

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5月 第19卷 第10期 May 2022 Vol. 19 No. 10



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



10  
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10期

2022年5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.hlsjy.j.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

石家庄嘉年印刷有限公司

## 发 行

河北省报刊发行局

## 发行范围

国内外公开发行

## 中国标准连续出版物号

ISSN 1672-9676

CN 13-1352/R

## 订 购

全国各地邮政局 邮发代号: 18-112

## 定 价

每期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

多媒体互动宣教联合体贴式护理对微创漏斗胸

矫治术患儿的影响..... 肖 娅 罗金文 周丽欢 (1421)

多维度护理联合术后早期活动对腹腔镜肝癌切除术

患者预后的影响..... 高亚婷 刘海英 陈瑶 (1426)

妇科癌症患者希望水平的现况与影响因素分析

..... 黄悦 周英 (1431)

新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平及相关

影响因素分析..... 鲁谨 黄艳华 朱明珠 (1436)

### 调 查 研 究

广西二级及以上医院新生儿科对早产儿实施感官

干预的现况调查..... 滕小芸 梁洁

谭继磊 李艳青 何婷 梁华 孙俭凤 韦琴 (1442)

乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素分析

..... 蒋清 青晓 王小清 赵文霞 (1446)

新入职护士工作环境感知与转型冲击间的关系及

自我职业生涯管理和组织社会化的中介作用

..... 朱彬彬 张盼盼 毛盼 (1451)

河北省43所医院老年科优质护理评价结果分析

及改进对策..... 王博文

周策 李伟 郑美洁 陈紫叶 李贤 (1457)

护理人员对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的

知信行状况调查..... 吴亚萍 刘鹏飞 吴冬梅 (1461)

重症监护室护士离职意愿及其影响因素分析

..... 宋曙光 谷利娟 裴军 (1466)

## 综述与讲座

机械通气人工气道吸痰护理进展的总结与归纳

..... 农明 赵凯丽 陶嘉怡 韦桂源 农婵媛 余云飞 (1471)

老年髋部骨折术后并发深静脉血栓的护理研究综述..... 郑丹丹 吴荷玉 李莎 吴海超 (1474)

食管癌术后辅助放化疗患者症状群干预策略研究进展..... 苏晓雨 王青青 刘凤侠 (1478)

## 内科护理

品管圈模式预防呼吸机相关性肺炎的护理效果..... 杨源 叶琳 曾瑜 邓荣华 (1484)

基于行为改变轮理论的健康教育对慢性心力衰竭患者的影响..... 吴蜓蜓 吕振东 王家兰 (1488)

基于关键节点控制的综合干预对急性胰腺炎患者的影响..... 刘明粉 樊慧丽 高晨 (1493)

## 外科护理

主动脉夹层覆膜支架患者术后阶段性目标干预效果观察..... 王晴晴 王国权 王丹凤 史云霞 (1497)

局部理疗结合虚拟情景反馈训练在Ⅱ区指屈肌腱损伤术后康复训练中的应用效果

..... 金蕾 张敏杰 (1502)

基于健康信念的护理干预在经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折患者中应用

..... 崔轶凡 (1506)

出院准备管理在重症颅脑损伤家庭肠内营养主要照顾者中的效果分析..... 韩良慧 谢幸尔 (1512)

## 妇产科护理

循证护理模式在初产妇剖宫产围术期中的应用..... 谷纯砾 熊丽丽 (1516)

知行行结合专业心理辅导应用于宫腔镜检查术的价值

..... 萧肖兰 江素勤 陶莉 萧焕喜 吕薇 舒小妹 (1520)

## 儿科护理

IKAP健康护理模式对慢性腹泻患儿康复及其父母照顾能力的效果观察

..... 杨威 张亚非 易利纯 (1524)

## 肿瘤科护理

正念减压疗法对癌性疼痛患者干预效果的Meta分析..... 杨婷 陈佳增 何路生 傅静 (1529)

基于技能的压力管理在颅脑肿瘤患者中的应用效果..... 张丽娜 赵雪莲 刘淼 (1535)

系统性健康教育联合尊严疗法对鼻咽癌患者的影响

..... 霍进进 邢媛媛 张莉 周思佳 刘鑫 苏丹 于慧 (1540)

## 五官科与皮肤科护理

加速康复外科护理模式在糖尿病视网膜病变患者围术期中的应用..... 张宝琴 陈莹 洪春风 (1545)

手术室护理

手术室路径化护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者舒适度与应激反应的影响  
..... 王星 潘琴芬 潘磊 (1549)

细节管理在单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治术护理配合中的应用  
..... 叶素芳 吴晓丹 陈清辉 (1553)

基础护理

PDCA循环模式在TDP治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎护理中的应用  
..... 罗斯琴 冯菊凤 何方桂 (1557)

基于信息化平台围术期疼痛管理方案的应用..... 李蕊妍 蒋丹丹 王燕 王德明 彭楚霞 (1560)

基层实践与探索

糖尿病视网膜病变患者中医针刺治疗的健康教育现况..... 胡林玉 李琰 冯小涛 (1564)

案例报告

气阴两虚证食管癌患者化疗后顽固性呃逆的护理1例..... 景奕瑄 彭小玉 吴琴静 刘永丽 (1568)

柯萨奇B1型肠道病毒重症感染早产儿的护理1例..... 刘兴铃 朱晓婷 李丽玲 (1571)

全腹腔镜下行膀胱扩大术联合肠代输尿管术患者的护理1例..... 王倩 刘凡 (1575)

其他

欢迎订阅 欢迎投稿..... (1441)

疫情报道高频术语(二十)..... (1528)

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (1578)

征稿简则..... (封底)

# 多媒体互动宣教联合体贴式护理对微创漏斗胸矫治术患儿的影响

肖娅 罗金文 周丽欢

**【摘要】** 目的 探讨多媒体互动宣教联合体贴式护理对微创漏斗胸矫治术患儿疼痛、家长疾病认知及心理状态的影响。方法 选取医院 2019 年 1 月—2021 年 3 月 100 例微创漏斗胸矫治术患儿及家长作为研究对象,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,各 50 例。对照组给予常规教育与护理,观察组在对照组基础上给予多媒体互动宣教联合体贴式护理。比较两组患儿疼痛程度、家长疾病认知及心理状态的改善情况。结果 干预前,两组患儿家长焦虑评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后,观察组家长焦虑评分低于对照组 ( $P<0.05$ )。观察组家长疾病认知水平评分高于对照组 ( $P<0.05$ )。干预前,两组患儿疼痛评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后,观察组患儿疼痛评分低于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 多媒体互动宣教能提高患儿家长疾病认知水平,缓解其心理压力,体贴式护理可有效降低患儿术后疼痛程度,为改善其术后康复效果与生活质量具有重要意义。

**【关键词】** 多媒体互动宣教; 体贴式护理; 微创漏斗胸矫治术; 疾病认知; 心理状态; 疼痛  
中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.001



本文作者: 肖娅

**Effect of multimedia interactive propaganda and education combined with considerate nursing on children patients with minimally invasive pectus excavatum surgical rectifying** XIAO Ya, LUO Jinwen, ZHOU Lihuan (Hunan Provincial Children's Hospital, Changsha, 410007, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore the effect of multimedia interactive propaganda and education combined with considerate nursing on pain, parents' disease cognition and psychological state of children patients undergoing minimally invasive pectus excavatum surgical rectifying. **Methods** A total of 100 children patients undergoing minimally invasive pectus excavatum surgical rectifying and their parents from January 2019 to March 2021 were selected as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic data between groups, with 50 cases in each group. The control group was given routine education and nursing, and the observation group was given multimedia interactive education combined with considerate nursing on the basis of the control group to compare the improvement of pain degree, parents' disease cognition and psychological state of the two groups. **Results** There was no significant difference in the anxiety scores of the parents between the two groups before the intervention ( $P>0.05$ ); after the intervention, the anxiety scores of the parents in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ). The score of parents' disease cognition level of the observation group was higher than that of the control group ( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the pain score between the two groups before the intervention ( $P>0.05$ ); after the intervention, the pain score of the observation group was lower than that of the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The multimedia interactive education can improve the cognitive level of children's parents, relieve their psychological pressure, and considerate nursing can effectively reduce the degree of postoperative pain in children, which was of great significance for improving the postoperative rehabilitation effect and quality of life.

**【Key words】** Multimedia interactive propaganda and education; Considerate nursing; Minimally invasive pectus excavatum surgical rectifying; Disease cognition; Psychological state; Pain

基金项目: 2019 年湖南省自然科学基金 (编号:2019JJ80106)  
作者单位: 410007 湖南省长沙市, 湖南省儿童医院心胸外科  
肖娅: 本科

漏斗胸 (pectus excavatum, PE) 为儿童常见的先天性胸壁畸形, 主要特征为前胸壁及胸骨呈漏斗状凹陷, 可累及胸骨柄以下的胸骨及肋软骨, 随着畸形程度的加重, 患儿心肺受到压迫, 影响其身心健康<sup>[1]</sup>。微创漏斗胸矫形术因其具有安全、微创、术时短、出血少、并发症少且疗效佳等优势成为 PE 的首选治疗手段。但儿童因自身行为、自主能力及表达能力低下, 因此其家长疾病认知与照护能力就显得尤为重要。大部分家长常因缺乏专业疾病知识与照护技能, 导致围术期心理负担加重, 从而影响患儿疾病治疗与康复时机, 可见加强其家长健康教育、提供正确知识宣传和技能指导、提高其疾病认知对促进患儿康复与预后具有积极意义<sup>[2]</sup>。多媒体互动宣教是基于现代化网络技术有效便捷的健康教育途径, 可为个体提供图文并茂、形象生动、简洁明了、通俗易懂的教育内容, 增加教育内容的趣味性<sup>[3]</sup>。体贴护理是以满足个体需求为目标, 降低疾病对个体影响程度为依据, 所制订针对性、全面性且有效性的护理服务, 改善患者健康状态<sup>[4]</sup>。本研究将多媒体互动宣教联合体贴式护理应用于微创漏斗胸矫治术患儿中, 观察其对家长疾病认知及心理状态、患儿疼痛的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取我院 2019 年 1 月—2021 年 3 月 100 例微创漏斗胸矫治术患儿及家长作为研究对象, 患儿纳入条件: 符合漏斗胸诊断标准且具备微创漏斗胸手术指征<sup>[5]</sup>; 均具备正常沟通与理解能力; 均为首次手术者。患儿排除条件: 因先心病手术或外伤导致前胸壁凹陷者; 合并其他器官损伤等疾病; 无法配合本研究或自行退出者。家长纳入条件: 均为患儿主要生活照护者; 具备正常沟通与理解能力; 家长自愿参与本研究并签署知情同意书。家长排除条件: 患有慢性疾病或精神疾病者; 伴有严重心、肝、肺、肾功能衰竭者; 合并恶性感染疾病者; 中途不配合研究或退出者。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, 各 50 例, 对照组患儿中男 34 例, 女 16 例; 年龄 4~14 岁, 平均  $7.14 \pm 1.27$  岁; 畸形类型: 对称 27 例, 不对称 23 例; 家长中男 19 名, 女 31 名; 年龄 25~48 岁, 平均  $38.25 \pm 2.76$  岁; 文化程度: 高中以下 21 名, 大专及以上 29 名。观察组患儿中男 31 例, 女 19 例; 年龄 4~15 岁, 平均  $7.27 \pm 1.35$  岁; 畸形类型: 对称 26 例, 不对称 24 例; 家长中男 15 名, 女 35 名; 年龄 24~49 岁,

平均  $37.41 \pm 2.62$  岁; 文化程度: 高中以下 18 名, 大专及以上 32 名。两组患儿及家长基本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 通过口头宣教形式进行常规疾病健康宣教, 并普及生活管理与并发症预防等知识; 患儿围术期间做好术前准备工作、术中护理及术后常规护理 (生命体征监测、呼吸道管理、切口护理、体位护理、预防并发症、饮食护理)。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施多媒体互动宣教联合体贴式护理, 具体措施如下。

#### 1.2.2.1 多媒体互动宣教

(1) 明确家长个体化教育需求: 借助多学科理论、查阅相关文献<sup>[6]</sup>, 通过 3 轮组内讨论、头脑风暴与咨询专家等基础上制订漏斗胸患儿家长疾病知识需求问卷, 通过一对一深度访谈掌握其教育需求, 该问卷共有 30 个条目, 采用 1~5 分评分法评价, 分别代表“从不需要”和“非常需要”, 得分越高表明家长对该维度教育需求程度越高。访谈结束后由护士收集整理, 经组织讨论、质性研究分析患儿家长最亟待解决的关键性问题, 将其疾病教育需求归纳为: 疾病知识、手术相关、术后康复、居家照护 4 个方面。

(2) 多媒体互动平台的构建<sup>[7]</sup>: 以微信作为多媒体互动渠道, 以知信行理论作为微信公众号构建框架, 创建漏斗胸矫治术微信公众平台, 并根据患儿家长个体性教育需求设置相应模块, 为其呈现疾病知识、手术相关、术后康复、居家照护等方面内容, 以提升患儿家长围术期疾病知识掌握度, 提高其术后照护能力, 见表 1。

(3) 互动宣教的实施: ①成立宣教小组。成员包含心胸外科主任医师 1 名, 负责模块设计与审核公众号推送内容; 康复师 1 名, 负责公众号疾病知识与康复锻炼等内容的审核与上传; 专业护士长 1 名, 负责公众号内容的定期更新与家长使用情况的跟踪记录; 责任护士 2 名, 负责家长使用提醒以及随访工作。②实施准备。患儿入院后护士采用一对一交流的形式向患儿家长普及微信公众号使用方法, 并进行具体模块的功能示范, 确保每位患儿及家长均能掌握微信公众号使用方式、作用以及优势。③公众号应用。邀请其家长搜索并关注微信公众号, 随后完成信息认证, 方便管理人员在服务端掌握患儿信息与联系方式。进入后可见所有功能, 指导患儿家长观看任意宣教内容  $> 5$  min。将教育内容推送时间定为入院时、入院后 1 d、术前、术后 1 d、出

表 1 微信公众号功能与内容要点

| 模块   | 功能要点                                                                                                                                                                                                             | 提升要素     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 疾病知识 | 漏斗胸表现，发生原因，带来的危害与影响                                                                                                                                                                                              | 知识       |
| 手术相关 | 漏斗胸治疗方式（手术类型）<br>微创漏斗胸矫治术优势与作用<br>微创漏斗胸矫治术流程与麻醉方式<br>术前准备事项（检查项目、胃肠道准备、手术时间告知）<br>成功案例分享，手术预后与效果                                                                                                                 | 知识       |
| 术后康复 | 患儿术前预锻炼（床上进食、肺功能锻炼、深呼吸锻炼）<br>术后注意事项（体位、饮食、排痰、引流管护理、压力性损伤）<br>心理咨询与压力释放方式（音乐疗法、放松训练）<br>术后患儿疼痛原因，护理，评估<br>康复流程图（术前预康复、术后康复锻炼时间与内容）<br>康复进度（进度评估、待完成目标、已完成目标）<br>专家解答与在线交流<br>患儿术后康复锻炼方法与内容以及锻炼重要性<br>患儿康复运动方案分解图片 | 知识、信念、行为 |
| 居家照护 | 用药管理（提供用药计划、每日用药提醒、既往用药记录）<br>健康日记（监测用药、功能锻炼的提醒与记录）<br>膳食指导（提供膳食清单、膳食成分和保健功效）<br>医患咨询（在线解答、电话随访）<br>体验反馈与最新疾病资讯                                                                                                  | 知识、行为    |

院时，推送重点内容根据患儿病情阶段实现批量自动化宣教推送，如入院时推送疾病知识、治疗方式、案例分享等内容；术前推送术前准备、注意事项、术中配合、麻醉介绍、手术效果和流程、术后不良反应等内容；术后推送相关康复内容与并发症预防等；出院时推送出院指导、居家护理事项、药物介绍、院外注意事项、入院复查时间等方面内容。此外针对家长疑问可通过点击在线咨询，实现医患交流互动，实时满足家长个性化需求。④反馈与监督。小组成员以文字、图片、视频、语音等作为宣教内容推送形式，护理人员通过医护端实时监控患儿家长对各项推送内容的阅读情况，对未完成阅读者可直接将内容发送到微信，并结合弹幕提醒模式进行提醒，实现多层次、多渠道、多模式的教育过程。

1.2.2.2 体贴式护理

（1）情景护理：术前根据患儿年龄及心理特点组织1次监护室参观会，向患儿及家长介绍监护室中的仪器、设备与环境，并告知仪器与设备的作用和意义，减轻患儿对医疗设备的恐惧。采用情景示范法将手术过程与情景再现，并着重讲解监护过程与重点内容，告知患儿术中配合事项，增强其术中配合意识，稳定术前心理状态。

（2）手术适应能力训练：强化患儿术前适应能力训练，包含深呼吸、有效排痰、有效咳嗽、床上活动（翻身、更换体位、四肢运动）、床上进食、床上排便、床上穿衣、床上洗漱以及术后肺功能锻炼的正确方式，每天1次，以增强其术后疾病与手术适应能力。同时增加学龄前患儿家长管道护理、喂奶、扣背与搂抱姿势等训练，强化家长术后行为适应能力。

（3）疼痛护理：术后采用儿童疼痛行为量表（FLACC）<sup>[8]</sup> 评估患儿术后疼痛程度，总分10分，根据结果实施分级疼痛护理，并制订疼痛记录表<sup>[9]</sup>，评分1~3分者可通过看电视、听儿歌、与患儿交谈等方式转移注意力，缓解疼痛；评分4~7分者，教会患儿采用深呼吸、打哈欠、叹气等方式缓解疼痛；评分>7分者遵医嘱口服止痛药或静脉输入镇痛药物或肌内注射辅助镇痛，观察1h内患儿疼痛改善效果，并实现6h内循环疼痛评估与干预策略。

（4）康复训练指导：根据患儿术后恢复情况制订阶段性康复训练计划（表2），通过图片、视频、动作分解等方式教会患儿康复项目的锻炼方式，年龄较小且理解困难者由家长协同参与训练，给予充分指导和引导，以促进患儿术后康复进程。

表2 术后患儿康复训练

| 阶段      | 内容                                                                           |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| 术后第1天   | 深呼吸训练;有效咳嗽训练,6 h1次;搀扶起床后保持挺胸姿势坐于椅子上,每天1次,每次5 min                             |
| 术后第2天   | 深呼吸训练;正确、有效咳嗽训练,4 h1次;吹气球锻炼,每天2次,每次5 min;下床活动背靠墙站立,每天2次,每次10 min             |
| 术后第3天   | 深呼吸训练;正确、有效咳嗽训练,4 h1次;吹气球锻炼,每天4次,每次5 min;下床活动背靠墙站立,每天2次,每次10 min             |
| 术后第4~8天 | 自行保持直立姿势行走3 min;背靠墙站立每次15 min,每天2次;深呼吸训练与吹气球训练,每天4次,每次15 min                 |
| 出院时     | 做好院外康复锻炼指导,嘱咐1个月内保持正确坐姿、卧姿及站姿,禁止弯腰、翻滚、扭腰及侧卧;1个月开展扩胸、下蹲运动,定期复查(术后1个月、3个月、6个月) |

### 1.3 观察指标

(1) 心理状态:采用状态-特质焦虑问卷(STAI)中的状态焦虑量表(S-AI)<sup>[10]</sup>评估两组患儿家长干预前后情绪状态,该量表共20个条目,各条目采用1~4分计分法,总分20~80分,得分越高表明焦虑程度越严重。量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.80~0.89,具有良好的信效度。

(2) 疾病认知水平:在参考沈燕等<sup>[11]</sup>研究基础上,自制疾病知识问卷评定两组患儿家长干预后疾病认知水平,该问卷共18个条目,包含疾病症状、发病原因、防治对策、影响因素、治疗方式、生活管理6个维度,采用0~3级评分法,总分0~54分,得分越高表明家长疾病认知水平越好。量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.76~0.81,具有良好的信效度。

(3) 术后疼痛情况:采用FLACC评估两组患儿术后疼痛程度,该量表主要用于2个月至14岁小儿手术后疼痛评估的有效方法,包含表情、肢体动作、行为、哭闹和可安慰性5个方面,总分10分,得分越高表明疼痛程度越严重。量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.84~0.88,具有良好信效度。

### 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 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$

检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 干预前后两组患儿家长焦虑评分比较

干预前,两组患儿家长焦虑评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患儿家长焦虑评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表3 干预前后两组患儿家长焦虑评分比较(分)

| 组别    | 人数 | 干预前               | 干预后              |
|-------|----|-------------------|------------------|
| 对照组   | 50 | 58.46 $\pm$ 12.12 | 47.87 $\pm$ 6.42 |
| 观察组   | 50 | 56.27 $\pm$ 12.13 | 34.28 $\pm$ 5.39 |
| $t$ 值 |    | 0.903             | 11.464           |
| $P$ 值 |    | 0.369             | 0.000            |

### 2.2 两组患儿家长疾病认知水平比较

干预后,观察组患儿家长疾病症状、发病原因、防治对策、影响因素、治疗方式、生活管理评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表4。

### 2.3 干预前后两组患儿术后疼痛评分比较

干预前,两组患儿疼痛评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患儿疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表5。

表4 两组患儿家长疾病认知水平比较(分)

| 组别    | 人数 | 疾病症状            | 发病原因            | 防治对策            | 影响因素            | 治疗方式            | 生活管理            |
|-------|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组   | 50 | 4.46 $\pm$ 1.32 | 4.42 $\pm$ 1.51 | 5.12 $\pm$ 1.54 | 5.35 $\pm$ 1.46 | 4.52 $\pm$ 1.40 | 3.46 $\pm$ 1.65 |
| 观察组   | 50 | 7.47 $\pm$ 2.54 | 7.52 $\pm$ 2.68 | 8.56 $\pm$ 2.39 | 8.54 $\pm$ 2.59 | 7.85 $\pm$ 2.56 | 7.43 $\pm$ 2.84 |
| $t$ 值 |    | 7.435           | 7.126           | 8.555           | 7.587           | 8.070           | 8.547           |
| $P$ 值 |    | 0.000           | 0.000           | 0.000           | 0.000           | 0.000           | 0.000           |

表5 干预前后两组患儿术后疼痛评分比较(分)

| 组别    | 例数 | 干预前             | 干预后             |
|-------|----|-----------------|-----------------|
| 对照组   | 50 | 7.37 $\pm$ 2.12 | 5.62 $\pm$ 1.13 |
| 观察组   | 50 | 7.85 $\pm$ 2.16 | 3.54 $\pm$ 0.62 |
| $t$ 值 |    | 1.121           | 11.411          |
| $P$ 值 |    | 0.265           | 0.000           |

## 3 讨论

### 3.1 微创漏斗胸矫治术患儿家长健康教育现状

漏斗胸是以双肩前倾、后背弓状、前胸下陷和腹部膨隆,低位肋骨边缘凸起以及吸气时胸骨异常凹陷为典型体征的胸廓凹陷畸形病症,发病诱因主

要与呼吸道阻塞、结缔组织异常、膈肌肌肉纤维化以及软肋骨发育障碍等因素相关。外科手术为该症主要治疗方式,通过植入特制胸骨支撑器帮助患者抬高胸壁,达到维持胸部伸展性与柔韧度,解除患儿心理、生理压力的效果,改善其生活质量<sup>[12-13]</sup>。但手术作为侵入性操作,也是家长及患儿严重的心理应激源,大部分患儿家长在疾病诊治期间因疾病认知不足与护理技能的缺乏,导致照护能力低下而引起较为强烈的心理负担,影响患儿术后康复进程。既往研究发现<sup>[14]</sup>,明确患儿家长照护能力,判断其护理教育需求与期望,实施多维度有效且延续的健康教育,促进家长疾病知信行与护理能力的提高,可对患儿心理情绪与康复进程起正面影响。传统宣教存在单向灌输传播、缺少反馈、双向交流不足等问题,医护人员口头讲解随意性较大,内容不完整,因个体需求与心理状态的差异,导致知识接受程度和教育效果也不尽相同。

### 3.2 多媒体互动宣教能改善微创漏斗胸矫治术患儿家长疾病认知与心理状态

随着信息化时代与互联网技术发展,多媒体互动宣教以具有便捷性、多样性、移动性、开放性、智能性等优势在临床得到运用。其可通过网络快速发送语音、短信、图片和文字,实现线上无限制互动,优化医患交流策略,节约人力、物力,实现内容共享、实时沟通、咨询和求助,帮助患者获取专业化指导和帮助,加深患者健康知识掌握度,提高整体教育质量<sup>[15]</sup>。本研究多媒体互动宣教的实施,以家长教育需求为依据,通过微信公众平台提供多模块的健康咨询与教育,依托具有主动性和实效性的网络媒介,使健康教育媒介由传统的纸质资料转换成文字、图片及语音等结合的多媒体资料,帮助其掌握疾病知识与护理重点,实现精准宣教、精准护理、精准康复的目标。通过实施涵盖住院、术前、手术相关、术后、康复和出院等阶段的教育,确保各阶段知识点明确、重点突出、针对性强,可提高知识掌握准确率,有利于帮助家长增强治疗耐受能力,进而降低其治疗期间心理焦虑水平,提高患儿疾病治疗与生活管理等方面的照护信心。结果显示,干预后观察组家长焦虑评分低于对照组,观察组家长疾病认知水平高于对照组,此结果进一步验证以上结论。

### 3.3 体贴式护理能有效减轻微创漏斗胸矫治术患儿术后疼痛程度

疼痛为术后患儿常见并发症,诸多患儿在术后常因剧烈疼痛,对早期功能锻炼、有效咳嗽、功能活动等产生抗拒,间接增加术后并发症发生风险。

体贴式护理是以促进个体康复为目标,制订相适宜的多维度、多形式精细且全面的护理服务方案,能最大程度降低治疗副作用与对机体的影响程度,保障治疗效果<sup>[16]</sup>。本研究实施体贴式护理后,观察组患儿疼痛评分低于对照组,表明该护理可缓解患儿术后疼痛,促进术后整体康复,与田亚明等<sup>[17]</sup>研究结果一致。分析其原因:本研究利用有效资源为其提供涵盖术前、术后科学化、人性化且高质量的护理服务,促进其身心健康,其中术前情景护理能帮助患儿掌握手术流程、手术方式与意义,增强患儿心理适应能力,提高其手术耐受度;适应行为训练的开展可帮助患儿提前适应术后生活,并有利于医护人员及时掌握并满足患儿生理与心理需求,以缓解其围术期不良情绪;同时重视术后疼痛管理,以积极的态度处理和缓解患儿疼痛问题,根据评分结果实施分层级疼痛护理计划,进而减轻患儿术后疼痛程度;术后阶段性康复计划的应用能有效改善术后心肺功能,降低术后并发症发生风险,促进患儿康复进程,改善生活质量。

综上所述,多媒体互动宣教形式新颖,教育内容目标明确、主题突出、资源丰富多样,能满足家长个性化需求,有利于提高家长知识掌握度与整体教育质量,改善其心理状态。同时体贴式护理以患儿康复为中心,提供整体性、延续性且专业性的护理技术指导,能有效促进患儿身心健康与术后康复,具有积极的家庭和社会意义。

## 4 参考文献

- [1] 何新,陈楠,林锋.先天性胸廓畸形的遗传病因学研究进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2020,27(1):107-111.
- [2] 卞军,施伟栋.NUSS术中斜行放置钢板矫治大龄儿童漏斗胸23例[J].中华小儿外科杂志,2020,41(9):784-787.
- [3] 卫晓慧,王静,王雪梅.采用微信对重症患儿家长实施健康教育的效果评价[J].中国数字医学,2020,15(7):123-124.
- [4] 杨春惠,张娜.体贴式护理模式在漏斗胸患儿漏斗胸微创矫正术中的效果及应用价值体会[J].饮食保健,2019,6(18):189-190.
- [5] 扶剑,潘征夏.儿童及青少年漏斗胸患者心理研究进展[J].重庆医学,2019,48(4):131-133.
- [6] 杨芳,贺琳晰,富园园.基于家庭需求的健康宣教模式对儿科ICU转出患儿家长转科应激压力情况的影响[J].中国实用护理杂志,2019,35(30):2326-2331.
- [7] 薛丽丽,黄俊,李云,等.规范化系统性健康宣教平台搭建及其对儿童家长科学育儿能力的促进作用[J].

# 多维度护理联合术后早期活动对腹腔镜肝癌切除术患者预后的影响

高亚婷 刘海英 陈瑶

**【摘要】目的** 探讨多维度护理及术后早期活动对行腹腔镜肝癌切除术患者术后心理状态、应激反应、胃肠功能水平和恢复时间及住院时间的影响。**方法** 收集2019年2月—2021年8月医院行腹腔镜肝癌切除术治疗的患者256例作为观察对象,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128例。对照组予以常规护理,观察组开展多维度护理及术后早期活动干预,对比两组的心理状态、应激反应、胃肠功能指标及住院时间。**结果** 观察组护理后心理弹性量表简化版评分比对照组高,恐惧疾病进展简化量表评分比对照组低,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后24 h的促肾上腺皮质激素、皮质醇、醛固酮水平比对照组低,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后3 d时的胃动素、血清胃泌素水平比对照组高,血管活性肠肽水平比对照组低,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组的肠鸣音恢复、肛门排气、首次进食、肛门排便及住院时间均短于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 多维度护理及术后早期活动可有效改善腹腔镜肝癌切除术患者心理状态,减轻应激反应,并且有助于促进胃肠功能恢复。

**【关键词】** 多维度护理;术后早期活动;腹腔镜肝癌切除术;应激反应;胃肠功能;住院时间

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.002



本文作者:高亚婷

**Effect of multi-dimensional nursing combined with early postoperative activity on the prognosis of patients undergoing laparoscopic liver resection** GAO Yating, LIU Haiying, CHEN Yao (Changzheng Hospital of the Second Affiliated Hospital of Naval Medical University, Shanghai, 200003, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the effects of multi-dimensional nursing and early postoperative activities on

基金项目:海军军医大学护理学高峰学科青年培训工程科研任务(编号:18QPFH23)

作者单位:200003 上海市,海军军医大学第二附属医院长征医院肝移植科

通信作者:陈瑶,女,主管护师,护士长

中国妇幼保健,2019,34(5):980-982.

[8] 王丽晖,卢莉莉,刘明卓.应用FLACC疼痛评估工具评价小儿四肢烧伤植皮术后疼痛治疗护理效果[J].当代护士(下旬刊),2019,26(3):71-72.

[9] 王洁,何龙,田丹丹,等.漏斗胸患者Nuss手术后慢性疼痛的危险因素[J].临床麻醉学杂志,2021,37(2):138-141.

[10] 谭小莉,高乐,何良平,等.认知行为干预对漏斗胸患儿NUSS术后心理状况及自我效能的影响[J].海南医学,2020,31(6):128-130.

[11] 沈燕,章楠,金秋凤.阶段性健康教育对高热惊厥患儿家长疾病认知能力、心理状态及治疗配合度的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(16):24-26.

[12] Georgia S, Karen A, Konstantinov IE, et al. Coronary artery compression by pectus excavatum and an epicardial pacing lead[J]. Eur Heart J, 2021,42(8):874.

[13] 黄雪琴,吕丹尼,叶阿琴.漏斗胸患儿家长术前情绪

体验对自我感受负担及生存状态的影响调查[J].中国妇幼保健,2020,35(15):2876-2878.

[14] 尼晓丽,韩二芳,苟丽,等.家长同步健康教育的延续护理在漏斗胸患儿Nuss术后的应用效果[J].中华现代护理杂志,2020,26(7):948-952.

[15] 涂莹.QQ公众平台对重症患儿家长实施以人文关怀为基础的护理宣教效果分析[J].中国数字医学,2019,14(9):118-120.

[16] 周伟芬,孙文华.游戏护理模式联合心理支持对腹腔镜手术患儿术后恢复及预后的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(20):116-119.

[17] 田亚明,王培霞,王淑娟.舒适护理用于小儿胸腔镜辅助下漏斗胸矫形手术中的护理效果评价[J].临床研究,2020,28(6):161-163.

[2021-11-19 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

postoperative psychological state, stress response, gastrointestinal function, recovery time and hospitalization time in patients undergoing laparoscopic liver resection. **Methods** A total of 256 patients who underwent laparoscopic hepatectomy in the hospital from February 2019 to August 2021 were collected as observational objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, with 128 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received multi-dimensional nursing care and early postoperative activity intervention, and the psychological state, stress response, gastrointestinal function indexes and hospitalization time were compared between the two groups. **Results** The scores of the simplified version of the psychological resilience scale after nursing in the observation group were higher than those in the control group, the fear of progression questionnaire-short form score was lower than that in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). The levels of adrenocorticotrophic hormone, cortisol and aldosterone in the observation group at 24 hours after operation were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). The levels of motilin and serum gastrin in the observation group were higher than those in the control group, the level of vasoactive intestinal peptide was lower than that in the control group at 3 days after operation, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). The recovery of bowel sounds, anal exhaust, first eating, anal defecation and hospitalization 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** Multi-dimensional nursing and early postoperative activities can effectively improve the psychological state of patients undergoing laparoscopic liver resection, reduce stress response, and help to promote the recovery of gastrointestinal function.

**【Key words】** Multi-dimensional nursing; Early postoperative activity; Laparoscopic liver resection; Stress response; Gastrointestinal function; Hospitalization time

肝癌是临床常见恶性肿瘤的一种,在全球范围内恶性肿瘤中,病死率位于第5位,而我国有约全球1/2的肝癌病例,发病率、病死率均明显较世界水平高,发病率位于第4位,肿瘤致死病因居于第3位<sup>[1-2]</sup>。当前,临床上对肝癌的治疗方式较多,包括肝切除术、肝动脉化疗栓塞、局部射频消融、放疗与化疗等,而肝切除术为其中的根治性手段,可予以肿瘤病灶切除,延长患者生存期限。尽管现阶段微创腹腔镜肝癌切除术已经被广泛应用于肝癌治疗中,在很大程度上减轻了手术创伤,但肝切除术仍属于一种较大型手术,可致使患者产生明显的手术应激反应,不利于术后康复<sup>[3]</sup>。因此,对于接受腹腔镜肝癌切除术治疗的患者,临床上需注重全面性护理干预的实施,而以往临床护理多强调手术准备、术中配合、术后观察等基础性的护理,难以使患者多个维度的护理需求得到满足。多维度护理强调从多个方面对患者展开细致化的护理干预,可满足患者生理、心理多维度的护理服务需求,进一步提升护理有效性<sup>[4]</sup>。早期活动强调术后早期指导进行被动、主动活动,可促进其相关生理功能尽早康复<sup>[5]</sup>。本研究探讨多维度护理、术后早期活动联合应用于腹腔镜肝癌切除术患者中的效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年2月—2021年8月在医院行腹腔镜肝癌切除术治疗的患者256例,纳入条件:符合《原发性肝癌诊疗规范(2019年版)》<sup>[6]</sup>中的诊断标准;择期行腹腔镜肝癌切除术治疗;无上腹部手术史;肝功能Child-Pugh分级>B级,且剩余肝组织能够代偿;配合知情同意书签字。排除条件:中转开腹;并发其他严重基础性疾病、脏器功能障碍;术中、术后死亡;认知、精神及语言交流障碍。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128例。对照组中男67例,女61例;年龄43~72岁,平均 $57.51 \pm 6.78$ 岁;手术切除部位:肝左外叶32例,左半肝28例,肝右后叶25例,右半肝18例,肝段15例,肝部分切除10例。观察组中男68例,女60例;年龄44~72岁,平均 $58.01 \pm 6.82$ 岁;手术切除部位:肝左外叶33例,左半肝27例,肝右后叶26例,右半肝17例,肝段16例,肝部分切除9例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经医院医学伦理会审核通过。

## 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 开展常规护理:完善相关术前准备与指导工作,向患者介绍腹腔镜肝癌切除术的相关知识、优势、配合注意事项等,予以患者安抚、鼓励,术中严密进行配合,术后全程予以生命体征监测,预防并发症,尽早指导患者下床活动。

1.2.2 观察组 采取多维度护理及术后早期活动干预,具体如下。

(1) 健康宣教:术前1 d对患者进行访视与谈话,告知腹腔镜肝癌切除术的相关知识、手术团队、注意事项等,耐心解释术后恢复过程中可能会出现症状,并告知处理方法。

(2) 心理护理:亲切与患者交流,耐心解答患者疑问,了解其心理状态,安抚其不良情绪,通过介绍手术优势、指导患者深呼吸、转移情绪等方式促进患者放松,使其能够积极配合检查,并介绍积极配合后手术成功、恢复良好的病例,提升患者对手术的信心。

(3) 手术准备与配合:指导患者术前1 d晚上正常进食,术前6 h停止食用固体食物,术前2 h禁饮;术前当晚、术前2 h予其500~1000 ml的10%葡萄糖分次口服,不行机械性肠道准备。术中维持手术室温度为23~25℃,输注液体加温处理,腹腔镜冲洗液加温至37℃,并通过保温毯对患者实施保暖,手术过程中精准传递手术器械,严密监测生命体征。

(4) 术后观察与护理:术后以表扬、鼓励的话语告知患者手术已经成功,注重病情观察、引流管护理,术后1~5 d,动态观察患者肝功能,耐心倾听其主诉,做好并发症的预防护理。

(5) 营养支持护理:依据患者病情设计个性化营养方案,保证每天摄入35~40 kcal/(kg·d)的能量,1.2~1.5 g/(kg·d)的蛋白质,依据患者实情选择肠内或肠外营养支持方案。术后麻醉清醒后6 h,予以少量温水,若无呛咳,可予以少量流质饮食,术后第1天,若患者耐受,可恢复正常饮食。

(6) 术后早期活动:患者返回病房后,每2 h进行1次翻身,生命体征恢复平稳后,抬高床头15°~30°,术后12 h指导其坐起于床上进行肢体活动,术后24 h开始进行下床活动,在床旁进行15~30 min行走,每天3~4次;术后第2天指导患者开始于病房内行走,15~30 min行走,每天4~6次,并鼓励其进行洗脸、刷牙、用餐等活动;术后第3天开始指导其进行走廊行走活动,15~30 min行走,每天4~6次。

## 1.3 观察指标

(1) 心理状态:护理干预前、后,通过心理弹性量表简化版(CD-RISC10)、恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)调查两组心理状态。CD-RISC10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<sup>[7]</sup>;FoP-Q-SF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<sup>[8]</sup>。

(2) 应激反应:术前、术后24 h,分别采集两组静脉血液标本3 ml,通过免疫荧光法检测促肾上腺皮质激素(ACTH)、皮质醇(Cor)水平,并采用化学发光法检测醛固酮(ALD)水平,试剂盒均购自上海泽叶生物科技有限公司,观察两组应激反应情况。

(3) 胃肠功能:术前、术后3 d时,分别采集两组静脉血液标本2 ml,通过放射免疫法对胃动素(MTL)、血清胃泌素(GAS)及血管活性肠肽(VIP)水平进行检测。

(4) 术后康复指标:记录两组肠鸣音恢复、肛门排气、首次进食、肛门排便及住院时间。

## 1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件对数据进行统计学分析,计量资料采用“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验。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CD-RISC10、FoP-Q-SF评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组CD-RISC10评分高于对照组,FoP-Q-SF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1。

### 2.2 两组患者应激反应比较

术前,两组ACTH、Cor、ALD比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );术后24 h时,观察组ACTH、Cor、ALD水平均较对照组低,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患者胃肠功能水平比较

术前,两组MTL、GAS、VIP水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );术后3 d时,观察组MTL、GAS均高于对照组;观察组VIP水平低于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表 1 干预前后两组患者心理状态评分比较（分）

| 组别         | 例数  | CD-RISC10    |              | FoP-Q-SF     |              |
|------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            |     | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组        | 128 | 21.31 ± 3.12 | 28.78 ± 3.23 | 49.56 ± 5.41 | 33.58 ± 4.36 |
| 观察组        | 128 | 21.28 ± 3.15 | 34.46 ± 3.14 | 49.57 ± 5.40 | 24.46 ± 4.25 |
| <i>t</i> 值 |     | 0.077        | 14.265       | 1.584        | 16.946       |
| <i>P</i> 值 |     | 0.939        | 0.000        | 0.115        | 0.000        |

表 2 两组应激反应比较

| 组别         | 例数  | ACTH（pmol/L） |              | Cor（ng/ml）    |                | ALD（pg/ml）   |               |
|------------|-----|--------------|--------------|---------------|----------------|--------------|---------------|
|            |     | 术前           | 术后 24 h      | 术前            | 术后 24 h        | 术前           | 术后 24 h       |
| 对照组        | 128 | 9.32 ± 1.28  | 24.47 ± 3.46 | 186.87 ± 9.34 | 265.53 ± 12.65 | 96.72 ± 4.13 | 156.45 ± 7.62 |
| 观察组        | 128 | 9.35 ± 1.26  | 17.53 ± 3.35 | 186.85 ± 9.41 | 236.24 ± 10.42 | 96.73 ± 4.11 | 128.36 ± 6.53 |
| <i>t</i> 值 |     | 0.189        | 16.303       | 0.017         | 20.199         | 0.019        | 31.646        |
| <i>P</i> 值 |     | 0.850        | 0.000        | 0.986         | 0.000          | 0.985        | 0.000         |

表 3 两组胃肠功能水平比较（pg/ml）

| 组别         | 例数  | MTL            |                | GAS           |               | VIP          |              |
|------------|-----|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
|            |     | 术前             | 术后 3 d         | 术前            | 术后 3 d        | 术前           | 术后 3 d       |
| 对照组        | 128 | 258.64 ± 13.27 | 235.63 ± 11.46 | 161.45 ± 8.82 | 143.65 ± 6.72 | 36.67 ± 5.35 | 45.78 ± 4.37 |
| 观察组        | 128 | 258.68 ± 13.25 | 241.65 ± 9.65  | 161.47 ± 8.85 | 152.57 ± 5.57 | 36.65 ± 5.38 | 39.35 ± 4.43 |
| <i>t</i> 值 |     | 0.024          | 4.546          | 0.018         | 11.562        | 0.029        | 11.691       |
| <i>P</i> 值 |     | 0.981          | 0.001          | 0.986         | 0.000         | 0.976        | 0.000        |

2.4 两组胃肠功能恢复及住院时间比较

门排便及住院时间均比对照组短，组间比较差异具  
观察组肠鸣音恢复、肛门排气、首次进食、肛  
有统计学意义（*P*<0.05），见表 4。

表 4 两组胃肠功能恢复及住院时间比较

| 组别         | 例数  | 肠鸣音恢复（h）     | 肛门排气（h）      | 首次进食（h）      | 肛门排便（h）      | 住院时间（d）      |
|------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组        | 128 | 30.25 ± 3.61 | 43.58 ± 4.12 | 85.63 ± 6.32 | 58.63 ± 3.46 | 16.53 ± 2.33 |
| 观察组        | 128 | 25.12 ± 2.35 | 36.24 ± 3.21 | 57.63 ± 5.66 | 45.62 ± 3.29 | 12.35 ± 2.15 |
| <i>t</i> 值 |     | 13.474       | 15.899       | 37.339       | 30.970       | 14.917       |
| <i>P</i> 值 |     | 0.000        | 0.000        | 0.000        | 0.000        | 0.000        |

3 讨论

腹腔镜肝癌切除术是现阶段肝癌常用治疗手段，在彻底予以病灶切除的同时，可最大限度保留功能性肝脏解剖结构，使患者生存期限有效延长<sup>[9]</sup>。虽然相较于传统的开腹肝癌切除术，腹腔镜肝癌切除术具有创伤小、术后恢复快、疼痛轻等优势，但肝脏属于人体最大的消化腺，供血系统包括门静脉、肝静脉，脉管的结构复杂程度较高，且在肿瘤病灶挤压下，脉管维持可能出现变化，致使手术难度增大，并增加手术创伤<sup>[10-11]</sup>。因此，对于接受腹腔镜肝癌切除术的患者，临床上需不断优化护理措施，减轻手术创伤、机体应激反应，提升手术效果及安全性。

多维度护理强调在全面考虑患者护理需求的基础上对其展开专业化、细致化的护理干预，可使患者生理、心理多个方面的护理需求得到满足。早

期活动强调尽早对患者实施活动指导，可促进患者肢体、肌肉、关节、机体尽早恢复，促进术后顺利康复。本次研究对腹腔镜肝癌切除术患者展开多维度护理及早期活动干预，结果显示，观察组干预后 CD-RISC10 评分比对照组高，FoP-Q-SF 评分比对照组低，提示多维度护理联合早期活动干预应用于腹腔镜肝癌切除术患者中有助于进一步改善其心理状态。在得知罹患肝癌、需接受手术治疗产生的心理应激创伤下，腹腔镜肝癌切除术患者多存在焦虑、恐惧等不良情绪，心理弹性降低，担忧手术及术后恢复效果，影响手术的顺利开展<sup>[12]</sup>。多维度护理通过对患者展开健康宣教，可提升患者手术认知水平，减轻因偏差、错误认知导致的不良心理情绪；同时予以患者心理护理，可帮助患者放松，促进不良情绪缓解，从而达到改善其心理弹性、减轻疾病进展恐惧感的效果。不仅如此，本研究还发现，观察组术后 24 h 的 ACTH、Cor、ALD 水平比对照组低，

提示予以腹腔镜肝癌切除术患者多维度护理及早期活动干预可有效减轻应激反应。对于接受腹腔镜肝癌切除术的患者而言,不良心理情绪、手术操作、麻醉等均可能产生应激反应,致使相关激素水平上升<sup>[13]</sup>。多维度护理通过对患者展开健康宣教、心理护理,可使患者对手术有正确的认知,并积极转变负性心理情绪,正确配合手术;手术准备与配合通过对患者开展术前胃肠道准备、术中保温护理、严密配合等护理,可确保手术顺利进行,减轻手术产生的创伤;术后的观察与护理可促进患者顺利恢复,并减少并发症;营养支持护理可为患者围术期提供充足的营养,提升机体对手术的耐受性;早期活动干预通过指导患者早期进行床上、床下活动,可缩短患者机体各项功能恢复时间。通过以上各项护理措施的实施,可有效减轻患者围术期生理、心理应激反应,进而降低术后 ACTH、Cor、ALD 上升程度降低。

腹腔镜肝癌切除术患者在麻醉、人工气腹、术中操作牵拉胃肠、镇痛药物应用等因素影响下,胃肠神经系统可能出现紊乱,使术后胃肠蠕动减缓<sup>[14]</sup>。不仅如此,肝癌切除术后发生的缺血再灌注现象可对肠黏膜屏障功能造成破坏,延长胃肠动力恢复时间。MTL、GAS 均为肠道重要激素,具有调节胃肠收缩的效果,VIP 属于神经递质的一种,可对消化道平滑肌收缩产生抑制作用<sup>[15]</sup>。本研究中,观察组术后 3 d 时的 MTL、GAS 水平比对照组高,VIP 水平比对照组低,且观察组肠鸣音恢复、肛门排气、首次进食、肛门排便及住院时间均比对照组短,提示对腹腔镜肝癌切除术患者开展多维度护理及早期活动可有效促进其术后胃肠功能恢复。多维度护理联合早期活动可促进全身肌肉放松,缓解疼痛、不适感,改善肠麻痹,促进肠蠕动。通过以上各方面护理措施的实施,可有效减轻患者围术期心理、生理应激反应,并使患者新陈代谢加快,促进药物、营养物质吸收,从而降低术后胃肠功能障碍程度,并缩短胃肠功能恢复时间。

综上所述,多维度护理及早期活动应用于腹腔镜肝癌切除术患者中可有效改善其心理状态,减轻应激反应,并且有助于促进胃肠功能恢复。但此次研究仍存在诸多不足,如仅纳入本院近 2 年半收治的 256 例病例,且未结合临床实际展开更为长期的随访观察,可能使结论存在片面性、局限性等。因此,后续需进一步开展多中心、大规模的研究,从而客观评价多维度护理及术后早期活动对行腹腔镜肝癌切除术患者术后应激反应及胃肠功能的影响。

#### 4 参考文献

- [1] 梁裕团,戎祯祥,麦显强,等.腹腔镜肝癌根治术治疗肝癌的临床疗效及对 NGF、MMP-13 水平的影响[J].现代肿瘤医学,2019,27(4):78-82.
- [2] Teatini A, Pelanis E, Aghayan DL, et al. The effect of intraoperative imaging on surgical navigation for laparoscopic liver resection surgery[J].Sci Rep, 2019,9(1):18687.
- [3] 莫婉兰.聚焦解决教育模式对原发性肝癌患者围术期睡眠质量,心理危机与应对方式的干预效果[J].护理实践与研究,2019,16(2):99-101.
- [4] 张春兰,李彩月,张芙萍.快速通道外科理念下多维度护理对腹腔镜子宫肌层瘤剔除术患者的影响[J].实用临床医药杂志 2020,24(20):119-123.
- [5] 王艳乐,莫新少.肝癌患者术后早期下床活动的研究进展[J].癌症进展,2019,17(15):1758-1762.
- [6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局.原发性肝癌诊疗规范(2019年版)[J].中华消化病与影像杂志:电子版,2020,10(1):27-28.
- [7] 刘桂霞,张慧,孟云.化疗肺癌患者自我感受负担与疾病感知、疾病不确定感、心理弹性的关系[J].中国心理卫生杂志 2019,33(11):816-821.
- [8] 李艳艳,单岩,杜理平,等.慢性肾脏病患者疾病感知与恐惧疾病进展的相关性研究[J].中国健康教育,2019,35(3):258-261.
- [9] Peng Y, Liu F, Wei Y, et al. Outcomes of laparoscopic repeat liver resection for recurrent liver cancer: A system review and meta-analysis[J].Medicine,2019,98(41):17533.
- [10] 赵当宁,常莹,郑明霞.无陪护护理模式对腹腔镜肝癌切除术患者焦虑状况与治疗依从性的影响[J].贵州医药,2020,44(8):1313-1314.
- [11] 薄乃超,景雪玲,李景春.早期快速康复护理对原发性肝癌切除术后门静脉血栓形成的影响[J].血栓与止血学,2020,26(1):154-155.
- [12] 乔海燕,李莉.纽曼模式护理对肝癌患者术后生活质量及胃肠功能的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,8(2):220-222.
- [13] Stiles ZE, Glazer ES, Deneve JL, et al. Long-Term Implications of Unplanned Conversion During Laparoscopic Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma[J].Ann Surg Oncol, 2019, 26(1):282-289.
- [14] 林丽君,刘张苑珠,何军明,等.吴茱萸择时选穴热熨对肝癌患者腹腔镜术后腹胀程度及胃肠功能恢复的影响[J].现代临床护理,2020,19(9):36-40.
- [15] 陈晓丹,卢敏凤,章文龙.穴位贴敷联合隔盐灸对腹腔镜肝癌切除术后患者胃肠功能恢复的影响[J].中国药物与临床,2020,20(16):2727-2729.

[2021-11-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 妇科癌症患者希望水平的现况与影响因素分析

黄悦 周英

**【摘要】** 目的 调查妇科癌症患者的希望现状,分析其影响因素。方法 2020年1—8月选择广州市某三级甲等妇幼专科医院治疗后出院的妇科癌症患者180例为研究对象,采用一般资料调查问卷、Herth希望量表以及癌症患者生命质量测定量表对妇科癌症患者进行调查。共回收问卷180份,其中有效问卷169份。结果 妇科癌症患者希望水平总分 $36.91 \pm 4.20$ 分,101例(59.76%)处于高水平,66例(39.06%)处于中等水平,2例(1.18%)处于低水平。单因素分析显示,癌痛、文化程度、家庭人均月收入、医疗费用支付能力、疾病分期、治疗方式、治疗状态、睡眠状况、性生活满意度是影响妇科癌症患者希望水平的相关因素( $P < 0.05$ )。多元线性回归显示,生命质量、大专及以上学历是妇科癌症患者希望升高的保护因素( $P < 0.05$ ),手术+放疗+化疗、难以支付或勉强能支付医疗费用是妇科癌症患者希望降低的危险因素( $P < 0.05$ )。结论 妇科癌症患者的希望水平受多种因素影响,护理人员要重点关注患者的生命质量,以及治疗方式为手术+放疗+化疗、经济上难以支付或勉强能支付医疗费用的妇科癌症患者,帮助其提高家庭和社会支持,提高生活质量,调整心态,提高希望水平。

**【关键词】** 妇科癌症;希望水平;生命质量;治疗方式;医疗费用;社会支持;影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.003



本文作者:黄悦

**Analysis of the current situation and influencing factors of hope level in patients with gynecological cancer** HUANG Yue, ZHOU Ying (Guangzhou Women and Children's Medical Center Affiliated to Guangzhou Medical University, Guangzhou, 510000, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the status quo of hope in gynecological cancer patients and analyze its influencing factors was as the study subject. **Methods** A total of 180 gynecological cancer patients who were discharged after treatment in a tertiary and first-class maternity and children's hospital in Guangzhou from January to August 2020 were selected as the study objects. Cancer patients were investigated, and the patients with gynecological cancer were investigated by using general information questionnaires, Herth hope scale and cancer patient quality of life scale. A total of 180 questionnaires were recovered, of which 169 were valid questionnaires. **Results** The total score of hope level of gynecological cancer patients was  $36.91 \pm 4.20$  points, 101 cases(59.76%) were at high level, 66 cases(39.06%) were at medium level, and 2 cases(1.18%) were at low level. Univariate analysis showed that the cancer pain, educational level, per capita monthly income of family, ability to pay for medical expenses, disease stage, treatment method, treatment status, sleep status, and sexual life satisfaction were the related factors that affected the hope level of gynecological cancer patients( $P < 0.05$ ). Multiple linear regression analysis showed that the quality of life, college degree or above were the protective factors that gynecological cancer patients hope to increase( $P < 0.05$ ), the surgery+radiotherapy+chemotherapy, and difficult or barely able to pay medical expenses were the risk factors that gynecological cancer patients hope to reduce( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The level of hope of gynecological cancer patients was affected by many factors. Nursing staff should focus on the living quality of patients, as well as gynecological cancer patients who were treated with surgery+radiotherapy+chemotherapy, who were financially difficult to pay or barely able to pay medical expenses to help them improve family and social support, improve their quality of life, adjust their mentality, and improve their level of hope.

