【关键词】** 迁移应激; ICU 转出患者; 知信行; 调查; 效果

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.005

**Investigation of the status quo of nurses' knowledge, attitude, and practice in preventing migration stress of patients transferred from ICU** XIE Yanfang, YANG Fengkui, YE Qiurong (The First People's Hospital of Zhaoqing, Zhaoqing, 526020, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the status quo of intensive care unit(ICU) nurses' knowledge, attitude, and practice in preventing migration stress of patients transferred from ICU, so as to implement targeted interventions and promote the comprehensive recovery of patients in an orderly manner. **Methods** A total of 110 nurses from January to June 2020 were surveyed on the knowledge, attitude and practice in preventing migration stress of patients transferred from ICU to analyze the knowledge, attitude and practice scores of medical staff with different characteristics on the prevention of migration stress in patients transferred from ICU to analyze the correlation between nurses' knowledge, attitude and practice. **Results** The knowledge scores of nurses of different titles and ages were compared, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ); the knowledge, attitude and practice scores of whether they were members of the special team and whether they had participated in the training related to migratory stress prevention work were statistically significant, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). Knowledge is positively correlated with behavior( $r_s=0.218, P<0.05$ ), and there is a significant positive correlation between attitude and behavior( $r_s=0.339, P<0.01$ ). **Conclusion** Enhancing ICU nurses' knowledge training and instilling positive attitudes in nursing work to prevent transfer patients from migratory stress can improve nurses' ability to act in this work, and ultimately promote the comprehensive recovery of patients in an orderly manner.

**【Key words】** Migration stress; Patients transferred from ICU; Knowledge, attitude, and practice; Investigation; Effect

迁移应激是指个体从熟悉环境转入陌生环境时,所产生的生理或心理上紊乱的状态<sup>[1]</sup>。患者从重症监护室(ICU)转至普通病房常被视为病情好转,趋于康复的积极一步,但是患者在转移过程中会出

现迁移应激现象。目前国内研究显示,ICU 对转出患者及家属迁移应激存在重视不足现象<sup>[2]</sup>。知信行模式是知识、态度、行为的简称,是研究对象获取知识并产生正确的信念,最终将知识付诸行动<sup>[3]</sup>。随着医学模式逐渐向生物-心理-社会医学的模式进行转变,“以病人为中心”的整体护理正在临床广泛开展,本研究对护士在迁移应激预防工作中

基金项目:肇庆市科技创新指导类项目(编号:202004031309)  
作者单位:526020 广东省肇庆市第一人民医院

的知识、态度和行为进行现状调查,确定其影响因素,为在相关部门提供以证据为基础的建议,以帮助 ICU 转出患者顺利完成环境过渡、预防迁移应激产生或减轻应激强度提供参考,促进重大疾病后患者的身体、心理全面康复。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

选取 2020 年 1—6 月 ICU 护士作为调查的对象,纳入条件:ICU 护士;工作 $\geq 1$ 年。排除条件:调查期间不在岗;拒绝参加本次研究。

### 1.2 调查内容及方法

利用问卷星对 ICU 护士进行问卷调查,告知其问卷研究目的、意义,获得同意后自愿填写本问卷。共回收问卷 110 份,经核查全部为有效问卷。调查内容包括性别、年龄、技术职称等,ICU 护士对 ICU 转出患者迁移应激预防知信行评估采用自制调查表,包含知识量表、态度量表及行为量表 3 部分。

(1) 知识量表:包含迁移应激的概念、预防措施及其影响等相关知识等 8 个条目,每题 5 分,总分 0~40 分。得分越高说明护士对迁移应激相关知识掌握越好<sup>[4]</sup>。

(2) 态度量表:包括对迁移应激预防的护理策略、培训、流程指引的认识等 6 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“非常不赞同”到“非常赞同”,

分别赋分 1~5 分,总分 6~30 分,得分越高说明医务人员对恢复日常诊疗工作越重视<sup>[5]</sup>。

(3) 行为量表:包括对预防迁移应激工作落实情况即成立专项小组、发放调查问卷、预防措施的落实、组织培训及情景演练等 6 个条目。按“从不”到“总是如此”分别赋分 1~5 分,总分 6~30 分,得分越高说明护士对预防迁移应激护理工作落实到位<sup>[6]</sup>。

### 1.3 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计数资料计算构成比,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 mann-Whitney 检验或 Kruskal-Wallis 检验;采用 Spearman 相关分析对 ICU 护士预防迁移应激的知识、态度及行为之间的相关性进行分析。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 ICU 护士基本特征及对预防 ICU 转出患者迁移应激的知信行调查

调查结果显示,同职称、年龄护士的知识得分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );是否是专项小组成员对预防迁移应激工作,是否参加过迁移应激预防工作相关培训的的知识、态度及行为得分比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 不同因素分组护士对迁移应激预防工作的知识、态度及行为得分比较

分析因素	类别	知识总分	态度总分	行为总分
职称	初级	30(24, 34)	23(20, 26)	20(18, 24)
	中级	34(33, 35)	22(16, 26)	20(16, 24)
	高级	35(27, 39)	26(22, 29.5)	26(21, 27)
	$H$ 值	13.942	3.078	4.355
	$P$ 值	0.001	0.215	0.113
年龄(岁)	< 30	30(24, 34)	23(20, 26)	20(18, 23)
	31~	34(32, 35)	23(17, 26)	21(16, 24)
	41~	35(32, 37)	23(19, 28.5)	26(17, 26)
	$H$ 值	14.376	0.829	2.329
	$P$ 值	0.001	0.661	0.312
是否专项小组成员	是	34(29, 37)	26(23, 28)	25(23, 26)
	否	30(25, 34)	23(19, 26)	20(18, 23)
	$U$ 值	-2.362	-2.383	-3.867
	$P$ 值	0.018	0.017	0
是否参加过迁移应激预防护理工作相关知识培训	是	33(29, 35)	25(21, 27)	22(19, 25)
	否	30(23, 34)	22(18, 26)	20(17, 22)
	$U$ 值	-2.723	-2.416	-2.77
	$P$ 值	0.006	0.016	0.006

注:  $H$  为 Kruskal-Wallis 检验统计值,  $U$  为 mann-Whitney 检验统计值。

2.2 护士对 ICU 转出患者迁移应激预防护理工作的知信行相关性

对 110 名护士对 ICU 转出患者迁移应激预防工

作知识－态度－行为进行 Spearman 相关性分析，知识与行为呈正相关（ $r_s=0.218,P<0.05$ ），态度与行为呈显著正相关（ $r_s=0.339,P<0.01$ ），见表 2。

表 2 护士对 ICU 转出患者迁移应激预防护理工作的知信行相关性分析结果

项目	知识	态度	行为
知识	—	0.092	0.218*
态度	0.092	—	0.339**
行为	0.218*	0.339**	—

注：\* 表示  $P<0.05$ ，\*\* 表示  $P<0.01$ 。

3 讨论

本调查结果显示，预防 ICU 转出患者迁移应激护理工作知识等方面的知识得分为 31.00，说明仍有部分护士对迁移应激护理预防相关知识掌握欠佳。因此，项目组拟在科室一次线上＋线下相结合形式开展一次全员培训，培训内容应包括有关迁移应激的现状、相关知识及预防控制等知识<sup>[7]</sup>，并对各层级护理人员进行针对性培训，以不断提高各级工作人员迁移应激预防知识。通过增加多样化培训方式，提高培训效率，落实项目督导员和培训专员的职责，加强管理，保障培训效果与质量<sup>[8]</sup>。

针对 ICU 护士对预防 ICU 转出患者迁移应激护理工作态度得分为 23.00，说明大部分护士对此项工作很重视。通过 ICU 转出患者迁移应激预防流程进行制定，以保证整个迁移过程连续性和安全性，保证各项工作衔接的有序性和无缝性，保证患者顺利迁移<sup>[9]</sup>。针对 ICU 护士对预防 ICU 转出患者迁移应激护理工作行为得分为 20.00，说明护士在迁移应激专项小组的督导下，基本落实迁移应激预防工作的指引相关要求。

ICU 护士对预防 ICU 转出患者迁移应激护理工作知识与行为呈正相关（ $r_s=0.218$ ），表明护士对迁移应激预防工作越了解，越能提高对此项工作的执行力。研究表明<sup>[10]</sup>，知信行护理模式可降低患者家属迁移应激水平，提高患者自我护理能力及家属照顾能力。知识是影响护士行为的重要因素，因此科室需要增加预防迁移应激相关培训与宣传力度，制定详细的督导表，定期组织督导，专项小组成员充分履行小组岗位职责，督导护士。态度与行为呈显著正相关（ $r_s=0.218$ ），科室应该从管理层出发，端正态度，用积极向上的心态去落实此项工作。因此，

增强护理人员对预防迁移应激工作知识和灌输积极态度可提高护士行动力，最终有序地推进转出患者全面康复。

4 参考文献

[1] Mcgonigal KS. The importance of sleep and the sensory environment to critically ill patients.Intensive Care Nursing, 1986,2(2):73-83.

[2] 李婷,赵琪珩,董雪.ICU 转出患者家属应激迁移的预防及护理 [J]. 中华护理杂志 ,2018,53(3):321-323.

[3] 李小妹. 护理学导论 [M].3 版. 北京: 人民卫生出版社 ,2012:303-305.

[4] 孙博伦,鲍金雷,熊桂华.ICU 患者转出时其家属发生迁移应激的现状 & 研究进展 [J]. 护士进修杂志 ,2020,35(3):238-241.

[5] 靳沛琳,赵明利,韩梦丹,等. 养老机构老年人迁移应激的研究进展 [J]. 中国护理管理 ,2020,20(12):1890-1893.

[6] 黄静文,李荣华,林丽霞.CCU 患者家属迁移应激现况及其影响因素分析 [J]. 广州医科大学学报 ,2020,48(4):92-95.

[7] 王淑玲,江淑敏,徐曰东,等. 回授法在 ICU 转出患者家属迁移应激中的应用 [J]. 国际护理学杂志 ,2020,39(20):3761-3765.

[8] 李蕊,路雪芹,韩景怡,等.ICU 转出患者迁移应激现状及研究进展 [J]. 国际护理学杂志 ,2020,39(20):3835-3838.

[9] 赵方方,吴丽,彭梦云,等.ICU 转科患者家属迁移应激水平及其主要影响因素分析 [J]. 现代临床护理 ,2020,19(1):18-23.

[10] 谢艳芳,叶秋容,张文君. 知信行护理模式对 ICU 转出重症 SLE 患者家属迁移应激的影响 [J]. 齐鲁护理杂志 ,2020,26(17):108-110.

[2021-03-22 收稿]  
(责任编辑 肖向莉)

# 肺癌化疗患者睡眠质量与负性情绪及应对方式的相关性研究

林雪 庞永慧\* 甘海洁 罗洁宁 庞芸

**【摘要】 目的** 探讨肺癌化疗患者睡眠质量现状及其与负性情绪、医学应对方式的相关性。**方法** 采用一般情况调查表、匹兹堡睡眠质量指数量表、医院焦虑抑郁自评量表及医学应对问卷对2019年12月—2020年11月在某省级三甲医院就诊的154例原发性肺癌化疗患者进行问卷调查。**结果** 肺癌化疗患者睡眠质量总分为 $11.91 \pm 3.15$ 分,高于国内常模;负性情绪得分为 $16.55 \pm 4.50$ 分;医学应对方式面对维度得分为 $17.47 \pm 3.34$ 分;回避维度得分为 $17.07 \pm 2.38$ 分;屈服维度得分为 $12.05 \pm 2.21$ 分。单因素及多因素线性回归分析显示,患者睡眠质量与负性情绪、面对维度呈负相关,与屈服维度呈正相关( $P < 0.05$ )。**结论** 肺癌化疗患者普遍存在着不同程度的睡眠问题,并与负性情绪及应对方式密切相关,应引起临床工作者的重视。

**【关键词】** 肺癌;睡眠;负性情绪;应对方式;相关性

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.006

**Study on the correlation between sleep quality and negative emotions, coping styles in patients with lung cancer chemotherapy** LIN Xue, PANG Yonghui, GAN Hajie, LUO Jiening, PANG Yun (Affiliated Tumor Hospital of Guangxi Medical University, Nanning, 530021, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the current status of sleep quality of patients with lung cancer chemotherapy and its correlation with negative emotions and medical coping styles. **Methods** The general situation questionnaire, Pittsburgh sleep quality index, hospital anxiety and depression scale and medical coping modes questionnaire were used to conduct a questionnaire survey on 154 patients with primary lung cancer undergoing chemotherapy in a provincial tertiary hospital from December 2019 to November 2020. **Results** The total sleep quality of patients with lung cancer chemotherapy was  $11.91 \pm 3.15$  points, which was higher than the domestic norm; negative emotion score was  $16.55 \pm 4.50$  points; medical coping style face dimension score was  $17.47 \pm 3.34$  points; avoidance dimension score was  $17.07 \pm 2.38$  points, and yield dimension score was  $12.05 \pm 2.21$  points. Univariate and multiple linear regression analysis showed that the patient's sleep quality was negatively correlated with negative emotions and face dimensions, and positively correlated with yield dimensions( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Patients with lung cancer chemotherapy generally had different degrees of sleep problems, which were closely related to negative emotions and coping styles, which should arouse the attention of clinicians.

**【Key words】** Lung cancer; Sleep; Negative emotion; Coping style; Correlation

肺癌是全世界发病率和死亡率最高的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>。根据恶性肿瘤发病与死亡情况分析报告显示,我国恶性肿瘤新增病例数中肺癌仍居首位<sup>[2]</sup>,严重威胁人类健康和生命。目前,肺癌的治疗主要为手术治疗,辅以化疗和放疗。但由于肺癌发病隐匿,临床上部分患者确诊时已为中晚期,可行手术机会

相对少。因此,此类患者常采用化疗的方式进行治疗。国内外研究表明,接近50%的肺癌化疗患者睡眠质量差,对患者心理状态、生活质量等都造成了不良影响<sup>[3-4]</sup>。睡眠是一种重要的生理现象,良好的睡眠被认为具有恢复体力的作用,能促进疾病康复和使人体生理功能更加旺盛,而睡眠障碍会影响患者的生理和心理健康,甚至影响治疗效果,使病情恶化。本研究旨在通过对肺癌化疗患者的睡眠质量的现状及其与负性情绪、应对方式相关性的探讨,以为临床工作者采取有效提高肺癌患者睡眠质量的护理措施提供参考。

基金项目:广西中医药适宜技术开发与推广科研课题(编号:GZSY20-19);广西壮族自治区卫生健康委员会立项科研课题(编号:Z20201142)

作者单位:530021 广西壮族自治区南宁市,广西医科大学附属肿瘤医院

\* 通讯作者



## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2019 年 12 月—2020 年 11 月于某省级三甲肿瘤专科医院住院的肺癌化疗患者为研究对象。纳入条件:符合《原发性肺癌诊疗规范(2018 版)》诊断标准<sup>[5]</sup>,经纤维支气管镜检和病理学检查诊断为原发性支气管肺癌。未经手术治疗且距末次化疗结束时间>14 d;年龄 18~80 岁;知晓自身病情、自愿参与本研究,沟通理解能力正常,能顺利完成问卷调查。排除条件:急、危重症与存在精神疾病患者;化疗前已诊断为睡眠障碍;合并有其它原发性恶性肿瘤者;有严重听力、言语功能障碍,不能配合完成调查者。

### 1.2 调查内容及工具

(1)一般资料调查表:由研究者自行编制,包括人口学资料(性别、年龄、婚姻状况、文化程度、职业、居住地、家庭人均月收入及医疗费用支付方式)及疾病相关资料(病程、疾病分期、化疗方案、化疗次数、有无化疗不良反应、是否合并慢性病、有无癌症家族史、有无吸烟史等)。

(2)匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI):该量表又称睡眠质量自评量表,由匹兹堡大学医学中心 Buysse 教授<sup>[6]</sup>编制,此量表由 7 个成份组成,包括 19 个自评条目及 5 个他评条目,每个成份按 0~3 等级计分,累积各成份得分为 PSQI 总分,总分为 21 分,以 7 分作为临界值总分越高说明睡眠质量越差,即 $\geq 7$ 分可认为睡眠质量差。该量表的总体 Cronbach's  $\alpha$  为 0.845,分半信度为 0.824,重测信度系数为 0.994<sup>[7]</sup>。

(3)医院焦虑抑郁量表(HADS)<sup>[8]</sup>:该量表分为焦虑及抑郁两个亚量表,分别设置 7 个条目,其单号条目为焦虑维度,双号条目为抑郁维度。按每题 0~3 分评分,总分各为 21 分,亚量表的分值 0~7 分为无症状,8~10 分为症状可疑存在,11~21 分为症状肯定存在。该量表的总体、焦虑亚量表及抑郁亚量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.879、0.806、0.806。

(4)医学应对问卷(MCMQ)<sup>[9]</sup>:该量表包括面对、回避及屈服 3 个维度共 20 个条目,其中 3 个维度的条目数分为 8 条、7 条、5 条。每个条目采用 1~4 分计分,各维度得分越高说明越倾向于应用此项应对方式。该量表 3 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.69、0.60 及 0.76。

### 1.3 调查方法

于患者入院进行化疗的第 2 天进行调查。在问

卷发放前,首先向研究对象说明本次研究的目的、意义并承诺保护患者的个人隐私以取得同意,同时向患者介绍问卷的填写方法。研究对象对量表内容无法不理解时,研究者采用一致性语言解释,采用研究者问,研究对象答的方式,研究者当场完成量表的填写。问卷剔除标准:空白 $\geq 20\%$ ;答案选项统一,明显为随意勾选或问卷条目选择存在规律性分布的问卷。本次研究共发放问卷 160 份,有效回收 154 份,问卷回收率 96.25%。

### 1.4 统计学处理

使用 Epidata 对数据进行录入,运用 SPSS 22.0 软件包进行数据分析。计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用  $t$  检验或方差分析;变量间的相关性单因素采用 Pearson 相关性分析,多因素采用线性回归模型。检验水准  $\alpha=0.05$ , $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 肺癌化疗患者基本特征及睡眠质量得分情况

单因素分析结果显示,患者的职业、家庭月收入、文化程度、医疗费用支付方式、化疗次数是肺癌化疗患者睡眠质量得分的影响因素;出现化疗不良反应、合并有其他慢性疾病的患者睡眠质量得分高于未发生化疗不良反应及无慢性病的患者,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

### 2.2 肺癌化疗患者睡眠质量、心理状态及应对方式状况

肺癌化疗患者 PSQI 得分最低 6 分,最高 19 分,总分为  $11.9\pm 3.1$  分,PSQI 总分及各维度得分与国内常模比较,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2;肺癌化疗患者负性情绪总得分为  $16.55\pm 4.50$  分,其中焦虑维度为  $8.49\pm 2.46$  分,抑郁维度为  $8.06\pm 2.43$  分。肺癌化疗患者应对方式三个维度的得分分别为:面对维度  $17.47\pm 3.34$  分、回避维度  $17.07\pm 2.38$  分、屈服维度  $12.05\pm 2.21$  分。

### 2.3 肺癌化疗患者睡眠质量、负性情绪及应对方式的相关性

肺癌化疗患者 PSQI 总分及各维度得分均与负性情绪总分及各维度得分呈正相关;除回避应对方式与 PSQI 总分及各维度得分相关性不明显外( $P>0.05$ ),PSQI 总分及各维度与面对维度呈负相关、与屈服维度呈正相关(均  $P<0.05$ ),见表 3。

### 2.4 肺癌化疗患者睡眠质量影响因素的多元线性回归分析

以肺癌化疗患者睡眠质量总分为因变量,把

单因素分析差异具有统计学意义的变量、负性情绪和应对方式的各维度为自变量进行多元线性回归分析,结果焦虑、屈服、面对、化疗次数及化疗不良反应进入回归模型,且具有统计学意义( $P<0.05$ ),其中焦虑、屈服与睡眠质量呈正相关关系,面对为负相关关系,见表4。

表1 肺癌化疗患者一般资料及睡眠质量单因素分析(分)

分析因素	类别	例数	睡眠质量得分	F 值	P 值	分析因素	类别	例数	睡眠质量得分	F 值	P 值	
性别	男	103	11.76 ± 3.19	-0.850	0.397	病程( 个月 )	<3	74	12.07 ± 3.13	0.242	0.785	
	女	51	12.22 ± 3.07				3 ~	42	11.64 ± 3.53			
年龄 ( 岁 )	<45	12	11.58 ± 3.15	0.800	0.451	病理分型	12 ~	38	11.89 ± 2.78	0.433 <sup>*</sup>	0.665	
	45~	68	11.60 ± 3.14				小细胞	27	12.15 ± 3.02			
	61~	74	12.24 ± 3.17				非小细胞	127	11.86 ± 3.18			
婚姻	未婚	2	12.50 ± 6.36	0.183	0.908	疾病分期	I	5	11.80 ± 2.59	0.993	0.398	
	已婚	149	11.93 ± 3.15				II	5	10.00 ± 2.45			
	离异	2	10.50 ± 2.12				III	45	11.58 ± 3.05			
	丧偶	1	11.00				IV	99	12.16 ± 3.24			
居住地	农村	47	12.57 ± 3.19	1.750	0.177	化疗方案	培美曲塞 + 铂类	55	12.27 ± 3.19	0.844	0.499	
	城镇	50	11.40 ± 3.06				多西他赛 + 铂类	23	11.52 ± 2.48			
	市区	57	11.81 ± 3.15				紫杉醇 + 铂类	25	11.20 ± 3.32			
职业	农民	49	13.20 ± 2.90	4.726	0.004	依托泊苷 + 铂类	25	11.60 ± 3.03	10.389	0.000		
	职工	58	11.45 ± 2.99				其他	26			12.46 ± 3.54	
	离退休人员	32	11.41 ± 3.62				化疗次数	第 1 次			43	10.21 ± 3.24
	个体户	15	10.53 ± 2.17				2 ~ 4 次	52			12.23 ± 2.87	
文化程度	小学及以下	40	13.00 ± 3.06	5.025	0.002	化疗不良反应	>4 次	59	12.86 ± 2.85	4.420 <sup>*</sup>	0.000	
	初中	74	12.11 ± 2.96				有	94	12.76 ± 2.83			
	高中及中专	24	10.67 ± 3.19				无	60	10.58 ± 3.18			
	大专及以上	16	10.13 ± 3.03				合并慢性病	是	66			13.05 ± 2.46
家庭月收入 ( 元 )	<1000	50	13.32 ± 2.81	8.280	0.000	家族史	否	88	11.06 ± 3.35	1.462 <sup>*</sup>	0.146	
	1000 ~	78	11.32 ± 2.80				有	31	12.65 ± 3.17			
	3000 ~	26	10.96 ± 3.87				无	123	11.72 ± 3.13			
医疗费用支付	自费	3	10.00 ± 2.65	6.275	0.002	吸烟史	有	87	12.00 ± 3.01	0.407 <sup>*</sup>	0.684	
	职工医保	75	11.11 ± 3.06				无	67	11.80 ± 3.34			
	居民医保	76	12.78 ± 3.04									

\* 为  $t$  值。

表2 肺癌化疗患者睡眠质量与国内常模比较(分)

组别	例数	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	总分
肺癌化疗患者	154	1.7 ± 0.7	2.2 ± 0.7	1.9 ± 0.8	2.0 ± 0.8	1.7 ± 0.5	0.4 ± 0.9	2.0 ± 0.6	11.9 ± 3.1
国内常模	112	0.7 ± 0.6	0.9 ± 0.7	0.7 ± 0.6	0.5 ± 0.1	0.9 ± 0.4	0.2 ± 0.1	0.8 ± 0.7	3.9 ± 2.5
$t$ 值		12.504	14.955	13.978	23.022	14.481	2.735	14.646	23.269
$P$ 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.007	0.000	0.000

注:因常模数据小数点只保留一位,本研究也只保留一位小数与之比较。

表 3 肺癌化疗患者睡眠质量、负性情绪及应对方式的相关性 (r)

项目	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	总分
焦虑	0.385 <sup>a</sup>	0.256 <sup>a</sup>	0.418 <sup>a</sup>	0.414 <sup>a</sup>	0.375 <sup>a</sup>	0.215 <sup>a</sup>	0.347 <sup>a</sup>	0.556 <sup>a</sup>
抑郁	0.420 <sup>a</sup>	0.281 <sup>a</sup>	0.356 <sup>a</sup>	0.359 <sup>a</sup>	0.376 <sup>a</sup>	0.207 <sup>b</sup>	0.351 <sup>a</sup>	0.537 <sup>a</sup>
负性情绪总分	0.438 <sup>a</sup>	0.292 <sup>a</sup>	0.421 <sup>a</sup>	0.421 <sup>a</sup>	0.408 <sup>a</sup>	0.229 <sup>a</sup>	0.379 <sup>a</sup>	0.594 <sup>a</sup>
面对	-0.216 <sup>a</sup>	-0.332 <sup>a</sup>	-0.144 <sup>b</sup>	-0.250 <sup>a</sup>	-0.101	-0.189 <sup>b</sup>	-0.230 <sup>a</sup>	-0.345 <sup>a</sup>
回避	0.081	-0.020	0.059	0.040	0.003	0.050	0.016	0.056
屈服	0.321 <sup>a</sup>	0.304 <sup>a</sup>	0.227 <sup>a</sup>	0.175 <sup>b</sup>	0.329 <sup>a</sup>	0.295 <sup>a</sup>	0.248 <sup>a</sup>	0.434 <sup>a</sup>

注: a.  $P<0.01$ ; b.  $P<0.05$ 。

表 4 肺癌化疗患者睡眠质量影响因素的多元线性回归分析

分析因素	$\beta$	SE	标准化 $\beta$	t 值	P 值
(常量)	8.427	2.733		3.084	0.002
化疗次数	0.648	0.242	0.167	2.681	0.008
化疗不良反应	-0.865	0.396	-0.134	-2.182	0.031
焦虑	0.349	0.106	0.273	3.297	0.001
面对	-0.126	0.059	-0.134	-2.126	0.035
屈服	0.295	0.090	0.207	3.280	0.001

注:  $R^2=0.539$ , 调整  $R^2=0.500$ ,  $F=13.732$ ,  $P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 肺癌化疗患者睡眠质量现状

本研究中 154 例肺癌化疗患者的睡眠质量总分为  $11.91 \pm 3.15$  分, 各维度得分高于国内常模<sup>[10]</sup>, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。其中, 影响患者睡眠质量的 7 个因子中得分位居前 3 位分别是: 日间功能障碍、入睡时间及睡眠效率。肺癌化疗患者睡眠不良表现为: 白天常感困倦, 做事情精力不足; 晚上入睡困难, 多数患者长达 30~60min 仍未入睡; 睡眠效率低, 睡眠较浅且常常醒来 2 次或 3 次或者更多, 醒后再次入睡困难。与边钰等的研究结果相似<sup>[11]</sup>, 说明肺癌化疗患者整体存在一定程度的睡眠问题。此外, 多项研究也表明<sup>[12-14]</sup>, 肺癌患者睡眠质量总体上比较差, 尤其是接受化疗患者, 在一定程度上对患者生活质量造成严重影响。

多因素分析结果显示焦虑、屈服和面对应对方式、化疗次数及化疗不良反应是肺癌化疗患者睡眠质量的主要影响因素。分析其原因:

(1) 化疗次数: 本研究患者大多数为临床分期Ⅲ~Ⅳ期肺癌患者, 已丧失手术根治的机会, 同时随着化疗次数的增加, 化疗不良反应相继出现且癌

痛、远处转移等使身体机能下降严重, 患者生理痛苦以及对死亡的恐惧影响患者睡眠质量。

(2) 医疗费用: 长期周期性化疗、定期回医院进行各项治疗或检查产生巨额医疗费用, 患者自觉成为家庭经济的负担, 加上疾病治疗效果不佳, 患者心理负担更重, 导致睡眠质量严重下降

(3) 不良反应: 伴有其他慢性疾病如糖尿病、高血压、冠心病的患者由于多种疾病的交替影响更易出现不良化疗反应从而影响睡眠。因此, 医护人员应全面掌握并运用睡眠资料的收集方法和内容, 对肺癌化疗病人的睡眠状况进行综合评估, 以获得准确的信息, 并根据患者的情况制定个性化的睡眠护理措施。

3.2 肺癌化疗患者睡眠质量与负性情绪相关

本次研究发现, 肺癌化疗患者的负性情绪总分为  $16.55 \pm 4.50$  分与睡眠质量呈正相关 ( $P<0.05$ ), 说明睡眠质量越差, 焦虑、抑郁程度越高, 反之亦然。国外研究认为, REM(快波睡眠时相)潜伏期缩短是抑郁症患者临床特征之一, Becker 等<sup>[15]</sup>的系统评价也表明睡眠紊乱可导致或加重焦虑、抑郁, 焦虑等负性情绪又影响睡眠质量, 二者互相影响, 形成恶性循环, 影响患者的生活质量。不良心理状态产



生的原因,一方面来源于癌症伴随的各种原发症状的痛苦。另一方面化疗的毒副反应带来的生理不适,使患者担心化疗疗程无法顺利完成,从而出现焦虑、抑郁等负性情绪。此外,患者自身的病耻感和化疗周期频繁严重影响患者的生活乐趣及社交,兴趣的丢失使焦虑、抑郁等负性情绪加重;临床一线工作者应适时评估睡眠不佳者的情绪变化,建立良好护患关系,做好情志疏导工作,指导患者避免不良情绪刺激,保持心情舒畅;当患者感觉到焦虑不安或抑郁失望时,不应强迫其快速入睡,可采取措施(如正念冥想)等<sup>[16]</sup>协助病人进行放松练习,从而转移注意力,提高睡眠质量。

### 3.3 肺癌化疗患者睡眠质量与应对方式相关

本研究结果显示,肺癌化疗患者面对维度得分较低,而回避及屈服维度得分较高,说明化疗期肺癌患者倾向于采用回避和屈服的应对方式,较少采用面对的应对方式,这与彭娜等<sup>[17]</sup>的研究结果相似。同时,相关性分析显示肺癌化疗患者的睡眠质量与屈服应对方式呈正相关,与面对应对维度呈负相关。积极的应对方式和适当的消极应对方式相互冲击可以增加患者的心理弹性,减少心理负担,使得大脑放松从而缓解入睡困难,改善睡眠质量。而过度采取消极的应对方式会加重患者睡眠障碍问题。提示在临床工作者应有重点、有针对性地引导患者采取恰当的应对方式正确面对疾病和治疗,并根据患者倾向的应对方式探索有效的干预措施,从而提高患者的睡眠质量。

综上所述,肺癌化疗患者整体存在睡眠障碍,其严重程度与患者的心理状况及采取的应对方式密切相关。临床医护工作者应加强对患者睡眠质量的重视,制定个体化睡眠护理措施;重视心理护理、加强症状管理,及早主动进行心理疏导干预;引导病人采取恰当的应对方式,改善患者负性情绪,进而改善其睡眠质量。

## 4 参考文献

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram O, et al. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2018, 68(6): 394-424.
- [2] 陈万青, 李贺, 孙可欣, 等. 2014年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2018, 40(1): 5-13.
- [3] 李国鹏. 癌症患者正念水平和睡眠质量的关系[D].

济南: 山东大学, 2017.

- [4] 颜雯晶, 刘艳萍, 丁茹蕾, 等. 肺癌化疗患者疲乏-负性情绪-疼痛-睡眠障碍症状群及其影响因素[J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(6): 44-47.
- [5] 原发性肺癌诊疗规范(2018年版)[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2019, 5(3): 100-120.
- [6] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Research, 1989, 28(2): 193-213.
- [7] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
- [8] 孙振晓, 刘化学, 焦林瑛, 等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2017, 11(2): 198-201.
- [9] 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, 9(1): 18.
- [10] 魏婷婷, 陈小岑, 侯云霞, 等. 肺癌化疗患者癌因性失眠及肿瘤相关症状调查研究[J]. 中国全科医学, 2015(21): 2564-2567, 2572.
- [11] 边钰, 肖树芹, 骥琨. 癌症化疗病人睡眠质量与症状困扰、心理状态的相关性研究[J]. 护理研究, 2014, 28(13): 1569-1571.
- [12] Chen ML, Yu CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy[J]. Lung Cancer, 2008, 62(3): 391-400.
- [13] Nishiura M, Tamura A, Nagai H, et al. Assessment of sleep disturbance in lung cancer patients: Relationship between sleep disturbance and pain, fatigue, quality of life, and psychological distress[J]. Palliative and Supportive Care, 2014, 13(3): 575-581.
- [14] 朱振华, 刘艺颖, 吕玲, 等. 肺癌患者创伤后应激障碍及睡眠状况对心理健康的影响[J]. 护理学杂志, 2020, 35(8): 81-83.
- [15] Becker NB, Jesus SN, JOÃO KA, et al. Depression and sleep quality in older adults: a meta-analysis[J]. Psychology, Health Medicine, 2017, 22(8): 889-895.
- [16] 丁海芹, 储小燕. 正念减压法对晚期肺癌化疗患者负性情绪、疲乏状态及自我效能的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(13): 80-82.
- [17] 彭娜, 柯世莉, 李貌, 等. 肺癌晚期患者癌性疼痛管理障碍的影响因素及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(12): 38-40.

[2021-03-29 收稿]

(责任编辑 肖向莉)



# HIV 感染者 / 艾滋病患者日常感知歧视现状及影响因素

卢晓燕 黄金萍\* 杜丽群 黎彦君 李祥青

**【摘要】目的** 调查 HIV 感染者 / 艾滋病患者 HIV/AIDS 患者日常感知歧视现状及影响因素, 以期制定有效降低我国 HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平的干预措施提供参考。**方法** 选取 2020 年 3—9 月医院收治的 HIV/AIDS 患者 284 例作为研究对象, 通过问卷调查获取相关信息, 采用单因素和多因素线性回归模型, 分析 HIV/AIDS 患者日常感知歧视现状及影响因素。**结果** 结果显示, HIV/AIDS 患者日常感知歧视得分为  $34.24 \pm 7.45$  分, 单因素及多因素分析结果显示, 性别、教育程度、婚姻状况、居住地以及病毒载量为 HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平的影响因素 ( $P < 0.05$ )。**结论** HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平较高, 尤其是女性、受教育水平较高、城市居住、未婚或离异以及病毒载量较高的患者。

**【关键词】** HIV 感染; 获得性免疫缺陷综合征; 日常感知歧视; 影响因素

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.007

## Status quo and influencing factors of daily perceived discrimination of HIV-infected persons/AIDS patients

LU Xiaoyan, HUANG Jinping, DU Liqun, LI Yanjun, LI Xiangqing (Nanning Fourth People's Hospital, Nanning, 530023, China)

**【Abstract】Objective** To investigate the status quo and influencing factors of the daily perceived discrimination of HIV/AIDS patients with HIV/AIDS, in order to provide a reference for the development of effective intervention measures to reduce the level of daily perceived discrimination of HIV/AIDS patients in my country.

**Methods** A total of 284 HIV/AIDS patients admitted to hospitals from March to September 2020 were selected as the study objects. The relevant information was obtained through questionnaire surveys, and single-factor and multi-factor linear regression models were used to analyze the status quo and influencing factors of the daily perceived discrimination of HIV/AIDS patients with HIV/AIDS. **Results** The results showed that the daily perceived discrimination score of HIV/AIDS patients was  $34.24 \pm 7.45$  points. Univariate and multivariate analysis showed that the gender, education level, marital status, place of residence and viral load were the influencing factors of the daily perceived discrimination level of HIV/AIDS patients ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The HIV/AIDS patients had a higher level of daily perceived discrimination, especially among women, patients with higher education levels, urban living, unmarried or divorced, and higher viral load.

**【Key words】** HIV infection; Acquired immunodeficiency syndrome; Daily perceived discrimination; Influencing factors

近年来, 我国艾滋病发病率成增长态势, 艾滋病相关病死率亦处于较高水平<sup>[1-2]</sup>。2018 年我国报告艾滋病死亡 26.2 万例<sup>[3]</sup>。艾滋病具有较强的传染性, 目前最主要的传播途径为性传播, 因而公众对艾滋病具有较强的负面刻板印象。当患者感染 HIV/AIDS 时, 会产生心理上的巨大压力, 这会使患者感觉到被歧视<sup>[4]</sup> 而加重患者的焦虑情绪, 产生社会孤

立感, 影响患者就医, 进而影响患者身心健康<sup>[5]</sup>。目前 HIV/AIDS 患者日常感知歧视已经受到全球关注<sup>[6-8]</sup>。本研究旨在调查 HIV/AIDS 患者日常感知歧视现状及影响因素, 为制定相应的干预措施提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

选取 2020 年 3—9 月于我院收治的年龄  $> 18$  周岁的 HIV/AIDS<sup>[9]</sup> 患者 284 例作为研究对象, 年龄 19~64 岁, 平均  $31.17 \pm 5.13$  岁。

基金项目: 广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题 (编号: Z2014474)

作者单位: 530023 广西南宁市第四人民医院

\* 通讯作者

## 1.2 调查内容及方法

(1) 一般资料调查: 采用自行设计一般资料调查表, 内容包括: 性别、年龄、教育程度、婚姻状况、居住地、月收入、民族、病毒载量等。

(2) 日常感知歧视: 采用由 Williams 编制, 韩舒羽等<sup>[10]</sup> 汉化的量表。该量表包括 10 个条目。量表采用 1~4 级计分, 得分越高, 调查对象日常感知歧视就越大。该量表总 Cronbach's  $\alpha$  为 0.908, 重测信度为 0.920。

## 1.3 统计学处理

使用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以“均数  $\pm$  标准差”表示, 两组组间均数比较采用  $t$  检验, 多组间均数比较采用方差分析; 多因素分析采用线性回归模型。检验水准  $\alpha=0.05$ , 以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 HIV/AIDS 患者日常感知歧视现状

HIV/AIDS 患者日常感知歧视得分各条目中, 得分最高的条目为“和别人相比, 更不被尊重”, 见表 1。

### 2.2 HIV/AIDS 患者日常感知歧视单因素分析

HIV/AIDS 患者日常感知歧视单因素结果显示, 性别、年龄、教育程度、婚姻状况、居住地、病毒载量、抗病毒治疗是影响患者感知歧视的因素 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 1 HIV/AIDS 患者日常感知歧视现状

条目	得分
和别人相比, 受到更不礼貌的对待	3.13 $\pm$ 0.56
和别人相比, 更不被尊重	3.78 $\pm$ 0.84
在餐厅和商店接受的服务比别人更差	3.23 $\pm$ 0.56
人们似乎认为你反应较慢	3.41 $\pm$ 0.84
人们似乎害怕接近你	3.69 $\pm$ 0.74
人们似乎表现得高你一等	3.23 $\pm$ 0.71
受到别人的侮辱或辱骂	3.45 $\pm$ 0.69
受到别人的威胁或骚扰	3.26 $\pm$ 0.59
人们忽视你或根本无视你的存在	3.12 $\pm$ 0.63
你常被旁人误解不诚实	3.94 $\pm$ 0.67

表 2 HIV/AIDS 患者日常感知歧视单因素分析

分析因素	分类	例数	得分	F 值	P 值
年龄 (岁)	$\leq 30$	68	38.47 $\pm$ 7.47	13.503	0.000
	30~	192	33.34 $\pm$ 7.16		
	60 ~	24	32.68 $\pm$ 7.03		
性别	男	238	32.46 $\pm$ 7.58	5.281*	0.000
	女	46	38.89 $\pm$ 7.45		
教育程度	初中及以下	24	29.57 $\pm$ 7.57	22.469	0.000
	高中	72	33.29 $\pm$ 7.29		
	专科	76	37.94 $\pm$ 7.19		
	本科及以上	112	40.54 $\pm$ 7.80		
婚姻状况	已婚	68	32.83 $\pm$ 7.23	30.681	0.000
	未婚	190	40.68 $\pm$ 7.02		
	离婚	26	37.57 $\pm$ 7.57		
居住地	城市	128	37.94 $\pm$ 7.91	5.903*	0.000
	农村	156	32.36 $\pm$ 7.94		
月收入 (元)	$\leq 3000$	40	29.57 $\pm$ 7.41	1.390	0.246
	3001 ~	162	30.86 $\pm$ 7.57		
	6001 ~	52	31.93 $\pm$ 7.69		
	9000 ~	30	32.91 $\pm$ 7.26		

续表 2

分析因素	分类	例数	得分	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
民族	汉族	250	34.47 ± 7.83	1.034 <sup>*</sup>	0.234
	少数民族	34	36.56 ± 7.67		
医疗费用支付方式	医保	242	33.46 ± 7.45	1.360 <sup>*</sup>	0.175
	自费	42	35.17 ± 7.92		
抗病毒治疗	有	214	32.92 ± 7.92	3.384 <sup>*</sup>	0.001
	无		36.56 ± 7.47		
病毒载量	0~	196	32.93 ± 7.36	5.604 <sup>*</sup>	0.000
	≥ 500	88	38.27 ± 7.57		

<sup>\*</sup>*t* 值。

2.3 HIV/AIDS 患者日常感知歧视多因素分析

以单因素分析结果中有统计学意义的因素为自变量,进行多因素线性回归分析,结果显示,性别、

婚姻状况、受教育程度及居住地是影响 HIV/AIDS 患者日常感知歧视的因素 ( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 HIV/AIDS 患者日常感知歧视多因素分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SD</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常数项	6.548	1.325		4.788	0.000
性别	2.066	0.415	0.326	4.784	0.000
婚姻状况	1.268	0.091	0.055	3.277	0.000
受教育程度	2.321	0.121	0.102	3.964	0.000
居住地	-2.068	0.552	-0.401	-5.067	0.000
病毒载量	1.357	0.325	0.247	3.682	0.000

3 讨论

3.1 HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平较高

本研究结果显示, HIV/AIDS 患者日常感知歧视得分为  $34.24 \pm 7.45$  分,与量表总分中间值比较处于较高水平。这提示 HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平较高。这可能一方面与患者面临疾病带来的身体痛苦有关,另一方面可能与公众对艾滋病的负面印象有关<sup>[11]</sup>。然而,日常感知歧视可能会阻碍患者的求医行为,导致患者产生焦虑、抑郁等负面情绪,影响其心理健康水平<sup>[12-13]</sup>。医护人员应引起重视,积极探索有效的干预措施,如认知行为团体疗法、阅读疗法等<sup>[14-15]</sup>。

3.2 HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平受多种因素影响

3.2.1 性别以及婚姻状况 女性患者日常感知歧视水平较高。该结果与 2016 年阎冬梅等<sup>[16]</sup>的调查结果一致。这可能是因为女性患者心理感知更为敏感有关<sup>[17-18]</sup>。此外,本调查中患者均为育龄期患者。

与男性患者相比,女性患者面临生育需求,因而产生对自身疾病是否会传染给下一代的顾虑,从而加重心理负担,导致日常感知歧视水平较高。未婚或离异的患者日常感知歧视水平越高。这可能是因为该类患者会有今后婚姻、婚后性生活的顾虑。建议今后护理人员应加强对该类患者的社会支持系统,重视家庭支持系统,实施一对一家庭针对性干预。

3.2.2 受教育程度及居住地 受教育水平较高的患者日常感知歧视水平越高,该结果与孔方<sup>[19]</sup>的研究结果一致。城市居住的患者日常感知歧视水平更高,这可能是因为受教育程度较高、城市居住的患者更重视健康,当得知自身患病后,难以接受这一事实<sup>[20-21]</sup>。而且学历越高、城市居住的患者往往更重视他人看法,导致这类患者心理感知更为敏感,从而呈现出较高的日常感知歧视水平。这提示卫生保健人员一方面加强对公众的教育,引导公众正视 HIV 病毒传播途径,正确对待 HIV 患者。另一方面应加强对 HIV 患者的健康教育,尤其是高学历、城市居住的 HIV 患者,鼓励其适当宣泄自身负性情绪,

正视患病事实。

**3.2.3 病毒载量** 病毒载量较高的患者日常感知歧视水平较高。这可能与患者病情有关。病毒载量为 HIV 进展的独立预测因素。当患者病毒载量较高时,表示患者病情较为严重,机会性感染的概率较大。因此,病毒载量较高的患者可能出现身体不适的可能性较大,导致患者生活质量下降,心理敏感性提高<sup>[22]</sup>。此外,HIV 传播的危险因素包括高病毒载量、某些性行为等。因此,病毒载量较高的患者传染性较强。这亦可能加重患者心理敏感性,患者担心自身疾病传染给他人,担心他人恐惧自身 HIV 病毒传染性。此外,这也可能当患者家属与朋友当得知患者较高的病毒载量后而表现出较为强烈的隔离行为有关。这提示医护人员应积极鼓励患者规律治疗,另一方面应加强对患者的健康教育以及心理护理。

## 4 结论

HIV/AIDS 患者日常感知歧视水平较高,尤其是女性、受教育水平较高、城市居住、未婚或离异以及病毒载量较高的患者,护理人员应引起关注。虽然本研究样本量较大,然而调查对象均来自一家医院,建议进行多中心研究。

## 5 参考文献

- [1] Hamarsheh O. HIV/AIDS in Palestine: A growing concern[J]. *Int J Infect Dis*, 2020 ( 90 ) :18-20.
- [2] Schwetz T A, Fauci A S. The Extended Impact of Human Immunodeficiency Virus/AIDS Research[J]. *J Infect Dis*, 2019,219(1):6-9.
- [3] 中国疾病预防控制中心,性病艾滋病预防控制中心,性病控制中心. 2018 年第 3 季度全国艾滋病性病疫情[J]. *中国艾滋病性病*, 2018,24(11):1075.
- [4] 田策,赵红. 结核病患者病耻感的研究进展 [J]. *中国防痨杂志*, 2018,40(6):634-638.
- [5] Garfin DR, Shin SS, Ekstrand ML, et al. Depression, social support, and stigma as predictors of quality of life over time: results from an Asha-based HIV/AIDS intervention in India[J]. *AIDS Care*, 2019,31(5): 1-9.
- [6] Meanley S, Yehia BR, Hines J, et al. HIV/AIDS - related stigma, immediate families, and proactive coping processes among a clinical sample of people living with HIV/AIDS in Philadelphia, Pennsylvania[J]. *Journal of Community Psychology*, 2019,47(7):7.
- [7] Babita S, Deep TB, Neeta T. Perceived stigma among people living with HIV/AIDS in Pokhara, Nepal.[J]. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 2019(11):22.
- [8] Laio M, Da SLAV, Am é lia VM, et al. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review.[J]. *Cadernos de saude publica*, 2019,35(4):456-458.
- [9] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组,中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南 (2018 年版) [J]. *中华内科杂志*, 2018,57(12):867-884.
- [10] 韩舒羽,胡雁,贾守梅,等. 日常感知歧视问卷的汉化及在 HIV 感染者/AIDS 病人中应用的信效度检验 [J]. *护理研究*, 2019,33(7):1101-1104.
- [11] Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life[J]. *Lancet HIV*, 2020,7(2):e129-e140.
- [12] Yuvaraj A, Mahendra V S, Chakrapani V, et al. HIV and stigma in the healthcare setting[J]. *Oral Dis*, 2020,26 (Suppl 1):103-111.
- [13] Geter A, Herron A R, Sutton M Y. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review[J]. *AIDS Patient Care STDS*, 2018,32(10):418-424.
- [14] 魏小方,李娇丽,邢雪靓. 认知行为团体疗法辅助抗抑郁药物治疗缓解期强迫症患者的效果及其对病耻感的影响研究 [J]. *中国疗养医学*, 2021,30(3):273-275.
- [15] 李淑宇,陈贞,薛小霞,等. 阅读疗法对轻中度抑郁症患者病耻感及主观幸福感的影响 [J]. *中国临床护理*, 2021,13(1):19-22.
- [16] 阎冬梅,张秀军. 艾滋病病人的病耻感现状调查 [J]. *中国艾滋病性病*, 2016,22(9):740-742.
- [17] Mason S, Sultzman V O. Stigma as experienced by children of HIV-positive parents: a narrative review[J]. *AIDS Care*, 2019,31(9):1049-1060.
- [18] Letshwenyo-Maruatona S B, Madisa M, Boitshwarelo T, et al. Association between HIV/AIDS knowledge and stigma towards people living with HIV/AIDS in Botswana[J]. *Afr J AIDS Res*, 2019,18(1):58-64.
- [19] 孔方. HIV 感染者/AIDS 患者病耻感现状调查及其影响因素分析 [D]. 南京: 南京医科大学, 2017.
- [20] Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability[J]. *BMC Public Health*, 2018,18(1):919.
- [21] Lam A, Mayo NE, Scott S, et al. HIV-Related Stigma Affects Cognition in Older Men Living With HIV[J]. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2019,80(2):198-204.
- [22] 廖敏,唐杰,王冬华. HIV 感染者和 AIDS 患者病耻感的研究进展 [J]. *中华护理杂志*, 2019,54(4):619-623.

[2021-02-10 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 尿路造口患者的负性心理状态及护理研究进展

鞠洪杰 尹安春\* 刘卫

**【摘要】** 尿路造口患者改变了正常的排尿方式, 对自我形象、生理状态、社会活动功能等均造成较大影响, 会产生多种负性心理状态, 严重影响患者的康复及预后。笔者从尿路造口患者心理状态、影响因素、评价工具、心理干预措施等方面综述尿路造口患者心理状态研究进展, 为医务人员在开展临床干预和后续研究提供依据和参考。

**【关键词】** 尿路造口; 心理状态; 影响因素; 评价工具; 心理护理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.008

膀胱肿瘤在我国泌尿生殖系统肿瘤中发病率及死亡率均占首位, 据统计, 2014年我国有7.81万新发病例, 3.21万死亡病例, 发病率和死亡率分别为5.71/10万, 2.35/10万, 根治性膀胱全切+尿流改道术是治疗肌层浸润性膀胱癌的金标准, 随着根治性膀胱切除术的逐年增多, 尿路造口患者的数量也越来越大<sup>[1-2]</sup>。尿路造口患者需要终身佩戴造口袋, 使其活动受限, 形象受损, 还要承受并发症带来的不适及焦虑无措感, 导致患者出现焦虑、抑郁等多种负性心理状态<sup>[3-4]</sup>。随着传统的医学模式向生物-心理-社会医学模式转变, 心理状态已成为患者十分重要的健康指标。不良心理状态严重影响癌症患者的康复及预后<sup>[5]</sup>。本文对尿路造口患者心理状态及护理进行综述, 以期开展后续研究和临床干预提供参考。

## 1 尿路造口患者的心理状态

尿路造口患者普遍存在负性心理, 屈霞<sup>[6]</sup>对38例尿路造口患者进行心理评估, 发现所有患者均存在心理障碍, 表现出焦虑、抑郁、恐惧、绝望、自卑、害怕歧视等不同的负性心理状态。常艳等<sup>[4]</sup>研究发现, 尿路造口患者心理障碍的发展会经历3个阶段, 依次为对预后不确定的恐惧感、自我护理能力不足的负担感、由身体形象和社交障碍等导致自尊降低的自卑孤独感。赵亚波<sup>[7]</sup>研究显示, 疾病恐惧感与自我管理效能呈负相关, 可以通过增加患者自我效能来降低患者的疾病恐惧感。吴程为等<sup>[8]</sup>研究显示, 对家属进行同步健康教育能改善患者的

负性心理状态, 缓解焦虑、抑郁水平, 提高患者的自我护理能力。陈丹丹<sup>[9]</sup>和袁晓红<sup>[10]</sup>等认为造口联谊会可以增加社交活动, 提高患者的社会支持度, 改善患者的社会心理适应水平, 进而提升自尊, 缓解自卑孤独感。

## 2 影响尿路造口患者心理状态的相关因素

### 2.1 人口学因素

①年龄。龚婷等<sup>[11]</sup>对129例尿路造口病人调查发现, 年龄小的患者易产生病耻感等负性心理。原因可能是年龄小的患者阅历不足, 家庭责任较重, 与外界交流较多, 更注重自我形象。②经济。朱礼坤等<sup>[12]</sup>对87例尿路造口病人进行访谈发现73.6%的病人都家庭负担, 无法负担昂贵的造口袋及辅助用品, 自觉拖累家人, 导致自我感受负担加重。③性别。张海微等<sup>[13]</sup>对203例老年永久性膀胱造口患者进行研究发现女性患者的社交回避及心理苦恼更为严重, 可能是因为造口对身体形象影响较大, 女性患者更注重外表及他人对其外表的评价。④文化程度。文化程度与病耻感呈负相关, 文化程度高的患者认知水平较高, 善于解决各种问题; 文化程度低的患者认知程度较低, 易产生负性心理状态<sup>[11]</sup>。

### 2.2 自我护理能力不足

Ewing<sup>[14]</sup>及傅素靓<sup>[15]</sup>研究显示, 泌尿造口患者出院后的自我护理能力较低。而自我护理能力低的患者需要他人照顾, 将隐私暴露于他人面前, 更易产生羞愧等负性心理<sup>[11]</sup>。

### 2.3 信息缺乏

尿路造口患者的信息支持缺乏针对性、全面性和连续性。Mohamed等<sup>[16]</sup>发现患者在不同阶段的信息需求不同, 但相关人员提供的部分信息未遵循

作者单位: 116011 辽宁省大连市, 大连医科大学附属第一医院

\* 通讯作者

患者需求的变化而改变,缺乏针对性;Villa等<sup>[17]</sup>发现患者接受的信息是不全面的,特别是在性、工作和生活方面;国内关于尿路造口的信息支持多集中于住院患者及出院后短期患者<sup>[18-19]</sup>,出院后的长期信息支持较少,缺乏连续性。而尿路造口在生存期(术后6~72个月)仍然存在多方面信息需求<sup>[16]</sup>。信息缺乏全面性和针对性将不能满足患者的心理期望,使患者产生失落、焦虑等不良心理感受<sup>[20]</sup>。

#### 2.4 社会支持度不够

龚婷<sup>[21]</sup>对129例尿路造口患者进行调查发现,患者的社会支持处于中度水平,社会支持与病耻感呈负相关。社会支持低易使患者产生抑郁的负性心理状态<sup>[22]</sup>。社会支持水平越高,则其心理适应水平和自我管理效能感水平越高<sup>[23-24]</sup>。

### 3 尿路造口患者心理状态的测评工具

#### 3.1 焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)

由Wilhelm W. Zung分别于1971年和1965年编制,均采用4级评分法,每条目1~4分,总分20~80分。量表Cronbach's  $\alpha$ 系数分别为0.896、0.874。操作方便掌握,适用于综合医院的患者,且不易受到患者年龄、性别、经济因素的影响<sup>[25-26]</sup>。

#### 3.2 伤残接受度量表(AODS)

美国学者Linkowski<sup>[27]</sup>编制,Chao等<sup>[28]</sup>汉化,用于评估个体对自身残缺的身体状态的看法,分为服从、扩大、转变、控制4个维度,共50个条目。采用Likert 6级评分,由“很不同意”到“很同意”依次计1~6分。总分越高表明患者接受度越好。低、中、高接受度分别为50~133分、134~217分、218~300分。量表的信度为0.91,效度为0.86。张海微等<sup>[13]</sup>用该量表对203例尿路造口患者调查,发现患者的伤残接受度处于低水平。

#### 3.3 社会影响量表(SIS)

由File等编制<sup>[29]</sup>,主要用于测量癌症和艾滋病等慢性病患者的病耻感。由台湾学者Pan等<sup>[30]</sup>于2007年汉化并在国内广泛应用。问卷包含4个维度分别为社会排斥、经济歧视、内在羞耻感和社会隔离,共24个条目。采用4级评分法,从极不同意到极度同意依次计1~4分。龚婷等<sup>[7]</sup>将该量表用于129例尿路造口患者时,测得Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.905,患者病耻感总分 $52.74 \pm 9.76$ 分,处于中度水平。

#### 3.4 正性负性情绪量表(PANAS)

由Watson等<sup>[31]</sup>于1988年编制,2003年由黄丽<sup>[32]</sup>等汉化并证明适用于中国人群。量表包含正

性情绪和负性情绪两个分量表,分别用于评估患者的正、负性情绪。全量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.82。适用于尿路造口患者<sup>[13]</sup>。

#### 3.5 尿路造口患者自我效能感问卷

由董春丽等<sup>[33]</sup>编制,分4个维度,分别为造口护理、并发症预防、日常活动及饮食运动、心理社会。共15个条目,每条目按1分(完全没有信心)~10分(完全有信心)计分,总分15~150分。按标化分将自我效能分为低(<60分)、中(60~85分)、高(>85分)3个水平。标化分等于实际得分/150100。问卷的信度为0.73。

#### 3.6 造口患者社会心理适应水平量表(OAI-20)

Simmons等<sup>[34]</sup>于2009年在造口患者自我适应量表(OSAS)的基础上发展而来,用于评估造口患者在回归社会过程中的心理社会适应水平。许勤等<sup>[35]</sup>于2010年将其翻译成中文版。该量表分为3个维度,分别为正性情绪(条目1~6)、负性情绪(条目7~11)、社会生活适应(条目12~20),共20个条目,总分0~80分。采用0~4分的Likert 5级计分法,积极含义条目和消极含义的条目分别采用正、反向计分法。根据得分高低情况依次分为3个等级,低度适应<40分,中度适应40~59分,高度适应 $\geq 60$ 分。总量表与3个分量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数良好,分别为0.87, 0.73~0.78。是一种简单、客观、易于使用的工具。适用于各种造口患者社会心理状态的调查。

### 4 尿路造口患者心理状态的护理

#### 4.1 完善患者的支持系统

加强护士和家人朋友的支持:Villa等<sup>[17]</sup>调查发现,患者认为护士能够指导他们如何管理及应对造口问题,在心理支持方面是一个重要的来源。同时,所有受访的尿路造口患者均强调了家人和朋友的支持在他们逐渐适应新的健康状态具有重要的作用。钱丽萍等<sup>[36]</sup>研究显示,以专科知识讲解、家属同步教育、心理疏导、精准指引、亲友支持为内容,来强化家庭支持可以有效改善尿路造口患者的心理状态。

#### 4.2 提供必要的心理疏导和人文关怀

密切注意患者生理与心理状态,及时给予心理干预,对于舒缓患者负性心理情绪十分必要<sup>[37]</sup>。张晓等<sup>[38]</sup>研究显示,通过组建造口交流群为患者答疑解惑,专业培训的护士对造口患者进行心理评估并给予针对性的心理干预,定期召开造口病友交流会对造口护理知识和经验进行讲解等,以上述方式

对患者进行心理疏导及人文关怀后,患者的焦虑和抑郁等负性情绪得到明显改善。班德文等<sup>[39]</sup>在信息、关怀、目标等方面进行正向激励,同时配合人文关怀,对患者的负性心理状态改善显著。

#### 4.3 提供尿路造口患者的有针对性的全程信息指导

Mohamed等<sup>[16]</sup>研究发现尿路造口患者的信息需求随着疾病的发展轨迹而变化,因此信息的提供应该根据疾病轨迹模型,即按照患者各个阶段(诊断时、手术后、生存期)需求的不同进行有针对性的全程信息指导。有针对性的点对点及互动式健康教育可以提高患者的参与度,增加对疾病的控制感,提升造口患者自我护理能力以及满意度,降低并发症的发生率<sup>[18]</sup>。从而使患者产生满足感、安全感、满足自尊与尊重的需要。

#### 4.4 实施多维度干预模式

多维度干预模式主要是指从医护人员、患者、家属等多方面对患者的自我认知、心理状态、自我护理能力等多维度进行干预,寻找并纠正负性心理状态的不良信念,进而改善其心理应对方式。韩燕娜等<sup>[40]</sup>对尿路造口患者实施多维度干预模式后,患者的焦虑、抑郁负性心理状态得到明显改善。王淑娟等<sup>[41]</sup>从患者的个人经历及特征、情感及行为认知及行为结果等多维度进行护理干预,也取得较好效果。

### 5 展望

尿路造口患者均存在负性心理状态<sup>[6]</sup>,与患者的人口学因素,自我护理能力,社会支持等方面相关。国内外关于造口患者的心理干预逐步完善,国内主要有家庭干预<sup>[42]</sup>、接纳与承诺疗法<sup>[43]</sup>、聚焦访谈干预<sup>[44]</sup>、团体辅导干预<sup>[45]</sup>等,国外主要有医院家庭整体护理干预、认知行为压力管理干预<sup>[46]</sup>、社会心理干预<sup>[47]</sup>等。但缺乏针对尿路造口患者的心理干预。郭雯<sup>[48]</sup>研究发现,泌尿生殖癌症的心理需求高于结直肠癌等其他类癌症患者,因此,尿路造口患者的心理问题更应该得到关注。今后应该结合我国尿路造口患者的特点,编制本土化的尿路造口患者心理量表,明确尿路造口患者的心理状态的影响因素,以便制定有针对性的心理干预措施,进而改善尿路造口患者的心理状态,提高其生活质量。

### 6 参考文献

- [1] 樊静.快速康复在根治性膀胱切除术围手术期的应用及效果评价[D].重庆:重庆医科大学,2018.
- [2] 贺宇彤,李道娟,梁迪,等.2014年中国膀胱癌发病和死亡分析[J].中华肿瘤杂志,2018,40(9):647-652.
- [3] 李乐,王霞,汤利萍,等.我国输尿管皮肤造口患者术后护理现状[J].护士进修杂志,2016,31(3):217-219.
- [4] 常艳,周红,党慧,等.老年膀胱癌尿路造口患者生活重构过程中的体验研究[J].中华护理教育,2020,17(8):751-755.
- [5] 刘金辉,张楠,崔永春.社会心理因素对恶性肿瘤发病和预后影响研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(9):750-754.
- [6] 屈霞.泌尿造口术患者心理压力评估及护理[J].现代医药卫生,2013,29(22):3481-3483.
- [7] 赵亚波,潘倩霞,孙莉莉,等.癌症患者疾病恐惧感与自我管理效能的关系研究[J].医院管理论坛,2019,36(8):39-41+26.
- [8] 吴程为,李萍,李海燕.家庭同步健康教育对泌尿造口患者心理状态及造口自我护理的影响[J].中国药物与临床,2018,18(9):1636-1638.
- [9] 陈丹丹,郑瑾.联谊会对改善尿路造口患者社会功能的影响[J].中国医科大学学报,2016,45(2):162-164.
- [10] 袁晓红,赵静燕,曾燕,等.造口联谊会对接回膀胱造口患者社会心理适应的影响[J].护理与康复,2014,13(12):1172-1173.
- [11] 龚婷,汤利萍,曹英.129例膀胱癌输尿管皮肤造口患者病耻感现状及影响因素分析[J].护理学报,2019,26(24):36-40.
- [12] 朱礼坤,姜睿,马小淋,等.尿路造口患者自我感受负担及影响因素的综合分析[J].山西医药杂志,2018,47(14):1652-1655.
- [13] 张海微,刘思衡,戴慧芳,等.永久性膀胱造瘘患者的残障接受度与其积极率的关系[J].中国实用护理杂志,2015,31(31):2370-2373.
- [14] Ewing G. The nursing preparation of stoma patients for self-care[J]. J Adv Nurs.,1989,14(5):411-20.
- [15] 傅素靓.膀胱癌回肠造口术后患者出院前自我护理能力及影响因素的研究[D].杭州:浙江大学,2014.
- [16] Mohamed, Nihal E. "Muscle invasive bladder cancer: examining survivor burden and unmet needs." [J]. The Journal of urology,2014,191(1):48-53.
- [17] Villa, Giulia. "Life with a urostomy: A phenomenological study." [J]. Applied nursing research,2018(39):46-52.
- [18] 李金蓉,傅桂芬,蒙有轩,等.微视频联合行动导向教学法在尿路造口住院患者中的应用[J].中华护理杂志,2020,55(10):1526-1530.
- [19] 袁媛,胡月,程静娴,等."云随访"与传统随访模式在尿路造口患者出院康复中的应用比较[J].齐鲁护理杂志,2019,25(24):4-7.
- [20] Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement. Fam Pract. 1989;6(4):249-253.



- [21] 龚婷. 输尿管皮肤造口患者病耻感与社会支持及自尊的相关性研究 [D]. 南昌: 南昌大学, 2019.
- [22] 刁利华, 牛燕红, 李燕玲. 老年癌症病人抑郁与社会支持的相关调查及心理护理 [J]. 中华护理杂志, 2002, 37(5):16-18.
- [23] 姚静静, 陈如男, 刘砚燕, 等. 癌症患者心理社会适应水平及其影响因素 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(7):7-11, 16.
- [24] 周丹丹, 王美玲, 王娟, 等. 癌症患者疾病获益感对自我管理效能感影响的研究 [J]. 护理管理杂志, 2018, 18(3):158-161.
- [25] 陈文莹, 胡继军, 涂星. SAS、SDS、SCL-90 评定情况与胃镜检查耐受性的关系 [J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(18):1959-1962.
- [26] 王利. 失眠症思虑过度状态评定量表的构建及与 SAS、SDS 相关性研究 [D]. 济南: 山东中医药大学, 2008.
- [27] Linkowski DC. A scale to measure acceptance of disability [J]. Rehabilitation Counseling Bulletin, 1971, 14(4): 236-244.
- [28] Chao HL, Tsai TY, Livneh H, et al. Patients with colorectal cancer: relationship between demographic and disease characteristics and acceptance of disability. J Adv Nurs. 2010, 66(10):2278-86.
- [29] Fife BL, Wright ER. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. J Health Soc Behav, 2000, 41(1):50-67.
- [30] Pan AW, Chung L, Fife BL, et al. Evaluation of the psychometrics of the Social Impact Scale: a measure of stigmatization. Int J Rehabil Res. 2007, 30(3):235-238.
- [31] Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. J Pers Soc Psychol. 1988 Jun;54(6):1063-70.
- [32] 黄丽, 杨廷忠, 季忠民. 正性负性情绪量表的中国人适用性研究 [J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(1):54-56.
- [33] 董春丽, 梁陶媛. 尿路造口患者自我效能感现状与生存质量相关因素的研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(13):56-58.
- [34] Simmons KL, Smith JA, Maekawa A. Development and psychometric evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23 [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2009, 36 (1) :69-76.
- [35] 许勤, 程芳, 戴晓冬, 等. 永久性结肠造口患者社会心理适应及相关因素分析 [J]. 中华护理杂志, 2010, 45(10):883-885.
- [36] 钱丽萍, 傅巧美, 王良梅, 等. 强化家庭支持对膀胱癌尿流改道腹壁造口患者的影响分析 [J]. 中国医药, 2020, 15(4):597-600.
- [37] 孙亚利, 肖奇贵, 任洋, 等. 人文关怀护理对肝癌手术患者生活质量和负性情绪的影响研究 [J]. 中国医学伦理学, 2016, 29(4):704-706.
- [38] 张晓, 吴东娟, 刘明会, 等. 人文关怀护理联合改进泌尿造口袋固定方式对泌尿造口患者负性情绪和生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(34):3848-3851.
- [39] 班德文, 栗恒, 殷波, 等. 正向激励配合人文关怀在老年膀胱癌尿流改道腹壁造口患者应用 [J]. 中国健康心理学杂志, 2020, 28(7):992-995.
- [40] 韩燕娜, 陈峰, 符聪. 多维度干预模式对全膀胱切除尿流改道患者心理、自我护理能力及生活质量的影响 [J]. 广东医学, 2020, 41(5):525-530.
- [41] 王淑娟, 张颖, 张琳, 等. Pender 健康促进模式在膀胱癌尿流改道腹壁造口术后患者创伤后成长中的应用 [J]. 广东医学, 2020, 41(21):2251-2255.
- [42] 侯晓梅. 家庭赋权干预对肠造口患儿照顾者自我效能、应对方式及心理状态的影响 [J/OL]. 中国健康心理学杂志 :2021, 29(3):334-338.
- [43] 唐雨芹. ACT 心理干预在直肠癌永久性结肠造口患者中的应用效果 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2020, 27(10):88-91.
- [44] 王红花, 刘佳, 陈小芳, 等. 渐进式聚焦访谈对肠造口患者病耻感及应对方式的影响 [J]. 护理管理杂志, 2020, 20(9):663-667.
- [45] 于菲, 刘宁, 闫书燕. 基于积极心理学的团体辅导在直肠癌造口患者中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 36(7):923-926.
- [46] Acevedo-Ibarra, Jessica Noem. "Cognitive Behavioral Stress Management intervention in Mexican colorectal cancer patients: Pilot study." [J]. Psycho-oncology, 2019, 28(7):1445-1452.
- [47] Lim, Siew Hoon et al. "Pilot trial of a STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stomas." [J]. Journal of advanced nursing, 2019, 75(6):1338-1346.
- [48] 郭雯. 癌症患者心理需求状况及其影响因素研究 [D]. 大连: 大连医科大学, 2017.

