

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

2022年4月 第19卷 第8期 April 2022 Vol.19 No.8



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



8

2022



护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

半月刊

2004 年 8 月创刊

第 19 卷第 8 期

2022 年 4 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 刘延友 庄一渝

方 琼 蒋 艳 栾晓嵘 张先庚

李 伟 翟松会 刘凤阁

出 版

《护理实践与研究》杂志社

印 刷 者

河北健明印刷包装有限公司

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26.00元, 全年624.00元



欢迎关注微信公众号

2022 年版权归《护理实践与研究》杂志社所有

目 次

论 著

乳腺癌患者出院准备度现状及影响因素分析

..... 江玥玥 张曦 王荣 杜雪 郭荔 张文 王嵘 (1105)

术前预康复训练对行二尖瓣修复术患者心功能、日常

生活能力及预后的影响..... 康书红 张华 蔺红丽 (1111)

ICU转出患者家属转科应激压力现状及影响因素

..... 姚彦蓉

哈思敏 王艳 李桂芳 马宁 张翔 米光丽 (1116)

秦皇岛市三级医院成人ICU患者谵妄影响因素的调查分析

..... 唐莲莲

赵丽坤 田英慧 赵一涵 李佳 陈晓敏 王慧 (1120)

家庭支持综合护理模式对老年认知症患者康复

效果的观察

..... 钱珍 孙敏 凌霞敏 王帆 仇丽雯 于雅君 (1126)

调 查 研 究

ICU护士心理压力与正念觉知水平相关性的调查分析

..... 薛芹 吴璠 韩芳 戴琴 张凤 (1133)

脊髓损伤患者家庭复原类型及相关特征解析

..... 闫惠 暴银素 (1139)

济南市三级甲等医院肿瘤科护士疲劳现状及相关

影响因素..... 杨艳伟 商和丽 吴燕 季红 (1144)

手术患者术中压力性损伤的影响因素分析..... 杨佳 (1148)

综 述 与 讲 座

心房颤动患者自我管理的研究进展与启示

..... 张慧 陈霞 谢非 杨贝贝 徐健 (1152)

冠心病患者心脏康复依从性的研究进展·····	陈航言 钟美容 黄小媛 韦丽华 李芯睿 (1157)
德尔菲法在国内临床护理质量评价指标中构建的文献计量分析 ·····	许娟 杨飞 郑静 李儒婷 张瑛 管玉香 (1162)
脑卒中患者治疗负担相关评估工具的研究进展·····	魏其秀 钱自华 (1167)
内科护理	
FOCUS-PDCA提高CCU卧床患者压力性损伤预防措施落实率的效果观察·····	王茹 潘婷 (1172)
外科护理	
专科护士主导的延续护理对髋关节置换术后患者康复效果观察·····	许丽莉 (1178)
以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预在胃癌患者中的应用效果评价 ·····	刘玲 陈敏 (1181)
精细化护理在帕金森病患者脑深部电刺激术后的应用效果·····	李培培 何承 (1186)
过渡期护理计划模式在肝癌肝动脉介入术后患者中的应用效果评价 ·····	蒋敏兰 蒋敏君 (1189)
双维度四位一体护理模式对精索静脉曲张患者负性情绪及自我效能感的影响·····	刘冬 (1194)
疼痛分级护理策略在骨盆骨折患者中的效果观察·····	潘林香 吴进 李白玲 (1198)
妇产科护理	
延续性护理模式在妊娠期糖尿病产后护理中的应用·····	骆建梅 李芬 郑李明 符小英 (1202)
儿科护理	
情境互动联合音乐干预在静脉输液患儿中的应用效果·····	江玲 刘娟 侯小芬 李茜 (1206)
SBAR标准化沟通模式在危重新生儿转运中的效果观察·····	朱晓琴 洪忠芹 赵举芳 (1210)
五官科与皮肤科护理	
早期免疫营养支持联合激励式护理对喉癌全喉切除术患者的影响 ·····	陈海芳 马灵草 戴晗青 董婷 (1214)
基础护理	
腹部按摩护理联合穴位注射应用于心脏术后腹胀患者中的效果观察 ·····	肖保娟 何星星 涂发妹 (1219)
肠乳头保护支架在造口患者护理中的干预效果·····	朱倩 顾云雨 林媛珍 (1222)
护理管理	
多部门协作运用PDCA循环管理在降低标本不合格率中的效果观察 ·····	薛秋华 李淼 冯丽 瞿广素 (1226)
创新护理流程联合认知行为重建在ICU病房中的应用效果·····	郭秀辰 裴芳玉 (1230)

护理教育

老年医学科新护士规范化培训方案的构建与应用..... 邱淑一 陈历赛 吴国荣 康黎(1234)

基于岗位胜任力为核心的社区护理学课程改革效果评价
..... 沈翠玲 石蕾 陈新梅 徐秀瑛 陈志龙(1238)

中医护理

中药竹罐在脾胃虚寒证胃脘痛患者护理中的应用..... 石丹梅 陈柘芸(1243)

健康心理与精神卫生

分阶段情绪疗法对急诊科护士心理健康状况、压力应对方式及职业倦怠感的影响..... 龙宝贵(1247)

正念认知干预在双相情感障碍患者中的效果观察..... 白雪荣(1252)

案例报告

肺出血合并鲍曼不动杆菌感染新生儿护理1例..... 刁莉萍 林宝杰 谭薇 何海燕 钟春霞(1257)

静脉-动脉体外膜肺氧合联合CRRT治疗心肺复苏后病毒性心肌炎患者的护理1例
..... 吴梦余 尹艳华 马琳 张文静(1260)

其他

欢迎订阅 欢迎投稿..... (1132)

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (1201)

征稿简则..... (封底)

乳腺癌患者出院准备度现状及影响因素分析

江玥玥 张曦 王荣 杜雪 郭荔 张文 王嵘

【摘要】 目的 探讨乳腺癌患者出院准备度现状并分析其影响因素。方法 选取2020年6—9月在宁夏医科大学总医院住院的192例乳腺癌患者为调查对象,采用一般资料调查表、出院准备度量表、出院指导质量量表在患者出院当天评估患者的出院准备度、出院指导质量,分析出院准备度与出院指导质量的相关性,采用多元线性回归分析乳腺癌患者出院准备度的影响因素。结果 乳腺癌患者出院准备度总得分为94.50(79.00, 106.00),处于中等偏上水平。单因素分析显示,科室、付费方式、业余爱好、家庭人均月收入、对疾病了解程度、疾病发现方式、治疗情况、住院次数、出院原因是乳腺癌患者出院准备度的影响因素($P<0.05$)。多元线性回归分析显示,科室、疾病发现方式、治疗情况、住院次数、出院指导质量是乳腺癌患者出院准备度的独立影响因素($P<0.05$)。结论 乳腺癌患者出院准备度水平处于中等偏上,科室、疾病发现方式、治疗情况、住院次数、出院指导质量是乳腺癌患者出院准备度的影响因素。

【关键词】 乳腺癌患者; 出院准备度; 出院指导质量; 相关性; 影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.001



本文作者: 江玥玥

The status quo of hospital discharge readiness of patients with breast cancer and analysis of its influencing factors
JIANG Yueyue, ZHANG Xi, WANG Rong, DU Xue, GUO Li, ZHANG Wen, WANG Rong (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 Objective To explore the status quo of hospital discharge readiness in breast cancer patients and analyze its influencing factors. **Methods** A total of 192 breast cancer patients who were hospitalized in the General Hospital of Ningxia Medical University from June to September 2020 were selected as the survey subjects, and the general information questionnaire, hospital discharge preparation scale, and discharge guidance quality scale were used to evaluate the patient's readiness for discharge and the quality of discharge guidance, and analyze the correlation between discharge readiness and the quality of discharge guidance. Multiple linear regression was used to analyze the influencing factors of discharge readiness in breast cancer patients. **Results** The total score of hospital discharge readiness for breast cancer patients was 94.50(79.00, 106.00), which was at an upper-middle level. Univariate analysis showed that the departments, payment methods, hobbies, per capita monthly income of families, degree of understanding of the disease, disease discovery methods, treatment conditions, hospitalization times, and reasons for discharge were the influencing factors of the discharge readiness of breast cancer patients($P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that the departments, disease discovery methods, treatment conditions, hospitalization times, and quality of discharge guidance were the independent influencing factor of the discharge readiness of breast cancer patients($P<0.05$). **Conclusion** The level of discharge readiness of breast cancer patients was at the upper middle level. The departments, disease discovery methods, treatment conditions, hospitalization times, and the quality of discharge guidance were the influencing factors affecting discharge readiness of patients with breast cancer.

【Key words】 Patients with breast cancer; Discharge readiness; Quality of discharge guidance; Correlation; Influencing factor

基金项目: 宁夏自然科学基金项目(编号: 2019AAC03206); 宁夏卫生健康系统科研课题(编号: 2019-NW-014); 宁夏医科大学总医院2020年新入职硕士培养项目(编号: 2020294)

作者单位: 750004 宁夏回族自治区银川市, 宁夏医科大学总医院

江玥玥: 女, 硕士, 护师

通信作者: 张曦, 女, 硕士, 主任护师, 护理部主任

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤^[1],2020年发病率首次超过肺癌,位居全球第一位^[2]。手术是乳腺癌治疗中的重要组成部分,术后患者仍需要进行化疗、放疗、内分泌治疗等^[3],治疗周期长。随着我国医疗卫生体制改革,医疗机构通过缩短平均住院日来提高床位周转率^[4],患者平均住院日缩短,致使患者在出院时身体尚未完全康复^[5],出院准备度水平低。英国学者 Fenwick 在 1979 年提出出院准备度概念,是指医务人员根据患者的心理、生理和社会方面的健康状况,综合分析患者离开医院、回归社会、进一步康复的能力^[6]。据统计^[7],宁夏地区乳腺癌发病率于 2016 年已超过肺癌位居第一,因此本研究通过探讨宁夏地区乳腺癌患者出院准备度现状并分析其影响因素,旨在为制订乳腺癌患者出院准备度干预措施提供参考依据,进而提高患者的生活质量及院外康复治疗效果。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2020 年 6—9 月在宁夏医科大学总医院住院的乳腺癌患者作为调查对象。纳入条件:经穿刺病理诊断为乳腺癌;外科、内科、放疗科首次住院的乳腺癌患者;年龄 ≥ 18 岁,女性;入院时知晓疾病诊断,知情同意且自愿参加本研究;具有阅读书写能力,能在研究者的指导下独立填写问卷。排除条件:晚期乳腺癌患者;合并其他急性、慢性疾病,如严重肝肾疾病、心血管疾病、其他恶性肿瘤等;语言、精神障碍及意识不清的患者。最终共纳入 192 例。

1.2 调查内容

(1)一般资料:内容包括年龄、科室、文化程度、职业、婚姻状况、家庭居住地、此次疾病发病情况、亲友中是否有患同种疾病的人、付费方式、业余爱好、家庭人均月收入、对疾病了解程度、疾病发现方式、治疗情况、合并疾病等。

(2)出院准备度:出院准备度量表(readiness for hospital discharge scale, RHDS)由 Weiss 等^[8]学者编制的普适性量表,用于评估不同患者自我感知出院准备度情况。本研究采用我国台湾学者林佑华等^[9]汉化、修订的中文版自评量表。修订后量表共包含 3 个维度,12 个条目:个人状态(1~3 条目)、适应能力(4~8 条目)、预期性支持(9~12 条目),修订后量表的内容效度为 0.88,总体的 Cronbach's α 系数为 0.89,各维度的 Cronbach's α 系数为 0.73~0.90。条目采用 0~10 分评分法,表示从“完

全无准备”到“完全准备好”的递进过程,总分越高表明患者出院准备度越好;条目均分 >7 分,则认为患者已经做好出院准备,反之,则认为患者出院准备不足^[10]。

(3)出院指导质量:出院指导质量量表(quality of discharge teaching scale, QDTS)由 Weiss 等^[11]学者编制。本研究采用王冰花等^[12]学者于 2016 年汉化的 QDTS 量表,共包含 3 个维度,24 个条目:患者出院前需要的内容(条目 1a~6a)、患者在出院前实际获得内容(条目 1b~6b)、护士讲授技巧(条目 7~18),汉化后量表的内容效度为 0.98, Cronbach's α 系数为 0.924,各维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.882、0.923、0.935。条目采用 0~10 分评分法,0 分表示“完全不用/完全没有/一点也不”,10 分表示“非常多/完全可以/总是能够”,总分越高表明出院指导质量越好。

1.3 调查方法

本研究征得患者及家属同意后,于患者出院当天由 2 名团队成员对符合纳入、排除条件的乳腺癌患者进行问卷调查。正式调查前,研究者首先对其团队成员进行问卷收集的专业技能培训;其次,在临床进行 2 轮(每轮 10 例)预调查,针对预调查出现的问题再次进行修改和培训,确保团队成员及患者对问卷的准确理解。本次调查共发放问卷 198 份,无效问卷 6 份,有效问卷 192 份。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件处理数据,非正态分布的计量资料采用“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用 Kruskal-Wallis H 检验和 Mann-Whitney U 检验。多因素分析采用多元线性回归方法,出院准备度与出院指导质量的相关性采用 Spearman 相关性分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 乳腺癌患者出院准备度得分情况

乳腺癌患者出院准备度总得分为 94.50(79.00, 106.00),各维度得分情况见表 1。

表 1 乳腺癌患者出院准备度评分情况

项目	评分	最小值	最大值	中位数(四分位数)
出院准备度总分	120	14	120	94.50(79.00,106.00)
个人状态	30	3	30	21.00(16.00,25.00)
适应能力	50	5	50	39.00(31.00,45.00)
预期性支持	40	6	40	34.00(30.00,38.00)

2.2 乳腺癌患者出院准备度的单因素分析

治疗情况、住院次数、出院原因是乳腺癌患者出院

单因素分析显示,科室、付费方式、业余爱好、

准备度的影响因素 ($P<0.05$), 见表2。

家庭人均月收入、对疾病了解程度、疾病发现方式、

表2 乳腺癌患者出院准备度的单因素分析					
分析因素	类别	例数	出院准备度	H 值	P 值
年龄 (岁)	< 40	38	94.50 (84.25,106.00)	0.764	0.638
	40~	142	94.50 (79.00,106.00)		
	60~	12	95.00 (74.25,111.00)		
科室	肿瘤内三科	51	92.00 (80.00,100.00)	33.308	0.000
	肿瘤外一科	49	90.00 (78.50,103.00)		
	肿瘤外三科	50	89.00 (50.00,101.00)		
	放疗科	42	108.00 (93.50,115.00)		
文化程度	初中及以下	80	92.00 (78.25,106.75)	3.860	0.145
	高中 / 中专	72	91.50 (78.25,104.50)		
	大专及以上	40	98.00 (87.00,111.25)		
职业	工人	29	96.00 (84.00,106.50)	3.503	0.320
	农民	51	92.00 (78.00,108.00)		
	专业技术人员	17	99.00 (89.50,111.00)		
	其他	95	92.00 (78.00,104.00)		
婚姻状况	已婚	184	94.50 (79.25,106.00)	-0.068 ¹⁾	0.946
	不在婚	8	94.00 (74.00,110.00)		
家庭居住地	城市	137	95.00 (81.00,104.50)	-0.458 ¹⁾	0.647
	农村	55	90.00 (78.00,108.00)		
此次疾病发病情况	初发	187	95.00 (79.00,106.00)	-1.529 ¹⁾	0.126
	复发	5	82.00 (78.00,87.50)		
亲友中有无患同种疾病的人	有	60	93.50 (79.50,105.25)	-0.308 ¹⁾	0.758
	无	132	95.00 (79.00,106.00)		
付费方式	医保	127	97.00 (82.00,109.00)	8.311	0.016
	新农合	48	87.50 (72.00,103.00)		
	自费	17	88.00 (73.00,96.50)		
业余爱好	读书 / 下棋 / 书法	30	98.50 (89.00,110.25)	26.961	0.000
	运动	24	107.00 (100.00,114.00)		
	唱歌跳舞	34	93.00 (81.25,103.25)		
	其他	28	88.50 (64.25,105.75)		
	无	76	86.50 (73.00,99.00)		
家庭人均月收入 (元)	< 1000	15	95.00 (89.00,114.00)	7.853	0.049
	1000~	57	90.00 (78.50,109.50)		
	3000~	70	92.00 (76.00,101.00)		
	5000~	50	99.50 (80.75,109.25)		
对疾病了解程度	非常了解	26	111.00 (100.00,118.50)	25.821	0.000
	部分了解	104	93.50 (81.00,103.00)		
	小部分了解	44	87.00 (72.00,100.50)		
	不了解	18	85.00 (67.25,100.50)		
疾病发现方式	自我检查	83	98.00 (86.00,110.00)	11.210	0.004
	健康体检	46	92.50 (65.75,104.50)		
	医院就诊	63	87.00 (73.00,99.00)		
治疗情况	手术	99	90.00 (71.00,103.00)	29.040	0.000
	化疗	51	92.00 (80.00,100.00)		
	放疗	42	108.00 (92.75,115.00)		
合并疾病	高血压 / 冠心病 / 糖尿病	19	102.00 (82.00,114.00)	5.164	0.076
	其他	106	93.00 (72.75,106.00)		
	无	67	94.00 (81.00,103.00)		

续表

分析因素	类别	例数	出院准备度	<i>H</i> 值	<i>P</i> 值
住院次数 (次)	1	122	94.50 (81.00,104.25)	19.435	0.000
	2~	43	79.00 (53.00,102.00)		
	6~	27	106.00 (93.00,114.00)		
出院原因	医生建议	185	94.00 (79.00,105.00)	-2.492 ¹⁾	0.013
	自己要求	7	112.00 (101.00,120.00)		

注: 1) 为 *Z* 值。

2.3 乳腺癌患者出院指导质量得分情况 (170.25,227.00) , 各维度得分情况见表 3。

乳腺癌患者出院指导质量总分为 208.50

表 3 乳腺癌患者出院指导质量得分情况

项目	评分	最小值	最大值	中位数 (四分位数)
出院指导质量总分	240	108	240	208.50 (170.25, 227.00)
需获得知识	60	0	60	51.50 (41.00,58.00)
实际获得知识	60	0	60	51.00 (41.00,56.00)
健康指导技巧	120	55	120	108.00 (88.00, 117.00)

2.4 乳腺癌患者出院准备度与出院指导质量相关性分析

Spearman 相关性分析显示, 乳腺癌患者出院准备度与出院指导质量呈正相关关系 ($r=0.382$, $P<0.01$) 。

2.5 乳腺癌患者出院准备度的多元线性回归分析

以乳腺癌患者出院准备度总分为因变量, 将单因素分析中有统计学意义的一般资料和乳腺癌患者

出院指导质量总分作为自变量纳入到多元线性回归分析中 (因样本量相对较大, 且残差满足正态分布, 故可近似选择线性回归分析) , 自变量赋值见表 4。多元线性回归分析显示, 科室、疾病发现方式为健康体检、治疗情况为化疗、治疗情况为放疗、住院次数为 2~5 次、出院指导质量总分, 与出院准备度有关 ($P<0.05$) , 见表 5。

表 4 乳腺癌患者出院准备度自变量赋值情况

变量标签	赋值说明
科室	肿瘤内三科 =1, 肿瘤外一科 =2, 肿瘤外三科 =3, 放疗科 =4
付费方式	以医保为参照设置哑变量, 付费方式 1= 新农合, 付费方式 2= 自费
业余爱好	以读书 / 下棋 / 书法为参照设置哑变量, 爱好 1= 运动, 爱好 2= 唱歌跳舞, 爱好 3= 其他, 爱好 4= 无
家庭人均月收入 (元)	$< 1000=1$, $1000\sim=2$, $3000\sim=3$, $5000\sim=4$
对疾病了解程度	以非常了解为参照设置哑变量, 对疾病了解程度 1= 部分了解, 对疾病了解程度 2= 小部分了解, 对疾病了解程度 3= 不了解
疾病发现方式	以自我检查为参照设置哑变量, 疾病发现方式 1= 健康体检, 疾病发现方式 2= 医院就诊
治疗情况	以手术为参照设置哑变量, 治疗情况 1= 化疗, 治疗情况 2= 放疗
住院次数 (次)	以 1 次为参照设置哑变量, 住院次数 1=2~, 住院次数 2=6~
出院原因	医生建议 =1, 自己要求 =2
出院指导质量总分	原值代入

表 5 乳腺癌患者出院准备度的多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常量	64.253	19.223	-	3.342	0.001
科室	-5.322	2.022	-0.361	-2.632	0.009
疾病发现方式: 健康体检	-6.931	3.376	-0.134	-2.053	0.042
治疗情况: 化疗	30.428	7.940	0.609	3.832	0.000
治疗情况: 放疗	29.109	6.209	0.546	4.688	0.000
住院次数: 2~5 次	-10.923	3.805	-0.206	-2.871	0.005
出院指导质量总分	0.212	0.050	0.340	4.221	0.000

注: $R=0.659$, $R^2=0.434$, 调整 $R^2=0.368$, $F=6.567$, $P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 乳腺癌患者出院准备度水平有待提高

患者具备良好的出院准备度,能降低其非计划再入院率及不良事件发生率,改善其预后及生活质量^[13-14]。本研究中乳腺癌患者出院准备度总分高于龚瑶等^[15]研究结果,其中个人状态得分最低,为21.00(16.00,25.00)分,说明患者出院时自我感知身体状况较差未达到自己心中的出院标准,原因可能是因为术后患者存在淋巴循环受阻、患肢水肿麻木、肩关节活动障碍等问题,从而降低其出院准备度。出院准备度是评估患者是否做好出院准备且表明患者已基本康复能安全出院的指标^[16],近年来,随着医疗卫生体制的深化改革,缩短住院时间,社区资源不足,致使医院与社会连接脱节,同时因患者自身知识缺乏,无法应对疾病带来的一系列问题,所以患者对社区服务机构缺乏信任^[17],从而导致患者自我感知出院准备度较低。因此,护士在患者住院期间尽可能全面评估患者,鼓励患者及其家属诉说自己的需求,根据评估结果、患者出院时的身体状况及居家/社区康复的环境,帮助患者制订个体化居家/社区康复计划,同时约定视频随访时间,以便护士及时掌握患者的身体康复状态并及时调整康复计划。

3.2 乳腺癌患者出院准备度的影响因素分析

本研究中科室负向影响乳腺癌患者出院准备度,这可能是因为病程与出院准备度呈正相关^[18]所致。放疗科乳腺癌患者出院准备度得分高于肿瘤外三科、肿瘤外一科。放疗科患者大多经历了手术、化疗等漫长的治疗过程,患者有充足的时间去了解和消化乳腺癌相关知识,并且在出院返家/社区后能够运用这些知识进行自我护理,故出院准备度得分高;肿瘤外科患者大多数为初次确诊的乳腺癌患者,患者从初诊-手术-确诊经历的时间短暂,处于一种否认自己患癌的状态,同时随着住院时间缩短,多数患者术后2~3 d出院,术后患者面临患肢功能锻炼、切口护理、引流管护理及应对不良反应等,这些对患者及其家属来说都是巨大的挑战^[19],所以患者的出院准备度得分低。因此本研究发现若要提高乳腺癌患者的整体出院准备度水平,应重点关注肿瘤外科的乳腺癌患者。有研究显示^[20],对乳腺癌手术患者从入院就对其进行出院准备指导,可提高乳腺癌手术患者的出院准备度,所以乳腺外科可借鉴已有的关于提高乳腺癌术后患者出院准备度的经验和方法并根据本科室现有的医疗设施和护理

水平形成新的适用于本地区的专科护理特色,同时还要加强本科室护理人员的专科培训,努力提高乳腺癌住院患者的出院准备度。

本研究发现,健康体检与乳腺癌住院患者出院准备度呈负相关,说明通过健康体检发现自己患乳腺癌疾病的患者术后出院时未做好出院准备。可能是因为患者每年定期做健康体检,突然检查出自己患乳腺癌,内心无法接受,产生了焦虑、害怕的心理情绪,以至于在术后出院时还沉浸在无法接受这一事实中,同时又担心如何进行后续的一系列治疗。因此,呼吁政府及医院应加强早期乳腺癌健康科普知识宣教,如利用抗癌宣传周、红丝带、门诊知识宣讲,以及微信公众号等平台;而护理人员作为乳腺癌患者住院期间的主要健康责任人,对患者有着不可推卸的责任,所以护士在日常健康宣教中也要将患者家属作为主要的宣教对象,同时还要重点关注患者的心理状态变化,与家属及时沟通,必要时请专业心理老师对其进行心理疏导,提高患者的出院准备度水平。

化疗及放疗是影响乳腺癌住院患者出院准备度的最主要因素。李灵萍等^[21]及郑薇等^[22]的研究证实了这一观点。这可能是因为乳腺癌术后患者面临疼痛、患肢功能障碍、家庭角色转变等问题,严重影响了患者的生理及心理状态,患者也会因为自己的病情及个人形象变化导致心理负担加重,生活质量降低。因此,护士要帮助患者重新树立信心,教会患者进行患肢功能的锻炼及回家/社区后的日常护理,同时还需要家庭成员的鼓励及社会的正能量支持,以此提高患者出院准备度水平,进而提高患者的生活质量水平。

有研究显示患者的住院次数越多,出院准备度得分越高^[23],可能是因为患者以往因感冒发烧、阑尾炎、高血压、糖尿病等住院,患者可以预估自己病情的发展,同时治疗方式在患者的心理承受范围内,而此次经病理诊断为乳腺癌,还要进行后续的化疗、放疗、内分泌等治疗,患者对自己的病情无法预估,降低了患者战胜疾病的信心;还可能是因为患者此时处于术后的初次化疗期,而化疗对于患者而言又是一个全新的治疗方案,需要一定的时间来适应化疗的过程及化疗后的不良反应。因此,护士应采取积极的态度和方式,发挥自己的专业特长,帮助患者正确了解乳腺癌相关知识,在患者术后返家后可以在微信群推送关于乳腺癌化疗的相关知识点,帮助患者及家人提前了解化疗的相关知识,减轻患者的心理压力,提高患者的出院准备度水平。

出院指导质量与乳腺癌患者出院准备度呈正相关,说明出院指导质量越高,乳腺癌患者的出院准备度水平也越高,此结果与贾丹丹等^[24]研究结果一致。高质量的出院指导可以提高乳腺癌患者出院准备度,但重点依旧要关注乳腺癌住院患者的实际获得知识需求^[25]。因此,护士在今后的健康教育中要注重评估患者的个体化需求,制订个体化的健康教育方案,同时还要评估患者对健康教育内容的掌握情况。

本研究调查发现乳腺癌患者出院准备度有待提高,临床工作中护士应重点关注乳腺癌术后患者,注重评估患者的个体需求及对健康教育内容的掌握度,并不断寻求更好的指导技巧和方法,让乳腺癌患者在有限的住院期间内接受更好的健康指导和内容,从而提高乳腺癌患者的出院准备度水平和出院后的生活质量。

4 参考文献

- [1] 刘亚敏,宋振国,张广华.乳腺癌患者术前焦虑的相关因素及血流动力学研究[J].天津医科大学学报,2019,25(4):334-336,341.
- [2] 曹毛毛,陈万青.GLOBOCAN 2020 全球癌症统计数据解读[J].中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(3):63-69.
- [3] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2015版)[J].中国癌症杂志,2015,25(9):692-695.
- [4] 刘琴,张圆,冉凌云.出院准备服务临床应用的研究现状[J].护士进修杂志,2016,31(17):1561-1565.
- [5] 赵会玲,冯先琼,余蓉,等.病人出院准备度护理研究进展[J].中国护理管理,2013,13(6):81-83.
- [6] Fenwick AM. An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting[J]. J Adv Nurs, 1979, 4(1): 9-21.
- [7] 马芳,丁晨哲,魏嵘,等.2016年宁夏肿瘤登记地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J].实用肿瘤学杂志,2020,34(4):298-303.
- [8] Weiss ME, Yakusheva Olga, Bobay KL, et al. Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital: The READI Randomized Clinical Trial[J]. JAMA Netw Open, 2019, 2(1): e187387.
- [9] Lin YH, Kao CC, Huang A, et al. Psychometric testing of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. The Journal of Nursing, 2014, 61(4): 56-65.
- [10] Lau D, Padwal RS, Majumdar SR, et al. Patient-reported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: a prospective cohort study[J]. Am J Med, 2016, 129(1): 89-95.
- [11] Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. Clin Nurse Spec, 2007, 21(1): 31-42.
- [12] 王冰花,汪晖,杨纯子.中文版出院指导质量量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2016,51(6):752-755.
- [13] 章雪芳,郑林宏,吴谦.患者出院准备度影响因素的研究进展[J].中国实用护理杂志,2017,33(3):233-238.
- [14] Mollon D. Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2014, 70(8): 1727-1737.
- [15] 龚瑶,彭彩虹.心脏瓣膜置换术后患者的出院准备度现状及其影响因素分析[J].中国护理管理,2020,20(4):544-548.
- [16] 刘欢,宁宁,田永明.出院准备度护理研究新进展[J].中国实用护理杂志,2017,33(17):1357-1360.
- [17] 吕文彬,高志平.连续护理国内外研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(34):64-65.
- [18] 丁敏.乳腺癌全切术后患者出院准备度及其相关因素研究[J].中国现代医药杂志,2020,22(6):79-82.
- [19] 张妍,赵雯婷,刘淑英,等.基于微信的延续护理对乳腺癌术后患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(15):2166-2169.
- [20] 耿晓莉,李敏,练鹏敏,等.出院准备服务在乳腺癌患者围手术期的应用[J].中国护理管理,2020,20(11):1751-1757.
- [21] 李灵萍,王丹红.结直肠癌造口患者化疗期间出院准备度现状及影响因素分析[J].护理与康复,2020,19(7):15-18.
- [22] 郑薇,聂红霞,任静,等.直肠癌术后患者出院准备度现状及影响因素分析[J].中华结直肠疾病电子杂志,2020,9(4):421-424.
- [23] 翁莉群.胃癌患者术后出院指导质量调查与对策[J].中医药管理杂志,2018,26(5):13-15.
- [24] 贾丹丹,马丽丽,杨绪影,等.192名产妇出院准备度与出院指导质量的相关性研究[J].护理学报,2018,25(3):42-45.
- [25] 邱楚瑾,冯先琼,曾继红,等.白内障日间手术患者出院指导质量与出院准备度及出院后健康结局的相关性研究[J].中国护理管理,2020,20(7):1092-1097.

[2021-11-12 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

术前预康复训练对行二尖瓣修复术患者心功能、日常生活能力及预后的影响

康书红 张华 蔺红丽

【摘要】目的 探讨术前预康复训练对行二尖瓣修复术患者心功能、日常生活能力及预后的影响。**方法** 选取2020年1—12月在医院住院行二尖瓣修复术治疗的患者80例为研究对象,按照性别、年龄、病变情况、术前心功能分级匹配的原则分为对照组和观察组,每组40例。对照组行围术期常规护理,观察组在对照组基础上术前8周开始进行预康复训练。观察两组患者术前8周、出院时心功能变化,采用改良Barthel指数评价日常生活能力,记录两组患者预后情况、并发症发生情况及转归。**结果** 术前8周,两组患者左室射血分数(LVEF)、左房容积指数(LAVI)、舒张早期二尖瓣血流速度与舒张早期二尖瓣环运动速度比值(E/e')及6 min步行试验(6MWT)比较差异无统计学意义($P>0.05$);出院时,观察组LVEF高于对照组($P<0.05$),观察组LAVI、 E/e' 低于对照组($P<0.05$),观察组6MWT距离长于对照组($P<0.05$)。术前8周,两组患者Barthel指数评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);出院时,观察组Barthel指数评分高于对照组($P<0.05$)。观察组患者术后ICU住院时间、带呼吸机时间及总住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者转归情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 行二尖瓣修复术患者术前应用预康复训练,可增强其心功能,提高日常生活能力,缩短术后康复时间,降低术后并发症发生率,患者预后良好。

【关键词】 术前预康复训练;二尖瓣修复术;心功能;日常生活能力;预后

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.002



本文作者:康书红

Effect of preoperative rehabilitation training on cardiac function, ability of daily living and prognosis of patients undergoing mitral valve repair KANG Shuhong, ZHANG Hua, LIN Hongli (Anyang People's Hospital, Anyang, 455000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of preoperative rehabilitation training on cardiac function, ability of daily living and prognosis of patients undergoing mitral valve repair. **Methods** To select 80 patients who underwent mitral valve repair in the hospital from January to December 2020 as the study objects. They were divided into a control group and an observation group according to the principle of gender, age, disease status, and preoperative cardiac function classification, 40 cases in each group. The control group received routine care during the perioperative period, and the observation group started pre-rehabilitation training 8 weeks before the operation on the basis of the control group. The changes in cardiac function of the two groups of patients were observed 8 weeks before surgery and at the time of discharge. The modified Barthel index was used to evaluate the ability of daily living, and the prognosis, complications and outcomes of the two groups were recorded. **Results** Eight weeks before surgery, there were no significant differences in left ventricular ejection fractions(LVEF), left atrial volume index(LAVI), mitral valve blood flow velocity in early diastole phase and mitral valve annulus velocity in early diastole phase ratio(E/e') and 6 min walking test(6MWT) between the two groups($P>0.05$). At discharge, the LVEF of the observation group was higher than that of the control group($P<0.05$), the LAVI and E/e' of the observation group were lower than those of the control group($P<0.05$), the distance of 6MWT of the observation group was longer than that of the control group($P<0.05$). Eight weeks before surgery, there were no significant differences in Barthel index score between the two groups($P>0.05$). At discharge, the Barthel index score of the observation group was higher than that of the

基金项目:河南省医学科技攻关计划项目(编号:2018063229)

作者单位:455000 河南省安阳市人民医院(康书红);河南省胸科医院(张华);香港大学(蔺红丽)

康书红:女,本科,副主任护师

control group($P<0.05$). The postoperative ICU hospitalization time, ventilator time and total hospital stay of patients in the observation group were shorter than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the outcome of the two groups of patients($P>0.05$). **Conclusion** The application of preoperative pre-rehabilitation training for patients undergoing mitral valve repair can enhance their cardiac function, improve their ability of daily living, shorten postoperative recovery time, reduce incidence of postoperative complications, and have a good prognosis.

【Key words】 Preoperative rehabilitation training; Mitral valve repair; Cardiac function; Daily living ability; Prognosis

在我国心血管疾病是导致患者死亡的主要疾病之一, 每年因心血管疾病死亡的患者高于肿瘤和其他疾病^[1-2], 二尖瓣病变在心血管疾病中较常见, 目前对心血管疾病的治疗主要有保守治疗和手术, 外科手术是治疗的主要手段之一^[3-5], 手术方式主要根据疾病严重程度及类型、部位等决定, 二尖瓣病变的治疗术式包括二尖瓣修复术、二尖瓣置换术等, 术后可明显改善患者心脏功能, 提高生存率, 然而, 由于二尖瓣病变患者病情时间往往较长, 会导致身体素质整体低下, 术后易出现肺不张、肺部感染、呼吸窘迫综合征等并发症^[6-8], 影响到患者的术后康复。为了促进患者术后康复, 临床上提出了加速康复外科的概念^[9-10], 旨在根据循证医学证据指导护理措施的实施, 以促进和加速患者术后康复。预康复是在加速康复外科理念的基础上提出的术前管理新策略^[11], 即在患者入院时开始到出院这段时间内进行的一系列连续性护理, 相关研究均报道预康复的实施有助于加速患者术后的康复进程及改善预后^[12-14]。本研究探讨术前预康复训练对行二尖瓣修复术患者心功能、日常生活能力及预后的影响, 旨在为行二尖瓣修复术患者的康复管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年1—12月在我院住院行二尖瓣修复术治疗的患者80例为研究对象, 纳入条件: 均行彩色超声心动图检查确诊为二尖瓣关闭不全, 同时临床症状符合二尖瓣关闭不全; 均行二尖瓣修复术治疗; 年龄 ≥ 18 岁, 性别不限; 患者认知能力、理解能力、沟通能力均正常; 血压、血糖及血脂水平处于正常水平范围; 患者均知情同意, 签署知情同意书。排除条件: 均无二尖瓣修复术治疗禁忌证; 行瓣膜置换术治疗; 有精神疾病史、凝血功能异常、大血管病变; 合并原发性肺部疾病, 或存在肝、肾功能不全; 合并恶性肿瘤; 妊娠期及哺乳期

女性; 有精神疾病史。按照性别、年龄、病变情况、术前心功能分级匹配的原则分为对照组和观察组, 每组40例。对照组中男26例, 女14例; 平均年龄 43.67 ± 11.77 岁; 病变情况: 单纯二尖瓣病变37例(后瓣病变28例, 前瓣病变9例, 其中3例患者同时有腱索断裂), 合并先天性心脏病3例(房间隔缺损2例, 室间隔缺损1例); 术前NYHA心功能分级: II级4例, III级33例, IV级3例。观察组中男27例, 女13例; 平均年龄 43.14 ± 12.82 岁; 病变情况: 单纯二尖瓣病变38例(后瓣病变30例, 前瓣病变8例, 其中4例患者同时有腱索断裂), 合并先天性心脏病2例(房间隔缺损1例, 室间隔缺损1例); 术前NYHA心功能分级: II级2例, III级35例, IV级3例。两组患者性别、年龄、病变情况、术前NYHA心功能分级比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过医院伦理委员会审核。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理, 包括各个阶段的健康教育、生活指导、饮食护理、完善术前检查、术后康复锻炼指导、出院指导、心理护理等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施术前预康复训练, 具体措施如下: ①成立术前预康复训练小组。组长为护士长, 组员包括1名主治医师、4名护理人员。②循证查找二尖瓣修复术预康复的措施及策略, 掌握预康复训练的内容、方法及技能。③术前预康复训练。内容包括相关知识宣教、运动训练、呼吸训练、咳嗽训练等, 各项训练措施在术前8周开始进行, 每周进行1次训练效果评价, 根据实施效果调整训练强度及方法等。运动训练包括耐力训练和力量训练, 具体方式有步行、骑自行车、器械阻力、伸展运动等, 每周3次, 耐力训练和力量训练每次20 min(包括热身阶段), 强度从低到强逐渐增加。护理人员劝导患者戒烟, 锻炼腹式呼吸和缩唇呼吸、咳嗽训练等, 训练次数和时间不限。患者术前8周和入院后由医护人员集中组织1次健康知识宣教, 内容包括二尖瓣修复术相关知识、自身

病情、手术流程、预康复内容及实施措施、预康复训练能达到的目的等，同时了解患者心理状况，进行心理干预。

1.3 观察指标

（1）心功能：观察患者术前8周和出院时心功能变化，采用超声心电图检测，指标包括左室射血分数（LVEF）、左房容积指数（LAVI）、舒张早期二尖瓣血流速度与舒张早期二尖瓣环运动速度比（E/e'），同时进行6 min 步行试验（6MWT）。

（2）日常生活能力：术前8周和出院时采用改良 Barthel 指数评价患者的日常生活能力，包括修饰、洗澡、进食、穿衣等10个条目，总分100分，分值越高表明日常生活能力越好，60分以上为生活基本自理。

（3）预后：记录两组患者术后重症监护室（ICU）住院时间、带呼吸机时间、总住院时间、术后并发症发生情况（包括心律失常、肺部感染、心功能不

全等）、转归情况（包括治愈、好转）。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 术前8周和出院时两组患者心功能变化情况比较

术前8周，两组患者 LVEF、LAVI、E/e' 及 6MWT 比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；出院时，观察组 LVEF 高于对照组（ $P<0.05$ ），观察组 LAVI、E/e' 低于对照组（ $P<0.05$ ），观察组 6MWT 距离长于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 术前8周和出院时两组患者心功能变化情况比较

组别	例数	LVEF（%）		LAVI（ml/m ² ）	
		术前8周	出院时	术前8周	出院时
对照组	40	46.87 ± 4.77	51.43 ± 3.15	34.90 ± 2.34	31.07 ± 2.11
观察组	40	46.80 ± 4.51	57.44 ± 3.42	34.95 ± 2.32	28.87 ± 2.05
<i>t</i> 值		0.067	8.175	0.096	4.730
<i>P</i> 值		0.946	0.000	0.924	0.000

组别	例数	E/e'		6MWT（m）	
		术前8周	出院时	术前8周	出院时
对照组	40	14.89 ± 2.09	12.31 ± 1.76	324.34 ± 47.81	273.49 ± 42.70
观察组	40	14.92 ± 2.12	10.51 ± 1.73	326.09 ± 48.04	304.50 ± 44.54
<i>t</i> 值		0.064	4.613	0.163	3.179
<i>P</i> 值		0.949	0.000	0.871	0.002

2.2 术前8周和出院时两组患者日常生活能力评分比较

术前8周，两组患者日常生活能力评分比较

差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；出院时，观察组日常生活能力评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 术前8周和出院时两组患者日常生活能力评分比较（分）

组别	例数	术前8周	出院时
对照组	40	72.12 ± 11.67	84.90 ± 12.78
观察组	40	72.88 ± 11.95	95.17 ± 12.25
<i>t</i> 值		0.288	3.669
<i>P</i> 值		0.774	0.000

2.3 两组患者术后ICU住院时间、带呼吸机时间、总住院时间比较

间及总住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

观察组患者术后ICU住院时间、带呼吸机时

表3 两组患者预后情况比较(d)

组别	例数	术后ICU住院时间	带呼吸机时间	总住院时间
对照组	40	11.03 ± 2.11	9.49 ± 2.04	14.45 ± 3.10
观察组	40	9.42 ± 1.95	7.16 ± 1.97	12.23 ± 2.56
t 值		3.544	5.196	3.492
P 值		0.001	0.000	0.001

2.4 两组患者术后并发症发生情况及转归情况比较

观察组患者术后并发症发生率低于对照组,差

异有统计学意义($P<0.05$);两组患者均无死亡,转归情况比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表4。

表4 两组患者术后并发症发生情况及转归情况比较

组别	例数	术后并发症		转归	
		发生例数	百分率(%)	治愈例数	治愈率(%)
对照组	40	8	20.00	15	37.50
观察组	40	1	2.50	20	50.00
χ^2 值		4.507*		1.270	
P 值		0.034		0.260	

*校正 χ^2 值。

3 讨论

二尖瓣病变是常见的瓣膜病变类型,以二尖瓣关闭不全常见,目前手术仍然是主要治疗方式,手术治疗中主要包括瓣膜修复术及瓣膜置换术,病变轻微时通常行瓣膜修复术治疗,病变严重时大多会选择瓣膜置换术治疗。行瓣膜修复术治疗在一定程度上可改善患者的症状、心功能及预后,但此手术属于创伤性操作,因此术后康复效果会直接影响到患者预后。临床报道显示^[15-16],术后心功能不全和肺部感染等并发症发生是导致心脏瓣膜手术患者术后死亡的常见原因,因此如何通过一定的康复措施促进其快速康复、降低术后并发症发生、提高患者生活质量是医务工作者在手术治疗心脏瓣膜病变时需要思考和关注的问题之一。

随着康复外科概念的提出及发展,预康复策略也逐渐在临床上形成,最早预康复概念的提出始于2010年,主要应用于心脏外科及关节外科手术,而且预康复的内容也仅仅涉及术前运动康复干预,后随着对预康复的进一步认识,提出预康复可以是多方位的,如进行术后运动、心理及营养康复等^[17-18],预康复策略需要结合患者的病情和自身特点制订,

通过预康复训练干预的患者其心理、营养、免疫等会得到明显改善,有利于术后加速康复。心脏外科手术中预康复训练也逐渐被临床所重视,临床报道在术前进行心脏康复训练、呼吸康复训练、运动康复训练等均有助于增强患者身体素质,提高其心肺功能,帮助平稳度过围术期,同时还可促进术后康复^[19-21]。我院对行二尖瓣修复术治疗的手术患者,在术前进行了预康复训练,训练内容主要包括运动训练、呼吸训练、咳嗽训练,通过上述训练增强了患者的心肺功能和体质,使患者能科学咳嗽、排痰。临床报道显示大多数预康复训练时间是在术后1~8周开始^[18],术前预康复训练时间超过12周时患者容易出现训练依从性下降,预康复训练时间过短则难达到良好的康复效果,合适时间应该控制在4~8周最为适宜,因此本研究选择的预康复训练时间是术前8周开始,结果显示,观察组患者术后心功能改善程度、术后日常生活能力优于对照组,表明术后预康复训练对于术后心功能恢复和提高日常生活能力有积极作用;观察组患者术后并发症发生率低于对照组,术后ICU住院时间、带呼吸机时间及总住院时间短于对照组,说明预康复训练有利于加速患者术后康复;分析患者最终转归情况,两组患者

的预后均良好,主要是因为行瓣膜修复术的患者往往病变较轻,因此普遍预后较好,本研究中也未出现因预康复训练导致患者病情加重的情况,主要是合理的控制训练强度和时间,因此术前合理的进行预康复训练是安全的。

综上所述,行二尖瓣修复术患者术前应用预康复训练,可增强其心功能,提高日常生活能力,缩短术后康复时间,降低术后并发症发生率,患者预后良好。

4 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] 《中国心血管健康与疾病报告》编写组.《中国心血管健康与疾病报告2019》要点解读[J].中国心血管杂志,2020,25(5):401-410.
- [3] Izumi C, Eishi K, Ashihara K, et al. JCS/JSCS/JATS/JSVS 2020 guidelines on the management of valvular heart disease[J]. Circulation Journal, 2020, 84(11): 2037-2119.
- [4] Donnellan E, Griffin BP, Johnston DR, et al. Rate of progression of aortic stenosis and its impact on outcomes in patients with radiation-associated cardiac disease: a matched cohort study[J]. JACC: Cardiovascular Imaging, 2018, 11(8): 1072-1080.
- [5] Marwick TH, Amann K, Bangalore S, et al. Chronic kidney disease and valvular heart disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference[J]. Kidney international, 2019, 96(4): 836-849.
- [6] Kastengren M, Svenarud P, Ahlsson A, et al. Minimally invasive mitral valve surgery is associated with a low rate of complications[J]. J Intern Med, 2019, 286(6): 614-626.
- [7] Mehaffey HJ, Hawkins RB, Schubert S, et al. Contemporary outcomes in reoperative mitral valve surgery[J]. Heart, 2018, 104(8): 652-656.
- [8] 范威伟,袁桃花.医院到家庭连续护理对心脏瓣膜置换术后并发症及负性情绪的改善[J].中国老年保健医学,2020,18(1):150-151.
- [9] 徐艺,余海.心脏手术加速康复外科理念与进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2020,27(12):1479-1484.
- [10] 邱田,刘子嘉,黄宇光.预康复在加速术后康复中的价值[J].临床麻醉学杂志,2018,34(3):296-298.
- [11] Shirazian S. Depression in CKD: Understanding the Mechanisms of Disease[J]. Kidney International Reports, 2019, 4(2):189-190.
- [12] Marcin T, Eser P, Prescott E, et al. Predictors of pre-rehabilitation exercise capacity in elderly European cardiac patients - The EU-CaRE study[J]. European Journal of Preventive Cardiology, 2020, 27(16): 1702-1712.
- [13] Awasthi R, Minnella EM, Ferreira V, et al. Supervised exercise training with multimodal pre-habilitation leads to earlier functional recovery following colorectal cancer resection[J]. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2019, 63(4): 461-467.
- [14] Rifa'i AS, Budipramana VS, Sari GM. Pre-Operative Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol Compliance Towards Major Surgery Patients at Dr. Soetomo General Hospital, Surabaya[J]. Biomolecular and Health Science Journal, 2020, 3(1): 28-32.
- [15] 施超,刘学刚,刘以尧,等.大于68岁高龄心脏瓣膜疾病手术患者近中期疗效分析[J].中华全科医学,2018,16(7):1061-1063,1075.
- [16] 石宇,陆树洋,马文锐,等.单中心130例再次心脏瓣膜手术病因及围术期风险因素分析[J].复旦学报(医学版),2020,47(5):694-699.
- [17] 刘承宇,朱明炜.多维预康复技术在老年外科应用的研究进展[J].中华临床营养杂志,2020,28(6):368-373.
- [18] 戴田,毕清泉,唐婧婧.预康复策略在外科手术患者中应用的研究进展[J].护理与康复,2020,19(4):47-50.
- [19] Fernandez AB, Thompson PD. Exercise Participation for Patients with Valvular Heart Disease: a Review of the Current Guidelines[J]. Current Cardiology Reports, 2021, 23(5): 1-9.
- [20] 孙琪,沈燕萍.音乐疗法联合综合呼吸功能训练对心脏瓣膜置换术患者康复效果的影响[J].当代护士(中旬刊),2018,25(2):30-32.
- [21] 黄晓燕,宋宝国,王沙,等.术前运用呼吸功能训练器对二尖瓣成形术后心肺康复的影响[J].心肺血管病杂志,2020,39(5):586-589.

[2021-08-01 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

ICU 转出患者家属转科应激压力现状及影响因素

姚彦蓉 哈思敏 王艳 李桂芳 马宁 张翔 米光丽

【摘要】 目的 调查 ICU 转出患者家属转科应激压力现状并分析其影响因素。方法 2020 年 9—12 月对入住宁夏医科大学总医院 ICU 且需要转出的 105 名患者家属进行调查。结果 ICU 转出患者家属转科应激压力总得分为 62.35 ± 10.23 分。多元线性回归分析显示, 年龄、与患者的关系、受教育程度、患者入住 ICU 天数是 ICU 转出患者家属转科应激压力的独立影响因素 ($P < 0.05$)。结论 ICU 转出患者家属存在中等水平的应激压力; 年龄大、与患者夫妻关系、受教育程度低、入住 ICU 时间长的患者家属转科应激压力增大。

【关键词】 重症监护室; 转科患者家属; 转科应激压力; 现状调查

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.003



本文作者: 姚彦蓉

The current situation and influencing factors of stress pressure in family members of patients transferred out of ICU
YAO Yanrong, HA Simin, WANG Yan, LI Guifang, MA Ning, ZHANG Xiang, MI Guangli (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 Objective To investigate the stress pressure status of family members of patients transferred out of ICU and analyze its influencing factors was as the study subject. **Methods** The family members of 105 patients who were admitted to the ICU of Ningxia Medical University General Hospital and needed to be transferred out from September to December 2020 were investigated. **Results** The total stress pressure score of family members of patients transferred from ICU was 62.35 ± 10.23 points. Multiple linear regression analysis showed that the age, relationship with patients, education level, and the number of days patients stayed in ICU were the independent influencing factors of the stress pressure of family members of patients transferred out of ICU ($P < 0.05$). **Conclusions** The family members of patients transferred out of the ICU had a moderate level of stress pressure; the family members of the patients who were older, had a relationship with the patient's husband and wife, had a low level of education, and stayed in the ICU for a long time had increased stress when transferred to a department.

【Key words】 Intensive care unit; Family members of transfer patients; Transfer stress pressure; Survey of current situation

随着重症医学的进步, ICU 患者转出率逐年增高。患者从 ICU 转出是疾病转归的积极表现, 但在这一过程中患者及家属普遍存在情绪低落、焦虑、抑郁等负性心理, 研究者将这种负性心理定义为转科应激压力^[1], 又称迁徙应激综合征。1992 年北美护理诊断协会将这种迁徙应激综合征纳入护理诊断体系, 定义为: 当个体从熟悉的环境转入陌生的环境时, 会出现生理或心理上紊乱的状态, 主要表现

为焦虑、抑郁和孤独^[2]。且在疫情防控的常态化阶段, 住院患者家属的限制性管理又将进一步增加其转科应激压力的发生风险。但是目前多数相关研究主要针对 ICU 转科患者, 忽略了家属在面对患者转科应激事件下的心理状态。而家属作为患者主要医疗方案的决策者和转出后的主要照顾者, 在疾病过渡期和恢复初期承担着较重的照顾任务。调查数据显示^[3], 约 30% 患者从 ICU 转入普通病区后会发生护理安全问题, 如果家属在此期发生转科应激压力, 使得家属医疗决策参与感和理解度低下, 同时照顾患者的能力低下且质量不高, 严重降低了患者在疾病恢复“黄金期”的康复效果, 最终影响患者的疾病转归。因此本研究旨在调查疫情防控常态化阶段 ICU 转出患者家属转科应激压力现状并分析其影响因素, 为后期针对 ICU 患者家属心理状态的靶向干预研究提供参考依据。

基金项目: 宁夏回族自治区重点研发计划一般项目 (编号: 2018BEG03040); 宁夏医科大学总医院 2020 年新入职硕士培养项目 (编号: 2020294); 宁夏医科大学总医院新冠肺炎疫情防控应急项目 (编号: XE202014)

作者单位: 750004 宁夏回族自治区银川市, 宁夏医科大学总医院 (姚彦蓉, 哈思敏, 王艳, 李桂芳, 马宁, 张翔, 米光丽); 宁夏医科大学护理学院 (米光丽)

姚彦蓉: 女, 硕士, 护师

通信作者: 米光丽, 本科, 主任护师, 护理部副主任

1 对象与方法

1.1 调查对象

2020年9—12月,选取宁夏医科大学总医院ICU即将转出的105名患者家属作为调查对象。纳入条件:患者方面包括计划在24h内转出ICU;ICU治疗时间≥24h;家属方面包括ICU转出患者的直系亲属,且与患者一起生活;年龄≥18岁;参与患者的医疗决策、支付医疗费用且知晓患者病情。排除条件:存在视听障碍及精神疾病无法正常语言交流者、无法完成问卷者;拒绝参与本调查者。

1.2 调查内容与方法

1.2.1 调查内容

(1)ICU患者家属一般资料调查:包括性别、年龄、婚姻状况、照顾患者经验、受教育程度、职业、家庭人均月收入、患者入住ICU天数等。

(2)ICU转出患者家属转科应激压力评估:采用由国内学者孙顺霞研制的患者家属转科应激压力评估量表^[4],包括转科分离焦虑、环境改变、病情严重程度、护理模式改变、转科过程安全性、照顾能力自我效能感6个维度,共计20个条目;量表采用Likert 4级评分法,从“完全符合”到“完全不符合”分别计1~4分,最低得分20分,最高得分80分,其中第1、3、8、10、11、14、16、17、18、19、20项为反向计分项目。所得分数越高,说明患者家属发生转科应激压力的可能性及程度越高。其中各

维度Cronbach's α系数范围分布0.762~0.872之间,量表总的Cronbach's α系数为0.882,说明该量表具有较高的信效度。为避免各维度条目数不同所造成的数据统计误差及方便统一,将各维度得分进行标准化,标准得分=(实际总得分/最高可能)×100%。

1.2.2 调查方法 由研究者向被调查者解释说明调查目的及问卷填写注意事项,在保证疫情防控的前提下下一对一现场发放问卷(每次调查现场仅调查者和问卷填写者2人,严格佩戴医用外科口罩)并当场回收。最终发放问卷109份,回收问卷109份,剔除无效问卷4份,最终回收有效问卷105份,有效率96.33%。

1.3 统计学方法

采用SPSS 23.0统计学软件进行数据处理,计量资料采用“均数±标准差”表示,组间均数比较采用*t*检验或单因素方差分析,多因素分析采用多元线性回归分析。以*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 ICU转出患者家属转科应激压力各维度得分

ICU转出患者家属转科应激压力总分为62.35±10.23分(标准化后得分);得分最高的维度是照顾能力自我效能71.11±15.55分,得分最低的维度是转科分离焦虑58.90±12.15分,见表1。

表1 ICU转出患者家属转科压力各维度得分

项目	最小值	最大值	得分	标化后得分	排序
转科分离焦虑	5	16	11.78±2.43	58.90±12.15	6
环境改变	3	10	7.18±1.63	59.84±13.61	5
病情严重程度	3	11	7.34±1.77	61.19±14.72	3
护理模式改变	3	12	7.33±1.70	61.11±14.19	4
转科过程安全性	3	12	7.70±1.89	64.21±15.72	2
照顾能力自我效能	4	12	8.53±1.87	71.11±15.55	1
总分	28	68	49.88±8.18	62.35±10.23	

2.2 ICU转出患者家属转科应激压力影响因素的单因素分析

单因素分析显示,年龄、性别、与患者关系、入住ICU天数对ICU转出患者家属转科应激压力得分有影响,组间比较差异有统计学意义(*P*<0.05),见表2。

2.3 ICU转出患者家属转科应激压力的多元线性回归分析

以应激压力总分作为因变量,将表2中有统计学意义的因素作为自变量(年龄:实测值;与患者的关系:1=丈夫/妻子,2=父母,3=子女,4=兄弟/姐妹;受教育程度:1=小学,2=初中,3=高中,4=大专及以上;ICU住院时间:1=1~3d,2=4~10d,3=>10d)进行多元线性回归分析,结果显示,年龄大、与患者夫妻关系、受教育程度低、ICU住院时间长的患者家属转科应激压力增大(*P*<0.05),见表3。

表 2 ICU 转出患者家属转科应激压力影响因素的单因素分析

分析因素	类别	人数	得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
年龄 (岁)	≥ 26	23	47.35 ± 8.17	3.229*	0.044
	36~	30	48.40 ± 7.55		
	> 45	52	51.85 ± 8.20		
性别	男	60	48.47 ± 7.91	2.071	0.041
	女	45	51.76 ± 8.25		
婚姻状况	已婚	9	49.65 ± 8.09	0.835	0.405
	未婚	96	52.33 ± 9.29		
职业	农民	60	49.30 ± 8.36	0.968*	0.440
	工人	7	48.14 ± 9.81		
	职员	11	52.45 ± 5.70		
	公务员	17	52.53 ± 5.73		
	退休	5	45.80 ± 13.39		
	个体	5	48.60 ± 9.66		
照顾患者经验	有	67	49.07 ± 7.53	1.341	0.183
	无	38	51.29 ± 9.15		
与患者的关系	丈夫 / 妻子	20	54.15 ± 4.89	5.453*	0.000
	父母	22	53.05 ± 8.14		
	子女	52	47.44 ± 8.46		
	兄弟 / 姐妹	11	47.27 ± 7.03		
受教育程度	小学	18	51.63 ± 5.80	1.483*	0.224
	初中	39	50.50 ± 9.61		
	高中	24	49.95 ± 7.73		
	大专及以上	24	46.56 ± 9.41		
费用来源	自费	38	49.82 ± 8.82	0.011*	0.989
	新农合	36	50.00 ± 7.26		
	省市医保	31	49.70 ± 8.76		
平均人均月收入 (元)	< 1000	13	49.38 ± 9.33	0.099*	0.983
	1000~	21	49.38 ± 8.62		
	2000~	42	50.17 ± 8.54		
	5000~	21	50.48 ± 7.61		
	10 000~	8	48.88 ± 5.99		
入住 ICU 天数 (d)	1~3	49	48.10 ± 9.44	3.469*	0.035
	4~10	47	50.70 ± 6.66		
	> 10	9	55.22 ± 5.02		

**F* 值。

表 3 ICU 转出患者家属转科应激压力的多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i> 值	<i>SE</i> 值	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常数项	30.411	6.176	—	4.924	0.000
年龄	2.806	0.921	0.275	3.047	0.003
与患者的关系	-2.684	0.797	-0.302	-3.367	0.001
受教育程度	-1.717	0.756	-0.216	-2.271	0.025
ICU 住院时间	2.611	1.138	0.205	2.295	0.024

*R*²=0.323, 调整后 *R*²=0.243; *F*=4.039, *P*<0.001。

3 讨论

本研究结果显示, ICU 患者家属转科应激压力总得分为 62.35 ± 10.23 分, 提示 ICU 患者家属转科

应激压力为中等水平^[5-6], 说明 ICU 转科患者家属普遍存在与转科相关的心理问题。患者转出 ICU 从专业角度分析说明患者的疾病转归是朝着积极正向的方向发展, 但是在心理学上认为当个体从熟悉的

环境迁移时,会出现不同程度的分离焦虑。而ICU患者病情危重、变化快,即使可以达到转科标准,其疾病状态仍然是不稳定的,随时可能发生病情变化;加之在疫情下ICU禁止探视防控策略及家属限制性管理等,使家属对患者入住ICU整个过程产生陌生感、措手不及等心理反应,都大大增加了患者家属的分离焦虑。有研究表明^[7],ICU患者家属在面对患者转科时容易出现矛盾心理,一方面与ICU高昂的医疗费用有关;另一方面,因ICU的治疗、监护模式及医护患比都远远优于普通病房,使家属对ICU产生依赖心理;而转出ICU的决定意味着医疗条件、医疗设备、医疗人员结构的改变,这促使患者家属更加担心患者病情的恢复,对普通病房的医护人员出现不信任的心理,从而使家属出现焦虑、抑郁、矛盾情绪。同时患者转科过程中,治疗和监护都是中断的,对于本身就处于疾病恢复初期的患者无疑是具有挑战性的,更加重了家属的担心和焦虑情绪,加之患者在ICU内处于完全被动照顾和治疗的状态,其自主生活能力存在不同程度的功能障碍,对转出后家属照顾能力是一个巨大的考验,间接增加了家属的照顾负担。患者家属作为患者在院内的主要医疗活动的决策者,其高水平的应激压力不仅对家属的决策能力产生影响,且对家属的心理和生理健康都会产生严重的不良影响,最终直接影响患者的康复。

本研究多元线性回归分析显示,年龄、与患者关系、受教育程度、入住ICU天数是ICU转出患者家属转科应激压力的独立影响因素。

(1) 患者家属年龄越大,转科应激压力越大:这与相关研究结果一致^[8]。分析原因:可能是因为年龄越大的家属,社会支持利用度低^[9-10],且容易出现认知误区,对于转科的理解度偏低,生理、心理承受能力、适应能力较差,对待应激事件正性反应能力就越差,应对方式更消极,转科所引起的应激压力也就更大。

(2) 直系亲属转科压力较旁系亲属较高:一方面可能的原因是与患者越亲密对患者关注度越高,对患者康复的期望值就会越大;从而将ICU误认为“安全岛”的依赖心理,当患者要转出到治疗和监护级别都稍低于ICU的普通病房时,其心理准备度差,焦虑、恐惧等负性情绪增加,应激反应越明显。另一方面在转出ICU后照护患者的任务一般情况由直系亲属承担,面临“在ICU期间医护人员照顾患者到家属照顾患者”的任务转接,随之而来的是角色的转变,而担心、焦虑等的负性情绪使家

属角色适应不良;加之患者生活自理能力的缺失,家属的照顾负担加重,同时照顾危重患者经验不足,缺乏专业性,且知识储备不足,使家属暴露于生理和心理的多重应激压力的高风险环境下,最终导致家属照顾能力、照顾质量低,影响患者疾病康复。

(3) 文化水平越低其转科应激压力越大:分析原因可能是学历越低的家属,其医学背景越弱,对于患者疾病认知和治疗方案的理解力越差,就越容易产生认知偏差;而高学历的家属其健康商数越高^[11]、获取知识能力和途径越广泛,同时善于利用科学的方法及时调整自身的心理状态。

(4) 患者在ICU治疗时间越长,转科应激压力就会越大:这与相关研究结果一致^[12]。分析原因为ICU住院时间与患者的病情严重程度呈正相关,ICU住院时间越长,说明患者的病情越危重,家属的心理压力越大,对于患者的疾病恢复情况存在诸多不确定感;且疫情下各种防控策略均需家属高度配合,长期在高压环境下,家属心理多会出现焦虑、烦躁等抵触情绪;同时长时间经济压力使其长期处于强压之下,心理弹性差,应激现象高发。

4 小结

随着医疗模式的改变,当今高精尖、快节奏的重症医学的治疗目标已经从生理的恢复,延伸至心理层面,而ICU患者家属的生理、心理问题还未引起医护人员的重点关注^[13]。ICU转科后的过渡期护理还处于探讨阶段,ICU联络护士的设置与职责分工仍需进一步的研究;但值得注意的是,在疫情防控常态化阶段,在高质量完成日常医疗工作的同时,关注ICU患者家属的心理问题,主动询问其需求,及时做到心理疏导,改善家属的负性心理状态,保证患者在转出ICU后的疾病过渡期和恢复初期得到家属的高质量照顾,减少ICU重返率和护理安全事件发生,促进患者康复;同时提高患者及家属就医满意度,减少医患纠纷的发生。

5 参考文献

- [1] Brooke J, Hasan N, Slark J, et al. Efficacy of information interventions in reducing transfer anxiety from a critical care setting to a general ward :a systematic review and meta-analysis[J]. J Crit Care,2012,27(4):425-429.
- [2] Mallick MJ, Whipple TW. Validity of the nursing diagnosis of relocation stress syndrome[J]. Nurs Res,2000,49(2):97-100.
- [3] Cullinane JP,Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to

秦皇岛市三级医院成人ICU患者谵妄影响因素的调查分析

唐莲莲 赵丽坤 田英慧 赵一涵 李佳 陈晓敏 王慧

【摘要】目的 调查秦皇岛市三级医院成人ICU患者谵妄的影响因素,以探索更有效的针对性预防措施。**方法** 选取2018年7月—2019年1月入住秦皇岛市三级医院ICU的535例成人患者为研究对象,使用谵妄评估量表诊断谵妄,收集患者人口学资料、病史、入ICU时病情严重程度评分,每日记录疼痛、呼吸机使用情况、镇静药的使用种类和身体约束情况等数据资料,采用单因素分析和多因素Logistic回归分析ICU患者发生谵妄的影响因素。**结果** 本研究有125例患者发生谵妄,发生率23.36%。单因素分析显示,年龄、APACHE II评分、COPD病史、神经系统疾病史、呼吸机使用、疼痛程度、镇静药物使用种类及约束是成人ICU谵妄发生的影响因素($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,年龄、APACHE II评分、呼吸机使用、疼痛程度、镇静药物使用种类和约束是ICU谵妄发生的影响因素($P<0.05$)。**结论** 成人ICU患者发生谵妄受年龄、APACHE II评分、呼吸机使用等因素影响,医护人员应针对其影响因素采取预防措施,以降低其发生率。

【关键词】 谵妄;重症监护室;影响因素;调查;疼痛程度;镇静药物;身体约束

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.004



本文作者:唐莲莲

Investigation and analysis of the influencing factors of delirium in adult ICU patients in tertiary hospitals in Qinhuangdao city TANG Lianlian, ZHAO Likun, TIAN Yinghui, ZHAO Yihan, LI Jia, CHEN Xiaomin, WANG Hui (The First Hospital of Qinhuangdao, Qinhuangdao, 066000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the influencing factors of delirium in adult ICU patients in a tertiary hospital in Qinhuangdao city to explore more effective targeted preventive measures. **Methods** A total of 535 adult patients admitted to the ICU of a tertiary hospital in Qinhuangdao city from July 2018 to January 2019 were selected as the study subjects. The delirium was diagnosed by using the delirium assessment scale, and recorded daily data such as pain, ventilator use, sedative use type and physical restraint, and univariate analysis and multivariate Logistic regression were used to analyze

基金项目:秦皇岛市科技计划项目(编号:201703A092)

作者单位:066000 河北省秦皇岛市第一医院护理部

唐莲莲:女,硕士,主管护师,科护士长

通信作者:陈晓敏,女,硕士,主任护师,护理部主任

wards[J].Nurs Crit Care,2013,18(6):289-296.

- [4] 孙顺霞.ICU转出患者家属转科应激压力评估量表的构建及信效度检验[D].重庆:重庆医科大学,2017.
- [5] 周松,王建宁,王婧,等.ICU转出患者家属迁移应激现状及其影响因素的研究[J].中华护理杂志,2017,52(8):911-915.
- [6] 史广玲,刘夕珍,宗薇,等.ICU转出过渡期患者家属心理状况的纵向调查[J].中国护理管理,2019,19(11):1725-1729.
- [7] 孙顺霞,甘秀妮,张传来.ICU患者转出时家属内心体验的质性研究[J].护理学杂志,2017,32(10):75-78.
- [8] 李婷.ICU转出患者家属转科应激影响因素分析及干预研究[D].长春:长春中医药大学,2019.
- [9] 王秀丽.ICU转出患者家属社会支持、应对方式与迁移应激的相关性研究[D].延吉:延边大学,2019.
- [10] 李婷,赵琪珩,董雪.ICU转出患者家属迁移应激的预防与护理[J].中华护理杂志,2018,53(3):321-323.
- [11] 刘丹丹,苏玉敏,赵俊雅,等.ICU转出患者家属健康商数与应激压力状况的相关性[J].中国继续医学教育,2018,10(21):157-159.
- [12] 周玉娟,单文明,孙思思.某院ICU患者转科期间特征分析及防护管理效果[J].解放军医院管理杂志,2019,26(10):901-904.
- [13] 韦秀霞,张秀伟,彭剑英,等.国外ICU后综合征的研究现状.中华护理杂志,2016,51(1):84-89.

[2021-08-19 收稿]

(责任编辑 陈景景)

the influencing factors of delirium in ICU patients. **Results** Delirium occurred in 125 patients in this study, with an incidence rate of 23.36%. Univariate analysis showed that the age, APACHE II score, history of COPD, history of neurological disease, ventilator use, pain level, type of sedative drug use and restraint were the influencing factors of delirium in adult ICU($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that the age, APACHE II score, ventilator use, pain level, type of sedative drug use and restraint were the influencing factors of delirium in adult ICU($P<0.05$). **Conclusion** The occurrence of delirium in adult ICU patients was affected by factors such as age, APACHE II score and ventilator use, and medical staff should take preventive measures according to the influencing factors to reduce the incidence.

【Key words】 Delirium; Intensive care unit; Influencing factors; Investigation; Pain degree; Sedative drugs; Physical restraint

谵妄是一种突然发生的、精神状态异常改变的综合征,包括出现认知障碍、意识紊乱和注意力无法集中三种典型症状,常持续几个小时或几天,最终可自行恢复正常^[1]。研究表明,重症患者发生谵妄会影响其治疗结局,如增加病死率,增加治疗费用,延长住院时间、呼吸机使用时间,提高气管插管复插率、非计划拔管发生率、坠床等,并会增加罹患慢性认知障碍的风险^[2-3]。

谵妄在不同地区、人群中发生率不一。国外荟萃分析报告谵妄在ICU的发生率约为31.8%^[2],老年患者或使用呼吸机患者发生率可能更高一些。吴传芹等^[4]报道南京中大医院重症医学科谵妄的发生率约为40.9%。谵妄发生的生理学机制尚不清楚,对于谵妄影响因素的研究主要集中在创伤、手术、疾病严重程度、呼吸机使用、慢性病和某些镇静药物等方面,尚有很多其他因素是否影响谵妄的发生仍亟待探讨。本研究通过量性研究明确秦皇岛市三级医院ICU谵妄发生的相关因素,以指导医护人员采取相应的预防措施,有意识地避免和纠正其诱发因素,能够达到降低ICU谵妄发生率的目的。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年7月—2019年1月入住秦皇岛市三级医院2个综合ICU的成人患者535例为研究对象。纳入条件:年龄 ≥ 18 岁且首次入住ICU的患者。排除条件:年龄 < 17 岁;入科前存在精神病史;痴呆患者;入科前存在脑梗死后遗症所致神志不清;聋哑患者;入住ICU 2次及以上;ICU停留时间不足24 h;持续昏迷 > 5 d;持续昏迷直至死亡或出院患者。入选患者均自愿参加本研究。本研究通过秦皇岛市第一医院伦理委员会审查通过,伦理编号2017C045。

1.2 调查工具

(1)谵妄评估量表(CAM-ICU):该量表通过评估患者是否出现了以下诊断特征:①急性发病或

病程波动;②注意力不足;③思维瓦解或意识水平的改变,如同时具备3个特征,即判断患者谵妄阳性。每日评估2次,有1次评估阳性即被诊断为谵妄。

(2)急性生理和慢性健康评分(APACHE II)量表:是目前临床广泛用于评估病情严重程度的量表,该量表包括急性生理学评分(APS)、年龄、慢性健康状况评价(CPS)3个部分,评分范围0~71分,分值越高表明疾病越严重。

(3)行为疼痛评估量表(BPS):该量表是专门应用于重症患者的疼痛评估量表。重症患者常由于各种原因出现表达和交流障碍,不适用于数字分级法和主诉疼痛程度分级法,而BPS量表是一个客观评价量表,由医护人员对患者的面部表情(1~4分)、上肢运动(1~4分)、人机对抗或呻吟的长短及频率情况(1~4分)进行观察,给出评分,3部分分值合计为总分,总分范围3~12分,3分为完全无痛,4~6分为轻度疼痛,7~9分为中度疼痛,10~12分为重度疼痛^[5]。

1.3 资料收集方法

研究人员均在ICU工作5年以上的ICU专科护士,研究开始前共进行了2次培训,1次为关于该研究设计的培训,1次为CAM-ICU量表和BPS量表使用的培训,培训包含临床实践应用,最后选定3名能熟练、并准确使用该量表的人员,专门负责每日对患者进行谵妄和疼痛的评估,以保证评估结果的一致性。APACHE II评分取患者入住ICU 48 h内主管医生的评分,ICU医生均已接受过科室主任给予的APACHE II评分量表的使用培训。

研究开始后,每日上午9:00由1名研究人员专门负责对24 h内新入住ICU的患者进行纳入评估,如符合纳入及排除条件,即与患者或家属沟通是否愿意参与研究,并签订知情同意书。签订知情同意书后,研究人员收集记录该患者的基础数据,包括性别、年龄、既往病史、吸烟史、酗酒史、APACHE II评分等。3名被专门指定的研究人员对已纳入患者每天进行常规评估,评估时间分别为

10:00 和 22:00, 包括患者的镇静、疼痛程度及是否为谵妄状态, 并记录患者的镇静药使用情况 (包括镇静药种类、名称), 以及是否使用呼吸机和身体约束, 评估结果登记在已设计好的表格中。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据, 单因素分析中计数资料构成比较采用 χ^2 检验, 多因素分析采用 Logistic 模型。检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 秦皇岛市三级医院成人 ICU 患者发生谵妄的单因素分析

本研究中有 125 例患者发生谵妄, 发生率 23.36%。单因素分析显示, 成人 ICU 患者不同性别、

高血压病史、糖尿病史、肾功能不全病史、吸烟史、酗酒史比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 年龄、APACHE II 评分、COPD 病史、神经系统疾病史、呼吸机使用、疼痛程度、镇静药物使用种类及约束是成人 ICU 谵妄发生的影响因素 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 秦皇岛市三级医院成人 ICU 患者发生谵妄的多因素 Logistic 回归分析

将是否发生谵妄作为因变量, 年龄、APACHE II 评分、COPD 病史、神经系统疾病史、呼吸机使用、疼痛程度、镇静药物使用种类及约束作为自变量纳入多因素 Logistic 回归分析模型, 变量赋值见表 2。多因素 Logistic 回归分析显示, 年龄、APACHE II 评分、呼吸机使用、疼痛程度、镇静药物使用种类和约束是 ICU 谵妄发生的影响因素 ($P<0.05$), 见表 3。

表 1 秦皇岛市三级医院成人 ICU 患者发生谵妄的单因素分析

分析因素	类别	例数	发生谵妄	χ^2 值	P 值
性别	男	316	73 (23.10)	0.030	0.863
	女	219	52 (23.74)		
年龄 (岁)	< 45	83	11 (13.25)	17.452	0.000
	45~	120	20 (16.67)		
	60~	193	46 (23.83)		
	75~	139	48 (34.53)		
	> 75	139	48 (34.53)		
APACHE II 评分 (分)	< 11	231	32 (13.85)	29.623	0.000
	11~	127	29 (22.83)		
	16~	96	31 (32.29)		
	20~	81	33 (40.74)		
高血压病史	无	304	63 (20.72)	2.742	0.098
	有	231	62 (26.84)		
糖尿病史	无	416	91 (21.88)	2.317	0.128
	有	119	34 (28.57)		
COPD 病史	无	507	114 (22.49)	4.183	0.041
	有	28	11 (39.29)		
神经系统疾病史	无	438	90 (20.55)	10.703	0.001
	有	97	35 (36.08)		
肾功能不全病史	无	492	112 (22.76)	1.232	0.267
	有	43	13 (30.23)		
吸烟史	无	402	88 (21.89)	1.962	0.161
	有	133	37 (27.82)		
酗酒史	无	462	105 (22.73)	0.768	0.381
	有	73	20 (27.40)		
呼吸机使用	无	219	32 (14.61)	15.864	0.000
	有	316	93 (29.43)		

续表

分析因素	类别	例数	发生谵妄	χ^2 值	<i>P</i> 值
疼痛程度	无	103	14 (13.59)	12.711	0.005
	轻度疼痛	83	14 (16.87)		
	中度疼痛	225	58 (25.78)		
	重度疼痛	124	39 (31.45)		
镇静药物使用种类	无	71	2 (2.82)	24.901	0.000
	1 种	150	31 (20.67)		
	2 种	212	58 (27.36)		
	3 种及以上	102	34 (33.33)		
约束	无	87	6 (6.90)	15.736	0.000
	有	448	119 (26.56)		

注：() 内数据为百分率 (%)。

表 2 变量赋值表

变量标签	赋值说明
年龄 (岁)	< 45=1, 45~=2, 60~=3, 75~=4
APACHE II 评分 (分)	< 11=1, 11~=2, 16~=3, 20~=4
COPD 病史	无 =0, 有 =1
神经系统疾病史	无 =0, 有 =1
呼吸机使用	无 =0, 有 =1
疼痛程度	无 =0, 轻度疼痛 =1, 中度疼痛 =2, 重度疼痛 =3
镇静药物使用种类	无 =0, 1 种 =1, 2 种 =2, 3 种及以上 =3
约束	0= 无, 1= 有

表 3 秦皇岛市三级医院成人 ICU 患者发生谵妄的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	<i>B</i> 值	<i>SE</i>	Wald χ^2 值	<i>P</i> 值
年龄	0.279	0.125	4.978	0.026
APACHE II 评分	0.559	0.152	13.481	0.000
呼吸机使用	0.738	0.257	8.245	0.004
疼痛程度	0.364	0.122	8.828	0.003
镇静药物使用种类	0.693	0.135	26.402	0.000
约束	1.716	0.456	14.143	0.000

3 讨论

3.1 ICU 谵妄发生率

本研究结果显示,成人 ICU 患者谵妄发生率为 23.36%, 低于吴传芹等^[4] (40.9%) 和 Limpawattana 等^[6] (44.4%) 报道的发生率,与王春立等^[7] (17.7%) 和 Kanova 等^[8] (26.1%) 研究结果相近。而国外学者 Salluh^[2] 对近 50 年的相关研究进行了荟萃分析,计算出发生率约为 31.8%。不同研究得出的发生率不同,可能与收治患者病情的严重程度、年龄跨度、人群种族、地域或者量表的选择不同有关。

3.2 ICU 谵妄与年龄、性别的关系

本研究结果表明,年龄是 ICU 谵妄发生的独

立危险因素,该结果与 Pipanmekaporn 等^[9]、潘利飞等^[10]、田惠等^[11] 研究结果均一致。数据表明,年龄越大发生谵妄的风险越高,可能由于年龄的增长会降低机体的基础代谢水平和退化大脑功能,而 ICU 中使用的药物又较多,残存在体内代谢不掉的药物会导致其作用相互叠加,对本就退化的神经系统功能产生更加不利的影响,加上高龄患者极不适应陌生、封闭、嘈杂的环境,所以高龄患者在 ICU 发生谵妄的风险更大。

本研究结果显示,ICU 谵妄的发生与性别相关性比较差异无统计学意义,与吴传芹等^[4]、田惠等^[11] 研究结果相同。回顾相关文献,仅发现 Mehta 等^[12] 研究显示谵妄更易发生在男性患者中,而该

研究是在南美洲 ICU 中进行的, 研究者认为不同地域的人群生活习惯差异较大, 从而形成了体质的差异, 有可能会造成结果的差异。

3.3 ICU 谵妄与吸烟和酗酒的关系

本研究未发现 ICU 患者谵妄的发生与其吸烟史或酗酒史有关, 与 Mehta 等^[12]、吴传芹等^[4] 研究结果存在不同, 有可能与吸烟、酗酒的判定标准不同有关。本研究中对于吸烟史的判断标准为入院之前有吸过烟即判断为有吸烟史; 酗酒的判定标准为 5 年以上饮酒史, 每日摄入酒精量 ≥ 80 g, 乙醇量 (g) = 饮酒量 (ml) $\times$ 乙醇浓度 (%) $\times 0.8$ ^[13]。而其他研究中未见相关标准的定义。对于吸烟史和酗酒史, 研究者均进行了明确、详细地询问, 严格控制了数据的质量。在本研究进行过程中, 的确有 1 例每天平均饮用超过 250 g 酒精的酗酒患者出现了非常严重的谵妄躁狂症状, 但单个个案并未能改变整体数据。

3.4 ICU 谵妄与病情严重程度的关系

本研究结果显示, APACHE II 评分分值与 ICU 谵妄的发生密切相关, 而 APACHE II 是临床广泛使用且较权威的评价病情危重程度的评分系统, 分值越高, 表明病情的危重程度越高, 所以可以表明病情危重程度与 ICU 谵妄的发生呈正相关, 病情越重发生谵妄的风险就越高, 该结果与裴兴华等^[14] 研究结果一致。可能由于患者病情越重, 应激反应就越强, 从而导致神经内分泌系统的功能紊乱, 而易诱发谵妄。

3.5 ICU 谵妄与慢性病史的关系

在慢性病方面, 本研究结果显示, 有无高血压病史、糖尿病史、COPD 病史、神经系统病史和肾功能不全病史, 其 ICU 谵妄发生比较差异无统计学意义, 与 Pipanmekaporn 等^[9] 研究结果一致。而部分研究与本结果不同, 如吴传芹等^[4] 报道高血压病史是 ICU 谵妄发生的独立危险因素, 田惠等^[11] 报道糖尿病是 ICU 谵妄的独立危险因素。不同的研究得出了不同的结果, 可能因为血压和血糖是波动的数值, 主要影响患者病情和精神变化的可能更应该是同期的血压和血糖水平, 高血压病史和糖尿病史并不能代表患者在 ICU 治疗期间的血压和血糖水平, 所以探讨谵妄前期的血压和血糖的变化趋势与谵妄发生的关系, 可能会更有意义。另外, 吴传芹等^[4] 研究得出了呼吸系统疾病是 ICU 谵妄发生的独立危险因素, 而本研究选取了一种呼吸系统疾病即 COPD, 并未得出阳性结果。相反地, 对于神经系统疾病, 田惠等^[11] 研究了脑卒中与 ICU 谵妄的

关系, 并得出其是 ICU 谵妄发生的独立危险因素, 而本研究将神经系统疾病作为一类疾病进行分析, 却未得出阳性结果。

3.6 ICU 谵妄与呼吸机使用的关系

本研究结果显示, 呼吸机使用是 ICU 谵妄发生的独立危险因素, 与 Limpawattana 等^[6] 和 Krewulak 等^[15] 研究结果一致。合理使用呼吸机应该是缓解患者的呼吸困难、缺氧等痛苦的有效手段, 而各相关研究均表明使用呼吸机的患者发生谵妄的比例高于未使用呼吸机的患者, 这可能跟气管插管或切开导致患者丧失了语言沟通能力而使其紧张、焦虑有关, 并且使用机械通气会大大限制患者的活动, 造成躯体的不适、疲乏, 可能使患者的生理、心理处于应激状态, 而易引发谵妄。在临床上也存在着呼吸机使用不当、气道护理不到位而引起患者的不适甚至疼痛的现象, 更增加了发生谵妄的风险。ICU 可设置专门的呼吸治疗师, 做好呼吸功能评估, 严格掌握使用呼吸机的适应证, 合理设置参数, 并及时根据患者情况调整, 使用过程中做好气道管理、心理护理和生活护理, 减轻患者的紧张、焦虑情绪, 患者呼吸功能恢复时及时撤机, 使患者在机械通气过程中体验到安全、舒适和轻松的感觉, 以降低谵妄发生的风险。

3.7 ICU 谵妄与疼痛的关系

本研究结果显示, BPS 评分分值与 ICU 谵妄的发生呈正相关, BPS 评分分值越高, 即疼痛程度越高, 发生谵妄的风险就越大。对于疼痛与谵妄, 学者们一致认为疼痛是谵妄发生的诱因, 但在本研究之前, 研究者并未见到有客观的、量性的数据研究证明这一观点, 也未见过有相关生理机制的研究证据表明其正确性, 回顾文献, 学者们对于疼痛引起谵妄的原因大多解释为疼痛是引起躁动的主要原因^[16], 而躁动导致了镇痛、镇静药物的过量使用, 从而增加了谵妄发生率^[17-18]。本研究是首次使用客观数据计算得出疼痛与谵妄的量性关系。

本次调查期间秦皇岛市三级医院 ICU 纳入的 535 例患者中有 432 例患者经历了疼痛, 疼痛的发生率高达 80.75%, 说明 ICU 中疼痛的管理任重而道远。ICU 管理者需加强对疼痛的管理, 为医护人员提供方便、合适的评估量表, 规范疼痛评估, 严格落实镇痛措施, 充分认识镇痛与镇静的关系, 有效实施镇痛, 促进患者舒适的同时减少谵妄的发生。

3.8 ICU 谵妄与约束的关系

本研究证实约束是 ICU 谵妄发生的影响因素, 与 Mehta 等^[12]、Limpawattana 等^[6] 和潘利飞等^[10]

研究结果一致。在ICU中约束的使用率较高,秦皇岛市三级医院ICU中约束的使用率高达83.74%(448/535)。约束会引起患者生理和心理的不舒适,对其自尊造成伤害,限制其肢体的正常活动,易引发患者的烦躁和愤怒,增加谵妄发生的风险。护理人员应评估约束使用的必要性,严格落实中华护理学会发布的约束团体标准,减少约束的使用,并及时解除和停用约束,以降低ICU谵妄发生的风险。

3.9 ICU谵妄与镇静药使用种类的关系

本研究发现,镇静药物使用种类是ICU谵妄发生的影响因素。与Limpawattana等^[6]和Kanova等^[8]研究结果相同。在ICU临床工作中,医护人员会为了不同的治疗目的使用不同的镇静药,经常几种镇静药物联合使用,加重了肝脏负担,药物代谢时间延长,镇静药物撤离时患者可能会经历较长的意识模糊阶段,增加了谵妄发生的风险;镇静药物的使用也会导致患者昼夜节律的紊乱,甚至感知觉的消失,导致患者心理压力增加,增大谵妄发生风险。

综上所述,ICU医护人员应密切关注高龄、APACHE II评分较高的患者,加强其谵妄评估,以尽早发现和诊断。在临床实践中,合理使用呼吸机,提供专业的气道管理服务,增强呼吸机使用者的舒适度;规范疼痛管理,减少ICU患者的痛苦经历;护理人员与医生共同制订并实现患者的个性化镇静目标,防止镇静药物过度使用;严格掌握约束指征,尽量减少约束的使用,以预防ICU谵妄的发生。

4 参考文献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [M]. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013:591.
- [2] Salluh J. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis [J]. BMJ, 2015, 350:h2538.
- [3] Tammy TH, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis [J]. JAMA Intern Med, 2015, 175(4): 512-520.
- [4] 吴传芹,朱艳萍,李国宏. ICU患者谵妄的发生率及危险因素分析 [J]. 第三军医大学学报, 2018, 40(11): 1038-1043.
- [5] 谢伟萍,金三丽,王思,等. 外科重症监护病房术后行机械通气病人的疼痛强度评估方法研究 [J]. 护理研究, 2011, 25(11B): 2936-2937.
- [6] Limpawattana P, Panitchote A, Tangvoraphonkchai K, et al. Delirium in critical care: a study of incidence, prevalence, and associated factors in the tertiary care hospital of older Thai adults [J]. Aging Mental Health, 2016, 20(1): 74-80.
- [7] 王春立,吴瑛,黄洁,等. ICU谵妄亚型发生率及危险因素分析 [J]. 护理研究, 2011, 25(33): 3058-3061.
- [8] Kanova M, Sklienka P, Roman K, et al. Incidence and risk factors for delirium development in ICU patients – a prospective observational study [J]. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2017, 161(2): 187-196.
- [9] Pipanmekaporn T, Chittawatanarat K, Chaiwat O, et al. THAI-SICU Study Group. Incidence and risk factors of delirium in multi-center Thai surgical intensive care units: a prospective cohort study [J]. J Intensive Care, 2015, 3(1): 53.
- [10] 潘利飞,章仲恒,叶向红,等. ICU患者谵妄的危险因素分析 [J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(1): 46-48.
- [11] 田惠,潘世香,徐向朋,等. ICU患者谵妄发生状况与影响因素分析 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(20): 11-13.
- [12] Mehta S, Cook D, Devlin JW, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults [J]. Crit Care Med, 2015, 43(3): 557-566.
- [13] Blonski W, Kotlyar DS, Forde KA. Non-viral causes of hepatocellular carcinoma [J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(29): 3603-3615.
- [14] 裴兴华,于海明,吴艳红,等. APACHE II评分与老年重症肺炎需有创机械通气患者谵妄发生的关系 [J]. 中华危重病急救医学, 2017, 29(9): 821-824.
- [15] Krewulak KD, Stelfox HT, Leigh JP, et al. Incidence and Prevalence of Delirium Subtypes in an Adult ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. Critical Care Med, 2018, 46(12): 2029-2035.
- [16] Park SY, Lee HB. Prevention and management of delirium in critically ill adult patients in the intensive care unit: a review based on the 2018 PADIS guidelines [J]. Acute Critical Care, 2019, 34(2): 117-125.
- [17] Reade MC, Phil MB, Finfer MD. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit [J]. N Engl J Med, 2014, 370(5): 444-454.
- [18] 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.