基金项目:广州市重点学科(护理学)基金[编号:穗教科(2019)5号]

作者单位:510000 广东省广州市,广州医科大学附属广州市妇女儿童医疗中心妇产科(黄悦);

广州医科大学护理学院(周英)

黄悦:女,硕士

通信作者:周英,博士,教授

**【Key words】** Gynecological cancer; Hope level; Quality of life; Treatment method; Medical expenses; Social support; Influencing factors

妇科癌症是发生于女性生殖系统的疾病,严重损害着女性的生命健康,近年来新增病例越来越多,而且朝着年轻化方向发展,生存质量堪忧<sup>[1-2]</sup>。患者应对癌症事件的心理状态、态度、方式和有效性与其疾病的治疗和生存质量息息相关<sup>[3-5]</sup>。希望是个体生命中具备重要价值的促进身心健康的力量之一。对于癌症患者而言,强烈的希望水平更能提高其打败病魔的信心和力量,缓解其内心遭受的痛苦和压力,增强其战胜疾病勇气,提高其生命质量<sup>[6]</sup>。不同的应对方式可带来积极结果或消极结果,使患者出现不同的结局状态<sup>[7]</sup>。本研究旨在调查妇科癌症患者的希望现状,分析其影响因素,以提高患者希望水平,促进其康复并提高生命质量。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

2020年1—8月选择广州市某三级甲等妇幼专科医院治疗后出院的180例妇科癌症患者为研究对象,纳入条件:病理确诊为妇科癌症(包括宫颈癌、子宫内膜癌、卵巢癌、外阴癌、绒癌);年龄 $\geq 18$ 岁;患者神志清醒,具有正常沟通交流能力,能理解并如实填写问卷内容;患者知情并自愿参与调查。排除条件:诊断为妇科癌症,但病史中存在其他部位原发性恶性肿瘤的患者;对病情不知晓者;合并其他严重疾病、智力或意识障碍的患者。平均年龄 $52.37 \pm 10.26$ 岁。

### 1.2 调查工具

(1)基本资料:包括人口社会学资料和疾病相关资料,回顾文献并结合临床实际经验,共设置人口社会学资料8个条目(宗教信仰、婚姻、年龄、居住地、文化程度、家庭人均月收入、医疗付费方式、医疗费用支付能力)和疾病相关资料9个条目(合并症、癌痛、疾病诊断、疾病分期、病程、治疗方式、治疗状态、睡眠状况、性生活满意度)。

(2)希望水平:采用美国学者Herth<sup>[8]</sup>编制的希望水平量表(HHI)进行评价,中国学者赵海平教授翻译成中文并引入国内<sup>[9]</sup>,该量表共包括3个子维度12个条目,对现实与未来的积极态度(4个条目,即1、2、6、11)、采取的积极行动(4个条目,即4、7、10、12)、与他人保持亲密的关系(4个条目,即3、5、8、9),采用Likert 4级计分法评价,每个条目有非常不同意、不同意、同意、非常同意4个

选项,依次计分为1、2、3、4分,其中条目3和条目6需反向计分。总分范围为12~48分,分为3个水平:低等希望水平(12~23分)、中等希望水平(24~35分)、高等希望水平(36~48分)。HHI量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.87,重测信度系数为0.89,信效度较好,本研究直接引用。

(3)生命质量:采用欧洲癌症研究治疗组织系统开发的癌症患者生命质量测定量表(EORTC QLQ-C30)评价<sup>[10]</sup>,问卷共30个条目,归属于15个维度,包括5个功能维度:躯体、角色、情绪、认知和社会功能维度;3个症状维度:疲乏、恶心呕吐和疼痛症状维度;1个总体健康状况维度;6个单项测量项目(每条单独为1个维度):呼吸困难、失眠、食欲不振、便秘、腹泻和经济困难。将各个维度所包括的条目得分相加并除以包括的条目数即得到该维度的粗分,再将粗分转化为0~100内取值的标准化得分<sup>[11]</sup>。

### 1.3 调查方法

研究者向调查对象讲解研究目的、填表方法及注意要点,签署知情同意后让其自己填写,填写过程中存在困惑,研究者及时解答。现场填写并回收问卷检查,共回收问卷180份,其中有效问卷169份。本研究已通过医院伦理委员会审批。

### 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 $\pm$ 标准差”表示,单因素分析中均数比较采用 $t$ 检验或方差分析;希望水平与生命质量采用Pearson相关分析;采用多元线性回归进行多因素分析。检验水准 $\alpha=0.05$ , $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 妇科癌症患者的希望现状

169例妇科癌症患者希望总分为 $36.91 \pm 4.20$ 分。101例(59.76%)处于高水平,66例(39.06%)处于中等水平,2例(1.18%)处于低水平。

### 2.2 不同特征妇科癌症患者希望水平的单因素分析

单因素分析结果显示,癌痛、文化程度、家庭人均月收入、医疗费用支付能力、疾病分期、治疗方式、治疗状态、睡眠状况、性生活满意度是影响妇科癌症患者希望水平的相关因素( $P<0.05$ ),见表1。

表 1    不同特征妇科癌症患者希望水平的单因素分析

| 分析因素       | 类别           | 人数  | HHI 评分       | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|------------|--------------|-----|--------------|------------|------------|
| 宗教信仰       | 无            | 156 | 36.84 ± 4.29 | 0.699      | 0.486      |
|            | 有            | 13  | 37.69 ± 3.07 |            |            |
| 婚姻         | 已婚           | 141 | 37.00 ± 4.08 | 0.654      | 0.514      |
|            | 其他           | 28  | 36.43 ± 4.85 |            |            |
| 合并症        | 无            | 115 | 37.03 ± 4.04 | 0.547      | 0.585      |
|            | 有            | 54  | 36.65 ± 4.56 |            |            |
| 癌痛         | 无            | 164 | 37.10 ± 4.04 | 3.521      | 0.001      |
|            | 有            | 5   | 30.60 ± 5.03 |            |            |
| 年龄（岁）      | ≤ 35         | 14  | 38.86 ± 3.94 | 2.621*     | 0.076      |
|            | 36~          | 53  | 37.38 ± 4.17 |            |            |
|            | 50~          | 102 | 36.39 ± 4.25 |            |            |
| 居住地        | 城市           | 114 | 37.18 ± 7.35 | 0.390*     | 0.678      |
|            | 城镇           | 23  | 36.70 ± 4.53 |            |            |
|            | 农村           | 32  | 36.06 ± 3.35 |            |            |
| 文化程度       | 小学及以下        | 54  | 36.91 ± 3.90 | 4.427*     | 0.005      |
|            | 初中           | 48  | 35.73 ± 3.78 |            |            |
|            | 高中或中专        | 46  | 36.89 ± 4.71 |            |            |
|            | 大专及以上        | 21  | 39.62 ± 3.68 |            |            |
| 家庭人均月收入（元） | ≤ 2000       | 33  | 34.94 ± 4.79 | 6.713*     | 0.000      |
|            | 2001~        | 78  | 36.60 ± 3.92 |            |            |
|            | 4001~        | 37  | 37.70 ± 3.50 |            |            |
|            | 6001~        | 21  | 39.71 ± 3.81 |            |            |
| 医疗付费方式     | 公费医疗         | 12  | 38.75 ± 4.05 | 1.265*     | 0.285      |
|            | 其他医疗保险       | 151 | 36.77 ± 4.27 |            |            |
|            | 自费           | 6   | 36.50 ± 1.38 |            |            |
| 医疗费用支付能力   | 完全能支付        | 90  | 38.48 ± 3.78 | 24.244*    | 0.000      |
|            | 勉强能支付        | 64  | 35.88 ± 3.37 |            |            |
|            | 难以支付         | 15  | 31.87 ± 4.70 |            |            |
| 疾病诊断       | 宫颈癌          | 83  | 36.49 ± 4.30 | 2.435*     | 0.067      |
|            | 子宫内膜癌        | 57  | 37.72 ± 3.98 |            |            |
|            | 卵巢癌          | 18  | 35.28 ± 4.84 |            |            |
|            | 其他           | 11  | 38.45 ± 2.07 |            |            |
| 疾病分期       | I 期          | 110 | 37.51 ± 4.12 | 3.353*     | 0.037      |
|            | II 期         | 44  | 35.73 ± 3.91 |            |            |
|            | III 期及以上     | 15  | 35.93 ± 4.97 |            |            |
| 病程（年）      | <2           | 101 | 36.95 ± 4.00 | 0.865*     | 0.423      |
|            | 2~           | 63  | 36.65 ± 4.45 |            |            |
|            | 4~           | 5   | 39.20 ± 5.26 |            |            |
| 治疗方式       | 单纯手术         | 83  | 37.80 ± 4.03 | 3.578*     | 0.008      |
|            | 单纯放疗或化疗      | 9   | 36.22 ± 3.59 |            |            |
|            | 手术 + 放疗      | 13  | 37.34 ± 3.76 |            |            |
|            | 手术 + 化疗      | 22  | 37.41 ± 4.16 |            |            |
|            | 手术 + 放疗 + 化疗 | 42  | 34.93 ± 4.45 |            |            |
| 治疗状态       | 初发癌症治疗       | 7   | 38.57 ± 3.59 | 6.335*     | 0.002      |
|            | 治疗或治愈随访      | 150 | 37.14 ± 3.93 |            |            |
|            | 转移或者复发治疗     | 12  | 33.00 ± 5.89 |            |            |
| 睡眠状况       | 较好           | 93  | 38.01 ± 3.56 | 13.722*    | 0.000      |
|            | 一般           | 43  | 36.86 ± 4.44 |            |            |
|            | 较差           | 33  | 33.85 ± 4.17 |            |            |
| 性生活满意度     | 无性生活         | 119 | 36.30 ± 4.23 | 4.704*     | 0.010      |
|            | 有，且满意        | 33  | 38.70 ± 3.51 |            |            |
|            | 有，但不满意       | 17  | 37.65 ± 4.37 |            |            |

\**F* 值。

## 2.3 妇科癌症患者希望水平和生命质量的相关性分析

Pearson 相关分析显示,本研究妇科癌症患者生命质量总分  $86.00 \pm 11.28$  分,与希望水平呈正相关 ( $r=0.461$ ,  $P<0.001$ )。

## 2.4 妇科癌症患者希望水平的多元线性回归分析

将妇科癌症患者 HHI 评分作为因变量,单因素分析中有统计学意义的变量癌痛、文化程度、家庭人均月收入、医疗费用支付能力、疾病分期、治疗

方式、治疗状态、睡眠状况、性生活满意度、生命质量作为自变量(赋值情况见表2),纳入多元线性回归模型先进行共线性诊断,发现各变量方差膨胀因子(VIF)均 $<10$ ,不存在共线性,然后采用向前法进行多元线性回归分析。结果显示,生命质量、大专及以上学历是妇科癌症患者希望升高的保护因素( $P<0.05$ ),手术+放疗+化疗、难以支付或勉强能支付医疗费用是妇科癌症患者希望降低的危险因素( $P<0.05$ ),见表3。

表2 变量赋值表

| 变量标签       | 赋值说明                                                                              |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 癌痛         | 有=1,无=0                                                                           |
| 文化程度       | 小学及以下=0000,初中=0100,高中或中专=0010,大专及以上学历=0001                                        |
| 家庭人均月收入(元) | $\leq 2000=0000$ , $2001\sim 4000=0100$ , $4001\sim 6000=0010$ , $\geq 6001=0001$ |
| 医疗费用支付能力   | 完全能支付=000,勉强能支付=010,难以支付=001                                                      |
| 疾病分期       | I期=000,II期=010,III期及以上=001                                                        |
| 治疗方式       | 单纯手术=00000,单纯放疗或化疗=01000,手术+放疗=00100,手术+化疗=00010,手术+放疗+化疗=00001                   |
| 治疗状态       | 初发癌症治疗=000,治疗或治愈随访=010,转移或者复发治疗=001                                               |
| 睡眠状况       | 较好=000,一般=010,较差=001                                                              |
| 性生活满意度     | 无性生活=000,有且满意=010,有但不满意=001                                                       |
| 生命质量       | 原值带入                                                                              |

表3 妇科癌症患者希望水平的多元线性回归分析

| 分析因素      | B      | 标准误差  | 标准化 B  | t 值    | P 值   |
|-----------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 常量        | 29.877 | 2.524 | —      | 11.835 | 0.000 |
| 生命质量      | 0.102  | 0.027 | 0.275  | 3.780  | 0.000 |
| 大专及以上学历   | 1.884  | 0.833 | 0.148  | 2.261  | 0.025 |
| 手术+放疗+化疗  | -1.492 | 0.631 | -0.154 | -2.366 | 0.019 |
| 难以支付医疗费用  | -4.162 | 1.100 | -0.282 | -3.782 | 0.000 |
| 勉强能支付医疗费用 | -1.507 | 0.597 | -0.174 | -2.525 | 0.013 |

## 3 讨论

### 3.1 妇科癌症患者希望现状

研究表明<sup>[12-13]</sup>,希望作为一种积极的心理资源能够对患者的心理和行为产生深远影响,希望水平对癌症患者的应对有着显著的提高作用。本调查结果显示,169例妇科癌症患者希望总分为  $36.91 \pm 4.20$  分,其中 59.76% 妇科癌症患者希望处于高水平,与廖芯等<sup>[14]</sup>研究结果不同,分析其原因:①本研究均是经过治疗后处于康复阶段的人群,已经渡过初诊阶段以及手术、放化疗等阶段,治疗后重塑了希望,对健康的恢复充满了期待。②该医院为三级甲等妇幼专科医院,患者对医院的医护人员、医疗水平有高度信任,对自己的护理和预后有信心,

提高了患者的希望水平。③随着肿瘤专科护士的开展,肿瘤护理个案的追踪,阶段性的护理随访对患者的照护质量方面有所提升,提高了患者的希望。④随着医疗的发展、关于妇科癌症知识的普及以及我国国民教育水平的提高,女性对妇科癌症认识更全面,这也可能是患者希望水平较高的原因之一。⑤研究发现<sup>[15]</sup>,妇科癌症患者患病后,家人给予的关心、帮助和支持,为其战胜疾病给予了强大的支柱,而本研究中绝大多数患者都有比较稳定的婚姻及较稳定的家庭关系,这有助于希望的建立。

### 3.2 妇科癌症患者希望水平的影响因素

多元线性回归分析显示,生命质量、大专及以上学历是妇科癌症患者希望升高的保护因素,手术+放疗+化疗、难以支付或勉强能支付医疗费用是

妇科癌症患者希望降低的危险因素。①治疗方式。本研究中单纯做手术、手术+放疗或化疗的患者希望水平较高,单纯接受放疗或化疗患者希望水平较低,手术+放疗+化疗的患者希望水平最低,而且直接影响患者的希望水平,这可能跟治疗带来的副作用,导致患者承受的身体压力和心理压力不同有关。提示医护人员要重点关注使用多种治疗手段的妇科癌症患者,建议采用配偶沟通联合健康教育的护理干预和团体支持的护理干预,从而提高患者的生活质量和希望水平<sup>[16-17]</sup>。②医疗费用支付能力。经济是个体应对疾病的资源,当患者对医疗费用有较大负担,疾病带来的不确定感和恐惧感会加深,呼吁完善社会支持,如申请医疗救助或者慈善机构补助等,减轻患者就医压力。③文化水平。受教育程度高者更容易理解妇科癌症的相关知识,容易接受和配合治疗,并且会自主查找资料寻求如何更好地康复,有利于希望的提高。此外,“希望”作为一种意识,其与个体的文化水平紧密相关。④生命质量。妇科癌症患者生命质量与希望存在正相关,这与李艳敏等<sup>[18]</sup>研究结果一致。仇蓉等<sup>[19]</sup>研究发现,希望疗法能够促进患者重建希望,减轻患者不良情绪,从而提高自我效能,改善生活质量。另外我们也要关注患者生命质量的评估,并且关注影响生命质量的主要因素,通过个体化措施,提高患者生命质量。

综上所述,生命质量、大专及以上学历是妇科癌症患者希望升高的保护因素,手术+放疗+化疗、难以支付或勉强能支付医疗费用是妇科癌症患者希望降低的危险因素。因此根据研究结果,医护人员需提出个性化的护理方案,帮助妇科癌症患者提升希望水平。

#### 4 参考文献

- [1] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016,66(2): 115-132.
- [2] 操帅. 妇科恶性肿瘤患者支持性照顾需求、生存质量变化及其相关性研究[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2016.
- [3] Hediya PR, Afiyanti Y, Ungsianik T, et al. Supportive care needs and quality of life of patients with gynecological cancer undergoing therapy[J]. Enferm Clin, 2018,28(Suppl 1):222-226.
- [4] Gonzalez BD, Manne SL, Stapleton J, et al. Quality of life trajectories after diagnosis of gynecologic cancer: a theoretically based approach[J]. Support Care Cancer, 2017,25(2):589-598.
- [5] 张焕军. 妇科癌症患者癌因性疲乏与希望水平的相关性研究[D]. 长春: 吉林大学, 2017.
- [6] Phillips-Salimi CR, Haase JE, Kintner EK, et al. Psychometric properties of the Herth Hope Index in adolescents and young adults with cancer[J]. J Nurs Meas, 2007,15(1):3-23.
- [7] 黄旭倩, 莫晗, 龙吉芳, 等. 中年癌症患者心理弹性与希望水平及应对方式的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2019,34(15):1345-1350.
- [8] Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope[J]. Sch Inp Nurs Pract, 1991,5(1):39-51.
- [9] 赵海平, 王健. 血液透析患者的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志, 2000,35(5):306-308.
- [10] Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, et al. Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors[J]. Eur J Cancer, 2013,49(15):3262-3273.
- [11] Saxena U, Sauvaget C, Sankaranarayanan R. Evidence-based screening, early diagnosis and treatment strategy of cervical cancer for national policy in low-resource countries: example of India[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2012,13(4):1699-1703.
- [12] 贡朋飞, 夏百荣, 娄阁, 等. 希望水平在宫颈癌患者术后生活质量和领悟社会支持间中介效应[J]. 中国公共卫生, 2016,32(7):965-967.
- [13] 白霞, 王进, 刘源萌, 等. 消化系统癌症女性患者希望水平在恐惧疾病进展与生育忧虑间的中介作用[J]. 中华护理教育, 2020,17(4):366-370.
- [14] 廖芯, 罗万英, 周俊英, 等. 妇科癌症患者社会支持对希望水平的影响研究[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(7):469-471.
- [15] 黄悦, 周英, 沈转兴. 积极心理学视角下宫颈癌患者希望体验的质性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2020,26(2):221-225.
- [16] 杜新华, 杜晶. 配偶沟通技能培训联合健康教育对宫颈癌同步放化疗患者生活质量、婚姻质量和希望水平的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021,40(2):263-266.
- [17] 李建辉, 张倩, 黄玉荣, 等. 团体支持锻炼护理干预模式对子宫癌患者负性情绪、希望水平及生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2018,15(9):1304-1306.
- [18] 李艳敏, 林静, 宁志云. 肺癌患者希望水平与生活质量的关联性研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(68):143,145.
- [19] 仇蓉, 周娟, 郭煜华, 等. 希望疗法对癌症晚期患者自我效能的影响[J]. 护理学杂志, 2017,32(13):73-74.

[2021-09-02 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平及相关影响因素分析

鲁谨 黄艳华 朱明珠

**【摘要】目的** 了解新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查相关知识水平现状,分析其影响因素,为今后有针对性地开展宫颈癌筛查预防工作提供理论依据。**方法** 选取2020年6月—2021年1月在新疆石河子市某三级甲等综合医院妇科门诊就诊的1153名育龄期妇女为研究对象,对育龄期妇女进行宫颈癌筛查相关知识调查,分析影响育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的相关因素。**结果** 研究对象宫颈癌筛查知识得分为11.00(6.00,15.00)分;单因素方差分析显示,年龄、工作性质、文化程度、月收入、第一次性交年龄、性伴侣数和是否曾有医师建议是影响育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分的相关因素( $P<0.05$ );多重线性回归分析显示,年龄、文化程度、月收入、第一次性交年龄、性伴侣数、是否曾有医师建议是育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分的影响因素( $P<0.05$ )。**结论** 新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查相关知识得分总体水平较低;40~49岁、月收入3001~5000元、月收入>5000元的育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平相对较高,而初中及以下、高中及中专、第一次性交年龄不愿意公开、性伴侣数不愿意公开、未曾有医师建议的育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平得分相对较低,为育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的影响因素。

**【关键词】** 育龄期妇女;宫颈癌;筛查;知识水平;影响因素

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.004



本文作者:鲁谨

**The analysis of knowledge level and related influencing factors of cervical cancer screening among women of childbearing age in Shihezi, Xinjiang** LU Jin, HUANG Yanhua, ZHU Mingzhu (The First Affiliated Hospital of Medical College of Shihezi University, Shihezi, 832000, China)

**【Abstract】 Objective** To understand the current status of knowledge level about cervical cancer screening among women of childbearing age in Shihezi city, Xinjiang, and analyze its influencing factors, so as to provide a theoretical basis for targeted cervical cancer screening and prevention in the future. **Methods** A total of 1,153 women of childbearing age who visited the gynecological outpatient clinic of a tertiary grade A general hospital in Shihezi city, Xinjiang from June 2020 to January 2021 were selected as the study objects, and the knowledge level about cervical cancer screening was investigated among women of childbearing age to analyze the relevant factors affecting the knowledge level of cervical cancer screening in women of childbearing age. **Results** The cervical cancer screening knowledge score of the research subjects was 11.00(6.00, 15.00) points. Univariate analysis of variance showed that the age, work nature, education level, monthly income, age of first sexual intercourse, number of sexual partners, and whether there was a doctor's recommendation were the related factors of cervical cancer screening knowledge scores in women of childbearing age( $P<0.05$ ). Multiple linear regression analysis showed that the age, education level, monthly income, age of first sexual intercourse, number of sexual partners, and whether there was a doctor's advice were the influencing factors of cervical cancer screening knowledge scores in women of childbearing age( $P<0.05$ ). **Conclusions** The overall level of knowledge about cervical cancer screening among women of childbearing age in Shihezi city, Xinjiang was relatively low; among them, women of childbearing age who were 40-49 years old, with a monthly income of 3,001-5,000 yuan, and a monthly income of more than 5,000 yuan had a relatively high level of knowledge about cervical cancer screening. While junior high school and below, high school and technical secondary school, women of childbearing age who were unwilling to disclose the age of first sexual intercourse, unwilling to disclose the number of sexual partners, and who had never had a doctor's recommendation for cervical cancer screening knowledge

基金项目:石河子大学医学院第一附属医院院级基金项目(编号:HL201902)

作者单位:832000 新疆石河子市,石河子大学医学院第一附属医院

鲁谨:硕士,副主任护师,护士长

scores were relatively low, and women of childbearing age had a relatively low score for cervical cancer screening, the above conditions were the influencing factors of the knowledge level of cervical cancer screening in women of childbearing age.

**【Key words】** Women of childbearing age; Cervical cancer; Screening; knowledge level; Influencing factors

宫颈癌(cervical cancer)是威胁全球女性健康的严重疾病之一,其发病率仅次于乳腺癌<sup>[1]</sup>,每年约有604 000例新发病例,342 000例妇女因宫颈癌死亡,分别占女性癌症发病和死亡总数的6.5%和7.7%<sup>[2]</sup>。目前宫颈癌在世界范围内的发病率逐年上升,且呈年轻化趋势,其发病率和病死率大多集中在育龄期妇女。因此,宫颈癌依然持续严重影响着我国女性健康、家庭幸福甚至社会的可持续发展。宫颈癌的演变是一个缓慢发生的过程,它有较强的癌前病变—宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)阶段,因此在这漫长的过程中,早期给予有效干预可以阻断其癌变。世界卫生组织建议对宫颈癌的预防及早诊断,依托宫颈癌筛查和早诊早治可以对宫颈癌进行有效的二级预防<sup>[3]</sup>,而通过加强健康教育和培训,提高妇女对宫颈癌的认知水平及开展宫颈癌筛查也是我国最常使用的预防手段<sup>[4]</sup>。既往研究表明,宫颈癌的发生与妇女的性行为及她们对宫颈癌筛查知识认知程度有一定的关系<sup>[5-6]</sup>。我国不同地区的女性在宫颈癌认知程度上存在差异,在一定程度上影响了宫颈癌防治工作的顺利开展。因此,本研究对新疆石河子市1153名育龄妇女进行宫颈癌筛查知识水平调查,包括宫颈癌筛查的重要性、益处、病因、特征、筛查方法,旨在全面掌握该地区育龄妇女对宫颈癌筛查相关知识的了解程度,探讨其相关影响因素,提高该地区女性对宫颈癌筛查相关知识从而提高女性宫颈癌筛查比例,降低宫颈癌病死率及其对我国妇女健康的危害。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

选取2020年6月—2021年1月在新疆石河子市某三级甲等综合医院妇科门诊就诊的1153名育龄期妇女作为研究对象。纳入条件:年龄18~49岁,有性生活或性生活史;非妊娠期及哺乳期的妇女;既往无宫颈手术史;意识清楚,思维正常,能够配合完成问卷。排除条件:已确诊为宫颈癌的患者;存在其他严重心脑血管和精神疾病影响问卷完成者;理解能力低下无法正常答题者;本人或/和家属不配合者。

### 1.2 调查内容与方法

#### 1.2.1 调查内容

(1)人口学资料调查:遵循问卷设计原则,一般资料部分内容为自行编制,内容包括社会人口学因素、生活方式和环境因素两个部分,细化为年龄、学历、婚姻、工作性质、家庭收入情况、孩子数量、怀孕次数、流产次数、首次性交年龄、性伴侣个数、吸烟史、有否医师建议筛查史12个条目。

(2)宫颈癌筛查知识调查:采用孙静<sup>[7]</sup>编制的宫颈癌筛查知识问卷,包括宫颈癌筛查的重要性、益处、病因、特征、筛查方法5个维度,共22个条目。计分方法采用答对记1分,答错或者选择“不清楚”记0分,总分为0~22分,分值越高表明参与者对宫颈癌筛查知识的认知水平越高,该问卷Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.826,具有良好的信效度。

1.2.2 调查方法 调查之前由研究者对调查人员进行统一培训,调查时要求调查者使用统一指导语说明填写要求,现场发放调查问卷,填写完毕当场收回。共发放问卷1200份,有效问卷1153份,有效回收率96.08%。所有参与调查的研究对象均签署知情同意书。

#### 1.3 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据整理及统计学分析,宫颈癌筛查知识水平不符合正态分布,采用“中位数(四分位数间距)”进行描述,组间中位数比较采用秩和检验;各因素对宫颈癌筛查知识水平影响的多因素分析,采用多重线性回归分析。双侧检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平分析

参与调查的1153名研究对象,宫颈癌筛查知识平均总分得分为11.00(6.00,15.00)分,正确率最高的三道题为“每个女性都应该进行宫颈癌筛查”“宫颈癌筛查应定期进行”“宫颈癌可以预防”,正确率分别为84.60%、76.60%、76.50%;正确率最低的一道题为“从宫颈癌前病变发展到宫颈癌需要较长的时间”“吸烟、吸毒人群易患宫颈癌”“有宫颈癌或其他癌症家族史”,正确率分别为25.20%、19.40%、18.50%。从知识结构分类上看,大部分人

对宫颈癌筛查的益处、重要性等了解的较为充分,对宫颈癌病因、特征、症状等知识内容知晓率较低。

## 2.2 育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的单因素分析

单因素分析显示,育龄期妇女不同年龄、工作性质、文化程度、月收入、第一次性交年龄、性

伴侣数和是否曾有医师建议宫颈癌筛查知识得分比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),不同婚姻状况、吸烟史、孩子数量、怀孕次数、流产次数的育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表1。

表1 不同社会人口学特征的宫颈癌筛查知识水平得分比较( $n=1153$ )

| 分析因素       | 类别          | 人数   | 筛查知识水平得分          | $Z^*$ 值 | $P$ 值 |
|------------|-------------|------|-------------------|---------|-------|
| 年龄(岁)      | 18~         | 360  | 10.00(5.00,14.00) | 21.131  | 0.000 |
|            | 30~         | 455  | 12.00(7.00,16.00) |         |       |
|            | 40~         | 338  | 11.00(7.00,15.00) |         |       |
| 婚姻         | 有配偶         | 1009 | 11.00(6.00,15.00) | -1.650  | 0.099 |
|            | 无配偶         | 144  | 11.00(5.00,14.00) |         |       |
| 工作性质       | 全日制工作       | 673  | 12.00(8.00,16.00) | -5.483  | 0.000 |
|            | 非全日制        | 480  | 10.00(5.00,14.00) |         |       |
| 文化程度       | 初中及以下       | 212  | 8.00(4.00,12.00)  | 69.582  | 0.000 |
|            | 高中及中专       | 278  | 10.00(6.00,14.00) |         |       |
|            | 大专及以上       | 663  | 12.00(8.00,16.00) |         |       |
| 月收入(元)     | $\leq 3000$ | 434  | 9.00(5.00,13.00)  | 62.574  | 0.000 |
|            | 3001~       | 502  | 12.00(7.00,15.00) |         |       |
|            | $>5000$     | 217  | 13.00(9.00,17.00) |         |       |
| 吸烟         | 是           | 39   | 12.00(9.00,15.00) | -0.573  | 0.567 |
|            | 否           | 1114 | 11.00(6.00,15.00) |         |       |
| 孩子数量(个)    | 0           | 371  | 11.00(6.00,15.00) | 3.476   | 0.176 |
|            | 1~2         | 758  | 11.00(6.75,15.00) |         |       |
|            | $\geq 3$    | 24   | 9.00(5.00,13.50)  |         |       |
| 怀孕次数(次)    | 0           | 148  | 11.00(5.25,14.75) | 1.332   | 0.514 |
|            | 1~2         | 630  | 11.00(6.00,15.00) |         |       |
|            | $\geq 3$    | 375  | 11.00(6.00,15.00) |         |       |
| 流产次数(次)    | 0           | 427  | 10.00(6.00,15.00) | 2.287   | 0.319 |
|            | 1~2         | 581  | 11.00(6.50,15.00) |         |       |
|            | $\geq 3$    | 145  | 12.00(7.00,15.00) |         |       |
| 第一次性交年龄(岁) | $<20$       | 195  | 10.00(6.00,14.00) | 44.859  | 0.000 |
|            | $\geq 20$   | 685  | 12.00(8.00,16.00) |         |       |
|            | 不愿意公开       | 273  | 9.00(4.00,14.00)  |         |       |
| 性伴侣数       | 1个          | 820  | 11.00(7.00,15.00) | 26.281  | 0.000 |
|            | 2个及以上       | 129  | 12.00(8.00,15.50) |         |       |
|            | 不愿意公开       | 204  | 9.00(4.00,14.00)  |         |       |
| 是否曾有医师建议   | 是           | 636  | 12.00(8.00,16.00) | -7.443  | 0.000 |
|            | 否           | 517  | 9.00(5.00,14.00)  |         |       |

\* 中位数比较秩和检验。

2.3 育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平多重线性回归分析

将单因素分析中有统计学意义的变量年龄、工作性质、文化程度、月收入、第一次性交年龄、性伴侣数、是否曾有医师建议作为自变量（自变量均从哑变量的形式纳入，纳入标准 0.05，剔除标准 0.01），进行多重线性回归分析，回归自变量赋值

见表 2。结果显示，40~49 岁、月收入 3001~5000 元、月收入 >5000 元的育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平相对较高，而初中及以下、高中及中专、第一次性交年龄不愿意公开、性伴侣数不愿意公开、未曾有医师建议的育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平得分相对较低，为育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的影响因素（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 2 自变量赋值表

| 编码             | 变量标签     | 赋值说明                                                                  |
|----------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|
| X <sub>1</sub> | 年龄       | 18~29 岁（X <sub>1a</sub> =1，X <sub>1b</sub> =0，X <sub>1c</sub> =0）     |
|                |          | 30~39 岁（X <sub>1a</sub> =0，X <sub>1b</sub> =1，X <sub>1c</sub> =0）     |
|                |          | 40~49 岁（X <sub>1a</sub> =0，X <sub>1b</sub> =0，X <sub>1c</sub> =1）     |
| X <sub>2</sub> | 工作性质     | 全日制工作 =1，非全日制工作 =2                                                    |
| X <sub>3</sub> | 文化程度     | 初中及以下（X <sub>3a</sub> =1，X <sub>3b</sub> =0，X <sub>3c</sub> =0）       |
|                |          | 高中及中专（X <sub>3a</sub> =0，X <sub>3b</sub> =1，X <sub>3c</sub> =0）       |
|                |          | 大专及以上（X <sub>3a</sub> =0，X <sub>3b</sub> =0，X <sub>3c</sub> =1）       |
| X <sub>4</sub> | 月收入      | 3000 元及以下（X <sub>4a</sub> =1，X <sub>4b</sub> =0，X <sub>4c</sub> =0）   |
|                |          | 3001~5000 元（X <sub>4a</sub> =0，X <sub>4b</sub> =1，X <sub>4c</sub> =0） |
|                |          | > 5000 元（X <sub>4a</sub> =0，X <sub>4b</sub> =0，X <sub>4c</sub> =1）    |
| X <sub>5</sub> | 第一次性交年龄  | < 20 岁（X <sub>5a</sub> =1，X <sub>5b</sub> =0，X <sub>5c</sub> =0）      |
|                |          | ≥ 20 岁（X <sub>5a</sub> =0，X <sub>5b</sub> =1，X <sub>5c</sub> =0）      |
|                |          | 不愿意公开（X <sub>5a</sub> =0，X <sub>5b</sub> =0，X <sub>5c</sub> =1）       |
| X <sub>6</sub> | 性伴侣数     | 1 个（X <sub>6a</sub> =1，X <sub>6b</sub> =0，X <sub>6c</sub> =0）         |
|                |          | 2 个及以上（X <sub>6a</sub> =0，X <sub>6b</sub> =1，X <sub>6c</sub> =0）      |
|                |          | 不愿意公开（X <sub>6a</sub> =0，X <sub>6b</sub> =0，X <sub>6c</sub> =1）       |
| X <sub>7</sub> | 是否曾有医师建议 | 是 =1，否 =2                                                             |

表 3 育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平多重线性回归分析

| 分析因素            | <i>B</i> | <i>SE</i> | 标准化 <i>B</i> | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 | VIF   |
|-----------------|----------|-----------|--------------|------------|------------|-------|
| 常量              | 11.672   | 0.518     | —            | 22.535     | 0.000      | —     |
| 30~39 岁         | 0.689    | 0.367     | 0.063        | 1.877      | 0.061      | 1.524 |
| 40~49 岁         | 1.059    | 0.422     | 0.090        | 2.507      | 0.012      | 1.747 |
| 非全日制工作          | -0.309   | 0.332     | -0.028       | -0.930     | 0.353      | 1.266 |
| 初中及以下           | -2.775   | 0.471     | -0.200       | -5.895     | 0.000      | 1.571 |
| 高中及中专           | -0.968   | 0.390     | -0.077       | -2.484     | 0.013      | 1.313 |
| 月收入 3001~5000 元 | 0.973    | 0.374     | 0.090        | 2.603      | 0.009      | 1.623 |
| 月收入 > 5000 元    | 1.799    | 0.484     | 0.131        | 3.716      | 0.000      | 1.691 |
| 第一次性交年龄 < 20 岁  | -0.650   | 0.415     | -0.045       | -1.569     | 0.117      | 1.141 |
| 第一次性交年龄不愿意公开    | -1.393   | 0.398     | -0.110       | -3.497     | 0.000      | 1.354 |
| 性伴侣数 2 个及以上     | 0.750    | 0.473     | 0.044        | 1.586      | 0.113      | 1.049 |

续表

| 分析因素      | <i>B</i> | <i>SE</i> | 标准化 <i>B</i> | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 | VIF   |
|-----------|----------|-----------|--------------|------------|------------|-------|
| 性伴侣数不愿意公开 | -0.884   | 0.436     | -0.063       | -2.028     | 0.043      | 1.306 |
| 未曾有医师建议   | -2.072   | 0.309     | -0.192       | -6.708     | 0.000      | 1.115 |

注: 该回归方程共线性诊断容忍度 (tolerance) 在 0.573~0.897 之间, 均大于 0.1, 方差膨胀因子 (variance inflation factor, VIF) 在 1.049~1.747 之间, 均小于 5, 表明该方程中各自变量之间不存在多重共线性。方差进行 Durbin-Watson 检验,  $D=1.852$ , 接近 2, 说明残差具有独立性, 且残差分布符合正态性。

### 3 讨论

#### 3.1 新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平现状

宫颈癌是目前唯一病因明确而且可以预防的癌症, 提高妇女宫颈癌筛查知识水平, 及早进行筛查对降低发病率和病死率极为重要。长期实践证明, 宫颈癌认知程度是妇女参加宫颈癌筛查的关键因素, 缺乏宫颈癌筛查相关知识是妇女参加宫颈癌筛查的主要障碍<sup>[8-9]</sup>。本研究通过对新疆石河子市 1153 名育龄妇女宫颈癌筛查知识水平分析发现, 宫颈癌筛查知识平均总分得分为 11.00(6.00,15.00) 分, 总体认知处于中等偏低水平, 与李小艳等<sup>[10]</sup> 研究结果相一致。本研究结果显示: 得分最高的三道题为“每个女性都应该进行宫颈癌筛查”“宫颈癌筛查应定期进行”“宫颈癌可以预防”, 正确率 76.5%~84.6%, 说明大多数女性都具备对宫颈癌筛查的重要性和益处的正确认知; 得分最低的 3 道题为“从宫颈癌前病变发展到宫颈癌需要较长的时间”“吸烟、吸毒人群易患宫颈癌”“有宫颈癌或其他癌症家族史”, 正确率 18.5%~25.2%, 说明大多数女性缺乏对宫颈癌病因、特征相关专业知识的了解, 建议相关部门应有针对性的制订宫颈癌相关预防知识, 加强宫颈癌病因及特征相关专业知识的健康教育, 通过专家讲座、案例分析等提高女性宫颈癌相关知识, 从而提升宫颈癌筛查的覆盖率。

#### 3.2 新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的影响因素分析

对影响该地区育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平的相关因素进行分析, 单因素和多因素分析发现, 年龄、文化程度、月收入、第一次性交年龄、性伴侣数、是否曾有医师建议均会影响女性对宫颈癌的认知程度。多因素分析发现, 年龄小、文化程度低、收入低、未曾有医师建议的女性宫颈癌筛查知识得分较低。年龄越小者, 其宫颈癌筛查知识掌握程度较低, 分析原因在于年龄越大的女性对自身健康的关注和精力投入就会越大, 因此宫颈癌筛查相关知识掌握程度较年轻女性较好, 这符合个体不同生命

周期对健康管理的趋势曲线。文化程度越低者, 其相关知识掌握程度越低, 究其原因为受传统生活习性的影响颇深, 对新知识和新事物的接受和掌握能力较年轻人差, 缺乏自我保健意识, 此结果与新疆省其他地区相关研究结果一致<sup>[11]</sup>。经济收入低的女性一方面没有时间和获取宫颈癌筛查相关知识途径较少, 对宫颈癌的关注度较低; 另一方面收入低的女性对宫颈癌筛查成本的敏感度更高, 可能因担心负担不起宫颈癌筛查的价格从而主动避免去了解宫颈癌筛查相关知识。第一次性交年龄不愿意公开和性伴侣数不愿意公开的育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分相对较低, 分组得分水平显示第一次性交年龄  $\geq 20$  岁的育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分高于第一次性交年龄  $< 20$  岁的和不愿意公开者, 性伴侣数为 2 个及以上的育龄期妇女宫颈癌筛查知识得分略高于有 1 个性伴侣者和不愿意公开者, 原因可能与属于个人隐私有关导致数据不充分, 但随着社会开放度的提高, 首次性交年龄低龄化趋势越来越明显, 应对低龄化妇女加强教育干预, 以促进其对自身健康的重视程度, 从而积极参与宫颈癌筛查相关知识的学习。而相关研究证实, 女性患宫颈癌的危险性直接与性伴侣数成正比<sup>[12]</sup>。未曾有医师建议的女性的宫颈癌筛查相关知识得较低, 说明医师给予的建议对女性主动去掌握和了解宫颈癌相关知识有显著的促进作用。国内外研究表明<sup>[13-14]</sup>, 定期拜访医师会唤醒和强化女性的健康意识并促使她们主动学习宫颈癌筛查相关知识。

综上所述, 宫颈癌筛查知识的普及是预防宫颈癌工作中的一个薄弱环节。新疆石河子市育龄期妇女宫颈癌筛查知识水平有待提高, 年龄小、文化程度低、收入低、第一次性交年龄和性伴侣不愿公开者、未曾有医师建议的人群应是该地区开展宫颈癌健康教育的重点干预人群。建议地方政府及相关部门重视宫颈癌筛查知识的普及, 通过多途径、多渠道, 有普及有重点的干预, 为降低宫颈癌发病率, 有针对性地开展宫颈癌预防提供科学依据。本研究的研究对象均来自同一所三甲医院, 具有一定的地域限制, 因为宫颈癌筛查存在地区性差异, 因此在

今后研究中研究范围可拓展至多地区的多家医院,以增加样本的代表性。

#### 4 参考文献

- [1] Selmouni F, Zidouh A, Alvarez-Plaza C, et al. Perception and satisfaction of cervical cancer screening by Visual Inspection with Acetic acid (VIA) at Meknes-Tafilalet Region, Morocco: a population-based cross-sectional study[J]. BMC Women's Health, 2015, 15:106.
- [2] 刘宗超, 李哲轩, 张阳, 等. 2020 全球癌症统计报告解读 [J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2021, 7(2): 1-14.
- [3] Zhao FH, Tiggelaar SM, Hu SY, et al. A multi-center survey of HPV knowledge and attitudes toward HPV vaccination among women, government officials, and medical personnel in China[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2012, 13(5): 2369-2378.
- [4] 王颖, 许洪梅. 北京市丰台区 512 例社区居民对宫颈癌认知度调查研究 [J]. 中国医药科学, 2018, 8(12): 193-198.
- [5] Zhang J, Sha Z, Gu Y, et al. Predicting Behavioral Intentions Related to Cervical Cancer Screening Using a Three-Level Model for the TPB and SCT in Nanjing, China[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(19): 3575.
- [6] Wollancho W, Amdissa D, Bambaro S, et al. Determining behavioral intention and its predictors towards cervical cancer screening among women in Gomma district, Jimma, Ethiopia: Application of the theory of planned behavior[J]. PLoS One, 2020, 15(11): e238472.
- [7] 孙静. 301 例妇女宫颈癌筛查的 KPA 现状及相关因素分析 [D]. 大连, 大连医科大学, 2010.
- [8] Geremew AB, Gelagay AA, Azale T. Comprehensive knowledge on cervical cancer, attitude towards its screening and associated factors among women aged 30-49 years in Finote Selam town, northwest Ethiopia[J]. Reprod Health, 2018, 15(1): 29.
- [9] Aweke YH, Ayanto SY, Ersado TL. Knowledge, attitude and practice for cervical cancer prevention and control among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: Community-based cross-sectional study[J]. PLoS One, 2017, 12(7): e181415.
- [10] 李小艳, 李秋云. 妇科门诊女性对宫颈癌认知及其影响因素研究 [J]. 华南预防医学, 2020, 46(2): 198-201.
- [11] 古扎努尔·阿不都西库尔, 张媛媛, 古扎丽努尔·阿不力孜, 等. 新疆农村维吾尔族妇女宫颈癌认知程度调查及认知相关高危因素的多因素分析研究 [J]. 新疆医科大学学报, 2015, 38(4): 405-412.
- [12] Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, et al. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys cancer epidemiology [J]. Biomarkers Pre, 2006, 15:326-333.
- [13] Gu C, Chan C W, He G P, et al. Chinese women's motivation to receive future screening: the role of social-demographic factors, knowledge and risk perception of cervical cancer[J]. Eur J Oncol Nurs. 2013, 17(2): 154-161.
- [14] Bankhead C R, Brett J, Bukach C, et al. The impact of screening on future health-promoting behaviours and health beliefs: a systematic review[J]. Health Technol Assess, 2003, 7(42): 1-92.

[2021-10-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

### 欢迎订阅 欢迎投稿

《护理实践与研究》杂志是中国医师协会系列期刊,是由河北省卫生健康委员会主管、河北省儿童医院主办的护理类综合性学术期刊。刊号:CN 13-1352/R; ISSN 1672-9676。国内外公开发行。系中国科技核心期刊遴选期刊、中国科学引文数据库来源期刊,同时被万方数据库、中国知网、中国学术期刊网络出版总库、中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库收录。以从事临床护理实践、护理科学研究、护理管理及护理教学等护理专业群体为读者对象;以报道护理学科领域的研究成果、护理实践经验以及新理论、新方法和新技术为主要内容。包括:论著,专科护理,基础护理,门诊护理,手术室护理,社区与全科护理,中医护理,心理护理,健康心理与精神卫生,护理管理,护理教育,护理人文,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](mailto:hlsjyjshb@126.com)。

《护理实践与研究》杂志社

# 广西二级及以上医院新生儿科对早产儿实施感官干预的现况调查

滕小芸 梁洁 谭继磊 李艳青 何婷 梁华 孙俭凤 韦琴

**【摘要】** 目的 调查广西壮族自治区（以下简称“广西”）二级及以上医院新生儿科对早产儿实施感官干预的现况，为早产儿实施感官干预提供参考。方法 2021年3—6月，采用自行设计问卷对广西100所二级及以上医院新生儿科实施感官干预的现况进行调查。结果 触觉、听觉、视觉、嗅觉、味觉、前庭及多感官干预中最常见的干预类型分别是口腔/腹部按摩（71.00%）、音乐（68.00%）、昏暗的灯光（47.00%）、母乳气味（26.00%）、母乳（60.00%）、睡在水床上（11.00%）、触觉+听觉（40.00%）；新生儿科最常见的是触觉干预方案（46.00%），其次是听觉干预方案（37.00%），嗅觉干预方案（12.00%）最少；感官干预人员主要是护士。结论 广西二级及以上医院新生儿科对早产儿实施的感官干预类型丰富，但相应的感官干预方案支持有限，建议制订和完善感官干预方案并加强实施，以改善早产儿发育结局。

**【关键词】** 新生儿科；早产儿；感官干预；现况调查；二级医院；三级医院

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.005

**Investigation on the current situation of sensory intervention for premature infants in neonatology departments of second-level and above hospitals in Guangxi** TENG Xiaoyun, LIANG Jie, TAN Jilei, LI Yanqing, HE Ting, LIANG Hua, SUN Jianfeng, WEI Qin (The First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning, 530021, China)

**【Abstract】** **Objective** To investigate the current situation of sensory intervention for premature infants in neonatology departments of second-level and above hospitals in Guangxi Zhuang Autonomous Region (hereinafter referred to as "Guangxi"), and to provide reference for sensory intervention for premature infants was as the study subject. **Methods** A self-designed questionnaire was used to investigate the current status of sensory intervention in neonatal departments in 100 second-level and above hospitals in Guangxi from March to June 2021. **Results** The most common types of interventions in touch, hearing, sight, smell, taste, vestibular and multisensory interventions were oral/abdominal massage(71.00%), music(68.00%), dim lighting(47.00%), breast milk smell(26.00%), breast milk(60.00%), sleeping on a water bed(11.00%), touch + hearing(40.00%); in neonatology, tactile intervention programs(46.00%) were the most common, followed by auditory intervention programs(37.00%), and olfactory intervention programs(12.00%) were the least; sensory interventions were mainly nurses. **Conclusions** There were many types of sensory interventions for premature infants in the neonatal department of Guangxi second-level and above hospitals, but the corresponding sensory intervention programs are limited. It was recommended to formulate and improve sensory intervention programs and strengthen their implementation to improve the developmental outcomes of premature infants.