[2021-03-21 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 铂类化疗药物所致恶心呕吐的预防及治疗进展

曹兆铭 孙文静 李萍 哈敏文 王迎春\*

**【摘要】** 铂类抗肿瘤药物被广泛应用于肺癌、卵巢癌、头颈部肿瘤等各种实体瘤的治疗中,铂类药物是中-高级别的致吐药物,化疗相关性恶心呕吐(CINV)是一种最令癌症患者恐惧的副作用,CINV可导致患者营养不良,水电解质平衡紊乱,甚至由患者会因此而放弃继续治疗,本文对使用铂类药物化疗所致恶心呕吐治疗方法及相关研究进行综述,以期临床选择合理的方法预防和治疗铂类药物致CINV提供参考。

**【关键词】** 肿瘤;化疗相关性恶心呕吐;铂类抗肿瘤药物;治疗进展

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.009

世界卫生组织国际性癌症学术研究机构(IARC)日前正式公布了2020年1月全球最新的各类肿瘤和恶性肿瘤负担累计死亡统计数据,最新统计结果显示,2020年1月全球各类新发癌症和肿瘤死亡事件1929万例,中国2020年新发癌症457万人,共占全球23.7%,预计到2035年新发病例将会达到2400万。化疗是各种癌症晚期患者的主要治疗手段之一,目前含铂类药物的化疗方案占有所有化疗方案的70%~80%<sup>[1-2]</sup>。含铂类化疗药均属于中、高级别致吐细胞毒性药物。使用顺铂化疗的患者约90%可发生急性呕吐,36%~62%可发生迟发型呕吐<sup>[3-4]</sup>。化疗相关性恶心呕吐(CINV)除了会对患者的身体造成损伤,导致患者营养失调、脱水和打破内环境稳态造成电解质平衡紊乱之外,还会降低肿瘤患者对治疗的信心甚至有些患者会因此而选择放弃治疗<sup>[5]</sup>。近年来关于如何治疗、缓解铂类化疗药致CINV的研究趋于热化,很多研究者通过临床实验验证了止吐药物、相关护理及治疗方法的有效性和可用性,本文将近年来中西医对铂类化疗药物致CINV相关研究进行总结归纳,从类型、机制、影响因素、预防及治疗方法几个方面进行综述,旨在为临床选择有效的预防和缓解含铂类药物化疗方案导致的CINV提供依据。

## 1 铂类化疗药致CINV

### 1.1 铂类化疗药致CINV的类型

含铂类化疗药物为细胞毒药物,其导致CINV

的类型按照发生时间可以被分为五类即急性、迟发性(延迟性)、可预测性、突破性、及难治性<sup>[6]</sup>。

①急性。通常发生在给药后几分钟至数小时,在给药后5~6h达到高峰,可在24h内缓解。②迟发性。发生在化疗后24h,持续120h。③可预测性。患者在一次化疗中经历无法控制的CINV后,在下次化疗开始前由于条件反射而出现恶心和呕吐,这与大脑皮层有关,其发生率约为18%~57%。流行病学调查结果表明,预期的恶心和呕吐与年龄有关,年龄越小越容易发生。④突破性。又称爆发性呕吐,是指预防性治疗后仍发生的呕吐,通常需要“解救性治疗”。治疗为预防性和/或抢救性止吐治疗在前一化疗周期失败,但呕吐仍发生在下一化疗周期。⑤难治性。有预防性和/或解救性止吐治疗失败史,在接下来的化疗周期中CINV频繁出现的现象称之为难治性CINV。

### 1.2 铂类化疗药致CINV的机制

铂类化疗药物所致CINV的机制尚不明确。目前,学术界有一种广泛的理论认为铂类药物及其代谢产物进入胃肠道后可以刺激胃肠道,肠道释放5-羟色胺,5-HT与迷走神经上的5-HT<sub>3</sub>受体结合产生神经冲动,迷走神经将神经递质传输到延髓孤束核,并进一步将其投射到脑干外侧延髓的背侧网状结构、化学感受器的触发区或呕吐化学感受器区(chemoreceptor trigger zone, CTZ)<sup>[7-10]</sup>。当CTZ被激活时,它会促进更多的神经递质释放到人体,进而进一步刺激呕吐中枢。呕吐中枢一旦被激活,可通过传递到胃肠道的神经信号,有效调节口腔唾液腺的分泌和排便管、横膈膜和腹部的位移,从而发生呕吐。除5-羟色胺外,P物质、内啡肽、多巴胺、组胺、乙酰胆碱、大麻和γ-氨基丁酸也参与了整个过程。铂类化疗药致CINV的机制见图1。

基金项目:辽宁省教育厅青年项目(编号:JYTQN2020021)  
作者单位:121000 辽宁省锦州市,锦州医科大学护理学院(曹兆铭,王迎春);锦州医科大学附属第一医院肿瘤一病区(孙文静,李萍,哈敏文)  
\*通讯作者

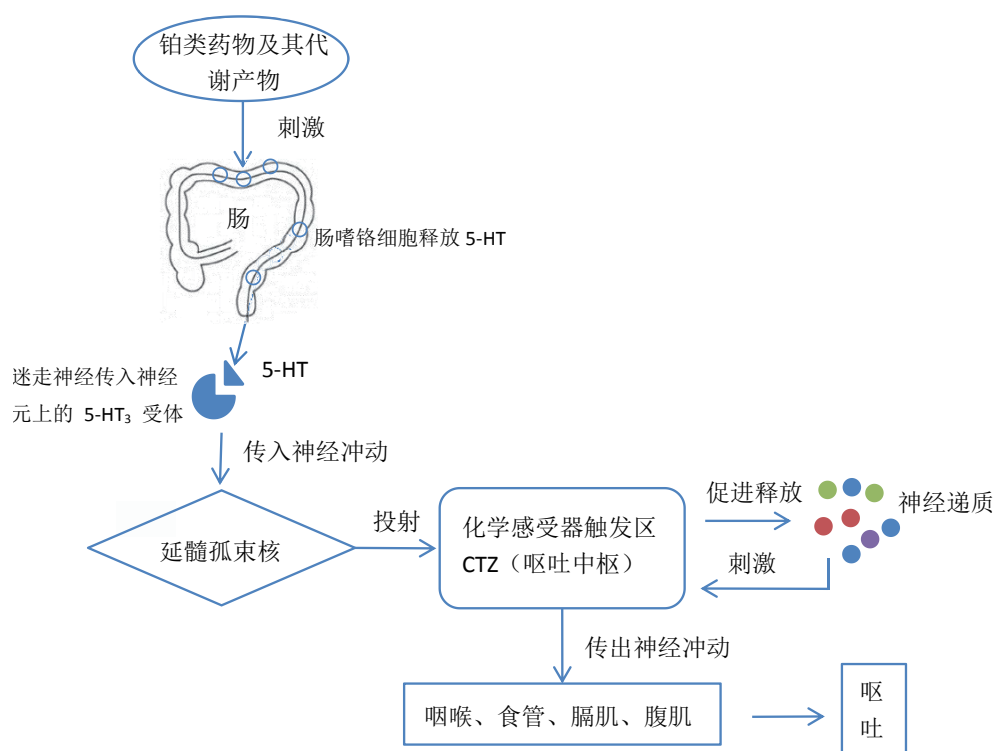


图1 铂类化疗药致CINV的机制图

### 1.3 铂类化疗药致CINV的影响因素

**1.3.1 铂类药物的种类与化疗周期** 铂原子和DNA结合而形成的化合物被认为是导致铂类抗癌药物在人体内产生严重的机体毒性的主要病理诱发原因,由于他们跟DNA结合而形成的化合物组织结构不同<sup>[11-12]</sup>,所以对于不同的铂类抗肿瘤药物的主要不良反应(ADR)及其程度也有差异,铂类抗肿瘤药物中,以顺铂导致恶心、呕吐症状最为严重,为高致吐级别化疗药,致吐率>90%,通常在给药后1~2 h可发生急性呕吐,并能持续1周左右<sup>[12]</sup>,与其相比卡铂,奈达铂,奥沙利铂和洛铂不良反应程度则相对较轻。且大量研究证明,化疗周期与发生CINV也有关系,第2及第3周期化疗与第1周期相比风险降低6~7倍<sup>[13-14]</sup>。Jinfeng Zhang等<sup>[15]</sup>研究发现转移性乳腺癌患者连续3 d分3次给予顺铂与一次全剂量的方案疗效相当,但CINV和低镁血症发生更少。

**1.3.2 患者一般情况** 有学者将年龄、性别、体重作为独立影响因素构建肿瘤患者CINV预测模型, Sekine等<sup>[16]</sup>发现年龄和性别因素也可以影响CINV,年龄较低的肿瘤患者更易发生CINV;与男性肿瘤患者相比女性患者急性期发生CINV的风险约是3倍,延迟期则是2倍; Sekine等<sup>[17]</sup>发现偏瘦(BMI<20)的女性患者可能是延迟性CINV的预测条件。

**1.3.3 心理因素** 迄今为止已有大量的研究表明

了情绪与胃肠道的活动密切相关,中枢神经系统既能通过微生物群-胃肠-脑轴的作用来影响胃肠道的神经系统,还能刺激胃肠道中的菌群在细胞内产生一系列具有神经活性的分子,例如:乙酰胆碱,儿茶酚胺,组胺和5-羟色胺;焦虑、抑郁等情绪可导致胃肠道功能性改变,焦虑情绪和对罹患癌症的悲观心理也与CINV发生密切相关<sup>[18]</sup>,有研究证实具有紧张和焦虑情绪的肿瘤患者发生CINV的风险大约是无焦虑情绪患者的4.29倍<sup>[19]</sup>,且CINV的发生可能会加重患者心理负担,降低其对治疗的信心、影响其正常生活。且由于大脑皮层的条件反射,接受含铂类药物化疗方案的患者在经历严重的CINV后,再次接受化疗则可直接导致预期性CINV的发生<sup>[20]</sup>。

**1.3.4 其他** 患者恶心呕吐史、吸烟饮酒史、化疗前睡眠时间、药物基因多态性、便秘、原发灶部位、肿瘤病理分型、临床分期及脑转移或器官衰竭等也可能影响CINV发生和程度<sup>[21-23]</sup>:无吸烟史的患者急性期恶心呕吐风险是有吸烟史患者的1.40倍,有饮酒史的患者急性期恶心呕吐风险习惯性饮酒患者的1.90倍<sup>[16]</sup>。Dranitsaris G等则发现化疗前睡眠时间少于7 h的患者发生CINV的风险是7 h以上者的1.34倍<sup>[24]</sup>。Mukoyama等<sup>[25]</sup>对13种多态性进行了基因分型,并研究了这些基因型与预防性止吐药疗效的关系,发现ERCC1 8092AA是急性期止吐治疗的显著预测因子。

## 2 铂类化疗致 CINV 的预防

### 2.1 非药物预防方法

2.1.1 行为疗法 ①渐进性放松训练,主要是一种通过逐步、有序地使肌肉先开始紧张后再次放松的训练手段。其中的具体操作方法就是先用力使局部肌肉紧张,然后保持 7 s 左右,注意体验在肌肉紧张过程中所可能产生的所有情绪和感受。紧接着让肌肉完全放松,并用心去体会这种感受。这种精神放松治疗方法,已经被广泛地应用于慢性高血压、冠心病、哮喘等多种慢性心身健康疾病的药物和临床治疗中且有一些研究表明,该治疗方法能够有效地帮助糖尿病患者及时缓解各种应激状态下的不良反应。Molassiotis<sup>[26]</sup>发现实施肌肉放松训练,可以降低血液肿瘤患者 CINV 的程度。庄和珠等<sup>[27]</sup>通过分组研究 120 例胃肠道肿瘤患者,比较结果发现,采取先进式的肌肉放松培养训练可以减少慢性呕吐症的发展,并且可以起到一定的减轻和预防效果。

②催眠是被动性肌肉放松训练,在诱导患者全身放松,达到平静的心境时对患者提出具体的治疗目标,以便更好地接受化疗,减少治疗期间恶心、呕吐的发生,目前被广泛应用于接受化疗的儿童。Momani Tha'er G 等<sup>[28]</sup>研究发现与通常的治疗相比,催眠用于癌症儿童的预期和 CINV 治疗的效果更大,其效果至少与认知-行为疗法相当,并提出应进一步研究催眠在 CINV 中的有效性、可接受性和可行性,尤其是在成人中的应用。③认知行为治疗,该疗法是贝克教授在 20 世纪 60 年代提出的一种结构化、短期和认知导向的心理治疗方法。主要针对抑郁、焦虑、认知不合理等心理疾病引起的心理问题。与催眠相同的抽样方法只被认为对儿童和青少年有效<sup>[28]</sup>。

2.1.2 穴位刺激疗法 中医学家认为,由于化疗引起的恶心、呕吐等均归类为肾、脾、胃 3 个脏器功能受损,是由于脾胃虚弱、肠胃体内气机紊乱和失调等原因导致的,可以通过刺激穴位的方式来缓解呃逆、呕吐症状<sup>[29-31]</sup>。穴位刺激治疗是一种传统的现代中医治疗方法,除了传统的针灸、穴位按压、穴位贴敷、推拿等之外还有了经皮穴位电刺激疗法,穴位刺激经济方便、无副作用等诸多优点<sup>[32]</sup>。近年来国内外已经组织开展了大量关于穴位针灸刺激在慢性癌症早期预防和预后处理中的 CINV 等相关领域的国际临床应用研究,国家癌症研究所(NCI),2016 年 6 月 16 日至 17 日癌症研究所癌症补充和替代医学办公室举行了一次关于“针灸治疗癌症症状管理”的国际研讨会,会议达成共识:针灸的科学

机制,发表了临床研究证据和进一步研究的前景。NCI 在其学术共识中明确指出,针灸可用于治疗癌症患者的各种症状,包括放疗和化疗引起的恶心和呕吐。

### 2.2 药物预防

目前临床上应用的抗化疗相关性恶心呕吐药物以抗焦虑抑郁药为主:劳拉西泮和甲氧氯普胺联和使用时,可用于预防和治疗顺铂引起的预期性、急性和迟发性呕吐。相关指南推荐,肿瘤患者在化疗前一晚和当天早晨口服劳拉西泮 0.5~2 mg,可以预防预期性 CINV 的发生<sup>[33]</sup>。

## 3 铂类化疗药致 CINV 的治疗

### 3.1 药物治疗

临床实践中常将 5-HT<sub>3</sub> 受体拮抗剂(5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist, 5-HT<sub>3</sub> RA)与糖皮质激素、神经激肽 1 受体阻滞药(NK-1RA)等联合使用预防含铂类药物的高度致吐性化疗方案(high emetic chemotherapy, HEC),其中 5-HT<sub>3</sub> RA 通过与内脏神经和迷走神经上的 5-HT<sub>3</sub> 受体竞争性结合,阻断胃肠道嗜铬细胞释放的 5-HT<sub>3</sub> 与受体结合引起迷走神经传入兴奋而导致呕吐反射。常用的有六种格拉司琼、托烷司琼、昂丹司琼、阿扎司琼、雷莫司琼和帕洛诺司琼。昂丹司琼、格拉司琼对铂类药物引起的急性 CINV 控制率可达 52.9%~68.8%,但由于其半衰期较短在控制延迟性 CINV 方面的效果不佳<sup>[34]</sup>,帕洛诺司琼半衰期长达 40 h,为长效镇吐药。在多日化疗中,对于延迟性呕吐,帕洛诺司琼控制率、缓解率更佳<sup>[35]</sup>。糖皮质激素镇吐的机制还不明确,有研究指出:可能与稳定化学受体触发区受体膜、抑制前列腺素生成有关,常用的有地塞米松、甲泼尼龙。地塞米松是目前公认的预防急性呕吐以及迟发型呕吐的有效药物。NK-1RA 主要通过血脑屏障与 NK-1 受体结合来抑制 P 物质的作用<sup>[36]</sup>,常用的有阿瑞匹坦、福沙匹坦。铂类化疗药致 CINV 的常用药物见表 1。

### 3.2 铂类化疗药物致 CINV 治疗方案

指南建议:化疗引起的重度呕吐可用 5-HT<sub>3</sub> 受体拮抗剂+神经激肽 1 受体拮抗剂+皮质类固醇治疗<sup>[37]</sup>;NCCN 是基于新的临床研究证据,该指南推荐帕洛诺司琼+地塞米松+奥氮平作为 HEC 的三重方案作为预防方案之一。国内研究人员发现,奥氮平联合托烷司琼和地塞米松可显著减少接受含顺铂一线化疗的恶性肿瘤患者的恶心和呕吐<sup>[38]</sup>;美国 FDA 最近批准了 NEPA(NK-1RA-nettopiraman 和



表1 铂类化疗药致 CINV 的常用药物

分类	主要机制	代表药物
5-HT <sub>3</sub> 受体拮抗剂	阻断 5-HT <sub>3</sub> 受体结合而抑制呕吐	昂丹司琼、格拉司琼、托烷司琼、雷莫司琼、阿扎司琼和帕洛诺司琼
神经激肽 1 受体阻滞药	特异性阻断 NK-1 受体与 P 物质结合	阿瑞匹坦、奈妥匹坦等
糖皮质激素	机制不明确,可能与稳定化学受体触发区受体膜、抑制前列腺素生成有关	地塞米松、甲泼尼龙等
非典型抗精神病药	与 5-HT <sub>3</sub> 、多巴胺、组胺等抢夺结合位点	奥氮平
酚噻嗪类	抑制化学感受器触发区 CTZ (呕吐中枢) 的多巴胺结合位点	甲氧氯普胺、丙氯拉嗪
丁酰苯类	阻断脑内多巴胺受体	氟哌啶醇

5-HT<sub>3</sub>-RA-palonosetron 的固定组合)的静脉制剂,用于接受顺铂和 AC 为基础的化疗的患者,临床方案为:化疗前,单次口服 NEPA 和地塞米松(AC)联合使用(MEC d1, HEC d1-4)。Lorussa 等<sup>[39]</sup>通过三期的随机研究发现,尽管在急性期、延迟期单剂量 NEPA 和 3 d APR/GRAN 的应答率相似,但在接受大剂量顺铂的患者中,接受 NEPA 方案的患者出现突破性 CINV 的明显少于 3 d APR/GRAN 方案的患者<sup>[40-41]</sup>。

### 3.3 中药治疗

中医认为恶心呕吐多属本虚标实的范畴,铂类药物具有很强的细胞毒性,毒邪进入人体后可刺激全身脏腑气血,以脾胃受影响最大,应该要以扶正祛邪,健脾和胃、补养气血等药物来进行辅助治疗;联合脾肾合剂有健脾和胃、补肾固精、疏肝行气之功效,可较好地防治含顺铂方案化疗引起的延迟性 CINV 的发生,对化疗药物所致的不良反应如便秘、腹泻、乏力症状也有一定的改善作用<sup>[42]</sup>。在化疗过程中联合应用六君子汤加减和“盐酸帕洛诺司琼+地塞米松+盐酸甲氧氯普胺”方案对年轻的化疗中脾胃气虚型原发性恶性骨肿瘤患者恶心呕吐的症状、身体状态有明显改善,对中医证候学的改善也有一定帮助<sup>[43]</sup>。苏叶黄连汤配合足三里穴位注射也可明显减轻顺铂化疗产生的消化道反应<sup>[44]</sup>。随着医疗手段的进步中药缓解顺铂致 CINV 机制类的研究也相继出现,小半夏汤有 27 个有效成分,其中 22 个与化疗性恶心呕吐相关<sup>[45]</sup>;柴胡皂苷 d 可提高胃黏膜损伤后的 PGE<sub>2</sub> 水平,降低 IL-6、IL-1β 的表达,减轻顺铂对胃黏膜的炎性损伤<sup>[46]</sup>。

### 3.4 中医外治法治疗

**3.4.1 针灸** 针灸疗法是一种历史悠久中医疾病治疗方法,属于中国传统的“内病外治”手段,可通过协调机体的神经、体液系统缓解 CINV 症状。目前,除了传统的针刺治疗外雷火灸、电针、电热针等形式也被用于 CINV 的防治中。黄芬娜<sup>[47]</sup>研究

发现在常规治疗基础上使用降逆和胃方针刺可治疗延迟性 CINV,还可改善脾胃气虚证。刘泰<sup>[48]</sup>通过随机对照研究验证了陈枫教授经验组穴“降逆组穴”联合西医常规止吐处理可以有效减轻由中高度致吐风险化疗药物诱导的化疗相关性呕吐症状且具有良好的安全性。

**3.4.2 艾灸** 艾灸与针灸一样是一种古老的起源于中国的疾病治疗方法,是将艾叶燃烧后将其放置在特定的穴位利用热刺激达到治疗效果,艾灸能够调理气血、疏经通络。随着科学的进步,艾灸治疗相关病症的机制也逐步清晰,现代医学开展了艾灸疗法的研究,对艾灸的适用范围和适应证、禁忌证等有了更深刻更科学的解释,国内外大量研究证实,艾灸疗法对化疗后 CINV 具有显著的治疗作用。有学者通过对接受铂类化疗药物治疗的恶性肿瘤患者进行临床对照试验发现,艾灸中脘、关元配合足三里穴位注射盐酸甲氧氯普胺有助于预防铂类化疗药物导致的 CINV,此外艾灸还有助眠及缓解疼痛的功效<sup>[49]</sup>。

**3.4.3 穴位贴敷** 穴位贴敷源于清代吴师机所撰《理瀹骈文》<sup>[50]</sup>,该书对外用药进行了较为全面的概括,其中也包括穴位贴敷。该方法是将药物制成外用贴贴在穴位处可以达到刺激经络、调节人体、治疗疾病和防病治病的效果,目前穴位贴敷法治疗和缓解 CINV 主要与其他药物合用。蒋梅等<sup>[51]</sup>研究发现,使用托烷司琼和地塞米松联合穴位贴敷姜橘暖胃膏对延迟性 CINV 有效,并能缓解疲乏及胃肠道症状;陈博等<sup>[52]</sup>通过研究发现,在将生姜贴敷在内关穴可以有效改善老年罹患恶性肿瘤患者 CINV 症状;周琳琳<sup>[53]</sup>研究发现中药穴位贴敷对顺铂方案化疗后所产生的急性和延迟性恶心和呕吐具有较好的预防作用,且在某些时段作用更为明显,能显著降低 CINV 的发生,同时还可改善腹胀、乏力等症状。

**3.4.4 耳穴贴压** 又称耳穴埋豆法,是用胶布将



药豆(王不留行籽)粘贴于耳部的穴位处,给予一定力度的揉、按、捏、压,使其产生酸、麻、胀、痛等刺激感应,以达到治疗目的的一种外治疗法。目前耳穴主穴的选取以神门及胃最为多见,其次是交感、皮质下及脾等各处。已经有研究表明耳穴贴压单用或与其他方法联合使用可改善 CINV,耳穴贴压与其他方法比较更加简便易行,患者可居家自行治疗。郭元凤等<sup>[54]</sup>通过临床研究发现,应用耳穴贴压+昂丹司琼+地塞米松预防顺铂致 CINV 的总有效率、延迟性急性 CINV 的总有效率及对 CINV 控制的总体满意度均比昂丹司琼+地塞米松高,组间相比差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

#### 4 不足与展望

虽然止吐药物的有效性和循证指南的可用性已经得到充分验证,但还有高达 30% 的肿瘤化疗患者仍未能达到恶心呕吐症状完全缓解的目标,尤其是迟发型 CINV 的控制还不够理想。其原因有:①国内外临床实践对于指南的遵循仍然不尽人意,有调查显示在延迟期未依从指南用药者高达 89%<sup>[55]</sup>且临床常存在单用 5-HT<sub>3</sub>RA 预防和控制含铂类化疗方案的 CINV。② CINV 症状的管理应强调个体化,各国指南推荐 CINV 症状的管理进行个体化处理。临床在选择 CINV 症状管理和控制方案时除化疗方案的致吐潜能外还应考虑患者的个体化差异,如年龄、性别、吸烟饮酒史,晕动症史等<sup>[56]</sup>制订患者 CINV 的个性化管理方案,目前已有大量构建肿瘤患者 CINV 的风险预测模型的研究,可供临床参考和借鉴,但这些模型的有效性还值得进一步考证。

#### 5 参考文献

- [1] Casanova AG, MT Hernández-Sánchez, C Martínez-Salgado, et al. A meta-analysis of preclinical studies using antioxidants for the prevention of cisplatin nephrotoxicity: implications for clinical application[J]. Critical Reviews in Toxicology, 2020, 50(3):1-21.
- [2] 庄晨玉,曾朝阳,冯忻.经方外用神阙贴敷法治疗含顺铂化疗治疗宫颈癌致恶心呕吐的效果[J].广东医学,2016,37(22):3458-3460.
- [3] Grensman A, Acharya BD, Ndell P, et al. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout[J]. BMC Complementary Alternative Medicine, 2018, 18(1):80.
- [4] Thamlikitkul L, Soparattanapaisarn N. Efficacy of ginger for chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) prophylaxis in breast cancer patients receiving adriamycin-cyclophosphamide (AC) regimen: Randomized double-blind placebo-control crossover study.[J]. Journal of Clinical Oncology, 2016, 34(15):e21621-e21621.
- [5] Roeland E, Gralla R J, Li Z, et al. Efficacy of intravenous (IV) NEPA, a fixed NK 1/5-HT 3 receptor antagonist combination, for prevention of emesis following highly emetogenic chemotherapy (HEC)[J]. Journal of Clinical Oncology, 2018, 36(34 suppl):194.
- [6] Oun R, Moussa YE, Wheate NJ. The side effects of platinum-based chemotherapy drugs: a review for chemists. Dalton Trans. 2018(19):6645-6653.
- [7] 陈成,徐成,姚衡,等. CINV 的中西医临床防治研究[J].医学信息,2019,32(21):49-51.
- [8] F.D, Tattersall, W.Rycroft,R.G Hill, et al. Enantioselective inhibition of ampomorphine-induced emesis in the ferret by the neurokinin1 receptor antagonist CP-99,994[J]. Neuropharmacology, 1994, 33(2):259-260.
- [9] 杨凡,刘莲,曹邦伟.化疗相关恶心呕吐的发生机制及治疗药物的研究进展[J].中国医院用药评价与分析,2017,17(8):1013-1016.
- [10] Rojas C, Slusher BS. Mechanisms and latest clinical studies of new NK1 receptor antagonists for chemotherapy-induced nausea and vomiting: Rolapitant and NEPA (netupitant/palonosetron)[J]. Cancer Treatment Reviews, 2015, 41(10):904-913.
- [11] Dolgin E. How cells' 'lava lamp' effect could make cancer drugs more powerful[J]. Nature, 2020,28(6):1260-1267.
- [12] 牛星燕,张冬萍,彭芸花.卵巢癌铂耐药机制及相关靶向治疗研究进展[J].中国妇产科临床杂志,2020,21(6):661-663.
- [13] Dranitsaris G, Molassiotis A, Clemons M, et al. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Ann Oncol, 2017,28(6):1260-1267.
- [14] Kim HK, Hsieh R, Chan A, et al. Impact of CINV in earlier cycles on CINV and chemotherapy regimen modification in subsequent cycles in Asia Pacific clinical practice. Support Care Cancer,2015,23(1):293-300.
- [15] Jinfeng Zhang,Mingxi Lin,Yizi Jin, et al. Cisplatin given at three divided doses for three consecutive days in metastatic breast cancer: an alternative schedule for one full dose with comparable efficacy but less CINV and hypomagnesaemia[J]. Breast Cancer Research and Treatment, 2020, 182(3):719-726.
- [16] Sekine I, Segawa Y, Kubota K, et al. Risk factors of chemotherapy-induced nausea and vomiting: index for personalized antiemetic prophylaxis. Cancer

- Sci,2013,104(6):711-717.
- [17] Sekine I, Segawa Y, Kubota K, et al. Risk factors of chemotherapy-induced nausea and vomiting: Index for personalized antiemetic prophylaxis[J]. Cancer Science, 2013,104(6):711-717.
- [18] Takei S, Ishibe A, Watanabe J, et al. Risk factors of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with metastatic colorectal cancer: a prospective cohort study (YCOG1301)[J]. International Journal of Colorectal Disease, 2020, 2013,104(6):711-717.
- [19] 杜春玲,王学梅,王云. 肿瘤化疗患者预期性恶心呕吐影响因素研究. 护理学报,2012,19(10A):19-22.
- [20] 王旭梅,王莉,吴心怡,等. 穴位刺激在预期性化疗相关恶心呕吐干预效果中的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(30):4200-4209.
- [21] 魏涛,彭思意,李旭英,等. 肿瘤患者化疗所致恶心呕吐风险预测模型的研究进展[J]. 中国护理管理,2019,19(07):1083-1087.
- [22] 李梦琳,马乾,李学. 防治化疗相关性恶心呕吐的研究进展[J]. 中日友好医院学报,2016,30(2):103-105.
- [23] 陈歆妮,陈映霞,秦叔逵. 化疗相关性恶心呕吐(CINV)的药物防治及指南指导下的临床实践[J]. 临床药物治疗杂志,2014,12(5):7-11.
- [24] Dranitsaris G, Molassiotis A, Clemons M, et al. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. Ann Oncol, 2017,28(6):1260-1267.
- [25] Mukoyama N, Yoshimi A, Goto A, et al. An Analysis of Behavioral and Genetic Risk Factors for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Japanese Subjects.[J]. Biological & Pharmaceutical Bulletin, 2016, 39(11):1852-1858.
- [26] Molassiotis. A pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting[J]. European Journal of Cancer Care,2000,9(4):230-234.
- [27] 庄和珠,高虹. 渐进性肌肉放松训练与药物在化疗所致恶心呕吐中应用的比较研究[J]. 国际护理学杂志,2010(2):306-308.
- [28] Momani Tha'er G,Berry Donna L. Integrative Therapeutic Approaches for the Management and Control of Nausea in Children Undergoing Cancer Treatment: A Systematic Review of Literature.[J]. Journal of pediatric oncology nursing : official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses,2017,34(3):173-184.
- [29] 王丽芹,袁美琪,陈茜,等. 中医护理改善化疗病人不良反应相关症状的应用现状[J]. 护理研究,2020,34(21):3863-3865.
- [30] 刘倩,莫霖,黄先巧,等. 中医疗法联合 5-HT<sub>3</sub> 受体拮抗剂对肿瘤患者化疗相关性恶心呕吐干预效果的网状 Meta 分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(08):1114-1120.
- [31] 李洪海,韩琦,李萍,等. 丁郁柿蒂汤调控 5-HT<sub>3</sub> 5-HT<sub>3R</sub> 干预急性 CINV 的机制研究[J]. 中医药信息,2019,36(1):20-24.
- [32] 王旭梅,王莉,吴心怡,等. 穴位刺激在预期性化疗相关恶心呕吐干预效果中的 Meta 分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(30):4200-4209.
- [33] 郭芷君,徐峰. 化学治疗所致恶心呕吐分类与药物治疗的研究进展[J]. 中国药业,2020,29(22):1-6.
- [34] 陈歆妮,陈映霞,秦叔逵. 化疗相关性恶心呕吐(CINV)的药物防治及指南指导下的临床实践[J]. 临床药物治疗杂志,2014,12(5):7-11.
- [35] 陈映霞,秦叔逵,程颖,等. 盐酸帕洛诺司琼预防化疗性恶心呕吐的多中心双盲随机对照临床研究[J]. 临床肿瘤学杂志,2007,12(3):161-165.
- [36] 陈强,林小燕,施纯玫,等. 肿瘤内科医嘱速查手册[M]. 北京:化学工业出版社,2015:7.
- [37] 中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会,中国临床肿瘤学会抗肿瘤药物安全管理专家委员会. 肿瘤治疗相关呕吐防治指南(2014 版)[J]. 临床肿瘤学杂志,2014,10(3):263-273.
- [38] 鲍启德,刘敏,孙李凌,等. 奥氮平联合托烷司琼,地塞米松预防高致吐风险药物化疗引起恶心、呕吐的疗效观察[J]. 中国实用医药,2016,15(15):158-159.
- [39] Lorusso V, Russo A, Giotta F, et al. Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting (CINV): A Short Review on the Role of Netupitant-Palonosetron (NEPA)[J]. Core Evidence, 2020, 15(15):21-29.
- [40] Murai S, Sugiu K, Hishikawa T, et al. Safety and efficacy of staged angioplasty for patients at risk of hyperperfusion syndrome: a single-center retrospective study[J]. Neuroradiology, 2020, 62(4):503-517.
- [41] Botteman M, Nickel K, Corman S, et al. Cost-effectiveness of a fixed combination of netupitant and palonosetron (NEPA) relative to aprepitant plus granisetron (APR + GRAN) for prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a trial-based analysis[J]. Supportive Care in Cancer, 2020, 28(2):857-866.
- [42] 袁艳,周铁成,郑巧,等. 脾肾合剂治疗含顺铂方案化疗引起的恶心、呕吐 126 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(10):36-39.
- [43] 郑如潮. 六君子汤加减防治脾胃气虚型原发性骨肿瘤年轻患者化疗恶心呕吐的临床研究[D]. 宿州:福建中医药大学,2019.
- [44] 唐星,吴昊,李仁廷,等. 苏叶黄连汤联合足三里穴位注射防治顺铂化疗相关恶心呕吐的临床观察[J]. 中国中医急症,2018,27(9):1621-1623.

# 我国安宁疗护的发展现状

王丽丽 占婷婷\* 袁娟 王燕 孙彩杰

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.010

近些年来,我国人口老龄化日益严重,据国家统计局数据显示:截至2019年底,我国60周岁以上老龄人口数量达到2.54亿,占总人口的18.1%,其中65周岁及以上老龄人口达到1.76亿,占总人口的12.6%<sup>[1]</sup>。随着经济文化水平的快速发展,人们对于优死的愿望更加强烈,我国老龄人口基数大,需求也相应增加,然而我国的优逝制度并不完善,人们对于死亡的认识和准备不充足,对待死的看法也比较隐晦,作为陪伴终末病人走完最后一刻的医护人员、家属、志愿者、心理治疗师、芳香师等将面临巨大挑战。目前国外已有大量研究干预终末期病人的生存质量,而我国对此研究甚少。本文对安宁疗护的国内外发展现状、制约和影响我国安宁疗护发展的相关因素加以综述,并提出合理性建议,以期为促进安宁疗护的实践发展和应用提供借鉴。

基金项目:安徽中医药大学科学基金项目(编号:2019fyyb34)

作者单位:230031 安徽省合肥市,安徽中医药大学护理学院(王丽丽,袁娟,王燕,孙彩杰);安徽中医药大学第一附属医院脑三科(占婷婷)

\*通讯作者

## 1 国内外安宁疗护的发展现状

### 1.1 安宁疗护的概念

安宁疗护又称姑息治疗、临终关怀、安宁和缓医疗、姑息疗法,是一种非常人性化优逝的理念,是通过由医生、护士、志愿者、社工、理疗师及心理师等人员组成的多学科协作团队服务,为患者及其家庭提供帮助,在减少患者身体上疼痛的同时,更关注患者的内心感受,给予患者“灵性照护”<sup>[2]</sup>,让患者有尊严地走完人生最后一段旅程<sup>[3]</sup>。死者了无牵挂,生者更加珍视生命,继续坚强的走完自己的人生。

### 1.2 各国家安宁疗护的发展现状

1.2.1 欧美国家安宁疗护的发展现状 各个国家安宁疗护的发展各有其特点,也因为经济、文化等原因存在巨大的差异。英国<sup>[4]</sup>的一项调查资料中,超过150家医院里,将近4000名终末期的病人使用“利物浦护理路径”(Liverpool care pathway,LCP)的照看方式能够让病人拥有较高质量看护,同时LCP的照护模式简单易上手,能够满足不同场合下病人的需求。另外英国的黄金标准架构(Gold

[45] 陈斯琪,聂克.基于网络药理学探讨小半夏汤防治化疗性恶心呕吐的作用机制[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(3):156-165.

[46] 沈珊.柴胡皂d对顺铂导致大鼠胃粘膜炎症损伤的保护作用机制研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2018.

[47] 黄芬娜.降逆和胃方针刺治疗延迟性化疗所致恶心呕吐的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2019.

[48] 刘泰.针刺降逆组穴治疗化疗相关性恶心呕吐的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2020.

[49] 段宗飞,付文华.艾灸中脘、关元配合足三里穴位注射盐酸甲氧氯普胺对铂类化疗药物消化道症状的疗效观察[J].四川中医,2020,38(9):188-191.

[50] 夏时荣,夏时金.《理渝骈文》外治法思想及在儿科中的临床运用[J].成都中医药大学学报,2016,39(4):92-95.

[51] 蒋梅,周岱翰,郭然,等.姜橘暖胃膏穴位贴敷联合托烷司琼和地塞米松预防化疗所致恶心呕吐的临床疗效研究[J].中国全科医学,2020,23(16):2051-2056.

[52] 陈博,李萍恋,张莹,等.内关穴位按压联合内关穴位生姜贴敷护理对老年恶性肿瘤患者化疗后恶心呕吐及干呕症状的干预效果研究[J].中国全科医学,2015,18(7):838-841.

[53] 周琳琳.中药穴位贴敷与耳穴贴压对顺铂联合化疗相关恶心呕吐的临床疗效研究[D].兰州:兰州大学,2019.

[54] 郭元凤,李运红,黄红花.耳穴贴压配合昂丹司琼防治顺铂在联合化疗中所致呕吐的疗效观察[J].药品评价,2019,16(22):46-47.

[55] 上海市抗癌协会癌症康复与姑息专业委员会.化疗所致恶心呕吐全程管理上海专家共识(2018年版)[J].中国癌症杂志,2018,28(12):946-960.

[56] 潘半舟,沈波.《2020年美国临床肿瘤学会呕吐临床诊疗指南》解读[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(10):28-35.

[2021-04-13 收稿]

(责任编辑 刘学英)



Standards Framework,GSF)也能够为患者提供居家照顾、家庭护理、急诊和社区医院的照护、灵性照护等,随着信息技术的发展,视讯、DVD等远距离培训计划也因社会需求应运而生。伦敦大学国王学院<sup>[5]</sup>最新研究,新的安宁疗护模式,可以降低临终病人的医疗开支,解决了多数病人因为经济问题无法在生命末期使用安宁疗护的困境。截至2017年,美国有4515家经医疗保险机构认证的安宁疗护机构<sup>[6]</sup>,国家安宁疗护和姑息治疗组织(The National Hospice and Palliative Care Organization,NHPCO)设计了适合指导志愿者为患者提供安宁疗护帮助的课程,该课程时长达到16 h<sup>[6]</sup>。Levine等<sup>[7]</sup>开展的科尔曼临终医学培训项目(Coleman palliative medicine training program,CPMTP)邀请了高级护理实践护士(advanced practice nurse,APN)和安宁疗护医生一起以培训授课的方式,旨在提高安宁疗护团队的多学科协作能力。针对大众的死亡教育,美国人可以通过YouTube在线视频接受安宁疗护的教育<sup>[8]</sup>,并且Liu等<sup>[9]</sup>认为该视频的教育效果是有效的。在日本人们也忌讳死亡,1973年日本政府制定了《老人保健法》使得其国民可以花费更少的钱享受更高质量的医疗服务<sup>[10]</sup>。虽然日本也没有制定关于安宁疗护专门的法律,但《国家健康保险法》《长期护理保险法》和《癌症控制法案》等政策保障了安宁疗护的迅速发展<sup>[11]</sup>。

**1.2.2 我国安宁疗护的发展现状** 安宁疗护在国外的时间发展长,有相对完善的法律法规、保险制度和预立医嘱、医疗代理机构等,也有适用于各个国家国情的照顾量表。我国安宁疗护起步晚,并没有完善法律法规,试点也仅仅是初步探索阶段,目前国内也无相关的照顾量表,临床的真实照护情况有待探索。同时,我国的从业人员专业水平层次不齐,试点医院安宁疗护的发展也受到限制。目前,我国台湾安宁疗护的发展较为成熟,安宁疗护的团队分为病房里的安宁疗护和居家照护安宁疗护,其团队成员包括主治医师、护理师、精神科医师、音乐治疗师、社工师、灵性关怀师等,实现多学科协作团队性的工作,可以从各个方面专业的评估患者目前的病情、危险因素以及家属灵性需求等<sup>[12]</sup>。参照世界卫生组织的标准,我国内地的安宁疗护还处于起步阶段,2017年,北京、上海、吉林、河南、四川等地启动了第一批5个安宁疗护试点。国家卫健委会同国家发改委等8部门联合印发《关于建立完善老年健康服务体系的指导意见》明确指出:要认真总结安宁疗护试点经验,稳步扩大试点,营

利性医疗机构可自行确定安宁疗护服务内容和收费标准。2019年5月,国家卫健委启动了第二批全国试点,上海市和其他省份的71个地市进入第二批试点范围,我国安宁疗护的基本体系初步形成<sup>[13]</sup>。

## 2 影响安宁疗护完善的影响因素

### 2.1 医疗从业人员因素

**2.1.1 应对死亡时存在心理障碍** 面对死亡,医疗工作人员的内心其实是很矛盾的,一方面受限于传统伦理、文化知识等对于死亡的畏惧心理,医护人员不愿意主动提起死亡,也不愿意主动护理即将死亡的病人;另一方面我国在关于医疗人员对于终末期患者的沟通方法、语言上欠缺培训,医患沟通不足,医患沟通满意度不高,也导致医护人员不愿意主动和病患及其家属沟通,也不愿意提起让病人主动接受安宁疗护<sup>[14-15]</sup>。何娇波等<sup>[16]</sup>采用质性研究法,对13名护理过患有癌症的临终患者的本科实习生进行了深度访谈,并用Colaizzi的7步分析法分析得出,护理人员在面对临终患者时的情绪变化,是会对其人生观、价值观有所影响的;另外,传统的生死观也束缚着受到高等教育的护生们,未接受过生死观教育的护理本科生们普遍拒绝护理尸体,认为临终护理应该是家属做的事情。

**2.1.2 沟通技巧不足** 沟通虽然是双向的,但在医患关系中,医护人员恰到好处的沟通技巧和能力直接影响到医患双方对疾病的认知,直接影响沟通的效果。Woelber等<sup>[17]</sup>研究显示,70%的医患纠纷是由于医患沟通不当引起的。在医患关系中,一方面医护人员缺少沟通技巧的培训课程,尤其是安宁疗护沟通技巧的培训;另一方面医护人员自身在沟通过程中自信心不足,没有主动沟通的意识,缺少同理心上的感同身受情感<sup>[18-19]</sup>。

**2.1.3 专业技能的缺乏** 教学培训知识和临床实践不匹配,以及医患沟通不顺畅,病人更尊重医生认可医嘱,护士很难做到医嘱后的后续跟踪服务,导致医护人员在安宁疗护过程中评估不够准确<sup>[20]</sup>。韩鸽鸽等<sup>[20]</sup>研究发现,护士在安宁疗护过程中,一方面护士无法及时合理地应对患者的心理困扰,陷入护患沟通知识储备不足的窘境,另一方面也因缺乏正确的死亡观教育,陷入无法应对患者提出的死亡问题的沟通,也无法向患者开展正确的死亡观教育。黄钰清等<sup>[21]</sup>研究发现,肿瘤科护士对安宁疗护的认知总体水平十分低下,仅在生理层面的护理达到了及格线。



## 2.2 患者—家属因素

2.2.1 患者的身心因素 生命是可贵的,没有谁会生下来就想着去死,尤其是面对病痛的折磨时,患者为了生存下去依然会使出全身解数,用尽各种手段,哪怕是延续片刻的生命。

绝大多数的病人和家属面对死亡都非常的恐惧、无助、害怕和绝望<sup>[22]</sup>。生存是人类的本能,患者和家属为了能够延续生命往往会采取过度的医疗,但这样的方式不仅增加了病人身心的痛苦,也造成了一定的医疗资源的浪费<sup>[23]</sup>。

2.2.2 患者的生死观 中国人很少去谈论死,即使到了生命的最后一刻,无论患者还是家属仍然能够三缄其口,死亡教育在中国并不多见。死亡意味着一切都没有了,消失了,所以病人会忌讳谈论死亡。

2.2.3 患者家属的影响 患者生病时生理、心理和社会支持系统都比较弱,大多数情况下并不能遵循自己的意愿决定其治疗和护理的情况,往往这时候家属起到了替代作主的作用。白文辉等<sup>[24]</sup>人研究表明,病人愿意花时间了解自己的真实病情,处于求生和接受的矛盾阶段,家属不愿意让病人的希望破灭,大多数情况下选择隐瞒病情,再加上我国传统死亡观念禁忌谈死,即使患者想拥有疾病的自主权,家属也会因为对安宁疗护的认识不足,认为安宁疗护就是放弃治疗,从而产生良心不安愧疚等负性情绪,郭媛等<sup>[25]</sup>研究发现,患者对其疾病不知晓的情况下,在接受相关治疗和护理时常常手足无措、迷茫,无论病人接受或者不接受其疾病的真实情况,这些负性情绪都会影响其生存质量,严重时也会影响病人的心理,进而影响疾病的发展和转归等。

## 2.3 制度因素——国家法律保障体系的缺失

欧美国家出台了相关的法律以此来保障病人的自主决定权,我国也出台了系列的文件和指南,但是缺少国家层面的法律法规,导致病人的权益得不到保障,也致使医护人员的从业安全和伦理道德无法保证<sup>[26]</sup>。

## 2.4 环境因素——安宁疗护病房的支持

安宁疗护的发展离不开支持性的环境,但国内目前更多关注癌症、痴呆、心血管疾病等终末期的安宁疗护质量,其他晚期疾病和老年慢性病人很少涉及<sup>[27]</sup>。目前我国老龄化严重<sup>[1]</sup>,安宁疗护的试点多集中在北京、上海、吉林、河南、四川等地,第二批试点也已启动,尽管如此,实施安宁疗护的医院多为综合性医院<sup>[28]</sup>。就上海来说,截至2017

年上海市试点中心拥有安宁疗护床位1191张,年服务人数为8352人,床位设置比例仅能满足部分患者的需求<sup>[29]</sup>。目前上海当地60岁以上老年人已经超过560万,注册临终关怀科仅有200多家机构<sup>[27]</sup>。虽然取得一些显著性的成就,而老年人对健康服务的需求缺口仍不容小觑。

## 3 促进安宁疗护发展的干预措施

### 3.1 使用沟通工具,创造沟通环境

沟通是一种能力,并不是一种本能,也不是天生具备的,需要我们后天培养。从接触病人的那一刻起,我们就已经开始了沟通,而沟通的效果如何直接影响护患关系、医患关系以及后续疾病的治疗。目前国外已有大量关于与癌症患者沟通的研究,而我国的临终沟通研究相对较少。国外的临终沟通内容非常全面,涉及到很多敏感性的话题,如病人是否放弃抢救及死亡,是否有预立遗嘱,是否选择安宁疗护等,培养医护人员的病情告知能力、移情能力、传达信息能力及沟通技巧<sup>[30-32]</sup>。Fujimori M、Tulsky JA、Curtis JR等<sup>[30-32]</sup>研究,多关注医生群体,学员们可以通过案例展示、模拟角色扮演、视频教学、小组演讲、情境模拟、小组讨论等形式提高其自信心。国内仅有孙玉倩等<sup>[33]</sup>对医生告知病人癌症病情的技能培训,仅是探索沟通能力的良好尝试,其研究并未涉及临终病人。无论是国外还是国内都很少关注护士沟通能力,而临床上接触病人最多的恰恰是护士。建议可以根据我国现阶段安宁疗护的沟通情况,加强医护人员心理抗压能力的培训,在增强其自信心的基础上开展疾病告知、临终敏感话题课程的培训。

### 3.2 加大医护人员和社会大众生死观的培训

在我国大约54%的病人在医院逝世<sup>[34]</sup>,很多时候我们更多的关注临终病人及其家属的哀伤情绪,很少能够关注专业健康照护者(healthcare professionals,HCP)<sup>[35]</sup>的心理变化。HCP的哀伤情绪会对他们的社会关系、自身心理情绪、职业生涯、日常的工作生活及人生观、价值观产生影响,他们可能会经历紧张、无助、痛苦以及对生命的反思<sup>[36]</sup>。安宁疗护多学科协作者注定要频繁面对病人的“生、伤、死”,其中的压力感、恐惧感、死亡冲击感都迫切需要社会、学校和家庭联合起来给予正确的死亡观教育。生死观教育最早起源于美国,早在1987年,全美就有85%的药剂系和126个医学院、396个护理学院及72所药学院为学生开设死亡教育方面的课程<sup>[37]</sup>。美国教育观的主要对象是医学生,并

向全社会传播。我国生死观走在前列的当属武汉大学开设死亡哲学公选课和南方医科大学于2006年开始对本校大学生开设医学生死亡教育,其研究结果都显示开展死亡教育课程有助于缓解对死亡的恐惧感,对临终病人死亡病例的讨论有了更深的认识<sup>[38]</sup>。

陈炜琳等<sup>[39]</sup>研究显示,护士面对死亡时受到年龄、经验、死亡态度、自我情绪、护理能力、教育经历和社会支持等因素的影响,提出应该加强系统的生死观教育培训。叶丽花等<sup>[40]</sup>和肖柳红等<sup>[41]</sup>等通过团体咨询和建立心灵工作室的方式,来舒缓护士的心理压力。尽管我国开启了初步的生死观探索,但目前我国生死观教育的教育和宣传力度弱,教学方式单一,开设的课程仍然停留在课时相对较少的选修课程上,并没有形成完善的理论体系,也没有专业的教材可以参考。建议我国可以总结以往的教学经验,增加教学时长,选择灵活性较强的情景教学模式,利用媒体网络资源加强师生之间、社会大众之间的交流。

### 3.3 促进国家制度的建立

国家制度的缺少,不利于安宁疗护长久健康的发展。在国外,美国国会通过了《病人自主权利法》来保障病人的“医疗自决”及“预立医嘱”的权利,政府在1985年将安宁疗护款项作为永久性福利来分担照护者的风险。1991年美国再次扩大服务对象,使安宁疗护纳入保险给付对象不限于癌末病人<sup>[42]</sup>。1973年的日本通过《老人保健法》,使费用低、医疗服务质量高成为现实<sup>[10]</sup>。我国安宁疗护并没有相关法律法规的指导,目前我国大陆仅有生前预嘱“我的五个愿望”。北京生前预嘱推广协会会长罗点点<sup>[43]</sup>认为,安宁疗护并不一定非要有专门的针对法,《中华人民共和国侵权责任法》和宪法中公民健康生命权的有关条款,对于保障病人知情同意权的告知和签字制度都是支持和认同的。安宁疗护的核心问题是安宁疗护能不能纳入医保<sup>[43]</sup>。安宁疗护不仅需要政策的支持,也需要经济的扶持,建议在我国安宁疗护的发展初期,可以先关注医疗资源的分配,借鉴国外的保险补贴政策,真正把缓和医疗落地,结合本国的文化、法律等探索出属于中国特色的安宁疗护道路。

综上所述,国外安宁疗护发展相对成熟,从关注多学科团队协作到法律法规制度来保障更多的人享有安宁疗护的权力,并且进行了多方面的探索,效果显著。但同时也存在着很多问题,比如各国的照护量表不一、沟通评价效果不一,其制度也仅仅适合本国家的发展。未来我国的研究应该多关注护

士在安宁疗护工作中的自我效能以及沟通技巧,加强多学科的团队协作和加大医护人员、社会大众的死亡教育宣传,在借鉴国外先进理念和经验的同时,结合本国的传统文化特点,探索出一条适合我国安宁疗护健康发展之路。

## 4 参考文献

- [1] 国家统计局: 中华人民共和国2019年国民经济和社会发展统计公报[EB/OL] (2020-02-28). [http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228\\_1728913.html](http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202002/t20200228_1728913.html)
- [2] Organization WH. WHO Definition of Palliative Care[J]. BMJ, 2016, 349:4285.
- [3] 朱蓝玉, 李春映, 周秀玲. 中国老年安宁疗护研究进展[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(12): 2684-2687.
- [4] Remington R, Wakim G. A Comparison of Hospice in the United States and the United Kingdom[J]. Journal of Gerontological Nursing, 2010, 36(9): 16-21.
- [5] King's College London. New palliative care model shown to reduce costs without compromising on quality of care[Z]. 2020:294.
- [6] National Hospice and Palliative Care Organization. NHP CO facts and figures: hospice care in America, 2018 edition[EB/OL]. [2020-05-31]. [https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/07/2018\\_NHPCO\\_Facts\\_Figures.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/07/2018_NHPCO_Facts_Figures.pdf).
- [7] Levine S, O'Mahony S, Baron A, et al. Training the work force: description of a longitudinal interdisciplinary education and mentoring program in palliative care[J]. J Pain Symptom Manage, 2017, 53(4): 728-737.
- [8] Pew Research Center. Social media[EB/OL]. [2020-05-29]. <https://www.pewinternet.org/topics/social-media/>.
- [9] Liu M, Cardenas V, Zhu Y, et al. YouTube videos as a source of palliative care education: a review[J]. J Palliat Med, 2019, 22(12): 1568-1573.
- [10] 林益卿, 卢建中, 林盈利. 台日安宁疗护发展之比较[J]. 安宁疗护杂志, 2011, 16(2): 133-150.
- [11] LEE C Y, KOMATSU H, ZHANG W, et al. Comparison of the hospice systems in the United States, Japan and Taiwan[J]. Asian Nurs Res, 2010, 4 (4): 163-173.
- [12] 成芳. 2018年海峡两岸安宁疗护交流项目报道[EB/OL]. (2018-04-02)[2020-01-30]. <http://www.hospice.com.cn/news.aspx?id=6295>.
- [13] 畅婉洁. 我国将稳步扩大安宁疗护试点[J]. 民生周刊, 2019(22): 64-65.
- [14] 梁颖莹, 袁响林. 肿瘤医患沟通现状调查及患者满意度分析[J]. 江苏预防医学, 2018, 29(1): 116-117.
- [15] 何文奇, 陈长英, 杜若飞, 等. 癌症临终患者医患间沟通影响因素及干预的研究进展[J]. 中华护理杂

- 志,2018,53(12):1509-1513.
- [16] 何娇波,朱元琴.本科护理实习生护理癌症临终患者真实体验的质性研究[J].中国高等医学教育,2014,(12):98,104.
- [17] Woelber JP,Deimling D, Langenbach D, et al. The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients[J].Eur J Dent Educ, 2012,16(1):200-204.
- [18] 卢敏.教学实践中提高医学生医患沟通能力研究[J].教育教学论坛,2019(32):205-206.
- [19] 胡蓉.儿科临床带教中加强实习医生医患沟通能力培养的探讨[J].中国继续医学教育,2017,9(16):56-57.
- [20] 韩鸽鸽,陈长英,王盼盼,等.安宁疗护病房护士工作现状的质性研究[J].护理学杂志,2020,35(12):65-67.
- [21] 黄钰清,陈国连,王自梅,等.某医院肿瘤科护士对安宁疗护的认知现状及影响因素分析[J].中国护理管理,2019,19(3):368-372.
- [22] 华长军,彭军,祝灵,等.晚期恶性肿瘤患者临终关怀期望以及对死亡态度研究[J].肿瘤预防与治疗,2018,31(5):336-339.
- [23] 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.
- [24] 白文辉,丁金锋,孙玫,等.临终患者真实体验质性研究的系统评价[J].中华护理杂志,2017,52(6):665-671.
- [25] 郭媛,温绣茵,辛霞,等.告知还是隐瞒——直肠癌行肠造口手术患者医患共享决策的真实体验[J].中国医学伦理学,2020,33(1):80-84,91.
- [26] 湛永毅,吴欣娟,李旭英,等.健康中国建设背景下安宁疗护事业的发展[J].中国护理管理,2019,19(6):801-806.
- [27] 陆宇晗.我国安宁疗护的现状与发展方向[J].中华护理杂志,2017,52(6):659-664.
- [28] 畅婉洁.我国将稳步扩大安宁疗护试点[J].民生周刊,2019,(22):64-65.
- [29] 徐嘉婕,彭颖,施永兴,等.上海市社区卫生服务中心安宁疗护服务提供和补偿研究[J].中国卫生经济,2019,38(8):64-67.
- [30] Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial[J]. J Clin Oncol, 2014, 32 (20):2166-2172.
- [31] Tulskey JA, Arnold RM, Alexander SC, et al. Enhancing communication between oncologists and patients with a computerbased training program: a randomized trial[J]. Ann Intern Med, 2011, 155 (9):593-601.
- [32] Curtis JR, Back AL, Ford DW, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial[J]. JAMA, 2013, 310 (21):2271-2281.
- [33] 孙玉倩,孙秉赋,崔颖,等.癌症病情告知技能培训课程对医学院校医患沟通课程的启示[J].医学与哲学(B),2012,33(11):77-79.
- [34] Broad JB, Gott M, Kim H, et al. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics[J]. Int J Public Health, 2013, 58(2):257-267.
- [35] Chen CQ, Chow AYM, Tang SQ. Bereavement process of professional caregivers after deaths of their patients: a meta-ethnographic synthesis of qualitative studies and an integrated model[J]. Int J Nurs Stud, 2018, 88:104-113.
- [36] 张清慧,湛永毅,陈偶英,等.安宁疗护中专业健康照护者哀伤情绪的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(12):1805-1809.
- [37] 马静松,岳长红,任守双.我国医学院校生死观教育的困境及对策[J].医学与社会,2014,27(3):94-96.
- [38] 高钰琳,傅义强,陈佩云.生死教育对高年级医学生死亡焦虑的影响[J].护理研究,2010,24(5):453-455.
- [39] 陈炜琳,马红梅,王萧,等.护士死亡应对能力的研究进展[J].中华护理杂志,2019,54(12):1795-1799.
- [40] 叶丽花,韩蔚.团体咨询在低年资护士应对患者死亡情境中的应用[J].中华护理杂志,2009,44(10):941-942.
- [41] 肖柳红,黄敏清,宋文强.心灵工作室在肿瘤科护士面对患者死亡所致负性情绪中的应用[J].中国护理管理,2013,13(6):105-107.
- [42] 胡哲豪.安宁疗护政策在欧美及亚洲国家(地区)的实践和研究综述[J].人口与发展,2019,25(06):117-124.
- [43] 罗点点.安宁疗护进入医保是实现缓和医疗关键因素[N].法制日报,2018-10-29(005).

[2021-03-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)



# ICU 后综合征易患因素与护理干预的研究进展

张立文 颜冉冉\* 孙田 高莲莲

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.011

2010年美国重症医学会(SCCM)正式提出ICU综合征(PICS)这一概念,并定义为ICU住院患者出院后,在生理、认知或心理健康状况方面新出现或加重的一系列功能障碍状态,且这种状态在患者出院后仍会长期存在,持续影响患者及家属<sup>[1]</sup>。生理障碍主要包括四肢肌肉萎缩、ICU获得性衰弱(ICU-AW)以及失眠症等;心理障碍主要包括创伤后应激功能障碍(PTSD)<sup>[2]</sup>和广泛性焦虑抑郁发作等;认知障碍主要体现为谵妄,患者出现注意力无法集中,执行能力和记忆力出现明显下滑等<sup>[3]</sup>。大约30%~60%的有ICU入住史的患者出院后生理、认知及心理健康状况会出现不同程度的问题,并且相关症状可持续5~15年,近1/3的患者没有重新返回工作岗位,严重影响患者及家属生活质量,增加其再住院率<sup>[4-5]</sup>。基于此,本文对PICS的研究现状进行综述,旨在为临床医护人员认识PICS及早期采取干预策略提供依据。

## 1 PICS的易患因素研究

### 1.1 患者因素

患者的性别、年龄、收入水平、受教育程度等人口学特征是PICS的易患因素<sup>[6]</sup>。高龄是ICU后患者发生认知障碍的潜在危险因素;社会经济地位低、教育水平等因素也是导致PICS发生的潜在风险,这类患者易出现焦虑、抑郁等不良情绪而引起心理功能障碍。除此之外,性格也是引发患者出现PICS的危险因素。

### 1.2 疾病因素

患者既往史、ICU住院期间疾病类型与PICS的发生密切相关。患者在ICU住院期间,疾病因素对PICS的发生有重要影响<sup>[7]</sup>,尤其以ARDS与脓毒血症等重症疾病对PICS影响尤甚,可能的原因是脓毒症引起的炎症反应导致血脑屏障的破坏,从而改

变ICU常用药物(如阿片类药物和镇静剂)对大脑的影响<sup>[8]</sup>。朱小芳等<sup>[9]</sup>对218例ICU危重症患者进行PICS危险因素调查分析,结果显示PICS的发生与急性生理及慢性健康状况明显相关( $P<0.05$ ),病情是PICS的独立危险因素( $OR=1.604$ )。术后谵妄也可增加PICS发生的风险<sup>[10]</sup>。治疗前健康状态更好的患者在ICU治疗后焦虑和抑郁障碍的发生率更低<sup>[11]</sup>。患者既往的精神疾病史及原本存在的认知障碍也是ICU治疗后焦虑、抑郁和PTSD症状的独立危险因素,也是PICS发生的危险因素<sup>[12-13]</sup>。

### 1.3 临床治疗因素

ICU内几乎所有的治疗措施如药物因素、治疗器械的使用等都会导致PICS的发生<sup>[14]</sup>。Wade等<sup>[15]</sup>通过调查研究表明导致PICS最严重的危险因素为镇静时间的延长、神经肌肉阻断药以及部分糖皮质激素等的使用。由于神经肌肉阻断药以及糖皮质激素存在明显的外周神经毒副作用,会增加患者ICU转出后生理障碍的发生风险。呼吸机辅助呼吸,留置导尿管、动静脉置管、留置胃管及肢体约束等侵袭性操作均可加重患者的生理与心理应激反应,从而导致PICS的发生。此外,ICU环境本身对患者而言就是一种不良刺激。ICU入住时间、昼夜颠倒、机器报警声音及灯光刺激、长期卧床制动、交流障碍等都加重了患者焦虑、抑郁的情绪,成为PICS发生的危险因素<sup>[16]</sup>。

## 2 PICS的评估工具研究现状

目前临床上常根据PICS患者出现的问题分别用不同的评估工具进行评估,主要以认知功能、生理功能及心理方面等各种类型量表为主,而无特异性PICS的评估工具,不能完全反映PICS的客观现实。因此,开发针对PICS患者的特异性评估工具是必然趋势。敖漫<sup>[17]</sup>针对这一问题构建编制了PICS评估量表。该量表从四个维度:基础疾病、临床表现、影响因素、生活能力对PICS患者进行综合评估,同时还可以评估患者发生PICS的主要原因。但该量表编制过程中使用的校标量表较单一、预试验样本量较小,并且条目较多,临床使用较为不便,

基金项目:济宁市重点研发计划(软科学项目)(编号:2020JNZC034)

作者单位:272100 山东省济宁市,济宁医学院附属医院重症医学科

\* 通讯作者

从而影响了其推广性。自评版本的健康老化脑保健监测量表 (HABC-MSR) 是可用于评估 PICS 症状的有效工具<sup>[18]</sup>。HABC-MSR 用于评估患者认知、生理功能和心理三方面状态的问卷。该问卷已在健康老年人、轻度认知障碍、早期痴呆和抑郁症老年患者中得到验证<sup>[19]</sup>。虽然 HABC-MSR 可作为评估 PICS 症状的工具,但其认知维度的有效性欠佳,从而影响其在临床的使用。

### 3 PICS 的护理干预现状

#### 3.1 认知行为疗法

患者在 ICU 期间实施认知行为干预可以减轻患者心理负担及不良情绪影响,减少 PICS 的发生。认知、物理和功能治疗能显著改善 ICU 出院后伴有认知功能障碍患者的认知与执行功能<sup>[20]</sup>。通过认知干预加强与患者间的沟通,帮助患者熟悉所处环境,消除陌生感,可提升治疗效果,对于预防 PICS 的发生具有积极的作用<sup>[21]</sup>。国内学者研究在认知行为方面与国外观点一致,认为通过认知行为疗法能够给予患者积极的心理暗示,能显著降低 ICU 住期患者的焦虑情绪,能提高患者睡眠质量<sup>[22]</sup>,从而降低 PICS 的发生率。

#### 3.2 早期功能锻炼

在医生、护士、康复治疗师等组成的团队指导下,ICU 患者早期功能锻炼能够缩短患者住院时间、减少谵妄的发生、增强肌力、预防 ICU-AW、改善身体功能、提高患者生存质量,从而减少 PICS 的发生,降低再入院和死亡的发生率<sup>[23-24]</sup>。Kayambu 等<sup>[25]</sup>的系统研究发现运动锻炼可以提高 ICU 患者的生存质量,但早期功能锻炼对 PICS 的影响尚不了解。早期运动锻炼能否明显改善重症患者的认知功能和心理健康,仍需大样本多中心研究进行验证。

#### 3.3 合理镇静预防 PICS 的发生

最小化镇静剂浅镇静能有效降低 PICS 的发生<sup>[26]</sup>,这与国内外研究一致。2013 年美国公布的 ICU 镇静镇痛 (PAD) 指南<sup>[27]</sup>强调依靠较浅的镇静维持器官功能,使患者能够较快的脱离镇静状态而减少 ICU 入住时间,从而减少 ICU 转出患者 PICS 的发生。深度镇静会导致认知长期障碍,创伤后应激障碍 (PTSD) 和降低生活质量,恶化临床结果,合理镇静能有效降低 PICS 的发生。以患者和家属为中心的目标导向滴定式镇静模式即 eCASH 模式护理,能够显著降低机械通气和住院时间,对 PICS 的发生有一定的防治作用<sup>[28]</sup>。较好地控制镇静镇痛药的剂量,为患者提供合适的镇静镇痛深度,能够缩短机

械通气时间,避免过度镇静导致的潜在 PICS 的发生,改善患者预后<sup>[29]</sup>。

#### 3.4 ICU 日记的应用

ICU 日记是指由护士、护理员或家属简单的记录患者在 ICU 期间的事情,可包括简单的问候语或图片。ICU 日记可以帮助患者了解疾病过程,弥补 ICU 住院期间记忆的缺失,从而降低焦虑抑郁的程度,减少 ICU 转出后 PICS 的发生。ICU 日记作为一种有效性、低成本、易被接受的干预措施能有效减少患者 PTSD 症状的发生<sup>[30]</sup>。国内的 ICU 患者日记应用尚在起步阶段,尚缺乏需求分析、理论指导、内容构建、实证探索及效果评价等方面的研究<sup>[31]</sup>。

#### 3.5 ICU 后门诊的开展

ICU 后门诊是为转出 ICU 的患者提供专业帮助的机构,ICU 后门诊的开展需要护士、理疗师、心理咨询师及医生等的多中心团队合作,共同参与<sup>[32]</sup>。国外开设的 ICU 后门诊多由护士为主导,缺少固定的运作模式。ICU 后门诊为患者提供生理、心理诊疗服务,能有效提高患者康复效果,改善心理不适状况,减少 PICS 的发生<sup>[33]</sup>。ICU 后门诊提供的咨询服务能够为患者提供一个倾诉内心恐惧和困难的平台,护士提供的咨询服务能很好地改善患者的心理症状,了解患者现存的和潜在的压力及寻找解决问题方法,帮助患者建立应对策略或适应性防御机制<sup>[34]</sup>。国内关于 ICU 后门诊的报道较少,针对 ICU 出院患者大部分医院仍采用电话随访形式<sup>[35]</sup>,未能给患者带来优质的延续护理服务。

### 4 小结

PICS 的发生会导致 ICU 患者出现严重持久的认知障碍,精神抑郁和生理功能的改变,给患者本身及家属带来了极大的负担,严重影响生活质量。目前,PICS 发生的较为复杂,缺乏发病机制、临床表现及发病后对远期病死率、再住院等影响的大型研究,缺乏特异性的 PICS 评估工具,且有关 PICS 的研究多以问卷或随访形式进行,主观因素影响较大,仍需更多的临床研究进一步明确。尽管目前国内外很多积极的干预措施可能在一定程度上预防 PICS 的发生,但相关措施仍需大样本多中心进行进一步验证。如何制订 ICU 患者从入院到出院后无缝衔接的护理康复方案,构建适用于我国国情的 PICS 防治路径体系,是目前亟待解决的问题。

### 5 参考文献

- [1] 姜琦,席修明,张琪,等. ICU 生命终末期的实施和伦

- 理学问题[J].中华危重病急救医学,2013,25(7):440-443.
- [2] Rengel KF, Hayhurst CJ, Pandharipande PP, et al. Long-term cognitive and functional impairments after critical illness [J]. *Anesth Analg*, 2019, 128 (4): 772-780.
- [3] Davydow D S. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: too many questions remain [J]. *Crit Care Med*, 2015,43(5):1151-1152.
- [4] Levine SA, Reilly KM, Nedder MM, et al. The patient's perspective of the intensive care unit diary in the cardiac intensive care unit [J]. *Crit Care Nurse*, 2018, 38 (4): 28-36.
- [5] Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome : a 5 year longitudinal study [J]. *Intensive Care Med*, 2018, 44(1):38-47.
- [6] Jackson JC, Ely EW. Cognitive impairment after critical illness: etiologies, risk factors, and future directions [J]. *Semin Respir Crit Care Med*, 2013, 34 (2):216-222.
- [7] Manning JC, Pinto NP, Rennick JE, et al. Conceptualizing post intensive care syndrome in children the PICS framework [J]. *Pediatr Crit Care Med*, 2018, 19(4):298-300.
- [8] 邵勤文,孙向红,赵海平. ICU 后综合征心理功能障碍的研究进展 [J]. *护士进修杂志*, 2021,36(6):525-529.
- [9] 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.
- [10] Zhang J, Bi JJ, Guo GJ, et al. Abnormal composition of gut microbiota contributes to delirium-like behaviors after abdominal surgery in mice [J]. *CNS Neurosci Ther*, 2019, 25 (6): 685-696.
- [11] Kowalczyk M, Nestorowicz A, Fijałkowska A, et al. Emotional sequelae among survivors of critical illness: a long-term retrospective study. *Eur J Anaesthesiol*. 2013 ;30(3):111-8.
- [12] Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, et al. Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014,18(1):25-31.
- [13] 邵聪,顾立学,梅永霞,等. 重症加强治疗后综合征患者发生认知障碍的危险因素分析 [J]. *中华危重病急救医学*, 2017,29(8):716-720.
- [14] 王颖,江智霞,黄迪,等. ICU 后综合征生理功能障碍的护理研究进展 [J]. *护士进修杂志*, 2020,35(8):713-717.
- [15] Wade DM, Howell DC, Weinman JA. Chological morbidity three months after intensive care: A prospective cohort study [J]. *Critical Care*, 2012,16 (5):192-200.
- [16] Maimaitip, Senlf, Aisilahong, et al. Statistical analysis with kruskai wallis test for patients with joint contracture [J]. *Future Generation Computer Systems*, 2018, 15(21):738-744.
- [17] 敖漫. ICU 后综合征评估量表的编制研究 [D]. 荆州: 长江大学, 2018.
- [18] Wang S, Allen D, Perkins A, et al. Validation of a new clinical tool for post-intensive care syndrome [J]. *Am J Crit Care*, 2019, 28 (1):10-18.
- [19] Amjad H, Roth DL, Samus QM, et al. Potentially unsafe activities and living conditions of older adults with dementia [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2016, 64 (6): 1223-1232.
- [20] Jackson J, Ely EW, Morey MC, et al. Cognitive and physical rehabilitation of ICU survivors: results of the RETURN randomized, controlled pilot investigation [J]. *Crit Care Med*, 2012, 40(4):1088-1097.
- [21] 周锦华, 认知护理干预在降低心脏外科术后并发 ICU 综合征患者中的应用 [J]. *护理实践与研究*, 2018, 15(18):47-48.
- [22] 刘艳妮, 张宁, 马月珍. 认知行为干预结合日记记录法对 ICU 多发伤患者创伤后应激障碍的影响 [J]. *齐鲁护理杂志*, 2019,25(12): 58-61.
- [23] 李若祎,应巧燕,刘桂英,等. 院内及院外功能锻炼对 ICU 后综合征患者影响的研究进展 [J]. *中华护理杂志*, 2018,53(11):1328-1332.
- [24] 张军,赵心阳,王爱平. 早期运动锻炼对预防重症患者 ICU 后综合征的系统评价 [J]. *中华危重病急救医学*, 2019,31(8):1008-1012.
- [25] Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis [J]. *Crit Care Med*, 2013, 41 (6): 1543-1554.
- [26] 刘洪洁,夏祝叶. ICU 后综合征的研究进展 [J]. *中西医结合心血管病电子杂志*, 2020,8(3):19-20.
- [27] 周林,何亚伦,曹梅利. ICU 患者疼痛、躁动、谵妄护理管理评估与策略及实施现状 [J]. *中国护理管理*, 2019,19(3):444-448.
- [28] 赵先美,叶曼,李知音,等. eCASH 理念运用于 ICU 机械通气患者镇静镇痛管理的效果评价 [J]. *中国护理管理*, 2018,18(4):533-537.
- [29] 贺晓元,谭江红,李映兰. 实施 ABCDEF 集束策略对重症监护室机械通气患者谵妄发生率和持续时间的影响研究 [J]. *护士进修杂志*, 2018,33(23):2162-2164.
- [30] Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, et al. Rehabilitation interventions for post intensive care syndrome: a systematic review [J]. *Crit Care Med*, 2014,42(5):1263-1271.
- [31] 叶小健,庄一渝,陈香萍,等. ICU 后综合征的干预研究现状 [J]. *中华护理杂志*, 2015,50(11): 1369-1374.
- [32] Dettling-Ihnenfeldt DS, De Graaff AE, Nollet F, et al. Feasibility of Post-Intensive Care Unit Clinics: an observational cohort study of two different approaches [J].



# 近 10 年我国护理领域死亡教育研究的文献计量学分析

杨源 王小丽\* 温志杰 罗懿婷

**【摘要】** 目的 梳理我国护理领域死亡教育研究的现状和发展趋势,为后续研究提供参考价值。方法 对 2011 年以来中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库和维普数据库检索有关死亡教育研究的文献,采用 NoteExpress 3.2 管理文献,Excel 2010 建立数据库,对文献的发表年份、来源期刊、第一作者所属单位、研究方法和研究内容等进行文献计量学分析。结果 纳入符合条件的文献共计 431 篇,发表在 116 种期刊上,近 10 年发文呈不断增长的趋势,核心期刊发文以护理研究、护理学杂志最多,分别占到 6.03%(26 篇)和 4.87%(21 篇);文献研究以综合性医院和本科学院为主体;文章大多采用量性研究方法,其中又以横断面调查和相关性研究为主(155 篇),占到 35.96%;结论 死亡教育总体文献数量呈上升趋势,但文献的质量有待提升,仍待加强死亡教育干预研究,探讨系统化的死亡教育教学模式。

**【关键词】** 护理学;死亡教育;文献检索;文献计量学;发展趋势

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.012

死亡教育是向人们传递死亡相关知识、培养与提升死亡事件应对及处置能力,同时应用于实践生活中的特殊教育,它是具有重要意义的一个研究领域<sup>[1]</sup>,除针对大众的普及型死亡教育外,还有针对医学生、医务工作者等为对象进行的更深层次的死亡教育,称之为专业性的死亡教育<sup>[2]</sup>。因为护理专业是对死亡感知最近的一个专业,护理人员与濒死患者接触的时间较多,不仅能够用正确的态度去认知死亡,帮助患者和家属缓解死亡的焦虑与恐惧,提供高质量的服务,而且对于人们探索生命的意义,追寻和构建有意义的人生至关重要<sup>[3]</sup>。护理人员既是死亡教育的受教者,又是死亡教育的施教者,开展死亡教育是护理专业的特殊需要与要求。文献计量学是用数学和统计学的方法,定量分析知识的载体,能有效地将信息转化为知识和智慧<sup>[4]</sup>,利用文献计量学方法对某学科论文进行定量分析,可从特定的角度了解该学科研究发展水平与动向<sup>[5]</sup>。本研究采用文献计量学的方法对 CNKI、万方数据库和维普数据库中 2011 年以来所收录的有关护理领域

死亡教育的文献进行检索分析,以探究其总体情况和发展趋势,为专业性的死亡教育在我国的深入研究提供一定的借鉴和指导<sup>[6]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 文献检索与筛选

本研究数据来源于中国期刊全文数据库(CNKI)、万方数据库及维普数据库,查阅时间为 2011 年 1 月—2020 年 12 月,以主题为(“死亡教育”or“生死教育”)and(“护理”or“护士”or“护生”)为检索式检索文献,逐篇浏览检索出文献的题目和摘要,确定是否符合纳入标准,如果不能确定,则通过浏览全文决定是否纳入<sup>[7]</sup>。排除条件:会议论文、硕士论文、报纸、经验交流等文献;重复发表、研究数据不完整、实际内容与死亡教育无关的文献<sup>[8]</sup>。初步检索出文献 505 篇,采用 NoteExpress 软件查重并进一步进行手动查重,最后经过阅读题目、摘要及全文筛选出相关文献 431 篇。

### 1.2 资料分析方法

使用 Excel 软件建立数据库表格,双人阅读分析并对数据进行录入,制定分析单元和类目系统,对论文的发表年份、期刊来源、第一作者单位、研究类型、研究内容等信息进行整理和统计分析,描述性分析采用(频数、百分比)<sup>[9]</sup>。

基金项目:广东省教育厅课题(编号:2020WTSCX254);2020 年广东省科技创新战略专项(攀登计划)项目(编号:pdjh2020b1245)

作者单位:516025 广东省惠州市,惠州卫生职业技术学院护理学院

\* 通讯作者

Minerva Anesthesiol, 2015, 81 (8):865-875.

[33] Lasiter S, Oles SK, Mundell J, et al. Critical care follow-up clinics. Clinical Nurse Specialist, 2016, 30(4): 227-237.

[34] 许叶华,田丰,孙妍.ICU 后综合征护理干预的研究进展[J].中华现代护理杂志,2018,24(15): 1853-1856.

[35] 万娜,常鑫儿,张春艳,等.ICU 后门诊的建立与运行实践[J].中国护理管理,2021,21(4):566-569.