[2021-03-24 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

家庭支持综合护理模式对老年认知症患者康复效果的观察

钱珍 孙敏 凌霞敏 王帆 仇丽雯 于雅君

【摘要】 目的 探讨家庭支持综合护理模式在老年认知症患者中的应用效果。方法 选取2019年1—12月医院收治的98例老年认知症患者为研究对象,按照组间基础资料具有匹配性的原则分为对照组和观察组,每组49例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上给予家庭支持综合护理模式。比较干预前(入院时)、干预后(干预12个月)两组的家庭支持程度、心理状态、康复效果、生活质量。结果 干预前,两组患者家庭支持情况自评量表、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、功能独立性评定量表(FIM)、改良巴氏指数评定表(MBI)、老年痴呆患者生活质量量表(DQOL)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组家庭支持评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组HAMA、HAMD评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组FIM、MBI评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组各项生活质量评分及总分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 为老年认知症患者提供家庭支持综合护理模式,能提高家庭支持程度,改善患者的心理状态及日常生活能力,提升生活质量。

【关键词】 家庭支持综合护理;老年认知症;日常生活能力;家庭支持;心理状态

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.005



本文作者:钱珍

Observation on the rehabilitation effect of family support comprehensive nursing model in elderly patients with dementia QIAN Zhen, SUN Min, LING Xiamin, WANG Fan, QIU Liwen, YU Yajun (The Fourth Rehabilitation Hospital of Shanghai, Shanghai, 200040, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of family support comprehensive nursing model in elderly patients with dementia was as the study subject. **Methods** A total of 98 patients with senile dementia who were admitted to the hospital from January to December 2019 were selected as the research objects. According to the principle of matching the basic data between the groups, they were divided into the control group and the observation group, with 49 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given the comprehensive nursing mode of family support on the basis of the control group. The family support level, psychological state, rehabilitation effect, and quality of life were compared between the two groups before the intervention (at admission) and after the intervention (12 months after the intervention). **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the self-rating scale of family support, Hamilton anxiety scale(HAMA), Hamilton depression scale(HAMD), function independent measure(FIM), modified Barthel index(MBI) and elderly dementia quality of life(DQoL) scores between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the family support score in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$); the HAMA and HAMD scores in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$); the FIM and MBI scores in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$); the quality of life scores and total score in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Providing a comprehensive nursing model of family support for senile dementia patients can improve the degree of family support, improve the psychological state and daily living ability of patients, and improve the quality of life.

【Key words】 Family support comprehensive nursing; Senile dementia; Daily living ability; Family support; Psychological state

认知症是危害老年人健康的主要疾病之一,呈渐进性发展,发病后不易察觉,认知功能和记忆功能缓慢衰减、语言障碍等为认知症的典型症状。阿尔茨海默病(alzheimer disease,AD)、血管性痴呆(vascular dementia,VD)及两者混合型痴呆为认知症的主要类型,以AD居多。认知症已成为老年群体丧失自理能力的重要病因,调查研究显示,约5%认知症患者缺乏生活自理能力、完全依赖他人,增加家庭、社会负担,降低患者生活质量^[1]。认知症发病机制较为复杂,代谢紊乱、炎症、基因多态性等与其发生、发展密切相关,目前,临床尚缺乏治愈方法,主要采取维生素E、多奈哌齐、吡拉西坦片等药物结合认知训练治疗,但疗效的个体差异较大^[2]。近年来,随着人类平均寿命的延长、老年人口增长速度的加快,相关公共卫生问题越来越受到医学界的关注。世界卫生组织(WHO)2018年的调查数据显示,全球患认知症的老年患者有4700万^[3]。我国发布的《“健康中国2030”规划纲要》突出“促进健康老龄化”的重点,提示我国政府已将老龄化后如何实现健康生活提上日程^[4]。王春青等^[5]学者对近4年上海市卫健委护理领域立项分析发现,老年护理、社区老年护理、慢性病管理等为主要的研究领域,其中老年护理为当前热点研究方向之一,主要聚焦于认知障碍、脑卒中等慢性病管理,这与国家战略目标相一致。目前,国内尚未形成规范的老年认知症康复护理干预策略,本研究以我院老年认知症患者为研究对象,将患者治疗、康复护理中的主要问题作为研究主干线,制订并采取稳定且持续的家庭支持综合护理模式,进一步建立院内、院外规范化的康复护理方案,实现提升认知症患者临床康复水平的目的。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究符合《赫尔辛基宣言》,经伦理委员会批准实施。选取2019年1—12月我院收治的老年认知症患者,纳入条件:参照WHO国际疾病分类(CID-10)^[6]关于老年认知症的诊断标准,结合症状体征、影像学资料等确诊;年龄 ≥ 60 岁;既往无精神疾病史;简易精神状态评价量表评分10~26分;接受规范药物治疗;患者与家属知情研究,自愿参与。排除条件:合并心、脑、肝、肾等脏器严重功能障碍;存在其他原因导致的严重躯体功能障碍;视听功能障碍;存在严重创伤性疾病,如股骨骨折等。最终纳入98例患者,按照组间基础资料具有

匹配性的原则分为观察组和对照组,每组49例。观察组中男27例,女22例;平均年龄 79.69 ± 6.32 岁;平均病程 2.19 ± 0.99 年;平均体质指数(BMI) 22.22 ± 1.89 ;文化水平:初中及以下30例,高中或中专14例,大专及以上5例;入院前居住情况:独居9例,与子女/配偶居住33例,大聚集7例;疾病类型:AD30例,VD14例,两者混合5例;治疗方式:中西医结合26例,单纯西医23例。对照组中男28例,女21例;平均年龄 79.57 ± 6.41 岁;平均病程 2.11 ± 1.07 年;平均BMI 22.29 ± 1.82 ;文化水平:初中及以下29例,高中或中专16例,大专及以上4例;入院前居住情况:独居8例,与子女/配偶居住35例,大聚集6例;疾病类型:AD28例,VD16例,两者混合5例;治疗方式:中西医结合27例,单纯西医22例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 提供常规护理,包括安全防护、心理护理、出院指导、饮食护理、日常生活护理等,具体内容:①安全防护。为了避免患者发生意外,对于病情较轻者,在其活动期间加强看护;对于病情较重者则需24h陪护;出院时告知患者家属勿让其独自外出。②心理护理。护理人员应加强与患者的交流沟通,鼓励其诉说内心苦闷,合理疏导患者情绪,给予其情感支持。③日常生活护理。协助患者形成规律、科学的生活习惯,定时督促患者如厕,并协助其做好个人卫生,指导患者做一些较为简单的家务,适当给予其听音乐、看电视、看报等外界感官刺激。④饮食指导。饮食结构合理,宜选择富含蛋白质、维生素、易消化的食物。⑤出院指导。向患者与家属强调安全防护、遵医嘱用药的重要性,嘱其定期随访。

1.2.2 观察组 在对照组基础上运用家庭支持综合护理模式,具体内容如下。

(1)专业认知干预:①患者。大多数患者对老年认知症缺乏了解、对治疗存在抵触情绪,尤其是性格较固执、信念坚定者,这就要求护士采取正确的沟通技巧加强与患者的交流,期间要求家属在场,即在初步了解患者的心理性格特点、疾病认知程度、病情后,采用通俗易懂且患者能够接受的语言介绍疾病相关知识,同时联合宣传图册、健康小视频与口头讲解的形式,围绕老年认知症的发生机制、诱因、症状体征、危害、检查手段、治疗方式、康复治疗意义等讲解,强调“治未病”思想,减轻患者的抵触情绪。此外,日常交流中可采取能引起

共鸣的语言方式,例如“您自己也不想以后啥也记不清、糊里糊涂的吧,那不是给儿女添麻烦吗”,动之以情、晓之以理,让患者明白遵医嘱治疗对改善预后的重要意义,引导其以轻松的态度应对治疗。

②家属。对家属同步进行健康宣教,让其了解患者所患疾病的基础知识与护理知识,鼓励家属给予患者更多的关心、理解,加强对患者的安全防护,并提醒、监督患者用药,协助医护人员纠正患者错误认知。

(2)生活方式指导:AD的发生、发展与炎症、代谢紊乱、维生素缺乏等因素有关,因此应精准指导患者日常生活行为。告知患者或家属减少患者嘌呤食物的摄入,尤其控制海鲜、肉类、动物内脏等含高嘌呤食物的摄入,适当多喝水,每日以1.5~2.0 L为宜,戒烟限酒,尽可能避免摄入腌菜等可能诱发炎症的食物,饮食注意五味调和。合并糖尿病的患者,采取糖尿病饮食,合理控制血糖。嘱患者不可久卧、久坐,每日进行适量的有氧运动,例如太极拳、散步、慢跑。告知患者和家属增加日常娱乐活动,例如看报、听广播、看电视、聊天、下棋、园艺等,鼓励亲戚朋友探视,给予患者更多的陪伴。鼓励患者积极参加户外活动,增加社交,例如地面书法、广场舞等。

(3)并发症预防:必要时检测患者微量元素含量,通过药物或食物补充缺乏部分,以免缺乏微量元素。增加检测尿酸指标,尿pH值控制在6.2~6.9为宜。对于使用环孢素、他克莫司等可能升高血糖的患者,护理人员应详细介绍药物使用目的、方法、注意事项及可能出现的不良反应,加强对用药效果与不良反应的监测。

(4)环境护理:增添房内配饰色彩,例如挂历、挂画,也可以在床头张贴家属照片,发挥视神经刺激的作用。在病室播放舒缓、患者喜好的音乐,也可播放广播、鸟鸣、水流声等,给予患者听觉刺激。根据患者日常喜好,在病室摆放花束、香薰等,刺激患者嗅觉。指导患者触摸物品,例如水流动淌、没有棱角的把手、旧衣服质感等。增强病房的舒适性、安全性,定时通风换气保持空气清新,确保地面干燥、无积水,设置温馨的提醒语。对于存在时间、空间定向力障碍的患者,要求专人陪护。对于行动不便者,增加扶手、坐便器等设施,必要时增加床档。

(5)延续性护理:建立微信病友群,每位患者至少有1名家属(以日常照顾者为佳)加入,在院外康复期间,患者或家属存在疑惑时可通过病友群咨询。通过电话、微信随访或上门随访的形式了

解患者各项措施的执行情况,确保其按计划参加社交活动,分析并总结患者寻求家庭、社会支持的效果。

1.3 观察指标

评价干预前(入院时)、干预后(干预12个月)两组患者家庭支持程度、心理状态、康复效果及生活质量。在量表调查、问卷填写前,由研究组成员采取统一解释性语言向患者介绍调查评估的目的、方法、注意事项,嘱其反映真实情况;对于身体状况不允许或文化程度较低无法独立完成填写者,可由调查者在逐项询问后代为填写。

(1)家庭支持:借助Procidano和Heller编制的家庭支持情况自评量表^[7]评价,量表共15个问题,将“不是”赋值为0分,“是”赋值为1分,量表得分范围为0~15分,得分越高提示家庭支持水平越高。

(2)心理状态:借助Hamilton编制的汉密尔顿焦虑量表(HAMA)^[8]、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)^[9]评价患者的焦虑、抑郁情况。HAMA量表有14个评分项,各项以5级评分法计分,无症状、轻、中等、重、极重分别赋值为0分、1分、2分、3分、4分,总分>7分、>14分、>21分、>29分分别判定为可能有焦虑、肯定有焦虑、肯定有明显焦虑、严重焦虑。HAMD量表有17个评分项,评分方式同HAMA量表,总分>7分、>17分、>24分分别判定为可能有抑郁、肯定有抑郁、严重抑郁。

(3)康复指标:①躯体功能。通过美国纽约州功能评估研究中心1987年发布的功能独立性评定量表(FIM)^[10]评价,该量表由认知功能(交流能力、社会认知)和运动功能(行走、移动、转移、自理能力)两部分组成,总分范围为18~126分,得分>90分提示患者为极轻度依赖、有条件独立,得分越高独立性越强。②日常生活能力。通过改良巴氏指数评定表(MBI)^[11]评价,评定内容包括进食、穿衣、行走、二便控制、修饰、洗澡、如厕、上下楼梯、床椅移动,总分范围为0~100分,总分<20分判定为完全残疾,日常生活完全依赖他人;21~40分判定为重度功能障碍,需明显依赖他人;41~60分判定为中度残疾,部分依赖他人;>60分判定为轻度功能障碍,基本能自理;100分判定为日常生活能力良好,无需依赖他人。

(4)生活质量:借助老年痴呆患者生活质量量表(dementia quality of life, DQOL)^[12]评价,该量表由5个维度共29个条目组成,分别是正性情绪(6个条目)、审美感觉(5个条目)、负性情绪(11

个条目)、自尊(4个条目)、归属感(3个条目),各条目采取5级评分法(1~5分)计分,得分越高提示患者生活质量越佳。

1.4 统计学方法

采用SPSS 24.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用*t*检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者家庭支持评分比较

干预前,两组患者家庭支持评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组患者家庭支持评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者家庭支持评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	49	6.81 ± 1.64	13.75 ± 2.11
对照组	49	6.86 ± 1.59	8.97 ± 3.28
<i>t</i> 值		0.153	8.579
<i>P</i> 值		0.879	0.000

2.2 两组患者负性情绪评分比较

干预前,两组患者HAMA、HAMD量表评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组

患者HAMA、HAMD量表评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者负性情绪评分比较(分)

组别	例数	HAMA 评分		HAMD 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	49	18.82 ± 4.39	8.46 ± 2.38	17.61 ± 3.90	7.05 ± 1.52
对照组	49	18.89 ± 4.32	13.68 ± 4.60	17.54 ± 3.97	10.73 ± 3.75
<i>t</i> 值		0.080	7.055	0.088	6.366
<i>P</i> 值		0.937	0.000	0.930	0.000

2.3 两组患者康复指标比较

干预前,两组患者FIM、MBI评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组

FIM、MBI评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患者康复指标比较(分)

组别	例数	FIM 评分		MBI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	49	78.39 ± 6.71	106.53 ± 8.25	39.76 ± 5.81	62.59 ± 4.38
对照组	49	78.46 ± 6.64	88.54 ± 7.63	39.67 ± 5.72	50.81 ± 4.86
<i>t</i> 值		0.052	11.206	0.077	12.604
<i>P</i> 值		0.959	0.000	0.939	0.000

2.4 两组患者生活质量评分比较

干预前,两组患者各项生活质量评分及总分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组

患者各项生活质量评分及总分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	例数	正性情绪		负性情绪		审美感觉	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	49	12.59 ± 2.45	18.63 ± 2.96	21.63 ± 2.38	33.31 ± 2.69	8.65 ± 1.87	14.27 ± 1.65
对照组	49	12.52 ± 2.51	15.49 ± 2.37	21.75 ± 2.32	28.39 ± 2.78	8.56 ± 1.90	12.46 ± 1.84
<i>t</i> 值		0.140	5.797	0.253	8.903	0.236	5.127
<i>P</i> 值		0.889	0.000	0.801	0.000	0.814	0.000

组别	例数	自尊		归属感		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	49	9.45 ± 2.17	15.43 ± 2.18	5.57 ± 0.96	11.81 ± 1.39	57.89 ± 2.93	93.45 ± 3.65
对照组	49	9.54 ± 2.23	12.19 ± 1.92	5.63 ± 0.92	8.72 ± 1.27	58.00 ± 2.87	77.25 ± 3.72
<i>t</i> 值		0.203	7.807	0.316	11.488	0.188	21.759
<i>P</i> 值		0.840	0.000	0.753	0.000	0.852	0.000

3 讨论

随着我国老龄化进程的不断加快,认知症的发病率呈激增趋势,65周岁以上老年人发病率约7%,且年龄每增加5岁,认知症的发病率将翻倍^[13]。认知症会导致老年患者出现行为、性格等退行性改变,同时智力也会随着病情进展出现退化,导致患者出现认知功能和生活自理能力逐渐丧失等情况,不仅降低患者生活质量,还会增加社会和家庭负担,因此,老年认知症患者的康复管理工作获得了更多的关注度。目前,临床主要通过药物联合认知功能训练控制老年认知症的症状,但这一方式在延缓疾病进展方面的作用有限,有研究表明,在科学、有效的护理干预下,AD患者的潜能得到挖掘和开发^[14]。还有研究发现^[15],高龄、社会支持度等均为认知症预后的重要影响因素,老年认知症患者在住院治疗时间较短,在医院控制病情后将会回到社区、家庭继续进行康复,而家庭和社区的康复效果对慢性病患者生活质量的提高具有重要价值。认知症患者采取传统护理模式虽然能获得一定的效果,但老年人作为一个特殊群体,家庭支持程度明显不足、患者社交较少,尤其是长期独居的空巢老人,常规康复护理并不能较好的满足其实际需求,使得病情越来越严重。家庭干预最早由国外学者Meyer提出,提倡将家庭作为一个干预单位,采取行为干预、会谈、其他非语言技术等减轻心理障碍,纠正病态心理,进一步激发个体与家庭系统在提升康复效果中的正

性作用,改善家庭功能。学者荆翠珍^[16]研究指出,通过家庭干预能提升患者及家属对VD的认知水平,提高患者治疗依从性,增强家庭支持程度。

我院自2018年尝试将家庭支持综合护理模式应用于老年认知症的康复管理,旨在满足认知症患者获取家庭成员和社会支持的需求,延缓疾病进程、提高患者生活质量。家庭是一个避风港湾,家庭成员是患者情感支持的源泉,也是其配合治疗护理、增强康复信心的主要力量,有研究指出,在AD治疗过程中,家庭成员的态度与行为将对患者心理状态的变化产生直接影响^[17]。研究显示,在调查的AD患者中有57.35%家庭支持水平欠佳,老年认知症作为一种不可逆的慢性进展性神经系统疾病,要求家庭成员对患者的生活和精神给予足够的照料^[7],本研究纳入的对象中与配偶或子女居住的超过67%,但由于子女多为中青年,承担着家庭、工作、照料患者等责任,时间、精力、体力消耗较大,易忽视对患者精神方面的慰藉,增加双方负性情绪,引发家庭矛盾,影响患者远期治疗效果,因此如何提升老年认知症患者的家庭支持水平具有重要意义。结果显示,观察组干预后家庭支持评分高于对照组,表明这一模式能提高老年认知症患者的家庭支持水平。

国外研究显示,抑郁症可能造成颈动脉内膜增厚,降低乙酰胆碱的水平,使得血管扩张,进一步引起脑内血流量的减少,加重大脑的缺血、缺氧程度,导致神经元出现功能性失调,加剧认知障碍,

不利于病情改善^[18]。吴蓓等^[19]学者研究提到,为AD患者构建良好的社会支持系统能有效缓解其身心应激反应,对机体发挥保护作用,而社会支持的不足将对疾病的发生、发展和转归造成影响,增加慢性病发生风险,引起患者心理障碍,因此,如何完善患者家庭社会支持系统、减轻其负性情绪是一个不容忽视的问题。结果显示,干预后,观察组HAMA、HAMD评分低于对照组,表明为老年认知症患者提供家庭支持综合护理模式能有效缓解其负性情绪。有研究表明^[20],家庭支持水平低的AD患者,其焦虑、抑郁等不良心理反应越严重,提示良好的家庭支持在减轻AD患者心理障碍方面具有积极效应。还有研究表明^[21],通过家庭支持能使患者收获更多的积极情绪,减少消极情绪,降低焦虑、抑郁水平。本研究为观察组提供家庭支持综合护理干预,采取老年患者能够接受的语言方式为其进行认知干预,同时对家属进行同步教育,纠正双方对疾病的错误认知,提高家庭支持水平,拉近家庭成员与患者之间的距离,帮助双方更加有效的沟通,引导家属主动给予患者更多的关心,并耐心倾听患者诉求,使患者能够及时、正确宣泄情绪,减轻孤独无助感,有利于患者心理重建,进一步缓解其消极情绪。

临床研究表明,认知症患者的神经系统具有一定可塑性,通过主被动神经功能锻炼有利于修复损伤神经元,实现突触重建,改善神经系统生理指标,同时在康复锻炼下,增加大脑神经生长素的分泌,缓解大脑功能退化,解除大脑的抑制作用,改善病情^[22]。本研究为观察组提供家庭支持综合护理干预后FIM、MBI评分均高于对照组,这与庞士慧等^[23]学者的研究结果一致,表明家庭支持综合护理干预有利于提高老年认知症的康复效果。分析原因,一方面,考虑到老年认知症患者的知识接受能力,丰富知识宣教形式、增加宣教频率,增强患者和家属坚持治疗的信念,提高其配合治疗的依从性,加强家属在患者用药、运动、饮食等方面的监督提醒作用,为药物发挥最大作用创造机会,有效预防并发症,巩固治疗效果。另一方面,对患者进行日常生活管理,引导其养成良好的生活习惯,精准指导日常生活行为;通过环境护理,增加患者感官刺激,促进认知功能的提升;通过延续性护理确保患者按计划参加社交活动,逐步提高语言能力,医护人员定期评估执行效果,使患者回到社区和家庭后仍能获得专业的康复指导,规避可能导致病情加重的因素,提高日常生活能力。此外,牛轶瑄等^[24]学者以50例AD患者及照料者为研究对象,通过针对性

认知训练改善患者的临床病症,有效提高了患者的日常生活能力、认知能力和躯体功能,提升了患者生活质量,有利于改善预后,这与本研究结果一致。

生活质量指个体或群体对生活的满意程度,研究显示^[25],老年认知症患者的生活质量普遍较低。本研究观察组为老年认知症患者提供家庭支持综合护理干预后各项生活质量评分及总分均高于对照组,表明家庭支持综合护理干预能改善老年认知症患者生活质量。有研究证实^[26],较高的家庭支持水平能增强患者的适应性行为,减轻心理负担,提高免疫能力,降低并发症发生风险,提高其生活质量。本研究为观察组提供家庭支持综合护理干预,同时纠正患者与家属双方对疾病的认知,提高家庭支持水平,不仅为经济支持提供保障,还能给予患者足够的精神慰藉、安全舒适的生活环境,促进家庭关系温馨和谐,增加双方精神层面的交流,使患者获得幸福感和归属感,激发其对日常生活的兴趣,使其心境更加愉悦,能够时刻感受到大家庭的关爱,缓冲由不良生活遭遇引起的应激反应,减轻负性情绪,使患者更加积极的应对疾病,提高康复治疗的配合度,降低由疾病给患者身体、心理及社会功能造成的影响,提高身体运动技能和生活自理能力,改善生活质量。

综上所述,为老年认知症患者提供家庭支持综合护理干预能提高其家庭支持水平,缓解焦虑、抑郁情绪,改善患者的认知功能、躯体功能、精神状态及日常生活能力,有效提高生活质量。

4 参考文献

- [1] 徐静,徐亚林.认知干预对轻度认知障碍及痴呆患者海马磁共振成像影响的研究进展[J].中国康复医学杂志,2019,34(9):126-131.
- [2] 杜荣蓉,曲连悦,孙珊珊,等.阿尔茨海默病的药物治疗研究现状[J].中国临床药理学杂志,2019,35(5):83-86.
- [3] World Health Organization.Dementia [EB/OL].(2018-02-21)[2018-05-08].<http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.
- [4] 肖洪松,吴仕英,孙春丽,等.“五元共构”医养融合模式下的老年痴呆患者管理策略探索[J].中华老年医学杂志,2020,39(11):1255-1258.
- [5] 王春青,彭健,贾守梅,等.近年上海市卫生健康委员会护理类科研立项课题热点分析[J].上海护理,2021,21(1):15-18.
- [6] 高鹏飞, Kenji Watanabe. WHO 传统医学国际疾病分类项目介绍(英文)[J].中西医结合学报,2011,9(11):1161-1164.

- [7] 金芳, 郑子月, 姚新. 正念减压疗法联合家庭支持对阿尔茨海默病照顾者焦虑及睡眠的影响 [J]. 吉林医学, 2020, 41(1):222-223.
- [8] 蒋莹, 房进平, 冯涛, 等. 帕金森病患者不同焦虑程度在汉密尔顿焦虑量表的结构差异 [J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(3):325-328.
- [9] 沈显山, 吴建贤, 周云, 等. 汉密尔顿抑郁量表用于脑卒中后评定的最小可测变化值研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(4):464-467.
- [10] 黄锦文, 吴显波. 使用数据挖掘方法将功能独立性评定量表运动分数转换至改良巴氏指数分数 [J]. 康复学报, 2021, 31(5):365-371.
- [11] 丁琳, 陈素虹, 吴家岚, 等. Barthel 指数在长期护理机构老年痴呆患者中的适用性分析 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(7):1012-1016.
- [12] 张小满, 宋洁, 王业青, 等. 痴呆患者生活质量自评和他评差异性及其影响因素的研究进展 [J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(11):58-61.
- [13] 杨旭, 马秋平. 基于 CiteSpace 的老年认知障碍研究现状 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(11):123-126.
- [14] 罗玉茹, 牟光容, 代凤玲, 等. 认知刺激疗法对老年痴呆患者干预效果的 Meta 分析 [J]. 重庆医学, 2018, 47(31):69-74.
- [15] 王延江, 卜先乐, 向阳, 等. 从全身角度对阿尔茨海默病发病机制及预防与治疗初步探索 [J]. 中国现代神经疾病杂志, 2018, 18(1):25-29.
- [16] 荆翠珍. 家庭跟进式分级护理模式对血管性痴呆患者治疗依从性和 ADL 评分的影响 [J]. 河南医学研究, 2019, 28(4):170-172.
- [17] 刘晨红, 李伊傲, 刘琪, 等. 老年痴呆患者家庭照顾者负担及干预研究现状分析 [J]. 现代预防医学, 2019, 46(2):95-98.
- [18] Dunnett SL, Cheung KK, Chang RC. Investigating the pathological mechanisms linking depression and Alzheimer's disease [J]. Alzheimer's Dementia, 2020, 16(S3):e047528.
- [19] 吴蓓, 朱政, 王静, 等. 华人群体认知症照料者的干预研究现状及未来发展方向 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(2):172-177.
- [20] 郭俊, 肖志杰. 家属认知功能训练联合心理干预对阿尔茨海默病患者认知功能的影响 [J]. 中国临床心理学杂志, 2019, 27(2):424-426.
- [21] 霍仙娜, 胡云霞, 袁丽霞, 等. 以家庭为基础的心理护理对老年痴呆患者家庭复原力安全感的影响 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23(10):79-84.
- [22] 黄超, 刘威, 吕媛, 等. 阿尔茨海默病流行现状及非药物干预研究进展 [J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(1):100-105.
- [23] 庞士慧, 肖承凤, 严丽, 等. 行为研究法联合家庭式健康教育在阿尔茨海默病患者中的应用效果 [J]. 护士进修杂志, 2018, 33(24):84-87.
- [24] 牛轶瑄, 王鲁宁, 黄先勇, 等. 由照料者实施的认知刺激治疗对阿尔茨海默病病人及照料者的影响 [J]. 实用老年医学, 2018, 32(1):34-38.
- [25] 高菲菲. 老年痴呆患者生活质量影响因素的研究进展 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(8):22-24.
- [26] 侯亚文, 张智. 基于故事理论的家庭护理对阿尔茨海默病病人认知功能和生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2019, 33(7):145-148.

[2021-10-21 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

欢迎订阅 欢迎投稿

《护理实践与研究》杂志是中国医师协会系列期刊, 是由河北省卫生健康委员会主管、河北省儿童医院主办的护理类综合性学术期刊。刊号: CN 13-1352/R; ISSN 1672-9676。国内外公开发行。系中国科技核心期刊遴选期刊、中国科学引文数据库来源期刊, 同时被万方数据库、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库收录。以从事临床护理实践、护理科学研究、护理管理及护理教学等护理专业群体为读者对象; 以报道护理学科领域的研究成果、护理实践经验以及新理论、新方法和新技术为主要内容。包括: 论著, 专科护理, 基础护理, 门诊护理, 手术室护理, 社区与全科护理, 中医护理, 心理护理, 健康心理与精神卫生, 护理管理, 护理教育, 护理人文, 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 26 元, 全年合计 624 元。邮发代号: 18-112。全国各地邮局订阅; 杂志编辑部邮购。

通讯地址: 050031 石家庄市建华南大街 133 号《护理实践与研究》杂志社; 联系人: 柳雅静; 电话: 0311-85911163, 85911463; 网址: <http://www.hlsjyj.com>; E-mail: hlsjyjshb@126.com。

《护理实践与研究》杂志社

ICU 护士心理压力与正念觉知水平相关性的调查分析

薛芹 吴璠 韩芳 戴琴 张凤

【摘要】 目的 探讨 ICU 护士心理压力与正念觉知水平的相关性。方法 2020 年 4—9 月对江苏省 15 家三级甲等医院 299 名综合 ICU 护士进行问卷调查, 内容包括正念水平、心理压力、人口学资料、婚姻满意度、人际关系、工作环境、工作量、患者病情严重程度、生活事件等。个体正念水平采用正念觉知量表(MAAS), 心理压力采用知觉压力量表(CPSS)评价。通过 Pearson 相关性分析, 明确 ICU 护士心理压力与正念觉知水平的相关性。结果 对 299 名 ICU 护士心理压力与正念觉知水平得分进行 Pearson 相关性分析得出, 两者呈负相关($r=-0.172, P<0.05$)。多元线性回归显示, 正念觉知水平、护士职称、职务、年龄是 ICU 护士心理压力的主要影响因素($P<0.05$)。结论 ICU 护士心理压力与正念觉知水平呈负相关性, 提高正念水平有助于降低 ICU 护士的心理压力。

【关键词】 ICU 护士; 心理压力; 正念水平; 相关性; 横断面调查

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.006

Investigation and analysis of the correlation between psychological stress and mindfulness awareness level of ICU nurses XUE Qin, WU Fan, HAN Fang, DAI Qin, ZHANG Feng (Medical College of Nantong University, Nantong, 226000, China)

【Abstract】 Objective To explore the correlation between psychological stress and mindfulness awareness level of ICU nurses. **Methods** To conduct a questionnaire survey among 299 general ICU nurses in 15 tertiary and first-class hospitals in Jiangsu province from April to September 2020, the contents included mindfulness level, psychological stress, demographic data, marital satisfaction, interpersonal relationship, work environment, workload, the severity of the patient's condition, life events, etc. The level of individual mindfulness was assessed by mindful attention awareness scale(MAAS), and the psychological stress was assessed by Chinese perceived stress scale(CPSS). Through Pearson correlation analysis, the correlation between psychological stress and mindfulness awareness level of ICU nurses was clarified. **Results** The Pearson correlation analysis of psychological stress and mindfulness awareness level of 299 ICU nurses showed that the two were negatively correlated($r=-0.172, P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that the level of mindfulness awareness, nurse title, position and age were the main influencing factors of psychological stress of ICU nurses($P<0.05$). **Conclusion** The psychological stress of ICU nurses was negatively correlated with the level of mindfulness awareness, and improving the level of mindfulness can help reduce the psychological stress of ICU nurses.

【Key words】 ICU nurses; Psychological stress; Mindfulness level; Cross-sectional survey; Correlation

随着社会的发展, 人们对护士的期望值越来越高, 导致护士的心理压力不断增大^[1], 而 ICU 护士的工作压力更是高于其他临床护士^[2]。重症监护室(ICU)是医院收治危重症患者的主要医疗场所, 有研究显示^[3], ICU 患者病情重而复杂, 随时需要抢救,

导致 ICU 护士常处于高负荷工作状态, 过大的压力不仅对护士身体和心理造成影响, 也会降低工作效率。“正念”起源于东方佛教, 是一种个体如实觉察身心变化, 及时调整, 以适应环境, 从而达到烦恼解脱的觉知力^[4]。ICU 护士正念水平是否影响其感知的压力, 目前尚不明确。本研究通过 Pearson 相关性分析 ICU 护士心理压力与其正念觉知水平的相关性, 旨在找出更加适合减轻 ICU 护士心理压力的措施。

作者单位: 226000 江苏省南通市, 南通大学医学院
薛芹: 女, 本科(硕士在读), 主管护师
通信作者: 张凤, 女, 博士, 副教授

1 对象与方法

1.1 调查对象

本研究为横断面调查, 2020年4—9月对江苏省内15家三级甲等医院综合ICU护士进行问卷调查。纳入条件: 在ICU工作满1年; 在职注册护士。排除条件: 精神障碍; 患有心、肝、肾重大疾病; 在ICU进修、轮转护士; 目前在外进修、学习无法参加调查; 正在参加其他心理干预项目。本研究共发放问卷320份, 剔除不合格问卷, 回收有效问卷299份, 有效率93.43%。

1.2 调查工具

1.2.1 ICU护士心理压力的一般资料问卷 由研究者自行设计, 包括护士性别、年龄、文化程度、职称、收入、婚姻、子女情况、护士1周内的工作量、患者病情严重程度、工作环境、人际关系、生活事件、婚姻满意度等, 护士的工作量采用PDA扫描系统进行统计。

1.2.2 正念觉知量表(MAAS) 该量表主要用来评价个体正念水平。MAAS是单维度结构量表, 共15个条目, 采用Likert 6点计分, 从“总是”到“完全没有”分别赋1~6分, 总分15~90分。得分越高表示个体的正念水平越高, 量表的拟合度较高, 有较好的结构效度。经检验该量表的内部一致性Cronbach's α 为0.89, 重测信度为0.87^[5-7]。

1.2.3 感知压力量表(CPSS) 该量表主要用来测量个体心理压力水平。量表共14个条目, 采用0~4级评分, 得分范围14~70分。得分越高, 压力越大, 43~56分表示压力过大, 需要及时采取干预方法进行减压。该量表重测信度为0.76, 内部一致性Cronbach's α 为0.75^[8]。

1.2.4 急性生理学及慢性健康评分系统II(APACHE II) APACHE II是ICU患者常用的评分系统, 用于评估患者病情严重程度。APACHE II由急性生理评分、年龄评分和慢性健康评分3部分组成, 根据患者各项生理指标及检验结果统计分数, 最高71分, 分数越高, 提示患者病情越严重^[9]。

1.2.5 人际关系综合诊断量表^[10] 该量表共28个条目, 含交谈、交际交友、异性交往和待人接物4个维度, 每个问题有“是”“否”两个选项, “是”记1分, “否”记0分, 核算维度分与总分, 分数越高说明人际关系越差, 人际交往能力越低, 分数越低说明人际关系越好, 人际交往能力越高。经检验该量表的内部一致性Cronbach's α 为0.79。

1.2.6 婚姻调适测定Locke-Wollance 由Locke和Wollance于1959年编制, 并应用于已婚夫妻之中, 用于测量婚姻满意度, 其Cronbach's α 系数为0.83^[11], 汪向东等^[12]于1999年将该量表翻译为中文, 并应用在中国夫妻中, 其折半信度为0.90, 重测信度为0.59。该量表包括夫妻凝聚力、情感表达、婚姻满意度及夫妻一致性, 共4个维度15个条目。总分2~158分, 分数越高, 代表婚姻调适水平越好, <100分者为婚姻失调。

1.2.7 生活事件量表(LES)^[13-14] 当事者从生活事件发生时间、性质、影响持续时间、精神影响程度几方面进行回答并分别计算分数, 此量表用于评估护士是否遭遇重大生活事件。共48个条目, 含社交、工作学习、家庭生活, 还有2个空白项用于记录表中没有但当事者已经经历的事件, 分数越高说明个体承受的压力越大, 量表的内部一致性系数为0.43。

1.3 质量控制

控制调查员数目和质量, 统一培训, 各科室配备专职调查员, 所有调查表进行编码, 调查员记录调查时间, 研究员抽查, 评价调查质量。确保问卷每个条目清晰, 调查指标清晰可测, 保证问卷各条目全面不遗漏。数据采用双人录入Epidata软件, 计算机核查逻辑不合理以及录入错误数据。将不合理数据及时反馈调查员核对。

1.4 统计学方法

数据双人录入Epidata 3.0并进行一致性检验, 采用SPSS 20.0统计学软件对数据进行统计分析, 缺失数据采用回归法进行缺失数据插补。连续变量呈正态分布用“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验或方差分析。变量间相关性采取Pearson相关性分析。将正念觉知水平按照其四分位数间距分为4组, 比较不同正念觉知水平者心理压力的差异。将心理压力作为因变量, 将单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量, 通过多元线性回归分析影响心理压力的因素, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 影响ICU护士心理压力单因素分析

单因素分析可见, ICU护士心理压力影响因素包括: 正念水平、职称、职务、经济收入、婚姻状况、仪器报警频率、年龄、每周护理班次数及人际关系。见表1。

表 1 影响 ICU 护士心理压力单因素分析 (n=299)

分析因素	类别	例数	心理压力水平 (分)	F 值	P 值
正念水平 (分)	15~	79	45.38 ± 4.70	3.879	0.010
	65~	74	45.42 ± 5.65		
	73~	78	42.71 ± 7.37		
	78~90	68	42.81 ± 8.67		
性别	男	13	40.69 ± 13.00	0.985 [*]	0.344
	女	286	44.26 ± 6.38		
文化程度	大专	58	44.19 ± 6.87	0.918	0.584
	本科及以上	241	44.09 ± 6.80		
职称	护士	81	42.12 ± 8.18	6.557	0.000
	护师	94	43.31 ± 5.75		
	主管护师	100	46.60 ± 6.08		
	副主任护师及以上	24	43.54 ± 5.47		
职务	护士长	26	44.46 ± 5.82	6.063	0.001
	副护士长	12	46.92 ± 4.64		
	临床带教组长	44	47.57 ± 6.19		
	无	217	43.21 ± 6.89		
聘用方式	正式编制	83	45.08 ± 5.49	1.544 [*]	0.124
	合同制	216	43.73 ± 7.22		
目前参加培训	是	148	43.57 ± 7.69	1.343 [*]	0.180
	否	151	44.63 ± 5.78		
晋升机会 (分)	1~	129	44.60 ± 7.30	1.805 [*]	0.279
	4~5	170	43.74 ± 6.39		
经济收入 (元 / 月)	< 6000	88	42.49 ± 8.05	3.009	0.031
	6000~	145	44.37 ± 5.93		
	8000~	37	45.86 ± 7.29		
	≥ 10 000	29	45.48 ± 5.23		
婚姻状况	已婚	197	44.66 ± 6.29	3.399	0.039
	未婚	102	43.03 ± 7.61		
婚姻满意度得分	36~	49	44.78 ± 7.32	0.478	0.698
	81~	54	44.17 ± 4.96		
	103~	47	45.53 ± 7.31		
	118~143	47	44.26 ± 5.46		
工作环境中仪器报警频率 (次 /d)	<5	65	41.49 ± 6.61	8.326	0.000
	5~	99	43.85 ± 7.94		
	>10	135	45.56 ± 5.52		
年龄 (岁)	≤ 26	82	42.44 ± 8.00	2.725	0.044
	27~	83	44.37 ± 6.41		
	31~	60	45.57 ± 6.45		
	≥ 35	74	44.47 ± 5.76		
工作年限 (年)	≤ 3	84	42.55 ± 7.87	2.467	0.062
	4~	82	44.10 ± 6.61		
	9~	60	45.25 ± 5.75		
	≥ 13	73	44.97 ± 6.26		

续表

分析因素	类别	例数	心理压力水平(分)	F 值	P 值
ICU 工作年限(年)	≤ 2	112	43.49 ± 8.05	1.450	0.228
	3~	40	42.90 ± 5.89		
	5~	75	44.71 ± 6.37		
	≥ 10	72	45.11 ± 5.35		
每周工作总时长(h)	≤ 40	249	43.94 ± 6.96	0.949*	0.344
	>40	50	44.94 ± 5.97		
近 1 周所护理患者的平均病情严重程度评分	≤ 18	103	43.40 ± 6.54	0.790	0.501
	19~	110	44.52 ± 6.78		
	21~	25	45.36 ± 5.60		
	22~40	61	44.05 ± 7.68		
近 1 周患者死亡	有	285	43.97 ± 6.90	1.553*	0.121
	无	14	46.86 ± 3.53		
本月护理不良事件	无	286	44.10 ± 6.87	0.109*	0.914
	有	13	44.31 ± 5.17		
护理部考核次数(次/月)	0	173	43.65 ± 6.83	0.916	0.401
	1	64	44.69 ± 8.06		
	≥ 2	62	44.77 ± 5.10		
护理班(次/周)	≤ 1	221	44.03 ± 6.59	3.523	0.031
	2	51	45.78 ± 6.30		
	3	27	41.56 ± 8.64		
小夜班(次/周)	≤ 1	139	44.29 ± 6.87	0.122	0.885
	2	155	43.92 ± 6.83		
	≥ 3	5	44.60 ± 4.78		
大夜班(次/周)	≤ 1	261	43.99 ± 7.01	0.583	0.446
	≥ 2	38	44.89 ± 5.12		
人际关系(分)	0~	92	42.26 ± 7.87	3.359	0.019
	5~	60	45.03 ± 5.09		
	11~	74	44.78 ± 7.04		
	≥ 22	73	44.99 ± 5.95		
重大生活事件(分)	≤ 2	159	44.07 ± 6.11	0.065	0.937
	3~	112	44.25 ± 7.61		
	≥ 9	28	43.75 ± 7.34		

注: * 为 *t* 值。晋升机会从非常容易至非常困难采用李克特 5 级评分法。工作环境从安静至嘈杂采用李克特 5 级评分法; 患者的平均病情严重程度采用 APACHE II 评分。正念觉知水平、婚姻满意度得分和近 1 周护理患者的平均病情严重程度评分均采用四分位数间距分组。

2.2 ICU 护士心理压力与正念觉知水平的相关性分析

经 Pearson 相关性分析显示, ICU 护士心理压力与正念觉知水平呈负相关($r=-0.172$, $P<0.05$)。

2.3 影响 ICU 护士心理压力的多元线性回归分析

以 ICU 护士心理压力总分作为因变量, 将单因

素分析中具有统计学意义的正念水平、职称、职务、经济收入、婚姻状况、仪器报警频率、年龄、每周护理班次及人际关系作为自变量进行多元线性回归分析, 结果显示, 正念觉知、护士职称、职务、年龄是 ICU 护士心理压力的主要影响因素。自变量赋值见表 2。多元线性回归分析见表 3。

表 2 变量赋值表

变量标签	赋值说明
职称	1= 护士, 2= 护师, 3= 主管护师, 4= 副主任护师及以上
职务	1= 护士长, 2= 副护士长, 3= 临床带教组长, 4= 无
年龄 (岁)	1= ≤ 26 岁, 2=27~, 3=31~, 4= ≥ 35
经济收入 (元 / 月)	1=<6000, 2=6000~, 3=8000~, 4= ≥ 10 000
婚姻状况	1= 已婚, 2= 未婚
仪器报警频率 (次 / d)	1=<5, 2=5~, 3=>10
护理班 (次 / 周)	1= ≤ 1, 2=2, 3=3
人际关系 (分)	1=0~, 2=5~, 3=11~, 4= ≥ 22

表 3 影响 ICU 护士心理压力的多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常量	52.431	4.846	—	10.820	0.000
正念觉知	-0.116	0.043	-0.195	-2.669	0.008
护士职称	3.253	0.924	0.444	3.522	0.000
职务	1.096	0.549	0.115	1.995	0.047
年龄	-0.382	0.140	-0.329	-2.737	0.007

3 讨论

3.1 ICU 护士心理压力现状及影响因素

本研究结果显示,ICU 护士心理压力普遍较高,这与 Padilla 等^[2]关于 ICU 护士心理压力普遍高于临床护士的研究一致,影响 ICU 护士心理压力的主要因素包括护士的职称、年龄、职务等。研究显示,主管护师的心理压力最大,原因可能在于中级职称的护士为科室护理骨干,工作量大且承担了科室教学任务,同时也面临着职称晋升及科研的压力,加之还要面对婚姻、孩子等家庭负担,极易产生职业压力,这与 Starc^[15]的研究结果一致。同样,本研究中护士年龄在 31~34 岁的心理压力明显较高,这部分人群大多已是中级职称,同样面临较大的心理压力。对于护士的职务,研究中显示,临床带教组长压力较大,带教组长既是护士,又是老师,既要完成科室的护理工作,又要带教低年资护士及实习生,因此,更易产生焦虑、易怒等消极情绪,这与曲丹华^[16]的研究一致。本研究显示,在控制了护士职称、职务、年龄等混杂因素后,正念觉知仍是 ICU 护士心理压力的影响因素。可以促进个体更好地适应和对环境做出反应。

3.2 ICU 护士心理压力与正念觉知水平相关

Pearson 相关性分析显示,ICU 护士心理压力与正念觉知水平呈负相关性,正念觉知得分越低,心理压力越大。研究显示^[17],正念是通过改变认知方

面的因素而起到积极的心理干预作用。正念作为一种心理保护资源,能够影响个体在面对压力时的主观感受。本研究中个体正念水平采用正念注意觉知量表,研究证明^[12-13],MAAS 有较好的信效度,可以测量个体在日常生活中觉知水平的差异,MAAS 和负性情绪测量包括压力、焦虑、沉思等负相关,和幸福感指标正相关。Aftanas 等^[18]研究发现,正念冥想练习可能通过增强大脑的注意加工、警觉性以及认知加工水平,来改善个体的注意力和情绪调节能力,以提高个体的健康水平。本研究显示,当 ICU 护士正念觉知水平增强时,其对心理压力的认知功能水平增加,也就改善了其情绪的调节功能,从而降低其心理压力。

3.3 对临床工作的启示

本研究显示,ICU 护士的正念觉知水平与其心理压力呈负相关,因此,减轻护士的心理压力,可通过增强个体的正念水平。有研究表明,正念训练可以降低个体的负性情绪^[19-24],目前正念减压(MBSR)已在国内外应用于护士减压。但是随着研究进展,发现传统正念减压的弊端在于干预耗时较长。国外甚至有学者^[25]提出传统的正念减压(MBSR)所需的时间反而会对在长期高压工作环境中的人产生负面影响,这些人员可能没有时间或精力来解决工作时间以外的压力。通过本研究结合目前的正念减压方法,能否设计出一种更加适合 ICU 护士的正念减压方法,为 ICU 护士带来福音。

3.4 研究不足

由于时间和条件的限制,本研究样本量较小,且选择的人群均为省内,存在一定的区域局限性,今后可考虑增加样本量,人群可涉及到全国不同地区的ICU护士。此外,心理压力多元回归分析结果解释力度 R^2 较低,提示有影响心理压力的其它变量未纳入统计分析,需要研究进一步确认。

总之,ICU护士心理压力普遍较高,正念觉知水平与其心理压力呈负相关,因此,管理者应努力提高ICU护士的正念觉知水平,以帮助其减轻心理压力,为临床危重症患者带来更加优质安全的护理。

4 参考文献

- [1] Adriaenssens J, Hamelink A, Bogaert P V. Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study[J]. *Int J Nurs Stud*, 2017,73:85-92.
- [2] Padilla FC, Palmeiro-Silva YK. Effort-Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff: A Cross-Sectional Study[J]. *Nurs Res*, 2017,66(5):410-416.
- [3] 刘翠翠. 综合性医院ICU护士工作压力来源的调查研究[J]. *护理实践与研究*, 2012,9(5):149-151.
- [4] 王淑珍. 正念——基于东方文化的心理治疗方法[J]. *社会心理科学*, 2016,31(2):64-68.
- [5] Medvedev ON, Siegert RJ, Feng XJ, et al. Measuring Trait Mindfulness: How to Improve the Precision of the Mindful Attention Awareness Scale Using a Rasch Model[J]. *Mindfulness*, 2016,7(2):384-395.
- [6] Christopher MS, Gilbert BD. Incremental Validity of Components of Mindfulness in the Prediction of Satisfaction with Life and Depression[J]. *Current Psychology*, 2010,29(1):10-23.
- [7] Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, et al. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review[J]. *J Clin Nurs*, 2019,28(21-22):3747-3758.
- [8] 杨廷忠, 黄汉腾. 社会转型中城市居民心理压力的流行病学研究[J]. *中华流行病学杂志*, 2003,24(9):11-15.
- [9] 刘波, 单南冰. ICU危重患者APACHE II评分变化率和临床预后的关系[J]. *内科急危重症杂志*, 2017, 23(2):142-144.
- [10] 郑日昌. 中学生心理诊断[M]. 济南: 山东教育出版社, 1994:376-379.
- [11] Freeston MH, Plechaty M. Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: is it still relevant for the 1990s? [J]. *Psychol Rep*, 1997,81(2):419-434.
- [12] 汪向东, 王希林, 马宏. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999:159-161.
- [13] Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey[J]. *J Consult Clin Psychol*, 1978,46(5):932-946.
- [14] Locke HJ, Wallace KM. Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity[J]. *Marriage and family living (Menasha, Wis.)*, 1959,21(3):251-255.
- [15] Starc J. Stress Factors among Nurses at the Primary and Secondary Level of Public Sector Health Care: The Case of Slovenia[J]. *Open Access Maced J Med Sci*, 2018,6(2):416-422.
- [16] 曲丹华. 护理临床带教教师职业倦怠感调查及其影响因素的研究[D]. 长春: 吉林大学, 2015.
- [17] Scheick DM. Developing self-aware mindfulness to manage countertransference in the nurse-client relationship: an evaluation and developmental study[J]. *J Prof Nurs*, 2011,27(2):114-123.
- [18] Aftanas LI, Golosheikine SA. Human anterior and frontal midline theta and lower alpha reflect emotionally positive state and internalized attention: high-resolution EEG investigation of meditation[J]. *Neurosci Lett*, 2001,310(1):57-60.
- [19] 朱政仁, 胡珠, 罗爱玲, 等. 正念减压法对抑郁症患者负性情绪的影响[J]. *护理实践与研究*, 2016,13(7):135-137.
- [20] 王玉正, 刘欣, 徐慰, 等. 正念训练提升参与者对疼痛的接纳程度[J]. *中国临床心理学杂志*, 2015, 23(3):567-570.
- [21] Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, et al. Mindfulness-based stress reduction for psychological distress among nurses: A systematic review[J]. *J Clin Nurs*, 2019,28(21-22):3747-3758.
- [22] 生媛媛, 刘惠军, 何欣媛. 正念干预在癌症康复中的临床应用[J]. *心理科学进展*, 2017,25(12):2124-2135.
- [23] 张佳媛, 周郁秋, 张全志, 等. 正念减压疗法对乳腺癌患者知觉压力及焦虑抑郁水平的影响[J]. *中华护理杂志*, 2015,50(2):189-193.
- [24] Sliwinski J, Katsikitis M, Jones CM. A Review of Interactive Technologies as Support Tools for the Cultivation of Mindfulness[J]. *Mindfulness*, 2017,8(5): 1150-1159.
- [25] Klatt M, Steinberg B, Duchemin AM. Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for Chronically High Stress Work Environments to Increase Resiliency and Work Engagement[J]. *J Vis Exp*, 2015(101):e52359.

[2021-08-29 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

脊髓损伤患者家庭复原类型及相关特征解析

闫惠 暴银素

【摘要】 目的 探索不同类型的脊髓损伤患者家庭复原模式。方法 选取 2020 年 12 月—2021 年 6 月河南省 3 所康复中心的脊髓损伤患者为研究对象,采用一般资料问卷、日常生活活动能力量表和家庭复原力量表进行调查,采用聚类分析数据。结果 脊髓损伤患者家庭复原模式可分为 3 种类型:复原稳定型、复原适应型、复原不良型。在 3 类复原模式中,患者年龄、婚姻状况、文化程度、家庭收入、损伤平面、职业状况、日常生活活动能力比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 通过对脊髓损伤患者一般人口学特征及家庭复原力得分进行两步聚类分析,探索出不同类型的家庭复原模式及特征,为医护人员制订针对性的康复治疗措施提供参考依据。

【关键词】 脊髓损伤;家庭复原力;聚类分析;家庭康复模式;特征;日常生活活动能力

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.007

Analysis of family recovery types and related characteristics of patients with spinal cord injury YAN Hui, BAO Yinsu (The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore family recovery patterns for patients with different types of spinal cord injury. **Methods** The patients with spinal cord injury in 3 rehabilitation centers in Henan province from December 2020 to June 2021 were selected as the study subjects. The general information questionnaire, the activity of daily living scale and the family resilience scale were used for the survey, and the data were analyzed by clustering. **Results** The family recovery patterns of spinal cord injury patients can be divided into three types: stable recovery, adaptive recovery, and poor recovery. Among the three types of recovery models, there were statistically significant differences in age, marital status, educational level, family income, injury level, occupational status, and activities of daily living($P<0.05$). **Conclusion** Through two-step cluster analysis on the general demographic characteristics and family resilience scores of spinal cord injury patients, different types of family recovery modes and characteristics were explored to provided reference for medical staff to formulate targeted rehabilitation measures.

【Key words】 Spinal cord injury; Family resilience; Clustering analysis; Family recovery patterns; Feature; Activities of daily living

脊髓损伤作为全球常见的致残率、致死率较高的疾病,发病率平均为 13/1 000 000^[1],发病人群中青壮年居多^[2]。身体的严重损伤给患者自身的生理和心理产生了巨大影响^[3-4],终身的康复和医疗保健护理导致患者的生活质量严重下降^[5],与此同时,家庭结构、生活角色和分工的巨大转变以及巨大的经济负担^[6],使家庭成员及照顾者陷入极大的危机^[7-8],然而,家庭作为整体却是脊髓损伤患者应对压力、转变危机以及提供经济保障的核心载体^[9-10]。家庭复原力又称家庭抗逆力,是家庭适应环境变化、解决发展问题、实现持续发展能力的关

键因素^[11],而不同的家庭复原类别预示着不同的家庭功能,对危机家庭进行分类和动态评估家庭需求至关重要^[9]。理清不同危机家庭的复原需求和复原功能,探索家庭的复原规律,可有效提高患者家庭在复原过程中应对各种困境的能力^[12-13]。目前对脊髓损伤患者家庭复原力的研究多集中于单变量视角的相关因素及干预措施的研究^[14-16],而未对家庭整体复原模式特征进行分类。因此,本研究在家庭复原力理论指导下,从家庭复原力多维度视角出发,概括出脊髓损伤患者家庭复原类型,旨在识别不同类型家庭复原的特点,从调整家庭的信念体系、联结家庭的组织模式、改善家庭的沟通过程 3 个方面建立稳定的家庭复原机制,从而为脊髓损伤患者最大限度的回归社会、制订针对性干预措施提供参考依据。

作者单位:450000 河南省郑州市,河南中医药大学第一附属医院

闫惠:女,本科(硕士在读),主管护师

通信作者:暴银素,女,本科,主任护师

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2020 年 12 月—2021 年 6 月河南省 3 所康复中心的脊髓损伤患者为调查对象, 纳入条件: 符合脊髓损伤神经学分类国际标准 (2019 版), 并经 CT 和 MRI 临床确诊的脊髓损伤患者; 脊髓损伤恢复期, 生命体征平稳, 神志清醒; 同意接受调查。排除条件: 存在精神疾病, 如抑郁症、焦虑症等; 存在严重失语和智力障碍。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料问卷 由研究者自行设计, 包括患者年龄、婚姻状况、文化程度、家庭收入、损伤平面、职业状况、并发症。

1.2.2 日常生活活动能力 (ADL) 量表 该量表包含自我照顾能力 (进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕) 以及行动能力 (床椅转移、行走、上下楼梯), 共 10 项, 满分 100 分。正常 100 分; ≥ 60 分为生活基本自理; 41~59 分为中度障碍, 生活需要帮助; 21~40 分为重度障碍, 生活明显依赖; ≤ 20 分为生活完全依赖。分值越大表明日常生活自理能力越强^[17]。该量表在本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.843。

1.2.3 家庭复原力评定量表 该量表由我国学者戴艳编制, 共计 49 个条目, 包括 10 个维度, 分别是困境解读、正向前瞻、生活卓越、问题解决、亲密和谐、社会支持、秩序井然、情感分享、清晰交流、合作协调, 采用 Likert 5 级计分法^[18]。该量表在本研究中测得 Cronbach's α 系数为 0.762。

1.3 调查方法及数据处理

1.3.1 问卷调查 调查前对调查人员进行同质化培训, 调查时需向调查对象介绍研究目的、内容及注意事项, 征得其同意后由患者自行匿名填写问卷, 问卷完成后, 经调查人员检查无缺漏, 当场回收。问卷共发放 170 份, 回收有效问卷 168 份, 有效率为 98.82%。

1.3.2 聚类分析 常用于解决海量数据、类别结构复杂时的聚类分析问题。两步聚类分析是一种探索性功能分析的过程, 其优势可将连续性变量和分类变量纳入, 根据不同的判别准则, 可以自动选择最优化的聚类个数。

1.4 统计学方法

数据经双人核对录入, 采用 SPSS 21.0 统计学软件录入数据并对患者年龄、婚姻状况、文化程度、家庭收入、损伤平面、职业状况、家庭复原力等 9

项变量进行两步聚类分析, 从而将所有患者家庭进行分类, 并描述不同类型家庭复原力特征。计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”描述, 组间均数比较采用方差分析; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验或 K-W H 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 聚类模型拟合结果和质量评价

输入脊髓损伤患者特征聚类变量 9 项, 最终将聚类为 3 类。本次聚类分析结果评价显示该模型拟合尚好, 见图 1, 可以对聚类结果进行解释。

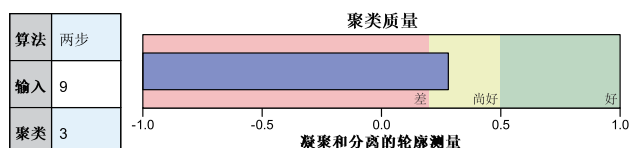


图 1 两步聚类模型概要

2.2 聚类结果分析

本次结果中 3 个聚类结果占样本总体的比重, 最小聚类大小为 48, 最大聚类大小为 70, 两类分别占 28.6%、41.7%, 最大聚类与最小聚类之比为 1.46。纳入模型的变量对本次聚类整体结果的影响由大到小依次为职业状况、文化程度、婚姻状况、年龄、损伤平面、家庭收入、家庭复原力 (沟通过程、家庭信念、组织模式), 见图 2。各分型中聚类变量的序位见表 1。

输入（预测变量）重要性						
	1.0	0.8	0.6	0.4	0.2	0.0
聚类	2	3	1			
说明						
大小	41.7% (70)	29.8% (50)	28.6% (48)			
输入	职业状况 无业 (85.7%)	职业状况 在职 (96.0%)	职业状况 无业 (95.8%)			
	文化程度 大专及以上 (54.3%)	文化程度 大专及以上 (40.0%)	文化程度 初中及以下 (100.0%)			
	婚姻状况 已婚 (51.4%)	婚姻状况 已婚 (96.0%)	婚姻状况 已婚 (100.0%)			
	年龄 36.11	年龄 36.68	年龄 51.46			
	损伤平面 颈段 (51.4%)	损伤平面 胸段 (80.0%)	损伤平面 胸段 (37.5%)			
	家庭收入 1000以下 (68.6%)	家庭收入 1000以下 (36.0%)	家庭收入 1000以下 (87.5%)			
	沟通过程 45.26	沟通过程 51.84	沟通过程 46.12			
	家庭信念 70.54	家庭信念 82.16	家庭信念 76.29			
	组织模式 89.77	组织模式 97.56	组织模式 89.33			

图 2 聚类单元分布

表 1 聚类变量序位			
聚类变量	I 型 (n=50)	II 型 (n=48)	III 型 (n=70)
	序位	序位	序位
职业状况	1	3	4
文化程度	7	1	3
婚姻状况	5	4	1
年龄	9	2	5
损伤平面	3	8	6
家庭收入	2	5	9
沟通过程	6	6	7
家庭信念	8	9	2
组织模式	4	7	8

2.3 脊髓损伤患者家庭复原模式的分型及特征

通过比较分析,对3类家庭复原模式进行命名并描述其特征,见表2。

2.4 不同脊髓损伤患者家庭复原模式的一般资料比较

3类家庭复原模式中,年龄、婚姻状况、文化程度、家庭收入、损伤平面、职业状况、日常生活活动能力比较差异具有统计学意义($P<0.05$),患者并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表 2 3类脊髓损伤患者家庭复原模式分型及特征		
类别	名称	特征
I 型	复原稳定型	沟通过程、家庭信念、组织模式得分均较高,复原模式内部组织模式重要性较高,其次为沟通过程、家庭信念
II 型	复原适应型	沟通过程、家庭信念、组织模式得分均居中等水平,复原模式内部沟通过程重要性较高,其次为组织模式、家庭信念
III 型	复原不良型	沟通过程、家庭信念、组织模式得分均居较低水平,复原模式内部家庭信念重要性较高,其次是沟通过程、组织模式

表 3 不同脊髓损伤患者家庭复原模式的一般资料比较						
分析因素	类别	I 型 (n=50)	II 型 (n=48)	III 型 (n=70)	F 值	P 值
年龄 (岁)		36.68 ± 13.62	51.46 ± 11.62	36.11 ± 10.71	27.699	0.000
婚姻状况	已婚	48 (96.00)	48(100.00)	36(51.43)	52.742 ¹⁾	0.000
	未婚	2 (4.00)	0(0.00)	34(48.57)		
文化程度	大专及以上	20(40.00)	0(0.00)	38(54.29)	70.072 ²⁾	0.000
	高中 / 中专	18(36.00)	0(0.00)	22(31.42)		
	初中及以下	12(24.00)	48(100.00)	10(14.29)		
家庭收入 (元 / 月)	<1000	18(36.00)	42(87.50)	48(68.57)	20.295 ²⁾	0.000
	1000~	20(40.00)	4(8.33)	14(20.00)		
	5000~	12(24.00)	2(4.17)	8(11.43)		
损伤平面	颈段	4(8.00)	14(29.17)	36(51.43)	9.336 ²⁾	0.004
	胸段	40(80.00)	18(37.50)	20(28.57)		
	腰骶段	6(12.00)	16(33.33)	14(20.00)		
职业状况	在职	48(96.00)	2(4.17)	10(14.29)	113.956 ¹⁾	0.000
	无业	2(4.00)	46(95.83)	60(85.71)		
并发症	有	9(18.00)	18(37.50)	19(27.14)	4.687 ¹⁾	0.096
	无	41(82.00)	30(62.50)	51(72.86)		
ADL 评分 (分)		30.20 ± 16.06	38.13 ± 22.63	39.86 ± 21.48	3.493	0.033

注: 1) 为 χ^2 值, 2) 为 H 值。

3 讨论

3.1 两步聚类法对脊髓损伤患者家庭复原模式划分的合理性

聚类分析方法是一种常用的统计学分类方法,根据分类指标的数值分布,较合理地确定对象的类型数目,并能将指标属性值比较接近的对象分为一类。医学领域最为常用的是K-means法和系统聚类法^[19-20],随着医学科研的不断发展,此方法无法更好地处理分类变量和连续变量的聚类,导致预先定义的聚类数可能不是最优的,初始点的选取也可能导致仅局部最优的问题,从而影响分类的质量^[21]。两步聚类法与传统的聚类方法相比,更适合类别结构复杂的聚类分析,它可以根据一定的统计标准,快速、全面且高效地分析问题。由于家庭复原模式受家庭内部各成员相关因素及家庭整体宏观系统的影响,对其评价及分类需考虑多个方面因素^[13],如年龄、婚姻状况、文化程度、家庭收入、损伤平面、职业状况等因素^[22-25],因此本研究将以上因素同时纳入聚类变量,可全面评价脊髓损伤患者的家庭复原模式,同时筛选出不同家庭复原模式的敏感指标。

3.2 脊髓损伤患者家庭复原模式的特征分析

(1) I型:复原稳定型。该复原模式中,患者在职率96.00%,家庭收入高于1000元/月者占64.00%,多与患者受伤前的社会角色相关,患者的工作状况直接关系到家庭的经济来源,家庭经济能力较强,家庭决策的可选择性多,为其家庭复原力的保护因子^[26]。该类型患者中大专及以上学历者占40.00%,提示患者学历较高,掌握疾病相关知识较多,能够更好地配合康复治疗,且有助于家庭复原力提高^[27]。患者的家庭复原力3个维度:组织模式、沟通过程、家庭信念得分均较高,其中组织模式在此模式中发挥重要作用,在组织模式上,家庭内部有较强的联结感或较为弹性的组织结构;在沟通过程上,家庭可以全面提供危机情况信息,以合作方式处理冲突并解决问题;在信念体系上,家庭成员能够共同应对困境并有坚定的信念与决心。该模式中患者的日常生活能力得分较低。因此,医护人员可通过加强患者日常生活能力的训练提高自我照料技能,利用智能设备的交互式移动健康管理平台协助患者进行自我管理^[28],同时提高家庭对社会资源的利用能力,促进患者尽早回归社会。

(2) II型:复原适应型。该复原模式中,患者在职率4.17%,明显低于其他两类,且文化程度

普遍偏低,长期的康复治疗导致患者及照顾者放弃了原有的工作,经济来源被切断,陪护与治疗的压力则会影响到家庭复原力。该类家庭沟通过程、家庭信念、组织模式得分均居中等水平,其中沟通过程在此模式内部重要性较高,因此,该类家庭受到外部资源限制时,可采取一些应对措施使部分问题得到缓解,家庭复原力虽没有达到一种更高的水平,但也能适应并维持正常的生活。对于该模式,医护人员可以通过外部资源链接和内部资源挖掘来提高复原适应型家庭组织模式的联结感,增强家庭应对困境的复原能力。如制订自我康复训练计划,指导并定期跟进训练情况,强化训练的坚持度;推动家庭成员了解病情特征,交流病情发展,引导家庭关注患者的优势特点,促进家庭成员彼此坦诚沟通,重新建立残疾成员与家庭其他成员的关系联结。

(3) III型:复原不良型。该复原模式中,患者在职率14.29%,居中等水平;大专及以上学历占54.29%,文化程度整体较高;损伤平面颈段占51.43%,有研究显示患者的损伤平面与家庭复原力无相关性^[23]。该模式中沟通过程、家庭信念、组织模式得分均居较低水平,其中家庭信念在此模式内部重要性较高,这类家庭在信念上基本能彼此理解并共同应对残疾困境,但在组织模式与沟通过程上存在一些不足。从家庭信念上看,这类家庭由于文化程度的不同,家庭信念可能会出现不同程度的分歧。从组织模式来看,这类家庭外部可能受到政策资源的限制,内部组织弹性也较差;从沟通过程来看,家庭协商共同应对困境的能力也较差,出现沟通僵化等情况,使家庭运作处于不良状态。因此,医护人员可通过调整家庭信念和认知,引导家庭对危机进行深入思考,对逆境赋予特定意义,从而为实现信念复原、获得家庭复原力而积极主动地创造条件;同时需要对此类家庭增加外部资源支持与内部组织弹性,避免因沟通问题而陷入运作不良的状态。如引导家庭思考并探讨如何安排家庭成员的未来生活,提高家庭组织结构缓解压力的能力,帮助家庭有效处理当前的困境。

4 结论

本研究通过对脊髓损伤患者家庭复原力进行聚类分析,探索3类家庭复原模式及其特点,为今后医护人员根据不同家庭复原模式类别采取针对性的康复治疗措施,有效提高患者的生活质量,使患者尽早回归家庭与社会,同时有助于合理分配医疗护理资源。

5 参考文献

- [1] GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. *Lancet Neurol*, 2019, 18(5): 459–480.
- [2] 王正国. 脊柱脊髓损伤[J]. *中华创伤杂志*, 2019(1):1.
- [3] Post MWM, van Leeuwen CMC. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review[J]. *Spinal Cord*, 2012, 50(5):382–389.
- [4] Kraft R, Dorstyn D. Psychosocial correlates of depression following spinal injury: A systematic review[J]. *Spinal Cord Med*, 2015, 38(5):571–583.
- [5] 刘素敏, 曹红十, 王海燕, 等. 脊髓损伤患者延续护理需求的研究进展[J]. *中华护理教育*, 2020, 17(8):761–765.
- [6] Kornhaber R, Mclean L, Betihavas V, et al. Resilience and the rehabilitation of adult spinal cord injury survivors: A qualitative systematic review[J]. *Adv Nurs*, 2018, 74(1): 23–33.
- [7] Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2015, 96(1):133–140.
- [8] Charlifue SB, Botticello A, Kolakowsky-Hayner SA, et al. Family caregivers of individuals with spinal cord injury: exploring the stresses and benefits[J]. *Spinal Cord*, 2016, 54(9): 732–736.
- [9] 姚进忠, 林佳玲. 残疾人家庭复原力培育过程的社会工作研究[J]. *中州学刊*, 2020(9):80–87.
- [10] 李旭丹, Reinhardt JD, 龚泽鹏, 等. 社区居住脊髓损伤患者生活质量现状及其影响因素分析[J]. *现代预防医学*, 2020, 47(8):1430–1434.
- [11] Caldwell JA, Jones JL, Gallus KL, et al. Empowerment and Resilience in Families of Adults With Intellectual and Developmental Disabilities[J]. *Intellect Dev Disabil*, 2018, 56(5): 374–388.
- [12] 赵西西, 孙霞, 王雪芳, 等. 家庭复原力的研究进展及其对危机家庭的护理启示[J]. *中华护理杂志*, 2015, 50(11):1365–1368.
- [13] Ungar M. Varied Patterns of Family Resilience in Challenging Contexts[J]. *Marital Fam Ther*, 2016, 42(1): 19–31.
- [14] Jones KF, Dorsett P, Simpson G, et al. Moving forward on the journey: Spirituality and family resilience after spinal cord injury[J]. *Rehabil Psychol*. 2018, 63(4): 521–531.
- [15] Jones KF, Simpson G, Briggs L, et al. A study of whether individual and dyadic relations between spirituality and resilience contribute to psychological adjustment among individuals with spinal cord injuries and their family members[J]. *Clin Rehabil*, 2019, 33(9):1503–1514.
- [16] Castellano-Tejedor C, Lusilla-Palacios P. A study of burden of care and its correlates among family members supporting relatives and loved ones with traumatic spinal cord injuries[J]. *Clin Rehabil*, 2017, 31(7): 948–956.
- [17] 王静. 阶段性康复训练在高血压脑出血偏瘫患者中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2019, 16(20):78–80.
- [18] 卜彤, 刘惠军. 家庭复原力问卷的编制[J]. *心理技术与应用*, 2019, 7(3):173–182.
- [19] 巩格言, 沈远卿, 高雯颖, 等. 脑肿瘤患儿家庭照护模式分类及家庭韧性的差异[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2020, 29(11):1030–1035.
- [20] 葛红玥, 林梅, 许志英. 心房颤动患者症状群及其影响因素研究[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(8):1189–1196.
- [21] 陈吟, 刘诗洋, 孙静, 等. 基于二阶聚类分析的住院患者满意度研究[J]. *中华医院管理杂志*, 2018, 34(2): 104–109.
- [22] Bhattarai M, Maneewat K, Sae-Sia W. Determinants of resilience among people who sustained spinal cord injury from the 2015 earthquake in Nepal[J]. *Spinal Cord*, 2018, 56(1): 78–83.
- [23] Guest R, Craig A, Tran Y, et al. Factors predicting resilience in people with spinal cord injury during transition from inpatient rehabilitation to the community[J]. *Spinal Cord*, 2015, 53(9): 682–686.
- [24] Driver S, Warren AM, Reynolds M, et al. Identifying predictors of resilience at inpatient and 3-month post-spinal cord injury[J]. *Spinal Cord Med*, 2016, 39(1):77–84.
- [25] Duggan C, Wilson C, DiPonio L, et al. Resilience and Happiness After Spinal Cord Injury: A Qualitative Study[J]. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 2016, 22(2):99–110.
- [26] 曾莹, 欧建君, 杨佳欣, 等. 孤独症谱系障碍儿童家庭复原力现状及影响因素分析[J]. *中国临床心理学杂志*, 2019, 27(6):1271–1274.
- [27] 孔艳英, 刘丽伟, 陈丽. 82例脑瘫高危儿家庭复原力影响因素分析[J]. *山东医药*, 2017, 57(35): 74–76.
- [28] 曹烈虎, 牛丰, 张文财, 等. 创伤性脊柱脊髓损伤康复治疗专家共识(2020版)[J]. *中华创伤杂志*, 2020, 36(5):385–392.

[2021-08-03 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

济南市三级甲等医院肿瘤科护士疲劳现状及相关影响因素

杨艳伟 商和丽 吴燕 季红

【摘要】 目的 调查济南市三级甲等医院肿瘤科护士疲劳现状并分析其影响因素。方法 选取2020年6—9月山东省济南市4所三级甲等医院215名肿瘤科护士为调查对象,采用一般资料问卷、疲劳评定量表、护士工作压力源量表、社会支持量表对护士进行问卷调查。采用单因素分析及多重线性回归分析肿瘤科护士疲劳的影响因素。结果 肿瘤科护士疲劳总分为 144.12 ± 28.58 分。单因素分析显示,年龄、肿瘤科护理工作年限、婚姻状况、有无子女、职称、所属护士层级、每天工作时间、月收入、工作压力及社会支持是影响肿瘤科护士疲劳的相关因素($P < 0.05$);多重线性回归分析显示,工作压力、月收入是肿瘤科护士疲劳的独立影响因素($P < 0.05$),共同解释疲劳总变异的38%。结论 肿瘤科护士疲劳受工作压力、月收入的影响,护理管理者应综合采取措施减轻护士的疲劳。

【关键词】 肿瘤科护士;疲劳;工作压力源;社会支持;现状;相关因素

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.008

Analysis of fatigue status and related influencing factors of nurses in the oncology department of a tertiary and first-class hospital in Jinan YANG Yanwei, SHANG Heli, WU Yan, JI Hong (The First Affiliated Hospital of Shandong First Medical University, Jinan, 250000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the fatigue status of nurses in the oncology department of a tertiary and first-class hospital in Jinan and analyze its influencing factors was as the study subject. **Methods** A total of 215 nurses in the oncology department of 4 tertiary hospitals in Jinan city, Shandong province from June to September 2020 were selected as the survey subjects, and the general information questionnaire, fatigue rating scale, nursing job stressor inventory and social support scale were used to conduct a questionnaire survey on the nurses. Univariate analysis and multiple linear regression analysis were used to analyze the influencing factors of oncology nurses' fatigue. **Results** The total fatigue score of oncology nurses was 144.12 ± 28.58 points. Univariate analysis showed that the age, nursing years in oncology, marital status, with or without children, professional title, levels of nurses, working hours per day, monthly income, work pressure and social support were the relevant factors affecting the fatigue of oncology nurses($P < 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that the work pressure and monthly income were the independent factors affecting the fatigue of oncology nurses($P < 0.05$). Together, they explained 38% of the total variation in fatigue. **Conclusion** The fatigue of oncology nurses was affected by work pressure and monthly income. Nursing managers should take comprehensive measures to reduce the fatigue of nurses.