**【Key words】** Neonatology department; Premature infants; Sensory intervention; Current situation investigation; Second-level hospital; Third-level hospital

随着新生儿医学的发展，早产儿生存率得到显著提高，但早产儿发育迟缓、行为和社会问题以及

基金项目：广西自然科学基金面上项目（编号：2016GXNSFAA380265）；广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研课题（编号：Z20170628）  
作者单位：530021 广西南宁市，广西医科大学第一附属医院  
通信作者：韦琴，女，主任护师，护理部副主任

感觉障碍的发生率很高<sup>[1-2]</sup>。感官干预主要包括触觉、听觉、视觉、味觉、嗅觉和前庭干预，是新生儿发育支持护理的重要组成部分<sup>[3]</sup>。多感官干预是指同时实施两种或两种以上的感官干预。早产儿出生时已具备触、听、视、味、嗅觉等感觉功能，能从外界接收各种感觉刺激，良性的感觉刺激能促进

早产儿生长发育<sup>[4-5]</sup>。《早产儿保健工作规范》<sup>[6]</sup>中指出,应在早产儿住院期间采用适当的发育支持护理,如触觉、视觉、听觉刺激等保健服务,以改善早产儿的生存质量。本研究旨在了解广西二级及以上医院新生儿科对早产儿实施感官干预的现状,以期为早产儿实施良性感官干预提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取广西 14 个地级市二级及以上医院新生儿科作为研究对象。纳入条件:二级及以上医院的新生儿科且收治早产儿≥1 年<sup>[7]</sup>。排除条件:新生儿科为母婴同室者或拒绝参加本次调查。根据以上研究条件,本研究最终获得 100 所二级及以上医院新生儿科的有效资料。

1.2 调查内容

采用自行设计的问卷,内容包括基本情况和感官干预实施现状两部分,基本情况包括医院的级别和类型、新生儿科的成立年限和床位数等,实施感

官干预现状包括感官干预类型、干预方案等。该问卷由 6 名新生儿科专家(3 名医师专家,3 名护理专家,均在三级甲等医院新生儿科工作 15 年以上,具有高级职称)进行了测评,内容效度为 0.82。

1.3 调查方法

研究人员将问卷发放到广西 14 个地级市二级及以上医院新生儿科,由科室护士长填写,并对有疑问的问卷进行核对和解释,保证问卷填写的准确性,同时 1 周内收回问卷。调查时间为 2021 年 3—6 月,发放问卷 110 份,回收有效问卷 100 份,有效率 90.91%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行分析,计数资料采用频数、率或构成比描述。

2 结果

2.1 广西 100 所二级及以上医院新生儿科基本情况

本研究调查了广西 100 所二级及以上医院的新生儿科,见表 1。

表 1 广西各医院新生儿科基本情况 (n=100)

| 项目      | 类别    | 数量(所) | 构成比 (%) | 项目           | 类别    | 数量(所) | 构成比 (%) |
|---------|-------|-------|---------|--------------|-------|-------|---------|
| 医院级别    | 三级甲等  | 40    | 40.00   | 探视模式(多选)     | 不允许探视 | 26    | 26.00   |
|         | 三级乙等  | 10    | 10.00   |              | 走廊探视  | 27    | 27.00   |
|         | 二级甲等  | 50    | 50.00   |              | 床旁探视  | 19    | 19.00   |
| 医院类型    | 综合医院  | 70    | 70.00   |              | 视频探视  | 41    | 41.00   |
|         | 妇幼保健院 | 28    | 28.00   |              | 其他    | 16    | 16.00   |
|         | 中医医院  | 2     | 2.00    | 感官干预知识培训时间   | 定期    | 12    | 12.00   |
| 成立年限(年) | 1~    | 39    | 39.00   |              | 不定期   | 62    | 62.00   |
|         | 11~   | 47    | 47.00   |              | 从未    | 26    | 26.00   |
|         | 21~   | 14    | 14.00   | 感官干预知识主要培训途径 | 院内授课  | 35    | 35.00   |
|         |       |       |         |              | 院外授课  | 12    | 12.00   |
| 床位数(张)  | 20    | 48    | 48.00   |              | 其他    | 27    | 27.00   |
|         | 21~   | 40    | 40.00   |              | 无     | 26    | 26.00   |
|         | 51    | 12    | 12.00   |              |       |       |         |

2.2 广西新生儿科对早产儿实施感官干预类型情况

结果显示,最常见的感官干预类型是触觉干预中的口腔/腹部按摩(71.00%)、听觉干预中的音乐(68.00%)、味觉干预中的母乳(60.00%)、嗅觉干预中的母乳气味(26.00%)、视觉干预中的昏暗的灯光(47.00%)、前庭干预中的睡在水床上(11.00%)和多感官干预中触觉+听觉(40.00%),见表 2。

2.3 广西新生儿科具有感官干预方案情况

结果显示,在广西 100 所二级及以上医院的新生儿科中最常见的实施方案是触觉干预方案(46.00%),其次是听觉干预方案(37.00%),第三是嗅觉干预方案(12.00%),见表 3。

2.4 广西新生儿科实施感官干预的人员

感官干预人员有医师、护士、康复治疗师等,但以护士为主,高达 76.00%,其次是医师,见表 4。

表2 广西各医院新生儿科对早产儿实施感官干预类型情况(多选)(n=100)

| 项目   | 类型      | 数量(所) | 百分率(%) | 项目    | 类型        | 数量(所) | 百分率(%) |
|------|---------|-------|--------|-------|-----------|-------|--------|
| 触觉干预 | 口腔/腹部按摩 | 71    | 71.00  | 嗅觉干预  | 早产奶气味     | 2     | 2.00   |
|      | 抚触/触摸   | 48    | 48.00  |       | 母乳气味      | 26    | 26.00  |
|      | 握持      | 35    | 35.00  |       | 芳香剂       | 1     | 1.00   |
|      | 袋鼠护理    | 10    | 10.00  |       | 母亲体味      | 10    | 10.00  |
|      | 无       | 12    | 12.00  |       | 其他        | 1     | 1.00   |
| 听觉干预 | 音乐      | 68    | 68.00  | 味觉干预  | 无         | 74    | 74.00  |
|      | 母亲声音    | 35    | 35.00  |       | 早产奶       | 10    | 10.00  |
|      | 白噪声     | 5     | 5.00   |       | 母乳        | 60    | 60.00  |
|      | 心跳声     | 2     | 2.00   |       | 蔗糖        | 0     | 0.00   |
|      | 其他      | 3     | 3.00   |       | 葡萄糖       | 5     | 5.00   |
| 视觉干预 | 无       | 29    | 29.00  |       | 其他        | 1     | 1.00   |
|      | 昏暗的灯光   | 47    | 47.00  | 多感官干预 | 无         | 31    | 31.00  |
|      | 循环照明    | 8     | 8.00   |       | 触觉+听觉     | 40    | 40.00  |
|      | 黑白卡     | 1     | 1.00   |       | 听觉+味觉     | 10    | 10.00  |
|      | 红球      | 2     | 2.00   |       | 味觉+嗅觉     | 3     | 3.00   |
| 前庭干预 | 其他      | 3     | 3.00   |       | 触觉+听觉+前庭觉 | 1     | 1.00   |
|      | 无       | 51    | 51.00  |       | 其他        | 2     | 2.00   |
|      | 睡在水床上   | 11    | 11.00  |       | 无         | 54    | 54.00  |
|      | 缓慢水平摇摆  | 7     | 7.00   |       |           |       |        |
|      | 其他      | 2     | 2.00   |       |           |       |        |
|      | 无       | 83    | 83.00  |       |           |       |        |

表3 广西各医院新生儿科有无感官干预方案情况(n=100,所)

| 项目 | 触觉干预      | 听觉干预      | 视觉干预      | 嗅觉干预      | 味觉干预      | 前庭干预      | 多感官干预     |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 有  | 46(46.00) | 37(37.00) | 25(25.00) | 12(12.00) | 32(32.00) | 14(14.00) | 15(15.00) |
| 无  | 54(54.00) | 63(63.00) | 75(75.00) | 88(88.00) | 68(68.00) | 86(86.00) | 85(85.00) |

表中( )内数据为百分率(%)。

表4 广西二级以上医院新生儿科实施感官干预人员情况(多选)[n=100,所]

| 项目    | 触觉干预      | 听觉干预      | 视觉干预      | 嗅觉干预      | 味觉干预      | 前庭干预      | 多感官干预     |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 医师    | 11(11.00) | 20(20.00) | 5(5.00)   | 6(6.00)   | 7(7.00)   | 3(3.00)   | 4(4.00)   |
| 护士    | 76(76.00) | 65(65.00) | 30(30.00) | 18(18.00) | 69(69.00) | 12(12.00) | 38(38.00) |
| 康复治疗师 | 7(7.00)   | 1(1.00)   | 1(1.00)   | 0(0.00)   | 0(0.00)   | 3(3.00)   | 3(3.00)   |
| 早产儿父母 | 10(10.00) | 3(3.00)   | 1(1.00)   | 10(10.00) | 3(3.00)   | 1(1.00)   | 3(3.00)   |
| 其他    | 0(0.00)   | 2(2.00)   | 2(2.00)   | 2(2.00)   | 0(0.00)   | 0(0.00)   | 1(1.00)   |
| 无     | 12(12.00) | 29(29.00) | 65(65.00) | 74(74.00) | 31(31.00) | 83(83.00) | 54(54.00) |

表中( )内数据为百分率(%)。

3 讨论

3.1 新生儿科对早产儿实施感官干预类型丰富,但需加强实施力度

本研究显示,新生儿科对早产儿实施感官干预类型丰富,最常见的是口腔/腹部按摩(触觉干预)、音乐(听觉干预)、母乳(味觉干预),但对其他感官干预类型的开展较少,与Pineda等<sup>[8]</sup>研究结果相似。口腔/腹部按摩已广泛应用于早产儿,能

促进喂养及减少喂养不耐受的发生<sup>[9-10]</sup>。音乐干预能改善早产儿生理状态及神经发育,且操作简单、内容丰富<sup>[11-12]</sup>。母乳涂抹/滴注口腔干预,有利于提高早产儿免疫功能及发展亲子关系<sup>[13-14]</sup>。本次调查中其他感官干预类型开展较少,可能与新生儿科模拟子宫环境,为早产儿提供一个幽暗的环境,而尽量减少光线、动觉等刺激有关。研究表明<sup>[15]</sup>,长期剥夺早产儿的感官刺激,不利于其生长发育,而采用适当的多感官干预更有利于其发育<sup>[16-17]</sup>。因此,

建议新生儿科适当开展多感官干预,使早产儿受益。此外,国内关于嗅觉、前庭干预在早产儿住院期间的应用研究较少,可进一步进行研究<sup>[8,18]</sup>。

### 3.2 制订和完善适合早产儿发育的感官干预方案

本研究显示,新生儿科最常见的是触觉干预方案,其他感官干预方案相对较少。触觉是最早发育(约孕7周)的感觉系统,早产儿全身皮肤均存在触觉反应<sup>[7]</sup>。触觉干预包括口腔/腹部按摩、抚触/触摸、握持等,操作简单、已广泛应用于临床<sup>[8]</sup>,且口腔按摩已有干预方案<sup>[19]</sup>。其他感官干预处于探索阶段,还未形成统一的感官干预方案。因此,建议各医院开展早产儿感官干预相关研究,三级医院人员和设施相对完善,应带动二级医院一同制订符合早产儿发育规律的感官干预方案,可采用“线上+线下”的模式加强培训,根据早产儿发育规律及实际情况,在早产儿住院期间实施良性感官干预,使感官干预同质化、专业化、规范化。

### 3.3 建立多学科感官干预团队,完善感官干预人员的工作内容

本研究显示,新生儿科实施感官干预人员主要是护士,其次是医师。国外感官干预人员主要是职业治疗师和早产儿父母<sup>[16,20]</sup>,与本研究结果不一致。这可能是与医护的临床工作内容不同有关:医师一般负责开医嘱,护士负责执行干预。但护士存在人力不足<sup>[21]</sup>、感官干预专业知识有限等缺点,导致提供的感官干预不够及时、专业。康复治疗师具备专业知识,但一般只针对发育有问题的早产儿。早产儿父母可以提供触觉、听觉、嗅觉等感官干预<sup>[22-23]</sup>,但需要专业人员指导。鉴于此,建议各医院应根据实际情况建立感官干预团队,可由经过系统培训的医师、护士和康复治疗师组成,并明确各自职责。如医师和护士作为早产儿住院期间的主要感官干预人员,在早产儿身体状态平稳时,指导其父母参与照护<sup>[24-25]</sup>,针对有严重发育问题的早产儿,则由康复治疗师进行干预,并做好随访工作。

## 4 小结

广西二级及以上医院新生儿科对早产儿实施感官干预类型丰富,但需加强实施力度,感官干预人员主要以护士为主,相应的感官干预方案支持有限。这提示医护工作者应建立感官干预团队,并制订和完善感官干预方案,加强实施,以改善早产儿发育结局。本研究为单一的横断面调查研究,具有样本量较小、代表性有限等不足,未来可补充其他因素进行一项全国范围内的调查研究。

## 5 参考文献

- [1] van Beek PE, van der Horst IE, Wetzer J, et al. Developmental Trajectories in Very Preterm Born Children Up to 8 Years: A Longitudinal Cohort Study [J]. *Front Pediatr*, 2021, 9: 672214.
- [2] 刘明霞,戴霄天,花静.中国三城市 25 254 例不同出生胎龄儿童神经行为发育水平研究[J].*中国当代儿科学杂志*,2020,22(9):931-935.
- [3] 张玉侠.实用新生儿护理学[M].北京:人民卫生出版社,2020:225-227.
- [4] Orioli G, Bremner AJ, Farroni T. Multisensory perception of looming and receding objects in human newborns [J]. *Curr Biol*, 2018, 28(22): R1294-R1295.
- [5] Dall'Orso S, Fifer WP, Balsam PD, et al. Cortical Processing of Multimodal Sensory Learning in Human Neonates [J]. *Cereb Cortex*, 2021, 31(3): 1827-1836.
- [6] 国家卫生和计划生育委员会办公厅.早产儿保健工作规范[J].*中华围产医学杂志*,2017,20(6):401-406.
- [7] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕.实用新生儿学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2019:57.
- [8] Pineda R, Roussin J, Heiny E, et al. Health Care Professionals' Perceptions about Sensory-Based Interventions in the NICU [J]. *Am J Perinatol*, 2019, 36(12):1229-1236.
- [9] 何洋,李文星,唐军,等.早产儿喂养不耐受临床诊疗指南(2020)[J].*中国当代儿科学杂志*,2020,22(10):1047-1055.
- [10] 颜惠萍,施燕禧,张美莉,等.不同口腔干预运动在早产儿经口喂养中的临床研究[J].*护理实践与研究*,2020,17(5):112-115.
- [11] Sa de Almeida J, Lordier L, Zollinger B, et al. Music enhances structural maturation of emotional processing neural pathways in very preterm infants[J]. *Neuroimage*, 2020, 207: 116391.
- [12] 李倩,涂素华,李雨昕,等.早期听觉刺激干预对NICU早产儿影响的研究现状[J].*中国护理管理*,2020,20(1):136-139.
- [13] Chen XC, Tong YF, Han ZM, et al. The Effects of Early Oropharyngeal Administration of Microdosed Colostrum on Feeding Status in Ventilated Extremely Low-Birth-Weight Infants[J]. *Breastfeed Med*, 2021, 16(8):648-653.
- [14] Wetzel CM, Davis L, Grohler N, et al. A Quality Improvement Project to Improve the Use of Mother's Own Milk (MOM) With Precision Oropharyngeal Therapy [J]. *Adv Neonatal Care*, 2020, 20(2): E19-E30.
- [15] Kuhn P, Sizun J, Casper C, et al. Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design [J]. *Acta Paediatr*, 2018, 107(11):1860-1866.
- [16] Neel ML, Yoder P, Matusz PJ, et al. Randomized controlled

# 乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素分析

蒋清 青晓 王小清 赵文霞

**【摘要】** 目的 分析乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素。方法 以2018年1月—2020年1月在医院乳腺外科工作的62名医护人员为研究对象,调查医护人员一般资料,采用主观幸福感量表(GWB)对医护人员进行评估,采用Pearson分析法和多元线性回归分析乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素。结果 乳腺外科医护人员婚姻态度量表(MAS)和GWB总分分别为 $53.57 \pm 4.37$ 分和 $72.12 \pm 7.14$ 分。单因素分析显示,年龄、性别、职称和婚姻状况是乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素( $P < 0.05$ )。主观幸福感与一般婚姻观念、自我婚姻评价及MAS总分呈正相关( $r = 0.245$ 、 $0.183$ 、 $0.263$ ,  $P$ 均 $< 0.05$ )。多元线性回归分析显示,年龄、性别、职称、婚姻状况和婚姻态度为乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素( $P < 0.05$ )。结论 乳腺外科医护人员的主观幸福感受年龄、性别、职称、婚姻状况、婚姻态度的因素影响,医院应根据相关影响因素,提高医护人员的主观幸福感,从而促进医院医疗质量的提升。

**【关键词】** 乳腺外科; 医护人员; 婚姻态度; 主观幸福感; 影响因素; 相关性研究

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.006

**Analysis of influencing factors on subjective well-being of medical staff in breast surgery** JIANG Qing, QING Xiao, WANG Xiaoqing, ZHAO Wenxia (Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong, 637000, China)

**【Abstract】** **Objective** To analyze the influencing factors on subjective well-being of medical staff in breast surgery. **Methods** To take 62 medical staff working in breast surgery in the hospital from January 2018 to January 2020 as the study object, the general information of medical staff was investigated, subjective well-

基金项目: 川北医学院附属医院科研发展计划项目(编号: 2021SK004)  
作者单位: 637000 四川省南充市, 川北医学院附属医院甲状腺乳腺外科

trial protocol to improve multisensory neural processing, language and motor outcomes in preterm infants [J]. BMC Pediatr, 2019, 19(1): 81.

[17] 向超, 陈爱锋, 吴慧. 早期干预对晚期早产儿生长发育的影响 [J]. 护理实践与研究, 2018, 15(21): 86-88.

[18] 文燕, 韦琴. 嗅觉刺激在早产儿护理中的研究进展 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(24): 3025-3028.

[19] Aguilar-Rodríguez M, León-Castro JC, Álvarez-Cerezo M, et al. The Effectiveness of an Oral Sensorimotor Stimulation Protocol for the Early Achievement of Exclusive Oral Feeding in Premature Infants. A Randomized, Controlled Trial [J]. Phys Occup Ther Pediatr, 2020, 40(4): 371-383.

[20] Pineda R, Roussin J, Kwon J, et al. Applying the RE-AIM framework to evaluate the implementation of the Supporting and Enhancing NICU Sensory Experiences (SENSE) program [J]. BMC Pediatr, 2021, 21(1): 137.

[21] 胡琴燕, 韦琴, 黄晓波, 等. 广西新生儿科护理人力

资源现状和培训需求的调查研究 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(10): 1534-1539.

[22] Meder U, Tarjanyi E, Kovacs K, et al. Cerebral oxygenation in preterm infants during maternal singing combined with skin-to-skin care [J]. Pediatr Res, 2020, 90: 809-814.

[23] Pineda R, Wallendorf M, Smith J. A pilot study demonstrating the impact of the supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE) program on the mother and infant [J]. Early Hum Dev, 2020, 144: 105000.

[24] 李平涛, 林倩清, 吴丽玲. NICU 家庭参与式护理模式下的护理时长对早产儿护理效果的影响 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(18): 122-124.

[25] Furtak SL, Gay CL, Kriz RM, et al. What parents want to know about caring for their preterm infant: A longitudinal descriptive study [J]. Patient Educ Couns, 2021, 104(11): 2732-2739.

[2021-09-28 收稿]

(责任编辑 陈景景)

being scale(GWB) was used to evaluate medical staff, and Pearson analysis and multiple linear regression were used to analyze the influencing factors of subjective well-being of breast surgeons. **Results** The marital attitude scale(MAS) and GWB total scores of breast surgeons were  $53.57 \pm 4.37$  points and  $72.12 \pm 7.14$  points, respectively. Univariate analysis showed that the age, gender, professional title and marital status were the influencing factors of subjective well-being of breast surgery medical staff( $P < 0.05$ ). Subjective well-being was positively correlated with general concept of marriage, self-assessment of marriage and MAS total score( $r = 0.245, 0.183, 0.263$ , all  $P < 0.05$ ). Multiple linear regression analysis showed that the age, gender, professional title, marital status and marital attitude were the influencing factors of subjective well-being of breast surgery medical staff( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The subjective well-being of medical staff in breast surgery was affected by factors such as age, gender, professional title, marital status, and marital attitude. Hospitals should improve the subjective well-being of medical staff according to the relevant influencing factors, so as to promote the improvement of hospital medical quality.

**【Key words】** Breast surgery; Medical staff; Marital attitude; Subjective well-being; Influencing factors; Correlation study

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,我国每年乳腺癌的发病人数约有21万人次,其中病死人数为5.5万人次左右,发病率和病死率呈现出日益增长且趋向于年轻化的发展态势<sup>[1-2]</sup>。因此,乳腺外科也成为了医院最关键的科室之一,不仅与乳腺癌的诊疗相关,还包括乳腺感染、乳腺囊性增生病等多种疾病的外科治疗<sup>[3]</sup>。医护人员是患者入院治疗期间关系最为密切的人员,患者及家属的工作状态、生活态度及为人处事等方面均会对医护人员产生重要影响,然而,医护人员在复杂紧张、冲突频发、高压负荷的工作环境中,面临的心理压力越来越大,其心理健康也成为社会广泛关注的焦点<sup>[4]</sup>。主观幸福感是个体根据自身标准,对生活质量的总体评价,反映出个体生活质量的心理指标<sup>[5]</sup>。医护人员主观幸福感的高低直接影响其工作状态和满意度,与医护人员的健康和生命安全也有间接关系,因此,医护人员的主观幸福感至关重要。研究发现医护人员的主观幸福感与多种因素密切相关,如性别、年龄、工作情况、婚姻状况等<sup>[6]</sup>。乳腺外科医护人员见过不同类型的患者及其家庭,有的家庭受疾病影响而破裂,使医护人员一贯坚持的婚姻态度遭受严峻挑战,其主观幸福感可能随之会发生变化。本研究即研究了乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素,旨在为乳腺外科医护人员的心理健康提供重要指导。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

纳入2018年1月—2020年1月在医院乳腺外科工作的62名医护人员为调查对象,纳入条件:

均为正式编制人员;从事乳腺外科专业工龄为1年以上;医护人员均详细了解本次研究方案、内容,自愿签署知情同意书。排除条件:轮转、实习、进修的医护人员;未取得执业医师、执业护士资格证书的医护人员;不配合本次研究的医护人员;同时参加其他研究的医护人员。本研究已获得医院伦理委员会批准。

### 1.2 调查工具

1.2.1 一般信息收集表 采用医院自制信息收集表采集医护人员的一般资料,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、工龄、职称、经济收入等。

1.2.2 婚姻态度量表(MAS) 该量表由Brattan等<sup>[7]</sup>编制,庾泳等<sup>[8]</sup>修订,包括一般婚姻观念和自我婚姻评价2个维度,共20个条目,采用1~4级评分制,分数越高表明医护人员的婚姻态度越积极,量表内部一致性系数为0.79,重测信度为0.89,具有较好的信度和效度。

1.2.3 主观幸福感量表(GWB) 该量表由Fazio等<sup>[9]</sup>编制,我国学者段建华等<sup>[10]</sup>修订,包括对健康的担心、对生活的满足和兴趣、忧郁或愉快的心境、对情感或行为的控制、松弛与紧张、精力6个维度,共33项,量表总分经折算为100分,分数越高表示受试者的幸福感越高。量表各项得分和总分的相关性系数为0.45~0.77;内部一致性系数男性为0.91,女性为0.96,具有较好的信度和效度。

### 1.3 质量控制

调查人员在研究开展前经过专业培训,向所有研究对象讲解本次研究目的、实施方案和意义,均自愿签署知情同意书。调查问卷填写时间为30 min,问卷当场发放和回收,调查人员可讲解含义不明的

题目,但不可诱导研究对象填写答案。数据录入时双人核对。本次研究共发放 62 份问卷,回收有效问卷 62 份,回收率 100.00%。

#### 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  $\pm$  标准差”描述,单因素分析中均数比较采用  $t$  检验或方差分析;相关性分析采用 Pearson 分析法;采用多元线性回归分析不同因素对主观幸福感的影响。 $P<0.05$  表示具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 乳腺外科医护人员一般资料

医护人员中医生 22 名,护士 40 名;男 13 名,女 49 名;年龄 21~59 岁,平均年龄  $39.47 \pm 4.39$  岁;工龄 1~23 年,平均工龄  $8.38 \pm 1.24$  年;平均经济收入  $5035.34 \pm 125.38$  元。

### 2.2 乳腺外科医护人员 MAS 和 GWB 评分情况

乳腺外科医护人员 MAS 和 GWB 量表总分为  $53.57 \pm 4.37$  分和  $72.12 \pm 7.14$  分,各维度评分见表 1。

### 2.3 乳腺外科医护人员主观幸福感的单因素分析

单因素分析显示,年龄、性别、职称和婚姻状况是乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素( $P<0.05$ ),见表 2。

表 1 乳腺外科医护人员 MAS 和 GWB 评分情况(分)

| 量表  | 维度        | 单项均分            | 总分                |
|-----|-----------|-----------------|-------------------|
| MAS | 一般婚姻观念    | $2.17 \pm 0.43$ | $35.39 \pm 3.45$  |
|     | 自我婚姻评价    | $2.93 \pm 0.78$ | $18.75 \pm 2.78$  |
|     | 总分        | $2.33 \pm 0.49$ | $53.57 \pm 4.37$  |
| GWB | 对健康的担心    | $2.23 \pm 0.45$ | $7.58 \pm 1.54$   |
|     | 对生活的满足和兴趣 | $2.56 \pm 0.75$ | $6.46 \pm 1.35$   |
|     | 忧郁或愉快的心境  | $4.61 \pm 1.78$ | $15.43 \pm 2.88$  |
|     | 对情感或行为的控制 | $2.65 \pm 1.57$ | $10.97 \pm 2.11$  |
|     | 松弛与紧张     | $4.08 \pm 1.56$ | $16.46 \pm 2.64$  |
|     | 精力        | $4.97 \pm 1.43$ | $17.75 \pm 34.39$ |
|     | 总分        | $4.54 \pm 1.53$ | $72.12 \pm 7.14$  |

表 2 乳腺外科医护人员主观幸福感的单因素分析

| 分析因素    | 类别    | 人数 | GWB 评分           | $t$ 值  | $P$ 值 |
|---------|-------|----|------------------|--------|-------|
| 性别      | 男     | 13 | $70.35 \pm 6.21$ | 2.023  | 0.048 |
|         | 女     | 49 | $74.38 \pm 6.43$ |        |       |
| 年龄(岁)   | <30   | 23 | $71.54 \pm 6.92$ | 4.459* | 0.007 |
|         | 30~   | 16 | $67.38 \pm 6.31$ |        |       |
|         | 40~   | 12 | $66.23 \pm 6.28$ |        |       |
|         | 50~   | 11 | $63.39 \pm 6.07$ |        |       |
|         | 50~   | 11 | $63.39 \pm 6.07$ |        |       |
| 文化程度    | 大专及以下 | 22 | $72.34 \pm 7.23$ | 0.376* | 0.771 |
|         | 本科    | 19 | $70.64 \pm 7.23$ |        |       |
|         | 硕士    | 17 | $70.28 \pm 7.92$ |        |       |
|         | 博士及以上 | 4  | $69.32 \pm 6.83$ |        |       |
| 婚姻状况    | 已婚    | 29 | $74.38 \pm 7.38$ | 6.819* | 0.001 |
|         | 未婚    | 24 | $70.23 \pm 7.42$ |        |       |
|         | 丧偶    | 3  | $55.82 \pm 5.38$ |        |       |
|         | 离异    | 6  | $68.43 \pm 6.12$ |        |       |
| 工龄(年)   | 1~    | 18 | $72.38 \pm 7.39$ | 1.236* | 0.305 |
|         | 5~    | 19 | $70.46 \pm 7.31$ |        |       |
|         | 10~   | 14 | $68.34 \pm 6.31$ |        |       |
|         | 15~   | 11 | $68.23 \pm 6.11$ |        |       |
| 职称      | 无职称   | 25 | $72.39 \pm 7.39$ | 5.298* | 0.003 |
|         | 初级    | 22 | $68.72 \pm 5.95$ |        |       |
|         | 中级    | 11 | $65.16 \pm 6.03$ |        |       |
|         | 高级    | 4  | $61.34 \pm 5.27$ |        |       |
| 经济收入(元) | <4000 | 23 | $70.39 \pm 7.49$ | 0.280* | 0.757 |
|         | 4000~ | 27 | $71.29 \pm 7.56$ |        |       |
|         | 6000~ | 12 | $72.39 \pm 7.87$ |        |       |

\* $F$  值。

2.4 乳腺外科医护人员的主观幸福感与婚姻态度的相关性分析

Pearson 分析显示,主观幸福感与一般婚姻观念、自我婚姻评价及 MAS 总分呈正相关( $r=0.245$ 、 $0.183$ 、 $0.263$ ,  $P$  均  $<0.05$ )。

2.5 乳腺外科医护人员主观幸福感的多元线性回归分析

以主观幸福感总分作为因变量,年龄、性别、职称、婚姻状况、婚姻态度作为自变量进行多元线性回归分析,变量赋值情况见表 3,多元线性回归分析显示,年龄、性别、职称、婚姻状况和婚姻态度为乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素( $P<0.05$ ),见表 4。

表 3 变量赋值情况

| 因变量   | 自变量        | 赋值说明                            |
|-------|------------|---------------------------------|
| 主观幸福感 | 性别(X1)     | 男=1,女=2                         |
|       | 婚姻状况(X2)   | 已婚=1,未婚=2,离异=3,丧偶=4             |
|       | 职称(X3)     | 无职称=1,初级=2,中级=3,高级=4            |
|       | 年龄(X4)     | <30岁=1,30~39岁=2,40~49岁=3,≥50岁=4 |
|       | MAS 总分(X5) | 原值代入                            |

表 4 乳腺外科医护人员主观幸福感的多元线性回归分析

| 分析因素   | $\beta$ | SE    | $t$ 值 | $P$ 值 |
|--------|---------|-------|-------|-------|
| 年龄     | -0.168  | 0.074 | 2.270 | 0.023 |
| 性别     | 0.556   | 0.174 | 3.195 | 0.001 |
| 职称     | -0.134  | 0.065 | 2.602 | 0.039 |
| 婚姻状况   | -0.251  | 0.078 | 2.218 | 0.001 |
| MAS 总分 | 0.672   | 0.179 | 3.754 | 0.000 |

3 讨论

随着我国国民经济的飞速发展,乳腺相关疾病,尤其是乳腺癌的发病率呈现出逐年上升的趋势,为乳腺外科工作的正常开展带来了严峻的考验<sup>[11]</sup>。乳腺外科属于临床外科学的分支,涉及乳腺解剖、乳腺感染、肿瘤病理、肿瘤诊治、外科手术、化疗放疗及内分泌治疗等多方面内容。关注乳腺外科医护人员的生理和心理状态是否健康,对于构建一支专业技术过硬的医护队伍至关重要,也是患者能否持续性得到规范化多学科综合管理的基石。近年来,随着积极心理学的普及,主观幸福感也越来越得到关注,医护人员作为服务于大众健康的特殊群体,其主观幸福感值得被重视<sup>[12-13]</sup>。同时,自 2013 年来,我国结婚率屡屡下降,而离婚率不断攀升,提升国民婚姻态度的积极性也成为了政府和社会关注的焦点,医护人员的婚姻状态不仅影响其自身的精神状态,对其主观幸福感也有作用,另外,个体的生长环境、心理状态、工作情况均会影响其主观幸福感<sup>[14-15]</sup>。

3.1 乳腺外科医护人员主观幸福感的特点

本研究结果显示,乳腺外科医护人员 GWB 总分为  $72.12 \pm 7.14$  分,总体处于中等较差水平,其原因可能在于乳腺外科的医护人员所处环境的特殊

性,尤其是在科室经历过各种因疾病引起的家庭破裂局面,对于婚姻的观念和态度变得较为消极,再加之生活和工作双重压力的重负,使医护人员这一特殊群体长期处于作息不规律的亚健康状态,表现出对健康的担忧较大,无暇满足对生活的追求和兴趣,心情多处于紧张、焦虑或忧郁状态,对情感和行为的控制能力不够,最终使其主观幸福感欠佳<sup>[16]</sup>。

3.2 乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素分析

多元线性回归分析显示,年龄、性别、职称、婚姻状况和婚姻态度为乳腺外科医护人员主观幸福感的影响因素,显示女性、年龄越小、婚姻态度越积极正向的医护人员主观幸福感越高,而随着职称的升高,主观幸福感反而下降。分析其原因如下:①年龄。随着医护人员年龄的增长,家庭事务增多,工作和家庭的平衡统一导致该年龄段人群的幸福感受下降。②性别。当今社会对男性的期望值较高,由此带来的生活压力和职业压力降低了男性医务人员的主观幸福感。③职称。医护人员随着年龄增加,职称也随之发生变化,或面临晋升的问题,职业紧张度也随之增高,导致该年龄段人群的主观幸福感受下降,因此,中高级职称、40~50 岁阶段人群面临着严峻的生活压力和经济负担,主观幸福感受呈现出骤降的趋势。④婚姻状况。研究发现<sup>[17]</sup>,婚姻状况

是影响医护人员幸福感的重要因素,对未婚和已婚个体而言,其婚姻状况影响着其对未来的生活目标以及职业规划,并在实践过程中,通过婚姻强化并调整自身的心理预期,因维系着相对稳定的亲密关系,主观幸福感也较强;而离婚或丧偶的医护人员由于负面的婚姻体验或解体经历,对自我的评价和未来的期待水平更低,主观幸福感较差。针对不同类别的医护人员,医院应采取个体化心理疏导,帮助医护人员充分调节自我心理预期,排解忧虑,改善幸福体验度。⑤婚姻态度。另有研究报道<sup>[18]</sup>,家庭和婚姻是个体主观幸福感的重要源泉,也是评价主观幸福感的关键因素,个体的婚姻态度对其主观幸福感关系密切,婚姻态度越积极正向,个体情绪体验感越高,主观幸福感越强,与本研究结果一致。对于一般婚姻观念及自我婚姻观念较积极的医护人员,能以更加理智的状态去分析婚姻生活中存在的各种问题,以解决问题的态度正确面对双方之间的矛盾,建立与对象之间长久而稳定的婚姻关系;同时,乐观的婚姻态度更有利于关爱对方,营造浪漫,理智考虑家庭、爱情和婚姻之间的关系,通过婚姻体验调整自身的婚姻模式和期望,这也是医护人员获得主观幸福感的重要体现<sup>[19]</sup>。鉴于此,乳腺外科医护人员普遍存在来自家庭和生活的压力,医院根据其个人特点对其家庭生活和婚姻态度采取必要的辅导措施和咨询服务,协助解决困惑,改善负向体验,以更积极乐观的态度改善婚姻生活,增加主观幸福感。

综上所述,乳腺外科医护人员的主观幸福感受年龄、性别、职称、婚姻状况、婚姻态度的影响,医院相关管理部门应根据不同类型的医护人员采取相应措施,维护其心理健康,重视婚恋问题,引导医护人员正向面对婚姻和事业的压力,以更加积极向上的态度对待婚姻、生活和事业,提高医护人员的主观幸福感水平,促使其更好的提高工作质量和医院服务质量。但本研究的局限性在于医护人员的样本量相对较小,还无法确定该行业乳腺外科医护人员的主观特点,尚且需要扩大样本量开展进一步研究使本研究方案更具有循证依据。

#### 4 参考文献

- [1] Fares F, Fares B, Larsen S, et al. Breast cancer[J]. Journal of Clinical Oncology, 2019,31(15):112-118.
- [2] Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome[J]. Lancet (London, England), 2019, 2(8146):785-787.
- [3] Patel G, Satherley LK, Patel AJ, et al. Breast Surgery[M]. Elsevier Ltd,2020:56-58.
- [4] 宋盈盈. 临床路径应用于乳腺外科护理实习带教的效果观察[J]. 实用医技杂志, 2020, 27(1): 124-125.
- [5] Jensen RAA, Thomsen DK, O'Connor M, et al. Age differences in life stories and neuroticism mediate age differences in subjective well-being[J]. Applied Cognitive Psychology, 2020, 34(1):3-15.
- [6] 乔姗姗,石美霞,李英琦. 2型糖尿病患者主观幸福感影响因素的路径分析[J]. 中国社会医学杂志, 2020, 37(4):386-389.
- [7] Koochel EE, Markham MS, Crawford DW, et al. Financial Transparency Scale: Its Development and Potential Uses[J]. Journal of Financial Counseling and Planning, 2020, 31(1): 9-18.
- [8] 庾泳,肖水源,王希,等. 婚姻态度量表中文版在未婚大学生及社区居民中的信度和效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(1):60-65.
- [9] Fazio M, Giuffrida N, Pira ML, et al. Bike oriented development: Selecting locations for cycle stations through a spatial approach[J]. Research in Transportation Business and Management, 2020, 10(16):578-582.
- [10] 张娜,胡永松,王伟. 有留守经历高职学生主观幸福感的调查研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2019,27(7): 1088-1091.
- [11] Siyoung C, Jens F, Young HS, et al. Intrafibrillar, bone-mimetic collagen mineralization regulates breast cancer cell adhesion and migration[J]. Biomaterials,2019, 198(2):95-106.
- [12] Patel AR, Vuong B, Kuehner GE, et al. ASO Visual Abstract: Adoption of Opioid-Sparing and Non-opioid Regimens After Breast Surgery in a Large Integrated Health Care Delivery System[J]. Annals of Surgical Oncology, 2020, 27(3):674-675.
- [13] Romel RG, Ángel AD, Guido SS, et al. Contributions of Subjective Well-Being and Good Living to the Contemporary Development of the Notion of Sustainable Human Development[J]. Sustainability,2021,13(6):1-17.
- [14] 袁正,李玲. 婚姻与幸福感:基于 WVS 的中国微观数据[J]. 中国经济问题, 2017, 1(1):24-35.
- [15] 罗圣明,朱伟,卢欢欢,等. 某三甲医院医护人员心理健康对主观幸福感影响的路径分析[J]. 工业卫生与职业病,2016,42(3):172-175.
- [16] 王汝佳,孙培航,张明宇,等. 临床医学专业留学生主观幸福感影响因素研究[J]. 中华医学教育杂志, 2019, 39(12):934-937.
- [17] 潘谷颖. 护士主观幸福感及婚姻质量影响因素的调查研究[J]. 上海护理, 2012,12(1):67-69.
- [18] 龙翼飞,赫欣.《民法典》婚姻家庭编最新司法适用准则探析[J]. 法学杂志, 2021, 42(8):20-22.
- [19] 赵文君,苑杰,李钰祺,等. 唐山市医护人员主观幸福感与职业倦怠、人格特质的关系[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(26):16-18.

[2021-11-06 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 新入职护士工作环境感知与转型冲击间的关系及自我职业生涯管理和组织社会化的中介作用

朱杉杉 张盼盼 毛盼

**【摘要】** 目的 探讨新入职护士工作环境感知对其角色转型冲击的影响,并验证自我职业生涯管理及组织社会化的中介作用。方法 选取2020年5—7月河南省某三级甲等医院的498名新入职护士作为研究对象,采用护士工作环境感知量表、自我职业生涯管理问卷、组织社会化情况调查问卷及新护士转型冲击量表进行调查。采用结构方程模型构建工作环境感知对新入职护士转型冲击的影响框架,并采用Bootstrap抽样5000次的方法进行自我职业生涯管理和组织社会化的中介效应检验。结果 新入职护士转型冲击平均分为 $82.37 \pm 22.37$ 分,工作环境感知与其呈负相关( $r = -0.301, P < 0.01$ ),自我职业生涯管理及组织社会化在二者间起链式中介作用,间接效应为 $-0.194$ ,占总效应的45.75%,经Bootstrap检验置信区间为 $(-0.205, -0.028)$ , $P < 0.001$ 。结论 工作环境感知、自我职业生涯管理及组织社会化水平都是影响新入职护士角色转型的重要因素,且自我职业生涯管理和组织社会化在其中起链式中介作用,护理管理者应针对性给予有效干预,缓解新入职护士转型冲击现状,帮助其更好地融入新的角色。

**【关键词】** 新入职护士; 工作环境感知; 职业生涯管理; 组织社会化; 转型冲击

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.007

**The relationship between new nurses' perception of work environment and transition shock and the mediating role of self-career management and organizational socialization** ZHU Shanshan, ZHANG Panpan, MAO Pan (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the effect of newly recruited nurses' perception of work environment on their role transition impact, and to verify the mediating role of self-career management and organizational socialization. **Methods** A total of 498 newly recruited nurses from a tertiary first-class hospital in Henan province from May to July 2020 were selected as the study objects, and the survey was conducted by using the nurse work environment perception scale, the self-career management questionnaire, the organizational socialization questionnaire and the new nurses transformation impact scale. Structural equation model was used to construct the impact frame of work environment perception on the impact of new nurses' transition, and the method of Bootstrap sampling 5,000 times was used to test the mediating effect of self-career management and organizational socialization. **Results** The average score of the transition effect of newly recruited nurses was  $82.37 \pm 22.37$  points. The perception of work environment was negatively correlated with it( $r = -0.301, P < 0.01$ ). Self-career management and organizational socialization played a chain mediating role between the two. The indirect effect was  $-0.194$ , accounting for 45.75% of the total effect. , the confidence interval of Bootstrap test is  $(-0.205, -0.028)$ ,  $P < 0.001$ . **Conclusion** The work environment perception, self-career management and level of organizational socialization were all important factors affecting the role transition of newly recruited nurses, and self-career management and organizational socialization play a chain-mediated role in it. Nursing managers should provide targeted and effective interventions to alleviate the impact of the transition of newly recruited nurses and help them better integrate into their new roles.

**【Key words】** Newly recruited nurses; Perception of work environment; Career management; Organizational socialization; Transition shock

“健康中国”建设规划背景下,我国卫生行政

作者单位: 450000 河南省郑州市,河南省人民医院(河南省护理医学重点实验室,郑州大学人民医院)  
通信作者: 毛盼

部门多措并举以鼓励更多的人才加入护理行业,提出了稳定护理队伍的重要性,为医疗卫生事业的发展打下坚实基础<sup>[1]</sup>。有研究报道称护士的离职率不断攀升,尤其是新入职护士,约35%~60%的护士在

从事护理工作2年内即离开工作岗位<sup>[2-4]</sup>。转型冲击理论提出新入职护士进入临床后由于角色、责任的转变、操作技术的差距,在生理、情感、思想及发展方面易产生困惑、怀疑、迷茫等感受,称之为新入职护士转型冲击<sup>[5]</sup>。转型冲击对新入职护士生理、心理、人际沟通等各个方面都有着重要影响<sup>[6-7]</sup>。我国新护士的转型冲击程度高<sup>[8]</sup>,易导致其职业倦怠而引发离职,形成恶性循环<sup>[9]</sup>。因此,识别新入职护士转型冲击的影响因素,给予针对性的干预,帮助其顺利度过转型期至关重要。

护理工作环境作为护理系统各种要素的总和<sup>[6]</sup>,是医院管理实践、工作设计、护理人员配置和组织文化的产物<sup>[10]</sup>。护士工作环境感知度越高,角色适应性越好,转型冲击越小<sup>[11-12]</sup>。自我职业生涯管理是个体根据自身情况,结合职业发展目标主动制订计划,并采取一定的行动以实现职业发展的过程<sup>[13]</sup>,与转型冲击间呈负相关<sup>[14]</sup>。组织社会化是个体为适应其所在组织的价值体系和行为规范而调整自身行为与态度以达到适应的过程,是个体和组织相互融合的动态过程<sup>[15]</sup>。研究表明,新入职护士的组织社会化水平是其角色转型的重要因素<sup>[16]</sup>。由此可见,工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化与转型冲击之间均存在着密切的联系。本研究以新入职护士为研究对象,通过构建结构方程模型探讨工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化及转型冲击之间的关系,为今后引导新入职护士顺利转型,增强角色适应性,降低离职率提供理论依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

于2020年5—7月在河南省某三级甲等医院选取498名新入职护士作为研究对象。纳入条件:取得护士执业资格证;工作时间 $\leq 2$ 年;同意并参与本研究。排除条件:调查期间因各种原因(产假、病假、进修等)不在岗的护士。

### 1.2 样本量的计算

有关变量影响因素研究的样本数至少是可取变量数的5~10倍<sup>[17]</sup>,本研究考虑纳入的变量有12个,则样本数应在60~120例,同样考虑到15%的不合格率,样本量至少应为69例。

### 1.3 理论基础

**1.3.1 转型冲击理论** 转型冲击理论由Duchsher<sup>[18]</sup>提出,该理论主要对新护士在身体、心理、知识与技能、社会文化与发展四个层面所受到的转型冲击进行了解释,表明了社会环境、职业的发展对转型

冲击的影响。本研究基于转型冲击理论假设工作环境感知及自我职业生涯管理对转型冲击存在影响。

**1.3.2 组织社会化理论** 组织社会化理论模型被广泛运用于新入职者的适应问题,该理论指出组织社会化的影响因素主要包括情景因素、内容因素和社会因素,其中情景因素是指组织为新员工提供信息的背景差异,内容因素是指组织为新员工提供信息的内容差异,社会因素是指人际关系和社会层面的相关因素<sup>[19]</sup>。本研究基于组织社会化理论模型假设工作环境感知及自我职业生涯管理对组织社会化存在影响。

### 1.4 研究框架

本研究在回顾文献的基础上<sup>[11-12,15-16]</sup>,基于转型冲击理论与组织社会化理论构建本研究的研究框架,具体见图1。

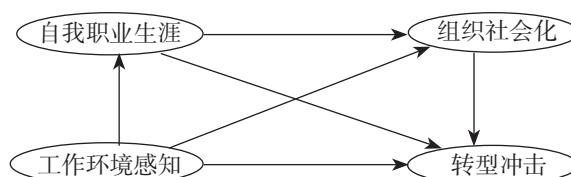


图1 研究框架

### 1.5 调查工具

**1.5.1 社会人口学调查表** 采用自行编制的社会人口学调查表了解新入职护士的一般资料,内容包括年龄、性别、是否为独生子女、婚姻状况、居住地、聘任方式、学历、从事护理工作时长。

**1.5.2 护士工作环境感知量表** 本量表由Jeungok等<sup>[20]</sup>编制,陈雪蕾等<sup>[21]</sup>对量表进行本土化修订,赵鹏等<sup>[22]</sup>对量表进行进一步验证和应用,结果显示,该量表适合用于我国护士工作环境整体状况测评,且具有良好的信效度。该量表共有41个条目,6个维度(专业发展及参与决策、人力和物力、护理管理、专业实践、医护合作、制度与排班)。每个条目采用Likert 4级评分法(1=非常不同意,4=非常同意),评分越高说明护士对工作环境感知越好。本研究中该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.987。

**1.5.3 自我职业生涯管理问卷** 问卷由龙立荣<sup>[23]</sup>编制而成,包含5个维度(职业目标、职业探索、继续学习、注重关系和自我展示),共18个条目。每个条目采用Likert 4级评分法,1分代表非常不符合,4分代表非常符合,总分为72分,得分越高,说明自我职业生涯管理状况越好。本研究中该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.951。

**1.5.4 组织社会化情况调查问卷** 该问卷由Jones<sup>[24]</sup>研制,后我国蔡婷婷<sup>[19]</sup>对汉化后的组织社会化情

况调查问卷进行修正,使其符合护理专业的特点,问卷信效度良好。本问卷采用 Likert 5 级评分法,包含 6 个维度(集体、正式、连续、固定、伴随、赋予),共 30 个条目,得分越高,说明组织社会化程度越高。本研究中该量表的 Cronbach' s  $\alpha$  系数为 0.896。

1.5.5 新护士转型冲击量表 量表由薛友儒等<sup>[25]</sup>研制,在我国护士中运用具有较好的信效度。该量表包括 4 维度(身体、心理、知识和技能、社会文化与发展),共 27 个条目,采用 Likert 5 级评分法,1 分代表完全符合,5 分代表完全不符合。得分越高,表明转型冲击越大。本研究中该量表的 Cronbach' s  $\alpha$  系数为 0.898。

1.6 资料收集方法

本研究采用“问卷星”通过手机或电脑端微信进行调查,问卷采用无记名方式填写,问卷首页注明本研究的目的是和意义以取得研究对象的知情同意和配合,调查前取得医院伦理委员会的审批。为保证问卷质量,在问卷内设置了反向条目以验证参与者填写的准确性,且问卷条目均设置为必填项,每个 IP 地址仅可提交 1 次。参与者若对问卷条目有疑问可通过随问卷发放的邮箱、电话或微信进行咨询。本研究共收集问卷 513 份,剔除无效问卷 15 份,共收集有效问卷 498 份,有效率 97.08%。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件和 AMOS 21.0 对数据进行分析。采用频数、百分数、均数  $\pm$  标准差描述新入职护士的一般资料;应用相关分析探讨工作环境感知、职业生涯管理、组织社会化及转型冲击各维度之间的关系;应用结构方程构建变量间的关系模型,采用 Bootstrap 抽样 5000 次的方法进行自我职业生涯管理和组织社会化的中介效应检验。以  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象一般情况

参与调查的新入职护士有 91.37% 为女性,平均年龄为  $23.88 \pm 1.89$  岁,93.17% 的护士未婚,13.25% 为独生子女,近一半的护士居住在城镇,大部分为本科及以上学历,49.20% 的护士医院从事时间在 12 个月以下,见表 1。

2.2 新入职护士工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击情况

参与调查的新入职护士工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击得分情况见表 2。

| 表 1 新入职护士一般情况 (n=498) |              |     |       |
|-----------------------|--------------|-----|-------|
| 项目                    | 类别           | 人数  | 率 (%) |
| 性别                    | 男            | 43  | 8.63  |
|                       | 女            | 455 | 91.37 |
| 年龄 (岁)                | 18~          | 355 | 71.29 |
|                       | 25~          | 133 | 26.71 |
|                       | 30~          | 10  | 2.00  |
|                       | 未婚           | 464 | 93.17 |
| 婚姻状况                  | 已婚           | 34  | 6.83  |
|                       | 是            | 66  | 13.25 |
| 是否为独生子女               | 否            | 432 | 86.75 |
|                       | 城镇           | 239 | 47.99 |
| 居住地                   | 农村           | 259 | 52.01 |
|                       | 正式编制         | 4   | 0.80  |
| 聘任方式                  | 人事代理         | 32  | 6.43  |
|                       | 合同聘任         | 462 | 92.77 |
|                       | 大专           | 106 | 21.29 |
| 学历                    | 本科及以上学历      | 392 | 78.71 |
|                       | < 12 个月      | 245 | 49.20 |
| 从事护理工作时长              | $\geq 12$ 个月 | 253 | 50.80 |

| 表 2 工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击情况 (n=498) |                    |            |
|------------------------------------------|--------------------|------------|
| 变量                                       | 得分                 | 标准化得分率 (%) |
| 工作环境感知                                   | 135.25 $\pm$ 18.49 | 82.50      |
| 专业发展及参与决策                                | 42.35 $\pm$ 6.19   | 81.44      |
| 人力和物力                                    | 12.69 $\pm$ 2.22   | 79.31      |
| 护理管理                                     | 16.64 $\pm$ 2.54   | 83.20      |
| 专业实践                                     | 13.15 $\pm$ 1.90   | 82.19      |
| 医护合作                                     | 9.56 $\pm$ 1.05    | 79.67      |
| 制度与排班                                    | 36.96 $\pm$ 5.14   | 77.00      |
| 自我职业生涯管理                                 | 55.96 $\pm$ 8.69   | 77.72      |
| 职业目标                                     | 12.90 $\pm$ 2.05   | 80.63      |
| 职业探索                                     | 11.13 $\pm$ 3.03   | 69.56      |
| 继续学习                                     | 13.11 $\pm$ 1.90   | 81.94      |
| 注重关系                                     | 9.56 $\pm$ 1.51    | 79.67      |
| 自我展示                                     | 9.26 $\pm$ 1.71    | 77.17      |
| 组织社会化                                    | 105.37 $\pm$ 14.90 | 70.25      |
| 集体                                       | 18.28 $\pm$ 2.87   | 73.12      |
| 正式                                       | 17.64 $\pm$ 2.91   | 70.56      |
| 连续                                       | 17.19 $\pm$ 3.23   | 68.76      |
| 固定                                       | 16.76 $\pm$ 3.40   | 67.04      |
| 伴随                                       | 18.62 $\pm$ 2.63   | 74.48      |
| 赋予                                       | 16.88 $\pm$ 3.27   | 67.52      |
| 转型冲击                                     | 82.37 $\pm$ 22.37  | 61.01      |
| 身体                                       | 20.98 $\pm$ 5.57   | 69.93      |
| 心理                                       | 24.55 $\pm$ 7.33   | 61.38      |
| 知识和技能                                    | 15.58 $\pm$ 4.48   | 62.32      |
| 社会文化与发展                                  | 21.27 $\pm$ 7.65   | 53.18      |

2.3 新入职护士工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击间相关性分析

采用 Pearson 相关分析探讨新入职护士工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击间的相关性,见表 3。

表3 工作环境感知、自我职业生涯管理、组织社会化和转型冲击间相关系数( $r$ )

| 变量       | 工作环境感知   | 自我职业生涯管理 | 组织社会化   | 转型冲击 |
|----------|----------|----------|---------|------|
| 工作环境感知   | 1        |          |         |      |
| 自我职业生涯管理 | 0.638**  | 1        |         |      |
| 组织社会化    | 0.215**  | 0.436**  | 1       |      |
| 转型冲击     | -0.301** | -0.164** | -0.112* | 1    |

注: \* $P<0.05$ ; \*\* $P<0.01$ 。

## 2.4 自我职业生涯管理、组织社会化的中介作用

采用结构方程模型构建工作环境感知对转型冲击的影响框架,检验自我职业生涯管理和组织社会化在二者间的中介效应。各路径系数见表4。

表4 结构方程模型各路径情况( $n=498$ )

| 路径              | 标准化路径系数 | $P$ 值 |
|-----------------|---------|-------|
| 工作环境感知→自我职业生涯规划 | 0.75    | 0.000 |
| 自我职业生涯规划→组织社会化  | 0.39    | 0.000 |
| 工作环境感知→组织社会化    | 0.08    | 0.288 |
| 组织社会化→转型冲击      | -0.24   | 0.000 |
| 工作环境感知→转型冲击     | -0.21   | 0.005 |
| 自我职业生涯规划→转型冲击   | -0.19   | 0.010 |

将无统计学意义的工作环境感知→组织社会化路径删除,另根据修正指数对模型进行修正后,模型拟合良好: $\chi^2=460.587$  ( $P<0.001$ ),卡方自由度比( $\chi^2/df$ )=2.725,模拟拟合指数(NFI)=0.947,递增拟合指数(IFI)=0.966,Tucker-Lewis 指数(TLI)=0.958,比较拟合优度指数(CFI)=0.966,拟合优度指数(GFI)=0.913,近似误差均方根(RMSEA)=0.061。结果显示,新入职护士的工作环境感知度越高,自我职业生涯管理越合理,从而使组织社会化程度越高,转型冲击越小。自我职业生涯管理和组织社会化在工作环境感知与转型冲击之间起链式中介作用,间接效应为-0.194,占总效应的45.75%,见图2。经 Bootstarp 检验置信区间为(-0.205, -0.028),不包括0,  $P<0.001$ 有统计学意义,中介效应存在。