[2021-04-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

2 结果

2.1 纳入文献的年发文量的分布情况

近 10 年我国护理领域死亡教育的发文量呈不

断增长的趋势，大致可分为两个阶段：2011—2018 年增长速度相对比平缓；2019 年和 2020 年又呈现迅速增长的趋势，尤其是 2019 年发文达到了 77 篇。详见图 1。

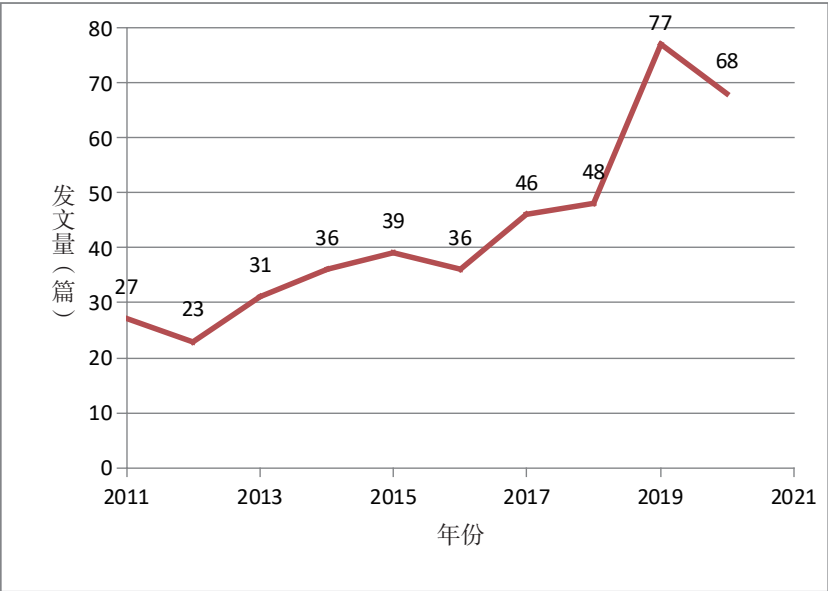


图 1 2011 年至 2020 年我国护理领域死亡教育发文量年度分布

2.2 纳入文献的第一作者机构分布情况

近 10 年护理领域死亡教育相关文献第一作者所在机构涉及综合（专科）医院、本（专）科院校、社会福利院（疗养院）等、社区卫生服务中心/站等，其中第一作者来自综合医院的文献最多（37.87%），本科院校的文献其次（27.66%），第三位是专科医院（12.34%），第一作者单位分布情况见表 1。

2.3 纳入文献的期刊载文量情况

纳入文献发表在 116 种期刊上，提取载文量排名前十的期刊，核心期刊载文量居多，其中载文量最多的是双核心期刊《护理研究》和《护理学杂志》，

分别占到了 6.03%（26 篇）和 4.87%（21 篇），位居第一、二位，见表 2。

2.4 纳入文献的研究类型及研究内容

431 篇文献研究类型主要以量性研究为主，包括实验性研究/类实验研究 47 篇（10.90%），横断面调查/相关性研究 155 篇（35.96%），综述 56 篇（12.99%），质性研究 16 篇（3.71%），教学实践 39 篇（9.05%），系统评价/文献计量学研究 4 篇（0.93%），其余为理论探究、经验总结、应用体会、个案报道等 114 篇（26.45%），见表 3。

表 1 第一作者单位分布情况

机构	文献量	构成比（%）
综合医院	89	37.87
本科院校	65	27.66
专科医院	29	12.34
专科学校	27	11.49
社区卫生服务机构	17	7.23
福利院、养老院等	8	3.41

表 2  排名前十的期刊载文量情况			
序号	期刊名	发文量	占比（%）
1	护理研究	26	6.03
2	护理学杂志	21	4.87
3	当代护士	19	8.23
4	中华护理教育	16	6.93
5	护理学报	15	3.48
5	中国医学伦理学	15	3.48
7	医学与哲学	11	2.55
8	中国护理管理	9	2.09
8	全科护理	9	2.09
10	中国高等医学教育	8	1.86
10	卫生职业教育	8	1.86

表 3  纳入文献的研究类型及研究内容情况		
文献研究类型	文献量（篇）	主要研究内容
实验性研究 / 类实验性研究	47	死亡教育干预对各类人群死亡态度、关怀态度、生活质量等的影响
横断面调查 / 相关性研究	155	各类人群死亡态度、死亡焦虑、死亡观及其相关因素的现况调查
综述	56	死亡焦虑、死亡教育、死亡观、安宁疗护、死亡教育需求等的现状及趋势
质性研究	16	照顾癌症患者、临终患者的情绪体验
教学实践	39	死亡教育课程构建、在教学中的应用
系统评价 / 文献计量学	4	死亡教育对生存质量的系统评价及死亡态度、临终关怀的文献计量
其他	114	理论探究、经验总结、应用体会、个案管理等

3  讨论

3.1  文献年度发文量、第一作者单位分布分析

本研究表明，近 10 年我国护理领域死亡教育文献的数量总体呈增长趋势，说明我国专业性死亡教育发展迅速，日益受到重视，这可能与我国近年来安宁疗护的大力发展有关<sup>[7]</sup>。从第一作者的单位分布看，研究主体集中在医院、本科院校以及附属医院，综合医院的文献最多（37.87%），本科院校的文献其次（27.66%），其中澳门镜湖护理学院研

究团队、天津医科大学附属肿瘤医院、华中科技大学研究团队等均对死亡教育开展了多维度的探索研究，尤以济南军区总院的唐鲁学者对护士死亡教育课程设置及干预进行了深入的研究，包括为课程构建进行的死亡教育培训需求调查、量表的汉化及应用、医务人员死亡教育认知调查等，对后续研究提供较大的参考价值；此外，仅有 17 篇（7.23%）来自于社区卫生服务中心，8 篇（3.41%）来自于养老院等，今后可将研究扩展至基层护理人员，通过提高基层护理工作者的死亡教育知识、技能进而提高



死亡护理服务质量<sup>[10]</sup>,辐射全社会。

### 3.2 纳入文献的期刊载文量分析

学科的发展离不开科研力量的积淀,学术期刊为科研成果的交流、转化提供了媒介<sup>[2]</sup>,核心期刊和统计源期刊能较客观地反映科学研究最新成果和前沿水平。本研究纳入的文献中期刊载文排名前十的期刊有6本是核心期刊,载文量97篇,占总文献的22.5%,其中载文量最多的分别是《护理研究》《护理学杂志》两本双核心期刊,统计源期刊《护理学报》《中国医学伦理学》《医学与哲学》发文也在10篇以上,说明我国专业性的死亡教育研究具有一定的科学性 & 创新性,但论文刊载期刊种类丰富和集中度低相伴随,期刊分布较为分散<sup>[11]</sup>,因此,专业性死亡教育研究文献的质量还有待进一步提升,今后,专业性死亡教育的研究重心应该是将前期抽象的理论成果整体分解成操作性强的临床和教育教学实践,依托于高质量的期刊,以严谨的科学理论和实证研究促进专业性死亡教育的发展<sup>[3]</sup>。

### 3.3 纳入文献的研究类型、研究内容分析

本研究文献类型大部分为量性研究,这其中又以横断面调查居多,为155篇(35.96%),各类经验总结、应用体会、个案管理、理论探究等也较多,为114篇(26.45%),而干预性研究则较少,为47篇,仅占到10.91%,本研究纳入的横断面调查/相关性研究主要是对各类人群的死亡态度、死亡焦虑、死亡观及相关因素进行现状调查,干预性研究中主要涉及用死亡教育干预方法探究对各类人群死亡态度、死亡焦虑、关怀态度、生活质量等的影响,其中在RCT中,部分文献仅提及随机化,对照组设置不严谨,而且样本量偏低,降低了研究结果的可信度,提示我国护理领域死亡教育研究质量有待进一步提高,今后学者们需在死亡教育现况的调查、死亡教育临床干预、死亡教育课程内容的研究以及死亡教育实施过程、死亡教育方式方法评价等方面做进一步的探索<sup>[12]</sup>。

## 4 小结

护士与临终患者的接触最多,患者的死亡结局往往会引起护士强烈的个人情感反应,死亡教育能有效促进护士对死亡态度的正向改变<sup>[13]</sup>,缓解因死亡事件产生的负性情绪<sup>[14]</sup>,继而能够利用死亡教育的知识和技巧,真正为患者、家属提供专业性的支持和照顾<sup>[15]</sup>。目前,我国的死亡教育仍处于理论研究向实际应用转化的探索期,尚未形成规范化的教育教学体系,我国护理教育课程中的死亡教育尚未

形成统一的教学体系、只有部分院校、医院有针对护生和护士继续教育的课程培训和培训方案<sup>[16]</sup>,今后应夯实医学院校的教育主体地位,以医护专业学生为依托,探寻一条行之有效的校门内到校门外的延续性、系统性的死亡教育教学新模式,通过政府、学校、医院(养老院)、社会等多方共同参与,多学科的共同合作,辐射带动全社会死亡教育的发展。

## 5 参考文献

- [1] 李凤侠,胡成文,许宝惠,等.国内外护理人员死亡教育方法的研究进展[J].护理研究,2019,33(20):3559-62.
- [2] 熊琼,任小红.我国护理人员的死亡教育现状与对策[J].护理学杂志,2011,26(4):95-97.
- [3] 刘宇,李明今.死亡教育在护理领域的研究进展[J].当代护士,2017(9):6-8.
- [4] 黄丽雅,王艳,罗红.基于文献计量学探索近10年国内老年护理研究现状及热点[J].循证护理,2018,4(11):991-996.
- [5] 郭一峰,马玉芬,陈亚萍,等.我国深静脉血栓护理研究现状的文献计量学分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(29):3479-83.
- [6] 刘亚楠,臧舒婷,芦良花.我国护理人员横向暴力研究现状的文献计量学分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(25):3235-3238.
- [7] 孙丽,顾道琴,胡成文.我国死亡态度的文献计量学分析[J].护理管理杂志,2019,19(3):196-199.
- [8] 李玉琦.死亡态度相关研究的可视化分析[J].中国医学伦理学,2019,32(8):1042-1046.
- [9] 郑婷婷,刘东玲,张璟,等.基于Web of Science及CNKI数据库预立医疗照护计划中美研究态势与热点领域对比[J].护理研究,2020,34(12):2085-91.
- [10] 倪云霞,李继平.我国护理领域胜任力研究的文献分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(27):3519-22.
- [11] 李鸿,杨慧峰.安宁疗护中社会志愿者对死亡教育的认知分析[J].全科护理,2019,17(1):107-109.
- [12] 张慧兰.军医大学医学生死亡教育课程内容的构建及实践研究[D].重庆:中国人民解放军陆军军医大学,2017.
- [13] 杨笑梅,徐丽.护生死亡态度及影响因素的研究进展[J].全科护理,2019,17(13):1557-61.
- [14] 唐孟言,李晓玲.护生死亡教育课程设置的研究进展[J].中华现代护理杂志,2018,24(19):2346-49.
- [15] 唐鲁,周玲君,李玉香,等.死亡教育课程方案的设计及实施[J].中华护理杂志,2015,50(2):223-229.
- [16] 张开利,徐继承,王霞,等.医学生生命教育网络平台的构建与实践[J].全科护理,2016,14(7):741-742.

[2021-03-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者康复期间肢体功能及情绪-社交孤独心理的影响

高路路

**【摘要】目的** 探讨生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者康复期间肢体功能及情绪-社交孤独心理的影响。**方法** 选取医院2018年5月—2020年6月收治的脑梗死患者86例作为研究对象,按组间一般资料匹配原则分为观察组和对照组,每组43例。对照组采用常规护理干预,观察组采用生活空间扩展联合奥塔戈运动训练,均干预4个月。比较两组患者干预前后的情绪-社交孤独问卷(ESLI)评分、简式Fugl-Meyer运动量表(FMA)评分、Barthel指数(BI)评分、Berg平衡量表(BBS)、生活质量综合评定问卷(GQOLI-74),以及干预后的临床护理满意度。**结果** 干预前,两组患者ESLI评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患者的ESLI的情绪孤立、社交孤立、情绪孤独、社交孤独评分明显低于对照组;观察组患者的FMA、BI和BBS评分显著高于对照组,患者躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活状态评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者对临床护理的护理技术、护理方式和康复训练方面满意度以及护理总满意度均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 采用生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者进行护理,能明显缓解患者情绪-社交孤独心理,改善患者肢体运动功能和平衡功能,并提升患者的日常生活能力和生活质量。

**【关键词】** 生活空间扩展;奥塔戈运动训练;脑梗死;肢体功能;情绪-社交孤独心理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.013

脑梗死又称缺血性脑卒中,是临床上比较多见和多发的一种脑血管疾病,好发于中老年人。脑梗死患者由于脑组织缺血区发生水肿或梗死,临床主要表现为偏瘫、偏身麻木、言语不利等突发性神经功能缺损症状,并可出现不同程度的肢体功能障碍和社交、心理障碍<sup>[1-2]</sup>。因肢体功能障碍导致的日常生活不能自理、活动受限等使康复期患者的活动能力和生活质量大大降低;同时,因社交和心理障碍出现的兴趣狭窄、交流障碍等可导致患者康复进程减慢,增加了疾病复发和死亡的风险,不利于脑梗死患者的生命健康<sup>[3]</sup>。因此,对康复期脑梗死患者采取积极有效的康复护理措施对于其情绪-社交孤独心理和生活质量的改善具有重要的临床意义。奥塔戈运动训练是用于避免老年人群摔倒和提升肌力与平衡力的一种康复措施,对脑梗死患者的躯体恢复和肢体功能改善具有重要作用<sup>[4]</sup>。生活空间是最早由国外学者May等<sup>[5]</sup>提出的概念,是指个体在某个时间段内及某个范围内的活动情况,与生活质量存在密切的理论联系。有学者在研究报告中指

出<sup>[6]</sup>,对心血管病老年患者生活空间进行拓展可相应改善其生理、心理健康,提高老年人群的生活质量。目前,将生活空间扩展与奥塔戈运动训练联合应用于脑梗死患者护理中的研究未见有文献报道,本研究探讨了生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者康复期间肢体功能及情绪-社交孤独心理的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取医院2018年5月—2020年6月收治的脑梗死患者86例作为研究对象。纳入条件:根据临床表现和相关检查且符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》中脑梗死的相关诊断标准的患者<sup>[7]</sup>;无意识和语言障碍,且生命体征稳定患者;年龄30岁以上,初次脑梗死患者;患者能配合医护人员的指导和安排;3个月内无其他大手术史患者。排除条件:有严重骨关节疾病者;合并肝脏疾病及功能异常、合并肾功能异常、全身免疫性疾病、先天性心脏病及恶性肿瘤者;存在严重语言、听力、认知和精神障碍者;存在活动性出血倾向者。本研究经



医院医学伦理委员会审批通过,并符合《赫尔辛基宣言》,患者同意且自愿参与本研究。按组间一般资料匹配原则分为观察组和对照组,每组43例,对照组中男22例,女21例;年龄 $59.21 \pm 9.53$ 岁;平均受教育年限 $10.69 \pm 2.98$ 年;梗死部位:基底节区20例,颞叶10例,顶叶8例,腔隙性3例,多发性2例。观察组中男25例,女18例;年龄 $58.56 \pm 9.14$ 岁;平均受教育年限 $11.06 \pm 3.02$ 年;梗死部位:基底节区23例,颞叶8例,顶叶6例,腔隙性5例,多发性1例。两组患者的性别、年龄、梗死部位和受教育年限比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,包括基础护理、用药宣教、健康宣教、心理疏导、环境保持、康复训练以及饮食指导等。常规康复训练在患者生命体征稳定1周后开始,干预时间4个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用生活空间扩展联合奥塔戈运动训练进行护理,具体方法如下:

(1)奥塔戈运动训练:首次训练前向患者讲解奥塔戈运动训练的目的、方法等,发放“奥塔戈运动训练指南”,并对患者的机体功能状态进行全面评估,确定不同患者的运动强度和运动量,告知患者肌力及平衡训练运动量的等级要求,并制订个性化训练方案,制成个人训练日历表发放到每位患者手中。训练方案的内容主要包括两部分,即:①热身运动、平衡力和肌力训练,其中热身运动是头部、颈部、背部、躯干、踝部等部位的15项运动,肌力训练包括前膝与后膝力量训练、髋部、脚跟抬高、脚尖抬高5项运动,可给予负重带作辅助设备;平衡力训练的内容有屈膝、倒退行走、行走转身、爬楼梯等12项。每次训练30 min,3次/周;②步行运动,每次运动30 min,2次/周。定时对患者进行躯体功能评估,并及时指导奥塔戈运动训练,依据患者机体功能状态逐渐增加平衡训练难度、适量增添负重带进行肌力训练。患者出院后定期上门随访,并指导家属或护工正确的辅助训练和护理方法。

(2)生活空间扩展:①护理人员应加强与患者及其家属的沟通交流,说明生活空间扩展、家庭陪伴与支持对患者精神和心理状态的影响,嘱咐家属要时常探望患者,多与患者进行交流,从侧面改善患者的社交和交流障碍。②在患者病房或卧室放置绿色盆栽,墙壁粘贴笑脸图等物件,制造愉悦、积极向上的居住环境;定期安排护理人员或由患者家属定时使用轮椅将患者移动至医院绿地或休养区,

接触大自然,每周3~4次。户外活动时注意不时与患者交谈,讨论周围环境或事物,亦可在随时播放患者感兴趣或舒缓轻松的音乐,放松患者心情。活动空间依据患者身体情况,以患者日常居所(卧室)为中心逐渐向卧室以外、家门外(或病房外)至住所大楼内、住所大楼外至小区内(或医院内)、本街道其他小区、本市其他街道向外扩展。③安排或组织病友或有相同兴趣爱好的患者一同进行户外活动,陪同患者进行琴棋书画、收听戏曲、听书等活动,愉悦身心。对于抵触和排斥户外活动者,加强患者外出和户外活动的鼓励和劝说,并鼓励子女及家属多加陪伴和辅助外出。干预时间为4个月。

## 1.3 观察指标

(1)情绪-社交孤独心理评价:分别于干预前和干预完成后,采用情绪-社交孤独问卷<sup>[8]</sup>(ESLI)来评估患者情绪-社交孤独心理状况,ESLI包含情绪孤立、社交孤立、情绪孤独和社交孤独4个维度,共30个条目,每个条目依据症状严重程度设置为0~3分,各维度得分越高表示情绪和社交孤独、孤立的程度越严重。其中孤立得分 $\leq 8$ 分为无孤立,9~12为孤立, $\geq 13$ 分为严重孤立;孤独得分 $\leq 10$ 分为无孤独,11~14为孤独, $\geq 16$ 分为严重孤独。ESLI的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.964,具有良好的信效度。

(2)肢体运动功能、平衡功能与日常生活活动(ADL)能力:①运动功能。采用Fugl-Meyer运动量表<sup>[9]</sup>(FMA)评价患者肢体运动功能,上肢0~66分,下肢0~34分,总分越高表示肢体运动功能越好。其中0~50分表示重度运动障碍,50~84分表示具有明显运动功能障碍,85~95分为中度障碍,96~99分为轻度障碍,100分为整体运动功能趋于正常。②平衡功能。分别于护理前、后,采用Berg平衡量表<sup>[10]</sup>(BBS),该量表对患者从坐位站起、无支持站立、转移等不同难度的14个项目内容进行评估,每个项目采用0~4分5级评分法,总分为56分,得分越高,表示平衡功能越好。③ADL能力:在干预前后采用Barthel指数(Barthel Index, BI)评分以评定患者日常活动能力,包括进食、穿衣、洗澡、如厕、二便控制、床椅转移、步行以及上下楼梯等10项内容,总分100分,得分 $< 75$ 分表示残疾,评分越高说明患者日常生活活动能力越强。

(3)患者生活质量评价:分别于干预前和干预后,采用生活质量评定问卷(generic quality of life inventory-74, GQOLI-74)<sup>[11]</sup>评估两组患者的生活质量。该量表包含躯体功能、心理功能、社会功能



和物质生活状态共 4 个方面内容，每个条目评分采用 5 级（1~5 级）评分，总分 100 分，得分高则提示生活质量好。

（4）护理满意度：干预完成后，评价患者护理满意度的方法采用自制“临床护理满意度调查表”评价患者对护理的满意程度，包括针对护理技术、护理态度、护理方式、康复训练 4 个方面，总分设置为 100 分，4 项内容所占分值分别为 20 分、20 分、30 分、30 分，总满意度为 4 项评分之和<sup>[12]</sup>。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准  $\alpha = 0.05$ ，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者情绪－社交孤独心理状况比较

干预前，两组患者情绪－社交孤独心理状况评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，两组患者 ESLI 的情绪孤立、社交孤立、情绪孤独

社交孤独评分均明显低于干预前，且观察组患者的 ESLI 的情绪孤立、社交孤立、情绪孤独社交孤独评分明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 干预前后两组患者运动功能、平衡功能及 ADL 能力比较

干预前，两组患者运动功能、平衡功能及 ADL 能力比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，两组患者的运动功能、平衡功能及 ADL 能力均明显高于干预前，且观察组患者的运动功能、平衡功能及 ADL 能力明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 干预前后两组患者生活质量比较

干预前，两组患者的躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活状态评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组明患者的躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活状态评分明显高于干预前，且观察组患者的以上各方面生活质量评分均明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 1 干预前后两组患者情绪－社交孤独心理状况比较（分）

组别	例数	情绪孤立		社交孤立		情绪孤独		社交孤独	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	8.54 ± 1.69	5.38 ± 1.57	8.67 ± 2.19	6.16 ± 2.04	10.29 ± 2.36	6.53 ± 2.24	10.98 ± 2.67	7.62 ± 2.19
对照组	43	8.42 ± 1.53	7.62 ± 1.84	8.95 ± 2.06	7.62 ± 1.84	10.41 ± 2.18	8.34 ± 2.43	10.59 ± 3.16	9.08 ± 2.62
<i>t</i> 值		0.345	6.073	0.611	3.485	0.245	3.591	0.618	2.804
<i>P</i> 值		0.731	0.000	0.543	0.001	0.807	0.001	0.538	0.006

表 2 干预前后两组患者 FMA、BI 和 BBS 评分比较（分）

组别	例数	FMA 评分		BI 评分		BBS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	59.92 ± 5.26	77.53 ± 5.38	56.09 ± 5.40	74.35 ± 6.27	19.03 ± 3.35	56.47 ± 3.52
对照组	43	60.16 ± 4.58	68.47 ± 5.61	55.76 ± 6.17	62.49 ± 6.15	18.92 ± 3.62	42.51 ± 3.39
<i>t</i> 值		0.226	7.643	0.264	8.855	0.146	18.732
<i>P</i> 值		0.822	0.000	0.793	0.000	0.884	0.000

表 3 两组患者生活质量评分比较（分）

观察时点	组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活状态
干预前	观察组	43	19.24 ± 2.48	21.67 ± 2.42	21.87 ± 2.92	19.58 ± 2.57
	对照组	43	19.72 ± 2.41	22.15 ± 2.68	21.26 ± 3.09	19.93 ± 2.36
	<i>t</i> 值		0.910	0.872	0.941	0.658
	<i>P</i> 值		0.365	0.386	0.350	0.513
干预后	观察组	43	38.83 ± 3.16	37.46 ± 3.25	26.37 ± 2.98	26.37 ± 2.98
	对照组	43	32.47 ± 3.25	33.71 ± 3.40	32.65 ± 3.24	24.41 ± 3.05
	<i>t</i> 值		9.200	5.228	9.355	3.014
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.003

2.4 两组患者的临床护理满意度比较  
干预后，观察组患者对临床护理的护理技术、护理方式和康复训练方面满意度以及护理总满意度均明显高于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者临床护理满意度比较（分）

组别	例数	护理技术	护理态度	护理方式	康复训练	总满意度（分）
观察组	43	18.32 ± 2.56	17.18 ± 2.31	27.31 ± 2.64	27.67 ± 2.85	90.48 ± 6.26
对照组	43	16.25 ± 2.38	17.27 ± 2.49	25.28 ± 2.71	25.48 ± 3.02	84.28 ± 7.30
<i>t</i> 值		3.883	0.174	3.519	3.458	4.228
<i>P</i> 值		0.000	0.863	0.001	0.001	0.00

3 讨论

脑梗死主要是由于由于大脑的动脉系统形成血栓并造成脑栓塞所导致，患者经抢救后常伴有不同程度的后遗症，如肢体运动功能和平衡功能下降、行走困难、吞咽障碍等，导致患者生活自理能力下降，严重影响其生活质量和疾病康复。中老年群体是脑梗死疾病的易发人群，由于处于非急性期的脑梗死患者随时可能出现复发，多伴有沉重的心理负担；加上患者肢体运用功能降低、神经功能缺损、生活空间受限等常易发生社交和心理障碍，影响患者的康复进程<sup>[13]</sup>。因此，积极的护理干预措施对于改善患者肢体功能和情绪-社交孤独心理很有必要。本研究将生活空间扩展与奥塔戈运动训练联合应用

于脑梗死患者的护理中，发现可明显改善患者肢体功能和情绪-社交孤独心理，具有较好的应用效果。本研究结果显示，干预后，两组 ESLI 的情绪孤立、社交孤立、情绪孤独社交孤独评分低于干预前；观察组患者的 ESLI 的各维度评分均明显低于对照组，说明采用生活空间扩展联合奥塔戈运动训练护理干预明显改善了患者的情绪-社交孤独心理。研究指出<sup>[14]</sup>，急性脑梗死后患者具有较高的情绪孤立或孤独、社交孤立或孤独流行率，其情绪-社交孤独心理的发生与年龄、独处时间长、生活空间受限等多种因素有关。其中生活空间与老年人群的生理健康、心理健康、生活质量等存在重要的相互关系。本研究中观察组采用的生活空间扩展干预中，通过在患者居住环境放置绿色盆栽、笑脸图等物件，

给予患者积极、愉悦的心理暗示,从侧面改善患者的不良心理;通过定期安排护士或家属使用轮椅将患者移动至病房(或卧室)外,并以患者日常居所(卧室)为中心逐渐向外扩展,接触大自然,组织病友和相同兴趣爱好者同行参与琴棋书画等活动,改善了其情绪和社交孤独心理;随时播放舒缓轻松的音乐,有助于放松患者心情;并且通过加强与患者及其家属的沟通和交流,鼓励家属时常陪伴和探望患者,辅助患者外出等,促进了患者的户外活动与社交,有助于其社交和情绪孤独心理的改善。

本研究中两组肢体功能和生活质量的结果显示,观察组患者的FMA、BI和BBS评分明显高于对照组,同时患者躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活状态评分均明显高于对照组,表明了观察组患者通过护理干预明显改善了肢体运动和平衡功能,并使ADL能力和生活质量均得到了明显提升<sup>[15]</sup>。观察组实施的奥塔戈运动训练中通过前膝与后膝力量训练、屈膝、倒退行走、爬楼梯等热身运动和步行运动训练,帮助患者有效锻炼患者下肢肌肉,循序渐进的帮助患者恢复肢体运动和平衡功能,使躯体功能得到良好恢复与提升,全面地提高患者日常活动能力和自理能力<sup>[16]</sup>,帮助患者重返社会,提升生活质量。此外,生活空间扩展与奥塔戈运动训练两组干预措施的联合可发挥积极促进作用,帮助患者从心理和生理上改善其躯体功能,对大脑功能恢复产生积极影响,帮助患者改善情绪和社交孤独心理,找到自我归属感和社会存在感,提高生活质量和患者对临床的护理满意度。

综上所述,采用生活空间扩展联合奥塔戈运动训练对脑梗死患者进行护理,能明显缓解患者情绪-社交孤独心理,改善患者肢体运动功能和平衡功能,并提升患者的日常生活能力和生活质量。

#### 4 参考文献

- [1] Zhang YZ, Wang J, Xu F. Circulating miR-29b and miR-424 as Prognostic Markers in Patients with Acute Cerebral Infarction[J]. 2017,63(10):1667-1669.
- [2] 尹晓娜,程永远,孙圆禄.主动运动训练联合萧氏双C护理模式在老年脑梗死偏瘫患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(15):67-70.
- [3] 韩晓东.老年脑梗死后遗症患者的心理状态及护理干预[J].中国医药指南,2018,16(28):205-206.
- [4] 谢静.奥塔戈运动训练联合萧氏双C护理模式在老年脑梗死偏瘫患者中的应用效果研究[J].中国全科医学,2019,22(11):1364-1368.
- [5] May D, Nayak USL, Isaacs B. The life-space diary: a measure of mobility in old people at home. [J]. Int Rehabil Med, 1985, 7(4):182-186.
- [6] 季梦婷,周嫣,钱娟,等.社区老年心血管病患者生活空间与生活质量相关性研究及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(2):170-175.
- [7] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中国医学前沿杂志(电子版),2010,2(4):50-59.
- [8] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:364-367.
- [9] 李金萍.情志护理联合康复护理对脑梗死患者神经身体功能恢复和生活质量的影响[J].山西医药杂志,2017,46(14):1673-1675.
- [10] 吴运景,刘晓霞,韩丽雅,等.早期康复干预对急性脑梗死溶栓患者运动功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2016,38(5):362-363.
- [11] 梁梅冰,郑桂凤,黄贵芝,等.综合护理干预对老年脑梗死患者生存质量及护理依从性的影响[J].中国医学创新,2017,14(8):75-78.
- [12] 秦丽梅.护理干预对老年心肌梗死患者心理状态及护理满意度的影响[J].基层医学论坛,2016,20(18):2551-2552.
- [13] 郭启蕊.奥瑞姆自理理论联合协同护理模式对脑梗死后偏瘫老年患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国药物与临床,2018,18(12):2258-2259.
- [14] 董泗芹,刘效辉,牛爱敏,等.急性脑梗死后患者情绪-社交孤独现状及其相关因素分析[J].中华老年医学杂志,2019,38(4):383-387.
- [15] 王福花.优质护理模式对老年脑梗死患者负性情绪及生活质量的影响分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(10):1771-1773.
- [16] 张红利.奥塔戈运动结合早期康复对脑梗死偏瘫患者FMA评分、下肢肌力及MFES评分的影响[J].广东医学,2020,41(5):491-495.

[2021-03-12 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 基于护理个案管理的全程心理干预对急性心肌梗死心血管事件发生率的影响

张佳 郁艳梅 钱柯柯 俞剑东 赵莉华 何红卫

**【摘要】目的** 探讨基于护理个案管理的全程心理干预对急性心肌梗死心血管事件发生率的影响。**方法** 选取2019年3月—2020年10月医院收治急性心肌梗死患者82例,按照组间匹配原则分为对照组和观察组,每组41例。对照组给予常规护理干预,观察组给予基于护理个案管理的全程心理干预,观察比较两组患者临床指标、心血管事件发生情况。**结果** 护理干预后,观察组患者焦虑(SAS)、抑郁(SDS)、脑钠肽(NT-proBNP)及左心室射血分数(LVEF)等临床指标明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者血运再次重建、室性心律失常、心肌梗死后心绞痛、死亡以及支架再次狭窄等心血管事件的发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 对急性心肌梗死患者实施基于护理个案管理的全程心理干预,可有效改善患者心理状态及心功能,降低心血管事件的发生概率,提高患者对护理人员的满意程度。

**【关键词】** 急性心肌梗死; 护理个案管理; 全程心理干预; 心血管事件; 临床效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.014

急性心肌梗死是一种病死率、致残率较高的缺血性心脏病,常表现为突发性的胸部疼痛、胸部不适症状呈渐进性加重、心跳不规则加快以及呼吸气体交换受阻等临床症状<sup>[1]</sup>。若不及时治疗,随着病情逐渐发展,还会引发患者心力衰竭、心律失常以及休克等并发症,严重影响了患者的生命安全。经皮冠状动脉介入治疗(PCI)因其手术创口小、对患者自身机体造成的损伤较小以及出血量也相对较少等优势,成为临床上急性心肌梗死患者治疗首选方法<sup>[2]</sup>。但由于患者年龄较大、自身抵抗力以及肢体恢复能力都相对较差,再加上以往临床护理干预,只是对患者实施常规的基础护理,忽视了患者自身心理及生理等方面的个人需求,导致临床治疗效果不容乐观。因此,实施全面、有效的护理干预十分关键。基于护理个案管理的全程心理护理是现阶段最为新颖、系统的护理干预模式,通过对患者实际情况进行充分彻底的掌握,将护理责任落实到每个护理人员自身,根据患者病情发展,实施及时有效、针对性较强的护理干预措施,降低了患者不良事件的发生率<sup>[3]</sup>。本研究通过对急性心肌梗死患者实施基于护理个案管理的全程心理干预进行分析,探究其对心血管事件发生概率的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

作者单位: 226001 江苏省南通市,南通大学附属医院心内科

选取本院2019年3月—2020年10月收治的82例急性心肌梗死患者作为研究对象,按照组间匹配原则分为对照组和观察组,每组41例。入选条件:持续性胸痛30 min以上,自行含服硝酸甘油未能缓解,经心电图检查发现相邻2个或2个以上导联ST段抬高,生化检验发现肌钙蛋白T和I呈阳性,心肌酶谱CK-MB超过正常值范围上线的2倍以上,符合急性心绞痛诊断标准者;近期内未做过较为大型的开胸、盆腔脏器器官以及颅脑手术者。排除条件:患有主动脉夹层动脉瘤、血小板减少至 $100 \times 10^9/L$ 以下以及严重颅脑外伤引发脑出血者;伴随严重呼吸、肝以及肾脏功能障碍者;经检测血压超过180/100 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以上者。对照组男23例,女18例;平均年龄 $57.08 \pm 1.42$ 岁;TC  $4.62 \pm 1.32$  mmol/L;HbA1c  $5.63 \pm 1.47\%$ ;BMI  $20.16 \pm 1.66$ ;LDL-C  $4.39 \pm 1.41$  mmol/L;GRACE  $95.36 \pm 3.29$ 分。观察组男22例,女19例;平均年龄 $57.11 \pm 1.39$ 岁;总胆固醇(TC)  $4.59 \pm 1.30$  mmol/L;糖化血红蛋白(HbA1c)  $5.85 \pm 1.64\%$ ;体质指数(BMI)  $20.34 \pm 1.59$ ;低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)  $4.46 \pm 1.53$  mmol/L;全球急性冠状动脉事件注册评分(GRACE)  $95.43 \pm 3.31$ 分。两组患者在性别、年龄、TC、HbA1c、BMI、LDL-C、GRACE等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 对照组 实施常规护理干预,具体内容:

(1) 病室环境: 保持病室清洁,居住舒适,护

理人员在开展各项操作过程中,应始终遵循关门轻、走路轻、说话轻以及操作轻等“四轻”原则,降低护理人员所产生的噪声分贝。还应保持室内相对湿度维持在 50%~60%,温度维持在 20~24℃之间,定期对病房进行清理消毒,每天通风 1~2 次,每次应持续 30 min 左右,促使病房内的空气能够进行充分地流通,维持室内小环境内部空气的新鲜程度。

(2) 休息舒适:在相邻患者床单位中悬挂一个可用来遮挡的隔帘,为患者提供一个较为私密的休息空间。此外,为很好地将患者与具有一定刺激性的外部因素进行隔离,应将患者床旁仪器声音、房间内部光线强度等进行适当调整<sup>[4]</sup>。在对患者安插或实施各项监护项目时,应尽量避免因仪器设备等线路或导管的缠绕,为患者营造较为舒适的睡眠空间与环境。

(3) 在患者床旁放置心电监护仪、协助患者进行排便、氧气吸入等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施基于护理个案管理的全程心理干预,具体内容:

(1) 组建个案管理小组:对医院心内科室全部医护人员进行层层考核筛选,挑选组建一支护理实践能力水平及专业知识了解掌握全面的个案管理队伍,小组成员主要是由心内科主治医生 2 名,主任护师 2 名,副主任护师 4 名,初级护士 5 名以及营养健康管理师 1 名等。在开展此次试验护理研究前,应对个案管理小组人员进行急性心肌梗死相关专业护理知识及注意事项等方面的培训<sup>[5]</sup>。并根据个案管理理念,在营养师的参与指导下,制定一对一跟踪式责任制护理干预服务,将每个患者分配到各个护理人员身上,强化护理人员自身责任感、对患者自身实际病程情况进行评估、挖掘患者可能或潜在的危险因素并给予相应的针对措施。护理人员在初次与患者见面时,应将自身的基础信息与自身所管辖职能范围对患者进行叙述,消除患者对护理人员陌生与抗拒等心理,建立较为良好、和谐的护患合作与沟通关系。

(2) 排便及排尿护理:患者因长期卧床,自身胃肠蠕动以及消化功能呈逐渐衰退趋势,容易造成便秘及排尿障碍等。护理人员应对患者出入量进行密切观察及详细记录,若发现患者膀胱较为充盈,但无尿量排出,可对其实施导尿术,引导患者膀胱内部存贮的尿液排出体外,并将尿液带悬挂在患者床旁低于膀胱水平位置处,留置导尿 3~7 d。同时,若发现患者粪便干硬无法自行排出,排便次数减少或每周排便少于 3 次,提示有便秘时,可通过穴位

按摩法对其症状进行治疗缓解。护理人员可协助患者置于平卧位,选取天枢穴,应用双拇指左右各旋转 30 次的轻柔手法,以患者自觉麻、胀、酸、重的适宜力度进行按揉,然后再循经按揉大肠俞、关元、脾俞及胃俞等穴位各 1 min,随后在对患者足三里进行 5 min 以上的按摩,最后对患者腹部应用掌摩法,从右下腹开始顺着结肠流通运行的方向,上、左、下方向循环的方式进行周而复始的反复按摩 15 次,每天 1 次,连续治疗 10 d<sup>[6]</sup>。同时,应指导患者多进食一些粗纤维素含量较高的水果及蔬菜,少量多次饮水,还可在每天清晨给予患者饮用适量温开水稀释 20 ml 的蜂蜜水。

(3) 共情式心理疏导:患者在急性心肌梗死发病后的前 3 天是抑郁、焦躁等不良情绪发生最为严重的时期。护理人员在对患者进行渐进性肌肉放松训练的同时,应用内心臆想法,引导患者自行畅想一些较为美好的事物,促使患者能够保持愉快的心理状态。护理人员可在一旁以旁白的形式,引导患者展开自身的想象力,从而促使患者与护理人员的精神思想能够达成一致。有助于患者自我创建出相对较为美好的虚拟精神世界,将自身心理情绪进行很好管理调整的同时,以正确的眼光及角度去剖析美好的事物,推动本我与真我在情志方面达成共鸣。

(4) 24 h 康复护理:护理人员根据患者实际病程情况,为其制订针对性较强的 24 h 康复护理方案。护理人员协助处于平卧位的患者床头抬高 15°,此角度维持 2 min 后,再将床头抬高至 30°,保持此状态 4 min 后,床头抬至 45°,这个角度维持 30 min 后,再缓缓将患者床头恢复至开始平卧位状态,每天实施 2~3 次此种逐步半卧位法。同时,在患者卧床期间,护理人员再对患者受压皮肤颜色及状态进行密切观察,定时对患者进行皮肤清理。24 h 后,鼓励患者主动起床,在处于半卧位状态下,对患者四肢及肢体进行活动按摩,再开始床上进食。48 h 后,指导患者开展床上康复锻炼每次持续 30 min,每天坚持 3 次或 3 次以上,运动强度呈逐渐加强的趋势,直到患者自觉疲惫乏累为止。72 h 后,可辅助患者下床站立或在床边进行活动,每次 5 min,每天下床活动 3 次,96 h 后,可鼓励患者进行主动行走,在病房走廊或病室内部进行慢走,慢走的次数及步数可根据患者自身心脏功能恢复状态,而逐渐增加。此外,对于出院患者告知其复诊时间,在复诊的前 1 d 采用电话及短信等双重提醒的方式,通知患者按时来院复查,每年门诊复查次数不应少于 8 次。

### 1.3 观察及评价标准

(1) 临床指标: 通过应用焦虑评估量表(SAS)、抑郁评估量表(SDS)对患者心理状况进行评估, SAS: 重度焦虑: >71分以上; 中度焦虑: 60~70分; 轻度或无焦虑: 50~59分或49分以下, 分数越低说明焦虑程度越低; SDS: 重度抑郁, 综合测评得分在72分以上; 中度抑郁, 综合测评得分63~71分; 轻度抑郁, 综合测评得分53~62分, 分数越少, 说明抑郁程度越低; 对两组患者自身脑钠肽(NT-proBNP)以及左心室射血分数(LVEF)等临床指标情况, 进行监测并详细记录<sup>[7]</sup>。

(2) 心血管事件: 密切观察两组患者血运再次重建、室性心律失常、心肌梗死后心绞痛、死亡、

支架再次狭窄等事件的发生情况, 临床症状越少, 说明发生率越低。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 26.1对数据进行处理, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 $t$ 检验; 计数资料组间率比较采用两独立样本的 $\chi^2$ 检验。检验水准  $\alpha = 0.05$ , 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床指标比较

护理干预后, 观察组患者SAS、SDS、NT-proBNP以及LVEF等临床指标, 明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表1。

表1 两组患者临床指标比较

组别	SAS (分)	SDS (分)	NT-proBNP (mg/L)	LVEF (%)
观察组 ( $n=41$ )	$46.36 \pm 1.34$	$47.56 \pm 1.41$	$386.56 \pm 23.66$	$57.62 \pm 4.36$
对照组 ( $n=41$ )	$49.56 \pm 1.41$	$49.69 \pm 1.52$	$438.69 \pm 23.45$	$50.33 \pm 4.21$
$t$ 值	10.534	6.578	10.020	7.702
$P$ 值	0.000	0.000	0.000	0.000

### 2.2 两组患者心血管事件发生率比较

观察组患者在血运再次重建、室性心律失常、心肌梗死后心绞痛、死亡以及支架再次狭窄等心血

管事件的发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组患者心血管事件发生率比较

组别	血运再次重建	室性心律失常	心绞痛	死亡	支架再次狭窄	发生率 (%)
观察组 ( $n=41$ )	1	1	0	0	1	7.32
对照组 ( $n=41$ )	3	2	2	1	2	24.39

$\chi^2 = 4.479$ ,  $P = 0.034$ 。

## 3 讨论

近年来, 随着现代信息技术手段以及医疗技术水平不断提高, 医学相关知识在人们的生产生活中得到了普及, 人们对于自身健康安全以及看病就医的意识也呈逐渐增加趋势, 急性心肌梗死作为老年群体中起病较急、病死率较高的心血管系统性疾病, 引起了人们的广泛关注<sup>[8-9]</sup>。我国急性心肌梗死的

发病率为45/10万~55/10万<sup>[10]</sup>。虽然同属一个国家, 但各个地区急性心肌梗死的发病率也存在差异性<sup>[11]</sup>。从流行病学来看发达国家急性心肌梗死的发病率也较高。主要是由于患者机体内部形成的斑块或血栓堵塞了冠状动脉, 造成其发生狭窄, 血液不能进行正常的流通与循环, 回心血量锐减, 导致患者心肌发生持续性缺血缺氧。常通过PCI微创介入法, 对患者堵塞心血管进行疏通再灌注, 可有效改



善患者心肌缺血状态,是临床最为常见的治疗手段。但由于患者年龄较大、自我护理能力及肢功能都处于逐渐衰退状态,造成术后心血管不良事件频发,不仅降低了患者术后恢复效果,严重时还会影响患者的生命健康<sup>[12-13]</sup>。因此,实施及时、有效的护理干预措施尤为重要。

基于护理个案管理的全程心理干预在常规的护理干预基础上,进行完善与升级,很好地弥补了常规护理干预中存在的不足。为缓解患者自身因疾病而产生的焦虑及抑郁等负性心理情绪,可借助共情式心理疏导的护理干预措施,引导患者进行思维上的冥想,协助患者建立较为乐观、积极的内心世界,以正确的眼光看待疾病。本研究发现,实施常规护理干预的患者 SAS、SDS、NT-proBNP 以及 LVEF 等临床指标不是很理想,但实施基于护理个案管理的全程心理干预的患者临床指标上有明显好转,可见通过对患者实施针对性较强的心理干预疏导法,可有效缓解患者因疾病而产生的抑郁及焦虑等不良心理情绪,可有效提高患者临床治疗效果<sup>[14]</sup>。同时,本研究表明,观察组患者在血运再次重建、室性心律失常以及支架再次狭窄占总发生率 2.44%,心肌梗死后心绞痛以及死亡无发生等总发生率 7.32%、室性心血管事件的发生率低于对照组心血管事件的发生率与尚清爽的结果相符<sup>[15]</sup>。主要是由于对患者自身实际情况进行密切观察,通过对患者实施按摩缓解便秘、导尿接触排尿困难以及营造良好的居住和睡眠环境等措施,及时发现可能会危及患者潜在的不良外界因素,并采取相应的针对措施,将其清除,在一定程度上有助于降低不良事件的发生概率。

综上所述,对急性心肌梗死患者实施基于护理个案管理的全程心理干预,可达到缓解患者自身心室射血、改善心理状态、降低血运再次重建、室性心律失常以及支架再次狭窄等心血管等不良事件发生概率的效果,对于提升急性心肌梗死患者术后恢复、促进护理工作可持续发展具有重要意义。

#### 4 参考文献

- [1] 谷平平,娄小平,王倩,等.瑜伽运动方案对急性心肌梗死介入术后患者运动能力及焦虑、抑郁的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(3):361-365.
- [2] 刘艳萍,杨红蕾,丁艳丽,等.优化胸痛中心护理质量管理项目对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者救治质量的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(17):2204-2206.
- [3] 张茜,俞梦盈,郑贝贝,等.青壮年心肌梗死患者重返工作岗位影响因素及干预的研究进展[J].中华现代护理杂志,2020,26(35):4988-4993.
- [4] 束丹,张晓燕,仲雪贤.积极心理暗示对急性心肌梗死 PCI 术患者希望水平及自我管理能力的影 响[J].护理实践与研究,2019,16(24):53-55.
- [5] Brown AW, Allison DB. Letter to the Editor and Author Response of Assessment of a Health Promotion Model on Obese Turkish Children. The Journal of Nursing Research, 25(6), 436-446[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(5):373-374.
- [6] 王婕,岳燕蓉,刘敏慧,等.基于“积极心理学理论”的护理干预在纤维支气管镜肺泡灌洗患者中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(18):29-31.
- [7] 王轶文.全程无缝隙护理模式对维持性血液透析患者临床治疗效果及生存质量的影响[J].护理实践与研究,2018,15(11):49-50.
- [8] Zhang Q, Xiao S, Yan L, et al. Psychosocial Predictors of Adjustment to Disability Among Patients With Breast Cancer: A Cross-Sectional Descriptive Study[J]. Journal of Nursing Research, 2019, 27(2):1-7.
- [9] 陈睿,苏津,贾敬莎,等.心理危机多维度干预联合情景式健康教育在肺癌放疗患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(24):35-37.
- [10] 黄武艳.急性心肌梗死患者急诊 PCI 术中发生再灌注心律失常的影响因素与护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(11):58-60.
- [11] Vall B, Pivinen H, Holma J. Results of the Jyväskylä research project on couple therapy for intimate partner violence: topics and strategies in successful therapy processes[J]. Journal of Family Therapy, 2018, 40(1):63-82.
- [12] 罗慧,朱琼瑶,田礼义,等.基于临床护理路径的预防性护理在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后康复中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(1):66-68.
- [13] Reading RA, Safran JD, Origlieri A, et al. Investigating therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome.[J]. Psychoanalytic Psychology, 2019, 36(2):115-121.
- [14] 李雪仪,罗利霞,邝云娟.门诊随访配合健康教育对急性心肌梗死患者 PCI 术后心理状态及服药依从性的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(23):131-133.
- [15] 尚清爽.延续性个案管理在老年心肌梗死病人中的应用[J].护理研究,2019,33(5):863-866.

[2021-04-01 收稿]

(责任编辑 刘学英)

# 疾病管理临床路径在缺血性脑卒中患者护理中的应用

杨琦清 李艳芬 张春花 张意辉 周利丹

**【摘要】** 目的 探讨疾病管理临床路径在缺血性脑卒中患者中的应用效果。方法 选取2018年1月—2020年6月医院收治的120例缺血性脑卒中患者为研究对象,按照两组基础资料匹配的原则均分为观察组和对照组。对照组实施常规护理,观察组实施疾病管理临床路径干预,比较两组患者疾病管理行为水平、运动功能、神经功能、再入院率。结果 观察组生活管理、情绪管理及症状管理评分均高于对照组,运动功能评分、神经功能评分均优于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组再入院率低于对照组,但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 对缺血性脑卒中患者实施疾病管理临床路径干预,能提升其疾病管理行为水平,促进运动功能及神经功能恢复。

**【关键词】** 疾病管理;临床路径;缺血性脑卒中;应用;效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.015

缺血性脑卒中是指颅内颈动脉及椎动脉等供血动脉狭窄或闭塞导致脑供血不足,促使脑组织坏死而出现局灶性神经功能缺失的一种脑损伤疾病<sup>[1]</sup>。临床多表现为面瘫、语言不清、口角歪斜等症状,严重者会出现意识及感觉障碍,甚至危及生命<sup>[2]</sup>。多数患者伴有活动能力下降或丧失、偏瘫、运动性失语、认知障碍等症状,给家庭及社会带来沉重负担,严重影响患者生命质量<sup>[3-4]</sup>。随着护理学科的发展,临床护理目的不应局限于延续缺血性脑卒中患者生命,还应为患者提供护理知识及技能指导,提升疾病自我管理能力和改善生命质量<sup>[5]</sup>。有研究将疾病管理临床护理路径应用于高血压患者护理中,证实可有效提升患者疾病认知及自我管理技能,改善患者康复状态及生活质量<sup>[6]</sup>。基于此,本研究探讨疾病管理临床路径在缺血性脑卒中患者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年1月—2020年6月医院收治的120例缺血性脑卒中患者为研究对象,纳入条件:经CT、MRI确诊为缺血性脑卒中;无语言、听力障碍者;年龄 $\geq 18$ 岁;自愿参加并签署同意书。排除条件:脑出血患者;合并恶性肿瘤、听力障碍,伴有脑卒中病史;不配合研究者。按照两组基础资料匹配的原则将其分为观察组和对照组,每组60例。观察组男32例,女28例;年龄:20~75岁,平均 $47.32 \pm 5.61$ 岁;合并基础疾病:高血压18例,高

脂血症20例,糖尿病22例。对照组男30例,女30例;年龄:20~74岁,平均 $48.81 \pm 5.73$ 岁;合并基础疾病:高血压20例,高脂血症18例,糖尿病22例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

对照组患者实施常规护理,由责任护士为患者发放健康教育手册,做好饮食指导、环境护理、药物指导、出院指导、康复锻炼指导等。观察组实施疾病管理临床路径干预,具体操作方法如下:

1.2.1 建立护理小组 由护理专家1名、主治医师1名、护士长1名、主管护师2名、责任护士6名组成,明确组内成员工作职责,其中主治医师负责诊疗工作,护士长及主管护师负责护理干预质控,责任护士负责护理方案实施及资料收集。由护理专家对小组其他成员进行临床案例分析、健康管理理念、护理理论知识、实践操作技能等培训,培训完成后经统一考核方可正式加入该小组。

1.2.2 制订疾病管理临床路径方案 小组成员回顾性调查既往临床护理问题,结合临床工作经验、疾病特点、临床表现及基本资料等,查阅国内外相关文献,以缺血性脑卒中疾病管理为循证依据,组员以会议讨论形式制定疾病管理临床路径计划,护理专家采用德尔菲法向院外缺血性脑卒中疾病管理专家征询2轮意见,护理专家依据专家建议剔除或修改疾病管理临床路径内容,最终确定疾病管理临床路径方案。将该方案打印发放至病区护理人员,依据干预方案明确护士职责,将责任落实到个人,责任护士为患者实施疾病管理临床路径方案,具体内容见表1。

表 1 缺血性脑卒中疾病管理临床路径方案实施

路径	护理措施	反馈情况
入院当前	①病房环境：保持病房干净整洁、舒适，叮嘱家属勿室内吸烟；病房配备空调、热水器、紫外线杀菌仪、独立卫生间 ②检查评估：责任护士收集患者一般资料，包括年龄、受教育程度、生活方式、既往史、脑卒中危险因素、主诉、家庭收入、日常生活能力等，协助患者进行各项指标检查，如体格检查、实验室辅助检查、病史检查等，并采用神经功能缺损评分、洼田饮水试验、运动障碍量表等评估患者神经功能、吞咽功能、运动功能等；依据患者基本资料、检查结果、功能情况，与患者家属共同建立疾病管理档案及疾病管理目标 ③基础宣教：主动向患者及家属详细讲解病房设施、病区环境、医院医护水平、医院制度等；向患者发放疾病管理路径干预方案，耐心讲解疾病管理路径干预流程及干预内容，重点强调积极配合治疗重要性 ④用药：为患者详细讲解药物作用、用药事项及用药方法等，依据患者病情特点给予不同用药方案：a. 抗栓药，阿司匹林、氯吡格雷、华法林、利伐沙班、低分子肝素、西洛他唑、替格瑞洛；b. 高同型半胱氨酸血症，叶酸、维生素 B <sub>6</sub> 、维生素 B <sub>12</sub> ；c. 稳定斑块类药，阿托伐他汀、瑞舒伐他汀；d. 改善侧支循环丁苯酞；e. 合并疾病类药，降糖药、降血压药、镇静催眠药等	护理问题：  效果评价：  改进措施：  责任护士：
入院 2~5 d	①强化教育：采用疾病管理行为水平量表评估患者疾病管理行为，依据患者疾病管理行为水平，为患者制定疾病管理指导手册，以多媒体形式为患者及家属进行集中讲解疾病特点、疾病危害、基本症状、治疗方案、用药、饮食、功能康复等相关知识，并开通“脑卒中疾病管理”公众号，定期更新脑卒中康复相关保健知识，提醒患者及家属按时学习 ②饮食指导：评估患者营养状况及口味特点，制定个性化饮食计划，严格控制盐摄入量（低于 6g/d），戒烟酒，糖尿病患者控制糖摄入，忌辛辣、刺激等 ③心理护理：密切关注患者情绪变化，采用医院焦虑抑郁量表评估患者的焦虑、抑郁程度，为患者及家属讲解不良情绪对疾病康复危害，与患者家属共同分析负性情绪诱因，通过心理访谈、情绪转移法、放松疗法等形式进行针对性心理疏导 ④功能康复：a. 神经功能，神经电治疗仪、针刺等刺激神经系统；b. 运动功能，康复师负责被动功能运动（肢体屈、伸、旋前、旋后等运动），四肢联动康复训练仪训练，肢体按摩，监测血压及心率情况	护理问题：  效果评价：  改进措施：  责任护士：
入院 6~12 d	①康复拓展训练：在功能康复基础增加功能拓展训练，包括：a. 认知功能，记忆力训练、计算能力训练、逻辑思维训练、注意力及协调力训练等；b. 吞咽功能，呼吸训练、吞咽训练、吹气球训练等 ②检查评估：每周协助患者进行尿便常规、生化指标、血常规等项目复查；评估功能恢复、心理状况等，依据评估结果调整疾病管理干预计划	护理问题：  效果评价：  改进措施：  责任护士：
出院当天	①评估：采用运动功能障碍（Fugl-Meyer）量表、卒中神经功能评分（NIHSS）、卒中风险评分量表（ESRS）分别评估患者运动功能、神经功能及复发风险等，依据评估结果为患者制定院外疾病管理手册 ②出院指导：协助患者办理出院相关手续；为患者发放康复管理指导手册，嘱咐其参照手册内容进行康复训练、用药、识别脑卒中复发预警信号、饮食结构、生活方式、复查等；并建立病友交流群、主治医师及责任护士电话及微信等	护理问题：  效果评价：  改进措施：  责任护士：
院外管理	①随访指导，定期更新公众号卒中复发预防保健知识，主要包括疾病康复知识、饮食食谱、生活常识等；采用微信视频、电话随访、上门访视等形式了解患者院外用药、“三高”控制、康复锻炼及复查等外疾病管理落实情况，对其不足给予纠正指导，叮嘱家属协同监督，随访频次出院后 1 周、1 个月、2 个月、3 个月 ②质量控制：责任护士详细记录随访时间、随访内容、随访形式，及时上报患者居家管理问题，护士长每月检查随访落实情况，对院外管理不足予以纠正指导	护理问题：  效果评价：  改进措施：  责任护士：

1.3 观察指标

（1）疾病管理行为水平：采用疾病自我管理行为量表（CSMS）<sup>[7]</sup>，该量表包括日常生活管理、情绪知识管理、疾病管理 3 个维度，共 27 个条目，每个条目 1~4 分，总分 27~108 分，评分越高代表患者自我管理行为水平越高。

（2）再入院率：采用随访形式调查两组再入院情况，包含复发、并发症、继发疾病等入院原因，

再入院率 = （复发入院例数 + 并发症入院例数 + 继发疾病入院例数）/ 总例数。再入院率越高代表预后越差。

（3）功能恢复情况：采用运动功能障碍（Fugl-Meyer）量表评估运动功能<sup>[8]</sup>，满分 0~100 分，小于 50 分表示严重运动障碍，得分越高代表运动功能恢复越好；采用美国国立卫生研究院卒中神经功能评分（NIHSS）量表<sup>[9]</sup>，该量表满分为 0~42 分，



大于16分可能死亡,小于6分恢复良好,得分越高代表神经损伤越严重。

#### 1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计软件对数据进行处理,计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较行 $t$ 检验;计数资料组间率的比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组疾病管理行为水平比较

干预前,两组生活管理、情绪管理及症状管理

评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组生活管理、情绪管理及症状管理评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表2。

### 2.2 两组再入院率比较

干预后,观察组再入院率低于对照组,但差异无统计学意义( $P>0.05$ ),详见表3。

### 2.3 两组功能恢复情况比较

干预前,两组运动功能评分、神经功能评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组运动功能评分、神经功能评分均显著优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),详见表4。

表2 两组疾病管理行为水平比较(分)

指标	组别	例数	干预前	干预后
生活管理	对照组	60	17.28 $\pm$ 2.54	24.02 $\pm$ 2.48
	观察组	60	17.08 $\pm$ 2.08	26.33 $\pm$ 2.54
	$t$ 值		0.472	5.040
	$P$ 值		0.638	0.000
情绪知识管理	对照组	60	8.43 $\pm$ 0.87	11.88 $\pm$ 1.15
	观察组	60	8.50 $\pm$ 0.95	13.55 $\pm$ 1.32
	$t$ 值		0.421	7.389
	$P$ 值		0.675	0.000
症状管理	对照组	60	39.18 $\pm$ 2.98	45.67 $\pm$ 4.01
	观察组	60	39.02 $\pm$ 3.87	51.18 $\pm$ 3.72
	$t$ 值		0.254	7.803
	$P$ 值		0.800	0.000

表3 两组再入院率比较(例)

组别	例数	复发	并发症	继发疾病	再入院率(%)
对照组	60	2	3	2	11.67
观察组	60	0	1	0	1.67

$\chi^2=3.348$ ,  $P=0.067$ 。

表4 两组功能恢复情况评分比较(分)

指标	组别	例数	干预前	干预后
运动功能	对照组	60	84.25 $\pm$ 6.26	89.17 $\pm$ 6.72
	观察组	60	85.65 $\pm$ 5.16	94.72 $\pm$ 4.35
	$t$ 值		1.337	5.370
	$P$ 值		0.184	0.000
神经功能	对照组	60	9.43 $\pm$ 1.05	8.10 $\pm$ 0.88
	观察组	60	9.25 $\pm$ 1.01	5.28 $\pm$ 0.45
	$t$ 值		0.957	22.100
	$P$ 值		0.341	0.000

### 3 讨论

缺血性脑卒中是常由不良生活习惯、饮食习惯及合并基础疾病等因素导致颅内血管病变致脑组织坏死的一种慢性疾病,具有发病率高、死亡率高、复发率高、致残率高等特点<sup>[10]</sup>,发病后治愈难、预后差,且伴有吞咽障碍、语言障碍、运动障碍等严重并发症,严重影响患者生活质量<sup>[11-12]</sup>。有关研究表明<sup>[13]</sup>,缺血性脑卒中在长期有效的疾病管理方案指导下,可改善其疾病症状及临床预后,降低其复发或再入院风险。疾病管理理念是以患者康复为中心,通过分析康复不利因素、获取信息、并实施科学性疾病管理服务,帮助患者缓解或预防疾病症状,从而促进疾病康复及维持机体健康状态<sup>[14]</sup>。然而多数患者因缺乏疾病管理意识及技能,且部分患者受疾病影响存在焦虑、恐惧等负性情绪,导致治疗依从性低下,影响治疗及康复效果<sup>[15]</sup>。疾病管理临床路径干预属于一种以促进疾病康复为目标的临床护理模式,该模式以循证医学理论为依据,疾病管理服务为基础,依据患者不同时间段疾病康复情况,制定针对性康复管理计划,有助于护理计划更为有序且规范,提升患者护理效果<sup>[16]</sup>。

本研究干预后,观察组生活管理、情绪管理及症状管理评分均显著高于对照组,运动功能评分、神经功能评分均优于对照组。研究结果表明,疾病管理临床路径干预能显著提升缺血性脑卒中患者疾病管理行为水平,促进其运动功能及神经功能恢复。常规护理缺乏标准化、规范化干预措施,且内容单一不规范,导致整体康复效果不佳;疾病管理临床路径干预将不同阶段的细化措施贯穿于整个治疗及康复管理中,为患者提供计划性护理服务,充分调动护士工作积极性,确保护理工作有序展开,避免工作紊乱,优化临床护理质量。在功能改善方面,通过实施不同阶段的运动功能训练、神经功能训练、吞咽功能训练及认知功能训练,有助于刺激神经及认知功能兴奋,促进患者机体血液循环,增强机体免疫力及肢体肌力,促进其运动及神经等功能恢复;疾病管理行为及康复效果方面:通过对患者实施多形式健康宣教、心理护理、康复训练指导及用药指导、饮食指导等,可提升疾病管理意识及技能,改善其负性情绪,增强参与疾病管理积极性,进而提升患者疾病管理行为水平,改善其康复效果。

综上所述,对缺血性脑卒中患者实施疾病管理临床路径干预,能促进运动功能及神经功能恢复,提升其疾病管理行为水平。

### 4 参考文献

- [1] 刘伟,周正宏,康健,等.急性缺血性脑卒中睡眠呼吸暂停与早期神经功能恶化的相关性研究[J].中国医药,2020,55(7):717-720.
- [2] 朱菊蕊.标准化急性脑卒中急救护理流程在急性缺血性脑卒中患者中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(10):1307-1309.
- [3] 陈佳思,张慧,于萍,等.临床护理路径对老年高血压患者疾病控制及依从性的影响[J].基层医学论坛,2020,24(24):3541-3542.
- [4] 张振安.渐进性康复护理对缺血性脑卒中患者恢复的影响[J].医学理论与实践,2020,33(15):2577-2579.
- [5] 张秀波.应用护理专案提高缺血性脑卒中偏瘫患者肢体功能锻炼的依从性[J].护理实践与研究,2020,17(8):61-64.
- [6] 张隽.临床护理路径对缺血性脑卒中康复护理的应用效果观察[J].中国医药指南,2020,18(2):232-233.
- [7] 郑燕兰,简爱华,朱海引,等.临床护理路径对慢性阻塞性肺疾病患者生活活动能力及生活质量评分的影响[J].中国医药科学,2020,10(4):141-144.
- [8] 赵丽丽,唐明霞.康复临床路径结合团体心理疗法对缺血性脑卒中患者病耻感及日常生活、运动能力的影响[J].天津护理,2020,28(2):183-187.
- [9] 蔡玉屏,黄健桃,徐雪梅.整体护理干预在老年缺血性脑卒中恢复期患者中的应用[J].中国实用医药,2020,15(22):170-172.
- [10] Deng Yanglin, Wu Hui, Pu Xin, et al. Establishment and Application of Clinical Pathway Pharmacy Evaluation System in the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University[J]. Evaluation and Analysis of Drug Use in Chinese Hospitals, 2019, 19(1):83-86.
- [11] 胡昌盛,许星莹,张彩霞,等.缺血性脑卒中二级预防中医特色护理干预效果研究[J].护士进修杂志,2020,35(11):961-964,969.
- [12] Jin Y, Li H, Xu H, et al. Association of Tim-4 expression in monocyte subtypes with clinical course and prognosis in acute ischemic stroke patients[J]. International Journal of Neuroscience, 2019, 2(8):1-16.
- [13] 高明妍.临床护理路径在缺血性脑卒中康复护理中的应用分析[J].中国医药指南,2019,17(36):354-355.
- [14] 罗家昂,邹晋梅,杨静,等.互联网远程疾病管理对RA患者治疗依从性和疾病活动度的影响[J].西部医学,2020,32(5):740-744.
- [15] 林燕萍,黄悦蕾,叶颖颖,等.医疗团队资源管理模式对急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓时效性的影响[J].护理实践与研究,2020,17(14):110-112.
- [16] 王萍,王思杰,常海霞,等.缺血性脑卒中康复护理中临床护理路径的应用效果[J].中国医药导报,2020,17(10):177-180.

[2021-03-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 人文关怀联合早期床上脚踏车在机械通气患者护理中的应用

曾维兰 肖萍 魏玲

**【摘要】目的** 探讨人文关怀联合早期床上脚踏车在机械通气患者中的应用效果。**方法** 选择2019年9月—2020年9月重症监护病房(ICU)收治的行机械通气患者60例,按照组间基线资料匹配原则分为对照组和观察组,每组30例。对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上给予人文关怀联合早期床上脚踏车运动。比较两组机械通气时间、ICU住院时间、焦虑及抑郁评分和呼吸参数。**结果** 观察组机械通气、ICU住院时间短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组干预前焦虑、抑郁评分及二氧化碳分压、呼吸频率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组干预后焦虑、抑郁评分及二氧化碳分压、呼吸频率均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 采取人文关怀联合早期床上脚踏车干预可促进机械通气患者身心健康,改善心理状态及呼吸状况。

**【关键词】** 机械通气;人文关怀;床上脚踏车;心理状态;呼吸参数

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.016

机械通气是保障危重症患者获得有效救治的重要手段,患者被迫长时间镇静和约束,能减少非计划性拔管及跌倒坠床等风险<sup>[1]</sup>。但多项研究显示,长期卧床和制动会加重机械通气患者的心理和生理并发症,从而延长机械通气及住院时间,增加死亡风险<sup>[2-3]</sup>。因此,需采取合理有效的护理措施,以改善患者机体功能,促进疾病转归。床上脚踏车是一种卧姿状态下进行下肢锻炼的器械,机械通气患者可在不脱机情况下实现运动锻炼。人文关怀强调以患者为中心,要求护理人员在精神、心理层面给予患者安慰和关怀,达到与患者及家属治疗与情感上的共鸣<sup>[4]</sup>。本研究将人文关怀与早期床上脚踏车联合应用于机械通气患者中,取得满意效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年9月—2020年9月重症监护病房(ICU)收治的行机械通气患者60例,按照组间基线资料匹配原则分为对照组和观察组,每组30例。对照组男17例,女13例;年龄25~72岁,平均 $56.03 \pm 10.41$ 岁;病因:12例慢性阻塞性肺疾病急性发作,8例重症肺炎,10例心源性肺水肿伴糖尿病;急性生理与慢性健康(APACHE II)评分14~25分,平均 $18.13 \pm 2.42$ 分。观察组男16例,

女14例;年龄27~71岁,平均 $55.87 \pm 10.25$ 岁;病因:14例慢性阻塞性肺疾病急性发作,7例重症肺炎,9例心源性肺水肿伴糖尿病;急性生理与慢性健康(APACHE II)评分13~25分,平均 $18.54 \pm 2.26$ 分。两组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 入选及排除标准

纳入条件:预计机械通气时间 $\geq 7$  d;年龄 $\geq 18$ 岁;下肢肌力分级 $\geq$ Ⅲ级(肌力可对抗重力,但不能对抗阻力);患者及家属均自愿参与本研究。排除条件:昏迷状态、心动过缓、颅内压高需积极干预、接受静脉降压治疗者等;有精神病史,智力、认知、语言等障碍。

### 1.3 护理方法

**1.3.1 对照组** 给予常规护理:保持病房温湿度适宜,密切监测生命体征,保持呼吸道通畅,采取高床头、浅镇静等方式预防肺炎,每日评估导管留置必要性预防感染等;机械通气第2 d即开始早期床上活动,包括每2 h翻身拍背1次;按摩小腿腓肠肌、指导上肢屈伸活动,每次20 min,每天2次。**1.3.2 观察组** 在对照组基础上给予人文关怀联合早期床上脚踏车运动,具体措施如下:

(1)人文关怀:①环境管理。患者床头悬挂吉祥饰物,灯光定时开光,夜间使用床头灯;告知患者各种噪音来源,夜间减少刺激性治疗与护理;进食时播放轻缓音乐,分散患者对刺激的注意力。②规范护理行为。医护同组实施计划性护理操作,如采血、彩超、胸腔穿刺等诊疗工作尽量日间进行,吸痰护理于患者睡前操作;使用约束带者,护士交

基金项目:赣州市指导性科技计划项目(编号:GZ2020ZSF135)  
作者单位:341000 江西省赣州市人民医院(曾维兰,魏玲),  
江西省赣州市赣县区人民医院(肖萍)



接班时放松 1 次，并按摩四肢。③“6 个一服务”。患者每日更换 1 次病服；每日早晚播放 1 次舒缓音乐，每次 20~30 min；病室每日播放 1 次健康教育及康复锻炼视频；护士每班对昏迷、镇静患者进行 1 次抚触唤醒，对清醒患者问候握手；护士每日与家属沟通 1 次，征求并记录家属意见；患者睡前进行 1 次指压或按摩，每次 5~10 min，帮助入睡。

(2) 早期床上脚踏车：①锻炼计划：康复护士根据患者病情合理选择运动强度，意识清楚能配合者选用主动模式，患者自主踩踏练习；镇静程度评估表 (RASS) [5] 评分 -1~1 分、配合不良者选用无极模式，以脚踏车运转带动下肢运动。②操作步骤：患者保持卧位，下肢穿长筒袜，双下肢固定于脚踏车支具中，绑带扎紧，选定模式开始运动。运动过程中床旁监测呼吸、脉搏、心率、血压、血氧饱和度，出现异常情况立即停止运动。训练时间每天 2 次，每次 20~30 min。两组均干预 14 d。

1.4 观察指标

- (1) 机械通气时间及 ICU 住院时间。
- (2) 干预前后焦虑、抑郁评分：应用焦虑自评

量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) [6] 评估，两个量表均包含 20 项条目，采用 1~4 级计分法，标准分 = 各项目得分 × 1.25 后相加，评分范围 25~100 分，评分高，则焦虑、抑郁越严重。

(3) 干预前后呼吸参数：包括二氧化碳分压、呼吸频率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件分析数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组机械通气时间、ICU 住院时间比较

观察组机械通气、ICU 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 两组焦虑、抑郁评分比较

两组干预前焦虑、抑郁评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；观察组干预后焦虑、抑郁评分低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 1 两组机械通气时间、ICU 住院时间比较 (d)

组别	例数	机械通气时间	ICU 住院时间
对照组	30	10.12 ± 1.95	14.02 ± 2.54
观察组	30	8.86 ± 1.57	11.74 ± 1.32
<i>t</i> 值		2.757	4.363
<i>P</i> 值		0.008	0.000

表 2 两组焦虑、抑郁评分比较 (分)

组别	例数	焦虑		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	53.37 ± 7.40	38.79 ± 6.64	52.41 ± 6.94	37.55 ± 4.13
观察组	30	53.74 ± 7.03	31.54 ± 3.22	52.28 ± 7.36	33.26 ± 2.75
<i>t</i> 值		0.199	5.381	0.070	4.736
<i>P</i> 值		0.843	0.000	0.944	0.000

2.3 两组呼吸参数比较

干预前，两组二氧化碳分压、呼吸频率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组二

氧化碳分压、呼吸频率低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 3。

表3 两组呼吸参数比较

组别	例数	二氧化碳分压 (mmHg)		呼吸频率 (次/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	62.43 ± 4.84	56.68 ± 4.24	32.36 ± 3.31	24.27 ± 2.63
观察组	30	62.69 ± 4.55	52.37 ± 3.15	32.85 ± 3.42	21.04 ± 2.29
<i>t</i> 值		0.214	4.469	0.564	5.073
<i>P</i> 值		0.831	0.000	0.575	0.000

注: 1mmHg=0.133kPa。

### 3 讨论

机械通气患者开展早期康复锻炼受到诸多因素的限制,患者活动的可行性和安全性是较大阻碍。基于ICU病房无陪护环境及患者病情特殊性,患者携带管路较多,因此患者进行早期床边坐位、站立等早期康复活动时,需考虑患者耐受性问题,同时还需要大量医务人员协助,在目前医务人员紧缺情况下难以开展和推广<sup>[7-8]</sup>。而床上脚踏车无需改变患者卧位即可进行双下肢运动,既节约护士人力资源,同时保障患者早期活动安全。

本研究结果显示,观察组干预后机械通气、ICU住院时间短于对照组,焦虑、抑郁评分及二氧化碳分压、呼吸频率低于对照组,提示人文关怀联合早期床上脚踏车应用于机械通气患者能够缩短机械通气时间及ICU住院时间,改善患者焦虑、抑郁情绪及呼吸状况。机械通气患者因ICU环境、长期卧床、疾病因素、日夜颠倒等原因产生严重心理压力和心理应激反应,因此实施人文关怀对于改善患者身心健康显得尤为重要<sup>[9]</sup>。人文关怀是一种融合情感和认知的心理帮助过程,护士在实施护理操作过程中,主动关心患者,使其感受到医护支持,从而以良好心态面对疾病,促进康复。人文关怀从环境、家属探视、护理行为、日常服务等方面为机械通气患者营造温馨、和谐的住院环境,拉近护患关系,加强患者与家庭、护士之间的合作关系,改善患者焦虑、抑郁等症状,对疾病治疗产生正向作用。此外,在床上脚踏车使用过程中,若患者处于清醒状态,患者可通过肢体语言和护士进行沟通,表达自身锻炼感受,有利于提高患者安全感和配合度。为降低耗氧量,通常采取物理约束、镇静等方式使患者处于休眠状态,但长期卧床制动会使肌肉处于无负荷状态,减弱骨骼肌和各级肌肉收缩功能,导致呼吸肌无力而延长机械通气时间。早期床上脚踏车运动使患者双下肢得到锻炼,同时膈肌、肋间肌等均得到锻炼,促使其完成用力呼气和吸气,改

善呼吸系统功能,从而缩短机械通气时间<sup>[10]</sup>。

综上所述,人文关怀联合早期床上脚踏车对机械通气患者身心健康起到促进作用,可缩短机械通气及ICU住院时间,改善患者焦虑、抑郁状态及呼吸状况。

### 4 参考文献

- [1] 陈红,任小莉,程青虹,等.神经肌肉电刺激与早期被动活动对机械通气患者ICU获得性虚弱的影响[J].中国康复医学杂志,2018,33(2):146-150.
- [2] 魏丽丽,韩斌如.以护士为主导的早期活动方案在机械通气患者中的应用研究[J].中华护理杂志,2019,54(12):1765-1770.
- [3] 杨朗.ICU脑外伤昏迷患者发生肺部感染的影响因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2018,15(4):15-17.
- [4] 张克颖,齐壮丽,屈文丽,等.人文关怀护理及心理干预对机械通气患者康复的影响[J].河北医药,2019,41(21):3348-3351.
- [5] 杨雪,王喜今,姜玮,等.Richmond躁动镇静评分量表评估电休克治疗后谵妄的信度及效度[J].临床精神医学杂志,2016,26(2):86-88.
- [6] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [7] 饶巧莹,尹志勤,胡海红,等.常规护理联合早期活动对预防ICU机械通气患者谵妄的应用研究[J].中华全科医学,2017,15(9):1609-1611.
- [8] 欧寿六,何茹,杨元立,等.镇静唤醒结合早期活动指导在ICU机械通气患者中的效果及对机体免疫功能的影响[J].护理实践与研究,2020,17(9):46-48.
- [9] 王静净.早期活动联合体感音乐预防ICU机械通气患者ICU-AW护理研究[J].河北医药,2018,40(2):306-309,313.
- [10] 虞立,姜金霞.床上脚踏车联合被动关节活动在急性呼吸衰竭机械通气患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(21):2734-2738.