【Key words】 Nurses in the oncology department; Fatigue; Job stressor; Social support; Status; Related factors

近年来,我国恶性肿瘤发病率呈上升趋势^[1-3],国家癌症中心最新数据显示,2015年恶性肿瘤发病约392.9万人,死亡约233.8万人^[4]。恶性肿瘤患者具有病情复杂、并发症多、预后差、负性情绪严重等特点,因此肿瘤科护士需要投入大量的时间、体力、精力和情感^[5]。长期高压、高负荷、高投入的工

作状态极易导致肿瘤科护士出现疲劳。疲劳是一种常见的非特异性症状,它既可以是正常生理状况下的不适反应,也可以是某些疾病的临床表现,还可以是介于病与非病之间的亚健康状态^[6]。疲劳会导致工作满意度下降、记忆力减退、反应时间延长以及决策能力下降等^[7]。有研究显示^[8],83%的护理差错事故与疲劳有关。目前,国内针对肿瘤科护士疲劳状况的调查报告很少,特别是定量研究更少。鉴于此,本研究以肿瘤科护士为研究对象,探讨其疲劳现状及其影响因素,为减轻护士疲劳提供依据。

作者单位:250000 山东省济南市,山东第一医科大学第一附属医院肿瘤科

杨艳伟:女,硕士研究生,主管护师

通信作者:季红,女,硕士,主任护师,护理部主任

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 6~9 月山东省济南市 4 所三级甲等医院肿瘤科护士为调查对象, 根据纳入和排除条件共调查了 215 名肿瘤科护士, 纳入条件: 肿瘤科在职注册护士; 从事肿瘤科护理工作 ≥ 1 年; 知情同意, 自愿参加本研究。排除条件: 进修、轮转及实习护士; 调查期间因各种原因不在岗护士。本研究符合《赫尔辛基宣言》要求。

1.2 调查工具

(1) 一般人口学资料调查表: 包括年龄、性别、婚姻状况、医院类别、有无子女、学历、职称、肿瘤科护理工作年限、用工形式、所属护士层级、每天工作时间、月收入等。

(2) 疲劳评定量表: 采用 Schwartz 等^[9]于 1993 年制订的疲劳评定量表 (fatigue assessment instrument, FAI) 评价, 该量表由 29 个条目组成, 包括 4 个因子: 因子 1 是衡量疲劳程度, 可以用作整体疲劳的定量指标; 因子 2 是疲劳对特定情况 (热, 冷, 压力等) 的敏感性, 从而评估疲劳是特定情况还是普遍存在; 因子 3 为疲劳可能导致的后果, 如失去耐心、动力或专心致志; 因子 4 为疲劳是否对休息和睡眠做出反应; 采用李克特 7 级评分, 1 分为完全不同意, 7 分为完全同意, 疲劳总分为 29~203 分, 得分越高提示疲劳情况越严重。各子量表的内部一致性信度系数范围为 0.70~0.92, 内容效度为 0.86~0.90。

(3) 工作压力源量表: 采用李小妹等^[10]编制的中国护士工作压力源量表评价肿瘤科护士的工作压力, 该量表共 35 个条目, 5 个方面, 包括护理专业及工作、时间分配及工作量、工作环境及仪器设备、病人护理、管理及人际关系, 采用 1~4 级评分法, 最高 140 分, >70 分表示存在重度压力, 50~70 分表示中度压力, <50 分表示轻度压力, 分数越高表明引起压力的程度越大。该量表广泛应用于护理研究领域, 具有较高的信度、效度^[11-12]。

(4) 社会支持量表: 采用中国学者肖水源^[13]编制的社会支持量表 (social support rating scale, SSRS) 评价, 该量表共 10 个条目, 内容包括 3 个维度, 即客观支持、主观支持和社会支持利用度, 总分 0~66 分, 23 分以下为低水平支持, 23~44 分为中等水平支持, 45 分及以上为高水平支持, 评分越高表明社会支持程度越高。量表内部一致性系数 Cronbach's α 范围为 0.89~0.94。

1.3 调查方法

本研究采用问卷调查法, 在现场调查前联系各医院护理部及各科室的护士长, 待其同意后说明调查的意义和目的, 并解释纳入及排除条件。由经过统一培训的调查员使用统一指导语说明本次调查的目的、内容和具体要求, 现场一对一问卷调查, 严格遵循知情同意及匿名无关联原则。本次研究中共发放问卷 236 份, 收回有效问卷 215 份, 有效率为 91.10%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件处理数据, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 单因素分析中比较采用 t 检验或方差分析; 多因素分析采用多重线性回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肿瘤科护士疲劳得分情况

肿瘤科护士疲劳总分为 144.12 ± 28.58 分, 4 个维度中疲劳严重程度评分 54.47 ± 13.23 分、疲劳环境特异性评分 31.04 ± 6.89 分、疲劳结果评分 16.83 ± 4.17 分、疲劳反应评分 12.18 ± 2.83 分。

2.2 肿瘤科护士疲劳的单因素分析

单因素分析显示, 年龄、肿瘤科护理工作年限、婚姻状况、有无子女、职称、所属护士层级、每天工作时间、月收入、工作压力及社会支持是影响肿瘤科护士疲劳的相关因素 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.3 肿瘤科护士疲劳的多重线性回归分析

以肿瘤科护士疲劳评分作为因变量, 将年龄、肿瘤科护理工作年限、婚姻状况、有无子女、职称、所属护士层级、每天工作时间、月收入、工作压力及社会支持作为自变量, 进行多重线性回归分析。结果显示, DW 值为 1.911 接近 2, 表明没有发生自我相关现象。因此, 工作压力、月收入是肿瘤科护士疲劳的独立影响因素 ($P < 0.05$), 共同解释疲劳总变异的 38%, 见表 2。

3 讨论

3.1 肿瘤科护士疲劳结果分析

本研究结果显示, 肿瘤科护士疲劳总分为 144.12 ± 28.58 分, 说明肿瘤科护士普遍处于疲劳状态。肿瘤专科是专科护理中风险高、任务重的类型, 肿瘤科护士因工作的特殊性而长期暴露于职业危害中^[14]。化疗是治疗肿瘤的重要手段, 肿瘤科护士接触的化疗药物种类繁多, 这些药物可能会由消化道、呼吸道、皮肤表面等途径进入人体, 严重危害着护

表 1 肿瘤科护士疲劳的单因素分析

分析因素	类别	人数	疲劳总分	<i>F</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	7	129.43 ± 30.29	1.385 [*]	0.168
	女	208	144.61 ± 28.47		
年龄（岁）	20~	85	135.40 ± 30.44	5.273	0.002
	30~	111	148.78 ± 25.93		
	40~	15	159.00 ± 25.09		
	50~	4	144.00 ± 26.22		
	综合医院	187	142.79 ± 27.55		
医院类别	肿瘤专科医院	28	152.96 ± 33.99	1.764 [*]	0.079
	1~	62	132.00 ± 30.03		
肿瘤科护理工作年限（年）	4~	110	149.06 ± 25.95	6.002	0.001
	11~	37	147.03 ± 28.88		
	21~	6	160.67 ± 23.11		
	未婚	67	133.83 ± 30.01		
婚姻状况	已婚	148	148.64 ± 26.88	3.607 [*]	0.000
	有	125	149.75 ± 25.78		
有无子女	无	90	136.29 ± 30.53	3.494 [*]	0.001
	专科	10	139.30 ± 24.88		
学历	本科	199	144.30 ± 28.95	0.158	0.854
	硕士及以上	6	146.00 ± 24.78		
	护士	50	128.80 ± 28.26		
职称	护师	103	147.73 ± 26.99	6.889	0.000
	主管护师	58	150.31 ± 27.78		
	副主任护师及以上	4	152.75 ± 24.58		
用工形式	正式编制	32	144.13 ± 25.35	1.288	0.278
	人事代理	16	155.06 ± 26.93		
	合同制	167	143.07 ± 29.24		
所属护士层级	N0	11	139.09 ± 31.38	3.416	0.010
	N1	49	130.39 ± 28.20		
	N2	96	148.08 ± 28.10		
	N3	44	150.91 ± 26.10		
	N4	15	147.33 ± 25.77		
每天工作时间（h）	<8	13	146.85 ± 21.75	5.493	0.005
	8~	171	141.18 ± 28.96		
	10~	31	159.19 ± 24.49		
月收入（元）	<3000	7	105.57 ± 26.10	7.406	0.000
	3000~	33	140.73 ± 29.99		
	5000~	110	142.17 ± 28.60		
	8000~	65	153.28 ± 23.76		
工作压力	轻度压力	5	110.00 ± 14.12	21.944	0.000
	中度压力	46	124.43 ± 25.67		
	重度压力	164	150.44 ± 26.61		
社会支持	低水平支持	3	186.00 ± 24.43	3.598	0.029
	中等水平支持	131	144.61 ± 26.20		
	高水平支持	81	141.77 ± 31.36		

^{*}*t* 值。

表 2 肿瘤科护士疲劳的多重线性回归分析

因变量	自变量	回归系数	标准误	标准回归系数	t 值	P 值	容忍度	VIF
疲劳	常数	62.234	20.950	—	2.971	0.003	—	—
	工作压力	0.671	0.085	0.472	7.929	0.000	0.857	1.167
	月收入	5.825	2.335	0.155	2.495	0.013	0.783	1.277

注：R=0.616，R²=0.380，调整 R²=0.349。

士的生命安全；同时，射线辐射也是导致肿瘤科护士职业暴露的危险因素；由于特殊的患者类型，肿瘤科护士经常直面死亡，不可避免地暴露于恶性肿瘤患者及家属的负性情绪中，导致情感过度消耗而出现同情心疲乏，以上因素共同导致肿瘤科护士成为职业倦怠的高危人群^[15]。职业倦怠导致护士在情绪上常表现出绝望、冷漠并伴随孤独感和无助感，身体上表现为肩负重担、疲惫不堪等^[16]。目前缓解和消除疲劳的方法有很多，如推拿和针灸^[17]、呼吸冥想^[18-19]、安静环境下的小睡^[20]、体育锻炼及创造拥有阳光、新鲜空气、绿植等恢复性景观的专用休息区^[21]。

3.2 肿瘤科护士疲劳的影响因素

多重线性回归分析显示，工作压力及月收入是肿瘤科护士疲劳的独立影响因素。肿瘤科收治的患者绝大多数为恶性肿瘤晚期的患者，其身体状态差且往往伴有多个症状群，加之放化疗等不良反应的影响，患者极易出现病情变化，这导致肿瘤科护理工作预见性差，在一定程度上加重了肿瘤科护士的工作负荷及工作压力。其次，患者反复入院治疗，家属除了需要支付昂贵的医疗费用，还要担负照顾患者的重任，经济压力及身心压力较大，而他们往往将肿瘤科护士作为压力宣泄的对象，这进一步增加护士的工作压力^[22]。最后，由于肿瘤科护理具有较高的专业性，加之护士短缺的问题一直未得到有效解决，致使肿瘤科护士长期处于高负荷的工作状态，承受着较重的工作压力。

月收入与科室的效益呈正相关，月收入越高其工作任务越重、负荷越高。近年来，罹患恶性肿瘤的患者数量不断增加，终末期的恶性肿瘤患者往往状态极差、病情危重，护理人员不仅要负责做好患者的治疗护理工作还需要兼顾患者的精神心理状态，完成对患者的身心全面照护。此外，参与本次调查的护士均来自三级甲等医院，其工作压力大，生活节奏快；而研究表明，每月收入高的护士职业紧张程度也高^[23]，职业紧张越高，个体的疲劳水平也越高^[24]。因此，月收入高的肿瘤科护士疲劳程度较重。

综上所述，肿瘤科护士普遍处于疲劳状态，其疲劳受工作压力、月收入的影响，疲劳不仅影响肿

瘤科护士的身心健康，还对护理质量安全构成威胁，因此护理管理者应从不同角度制订相应措施减轻肿瘤科护士的疲劳状态。但本研究只调查了济南市 4 所三级甲等医院肿瘤科护士，样本量较小且地域范围较局限，建议今后的研究应注意扩大样本量及区域范围进一步验证本结论。本研究为横断面调查，只探讨了疲劳现状及其影响因素，未进行干预研究，在今后的研究中可进一步探讨。

4 参考文献

[1] 陈万青,郑荣寿,曾红梅,等.2011 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2015,24(1):1-10.

[2] 陈万青,郑荣寿,张思维,等.2013 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2017,26(1):1-7.

[3] 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.

[4] 孙可欣,郑荣寿,张思维,等.2015 年中国分地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2019,28(1):1-11.

[5] 熊佳,陈桂兰,何燕,等.肿瘤科护士组织沉默现状及影响因素分析[J].中国实用护理杂志,2020,36(31):2464-2469.

[6] 王伟.临床护士疲劳现状及相关影响因素研究[D].郑州:河南大学,2010.

[7] Huang H, Liu L, Yang S, et al. Effects of job conditions, occupational stress, and emotional intelligence on chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional study[J]. Psychol Res Behav Manag,2019,12:351-360.

[8] Kahriman İ, Öztürk H. Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis,treatment and care practices[J]. Journal of Clinical Nursing,2016, 25(19-20):2884-2894.

[9] Schwartz JE, Jandorf L,Krupp LB. The measurement of fatigue: a new instrument.[J].J Psychosom Res, 1993, 37(7):753.

[10] 李小妹,刘彦君.护士工作压力源及工作疲溃感的调查研究[J].中华护理杂志,2000,35(11):645-649.

[11] 杨梅.聘用制护士工作压力与心理健康水平的相关性研究[D].太原:山西医科大学护理学院,2008.

[12] 路晓琳.介入手术室护士工作压力、心理资本和工作疏离感的相关性研究[D].锦州:锦州医科大学,2019.

[13] 肖水源.社会支持评定量表·心理卫生评定量表手册(增刊)[M].北京:中国心理卫生杂志出版社,1999: 127-131.

手术患者术中压力性损伤的影响因素分析

杨佳

【摘要】 目的 探讨手术患者发生术中压力性损伤(PI)的相关影响因素,并据此制订相应护理干预措施。**方法** 选取2019年2月—2020年1月在医院行手术治疗的患者114例,分析其术中压力性损伤的相关影响因素。**结果** 手术患者术中PI发生率为36.84%(42/114);单因素分析显示,手术时间、术中低体温、手术体位、局部潮湿、术前服用皮质类固醇药物、体位移动患者发生术中PI比较差异有统计学意义($P<0.05$);年龄、体质指数(BMI)、性别、麻醉方式、体外循环手术患者发生术中PI比较差异无统计学意义($P>0.05$)。多因素Logistic回归分析显示:手术时间 ≥ 4 h、局部潮湿、特殊手术体位、术中低体温、术前服用皮质类固醇药物、体位移动是手术患者发生术中PI的影响因素($P<0.05$)。**结论** 手术患者发生术中PI与术中低体温、手术时间、局部潮湿、手术体位、体位移动、术前服用皮质类固醇药物密切相关,针对各因素制订相应的干预措施,有助于减少术中PI发生。

【关键词】 术中压力性损伤;手术患者;局部潮湿;影响因素;术中低体温;干预措施

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.009

Analysis of influencing factors of intraoperative pressure injury in surgical patients YANG Jia (Ganzhou People's Hospital, Ganzhou, 341000, China)

【Abstract】 Objective To explore the related influencing factors of intraoperative pressure injury(PI) in surgical patients, and formulate corresponding nursing interventions accordingly was as the study subject. **Methods** A total of 114 patients who underwent surgical treatment in the hospital from February 2019 to January 2020 were selected, and the related influencing factors of intraoperative pressure injury were analyzed. **Results** The incidence of intraoperative PI in surgical patients was 36.84%(42/114). Univariate analysis showed that there were significant differences in intraoperative PI in patients with operation time, intraoperative hypothermia, surgical position, local humidity, preoperative corticosteroid drug use, and body movement($P<0.05$); there was no significant difference in age, body mass index(BMI), gender, anesthesia mode, and intraoperative PI in patients

作者单位:341000 江西省赣州市人民医院手术室

- [14] 于博. 肿瘤科护士的职业防护措施[J]. 中国卫生产业, 2020(16):181-182.
- [15] 滕艳华, 马宁. 肿瘤护士组织信任与职业倦怠的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(24):2295-2298.
- [16] 梅小红, 黄小红. 我国肿瘤科护士同情心疲乏的研究现状[J]. 全科护理, 2020, 18(23):2997-2999.
- [17] 李杰, 于姣姣, 刘梦, 等. 缓解疲劳的养生康复方法[A]. 中国残疾人康复协会中医康复委员会. 中国残疾人康复协会中医康复委员会第十三届学术年会论文集[C]. 中国残疾人康复协会中医康复委员会: 中国残疾人康复协会中医康复委员会, 2018:3.
- [18] 唐丽梅, 江倩倩, 张海娇, 等. 呼吸冥想训练对神经内科护士疲劳及焦虑状态的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(31):4400-4403.
- [19] 江倩倩. 呼吸冥想对疲劳状态下护士持续注意力的干预效果研究[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2008.

- [20] 谢家兰. 用小睡缓解疲劳的自主神经机制研究[D]. 重庆: 西南大学, 2018.
- [21] 赵利华, 韩玉萍, 王佳, 等. 职业幸福感在护士疲劳与组织承诺间的中介效应[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(11):761-767.
- [22] 毛斌英, 张君丽. 肿瘤科护士工作压力源的分析与对策[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(8):88-89.
- [23] 余结根, 李荣, 王亚娟, 等. 不同工作意愿和月收入护士职业紧张状况的调查分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(6):768-771.
- [24] 徐朝艳, 张振路, 林细吟, 等. 护理职业紧张对个体疲劳水平影响的研究[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(11):6-9.

[2021-08-27 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

undergoing cardiopulmonary bypass surgery($P>0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that the operation time ≥ 4 hours, local humidity, special surgical position, intraoperative hypothermia, preoperative use of corticosteroids, and body movement are influencing factors for intraoperative PI in surgical patients($P<0.05$).

Conclusion The occurrence of intraoperative PI in surgical patients was closely related to intraoperative hypothermia, operation time, local humidity, surgical position, body movement, and preoperative corticosteroid use. The development of corresponding intervention measures for each factor was helpful to reduce the occurrence of intraoperative PI.

【Key words】 Intraoperative pressure injury; Surgical patient; Local humidity; Influencing factors; Intraoperative hypothermia; Intervention measures

术中压力性损伤（PI）是皮肤受压力、摩擦力或剪切力所致，是评价护理质量敏感指标之一^[1]。术中PI既会给患者造成一定的痛苦和心理压力，还会增加术后并发症发生风险，影响手术治疗效果和预后，还增加医疗成本，消耗大量医疗资源，受到医护人员的高度重视^[2-3]。早期充分了解手术患者发生术中PI危险因素，为手术护理方案的制订提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年2月—2020年1月在我院行手术治疗的114例患者为研究对象。纳入条件：年龄 ≥ 18 岁；首次接受手术治疗；术前无PI；临床资料完整。排除条件：严重血液系统疾病；智力、精神障碍；肝、肾功能减退；合并其他皮肤性疾病、传染性疾病、视听障碍；中途脱落退出研究。

1.2 调查方法

经医院病历系统收集、整理入组资料，如年龄、是否发生术中低体温、体质量指数（BMI）、性别、手术时间、手术体位、局部潮湿、麻醉方式、术前服用皮质类固醇药物、体外循环、体位移动、是否

发生PI等。参考术中获得性压力性损伤预防与护理专家共识^[4]中相关标准判断患者是否发生PI，从移动力、皮肤潮湿状况、剪切力、感知、摩擦力等方面评估，以12分为分界值， <12 分表示患者存在PI。

1.3 观察指标

分析手术患者发生术中PI的影响因素。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件分析数据，计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验，多因素采用Logistic回归分析， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术患者发生术中PI的单因素分析

114例手术患者发生术中PI 42例（36.84%）。单因素分析显示：手术时间、术中低体温、手术体位、局部潮湿、术前服用皮质类固醇药物、体位移动患者发生术中PI比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；年龄、性别、BMI、麻醉方式、体外循环患者发生术中PI比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表1。

表1 手术患者发生术中PI的相关影响因素单因素分析

分析因素	类别	例数	发生PI例数	PI发生率（%）	χ^2 值	P值
年龄（岁）	≥ 60	72	23	31.94	2.015	0.156
	< 60	42	19	45.24		
性别	男	35	16	45.71	1.709	0.191
	女	79	26	32.91		
BMI	< 18.5	50	18	36.00	0.370	0.831
	18.5~23.9	35	12	34.29		
	≥ 24	29	12	41.38		
手术时间（h）	≥ 4	45	26	57.78	14.005	0.000
	< 4	69	16	23.19		
术中低体温	是	51	28	54.90	12.936	0.000
	否	63	14	22.22		

续表

分析因素	类别	例数	发生 PI 例数	PI 发生率 (%)	χ^2 值	P 值
手术体位	特殊	52	26	50.00	7.114	0.008
	非特殊 (仰卧位)	62	16	25.81		
麻醉方式	全麻	91	30	32.97	2.911	0.088
	非全麻	23	12	52.17		
局部潮湿	是	78	35	44.87	6.844	0.009
	否	36	7	19.44		
体外循环	是	36	16	44.44	1.307	0.253
	否	78	26	33.33		
术前服用皮质类固醇药物	是	67	34	50.75	13.502	0.000
	否	47	8	17.02		
体位移动	是	67	32	47.76	8.327	0.004
	否	47	10	21.28		

2.2 手术患者发生术中 PI 影响因素的变量赋值表 (表 2)

2.3 影响手术患者发生术中 PI 的多因素 Logistic 回归分析

以发生 PI 为因变量,以单因素分析中有统计学意义的术中低体温、手术时间、手术体位、局部潮湿、术前服用皮质类固醇药物、体位移动为自变量进行多因素 Logistic 回归分析,结果显示,手术时间 ≥ 4 h、局部潮湿、特殊手术体位、术中低体温、术前服用皮质类固醇药物、体位移动是手术患者发生术中 PI 的影响因素 ($P<0.05$),见表 3。

表 2 手术患者发生术中 PI 影响因素的变量赋值表

变量标签	赋值说明
发生 PI	否 =0, 是 =1
手术时间	< 4 h=0, ≥ 4 h=1
术中低体温	否 =0, 是 =1
手术体位	非特殊 =0, 特殊 =1
局部潮湿	否 =0, 是 =1
术前服用皮质类固醇药物	否 =0, 是 =1
体位移动	否 =0, 是 =1

表 3 影响手术患者发生术中 PI 的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值
手术时间 ≥ 4 h	1.511	0.415	13.245	0.000
术中低体温	1.449	0.414	12.284	0.000
特殊手术体位	1.056	0.401	6.920	0.009
局部潮湿	1.216	0.479	6.447	0.011
术前服用皮质类固醇药物	1.614	0.459	12.383	0.000
体位移动	1.219	0.432	7.949	0.005

3 讨论

术中 PI 是因局部组织长时间受压、血液循环受阻导致的皮肤破损或坏死,是手术患者常见的并发症之一^[5-6]。术中 PI 好发于骶尾部、骨突处,不利于原发疾病恢复,增加治疗难度,延长治疗时间,并会增加患者痛苦^[7]。了解手术患者术中 PI 发生的危险因素,据此制订相应的护理干预,是预防术中 PI 的重要手段。

本研究结果显示,手术时间 ≥ 4 h、局部潮湿、

术中低体温、特殊手术体位、术前服用皮质类固醇药物、体位移动是手术患者发生术中 PI 的高危因素。分析原因如下:①一般情况下,充足的血流量能够提供给皮肤正常营养,随着手术时间延长,皮肤相应组织长时间受压,血流灌注量减少,促使无氧代谢产物堆积,加重组织缺氧程度,进而引起压迫部位皮肤损伤^[8-9]。②手术麻醉会影响机体调节体温的能力,致使机体处于低体温环境,加上术中输液、血液制品、冲洗液冲洗等的稀释作用,会引起体温降低,使外周血管始终处于收缩状态,皮肤末梢循

环能力、抵抗能力下降,易诱发术中PI^[10-11]。③侧卧位、俯卧位等特殊体位患者易出现术中PI。躯体的背部、耳廓部、胸部、髂前上棘处肌肉和脂肪较少,长期保持俯卧位时,皮肤组织受到体质量的压力和约束带、床单的摩擦,增加术中PI发生的概率^[12-13]。侧卧位时,躯体与手术床接触的面积明显减少,但膝部、臀部和面部成为接触点,受压部位相对集中,长期保持一个体位时,组织缺氧程度明显增加,易诱发术中PI^[6]。④术中外渗的冲洗液体浸润皮肤,或汗液、渗出物引起的局部潮湿会对皮肤造成一定的刺激,致使皮肤pH值改变、保护性油渍丢失,皮肤抵抗能力明显减弱。当持续性压力高于毛细血管压力时,会阻断毛细血管灌注量,增加术中PI发生风险^[14]。⑤皮质类固醇药物可影响血管再生,抑制胶原蛋白合成,进而增加术中PI发生概率^[15]。⑥体位移动。术中因手术需要而调整体位,移动过程中可能会受到外力等作用损伤软组织、肌肉、骨骼,同时移动过程中会增加身体受压部位的剪切力,易引起术中PI^[17]。

针对上述影响因素,临床可实施以下几点干预措施,以预防术中PI发生。具体如下:①术前加强巡视,积极与科室责任护士沟通,了解患者营养状态、心理与皮肤状况等情况。详细告知患者手术治疗方式、目的等,耐心解答患者疑惑,消除其不良情绪,提高其手术配合度,尽可能缩短手术用时。②使用吸水性好的手术单,防止消毒液浸渍,并确保其无皱褶、平整,减少局部摩擦力和剪切力。手术床上可铺柔软的海绵垫、凝胶垫或棉垫,发挥减压作用。③在确保手术顺利实施的基础上,最大程度地使患者取舒适体位,可用垫衬物支撑相应部位,避免同一部位长时间受压。④针对手术时间较长患者,在不影响手术操作下对受压部位适当按摩,加快局部血液循环,避免组织长期受压,必要时在受压部位涂抹湿润烧伤膏,预防PI发生。⑤控制手术室温度约为24℃,适当使用棉被、保温毯等保暖措施,减少非手术区肢体暴露,并将输注的液体、冲洗液等加温后使用,避免术中低体温的发生。

综上所述,手术时间 ≥ 4 h、局部潮湿、特殊手术体位、术中低体温、术前服用皮质类固醇药物、体位移动是手术患者发生术中PI的影响因素,针对各因素制订相应的护理干预措施,有助于减少术中PI发生。

4 参考文献

- [1] 北京护理学会手术室专业委员会.术中压力性损伤预防与护理专家共识[J].中华现代护理杂志,2020,26(28):3853-3861.
- [2] 魏彦姝,武沛璋,刘晓华,等.基于敏感风险指标的术中压力性损伤链式管理策略[J].护理研究,2019,33(6):59-62.
- [3] 马圆圆,刘媛,胡爱玲.基于循证预防术中压力性损伤集束化护理方案的制定及临床应用[J].中国实用护理杂志,2019,35(33):2579-2583.
- [4] 北京护理学会手术室专业委员会.术中压力性损伤预防与护理专家共识[J].中华现代护理杂志,2020,26(28):3853-3861.
- [5] 曾伟芬,张菊梅,张锦春.中老年骨科手术患者术中压力性损伤形成的危险因素及护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(21):24-27.
- [6] 宋述云,苏秀锦,徐光霞.高龄患者术中压力性损伤形成的危险因素及护理对策[J].护理实践与研究,2020,17(16):39-41.
- [7] 高兴莲,熊臻,杨英,等.术中压力性损伤患者围手术期特征的选取[J].护理学杂志,2020,35(3):42-45.
- [8] 陈沅,吴蓓雯,钱蓓健,等.心血管手术患者术中压力性损伤现状及相关因素研究[J].上海护理,2019,19(2):18-24.
- [9] 袁航,王莺.神经外科患者手术室获得性压力性损伤的发生率及影响因素分析[J].老年医学与保健,2018,24(6):605-607.
- [10] 王亚婷,彭晓红,董正惠.ICU心脏外科术后成人患者压力性损伤影响因素分析[J].护理学报,2019,26(3):1-4.
- [11] 杨英,高兴莲,余雷,等.骨科手术病人术中发生压力性损伤高危因素分析[J].护理研究,2019,33(4):629-633.
- [12] 陈哲颖,吴晓蓉,吴梦媛.术中压力性损伤发生的影响因素分析[J].中国护理管理,2019,19(1):43-48.
- [13] 宫翠姣,曲梅.老年人髋关节骨折并发压力性损伤影响因素的前瞻性队列研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(3):192-195.
- [14] 赵丹,王志稳.骨科患者术中压力性损伤发生情况及危险因素研究[J].护理学杂志,2018,33(22):33-37,56.
- [15] 侯学峰,牛瑞红,戴靖华.手术室患者术中压力性损伤形成的危险因素及护理对策[J].中国药物与临床,2019,19(16):2887-2889.

[2021-05-15 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

心房颤动患者自我管理的研究进展与启示

张慧 陈霞 谢非 杨贝贝 徐健

【摘要】 本文在回顾国内外相关文献的基础上,从心房颤动患者自我管理的评估工具、影响因素和干预措施等方面进行综述,以期为我国开展房颤患者的自我管理工作提供参考。

【关键词】 心房颤动;自我管理;综述

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.010

心房颤动(atrial fibrillation, AF)简称房颤,是临床常见的快速心律失常,患病率伴随年龄逐年增加,我国 ≥ 35 岁居民房颤患病率为0.7%,而 ≥ 75 岁居民患病率高达2.4%^[1]。2050年预估全球将有6000万房颤患者^[2]。房颤最主要的危害是增加脑卒中和心力衰竭等疾病的发生率^[3],作为一种慢性疾病,患者需要终身治疗。目前主要治疗方式是药物治疗和射频消融术,但存在不良反应和疾病复发风险。为给予患者最佳治疗管理,最大限度地降低并发症,欧洲房颤管理指南^[4]推荐患者通过自我管理提高疾病掌握度和生活质量。Grady等^[5]将自我管理定义为,“个人在疾病过程中对慢性疾病的日常管理”。自我管理水平的提高,能降低慢性病患者再入院率、延缓病情恶化、改善生活质量。本文将国内外房颤患者自我管理的研究进行综述,以期为提高我国房颤患者自我管理能力提供参考。

1 房颤患者自我管理评估工具

1.1 国外

1.1.1 房颤知识和自我管理问卷(KAFSM) 2019年由美国梅奥诊所Mc Cabe等^[6]通过追溯相关指南、专家共识和教育手册等编制。问卷包含8个维度、24个条目、4个回答选项(1个正确选项、2个干扰选项和“我不知道”),回答正确得1分,其他不得分,分数范围从0~24分不等,分数越高表示患者疾病知识掌握度和自我管理水平越好,问卷内部一致性较高(Cronbach's α 系数0.86)。该问卷综合了房颤疾病知识和心理因素,但没有包含抗凝

血知识,且问卷条目较多,临床运用中不能进行快速评估。

1.1.2 杰萨心房颤动知识问卷(JAKQ) 由比利时学者编制^[7],可用以评估患者对房颤、药物治疗和自我管理能力等知识了解度。JAKQ包含16个条目,其中8个房颤知识问题、5个口服抗凝剂问题和3个口服非维生素K拮抗剂问题。当患者没有接受抗凝剂治疗时,只需问答前8个问题。回答正确得1分,不正确得0分,满分16分。经验证患者可在4 min内完成前8个问题,7 min可完成全部项目。该问卷是一份简短、完整、有针对性的房颤知识问卷,可在日常实践中用于评估患者对病情的洞察力。但该量表各维度Cronbach's α 系数仅为0.67,内部一致性不高,有待进一步完善。

1.1.3 房颤知识量表(AFKS) 荷兰学者Hendriks等^[8]依据房颤标准问卷和心力衰竭知识量表确定初始条目,通过心内科24名护理专家和2名医生商讨并经过临床预实验确定最终版本。量表共11个条目,3个维度:一般项目、症状识别及疾病知识。回答正确得1分,不正确得0分,分值由0~11分不等,分数越高,表示患者知识掌握度越好。该量表能够区分新发现房颤患者和1年随访后患者的知识水平,可以在患者教育和自我管理活动的应用中提高患者自身管理水平。但该量表内部一致性不高,Hendriks对529名房颤患者发放该量表后发现,量表Cronbach's α 系数仅0.58。

1.1.4 慢性房颤患者自我管理量表(AF-SCS-10) 由韩国学者Son等^[9]基于“赫兹与巴斯自我管理模型”和“奥利姆自我管理理论”,采用文献回顾法和质性访谈法编制而成。量表包含3个维度:自我管理知识、自我管理行为和自我管理资源,10个条目,采用Likert 5级计分法,从“完全不同意”到“完全同意”分别被赋予1~5分。Son对290名心血管内科门诊的房颤患者发放该量表,证实了量表的信

基金项目:安徽省2016年公益性技术应用研究联动计划项目(编号:1604f0804012)

作者单位:230031 安徽省合肥市,安徽中医药大学护理学院(张慧,谢非);中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)(陈霞,杨贝贝,徐健)

通信作者:陈霞

度(各维度 Cronbach's α 系数 0.79~0.90)。但研究中排除了阵发性房颤患者,涵盖人群不全面,量表仍然有待后期进一步完善。

1.2 国内

1.2.1 经射频消融房颤患者疾病知识问卷 我国学者徐文华等^[10]针对接受射频导管消融术(RFCA)治疗的患者编制,其目的是对接受 RFCA 治疗的患者形成正确的疾病知识态度和自我管理行为。问卷包含 4 个维度:个人信息和疾病史(10 个条目)、疾病知识量表(25 个条目)、态度量表(17 个条目)、行为量表(13 个条目),满分 162 分,分数越高,表示患者态度越积极、自我管理行为越好。该问卷的内部一致性(Cronbach's α 系数 > 0.80)和内部效度(CVI > 0.90)较高,具有良好的信效度,可对接受 RFCA 治疗的房颤患者评估其知识掌握情况和行为态度状态。但量表条目较繁琐,填写时间较长。

1.2.2 房颤服用华法林患者自我管理量表 中国学者卢冰清^[11]采用文献回顾、半结构式访谈、德尔菲法等方法编制出该量表,量表包含 5 个维度,共计 18 个条目:房颤的症状及并发症监测(6 个条目)、华法林管理(4 个条目)、不良嗜好管理(3 个条目)、出血监测(3 个条目)、生活方式管理(2 个条目)。量表的内部信度为 0.84,内容效度指数为 0.98。采用 Likert 4 级评分法计分,从“从不”到“总是”分别赋值 0~3 分,最高分 54 分,分值越高表明房颤服用华法林患者的自我管理能力越好。作为一种房颤患者自我管理评估工具,该量表可以客观地反应患者的日常行为方式、药物服用依从性和自我管理行为,可为医护人员提高患者知识水平和自我管理能力提供方向和依据。

1.2.3 房颤患者自我管理力量表 2020 年,我国学者文秀^[12]以“社会认知理论”“自我效能理论”“自我管理理论”为理论支持,通过文献回顾、德尔菲法编制出该量表,包含 5 个维度、22 个条目:遵医行为管理(7 个条目),不良嗜好管理(3 个条目),情绪与社交管理(5 个条目),抗凝药物管理(3 个条目),疾病预防与监测管理(4 个条目),从“没有做到”到“总是做到”分别被计为 1~5 分,最高分 110 分,分数越高表示患者自我管理能力越好。文秀对 160 名房颤患者进行了量表信度和效度的检验,量表 Cronbach's α 系数为 0.84,内容效度指数为 0.98。该量表考虑了社会、心理、疾病知识等多方维度因素,具有良好的信效度和普适性,可用于评估临床房颤患者自我管理能力。

2 影响因素

2.1 社会人口学因素

2.1.1 年龄、性别、收入 韩敏芳等^[13]对 60 名服用华法林治疗的房颤患者调查后发现,年龄越大患者的服药依从性、日常生活能力和自我管理能力越差,而性别和收入与自我管理能力没有关联。但王广宁等^[14]等对门诊的房颤患者随机抽样调查后发现,年龄对患者自我管理能力没有关联。国外的一项系统评价发现^[15],低收入水平的患者自我管理能力越差,由于认知功能受损,女性自我管理较男性差。综上所述,不同研究的结果显示年龄、性别、收入对患者的自我管理能力影响结果不同,可能与各研究的样本量大小、地域文化差异等因素有关,有待进行大样本、多中心研究的进一步探讨。

2.1.2 知识水平 知识水平包括房颤患者的文化水平和对房颤的知识掌握程度。多数研究显示房颤患者的受教育程度越高,接受的房颤知识越多,自我管理能力越高。卢冰清等^[16]对 151 名房颤患者调查后发现,患者学历越高,自我管理能力越强。Toscos 等^[17]研究发现,患者希望获悉更多的房颤疾病知识和更清晰的自我管理方式,并且表示对专业医学术语的理解存在障碍。这提示在今后的临床工作中,医护人员可以采用简洁、口语化的语言对患者进行健康宣教,以提高患者对疾病知识的接受和理解。

2.2 疾病因素

2.2.1 合并症 房颤患者的合并症越多,患者的自我管理能力越差。Mc Cabe 等研究^[18]发现,合并多种慢性病患者的生活质量和服药依从性都会下降。一方面,多种慢性疾病复杂的治疗会增加患者自我管理的难度。另一方面,多种合并症会引起头晕、心慌等躯体不适症状,降低患者生活质量,使患者难以自我管理。

2.2.2 认知障碍 认知障碍是指大脑对认知、学习、思考等一系列自主活动出现障碍的过程,老年慢性病患者出现认知障碍的情况更常见^[19],认知障碍的患者自我管理水平较低。Seong 等^[20]在对 277 名 65 岁以上的房颤患者调查发现,认知功能障碍会削弱患者的自我管理能力和服药依从性,同时疾病也会加重患者的认知功能障碍,形成恶性循环^[21]。故此,在不断提高患者自我管理能力的同时,应该定期评估患者认知功能,并采用适当的策略以优化老年房颤患者的认知功能。

2.2.3 衰弱 衰弱是指随着患者年龄增加,多个

器官和组织生理储备和功能下降的一种临床综合征, 心血管功能异常与衰弱状态呈独立相关^[22]。一项系统评价指出^[23], 纳入 2803 位研究对象中衰弱发生率高达 54%。老年房颤患者, 尤其是伴随衰弱状态的患者, 通常需要接受多种药物治疗。多病和身体衰弱会影响患者的整体健康感知, 大大降低了患者的自我管理能力和知识都有所提高, 其自主性明显改善。我国暂且没有房颤患者赋权教育的相关研究, 但在糖尿病患者中采用赋权教育已取得良好效果^[36-37], 临床医护人员可对房颤患者开展赋权教育进行更多的探讨。

2.3 焦虑和抑郁

焦虑和抑郁能够影响慢性疾病患者的自我管理能力和知识都有所提高, 其自主性明显改善。我国暂且没有房颤患者赋权教育的相关研究, 但在糖尿病患者中采用赋权教育已取得良好效果^[36-37], 临床医护人员可对房颤患者开展赋权教育进行更多的探讨。

2.4 其他

2.4.1 自我效能 自我效能是促进自我管理成功的关键性因素^[26], 自我效能能决定患者对自身健康行为的思考, 从而产生激励效果, 保持实现自我目标的决心^[27]。McKenna 等^[28]开展了一项为期 13 个月的随机对照研究, 证实了基于自我效能理论自我管理干预的可行性。尽管自我效能是患者提高自我管理能力和知识都有所提高, 其自主性明显改善。我国暂且没有房颤患者赋权教育的相关研究, 但在糖尿病患者中采用赋权教育已取得良好效果^[36-37], 临床医护人员可对房颤患者开展赋权教育进行更多的探讨。

2.4.2 健康素养 健康素养指个人获取信息以维护自身健康的能力^[30], 对促进患者的自我管理能力和知识都有所提高, 其自主性明显改善。我国暂且没有房颤患者赋权教育的相关研究, 但在糖尿病患者中采用赋权教育已取得良好效果^[36-37], 临床医护人员可对房颤患者开展赋权教育进行更多的探讨。

3 干预措施

3.1 赋权教育

赋权教育指教育者采用多种方式帮助患者发现个人决策和自我保健的潜力, 鼓励患者主动参与自我健康管理, 从而提高患者带病生存质量的过程^[33]。赋权教育重视的不仅是患者行为的改变, 更主要是

患者自我意识的转变。Bravo 等^[34]指出, 赋权教育可以增强患者自我管理能力和知识都有所提高, 其自主性明显改善。我国暂且没有房颤患者赋权教育的相关研究, 但在糖尿病患者中采用赋权教育已取得良好效果^[36-37], 临床医护人员可对房颤患者开展赋权教育进行更多的探讨。

3.2 远程医疗

信息科技时代的到来, 产生了一种现代医学和计算机通讯设备相结合的新型医疗服务模式, 即远程医疗。远程医疗是在移动通讯设备传递信息的基础上, 实施远距离的医疗服务^[38]。远程医疗在移动设备的作用下可以及早地察觉患者的病情变化, 降低不良预后, 患者的自我管理行为表现的更积极。伊朗的一家医院开展了一项家庭房颤计划的干预性研究^[39], 包括线上知识教学和小组互动答疑, 同时向患者提供数字教育材料和网站链接进行网络学习。干预结束后, 患者的焦虑情绪降低, 身体机能得到改善, 同时患者的房颤知识掌握度、自我管理行为和自我管理信心都有了很大的提高。我国有关房颤远程医疗的报道较少, 戴梦媛及团队^[40]开发了一种慢病管理平台和慢病管理手机软件, 对 92 例房颤患者采用远程医疗进行随访。患者通过软件每月上传疾病报告、用药情况和检查报告等, 医生核实患者上传的数据后远程指导患者并依据病情调整用药, 若发现异常指标, 医生及时与患者和家属沟通安排下一步治疗。护士也可以通过平台为患者及家属进行健康宣教, 督促患者开展健康的生活方式。在慢病管理平台, 会发送有教育和激励性文本消息, 增强患者自我管理意识, 促进开展健康的生活方式。随访 6 个月后发现患者药物依从性由 47.13% 提升至 58.62%, 抗凝知识掌握水平也在不断提高。远程医疗能挖掘患者自我管理的潜力, 提升患者的健康知识, 优化治疗的依从性, 且不受地点和时间限制, 给患者和医护人员都带来了极大的便利^[41]。但在制订远程医疗方案之前, 需要考虑人、才、物等因素, 依据医院和患者的实际情况实施, 确保方案的可行性和实施效果。

3.3 医护联合抗凝门诊

医护联合门诊是指临床医生和专科护士共同使用一个诊室, 共同参与患者的诊疗过程, 在我国慢性病人群的管理中均已取得较好的成效^[42]。医护联

合抗凝门诊早在 50 多年前在国外就已经设立^[43], 2013 年南京鼓楼医院成立全国首家医护联合抗凝门诊^[44], 旨在提高患者自我管理意识, 让更多的患者主动参与到疾病管理中。医护联合门诊管理模式对初次就诊的患者, 医生询问病情确定治疗方案, 随后护士指导患者填写调查表, 对患者可能存在的危险因素进行评估, 针对特定的话题, 如服药依从性、生活习惯等与患者进行沟通, 结合相应的问卷、量表, 评价患者的疾病知识掌握程度及教育需求状况, 同时为患者发放抗凝治疗指导手册和医护联合管理抗凝监测记录表, 为患者建档立案。患者复诊时, 由医生和护士从不同角度为患者进行健康宣教。患者和家属加入抗凝管理微信群, 群里定期发送知识讲座通知, 医护人员也可以动态掌握患者的病情并为学生答疑解惑^[45]。医护联合抗凝门诊可有效地降低患者不良反应的发生率, 提高患者对医护人员的满意度。与传统的医生门诊不同, 医护联合门诊分工明确, 医生负责诊疗, 护士负责评估和健康宣教, 为患者提供更详细和针对性的服务。通过微信督促和门诊定期随访, 让患者从主观上提高疾病认知和自我管理能力。医护联合抗凝门诊为慢病管理提供了新思路。

3.4 综合管理模式

房颤作为一种慢性疾病, 需要规范的综合管理, 2016 年 ESC/EACTS 心房颤动管理指南中强调房颤综合管理的重要性^[46]。近年来, 国外已经开始建立房颤综合管理项目, 旨在提高患者的自我管理能力, 为房颤患者提供系统化管理。加拿大学者对房颤患者进行了综合管理的研究^[47], 患者入院后, 由护士对其症状、疾病史等进行评估记录, 临床医生审查提供包括诊断调查和治疗的管理计划, 同时社区医生收到患者的病历及临床医生的治疗措施, 并为患者制订个体化的居家慢病管理方案, 社区护士也制订相应的护理方案, 形成患者院内院外一体化综合诊疗模式。研究结果显示, 与常规模式相比, 综合管理的患者所需随访时间较少, 病死率和中风发生率也更低。我国四川大学华西医院参照国外的发展模式结合我国社会背景, 探索出了具有中国特色的综合管理模式, 即“全专联合”的心房颤动一体化综合管理模式^[48]。该模式联合了医院专科医生团队和社区全科医生团队, 以社区医院为主要场所, 将房颤管理下沉到基层, 实现基层首诊、分级诊疗和双向转诊的管理方案, 提高了房颤患者的治疗率、服药依从性, 有益于患者的预后和房颤患者的自我管理。面对日益增长的房颤患者, 施行长期规范化

的综合管理模式是必然趋势。

4 总结及展望

房颤患者自我管理的研究大多来自国外, 国内研究相对较少, 且国内外房颤自我管理评估工具不统一。房颤患者自我管理受到社会人口学、疾病、焦虑抑郁等多种因素影响, 在临床中应该考虑各因素之间的复杂联系。随着房颤患病人数的增多, 患者的管理已经涉及家庭、社区、医院等多个地点, 房颤患者自我管理能力的提高, 需要医、护、患的共同努力, 同时也需要国家卫生部门的大力支持, 虽然我国房颤患者的管理仍处于发展阶段, 但发展趋势十分迅猛, 2016 年中国房颤中心正式成立, 截至 2020 年 10 月, 全国已有 236 家房颤中心建设单位。我国房颤诊疗质量在不断提高, 患者的管理体系已不断地优化。各级医院可以根据我国国情和各地发展情况, 制订出适合的房颤管理模式, 制订个性化干预措施, 以提高房颤患者自我管理能力, 改善患者生活质量。

5 参考文献

- [1] 中国心血管健康与疾病报告 2019 概要 [J]. 中国循环杂志, 2020,35(9):833-854.
- [2] Cerasuolo JO, Montero-Odasso M, Ibañez A, et al. Decision-making interventions to stop the global atrial fibrillation-related stroke tsunami[J]. Int J Stroke, 2017,12(3):222-228.
- [3] 基层心血管病综合管理实践指南 2020[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2020,12(8):1-73.
- [4] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)[J]. Eur Heart J, 2021,42(5):373-498.
- [5] Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions[J]. Am J Public Health, 2014,104(8):e25-e31.
- [6] McCabe PJ, Sendin MJ, Stuart-Mullen L, et al. Initial Psychometric Testing of the Knowledge About Atrial Fibrillation and Self-Management Survey[J]. J Cardiovasc Nurs, 2020,35(1):35-44.
- [7] Desteghe L, Engelhard L, Raymaekers Z, et al. Knowledge gaps in patients with atrial fibrillation revealed by a new validated knowledge questionnaire[J]. Int J Cardiol, 2016,223(10):906-914.
- [8] Hendriks J M, Crijns H J, Tieleman R G, et al. The atrial fibrillation knowledge scale: development, validation and results[J]. Int J Cardiol, 2013,168(2):1422-1428.

- [9] Son YJ, Baek KH, Won MH, et al. Development and psychometric testing of the self-care scale for patients with chronic atrial fibrillation (AF-SCS-10)[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2020,19(7):619-628.
- [10] Xu W, Sun G, Lin Z, et al. Knowledge, attitude, and behavior in patients with atrial fibrillation undergoing radiofrequency catheter ablation[J]. *J Interv Card Electrophysiol*, 2010,28(3):199-207.
- [11] 卢冰清. 房颤服用华法林患者自我管理量表的构建[D]. 苏州: 苏州大学, 2018.
- [12] 文秀. 房颤患者自我管理力量表的编制与信效度检验[D]. 南京: 南京大学, 2020.
- [13] 韩敏芳, 李春, 林佳. 房颤患者华法林自我管理现状调查及相关因素分析[J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(16):65-67.
- [14] 王广宁, 崔岩, 杨富国, 等. 房颤患者华法林自我管理现状及影响因素调查[J]. *护理学杂志*, 2019,34(11):5-8.
- [15] Schaffler J, Leung K, Tremblay S, et al. The Effectiveness of Self-Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review[J]. *J Gen Intern Med*, 2018,33(4):510-523.
- [16] 卢冰清, 汪小华, 杨小芳, 等. 房颤服用华法林患者自我管理现状调查及影响因素分析[J]. *中国护理管理*, 2018,18(11):1535-1539.
- [17] Toscos TR, Coupe A, Wagner S, et al. Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients' disease knowledge gaps[J]. *Nurs Open*, 2020,7(4):998-1010.
- [18] McCabe PJ, Stuart-Mullen LG, McLeod CJ, et al. Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation[J]. *Patient Prefer Adherence*, 2018,12(8):1907-1916.
- [19] 王振杰, 于海军, 唐婧, 等. 中国老年人认知障碍率的 Meta 分析[J]. *中国循证医学杂志*, 2020,20(11):1295-1300.
- [20] Seong HJ, Lee K, Kim BH, et al. Cognitive Impairment Is Independently Associated with Non-Adherence to Antithrombotic Therapy in Older Patients with Atrial Fibrillation[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019,16(15):1-11.
- [21] Myserlis PG, Malli A, Kalaitzoglou DK, et al. Atrial fibrillation and cognitive function in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis[J]. *Heart Fail Rev*, 2017,22(1):1-11.
- [22] Afilalo J, Alexander KP, Mack MJ, et al. Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2014,63(8):747-762.
- [23] Villani ER, Tummolo AM, Palmer K, et al. Frailty and atrial fibrillation: A systematic review[J]. *Eur J Intern Med*, 2018,56(5):33-38.
- [24] Riegel B, Moser DK, Anker SD, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association[J]. *Circulation*, 2009,120(12):1141-1163.
- [25] Akintade BF, Chapa D, Friedmann E, et al. The influence of depression and anxiety symptoms on health-related quality of life in patients with atrial fibrillation and atrial flutter[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2015,30(1):66-73.
- [26] Jones F, Riazi A, Norris M. Self-management after stroke: time for some more questions?[J]. *Disabil Rehabil*, 2013,35(3):257-264.
- [27] Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review[J]. *Disabil Rehabil*, 2011,33(10):797-810.
- [28] McKenna S, Jones F, Glenfield P, et al. Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial[J]. *Int J Stroke*, 2015,10(5):697-704.
- [29] Nott M, Wiseman L, Seymour T, et al. Stroke self-management and the role of self-efficacy[J]. *Disabil Rehabil*, 2019,43(10):1410-1419.
- [30] Nutbeam D. Health promotion glossary[J]. *Health Promot*, 1986,1(1):113-127.
- [31] Reading SR, Go AS, Fang MC, et al. Health Literacy and Awareness of Atrial Fibrillation[J]. *J Am Heart Assoc*, 2017,6(4):1-10.
- [32] Pacleb A, Lowres N, Randall S, et al. Adherence to Cardiac Medications in Patients With Atrial Fibrillation: A Pilot Study[J]. *Heart Lung Circ*, 2020,29(7):e131-e139.
- [33] Lambrinou E, Hansen TB, Beulens J W. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care[J]. *Eur J Prev Cardiol*, 2019,26(2):55-63.
- [34] Bravo P, Edwards A, Barr P J, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study[J]. *BMC Health Serv Res*, 2015,15(6):252.
- [35] Costa J, Marcolino MS, Torres HC, et al. Protocol of a clinical trial study involving educational intervention in patients treated with warfarin[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019,98(22):e15829.
- [36] 周鸣鸣, 严敏娟, 王春燕. 赋权教育模式在社区糖尿病前期病人血糖控制中的应用[J]. *护理研究*, 2019, 33(24):4315-4317.
- [37] 彭文亮, 张苍, 罗恒, 等. 基于赋权教育模式的自我管理计划对糖尿病血糖控制不佳患者的影响[J]. *解放军护理杂志*, 2019,36(4):25-28.
- [38] Loewen PS, Ji AT, Kapanen A, et al. Patient values and preferences for antithrombotic therapy in atrial fibrillation. A Narrative Systematic Review[J]. *Thromb Haemost*, 2017,117(6):1007-1022.

冠心病患者心脏康复依从性的研究进展

陈航言 钟美容 黄小媛 韦丽华 李芯睿

【摘要】 本文通过综述国内外冠心病患者心脏康复依从性的现状,归纳了冠心病患者心脏康复依从性的影响因素及其干预措施,指出关于心脏康复依从性的主要进展,以期为临床护理实践和护理科研提供信息。

【关键词】 冠心病;心脏康复;依从性;影响因素;干预措施

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.011

《中国心血管病报告2018》^[1]中推算我国心血管患病人数约有2.9亿且死亡率居于居民全因死亡的首位,其中冠心病患病人数达1100万。国际指南强烈推荐通过心脏康复管理冠心病患者可改变的危险因素和改善健康结果^[2]。研究^[3-5]表明,心脏康复(cardiac rehabilitation, CR)的实质性效果包括降低20%~47%的病死率,降低18%的住院率;有效控制心血管危险因素,提高患者活动能力,提高生活质量等。虽然CR的效果已经得到证实,并且具有较理想的成本-效益^[6],但是,患者CR的依从性非常低而且完成整个CR的完成率更低^[7]。因此,通过提高患者在CR过程中的依从性,将直接影响到CR最终的效果。本文通过对冠心病患者CR依从性的现状、影响因素以及干预措

施加以综述,为提高患者CR依从性与临床CR护理提供依据。

1 心脏康复国内外现状

全球范围内,开展有CR项目的国家仅为38.8%,符合条件的患者且参与CR项目的比例仅为30%,而且患者CR的依从性普遍较低^[8-9]。研究显示^[10],欧洲国家只有30%符合条件的患者参与CR项目,其中荷兰为11.7%,葡萄牙为8%。在美国则为20%~30%。来自加拿大数据中心的统计数据^[11]也显示,仅有34%的冠心病患者参与CR项目。澳大利亚一项研究结果^[12]显示,符合条件的患者CR参与率为36%~54%,而且只有50%能坚持完成整个CR。我国CR发展较晚,一项全国的调查研究^[13]显示,在接受调查的124家大型医疗中心中,只有30家(24%)能提供CR服务。另一项研究^[14]表明,只有25%~40%的冠心病患者参加CR,而且大部分患者在康复过程中就退出,未能完成系统的康复项目,所以,我国的冠心病患者CR依从性的现状更加严峻。

基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(编号:Z20201491)

作者单位:530200 广西南宁市,广西中医药大学护理学院(陈航言,黄小媛,李芯睿);广西中医药大学附属瑞康医院(韦丽华,钟美容)

陈航言:本科(硕士在读),主管护师

通信作者:钟美容,本科,主任护师,护理部副主任

[39] Rosman L, Armbruster T, Kyazimzade S, et al. Effect of a virtual self-management intervention for atrial fibrillation during the outbreak of COVID-19[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2021,44(3):451-461.

[40] 戴梦媛. 心房颤动远程医疗管理模型的可行性分析[D]. 大连:大连医科大学, 2019.

[41] 苏红英,徐启明,黄丽荣,等. 微信健康教育模式联合手机应用软件的心电监测对心房颤动的管理[J]. 护理实践与研究, 2021,18(3):388-390.

[42] 曹丽,颜瑜章,罗如兰. 医护联合慢病门诊模式在社区慢病管理中的作用[J]. 中国实用医药, 2017, 12(27):189-190.

[43] Witt DM, Tillman DJ. Clinical pharmacy anticoagulation services in a group model health maintenance organization[J]. Pharm Pract Manag Q, 1998,18(3):34-55.

[44] 裘炯华. 中国首家抗凝门诊落地[N]. 医院经济报,

2013-05-18(5).

[45] 陈丽华,吴晓晖,陈子微,等. 医护联合门诊在提高非瓣膜病房颤患者华法林治疗依从性中的作用[J]. 现代临床护理, 2020,19(7):50-54.

[46] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS[J]. Eur Heart J, 2016,37(38):2893-2962.

[47] Carter L, Gardner M, Magee K, et al. An Integrated Management Approach to Atrial Fibrillation[J]. J Am Heart Assoc, 2016,5(1):1-10.

[48] 王莉斐,廖晓阳,刘长明,等. 医联体内"全专联合"的心房颤动一体化管理模式建设[J]. 中华全科医师杂志, 2020,19(10):957-961.

[2021-08-07 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

2 冠心病患者 CR 依从性的影响因素

2.1 患者自身因素

2.1.1 性别、年龄因素 目前有证据表明,在接受 CR 计划依从性方面存在性别差异^[15]。Resurrección 等^[16]与 Sumner 等^[17]研究表明,在参与 CR 过程中,女性参与率和康复效果都不如男性。在美国只有 39.6% 的女性接受心脏康复治疗,而男性则为 49.4%,相比于男性,女性患者能完成整个 CR 项目更少。女性患者的 CR 值得关注,其治疗后身体状况恢复较男性差,易出现心理障碍,同时承受着照顾家庭的负担,这些因素都可能会降低女性患者对 CR 的依从性。有研究^[18-19]表明,老年人患者相对中青年患者的依从性更高,患者依从性最高的年龄段是 65~74 岁,影响中青年患者 CR 依从性的因素更多是因为大部分中青年患者承担着家庭经济支柱的角色,更多的时间回归到工作而且对于康复的期望值较低等。

2.1.2 抑郁、焦虑 抑郁和焦虑是心血管疾病 (CVD) 患者常见的两个心理状态,近 20% 的患者在急性心脏事件后经历重度抑郁,27.6% 的 CR 患者出现临床显著的焦虑,而抑郁和焦虑与 CVD 患者的治疗依从性呈负相关^[20-21]。威斯康星州心脏康复结果登记中心 (WiCORE) 一项 CR 项目的研究发现,抑郁症患者参加 CR 的可能性比非抑郁症患者低 44%^[22]。一项来自英国的基于社区 CR 项目的研究发现,在参与 CR 的过程中抑郁患者退出 CR 的可能性是无抑郁患者的两倍^[23]。

2.1.3 文化水平 患者的文化水平对 CR 的依从性有正向作用,文化水平越高依从性相应就越高,反之则越低^[24]。Roselien 等^[7]研究表明,患者文化水平越高,体现出参加 CR 项目的兴趣越高,依从性也越高。出现这种现象可能是因为文化水平越高,对于疾病与 CR 项目相关知识的认知越高;一般文化水平高相对文化水平低的患者收入更高,有较好的经济基础,同时更加注重自身的健康情况等。

2.1.4 健康信念 健康信念是指患者对所患疾病的严重程度与易感程度的认知及对相应处理手段的评价,可直接影响其健康行为^[25]。李信欣^[26]等研究证明患者的健康信念越高,患者对康复的重要性、康复的益处、康复的内容等的认识就越高,从而使患者参与和坚持康复的意识越强。Rushworth^[27]等表示,拥有良好健康信念的患者在 CR 过程中具有更好的依从性,更加主动完成 CR 项目。林燕娜^[28]等的研究也等到了类似的结果。

2.2 社会因素

2.2.1 心脏康复模式 我国 CR 起步较晚,目前大部分心脏康复中心主要集中在大型医疗中心,CR 的模式以中心康复为主,核心康复阶段在心脏康复中心进行,但是以中心为基础的 CR 模式也存在着明显的缺陷,包括:①康复中心数量少,地理分布不合理,根据《中国心脏预防康复调查报告》的数据显示^[29],截至 2017 年,全国仅有 500 余所心脏康复中心,从分布密度上看只有 13.2/100 百万人口,且康复中心多数集中在东南沿海经济发展较好地区,西北、西南地区基本空白;②距离远,交通不便,心脏康复中心主要集中在经济较发达城市的三级甲等医院,对于在农村和偏远地区的患者会面临交通不便的问题;③心脏康复费用昂贵,社会经济支持不足,我国目前纳入医保目录的康复项目有 29 项,但是与心脏康复相关的项目很少^[29];④目前以中心康复为基础的康复项目主要参考欧美国家的传统康复方法,缺少结合我国传统中医的康复手段等。

2.2.2 医疗因素 缺乏健全的医疗转诊制度、医务人员对 CR 的认可与相关知识的掌握以及医务人员对 CR 的推荐程度是影响患者 CR 依从性的重要因素。目前,我国 CR 尚未形成完整的 CR 三级诊疗体系,尚未构建健全医疗转诊制度,许多符合参与 CR 条件的患者未能转至康复中心接受 CR。医务人员对 CR 认知的局限也是影响患者参与 CR 及其依从性的一个重要因素。相关研究表明^[30-31],医务人员推荐程度是影响患者参与 CR 的重要影响因素,推荐越强烈,患者参与 CR 率越高,在患者 CR 参与率方面,医务人员强烈推荐的患者与普通患者的比例是 4:1。据调查报告显示^[29],临床治疗过程中,仅 25% 的医生经常把 CR 实施在临床诊治中,能给予相对全面的处方建议的仅有 33%。医务人员对 CR 的认知与知识掌握的局限导致未能更好地向患者解释 CR 的重要性与必要性,影响患者的参与率和依从性。

2.2.3 社会支持 有证据表明,增加患者的社会支持能够提高慢性病患者治疗中的依从性^[32]。Bachman 等^[33]研究表明,社会支持水平越高的患者参与 CR 的依从性越高。刘玮楚等^[34]研究也得到了相似的结果;同时研究表明社会支持可能通过健康素养和自我效能两方面作用于患者的自我管理行为,影响其心脏康复的依从性。配偶的理解与支持,是消除冠心病患者康复期心理负担的重要影响因素。

3 冠心病患者 CR 依从性的干预措施

3.1 构建符合我国国情的 CR 模式, 充分发挥电子健康在 CR 中的作用

社区 CR 和以家庭为基础的 CR (Home-base CR, HBCR), 能够有效解决中心康复模式所存在的很多缺陷。有研究表明, 在提高患者运动能力、生活质量等方面 HBCR 要优于中心康复模式, 而且对提高患者的依从性有很好的效果^[35]。Peng 等^[36]和 Hwang 等^[37]研究结果都表明, 对于患者的干预, HBCR 与中心康复达到一样的效果, 而且表明 HBCR 患者有更高的依从性。

大力发展网站、移动应用程序、监控传感器、电子邮件、电话和短消息等方式与 CR 结合的新模式。Batalik 等^[38]在康复专家的监督下通过腕式心率监测器对患者进行康复监测; Salvi 等^[39]开发的一个移动医疗系统, 旨在通过提供运动监测、指导、激励反馈和教育内容来激励患者参与和坚持他们的康复计划, 两项研究结果显示用户接受度和感知有用性都很高, 干预组的心脏相关健康教育水平和 CR 依从性比对照组都有改善。国内的一些研究也得到了类似的结果^[40-41]。

3.2 充分发挥中医康复手段的作用, 构建规范的中西医结合 CR 模式

我国中医康复理论的形成具有悠久的历史与丰富的内涵。中医康复以辨证论治、阴阳五行、形神、气血津液等为理论基础。国内外均有研究采取中医康复手段应用到心血管疾病患者的 CR 中, 结果表明中西医结合的康复手段能达到理想的康复效果, 并可有效提高患者的依从性^[42-44]。中医康复手段在国内有较好的群众基础与较高的接受度, 以中国传统运动形式为主的中西医结合 CR 具有康复设施少、简单易学、易于坚持等特点, 能有效提高患者的依从性。只有将中医康复的有效措施与目前的 CR 有机结合, 才有可能为患者制订有效的、个性化的中西医结合 CR 处方, 形成规范的中西医结合 CR 新模式。

3.3 提高 CR 团队的医疗水平

CR 要规范实施就应该组建包括心内科医师、康复医师、康复治疗师、营养师、心理咨询、心内科专科护士和临床药师等专业团队。我国 CR 体系尚处于探索阶段, 缺乏完善的 CR 培训和准入体系, 缺乏专业团队。所以, 要加强医务人员关于 CR 相关知识的教育, 可通过晨间会议、讲座、培训、大型专科会议等方式展开, 帮助医务人员了解 CR 的

适应证、益处、转诊障碍、目前开展的程度、促进及障碍因素等, 鼓励其在 CR 转诊前与患者充分沟通, 团队成员各司其职, 充分掌握患者的病情、心理状态与健康需求, 根据患者实际情况制订个性化康复方案并推荐和鼓励患者参与, 保证整个 CR 过程安全、科学、有效。

3.4 加强社会支持

社会支持的存在是心血管疾病 (CVD) 患者获得积极治疗效果的重要决定因素^[45]。美国、英国、澳大利亚等国家已经把 CR 项目纳入医疗保健系统, 可以通过医疗保险进行报销, 能有效提高患者 CR 的依从性。所以, 根据我国 CR 的现状, 政府部门可以增加财政投入, 将 CR 项目纳入医疗保险报销范围, 减轻患者的经济负担, 提高其 CR 参与率和依从性。

冠心病患者认为家庭对其康复有显著的促进作用^[46]。马丽丽等^[47]的研究表明, 配偶共同参与的 CR 不仅能取得与常规 CR 的康复效果, 而且患者能有更好的满意度。另一项研究表明, 每个月至少与 10 位亲密的朋友或亲戚见面的 CR 参与者, 其治疗依从性较高^[48]。

我国公众对 CR 的认知普遍较低, 据调查结果显示, 我国仅有 17% 的社会大众听说过或者了解过 CR^[29]。要解决这个问题, 首先, 在患者住院其间, CR 团队应该给符合条件的患者及其家属进行全面有效的健康教育, 包括所患疾病的相关知识, CR 的重要性、必要性; 举例说明 CR 的益处等。其次, 应充分发挥社会网络媒体对 CR 的社会宣传。一项回顾性研究表明, 通过社会网络媒体对疾病的宣传, 能够影响社会大众对疾病的相关知识和自我行为管理的态度^[49]。Dorje 等^[50]的研究显示, 通过社会网络媒体对冠心病患者进行疾病和 CR 相关知识的宣传, 与患者依从性的提高有着密切的关系。

4 小结

CR 因为受自身因素、医疗因素与社会支持等各方面因素的影响, 患者 CR 依从性低仍是目前面临的严峻问题。HBCR 和“医院-社区联动延续 CR”等新模式或许能有效解决这个问题。同时, 随着电子医疗技术的不断发展, 运用物联网、可穿戴设备等电子设备技术的电子 CR 应该是未来的研究热点。在国家大力弘扬传统中医的背景下, 充分发挥传统中医康复的作用, 把传统中医康复技术融入 CR 过程中, 构建符合我国国情的中西医结合 CR 也必将推动我国 CR 事业的发展。

5 参考文献

- [1] 胡盛寿, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2018》概要 [J]. 中国循环杂志, 2019, 34(3): 209-220.
- [2] Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines [J]. J Am Coll Cardiol, 2014, 129(25 Suppl 2):S76-S99.
- [3] Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Am Heart J, 2011, 162(4):571-584.
- [4] Buckingham SA, Taylor RS, Jolly K, et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis [J]. Open Heart, 2016, 3(2):e000463.
- [5] Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011(7):CD001800.
- [6] 孙佩伟, 马建新. 冠心病的康复进展 [J]. 中国康复理论与实践, 2015(12):1425-1429.
- [7] Buys R, Claes J, Walsh D, et al. Cardiac patients show high interest in technology enabled cardiovascular rehabilitation [J]. BMC Med Inform Decis Mak, 2016, 16:95.
- [8] Turk-Adawi K, Sarrafzadegan N, Grace SL. Global availability of cardiac rehabilitation [J]. Nat Rev Cardiol, 2014, 11(10): 586-596.
- [9] Pio C, Chaves G, Davies P, et al. Interventions to promote patient utilization of cardiac rehabilitation: cochrane systematic review and Meta-Analysis [J]. J Clin Med, 2019, 8(2):189.
- [10] Abreu A, Mendes M, Does H, et al. Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology [J]. Rev Port Cardiol (Engl Ed), 2018, 37(5):363-373.
- [11] Grace SL, Turk-Adawi K, Santiago de Araújo Pio C, et al. Ensuring Cardiac Rehabilitation Access for the Majority of Those in Need: A Call to Action for Canada [J]. Can J Cardiol, 2016, 32(10 Suppl 2):S358-S364.
- [12] Soo Hoo SY, Gallagher R, Elliott D. Predictors of cardiac rehabilitation attendance following primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction in Australia [J]. Nurs Health Sci, 2016, 18(2):230-237.
- [13] Zhang Z, Pack Q, Squires RW, et al. Availability and characteristics of cardiac rehabilitation programmes in China [J]. Heart Asia, 2016, 8(2):9-12.
- [14] 胡大一. 中国心血管疾病预防治疗及康复若干思考 [J]. 中国实用内科杂志, 2013, 33(4):253-255.
- [15] Supervía M, Medina-Inojosa JR, Yeung C, et al. Cardiac Rehabilitation for Women: A Systematic Review of Barriers and Solutions [J]. Mayo Clin Proc, 2017, S0025-6196(17):30026.
- [16] Resurrección DM, Motrico E, Rigabert A, et al. Barriers for Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review [J]. J Womens Health (Larchmt), 2017, 26(8):849-859.
- [17] Sumner J, Harrison A, Doherty P. The effectiveness of modern cardiac rehabilitation: A systematic review of recent observational studies in non-attenders versus attenders [J]. PLoS One, 2017, 12(5):e0177658.
- [18] Resurrección DM, Moreno-Peral P, Gómez-Herranz M, et al. Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies [J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2019, 18(1): 38-47.
- [19] 杜若飞, 王盼盼, 田丽, 等. 冠心病患者心脏康复依从性的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(10):1246-1251.
- [20] Baumeister H, Haschke A, Munzinger M, et al. Inpatient and outpatient costs in patients with coronary artery disease and mental disorders: a systematic review [J]. Biopsychosoc Med, 2015, 9:11.
- [21] Sever S, Doherty P, Harrison AS, Golder S. To what extent is multi-morbidity associated with new onset depression in patients attending cardiac rehabilitation [J]. BMC Cardiovasc Disord, 2019, 19(1): 256.
- [22] Turk-Adawi KI, Oldridge NB, Tarima SS, et al. Cardiac rehabilitation patient and organizational factors: what keeps patients in programs? [J]. J Am Heart Assoc, 2013, 2(5):e000418.
- [23] Turner SC, Bethell HJ, Evans JA, et al. Patient characteristics and outcomes of cardiac rehabilitation [J]. Cardiopulm Rehabil, 2012, 22(4):253-260.
- [24] 周凯章. 冠心病患者心脏康复治疗依从性的影响因素分析 [J]. 心血管病防治知识 (学术版), 2017(20): 43-45.
- [25] Horwood H, Williams MJ, Mandic S. Examining motivations and barriers for attending maintenance community-based cardiac rehabilitation using the health-belief model [J]. Heart Lung Circ, 2015, 24(10):980-987.
- [26] 李信欣, 吕启圆, 李江圳, 等. 髋关节置换术后患者院外功能锻炼依从性与健康信念的纵向研究 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(8):1180-1184.
- [27] Thomson P, Rushworth GF, Andreis F, et al. Longitudinal study of the relationship between patients' medication adherence and quality of life outcomes and illness

- perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2020, 20(1): 71.
- [28] 林燕娜, 陈小美. 基于健康信念教育模式的临床护理应用于冠状动脉支架植入术患者的效果分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2020, 10(14): 82-84.
- [29] 中国心血管病研究杂志编辑部. 2017年心脏预防康复国际新进展新闻发布会在京召开[J]. 中国心血管病研究杂志, 2017, 15(11): 972.
- [30] Duyek SD, Petrie KJ, Dalbet HN. You don't have to be a drinker to have gout, but it helps: a content analysis of the depiction of gout in popular newspapers [J]. Arthrit Care Res, 2016, 68(11): 1721-1725.
- [31] Ghisi GL, Polyzotis P, Oh P, et al. Physician Factors Affecting Cardiac Rehabilitation Referral and Patient Enrollment: A Systematic Review [J]. Clin Cardiol, 2013, 36(6): 323-335.
- [32] Osborn CY, Egede LE. The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: the role of social support. Gen Hospital Psychiatry [J]. 2012, 34(3): 249-253.
- [33] Bachmann JM, Huang S, Gupta DK, et al. Association of neighborhood socioeconomic context with participation in cardiac rehabilitation [J]. J Am Heart Assoc, 2017, 6(10): e006260.
- [34] 刘玮楚, 王攀, 罗业涛, 等. 基于健康信念模式的冠心病患者自我管理行为模型构建及实证研究[J]. 第三军医大学学报, 2020, 42(9): 953-963.
- [35] Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, et al. Home-Based Cardiac Rehabilitation: A Scientific Statement From the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology [J]. Am Coll Cardiol, 2019, 74(1): 133-153.
- [36] Peng X, Su Y, Hu Z, et al. Home-based telehealth exercise training program in Chinese patients with heart failure: A randomized controlled trial [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(35): e12069.
- [37] Hwang R, Bruning J, Morris NR, et al. Home-based telerehabilitation is not inferior to a centre-based program in patients with chronic heart failure: a randomised trial [J]. Physiother, 2017, 63(2): 101-107.
- [38] Batalik L, Dosbaba F, Hartman M, et al. Benefits and effectiveness of using a wrist heart rate monitor as a telerehabilitation device in cardiac patients: A randomized controlled trial [J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(11): e19556.
- [39] Salvi D, Ottaviano M, Muuraiskangas S, et al. An m-Health system for education and motivation in cardiac rehabilitation: the experience of Heart Cycle guided exercise [J]. Telemed Telecare, 2018, 24(4): 303-316.
- [40] 冯琴, 郑桂香, 王娣, 等. 互联网+心脏康复延续性护理对冠心病经皮冠状动脉介入术后康复效果的研究[J]. 中国数字医学, 2019, 14(6): 7-9.
- [41] 周彦芬, 陈蒙蒙. 互联网+健康教育对冠心病介入治疗患者自我管理状况影响[J]. 社区医学杂志, 2020, 18(11): 823-826, 829.
- [42] Hao Y, Zhang L, Zhang Z, et al. Tai Chi exercise and functional electrical stimulation of lower limb muscles for rehabilitation in older adults with chronic systolic heart failure: a non-randomized clinical trial [J]. Braz J Med Biol Res, 2019, 52(12): e8786.
- [43] Wang XQ, Pi YL, Chen PJ, et al. Traditional Chinese exercise for cardiovascular diseases: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. J Am Heart Assoc, 2016, 5(3): e002562.
- [44] Chen BL, Guo JB, Liu MS, et al. Effect of traditional Chinese exercise on gait and balance for stroke: a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2015, 10(8): e0135932.
- [45] Clayton C, Motley C, Sakakibara B. Enhancing Social Support Among People with Cardiovascular Disease: a Systematic Scoping Review [J]. Curr Cardiol Rep, 2019, 21(10): 123.
- [46] Tuomisto S, Koivula M, Åstedt-Kurki P, et al. Family involvement in rehabilitation: Coronary artery disease-patients' perspectives [J]. J Clin Nurs, 2018, 27(15-16): 3020-3031.
- [47] 马丽丽, 孙素萍, 延雪晴, 等. 配偶参与的心脏康复锻炼对经皮冠状动脉介入治疗术后患者及配偶的干预效果[J]. 中国护理管理, 2020, 20(3): 393-398.
- [48] Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, et al. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study [J]. PLoS One, 2018, 13(6): e0198578.
- [49] Duyek SD, Petrie KJ, Dalbet HN. You don't have to be a drinker to have gout, but it helps: a content analysis of the depiction of gout in popular newspapers [J]. Arthrit Care Res, 2016, 68(11): 1721-1725.
- [50] Dorje T, Zhao G, Scheer A, et al. SMART phone and social media-based Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention (SMART-CR/SP) for patients with coronary heart disease in China: a randomised controlled trial protocol [J]. BMJ Open, 2018, 8(6): e021908.