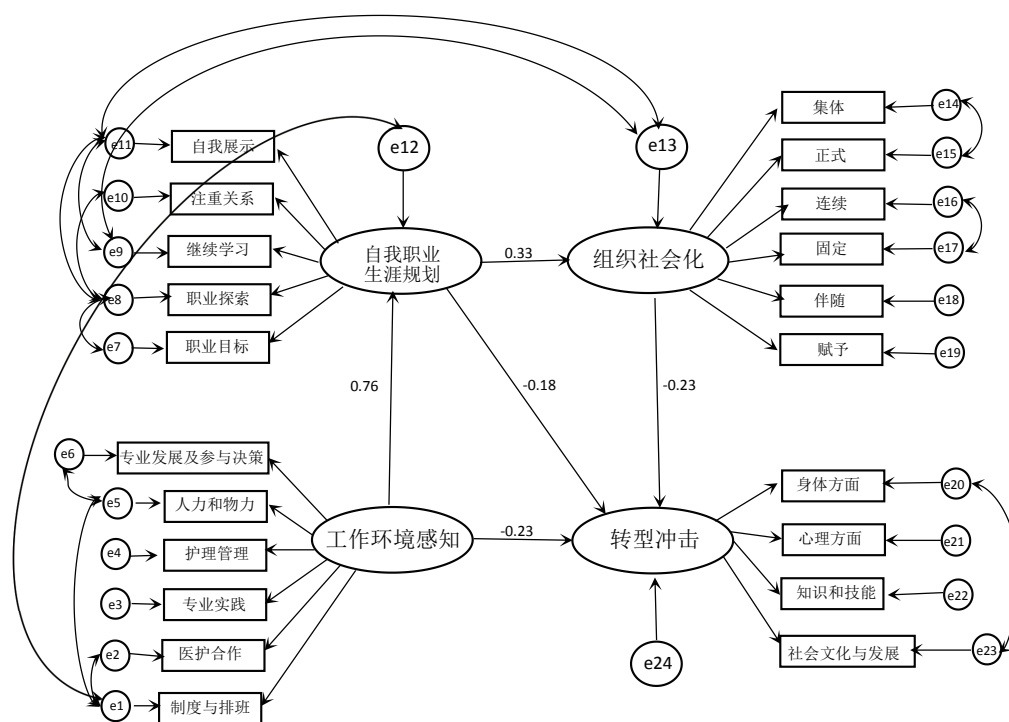


图2 工作环境感知影响转型冲击的作用路径模型

## 3 讨论

### 3.1 新入职护士转型冲击现状不容乐观

入职2年内的护士处于职业探索阶段,该时期

是新入职护士适应临床工作的关键时期,影响着其是否留任<sup>[26]</sup>,故本研究选择入职≤2年的护士作为研究对象。结果显示,新入职护士转型冲击得分为 $82.37 \pm 22.37$ 分,标准化得分率为61.01%,处于中

等水平<sup>[27]</sup>,这与以往的研究结果相近<sup>[28]</sup>。表明现阶段我国新入职护士的转型冲击较严重,可能是由于护士从学校刚步入社会,接受来自角色、责任、人际关系、实践技术、生活方式、时间管理、环境等诸多挑战<sup>[29]</sup>,转型冲击将成为此阶段护士最直接、最强烈的感受<sup>[7]</sup>。随之带来的紧张、焦虑心理和身体健康等方面的变化将成为新入职护士离职的重要原因<sup>[5,30]</sup>。本研究中身体方面表现出最高的转型冲击水平,标准化得分为69.93%。研究表明新入职护士初入临床,高强度的工作压力,白夜轮班的工作制度,加之其对临床工作流程不熟悉,操作技能生疏易导致新入职护士出现疲劳、失眠等一系列不适应的身体表现<sup>[29,31]</sup>。一项Meta分析结果显示,护理管理者应及时关注护士身体方面的压力,合理调配人力资源,减轻护士工作负荷,降低离职率<sup>[32]</sup>。因此,管理者应重视新入职护士的角色适应情况,可通过完善院校临床实习、强化护士规范化培训等方式,缩小实习期、规培期与新护士轮转期培训目标的差距<sup>[9]</sup>,帮助护士顺利转型。

### 3.2 工作环境感知是转型冲击的重要影响因素

本研究结果显示,工作环境感知越好,新入职护士的转型冲击越低。工作环境是一个集生理、心理、社会和专业于一体的综合系统,是护士日常工作与社交的场所,与护士的行为密不可分<sup>[33-34]</sup>,良好的工作环境可以提高护士的工作满意度,使护士更好地融入新的环境,从而缓解角色转型带来的冲击<sup>[10]</sup>。本研究中制度与排班、人力和物力及医护合作得分较低。蔡国旗等<sup>[10]</sup>研究表明,制度与排班维度得分最高,可能的原因是河南省是人口大省,患者多,护士工作量大,人力资源不足<sup>[35]</sup>,制度与排班成为大型三级甲等医院的管理难题,在保障患者安全和临床护理质量的前提下,可能会存在护士相对疲劳的情况,致使护士对制度及排班感到不满意。护理管理者应注意实行弹性排班制度,尽可能满足护士合理个人需求。刘园园等<sup>[36]</sup>研究也表明,医护合作维度的得分较低,可能是由于本研究的研究对象是新入职的护士,工作时间相对较短,与医生接触交流机会较少,还没有形成团队合作模式。因此护理管理者应适当提供新入职护士与医生交流合作的机会,例如让新入职护士参与交班、参与科室集体活动等,营造科室良好氛围。

### 3.3 自我职业生涯管理和组织社会化的链式中介作用

自我职业生涯管理是个人对自我发展的定位与规划,并能为目标采取一定行动的过程,在医院人力资源管理中十分重要<sup>[37-38]</sup>。本研究表明新入职护

士的工作环境感知可通过自我职业生涯管理对转型冲击造成影响。King<sup>[39]</sup>提出的“概念框架”理论指出,“个人系统”与“社会系统”在临床环境中进行互动,会发生系统内的信息转换,从而相互影响,该理论在以往研究中也用于解释护士转型冲击的影响因素<sup>[14]</sup>。这提示新入职护士所处的工作环境与其自身的认知彼此互动,相互影响,从而对其自身角色适应能力产生影响,即转型冲击与环境及自我规划密不可分。研究结果提示,医院护理管理者应重视新入职护士对其自我职业生涯的管理,可采用线上线下课程培训、一对一深入沟通或邀请职业规划及本专业领域相关人员指导等多种方式,帮助其树立正确的职业价值观。本研究中职业探索这一维度得分最低,提示护理管理者应掌握新入职护士的职业目标与动态,帮助其探索自我职业发展可能。

组织社会化是指新员工将组织的角色期待予以内化,通过调节自己的价值观和行为,逐步适应组织的过程,是新员工能否适应组织的关键<sup>[28]</sup>。本研究表明,新入职护士的工作环境感知可通过自我职业生涯管理影响组织社会化水平从而对转型冲击造成影响。以往的研究也表明组织社会化在新入职护士转型冲击中发挥着重要作用<sup>[19]</sup>。组织社会化理论模型提出组织社会化策略包括情景因素、内容因素和社会因素<sup>[19]</sup>,这也提示了环境对转型冲击的影响下组织社会化发挥的作用。本研究中固定维度得分最低,这与蔡婷婷等<sup>[19]</sup>的研究结果一致,这表明新入职护士对于角色适应中的组织社会化信息较为欠缺,即指医院为新护士提供不同阶段所需要的时间信息不足。因此,护理管理者应关注新入职护士的人际关系,优化带教体系,为其提供一套实用的学习经验,详细介绍角色要求及内涵,通过个性化培训使其理解角色、组织文化等,为其及时准确提供社会化信息。

## 4 结论

本研究通过对入职2年内的新护士进行调查研究,发现了工作环境感知、自我职业生涯管理及组织社会化都与转型冲击呈负向相关关系,自我职业生涯管理及组织社会化在工作环境感知和转型冲击之间起链式中介作用。鉴于此,临床护理管理者应建立多元化的管理模式,营造富有生机活力的工作氛围,加强对护士职业生涯规划的重视,协助其提高组织社会化水平,从而促进新入职护士更好地适应角色,缓解转型冲击,提高护士工作满意度,减少人员流动,达到个人和医院的共赢。

## 5 参考文献

- [1] 单玫,谭杰,卢九星,等.我国护理队伍在健康产业发展中存在的问题和建议[J].医学教育管理,2017,3(1):11-15.
- [2] 葛里鹤.新护士转型冲击现状及影响因素的研究进展[J].护理实践与研究,2021,18(5):695-697.
- [3] Wu Q, Zhao L, Ye XC. Shortage of healthcare professionals in China[J]. BMJ, 2016,354:i4860.
- [4] Lee E. Why newly graduated nurses in South Korea leave their first job in a short time? A survival analysis[J]. Hum Resour Health, 2019, 17 (1): 61-69.
- [5] 马田,王斌全,李育玲.硕士学历新护士转型冲击研究现状[J].护理研究,2020,34(9):1558-1560.
- [6] 陈冠燃,林平.新护士转型冲击、工作环境对其离职意愿的影响[J].中华现代护理杂志,2018,24(8):908-911.
- [7] 薛友儒,林平,刘丹,等.三级医院新护士转型冲击现状的调查分析[J].中华现代护理杂志,2015,21(9):993-996.
- [8] 左亚梅,苏茜,负蓓,等.临床教学行为与新护士转型冲击的现状及相关性研究[J].解放军护理杂志,2020,37(3):46-49.
- [9] 黎东眉,胡敏芝,徐娟兰,等.新毕业护士转型冲击相关研究进展[J].护理学杂志,2018,33(22):102-105.
- [10] 蔡国旗,汪晖,张梦霞,等.2291名护士工作环境感知与对护士长领导行为评价的相关性分析[J].护理学报,2020,27(8):30-33.
- [11] 张盼盼,朱杉杉,李黎明,等.工作环境感知,个人-组织匹配对本科及以上学历新入职护士转型冲击的影响研究[J].护理研究,2021,35(6):941-946.
- [12] 张晓曼,王志稳.急诊科护士职业价值观与工作环境的相关性研究[J].中华护理杂志,2014,49(3):312-316.
- [13] 马田,王斌全,李育玲.硕士学历新护士自我职业生涯管理现状及其影响因素[J].护理研究,2020,34(11):2035-2037.
- [14] 马田.硕士学历新护士自我职业生涯管理与转型冲击的相关性研究[D].太原:山西医科大学,2020.
- [15] Sawan M, Jeon YH, Fois RA, et al. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study[J]. Res Social Adm Pharm, 2016,13(3):513-523.
- [16] 蔡婷婷,曹梅娟.新护士角色适应现状及相关因素研究[J].护理与康复,2018,17(11):21-27.
- [17] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量化研究的样本量估计[J].中华护理杂志,2010,45(4):378-380.
- [18] Duchscher JEB. Critical thinking: perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses[J]. J Nurs Educ, 2003, 42(1):14-27.
- [19] 蔡婷婷.组织社会化视角下新护士角色适应的调查与干预研究[D].杭州:杭州师范大学,2017.
- [20] Jeungok C, Suzanne B, Elaine L, et al. Perceived nursing work environment of critical care nurses[J]. Nurs Res, 2004, 53(6):370-378.
- [21] 陈雪蕾,林平,赵振娟.中文版护士工作环境感知量表的开发[J].中国护理管理,2011,11(4):28-31.
- [22] 赵鹏,贾晓慧,吕慧,等.中文版护士工作环境感知量表的检验与运用[J].护理研究,2013,27(8B):2544-2547.
- [23] 龙立荣.职业生涯管理的结构及其关系研究[M].武汉:华中师范大学出版社,2002:138-152.
- [24] Jones GR. Socialization tactics, self-efficacy, and newcomers adjustments to organizations[J]. Acad Manage J, 1986, 29(2): 262-279.
- [25] 薛友儒,林平,高学琴,等.新护士转型冲击评价量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2015,50(6):674-678.
- [26] Chang PL, Chou YC, Cheng FC. Designing career development programs through understanding of nurses' career needs[J]. J Nurses Staff Dev, 2006, 22(5):246-253.
- [27] 罗兰,刘思维,陈阳广,等.新护士生涯适应力对其转型冲击的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(21):2971-2974.
- [28] 曹梅娟,蔡婷婷,裘奕嘉.组织社会化培训对新护士角色适应的效果评价[J].中华护理杂志,2018,53(11):1372-1376.
- [29] 刘芙蓉,龚萍.肿瘤医院新护士转型冲击现状及影响因素研究[J].中华护理教育,2019,16(6):442-446.
- [30] Clipper B, Cherry B. From transition shock to competent practice: developing preceptors to support new nurse transition[J]. J Contin Educ Nurs, 2015, 46(10):448-454.
- [31] 孟召霞.新护士转型冲击与心理弹性的相关性研究[J].卫生职业教育,2019,37(7):135-136.
- [32] Auerbach DI, Buerhaus PI, Staiger DO. How fast will the registered nurse workforce grow through 2030? Projections in nine regions of the country[J]. Nurs Outlook, 2017, 65 (1):116-122.
- [33] Aiken LH, Sermeus W, Heede KVD, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States[J]. BMJ (Clinical research ed), 2012, 344(mar20 2):e1717.
- [34] 刘闻捷,蒋晓莲.四川省护士感知的工作环境和工作满意度的相关性研究[J].护理研究,2014,28(2):161-164.
- [35] 贾红影,蒋秋焕,刘伟华,等.河南省护理人力资源现状分析及配置公平性研究[J].中华护理杂志,2020,55(2):187-192.
- [36] 刘园园,石福艳,崔娟,等.新入职规范化培训护士工作环境感知现状及影响因素分析[J].护理学报,2019,26(14):1-4.
- [37] 高翠荣,李伟东,李晖.风湿免疫科护士职业获益感与自我职业生涯管理的相关性研究[J].职业与健康,2019,17(35):2373-2376.
- [38] 谢景芳.护士职业获益感与自我职业生涯管理的关系研究[J].中华现代护理杂志,2018,24(27):3328-3331.
- [39] Carter KF, Dufour LT. King's theory: a critique of the critiques[J]. Nurs Sci Q, 1994, 7(3):128-133.

[2022-02-25 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 河北省 43 所医院老年科优质护理评价结果分析及改进对策

王博文 周策 李伟 郑美洁 陈紫叶 李贤

**【摘要】目的** 真实客观了解河北省老年科在实施优质护理工作中的成效,分析河北省老年科开展优质护理过程中存在的问题,并提出相应的对策,为推进河北省老年科优质护理工作提供依据。**方法** 按《河北省二级、三级医院优质护理服务评价细则》要求,对河北省 12 个地区 43 所医院老年科优质护理服务的开展情况进行调查分析。**结果** 河北省老年科在持续推进优质护理服务的发展,但在老年护理专科培训、相关制度、心理与健康指导、互联网+护理服务项目中仍存在问题,有待提高。**结论** 医院应加强老年科专科的发展,加大力度推广互联网+护理服务的延续性护理,用优质护理服务来提高患者与社会的满意度。

**【关键词】** 优质护理;老年科;分析及改进;评价结果;对策

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.008

**Analysis and improvement countermeasures of high-quality nursing evaluation results in geriatric departments of 43 hospitals in Hebei province** WANG Bowen, ZHOU Ce, LI Wei, ZHENG Meijie, LI Ziyue, LI Xian (Chengde Medical University, Chengde, 067000, China)

**【Abstract】Objective** To truly and objectively understand the effectiveness of the geriatric department in Hebei province in implementing high-quality nursing work, analyze the problems existing in the process of high-quality nursing in the geriatric department of Hebei province, and put forward corresponding countermeasures to provide a basis for promoting high-quality nursing work in the geriatric department of Hebei province. **Methods** According to the requirements of the "Detailed Rules for the Evaluation of Quality Nursing Services in Second- and Third-level Hospitals in Hebei province", the development of high-quality nursing services in geriatrics in 43 hospitals in 12 regions of Hebei province was investigated and analyzed. **Results** The department of geriatrics in Hebei province is continuing to promote the development of high-quality nursing services, but there are still problems in geriatric nursing specialist training, related systems, psychological and health guidance, Internet + nursing services and other projects, which need to be improved. **Conclusion** Hospitals should strengthen the development of geriatrics, increase efforts to promote the continuous nursing of Internet + nursing services, and use high-quality nursing services to improve the satisfaction of patients and society.

**【Key words】** High-quality nursing; Geriatric department; Analysis and improvement; Evaluation results; Countermeasures

根据第七次全国人口普查结果显示,我国人口老龄化程度再次加深<sup>[1]</sup>,伴随而来的是老年科收治的患者人数也不断增多<sup>[2]</sup>,因为老年人普遍具有一身多病、自理能力差等特点<sup>[3]</sup>,所以优质护理在老年科实施推进更为重要。2011 年优质护理服务在全国范围大力推广,到目前为止优质护理服务已经持续推进了 10 年<sup>[4]</sup>,为了解河北省老年科优质护理服务的发展推进情况,于 2021 年 9 月 16—17 日进

行了全省老年科优质护理的抽查,本研究针对此次评价结果对其存在的问题进行整合分析并提出相应的对策,为今后老年科推进优质护理提供依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

于 2021 年 9 月 16—17 日对河北省 12 个地区 43 所医院进行抽查,其中三级医院 33 所,二级医院 10 所;综合医院 37 所,中医医院 5 所,专科医院 1 所。

### 1.2 调查工具

按《河北省二级、三级医院优质护理服务评价

作者单位:067000 河北省承德市,承德医学院(王博文);  
河北省人民医院(周策,李伟,郑美洁,陈紫叶,李贤)  
王博文:本科(硕士在读)  
通信作者:李贤,女,硕士,主任护师

细则（2020版）》，以下简称为评价细则，该评价细则包含人力资源、基础设施、仪器设备、相关制度、科学设岗、专科培训考核、责任制整体护理、心理与健康、护士职责、技能操作、风险控制、满意度共12个项目，12个项目共计48条评价要点。附加1个互联网+护理服务项目，该项目共有6条评价要点。评价细则总分为1020分，分数越高则表明该医院老年科优质护理服务工作越好。

1.3 调查方法

河北省护理质控中心主任在全省抽调49名老年科护理专家为调查人员，并随机分为12组。统一培训老年科护理专家，主要针对检查流程、评价细则、评价方法等内容进行集中培训。此次调查只针对老年科。调查形式主要为实地查看、访谈护士、查阅资料等。

1.4 统计学方法

双人核对录入Excel，采用SPSS 23.0统计学软

件处理数据，采用百分率、均数±标准差的形式描述。

2 结果

2.1 43所医院老年科开展优质护理服务的总体情况

老年科实施优质护理服务总得分1020分，43所医院中最高得分为964.00分、最低分550.00分，平均 $822.86 \pm 110.62$ 分，共有17所医院未达到平均水平（39.53%）。每个项目标准得分不同，结果按平均得分率计算，平均得分率排前3的项目是满意度、人力资源、科学设岗。43所医院老年科优质护理服务12个项目+附加项目得分情况见表1。

2.2 存在缺陷医院占比最高的8个项目

43所医院12个项目以及互联网+护理服务在评价要点中存在缺陷医院数最高的前8个项目得分情况，见表2。

表1 43所医院老年科优质护理服务12个项目+附加项目得分情况

| 项目       | 标准得分 | 最低得分 | 最高得分 | 平均得分               | 平均得分率(%) | 排序 |
|----------|------|------|------|--------------------|----------|----|
| 人力资源     | 60   | 50   | 60   | $55.35 \pm 4.80$   | 92.25    | 2  |
| 基础设施     | 100  | 40   | 100  | $81.16 \pm 17.14$  | 81.16    | 6  |
| 仪器设备     | 80   | 30   | 80   | $66.79 \pm 13.40$  | 83.49    | 5  |
| 相关制度     | 80   | 25   | 80   | $60.44 \pm 15.40$  | 75.55    | 11 |
| 科学设岗     | 80   | 40   | 80   | $70.63 \pm 11.72$  | 88.29    | 3  |
| 专科培训考核   | 80   | 20   | 80   | $53.91 \pm 15.05$  | 67.39    | 12 |
| 责任制整体护理  | 120  | 40   | 120  | $96.02 \pm 21.37$  | 80.02    | 8  |
| 心理与健康    | 80   | 40   | 80   | $62.65 \pm 13.23$  | 78.31    | 10 |
| 护士职责     | 60   | 20   | 60   | $47.34 \pm 11.26$  | 78.92    | 9  |
| 技能操作     | 80   | 30   | 80   | $64.39 \pm 13.23$  | 80.50    | 7  |
| 风险控制     | 120  | 70   | 120  | $104.65 \pm 14.28$ | 87.21    | 4  |
| 满意度      | 60   | 45   | 60   | $59.51 \pm 2.42$   | 99.18    | 1  |
| 互联网+护理服务 | 20   | 0    | 17   | $2.98 \pm 1.11$    | 14.90    | 13 |

表2 存在缺陷医院占比最高的8个项目情况

| 项目       | 评价要点                                         | 缺陷医院数(所) | 缺陷医院数百分率(%) | 占缺陷项目总数百分率(%) |
|----------|----------------------------------------------|----------|-------------|---------------|
| 互联网+护理服务 | 13.2 有管理制度、服务规范、技术标准，有信息支撑                   | 38       | 88.37       | 16.52         |
| 专科培训考核   | 6.3 科室有老年综合评估工作资料，有培训并实施                     | 33       | 76.74       | 30.00         |
| 专科培训考核   | 6.1 科室有各级护士和老年专科护士培训的方案或计划，根据临床需要培养所需的老年专科护士 | 28       | 65.12       | 25.45         |
| 心理与健康    | 8.2 护士知晓心理护理和健康指导主要内容                        | 28       | 65.12       | 35.44         |
| 技能操作     | 10.4 护士正确实施危重患者护理常规、规范、流程及应急预案               | 27       | 62.79       | 38.57         |
| 相关制度     | 4.1 老年科根据分级护理原则制定老年科分级护理标准并公示                | 24       | 55.81       | 28.24         |

续表

| 项目      | 评价要点                                                        | 缺陷医院数(所) | 缺陷医院数百分率(%) | 占缺陷项目总数百分率(%) |
|---------|-------------------------------------------------------------|----------|-------------|---------------|
| 风险控制    | 11.2 有老年人容易发生的跌倒、坠床、窒息、误吸、压力性损伤、烫伤、冻伤、误服、药物中毒、走失十种安全风险的管理预案 | 24       | 55.81       | 33.80         |
| 责任制整体护理 | 7.3 形成“以患者为中心”的合作团队，共同围绕患者病情完成治疗计划、健康指导等服务                  | 23       | 53.49       | 41.07         |

3 讨论

3.1 老年科优质护理服务现状

此次调查结果显示，43 所医院在人力资源项目中医生和护士的任职资格以及临床经验均符合老年科人力资源需求，并且 43 所医院的患者及家属满意度、护理人员对工作满意度均能 >90%，87.21% 的医院重点制定患者身份识别、规范安全用药流程、严格执行查对制度，避免不良事件发生，由此可见优质护理服务在老年科发展效果显著。

3.2 主要存在的问题

3.2.1 老年护理专科内容方面存在的问题 ①专科培训考核资料不完善。调查的 43 所医院中，共有 33 所医院在专科培训考核中存在问题，76.74% 的医院老年综合评估工作资料不完善，老年综合评估未全面实施，65.12% 各级护士和老年专科护士培训方案或计划缺失，并且未根据临床需要培养所需的老年专科护士。②技能操作考核有待提高。调查的 43 所医院中，共有 27 所医院护士在技能操作考核项目存在问题，62.79% 护士不能完全掌握应急预案。③相关制度不健全。调查的 43 所医院中，有 24 所医院存在问题，其中 55.81% 老年科分级护理标准未公示。④风险管理预案不完全。调查的 43 所医院中，共有 24 所医院护士在风险控制考核项目存在问题，55.81% 老年科老年人容易发生的跌倒、坠床、窒息、误吸、压力性损伤、烫伤、冻伤、误服、药物中毒、走失十种安全风险的管理预案不完全。其中最为突出的是缺少冻伤、误服、药物中毒、走失的风险管理预案。

3.2.2 老年科延续护理及心理健康指导方面存在的问题 ①互联网+护理服务开展较少。43 所医院中，只有 14 所医院是互联网+护理服务试点机构。在开展互联网+护理服务的医院中，88.37% 老年科缺少其相关管理制度、服务规范、技术标准，缺少信息支撑，并且未对护士进行针对性地培训。互联网+护理服务还在开始阶段，未全面开展。②心理健康指导专业内容不足。调查的 43 所医院中，

共有 28 所医院在心理与健康考核项目中存在问题，65.12% 的责任护士未完全掌握心理护理和健康指导的主要内容，并且责任护士未关注患者心理护理。③责任制整体护理落实不到位。调查的 43 所医院中，共有 23 所医院在责任制整体护理项目中存在问题。53.49% 的老年科护士不能熟练评估患者需求，未采取针对性的护理措施，未形成“以患者为中心”的合作团队，共同围绕患者病情完成治疗计划、康复促进、健康指导等服务，并且医护人员缺少对出院患者的延续性护理。

3.3 对策

3.3.1 加强专科护理人员配备 研究表明<sup>[5]</sup>，老年专科护士在临床护理实践中发挥着重要的作用，老年科专科护士对患者进行评估及护理，可有效缩短老年患者的住院时间，提高生活质量。为促进老年科优质护理的发展，不断提高护理服务水平提出以下对策：①完善老年专科护士培训的方案或计划；②医院护理管理者为临床护士争取参加老年专科护士培训的机会；③每年增加老年科护士继续教育培训的机会，分层培训临床护理人员，使老年科护士可以学习最新的专科知识，提高护士的专科能力；④完善老年专科护士岗位管理制度，明确具体工作内容和范围，老年专科护士在完成培训回到工作单位后，发挥其专科特长<sup>[6]</sup>。

3.3.2 健全老年科专科各项护理制度 老年科患者多为一体多病<sup>[7]</sup>，并且大多数都患有慢性病，所以开展老年病综合症的评估非常必要。保证老年科患者安全是护理工作的重要环节，老年科应健全十种安全风险的管理预案。为健全老年科各种制度，减少护理安全隐患，提出以下对策：①医院重视老年科的发展，大力推广老年综合评估全面实施；②老年科护士长督促其落实情况，成立相关质控小组，按时完成科室的质控工作；③医院老年科完善十种安全风险的管理预案，定期更新老年护理常规等服务规范和标准等，定期培训护士学习，掌握相关应急预案实施。

3.3.3 加强互联网+护理服务开展 随着我国人

口老龄化程度的不断加剧,关于高龄、空巢、失能老年人的居家护理需求也在日益增长<sup>[8]</sup>,为了满足这一需求,以医院为主体的互联网+护理服务模式应运而生,因此提出以下对策:①全省各医院加快引进互联网+护理服务信息平台,推进互联网+护理服务工作<sup>[9]</sup>;②已经开展的医院完善相关制度与规范;③对护理人员进行专业化培训,为老年人提供照护、医疗服务、健康管理、健康文娱、精神慰藉等各类服务项目,让互联网+护理服务能真正解决人口老龄化所面临的健康问题,从而助力健康中国的发展。

**3.3.4 加强老年科护理人员对患者的心理护理** 心理护理可以使患者在疾病期间更容易配合护理人员<sup>[10]</sup>,并且老年人具有与其他年龄阶段不同的心理特征,老年人所患疾病比其他年龄阶段的人要多,甚至还要面对死亡问题,因此会出现焦虑、抑郁等心理问题,进而影响疾病的预后<sup>[11]</sup>。所以老年科护理人员更需了解老年人的心理状况,采取有效的沟通技巧,提高老年人的生活质量,以满足老年人心理需求为目标进行更为全面的护理,提出以下对策:①老年科管理者制订符合本专业特点的心理护理健康指导等资料;②定期培训护士,使其知晓心理护理健康指导的内容,学会采用多途径、针对性的给予患者心理护理。

**3.3.5 完善老年科延续护理措施** 延续护理是确保医疗服务协调性及提高护理服务质量的关键,建议积极开展老年科延续护理,为出院老年患者提供形式多样的延续性护理服务<sup>[12]</sup>。由于在慢性病的管理中往往涉及多学科的问题,鉴于此提出以下对策:①建立由全科医生、专科护士、社区护士、康复师和营养师等多科人员构成的多学科延续团队,以便于对患者进行专业的整体评估<sup>[13]</sup>;②建立延续服务的专业平台,让有需求的出院患者能够得到及时帮助,如可组建患者微信群、定期推送老年护理方面的相关知识,并在线回答患者及家属在老年护理方面的问题,从而满足患者在健康咨询及医疗方面的需求,保障老年护理服务的连续性。

**3.3.6 加强责任制整体护理制度落实** 为强化护理人员的责任意识,提出以下对策:①护士长加强护士责任制整体护理的督导,晨交班查看护士对患者病情知晓合理情况以及落实护理措施情况<sup>[14]</sup>;②医院科室加强“以患者为中心”的合作团队组建,共同围绕患者病情,完成治疗计划、康复促进、健康指导等服务<sup>[15]</sup>;③科室领导者加强对护士责任制整体护理制度的培训。

#### 4 小结

优质护理服务在老年科不断发展,建议早日健全老年科专科护理人才的储备,健全老年专科护理制度,坚持“以患者为中心”,从整体护理角度考虑患者,加强老年科护士对患者心理护理的重视,医院加大力度推广互联网+护理服务的延续性护理开展,用优质护理服务提高患者与社会的满意度。

#### 5 参考文献

- [1] 李娅莉.应对老龄化社会的连续护理模式的研究[J].中国继续医学教育,2021,13(25):129-132.
- [2] 崔玲.老年患者的护理风险与防范策略[J].中医药管理杂志,2020,28(8):210-211.
- [3] 孔炜璠.浅谈老年病的特点及护理[J].中国农村卫生,2021,13(17):86-88.
- [4] 中华人民共和国卫生部,国家中医药管理局.关于印发《2011年推广优质护理服务工作方案》的通知[J].中华人民共和国卫生部公报,2011(4):13-15.
- [5] 曹晶,李佳倩,贺茜,等.我国三级甲等医院专科护士队伍培养与使用现状的调查研究[J].中华护理杂志,2015,50(11):1349-1353.
- [6] 成守珍,陈玉英,王路英,等.专科护士在我国的发展及展望[J].中国护理管理,2021,21(5):649-652.
- [7] 马建新,刘丽丽,张金萍,等.老年综合评估管理模式对老年共病患者运动耐量及生活质量的影响[J].华南国防医学杂志,2020,34(8):539-542.
- [8] 於冰洁,洪美丽.以医院为主体的“互联网+护理服务”模式的构建与实践[J].中医药管理杂志,2021,29(20):216-218.
- [9] 张蕾.“互联网+护理模式”在多科室中应用的研究进展及创新发展路径[J].河南医学研究,2021,30(29):5568-5570.
- [10] 于丽江.心理护理在老年高血压患者中的应用研究[J].心理月刊,2020,15(24):68-69.
- [11] 李紫梦,罗屹惟,张春梅,等.中国老年心理健康研究的文献计量学分析[J].中国老年学杂志,2020,40(4):810-814.
- [12] 张炜,赵乐妍,孙颖.延续性护理在老年衰弱患者中的应用与效果评价[J].中国实用护理杂志,2021,37(26):2016-2021.
- [13] 张樱婷,于淑梅,宋绍征.“互联网+”延续护理在老年慢性病患者中的应用[J].科学咨询,2021(10):53-55.
- [14] 孙洁,黄秀芳,刘金玲,等.基于责任制护理的床边交接班在心内科临床教学中的应用[J].当代护士(上旬刊),2021,28(16):77-79.
- [15] 屠冬英,杨丽红,王玲,等.多学科团队协作模式下的延续护理对急性胰腺炎病人健康行为能力和生活质量的影响[J].护理研究,2022,36(2):317-321.

[2021-12-06 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 护理人员对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的知信行状况调查

吴亚萍 刘鹏飞 吴冬梅

**【摘要】** 目的 调查护理人员对脑卒中患者进行吞咽障碍筛查与评估的现状并分析相关因素。方法 采用问卷星发放电子问卷,选取2021年2—4月天津市5所三级甲等医院125名脑卒中相关科室护士为研究对象,采用相关问卷进行调查。结果 知识掌握部分,119名(95.20%)护士表示对吞咽障碍的概念较为了了解,其余10个专业性问题的平均回答正确 $8.36 \pm 1.02$ 个;态度部分,89.60%的护士认为自身专业能够帮助患者改善其吞咽障碍情况,93.60%的护士认为有必要组建多学科团队进行吞咽障碍管理;筛查实施方面,仅20.80%的护士能在患者进食第一口食物、水或药物之前进行早期吞咽功能筛查。结论 护士对吞咽障碍相关知识掌握程度与重视程度良好,但对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的实施现状不容乐观,很多护士并未把指南建议应用于实际临床上,提示护理管理者应加强临床护士的相关知识培训,积极推行指南建议策略,提高护理质量。

**【关键词】** 脑卒中; 吞咽障碍; 评估; 筛查; 现况; 调查分析

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.009

**A survey of nursing staff's knowledge, attitude, and practice in the screening and assessment of dysphagia in stroke patients** WU Yaping, LIU Pengfei, WU Dongmei (Nursing College of Jining Medical University, Jining, 272000, China)

**【Abstract】 Objective** To investigate the current status of nursing staff's screening and assessment of dysphagia in stroke patients and analyze its related factors was as the study subject. **Methods** Electronic questionnaires were distributed by Questionnaire Star, and 125 nurses in stroke-related departments of 5 tertiary first-class hospitals in Tianjin from February to April 2021 were selected as the study objects, and the related questionnaires were used for investigation. **Results** In the knowledge acquisition part, 119(95.20%) nurses said they had a good understanding of the concept of dysphagia, and the remaining 10 professional questions answered  $8.36 \pm 1.02$  correctly on average. In the attitude part, 89.60% of nurses believed that their profession could help patients improve their dysphagia, and 93.60% of nurses believed that it was necessary to form a multidisciplinary team to manage dysphagia. In terms of screening implementation, only 20.80% of nurses were able to perform early swallowing screening before patients took their first bite of food, water or medication. **Conclusion** Nurses had a good grasp of and attention to the knowledge related to swallowing disorders, but the implementation status of the screening and assessment of dysphagia in stroke patients is not optimistic. Many nurses had not applied the guideline recommendations to actual clinical practice, suggesting that nursing managers should strengthen Provide relevant knowledge training for clinical nurses, actively implement guideline recommendations and strategies, and improve nursing quality.

**【Key words】** Stroke; Dysphagia; Assessment; Screening; Current status; Investigation and analysis

在中国,脑卒中的发病率越来越高并趋于年轻化<sup>[1]</sup>,虽然近年来对卒中的治疗手段与预防康复的健康指导越来越全面,但卒中仍然在我国病死率中占据首位<sup>[2]</sup>。据现有研究显示,脑卒中患者中约有19%~81%的概率并发吞咽障碍,吞咽障碍不仅可引

起吸入性肺炎、营养不良等并发症,还增加了卒中患者1年内的死亡风险<sup>[3]</sup>。有研究显示,尽早地为脑卒中患者进行吞咽功能的筛查和处理是减少吞咽障碍发生概率、提高生存质量、改善预后的有效方法<sup>[4]</sup>。目前,国内外对脑卒中并发吞咽障碍的筛查与处理的研究主要集中在筛查量表的改良及治疗护理手段上<sup>[5-8]</sup>,而对脑卒中患者吞咽障碍筛查的落实与筛查质量的评估相关报告较少。本研究对天津

基金项目: 2018年度教师科研扶持基金(编号:JYFC2018KJ033)  
作者单位: 272000 山东省济宁市,济宁医学院护理学院  
通信作者: 刘鹏飞,女,硕士,教授,副院长

市5所三级甲等医院脑卒中相关科室的护士进行调查,与相关指南<sup>[9]</sup>相比较,探讨分析目前临床护士对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的不足之处,以期能提高吞咽障碍早期筛查的准确性以及对卒中患者早期吞咽功能评估的落实率。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

选取2021年2—4月天津市5所三级甲等医院(其中4所综合性医院,1所心脑血管病房专科医院)的125名脑卒中相关科室护士进行调查,纳入条件:参与调查的科室收治脑卒中患者;参与调查的护士护理过脑卒中并发吞咽障碍的患者;在脑卒中相关科室进行护理工作时长 $\geq 6$ 个月。排除条件:进修人员、轮转人员、实习生。

### 1.2 调查工具

调查问卷由学者马珂珂等<sup>[10]</sup>制定,问卷内容包括4个方面:①一般资料。包括医院级别、类型、职位等7个问题,由此了解护士职业资格水平。②护士对脑卒中并发吞咽障碍相关知识的掌握程度。本部分内容 by 研究者根据国外学者开发量表进行改良制订,知识部分根据国外学者开发的吞咽障碍知识量表制订,重测信度为0.77,通过11个判断题考察护士对吞咽障碍知识的掌握程度。③护士对护理脑卒中并发吞咽障碍患者的态度。通过3个判断题了解护士对脑卒中患者吞咽障碍筛查评估的态

度,判定结果以护士作答时各个选项人数的百分率为参考。④临床上护士对吞咽障碍早期筛查的落实情况。包括单选题和多选题共4道题,以每个题目选项的百分率作为护士在临床实践中对吞咽障碍筛查评估落实情况的反映。问卷的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.832,内容效度为0.751。

### 1.3 调查方法

研究者联系了天津市5所三级甲等医院的脑卒中相关科室护理人员协助开展研究,采用问卷星的形式向相关科室护理人员发放电子问卷,在取得研究对象知情同意的前提下,要求其独立完成问卷,问卷题目均为必答项,避免漏项,剔除出现明显错误的问卷,根据查阅文献及研究者实践,完成问卷至少需180 s,由此问卷填写时间少于180 s的予以剔除,本研究共发放问卷145份,回收有效问卷125份,有效回收率86.21%。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件处理数据,计数资料以人数、百分率描述,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”描述。

## 2 结果

### 2.1 125名护士一般资料

调查对象来自天津市5所三级甲等医院,科室包括神经内科、神经外科、神经外科重症监护室、综合重症监护室,具体见表1。

表1 125名护士一般资料

| 项目              | 类别         | 人数 | 百分率(%) |
|-----------------|------------|----|--------|
| 医院类型            | 综合性医院      | 82 | 65.60  |
|                 | 心脑血管疾病专科医院 | 43 | 34.40  |
| 科室              | 神经内科       | 53 | 42.40  |
|                 | 神经外科       | 34 | 27.20  |
|                 | 神经外科重症监护室  | 26 | 20.80  |
|                 | 综合重症监护室    | 12 | 9.60   |
|                 | 其他         | 0  | 0.00   |
| 职称              | 护士         | 77 | 61.60  |
|                 | 护师         | 25 | 20.00  |
|                 | 主管护师       | 21 | 16.80  |
|                 | 副主任护师      | 0  | 0.00   |
|                 | 主任护师       | 2  | 1.60   |
| 在脑卒中相关领域工作年限(年) | < 3        | 75 | 60.00  |
|                 | 3~         | 30 | 24.00  |
|                 | 5~         | 20 | 16.00  |

| 续表         |       |     |        |
|------------|-------|-----|--------|
| 项目         | 类别    | 人数  | 百分率(%) |
| 最高学历       | 大专及以下 | 6   | 4.80   |
|            | 本科    | 100 | 80.00  |
|            | 硕士研究生 | 15  | 12.00  |
|            | 博士研究生 | 4   | 3.20   |
| 是否受过吞咽障碍管理 | 是     | 47  | 37.60  |
| 的相关培训      | 否     | 78  | 62.40  |

2.2 护士对脑卒中并发吞咽障碍相关知识的掌握程度

念较为了解，其余 10 个专业性问题平均回答正确 8.36 ± 1.02 个，见表 2。

119 名（95.20%）护士表示对吞咽障碍的概

| 表 2 护士对脑卒中并发吞咽障碍相关知识的掌握程度 (n=125) |        |        |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 题目                                | 回答正确人数 | 正确率(%) |
| 您是否了解“吞咽障碍”的定义                    | 119    | 95.20  |
| 从解剖学的角度看，只有口腔问题会导致吞咽功能障碍的发生       | 110    | 88.00  |
| 食道病变（如肿瘤，炎症）不会引起吞咽困难              | 114    | 91.20  |
| 吞咽过程的进行只有咽部的肌肉参与                  | 112    | 89.60  |
| 头、颈部的问题会导致吞咽困难                    | 107    | 85.60  |
| 老年人因为生理机能的退化，吞咽时发生吞咽困难的概率更大       | 108    | 86.40  |
| 吞咽障碍可能导致水电解质紊乱                    | 108    | 86.40  |
| 呼吸道感染不是吞咽困难的诱因                    | 93     | 74.40  |
| 所有吞咽障碍的患者都应使用吸水管饮水                | 87     | 69.60  |
| 吞咽困难的患者应避免食用浓度不同的食物               | 102    | 81.60  |
| 吞咽困难患者的生活质量与正常人一样                 | 105    | 84.00  |

2.3 护士对护理脑卒中并发吞咽障碍患者的态度

112 名（89.60%）护士认为自己的专业可以帮助患者改善吞咽障碍的现状；121 名（96.80%）护士认为与其他医学专业人员共同护理患者能改善其

吞咽障碍的症状；117 名（93.60%）护士认为对脑卒中并发吞咽障碍的患者进行多学科专业协作管理很有必要，见表 3。

| 表 3 护士对护理脑卒中并发吞咽障碍患者的态度 (n=125) |        |        |
|---------------------------------|--------|--------|
| 题目                              | 回答正确人数 | 正确率(%) |
| 患者通过护士的专业护理可以改善吞咽障碍             | 112    | 89.60  |
| 其他医学专业人员的帮助可以使患者的吞咽障碍好转         | 121    | 96.80  |
| 进行多学科专业协作对改善吞咽障碍很有必要            | 117    | 93.60  |

2.4 护士对脑卒中患者吞咽障碍早期筛查的实施情况

调查显示，护士对早期进行吞咽障碍评估的时机并不乐观，仅有 20.80% 的护士能在患者进食第一口水、药物、食物之前进行吞咽障碍的筛查；只

有 62.40% 的护士会依据 2016 年 AHA/ASA 发布的《成人脑卒中康复指南》中指出的在入院 24 h 内为所有脑卒中患者完成早期吞咽障碍筛查；77.60% 的护士会使用洼田饮水实验作为早期筛查的工具，在所有吞咽功能筛查工具中使用率最高；67.20% 的

护士会根据相关指南建议应用于临床,对入院的所有能配合筛查的脑卒中患者进行早期吞咽障碍的筛

查;92.80%的护士将评估患者的意识水平作为早期吞咽障碍筛查内容的重点,见表4。

表4 护士对脑卒中患者吞咽障碍早期筛查的实施情况( $n=125$ )

| 项目              | 类别                     | 人数  | 百分率(%) |
|-----------------|------------------------|-----|--------|
| 吞咽障碍入院筛查时期(单选)  | < 12 h                 | 60  | 48.00  |
|                 | 12~24 h                | 18  | 14.40  |
|                 | 25~48 h                | 9   | 7.20   |
|                 | 进食第一口食物或水之前            | 26  | 20.80  |
|                 | 其他                     | 12  | 9.60   |
| 吞咽功能筛查工具的选择(多选) | 洼田饮水实验                 | 97  | 77.60  |
|                 | 反复唾液吞咽试验               | 60  | 48.00  |
|                 | 容积-黏度试验(V-VST)         | 27  | 21.60  |
|                 | 染料测试                   | 16  | 12.80  |
|                 | 多伦多床旁吞咽筛查试验(TOR-BSST)  | 29  | 23.20  |
|                 | Gugging 吞咽功能评估工具(GUSS) | 29  | 23.20  |
|                 | 标准吞咽功能评估(SSA)          | 69  | 55.20  |
|                 | 进食评估问卷调查工具-10(EAT-10)  | 28  | 22.40  |
|                 | 其他                     | 7   | 5.60   |
| 筛查对象的选择(多选)     | 凭临床经验判断可能存在吞咽困难风险的患者   | 109 | 87.20  |
|                 | 患者自述存在呛咳、吞咽困难者         | 119 | 95.20  |
|                 | 所有意识清醒能进行良好合作的脑卒中患者    | 84  | 67.20  |
|                 | 其他                     | 1   | 0.80   |
| 筛查内容(多选)        | 初步评估患者意识有无障碍           | 116 | 92.80  |
|                 | 观察患者姿势控制的程度            | 115 | 92.00  |
|                 | 评估患者口腔卫生及清洁状况          | 104 | 83.20  |
|                 | 观察患者对口腔分泌物的控制情况        | 104 | 83.20  |
|                 | 饮水实验                   | 97  | 77.60  |
|                 | 其他                     | 3   | 2.40   |

### 3 讨论

#### 3.1 临床护士对吞咽障碍的基础知识掌握较好

本研究结果显示,10个专业性问题的平均回答正确 $8.36 \pm 1.02$ 个,略高于Farpour等学者<sup>[11]</sup>的研究结果 $7.82 \pm 1.41$ 个,这反映出护士对吞咽障碍的解剖生理知识、病因、相关并发症及护理知识较为了解,但本调查侧重于考察护士对吞咽障碍基础知识的掌握,未涉及指南中新增的内容,因此在后续科研及临床护理管理中可以将指南作为参照对护士进行培训及考核,督促护士关注并了解吞咽障碍的最新动态及科研成果,鼓励护士结合科室需要应用于临床。

#### 3.2 临床护士对护理脑卒中并发吞咽障碍患者的态度尚可

本研究结果显示,89.60%的护士认为通过自己的专业护理能够帮助患者改善吞咽障碍,降低脑卒中并发吞咽障碍的概率,这与陆秋芳等<sup>[12]</sup>研究

相符,说明护士能意识到吞咽功能的早期筛查对脑卒中患者预后的改善起到重要作用。93.60%的护士认为多学科合作模式对脑卒中并发吞咽障碍患者的筛查与康复治疗很有必要,这提示护理管理者应有计划的做好吞咽障碍护理项目的管理思路,鼓励并支持护士进行多学科合作交流,对促进患者吞咽功能恢复、实施有效的干涉预防、优化卒中患者护理质量具有重要意义。

#### 3.3 临床护士对脑卒中患者吞咽障碍筛查的质量参差不齐

吞咽障碍早期评估筛查的规范性主要体现在筛查的时机、患者病情变化及严重程度、筛查工具的选用和评估的有效性与正确性,有研究指出,患者入院24 h内进行吞咽障碍的筛查能提高筛出率,降低患者吞咽障碍引发不良结局的概率<sup>[13]</sup>。而本研究中只有62.40%的护士能够做到患者入院24 h内完成吞咽障碍的筛查;同时有研究指出,脑卒中患者在进食之前应进行吞咽障碍的筛查,但本调查中仅

有 20.80% 的护士可以做到。因此,大多数护士并没有经过系统规范的吞咽障碍培训,所进行的筛查准确率也难以保证。在 1 篇系统评价中明确指出,经过专业吞咽障碍护理相关培训的护士对卒中患者吞咽障碍早期筛查的时机掌握更准确,筛查的正确率更高<sup>[14]</sup>,这表明了具有专业护理技能的护士做出的评估结果能为卒中患者的后续护理计划的开展奠定强有力基础,为患者的预后带来有利于疾病良性恢复的可能性。此外有调查也指出护士是最早对脑卒中患者进行早期吞咽障碍筛查的专业人员,由护士进行吞咽障碍的早期筛查对患者疾病的恢复、缩短住院时间具有重要意义<sup>[8]</sup>。因此,应系统地对脑卒中相关科室的护士进行吞咽障碍相关知识技能培训,对提升专业护理能力、提高筛查成功率、保证吞咽功能早期筛查的质量十分关键。

### 3.4 临床护士对吞咽障碍筛查工具的使用太过单一

2017 年 JBI 循证护理数据库中建议使用的 Gugging 吞咽功能评估工具 (GUSS) 和标准吞咽功能评估 (SSA) 具有较高的灵敏度和特异度,但目前临床中使用较少,本研究结果显示,洼田饮水实验依旧是临床中应用最多的筛查工具,使用率为 77.60%;但有研究指出,洼田饮水实验无法识别隐性误吸,且对脑卒中伴喉反射异常引起的吞咽障碍患者存在很高的漏诊率<sup>[15-16]</sup>,因此不建议将洼田饮水实验单独作为脑卒中患者吞咽功能早期筛查方式。此外目前在临床实践中,对早期筛查工具的选用和对筛查时使用食物的性状、量的标准尚未完全统一<sup>[17]</sup>,因此在后续的护理中,医护人员应根据患者的实际病情、合作程度、吞咽能力等综合考虑,选择敏感度高更适合患者的吞咽功能筛查工具。

综上所述,目前临床护士对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的不足之处主要体现在:无法根据患者实际情况灵活选择筛查时机,不能灵活调整评估工具的使用,与指南推荐的策略差距较大;同时护理管理者对护士吞咽障碍的相关知识技能培训有所欠缺,筛查的质量参差不齐,因此临床护理管理者应及时了解最新的指南建议,并与本医院实际情况做对比,加强与临床护士的联系,做好临床护士的相关技能培训工作,加强理论在临床中的应用,从而推进临床护理的改革,提高护理质量。

## 4 参考文献

- [1] 王亚楠,吴思缈,刘鸣.中国脑卒中 15 年变化趋势和特点[J].华西医学,2021,36(6):803-807.
- [2] Zhou M, Wang H, Zeng X, et al. Mortality, morbidity,

and risk factors in China and its provinces, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. The Lancet,2019,394(10204):1145-1158.

- [3] 丛林,闵连秋,苑新,等.急性缺血性卒中发病后 30d 死亡的危险因素[J].国际脑血管病杂志,2017,25(12):1089-1095.
- [4] Wang Z, Song WQ, Wang L. Application of noninvasive brain stimulation for post-stroke dysphagia rehabilitation[J]. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences,2017,33(2):55-61.
- [5] 董小方,郭园丽,吕培华,等.脑卒中后吞咽障碍患者管理的最佳证据总结[J].中华现代护理杂志,2019(31):4037-4046.
- [6] Christensen M, Trapl M. Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia[J]. Nurs Crit Care,2018,23(2):102-107.
- [7] 郑晓娜,陈秋华,邵庭芳,等.9 种吞咽障碍筛查量表准确性的网状 Meta 分析[J].中华护理杂志,2019,54(10):1561-1566.
- [8] 陈霞,侯晓红,崔新,等.急性脑卒中患者吞咽障碍识别的证据总结[J].护理学杂志,2019,34(14):97-100.
- [9] 滑蓉蓉,丁则昱,王春育.苏格兰学院间指南网络:脑血管病患者吞咽困难的识别与治疗临床指南[J].中国卒中杂志,2011,6(6):480-494.
- [10] 马珂珂,郭园丽,董小方,等.河南省护士对脑卒中患者吞咽障碍筛查与评估的现状调查[J].中华护理杂志,2020,55(8):1196-1200.
- [11] Farpour S, Farpour HR, Smithard D, et al. Dysphagia Management in Iran: Knowledge, Attitude and Practice of Healthcare Providers[J]. Dysphagia,2018,34(1):105-111.
- [12] 陆秋芳,赵翠松,覃英雪,等.南宁市神经内科护士对脑卒中吞咽障碍患者护理知识和态度的调查报告[J].中国实用护理杂志,2019(25):1950-1955.
- [13] 张秀英,蒋红.2016 版成人脑卒中康复指南解读:吞咽困难的护理[J].上海护理,2018,18(8):5-8.
- [14] Park YH, Bang HL, Han HR, et al. Dysphagia screening measures for use in nursing homes: a systematic review[J]. J Korean Acad Nurs,2015,45(1):1-13.
- [15] 张蒙蒙,孙洁,陈伟,等.咽反射功能对洼田饮水试验评估吞咽障碍准确性的影响[J].中国康复,2020,35(10):529-531.
- [16] 葛文逸,丁露,慕容志苗,等.关于针刺治疗卒中后吞咽障碍中筛查与评估工具的思考[J].针灸临床杂志,2021,37(4):1-6.
- [17] 刘彦麟,丁亚萍,刘世晴,等.不同筛查工具对脑卒中后误吸筛查准确性的网状 Meta 分析[J].护理学杂志,2021,36(2):93-97.