[2021-02-11 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 信息化医患互动平台管理对糖尿病患者血糖控制和治疗依从性的影响

柳秋丽 张婕 陈玉荣\*

**【摘要】目的** 探讨信息化医患互动平台管理对糖尿病患者血糖管理和治疗依从性的影响。**方法** 选取2019年7—12月入院的糖尿病患者91例为对照组,2020年1—6月入院的糖尿病患者91例为观察组。对照组出院时接受常规院外随访,观察组实施信息化医患互动平台管理,干预时间为3个月,比较两组干预前后自我效能、血糖控制效果、治疗依从性及生活质量。**结果** 干预后,观察组目标能力、突发事件应对能力、个人知行高于对照组,饮食控制、血糖监测、遵医用药、规律锻炼、足部护理、急症处理等方面依从性高于对照组,糖化血红蛋白(HA1c)、空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(2hFPG)水平较对照组下降,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 信息化医患互动平台管理可提高糖尿病患者自我效能及疾病治疗依从性,有效控制患者血糖,有利于患者预后。

**【关键词】** 信息化医患互动平台管理;糖尿病;血糖管理;治疗依从性

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.017

糖尿病流行病学特点为高患病率、高并发症率、高死亡率、低知晓率、低控制率、低治疗率,给患者及社会带来较大的经济及心理负担<sup>[1-2]</sup>。积极控制糖尿病患者血糖水平将有助于降低并发症发生率,改善预后,提高生活质量,而血糖控制受治疗依从性影响,糖尿病患者治疗依从性差是其血糖控制不好的主要原因之一<sup>[3-4]</sup>。糖尿病患者出院后由于缺乏专业性护理指导导致治疗依从性下降,从而影响血糖控制效果<sup>[5]</sup>。实施有效的随访将有助于提高患者自我效能及治疗依从性,从而改善患者预后<sup>[6]</sup>。信息化医患互动平台是通过信息平台,发现患者治疗过程中存在的问题及医疗管理中的不足,制定有效的改进措施,从而获得理想的护理效果<sup>[7]</sup>。为了使糖尿病患者获得及时、准确、快速、规范化的治疗以改善患者预后,本研究应用信息化医患互动平台对患者实施管理,获得理想的效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年7—12月入院的91例糖尿病患者为对照组,2020年1—6月入院的91例患者为观察组。纳入条件:符合2018年世界卫生组织公布糖尿病诊断标准;入组前未接受过抗血糖治疗;对本

次研究知情同意。排除条件:合并沟通功能异常、精神障碍、认知功能障碍或老年痴呆症;合并严重心、肝、肾等脏器功能异常;合并恶性肿瘤或其他内分泌系统疾病。对照组男45例,女46例;年龄18~75岁,平均 $42.5\pm3.8$ 岁;病程1~15年,平均 $5.2\pm1.2$ 年;学历:小学10例,初中15例,高中35例,大专31例。观察组男47例,女44例;年龄18~76岁,平均 $42.9\pm3.5$ 岁;病程1~17年,平均 $5.8\pm1.4$ 年;学历:小学10例,初中16例,高中32例,大专33例,两组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 接受糖尿病常规性护理,即指导患者合理用药、科学饮食,协助患者做好日常生活护理,帮助患者制定健康目标计划书,明确饮食控制的重要性及必要性。接受常规院外随访,随访时间为3个月,随访方式为电话随访,随访频次为2周1次,每次30 min,随访内容包括指导科学饮食、合理用药、运动锻炼等内容,鼓励患者提出问题并对患者进行详细讲解,增强治疗信心。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上实施信息化医患互动平台管理,具体措施如下:

(1) 建立糖尿病信息化管理小组:由内分泌科护士、信息中心工作人员、设备科工作人员等多个部门组成,小组根据血糖信息化管理系统(IGMS)及血糖数据制定个人化血糖管理措施。

(2) 糖尿病信息化管理内容:信息化管理小组采用北京华益软件公司开发的IGMS软件对患者实

基金项目:河南省医学科技攻关项目(编号:2018020734)

河南省医学科技攻关项目(编号:2018020730)

河南省医学科技攻关项目(编号:LHGJ20190982)

作者单位:450000 河南省郑州市第一人民医院航海东路社区卫生服务中心

\*通讯作者



施信息化管理,入院后后信息化管理小组应用智能血糖仪监测患者血糖,IGMS、智能血糖仪与本院医院信息系统(HIS)对接,从HIS中获取住院相关信息,将信息下载到智能血糖仪中,在血糖测量前,护士可通过智能血糖仪在床旁扫描患者手腕条形码进行身份识别及确认。血糖测完后,智能血糖仪可将患者血糖信息同步到内分泌科IGMS系统中,由信息化管理小组对上传数据进行归类及存档。信息化管理小组可通过IGMS系统中可查阅患者基本病史信息、饮食情况、疾病性质、用药情况、住院期间各时段血糖波动图形及血糖不良事件。血糖管理小组在IGMS系统设定低血糖及高血糖阈值,当血糖低于或高于所设定阈值,IGMS系统界面便立即弹出个人信息并发出警报声音。此时,由血糖管理小组根据患者年龄、饮食状况、疾病性质、血糖值给出个体化建议,包括饮食建议、胰岛素使用量及方案,由内分泌科医师接收并执行建议医嘱。对于高血糖及病情复杂患者,由糖尿病管理小组邀请相关专家进行床旁会诊。

(3) 医患互动:血糖管理小组在患者入院时指导其在手机中安装IGMS手机APP版,患者每天可登陆IGMS系统将自己疑问、饮食、用药、运动锻炼等情况通过图片、文字等方式上传至主治医师诊疗系统中,主治医师会根据患者情况制订有效的治疗方案。由信息化管理小组在患者出院后对其进行为期3个月微信或电话随访,随访期间了解软件使用情况及居家期间血糖管理情况,耐心回答提出的问题。

### 1.3 观察指标

(1) 自我效能:采用自我效能感量表(GSES)<sup>[8]</sup>进行评价,量表包括目标能力(3条目)、个人知信行(3条目)、突发事件应对能力(4条目)等3个维度,共10个维度,每个维度采用1~4级评分,分值越高提示自我效能评分越高。

(2) 治疗依从性:应用自拟的《糖尿病患者治疗依从性量表》评价患者治疗依从性,量表包括饮食控制、血糖监测、遵医用药、规律锻炼、足部护理、急症处理等项目,患者可根据自身情况选择依从、一般、不依从。

(3) 血糖水平:记录两组干预前后糖化血红蛋白(HA1c)、空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(2hFPG)。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0数据软件对相关数据进行统计学分析,计数资料组间率的比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用成组 $t$ 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者干预前后自我效能评分比较

干预前,两组目标能力、个人知信行、突发事件应对能力比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组目标能力、个人知信行、突发事件应对能力高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者干预前后自我效能评分比较(分)

组别	例数	目标能力		个人知信行		突发事件应对能力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	91	5.54 $\pm$ 1.65	10.34 $\pm$ 2.17	5.67 $\pm$ 1.74	10.90 $\pm$ 2.21	8.48 $\pm$ 1.45	12.00 $\pm$ 1.47
对照组	91	5.75 $\pm$ 1.67	7.17 $\pm$ 1.74	5.63 $\pm$ 1.57	7.19 $\pm$ 1.61	8.39 $\pm$ 1.30	10.19 $\pm$ 1.40
$t$ 值		0.853	10.872	0.163	12.944	0.441	8.506
$P$ 值		0.395	0.000	0.871	0.000	0.660	0.000

### 2.2 两组患者治疗依从性比较

观察组饮食控制、血糖监测、遵医用药、规律锻炼、足部护理、急症处理等方面依从性高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患者干预前后血糖相关指标比较

干预前,两组HA1c、FBG、2hFPG水平比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组HA1c、FBG、2hFPG水平较对照组下降,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表 2 两组患者治疗依从性比较（例）							
组别	例数	饮食控制 依从性	血糖监测 依从性	遵医用药 依从性	规律锻炼 依从性	足部护理 依从性	急症处理 依从性
观察组	91	88	85	88	87	88	90
对照组	91	74	75	75	74	76	78
$\chi^2$ 值		11.010	5.170	9.931	9.097	8.878	11.143
$P$ 值		0.001	0.023	0.002	0.003	0.003	0.001

表 3 两组患者干预前后血糖相关指标比较							
组别	例数	HAbc（%）		FBG（mmHg）		2 hFPG（mmHg）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	91	9.45 ± 1.02	6.78 ± 0.81	10.41 ± 1.45	6.12 ± 1.11	7.58 ± 1.11	6.02 ± 0.98
对照组	91	9.50 ± 0.96	7.92 ± 1.03	10.38 ± 1.36	7.96 ± 1.26	7.62 ± 1.21	7.10 ± 1.32
$t$ 值		0.340	8.299	0.144	10.453	0.232	6.267
$P$ 值		0.734	0.000	0.886	0.000	0.816	0.000

3 讨论

3.1 信息化医患互动平台管理对糖尿病患者自我效能的影响

自我效能是指个人对自身是否有能力完成某一行为的信心及期望，是个人对自我行为能力的认知及评价，提高自我效能，将有助于增强患者治疗信心，改善遵医行为，提高治疗效果，有利于血糖管理及控制<sup>[9-10]</sup>。信息化医患互动平台管理是将信息化技术与临床血糖管理相结合的管理，能帮助医护人员动态了解血糖情况，加强患者与医护人员间的沟通及交流，有助于更好地了解患者疾病情况及个人护理需求，制定有效的个体化干预方案<sup>[11]</sup>。由于信息化医患互动平台的建立可起到监督患者执行良好行为习惯及强化教育的作用，正确认识疾病，从而增强患者自我效能<sup>[12]</sup>。结果显示，干预后观察组目标能力、个人知信行、突发事件应对能力高于对照组（ $P<0.05$ ）。

3.2 信息化医患互动平台管理对糖尿病患者治疗依从性的影响

治疗依从性是指患者饮食、用药、生活方式等行为改变与健康教育或医学建议一致的程度，患者治疗依从性水平越高越有利于采取积极的方式应对疾病，有利于康复<sup>[13]</sup>。由于信息化医患互动平台管理在患者身份识别、落实临床血糖危急值管理方面更加便捷、可行，帮助患者更好地实现糖尿病安全

目标管理，提高治疗依从性。结果显示，观察组饮食控制、血糖监测、遵医用药、规律锻炼、足部护理、急症处理等方面依从性高于对照组（ $P<0.05$ ），结果与杨雪等<sup>[14]</sup>一致。

3.3 信息化医患互动平台管理对糖尿病患者血糖控制的影响

信息化医患互动平台管理通过运用联网血糖监测设备，组建专科团队等方式对糖尿病患者实施血糖标准化管理，与传统血糖管理相比，信息化血糖管理通过收集患者血糖数据并及时将数据上传，根据血糖控制情况制订个体化治疗方案，有助于患者血糖控制。结果显示，观察组干预后 HAbc、FBG、2 hFPG 水平较对照组下降（ $P<0.05$ ）。

总之，信息化医患互动平台管理可提高糖尿病患者自我效能及疾病治疗依从性，有效控制血糖，有利于预后。

4 参考文献

[1] 张晓华,李琳,刘楠,等.强化血糖管理配合个性化康复护理对糖尿病患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(1):118-120.

[2] 周蒙蒙,龚放,赵锡丽,等.重庆地区医院信息化血糖管理监测数据分析[J].重庆医科大学学报,2020,45(3):415-419.

[3] 周健,贾伟平.血糖监测技术在糖尿病管理中的作用及需要注意的问题[J].中华内科杂志,2018,57(4):233-236.

[4] 孙姐姐,宋润珞,王宏运,等.基于云智能系统对 2 型

# 医护一体化干预应用于内镜下胃息肉黏膜切除术对患者负性情绪、术后康复及并发症的影响

胡梦玲 魏建红\*

**【摘要】目的** 探讨医护一体化干预应用于内镜下胃息肉黏膜切除术患者对负性情绪、术后康复及并发症的影响。**方法** 选取2018年6月—2020年6月无锡市人民医院收治的内镜下胃息肉黏膜切除术患者120例,按照组间基线资料匹配原则均分为观察组与对照组。对照组给予常规干预,观察组给予医护一体化干预,比较两组患者负性情绪、术后康复及并发症情况。**结果** 观察组SAS评分、SDS评分均低于对照组,术后康复情况优于对照组,并发症发生率低于对照组;差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 医护一体化干预应用于内镜下胃息肉黏膜切除术患者,可缓解其负性情绪,改善其术后康复效果,降低并发症发生率。

**【关键词】** 医护一体化干预;胃息肉;内镜下黏膜切除术;负性情绪;术后康复;并发症

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.018

胃息肉属于临床消化系统疾病之一,在早期并无明显临床症状,息肉较大时,患者会出现上腹部隐痛、腹胀、反酸或打饱嗝等表现,少数患者会出现恶心、呕吐等症状<sup>[1-2]</sup>。该病主要治疗手段包括内镜治疗、药物治疗与手术治疗,而临床手术中常用术式为内镜下黏膜切除术,该术式能同时完成病理组织完整获取与病变组织完整切除,且与传统术式相比较,内镜下黏膜切除术有创伤较小、并发症较少等优势,因而应用较为广泛<sup>[3]</sup>。但由于患者疾病严重程度、个人体质差异较大,导致部分患者在术后会出现恶心呕吐、出血等表现,再加上手

术对机体造成应激障碍,若术后患者不给予有效干预,难以取得良好治疗效果,因此临床干预显得尤其重要<sup>[4-5]</sup>。医护一体化指将医生、干预人员看成一个整体,共同商讨,制定患者的治疗与干预流程,并完成流程内的各项工作,从而促进术后患者康复进程,提高临床干预质量<sup>[6]</sup>。为探究该干预模式对内镜下胃息肉黏膜切除术患者的效果,本研究对医院收治的内镜下胃息肉黏膜切除术患者实施医护一体化干预,并比较两组患者负性情绪、术后康复及并发症的情况。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年6月—2020年6月无锡市人民医

作者单位:214000 江苏省无锡市人民医院消化内科  
\*通讯作者

糖尿病患者院外血糖管理的效果研究[J].中国糖尿病杂志,2017,25(9):796-799.

[5] 沈艳军,田亚强,李明,等.实时动态血糖监测在1型糖尿病门诊管理体系中的应用[J].中华内分泌代谢杂志,2017,33(5):367-371.

[6] 梁玮,赵慧华.住院患者院内血糖管理现状与探讨[J].护士进修杂志,2017,32(23):2132-2135.

[7] 秦亚丽,李建平.血糖信息化管理系统对院外糖尿病患者血糖监测效果及血糖指标的影响[J].海军医学杂志,2019,40(4):336-339.

[8] 陈欣悦,袁晨曦,张红梅,等.自我效能在2型糖尿病患者D型人格与自我管理间的中介效应[J].中国健康心理学杂志,2020,28(2):194-198.

[9] 陆晔,王金萍,陈静.糖尿病专科护士应用移动互联网技术在糖尿病患者中的管理效果研究[J].护理实践与研究,2019,16(2):63-65.

[10] 马宁,朱东林,王锐,等.院内血糖管理前后血糖监测数据分析及效果研究[J].河北医药,2017,39(24):3747-3750.

[11] 黄乐春,郑敏.智能血糖管理软件对糖尿病患者自我管理效能的影响[J].检验医学与临床,2019,16(2):241-243.

[12] 刘颖.信息化管理在院内2型糖尿病患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2020,17(12):65-67.

[13] 黄新梅,刘军,吕飞舟,等.“医院信息化血糖管理”对围手术期糖尿病患者的影响[J].中华内分泌代谢杂志,2018,34(9):768-772.

[14] 杨雪,董其娟,于江红,等.血糖信息化管理系统对2型糖尿病患者治疗效果及自我管理能力的分析[J].中国现代医学杂志,2018,28(9):81-84.

[2021-03-20 收稿]

(责任编辑 肖向莉)



院收治的内镜下胃息肉黏膜切除术患者 120 例,按照组间基线资料匹配原则均分为观察组与对照组,每组 60 例。对照组男 32 例,女 28 例;年龄 30~65 岁,平均  $43.38 \pm 10.67$  岁;息肉直径 1~4cm,平均  $2.15 \pm 0.46$ cm;息肉部位:胃体 12 例,胃窦 33 例,胃底 15 例;病理分型:腺瘤性息肉 23 例,炎症性息肉 18 例,增生性息肉 12 例,神经内分泌肿瘤 7 例。观察组男 35 例,女 25 例;年龄 30~68 岁,平均  $43.65 \pm 10.11$  岁;息肉直径 1~4cm,平均  $2.28 \pm 0.54$ cm;息肉部位:胃体 10 例,胃窦 32 例,胃底 18 例;病理分型:腺瘤性息肉 24 例,炎症性息肉 16 例,增生性息肉 13 例,神经内分泌肿瘤 7 例。纳入条件:均经临床确诊为胃息肉,且行内镜下黏膜切除术治疗;临床资料完整,且具备正常交流能力;均知情并签署同意书。排除条件:存在严重颈、胸椎畸形;合并心、脑或肾等重要脏器疾病;伴随精神、心理疾病;存在凝血功能障碍、血液病;近期内口服抗凝或抗血小板药物;治疗依从性较差,不愿配合。本研究经医院伦理委员会批准通过。两组一般资料的差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

## 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 行常规干预,其内容为在手术前,协助患者完成各项检查,并对其病情进行评估,向患者及其家属讲明手术相关注意事项,引导并监督患者禁食、禁水;加强与患者交流,了解其心理需求,缓解其心理压力;在手术结束后,向患者介绍手术相关并发症及其预防手段,引导并监督患者术后用药,确保患者每日定时、定量用药。

1.2.2 观察组 在常规干预基础上行医护一体化干预,主要内容如下:

(1) 组建医护一体化干预小组:医护一体化干预小组对患者术后干预流程进行讨论与制定。干预小组成员由护士长、干预人员、责任医师以及麻醉师等人员组成,其中护士长 1 名、科室护士 5 名、责任医师 2 名、麻醉师 2 名,共有 10 名人员;其中由护士长担任干预小组组长,并由科室主任作为干预小组顾问,与小组成员一同讨论、制订临床干预方案,与常规干预方案进行对比,寻找漏洞并修正;干预方案的流程主要包括术前访视、术中配合与术后干预,按照患者实际情况进行调整。

(2) 术前访视:在术前 1 d,护士长安排科室护士、责任医师到病房内进行访视,向患者及其家属介绍手术目的与方式、息肉相关知识等内容,让患者知晓胃息肉是可治愈的,并向其重点说明实施手术的必要性、手术的安全性等,尽可能改善其不

良心理,同时小组成员向患者介绍一些疾病成功治愈的病例,或邀请一些疾病成功治愈的患者通过网络等媒介分享自己的经历、经验,使患者对手术充满信心,提高治疗依从性;嘱咐患者开始进流质食物,麻醉前禁食、禁水;医护人员协助患者完善血常规、血生化、凝血功能、超声心动图等相关检查。

(3) 术中配合:干预小组成员备好手术相关器械、药品等,协助患者采取相应手术体位;接好生命体征监测仪器,在手术过程中,小组成员密切关注患者生命体征,若存在异常情况,则尽早告知医生,以免出现意外;小组成员在术中积极、主动地配合好主治医生的各项工作,并做好术中患者的药物使用、样本采取和送检等。

(4) 术后干预:手术结束后将患者送至病房,给予鼻导管吸氧、生命体征监测等,并与临床责任人员完成交接任务;及时观察患者病情,以免出现并发症,同时做好防范工作;并按照其术后观察结果,安排好患者的进食时间、进食种类等。在患者排气后可给予其少量流质食物,待其肠道功能恢复后,可逐步恢复少量半流质食物,在术后 6~8 d 恢复普通饮食;在患者禁食、少量饮食期间,医护人员注意给予患者静脉补液,保证电解质与营养物质摄入;在恢复正常饮食后,饮食多以低渣、温和、易消化食物为主,尽可能少食多餐;根据患者个人情况多摄入高纤维素食物、新鲜蔬果等,确保营养均衡,保障食物品种多样化,以便充分发挥食物间营养物质互补特性;在日常生活中,叮嘱患者注意休息,劳逸结合,并保持积极、乐观的生活态度,配合术后检查与反馈等。

(5) 注意事项:术后患者可能会出现疼痛、发热、恶心呕吐、呃逆等,具体应对措施如下:若患者出现疼痛,叮嘱其杜绝用力活动,在必要时进行肌肉注射镇痛药,如吗啡、哌替啶等,缓解其疼痛;若患者出现发热现象,让患者不必惊慌,术后轻度发热极为常见,体温一般  $\leq 38^{\circ}\text{C}$ , 3~5 d 后即可恢复正常;若患者持续发热 1 周以上或体温  $> 38^{\circ}\text{C}$ , 干预人员及时告知医生,尽快采取治疗措施;若患者出现恶心、呕吐现象,干预人员要注意观察患者情况,防止患者误吸;存在严重腹胀者,干预人员可进行持续性胃肠减压;若患者出现呃逆现象,干预人员可选择压迫眶上神经、短时间内吸入二氧化碳、注射镇静药物或针刺等方式。

## 1.3 观察指标

(1) 焦虑和抑郁:选择焦虑自我量表 (SAS) 和抑郁自我量表 (SDS) 对两组患者干预前后的负

性情绪进行评分,其中SAS量表标准分<50分表示无焦虑,50~59分表示轻度焦虑,60~69分表示中度焦虑,>69分表示重度焦虑;SDS量表标准分<53分表示无抑郁,53~62分表示轻度抑郁,63~72分表示中度抑郁, $\geq 73$ 分表示重度抑郁<sup>[7]</sup>。

(2)术后康复情况:肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间以及住院时间,用来评价术后康复情况。

(3)并发症:观察出现迟发性出血、穿孔等并发症情况。

#### 1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件对此次研究进行数据分析,计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验;计数资料组间率比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者负性情绪评分比较

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

表1 两组负性情绪评分比较

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	58.76 $\pm$ 6.57	44.36 $\pm$ 3.26	58.70 $\pm$ 6.39	42.16 $\pm$ 3.57
观察组	60	59.12 $\pm$ 5.85	36.33 $\pm$ 2.89	58.64 $\pm$ 6.50	37.68 $\pm$ 3.16
$t$ 值		0.317	14.277	0.051	7.279
$P$ 值		0.752	0.000	0.959	0.000

### 2.2 两组患者术后康复情况比较

观察组术后康复情况优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患者并发症发生率比较

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

表2 两组术后康复时间比较(d)

组别	肠鸣音恢复时间	首次排气时间	首次排便时间	住院时间
对照组( $n=60$ )	1.65 $\pm$ 0.25	2.10 $\pm$ 0.23	2.78 $\pm$ 0.63	13.98 $\pm$ 2.18
观察组( $n=60$ )	1.02 $\pm$ 0.10	1.33 $\pm$ 0.20	2.15 $\pm$ 0.25	6.50 $\pm$ 1.17
$t$ 值	18.124	19.569	7.200	23.418
$P$ 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组并发症发生率比较

组别	例数	迟发性出血	穿孔	并发症发生率(%)
对照组	60	8	4	20.00
观察组	60	2	0	3.33

$\chi^2=8.086, P=0.004$ 。

## 3 讨论

胃息肉为胃黏膜上皮细胞凸入胃内而引起的隆起性病变,多属于良性,但也具有恶变倾向,且少

数胃息肉会导致患者消化道出血、幽门梗阻等并发症,因此需进行治疗,以保障患者生命安全<sup>[8-9]</sup>。临床上常采用内镜下黏膜切除术对胃息肉患者进行治疗,该术式应用较广泛、安全性较高,导致医护

人员对术后患者情绪变化、应激障碍等风险不会特别重视,极易导致患者在术后出现严重并发症,影响其预后效果,严重者可加重病情<sup>[10]</sup>。临床认为胃息肉病因可能与炎症性病变、遗传易感性等因素有关,需要患者在日常生活中主动规避风险,因此需提高其相关认知,以有效避免再次出现胃息肉<sup>[11]</sup>。医护一体化干预的主旨是以患者为核心,医护人员共同探讨、努力,最大限度地满足患者需求,该干预模式重在两个工种的通力合作,在一定程度上增强了医生、干预人员之间的联系,同时对于干预过程中存在的问题能够及时分析,进而制定出应对措施,从而提高临床干预质量<sup>[12]</sup>。此外,通过医护一体化干预提高患者对疾病的认知,自我预防疾病<sup>[13]</sup>。

在本研究中,观察组 SAS 评分、SDS 评分均低于对照组( $P<0.05$ )。表明医护一体化干预可有效降低患者负性情绪评分,原因主要为医护一体化干预在术前对患者进行访视,对患者身体状态、心理状态进行评估,解决其关于手术的疑问,并进行开导,以改善其心理状态;并向患者介绍手术、疾病相关知识与注意事项等,尽可能地消除其负性情绪<sup>[14]</sup>。本研究中,观察组术后康复情况优于对照组( $P<0.05$ ),可见医护一体化干预可有效促进患者术后情况康复进程,加快其肠胃功能恢复,促进首次排气与首次排便等,原因主要为医护一体化干预能够给予患者较为全面的整体性干预,会针对其现存问题加强干预强度,同时在干预过程中医护人员会结合患者病情而制定出干预方案,从而给患者更具针对性的干预措施。同时该干预方式实施过程中,医生、干预人员共同实施干预措施,分析并总结干预过程中遇到的难点与重点,并据此为患者制订出更具针对性的措施,逐渐改善临床干预模式,从而促进患者术后康复进程。此外,观察组并发症发生率较对照组低,表明医护一体化干预可减少迟发性出血、穿孔等不良事件的发生,原因主要为医护一体化将医生与干预人员归为一个整体,两者共同协作,培养彼此之间的默契,从而提高干预质量。同时术前、术后医护人员都会对患者进行健康教育,讲明在术后可能会出现不良情况,如发热、恶心呕吐等,并提出针对性解决措施,加强患者对自身疾病、术后并发症预防等知识的掌握,从而降低迟发性出血、穿孔等并发症发生率<sup>[15]</sup>。

综上所述,医护一体化干预应用于内镜下胃息肉黏膜切除术患者中,可有效缓解其焦虑、抑郁等负性情绪,缩短患者肠鸣音恢复、首次排气及首次排便时间,促使其尽早出院,并减少并发症发生。

#### 4 参考文献

- [1] 陈春燕,朱海杭.胃息肉发生的相关影响因素的研究进展[J].医学综述,2018,24(3):543-547.
- [2] 朱雅芳,孙小军,胡剑浩.医护一体化护理在胃息肉行内镜下黏膜切除术患者中的应用效果[J].中华全科医学,2019,17(6):1062-1064.
- [3] 孙建明,高元平,郝卫刚,等.内镜下黏膜切除术治疗胃肠道息肉对患者红细胞免疫功能、炎症因子的影响分析[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(10):1146-1149.
- [4] 高元平,郝卫刚,王轶佳,等.内镜下黏膜切除术对胃肠道息肉患者红细胞免疫功能和炎症细胞因子的影响[J].胃肠病学,2019,24(6):366-368.
- [5] 房丽,张文.内镜下黏膜切除术治疗胃息肉临床护理模式进展[J].武警后勤学院学报(医学版),2019,28(2):81-84.
- [6] 张芬,刘持年,王均宁.基于“阳化气,阴成形”探讨胃息肉疾病的中医证治[J].天津中医药大学学报,2019,38(3):234-236.
- [7] 孙燕.内镜下 EMR 术后结合中药治疗胃息肉的疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(8):645-648.
- [8] 何金龙,陈磊,代剑华,等.10137 例胃息肉的临床及病理特征分析[J].第三军医大学学报,2018,40(3):248-254.
- [9] 陈湘,黄思霖,陈继华,等.圈套器冷切除术在治疗胃息肉中安全性与有效性的回顾性队列研究[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(12):1374-1378.
- [10] 赵淑珍,郑琳琳,崔艳艳,等.分析个性化护理干预应用于老年住院患者内镜下息肉切除术肠道准备中的实际价值[J].结直肠肛门外科,2018,24(S2):219-220.
- [11] 何玲.预见性护理在急性胃穿孔患者单纯修补术后护理中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(1):99-100.
- [12] 杨金红,高迎香,王凤霞,等.医护一体化病情告知对癌症化疗患者焦虑抑郁和生活质量的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(6):533-538.
- [13] 卢嘉臻,吴贺华,董俊,等.内镜治疗胃息肉术后迟发性出血效果研究[J].东南国防医药,2019,21(4):411-413.
- [14] 俞媛洁,谭诗云.老年人单发胃息肉的病例特点与内镜下治疗效果分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2018,27(5):523-526.
- [15] 贺利影,吴学勇,吴伟.胃息肉内镜下钳夹活检与电切术后组织病理诊断结果的差异[J].解放军预防医学杂志,2019,37(9):188-189,195.

[2021-03-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)



# 预处理血压对急性缺血性脑卒中静脉溶栓患者预后影响的 Meta 分析

董湘萍 陈立芳 尚倩倩 徐朝霞 左家财\*

**【摘要】** 目的 评价预处理血压对急性缺血性脑卒中 (AIS) 静脉溶栓患者预后的影响。方法 计算机检索 PubMed、EMbase、The Cochrane Library、Clinical Trial、中国知网、万方、维普、中国生物医学数据库数据库中关于预处理血压对 AIS 静脉溶栓患者预后影响的文献,检索时限为建库至 2019 年 4 月。两位研究者独立进行文献筛选,数据提取及文献质量评价。RevMan 5.3 进行 Meta 分析。结果 共纳入 7 项研究,血压预处理组 4257 例,指南标准组 5275 例。Meta 分析结果显示,90 天改良 Rankin 量表 (mRS) 评分 (0~2)、90 天病死率、症状性颅内出血 (sICH) 率,预处理血压组与指南标准组比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。出血转化率,预处理血压组优于指南标准组,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 预处理血压对 AIS 静脉溶栓预后可能产生有利影响,仍需大样本多中心的随机对照试验加以验证。

**【关键词】** 预处理血压;急性缺血性脑卒中;静脉溶栓;预后;Meta 分析

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.019

**Meta-analysis of the effect of pretreatment blood pressure on the prognosis of patients with acute ischemic stroke intravenous thrombolysis** DONG Xianping, CHEN Lifang, SHANG Qianqian, XU Zhaoxia, ZUO Jiakai (Mianyang Central Hospital, Mianyang, 621000, China)

**【Abstract】 Objective** To evaluate the effect of pretreatment blood pressure on the prognosis of patients with acute ischemic stroke(AIS) intravenous thrombolysis was as the study subject. **Methods** A computer search was conducted on the literature on the effect of pretreatment blood pressure on the prognosis of patients with AIS intravenous thrombolysis in the PubMed, EMbase, The Cochrane Library, Clinical Trial, CNKI, Wanfang, Weipu, and China Biomedical Database. The search time limit was from the establishment of the database to April 2019. Two researchers independently carried out literature screening, data extraction and literature quality evaluation. Meta analysis was performed on RevMan 5.3. **Results** A total of 7 studies were included, including 4,257 cases in the pretreatment blood pressure group and 5,275 cases in the guideline standard group. Meta-analysis showed that the 90-day modified Rankin scale (mRS) score (0~2), 90-day mortality, and symptomatic intracranial hemorrhage (sICH) rate were not statistically different between the pretreatment blood pressure group and the guideline standard group ( $P>0.05$ ). For bleeding conversion rate, the pretreatment blood pressure group was better than the guideline standard group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Pretreatment of blood pressure may have a beneficial effect on the prognosis of AIS intravenous thrombolysis, which still needs to be verified by a large-sample multi-center randomized controlled trial.

**【Key words】** Pretreatment blood pressure; Acute ischemic stroke; Intravenous thrombolysis; Prognosis; Meta analysis

随着我国人口老龄化的增加,脑卒中患病人数正在快速增长,我国每年新发脑卒中患者约为 200 万人,缺血性脑卒中占 70%<sup>[1]</sup>。急性缺血性脑卒中 (AIS) 的治疗方法包括药物溶栓和机械取栓<sup>[2]</sup>。AIS 发病 4.5 h 内通过静脉注射重组组织型纤维溶解

酶原激活剂 (rt-PA) 进行溶栓已被国内外众多专家的认可与推荐,使得 AIS 早期治疗成功率提高<sup>[3-4]</sup>。然而,静脉内使用 rt-PA 进行溶栓治疗 AIS 血压 (BP) 最佳控制仍然存在争议<sup>[5]</sup>。急性期高血压被证实是不良预后的独立危险因素,指南推荐 BP <185/110 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),方可用 rt-PA 进行溶栓治疗;但 BP 降低的确切程度尚不清楚。有研究<sup>[6-7]</sup>显示,接受静脉溶栓的 AIS 患者,在 24 h 内给予预

基金项目:四川省卫生健康委员会科研课题(编号:20PJ262)

作者单位:621000 四川省绵阳市中心医院神经内科

\* 通讯作者

处理血压,结果发现降压组病死率及6个月时的不良预后较对照组明显减少,差异有统计学意义。然而,另外有研究呈现不良预后的结果。因此,针对静脉溶栓患者BP水平与预后关系的研究结论不一致。本研究收集预处理BP对AIS中静脉溶栓患者预后影响的文献进行Meta分析,客观评价预处理血压对急性缺血性脑卒中(AIS)静脉溶栓患者预后影响,为临床指导溶栓后急性期血压管理提供证据支持。

## 1 资料与方法

### 1.1 检索策略

计算机检索PubMed、EMbase、The Cochrane Library、Clinical Trial、中国知网、万方、维普、中国生物医学数据库数据库;同时,对文献后的参考文献做补充检索。时间从建库至2019年4月。中文检索词为血压、溶栓、静脉溶栓、阿替普酶、重组组织型纤维溶解酶原激活剂、中风、脑缺血、缺血性脑卒中、脑血管疾病、脑梗死、脑血管意外、脑缺血等。英文检索词为blood pressure、blood pressure reduction、blood pressure lowering、thrombolysis、thrombolytic therapy、alteplase、labetalol、rt-PA、stroke、ischemic stroke、cerebrovascular disease、cerebrovascular accident、brain infarct、cerebral ischemia等。

### 1.2 纳入及排除条件

研究类型:为RCT或队列研究或病例对照研究;研究对象:为确诊为急性缺血性脑卒中的患者,接受rt-PA治疗;排除重度心力衰竭、急性心肌梗死或不稳定心绞痛、房颤、主动脉夹层、脑血管狭窄、难治性高血压患者及深度昏迷患者。

### 1.3 文献排除条件

综述;重复发表文献;动物实验;数据无法提取;合并其他疗法干预。

### 1.4 资料提取

文章的相关数据由两名评论独立使用Excel进行录入。录入数据包括第一作者或信息提供者、出版日期、研究设计、国家、样本大小、干预细节、年龄和结局指标。

### 1.5 方法学质量评价

据Cochrane系统评价指南5.1.0推荐的偏倚风险评价方法,对纳入RCT进行偏倚风险评估。主要条目有:①随机化方案;②分组隐匿;③盲法;④不完全数据报告;⑤选择性结局报告;⑥其他偏倚来源。纳入研究完全符合以上条目标准,提示发生

不同偏倚的风险最小,质量为“A”;部分符合以上条目标准,提示发生偏倚风险的可能为中等,质量为“B”;完全没有达到以上条目标准,提示发生高度偏倚风险的可能性大,质量为“C”。针对非RCT,采用Newcastle-Ottawa Scale(NOS)文献质量评价量表对文献进行质量评价,>5分即可纳入, $\geq 7$ 为高质量。

### 1.6 统计学处理

采用RevMan5.3统计学软件进行分析。选择比值比(oddsratio, OR)及其95%CI作为二分类变量的统计量。各研究间异质性的用Q检验和 $I^2$ 检验,当 $I^2 \geq 50\%$ (或) $P \leq 0.1$ 则认为存在异质的性,采用随机效应模型,否则采用固定模型分析。敏感性分析中,首先逐个排除每个研究后,观察异质性是否会降低。如果没有降低,将根据这些研究的临床特征进行亚组分析。采用漏斗图进行偏倚检测。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 文献检索结果

通过相关数据库检索及其他资源补充收集到1822篇文献,删除重复文献78篇。阅读题目和摘要排除1729篇,精读全文排除8篇,最终纳入7篇<sup>[8-14]</sup>文献进行Meta分析。文献流程图见图1。

### 2.2 文献基本特征

共纳入7项<sup>[8-14]</sup>研究,血压预处理组4257例,指南标准组5275例。RCT4项<sup>[10-11, 13-14]</sup>,队列研究3项<sup>[8-9, 12]</sup>。1项<sup>[8]</sup>研究来源于瑞典,其余研究<sup>[9-14]</sup>来源于中国。队列研究的NOS评分均>5,中等质量3篇<sup>[8-9, 12]</sup>。RCT证据质量,B级3篇<sup>[11, 13-14]</sup>,A级1篇<sup>[10]</sup>。见表1,表2。

### 2.3 Meta分析结果

2.3.1 90天mRS评分 6项研究<sup>[8-9, 11-14]</sup>报告了90天mRS评分(0~2),异质性分析,研究间存在异质性( $I^2=88\%, P=0.0010$ ),故采用随机效应模型。Meta分析结果显示,预处理血压组与指南标准组,90天mRS评分(0~2)差异无统计学意义( $OR=0.65, P=0.05$ ),见图2。

2.3.2 90天病死率 5项研究<sup>[8, 10, 11, 13-14]</sup>报告了90天病死率,研究间不存在异质性( $I^2=0\%, P=0.76$ ),采用固定效应模型。Meta分析结果显示,预处理血压组与指南标准组,90天病死率差异无统计学意义( $OR=0.99, P=0.84$ ),见图3。

2.3.3 出血转化率 3项研究<sup>[11, 13-14]</sup>报告了出血转化率,研究间不存在异质性( $I^2=0\%, P=0.84$ ),

采用固定效应模型。Meta 分析结果显示, 预处理血压组优于指南标准组, 出血转化率差异具有统计学意义 ( $OR=0.40, P=0.000$ ), 见图 4。

2.3.4 sICH 率 2 项研究<sup>[13, 14]</sup> 报告了 sICH 率,

研究间不存在异质性 ( $I^2=0\%, P=1.00$ ), 采用固定效应模型。Meta 分析结果显示, 指南标准组与预处理血压组, sICH 率差异无统计学意义 ( $OR=0.61, P=0.48$ ), 见图 5。

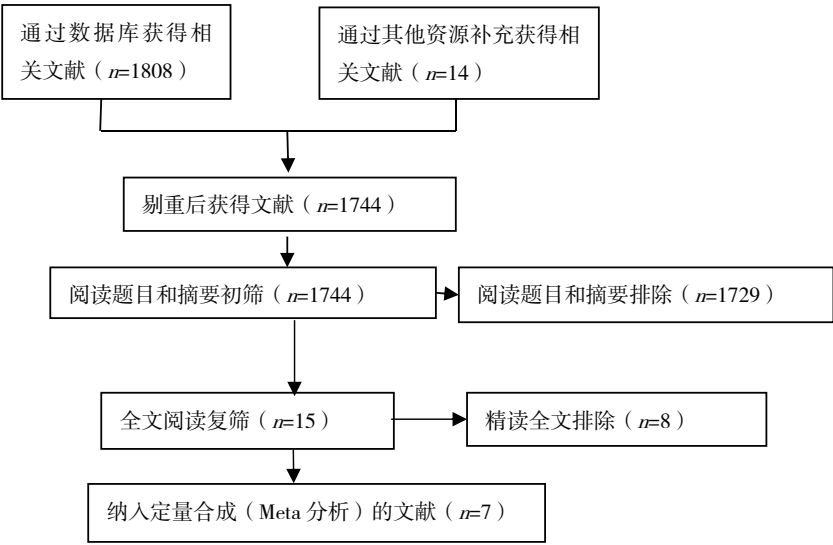


图 1 文献筛选流程图

表 1 文献基本特征

研究	国家	研究类型	样本量		年龄		结局指标	NOS 评分
			试验组	对照组	试验组	对照组		
李立新 <sup>[13]</sup> 2018	中国	RCT	106	130	68.35 ± 11.31	68.81 ± 10.75	①②③④	*
Li <sup>[11]</sup> 2015	中国	RCT	324	302	63.6 ± 11.2	64 ± 10.9	①②③	*
He <sup>[10]</sup> 2014	中国	RCT	1988	1987	62.1 ± 10.8	61.8 ± 11	②	*
张羽乔 <sup>[14]</sup> 2017	中国	RCT	53	65	69.72 ± 10.27	70.02 ± 9.56	①②③④	*
Cao <sup>[9]</sup> 2016	中国	队列研究	284	376	NA	NA	①	6
Li <sup>[12]</sup> 2017	中国	队列研究	145	149	NA	NA	①	6
Ahmed <sup>[8]</sup> 2009	瑞典	队列研究	1357	2266	NA	NA	①②	6

注: ① 90 天 mRS 评分 (0~2); ② 90 天病死率; ③ 出血转化率; ④ 症状性颅内出血 (sICH) 率。

表 2 纳入 RCT 方法学质量评价

纳入研究	随机分配	分配隐藏	盲法	不完全数据报告	选择性报告结果	其他偏倚来源	证据质量
李立新 <sup>[13]</sup> 2018	U	U	U	H	L	L	B
Li <sup>[11]</sup> 2015	U	U	U	L	L	L	B
He <sup>[10]</sup> 2014	L	L	L	L	L	L	A
张羽乔 <sup>[14]</sup> 2017	L	U	L	L	L	L	B

注: U 代表不清楚; L 代表低风险偏倚; H 代表高风险偏倚。



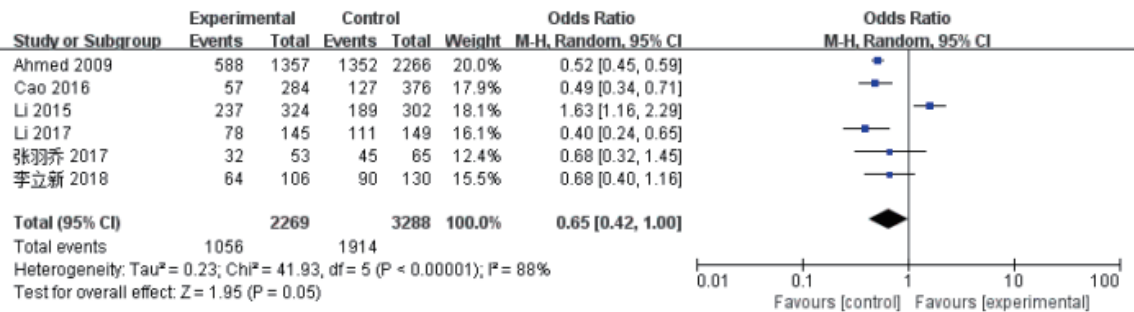


图 2 90 天 mRS 评分 (0 ~ 2) 森林图

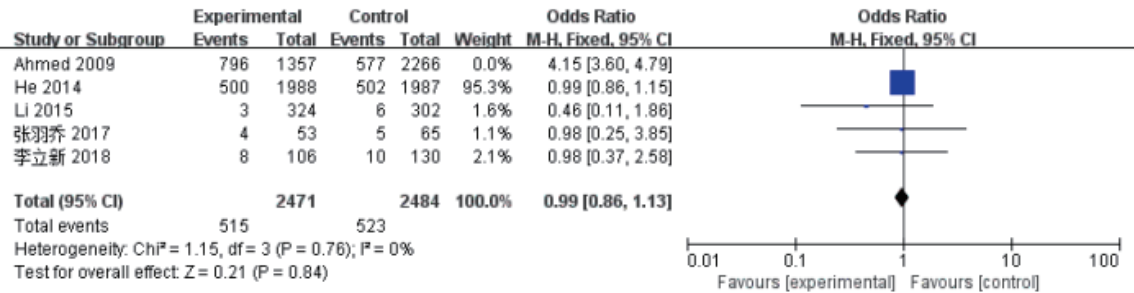


图 3 90 天病死率森林图

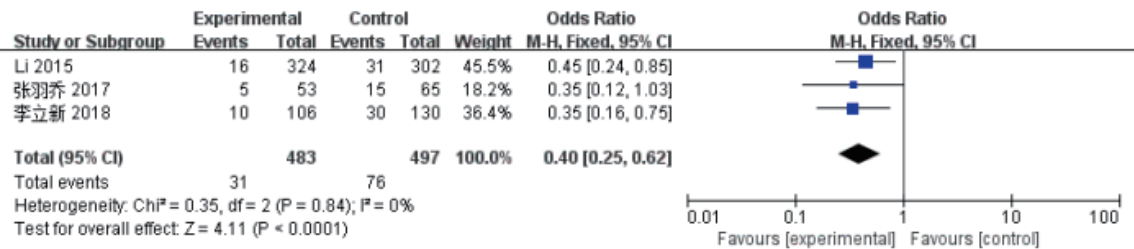


图 4 出血转化率森林图

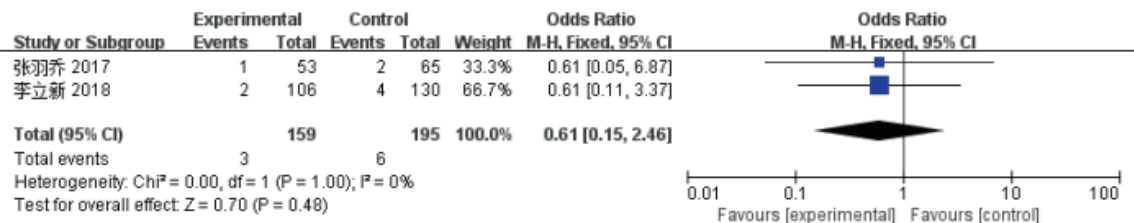


图 5 sICH 率森林图

3 讨论

脑卒中是全球第二大致死原因，也是导致严重、长期残疾的首要原因<sup>[15]</sup>。高达 75% 的 AIS 的患者在急性期会出现高血压，溶栓前血压影响 AIS 结局的机制尚不清楚<sup>[16-17]</sup>。较高的 BP 可能会导致脑水肿及出血转化率<sup>[18]</sup>。76.5% 的 AIS 患者在到达急诊科时收缩压为 140 mmHg 或更高<sup>[19]</sup>。在 AIS 患者中，症状出现后 48 h 内血压下降与不良临床结局较差、较好或无差异有关<sup>[20-21]</sup>。

目前，AIS 的治疗方法有静脉溶栓、动脉溶栓、动脉取栓或桥接治疗等。指南推荐发病在 4.5H 内的 AIS 患者首选 rtPA 静脉溶栓治疗，而有效血流

再灌注和是否并发 sICH 是影响静脉溶栓患者预后的主要因素，其中血压管理至关重要。因此，针对静脉使用 rtPA 进行溶栓的 AIS 患者，合适的 BP 可改善缺血脑组织的灌注，反之则会造成缺血组织水肿加重并增加出血转化的风险<sup>[22]</sup>。目前针对静脉溶栓患者 BP 水平与预后关系的研究结论还存在不一致。

本研究采用 Meta 分析的方法，收集了 7 篇<sup>[8-14]</sup>文献进行 Meta 分析，结果显示，预处理血压可降低 AIS 的出血转化率。rtPA 静脉溶栓治疗，有效血流再灌注和是否并发 sICH 是影响静脉溶栓患者预后的主要因素。行 rtPA 静脉溶栓治疗的 AIS 患者进行预处理血压不会导致脑组织低灌注以及梗死灶范

围扩大, 降压治疗是安全的<sup>[14]</sup>。因此, 静脉使用 rtPA 进行溶栓的 AIS 患者采取预处理血压, 能改善预后, 不增加死亡及 sICH 率。

本研究还存在一定的局限性: ①仅检索了中文和英文文献, 并未整理其他语言的研究报道, 可能存在发表偏倚; ②本次 Meta 分析纳入研究可能存在小样本效应, 未进行试验序贯分析。③本 Meta 分析纳入观察性研究, 可能对结果有一定的影响。

综上所述, 预处理血压对 AIS 静脉溶栓预后可能产生有利影响, 但仍需大样本多中心的随机对照试验加以验证。

#### 4 参考文献

- [1] 王陇德, 刘建民, 杨弋等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告 2018》概要 [J]. 中国循环杂志, 2019,34(2):105–119.
- [2] Katsura K, Suda S, Abe A, et al. Brain protection therapy in acute cerebral infarction [J]. Journal of Nippon Medical School, 2012,79(2):104.
- [3] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014 [J]. 中华神经科杂志, 2015,48(4):246–257.
- [4] Jonathan E, Lees KR, Patrick L, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials [J]. Lancet, 2014,384(9958):1929–1935.
- [5] Appleton JP, Sprigg N and Bath PM. Blood pressure management in acute stroke [J]. Curr Hypertens Rev, 2016,12(2):72–82.
- [6] Lindley RI, Wardlaw JM, Whiteley WN, et al. Alteplase for acute ischemic stroke: outcomes by clinically important subgroups in the Third International Stroke Trial [J]. Stroke, 2015,46(3):747–756.
- [7] Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2013,44(3):870–947.
- [8] Ahmed N, Wahlgren N, Brainin M, et al. Relationship of blood pressure, antihypertensive therapy, and outcome in ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis: retrospective analysis from Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke—International Stroke Thrombolysis Register (SITS-ISTR) [J]. Stroke, 2009,40(7):2442–2449.
- [9] Cao Q, Zhou S, Cai B, et al. The impacts of premorbid hypertension treatment on functional outcomes of ischemic stroke [J]. Journal of the Neurological Sciences, 2016(363):1–4.
- [10] He J, Zhang Y, Xu T, et al. Effects of immediate blood pressure reduction on death and major disability in patients with acute ischemic stroke: the CATIS randomized clinical trial [J]. JAMA, 2014,311(5):479–89.
- [11] Li C, Wang Y, Chen Y, et al. Optimal blood pressure levels in patients undergoing intravenous thrombolysis for AIS [J]. Minerva Med, 2015,106(5):255–258.
- [12] Li SS, Yin MM, Zhou ZH, et al. Dehydration is a strong predictor of long-term prognosis of thrombolysed patients with acute ischemic stroke [J]. Brain and Behavior, 2017,7(11):e00849.
- [13] 李立新, 孙利民, 徐红强. 早期强化降压对急性缺血性脑卒中静脉 rtPA 溶栓预后的影响 [J]. 蛇志, 2018,30(1):43–45.
- [14] 张羽乔, 周俊山, 张颖冬等. 强化降压对急性缺血性卒中静脉溶栓患者早期再灌注及预后的影响 [J]. 中华神经科杂志, 2017,50(5):348–353.
- [15] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. Lancet, 2012,380(9859):2095–2098.
- [16] Mollie MD, Sozener CB. Acute Blood Pressure Management in Acute Ischemic Stroke and Spontaneous Cerebral Hemorrhage [J]. Current Treatment Options in Neurology, 2018,20(9):39.
- [17] Juan YL, Fei ZM, Qin W, et al. Effect of blood pressure bundle management on prognosis of patients with acute ischemic stroke after intravenous thrombolysis [J]. Academic Journal of Second Military Medical University, 2018,39(9):1034–1039.
- [18] Jusufovic M, Mishra NK, Lansberg MG, et al. Blood Pressure Management in Acute Stroke [J]. Curr Hypertens Rev, 2016,12(2):121–126.
- [19] Qureshi AI, Ezzeddine MA, Nasar A, et al. Prevalence of elevated blood pressure in 563,704 adult patients with stroke presenting to the ED in the United States [J]. Am J Emerg Med, 2007,25(1):32–38.
- [20] Castillo J, Leira R, Garcia MM, et al. Blood pressure decrease during the acute phase of ischemic stroke is associated with brain injury and poor stroke outcome [J]. Stroke, 2004,35(2):520–526.
- [21] Chamorro A, Vila N, Ascaso C, et al. Blood pressure and functional recovery in acute ischemic stroke [J]. Stroke, 1998,29(9):1850–1853.
- [22] Lattanzi S, Silvestrini M, Provinciali L. Elevated blood pressure in the acute phase of stroke and the role of Angiotensin receptor blockers [J]. Int J Hypertens, 2013(5):1–8.

[2020-05-23 收稿]

(责任编辑 刘学英)

# 专科护士对初次使用基础胰岛素治疗糖尿病患者的血糖管理效果研究

皮丽娟 邓豫\*

**【摘要】目的** 探讨专科护士全程管理对于初次使用基础胰岛素的糖尿病患者血糖的控制。**方法** 纳入2020年1—11月住院的首次使用基础胰岛素治疗糖尿病患者108例,按照组间基线资料匹配原则分为观察组和对照组。对照组行常规护理,观察组由专科护士进行基础胰岛素注射示教、糖尿病健康教育及定期随访与指导。**结果** 干预12周后,观察组患者空腹血糖均值明显低于对照组,注射部位不良反应发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 专科护士对初次使用基础胰岛素的糖尿病患者进行教育指导,规范糖尿病患者胰岛素注射技术有助于患者空腹血糖达标、降低注射部位不良反应。

**【关键词】** 专科护士;初次;使用;糖尿病;基础胰岛素

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.020

糖尿病作为一种常见的终身性、进展性的慢性代谢性疾病,目前无法根治<sup>[1-3]</sup>。为了控制病情的发展及预防并发症的出现,许多患者都需要进行胰岛素注射治疗<sup>[4]</sup>。基础胰岛素因具有控制空腹血糖效果佳、低血糖风险相对小、患者依从性好的优点,常被用于起始胰岛素治疗的首选方案。临床常用的基础胰岛素包括:甘精胰岛素、地特胰岛素及德谷胰岛素,一般每天1次,于睡前注射,用于控制空腹血糖。但是,临床调研发现,糖尿病患者起始基础胰岛素治疗3个月后,血糖达标率不足40%<sup>[5-6]</sup>。其中,患者对基础胰岛素注射技术不了解、不规范注射,可能是影响其血糖达标的重要原因<sup>[7]</sup>。因此,这就要求医护人员专业的教育指导,让糖尿病患者熟练掌握基础胰岛素注射技术,提高血糖达标率。而普通护士由于专业知识欠缺,一般仅辅助医生完成血糖检测、药物注射等操作内容,糖尿病教育形式也常以口头教育为主,无法为患者提供系统化、个体化的糖尿病教育及血糖指导。糖尿病专科护士是指经过系统化的理论和实践培训,具备糖尿病领域专业的护理能力,能熟练运用糖尿病专业护理知识和技术、提供专业化服务,具备执业资格的注册护士。专科护士可以通过其专业知识对患者进行系统评估,根据患者生活习惯、工作性质等为患者制定个体化的糖尿病指导方案。因此,本研究将通过专科护士对初次使用基础胰岛素治疗的2型糖尿病患者进行院内的专业指导及院外的密切随访,即进

行涵盖患者院内、院外的全程化血糖管理,探讨专科护士糖尿病教育对患者血糖控制的影响,旨在为2型糖尿病患者血糖管理提供理论依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年1月—11月我科就诊的糖尿病患者为研究对象。纳入标准:①2型糖尿病;②初次使用基础胰岛素治疗;③具有一定的认知与沟通能力,能够接受并配合治疗。排除标准:①患糖尿病急性并发症者;②精神障碍患者。按上述条件,筛选入组患者108例,男50例,女58例;平均年龄 $63.24 \pm 11.53$ 岁;平均糖尿病病程为 $4.76 \pm 7.42$ 年。按照组间基线资料匹配原则数字原则将108例患者均分为观察组与对照组。两组年龄、性别、糖尿病病程比较差异无统计学意义( $P<0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 管理方法

#### 1.2.1 对照组

首日给予基础胰岛素注射技术宣教、血糖监测宣教、低血糖宣教及生活方式宣教的常规护理措施,教育方式以口头宣教为主。

#### 1.2.2 观察组

由专科护士实施全程化血糖管理,具体实施方式如下

(1)基础胰岛素注射技术示教:利用基础胰岛素注射箱(包括胰岛素笔、酒精、棉签、针头、注射仿真皮、注射定位卡、注射分区图片、锐器盒等)进行示教,并一对一指导患者进行实践演练<sup>[8-9]</sup>。

(2)血糖监测宣教:讲解和示教如何进行血糖监测,强调初次使用基础胰岛素时应严密监测血糖。

作者单位:510010 广东省广州市,中国人民解放军南部战区总医院

\*通讯作者



要求患者配备血糖仪,并给患者制定居家自我血糖监测方案。

(3) 低血糖的发现与处理宣教:强调低血糖的识别与处理方法,并对急救方法及自我处理措施进行演练。

(4) 生活方式宣教:专科护士根据患者不同年龄、饮食习惯、生活背景等制定个体化的生活方式干预计划,包括:计算饮食总热量,制定饮食计划、针对患者生活习惯制定作息及运动计划<sup>[10-11]</sup>。

(5) 回访与指导:患者出院时加入微信群,由专科护士定期推送糖尿病保健知识、一对一回复患者咨询问题,定期跟进患者血糖监测情况并给予相应指导。回访过程需要注意:不应只关注血糖达标情况,更应注重患者饮食、运动等日常生活的管理,如询问患者饮食上是否偶尔加餐,加餐时是否按照要求食用适宜食品品种及数量,餐后是否有规律运动等<sup>[12-13]</sup>。另需及时鼓励患者、给予信心。

### 1.3 观察指标

干预前后两组患者的空腹血糖水平及胰岛素注射部位不良反应的发生情况。血糖值以血糖仪测得手指末梢血糖值为准。

### 1.4 统计学处理

用 SPSS 21.0 统计软件进行数据的统计分析,正态分布的计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用  $t$  检验;计数资料组间率比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后空腹血糖水平比较

干预前,两组患者空腹血糖均值比较差异无统计学意义( $P < 0.05$ );干预后观察组患者空腹血糖均值明显低于对照组,且差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),结果见表 1。

表 1 两组患者干预前后空腹血糖均值比较 (mmol/L)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	54	9.89 ± 2.76	6.14 ± 0.83
对照组	54	10.57 ± 3.19	7.53 ± 1.32
$t$ 值		-1.185	-6.551
$P$ 值		0.240	0.000

### 2.2 两组注射部位不良反应比较

干预后,观察组的注射部位不良反应发生率明

显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),结果见表 2。

表 2 两组患者注射部位不良反应发生情况比较 (例)

组别	例数	淤青	硬结	红肿	皮疹	出血	发生率 (%)
对照组	54	5	5	0	0	2	22.22
观察组	54	0	1	0	1	0	3.70

$\chi^2 = 8.207, P = 0.004$ 。

## 3 讨论

随着人口老龄化增长以及生活饮食习惯的改变,越来越多人患有糖尿病,其发病率在全球内逐年递增。2020 年发表的中国成人糖尿病流行病学最新数据显示中国成人糖尿病患病率高达 12.8%<sup>[14]</sup>。糖尿病可引起多种并发症,如心脑血管病变、神经病变、视网膜病变以及糖尿病肾病等,成为糖尿病致死、致残的主要原因<sup>[15]</sup>。基础胰岛素治疗是控制患者空腹血糖、预防并发症的重要手段。基础胰岛素因平稳降糖、半衰期长、每日给药 1 次,成为

了大多数糖尿病患者起始胰岛素治疗的首选方案之一<sup>[16-17]</sup>。但是与口服药治疗相比,起始基础胰岛素治疗往往需要医护人员与患者之间更多的合作,并且需要患者本人及其照顾者掌握更多的自我管理技能。据调查显示,患者注射基础胰岛素主要的错误问题包括<sup>[18]</sup>:擅自多打、少打或不打胰岛素致血糖控制不平稳;一次性针头多次重复使用致胰岛素剂量不准确;注射部位不规范致皮下脂肪增生、产生硬块。因此,患者急需专业医护人员对基础胰岛素的注射进行教育指导及回访跟踪,为糖尿病血糖控制及健康管理提供帮助。

本研究探讨了在专科护士对初次使用基础胰岛素治疗的糖尿病患者进行全程化管理下,患者空腹血糖的达标情况,结果发现干预后观察组的空腹血糖均值显著低于对照组。另外,通过随访和调查,发现通过专科护士对患者进行基础胰岛素注射技术的教学可大大减少注射部位不良事件的发生。综上所述,专科护士对初始使用基础胰岛素的患者进行全程管理,对于提高患者空腹血糖达标、降低注射不良反应发生率具有显著意义,本研究结果将为护理人员在临床开展2型糖尿病患者全程化血糖管理提供理论依据及参考。

#### 4 参考文献

- [1] 黄艳,简玉香.国内2型糖尿病患者自我管理现状、热点与趋势文献的可视化分析[J].护理实践与研究,2021,18(10):1474-1476.
- [2] 孙晓冰.胰岛素泵与多次皮下注射强化治疗I型糖尿病的效果比较研究[J].糖尿病新世界,2020,23(21):77-79.
- [3] 牟华,何彩云.2型糖尿病病人疾病认知及胰岛素使用现状的质性研究[J].全科护理,2020,18(33):4657-4661.
- [4] 韦肖荣,莫轶,曾伟.胰岛素自我注射者皮下脂肪增生现状与危险因素的调查分析[J].护理实践与研究,2020,17(3):44-46.
- [5] 孔静.医护患一体化随访模式在初始基础胰岛素治疗患者中实施效果研究[D].青岛:青岛大学临床医学,2018.
- [6] 张晋芳,董红岩,高胜龙.健康教育对糖尿病患者更换胰岛素注射针头依从性的影响[J].中国基层医药,2018,25(19):2572-2574.
- [7] 杨雯,沈月平.指南培训对非内分泌科护士胰岛素规范注射的影响[J].全科护理,2017,15(12):1514-1516.
- [8] 王志霞.治疗糖尿病胰岛素不同注射方式的护理要点分析[J].中国医药指南,2019,17(35):214-215.
- [9] 曹亚琴,沈燕娜.2型糖尿病患者院前胰岛素笔自行注射误区的质性研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(13):1609-1610.
- [10] 田莉,李双.规范化教育联合反馈式教育对糖尿病住院患者胰岛素注射的指导作用[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(10):43-45.
- [11] 陈玉荣.老年糖尿病患者胰岛素注射护理干预措施及效果[J].糖尿病新世界,2020,23(20):155-156+159.
- [12] 高晓丽,杨少娜,陈海蓉,等.注射基础胰岛素分层次阶梯式教育[J].中华护理教育,2016,13(4):270-273.
- [13] 叶惠玲,张颖瑜,聂利芬.2型糖尿病患者胰岛素注射意愿和胰岛素注射技能对糖化血红蛋白的影响[J].护理实践与研究,2019,16(11):55-56.
- [14] 蔡丽萍,朱瑞,杨熙,等.QCC圈活动在提高糖尿病患者胰岛素笔注射规范率的临床效果[J].实用糖尿病杂志,2020,16(5):75-76.
- [15] 吴伟英,叶彩英,严金霞,等.优化胰岛素注射技术培训在糖尿病患者中的应用[J].上海护理,2021,21(1):34-37.
- [16] 钱艳丽,袁吕红,朱藏.规范的胰岛素注射轮换对护士执行率的影响[J].临床护理杂志,2020,19(6):76-78.
- [17] 厉姝岑,傅荣,张红梅,等.非内分泌科护士胰岛素注射知行现状及结构方程模型分析[J].中国医药导报,2020,17(26):161-165.
- [18] 陈艳曙,唐幸丰.宁波地区2013年门诊糖尿病患者胰岛素注射技术现状调查[J].中国乡村医药,2016,23(7):62-63.

[2021-02-11 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。国内外公开发行人。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,案例报告,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](mailto:hlsjyjshb@126.com)。

《护理实践与研究》杂志社

# 多路径积极暗示在三叉神经痛患者护理中的应用

陈琼星 彭红霞 郑锐

**【摘要】** 目的 观察多路径积极暗示在三叉神经痛患者中的应用效果。方法 选择2019年1月—2020年12月医院收治的三叉神经痛患者88例为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,各44例。对照组给予常规护理施护,观察组在此基础上加用多路径积极暗示干预,比较两组干预后的心理状态及睡眠质量改善情况。结果 干预后,观察组患者焦虑、抑郁评分和睡眠质量评分均低于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 采用多路径积极暗示对三叉神经痛患者施加干预,可明显改善其不良情绪与睡眠质量。

**【关键词】** 多路径;积极暗示;三叉神经痛;焦虑;抑郁;睡眠质量

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.021

三叉神经痛是好发于老年女性群体的颅内神经病种<sup>[1]</sup>,以反复性、阵发性疼痛的疾病特点直接影响发病者睡眠质量,使其产生不良情绪<sup>[2]</sup>。药物治疗虽可于疼痛发作时发挥良好镇痛效应,但反复再发特点常使患者失去治疗信心。多数三叉神经痛患者时刻处于疼痛发作恐惧担忧之中,影响身心健康<sup>[3]</sup>。积极心理暗示指于不经意间对护理对象施以动机暗示的护理技术,借助于技巧性暗示使护理对象步入为其所创造的希望追求通道之中,使护理对象生发并维持于乐观积极心态,继而发挥良好的日常行为与生理功能调节作用,提升临床治疗效应<sup>[4-5]</sup>。本研究采用多路径积极暗示对三叉神经痛患者施加干预,效果较好。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年1月—2020年12月就治于我院的三叉神经痛患者88例为研究对象,纳入条件:确诊为三叉神经痛,认知交流正常。排除条件:合并肾肝心严重功能障碍;近期重大精神事件;拒绝参与。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,各44例。对照组女30例,男14例;平均年龄 $67.58 \pm 9.47$ 岁;平均病程 $5.54 \pm 1.35$ 年,观察组女31例,男13例;平均年龄 $67.65 \pm 9.38$ 岁;平均病程 $5.66 \pm 1.27$ 年。两组在年龄性别及病程的比较无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。所有患者均知情同意,本研究经本院医学伦理委员会审核批准。

### 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 按三叉神经痛常规护理施护,由责任护士协助完成各项检查,给予耐心情绪疏导,讲解疾病发病机制及防治知识,督导遵医嘱用药。

1.2.2 观察组 在此基础上实施多路径积极暗示干预,具体实施方式为:

(1) 护患关系路径积极暗示:护理人员秉持微笑护理原则启动入院接待流程,以坦诚关爱方式增进护患间沟通效果,构建护患间无隙沟通氛围,以真诚尊重访谈方式征询患方全方位护理需求信息,承诺会以五心关爱(诚心、热心、耐心、细心、爱心)为护理对象提供全程化、科学化、实用型照护。

(2) 休养环境路径积极暗示:休养病室环境整洁、设施良好,安全、舒适无异味,了解护理对象个性化休养环境喜好并尽量满足其合理要求;提供音乐曲库供护理对象下载以营造良好音乐疗法背景环境;介绍同病室病友并有意识地引领乐观互助式病友关系的构建,鼓励患者利用健身资源、娱乐资源、健康教育资源,分散对疼痛的注意力,缓解不良情绪,提升护理对象痛阈。

(3) 认知路径积极暗示:在认知干预中融入精心设计的积极暗示话术,如了解到护理对象疾病方面的某些认知误区后,以“怪不得你没能对疼痛做出良好防控呢!您再此方面的看法与做法是不对的,正确的应该是……,掌握了正确的方法,相信你一定能更好地防控三叉神经痛!”“不良情绪会严重影响疼痛防控效果,你回想一下在心情较好的时期,是不是疼痛发作次数变少了?疼痛程度变轻了?现在我教你几种不良情绪调适技术,你学会并应用之后一定会起到良好的疼痛防控效果”,以上述话术增进护理对象认知学习与应用意识,构建积

基金项目:湛江市非资助科技攻关计划项目(编号:2020B01454)

作者单位:524200 广东省湛江市,广东医科大学附属第二医院



极的疼痛管理信心。

1.3 观察指标

(1) 不良情绪：以焦虑、抑郁自评量表对两组患者进行评价，焦虑情绪的阳性界值为大于 50 分，抑郁情绪的阳性界值为大于 53 分，分值愈高提示该三叉神经痛病例的焦虑抑郁情绪愈显著<sup>[6]</sup>。

(2) 睡眠质量：依据匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)<sup>[6]</sup> 对两组患者睡眠质量进行评价，由入睡时间及睡眠时间、睡眠效率及睡眠质量等 7 个测评因子构成，各因子均赋为 0~3 分，总分值范畴在 0~21 分，分值愈高提示该三叉神经痛病例睡眠质量愈差。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行分析 and 处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均

数比较采用 *t* 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ，以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后焦虑、抑郁评分比较

干预前，两组患者焦虑、抑郁评分比较差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )；干预后，观察组焦虑、抑郁评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义 ( $P>0.05$ )，见表 1。

2.2 两组患者干预前后睡眠质量评分比较

干预前，两组患者睡眠质量评分比较差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )；干预后，观察组睡眠质量评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 1 两组患者干预前后焦虑抑郁评分的比较

组别	观察例数	焦虑		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	56.00 ± 1.92	51.09 ± 1.95	61.11 ± 2.30	55.11 ± 1.15
对照组	44	56.70 ± 1.68	55.20 ± 1.05	61.20 ± 1.92	56.02 ± 1.93
<i>t</i> 值		1.820	12.310	0.199	2.687
<i>P</i> 值		0.072	0.000	0.842	0.009

表 2 两组患者干预前后睡眠质量评分的比较 (分)

组别	观察例数	干预前	干预后
观察组	44	15.64 ± 1.10	11.91 ± 1.01
对照组	44	15.77 ± 1.08	14.52 ± 0.76
<i>t</i> 值		0.559	13.697
<i>P</i> 值		0.577	0.000

3 讨论

三叉神经痛以反复性发作、周期性发展为特点，多起自于面部受刺激或自发性的突然发作，发病者长期受困于疼痛侵袭控制之下，睡眠质量受损度显著，焦虑抑郁情绪多发且程度严重<sup>[7]</sup>，药物治疗虽有疾控之效，但多集中于对疼痛的干预，对于患者长期疾病状态下所生发的睡眠紊乱与情绪障碍问题未加关注，使上述问题反过来形成复杂的三叉神经痛促发因素，发病者迟迟难获预期整体疾控目标。

探讨更具全面性的三叉神经痛照护模式实有必要。

本研究采用多路径积极暗示对三叉神经痛患者施加干预，表 1 结果显示，干预后观察组三叉神经痛患者焦虑、抑郁评分低于对照组 ( $P<0.05$ )。究其原因，护理对象入院后面对陌生环境，出现不同程度的抵触抗拒甚至恐惧担忧心理，护患关系路径的积极暗示疗法，快速拉近护患间信任关系，开启畅通无隙的护患互动信息交流通道，护理人员所输出的积极支持信息可快速传递与渗透于患者护理体验过程之中，真诚的专业支持承诺表达使患者深感

安心<sup>[8]</sup>,深信疾病全程可随时有效获取来自于护方的疾控技术支持与心理情感支持<sup>[9]</sup>;休养环境路径的积极暗示,借助于普遍适用的舒适宁静环境构建与个性化的休养环境物理设施配置,使护理对象充分感知尊重与重视,在量身打造式休养环境中安心舒心地接受疗护康复,病友良好互助关系的构建,使护理对象置身于温馨人文休养环境之中,更易于打开心扉、接受良性互动信息渗透,院内便利化健康资源的介绍,为三叉神经痛患者更高层次的心身诉求提供环境硬件满足支持,拔高心身照护层次与质量;认知路径的积极暗示,自然助力三叉神经痛患者构建起正确认知与疾控见效间的正向链接关系,使之获得积极疾控效果暗示,相信在护理人员专业支持下凭借自身正确认知与行为模式可赢得更佳的疾控结局,疾控预后方面的担忧得以减轻,疾控不力所致的焦虑抑郁情绪得以纾解<sup>[10]</sup>。

本研究表2结果显示,观察组三叉神经痛患者干预后睡眠质量评分明显低于对照组,提示多路径积极暗示有助于改善三叉神经痛患者的睡眠质量,与王瑞涛等<sup>[11]</sup>取得了一致性研究意见。分析原因为,多路径积极暗示护理可利用护患关系构建路径、休养环境打造路径及认知干预路径等进行技巧性的积极暗示信息输出,使三叉神经痛患者感受到专业护理人员真诚强大的专业支持信息暗示,高度信赖护理人员,尽快适应因入院治疗所形成的新人际关系,助力三叉神经痛患者自良好休养环境中汲取心身有效康复正能量,以安心宁和的状态应对住院人文物理环境的改变,解除环境不适应所致睡眠障碍加剧的风险;对三叉神经痛患者授予充分的正确认知与良好疾控、正向情绪与良好疾控间的关系链接暗示<sup>[12]</sup>,同时授予其认知扭转与情绪管理知识技能,对其形成有能力于护士支持下有效应对三叉神经痛侵袭的积极暗示<sup>[13]</sup>,缓解疼痛担忧恐惧程度,维持于心境放松状态,减轻因疾病带来的恐惧感,使患者保持放松心态,形成一定的促眠助力效应<sup>[14]</sup>。

综上所述,采用多路径积极暗示对三叉神经痛患者施加干预,可明显改善其不良情绪与睡眠质量。

#### 4 参考文献

[1] 彭照雯,赵文文,杨静,等.正念护理在三叉神经痛

围术期中对疼痛与情绪的影响[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(7):516-521.

[2] 侯前亮,赵占升,牛俊,等.原发性三叉神经痛行微血管减压术的经验总结[J].中国实用神经疾病杂志,2019,22(3):288-295.

[3] 闫静宇.三叉神经痛患者应用综合护理对睡眠质量与心理状态改善效果分析[J].临床研究,2018,26(9):174-176.

[4] 王春地,李刚,林辛.积极心理暗示对前列腺癌手术患者希望水平与应激反应的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(22):115-117.

[5] 龚丽霞,廖明儿.积极心理暗示对获得性免疫缺陷综合征合并梅毒患者注射青霉素时不良情绪及晕厥发生率的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(13):2369-2372.

[6] 杨丽媛,魏丹.耳穴压豆联合穴位贴敷对下肢静脉曲张患者睡眠质量与负性情绪的影响[J].护理实践与研究,2019,16(1):141-143.

[7] 金星,王颖.医护患协同护理对三叉神经痛术后患者自我护理能力和心理韧性的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(4):468-473.

[8] 束丹,张晓燕,仲雪贤.积极心理暗示对急性心肌梗死PCI术患者希望水平及自我管理能力的的影响[J].护理实践与研究,2019,16(24):47-49.

[9] 谷文燕,石艳丽.干预性护理对三叉神经痛患者的效果观察[J].中国实用神经疾病杂志,2019,22(9):1024-1028.

[10] 冉芳.全程护理对三叉神经痛行微血管减压术患者的效果分析[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(23):2628-2634.

[11] 王瑞涛,田书亚,胡玉守.暗示性心理护理对三叉神经痛患者心理状态及睡眠质量的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2020,23(18):1626-1630.

[12] 苏晓芹.暗示性心理护理对三叉神经痛患者的护理效果[J].心理月刊,2020,15(2):69.

[13] 杨艳霞,李亚琴,任锐萍,等.积极心理暗示结合基于行为转变理论的护理干预对肺结核患者心理弹性及健康行为的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(36):187-189.

[14] 赖凤娣,郑丽丹,翁云洪.暗示性心理护理对三叉神经痛患者情绪及睡眠的影响[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(3):455-457.

[2021-03-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 微信 APP 辅助线上个性化护理干预对手术后恢复期患者的影响

谢宜静 何婷\* 舒文杰

**【摘要】** 目的 观察微信 APP 辅助线上个性化护理干预在手术患者术后恢复期的应用效果。方法 选取 2019 年 1 月—2020 年 6 月收治的 126 例手术患者按照组间基本特征均衡的原则分为观察组和对照组, 各 63 例。对照组实施常规随访护理, 观察组通过微信 APP 辅助线上个性化护理干预。对比两组并发症发生率及生活质量。结果 观察组并发症发生率明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 干预前, 两组患者生活质量各维度评分比较差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组患者生活质量各维度得分明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 微信 APP 辅助线上个性化护理干预能有效降低手术恢复期患者并发症发生率, 并改善生活质量。

**【关键词】** 微信 APP; 个性化护理干预; 术后恢复; 并发症; 生活质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.022

手术患者术后恢复是一个漫长的过程, 但患者住院时间有限, 主要还是依赖于居家修养。然而居家修养期间, 患者和家属因对疾病相关知识的缺乏, 又无护理人员从旁协助, 自我护理能力明显不足, 容易出现各种问题而影响康复效果, 降低生活质量<sup>[1]</sup>。微信 APP 是集文字、语音、视频、图片为一体的通信工具, 也是当前人们常用的社交软件, 可有效促进人们的交流和沟通<sup>[2]</sup>。个性化护理干预是以整体护理为基础, 实施的以体现人文关怀、充分尊重患者个性、为其提供个性化服务的护理模式<sup>[3]</sup>。本研究观察微信 APP 辅助线上个性化护理干预对手术患者术后恢复的影响, 旨在为临床应用提供依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2019 年 1 月—2020 年 6 月收治的手术患者作为观察对象。纳入条件: 手术顺利完成, 术后无严重出血等并发症; 无意识障碍及精神类疾病, 具备正常沟通能力; 可熟练使用智能手机; 患者及家属对研究相关情况清楚知晓, 同意加入, 并签署知情同意书。排除条件: 妊娠及哺乳期妇女; 伴有

严重心肝肾功能障碍者; 伴有血液系统及免疫系统病变者; 伴有酒精或药物依赖史; 伴有不可控的高血压及糖尿病; 既往认知障碍或精神类疾病史; 听力、视觉及语言功能缺陷者; 未达到出院标准而转院者; 恶性肿瘤。将符合上述标准的 126 例患者按照组间基本特征均衡的原则分成观察组和对照组, 各 63 例。观察组中男 36 例, 女 27 例; 年龄 27~65 岁, 平均  $41.37 \pm 10.95$  岁; 手术分类: 肛肠手术 19 例, 颈椎手术 13 例, 腰椎手术 23 例, 胸椎手术 8 例; 手术时间 80~210 min, 平均  $165.82 \pm 32.67$  min; 住院时间 8~27 d, 平均  $17.39 \pm 4.81$  d。对照组中男 36 例, 女 27 例; 年龄 26~63 岁, 平均  $41.02 \pm 10.53$  岁; 手术分类: 肛肠手术 20 例, 颈椎手术 11 例, 腰椎手术 25 例, 胸椎手术 7 例; 手术时间 90~205 min, 平均  $160.93 \pm 30.18$  min; 住院时间 8~26 d, 平均  $17.28 \pm 4.56$  d。本研究符合医学伦理学标准, 获得我院伦理委员会批准后实施。两组年龄、性别、手术分类等比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 干预方法

对照组实施常规术后随访护理, 即利用门诊随访时了解患者恢复情况并给予相关指导。观察组通过微信 APP 辅助线上个性化护理干预, 具体内容包

括:  
(1) 干预前准备: 患者麻醉清醒后, 由主管护士向其和家属介绍微信 APP 的功能及今后使用的意义, 征得其同意后, 指导其通过手机软件商店下载微信 APP, 并关注医院公众号和进入相应疾病群。

基金项目: 江西省卫生健康委科技计划项目 (编号: 202131050)

作者单位: 330006 江西省南昌市, 江西中医药大学 (谢宜静), 江西中医药大学附属医院肛肠科 (何婷), 江西省商务学校 (舒文杰)

\* 通讯作者



教会患者及家属正确使用微信群,使每位患者均能正确做到在群里发文字、语音、图片等。

(2) 个性化护理干预的实施:每日早晨九点,由专科护士通过视频或语音方式向患者及家属讲解疾病有关知识,包括日常注意事项、并发症的防治、功能锻炼方法等;每周通过语音或视频的方式与患者沟通 1~2 次,了解患者的用药情况以及目前存在的体征或症状,从而对其病情作出判断,并提出针对性的指导建议;对患者心理状况进行评估,采用通俗易懂的方式解答患者的疑惑问题,鼓励患者大胆宣泄内心的负面情绪,情况较严重者可由心理医生为其制订疏导方案;定期通过微信公众号发布专家讲座等公益信息,鼓励患者和家属按时参加,促使患者形成基本、有效的自我管理行为<sup>[4]</sup>。

(3) 定期抽查:由专人针对原发疾病及手术方式进行提问,从根本上掌握患者当前的实际情况,针对不足之处再次进行强化教育。

(4) 鼓励患患交流:专人负责带动和鼓励病友们在群内通过语音或视频的方式分享、交流自护心得,推广有效康复经验;邀请预后效果较好的患者录制视频,帮助其他患者建立安全感及信任感,从而以良好的心态面对治疗和生活。

(5) 温馨提示:不定时在群里或公众号里发送

温馨提示,如天气变化及时增减衣物、雾霾天气出门锻炼时戴好口罩等。两组观察时间均为 3 个月。

### 1.3 观察指标

(1) 并发症发生率:记录患者出院 3 个月并发症发生率。

(2) 生活质量:采用世界卫生组织生活质量量表简化版(WHOQL-BREF)<sup>[5]</sup>于出院时及 3 个月后对患者进行评价,包括生理领域、社会关系领域、环境领域、心理领域 4 个维度,各维度评分均为 0~100 分,得分越高代表生活质量越好。该量表具有良好的信效度<sup>[6]</sup>。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数 ± 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  $\chi^2$  检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组并发症发生率比较

干预后,观察组并发症发生率明显低于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组并发症发生率比较

组别	例数	胃肠道症状	切口感染	皮肤损伤	肢体肿胀	总发生率(%)
观察组	63	1	0	1	0	3.18
对照组	63	4	1	3	2	15.87

$\chi^2=5.895$ ,  $P=0.015$ 。

### 2.2 两组生活质量比较

干预前,两组生理领域、环境领域、心理领域、社会关系领域得分比较,差异无统计学意义

( $P>0.05$ );干预后,观察生理领域、环境领域、心理领域、社会关系领域得分明显高于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组生活质量比较(分)

组别	例数	生理领域		环境领域		心理领域		社会关系领域	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	63	52.39 ± 8.82	87.62 ± 9.15	62.46 ± 9.48	88.92 ± 9.33	64.29 ± 9.52	90.57 ± 9.21	55.62 ± 8.59	82.65 ± 8.71
对照组	63	52.81 ± 9.28	81.54 ± 9.31	63.57 ± 9.69	83.26 ± 9.81	65.33 ± 9.67	84.28 ± 9.69	56.13 ± 9.06	76.92 ± 8.83
<i>t</i> 值		0.260	3.697	0.650	3.318	0.608	3.734	0.324	3.670
<i>P</i> 值		0.795	0.003	0.517	0.001	0.544	0.000	0.746	0.000

### 3 讨论

随着医疗需求的大幅度增长和患者平均住院时间的逐渐缩短,居家康复期间的护理也成为临床关注的热点。个性化护理干预最大的特点为可根据患者的具体特点和需求制定临床护理防范,针对性较强,更符合人文关怀的特点<sup>[7-8]</sup>。个性化护理的有效性虽得到临床的充分证实,但目前该护理模式的实施对象多以住院治疗患者为主,且个性化护理“因人而定”的特点也使得医护人员需与患者“一对一”交流和指导,方能达到护理实施的目的,故个性化护理在手术患者术后恢复期应用难度较大。

微信 APP 为免费的即时通讯软件,拥有庞大的用户群体,是人们接收各种信息的有效途径。将微信 APP 应用到医疗工作中,通过其语音、视频发送等多种功能向患者定时定期发送疾病及防护相关的知识,可多元化提高健康的传播范围和速度,还能帮助护理人员持续全程监督患者的健康行为,强化患者对疾病及自身情况的正确认知,从而缩短术后恢复时间和改善预后<sup>[9-10]</sup>。在临床中的应用具有个性化、连续性、便携性和互动性等<sup>[11-13]</sup>。微信 APP 在医疗行业的大范围应用,使得患者和家属与医护人员之间的联系变得更加快捷、方便,且不受时间和地点的限制,即便在患者居家修养期间也可与医护人员进行“面对面”“一对一”的交流和沟通,手术患者术后恢复期的个性化护理干预也得以通过此途径实现。

本研究中,对照组实施常规随访护理,观察组通过微信 APP 辅助线上个性化护理干预,结果显示,观察组并发症发生率明显低于对照组( $P<0.05$ ),而护理后生活质量得分则明显高于对照组( $P<0.05$ )。微信 APP 辅助线上个性化护理干预能帮助护理人员准确及时了解患者的用药、作息、功能锻炼等情况,从而评估护理计划的执行度,以及根据需要及时调整护理计划。同时,护理人员还能通过微信公众号或微信群发布最新防护措施、功能锻炼等内容,为患者提供长效性的信息支持,并在线对患者进行指导和监督,帮助其主动规避不利于术后恢复的行为和习惯,从而减少并发症和改善生活质量。

综上所述,微信 APP 辅助线上个性化护理干预

能有效降低手术恢复期患者并发症发生率,并改善生活质量。

### 4 参考文献

- [1] 牛育鸿,王随侠.不同方式延续护理对老年全髋关节置换术后早期康复的影响[J].骨科,2019,10(3):226-230.
- [2] 石通和,罗四海,谭爱群,等.微信干预对腰椎间盘突出症保守治疗患者生活质量的影响[J].中国医学创新,2020,17(6):156-161.
- [3] 王素英.个性化护理在剖宫产产妇母乳分泌及新生儿喂养中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,22(6):52-53.
- [4] 薛竹宏,杜婉婷,程晶,等.微信平台干预对妊娠期糖尿病双 C 治疗患者血糖控制、自我管理能力及治疗依从性的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(16):113-114.
- [5] 郝元涛,方积乾.世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J].现代康复,2000,4(8):1127-1129,1145.
- [6] 冼君定,谭健烽,万崇华,等.WHOQOL-BREF 量表用于精神分裂症和抑郁症的信效度研究[J].中华疾病控制杂志,2015,19(5):500-503.
- [7] 游锦燕,莫玉珠,李华艳,等.个性化护理对老年腹股沟患者无张力疝修补术围手术期并发症和护理满意度的影响[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2020,14(4):457-460.
- [8] 王淑媛,袁玲玲.个性化护理联合心理行为干预在肝胆外科围手术期护理中的应用[J].中国基层医药,2017,24(5):798-800.
- [9] 史小玉.基于微信平台的个性化出院计划在青年男性急性心肌梗死患者中的应用[J].国际医药卫生导报,2019,25(15):2581-2584.
- [10] 胡净,须凡帆.应用微信平台开展健康教育的研究[J].健康教育与健康促进,2019,14(2):83-85.
- [11] 杨蓉,刘丹,王珺.基于微信平台的护理干预在恶性肿瘤患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(11):65-67.
- [12] 贾占花.基于微信平台的延续性护理干预在胃癌根治术后患者中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2018,24(25):3043-3046.
- [13] 王晓燕,陈萍,熊翔凤,等.微信平台联合协同护理干预对脑卒中后遗症患者日常生活能力与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(7):61-62.