[2021-07-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

德尔菲法在国内临床护理质量评价指标中构建的文献计量分析

许娟 杨飞 郑静 李儒婷 张瑛 管玉香

【摘要】目的 探讨德尔菲法应用于临床护理质量评价指标构建的发展现状和趋势,为本领域今后的研究提供借鉴。**方法** 检索中国知网(CNKI)、万方数据库(WanFang Data)及维普中文科技期刊数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM),检索时限为建库至2021年7月9日,运用文献计量学方法对所有文献的标题、作者、发表年份、省份、期刊来源、资金支持、被引频次、关键词以及研究内容进行统计分析。**结果** 共纳入文献263篇,收录于85种期刊,分布于25个省(区、市),其中以山东、广东、湖北、江苏、上海发文量较多;文献合作度3.59,合著率83.27%,基金资助率42.59%;德尔菲法在临床护理质量评价指标领域中研究尚未形成核心作者群;护理敏感指标、护理管理、手术室、手术护理、儿科和肿瘤是目前研究的热点。**结论** 基于德尔菲法构建临床护理质量评价指标的研究领域与应用不断扩大,但存在文献质量参差不齐、研究主题不全、区域院校合作力度不强、核心作者群尚未形成、缺乏中医特色护理元素及研究设计有待完善等问题,亟需完善护理质量评价指标体系并建立统一的评价标准。

【关键词】 德尔菲法;护理质量;评价指标;文献计量学;构建;分析

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.012

德尔菲法(Delphi method),又称为专家咨询法或专家评分法,具有匿名性、反馈性、统计性的特点^[1]。在“以患者为中心”的医疗背景下,随着护理理念和技术的不断更新,护理质量是护理过程中形成的客观表现,能直接反映医院的服务质量和管理水平。2011年卫生部第一次颁布等级医院评审细则中明确指出,将护理质量改进定为医院评审的核心条目^[2]。现有的护理质量评价指标已不适合当前医院形势的发展,众多研究者不断探索,利用Delphi法构建全面、系统且科学的临床护理质量评价指标,以保证患者安全,促进临床护理质量的改进。本文对中文四大数据库自建库以来已发表的有关基于Delphi法构建临床护理质量评价指标的文献进行计量分析,探索其研究领域现状,以期为今后开展相关护理质量评价指标的构建进一步研究提供参考。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略

采用主题词和自由词相结合的形式,以“德尔

菲法”“专家咨询法”“Delphi法”“临床护理质量”“医院护理质量”“专科护理质量”“评价指标体系”“评价标准”等为检索词,检索CNKI、WanFang Data、CBM、VIP四大中文数据库,检索时限为建库至2021年7月9日。

1.2 文献纳入及排除标准

纳入标准:基于Delphi法构建临床护理质量评价指标的相关文献。排除标准:①重复发表的文献;②无法获取全文的文献;③类型不符的综述、会议、公告、报刊、增刊论文、短篇报道等;④研究国外Delphi法构建护理质量评价指标现状的文献。

1.3 文献分析方法

文献先使用NoteExpress 3.2.0软件查重与筛选,再利用Excel 2019创建数据表进行统计分析。提取内容包括标题、作者、发表年份、省份、期刊来源、资金支持、被引频次、关键词以及研究内容等;最后采用百分率、构成比、频数进行相关的统计学描述。

2 结果

2.1 文献筛选结果及年度变化

初检得到1468篇文献,查重后再经人工分析、筛选,最终纳入263篇文献。如图1所示,第1篇文献发表于2006年,2009—2018年发文量总体呈上升趋势;自2015年开始,本主题研究的文献增长迅速,2017年出现爆发性的增长,发文量是

基金项目:安徽省护理学会科研课题(编号:AHHLA202106)
作者单位:230012 安徽省合肥市,安徽中医药大学护理学院(许娟,杨飞,郑静,李儒婷,张瑛);安徽中医药大学第一附属医院(管玉香);安庆医药高等专科学校(许娟,杨飞)
许娟:女,本科(硕士在读),护师,助教
通信作者:管玉香,主任护师,护理部主任,硕士研究生导师

2016 年的 1.81 倍；2019 年发文量相比 2018 年略下降 28.26%，后又再次上升。因检索时限至 2021 年 7 月 9 日，故 2021 年纳入文献较少。

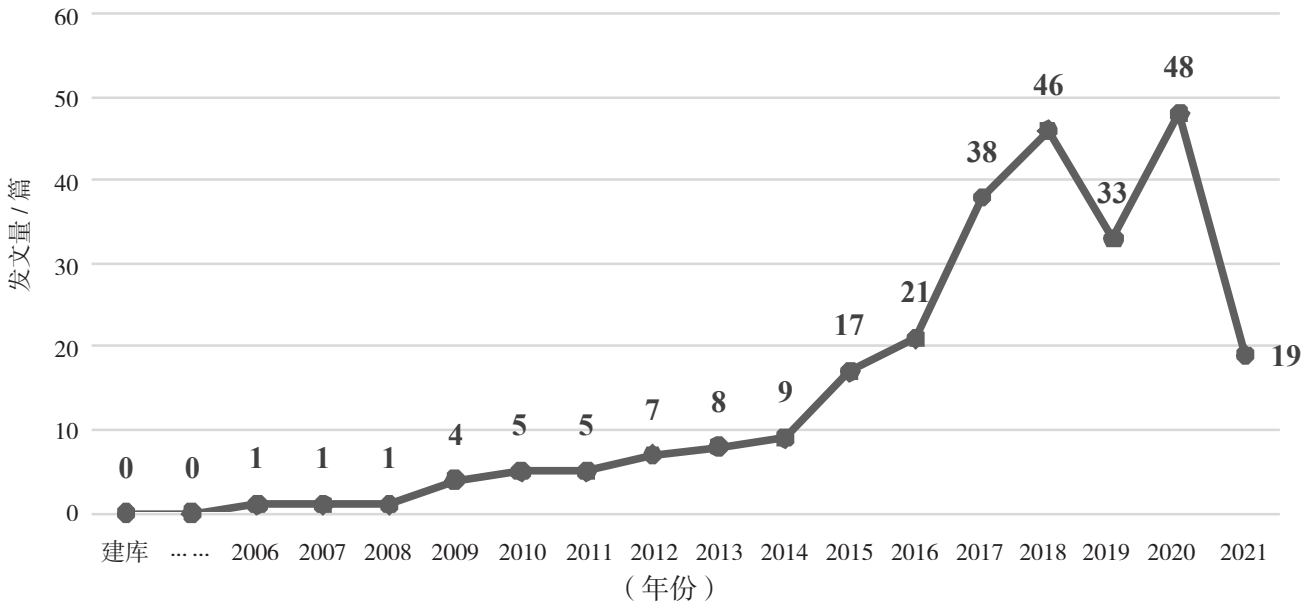


图 1 本领域文献发表量折线图

2.2 期刊分布

263 篇文献共发表在 85 种期刊上，其中 27 篇硕士学位论文，期刊论文 236 篇，平均刊载量 3.09 篇。刊载量 >3.09 篇的期刊有 15 种，发文量占总发

文量的 65.02%；刊载量排名前 3 分别为《中华护理杂志》《护理研究》和《中华现代护理杂志》。刊载量 ≥ 4 篇的期刊详情见表 1。

表 1 刊载量 ≥ 4 篇的分布情况 (n=263)

序号	期刊 / 学校	是否核心	刊载量 (篇)	构成比 (%)
1	中华护理杂志	是	22	8.37
2	护理研究	是	21	7.98
3	中华现代护理杂志	是	21	7.98
4	中国实用护理杂志	是	20	7.60
5	护理学杂志	是	16	6.08
6	护士进修杂志	是	13	4.94
7	护理学报	是	12	4.56
8	齐鲁护理杂志	否	8	3.04
9	中国护理管理	是	7	2.66
10	护理管理杂志	是	7	2.66
11	护理实践与研究	否	5	1.90
12	山西医科大学	-	5	1.90
13	浙江大学	-	5	1.90
14	中华急危重症护理杂志	否	5	1.90
15	解放军护理杂志	是	4	1.52

2.3 作者分布

按第一作者发文所在单位进行统计显示，263 篇文献有 209 篇来自医院，54 篇来自院校；发文量前 3 的单位依次是华中科技大学同济医学院附属协和医院 20 篇（7.60%）、青岛大学附属医院 16 篇（6.08%）、中山大学附属第一医院 6 篇（2.28%）；共涉及作者 945 人，合作度 3.59（945/263）；合著 219 篇（合著率 83.27%），独著 44 篇。

按第一作者发文所在省份进行统计显示，263 篇文献来自于我国 25 个省（区、市）。排名前 5

的省份依次为山东 39 篇（14.83%）、广东 27 篇（10.27%）、湖北 27 篇（10.27%）、江苏 24 篇（9.13%）和上海 19 篇（7.22%）。按第一作者发文量统计，最多的是 4 篇，根据普赖定律^[3] 计算出核心作者发文量 $M=0.749 \times \sqrt{N_{\max}} = 0.749 \times \sqrt{4} = 1.498$ ， $N_{\max}$ 代表最高作者发文量，故核心

作者发文量应大于 2 篇。经统计，第一作者发文量 ≥ 2 篇的文献共 20 篇（7.60%），尚未达成定律中要求核心作者发文量占总文献量 50% 的目标，这表明德尔菲法在国内临床护理质量评价指标体系中构建的研究暂未形成核心作者群，见表 2。

表 2 第一作者发文量 ≥ 2 篇的文献详情

地区	第一作者	发文量	工作单位
湖北	詹昱新	4	华中科技大学同济医学院附属协和医院
山东	褚秀美	2	青岛大学附属医院
山东	戴冬梅	2	中国人民解放军第 88 医院
广东	黄天雯	2	中山大学附属第一医院骨显微医学部
山西	刘慧	2	山西医科大学
新疆	马丽娟	2	新疆医科大学护理学院
山东	王斌	2	青岛大学附属医院
上海	吴慧群	2	同济大学附属第十人民医院
湖北	杨赛	2	华中科技大学同济医学院附属协和医院

2.4 基金资助情况

112 篇文献有基金资助（资助率 42.59%），单项基金资助 90 篇，多项基金资助 22 篇。其中国家级 16 项，省级 82 项，市级 9 项，院级 15 项，校级 11 项，其他 4 项。

2.5 被引频次

共被引频次 2831 次，平均被引频次 10.76 次/篇。

其中有 83 篇文献（包括毕业论文）高于平均被引频次；15 篇文献被引频次 ≥ 40 次，包括 2 篇硕士论文，13 篇期刊论文。6 篇来自《中华护理杂志》，3 篇来自《中国护理管理》，2 篇《护士进修杂志》，2 篇《护理学杂志》，1 篇山西医科大学硕士论文，1 篇第二军医大学硕士论文，见表 3。

表 3 被引频次 ≥ 40 次的文献情况

作者	年份	题目	期刊 / 学校	被引频次
祝志梅等 ^[4]	2016	产科护理质量敏感性指标的构建	中华护理杂志	100
赵静等 ^[5]	2015	胰腺癌围手术期护理质量评价指标体系的构建	中华护理杂志	93
余满荣等 ^[6]	2017	手术室专科护理质量敏感指标的构建	中华护理杂志	85
于秀荣等 ^[7]	2006	产科护理质量评价指标体系的研究	中华护理杂志	78
侯小妮等 ^[8]	2010	综合医院护理质量评价指标体系初步研究	中国护理管理	77
崔金锐等 ^[9]	2016	呼吸内科护理敏感性质量指标体系的构建	中华护理杂志	70
郭熙泐 ^[10]	2011	采用三维质量结构对重症医学科护理质量评价指标体系的初步研究	山西医科大学	47
邢双双等 ^[11]	2018	急性白血病临床护理质量评价标准的构建	中华护理杂志	45
高云等 ^[12]	2009	DelPhi 法在筛选一级护理质量评价指标中的应用	护士进修杂志	44
顾艳荭等 ^[13]	2011	单病种临床路径效果评价指标体系的初步构建	护士进修杂志	43
赵芹芹等 ^[14]	2010	北京地区综合医院护理终末质量评价指标体系初步研究	中国护理管理	42
陈璐等 ^[15]	2015	三级医院延续性护理服务质量评价指标体系的构建	护理学杂志	42
李娜 ^[16]	2013	手术室护理安全管理评价指标体系的构建研究	第二军医大学	41
李平等 ^[17]	2009	中医医院护理质量评价指标体系的构建	护理学杂志	40
李冬梅等 ^[18]	2013	医院 PICC 护理质量评价指标体系研究	中国护理管理	40

2.6 研究内容

涉及研究内容以手术室、医院、围术期、肿瘤、ICU、管道、肠道营养、产科、急性心肌梗死等研究领域的护理质量评价指标构建的文献较多。其中有 5 篇文献涉及 Delphi 法构建中医护理质量评价指标。

2.7 关键词分析

纳入文献共涉及关键词 1117 个，通过合并同类关键词，并排除对研究分析无影响的关键词（如德尔菲法、护理质量、评价指标、构建和应用），最终获得关键词 183 个。统计发现，词频为 1 的关键词 $T_1=114$ ，根据齐普夫第二定律^[19] $T=(-1+\sqrt{1+8\times T_1})/2$ 计算高低关键词范围，即 $T=14.61$ 。故词频出现至少 15 次为本研究的高频关键词，见表 4。

表 4 德尔菲法在本领域文献中的高频关键词及占比 (n=183)		
关键词	频次 (次)	百分率 (%)
护理敏感指标	55	30.05
手术护理	24	13.11
手术室	19	10.38
护理管理	19	10.38
儿科	17	9.29
三维质量结构	16	8.74
肿瘤	16	8.74
卫生保健	15	8.20
循证	15	8.20

3 讨论

3.1 本主题的研究领域正在不断丰富

Delphi 法最初的目的是征询专家意见对未来市场进行预测或判断^[1]。该方法现已广泛应用于对护理领域的研究，各专科疾病护理质量评价标准大多数是在原有护理质量评价标准基础上的优化，缺乏客观统一的标准，基于此现状，Delphi 法在使用过程中其适用性和优越性得到了众多研究者的青睐。本研究统计发现，自 2006 年第 1 篇关于 Delphi 法构建临床护理质量文献研究后，中间一直保持持续增长的趋势，到 2015 年后增长迅速，高峰时达 48 篇；近 5 年内基金资助 71 篇文献，占总资助文献数量的 63.39%。这表明文献数量的增长与研究者的重视、三级医院的评审要求的推广以及各项基金项目的支持密切相关。

其次，纳入文献研究主题包含临床护理质量、专科疾病护理质量、延续护理质量及管道护理质量等多个领域；研究病种包括肿瘤癌症、急性心肌梗死、急性白血病、急性胰腺炎、脑卒中、慢性阻塞

性肺疾病、动脉瘤性蛛网膜下腔出血、结石、呼吸窘迫综合征、急性冠脉综合征、支气管哮喘、肺炎、肺栓塞、肺移植、艾滋、癆病、项痹病、骨折及关节置换等，疾病种类繁多；研究对象包括早产儿、新生儿、婴幼儿、儿童、中青年及老年等；研究科室以手术室、重症监护室、产科、儿科、肿瘤科和骨科居多。故相关文献发表的期刊分布广泛，这与护理研究领域具有内容丰富、适用性强的特点有关。

3.2 存在研究失衡的现象

统计结果发现，基于 Delphi 法构建临床护理质量评价的研究在国内分布较为广泛，但主要集中于山东、广东、湖北、江苏和上海等地，占总数量一半以上；而辽宁、安徽、贵州等地发文量较少。由此可见，发文量可能与地区经济发展水平、医院和高校数量密切相关。从核心作者作者发文数量来看，仅 20 篇（7.60%），尚未形成核心的作者群，建议研究者提升自身科研水平，不断深入探索，以发表更多高质量的论文。从文献质量来看，核心期刊论文数量不足一半；文献合作度仅 3.59，院校合作开展临床研究的文献也相对较少。因此，建议加强院校之间的科研合作、取长补短，以提高文献发表的质量和数量。从研究内容来看，目前主要集中于西医护理质量评价指标的构建，而构建中医护理质量评价指标的研究较少，这可能与中医护理科研人才匮乏有关，导致他们即使认识到中医护理科研的重要性，也处于心有余而力不足的困窘状态^[20]。

3.3 研究的热点和趋势分析

通过关键词统计发现，目前研究的热点主要集中于敏感指标、护理管理、手术室、手术护理、儿科和肿瘤等领域。护理敏感指标可分析护理质量的现状、影响因素，运用 Delphi 法以便制订质量整改的应对措施^[21]；有效、科学、完善的管理方法是保证护理质量的前提，更是提升护理质量的重要举措；手术室对于患者来说是一个陌生的环境，利用 Delphi 法构建手术护理质量评价指标是保障患者手术安全、降低术后并发症的关键环节^[22-23]；儿科患者年龄普遍较小决定了其护理的重点与难点，其指标构建的特异性受到了众多研究者的广泛关注，Delphi 法的运用使得其指标构建的结果更加可靠，满足儿科护理的时代要求^[24]；肿瘤患者的放化疗，其相关并发症发生率高，Delphi 法从患者生理、心理、健康行为等方面构建其护理评价指标，有利于更好地改善患者的预后结局，提高生存质量^[25]。此外，部分研究除了采用 Delphi 法，还采用了 Donabedian 三维质量结构框架、循证理论及层次分析法(Analytic

Hierarchy Process,AHP)相结合的形式进行研究,提高了研究结果的可行性、科学性,其研究方法可能是未来构建护理质量评价指标的重要手段^[26-28]。

3.4 整体研究设计有待完善

严谨的科研设计影响构建指标结果的可靠性和科学性^[29]。首先,研究者都是遴选临床护理专家、护理管理者和医疗专家等进行专家函询,但专家的定义标准存在争议,其年龄、学历、职称、工作年限、科研成果、积极性和权威性要求未形成统一标准;许多专家的遴选大多数是省内或者邻近省份,区域跨度也相对较窄,故专家的选择和代表性方面存在偏倚。其次,在问卷函询过程中,并未完全做到专家函询的匿名性,各领域专家之间可能存在学术交流,研究结果会受到人为因素的干扰^[30]。在函询问卷的设计上,部分指标条目设计欠合理、表述不当以及易受研究者主观思维因素影响等问题。因此,研究设计的严谨性有待优化。

4 小结

本研究采用文献计量学方法进行数据统计发现,目前指标的构建存在文献质量参差不齐、研究主题不全、区域院校合作力度不强、核心作者群尚未形成、缺乏中医特色护理元素及研究设计有待完善等问题。研究虽存在一定的局限性,但相关研究领域正不断扩大,发文量总体呈现上升趋势,研究方法不断丰富,研究结果对临床护理具有建设意义。指标构建能为护理管理者提供具体、客观、规范的评估工具^[31];护理质量评价指标是护理标准、是专科护士培训依据,更是优质护理服务的体现^[32]。相对于医疗质量,护理质量在保证医疗质量的后备军,没有护理人员后期精心的护理,医疗质量可能前功尽弃。因此,亟需完善目前的护理质量评价指标体系,同时建立统一的评价标准,才能更好地指导临床护理工作。

5 参考文献

- [1] 李峥,刘宇,李巍,等.护理学研究方法[M].2版.北京:人民卫生出版社,2019:52-55.
- [2] 国家卫生健康委.三级综合医院评审标准细则(2011年版)[EB/OL].(2011-09-21)[2021-08-08].http://www.nhc.gov.cn/.
- [3] 陈乾雄,谈益芬.国内护理专业学生早期接触临床的文献计量学分析[J].重庆医学,2016,45(29):4167-4169.
- [4] 祝志梅,黄丽华,冯志仙,等.产科护理质量敏感性指标的构建[J].中华护理杂志,2016,51:573-577.
- [5] 赵静,方小萍,周婉,等.胰腺癌围手术期护理质量评价指标体系的构建[J].中华护理杂志,2015,50(7):795-798.
- [6] 余满荣,苏丹,张明会,等.手术室专科护理质量敏感指标的构建[J].中华护理杂志,2017,52(4):418-421.
- [7] 于秀荣,叶文琴,蔺香云,等.产科护理质量评价指标体系的研究[J].中华护理杂志,2006,41(12):1080-1084.
- [8] 侯小妮,刘华平,刘绍金,等.综合医院护理质量评价指标体系初步研究[J].中国护理管理,2010,10(2):50-53.
- [9] 崔金锐,陈英,徐蓉,等.呼吸内科护理敏感性质量指标体系的构建[J].中华护理杂志,2016,51(11):1285-1291.
- [10] 郭熙泐.采用三维质量结构对重症医学科护理质量评价指标体系的初步研究[D].太原:山西医科大学,2011.
- [11] 邢双双,顾则娟,蒋秀美,等.急性白血病临床护理质量评价标准的构建[J].中华护理杂志,2018,53(3):324-329.
- [12] 高云,李亚洁,廖晓艳,等.Delphi法在筛选一级护理质量评价指标中的应用[J].护士进修杂志,2009,24(4):305-307.
- [13] 顾艳茹,单君,丁敏,等.单病种临床路径效果评价指标体系的初步构建[J].护士进修杂志,2011,26(12):1080-1081.
- [14] 赵芹芹,刘华平,孙红,等.北京地区综合医院护理终末质量评价指标体系初步研究[J].中国护理管理,2010,10(8):40-42.
- [15] 陈璐,奚兴,Sit J.三级医院延续性护理服务质量评价指标体系的构建[J].护理学杂志,2015,30(5):94-97.
- [16] 李娜.手术室护理安全管理评价指标体系的构建研究[D].上海:第二军医大学,2013.
- [17] 李平,牟善芳,冯凤,等.中医医院护理质量评价指标体系的构建[J].护理学杂志,2009,24(5):4-7.
- [18] 李冬梅,钱火红,朱建英.医院PICC护理质量评价指标体系的构建[J].中国护理管理,2013,13(10):48-51.
- [19] 孙清兰.高频词与低频词的界分及词频估算法[J].中国图书馆学报,1992,18(2):78-81.
- [20] 郑海霞,赵素珍,郑秋霞.中医护理人才培养现状分析与对策[J].中医药管理杂志,2020,28(20):67-68.
- [21] 孙荣,董凤齐,冯莉霞,等.肿瘤护理敏感质量指标的构建[J].天津护理,2019,27(1):6-10.
- [22] 郭慧玲,徐晓艳,宋月云,等.手术患者护理安全质量评价指标体系的构建[J].广州医科大学学报,2018,46(3):107-111.
- [23] 陈沅,钱蓓健,钱黎明,等.手术室压力性损伤护理质量评价指标体系的构建[J].中华现代护理杂志,2020,26:45-49.

脑卒中患者治疗负担相关评估工具的研究进展

魏其秀 钱自华

【摘要】 本文就脑卒中患者治疗负担相关评估工具的内容、信效度、局限性等进行总结, 以期为临床医务人员选择合适的评估工具及构建我国脑卒中患者治疗负担评估工具提供参考。

【关键词】 脑卒中; 治疗负担; 评估工具; 研究进展; 综述

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.013

脑卒中是脑血管阻塞或突然破裂造成脑组织损伤的急性脑血管病^[1]。中国脑卒中防治报告2019指出,我国居民脑卒中发病率有逐年上升的趋势^[2]。由于脑卒中难以治愈,容易复发,疾病管理对患者有较高要求,比如按时服药、改变生活方式、定期随访等,给患者带来了较为沉重的治疗负担^[3]。治疗负担是指患者为疾病管理所付出的时间和精力及其对幸福感的影响^[4]。较重的治疗负担会导致患者治疗和自我护理的依从性下降,从而造成不好的临床结局^[5]。因此,了解脑卒中患者的治疗负担成为急待解决的临床问题,对促进脑卒中患者疾病恢复有重要的现实意义。目前,国外学者对脑卒中患者治疗负担研究较多,我国脑卒中患者治疗负担相关评估工具文献则鲜有报道,本文主要对其进行综述,旨在为医务人员选择合理的评估工具、构建适合我国脑卒中患者的治疗负担评估工具提供参考和借鉴。

作者单位: 230022 安徽省合肥市, 安徽中医药大学护理学院(魏其秀); 安徽中医药大学第一附属医院(钱自华)
通信作者: 钱自华

1 治疗负担的概念及主要内容

1.1 概念

治疗负担是卫生保健领域提及的一个新兴概念,不同于以往的药物负担、医疗保健负担、自我照护负担、疾病负担等,还包括所有类型的卫生保健干预以及患者的观点^[6]。最早是Vijan等^[7]观察到糖尿病患者的血糖管理任务相当繁重,于是开始研究患者的治疗负担。近年来,有关治疗负担的研究逐渐增多,不同学者对治疗负担的概念提出了不同的见解。Gallacher等^[8]通过对29位脑卒中患者进行访谈,采用标准化过程理论为基础进行框架分析,总结出治疗负担的概念模型,提出治疗负担是医疗保健工作量或护理不足导致的结果。为了找出治疗负担的概念,Alsadah等^[6]对文献进行系统回顾,基于质量评估标准筛选出了2个质量较高的概念,第一个概念是指长期疾病患者的医疗工作量及其对功能和福祉的影响;第二个概念是患者为自己的医疗保健投入的行动和资源,包括就医困难、协调时间、药物管理、自我监控及饮食改变等。第二

- [24] 徐桂灵,余碧艳.构建儿科护理质量评价体系的研究[J].护理管理杂志,2017,17(2):112-114.
- [25] 刘丽娜,孙丽.胸部肿瘤放疗专科护理敏感指标构建与应用[J].护理研究,2018,32(15):2387-2393.
- [26] 王玉梅,熊莉娟,李凌,等.基于循证思维构建老年住院患者跌倒预防管理质量评价指标体系[J].解放军护理杂志,2019,36:36-39,43.
- [27] 刘益,孟倩倩,张洪磊,等.急诊危重患者院内转运质量评价指标的构建[J].中华护理杂志,2021,56(3):336-341.
- [28] 甘念,罗敏,吴丽芬.基于德尔菲法与层次分析法构建儿科门诊护理质量评价体系[J].护理实践与研究,2021,18(10):1573-1576.

- [29] 常红,乔雨晨,赵洁,等.认知训练护理门诊护理质量指标的构建研究[J].中华护理杂志,2021,56(1):97-102.
- [30] 陈珺仪,席淑新,石美琴.德尔菲法在专科护理质量评价指标研究中的应用现状[J].护理研究,2016,30(10):3591-3595.
- [31] 刘兴红,李素云,喻姣花,等.医院内静脉血栓栓塞护理质量评价指标体系的构建[J].护理学报,2019,26(21):21-25.
- [32] 姜改英,李莉.肾内科护理质量评价指标体系的构建[J].护理研究,2021,35(3):497-500.

[2021-08-31 收稿]
(责任编辑 陈景景)

个概念比第一个更简洁明了,且适用范围更广。

1.2 主要内容

关于治疗负担的内容目前还没有确切统一的标准,国外学者大多通过质性访谈从患者的角度进行研究。Gallacher 等^[8]检索了2000年1月—2013年2月发表的与治疗负担相关的文章,并进行系统评价,认为治疗负担应包括4个方面:①花时间了解脑卒中管理和计划护理,包括疾病随访、药物管理等;②与他人沟通交流,包括医务人员、家庭照护者等;③制订管理策略,包括住院管理、社区管理、脑卒中后生活适应等;④管理反思,脑卒中患者需要定期对疾病管理效果进行评估。Sav 等^[9]对97位患者及其照护者采用半结构式深度访谈,深入分析后总结出治疗负担包括:经济负担、时间和行程负担、药物负担、获取医疗保健负担。其中,经济负担是最重要的负担,不但影响患者的用药情况而且会加剧其他类型负担。治疗负担不仅受客观因素影响,同时也受患者主观影响,因此,医务人员可根据患者的实际情况,制订个性化的治疗方案,减轻患者治疗负担,提高患者的治疗依从性。Eton 等^[10]对32位慢性病患者进行质性访谈,采用概念框架进行评估,提出治疗负担包括3个主题:①患者为了健康必须做的工作,比如用药管理、自我检测、预约复查等;②加重负担的因素,如经济负担、药物副作用、家庭冲突;③负担的影响,影响生活方式、情绪困扰等。这与 Sav 等^[9]提出的治疗负担部分相似。我国学者郑琛等^[11]对10名内科医生进行了质性访谈,从医师的角度探讨治疗负担的内容,总结出治疗负担包括经济负担、用药负担、获得健康照护负担、时间负担、心理负担5个方面。从医生和患者的角度分别对治疗负担进行探讨,虽然结果不完全一致,但大都包括了经济负担、心理负担、医疗保健负担等。

2 脑卒中患者治疗负担相关评估工具

2.1 治疗负担问卷(TBQ)

法国学者 Tran 等^[12]为了测量慢性疾病患者的治疗负担,在2012年通过查阅文献和访谈患者编制了TBQ问卷。TBQ有13个条目,采用Likert 10级评分法,最高得分130分,得分越高治疗负担越重。问卷Cronbach's α 系数为0.89,重测信度0.76,内部一致性良好。由于法国慢性疾病患者拥有免费医疗保健服务,所以问卷编制过程中舍弃了经济负担这一条目,因此TBQ较难被借鉴。2014年,Tran 等^[13]对问卷进行了修订,增加了治疗费用、

医患沟通困难2个条目,TBQ总条目变为15个,Cronbach's α 系数为0.90,重测信度0.77,修订后的问卷符合较多国家的医疗现状,并且Tran 等将法语版的TBQ问卷翻译为了英文版。问卷被较多研究者引用,我国学者也对TBQ进行了汉化,在香港和大陆地区都进行了验证,量表Cronbach's α 系数均大于0.80^[14-16]。因此,可以结合研究目的及临床情况,利用TBQ测量我国脑卒中患者治疗负担水平。TBQ作为测量慢性病患者治疗负担的普适性量表,得到了广泛学者认可,是目前测量治疗负担应用最多的一个问卷。

2.2 多病疾病感知量表(Multiples)

英国学者 Gibbons 等^[17]在2013年对1500名患有2种及2种以上慢性病的患者进行问卷调查,其中490名患者完成了问卷,编制了Multiples量表,用于测量患者对疾病的感知。量表共22个条目,有5个分量表,分别为情绪表现、治疗负担、优先考虑、因果关系、活动受限。所有条目均采用Likert 6级评分法,从0~5分表示“非常不同意”到“非常同意”。所有分量表均与Rasch模型拟合良好,具有较好的信度和效度。Multiples量表优势在于通过因子分析对各维度进行初步探索之后,又使用Rasch模型对量表信效度进行了分析,保证量表的科学性。但量表只有部分内容是关于治疗负担的,对患者治疗负担的评估并不全面,且量表研发的时候,纳入的研究对象为患有抑郁症、骨关节炎、冠心病、糖尿病和慢性阻塞性肺疾病的患者,没有将脑卒中患者纳入其中,虽然纳入研究的5种慢性疾病较具代表性,但对脑卒中患者适不适用,还需进一步检验。

2.3 健康照护任务困难量表(HCTD)

2014年,美国学者 Boyd 等^[18]通过查阅文献、专家咨询、访谈患者,形成了11个条目的HCTD量表,邀请904名65岁以上老年多病患者及其308名照顾者参与研究,删除了3个多余条目,最终形成7个条目的HCTD量表,用于测量患者的健康照护困难程度。7个条目分别为获得药物困难、难以计划用药时间表、难以决定换药、难以处理医疗账单、很难安排医疗设备、安排运输困难、获取信息困难。采用Likert 3级评分法,0表示没有困难,1表示有点困难,2表示极大困难。该量表的Cronbach's α 系数为0.89,疾病数量、较差的身心状况、不良的护理质量与HCTD增加有关。对接受调查患者中的419名患者进行纵向分析,发现对患者采取激励措施可以降低HCTD得分。该量表优

势是进行了纵向分析,可有效减少偏倚,但 HCTD 量表只包括了治疗负担的部分内容,对治疗负担的评估较局限,目前没有中文版本的 HCTD 量表。

2.4 Chao 感知连续性量表 (Chao PC)

Chao PC 量表是患者自评量表,由研究者^[19]基于 Banahans^[20]的连续性概念编制而成,包含 23 个条目,分为两个部分,第 1 部分评估护理过程,第 2 部分是连续性的关系维度。采用 Likert 5 级评分法,评分为 1~5 分,第 1 部分条目可评为“绝对是真的”;大部分是真的、不确定、大部分是假的、绝对是假的”;第 2 部分的条目在同样的评分量表上从“强烈同意”到“强烈反对”进行评分,评分越高感知的连续性越高。Chao PC 量表在美国 147 名患者中进行了测试,结果显示有较高的内部一致性和可靠性报告。2014 年,英国学者 Hill 等^[21]对 310 名急性卒中后在社区生活了约 1 年的卒中幸存者进行 Chao PC 量表的问卷调查,确定其是否适合用来衡量初级保健环境中脑卒中患者的护理连续性,并将 23 个条目进行主成分分析,探索性分析的新兴因素有 3 个:①人际信任,即关系连续性;②人际知识和信息,即信息和关系的连续性;③护理过程,即管理的连续性。其中人际信任是医患关系的核心部分,会影响患者参与护理过程和患者对护理的满意度。通过调查, Hill 等^[21]发现 Chao PC 量表对患者情绪、功能状态不敏感,可能会影响患者护理连续性体验。由于量表问题设置的形式,量表中特定于上下文的条目患者表示难以理解,导致数据缺失及患者回复率低。因此,除非对原始量表进行修改,否则不能广泛应用。Chao PC 量表 23 个条目均侧重于护理的连续性,虽然其中有 17 个条目测量了治疗负担,但仍不全面,量表的使用并不广泛,是否能推广使用还有待进一步验证。

2.5 患者关于治疗和自我管理体验量表 (PETS)

PETS 量表是美国学者 Eton 等^[22]在 2016 年通过医护人员、卫生服务研究员以及患者共同讨论而研制出的,用于测量慢病共存患者,即同时患有 2 种及以上慢性病^[23]患者的治疗负担状况和自我管理经验。量表包括医疗信息、就医预约、医疗花费、医疗服务利用困难、药物、健康监控、人际关系困扰、角色和社交活动受限、身体或心理疲乏 9 个维度共 48 个条目。除了医疗服务利用困难维度使用 Likert 4 级评分法,其余均使用 Likert 5 级评分法,得分越高,表示患者治疗负担、抑郁程度越重,用药满意度越低,自我效能感、身心状况及医疗保健便利性越差。Eton 等^[22]使用 PETS 对 332 名慢病共

存患者进行了测试,结果显示量表内部一致性系数 0.79~0.95,各维度 Cronbach's α 系数为 0.81~0.95,信效度良好。但 PETS 量表研发出来的时间还不长,且条目数偏多,患者完成量表填写需要耗费较多时间,导致问卷完成率^[23]低,因此,量表的实用性还需进一步考量,进一步研究可以探讨是否能对量表进行简化。

2.6 慢性病共存治疗负担问卷 (MTBQ)

MTBQ 是英国学者 Duncan 等^[24]于 2018 年编制,用于测量慢病共存患者的治疗负担。问卷共 10 个条目,采用 Likert 5 级评分法,0~4 分表示“不适用或没有困难”到“极度困难”,得分越高患者治疗负担越重。治疗负担严重程度分为 4 个等级:0 分无治疗负担、<10 分低治疗负担、10~21 分中治疗负担、 ≥ 22 分高治疗负担。MTBQ 的 Cronbach's α 系数为 0.83,重测信度 0.76,说明 MTBQ 具有良好的内部一致性。MTBQ 条目简洁,实用性强,得到了普遍认可,现已被丹麦学者翻译^[25]。我国学者豆丽园等^[26]也对 MTBQ 进行了汉化,并在 220 名慢性病患者中进行了调查,结果显示量表 Cronbach's α 系数为 0.808,信效度较好,可以用于我国慢病患者治疗负担水平的测量。

2.7 脑卒中护理满意度问卷 (SASC)

1994 年 Gompertz 等^[27]为了测量住院脑卒中患者和社区脑卒中患者对护理服务的满意度,编制了 SASC 问卷。问卷由 2 部分组成,即住院护理 (Hospstat) 满意度和患者出院后护理 (Homesat) 满意度。SASC 有 13 个条目,其中 12 个条目衡量了脑卒中患者治疗负担。采用 Likert 3 级评分法,0 分代表非常不同意,3 分代表非常同意,分数越高,患者满意度越高。问卷在脑卒中幸存者中进行了信效度检验, Hospstat 的 Cronbach's α 系数为 0.86, Homesat 的 Cronbach's α 系数为 0.77,两个部分的内部一致性都较好。2003 年, Boter 等^[28]将其引入荷兰,并增加到了 19 个条目,扩展问卷 (SASC-19) 的信度和效度在 166 例脑卒中出院患者中进行了验证, Cronbach's α 系数和类内相关系数均大于 0.80,两份分量表均具有良好的同质性和重测信度。此后, SASC 又被不同国家的学者翻译为多种文字^[29-31],广泛用于评价脑卒中患者护理满意度。SASC 是专门针对脑卒中患者护理满意度开发的,属于脑卒中患者特异性问卷,问卷内容涵盖了治疗负担的大多数,但仍有缺失的方面,且问卷开发时间较久远,可以在此基础上进一步研究,研发全面测量脑卒中患者治疗负担的评估工具。

2.8 脑卒中后体力活动障碍量表(BAPAS)

Drigny 等^[32]为了测量脑卒中患者的体力活动障碍,对脑卒中幸存者进行访谈和问卷调查,通过专家小组讨论于2019年开发了BAPAS。BAPAS最初版本有27个条目,为了节省填写时间,研究者邀请了109例患者对量表进行简化,删去了13个多余条目,最终留下14个条目,构建了由BAPAS I(7个条目)和BAPAS II(7个条目)两部分组成的BAPAS量表,BAPAS I探索患者行为障碍,比如患者的情绪、动机等;BAPAS II探索患者身体障碍,比如存在运动方面的问题或身体患有多种疾病。采用Likert 6级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”,分别赋值0~5分,总量表最高得分70分,得分越高活动障碍越多。量表Cronbach's α 系数为0.86,具有良好的内部一致性。但量表主要是测量轻度残疾的脑卒中患者的活动障碍,而中重度残疾的患者会面临更多的障碍,所以量表不能适用于所有的脑卒中患者,还需要更深入的研究去检测不同严重程度和不同地区的患者,并评估量表与其他行为、幸福感、生活质量等的标准效度。BAPAS量表14个条目中有7个条目与治疗负担相关,是评估脑卒中患者治疗负担的特异性条目,但只是治疗负担中的一小部分,不能广泛地用于脑卒中患者治疗负担的测量。

3 小结

目前,临床上还没有可以治愈脑卒中患者的医疗方法,只能尽量控制延缓疾病的发展,除了疾病急性期在医院治疗外,大部分时间需要患者自我管理,这势必会给患者带来治疗负担。通过治疗负担评估工具对患者进行调查,能及时了解患者治疗负担水平,对负担重的患者应采取有效的干预措施,同时评估工具还可以测量干预的效果。虽然现有的治疗负担评估工具已经经过了信效度检验,但仍存在问题:①大部分评估工具仅包含了治疗负担的部分内容,不能全面反应患者的治疗负担;②评估工具主要基于文献回顾、经典理论、访谈患者和专家咨询编制而成,大都未采用现代心理测量技术如Rasch模型等,科学性受到一定限制;③治疗负担评估工具主要为国外学者研发,由于存在地域、文化差异,不能精确地反映我国脑卒中患者治疗负担的严重程度,且普适性评估工具居多,脑卒中患者特异性治疗负担评估工具很少,目前未见可全面测量脑卒中患者治疗负担水平的评估工具。

因此,建议在接下来的研究中:①基于已有研

究,采取质性访谈和问卷调查相结合的方式,进一步深入探讨脑卒中患者治疗负担包括哪些内容,为研发全面测量脑卒中患者治疗负担水平的评估工具提供基础;②我国暂时还没有评估脑卒中患者治疗负担的测量工具,可参考国外研究,基于系统方法学,编制适合我国国情、可操作性强的评估工具,采用现代心理测量技术,保障评估工具的科学性;③通过评估工具的测量,结合临床,为脑卒中患者制订切实可行、个性化的干预方案,减轻患者的治疗负担,改善患者临床结局。

4 参考文献

- [1] 胡存杰,顾立学,李明津,等.脑卒中患者创伤后成长与心理一致感的相关性分析[J].护理实践与研究,2022,19(3):334-338.
- [2] 《中国脑卒中防治报告2019》概要[J].中国脑血管病杂志,2020,17(5):272-281.
- [3] Gallacher K, Morrison D, Jani B, et al. Uncovering treatment burden as a key concept for stroke care: a systematic review of qualitative research[J]. Plos Med, 2013,10(6): e1001473-1001489.
- [4] Gallacher KI, Batty GD, McLean G, et al. Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: implications for treatment burden[J]. BMC Med, 2014,12:151.DOI: 10.1186/s12916-014-0151-0.
- [5] Chambers JA, O'Carroll RE, Hamilton B, et al. Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers[J]. Br J Health Psychol, 2011,16(3):592-609.
- [6] Alsadah A, Van Merode T, Alshammari R, et al. A systematic literature review looking for the definition of treatment burden[J]. Heliyon, 2020,6(4):e03641-03645.
- [7] Vijan S, Hayward RA, Ronis DL, et al. Brief report: the burden of diabetes therapy: implications for the design of effective patient-centered treatment regimens[J]. J Gen Intern Med, 2005,20(5):479-482.
- [8] Gallacher KI, May CR, Langhorne P, et al. A conceptual model of treatment burden and patient capacity in stroke[J]. BMC Fam Pract, 2018,19(1):9.
- [9] Sav A, Kendall E, McMillan SS, et al. 'You say treatment, I say hard work': treatment burden among people with chronic illness and their carers in Australia[J]. Health Soc Care Community, 2013,21(6):665-674.
- [10] Eton DT, Ridgeway JL, Egginton JS, et al. Finalizing a measurement framework for the burden of treatment in complex patients with chronic conditions[J]. Patient Relat

- Outcome Meas, 2015,6:117-126.
- [11] 郑琛, 张习禄. 人文关怀视角下慢性病患者治疗负担的质性研究 [J]. 医学与哲学, 2019,40(21):46-49.
- [12] Tran VT, Montori VM, Eton DT, et al. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions [J]. BMC Med, 2012,10(1):68.
- [13] Tran VT, Harrington M, Montori VM, et al. Adaptation and validation of the Treatment Burden Questionnaire (TBQ) in English using an internet platform [J]. BMC Med, 2014,12:109.
- [14] Ysrraelit MC, Fiol MP, Peña FV, et al. Adaptation and validation of a Spanish version of the Treatment Burden Questionnaire in patients with multiple sclerosis [J]. BMC Neurol, 2019,19(1):209.
- [15] Chin WY, Wong CKH, Ng CCW, et al. Cultural adaptation and psychometric properties of the Chinese Burden of Treatment Questionnaire (C-TBQ) in primary care patients with multi-morbidity [J]. Fam Pract, 2019,36(5):657-665.
- [16] Zhang Q, Zhang K, Li M, et al. Validity and reliability of the Mandarin version of the Treatment Burden Questionnaire among stroke patients in Mainland China [J]. Fam Pract, 2021,38(4):537-542.
- [17] Gibbons CJ, Kenning C, Coventry PA, et al. Development of a multimorbidity illness perceptions scale (MULTIPLeS) [J]. Plos One, 2013,8(12):e81852-81863.
- [18] Boyd CM, Wolff JL, Giovannetti E, et al. Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity [J]. Med Care, 2014,3(3):S118-125.
- [19] Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions [J]. Fam Med, 1988,20(5):333-337.
- [20] Banahan BJ, Banahan BR. Continuity as an attitudinal contract [J]. J Fam Pract, 1981,12(4):767-768.
- [21] Hill KM, Twiddy M, Hewison J, et al. Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care [J]. BMC Fam Pract, 2014,15:191.
- [22] Eton DT, Yost KJ, Lai JS, et al. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden [J]. Qual Life Res, 2017,26(2):489-503.
- [23] 曾丽, 范天丽, 庄泽香, 等. 老年共病住院患者健康促进行为与疾病感知、健康信念的相关性 [J]. 护理实践与研究, 2021,18(17):2534-2537.
- [24] Duncan P, Murphy M, Man MS, et al. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ) [J]. BMJ Open, 2018,8(4):e19413-19422.
- [25] Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, et al. Health literacy, multimorbidity, and patient-perceived treatment burden in individuals with cardiovascular disease. A Danish population-based study [J]. Patient Educ Couns, 2019,102(10):1932-1938.
- [26] 豆丽园, 黄娟. 慢性病共存治疗负担问卷的汉化及信效度检验 [J]. 中华护理杂志, 2020,55(3):476-480.
- [27] Gompertz P, Pound P, Briffa J, et al. How useful are non-random comparisons of outcomes and quality of care in purchasing hospital stroke services? [J]. Age Ageing, 1995,24(2):137-141.
- [28] Boter H, De Haan RJ, Rinkel GJ. Clinimetric evaluation of a Satisfaction-with-Stroke-Care questionnaire [J]. J Neurol, 2003,250(5):534-541.
- [29] Nolte CH, Malzahn U, Rakow A, et al. The German version of the satisfaction with stroke care questionnaire (SASC) for stroke patients [J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2010,78(6):355-359.
- [30] Chimatiro GL, Rhoda AJ, De Wit L. Stroke patients' outcomes and satisfaction with care at discharge from four referral hospitals in Malawi: A cross-sectional descriptive study in limited resource [J]. Malawi Med J, 2018,30(3):152-158.
- [31] Abdul AA, Tan CE, Ali MF, et al. The adaptation and validation of the satisfaction with stroke care questionnaire (Homesat) (SASC10-My) for use in public primary healthcare facilities caring for long-term stroke survivors residing at home in the community [J]. Health Qual Life Outcomes, 2020,18(1):193.
- [32] Drigny J, Joussain C, Gremeaux V, et al. Development and Validation of a Questionnaire to Assess Barriers to Physical Activity After Stroke: The Barriers to Physical Activity After Stroke Scale [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2019,100(9):1672-1679.

[2021-10-23 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

FOCUS-PDCA 提高 CCU 卧床患者压力性损伤 预防措施落实率的效果观察

王茹 潘婷

【摘要】 目的 探讨 FOCUS-PDCA 对提高心血管重症监护室 (CCU) 卧床患者压力性损伤预防措施落实率的效果。方法 将“提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率”作为活动改善主题,通过优化 PDCA 流程,比较活动开展前后 CCU 卧床患者的压力性损伤预防措施落实率、护士压力性损伤相关知识考核得分及压力性损伤的发生率。结果 开展 FOCUS-PDCA 活动后,CCU 卧床患者的压力性损伤预防措施落实率由活动前的 63.10% 上升到 89.46%,护士压力性损伤相关知识考核得分由活动前的 54.90 ± 12.46 分上升到 92.55 ± 3.49 分,压力性损伤的发生率由活动前的 8.82% 下降到活动后的 0.00%,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 开展 FOCUS-PDCA 活动能有效提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率,提高护士压力性损伤相关知识,降低压力性损伤的发生率。

【关键词】 FOCUS-PDCA 模式;质量管理;心血管重症监护室;压力性损伤;预防措施;落实率;效果观察
中图分类号 R473 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.014

Effect observation of FOCUS-PDCA on improving the implementation rate of pressure injury prevention measures in patients undergoing CCU bedridden WANG Ru, PAN Ting (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of FOCUS-PDCA on improving the implementation rate of pressure injury prevention measures in patients undergoing cardiovascular intensive care unit (CCU) bedridden. **Methods** To take "improving the implementation rate of pressure injury prevention measures for CCU bedridden patients" as the theme of activity improvement, and we compared the implementation rate of pressure injury prevention measures, the nurses' pressure injury-related knowledge assessment scores, and the incidence of pressure injury in CCU bedridden patients before and after the activity by optimizing the PDCA process. **Results** After the FOCUS-PDCA activity, the implementation rate of pressure injury prevention measures for CCU bedridden patients increased from 63.10% before the activity to 89.46%, the score of nurses' pressure injury knowledge assessment increased from 54.90 ± 12.46 points before the activity to 92.55 ± 3.49 points, the incidence of sexual injury decreased from 8.82% before activity to 0.00% after activity, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Carrying out FOCUS-PDCA activities can effectively improve the implementation rate of pressure injury prevention measures in CCU bedridden patients, improve nurses' knowledge of pressure injury, and reduce the incidence of pressure injury.

【Key words】 FOCUS-PDCA model; Quality management; Cardiovascular intensive care unit; Pressure injury; Prevention measures; Implementation rate; Effect evaluation

压力性损伤 (pressure injury, PI) 是指人体局部组织由于压力、摩擦力或剪切力等长时间作用,出现缺血、缺氧及血液循环障碍所致的局部组织坏死^[1],是住院患者最为常见的并发症之一,可引起疼痛、住院时间延长甚至死亡,给患者的日

常生活和工作带来极大影响,使其身心承受巨大痛苦^[2]。重症监护病房患者压力性损伤发生率为 16.9%~23.8%^[3],在临床所有科室中最高^[4],其中心血管重症监护病房 (cardiovascular care unit, CCU) 的患者因应用血管活性药物、镇静药物、复杂且繁多的器械管路,且心力衰竭患者被迫长时间端坐体位及机械通气患者易躁动,增加皮肤摩擦力等原因,极易发生压力性损伤^[5-7],严重影响患者疾病转归

和生活质量。因此，准确有效地评估和预防此类患者发生压力性损伤的意义十分重大。FOCUS-PDCA程序是20世纪90年代由美国医院组创造的结合聚焦问题（FOCUS）和改进问题（PDCA）两个阶段的持续质量管理改进模式^[8-10]。本研究将 FOCUS-PDCA 程序应用于提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率的临床实践中，取得了一定成效。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以我院 CCU 收住的压力性损伤高危患者为研究对象。纳入条件：Braden 评分 ≤ 16 分，因病情制动、身体原因或遵医嘱需卧床休息至少 3 d 的患者。排除条件：患者从院外带入压力性损伤。选取 2019 年 5—11 月收治的 68 例压力性损伤高危患者作为活动前组，选取 2019 年 12 月—2020 年 5 月收治的 67 例压力性损伤高危患者作为活动后组。活动前组患者中男 38 例，女 30 例；平均年龄 66.10 ± 7.93 岁；Braden 评分 13.25 ± 2.35 分；疾病类型：急性心肌梗死 30 例，心力衰竭 18 例，临时 / 永久起搏器术后 3 例，主动脉球囊反搏（IABP）术后 11 例，气管插管术后 6 例。活动后组患者中男 40 例，女 27 例；平均年龄 66.39 ± 8.25 岁；Braden 评分 13.33 ± 2.36 分；疾病类型：急性心肌梗死 29 例，心力衰竭 19 例，临时 / 永久起搏器术后 5 例，IABP 术后 9 例，气管插管术后 5 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（*P* > 0.05）。

1.2 干预方法

1.2.1 活动前组 给予患者常规压力性损伤评估及护理，即入院 8 h 内给予 Braden 评估，Braden 评分 ≤ 16 分，填写压力性损伤风险评估单，建立翻身记录本，每 2 h 协助患者翻身 1 次，并给予减压工具及敷料应用。Braden 评分 ≤ 9 分，除上述措施外，填写高危患者护理报告单。

1.2.2 活动后组 在 FOCUS-PDCA 干预模式下进行压力性损伤评估及预防护理，具体措施如下。

（1）发现问题（find, F）：本研究通过文献回顾及结合临床发现，护士对压力性损伤极高危风险、全身皮肤及压力性损伤已形成的患者重视及关注度高，对患者压力性损伤预防意识仍旧淡薄，尤其易忽略医疗器械及管路所造成的压力性损伤^[11]。此外，虽然护士都能在患者入院及时给予 Braden 评估，但风险评估准确率低，且在对预防敷料及减压工具的合理应用方面也实施不理想，未能做到个体化的预防应用，以至于压力性损伤时有发生。因此为改善

心血管重症卧床患者压力性损伤预防管理现状及质量，选定主题为：提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率。

（2）成立质量改进小组（organize, O）：以护士为主导的质量改进小组，由 13 名护理人员及 1 名营养科医生在自发自愿的原则下组成，其中主任护士 1 名，主管护师 9 名，主治医师 1 名，护师 3 名，均为本科以上学历，年龄 36.31 ± 5.99 岁。护士长负责统筹协调，任务布置和组织实施，组员之间相互协作，进行数据整理分析及改进计划的实施。

（3）明确现行流程（clarify, C）：以问题为导向对我院 CCU 压力性损伤预防工作流程进行梳理（图 1），并对现行压力性损伤预防现况进行查检，明确各工作环节实际运行情况，寻找其中的根本问题。

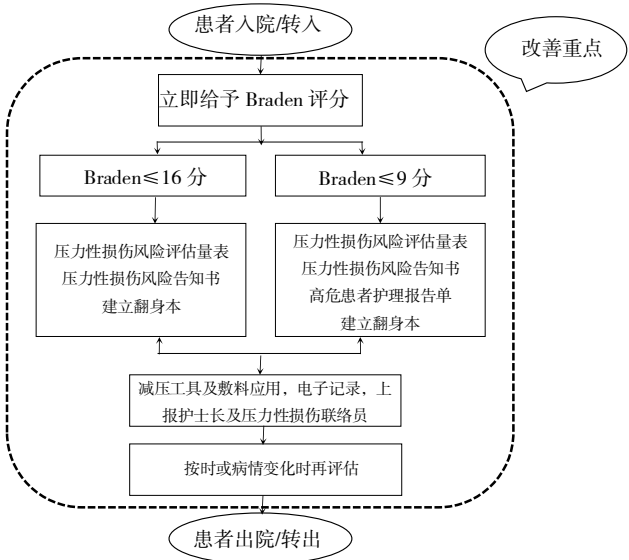


图 1 CCU 现行压力性损伤预防工作流程图

（4）分析现状，查找原因（understand, U）：项目组成员采用头脑风暴法，从人、机、料、法、环 5 个方面进行问题的根本原因分析（图 2），根据 80/20 法则和鱼骨图找出引起 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率低的系统原因，最后查检人员采用“到现场、对实物、进行实地观察”三现原则，经过分析论证，确定以下 5 点为主要原因：①专科压力性损伤预防制度不健全，责任护士对患者压力性损伤预防意识淡薄。②压力性损伤预防知识的培训不到位，不全面。③质控监督及考核环节薄弱。④缺乏相关的预防物料。⑤无相关预警标识。

（5）选择改进流程方案（select, S）：项目组成员根据压力性损伤预防措施落实不到位的根本原因，制订出如下改进措施和流程（图 3）。

（6）制订计划（plan, P）：根据上述改进方案，项目小组制定了改进措施并应用 5W1H 法对整个活

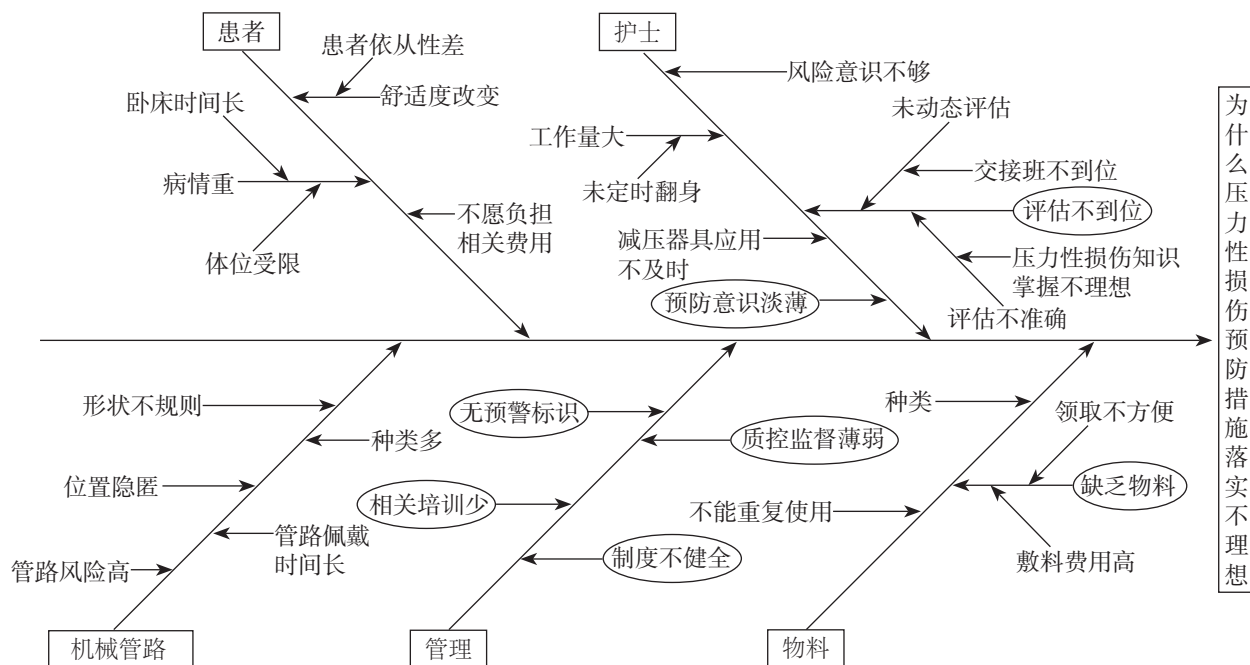


图2 CCU 压力性损伤预防措施落实不到位原因分析鱼骨图

(○表示要因)

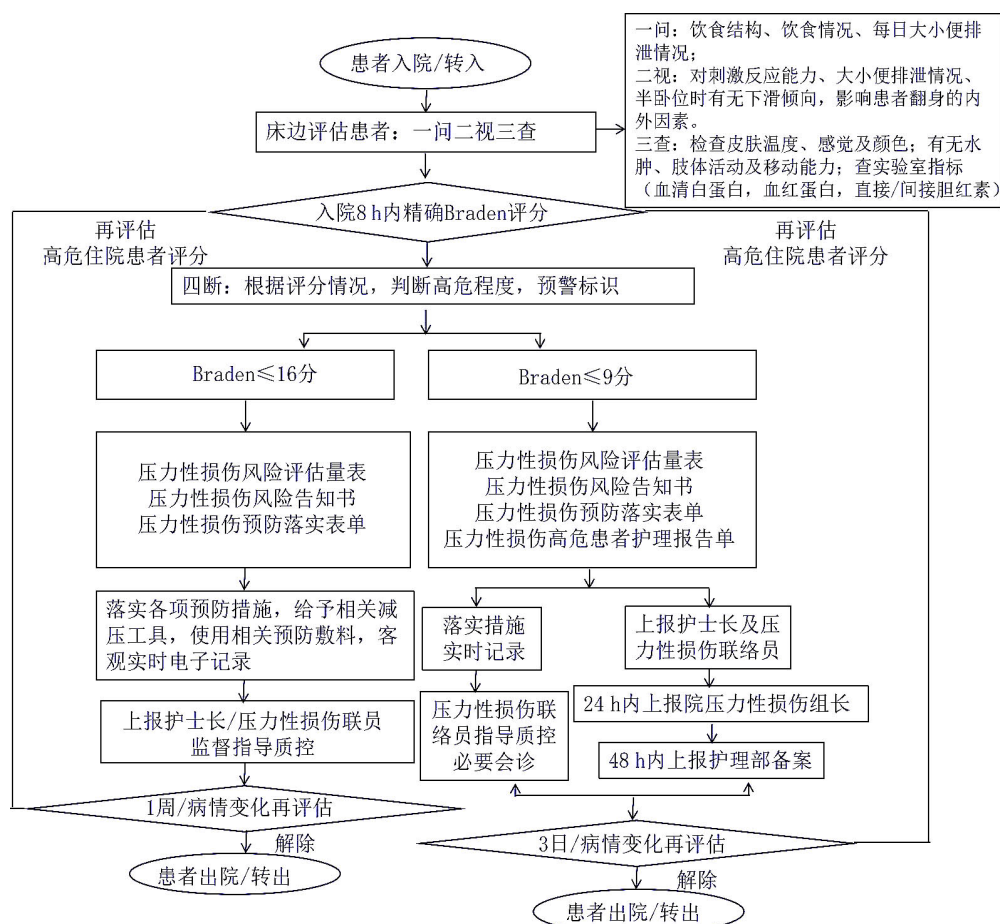


图3 CCU 压力性损伤预防措施落实工作流程图

动的时间进行合理性规划。①建立压力性损伤预防措施落实管理小组；②制订培训活动日历表，按期培训；③根据改善重点，拟定措施实施表单，设计预警标识；④建立长效质控督导培训考核方案；⑤购买完善压力性损伤预防物品；⑥制订健康教育宣

教册。

(7) 实施阶段 (do, D)：自2019年12月起，CCU开始实施相应的改进措施。①建立压力性损伤预防措施落实管理小组，分为资料收集统计组、监督质控管理组、压力性损伤预防指南培训组，小组

成员明确分工，明确职责。资料收集统计组负责收集改善项目实施后压力性损伤预防措施落实数据及压力性损伤发生数据，并进行数据分析。监督质控组负责实时质控督导护士评估新入院患者压力性损伤高危风险的准确性及预防措施的落实情况。压力性损伤预防指南培训组负责查阅压力性损伤最新指南及文献，并培训学习。②制订培训活动日历表，悬挂护士站指引白板，按期按照活动日历表，培训学习医院压力性损伤预防相关制度及最新指南，邀请医院压力性损伤管理组老师及营养科老师给予知识及警示案例讲解。并应用 APP“问卷星”进行相关知识考核及现场实操考核，考核不合格者继续培训学习再考核，直至考核合格。③改进压力性损伤评估及预防措施流程，严格进行皮肤高危风险评估，制订压力性损伤预防措施落实表单，制作落实压力性损伤预防预警标识，强化护士压力性损伤预防意识，时刻提醒护士定时翻身，包括“请高度关注器械及管路压力性损伤”的蓝色指示牌，“高危压力性损伤 Braden 评分 ≤ 16 分”的绿色指示牌及“高危压力性损伤 Braden 评分 ≤ 9 分”的红色指示牌，并将它们贴至床头小白板。④建立压力性损伤联络员－护士长－责任组长三阶梯质控体系，长效质控督导，周周反馈。并将高危患者纳入到护理晨交班，充分利用“CCU 护理工作群”微信平台加强沟通。⑤建立压力性损伤预防物品框，包括液体敷料、造口粉、泡沫敷料、水胶体及剪刀等，定时、定人检查维护，方便责任护士使用。充分利用 CCU 电动床角度指示盘的资源优势，结合体位变化和角度及时间的要求合理应用。购买减压水垫，对于 Braden 评分 ≤ 9 分的患者，护士入院即给予气垫床或减压水垫、楔形枕、软枕、手圈脚圈等减压工具。⑥严格加强交接班，按照“由上至下，由正至背”进行皮肤交接，重点部位重点观察，尤其是管路及应用医疗器械部位，根据患者受压部位正确使用减压敷料保护，并在敷料上写清使用日期，责任护士及时更换敷料查看皮肤。⑦强化学习医院相关制度，完善补充增加相关专科制度。结合按照医院上报制度及流程，制订 CCU 卧床患者标准流程及各项工作书。⑧加强沟通及宣教措施，制订健康教育宣教册。其中每一个环节中每一项改进措施的执行和执行结果均记录在册并作为下一步评估改进措施效果的依据。

(8) 检查改进效果 (check,C) : 定期检查压力性损伤预防措施落实情况。在医院相关制度的要求下，通过一系列措施的细化改进落实，实现患者压力性损伤预防落实情况的实时掌控，责任组长每日

监督，压力性损伤组长 / 护士长每周督导质控，发现不合格情况及时沟通，并分析原因，持续改进。

(9) 标准化处理 (act,A) : ①按照医院压力性损伤管理组相关制度及上报流程，结合心血管专科特点，通过循证规范制定了“CCU 卧床患者压力性损伤预防落实流程”“CCU 医疗器械压力性损伤预防措施作业书”“CCU 高危患者压力性损伤预防措施落实表单”“CCU 压力性损伤预防措施质控表单”作业书。②计划进行工作长效机制，要求每月在例会上反馈科室三级监测质控结果，对存有遗留的问题进行原因分析和讨论，并在下月检查的同时追踪上月整改落实情况，对未解决问题将进入下一轮 PDCA 循环。

1.3 观察指标

对比活动前后患者压力性损伤发生率；护士压力性损伤预防措施落实率：压力性损伤预防措施落实率 = 实施有效预防措施项目数 / 应实施有效预防措施项目总数 $\times 100\%$ ；活动前后护士压力性损伤相关知识考核得分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件对数据进行处理，计数资料计算率，组间率的比较采用 χ^2 检验；计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组内均数比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 FOCUS-PDCA 活动前后 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率比较

FOCUS-PDCA 改善方法实施后，卧床患者压力性损伤预防措施落实率由活动前的 63.10 % 上升到活动后的 89.46%，目标达成率 109.06%，进步幅度为 41.77%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。67 例压力性损伤高危患者入院 8 h 内，压力性损伤风险评估率 100%，压力性损伤风险评估达标率 97.01%，其中 65 例准确评估，其中 1 例未准确评估，与实际患者不相符，另 1 例在患者病情变化后未能再评估，小于目标值 100%，继续持续改进。查检质控 14 例极高危患者压力性损伤高危风险上报率 100%，无 1 例非预期压力性损伤形成。

表 1 FOCUS-PDCA 开展前后护士对 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率比较

组别	应落实次数	落实次数	落实率 (%)
活动前组	336	212	63.10
活动后组	294	263	89.46

$\chi^2=58.737, P=0.000$ 。

2.2 FOCUS-PDCA 活动前后护士压力性损伤相关知识考核得分比较

FOCUS-PDCA 实施后, 护士压力性损伤相关知识高于活动前, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 FOCUS-PDCA 开展前后护士压力性损伤相关知识考核得分比较

组别	人数	压力性损伤相关知识得分
活动前组	13	54.90 ± 12.46
活动后组	13	92.55 ± 3.49

$t=15.100, P=0.000$ 。

2.3 FOCUS-PDCA 活动前后 CCU 卧床患者压力性损伤发生率比较

活动后, 压力性损伤的发生率低于活动前, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 FOCUS-PDCA 开展前后 CCU 卧床患者压力性损伤发生率比较

组别	例数	发生例数	发生率 (%)
活动前组	68	6	8.82
活动后组	67	0	0.00

校正 $\chi^2=4.283, P=0.038$ 。

3 讨论

压力性损伤是卧床和老年患者的灾难性合并症, 全国每年大概有 6 万患者因压力性损伤合并症而死亡^[12]。虽然现在国内的医院均不同程度开展压力性损伤预防及治疗工作, 但重症卧床老年患者压力性损伤发生率仍高达 27%^[13]。研究表明, 早期干预, 可使压力性损伤发生率降低 50%^[14], 因此, 对 CCU 卧床患者实施持续质量标准化对降低压力性损伤发生率及改善患者生活质量, 减轻患者痛苦, 提升护理质量均有重要意义。

3.1 FOCUS-PDCA 有利于提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率

FOCUS-PDCA 是传统 PDCA 的进一步细化和延伸^[15], 本研究通过发现、组织、澄清、理解、选择 5 个阶段, 对 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率低进行分析、总结、提纯, 然后将临床护理经验与文献指南相结合, 制订出科学的、系统的、预见性的护理计划, 再运用 PDCA 模式进行分阶段实施和质控反馈, 包括成立压力性损伤预防措施落实管理小组, 改进压力性损伤预防落实措施流程, 建立压力性损伤联络员-护士长-责任组长三阶梯质控体系, 长效督查护士压力性损伤预防落实情况,

及时整改。最终, CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率由活动前的 63.10% 上升至活动后的 89.46%。表明, FOCUS-PDCA 有利于提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率。

3.2 FOCUS-PDCA 有利于提高 CCU 护士压力性损伤知识

国内有研究表明^[16], 护士在压力性损伤评估过程中存在着误报、漏报、评估不准确、压力性损伤知识和临床经验不足以及护士风险告知意识不强的现象。Drake 等^[17]指出, 知识不足可导致护士无法采取个体化的预防措施, 从而出现过度预防或预防不当的情况, 另外也影响压力性损伤风险评估的准确性, 进而影响实施措施的有效性^[18]。本研究通过前期现状调查发现, CCU 护士压力性损伤知识得分仅为 54.90 ± 12.46 分, 压力性损伤知识总体掌握不理想, 大部分护士不知道压疮已更名为压力性损伤, 科室预防措施落实流程图及宣教资料也未更名, 对于减压工具的应用知识也始终停滞。研究发现^[19], 接受过压力性损伤培训的护士对预防压力性损伤的发生具有积极态度, 进而可影响其护理行为。本研究通过 FOCUS-PDCA 质量改进活动, 指南培训小组不断查新、学习, 邀请相关专家进行指南解读及授课, 并通过微信答题等方式考核, 考核未达标者, 再次进行培训直至达标, 最终护理人员压力性损伤知识得分从 54.90 ± 12.46 分提高到 92.55 ± 3.49 分, 表明, FOCUS-PDCA 有利于提高 CCU 护士压力性损伤知识。

3.3 FOCUS-PDCA 有利于降低 CCU 卧床患者压力性损伤发生率

国内已有多项研究应用 PDCA 模式管理压力性损伤患者, 并取得良好效果^[20-22]。本研究将 FOCUS-PDCA 循环护理模式应用于 CCU 卧床压力性损伤患者的管理中, 通过不断持续质量改进活动, 提高护理人员压力性损伤知识掌握程度, 使护理人员能更专业、准确评估压力性损伤高危患者, 及时采取预防措施。国外研究^[23-25]表明, 压力性损伤的发生与护士对其相关知识的掌握程度密切相关。同时, 通过建立三阶梯质控体系, 加强落实交接班制度, 积极合理应用减压水垫、气垫床、楔形枕、手圈脚圈及泡沫敷料等减压工具及其他有效措施, 提高 CCU 卧床患者压力性损伤预防措施落实率, 最终, CCU 卧床患者压力性损伤的发生率由活动前的 8.82% 下降到活动后的 0.00%。由此可见, FOCUS-PDCA 有利于降低压力性损伤发生率, 是一种促进护理质量改进行之有效的工具。

4 小结

FOCUS-PDCA 是一种科学、标准、规范的持续质量改进程序,它的开展可有效提高护理人员对CCU 卧床患者压力性损伤预防措施的落实率及压力性损伤知识,降低压力性损伤的发生率。同时,全体项目组成员在参与过程中发现问题、分析问题、解决问题的能力得到有效提升。

5 参考文献

- [1] 魏彦姝,武沛璋,刘晓华,等.基于敏感风险指标的术中压力性损伤链式管理策略[J].护理研究,2019,33(6):966-969.
- [2] 魏淑瑛.集束化护理对骨科患者压疮发生的预防效果[J].西部中医药,2016,29(7):126-128.
- [3] Chaboyer WP, Thalib L, Harbeck EL, et al. Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. Crit Care Med,2018,46(11):e1074-e1081.
- [4] 庄秋枫,肖世极,周秀花,等.重症监护病房患者院内获得压力性损伤的危险因素分析[J].护理学杂志,2021,36(3):53-56.
- [5] Coleman S, Nixon J, Keen J, et al. A new pressure ulcer conceptual framework[J]. J Adv Nurs, 2014,70(10): 2222-2234.
- [6] Nedergaard HK, Haberlandt T, Toft P, et al. Pressure ulcers in critically ill patients-Preventable by non-sedation? A substudy of the NONSEDA-trial[J]. Intensive Crit Care Nurs,2018,44:31-35.
- [7] Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals:2014 update[J]. Infect Control Hosp Epidemiol,2014,35(Suppl 2):S133-S154.
- [8] Redick EL. Applying FOCUS -PDCA to solve clinical problems[J]. Dimens Criti Care Nursing,1999,18(6):30-35.
- [9] 金彦,王志强,李奕璋.FOCUS-PDCA 改进医院高值耗材管理的实践[J].医院管理论坛,2018,35(9):68-70.
- [10] 徐长龙,郭晓敏,张连杰.FOCUS-PDCA 程序在护理管理中的应用现状[J].护理研究,2017,31(1):15-17.
- [11] 王香香,宋海珍,孙秀梅.ICU 护士对医疗器械相关压力性损伤认知的质性研究[J].齐鲁护理杂志,2018,24(15):45-47.
- [12] 宋辉,王悦.PDCA 循环法在降低术中急性压疮发生率的效果评价[J].护士进修杂志,2018,33(5):449-451.
- [13] 关欣.重症医学科 1056 例患者中压疮发生情况的调查研究[J].中华护理杂志 2014,49(1):840-843.
- [14] Halfens RJ, Bours GJ, Van Ast W. Relevance of the diagnosis "stage1 pressure ulcer": an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations[J]. J Clin Nurs,2001,10(6):748-757.
- [15] 蔡德芳,李海燕,童云牧,等.应用 FOCUS-PDCA 程序持续改进窒息不良事件[J].护理学报,2014,21 (10): 23-26.
- [16] 蒋维连.护士对手术患者实施压力性损伤风险告知的体验[J].解放军护理杂志 2019,36(2):419-44.
- [17] Drake J, Redfem W S, Shorbur E, et al. Pediatric skin care: what do nurses really know? [J]. J Spec Pediatr Nurs, 2012, 17(4): 329-338.
- [18] Bielitz H, Hertel F, Mertens E, et al. Pressure ulcer prevention in German hospitals. an analysis of nursing practice with regard to guideline recommendations [J]. Pflege Z, 2007, 60(3): 140-144.
- [19] Simonetti V, Comparcini D, Flacco ME, et al. Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidencebased guidelines: a multicenter cross-sectional study [J]. Nurse Educ Today, 2015, 35(4): 573-579.
- [20] 邱良枝,李玲,梁明娟,等.持续质量改进对降低住院患者院内压力性损伤的效果分析[J].护理实践与研究,2021,18(4):589-593.
- [21] 邱逸红,谭淑芳,冯丽君,等.PDCA 循环方法在术中压力性损伤管理应用的探讨[J].岭南现代临床外科,2020,20(6):818-820.
- [22] 李冬梅.PDCA 循环管理在压力性损伤患者护理持续质量改进中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(10):146-148.
- [23] Barakat-Johnson M, Barnett C, Wand T, et al. Medical device related pressure injuries: an exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia [J]. J Tissue Viability, 2017, 26(4): 246-253.
- [24] Chaiken N. Reduction of sacral pressure ulcers in the intensive care unit using a silicone border foam dressing [J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2012, 39(2): 143-145.
- [25] Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, et al. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals [J]. Arch Gerontol Geriatr, 2013, 56(1): 220-226.

[2021-09-16 收稿]
(责任编辑 陈景景)

专科护士主导的延续护理对髋关节置换术后患者康复效果观察

许丽莉

【摘要】目的 探讨专科护士主导的延续护理对髋关节置换术后患者的康复效果。**方法** 选取 2017 年 11 月—2018 年 12 月在医院骨科接受髋关节置换手术的 49 例患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将患者分为观察组 24 例和对照组 25 例,对照组给予骨科常规延续护理,观察组开展专科护士主导的延续护理。手术后 1、3 个月比较两组患者的髋关节功能、生活自理能力、生活质量。**结果** 术后 1、3 个月观察组的髋关节功能评分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);术后 1、3 个月观察组的生活自理能力评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);术后 1、3 个月观察组的生活质量评分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 专科护士主导的延续护理可以有效改善患者髋关节功能,提高患者的生活自理能力和生活质量。

【关键词】 专科护士; 延续护理; 髋关节置换术; 康复效果; 髋关节功能; 生活质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.015

Observation on the rehabilitation effect of continuous nursing led by specialist nurses on patients after hip replacement XU Lili (Wuhu Second People's Hospital, Wuhu, 241000, China)

【Abstract】Objective To investigate the rehabilitation effect of continuous nursing led by specialist nurses on patients after hip replacement. **Methods** To select 49 patients who underwent hip replacement surgery in the orthopaedic department of the hospital from November 2017 to December 2018 as the study subjects. According to the principle of comparability of basic characteristics between groups, the patients were divided into an observation group of 24 cases and a control group of 25 cases. The control group was given orthopaedic routine continuous nursing, and the observation group was given continuous nursing led by specialist nurses to compare the hip function, self-care ability and quality of life of the two groups at 1 and 3 months after surgery. **Results** The hip function scores of the observation group were higher than those of the control group at 1 and 3 months after operation, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). The self-care ability scores of the observation group were higher than those of the control group at 1 and 3 months after operation, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). The quality of life scores of the observation group were higher than those of the control group at 1 and 3 months after operation, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). **Conclusions** The application of continued nursing led by specialist nurses can effectively improve the hip function of patients, and improve their self-care ability and quality of life.

【Key words】 Specialist nurses; Continuous nursing; Hip replacement; Rehabilitation effect; Hip function; Quality of life

髋关节置换是利用人工材料置换已病损的股骨头或股骨头和髋臼,以重建关节功能的一种手术^[1],是治疗老年人髋关节病变及髋部骨折常见手术方式。由于关节置换手术对关节周围肌肉和软组织破坏,需要较长时间恢复关节功能^[2]。鉴于国内医疗

资源的紧缺现状,患者康复锻炼是出院后在家中完成^[3]。延续护理即对出院患者的护理服务延续到家庭及社区,使患者能够得到连续性的专业指导^[4]。如何为患者提供专业的延续护理,使患者得到有效性、连续性的康复训练,是值得探讨的问题。近年来,专科护士在护理领域发挥越来越重要的作用。本研究探讨专科护士主导的延续护理对髋关节置换术后患者康复的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2017 年 3 月—2018 年 12 月收住我院骨科接受髋关节置换手术的患者 49 例作为研究对象。纳入条件：进行全髋或人工股骨头置换手术；住院期间及出院后有家属陪伴；沟通良好者，自愿参加本研究。排除条件：进行髋部骨折内固定手术者；合并有严重基础性疾病。按照组间基本特征具有可比性的原则将患者分为观察组 24 例和对照组 25 例。对照组中男 10 例，女 15 例；年龄 53~86 岁，平均 70.00±9.18 岁。观察组中男 12 例，女 12 例；年龄 56~90 岁，平均 72.00±8.54 岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患者住院期间给予入院介绍、饮食护理、病情观察、康复训练指导、出院指导等常规护理；手术后责任护士发放功能锻炼的康复流程图；出院后 1 周给予电话回访指导患者康复锻炼，告知其在家锻炼的注意事项；手术后 1、3、6 个月及 1 年门诊复查。

1.2.2 观察组 开展专科护士主导的延续护理，具体内容如下。

(1) 成立延续护理小组：由护士长、取得省级资质的骨科专科护士、骨科医生、责任护士组成，由护士长、专科护士分别任组长、副组长。护士长负责制订延续护理的工作流程并协调工作安排。专科护士负责内容包括建立患者档案和制订延续护理计划；整理和收集患者电话回访、微信平台和家庭访视的资料，动态指导下一步随访工作；及时将延续护理中患者的疑问和存在问题反馈给主治医生，讨论后及时回复；培训责任护士，指导责任护士对患者进行正确评估和康复指导。

(2) 实施延续护理：患者出院前专科护士指导责任护士向患者介绍延续护理的内容和方式，建立患者延续护理档案及制订延续护理计划。①电话回访。患者出院后 3 个月内专科护士在每个月第 1 个星期进行电话随访 1 次，主要了解患者出院后手术切口恢复、患肢体位的摆放、康复锻炼、按时服药、饮食起居等，做好相应的心理辅导工作，电话解答患者及家属的疑问，交代注意事项，指导患者积极主动进行患肢功能锻炼^[3]，并如实记录电话回访内容。②微信交流群。专科护士创建由患者和家属、骨科医生、护士共同参与的微信群，发送内容由专科护士审核，主要包括文字、图片和视频等疾病相

关的健康知识，每周二、周五由专科护士各发送 1 次，内容包括髋关节置换术后体位摆放、功能锻炼、日常活动、定期服药、饮食指导、心理疏导、安全防范、定期复查等。交流时间固定在工作日 15:00—17:00，由专科护士记录患者及家属的问题，与主治医生讨论后给予答复。专科护士在患者出院前 1 d 邀请患者和家属入群，并教会如何接收和发送信息。③家庭访视。术后第 2 个月由科室的延续护理小组开展患者的家庭访视工作。访视前专科护士整理好患者的健康档案获取患者的健康关注重点制订针对性访视方案。主要评估切口愈合、患肢体位的摆放、功能锻炼、双下肢的肌力、居住环境、饮食起居等，宣教内容的重点包括生活环境指导、康复指导及心理护理等。可根据患者髋关节活动情况调整功能锻炼的强度和方法，并解答相关疑问。

1.3 观察指标及判定标准

(1) 髋关节功能：比较两组患者术后 1、3 个月的髋关节功能，采用 Harris 评分量表^[5]主要从患者关节活动度、日常活动等 5 个方面评价髋关节功能情况，满分是 100 分，分数越高髋关节功能恢复越好。

(2) 生活自理能力：比较两组患者术后 1、3 个月的生活自理能力，采用 Barthel 指数生活自理能力评分量表^[6]评估患者的生活自理能力，包括进食、行动、穿衣等 10 项内容，每项评分 0~10 分，总分 100 分，分数越高表示生活自理能力越强。

(3) 生活质量：比较两组患者术后 1、3 个月的生活质量，采用生活质量 (SF-36) 量表^[7]，包括疼痛、社交、情感、心理等 8 项内容，总分 145 分，得分越高生活质量越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据处理，计量资料采用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者髋关节 Harris 评分比较

术后 1、3 个月，观察组 Harris 评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者髋关节 Harris 评分比较 (分)

组别	例数	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	25	67.56 ± 5.49	74.75 ± 3.16
观察组	24	75.42 ± 5.32	83.52 ± 3.75
t 值		5.086	4.078
P 值		0.000	0.000

2.2 两组患者自理能力评分比较

术后1、3个月, 观察组生活自理能力评分高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$), 见表2。

表2 两组患者自理能力评分比较(分)

组别	例数	术后1个月	术后3个月
对照组	25	71.35 ± 8.01	73.92 ± 6.39
观察组	24	76.73 ± 6.73	82.82 ± 8.75
<i>t</i> 值		2.540	4.078
<i>P</i> 值		0.014	0.000

2.3 两组患者生活质量评分比较

术后1、3个月, 观察组生活质量评分高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$), 见表3。

表3 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	例数	术后1个月	术后3个月
对照组	25	85.21 ± 10.39	101.64 ± 11.21
观察组	24	94.93 ± 10.82	111.57 ± 10.48
<i>t</i> 值		3.208	3.200
<i>P</i> 值		0.002	0.002

3 讨论

3.1 专科护士主导的延续护理能提高髋关节置换术后患者髋关节的功能

髋关节置换手术是老年人髋部疾病有效的治疗手段, 术后不正确的活动方式以及患肢过早负重可以导致髋关节功能恢复不良, 专业人员准确的、适时的专业康复指导对髋关节置换术后预后有一定影响^[8]。延续护理可明显改善髋关节置换术后出院患者的髋关节功能和行为^[9], 传统的延续护理形式简单由普通责任护士完成, 而取得省级资质的专科护士是可以为患者提供疾病知识、康复指导和心理护理等相关的专业知识, 确保延续护理实施效果^[10]。本研究观察组患者出院前专科护士建立延续护理档案及制订延续护理计划, 术后3个月内每月1次的电话回访及术后第2个月的家庭访视, 都是由专科护士全程主导, 根据患者不同阶段的特点进行评估及落实康复锻炼的措施, 对患者进行更加科学规范的管理, 有效促进了髋关节功能的恢复, 发挥了骨科专科护士在康复管理中的重要作用。观察组术后1、3个月的髋关节功能高于对照组。由此可见, 专科护士主导的延续性护理可帮助患者获得连续关注和指导, 保证患者术后居家功能锻炼的准确性^[11], 促进了髋关节功能的康复效果。

3.2 专科护士主导的延续护理能提高髋关节置换术后患者生活自理能力和生活质量

手术后的康复锻炼效果直接影响患者生活自理能力及生活质量^[12]。观察组患者出院前1d, 专科护士邀请患者和家属加入延续护理微信群, 微信群内专科护士会定期发送疾病相关的文字信息、图片和视频等, 用图文并茂的方式让患者和家属反复收看, 并且群里专科护士每个工作日下午解答患者和家属的疑惑, 提高了患者及家属的遵医行为, 更愿意配合落实各项康复锻炼措施。本研究中专科护士在微信群及时答疑, 解决了患者生理和心理问题, 消除其顾虑。观察组患者日常生活自理能力得以提高, 生活质量得到改善, 这与戴晴等^[13]研究结果相符, 有效的延续护理可以改善患者的自理能力和生活质量。

综上所述, 专科护士主导的延续护理拓展了延续护理内涵, 提升了护理质量, 使患者得到专业的康复指导, 明显提高髋关节置换术后患者锻炼依从性, 有利于髋关节功能恢复, 提升髋关节置换术后患者生活自理能力和生活质量。

4 参考文献

- [1] 陈俊邑, 于彬. 全髋对比半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床效果以及对 Harris 评分的影响 [J]. 中国医学创新, 2020, 17(7): 59-62.
- [2] 周敏, 李昕华, 丁丽, 等. 居家护理在微创 OCM 入路全髋关节置换患者中应用的效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(11): 1559-1562.
- [3] 周婉芹. 电话回访联合家庭访视对髋关节置换术后康复效果的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(6): 1130-1133.
- [4] 刘霄, 韩玉琴, 宋爱华, 等. 延续护理对糖尿病合并脑卒中病人自护行为的影响 [J]. 护理研究, 2017, 31(1): 54-57.
- [5] 王文慧, 张利峰, 李信欣, 等. 髋关节置换术后患者不同时期关节功能变化及其影响因素研究 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(6): 649-653.
- [6] 叶同梅, 任俊玲, 周映红, 等. 参与式可读性护理模式在乳腺癌改良根治术后功能锻炼中的应用 [J]. 皖南医学院学报, 2020, 39(3): 287-290.
- [7] 磨丽莉, 潘巧淑, 周芳珍, 等. 运动治疗联合心理护理对慢性精神分裂症病人康复和生活质量的影响 [J]. 护理研究, 2019, 33(17): 3067-3070.
- [8] 左晓琳, 温艳, 李玉伟, 等. 延续护理对老年全髋关节置换术后关节功能恢复效果的 Meta 分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(23): 2784-2788.
- [9] Brown CL, Menec VH. Health, social, and functional characteristics of older adults with continuing care

以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为 远程干预在胃癌患者中的应用效果评价

刘玲 陈敏

【摘要】目的 探讨以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预在胃癌患者中的应用效果。**方法** 选取医院2019年1月—2020年12月198例胃癌患者作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各99例。对照组给予常规护理,观察组给予以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预。观察比较两组患者自我管理能力和自我效能及生活质量的变化。**结果** 干预后,观察组自我管理能力和自我效能感量表各维度评分均高于对照组($P<0.05$),生活质量评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预能提高胃癌患者疾病康复信念,改善其心理健康,增强其疾病自我管理参与积极性,进而提升生活质量。

【关键词】 健康信念模型;人工智能;心理行为远程干预;胃癌;效果评价

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.016

Evaluation of the application effect of psychological behavior remote intervention guided by health belief model and artificial intelligence in patients with gastric cancer LIU Ling, CHEN Min (Renji Hospital Affiliated to Medicine College of Shanghai Jiaotong University, Shanghai, 201100, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of psychological behavior remote intervention guided by health belief model and artificial intelligence in patients with gastric cancer. **Methods** To select 198 patients with gastric cancer in the hospital from January 2019 to December 2020 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of the basic characteristics between the groups, with 99 cases in each group. The control group was given routine care, and the observation group was given psychological behavior remote intervention guided by health belief model and artificial intelligence to observe and compare the changes of self-management ability, self-efficacy and quality of life of the two groups. **Results** After the intervention, the self-management ability in the observation group was higher than that in the control group($P<0.05$), the scores of each dimension of the self-management efficacy scale of cancer patients were higher than those in the control group($P<0.05$), the quality of life score was lower than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion** The psychological behavior remote intervention guided by the health belief model and artificial intelligence can improve the disease recovery belief of gastric cancer patients, improve their mental health, enhance their enthusiasm for disease self-management participation, and then improve their quality of life.

【Key words】 Model of health belief; Artificial intelligence; Psychological behavior remote intervention; Gastric cancer; Effect evaluation

作者单位: 201100 上海市, 上海交通大学医学院附属仁济医院

needs: implications for integrated care [J]. J Aging Health, 2018, 47(1): 548-564.

[10] 朱丹, 卞荆晶, 胡露红, 等. 专科护士主导的加速康复外科护理在短段型先天性巨结肠患儿的应用[J]. 护理学杂志, 2017, 32(24): 33-35.

[11] 张玲玲. 专科护士主导的延续护理在胸腰椎骨折中青年患者术后康复中的应用[J]. 护理学报, 2018, 25(2): 74-76.

[12] 马纯青, 马金忠, 闫子贵, 等. DAA入路全髋关节置换术后股外侧皮神经损伤的临床分析[J]. 新疆医科大学学报, 2019, 42(9): 1184-1188.

[13] 戴晴, 李伦兰, 甘玉云, 等. 人工髋关节置换术后不同时期髋关节功能与自我护理能力的相关性研究[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(10): 1130-1134.