[2021-08-19 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 重症监护室护士离职意愿及其影响因素分析

宋曙光 谷利娟 裴军

**【摘要】目的** 了解重症监护室护士离职意愿,并分析其与工作压力源、职业认同的相关性。**方法** 2021年3—5月选取河南省某4所三级综合医院240名重症监护室护士作为研究对象,采用一般资料量表、离职意愿量表、护士工作压力源量表及职业认同量表进行调查。**结果** 单因素分析显示,劳动人事关系、是否支援过疫情地区以及对薪酬的满意度是重症监护室护士离职意愿的影响因素( $P<0.05$ )。Pearson相关分析显示,重症监护室护士离职意愿总分与工作压力总分呈正相关( $P<0.05$ ),与职业认同总分呈负相关( $P<0.05$ )。多元线性回归分析显示,是否支援过疫情地区、护士工作压力总分、对薪酬的满意度是离职意愿的影响因素( $P<0.05$ )。**结论** 河南省重症监护室护士离职意愿受多种因素影响,医院管理者可以通过合理分配奖金绩效、制订合理公平的晋升职称方案、创造良好的工作环境及加强对重症监护室护士的理解与支持等措施,降低重症监护室护士离职意愿,从而稳定重症监护室护理队伍。

**【关键词】** 重症监护室护士; 离职意愿; 工作压力; 职业认同; 护理队伍

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.010

**Analysis of willingness to leave and its influencing factors among nurses in intensive care unit** SONG Shuguang, GU Lijuan, PEI Jun (The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China)

**【Abstract】 Objective** To understand the turnover intention of intensive care unit(ICU) nurses and analyze its correlation with work stressors and occupational identity was as the study subject. **Methods** A total of 240 ICU nurses in a 4 tertiary general hospital in Henan province from March to May 2021 were selected as the study objects, and the general data scale, turnover intention scale, nurse work stressor scale and occupational identity scale were used for investigation. **Results** Univariate analysis showed that the labor and personnel relations, whether they had supported the epidemic area and satisfaction with salary were the influencing factors of ICU nurses' willingness to leave( $P<0.05$ ). Pearson correlation analysis showed that the total score of ICU nurses' turnover intention was positively correlated with the total score of work stress( $P<0.05$ ), and negatively correlated with the total score of occupational identity( $P<0.05$ ). Multiple linear regression analysis showed that the whether they had supported the epidemic area, total score of nurses' work stress and satisfaction with salary were the influencing factors of ICU nurses' willingness to leave( $P<0.05$ ). **Conclusion** The resignation willingness of ICU nurses in Henan province was affected by many factors. Hospital managers can reduce the willingness of nurses to leave by rationally allocating bonus performance, formulating a reasonable and fair promotion plan, creating a good working environment, and strengthening the understanding and support of ICU nurses, thereby stabilizing the ICU nursing team.

**【Key words】** Intensive care unit nurses; Turnover intention; Job stress; Professional identity; Nursing team

重症监护病房是一个危重患者密集、病情多变、工作强度及工作量大的一个场所,护士的工作状态若长期紧张,承受的压力达到临界点,会造成工作热情直线下降,致使其离职意愿处于高水平<sup>[1-2]</sup>。有研究表明<sup>[3]</sup>,护士离职意愿与职业认同水平呈反

比,即职业认同感评分低的护士,离职意愿越强烈。离职意愿是一段时间内员工出现的离开现有组织的想法和变换工作的可能性,离职意愿作为离职行为的前置反应,可用于预测实际离职行为<sup>[4]</sup>。目前,关于重症监护室护士离职意愿与工作压力、职业认同相关性研究在护理领域内报道较少。因此,本研究通过对河南省某4所三级综合医院重症监护室护士进行问卷调查,了解重症监护室护士离职意愿与工作压力源、职业认同的关系,为护理管理者采取

作者单位: 450000 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院外科ICU(宋曙光);河南大学淮河医院重症医学科(谷利娟,裴军)  
通信作者:裴军

有效措施、稳定护理队伍提供相关依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2021年3—5月选取河南省某4所三级综合医院240名重症监护室护士作为调查对象，纳入条件：知情同意并自愿参与；取得护士执业资格证；从事专职的重症护理工作。排除条件：因事请假的护士；实习、进修及轮转护士。

1.2 调查工具

1.2.1 一般情况调查表 包括性别、年龄、劳动人事关系、职称、是否支援过疫情地区、对薪酬的满意度等。

1.2.2 离职意愿量表 由李栋荣<sup>[5]</sup>翻译修订，包括离职意愿Ⅰ（条目1和条目6）：员工辞去目前工作的可能性；离职意愿Ⅱ（条目2和条目3）：员工寻找其他工作动机的可能性；离职意愿Ⅲ（条目4和条目5）：员工获得外部工作的可能性，共3个维度6个条目。量表采用Likert 4级反向计分法，得分越高离职意愿越强。总分6~24分，总分≤6分表明离职意愿水平很低，6<总分≤12分离职意愿水平较低，12<总分≤18分离职意愿水平较高，总分>18分离职意愿水平很高。量表Cronbach's α系数为0.77。

1.2.3 护士工作压力源量表 由李小妹等<sup>[6]</sup>翻译修订，包括5个维度35个条目：①“护理工作及专业方面”维度，包括7个条目；②“工作量及时间分配”维度，包括5个条目；③“工作环境及仪器设备”维度，包括3个条目；④“患者护理方面”

维度，包括11个条目；⑤“管理及人际关系”维度，包括9个条目。量表采用Likert 4级评分法，总分35~140分，分数越高表明工作压力越大。量表Cronbach's α系数为0.879。

1.2.4 职业认同量表 由刘玲<sup>[7]</sup>修订，包括5个维度30个条目：①“职业认知评价”维度，包括9个条目；②“职业社会支持”维度，包括6个条目；③“职业社交技巧”维度，包括6个条目；④“职业挫折应对”维度，包括6个条目；⑤“职业自我反思”维度，包括3个条目。量表采用Likert 5级评分法，总分30~150分，分数越高表明护士的职业认同水平越高。量表Cronbach's α系数为0.938。

1.3 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，单因素分析中均数比较采用t检验或方差分析；重症监护室护士工作压力、职业认同和离职意愿间采用Pearson相关性分析；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 重症监护室护士的离职意愿、工作压力、职业认同感得分情况

本次调查中，离职意愿水平较低者22名（9.17%），离职意愿水平较高者139名（57.92%），离职意愿水平很高者79名（32.91%）。重症监护室护士离职意愿、工作压力、职业认同感总分和各维度条目均分及排序见表1。

表1 重症监护室护士离职意愿、工作压力、职业认同感总分和各维度条目得分情况

| 量表        | 条目数 | 得分           | 条目均分      | 排序 |
|-----------|-----|--------------|-----------|----|
| 离职意愿总分    | 6   | 17.03±3.34   | 2.84±0.56 |    |
| 离职意愿Ⅰ     | 2   | 5.62±1.53    | 2.81±0.77 | 2  |
| 离职意愿Ⅱ     | 2   | 5.48±1.42    | 2.74±0.71 | 3  |
| 离职意愿Ⅲ     | 2   | 5.93±1.18    | 2.97±0.59 | 1  |
| 护士工作压力总分  | 35  | 99.62±18.60  | 2.85±0.53 |    |
| 患者护理方面    | 11  | 31.29±6.81   | 2.84±0.62 | 3  |
| 管理及人际关系   | 9   | 23.78±7.04   | 2.64±0.78 | 5  |
| 护理工作及专业方面 | 7   | 20.67±4.82   | 2.95±0.69 | 2  |
| 工作量及时间分配  | 5   | 15.55±3.45   | 3.11±0.69 | 1  |
| 工作环境及仪器设备 | 3   | 8.33±2.30    | 2.78±0.77 | 4  |
| 职业认同总分    | 30  | 100.51±21.49 | 3.35±0.72 |    |

续表

| 量表     | 条目数 | 得分           | 条目均分        | 排序 |
|--------|-----|--------------|-------------|----|
| 职业认知评价 | 9   | 28.30 ± 8.97 | 3.14 ± 1.00 | 5  |
| 职业社会支持 | 6   | 21.26 ± 5.20 | 3.54 ± 0.87 | 1  |
| 职业挫折应对 | 6   | 21.05 ± 5.04 | 3.51 ± 0.84 | 2  |
| 职业社交技巧 | 6   | 19.49 ± 5.23 | 3.25 ± 0.87 | 4  |
| 职业自我反思 | 3   | 10.42 ± 2.59 | 3.47 ± 0.86 | 3  |

2.2 不同特征重症监护室护士离职意愿的单因素分析

单因素分析显示,劳动人事关系、是否支援过疫情地区以及对薪酬的满意度是重症监护室护士离职意愿的影响因素( $P<0.05$ ),见表2。

2.3 重症监护室护士工作压力、职业认同与离职

意愿的相关性

Pearson 相关分析显示,重症监护室护士离职意愿总分与护士工作压力总分呈正相关( $P<0.05$ );离职意愿总分与职业认同总分呈负相关( $P<0.05$ ),见表3。

表2 不同特征重症监护室护士离职意愿的单因素分析

| 分析因素      | 类别       | 人数  | 离职意愿总分       | <i>t</i> 值 | <i>P</i> 值 |
|-----------|----------|-----|--------------|------------|------------|
| 性别        | 男        | 46  | 17.89 ± 3.07 | 1.950      | 0.052      |
|           | 女        | 194 | 16.83 ± 3.37 |            |            |
| 年龄(岁)     | 20~      | 60  | 17.40 ± 3.47 | 0.477*     | 0.752      |
|           | 26~      | 58  | 17.03 ± 3.42 |            |            |
|           | 31~      | 65  | 16.71 ± 3.49 |            |            |
|           | 36~      | 35  | 17.29 ± 3.29 |            |            |
|           | 41~      | 22  | 16.59 ± 2.40 |            |            |
|           |          |     |              |            |            |
| 劳动人事关系    | 在编       | 46  | 15.83 ± 3.51 | 2.759      | 0.006      |
|           | 非在编      | 194 | 17.32 ± 3.24 |            |            |
| 职称        | 护士       | 49  | 17.47 ± 3.40 | 2.448*     | 0.064      |
|           | 护师       | 163 | 17.17 ± 3.23 |            |            |
|           | 主管护师     | 24  | 15.38 ± 3.84 |            |            |
|           | 副主任护师及以上 | 4   | 16.25 ± 0.50 |            |            |
| 是否支援过疫情地区 | 是        | 38  | 15.68 ± 3.37 | 2.764      | 0.006      |
|           | 否        | 202 | 17.29 ± 3.28 |            |            |
| 对薪酬的满意度   | 不满意      | 105 | 18.50 ± 2.51 | 24.235*    | 0.000      |
|           | 一般       | 112 | 16.18 ± 3.48 |            |            |
|           | 满意       | 23  | 14.52 ± 3.12 |            |            |

\**F* 值。

表3 重症监护室护士工作压力、职业认同与离职意愿的相关性(*r*)

| 分析因素     | 离职意愿总分  | 离职意愿 I  | 离职意愿 II | 离职意愿 III |
|----------|---------|---------|---------|----------|
| 护士工作压力总分 | 0.507*  | 0.450*  | 0.407*  | 0.359*   |
| 职业认同总分   | -0.264* | -0.313* | -0.124  | -0.192*  |

注: \* $P<0.05$ 。

2.4 重症监护室护士离职意愿的多元线性回归分析

以重症监护室护士离职意愿总分为因变量，以劳动人事关系、是否支援过疫情地区、对薪酬的满意度及重症监护室护士工作压力总分及职业认同感总分为自变量进行多元线性回归分析（赋值情况见

表4）。结果表明，是否支援过疫情地区、护士工作压力总分、对薪酬的满意度是离职意愿的影响因素（ $P<0.05$ ）。3个变量与离职意愿的总分的决定系数（ $R^2$ ）为0.362，最后回归模型整体性检验的 $F$ 值为26.593，见表5。

表4 变量赋值表

| 变量标签      | 赋值说明           |
|-----------|----------------|
| 劳动人事关系    | 在编 = 0，非在编 = 1 |
| 是否支援过疫情地区 | 是 = 0，否 = 1    |
| 对薪酬的满意度   | 原值代入           |
| 护士工作压力    | 原值代入           |
| 职业认同感     | 原值代入           |

表5 重症监护室护士离职意愿的多元线性回归分析

| 分析因素      | 回归系数   | 标准误差  | 标准化回归系数 | $t$ 值  | $P$ 值 |
|-----------|--------|-------|---------|--------|-------|
| 常量        | 11.438 | 1.686 | —       | 6.784  | 0.000 |
| 是否支援过疫情地区 | 1.091  | 0.501 | 0.120   | 2.177  | 0.030 |
| 对薪酬的满意度   | -1.201 | 0.294 | -0.233  | -4.081 | 0.000 |
| 护士工作压力总分  | 0.073  | 0.010 | 0.409   | 7.279  | 0.000 |

注： $R^2=0.362$ ，调整后 $R^2=0.349$ ， $F=26.593$ ， $P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 重症监护室护士离职意愿、工作压力、职业认同水平现状

本研究调查结果显示，重症监护室护士的离职意愿得分为 $17.03 \pm 3.34$ 分，离职意愿处于较高程度以上的比例为90.83%，高于魏丽君等<sup>[8]</sup>、柯彩霞等<sup>[9]</sup>、黄金等<sup>[10]</sup>研究结果。其中离职意愿Ⅲ维度得分是最高的，表明所调查的重症监护室护士自觉得到外部其他工作的可能性较大。主要原因考虑本次调查的对象是三级综合医院的重症监护室护士，他们往往临床经验丰富、理论知识扎实、技能操作熟练，同时我国护士短缺十分严重，大部分医院每年都会招聘新护士来缓解本院护理人员紧张的问题。重症监护室护士若能在其他医院得到更丰厚的薪酬待遇、更好的发展空间，那极有可能离开现在的工作医院。因此，重症监护室护士队伍处于一种不稳定的状态，一旦有合适的机会，他们离开现有工作岗位的可能性较大。医院管理者应尽早采取措施进行干预，降低重症监护室护士离职意愿，稳定护理队伍。

重症监护室护士工作压力总分为 $99.62 \pm 18.60$

分，处于中等水平，与郝翠平<sup>[11]</sup>、景雪冰等<sup>[12]</sup>研究结果一致。其中工作量及时间分配维度得分最高，是最主要的压力源，原因可能与重症监护室内患者病情复杂危重，患者随时都有可能抢救，护士的工作强度大、护理文书较多、工作中可自己支配的时间较少有关。得分最低的是管理及人际关系维度，原因可能与重症监护室病房环境相对封闭、接触患者及家属的环节较少有关，此研究结果与国内学者相一致<sup>[13]</sup>。

职业认同总分为 $100.51 \pm 21.49$ 分，处于中等偏上水平。职业社会支持是得分最高的维度，这与彭亚等<sup>[14]</sup>研究结果一致，原因可能与护士能得到家人、同事、朋友等理解、支持与认可有关。职业认知评价维度得分最低，这可能与工作报酬相对偏低，进修、学习等机会较少有关。同时，仍有部分人对护理职业存在偏见，对护士不尊重，认为护士就打打针、发发药，也可能影响护士对护理职业的认知。

3.2 重症监护室护士离职意愿的影响因素

（1）是否支援过疫情地区：研究结果表明，没有支援过疫情地区的重症监护室护士离职意愿较高。原因可能为支援过疫情地区的重症监护室护士

往往责任感较强。除此之外,医院为支援过疫情地区的重症监护室护士在晋职称上打开了绿色通道,并且有机会使其成为在编人员。

(2) 对薪酬的满意度:本研究结果显示,薪酬满意度低的重症监护室护士比薪酬满意度高的护士离职意愿高。分析原因可能与重症监护室护士薪酬较低,得不到应有的物质回报有关。重症监护室护理工作负荷较重,闲暇时间很少,没有多余的精力去陪伴自己的家人和朋友,同时为所在医院付出了很多的时间和精力,但却得不到应有的物质回报。特别与医生及其他科室收入进行横向对比之后,内心的不平衡感更加强烈,降低了护士工作的积极性,减少了重症监护室护士对工作的热情,进而增加了重症监护室护士离职意愿。这与杨美玲等<sup>[15]</sup>、孟微<sup>[16]</sup>研究结果一致。由此建议医院管理者应科学有效的推进重症监护室护士绩效方案提高收入水平,同时要注重未支援过疫情地区的重症监护室护理人员心理状况及薪酬待遇情况,降低其离职意愿。

(3) 护士工作压力总分:本研究结果显示,重症监护室护士离职意愿总分与护士工作压力总分呈正相关,与杨田田等<sup>[17]</sup>研究结果一致。即工作压力越大,离职意愿越高。已有研究发现<sup>[18]</sup>,因工作量大、工作时间长、工作要求高和医患关系紧张而产生的工作压力是护士产生离职意愿和选择离职的直接原因之一。本研究中重症监护室护士工作压力总分为  $99.62 \pm 18.60$  分,处于中等水平,离职意愿处于较高程度以上的比例竟然高达 90.83%,重症监护室护士离职意愿处于高水平。原因可能为重症监护室护理人员流失较多,若不能及时补充,每位护士加班就会成为常态化,除此之外,空闲时间有可能还要完成新知识和新技术的培训,更没有多余的时间去陪伴自己的家人和朋友。同时现在频繁出现的伤医辱医及护士被打事件也会加重护士的心理负担,长时间承受较大的压力,会积累消极作用,最终导致离职。因此建议医院管理者针对不同来源的工作压力及其影响因素采取针对性措施,减轻重症监护室护士工作压力,降低其离职意愿。

综上所述,河南省重症监护室护士离职意愿受多种因素影响,医院管理者可以通过合理分配奖金绩效、制订合理公平的晋升职称方案、创造良好的工作环境及加强对重症监护室护士的理解与支持等措施,降低重症监护室护士离职意愿,从而稳定重症监护室护理队伍。

#### 4 参考文献

- [1] 刘立亚,万巧琴.ICU 护理工作环境现状及其对离职意愿的影响[J].中国护理管理,2016,16(2):220-223.
- [2] 虞瑰,温贤秀,吴洪.重症监护室护士离职意愿现状及研究进展[J].现代临床医学,2019,45(3):227-230.
- [3] 段应龙,吴小霞,钟竹青,等.护士职业认同、职业倦怠对离职意愿影响的研究[J].中国护理管理,2017,17(3):368-373.
- [4] 陈芙蓉,阎成美.护士离职意愿相关因素研究进展[J].护理学杂志,2007,22(6):78-80.
- [5] 李栋荣,李经远.矩阵式组织结构下角色冲突、组织承诺、离职意愿关联性研究[D].台湾:交通大学管理大学研究所,2000.
- [6] 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):4-8.
- [7] 刘玲.护士职业认同水平及其与工作压力、职业倦怠的相关研究[D].上海:第二军医大学,2009.
- [8] 魏丽君,黄惠根,胡亚妮,等.广东省三级综合医院男护士离职意愿的影响因素分析[J].中华护理杂志,2015,50(9):1079-1082.
- [9] 柯彩霞,林爱华,刘琼慧,等.临床护士离职意愿影响因素的研究[J].护理管理杂志,2009,9(7):6-7.
- [10] 黄金,李乐之,彭丹,等.三级医院聘用制护士工作满意度与离职意愿的现状调查[J].中华护理杂志,2008,43(6):527-530.
- [11] 郝翠平.ICU 护士心理资本、工作压力、职业认同与工作幸福感的关系研究[D].青岛:青岛大学,2018.
- [12] 景雪冰,刘红,房晓杰,等.危重症专科护士工作压力源、心理资本与职业生涯相关性研究[J].护理研究,2016,30(27):3348-3351.
- [13] 田小荣,田艳妮.手术室男护士职业认同与工作压力、生活质量的相关性研究[J].中国卫生质量管理,2021,28(3):51-55.
- [14] 彭亚,赵莉,范静,等.基层医院临床护士离职意愿与护理工作环境及职业认同的相关性研究[J].循证护理,2019,5(4):318-321.
- [15] 杨美玲,王冉冉,侯淑肖.在职护士离职意愿及其相关因素调查分析[J].现代护理,2006,12(18):1667-1669.
- [16] 孟微.长春市 630 名护士离职意愿与领悟社会支持相关性研究[D].长春:吉林大学,2015.
- [17] 杨田田,李小燕,王跃会,等.武汉市三级甲等医院护士离职意愿现状及影响因素分析[J].中国护理管理,2019,19(4):569-574.
- [18] 陈泓颖,李国宏.护士离职意愿影响因素及干预的研究进展[J].护理学杂志,2017,32(12):106-108.

[2021-11-19 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 机械通气人工气道吸痰护理进展的总结与归纳

农明 赵凯丽 陶嘉怡 韦桂源 农婵媛 余云飞

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.011

机械通气是保持气道通畅、改善氧合、防止机体缺氧和 CO<sub>2</sub> 蓄积的一种治疗手段,是为急危重症患者或不能自主吸氧患者提供氧气的有效措施。人工气道是通过使用气管导管经口或鼻置入气管中或直接行气管切开而形成的气体通道,以帮助患者进行有效通气及肺部疾病的治疗。但人工气道在保障患者有效通气的同时也存在对患者不利的因素,如气管导管的存在会减弱呼吸道原有功能,使咳嗽反射减弱,影响上气道加温及湿化功能,分泌物排除能力降低<sup>[1-2]</sup>。若不及时清除气道分泌物,淤积的痰液使气道变窄,甚至堵塞,导致肺不张,增加呼吸肌做功,导致低氧血症。有研究<sup>[3]</sup>指出,有效的气道内吸引有助于改善机械通气患者的呼吸状态,降低吸气峰压及气道阻力,增加肺顺应性和潮气量,提高血氧饱和度。研究<sup>[4-6]</sup>表明,有效吸痰可预防和控制呼吸机相关性肺炎等并发症发生,从而缩短机械通气时间、ICU 住院时间,减少住院费用等。本文对机械通气患者人工气道吸痰护理的文献进行总结,归纳吸痰指征、体位、吸痰管型号选择、负压吸引压力、吸引深度、吸痰方法等研究内容,以期对机械通气患者人工气道的有效清理提供更优化的护理方案。

## 1 吸痰前评估

气道内吸引是机械通气患者保持气道通畅的必要操作,但可能诱发缺氧、心率变慢、心律不齐、颅内压增高、炎症发生、气道黏膜受损及出血等不良事件。所以,吸痰前首先要对患者进行充分的评估,做好相应的准备工作。

### 1.1 吸痰时机和指征

气道痰液较多时会刺激气道引起咳嗽,此时吸痰会增加痰液淤积、堵塞气道的风险。若护理人员根据主观判断吸痰,痰液较少时吸痰反而刺激呼吸道,增加患者的不适感。吸痰时机影响吸痰效果,综合相关文献<sup>[7-14]</sup>报道,应按需吸痰,指征如下:

①人工气道内有可见的分泌物或血液;②双肺明显湿啰音及痰鸣音或呼吸音降低;③指脉氧/氧分压下降,或伴有 CO<sub>2</sub> 潴留且怀疑是气道分泌物增多引起;④出现急性呼吸窘迫的表现,如呼吸频率增加、三凹征等,考虑为气道堵塞引起;⑤呼吸机报警,如气道压力增高、潮气量降低等,除管路积水和/或打折等因素引起外;⑥反流、呕吐、误吸;⑦体位变化前后;⑧气囊充放气。

### 1.2 吸痰管的选择

适宜的吸痰管是有效吸引的重要因素,吸痰管过小,不能在短时间内将分泌物充分吸尽;吸痰管过大,则会使吸引压力增大而增加气道黏膜受损的危险,同时会使气道内压力和呼气末肺容积明显下降<sup>[15]</sup>。研究<sup>[16]</sup>表明,吸痰管外径大小对肺容积损失的影响大于吸引压力对其的影响。相关指南<sup>[7]</sup>推荐,在为儿童和成人患者吸痰时,选择吸痰管的外径应小于气管导管内径的 1/2。黄益等<sup>[14]</sup>推荐,新生儿吸痰管的外径应小于人工气道内径的 1/2~2/3。徐莉等<sup>[17]</sup>通过改良小型 8 号吸痰管,增加吸痰管原有的侧孔,能更充分地吸引痰液并减少吸痰相关并发症的发生。所以,吸痰操作前,应根据气管导管管径的大小选择适宜的吸痰管,以保证在最短的时间内将分泌物充分吸出。

### 1.3 吸痰体位

临床工作中应结合疾病类型、患者的承受力等具体情况选择合适的吸痰体位。李新红<sup>[18]</sup>研究发现,侧卧时头稍后仰并将床头抬高 15°~30° 的吸痰体位较适合老年脑卒中患者,其效果优于平卧位或侧卧位,有利于提高患者的吸痰耐受程度且对生命体征影响不大,与孙斐<sup>[19]</sup>的研究相似。张研<sup>[20]</sup>研究显示,将 45° 楔形枕置于患者背后呈侧卧 45° 体位后吸痰,可减少吸痰次数,降低气道黏膜的损伤。临床工作中,护理人员应结合本科室条件,同时利用体位引流痰液的原理,吸痰操作前,注意听诊肺部痰鸣音,同时结合最近的胸部 X 线或 CT 结果,将患者置于痰液较多侧在上的半侧卧位后再吸痰,从而提高吸痰的有效性。

## 2 吸引负压

吸痰负压要根据痰液的黏稠度调整,适宜的负压可有效清除痰液,减少对气道和肺泡的损伤<sup>[3]</sup>。痰液黏稠度可分为<sup>[21]</sup>:Ⅰ度痰为米汤或泡沫样,可直接由负压吸走;Ⅱ度痰外观较Ⅰ度黏稠,附着于吸痰管可用水冲走;Ⅲ度痰外观明显黏稠,附着于吸痰管不易被水冲走。相关研究<sup>[22-23]</sup>显示,Ⅰ度痰液宜使用100~120 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)的负压进行吸引,Ⅱ度痰液应使用180~200 mmHg的负压进行吸引,而Ⅲ度痰液的适宜负压值为250 mmHg。最新新生儿机械通气吸痰操作指南<sup>[14]</sup>推荐吸引负压范围80~100 mmHg;目前推荐的机械通气成人安全、有效的吸痰负压范围是120~140 mmHg<sup>[24-25]</sup>。因此,吸痰时,根据患者痰液的性状选择适宜的负压,以确保痰液被充分吸出,保证氧合,减少肺部感染。

## 3 吸引深度

临床上常采用浅吸引或深吸引2种吸痰方法。浅吸引是指将吸痰管插入的深度为气管导管或者气管切开套管的长度加外接长度,而深吸引是指将吸痰管置入直至遇到阻力后将其退出1 cm再施加负压进行吸引<sup>[26]</sup>。Bailey等<sup>[27]</sup>研究表明,浅吸引时气管、支气管黏膜不易被损伤,而深吸引可导致气道黏膜受损、黏液分泌增多、气道黏膜炎症增多等并发症。黄益等<sup>[14]</sup>建议,新生儿应采用浅吸痰法。但是咳嗽反射减弱或消失、深度昏迷的患者,浅吸痰无法将痰液充分吸出<sup>[28]</sup>。梁丽平等<sup>[29]</sup>研究显示,改良的深部吸痰法插入深度距门齿约为34~36 cm,对颅脑损伤患者的颅内压影响较小,且可降低呼吸机相关性肺炎的发生率。因此,吸痰时,应根据患者的人群、病情、痰液性质等情况选择合适的吸痰管插入深度,尽量避免气道黏膜损伤、出血、血痂形成等并发症的发生。

## 4 吸引方法

### 4.1 密闭式吸痰法

临床常用开放式或密闭式吸痰法。随着研究不断深入,密闭式吸痰逐渐被广泛使用。密闭式吸痰管装置为密闭系统,在吸痰过程中不会因为患者呛咳喷出飞沫或者气溶胶扩散而造成环境污染,可有效切断呼吸道传播疾病<sup>[30]</sup>。密闭式吸痰无需断开呼吸机管路,可以维持有效的呼气末正压从而防止肺泡塌陷。研究<sup>[31-33]</sup>证实,与开放式吸痰相比,密

闭式吸痰在改善呼吸、提高血氧饱和度及氧分压等生理指标上效果更佳。虽然有研究<sup>[34]</sup>表明,开放式与密闭式吸痰在预防呼吸机相关性肺炎的发生、机械通气时间、ICU停留时间等方面的影响没有差异,但密闭式吸痰具有较好的封闭性,能减少外部感染源进入气道引起的呼吸道感染。因此,临床护理操作中,采用开放式或密闭式吸痰,应根据临床情境进行选择。

### 4.2 侧向旋转吸痰法

体位引流广泛应用于气道分泌物较多且不易排出的患者,侧向旋转吸痰是较新开展的体位引流方法,其原理是使一侧肺与另一侧肺部完全处于垂直纵轴向上,利用重力作用,促使气道内分泌物能够经由大气道移动,从而使分泌物更好地排出。侧向旋转吸痰法具体操作如下<sup>[35]</sup>:间隔2 h翻身叩背1次,翻身前后均实施叩背。首先取痰液滞留较多的肺叶或肺段在下的侧卧位,进行气道内湿化,即注入生理盐水4 ml,接呼吸机通气15 s,由下向上、由外向内叩背,随后按从痰液较多一侧开始向对侧翻身150°~180°,15 s后进行吸痰。研究<sup>[36]</sup>表明,经采用侧向旋转吸痰法干预后,患者的住院时间、机械通气天数、ICU住院费用等明显降低。张俊丽等<sup>[37]</sup>证实,侧向旋转吸痰法结合气道湿化、翻身、叩背等操作,能更有效地排出痰液,促进患者的康复。但目前国内外关于侧向吸痰方法的研究相对较少,需进一步进行大样本高质量的探索和研究。

### 4.3 人工膨肺吸痰法

人工膨肺是人工呼吸的方式,它是由简易呼吸器与人工气道相连接构成,使患者深而缓慢地吸气,随之有短暂的呼吸暂停,再快速呼气<sup>[38]</sup>。人工膨肺由2人配合完成,按照“膨肺-吸痰-膨肺-湿化气道-吸痰”的循环过程重复操作,将痰液吸净后再继续使用呼吸机辅助呼吸,纯氧吸入2 min后将氧浓度调至原设定值,其具体操作方法可参考相关文献<sup>[39-40]</sup>。人工膨肺吸痰可以扩张小气道和原有塌陷萎缩的肺泡,屏气一定时间可使气体在不同肺泡之间均匀分布,从而增加肺的顺应性,有助于患者进行自主呼吸的锻炼<sup>[41]</sup>。徐小莉等<sup>[42]</sup>研究表明,膨肺吸痰可以更好地改善低氧状况,促进肺复张,缩短机械通气时间,对预防机械通气相关肺部并发症具有积极作用,促进患者早期康复,与程康耀等<sup>[43]</sup>观点一致。人工膨肺能更充分地清除呼吸道分泌物,提高氧合,控制肺部感染,减少相关并发症,提高吸痰的效果。

综上所述,关于吸痰时机、吸痰负压、吸痰

管的深度、采用密闭式吸痰方法等方面已有较多可形成统一意见的研究证据,但不同类型患者的吸痰体位、侧向旋转吸痰方法及膨肺吸痰法等临床应用的干预效果、患者耐受程度、安全性评价等仍需更深入更高质量的研究。吸痰是保持人工气道通畅的必要措施,也是防止肺部进一步损伤的重要保障,需要学者们研制出更个体化精准的气道吸痰护理方案,做到更优质的吸痰护理,提高患者的生存质量。

## 5 参考文献

- [1] Fisk AC. The Effects of Endotracheal Suctioning in the Pediatric Population[J]. Dimensions of Critical Care Nursing, 2018, 37(1): 44–56.
- [2] Gardner DL, Shirland L. Evidence-based guideline for suctioning the intubated neonate and infant[J]. Neonatal Network, 2009, 28(5): 281–302.
- [3] American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010[J]. Respir Care, 2010, 55(6): 758–764.
- [4] Metersky ML, Kalil AC. Management of Ventilator-Associated Pneumonia: Guidelines[J]. Clin in Chest Med, 2018, 39(4): 797–808.
- [5] Papazian L, Klompas M, Luyt CE. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review [J]. Intensive Care Medicine, 2020, 46(5): 888–906.
- [6] Fernando SM, Tran A, Cheng W, et al. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia in critically ill adult patients—a systematic review and meta-analysis[J]. Intensive Care Medicine, 2020, 46(6): 1170–1179.
- [7] Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, et al. AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning [J]. Respir Care, 2022, 67(2): 258–271.
- [8] 霍少娟, 田金徽, 曾晓丽, 等. 不同吸痰时机吸痰效果比较的 Meta 分析 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2019, 18(5): 461–468.
- [9] 严玉娇, 丁娟, 刘晔含, 等. 成人危重症患者气道管理的最佳证据总结 [J]. 护理学报, 2021, 28(3): 39–45.
- [10] Maggiore SM, Lellouche F, Pignataro C, et al. Decreasing the Adverse Effects of Endotracheal Suctioning During Mechanical Ventilation by Changing Practice[J]. Respiratory Care, 2013, 58(10): 1588–1597.
- [11] Gonçalves RL, Tsuzuki LM, Carvalho MG. Endotracheal suctioning in intubated newborns: an integrative literature review[J]. Rev Bras Ter Intensiva, 2015, 27(3): 284–292.
- [12] 蔡陈杰. 螺旋式吸痰法在清除人工气道梗阻中的应用 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2020, 27(12): 100–102.
- [13] Mwakanyanga ET, Masika GM, Tarimo EAM. Intensive care nurses' knowledge and practice on endotracheal suctioning of the intubated patient: A quantitative cross-sectional observational study[J]. PLoS One, 2018, 13(8): e201743.
- [14] 黄益, 唐军, 史源, 等. 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.
- [15] Vanner R, Bick E. Tracheal pressures during open suctioning [J]. Anaesthesia, 2008, 63(3): 313–315.
- [16] Copnell B, Dargaville PA, Ryan EM, et al. The effect of suction method, catheter size, and suction pressure on lung volume changes during endotracheal suction in piglets[J]. Pediatr Res, 2009, 66(4): 405–410.
- [17] 徐莉, 徐琳. 改良浅层吸痰法在人工气道吸痰患者护理中的应用效果 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(12): 142–143.
- [18] 李新红. 不同吸痰体位在老年脑梗死患者吸痰中的应用 [J]. 护理研究, 2016, 30(12): 1502–1504.
- [19] 孙斐. 吸痰体位对颅脑损伤行气管切开患者吸痰效果的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(4): 34–37.
- [20] 张研. 背后放置 45° 楔形垫侧卧 45° 体位吸痰方法在重度颅脑损伤术后气管切开患者中的应用效果 [J]. 中国民康医学, 2020, 32(17): 36–38.
- [21] 陆莉金, 李建芳. 新型气道湿化装置在急诊重症监护病房行机械通气患者气道湿化中的应用 [J]. 广西医学, 2020, 42(16): 2174–2177.
- [22] 覃明, 吴贵辉. 行机械通气新型冠状病毒肺炎患者的气道护理 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55(S1): 822–823.
- [23] 柳敏妹, 林容, 张丽华, 等. 神经外科重症患者个性化吸痰护理效果分析 [J]. 福建医药杂志, 2017, 39(3): 154–156.
- [24] Kacmarek RM, Li Bassi G. Endotracheal tube management during mechanical ventilation: less is more! [J]. Intensive Care Med, 2019, 45(11): 1632–1634.
- [25] 严玉娇, 王虹, 丁娟, 等. 危重症患者气道管理的研究进展 [J]. 护理实践与研究, 2021, 18(15): 2252–2255.
- [26] 王加梅, 张静, 赵蕾. 吸痰深度对老年卧床人工气道患者的有效性与安全性研究 [J]. 河北医药, 2021, 43(12): 1879–1882.
- [27] Bailey C, Kattwinkel J, Teja K, et al. Shallow versus deep endotracheal suctioning in young rabbits: pathologic effects on the tracheobronchial wall[J]. Pediatrics, 1988, 82(5): 746–751.
- [28] Li X, Chai X, Xu S, et al. Effect of different depth of aspiration on patients without effective cough response[J]. Am J Transl Res, 2021, 13(9): 10685–10693.
- [29] 梁丽平, 富燕萍, 陈娟红, 等. 改良深部吸痰对颅脑损伤患者高原波和呼吸机相关肺炎的影响 [J]. 护理与康复, 2020, 19(10): 44–47.
- [30] 葛慧青, 代冰, 徐培峰, 等. 新型冠状病毒肺炎患者呼吸机使用感控管理专家共识 [J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2020, 19(2): 116–119.

# 老年髋部骨折术后并发深静脉血栓的护理研究综述

郑丹丹 吴荷玉 李莎 吴海超

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.012

我国人口老龄化程度进一步加深,根据第七次全国人口普查结果显示<sup>[1]</sup>,中国60岁及以上人口为26402万人,占18.70%。老年人口增长迅速导致老年骨科发病率增加。髋部骨折是骨科的常见疾病之一<sup>[2]</sup>,已经对老年人的生命健康构成了严重威胁。目前,临床上髋部骨折患者主要治疗方案以手术为主<sup>[3]</sup>,如何预防深静脉血栓(deep vein thrombosis, DVT)是老年骨科患者术后护理的重要工作。经调查研究显示,所有老年患者在住院期间发生DVT的风险极高,但目前趋势来看,仍有50%的血栓高风险患者,因为各种原因得不到积极有效

预防,导致血栓发生。这种发病率高、病死率高的疾病需加强重视<sup>[4]</sup>,有必要进行探讨得出有效的护理干预方案,并采取相关护理措施预防DVT的形成,为患者减轻痛苦。本研究调研了国内外文献,重点分析了老年患者在髋关节置换术后护理预防方案,提出目前预防DVT的护理研究进展,帮助老年患者积极应对DVT,提高晚年生活质量,让DVT真正成为一种可预防的疾病。

## 1 DVT的概念及发生因素

深静脉血栓形成是在深静脉血管中由于各种原因出现异常的血液成分凝结,血液的成分凝结后,形成一个个小的栓子,随着血液的流动进入全身,阻塞部分的血管通道。随后患者会出现高热、肢体胀痛、肢体末端麻木的感觉。如果得不到及时的预防措施<sup>[5-6]</sup>,随着血栓不断凝集,栓子越来越大,患者患有肺栓塞风险也就越高,最终会导致死亡。

基金项目:湖北省卫生健康委2021~2022年度科研项目(编号:WJ2021M229)

作者单位:434000 湖北省荆州市,长江大学(郑丹丹);华中科技大学同济医学院附属协和医院(吴荷玉,李莎);昆明医科大学(吴海超)

郑丹丹:女,本科(硕士在读)

通信作者:吴荷玉,女,硕士,主任护师,硕士研究生导师

- [31] 黄蕾. 密闭式吸痰的临床应用进展[J]. 上海护理, 2021,21(7):62-64.
- [32] Li Y, Li X, Wen Z, et al. Effect of open versus closed endotracheal suctioning on intracranial pressure in severe brain-injured children: Study protocol for a randomized controlled trial[J]. Nurs Open, 2021,8(5): 2886-2891.
- [33] Ebrahimian A, Tourdeh M, Paknazar F, et al. The Effect of the Open and Closed System Suctions on Pain Severity and Physiological Indicators in Mechanically Ventilated Patients with Traumatic Brain Injury: A Randomised Controlled Trial[J]. Turk J Anaesthesiol Reanim, 2020, 48(3): 202-207.
- [34] Ardehali SH, Fatemi A, Rezaei SF, et al. The Effects of Open and Closed Suction Methods on Occurrence of Ventilator Associated Pneumonia; a Comparative Study[J]. Arch Acad Emerg Med, 2020, 8(1):e8.
- [35] 甘凤仪. 侧向旋转吸痰护理策略对机械通气患者的影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(6): 52.
- [36] 孙利洁. 侧向旋转吸痰护理对老年重症肺心病合并Ⅱ型呼吸衰竭患者VAP风险的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2020,52(8):981-982,7.

- [37] 张俊丽, 柴若楠. 侧向旋转吸痰护理策略对机械通气患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(17): 98-100.
- [38] 蔡景红. 膨肺吸痰与密闭式吸痰方式对心脏术后机械通气效果的影响[J]. 白求恩医学杂志, 2018,16(6):612-613.
- [39] 杨湘英, 徐月花, 石焱, 等. 膨肺吸痰联合穴位注射对预防气管切开后成年患者肺不张的护理观察[J]. 护士进修杂志, 2021,36(1):87-89.
- [40] 邓水娟, 周春兰, 周君桂, 等. 人工膨肺技术在颈髓损伤气管切开患者肺康复中的应用[J]. 中华护理杂志, 2021,56(1):69-73.
- [41] 刘巧. 两种吸痰方法在心脏术后机械通气患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016,13(4):116-117.
- [42] 徐小莉, 蒋珊珊. 膨肺吸痰联合胸肺物理治疗在重症颅脑损伤机械通气患者中的应用分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(1): 51-53.
- [43] 程康耀, 吕伟波, 胡丽, 等. 人工膨肺用于机械通气患者开放式吸痰护理效果的Meta分析[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(6): 1-7.

[2021-11-08 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

在血栓的分类中根据发病部位的不同<sup>[7]</sup>, 可以将其分为三种类型: 周围型、中央型、混合型。关于 DVT 的病因, 现今学界最为认可的是 Virchow 于 1865 年提出的 Virchow 三联征<sup>[8]</sup>, 即血管内膜损伤、血流缓慢及血液成分改变。另外, 随着研究深入, 其他相关病因渐渐丰富其理论。在国内外相关研究中, 年龄过高和不良的生活习惯以及肥胖等<sup>[9]</sup>, 能够直接影响和促使患者体内 DVT 形成。老年人进入老龄阶段后身体机能下降且伴随基础疾病, 因此老年患者进行髋关节术后需要更长的康复时间。住院期间大多数患者卧床时间长导致血流速度缓慢, 加上手术对血管内皮的损伤易致其发生血栓。另外, 手术方式<sup>[10]</sup>、部位、药物及其他系统性疾病都会促使血栓形成。老年人若发生下肢 DVT<sup>[11]</sup>, 出现肢体胀痛以及全身不适, 病情严重时血栓在血管内不断的凝集和漂流, 导致下肢功能丧失, 再严重者血栓直接阻塞肺动脉导致肺动脉缺血, 短时间内死亡。DVT 的发生因素有很多, 在陈文月等<sup>[12]</sup> 研究中通过 Meta 分析系统的评估了中国目前进行的髋膝人工关节置换术, 术后患者深静脉血栓发生的危险因素, 此文章通过系统检索数据库中有关我国髋膝人工关节置换患者发生深静脉血栓危险因素的文献, 共纳入 16 篇文献, 结论发现女性、年龄 $\geq 65$  岁、BMI $\geq 25$ 、饮酒、全身麻醉、全膝关节置换术(TKA)、糖尿病、DVT 史、高血压、甘油三酯 $\geq 1.7$  mmol/L 为我国髋膝人工关节置换术后患者 DVT 的主要危险因素。但是研究仍存在一定的局限性。Xu 等<sup>[13]</sup> 通过随机对照试验(RCT)确定术后全关节置换术(TJA)后 DVT 的危险因素, 该研究共调查了 15 326 例接受 TJA 治疗的患者, 从电子病历中提取了 DVT 和人口统计学信息的潜在风险因素, DVT 患者(73 例)被视为研究组, 而根据抗凝剂类型按 1:4 匹配的非 DVT 患者被视为对照组(292 例), 这些 DVT 潜在危险因素的变量包括年龄、性别、BMI、不良的生活方式、合并症、术前血红蛋白(HB)水平和镇痛剂的使用、手术部位(膝盖或臀部)和类型、开始时间收集药物抗凝时间、行走时间、输血以及是否使用氨甲环酸(TXA)、引流、人血清白蛋白以及术后的物理血栓预防措施, 并通过生存分析进行评估, 并以 P 值和优势比表示为 95% 置信区间, 结果显示, 有 15 326 例患者行 TJA, 其中 73 例患者(0.48%)发生了 DVT, TKA 的发生率为 0.71%, 全膝关节置换术的发生率为 0.24%; 与 DVT 相关的危险因素包括 TKA(与 THA 相比)、高龄( $> 70$  岁)、引流使用和术后延迟下床( $\geq 72$  h)。结果表明, 接受

TJA 的患者 DVT 的发生率相对较低(0.48%); 与 DVT 风险增加相关的危险因素包括 TKA(与 THA 相比)、老年、引流使用和术后延迟下床。将来可能需要制订针对中国人的 TJA 后抗凝的个性化且更有效的风险分层方案。

## 2 术后护理措施

### 2.1 一般综合护理

(1) 卧床护理: 患者术后安全返回病房后, 护士为其定时翻身。仰卧位时使患侧肢体外展 $10^{\circ}\sim 20^{\circ}$ 、外旋 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ , 让患者的髋关节能够前屈 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ , 膝关节屈曲 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ , 更换卧位时, 双膝下垫小软枕, 始终让患肢保持外展中立位。如有条件给患者穿戴丁字鞋, 起到固定体位的作用。注意不取患侧卧位, 以免二次受伤。患侧肢体, 禁止使用热水袋和冰袋进行治疗<sup>[14-15]</sup>, DVT 患者不建议使用冷热疗法, 避免病情加重, 增加患者痛苦。患者在床时拉起围栏, 保护患者安全。

(2) 运动护理: 运动康复是成本最低的预防深静脉血栓的干预措施。作为护理人员应积极运用相关骨科术后护理知识, 同医生制订患者个体化运动方案, 并正确示范和告知老年患者髋关节术后的运动方法, 例如常见的踝泵运动、直抬腿运动、关节屈曲练习以及臀部抬高运动等, 若患者不能独自进行, 则由护士正确指导家属配合其完成, 坚持每天锻炼。除此之外, 术后及时为患者进行下肢按摩以促进血液循环, 每天 3 次, 每次 15 min。主动运动包括: ①踝泵。通过肌肉的挤压使血管内的血液循环加快, 预防血栓。②直抬腿。主要锻炼股四头肌肌力。健侧腿抬高, 同时足跟离床面 10 cm, 此姿势保持 10 s; 患侧腿试抬高 10 s, 每次 5 min, 根据患者心率及全身情况递增至 15~20 min, 告知患者尽力而为。③关节屈曲练习。主要是增加关节灵活性, 足跟挨着床面, 患肢慢慢屈曲, 循序渐进, 每天 20 次左右。以上运动, 当患者感觉疲劳或疼痛时停止并进行适当休息<sup>[15]</sup>。

(3) 药物预防: 普通肝素、低分子肝素(LMWH)和抗凝药物均可用于髋部术后 DVT 的预防。LMWH 虽然对于 DVT 患者能起到预防血栓, 但不可避免产生副作用, 例如血小板减少、骨质疏松, 且长期注射还会导致皮肤损伤。相比于 LMWH, 利伐沙班口服药显示出了其独特优势。刘明辉等<sup>[16]</sup> 在研究中指出与 LMWH 相比, 利伐沙班不仅抗凝效果类似, 且不需要持续监测凝血时间, 使用方便, 在用药依从性方面优势显著。建议老年骨科髋关节术后及时

给予利伐沙班片口服。Cao 等<sup>[17]</sup>在研究预防 DVT 的临床实践结论中指出,利伐沙班对于预防老年骨科术后患者的数据相比较其他药物而言更加有效,在预防 DVT 中得到一致支持,治疗效果及结局指标中的血栓发生率、出血率、患者的满意程度等都表明利伐沙班组显著优于 LMWH 组。

## 2.2 机械物理护理

(1) 足底静脉泵:静脉泵是专门针对 DVT 设计,其以 Gardner 理论为原理,通过模拟在行走过程中,增加重力对足底静脉丛进行向下挤压,对足底有计划地实施间歇式压迫,迫使足底的血液通过挤压,增加下肢血流速度,促进血液循环。传统按摩方法受到外界因素如受力不均影响从而使得按摩效果不佳,然而静脉泵是一款医疗器械,能够利用高科技高智能的传感系统模型分析,对不同情况的患者进行分析后,设置参数调整时间,为患者进行充气式按摩远心端往近心端循序渐进,这种医疗设备既方便又安全。潘林香等<sup>[18]</sup>在研究中给予观察组患者每隔 8 h 进行 1 次 30 min 的足底静脉泵治疗,结果显示,观察组患者的下肢深静脉血栓发生率(0%)显著低于常规组患者的下肢深静脉血栓发生率(9.30%),表明应用足底静脉泵治疗后深静脉血栓发生率显著减少,应大力推广应用在临床中。

(2) 气压泵:气压泵是一种不同于足底静脉泵的医疗器械。主要使用方法是绑在患者肢体外部,通过利用机械产生的气压去挤压肢体,使肢体血液持续性的加速循环得到按摩效果。此外,此设备利用间歇气压还能促进纤溶蛋白溶解<sup>[19]</sup>,减少血小板聚集,有效避免血液凝固,在预防血栓方面取得了较好的效果。陈露<sup>[20]</sup>和戴慧燕等<sup>[21]</sup>研究结果均支持了气压泵在老年骨科髋部骨折术后预防 DVT 的效果,尤其是在术中使用气压装置能够起到预防血栓的作用。

(3) 医用弹力袜:医用弹力袜也称静脉曲张袜,设计简单大方、使用快捷方便,类似穿丝袜。医用弹力袜使用特殊布料材质<sup>[22]</sup>,佩戴后弹力袜层层加压,从身体的远心端向近心端减压,呈由小到大的螺旋上升式给予血管压力,使身体末端的血液迅速向中心回送,预防血栓改善患者血流缓慢的情况。护理人员在给患者使用医用弹力袜之前,通过软尺测量患者最大腿围值,通过测量数值针对性推荐合适弹力袜等级,保证适度和松紧度。在骨科术后不影响患者活动的情况下尽早穿戴,甚至出院后也可长期穿戴。另外,孟庆玲等<sup>[23]</sup>研究认为,弹力绷带虽然和弹力袜的效果是一样的,但弹力袜更生活

化、简单上手快且方便,对于皮肤的损伤更小,佩戴舒适度更强,效果也更好。

## 2.3 心理护理

由于老年人发生髋部骨折多为意外导致,住院期间增加家庭经济压力,占用子女工作时间,且术后恢复周期时间相较一般患者长。若出现心理问题,对于患者恢复和预后都会造成不良影响<sup>[24]</sup>。因此,术后护理中关注患者的心理状态并及时干预非常必要。吕建秀<sup>[25]</sup>在这方面进行了研究,选取了 66 例患有深静脉血栓的患者,随机使用盲法将其分为 2 组,对照组进行常规治疗,随后在对照组的常规治疗的基础上,研究组采用了不同的心理护理,研究结果显示,静脉血栓的发生率减少,并且其他并发症诸如尿潴留、肺部肿胀等发生率均有减少,而且患者对其各方面护理评分均较对照组高,这表明髋部骨折患者术后护理中应用心理护理干预效果好,可降低不良反应发生率,因此在患者术后护理中护士应积极应对其心理问题,从而加速患者康复。

## 3 小结

下肢 DVT 是老年骨科术后髋部骨折患者常见并发症<sup>[26]</sup>,对于此类患者,单一方法预防措施往往不佳。传统的一般综合护理优点:经济方便,效果好,患者简单易懂。缺点:需要护理人员进行专业指导,患者依从性无法保证,家属的配合程度。机械物理护理的优点:使用简单且方便,治疗效果相对传统治疗方法强,个性化治疗。缺点:部分器械费用昂贵,增加患者皮肤受损的风险,缺乏治疗效果检测设备一体化。心理护理优点:增强患者的信心,促进康复。缺点:综合性三级甲等医院工作任务重无法做到时刻关注患者心理状况。因此临床上需要联合以上多种护理方式对患者进行术后护理<sup>[27]</sup>,以预防 DVT 术后并发症的发生。年龄作为最重要的危险因素之一,值得引起关注。

除此之外,临床护理工作提升老年骨科髋关节术后 DVT 预防护理知识必不可少, Lau 等<sup>[28]</sup>和王钰等<sup>[29]</sup>探讨了 2 种不同的基于网络的床边护士教育工具在静脉血栓栓塞预防用药实践中的有效性,提出了借助网络方法全面提升护士静脉血栓栓塞症的护理知识,进而为实现静脉血栓栓塞症的“无缺陷”预防提供了坚实的基础。为何非常重视护士对于预防 DVT 的相关知识提升。一项调查<sup>[30]</sup>显示,护士的专业性和主动性能够对患者预防深静脉血栓起到重要的作用。DVT 作为一个可预防的疾病,医护人员应当重视相关知识的系统培训,避免患者出

现此类并发症,选择科学的预防方法,才能更好地预防DVT并发症的发生,提高患者的生活质量和预后。在近几年的国内外文献中,我们不难发现,对于深静脉血栓的临床治疗不断进步,例如口服利伐沙班及最新溶栓方案等。护理方面也要与时俱进,尽快出版DVT的护理预防指南和规范化的预防护理措施,有利于医院及骨科老年患者DVT预防工作的有效实施。

#### 4 参考文献

- [1] 国家统计局.第七次全国人口普查主要数据[EB/OL].(2021-05-11)[2021-09-12].[http://www.gov.cn/xinwen/2021-05/11/content\\_5605871.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2021-05/11/content_5605871.htm).
- [2] 于静.老年髋部骨折病人预防下肢血栓形成的护理措施探讨[J].安徽医药,2019,23(8):1596-1599.
- [3] 李琳,何丽英,田艳茶,等.护理干预对髋关节置换术后深静脉血栓形成的影响[J].河北医科大学学报,2016,37(1):75-77.
- [4] 徐蕴芳,周宜芳.全髋关节置换术患者的延续性护理[J].解放军护理杂志,2016,33(17):50-52.
- [5] 刘晓庆.骨科术后深静脉血栓形成的预防与护理进展[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(48):191-192.
- [6] 徐妹娟.深静脉血栓风险评估与预防护理研究进展[J].护理学杂志,2017,32(7):110-112.
- [7] 王玉华,顾卫东,张玉萍,等.护理干预管理对预防老年髋部骨折术后下肢深静脉血栓形成的作用[J].护理实践与研究,2016,13(21):109-111.
- [8] 庄舜玖.重视老年病人围手术期深静脉血栓形成的防治[J].老年医学与保健,2007,13(2):76-78,84.
- [9] Keenan CR, White RH. The effects of race/ethnicity and sex on the risk of venous thromboembolism[J]. Curr Opin Pulm Med, 2007, 13(5):377-383.
- [10] Golomb BA, Chan VT, Denenberg JO, et al. Risk marker associations with venous thrombotic events: a cross-sectional analysis[J]. BMJ Open, 2014, 4(3): e003208.
- [11] 郑淑彬,陆秀娟.深静脉血栓形成的高危因素及预防护理进展[J].当代护士(下旬刊),2017(2):15-18.
- [12] 陈文月,魏敏,潘丽,等.我国髋膝人工关节置换患者深静脉血栓危险因素 meta 分析[J].现代医学,2020(7):879-884.
- [13] Xu H, Zhang SY, Xie JW, et al. A nested case-control study on the risk factors of deep vein thrombosis for Chinese after total joint arthroplasty[J]. J Orthop Surg Res, 2019,14(1):188.
- [14] 冷娜,曹利芸.对手术后的老年髋部骨折患者实施综合护理对预防其发生下肢深静脉血栓的效果[J].当代医药论丛,2019,17(21):255-256.
- [15] 赵雪.肺癌术后患者深静脉血栓形成的预警性护理干预[J].护理学杂志,2016,31(2):44-45.
- [16] 刘明辉,王言青,田学忠,等.利伐沙班与低分子肝素预防髋部骨折内固定术后血栓形成的效果对比[J].天津医药,2013(8):823-824.
- [17] Cao YB, Zhang JD, Shen H, et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total hip or knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Eur J Clin Pharmacol, 2010, 66(11):1099-1108.
- [18] 潘林香,吴进.足底静脉泵预防老年髋部骨折术后深静脉血栓的护理干预效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(41):95.
- [19] 王红梅.综合护理干预在预防下肢骨折术后并发深静脉血栓中的应用体会[J].中国实用医药,2019,14(6):165-166.
- [20] 陈露.气压泵结合护理干预对髋部骨折术后患者下肢深静脉血栓形成的预防效果[J].医疗装备,2021,34(6):158-159.
- [21] 戴慧燕,高荣荣,徐佩,等.气压泵联合低分子肝素钙预防髋部骨折术后深静脉血栓的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2019,23(9):24-26.
- [22] 金玉娟,李惠玲.神经外科卧床患者深静脉血栓形成风险评估与分析[J].中国实用护理杂志,2017,33(1):28-31.
- [23] 孟庆玲,谭小翠,马兰.压力绷带应用于髋部骨折术后患者临床效果观察[J].继续医学教育,2017,31(12):125-127.
- [24] 孙继玲,李庆芝.延续护理干预在90例髋部骨折患者中的应用价值分析[J].基因组学与应用生物学,2018,37(3):989-995.
- [25] 吕建秀.心理护理干预在髋部骨折患者术后护理中的应用研究[J].心理月刊,2021,16(9):117-118.
- [26] Prisco D, Cenci C, Silvestri E, et al. Pharmacological prevention of venous thromboembolism in orthopaedic surgery[J]. Clin Cases Miner Bone Metab, 2014, 11(3):192-195.
- [27] Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, et al. Team-based learning: a practical guide: AMEE guide no. 65[J]. Med Teach, 2012, 34(5): e275-e287.
- [28] Lau BD, Shaffer DL, Hobson DB, et al. Effectiveness of two distinct web-based education tools for bedside nurses on medication administration practice for venous thromboembolism prevention: A randomized clinical trial[J]. PLoS One, 2017,12(8):e0181664.
- [29] 王钰,马玉芬,邓海波,等.国内静脉血栓栓塞症护理研究热点共词聚类分析[J].中华护理杂志,2020,55(7):1001-1005.
- [30] 丁炎明.护士对深静脉血栓认知现状的调查分析[J].当代医学,2009,15(2):99-100.