[2021-03-12 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 思维导图干预对老年髋关节置换术患者日常生活能力及并发症的影响

肖玉华 胡永林 宋新建 华永萍 黄菊 陈虹 耿桂灵 陈茜\*

**【摘要】目的** 探讨采用思维导图干预对老年髋关节置换术患者日常生活活动(ADL)能力及并发症的影响。

**方法** 选择2018年9月—2019年8月医院住院的患者76例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组36例和观察组40例。对照组实施骨科常规治疗及护理,观察组在对照组基础上应用思维导图指导完成日常生活活动。术后2周比较两组患者的健康教育效果、ADL能力恢复情况,术后4周比较2组并发症的发生率。**结果** 术后2周观察组相关知识掌握率、ADL评分均高于对照组;术后4周并发症发生率明显低于对照组;组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 思维导图干预能有效提高老年髋关节置换术患者相关知识掌握率,改善ADL能力,减少并发症发生率。

**【关键词】** 思维导图;老年患者;髋关节置换术;日常生活活动能力;并发症

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.023

我国已进入老龄化社会,因骨质疏松导致的髋部骨折是老年人常见致命性损伤之一<sup>[1]</sup>。老年髋部骨折具有发病率高、致残率高、病死率高、经济负担重及生活质量低的特点,给家庭及社会带来沉重负担<sup>[2-4]</sup>。虽然髋关节置换术是治疗髋部骨折的主要手术方式<sup>[5-6]</sup>,但是术后感染、疼痛、血栓、便秘及压疮等常见并发症,在很大程度上影响了老年患者的生活质量和预后<sup>[7]</sup>。良好的健康教育有助于提高患者髋关节功能,减少因卧床引起的并发症,促进康复<sup>[8]</sup>。老年患者受年龄、认知及理解等因素的影响,对书面或口头的传统健康宣教缺乏理解,健康宣教效果不明显,患者及家属很难获得足够的康复护理知识及技能,术后康复锻炼的依从性不高,严重影响生活质量。研究表明,思维导图法可提高患者的健康教育效果<sup>[9]</sup>。思维导图是用于学习和记忆的有效辅助工具,它运用图文并重的技巧,把学习内容关键词与图像、颜色等建立记忆链接,充分运用左右脑的机能,利用记忆、阅读、思维的规律,协助学习者进行高级思维和有效记忆<sup>[10]</sup>,使学习者对知识记忆与应用更加方便迅速,尤其是老年人及文化水平低的患者,效果尤佳。本研究对接受髋关节置换术的老年患者应用思维导图干预措施,探讨其对改善患者ADL能力及预防并发症的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2018年9月—2019年8月医院住院的患者76例为研究对象,纳入条件:年龄 $\geq 60$ 岁以上髋关节置换术患者;神志清楚,无严重精神障碍;有一定的理解能力和沟通能力;四肢肌力正常;双眼视力或矫正视力1.0以上;入组时改良Barthel指数评分大于20分。排除条件:排除心、肺、肝、肾等器官功能障碍;严重认知功能障碍及不配合者;病理性骨折;色盲;严重突发事件终止者。本研究已通过我院伦理委员会批准,入组患者均自愿参加并签署知情同意书。按组间基本特征匹配原则分为对照组36例和观察组40例。对照组中男15例,女21例;年龄 $75.32 \pm 7.16$ 岁;手术类型:全髋置换13例,股骨头置换14例,骨水泥9例。观察组中男17例,女23例;年龄 $76.28 \pm 6.94$ 岁;疾病类型:全髋置换16例,股骨头置换14例,骨水泥10例。两组患者性别、年龄、手术类型等一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 采用常规方式进行健康教育指导,包括入院时、术前、术后、出院时的健康宣教,发放健康教育手册,对患者及家属的提问随时进行解答指导,出院后的电话随访等等。主要内容:疾病相关知识介绍,术后功能锻炼、用药知识、心理指导、自护方法及日常生活能力指导等。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上应用思维导图指导日常生活活动(ADL),具体措施如下:

基金项目:国家社科基金项目(18BSH159);南通市市级科技计划项目(GJZ16047)

作者单位:226002 江苏省南通市第二人民医院(肖玉华,胡永林,宋新建,华永萍,黄菊,陈虹,陈茜);江苏省南通大学护理学院(耿桂灵)

\* 通讯作者



(1) 成立思维导图健康教育小组：由 1 名骨科医生、1 名康复医学科医生、3 名护士 (至少 1 名副主任护师以上职称) 和 2 名康复治疗师组成，由小组成员参照日常生活活动 (ADL) 能力，改良 Barthel 指数评定 10 项内容<sup>[11]</sup>，结合术后患者的需要、康复训练计划和注意事项，选择其中如厕、转移、步行、进食、梳洗、穿衣 6 个模块作为关键词，制定髋关节置换术后 ADL 指导内容。

(2) 思维导图的设计与制定：由中心关键词“日常生活能力”发散出分支，分别为如厕、转移、步行、进食、梳洗、穿衣。详细描述患者术后在日常生活活动中的自我护理方法和技巧。用不同颜色的图形、字体分解设计，绘制成髋关节置换老年患者 ADL 能力指导思维导图图片并塑封，以便保存及长期使用，见图 1。

(3) 思维导图干预方法：患者入院后由责任护士将此图片携至床旁对患者及家属进行教育、示范，再由患者当场复述一遍，对于未能掌握的部分再进行纠正，直到掌握为止。指导后将此图片交给患者保存，方便其随时取阅，加深理解和记忆。患者出院时人手一份思维导图，以利于开展延续护理服务。具体内容如下：①如厕。术后 3 个月内避免髋关节屈曲 > 90°，如选用加高的坐便器如厕，或在辅助

下身体后倾患腿前伸、健腿屈曲缓慢坐下；避免低位坐起、两腿交叉、跷二郎腿等不良姿势，并注意不侧身弯腰或过度向前屈曲，保护髋关节，防止脱位。②转移。平卧时避免患侧髋内收过身体中线、伸髋外旋、屈髋内旋等动作，尽量向患侧翻身，卧位到坐位时，鼓励患者借助双臂支撑力量坐起，便于控制患腿屈髋角度，坐位到站位时，健侧足在后患足在前，双手支撑助行器扶手，保持在起立时躯体重心移动过程中患侧屈髋 < 90°，切忌利用辅助架将自己拉起，坐位时膝关节水平高度不能超过髋关节。③行走。起初用助行器辅助，待重心稳定再用双拐，患侧下肢由不负重→少部分负重→部分负重→完全负重，循序渐进，同时应防止患腿内收过中线。④饮食。老年患者通常卧床时间长，肠胃蠕动较慢，出现消化功能退化；建议多摄入高蛋白、高纤维素、高维生素的易消化食物，以清淡为主，多吃水果以及绿色蔬菜，保持大小便通畅；鼓励补充钙质及维生素 D，多食用牛奶及奶制品、豆类、虾皮、海带、紫菜等含钙丰富的食品，适当晒太阳。⑤梳洗：坐位梳洗应保持患侧屈髋 < 90°，髋膝踝中立位。⑥穿衣。穿裤子时先患侧后健侧，伸髋屈膝体位穿袜子，尽量穿无带鞋。

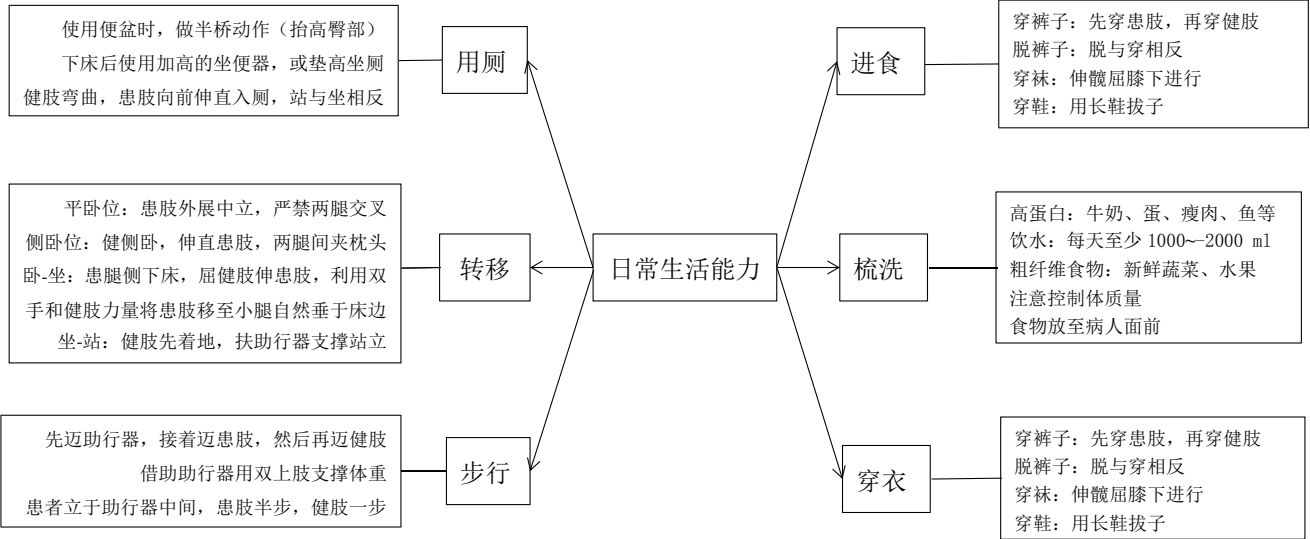


图 1 髋关节置换老年患者术后日常生活能力指导思维导图

1.3 评价指标

(1) 相关知识掌握率：采用本院自制的健康教育效果评价表，包括饮食、术后体位、功能锻炼、预防并发症、心理等方面的内容共 10 题，评分标准为：不知晓记 0 分、部分知晓为 1 分、知晓为 2 分，总分 20 分，得分 ≥ 16 分为掌握程度较好。上述问卷经医疗、康复及护理等 5 名专家制订和审阅，专

家认为问卷具有较好的信效度 (问卷折半信度 0.90，Cronbach' s α 系数为 0.786)；由责任护士发放调查问卷，分别在健康教育后由患者自行填写，各种原因无法完成的患者，由家属或小组成员逐项解释后帮助其填写；发放问卷 76 份，回收 76 份，回收率 100%。

(2) ADL 能力评定：采用 MBI (Modified

Barthel Index) 指数评价, 总分为 100 分, 分值越高自理能力越强。两组分别于术后第 2 天、两周末由责任护士对患者进行评定。③出院后, 每周电话随访, 术后 4 周患者回医院骨科门诊复诊, 未复诊者责任护士上门随访, 收集整理相关数据, 最终完成 76 例, 无脱落。

(3) 并发症: 比较两组患者并发症的发生情况, 选择髋关节置换术后常见并发症包括肺部感染、压力性损伤、下肢静脉血栓 3 项。

#### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 14.0 统计学软件进行分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用  $t$  检验; 计数资料组间率比较采用两独立样本的  $\chi^2$

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

## 2 结果

### 2.1 两组患者相关知识掌握率及术后 ADL 能力比较

经过思维导图指导干预后, 观察组相关知识掌握率优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。术后第 2 天两组 MBI 评分组间比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 术后 2 周两组 MBI 评分均高于术后第 2 天, 且观察组经过思维导图干预指导后 ADL 能力明显优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者相关知识掌握率、术后 MBI 评分比较

组别	观察例数	相关知识掌握率		术后 MBI 评分	
		阳性例数	率 (%)	术后第 2 天	术后 2 周
观察组	40	37	92.50	60.93 ± 11.79	74.63 ± 12.85
对照组	36	27	75.00	61.65 ± 10.43	66.96 ± 10.72
$\chi^2$ 值		4.364		0.281*	2.808*
$P$ 值		0.037		0.780	0.006

注: \* 为  $t$  值。

### 2.2 两组患者术后常见并发症发生率比较

术后 4 周观察组并发症发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生率比较

组别	例数	肺部感染	压力性损伤	深静脉血栓	并发症发生率 (%)
观察组	40	3	0	1	10.00
对照组	36	5	2	4	30.56

$\chi^2=5.054$ ,  $P=0.025$ 。

## 3 讨论

### 3.1 思维导图能提高老年髋关节置换术患者相关知识掌握率

传统健康教育常常采用口头教育形式, 患者所接收的知识比较杂乱无序, 短时间内不能熟练掌握疾病相关知识, 也不能按照要求进行基本的自理活动而过分依赖照护者; 加上老年髋部骨折患者大多记忆力减退, 同时大约 19% 的患者患有痴呆、更有高达 40% 的患者伴有某种形式的认知障碍<sup>[12]</sup>, 因此难以取得满意效果。思维导图可以将问题清晰化, 并且通过多个层面来表现, 它主要采用的是图文的

结构, 这样可以让患者对问题一目了然, 从而达到全方位的了解<sup>[9]</sup>。本研究制作的老年髋关节置换术后 ADL 能力指导思维导图这一可视化的健康教育工具, 将与日常生活自理相关的繁杂内容归纳总结在一起, 通过图形及色彩效果吸引患者的注意力, 这种既简单清晰又具有层次的思维方式有助于提高老年患者的理解能力及记忆力, 帮助正确理解并掌握各知识点。表 1 显示, 观察组相关知识掌握率高于对照组 ( $P<0.05$ ), 说明思维导图能提高老年髋关节置换术患者相关知识掌握率。

### 3.2 思维导图对老年髋关节置换术患者 ADL 能力的影响

老年髋部骨折患者情况特殊, 不仅存在机能减退、身体虚弱、合并多种内科疾病等医学问题, 而且还伴有许多心理和社会问题, 其骨折后康复是一个长期的过程, 而骨折后又会伴发很多并发症 (如血栓形成、肺炎、压力性损伤等) 和心理问题 (焦虑、抑郁等), 严重影响患者的生活质量<sup>[13-14]</sup>。ADL 是生活质量的重要组成部分, 它是个人生活独立的基础, 也是一个人履行角色任务最基本的准备性活动。显示, 由于人体的自然恢复能力, 术后第 2 周 2 组 MBI 评分均高于术后第 2 天 ( $P<0.05$ ); 但观察组将

每日生活中与穿衣、进食、保持个人卫生等自理活动和坐、站、行走等身体活动有关的基本活动,应用思维导图逐项设计,用不同颜色的线条、图画、关键词,用绘图软件绘制打印在 A4 纸上,引导患者进行训练提高依从性,从而帮助患者尽快恢复日常生活自理能力,改善生活质量,术后两周 MBI 分值提高显著优于对照组 ( $P<0.05$ ),证实思维导图有利于提高老年髋关节置换术患者 ADL 能力。同时按思维导图护士指导家属等进行日常照护,提高该群体的信息、情感、工具等社会支持,可以提高患者的功能自我效能感<sup>[15]</sup>。

### 3.3 思维导图在预防老年髋关节置换术后并发症的作用

老年髋部骨折患者常并存多种疾患和自身体内各系统功能减退,围术期由于活动受到限制、长期卧床,故老人较易产生压力性损伤、感染、下肢静脉血栓、关节僵硬等并发症<sup>[16-17]</sup>。本研究采用思维导图指导下的 ADL 能力训练,不但能帮助患者准确理解记忆髋关节置换术后日常活动的正确方法和注意事项,也便于各班护士借助思维导图,能够更清晰、更具条理地干预指导患者,确保了健康教育的有效性和连续性。同时也使患者了解手术后尽早期活动的重要性,克服由于手术造成的不敢动、不能动的心理障碍,增强自信心;一旦全身状况允许尽早离床,按照导图完成日常活动,缩短术后卧床时间,避免卧床并发症的发生。结果显示,术后 4 周观察组肺部感染、压力性损伤、下肢静脉血栓的发生率明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。该结果表明:思维导图指导下的早期日常功能练习,能减少老年髋部骨折患者的术后并发症发生率<sup>[18-20]</sup>。

综上所述,思维导图是一种图文并茂、色彩鲜明、层次清晰健康教育工具,使老年患者更容易理解和记忆,增强患者学习积极性及主动性,进而提高健康宣教效果,能有效帮助老年髋关节置换术患者尽快恢复 ADL 能力,改善生活质量,预防并发症。思维导图成本低,方法简单易学,并有较强思维娱乐性。

## 4 参考文献

- [1] 杨明辉.骨科与老年科共管模式治疗老年髋部骨折及与英国的比较[J].中国骨与关节杂志,2017,6(3):169-173.
- [2] 吴小宁,张淑云,彭聪,等.多学科协作在老年人髋部骨折治疗中的作用[J].中华老年医学杂志,2019,38(3):283-287.
- [3] 徐进,李平,马信龙.老年髋部骨折手术快通道化变革中的麻醉管理[J].中华老年骨科与康复电子杂志,2017,3(1):59-61.
- [4] Wei H,Cheng Q,Zhu X,et al.Prevalence of sarcopenia and its relationship with sites of fragility fractures in elderly Chinese men and women[J].Plos One,2015,10(9):e0138102.
- [5] 王宇,张攀,韩文锋,等.快速康复理念在髋关节置换围术期中的应用[J].实用骨科杂志,2017,23(2):110-113.
- [6] 中国老年医学学会骨与关节分会创伤骨科学术工作委员会[J].中华创伤骨科杂志,2017,19(11):921-927.
- [7] 马明太,尹浩,张培训,等.老年髋部骨折手术风险评估表的临床应用[J].中华创伤骨科杂志,2019,21(7):553-557.
- [8] 贾曼,张若,孙优扬,等.家庭康复护理指导对老年髋部骨折患者术后康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(14):1653-1656.
- [9] 邓思平.思维导图健康教育模式在老年高血压患者个性化服药中的应用[J].中国社区医师,2019,35(25):178-179.
- [10] 黄桂兰,彭咏梅,张泓,等.思维导图在康复专业教学中的应用与探讨[J].中国康复理论与实践,2017,23(8):989-992.
- [11] 王玉龙.康复评定技术[M].北京:人民卫生出版社,2013:241-245.
- [12] Seitz DP, Gill SS, Gruneir A, et al. Effects of dementia on postoperative outcomes of older adults with hip fractures: a population-based study[J]. J Am Med Dir Assoc, 2014,15(5):334-341.
- [13] 刘丽芬.思维导图对老年髋部股骨骨折患者疾病管理能力及术后康复的影响[J].临床护理杂志,2018,17(2):41-44.
- [14] 梁小芹,邵小珍.老年髋部骨折延续护理的研究进展[J].护理管理杂志,2017,17(7):485-487.
- [15] Wu KT, Lee PS, Chou WY, et al. Relationship between the social support and self-efficacy for function ability in patients undergoing primary hip replacement[J].J Orthop Surg Res, 2018,13(1):150.
- [16] 潘丽,李中.循证护理在预防老年人髋部骨折并发症中的应用效果[J].当代护士,2018,25(18):80-82.
- [17] 姚运峰,薛晨曦,吕浩,等.高龄髋部骨折患者围术期并存症和并发症的处理[J].中华老年医学杂志,2016,35(4):391-395.
- [18] 林红,蔡波,刘岩.快速康复模式在老年髋部骨折术后的应用[J].中国老年学杂志,2019,39(3):371-373.
- [19] 萧佩多,陈润芳,徐连.早期离床坐护理干预对老年髋部骨折术后患者卧床并发症的效果观察[J].护士进修杂志,2016,31(9):802-804.
- [20] 李艳辉.快速康复外科护理模式在老年髋部骨折手术围术期中的应用效果评价[J].中国伤残医学,2019,27(9):85-86.

[2021-04-12 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 个体化护理在先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期的应用效果

葛雪华 肖婷

**【摘要】目的** 探讨基于循证的个体化护理在先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期的应用效果。

**方法** 选取医院2019年1月—2021年2月期间收治的108例先天性肺囊腺瘤患儿为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为观察组和对照组,各54例。对照组患儿实施常规护理,观察组患儿实施基于循证的个体化护理,观察并比较两组患儿的治疗依从性、并发症发生率及家属护理满意度情况。**结果** 实施基于循证的个体化护理干预后,观察组患儿的总依从率高于对照组( $P<0.05$ ),观察组患儿的并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ ),观察组患儿家属的护理满意度评分高于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 将基于循证的个体化护理应用于先天性肺囊腺瘤患儿围术期护理中,可有效提升患儿治疗依从性,降低其并发症发生率,提高患儿家属对护理工作的满意度。

**【关键词】** 循证;个体化护理;先天性肺囊腺瘤;经胸腔镜肺叶切除术;围手术期;应用效果

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.024

先天性肺囊腺瘤是一种由于胎儿末端支气管过度生长,导致肺实质内形成明显界限的疾病,该疾病可累及一个肺段或整个肺叶,甚至累及双侧肺实质,严重危害患儿生命健康<sup>[1]</sup>。胸腔镜肺叶切除术是治疗先天性肺囊腺瘤的重要手段,具有创伤小、恢复快、住院时间短等优点,可有效切除病灶,缓解临床症状<sup>[2]</sup>。由于先天性肺囊腺瘤患儿年龄较小,心智尚未成熟,加之疾病不适易引起患儿产生不良情绪,导致其治疗依从性较差,且患儿年龄梯度大,生理特点相差甚远,因此对围术期护理工作提出了更高的要求,若护理不当会增加其并发症发生率,严重影响患儿治疗效果及家属的护理满意度<sup>[3-4]</sup>。因此,寻求一种有效的护理措施辅助先天性肺囊腺瘤患儿手术治疗,提升其治疗依从性,降低其并发症发生率,是提高患儿家属满意度的关键。有关研究表明<sup>[5]</sup>,科学合理的个体化护理干预可有效降低手术患儿不良事件发生率,提升患儿治疗效果,促进其疾病康复。本研究旨在探讨基于循证的个体化护理在先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取我院2019年1月—2021年2月收治的108例先天性肺囊腺瘤患儿为研究对象,纳入条件:

符合先天性肺囊腺瘤诊断标准者;3岁≤年龄≤14岁;临床资料完整;家属知情并签署知情同意书。排除条件:有胸部手术史者;合并其他严重躯体疾病者;不符合手术指征者;中途退出研究者。按照组间基本特征匹配的原则分为观察组和对照组,各54例,观察组患儿男22例,女32例;年龄:3~14岁,平均 $6.37 \pm 1.03$ 岁;体质量10.39~48 kg,平均 $19.73 \pm 2.16$  kg。对照组患儿男24例,女30例;年龄:3~13岁,平均 $6.34 \pm 1.01$ 岁;体质量10.28~47 kg,平均 $19.71 \pm 2.15$  kg。两组患儿基本资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经我院医学伦理委员会批准。

### 1.2 干预方法

#### 1.2.1 对照组 患儿实施常规护理。

(1)术前:为患儿及其家属讲解疾病相关知识,告知其手术相关事项,对其提出的相关问题给予详细解答,及时了解患儿心理状态,并给予常规心理护理,嘱咐患儿术前12 h禁食、6 h禁饮。

(2)术后:密切监测患儿生命体征,做好管道护理,同时对患儿饮食、用药、锻炼、复查等方面进行详细指导,告知患儿日常生活注意事项。

#### 1.2.2 观察组 患儿实施基于循证的个体化护理,具体如下:

1.2.2.1 成立干预小组 由主治医师1名、护士长1名、责任护士5名组成基于循证的个体化护理小组,主任医师负责患儿治疗方案决策;护士长负责统筹、协调各项护理工作,并对责任护士进行专业培训,主要内容包括先天性肺囊腺瘤危害、治疗、

护理、循证理念及个体化护理模式的运用等;责任护士负责资料收集及方案实施。

### 1.2.2.2 制订方案

(1) 确立循证问题:干预组员借助知网、万方、龙源、维普等数据库,检索“先天性肺囊腺瘤”“先天性肺囊腺瘤患儿个体化护理”“并发症预防”“治疗依从性”等关键词获取先天性肺囊腺瘤患儿个体化护理相关文献,收集并汇总影响先天性肺囊腺瘤患儿护理效果(治疗依从性、并发症发生率、家属满意度)的主要影响因素:患儿对疾病及手术相关知识缺乏了解,未能正确认识手术;疾病不适及手术易引起患儿产生焦虑、恐惧等负性情绪,导致患儿未依从医护人员指导执行并发症预防措施。

(2) 制订方案:干预组员以会议讨论的形式分析循证问题,结合自身临床护理经验及患儿临床资料,采用循证医学方式共同制订基于循证的个体化围术期护理方案。

### 1.2.2.3 基于循证的个体化围术期护理措施

(1) 术前:①个体化心理护理,患儿入院后,责任护士主动与患儿及家属交流,建立良好的护患关系,收集患儿一般资料,了解患儿及家属的心理状态,出现不良情绪多给予鼓励及安慰,并依据患儿个体差异实施针对性的心理干预。对于学龄前患儿可通过讲故事、看电视、做游戏等方式分散其注意力。对于学龄期患儿可通过讲解手术成功案例,为其树立治疗信心,以消除其心中疑虑及恐惧,提升治疗配合程度。②个体化健康宣教根据患儿年龄及理解能力实施个体化宣教。对于学龄前患儿,调查患儿喜欢的动画视频,将住院期间配合治疗、饮食、用药、锻炼等护理内容融入于动画故事当中,并邀请院内擅长绘画的同事将其绘制成画册发放至患儿,由责任护士以通俗易懂的语言为患儿阅读绘本内容,同时指导家属在患儿不同治疗阶段利用输液期间为其阅读相应绘本,以加深患儿对治疗过程的了解,提升其配合治疗依从性,每次15~20 min,每天2~3次。对于学龄期患儿,由主治医师借助多媒体会议室集中为患儿介绍手术室环境设施,讲解手术简单过程、手术成功案例、胸腔镜手术优势、术后可能出现的不良反应、并发症危害及预防、手术治疗效果及必要性、配合治疗的重要性。

(2) 术中:①保温,将手术室温度设置为25~27℃,使用加温毯维持患儿体温正常,对术中需输注的液体加温至37℃后使用,术中各项操作过程中严格遵循无菌操作原则,并控制输液速度及输

液量。②麻醉护理,学龄前患儿由家长及护士全程陪伴麻醉,指导家长可通过抚触、唱儿歌、播放卡通视频等形式安抚患儿情绪;对于学龄期患儿由责任护士陪伴麻醉,并多给予患儿夸赞及鼓励,同时依据患儿体质量及体质控制麻醉剂量。

(3) 术后:①情感支持,密切监测患儿生命体征,待患儿麻醉清醒后,医护人员诚恳地向其表示祝贺,告知其手术成功消息,并为其讲解术后康复案例,以消除心中疑虑,增强其康复信心。②疼痛管理,依据疼痛程度实施个体化疼痛管理措施,对于轻度疼痛患儿,指导家属多陪患儿讲故事、看电视,为其播放柔和、舒缓的音乐,以转移其疼痛注意力;对于中度及以上疼痛患儿,依据患儿体质量给予合理药物镇痛,必要时使用束缚带。③排痰护理,依据患儿排痰能力实施排痰护理,对于学龄期患儿,指导其用力进行深呼吸促进排痰;对于学龄前患儿,定时翻身、拍背,采用吹气球法或取头低位利用重力促进排痰,必要时遵医嘱给予机械排痰。④并发症预防,定时协助患儿变换体位,多询问患儿生理感受,并实施个体化并发症预防措施。对于学龄前患儿,密切观察大便情况,加强臀部护理,保持臀部清洁、干燥;对于学龄期患儿,教会其正确咳嗽方法,以维持呼吸道通畅,同时为患儿及家属讲解并发症危害、识别、预防及处理相关知识。

### 1.3 观察指标

(1) 并发症发生率:调查两组患儿术后并发症发生率,主要包括高热、胸腔积液、肺不张、气胸。并发症发生率 = (高热例数 + 胸腔积液例数 + 气胸例数) / 总例数 × 100%。

(2) 治疗依从性:比较两组患儿治疗依从性。判定标准:完全依从,主动配合治疗;部分依从,存在轻微的抵触情绪,经安慰、劝导能够完成治疗;不依从,经劝导仍不接受治疗。总依从率 = (完全依从例数 + 部分依从例数) / 总例数 × 100%。

(3) 护理满意度:采用我院自制的护理满意度量表调查两组患儿家属的护理满意度,量表包括健康教育、护患沟通、主动性及护理技术4个维度,满分为10分,8分以上为非常满意,6~8分为基本满意,6分以下为不满意。满意度 = (总例数 - 不满意例数) / 总例数 × 100%。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗依从性比较

2.2 两组患儿并发症发生率比较

组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

干预后, 观察组患儿的并发症发生率低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

干预后, 观察组患儿的总依从率高于对照组,

表 1 两组患儿治疗依从性比较

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从率 (%)
对照组	54	14	27	13	75.93
观察组	54	28	22	4	92.59

$\chi^2=5.655, P=0.017$ 。

表 2 两组患儿并发症发生率比较

组别	例数	高热	胸腔积液	气胸	总发生率 (%)
对照组	54	5	3	2	18.52
观察组	54	2	1	0	5.56

$\chi^2=4.285, P=0.038$ 。

2.3 两组患儿家属的护理满意度比较

于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

干预后, 观察组患儿家属的护理满意度评分高

表 3 两组患儿家属的护理满意度比较

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度 (%)
对照组	54	16	25	13	75.93
观察组	54	30	21	3	94.44

$\chi^2=7.337, P=0.007$ 。

3 讨论

先天性肺囊腺瘤是一种以肺组织多囊性增殖、终末支气管异常发育为特征的错构瘤样先天性结构畸形, 其发病率占先天性肺部病变的 25%<sup>[6]</sup>。先天性肺囊腺瘤早期无明显症状, 随病情发展会出现反复肺部感染、呼吸窘迫、进行性呼吸困难等, 病情严重会导致患儿死亡, 对患儿生命健康造成巨大影响<sup>[7]</sup>。随着医疗技术的快速发展, 医护人员可通过胸腔镜肺叶切除术切除先天性肺囊腺瘤患儿病灶, 缓解其临床症状, 但患儿的年龄较小, 免疫系统发育不完善, 治疗依从性较低, 且年龄及生理特点相差较大, 常规护理难以满足患儿的需求, 导致患儿

并发症发生率较高<sup>[8-9]</sup>。有关研究表明<sup>[10]</sup>, 先天性肺囊腺瘤患儿术后出现并发症, 会增加治疗难度, 严重影响治疗效果, 不利于患儿疾病康复。由此可见, 探寻一种有效的护理措施提高先天性肺囊腺瘤患儿治疗依从性, 降低其并发症发生率, 是提升治疗效果及患儿家属满意度的关键<sup>[11]</sup>。

有关研究表明<sup>[12]</sup>, 循证理念应用于糖尿病患儿护理中, 可有效提升患儿治疗依从性, 改善其血糖水平, 提高其生活质量。循证理念的核心思想是指任何医疗决策应建立在最佳临床科学研究证据基础上, 该理念强调将护理人员临床经验及科学结论相结合, 获取有力证据实施有效的护理干预, 以确保干预措施的科学性及有效性<sup>[13-14]</sup>。研究表明<sup>[15]</sup>,



个体化护理应用于老年高血压患者护理中,可有效改善患者血压水平,降低并发症发生率,提高患者对护理工作的满意度。个体化护理是一种根据患者实际情况而实施的个性化护理服务,从而满足患者生理、心理及精神上的护理需求,有利于提高患者治疗依从性,改善临床护理质量<sup>[16]</sup>。基于循证的个体化护理是一种新型护理模式,该模式是以循证医学理念为基础,个体化护理为指导,可确保护理措施的有效性,满足患者的护理需求,从而进一步提升临床护理效果<sup>[17]</sup>。

本研究将基于循证的个体化护理应用于先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期护理中,通过确立循证问题,制订针对性干预方案,可确保干预措施的有效性,从而显著提升护理服务质量;通过围术期实施个体化心理护理、健康宣教、保温、麻醉护理、情感支持、疼痛管理、排痰护理及并发症预防等措施,可有效提高患儿疾病认知程度,缓解其恐惧、抵触情绪及疼痛程度,为其树立治疗信心,促使其积极配合医护人员治疗、护理,从而提升其治疗依从性,改善治疗效果,降低并发症发生率,促进其疾病康复,提高患儿家属对护理工作的满意度。本研究结果显示,干预后,观察组患儿的总依从率高于对照组( $P<0.05$ ),观察组患儿的并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ ),观察组患儿家属的护理满意度评分高于对照组( $P<0.05$ )。结果表明,基于循证的个体化护理能有效提高先天性肺囊腺瘤患儿治疗依从性,降低其并发症发生率,提高患儿家属的满意度。

综上所述,将基于循证的个体化护理应用于先天性肺囊腺瘤患儿经胸腔镜肺叶切除术围术期护理中,可有效提高患儿治疗依从性,降低其并发症发生率,提高患儿家属对护理工作的满意度。

#### 4 参考文献

- [1] 王志远,刘玲,杨晓煜,等.儿童先天性肺囊性腺瘤样畸形四例临床特点分析[J].中国小儿急救医学,2021,28(1):69-72.
- [2] 王曦曦,王丽梅,牛会敏.胎儿先天性肺囊腺瘤畸形与肺隔离症的产前超声诊断与预后分析[J].中国超声医学杂志,2020,36(1):80-83.
- [3] 阎冲.产前超声与MRI对胎儿先天性肺囊腺瘤样畸形分型的鉴别诊断[J].临床医学研究与实践,2020,5(4):111-113.
- [4] 谭博,吴兆红,俞钢.胎儿及新生儿先天性肺囊腺瘤研究进展[J].广州医科大学学报,2020,48(6):128-132.
- [5] 韦丽.个体化护理模式在重症肺炎患儿中应用的临床效果分析[J].饮食保健,2020,7(10):139-140.
- [6] 李春玲,栗河舟,王超华,等.肺部超声在先天性肺囊腺瘤样病变中的应用价值分析[J].中国超声医学杂志,2019,35(8):693-695.
- [7] 李娟,安鲁,刘燕飞,等.先天性肺囊性腺瘤样畸形43例回顾性分析并文献复习[J].现代肿瘤医学,2019,27(2):248-252.
- [8] 严琳,吴征平.儿童肺先天性囊性腺瘤样畸形CT诊断分析[J].中国实用医药,2018,13(2):64-66.
- [9] 钮玉洁,岑立微.胎儿先天性肺囊性腺瘤样畸形妊娠结局及出生后手术治疗的影响因素分析[J].中国生育健康杂志,2020,31(6):535-538.
- [10] Zhang M, Liu D, Wu W, et al. Preoperative 3D-CT bronchography and angiography facilitates single-direction uniportal thoracoscopic anatomic lobectomy[J]. Annals of Translational Medicine, 2019, 7(20):526-526.
- [11] 姚雯.产前超声对胎儿先天性肺囊腺瘤样畸形的诊断价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(17):229-230.
- [12] 刘立红,彭娟.循证理念用于胆囊结石患者腹腔镜术后护理中的效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(10):167-169.
- [13] 朱蕾.循证理念护理在乳腺癌手术患者中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(14):212-214.
- [14] 姜海娟.小儿哮喘雾化吸入治疗护理中循证理念的应用价值研究[J].中华养生保健,2021,39(1):72-74.
- [15] 叶宝青.个体化护理干预在氧气驱动雾化吸入治疗肺炎患儿中的应用效果[J].医疗装备,2020,33(6):179-180.
- [16] 余攀,黄晓霞,唐晶,等.个体化护理在先天性肺囊腺瘤患儿围手术期的应用效果[J].广东医学,2020,41(9):938-941.
- [17] 吴寒.基于循证理念的个体化护理对呼吸机相关性肺炎患儿的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3992-3994.

[2021-03-22 收稿]  
(责任编辑 陈景景)

# 思维导图健康教育对腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行水平及生活质量的影响

王芳 范怡冰 张云霞

**【摘要】目的** 探讨思维导图健康教育在腹腔镜子宫肌瘤手术患者中的应用效果。**方法** 选择2019年1月—2020年12月常熟市第二人民医院符合条件的腹腔镜子宫肌瘤手术出院患者85例为研究对象,按照组间基线资料匹配的原则分为观察组43例和对照组42例。对照组给予发放手册、集中或个体教育、微信支持、随访管理等常规健康教育,观察组联合应用基于思维导图的健康教育。随访6个月,比较两组健康相关知识、健康信念、健康行为、生活质量等指标。**结果** 观察组疾病知识、手术知识、管理知识、健康相关知识总分高于对照组,自我减压、正性态度、自我决策、健康信念总分高于对照组,心理调节、遵医嘱用药、规范饮食、康复运动执行情况优于对照组,对疾病的顾虑、活动受限、心情与精力、自我关注、性功能、生活质量评分高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 基于思维导图的健康教育有助于提高腹腔镜子宫肌瘤手术患者健康相关知识水平,促进健康信念及健康行为的养成,改善患者术后生活质量。

**【关键词】** 子宫肌瘤;腹腔镜手术;思维导图;健康教育;知信行;生活质量

中图分类号 R473.7 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.025

子宫肌瘤是女性生殖器官常见良性肿瘤,临床主要表现为阴道不规则出血、腹痛、盆腔压迫等,严重影响女性身心健康与生活质量<sup>[1]</sup>。腹腔镜手术在去除病灶的同时,能够最大限度地保留生殖系统正常生理解剖结构<sup>[2]</sup>。但手术难度较大,应激反应严重,同时伴有复发、发生并发症的风险,对患者自我管理能力是一个极大的考验,如何实施有效的健康教育、以促进患者健康行为方式的养成,一直是医护工作者关注的焦点<sup>[3]</sup>。思维导图是一种发散性思维,采用图文并重的形式,直观展现教育内容的层级结构与隶属关系,能够为受众提供明确的路径指引和信息支持<sup>[4-5]</sup>。本研究以知信行为切入点,分析思维导图式健康教育在腹腔镜子宫肌瘤手术患者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年12月常熟市第二人民医院行腹腔镜子宫肌瘤手术出院患者90例,按照组间基线资料匹配的原则分为观察组和对照组,每组45例。其中观察组中途退出或随访脱落共计2例,对照组中途退出或随访脱落共计3例,最终实

际纳入85例。年龄37~64岁;病程2~6年;子宫肌瘤大小在3.5~7.6 cm间,平均 $4.54 \pm 1.32$  cm;两组年龄、病程、肌瘤直径、肌瘤分布、文化程度比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经常熟市第二人民医院伦理委员会批准(20190215)。

### 1.2 纳入与排除条件

均符合谢幸等《妇产科学》第9版<sup>[6]</sup>子宫肌瘤诊断标准,且经临床症状、B超、术后病理检查确诊;有明确的手术指征,且行择期手术治疗者;有正常沟通交流理解能力者;告知研究事项后,患者或家属均签署知情同意书。排除合并精神疾病或认知功能障碍;既往生殖系统手术史;合并心血管疾病、免疫系统疾病;合并严重听力障碍、视力障碍。剔除因自身原因中途退出;因出现严重并发症中断研究;因资料缺失影响疗效评估。

### 1.3 护理方法

给予本组腹腔镜子宫肌瘤手术患者相同的健康教育,即参照相关文献<sup>[7-8]</sup>编制《腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行健康教育手册》,包括子宫肌瘤基本知识、腹腔镜子宫肌瘤剔除术知识、自我管理相关知识,并制成纸质版、电子版及音视频资料。

**1.3.1 对照组** 采用常规健康教育方法,包括发放手册、集中宣教(共2次,60~90 min/次)、个体指导(每名患者单独指导至少15~30 min)、微信教育(将电子版及音视频资料推送到微信群)、

随访管理（电话、微信）等。

1.3.2 观察组 在以上措施的基础上联合应用基于思维导图的健康教育。①组建健康教育小组：包括手术医师 1 名、护士长 1 名、专科护士 5 名、同伴教育者 5 名、患者家属若干名，组织学习《腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行健康教育手册》、思维导图、知信行、微信教育、同伴支持等相关知识（学习时间 1 周，下午 15：00-17：00），医师、护士长、专科护士考核合格后（理论、操作均 >90 分）方可参与本次研究。②编制健康教育思维导图：围绕本次研究重点（知识、信念、行为），查阅国内外文献资料，搜寻经循证医学支持的腹腔镜子宫肌瘤手术患者健康教育证据。以“知信行”为关键词，向外发散健康相关知识、健康信念、健康行为 3 个 1 级分支 11 个 2 级分支，对疾病知识、手术知识、管理知识 3 个 2 级分支继续发散为 11 个 3 级分支，

形成一个有明确层级结构、隶属关系的《腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行健康教育思维导图》。见图 1。

③健康教育：围绕健康相关知识、健康信念、健康行为 3 个 1 级支，组织标准化病人（专科护士）拍摄 5 个主题视频（10~15 min/ 个），包括情景演示、语音讲解、文字说明、背景音乐等。发放思维导图，详细说明思维导图形成过程、各分支内容（要求患者手机录音），将思维导图悬挂在床旁显著位置。组建微信群，要求 43 例患者实名加入（健康教育小组成员同时加入），将健康教育手册、思维导图、5 个主题视频推送到群中，要求患者认真观看。指定 1 名护士专职管理微信群，设置话题组织患者互动。构建社会支持系统（招募同伴教育者、开展家属同步教育），在专科护士指导下，围绕思维导图开展主题教育活动。

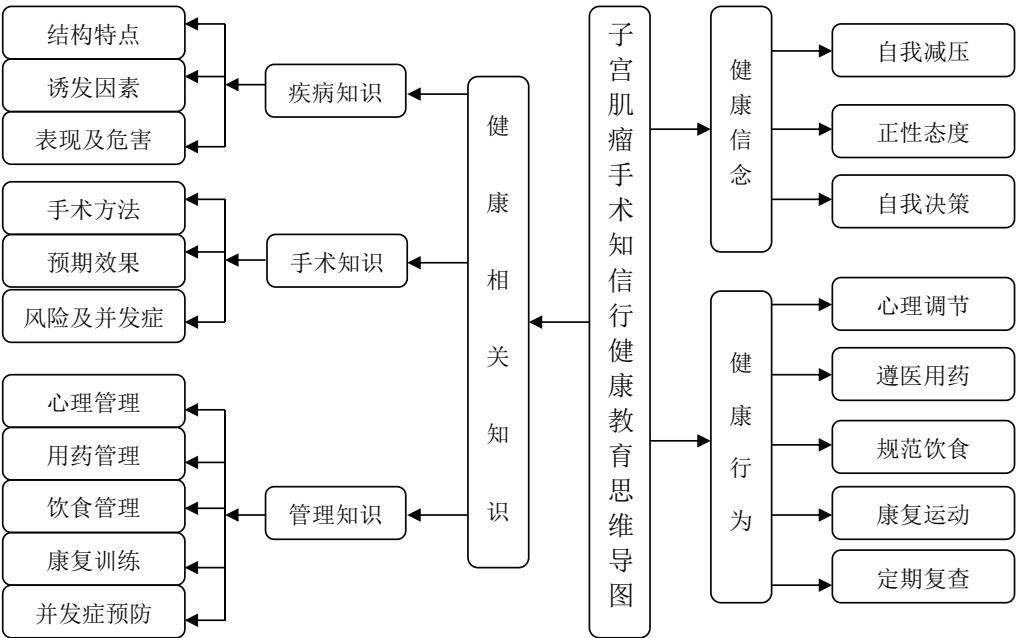


图 1 子宫肌瘤手术患者知信行健康教育思维导图

1.4 观察指标

教育前，随访 6 个月，观察两组健康相关知识、健康信念、生活质量。随访 6 个月，比较两组健康行为执行率。

（1）健康相关知识：根据《子宫肌瘤手术患者知信行健康教育手册》编制健康教育相关知识问卷，包括疾病知识（3 条目）、手术知识（3 条目）、管理知识（5 条目）等 3 维度共 11 条目，每个条目赋值 1~5 分，总分 5~55 分，分值越高，健康相关知识掌握越好。量表经 3 位专家 3 次校正并通过预调查，经检验 Cronbach’ s α=0.874。

（2）健康信念：采用健康促进策略量表（SUPPH）

[9] 进行测评，包括自我减压（10 条目）、正性态度（15 条目）、自我决策（4 条目）3 维度共 29 个条目，每个条目赋值 1~5 分，总分 29~145 分，分值越高，健康信念水平越高。量表 Cronbach’ s α=0.865，本次重测 Cronbach’ s α=0.857。

（3）健康行为：根据《子宫肌瘤手术患者信知信健康教育手册》，比较两组心理调节、遵医用药、规范饮食、康复运动、定期复查执行率。

（4）生活质量：采用 Spies JB 等子宫肌瘤症状及健康相关生活质量问卷（UFS-QOL）[10] 中健康相关生活质量问卷进行测评，包括对疾病的顾虑（5 条目）、活动受限（7 条目）、精力/心情（7 条目）、



生活失控（5 条目）、自我关注（3 条目）、性功能（2 条目）等 6 维度共 29 个条目，每个条目赋值 1~5 分，每个维度根据比例换算为 0~100，分值越高，生活质量越好。量表 Crombach' s  $\alpha$  =0.912，本次重测 Crombach' s  $\alpha$  =0.964。

### 1.5 质量控制

为保证评估的公允性，指定未参与本次研究的 3 名专科护士（副主任护师资格）负责各问卷的调查评估，取 3 名护士评估平均结果为最终评判标准。

### 1.6 统计学处理

使用 SPSS 20.0 软件进行分析，计量资料用“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  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者健康相关知识评分比较

教育前，两组子宫肌瘤手术患者疾病知识、手术知识、管理知识、健康相关知识总分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；随访 6 个月，观察组疾病知识、手术知识、管理知识、健康相关知识总分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组子宫肌瘤手术患者教育前后健康相关知识评分比较（分）

观察时间	组别	例数	疾病知识	手术知识	管理知识	健康相关知识总分
教育前	观察组	43	6.45 $\pm$ 1.16	5.43 $\pm$ 1.02	10.16 $\pm$ 1.35	22.04 $\pm$ 4.30
	对照组	42	6.72 $\pm$ 1.20	5.61 $\pm$ 1.10	10.53 $\pm$ 1.52	22.86 $\pm$ 4.56
	$t$ 值		1.055	0.783	1.187	0.853
	$P$ 值		0.421	0.656	0.234	0.587
教育后	观察组	43	11.24 $\pm$ 2.13	9.15 $\pm$ 1.34	20.31 $\pm$ 3.14	40.70 $\pm$ 6.24
	对照组	42	9.43 $\pm$ 1.32	8.24 $\pm$ 1.21	17.65 $\pm$ 3.32	35.32 $\pm$ 6.15
	$t$ 值		4.696	3.284	3.796	4.003
	$P$ 值		0.000	0.006	0.002	0.000

### 2.2 两组患者健康信念评分比较

教育前，两组子宫肌瘤手术患者自我减压、正性态度、自我决策、健康信念总分比较，差异无统

计学意义（ $P > 0.05$ ）；随访 6 个月，观察组自我减压、正性态度、自我决策、健康信念总分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组子宫肌瘤手术患者教育前后健康信念评分比较（分）

时间	组别	例数	自我减压	正性态度	自我决策	健康信念总分
教育前	观察组	43	24.65 $\pm$ 4.42	36.35 $\pm$ 6.13	8.72 $\pm$ 1.24	69.72 $\pm$ 9.45
	对照组	42	25.74 $\pm$ 5.11	37.42 $\pm$ 6.25	9.05 $\pm$ 1.50	72.21 $\pm$ 10.12
	$t$ 值		1.053	0.797	1.107	1.173
	$P$ 值		0.422	0.428	0.315	0.264
教育后	观察组	43	38.62 $\pm$ 6.24	57.21 $\pm$ 8.21	16.14 $\pm$ 3.22	111.97 $\pm$ 13.15
	对照组	42	33.54 $\pm$ 6.05	51.35 $\pm$ 7.36	13.46 $\pm$ 2.43	98.35 $\pm$ 12.23
	$t$ 值		3.809	3.462	4.324	4.942
	$P$ 值		0.002	0.005	0.000	0.000

2.3 两组患者健康行为执行情况比较

规范饮食、康复运动执行情况优于对照组，差异具  
观察组子宫肌瘤手术患者心理调节、遵医用药、有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组子宫肌瘤手术患者健康行为执行情况比较（例）

组别	例数	心理调节	遵医用药	规范饮食	康复运动	定期复查
观察组	43	40	41	39	39	41
对照组	42	32	34	31	30	38
$\chi^2$ 值		4.647	4.242	4.170	5.163	0.769
$P$ 值		0.026	0.028	0.041	0.022	0.674

2.4 两组患者生活质量评分比较

6 个月，观察组对疾病的顾虑、活动受限、心情与  
精力、自我关注、性功能、生活质量评分高于对照组，  
教育前，两组子宫肌瘤手术患者对疾病的顾虑差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；随访  
差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表4。

表4 两组子宫肌瘤手术患者健康教育前后生活质量评分比较（分）

组别	例数	对疾病的顾虑	活动受限	心情与精力	生活失控	自我关注	性功能	生活质量
教育前								
观察组	43	55.35 ± 8.23	63.43 ± 8.52	61.42 ± 8.13	64.13 ± 8.52	63.20 ± 8.15	55.47 ± 7.23	60.50 ± 8.13
对照组	42	57.24 ± 7.56	65.32 ± 8.46	62.74 ± 8.25	65.62 ± 8.36	65.12 ± 8.34	57.21 ± 8.14	62.21 ± 9.12
$t$ 值		1.102	1.026	0.743	0.814	1.073	1.043	0.913
$P$ 值		0.316	0.424	0.685	0.621	0.416	0.420	0.525
随访 6 个月								
观察组	43	76.41 ± 9.20	75.82 ± 10.21	82.35 ± 9.13	75.81 ± 9.12	78.62 ± 8.42	74.52 ± 9.20	77.26 ± 8.42
对照组	42	70.35 ± 9.15	71.15 ± 9.54	73.45 ± 8.64	73.24 ± 9.35	70.54 ± 9.13	66.34 ± 8.4	70.85 ± 9.23
$t$ 值		3.044	2.178	4.614	1.283	4.242	4.267	3.346
$P$ 值		0.009	0.018	0.000	0.203	0.000	0.000	0.000

3 讨论

子宫是女性的根，是维系女性生理特征的主要器官。罹患子宫肌瘤对女性而言属于一种重大负性生活事件，腹腔镜子宫肌瘤剔除术尽管能够保留患者生育功能，但手术创伤、子宫瘢痕、术后并发症等，均会加剧患者痛苦体验，导致自我形象紊乱、自我管理能力低下，不利于患者术后康复<sup>[11]</sup>。腹腔镜子宫肌瘤术后自我管理是一个较为复杂、专业性强的项目，常规发放手册、集中或个体指导、随访管理等护理干预措施，效果并不十分理想。

思维导图作为一种发散性思维工具，采用图表

框架结构，将复杂、专业的教育内容，转换为一个有高度组织逻辑关系的结构图，辅以图像、颜色、线条的标识，能直观展现不同层级结构的隶属关系。突出主题，保证关键信息的识别，避免分支结构的遗漏，保证健康教育内容的完整性<sup>[12-13]</sup>。使用图像、颜色、线条等工具，按照内在关联将教育内容构建一种可视化的语义网络，将线型语言逻辑思维转化为层级结构分明的空间图形，能有效弥补语言表达的单一性与线性不足<sup>[14]</sup>。李思等<sup>[15]</sup> 研究报道，思维导图健康教育能够提高腹腔镜子宫肌瘤手术患者（48 例）健康知识水平。本文研究中，以“知行信”为关键词，编制包括 3 个 1 级分支、11 个 2 级分支、

11个3级分支的“腹腔镜子宫肌瘤手术患者知信行健康教育思维导图”,实施思维导图介绍、主题教育、微信教育、同伴教育、家属同步教育等多元化教育手段。通过比较两组疾病知识、手术知识、管理知识、健康相关知识,得出结论也支持上述文献观点。

“知”“信”“行”是人类行为改变的3个阶段,知识是构建健康信念的基础,健康信念与积极态度是形成健康行为的源动力<sup>[16-17]</sup>。思维导图也称心智图,图表树状结构图利于开发利用人体左右脑,拓展思维宽度,符合“全脑思维”教育理念<sup>[18-19]</sup>。可视化的语义网络,也能够丰富思维的语境,促进发散思维,为深度理解记忆创造“红利”<sup>[20-21]</sup>。微信是时下人们不可或缺的交流工具,“碎片化”的传播特质也符合当下人们快节奏的阅读习惯,达到持续干预“潜移默化”的效果<sup>[22-23]</sup>。同伴支持的“朋辈效应”与“榜样效应”,能激发患者向上“攀比行为”的养成<sup>[24]</sup>。家属独有的“强权”与“命令”手段,可实现医护人员无法达成的监管效果。索欣等<sup>[25]</sup>研究报道,基于微信主导的思维导图健康教育能够增强高热惊厥患儿家长预防知信行水平。本研究中,实验组自我减压、正性态度、自我决策、健康信念总分、以及心理调节、遵医用药、规范饮食、康复运动执行率均高于对照组,这也是实验组子宫肌瘤手术患者健康相关生活质量得以明显改善的主要原因。

本研究结果表明,基于思维导图的健康教育应用于腹腔镜子宫肌瘤手术患者中,能够提高其健康相关知识水平,促进健康信念及健康行为的养成,有利于患者术后生活质量的改善。需要指出的是,思维导图健康教育是一个系统化的工程,本研究中微信教育、同伴支持、家属监督等具体教育方式尚未完全展开,同时也未对子宫肌瘤术后患者知信行水平进行动态分析,这均是后续研究中需要进一步完善的地方。

#### 4 参考文献

- [1] Tranoulis A, Georgiou D, Alazzam M, et al. Combined Laparoscopic Uterine Artery Occlusion and Myomectomy versus Laparoscopic Myomectomy: A Direct-Comparison Meta-Analysis of Short- and Long-Term Outcomes in Women with Symptomatic Leiomyomas [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2019, 26(5): 826-837.
- [2] 王璇,许莉,孙明霞,等.开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者肌瘤复发、氧化应激及血清学创伤指标的影响[J].中国内镜杂志,2021,27(4):26-30.
- [3] 贾晓燕,王怡.强化健康教育对子宫肌瘤患者围术期认知水平及生活质量的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(8):1374-1377.
- [4] Meivi Sesanelvira ADI, Mulyono S, Sukihananto. Improving Food Safety Behavior through Mind Map Methods in School-Age Children [J]. Compr Child Adolesc Nurs, 2019, 42(sup 1): 97-107.
- [5] 罗梅,王娟,张颖,等.思维导图教学法在住院医师规范化培训教学中的体会[J].中国医药导报,2018,15(28):65-69.
- [6] 谢幸,孔北华,段涛.妇产科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:105-106.
- [7] 王丽华,陈凤青.舒适护理在改善腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者治疗认知度与效能感中的作用[J].护理实践与研究,2017,14(9):8-9.
- [8] 肖洁,刘艳.知信行模式在全子宫切除病人中的应用[J].安徽医药,2019,23(8):1654-1656.
- [9] Lev EL, Eller LS, Kolassa J, et al. Exploratory factor analysis: strategies used by patients to promote health [J]. World J Uro, 2007, 25(1): 87-93.
- [10] Spines JB, Coyne K, Gwaou GN, et al. The UFS-QOU, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata [J]. Obstet Gynecol, 2002, 99(2): 290-300.
- [11] Stewart EA, Lytle BL, Thomas L, et al. The Comparing Options for Management: PATient-centered REsults for Uterine Fibroids (COMPARE-UF) registry: rationale and design [J]. Am J Obstet Gynecol, 2018, 219(1): 95e1-95e10.
- [12] 吴霞,朱月娥,胡芳芳,等.基于思维导图的PBL联合情景模拟教学对新入职护士考核成绩与教学满意度的影响[J].护理实践与研究,2019,16(22):1510-153.
- [13] Buitron de Vega P, Coe C, Paasche-Orlow MK, et al. "It's like a mirror image of my illness": Exploring Patient Perceptions About Illness Using Health Mind Mapping-a Qualitative Study [J]. J Gen Intern Med, 2018, 33(10): 1692-1699.
- [14] 李丽莉,刘叶,徐蕾.思维导图式指导模式在乳腺癌患者植入上臂静脉输液港护理中的应用[J].中国医科大学学报,2021,50(2):180-183.
- [15] 李思,丛珊,刘娟,等.思维导图健康教育在子宫肌瘤行腹腔镜手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(8):143-145.
- [16] Ju K, Kopp M, Wang Y, et al. A Survey Study of Attitude and Knowledge Regarding Female Fertility Preservation Among Reproductive Health Professionals in Fujian, China [J]. J Adolesc Young Adult Oncol, 2019, 8(1): 67-73.
- [17] 李志兰,徐佳莉.基于知信行理论模式的姑息护理在肺癌晚期患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,



# 基于移动平台的情志护理模式对辅助生殖技术治疗不孕症患者的效果评价

潘瑞华 袁细妹 古雯洁 刘容菊 曹焕娴 黄柳婷 陈雪梅 陈博\*

**【摘要】目的** 探讨基于移动平台的情志护理模式对辅助生殖技术治疗不孕症患者的效果评价。**方法** 选取2019年1—12月165例辅助生殖技术治疗的不孕症患者为研究对象,按照组间基线资料匹配的原则将其分为对照组85例和观察组80例。对照组给予常规护理干预,观察组在对照组基础上给予基于移动平台的情志护理模式干预,比较两组患者干预前后的焦虑、总体幸福感及妊娠结局。**结果** 实施基于移动平台的情志护理模式干预后,观察组的状态焦虑和特质焦虑评分均明显低于对照组,总体幸福感评分高于对照组,妊娠率高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 基于移动平台的情志护理模式干预可显著降低辅助生殖技术治疗的不孕症患者的焦虑情绪,增强总体主观幸福感,有效地提高妊娠率,对患者获取良好妊娠结局具有重要意义。

**【关键词】** 移动平台; 情志护理; 辅助生殖技术治疗; 不孕症; 总体幸福感

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.026

不孕症 (Infertility) 是指夫妻同居1年以上、有正常性生活、未避孕而未曾受孕,根据妊娠情况可分为原发性不孕和继发性不孕<sup>[1]</sup>。有数据显示<sup>[2]</sup>,目前不孕夫妇群体占已婚群体的8%~17%左右,并有上升趋势,这就意味着一部分已婚夫妇将面临着生育问题,使不育夫妇承受着极大的心理压力,甚至引发离异、婚外恋之类家庭乃至社会的问题。研究表明<sup>[3]</sup>,不育夫妻通过各种治疗后仍未生育的情况下,为了使女方怀孕,就不得不依靠辅助生殖技术来达到妊娠目的。辅助生殖技术 (ART) 是指采用

医疗辅助手段使不育夫妇妊娠的一组方法,现行技术主要包括人工授精、体外受精、试管婴儿等技术<sup>[4]</sup>。目前ART技术是治疗不孕症的重要手段,但临床研究表明<sup>[5]</sup>,受多种因素影响,不孕症患者多存在较为严重的焦虑抑郁等不良情绪,不利于ART治疗技术的开展,最终影响妊娠结局。中医理论指出<sup>[6]</sup>,人体的七种情志如过度抑制或兴奋,都将造成人体阴阳失调、经络阻塞、气血不足、功能紊乱。不孕症患者常表现为气机郁滞、情志不舒、情绪不宁、心情抑郁等,很大程度上影响患者受孕效果。情志护理是指以中医基础理论为指导,在护理过程中注重观察患者的精神状态和情志变化,以良好的护患关系为桥梁,改善和消除患者的负性情绪,从而达

作者单位: 523320 广东省东莞市松山湖中心医院生殖中心  
\* 通讯作者

16(10):55-57.

- [18] Gossack-Keenan K, De Wit K, Gardiner E, et al. Showing Your Thinking: Using Mind Maps to Understand the Gaps Between Experienced Emergency Physicians and Their Students [J]. Aem Educ Train, 2019, 4(1): 54-63.
- [19] 程琿, 朱雪萍, 邓向红, 等. 思维导图在儿科住院肠炎患儿健康教育护理中的应用效果 [J]. 中国健康教育, 2019, 35(7): 658-661.
- [20] 吴霞, 朱月娥, 胡芳芳, 等. 基于思维导图的PBL联合情景模拟教学对新入职护士考核成绩与教学满意度的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(22): 1510-153.
- [21] 韩文萍, 韩静. 思维导图健康教育及指导性心理干预在老年女性子宫脱垂术后康复中的效果 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(22): 4901-4903.
- [22] Dong Y, Wang P, Dai Z, et al. Increased self-care activities

and glycemic control rate in relation to health education via Wechat among diabetes patients: A randomized clinical trial [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(50): e13632.

- [23] 屈清荣, 张宽新, 徐一格, 等. 基于微信平台的延续性护理对回肠膀胱造口患者自我护理能力的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(24): 1883-1887.
- [24] Oetzel JG, Hokowhitu B, Simpson M, et al. Correlates of Health-Related Quality of Life for Māori Elders Involved in a Peer Education Intervention [J]. J Health Commun, 2019(5): 1-11.
- [25] 索欣, 任俊芬, 郭晓红. 基于微信主导的思维导图健康教育在高热惊厥患儿中的应用效果 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(4): 168-171.

[2021-02-18 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

到治疗和预防疾病的一种护理方法<sup>[7]</sup>。同时随着现代科学技术日新月异,以移动平台为媒介的护理方式已经成为一种新型护理手段,具有效率高、个性化服务多和成本低等优点<sup>[8]</sup>。基于此,我院将以移动平台为媒介的情志护理模式干预应用于辅助生殖技术治疗不孕症患者的护理中,现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年1—12月165例辅助生殖技术治疗的不孕症患者为研究对象,按照两组患者年龄、类型以及病程具有可比性的原则,分为对照组80例和观察组85例。纳入条件:符合不孕症临床诊断标准并确诊;接受辅助生殖技术治疗;无意识障碍,可进行正常沟通交流;知情并同意参与本次研究。排除条件:合并心脏病、高血压等基础疾病;患有意识障碍或精神类疾病。对照组年龄24~35岁,平均 $26.35 \pm 1.27$ 岁;不孕类型:原发性75例,继发性5例;病程1~9年,平均 $3.56 \pm 0.39$ 年。观察组年龄23~36岁,平均 $27.16 \pm 0.93$ 岁;不孕类型:原发性77例,继发性8例;病程0.9~8.7年,平均 $2.44 \pm 0.27$ 年。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理干预,开展心理辅导;给予超促排卵护理,进行治疗前准备;治疗中指导患者配合医生取卵、胚胎移植、手术取精子等;治疗后,进行取卵后护理、胚胎移植后护理、心理护理及并发症护理等;治疗期间对患者进行常规健康教育,包括不孕症门诊介绍、辅助生殖技术治疗介绍、治疗过程以及用药注意事项等内容,对患者存在的疑问进行专业解答,消除患者疑虑,使其可以积极配合治疗。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予基于移动平台的情志护理模式干预,具体方案如下:

(1)成立基于移动平台的情志护理模式干预小组:选取1名护士长、4名责任护士以及1名主任医师、1名心理辅导员组成基于移动平台的情志护理模式干预小组,由护士长任小组长,制定相关护理任务,明确小组成员职责及工作内容,同时组织学习相关辅助生殖技术治疗护理干预及情志护理模式知识并进行考核。小组成员在查阅大量国内外文献,咨询相关专家意见并进行筛选的基础上,结合临床实践经验最终确定基于移动平台的情志护理模式内容,主要包括基于网页平台和微信平台下的情志护理。方案实施后每周进行1次组内交流和讨论

会,并根据方案实施过程中遇到的问题进行讨论并给出解决方案,从而不断完善该方案。

(2)移动平台:QQ平台即申请一个QQ运营账号,患者通过账号或二维码进行添加。利用QQ平台中的QQ空间,将相关内容分为简介、学习园地以及自我评估3个部分。其中首页信息主要由不孕症发病因素、治疗手段、注意事项等内容组成;学习园地主要由辅助生殖技术的治疗过程、操作方法、取得的疗效以及治疗后注意事项等;自我评估是在护理干预后患者进行自我评估,针对存在的问题进行针对性辅导干预;患者定期访问QQ空间,获取有效信息。微信平台:小组注册微信公众号“辅助生殖技术情志护理平台”,向患者讲解通过微信搜索或扫描二维码添加“辅助生殖技术情志护理平台”公众号。微信公众号内容主要以文字、图片和视频等形式呈现,小组通过平台及时更新相关资讯;小组成员进行24h信息收集和反馈模式,确保可以及时回复患者信息;同时定期分享辅助生殖技术治疗的相关注意事项,并分析患者的心理特点,提供针对性的调节方法。同时组建互助微信群,分享相关知识,以及鼓励患者互相分享治疗过程中的心得体会,并获得信息支持;将心中不愉快的想法和感受进行倾诉,释放压力,并可以在群内互相探讨,提供有效地应对方式;针对焦虑、抑郁程度较重的患者,心理辅导员需进行私下辅导和交流,动态评估患者心理状态,并根据患者实际情况逐步进行心理疏导,并教会患者进行心理自我调节的方法和技巧,如冥想、转移注意力或深呼吸等。同时对患者存在的不良生活习惯要及时予以纠正和改正,戒烟戒酒,加强锻炼,增强身体抵抗力,为受孕做好准备。

### 1.3 观察指标

(1)焦虑状况:采用状态-特质焦虑量表<sup>[9]</sup>对两组患者干预前后的焦虑情况进行评分比较,该量表共有40个条目,其中1~20为状态焦虑量表(S-AI),主要用于评定应激情况下的状态焦虑;21~40为特质焦虑量表(T-AI),用于评定平常的情绪体验。它是一种自我评定的量表,具有较好的信度和效度,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.915。

(2)总体幸福感:采用总体幸福感量表(GWS)<sup>[10]</sup>对两组患者干预前后的总体幸福感情况进行评分比较,该量表主要包括精力、对生活满意和兴趣、对情感和行为的控制、松弛与紧张四个维度共20个条目,采用linkert 5级评分法,满分为100分。该量表具有较好的信度和效度,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.879。

（3）妊娠结局：干预后的妊娠结局主要包括临床妊娠、异位妊娠、流产等。

1.4 统计学处理

选用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析，符合正态分布的计量资料用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较行 *t* 检验；计数资料组间率比较行  $\chi^2$  检验。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的焦虑情况比较

实施基于移动平台的情志护理模式干预后，观察组的状态焦虑和特质焦虑评分均明显低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者干预前后的焦虑情况比较（分）

组别	例数	S-AI		T-AI	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	85	63.95 ± 5.40	42.84 ± 4.22	66.23 ± 4.04	40.51 ± 2.75
对照组	80	63.21 ± 3.70	51.63 ± 4.34	66.71 ± 3.24	46.64 ± 2.63
<i>t</i> 值		1.021	13.189	0.839	14.616
<i>P</i> 值		0.309	0.000	0.403	0.000

2.2 两组患者干预前后的总体幸福感评分比较

实施基于移动平台的情志护理模式干预后，观

察组的总体幸福感评分显著高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者干预前后的总体幸福感情况比较（分）

组别	例数	干预前	干预后
观察组	85	47.85 ± 6.20	83.33 ± 5.49
对照组	80	49.13 ± 4.89	65.72 ± 3.33
<i>t</i> 值		1.466	24.725
<i>P</i> 值		0.144	0.000

2.3 两组患者干预后的妊娠结局情况

实施基于移动平台的情志护理模式干预后，观察组的临床妊娠率高于对照组，差异具有统计学意

义 (*P* < 0.05)；异位妊娠率和流产率组间比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，详见表 3。

表 3 两组患者干预后的妊娠结局情况比较

组别	例数	临床妊娠		异位妊娠		流产	
		例数	妊娠率（%）	例数	率（%）	例数	率（%）
观察组	85	52	61.18	2	2.35	5	5.88
对照组	80	35	43.75	2	2.5	4	5.00
$\chi^2$ 值		5.021		0.000		0.000	
<i>P</i> 值		0.025		1.000		1.000	



### 3 讨论

近年来,随着生活环境的变化以及工作压力日益增加,不孕症发病率正逐年上升,越来越多的夫妻饱受不孕不育带来的困扰和折磨<sup>[11]</sup>。不孕症是指一对配偶在未避孕且有正常性生活(至少12个月)而未获得临床妊娠的一种疾病<sup>[12]</sup>。目前辅助生殖技术(ART)是治疗不孕症的重要手段,且在临床中已经取得了较好的疗效<sup>[13]</sup>。但研究显示<sup>[14]</sup>,接受ART的不孕症患者在外界因素、社会因素以及传统观念因素的影响下,极易产生心理障碍,尤其是治疗失败的患者,容易出现中重度抑郁或焦虑等情绪,严重影响患者心理健康,最终导致治疗效果不理想。因此,在辅助生殖技术治疗过程中,对患者的情绪干预显得尤为重要。

目前临床上对于辅助生殖技术治疗的不孕症患者更多侧重于常规健康知识宣教,而忽略了患者在接受治疗过程中的心理需求和变化,导致无法及时了解患者心理状态并给予疏导。本研究将基于移动平台的情志护理模式干预应用于辅助生殖技术治疗的不孕症患者的护理中,通过移动平台组建微信公众号和微信群等,针对性地对患者进行中医情志护理干预,有效缓解患者负性情绪,提升幸福感和依从性,最终提高妊娠率。本研究结果显示,实施以移动平台为媒介的情志护理模式干预后,观察组的状态焦虑和特质焦虑评分均明显低于对照组( $P<0.05$ ),可能是因为情志护理注重观察患者情志变化,进而改善和消除负性情绪。中医理论指出<sup>[15]</sup>,情志是指人的意识、思维、情感等精神活动,人的情志对身体健康及疗效都有着极为重要的影响。因此情志护理可有效改善患者焦虑状态;观察组的总体幸福感评分显著高于对照组,观察组的妊娠率高于对照组( $P<0.05$ ),可能是因为基于移动平台的情志护理模式改善了患者焦虑情绪,同时现阶段随着现代信息化技术的发展,移动平台具有及时、方便、简单等特点,患者可较为全面地掌握疾病和治疗手段,意识到情志变化对妊娠结果的重要影响,患者可积极面对疾病和配合医生治疗,妊娠率大大提高,患者及家庭负担减轻,总体幸福感增强<sup>[16]</sup>。

综上所述,基于移动平台的情志护理模式干预可显著降低辅助生殖技术治疗的不孕症患者的焦虑情绪,增强患者总体主观幸福感,有效地提高妊娠率,对患者获取良好妊娠结局具有重要意义。

### 4 参考文献

- [1] 汪宇昕,李小平,胡雪梅,等.不孕症患者就医行为与辅助生殖技术治疗效果的相关性[J].解放军护理杂志,2020,37(1):18-21
- [2] 蒋萍.基于微信平台术前访视在不孕症宫腔镜手术患者中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(4):111-113.
- [3] 张慧.女性生殖系统常见病所致不孕症的护理及分析[J].中国社区医师,2020,36(9):142,144.
- [4] 杨香,莫水滨.护理干预在不孕症患者宫腔镜检查术中的应用分析[J].中国保健营养,2020,30(14):187.
- [5] 刘峰峰,李双芳.细节护理对不孕症手术患者的护理质量及满意度的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(21):139,159.
- [6] 李欣.情志护理应用于不孕症辅助生殖技术患者中的效果[J].光明中医,2018,33(10):1496-1497.
- [7] 梁红梅,王鸿英.情志护理联合阶段式健康教育模式在辅助生殖技术助孕患者中的效果分析[J].中国药物与临床,2019,19(14):2499-2501.
- [8] 王亚亭,罗彩萍,王婷.基于移动互联平台对慢性阻塞性肺疾病患者改善自我管理的护理研究[J].现代实用医学,2020,32(7):832-834.
- [9] 蔡晨婷,唐传玲,赵美,等.个体化心理干预对反复种植失败患者妊娠结局的影响[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(7):48-51.
- [10] 李琼,武丽娟,曹莹丽,等.微信节点式健康教育模式在体外受精辅助生殖技术中的应用效果[J].中国药物与临床,2020,20(11):1892-1893.
- [11] 朱艳萍.精细化护理在宫腔腹腔镜联合手术治疗输卵管阻塞性不孕症患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(4):99-101.
- [12] 高洁.个性化心理护理联合神经肌肉刺激治疗仪在子宫内膜不孕症患者中的应用[J].医疗装备,2020,33(13):128-129.
- [13] 朱文君.辅助生殖专科护理门诊对不孕症患者周期自我管理和自我效能的影响分析[J].临床医学工程,2020,27(7):967-968.
- [14] 梁英敏,张玉凤.以奥马哈系统为基础的延续护理模式在宫腔镜术治疗不孕症合并宫腔粘连患者护理中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(14):1897-1899.
- [15] 陈晓燕,罗小翔,王飞,等.智能移动护理平台对急诊科危重患者救治中提升护理服务质量的应用价值[J].中国保健营养,2020,30(20):41-42.
- [16] 熊丽娜,周凌云,刘玲.综合心理护理对辅助生殖技术治疗不孕症患者疗效 负性情绪及生活质量的影响[J].临床心身疾病杂志,2020,26(2):182-184.