[2021-05-13 收稿]

(责任编辑 陈景景)

胃癌是临床发病率与病死率较高的恶性肿瘤,多见于胃窦幽门部、胃体及胃底贲门部,发病后以肢体乏力、上腹部疼痛、食欲下降等为主要表现,危害患者身心健康。手术联合化疗为该症首选方式,能有效缓解临床症状,控制疾病进展,提高患者生存周期^[1]。然而手术创伤、化疗毒副作用以及疾病躯体症状等将增加患者生理/心理痛苦,诱发患者持续关注、无助等消极应对行为,日常功能活动失常及生活希望水平低下等心理行为问题,影响患者治疗依从性与整体康复^[2]。相关研究表明^[3],癌症作为恐惧性应激疾病,及时掌握患者心理需求,提供积极正向的支持性护理有助于患者心理弹性与康复信念的增强。健康信念模型是以社会心理学解释健康相关行为的理论模型,其在健康宣教、慢性疾病患者健康行为管理以及癌症患者康复治疗等方面均取得良好效果^[4]。人工智能(artificial intelligence, AI)优势在于可迅速综合医学信息,分析个体情绪思维与行为模式的关联,并提供相适宜的心理引导与疾病指导,促进其精神压力的缓解与生活质量的提高^[5]。为探究健康信念模型与人工智能在心理干预领域的应用价值,本研究将对胃癌患者实施以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预,观察对其自我管理行为、自我效能与生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院2019年1月—2020年12月198例胃癌患者作为研究对象,纳入条件:符合胃癌诊断标准^[6],并经胃镜和病理检查确诊;临床资料完整者;无其他血液、免疫系统疾病;对本研究知情且自愿

参与;认知与表达能力正常。排除条件:合并恶性肿瘤者;合并肠道炎症者;中途退出或参与其他研究者。按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各99例。对照组中男48例,女51例;年龄25~72岁,平均 52.58 ± 12.32 岁;文化程度:小学25例,初中28例,高中34例,大专及以上学历12例;疾病部位:胃窦48例,胃体29例,胃底22例。观察组男50例,女49例;年龄24~73岁,平均 54.87 ± 10.56 岁;文化程度:小学23例,初中24例,高中32例,大专及以上学历20例;疾病部位:胃窦52例,胃体26例,胃底21例。两组基本资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组给予常规护理,内容涉及健康宣教、心理疏导、用药指导、康复知识宣教、饮食指导、院外随访等。观察组在此基础给予以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预,具体内容如下。

1.2.1 健康信念模型 健康信念理论模式主要分为影响及制约因素、对疾病威胁的认知与提示因素(健康行为诱发因素)三部分,以此作为理论基础,经查阅文献形成胃癌患者心理与病情康复干预框架图^[7],如图1所示。

1.2.2 远程心理干预平台构建 采用浏览器和服务器的结构,通过功能嵌入和用户体验等方式,以用户移动APP、微信公众号、好医生网络平台等人工智能技术,构建基于移动互联网心理干预平台,实现医护患实时交流、有效沟通^[8-9]。同时以视频、图文等方式与医院信息系统实现业务对接和数据互通,以时间轴为基础建立患者全息档案,内容包括院内门诊次数、住院记录、用药明细等;以随访、

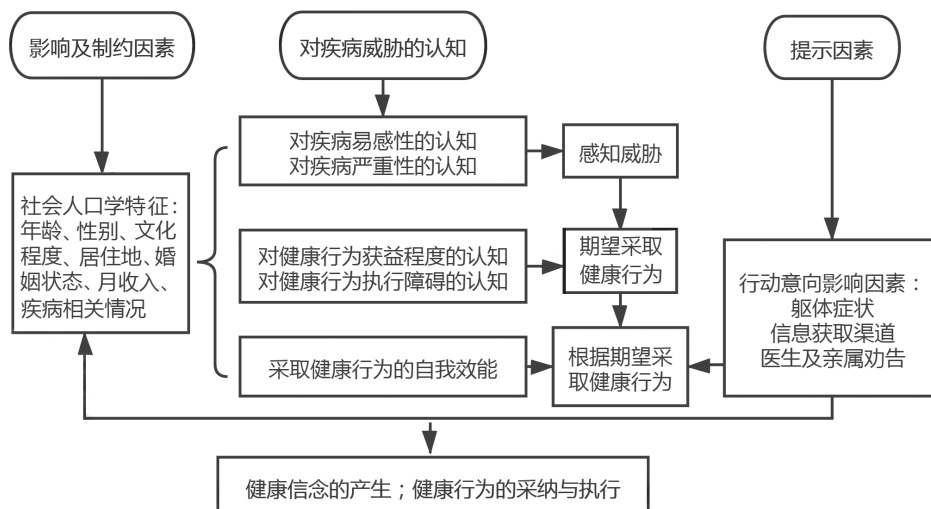


图1 健康信念模型框架

疾病宣教、心理咨询、病情监测等作为出院后医护服务切入点;提升患者服务体验和支持,实现院后延续性护理服务。心理干预平台,包括患者全息档案、疾病知识库、数据统计中心(自我管理行为评定量表、SUPPH 癌症自我效能感量表、胃癌特异性生活质量量表)、随访系统。

(1) 患者全息档案:可提供患者综合资料查询,包括个人信息、临床信息等基本资料,且能够以时间轴形式展现其历次门诊次数、病情资料、住院记录及指标变化等信息,实现医疗健康信息一体化管理。

(2) 疾病知识库:该系统包括院后随访表单、健康宣教内容、提醒短语、症状对照、药品选择、疾病分期及随访模板等不同类型的知识体系可供医护人员使用。

(3) 统计中心:该系统可直接对疾病认知程度、患者自我管理行为评分、自我效能感评分及生活质量评分等内容从不同维度对数据进行统计分析,进行图形化和数据化的直观展现,能够有利于医护人员以及患者及时掌握患者心理状态、自我管理能力及生活质量现状与改善情况。

(4) 随访系统:该系统可支持查询患者全息档案、随访计划、随访任务、随访对象及随访记录等,可支持跨科室信息共享,系统后台可实现记录储存以便态度监测。

1.2.3 远程心理干预平台应用

(1) 组建心理康复团队:由专科护士、主治医师、心理咨询师、康复医生及信息技术人员组成,专科护士负责日常心理评估与量表统计工作,信息技术人员负责对平台使用知识的培训和维护,医生负责院外病情评估与提供康复方案,心理咨询师负责心理疏导。团队成员需经过严格培训和考核后方可上岗,需熟练掌握心理康复与支持性服务内容。

(2) 建立专项档案:通过医院系统引擎患者手机号码或关注微信企业号等完成数据对接,根据患者病情与心理状态设置专项健康信息档案,包括疾病信息、疾病诊疗情况、心理状态、情绪调节方式、一对一心理疏导、放松训练与全身放松操教学,实现一体化管理。

(3) 信息支持:以专业化知识库为基础,实现多场景健康宣教,将宣教模块推送至患者微信、APP 移动端,内容包含胃癌发病原因、治疗方式、饮食注意事项、并发症类型,以及心理情绪对疾病的危害、良好心态的重要性、如何改善心理健康等,并结合患者疾病条件实现宣教批量自动化推送。

(4) 康复监测:通过移动端 APP 和蓝牙连接

技术,直接采取患者的血压、运动步数、运动时间等数据,每日由专业人员统计和记录,利于医护端随时监测和记录,实现院外和院内数据连接共享,保障院后康复效果的有效性与准确性。

(5) 医患互动:设置医患沟通系统,为患者提供有效即时的互动渠道,形式包含图片、文字、视频和语音等,患者:通过移动端发起互动与沟通请求,医护人员:通过医护端完成沟通和解答,加强医患沟通及时性与有效性,提高康复治疗依从性。

(6) 随访跟踪:制订涵盖 APP 和微信公众号等形式的院后随访、门诊随访、用药指导、健康宣教及复诊提示内容的随访路径,完成标准化管理跟踪过程。同时,对未完成的随访患者可直接将随访问卷发放到微信、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^[10]。共 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 自我管理能力:采用程玲灵等学者编制的癌症患者自我管理测评量表^[11]评估两组干预前后自我管理能力,该量表共 6 个维度 52 个条目,6 个维度包含日常生活管理、症状管理、心理管理、与医护人员沟通、获取和利用资源的能力、自我效能感,各条目采用 1~5 分评分法,总分 260 分,分值越高表明自我管理能力越好。量表的 Cronbach's α 系数为 0.959,具有良好信效度。

(2) 自我效能感:采用癌症自我效能感量表(SUPPH)^[12]评定两组干预前后自我效能感,包括缓解压力、正性态度以及自我决策 3 个维度,共 28 个条目,采用 likert 5 级评分法,分数越高表明自我效能感越好。

(3) 生活质量:采用胃癌特异性生活质量量表(QLQ-STO22)^[13]评定两组患者干预后生活质量,该量表包含吞咽困难、胃部疼痛、味觉异常、躯体形象、焦虑等维度,共 13 个条目,各条目采用 4 级评分法,总分 52 分,得分越高表明生活质量越差。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析,计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用两独立样本 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我管理能力评分比较

干预前两组患者自我管理能力评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,观察组自我管理能

力评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组自我管理能力评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	99	132.21 ± 14.98	161.85 ± 15.16
观察组	99	133.39 ± 14.07	189.83 ± 16.91
<i>t</i> 值		0.571	12.258
<i>P</i> 值		0.568	0.000

2.2 两组自我效能感评分比较

干预前两组患者自我效能感评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组自我效能感评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组生活质量评分比较

干预后,观察组生活质量评分低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表2 两组自我效能感评分比较(分)

组别	例数	缓解压力		正性态度		自我决策	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	15.24 ± 3.26	21.34 ± 4.24	13.56 ± 3.11	20.52 ± 4.63	16.35 ± 3.52	22.38 ± 4.58
观察组	99	14.63 ± 3.12	30.55 ± 5.52	13.63 ± 3.25	29.56 ± 5.34	16.34 ± 3.24	32.85 ± 5.74
<i>t</i> 值		1.345	13.166	0.155	12.726	0.021	14.186
<i>P</i> 值		0.180	0.000	0.877	0.000	0.983	0.000

表3 两组生活质量评分比较(分)

组别	例数	吞咽困难	胃部疼痛	味觉异常	躯体形象	焦虑	总分
对照组	99	12.12 ± 2.56	11.81 ± 2.72	2.97 ± 0.49	2.74 ± 0.83	9.69 ± 1.58	39.33 ± 7.54
观察组	99	8.43 ± 1.52	6.28 ± 1.54	0.79 ± 0.12	1.34 ± 0.20	6.43 ± 1.66	23.27 ± 4.17
<i>t</i> 值		12.332	17.603	42.996	16.316	14.154	18.546
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

胃癌为常见消化道恶性肿瘤,多由遗传、真菌感染、环境等多种因素相互作用下引起,且与吸烟、饮酒、肥胖及饮食习惯密切相关,严重威胁患者生命健康。相关研究表明^[14],癌症患者作为健康领域的弱视群体,患者在治疗中需面对巨大生理改变,且生活中疾病和化疗药物对身体的损害,以及疾病迁延不愈,频繁检查和治疗将激发患者强烈心理应激,导致患者自我价值定位降低,生活渴望与疾病期待丧失,行为应对能力低下,影响整体效果和预后。健康信念作为正性精神力量,可对个体自护能力、生活行为、疾病观念起到正向影响作用。健康信念理论强调认知、思维、信念等对个体行为的主导作用,其认为信念是健康行为启动和维持的重要因素,即对健康和疾病问题威胁性的了解、对行为障碍和行为益处合理性的评价,个体在树立健康与疾病相关的信念后,就会主动改变危险行为,采取或维持对自身健康有益的行为^[15]。因此,掌握患者心理体验现状,利用外在资源或社会支持系统帮助患者提高疾病健康信念水平,实现自身调节,明确

个体社会价值,提升患者心理弹性与应对方式为临床人员重点目标。传统护理多以普适化为主,仅侧重于生理或心理的某一方面,内容和实施阶段也较为局限,缺少对患者身心体验的重视,导致护理效果欠佳。

癌症患者以居家康复治疗为主^[16],其居家康复效果受其疾病知识和技能掌握度的影响。目前多数医疗机构院后对患者的康复与行为管理主要通过电话随访、社区医护人员上门及患者来院复诊等途径实现,效果不满意且耗费大量时间、人力和物力,存在诸多弊端。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外躯体康复及心理情况,导致患者院后康复管理滞后,影响康复效果。本研究以健康信念模型与人工智能为指导,构建远程心理行为干预平台,采用浏览器和服务器的结构,通过功能嵌入和用户体验等方式,集合用户移动APP、微信公众号及好医生网络平台等人工智能技术,实现医护患交流平台^[17]。该平台能够针对患者病情发展与心理需求设置平台服务内容及呈现方式,使得患者能够得到与之匹配的服务内容,平台提供的康复知识及技能护理均来源于权威

机构资料且经循证后推送,具有较强的实用性和专业性。通过线上与线下结合的方式,加强医患沟通互动频次,随时进行康复信息反馈,及时了解患者院后康复进展及心理变化,实施针对性远程干预措施^[18]。

本研究对胃癌患者实施以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预后,结果显示,观察组自我管理能力和对照组,观察组 SUPPH 各维度评分均高于对照组,观察组生活质量评分低于对照组。分析原因为:康复管理平台通过人工智能化管理和提醒,借助系统高效的沟通效果,对患者的全息档案进行完整、详细和多样化统计分析,以患者康复需求为目标导向进行设计,以图文、视频等形式呈现,融合患者感兴趣的知识模块,提高患者主动参与积极性和主动性。该平台能够优化医患交流策略,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,增强患者疾病感知,明确疾病管理意义及自身参与的重要性,帮助患者建立康复信心,感知到采纳健康行为的益处,树立正确的自我管理观念。该平台属于一对一、点对点服务管理策略,既可满足患者专业化指导需求,还能保证个人隐私安全问题,提供更为便捷且个性化的院外康复管理服务。此外心理行为远程干预平台以简洁明朗的方式,将所需知识与维持心理健康方式进行多模式呈现,最大限度满足其院外生理、心理需求。通过线上沟通平台、康复监测与随访跟踪,实现即时沟通、咨询和求助,获取专业化的指导和帮助,改善传统医患沟通方式,帮助患者获取持续、有效且连贯的康复指导,促进自我效能与生活质量的改善。

综上所述,以健康信念模型和人工智能为指导的心理行为远程干预以高效、简化和智能化的方式实现了医护患之间的无障碍沟通,有利于提高胃癌患者院外参与疾病康复管理的主动性和积极性,提高患者康复信念与自我效能,优化其整体生活质量,提高就医满意度。

4 参考文献

- [1] 丁平安,杨沛刚,田园,等. 70岁及以上胃癌患者的临床病理特征及预后分析[J]. 中华老年医学杂志, 2021, 40(1):96-101.
- [2] 陈泽华. 新辅助化疗后手术时机选择对进展期胃癌患者预后疗效分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(2):50-52.
- [3] 朱建梅,强明珠,何科茗. 基于积极心理学干预联合 PDCA 循环法在化疗期胃癌患者 PICC 护理中的应用[J]. 广东医学, 2019, 40(17):115-119.
- [4] 王冰,任梅香,宁世杰. 基于健康信念模式的护理干预对肺癌患者呼吸功能锻炼依从性的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(7):927-930.
- [5] 袁钦涓,王星,帅建伟,等. 基于人工智能技术的抑郁症研究进展[J]. 中国临床心理学杂志, 2020, 28(1):82-86.
- [6] 樊祥山,陈杰,薛卫成. 基于癌组织的生物标志物病理学检测有助于进展期胃癌患者个体化精准诊治[J]. 中华病理学杂志, 2021, 50(2):84-89.
- [7] 汪晓月,王学军. 微信远程评估和干预平台对乳腺癌患者化疗期间不良反应、心理状态及生命质量的影响[J]. 中华全科医学, 2020, 18(1):100-103.
- [8] 陈纯玉,田燕,胡彭博. 医院康复病人信息管理系统的设计与应用[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2019, 16(4):471-474.
- [9] 曾迎春,镇艳,郭巧红. 基于虚拟现实技术的癌症患者认知评估和康复系统的设计与初步应用[J]. 中国护理管理, 2020, 20(2):181-184.
- [10] 孙岚. 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[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(18):2793-2796.
- [11] 程玲灵,孙玉倩. 癌症患者自我管理测评量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(9):1082-1087.
- [12] 廖春艳,崔飞博,樊慧,等. 基于自我效能理论的健康教育干预对胃癌患者生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2019, 16(26):156-159.
- [13] 汪丹丹,郑蔚,侯守超,等. 胃癌患者化疗期间症状群与生活质量相关性的纵向研究[J]. 中国全科医学, 2019, 22(3):47-54.
- [14] 许丽萍. 基于奥马哈系统的延续性护理对胃癌患者术后的生存质量和自我效能感的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(9):118-121.
- [15] 沈莹,王陶陶,高敏,等. 基于健康信念模式的健康教育对社区高血压患者的干预效果评价[J]. 中华预防医学杂志, 2020, 54(2):155-159.
- [16] 卢明,俞燕娟,李中东,等. 基于家庭医护平台延续性护理模式的构建及应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(12):1851-1855.
- [17] 李新平,白利明,张鸣生,等. 基于 ICF 的互联网康复医疗质控信息平台需求分析和架构设计[J]. 中国康复理论与实践, 2019, 25(9):1016-1019.
- [18] 冯静,毕东军,钱卫央,等. 基于信息化平台网格化居家护理服务模式的构建及应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(8):994-999.

[2021-09-23 收稿]

(责任编辑 陈景景)

精细化护理在帕金森病患者脑深部电刺激术后的应用效果

李培培 何承

【摘要】 目的 探讨精细化护理在帕金森病(PD)患者脑深部电刺激术(DBS)后的应用效果。**方法** 选择2018年1月—2021年8月在医院进行DBS治疗90例PD患者为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组患者采用常规护理,观察组患者在对照组基础上采用精细化护理。比较两组患者日常生活能力、移动及平衡能力、抑郁情绪以及护理满意度。**结果** 观察组患者Barthel指数、Tinetti量表评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者抑郁评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 精细化护理应用于PD患者DBS术后,能提高患者日常生活能力,缓解不良情绪,提高患者护理满意度。

【关键词】 帕金森病;脑深部电刺激术;精细化护理;抑郁;日常生活能力;满意度

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.017

Application effect of refined nursing in patients with Parkinson's disease after undergoing deep brain stimulation LI Peipei, HE Cheng (The First Affiliated Hospital of Henan University, Kaifeng, 475000, China)

【 Abstract 】 Objective To explore the application effect of refined nursing in patients with Parkinson's disease (PD) after undergoing deep brain stimulation(DBS). **Methods** To select 90 PD patients who received DBS treatment in the hospital from January 2018 to August 2021 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of the basic data between the groups, with 45 cases in each group. The patients in the control group received routine nursing, while the patients in the observation group received refined nursing on the basis of the control group to compare the activities of daily living, mobility and balance, depression and nursing satisfaction between the two groups. **Results** The Barthel index and Tinetti scale score in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The depression score in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The nursing satisfaction of patients in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of refinement nursing applied to PD patients after DBS surgery can improve patients' daily life ability, relieve negative emotions, and improve patients' nursing satisfaction.

【 Key words 】 Parkinson's disease; Deep brain stimulation; Fine nursing; Depression; Daily living ability; Satisfaction

帕金森病(Parkinson's disease, PD)是仅次于阿尔茨海默病的第二大常见神经退行性疾病,60岁以上人群发病率约为1%^[1],常见表现为运动迟缓、认知功能障碍^[2]及神经行为异常等,因此PD被认为是一种复杂的综合征^[3]。目前,脑深部电刺激术(deep brain stimulation, DBS)逐渐成为治疗PD患

者的一种成熟的治疗手段,DBS手术能够明显改善PD患者的运动症状,提高患者的生活质量^[4],而术后合理有效的精细化护理对PD患者尤其是中晚期PD老年患者非常重要。本研究探讨精细化护理在PD患者DBS术后的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2021年8月在我院进行DBS治疗的90例PD患者作为研究对象,纳入条件:符合帕金森病诊断标准,且在本院接受DBS治疗;

基金项目:河南省医学科技攻关计划(联合共建)项目(编号:LHGJ20190509)

作者单位:475000 河南省开封市,河南大学第一附属医院神经外科

通信作者:何承,男,本科,主任医师,硕士研究生导师

无 PD 以外的其他严重疾病，如心、肝、肾及其他重要器官的器质性疾病；不存在认知功能障碍；自愿参与本次研究。按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组，每组 45 例。对照组中男 29 例，女 16 例；年龄 56~81 岁，平均 64.2 ± 4.6 岁；文化程度：初中及以下 37 例，高中及中专 5 例，大专及以上 3 例。观察组中男 31 例，女 14 例；年龄 58~84 岁，平均 64.8 ± 4.2 岁；文化程度：初中及以下 39 例，高中及中专 4 例，大专及以上 2 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理，即护理人员保证患者按时服药，按时监测生命体征，定期对患者进行口腔护理、皮肤护理以及运动指导等，并普及疾病相关健康教育以及生活指导。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用精细化护理，内容包括：①全面监测。密切监测 DBS 术后患者情况，包括嗅觉、色觉、血压、睡眠、情绪等，全面评估患者的个人状况。②营造舒适的康复环境。护理人员定时开窗通风，控制好病房温湿度，营造干净、舒适的病房环境。③制订个性化护理策略。分析患者术后存在的问题，从而发现护理侧重点，个性化制订护理措施，包括协助患者进食、刷牙、沐浴、如厕。根据患者身体状况，制订科学健康的饮食计划，保证营养丰富且均衡，协助和指导患者进行适量体能训练和康复训练，帮助其增强训练信心，提升日常生活自理能力。④心理护理。患者 DBS 术后往往会产生焦虑、抑郁等不良情绪，护理人员应根据其不同性格特点制订针对性的护理策略，采用温柔的语言主动与其沟通和交流，耐心解答其疑问，尽可能满足其心理需求，从而减少不良情绪的产生。护理人员也要多与患者家属进行沟通和交流，通过家属的辅助更好地转移患者的注意力，安抚患者的心理情绪，促进其身心健康。⑤健康宣教。DBS 术后应采用通俗易懂的语言对患者进行交互式康复宣教，为患者及家属讲解术后常见并发症以及产生的原因，并给出相应的应对措施。此外，通过微信、QQ 等方式为患者及其家属提供相关的影像资料，方便其随时随地学习。

1.3 观察指标

(1) 日常生活能力：采用 Barthel 指数评估两组患者的日常生活能力，包括 10 项内容，分别为进食、转移、修饰、如厕、洗澡、行走、上下楼梯、穿脱衣服、大便控制和小便控制，根据是否需要帮助及帮助的程度分为 0、5、10、15 分，总分 100 分，

20 分以下者生活完全需要帮助，20~40 分者生活需要很大帮助，41~60 分者生活需要帮助，60 分以上者生活基本可以自理。

(2) 移动及平衡能力：采用 Tinetti 量表评估两组患者的移动及平衡能力，包括平衡与步态测试 2 个部分。平衡测试部分有 9 个项目，分别为坐位平衡、站起、试图起身、瞬间的站立平衡、站立平衡、轻推、闭眼站立、转身 360° 和坐下，满分 16 分；步态测试部分有 7 个项目，分别为起步、步伐的长度或高度、步态对称性、步伐连续性、走路路径、躯干稳定和步宽，满分 12 分。总分为 28 分，分数越高说明患者的移动及平衡能力越好^[5]。

(3) 抑郁情绪：采用老年抑郁量表 (GDS) 评估两组患者的抑郁状况。根据对 30 项问题的回答计分，每项表示抑郁的回答得 1 分，总分 30 分，0~10 分视为正常，11~20 分显示轻度抑郁，21~30 分提示中重度抑郁^[6]。

(4) 护理满意度：根据医院自制的护理评价量表评估两组患者的护理满意度，总分 100 分，90 分以上为非常满意，80~90 分为满意，80 分以下为不满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；等级资料比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 Barthel 指数、Tinetti 评分、GDS 评分比较

观察组患者 Barthel 指数、Tinetti 评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；观察组患者 GDS 评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者 Barthel 指数、Tinetti 评分、GDS 评分比较 (分)

组别	例数	Barthel 指数	Tinetti 评分	GDS 评分
观察组	45	68.78 ± 9.97	17.56 ± 3.20	12.02 ± 3.30
对照组	45	62.53 ± 8.75	11.62 ± 3.76	15.04 ± 3.17
<i>t</i> 值		3.161	8.070	4.427
<i>P</i> 值		0.002	0.000	0.000

2.2 两组患者护理满意度比较

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

表2 两组患者护理满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意
观察组	45	32	12	1
对照组	45	16	21	8

秩和检验: $u=3.586$, $P=0.000$ 。

3 讨论

PD是最常见的运动障碍疾病,临床上表现特征为静息性震颤、运动迟缓、肌肉僵硬、姿势平衡障碍和肌肉萎缩,在某些情况下还伴有抑郁、痴呆、失眠、言语障碍和吞咽困难^[7-8]。研究表明^[9],PD好发于中老年人,其发病率随着年龄的增长而增高。PD患者生活自理能力随着病程的延长逐渐降低,甚至完全丧失,严重影响患者自身以及家人的生活和工作。DBS作为治疗PD的外科技术,通过在丘脑下核或大脑皮层的内部植入电极,以传递电刺激来改变或中断神经异常信号,从而改善PD患者的运动症状,提升患者的生活质量^[10-11]。值得注意的是,进行DBS术的PD患者多为中晚期老年人,整体的身体状况和心理状况较差,DBS术后会产生颅内出血、肺部感染、低血钾、泌尿系统感染等并发症,损害患者身体机能,同时造成心理伤害,因此DBS术后护理是手术治疗效果的关键环节^[12]。

已有研究表明,相较于常规护理,在此基础上进行的心理护理^[13-14]、临床康复护理^[15]、综合护理^[16]等对于PD患者的应用效果显著,PD患者的躯体状态、精神状态以及社交能力等方面均高于对照组,焦虑以及抑郁情况均低于对照组。此外,精细化护理作为近些年来新兴的临床护理模式,在各类疾病患者的术后恢复过程中应用广泛,取得了显著疗效^[17-20]。然而截止到目前为止,精细化护理在PD患者DBS术后的效果研究仍然知之甚少。本研究在PD患者DBS术后进行精细化护理,并对患者的日常生活能力、移动及平衡能力、心理状况、护理满意度进行评估,结果显示,观察组患者的Barthel指数、Tinetti评分均高于对照组;观察组患者GDS评分低于对照组,上述结果表明精细化护理可提高PD患者DBS术后的日常生活能力、移动及平衡能力,改善患者心理状况。此外,观察组患者的护理满意度高于对照组,表明观察组患者对护理质量的认可度较高。

综上所述,在PD患者DBS术后护理过程中应用精细化护理,可有效改善患者的心理状态,提升患者的生存质量,提高其对护理效果的满意度。

4 参考文献

- [1] de Lau LM, Breteler MM. Epidemiology of Parkinson's disease[J]. Handbook of Clinical Neurology, 2007,53(4):200-205.
- [2] Wilson EN, Swarovski MS, Linortner P, et al. Soluble TREM2 is elevated in Parkinson's disease subgroups with increased CSF tau[J]. Brain, 2020, 143(3):932-943.
- [3] Jankovic J, Mehanna R. Pathophysiology and clinical assessment. in Handbook of Parkinson's Disease [M]. 5th Edition. Lyons: Edited by Rajesh Pahwa, Kelly E, 2013:61-91.
- [4] Malek Naveed. Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease[J]. Neurol India, 2019, 67:968-978.
- [5] 孙雪梅, 张秀英. 健康宣教联合 MOTomed 下肢运动训练在脑卒中偏瘫患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17):154-157.
- [6] 朱敏捷, 肖世富, 林翔, 等. 生活状况对老年人群抑郁的影响研究[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(4):482-483, 486.
- [7] Lima LO, Fátima Rodrigues-de-Paula. Muscular power training: A new perspective in physical therapy approach of Parkinson's disease[J]. Revista Brasileira De Fisioterapia, 2012, 16(2):173-174.
- [8] Xia RP, Muthumani A, Mao ZH, et al. Quantification of neural reflex and muscular intrinsic contributions to parkinsonian rigidity[J]. Experimental Brain Research, 2016, 234(12):3587-3595.
- [9] 黑赏艳. 基于帕金森病患者报告的临床结局评价量表的研制及性能初步考评[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [10] Markaki E, Kefalopoulou Z, Georgiopoulos M, et al. Meige's syndrome: A cranial dystonia treated with bilateral pallidal deep brain stimulation[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2010, 112(4):344-346.
- [11] 中国帕金森病脑深部电刺激疗法专家组. 中国帕金森病脑深部电刺激疗法专家共识[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 45(8):855-857.
- [12] 仇正芬, 蔡英, 李晶晶, 等. 脑深部电刺激治疗帕金森病术后并发症观察与护理[J]. 全科护理, 2020, 18(29): 3969-3970.
- [13] 辛建应. 老年帕金森病患者合并焦虑、抑郁的心理护理要点探讨[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(18):121.
- [14] 秦志英. 帕金森术前合并焦虑实施心理护理的方式分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(7):6, 45.
- [15] 张俊玲. 临床康复护理在帕金森合并抑郁症中的应用效果分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(3):403-404.
- [16] 王卓. 帕金森 DSA 术后护理[J]. 中西医结合心血管

过渡期护理计划模式在肝癌肝动脉介入术后患者中的应用效果评价

蒋敏兰 蒋敏君

【摘要】目的 探讨过渡期护理计划模式对肝癌肝动脉介入术后患者心理状态、自理能力、生活质量和健康信念的影响。**方法** 选择2019年4月—2021年4月在医院行肝癌肝动脉介入术治疗的198例患者,对照组术后行常规护理,观察组术后采用过渡期护理计划模式展开护理。分别采用恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)、心理弹性量表简化版(CD-RISC10)、中文版健康促进策略量表(SUPPH)、自我管理能力和健康信念量表和肝癌生命质量测定量表(QOL-LC)评价两组的心理状态、自理能力、健康信念与生活质量。**结果** 干预后,观察组的FoP-Q-SF评分低于对照组,CD-RISC10评分高于对照组($P<0.05$);干预后,观察组的SUPPH评分、ESCA评分、健康信念量表评分、QOL-LC评分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 过渡期护理计划模式可有效改善肝癌肝动脉介入术后患者心理状态、自理能力和健康信念,并且有助于提升其生活质量。

【关键词】 过渡期护理计划模式;肝癌;肝动脉介入术;护理;自理能力;健康信念

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.018

Application effect evaluation of transitional nursing plan model in patients with liver cancer after hepatic artery intervention JIANG Minlan, JIANG Minjun (Shanghai Changzheng Hospital, Shanghai, 200003, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of transitional nursing plan mode on the psychological state, self-care ability, quality of life and health belief of patients with liver cancer after hepatic artery intervention.

Methods A total of 198 patients who underwent hepatic artery interventional therapy for liver cancer in the hospital from April 2019 to April 2021 were selected. The control group received routine nursing after operation, and the observation group received nursing care in the transitional nursing plan mode after operation. The fear of progression questionnaire-short form(FoP-Q-SF), Connor-Davidson resilience scale(CD-RISC10), Chinese-version strategies used by people to promote health(SUPPH), exercise of self-care agency scale(ESCA), health belief scale, and quality of life for liver cancer(QOL-LC) were used to evaluate the psychological state, self-care ability, health belief and quality of life of the two groups. **Results** After intervention, the FoP-Q-SF score in the observation group was lower than that in the control group, and the CD-RISC10 score was higher than that in the control group($P<0.05$). After intervention, the SUPPH score, ESCA score, health belief scale score, and QOL-LC score in the observation group were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The transitional nursing plan model can effectively improve the psychological state, self-care ability and health belief of patients with liver cancer after hepatic artery intervention,

基金项目:2020年度上海市护理学会科研课题(编号:2020QN-B04)

作者单位:200003 上海市,上海长征医院肝脏外科

通信作者:蒋敏君

病电子杂志,2020,8(12):92.

[17] 刘琼,朱倩,陈艳.并发新型冠状病毒肺炎的帕金森病患者精细化护理管理策略[J].重庆医科大学学报,2020,45(7):1055-1058.

[18] 马肇华,柯玩娜,谭爱玲,等.精细化心理护理在卵巢过度刺激综合征高危患者中的临床应用价值[J].中国医药科学,2020,10(13):99-101,105.

[19] 杨月东.精细化护理和心理护理用于中晚期异常妊娠引产患者中的效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(35):132,147.

[20] 马玉蓉,康琼.精细化护理对手术室护理质量的提升效果分析[J].中国实用医药,2019,14(17):185-187.

[2021-10-21 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

and help to improve their quality of life.

【Key words】 Transitional nursing plan mode; Liver cancer; Hepatic artery intervention; Nursing; Self-care ability; Health belief

肝癌是恶性肿瘤中常见的一种,在全球范围内,我国肝癌发病率约占 46.7%,病死率约占 47.2%^[1]。肝癌血供约 90.0% 来自肝动脉,肝动脉介入术为目前非开腹手术治疗肝癌的首选方法^[2],其具有毒性小、高效肿瘤反应等特点,因此肝动脉介入术被广泛应用于肝癌治疗中,通过对肿瘤供血动脉实施栓塞,并予以化疗药物灌注,可促进肿瘤细胞缺血、缺氧性死亡,进而达到对肿瘤生长抑制的效果^[3]。肝癌患者接受肝动脉介入术后,在认知水平、心理状态、手术创伤等因素影响下,患者自理能力、健康信念下降,进而影响术后康复效果。过渡期护理模式为疾病诊疗、康复阶段实施的护理行为,强调持续性展开过渡期护理干预工作,促进患者顺利康复^[4]。本研究对肝癌肝动脉介入术后患者展开过渡期护理计划模式护理。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 4 月—2021 年 4 月在本院接受肝动脉介入术治疗的肝癌患者 198 例,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各 99 例。纳入条件:符合《原发性肝癌诊疗规范(2017 年版)》中的诊断标准及肝动脉介入术适应证^[5];肝功能 Child-Pugh 分级为 A 级、B 级;意识清楚,可正常进行语言交流;知晓研究,并配合知情同意书签字。排除条件:合并其他严重脏器功能障碍复发性肝癌、转移性肝癌;认知、精神障碍;出现严重术后并发症。对照组中男 53 例,女 46 例;年龄 49~76 岁,平均 62.51 ± 5.47 岁;肿瘤直径 5~12 cm,平均 8.50 ± 3.46 cm。观察组中男 54 例,女 45 例;年龄 50~76 岁,平均 63.01 ± 5.49 岁;肿瘤直径 6~12 cm,平均 9.01 ± 3.48 cm。两组年龄、性别及肿瘤直径比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究已通过医院医学伦理委员会审核。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 常规护理:术后严密观察病情,遵医嘱进行用药,指导患者饮食、睡眠、运动,并详细介绍术后康复的相关知识,安抚患者不良情绪,嘱咐患者家属多予以陪伴。

1.2.2 观察组 在对照组基础上展开过渡期护理计划模式护理,具体如下。

(1) 电子健康档案建立:建立每位患者专用的电子健康档案,记录姓名、年龄、病史等信息,并评估记录“红旗”问题,即恶化倾向的体征与症状。患者出院前,对其身体状况、健康知识需求等进行评估,了解其对肝动脉介入术后药物治疗、饮食控制、运动、自我管理 etc 知识掌握情况,并记录入档案中。

(2) “红旗”问题处理:对患者疾病自我管理水平进行评估,详细解释术后恢复过程中可能会出现症状,并告知处理方法。例如肝癌肝动脉介入术后患者易发感冒,需指导其避免到人流量大的场所活动,注意佩戴口罩,适时增减衣物,适当增加补血食物,按时复查。

(3) 出院后随访与护理:患者出院后 3 个月内,每周随访 4 次,3~6 个月时,1 个月随访 1 次。随访过程中,详细询问患者身体状况、自我管理情况,并进行跟踪指导。①情绪管理。随访过程中,通过口头健康教育、发放健康教育宣传册等方式详细介绍肝癌术后恢复的相关知识、自我管理技能等,缓解其因认知不足导致的不良情绪。同时,建立微信“病友圈”,邀请患者加入,引导其相互交流,互相倾诉对疾病康复的困扰,并相互分享成功经验,以引发病友之间的共鸣,相互安慰、鼓励,以促进身心放松,增强术后恢复信念。②饮食管理。指导患者饮食以清淡、高热量、高营养食物为主,适当增加新鲜水果与蔬菜的食用量,确保机体有充足的营养供应。③睡眠管理。耐心介绍充足睡眠的必要性,指导其陪伴良好的睡眠规律、习惯,介绍失眠障碍缓解方法,如改善睡眠环境、减少午休时间、睡前泡脚等。④运动管理。依据患者实际情况,制订针对性的运动计划,运动以太极拳、散步、健身操等为主。⑤自我监测。了解患者自我管理实施效果,详细解释术后恢复过程中患者容易出现的症状,并告知出现后需及时入院就诊的症状。

1.3 观察指标

(1) 心理状态:干预前后,通过恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)、心理弹性量表简化版(CD-RISC10)评价两组心理状态。FoP-Q-SF 表共 2 个维度、12 个条目,各条目从“无恐惧”~“总是恐惧”分别计 1~5 分,共计 12~60 分,得分越高,恐惧程度越高^[6]。CD-RISC10 表共 10 个条目,各

条目正向计 0~4 分，介于 0~40 分，得分越高，心理弹性越好^[7]。

(2) 自理能力：干预前后，采用中文版健康促进策略量表 (SUPPH)、自我管理能力测定量表 (ESCA) 评价两组的自理能力。SUPPH 表共 3 个维度、28 个条目，各条目从“无信心”~“非常有信心”分别计 1~5 分，共计 28~140 分，得分越高，自我管理信心、能力越强^[8]。ESCA 表共 4 个维度、43 个项目，各项目从“非常不像我”~“非常像我”分别计 1~4 分，共计 43~220 分，得分越高，自理能力越强^[9]。

(3) 健康信念：干预前后，采用季邵艳研制的健康信念量表对两组的健康信念状况进行评价，量表包括 5 个维度：个人健康信念 (10 个条目)、感到有实施压力 (7 个条目)、感到有控制力 (6 个条目)、感到有资源利用 (14 个条目)、感到有威胁 (11 个条目)，各条目行 Likert 5 级评分法计分，得分越高，健康信念越强^[10]。

(4) 生活质量：干预前后，通过肝癌生活质量测定量表 (QOL-LC) 评价两组的生活质量，量表包括躯体功能 (6 个条目)、心理功能 (6 个条目)、症状 / 副作用 (5 个条目)、社会功能 (5 个条目) 4 个维度，各条目采用 Likert 10 级评分法计分，得分越高，生活质量越高^[11]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 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。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者心理状态评分比较

干预前，两组的 FoP-Q-SF、CD-RISC10 评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组 FoP-Q-SF 评分低于对照组，CD-RISC10 评分高于对照组，组间比较差异均有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 干预前后两组患者心理状态评分比较 (分)

组别	例数	FoP-Q-SF		CD-RISC10	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	41.31 ± 4.12	32.38 ± 3.43	25.56 ± 2.35	30.45 ± 3.16
观察组	99	41.29 ± 4.15	25.46 ± 3.24	25.57 ± 2.33	35.27 ± 2.12
<i>t</i> 值		0.034	14.593	0.030	12.603
<i>P</i> 值		0.973	0.000	0.976	0.000

2.2 干预前后两组患者自理能力评分比较

干预前，两组 SUPPH、ESCA 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组 SUPPH、

ESCA 评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 干预前后两组患者自理能力评分比较 (分)

组别	例数	SUPPH		ESCA	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	74.56 ± 4.41	91.63 ± 5.47	89.62 ± 5.32	135.21 ± 6.42
观察组	99	74.58 ± 4.39	119.31 ± 5.26	89.59 ± 5.28	165.26 ± 7.35
<i>t</i> 值		0.032	36.292	0.039	40.833
<i>P</i> 值		0.975	0.000	0.968	0.000

2.3 干预前后两组患者健康信念评分比较

干预前，两组健康信念量表各维度评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组健康信念量表各维度评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

2.4 干预前后两组患者生活质量评分比较

干预前，两组 QOL-LC 各维度评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组生活质量各维度评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表3 干预前后两组患者健康信念评分比较(分)

组别	例数	个人健康信念		感到有实施压力		感到有控制力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	28.51 ± 3.35	35.81 ± 4.25	21.12 ± 3.25	26.45 ± 3.31	16.05 ± 2.35	22.17 ± 3.22
观察组	99	28.53 ± 3.37	43.23 ± 3.49	21.11 ± 3.27	30.28 ± 2.18	16.01 ± 2.33	26.49 ± 2.25
<i>t</i> 值		0.042	13.425	0.022	9.615	0.120	10.942
<i>P</i> 值		0.967	0.000	0.983	0.000	0.904	0.000

组别	例数	感到有资源利用		感到有威胁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	36.94 ± 4.31	49.16 ± 5.18	25.12 ± 4.33	36.65 ± 3.41
观察组	99	36.92 ± 4.32	60.37 ± 4.52	25.11 ± 4.34	49.43 ± 3.35
<i>t</i> 值		0.033	16.224	0.016	26.601
<i>P</i> 值		0.974	0.000	0.987	0.000

表4 干预前后两组患者生活质量评分比较(分)

组别	例数	躯体功能		心理功能		症状/副作用		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	99	34.98 ± 4.22	43.57 ± 3.96	33.75 ± 5.18	42.49 ± 4.78	32.38 ± 3.65	39.38 ± 2.71	35.28 ± 3.45	39.78 ± 2.79
观察组	99	35.02 ± 4.31	51.48 ± 3.84	33.72 ± 5.20	50.69 ± 3.68	32.40 ± 3.62	44.62 ± 2.62	35.31 ± 3.41	44.62 ± 2.82
<i>t</i> 值		0.066	16.151	0.041	13.525	0.039	13.832	0.062	12.140
<i>P</i> 值		0.947	0.000	0.968	0.000	0.969	0.000	0.951	0.000

3 讨论

肝癌患者病情较复杂,治疗周期长,治疗期间受疼痛不适影响,易出现不良情绪,影响患者生活质量^[12-13]。肝动脉介入术是现阶段肝癌的常用治疗方式之一,可有效促进肿瘤细胞凋亡,使患者生存期限得以延长。但相关研究显示,肝癌术后5年复发率可达到50.0%以上,而复发影响因素主要为术后干预措施^[14]。肝癌患者接受肝动脉介入术治疗后,仍需接受较长时间的后续监测、治疗,治疗效果在很大程度上受患者自理能力、希望水平等影响。因此,术后需对患者采取有效管理模式,改善患者的不良情绪,提高其自理能力和生活质量。

过渡期护理计划模式指的是通过实施广泛性护理服务使患者顺利完成不同层次健康照护、健康照护场所转移的护理服务,可使患者接受连续性的健康服务,预防健康状况恶化^[15]。本次研究对肝癌肝动脉介入术后患者展开过渡期护理计划模式护理,结果显示,观察组干预后FoP-Q-SF评分比对照组低,CD-RISC10评分比对照组高,提示予以肝癌肝

动脉介入术后患者展开过渡期护理计划模式护理可有效改善其心理状态。肝癌患者接受肝动脉介入术治疗后,在术后不良反应、担忧疾病复发等因素影响下,患者多会有恐惧、抑郁等不良情绪。过渡期护理计划模式通过建立患者健康档案,在了解其健康状况、健康知识需求等基础上对其展开护理,其中的“红旗”问题处理可有效减轻术后相关症状,减轻不良症状对患者产生的心理压力,缓解其不良情绪。出院后随访与护理中注重情绪管理,可使患者认知水平得以提升,并促进其身心放松,提升其心理弹性,使其术后恢复信念增加。不仅如此,本次研究还发现,观察组SUPPH、ESCA评分比对照组高,提示对肝癌肝动脉介入术后患者展开过渡期护理计划模式护理有助于进一步提升其自理能力。过渡期护理计划模式护理强调对患者自理能力进行调查,并在此基础上展开自我管理指导,包括情绪、饮食、睡眠、运动、自我监测等方面的管理,可使患者自主管理意识、能力得以提升,主动参与病情的自主管理^[16]。

大量临床研究表明,癌症患者术后恢复质量直

接受患者健康信念水平的影响,消极的疾病感知不但会导致术后相关症状增多,而且可能增大复发风险,导致患者生活质量下降^[17-18]。本次研究中,观察组干预后健康信念量表各维度评分均比对照组高,提示过渡期护理计划模式应用于肝癌肝动脉介入术后患者中有助于进一步提升其健康信念。过渡期计划护理模式通过电子档案可全面了解患者护理需求,“红旗”问题处理可使患者不适症状有效缓解,出院后的随访与护理可有效促进患者不良情绪缓解,并使其主动参与病情管理,通过实施各方面护理措施,可有效缓解患者身心不适感,进而达到提升其健康信念的效果。不仅如此,本次研究还发现,观察组干预后 QOL-LC 各维度评分均比对照组高,提示肝癌肝动脉介入术后患者实施过渡期护理计划模式护理可有效改善其术后生活质量。予以肝癌肝动脉术后过渡期护理计划模式后,患者心理状态有效缓解,且自理能力、健康信念水平得以提升,可自主实施病情监测与管理,促进术后恢复,减轻生理、心理不适感对其日常生活产生的影响,进而达到改善其生活质量的效果。

综上所述,过渡期护理计划模式应用于肝癌肝动脉介入术后患者中可有效改善其心理状态、自理能力及健康信念水平,并促进其生活质量提升。然而,此次研究在诸多不足,如选取的病例仅局限于本院近2年接收的198例患者,且观察指标较少,存在较高的主观性,可能使结论存在片面性、局限性等。因此,后续需进一步增加样本数量、观察指标等展开研究,从而客观分析过渡期护理计划模式对肝癌肝动脉介入术后患者自理能力和健康信念的影响。

4 参考文献

- [1] 陶明珠,刘声梅,赵柱莲,等.原发性肝癌介入术后患者心理弹性及影响因素研究[J].实用医院临床杂志,2019,16(5):29-32.
- [2] 杨萍.动脉压迫止血器在肝动脉介入术后患者中的应用[J].解放军护理杂志,2017,34(7):75-76.
- [3] Li T, Zhang X, Xu S, et al. Effectiveness and safety of adjunctive traditional Chinese medicine therapy for primary liver cancer patients: A protocol for systematic review and meta analysis[J].Medicine,2020,99(31):e21281.
- [4] 台瑞,方芳,杨富.ICU 转出病人过渡期护理的研究进

展[J].护理研究,2019,33(9):70-74.

- [5] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会医政医管局.原发性肝癌诊疗规范(2017年版)[J].中华消化外科杂志,2017,16(7):705-720.
- [6] 王佳佳,方艳春,王蓉,等.基于 PERMA 模式的积极心理干预对乳腺癌患者癌症复发恐惧的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(4):279-285.
- [7] 张双燕,王艳波,韩改英.赋能教育对妊娠糖尿病患者泌乳、心理弹性及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2019 25(6):756-761.
- [8] 李平,尹义兴,谭要鹏,等.乳腺癌改良根治术后即刻背阔肌皮瓣乳房重建在乳腺癌治疗中的应用效果[J].癌症进展,2020,18(22):79-82.
- [9] 黄晓莉,秦呈婷,俞菀琦,等.移动式云端健康管理对首次经皮冠状动脉介入术后患者出院后用药依从性及自我管理水平的的影响[J].中国医学装备,2020,17(11):109-113.
- [10] 林雪琴,黄文娟.经皮冠状动脉介入术后冠心病患者健康促进行为与健康信念的相关性研究[J].华南预防医学,2019,12(4):309-313.
- [11] Tan J, Tan S, Li Y, et al. Clinical and genetic determinants of toxicity and quality-of-life (QOL) outcomes for SBRT in Asian prostate cancer[J].J Clin Oncol,2019,37(7suppl):95.
- [12] 代敏.人文关怀在原发性肝癌患者护理中的应用与效果[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(1):232.
- [13] 胡玉莲,崔恒,夏雪峰.团队工作管理模式对肝癌肝动脉介入术后患者自理能力和生活质量的影响[J].中西医结合肝病杂志,2019, 29(6):507-509.
- [14] 王蓓琳.经导管肝动脉化疗栓塞术治疗肝癌患者围术期的预见性护理[J].实用临床医药杂志,2020, 24(4):119-121.
- [15] 李茹捧,李金蕊,张梅,等.过渡期护理计划模式在 COPD 患者中的临床应用效果研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(7):900-903.
- [16] 章娟,邵艳,兰军,等.音乐结合放松疗法对肝癌介入治疗患者焦虑及疼痛的影响[J].护理学杂志,2015, 30(6):86-88.
- [17] Pan H, Su J, Zhao T, et al. Effect of hospice care on quality of life and negative emotion of core family members of patients with advanced liver cancer[J].Am J Transl Res, 2021,13(5):5322-5328.
- [18] 刘翠,赵艳.健康信念指导下的中西医结合优质护理干预提高原发性肝癌 TACE 术后的依从性和生活质量[J].现代肿瘤医学 2019,27(22):4018-4022.

[2021-09-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

双维度四位一体护理模式对精索静脉曲张患者负性情绪及自我效能感的影响

刘冬

【摘要】 目的 探究双维度四位一体护理模式对精索静脉曲张患者负性情绪及自我效能感的影响。方法 选取2020年7月—2021年7月医院就诊的精索静脉曲张患者100例,按照组间基线资料匹配的原则分为对照组与观察组,每组50例。对照组采取常规护理,观察组给予双维度四位一体护理模式,使用一般自我效能量表(GSES)、情绪状态量表(POMS)评价患者自我效能感、情绪状态。结果 干预前,两组患者GSES评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组GSES评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者POMS各项评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组愤怒、疲惫、抑郁、紧张、慌乱评分均低于对照组,精力、自尊感评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对精索静脉曲张患者实施双维度四位一体护理,可有效缓解患者负面情绪,全面提升患者的自我效能。

【关键词】 双维度;四位一体护理模式;精索静脉曲张;负性情绪;自我效能感

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.019

Effect of two-dimensional four-in-one nursing mode on negative emotions and self-efficacy in patients with varicocele LIU Dong (Shanghai Changzheng Hospital, Shanghai, 200000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of two-dimensional four-in-one nursing mode on negative emotions and self-efficacy in patients with varicocele. **Methods** To select 100 patients with varicocele who visited the hospital from July 2020 to July 2021 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of matching the baseline data between groups, with 50 cases in each group. The control group was given routine nursing care, while the observation group was given a two-dimensional four-in-one nursing model, and general self-efficacy scale(GSES) and profile of mood states(POMS) were used to evaluate patients' self-efficacy and emotional state. **Results** Before intervention, there was no significant difference in GSES score between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the GSES score in the observation group was higher than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in POMS scores between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the scores of anger, fatigue, depression, tension and panic in the observation group were lower than those in the control group, and the scores of energy and self-esteem were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The implementation of two-dimensional four-in-one nursing for patients with varicocele can effectively relieve the negative emotions of patients and comprehensively improve the self-efficacy of patients.

【Key words】 Two-dimensional; Four-in-one nursing mode; Varicocele; Negative emotions; Self-efficacy

精索静脉曲张主要是由精索内蔓状静脉丛的异常扩张、迂曲所导致^[1-3]。分为原发性、继发性两种类型,后者与高强度体力运动、军事训练有一定联系,近年来军队中发病率呈上升趋势^[4-7]。该疾

病不仅会引发阴囊疼痛,甚至导致不孕症^[8]。目前,临床主要采用手术治疗,尽早治疗可降低对生殖系统的损伤^[9]。但手术属于侵入性操作,且该疾病较为特殊,患者极易产生负性情绪,影响疾病预后^[10]。因此,为确保军队军事训练能力以及患者的身心健康,对精索静脉曲张患者实施科学护理具有重要意义^[11]。双维度四位一体护理模式能够从疾病、心理、社会等方面入手,全面改善患者预后,被应用于临

基金项目:海军军医大学第二附属医院第九届护理课题(编号: CZZY-HLQ97)
作者单位: 200000 上海市,海军军医大学第二附属医院(上海长征医院)

床取得了良好效果^[12]。基于此,本文探讨双维度四位一体护理模式对精索静脉曲张患者负性情绪及自我效能感的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2020年7月—2021年7月于本院泌尿外科就诊的100例精索静脉曲张患者为研究对象,纳入条件:符合中国泌尿外科精索静脉曲张(varicocele,VC)诊断治疗指南^[13]中相关诊断标准;依从性良好,无手术禁忌证;患者意识清楚,智力正常,能与医护人员正常交流;患者及家属均签署知情同意书。排除条件:合并血液系统疾病、脏器功能障碍、内分泌代谢病、循环系统疾病、免疫缺陷疾病;合并腹部手术史或隐睾病史及阴囊手术史患者继发性精索静脉曲张或其他因素引发的睾丸疼痛;有认知障碍或精神病史,无法正常交流或配合检查。患有精神疾病或存在智力障碍者。按照组间基线资料匹配的原则分为对照组与观察组,每组50例。观察组年龄20~33岁,平均 26.51 ± 2.66 岁;单侧35例,双侧15例。对照组年龄21~33岁,平均 25.21 ± 3.54 岁;单侧36例,双侧14例。两组年龄、病变部位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。

1.2 护理方法

两组患者均由5年以上临床经验医师实施的精索静脉结扎术,术后卧床休息7~9d,根据病情恢复程度选择出院。

1.2.1 对照组 实施常规护理,包括:①术前心理护理和健康知识普及。向患者介绍围术期治疗的相关知识,讲解术中具体流程,以减轻恐惧感,帮助其树立自信。通过术前教育,减少患者的焦虑及疼痛,取得患者及其家属的配合,使其在最佳状况下配合完成手术。②观察阴囊情况。治疗采用显微镜下精索静脉结扎术,术中不留置导尿管,术中充分止血后不放置引流,从而减少感染等并发症的发生概率,使手术应激反应降低到最小程度,减少对术后活动的影响,减轻患者术后康复的心理障碍。③术后做好监测、切口管理的同时,告知各阶段康复活动的时间,鼓励早期活动,同时实施饮食护理及疼痛护理。

1.2.2 观察组

(1)成立护理小组,展开基础评估:由医生、护士、家属组成护理小组,与患者展开深度交流,了解患者的疼痛、肿胀、睡眠、饮食、心理、自我

效能等情况,为后续干预提供循证支持。

(2)从治疗康复与护理双维度实施四位一体式协同护理:①医生。主要负责介绍精索静脉曲张的相关知识、临床表现、治疗方式及达到的治疗效果,使患者有一个心理预期并具备一定的认知水平,进而达到良好的治疗配合度。②护士。对患者的心理状态进行评估,对负性情绪严重的患者进行专业指导,引导其倾诉内心顾虑,予以耐心解答,使患者理解在就诊与康复过程中,正向情绪、主动配合、自我激励等对疾病进展与康复产生的积极作用。③家属。负责实时跟进患者的症状缓解程度、情绪状态,积极与医护人员沟通,督促患者用药,协助患者就餐、清洁皮肤等。④患者。需积极配合医护操作,保持积极的情绪状态,有不适感或负面情绪及时与家属或医护人员沟通;勿私自调整药物剂量,夸大或隐瞒患者病情。

(3)加强随访和监测:编制精索静脉曲张患者的健康教育手册,讲解预防复发的注意事项,正确对待疾病的发生、发展过程。指导患者降低复发风险,对可能的并发症应有所预料和警惕,建立“绿色通道”,随时满足患者因并发症而再次入院的需求。

1.3 观察指标

(1)自我效能:采用一般自我效能量表(GSES)的李克特4点量表形式,共10个项目,涉及个体遇到挫折或困难时的自信心,每个项目均为1~4分。被试者根据自己的实际情况回答“完全不正确、有点正确、多数正确、完全正确”,分别对应1、2、3、4分,共40分,分值与自信心成正比^[14]。该量表Cronbach's α 系数为0.946。

(2)情绪状态:采用情绪状态量表(POMS),该量表是由美国麦克奈尔等^[15]于1971年编制的一种情绪状态评定量表,包括7种状态,即愤怒、疲乏、抑郁、紧张、慌乱、精力、自尊感,共40个问题,全面评估了患者的负性及正性情绪,包括“一点没有”“略有一点”“中等”“相当明显”“非常明显”5种不同情感状态程度,分别对应“0、1、2、3、4”5档评分等级,最高得分分别为24、28、20、24、20、20、20分,最低得分为0分,分值越高表示表达程度越强烈。该量表Cronbach's α 系数为0.951。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据处理。计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 GSES 评分比较

干预前, 两组患者 GSES 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组 GSES 评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 GSES 评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	50	23.31 ± 12.25	33.16 ± 5.29
对照组	50	23.37 ± 12.14	28.67 ± 6.13
<i>t</i> 值		0.025	3.921
<i>P</i> 值		0.980	0.000

2.2 两组 POMS 评分比较

干预前, 两组患者 POMS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组愤怒、疲乏、抑郁、紧张、慌乱评分低于对照组, 精力、自尊感评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组 POMS 评分比较 (分)

组别	例数	愤怒		疲乏		抑郁		紧张	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	19.47 ± 2.64	16.63 ± 1.16	22.46 ± 4.38	18.61 ± 4.12	16.97 ± 2.62	13.68 ± 1.43	20.92 ± 2.62	17.16 ± 1.87
观察组	50	19.34 ± 2.74	13.47 ± 1.91	22.92 ± 4.51	15.14 ± 3.69	16.01 ± 2.54	10.12 ± 1.93	20.01 ± 2.89	14.43 ± 1.24
<i>t</i> 值		0.242	9.994	0.517	4.436	1.860	10.480	1.650	8.603
<i>P</i> 值		0.809	0.000	0.606	0.000	0.066	0.000	0.102	0.000

组别	例数	慌乱		精力		自尊感	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	17.04 ± 2.62	14.12 ± 1.47	12.85 ± 2.14	14.40 ± 2.34	11.32 ± 2.64	15.19 ± 2.21
观察组	50	17.13 ± 2.47	12.56 ± 0.94	12.86 ± 2.03	17.12 ± 2.21	12.16 ± 2.94	17.13 ± 2.27
<i>t</i> 值		0.177	6.322	0.024	5.976	1.503	4.33
<i>P</i> 值		0.860	0.000	0.981	0.000	0.136	0.000

3 讨论

在男性不孕症中, 精索静脉曲张导致的不孕比例较高, 且高发青年男性军人群体。临床资料表明, 大部分精索静脉曲张患者均承受较大的身心压力, 会降低患者治疗信心、治疗效果以及患者自我效能, 不利于疾病预后^[16-18]。临床上常规护理力度薄弱, 方式较简单机械, 由护理人员主导的术前心理护理、术前准备、术后护理、出院健康指导, 整个护理流程缺乏整体性, 并且患者及家属处于被动接受地位, 也会导致护理资源的付出与护理效果不对等的问题。因此, 采取相应的护理措施提升患者参与度与护理效果具有重要意义。

双维度四位一体护理模式可贯穿于整个围术期乃至患者出院后, 能够为患者提供全方位、多层次的护理服务, 与传统护理相比, 除了能够满足临床

需要外, 还可有效提高患者预后效果。该护理模式注重护患之间的交流, 并且将患者及家属纳入护理工作的执行过程中, 旨在提升患者积极性并全面提升护理质量。本次研究中, 干预后观察组 GSES 评分、POMS 各项评分均优于对照组, 说明患者的自我效能提高, 负性情绪下降。该结果与蔡晖等^[18]、马小丽等^[19]研究相似, 体现了双维度四位一体式护理对疾病具有正向作用, 究其原因如下: ①通过疾病控制与康复活动维度实施临床救治、心理护理、饮食护理, 康复护理四位一体式协同护理, 能够将护理工作贯穿于整个护理流程, 治疗开始前即进行心理评估, 有助于针对性心理指导的开展, 有助于患者心理问题的解决。围术期, 对患者取得的进步给予鼓励, 可增强患者的自尊感与自信心。患者经健康教育与心理护理后, 遵医行为以及知信行水平均有所提高, 可以更好地配合治疗; 同时双维度四位

一体护理模式可帮助患者纠正不良的饮食、生活习惯,加快机体恢复。②心理护理与治疗过程中的护理操作重要性一致,由医师、护理人员联合完成,使患者及其家属了解情绪在疾病转归中的重要意义,可帮助患者树立自我情绪控制意识,而家属凭借主要照顾者优势,可帮助维持良好的情绪氛围,医患联合共同提升患者的自我效能。③家属作为护理过程中的重要角色,其通过四位一体护理模式,能有效参与护理流程,不仅可以从细节上反馈患者情况,还可督促患者维持良好的生活习惯,即便在患者出院后,亦能够获得较好的居家护理效果。与此同时,医护人员在患者出院后定期随访,指导其进行康复训练,也能够加快恢复,降低疾病复发概率^[20]。此结果与花芸等^[21]、廖丽如等^[22]研究结果相似,证明全面护理对于疾病预后存在积极意义。

综上所述,对精索静脉曲张患者实施双维度四位一体护理,可有效减轻患者的负面情绪,全面提升患者的自我效能感。但本研究也存在一些不足,例如样本量较少,缺乏代表性,还需要进一步扩大样本量,延长研究时间,以得到更为准确的结果。

4 参考文献

- [1] Waxman S, Lewis PC, Soderdahl D. Scrotal pathology in the outpatient setting in Operation Iraqi Freedom[J]. *Mil Med*, 2009, 174(5): 539-41.
- [2] 李传贵,高奎,王强. 体育院校师生精索静脉曲张患病分析[J]. *现代医药卫生*, 2020, 36(15): 2354-2356.
- [3] 施立新,袁海川,罗程鹏. 精索静脉曲张不育男性 IL-37 和 IL-18 的表达情况及相关性分析[J]. *国际泌尿系统杂志*, 2018, 38(6): 997-1000.
- [4] Choi SY. Urologic Diseases in Korean Military Population: a 6-year Epidemiological Review of Medical Records. *J Korean Med Sci*, 2017, 32(1): 135-142.
- [5] 许志伟,徐振东,郭时英,等. 2242 名青年官兵精索静脉曲张患病情况调查[J]. *解放军预防医学杂志*, 2017, 35(11): 1494.
- [6] Kousoulis P, Skrepetis K, Efthimiou I, Ferentinos G, Diamantopoulos I, Papadopoulos G. Does G force increase the incidence of varicocele in Air Force pilot cadets[J]. *Urol Int*, 2010, 84(1): 73-7.
- [7] Gokce A, Davarci M, Yalcinkaya FR, et al. Hereditary behavior of varicocele [J]. *J Androl*, 2010, 31(3): 288-290.
- [8] 胡啸,易爱国,徐文渊,等. 显微镜下精索静脉结扎术治疗精索静脉曲张的临床效果[J]. *中国当代医药*, 2020, 27(36): 84-86, 93.
- [9] 陈玉晶,甘瑞容,林雪华. 临床护理路径在精索静脉曲张护理中的应用[J]. *医疗装备*, 2015, 28(7): 170-171.
- [10] Hassanin A M, Ahmed H H, Kaddah A N. A global view of the pathophysiology of varicocele[J]. *Andrology*, 2018, 6(5): 1233-1235.
- [11] 王小娜,陈永红,朱圣红. 拓展护理服务对精索静脉曲张合并不育患者的影响[J]. *内蒙古医学杂志*, 2019, 51(6): 755-757.
- [12] 蔡萍. 四位一体模式在优质护理服务病区管理中的影响[J]. *临床医药文献电子杂志*, 2017, 4(19): 3673-3674.
- [13] 那彦群,叶章群,孙光. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南: 2011 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 76.
- [14] 王少红. 围绝经期女性慢性阻塞性肺病患者自我效能感与生活质量调查分析及提高策略[J]. *中国妇幼保健*, 2020, 35(18): 110-113.
- [15] 陆姣姣,安燕,许瑾,等. 磷脂酰丝氨酸对射击运动员心理应激适应能力及脑内神经递质激活水平的影响[J]. *营养学报*, 2019, 41(5): 29-33.
- [16] Gowri V, Venkiteswaran KP, Al-Zakwani I, et al. Comparison of the Demographics, Semen Parameters and Hormone Profiles in Men with Primary and Secondary Infertility[J]. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2010, 10(3): 350.
- [17] 周萍. 路径式健康教育在腹腔镜下精索静脉曲张结扎患者围术期中的应用[J]. *护理实践与研究*, 2017, 14(3): 3.
- [18] 蔡晖,王涓,张莉莉,等. 灵性关怀改善下肢静脉曲张患者术后不良情绪及生活质量[J]. *解放军护理杂志*, 2017, 34(13): 11-15, 44.
- [19] 马小丽,郭超丽. 双维度四位一体式协同化护理对急性非静脉曲张性上消化道出血患者的护理效果[J]. *河南医学研究*, 2020, 29(28): 5349-5350.
- [20] 李莉,苑金华,吴星. 1 例韦格纳肉芽肿合并阴囊精索脓肿患者的护理[J]. *护理实践与研究*, 2016, 13(11): 158, 封三.
- [21] 花芸,李凤,秦颖. 经脐单孔腹腔镜静脉高位结扎术治疗小儿精索静脉曲张的围术期护理[J]. *护士进修杂志*, 2012, 27(20): 1855-1857.
- [22] 廖丽如,李倩倩,付小琴,等. 改良护理干预对经脐单孔腹腔镜下精索静脉曲张术患者的影响[J]. *中外医学研究*, 2019, 17(2): 83-84.

[2021-10-29 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

疼痛分级护理策略在骨盆骨折患者中的效果观察

潘林香 吴进 李白玲

【摘要】 目的 探讨疼痛分级护理策略在骨盆骨折患者中的应用价值。**方法** 选择2019年6月—2021年5月于医院接受治疗的63例骨盆骨折患者为研究对象,按照组间均衡可比的原则分为对照组32例和观察组31例。对照组采用常规护理,观察组则在对照组基础上实施疼痛分级护理策略。比较两组患者的疼痛情况、疼痛应激指标、并发症发生情况及恢复效果。**结果** 两组患者护理前、护理3 d及7 d后NRS评分出现逐渐降低状况,时间比较差异有统计学意义($P_{\text{时间}} < 0.05$);组间比较差异有统计学意义($P_{\text{组间}} < 0.05$);且随着观察时间延长,组间差距逐渐增大,差异有统计学意义($P_{\text{交互}} < 0.05$)。术后7 d,观察组患者人血清P物质、前列腺素E2、神经肽Y水平平均低于对照组($P < 0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组骨折愈合时间、完全负重下地时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 疼痛分级护理策略可有效减轻骨盆骨折患者的术后疼痛,抑制疼痛应激反应,并控制并发症发生,从而促进患者快速康复。

【关键词】 疼痛分级护理策略;骨盆骨折;疼痛;恢复效果;并发症

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.020

骨盆骨折是较为严重的骨折类型,多由高能量外伤所致,且有50%患者会伴发合并症、多发损伤,致残率较高^[1]。手术是治疗该疾病的有效方法,但创伤性手术会损伤患者骨折端相关的软组织与血管,术后麻醉作用消失后患者的疼痛感就会明显增加,甚至难以忍受,严重影响其身心健康,更不利于其预后^[2],甚至会引发骨盆骨折术后并发症发生,例如便秘、下肢静脉血栓、感染等,为促进患者术后快速恢复,促进骨折愈合,缩短完全负重下地时间,应在术后护理工作中将疼痛干预作为重点内容,通过缓解患者的疼痛症状,以达到促进骨折部位愈合的目的。常规护理中对所有患者均采取统一的干预方法,忽略了不同等级疼痛的患者会有不同程度的心理与生理感受,导致疼痛护理缺乏针对性与个性化,降低了患者的整体疼痛缓解效率^[3]。基于此,本研究探讨疼痛分级护理策略在骨盆骨折患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年6月—2021年5月于我院接受治

疗的63例骨盆骨折患者为研究对象,纳入条件:经CT、X线片等影像学检查后确诊为骨盆骨折;意识清醒、表达能力正常,能与医护人员沟通;临床资料完整;了解本研究的目的、意义及风险等且签署知情同意书。排除条件:伴精神疾病、认知障碍者;凝血功能异常者;存在陈旧性骨折者;对医护工作配合度差者;患恶性肿瘤、心脑血管疾病者。按照组间均衡可比的原则分为对照组32例和观察组31例。对照组中男21例,女11例;年龄18~79岁,平均 48.64 ± 8.87 岁;致伤原因均为外伤。观察组中男19例,女12例;年龄18~80岁,平均 48.12 ± 8.32 岁;致伤原因均为外伤。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,如术后监测患者生命体征,给予吸氧,并观察切口情况,确保引流管的通畅性;指导患者多食用富含维生素、易消化的流质食物或半流质食物,同时确保充足的热量与蛋白摄入;告知患者疼痛是术后常见现象,使其不必过于担忧,疼痛难忍者可给予药物止痛。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施疼痛分级护理策略,具体措施如下。

(1)疼痛分级:采用疼痛数字评分法(NRS)^[3]评估患者的疼痛程度,总分0~10分,评分1~3分表示疼痛轻微,4~6分表示中度疼痛,7~10分表示重度疼痛。

基金项目:江苏省苏北人民医院科研项目(编号:Yzucms201945)

作者单位:225000 江苏省扬州市,江苏省苏北人民医院创伤骨科

通信作者:吴进

(2) 根据疼痛等级采取相应的干预措施：护理人员根据患者的不同疼痛评分对其实施相应的干预措施。①疼痛轻微者，护理人员可通过与其积极沟通，建立信任关系，将疾病的相关知识（如治疗方法、术后护理措施、疼痛发生机制等）打印成册发放给患者，向患者详细讲解手册中的相关内容，每日评估1次患者的疼痛情况及心理状态，无需给予镇痛药物。②中度疼痛者，除了向患者进行相关知识宣教，改变其疼痛认知外，还需在此基础上进行行为干预，主要措施包括：护理人员负责指导患者进行放松训练，可采取深呼吸、意念想象、渐进性放松训练等方式进行，让患者达到深度放松的状态，每日3次；护理人员可采用鼓励性语言帮助患者增强自信心，从而提升其对疼痛的控制力；护理人员可通过视觉分散、触觉分散的方式转移患者对疼痛的注意力，视觉分散主要运用游戏、阅读、看剧等方式开展，触觉分散则通过触摸患者身体，如按摩、冰敷疼痛部位，可指导家属对患者进行触觉分散，必要时遵医嘱给予非甾体类镇痛药，如艾瑞昔布片、氟比洛芬酯注射液。每日疼痛评估2~3次。③重度疼痛者，除了给予患者认知、行为干预外，还要加强其情绪引导和药物指导，每日疼痛评估4~6次，将评估结果记录为疼痛曲线，及时反馈给医生，针对患者的实际情况进行用药及相关干预措施，加强对疼痛的管理；护理人员每日至少与患者进行2次身体状况及疼痛程度的沟通，认真倾听其主诉，并合理运用语言、行为等沟通技巧帮助患者宣泄情绪；加强认知行为干预，运用疼痛意念分散法、渐进性肌肉松弛训练等引导患者摆脱疼痛意境；鼓励患者家属参与到术后护理中，让患者感受到来自家人的支持与关心，从而提高其疼痛的自我效能；适当给予药物镇痛，注意掌握药物的使用剂量，同

时将药物镇痛的原理告知患者及其家属；对于疼痛控制效果不佳者应加强查房，并请医生、护士长、专职护理人员会诊，共同探讨有效的镇痛方案，必要时遵医嘱给予阿片类止痛药，如地佐辛注射液。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分：采用NRS评估患者护理前及护理3 d、7 d后的疼痛情况，分值为0~10分，分值越高说明患者的疼痛程度越严重。

(2) 疼痛应激情况：分别于术前、术后7 d评估患者的疼痛应激情况，疼痛应激指标有人血清P物质(SP)、前列腺素E2(PGE2)、神经肽Y(NPY)，采用酶联免疫吸附法检测，试剂盒由上海研谨生物科技有限公司提供^[4]。

(3) 并发症及恢复情况：详细记录两组患者并发症（便秘、下肢静脉血栓、感染）发生情况及骨折愈合时间、完全负重下地时间，骨折愈合时间通过摄片得知，完全负重下地时间通过出院后电话随访得知。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用t检验或双因素重复测量设计的方差分析；计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同时间点两组患者疼痛评分比较

两组患者护理前、护理3 d及7 d后NRS评分出现逐渐降低状况，时间比较差异有统计学意义($P_{\text{时间}}<0.05$)；组间比较差异有统计学意义($P_{\text{组间}}<0.05$)；且随着观察时间延长，组间差距逐渐增大，差异有统计学意义($P_{\text{交互}}<0.05$)，见表1。

表1 不同时间点两组患者疼痛评分比较(分)

组别	例数	护理前	护理3 d后	护理7 d后
对照组	32	8.13 ± 0.52	6.65 ± 1.88	5.37 ± 1.46
观察组	31	8.09 ± 0.55	5.63 ± 0.95	4.69 ± 0.32

$F_{\text{组间}}=3.767$, $P=0.000$; $F_{\text{时间}}=4.643$, $P=0.000$; $F_{\text{交互}}=6.855$, $P=0.000$ 。

2.2 两组患者术前、术后7 d疼痛应激指标水平比较

术前，两组患者的SP、PGE2、NPY比较差异无统计学意义($P>0.05$)；术后7 d，观察组上述各项指标水平均低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

2.3 两组患者并发症发生情况比较

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

2.4 两组患者骨折愈合时间、完全负重下地时间比较

观察组骨折愈合时间、完全负重下地时间均短于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表4。

表 2 两组患者术前、术后 7 d 疼痛应激指标水平比较

组别	例数	SP (μ g/ml)		PGE2 (pg/ml)		NPY (pg/ml)	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
对照组	32	3.35 ± 0.28	7.05 ± 0.97	102.25 ± 10.60	139.43 ± 14.35	152.31 ± 13.26	183.42 ± 8.36
观察组	31	3.30 ± 0.36	6.63 ± 0.23	101.31 ± 10.48	130.38 ± 15.96	152.33 ± 13.21	179.12 ± 3.40
<i>t</i> 值		0.617	2.347	0.354	2.368	0.006	2.658
<i>P</i> 值		0.540	0.022	0.725	0.021	0.995	0.010

表 3 两组患者并发症发生情况比较

组别	例数	便秘	下肢静脉血栓	感染	总发生例数	发生率 (%)
对照组	32	20	3	4	27	84.38
观察组	31	17	0	1	18	58.06

$\chi^2=5.341$, $P=0.021$ 。

表 4 两组患者骨折愈合时间、完全负重下地时间比较 (周)

组别	例数	骨折愈合时间	完全负重下地时间
对照组	32	6.98 ± 0.77	10.21 ± 2.58
观察组	31	6.52 ± 0.36	8.57 ± 1.05
<i>t</i> 值		3.021	3.285
<i>P</i> 值		0.004	0.002

3 讨论

骨盆是一种松质骨，在盆腔内分布着较多髂外动脉和髂内动脉，一旦该部位发生骨折，就会大量出血，需及时采取手术治疗方可改善患者病情。但术后患者通常会存在疼痛症状，若不能及时干预，则会对其术后康复及骨折部位愈合情况产生不利影响^[5]。因此，临床对骨盆骨折患者采取手术治疗时，还应辅以相应的护理干预措施，以缓解其术后疼痛，从而达到良好预后。

本研究结果显示，观察组护理 3 d、7 d 后 NRS 评分低于对照组，提示疼痛分级护理策略可有效减轻骨盆骨折患者的术后疼痛程度。疼痛是一种包含了情绪、感觉、认知、动机等多维度的现象，骨盆骨折患者的疼痛程度会对其身心舒适度产生直接影响，甚至还会影响其预后^[6]。常规护理虽然能够在一定程度上帮助患者缓解疼痛，但针对性与目的性不强，从而无法达到理想的缓解疼痛目的。而采用 NRS 对患者的疼痛程度进行等级划分后，在此基础上对患者实施护理干预，使不同疼痛程度的患者均受到了关注，且护理措施更具目标性和科学性，避免了常规护理中的盲目性，对人力资源进行最优分

配，从而最大程度地达到缓解患者疼痛的目标^[7]。本研究结果还显示，术后 7 d，观察组 SP、PGE2、NPY 水平均低于对照组，说明疼痛分级护理策略可增强骨盆骨折患者机体的抗炎作用，纠正炎症失衡状态，在缓解炎性反应的同时，减轻机体的疼痛应激。SP 在细的初级传入神经纤维中广泛分布，属于神经肽的一种，能够直接或间接对谷氨酸等物质的释放产生促进作用，从而参与到痛觉传递过程中^[8-9]。PGE2 为细胞生长、调节因子，与疼痛应激过程具有非常密切的联系。NPY 由下丘脑分泌，主要分布在中枢、外周神经系统中，可以在一定程度上反映机体对疼痛的应激程度^[10-11]。结果还显示，观察组并发症发生率低于对照组，骨折愈合时间、完全负重下地时间均短于对照组。因为基于疼痛评分对患者实施护理，关注到不同程度患者的护理需求，对疼痛轻微者仅进行相关疼痛宣教，帮助其树立正确的认知，并形成积极面对的心态^[12]；对中度疼痛者进行认知、行为干预，可降低其对疼痛的应激反应，改善其不良情绪，另外视觉分散和触觉分散均能转移患者对疼痛的注意力，加之使用非甾体类镇痛药，疼痛感也因此有所下降^[13]；对重度疼痛者除了认知、行为干预外，还需加强情绪引导、阿片类止痛药使

用,多种方法结合以帮助患者直接或间接地缓解疼痛,改变其对疼痛的态度,令疼痛管理形成良性循环,增加患者的身心舒适度^[14-15]。不同疼痛程度的患者都受到了关注并获得了相对科学、合理的护理干预措施,在很大程度上提升了护理的有效性,减少了并发症发生率,促进了患者快速康复^[16-17]。

综上所述,对骨盆骨折患者实施疼痛分级护理策略可有效缓解其术后疼痛,降低疼痛应激反应与并发症发生率,促进患者术后康复。

4 参考文献

- [1] 尹英超,张瑞鹏,李石伦,等.血流动力学不稳定骨盆骨折的指南解读及诊疗现状分析[J].河北医科大学学报,2019,40(1):4-6.
- [2] 谢红艳,毛秀玉,于志勇,等.基于FTS理念的萧氏双C护理在骨盆骨折行infix手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(22):39-42.
- [3] 胡晨笛,汤然钧,王倩,等.心理护理路径对老年股骨骨折内固定治疗患者围术期疼痛、负性情绪及术后康复的影响[J].国际精神病学杂志,2019,46(2):347-350.
- [4] 樊巍,郭凯,吕晶.血清CRP、PCT和ESR对骨科患者术后感染的诊断意义的临床研究[J].中国实验诊断学,2019,23(7):1186-1189.
- [5] 段秋宇.综合腹直肌外侧入路手术治疗骨盆骨折的护理干预[J].中国伤残医学,2020,28(2):71-72.
- [6] 苏豫囡,翟功伟,李方方,等.加速康复外科联合系统护理在胸腰段骨折合并神经损伤患者中的应用[J].中华创伤杂志,2021,37(1):63-68.
- [7] Papanicolaou P, Chrysomali E, Stylogianni E, et al. Increased TNF- α , IL-6 and decreased IL-1 β immunohistochemical expression by the stromal spindle-shaped cells in the central giant cell granuloma of the jaws[J]. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal, 2019,17(11):e56-e62.
- [8] 石武帝,柯雯县.关节镜下经皮微创钢板内固定术与切开复位内固定术对胫骨平台骨折患者膝关节活动度、疼痛应激和炎症因子的影响比较[J].创伤外科杂志,2019,21(3):201-205.
- [9] 张全,魏宇轩,魏立,等.电视胸腔镜与开胸手术对老年多发性肋骨骨折并血胸患者肺功能及疼痛因子、炎症因子的影响[J].创伤外科杂志,2019,21(3):206-210.
- [10] 叶海啸.多模式镇痛对下肢骨折患者术后疼痛炎症因子及免疫功能的影响[J].基层医学论坛,2018,22(17):2377-2378.
- [11] 任磊,仇卫锋,向宗兴,等.补肾接骨汤内服联合药物外敷对四肢骨折后急性肿胀患者疼痛、炎症因子及微循环状态的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(27):116-118,125.
- [12] 陈余兴,黎尊成,王贵,等.外固定对创伤性胫腓骨骨折术后炎症因子的影响[J].创伤外科杂志,2020,22(11):76-78.
- [13] 陈晓英.不稳定骨盆骨折的护理体会[J].护士进修杂志,2016,31(18):1720-1722.
- [14] 曲波.探讨综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的运用[J].中国伤残医学,2020,28(3):73-74.
- [15] 蔡伟俊,柯佳捷,曾机灿.损伤控制性手术对骨盆骨折多发伤患者IL-6、TNF- α 水平的影响[J].现代医学与健康研究,2020,4(2):70-72.
- [16] 张计超,崔冰,宁宇,等.3D打印技术下空心螺钉微创固定对Tile B型骨盆骨折的近期疗效及并发症的影响[J].创伤外科杂志,2020,22(5):379-382.
- [17] 阎海威,胡居正,杨英,等.微创经皮骨盆前环内固定治疗不稳定性前环损伤的疗效及早期并发症分析[J].中华骨科杂志,2019,39(13):826-832.

[2021-11-08 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

《护理实践与研究》杂志严正声明

《护理实践与研究》杂志官网是本刊唯一网站: <http://www.hlsjyj.com>; E-mail: hlsjyjshb@126.com; 编辑部电话: 0311-85911163, 85911463。一段时间接到举报,有不法公司和个人盗用或冒用本刊或本刊工作人员名义,以组稿、代写、代发表论文为诱饵,在多个QQ群、微信群上发放虚假广告诈骗钱财。对此,本刊严正声明:本刊没有委托任何公司和个人代收、代写、代发表论文,或代为本刊编辑出版杂志。对上述违法行为,一经查实,本刊将配合国家有关稽查监管部门和公安机关,依法追究其刑事责任!

《护理实践与研究》杂志社

延续性护理模式在妊娠期糖尿病产后护理中的应用

骆建梅 李芬 郑李明 符小英

【摘要】 目的 探讨延续性护理模式在妊娠期糖尿病（GDM）患者产后护理中的应用效果。**方法** 选取2020年5月—2021年5月医院收治的GDM患者80例，按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组，各40例。对照组采取常规护理干预，观察组实施延续性护理，两组均持续干预1个月。比较两组遵医行为、血糖水平、生活质量和并发症发生情况。**结果** 观察组遵医行为优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，两组血糖水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组空腹血糖（FPG）、餐后2h血糖（2hPG）水平均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，两组健康调查简表（SF-36）评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组SF-36总评分较对照组高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 延续性护理模式能够改善GDM患者遵医行为，有效控制血糖水平，减少并发症发生，提高生活质量。

【关键词】 妊娠期糖尿病；延续性护理；血糖水平；遵医行为；并发症；生活质量

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.021

Application of continuous nursing model in postpartum nursing of gestational diabetes mellitus patients

LUO Jianmei, LI Fen, ZHENG Liming, FU Xiaoying (The Second Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang, 524003, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of continuous nursing model in postpartum nursing of gestational diabetes mellitus (GDM) patients. **Methods** To select 80 GDM patients admitted to the hospital from May 2020 to May 2021 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, while the observation group was given continuous nursing, and both groups were given continuous intervention for 1 month. The compliance behavior, blood glucose level, quality of life and complications were compared between the two groups. **Results** The compliance behavior in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Before intervention, there were no significant differences in the blood glucose level between the two groups ($P>0.05$). After intervention, the levels of fasting plasma glucose (FPG) and 2 hours postprandial blood glucose (2hPG) in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). Before intervention, there were no significant differences in the score of short form health survey (SF-36) between the two groups ($P>0.05$). After intervention, the total score of SF-36 in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The total incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The continuous nursing model can improve the compliance behavior of GDM patients, effectively control the blood sugar level, reduce the occurrence of complications, and improve the quality of life.