[2021-11-05 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 食管癌术后辅助放化疗患者症状群干预策略研究进展

苏晓雨 王青青 刘风侠

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.013

最新数据显示<sup>[1]</sup>,2020年全球食管癌病例达60.4万例,其中中国食管癌新发与死亡病例全球占比分别为23.7%、30.2%。受手术治疗方式、吻合口重建及放化疗多种因素影响,食管癌患者术后存在咳嗽、吞咽困难等症状,构成症状群,严重损害患者短期及长期生活质量<sup>[2]</sup>。学者Dodd等<sup>[3]</sup>在癌症症状管理方面首次提出症状群,定义为3个及以上、关联共存的症状集合,发生机制可能不同。Miaskowski等<sup>[4]</sup>进一步完善该概念,认为至少由2个及以上彼此关联、稳定依存的症状组成症状群,且不依附其他症状群,可能有潜在相同生物机制。目前症状群最小构成数目仍有争议,可能和研究人群、症状群提取统计方法等方面相关,但学者们在症状群至少是由2个彼此联系,相对稳定的症状构成方面初步达成共识<sup>[5]</sup>。开展食管癌症状群干预研究,有助于为癌症患者提供精准护理。因此,本文从食管癌手术后辅助放化疗患者症状群概述、干预策略等方面进行阐述,指导临床医护人员开展症状管理临床实践活动。

## 1 食管癌术后辅助放化疗患者症状群概述

### 1.1 构成数量及类型

食管癌术后辅助放化疗及居家患者是食管癌症状群研究群体,患者一般存在2~4组症状群,如消化道、摄食相关症状群等,虽症状群构成与命名在各时间节点中存在个体差异性,但群内仍存在部分不随时间动态变化的“核心症状”<sup>[6]</sup>。

### 1.2 前哨症状

当前国内外开展症状群前哨症状研究有限,前哨症状是癌症患者症状群内存在预测其他相关症状发生,具有普遍性、敏感性等特点的症状,识别症状严重程度较高的患者亚组有助于开展个体化干预及确定症状群的基本机制。Kirkova等<sup>[7]</sup>在922名

晚期肿瘤患者中计算阳性预测值(PPV)与阴性预测值(NPV),从而预估前哨症状能否预测群内其他症状,结果显示,当存在前哨症状时,群内非前哨症状>50%可能出现;若没有症状时,<50%的非前哨症状可被识别,但前哨症状是否存在与识别其他症状不具有一致性,且仅通过发生率识别群内前哨症状同其他症状相关性证据尚不足,未来应结合多种变量指标综合评估。Rha等<sup>[8]</sup>利用主成分分析和层次聚类分析209例癌症患者前2个辅助化疗周期症状群及前哨症状,结果显示,第1周期形成4种症状群:生理-心理、胃肠道、疲劳-认知和尿频等症状群,第2个周期中识别出稳定的症状群,并将生理-心理症状群和疲劳-认知症状群合并,形成3个症状群,其中食欲减退、抑郁与疲劳分别是(第1个周期)焦虑、食欲减退和疲劳(第2个周期)的前哨症状。马景双等<sup>[9]</sup>使用Apriori算法关联分析识别肺癌术后化疗患者存在情绪心理症状群(悲伤感-苦恼)、消化道症状群(恶心-呕吐-便秘-食欲下降)、呼吸道症状群(咳嗽-咳痰-气短)及躯体症状群(疲劳-嗜睡-疼痛-麻木感),核心症状分别为悲伤感、恶心、咳嗽与疲劳。夏超等<sup>[10]</sup>研究显示,胃癌术后化疗患者病感症状群的前哨症状为疼痛,初发时间为 $18.64 \pm 23.83$  h;情绪症状群前哨症状则为悲伤,初发时间为 $11.88 \pm 8.95$  h,但尚无其他证据证实其他症状群存在前哨症状。目前尚未检索到识别食管癌症状群前哨症状有关研究,未来应继续深入开展食管癌症状群内症状与前哨症状关联性的研究。

### 1.3 核心症状

癌症症状群构成及数目在一定时间内保持相对稳定,纵向研究能反映出症状群发生频率及严重程度的纵向变化规律,可为开展食管癌症状管理干预模式提供有力参考。虽症状群的构成有所变化,但食管癌术后化疗患者在不同时间节点中主要核心症状保持不变,化疗前能量不足症状群较严重,化疗第3个周期后胃肠道症状群与进食困难症状群较为严重,化疗第6个周期后存在神经毒性症状群<sup>[11]</sup>。

作者单位:050000 河北省石家庄市,河北医科大学第四医院护理部

苏晓雨:女,本科(硕士在读)

通信作者:刘风侠,女,硕士,主任护师,护理部副主任

## 1.4 稳定性

食管癌术后患者症状群具有稳定性,症状群稳定性是由症状群构成和重复出现的“核心症状”确定,随时间的推移可能会出现其他相关症状,存在多种症状延迟。Ginex 等<sup>[12]</sup>纵向研究表明,患者疼痛咳嗽症状1年后得到缓解,而快速饱腹感、腹胀感、恶心和腹泻等食道特异性症状术后持续恶化。Jacobs 等<sup>[13]</sup>同样表明,食管癌手术后、饮食和吞咽困难3个月时严重程度最高,6个月时趋于平稳,术后3年吞咽困难与反流仍较严重<sup>[14]</sup>。许多食管癌患者术后第1年存在稳定的焦虑抑郁等心理困扰,焦虑症状在一段时间内保持稳定,而抑郁症状在术前至6个月期间增加,在6~12月期间趋于平稳。低龄、女性、独居和更严重的自我报告吞咽困难预示着焦虑症状更高,住院并发症,更大的限制活动状态和更严重的吞咽困难预测抑郁症状更高<sup>[15]</sup>。Skerman 等<sup>[16]</sup>研究指出,肿瘤患者在化疗开始1个月(T1)、6个月(T2)、12个月(T3)存在稳定症状群,虚弱和疲劳分别与T1、T2和T3的第2、4和5个症状群相关,潜在地提示了不同的因果机制。食管癌患者术后存在多种延长症状群的风险,严重影响患者术后康复。临床医护人员应采用核心症状来标识每个症状群,开展纵向调查以确定症状群集和潜在原因。

## 2 研究方法

### 2.1 统计方法

当前提取食管癌术后症状群常见的统计方法有以下几种:聚类分析(HCA)、主成分分析(PCA)、因子分析(CEA)等方法。学者刘风侠<sup>[17]</sup>采用安德森症状评估量表(MDASI-GI)及PCA方法识别出食管癌放疗患者稳定存在身体功能症状群(健忘-气短)、摄食相关症状群(吞咽困难-疼痛)与胃肠道相关症状群(恶心-呕吐)三类症状群,采用分层聚类分析识别出2个症状群:疲乏疼痛相关症状群(疲乏-胃口差等)、胃肠道相关症状群(恶心-呕吐等)。而韩芳等<sup>[18]</sup>使用同量表识别出食管癌术后化疗患者存在疲乏相关症状群(疼痛-乏力)、上消化道症状群(恶心-呕吐)、情绪症状群(悲伤-苦恼)与排泄相关症状群(便秘-腹泻),术后化疗患者症状困扰较重。研究显示<sup>[19-20]</sup>,食管癌患者术后2~7d存在6种症状群,分别为进食相关症状群、精神心理症状群、病感症状群、呼吸相关症状群、自主神经紊乱症状群与睡眠相关症状群,且自主神经紊乱症状群(出汗、瘙痒、腹泻)与切断迷走神经、

交感神经控制汗腺导致的出汗体液丢失有关,但腹泻与出汗症状间生物机制尚不明朗,而术后3个月患者存在疾病行为症状群、放化疗不良反应症状群、进食障碍症状群以及消化道重建症状群4类症状群。Wikman 等<sup>[21]</sup>使用分层聚类PCA及COX比例风险模型提取出术后6个月食管癌患者存在反流咳嗽症状群(咳嗽-反流-口干-味觉问题)、进食困难症状群(食欲减退-吞咽困难-进食困难-恶心-呕吐)及疲劳疼痛症状群(疼痛-疲劳-失眠-呼吸困难),其中反流-咳嗽与进食困难症状群的存在与死亡风险的增加有统计学意义,5年病死率可高达40%。而胡小冬<sup>[11]</sup>基于对医务人员、食管癌患者的访谈、小组讨论及文献回顾基础上,采用德尔菲专家咨询法构建了适合我国本土文化价值体系的“食管癌症状评估量表”,纵向研究结果显示,食管癌化疗患者3个时间节点中稳定存在心理症状群、反流咳嗽症状群、能量不足症状群、进食困难症状群、消化道症状群及神经毒性症状群。上述研究结果均显示,食管癌术后患者存在多种稳定症状群,症状困扰程度较高,因使用症状评估工具、调查时间节点、放化疗人群、症状群命名数量构成等多方面存在差异,故最终食管癌症状群构成与命名也存在差异。临床医护人员应根据患者个体特征及敏感性分析,进一步规范症状群提取统计方法、统一命名方法、规范使用食管癌特异性症状评估工具、积极展开潜在类别分析、结果方程模型等新的统计研究,深入探索不同症状群内部症状之间的联系。

### 2.2 研究类型

近年来学者们将识别癌症症状群类型转向症状群动态变化规律与生活质量、心理韧性水平等相关因素的纵向研究。国内外开展癌症症状群心理体验的质性研究较少,缺少对食管癌患者心理体验整体研究,学者刘风侠<sup>[17]</sup>对10例食管癌患者进行半结构化访谈与非正式访谈,质性研究提取出1个核心类属:食管癌放疗患者症状群与心理因素相互影响,核心症状是下咽困难;量性结果表明:食管癌放疗患者存在摄食相关、消化道、身体相关等3种症状群,严重损害患者的自理能力。胡焱霞等<sup>[22]</sup>质性与量性结果表明,食管癌术后康复患者症状困扰严重,症状感知体验不全面;口干、咳嗽及咳痰症状发生频率、严重度及困扰程度均居前5位。于海荣等<sup>[23]</sup>对14例食管癌根治术后出院患者开展深度访谈,并提取出3种主题:进食改变不适应、进食后产生负面心理、存在饮食延续护理需求。食管癌患者存在较高的症状负担,增加对有严重症状风险的

患者支持性护理。质性研究深入了解患者发生症状群时的真实内心体验,未来继续开展质性研究结合量性研究方法的研究,充分发挥临床护士在癌症患者症状管理中的角色,加强多学科协作,全面探求癌症患者发生症状群时的情绪变化规律。

### 3 食管癌术后辅助放化疗患者症状群干预策略

食管癌术后患者有广泛的支持护理需求未得到满足,总体支持护理需求为轻度至中度,支持护理需求与症状严重程度( $r=0.481$ ,  $P<0.001$ )和症状干预( $r=0.541$ ,  $P<0.001$ )呈正相关,且症状干预是其未满足需求的重要原因<sup>[24]</sup>。利用症状间协同作用,开展症状群综合干预,采用运动锻炼、行为认知疗法、辅助替代单一症状干预及综合症状管理干预措施<sup>[25]</sup>。

#### 3.1 单一症状干预

**3.1.1 运动锻炼** 食管癌术后患者存在诸多康复需求,如饮食问题、疼痛、肌肉无力疲劳等,阻碍康复,康复早期采用积极的物理治疗及其他支持性护理服务,可减轻术后身心困扰。运动与饮食指导的多模式康复可以减轻治疗副反应。Guinan等<sup>[26]</sup>在食管癌术后1年患者中开展12周的监督和家庭锻炼、饮食咨询及多学科教育,维持能量平衡,以跑步机、自行车及步行为主,运动目标为心率增加30%~60%,检测血清白细胞介素(IL)-1 $\beta$ 、IL-6、IL-8、肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 水平,结果表明,规律运动可显著减轻疲乏-情绪症状群,IL-8水平显著降低。Bennett等<sup>[27]</sup>研究也表明,多学科康复干预以运动锻炼为基础,减少了食管癌患者孤立感,并协调了患者康复期间身体、情感和社会需求。Simonsen等学者<sup>[28]</sup>将49例术后12周胃食管交界区癌的患者随机分成两组,分别为同时开展阻力和有氧训练运动组及对照组,评估心肺适能、肌力健康相关生存质量(HRQoL)变化及安全性,结果表明,与对照组相比,锻炼组的肌力和心肺功能恢复至术前水平,改善了患者的生活质量,术后进行运动是安全的,有可能提高胃癌患者的身体素质。丛明华<sup>[29]</sup>在食管癌同步化疗患者常规饮食指导及营养指导中添加二十碳五烯酸、支链氨基酸及谷氨酰胺后,患者的反流及疼痛等症状明显改善。食管癌术后患者经历与健康相关的生活质量的恶化, Van学者一项多中心随机实验<sup>[30]</sup>表明,将150例食管癌术后患者随机分成常规护理组和运动干预组,运动干预组参加12周的有氧联合抗阻运动,单次运动时间不少于30 min,结果表明,同常规护理组比较,运动

干预组患者疲乏、焦虑抑郁、睡眠质量等指标均明显改善,运动干预可以为潜在的症状管理提供依据。而 Vans 另一项研究<sup>[31]</sup>表明,与常规组相比,运动组患者身体疲劳程度较低且不显著。运动计划在改善食管癌术后患者的心肺健康与生活质量方面作用显著,临床医护人员可以考虑将其作为患者的非药物治疗选择,充分发挥营养学家支持在食管癌手术后改善体质量和营养影响症状中的作用。

**3.1.2 认知行为疗法** 食管癌术后患者支持性照顾需求受到症状严重程度及困扰程度影响,主要体现在信息与卫生方面,护士应教授患者出院后康复应对方法,指导患者积极参与症状自我居家管理<sup>[24]</sup>。Hiramatsu等<sup>[32]</sup>在食管癌术后患者中开展集束化护理措施,教授患者深呼吸、呼吸肌训练等症状管理技能,降低患者咳嗽反流发生率,干预后,患者肺炎发生率为3.8%,对照组则为22.4%;Malmström等学者<sup>[33]</sup>研究表明,以护士主导的电话支持护理方案可明显改善食管癌切除术后患者的消化道症状群与咳嗽反流症状群,提升患者生活质量,缓解术后副作用和不良反应,开展症状管理知识培训可满足患者症状管理心理需求,但干预方案需进一步完善。朱倩如等<sup>[34]</sup>研究表明,与常规组相比,在食管癌化疗患者中实施阶段式行为认知干预,可显著减轻患者焦虑及抑郁不良情绪。应继续提升食管癌患者症状自我管理的能力,为未来临床实践及缓解患者心理提供循证医学证据。

**3.1.3 建立症状群临床预警模型** 食管癌术后康复期患者症状群发生与年龄、肿瘤部位、手术方式和新辅助放化疗相关<sup>[35]</sup>。Jacobs等学者<sup>[36]</sup>基于女性( $OR=1.40$ )、情感、身体症状( $OR=1.54$ )、疼痛( $OR=3.37$ )及疲劳( $OR=0.63$ )增加患者心理痛苦的预测因素,构建了食管癌患者心理困扰程度的预测模型,临床医护人员可以根据该模型识别出发生心理困扰的高危人群,及早进行个体化心理护理。杨毫等<sup>[37]</sup>基于进展期食管鳞癌新辅助化疗临床缓解情况的影响因素,建立了可以个体化预测进展期食管鳞癌新辅助化疗患者临床症状缓解情况的列线图模型,该模型具有较好的区分度和准确度。目前临床上缺乏针对食管癌核心症状群及其他常见症状群的临床预测模型,应进一步根据发生症状群的高危因素,构建适合我国文化背景的预测模型。

**3.1.4 智慧医疗与远程症状监测** 智慧医疗是一种基于互联网等技术的新型医疗服务模式,在癌症患者躯体症状、心理及功能等症状管理中发挥着突出作用,患者干预后的疲乏、疼痛等症状可明显改

善,提高了患者的症状管理自我效能<sup>[38]</sup>。国外学者 Breen 等<sup>[39]</sup>为有效监测癌症患者恶心、黏膜炎、便秘、疲劳等化疗副反应,评估患者的心理压力与自我管理健康能力,在电脑与软件基础上研发了患者远程干预和症状管理系统 (PRISMS),通过识别患者症状及有关信息,使用累计与异常检测的控制图法,使用不同的移动平均线来预判患者 9 项化疗副反应的异常高值,如果患者数据超过预先确定的限制,将向治疗团队发送电子邮件警告,提示护士查看患者数据,患者的治疗结果将通过书面自我报告和患者医疗记录的回顾进行循环测量,威胁患者生命或紧急的问题需要医护人员在 15 min 解决,中度或者非紧急问题可在 8 h 期间解决,该管理系统可改善患者预后,并降低卫生保健成本。食管癌术后患者存在负面情绪反应术后疾病管理与社会支持不当问题<sup>[40]</sup>,临床医护人员应重点评估患者的症状及心理情况,培养肿瘤专科随访护士,发挥护士在远程症状监控及随访中重要作用。针对癌症症状管理应用程序仍有限,迫切需要肿瘤学家、应用程序开发者和患者之间的未来合作。目前远程肿瘤学尚未成为标准实践,但要数字健康纳入肿瘤护理实践的主流仍需克服挑战和障碍,需要更大、设计良好的 RCT 试验来评价远程保健干预对癌症预后生活质量效果。

**3.1.5 辅助替代疗法** 辅助替代疗法在食管癌症状管理方面发挥重要作用。韩自力等研究<sup>[41]</sup>将 180 例食管癌手术患者随机分成单纯中药、单纯化疗及化疗加中药组,结果显示,3 组患者恶心呕吐等症状及功能状态均明显改善,化疗加中药组患者失眠、腹泻等症状评分最高,单纯中药组患者食欲减轻效果最显著,两组患者的免疫功能显著改善,而单纯化疗组患者免疫功能呈下降趋势,化疗结合中药的综合干预方法可以显著改善食管癌患者的临床症状、身体功能及免疫功能状态。吴成亚利用<sup>[42]</sup>芪术郁灵汤辨证加减治疗改善了食管癌术后患者躯体、角色、情绪,减轻失眠-疲劳-气促-食欲丧失等症状。郭丽<sup>[43]</sup>研究显示,穴位按摩可改善食管癌术后患者的胃肠功能,减轻胃肠道相关反应。穴位按摩实践性强,需要对护理人员进行专业培训,进而提升患者自我管理的能力,充分发挥中医理论在癌症症状管理的积极作用。

### 3.2 综合护理干预模式

基于症状间协同作用开展症状群综合干预效果更显著。姜玲君等<sup>[44]</sup>将 102 例手术后出院居家康复的食管癌患者随机分为实施链式管理干预组和常

规组,开展为期 1 个月的健康教育,包括建档及相关咨询,定期开展术后康复讲座,分发居家康复知识宣传册,研究表明,干预组康复干预依从性、反流食管炎及胃肠功能紊乱等不良反应发生率及生活质量得分均优于对照组。于媛等<sup>[45]</sup>研究显示,食管癌快速康复术后 1 个月,患者咳嗽气喘、反酸烧心及声音嘶哑症状发生率最高,患者存在虚弱乏力、消化道、负面情绪及日常活动受限症状群,与传统手术患者相比,快速康复护理模式中,食管癌术后患者症状发生率与生存质量均明显改善。Chang 等学者<sup>[46]</sup>在食管癌术后患者中开展运动及护理健康教育计划,并监测患者在基线和出院后 1、3、6 个月中生活质量、营养及运动差异,结果显示:干预后,实验组患者生活质量明显改善,身体、角色、情感等功能及运动能力显著优于对照组,失眠、恶心及吞咽困难等症状明显改善,在患者出院前,开展以护士为主导的运动及健康教育计划可改善患者生活质量。王金云等<sup>[47]</sup>将 100 例食管癌首次放疗患者随机分为常规组和实验组各 50 例,开展基于穆泽尔模型的护理干预,观察两组患者摄食症状群、血常规及营养指标差异,结果显示,干预后两组患者满意度及营养指标存在统计学意义,放疗 5 周后,实验组症状群发生率优于对照组。Cheng 等学者<sup>[48]</sup>将 44 例食管癌患者随机分成接受标准护理的对照组和接受 12 周快走及饮食健康教育的实验组,结果表明,实验组患者的反流、情绪、便秘、焦虑及睡眠时间均优于对照组,运动和饮食教育的康复计划是一种可行的和低成本干预,可改善患者的相关生活质量和睡眠质量,减轻患者的焦虑。黄丹丹等<sup>[49]</sup>研究显示,与常规健康宣教的对照组相比,实施延续性健康指导的实验组在术后营养不良发生率、焦虑与抑郁情绪显著优于对照组。医护人员应重点加强食管癌术后患者症状评估,进行疾病知识健康教育,减轻患者咳嗽反流等生理症状及焦虑抑郁情绪困扰。

## 4 食管癌症状干预重难点

精准识别症状群,可为食管癌术后症状群管理指明未来发展方向;积极开展症状群纵向研究,探索不同症状群时间节点变化轨迹,充分挖掘症状群之间潜在病因机制,为症状群管理提供靶点。目前症状群发展仍面临症状群概念界定不清楚、提取方法不统一、缺乏本土化特异性症状群评估工具、缺乏症状群动物基础研究等多重挑战。而食管癌症状群研究多关注术后化疗患者,放疗患者研究较少,

研究多关注症状群与影响因素相关性分析研究,缺少症状群的纵向研究,缺乏循证化、规范化的症状管理策略,多以非药物干预方法为主,缺乏综合性的护理干预措施。

## 5 小结及展望

食管癌术后辅助放化疗患者同时存在多重症状群,症状负担及困扰严重,未来临床实践中应继续开展症状群生物学机制动物基础研究,关注症状群发生的独立危险因素;开展大规模、多中心、丰富癌症类型的前瞻性纵向研究,探讨不同癌症发生相同症状群间潜在联系;制订统一的症状群统计规范;同时立足本土文化背景,构建适合本土人群、符合研究实际情况的特异性癌症症状群评估工具;在结局指标中,应增加能够体现评价症状管理干预措施效果的相关指标;开展高质量的综合症状管理干预模式研究,在症状管理中不断实践“减轻病人症状负担,合理优化患者生活质量”的精准护理目标。

## 6 参考文献

- [1] 刘宗超,李哲轩,张阳,等.2020 全球癌症统计报告解读[J].肿瘤综合治疗电子杂志,2021,7(2):1-14.
- [2] Toh Y, Morita M, Yamamoto M, et al. Health-related quality of life after esophagectomy in patients with esophageal cancer[J]. *Esophagus*, 2022, 19(1):47-56.
- [3] Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2001, 28(3):465-470.
- [4] Miaskowski C, Dodd M, Lee K. Symptom clusters: the new frontier in symptom management research[J]. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2004(32):17-21.
- [5] Barsevick AM, Whitmer K, Nail LM, et al. Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues[J]. *J Pain Symptom Manage*, 2006, 31(1):85-95.
- [6] 宋阳阳,丁淳,曾诗颖,等.食管癌患者术后症状群干预的研究进展[J].中国护理管理,2019,19(1):138-141.
- [7] Kirkova J, Aktas A, Walsh D, et al. Consistency of symptom clusters in advanced cancer[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2010, 27(5):342-346.
- [8] Rha SY, Park M, Lee J. Stability of symptom clusters and sentinel symptoms during the first two cycles of adjuvant chemotherapy[J]. *Support Care Cancer*, 2019, 27(5):1687-1695.
- [9] 马景双,王爱平.肺癌术后化疗患者症状群及前哨症状的调查[J].护理学报,2021,28(12):33-37.
- [10] 夏超,段培蓓,杨玲,等.166 例胃癌术后化疗患者症状群内前哨症状的调查[J].护理学报,2021,28(8):44-49.
- [11] 胡小冬.食管癌症状评估量表的构建及其症状群的纵向研究[D].石家庄:河北医科大学,2019.
- [12] Ginex P, Thom B, Jingeleski M, et al. Patterns of symptoms following surgery for esophageal cancer[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2013, 40(3):E101-E107.
- [13] Jacobs M, Macefield RC, Elbers RG, et al. Meta-analysis shows clinically relevant and long-lasting deterioration in health-related quality of life after esophageal cancer surgery[J]. *Qual Life Res*, 2014, 23(4):1097-1115.
- [14] Derogar M, Lagergren P. Health-related quality of life among 5-year survivors of esophageal cancer surgery: a prospective population-based study[J]. *J Clin Oncol*, 2012, 30(4):413-418.
- [15] Hellstadius Y, Lagergren J, Zylstra J, et al. A longitudinal assessment of psychological distress after oesophageal cancer surgery[J]. *Acta Oncol*, 2017, 56(5):746-752.
- [16] Skerman HM, Yates PM, Battistutta D. Cancer-related symptom clusters for symptom management in outpatients after commencing adjuvant chemotherapy, at 6 months, and 12 months[J]. *Support Care Cancer*, 2012, 20(1):95-105.
- [17] 刘凤侠.癌性-相关性-症状簇对放疗期食管癌患者生活活动功能影响的研究[D].石家庄:河北医科大学,2012.
- [18] 韩芳,李丽,伊力亚尔·夏合丁,等.食管癌化疗患者术后症状群困扰及其对病患日常生活的影响[J].新疆医科大学学报,2017,40(2):156-159,166.
- [19] Guo M, Wang C, Yin X, et al. Symptom clusters and related factors-in oesophageal cancer patients 3 months after surgery[J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(19-20):3441-3450.
- [20] 李露.食管癌术后患者症状群的调查[J].天津护理,2020,28(5):521-524.
- [21] Wikman A, Johar A, Lagergren P. Presence of symptom clusters in -surgically treated patients with esophageal cancer: implications -for survival[J]. *Cancer*, 2014, 120(2):286-293.
- [22] 胡琰霞,吴蓓雯,李鹤成,等.食管癌术后症状的混合方法研究[J].外科理论与实践,2018,23(3):279-285.
- [23] 于海荣,周谊霞,张彦.食管癌术后出院患者进食改变体验的质性研究[J].护理学杂志,2018,33(11):20-22.
- [24] Ren JY, Zhong JD, Yuan J, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among Chinese discharged patients with esophageal cancer after esophagectomy: A cross-sectional study[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2020, 46: 101767.
- [25] 李京京,何红叶,刘杉杉.等.癌症患者症状群管理效果的 Meta 分析[J].护理学杂志,2020,35(13):90-94.
- [26] Guinan EM, Doyle SL, O'Neill L, et al. Effects of a multimodal rehabilitation programme on inflammation and oxidative stress in oesophageal cancer survivors: the ReStOre feasibility study[J]. *Support Care Cancer*, 2017,

- 25(3):749-756.
- [27] Bennett AE, O'Neill L, Connolly D, et al. Patient experiences of a physiotherapy-led multidisciplinary rehabilitative intervention after successful treatment for oesophago-gastric cancer[J]. Support Care Cancer, 2018, 26(8):2615-2623.
- [28] Simonsen C, Thorsen-Streit S, Sundberg A, et al. Effects of high-intensity exercise training on physical fitness, quality of life and treatment outcomes after oesophagectomy for cancer of the gastro-oesophageal junction: PRESET pilot study[J]. BJS Open, 2020, 4(5):855-864.
- [29] 丛明华. 补充谷氨酰胺、EPA、支链氨基酸对食管癌同步放化疗及胃癌术后辅助化疗患者营养状况、治疗顺应性及生活质量的影响[D]. 北京: 北京协和医学院, 2015.
- [30] van Vulpen JK, Siersema PD, van Hillegersberg R, et al. Physical Exercise Following Esophageal Cancer Treatment (PERFECT) study: design of a randomized controlled trial[J]. BMC Cancer, 2017, 17(1):552.
- [31] van Vulpen JK, Hiensch AE, van Hillegersberg R, et al. Supervised Exercise after Oesophageal Cancer Surgery: The PERFECT Multicentre Randomized Clinical Trial[J]. Br J Surg, 2021, 108:786-796.
- [32] Hiramatsu T, Sugiyama M, Kuwabara S, et al. Effectiveness of an outpatient preoperative care bundle in preventing postoperative pneumonia among esophageal cancer patients[J]. Am J Infect Control, 2014, 42(4):385-388.
- [33] Malmström M, Ivarsson B, Klefsgård R, et al. The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study[J]. Int J Nurs Stud, 2016, 64:86-95.
- [34] 朱倩如, 赵琦, 孙艳涛, 等. 阶段式认知行为干预对食管癌化疗患者焦虑情绪和生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2019(26):3306-3309.
- [35] 缪艳, 谢钦, 李亚玲, 等. 食管癌患者术后康复期症状及其影响因素的调查研究[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2020, 27(1):52-56.
- [36] Jacobs M, Andereg MC, Schoorlemmer A, et al. Patients with oesophageal cancer report elevated distress and problems yet do not have an explicit wish for referral prior to receiving their medical treatment plan[J]. Psychooncology, 2017, 26(4):452-460.
- [37] 杨毫, 杨林琪, 王智, 等. 进展期食管鳞癌新辅助化疗临床缓解情况预测模型的建立与评价[J/OL]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2021:1-9[2021-09-13]. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/51.1492.R.20210820.1103.026.html>.
- [38] 李双双, 许湘华, 金彩, 等. 智慧医疗在癌症生存者症状管理中的应用现状[J]. 医学与哲学, 2020, 41(19):44-47, 62.
- [39] Breen S, Ritchie D, Schofield P, et al. The Patient Remote Intervention and Symptom Management System (PRISMS)-a Telehealth-mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy side-effects in patients with haematological malignancies: study protocol for a randomised controlled trial[J]. Trials, 2015, 16(1):472-498.
- [40] 宋阳阳, 曾诗颖, 朱渊. 食管癌术后患者居家康复体验的研究[J]. 中国护理管理, 2019, 19(8):1204-1207.
- [41] 韩自力, 孙建锋. 食管癌术后患者应用中药干预对生活质量及生存时间的影响研究[J]. 海军医学杂志, 2016, 37(5):428-431, 438.
- [42] 吴成亚. 食管癌术后相关症状的临床特征分析及辨证中药干预的疗效观察[D]. 北京: 中国中医科学院, 2017.
- [43] 郭丽. 穴位按摩对食管癌术后患者胃肠功能及生活质量的影响[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(13):35-36.
- [44] 姜玲君, 黄甫晓彤. 食管癌术后居家康复患者链式管理护理干预模式应用实践研究[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(17):2082-2085.
- [45] 于媛, 李敏, 康然, 等. 加速康复模式下食管癌患者术后1个月症状群研究[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(3):179-183.
- [46] Chang YL, Tsai YF, Hsu CL, et al. The effectiveness of a nurse-led exercise and health education informatics program on exercise capacity and quality of life among cancer survivors after esophagectomy: a randomized controlled trial[J]. Int J Nurs Stud, 2020, 101:103418.
- [47] 王金云, 郭建霞, 张曦霞. 穆泽尔模型在食管癌放疗患者摄食相关症状群护理中的应用[J]. 中国医药导刊, 2018, 20(3):170-174.
- [48] Cheng C, Ho RTH, Guo Y, et al. Development and Feasibility of a Mobile Health-Supported Comprehensive Intervention Model (CIMmH) for Improving the Quality of Life of Patients With Esophageal Cancer After Esophagectomy: Prospective, Single-Arm, Nonrandomized Pilot Study[J]. J Med Internet Res, 2020, 22(8):e18946.
- [49] 黄丹丹, 盛莉, 丁娜. 术后延续健康指导对提升食管癌患者生活质量的效果[J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(9):822-825.

[2021-10-29 收稿]  
(责任编辑 白晶晶)

## 品管圈模式预防呼吸机相关性肺炎的护理效果

杨源 叶琳 曾瑜 邓荣华

**【摘要】 目的** 探讨品管圈模式下维持最小闭合容量气囊压预防呼吸机相关性肺炎的护理效果。**方法** 选取2020年7月—2021年7月惠州市第三人民医院接收的140例在综合ICU住院并建立人工气道患者作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组70例。对照组给予常规护理,观察组给予品管圈护理模式。对比两组机械通气时间、ICU住院时间及VAP的发生情况,最小闭合容量气囊压达标率以及患者护理满意度。**结果** 观察组机械通气时间为 $5.56 \pm 1.53$  d、ICU住院时间 $6.36 \pm 1.54$  d,分别低于对照组的 $10.62 \pm 1.78$  d和 $11.52 \pm 2.20$  d ( $P < 0.05$ );观察组最小闭合容量气囊压达标率高达97.14%,高于对照组78.57% ( $P < 0.05$ )。VAP发生6例,占比8.57%,低于对照组的22.86% ( $P < 0.05$ );观察组护理满意度评分各个条目均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。干预后,观察组精力、角色功能、躯体功能、心理健康、总体健康指标改善情况均优于对照组,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论** 品管圈护理模式下通过有效地维持最小闭合容量气囊压从而降低VAP发生率,还可以缩短机械通气时间与ICU住院时间,促进患者自主通气与早日康复,提高患者生活质量。

**【关键词】** 品管圈模式;最小闭合容量气囊压;呼吸机相关性肺炎;护理效果;生活质量

中图分类号 R473 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.014

**Nursing effect of quality control circle mode in preventing ventilator-associated pneumonia** YANG Yuan, YE Lin, ZENG Yu, DENG Ronghua (Huizhou Health Vocational and Technical College, Huizhou, 516025, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the nursing effect of maintaining the minimum closed volume balloon pressure in the prevention of ventilator-associated pneumonia in the quality control circle mode. **Methods** A total of 140 patients admitted to the Third People's Hospital of Huizhou who were hospitalized in the comprehensive ICU and established an artificial airway from July 2020 to July 2021 were selected as the study objects. According to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, they were divided into a control group and an observation group, with 70 cases in each group. The control group was given routine nursing, and the observation group was given the quality control circle nursing mode to compare the mechanical ventilation time, ICU stay time and the occurrence of VAP, the minimum closed volume balloon pressure compliance rate and the patient's nursing satisfaction between the two groups. **Results** The mechanical ventilation time in the observation group was  $5.56 \pm 1.53$  days and the ICU hospitalization time was  $6.36 \pm 1.54$  days, which were lower than  $10.62 \pm 1.78$  days and  $11.52 \pm 2.20$  days in the control group, respectively ( $P < 0.05$ ). The minimum closed volume balloon pressure compliance rate in the observation group was as high as 97.14%, which was higher than 78.57% in the control group ( $P < 0.05$ ). VAP occurred in 6 cases, accounting for 8.57%, which was lower than 22.86% of the control group ( $P < 0.05$ ); the nursing satisfaction scores of the observation group were higher than those of the control group ( $P < 0.05$ ). After the intervention, the improvement of vitality, role function, physical function, mental health, and general health indicators in the observation group were better than those in the control group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The quality control circle nursing mode can effectively maintain the minimum closed volume airbag pressure to reduce the incidence of VAP, shorten the time

基金项目: 惠州市科技研发计划项目 (编号:2021WC0106474)

作者单位: 516025 广东省惠州市, 惠州卫生职业技术学院 (杨源, 叶琳); 惠州市第三人民医院 (曾瑜, 邓荣华)

通信作者: 邓荣华, 硕士, 副主任医师

of mechanical ventilation and ICU stay, promote patients' autonomous ventilation and early recovery, and improve the quality of life of patients.

**【Key words】** Quality control circle mode; Minimum closed volume balloon pressure; Ventilator-associated pneumonia; Nursing effect; Quality of life

呼吸机相关性肺炎(VAP)可导致重症患者病死率增加,也是导致患者机械通气、ICU滞留及住院总时间延长的主要原因<sup>[1]</sup>。人工气道管理中对气囊进行合理地充气操作能够起到封闭气道、有效固定导管、确保潮气量供给的作用。最小闭合容量技术操作简单易执行、能根据不同患者气道管径进行个性化气囊充气<sup>[2]</sup>。但由于气囊压力受多因素影响,易存在漏气或相关并发症,目前临床上对气囊压力进行优化管理、定期监测气囊压力,尚无确切的护理建议。品管圈(quality control circle, QCC),即品质管理圈,品管圈的作用核心机制在于相同或者相似职业背景、工作场景内的职业共同体内的智力合作在工作场景内的管理变现<sup>[3]</sup>。将品管圈护理模式应用到人工气道最小闭合容量气囊压的动态监测与维持中,通过验证品管圈护理模式对预防VAP发生的临床应用价值,为预防VAP提供新的思路和依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本研究获得惠州市第三人民医院伦理委员会审核批准,并经过患者知情同意后实施。选取2020年7月—2021年7月惠州市第三人民医院接收的140例在综合ICU住院并建立人工气道的患者为研究对象,纳入条件:年龄 $\geq 18$ 周岁,需机械通气48 h以上的患者;入选病例均选具有声门下气囊上吸引功能的气管导管行气管插管操作;已建立人工气道进行机械通气,未发生肺部感染。排除条件:患者插管前出现不适宜插管症状者(患者呛咳,咽喉肿痛者);双腔气管插管者;困难插管患者;不能配合本研究者。按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组70例。对照组中男34例,女35例;年龄22~77岁,平均 $58.12 \pm 1.01$ 岁;患者病种:脑出血19例,重症肺炎29例,重症心力衰竭12例,其他10例。观察组中男35例,女35例;年龄22~78岁,平均 $57.14 \pm 1.14$ 岁;患者病种:脑出血18例,重症肺炎31例,重症心力衰竭10例,其他11例。两组患者组间基础资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 对照组 给予呼吸机常规护理措施。

1.2.2 观察组 给予品管圈模式护理,具体措施如下。

(1)建立品管圈护理小组:按照上下结合、实事求是、自愿参加组织气道护理专项质控组的原则,由6~8名ICU护理人员共同组成品管圈,品管圈构成为:辅导员1名,由至少参加3次以上品管圈活动经验的高资历护士担任,其主要工作为质控整个流程,并进行指导。同时在成员中选出圈长1名,其主要工作为:对活动组织、成员把关等环节进行统一的统筹和安排,所以圈长要求具有较高的组织能力和沟通能力,同时需要对每个步骤的实施进行监督。

(2)现况调查及原因分析:圈员采用头脑风暴法分别对床头抬高 $30^\circ \sim 45^\circ$ 依从性差、声门下分泌物吸引执行不到位、手卫生正确性依从性低3个缺陷进行原因分析,归纳出6个要因。再次回到现场对6个要因进行查检,根据柏拉图分布结果显示,选出患者容易下滑、测量流程繁琐、洗手液取放不便、奖惩力度小4个真因。同时,我们对“声门下分泌物吸引不到位”这个要因使用了现场考核法,考核了35名护士,其中有26名护士在为患者实施操作时,因患者出现刺激性呛咳而停止操作,占74.29%,确定这个为真因。最后我们将真因总结为5个,即患者下滑、测量流程繁琐、声门下分泌物吸引操作不规范、对洗手的正确性认识不足、未纳入绩效。制订相关改进措施,对护理人员进行系统培训,减少呼吸机相关性肺炎的发生。

(3)对策:①医院定期组织培训。培训内容包括呼吸机的工作原理、实施机械通气的适应证和禁忌证,以及呼吸机和机械通气设备的相关使用方法。护理人员采取最小闭合容量技术,通过最小闭合容量充气后,听诊器放置于主支气管处,往气囊内充气,至漏气声刚好消失为止;接着回抽气体0.5 ml,然后缓慢注入气体,每次0.1 ml;直至吸气时,漏气声刚好消失为止。使用专用气囊测压表检查气囊压力 $> 30 \text{ cm H}_2\text{O}$ ( $1 \text{ cmH}_2\text{O}=0.098 \text{ kPa}$ )的患者,严密监控患者的气囊压力。②床头抬高。护理人员负责将床头抬高防止痰液逆流回肺部或阻塞支气管,造成感染<sup>[4]</sup>。③防止误吸。患者尽量采取肠内营养干预,防止食物误吸入气管,发生呛咳,造成机械

通气设备松动。④无菌操作。护理人员在对患者进行吸痰、口腔护理等操作时,接触不同患者、不同部位时均要严格消毒洗手,保证无菌,避免发生感染。⑤口腔护理。根据对患者进行的口腔动态评估结果进行针对性的个体化口腔护理,以评估结果决定干预频次,干预方法为:湿布擦拭口腔,清除口腔异物、异味。⑥加强呼吸机及通气管管理。呼吸机治疗期间每天进行4次指标评估,做到及时拔除导管和停机,每周更换1次呼吸机管道,及时倾倒冷凝水<sup>[5]</sup>。⑦指导患者早期活动。护理人员可以帮助患者被动活动,在患者清醒后也可以指导患者进行小范围活动,进行四肢关节锻炼。

### 1.3 观察指标及评判标准

(1)观察两组机械通气时间、ICU住院时间及VAP的发生情况。

(2)最小闭合容量气囊压达标:包括正确压力测定、正确松开气囊、气囊压力安全比例。

(3)护理满意度:采用自行设计的护理满意度调查表评价本研究患者的护理满意度,主要包括患者病房的卫生状况、患者的护理态度、健康教育的满意度,每个项目20分,分数越高护理满意度越高。

(4)生活质量:采用简明健康测量表<sup>[6]</sup>评价患者的生活质量,量表经2名以上本学科专家验证,信效度达标,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.87,分半信度系数为0.80。评价患者精力、角色功能、躯体功能、心理健康及总体健康5个方面,每个方面均为100分,得分与生活质量呈正相关。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件对数据进行分析,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验,方差不齐采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组机械通气时间、ICU住院时间比较

观察组机械通气时间、ICU住院时间短于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组机械通气时间、ICU住院时间比较(d)

| 组别    | 例数 | 机械通气时间           | 住院时间             |
|-------|----|------------------|------------------|
| 观察组   | 70 | 5.56 $\pm$ 1.53  | 6.36 $\pm$ 1.54  |
| 对照组   | 70 | 10.62 $\pm$ 1.78 | 11.52 $\pm$ 2.20 |
| $t$ 值 |    | 18.036           | 16.076           |
| $P$ 值 |    | 0.000            | 0.000            |

### 2.2 两组最小闭合容量气囊压达标情况及VAP发生情况比较

观察组最小闭合容量气囊压达标率高于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。VAP发生率低于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患者护理满意度评分比较

观察组护理满意度各维度评分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表2 两组最小闭合容量气囊压达标情况及VAP发生情况比较

| 组别         | 例数 | 正确压力测定    | 正确松开气囊    | 气囊压力安全比例达标 | 总达标例数     | VAP发生例数   |
|------------|----|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| 观察组        | 70 | 68(97.14) | 69(98.57) | 69(98.57)  | 68(97.14) | 6(8.57)   |
| 对照组        | 70 | 52(74.29) | 56(80.00) | 54(77.14)  | 55(78.57) | 16(22.86) |
| $\chi^2$ 值 |    | 14.933    | 12.619    | 15.065     | 11.315    | 5.393     |
| $P$ 值      |    | 0.000     | 0.000     | 0.000      | 0.001     | 0.020     |

表中( )内数据为百分率(%)。

表3 两组患者护理满意度评分比较(分)

| 组别      | 例数 | 病房卫生             | 护理态度             | 健康教育             |
|---------|----|------------------|------------------|------------------|
| 观察组     | 70 | 17.51 $\pm$ 1.67 | 19.31 $\pm$ 1.51 | 19.41 $\pm$ 0.21 |
| 对照组     | 70 | 13.67 $\pm$ 0.98 | 14.45 $\pm$ 0.76 | 13.31 $\pm$ 0.51 |
| $u^*$ 值 |    | 16.592           | 24.053           | 38.867           |
| $P$ 值   |    | 0.000            | 0.000            | 0.000            |

\*秩和检验。

### 2.4 两组患者生活质量情况

干预前,两组生活质量各项指标比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患者精

力、角色功能、躯体功能、心理健康、总体健康指标改善情况均优于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表4。

表 4 两组患者生活质量评分比较（分）

| 组别  | 例数 | 精力           |              | 角色功能         |              | 躯体功能         |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 70 | 54.51 ± 2.67 | 77.31 ± 5.51 | 55.51 ± 3.27 | 76.56 ± 5.34 | 55.61 ± 2.86 | 77.61 ± 3.51 |
| 对照组 | 70 | 54.67 ± 2.98 | 61.45 ± 3.76 | 54.67 ± 4.71 | 60.56 ± 4.51 | 55.71 ± 3.42 | 61.78 ± 3.41 |
| t 值 |    | 0.335        | 19.892*      | 1.226        | 19.152       | 0.188        | 27.064       |
| P 值 |    | 0.738        | 0.000        | 0.222        | 0.000        | 0.851        | 0.000        |

| 组别  | 例数 | 心理健康         |              | 总体健康         |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 70 | 51.67 ± 3.71 | 78.78 ± 4.71 | 57.51 ± 3.41 | 78.41 ± 4.41 |
| 对照组 | 70 | 52.61 ± 2.13 | 62.67 ± 3.51 | 57.71 ± 3.42 | 63.62 ± 3.65 |
| t 值 |    | 1.838*       | 22.946*      | 0.346        | 21.616       |
| P 值 |    | 0.068        | 0.000        | 0.730        | 0.000        |

\* 秩和检验 u 值。

3 讨论

VAP 是在机械通气患者在 48 h 以内发生的肺炎，其中也包括撤机、拔管后 48 h 内的肺炎类型。VAP 长期高居 ICU 院内感染发生率榜首<sup>[7]</sup>。随着机械通气在临床其他科室（如呼吸科、神经内科、康复科等）的广泛应用，VAP 发生率呈现陡增态势。据统计，目前 VAP 占医院相关性肺炎的 80%<sup>[8]</sup>，且 VAP 是重症患者死亡的高危因素，对患者临床结局与预后具有不利影响<sup>[9]</sup>。在进行机械通气时，人工气道中对气囊进行合理地充气操作能够起到封闭气道，有效固定导管，确保潮气量供给的作用，同时还能防止声门下分泌物下移<sup>[10]</sup>。最小闭合容量技术目前是较为成熟应用于机械通气中的气囊充气、监测气囊压力的技术手段。最小闭合容量技术具备操作简单易执行、能根据不同患者气道管径进行个性化处理，相比其他方法的优点在于，可充分确保呼吸机通气量，有效防止口腔内容物灌入患者下呼吸道引发呛咳，从而降低 VAP 发生率，因此目前在临床上广为使用<sup>[11]</sup>。品管圈目前广泛应用于医疗健康领域，其在预防 VAP 发生中效果显著<sup>[12-14]</sup>。

本研究结果显示，观察组最小闭合容量气囊压达标率高于对照组。分析原因为品管圈护理模式通过对护理人员的培训，使护理人员熟练掌握最小闭合容量技术，提高了护理人员的技术，达标率得到提高。同时观察组的机械通气时间、ICU 住院时间及 VAP 的发生率均少于对照组。这佐证了马艳艳等<sup>[15]</sup>学者的研究，即应用品质管理圈在提高人工气道管理效果的项目上成效显著，促进患者自主通气与早期康复。分析原因为：品管圈护理模式通过对患者进行全方位的护理，保证无菌操作，减少导致感

染的因素，提高护理效果<sup>[16]</sup>。

本次研究结果显示，观察组患者满意度、生活质量各个项目的评分均高于对照组。这可能是因为，品管圈护理人员在整个护理过程中通过耐心细致的护理使患者和家属感受到温暖，不断鼓励患者，患者病情恢复较快，能够更快速出院，从而可以有效减缓患者经济压力，满意度较高<sup>[17]</sup>。在早期护理人员辅助患者进行早期活动，能促进疾病恢复，提高了患者的生活质量<sup>[18]</sup>。

综上所述，品管圈护理模式能通过有效的维持最小闭合容量气囊压从而降低 VAP 发生率，还可以缩短机械通气时间与 ICU 住院时间，促进患者自主通气与早日康复，提高患者生活质量。

4 参考文献

[1] 王曼曼. 声门下间歇吸痰在预防危重症患者呼吸机相关性肺炎的临床疗效评价 [J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(7): 980-982.

[2] 张冬玲, 钟素娟, 谢丽娟. 气囊压力表联合呼吸机监测预防重症患者呼吸机相关性肺炎的研究分析 [J]. 中国医药科学, 2021, 11(13): 206-209.

[3] 崔娟娟. 品管圈活动对预防 ICU 机械通气患者呼吸机相关肺炎的效果 [J]. 微量元素与健康研究, 2021, 38(4): 89-90.