[2021-03-21 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 随访管理在妇科恶性肿瘤患者术后延续护理中的应用效果

孙岚

**【摘要】目的** 探讨基于康复管理团队模式下的随访管理在妇科恶性肿瘤患者术后延续护理中的应用效果。

**方法** 选取2019年8月—2020年8月医院收治妇科恶性肿瘤患者86例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,每组43例。对照组实施常规护理管理,观察组实施基于康复管理团队模式下的随访管理干预,观察并比较两组患者干预前后的癌因性疲乏程度、自我护理能力及生存质量。**结果** 观察组癌因性疲乏程度低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组自我护理能力得分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组生存质量得分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 院后康复管理团队模式下的随访管理能够以最高效、最简化和最智能化的方式实现了医护患之间的无障碍沟通,有利于提高患者参与和康复管理的主动性和积极性,提高康复管理效率。

**【关键词】** 康复管理团队;随访管理;妇科恶性肿瘤;延续性护理

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.027

癌症是严重威胁人类健康的重大疾病之一,既要接受长期且反复的治疗,还要对多重症状进行管理,出院后仍面临着疾病复发、疾病保健及药物管理等一系列问题,严重影响患者生存质量<sup>[1]</sup>。有研究证实<sup>[2]</sup>,癌症患者居家康复时间较长,对院后康复知识及技能的需求会直接影响其家庭康复效果。目前国内医疗对院后管理重视力度欠缺,各层级医疗机构发展不平衡及医疗资源相对匮乏等,导致院后康复管理发展远远落后于临床。康复管理是指以康复需求为导向,全面科学评估和检测个体的康复状况,并采取积极干预和预防影响康复因素的过程<sup>[3]</sup>。有研究表明<sup>[4]</sup>,开展院后康复管理能够有效降低恶性肿瘤患者远期预后和并发症,提高其生存质量。因此,建立科学康复管理团队,实施病情随访管理和跟踪,掌握一手病情资料,满足患者健康照护和支持性需求,对院后健康管理尤为重要。本研究通过对妇科恶性肿瘤患者术后延续护理中实施康复管理团队模式下的随访管理,为患者出院后提供各种健康咨询、预防、筛查、监护等医疗服务,对患者院后康复成效较好。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年8月—2020年8月医院收治妇科恶性肿瘤患者86例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,每组43例。对照

组年龄25~70岁,平均 $53.09 \pm 10.25$ 岁;疾病类型:子宫内膜癌11例,子宫颈癌16例,卵巢恶性肿瘤14例,其他2例;婚姻状况:未婚11例,已婚32例;学历:初中及以下14例,高中或中专17例,大专及以上12例。观察组年龄25~69岁,平均 $52.87 \pm 9.94$ 岁;疾病类型:子宫内膜癌10例,子宫颈癌15例,卵巢恶性肿瘤15例,其它3例;婚姻状况:未婚12例,已婚31例;学历:初中及以下15例,高中或中专16例,大专及以上12例。两组患者年龄、疾病类型、婚姻状况及学历等基本资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经医院伦理委员会批准,患者及家属均自愿参与该研究者。

### 1.2 纳入条件和排除条件

(1)纳入条件:年龄 $>18$ 岁;病理诊断为妇科恶性肿瘤者;原发癌且无转移者;病情稳定且意识清醒;无精神类疾病或心理障碍者;无其他严重的器官功能障碍者。

(2)排除条件:存在精神类或沟通障碍者;具有长期药物依赖症或药物过敏史者;合并有严重的心、肝、肺等脏器病变疾病者;妊娠期妇女或哺乳期产妇;参与过类似研究者;依从性较差者;临床资料不全者。

### 1.3 护理方法

**1.3.1 对照组** 给予常规护理干预,包括出院前常规健康宣教、发放健康教育手册、定期进行电话随访、家庭随访及建立微信交流群等相关延续性护理措施。



1.3.2 观察组 给予康复管理团队模式下的随访管理干预,具体如下:

(1) 组建康复管理团队:由妇科专科医师、康复治疗师、心理咨询师、营养治疗师、药剂师、妇科高年资护士、静脉治疗专科护士及随访中心护士等共同组建康复管理团队。实施随访管理干预前团队成员需接受妇科肿瘤院后延续性护理相关知识的培训和考核,具体内容包括个案工作流程、记录及随访技术等方面的学习,授课方式可采取面对面讲授、微信群信息推送及情景模拟考核等,要求每位成员需考核合格后方可参与随访管理。由随访中心护士负责患者电子个案督查和整理,组织协调成员入户随访;专科医师、康复治疗师及妇科高年资护士负责门诊随访或专科技能知识解答;心理咨询师负责患者的心理诊断、评估和咨询;静脉治疗专科护士负责协助药剂师和专科医师进行化疗药物输注管理,并对个案进行自我管理教育和追踪评价。

(2) 随访管理:①建立专项档案。通过医院集成平台系统通过引擎患者手机号码或关注微信企业号等形式进行数据对接,根据科室每例患者不同疾病状况设置规范的个性化专项健康信息档案,包括疾病信息、既往病史、过敏史、婚育史、疾病诊疗情况、住院诊疗信息、体检记录,实习基本信息和诊疗数据的一体化管理。②随访跟踪。针对随访对象制定科学的随访路径,确保其获得专业化和标准化管理跟踪过程,具体内容包括院后随访、门诊随访、用药指导、健康宣教及复诊提示等,并在执行记录过程中进行反馈和调整,建立随访大数据以便于临床科研分析。随访整个过程可通过 APP 和、微信公众号、门诊随访、家庭随访、电话随访及团队随访等形式,询问和记录随访数据,对未完成的随访患者可直接将随访问卷发送到微信、链接短信或 APP 移动端,并结合电话人工随访干预形式,实现多层次多渠道多模式的随访过程。随访过程主要以布置作业形式鼓励患者或家属正确研习观察、改变行为和思考,注重每个个案和家庭的差异化和个性化,注重疏导和及时了解患者负性情绪,引导其如何正确理解和分析问题。③健康宣教。以专业化知识库为基础,实现多场景健康宣教形式,将健康宣教模块推送至患者微信、APP 移动端,实现个性化宣教,并将预先设置的规则结合患者疾病条件实现批量自动化宣教推送。④康复监测。通过移动端 APP 和蓝牙连接技术,可直接采取患者的血压、血糖、心电等健康监测数据,并实现数据上传

和共享,可医护端随时监测和记录,实现院外数据和院内数据连接共享,确保院后康复进程和效果。

⑤医患互动。针对长期需进行院后管理的患者可开通医患互动渠道,通过系统设置医患沟通系统,患者可通过移动端 APP 发起咨询请求,医护人员可通过 PC 端或医护移动 APP 端进行医患沟通。咨询形式可采取文字、图片、视频及语音等方式,加强医患沟通频率和关系,提高康复治疗依从性。

#### 1.4 观察指标及评价方法

(1) 简易疲乏量表 (Brief fatigue inventory)<sup>[5]</sup>:采用本量表对两组患者干预前后的癌因性疲乏现状进行评分比较,该量表总分为 0~10 分。其中 0 分表示无疲乏症,1~3 分表示有轻度癌因性疲乏症状,4~6 分表示有中度癌因性疲乏症状,7~10 分表示有重度癌因性疲乏症状。

(2) 自我护理能力量表 (SASE)<sup>[6]</sup>:采用本量表对两组患者干预前后的自我护理能力进行评分比较,该量表包括健康知识水平、自我责任感、自我护理技能及自我概念 4 个维度,总分为 0~100 分,得分越高则表明自我护理能力越强。

(3) 生存质量评估量表 (WHOQOL-BREF)<sup>[7]</sup>:采用本量表对两组患者干预前后的生存质量进行评分比较,该量表包括生理领域、心理领域、自身健康状况、自身生存感受、社会关系领域及环境领域 6 个维度,共计 24 个条目,采取 1~5 分 5 级评分制,总分为 24~120 分,得分越高则表明生存质量越好。

#### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 干预前后两组患者癌因性疲乏得分比较

干预前两组患者癌因性疲乏得分比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后,观察组癌因性疲乏程度低于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

### 2.2 两组患者干预前后的自我护理能力得分情况

干预前两组患者自我护理能力得分比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后,观察组自我护理能力得分高于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.3 两组患者干预前后生存质量得分比较

干预前,两组患者生存质量得分比较,差异无



统计学意义 ( $P>0.05$ ) ; 干预后, 观察组生存质量得分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

表 1    干预前后两组患者癌因性疲乏得分比较 (分)

组别	观察例数	干预前	干预后
对照组	43	6.34 ± 1.62	4.27 ± 0.68
观察组	43	6.17 ± 1.59	2.13 ± 0.42
<i>t</i> 值		0.491	17.558
<i>P</i> 值		0.625	0.000

表 2    两组患者干预前后自我护理能力得分比较 (分)

组别	观察例数	干预前	干预后
对照组	43	58.73 ± 5.95	67.34 ± 6.27
观察组	43	59.32 ± 5.48	78.83 ± 6.65
<i>t</i> 值		0.478	8.244
<i>P</i> 值		0.634	0.000

表 3    两组患者干预前后的生存质量得分情况比较

组别	观察例数	干预前	干预后
对照组	43	64.38 ± 7.98	84.64 ± 10.37
观察组	43	65.08 ± 7.35	101.65 ± 9.42
<i>t</i> 值		0.423	7.962
<i>P</i> 值		0.673	0.000

3 讨论

由于疾病的特殊性, 恶性肿瘤患者需接受手术切除治疗, 方可延长其生存周期, 但手术治疗会直接影响到患者的性器官或生殖器官, 使得其遭受生理和心理上的双重创伤。有研究表明<sup>[8]</sup>, 外科手术在一定程度上给患者造成内心巨大创伤, 最终出现显著的应激反应, 对其循环系统、神经系统及消化系统造成严重影响。随着医学形式的不断发展, 人们对医疗护理服务的标准也不断提高, 常规的护理手段已无法满足当前日益增长的护理需求, 尤其是针对患者院后的延续护理服务需求。研究显示<sup>[9]</sup>, 医疗保健专业人员在评估自我保健应对和支持方式, 对提高患者生存质量中起着极为重要的作用, 但多数医护人员仅注重疾病相关症状, 缺乏对疾病的连续性和整体性关注, 使得疾病康复治疗效果不明显。

近年来随着以电子病历信息系统的普及和运

用, 患者院后康复管理系统需要更为全面的与医院信息系统进行连接, 以便医患能够快速调阅病例资料, 实现信息互动查询<sup>[10]</sup>。妇科恶性肿瘤患者康复团队管理模式是由妇科专科医师、康复治疗师、心理咨询师、营养治疗师、药剂师、妇科高年资护士、静脉治疗专科护士及随访中心护士等共同组建, 在提出问题、分析问题及解决问题过程中, 始终贯穿互助自助理念, 强调以人为本的个性化评估、计划、实施和评价, 利用专业资源改善患者的认知和行为, 以满足其角色、认知、情绪及社会等方面的需求。目前国内多数医疗机构院后康复管理是通过电话随访、社区上门及来院复诊等途径实现, 不仅收效甚微, 同时也耗费大量时间、人力、物力, 大多仅流于形式, 存在诸多弊端<sup>[11]</sup>。同时医患沟通渠道较少, 预约时间较长, 无法及时、动态和直观持续监测院后康复情况, 导致患者院后康复管理滞后, 影响康复效果。

本研究通过医院集成平台系统通过引擎患者手

机号码或关注微信企业号等形式进行数据对接,根据科室每例患者不同疾病状况设置规范的个性化专项健康信息档案;随访整个过程通过 APP 和、微信公众号、门诊随访、家庭随访、电话随访及团队随访等形式,询问和记录随访数据,对未完成的随访患者可直接将随访问卷发送到微信、链接短信或 APP 移动端,并结合电话人工随访干预形式,实现多层次多渠道多模式的随访过程<sup>[12]</sup>;通过线上沟通平台能够实现即时沟通、咨询和求助,从而获取专业化的指导和帮助,改善传统医患沟通方式,提供院后康复管理效率;线上平台能够根据自行设置的预约时间,进行自我调配,避免候诊时间过长,节约不必要的等候时间<sup>[13]</sup>;康复管理是由专人负责对患者康复状况、康复行为、居家状态、饮食运动及生活作息等方面进行全程、全面、系统和动态的管理,促进了患者康复信心和归属感。有研究表明<sup>[14]</sup>,影响患者对医疗服务满意度的因素主要包括,需求关注度、诊疗等待时间、专人负责制、健康宣教知识、服务态度及技能知识等。

本研究以患者康复需求为目标导向进行设计,以患者感兴趣的知识模块嵌入其中,以图文、视频等形式呈现,提高患者主动参与的积极性和主动性;通过线上无限制互动,既节约了大量人力、物力,还能随时进行咨询、指导,使得患者乐于参与其中;开展一对一、点对点服务管理策略,既保证了患者个人隐私安全问题,也能得到专业人员全程指导,为患者带来便捷、职能且个性化的院后康复管理延续性护理服务<sup>[15]</sup>。本研究结果显示,观察组癌因性疲乏程度低于对照组( $P<0.05$ ),观察组自我护理能力得分高于对照组( $P<0.05$ ),观察组生存质量得分高于对照组( $P<0.05$ ),与既往研究结果相符<sup>[16]</sup>。此结果表明基于康复管理团队模式下的随访管理能够有效减轻恶性肿瘤患者癌因性疲乏程度,提高患者的自我护理能力和生存质量。

综上所述,院后康复管理团队模式下的随访管理能够以最高效、最简化和最智能化的方式实现了医护患之间的无障碍沟通,有利于提高患者参与和康复管理的主动性和积极性,提高康复管理效率。

#### 4 参考文献

- [1] 宋澍深,袁昊,袁长蓉,等.癌症患者照顾者需求评估工具的研究进展与展望[J].解放军护理杂志,2019,36(4):49-53.
- [2] Sommer M S, Trier K, Vibe-Petersen J, et al. Changes in Health-Related Quality of Life During Rehabilitation in Patients With Operable Lung Cancer[J]. Integrative Cancer Therapies, 2018, 17(2):388-400.
- [3] 沈娟,吴亚芳,仲悦萍,等.以患者需求为导向院外延续康复模式在手外科患者中的应用和效果评价[J].川北医学院学报,2018,33(6):141-144.
- [4] 林鸿珍,陈宁,柯清仙.医院-社区-家庭营养管理结合早期运动护理对胃肠恶性肿瘤手术患者营养状况与预后的影响[J].护理实践与研究,2018,15(20):104-106.
- [5] 颜雯晶,刘艳萍,丁茹蕾,等.肺癌化疗患者疲乏-负性情绪-疼痛-睡眠障碍症状群及其影响因素[J].解放军护理杂志,2019,36(6):52-55.
- [6] 郭丽娜,刘延锦,李砺锋,等.自我护理能力评估量表和老年人自我护理能力量表用于老年脑卒中患者的一致性评价[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(9):848-852.
- [7] 申旭波,刘方苇,熊世敏,等.基于 WHOQOL-BREF 量表的中老年男性生命质量现状分析[J].现代预防医学,2018(6):1118-1121.
- [8] Anantha RV, Zamara P, Merritt NH. Surgical intervention in pediatric trauma at a level 1 trauma hospital: a retrospective cohort study and report of cost data[J]. Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie, 2018, 61(2):98-100.
- [9] 朱蕾.医疗保健在家庭中运用与影响探析——评《家庭医疗保健小百科》[J].中国食用菌,2019,38(10):188-188.
- [10] 金晓婷,肖倩,田梓蓉,等.智能健康管理软件鼻窦炎康复 APP 的设计与应用[J].中国护理管理,2019,19(3):440-444.
- [11] 陈静娟,吴茜,吴海霞,等.我国 89 家二级和三级综合医院出院患者随访服务现状调查[J].中华现代护理杂志,2019,25(13):1650-1654.
- [12] 韩园园,许石双,张桐赫,等.线上线下互动平台在社区脑卒中健康管理中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(27):173-174.
- [13] 梁德欢,汪梦灵,朱聪.康复辅具线上线下一体化[J].按摩与康复医学,2019,10(22):16-19.
- [14] 张建洁,李金林,曹雪丽.患者就医满意度影响因素的实证分析[J].北京理工大学学报(社会科学版),2018,20(1):102-109.
- [15] 邓莹,袁梅梅,王晓雨.基于 4R 模式的随访管理对膝关节骨关节炎患者术后康复和自我感受负担的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(36):4762-4767.
- [16] 董雄伟.基于信息化的家庭医生团队预约随访管理模式高血压的效果评价[J].上海医药,2019,40(12):33-35.

[2021-03-21 收稿]

(责任编辑 刘学英)

# ABC 情绪管理在学龄期癫痫患儿中的应用效果

高贵霞 刘红美 牛晓桂\* 李化婷 张燕燕

**【摘要】目的** 探讨 ABC 情绪管理在学龄期癫痫患儿负性情绪中的应用效果。**方法** 选取 2019 年 2 月—2020 年 10 月医院收治的学龄期癫痫患儿 68 例,按照性别、年龄、病程和服药时间、发作的类型、服药种类组间可比的原则分为对照组 35 例与观察组 33 例。对照组给予常规护理干预,观察组在此基础上接受 ABC 情绪管理训练,干预时间 4 周。干预前后比较两组癫痫患儿儿童社交焦虑心理量表(CSASC)、儿童抑郁障碍自评量表(DSRSC)评价得分。**结果** 干预前两组患儿 SASC、DSRSC 评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后观察组 SASC、DSRSC 评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** ABC 情绪管理能明显改善学龄期癫痫患儿的负性情绪及社会交往能力。

**【关键词】** ABC 情绪管理;癫痫;学龄期;负性情绪

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.028

癫痫是儿童常见的慢性神经系统疾病,发病率在我国呈逐年升高趋势,其病程长且反复发作,给患儿造成巨大的生理及心理伤害<sup>[1]</sup>。学龄期癫痫儿童处于生长发育、学习文化的重要时期,特别容易出现心理问题,进一步继发情感异常<sup>[2]</sup>。社会上许多人对癫痫有很深的误解,对癫痫患儿有抵触情绪,癫痫患儿不经常参加集体娱乐或运动,难以融入集体生活<sup>[3-4]</sup>,常表现为自我感觉消极,社会适应能力差,易产生焦虑、抑郁等负性情绪。因此如何让癫痫患儿积极参与活动及游戏,改善患儿的社会交往能力尤其重要。ABC 情绪管理是指通过改变诱导事件发生的错误认知,从而获得正确的行为结果和情绪体验<sup>[5]</sup>。本研究旨在将 ABC 情绪管理运用在国内学龄期癫痫患儿中,探讨其对学龄期癫痫患儿负性情绪的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2019 年 2 月—2020 年 10 月医院收治的癫痫患儿 68 例,作为研究对象,纳入条件:年龄 6~13 岁,无智力障碍;根据 2014 年国际抗癫痫联盟癫痫诊断标准<sup>[6]</sup>诊断为癫痫;病程 $\geq 6$ 月,现服用固定的抗癫痫药物,服药种类 $\leq 3$ 种。排除条件:智力障碍或伴有其他神经系统疾病或精神疾病者;合并心、肝、肾功能不全等;有头颅手术史者。取得

患儿及家属知情同意,按照组间基线资料具有可比性的原则分为对照组 35 例和观察组 33 例。对照组 35 例,男 19 例,女 16 例,平均年龄 $8.87 \pm 1.48$ 岁;发作的类型:全面性 20 例,局灶性 10 例,未分类 5 例;病程和服药时间[年,  $M(P_{25}, P_{75})$ ] 分别是 4.34 (2.6, 5.0)、3.67 (2.8, 4.5);服药种类:1 种 16 例,2 种 14 例,3 种 5 例。观察组 33 例,男 17 例,女 16 例;平均年龄 $9.03 \pm 1.29$ 岁;发作类型:全面性 20 例,局灶性 9 例,未分类 4 例;病程和服药时间[年,  $M(P_{25}, P_{75})$ ] 分别是 4.53 (3.3, 5.5)、3.46 (2.8, 5.0);服药种类:1 种 15 例,2 种 14 例,3 种 4 例。两组患儿性别、年龄、病程和服药时间、发作的类型、服药种类比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施儿童神经科护理常规,主要为介绍疾病相关知识及用药注意事项、出院指导等,同时发放癫痫手册,电话随访了解患儿状况并接受咨询。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上给予 ABC 情绪管理:A(Activating event)识别患儿存在的负性情绪,B(Belief)让患儿了解引起行为反应(C 结果)的原因,向患儿进行讲解,使其正确认知、管理自己的情绪,C(Consequence)通过调节 B 因素来控制压力和应对反应。科室成立 ABC 情绪管理团队,由指导教师 1 名、研究负责人 1 名、专科护士 4 名、儿童神经科临床医生 1 名组成,团队成员经专业培训后考核合格,并进行反复训练,完全掌握 ABC 情绪管理,成员各司其职展开干预,干预 4 周,3 次/周,

作者单位:256603 山东省滨州市,滨州医学院附属医院儿童血液与神经科

\* 通讯作者



1h/次。具体流程如下:①建立小组(5~6人/组),安排护士与患儿交流,建立互相信任的护患关系,护士运用PPT、视频、图片等向患儿讲解癫痫相关知识,在干预前运用儿童社交焦虑心理量表(SASC)、儿童抑郁障碍自评量表(DSRSC)调查了解患儿负性情绪来源和程度;②指导教师根据负性情绪制定相应的应对方法,护士引导患儿了解负性情绪表现和原因;③开设情绪魔法课堂,通过故事、案例让患儿意识到负性情绪可诱发或加重自身癫痫发作,让患儿学会应对和摆脱负面情绪的方法,如看书、看视频、玩游戏、倾诉、情绪宣泄、听音乐等,同时帮助患儿发现自己的优点,提高自信心;④制作负性事件视频和正向事件视频,引导患儿熟练掌握正确控制情绪的方法。

### 1.3 评价指标

(1)儿童社交焦虑:采用儿童社交焦虑量表(SASC)<sup>[7]</sup>评估患儿社交焦虑情况,该量表的一致

性信度是0.92,共10个条目,评分越高说明儿童社交焦虑心理越严重。

(2)儿童抑郁障碍:采用儿童抑郁障碍自评量表(DSRSC)<sup>[8]</sup>评估患儿抑郁障碍情况,该量表的分半信度为0.72,量表共有18个项目,得分>15分即有抑郁障碍的可能,评分越高表示抑郁障碍程度越高。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 16.0统计软件进行数据处理,计量资料采用“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验。 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

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

表1 两组学龄期癫痫患儿干预前后SASC、DSRSC评分比较

组别	例数	SASC 评分		DSRSC 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35	15.43 ± 2.12	14.43 ± 1.48	11.31 ± 1.84	10.51 ± 1.50
观察组	33	15.05 ± 2.08	11.55 ± 1.37	11.45 ± 1.67	8.24 ± 1.50
$t$ 值		0.757	8.448	0.333	6.331
$P$ 值		0.452	0.000	0.740	0.000

## 3 讨论

癫痫患儿由于需要较长时间服用抗癫痫药物(AEDS)治疗,药物带来的不适、疾病造成的活动受限、以及社会上对癫痫的偏见等因素,易使他们产生不稳定情绪,表现为自卑、抑郁、焦虑<sup>[9]</sup>。本研究干预前两组患儿的SASC、DSRSC评分表明学龄期癫痫患儿容易出现焦虑、抑郁等负性情绪,研究结果与国外学者Kwong KL等<sup>[10]</sup>一致。学龄期儿童情感丰富且敏感,由于对疾病知识缺乏、以及对发作的不可预知性、羞耻感等因素,导致癫痫患儿较一般儿童更容易产生焦虑、抑郁等负性情绪,负性情绪又可诱发癫痫发作,加重患儿病情,严重影

响其身心健康<sup>[11-12]</sup>。所以,采取行而有效的护理措施来改善癫痫患儿的负性情绪至关重要。

本研究通过对学龄期癫痫患儿进行为期4周的ABC情绪管理干预,结果发现,ABC情绪管理能有效改善患儿的负性情绪,该结果与焦丽娜等<sup>[13]</sup>研究结果相吻合。本研究充分了解学龄期癫痫患儿的社交焦虑及抑郁的根源,通过全面细致的健康宣教,让患儿正确认知癫痫,同时开设情绪魔法课堂,讲故事、案例让患儿认识到负性情绪可诱发或加重自身癫痫发作,并教给患儿应对和摆脱负性情绪的方法,护士及时解惑让患儿更加正确认识A、B、C三者间的关系,从而能正确从容地应对自己的不良情绪,杜绝不良后果的发生。目前癫痫的治疗主要是

长时间口服抗癫痫药物，护理人员不仅关注患儿的癫痫发作，还包括提高出院后的生活质量<sup>[14]</sup>，本研究中，采用ABC情绪管理方案护理患儿，研究组SASC、DSRSC评分比较对照组显著降低，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )，说明ABC情绪管理可以有效改善学龄期癫痫患儿的焦虑、抑郁等负性情绪，提升社会交往能力。

综上所述，运用ABC情绪管理能有效改善学龄期癫痫患儿的社交焦虑、抑郁情绪，值得在临床护理中推广。本研究的不足之处在于样本量较少，且局限于一家医院，干预时间较短，有待于扩大样本量，延长干预时间，进一步探索ABC情绪管理对学龄期癫痫患儿的影响。

### 4 参考文献

[1] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2015:1980-1988.

[2] 徐妍,陈刚,曹艳菲.以家庭为中心的健康教育对青少年癫痫患儿羞耻感及自尊水平的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(29):4222-4225.

[3] 席洁,黄云娟,潘星南.认知行为疗法对学龄期癫痫患儿负性情绪及服药依从性的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(17):2120-2123.

[4] Bsutistar ED. Understanding the self-management skills of persons with epilepsy[J].Epilepsy & Behavior, 2017(69):7-11.

[5] 邵志梅,李素琴.恢复期精神分裂症患者ABC情绪管理疗法对社会功能的影响[J].护理实践与研究,2017,14(10):137-138.

[6] Fisher R S,AcevedoC,Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: A practical clinical definition of epilepsy[J]. Epilepsia, 2014,55( 4):475-482

[7] 马弘. 儿童社交焦虑量表. 中国心理卫生杂志,1993,7(8): 216-217

[8] BirlesonP.The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report[J].J Child Psychol Psychiatry,1981(22):7388

[9] 余舒洁,姚宝珍,余诗情,等. 癫痫儿童的人格特征与心理行为问题相关研究 [J]. 武汉大学学报 (医学版),2018,39(2):193-197.

[10] Kwong KL,Lam D,Tsui S, et al. Anxiety and depression in adolescents with epilepsy[J]. J Child Neurol,2016,31(2):203-210.

[11] 殷玲玲,田莲华. 全面护理方式对小儿癫痫护理工作的价值体会 [J]. 中国继续医学教育,2019,11(27):192-193.

[12] 王英杰,李杨. 以家庭为中心的教育干预对活动性癫痫患儿服药依从性及健康状况的影响 [J]. 中华护理杂志,2015,50(10):1157-1162.

[13] 焦丽娜,崔吉正,周安荣,等 .ABC 情绪管理训练法对护士焦虑、抑郁情绪的影响 [J]. 中华灾害救援医学,2017,5(3):130-133.

[14] 刘花艳,谷利凤,朱丽辉,等 .癫痫患儿家庭管理干预的效果研究 [J]. 中华护理杂志,2017,52(10):1157-1162.

[2021-02-17 收稿]  
(责任编辑 肖向莉)

## 疫 情 报 道 高 频 术 语(十二)

序号	学科	规范用词	英文	又称	定义	来源	公布年份
01.0016	感染病学 - 总论 - 概述	隐性感染	covert infection	亚临床感染 (subclinical infection)	病原体侵入人体后，仅引起机体产生特异性免疫应答，不引起或仅有轻微的组织损伤，临床上无症状、体征表现，需通过免疫学或病原学检查才能发现的感染。	感染病学名词	2019
01.0278	感染病学 - 总论 - 感染病流行病学	流行病学	epidemiology		研究特定人群中疾病、健康状况的分布及其决定因素，并研究防治疾病及促进健康的策略和措施的学科。	感染病学名词	2019
01.0287	感染病学 - 总论 - 感染病流行病学	自然宿主	natural host		为病原体提供长期稳定寄生环境的生物。包括营养和生物上的保护，但自身不会因病原体的感染而致病。	感染病学名词	2019
01.0290	感染病学 - 总论 - 感染病流行病学	疑似患者	suspected patient		根据患者的临床表现高度怀疑某一疾病，但不能确诊者。	感染病学名词	2019

(全国科学技术名词审定委员会提供)

# 品管圈活动在提高心力衰竭患者出入量记录准确性中的应用

柳凯丽 常玉霞\* 申卫玲

**【摘要】** 目的 探讨品管圈(QCC)活动应用于心力衰竭患者出入量记录中准确性的应用效果。方法 选取2020年4月12日—5月30日在医院急诊内科病房住院的82例留置尿管患者作为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组40例和观察组42例。对照组采用传统出入量记录方式,观察组开展品管圈活动记录出入量。结果 开展品管圈活动后,观察组出入量准确率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。QCC开展后护士QCC手法运用、团队精神、专业知识、活动信心、沟通协调能力、责任荣誉感评分明显高于QCC开展前,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 品管圈活动应用于心力衰竭患者出入量记录中,可明显提高出入量记录的准确率,为医疗救治方案提供准确的客观依据,促进心力衰竭患者早日康复,提高护理服务质量。

**【关键词】** 品管圈;心力衰竭;出入量;准确性;护理质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.029

体液是人体重要组成部分,是人体进行物质代谢及生化反应的条件和基础,正常人体的体液总量维持在一个相对恒定的水平上,过多摄入或丢失均可造成一系列病理反应,进而导致一些疾病或加重病情。记录患者出入量能及时了解患者病情动态变化,有助于临床诊疗<sup>[1]</sup>。心力衰竭是由于任何心脏结构或功能异常,导致心室充盈或射血能力受损的一组复杂临床综合征<sup>[2-3]</sup>。记录出入量是预防心力衰竭进展的重要措施<sup>[4]</sup>。医护人员应及时准确评估记录出入量,了解患者体液平衡状况,为临床诊疗提供依据<sup>[5]</sup>。品管圈(QCC)是一种解决问题的活动,是由工作性质相近或相关的人共同组成,以自动自发的精神,通过品质改善手法,启发圈员的潜能,结合群体智慧发挥团体力量,从而针对各种问题进行有效改善<sup>[6]</sup>。本研究开展QCC活动,对心力衰竭患者出入量准确率低的现状进行改进,效果明显。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年4月12日—5月30日在我院急诊内科病房住院的82例留置尿管患者作为研究对象,

纳入条件:在我科住院的心力衰竭患者;无精神疾病史,可配合研究工作;无尿路感染。排除条件:合并有糖尿病、肾功能不全、呼吸系统疾病等。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组40例和观察组42例。对照组中男19例,女21例;年龄48~82岁,平均 $68.35 \pm 1.15$ 岁。观察组中男22例,女20例;年龄52~87岁,平均 $68.16 \pm 1.27$ 岁。两组患者年龄、性别、病情、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经过医院伦理委员会批准,所有患者均知情同意并签署知情同意书。

### 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 两组均为同一组护理人员,对照组采用常规方式测量心力衰竭患者出入量,责任护士在心力衰竭患者入院后,为其提供刻度准确的量杯及记录表,指导患者准确测量和记录24 h饮食中液体摄入量和24 h尿液排出量。患者每次排尿后用量杯测量1次,在纸上记录上时间和量(通常以毫升为单位)。记录时间依次为07:00、11:00、16:00、20:00,责任护士每天检查记录数值并统计出入量准确次数。

1.2.2 观察组 在对照组出入量记录方法基础上开展QCC活动。

(1)成立QCC小组:我科于2020年5月通过自发的形式成立QCC活动小组,小组成员9名,均为女性;平均年龄29.4岁;职称:主管护师6名,护师3名;文化程度:本科9名;护士长担任辅导员。

基金项目:2017年度河南省科技研发专项项目(编号:162102310304)

作者单位:450000 河南省人民医院急诊科

\*通讯作者



成立活动小组后对 QCC 成员进行理论培训,要求所有成员熟练掌握 QCC 活动的原则、手法及所需资料等,每月开展 4~5 次圈会,圈名为爱心圈,寓意为全体圈员齐心协力,解决问题,用爱心为患者的生命保驾护航。活动遵循 PDCA 原则。

(2) 确定主题:通过头脑风暴法提出多个可行性主题,再进行圈能力、可行性、迫切性、重要性等评分对比、讨论分析,对提出的选题进行评价,最终选定“提高心力衰竭患者出入量记录的准确性”为活动主题。

(3) 现状把握:针对常规出入量记录准确率低的原因,运用头脑风暴,查询相关因素,运用鱼骨图进行分析,运用柏拉图排列获得主次项目:无标准化制度流程,宣教不到位,光线昏暗,数据易缺失,患者不重视,换算标准错误,医护不重视。

(4) 制定对策:对上述导致出入量计算偏差明显的原因,品管圈活动小组迅速制定对策,并推进实施。

(5) 设立并计算目标值:现状值+改善值=现状值+(1-现状值)×圈能力×改善重点,在选择主题过程中,圈能力评分为 3.12,圈能力占 62.4%(总分为 5 分)。所以目标值=68.38%+(1-68.38%)×62.4%×81.58%=84.47%,品管圈活动目标:出入水量记录准确率提高到 84.47%。

(6) 制订质量控制管理标准与制度:①通过大量查阅文献,依据科室实际情况,制定专科标准,对科室心力衰竭患者液体管理流程进行细致化与路径化,实施健康宣教标准化流程,并实时修改。②在反复实践循证的基础上,建立三级质量控制体系,完善责任班职责,将心力衰竭患者液体管理评价纳入科室满意度调查,提升护士积极性。

(7) 统一记录工具:①查阅相关文献,设计出量记录本,统一发放记录表,制作电子提示板,通过闹钟提醒记录时间,可嘱咐患者用便签提醒。②检查测量工具,根据不同需要设计测量用具,将测量容器刻度标识清晰,制定统一测量方法,进行测量工具使用培训,增强组员自主学习意识。③制定通俗易懂的食物含水量表,并制成彩页粘贴在护

士站宣传栏,该表根据 2008 版《临床营养学》归纳汇总,便于护士及时查阅并准确估算食物含水量。

(8) 完善健康教育,提高患者依从性:①安排主管护师以上护士,对心力衰竭患者进行培训,编制好宣传资料,将出入量记录单制作成示意图,明确标出各个指标、项目填写要求,在健康教育活动中向患者展示。由责任护士讲解出入量记录单记录方法,为患者或家属准备纸板、纸张和笔,便于记录。定期对掌握情况进行评估和及时纠正。②定期开展心力衰竭相关疾病知识讲座,提高患者依从性。③护士记录出入量时,要认真核对饮食量、饮水量、尿量等每一处细节,让患者及家属认真参与,认识出入量的重要性。

(9) 增加照明设备:责任护士每天查看房间及床头照明设备,及时更换灯泡,保证病房光线符合护理工作需求。由专人管理便民箱,定期检查手电筒亮度,并及时充电。

1.3 观察指标

(1) 准确率:出入量记录准确标准参照《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》<sup>[7]</sup>,结合患者家属记录判断准确性。

(2) 无形成果:在 QCC 开展前后,分别对 9 名护理人员的 QCC 手法运用、团队精神、专业知识、活动信心、沟通协调能力、荣誉感 6 个方面自评,每项目 1~10 分,取平均值。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件分析数据,计数资料计算百分率,组间率的比较采用两组独立样本的  $\chi^2$  检验;计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用  $t$  检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者出入量记录情况比较

观察组患者共记录 760 次,其中准确次数 658 次。对照组患者共记录 718 次,其中准确次数 491 次。观察组出入量记录的准确率明显高于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者出入量记录情况比较

组别	例数	记录次数	准确	准确率(%)
观察组	42	760	658	86.58
对照组	40	718	491	68.38

$\chi^2=70.628, P=0.001$ 。

## 2.2 护理人员 QCC 开展前后的自评结果比较

9 名护理人员在 QCC 开展后的 QCC 手法运用、团队精神、专业知识、活动信心、沟通协调能力、

责任荣誉感的自评分数明显高于 QCC 开展前, 差异具有统计县医院 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 2 护理人员 QCC 开展前后的自评结果比较 (分)

时间	人数	QCC 手法运用	团队精神	专业知识	活动信心	沟通协调能力	责任荣誉感
QCC 前	9	4.42 ± 0.85	6.44 ± 1.01	6.41 ± 0.62	7.05 ± 0.88	7.51 ± 1.05	7.04 ± 1.02
QCC 后	9	7.21 ± 0.78	9.29 ± 1.17	8.34 ± 0.92	8.38 ± 0.92	8.78 ± 0.98	9.12 ± 1.16
$\chi^2$ 值		7.255	5.532	5.219	3.134	2.653	4.040
P 值		0.000	0.000	0.000	0.006	0.017	0.000

## 3 讨论

### 3.1 提高心力衰竭患者出入量记录准确率的重要意义

记录出入量对心力衰竭患者病情观察非常重要, 但大多数心力衰竭患者无法准确测量出入量数值<sup>[8]</sup>。由于护理人员本身工作繁忙, 导致出入量记录存在多方面的不确定因素, 同时也是重要的护理风险因素<sup>[9]</sup>。出入量是危重患者治疗的重要参考资料, 只有真实数据才能客观体现患者病情, 医护人员才能做出正确判断, 而一旦记录有误, 将可能导致误诊、漏诊等严重后果<sup>[10]</sup>。

### 3.2 QCC 活动提高了心力衰竭患者出入量记录准确率

QCC 活动属于高效质量控制的管理方法, 具有科学性, QCC 活动包括主题选题、活动计划拟定等步骤, 通过计划、实施、检查、总结 4 个阶段不断改进、提高质量<sup>[11-12]</sup>。本研究观察组通过 QCC 活动登记出入量, 结果表明, 观察组出入量记录的准确率 86.58% 明显高于对照组 68.38%, 此外, 该组的患者出入量记录数值与准确值的贴近程度明显高于对照组。说明 QCC 活动中采取的制订质量控制管理标准与制度, 制定统一记录工具, 完善健康教育, 增加照明设备等措施<sup>[13]</sup>都是行之有效的, 可明显提高记录准确性, 为救治方案提供准确的客观依据, 有助于促进患者康复。

### 3.3 QCC 活动提高护理团队整体素质和凝聚力

QCC 活动需要发挥护士的主观能动性, 主动出谋划策, 制定合理的出入量记录表<sup>[14]</sup>。使用合理科学的出入量记录表, 通过宣教告知患者重要性及患者需要记录的内容, 依据表单追踪错记、漏记的现象实时进行质量监控, 不同形式的护理记录会产生不同的结局, 包括护理质量和对患者的影响<sup>[15]</sup>。

在本次 QCC 活动过程中, 圈员掌握了各种 QCC 手法, 学会了如何发现问题, 科学地分析问题, 有效地解决问题, 使临床工作得到有效提高, 医疗质量得到持续发展; 同时调动了圈员的工作积极性和主动参与意识, 有效发掘了每个人的潜能, 进一步增强了科室团队凝聚。QCC 活动使得诊疗更精确化、严格化, 其实用性更是显而易见, 而圈员的 QCC 手法运用、团队精神、专业知识、活动信心、沟通协调能力、责任荣誉感等均有明显提高。

综上所述, QCC 活动保证了病区护理管理质量, 提高了心力衰竭患者出入量记录准确率和护理人员工作积极性, 是常规护理模式的重要补充。

## 4 参考文献

- [1] 徐莹, 肖道金. 开展品管圈活动降低心内科患者记录出入量的缺陷率 [J]. 大家健康 (下旬版), 2017, 11(11):201.
- [2] 白海燕, 张学萍, 沈莹, 等. 品管圈活动在降低心力衰竭患者出入量记录错误率中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(15):60-64.
- [3] 杨学青, 王承竹, 刘慧娟, 等. 品管圈活动对慢性心力衰竭患者护理质量的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(21):3044-3047.
- [4] 唐雪婷, 韩辉武, 周诗, 等. 品管圈干预前后心力衰竭患者入水量记录正确率的对比分析 [J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(14):1983-1986.
- [5] 赵旭, 王伟, 赵小静, 等. 慢性心力衰竭患者出入量管理的最佳证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55(3):456-461.
- [6] 刘芳芳, 陈静静, 申闯闯. 品管圈活动在提高门诊哮喘患者药物正确使用率中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(8):63-66.
- [7] 杨杰孚, 李莹莹. 从《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》看容量管理 [J]. 临床药物治疗杂志, 2019, 17(10):10-14.
- [8] 孙晓珺. 品管圈护理干预对心力衰竭患者入水量记录

# 压力性损伤防护软件在神经内科高危压力性损伤患者中的应用

陈小云 李亚娟

**【摘要】目的** 探究压力性损伤防护软件在神经内科高危压疮风险患者中的应用效果。**方法** 选取2018年5月—2020年5月医院神经内科住院治疗的86例患者为研究对象,按照组间基线资料匹配的原则将患者为对照组与观察组,每组43例。对照组实施常规干预措施,观察组在对照组基础上实施压力性损伤防护软件对高危压疮患者实施防护措施。比较两组患者住院期间身体各部位的局部压力以及术后48 h的皮肤受损情况。**结果** 观察组肩胛部、小腿、足跟部以及骶尾部压力低于对照组,压力性损伤发生率低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 压力性损伤防护软件可有效减少高危压疮患者发生压创的严重程度,并根据评估分数实施与之相对应的护理干预措施,有效减轻皮肤局部受压压力,有利于提高压疮预防护理质量。

**【关键词】** 压力性损伤防护软件;神经内科;高危压疮风险患者;皮肤受损;效果

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.030

压力性损伤又被称之为压疮,压力性损伤是由于身体局部组织长期受压,导致局部组织缺血缺氧,使皮肤失去正常功能而引起的皮肤或皮下组织的局限性损伤<sup>[1-2]</sup>。临床表现为局部开放性溃疡或局部组织受损,也是临床护理中3大并发症之一。一旦发生压疮,不仅影响临床治疗效果,降低生活质量,且危及患者生命安全<sup>[3-4]</sup>。神经内科患者老年人居多,脑血管疾病发展迅速且病程长,患者需长期卧床,加之皮肤松弛干燥,皮下脂肪少,导致其皮肤的易损性增加,对于神经内科高危压疮风险患者实施有效的预防措施尤为重要<sup>[5-6]</sup>。目前,临床对压力性损伤的仍应用压力性损伤评估单评估与传统护理模式为主,缺乏集风险评估以及伤口判定、护理指导为一体的智能化管理系统<sup>[7]</sup>。为弥补传统方式

的不足,本研究将压力性损伤防护软件应用于神经内科高危压疮风险患者,取得了良好的临床效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年5月—2020年5月医院神经内科住院治疗、年龄 $\geq 55$ 岁的86例患者为研究对象,按照组间基线资料匹配的原则将患者分为对照组与观察组,每组43例。对照组患者年龄55~80岁,平均 $67.23 \pm 6.21$ 岁;男22例,女21例;病程7~15d,平均 $12.53 \pm 1.86$  d;脑出血12例;脑梗死15例;其他疾病16例;合并糖尿病12例,合并心律失常13例,合并肺部感染18例。观察组患者年龄57~78岁,平均 $67.53 \pm 6.54$ 岁;男25例,女18例;病程6~17 d,平均 $12.16 \pm 2.53$  d;脑出血10例;脑梗死14例;其他疾病19例;合并糖尿病15例,

作者单位:214100 江苏省荣军医院康复治疗部

正确率的影响[J].中国医药指南,2019,17(1):197.

[9] 唐轲,高秀娟,曹章婷,等.品管圈活动在提高心血管危重患者出入量记录准确率的应用[J].医学信息,2017,30(5):237-238.

[10] 杨娟.慢性心力衰竭患者体液容量管理分析[J].医学理论与实践,2021,34(02):318-319.

[11] 吴伟,黄淑梅,熊晶晶.品管圈活动在剖宫产初产妇产后母乳喂养自我效能提升中的应用[J].中国当代医药,2021,28(18):201-204.

[12] 杨晓敏,钱利娜.品管圈活动在规范康复治疗护理辅助操作管理中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(12):163-164.

[13] 王芸.品管圈在提高老年危重病人液体出入量记录准确率中的应用[J].全科护理,2018,16(19):2386-2388.

[14] 汤翠.品管圈活动实践对提升慢性心力衰竭患者出入量记录准确率的影响[J].国际护理学杂志,2019(10):1362-1365.

[15] 黄梅,夏丽莉,刘滢,等.降低老年慢性心力衰竭患者24 h出入量记录缺陷率的品管圈实践[J].护理学报,2017,24(2):14-17.

[2021-02-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)



合并心律失常 14 例,合并肺部感染 14 例。两组年龄、性别、病程疾病类型以及合并基础疾病等一般基线资料对比,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。本次研究获得医院伦理委员会的批准,患者或家属自愿参加。

## 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理干预,具体为应用 Braden 量表对患者进行压力性损伤风险评估,根据患者的危险程度评分实施相应的护理干预。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施压力性损伤防护软件干预,具体如下:

(1) 软件功能:压力性损伤软件共包 4 个版块:①患者基本信息,如:姓名、性别、床号、入院诊断等信息;②风险评估,包括筛选出压力性损伤的高危人群,并判断患者发生压力性损伤的危险程度,为制定相应的护理干预措施提供依据。采用 Braden 量表进行评分,该量表总分为 23 分,分数越高,患者发生压力性损伤的危险性越低,并在计算机中设置相应的等级,15~18 分低危等级,13~14 分中危等级、10~12 分为高危等级,≤9 分为极度高危等级<sup>[8-9]</sup>。进入计算机评估模块中,可显示该量表共包含感知觉、活动能力、潮湿、营养、移动能力、摩擦力等 6 个项目相对应的分值,护士根据对患者的评估选择选项,软件系统可自动计算分值,显示分值后并给予相应的评估建议。③伤口记录,该模块可直观地向护士提供患者伤口发生病变的特点,如损伤部位、等级、面积以及皮损深度,采用 NPUAP 压力性损伤防护制定的压力性损伤评估标准以及分级标准进行评估,包括患者出院、转院、死亡等信息。

(2) 软件应用:患者入院后,建立患者基本的诊疗信息,对于二次评估的患者则在基本信息模

块选择患者,单击压力性损伤风险评估进行评估操作,选择相应的防护指南进行逐步操作。对应压力性损伤危险评估量表 (Braden 量表) 中 6 个维度的内容勾选完毕后,系统根据评估自动生成护理评估频率以及干预措施<sup>[7]</sup>。

## 1.3 观察指标

(1) 身体局部压力监测:采用高柔弹性电子皮肤压力触觉传感器进行测量患者皮肤局部所受的壓力,包括肩胛部、小腿部、足跟部以及骶尾部压力 4 个部位,取测量 3 次的平均值<sup>[10]</sup>。

(2) 皮肤受损情况:在患者入院 1 周后对患者皮肤受损情况进行评估,分级级评定标准为 I 期:有明显压且不褪色的淡红斑,皮肤较为完整;II 期:皮肤或真皮受损,且皮肤存在破损、水泡、表浅;III 期:皮肤组织发生溃烂或坏死,可伤及深层筋膜;IV 期:出现深层组织坏死,达到肌肉后骨骼,分级越高,代表患者皮肤受损越严重<sup>[11]</sup>。

## 1.4 统计学处理

应用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析,计量资料采用“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较应用  $t$  检验;计数资料率的比较应用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者各部位局部压力比较

护理干预后,观察组肩胛部、小腿部、足跟部以及骶尾部压力均低于对照组,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

### 2.2 两组皮肤受损发生率比较

观察组皮肤受损发生率为 6.97%,低于对照组的 32.55%,组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 2。

表 1 两组患者各局部位位置压力比较 (mmHg, 1mmHg=0.133kPa)

组别	例数	肩胛部	小腿部	足跟部	骶尾部
对照组	43	32.47 ± 1.76	32.72 ± 2.37	48.47 ± 3.29	41.86 ± 2.99
观察组	43	23.09 ± 2.35	23.12 ± 2.21	39.93 ± 1.94	37.37 ± 2.37
$t$ 值		-19.206	-19.426	-14.662	-7.717
$P$ 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组皮肤受损发生率比较

组别	例数	皮肤受损期别				总发生率 (%)
		I 期	II 期	III 期	IV 期	
对照组	43	3	5	3	3	32.55
观察组	43	2	0	1	0	6.97

$\chi^2=8.871$ ,  $P=0.003$ 。

### 3 讨论

#### 3.1 压力性损伤防护软件在神经内科应用的必要性

有研究显示,随着护理质量评价体系的不断推广,压力性损伤已经逐步成为评价医院护理质量的重要指标<sup>[10-11]</sup>。压力性损伤防护软件优势如下:具有压力性损伤防护管理一体系统,并通过软件自动识别压力性损伤分期以及表现,护士可根据指导意见逐步实施,避免防护不当的现象发生,且综合了Braden量表以及美国压力性损伤咨询委员会(NPUAP)压力性损伤防护指南优点,克服单一量表的局限性<sup>[12]</sup>。

#### 3.2 压力性损伤防护软件可有效提高管理质量,降低局部受压压力

压力性损伤是持续且细致的过程,具体的操作流程包括评估、防护、记录、密切观察等,而常规护理干预中,采用手工量表平法,且在病例中记录的病变部位较为分散,耗时长,导致对患者的病情记录缺乏连贯性,影响了临床护理效果。而使用压力性损伤防护软件进行管理,使管理过程被简化,提高了管理质量<sup>[13]</sup>。压力性损伤防护软件可根据患者危险评分,给出高危患者皮肤体位管理指导意见,提醒护士正确保护手术患者受压部位使用器具,如:高规格泡沫垫或凝胶气垫,可降低局部皮肤压力,并改掉以往根据护士经验不足而导致的患者局部皮肤问题,实现了压力性损伤的预防管理,做到有效且科学的监控<sup>[14]</sup>。本研究中,观察组肩胛部、小腿部、足跟部以及骶尾部压力均低于对照组,差异具有统计学意义。由此说明,利用压力损伤防护软件可降低局部压力,预防压力性损伤的形成。

#### 3.3 压力性损伤防护软件可降低皮肤受损等级

压力性损伤防护软件可根据患者的发生压力性损伤危险程度提供护理指导,利用疏水性聚合物以及亲水性颗粒制成水胶体敷料促进微血管的增生,保持局部组织的代谢功能,高规格泡沫垫或水胶体或气压床垫垫于患者身下,避免患者皮肤与手术床的直接接触,降低局部压力,促进血液循环,有效预防或减少压力性损伤的形成<sup>[15]</sup>。本次研究中,观察组压力性损伤发生率低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),说明压力性损伤软件减低压力性损伤等级。

综上所述,压力性损伤防护软件可有效减少高危压力性损伤患者发生压创的严重程度,并根据评估分数实施与之相对应的护理干预措施,有效减轻皮肤局部受压压力,有利于提高压力性损伤预防护

理质量。

### 4 参考文献

- [1] 蒋琪霞,苗素琴,陈文芳.手术获得性压力性损伤流行特征和危险评估新进展[J].医学研究生学报,2019,32(8):882-885
- [2] 杨义,褚万立,冯光,等.2 997例皮肤软组织损伤住院患者的回顾性分析[J].中华烧伤杂志,2020,36(9):821-829.
- [3] 刘志远,王达利.压力性损伤动物模型研究进展[J].中华烧伤杂志,2019,35(2):153-156.
- [4] 魏力,鲍雨婷.老年失禁性皮炎患者的压力性损伤风险预测研究[J].中华老年医学杂志,2020,39(3):328-330.
- [5] 施昭,张龙江.人工智能在脑血管病影像学中的应用[J].中华放射学杂志,2021,55(8):793-798.
- [6] 葛歆瞳,Laskowitz Daniel T,江荣才,等.神经重症患者感染诊治:美国临床神经医学手册(2017-2018)与中国专家共识(2017)的对比与解读[J].中华神经医学杂志,2019,18(1):2-11.
- [7] 付美平,梁雯慧.基于早期预警评分系统的分级护理管理在儿科重症监护病房的应用[J].护理实践与研究,2019,16(6):112-114.
- [8] 李温霞,孙静,李育红,等.压力性损伤风险预警系统在胸腰段骨折手术患者压力性损伤管理中的效果评价[J].中华创伤杂志,2019,35(5):460-465.
- [9] 许秋月.失效模式与效应分析在降低骨科手术患者皮肤压力性损伤发生率中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(7):67-69.
- [10] 周建辉,曹建国,程春福,等.高柔弹性电子皮肤压力触觉传感器的研究[J].哈尔滨工业大学学报,2020,52(7):7-16.
- [11] 刘洁,邹先彪.《皮肤科学(非肿瘤性皮肤病)中皮肤镜术语和基本参数的标准化:国际皮肤镜协会专家共识》解读[J].中华皮肤科杂志,2020,53(6):409-414.
- [12] 李清,苏强,林英,等.基于机器学习的住院患者压力性损伤分析与预测[J].同济大学学报:自然科学版,2020,48(10):1530-1536.
- [13] 孙建华,王小亭,张青,等.超声检查在压力性损伤评估中的应用进展[J].中华内科杂志,2021,60(6):575-577.
- [14] 夏冬云,史婷奇,陆巍,等.压力性损伤临床决策支持系统的研发与应用[J].中华护理杂志,2020,55(1):50-54.
- [15] 王文华,韩晓梅,姬响华,等.水胶体敷料对压力性损伤合并中重度感染的临床疗效[J].中华医院感染学杂志,2019,29(6):949-952.

[2020-09-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 正念减压训练对 PIVAS 护士知觉压力、不良情绪、心理弹性及职业倦怠感的影响

李芸 陈娟

**【摘要】目的** 探讨正念减压训练对静脉药物配置中心(PIVAS)护士知觉压力、不良情绪、心理弹性及职业倦怠感的影响。**方法** 选取2020年1—6月医院PIVAS护士25名作为研究对象,由正念治疗师对其实施正念减压训练,干预时间为8周,分别于干预前1d、干预8周结束后应用知觉压力量表(CPSS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、心理弹性量表、职业倦怠感量表(MBI-HSS)评价干预效果。**结果** 干预后PIVAS护士CPSS总评分及各维度评分、HAMA评分、HAMD评分、MBI-HSS评分较干预前明显下降( $P<0.05$ ),干预后PIVAS护士心理弹性量表及各维度评分较干预前明显提高( $P<0.05$ )。**结论** 正念减压训练能有效提高PIVAS护士心理弹性,降低护士知觉压力水平,减压护士不良情绪及职业倦怠感。

**【关键词】** 正念减压训练;静脉药物配置中心护士;知觉压力;不良情绪;心理弹性;职业倦怠感

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.031

静脉药物配置中心(PIVAS)是进行全静脉营养、细胞毒性药液、抗生素等药品配置的场所,由于PIVAS护士长期处于密闭环境中且工作强度大,因此PIVAS护士容易产生抑郁、焦虑等负性情绪,导致护士产生职业倦怠感<sup>[1-2]</sup>。心理弹性是指个体面对应激事件或压力时心理适应性,个体心理弹性水平越高越有利于其采取积极的方式应对压力,促进其身心健康<sup>[3]</sup>。由此可见,采用有效的干预方法来提高PIVAS护士心理弹性有助于减轻护士不良情绪。正念减压训练是一种将正念作为根基的干预方法,现阶段被广泛运用在身心健康的维护、情绪调节以及压力管理方面<sup>[4]</sup>。既往正念减压训练被广泛应用在肿瘤患者、医护人员或医护专业学生心理干预中,但缺乏关于正念减压训练对PIVAS护士身心健康影响方面研究。为此,本研究对PIVAS护士实施正念减压训练,并获得理想的效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年1—6月医院PIVAS护士25名作为研究对象,纳入条件:PIVAS在职护士,日常工作为静脉药物配置;自愿参与本次研究并配合调查。排除条件:处于哺乳期、休假的护士;伴有抑郁

症及既往精神病史。其中男1例,女24例。年龄22~47岁,平均 $32.8\pm4.9$ 岁。婚姻状况:已婚18例,未婚7例。学历:大专12例,本科或以上13例。职称:护士12例,护师8例,主管护师3例,主任护师2例。工作时间1~18年,平均 $5.8\pm1.2$ 年。

### 1.2 正念减压训练方法

由正念治疗师对PIVAS护士实施正念减压训练,时间为8周,每周2次,每次60min正念训练,并且每天进行正念练习不少于15min,具体如下:

**1.2.1 质量控制** 本研究挑选具有正念培训经验的2名正念治疗师对护士开展相关培训。分别于干预前1d、干预8周结束后当天,要求PIVAS护士完成相关问卷调查,并确保问卷内容属实。当PIVAS护士对培训内容产生困惑时,正念治疗师应对其进行解释。在进行训练前,正念培训师向PIVAS护士发放培训教学所需的音频和手册,以确保本次培训有效性。当训练进行时,正念治疗师鼓励PIVAS护士每天在微信群中分享正念减压训练后的心得体会。为有效地监测正念练习的成果,正念治疗师鼓励护士在微信群中发表对训练的相关感受。

**1.2.2 正念减压训练内容** ①第1周,由正念带教老师向护士讲解正念减压理论知识、练习方法及日常生活应用正念训练的技巧,正念带教老师采用温柔的语言诱导护士进行正念内省练习,练习结束后向护士分配家庭作业,并于下次训练与护士共同探讨正念训练技巧。②第2周,开展小组讨论,解



决护士居家正念训练期间遇到的问题,向护士讲解出现不良情绪时以呼吸为锚点进行呼吸训练,以转移注意力,减轻不良情绪。③第3周,以小组讨论的形式,解决 PIVAS 护士居家练习过程中遇到的问题,向其讲授步行冥想,指导其在日常行走过程中通过时刻保持觉知,以达到步行冥想的效果。④第4周,通过小组讨论解决护士居家进行正念减压训练时发现的问题,讲解正念吃葡萄干,通过指导护士在进食葡萄干时体会思维自动化引导。⑤第5周,通过小组讨论的方式解决护士居家行正念减压训练期间发现的问题,向护士讲授身体扫描,让护士有意识地感知身体各部位,以便进行身体扫描练习。⑥第6周,通过小组讨论的方式解决护士居家行正念减压训练期间发现的问题。同时向护士讲授瑜伽伸展动作,通过指导护士进行正念瑜伽练习(包括站姿瑜伽和躺姿瑜伽)从而让护士身心得到放松。⑦第7周,通过小组讨论的方式解决护士居家行正念减压训练期间发现的问题。向护士讲授坐禅知识,引导护士通过坐禅模式来平复心情,护士选择安静的环境,双腿盘坐,盘坐过程中进行正念倾听、正念感觉、正念冥想,保持接纳,不做评判。⑧第8周,正念治疗师对护士前7周正念训练情况进行回顾及讨论,并督促护士在日后继续保持正念训练,每周至少5 d,每天至少30~45 min,并及时反馈训练情况,遇到问题时可在微信群中进行提问。

1.3 观察指标

分别于干预前1 d、干预8周结束后由正念治疗师对护士训练效果进行评价,内容包括:

(1) 知觉压力:采用知觉压力量表(CPSS)<sup>[5-6]</sup>,该量表包括2个维度(失控感及紧张感),合计14个条目,每个条目根据出现频率依次记为0(从来没有)~4分(很多),总评分为0~56分。

(2) 焦虑:采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)<sup>[7]</sup>,量表共计17个条目,每个条目根据焦虑程度依次记为0~4分,总评分0~68分,评分越高提示焦虑感越明显。

(3) 抑郁:采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)<sup>[8]</sup>,量表共24个条目,每个条目根据抑郁程度依次记为0~4分,总评分0~96分,评分越高提示抑郁感越明显。

(4) 心理弹性:采用中文版心理弹性量表对患者心理弹性进行评价,量表包括3个维度(乐观、自强、坚韧),合计25个条目,每个条目赋值0~4分,总评分为各条目评分之和(0~100分),评分越高提示患者心理弹性水平越高<sup>[9]</sup>。

(5) 职业倦怠感:采用职业倦怠感量表(MBI-HSS)<sup>[10]</sup>,量表包含个人成就感、去人格化、情感枯竭等3个维度,合计22个条目,每个条目根据患者感受出现频率依次记为0(从不)~6分(总是),总评分0~132分,分值越高提示患者职业倦怠感越明显。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.0 统计学软件处理相关数据,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用配对 *t* 检验。检验水准 α=0.05,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 培训前后 PIVAS 护士知觉压力评分及不良情绪比较

培训后 PIVAS 护士知觉压力总评分及各维度评分(包括失控感及紧张感)、HAMA 评分、HAMD 评分低于培训前,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表1。

表1 培训前后 PIVAS 护士知觉压力评分比较(分)

时间	人数	知觉压力总评分	失控感评分	紧张感评分	HAMA 评分	HAMD 评分
培训前	25	39.42 ± 4.98	20.25 ± 4.36	19.42 ± 4.66	40.12 ± 4.98	68.25 ± 5.26
培训后	25	26.02 ± 4.02	12.98 ± 3.02	13.02 ± 3.98	25.98 ± 3.45	42.98 ± 4.25
<i>t</i> 值		10.469	6.854	5.222	11.670	18.684
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 培训前后 PIVAS 护士心理弹性评分比较

分较培训前显著提高, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

培训后 PIVAS 护士心理弹性总评分及各维度评

表 2 培训前后 PIVAS 护士心理弹性评分比较 (分)

时间	人数	乐观	自强	坚韧	心理弹性总评分
培训前	25	24.89 ± 4.23	20.26 ± 4.89	22.89 ± 6.10	68.04 ± 5.98
培训后	25	32.69 ± 4.63	30.10 ± 5.26	30.12 ± 4.89	92.91 ± 6.36
<i>t</i> 值		6.219	6.850	4.624	14.244
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 培训前后 PIVAS 护士职业倦怠感评分比较

评分 (个人成就感、去人格化、情感枯竭) 较培训前明显降低, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

培训后 PIVAS 护士职业倦怠感总评分及各维度

表 3 培训前后 PIVAS 护士职业倦怠感评分比较 (分)

时间	人数	个人成就感	去人格化	情感枯竭	职业倦怠感总评分
培训前	25	40.25 ± 4.36	35.26 ± 4.98	31.89 ± 5.02	107.42 ± 8.26
培训后	25	26.89 ± 3.89	26.98 ± 4.52	25.10 ± 3.96	78.97 ± 5.02
<i>t</i> 值		11.432	6.156	5.310	14.717
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 正念减压训练对 PIVAS 护士知觉压力的影响

知觉压力是大脑在面对威胁、困惑等不利因素或刺激事件时而作出的心理反应, 个体表现为失控或紧张<sup>[11]</sup>。由于 PIVAS 护士工作特殊性, 导致其容易在工作满意度及职业风险等方面受到心理困扰, 从而导致其知觉压力升高<sup>[12]</sup>。本研究对 PIVAS 护士实施正念减压训练, 结果显示, 培训后护士知觉压力评分较培训前明显下降 ( $P<0.05$ ), 说明正念减压训练能有效减轻 PIVAS 护士知觉压力。朱雅竹等<sup>[13]</sup> 针对肿瘤科护士持续进行正念减压的训练, 使护士的正念水平显著提高, 从而有效减轻护士知觉压力, 本研究结果与之一致。考虑可能由于 PIVAS 护士经多次正念减压训练中学习到如何调节

压力的方法, 让护士专注当下, 从而使护士有效地解决问题及缓解其自身压力<sup>[14]</sup>。

3.2 正念减压训练对 PIVAS 护士负性情绪的影响

本研究结果显示, PIVAS 护士经正压减压训练后, 其焦虑、抑郁情绪较训练前明显下降 ( $P<0.05$ ), 研究结果与王雅星等<sup>[15]</sup> 一致, 说明正念减压训练能有效减轻 PIVAS 护士不良情绪。考虑可能由于护士经过多次正念减压训练后提升了自我的情绪调节能力、非评价能力以察觉能力, 能让护士更清楚地了解内心情绪, 当情绪受到外界干扰时, 保持平静心, 灵活面对压力, 从而缓解抑郁情绪<sup>[16]</sup>。

3.3 正念减压训练对 PIVAS 护士心理弹性的影响

本研究对 PIVAS 护士实施正念减压训练后发现, PIVAS 护士心理弹性评分较培训前明显下降 ( $P<0.05$ ), 表明正念减压训练能有效提高 PIVAS

护士心理弹性。考虑可能由于正念减压训练强调采用接纳、开放的态度应对一切身心现象,让护士有意识、不加判断地保持对个人体验的关注,促使护士以积极的心态培育“正念”,有助于护士形成良好的信念,有效减轻护士不良情绪,激发护士情感体验,增强护士心理弹性<sup>[17-18]</sup>。

### 3.4 正念减压训练对 PIVAS 护士职业倦怠感的影响

职业倦怠感会导致护士对护理工作失去兴趣,从而影响护士工作积极性,影响护理服务质量<sup>[19]</sup>。PIVAS 护士长时间应对高强度的工作容易产生职业倦怠感。本研究对 PIVAS 护士实施正念减压训练结果显示,培训后 PIVAS 护士职业倦怠感总评分及各维度评分(个人成就感、去人格化、情感枯竭)较培训前明显下降( $P<0.05$ ),表明正念减压训练能有效减轻 PIVAS 护士职业倦怠感。这是由于正念减压训练能让个体对外界的刺激及内在心理变化保持不加以评判的注意,有效改善个体非适应性思维模式,提高个体心理适应性,使护士能更好地接受工作中出现的压力及不良情绪,从而减轻患者职业倦怠感<sup>[20]</sup>。

总之,正念减压训练能有效提高 PIVAS 护士心理弹性,降低护士知觉压力水平,减压护士不良情绪及职业倦怠感。但由于时间的限制,本研究在干预后立即对护士培训效果进行评估,因此关于正念减压训练持续效果还需在日后工作中还需进行随访研究,进一步评估正念减压训练对 PIVAS 护士身心健康的长期影响。

## 4 参考文献

- [1] 缪冬梅,孙翠萍.静脉药物配置中心护士工作敬业度调查及影响因素研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(18):2418-2421.
- [2] 罗茜,叶容.浅谈静脉药物配置中心护士的职业防护[J].环球中医药,2013(z2):91-91.
- [3] 李玉梅,黄瑛,黄莹,等.临床护士心理弹性与问题解决能力、应对方式的关系研究[J].护理管理杂志,2020,20(5):328-333.
- [4] 莫阔,李敏,邵伊凡,等.正念减压训练对护士知觉压力、负性情绪和心理幸福感的影响[J].解放军护理杂志,2020,37(6):47-50.
- [5] 王萱,段莉,王耐,等.知觉压力量表的应用现状[J].承德医学院学报,2018,35(3):242-244.

- [6] 侍成栋,潘永良.汉密尔顿抑郁及焦虑量表与正性负性情绪量表的相关性研究[J].全科护理,2019,17(2):140-142.
- [7] 许全民.抑郁症患者采用心理护理对其治疗前后 HAMD 量表评分的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(67):124-125.
- [8] 姚桂英,刘予玲,李树雯,等.成人心理弹性量表在护理人员中的信效度检验[J].中国全科医学,2013,16(13):1536-1539.
- [9] 朱玉芬,毛冰佳,张繁.护士职业获益感现状及其对职业倦怠的影响[J].全科护理,2020,18(17):2159-2161.
- [10] 郭颖,马含俏,曾佳,等.护士认知情绪调节策略、社会支持与知觉压力的关系[J].第三军医大学学报,2019,41(2):170-176.
- [11] 张晓娇,曾广会,蒲亨萍,等.正念减压疗法对护士身心健康影响的研究进展[J].职业与健康,2020,36(19):2729-2732.
- [12] 张晓娇,曾广会,王锐霞,等.正念减压疗法对护士职业获益感、职业倦怠的影响研究[J].职业与健康,2020,36(20):2750-2754.
- [13] 朱雅竹,青友芬,潘江霞.正念减压训练对 ICU 护士死亡焦虑和工作疲溃感的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(31):4068-4071.
- [14] 朱丽娜,刘珊,詹婷婷.正念减压疗法在新护士培训中的应用效果[J].护理管理杂志,2019,19(3):209-211.
- [15] 王雅星,田军香,关志,等.正念减压疗法对护士压力及职业倦怠干预效果的系统评价[J].职业与健康,2019,35(7):974-980.
- [16] 王芬,李冬,张玉芳.正念减压疗法改善护士职业倦怠的系统评价[J].职业与健康,2019,35(16):2281-2284.
- [17] 梁东如,孟雪梅,孟杨,等.正念减压疗法对改善神经重症监护病房护士职业倦怠及压力应对能力的效果分析[J].空军医学杂志,2020,36(6):514-516.
- [18] 王德洋,王守敏.正念减压疗法对临床护士心理状态的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(12):86-88.
- [19] 罗娟,王桂梅,吉晓燕,等.正念减压疗法对精神科护士共情疲劳的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(23):30-33.
- [20] 李葳葳,王璇.正念减压疗法对重症监护病房护士职业压力的影响[J].中国医药指南,2018,16(2):290-291.