【Key words】 Gestational diabetes mellitus; Continuous nursing; Blood glucose level; Compliance behavior; Complications; Quality of life

基金项目：湛江市科技计划项目（编号：2020B101）

作者单位：524003 广东省湛江市，广东医科大学附属第二医院

骆建梅：女，本科，副主任护师

妊娠期糖尿病(GDM)易引发产后出血、巨大儿等,严重威胁母婴健康^[1]。患者在住院期间虽能够得到精心照护,但出院后由于缺乏科学有效的健康指导,患者对疾病知识和护理技能多缺乏足够认知,遵医行为较差,难以坚持良好的康复行为,低血糖等并发症发生风险较高,不利于血糖控制,影响疾病康复^[2-3]。因此,加强GDM患者院外护理干预尤为重要。延续性护理以患者为中心,通过微信、家访等方式,将院内护理延伸至院外,保证患者出院后能够得到高质量护理服务^[4]。基于此,本研究将延续性护理应用于妊娠期糖尿病产后护理中,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年5月—2021年5月本院收治的GDM患者80例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,每组40例。观察组中初产妇32例,经产妇8例;年龄25~35岁,平均 29.98 ± 1.23 岁;孕周37~42周,平均孕周 39.58 ± 0.54 周;分娩方式:自然分娩11例,剖宫产29例。对照组中初产妇33例,经产妇7例;年龄25~35岁,平均 29.95 ± 1.21 岁;孕周37~42周,平均孕周 39.64 ± 0.56 周;分娩方式:自然分娩10例,剖宫产30例。两组以上资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医学伦理委员会通过。

1.2 纳入与排除条件

纳入条件:符合妊娠期糖尿病诊断标准^[5];年龄25~35岁;患者知晓本研究,且签署同意书。排除条件:胎盘功能异常或合并宫内感染者;严重认知功能障碍者;伴心、肝、肾功能障碍者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 应用常规护理,讲解GDM发病机制、治疗目的和注意事项;监测生命体征、血糖水平变化,发现异常波动立即汇报医生处理;出院后每周电话随访1次,嘱患者定期来院复查。

1.3.2 观察组 应用延续护理模式,连续干预1个月,具体内容如下。

(1)组建延续护理小组:由1名护士长、5名责任护士共同组成,依据患者病情,结合实际情况制订延续性护理方案。

(2)微信交流群的建立和应用:建立名为“GDM关爱之家”的微信交流群,每周五采用语音、视频等形式开展线上交流活动,内容如下:①健康指导。不定时以图片、视频等方式发布疾病和护理相关知

识,耐心解答患者问题,强调良好遵医行为对血糖控制的重要性。②合理饮食指导。每周评估1次患者饮食情况、血糖、体质量等变化,指导其合理搭配膳食,以高纤维素、高蛋白、高维生素食品为宜,避免进食高糖、高脂肪食物,遵循少食多餐原则,每日可进食4~6餐,每日所需热量为 $25 \sim 35$ kcal/kg (1 kcal= 4.186 kJ),碳水化合物占40%~50%,脂肪占30%~40%,蛋白质占15%~20%。③运动护理。指导患者餐后30~60 min进行适量运动,以八段锦、太极拳等有氧运动为主,20~30 min/次,1~2次/d。④自我血糖监测。讲解胰岛素的使用方法、注射部位等,告知患者胰岛素对其无毒副作用,示范胰岛素注射方法,教会患者、家属采用血糖仪监测血糖变化,并严格记录,依据检查结果及时调整胰岛素用量。

(3)建立微信公众号:不定时推送GDM相关疾病知识文章,供患者自行阅读,开通留言功能,鼓励患者积极留言,发表自己的看法,定期收集患者留言并回复,定期发布门诊医师坐诊信息,患者可依据自身情况进行预约,按时发送并提醒患者定期回院复查。

(4)社区管理:每月于患者所在社区举行1次健康教育讲座,发放健康管理手册,鼓励患者每日记录饮食、运动、血糖值等内容,邀请血糖控制好患者分享疾病管理经验。

(5)家庭访视:每月上门随访1次,简单检查患者身体情况,查看手册填写情况,及时指出自我管理中错误并纠正,鼓励家属参与患者疾病管理,监督患者日常饮食、用药。

(6)并发症预防:①低血糖。避免重体力、剧烈活动,随身携带饼干、糖块等可补充血糖的食物,出现心慌、气促等低血糖症状,立即原地休息,服用饼干或糖块。②酮症酸中毒。定时定量进餐,鼓励患者戒烟戒酒,禁忌暴饮暴食,保持规律生活作息。③泌尿系统感染。嘱患者每日清洗会阴部,多饮水,每日饮水量 > 1500 ml。

1.4 观察指标

(1)遵医行为:采用本院自制遵医行为调查表按时监测血糖、规律服药、合理饮食、适量运动情况,评估患者遵医行为,总分100分,90~100分为完全遵从,70~89分为部分遵从, ≤ 69 分为不遵从。

(2)血糖水平:干预前后同一时间测定两组血糖水平,包括空腹血糖(FPG)、餐后2 h血糖(2hPG)。

(3)生活质量:干预前后采用健康调查简表(SF-36)^[6]评估患者生活质量,从生理职能、情

感职能、躯体疼痛、躯体功能、心理健康、生命活力、社会功能、总体健康 8 个维度,共 36 个条目,最高评分 100 分,评分高表示生活质量好。比较两组干预前后生活质量总评分。

(4) 记录两组酮症酸中毒、低血糖等并发症发生率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用

两独立样本的 t 检验;计数资料组间率的比较采用两独立样本的 χ^2 检验;等级资料采用两独立样本的秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组遵医行为比较

观察组遵医行为优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组遵医行为比较

组别	例数	完全遵从	部分遵从	不遵从
对照组	40	12	20	8
观察组	40	28	10	2

秩和检验: $u=3.612$, $P=0.000$ 。

2.2 两组血糖水平比较

干预前,两组血糖水平比较,差异无统计学意

义 ($P>0.05$);干预后,观察组 FPG、2hPG 水平均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组血糖水平比较 (mmol/L)

组别	例数	FPG		2hPG	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	8.68 ± 1.31	7.25 ± 1.05	12.21 ± 2.03	10.37 ± 1.64
观察组	40	8.64 ± 1.28	5.02 ± 1.01	12.19 ± 1.98	7.24 ± 1.56
t 值		0.138	9.681	0.045	8.746
P 值		0.891	0.000	0.965	0.000

2.3 两组 SF-36 总评分比较

干预前,两组 SF-36 总评分比较,差异无统计

学意义 ($P>0.05$);干预后,观察组 SF-36 总评分较对照组高,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组 SF-36 总评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	40	52.68 ± 5.24	65.89 ± 5.27
观察组	40	52.73 ± 5.28	74.72 ± 5.31
t 值		0.043	7.465
P 值		0.966	0.000

2.4 两组并发症发生率比较

观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统

计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较

组别	例数	酮症酸中毒	低血糖	泌尿系统感染	总发生例数	发生率 (%)
对照组	40	1	3	4	8	20.00
观察组	40	0	1	1	2	5.00

$\chi^2=4.114$, $P=0.043$ 。

3 讨论

GDM 是妊娠期常见疾病, 患者产后多数时间是在家庭中度过, 居家护理期间由于缺乏科学合理指导, 在饮食、用药、自我血糖监测方面易放松管理, 影响血糖控制^[7]。常规护理以院内护理服务为主, 多通过电话随访给予简单指导, 难以满足患者出院后多样化护理需求, 存在一定局限性^[8-9]。

延续性护理模式从患者角度出发, 针对出院后的健康问题和需要, 为其提供连续、系统性护理服务。本研究中, 观察组遵医行为优于对照组, 干预后观察组 FPG、2hPG 水平均低于对照组, SF-36 评分高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 表明延续性护理模式能够改善 GDM 患者遵医行为, 增强血糖控制效果, 改善生活质量, 预防并发症发生。在 GDM 患者中采取延续性护理模式, 通过微信群为患者提供咨询服务, 能够突破时间、空间的限制, 持续提供饮食、运动和血糖监测等方面的健康知识、行为指导, 能够积极纠正患者错误认知, 改善其遵医行为^[10-11]。微信群的建立能够使患者在群内进行经验分享、交流, 有利于获得同伴支持, 增强康复信心, 还能够增进护患间交流。通过合理运动、用药指导、加强血糖监测等一系列持续性护理干预, 能够改善患者不良生活方式, 有助于调节机体内分泌, 维持血糖水平稳定^[12-13]。给予患者针对性营养干预, 强化饮食指导, 可保证营养摄入科学、合理, 满足机体营养需求, 还可纠正代谢紊乱, 对于血糖控制具有积极意义。定期进行家庭访视, 鼓励家属参与疾病管理, 能满足患者情感需求, 给予生活上的照护, 还可充分发挥监管作用, 帮助患者建立良好的生活方式, 规避生活中危险因素, 减少并发症, 有助于提高生活质量^[14-15]。

延续性护理模式在 GDM 患者中取得一定应用效果, 但本研究受样本量、研究时间限制, 尚需在今后研究中扩大样本量、延长研究时间, 以进一步探讨延续性护理模式的远期应用效果, 从而为患者提供更加优质、高效的护理服务。

4 参考文献

[1] 樊慧妮, 许莹. 强化护理干预在妊娠合并糖尿病患者

- 中的应用效果观察 [J]. 贵州医药, 2020, 44(1): 161-162.
- [2] 任微, 王新春, 覃继英. 以时效性激励理论为指导的延伸服务对妊娠期糖尿病患者血糖控制及分娩结局的影响 [J]. 中国医药导报, 2019, 16(1): 170-173.
- [3] 郑洁. 以家庭为中心的协同护理模式对妊娠糖尿病患者治疗效果及妊娠结局的影响 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19(10): 1744-1746.
- [4] 万爱红. 基于结构-过程-结果三维质量评价的延续性护理在妊娠期糖尿病患者中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(36): 4794-4798.
- [5] 乐杰. 妇产科学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 150-154.
- [6] 何燕, 赵龙超, 刘丹萍, 等. SF-36 和 SF-12 在人群生命质量调查中的性能比较研究 [J]. 现代预防医学, 2017, 44(5): 90-100.
- [7] 杨洁, 黄璟, 吴小燕. IKAP 健康教育模式在妊娠期糖尿病患者中的应用 [J]. 中国临床研究, 2019, 32(3): 424-426.
- [8] 钟秀珍. 延续性护理在妊娠期糖尿病孕妇中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(8): 106-108.
- [9] 解红文, 马翠, 丁腊春, 等. “互联网+”目标管理模式在妊娠期糖尿病孕妇的应用 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(16): 22-25.
- [10] 符霞军, 周凌燕, 李春芳, 等. “医院-社区-家庭”模式在糖尿病患者延续性护理中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(34): 4496-4499.
- [11] 黄岳青, 王黎, 杨菁华, 等. “五师共管”模式在妊娠期糖尿病患者中的应用与效果研究 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2020, 28(6): 413-417.
- [12] 吴艳慈, 洪燕. 专人模块化综合管理在妊娠期糖尿病患者血糖与体质量管理中的应用研究 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7): 100-102.
- [13] 郭红梅, 尹卫, 夏青, 等. 居家护理平台在妊娠期糖尿病患者随访管理中的应用 [J]. 中华护理杂志, 2018, 53(5): 517-522.
- [14] 朱庆贤, 孙赵娜, 吴兰君, 等. 微信互动照护在妊娠期糖尿病患者围产期管理中的应用 [J]. 上海护理, 2019, 19(7): 45-48.
- [15] 花云. 手机应用软件在妊娠期糖尿病孕妇人文关怀护理中的应用 [J]. 护士进修杂志, 2018, 33(11): 1018-1021.

[2021-07-30 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

情境互动联合音乐干预在静脉输液患儿中的应用效果

江玲 刘娟 侯小芬 李茜

【摘要】 目的 分析情境互动联合音乐干预对静脉输液的患儿穿刺成功率及家长满意度的影响。方法 收集 2020 年 1 月—2021 年 4 月医院儿科门诊留观输液室收治的 366 例静脉输液患儿作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各 183 例。对照组实施常规护理,观察组在对照组的基础上予以情境互动结合音乐干预的注意力转移法,对比两组患儿的穿刺效果、疼痛指标、遵医行为及家长的满意度。结果 观察组患儿中有 77.05% 的穿刺所用时间 <5 min,一次性穿刺成功率为 91.80%,均高于对照组的 45.36% 及 74.32% ($P<0.05$);观察组患儿的啼哭时间、疼痛表情维持时间短于对照组,Wong-Baker 面部表情量表 (FPS-R) 评分低于对照组 ($P<0.05$);观察组患儿的遵医配合度为 98.36%,高于对照组的 87.98% ($P<0.05$);观察组患儿家长的满意度优于对照组 ($P<0.05$)。结论 情境互动结合音乐干预的注意力转移法在静脉输液患儿中的应用,有助于提升其穿刺效果,改善疼痛指标,规范遵医行为,提升家长满意度。

【关键词】 情境互动;音乐干预;转移注意力;静脉输液;遵医行为;儿童

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.022

Application effect of situational interaction combined with music intervention in children patients with intravenous infusion JIANG Ling, LIU Juan, HOU Xiaofen, LI Qian (Hunan Provincial Children's Hospital, Changsha, 410007, China)

【Abstract】 **Objective** To analyze the effect of situational interaction combined with music intervention on the success rate of puncture and parental satisfaction in children patients undergoing intravenous infusion. **Methods** We selected 366 children with intravenous infusion who were admitted to the observation and infusion room of the pediatric outpatient department of the hospital were collected from January 2020 to April 2021 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of the basic characteristics between the groups, with 183 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given the attention diversion method of situational interaction combined with music intervention on the basis of the control group to compare the puncture effect, pain index, medical compliance behavior and parents' satisfaction of the two groups of children patients. **Results** About 77.05% of the children in the observation group had a puncture time of less than 5 minutes, and the one-time puncture success rate was 91.80%, which were both 45.36% and 74.32% higher than those in the control group ($P<0.05$). The crying time and pain expression maintenance time of the children in the observation group were shorter than those in the control group, and the Wong-Baker facial expression scale (FPS-R) score was lower than that of the control group ($P<0.05$). The compliance rate of children in the observation group was 98.36%, which was higher than that of the control group, 87.98% ($P<0.05$). The parental satisfaction in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The application of the attention diversion method of contextual interaction combined with music intervention in children with intravenous infusion was helpful to improve the puncture effect, improve pain indicators, standardize medical compliance behavior, and improve parental satisfaction.

【Key words】 Situational interaction; Music intervention; Distract attention; Intravenous infusion; Compliance behavior; Children

儿科门诊留观输液室收治的患儿数量多,日常工作量较大,且患儿家长对于护理人员的静脉输液穿刺水平也提出较高要求,一次性成功穿刺已成为患儿家长对于静脉输液安全性的首要要求^[1]。然而,患儿年龄较小,静脉穿刺时易出现四肢、头部随意活动及哭闹不止等行为,不仅影响穿刺效果,而且可能引起针头脱落或渗液,导致重复穿刺事件出现,因此患儿静脉输液时,需采取有效措施转移其注意力,通过稳定患儿情绪,防止患儿长时间哭闹,并稳定穿刺点,提升穿刺效果^[2-3]。情境互动结合音乐干预为临床常见的注意力转移法,在情境互动吸引患儿注意力的基础上,加强音乐干预,稳定其情绪,从而提升护理效果及安全性^[4-5]。近年来,本院将情境互动结合音乐干预的注意力转移法应用于静脉输液患儿中,现分析其效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年1月—2021年4月本院儿科门诊留观输液室收治的366例静脉输液患儿作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各183例。纳入条件:因病需求于本院儿科门诊留观输液室接受静脉输液治疗;年龄 ≤ 12 岁;病历资料齐全,且陪护家长至少1名;家长已知晓研究,并配合知情同意书签字。排除条件:合并其他严重基础性疾病、脏器功能障碍;合并先心病;合并智力障碍、聋哑或孤独症;合并血液系统疾病;合并恶性肿瘤;过敏体质。对照组中男105例,女78例;平均年龄 6.07 ± 1.33 岁;家长文化程度:小学22例,初中27例,高中/中专39例,大专30例,本科及以上65例。观察组中男102例,女81例;年龄5个月~12岁,平均 6.08 ± 1.39 岁;家长文化程度:小学20例,初中25例,高中/中专36例,大专40例,本科及以上62例。本研究遵循《赫尔辛基宣言》要求,两组上述资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 本次静脉输液穿刺工作均由儿科门诊经验丰富的专科护士进行,对照组行常规护理:合理布置门诊留观输液室环境,于墙面粘贴卡通贴画,放置消毒后的玩具,播放动画片。以亲切语气加强与患儿及其家长的沟通,通过宣传手册、图片

及视频等形式向患儿及其家长介绍静脉输液相关知识,以眼神、肢体语言予以鼓励,加强心理疏导,安抚患儿情绪,肯定患儿的配合,对于拒绝穿刺者,取得家长配合,对患儿进行制动后予以穿刺。穿刺成功后加强固定,告知家长密切观察患儿行为,避免撕扯穿刺针,禁止剧烈运动。输液结束后,及时拔针,并按压穿刺点。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以情境互动结合音乐干预的注意力转移法:结合患儿年龄结构、情绪特征、性别等,设置情境游戏,配备玩具娃娃、输液架、消毒棉球、听诊器、输液器及无针头注射器等,输液前带领患儿进入游戏室,于护理人员的指导下进行情境互动。护理人员以通俗语言说明各种模拟设备的使用方法,予以一对一操作指导,由患儿扮演护士,玩具娃娃扮演患者,模拟听诊、消毒、输液、拔针等操作过程,使其充分了解静脉输液流程,操作时间控制在30 min内。情境互动结束后,通过发放贴画、小玩具等形式予以鼓励。同时,静脉输液期间,播放轻音乐、儿歌等,采取耳机播放模式,将音乐强调控制在25~45 dB间,若患儿不喜欢播放的音乐,及时予以更换。对于拒绝佩戴耳机者,通过电视播放儿歌、动画片的主题曲等,将音乐强度控制在45~60 dB间,直至其拔针。

1.3 观察指标

(1) 穿刺效果:统计两组中穿刺所用时间 <5 min的患儿例数,并计算其一次性穿刺成功率,标准为:穿刺时未出现意外事件,无需重复穿刺,且穿刺后皮肤组织未出现不适症状^[6]。

(2) 疼痛指标:统计两组患儿的啼哭时间及疼痛表情维持时间,并以Wong-Baker面部表情量表(FPS-R)评估其疼痛程度,FPS-R表用于评估4~12岁患儿,总分均为10分,得分越高,疼痛感越剧烈^[7-8]。

(3) 遵医行为:参考潘璐等^[9]文献自制问卷,评估两组患儿的遵医配合度。主动配合各项静脉穿刺工作的进行,无哭闹或挣扎,即完全配合;静脉输液中有哭闹及挣扎等行为出现,经安抚后能够配合穿刺工作的展开,未影响穿刺操作,即一般配合;静脉输液中有持续性哭闹及挣扎等行为出现,拒绝配合静脉穿刺,即不配合。

(4) 家长满意度:静脉输液结束后,以科室自制的满意度调查问卷对两组患儿家长进行调查,

内容包括护患沟通、穿刺前准备工作、服务意识、穿刺操作技术、服务态度等,总分 100 分,十分满意即得分 ≥ 95 分;满意即 85~94 分;相对满意即 60~84 分;不满意即 <60 分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行处理,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;等级资料的比较采用秩和检验;计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。以

$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿穿刺效果比较

干预后,观察组穿刺所用时间 <5 min 的占 77.05%,一次性穿刺成功率为 91.80%,均高于对照组的 45.36%、74.32%,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患儿穿刺效果比较

组别	例数	穿刺时间		穿刺成功	
		<5 min 例数	率 (%)	一次性成功例数	率 (%)
对照组	183	83	45.36	136	74.32
观察组	183	141	77.05	168	91.80
χ^2 值		38.708		19.885	
P 值		0.000		0.000	

2.2 两组患儿疼痛指标比较

观察组患儿的啼哭时间、疼痛表情维持时间短

于对照组,同时 FPS-R 评分均低于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患儿的疼痛指标比较

组别	例数	啼哭时间 (s)	疼痛表情维持时间 (h)	FPS-R 评分 (分)
对照组	183	43.95 ± 5.11	41.15 ± 3.77	3.25 ± 0.71
观察组	183	33.07 ± 4.29	24.68 ± 3.09	2.03 ± 0.25
t 值		22.059	45.707	21.925
P 值		0.000	0.000	0.000

2.3 两组患儿遵医嘱配合度比较

观察组患儿的遵医嘱配合度优于对照组,组间比

较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患儿的遵医嘱配合度比较

组别	例数	完全配合	一般配合	不配合
对照组	183	90	71	22
观察组	183	126	54	3

秩和检验: $u=4.302$, $P=0.000$ 。

2.4 两组家长的满意度比较

观察组患儿家长的满意度高于对照组,组间比

较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组家长满意度比较

组别	人数	十分满意	满意	相对满意	不满意
对照组	183	64	49	50	20
观察组	183	100	54	27	2

秩和检验: $u=4.948$, $P=0.000$ 。

3 讨论

小儿静脉血管偏细,且充盈度差,静脉输液中,对于护理人员的穿刺技术提出较高要求,加之家长的期望值较高,往往要求一次性成功穿刺,因此对护理人员操作能力带来巨大挑战^[10]。受年龄、认知等影响,患儿静脉输液时易出现哭闹不止、随意走动、拉扯及拒绝配合等行为,加之小儿皮肤组织十分松弛,增加静脉输液的穿刺难度及静脉输液的风险性,导致患儿疼痛感加剧,影响穿刺效果,因此需加强专业护理,通过安抚患儿情绪,吸引其注意力,提升患儿配合度,从而提高穿刺效果^[11-12]。

患儿静脉输液时,其感官系统集中于穿刺疼痛感及对输液穿刺的恐慌感,研究表明,静脉输液中,通过转移患儿注意力,使其主动将注意力集中于其他活动、事物、对象中,可缓解其恐惧心理^[13]。此次研究中,将情境互动结合音乐干预的注意力转移法应用于静脉输液患儿中,发现观察组患儿的穿刺所用时间短于对照组,一次性穿刺成功率高于对照组,提示情境互动结合音乐干预的注意力转移法有助于提升静脉输液患儿的穿刺效果。情境互动中,根据患儿兴趣爱好设计情境游戏,并将输液所用器械、操作流程融入至情境中,通过娱乐于教,增强患儿参与感,在拉近护患关系的基础上,转移患儿对静脉输液的注意力,缓解其恐惧感,再联合音乐干预,通过音乐声波对大脑皮层产生直接作用,缓解交感神经系统的紧张程度,刺激大脑神经,促进神经递质大量释放,有助于改善心肌供氧水平与血液循环,使机体生理状况维持稳定水平,安抚患儿情绪,降低穿刺风险,提升穿刺效果。

受病情、就医恐惧感、对环境的陌生感等因素影响,患儿会产生强烈的恐惧感,疼痛阈降低,加之静脉穿刺时钢针会直接穿破其皮肤,导致患儿对于疼痛感的直观感受增强,加大疼痛感,产生拒绝配合医护人员的行为^[14-15]。此次研究中,观察组患儿的啼哭时间、疼痛表情维持时间均短于对照组,FPS-R评分均比对照组更低,同时观察组患儿的遵医配合度高于对照组,提示情境互动结合音乐干预的注意力转移法有助于改善静脉输液患儿的疼痛指标,规范遵医行为。于静脉输液患儿中加强情境互动结合音乐干预的注意力转移法,通过情境互动,转移患儿对陌生环境、医护人员的注意力,再配合音乐干预,对患儿边缘系统产生刺激作用,促进脑啡肽大量释放,有助于实现止痛目标。不仅如此,通过播放胎教音乐、动画片主题曲、儿歌等形式,

唤起患儿愉悦感,使其身心放松,积极配合医护人员工作。此外,观察组患儿家长的满意度高于对照组,提示情境互动结合音乐干预的注意力转移法还可促进静脉输液患儿的家长满意度有效提升。于静脉输液患儿中加强情境互动结合音乐干预,鼓励患儿家长全程参与至护理工作中,共同为患儿提供服务,通过转移患儿注意力,提升一次性成功穿刺率,缓解其疼痛感,防止出现哭闹不止的情况,改善患儿身心状况,促进其病情缓解,有助于提高患儿家长满意度。

综上所述,情境互动结合音乐干预的注意力转移法在静脉输液患儿中的应用,有助于提高其穿刺效果,改善疼痛指标,规范遵医行为,并提升满意度。但本研究局限于病例数量有限,未与其他医疗机构展开共同研究,且观察指标较少,主观性强,未进行随访观察,后期研究中需展开多中心进一步研究,为情境互动结合音乐干预的注意力转移法在静脉输液患儿中的应用提供更多的数据支持。

4 参考文献

- [1] Gray J, Gage S. Optimising paediatric intravenous fluid management plans: a quality improvement project [J]. Arch Dis Child, 2020, 105(9): e12-e13.
- [2] 张华筠. 护理流程优化在降低小儿急诊静脉输液意外风险中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(4): 530-533.
- [3] 周玲, 郭燕, 卢丽云, 等. 音乐干预联合先俯后仰卧位抚触护理对早产儿胆红素水平与摄奶量的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(24): 115-117.
- [4] 熊华春, 周洋萍, 王军, 等. 康复机器人联合情境互动训练对运动障碍性疾病患儿运动功能的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2021, 43(5): 448-450.
- [5] 刘家蓓, 李洁茹. 个体化音乐护理干预对老年痴呆患者行为的影响 [J]. 山西医药杂志, 2020, 49(16): 2222-2224.
- [6] Ichimura M, Sasaki S, Ogino T. Tapping enhances vasodilation for venipuncture even in individuals with veins that are relatively difficult to palpate [J]. Clin Anat, 2020, 33(3): 440-445.
- [7] 陈佳佳, 童莺歌, 黎晓艳, 等. 中文版行为疼痛评估工具的研究进展 [J]. 护理研究, 2017, 31(32): 4043-4047.
- [8] Kathryn A, Birnie, Amos S, et al. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties [J]. Pain, 2019, 160(1): 5-18.
- [9] 苏春燕. 音乐干预对小儿腹外疝手术围麻醉期疼痛的影响 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(13): 133-134.

SBAR 标准化沟通模式在危重新生儿转运中的效果观察

朱晓琴 洪忠芹 赵举芳

【摘要】目的 探讨 SBAR 标准化沟通模式在危重新生儿转运中的应用效果。**方法** 选取 2019 年 6 月—2020 年 10 月于医院就诊的 120 例危重新生儿为研究对象,根据转运交接方式不同分为观察组 54 例和对照组 66 例,对照组实施常规转运交接,观察组实施 SBAR 标准化沟通模式交接。比较两组患儿转运情况、不良事件发生情况以及家长满意程度。**结果** 观察组转运交接时间和转运总时间均短于对照组 ($P<0.05$),观察组转运不良事件及新生儿不良事件发生率均低于对照组 ($P<0.05$),观察组患儿家长满意程度高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** SBAR 标准化沟通模式在危重新生儿转运中应用,有助于提升护理人员转运效率,减少不良事件发生,提高患儿家长满意程度。

【关键词】 SBAR 标准化沟通模式;危重新生儿;转运;新生儿不良结局;满意度

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.023

危重新生儿病情复杂且不稳定,需在院内不同科室间、不同医院间转运,院内转运作为连接手术室、产房与新生儿监护病房的重要环节,部分患儿转运虽耗时不久,但在转运期间及转运交接阶段存在多种影响患儿预后转归、生命健康的隐患^[1-2],故在转运前对患儿各方面病情信息进行录入更利于转运中监护、治疗及风险预防。近年来,随着急诊转运及新生儿监护医学的发展,临床针对新生儿转运重视程度明显提升^[3],有学者指出^[4],新生儿转运除运送性质外亦需加入持续性监护治疗以提高转运效率,确保危重患儿预后免受转运过程影响。SBAR 标准化沟通模式是以解决患者安全问题为中心的医务人员交流沟通的一种标准化沟通方式,其包括现状、背景、评估、建议 4 个部分,应用于临

床护理工作可协助护理人员确保沟通过程中的完整性、准确性、及时性,规范各类护理交接流程,近年来逐渐被应用于急诊患者转运、护理人员交接班中^[5-6],但有关其在危重新生儿转运中的应用研究较少。本研究探讨 SBAR 标准化沟通模式在危重新生儿转运中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 6 月—2020 年 10 月于我院就诊的 120 例危重新生儿为研究对象,纳入条件:符合危重新生儿转运标准^[7];临床资料保存完整。排除条件:家长精神状态正常,可配合转运;患儿合并多种危重疾患或在转运途中发生死亡。根据转运交接方式不同分为观察组 54 例和对照组 66 例。观察组中患儿男 31 例,女 23 例;胎龄 31~40 周,平均 35.86 ± 3.59 周;体质量 1680~4000 g,平均

作者单位:215000 江苏省苏州市,苏州大学附属儿童医院
通信作者:洪忠芹,女,本科,副主任护师,护士长

[10] 徐秋香.人性化服务在儿科急诊输液患儿护理中的应用效果观察及护理满意度分析[J].中国药物与临床,2019,19(22):4019-4020.

[11] 陈阮,周军,姚欢.门诊输液患儿穿刺依从性状态及影响因素分析[J].中国妇幼保健,2020,35(16):103-106.

[12] 冯喆,杨丹丹.情志干预对小儿静脉输液依从性与穿刺成功率的影响[J].世界中西医结合杂志,2019,14(7):958-961.

[13] 熊腾琼,刘勤,郑思.简易图片填色游戏对学龄期静

脉输液患儿遵医行为及输液主观感受的影响[J].中国地方病防治杂志,2019,34(1):95-97.

[14] 庞海燕.创新护理用具在输液患儿静脉穿刺中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2019,25(6):723-726.

[15] 崔丽莉.PDCA 循环模式在儿科门诊静脉留置针护理中的应用效果[J].中国药物与临床,2019,19(8):1375-1377.

[2021-08-04 收稿]

(责任编辑 陈景景)

2889.47 ± 614.21 g; 疾病类型: 呼吸窘迫综合征 13 例, 新生儿肺炎 12 例, 新生儿窒息 11 例, 败血症 10 例, 其他 8 例; 转运类型: 院外转运 46 例, 院内转运 8 例。观察组患儿监护人: 父亲 23 名, 母亲 25 名, 其余家属 6 名; 平均年龄 35.27 ± 12.03 岁; 文化程度: 专科及以下 15 名, 本科及以上 39 名。对照组中患儿男 37 例, 女 29 例; 胎龄 31~41 周, 平均 35.84 ± 3.78 周; 体质量 1590~4080 g, 平均 2912.84 ± 605.29 g。疾病类型: 呼吸窘迫综合征 16 例, 新生儿肺炎 14 例, 新生儿窒息 13 例, 败血症 13 例, 其他 10 例; 转运类型: 院外转运 52 例, 院内转运 14 例。对照组患儿监护人: 父亲 29 名, 母亲 32 名, 其余家属 5 名; 平均年龄 36.24 ± 13.45 岁; 文化程度: 专科及以下 21 名, 本科及以上 45 名。两组患儿及家长一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 转运方法

1.2.1 对照组 实施常规转运交接, 具体步骤:

①院内。手术室工作人员电话通知接收转运科室, 由后者开展药物、仪器相关的准备工作, 并派遣医师前往手术室对新生儿情况、合适转运时机进行判断, 由护理人员填写转运交接单, 将新生儿按要求进行转运。②院外。转运前采用电话联系的方式交接患儿基本信息, 做好转诊/接诊准备, 转运交接单填写完毕后, 将转诊患儿由救护车送至指定医院, 制订接诊患儿初步治疗方案, 救护车将患儿送达后即刻展开救治。

1.2.2 观察组 实施 SBAR 标准化沟通模式交接, 具体步骤如下:

(1) 构建 SBAR 转运小组: 将参与研究的 22 名护理人员纳入小组, 并自发进行 SBAR 理念培训, 讨论该理念下标准化沟通模式实际应用情况, 制订符合该理念以及危重新生儿实际转运需求的制度及质控标准。

(2) 设计 SBAR 模式转运表: ①现状 (situation), 该部分需收录患儿基本信息, 包括身份信息、胎龄、日龄、诊断内容、转运双方责任护士。②背景 (background), 该部分需收集与患儿现况相关的信息, 包括具体入院时间、分娩方式、出生时 Apgar 评分、主诉、患儿母亲高危因素、家属沟通情况、药物反应、近期疗效、异常检查处理等内容。③评估 (assessment), 该部分需收录护理相关问题, 例如体温、血氧饱和度、心率、呼吸、风险评分、体质量、液体出入量、经皮胆红素、血糖、输液余量、输液滴速、输液器具等, 以及患儿皮肤完整性、有无红臀、硬肿, 是否接受光疗、是否存在特殊用药、

是否存在静脉炎。随后交接患儿存在异常的系统, 神经系统需注意收录患儿意识状态、肌张力、凶门状态、瞳孔状态, 亦需评估其是否存在抽搐、颅内压增高; 呼吸系统需收录患儿呼吸频率、呼吸音、给氧方式、咳嗽咳痰状态、血气状态、胸片、痰液量及其颜色性状, 交代其是否存在气促、呼吸困难, 是否进行气管插管; 消化系统需收录患儿喂奶量、喂奶频次、吸吮力、喂养耐受情况、大小便情况等, 评估其是否存在呕吐、腹胀, 是否置入胃管或给予肠外营养; 心血管系统则需收录患儿心率、中心静脉压、肢端循环情况, 判断是否存在水肿、肺动脉高压等情况。④建议 (recommendation), 该部分需收录转运前需执行的医嘱、待进行的诊疗操作以及护理干预计划, 亦需录入转运后患儿存在的护理需求以及合理的护理方法。

(3) SBAR 模式转运表的应用: ①转运前由值班医师联系对接人员, 院外转运则联系上级医院, 院内转运则联系对应的主治医师及护士, 并填写 SBAR 模式转运表, 随后由医师将该表转交至值班护士, 由后者根据转运表中人员配置情况通知相应人员, 随后准确评估危重新生儿生命体征, 记录数据, 完善 SBAR 模式转运表相关内容 (现状、背景、评估、建议); 交接时根据 SBAR 模式转运表项目向对接人员汇报、核对患儿情况, 并将 SBAR 模式转运表交接至对接人员; 院外转运还需依据转运表录入信息准备转运物品, 如转运暖箱、吸痰器、氧气瓶等急救设施。②转运途中陪同护理人员 (院外转运为急救护士、急救医生及管床医生; 院内转运则为转出科室护士、医师、接诊科室医师、护士) 需密切观察患儿病情, 配合陪同医师实施治疗、护理措施, 并及时记录相关救治措施、患儿生命体征变化情况。③交接安置时护理人员依据 SBAR 模式转运表项目核对患儿情况。

1.3 观察指标

(1) 转运情况: 记录两组患儿转运交接时间、转运总时间。

(2) 不良事件: 记录两组患儿转运不良事件 (导管脱出/堵塞、仪器导联脱松、供氧异常、仪器设备故障) 及新生儿不良事件 (低体温、低血氧饱和度、心率异常、呼吸异常) 发生情况。

(3) 家长满意度: 采用新生儿家长护理满意度问卷调查家长满意度, 该问卷涉及服务态度、抢救能力、转运效率、转运安全性等领域, 总分 0~100 分, 根据得分情况将满意度划分为非常满意 (80~100 分)、满意 (60~79 分)、不满意 (<60 分)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验；等级资料比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿转运情况比较

观察组转运交接时间和转运总时间均短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患儿转运情况比较（min）

组别	例数	转运交接时间	转运总时间
观察组	54	15.37 ± 3.14	60.34 ± 17.89
对照组	66	18.14 ± 3.78	71.34 ± 18.24
<i>t</i> 值		4.304	3.315
<i>P</i> 值		0.000	0.001

2.2 两组患儿不良事件发生情况比较

观察组转运不良事件及新生儿不良事件发生率

均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2、表 3。

表 2 两组患儿转运不良事件发生情况比较

组别	例数	导管脱出 / 堵塞	仪器导联脱松	供氧异常	仪器设备故障	总发生例数	发生率（%）
观察组	54	0	0	0	0	0	0.00
对照组	66	3	3	1	1	8	12.12

校正 $\chi^2=5.200$, $P=0.023$ 。

表 3 两组新生儿不良事件发生情况比较

组别	例数	低体温	低血氧饱和度	心率异常	呼吸异常	总发生例数	发生率（%）
观察组	54	1	1	0	1	3	5.56
对照组	66	4	3	2	4	13	19.70

$\chi^2=5.140$, $P=0.023$ 。

2.3 两组患儿家长满意程度比较

观察组患儿家长满意程度高于对照组，差异有

统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患儿家长满意程度比较

组别	人数	非常满意	满意	不满意
观察组	54	36	16	2
对照组	66	17	33	16

秩和检验： $u=4.733$ ， $P=0.000$ 。

3 讨论

随着现代医学理念的发展，院方设计流程给予患者连贯服务、协调医护人员工作内容、保证院内院外转运质量逐渐成为医院评审标准中明确提出的条目^[8]。危重新生儿转运受新生儿病情转归特点影响，其对转运连贯性、监护治疗规范性的要求更高，对交接方式的要求更为严格^[9]。

SBAR 标准化沟通模式有助于规范医护人员沟

通方式，在院内患者转运及护理人员交接班中可有效确保转运信息的简洁性、准确性及实用性，有效减少交接不清引发的责任，目前其已在急诊、重症监护病房、冠心病监护病房患者转运交接中有所应用^[10-12]，实现了不同科室医护人员之间的有效沟通，缩短了患者转运交接耗时，提升了医护人员工作效率，提高了患儿及家长满意度。本研究结果显示，观察组患儿转运交接时间和转运总时间均短于对照组，提示将 SBAR 标准化沟通模式应用于危重新生

儿转运中可有效提升转运交接效率,分析其原因在于 SBAR 标准化沟通模式下护理人员可通过转运表高效且全面了解患儿基本情况,使其基于转运表内容与接受交接的护理人员建立条理清晰、内容齐全的信息沟通方法,故交接护理人员可于短时间内了解患儿病情状态及护理需求,确保对应护理措施无缝实施,且借助转运单可缩短交接时间,防止信息遗漏,提升工作效率。

新生儿监护室内危重患儿较多,护理人员工作量较大,其护理质量不但受护理人员自身态度及能力的影响,亦受院方工作流程配置的影响。传统转运交接模式中,危重新生儿交接常面临交接过程中连续性照护信息缺失、有误等情况,其原因在于传统转运交接模式中转运方发挥主导作用,信息沟通普遍依赖口头交接,期间存在错记、漏记等现象,从而导致转运不良事件发生^[13-14];信息的缺失或相同内容的重复交接可影响转运速率,不仅延误患儿病情,影响医生诊治,甚至可出现病情误判,不利于患儿预后。而危重患儿转运过程中未及时、准确地给予处置可导致病情恶化,影响患儿预后转归及生命健康。SBAR 标准化沟通模式作为一类新型临床沟通方法,其可通过基础、规范的沟通程序引导护理人员实施护理措施,减少交接及护理差错。本研究结果显示,观察组转运不良事件、新生儿不良事件发生率均低于对照组,观察组家长满意度高于对照组,提示将 SBAR 标准化沟通模式应用于危重新生儿转运中,有助于减少转运不良事件及新生儿不良事件,提高家长对护理工作的满意程度,分析其原因在于通过 SBAR 模式转运表可全面、规范的记录患儿基本信息,并给予处理建议,接收方护理人员可及早、准确、全面地掌握患儿病情,有利于护理人员准确获取信息,同时通过建议环节将患儿治疗、护理方式无缝衔接至接受方,使后者相关交接工作更加规范,从而避免因沟通不畅导致的转运不良事件发生。

本次研究将流程改进作为研究重点,虽可确保信息沟通规范性,但易造成接收方护理人员对转运方的依赖,缺乏对相关护理人员主观思考能力的锻炼,故往后相关研究可加入对护理人员行为思考方式的干预措施,丰富转运交接方式的内涵。

综上所述,在危重新生儿转运中应用 SBAR 标准化沟通模式,有利于转运交接工作高效进行,防

止转运过程中不良事件的发生,提高患儿家长满意度。

4 参考文献

- [1] 李婉莹,张义,杜颖,等.危重新生儿长三角一体化转运的实践与思考[J].临床儿科杂志,2021,39(1):31-33.
- [2] 王巧洪,王婉洪,叶晓丹,等.集束化护理干预在危重新生儿转运中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(16):67-69.
- [3] 解红文,金云,孙娟,等.基于物联网的危重新生儿区域协同救治模式的实践[J].护理学杂志,2020,35(10):17-20.
- [4] 吴家兴,刘玉梅,孙云霞,等.急危重先天性心脏病新生儿 237 例院际转运的临床研究[J].中华实用儿科临床杂志,2020,35(18):1384-1387.
- [5] 周艳红,谢娟华,周海红,等.标准化沟通方案在急诊脑卒中患者入院交接工作的应用价值[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(8):933-936.
- [6] 刘必琴,顾志娥.SBAR 沟通模式在神经内科危重症患者床头交接班中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(2):152-155.
- [7] 中国医师协会新生儿科医师分会.新生儿转运工作指南(2017 版)[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(20):1543-1546.
- [8] 朱佳楠,康晓凤,陈京立.ISBAR 沟通模式在临床护理中的应用进展[J].中国护理管理,2019,19(8):1276-1280.
- [9] 马翠,孙敏,王正新,等.改良早期预警评分表应用于危重新生儿院内转运的效果探讨[J].中国护理管理,2019,19(4):589-593.
- [10] 俞夏娣,张亚丽,方雅,等.改良版 SBAR 沟通模式在抢救室严重创伤患者护理救治中的应用价值[J].重庆医学,2020,49(5):762-765.
- [11] 陈亿英,梁燕.SBAR 标准化沟通模式在重症监护室交接班中的运用[J].解放军预防医学杂志,2019,37(10):115-116.
- [12] 于涛,赵立新.标准化沟通模式在冠心病重症监护室管理中的应用价值[J].中国医刊,2020,55(7):800-802.
- [13] 吕娜,吉琦,胡晓艳,等.无缝式手术患者转运交接系统的研发及应用[J].护理学杂志,2021,36(2):5-8.
- [14] 陈敏.SBAR 沟通模式在新生儿重症监护病房护理床头交接班中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2021,27(2):265-268.

[2021-10-18 收稿]
(责任编辑 白晶晶)

早期免疫营养支持联合激励式护理对喉癌全喉切除术患者的影响

陈海芳 马灵草 戴晗青 董婷

【摘要】 目的 探究早期免疫营养支持联合激励式护理对喉癌全喉切除患者免疫功能、营养状况及心理状态的影响。**方法** 以2019年6月—2020年8月耳鼻喉科收治的80例喉癌行全喉切除患者为研究对象,按照两组基础资料具有可比性的原则分为观察组与对照组,各40例。对照组进行常规护理干预,观察组进行早期免疫营养支持和激励式护理,干预时间为15 d,比较两组患者干预前后免疫功能、营养状况及心理状态的差异。**结果** 干预前两组患者焦虑、抑郁评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);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($P<0.05$)。干预前,两组患者免疫球蛋白IgA、IgG、IgM以及T淋巴细胞CD3⁺、CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺水平值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组免疫球蛋白IgA、IgG、IgM以及T淋巴细胞CD3⁺、CD4⁺和CD4⁺/CD8⁺水平值均高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者血红蛋白、血清白蛋白和前白蛋白水平比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后观察组血红蛋白、血清白蛋白和前白蛋白水平均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对喉癌全喉切除患者进行早期免疫营养支持联合激励式护理干预,可有效减轻患者焦虑、抑郁情绪,促进患者免疫功能和营养状况的改善。

【关键词】 喉癌;全喉切除术;早期免疫营养支持;激励式护理;免疫功能;营养状况;心理状态

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.024

Effect of early immune nutrition support combined with incentive nursing on patients with laryngeal cancer undergoing total laryngectomy CHEN Haifang, MA Lingcao, DAI Hanqing, DONG Ting (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effects of early immune nutrition support combined with incentive nursing on immune function, nutritional status and psychological state of patients with laryngeal cancer after total laryngectomy. **Methods** A total of 80 patients with laryngeal cancer who underwent total laryngectomy in the department of otolaryngology from June 2019 to August 2020 were selected as the study objects. According to the principle of comparability of the basic data of the two groups, and they were divided into an observation group and a control group, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, and the observation group was given early immune nutrition support and incentive nursing. The intervention time was 15 days. The differences in immune function, nutritional status and psychological state of the two groups before and after the intervention were compared. **Results** Before intervention, there were no significant differences in the scores of anxiety and depression between the two groups($P>0.05$). After intervention, the scores of anxiety and depression in the observation group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). Before intervention, there were no significant differences in the levels of immunoglobulin IgA, IgG, IgM, and T lymphocyte CD3⁺, CD4⁺, and CD4⁺/CD8⁺ between the two groups($P>0.05$). After intervention, the levels of immunoglobulin IgA, IgG, IgM, and T lymphocyte CD3⁺, CD4⁺, and CD4⁺/CD8⁺ in the observation group were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). Before intervention, there were no significant differences in the levels of hemoglobin, serum albumin and prealbumin between the two groups($P>0.05$). After intervention,

the levels of hemoglobin, serum albumin and prealbumin in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of early immune nutrition support combined with incentive nursing intervention for laryngeal cancer patients with total laryngectomy can effectively relieve anxiety and depression, and promote the improvement of patients' immune function and nutritional status.

【Key words】 Laryngeal cancer; Total laryngectomy; Early immune nutrition support; Incentive nursing; Immune function; Nutritional status; Psychological state

喉癌多发生于中老年男性群体，发病可能与病毒感染、饮酒、吸烟以及激素等因素相关。喉癌患者早期可能感觉不到任何症状，随着病情进展，会出现呼吸、吞咽困难，声音嘶哑，咳嗽等表现^[1]。作为一种恶性肿瘤，喉癌往往进展迅速，临床以手术治疗为主，辅助免疫治疗、放疗等。临床研究指出^[2]，喉癌患者由于疾病的影响，其营养不良风险较高，大多患者会出现营养不良和免疫功能下降，影响手术治疗效果、整体生活质量和远期预后。因此加强对喉癌营养免疫支持至关重要。然而大多数恶性肿瘤患者存在有较大的心理问题，影响治疗积极性，最终也会对治疗效果产生影响。因此加强心理干预也十分重要^[3]。激励式护理是临床中新型的护理模式，其核心是激发和鼓励，是通过促进和鼓励，实施针对性的干预措施来改善治疗信心和态

度，最终改善患者心理状态^[4]。已有研究将激励式护理应用到癌症护理中，显示对患者心理状态和疾病护理能力以及生活质量具有改善效果^[5-6]。基于此，本次研究将早期免疫营养支持和激励式护理相结合，探究其对喉癌的具体影响。

1 对象和方法

1.1 研究对象

本次研究以我院 2019 年 6 月—2020 年 8 月耳鼻喉科收治的 80 例喉癌行全喉切除术患者为对象，按照两组基础资料具有可比性的原则分为对照组和观察组，各 40 例。本次研究经我院伦理委员会同意，入选患者和家属均签署研究知情同意书。两组性别、年龄、肿瘤分期、肿瘤分类等基本资料经统计学分析比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		平均年龄 (岁)	肿瘤分期		肿瘤分类			
		男性	女性		Ⅱ期	Ⅲ期	声门上型	声门型	声门下型	跨声门型
对照组	40	38	2	61.35 ± 5.46	12	28	11	20	3	6
观察组	40	37	3	60.74 ± 5.53	10	30	10	19	4	7
χ^2 值		0.213		0.496*	0.251		0.441**			
P 值		0.644		0.621	0.617		0.659			

* 为 t 值，** 为秩和检验 u 值。

1.2 纳入与排除条件

1.2.1 纳入条件 ①入选患者均经过喉镜、影像学 and 病理学检查明确诊断为喉癌，行全喉切除手术治疗；②手术成功，术后无严重并发症；③患者年龄 20~75 周岁；⑤意识清楚，语言表达能力正常，小学以上文化水平，具有配合研究和调查的能力；⑥临床资料完整。

1.2.2 排除条件 ①合并有其他严重内外科疾病者；②术后转院疗养者；③合并有严重精神障碍、心理障碍、认知障碍和视听障碍等无法配合研究者；④明确拒绝参与研究。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 围术期进行常规护理干预，包括：

①患者入院后进行常规护理评估，介绍医院环境，

讲解病区制度，帮助尽快适应医院环境；②协助患者完成各项术前检查和准备，指导患者清洁口腔，嘱患者戒烟，向患者讲解手术相关知识，安慰鼓励患者积极面对手术；③术后调整合适体位，进行严密病情观察和心电监护，观察切口敷料渗出情况和负压引流管道情况；及时清除呼吸道分泌物，进行气道湿化；遵医嘱完成各项治疗，通过鼻饲管为患者输注营养物质，术后每日进行 2 次口腔护理，向患者提供饮食指导和活动指导，指导家属将食物研磨成浆糊状，通过鼻饲管为患者注入。

1.3.2 观察组 在常规护理基础上对患者进行早期免疫营养支持和激励式护理干预。具体如下：

1.3.2.1 早期免疫营养支持 患者入院后由营养师对其营养状况进行详细评估，根据患者营养状况

制订早期免疫营养支持方案。

(1) 术前: 术前 5 d, 在正常饮食的间隙中不间断服用肠内免疫营养剂, 首日服用量 500 ml, 随后 4 d 每日服用量 1000 ml, 每日多次少量直至达到服用量。

(2) 术后: 早期通过鼻饲管进行肠内营养支持, 于术后 24 h 开始提供复合全营养素进行早期免疫营养支持, 复合全营养素包括植物油、脂肪酸、牛磺酸、乳清蛋白、多种矿物质和维生素等各种营养成分, 蛋白质、脂肪和碳水化合物能量比为 16:34:50, 并根据营养师对评估情况适量添加患者极度缺乏的营养物质, 患者术后第 1 天营养液输注 600 ml, 第 2 天 800 ml, 随后逐渐增加直至每日营养液达 1500 ml。此外, 在日常饮食中, 护士指导家属多制作膳食纤维丰富的食物, 待患者 2 周左右鼻饲管拔除后指导患者从流食过渡到半流质饮食直至普通饮食。

1.3.2.2 激励式护理

(1) 全面评估患者: 入院后除基础评估外, 由责任护士对患者进行全面评估, 调查患者对疾病的认知程度, 对手术治疗的态度和信心, 了解患者心理状态, 动态记录患者在整个住院期间的心理转变。

(2) 目标激励: 根据患者病情和心理特点设定合理的激励目标, 短期目标如“我保证术前完全戒烟”“今日营养液摄入量达标”“出现负面情绪会及时告诉护士和家属”等, 远期目标如“出院前学会全喉套管如何取出、清洗和消毒”等。由责任护士考核患者目标是否达成。

(3) 需要激励: 护士每 2 d 与患者进行 1 次一对一的交流谈话, 鼓励患者表达在这 2 d 内的心理感受和内心需求, 如自己的疾病心理负担, 对护理方面的需求, 对家庭方面的要求, 对疾病治疗的预期愿望等, 护士评估需求是否合理、能否满足, 对于患者合理需求给予满足。如耐心向患者讲解疾病相关知识和自我护理知识, 联系家属满足生活需求, 多陪伴和开导患者, 多与患者分享生活趣事, 为患者提供亲情支持, 减轻其心理负担。

(4) 榜样激励: 护士选取病区中治疗依从性高、心态乐观的患者为其他患者讲述自己的疾病体验, 分享心得体会, 具体讲述自己如何调整心态, 如何合理进食, 有哪些食物对改善营养状态和促进康复有益等, 以鼓励其他患者学习有效经验。

(5) 参与激励: 鼓励患者积极参与到自己疾病的护理工作中, 如主动学习饮食知识, 主动练习全喉套管置入、取出和清洗消毒, 学习自己监测自己病情的变化等。

1.4 观察指标

(1) 心理状态: 选用 Zung 等编制的焦虑自评量表 (SAS) [7] 和抑郁自评量表 (SDS) [8] 于干预前和干预后评估心理状态。SAS 量表内容效度指数为 0.873, Cronbach's α 系数为 0.869, SDS 量表内容效度指数为 0.892, Cronbach's α 系数为 0.913。两个量表均各有 20 个条目, 每个条目采用 4 级评分 (1~4 分), 得分 > 50 提示存在焦虑, 得分 > 53 分提示存在抑郁情绪, 得分越高表明患者焦虑、抑郁情绪越严重。

(2) 免疫功能: 通过实验室检查检测患者干预前后血液中免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 以及 T 淋巴细胞 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD8⁺ 的水平值。

(3) 营养状况: 通过实验室检查检测患者干预前后血液中血红蛋白 (Hb)、血清白蛋白 (ALB) 和前白蛋白 (PA) 的水平值。

1.5 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患者焦虑、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、抑郁评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 干预前后两组患者焦虑、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	40	69.56 $\pm$ 5.33	57.13 $\pm$ 4.47	68.75 $\pm$ 5.29	55.26 $\pm$ 4.37
观察组	40	70.31 $\pm$ 5.28	46.32 $\pm$ 3.52	69.31 $\pm$ 5.61	42.37 $\pm$ 3.53
t 值		0.632	12.016	0.459	14.512
P 值		0.529	0.001	0.648	0.001

2.2 干预前后两组患者免疫功能相关指标比较

干预前, 两组患者免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 以及 T 淋巴细胞 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD4⁺/CD8⁺ 水平值比较组间差异均无统计学意义 ($P>0.05$) ; 干预后观察组免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 以及 T 淋巴细胞 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD4⁺/CD8⁺ 水平值均高于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$) , 见表 3。

2.3 干预前后两组患者营养状况相关指标比较

干预前, 两组患者血红蛋白、血清白蛋白和前白蛋白水平比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$) ; 干预后观察组血红蛋白、血清白蛋白和前白蛋白水平均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$) , 见表 4。

表 3 干预前后两组患者免疫功能相关指标比较

组别	例数	IgA (g/L)		IgG (g/L)		IgM (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	1.53 ± 0.45	2.31 ± 0.82	10.23 ± 1.56	12.98 ± 1.94	1.38 ± 0.39	2.06 ± 0.75
观察组	40	1.49 ± 0.37	2.95 ± 0.78	10.31 ± 1.63	16.23 ± 2.13	1.41 ± 0.52	2.84 ± 0.87
<i>t</i> 值		0.434	3.577	0.224	7.134	0.292	4.295
<i>P</i> 值		0.666	0.001	0.823	0.000	0.771	0.000

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	40.79 ± 3.46	48.36 ± 4.62	32.16 ± 3.12	38.69 ± 3.59	1.49 ± 0.36	1.68 ± 0.57
观察组	40	41.25 ± 3.52	57.32 ± 4.73	31.82 ± 3.31	46.74 ± 3.67	1.53 ± 0.43	2.26 ± 0.69
<i>t</i> 值		0.589	8.571	0.473	9.917	0.451	4.099
<i>P</i> 值		0.558	0.000	0.638	0.000	0.653	0.000

表 4 干预前后患者营养状况相关指标比较

组别	例数	血红蛋白 (g/L)		血清白蛋白 (g/L)		前白蛋白 (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	102.78 ± 5.59	97.32 ± 4.45	35.31 ± 2.42	38.32 ± 3.25	276.58 ± 13.45	297.68 ± 14.27
观察组	40	103.31 ± 4.73	108.69 ± 4.73	34.76 ± 2.33	47.31 ± 3.68	275.94 ± 13.63	328.35 ± 16.93
<i>t</i> 值		0.458	11.073	1.035	11.581	0.211	8.761
<i>P</i> 值		0.648	0.000	0.304	0.000	0.833	0.000

3 讨论

喉癌临床中多采用手术切除的方式进行治疗, 尤其是中晚期喉癌患者, 大多需要进行全喉切除。手术切除对患者咽喉正常结构造成破坏, 患者术前大多就已经存在呼吸、吞咽困难等症状, 术后会面临言语障碍、进食呛咳、永久性气管痿、饮食受限、形象受损的问题, 不仅会导致患者产生心理障碍, 还会导致营养摄入不良, 免疫功能下降, 严重影响患者预后^[9]。

本次研究结果显示, 观察组经过干预后焦虑、抑郁评分均低于对照组, 这一结果得益于激励式护理干预的实施。王凌娜^[10] 研究指出, 以正性激励为指导的护理模式, 能够调动力量, 激发潜能, 提高患者对疾病治疗的信心和配合程度, 从而促进身心康复。肖克珍等^[11] 调查显示, 全喉切除术患者

焦虑、抑郁水平高于普通疾病患者, 而心理应激反应严重程度与患者感觉到的支持度相关, 还会影响患者对疾病的应对方式。本次研究对喉癌患者进行激励式护理, 首先对心理问题及诱发心理问题的影响因素进行了全面的评估, 帮助患者设定疾病目标, 全面满足各种合理需求, 选取表现良好的患者作为榜样进行交流, 指导其积极参与疾病的治疗和康复护理等措施, 充分发挥了正向心理作用。如本次研究在目标激励中帮助患者制定了与疾病治疗护理密切相关的各种短期目标和远期目标, 为患者提供自我护理的方向, 而在需求激励中, 满足患者对家庭、护理等各方面的需求, 帮助患者正确认识疾病, 掌握疾病护理知识, 还联系家属对患者进行情感支持, 满足了患者内心需求, 消除了内心忧虑。在榜样激励中通过选取表现较好的患者进行经验分享, 充分发挥了病友之间的共情作用, 鼓励其他患者学习吸

取经验,而通过参与激励,让患者积极参与到疾病的护理中,尊重了主体地位,让患者感觉到自己“有用”,从而也满足了心理需求。研究指出^[12],激励式护理干预在掌握患者心理问题的前提下,通过对患者进行不断的精神激励,指导患者客观面对疾病,正确应对问题,进而帮助建立自信状态,促进心理健康的改善。贺凌燕等^[13]研究也指出,激励式护理是从不良情绪为切入点实施护理干预,对心理状态进行动态评估,通过精神激励、疾病知识宣教和技术指导等方式来帮助患者正确面对困难,提高信心,消除消极情绪,激发实现目标的意愿。

本次研究结果显示,观察组经过干预后,营养状况和免疫功能各指标改善均优于对照组,这一结果得益于早期免疫营养支持干预措施的实施。甘春娥等^[14]研究指出,免疫功能的改善对肿瘤疾病疾病转归和预防复发具有重要作用,早期基于患者充足的营养支持,能够保证患者手术期营养充足,避免了由于营养不良而影响躯体恢复进程,减少并发症发生。何科等^[15]研究提到,喉癌患者由于吞咽困难和肿瘤消耗,会增加营养不良的风险,肿瘤因子还会对患者机体免疫功能造成抑制,再加上手术创伤,不利于食物的摄入,进而会影响其免疫功能和营养状况。而本次研究通过对观察组早期免疫营养支持干预,在术前即对患者进行营养支持,保证了患者在手术时具有足够的能量来对抗损伤,从而减轻手术应激反应导致的机体免疫抑制,术后为患者输注营养液,保证各种营养物质的持续补充,也避免了营养不良的发生。莫木琼等^[16]研究指出,加强对喉癌早期营养护理干预,能够避免患者免疫抑制程度的加重,纠正营养不良,满足患者机体修复所需的营养和能量,从而避免各种并发症的发生,促进机体康复。此外,赵之栋等^[17]研究发现,喉癌患者术后的焦虑程度与营养状况和免疫指标也有相关性,对103例喉癌患者调查显示,随着焦虑程度加重,相关的营养学和免疫学指标均有下降趋势,情绪障碍会影响机体的细胞免疫,负性事件会影响机体的体液免疫,这一结论从侧面反映了改善患者心理状态也会间接促进患者免疫功能和营养状况的提升。

综上所述,对喉癌全喉切除患者进行早期免疫营养支持联合激励式护理干预,可有效减轻患者焦虑,抑郁情绪,促进其免疫功能和营养状况的改善。

4 参考文献

践与研究,2019,16(7):23-24.

- [2] 张云. 基于跨理论模型的吞咽功能训练对喉癌术后功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(5):107-109.
- [3] 张小平,王少新,杨登权,等. 喉癌患者营养风险筛查及个体化营养干预的效果评价[J]. 中国食物与营养,2018,24(3):74-77.
- [4] 王肖萍,吕秀平. 激励式护理模式在永久性结肠造口术围术期护理中的应用[J]. 护理研究,2018,32(23):156-157.
- [5] 卞龙艳,陈晓玲. 激励式护理对直肠癌术后永久性结肠造口病人自我护理能力及生活质量的影响[J]. 护理研究,2017,31(1):90-92.
- [6] 陆敏,刘絮杨,桂淑娟,等. 自我效能训练联合激励式护理对脊髓损伤患者康复效果的影响[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(24):3323-3327.
- [7] Zung W.A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics,1974,12(6):371-379.
- [8] Zung W.A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiatry,1965(12):63-70.
- [9] 赵小云,易勉,周银华,等. 营养支持对喉癌患者术后免疫功能和术后并发症的影响[J]. 中国食物与营养,2019,25(8):86-88.
- [10] 王凌娜. 激励式护理对永久性肠造口患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(35):4257-4261.
- [11] 肖克珍,李飞,崔少娟,等. 全喉切除术后患者负性情绪与应对方式、社会支持性研究[J]. 中华现代护理杂志,2019,25(12):1553-1556.
- [12] 林爱桃,杨钦泰,周琪琳,等. 激励式护理模式对喉癌全喉切除永久性气管造瘘病人负性情绪及生存质量的影响[J]. 全科护理,2019,17(34):4298-4301.
- [13] 贺凌燕,李宏慧. 激励式护理对喉癌手术患者治疗依从性的影响[J]. 检验医学与临床,2020,17(17):147-149.
- [14] 甘春娥,王若琰,刘莉. 早期营养护理对食管癌根治术后患者免疫功能及营养状况的影响[J]. 海南医学,2020,31(10):1353-1356.
- [15] 何科,韦春银,许坚. 喉癌患者营养不良状况及免疫肠内营养支持治疗的研究进展[J]. 广西医学,2017,39(6):874-876.
- [16] 莫木琼,王东芳,廖美芳,等. 早期营养护理干预对喉癌术后患者快速康复的效果观察[J]. 重庆医学,2017,46(A02):244-245.
- [17] 赵之栋,唐梓轩,王珩,等. 喉癌患者术后焦虑程度与营养状况及免疫指标性分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2019,26(6):294-297.

[2021-10-20 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

[1] 朱春禄. 喉癌患者围手术期护理研究进展[J]. 护理实

腹部按摩护理联合穴位注射应用于心脏术后腹胀患者中的效果观察

肖保娟 何星星 涂发妹

【摘要】 目的 探讨腹部按摩联合足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液改善心脏术后患者腹胀的应用效果。方法 选取2018年4月—2021年4月南昌市某三级甲等医院总院行心脏手术并发腹胀的患者259例,按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组(129例)和对照组(130例)。对照组实施足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液并采用传统护理方法,观察组在对照组基础上进行腹部按摩。观察两组术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠蠕动恢复和腹胀消失时间。结果 观察组术后肛门首次排气时间、肛门首次排便时间、肠蠕动恢复时间、腹胀缓解时间均短于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 腹部按摩联合足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液能有效缓解心脏术后患者腹胀症状,且操作简便、安全可靠。

【关键词】 腹部按摩; 足三里; 穴位注射; 甲硫酸新斯的明注射液; 心脏术后; 腹胀

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.025

Effect observation of abdominal massage nursing combined with acupoint injection in patients with abdominal distension after cardiac surgery XIAO Baojuan, HE Xingxing, TU Famei (Gaixin Hospital of the First Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330096, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application effect of abdominal massage combined with Zusanli acupoint injection of neostigmine methylsulfate in improving abdominal distension in patients after cardiac surgery. **Methods** A total of 259 patients with abdominal distension who underwent cardiac surgery in the general hospital of a third-class hospital in Nanchang from April 2018 to April 2021 were selected and divided into an observation group(129 cases) and a control group(130 cases) according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups. The control group received neostigmine methylsulfate injection and traditional nursing methods at Zusanli acupoint, while the observation group received abdominal massage on the basis of the control group. The time of the first anal exhaust, the time of the first defecation, the recovery of intestinal peristalsis and the disappearance of abdominal distension in the two groups were observed. **Results** The postoperative first anal exhaust time, first defecation time, recovery time of intestinal peristalsis and the abdominal distension relief time in the observation group were shorter than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of abdominal massage combined with Zusanli acupoint bolus injection of neostigmine methylsulfate can effectively relieve the symptoms of abdominal distension in patients after cardiac surgery, and the operation was simple, safe and reliable.

【Key words】 Abdominal massage; Zusanli; Acupoint injection; Injection of neostigmine methylsulfate; After cardiac surgery; Abdominal distension

心脏手术患者因长时间灌注损伤、缺血缺氧容易引起肠黏膜损伤,胃肠道淤血^[1]。其次,创伤、

疼痛、焦虑、术后入住重症监护室不适等因素也容易导致胃肠道功能减弱,产生腹胀^[2]。目前,心脏外科术后并发腹胀的发病机制尚不明确,临床上缺乏预防的有效措施。因此如何科学减轻和缓解心脏术后患者腹胀尤其关键。研究表明^[3],通过机械性动力如腹部按摩能加强肠蠕动,促进胃肠蠕动功能

基金项目:江西省卫生计生委科技计划项目(编号:20185169)
作者单位:330096 江西省南昌市,南昌大学第一附属医院
高新医院
通信作者:涂发妹

恢复,在不影响病情的前提下,患者容易接受。而中医普遍认为,足三里穴是治疗腹胀的主要穴位,有研究表明,穴位注射甲硫酸新斯的明可以改善术后患者胃肠功能^[4]。本研究旨在研究腹部按摩联合足三里穴推注甲硫酸新斯的明注射液改善心脏术后腹胀的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年4月—2021年4月江西省某三级甲等医院总院行心脏手术发生腹胀的患者259例,男174例,女85例;年龄 55.14 ± 14.63 岁,纳入条件:在全麻、体外循环下进行心脏手术患者,术后发生腹胀,患者知情同意并签署知情同意书。排除条件:排除胃肠道溃疡、糖尿病、胆囊炎、胰腺炎等消化系统病例,不同意参加者。该项目已经通过医院伦理委员会审核。按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组129例和对照组130例。两组研究对象性别、年龄、手术方式、腹胀症状等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给患者实施足三里穴推注甲硫酸新斯的明注射液(上海信谊金朱药业有限公司,国药准字H31021570,规格:1 ml: 0.5 mg / 支)并采用常规护理方法。

(1) 足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液:嘱患者取仰卧位,双膝屈曲成 90° ,摸到胫骨粗隆,在其外下缘直下1寸处做好标记即足三里穴。取1副2 ml的无菌注射器,在足三里穴定位后,先用0.5%碘伏消毒皮肤,左手绷紧皮肤,右手持2 ml注射器对准穴位压痛点,缓慢进针,待患者自诉感觉局部酸、麻、胀痛即成功。取穴成功后回抽注射器观察有无回血,再快速推注甲硫酸新斯的明注射液2 ml。每天2次,每次2支。注射结束后拔出针头,

嘱患者用干棉球按压1 min直至不出血,同时护理人员要严密观察注射部位是否出血。

(2) 传统护理方法:护理人员督促患者术后早期下床活动;叮嘱家属给予患者毛巾热敷腹部。

1.2.2 观察组 先由护理人员进行腹部按摩,再为患者实施足三里穴推注甲硫酸新斯的明注射液。足三里穴推注甲硫酸新斯的明注射液,方法如对照组,由通过同质化培训的医护人员操作,进行质量控制。腹部按摩护理:操作前叮嘱患者排空膀胱。护理人员按照顺时针方向按摩患者腹部,力度从轻到重,随时观察患者反应。每分钟按摩120~160次,按摩3~5 min,每天按摩2次,上午8:00 1次,下午16:00 1次。

1.3 观察指标

(1) 肛门首次排气时间:术后患者自觉肛门排气立刻记录时间并及时通知护理人员。

(2) 首次排便时间:记录患者术后第一次排便时间。

(3) 肠蠕动恢复时间:腹部按摩联合足三里穴注射甲硫酸新斯的明注射液后2 h开始听诊,每间隔2 h听诊1次,每次3 min,听到3~4次/min肠鸣音即为患者肠蠕动恢复,并记录开始时间。

(4) 腹胀:腹部出现膨胀感、压痛、呼吸运动减弱或消失即可判定为腹胀。腹胀缓解时间为患者自觉缓解时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,方差不齐采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组肛门首次排气时间、首次排便时间、肠蠕动恢复时间、腹胀缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者首次排气时间、首次排便时间、肠蠕动时间、腹胀缓解时间比较(h)

组别	例数	肛门首次排气时间	首次排便时间	肠蠕动恢复时间	腹胀缓解时间
观察组	129	23.27 ± 1.56	41.34 ± 3.18	16.32 ± 3.37	32.02 ± 1.21
对照组	130	42.31 ± 5.34	66.54 ± 4.54	24.34 ± 5.45	48.54 ± 14.43
u 值*		39.010	51.770	14.255	13.007
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

* 秩和检验。

3 讨论

3.1 有效的治疗和缓解心脏术后患者的腹胀迫在眉睫

外科术后患者,常因手术损伤、麻醉等应激,导致肠管浆膜、腹膜的完整性受损,纤维蛋白渗出、手术部位组织缺血、纤维蛋白凝固变性粘连,导致术后患者肠蠕动功能减弱或消失。而心脏手术患者不仅要经过开胸,还要在全麻、低温、体外循环下进行手术,长时间组织缺血缺氧、灌注损伤、易引起肠黏膜破损,导致胃肠道淤血^[5]。另一方面创伤、术后入住重症监护室不适、疼痛、焦虑等因素又易引起交感神经兴奋,肾上腺分泌紊乱,导致患者胃肠道动力功能减弱或丧失。患者食欲不佳,既影响精神和营养状态,又容易造成水电解质紊乱,脏器的损害,切口愈合不良,严重影响患者的恢复。据报道^[6],心脏术后患者由于胃肠蠕动减弱、神经功能障碍易发生腹胀,心脏术后并发腹胀发病率高达54%。术后腹胀症状较轻的患者不会引起致命伤害,但持续顽固的胃肠胀气,会抬高膈肌,增加腹压,患者心脏受压容易引起呼吸困难,治疗处理不当严重影响患者的术后恢复,延长住院时间。而病情危重、高龄这些特殊患者群体,更易危及生命^[6]。目前心脏外科术后并发腹胀患者的发病机制尚不明确,且临床上也缺乏针对性的有效预防措施。因此如何快捷、高效、有效治疗和缓解心脏术后患者的腹胀症状尤其关键。

3.2 腹部按摩联合足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液治疗方法行之有效

研究表明,通过按摩腹部,防止肠袢间黏着,同时机械性动力作用增强肠蠕动,促进胃肠功能恢复,且患者容易接受^[6]。丁琰俊等^[7]在一项研究中发现,食管癌术后患者在肠内营养期间给予腹部按摩可促进患者胃肠功能恢复,降低腹泻、腹胀等肠内并发症的发生,利于患者恢复。本研究观察组患者术后肛门首次排气时间、首次排便时间、肠蠕动恢复时间、腹胀症状缓解时间有所缩短,与郭敏慧等^[8]和周贝贝等^[9]的研究结果一致,说明腹部按摩能有效改善心脏术后患者的腹胀症状。

足三里穴是治疗腹胀的关键穴位。甲硫酸新斯的明注射液对膀胱平滑肌、胃肠道的兴奋作用较强,常用于术后肠麻痹导致的腹胀及膀胱逼尿肌无力导致的尿潴留^[10]。有研究发现,针对腹胀严重患者临床常规用甲硫酸新斯的明注射液进行肌内注射,效果不明显^[11]。但采用穴位注射甲硫酸新斯的明注射

液的方法可以较好地提高治疗效果^[2]。药物直接作用于穴位,一方面可以通经活络,另一方面可以提高神经系统治疗效果。足三里穴位于足阳明胃经合穴,具有理气降逆、扶正祛邪的功效^[3],在足三里穴位推注新斯的明注射液,可以发挥药物与针刺的协同作用^[4]。据调查,曾有多篇研究表明^[12-14]足三里穴位注射新斯的明注射液能治疗术后腹胀,但针对心脏术后腹胀患者未见报道。

目前,腹部按摩联合足三里穴位注射甲硫酸新斯的明治疗心脏术后腹胀患者的研究国内外鲜有报道。而本研究发现,腹部按摩联合足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液治疗方法能有效地缩短心脏术后患者肛门首次排气时间、肛门首次排便时间、肠蠕动恢复时间、缓解患者的腹胀症状,降低患者的痛苦,且操作简便,费用低廉。

总之,运用腹部按摩联合足三里穴位推注甲硫酸新斯的明注射液的治疗方法能有效减轻心脏术后患者的腹胀症状,恢复胃肠功能,缓解患者的痛苦,降低并发症的发生,促进患者的康复,效果显著。

4 参考文献

- [1] 臧玉洁.成人心脏外科术后发生腹胀的原因分析及护理对策[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(36):126.
- [2] 蔡敏.穴位注射对促进剖腹胆囊术后肠蠕动恢复的影响[J].上海护理,2011,11(3):27-29.
- [3] 邵乐文.择时选穴按摩时胃肠道术后肠蠕动恢复的影响[J].中华护理杂志,2006,41(8):752-753.
- [4] 要春枝.穴位注射促进子宫广泛切除术后患者胃肠功能紊乱恢复效果观察[J].齐鲁护理杂志,2010,16(15):35-36.
- [5] 臧玉洁.成人心脏外科术后发生腹胀的原因分析及护理对策[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(36):126.
- [6] 孔淑娟,周旺伟,吕小平.同侧双穴位注射治疗肛肠病术后尿潴留的护理研究[J].护理研究,2009,23(10):879-880.
- [7] 丁琰俊,杭瑛,张侃.腹部按摩在食管癌病人术后早期肠内营养中的应用研究[J].全科护理,2016,14(33):3543-3544.
- [8] 郭敏慧,金宇玲,林丽英.穴位按摩配合腹部按摩改善老年病人肠息肉术后腹胀效果观察[J].全科护理,2016,14(24):2533-2535.
- [9] 周贝贝,杨金丽,袁义厘,等.腹部按摩对留置鼻肠管的重症颅脑损伤病人胃肠功能恢复的影响[J].全科护理,2016,14(11):1112-1113.
- [10] 裴丽洁,杨文超,商建亭.新斯的明穴位注射联合艾灸治疗剖宫产术后肠麻痹36例疗效观察[J].中国医刊,2013,48(9):91-92.

肠乳头保护支架在造口患者护理中的干预效果

朱倩 顾云雨 林媛珍

【摘要】 目的 探讨肠乳头保护支架在造口患者护理中的应用效果。**方法** 选取2019年7月—2021年7月于医院行造口术治疗的患者60例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各30例。对照组行常规干预,观察组在此基础上加用肠乳头保护支架,观察至术后1个月。采用舒适状况量表(GCQ)评价并比较两组患者舒适度,观察两组患者造口底盘使用时间、浸渍宽度和并发症发生率。**结果** 观察组干预后各维度评分均高于对照组,造口底盘使用时间长于对照组,造口底盘浸渍宽度小于对照组,并发症总发生率低于对照组,组间比较差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。**结论** 肠乳头保护支架能够提高造口患者舒适度,增加造口底盘使用时间,减少并发症发生。

【关键词】 膀胱癌;造口术;肠乳头保护支架;舒适度;并发症

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.026

Intervention effect of intestinal papilla protective stent in nursing of patients undergoing neostomy ZHU Qian, GU Yunyu, LIN Yuanzhen (The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, 330000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of intestinal papilla protective stent in nursing of patients undergoing neostomy. **Methods** To select 60 patients who underwent neostomy in the hospital from July 2019 to July 2021 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 30 cases in each group. The control group received routine intervention, and the observation group received intestinal papilla protective stent on this basis, and the observation was performed until 1 month after operation. The general comfort questionnaire(GCQ) was used to evaluate and compare the comfort level of the two groups of patients, and the use time of the stoma chassis, the dipping width and the incidence of complications were observed in the two groups. **Results** After the intervention, the GCQ dimension scores of the observation group were higher than those of the control group, the use time of the stoma chassis was longer than that of the control group, the dipping width of the stoma tray was smaller than that of the control group, total incidence of complications was lower than that of the control group, and the differences between the groups were statistically significant(all $P<0.05$). **Conclusion** The application of intestinal papilla protective stent can improve the comfort of patients undergoing neostomy, increase the use time of the stoma chassis, and reduce the occurrence of complications.

【Key words】 Bladder cancer; Neostomy; Intestinal papilla protective stent; Comfort; Complication

基金项目:江西省卫生健康委科技计划项目(编号:20201055)

作者单位:330000 江西省南昌市,南昌大学第二附属医院

通信作者:林媛珍,本科,主任护师

[11] 钱秋花,叶香凤,包英华.新斯的明穴位注射治疗腰麻后尿潴留的疗效观察[J].护理与康复,2010,9(5):428-429.

[12] 通晴,胡苏.足三里穴位注射新斯的明联合大承气汤对脓毒症患者胃肠功能的影响及其机制探讨[J].中国中医急症,2017,26(6):1052-1055.

[13] 姜亚平,刘宝贵,庞洋,等.新斯的明足三里穴位注射

治疗重症卧床腹胀患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(36):3.

[14] 秦莉,费志医,黄琴.穴位注射新斯的明联合小承气汤剂治疗剖宫产术后腹胀的临床观察[J].中国临床医生杂志,2021,49(5):616-618.

[2021-09-07 收稿]

(责任编辑 陈景景)

膀胱全切术是治疗膀胱癌的常用方法,术后由于尿液无法再经尿道排出,常需要做永久的尿路改道术,尿流改道术后,改变患者原有的正常排尿方式,患者需终身佩戴造口袋。肠造口术是将近端肠管固定于腹壁外,能够替代肛门将粪便排出体外,有效改善患者临床症状^[1-2]。但肠造口术使患者的排便方式发生改变,需永久性使用造口袋,因受造口特有的形态及长期处于粪便、尿液浸润等因素影响,易引发造口水肿、造口出血等一系列并发症^[3-4]。同时造口袋与肠乳头的粘连,会使患者产生有类似蚂蚁爬行般的痒感,痛苦和不适感较重,并会加重患者经济负担^[5-6]。临床采取有效干预措施以防治肠造口及其周围皮肤并发症发生尤为重要。肠造口乳头保护支架包括圆盘底座、固定孔和支撑支架,具有结构简单、使用方便等优点,能够依据患者实际情况随意塑型、调节大小^[7]。基于此,本研究旨在探讨肠乳头保护支架在肠造口患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年7月—2021年7月于本院行肠造口术治疗的患者60例,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各30例。纳入条件:均接受造口手术治疗;年龄 ≥ 18 岁;患者知晓本研究,且签署同意书。排除条件:癌症远处转移;严重精神智力障碍;病案资料不全者。观察组男18例,女12例;年龄35~69岁,平均 50.64 ± 3.21 岁;文化程度:初中及以下11例,高中10例,专科及以上9例。对照组男19例,女11例;年龄35~72岁,平均 50.69 ± 3.18 岁;文化程度:初中及以下12例,高中11例,专科及以上7例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过医院医学伦理委员会审核。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取常规肠造口护理干预,未使用肠乳头保护支架。

1.2.2 观察组 在对照组基础上使用肠乳头保护支架,具体如下。

(1)健康教育:向患者及家属讲解更换造口产品的目的、过程和注意事项,耐心解答患者疑问,取得其理解和配合。

(2)去除旧造口袋:患者采取平卧位,在造口处腰腹部放置护理垫,佩戴一次性无菌手套,去

除旧造口袋,一手按压皮肤,一手轻揭造口底盘,自上而下慢慢去除,若去除困难则采取黏胶去除剂或热毛巾湿敷,将底盘浸透,避免用力去除造口底盘造成皮肤损伤。

(3)清洁造口及周围的皮肤:采用生理盐水棉球清洁造口及周围的皮肤,注意用力适中、手法轻柔,避免用力过大损伤造口黏膜引起出血,之后采用干纱布或纸巾吸干皮肤上的水分。

(4)观察造口及周围皮肤变化情况:检查造口周围皮肤是否有红疹、皮损、溃烂、过敏等异常,观察排泄物的色、质、量及气味,观察造口底盘渗漏溶解的部位与方向及造口周围皮肤是否平坦,发现异常立即上报医生对症处理。

(5)处理皮肤及造口黏膜的异常情况:发现造口黏膜局部有出血或者皮肤上有破溃脱皮、过敏等现象,可涂抹适量护肤粉,若某些部位皮肤有凹陷或皮肤有皱褶,可用防漏膏或者垫片将凹陷的皮肤或皱褶处垫平,再粘贴造口底盘。

(6)粘贴造口底盘:采用造口尺测量造口大小,裁剪合适大小的底盘,剪裁大小应以造口的形状或大小为标准再加0.1~0.2 cm,让造口有一定活动余地,剪裁合适后,可用手指将底盘的造口圈磨光,避免剪裁不齐的边缘损伤造口黏膜,将底盘保护膜去除后,对准造口由下而上粘贴,一手轻轻按压造口边上的底盘,一手用纱布轻放在造口处,避免按压时分泌物溢出影响造口底板的粘贴。

(7)安装肠造口乳头保护支架:将肠乳头保护支架调整好高度后扣合于底盘上,听见“咔嚓”声表示扣合好。

(8)安装造口袋:将造口袋开口端闭合后再与底盘扣合,并仔细检查扣合是否紧密。观察至术后1个月。

1.3 观察指标

比较两组患者舒适度、造口底盘使用时间、浸渍宽度和并发症发生率。

(1)舒适度:干预前后采用美国舒适护理专家Kolcaba制订的舒适状况量表(GCQ)^[8]评价患者舒适度,包括生理(5个条目)、心理精神(10个条目)、环境(5个条目)、社会文化(8个条目)4个维度,共28个条目,采用1~4级评分法,总分112分,得分越高代表舒适度越高。

(2)记录两组造口底盘使用时间、造口底盘浸渍宽度。

(3)并发症:记录两组造口周围皮肤刺激性

皮炎、造口出血等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行处理, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者 GCQ 评分比较

干预前, 两组患者 GCQ 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

GCQ 各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组造口底盘使用时间、造口底盘浸渍宽度比较

观察组造口底盘使用时间长于对照组, 造口底盘浸渍宽度小于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组并发症发生率比较

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

表 1 干预前后两组患者 GCQ 评分比较 (分)

组别	例数	生理		心理精神		社会文化		环境	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	30	9.61 $\pm$ 2.04	12.86 $\pm$ 2.17	14.59 $\pm$ 3.24	19.85 $\pm$ 4.51	15.70 $\pm$ 3.21	16.92 $\pm$ 3.25	8.58 $\pm$ 2.08	10.71 $\pm$ 2.15
观察组	30	9.64 $\pm$ 2.07	15.42 $\pm$ 2.12	14.62 $\pm$ 3.28	23.63 $\pm$ 4.56	15.75 $\pm$ 3.23	19.60 $\pm$ 3.26	8.65 $\pm$ 2.10	13.67 $\pm$ 2.18
t 值		0.057	4.622	0.036	3.228	0.060	3.189	0.130	5.295
P 值		0.955	0.000	0.972	0.002	0.952	0.002	0.897	0.000

表 2 两组造口底盘使用时间、造口底盘浸渍宽度比较

组别	例数	造口底盘使用时间 (d)	造口底盘浸渍宽度 (cm)
对照组	30	3.35 $\pm$ 0.54	1.24 $\pm$ 0.20
观察组	30	5.89 $\pm$ 1.02	0.81 $\pm$ 0.16
t 值		12.054	9.196
P 值		0.000	0.000

表 3 两组并发症发生率比较

组别	例数	造口周围皮肤刺激性皮炎	造口出血	造口水肿	造口皮肤黏膜分离	总发生例数	发生率 (%)
对照组	30	2	2	1	3	8	26.67
观察组	30	1	0	1	0	2	6.67

$\chi^2 = 4.320$, $P = 0.038$ 。

3 讨论

肠造口术对患者生理、心理、社会等方面均产生了一定的影响。肠造口患者需终身携带肠造口, 佩戴造口袋的过程中由于造口袋与肠乳头间的受压、摩擦与粘连, 增加患者不适感, 甚至导致肠造口乳头黏膜水肿与出血, 不仅给患者日常生活带来不便, 也增加临床护理的工作量^[9-10]。护理人员应提高护理干预效果, 为患者康复期生活质量提供保障^[11], 但如何采取科学合理的干预方式以减少并发症发生成为目前亟待解决的重要问题。

肠造口乳头保护支架是一种新型保护工具, 将肠造口乳头通过套孔置入支架, 调节支架至合适大小后固定, 再将造口袋套于圆盘底座, 可有效避免肠造口乳头与造口袋长时间接触而发生粘连^[12-13]。本研究结果显示, 观察组干预后 GCQ 各维度评分均高于对照组, 造口底盘使用时间长于对照组, 造口底盘浸渍宽度小于对照组, 并发症总发生率低于对照组, 表明肠乳头保护支架能够提高造口患者舒适度, 增加造口底盘使用时间, 减少并发症发生。在肠造口患者中采取肠造口乳头保护支架, 利用支撑的原理, 可避免造口乳头受压与摩擦, 降低造口

出血和水肿发生风险,有效保障患者安全^[14-16]。肠造口乳头保护支架由于底板紧扣造口底盘内口上,可增加造口底盘对皮肤的压力,有助于消除底盘与皮肤之间的间隙,减少粪便及尿液等排泄物渗漏的机会,保护造口周围皮肤,减少刺激性皮炎的发生,从而延长造口底盘使用时间,进一步降低患者经济负担,节约医疗资源^[17-18]。肠乳头保护支架设计简单、实用,支撑支架为铝棒材质构成,外层包裹PVC透明材质,可依据患者需求调节支撑高度,体现个性化^[19-20]。透明材质便于护理人员更加直观地观察造口底盘黏胶及皮肤变化,发现异常立即处理,提高患者生理、心理舒适度,有助于患者康复^[21-22]。肠乳头保护支架在肠造口患者中取得一定应用效果,由于本支架在临床应用研究数据样本量较少,未来将扩大样本量进一步探讨该支架在肠造口患者使用中的安全性与可行性,以提高造口产品的使用率,从而为造口患者提供更加优质高效的医疗服务。

综上所述,在造口患者中使用肠造口乳头保护支架后,能够提高患者舒适度,延长造口底盘使用时间,降低并发症发生率,有效保障患者安全。

4 参考文献

- [1] 段晓侠,王艳秋,陈冬梅.以奥马哈系统为框架的延续护理在永久性结肠造口病人中的应用评价[J].蚌埠医学院学报,2018,43(4):531-536.
- [2] 李琳,管灵素,黄丹倩.个性化护理模式在肠造口患者护理工作中的应用研究[J].中国药物与临床,2019,19(6):1006-1008.
- [3] 董洪芳,祁克蓉,胡婵娟,等.路径式护理干预在肠造口术后患者的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(18):1667-1669.
- [4] 刘娜,皮红英,庄焕芝.造口评估表在结直肠癌造口患者中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(7):591-596.
- [5] 许宁,李文亮,黄凤昌.改良保护性肠造口应用于老年梗阻性乙状结肠癌患者的围术期观察[J].北京医学,2019,41(4):271-275.
- [6] 吴昕,林国乐,肖毅,等.回肠造口与横结肠造口在经标本取出辅助切口行保护性肠造口术中应用的比较分析[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(10):961-965.
- [7] 国家卫生计生委医政医管局,中华医学会肿瘤学分会.中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J].中华外科杂志,2018,56(4):241-258.
- [8] 李彦华,刘瑞云,王霞,等.宫颈癌腔内后装治疗病人舒适状况量表的编制及信效度检验[J].护理研究,2017,31(5):629-631.
- [9] 廖倩,刘学英,吴华,等.造口身体形态评估工具在结肠造口病人延续护理中的应用[J].护理研究,2020,34(15):2733-2736.
- [10] 吴婧,卢吉英,吴莺燕,等.肠造口患者79例临床分析及适应水平研究[J].中国药物与临床,2019,19(17):2942-2943.
- [11] 汪洋.探讨护理干预在改善肠造口患者生活质量中的应用及评价方法[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(8):194,197.
- [12] 杨华,程林芝,任明扬,等.自粘式造口袋在肠外瘘护理中的应用[J].西部医学,2020,32(2):300-303.
- [13] 张梦珂,黄娟,豆丽园,等.早期适应干预方案在结直肠癌造口患者中的应用效果研究[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(8):615-619.
- [14] 汪祖来,黄顺荣,邓褊夺,等.自闭性保护性回肠造口与传统袢式回肠造口在高危结直肠吻合口患者中的应用效果观察[J].结直肠肛门外科,2018,24(4):343-346.
- [15] 卢明金,张人华,胡灵燕,等.一次性输液器联合导尿管造口灌肠对结肠造口术后肠梗阻患者获益的护理研究[J].中国医学创新,2020,17(25):114-117.
- [16] 李建萍,徐洪莲,叶文琴.肠造口并发症护理干预研究进展[J].解放军护理杂志,2015,32(18):33-35.
- [17] 王方,徐姝娟,赵芬,等.规范化延续性护理模式对永久性肠造口患者自我护理能力的影响[J].皖南医学院学报,2019,38(6):603-606.
- [18] 胡瑛,谢文婷,蒋欢.支持性护理对永久性肠造口患者照顾者的照顾负担及负性情绪的影响[J].检验医学与临床,2018,15(6):795-797,801.
- [19] 刘娜,皮红英.应用造口评估表对结直肠癌造口患者造口周围皮肤并发症及自我护理能力的影响研究[J].结直肠肛门外科,2018,24(6):623-628.
- [20] 许桃红,刘丽平,施丽敏.罗伊适应模式护理对肠造口术后患者的护理效果、适应水平及自我约束能力的影响[J].现代医学,2019,47(3):346-349.
- [21] 孙兴华,杨世平,钱斌,等.一次性气管插管在末端回肠自闭式肠造口术中的应用[J].中国医学装备,2019,16(4):97-100.
- [22] 李洪明,邓壮,李健民,等.自膨胀式支架联合手术在恶性肠梗阻中应用的长期疗效观察[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(11):1070-1077.