[4] 王玥. 品管圈活动对提高床头抬高依从性预防呼吸机相关性肺炎的效果 [J]. 健康周刊, 2018(3): 80-81.

[5] 盛华. 品管圈活动在预防呼吸机相关性肺炎中的应用效果分析 [J]. 中国实用医药, 2018, 13(7): 157-158.

[6] 张磊, 黄久仪, 范凤美, 等. 美国简明健康测量量表与中国老年人生活质量调查表的对比研究 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2001, 10(6): 601.

[7] 程晓丹. 品管圈模式在肾病综合征患者护理中的应用效果 [J]. 中国医药指南, 2021, 19(3): 178-179.

# 基于行为改变轮理论的健康教育对慢性心力衰竭患者的影响

吴婷婷 吕振东 王家兰

**【摘要】** 目的 探讨以行为改变轮理论为基础的健康教育对慢性心力衰竭患者的影响。方法 选择 2020 年 3—10 月云南省某三级甲等医院心血管病科符合纳排条件的慢性心力衰竭患者 70 例作为研究对象,按照组间基线资料匹配原则分为对照组和观察组,各 35 例。对照组采用常规健康教育,观察组在此基础上采用以行为改变轮理论为基础的健康教育。比较两组患者 6 min 步行试验(6MWT)距离、氨基末端 B 型钠尿肽(NT-proBNP)、明尼苏达心力衰竭生活质量量表(MLHFQ)评分和慢性心力衰竭疾病知识评分。结果 干预前,两组患者 6MWT 距离比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预 3 个月后,观察组 6MWT 距离远于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组患者 NT-proBNP 水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预 3 个月后,观察组患者 NT-proBNP 水平低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组患者 MLHFQ 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预 3 个月后,观察组 MLHFQ 评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组疾病相关知识评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预 3 个月后,观察组患者慢性心力衰竭相关知识得分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 以行为改变轮理论为基础的健康教育能改善慢性心力衰竭患者心功能,提高疾病认知水平,从而促进患者自我管理,提高生活质量。

**【关键词】** 行为改变轮理论;健康教育;慢性心力衰竭;自我管理;生活质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.015

Effect of health education based on behavior change wheel theory on patients with chronic heart failure WU Tingting, LV Zhendong, Wang Jialan (Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming, 650000, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore the effect of health education based on behavior change wheel theory on patients with chronic heart failure. **Methods** To select 70 patients with chronic heart failure who met the admission and discharge conditions in the cardiovascular department of a tertiary first-class hospital in Yunnan province from March to October 2020 as the study subjects, according to the matching principle of baseline data

作者单位:650000 云南省昆明市,云南中医药大学  
通信作者:王家兰

- [8] 张中华.医院药学管理中品管圈模式的开展对缩短调配发药时间与提高调配合格率的影响[J].抗感染药学,2020,17(7):1011-1013.
  - [9] 严源利.分析品管圈模式对腹腔镜手术器械设备维修及时率的影响[J].中国医疗器械信息,2020,26(9):164-165.
  - [10] 赵叶,张丽,海燕.品管圈模式在手术室器械清点中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(38):109,112.
  - [11] 李冬贵.品管圈活动在腹腔镜胆囊切除术中的应用效果及对患者并发症发生率的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(12):187-189.
  - [12] 王攀.品管圈在ICU降低呼吸机相关性肺炎发病率中的应用研究[D].成都:西南交通大学,2019.
  - [13] 匡碧芬,赵先美.品管圈活动在ICU预防呼吸机相关性肺炎的应用[J].当代护士(下旬刊),2016(12):180-182.
  - [14] 宋吉官,迟天航,石俊.ICU呼吸机相关性肺炎ICU呼吸机治疗患者感染控制中品管圈的应用价值探究[J].中国医疗器械信息,2020,26(12):80-81,103.
  - [15] 马艳艳,李小杰,孟晓利,等.品质管理圈活动对人工气道管理质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(17):3073-3077.
  - [16] 兰莫莉,刘远金,农丽芳.医护一体化品管圈模式在提高机械通气患者早期活动依从性中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(2):354-356.
  - [17] 赵智琼.品管圈在一次性无菌物品管理中的应用探讨[J].中国继续医学教育,2019,11(30):190-192.
  - [18] 朱魏芹,黄雅莲,方艳春,等.普外科开展品管圈护理模式对患者术前焦虑及围术期护理质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(16):2520-2523.
- [2021-09-02 收稿]  
(责任编辑 陈景景)

between groups, they were divided into control group and observation group, with 35 cases in each group. The control group received routine health education, while the observation group received health education based on the behavior change wheel theory. The 6-minute walking test(6MWT) distance, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide(NT-pro-BNP), Minnesota living with heart failure questionnaire(MLHFQ) score and chronic heart failure disease knowledge score were compared between the two groups. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the 6MWT distance between the two groups( $P>0.05$ ); after 3 months of intervention, the 6MWT distance in the observation group was longer than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant( $P<0.05$ ). Before the intervention, there was no significant difference in the NT-pro-BNP level between the two groups( $P>0.05$ ); after 3 months of intervention, the NT-pro-BNP level in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). Before the intervention, there was no significant difference in the MLHFQ score between the two groups( $P>0.05$ ); after 3 months of intervention, the MLHFQ score in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). Before the intervention, there was no significant difference in the scores of disease-related knowledge between the two groups( $P>0.05$ ); after 3 months of intervention, the scores of chronic heart failure-related knowledge in the observation group were higher than those in the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The health education based on the behavior change wheel theory can improve the cardiac function of patients with chronic heart failure, and improve the level of disease cognition, thereby promoting patients' self-management and improving their quality of life.

**【Key words】** Behavior change wheel theory; Health education; Chronic heart failure; Self management; Quality of life

慢性心力衰竭(CHF)是心脏收缩和舒张功能受损,以呼吸困难、乏力、水肿等为症状的临床综合征,常发生于心血管疾病的终末期<sup>[1]</sup>。该疾病具有病程长、进展缓慢的特点,需要长期自我管理,以控制症状<sup>[2]</sup>。出院后患者容易忽视自我管理,1年内再住院率高达58.4%<sup>[3]</sup>,如何有效提高患者自我管理成为急待解决的问题。以行为改变轮理论为基础的健康教育从提高患者自我管理的能力、机会、动机出发,设计个体化健康教育方法,在多个领域尤其是慢性病中取得良好效果<sup>[4]</sup>。本研究主要探讨行为改变轮理论在慢性心力衰竭患者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年3—10月云南省某三级甲等医院心血管病科收治的慢性心力衰竭患者70例为研究对象。纳入条件:符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》<sup>[5]</sup>,诊断为CHF;美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级Ⅱ、Ⅲ级<sup>[6]</sup>;知情同意,签署知情同意书;有固定联系方式,可接受随访;年龄 $\geq 60$ 岁。排除条件:合并恶性肿瘤,严重肝肾肾功能不全;认知功能障碍,患有精神疾病;住院

前3个月患有心肌梗死或脑卒中<sup>[7]</sup>。按照组间基线资料匹配原则分为对照组和观察组,各35例。对照组患者中男17例,女18例;年龄68~84岁,平均 $73.98 \pm 5.35$ 岁。Ⅱ级18例,Ⅲ级17例。观察组患者中男20例,女15例;年龄73~86岁,平均 $74.17 \pm 4.03$ 岁。Ⅱ级19例,Ⅲ级16例。两组患者以上资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。此研究已提交本院的伦理委员会审核并通过。

### 1.2 干预方法

**1.2.1 对照组** 实施常规健康教育,由责任护士发放科室健康教育资料,讲解慢性心力衰竭基本知识,临床诊治方法,基础用药、注意事项等。每周宣教3次,每次5~10 min。出院当天嘱患者遵医嘱用药,不适随诊。出院后第1、2个月每2周电话随访1次,第3个月电话随访1次<sup>[8]</sup>。

**1.2.2 观察组** 在常规健康教育的基础上采用以行为改变轮理论为基础的健康教育。

**1.2.2.1 成立行为改变轮理论健康教育小组** 本小组由1名心血管病科主治医师,1名心血管病科护士长,2名心血管病科主管护师和笔者组成。主治医师负责协助联系患者,参与干预措施的制订和疾病知识的解答;护士长负责整体人员的管理与安排;主管护师负责前期的准备工作和常规护理健康

教育;笔者负责实施干预、数据收集整理及论文的撰写。

1.2.2.2 制订干预方案 在查阅资料和前期研究的基础上,以行为改变轮理论为基础,应用教育、说服、激励、强制、培训、限制、环境重建、建模、实现9大干预功能<sup>[9]</sup>,根据CHF患者及家属的个性化需求编制健康教育手册,有针对性地对患者实施干预,促使患者改变动机、提高能力和机会,具体干预步骤如下。

(1)入院第1天:形成动机。协助患者填写生活质量(MLHFQ)评分表,了解生活质量状态,在医护的陪同下进行6 min步行试验,遵医嘱测氨基末端B型钠尿肽(NT-proBNP),了解心功能状态。研究者通过一对一的方式个体化评估患者的生活习惯、疾病认知情况,了解其认知和看法。

(2)入院第2天:树立目标,强化动机,应用教育、培训、说服策略。发放健康教育手册,通过一对一床旁讲解心力衰竭病因、临床表现、诱发因素、相关危险因素等,了解患者的生活习惯,自我管理能力和帮助其分析自身存在的不健康行为习惯,纠正错误的认知,提高自我管理意识。

(3)入院第3天:教会患者容量管理,每天监测体质量并记录结果,教会患者或照顾者知晓液体和钠盐摄入标准、体液潴留症状和体征,教会患者自我调整液体的摄入量<sup>[10]</sup>,如何控制危险因素和诱发因素等。

(4)入院第4天至出院前:强化能力与动机,实施教育、限制策略。研究者定期对患者及家属进行访谈,了解患者及家属对心力衰竭知识的掌握情况,为患者制订个性化自我管理方案,要求患者依据计划实施。①提高患者对疾病诱发因素的识别,如感染、排便困难、发热等因素。②饮食方面。指导患者遵循低盐、低脂、低胆固醇的原则,适量补充蛋白质和维生素,可少食多餐,避免过饱<sup>[11]</sup>。③休息与运动指导。休息可减轻心脏负担,指导患者按病情合理安排休息和活动时间。如患者自觉一般体力活动不受限,可适当增加活动时间,但应避免剧烈运动;如患者自觉一般体力活动受限,应减少活动时间,多休息;若患者自觉轻于一般体力活动受限,应限制活动时间;若患者自觉休息时呼吸困难,应绝对卧床休息,家属陪伴<sup>[12-13]</sup>。

(5)出院至随访3个月:提供机会,持续强化能力与动机。协助患者及家属加入医患沟通交流群,每日从心血管疾病相关权威微信公众号中收集心力衰竭自我管理案例推送,第2天对上一次的资讯进

行回访。根据每位医嘱进行个性化指导,由医师提供线上咨询,患者可在群内汇报居家自我管理状况,遇到问题可向医师提问。对自我管理良好的患者进行口头表扬,鼓励家属对患者进行监督,以微信或电话的形式与小组成员沟通<sup>[14]</sup>。

### 1.3 观察指标

(1)6 min步行试验(6MWT)距离:让患者在30 m平直走廊快步行走,计时6 min,中途出现不适可适当休息且允许使用拐杖或其他辅助工具,以衡量患者运动耐力,是一种简单、易行、安全、经济的试验<sup>[15]</sup>。

(2)NT-proBNP:NT-proBNP被推荐为临床首选的心衰标志物,在诊断CHF方面敏感性较高<sup>[16]</sup>。

(3)生活质量:采用Rector<sup>[17]</sup>研制的明尼苏达心力衰竭生活质量评分表(MLHFQ),用于评估心力衰竭患者生活质量。本研究使用国内学者朱燕波等<sup>[18]</sup>汉化的问卷,由躯体活动(8个条目)、情绪领域(5个条目)和其他状况(8个条目)3部分组成,共计21个条目。各条目采用Likert 6级计分法,采用反向评分,0~5分表示生活质量越来越差。该量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.776~0.881,各条目的内容效度为0.505~0.875。

(4)慢性心力衰竭疾病知识知晓情况:在查阅文献的基础上自行编制慢性心力衰竭基本知识,以评价患者对健康教育的掌握程度。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件进行数据处理。计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用两独立样本 $t$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者6 MWT距离比较

干预前,两组患者6 min步行试验距离比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预3个月后,观察组6 MWT远于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

### 2.2 两组患者干预前后NT-proBNP水平比较

干预前,两组患者NT-proBNP水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预3个月后,观察组患者NT-proBNP水平低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

### 2.3 两组患者生活质量评分比较

干预前,两组患者生活质量得分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预3个月后,观察

组生活质量评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

2.4 两组患者疾病知识评分比较

干预前，两组疾病相关知识得分比较，差异无

统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预3个月后，观察组患者心力衰竭相关知识得分高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表4。

表1 两组患者6 MWT 步行试验距离比较（m）

| 组别         | 例数 | 干预前            | 干预后3个月         |
|------------|----|----------------|----------------|
| 观察组        | 35 | 375.17 ± 42.45 | 412.91 ± 38.53 |
| 对照组        | 35 | 374.57 ± 44.81 | 379.20 ± 34.62 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.058          | 3.850          |
| <i>P</i> 值 |    | 0.954          | 0.000          |

表2 两组患者NT-proBNP 水平比较（pg/ml）

| 组别         | 例数 | 干预前            | 干预后3个月         |
|------------|----|----------------|----------------|
| 观察组        | 35 | 334.23 ± 43.58 | 259.54 ± 36.12 |
| 对照组        | 35 | 332.49 ± 45.96 | 314.17 ± 43.47 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.163          | 5.718          |
| <i>P</i> 值 |    | 0.871          | 0.000          |

表3 两组患者生活质量评分比较（分）

| 组别         | 例数 | 身体活动         |              | 情绪状况         |              | 其他情况         |              |
|------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组        | 35 | 28.60 ± 1.19 | 21.09 ± 1.81 | 12.71 ± 0.96 | 7.51 ± 1.29  | 22.11 ± 2.03 | 10.57 ± 1.72 |
| 对照组        | 35 | 29.14 ± 1.54 | 24.86 ± 1.44 | 12.43 ± 1.31 | 10.06 ± 1.28 | 22.40 ± 2.00 | 14.09 ± 1.34 |
| <i>t</i> 值 |    | 1.642        | 9.643        | 1.041        | 8.301        | 0.602        | 9.551        |
| <i>P</i> 值 |    | 0.105        | 0.000        | 0.302        | 0.000        | 0.549        | 0.000        |

表4 两组患者疾病知识评分比较（分）

| 组别         | 例数 | 干预前          | 干预后3个月       |
|------------|----|--------------|--------------|
| 观察组        | 35 | 38.49 ± 1.70 | 75.20 ± 2.31 |
| 对照组        | 35 | 38.00 ± 1.78 | 64.29 ± 2.15 |
| <i>t</i> 值 |    | 1.165        | 20.457       |
| <i>P</i> 值 |    | 0.248        | 0.000        |

3 讨论

3.1 行为改变轮理论的健康教育能有效改善患者心功能状况

自我管理对于慢性病的防治有着至关重要的作用，控制诱发因素和加强自我管理是改善慢性心力衰竭患者心功能的重要手段<sup>[19]</sup>。行为改变轮理论是对19个行为改变理论的概括，该理论由行为来源、

九大干预功能及七大政策类别3部分组成<sup>[20]</sup>。其中，行为来源是该理论的核心内容，认为患者具备能力、机会和动机时才会作出改变行为的反应。本研究结果显示，患者6 MWT距离，在干预3个月后有提高。分析其原因，行为改变轮理论的健康教育与常规护理健康教育相比，综合九大干预功能，全方位地为患者提供个性化自我管理策略，激发患者反省性动机，使患者积极参与疾病自身管理，促进行为改变。

### 3.2 行为改变轮理论的健康教育模式能有效改善生活质量

慢性心力衰竭患者普遍存在心功能差、体液潴留、容量负荷过重的问题,严重影响患者生活质量,提高生活质量成为亟待解决的问题。以行为改变轮理论为基础的健康教育促使患者自觉学习自我管理知识和方法,认知心力衰竭疾病。在出院后为患者制订自我管理计划,在微信群为患者解疑答惑,督促患者自觉重视自我管理。研究显示<sup>[21]</sup>,有效的自我管理是改善慢性心力衰竭患者生活质量的前提。本研究显示,干预后,观察组身体活动、情绪状况、其他情况都优于对照组。这是因为,实施行为改变轮理论的健康教育模式能使院内护理知识与院外延续性护理督导相结合,促进患者恢复。

综上所述,以行为改变轮理论为基础的健康教育可有效提高患者自我管理能力,改善患者心功能,提高生活质量,给慢性心力衰竭患者带来福音。

### 4 参考文献

- [1] 张光.自我管理护理对慢性心力衰竭患者心功能及依从性的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(9):1117-1119.
- [2] 席小立,汤雁玲,师杭飞.慢性心力衰竭患者自我同情状况及影响因素分析[J].护理学杂志,2022,37(2):8-11.
- [3] 李文清.基于“互联网+”的慢性心力衰竭延续性护理管理模式分析[J].国际护理学杂志,2022,41(2):377-381.
- [4] 游紫为,匡泽民,周艳辉.行为改变轮理论在心血管疾病管理中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(1):121-127.
- [5] 中华医学会心血管病分会,中华心血管病杂志编委会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2020[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- [6] 柏义泊,陈成,张旺生.健心颗粒治疗老年气虚血瘀型慢性心力衰竭临床观察[J].山西中医,2021,37(10):14-16.
- [7] 卢晓虹,李少玲,王立艳.基于华生关怀理论的护理干预对慢性心力衰竭患者心理状态、自我效能的影响[J].中国临床研究,2021,34(7):995-998.
- [8] 李水莉,王亚男,刘丽.基于时机理论的家庭护理对慢性心力衰竭患者自我管理的效果研究[J].天津护理,2021,29(2):168-172.
- [9] 曹俊景,李玲杰.基于行为改变理论的健康教育模式对脑梗死患者认知、治疗依从性及健康行为的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(5):446-449.
- [10] 郭婷,熊晓云,孙兴兰.慢性心力衰竭病人容量管理的最佳证据应用[J].全科护理,2021,19(27):3749-3753.
- [11] 侍凤清.饮食护理干预评估对老年慢性心力衰竭患者康复的影响研究[J].中国预防医学杂志,2016,17(11):860-862.
- [12] Witoniowska N, Sawuta A, Dudek K, et al. The impact of health education on treatment outcomes in heart failure patients[J]. Adv Clin Exp Med, 2020,29(4):481-492.
- [13] Cosmi F, Shen L, Magnoli M, et al. Treatment with insulin is associated with worse outcome in patients with chronic heart failure and diabetes[J]. Eur J Heart Fail,2018,20(5):888-895.
- [14] 熊司琦.基于 BCW 的健康教育在急性心肌梗死患者中的应用研究[D].天津:天津中医药大学,2020.
- [15] 中华医学会老年医学分会.老年患者 6min 步行试验临床应用中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2020,39(11):1241-1250.
- [16] 罗威,李绍持,徐尚誉.NT-proBNP 评估慢性心力衰竭患者心功能的价值及其影响因素的研究[J].中国循证心血管医学杂志,2019,4(13):469-473.
- [17] 张蓉,夏晓宏,周凤飞.老年综合评估护理干预在老年慢性心力衰竭患者中的应用效果评价[J].海军医学杂志,2021,42(6):761-765.
- [18] 张苏丹.舒适护理对老年慢性心力衰竭患者生活质量及心功能的作用[J].中国医药指南,2021,19(21):91-95.
- [19] 傅咏华,倪燕婷.微信健康教育群在慢性心力衰竭患者延续性护理中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(23):3560-3562.
- [20] Crayton E, Wright AJ, Ashworth M. Improving medication adherence in stroke survivors: the intervention development process[J]. BMC Health Serv Res, 2018,18(1):772.
- [21] 王路遥,张建薇,王旭.基于协同护理模式的容量管理对老年慢性心力衰竭影响[J].护理实践与研究,2021,18(14):2060-2064.

[2021-11-13 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 基于关键节点控制的综合干预对急性胰腺炎患者的影响

刘明粉 樊慧丽 高晨

**【摘要】目的** 基于关键节点控制的综合干预对急性胰腺炎（AP）患者疼痛应激和并发症等的影响。**方法** 选取医院于2019年6月—2021年1月收治的84例AP患者为研究对象，按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组和观察组，每组42例。住院期间，对照组患者采用常规护理干预，观察组在对照组干预的基础上进行基于关键节点控制的综合干预。记录两组临床症状消失时间和并发症发生情况，评估两组干预前后的疼痛应激反应、干预后的遵医行为。干预前后，采用视觉模拟评分（VAS）评估疼痛程度，采用抑郁自评量表（SDS）和焦虑自评量表（SAS）评估心理应激状态，采用匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评估睡眠质量。**结果** 观察组恢复排气时间及腹痛、腹胀和发热消失时间短于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预前，两组SDS、SAS、PSQI和VAS评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组SDS、SAS、PSQI和VAS评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预后，观察组的各项遵医行为评分均高于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组胰腺脓肿和假性囊肿发生率低于对照组，组间比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组多脏器衰竭发生率比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论** 基于关键节点控制的综合干预有助于缓解AP患者临床症状，减轻疼痛应激反应，降低并发症发生率。

**【关键词】** 关键节点控制；急性胰腺炎；疼痛应激；并发症；影响

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.016

急性胰腺炎（acute pancreatitis, AP）是一种临床常见的炎症性疾病，与体内胰酶被激活有关，主要表现为上腹疼痛，伴随发热、恶心、呕吐等，严重者可继发感染、休克等，病死率高<sup>[1-2]</sup>。目前，AP患者主要采用止痛、改善微循环、营养支持、抑制胰酶活性等治疗手段，部分严重感染患者则采用外科手术治疗<sup>[3-4]</sup>。研究显示，AP发病急、进展快，疼痛症状严重，随病情进展，甚至可引起多器官功能衰竭，预后较差<sup>[5]</sup>。基于关键节点控制的综合干预可以根据患者临床表现和可能存在的不良事件进行关键节点评估、控制、追踪反馈，有效降低不良事件的发生，促进患者恢复<sup>[6]</sup>。既往已有研究将基于关键节点控制的干预应用于医院管理<sup>[7]</sup>，但其在AP患者中的应用效果尚不明确。因此，本研究观察了基于关键节点控制的综合干预对AP患者疼痛应激和并发症等的影响，旨在为AP临床护理提供参考依据。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年6月—2021年1月在本院就诊的

84例AP患者为研究对象，纳入条件：符合AP的相关诊断标准<sup>[8]</sup>，均获得患者及其家属知情同意，且经医院伦理委员会批准。排除条件：合并严重感染且需要接受手术治疗患者；合并神经系统疾病；存在语言交流障碍者；合并严重脏器功能障碍者；合并恶性肿瘤者。按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组和观察组，每组42例。对照组中男27例，女15例；年龄30~60岁，平均 $45.87 \pm 6.24$ 岁；文化程度：高中及以下25例，大专及以上17例；户籍：农村26例，城市16例；婚姻状况：单身16例，已婚26例。观察组中男29例，女13例；年龄30~60岁，平均 $45.12 \pm 6.85$ 岁；文化程度：高中及以下24例，大专及以上18例；户籍：农村28例，城市14例；婚姻状况：单身15例，已婚27例。两组患者以上资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 护理方法

两组患者均接受抗感染、抑制胰酶药物和补液等常规基础治疗。对照组患者采用常规护理干预，包括AP相关知识的健康教育、日常生活护理和指导、生命体征监测、心理干预等，出院前给予出院生活习惯、运动锻炼等方面的指导，并嘱咐患者定期复诊。

观察组在对照组干预的基础上进行基于关键点控制的综合干预,具体方法如下。

(1)成立关键节点控制管理小组:每组10人,由责任医师、科室护士长、心理咨询师、护理人员组成,向小组成员讲解基于关键点控制的综合管理流程。

(2)关键节点分析:小组成员通过查阅文献、总结医院病例、经验分享等分析AP患者在护理过程中可能出现的问题,包括负面情绪、腹痛、发热、疾病进展、生活作息等,制订关键环节护理管理方案。

(3)关键节点护理管理:①疾病护理。护理人员告知患者疾病的发生、发展和转归,并将AP相关知识制成宣传册,分发给患者及其家属,告知治疗过程中可能出现的不良事件和注意事项,指导患者积极配合治疗。治疗过程中,密切监测患者的生命体征、血清和尿淀粉酶水平,密切注意患者腹痛、呕吐等不良症状,若出现异常,及时进行抢救。②疼痛护理。AP患者存在腹痛症状,护理人员需保证患者绝对卧床,帮助其选择舒适体位,穿较宽松、纯棉衣服,遵医嘱给予解痉镇痛药,还可通过指导患者腹部按摩减轻疼痛。③发热护理。告知患者尽可能卧床休息,减少运动的耗氧量,保持口腔和皮肤清洁,发热时,可采用物理降温或遵医嘱药物降温。④饮食护理。AP的发生与暴饮暴食、酗酒等不健康的生活习惯有关,护理人员指导并监督饮食、行为习惯,早期禁食,持续胃肠减压,同时动员家属鼓励和监督患者养成健康生活习惯。⑤心理护理。AP起病急、症状较为严重,患者入院后往往会产生焦虑、恐惧等负面情绪。在入院后经抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)了解AP患者的心理状态,通过交谈了解抑郁、焦虑情绪的来源,包括经济压力、对疾病未知的恐惧等,制订针对性的心理干预方案,包括AP相关知识的健康教育、家庭支持、加强护患沟通等,缓解患者恐惧、焦虑情绪。通过深呼吸放松压力,观看娱乐性电视节目,听宁静、舒缓的音乐,如古筝曲、钢琴曲、大自然音乐等方式转移注意力,缓解负面情绪。

(4)追踪反馈:密切关注患者护理过程中的生理和心理变化,将患者所遇到的问题反馈给责任医师和科室护士长,及时调整护理方案实施。

(5)出院指导:出院前,告知患者出院后的注意事项,包括生活作息、饮食运动等,并建立微信群,定期推送AP相关知识和注意事项,嘱咐患者定期复诊。

### 1.3 观察指标

(1)记录两组患者恢复排气时间、腹痛、腹胀和发热消失时间。

(2)干预前后,采用视觉模拟评分(VAS)评估患者疼痛程度,分值范围0~10分,分数越高,疼痛程度越严重。

(3)干预前后,采用SDS和SAS量表<sup>[9]</sup>评估两组抑郁和焦虑情绪,均包含20个项目,每项为1~4分,采用百分制计算,标准分=项目总分 $\times 1.25=100$ 分,SAS评分 $\geq 50$ 分为阳性,SDS评分 $\geq 53$ 分为阳性。分数越高表示症状越严重。

(4)采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)<sup>[10]</sup>评价两组睡眠质量,总分21分,PSQI $\geq 10$ 分为阳性。分数越高,睡眠质量越差。

(5)干预后,采用医院自制的遵医行为量表评估两组患者的遵医行为。遵医行为量表包括饮食控制、作息规律、戒烟戒酒、疾病认知和治疗态度4个项目,每项总分100分,分数越高,遵医行为越好。

(6)记录两组患者干预期间并发症的发生情况。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件对所得数据进行分析,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验;计数资料组间率的比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床症状消失时间比较

观察组恢复排气时间以及腹痛、腹胀和发热消失时间短于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组临床症状消失时间比较(d)

| 组别    | 例数 | 腹痛消失时间          | 恢复排气时间          | 腹胀消失时间          | 发热消失时间          |
|-------|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 对照组   | 42 | 7.36 $\pm$ 1.45 | 5.77 $\pm$ 1.27 | 3.86 $\pm$ 0.68 | 5.15 $\pm$ 1.04 |
| 观察组   | 42 | 5.91 $\pm$ 1.26 | 4.62 $\pm$ 0.74 | 3.07 $\pm$ 0.59 | 4.42 $\pm$ 0.93 |
| $t$ 值 |    | 4.892           | 5.070           | 5.687           | 3.391           |
| $P$ 值 |    | 0.000           | 0.000           | 0.000           | 0.001           |

2.2 两组干预前后的 SDS、SAS 评分比较

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

2.3 两组干预前后 PSQI 和 VAS 评分比较

干预前, 两组 PSQI 和 VAS 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 PSQI 和 VAS 评分低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 2 两组干预前后的 SDS、SAS 评分比较 (分)

| 组别         | 例数 | SDS          |              | SAS          |              |
|------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组        | 42 | 57.32 ± 6.26 | 40.35 ± 5.62 | 55.08 ± 5.14 | 41.24 ± 4.28 |
| 观察组        | 42 | 56.61 ± 7.19 | 35.72 ± 6.09 | 53.75 ± 6.33 | 36.56 ± 5.12 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.483        | 3.621        | 1.057        | 4.545        |
| <i>P</i> 值 |    | 0.631        | 0.001        | 0.294        | 0.000        |

表 3 两组干预前后 PSQI 和 VAS 评分比较 (分)

| 组别         | 例数 | PSQI         |             | VAS         |             |
|------------|----|--------------|-------------|-------------|-------------|
|            |    | 干预前          | 干预后         | 干预前         | 干预后         |
| 对照组        | 42 | 13.78 ± 2.96 | 9.50 ± 1.84 | 5.59 ± 1.08 | 2.87 ± 0.54 |
| 观察组        | 42 | 14.25 ± 2.84 | 7.53 ± 1.20 | 5.54 ± 1.03 | 2.46 ± 0.48 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.743        | 5.812       | 0.217       | 3.678       |
| <i>P</i> 值 |    | 0.460        | 0.000       | 0.829       | 0.000       |

2.4 两组患者干预后的遵医行为比较

干预后, 观察组的各项遵医行为评分均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

观察组胰腺脓肿和假性囊肿发生率低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 两组多脏器衰竭发生率比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 5。

2.5 两组并发症发生率比较

表 4 两组患者干预后的遵医行为比较 (分)

| 组别         | 例数 | 饮食控制         | 作息规律         | 戒烟戒酒         | 疾病认知和治疗态度    |
|------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组        | 42 | 78.45 ± 8.15 | 80.47 ± 8.87 | 80.32 ± 8.04 | 81.35 ± 8.22 |
| 观察组        | 42 | 85.21 ± 9.46 | 86.31 ± 8.64 | 86.54 ± 8.72 | 86.71 ± 8.43 |
| <i>t</i> 值 |    | 3.509        | 3.057        | 3.399        | 2.950        |
| <i>P</i> 值 |    | 0.001        | 0.003        | 0.001        | 0.004        |

表 5 两组并发症发生情况比较

| 组别         | 例数 | 胰腺脓肿         | 假性囊肿         | 多脏器衰竭       |
|------------|----|--------------|--------------|-------------|
| 对照组        | 42 | 15 ( 35.71 ) | 13 ( 30.95 ) | 7 ( 16.67 ) |
| 观察组        | 42 | 7 ( 16.67 )  | 5 ( 11.90 )  | 4 ( 9.52 )  |
| $\chi^2$ 值 |    | 3.941        | 4.525        | 0.941       |
| <i>P</i> 值 |    | 0.047        | 0.033        | 0.332       |

表中 ( ) 内数据为百分率 ( % )。

3 讨论

随着现代社会的发展和人民生活水平的提高, 人们的生活作息也发生了改变, 暴饮暴食、酗酒、作息不规律等引起的 AP 发病率也逐年升高<sup>[11]</sup>。AP

起病急、进展较快, 症状表现多样化, 且较为严重, 患者普遍存在负面心理情绪<sup>[12]</sup>。根据 AP 患者临床表现和可能存在的不良事件进行关键节点控制, 可有效降低并发症发生, 促进患者恢复<sup>[13]</sup>。本研究中, 相比于传统护理方式, 基于关键节点控制的综合干

预可以缩短 AP 临床不良症状的消失时间和恢复排气时间。分析本研究结果变化的原因可能是由于, 基于关键节点控制的综合干预根据临床表现给予针对性的疼痛护理、饮食护理、发热护理等, 严格控制各环节的护理质量, 更有效控制病情进展, 促进患者恢复。

本研究中, 基于关键节点控制的综合干预可以降低 SDS、SAS、PSQI 和 VAS 评分, 提示基于关键节点控制的综合干预可以减轻 AP 患者疼痛症状, 缓解抑郁和焦虑情绪, 提高睡眠质量。可能是由于基于关键节点控制的综合干预关注患者在治疗期间的疼痛护理和心理护理, 通过给予体位护理、镇痛药、腹部按摩等减轻患者疼痛, 缓解抑郁、焦虑情绪, 同时密切关注患者在干预期间心理情绪的波动。通过家庭鼓励支持、转移注意力及听宁静、舒缓的音乐, 及时给予心理情绪调节, 缓解患者压力, 减轻疼痛应激, 提高睡眠质量。已有研究显示<sup>[14]</sup>, 过度的疼痛应激增加心理应激反应, 出现抑郁、焦虑等情绪, 影响术后恢复, 不利于疾病的治疗。本研究中, 基于关键节点控制的综合干预可以提高遵医行为, 可能是由于基于关键节点控制的综合干预关注疾病护理, 通过健康宣教增加患者对 AP 疾病相关知识的掌握程度, 告知患者可能存在的不良事件及相关注意事项, 帮助患者养成良好的生活习惯, 提高治疗依从性。临床医师可采用基于关键节点控制的综合干预来提高 AP 遵医行为, 提高配合治疗的积极性。

本研究中, 相比于传统护理方式, 基于关键节点控制的综合干预可以降低 AP 患者胰腺脓肿和假性囊肿发生率。胰腺脓肿和假性囊肿均为急性胰腺炎常见并发症。相关<sup>[15-17]</sup>研究显示, 节点控制可以提高护理管理质量, 减少不良事件发生, 本研究结果与其类似, 说明基于关键节点控制的综合干预可以提高各环节的护理质量, 从而减少并发症发生。

综上所述, 基于关键节点控制的综合干预可以减轻 AP 临床症状、疼痛程度, 缓解抑郁和焦虑情绪, 提高患者睡眠质量和遵医行为, 有利于预防并发症的发生。

#### 4 参考文献

- [1] Restrepo R, Hagerott HE, Kulkarni S, et al. Acute pancreatitis in pediatric patients: demographics, etiology, and diagnostic imaging[J]. *AJR Am J Roentgenol*, 2016, 206(3):632-644.
- [2] Portelli M, Jones CD. Severe acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis and surgical management[J]. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2017, 16(2):155-159.
- [3] Guo YY, Li HX, Zhang Y, et al. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: progress on disease mechanisms and treatment modalities[J]. *Discov Med*, 2019, 27(147):101-109.
- [4] Silva MA, Key S, Han E, et al. Acute pancreatitis associated with antipsychotic medication: evaluation of clinical features, treatment, and polypharmacy in a series of cases[J]. *J Clin Psychopharmacol*, 2016, 36(2):169-172.
- [5] 杨静, 田永明, 刘欢, 等. King 氏达标理论对 ICU 重症急性胰腺炎患者负性情绪及预后的影响 [J]. *中国急救复苏与灾害医学杂志*, 2019, 14(10):995-998.
- [6] 郑文, 桓丽倩, 周海燕, 等. 基于节点控制改进消毒供应中心信息追溯系统的效果 [J]. *护理学杂志*, 2017, 11(32):15-18.
- [7] 徐蓉, 汪晖, 尹世玉, 等. 基于节点控制的护理风险流程管理 [J]. *中国医院*, 2015, 19(11):6-8.
- [8] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 急性胰腺炎诊治指南 (2014 版) [J]. *中华消化外科杂志*, 2015, 14(1):1-5.
- [9] 关欣, 曹静, 祝卓宏. 缺血性脑血管病患者心理灵活性与焦虑抑郁情绪的相关研究 [J]. *重庆医学*, 2015, 44(4):433-435.
- [10] 于利芳. 健康教育对急性胰腺炎保守治疗患者生活质量、睡眠质量和护理满意度的影响 [J]. *中国基层医药*, 2018, 25(4):535-538.
- [11] Carr RA, Rejowski BJ, Cote GA, et al. Systematic review of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: A more virulent etiology? [J]. *Pancreatol*, 2016, 16(4):469-476.
- [12] 曹美娟, 康春妹, 林菊华. 膀胱压监测在重症急性胰腺炎患者监护中的应用 [J]. *护理实践与研究*, 2018, 15(10):35-37.
- [13] Bruenjes JD, Vallabhajosyula S, Vacek CJ, et al. Acute pancreatitis-induced takotsubo cardiomyopathy in an african american male [J]. *ACG Case Rep J*, 2015, 3(1):53-56.
- [14] 康伟, 何丽芸, 吉文玉. 质量控制关键节点管理在小儿幕下肿瘤切除术中的效果评价 [J]. *中国临床神经外科杂志*, 2020, 25(10):66-68.
- [15] 王丹. 疼痛专项干预对腹腔镜肾切除术患者应激反应及术后恢复的影响 [J]. *医学临床研究*, 2019, 36(4):822-824.
- [16] 夏秀丹, 陆瑶. 中医护理对重症胰腺炎患者心理状态与并发症的影响 [J]. *护理实践与研究*, 2019, 16(10):156-157.
- [17] 蔡美, 张艳春, 赵曙光. 节点控制在护理管理中的应用 [J]. *解放军护理杂志*, 2016, 33(20):58-59, 70.

[2021-09-16 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 主动脉夹层覆膜支架患者术后阶段性目标干预效果观察

王晴晴 王国权 王丹凤 史云霞

**【摘要】** 目的 研究阶段性目标干预在主动脉夹层覆膜支架术后改善患者心理状态、生活质量及疾病预后的效果。方法 纳入医院2018年1月—2020年12月收治的主动脉夹层行覆膜支架术患者200例为研究对象。按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组与对照组,各100例。对照组给予常规院内护理及院外延续护理,观察组给予阶段性目标干预护理。比较两组患者气管插管时间、ICU停留时间、谵妄发生率,以及焦虑、抑郁和生活质量评分。结果 观察组气管插管时间、ICU停留时间短于对照组,谵妄发生率低于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。出院日,两组焦虑与抑郁得分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院后3个月,观察组焦虑、抑郁得分均低于对照组( $P<0.05$ )。出院日,两组生活质量各维度得分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院后3个月,观察组生活质量各维度得分均高于对照组( $P<0.05$ )。结论 主动脉夹层覆膜支架术患者建立阶段性目标干预能够缩短机械通气与ICU住院时间,改善患者心理状态与生活质量。

**【关键词】** 主动脉夹层;覆膜支架术;阶段性目标干预;焦虑;抑郁;生活质量;疾病预后

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.017

**Effect observation of staged targeted intervention after surgery for patients with aortic dissection covered with stent** WANG Qingqing, WANG Guoquan, WANG Danfeng, SHI Yunxia (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

**【Abstract】** **Objective** To study the effect of staged target intervention in improving the psychological state, quality of life and disease prognosis of patients after stent graft for aortic dissection. **Methods** A total of 200 patients with aortic dissection who underwent stent-grafts who were admitted to the hospital from January 2018 to December 2020 were included as the study objects. According to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 100 cases in each. The control group was given routine in-hospital nursing and out-of-hospital continuous nursing, and the observation group was given staged targeted intervention nursing. The tracheal intubation time, ICU stay time, incidence of delirium, and scores of anxiety, depression and quality of life were compared between the two groups. **Results** The tracheal intubation time and ICU stay time in the observation group were shorter than those in the control group, the incidence of delirium was lower than that in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). On the day of discharge, there was no significant difference in anxiety and depression scores between the two groups( $P>0.05$ ). Three months after discharge, the anxiety and depression scores in the observation group were lower than those in the control group( $P<0.05$ ). On the day of discharge, there was no significant difference in scores of each dimension of life quality between the two groups( $P>0.05$ ). Three months after discharge, the scores of each dimension of quality of life in the observation group were higher than those in the control group( $P<0.05$ ). **Conclusion** The establishment of staged target intervention in patients with stent-graft for aortic dissection can shorten the duration of mechanical ventilation and ICU stay, and improve the psychological state and quality of life of patients.

**【Key words】** Aortic dissection; Covered stent; Staged target intervention; Anxiety; Depression; Quality of life; Disease prognosis

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院血管外科  
通信作者:史云霞,副主任护师

主动脉夹层是多种因素导致主动脉内膜撕裂,循环血液自撕裂处涌入血管壁内,致血管壁分层而形成夹层血肿的一类急性重症血管病变。该病发病急骤,如未经及时有效治疗,在急性主动脉夹层发病后 48 h 内病死率可达 50%~68%<sup>[1]</sup>。外科手术是该病的主要治疗手段,在主动脉夹层手术过程中患者处于深低温停循环状态,肺组织低温、全身炎症反应等情况易发,且术后疼痛、卧床也可导致肺不张。另外为减少患者的心脏耗氧,预防心肌缺血,术后患者一般留置气管插管,这也增加了 ICU 获得性衰弱的发生风险。主动脉夹层覆膜支架术后患者仍需要进行有效的术后管理,一个可行的、安全性、阶段性的干预计划具有较强的临床需求性。阶段性目标干预是基于患者病情制订的现阶段患者能够完成的分段目标,可调动患者主观能动性<sup>[2]</sup>。本研究阶段性目标干预纳入护士、医生、物理治疗师共同进行干预,旨在通过阶段性目标干预改善主动脉夹层患者的康复效果,提升其生存质量,优化其心理状态。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2018 年 1 月—2020 年 12 月收治的主动脉夹层行覆膜支架术患者 200 例为研究对象。纳入条件:患者符合主动脉夹层临床标准,于我院行覆膜支架术;年龄 $\geq 18$  周岁;神经系统功能正常,无认知障碍、视听障碍等;术前无谵妄情况发生;签署知情同意书。排除条件:患者死亡或因病情变化转院治疗;患者合并严重的心脑血管、呼吸系统、神经系统、血液系统等疾病;患者中途失联或主动退出研究。按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组与对照组,各 100 例。观察组男 53 例,女 47 例;年龄:18~40 岁 20 例,41~60 岁 48 例, $\geq 61$  岁 32 例;文化程度:小学及初中 45 例,高中/中专 32 例,大专及以上 23 例;主动脉夹层分型:I 型 44 例,II

型 31 例,III 型 25 例;手术方式:Bentall 术式 55 例,Wheat 术式 14 例,Divid 术式 31 例;婚姻状态:已婚 82 例,未婚 18 例。对照组男 55 例,女 45 例;年龄:18~40 岁 22 例,41~60 岁 47 例, $\geq 61$  岁 31 例;文化程度:小学及初中 46 例,高中/中专 31 例,大专及以上 23 例;主动脉夹层分型:I 型 46 例,II 型 31 例,III 型 23 例;手术方式:Bentall 术式 56 例,Wheat 术式 13 例,Divid 术式 31 例;婚姻状态:已婚 85 例,未婚 15 例。两组患者临床资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),本研究已通过医院伦理委员会审查。

### 1.2 干预方法

对照组给予常规主动脉夹层术后护理,包括生活管理、管道管理、皮肤护理、心理疏导、健康宣教等,遵医嘱对患者进行床上踝泵运动与心肺功能训练,出院后借助电话随访给予每周 1 次的病情询问与用药及自我管理指导。观察组在此基础上建立阶段性目标干预,具体如下:

1.2.1 组建管理团队 由重症医学科护士与医生、心胸外科护士与医生、超声科医师、康复科医生与心理咨询室医师共同组建管理团队。超声科医师对患者的心功能进行超声动态评估,为 ICU 医生提供康复运动依据;ICU 与心胸外科医生为副主任医师职称,进行联合查房,整体评估患者病情,决定康复干预方案;康复医师遵照拟定的康复干预方案实施康复干预。纳入的护士均具有 3 年以上的主动脉夹层患者护理经验,与医生共同观察患者的生命体征变化;心理咨询师负责在适宜时期对患者进行心理与行为引导,促使患者以积极向上的态度面对疾病与治疗。

1.2.2 制订并实施干预计划 按照 ICU 观察期、普通病房适应期与院外巩固期进行阶段划分,各个时期的主要干预内容与计划见表 1,具体实施方案如下。

表 1 主动脉夹层覆膜支架术患者的阶段性干预计划表

| 时期     | 干预重点                       | 干预目标                                                                          |
|--------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| ICU 时期 | 早期活动干预、病情观察、管道护理(预防非计划性拔管) | ①患者可借助辅助装置或独立行走 10 m<br>②无非计划性拔管发生<br>③病情稳定                                   |
| 普通病房期  | 继续康复训练、完成出院准备              | ①患者与家属熟练掌握康复训练技巧<br>②出院准备度条目平均分 $> 8$ 分                                       |
| 院外巩固期  | 网络化自我管理行为监管                | ①服药与复诊依从性 100%<br>②生活干预依从性 $> 80\%$<br>③焦虑与抑郁得分轻度及以下<br>④生活质量得分较出院时提高 30%~50% |

(1) ICU 时期: 患者术后入 ICU, 平卧 6 h, 待循环稳定后开展早期活动, 循序渐进地实施八步活动流程(参照 Parry 等<sup>[3]</sup>提出的八步活动法流程, 借助团队头脑风暴确定个体化、实施性强的活动计划)。①被动活动。自双下肢开始, 由脚趾关节到髓关节分别进行外展、内收与旋转, 同法实施上肢关节被动活动, 每关节被动活动 2~8 min。②体位调整。床头抬高 45°、60° >1 h, 尝试床头升高接近 90°, 调整时每 15 min 观察 1 次患者耐受情况。耐受定义。生命体征稳定在医嘱允许范围内, 神经系统的功能好转或稳定, 存在低水平的烦躁情况, 患者可开口说话时口头表示可以耐受。③坐于床边或在最少辅助时帮助患者坐于床边。此步骤要求两人及以上帮助患者并辅助其进行下肢活动。④站在床边 >2 min。⑤患者移动至椅子上坐位姿势 >60 min, 期间每 1 h 调整 1 次坐姿。⑥患者下地行走, 可借助辅助装置或由他人搀扶, 往返病床距离累计达 10 m。

(2) 普通病房期: ①呼吸训练患者使用呼吸训练器进行呼吸训练, 时间与次数不限制, 以患者可耐受为宜。②每天 2 次坐位训练, 患者床上坐位 30 min, 后转移至床边坐立 5 min, 床旁放一椅子, 再由床边转移到椅子上继续坐立 15 min, 从搀扶到独立完成。③耐力提升, 患者站立平稳后开始以助力车于病房与走廊内行行走, 逐渐过度到独立行走超过 10 min。④出院准备, 对患者与家属进行疾病知识、锻炼方法、生活干预、服药与复诊、症状观察、心理调节等宣教, 对实际操作部分采取一对一演示的方式教学, 保证患者与家属能够熟练掌握教学内容。

(3) 院外巩固期: 患者离院时邀请其加入护士长建立的微信群组, 患者可于群中自由发言, 询问疾病相关信息, 责任护士记录患者的出院时间及情况, 及时询问到各人, 了解患者的院外情况, 对表现良好的患者提出表扬, 表现不佳的患者给予指导

与劝导。每周进行 1 次症状与康复训练情况的汇总与分析。心理咨询师介入到院外巩固期的延续护理中, 负责借助团体心理疏导法实施长期的心理疏导干预。

1.3 评价指标

(1) 术后一般情况: 记录两组患者 ICU 入住时间、气管插管时间与谵妄发生率。

(2) 心理状态: 出院日及出院后 3 个月, 采用焦虑自测量表(SAS)、抑郁自测量表(SDS)<sup>[4]</sup>评价两组患者焦虑、抑郁状态, 其中 SAS 共 20 个条目, 采取 1~4 分 4 级评分法, 得分在 50~59 分范围内为轻度焦虑, 60~69 分范围内为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑; SDS 包含 20 条目, 采取 1~4 分 4 级评分法, 得分在 53~62 分范围内为轻度抑郁, 63~72 分范围内为中度抑郁, > 73 分为重度抑郁。SAS 量表的 Cronbach' s α 系数为 0.892, SDS 量表的 Cronbach' s α 系数为 0.875。

(3) 生活质量: 采用世界卫生组织生活质量测定量表(WHOQOL-BREF)<sup>[5]</sup>进行生活质量评估, 该量表共 4 个维度, 包括心理、生理、环境与社会关系, 26 个条目, 每个条目 1~5 分, 各维度评分为所属条目平均分, 得分越高则生活质量越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 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  $\chi^2$  检验, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后气管插管时间、ICU 停留时间及谵妄发生率比较

观察组气管插管时间、ICU 停留时间短于对照组, 谵妄发生率低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义(*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者术后气管插管时间、ICU 停留时间及谵妄发生率比较

| 组别         | 例数  | 气管插管<br>时间(h) | ICU 停留<br>时间(h) | 谵妄     |       |
|------------|-----|---------------|-----------------|--------|-------|
|            |     |               |                 | 例数     | 率(%)  |
| 观察组        | 100 | 75.86 ± 3.45  | 104.26 ± 5.69   | 7      | 7.00  |
| 对照组        | 100 | 86.59 ± 4.21  | 119.59 ± 6.24   | 16     | 16.00 |
| <i>t</i> 值 |     | 19.713        | 18.153          | 3.980* |       |
| <i>P</i> 值 |     | 0.000         | 0.000           | 0.046  |       |

\* $\chi^2$  值。

## 2.2 两组患者出院日及出院3个月时焦虑、抑郁评分比较

出院日,两组患者焦虑与抑郁得分比较差异无

统计学意义( $P>0.05$ );出院后3个月,两组焦虑与抑郁得分均下降,观察组得分均低于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表3 两组患者出院日及出院3个月时焦虑、抑郁评分比较(分)

| 组别         | 例数  | SAS          |              | SDS          |              |
|------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            |     | 出院日          | 出院后3个月       | 出院日          | 出院后6个月       |
| 观察组        | 100 | 65.49 ± 4.33 | 51.19 ± 3.31 | 68.49 ± 4.21 | 53.24 ± 3.38 |
| 对照组        | 100 | 65.35 ± 4.35 | 56.24 ± 3.18 | 68.51 ± 4.26 | 58.26 ± 3.21 |
| <i>t</i> 值 |     | 0.228        | 11.002       | 0.033        | 10.769       |
| <i>P</i> 值 |     | 0.820        | 0.000        | 0.973        | 0.000        |

## 2.3 两组出院日及出院3个月时生活质量评分比较

两组出院日生活质量各维度得分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院后3个月,观察组各维

度得分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表4。

表4 两组出院日及出院3个月时生活质量评分比较(分)

| 观察时点   | 组别         | 例数  | 生理          | 心理          | 环境          | 社会关系        |
|--------|------------|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 出院日    | 观察组        | 100 | 2.93 ± 0.42 | 2.94 ± 0.33 | 2.82 ± 0.33 | 3.22 ± 0.31 |
|        | 对照组        | 100 | 2.92 ± 0.40 | 2.95 ± 0.36 | 2.83 ± 0.32 | 3.24 ± 0.32 |
|        | <i>t</i> 值 |     | 0.172       | 0.205       | 0.218       | 0.449       |
|        | <i>P</i> 值 |     | 0.863       | 0.838       | 0.828       | 0.654       |
| 出院后3个月 | 观察组        | 100 | 4.20 ± 0.51 | 4.52 ± 0.33 | 3.85 ± 0.41 | 4.35 ± 0.31 |
|        | 对照组        | 100 | 3.67 ± 0.35 | 3.92 ± 0.43 | 3.23 ± 0.35 | 3.74 ± 0.32 |
|        | <i>t</i> 值 |     | 8.569       | 11.069      | 11.501      | 13.692      |
|        | <i>P</i> 值 |     | 0.000       | 0.000       | 0.000       | 0.000       |

## 3 讨论

主动脉夹层的主要治疗手段是手术,但心脏手术创伤较大,加上麻醉、感染等因素的影响,患者需接受更优质的护理。主动脉夹层术后患者虽然症状明显缓解,但仍需要进行相应的康复锻炼以改善心肺功能,优化临床预后效果。笔者认为,主动脉夹层术后患者的护理不能统一标准实施,不同的疾病阶段需要给予不同的护理计划,这样才能使护理与临床实际更加贴合,符合患者的实际需求,从而获得满意的护理效果,改善患者康复质量。阶段性目标干预依据临床护理经验将主动脉夹层手术治疗患者的护理过程分为3个阶段,ICU观察期、普通病房适应期与院外巩固期,于不同时期给予不同的

护理方案。最终阶段性目标干预实现了患者康复效果、心理状态与生活质量的三重改善。

### 3.1 阶段性目标干预改善患者术后早期康复效果

结果显示,观察组患者的气管插管时间、ICU停留时间短于对照组,谵妄发生率低于对照组,该结果与富燕萍等<sup>[6]</sup>的研究结果一致。分析其可能原因,主动脉夹层手术患者因手术创伤、术后疼痛等导致咳嗽障碍,肺部感染风险增加,因此机械通气时间与ICU停留时间均延长。国外一项<sup>[7]</sup>研究表明,有氧运动能够显著增加胸主动脉瘤和夹层β-氨基丙腈治疗动物的弹性蛋白表达,实现安全有效的胸主动脉瘤和夹层严重后果预防。姚福娣<sup>[8]</sup>的研究发现,早期康复锻炼能够缩短A型主动脉夹层术后患者的镇静药物使用时间与ICU入住时间,尽早稳定

患者的呼吸、心率、血压等生命体征,改善疾病预后。本研究在设计早期活动方案时采取了递进式、可行性强的活动方案,目的在于增加患者的呼吸肌力量,加速肺复张并改善膈肌运动,同时有利于患者更快排除肺部深处的痰液,降低肺部感染风险,从而缩短气管插管时间。同时邀请超声科医师辅助干预,对心功能、深静脉血栓等尽早发现,为运动干预提供了有力的临床依据,从而降低患者因卧床时间较长而发生血栓、胃肠功能减退等并发症风险,缩短患者ICU入住时间,让患者能够尽快转入普通病房。张立等<sup>[9]</sup>研究提出早期下床能够降低血栓、切口出血等风险,并可以降低患者腰背酸痛与腹胀发生率,提高患者的舒适性。

### 3.2 阶段性目标干预改善患者的心理状态与生活质量

患者出院后3个月时,观察组患者的焦虑与抑郁得分均低于对照组,生活质量得分高于对照组,这表示阶段性目标干预在改善患者心理状态与生活质量方面效果肯定。McEntire等<sup>[10]</sup>的研究发现主动脉瘤/夹层患者可因体力活动受限而产生一定的心理困扰,出现焦虑与抑郁症状。Pasadyn等<sup>[11]</sup>的研究还提出对295名急性A型主动脉夹层幸存者进行创伤后应激障碍情况调查,在返回的139份问卷中筛查结果为阳性者占比23%(30/129);研究同时认为,需要对他们转介进行进一步的检测和治疗,如以创伤为中心的心理治疗或药物治疗。本研究结果显示,出院日,两组患者的焦虑与抑郁得分均较高,这表明突然的疾病对患者的心理存在明显影响,因此患者需要给予适宜的心理疏导。本研究邀请到心理咨询师介入,在院外干预中实施长期的心理疏导,实现对患者心理问题的有效管理与调节。此外由于较好的出院准备度以及较早的活动干预,患者的身体康复效果更好,出院后在体力与日常生活及社交中的适应性更强,从而实现患者生活质量的改善。

综上所述,主动脉夹层覆膜支架术患者建立阶段性目标干预能够缩短机械通气与ICU住院时间,改善患者术后心理状态与生活质量。阶段性目标干

预实施过程中需依据患者情况不断完善,规范阶段性目标干预内容,为主动脉夹层覆膜支架术后患者提供更优质的护理服务。

## 4 参考文献

- [1] 郭义山,丛超,杨宁,等.主动脉夹层发病机制的研究进展[J].医学综述,2017,23(12):2339-2343.
- [2] 刘颖,张毅,郭金竹.阶段性目标干预对自发性脑出血心理状态、生命质量及预后的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(12):893-899.
- [3] Parry SM, Nydahl P, Needham DM. Implementing early physical rehabilitation and mobilisation in the ICU: institutional, clinician, and patient considerations[J]. Intensive Care Med, 2018,44(4):470-473.
- [4] 王敬斋,张树荣. Zung焦虑抑郁自评量表对消化内科门诊患者焦虑抑郁的测评[J].临床消化病杂志,2016,28(3):150-153.
- [5] 李佳玲,赵艳霞,顾菁,等.基于项目反应理论修订生存质量测定量表简表WHOQOL-BREF[J].中山大学学报(医学科学版),2015,36(2):284-293.
- [6] 富燕萍,张帅,姚惠萍.早期目标导向活动在主动脉夹层术后患者中的应用[J].护理管理杂志,2021,21(7):525-528.
- [7] Aicher BO, Zhang J, Muratoglu SC, et al. Moderate aerobic exercise prevents matrix degradation and death in a mouse model of aortic dissection and aneurysm[J]. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2021,320(5):H1786-H1801.
- [8] 姚福娣.早期康复锻炼对A型主动脉夹层术后病人预后的影响[J].全科护理,2021,19(20):2799-2800.
- [9] 张立,罗茜,刘涛.早期下床对主动脉夹层患者术后并发症及舒适感的影响[J].护理管理杂志,2020,20(9):668-671.
- [10] McEntire A, Helm BM, Landis BJ, et al. Psychological distress in response to physical activity restrictions in patients with non-syndromic thoracic aortic aneurysm/dissection[J]. J Community Genet, 2021,12(4):631-641.
- [11] Pasadyn SR, Roselli EE, Artis AS, et al. From tear to fear: posttraumatic stress disorder in patients with acute type a aortic dissection[J]. J Am Heart Assoc, 2020,9(9):e015060.