[2021-03-23 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系的应用及效果评价

李玲 李玉 陈云\*

**【摘要】目的** 探讨门诊护理人员绩效考核办法及应用效果。**方法** 将护理人员绩效考核体系实施前(2016年7月—2017年6月)的39名门诊护理人员为对照组,采用护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系后(2018年7月—2020年6月)的41名的门诊护理人员作为观察组。比较两种门诊护理绩效考核体系下,护理质量及满意度情况。**结果** 实施护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系后,观察组护士满意度、护理质量、护理人员业务水平等各方面评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 护理部垂直管理门诊护理人员绩效考核体系有效提高门诊护理质量和满意度。

**【关键词】** 护理部;垂直管理;绩效考核;门诊护理;护理质量;门诊患者满意度

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.032

门诊患者较多,人流量大、护患接触时间短,易出现多种护患关系,且门诊护理质量也直接反映着医院的医疗水平<sup>[1]</sup>。研究发现,部分门诊护理人员绩效考核存在一些问题,不仅会影响门诊护理人员的工作积极性与热情,而且会影响护理质量,不利于医院品牌效应的提升<sup>[2]</sup>。虽然我院护理部垂直临床科室绩效管理十余年,但一直未将门诊护理纳入垂直管理体系,造成了部分临床护理科室和门诊护理科室绩效之间的不平衡,影响了护理人员的积极性针对以上问题,护理部于2018年7月进行垂直管理门诊护理绩效。本研究分析护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系的应用及效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

将医院2016年7月—2017年6月39名门诊护理人员作为对照组(护理人员绩效考核体系实施前),将2018年7月—2020年6月41名作为观察组(实施后)。观察组年龄24~59岁,平均 $37.38 \pm 8.95$ 岁;职称:副主任护师3名,主管护师16名,护师5名,护士17名;层级:N3护士19名,N2护士14名,N1护士8名;学历:中专10名,大专16名,本科14名,研究生1名。对照组年龄23~59岁,平均 $36.38 \pm 7.95$ 岁;职称:副主任护师3名,主管护师18名,护师5名,护士13名;层级:N3护士19名,N2护士14名,N1护士6名;学历:中专10名,大专16名,本科12名,研究生1名。

护理人员岗位包括诊室分诊台护理岗、五官科门诊治疗岗、门诊手术护士岗、伤口造口护理门诊岗、PICC静脉治疗护理门诊岗、影像科注射岗、儿保门诊护士岗、预防接种岗、孕产保健护士岗、雾化吸入护士岗、内镜中心护士岗等。

### 1.2 护理人员绩效考核方法

1.2.1 分配原则 ①门诊护理人员月度人均绩效为临床一线护理人员人均绩效的80%。②确定门诊科室护理目标工作量,以服务人次为基础,结合风险程度和技术难度进行统计考核。完成目标工作量给予门诊科室护理人员的基数绩效,对超过目标工作量的部分进行奖励,对于未完成目标工作量绩效按实际工作量测算,但非个人原因导致的工作量低于目标工作量科室,按临床一线护理人员平均奖的50%计算。由护理部核算好,给科室进行二级分配。③基于护理风险与技术难度、护理工作量、工作质量、医德医风及患者满意度的绩效分配考核方案,门诊护士长进行二级分配。

1.2.2 月度绩效计算方法 ①门诊护理人员月度总绩效=门诊科室人员数×临床一线护理人员平均奖的80%。②门诊科室护理目标工作量:以信息科查询近3年的各科室平均工作量作为基数,指标为服务人次和护理服务项目数,超过的根据工作量及技术难度赋予分值,给予积分。③门诊护理人员月度总绩效80%用于发放护理人员基数绩效,20%用于发放超(负)工作量部分绩效,根据超(负)工作量积分核算超(负)工作量绩效。④护理人员月度绩效公式:门诊护理人员绩效=(月度绩效基数±工作量绩效)×门诊各护理单元月度绩效考核分,每月护理部及大科护士长对门诊科室护理人

基金项目:盐城市医学科技发展计划项目(编号:yk2019071)  
作者单位:224700 江苏省盐城市,南通大学附属建湖医院  
\*通讯作者

员的工作质量进行考核。

1.2.3 门诊护理人员绩效系数

(1) 门诊护理人员层级：一是基础层级(N0)：有执业证书的新分配护士工作第一年，能够在老师的指导下完成工作，除特殊情况外，我院门诊一般不安排N0级护理人员；二是基本层级(N1)：逐步适应门诊岗位任务，完成一般常规工作，主要为工作满1年，且N0层级内考核、合格的护理人员；三是胜任层(N2)：熟练掌握门诊岗位所需的知识

和技能，胜任门诊岗位职责要求，主要为本科工作满两年、大专工作满3年，且规范化培训、考核合格人员；四是骨干层(N3)：承担护理咨询、专科护理门诊，以及能够应付突发状况，协调医患矛盾，主要为取得并聘任主管护师，且N2层级内培训、考核合格的护理人员。2018年6月开始，除了护理管理者，门诊护理人员不设N4层级。根据门诊护理人员的工作能力分成4层细分为8级(表1)为基础绩效系数。

表1 门诊护理人员层级基本绩效系数

层级	N0	N1	N2	N3
A	0.9	1.0	1.1	1.2
B	0.6	0.95	1.05	1.15

(2) 新分配护士工作：第一年不能单独值班绩效系数为0.6，通过考核能够单独值班绩效系数为0.9，满1年并考核合格，绩效系数1.0。护理人员层级年度考核合格为本层级A级，不合格为本层级B级，连续两年不合格降一层级。

1.3 观察指标

(1) 满意度：主要是采用问卷的形式调查护理人员满意度，满分100分。

(2) 护理质量：主要评价指标为护理服务(10分)、质量与安全(40分)、科室管理(20分)、三级医院内审(10分)院感管理(10分)、教育培训(10分)合计100分，≥90分为合格。

(3) 护理人员业务水平：主要评价理论成绩、实践操作考核成绩。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件，计量资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较采用t检验；计数资料组间率比较采用两独立样本的 $\chi^2$ 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 两组护士的满意度比较

实施人员绩效考核后，观察组护士满意度高于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )，见表2。

2.2 两组护理质量及护理人员的培训考核比较

实施人员绩效考核后，观察组护理质量和护理人员考核及分层培训合格率均明显高于对照组，差异与统计学意义( $P<0.01$ )，见表3。

表2 实施人员绩效考核后护士的满意度比较

组别	观察人数	分数
对照组	39	85.9±1.49
观察组	41	97.1±2.11

$t=27.298$ ， $P=0.000$ 。

表3 两组护理质量及护理人员的培训考核比较

组别	人数	护理质量评分	理论考核成绩	实践操作考核成绩	层级合格率(%)
对照组	39	78.1±19.2	76.2±18.3	74.8±13.3	76.92
观察组	41	92.8±18.3	92.4±16.1	93.8±12.1	95.12
t值		3.506	4.209	6.689	5.582*
P值		0.001	0.000	0.000	0.018

\*为 $\chi^2$ 值。

### 3 讨论

#### 3.1 调动了门诊护理人员的工作积极性,提高了满意度

在门诊管理中,常规的绩效考核体系并不能提高护理人员的工作积极性,同时对护理人员工作完成效果评价准确性与公平较低,故而使门诊护理工作效果不佳<sup>[3]</sup>。护理部垂直管理门诊护理绩效考核体系,将门诊各项工作量,细化定性后,赋予不同分值予以量化,充分体现“多劳多得,优绩优酬”的绩效分配原则,调动了门诊护理人员的工作积极性,改善了传统绩效模式中一些护理人员工作时较为懒散的情况。本研究表明:护理部垂直管理门诊护理考核体系,能发挥激励作用,提高门诊护士自身满意度、医生对护士满意度,以及第三方测得的患者满意度。

#### 3.2 激发了护理人员的工作责任心,改善了门诊护理质量

传统的门诊护理绩效方案,责任分工不明确,缺乏合理性,导致护理的工作热情较低,影响了门诊护理质量。护理部垂直管理下门诊护理人员绩效体系的建立,摒除了原来的平均主义,并从护理风险与技术难度、护理工作量、工作质量、医德医风及患者满意度进行绩效分配,围绕管理、考核、核算、奖励等4个原则,激发护理人员工作责任心,提高护理质量的同时提高患者满意度<sup>[4]</sup>,而且减少了临床科室护理人员向门诊科室的流动。

#### 3.3 增加了学习的主动能动性,提升了门诊护士整体学习的能力

传统的绩效方案,由院部按照人员数发放,不能体现护理人员的工作能力,造成了部分护理人员对自身学习要求不高,对继续教育没有规划,多年来门诊护理人员层级年度考核、“三基”理论考试、操作考核合格率相对临床考核低很多。实施护理部垂直门诊护理绩效管理体系中,基本系数按照护

理人员的能力制定,并需要护理人员每年完成相应层级的培训及考核,提高了门诊护理人员的学习主动性,从而让护理人员不断学习,提升自己的能力,提高了门诊培训的到课率。本研究结果显示,护理部垂直管理门诊护理绩效体系,能充分提升门诊护士的综合素质,与蒋萍等<sup>[5]</sup>报道一致。

综上所述,护理部垂直管理门诊护理考核体系,具有良好的应用效果,能够有效提高护理质量和满意度,并且也能够督促护理人员提高其技术水平。

### 4 参考文献

- [1] 张霞.改良门诊护理人员绩效考核体系在门诊管理中的应用观察[J].医药卫生:文摘版,2017,1(1):139.
- [2] 钟灵.改良门诊护理人员绩效考核体系在门诊管理中的应用[J].医药卫生:文摘版,2017,2(1):272.
- [3] 柳晓霞.岗位设置与绩效管理在门诊护理管理中的应用[J].临床医学研究与实践,2016,1(4):119.
- [4] 郭辉.岗位设置联合绩效管理在门诊护理管理中的应用[J].全科护理,2016,14(22):2351-2352.
- [5] 钟明霞,杨怀玉,张秋君.新医改背景下三级公立医院绩效考核体系激励机制对医院护理人员护理质量的影响[J].实用医技杂志,2019,26(10):129-131.
- [6] 刘波,牛晓雯,雷芳,等.绩效考核实施方案对护理管理质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(6):191-193.
- [7] 郑淑华(Shu-Hua Chang),许哲瀚(Che-Han Hsu),龚建吉(Chien-Chi Kung),等.结合科技接受模型及任务科技配适度探讨护理人员使用社群媒体对工作绩效之影响[J].医务管理期刊,2019,20(4):267-287.
- [8] 曾洪华.护理管理者能力及绩效考核测评研究新进展[J].临床合理用药杂志,2019,12(7):133-134.
- [9] 蒋萍,熊楚梅,李进娥,等.岗位设置与绩效管理在门诊护理管理中的实施[J].解放军护理杂志,2014,31(15):53-55,67.

[2021-03-20 收稿]

(责任编辑 刘学英)

## 疫情报道高频术语(十三)

序号	学科	规范用词	英文	定义	来源	公布年份
01.0293	感染病学-总论-感染病流行病学	无症状携带者	asymptomatic carrier	体内能够不断排出病原体但不表现出临床症状的病原体携带者。	感染病学名词	2019
01.0303	感染病学-总论-感染病流行病学	接触传播	contact transmission	病原体通过直接接触传播或间接接触传播的方式。	感染病学名词	2019

(全国科学技术名词审定委员会提供)



# 概念构图教学法对护理本科学生临床评判性思维能力的影响

李瑞 徐旻\* 张琳 王桂华

**【摘要】** 目的 探讨概念构图教学法对护理本科学生临床评判性思维能力的影响。方法 选取2018年1—6月在医院血液净化中心实习的90名护理本科生作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组各45名。对照组采用传统的临床带教模式,观察组采用概念构图教学法进行临床带教,比较两组护生评判性思维能力、自主学习能力及对教学方法的接受程度。结果 入科时,两组护生评判性思维能力各维度得分及总分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),两组护生自主学习能力各维度得分及总分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );实施概念构图教学法后,观察组护生出科时评判性思维能力得分与总分、自主学习能力各维度得分与总分均明显提升,且观察组护生评判性思维能力得分与总分、自主学习能力各维度得分与总分均明显高于对照组护生;观察组护生对教学方法的接受程度高于对照组;组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 概念构图教学法有助于培养护生分析问题、解决问题及创新的能力,提升护生的评判性思维能力,可充分调动护生的学习兴趣,提升护生的自主学习能力,帮助护生将理论知识应用于临床实际中,且护生的接受程度较高。

**【关键词】** 概念构图;教学方法;护理本科学生;临床评判性思维能力;自主学习能力

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.033

**Effect of conceptual composition teaching method on clinical critical thinking ability of nursing undergraduate students** LI Rui, XU Yang, ZHANG Lin, WANG Guihua (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450003, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the effect of conceptual composition teaching method on clinical critical thinking ability of nursing undergraduate students. **Methods** To select 90 nursing undergraduates who practiced in the blood purification center of the hospital from January to June 2018 as the study objects. According to the principle of comparability between the basic characteristics of the groups, they were divided into an observation group and a control group, each with 45 students. The control group adopted the traditional clinical teaching model, and the observation group adopted the conceptual composition teaching method for clinical teaching to compare the critical thinking ability, autonomous learning ability and acceptance of the teaching method between the two groups of nursing students. **Results** When entering the department, there was no statistically significant difference in the scores and total scores of critical thinking ability between the two groups of nursing students( $P>0.05$ ), and there was no statistically significant difference in the scores and total scores of autonomous learning ability between the two groups of nursing students( $P>0.05$ ). After the implementation of the conceptual composition teaching method, the critical thinking ability scores and total scores, and the scores and total scores of all dimensions of the self-learning ability of the observation group nursing students were significantly improved, and the scores and total scores of critical thinking ability, autonomous learning ability of the observation group were significantly higher than those of the control group; the observation group's acceptance of teaching methods was higher than that of the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The conceptual composition teaching method can help to cultivate the ability of

作者单位:450003 河南省郑州市,河南省人民医院血液净化中心(河南省肾脏病重点实验室,郑州大学人民医院)

\* 通讯作者

nursing students to analyze problems, solve problems and innovate, improve the critical thinking ability of nursing students, fully mobilize the learning interest of nursing students, enhance the self-learning ability of nursing students, and help nursing students apply theoretical knowledge in clinical practice, and the acceptance of nursing students is relatively high.

**【Key words】** Conceptual composition; Teaching method; Nursing undergraduate students; Clinical critical thinking ability; Autonomous learning ability

近年来,由于日益复杂的医疗和护理环境,实习护生在护理基础及临床各科室的专业学习中,知识分类越来越细化,加大了护理本科学生的认知负荷,不仅要求其掌握更多的学习技巧,还要求其在理解复杂的护理概念的同时,掌握与之相关的护理措施并运用到临床实践中<sup>[1]</sup>。因此,如何在护理临床教学过程中提升学生的学习效率是新时代护理带教老师需解决的问题。评判性思维既是一种思维技能,同时也是一种思维倾向<sup>[2]</sup>。早在1989年美国国家护理联盟一致通过评判性思维教育作为评价护理本科教学质量的特殊标准,1993年美国教育部要求所有大学生毕业时在评判性思维能力方面都有显著的提高(2000年教育目标)<sup>[3]</sup>。概念构图是由概念、命题、交差连接和层次结构组成的一种学习工具,能直观形象地展示各个知识点的联系,促进学生理解概念之间的相互关系<sup>[4]</sup>。国外研究表明<sup>[5-6]</sup>,概念构图教学能有效提高护理本科学生的评判性思维能力,有助于学生将理论知识与临床实践联系起来,但我国护理临床教学中对概念构图教学的研究尚处于起步阶段。基于此,为了满足日趋复杂的医疗和护理环境与社会需求,本研究将概念构图教学法运用于本科学生临床实践教学过程中,观察其对护理本科学生评判性思维能力的影

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年1—6月在我院血液净化中心实习的90名护理本科生作为研究对象,其中男5名,女85名;年龄17~22岁,平均 $19.96 \pm 1.47$ 岁。纳入条件:已完成基础课程及主要专业课程的学习;即将进入临床实习;知情本次研究,并签署知情同意书。排除条件:多次请假、逃课、迟到或早退的学生;拒绝参与研究或不能良好配合教学的学生。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各45名。对照组男3名,女42名;平均年龄 $20.14 \pm 1.59$ 岁。观察组男2名,女43名;平均年龄 $19.87 \pm 1.63$ 岁。两组护生基本资料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 采用传统临床带教模式,即PBL教学法(以问题为基础的教学方法)进行带教,由带教老师根据教学大纲进行理论知识讲解,并进行临床实践示范与指导。

1.2.2 观察组 采用概念构图教学方法进行临床带教,首先由经过概念构图教学培训的护理人员组成教学小组,成员包含讲师1名、主管护师1名及护师2名,讲师负责教学指导,主管护师与1名护师负责教学实施,另1名护师负责资料收集,随后召开小组会议,由教学小组根据国内外相关研究及结合临床实际,共同制订教学方案,主要包括确定概念、构思概念、成果展示、修改与完善、循环巩固知识5个教学过程,见表1。

### 1.3 评价方法

1.3.1 评判性思维能力 采用加利福尼亚评判性思维技能测验表(CCTST)<sup>[7]</sup>评估两组实习护生评判性思维能力,评价时间为护生入科时及出科当周,该量表包含分析、评价、推理、归纳推理及演绎推理5个维度,共34个条目,量表总分2~29分,得分 $\leq 15.89$ 分表明评判性思维能力较低,得分 $> 15.89$ 分表明评判性思维能力较高。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.90,本研究重测信效度为0.893。

1.3.2 自主学习能力 采用护理专业学生自主学习能力测评量表<sup>[8]</sup>评估两组实习护生自主学习能力,该量表包含学习动机、自我管理、学习合作及信息素质4个维度,共30个条目,采用Likert 5级评分法,分别代表完全不符合(1分)至基本符合(5分),反向条目则反向记分,总分30~150分,得分越高表明自主学习能力越强。该量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.82,本研究重测信效度为0.917。

1.3.3 教学方法接受程度 参照相关文献<sup>[9]</sup>自行设计调查问卷评估两组护生对教学方法的接受程度进行比较,问卷包含教学效果、学习兴趣、内容理解与记忆、知识运用4个维度,共20个条目,采用Likert 5级评分法,从非常不满意至非常满意分别计1~5分,总分20~100分,得分越高表明对教

学方法的接受程度越高。本研究测得该量表信效度为 0.904。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对相关数据进行统计分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较进行 *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 两组实习护生评判性思维能力比较

入科时, 两组护生评判性思维能力各维度得分

及总分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 实施概念构图教学法后, 观察组护生出科时评判性思维能力各维度得分及总分较入科前明显提升, 且高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 2。

2.2 两组实习护生自主学习能力比较

入科时, 两组护生自主学习能力各维度得分及总分无显著差异 ( $P>0.05$ ); 实施概念构图教学法后, 观察组护生出科时自主学习能力各维度得分及总分较入科前提升, 且高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

表 1 概念构图教学方案

教学过程	课时	内容
确定概念	实习第 1 周	①带教老师向护生介绍 概念构图教学法, 简明扼要地讲解概念构图的内涵与意义, 使护生明确概念构图基本概念、绘制方法、要素与用途等理论知识; ②选择临床典型病例, 讲解示范如何使用概念构图分析病例 (包含主题确定、概念提取、建立概念之间的关系、扩展及修正概念等步骤), 指导护生提取案例中的关键概念 (如医疗诊断、症状、体征等) 并将概念与概念之间的关系进行连线 (如护理诊断与患者症状、检查结果等之间的关系), 以肺结核为例, 提取“分期”“症状”“检查”“诊断”“治疗”“管理”等概念, 并写在 A4 白纸上, 分发给每名护生, 诊断概念居于正中位置, 其他概念围绕诊断合理安排位置, 同时连接所有相关概念, 在连线上标注概念之间的关系, 使概念之间的关系直观化、具体化
构思概念	实习第 2 周	将护生 3~5 人分为一个学习小组, 由带教老师根据科室典型病例布置工作任务 (每个学习小组选择 1 类疾病), 护生通过查阅病历、体格检查及与患者沟通交流等方式搜集相关资料及分析病例信息, 提取关键概念并明确概念之间的关系, 最后自行绘制层级结构与概念间的交叉连接, 要求护生明确标注需要体现的信息及各个概念之间的关系, 鼓励护生尽量对相关概念进行扩充
成果展示	实习第 3 周	护生完成概念构图后, 以小组为单位与带教老师共同进行讨论, 先由每名护生分别展示、汇报自己的概念图, 要求护生尽量用语言进行解释自己的构思与分析, 带教老师随时提出相关问题, 由护生解答, 汇报结束后由组内其他护生予以点评, 最后由带教老师总结并指导护生修改及完善自己的概念图
修改与完善	实习第 4 周	护生根据带教老师及组内其他护生的意见对概念图进行修改与完善, 随后再次进行小组汇报, 由护生共同对绘制的概念图进行总结, 推选出最完善的概念图作为小组学习成果, 最后组织各个小组轮流进行成果汇报, 由其他小组成员进行点评, 带教老师对小组学习成果进行总结性评价与指导
循环巩固知识	实习第 5、6 周	指导护生以小组为单位, 采用情景模拟的形式, 进行临床实践演练, 鼓励护生将概念构图贯穿于护理评估、诊断、计划、实施等护理程序中, 模拟结束后要求护生互相点评, 由带教老师予以指导, 随后不断循环概念构图

表 2 两组实习护生评判性思维能力比较 (分)

组别	观察人数	分析		评价		推理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	45	2.91 ± 1.42	4.57 ± 1.39	4.63 ± 1.95	5.84 ± 1.67	4.74 ± 1.58	5.62 ± 1.39
对照组	45	3.04 ± 1.35	3.46 ± 1.52	4.78 ± 1.63	4.96 ± 1.53	4.69 ± 1.72	4.87 ± 1.45
<i>t</i> 值		0.445	3.615	0.396	2.606	0.144	2.505
<i>P</i> 值		0.657	0.000	0.693	0.011	0.886	0.014

组别	观察人数	分析		评价		推理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	45	4.95 ± 1.73	6.03 ± 1.48	6.34 ± 1.82	8.41 ± 1.56	13.76 ± 2.54	23.57 ± 1.42
对照组	45	5.01 ± 1.96	5.27 ± 1.29	6.57 ± 1.79	6.97 ± 1.48	13.94 ± 2.71	16.93 ± 2.25
<i>t</i> 值		0.154	2.597	0.604	4.492	0.325	16.741
<i>P</i> 值		0.878	0.011	0.547	0.000	0.746	0.000



表3 两组实习护生自主学习能力比较(分)

观察时点	组别	观察人数	学习动机	自我管理	学习合作	信息素质	总分
入科时	观察组	45	25.19 ± 4.37	30.56 ± 5.48	16.74 ± 2.92	19.46 ± 3.15	92.58 ± 6.34
	对照组	45	24.98 ± 4.51	31.24 ± 5.63	16.82 ± 3.05	19.53 ± 3.27	91.74 ± 6.56
	<i>t</i> 值		0.224	0.581	0.127	0.103	0.618
	<i>P</i> 值		0.823	0.563	0.899	0.918	0.539
出科时	观察组	45	31.48 ± 4.59	37.59 ± 6.13	22.18 ± 2.46	25.31 ± 3.27	114.63 ± 5.79
	对照组	45	26.05 ± 5.23	33.15 ± 5.74	18.36 ± 2.59	21.48 ± 2.94	99.85 ± 6.42
	<i>t</i> 值		5.235	3.547	7.174	5.843	11.468
	<i>P</i> 值		0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

2.3 两组实习护生对教学方法接受程度比较 法的接受程度高于对照组, 组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表4。

表4 两组实习护生对教学方法接受程度比较(分)

组别	人数	教学效果	学习兴趣	理解记忆	知识运用	总分
观察组	45	21.67 ± 2.53	21.49 ± 2.61	22.54 ± 1.71	23.18 ± 1.32	90.74 ± 5.23
对照组	45	17.51 ± 2.39	17.32 ± 1.75	15.73 ± 1.94	16.89 ± 1.75	73.56 ± 8.49
<i>t</i> 值		8.018	8.902	17.665	19.249	11.558
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

### 3 讨论

#### 3.1 概念构图教学法有助于提升实习护生的评判性思维能力

评判性思维作为护士临床工作中必备的核心能力之一, 我国越来越多的护理界人士认识到评判性思维能力培养的迫切性和重要性, 在教育和临床实践领域中开始重视、强调和应用评判性思维方法<sup>[10-11]</sup>。但目前临床常用的案例教学法、PBL教学法等教学方法都限制了学生的思维广度, 在培养护生的批判性思维能力方面存在不足<sup>[12-13]</sup>。概念构图(concept mapping)作为在教学过程中组织和整合知识的一种工具, 最初是由在美国康奈尔大学(Cornell University)的诺瓦克(Joseph D.Novak)提出<sup>[14]</sup>。概念构图教学法是指在教学过程中, 让学生将概念做有意义的联结, 借助组织、分类、分析、评估以及推理的过程来进行思考, 将概念与概念之间的联系描绘成一幅树状结构图的一种教学方法, 概念通常置于圆圈和方框之中, 两个概念之间的连接线表明了概念间的关系, 概念、命题、交叉连接和层级结构

是概念图的4个图表特征<sup>[15-16]</sup>。本研究中对对照组护生采用传统临床带教模式, 观察组护生采用概念构图教学方法进行临床带教, 入科前两组护生评判性思维能力各维度得分及总分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 出科时两组护生评判性思维能力各维度得分及总分均明显提升( $P<0.05$ ); 且观察组提升效果高于对照组( $P<0.05$ )。说明概念构图教学法相较传统带教模式, 更有助于提升护生的评判性思维能力, 培养护生的自主思考能力、变通能力、独创能力以及解决问题的能力, 促使护生从整体角度对护理计划进行分析、评价、推理, 并进行归纳与演绎, 从而发现各项护理问题与患者治护措施之间的关系, 为患者提供更为优质的护理服务。王红云等<sup>[17]</sup>将概念构图教学法应用于“护理学基础实训”的教学模式中, 发现其有利于培养护生的评判性思维及自主学习能力, 并对护生知识的主动建构具有促进作用, 与本研究结果基本相符。

#### 3.2 概念构图教学法有助于提升实习护生的自主学习能力

临床护理实习是成为正式护士的必经阶段,

也是实习护士将理论知识应用于临床实践的主要阶段,通常由经验丰富的高年资护士担任带教老师,指导护生进行临床实践,以提升其理论知识及护理操作技能<sup>[18-19]</sup>。概念构图教学方法简单,绘制概念图只需一张纸和一支笔就可以完成,实际操作可行性强,同时概念构图教学法本身就是一个评判性思维的过程,是一个知识演绎的过程,通过一个概念去探索另一个概念,寻求他们之间的联系,周而复始,演绎过程中护生的求知欲不断被刺激,丰富的知识不断在演绎,护生也不断进行着评判性的思考,其知识储备及评判性思维得到持续性提升,自主学习能力也得到显著提升。本研究结果显示,入科前两组护生自主学习能力各维度得分及总分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出科时两组护生自主学习能力各维度得分及总分均得到提升( $P<0.05$ );且观察组提升效果高于对照组( $P<0.05$ )。说明概念构图教学法有助于提升护生的自主学习能力,能激发护生的学习动机,使护生由被动学习转变为主动学习,建立良好的自我管理意识与行为,并在学习过程中保持良好的沟通习惯,从与他人的沟通中不断纠正、完善自身知识储备。

### 3.3 概念构图教学法有助于提升实习护生对教学方法的接受程度

本研究针对目前护理本科生培养模式的改变及存在的优势特点,将概念构图学模式融入本科护生培养工作,通过组建具有丰富的理论和实践教学经验的教學小组,实施包含确定概念、构思概念、成果展示、修改与完善、循环巩固知识5个过程的教学方案,各个教学过程紧密结合、循序渐进,并以团队协作为基础,讲师讲授与护生讨论相结合的教学理念<sup>[20]</sup>,营造良好的学习与思考环境,帮助护生从多个角度发现自身不足之处,加深护生对相关知识的理解、记忆与整合,激发护生的兴趣与自主思考能力,从而培养护生的评判性思维能力。研究结果显示,观察组护生对教学方法的接受程度总分为 $90.74 \pm 5.23$ 分,对照组护生对教学方法的接受程度总分为 $73.56 \pm 8.49$ 分,观察组对教学方法的接受程度总分高于对照组( $P<0.05$ );且观察组护生对教学效果、学习兴趣、理解记忆、知识运用各维度评分均高于对照组( $P<0.05$ )。说明概念沟通教学法有助于培养护生的学习兴趣,帮助护生理解与记忆学习内容,实现理论知识与临床实践的有机结合,从而将理论知识充分应用于临床实践中。

综上所述,概念构图教学法有助于培养护生分析问题、解决问题及创新的能力,能显著提升护生

的评判性思维能力,还可充分调动护生的学习兴趣,提升护生的自主学习能力,帮助护生将理论知识应用于临床实际中,且护生的接受程度较高。

## 4 参考文献

- [1] 欧梦仙.概念构图教学法在护理教学中的作用与应用[J].护理研究,2017,31(15):1805-1807.
- [2] 许小进.案例反思法在精神科护士评判性思维能力培养中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(18):133-134.
- [3] 高国贞,曾利婷,莫露璐.临床实践教学改革对护生批判性思维能力影响的实证研究[J].重庆医学,2017,46(17):2439-2446.
- [4] 曾慧,段雅琴,王万玲.TBL联合概念图教学法在《护理学导论》课程中的应用研究[J].重庆医学,2019,48(16):181-184.
- [5] Senita J. The use of concept maps to evaluate critical thinking in the clinical setting[J]. Teaching and Learning in Nursing, 2008, 3(1):6-10.
- [6] Hayes MM, Chatterjee S, Schwartzstein RM. Critical Thinking in Critical Care: Five Strategies to Improve Teaching and Learning in the Intensive Care Unit[J]. Annals of the American Thoracic Society, 2017, 14(4):569-575.
- [7] 黄颖,谭玉婷,袁群.2005年—2014年国内护生评判性思维能力调查类文献分析[J].护理研究,2016,30(4):486-489.
- [8] 淮盼盼.基于e-教学平台的翻转课堂在基础护理学实训课程中的应用研究[J].护理研究,2019,33(19):3413-3415.
- [9] 李远,丁玉辉,朱婷.自行设计的教学质量评价量表对微信与翻转课堂教学模式的适用性评价[J].中国卫生统计,2020,37(2):290-293.
- [10] 钟凤玲,李一晶,李淑文.临床护士评判性思维态度倾向性现状与相关因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(2):24-26.
- [11] 王天慈,刘运霞,陆丹华.CBL联合TBL教学方法对护理学专业学生批判性思维及自主学习能力培养的探讨[J].中华医学教育杂志,2019,39(11):822-826.
- [12] 李佳临,卢玉林,李保刚.护理本科生评判性思维的研究现状[J].河北医科大学学报,2018,39(7):865-868.
- [13] 吕利明.护理实训课开放式多元化学习评价模式的探索与实践[J].护理研究,2018,32(8):1247-1250.
- [14] Novak JD. The theory underlying Concept maps and how to construct them[EB/OL].[2014-09-12].<http://emap.coginst.uwf.edu/info/index.html>.
- [15] 雷梦杰,刘婷婷,刘雅倩.概念图在护理领域的应用现状[J].护理研究,2018,32(18):2834-2838.
- [16] 李婷,王爱玲,刘艳存.概念图谱在护理本科专

# HEART 沟通模式在骨科临床护理带教中的应用及效果分析

李婷 李枫\*

**【摘要】目的** 探讨 HEART 沟通模式在骨科临床护理带教中的应用并分析其效果。**方法** 选取 2019 年 7 月—2021 年 1 月医院实习的 84 名临床护理学专业本科实习生作为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,每组 42 例。对照组采取常规沟通模式带教,观察组采取 HEART 沟通模式带教。通过填写教学满意度调查表了解两组实习生对教学的主观感受。通过出科护理理论知识、操作技能考核评估两种带教模式对实习知识掌握的客观情况。**结果** 采取 HEART 沟通模式带教的实习生教学满意度及护理理论知识、操作技能各项评分明显高于对照组实习生,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论** HEART 沟通模式能有效提高护理实习生对教学的满意度,提高专科理论知识和临床操作技能,增加学习积极性。

**【关键词】** HEART 沟通模式;骨科护理;护理带教;本科生

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.034

临床实习过程是护理实习生由学校进入社会的过渡阶段,对每位学生日后顺利进入临床工作起到至关重要的作用<sup>[1]</sup>。骨科学具有教学内容多、概念抽象及新理论、新技术发展迅猛等特点,而传统的临床教学模式授课形式单一,学生热情不高,在有限的时间内能带给学生的收获有限。因此,探索出一套适应于骨科教学特点的教学模式势在必行<sup>[2]</sup>。激发学生求知欲望和兴趣是提高临床带教效果的关键,对护理带教老师沟通能力提出了更高要求<sup>[3-4]</sup>。

我院是集医疗、教学、科研于一体的三级甲等医院,现代护理教育旨在培养出护理服务和综合管理能力水平较高的护理人才。在大量的临床带教过程中我们发现目前临床实习生普遍学历较高,年纪却相对较小,追求科技前沿,思想敏锐。实习带教过程中与学生的沟通方式对缩短学生的适应时间,调动学生主动学习专科知识及技能的积极性,建立起良好的师生关系,提高教学满意度等方面都有

很大影响<sup>[5-6]</sup>。HEART 沟通模式是美国克里兰夫诊所制定的沟通技巧培训,即倾听 (hear)、共情 (empathy)、道歉 (apologize)、回应 (respond)、感谢 (thanks)<sup>[7]</sup>。针对学生沟通能力及学习水平参差不齐,HEART 沟通模式能有效拉近教师与学生的距离,获得学生信任,从而促进护理带教工作的开展。本研究将 HEART 沟通模式运用于骨科护理临床带教,取得较好的沟通效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2019 年 7 月—2021 年 1 月医院骨科本科实习生 84 例作为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组与观察组,每组 42 例,对照组:男 3 例,女 39 例;年龄 21~23 岁,平均 21.9 岁;观察组男 1 例,女 41 例;年龄 21~24 岁,平均 22.3 岁。两组护生在性别、年龄、文化程度等一般资料方面比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 教学方法

1.2.1 对照组 采用常规护理带教模式,护生进

作者单位:430030 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院骨科

\* 通讯作者

业课程高仿真模拟教学中的应用[J].护理学杂志,2017,32(10):15-19.

[17] 王红云,王青龙,庞晓丽.基于概念图和思维导图的《护理学基础实训》可视化教学模式研究[J].护理实践与研究,2020,17(6):132-135.

[18] 周邓蓉,苟荣,王凤玲.辨证施护教学法联合临床路径教学对新实习护士知识水平及护理质量的影响[J].中医药导报,2019,25(9):138-141.

[19] 李靖,王庆珍,金小红.基于胜任力模型构建护士规范化培训临床带教教师准入指标体系[J].中华现代护理杂志,2019,25(12):1568-1570.

[20] 赵佳馨,祝苗苗,绳杰清.微课联合 TBL 教学法在基础护理学实验教学中的应用[J].中华现代护理杂志,2018,24(32):3956-3958.

[2021-03-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)



入临床科室由带教老总随机分配给带教老师，带教老师选取工作责任心强，理论知识扎实，操作技术熟练，临床经验丰富的老师，安排一对一带教，由带教老师负责科室的总体带教质量控制。学生跟随老师在完成临床工作的同时，老师将临床所见对学生

进行理论和操作知识的讲授，即“见什么讲什么”；根据统一制定的教学计划给学生理论教材，照搬教材开展临床实践，即“照本宣科”。学生被动接受，主动跟老师交流的愿望非常少。

1.2.2 观察组 采用 HEART 沟通带教模式，护理实习生接受同一组带教老师的带教授课，带教老师将 HEART 沟通模式贯穿整个带教过程，具体如下：

（1）倾听：“万事开头难”，想要与学生建立良好的师生关系，首先老师要做到仪表端庄得体，严守规章制度。在接触学生初期要善于倾听学生诉求，注视学生目光，不要随意打断。通过倾听，对学生做出初步的判断，了解其性格、禀性，了解学生对骨科实习的期待与顾虑，运用温柔和关怀的话语，潜移默化中让学生了解护理人员应具备的素质和特征、护理工作制度、护士职责与风险等。以期建立良好的师生关系，让学生以放松的心态，如朋友

似的关系接纳老师，迎接骨科实习生活。

（2）共情：实现角色互换，教学过程中以学生为主体，带教老师专业把控，鼓励学生提出疑问，启发学生思考，引导学生参与讨论，只在最后做总结与点评，整个带教过程起观察和辅助作用。切记直接作出结论，或轻易否定学生，打消其积极性，重视学生学习能力的培养。从心理上，带教老师应最大限度地理解学生在经历由学校向社会过渡的彷徨，他们正在适应学生向“社会人”的转变，也在面临毕业的压力、从业的选择，经历期盼未来又担忧胆怯的种种情绪。对此，带教老师首先要努力做好自己情绪稳定，乐观积极，在此基础上最大限度的理解他们，给他们肯定的眼神、温柔的示意、关怀的表情、鼓励的手势，包容他们的不足，把自己的专业知识传授他们的同时，关心其生活状态、思想情绪，分享自己的从业经历，建立互信。鼓励学生主动学习，参与制定教学计划，探讨教学方法，做到事半功倍。

（3）道歉：老师往往是学生的行为模板，应时刻保持良好的工作状态。临床工作繁忙、琐碎，老师在承担教学工作的同时

也肩负着繁重的工作压力，教学过程中难免会有疏漏和不足，此时应及时对欠缺的示范表示道歉，并及时更正，取得学生的谅解。

（4）回应：面对学生的提问，在不能及时解答时应表示歉意，用“对不起”“抱歉”“请你原谅”等话语取得学生的谅解，不能敷衍，并尽量查阅资料，咨询医生给予清晰正确的解答，再次询问学生“还有不清楚的地方吗？”“老师的解答你听明白了吗？”鼓励学生积极思考，主动学习，并自我完善。

（5）感谢：师生沟通是互助互信的过程，也是每一位带教老师互动学习和自我完善的过程，在学生骨科实习结束前，邀请学生参与总结实习过程中的阻力与不足，对他们的提问，理解表示感谢，如“谢谢你们

1.3 教学效果评价

（1）主观效果评价：通过实习结束发放护生满意度调查表，完成调查表内容，包括教学方法、教学内容和时间安排、增加学习兴趣、提高主动学习能力、师生沟通 5 项内容。每项内容 20 分，满分 100 分进行量化评分，调查表以匿名方式进行评价。

（2）客观效果评价：按照我科培训要求，84 名学生出科前接受统一考核，满分为 100 分，内容为骨科护理理论和临床操作。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 16.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ，以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组学生主观效果评价 即学生满意度评分比较

观察组学生学习兴趣浓厚，与教师沟通顺畅，认为教学内容安排合理，更愿意主动参与学习，观察组对教学效果满意高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

2.2 两组学生客观效果评价即考核成绩比较

观察组理论考核与操作考核成绩均优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 1 两组学生满意度调查评分比较（分）		
组别	人数	满意度评分
对照组	42	87.14 ± 7.33
观察组	42	90.81 ± 4.99

$t=2.682, P=0.009$ 。

表2 两组学生考核成绩比较(分)

组别	人数	理论考核成绩	操作考核成绩
对照组	42	85.02 ± 8.12	83.79 ± 7.74
观察组	42	90.67 ± 4.89	89.24 ± 5.48
<i>t</i> 值		3.863	3.724
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

护理临床带教在护生向临床护士角色转换中起着重要作用,是护生提高实践能力,实现“学以致用”的主要途径。教师是学习的促进者,而不是知识的“给予者”,教师可以为学生确定求知的方向,其一切教学活动都是促进学生的学习兴趣及能力<sup>[8]</sup>。传统医学教学多采用“填鸭式”教学,传授系统知识体系为目的,强调对知识的理解与记忆,临床带教的着眼点则主要是让本科生知道如何行动<sup>[9]</sup>。现代医学对护理人员的素质与能力提出了更高的要求。骨科所涉门类众多,想要更好地服务于病人,护理人员需具备扎实的理论基础和过硬的临床操作技能,良好的沟通能力是现代带教老师必须具备的素质。

3.1 普通带教模式的缺陷

传统教学模式停留在传授学生更全面的专业理论知识,照搬教材开展临床实践。另一方面,带教老师普遍采取“教师为主体”的教学方法,但临床工作忙碌、繁琐,带教老师受年龄、性格、学历、精力、经验等方面影响,带教老师在教学过程中容易以自我为中心,照纲教学,统一模式授课,对不同学生教学方式缺乏特色,忽视学生主诉;而学生则习惯于沉默,等待老师给出答案,容易冷场。其结果形成教学内容单一,学生只能形成抽象的概念,教学效果差,学生缺乏热情。如果老师缺乏经验,往往教学失败。

3.2 HEART 沟通模式带教的优势

带教老师与学生建立和谐平等的师生关系,主动了解学生临床需求,专业方向,使临床带教更具有针对性,传授学生掌握必要的骨科专业理论后,更重要的是指导临床操作和骨科实践。在师生互动中,学习氛围更加活跃,更能促进学生学习兴趣和动机,更加重视学习能力的培养。带教老师可以更

加直观地掌握学生的学习进度和成效,在带教过程中灵活驾驭学生思路,适时引导学生的创造力和能力,师生关系融洽。出现问题能迅速解决,增加学生对老师的信任度和满意度,不仅学生学习效率提高,提升学生自主学习的兴趣,也能提升学生的临床思维和科研能力,促进带教老师的专业素质培养,实现教学相长,提高骨科整体护理水平。

综上所述,HEART 沟通模式能改善师生关系,提高教学效率,增强带教能力。

4 参考文献

[1] 柯斌铮.多层面地认识医患关系[J].医学与哲学,2002,23(11):18.

[2] 张沛,王星,李筱贺.骨科临床教学改革探究[J].内蒙古师范大学学报(教育科学版),2016,29(12):156-158.

[3] 张淑艳,周鑫,于森.做好骨专科医院临床实习的体会[J].华北理工大学学报(医学版),2008,10(5):721-722.

[4] 陈向东,王洪,朱鸣镝,等.多媒体技术在骨科基础与临床教学中的应用[J].交通医学,2006,20(6):791.

[5] 高东霞,张利岩,宋慧娜,等.Peplau 人际关系理论在护理专业学生实习管理中的应用[J].中华护理教育,2012,9(11):521-523.

[6] 张永瑞,杨丽,高艳章,等.导师制在医学实验技术专业本科生实习带教中的体会[J].饮食保健,2019,6(48):278.

[7] 肖馨爽,肖欢,谭志,等.CICARE 联合 HEART 沟通模式在责任制护理中的应用[J].护理学杂志,2019,34(23):69-71.

[8] 王序全,尹芝华,许建中.PBC 教学法在骨科专业临床教学中的实践[J].重庆医学,2006,35(18):1721-1723.

[9] 邓博,姚共和,卢敏,等.案例教学法在本科生骨科临床带教中的应用[J].湖南中医药大学学报,2007,27(5):74-75.

[2021-03-18 收稿]  
(责任编辑 刘学英)

# 成果导向教学理念结合以案例为基础的教学法在重症医学科新入科护士培训中的应用

蒋卓娟 俞荷花\* 李阳洋

**【摘要】** 目的 探讨成果导向教学理念 (Outcome-based education, OBE) 结合以案例为基础的学习法 (Case-based learning, CBL) 在重症医学科 (ICU) 新入科护士培训中的应用价值。方法 选择 2019 年 6 月—2020 年 6 月 ICU 新入科护士 100 名, 按实习时间的前后阶段均分为对照组与观察组。对照组接受传统的授课方式, 观察组则采取 OBE 理念结合 CBL 教学法的方式, 在两组护士教学结束后, 由科室与护理部各派代表分别对其理论知识基础与操作能力基础进行考核, 并调查所有护士的护理专业核心能力与学习成效自我评价。结果 经不同教学方法培训后, 观察组无论是由科室还是护理部进行的理论知识考核与操作能力成绩均高于对照组, 护理专业核心能力得分均高于对照组, 护士学习成效自我评价高于对照组; 组间比较差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 OBE 理念结合 CBL 教学法可使 ICU 新入科护士得到快速成长, 使培训更加全面、规范和个性化, 培训知识掌握更加牢固, 提高其专科操作能力, 为 ICU 护理人员梯队培养打下坚实基础。

**【关键词】** 成果导向教学理念; 案例为基础的学教学; 重症医学科; 新入科护士; 培训

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.035

重症监护室 (ICU) 是抢救各类重症患者的主要场所, 其对病房环境、设备和管理要求比较特殊<sup>[1]</sup>。收治的患者病情复杂多变, 需借助先进仪器和熟练的急救技术延长生命周期或达到治愈的目的, 这对 ICU 护理工作提出更高要求, 需要新入科护士尽快掌握 ICU 的专业技能与知识理念, 灵活运用所学知识, 强化临床处理能力, 而如何提高新入科护士的专业素养与采取的教学培训方法关系密切<sup>[2]</sup>。以往采用的传统培训方法形式单一, 临床教学效果并不理想。近年来不断出现各种新型教学模式, 其中以结果为基础的教学 (Outcome-based education, OBE) 是以注重学生获得的能力与成果为主的教学模式; 以案例为基础的教学法 (case based learning, CBL) 将真实病案作为基础对实习生进行带教, 协助其掌握疾病相关知识<sup>[3-4]</sup>。目前, 国内外很多高校与医院教学均单独运用 OBE 或 CBL 于各课程培训中, 并取得了不俗的成绩, 但 CBL 等教学法存在并未检验学生是否已经达到预定的教学目标和教学成果的缺点。而在 ICU 新入科护士培训中, 至今尚未出现运用 OBE 与 CBL 相结合的双轨教学研究<sup>[5]</sup>。鉴于此, 本研究比较传统授课法与 OBE 结合 CBL 的双轨教学法在临床具体成效。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2019 年 6 月—2020 年 6 月 ICU 新入科护士 100 名, 纳入条件: 顺利通过医院的笔试与面试, 从事临床护理工作; 18 岁以上, 大专以上学历; 接受过国家护理高等教育。排除条件: 无法遵守实习期间有关规章制度者, 培训期间请假者, 拒绝或者中途退出研究者。按实习时间的前后阶段分为对照组与观察组。对照组 50 名: 本科生 41 名、大专生 9 名; 年龄 19~23 岁, 平均  $21.3 \pm 0.6$  岁。观察组 50 名: 本科 39 名、大专 11 名; 年龄 20~23 岁, 平均  $21.6 \pm 0.8$  岁。两组性别、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 由总带教将 ICU 常见病症的概念、临床表现、救护流程等相关内容打印在 A4 纸上, 在入科当天发放给每个实习护士, 结合 PPT 以传统的口头授课方式对知识进行讲解。

1.2.2 观察组 采取 OBE 结合 CBL 教学法, 具体如下:

(1) 制定学习目标: 接受为期一年的培训与考核, 基本掌握 ICU 常见疾病的相关知识及护理要点, 了解各种设备仪器的操作方法、各种监测技术规范、各种导管的维护操作、各种脏器功能支持疗法与监护及风险事件的应急处理对策, 使其能够尽快适应

作者单位: 200001 上海市, 上海长征医院 (海军军医大学第二附属医院) 重症医学科

\* 通讯作者



和熟悉 ICU 的各项工作, 以免发生风险不良事件, 保障患者安全, 提高护士理论与实践结合的能力, 激发护士的学习兴趣, 提高其评判性思维能力。

(2) 设计教学案例: 根据以上教学需达成的目标, 设计与临床实践相关的教学案例, 并要求与培养目标密切相关, 高度契合教学大纲, 注意选择的案例症状、体征与临床表现应具有典型性。另设计相关问题, 引导护士对以往学习的知识进行整合思考, 培养护士的辩证思维能力与知识搜索能力。再通过典型案例模拟, 使护士切身感受 ICU 的各种常见场景, 培养其临床实践应对能力。

(3) 临床教学: 2 组均选择具备护师或以上职称的护理人员, 且有丰富临床工作经验、课堂授课经验、授课能力与良好的沟通技巧, 来负责教学工作; 同时在教学中, 应紧扣教材、实习大纲并结合临床实际展开。由护士长担任总带教, 负责制定相关培训内容与计划, 并监督考核培训质量; 由 ICU 高年资主管护师担任导师, 负责督查与指正新入科护士临床实践中存在的问题与不足。教学如下: ①在课前 1 周按照学号顺序把护士分为 8 个团队, 每组 6~7 名护士, 选派 1 名为负责人, 负责组织各团队后续学习, 并确定学习目标; ②由带教老师先给出一个完整的病例资料和分析题, 护士接收到后独自查找相关资料, 最后共同商讨得出最终答案, 制作相应的幻灯片, 做汇报总结; ③上课期间, 教师指定各小组的任意成员对案例进行分析总结, 待汇报完毕后, 由该小组之外的其他学员对其进行提问, 再由其一一解答。整个教学过程中以护士自行分析和讨论为主, 教师于必要时提供一定帮助, 并要求每位护士当场发言, 给出病例的护理方案, 教师在其中起到引导及总结作用, 并适当引入新知识和新进展; ④待全部团队汇报完成后, 各小组讨论是否完成了教学目标; ⑤教师在网络教学平台中发布作业题, 由护士汇总案例分析题并完成作业后, 再通过网络教学平台上交作业与分析题答案以及学习心得。

(4) 评估学习效果: 教师对新入科护士的多个

环节进行评价, 并指出其中存在的问题予以引导。

(5) 反馈与实践: 由带教老师根据护士的学习进度, 对其各个方面的成绩进行反馈, 提出具有个性化的点评, 帮助护士扬长避短, 主动学习弥补自身不足, 掌握全面护理的要点及具体措施。

### 1.3 观察指标及评价工具

(1) 考核: 在两组护士教学结束后, 由科室与护理部各派代表对其理论知识基础与操作能力基础进行考核, 理论考核内容均为同一套考题, 所有题目内容均围绕 ICU 教学大纲, 包含选择题共 50 分, 简答题 30 分, 案例分析题 20 分。技能考核包含中心静脉压检测、人工气道吸痰、气管插管口腔护理、呼吸机操作、肠内营养泵。理论、操作的总分均为 100 分, 分数越高, 代表成绩越佳<sup>[6]</sup>。

(2) 护理专业核心能力量表评估: 该量表共 6 个维度 38 个条目, 采用 Likert 7 级评分, 从“完全不胜任”到“完全胜任”依次赋值 1~7 分, 总分范围 38~266 分, 得分越高, 表示新护士的核心能力越强。该量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.966<sup>[7]</sup>。

(3) 学习成效自我评价表评估: 参考魏云英<sup>[8]</sup>学习成效量表, 共有 9 个因子, 30 个条目, 其中包括教学的合理安排、提高分析问题的能力、提高自学信心、提高求知欲、提高逻辑思维能力、提高团队合作能力、提高解决问题的能力、提高寻找真相能力、教学满意度等, 每个条目均采用 Likert 5 级评分制。

### 1.4 统计学处理

利用 SPSS 18.0 统计软件进行数据分析, 计量数据用“均数  $\pm$  标准差”表示, 组间均数比较采用  $t$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组接受科室与护理部考核的理论与操作成绩比较

观察组无论是由科室还是护理部进行的理论知识考核与操作能力成绩均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组接受科室与护理部考核的理论与操作成绩比较 (分)

组别	例数	理论考核成绩		操作考核成绩	
		科室	护理部	科室	护理部
对照组	50	75.00 $\pm$ 5.13	79.01 $\pm$ 5.14	80.07 $\pm$ 5.38	76.17 $\pm$ 4.50
观察组	50	88.59 $\pm$ 5.63	87.57 $\pm$ 6.35	87.77 $\pm$ 4.44	82.03 $\pm$ 5.95
$t$ 值		12.616	7.409	7.805	5.554
$P$ 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组护理专业核心能力量表得分比较

经不同教学方法培训后，观察组护理专业核心能力得分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

2.3 两组护士学习成效自我评价比较

观察组护士学习成效得分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 2 两组护理专业核心能力量表比较（分）

组别	例数	临床生物医学	一般临床技能	评判性思维	关心	道德与责任	终身学习	总分
对照组	50	24.98 ± 1.01	28.70 ± 2.34	9.74 ± 1.33	24.17 ± 1.36	39.07 ± 5.71	23.48 ± 2.08	162.06 ± 20.17
观察组	50	27.09 ± 0.97	31.64 ± 1.67	14.86 ± 0.98	27.81 ± 1.57	53.06 ± 3.28	25.64 ± 1.15	173.01 ± 21.43
<i>t</i> 值		10.654	7.231	21.914	12.391	15.023	6.426	2.631
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.010

表 3 两组护士学习成效自我评价比较

组别	对照组（ <i>n</i> =50）	观察组（ <i>n</i> =50）	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
教学的合理安排	3.77 ± 0.52	4.13 ± 0.64	3.087	0.003
提高团队合作能力	3.86 ± 0.21	4.39 ± 0.28	10.708	0.000
提高求知欲	3.53 ± 1.05	4.43 ± 0.38	5.699	0.000
提高寻找真相能力	3.17 ± 0.79	4.23 ± 0.86	6.418	0.000
提高逻辑思维能力	3.52 ± 0.81	4.26 ± 0.62	5.130	0.000
提高分析问题的能力	3.74 ± 0.49	4.07 ± 0.53	3.233	0.002
提高解决问题的能力	3.82 ± 0.36	4.28 ± 0.35	6.478	0.000
提高自学信心	3.51 ± 0.45	4.31 ± 0.42	9.190	0.000
教学满意度	3.34 ± 0.63	4.25 ± 0.49	7.983	0.000

3 讨论

注重新护士培养是提升护士整体素质的重要保障，对其开展规范化培训的目的是使其尽快适应护士这一新角色，规范其护理行为。由于 ICU 内集中了院内最高端、最精密的设备仪器以及最先进的抢救技术，负责救治各类病情严重、多脏器功能不全的急危重症患者，直接反映了整个医院诊疗与护理的质量，因此要求 ICU 护理人员不仅需要具备扎实的理论基础与临床实践能力，还要熟知各类仪器的用处与操作规范<sup>[9]</sup>。尽管在之前的临床教学模式中已将 ICU 护理内容进行简单介绍过，但大多教学模式仍然采用传统的教师台上授课、学生台下听的方式，学习过程枯燥无味，难以调动护士的学习兴趣，并且 ICU 的教学具有一定特殊性，如患者病情复杂危重、存在不确定性、难以配合等因素均不利于临床教学的顺利实施。因此，单靠临床传统的带教难以保证 ICU 医学的教学质量。

伴随医疗模式与医学理念的转变，传统带教模式已经不能满足护理带教的需求，因此，采取合适的教学模式对提升护理教学效果意义重大<sup>[10]</sup>。杨学明等<sup>[11]</sup>研究显示，将 OBE 联合 CBL 和 TBL 双轨教学法应用于医学免疫学学生中是一种有效的教学改革尝试，有利于学生更快更好地掌握理论知识，建立临床思维，锻炼其实践能力，可有效提高临床教学的效果。本研究尝试将 OBE 联合 CBL 应用于 ICU 新入科护士的培训中，结果显示，经不同教学方法培训后，观察组无论是由科室还是护理部进行的理论知识考核与操作能力成绩均高于对照组（ $P<0.05$ ），分析其原因 CBL 教学是以临床病例为基础的教学方法，带着问题进行临床学习，护士需要自主学习和自主思考，不仅能够加深学生对相关知识理论的理解，还能帮助护士养成主动学习的好习惯，进而提高其实践能力；配合 OBE 教学理念，强调以护士为中心，注重护士获得的能力与成果，充分发挥教育的互动性，及时发现护士当前所学知

识的空缺部分,予以评估指导,从而不断提高学生的理论知识与操作能力<sup>[12]</sup>。本研究显示,观察组护理专业核心能力得分均高于对照组( $P<0.05$ ),这可能是由于 OBE 教学模式不仅要求护士掌握理论知识,还要求护士在学习结束时需要充分掌握实践技能,并通过一系列适宜措施来帮助护士达到目标,提高了护士的核心能力。通过实施 OBE 理念结合 CBL 教学模式,指导学员模拟真实临床环境,以病案为基础,让新入科护士以临床医师的身份面对患者,借助既往学习的理论知识,掌握 ICU 的常见疾病,了解疾病的诊断思路与接诊流程,通过讨论、向他人学习来促进和提高自己的认知和能力,最终提升实习护士的自主学习能力。本研究表明,观察组护士学习成效自我评价高于对照组( $P<0.05$ ),分析原因,基于 OBE 理念结合 CBL 教学法,能够真实再现病人的实际情况,包括患者的症状、表情等,使新入科护士从中体验和揣摩相应的角色,切身体会患者的感受,提高了护士人文观念和沟通能力;在双轨教学模式下,既能发挥以病案为基础的 CBL 教学的优点,又能促使教学活动从“带教老师如何教”转向“护士如何学”,提高护士学习的兴趣及积极性,培养护士利用重症医学的观点去观察、分析与解决临床问题的能力,以及培养护士的课外自学能力、独立思考能力、沟通能力、团队合作能力<sup>[13]</sup>。同时新入科护士能够迅速鉴别病人健康问题,来调整自己的言行以适应变化的护理情境,并持续发散思维,提高其临床思维能力。另一方面,也能够发挥以注重获得能力或成果为基础的 OBE 教学模式的优势,能够在教学前、中、后三个阶段不时地比对教学目标与教学成果,在教学后找出成果与目标间的差距,并及时通过团队合作、讨论等进行补救,确保能够完全达成教学目标,继而提高护士学习成效的自我评价<sup>[14]</sup>。总之将 OBE 理念结合 CBL 教学法,既能发挥 CBL 的教学优势,将教学内容与临床病例紧密相连,为日后的团队协作奠定基础,同时也能发挥基于以结果为基础的 OBE 教学模式的优势,能够在教学前中后持续比照教学目标和教学成果,并找出其中产生差距的原因,及时讨论与补救,来确保达到预定的教学目标<sup>[15]</sup>。

综上所述,在 ICU 新入科护士培训中应用 OBE 理念结合 CBL 教学法,可使培训更加全面、规范和个性化,护士对培训知识掌握更加牢固,提高了其专科操作能力,为 ICU 护理人才梯队培养打下坚实基础。但教无定法,需要临床注意护士个体差异与授课内容的不同,灵活选择相应的教学方法。

#### 4 参考文献

- [1] 万娜,张春艳,王淑芹,等.多元化教学模式在 ICU 护士规范化培训中的应用[J].检验医学与临床,2020,17(12):1778-1781.
- [2] 徐远胜,吴锦鸿,王弋,等.基于 OBE 理念的案例及问题导向教学模式在急诊临床教学中的应用研究[J].医院管理论坛,2020,37(7):60-62,47.
- [3] 陈玉婷.基于 OBE 教育理念基础护理技术实践课教学设计——以青霉素过敏试验为例[J].广东职业技术教育与研究,2020,(6):162-164.
- [4] 袁莉萍,张鹏,吕小红,等.多元化培训模式在 ICU 新入科护士培训中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2018,34(9):666-671.
- [5] 张冉,王庆珍,冯雅笛,等.护士规范化培训网络信息平台在 ICU 新入职护士中的应用效果[J].中国医药导报,2019,16(28):181-1100.
- [6] 焦静,张晓静,吴欣娟.第一年规范化培训后新入职护士核心能力的调查研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(5):598-601.
- [7] Zhou QL.The application of WeChat auxiliary teaching model in nursing practice teaching of Otolaryngology.The Journal of Bioscience and Medicine,2018,8(1):1-3.
- [8] 宋丽绅,海川,杨祎.基于思维导图的双轨教学对静脉用药调配中心规范护士岗位胜任力与教学满意度的影响[J].护理实践与研究,2020,17(2):141-143.
- [9] 孙小南,何怀武,马鸿鸣,等.多维度培训策略提高 ICU 进修人员手卫生依从性[J].基础医学与临床,2018,38(11):1665-1668.
- [10] 王敏,陈怡雷,顾肖,等.SPOCs + 翻转课堂在 ICU 临时起搏器使用培训中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(12):2129-2132.
- [11] 杨学明,林艳,王香江,等.OBE 理念结合 CBL 和 TBL 双轨教学法在医学免疫学教学中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(23):2811-2813.
- [12] 詹昱新,刘云访,杨中善,等.神经外科 ICU 护士对患者安全文化认知与实践的质性研究[J].中华护理杂志,2020,55(9):1315-1319.
- [13] 杨力,何海燕,简福霞,等.重庆市三级医院 ICU 护士护理技术应用现状和培训需求的调查[J].护理学杂志,2018,33(14):73-75.
- [14] 王忠泉,黄永贵,黄彦清.以病案为基础的教学法结合情景模拟在门诊分诊护士应急能力培训中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(2):136-139.
- [15] 祝静雯,朱敏芳,赵静,等.成果导向教育模式在神经外科护生临床教学中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(24):3071-3075.

[2021-03-21 收稿]

(责任编辑 肖向莉)



# 急危重症患者机械通气合并胃肠功能障碍患者 护理中雷火灸干预的效果观察

朱晶 徐雪琼 梁红 程玲玲 刘青艳\*

**【摘要】目的** 观察护理中采用雷火灸干预对机械通气合并脾胃气血亏虚型胃肠功能障碍的临床疗效及安全性。**方法** 选择医院病区 2019 年 8 月—2020 年 5 月收治的机械通气合并脾胃气血亏虚型胃肠功能障碍患者 120 例作为研究对象,采用组间患者的一般资料具有可比的原则,分为观察组与对照组,每组 60 例。对照组实施临床常规护理,观察组在对照组的常规护理的基础上联合雷火灸干预,比较两组腹胀、肠鸣音减弱、恶心呕吐、胃潴留、大便形态改变程度。**结果** 干预后,观察组腹胀、肠鸣音减弱、恶心呕吐、胃潴留、大便形态改变程度均优于对照组,观察组治疗效果优于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 雷火灸干预机械通气合并脾胃气血亏虚型胃肠功能障碍患者,可促进患者胃肠功能恢复效果。

**【关键词】** 雷火灸;脾胃气血亏虚型;胃肠功能障碍;机械通气;急危重症患者

中图分类号 R473 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.036

机械通气是使用呼吸机来辅助、替代或改变患者自主呼吸运动的一种通气方式,是目前治疗危重患者极其重要的手段之一,为救助生命赢得先机。随着研究的不断深入,发现机械通气会伴有各种胃肠功能障碍,以腹胀、恶心、呕吐、纳差、便秘等为主要临床表现<sup>[1]</sup>,发生率高达 40% 以上<sup>[2]</sup>,严重者可诱发多器官功能障碍。胃肠功能障碍成为影响急危重症患者预后的独立危险因素<sup>[3]</sup>,增加了护理的难度。采取有效措施改善机械通气合并胃肠功能障碍,受到国内外专家越来越多的重视。中医学认为,胃肠功能障碍多与脾胃功能失调有关,采用中药汤剂内服及灌肠、针灸、穴位贴敷、热熨等方式治疗,具有一定疗效优势,且副作用低<sup>[4-5]</sup>。雷火灸疗法是以中医经络学说作为理论基础,利用灸条中的药物在燃烧时产生的药力、红外线辐射力及热力,通过脉络和腧穴的循经感传,在人体穴、位、面的强力渗透,从而达到温经通络、调节人体机能的治疗功效<sup>[6]</sup>。本研究以调理脾胃为原则,观察在脾胃气血亏虚型机械通气患者胃肠功能障碍护理中采用雷火灸干预的效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2019 年 8 月—2020 年 5 月我院综合病区

收治的机械通气合并胃肠功能障碍患者 120 例为研究对象。纳入条件:年龄 18~80 岁;符合机械通气合并胃肠功能障碍诊断标准;患者或授权家属签署知情同意,愿意参与临床研究。排除条件:有支气管哮喘或对烟雾不耐受的患者;合并有肝肾、心脑血管及血液系统等内科严重疾病者;青光眼、眼底出血等病症者;对中药、艾灸药物过敏者、有大出血、高热或施术部位有金属移植物、肿瘤、皮肤感染、破溃者;原发病为胃肠消化道器质性疾病,如消化道溃疡、萎缩性胃炎、胃癌等,以及胃肠手术后;正在接受其他课题研究,或其他课题研究结束洗脱期不满 1 个月者;孕期及哺乳期妇女;智力障碍或精神异常患者。采用组间患者的一般资料具有可比的原则,分为观察组与对照组,各 60 例。观察组男 35 例,女 25 例;平均年龄  $70.85 \pm 7.24$  岁。对照组男 37 例,女 23 例;平均年龄  $71.43 \pm 4.89$  岁。本研究经广东省中医院伦理委员会审查批准,伦理号 BF2019-073-01。

### 1.2 诊断标准

参照多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准为诊断标准<sup>[7]</sup>,胃肠功能障碍症状包含腹部胀气、肠鸣音减弱、胃潴留、大便异常等<sup>[8]</sup>。

### 1.3 辨证标准

中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》辨证为脾胃气血亏虚型。其主要临床表现,制定主症及次症,并赋予相应分值进行量化。主症:腹胀。次症:意识障碍;发热;面色无华;眼睑白;肢体

基金项目:广东省中医药局基金项目(编号:20191128)  
作者单位:510120 广东省广州市,广州中医药大学第二附属医院(广东省中医院,广东省中医急诊研究重点实验室)  
\*通讯作者

或全身水肿；大便异常；舌质嫩或淡胖，苔白或黄，苔少或无苔；脉搏虚、细、微。主症必须具备腹胀，次症具备2项或以上者，结合舌脉，即可诊断<sup>[8]</sup>。

#### 1.4 护理方法

**1.4.1 对照组** 参照《实用内科学》第13版，遵循临床常规对症支持治疗：积极治疗原发疾病，避免和消除诱发因素；维持生命脏器的支持疗法，如呼吸支持；对于低血容量者，积极扩容；加强营养支持；纠正水电解质紊乱及纠酸护胃抗感染治疗。

**1.4.2 观察组** 在常规治疗组的基础上联合雷火灸治疗。治疗选取穴中脘（胃之募穴，八会穴之腑会）、足三里（足阳明胃经的主要穴位）、内关（八脉交会穴）、三阴交（足太阴、厥阴、少阴之交会穴）。

（1）成立课题实施核心小组：为保证本项研究的顺利实施，成立了雷火灸干预急危重症患者机械通气合并胃肠功能障碍的临床观察研究核心小组，负责监控和管理研究的运行质量，通过对研究全程的宏观调控，确保患者就诊过程中完整的实施。核心小组的主要成员包括：大科总护士长及科室主任、护士长，雷火灸师传承人，传统疗法科护士，全国中医护理骨干人才、护理硕士研究生及病房管床护士等。

（2）雷火灸操作方法：穴位定位参照中华人民共和国国家标准—《腧穴名称与定位》，取穴：取患者双侧中脘穴、足三里、内关穴、三阴交等穴位。灸具选用赵氏雷火灸传统医药研究所所长赵时碧女士改良后的赵氏雷火灸条。遵循国家中医药管理局《中医护理常规技术操作规范》中灸法规范化操作程序，施灸顺序：采取先上后下；先阳后阴的原则，中脘—内关—足三里—三阴交。施灸手法须以温和火力施以补法。具体操作流程：协助患者取仰卧位，全腹放松，暴露拟施灸部位。用大火将双雷火灸条一端充分点燃，在施灸过程中，施灸者一手放于施灸部位皮肤旁感受温度，另一手平稳抓持两条雷火灸条进行悬灸，距腧穴处皮肤约3~5 cm，先用回旋灸治疗至患者感觉局部皮肤温热、颜色潮红，再温和灸至局部皮肤红晕为度，将雷火灸条在穴位上方1 cm，进行2次点穴。灸治时间为20~25 min，每穴灸3~5 min，温度以患者耐受为度，1周连续5日，

休息2日，7日为1个疗程。施灸者应注意，在操作前后充分评估患者病情，确定施灸局部的皮肤完好后再施灸。施灸过程中注意保暖，避风寒；实时询问患者的局部感受，对于昏迷患者施灸者以自身手指感温；及时刮灰，防止烫伤；若不慎发生皮肤烫伤、水疱，立即停止操作，小水疱暂不予处理，待其自行吸收；大水疱经皮肤消毒后用无菌注射器抽吸疱内液体，覆盖无菌纱布<sup>[9-10]</sup>。

#### 1.5 观察指标

（1）症状程度：参照多脏器功能失常综合征（MODS）病情分期诊断及严重程度评分标准进行症状程度评价，观察腹胀、肠鸣音减弱、恶心呕吐、胃潴留、大便形态改变（便秘或腹泻）共5项症状。各项临床症状均按照无、轻度、中度、重度分别记为0~3分，总分为15分，总分越高表示患者症状越重。

（2）疗效：参照国家中医药管理局临床疗效判定标准进行疗效评价，经临床干预，胃肠功能障碍各项症状改善2级或以上者为显效；胃肠功能障碍各项症状改善1级，但不及2级者为有效；胃肠功能障碍各项症状改善不足1级者为无效；恶化胃肠功能障碍严重程度未见改善或加重者为危重。

#### 1.6 统计学方法

数据录入EXCEL2010，应用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较进行 $t$ 检验；等级资料的比较采用秩和检验。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 两组临床症状改善情况比较

干预前，两组患者临床症状比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组腹胀、肠鸣音减弱、恶心呕吐、胃潴留及大便异常改善情况均优于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

### 2.2 两组治疗效果比较

观察组治疗效果优于对照组，组间比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。本研究的患者均未发生烫伤等不良事件。

表1 两组临床症状改善情况比较（分）

观察时点	组别	观察例数	腹胀	肠鸣音减弱	恶心呕吐	胃潴留	便秘/腹泻	总分
干预前	观察组	60	2.37±0.88	2.58±0.62	1.97±0.55	2.03±0.84	2.12±0.87	11.07±2.27
	对照组	60	2.22±0.96	2.53±0.57	1.97±0.61	1.90±0.77	1.93±1.10	10.55±3.24
$t$ 值			0.892	0.460	0	0.884	1.049	1.018
$P$ 值			0.374	0.646	1.00	0.379	0.296	0.311

续表 1

观察时点	组别	观察例数	腹胀	肠鸣音减弱	恶心呕吐	胃潴留	便秘 / 腹泻	总分
干预后	观察组	60	1.17 ± 0.69	1.17 ± 0.56	1.07 ± 0.55	1.20 ± 0.61	1.20 ± 0.66	5.80 ± 1.71
	对照组	60	1.57 ± 1.03	1.55 ± 0.77	1.4 ± 0.79	1.50 ± 0.85	1.58 ± 0.98	7.02 ± 2.84
t 值			2.499	3.091	2.656	2.221	2.491	2.851
P 值			0.012	0.002	0.009	0.028	0.014	0.005

表 2 两组患者治疗效果比较

组别	例数	显效	有效	无效
观察组	60	40	17	3
对照组	60	20	32	8

秩和检验： $u=3.621,P=0.000$ 。

3 讨论

祖国医学认为,胃肠功能障碍归属于“腹痛”“痞满”范畴,基于“肺与大肠相表里”理论基础,机械通气患者由于不耐厉气暴病,胃不降浊,阻滞胃肠,加之高压力,高强度的持续通气对身体的伤害等,易造成患者脾胃功能损伤,中焦气机不利,运化失司,腑气不通,浊阴不降,阻滞胃肠,从而脾胃气虚型胃肠功能障碍,出现如脘腹胀满、无矢气、腹痛、不排便、反流等诸症<sup>[11-12]</sup>。本研究经文献查阅及专家咨询,辨证施护,针对脾胃气血亏虚型机械通气合并胃肠功能障碍患者实施雷火灸的治疗与护理,选取脾胃相关腧穴,如双侧内关穴、中脘、足三里、三阴交等穴位,其中内关归手厥阴心包经,为八脉交会穴,可用于治疗气机阻滞所致胃气上逆等;中脘归任脉,为胃之募穴,八会穴之腑会,具有和胃降逆、健脾利水功效;足三里为足阳明胃经的主穴,具有调节机体阴阳之气,提高机体免疫力、增强患者抵抗疾病的能力、调脾理胃、补中益气之功效;三阴交为足厥阴肝、太阴脾经、足少阴肾经之三经交会处,可用于治疗脾胃气血虚弱,脘腹胀满。五脏一体,形神合一,脏腑共同调护,从而达到调理气血阴阳平和,调和脾胃气机,温中散寒,化生精微,消滞除满,升清降浊等功效<sup>[11-13]</sup>。

雷火灸疗法是以中医经络学说作为理论基础,利用灸条中的药物在燃烧时产生的药力、红外线辐射力及热力,通过脉络和腧穴的循经感传,在人体穴、位、面的强力渗透,从而达到温经通络、调节人体机能的治疗功效<sup>[14]</sup>。赵氏雷火灸所研发的艾条成分以艾绒为主,同时加入沉香、茵陈、干姜、麝香等多味名贵中药材,被列为“非物质文化遗产”<sup>[15-16]</sup>。雷火灸条形状粗大,燃烧时温度可高达240℃左右,药力峻猛、渗透力强,当施灸于人体腧穴时,各种中药分子迅速吸附在人体表皮层,在皮肤周围迅速形成高浓度药区,借助独特的红外线辐

射与热力作用,再将皮肤上吸附的药物强力渗透到人体腧穴内,再通过腧穴经络的传导调节作用,化生精微,温通经络,祛湿逐瘀,达到改善机械通气患者胃肠功能的作用<sup>[16-17]</sup>。

本研究采用雷火灸干预护理机械通气合并脾胃气血亏虚型胃肠功能障碍,通过雷火灸的药力和物理作用,调理脏腑气血功能,调和气血,从而起到防病治病的作用。结果显示,雷火灸治疗效果好于对照组,表明雷火灸可有效改善机械通气合并脾胃气血亏虚型胃肠功能障碍,对胃肠功能恢复起到了促进的作用,提高了急危重症患者护理效果。随着国家中医药管理局对全国中医护理骨干人才的培养及中医适宜技术的大力推广,中医特色疗法和优势将得到广泛应用和认可。在今后的临床工作中,将进一步拓展危重症救治的中医药特色护理服务领域。同时由于雷火灸在重症患者胃肠功能障碍中的应用研究较少,因此需要在基础理论、治疗规范化等方面进一步研究。

4 参考文献

[1] 杨壮智,林霞,周小微.中西医结合治疗机械通气患者胃肠功能障碍 20 例临床观察 [J]. 中医临床研究,2018,10(24):16-20.

[2] 陈莹,陈蕾,李克清,等. ICU 机械通气患者急性胃肠损伤的调查研究 [J]. 实用医院临床杂志,2017,14(3):117-119.

[3] 蔡洁,黄媛,张亚娟.雷火灸治疗气虚腹泻型肠易激综合征的随机对照试验 [J]. 中医临床研究,2016,8(9):72-74.

[4] 张媛媛. 胃脘痛中医护理技术的研究进展 [J]. 全科护理,2017,15(13):1578-1580.

[5] 徐倩,熊振芳,周琼,等. 中医护理技术在脾胃虚寒型胃脘痛中的应用进展 [J]. 护理研究,2017,31(32):4051-4053.

[6] 冯群星,庙春颖,陈萍. 雷火灸的临床应用机理研究进展 [J]. 浙江中医杂志,2017,52(7):544-545.

[7] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 重修“95 庐山会议”多器官功能障碍综合征病情分期诊断及严重程度评分标准 (2015) [J]. 中华危重病急救医学,2016,28(2):99-101.

[8] 范铁兵. 危重病胃肠功能障碍的证素和证候分布规律及中医药治疗的临床观察 [D]. 北京:中国中医科学院,2013.



# 以6小时复苏目标理论为导向的急救护理对急诊ICU严重脓毒血症患者的影响

侯丹丹 田娇娇 张倩倩

**【摘要】目的** 探究以6 h复苏目标理论为导向的急救护理对急诊ICU严重脓毒血症患者的影响。**方法** 选取医院2019年9月—2021年3月急诊收治的严重脓毒血症患者126例为研究对象,按照基线资料匹配原则分为对照组和观察组,每组63例。对照组实施常规护理,观察组实施以6 h复苏目标理论为导向的急救护理干预,比较两组患者临床各项指标及效果。**结果** 观察组患者C反应蛋白(CPR)、白细胞(WBC)、肌酐(Cr)以及氧合指数( $PaO_2/FiO_2$ )等临床指标情况明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者ICU住院时间、血管类药物停用、机械通气时间以及心率(HR)等方面比较明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 对急诊ICU严重脓毒血症患者实施以6 h复苏目标理论为导向的急救护理干预,可很好地改善患者临床各项指标,提高患者效果观察,加强患者对护理人员的满意程度。

**【关键词】** 严重脓毒血症;急诊ICU;6 h复苏目标理论;急救护理;临床效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.037

脓毒血症是革兰阴性菌、病原菌以及出血热病毒在体内异常滋生,导致多器官功能衰竭障碍的重症感染科较为多见的血液病理性改变疾病,常表现为患者机体体温超过正常水平范围、寒战、心率增快以及呼吸急促等症状,随着病情逐步推移加重,还会引发患者肺水肿、弥漫性血管内凝血(DIC)以及呼吸肾脏功能衰竭等并发症,严重影响了患者的生命安全<sup>[1]</sup>。液体复苏、血管活性药物以及抗感染等临床治疗手段,是早期抗休克、控制感染等治疗的首选方法。但由于以往临床护理过程中,部分护理人员对于患者实施的护理干预较为盲目,降低

了临床治疗效果<sup>[2]</sup>。因此,实施较为科学合理、针对性较强的护理干预十分关键。以6 h复苏目标理论为指导的急救护理干预,通过对患者病程变化情况进行动态观察,根据各项临床指标制定针对性较强的护理干预措施,促使临床各项指标能够得到很好地改善,广泛应用在急救护理干预领域<sup>[3]</sup>。本研究对严重脓毒血症患者实施以6 h复苏目标理论为指导的急救护理干预进行探讨。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年9月—2021年3月收治的126例严重脓毒血症患者作为研究对象,纳入条件:经

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院(郑州大学人民医院)急诊重症监护室

- [9] 刘依,汤娜,曹柏龙.雷火灸治疗膝骨关节炎的研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(13):130-132.
- [10] 王虹,李伟,张素琼.实用中医专科护理常规及操作规程[M].北京:中国医药科技出版社,2012:7.
- [11] 吕翔燕,陈霞君,张织雯,等.吴茱萸循经热熨及穴位贴敷对老年机械通气患者胃肠功能障碍的影响[J].中国中医药科技,2019,26(2):211-213.
- [12] 何丽玲,谭洁贞.中西医结合护理对预防腹腔镜术后患者腹胀的效果研究[J].中国临床护理,2019,11(3):242-244.
- [13] 潘蒙蒙,王魏,孙婷婷.加味五子散热熨腹部对老年机械通气患者胃肠道功能障碍恢复的影响[J].新中医,2020,52(22):149-152.

- [14] 冯群星,庙春颖,陈萍.雷火灸的临床应用机理研究进展[J].浙江中医杂志,2017,52(7):544-545.
- [15] 吴思思,周瑶,吴楚丹.雷火灸结合康复训练在面神经炎患者中的应用效果[J].中国临床护理,2020,12(4):349-351.
- [16] 陈海,冯小聪,黄唯,等.雷火灸治疗变应性鼻炎的系统评价及Meta分析[J].广州中医药大学学报,2021,38(1):205-211.
- [17] 聂斌,罗仁瀚,陈秀玲,等.雷火灸治疗虚寒型胃痛疗效观察[J].上海针灸杂志,2010,29(1):21-22.