[2021-09-08 收稿]

(责任编辑 陈景景)

多部门协作运用 PDCA 循环管理在降低标本不合格率中的效果观察

薛秋华 李淼 冯丽 瞿广素

【摘要】目的 探讨医院医务处、护理部、检验科、临床支持中心、信息中心等多部门协作,运用 PDCA 循环管理对降低标本不合格率的质量控制管理效果。**方法** 利用 PDCA 循环管理,将重庆医科大学附属第二医院 2020 年 3—5 月 30 个临床科室作为实验对象。按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,观察组分别为 1、2、5、7、8、10、12、14、16、18、19、22、25、26、29 号科室;对照组为 3、4、6、9、11、13、15、17、20、21、23、24、27、28、30 号科室。对照组接受传统的质量管理,观察组接受多部门协作运用 PDCA 循环管理。**结果** 2020 年 3—5 月住院患者标本共计 600 247 份。对照组标本总数 313 140 份,不合格标本 2062 份,不合格率 0.65%;观察组标本总数 287 107 份,不合格标本 830 份,不合格率 0.28%,两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组标本送检时间不符合要求、标本凝固、标本量不足、标本类型错误及其他的不合格率低于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 通过多部门协作运用 PDCA 循环管理,有助于提高标本质量,提高临床诊断准确率。

【关键词】 多部门协作; PDCA 循环管理; 标本不合格率; 质量控制

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.027

PDCA (plan-do-check-action cycle) 循环管理是由美国著名的质量管理专家爱德华·戴明在质量管理理论中提出,又称戴明循环,是一个质量管理标准化、科学化的循环系统,是不断循环、不断提高、螺旋式上升的过程^[1]。PDCA 循环管理包括 4 个阶段: plan(计划)、do(实施)、check(检查)、action(处理),是一种结构化的质量管理,被广泛应用于护理质量持续改进中^[2]。《医学实验室质量和能力专用要求》(ISO/IEC 15189)中指出,检验前标本的质量控制对于整个检验科全方位的质量管理至关重要。因此,正确的标本采集是获得准确检验结果的基础^[3-4],而检验前的过程环节众多,参与的人员复杂,涉及患者、医生、护士、检验人员及负责标本运送的临床支持中心等多个环节^[5-6]。基于以上几个方面,医院探索将多部门协作运用 PDCA 循环管理应用于标本采集、送检、签收等环节的质量控制,提高临床诊断准确率。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将医院 2020 年 3—5 月 30 个临床科室作为实验对象。按照组间基本特征具有可比性的原则分为

观察组与对照组,观察组为:1、2、5、7、8、10、12、14、16、18、19、22、25、26、29 号科室;对照组为:3、4、6、9、11、13、15、17、20、21、23、24、27、28、30 号科室。2020 年 3—5 月住院患者标本共计 600 247 份,其中对照组标本总数 313 140 份,不合格标本共计 2062 份,包括血标本 1534 份、尿标本 237 份、大便标本 66 份、其他标本 225 份,不合格率为 0.65%,对照组接受传统质量管理。观察组标本总数 287 107 份,不合格标本共计 830 份,包括血标本 657 份、尿标本 69 份、大便标本 31 份、其他标本 73 份,不合格率为 0.28%,观察组接受多部门协作运用的 PDCA 循环管理。标本均由取得护士执业资格证书的护理人员采集,临床支持中心工勤人员负责运送。两组标本不合格原因见表 1。

1.2 标本管理方法

对照组按照传统操作,值班护士发放标本瓶,说明标本取样方法、时间、注意事项,再由专门人员送检。观察组按照多部门协作运用 PDCA 循环管理。

1.2.1 计划阶段(plan) 分析前阶段主要由实验室以外的人员完成,此阶段的质量控制仍处于实验室难以把握的薄弱环节^[7]。基于此,由医务处、护理部、检验科联合临床支持中心、信息中心运用 PDCA 循环管理,调查分析标本不合格原因,设定改进目标。

表 1 两组住院患者标本不合格原因构成比

原因	血标本		尿标本		大便标本	
	对照组	观察组	对照组	观察组	对照组	观察组
送检时间不符合要求	601(39.17)	86(13.09)	61(25.73)	5(7.25)	29(43.93)	3(9.68)
标本凝固	367(23.93)	351(53.43)	1(0.43)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
标本容器错误	192(12.52)	80(12.17)	61(25.73)	30(43.48)	18(27.28)	11(35.48)
标本量不足	179(11.67)	89(13.55)	67(28.27)	29(42.02)	6(9.09)	7(22.58)
标本类型错误	65(4.23)	5(0.76)	47(19.84)	5(7.25)	12(18.18)	4(12.90)
医嘱错误	85(5.54)	33(5.03)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.52)	6(19.36)
其他	45(2.94)	13(1.97)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
合计	1534(100.00)	657(100.00)	237(100.00)	69(100.00)	66(100.00)	31(100.00)

原因	其他		合计	
	对照组	观察组	对照组	观察组
送检时间不符合要求	16(7.12)	0(0.00)	707(34.29)	94(11.32)
标本凝固	2(0.88)	1(1.37)	370(17.94)	352(42.41)
标本容器错误	57(25.34)	27(36.99)	328(15.91)	148(17.83)
标本量不足	2(0.89)	3(4.11)	254(12.31)	128(15.42)
标本类型错误	33(14.66)	14(19.18)	157(7.62)	28(3.38)
医嘱错误	8(3.55)	5(6.84)	94(4.56)	44(5.31)
其他	107(47.56)	23(31.51)	152(7.37)	36(4.33)
合计	225(100.00)	73(100.00)	2062(100.00)	830(100.00)

注：表中（）内数据为构成比（%）。

1.2.2 实施阶段（do）

1.2.2.1 成立标本质量控制部门 强化标本管理
由医院医务处牵头，护理部联动检验科、临床支持中心、信息中心以及各科室护士长成立标本质量控制部门，将标本质量纳入护理质量控制管理范畴。检验科每月定期对各临床科室的标本质量进行统计分析，将分析结果反馈至护理部，由护理部统一下发至各科室护士长，各科室在每月护理质量控制会议上分析标本不合格原因，制订整改措施。护理部按照 PDCA 循环管理检查临床科室实施、执行情况，进行质量追踪。

1.2.2.2 加强对临床医护人员培训 加强对医生正确开具医嘱、护士正确执行医嘱、采血流程、采血规范、采血技能的培训。病区内多为低年资医生开具医嘱，标本的采集由护士操作，而且大多是由夜班护士执行。而医生开具错误医嘱，护士盲目执行医嘱，对标本采集知识缺乏，造成标本不合格。因此加强对医生正确开具标本医嘱、护士标本采集流程、规范与技能的培训非常重要。检验科完善培训文件，联合医务处、护理部定期组织对低年资医生正确开具医嘱、护士标本采集的理论和操作培训，

医务处、护理部严格考勤。检验科将培训文件装订成册，定期更新内容，发放至各临床科室，护理部将培训视频上传至 317 护信息平台，供护理人员反复学习。

1.2.2.3 提高对标本运送环节的管理，缩短标本存储及送检时间 医院设置临床支持中心，专门负责运送标本。但支持中心工作人员存在文化层次较低、年龄偏大、流动频繁等问题，导致未足够重视运送标本的相关注意事项。因此提高对工勤人员的管理十分重要。护理部联合临床支持中心采取如下措施：加强工勤人员对标本运送注意事项的培训，告知标本及时送检的重要性；为防止血液标本的晃动及日光照射，统一标本运送规格箱、试管架及标本存放柜；制作标本送检签字表，工勤人员与病房护士及检验科检验师交接标本时共同查对标本总数、标本容器、留取标本量、送检时间是否正确，双人核对无误后确认签字。为防止血标本凝固，医院在各临床科室安置气动物流传输系统，确保急查血标本在 10 min 内送达检验科。

1.2.2.4 其他 各临床科室根据其专科特点，将科室常规标本采集注意事项制作成表格，张贴在标

本采集治疗车旁,规范护理人员标本采集流程。同时,针对标本留取量、留取标本容器、标本留取时间等方面制作标本采集宣教单,加强对患者的宣教。

1.2.3 检查阶段(check) 医院多部门协同配合,开展专项督导整改 护理部联动检验科、临床支持中心、信息中心以及各科室护士长成立质量控制小组,建立护理部、科护士长、护士长3级质控管理,将标本质量纳入护理质量控制管理范畴。检验科每月登记不合格标本,按照原因对不合格标本进行分类,反馈至护理部,护理部再统一反馈至科室,科室每月质量控制会上对不合格标本进行原因分析,拟定护理对策,反馈至护理部,并作为下个月的质量持续改进目标,护理部定期进行效果评价。

1.2.4 总结处理阶段(action) 标本质量管理控制部门每月在护理质量控制会上,对不合格标本进行问题分析,制订改进措施,以进一步提高标本质量。并将持续改进尚未解决的问题,在改进过程

中,重点将存在的不足和成功的经验作为下一循环提升依据和动力,使标本质量控制呈螺旋式持续上升的良好趋势^[8]。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据处理,计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2020年3—5月住院患者标本共计600247份。对照组标本总数313140份,不合格标本2062份,不合格率0.65%;观察组标本总数287107份,不合格标本830份,不合格率0.28%,两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组标本送检时间不符合要求、标本凝固、标本量不足、标本类型错误、其他的不合格率低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 两组标本不合格原因及其发生率比较

不合格原因	对照组不合格标本		观察组不合格标本		χ^2 值	P 值
	数量 (n=2062 份)	发生率 (%)	数量 (n=830 份)	发生率 (%)		
标本送检时间不符合要求	707	34.28	94	11.32	155.808	0.000
标本凝固	370	17.94	352	42.40	190.000	0.000
标本容器错误	328	15.90	148	17.83	1.594	0.207
标本量不足	254	12.31	128	15.42	4.980	0.026
标本类型错误	157	7.61	44	5.30	4.785	0.029
医嘱错误	94	4.55	28	3.37	2.184	0.140
其他	152	7.37	36	4.33	8.918	0.003
合计	2062	100.00	830	100.00	426.825	0.000

3 讨论

3.1 多部门协作运用 PDCA 循环管理降低标本不合格率

通过试验分析,多部门协作运用 PDCA 循环管理可降低标本送检时间不符合要求、标本凝固、标本量不足、标本类型错误方面导致的标本不合格率($P<0.05$)。具体分析如下:

3.1.1 标本送检时间不符合要求 医院使用 ELJMS 住院标本采集系统,标本需医生开具医嘱,护士执行医嘱,绑定条形码后才能采集。①标本绑定时间与采集时间不一致,标本采集后未及时更新送检时间;②标本采集后,未及时通知临床支持中

心工勤人员送检,导致送检时间超过条形码绑定时间。

3.1.2 标本凝固 标本凝固主要以血标本为主,可能原因有①采血时抗凝剂与血量比例不合适,影响检测结果^[9];②护士操作方法不当,采血时间过长,导致血液在试管内凝固;采血试管多,护士未按规定顺序采血;采血完毕后摇匀的方法不对或未及时摇匀。

3.1.3 标本量不足 ①标本采集量错误或不合格:以尿常规标本为主,可能与相关医护人员没告知患者留取足够的尿量有关^[10];②血标本采集量不足:护士在采血过程中未掌握好采血量;患者自身血管条件差;真空采血管本身负压不足。

3.1.4 标本类型错误 护士在执行医嘱时未严格“三查七对”，责任心不强。基于以上原因，医院探索采用多部门协作运用PDCA循环管理，强化医务人员提升标本合格率的意识，规范标本采集流程及运送环节，标本不合格率降低。

3.2 多部门协作是降低标本不合格率的基础

标本管理从下达检验医嘱，经过采集、运送、前处理、检测、归档和销毁等多个环节，涉及医生、护士、护工、检验技师等多业务部门^[11]。因此，多部门协作显得尤为重要。医院医务处、护理部、检验科、临床支持中心、信息中心共同参与，整合标本不合格数据，分析标本不合格原因，多部门协作，打破部门之间壁垒，有效降低标本不合格率。

3.3 科学的管理方法是降低标本不合格率的关键

PDCA循环质量管理是一种持续质量改进方式，即由员工共同参与制订具体可行的、能够客观衡量效果的目标，并在实施过程中进行自我约束与控制，以共同制订目标为依据，对目标达成情况进行检查、评估的一种方式^[12]。标本医嘱下达、采集及运送主要由低年资医护人员和工勤人员负责，而低年资医护人员缺乏工作经验，工勤人员文化程度低，流动性大。因此，医院采用PDCA循环管理，加强对临床医生、护士及工勤人员的管理、培训，不断发现问题，解决问题，形成闭环螺旋式管理。

3.4 信息化建设在降低标本不合格率中至关重要

自动化管理系统可优化实验室检验流程，杜绝人工差错的发生^[13]。有研究证明，使用条形码扫描技术在降低标本信息的错误率中有明显效果^[14]。而医院全院覆盖无线网络、采用PDA、检验标本条形码、患者腕带二维码、气动传输系统使标本采集、运输形成闭环管理。通过不断优化信息技术，降低标本不合格率。

总之，多部门协作运用PDCA循环管理提升了标本管理质量。PDCA使管理更加注重科学性与连续性的结合，有助于从根本上解决问题。有研究证实，通过闭环重复，质量呈螺旋式上升，体现了现代质量管理的精髓，使质量改进措施更具可行性和持续性^[15-17]。当然，在本次质量控制管理中，仍然有不合格标本。因此标本采集信息化建设仍需加强，减少人为因素导致的不合格标本，以进一步提高标本采集质量。

4 参考文献

- [1] 周如女,罗玲,周嫣,等.应用PDCA循环管理提高护理满意度的效果[J].解放军护理杂志,2013,30(11):48-51.
- [2] 陈佳佳,梅松莉,蒋红英,等.PDCA循环管理法在康复专科护士教学质量中的应用[J].中国康复理论与实践,2016,22(10):1232-1235.
- [3] 王俊.PDCA循环管理在血标本采集质量改进中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(6):124-126.
- [4] 邹晓月,韩慧,沈丽娟,等.标本管理系统的临床应用及效果分析[J].医院管理论坛,2018,35(11):50-52,27.
- [5] 宋婕,章金春.加强分析前阶段的质量控制对于检验质量提高的工作体会[J].医学检验与临床,2018,29(1):36-37,21.
- [6] 王冠.持续质量改进法在检验标本管理中的应用[J].上海护理,2017,17(1):81-83.
- [7] 刘丹,张晶芳.检验标本分析前护理质量控制[J].临床检验杂志(电子版),2017,6(4):701-702.
- [8] Vinay DS, Kim CH, Chang K. PDCA expression by B lymphocytes reveals important functional attributes. [J]. J Immunol, 2010, 184(2):807-815.
- [9] 李春燕,杨磊.临床检验标本分析前阶段护理质量控制[J].中国护理管理,2011,11(2):10-13.
- [10] 张海谱,李仕英,程琰,等.门诊患者不同尿培养标本留取方式的对比分析[J].护士进修杂志,2016,31(2):179-181.
- [11] 朱彦华.检验标本闭环管理系统设计与应用[J].医学信息学杂志,2017,38(7):30-32.
- [12] 杨速剑.检验标本不合格原因及PDCA循环质量管理效果分析[J].中国乡村医药,2019,26(12):47-48.
- [13] 陆彩萍,彭亮,郭明辉,等.临床实验室分析前阶段自动化管理系统的应用分析[J].医学检验与临床,2019,30(1):61-63.
- [14] 曹秋君,吴燕.静脉血液标本管理的研究进展[J].中华护理杂志,2017,52(6):746-749.
- [15] 黄金凤,欧尽南,李乐之,等.基于1M3S的PDCA循环管理在血液科输血护理质量改进中的应用[J].中国护理管理,2019,19(6):929-933.
- [16] 刘素珍.PDCA循环法在提高医院感染管理质量中的应用效果[J].护理实践与研究,2018,15(21):129-131.
- [17] 吴柳春,周钢,段小勇.PDCA循环在提升患者对门诊护理工作满意度中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(20):153-154.

[2021-05-21 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

创新护理流程联合认知行为重建在ICU病房中的应用效果

郭秀辰 裴芳玉

【摘要】目的 探究创新护理流程联合认知行为重建对ICU护士认知行为能力、护士综合能力以及患者机械通气时间、ICU停留时间、住院时间、呼吸机相关肺炎(VAP)的影响。**方法** 选择2018年6月—2020年6月22名ICU在职护理人员为研究对象,观察比较创新护理流程联合认知行为重建前后ICU护士认知行为能力及护士综合能力水平等指标,选择同期120例ICU患者,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各60例,观察两组患者ICU结局情况。**结果** 创新护理流程联合认知行为重建实施后,ICU护士认知评分、行为评分、ICU护士综合能力各项目评分均高于实施前,实施前后比较差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者机械通气时间、ICU停留时间、住院时间均短于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 创新护理流程联合认知行为重建可有效提高ICU护士的认知行为能力及综合能力,缩短患者机械通气时间、ICU停留时间、住院时间,降低VAP发生率。

【关键词】 创新护理流程;认知行为重建;护士;认知行为能力;综合能力;机械通气;呼吸机相关性肺炎;ICU结局

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.028

ICU是医院重症加强护理病房用于收治急危重症患者的主要场所,ICU患者具有病情危重、复杂多变,生命体征不平稳等特征,大多数患者由于病情影响不能够自主正常呼吸,需要呼吸机辅助通气治疗,即机械通气(MV)^[1-2]。机械通气维持患者生命,而长时间机械通气可诱发呼吸机相关性肺炎(VAP)、肺水肿、肺纤维化、气道糜烂、气管坏死、谵妄、获得性肌无力、代谢紊乱、呼吸机依赖等并发症,导致病情进一步加重^[3-4]。VAP是指气管插管患者机械通气48h后到拔管后48h内所发生的肺部感染,是医院获得性肺炎最常见类型,也是ICU机械通气患者最常见的感染类型,约占所有机械通气并发病的90%^[5]。据谢剑锋等^[6]的流行病学调查显示,ICU内VAP患者大多为多重耐药菌感染,病死率高达40%以上,医护人员应广泛重视。护士作为各项治疗护理操作的主要实施者,与患者接触最密切,对VAP这一并发症的认知和预防能力与其发生率关系密切^[7]。然而在临床中,各项具体护理措施的实施大部分是由低年资护士执行的,为保证临床护士对VAP有正确的认识和预防护理能力,本次研究对我院ICU机械通气患者的护理流程进行了创新,还对ICU护士进行了认知行为重建,旨在探究该方法在预防患者VAP和改善患者ICU结局中的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年6月—2020年6月22名ICU在职护理人员为研究对象,其中2018年6月—2019年5月为实施前,2019年6月—2020年6月为实施后。22名护士中男2例,女20例;护士年龄23~47岁,平均为 30.42 ± 4.36 岁;护龄2~26年,平均 8.42 ± 2.16 年;职称:护士4例,护师14例,主管护师4例;学历:大专6例,本科及以上16例。所有护士在研究期间均未发生调岗和离职情况。本研究符合《赫尔辛基宣言》要求,经我院伦理委员会批准同意。

选取实施前后相应时间段内收治的患者120例,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组,观察护士进行创新护理流程联合认知行为重建对ICU机械通气患者产生的间接影响。患者一般资料见表1。

1.2 纳入与排除条件

(1)纳入条件:①ICU重症监护患者,入住时间 >24 h;②经口气管插管或气管切开插管进行呼吸机辅助通气治疗;③预计机械通气时间 >72 h;④患者年龄18~80岁;⑤患者临床资料完整。

(2)排除条件:①血流动力学不稳定的患者;②口咽部大面积创伤,无法进行机械通气治疗者;合并自主呼吸功能障碍的患者;合并有严重心脏功能障碍者;③合并有恶性肿瘤等终末期疾病者。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		平均年龄（岁）	APACHE II 评分（分）	插管方式	
		男	女			经口插管	气管切开
对照组	60	33（55.00）	27（45.00）	63.13±5.27	22.14±2.37	21（35.00）	39（65.00）
观察组	60	34（56.67）	26（43.33）	62.84±5.33	21.75±2.26	23（38.33）	37（61.67）
χ^2 值		0.034		0.300*	0.922*	0.144	
P 值		0.854		0.765	0.358	0.705	

* 为 t 值；表中（ ）内数据为百分率（%）。

1.3 护理方法

2018 年 6 月—2019 年 5 月为干预前，对护士进行常规管理。2019 年 6 月—2020 年 6 月为干预后，从 2019 年 6 月开始对 ICU 护士进行优化创新护理流程，对护士进行护理认知重建和行为重建。具体如下：

1.3.1 创新护理流程 开展路径化护理。在查阅相关文献和咨询院内护理专家的基础上，结合 ICU 机械通气患者疾病特殊性，由 ICU 全科护士通过头脑风暴和集中讨论，针对 ICU 通气患者的病情观察、导管护理、健康教育、心理护理等各方面内容制定标准化护理路径，通过表格记录单的形式指导护士实施护理工作，如针对患者导管护理这一部分，在制定的“ICU 机械通气患者护理路径表”中记录检查插管深度和气囊压力，检查管路积水等导管护理措施的护理者、护理时间、频率、方式、班次、用物、结果等，同样在病情观察方面也需要逐一系列出患者病情相关症状和并发症相关症状，由护理人员在观察后记录在单。护理人员开展护理工作，必须严格按照表格内容和质量要求来执行。

1.3.2 认知重建 认知重建的前提是认知评估。认知行为评估是对护士进行初步能力判断。通过认知行为评估可以判断不同年龄、文化水平、职称、护龄的护士对 VAP 的了解程度及阻碍其正确实施预防护理的原因。本研究主要通过调查问卷的方法进行评估。认知重建：以理论考核的形式调查科室护士对 ICU 机械通气各方面护理的掌握程度，根据调查结果，由护士长负责，全科护士组织 1 次交流会，对护士的固有思维、错误认知进行校正，然后选取经过调查显示认知水平较高的高年资护士对科室护士每 2 周进行 1 次小讲课，全面系统地向全科护士讲授机械通气患者的护理知识，每次讲授结束后集中进行提问，全部内容讲授结束后再次进行理论考核，以确保所有护士得到有效的认知重建。

1.3.3 行为重建 在认知重建基础上，参照制定的标准化流程护理路径，由每班高年资护士负责，督导低年资护士按照标准路径和质量要求实施各项

技能操作，如观察护士在为患者翻身时，是否妥善固定管路；翻身后有无查看管路通畅情况和位置是否合理；为患者进行口腔护理等基础护理操作时是否严格按照技术规范；每日是否按规定对患者进行拔管试验等。每周召开 1 次护理会议，反馈本周护理工作中哪些护理行为还需要纠正，哪些护理行为得到了较大的改正，对长时间存在的不合格护理行为，需再次通过认知强化和信念矫正来促使护理行为转变，由技能水平较高的护士进行规范演练。护士长每月组织 1 次科室护理技能比赛，激励护士主动转变错误行为，提高护理操作能力，以保证有效的行为重建。对于年龄小、文化水平低、职称低、护龄短的护士需要付出更多的努力才能达到行为重建的目的。由督导组制定规范操作实施表格，将不同层次的护士分组，每组 5 名，1 名为组长，组织本组人员根据操作规范实际演练，演练结束后由组长进行考核，考核结束后由重建监督人员组织整体技能比赛。比赛可设置奖品等奖励措施，进一步激励参加护士的积极性，加强行为重建的效果。

1.3.4 护理质量监控 除护理部检查外，由护士长负责，在科室内选取 2 名高年资护士成立护理质控小组，不定期对标准化流程护理路径实施情况和效果进行督查，每月进行 1 次护理工作总结会，收集患者和护士意见，对不符合临床实际的护理流程和内容进行适当调整，再将调整后的流程应用于临床工作。

1.4 观察指标

（1）实施前和实施 3 个月后通过理论知识考核和操作技能考核对护士认知和行为进行评估。理论考核和操作考核均为 100 分。

（2）护理综合能力：应用护士核心胜任力测评问卷^[7]对护理人员的综合能力进行评价，该问卷由良好的个人特质、支持与人际沟通能力、临床护理能力、批判性临床思维能力及专业建设与发展能力等 5 个维度、共 42 个条目构成，每个条目分值为 1~5 分，评分越高，则护理人员的综合能力越强；在护理人员接受质控管理前与接受质控管理后两个

时间段对其进行综合能力评价,记录并比较两组护理人员的护士核心胜任力测评问卷评分。

(3)统计两组患者机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间、VAP 发生率:呼吸机相关性肺炎诊断标准参照中华医学会呼吸病学分会感染学组颁布的《中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南(2018 年版)》^[8]进行诊断,具体如下:机械通气 48 h 后或机械通气拔管后 48 h 内发生的肺炎;胸部影像学检查显示新发或进展性的浸润阴影;体温 $<36^{\circ}\text{C}$ 或体温 $>38^{\circ}\text{C}$;血常规检查白细胞计数 $<4\times 10^9/\text{L}$ 或白细胞计数 $>10\times 10^9/\text{L}$;气道分泌物细菌培养阳性或有脓性分泌物。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理,计量资料应用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验,实施前后均数比较采用配对设计 t 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 3 实施前后 22 名护理人员护士综合能力比较(分)

时间	人数	良好的个人特质	支持与人际沟通能力	临床护理能力	批判性临床思维能力	专业建设与发展能力
实施前	22	30.36 $\pm$ 4.10	17.01 $\pm$ 3.04	40.63 $\pm$ 5.85	11.48 $\pm$ 3.24	38.37 $\pm$ 6.72
实施后	22	37.20 $\pm$ 2.49	23.41 $\pm$ 2.53	55.42 $\pm$ 8.79	16.89 $\pm$ 2.91	51.27 $\pm$ 5.93
t 值		19.927	58.860	23.596	76.894	76.590
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间及 VAP 发生率比较

观察组机械通气时间、ICU 停留时间、住院时

2 结果

2.1 创新护理流程联合认知行为重建实施前后 22 名 ICU 护士认知行为评分比较

创新护理流程联合认知行为重建实施后 3 个月,ICU 护士理论评分和操作评分均高于实施前,实施前后比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 实施前后 22 名 ICU 护士认知行为评分比较(分)

时间	人数	理论评分	操作评分
实施前	22	81.25 $\pm$ 5.36	82.35 $\pm$ 5.77
实施后	22	92.32 $\pm$ 6.47	91.34 $\pm$ 6.39
t 值		46.777	68.011
P 值		0.000	0.000

2.2 创新护理流程联合认知行为重建实施前后 22 名护理人员护士综合能力比较

创新护理流程联合认知行为重建实施后 3 个月,ICU 各项目综合能力评分均高于实施前,实施前后比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

间均短于对照组,VAP 发生率低于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者机械通气时间、ICU 停留时间和住院时间及 VAP 发生率比较

组别	例数	机械通气时间(h)	ICU 停留时间(d)	住院时间(d)	VAP 例数
对照组	60	143.68 $\pm$ 8.73	13.41 $\pm$ 3.52	19.45 $\pm$ 3.73	8 (13.33)
观察组	60	114.24 $\pm$ 7.75	8.33 $\pm$ 2.46	14.31 $\pm$ 2.59	2 (3.33)
t 值		19.535	9.163	8.768	4.086*
P 值		0.001	0.001	0.001	0.043

注:表中()内数据为百分率(%);* χ^2 值。

3 讨论

机械通气在维持 ICU 患者正常呼吸功能的同时,也存在着较大的风险。VAP 是机械通气患者最常见的并发症之一^[9]。临床相关报道显示^[10-11],我国机械通气患者 VAP 的发生率在 9.7%~48.4%,机械通气患者发生 VAP 主要受年龄、基础疾病、低蛋白血症、机械通气时间、APACHE II 评分等危险因素的影响,建议临床中应该对机械通气患者做好积极预防护理,同时需要加强对护理团队的建设以及护理

质量的持续改进和监督。

3.1 认知行为重建能改善 ICU 护士认知行为水平及综合能力

认知行为理论是一种以精神分析和行为疗法为基础的治理方法,是帮助患者重建认知,矫正不良行为的有效疗法,随着该理论在临床的广泛应用,其应用范围已逐渐扩展到医护人员^[12]。本次研究结果显示,在创新护理流程的基础上对 ICU 护士进行认知行为重建后,护士对 ICU 机械通气患者护理的认知评分和行为评分、综合能力评分均高于干预

前 ($P<0.05$), 这一结果表明认知行为重建能够有效提升 ICU 护士的认知行为能力。周兰平等^[13]对某医院重症监护室护士实施预防 VAP 的认知调查显示, 临床护士对预防 VAP 的认知能力十分不足, 学历、ICU 工作年限等是影响护士认知水平的重要因素。学者朱明华等^[14]对某综合医院 VAP 预防措施调查显示, 护士对 VAP 的总认知率为 68.64%, 预防措施的执行率为 73.34%, 由此可见, 临床护士对 VAP 的认知程度和执行能力均有待提高。本次研究通过对 ICU 护士进行认知行为重建, 首先通过了理论考核的形式调查了护士对机械通气的认知不足之处, 然后安排高年资护士对全科护士针对机械通气护理知识进行全面系统的讲授, 最后通过再次理论考核来保证护士认知重建的效果。在重建认知后指导护士进行行为重建, 同样由高年资护士负责, 督导低年资护士按照创新护理流程来矫正和重建正确、规范的护理行为, 依据相关表单执行护理, 自查工作, 同时针对长期存在的不规范护理行为进行重点讲解演练, 组织技能比赛, 进而也保证了行为重建的效果。

3.2 创新护理流程能显著改善 ICU 机械通气患者临床预后

创新护理流程是为了最大程度地优化医院护理工作的流程, 提高护理工作效率, 降低护理风险事件的发生。本次研究结果显示, 观察组通过创新护理流程干预, 患者机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间短于对照组, VAP 发生率均低于对照组, 这一结果与王春艳等^[15]的研究结果一致。这主要是因为, 通过创新护理流程, 针对患者特殊的病种和治疗手段依据临床路径护理模式设计护理工作流程, 护士在护理工作中能够根据预先设计的标准化路径护理表完成各项护理工作, 从而能够保证护理措施的全面落实。在临床中, 传统的临床护理工作缺少计划性和规范性, 护理分工不明确, 导致某些护理措施落实不到位, 此外, 大多数低年资护士由于缺乏护理经验, 无法做到预防性护理和全面精细护理, 从而影响到护理质量, 导致护理风险增高。通过运用表单的方式来指导护士开展工作, 能够为护理工作提供思路, 保证工作全面细致地开展, 促进护理效果提升, 最终促进患者结局的改善^[16]。李亚军等^[17]的相关研究也指出, 通过制定预防 VAP 的表单来指导护理工作, 能够将护理工作标准化和规范化, 有助于各项护理措施的落实, 进而促进护理效果的改善。

综上所述, 创新护理流程联合认知行为重建可有

效提高 ICU 护士的认知行为能力, 缩短患者机械通气时间、ICU 停留时间和住院时间, 降低 VAP 发生率。

4 参考文献

- [1] 颜冉冉, 孟祥丽, 张立文. 早期运动在 ICU 机械通气患者中应用进展 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(24): 3169-3171.
- [2] 苏小妹, 贺珊, 吴志红, 等. 临床护理路径表在 ICU 机械通气患者中的应用效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(10): 40-42.
- [3] 虞立, 陈翠萍, 姜金霞. ICU 机械通气患者早期活动护理进展 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(20): 2692-2696.
- [4] 陈莉, 赵红梅, 黄小英, 等. ICU 机械通气患者呼吸机相关性肺炎危险因素与护理对策 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(9): 28-30.
- [5] 张之阳, 王光英, 赵浩天, 等. 呼吸机相关性肺炎的流行病学 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(7): 1677-1680.
- [6] 谢剑锋, 邱海波. ICU 内呼吸机相关性肺炎的临床流行病学 [J]. 中华内科杂志, 2019, 58(5): 388-388.
- [7] 龚丽燕, 韦晓君, 贾旭升, 等. 持续质量管理在降低 ICU 呼吸机相关性肺炎发生率中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(10): 1284-1287.
- [8] 中华医学会呼吸病学分会感染学组. 中国成人医院获得性肺炎与呼吸机相关性肺炎诊断和治疗指南 (2018 年版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2018, 41(4): 255-280.
- [9] 程安琪, 李雅楠, 夏欣华, 等. 两种气管导管预防机械通气患者呼吸机相关性肺炎效果比较 [J]. 护理学杂志, 2017, 32(13): 24-27.
- [10] 安慰, 曹显明, 裴俊丽, 等. ICU 机械通气患者呼吸机相关性肺炎的危险因素分析 [J]. 护理管理杂志, 2019, 19(12): 868-872.
- [11] 刘卫平, 孙德俊, 闫志刚, 等. 呼吸机相关性肺炎危险因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(1): 85-87.
- [12] 胥骅. 心血管内科护理不良事件与护士认知行为的相关性分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(4): 173-174.
- [13] 周兰平, 杨旻, 丁燕, 等. 重症监护病房护士实施预防呼吸机相关性肺炎的认知调查研究 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(11): 1631-1633.
- [14] 朱明华, 方玲, 王旭彦, 等. 某综合医院呼吸机相关性肺炎预防控制措施调查 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(17): 4060-4062.
- [15] 王春艳, 许红阳. 创新型护理流程模式对 ICU 机械通气患者的临床效果分析 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(18): 2681-2683.
- [16] 孙静, 姜秋平. 优化护理流程在 ICU 机械通气患者护理中的应用 [J]. 实用临床医药杂志, 2017(14): 160-161.
- [17] 李亚军, 陶方萍, 段媛. 预防 ICU 呼吸机相关性肺炎检查单的设计及应用 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(3): 356-358.

[2021-11-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

老年医学科新护士规范化培训方案的构建与应用

邱淑一 陈历赛 吴国荣 康黎

【摘要】目的 探讨基于岗位胜任力模型构建老年医学科新护士规范化培训方案的应用效果。**方法** 选取2020年7月—2021年6月云南省某三级甲等医院老年医学科80名新护士作为研究对象,按照组间均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组40名。观察组给予基于岗位胜任力模型构建的新护士规范化培训方案进行培训,对照组实施常规入科培训。比较两组新护士的出科考核成绩、核心胜任力、职业满意度以及不良事件发生情况。**结果** 两组新护士培训后,观察组考核成绩高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组护士核心胜任力评价量表总分及各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组明尼苏达满意度量表总分及各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组新护士输液相关事件及识别错误发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 老年医学科新护士规范化培训方案能快速提升新护士的核心胜任力,增强其职业价值认同感,提高职业满意度,减少护理不良事件发生。

【关键词】 老年医学科;新护士;规范化培训;方案构建;满意度;不良事件

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.029

随着我国人口老龄化态势日益严峻,对老年护理人才需求与日俱增,如何培养优秀的老年护理队伍值得我们探索。2016年原国家卫计委颁布的《新入职护士培训大纲(试行)》中提到:建议新护士在多部门进行轮转学习^[1]。老年医学科作为我院新护士最重要的轮转科室之一,有着举足轻重的地位。而规范化培训能提升新护士的专业护理水平和综合实力^[2],因此,如何对老年医学科新护士开展高效的规范化培训是我科亟待解决的问题。本研究基于岗位胜任力模型构建了老年医学科新护士规范化培训方案,并对我科新护士进行了规范化培训,取得了较好效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

抽取云南省某三级甲等医院2020年7月—2021年6月在老年医学科轮转的6批共80名新护士作为研究对象,纳入条件:轮转时间为2个月;未来1年内无离职计划;知情同意,自愿参与本研究。排除条件:休假或外出学习者。按照组间均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组40名。观

察组中男3名,女37名;年龄:22~25岁36名,>25岁4名;学历:本科38名,硕士2名。对照组中男2名,女38名;年龄:22~25岁37名,>25岁3名;学历:本科39名,硕士1名。两组新护士一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 培训方法

1.2.1 对照组 实施常规入科培训。按照医院《新护士规范化培训手册》内容进行培训,新护士入科后由护士长分配给带教老师进行一对一带教,培训及考核均由带教老师负责。

1.2.2 观察组 给予基于岗位胜任力模型构建的新护士规范化培训方案进行培训,具体内容如下。

(1) 组建研究团队:研究团队由片区护士长1名,病区护士长3名,资深临床带教老师3名,教学秘书1名,老年护理方向硕士生1名,共9名组成中青年科研团队,团队主要负责培训需求调查及分析,构建培训方案与应用,并对培训效果实施评价和追踪。

(2) 需求分析:自制培训需求问卷对我科第1批新护士16名采用问卷星调查,问卷内容涵盖了科室文化、护理规章制度、工作职责与流程、护理安全、护理文书书写规范、护理服务、药品管理、仪器设备管理、医院感染管理、压力性损伤护理、科研论文撰写、培训形式、培训时间、带教师资需求以及对培训的意见和建议15个问题。

基金项目:云南省卫生科技计划项目(编号:2018NS0237)
作者单位:650032 云南省昆明市,云南省第一人民医院(昆明理工大学附属医院)老年医学科(邱淑一,陈历赛,康黎);
大理大学护理学院(吴国荣)
通信作者:康黎,女,本科,副主任护师,护理部副主任

（3）培训内容：以岗位胜任力模型为框架，通过文献回顾法、专家访谈法以及新护士培训需求结果构建培训方案，该培训方案分为3个阶段，第1阶段包括科室介绍、护理文书、仪器设备、工作职责、药品安全管理、环境安全、护理操作、医院感控、护理服务9大主题；第2阶段包括患者安全、专业知识2大主题；第3阶段包括护理科研、专科护理2大主题。具体培训方案见表1。

表1 老年医学科新护士规范化培训方案

培训阶段	培训主题	培训内容	培训学时	培训方式	培训目标
第1阶段	科室介绍	①科室环境介绍 ②老年医学科护士工作制度 ③老年医学科陪护管理制度 ④核心制度在老年医学科中的应用	2学时	PPT讲授、经验分享	①掌握护士工作制度 ②熟悉陪护管理制度及核心制度 ③了解科室文化 ④培养慎独精神及爱岗敬业救死扶伤精神
	护理文书	老年医学科护理文书书写规范及要求	2学时	PPT讲授	①掌握护理文书书写规范及要求 ②培养严谨的工作作风
	仪器设备	老年医学科常用仪器设备的安全使用以及管理	4学时	PPT讲授、现场演示、实际操作	①能熟练使用老年医学科各种常用仪器设备 ②能缩短抢救准备时间，提高抢救成功率
	工作职责	老年医学科各班职责及工作流程	1学时	PPT讲授	①掌握各班职责及工作流程 ②提高工作效率
	药品安全	老年医学科急救车管理、病房药品管理、危化品管理	1学时	PPT讲授、现场演示	①掌握急救车管理 ②熟悉病房药品管理及危化品管理
	环境安全	老年医学科“七室一库”的使用及管理	1学时	PPT讲授	①熟悉治疗室的使用及管理 ②培养严于律己精神
	护理操作	老年医学科常见护理技术操作及注意事项	2学时	PPT讲授、现场演示	掌握常见护理技术操作及注意事项，如PICC、输液港维护、导尿术、鼻饲法等
	医院感控	医院感染预防及控制，职业暴露，职业防护	2学时	PPT讲授、现场演示	①掌握职业暴露的处理流程 ②熟悉职业防护的措施 ③了解医院感染及控制相关知识
	护理服务	①老年医学科护士礼仪规范 ②护理投诉管理制度 ③护士条例、医疗事故处理条例	1学时	PPT讲授、案例分享	①熟悉护理投诉管理制度 ②熟悉护士条例、医疗事故处理条例 ③了解护士礼仪规范 ④培养人文关怀及法律意识
第2阶段	患者安全	①老年医学科患者身份识别 ②老年医学科护士接收“危急值”报告 ③危重患者安全转运制度 ④护理安全（不良）事件报告制度及处理流程	3学时	PPT讲授、现场演示、案例分享	①掌握患者身份识别 ②掌握护理安全（不良）事件报告制度及处理流程 ③熟悉老年医学科护士接收“危急值”报告及危重患者安全转运制度
	专业知识	①压力性损伤的护理 ②老年综合征 ③老年人药物代谢和药效学特点及原则	3学时	PPT讲授	①掌握压力性损伤的护理 ②熟悉老年综合征等常见病及多发病的治疗和护理 ③了解老年人药物代谢和药效学特点及原则，指导患者合理用药
第3阶段	护理科研	护理科研论文写作	2学时	PPT讲授	①熟悉护理科研论文写作格式 ②培养创新科研意识
	专科护理	老年综合评估	2学时	PPT讲授	①熟悉老年综合评估的方法 ②培养团队合作意识

（4）培训方式：根据培训方案分阶段、分模块进行培训，第1阶段为入科后的第1天和第2天，每天培训8学时，共培训2 d。第2阶段为入科后的1个月，培训学时为6学时，培训1 d。第3阶段为出科前1周，培训学时为4学时，培训0.5 d。

1.3 观察指标

（1）考核成绩：由理论考核（50%）与操作考

核（50%）组成。理论考核由研究团队建立题库，题型包括单选题、多选题、简答题、病案分析题4种题型，通过问卷星随机生成试卷，出科前1周组织新护士统一集中闭卷考试，考试时长为1 h，现场由1名带教老师监考，保证考核真实。操作考核由科室专人负责，按照医院护理技术操作考核评分标准进行考核。考核成绩>80分为合格，>90分

为优秀。

(2) 新护士核心胜任力: 采用胡波等^[3]研制的护士核心胜任力评价量表进行测评, 该量表包含良好的个人特质、临床护理能力、支持和人际沟通能力、批判性临床思维能力、专业建设与发展能力5个维度, 42个条目, 每个条目采用Likert 5级评分法, 分别赋值5~1分(5分=完全具备, 4分=大部分具备, 3分=部分具备, 2分=小部分具备, 1分=不具备), 得分越高表明核心胜任力越强。

(3) 新护士职业满意度: 采用明尼苏达满意度量表(MSQ)^[4]调查两组新护士的职业满意度, 该量表由20个条目组成, 其中条目5~6、12~14和19构成外部满意度分量表, 条目1~4、7~11、15~16和20构成内部满意度分量表, 条目17、18构成一般满意度分量表。采用5级评分法进行测量, 得分越高表明满意度越高, 该量表的信度为0.965。

(4) 不良事件: 记录两组新护士护理不良事件发生情况, 包括患者在住院期间发生的跌倒、用药错误、识别错误、走失、输液相关事件、误吸或窒息、烫伤及其他与患者安全相关的、非正常的护理意外事件^[5]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用

t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组新护士培训后考核成绩比较

观察组新护士培训后考核成绩高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表2。

表2 两组新护士培训后考核成绩比较(分)

组别	人数	考核成绩
观察组	40	92.10 ± 2.13
对照组	40	85.32 ± 4.20

$t=9.106$, $P=0.000$ 。

2.2 两组新护士核心胜任力得分比较

观察组新护士各项核心胜任力评分及总分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表3。

2.3 两组新护士职业满意度比较

观察组新护士各项职业满意度评分及总分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表4。

2.4 两组新护士护理不良事件发生情况比较

观察组新护士输液相关事件及识别错误发生率低于对照组($P<0.05$), 两组新护士误吸、用药错误和其他不良事件发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$), 见表5。

表3 两组新护士核心胜任力得分比较(分)

组别	人数	个人特质	临床护理能力	支持和人际沟通能力	批判性临床思维能力	专业建设与发展能力	总分
观察组	40	29.40 ± 2.92	50.25 ± 6.55	20.60 ± 2.45	15.75 ± 1.72	42.75 ± 9.87	158.75 ± 19.30
对照组	40	27.25 ± 2.58	46.75 ± 6.42	19.05 ± 2.16	13.85 ± 1.70	38.05 ± 8.19	144.95 ± 17.37
t 值		3.490	2.414	3.001	4.969	2.318	3.361
P 值		0.001	0.018	0.004	0.000	0.023	0.001

表4 两组新护士职业满意度比较(分)

组别	人数	内部满意度	外部满意度	一般满意度	总分
观察组	40	46.45 ± 4.21	22.55 ± 2.94	7.85 ± 0.86	76.85 ± 6.95
对照组	40	44.65 ± 3.32	20.85 ± 2.01	6.80 ± 0.76	72.30 ± 4.92
t 值		2.123	3.019	5.786	3.379
P 值		0.037	0.003	0.000	0.001

表5 两组新护士护理不良事件发生情况比较

组别	人数	输液相关事件	识别错误	误吸	用药错误	其他
观察组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)
对照组	40	10 (25.00)	9 (22.50)	7 (17.50)	4 (10.00)	5 (12.50)
χ^2 值		4.501	5.165	3.472*	2.368*	3.413*
P 值		0.034	0.023	0.062	0.124	0.065

*校正 χ^2 值。表中()内数据为百分率(%)。

3 讨论

3.1 培训方案能提高老年医学科新护士的培训考核成绩

本研究结果显示, 观察组培训后考核成绩 92.10 ± 2.13 分, 对照组培训后考核成绩 85.32 ± 4.20 分, 观察组护士考核成绩高于对照组。可能与本研究采用理论与实践相结合, 通过多种培训方式进行培训有关。本研究通过培训需求调查确定培训主题及内容, 以问题为导向, 调动其学习主动性, 改变了传统教学培训模式中新护士被动接受的局面, 提高了新护士的自主学习能力^[6]。同时将培训课件及操作视频分享在微信群内供反复学习, 加深了新护士对知识的理解与记忆, 提高了新护士的考核成绩。

3.2 培训方案能快速提升老年医学科新护士的核心胜任力

核心胜任力是护士为患者提供安全及符合伦理要求的服务时所需要的知识、技巧、判断力和个人特质^[7], 是护理专业实践中必不可少的核心能力, 是护理专业人员必须具备的能力^[8]。观察组新护士各项核心胜任力评分及总分均高于对照组, 可能与本研究采用分阶段、分主题的培训方式有关。说明本培训方案能够很好地指导老年医学科新护士开展临床护理工作, 提升了新护士在临床护理工作中发现问题和解决问题的能力, 通过良好的人际沟通技巧, 为老年患者提供了更加优质的护理服务。

3.3 培训方案能提高老年医学科新护士的职业满意度

本研究结果显示, 观察组新护士职业满意度总分 76.85 ± 6.95 分, 高于郭慧洁等^[9]对新护士职业满意度的研究结果, 该方案具备人文性与专业性, 将立德树人的教育理念贯穿到培训的全过程, 实现“知识传播”和“价值引领”的有机结合^[10], 明显提高了新护士的职业满意度。

3.4 培训方案能减少老年医学科新护士护理不良事件的发生率

老年人由于应急能力、听力、视力等机能逐渐下降, 极易发生跌倒、坠床、误吸、烫伤等不良事件, 导致健康状况恶化, 增加医疗费用的同时严重影响其生活质量^[11]。而新护士面临由护生向护理人员的转变, 尚没有形成理论构架和工作习惯, 培训难度大, 发生不良事件的概率较高, 是不良事件的高发人群^[12]。本研究结果显示, 观察组新护士输液相关事件及识别错误发生率低于对照组, 说明本培

训方案能显著降低老年医学科新护士不良事件的发生率, 与蔡洪等^[13]研究结论一致; 而两组新护士误吸、用药错误和其他不良事件发生率比较差异无统计学意义, 可能与本研究样本量少有关。本培训方案通过讲解核心制度、医院感控、患者安全(身份识别、危急值报告、危重患者安全转运、护理不良事件报告制度及处理流程)及药品安全管理(急救车、病房药品、危化品)等, 使新护士提高了安全风险防范意识, 熟悉了护理不良事件上报、分析及整改的护理质量持续改进过程。

4 小结

本研究构建老年医学科新护士规范化培训方案, 能有效提升新护士的核心胜任力, 提高新护士的职业满意度, 降低护理不良事件发生率。本研究不足之处是样本量有限, 仅在1所医院老年医学科进行应用, 下一步将扩大到全省, 培养优秀的老年护理人才队伍, 从而为老年患者提供更加优质的护理服务。

5 参考文献

- [1] 李彩霞, 李晓芳, 孙晓英, 等. 新入职护士规范化培训大纲落实情况的研究新进展[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(2):126-130.
- [2] 李钊, 薛平, 郭锦丽, 等. 基于 CiteSpace 的新入职护士研究热点分析[J]. 护理研究, 2021, 35(8):1366-1371.
- [3] 胡波, 杨莘, 刚婷婷, 等. 护士核心胜任力评价指标的研究[J]. 中国护理管理, 2011, 11(10): 67-69.
- [4] 焦洁, 王宏保. 上海市嘉定区全科医生工作满意度、心理资本和工作投入的调查及相关性分析[J]. 中国全科医学, 2020, 23(9):1144-1150.
- [5] 汪梦月, 蒋园园, 陈妍, 等. 老年综合评估对预防老年患者护理不良事件发生的 Meta 分析[J]. 护理学报, 2021, 28(1):27-32.
- [6] 徐婷婷, 张元红, 马庄宣. 临床实景教学在新护士护理安全培训的应用[J]. 护理学杂志, 2021, 36(7):75-78.
- [7] Alexander MF, Runciman PJ. ICN framework of competencies for the generalist nurse:report of the development process and consultation[M]. Geneva: International Council of Nurses, 2003:1-51.
- [8] 沈琴, 李惠萍, 杨娅娟, 等. 护士核心胜任力的研究进展[J]. 中华护理教育, 2017, 14(5): 395-398.
- [9] 郭慧洁, 王薇, 丁莉, 等. 综合三级甲等医院新入职护士规范化培训职业满意度现状及影响因素的调查分析[J]. 全科护理, 2019, 17(26): 3304-3307.

基于岗位胜任力为核心的社区护理学课程改革效果评价

沈翠玲 石蕾 陈新梅 徐秀瑛 陈志龙

【摘要】目的 构建以岗位能力为核心的社区护理课程体系并评价其效果。**方法** 采用类实验研究的方法,课程改革前 2017 级 114 名学生为对照组;课程改革后即 2018 级 164 名学生为观察组。分析两组学生社区护理学综合成绩及社区岗位胜任力评价指标总分及一、二级指标得分差异。**结果** 对照组和观察组学生的综合成绩得分分别为 81.04 ± 5.76 分和 81.30 ± 6.54 分,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组学生课前岗位胜任力总分、一级指标得分、二级指标得分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),对照组和观察组学生课后岗位胜任力总分分别为 46.38 ± 18.38 分、 60.14 ± 18.20 分,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);此外,岗位胜任力第一、二级指标得分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 针对社区护理学采取以岗位胜任力为核心的课程改革可以提高学生的岗位胜任力,指导教师采取针对性的知识传授并加强学生对社区护理学知识、技能以及思想的理解。

【关键词】 社区护理学;课程改革;岗位胜任力;综合成绩;课程体系;效果评价

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.030

2016 年《全国护理事业发展规划(2016—2020 年)》中提到,护理队伍建设要以现有需求为基础,使培养出来的护理人才能够与行业需求相匹配,从而保持供需平衡;以岗位胜任力为核心,不断完善护理人才培养体系,全面提高护理人才培养质量^[1-2]。其中,岗位胜任力是指在一个团队中所体现的一种总和,其包括知识、技能、能力和特质;这种总和可以促使该成员能够胜任本职工作并且在岗位上取得优异的成绩^[3-4]。本研究结合当前国家和地区对社区护士的职责和要求,参考社区护理岗位胜任力指标体系量表,构建以岗位胜任力为核心的社区护理课程体系,旨在提升学生社区岗位胜任力,为今后更好地服务社区奠定基础。

基金项目:厦门医学院校级教育教学改革项目(编号:XBJG2020021)

作者单位:361023 福建省厦门市,厦门医学院护理学系(沈翠玲,石蕾,陈志龙);厦门市集美区集美街道社区卫生服务中心(陈新梅);厦门市仙岳医院(徐秀瑛)
沈翠玲:女,硕士

1 对象与方法

1.1 研究对象

以本系护理学专业本科三年级学生为研究对象,根据是否采用以岗位胜任力为核心的课程改革方法分为对照组和观察组。课程改革前即 2017 级学生为对照组,共 114 名,其中男 21 名,女 93 名;平均年龄 21.04 ± 0.94 岁。课程改革后即 2018 级学生为观察组,共 164 名,其中男 18 名,女 146 名,平均年龄 21.05 ± 0.71 岁。社区护理授课时间为 2021 年 2—6 月。

1.2 教材

采用李春玉等主编的《社区护理学》。授课安排相同的教师,一样的教学目标和课时。

1.3 教学方法

采用类实验研究的方法,对照组采用传统教学方法,观察组采用以岗位胜任力为核心的课程改革方案,课前进行岗位胜任力情况调研,上课内容及方法针对岗位胜任力指标体系进行知识重构和方法

[10] 李惠玲,莫圆圆,李春会,等.高级护理实践专业课程思政建设思考与实践[J].中国护理管理,2020,20(7):966-970.

[11] 汤先萍,Bei Wu,Chenjuan Ma.美国老年人家庭护理中不良事件防范探讨[J].护理研究,2020,34(21):3866-3869.

[12] 祝红娟,杨华,王淑君,等.预案情景模拟教学在新

护士培训中的应用[J].护理学杂志,2019,34(9):67-68.

[13] 蔡洪,徐建文,陈元东,等.低年资护士患者安全系统化培训方案的构建和实践[J].护理学杂志,2020,35(15):65-68.

[2021-09-26 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

选择。比较课程改革前后学生的综合成绩以及社区护理岗位胜任力情况，具体改革情况如下。

1.3.1 构建以岗位胜任力为核心的社区护理学课程体系 根据已有课程建设的基础，查阅参照相关文献^[5]、组织校内教师以及社区专家探讨，根据区域特点，构建以岗位胜任力为核心的社区护理学课程体系。综合各教师及社区相关专家讨论，将课程内容分为基础知识、方法学以及社区重点人群三大

模块（具体见图1）。基础知识的教学目标重点是让学生能够初步了解社区护理学所包含的相关知识和理念。方法学模块则主要是让学生掌握社区护理工作中常用的技能，并在教师指导下能够应用这些技能。社区重点人群模块的主要目标是让学生了解不同人群的健康管理流程，如老人、妇女、儿童、慢性病患者、残疾患者等。根据这些不同人群的特点和常见的健康问题提出不同的管理策略。

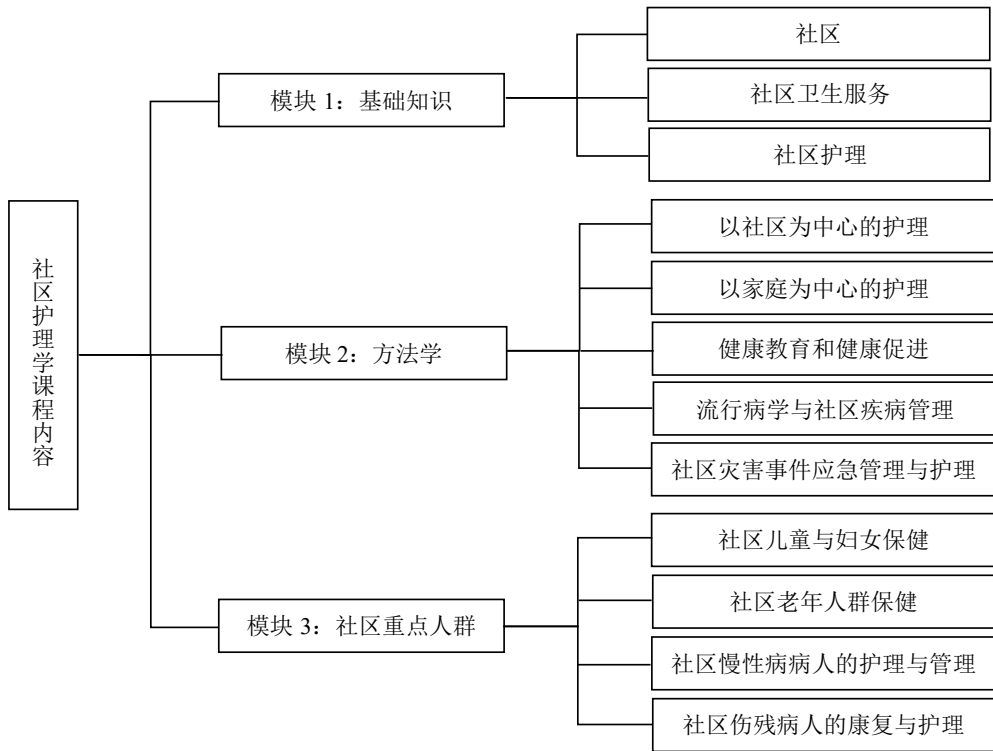


图1 改革后的社区护理学课程模块及课程内容

1.3.2 完善各章节设计 针对不同内容采取不同教学方法（表1），促进学生对理论知识的掌握和综合能力的培养。部分内容采用课堂部分翻转设计，

于第1周将学生分为8组并随机提供主题，让学生查阅相关数据库进行主题资料汇总，并进行课堂汇报分享，分享时间20 min，教师对学生进行点评。

表1 各章节教学方法

章节	教学方法
第一章 概述	讲授法 + 基地见习
第三章 以社区为中心的护理	讲授法 + 案例教学法 + 讨论法
第四章 以家庭为中心的护理	讲授法 + 小组主题汇报 + 讨论法
第二章 社区健康教育与健康促进	讲授法 + 小组主题汇报 + 讨论法 + 基地见习
第九章 流行病学与社区疾病管理	讲授法 + 小组合作设计 + 讨论法
第十章 社区灾害事件应急管理 with 护理	讲授法 + 情景模拟
第五章 社区儿童与妇女保健管理	讲授法 + 讨论法 + 基地见习
第六章 社区老年人群保健与管理	讲授法 + 小组主题汇报 + 讨论法 + 现场教学法 + 基地见习
第七章 社区慢性病病人的护理与管理	讲授法 + 小组主题汇报 + 讨论法 + 现场教学法 + 基地见习
第八章 社区伤残病人的康复与护理	讲授法 + 案例教学法

1.4 效果评价

对课程改革前后的学生综合成绩及社区岗位胜任力总分及一、二级指标进行比较。

(1) 学生成绩: 比较两组社区护理学的最终综合成绩。成绩采用形成性评价为主的考核方式, 综合成绩包括期末理论成绩、各次小组主题汇报、见习报告等项目。

(2) 岗位胜任力评价: 采用李青等^[6]研制的社区护理岗位胜任力评价指标体系评价岗位胜任力情况, 包括知识、技能、能力、特征与品质4个维度, 共35个条目。该量表的效度为0.96, Cronbach's α 值为0.952。岗位胜任力水平自我评价采用5级评分法, 将“没有能力”赋值0分, “很有能力”赋值4分。为了更好地对照, 查阅参考相关文献^[7-8]后, 将最终得分转化为百分制, 即将社区护理学岗位胜任力总分的分数加权后的分数乘以常数项7.81, 转换为百分制分数后将岗位胜任力总分为4个层次, 总分>85分为优秀, 70~85分为良好, 60~69.99分为合格, <60分为不合格^[7]。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件对数据进行处理, 正态分布计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 非正态分布计量资料的

比较以“中位数(四分位距)”表示, 组间中位数比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组学生综合成绩比较

两组学生的综合成绩比较差异无统计学意义($P>0.05$), 见表2。

表2 两组学生综合成绩比较(分)

组别	人数	综合成绩
对照组	114	81.04 $\pm$ 5.76
观察组	164	81.30 $\pm$ 6.54
t 值		0.350
P 值		0.727

2.2 社区岗位胜任力评价

2.2.1 两组学生课前岗位胜任力情况 两组学生课前岗位胜任力总分、一级指标得分、二级指标得分比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 见表3, 表4。

2.2.2 两组学生课后岗位胜任力情况 课后, 观察组学生的岗位胜任能力总分、一级指标得分、二级指标得分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表5, 表6。

表3 两组学生课前一级指标得分比较(分)

一级指标	权重	分数段	对照组($n=114$)	观察组($n=164$)	t 值	P 值
知识	0.280	0~15.05	4.78(3.06)	4.33(3.23)	-1.521*	0.128
技能	0.332	0~57.49	18.10(11.78)	16.61(11.91)	-1.417*	0.156
能力	0.261	0~17.27	7.59 $\pm$ 3.33	7.49 $\pm$ 3.47	0.240	0.810
特征与品质	0.127	0~10.19	5.54 $\pm$ 2.02	5.69 $\pm$ 2.17	0.583	0.560
总分	1.000	0~100	36.01(20.19)	34.13(20.78)	-0.833*	0.405

* 中位数比较的秩和检验。

表4 两组学生课前二级指标得分比较(分)

二级指标	权重	分数段	对照组($n=114$)	观察组($n=164$)	t 值	P 值
社区护理专业知识	0.497	0~3.976	1.16(0.85)	1.02(0.88)	-1.640*	0.101
社区护理相关知识	0.223	0~1.784	0.67(0.36)	0.64(0.36)	-1.173*	0.241
公共卫生基础知识	0.28	0~1.120	0.35(0.20)	0.33(0.23)	-1.232*	0.218
社区常用基础护理技能	0.292	0~2.336	0.75(0.47)	0.69(0.49)	-1.263*	0.207
社区专科护理技能	0.708	0~19.824	6.23(4.07)	5.72(4.10)	-1.365*	0.172
评判性思维能力	0.115	0~1.380	0.57 $\pm$ 0.25	0.54 $\pm$ 0.27	0.939	0.349
人际交往能力	0.271	0~2.168	1.07 $\pm$ 0.43	1.06 $\pm$ 0.40	0.199	0.843
管理能力	0.205	0~1.640	0.73 $\pm$ 0.32	0.70 $\pm$ 0.34	0.741	0.459
科研能力	0.163	0~1.304	0.53 $\pm$ 0.26	0.53 $\pm$ 0.28	0.000	1.000
教学能力	0.182	0~1.456	0.58 $\pm$ 0.27	0.59 $\pm$ 0.30	0.285	0.776

续表

二级指标	权重	分数段	对照组 (n=114)	观察组 (n=164)	t 值	P 值
自主学习与发展能力	0.065	0~0.520	0.24 ± 0.10	0.25 ± 0.11	0.744	0.44
职业道德	0.243	0~2.916	1.63 ± 0.59	1.68 ± 0.62	0.675	0.501
心理素质	0.325	0~3.900	2.06 ± 0.76	2.12 ± 0.82	0.618	0.537
体态素质	0.432	0~3.456	1.89 ± 0.69	1.94 ± 0.74	0.570	0.569

* 中位数比较的秩和检验。

表 5 两组学生课后一级指标得分比较 (分)

一级指标	权重	分数段	对照组 (n=114)	观察组 (n=164)	t 值	P 值
知识	0.280	0~15.05	6.71 ± 2.59	10.33 ± 2.58	11.488	0.000
技能	0.332	0~57.49	25.3 ± 10.67	30.21 ± 10.61	3.786	0.000
能力	0.261	0~17.27	8.47 ± 3.04	11.53 ± 3.23	7.957	0.000
特征与品质	0.127	0~10.19	5.90 ± 2.07	8.07 ± 1.78	9.097	0.000
合计	1.000	0~100	46.38 ± 18.38	60.14 ± 18.20	6.175	0.000

表 6 两组学生课后二级指标得分比较 (分)

二级指标	权重	分数段	对照组 (n=114)	观察组 (n=164)	t 值	P 值
社区护理专业知识	0.497	0~3.976	1.76 ± 0.67	2.71 ± 0.69	11.425	0.000
社区护理相关知识	0.223	0~1.784	0.82 ± 0.32	1.26 ± 0.31	11.487	0.000
公共卫生基础知识	0.280	0~1.120	0.49 ± 0.20	0.76 ± 0.18	11.75	0.000
社区常用基础护理技能	0.292	0~2.336	1.02 ± 0.43	1.31 ± 0.43	5.531	0.000
社区专科护理技能	0.708	0~19.824	8.73 ± 3.69	10.34 ± 3.67	3.590	0.000
评判性思维能力	0.115	0~1.380	0.67 ± 0.24	0.74 ± 0.27	2.224	0.027
人际交往能力	0.271	0~2.168	1.13 ± 0.37	1.62 ± 0.39	10.521	0.000
管理能力	0.205	0~1.640	0.81 ± 0.31	1.17 ± 0.31	9.523	0.000
科研能力	0.163	0~1.304	0.61 ± 0.23	0.74 ± 0.25	4.405	0.000
教学能力	0.182	0~1.456	0.67 ± 0.26	0.99 ± 0.28	9.648	0.000
自主学习与发展能力	0.065	0~0.520	0.26 ± 0.09	0.38 ± 0.09	10.934	0.000
职业道德	0.243	0~2.916	1.74 ± 0.59	2.33 ± 0.53	8.712	0.000
心理素质	0.325	0~3.900	2.22 ± 0.77	3.06 ± 0.67	9.666	0.000
体态素质	0.432	0~3.456	1.99 ± 0.73	2.74 ± 0.59	9.097	0.000

3 讨论

3.1 构建以岗位胜任力为核心的社区护理学课程体系的必要性

社区护理作为社区卫生的重要组成部分^[9],随着人口老龄化、家庭结构的变化、疾病谱的改变、医疗费用的增长以及计划生育基本国策的实施,都使社区护理的开展成为重中之重。而社区护士作为社区卫生服务机构的重要成员之一,在全面实施疾病三级预防、开展延续护理上发挥着至关重要的作用^[10]。特别是现今各类人群的观念转变,随着对健康的追求不断提高,只提供基本的医疗卫生服务已

不能满足社区居民的健康理念,甚至相对于综合医院的护士,社区护士由于社区卫生服务的综合性、主动性、连续性以及协调性等特点,这就使得对社区护士的要求在一定程度上要比综合医院护士的要求更高^[11]。《“健康中国 2030”规划纲要》^[12]也明确提出:“要以人民健康为中心,推进全民健康生活方式行动,强化家庭和高危个体健康生活方式指导及干预等”。这些均说明社区护士的能力要求是较高标准的,也要求社区护士要转变思想,不再只是提供单一的治疗性护理工作,而要不断地提升自身能力,能够提供连续的、动态性的和综合性的护理服务;另外要转变角色,从较单一的护理角色

转向协调者与合作者、倡导者与管理者、研究者等综合角色^[11]。而我国护理专家王瑛也曾点明,依照旧模式所培养出来的护士是不能胜任社区护理工作的,其知识结构或工作能力都在一定程度上存在着缺陷,而护士专业教育也必须进行改革。国务院在《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中指出:

“立足我国经济社会和医药卫生事业发展实际,逐步建立符合国情的分级诊疗制度,切实促进基本医疗卫生服务的公平可及^[13]。侯淑肖等^[5]专家认为:

“社区护理长远发展的必要条件之一是培养符合国情的社区护士,这已成为护理教育事业的重要目标之一,因此构建以岗位胜任力为核心的社区护理学课程体系符合我国的国情发展。”

3.2 学生岗位胜任力情况

研究显示,实行岗位胜任力为核心的课程体系建设后,学生的岗位胜任力在一定程度上有所提高,但仍然处于中下水平。综合分析发现,学生对于知识维度的社区公共卫生基础知识,技能维度中常见的基础护理技能和社区专科护理技能,能力维度上批判性思维能力、科研能力、教学能力和自主学习能力都有所欠缺。分析原因可能为课程虽然按照岗位胜任力构建指标体系,并将课本内容重新分模块,但是现有的学时并不能保证面面俱到,比如学生进行小组主题分享时,由于还有课程内容需要讲解,所以其讨论以及交流想法的时间明显不够。社区护理是一门综合性学科,也可以说是一门应用实践性学科,它包括两门课程:护理学和公共卫生学^[14-15]。社区护理学中有一部分是内、妇、儿、老年等相关学科的交叉内容,这就要求教师在此基础上区分教学重点,避免内容重复,找出对社区卫生服务工作中具备指导意义或有实用性的知识技能,掌握社区护理工作的基本工作方法,将前期学到的疾病和护理知识与社区具体情况联系,应用到社区、家庭、群体的护理服务过程中^[5]。因此,在下一步的课程建设中,将更好地打碎课程知识结构,进行知识重组,完善线上线下混合式教学的开展^[16]。争取有更多时间能够用来探索、讨论,使学生的基本知识和技能能够更好地应用于社区实践中。

综上所述,构建以岗位胜任力为核心的社区护理学课程体系有利于提高护理本科生的社区岗位胜任力,该方法可行且有效,值得进一步探索。但在今后的教学中,还需不断总结经验和不足,找出更好的提高岗位胜任力的教学方法,明确教学改革目

标方向,以学生为中心,全力打造混合金课。

4 参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 全国护理事业发展规划(2016-2020年)[J]. 中国护理管理, 2017,17(1): 1-5.
- [2] 贾金忠, 尚少梅. 护教协同背景下护理教育改革与发展[J]. 中国护理管理, 2020,20(7): 961-966.
- [3] 曲海英, 井西学, 张臻, 等. 胜任力研究与护理人员岗位胜任力模型的理论构思[J]. 中国医院管理, 2007(5): 44-45.
- [4] 张佩, 王若维, 刘亮. 基于岗位胜任力的“双融合”护理人才培养现状研究[J]. 卫生职业教育, 2019,37(2): 22-23.
- [5] 侯淑肖, 孙静, 刘宇, 等. 以岗位胜任力为核心的社区护理学课程改革方案的应用[J]. 护理研究, 2018,32(1): 117-120.
- [6] 李青, 付凌敏, 方雷雨, 等. 社区护士岗位胜任力评价指标体系的构建[J]. 护理研究, 2018,32(24): 3866-3869.
- [7] 李青, 王凡, 付凌敏, 等. 南昌市社区护士岗位胜任力现状调查及影响因素分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2018,24(22): 87-91.
- [8] 乔安花. ICU护士胜任力评价指标体系的研究[D]. 上海: 第二军医大学, 2011.
- [9] 管惠娟, 尹娜, 梁万年. 我国社区护理队伍的现状分析[J]. 中国全科医学, 2010,13(10): 1064-1067.
- [10] 翟艳萍, 许佳佳. 全科护士工作职能及培养现状研究[J]. 山西医药杂志, 2014,43(20): 2400-2402.
- [11] 代清霞. 厦门地区社区护理队伍的现状、分析与对策[J]. 中国医药导报, 2018,15(31): 168-171.
- [12] 新华社. 中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. [2021-8-28]. http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.
- [13] 国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》[EB/OL]. (2015-09-11) [2021-8-30]. http://www.gov.cn/xinwen/2015-09/11/content_2929789.htm.
- [14] 姜丽萍, 李春玉. 社区护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 9.
- [15] 陈引东. 家庭医生签约服务中社区护士参与健康管理的作用与实践[J]. 当代护士(中旬刊), 2020,27(1): 183-184.
- [16] 王涛, 周建存. 地方本科院校网络工程专业实践教学体系构建[J]. 科技创新导报, 2020,17(5): 204-206.

[2021-08-31 收稿]

(责任编辑 陈景景)

中药竹罐在脾胃虚寒证胃脘痛患者护理中的应用

石丹梅 陈拓芸

【摘要】 目的 探讨中药竹罐在脾胃虚寒证胃脘痛患者护理中的应用效果。**方法** 选择2019年5月—2020年12月于医院脾胃病科住院治疗的76例脾胃虚寒证胃脘痛患者作为研究对象,研究过程中由于皮肤过敏脱落1例,按照组间基本资料匹配的原则分为对照组38例和观察组37例。两组患者按胃脘痛护理方案进行常规护理,均予口服抑酸护胃西药治疗,观察组在此基础上进行中药竹罐护理干预。比较两组患者的疼痛评分、临床疗效、满意度。**结果** 治疗1个疗程后,观察组患者胃脘痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者胃脘痛症候疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对脾胃虚寒证胃脘痛患者实施中药竹罐护理技术,能有效缓解胃脘痛,提高临床疗效及满意度。

【关键词】 脾胃虚寒证;胃脘痛;中药竹罐;满意度;临床疗效

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.031

Application of traditional Chinese medicine bamboo pot in nursing of patients with epigastric pain of spleen-stomach deficiency-cold syndrome SHI Danmei, CHEN Zheyun (The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning, 530023, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of traditional Chinese medicine bamboo pot in nursing of patients with epigastric pain of spleen-stomach deficiency-cold syndrome. **Methods** To select 76 patients with epigastric pain of spleen-stomach deficiency-cold syndrome who were hospitalized in the spleen-stomach disease department of the hospital from May 2019 to December 2020 as the study objects. One case fell off due to skin allergy during the study process. According to the principle of matching basic data between groups, they were divided into a control group of 38 cases and an observation group of 37 cases. The patients in the two groups received routine nursing according to the epigastric pain nursing plan, and both were treated with oral acid-suppressing and stomach-protecting western medicine, and the observation group received traditional Chinese medicine bamboo cupping nursing intervention on this basis. The pain scores, clinical efficacy and satisfaction of the two groups were compared. **Results** After one course of treatment, the epigastric pain score of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The curative effect of epigastric pain symptoms in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The patient's satisfaction in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The implementation of traditional Chinese medicine bamboo cup nursing technique for epigastric pain patients with spleen-stomach deficiency-cold syndrome can effectively relieve epigastric pain and improve clinical efficacy and satisfaction.