[2021-03-10 收稿]

(责任编辑 陈景景)

检测发现尿量少于 0.5 ml/ (kg · h)、皮下血流灌注异常以及机体组织灌注量降低者;经检测降钙素原、C 反应蛋白 (CPR) 以及血白细胞计数等炎症因子发生异常增高者;经检查发现血乳酸高于 1.2 mmol/L 以上、平均动脉压 (MAP) 低于 65 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 以下、上腔静脉血氧饱和度低于 70% 以下以及中心静脉压在 8 mmHg 以下者;凝血功能异常障碍、血小板计数降低以及尿素氮肌酐异常增高,符合脓毒血症诊断标准者。排除条件:合并较为颅脑外部损伤出血、急性肝肾功能衰竭以及

经机体临床营养评价法 (BCA) 符合重度营养不良标准者;伴随系统性红斑狼疮、严重外表皮皮肤烧伤破损以及急性心肌梗死者;处于妊娠期、哺乳期以及月经周期者;患有较为严重的意识模糊障碍、精神曾遭受过重大应激刺激,时有躁狂、伤及他人或自伤倾向者。按照基线资料匹配的原则,分为对照组和观察组,每组 63 例。两组患者在性别、年龄、体重指数 (BMI)、MAP、尿量、血乳酸、中心静脉压、基础疾病以及慢性健康 (APACHE II) 等基线资料差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较

项目	对照组 (n=63)	观察组 (n=63)	t 值	P 值
性别	男	29	0.032*	0.858
	女	34		
年龄 (岁)	37.59 ± 1.43	37.61 ± 1.38	0.080	0.936
BMI	20.37 ± 1.21	20.39 ± 1.23	0.092	0.927
MAP (mmHg)	62.59 ± 1.35	62.63 ± 1.42	0.162	0.872
尿量 (ml/kg · h)	0.33 ± 0.11	0.35 ± 0.12	0.975	0.331
血乳酸 (mmol/L)	2.38 ± 1.26	2.41 ± 1.28	0.133	0.895
中心静脉压 (mmHg)	6.31 ± 1.22	6.34 ± 1.23	0.137	0.891
基础疾病	26	27	0.033*	0.857
APACHE II (分)	20.46 ± 1.35	20.51 ± 1.37	0.206	0.837

\* $\chi^2$  值。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 实施常规护理干预:①为避免患者因长期卧床而出现压力性损伤、尿道以及口腔感染,护理人员应定期对患者进行皮肤、口腔以及尿道清洁护理操作,定时翻身,对受压部位进行适当按摩,从而促进局部组织血液循环,降低深静脉血栓的发生概率。②为缓解患者及其家属因对疾病了解相对较少,而产生的焦虑、恐慌等不良心理情绪,护理人员还应将脓毒血症相关专业知识和急救流程以及注意事项给患者进行详细讲解,在提高患者临床治疗配合及依从性的同时,还能加强患者自身疾病治疗的自信心,促进患者快速康复<sup>[4]</sup>。③为减少患者在急救和护理过程中不良事件的发生情况,护理人员还应根据患者自身实际病程情况,实施针对性护理干预,如处于清醒躁动患者,为预防其发生肢体损伤及坠床等危险,护理人员可给予其适当的保护性防护措施,为保持患者体温,护理人员还可应用冰毯及冰帽,对其进行物理降温。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施以 6h 复苏目标理论为导向的急救护理干预,即为促使脓毒血症患者自身临床各项指标能够达到临床预期标准,可根据 6h 复苏目标制定针对性较强的护理干预措施,具体如下:

(1) 目标评价标准:经检测混合静脉血氧饱和度 (SvO<sub>2</sub>) 超过 70% 以上;红细胞压积保持在 30% 以上;中心静脉压 (CVP) 8~12mmHg; 心率 (HR) 60~100 次/min; 血乳酸 1.5mmol/L 以下; MAP 65 mmHg 以上; 氧合指数 (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) 400~500 mmHg; 肌酐 (Cr) 女 70~106 ummol/L、男 44~136 ummol/L; CPR 8 mg/L 以下; 血小板计数 (PLT) 100~300; 血氧分压 95~100 mmHg 区间范围内, 以上每项各 2 分, 根据不同分数设定不同复苏康复目标等级, 并制定相应的护理干预措施。

(2) 目标急救护理干预措施:①基本恢复。综合累计得分 2~10 分。为尽早解决患者上呼吸道气体交换功能障碍问题,促使患者能够进行自主呼

吸,护理人员首先将患者呼吸道内以及鼻腔内部的分泌物进行清除干净,随后给予其呼吸机进行辅助通气。护理人员需注意的是,在呼吸机运行过程中,定期观察呼吸机设备是否处于正常运转状态下<sup>[5]</sup>。为促使心电监护仪以及呼吸机所发出的报警信息能够得以及时处理,护理人员加强巡视,密切观察患者心率、收缩舒张压等生命体征的变化情况,并配合医生根据患者呼吸变化情况,每4~6 h进行呼吸机气囊压力的调整。②好转。综合累计得分在11~18分区间范围内。在改善患者呼吸道通气功能的同时,还应注意严格观察记录患者自身机体液体摄入与排除的容量。在患者自身血流动力学处于相对较为平稳状态下时,护理人员在保证患者摄入量控制在2000 ml以内的同时,还可遵从医嘱给予其40~60 mg/d 呋塞米、血管活性药物以及适当调整液体输注时间及速度。此外,为加强细胞内部液体及肺部间质的吸收,改善肺部水肿状态,护理人员还可给予患者早期外源性血浆、白蛋白以及微量全血等输注,利于促进患者自身血清白蛋白水平保持平稳以及血浆胶体渗透压的提高。③完全康复。综合累计得分19~22分。为在最大限度内保证患者自身体外循环能够连续运转,护理人员可应用连续静脉血液滤过(CVVH),护理人员可在中心静脉留置单针双腔导管的借助下,建立静脉血管通路后,应用血液泵驱动促进患者机体外部血液的循环流量大

致100~300 ml/min,随后再将置换液应用稀释法进行完全输注,促进机体尿素的清除率达36 L/d,有助于将患者机体内部液体环境,维持在相对较为平稳、有效的状态下。

### 1.3 观察指标及评价标准

(1)临床指标:包括CPR(正常范围: <8 mg/L)、白细胞(正常范围:  $4\sim 10 \times 10^9/L$ )、肌酐(正常范围: 女(70~106  $\mu\text{mol/L}$ )、男(44~136  $\mu\text{mol/L}$ ))、氧合指数(正常范围: 400~500 mmHg)<sup>[6]</sup>。

(2)应用效果:对患者ICU住院时间(从住进ICU开始算起直至转至普通病室为止)、血管类药物停用、机械通气时间(从开始应用机械通气算起直至停止应用为止)以及心率(HR)正常范围: 60~100次/min等临床应用效果进行详细观察记录<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 26.0统计学软件对数据进行处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床指标情况比较

观察组患者CPR、WBC、Cr以及 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 等临床指标明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组患者临床指标情况比较

组别	CPR (mg/L)	WBC ( $\times 10^9/L$ )	Cr ( $\mu\text{mol/L}$ )	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (mmHg)
观察组( $n=63$ )	$6.37 \pm 1.24$	$5.39 \pm 1.23$	$95.67 \pm 1.43$	$452.27 \pm 1.33$
对照组( $n=63$ )	$7.16 \pm 1.26$	$6.15 \pm 1.21$	$96.25 \pm 1.37$	$453.12 \pm 1.41$
$t$ 值	3.547	3.496	2.325	3.481
$P$ 值	0.001	0.001	0.022	0.001

### 2.2 两组患者临床应用效果观察对比

观察组患者在ICU住院时间、血管类药物停用、

机械通气时间以及HR等效果观察明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组患者临床应用效果比较

组别	ICU住院时间(d)	血管类药物停用(h)	机械通气时间(d)	HR (次/min)
观察组( $n=63$ )	$11.34 \pm 1.21$	$45.39 \pm 1.24$	$7.53 \pm 1.32$	$89.37 \pm 1.26$
对照组( $n=63$ )	$12.13 \pm 1.45$	$46.23 \pm 1.43$	$8.16 \pm 1.36$	$90.14 \pm 1.45$
$t$ 值	3.320	3.523	2.638	3.182
$P$ 值	0.001	0.001	0.009	0.002

## 3 讨论

随着现代重工业产业日益创新发展,社会经济水平得到了大幅度提升,在提高人们日常经济水平

的同时,不规律的生活作息及不健康的饮食习惯,导致人们自身机体免疫功能以及抵抗能力逐渐下降,基础疾病的发病率呈逐年增长趋势,脓毒血症作为重症急诊较为多见的血液感染系统疾病,经相



关流行病学显示,美国脓毒血症的年发病月 75 万例,并以 1.5% 的病发率持续增长,到 2020 年年发病人员达至 100 万例,病死率可高达 30%~70%,引起了广泛关注<sup>[8]</sup>。主要是由于机体在细菌、病毒以及病原的侵袭下,先天免疫系统过度激活,自身对于感染的反应发生障碍,巨噬细胞迁移抑制因子、肿瘤坏死因子异常滋生,导致机体各器官功能发生障碍衰竭,临床表现为组织灌注量不足、寒颤高热以及呼吸心率异常等,若不及时采取相应治疗措施,严重时患者还会发生心律失常、消化道出血以及急性肾衰竭等并发症,不仅对患者机体造成较为严重的损害,还会威胁患者生命安全<sup>[9]</sup>。因此,采取快速、有效的护理干预措施尤为重要。

以 6 h 复苏目标理论为导向的急救护理是现阶段方法较为先进、护理理念较为系统科学的护理干预措施,通过在常规护理基础上进行优化升级,很好地弥补了传统护理干预过程中存在的不足,提高了患者临床治疗效果<sup>[10-12]</sup>。本研究发现,观察组患者在 CPR、WBC、Cr、PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 临床指标情况以及在 ICU 住院时间、血管类药物停用、机械通气时间、HR 效果观察等方面,与常规护理的对照组相比较,有较为明显的改善与刘仁同<sup>[13]</sup> 研究结果相一致。由此可见,以 6 h 复苏目标理论为导向的急救护理通过密切观察患者自身呼吸、肾脏功能以及循环功能等方面的临床指标变化情况,根据预期康复目标制定针对性较强的气道改善、液体管理以及连续肾脏替代疗法等措施,利于缓解患者自身血清因子、肌酐、氧合指数等临床指标,改善患者自身机体组织的缺氧状态、体外血液循环,救活逐渐衰竭的各个机体器官<sup>[14]</sup>。此外,还能提高患者自主呼吸功能,在缩短患者重症监护住院时间的同时,还能有效改善患者自身呼吸功能障碍情况,减少机械通气时间,提高患者临床护理满意程度<sup>[15]</sup>。

综上所述,对严重脓毒血症患者实施以 6h 复苏目标理论为导向的急救护理干预,可达到改善患者临床各项指标目的,从而提高治疗效果。对于促进医院可持续发展具有重要临床借鉴价值。

#### 4 参考文献

- [1] 张艳芳.ICU 护理人员护理专业自我概念与情绪调控信念相关分析[J]. 护理实践与研究,2021,18(1):144-147.
- [2] 郑艺淑,张月葵,沈乙华,吴肖鸿.综合护理干预在经皮肾镜取石术治疗曾合并尿脓毒血症梗阻性尿石症患者中的应用[J]. 中国医药指南,2020,18(21):201-202, 205.
- [3] 郑小红.氢化可的松琥珀酸钠静脉滴注和静脉泵入治疗重症脓毒血症继发休克的疗效差异[J]. 中国现代药物应用,2020,14(6):10-13.
- [4] 范大丽.集束化护理对血液净化治疗重度脓毒血症患者的影响[J]. 护理实践与研究,2018,15(22):35-37.
- [5] Zhang Q, Xiao S, Yan L. Psychosocial Predictors of Adjustment to Disability Among Patients With Breast Cancer: A Cross-Sectional Descriptive Study[J]. Journal of Nursing Research, 2019, 27(2):1-7.
- [6] 唐志红,李娜.ICU 重症急性胰腺炎术后患者操作性疼痛体验及疼痛管理期望的质性研究[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(3):345-349.
- [7] Durmaz A, Komurcu N. Relationship Between Maternal Characteristics and Postpartum Hemorrhage: A Meta-Analysis Study[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(5):362-372.
- [8] 季炳花.规范药品说明书管理与学习对提高 ICU 护士安全用药能力的影响[J]. 中医药管理杂志,2020,28(24):70-71.
- [9] 蒋争艳,蒋菲菲,杨小凤,等.足太阳膀胱经穴位按摩在 ICU 重症肺炎辅助振动排痰仪治疗患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(24):46-48.
- [10] Boz I, Selvi N. Testing the Psychometric Properties of the Postpartum Sleep Quality Scale in Turkish Women[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(6):385-392.
- [11] 聂国祥,沈竹霞,潘银婧.ICU 护理人员职业压力负荷、睡眠质量与心理状况相关性分析[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(23):67-70.
- [12] Yang PY, Lou MF, Lien SY. Adolescent Perceptions of Peer Responses to Diabetes Self-Management: A Qualitative Study[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(2):104-111.
- [13] 刘仁同.血清 sTREM-1、PCT 水平和 SOFA 评分的组合可预测新生儿脓毒血症死亡率[J]. 基因组学与应用生物学,2019, 38(4):1932-1938.
- [14] Wang YW, Hung HY, Lin CH, et al. Effect of a Delayed Start to Oral Feeding on Feeding Performance and Physiological Responses in Preterm Infants: A Randomized Clinical Trial[J]. The Journal of Nursing Research, 2018, 26(5):324-331.
- [15] 骆付丽,华维,钱民,等.T 淋巴细胞亚群及 Th1/Th2 细胞因子谱早期鉴别细菌尿源性脓毒症[J]. 医院感染学杂志,2021,31(4):502-506.

[2021-04-23 收稿]

(责任编辑 刘学英)

# 基于心理护理的“社区 + 家庭”一体化延续护理对糖尿病合并脑卒中患者的影响

谭燕 陈文丽

**【摘要】目的** 探讨基于心理护理干预的“社区 + 家庭”为一体的延续护理模式对糖尿病合并脑卒中患者血糖水平和生存质量的影响。**方法** 选取2016年10月—2018年8月医院临床收治的糖尿病合并脑卒中患者128例为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则将患者分为观察组(给予基于心理护理干预的“社区 + 家庭”为一体的延续护理模式)和对照组(给予常规护理干预),每组64例。观察两组患者的血糖水平、生存质量评分和护理满意度。**结果** 出院半年和出院1年时,观察组患者的各项血糖指标和生存质量指标评分均优于对照组;观察组患者的护理满意度为95.31%,高于对照组的81.25%,组间比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 基于心理护理干预的“社区 + 家庭”为一体的延续护理模式能够改善糖尿病合并脑卒中患者的血糖水平,提高患者生存质量和临床护理满意度。

**【关键词】** 社区 + 家庭; 延续护理; 糖尿病; 脑卒中; 血糖水平; 生存质量; 满意度

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.038

糖尿病属于临床常见的内分泌系统的慢性疾病,患者需要长期接受治疗<sup>[1]</sup>。研究显示,患者在接受规范治疗的过程中,给予持续性的护理干预能够有效改善临床治疗综合效果<sup>[2]</sup>。糖尿病合并脑卒中发病率较高,脑卒中是糖尿病患者临床致残致死的危险因素之一<sup>[3]</sup>。糖尿病合并脑卒中患者的临床救治不及时,干预措施和方法不得当,可导致患者出现偏瘫和肢体功能障碍的风险和比例大幅升高,从而降低患者生活质量。因此,糖尿病合并脑卒中患者在接受住院治疗后,为进一步巩固临床治疗效果,出院后仍需继续开展一系列的康复活动<sup>[4]</sup>。在实施康复活动的过程中需要家属或者相关陪同人员能够具备一定的临床护理知识和技能,从而提高陪护工作的专业性和有效性<sup>[5-6]</sup>。基于此,我院在积极总结临床经验的基础上,将心理护理干预的“社区 + 家庭”延续护理理念和做法应用于糖尿病合并脑卒中患者的护理实践中,通过临床病例的验证,护理效果得到了广泛认可。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2016年10月—2018年8月我院临床收治的糖尿病合并脑卒中患者128例为研究对象。纳入条件:均符合糖尿病合并脑卒中临床诊断标准;能

够坚持完成护理干预周期的患者;患者或其家属均知情并同意。排除条件:治疗干预依从性不高的患者;存在意识和沟通障碍的患者;合并肝肾功能异常障碍的患者。按照组间基本特征匹配的原则将患者分为观察组和对照组,每组64例。观察组中男38例,女26例;年龄50~71岁,平均 $54.42 \pm 7.19$ 岁;病程2~10年,平均 $6.59 \pm 1.01$ 年;脑卒中类型:脑梗死42例,脑出血22例。对照组中男40例,女24例;年龄50~71岁,平均 $54.32 \pm 7.11$ 岁;病程2~10年,平均 $6.51 \pm 1.08$ 年;脑卒中类型:脑梗死44例,脑出血20例。两组患者在性别、年龄、疾病类型等方面比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本研究方案经我院伦理委员会批准。

### 1.2 干预方法

**1.2.1 对照组** 本组患者给予常规护理干预措施,给予患者及其家属常规出院前的健康宣教,指导家属要监督患者,规范日常用药行为,严格遵医嘱行为。要求家属要按照患者个体恢复情况定期回医院进行复查。日常期间,家属要适当调节和控制患者的饮食,让患者保持适宜的工作量,能够监控并发症的发生趋势,并进行积极预防和干预。出现意外情况第一时间返回医院就诊。

**1.2.2 观察组** 给予延续护理干预措施<sup>[7-9]</sup>,具体内容包括:

(1) 心理疏导干预:心理疏导干预措施要贯穿对患者护理实践的全过程,具体措施如下:指导

患者家属对患者的焦虑、抑郁等不良心理情绪进行及时的关注,小组工作人员可通过电话、网络、微信或家庭访视等方式与患者或其家属保持联系,针对于患者的自身心理状态给予其针对性的心理疏导,通过介绍与患者病情类似并治愈的患者情况,不断帮助患者树立康复治疗信心。通过远程沟通的方式与患者之间开展有效的沟通交流,采用通俗易懂的语言进行阐述,对于难以理解的专业性内容可以通过采用图文并茂的方式进行展示,同时鼓励患者家属要积极参与患者的护理干预工作,积极鼓励患者的遵医行为。利用微信公众号的功能,向患者及其家属定期推送与糖尿病合并脑卒中出院康复过程高度相关的健康卫生知识,也可以建立由患者和医护人员共同组成的医患交流群。通过大家积极参与,形成互帮互助的良好氛围,逐渐舒缓患者的焦虑和抑郁情绪<sup>[10-11]</sup>。

(2) 社区延续护理干预:由延续护理工作小组定期派小组成员,深入社区开展专业的社区讲座活动。社区讲座活动应包含:糖尿病合并脑卒中具体康复训练的流程,使用药物的方法,糖尿病合并脑卒中的发病机制,不良反应的预防,以及患者日常饮食和运动的注意事项等;同时,向患者讲授如何进行血糖的自我监测,并对他们现场提出的各种问题进行及时、准确和有效的解答。最后,在讲座即将结束的阶段可以增加互动提问环节,让患者自由提问,针对患者的个体情况进行现场案例分析。既能够活跃现场气氛,又能够达到举一反三的效果。一般情况下,按照月进行组织,每月组织1次<sup>[12-13]</sup>。

(3) 家庭延续护理干预:由延续护理工作小组成员按照糖尿病合并脑卒中患者个人具体情况,结合患者饮食习惯制定健康食谱,合理科学的分配设

定一日三餐的营养摄入量,确保患者膳食纤维的摄入量能够达到30 g/d,将盐的摄入量控制在6 g/d以内。同时,强调患者要多食新鲜水果,忌烟忌酒,尽量遵守少食多餐的原则。此外,在日常生活中患者家属要结合患者个体情况和爱好,适度开展体育运动锻炼,从而有效促进患者相关功能的康复、语言功能的改善以及肢体能力的提升。但是,在运动强度上要考虑患者个体差异,每次锻炼时间也要控制在20~30 min<sup>[14]</sup>。

1.3 观察指标

(1) 生存质量评分:采用国际通用的GAOL生存质量问卷进行测评,共包括躯体功能、生活能力、社会功能和物质生活4个维度,每个维度得分范围为0~100分,得分越高说明生存质量越高。

(2) 护理满意度测评:采用我院自行设计的问卷进行测评,分为非常满意、满意和不满意3个选项,总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患者的血糖指标比较

出院1周时,两组患者的各项血糖指标比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院半年和出院1年时,观察组患者的各项血糖指标均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组患者的血糖指标比较

观察时点	组别	观察例数	空腹血糖 (mmol/L)	餐后2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
出院1周	观察组	64	6.44±0.81	9.35±1.21	6.64±0.75
	对照组	64	6.39±0.65	9.37±1.24	6.63±0.71
	$t$ 值		0.385	0.092	0.077
	$P$ 值		0.701	0.927	0.938
出院半年	观察组	64	6.05±0.61	8.62±0.91	6.05±0.91
	对照组	64	6.31±0.57	9.22±1.08	6.61±0.55
	$t$ 值		2.491	3.399	4.213
	$P$ 值		0.014	0.001	0.000



续表 1

观察时点	组别	观察例数	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
出院 1 年	观察组	64	5.42 ± 0.47	7.97 ± 0.85	5.76 ± 0.51
	对照组	64	6.24 ± 0.51	9.18 ± 1.11	6.58 ± 0.82
	<i>t</i> 值		9.459	6.924	6.793
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者的生存质量评分比较

出院 1 周时, 两组患者的各项生存质量评分指标比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ) ; 出院半年和出院 1 年时, 观察组患者的各项生存质量评分指标均优于对照组, 且组间比较差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ) , 见表 2。

表 2 两组患者的生存质量评分比较 (分)

观察时点	组别	观察例数	躯体功能	生活能力	社会功能	物质生活
出院 1 周	观察组	64	64.88 ± 11.23	61.28 ± 12.73	60.28 ± 11.02	61.28 ± 12.34
	对照组	64	64.27 ± 11.27	60.98 ± 11.89	61.27 ± 10.92	61.02 ± 11.97
	<i>t</i> 值		0.307	0.138	0.510	0.121
	<i>P</i> 值		0.760	0.891	0.611	0.904
出院半年	观察组	64	77.28 ± 12.73	76.28 ± 12.83	77.18 ± 11.02	76.98 ± 10.92
	对照组	64	70.39 ± 12.73	70.28 ± 11.92	69.28 ± 10.72	69.11 ± 10.62
	<i>t</i> 值		3.062	2.741	4.111	4.133
	<i>P</i> 值		0.003	0.007	0.000	0.000
出院 1 年	观察组	64	87.23 ± 12.27	88.28 ± 12.93	89.71 ± 11.92	88.76 ± 12.03
	对照组	64	77.38 ± 11.62	76.38 ± 12.38	77.92 ± 11.82	76.98 ± 12.66
	<i>t</i> 值		4.663	5.318	5.619	5.396
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者及其家属对护理工作的满意度比较

观察组患者的护理满意度为 95.31%, 高于对照组的 81.25%, 组间比较差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ ) , 见表 3。

表 3 两组患者及家属对护理工作的满意度比较

组别	观察例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
观察组	64	52	9	3	95.31
对照组	64	46	6	12	81.25

$\chi^2=6.117, P=0.013$ 。

3 讨论

临床统计数据显示<sup>[15-16]</sup>: 中国糖尿病患者的规模呈现出一定的升高趋势, 按照目前的增长率预测, 预计到 2030 年时, 我国的糖尿病患者总体规模将超过 3.7 亿人。糖尿病已经被证实是导致脑卒中临床发病的危险因素之一<sup>[17-18]</sup>。

临床治疗糖尿病合并脑卒中患者的方式以住院

药物干预为主, 大多数患者经过一段时期的住院规范治疗后, 身体各项条件达到要求后, 可以出院回家进行相关的康复治疗。但是由于出院后的康复治疗周期较长, 患者及其家属或陪护人员缺乏专业的护理知识和技能, 可导致患者在长期的出院后康复过程中出现病情反复加重的现象, 不仅影响患者出院后的生活质量, 同时也会给患者带来心理上的压力。由此可见, 针对于糖尿病合并脑卒中患者出院

后的如何给予积极干预问题的研究具有重要的现实意义。

我院在积极总结临床护理经验的基础上, 针对于糖尿病合并脑卒中患者的护理经验进行了总结分析, 在传统常规护理经验的基础上, 以患者的心理需求为出发点, 从社区延续护理和家庭延续护理措施两个方面提出了具体干预做法。在具体实施过程中, 坚持“一切从患者需求”出发的观点, 围绕糖尿病合并脑卒中患者出院后的康复内容为重点, 建立了一支专业的延续护理工作小组, 从帮助患者全过程心理疏导开始, 激发患者主动配合干预的信心; 然后从出院后延续护理的两个主要方面社会和家庭入手, 制定了一整套延续护理工作方案<sup>[19-20]</sup>。通过对相关病例的验证, 基于心理护理干预的“社区+家庭”为一体的延续护理模式的临床优势得到了充分的显现, 患者护理综合效果得到了显著改善和提升。

从本次研究的数据结果上分析: 一方面, 在出院半年和出院1年时, 观察组患者的各项血糖指标均优于对照组; 另一方面, 出院半年和出院1年时, 观察组患者的各项生存质量评分指标均优于对照组。同时, 观察组患者的护理满意度为95.31%, 高于对照组的81.25%, 且组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。这一结果不仅进一步证实了基于心理护理干预的“社区+家庭”为一体的延续护理模式临床应用的比较优势, 同时与国内外类似报道结果保持一致<sup>[21-23]</sup>。

综上所述, 基于心理护理干预的“社区+家庭”为一体的延续护理模式能够改善糖尿病合并脑卒中患者的血糖水平, 提高患者生存质量和临床护理满意度。

#### 4 参考文献

- [1] 陈静, 隋方. 循证护理干预在糖尿病重症脑卒中护理中的应用分析[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(8):6.
- [2] 程绮艳, 路楷, 张海英. 基于奥马哈系统的延续护理用于糖尿病合并脑卒中的效果研究[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(15):2326-2328, 2332.
- [3] 赵彩虹. 延伸护理对糖尿病合并脑卒中病人自护行为的影响探析[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(7):197.
- [4] 肖丹, 朱蓉蓉. 个性化护理对糖尿病脑卒中患者血糖的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(12):237-238.
- [5] 刘晓. 糖尿病合并脑卒中患者长病程系统干预的护理研究[J]. 中国保健营养, 2020, 30(4):158-159.
- [6] 李淑杰, 魏彩第, 张敬伟, 等. 老年糖尿病并脑卒中患

者下肢深静脉血栓形成的护理[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(28):222-223.

- [7] 张雪芹. 糖尿病合并脑卒中患者实施康复护理的效果研究[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(11):175-177.
- [8] 董世艳. 延伸护理对糖尿病合并脑卒中病人自护行为影响效果[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(10):48.
- [9] 杜玉臣. 延伸护理对糖尿病合并脑卒中患者自护行为的作用分析[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(3):80-81.
- [10] 刘玲, 王超. 针对性护理干预在糖尿病合并脑卒中患者中的应用价值研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(46):91.
- [11] 黄巧云. 循证护理对糖尿病重症脑卒中患者血糖水平及压疮发生率的影响观察[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(11):135-136, 139.
- [12] 杨豪英. 延伸护理服务对糖尿病合并脑卒中患者自护行为及生活质量的评价[J]. 中国保健营养, 2019, 29(31):168-169.
- [13] 谢军影. 糖尿病合并脑卒中患者实施康复护理的效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(9):89, 92.
- [14] 夏先翊民. 个性化护理干预对老年2型糖尿病合并脑卒中偏瘫患者康复治疗遵医行为的影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(22):267-268.
- [15] 沈华珍. 中老年脑卒中合并糖尿病患者护理中三合一心理干预护理的效果观察[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(14):117-118.
- [16] 朱莉. 神经内科护理对脑卒中糖尿病患者康复的护理配合分析[J]. 中国保健营养, 2019, 29(8):260.
- [17] 李雪. 神经内科护理对脑卒中糖尿病患者康复的效果分析[J]. 医药前沿, 2019, 9(7):202.
- [18] 李胜兰. 探讨神经内科护理对脑卒中糖尿病患者康复的护理效果[J]. 当代临床医刊, 2019, 32(3):241, 238.
- [19] 徐华, 朱可乐. 针对性护理干预在糖尿病合并脑卒中患者中的效果观察[J]. 糖尿病新世界, 2018, 21(18):170-171.
- [20] 余珂, 何凌霄, 杨蓉. 老年2型糖尿病合并脑卒中血糖控制及综合性护理的效果[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(5):128-129.
- [21] 张福英, 唐永艳, 马亮. 社区-家庭延续性护理服务模式在社康护理工作中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(21):148-149.
- [22] 杨洁. 循证护理对糖尿病重症脑卒中患者血糖水平及压疮发生率的影响[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(11):143-145.
- [23] 张嘉. 医院-社区-家庭护理干预对稳定性冠心病患者PCI术后心血管事件发生的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17):69-71.

[2021-03-19 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# “五维并进”社区疫情防控模式探索研究

王红艳 张先庚\* 郭勤 李鑫 张云秋 刘赞琦

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.039

突发公共卫生事件是指“突然发生、对社会公众健康造成或可能造成严重损害的重大传染病、重大食物与职业中毒、群体性不明原因疾病和其他影响公众健康的事件”<sup>[1]</sup>。2020年1月30日,新冠肺炎疫情被世界卫生组织纳入“国际关注的突发公共卫生事件”<sup>[2]</sup>,这是继2009年的甲型H1N1流感疫情、2018年的埃博拉疫情、2015—2016年的寨卡疫情等,世界卫生组织(WHO)宣布的第6例国际公共卫生紧急事件<sup>[3]</sup>。疫情的频繁发生,不仅严重危害人们的生命安全与健康,还会影响经济社会的发展与稳定,其造成的后果是灾难性的<sup>[4]</sup>。社区作为疫情应急网络中的重要环节,若缺乏应对能力,不能很好地预防或控制事件的发展,使得突发事件的影响扩大,势必影响社会稳定<sup>[5]</sup>。因此,立足社区疫情,探索政府—行业—医院—社区—学校“五维并进”的社区防控新模式,即市和区卫生健康局、市和区疾控中心、医院(社区卫生服务中心)、社区居民委员会、医学院校共同组建社区疫情防控团队,创新社区防控手段,让社区家庭掌握便捷有效的防护举措,以提高社区应对疫情能力,筑牢社区防线,保护社区家庭健康与生命安全。

## 1 国内社区防控突发公共卫生事件发展动态

大量研究表明,政府已不再是突发公共卫生事件治理的唯一主体,作为社会治理体系的基本单元,社区是突发公共卫生事件的第一承受者<sup>[6-8]</sup>,在推进应对重大突发公共卫生事件中起着越来越重要的社会载体作用<sup>[9]</sup>。文军<sup>[10]</sup>提出应探索构建统一领导、综合协调的非常态化应急管理体系并嵌入社区治理层面。易外庚等<sup>[11]</sup>指出控制突发公共卫生事件的关键在于政府主导、基层组织及居民扮演角色

主体。目前我国应对突发公共卫生事件的处理模式,总体来说,是以区县级为应急响应,以区卫生行政部门和专业机构为主体,进行调查处置工作,社区卫生服务中心协助做好相关工作<sup>[12]</sup>。依据事件的发展进程,将其主要划为5个阶段:①事件发生前的监测预警:区疾病预防控制中心牵头实施,通过实时监测,对某些疾病及突发公共卫生事件的发生可能性进行风险分析,发出预警信号通知,为进一步采取相关措施提供依据;②事件报告和应急响应:突发公共卫生事件的报告来源广泛,包括医院急诊报告出现的集体性食物中毒事件或个人怀疑他人患有传染病等;③事件核实和现场调查:根据相关职责分工,由区卫生局进行统一指挥,区疾病预防控制中心负责事件核实、调查与工作处理,在此期间,具体实施由社区卫生服务中心负责执行;④事件分级与应急处置:经过基本调查后,首先由区疾病预防控制中心对相关事件进行初步分级,评估严重程度后,再由区卫生局进行专业分析,制定下一步应对措施,判断是否需要上报市卫生局,社区卫生服务中心在整个过程应紧密配合有关部门,协助完成任务分工,如密切接触者的居家医学观察等;⑤事件发生后的善后处理:突发公共卫生事件的结案以及传染病事件还涵盖患者、接触者的观察、疫源地消毒工作等,除传染病以外的其他事件,结案后则无更进一步举措。既往研究显示,由于地域等差异,我国社区管理模式具有多样化。主要有行政型社区(政府主导)—合作型社区(政府推动和社区自治相结合)—自治型社区(社区主导和政府支持);行政引导型—企业主导型—自治型—专家参与型;政府主导—社区自治—社会协同—居民参与等几种类型<sup>[13-17]</sup>。

## 2 “五维并进”社区防控疫情构建思路

### 2.1 疫情防控的顶层设计

在应对疫情中,政府起主导作用,可根据疫情的影响及危害程度等启动应急预案,并提前预测各类事件的风险,使用数据资源为科学高效的决策提供可靠的数据支持<sup>[18]</sup>,以保障公众生命与财产安全。

基金项目:四川省第二批职业院校“双师型”名师工作室项目(川教培办〔2019〕13号)

作者单位:610100 四川省成都市,四川护理职业学院(王红艳,张先庚);成都中医药大学(郭勤,李鑫,张云秋,刘赞琦)

\*通讯作者



## 2.2 疫情防控的核心骨干

行业的疾控中心是公共卫生应急体系的基础,也是疫情防控应急队伍的骨干力量,起到流行病学调查、资源保障、信息统计等作用<sup>[19]</sup>。社区居委会作为疫情监测和预警的前沿哨点,承担信息收集报告、人员分散隔离、防疫政策宣传、协助公安部门维护治安等工作<sup>[20]</sup>,是防控措施执行的主战场,也是服务群众的重要阵地。医院(社区卫生服务中心)作为提供医疗、护理、康复等服务的机构,在应对疫情中发挥着救治主体、对潜在风险,发生概率等预警和监控的作用<sup>[21]</sup>。

## 2.3 疫情防控的补充力量

医学院校具有大学的共同职能,集医、教、研、管为一体,突出基础和临床的结合,同时有一定规模的附属医院系统,其组织结构更加复杂,职能超越了一般意义的大学职能,承担了独特的专业化的社会责任<sup>[22]</sup>。历史经验表明,在埃博拉出血热、脊髓灰质炎、H1N1 流感、鼠疫、新型冠状病毒等重大突发公共卫生事件中医学院校作为支撑医学研究和医疗服务能力突破的重镇,发挥了不可替代的作用<sup>[23]</sup>。

社区服务是医学院校社会服务功能的重要组成部分,是学校担当使命的应有之义<sup>[24-25]</sup>。医学院校充分利用临床研究成果和高科技设备,整合中医学、温病学、西医学、药理学、康复医学、老年医学、护理学、教育心理学等专业特色师资,发挥专业优势,做好社区防控。学者研究在 2020 年疫情防控中,医学院校教师 96 人积极参与社区疫情防控,其中,以护理专业中青年教师为主,达 36 人<sup>[26]</sup>。同时,医学院校有较好的社会影响力和较强的辐射带动作用,可利用官方网站、微信、专家问答、著作出版等多种形式进行科学知识的推广和普及<sup>[27-28]</sup>;此外,医学院校肩负着为社会培养新时代卫生健康人才的重要责任,专注于人才培养、服务社会是其初心和使命,这也使得医学院校有更充裕的时间和精力协助完成对突发公共卫生事件的防控。

## 3 “五维并进”社区防控突发公共卫生事件举措

### 3.1 周密部署,筑牢社区防控堡垒

疫情发生后,政府如区卫生健康局落实中央、省、市关于疫情防控的决策部署,自觉践行防控职责使命,切实把各项防控决策措施、责任落到实处,确保疫情防控工作能全面统筹推进,为疾控中心、医学院校、社区卫生服务中心以及社区居委会开展疫情防控工作提供重要指导。

### 3.2 严格履职,筑牢社区防控根基

在疫情防控工作中,流行病学调查是防控的最前沿,疾控中心工作人员是防控前线的“侦察兵”<sup>[29-30]</sup>,通过详实细致的“流调”,了解传染源,追踪发病后的活动轨迹,迅速排查和锁定密切接触者,并对其进行及时的隔离医学观察,及早发现可疑病例,防止蔓延;同时,协助政府进行数据统计,24 h 对数据进行监测与汇总,并进行动态分析,及时研判,为政府调整事件防控策略与制定相关政策提供科学依据<sup>[31]</sup>。

社区卫生服务中心一线工作人员开展社区入户排查、重点公共场所防控督导、社区防控健康教育、转运疑似患者密切接触者工作;与科技公司、医学院校科研人员等研讨社区管控软件和数据化服务平台,运用大数据、人工智能、云计算等数字技术,开展相关社区疫情管控研究工作,充分发挥区块链技术在突发公共事件监测分析、防控救治、病毒溯源等方面的重要作用,以提高防控效率。

### 3.3 线上服务,筑牢社区防控防线

由医学院校牵头,联合社区卫生服务中心、社区居委会,共同建立线上平台,面向大众免费提供疫情防控知识咨询、居家调理咨询、心理咨询等服务。社会公众只需扫描二维码即可进入,根据提示进行相关操作,获取更多疫情防控知识,并就健康问题直接“对话”名医。为百姓家庭提供线上免费挂号咨询服务,通过学校、社区居委会等平台公众号及小区业主群进行推广,切实做好社区人群健康咨询、心理疏导等人文关怀工作,全力解决防控期间健康问题。聚焦社区居民关心的问题,医学院校制作“居家中医常用防护技术”“中医传统养生运动”等有利于个人防护、中医养生的小视频,通过平台和学校网站进行推送。

### 3.4 科普宣教,筑牢社区防控屏障

为更好地让社会大众科学地对待疫情,医学院校可针对不同人群“划重点”,编写“疫情居家防护系列手册——儿童篇、学生篇、成人篇、老人篇、孕产妇篇、中医篇、心理篇”,并由社区居委会工作人员印制纸质版发放给社区居民;针对平台咨询的问题开展疫情防控专题网络公开课,充分利用网站、微信、微博、抖音等平台开展防控宣传教育、心理疏导<sup>[32]</sup>;发挥社区居委会的宣传作用,在社区公共区域张贴防控知识海报,广播循环播放防护手册内容,引导社区大众科学客观看待疫情,积极配合国家、社区与学校做好防控工作。

## 4 小结

以突发公共卫生事件防控为主线,通过创新探索政府-行业-医院-社区-学校“多维并进”的疫情防控新模式,进行周密部署、严格履职、优势互补、精准施策、科学防控,系统有序、多渠道开展社区入户走访、线上线下咨询诊疗、心理援助、宣传教育等措施,利于筑牢社区防线,科学高效引导社区大众正确认识和理性应对疫情,保障社区居民生命健康与财产安全,具有良好的社会效益与经济效益,最终实现以防为先,防中带控;以控为核,防控结合的目标。

## 5 参考文献

- [1] 王丽芝,陈榕宁,郭庆吉,等.社区卫生服务机构突发公共卫生事件医疗应急能力现状研究[J].中国全科医学,2015,18(19):2257-2260.
- [2] 人民网.世卫组织将新型冠状病毒疫情列为国际关注的突发公共卫生事件[EB/OL].(2020-01-31)[2020-02-14].<http://world.people.com.cn/n1/2020/0131/c1002-31565415.html>.
- [3] 周健.新冠肺炎疫情对交通运输行业的影响及政策建议[J].交通运输研究,2020,6(1):13-18.
- [4] 房佳婷,张金婷.重大突发公共卫生事件中高校应急管理机制研究[J].发明与创新(职业教育),2021,4(6):82+112.
- [5] 林音,祝雪花.社区护士突发公共卫生事件应急救援能力的研究进展[J].护理研究,2021,35(6):1031-1036.
- [6] 韦余东,张人杰,张新卫,等.应用德尔菲法构建疾控机构应急能力评价指标体系[J].浙江预防医学,2016,28(1):32-36.
- [7] 严则金.韧性社区:突发公共卫生事件应对新视角[J].卫生软科学,2021,35(5):27-31.
- [8] 顾晋.社区在公共卫生应急管理中的作用与困境[J].现代交际,2020,4(24):244-247.
- [9] 郭维淋,黄泽成,赵春琰,等.社区应对重大突发公共卫生事件的协同联动机制研究——以常州市新龙湖社区新冠肺炎疫情防控为例[J].中国初级卫生保健,2021,35(6):49-54.
- [10] 文军.直面新冠肺炎:风险社会的社区治理及其疫情防控[J].杭州师范大学学报(社会科学版),2020,42(2):3-11.
- [11] 易外庚,方芳,程秀敏.重大疫情防控中社区治理有效性观察与思考[J].江西社会科学,2020,40(3):16-24.
- [12] 王红漫.突发公共卫生事件应急管理体系和能力及其评价体系研究进展[J].卫生软科学,2020,34(11):3-10.
- [13] 何永超,张放,陈蓉,等.2014-2018年上海市突发公共卫生事件流行病学特征分析[J].实用预防医学,2021,28(7):849-852.
- [14] 唐燕.新冠肺炎疫情防控中的社区治理挑战应对:基于城乡规划与公共卫生视角[J].南京社会科学,2020,(3):8-14,27.
- [15] 李红娟,胡杰成.中国社区分类治理问题研究[J].宏观经济研究,2019,(11):143-157.
- [16] 邱梦华,秦莉,李晗,等.城市社区治理[M].清北京:华大学出版社,2013.
- [17] 国家卫生健康委.关于加强新型冠状病毒感染的肺炎疫情社区防控工作的通知[EB/OL].(2020-01-25)[2021-07-21].<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/dd1e50253400a8d88b6a10f329a3369.shtml>.
- [18] 徐晨.突发公共卫生事件应急管理中政府与社会大数据融合应用模型研究[D].吉林:辽宁师范大学,2021.
- [19] 周伟华,王雅懿,詹斌秉.基层疾控中心应对突发公共卫生事件存在的问题及对策[J].江苏预防医学,2021,32(1):112-114.
- [20] 刘益灯,周易茗.突发公共卫生事件处置中的社区应对与法治规束[J].中南大学学报(社会科学版),2021,27(2):56-64.
- [21] 张晓旺.公立医院在应对突发公共卫生事件中存在的问题与思考[J].医学理论与实践,2021,34(13):2363-2364.
- [22] 刘士勇,王蕴慧.高校医院在突发公共卫生事件中的应对与处置策略[J].中国社区医师,2021,37(6):192-193.
- [23] 丛琳,江育恒,赵文华.一流医学院在突发公共卫生事件中的责任与使命[J].中国高校科技,2021,4(6):34-38.
- [24] 车吉轩,陈智霖,田岗.突发公共卫生事件防控与推进社区治理现代化研究[J].广西城镇建设,2020,4(6):40-54.
- [25] 王红艳,张先庚,姚永萍,等.突发公共卫生事件背景下医学院校参与的“校-社-家”三联防控实施策略[J].中国护理管理,2020,20(7):1018-1021.
- [26] 康正,宁宁,梁立波,等.高校突发公共卫生事件应急协同管理模式探讨[J].中国公共卫生管理,2015,31(1):80-81.
- [27] 韩迪.突发公共卫生事件中高校官方微信公众号传播策略浅析——以饶师范学院为例[J].科技传播,2020,12(20):166-168.
- [28] 王艳华.高校校医院在应对突发公共卫生事件中的地位和作用研究[D].济南:山东科技大学,2014.

# 多囊卵巢综合征双胎妊娠合并宫颈机能不全、妊娠期糖尿病护理 1 例

张宇宏 邓美莲

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.040

多囊卵巢综合征(PCOS)是以排卵障碍、多毛、痤疮、卵巢多囊样改变为特征的妇科内分泌疾病,在育龄期妇女的患病率为5%~10%。患者常伴有不孕、肥胖、胰岛素抵抗、血脂异常、焦虑、抑郁等问题,严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。如患者孕前健康管理意识薄弱,孕期还容易发生流产、妊娠期糖尿病、妊娠期高血压疾病、早产及胎儿发育异常等情况,严重影响母婴健康,所以,多囊卵巢综合征患者需要尽早干预及进行有效的长期管理,降低患者并发症的发生风险,改善患者妊娠结局,提高患者生殖健康水平。本研究通过妇科内分泌护理门诊、高危妊娠护理门诊、防早产护理门诊、孕期糖尿病教育护理门诊的共同参与,运用个案管理方法对多囊卵巢综合征患者从计划妊娠到分娩进行全程管理,旨在通过各专科的护理措施加强患者的健康干预程度,降低母婴疾病发生风险,提高母婴健康水平,达到顺利分娩的目的。

## 1 病例介绍

患者29岁,研究生,因“月经不规律9年”于2019年8月来我院妇产科门诊就诊,主诊医生诊断其“多囊卵巢综合征,胰岛素抵抗”,转入妇科内分泌护理门诊。

作者单位:510150 广东省广州市,广州医科大学附属第三医院妇产科(广州妇产科研究所)

## 2 护理方法

### 2.1 妇泌护理门诊专科个案管理

患者到妇科内分泌护理门诊就诊,个案管理护士查看患者相关就诊内容,了解并记录该患者的一般情况:患者12岁月经初潮,7~8/32~90 d,量中,无痛经,G<sub>0</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>。2010年在外院确诊多囊卵巢综合征,未规律治疗;无“高血压、糖尿病、肾病、心脏病”等慢性病史,无“结核、肝炎”等传染病史,无精神病史及遗传病史,无输血史,无外伤史,无药物食物过敏史;原籍出生长大,无吸烟、酗酒、吸毒等不良嗜好;否认性病及冶游史;父母亲均体健,否认家族遗传病、精神病、传染病史。患者妇科内分泌体格检查中多毛 mF-G 评分4分,痤疮评分2分,黑棘皮症评分0分,腰臀比0.83,阴毛生长的Tanner分期评分5分,乳房生长的Tanner分期评分5分,雄激素性脱发评分0分。患者生命体征正常,BMI 20.28,饮食规律,每周有1~2次30 min以上有氧运动习惯。个案管理护士为患者建立多囊卵巢综合征专科档案后,为患者派发PCOS宣传小册子,指导患者掌握PCOS相关知识,向患者强调“生活方式干预是PCOS患者首选的基础治疗”<sup>[2]</sup>;根据患者年龄及个人喜好推荐合适的运动方式,遵循循序渐进的运动原则,指导患者每周3~5次有氧运动30~60 min(累计150 min的中等强度运动)或可增加2~3次无氧运动(每次10~15 min,累计75 min)<sup>[3]</sup>,确保患者的运动方案可以有效执行;根据患者正常

[29] 姚雪.社区管理在突发公共卫生事件中作用问题研究[J].大庆社会科学,2020,4(2):26-29.

[30] 刘佳,林雪竹,胡晓峰,等.社区防控在应对突发公共卫生事件中的研究进展[J].就业与保障,2020,4(24):191-192.

[31] 林莉,鲁辉,桂文芳,等.新冠肺炎防控期间综合医

院感染病区护理管理模式实践[J].护理实践与研究,2020,17(17):8-10.

[32] 董彦雯.医学隔离社区卫生服务人员的心理护理[J].护理实践与研究,2020,17(7):14-16.

[2021-04-16 收稿]

(责任编辑 肖向莉)



体脂低肌肉型的评估情况,为患者推荐科学的饮食方案,保证患者碳水化合物和优质脂肪摄入,增加优质蛋白质摄入,建议其增肌,维持现有脂肪,提倡科学保持体重及维持良好的肌肉、脂肪比例;嘱患者适当调节自己的不良情绪,采取正确的减压方式(日记、与人倾诉等)缓解自己的心理压力;保持良好的生活规律、睡眠规律及遵医嘱服药的习惯。患者对以上指导方案表示理解并愿意配合进行长期的个案管理及随访;患者遵医嘱促排2个月后妊娠,孕16周诊断为“多囊卵巢综合征,双绒毛膜双羊膜囊双胎妊娠”在我院建卡产检,妊娠高危等级评定为Ⅳ级粉色。患者孕前体重 BMI 20.03,孕16周时 BMI 18.82;我院胎儿超声提示 NT 正常,外周血胎儿染色体非整倍体基因检测提示低风险。妇科内分泌护理门诊根据患者 DCDA 情况,建议患者加入高危妊娠护理门诊进行护理干预。

## 2.2 高危妊娠护理门诊专科个案管理

个案管理护士接诊该患者,为患者建立高危妊娠专科病历,根据患者情况为患者制定高危妊娠孕期管理计划:①嘱患者规范产检。根据中华医学会妇产科学分会产科学组发布的《孕前和孕期保健指南(2018)》<sup>[4]</sup>,建议患者整个孕期的产前检查孕周分别为:妊娠14~19<sup>+</sup>6周1次,20~24周1次,25~28周1次,29~32周1次,33~34周1次,35~36周1次,36~37周1次,38~39周1次,39~40周1次,每次产检应监测基础生命体征及胎心、胎动情况,注意血压及心率的变化;定期测量宫高、腹围及体重情况,注意有无胎儿生长受限的发生,如出现胸闷、气促、心悸等症状,随时回院复诊;②按孕期要求积极参加孕妇学校健康教育内容,了解及掌握妊娠期正常生理表现及常见疾病的预防及处理方法;③增加营养,补充维生素,补充铁剂,给予高蛋白质,营养丰富饮食;④给予患者心理护理,消除顾虑,增加其顺利分娩的自信心;⑤有计划地控制孕期体重,降低 GMD 的发生风险。患者对高危妊娠护理门诊的护理方案表示理解并接受,依从性良好。

## 2.3 防早产教育门诊专科个案管理

患者孕20周常规产检时我院B超提示:宫颈长度21mm,宫颈管呈U型,内口宽度11mm,深度6mm,无腹痛、无阴道流血流液。专科检查:外阴发育正常,阴道畅,宫颈居中,宫颈质硬,宫颈管消退50%,宫口松,可容1指,先露S-3,宫颈 Bishop 评分2分,有行宫颈环扎术指征,医生建议患者行预防性宫颈环扎术,以延长孕周。门诊拟“双

胎妊娠 孕1产0 孕21周双活胎 宫颈机能不全”收患者入院行宫颈环扎术,术程顺利,术后预防早产,门诊定期复诊。预防早产护理门诊专科护士根据患者情况为患者制定防早产管理计划<sup>[5]</sup>:①嘱患者定期产检,住家时应注意观察胎心、胎动、宫缩、阴道流血、阴道流液等情况,如出现规律宫缩,阴道流血、流液、腹痛应随时就诊;②做好心理护理,建议患者采取健康的情绪宣泄方式(如与家人、朋友倾诉,听音乐、写日记等)来避免情绪波动,精神紧张等诱发宫缩的因素;③多侧卧位休息,情况允许可进行低、中强度运动,如床上或床旁肢体运动,每次10min以上,每天3~5次;④鼓励孕妇进食高纤维膳食及通便食物,保持大便通畅,预防便秘,排便时忌用腹压;⑤做好会阴部护理,预防阴道炎。患者平时应注意观察分泌物的量、颜色和气味,常规产检或有特殊情况出现时可复查白带情况,出现阴道炎时按医嘱进行阴道抹洗和局部的抗生素治疗。

## 2.4 孕期糖尿教育护理门诊专科个案管理

患者孕25<sup>+</sup>6 OGTT 提示 GLU: 血糖4.10(mmol/L);餐后1小时:1h 血糖9.00(mmol/L);血糖(餐后2h):2h 血糖8.60(mmol/L)↑;糖化血红蛋白5.3(%),无自觉不适。患者孕期体重增加1.5kg, BMI20,双下肢无浮肿。患者确诊妊娠期糖尿病<sup>[6]</sup>,予孕期糖尿教育护理门诊就诊进行个案管理,专科护士给予患者以下护理个案干预:①建议进食高蛋白高维生素糖尿病普食;②建议孕期控制饮食热量33~38 kcal/(kg·d),避免低热量摄入而发生酮症、低血糖;③碳水化合物以复合为主,避免过多精制糖的摄入;④增加优质蛋白质及膳食纤维,改善机体营养、降低餐后血糖;⑤饮食规律,定时定量,避免难消化、易胀气食物;⑥注意休息,劳逸结合,保持情绪稳定,保证充足的睡眠;⑦关注“柔济糖妈妈在线”公众号,在线学习妊娠期糖尿病相关知识,教会患者运用妊娠期糖尿病饮食计算盘(专利号:ZL 2013 2 03649289)并结合食物模型教具、计量称等工具强化个体的医学营养干预<sup>[7]</sup>;⑧定期专科护理门诊复诊,加强妊娠期糖尿病饮食指导,做好血糖监测。患者的自我健康管理意识较强,并能熟练运用血糖监测仪做好血糖监测,对做好妊娠期糖尿病管理有信心;

患者孕35<sup>+</sup>周出现阴道流液,量较多,清,遂至我院急诊就诊。急诊医生拟“1.胎膜早破(未足月)2.宫颈机能不全环扎术后3.双胎妊娠(双绒毛膜双羊膜囊)”收入院。患者孕前体重50kg,现体

重 55.5 kg, BMI (孕前): 20.03。孕期体重共增加 5.5 kg。入院阴道检查提示: 骶岬未触及, 骶骨中弧, 坐骨棘 I 度凸, 坐骨切迹可容三横指, 骶尾关节活动度好, 尾骨不翘。后穹隆见液池, 见清亮液体自宫颈管流出, 行 PH 试纸变蓝。宫颈 12 点见环扎线线结。宫颈居中, 宫颈质软, 宫颈管消退 80%, 宫口容受 2 指, 先露 S-3, 宫颈 Bishop 评分 6 分, 骨盆无异常, 目前无头盆不称及胎儿窘迫征象, 可拆除环扎线, 经阴道试产。医生与患者及其家属沟通分娩方式后, 患者及其家属选择阴道自然分娩。患者拆除环扎线后无不适, 于术后第 1 天胎膜自破, 羊水清, 产程进展顺利, 在会阴保护下顺产两活婴, 均体健。患者产后一般情况可, 术后第 3 天出院, 术后随访示母婴情况良好, 予混合喂养。

### 3 经验与体会

#### 3.1 患者孕前健康管理的意识及行为管理的建立十分重要

多囊卵巢综合征是需要患者进行长期生活干预的一种疾病, 健康生活方式建立的越早, 对患者的健康就越有益。如何提高患者对这一疾病的认知水平, 相信这一疾病的可干预性, 从而通过正确的行为方式去调整自己的生活习惯及饮食、运动规律, 达到降低或减少慢性病的发生风险是治疗中的重要环节。本院妇科内分泌护理门诊的开展对此类患者的孕前管理起到了很好的监管及教育作用。门诊通过个案管理的模式, 对每一位确诊多囊卵巢综合征的患者从饮食、运动、心理、生活习惯等各方面对患者采用个体化的健康管理方案进行干预, 使患者全面了解多囊卵巢综合征给自己带来的影响及影响程度, 从而能够配合医护人员按健康管理要求做好管理, 为步入生育阶段打下良好的生育基础。

#### 3.2 患者孕期的健康宣教十分重要

多囊卵巢综合征患者孕期容易产生各种并发症如流产、妊娠期糖尿病、妊娠期高血压疾病、早产及胎儿发育异常等情况, 严重影响母婴健康, 所以必须从孕早期就要加强患者规律产检的意识, 接受规范的孕期健康宣教课程教育, 了解孕期常见正常、

异常体征的表现, 出现问题时能及时发现并能配合医务人员采取相应的护理措施做好日常的护理干预, 对减轻患者并发症发生风险, 控制并发症严重程度起到一定的作用, 从而保证母婴健康到达顺利分娩的目的。

#### 3.3 患者孕期的专科管理十分重要

患者孕期发生多种并发症, 如何做好专科的护理管理是患者整个孕期都涉及的问题。我院的妇科内分泌护理门诊、高危妊娠护理门诊、防早产护理门诊、孕期糖尿教育护理门诊在患者整个健康管理过程中, 对患者出现的专科问题都进行了详细的评估及分析, 给出了个性化的指导方案, 很大程度上增强了患者管理疾病的自信心, 微信、服务号的网络运用更进一步的方便了我们与患者之间的沟通, 使患者能够第一时间了解该疾病的治疗方案, 护理目标, 对培养患者健康生活方式、规律产检、处理并发症及特殊情况都很重要。

### 4 参考文献

- [1] 谢幸. 妇产科学 [M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013:359-362.
- [2] 中华医学会妇产科学分会内分泌学组及指南专家组. 多囊卵巢综合征中国诊疗指南 [J]. 中华妇产科杂志, 2018,1(53):2-6.
- [3] 王陇德. 健康管理师 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2020:188-192.
- [4] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 孕前和孕期保健指南 (2018) [J]. 中华妇产科杂志, 2018,1(53):7-13.
- [5] 邓燕红, 陈艳红, 梁丽霞. 宫颈机能不全行宫颈环扎术患者的护理 [J]. 护理实践与研究, 2016,13(6):81-83.
- [6] International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy [J]. Diabetes Care, 2010(33):676-682.
- [7] 咎琼, 李映桃, 梁丽霞. 不同医学营养教育模式在妊娠期糖尿病病人健康教育中的应用 [J]. 护理研究 2015,10(29):3659-3661.

[2021-05-10 收稿]

(责任编辑 刘学英)



# 一种印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置的设计

周思齐 李杰尧 徐庶 刘远浩 刘腊梅\*

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.18.041

静脉输液是患者在临床治疗过程中最常用的一种给药方法,也是基础护理操作中护士使用频率最高的一种技术<sup>[1]</sup>。静脉输液操作需要穿刺技术的辅助,在操作过程中会造成患者局部皮肤、黏膜及血管的破坏而易导致外界致病微生物在一定概率下从穿刺部位侵入机体而引起局部感染或全身反应。因此,从护士配制药物到给药的整个过程中必须严格遵守无菌操作原则和消毒隔离制度。按照《病区医院感染管理规范 WS/T 510—2016》<sup>[2]</sup>要求,抽出的药液和配置好的静脉输注无菌液体,放置时间不能超过 2 h,启瓶抽吸的各种溶媒不应超过 24 h,但目前对已配好药液的输液瓶瓶口封存要求尚未规范<sup>[3]</sup>。若开启的输液瓶口封存不当或未及时封存,可能会导致空气中的细菌和尘粒附着于输液瓶瓶口,并于进针时带进药液,造成药液污染<sup>[4]</sup>。因此,已配置好药液的输液瓶瓶口封存与配置药液的无菌操作同样至关重要。目前大部分医院采用一次性包装的粘贴式医用瓶口贴来封存加药后已开启的输液瓶口<sup>[3,5]</sup>,若开启包装后长时间不使用或当护士揭贴时均易造成瓶口贴微生物的污染<sup>[6]</sup>。因此,为简化护士在临床工作中药物配制时的程序,加快输液瓶口贴的粘贴速度,同时避免因输液瓶口被污染导致的各种不良事件,设计了一种新型的便于粘贴与储存的印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置,现介绍如下。

## 1 结构与设计

### 1.1 结构

印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置主要有两部分构成,包括新型医用瓶口贴和存放及使用新型印章式医用瓶口贴的新型辅助粘贴装置。

### 1.2 设计

1.2.1 新型医用瓶口贴的设计 传统医用瓶口贴由压敏胶层、内衬层和离型纸组成,且每 4 片医用

瓶口贴粘贴于一张离型纸上,每 5 张离型纸保存于一个塑料包装中。使用时护士撕开包装,在其中的离型纸上揭取医用瓶口贴,然后粘贴于已完成配药且瓶口已消毒的输液瓶瓶口上,但是此过程会增加护士配药的操作时间,增加已揭取的医用瓶口贴接触到其他有菌物品的概率,且不易保存包装中未使用的医用瓶口贴。而本新型医用瓶口贴是在传统医用瓶口贴的基础上,在其背面添加有机硅不粘涂料,以防止医用瓶口贴在新型印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置内贴叠放时互相粘连,保证在每次使用辅助粘贴装置时只有一张新型医用瓶口贴粘贴在瓶口上,避免新型医用瓶口贴的浪费。在使用前,每 20 片新型医用瓶口贴呈圆柱状叠放在一起保存于无菌密封包装中,最底层的医用瓶口贴粘贴面带有离型纸,可起到防止胶水干燥、失效并可避免污染的作用。在使用时,护士可以将无菌包装中的圆柱状新型医用瓶口贴整体放置于新型印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置内,并且配合辅助粘贴装置的使用,不仅可以减少护士在配药时每次揭取医用瓶口贴的时间,避免揭取时导致瓶口贴的污染,而且也便于保存未使用的医用瓶口贴。

1.2.2 新型印章式医用瓶口贴辅助粘贴装置设计 (图 1-4) 该装置主体包括两个部分即标签筒和压力组件(图 1)。其中标签筒内具有空腔,空腔内设有第一限位环,并且空腔内位于第一限位环的上方形成放置筒(图 3),用于放置新型医用瓶口贴。另外,第一限位环的内壁上沿周向均布设置有四个弹性销(图 3),弹性销起到进一步的格挡作用,防止在使用过程中将已粘贴瓶口贴的输液瓶取出时会带出上层尚未使用的瓶口贴,相应的在弹性销上涂覆有机硅防粘涂料,防止瓶口贴粘接面粘接在弹性销上。标签筒的底部同时设置有阻挡结构(图 1,图 2),其包括 4 个呈 90° 扇形的挡片,在挡片的圆弧边中点位置固定有扭转弹簧,挡片通过扭转弹簧与标签筒的内壁可转动连接,挡片一方面能起到阻挡上层尚未使用的瓶口贴的作用,另一方面在不使用该装置时能够起到密封的作用,保证储存在该

基金项目:河南省医学教育研究课题(编号:Wjlx2019006)  
作者单位:450000 郑州大学国际学院(周思齐,李杰尧,徐庶,刘远浩);郑州大学护理与健康学院(刘腊梅)  
\* 通讯作者



装置内的瓶口贴的无菌环境，相应的在挡片上涂覆有机硅防粘涂料，防止瓶口贴粘接面粘接在挡片上。在紧贴所述阻挡结构的底部设置有第二限位环（图3）。此外，标签筒的底部另设有防护盖（图1，图2），起到密封的作用，可有效防止在该装置不使用时挡片的底面被污染，进而避免在使用时污染已消毒过的输液瓶瓶口。压力组件（图4）通过其上部设置的配接块可拆卸固定在标签筒的上端，配接头（图3）的内壁与配接块的外壁螺纹配合，并且配接块顶部设置有旋转头，旋转头和配接头的外径尺寸相同，且旋转头和配接头上均设置防滑纹。另外，配接块的底部固定连接弹性件，弹性件的底部固定连接压板，弹性件和压板均位于空腔内，且位于第一限位环的上方（图4），以便使用时给予粘贴压力。

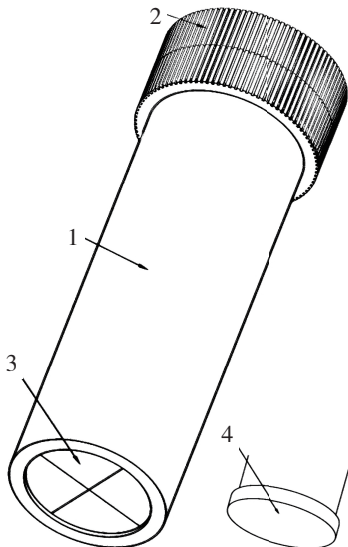


图1 医用瓶口贴辅助粘贴装置结构示意图  
(1. 标签桶; 2. 压力组件; 3. 挡片; 4. 防护盖)

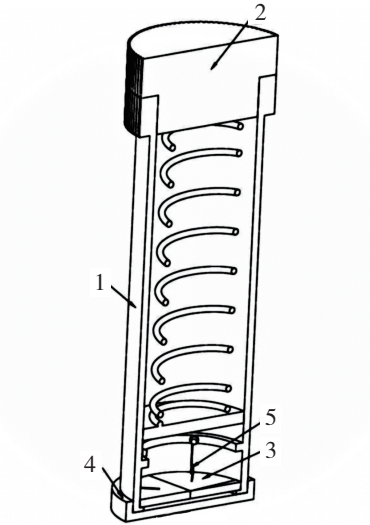


图2 医用瓶口贴辅助黏贴的剖切结构示意图  
(1. 标签桶; 2. 压力组件; 3. 挡片; 4. 防护盖; 5. 扭转弹簧)

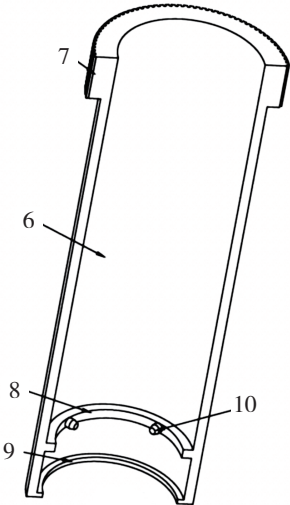


图3 标签筒的剖切结构示意图  
(6. 放置桶; 7. 配接头; 8. 第一限位环; 9. 第二限位环; 10. 弹性销)

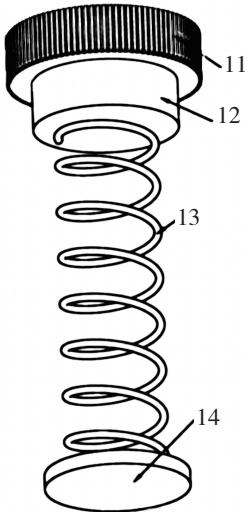


图4 压力组件结构示意图  
(11. 旋转头; 12. 配接块; 13. 弹性件; 14. 压板)

2 制作材料

该套装置的配接头、第一限位环、第二限位环、旋转头、配接块、压板、挡片和防护盖均采用医用塑料—热塑性聚氨酯制作，其具有较好的透明性、高强度和撕裂性能，耐化学性和耐磨性，还具有较宽广的硬度范围、表面较光滑、抗真菌和微生物及较高的耐水稳定性<sup>[7-8]</sup>。弹性销、弹性件和扭转弹簧均采用抗菌不锈钢制作，其是在不锈钢的基体中加入适量的抗菌元素，使不锈钢具有抗菌功能<sup>[9]</sup>。新型医用瓶口贴背面、第一限位环、弹性销和阻挡结构上均涂有有机硅防粘涂料，其中的有机硅化合物因具有良好的抗氧化性、低毒性、低表面能、与基材湿润性好、温度适用范围广、对胶粘剂迁移性

小、与有机聚合物的不相容性等独特性能使其成为性能优良的离型材料<sup>[10]</sup>。

3 使用方法

首次使用时应按照无菌操作原则检查并打开外包装取出该装置。拧开旋转头，取出压力组件，将一次性新型无菌医用瓶口贴从密封完好的包装中取出，并揭下底部的离型纸，装入装置中并迅速拧上旋转头，保证压力组件已固定完好且密封。然后取下防护盖，手握装置垂直向消毒后的输液瓶口按压，此时该装置的挡片已向上开启，同时输液瓶瓶口将弹性销压入到第一限位环内，使得输液瓶瓶口与最底层的医用瓶口贴粘接。然后将已粘贴瓶口贴的输液瓶取出，弹性销自动弹出，起到阻挡上层尚未使

用的瓶口贴的作用。输液瓶封口完成后将防护盖重新盖于装置底部以避免由于装置长时间放置使其底部阻挡结构污染,进而污染已消毒的输液瓶瓶口以及装置内未使用的新型医用瓶口贴。

## 4 讨论

### 4.1 装置原理

使用时,该装置与输液瓶口接触并通过垂直向下压力的反作用力将挡片向上顶开,然后进入装置内的输液瓶口通过压力组件的压力作用与新型医用瓶口贴紧密粘连,同时输液瓶口将装置内的弹性梢挤压入第一限位环中。输液瓶口封存完毕后,输液瓶拔出时,弹性梢因缺少输液瓶口的挤压作用而自动弹出,可阻断上层未使用的新型医用瓶口贴被输液瓶带出。

### 4.2 装置优点

**4.2.1 装置结构简单、操作方便、便于携带、可提高临床护士工作效率** 该装置采用一体式设计,使用时只需将密封完好的包装中叠放的新型医用瓶口贴去掉底部离型纸后整体放入装置内,拧紧压力组件后,即可打开底部的防护盖,向已消毒后的输液瓶口按压即完成输液瓶口的封存。此套装置与传统医用瓶口贴相比,可以减少护士每次揭取医用瓶口贴的时间,提高工作效率。另外,该装置体积偏小,可放置于治疗车、治疗盘上及医护人员的衣服口袋中等,携带方便,有利于随时使用,从而减少医护人员往返治疗室的次数,节约临床护理时间,提高临床护士的工作效率。

**4.2.2 有利于无菌操作、防止医用瓶口贴及输液瓶口的污染** 该套装置整体的材料均采用无菌且抗菌的医用材料,与传统医用瓶口贴相比,可为未使用完的医用瓶口贴提供无菌的密闭保存空间,防止未使用的医用瓶口贴暴露在有菌环境中而引起污染。同时该装置也可减少护士在揭取医用瓶口贴时其粘贴面可能与其他有菌物品接触的机会,减少污染的发生,避免在使用时引起输液瓶口的污染,甚至导致输液瓶内药液污染而引起患者发热等输液反应<sup>[11]</sup>。

**4.2.3 可减少护患纠纷、护理风险问题的发生、改善护患关系** 研究显示<sup>[12]</sup>,护士在进行静脉输液操作过程中的差错与漏洞、输液药物引起的不良反应、输液反应与并发症等是经常引起护患纠纷和护理风险的主要原因。该套装置可以通过减少空气中的细菌和尘粒附着于输液瓶口,阻止附着于输液瓶口的细菌和尘粒在进针时进入药液,从而避免因药

液污染而造成患者局部或全身反应,进而降低护患纠纷与护理风险的发生率,并改善护患关系<sup>[4]</sup>。

综上所述,印章式医用瓶口贴结构简单,体积小,医护人员可随身携带。操作简易,可优化医护人员工作流程,提高临床工作效率。另外,该套装置采用抗菌医用材料制作,有利于未使用医用瓶口贴的保存,并可避免药液封存过程中瓶口贴的污染,降低静脉输液过程中不良事件的发生率。但本产品目前尚处于设计研发阶段,还未进行临床试验。因此,在临床使用中仍可能存在一定局限性,故待成品制成后有待进一步调查、修改与完善。

## 5 参考文献

- [1] 周娟,赵连英,薛文强.静脉输液治疗团队在规范静脉输液治疗中的应用研究[J].护理管理杂志,2020,20(3):209-212.
- [2] 李六亿,巩玉秀,王力红,等.病区医院感染管理规范 WS/T 510-2016[J].中国感染控制杂志,2017,16(3):289-292.
- [3] 刘晓媛,许德金,袁文博,等.静脉药物加药口消毒及使用医用输液瓶口贴的必要性考察[J].药学与临床研究,2015,23(1):75-77.
- [4] 樊变兰,王迎红.持续质量改进在静脉药物配置中心护理管理工作中的应用[J].护理研究,2016,30(23):2938-2939.
- [5] 李珑,王根妹,龚智逊,等.医用输液瓶口贴在临床输液中预防医院感染的效果观察[J].中国消毒学杂志,2011,28(3):315-316.
- [6] 李翠娥,柯娟,尚正琴,等.医用输液瓶口贴两种不同放置方法的细菌学研究[J].护理研究,2014,28(20):2520-2521.
- [7] 晏保豫,杨智淳,王雨,等.一种新型易撕取输液贴及其便携装置的设计[J].全科护理,2019,17(27):3466-3468.
- [8] 肖建华,陈思维.医用级热塑性聚氨酯的拉伸性能测试[J].高分子材料科学与工程,2016,32(9):45-48.
- [9] Li Wen,Hu Wanpei,Liu Qian,et al. Antibacterial properties of Ag/TiO<sub>2</sub>/PDA nanofilm on anodized 316L stainless steel substrate under illumination by a normal flashlight[J]. Journal of Materials Science,2020,55(22):9538-9550.
- [10] 管东波,边塞英男,翟晓杰,等.加成型硅胶基防粘涂层性能研究[J].工程与试验,2020,60(2):22-23,77.
- [11] 孙昆,王惠连.国内输液反应发生因素及预防研究进展[J].护理研究,2012,26(8):675-677.
- [12] 张团敏,张平.静脉输液引发护患纠纷原因分析及护理对策[J].中国误诊学杂志,2011,11(24):5887.

[2021-03-22 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 18 Sept. 25, 2021

## CONTENTS IN BRIEF

**Analysis of the status quo of psychological contract between nurses with establishment and contract nurses in the top three hospitals in Yunnan province** ..... HU Qiulan,

MA Fang, YANG Mingfang, DING Lan, BAI Yangjuan ( 2687 )

**Analysis of the influencing factors of negative psychology in patients with postoperative recurrence of primary liver cancer**..... ZHANG Yufen ( 2691 )

**Application of stepwise assessment combined with quantitative rehabilitation training guidance in stroke patients with limb dysfunction**..... SUN Min, XIAO Bei, LI Yuefang( 2696 )

**Investigation and analysis the risk factors of bleeding in children patients after tonsillectomy and adenoidectomy with low-temperature plasma knife** ..... ZHOU Sijia ( 2701 )

**Investigation of the status quo of nurses' knowledge, attitude, and practice in preventing migration stress of patients transferred from ICU** ..... XIE Yanfang, YANG Fengkui, YE Qiurong ( 2705 )

**Study on the correlation between sleep quality and negative emotions, coping styles in patients with lung cancer chemotherapy** ..... LIN Xue,

PANG Yonghui, GAN Hajie, LUO Jiening, PANG Yun ( 2708 )

**Status quo and influencing factors of daily perceived discrimination of HIV-infected persons/AIDS patients**..... LU Xiaoyan,

HUANG Jinping, DU Lique, LI Yanjun, LI Xiangqing ( 2713 )

**Meta-analysis of the effect of pretreatment blood pressure on the prognosis of patients with acute ischemic stroke intravenous thrombolysis**..... DONG Xianping,

CHEN Lifang, SHANG Qianqian, XU Zhaoxia , ZUO Jiakai ( 2762 )

## Responsible Institution

Health Commission of Hebei Province

## Sponsor

Hebei Children's Hospital  
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>

## Proprietor

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.

## Distributor

Hebei Post Newspaper and Journal  
Publishing House

## Scope of Issuing

Overtly Issued at Home and Abroad

## CSSN

ISSN1672-9676

CN13-1352/R

## Order

Post Office All Around China  
Code No. 18-112

## Price

¥10.00/Number, ¥240.00/Year

Copyright© 2021 by the Nursing Practice  
and Research



# 《护理实践与研究》杂志征稿简则

《护理实践与研究》杂志为护理类科技期刊，是河北省卫生健康委员会主管、河北省儿童医院主办的中国医师协会系列期刊。中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库和万方数据—数字化期刊群等全文收录，国内外公开发行；刊号：ISSN1672-9676，CN13-1352/R；半月刊，大16开；邮发代号：18-112。

## 一、主要栏目

设有：论著，专科护理，基础护理，门诊护理，手术室护理，社区与全科护理，中医护理，心理护理，健康心理与精神卫生，护理管理，护理教育，护理人文，案例报告，调查研究，综述与讲座，经验与革新等栏目。

## 二、稿件要求

1. 论文务求论点明确、论据可靠、数据准确、论证科学严谨；文字规范、语言练达，内容叙述避免过度自信或模棱两可，但应有作者自己的见解。

2. 论著一般 4000 字为宜，综述在 7000 字左右，短篇与个例勿超过1500字。摘要在200字以内。照片和图表应精简，推荐使用三线表。参考文献引用，论著>15条；综述类不应少于30条；短篇与个例5~8条。

3. 论文署名作者应为法定著作权人，文责自负。文稿请附英文题名，3~8个中、英文关键词。本刊只接受电子文件投稿，文稿上请附注第一作者或通讯作者的电话、E-mail及详细通讯地址、邮编。

4. 论文正文中各层次编号采用阿拉伯数字，一般不超过四级。例如一级标题“1”，二级标题“1.1”，三级标题“1.1.1”，四级标题“1.1.1.1”，编号顶格书写，分级标题阿拉伯数字间用“.”相隔，末数后不加标点，四级标题以后回段中层次可用(1)、1)、①等排序。

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

6. 医学名词以医学名词审定委员会审定的名词为准，未公布的以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物，按引用的先后顺序列于文末，示例如下：

(1) [专著(书籍)] 序号 作者姓名. 书名[M]. 版本(如果是第1版应略去此项). 出版地：出版单位(国外出版单位可用标准缩写，不加缩写点)，出版年：起页-止页。

例：[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 19版. 北京：人民卫生出版社，1995:1117-1119.

[2] 王庆林. 人体解剖学考试指导[M]. 北京：中国医药科技出版社，1994:116-118.

(2) [连续出版物(期刊)] 序号 作者姓名(3人以内全部写出，3人以上，只写前3人，第3人后加“，等”)。文题[J]. 期刊名(外文期刊可用标准缩写，不加缩写点)，年，卷(期)：起页-止页。

例：[3] 杨苑芳，郭节芳，李健清. 远程指导型家庭病床康复护理对老年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。