【Key words】 Spleen-stomach deficiency-cold syndrome; Epigastric pain; Bamboo pot of traditional Chinese medicine; Satisfaction; Clinical efficacy

基金项目:2012年广西壮族自治区卫生厅自筹经费科研课题(编号:Z2012176);2020年自治区中医药管理局自筹经费科研课题(编号:GZZC2020017)

作者单位:530023 广西壮族自治区南宁市,广西中医药大学第一附属医院

通信作者:陈拓芸,女,本科,副主任护师

近年来,随着现代社会的高速发展,逐渐加快的生活节奏、日益增长的经济和工作压力,我国胃脘痛的发病率呈上升趋势,且具有发病年轻化、病情反复、难以根治的特点,成为严重影响人们健康的疾病之一^[1]。据世界卫生组织统计,胃病发病率在人群中已占到80%^[2]。临床上胃脘痛的证型颇多,其中脾胃虚寒型是最常见的证型。脾胃虚寒证胃脘痛主要是由于脾胃虚弱致其运化功能失常,气机运行不畅,阳气不足而易感寒邪。发病机制以脾阳受损为主^[3-5]。因病机为素体脾阳不足、寒自内生,临床症候多表现为胃脘隐痛、喜温喜按、得食痛减;四肢倦怠、畏寒肢冷;口淡、泛吐清水;纳少;大便溏薄;舌质淡,可伴边缘齿痕,苔薄白;脉虚弱或迟缓^[4,6]。目前西药治疗虽起效快,但病情反复发作,且缠绵难愈,远期治疗效果并不理想,患者的生活质量受到了影响^[7]。中药竹罐是将特制之竹罐与中药液熬煮,再趁热将竹罐吸拔于治疗部位上的一种治疗方法。我科在西药治疗的基础上结合中药竹罐进行护理干预,取得了满意效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年5月—2020年12月于我院脾胃病科住院治疗的76例脾胃虚寒证胃脘痛患者作为研究对象。纳入条件:符合脾胃虚寒证胃脘痛诊断标准^[6];年龄18~60岁;经胃镜及病理检查诊断为慢性浅表性胃炎;患者自愿参与本次研究,且签署知情同意书。排除条件:慢性浅表性胃炎合并出血,怀疑或确诊为恶性病变;妊娠期或哺乳期;近1个月内使用抗生素或抑酸护胃药物治疗者;存在其他疾病需要同时治疗者;存在皮肤完整性受损,如疥、疮、皮癣等皮肤感染类疾病者;对中药过敏者。脱落条件:中途因病情变化需转科或转院治疗者;由于各种原因导致研究无法进行者。研究过程中由于皮肤过敏脱落1例,按照组间基本资料匹配的原则分为对照组38例和观察组37例。观察组中男17例,女20例;年龄27~60岁,平均 42.2 ± 11.29 岁。对照组中男21例,女17例;年龄25~60岁,平均 39.16 ± 9.88 岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

根据中医常见病诊疗规范要求,对两组患者按胃脘痛护理方案进行常规护理。同时两组患者均遵医嘱予抑酸护胃西药治疗,口服艾司奥美拉唑肠溶胶囊20 mg,每天2次,2周为1疗程,治疗1个疗

程。观察组在此基础上进行中药竹罐护理干预,具体内容如下。

1.2.1 用物准备 双层治疗车1台,上层靠左侧2/3处铺折叠好的大浴巾1条、大浴巾上放塑料框1个(下底长42 cm、下底宽28 cm、上底长52 cm、上底宽38 cm、框高19 cm)、靠右侧1/3处放免洗手消毒液1瓶、钟表1个、弯盆1个(内有酒精灯、打火机、计时器及灭火筒各1个),将纱布卷成圆柱状并用止血钳(18 cm)夹持制成火把1把、95%乙醇及5.5 cm×7.5 cm小方纱若干。治疗车下层放置大浴巾2条、治疗盘1个[内有22 cm不锈钢食品夹(直径:20 cm,手柄36 cm)、大漏勺各1把及水温计1个],医疗垃圾桶、生活垃圾桶、塑料盆(盛使用过的大浴巾)各1个。

1.2.2 中药竹罐准备 遵医嘱选取黄芩建中汤加减(黄芪30 g,桂枝30 g,生姜30 g,五味子10 g,茯苓30 g,丹参20 g,川芎20 g,杏仁20 g,桔梗10 g),装入自制的20 cm×30 cm棉布袋中,绑紧袋口。已消毒竹罐30个(外口径为2~5 cm,长度10 cm)、三角牌3KW的电饭锅1个、水10 000 ml。将中药包放入三角牌3KW的电饭锅中加水10 000 ml浸泡30 min,大火煮开后文火再煮15 min,检查竹罐是否完好,用食品夹夹持竹罐并使罐口朝上浸没于锅内药液中煮沸10 min,改文火保温备用。

1.2.3 经络选择 一组为循行于背部体表正中线上的督脉和第一、二侧线上足太阳膀胱经;二组为循行于腹部的任脉、任脉旁开2寸、4寸的足阳明胃经和足太阴脾经以及下肢足阳明胃经;两组经络交替使用。

1.2.4 操作步骤 根据医嘱和患者体型选择竹罐的数量(20~30个)及大小,用食品夹和大漏勺将罐捞出,倒扣于治疗车上的塑料框内,携用物至床前协助患者取俯卧位或平卧位,裸露拔罐部位并覆盖大浴巾保暖,用小方纱清洁皮肤,水温计测量罐内温度降至48~50℃,根据患者体型选择火把,以纱布卷成圆柱状的大小及周长长度来控制火力,从而控制罐内负压大小。左手持火把蘸取少许95%乙醇并点燃,快速伸入罐内约1/2处(勿触碰内壁)取出,使罐内直接形成负压(负压大小视患者体质而定),迅速将罐口扣于患者相应经络穴位的皮肤上,以罐口紧贴皮肤无松动为度,覆盖大浴巾(冬天为棉被)以保暖和保持罐内温度恒定,调计时器留罐8 min即可取罐。右手握罐底,左手拇指按压罐口处皮肤取罐,取下的罐装入塑料袋内,待集中送供应室清洗消毒。用大浴巾轻轻拭干皮肤,协助

患者穿好衣服、整理用物并按消毒规范处理。每周中药竹罐治疗 6 d，每天 1 次，一组和二组经络交替使用；治疗 2 周为 1 个疗程。

1.2.5 中药竹罐护理措施 操作前评估患者身体及心理状况，了解其对疼痛的耐受程度、有无药物过敏史，女性患者需询问月经、怀孕情况。避免空腹、饱腹时进行治疗操作，以免发生不适。操作前向患者解释操作目的和注意事项，告知其操作中可能存在烫伤、过敏等风险，以取得患者的配合。操作中注意关好门窗，覆盖被褥以防患者受凉，随时观察其病情变化以及罐口皮肤吸附情况，随时询问罐内皮肤有无灼痛感，及时调整罐的吸附力及留罐时间。取罐后注意观察拔罐处的皮肤情况，如出现小水疱无需处理，大水疱则需在无菌状态下用注射器抽尽疱内液体，以湿润烧伤膏涂抹后覆盖无菌纱布保护，若患者感觉局部皮肤灼热及轻微发痒均为正常现象，避免抓挠。因拔罐后腠理张开，外邪易于侵入，患者拔罐后 4 h 内应注意防寒保暖且不宜触碰冷水及洗澡。

1.3 观察指标

(1) 疼痛：采用国际通用视觉模拟评分法(VAS)^[8]评价，使用一条标有 10 个刻度的游动标尺，两端分别为“0”分端和“10”分端，0 分表示无痛，10 分表示难以忍受的最剧烈痛，将有刻度的一面呈向患者，由其在标尺上圈出代表自己疼痛程度的分数，护士据此进行患者的疼痛评定并做好记录。评分越高表示患者疼痛程度越重。护士在患者入院第 1 天和 1 个疗程结束后评估。

(2) 胃脘痛症候疗效：参照张声生等《胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)》胃脘痛症候疗效评定标准^[6]，在干预 1 个疗程后评价两组患者症候疗效，临床痊愈，临床主要症状和体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；显效，临床主要症状和体征显著改善，疗效指数 76%~94%；有效，临床主要症状和体征显著好转，疗效指数 50%~75%；无效，临床主要症状和体征改善达不到有效标准或甚至加重，疗效指数<50%。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%^[9]。

(3) 满意度：记录和评价两组患者对中医护理技术的满意度，运用 Likert 4 级评分法，4 分为非常满意，3 分为满意，2 分为一般满意，1 分为不满意，具体评价由患者根据其对治疗及护理的效果进行综合评分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件处理数据，计量

资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；等级资料比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 入院第 1 天、治疗 1 个疗程后两组患者胃脘痛评分比较

入院第 1 天，两组患者胃脘痛评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗 1 个疗程后，观察组患者胃脘痛评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 入院第 1 天、治疗 1 个疗程后两组患者胃脘痛评分比较 (分)

组别	例数	入院第 1 天	治疗 1 个疗程后
观察组	37	4.38±1.71	0.73±0.61
对照组	38	4.42±1.70	2.34±1.05
<i>t</i> 值		0.102	8.091
<i>P</i> 值		0.919	0.000

2.2 两组患者胃脘痛症候疗效比较

观察组患者胃脘痛症候疗效优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者胃脘痛症候疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效
观察组	37	13	18	5	1
对照组	38	3	3	26	6

秩和检验： $u=5.281$ ， $P=0.000$ 。

2.3 两组患者满意度比较

观察组患者满意度高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者满意度比较

组别	例数	非常满意	满意	一般满意	不满意
观察组	37	23	8	4	2
对照组	38	8	17	10	3

秩和检验： $u=3.215$ ， $P=0.001$ 。

3 讨论

胃脘痛俗称为“胃痛”，是指上腹部胃脘处经常发生以疼痛为主症的病证，凡因脾胃受损、气血不调引起的胃脘处疼痛统称胃脘痛，流行病学研究发现其居各胃病发病率首位，且呈逐年上升趋势。脾胃虚寒证胃脘痛在临床上尤为多见^[10-11]，祖国传统医学认为，其病因病机主要有“寒邪日久损伤脾阳”“胃气失和”“不通则痛”以及“胃失温养”“不荣则痛”等^[12-13]，我科在常规西药治疗基础上采用中药竹罐护理干预可有效提高治疗效果，提高治愈率。

我科针对该病的病因病机选取黄芪建中汤加减，以温中健脾、和胃止痛为疗法^[6,14]。方中黄芪，

以温中健脾益气,气旺则阳亦旺;五味子益气生精,补益先天之肾气,与黄芪健脾相配,以培补后天之本;桂枝性温助热,温经通阳;生姜味辛性微温,和降胃气、温中止呕,与温通阳气的桂枝配伍,可温中祛寒,改善脾胃虚寒证患者畏寒肢冷、泛吐清水等症状;茯苓健脾渗湿,健运中州,以治脾胃虚寒、运化失职所致大便溏薄;丹参、川芎行气活血止痛;杏仁润于血,行血脉,利气机,化水润,消食化积;桔梗宣散肺气,解表化痰,使全方补而不滞,温而不燥。

《黄帝内经·灵枢》中说:“夫十二经脉者,内属于脏腑,外络于肢节”“经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也”“谷入于胃,脉道以通,血气乃行”,指明了经络有沟通表里上下、联络脏腑器官、协调阴阳、卫外固表之功。选择任督二脉、背部足太阳膀胱经、腹部足阳明胃经、足太阴脾经以及下肢足阳明胃经的穴位进行中药竹罐护理干预,疏通气血运行之路使脏腑气血旺盛,从而达到温中散寒、健脾和胃止痛的功效^[15]。人体的五脏六腑、五官九窍、皮肉筋骨各司其职,相互配合,通过经络的联结沟通,协调构成一个完整有机的整体。同时,人体脏腑经络均需有气血灌注,方能正常运行,发挥功能。经络作为气血的传注通路,使气血通达全身,发挥其温煦滋养脏腑、卫阳固表之功。任督二脉起于胞中,下出于会阴部;督脉向后循行后正中线上,是诸阳经脉的总汇,为“脉阳之海”,其功能是督领阳气和真元,宣阳解表,扶正驱邪;任脉向前进入阴毛处,循行于前正中线上,妊养与总调阴经脉气,为“阴脉之海”。足太阳膀胱经主一身之表,为“六经藩篱”。刺激膀胱经第一、二侧线上的背俞穴,以循经疏通气血、调整脏腑功能。足阳明胃经及足太阴脾经同居中焦,互为表里经,分别属胃络脾和属脾络胃。胃主受纳腐熟水谷、主降浊,脾主升清、运化及统血;二者为气机升降的枢纽,纳运协调,升降平衡,共同完成食物的消化、吸收及精微输布,使气血化生之源^[16-17]。

中药竹罐疗法依据中医理论,在经络腧穴主治的基础上,运用闪火法使竹罐形成负压作用,结合竹罐内药液蒸汽的温热之性,促使中药液经皮肤吸收,充分渗透诸经,直达病所,以达温中健脾、化生气血、和胃止痛、补火助阳、解表逐寒之功,通过皮部-络经-脏腑之途径充分发挥药物功效,共奏药物和拔罐的双重治疗效果^[17]。

综上所述,对脾胃虚寒证胃脘痛患者在西药治疗的同时采用中药竹罐的护理干预,能有效缓解胃脘痛,提高临床疗效及满意度,易于被患者接受。

4 参考文献

- [1] 赵铁葆,文银萍,宗静岩,等.胃脘痛脾胃虚寒证红外热成像特征研究[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(11):1654-1658.
- [2] 王亢,张翼宙.治未病思想在慢性胃炎防治中的应用[J].陕西中医学院学报,2014,37(6):18-20.
- [3] 刘静,廖金玲,覃婧,等.背俞温针灸法治疗脾胃虚寒型胃脘痛的临床疗效观察[J].时珍国医国药,2018,29(7):1667-1668.
- [4] 张媛媛.综合中医护理干预配合西医治疗脾胃虚寒型胃脘痛(慢性胃炎)的疗效研究[J].实用临床护理学杂志,2017,2(6):48-49.
- [5] 黄沂,陈栢芸,宁余音,等.壮药走罐配合穴位贴敷对脾胃虚寒型胃脘痛患者的效果[J].护理学杂志,2016,31(17):24-26.
- [6] 张声生,周强.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.
- [7] 朱光祥,吕艳,潘红霞,等.恒温温经姜疗联合经络拔罐对脾胃虚寒型胃脘痛患者的影响[J].护理研究,2019,33(17):3060-3062.
- [8] Hjerstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review[J]. J Pain Symptom Manage, 2011,41(6):1073-1093.
- [9] 杨春波,劳绍贤,危北海.胃肠疾病中医症候评分表(中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,2010,苏州)[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):66-68.
- [10] 庄燕芬.中医护理干预在脾胃虚寒证患者中的实施效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(33):4850-4852.
- [11] 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.
- [12] 肖淑红,赵炜.温盒灸联合中药熏洗治疗脾胃虚寒型胃脘痛的中医护理及对患者生活质量的影响[J].四川中医,2019,37(3):204-207.
- [13] 李军祥.胃痛中医诊疗专家共识意见[J].中医杂志,2016,57(1):87-90.
- [14] 宫欣茹.中医特色外治护理在脾胃虚寒型胃脘痛患者中的应用效果观察[J].天津护理,2020,28(1):93-95.
- [15] 杨继民.药罐疗法的临床应用[J].内蒙古中医药,2017,36(7):90.
- [16] 王继红,代芳芳,丁哲宇.药竹罐疗法结合中医特色护理对脾胃虚寒型胃脘痛的效果分析[J].中国药业,2017,26(12):51-53.
- [17] 潘东洪,陈栢芸,吕艳,等.穴位贴敷联合温经姜疗治疗100例脾胃虚寒型胃脘痛的疗效观察[J].时珍国医国药,2015,26(9):2196-2197.

[2021-10-19 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

分阶段情绪疗法对急诊科护士心理健康状况、压力应对方式及职业倦怠感的影响

龙宝贵

【摘要】目的 分析分阶段情绪疗法(RET)对急诊科护士心理健康状况、压力应对方式及职业倦怠感的影响。

方法 以医院急诊科36名护士为研究对象,自2019年9月开始采取分阶段情绪疗法,比较RET实施前(2019年3—8月)、实施后(2019年9月—2020年2月)护士心理健康状况、职业倦怠感、压力应对方式的差异。

结果 RET实施后,36名护士症状自评量表(SCL-90)评分低于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$);RET实施后,36名护士压力应对方式问卷中解决问题、合理化、求助维度评分高于实施前,幻想、退避、自责维度评分低于实施前,差异有统计学意义($P<0.05$);RET实施后,急诊科护士Maslach倦怠量表(MBI)情感衰竭、去人格化、个人成就感降低3个维度评分与总分较实施前降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

结论 将RET应用于急诊科护士的心理干预,有利于改善其压力应对方式和心理健康状况,减轻职业倦怠感。

【关键词】 分阶段情绪疗法;急诊科护士;心理健康状态;压力应对方式;职业倦怠感

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.032

Effect of rational-emotive therapy on mental health status, stress coping style and job burnout of emergency department nurses LONG Baogui (Hunan Children's Hospital, Changsha, 410000, China)

【Abstract】 Objective To analyze the effect of rational-emotive therapy(RET) on mental health status, stress coping style and job burnout of emergency department nurses. **Methods** A total of 36 nurses in the emergency department of the hospital were selected as the study objects. Since September 2019, staged emotional therapy has been adopted for them to compare the differences in nurses' mental health status, job burnout and stress coping styles before the implementation of RET(from March to August 2019) and after the implementation(from September 2019 to February 2020). **Results** After the implementation of RET, the symptom checklist 90(SCL-90) scores of 36 nurses were lower than those before the implementation, and the differences were statistically significant($P<0.05$). After the implementation of RET, the scores of problem solving, rationalization, and help-seeking in the questionnaire of stress coping styles of 36 nurses were higher than those before implementation, and the scores of fantasy, withdrawal, and self-blame were lower than those before implementation, and the differences were statistically significant($P<0.05$). After the implementation of RET, emergency department nurses' Maslach burnout inventory(MBI) emotional exhaustion, depersonalization, and personal achievement decreased three dimension scores and total scores were lower than those before implementation, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of RET to the psychological intervention of emergency department nurses was beneficial to improve their stress coping style and mental health status, and to reduce job burnout.

【Key words】 Rational-emotive therapy; Nurses in the emergency department; Mental health status; Stress coping style; Job burnout

护理服务具有多专业性、多需求性等特点,急诊科是医疗和护理工作的起始部门,是医院承担救治急危重症患者的首诊科室,护理工作强度大,职业暴露风险高,也是医疗纠纷的高发科室,护士普

遍存在职业倦怠感,主要表现为在工作中自身承受能力无法应对来自周围环境的压力,长此以往,将增加焦虑、紧张、消极等不良情绪,对待患者冷漠,影响工作效率,经常性出现离职想法。职业倦怠是一种消极应对方式,护士是职业倦怠的高危群体,其职业倦怠感的水平与组织、个人、职业和工作等

因素密切相关^[1], 职业压力越大, 护士的职业倦怠感往往越明显, 总体幸福感越低, 且职业倦怠感不仅会对护理人员的身心健康造成危害, 还会降低护理服务质量。分阶段情绪疗法 (RET) 属于认知性心理治疗方法, 其以 ABC 理论为基础, 该理论指出诱发事件 (activating event, A) 仅为造成行为和情绪反应 (consequence, C) 的间接原因, 个体对 A 所持有的看法、解释、信念 (belief, B) 才是造成 C 更为直接的原因, 合理的信念使人们在对待事件时采取恰当的反应模式, 分阶段情绪疗法就是以理性控制非理性, 将理性思维取代非理性思维, 引导人们改变认知, 尽可能减轻由非理性信念引起的情绪困扰及随之出现的非正常行为^[2]。目前, RET 在国内已得到较为广泛的应用, 越来越多研究报道探究其在老年慢性病患者、心理亚健康护士、手术患者、病房护士等人群的心理治疗效果, 能有效减轻医护人员的职业倦怠感^[3]。为了帮助护士在高度应激状态下仍采取积极的应对方式, 提升身心健康水平, 我院急诊科自 2019 年 9 月尝试应用 RET, 对科室护士开展基于 ABC 理论的心理辅导, 并取得较好的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将 2019 年 3 月—2020 年 2 月于我院急诊科工作的 36 名护士纳入研究, 均为全日制护理专业毕业, 获得护士执业证书, 在研究前未接受过 RET 系统培训, 排除外出进修或休假超过 1 个月的护士、实习护士及存在身心疾病的护士, 护士均知情同意研究, 且自愿参与。36 名护士均为女性, 年龄 22~43 岁, 平均 32.67 ± 7.51 岁; 急诊科工作年限 2~20 年, 平均 9.27 ± 3.46 年; 职称: 护士 14 名, 护师 12 名, 主管护师 7 名, 副主任护师 3 名; 最高学历: 大专 12 名, 本科 22 名, 硕士 2 名。

1.2 情绪疗法

在 RET 干预前, 我院急诊科采取传统管理模式, 主要内容为合理排班, 针对护士在工作生活中遇到的困难提供帮助, 以及常规心理辅导, 每月由心理科 1 名主任医师、1 名副主任医师进行 1 次心理健康教育, 指导护士通过激励法、心理暗示法、心理调节法合理宣泄情绪。

自 2019 年 9 月在传统护理管理模式的基础上开展 RET 干预, 开展前, 组织急诊科护士参加“RET 相关知识培训”, 围绕这一疗法核心理论 (ABC 理论) 开展, 各阶段干预措施如下:

1.2.1 心理诊断阶段 该阶段工作重点为探究导致护士产生不适行为及情绪困扰的因素, 即通过面对面沟通的形式, 探究护士存在的焦虑不安、失眠、失落忧愁等情况, 并结合护理工作进展情况、心理与性格特点等, 确定造成其情绪、行为改变的诱发事件 (A), 之后分析造成其出现情绪困扰及诱发事件两者之间的非合理信念 (B), 并让护士明白情绪和行为反应结果 C 并不由事件 A 直接引起, 而由想法 B 产生。引导患者了解个体能够通过改变自身对某件事、某个人的想法及观念控制情绪及行为反应。同时, 通过举例说明事物的两面性, 指导护士客观分析不同态度对同一件事产生的不同看法, 帮助护士转变观念。在交流结束后, 向护士布置家庭任务, 要求其记录近期出现的负性情绪变化、异常行为及导致异常反应出现的事件经过。

1.2.2 领悟阶段 对上一阶段所布置的作业进行梳理, 挑选其中具有代表性的负性事件及所导致的情绪和行为改变, 逐步引导其辨识自身对负性事件的看法, 鼓励护士认识到从不同角度看待问题可导致出现不同的思维和情绪结果。此外, 与护士进行探讨, 探究与正性结果不相符的行为特征, 告知护士行为特征、情绪受自身主观意识的影响较大, 解决问题的关键在于自身。事件 A 是否直接造成结果 C, 确定非理性信念 B, 提出非理性信念是导致不良心理反应出现的关键因素, 引导护士逐渐认识到 3 条准则, 包括: 信念并非仅诱发事件, 还会导致情绪和行为后果; 情绪及行为反应与自身内在原因存在密切关联; 改变不合理的信念是减轻各种症状给生活和工作带来困扰的关键。

1.2.3 修通阶段 该阶段需对护士进行 3 次咨询, 其内容分别为: 第 1 次咨询, 鼓励护士树立新目标, 并在领悟后逐渐改变原有的不合理信念, 减轻症状; 第 2 次咨询, 目的为调整护士看待事物的角度, 对存在的问题进行具体分析, 形成正向、合理的思维和信念方式; 第 3 次咨询, 组织科室护士对不合理信念进行辩论, 并通过开展放松训练、布置家庭作业的方式, 要求护士以报告的形式列出事件 A、结果 C, 并分析与实际情况相符的 B, 确定能够替代 B 的合理信念 D 及新观念 E。此外, 嘱护士每日记录自己的情绪和行为, 适时奖励自身积极的情绪和行为, 促进身心症状的缓解。

1.2.4 再教育阶段 该阶段的重点为巩固前几个阶段所学的内容、效果, 即帮助科室护士彻底摒弃原有的不合理信念、思维方式, 建立一套全新的反应模式, 培养其应用所学知识解决之后生活、工作中

遇到问题的能力。此外，对于差错事故的担忧，应建立的信念是：思虑过度会导致患得患失，在工作中按照标准操作流程进行比担心更有效，能够减少不良行为和情绪困扰，帮助其更好地适应现实状况。

1.3 观察指标

(1) 心理健康状况：通过症状自评量表 (SCL-90)^[4] 评价，该量表包括 10 个维度共 90 个条目，每个条目均分为 5 级评分 (0~4 级)，0 = 从无，1= 轻度，2= 中度，3= 相当重，4 = 严重。其中的 10 个维度及积分分别为：人际关系敏感（共 9 项，总分 0~36 分）、恐怖（共 7 项，总分 0~28 分）、躯体化（共 12 项，总分 0~48 分）、焦虑（共 10 项，总分 0~40 分）、抑郁（共 13 项，总分 0~52 分）、强迫症状（共 10 项，总分 0~40 分）、偏执（共 6 项，总分 0~24 分）、敌对（共 6 项，总分 0~24 分）、精神病性（共 10 项，总分 0~40 分）、其他（共 10 项，总分 0~40 分）。SCL-90 量表总均分 = 总分 ÷ 90。总得分范围为 0~160 分，得分越高，心理健康状态越差。

(2) 压力应对方式：借助压力应对方式问卷^[5] 评价，该问卷由幻想、退避、解决问题、求助、合理化、自责 6 个维度组成，将“是、否”分别赋值为 1 分、0 分，6 个维度均为 0~1 分，其中解决问题、合理化、求助维度得分越高提示应对方式越好，幻想、退避、自责维度得分越低提示应对方式越好。

(3) 职业倦怠感：采用 Maslach 倦怠量表^[6] (MBI) 评估，该量表由 3 个维度共 22 个条目组成，分别是情感衰竭 (9 个条目)、去人格化 (5 个条目)、

个人成就感降低 (8 个条目)，各条目采用 7 级评分法 (0~6 分) 计分，得分越高提示职业倦怠感水平越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行统计分析，计量资料应用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用配对 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后 36 名急诊科心理健康状况比较

RET 实施后，36 名护士 SCL-90 量表总得分低于实施前，说明实施后的心理健康状况优于实施前，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 干预前后 36 名急诊科护士心理健康状况比较 (分)

时间	人数	SCL-90 量表评分
实施前	36	130.61 ± 17.41
实施后	36	111.39 ± 13.58

t = 30.110, *P* = 0.000。

2.2 干预前后 36 名急诊科护士压力应对方式比较

RET 实施后，36 名护士压力应对方式问卷解决问题、合理化、求助维度评分高于实施前，幻想、退避、自责维度评分低于实施前，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

2.3 干预前后 36 名急诊科护士职业倦怠感比较

RET 实施后，36 名急诊科护士 MBI 量表 3 维度评分与总分较实施前降低，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 2 干预前后 36 名急诊科护士压力应对方式比较 (分)

时间	人数	解决问题	合理化	求助	幻想	退避	自责
实施前	36	0.67 ± 0.19	0.35 ± 0.14	0.68 ± 0.27	0.37 ± 0.15	0.27 ± 0.13	0.34 ± 0.11
实施后	36	0.89 ± 0.15	0.57 ± 0.21	0.98 ± 0.30	0.22 ± 0.12	0.15 ± 0.10	0.18 ± 0.07
<i>t</i> 值		33.000	18.857	60.000	30.000	24.000	24.000
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 干预前后职业倦怠感比较 (分)

时间	人数	情感衰竭	去人格化	个人成就感降低	总分
实施前	36	42.76 ± 7.38	21.75 ± 5.29	38.63 ± 5.49	103.14 ± 8.11
实施后	36	30.63 ± 6.17	14.43 ± 4.57	25.65 ± 4.22	70.68 ± 6.39
<i>t</i> 值		60.149	61.000	61.323	113.233
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急诊科是医院急危重症患者的主要集中科室,急诊护士需兼顾抢救室、注射室、病房、急救等单元的工作,抢救和管理任务较重,为了更高标准、高效率、高质量地完成工作,急诊科护士可能时刻处于高负荷、高强度状态,易出现不良心理反应,采取消极应对方式。此外,目前国内护士的个人价值观还难以被充分肯定,且受薪资待遇低、护患关系紧张等因素的影响,护士内心成就感低,增加职业倦怠感。研究指出,护士职业倦怠感的提高不仅会影响其在工作中的创造性和积极性,还不利于护理质量的提高,限制公立医院的改革^[7]。因此,如何采取有效方式引导急诊科护士采取更加积极的压力应对方式、降低职业倦怠感是护理管理者关注的重点问题之一。近年来,有越来越多的研究者在高危科室护理人员的压力训练中应用 RET,且其有效性和可行性也得到证实。麦伟娟等^[8]以 35 例心理亚健康的护士为研究对象,针对其工作节奏快、易产生职业倦怠的特点,采取情绪疗法进行心理干预,结果显示,这一方式在缓解护士不良情绪、改变职业倦怠状态方面效果优于常规干预组。唐冬花等^[9]为精神科护士提供 RET 培训,结果表明,RET 训练能有效改善其压力应对方式,促进护士认知行为合理化。

目前,关于 RET 应用于调适护理人员职业倦怠、减轻工作压力等方面的研究越来越多,本研究以我院急诊科护士为研究对象,探究 RET 的应用效果。心理压力主要是个体在生活和工作不良事件威胁或困扰下产生的,心理压力水平较高者易出现身心紧张不安等症状。研究表明,适当的心理压力能调节不良行为、情绪反应,长期高水平的心理压力将严重影响临床护士的心理健康^[10]。本次研究结果显示,在实施 RET 后,急诊科 36 名护士 SCL-90 量表总得分低于实施前,表明 RET 有利于改善急诊科护士的心理健康状况。分析原因,采取 RET 干预,引导急诊科护士摒弃以往不合理的信念,通过逻辑思辨的方式逐渐培养新的、合理的思维模式,帮助其缓解不良心理反应、纠正行为问题,并通过放松训练缓解身心紧张程度。张鸿鸣^[11]将 70 名在职急诊科护士纳入研究,在开展了 8 周的 RET 干预后,护士 SCL-90 量表评分明显低于常规心理护理组,提示 RET 能够有效减轻急诊科护士在应激事件刺激下引起的过度情绪反应,这与本次研究结果一致。

个体的压力应对能力与身心健康状况存在密切

联系,急诊科护士工作压力主要源于患者的护理工作量、福利待遇、人际关系、工作状态、护理专业水平等^[12],工作和精神压力主要由工作性质决定,而职业认同感低主要归因于护士的主观因素。有研究显示,个体处于高压状态时,若其不具备良好的压力应对方式,心理受损的危险程度是普通人的 2 倍,达到 43.3%^[13]。因此,改变急诊科护士的职业认同感、减轻压力源具有重要的临床价值。本次研究结果显示,实施 RET 后,急诊科护士压力应对方式问卷评分均优于实施前,这与蔡一品等^[14]的研究结果一致,表明采取 RET 能引导急诊科护士采取更加积极的压力应对方式。分析原因,护士掌握 RET 有利于其采取积极方式应对压力,面对压力时能够主动寻找释放压力的方式,避免出现逃避现实、自我埋怨的行为^[15-17]。采取 RET 后,急诊科护士不合理的认知逐步纠正,调节负性情绪,减轻逃避、自责心理,提高自主解决问题的能力,引导护士正视由工作带来的压力,尽可能减少或避免采取消极的应对方式,帮助急诊科护士更好地适应角色。

职业倦怠感是个体在长时间处于高强度工作压力后产生的一种精力衰竭综合征。陈曲等^[18]以北京市 5 所三级甲等医院 663 名 35 岁青年医护人员为调查对象,结果显示,其中 65.00% 的护士存在不同程度的职业倦怠感。有研究显示,急诊科暴力事件的发生率达 56.70%,3 年内遭受身体暴力次数在 20 次以上者占 25%^[19]。护士在长期高压状态下可能导致自我价值的否定,引起职业倦怠,在职业倦怠感水平高的科室采取 RET,能有效降低职业倦怠感,稳定医护人员工作情绪^[20]。本次结果显示,急诊科在实施 RET 后,护士 MBI 量表 3 维度评分与总分低于实施前,这与刘春燕等^[21]的研究结果一致,表明 RET 能缓解急诊科护士的职业倦怠感。分析原因,采取 RET 干预,在心理诊断阶段,通过与护士交流寻找 A、C,进一步分析 B,引导护士理解 ABC 之间的关联;在领悟阶段,帮助护士更深入认识不良情绪和行为产生的内在实质,让其明白转变思维方式是改变现状的关键;在修通阶段,采取对不合理信念辩论的方式,鼓励护士主动修正不合理的信念而选择合理信念;在再教育阶段,侧重对前几个阶段成果的巩固,进一步强化合理信念,形成个性化的认知和反应模式,提升应对各种负性事件的能力,增强个人成就感,减轻职业倦怠感。李春艳等^[22]将 RET 心理干预应用于存在职业倦怠的医护人员,结果显示,干预 2 个月后,160 名医护人员的职业倦怠评分降低,主要体现在职业倦怠感

重度评分的比例下降,而轻度、中度评分的比例明显提高,本研究在RET干预过程中,护士能够以更加宽容和理解的态度面对各方面压力,适当降低期望值,平衡心理状态,减轻情感衰竭,降低职业倦怠的感受水平。

总之,为急诊科护士提供分阶段情绪疗法干预能有效改善其心理健康状况,调整压力应对方式,降低职业倦怠感。

4 参考文献

- [1] Francino AF, Maria CSR, Jeannie PC, et al. Burnout in Brazilian Intensive Care Units: A Comparison of Nurses and Nurse Technicians. [J]. AACN Adv Cri Care, 2019,31(1):16-21.
- [2] 徐敏,陈勤,王瑞琦.护理本科实习生职业认同感的认知干预研究[J].中华护理杂志,2019,54(5):709-714.
- [3] 杨文亮,李莉.健康管理对急诊科护士焦虑情绪、工作压力及应对方式的影响[J].中国健康心理学杂志,2018,26(7):1086-1090.
- [4] 王姿欢,叶研,沈壮,等.女性医护人员症状自评量表(SCL-90)结果分析[J].中华劳动卫生职业病杂志,2018,36(10):745-748.
- [5] 任晓碧,戴一希,柯哲茜,等.护士工作压力应对方式量表的编制及信效度检验[J].护理管理杂志,2013,13(11):784-785.
- [6] Lusine P, Lin HA, Douglos MS and, et al. Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries-ScienceDirect[J]. Int J Nurs Stud, 2009, 46(7):894-902.
- [7] Phillips C. Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical-surgical nurses[J]. Int J Evid Based Healthc, 2020, 18(2):265-273.
- [8] 麦伟娟,蓝顺琼,梁梅芳.分阶段情绪疗法对心理亚健康护士的干预效果[J].泰山医学院学报,2016,37(11):1295-1297.
- [9] 唐冬花,钟文凯,卢雪珍.分阶段情绪疗法训练对精神科护士压力应对方式的影响[J].护理实践与研究,2017,14(15):99-101.
- [10] 刘华杨,李香临,王惠婷,等.影响精神专科医院临床护士焦虑、自我效能感相关因素探讨[J].护理实践与研究,2018,15(1):4.
- [11] 张鸿鸣.分阶段情绪疗法对急诊科护士压力应对方式的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(4):634-637.
- [12] Sabei S, Labrague L J, Ross A M, et al. Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction[J]. J Nur Scholarsh, 2019, 52(2):95-104.
- [13] 李彩霞,方艳伟,袁素亚,等.三甲医院急诊抢救室护士压力与应对方式的相关性分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(10):1184-1186.
- [14] 蔡一品,关素琴.分阶段情绪疗法对急诊科护士压力应对方式及幸福感的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(6):105-107.
- [15] 徐蕾,刘喜文.分阶段情绪疗法改善护理人员压力及倦怠感的应用现状[J].职业与健康,2018,34(21):133-137.
- [16] 曹宇京,石蕊,张硕.合理情绪疗法对前列腺癌术后患者情绪、自我压力与负担、压力应对方式及生活质量的影响[J].癌症进展,2021,19(14):1501-1505.
- [17] 蔡一品,关素琴.合理情绪疗法对急诊科护士压力应对方式及幸福感的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(6):720-722.
- [18] 陈曲,刘旭,孟开.北京市三级甲等医院青年医护人员职业倦怠现状及其影响因素分析[J].中国全科医学,2018,21(2):223-231.
- [19] 郭金玉,孙红,刘颖青,等.北京市三级甲等医院急诊科护士职业暴露与防护行为的现状调查[J].中华护理杂志,2020,55(1):107-112.
- [20] 孙雪影,赵孟淑,温璇,等.儿科护士知觉压力、应对方式对职业倦怠的影响[J].中国实用护理杂志,2018,34(34):2700-2705.
- [21] 刘春燕,罗晓玲,曹美君.合理情绪干预对急诊科护士压力应对方式及职业倦怠感的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(12):2120-2122.
- [22] 李春艳,马晓亮,赵宁,等.分阶段情绪疗法在医护人员职业倦怠中的应用效果观察[J].中国医学创新,2015,12(11):3.

[2021-10-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

正念认知干预在双相情感障碍患者中的效果观察

白雪荣

【摘要】 目的 探讨正念认知干预在双相情感障碍(BAD)患者中的应用效果。**方法** 选取2019年1月—2020年12月医院BAD患者68例,按组间基本特征均衡可比的原则分为观察组和对照组,各34例,对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上采用正念认知干预。对比两组精神症状干预效果、药物依从性评定量表(MARS)、精神功能大体评定量表(GAF)、阳性和阴性症状量表(PANSS)、躁狂量表(BRMS)评分、炎症因子[白细胞介素-1(IL-1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-10(IL-10)]、威斯康星卡片(WCST)、言语记忆测验(HVLT-R)、持续操作测验(CPT)评分。**结果** 观察组精神症状缓解效果优于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,干预后,观察组MARS水平较高,PANSS水平低($P<0.05$);与对照组相比,干预后观察组GAF水平较高,BRMS水平较低($P<0.05$);干预后,观察组IL-1、TNF- α 较对照组低,IL-10水平较对照组高($P<0.05$);干预后,两组HVLT-R水平比较差异无统计学意义($P>0.05$),观察组WCST、CPT评分较对照组高($P<0.05$)。**结论** 对BAD患者采用正念认知干预可提高护理效果和服药依从性,改善精神症状和躁狂情况,提高功能状况,降低IL-1、TNF- α 水平,提高IL-10水平,提高WCST、CPT评分,进而提高患者认知功能。

【关键词】 双相情感障碍;正念认知干预;疗效;精神症状;躁狂;认知功能

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.033

Effect observation of mindfulness-based cognitive intervention in patients with bipolar affective disorder

BAI Xuerong (The Second Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Xinxiang, 453002, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of mindfulness-based cognitive intervention in patients with bipolar affective disorder(BAD). **Methods** To select 68 patients with BAD in the hospital from January 2019 to December 2020 as the study objects, and they were divided them into an observation group and a control group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between the groups, with 34 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received mindfulness-based cognitive intervention on the basis of the control group. The intervention effect of mental symptoms, medication adherence rating scale(MARS), general assessment scale of mental function (GAF), positive and negative syndrome scale(PANSS), Bech-Rafaelsen mania rating scale(BRMS) score, inflammatory factors [interleukin-1(IL-1), tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-10(IL-10)], Wisconsin card sorting test(WCST), Hopkins verbal learning test-revised(HVLT-R), continuous performance test(CPT) scores were compared between the two groups. **Results** The effect of relieving mental symptoms in the observation group was better than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). After intervention, the MARS level in the observation group was higher than that in the control group, and the PANSS level was lower than that in the control group($P<0.05$). After intervention, the GAF level in the observation group was higher than that in the control group, and the BRMS level was lower than that in the control group($P<0.05$). After intervention, the IL-1 and TNF- α levels in the observation group were lower than those in the control group, and the IL-10 level was higher than that in the control group($P<0.05$). After intervention, there was no significant difference in HVLT-R level between the two groups($P>0.05$), and the WCST and CPT scores in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$). **Conclusion** The application of mindfulness-based cognitive intervention for BAD patients can improve nursing effect and medication compliance, improve mental

symptoms and mania, improve functional status, reduce IL-1 and TNF- α levels, increase IL-10 levels, and improve WCST and CPT. score, and then improve the cognitive function of patients.

【Key words】 Bipolar affective disorder; Mindfulness-based cognitive intervention; Efficacy; Mental symptoms; Mania; Cognitive function

双相情感障碍(bipolar affective disorder, BAD)是一种既有躁狂发作或轻躁狂发作,又有抑郁发作的常见精神障碍^[1]。有研究显示,全球BAD终身患病率为2.4%。BAD病因尚不清楚,可能与遗传因素、生物因素、心理社会因素等有关。季节变化、代谢综合征及物质滥用等为BAD诱发因素^[2]。躁狂发作、轻躁狂发作、抑郁发作为BAD的典型症状,对患者生活及社会功能影响较大。临床治疗BAD包括药物治疗、心理治疗和物理治疗三种,药物常选用心境稳定剂、抗精神病药物和抗抑郁药物,虽有疗效,但配合一定的护理干预,可更好地治疗疾病^[3]。正念认知干预可调节情绪,改善心理,缓解压力^[4]。基于此,本研究探讨BAD患者正念认知干预的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年12月我院BAD患者68例,按组间基本特征均衡可比的原则分为观察组和对照组,各34例,观察组:男17例,女17例;年龄18~57岁,平均 46.32 ± 4.21 岁;病程1~10岁,平均 5.17 ± 0.85 年。对照组:男20例,女14例;年龄20~60岁,平均 46.41 ± 4.43 岁;病程1~12年,平均 5.28 ± 0.91 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除条件

(1)纳入条件:经脑部影像学检查、胸片、实验室检查、汉密尔顿抑郁、汉密尔顿焦虑等确诊为BAD;符合BAD的诊断标准^[5];临床资料完整。

(2)排除条件:吸毒、药物、酗酒导致的精神疾病者;肝、肾等脏器性病变;语言障碍者;伴恶性肿瘤;严重自杀倾向者;存在神经系统疾病;意识障碍者;对所用药过敏感。

1.3 干预方法

两组均予以阿立哌唑(齐鲁制药有限公司,国药准字H20203175)治疗,口服,10 mg/次,每天1次。

1.3.1 对照组 予以常规护理干预,护理人员保持病房的干净整洁,为患者准备安静舒适的病房环境,缓解患者因病住院后产生的紧张、焦虑等不良情绪;护理人员为患者举办健康知识讲座,向患者

说明疾病原因、机制等,教会患者按医嘱服药,提高其服药依从性;常与患者交流互动,建立良好医护关系;与患者家属交流,并为其讲述BAD疾病相关知识,增强患者疾病认识。持续干预3个月。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采用正念认知护理干预,具体如下。

(1)创建正念认知干预小组:组长为科主任,负责拟定正念认知干预方案,组员为2名主治医师,承担药物指导和方案执行,1名心理医生评定患者心理。

(2)健康教育:患者入院后依据其学历等背景评估对疾病的了解程度,向患者讲授BAD相关健康知识,评估患者病情并依据病情制订针对性干预措施,告知患者药物治疗的优缺点。

(3)正念训练干预:正念呼吸,早上控制好呼吸,微笑着听轻音乐并控制好呼吸,全身肌肉放松平躺、深呼吸背部平躺,在正念呼吸时需感受到自己呼吸和腹部起伏,悠闲散步中使呼吸跟脚步一致等。身体正念训练,如改善生活习惯、打坐、行禅、正念进食等。将内心困境有意识地带入身体,并感知身体感觉,用温和友好的意识进行感知,保持友善好奇的心态,对其进行探索,并告诉自己敞开心胸拥抱它,将其与身体感知连接起来,感知、关注其变化,接纳并由其自由发展。对身体进行全面扫描,感知身体痒、疼等微小变化,直到身体进入从未有过的放松、平静和舒适的感觉。用正念冥想方法释放情绪,打开心结,和身边人分享自身感受。每次90 min,每天1次,每天依据患者病情变化和训练过程选择对应的干预方法。

(4)巩固干预效果:通过听音乐、适量运动、和家属或朋友进行轻松愉悦的交流等方式放松患者心理。持续干预3个月。

1.4 观察指标

(1)精神症状缓解效果:显效,即阳性和阴性症状量表(PANSS)^[6]评分缓解率 $> 75\%$,精神症状明显减轻;缓解,即PANSS评分缓解率 $51\% \sim 75\%$,精神症状部分减轻;无效,即PANSS评分缓解率 $< 50\%$,精神症状无减轻。

(2)服药依从性:采用药物依从性评定量表(MARS)^[7]评估服药依从性,共10分,评分和服

药依从性呈正比；采用 PANSS 评估精神症状，共 210 分，评分和精神症状呈反比。

（3）功能状况：采用精神功能大体评定量表（GAF）^[8] 评估功能状况，共 90 分，评分和功能状况呈正比；采用躁狂量表（BRMS）^[9] 评估躁狂情况，共 52 分，评分和躁狂情况呈反比。

（4）炎性因子：对比两组白细胞介素-1（IL-1）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白细胞介素-10（IL-10）水平。

（5）认知功能：通过威斯康星卡片（WCST）、言语记忆测验（HVLt-R）及持续操作测验（CPT）评估患者认知功能^[10]，其中 WCST 评分越高执行

能力越好，HVLt-R 评分越高记忆功能越好，CPT 评分越高持续注意力越好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验；等级资料的比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组精神症状缓解效果比较

观察组护理干预效果优于对照组，组间比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组精神症状缓解效果比较

组别	例数	显效	缓解	无效
观察组	34	18	15	1
对照组	34	12	14	8

秩和检验： $u=2.074$ ， $P=0.038$ 。

2.2 干预前后两组患者 MARS、PANSS 评分比较

干预前，两组 MARS、PANSS 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组 MARS 评

分较对照组高，PANSS 评分对照组低，组间比较差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 干预前后两组患者 MARS、PANSS 评分比较（分）

组别	例数	MARS		PANSS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	6.97 $\pm$ 0.72	8.23 $\pm$ 0.88	75.34 $\pm$ 9.27	35.72 $\pm$ 3.65
对照组	34	7.01 $\pm$ 0.75	7.66 $\pm$ 0.79	75.18 $\pm$ 9.63	43.38 $\pm$ 5.58
t 值		0.224	2.810	0.070	6.699
P 值		0.823	0.006	0.945	0.000

2.3 干预前后两组 GAF、BRMS 评分比较

干预前，两组 GAF、BRMS 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组 GAF 水平较

对照组高，BRMS 水平较对照组低，组间比较差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 干预前后两组 GAF、BRMS 评分比较（分）

组别	例数	GAF		BRMS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	34	12.51 $\pm$ 3.38	35.12 $\pm$ 6.49	35.34 $\pm$ 5.25	6.21 $\pm$ 3.29
对照组	34	12.54 $\pm$ 3.47	30.35 $\pm$ 6.29	35.33 $\pm$ 5.22	18.39 $\pm$ 3.28
t 值		0.036	3.077	0.008	15.288
P 值		0.971	0.003	0.994	0.000

2.4 干预前后两组患者炎性因子比较

干预前，两组 IL-1、TNF- α 、IL-10 水平比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组 IL-1、TNF- α 水平较对照组低，IL-10 水平较对照组高，组间比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

2.5 干预前后两组患者 WCST、HVLt-R、CPT 评分比较

干预前，两组 WCST、HVLt-R、CPT 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，两组 HVLt-R 水平比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），观察组 WCST、CPT 评分较对照组高，组间比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 5。

表 4 干预前后两组患者炎性因子比较 (pg/ml)					
观察时点	组别	例数	IL-1	TNF-α	IL-10
干预前	观察组	34	125.72 ± 23.19	179.19 ± 28.01	180.54 ± 36.11
	对照组	34	126.88 ± 25.04	181.07 ± 30.02	182.43 ± 33.89
	<i>t</i> 值		0.198	0.267	0.223
	<i>P</i> 值		0.844	0.790	0.825
干预后	观察组	34	83.45 ± 15.44	133.87 ± 18.59	274.55 ± 42.97
	对照组	34	96.42 ± 18.73	149.96 ± 20.01	254.51 ± 37.05
	<i>t</i> 值		3.116	3.435	2.060
	<i>P</i> 值		0.003	0.001	0.043

表 5 干预前后两组患者 WCST、HVLt-R、CPT 评分比较 (分)					
观察时点	组别	例数	WCST	HVLt-R	CPT
干预前	观察组	34	47.75 ± 6.22	24.58 ± 5.24	2.13 ± 0.77
	对照组	34	46.79 ± 5.86	24.73 ± 5.19	2.12 ± 0.70
	<i>t</i> 值		0.655	0.119	0.056
	<i>P</i> 值		0.515	0.906	0.956
干预后	观察组	34	51.11 ± 6.51	25.59 ± 4.57	3.59 ± 0.67
	对照组	34	47.22 ± 6.13	25.48 ± 4.33	2.74 ± 0.71
	<i>t</i> 值		2.537	0.102	5.077
	<i>P</i> 值		0.014	0.919	0.000

3 讨论

BAD 是精神心理科既有抑郁又有躁狂发作的常见精神疾病,首次发病可见于任何年龄^[11]。BAD 病因主要为遗传因素、神经递质功能异常、神经内分泌失调、生物节律紊乱、大脑结构异常、心理社会因素等,以及季节变化、睡眠少、应激事件、经济情况变化等为该病的诱发因素^[12-13]。在躁狂时发作会有情绪激昂、思维跳跃和意志行为增强的特征,是精神运动性亢奋;在抑郁发作时会有情绪低落、思维迟缓、悲观、意志活动减退的特征,是精神运动性抑制,且还会伴随认知功能减退和睡眠差、乏力、体质量下降、恶心、心慌等症状,严重影响患者生活和社会功能^[14-15]。临床治疗 BAD 多采用药物治疗和心理干预联合治疗,可确保疗效,但常规干预不能改善患者不良心理,调节患者情绪,整体效果欠佳。

正念认知干预以“正念”为基础,主要核心为用特定的方法去感知,有意识地知觉,活在当下并不做评判,从而达到缓解压力、调节情绪的作用,对治疗 BAD 有重要意义^[16]。本研究针对 BAD 患者采用正念认知干预治疗,数据显示,与对照组相比,干预后观察组 MARS 水平较高,PANSS 水平低;观察组干预效果优于对照组,表明正念认知干预可改善精神症状,提高患者服药依从性,提高治疗效果。

护理人员为患者讲授了 BAD 疾病相关健康知识,加深了患者对 BAD 的了解,使患者明晰了药物治疗的优势,提高了患者服药依从性,正念认知干预使患者心态处于平静状态,且患者按医嘱服药,有利于改善患者精神症状。数据显示,与对照组相比,干预后观察组 GAF 水平较高,BRMS 水平较低,表明正念认知干预可提高功能状况,改善躁狂情况。正念认知干预提高了患者对自身和事物的专注力,可以包容的心态接纳人和事物,使自身不被不良情绪影响,调节了患者思维和情绪,使患者不会困于挫折,可迅速走出,不使自己被挫折干扰,还能将患者自身感觉和心灵建立联系,并在训练过程中转变患者心灵,使其情绪平静,增强了抗干扰能力,增强了生活和社会功能,缓解了患者躁狂状态^[17-18]。IL-1 是一种淋巴细胞刺激因子,主要通过活化的单核-巨噬细胞产生,其水平升高可发生内分泌效应,诱导肝脏急性期蛋白合成,引起发热和恶病质。且 IL-1 可刺激血管内皮细胞活化,还可分泌 IL-1β,使 IL-1β 改变血管内皮细胞功能,诱导血管内皮细胞表达黏附分子,抑制血管内皮细胞增殖,有报道称^[19],双相情感障碍患者脑脊液 IL-1β 增加,并根据结果表明此病患者前额叶 IL-1β mRNA 水平上升。TNF-α 可激活淋巴细胞和中性粒细胞,增加血管内皮细胞通透性,还能够促进其余炎性因子释放,造成多器官功能障碍和全身炎症。IL-10 是

参与炎症和免疫抑制的细胞因子,能够减少单核细胞抗原能力,阻断抗原,还能够抑制反应性氮氧化物产生。有研究显示,IL-1、TNF- α 、IL-10水平和双向情感障碍有关^[19]。阿立哌唑是新型非典型抗精神分裂症药物,能够明显治疗精神分裂症的阳性和阴性症状,改善情感症状,降低复发率。结果显示,干预后,观察组IL-1、TNF- α 水平较对照组低,IL-10水平较对照组高,表明正念认知干预改善炎症因子水平。由于正念认知干预提高了MARS水平,从而使患者遵从医嘱,通过患者按时按量服药,降低了IL-1、TNF- α 水平,提高了IL-10水平,进而改善了患者疾病症状。研究还显示,干预后,两组HVLIT-R水平比较差异无统计学意义,观察组WCST、CPT评分较对照组高,表明正念认知干预可提高患者认知功能,与肖岩等^[20]研究结果一致。患者通过正念训练干预,通过正念呼吸、身体正念锻炼方式,从内心到身体感到放松,进而减轻患者精神压力,提高患者遵从医嘱的执行能力,通过感知身体感觉能够有针对性的提高患者认知能力,通过正念冥想释放感情,和医护人员或家属进行内心上的倾诉和沟通,并在此过程中锻炼了交流能力,恢复语言功能,故而有效地遏制了病情恶化,恢复患者的认知功能。

综上所述,对BAD患者采用正念认知干预可精神症状缓解效果和服药依从性,改善精神症状和躁狂情况,提高功能状况,降低IL-1、TNF- α 水平,提高IL-10水平,提高WCST、CPT评分,进而提高患者认知功能。

4 参考文献

- [1] 朱宏亮,陈洁,殷旭圆,等.血清高密度脂蛋白水平与双相情感障碍患者认知功能的相关性[J].中华行为医学与脑科学杂志,2019,28(9):806-810.
- [2] 杜启峰,于妍,章杰,等.稳定期双相障碍患者及其一级亲属的持续性注意缺陷特点[J].中国心理卫生杂志,2019,33(3):172-176.
- [3] 李亚天,王彤,贾竑晓.基于五运六气研究重性抑郁和双相情感障碍禀赋及其对比[J].中华中医药杂志,2018,33(4):1543-1547.
- [4] 张龙涛,张亚东,刘琰,等.正念认知疗法联合运动疗法治疗双相情感障碍的临床效果观察[J].中国民康医学,2019,31(1):93-94,103.
- [5] 陈俊,方贻儒,徐一峰.《2018版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》的

- 更新重点解读[J].中国全科医学,2019,22(2):123-127.
- [6] 张建成.高频重复经颅磁刺激治疗精神分裂症难治性阴性症状的效果及PANSS、CGI评分分析[J].心理医生,2018,24(15):66-67.
- [7] 孙霞,吴丹萍,叶尘宇,等.团体认知行为治疗对双相障碍患者病耻感和服药依从性的影响[J].神经疾病与精神卫生,2017,17(2):93-97,102.
- [8] 周亚楠,翟金国,陈敏.首发精神分裂症精神病未治期对认知功能和社会功能的影响[J].中国神经精神疾病杂志,2018,44(1):38-43.
- [9] 陈淑珍,杨小霞,张剑.中西医结合治疗躁狂型精神病68例疗效观察[J].河北医学,2008,14(8):954-956.
- [10] 黄惠红,陈结南.碳酸锂联合富马酸喹硫平治疗双相情感障碍躁狂发作的疗效及对认知功能的影响[J].海南医学,2021,32(18):2345-2348.
- [11] 李辉,陈彦华,万燕平.探讨齐拉西酮联合碳酸锂治疗双相情感障碍躁狂发作的临床疗效[J].中国全科医学,2020,23(S1):125-127.
- [12] 刘宝贵,王龙,陈阳,等.双相情感障碍抑郁相患者无抽搐电休克治疗前后静息态脑功能磁共振改变[J].中国医师杂志,2020,22(8):1245-1248.
- [13] 徐鹏,胡国艳,邱萍英,等.1043例汉族双相情感障碍患者CYP2C19基因多态性及代谢表型分析[J].检验医学与临床,2018,15(1):9-11.
- [14] 郑秋梅.情境式交往训练联合药物治疗对双相情感障碍患者康复效果的影响[J].中国药物与临床,2019,19(22):3972-3973.
- [15] 陈文婷.微信群为主导的延续性护理干预对稳定期双相情感障碍患者认知功能及社会功能的影响及应用体会[J].黑龙江中医药,2021,50(4):238-239.
- [16] 林小容,林崇光,杨晓丽.正念认知干预对双相情感障碍患者心理健康状况及生活质量的影响[J].中国现代医生,2019,57(9):77-80.
- [17] 朱盼盼,王芃芃,任倩.正念疗法联合运动干预对双相情感障碍病人的影响[J].全科护理,2021,19(19):2673-2675.
- [18] 汪林兵,毛奕,叶旦.正念疗法联合利培酮用于康复期精神分裂症患者情感障碍的效果观察[J].中国基层医药,2021,28(5):686-689.
- [19] 马建英,杨勇.富马酸喹硫平片联合碳酸锂对双相情感障碍躁狂发作患者认知功能的影响[J].检验医学与临床,2018,15(2):195-197,201.
- [20] 肖岩,崔爱军.团体认知行为疗法联合重复经颅磁刺激治疗双相情感障碍临床研究[J].国际医药卫生导报,2019,25(19):3287-3289.

[2021-09-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

肺出血合并鲍曼不动杆菌感染新生儿护理 1 例

刁莉萍 林宝杰 谭薇 何海燕 钟春霞

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.034

新生儿肺出血(NPH)是指新生儿肺大量出血且至少累及2个肺叶,常发生在一些严重疾病的晚期。NPH发病率为1%~12%,其中重度肺出血导致出生后第1周病死率约19%,主要病因包括感染性肺炎、新生儿坏死性小肠结肠炎、化脓性脑膜炎、重症败血症等^[1-2],而胎膜早破是NPH宫内感染的高危因素之一^[3]。目前治疗以机械通气、止血、保暖、纠正酸中毒、改善微循环为主^[4]。鲍曼不动杆菌主要引起呼吸道感染、泌尿系统感染、中枢神经系统感染等,其中肺部是最常见的感染部位^[5]。本院收治1例出生胎龄37⁺2周肺出血合并鲍曼不动杆菌感染的新生儿,通过新生儿重症专科、医院感染专科、静脉治疗专科、伤口造口等多学科合作,予综合医疗护理干预,患儿肺部出血和感染症状控制后出院,现报告如下。

1 病例介绍

患儿,男,2 d,主因“生后气促,发绀1 d,气管内吸出血性痰20 h”,于2020年6月3日以“新生儿肺出血、新生儿肺炎、新生儿高胆红素血症”收入院。孕母6月2日胎膜早破32 h阴道分娩,患儿生后2 h出现全身皮肤发绀,呼吸急促伴明显“三凹征”,气管插管时发现气管内有血性痰,予呼吸机辅助呼吸、1:10 000盐酸肾上腺素气管内滴入止血等对症治疗,无明显改善,转入我院。入院查体:体温36.8℃,心率140次/min,呼吸45次/min,血压60/34 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),出生体质量2.83 kg,头围32 cm,身长48 cm,全身皮肤黄染,气管插管吸出血性痰液,听诊双肺湿啰音明显。予呼吸机辅助呼吸,青霉素钠联合头孢哌酮钠舒巴坦钠抗感染,改善微循环,维生素K₁止血,咪达唑仑镇静,静脉营养支持、动态调节呼吸机参数,必要时密闭式浅层吸痰等对症处理,患儿病情逐渐好转。第3天气管内吸出黄绿色痰液,留取痰标本培养,

予人工气囊雾化吸入,2次/d;第7天痰培养结果显示鲍曼不动杆菌阳性,药敏提示青霉素钠耐药,停用青霉素钠;第9天停呼吸机辅助呼吸,予鼻导管低流量吸氧;第14天呼吸无气促,停低流量吸氧,解除接触隔离;第21天康复出院。

2 护理方法

2.1 减少肺出血诱发因素的护理

躁动、低体温、缺氧、感染、肺水肿是肺出血的诱发因素。患儿入院后前3 d遵医嘱给予维生素K₁ 2 mg静脉注射止血,持续7 d使用咪达唑仑2 mg,0.5 ml/h持续静脉输注镇静,活动性出血时禁止拍背吸痰。住院期间温箱温度维持在31~32℃,患儿体温波动在36.4~37.4℃。依据患儿日龄及出入量计算输入液体,输液泵控制速度4~10 ml/h,避免输液速度过快造成心力衰竭和肺水肿。根据血气分析结果及肺部情况调节呼吸机参数,保持血氧稳定,避免长时间吸入高浓度氧,避免缺氧引起酸中毒诱发肺出血。患儿入院时通气模式为同步间歇指令通气、呼吸末正压(PEEP)7 cmH₂O(1 cmH₂O=0.098 kPa)、吸气时间0.55 s、呼吸频率45次/min、吸入氧浓度(FiO₂)55%,入院后18 h调节FiO₂45%,42 h调节FiO₂35%,50 h调节呼吸频率30次/min。第3天双肺湿啰音明显,予吸痰,气管内为黄绿色黏稠痰,采用腕部的力量用球囊面罩由外向内、由下向上轻轻拍背1~2 min,促进痰液的排出,每次吸出痰量约2 ml。第5天调节PEEP 6.5 cm H₂O,第7天双肺仍闻及湿啰音,气管内为黄白色稀痰,痰量较前逐渐减少至1 ml/次。第9天气管内为白色稀痰,约0.3 ml/次,血气分析正常,调节FiO₂为30%,停用呼吸机予鼻导管低流量吸氧,患儿能维持有效呼吸。第13天双肺有少量湿啰音,口咽部可吸出白色稀痰约0.1 ml,复查胸片提示右上肺炎症,予继续雾化吸入治疗;第14天停低流量吸氧,第17天未闻及肺部啰音。

2.2 气道护理

做好有效气道湿化,体位管理,按需浅层吸痰,

雾化吸入,拍背时机的选择和痰液性状观察等气道护理措施。气管插管的型号为3.5#,深度9 cm,使用3M弹力胶布妥善固定气管插管,使用呼吸机期间未发生非计划拔管。抬高床头15°~30°,肩部垫高1~2 cm开放气道。使用一次性双加热呼吸机管路、湿化罐持续滴注灭菌注射用水,湿化温度维持在37℃。第3天痰液黏稠,每12 h用盐酸肾上腺素0.25 mg、异丙肾上腺素0.25 mg加入0.9%氯化钠溶液5 ml中,将雾化器连接人工复苏囊与气管插管行雾化吸入,每次5~10 min^[6]。密切观察患儿病情变化和气道通畅情况,当气管插管内有可见分泌物,出现咳嗽、呼吸窘迫等症状,听诊双肺呼吸音减弱,呼吸机气道峰压升高报警,血氧饱和度下降,反流误吸等任何一项指征时均立即吸痰;严格遵循吸痰操作流程,吸痰前用人工气囊面罩轻轻拍背,采用密闭式浅层吸痰法,调节吸引压力为80~100 mmHg,每次吸引时间≤10 s^[7]。吸引前后予高浓度氧气吸入1~2 min,吸引后密切观察生命体征、痰液性质、呼吸机参数及肺部啰音的变化。

2.3 合理选择静脉输液通道确保用药安全

患儿入院时签署经外周静脉穿刺中心静脉置管(PICC)知情同意书,26 h后肺出血停止。静疗专科护士在最大化无菌操作下置入单腔1.9 Fr的PICC导管,确保静脉输液安全。采用医院制定的中心静脉导管相关血流感染预防核查表做好置管前中后的评估、准备、核查和护理记录。置入静脉为右侧腋静脉,置管时患儿双手臂围为9 cm,送入预测长度为10 cm,由B超医生进行床边PICC导管尖端定位,尖端过深后调整PICC置入长度为9 cm,外露1 cm,B超提示PICC导管尖端距上腔静脉与右心房交界口处。每班评估和交接PICC的穿刺点、外露长度和敷料情况,每4 h用0.9%氯化钠2 ml脉冲式冲管1次。置管后使用无菌透明敷贴覆盖穿刺点,置管48 h首次换药,之后每7 d更换1次敷贴、正压接头并测量臂围,及时更换出现卷边、渗血、渗液或肉眼可见污染的PICC敷料,输液接头血迹污染时立即更换。患儿留置PICC期间共导管换药5次,未发生PICC导管相关并发症。静脉营养液由医院配置中心配制,输注时严格无菌操作,预防输液外渗。

2.4 根据药敏试验使用抗生素控制肺部炎症

入院时,患儿血气分析:pH 7.45、血氧分压(PaO₂) 95 mmHg、血二氧化碳分压(PaCO₂) 34 mmHg、乳酸0.6 mmol/L,血常规:血小板计数(PLT) 281×10⁹/L、血红蛋白(Hb) 152 g/L、白细胞计数

(WBC) 20.32×10⁹/L、红细胞计数(RBC) 4.16×10¹²/L、超敏C反应蛋白(CRP) 34.15 mg/L,降钙素原(PCT) 100 ng/ml,X线胸片双肺透亮度减低。予青霉素钠联合头孢哌酮钠舒巴坦钠抗感染治疗7 d,每天2次。第3天气管内吸出黄绿色痰液,留取痰标本培养,第7天痰培养药敏结果显示鲍曼不动杆菌阳性,青霉素钠耐药,予停用青霉素钠,继续予头孢哌酮钠舒巴坦钠。抗生素遵循现配现用原则,观察药物疗效。头孢哌酮钠舒巴坦钠具有抗菌活性强、安全性高、耐受性好的特点。其中舒巴坦属酶抑制剂,可结合细菌青霉素结合蛋白,对不动杆菌特异性具有良好的抑制及杀灭作用,可发挥不可逆的竞争性β-内酰胺酶抑制剂,从而增强头孢哌酮钠的杀菌作用^[8]。患儿的肺部炎症和鲍曼不动杆菌的感染症状逐步控制,第9天PCT为0.1685 ng/ml,血常规中的PLT 678×10⁹/L、Hb 128 g/L、WBC 16.58×10⁹/L、RBC 3.71×10¹²/L、CRP<0.5 mg/L,第12天临床感染的症状、体征、检验结果恢复正常后停用头孢哌酮钠舒巴坦钠抗生素。患儿使用抗生素期间无全身和局部皮肤红肿、瘙痒、恶心、呕吐、呼吸困难等药物的不良发应。

2.5 并发鲍曼不动杆菌期间的防护

确诊鲍曼不动杆菌感染期间,由感染专科护士全程参与督导,落实“接触隔离”措施,切断传播途径,减少患儿继发感染及相关并发症的发生,缩短或降低病情严重程度。痰培养结果出来后立即督促医生开具“接触隔离”医嘱。床边悬挂“接触隔离”标识牌,挂隔离衣,备好单人专用手套、吸痰装置、听诊器、体温计、复苏气囊、雾化器、血糖仪、医疗垃圾桶等物品,使用一次性奶瓶喂奶,吸痰连接管和灭菌注射用水每天更换,温箱、雾化器、呼吸机管路每周更换。每4 h采用棉签蘸取2.5%的碳酸氢钠溶液进行口腔护理1次,顺序依次为:口唇、颊部、牙龈、硬腭、舌面、舌下、气管插管的管壁,每个部位擦拭30 s^[9-10]。每天使用1000 mg/L的含氯消毒液湿巾擦拭物品表面,患者用过的隔离衣、床单、棉芯等用双层黄色垃圾袋打包,注明标识送洗衣中心处理后送供应室高压灭菌。患儿第14天解除接触隔离,第20天复查血常规正常。

2.6 皮肤安全防护

造口专科护士提供危重新生儿皮肤安全的防护,患儿入院时Glamorgan儿童压疮风险评估量表评分36分,属非常高危风险人群,需要预防医源性皮肤损伤,而且临床研究表明,医源性皮肤损伤防护最佳证据总结的应用可有效预防新生儿医源性

皮肤损伤^[12]。床边悬挂防压力性损伤提示卡,每2 h 更换体位1次,每日落实头枕部垫泡沫型敷料局部减压、使用3M 干洗洁肤液床边擦浴、医用胶布贴膜前使用皮肤保护膜、保证床单位干燥等,有效预防压疮的发生。蓝光治疗期间做好皮肤清洁,预防失禁性皮炎。为期9 d 的使用呼吸机期间,患儿全身皮肤完好,5 d 的蓝光治疗期间肛周皮肤无潮红,Glamorgan 儿童压疮风险评估量表评分逐步降至10分。

2.7 监测生长发育相关指标

定期监测患儿体质量及身长、吞咽功能等情况。患儿入院第1天血糖波动在3.9~8.2 mmol/L,住院第2~11天血糖波动在4.6~6.9 mmol/L。供给足够的胃肠内外营养,第1天遵医嘱补充静脉营养液,留置8Fr 的硅胶胃管,每3 h 鼻饲配方奶5 ml,留置胃管每3 d 更换1次;第4天鼻饲奶量增至80 ml,第6天鼻饲奶量120 ml,第10天鼻饲奶量增至200 ml,第12天吸吮能力好停鼻饲喂养,奶量增至240 ml,第13天停用静脉营养液,第18天喂养奶量增至440 ml,消化功能良好,无腹胀和呕吐。每周监测体质量2次,体质量由2.83 kg 逐步增长至出院时的3.30 kg,增长470 g,平均增长达到22.35 g/d;测量身长每周1次,入院时48 cm,出院51 cm。

2.8 出院宣教和电话随访指导

患儿住院期间向家属做好肺出血治疗的护理指导及心理护理,讲解避免受凉、预防呼吸道感染的重要性,适当户外活动、晒太阳,合理喂养,喂奶时注意观察呼吸和肤色,如有不适及时随诊,嘱其按时预防接种。在出院记录中详细记录患儿的随诊时间和内容,告知出院带药的用法、用量。出院后1周电话随访:患儿一般情况良好,无肺部出血、无发热及其他感染症状,吃奶反应好、无呕吐及腹胀,体质量增加至3.5 kg。

3 小结

新生儿肺出血病情危重,处理不当可危及生命。该病例通过多学科合作,确保输液安全,该患儿营

养支持良好,皮肤防护到位。重视气道管理,根据患儿的病情及时调整呼吸机参数,有效避免肺出血的再次发生。严密观察病情变化,当气管内吸出黄绿色痰液时,及时留取痰培养,确诊鲍曼不动杆菌感染时采取有效的隔离护理措施,并根据药敏试验结果选择抗生素,减少并发症的发生,提高了救治成功率,有助于患儿尽早出院。

4 参考文献

- [1] 张玉侠.实用新生儿护理学[M].北京:人民卫生出版社,2015:264.
- [2] 邵肖梅,叶鸿瑁,邱小汕.实用新生儿学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2018:588-589.
- [3] 叶梅玲,李璐,王灵华,等.宫内感染与新生儿肺出血的临床分析[J].中国妇幼保健,2019,34(3):587-589.
- [4] 封志纯,王自珍.危重新生儿护理[M].北京:人民卫生出版社,2019:327-330.
- [5] 刘巍巍,焦颖,张巍,等.重症监护室新生儿鲍曼不动杆菌侵袭性感染临床特征及药敏分析[J].中国临床医生杂志,2019,47(8):975-978.
- [6] 叶依娜,石就家,魏然,等.肾上腺素和异丙肾上腺素联合雾化治疗急性毛细支气管炎的疗效分析[J].基层医学论坛,2020,24(16):2301-2303.
- [7] 中国医师协会新生儿科医师分会循证专业委员会,中国医师协会新生儿科医师分会呼吸专业委员会.2020新生儿机械通气时气道内吸引操作指南[J].中国当代儿科杂志,2020,22(6):533-542.
- [8] 高赵英,郑素平.亚胺培南-西司他丁钠与头孢哌酮-舒巴坦钠对多重耐药鲍曼不动杆菌感染患者的临床疗效与安全性评价[J].抗感染药学,2019,16(2):723-726.
- [9] 张琴,胡晓静,芦玮韩.新生儿气管插管口腔护理研究进展[J].护理学杂志,2019,34(15):22-24.
- [10] 郭舒文,谢丽琴,陈开珠,等.双氧水联合碳酸氢钠口腔护理对预防新生儿呼吸机相关性肺炎的效果研究[J].中华护理杂志,2017,52(6):645-648.
- [11] 陆丽华,谭宝琴,侯海萍,等.NICU 新生儿医源性皮肤损伤的循证防护效果观察[J].护理实践与研究,2021,18(4):570-572.

[2021-06-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

静脉-动脉体外膜肺氧合联合 CRRT 治疗心肺复苏后病毒性心肌炎患者的护理 1 例

吴梦余 尹艳华 马琳 张文静

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.08.035

体外膜肺氧合 (ECMO) 是将人体内的静脉血引到体外, 经过膜式肺氧合器氧合和二氧化碳排出后由离心泵将血液泵入体内^[1]。根据血液回输的途径分为静脉-动脉体外膜肺氧合 (VA-ECMO) 和静脉-静脉体外膜肺氧合 (VV-ECMO)。病毒性心肌炎 (viral myocarditis, VM) 是多种病毒侵犯心肌, 导致局灶弥漫性心肌间质炎症渗出以及心肌纤维变性^[2]。因病毒性心肌炎导致心脏骤停患者 30 d 的病死亡率 52%~65%^[3], VA-ECMO 是心脏骤停患者的抢救辅助治疗手段, 通过静脉血的容量转换, 降低肺动脉压力、超负荷的右心房和右心室压力, 改善低氧血症, 提供循环和呼吸支持^[4]。2021 年 5 月我院收治 1 例心脏骤停的患者, 通过 VA-ECMO 联合连续肾脏替代疗法 (CRRT) 成功救治。

1 病例介绍

患者, 男, 42 岁, 因“感冒受凉, 头晕 2 d, 间断抽搐”在当地诊所输液 (具体不详) 后头晕加重, 少尿 1 d, 出现间断抽搐 10 小时余, 呕吐、意识障碍, 2021 年 5 月 11 日转入襄阳市中心医院急诊科, 在急诊科出现心脏骤停, 心肺复苏成功后紧急转入重

症医学科。患者神志昏迷, 带入气管插管 (插管深度 21 cm), 呼吸机辅助呼吸 (P-A/C 模式, 呼气末气道正压 8 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa), 压力支持通气 10 cmH₂O, 吸入氧浓度 100%, 呼吸频率 16 次/min), 入科体温 36℃, 心率 142 次/min, 呼吸 16 次/min, 血压测不出, 血氧饱和度 46%, 立即通过右颈内深静脉置管给予镇痛镇静、血管活性药物、抗休克、抗感染等措施, 入科心电图示恶性心律失常, 室颤, 三度房室传导阻滞, 行 3 次电除颤。心梗三项提示: 肌红蛋白 >400 ng/ml, 肌酸磷酸激酶同工酶 >100 ng/ml, 氨基末端脑利钠肽前体 16577.4 pg/ml, 肌钙蛋白 >50 ng/ml, 诊断为病毒性心肌炎、心源性休克。在家属签署 ECMO 知情同意后, 立即行股动脉、股静脉置管。于 18:15 在隔离间行 VA-ECMO 治疗。5 月 13 日行床边 CRRT 治疗; 5 月 17 日结束 CRRT 治疗; 5 月 18 日于 17:52 结束 ECMO 治疗, 拔除 ECMO 置管; 5 月 19 日拔出气管插管, 给予高流量吸氧; 5 月 20 日转入心内科进行治疗。5 月 11—18 日每日心肌梗死三项及肌酐值见表 1。

表 1 5 月 11—18 日心肌梗死三项及肌酐值

项目	5 月 11 日	5 月 12 日	5 月 13 日	5 月 14 日	5 月 15 日	5 月 16 日	5 月 17 日	5 月 18 日
肌红蛋白 (ng/ml)	>400	>400	311.37	85.9	83.91	170.88	151.56	113.25
肌酸磷酸激酶同工酶 (ng/ml)	>100	>100	65.8	31.2	12.2	4.2	6.5	2.2
肌钙蛋白 (ng/ml)	>50	43.9	20.1	9.4	5.5	2.3	0.2	0.1
肌酐 (μmol/L)	-	-	470.7	251.6	236.5	148.1	157.1	-

2 护理方法

2.1 ECMO 护理团队

ECMO 是一项高风险、高难度、创伤大的治

疗手段, ECMO 循环辅助需要团队协作, 本科室有 ECMO 护理战队, 对于需要 ECMO 治疗的患者, 护理战队成员能第一时间到位, 成员分工明确、分别负责 ECMO 仪器质检、ECMO 管道预充、ECMO 置管用物准备、配合医生床边置管、患者病情监测、护理记录书写 (ECMO 的转数、流速、氧浓度、水箱温度、活化凝血时间、活化部分凝血活酶时间、肝素剂量等; 机械通气: 潮气量、呼吸频率、氧浓

作者单位: 441025 湖北省襄阳市, 襄阳市中心医院 (湖北文理学院附属医院) 重症医学科

吴梦余: 硕士

通信作者: 张文静

度、气道压力等; CRRT: 血流速、透析置换液速度、净超量等; 药物、生命体征、血流动力学参数等)、ECMO 相关并发症的识别与处理。

2.2 VA-ECMO 护理

2.2.1 环境管理 患者安置在重症医学科单独的隔离间, 有足够的空间摆放抢救物品、呼吸机、ECMO、透析机等各种仪器, 确保 ECMO 和透析机处于备用状态, 氧源与空氧混合器连接无误, 各种报警功能处于开启状态, 在 ECMO 和透析机旁增设防护栏和警戒线。

2.2.2 VA-ECMO 管路抗凝管理 ECMO 需要使用大剂量肝素抗凝, 有潜在出血的风险, 如何降低出血风险, 并预防血栓形成, 对 ECMO 正常运用尤为重要, 本例患者 ECMO 置管前给予首次肝素剂量 (100 U/kg), 活化凝血时间维持在 160~180 s。肝素用微量泵泵入, 速度在 25~100 U/(kg·h)^[5], 严禁静脉输入或静脉推注, ECMO 上机后监测活化凝血时间的首次值为 133 s, 运行期间根据活化凝血时间和活化部分凝血活酶时间的监测数值调整肝素每小时的泵入量, ECMO 运行初期, 活化凝血时间每小时监测 1 次, 24 h 后每 2 h 监测 1 次, 稳定后每 4 h 监测 1 次, 活化部分凝血活酶时间、弥散性血管内凝血每 2 h 监测 1 次, 24 h 后每 4 h 监测 1 次, 血常规每日检查。同时, 在 ECMO 运行期间, 严禁对患者进行有创操作, 如动、静脉留置针穿刺, 拔针等。5 月 18 日确定患者要拔出 ECMO 动、静脉管路, 给患者 50~100 U/kg 的肝素负荷量, 使 ECMO 依旧处于抗凝状态, 防止撤机拔管过程中形成血栓。

2.2.3 导管维护管理 患者于 5 月 11 日 18:15 开始 VA-ECMO 治疗, 左股动脉置管深度为 18 cm、左股静脉置管深度为 45 cm。ECMO 置管后, 在置管处缝线加固并纱布包扎, 如穿刺部位出现渗液、渗血、敷料卷边等立即消毒并更换敷料。ECMO 管路绷带捆扎后需分别固定于腿部或头部, 避免扭曲和成角, 穿刺口外的 ECMO 管道用 3M 加压固定胶布与大腿中轴平行固定, 长度大于 40 cm^[6], 该患者的体位为头高足底位, 以防股动脉和股静脉处 ECMO 管路打折。同时也要减少护理人员对 ECMO 管路的触摸次数。

2.2.4 镇静、镇痛管理 该患者在 ECMO 运行期间, 实施镇痛时采用重症监护疼痛观察量表进行疼痛评估, 实施镇静时采用 Richmond 躁动-镇静量表评估, 早期的深镇静进行每日唤醒, 实时评估调整镇静深度^[7]。

2.2.5 预防出血和血栓 ECMO 运行期间, 每小时

监测 1 次双下肢的足背动脉和胫后动脉, 24 h 后每 2 h 监测 1 次, 比较左下肢皮温、皮色与右下肢有无差异, 动态测量双下肢周径, 并对非置管的右侧下肢进行气压泵治疗。经常用手电筒照射检查 ECMO 管道和离心泵内有无血栓。在患者 ECMO 撤机后, 密切监测患者凝血谱、血液学指标。加强患者的床边康复训练和健康宣教, 双下肢进行气压泵预防下肢深静脉血栓形成。

2.2.6 温度护理 患者入科时血压测不出, 血氧饱和度为 46%, 心肺复苏后脑缺血缺氧时间长, 入科后立即给予患者头部亚低温治疗 32~34 ℃, 持续 12~24 h^[8], 并在 ECMO 置管上机前置入膀胱测温导尿管, 在 ECMO 支持期间, 通过测量膀胱温度动态调节 ECMO 水温箱使患者体温维持在 35~36 ℃^[1], 并进行脑电图检测, 患者出科时神经功能恢复良好, 脑功能未出现明显的后遗症。

2.2.7 感染的控制和预防 感染是 ECMO 常见并发症之一^[9], ECMO 护理战队在接到家属同意 ECMO 治疗的通知后, 严格无菌操作下对 ECMO 管路用生理盐水进行管路预充, 为最大限度避免感染的发生, 隔离间严格执行保护性隔离, 进入隔离间要穿隔离衣, 戴无菌口罩、帽子和鞋套, 所有人操作前、后严格手卫生, 并由科室感控护士不定期监查, 隔离间门口张贴非请勿进标识, 限制人员的出入, 并在 ECMO 旁增设防护栏。严禁在 ECMO 管路上进行加药、输血、输液, 减少管路接口处的操作。

2.3 VA-ECMO 串联 CRRT 护理

5 月 13 日 13:00 行床边 CRRT 治疗, 确保此患者体外循环管路通畅是保证 VA-ECMO 和 CRRT 能有效运转的基本要求, 确认 ECMO 与 CRRT 管路连接方式后, 即 CRRT 入口端 (动脉) 通过 1 个三通连接在膜肺后端, CRRT 出口端 (静脉) 在膜肺前端并回到 ECMO 环路中, 即膜肺后引血, 膜肺前端回血, 由 2 名护士严格按照无菌操作原则, 打开三通阀门, 在无菌生理盐水冲洗三通接口确保密闭无气泡的情况下将预充好的 CRRT 静脉端口和动脉端口与 VA-ECMO 管路三通连接, 确定接头处拧紧后开始引血, VE-ECMO 和 CRRT 串联过程严防空气进入管道。CRRT 更换透析置换液时, 消毒接口至少 15 s。CRRT 治疗后每 2 h 监测 1 次血气分析, 24 h 后每 4 h 监测 1 次血气分析, 每次血气分析结果立即告知医生, 及时调节 CRRT 参数。

2.4 营养支持

2017 年欧洲危重病学会指南将早期肠内营养定义为患者入院 48 h 内启动肠内营养^[10]。该患者

ECMO 上机前在床边用超声引导下置入空肠管,并拍片确认置管位置。通过胃残余、腹内压、腹部听诊等方面评估胃肠道功能。患者 5 月 11 日胃管内引出少量暗红色血性液体,考虑消化道溃疡,暂时行禁食水处理,合理调整肝素入量,5 月 12 日未继续引出血性液体、无黑/血便,5 月 13 日 11:00 给予肠内营养混悬液能全力以 20 ml/h 为初始量泵入,之后每班交接时都会在床边超声测量胃窦底部横径及前后径计算胃窦面积,通过胃窦面积与年龄对比表得出胃残余量,根据胃残余量调节能全力的泵速和入量,观察并记录大便的性状、颜色、次数和量。

2.5 呼吸机相关肺炎的预防及护理

为预防呼吸机相关肺炎的发生,从肺部听诊、口腔护理、吸痰、呼吸机等方面进行护理,具体如下:
①肺部听诊。患者 5 月 11 日入院时肺部听诊双肺呼吸音粗,可闻及干啰音,给予吸痰雾化;5 月 14 日 5:00 肺部听诊可闻湿啰音,行 CT 示肺不张,告知家属并同意后,行床边支气管镜检查,吸引出大量脓性分泌物,痰培养为阴性。②口腔护理。患者每日使用 3 次氯己定含漱液进行口腔护理。③吸痰。患者血氧饱和度维持在 95% 以上^[1],根据按需吸痰的原则,避免频繁吸痰使患者心率加速,吸痰前暂停肠内营养泵,每次吸痰前后呼吸机给予 100% 氧气,吸痰压力不宜过高,吸痰时间不超过 15 s,吸痰时左右旋转上吸痰管,同时观察痰液的性状、颜色和量,出现血痰时提高警惕有无出血。④呼吸机护理。呼吸机的报警功能处于开启状态,每天更换湿化罐的灭菌水,每周更换呼吸机管路,出现明显污染时立即更换呼吸机管路,积水杯处于最低位并及时倾倒积水杯中冷凝水。

2.6 人文护理

护理人员每次交班时或医生查房时,对患者进行自我介绍。每日在患者耳边间断播放家属的录音,进行亲情唤醒。5 月 18 日患者拔除 ECMO 置管后,核酸检查结果为阴性的家属进入患者隔离间陪伴患者,待患者清醒后,与家属们视频通话。5 月 19 日气管插管拔出后,与外地的家属们进行手机视频通话。

3 小结

本例患者病情凶险,心脏骤停快速抢救,VA-ECMO 为心脏骤停的患者提供循环支持,降低心脏的容量负荷,为患者心脏的恢复提供了宝贵时间。同时联合 CRRT 治疗有效改善了肾功能,纠正内环境紊乱,但是 VA-ECMO 串联 CRRT 治疗难度系数大且并发症多,对护理人员要求越来越高。

4 参考文献

- [1] 中国心胸血管麻醉学会. 不同情况下成人体外膜肺氧合临床应用专家共识 [J]. 中国循环杂志, 2020, 35(11): 1052-1063.
- [2] 张四利, 景妮妮. 心肌酶谱联合 hs-CRP、TNF- α 检测在病毒性心肌炎的诊断及病情评估中的应用价值 [J]. 海南医学, 2021, 32(9): 1144-1147.
- [3] Yamamoto T. Management of patients with high-risk pulmonary embolism: a narrative review [J]. J Intensive Care, 2018, 6: 16.
- [4] 盖玉彪, 辛晨. 体外膜肺氧合成功救治 1 例反复心脏骤停的急性肺栓塞病人的护理 [J]. 循证护理, 2021, 7(1): 132-134.
- [5] Maggio P, Hemmila M, Haft J, et al. Extracorporeal life support for massive pulmonary embolism [J]. J Trauma, 2007, 62(3): 570-576.
- [6] 陈丽花, 谢派玲, 曾丽婷, 等. 体外膜肺氧合联合连续性肾脏替代治疗的连接方式及护理 [J]. 护理研究, 2020, 34(18): 3355-3358.
- [7] 翁峰霞, 杨苏, 张菁, 等. ECMO 联合 CRRT 或 / 和 IABP 救治 2 例急危重症心脏术后患者的护理 [J]. 护理与康复, 2018, 17(7): 100-103.
- [8] 中国研究型医院学会. 亚低温脑保护中国专家共识 [J]. 中华危重症急救医学, 2020, 32(4): 385-391.
- [9] Chen H, Yu RG, Yin NN, et al. Combination of extracorporeal membrane oxygenation and continuous renal replacement therapy in critically ill patients: a systematic review [J]. Crit Care, 2014, 18(6): 675.
- [10] Annika Reintam Blaser JS, Waleed Alhazzani MM. Early enteral nutrition in critically ill patients; ESICM clinical practice guidelines [J]. Intensive Care Med, 2017, 43(3): 380-398.

[2021-08-13 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 19, Number 8 Apr. 25, 2022

CONTENTS IN BRIEF

- The status quo of hospital discharge readiness of patients with breast cancer and analysis of its influencing factors**..... JIANG Yueyue, ZHANG Xi, WANG Rong, DU Xue, GUO Li, ZHANG Wen, WANG Rong(1105)
- Effect of preoperative rehabilitation training on cardiac function, ability of daily living and prognosis of patients undergoing mitral valve repair**..... KANG Shuhong, ZHANG Hua, LIN Hongli(1111)
- The current situation and influencing factors of stress pressure in family members of patients transferred out of ICU**..... YAO Yanrong, HA Simin, WANG Yan, LI Guifang, MA Ning, ZHANG Xiang, MI Guangli(1116)
- Investigation and analysis of the influencing factors of delirium in adult ICU patients in tertiary hospitals in Qinhuangdao city** TANG Lianlian, ZHAO Likun, TIAN Yinghui, ZHAO Yihan, LI Jia, CHEN Xiaomin, WANG Hui(1120)
- Observation on the rehabilitation effect of family support comprehensive nursing model in elderly patients with dementia** QIAN Zhen, SUN Min, LING Xiamin, WANG Fan, QIU Liwen, YU Yajun(1126)
- Investigation and analysis of the correlation between psychological stress and mindfulness awareness level of ICU nurses**..... XUE Qin, WU Fan, HAN Fang, DAI Qin, ZHANG Feng(1133)
- Analysis of family recovery types and related characteristics of patients with spinal cord injury** YAN Hui, BAO Yinsu(1139)
- Analysis of fatigue status and related influencing factors of nurses in the oncology department of a tertiary and first-class hospital in Jinan**..... YANG Yanwei, SHANG Heli, WU Yan, JI Hong(1144)
- Analysis of influencing factors of intraoperative pressure injury in surgical patients** YANG Jia(1148)
- Effect observation of FOCUS-PDCA on improving the implementation rate of pressure injury prevention measures in patients undergoing CCU bedridden** WANG Ru, PAN Ting(1172)
- Observation on the rehabilitation effect of continuous nursing led by specialist nurses on patients after hip replacement**XU Lili(1178)

Responsible Institution

Health Commition 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>

Proprieter

QU Yi

Editor in Chief

SHANG Shaomei

Executive Chief Editor

XU Yingjun
LUAN Yi

Deputy Editor

LI Chunyan, ZHANG Junmin, YING Lan,
HAN Lin, LI Ka, WANG Zhiwen,
LIU Yanyou, ZHUANG Yiyu, FANG Qiong,
JIANG Yan, LUAN Xiaorong,
ZHANG Xiangeng, LI Wei, ZHAI Songhui,
LIU Fengge

Publishing

Nursing Practice and Research

Printing

Hebei Jianming Printing and Packaging
Co., Ltd.

Distributor

Hebei Post Newspaper and Journal
Publishing House

Scope of Issuing

Overtly Issued at Home and Abroad

CSSN

ISSN 1672-9676
CN 13-1352/R

Order

Post Office All Around China
Code No. 18-112

Price

¥26.00/Number, ¥624.00/Year

Copyright© 2022 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。