[2021-09-30 收稿]  
(责任编辑 陈景景)

# 局部理疗结合虚拟情景反馈训练在Ⅱ区指屈肌腱损伤术后康复训练中的应用效果

金蕾 张敏杰

**【摘要】目的** 探讨虚拟情景反馈训练与局部理疗相结合在Ⅱ区指屈肌腱损伤患者术后康复中的应用效果。**方法** 将68例于2018年3月—2021年3月收治的Ⅱ区指屈肌腱损伤患者按组间基本特征具有可比性原则分为对照组与观察组,各34例,对照组术后行常规康复训练,观察组在对照组基础上行局部理疗+虚拟情景反馈训练,比较两组患者手功能恢复情况,干预前后手部活动度、手部肌力变化及并发症发生率。**结果** 观察组手功能恢复优良程度优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组远端指间关节(DIP)、掌指关节(MP)、近端指间关节(PIP)活动度比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),干预后,观察组DIP、MP、PIP活动度大于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组手部握力、三点捏力、侧捏力比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组手部握力、三点捏力、侧捏力大于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 对Ⅱ区指屈肌腱损伤术后患者实施虚拟情景反馈训练结合局部理疗,可促进手功能恢复,减少并发症的发生。

**【关键词】** 肌腱损伤; 术后康复; 虚拟情景反馈训练; 手功能; 局部理疗

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.018

**Application effect of local physiotherapy combined with virtual situational feedback training in postoperative rehabilitation training of finger flexor tendon injury in zone II** JIN Lei, ZHANG Minjie (Changzhou Medical District of PLA Joint Logistic Support Force 904 Hospital, 213000, China)

**【Abstract】Objective** To explore the application effect of the combination of virtual situational feedback training and local physiotherapy in postoperative rehabilitation of patients with flexor tendon injury in zone II. **Methods** A total of 68 patients with flexor tendon injury in zone II who were treated from March 2018 to March 2021 were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 34 cases in each group. The control group received routine rehabilitation training after operation, and the observation group received local physiotherapy combined with virtual scene feedback training on the basis of the control group to compare the recovery of hand function, the range of motion of the hand, the changes in hand muscle strength and incidence of complications before and after the intervention between the two groups. **Result** The recovery of hand function in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). Before intervention, there was no significant difference in the range of motion of the distal interphalangeal joint (DIP), metacarpophalangeal joint(MP), and proximal interphalangeal joint(PIP) between the two groups( $P>0.05$ ). After the intervention, the DIP, MP and PIP activities of the observation group were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). Before intervention, there was no significant difference in the hand grip strength, three-point pinch strength and lateral pinch strength between the two groups( $P>0.05$ ). After the intervention, the hand grip strength, three-point pinch strength and lateral pinch strength of the observation group were greater than those of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). The incidence of complications of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The application of virtual situational feedback training combined with local physiotherapy for postoperative patients with flexor tendon injury in zone II can promote the recovery

作者单位: 213003 江苏省常州市, 中国人民解放军联勤保障部队第九〇四医院常州医疗区骨科  
通信作者: 张敏杰

of hand function and reduce the occurrence of complications.

**【Key words】** Tendon injury; Postoperative rehabilitation; Virtual situational feedback training; Hand function; Local physiotherapy

手指的指屈肌腱解剖结构特殊,组织损伤风险高,治疗难度大,因Ⅱ区指深、浅屈肌腱共同存在于紧密纤维骨性隧道内,损伤后的功能恢复较为困难。对于指屈肌腱损伤患者的术后康复,临床可选择方法较多,如何制订更科学、有效的康复方案,是临床研究热点<sup>[1]</sup>。局部理疗在康复领域中运用广泛,可促进组织修复,消除病因,起到预防和治疗疾病作用。虚拟现实是运用计算机、电子信息,模拟仿真环境的一项新兴技术。随着虚拟现实技术不断发展,虚拟情景反馈训练得以在临床中运用,并获得了广泛认可。为保障Ⅱ区指屈肌腱损伤术后康复效果,本研究将虚拟情景反馈训练与局部理疗相结合,取得较满意效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

纳入2018年3月—2021年3月收治的68例Ⅱ区指屈肌腱损伤患者为研究对象,纳入条件:年龄 $\geq 18$ 岁;单侧损伤;均接受改良Kessler修复手术治疗;受伤前手部功能正常,无畸形;签署知情同意书;意识清楚,可配合干预;获医院伦理委员会审批。排除条件:术后因并发症需制动者;精神疾病患者;需行二次手术者;重要脏器严重功能不全者;合并神经损伤及严重骨折者;妊娠期、哺乳期女性,严重皮肤软组织缺损者。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34例。观察组中男23例,女11例;年龄21~70岁,平均 $42.71 \pm 3.58$ 岁;病程26~54 d,平均 $31.74 \pm 3.69$  d;致伤原因:锐器伤17例,挤压伤5例,电锯伤9例,其他3例。对照组中男24例,女10例;年龄20~68岁,平均 $42.76 \pm 3.54$ 岁;病程24~52 d,平均 $31.85 \pm 3.66$  d;致伤原因:锐器伤16例,挤压伤6例,电锯伤10例,其他2例。两组以上资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 对照组** 术后接受常规康复训练,包括手功能拼图、拉橡皮筋、捏橡皮泥等作业训练,拧毛巾等生活训练及屈曲手指、手腕活动、抗阻力、肌力训练等。

**1.2.2 观察组** 常规综合康复训练方法与对照组一致,同时实施局部理疗结合虚拟情景反馈训练。

#### 1.2.2.1 局部理疗方法

(1) 术后1 d~3周:综合康复训练前30 min采用红外线照射损伤部位,30 min/次,1次/d。伤口愈合后予以局部蜡疗,嘱患者将患肢置入石蜡浴槽内,直至手腕部,5 s后取出,待石蜡凝固,重复上述动作10次,再将手伸入石蜡浴槽中10 min左右,取出后使用塑料布包裹,刷好蜡膜后患肢制动,防止蜡膜破裂,注意保温。操作过程中注意防止石蜡燃烧,严格控制石蜡温度,操作结束后用纱布擦拭皮肤,并嘱患者休息片刻后离开。30 min/次,1次/d。

(2) 术后4~6周:采用超短波疗法,先用微热超短波,功率20~30 W,15 min/次,1~2次/d。频谱仪,20 min/次,1~2次/d。

**1.2.2.2 虚拟情景反馈训练** 选择E-LINK上肢功能康复评估与训练系统,使用H500捏力器、M600肌力关节活动度运动训练仪、G200握力器对患者实施远端指间关节(DIP)、掌指关节(MP)、近端指间关节(PIP)主动关节活动,三点捏力、侧捏力、握力评估,根据评估结果选择游戏模式,具体如下:

(1) 术后第6周:应用M600肌力关节活动度运动训练仪的肌电传感器获取表面肌电信息,并通过电脑屏幕上游戏的反馈信息进行DIP、PIP、MP训练,活动度精确至 $1^\circ$ ,每个运动训练周期为10 s,每组训练10 min,1次/d,5次/周,连续训练4周。

(2) 术后第7周:应用H500握力器、G200捏力进行抗肌力、抗阻力训练,首先对患者三点捏力、握力、侧捏力进行测试,之后根据测试值,并按照0.1 kg递进方式设置反馈训练值,选择合适游戏进行肌力反馈训练,如码头搬运、摘香蕉、滑板等,系统直接将游戏完成程度反馈给患者,每组运动训练10 min,1次/d,5次/周,连续训练4周。

### 1.3 观察指标

(1) 手功能恢复情况:根据国际手外科学会推荐的肌腱总主动活动度测定法(TAM),即DIP、MP、PIP屈曲度数之和减去DIP、MP、PIP伸直受限度数之和,对两组患侧手功能恢复情况予以评估,优:患侧手活动度基本与健侧手一致;良:患侧手TAM $>$ 健侧75%;中:患侧手TAM为健侧的50%~75%;差:患侧手TAM $<$ 健侧50%<sup>[3]</sup>。

(2) 手部活动度:对两组干预前后患侧DIP、MP、PIP屈曲活动范围予以测定,范围越大,提示

手部活动度越好。

(3) 手部肌力: 对两组患者干预前后患侧手部握力、三点捏力、侧捏力予以测定(E-LINK 上肢功能康复评估与训练系统), 测量范围: 三点捏力 0~25 kg、握力 0~90 kg、侧捏力 0~25 kg, 数值与肌力呈正相关性。

(4) 并发症: 记录术后患者并发症发生情况。

#### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据, 等级资料比较采用秩和检验; 技术资料计算百分率, 组间率的比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以“均数  $\pm$  标准差”表示, 组间均数比较采用  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手功能恢复优良程度比较

观察组手功能恢复优良程度优于对照组, 差异

有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组手功能恢复优良程度比较

| 组别  | 例数 | 优  | 良  | 中 | 差 |
|-----|----|----|----|---|---|
| 观察组 | 34 | 17 | 13 | 3 | 1 |
| 对照组 | 34 | 11 | 10 | 9 | 4 |

秩和检验:  $u=2.183$ ,  $P=0.029$ 。

### 2.2 两组患者手部活动度比较

干预前, 两组 DIP、MP、PIP 活动度比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 DIP、MP、PIP 活动度大于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组患者手部肌力比较

干预前, 两组手部握力、三点捏力、侧捏力比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组手部握力、三点捏力、侧捏力大于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 2 两组干预前、后手部活动度比较( $^{\circ}$ )

| 组别    | 例数 | DIP              |                  | MP               |                   | PIP              |                   |
|-------|----|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|       |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后               | 干预前              | 干预后               |
| 观察组   | 34 | 41.14 $\pm$ 7.36 | 61.43 $\pm$ 8.67 | 51.26 $\pm$ 9.43 | 73.43 $\pm$ 10.74 | 51.97 $\pm$ 9.34 | 81.43 $\pm$ 10.13 |
| 对照组   | 34 | 40.86 $\pm$ 7.28 | 55.04 $\pm$ 7.98 | 51.43 $\pm$ 9.52 | 68.15 $\pm$ 9.52  | 51.58 $\pm$ 9.28 | 73.61 $\pm$ 10.04 |
| $t$ 值 |    | 0.158            | 3.162            | 0.074            | 2.145             | 0.173            | 3.197             |
| $P$ 值 |    | 0.875            | 0.002            | 0.941            | 0.036             | 0.863            | 0.002             |

表 3 两组干预前、后手部肌力比较(kg)

| 组别    | 例数 | 握力               |                  | 三点捏力            |                 | 侧捏力             |                 |
|-------|----|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|       |    | 干预前              | 干预后              | 干预前             | 干预后             | 干预前             | 干预后             |
| 观察组   | 34 | 12.73 $\pm$ 1.15 | 21.46 $\pm$ 2.07 | 2.89 $\pm$ 0.34 | 5.76 $\pm$ 0.75 | 3.61 $\pm$ 0.41 | 6.62 $\pm$ 0.51 |
| 对照组   | 34 | 12.80 $\pm$ 1.23 | 17.36 $\pm$ 1.74 | 2.91 $\pm$ 0.36 | 4.51 $\pm$ 0.66 | 3.58 $\pm$ 0.38 | 5.73 $\pm$ 0.49 |
| $t$ 值 |    | 0.242            | 8.841            | 0.236           | 7.296           | 0.313           | 7.338           |
| $P$ 值 |    | 0.809            | 0.000            | 0.815           | 0.000           | 0.755           | 0.000           |

### 2.4 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计

学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组并发症发生率比较

| 组别  | 例数 | 水肿 | 肌腱萎缩 | 肌腱粘连 | 关节僵硬 | 总发生例数 | 发生率(%) |
|-----|----|----|------|------|------|-------|--------|
| 观察组 | 34 | 1  | 0    | 0    | 1    | 2     | 5.88   |
| 对照组 | 34 | 5  | 1    | 1    | 2    | 9     | 26.47  |

$\chi^2=5.314$ ,  $P=0.021$ 。

## 3 讨论

II 区指屈肌腱损伤是临床常见手外伤, 手指屈肌腱解剖位置特殊, 处于较表浅皮下, 因缺乏保护

易受到各种损伤<sup>[4]</sup>。患者术后护理对康复有重要影响, 实施科学的康复训练方法对患者术后手功能恢复有积极意义。但常规综合康复训练因过于重视被动活动, 忽略了主动活动而效果欠佳, 加之康复训

练模式单一,训练枯燥乏味,患者依从性差,存在一定不足。

早期活动可促进肌腱愈合,减少术后粘连风险,但临床实践发现,过早、过度活动有造成肌腱再次断裂风险,加重肌腱损伤,影响预后<sup>[5]</sup>。术后早期实施理疗,可为后期康复训练奠定基础,红外线照射和超短波疗法可减轻患肢水肿、消除炎症、促进伤口愈合<sup>[6]</sup>。蜡疗所产生的温热效应可对局部血管产生扩张作用,使血液供应增加,促进新陈代谢,增强细胞通透性,从而加快炎症消退、水肿吸收,改善肌肉痉挛,使纤维结缔组织张力得以下降,起到松解粘连效果<sup>[7]</sup>。郭凤红等<sup>[8]</sup>研究指出,蜡疗冷却后对患肢产生的机械挤压作用可对关节、肌肉、肌腱及韧带产生松解作用。徐颖等<sup>[9]</sup>研究发现,肌腱损伤后在综合康复训练基础上结合局部理疗,可预防或减轻肌腱粘连,促进肌腱内源性愈合,并能消除局部肿胀,促进血液循环,减轻患肢疼痛。

虚拟情景反馈训练利用肌电传感器采集患肢肌肉生物电图形,通过测定患肢 PIP、DIP、MP 评估干预前手指活动度,并根据测定值设置患肢最大活动范围、活动周期,同时根据患者活动时间设定运动干预量,确保患肢肌腱在安全范围内滑动,既能防止肌腱粘连,又能避免肌腱滑动过大引起肌腱断裂。同时,系统能根据手指功能、角度实施不同肌力训练,并能通过力量测试,对手指肌力大小予以评估,从而制订个体化干预方案,具有较强针对性。另外,虚拟情景反馈训练系统包含丰富游戏模式,患者可根据患肢手功能情况设定游戏难度和范围,患者能根据游戏完成情况了解手功能恢复程度,由于训练具有趣味性,患者训练依从性更高,可提高康复效果。刘伟<sup>[10]</sup>研究将虚拟情景反馈训练应用于 II 区指屈肌腱损伤患者中,结果表明训练后患者手指总活动度优良率高,且手指肌力较干预前提升。本研究中,观察组手功能恢复优良率高于对照组,表明虚拟情景反馈训练与局部理疗相结合,能有效促进患者术后手功能恢复,原因可能是两种干预方式结合,可弥补传统综合训练缺陷,发挥各自优势,产生良好协同效应。

II 区指屈肌腱损伤患者术后肌腱粘连多发生于 PIP、DIP 处,因此对 PIP 和 DIP 影响较大<sup>[11-12]</sup>。本研究中,观察组干预后 PIP、DIP、MP 活动度较对照组大,提示虚拟情景反馈训练与局部理疗结合,可提升患者手部活动范围。本研究还显示,干预后,观察组手部握力、三点捏力、侧捏力大于对照组,提示虚拟情景反馈训练可提高 II 区指屈肌腱损伤患

者手部肌力,原因可能与虚拟情景反馈训练从不同功能角度对患者进行肌力干预有关。作为肌腱损伤修复术后常见并发症,急性水肿通常在术后 48 h 内发生。适度活动患肢及未受损手指关节,并加以红外线、电磁波等理疗,可减轻水肿。由于 II 区指屈肌腱损伤,肌腱断端周围组织生长速度较快,加之受术后制动和患者自身状况影响,肌腱粘连风险高<sup>[13-14]</sup>。术后主动活动在肌腱粘连预防中起着关键作用,可提高手指关节总活动度<sup>[15]</sup>。肌腱断裂并发症的发生多与术后过早负重、功能锻炼不当、术后过早去除保护装置有关,关节僵硬多因患者术后惧怕疼痛,担心肌腱断裂而不敢活动所致。本研究结果提示,观察组并发症发生率低于对照组,提示虚拟情景反馈训练结合局部理疗可降低 II 区指屈肌腱损伤患者术后康复期间的不良预后的发生风险。

综上所述,虚拟情景反馈训练结合局部理疗可促进 II 区指屈肌腱损伤患者手功能恢复,提高手部活动度及肌力,减少并发症的发生。

#### 4 参考文献

- [1] 李赞,周晓妍.康复训练方法对屈指肌腱损伤术后患者手功能的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(18):19-21.
- [2] 周秀新,吴爱萍.虚拟现实结合减重平板训练对高血压性脑出血患者下肢运动功能恢复的效果观察[J].护理实践与研究,2019,16(14):63-64.
- [3] Collocott SJF, Kelly E, Foster M, et al. A randomized clinical trial comparing early active motion programs: Earlier hand function, TAM, and orthotic satisfaction with a relative motion extension program for zones V and VI extensor tendon repairs[J]. J Hand Ther, 2019,33(1):13-24.
- [4] 王建,张文龙,张净宇,等.改良 M-Tang 法阶梯式修复指屈肌腱 II 区损伤[J].中国矫形外科杂志,2018,26(6):564-567.
- [5] 金海,任晓平.手二区屈肌腱修复术后的康复计划[J].医学综述,2017,23(13):2621-2624.
- [6] M ü nter KH, Clemmesen CG, Foss NB, et al. Fatigue and pain limit independent mobility and physiotherapy after hip fracture surgery[J]. Disability & Rehabilitation, 2017, 40(15):1808-1816.
- [7] 王华新,刘志宏,姚建爽,等.优化中药蜡疗技术临床应用的效果观察[J].护理实践与研究,2017,14(13):146-148.
- [8] 郭凤红,范鹏,张逊,等.蜡疗临床应用新进展[J].中华全科医学,2018,16(3):465-469.
- [9] 徐颖,郑燕,江东仙.手指操联合局部理疗对手部屈指肌腱损伤术后功能锻炼的影响[J].中国实用护理杂志,2017,33(30):2327-2330.
- [10] 刘伟. II 区指屈肌腱损伤患者在修复术后实施虚拟情

# 基于健康信念的护理干预在经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折患者中应用

崔轶凡

**【摘要】目的** 探讨基于健康信念指导的护理干预在经皮椎体成形术(PVP)治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折(OVCF)患者中的应用。**方法** 2020年6月—2021年6月选取PVP治疗OVCF患者100例,按照组间基本特征具有可比性的原则将患者分为观察组与对照组,每组50例。对照组围术期行常规健康指导,观察组围术期实施基于健康信念指导的护理干预,比较两组干预前后遵医行为评分、健康信念评分、椎体功能恢复及患者生活质量改善情况。**结果** 干预前,两组遵医行为各维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组遵医行为各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组骨质疏松健康信念各维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组骨质疏松健康信念各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组Cobb角角度、椎体前缘高度及VAS评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组Cobb角角度、椎体前缘高度改善优于对照组( $P<0.05$ ),观察组VAS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,两组世界卫生组织生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)各维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组WHOQOL-BREF各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 基于健康信念指导的护理干预在一定程度上可提升OVCF患者健康信念及遵医行为,对改善患者椎体功能及生存质量具有积极的作用。

**【关键词】** 健康信念指导; 护理干预; 经皮椎体成形术; 骨质疏松性椎体压缩性骨折; 预后; 生活质量  
中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.019

**Application of nursing intervention based on health belief in patients with osteoporotic vertebral compression fracture treated by percutaneous vertebroplasty CUI Yifan (Tianjin Hospital, Tianjin, 300211, China)**

**【Abstract】 Objective** To explore the application of nursing intervention based on health belief guidance in patients with osteoporotic vertebral compression fracture (OVCF) treated with percutaneous vertebroplasty (PVP). **Methods** A total of 100 patients with OVCF treated with PVP from June 2020 to June 2021 were selected, and the patients were divided into an observation group and a control group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 50 cases in each group. The control group received routine health guidance during the perioperative period, while the observation group received nursing intervention based on health belief guidance during the perioperative period. The scores of medical compliance behavior, health

作者单位: 300211 天津市天津医院门诊综合治疗室

景反馈训练对手功能的恢复作用[J]. 创伤外科杂志, 2018, 20(6):49-51.

[11] 张秀芳, 张明, 周敬杰, 等. 虚拟情景反馈训练对Ⅱ区指屈肌腱损伤修复术后患者手功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(8):614-617.

[12] 罗桦杰, 詹晓欢, 高峻青, 等. 手部动力支具在Ⅱ区屈肌腱粘连松解术后的应用[J]. 广东医学, 2019, 40(6): 842-845.

[13] 林晓克, 林静静, 倪晓, 等. 手指锁定训练对2-5指屈肌腱Ⅱ区断裂术后粘连康复的疗效观察[J]. 温州医

科大学学报, 2022, 52(1):41-46.

[14] Mowafy HEI, Neanaa H, Ahmed M. Ahmed. Results of flexor tendon grafting with early active mobilization[J]. Menoufia Medical Journal, 2019, 32(2):630-639.

[15] Lineberry KD, Shue S, Chepla KJ. The Management of Partial Zone II Intrasynovial Flexor Tendon Lacerations: A Literature Review of Biomechanics, Clinical Outcomes, and Complications[J]. Plast Reconstr Surg, 2018, 141(5):1165-1170.

[2021-11-18 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

belief scores, vertebral body function recovery and improvement of patients' quality of life before and after the intervention were compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in the each dimension scores of medical compliance behavior of the two groups before the intervention( $P>0.05$ ); after the intervention, the each dimension scores of medical compliance behavior in the observation group were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the scores of each dimension of osteoporosis health belief of the two groups before the intervention( $P>0.05$ ); after the intervention, the scores of each dimension of osteoporosis health belief in the observation group were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the Cobb angle, height of the anterior edge of the vertebral body and VAS score of the two groups before the intervention( $P>0.05$ ); after the intervention, the Cobb angle and the height of the anterior edge of the vertebral body in the observation group were better than those in the control group, the VAS score in the observation was lower than that in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). There was no significant difference in the each dimension scores of WHO quality of life scale(WHOQOL-BREF) of the two groups before the intervention( $P>0.05$ ); after the intervention, the each dimension scores of WHOQOL-BREF 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** Nursing intervention based on the guidance of health belief can improve the health belief and medical compliance behavior of OVCF patients to a certain extent, and has a positive effect on improving the vertebral body function and quality of life of patients.

**【Key words】** Health belief guidance; Nursing intervention; Percutaneous vertebroplasty; Osteoporotic vertebral compression fracture; Prognosis; Quality of life

骨质疏松性椎体压缩性骨折(OVCF)是老年骨科常见的多发性疾病,患者表现为腰背疼痛、驼背及运动功能受限,严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。经皮椎体成形术(PVP)是目前治疗 OVEF 最常用手段,但术后康复与患者遵医行为有密切关系,提高患者遵医行为可促进术后康复,改善生活质量<sup>[2]</sup>。然而由于老年 OVEF 患者疾病认知水平有限,导致术后遵医行为水平偏低,影响术后康复<sup>[3]</sup>。健康信念是利用社会心理学从个体健康信念形成角度给患者讲解遵医行为的重要性,从而提高治疗依从性<sup>[4]</sup>。基于健康信念指导的护理干预通过对患者进行疾病知识讲解,告知患者康复过程中注意事项,可提高疾病认知,从而提高遵医行为,改善预后<sup>[5]</sup>。关于基于健康信念指导的护理在 OVCF 患者 PVP 术后护理中的应用目前尚缺乏相关报告,因此本研究将探讨其在 OVCF 患者围术期中的应用,旨在增强患者健康信念,提高患者遵医行为,改善患者预后。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

2020年6月—2021年6月,选取PVP治疗OVCF患者100例,纳入条件:经X线确诊为OVCF,且符

合PVP手术指征;患者无认知功能障碍、意识清楚;患者对本研究内容知情,并愿意积极配合。排除条件:合并阿尔茨海默病;合并心、肝、肾等脏器功能衰竭;术后出现严重并发症。按照组间基本特征具有可比性的原则将患者分为观察组与对照组,每组50例。观察组中男26例,女24例;年龄58~78岁,平均 $62.33 \pm 3.98$ 岁;病程1~12个月,平均 $6.12 \pm 2.02$ 个月;骨折部位:T11骨折12例,T12骨折14例,L1骨折14例,L2骨折10例;合并症:高血压18例,糖尿病16例,冠心病12例;学历:初中或以下18例,高中/中专16例,大专或以上16例。对照组中男25例,女25例;年龄57~78岁,平均 $62.78 \pm 4.02$ 岁;病程1~12个月,平均 $6.08 \pm 2.15$ 个月;骨折部位:椎体T11骨折13例,T12骨折15例,L1骨折12例,L2骨折10例;合并症:高血压17例,糖尿病18例,冠心病14例;学历:初中或以下16例,高中/中专17例,大专或以上17例。两组以上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 围术期行常规护理,由责任护士负责为患者进行OVCF术后健康教育以及提供各项基础护理,向患者介绍住院环境、陪护、探视、作息等制度及注意事项,术后对患者进行饮食指导、

用药指导及康复锻炼指导。一般 3~5 d 出院,于门诊继续治疗,隔日换药及就诊。出院后通过电话形式对患者进行随访,了解其在日常生活中遇到的问题并予以解答。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上实施基于健康信念模式的健康教育,调查 OVCF 健康信念、自我效能、社会支持水平,结合患者年龄、在岗状况、文化程度等差异,开展健康教育活动,具体措施如下:

(1) 评估与计划:在患者入院的第 1 天,责任护士负责对患者和家属开展入科宣教,通过主动沟通,与患者建立良好的关系,结合患者资料和沟通结果建立健康档案,发放 OVCF 患者康复知识调查量表,完成评估之后,根据评估结果,为患者制订个体化健康教育方案。

(2) 实施措施:患者入院的第 2~4 天,对其开展 OVCF 疾病知识宣教。研究人员依据评估量表了解患者对健康知识的认知水平,分析目前存在的共性问题,汇总并制作成幻灯片。将问题及解决方法制成健康教育手册,采用文字和图片等形式对患者开展健康教育,并对患者进行集中授课及健康指导。

①专题讲座:采用多媒体课件展示疾病相关知识,重点展示 OVCF 饮食知识,强化 OVCF 患者健康饮食意识。②开展基于健康信念的指导:参考 OVCF 患者疾病知识调查结果,对患者实施针对性健康教育方案。由责任护士对患者开展口头健康教育,每次时间为 12~30 min,与患者沟通时,尽量采用简单、通俗的语言,让其能更明白。向患者发放 OVCF 健康知识手册,指导患者逐一解读手册的内容,在和患者沟通的过程中及时了解患者对 OVCF 知识的认知误区并及时纠正错误,使患者建立正确认知。在与患者沟通的过程中,发现很大部分 OVCF 患者遵医行为较差,意识不到遵医行为对预后的影响。为此,护理人员在健康教育过程中对患者加强认知干预,使其能够意识到遵医行为对预后的影响,能积极主动保持健康的行为习惯。③护士可应用图表数据、图片、成功案例等向患者展示遵医行为的好处,提高患者健康管理意识。了解影响患者遵医行为的因素,与患者以及家属共同讨论,分析消除影响因素的方法,使患者保持健康行为。

(3) 强化措施:从患者入院第 5 天至出院前,责任护士评估患者对疾病知识及遵医行为的掌握水平,并结合患者认知水平,向患者展开个体化宣教,对薄弱环节进行重点教育。为患者举办 OVCF 专题讲座,以提高对 OVCF 认知,由科室专业医护人员进行示范讲解,对于个体化问题,需要一对一形式

逐个完成讲解。叮嘱患者于门诊继续复查,换药治疗。随时注意切口愈合情况。有切口问题及时与门诊综合治疗护士沟通。①针对疾病认知水平偏低的患者,需要根据患者术后 Cobb 角、椎体前缘高度恢复情况,与患者分析疾病管理中可能存在的问题,对患者实施强化教育。②针对无法感知遵医行为益处的患者,在门诊复查或治疗时,门诊护士可以结合实际案例向患者说明遵医行为的好处,尤其是术后康复锻炼对促进椎体功能恢复的重要性,让患者从有相同经历的病友身上学习疾病自我管理的经验。③对长期遵医行为差的患者,需要帮助患者分析影响遵医行为的因素,如患者对疾病相关信息认知错误、患者意志力薄弱难以坚持等,责任护士和门诊护士可根据影响患者遵医行为的相关因素为其制定解决对策,以提高患者遵医行为。

(4) 随访:患者出院后的 5 个月内,责任护士可通过电话、微信等多种方式对患者进行随访,电话随访每周 1 次,综合治疗护士在患者切口治疗时可询问患者近期的饮食情况,向患者推荐健康饮食。每个月组织患者参与 1 次 OVCF 健康教育大课堂,将每次大课堂的教育资料整理成手册,向不能到現場的患者传送手册,叮嘱患者自主学习,在微信群中提出自己不懂的问题,与其他患者共同讨论。干预时间为 3 个月。

### 1.3 观察指标

(1) 遵医行为:采用自拟的患者遵医行为量表进行评价,包括饮食依从,用药依从,日常生活依从,术后功能锻炼依从,定期随访依从,每个维度 5 个条目总评分 5~20 分。合计 25 个条目,每个条目采用 Likert 1~4 级评分,评分越高说明患者遵医行为水平越高。量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.825~0.889,信度系数为 0.841~0.910,提示量表信效度理想。

(2) 健康信念:应用骨质疏松症健康信念量表<sup>[6]</sup>进行评价,量表包括运动障碍、健康动机、易患性、严重性、摄入钙的益处、摄入钙障碍、运动益处 7 个维度,每个维度由 6 个条目构成,每个条目采用 Likert 1~5 级评分,每个维度总评分为 6~30 分,评分越高说明患者健康信念水平越高,量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.812~0.869,信度系数为 0.798,提示量表信效度理想。

(3) 椎体功能:采用量角器测量两组 Cobb 角、椎体前缘高度。

(4) 疼痛评分:采用视觉模拟评分(VAS)量表<sup>[7]</sup>评价患者疼痛感,VAS 评分为 0~10 分,分值越高提示患者疼痛感越明显。

(5) 生活质量:应用世界卫生组织生存质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)<sup>[8]</sup>进行评价,量表从生理领域(7条目),维度总评分7~35分;环境领域(8条目),维度总评分8~40分;心理领域(6个条目),维度总评分6~30分;社会关系(3个条目),维度总评分3~15分。合计24条目,每个条目赋值1~5分,评分越高说明患者生活质量水平越高。量表Cronbach's α系数为0.802~0.871,信度系数为0.821,提示量表信效度理想。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件对数据进行分析,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后遵医行为评分比较

干预前,两组遵医行为各维度评分比较差异无统计学意义(P>0.05);干预后,观察组遵医行为各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义(P<0.05)。见表1。

2.2 两组干预前后健康信念评分比较

干预前,两组骨质疏松健康信念总评分及各维度评分比较差异无统计学意义(P>0.05);干预后,观察组骨质疏松健康信念总评分及各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表1 两组干预前后遵医行为评分比较(分)

| 组别  | 例数 | 饮食依从         |              | 用药依从         |              | 日常生活依从       |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 50 | 10.80 ± 1.85 | 17.38 ± 1.38 | 11.00 ± 2.31 | 16.90 ± 1.76 | 10.82 ± 1.78 | 17.40 ± 0.92 |
| 对照组 | 50 | 10.78 ± 1.61 | 12.82 ± 1.12 | 10.76 ± 1.93 | 13.24 ± 1.48 | 11.22 ± 1.47 | 11.72 ± 2.01 |
| t 值 |    | 0.061        | 18.142       | 0.500        | 11.041       | 1.311        | 17.541       |
| P 值 |    | 0.951        | 0.000        | 0.620        | 0.000        | 0.196        | 0.000        |

| 组别  | 例数 | 术后功能锻炼依从     |              | 定期随访依从       |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 50 | 10.33 ± 2.02 | 17.00 ± 1.01 | 11.52 ± 2.69 | 17.36 ± 0.90 |
| 对照组 | 50 | 10.78 ± 2.53 | 12.88 ± 1.15 | 10.98 ± 1.56 | 12.58 ± 1.03 |
| t 值 |    | 0.983        | 5.555        | 1.228        | 24.711       |
| P 值 |    | 0.328        | 0.000        | 0.222        | 0.000        |

表2 两组干预前后健康信念评分比较(分)

| 组别  | 例数 | 运动障碍         |              | 健康动机         |              | 易患性          |              | 严重性          |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 50 | 15.22 ± 2.12 | 25.98 ± 3.98 | 13.98 ± 2.90 | 25.48 ± 2.90 | 14.02 ± 2.98 | 25.98 ± 3.25 | 13.56 ± 3.26 | 25.23 ± 2.36 |
| 对照组 | 50 | 14.69 ± 2.36 | 20.10 ± 3.02 | 14.10 ± 3.23 | 20.10 ± 3.02 | 14.10 ± 3.02 | 21.02 ± 4.23 | 13.48 ± 4.23 | 20.52 ± 3.96 |
| t 值 |    | 1.181        | 8.322        | 0.195        | 9.086        | 0.133        | 6.575        | 0.106        | 7.225        |
| P 值 |    | 0.240        | 0.000        | 0.845        | 0.000        | 0.894        | 0.000        | 0.916        | 0.000        |

| 组别  | 例数 | 摄入钙的益处       |              | 摄入钙障碍        |              | 运动益处         |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 50 | 13.52 ± 3.02 | 26.10 ± 3.85 | 13.85 ± 3.02 | 26.02 ± 3.78 | 12.85 ± 3.02 | 24.85 ± 3.52 |
| 对照组 | 50 | 14.02 ± 3.12 | 21.02 ± 3.02 | 14.20 ± 2.96 | 20.23 ± 3.26 | 13.02 ± 2.89 | 18.69 ± 3.10 |
| t 值 |    | 0.814        | 7.341        | 0.585        | 8.202        | 0.287        | 9.286        |
| P 值 |    | 0.417        | 0.000        | 0.560        | 0.000        | 0.774        | 0.000        |

### 2.3 两组干预前后椎体功能恢复情况比较

干预前, 两组 Cobb 角角度、椎体前缘高度及 VAS 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 Cobb 角角度、椎体前缘高度改善优于对照组 ( $P<0.05$ ), 观察组 VAS 评分低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

### 2.4 两组干预前后生活质量评分比较

干预前, 两组世界卫生组织生存质量测定量表简表 (WHOQOL-BREF) 各维度评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 WHOQOL-BREF 各维度评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

表 3 两组干预前后椎体功能恢复情况比较

| 组别         | 例数 | VAS 评分 (分)      |                 | Cobb 角 ( $^{\circ}$ ) |                  | 椎体前缘高度 (mm)      |                  |
|------------|----|-----------------|-----------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|
|            |    | 干预前             | 干预后             | 干预前                   | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组        | 50 | 7.12 $\pm$ 2.02 | 3.98 $\pm$ 0.96 | 22.10 $\pm$ 5.23      | 7.56 $\pm$ 1.23  | 11.02 $\pm$ 4.23 | 15.89 $\pm$ 4.98 |
| 对照组        | 50 | 7.36 $\pm$ 2.36 | 5.77 $\pm$ 1.33 | 22.05 $\pm$ 4.89      | 15.23 $\pm$ 3.26 | 11.23 $\pm$ 4.03 | 12.02 $\pm$ 3.78 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.546           | 7.716           | 0.049                 | 15.565           | 0.254            | 4.377            |
| <i>P</i> 值 |    | 0.586           | 0.000           | 0.961                 | 0.000            | 0.800            | 0.000            |

表 4 两组干预前后生活质量评分比较 (分)

| 组别         | 例数 | 生理领域             |                  | 环境领域             |                  |
|------------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
|            |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组        | 50 | 18.25 $\pm$ 3.96 | 31.02 $\pm$ 2.69 | 19.25 $\pm$ 4.78 | 32.85 $\pm$ 5.02 |
| 对照组        | 50 | 18.52 $\pm$ 4.77 | 24.02 $\pm$ 5.02 | 19.36 $\pm$ 5.23 | 23.89 $\pm$ 5.63 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.308            | 8.691            | 0.110            | 8.400            |
| <i>P</i> 值 |    | 0.759            | 0.000            | 0.913            | 0.000            |

| 组别         | 例数 | 心理领域             |                  | 社会关系            |                  |
|------------|----|------------------|------------------|-----------------|------------------|
|            |    | 干预前              | 干预后              | 干预前             | 干预后              |
| 观察组        | 50 | 12.98 $\pm$ 3.77 | 24.12 $\pm$ 3.98 | 5.89 $\pm$ 1.02 | 12.25 $\pm$ 2.12 |
| 对照组        | 50 | 12.88 $\pm$ 4.63 | 15.44 $\pm$ 4.36 | 5.79 $\pm$ 0.98 | 8.98 $\pm$ 1.02  |
| <i>t</i> 值 |    | 0.118            | 10.397           | 0.499           | 9.828            |
| <i>P</i> 值 |    | 0.906            | 0.000            | 0.618           | 0.000            |

## 3 讨论

### 3.1 基于健康信念指导的护理干预可提高 OVCF 患者遵医行为

PVP 是目前治疗 OVCF 常用的方法, PVP 手术能有效固定受损椎体, 恢复患者脊椎力学性能, 从而有效缓解患者疼痛感, 改善患者运动功能<sup>[9]</sup>。然而 OVCF 患者 PVP 术后康复效果还与患者遵医行为有密切关系, 良好的遵医行为将有助于患者更好地配合治疗, 从而促进患者术后康复<sup>[10]</sup>。研究指出<sup>[11]</sup>, 患者遵医行为与患者健康信念水平有密切的关系, 患者健康信念水平越高越有助于调动患者参与疾病管理的积极性, 从而增强患者康复信心, 提高患者遵医行为。本研究对 OVCF 患者实施基于健康信念的护理干预, 结果显示, 观察组干预后健康信念各

维度评分高于对照组, 说明基于健康信念指导的护理干预可提高 OVCF 患者遵医行为。分析可能由于与传统健康教育模式相比, 健康信念模式与计划行为理念相互整合, 提高患者对疾病的认识, 强化 OVCF 患者对术后健康行为管理的重视, 同时通过告知患者遵医行为的益处, 提高了参与疾病管理信心, 进而提高患者遵医行为, 促使患者以积极的态度应对疾病, 强化患者健康管理意愿<sup>[12]</sup>。另外, 基于健康信念模式的护理干预能有效规范患者信念, 给予患者支持及鼓励, 强化了患者行为改变意图, 从而提高了患者参与疾病管理积极性, 进而改善患者遵医行为<sup>[13]</sup>。

### 3.2 基于健康信念指导的护理干预可提高 OVCF 患者健康信念

健康信念认为<sup>[14]</sup>, 个体健康行为受其信念强度

影响,患者健康信念水平越高,越有助于患者积极参与疾病管理,提高患者遵医行为水平。刘宇等<sup>[15]</sup>研究指出,OVCF患者健康信念水平与患者术后健康行为间有密切的关系,提高患者健康信念将有助患者采取预防性行为应对影响患者预后的相关因素,从而减少不良因素对患者预后的影响,增强患者康复信心。本研究对OVCF患者实施基于健康信念指导的护理干预,结果显示,观察组患者干预后健康信念各维度评分较对照组提高,说明基于健康信念指导的护理干预能有效提高患者健康信念水平。分析可能由于基于健康信念指导的护理干预通过为患者开展多种形式的健康教育,并对OVCF健康知识掌握情况实施动态化评估,根据评估结果对患者实施个体化健康教育,在这个过程中,患者能全面认识健康饮食的好处,也认识到自己在饮食方面存在的误区,逐渐形成了正确的健康信念<sup>[16-17]</sup>。

### 3.3 基于健康信念指导的护理干预可改善OVCF患者椎体功能,提高患者生活质量

研究指出<sup>[18]</sup>,OVCF患者远期预后与患者遵医行为有密切的关系,患者科学饮食、合理参与功能锻炼及休息,并遵医嘱用药对促进患者术后康复有积极意义。本研究结果显示,观察组干预后Cobb角、椎体前缘高度优于对照组,而观察组干预后VAS评分低于对照组,且观察组患者干预后生活质量各维度评分高于对照组,提示基于健康信念指导的护理干预能改善OVCF患者预后,提高患者生活质量。分析可能由于基于健康信念的护理干预强化患者对OVCF认知,使患者能认识到形成健康行为对康复的重要性,从而提高患者健康意识及参与疾病管理的积极性,进而改善患者预后,提高患者生活质量。

总之,基于健康信念指导的护理干预在一定程度上可提升OVCF患者健康信念及遵医行为,对改善患者椎体功能恢复及生活方面具有积极的作用。然而本研究纳入病例数较少,加之所有病例均来自本院骨科,缺乏大样本抽样,且对患者随访时间较短,关于健康信念指导能否有效促进OVCF患者远期康复,在日后还需要扩大样本量进一步探讨。

## 4 参考文献

- [1] 丁庆彬,李艳双,吴怀兰,等.骨质疏松性椎体压缩性骨折术后老年患者生活质量及其影响因素研究[J].护理管理杂志,2018,18(2):77-80.
- [2] 黄福川.PKP术后应用壮骨活血汤治疗骨质疏松性椎

体压缩性骨折(OVCFs)疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2018.

- [3] 李哲.JMB模型护理干预在老年骨质疏松性椎体压缩性骨折患者中的应用[J].承德医学院学报,2019,36(6):506-508.
- [4] 李转珍,崔天娇,马丽丽,等.基于健康信念模式的健康教育对社区老年高血压病患者用药依从性的效果观察[J].全科护理,2020,18(2):237-241.
- [5] 高丽.健康信念模式下的居家式自我护理对结直肠癌手术患者行为改变的影响[J].河北医药,2020,42(16):2554-2556,2560.
- [6] 陈玉平,刘雪琴,蔡德鸿.骨质疏松症健康信念量表的信度和效度测定[J].中国临床康复,2005,2(3):196-197.
- [7] 郭永兰.VAS评分在腰椎间盘突出症术后护理中应用[J].交通医学,2014,28(4):403-404.
- [8] 王明航,李建生,李素云,等.世界卫生组织生存质量测定量表简表用于老年肺炎的信度、效度和反应度[J].中医杂志,2010,51(11):984-986.
- [9] 吕桂芝.基于健康信念模式的路径式健康教育对慢性乙型肝炎影响[J].护理实践与研究,2019,16(5):35-37.
- [10] 金华蓉,陈晓芳,徐海燕,等.综合护理对骨质疏松性椎体压缩性骨折影响[J].当代护士(上旬刊),2019,26(2):95-96.
- [11] 谭爱连,邹海丽.X线透视机引导下经皮椎体成形术治疗胸腰椎椎体压缩性骨折患者采用优质护理干预的效果[J].医疗装备,2019,32(6):185-186.
- [12] 陈旭霞.基于微信群形式的同伴支持教育对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者健康知识和自我管理能力的影 响[J].护理实践与研究,2019,16(5):59-61.
- [13] 杨琳,魏冬霞,杨璞静.PVP和PKP治疗老年性骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效观察与护理[J].护理实践与研究,2019,16(2):108-110.
- [14] 王旭英,郝春梅.老年骨质疏松性椎体压缩性骨折经皮椎体成形术围手术期护理研究[J].山西医药杂志,2019,48(10):1247-1250.
- [15] 刘宇,王英东,杜玲.术前心理护理和术后康复锻炼对老年骨质疏松性椎体压缩性骨折影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(5):854-856.
- [16] 邱芬.骨疏康颗粒联合PKP治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2017.
- [17] 李瑶瑶.基于健康信念和计划行为理论的中年脑卒中患者自我管理的干预研究[D].青岛:青岛大学,2020.
- [18] 陈文君,覃瑜芳,陈世梅,等.微信公众平台管理对老年骨质疏松患者健康信念以及自我效能的影响[J].护理实践与研究,2021,18(10):1517-1519.

[2021-11-30 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 出院准备管理在重症颅脑损伤家庭肠内营养主要照顾者中的效果分析

韩良慧 谢幸尔

**【摘要】目的** 探讨出院准备管理对重症颅脑损伤患者主要照顾者实施家庭肠内营养的影响。**方法** 选取2020年9月—2021年8月医院神经外科实施家庭肠内营养的重症颅脑损伤患者主要照顾者90名为研究对象,研究过程中退出1名,将2020年9月—2021年2月实施家庭肠内营养的重症颅脑损伤患者主要照顾者45名为对照组,2021年3—8月实施家庭肠内营养的重症颅脑损伤患者主要照顾者44名为观察组。对照组采用常规宣教及出院指导,观察组在对照组基础上采用出院准备管理。于患者出院后1个月统计两组患者并发症发生率、主要照顾者家庭肠内营养知信行情况、满意度以及患者血生化及血常规指标。**结果** 观察组患者并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者主要照顾者知信行评分以及满意度均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者复查时总蛋白、白蛋白水平均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 出院准备管理在重症颅脑损伤家庭肠内营养患者主要照顾者中应用,可降低并发症发生率,提高主要照顾者安全实施家庭肠内营养知信行情况,改善患者营养状况,促进患者康复。

**【关键词】** 重症颅脑损伤; 主要照顾者; 营养支持; 家庭肠内营养; 出院准备管理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.020

重症颅脑损伤是指在原发或者继发因素下引起的重度颅脑受损<sup>[1]</sup>,此类患者中74.1%以意识障碍为主<sup>[2]</sup>,不能自主进食,而机体处于高代谢、高分解的负氮平衡状态。有研究表明,足够的营养支持对防治低蛋白血症、维持机体代谢、提高免疫力、降低肺部感染起着重要的作用<sup>[3]</sup>。颅脑损伤患者治疗周期长、费用昂贵,很多患者选择带管出院,实施家庭肠内营养(home enteral nutrition, HEN)。出院准备是指医疗团队成员从患者入院时就开始有计划地为其提供适当的健康照顾,并整合其所需的健康资源,使患者及家属能安心地离开医院,让患者在照顾环境的转换中得到完整持续性的照顾<sup>[4]</sup>。目前,出院准备的应用比较广泛,其中在慢性病如脑卒中、糖尿病、COPD等领域中应用研究较多<sup>[5-6]</sup>,但在主要照顾者HEN方面的研究较少。重症颅脑损伤患者大多处于昏迷状态,完全依赖主要照顾者,因此提高主要照顾者安全实施HEN的水平是重症颅脑损伤患者家庭护理的关键<sup>[7]</sup>。为有效提高重症

颅脑损伤患者主要照顾者安全实施HEN,降低并发症发生率,本研究探讨出院准备管理在重症颅脑损伤HEN患者主要照顾者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2020年9月—2021年8月我院神经外科实施HEN的重症颅脑损伤患者主要照顾者90名为研究对象,纳入条件:①患者。经头颅CT或MRI影像学检查确诊为颅脑损伤、出血或肿瘤;回归家庭,实施HEN且病情稳定。②主要照顾者。为患者的家庭成员且照顾时间 $\geq 4$  h/d;年龄18~70岁;具有一定表达和阅读能力;自愿参加本研究。排除条件:①患者。调查期(1个月)内死亡或拒绝治疗患者。②主要照顾者。存在各种原因导致的沟通不畅,无法配合完成调查者。研究过程中退出1例,将2020年9月—2021年2月实施HEN的重症颅脑损伤患者主要照顾者45名为对照组,2021年3—8月实施HEN的重症颅脑损伤患者主要照顾者44名为观察组。对照组患者中男24例,女21例;平均年龄 $64.93 \pm 12.66$ 岁;诊断:脑出血29例,脑外伤16例;主要照顾者中男23名,女22名;平均年龄 $52.75 \pm 12.49$ 岁;宗教信仰:有1名,无44名;文化程度:文盲4名,小学10名,中学28名,大学3名;与患者的关系:配偶17名,子女23名,父母4名,

基金项目:江苏省南通市科技局指导性课题(编号:MSZ20064);南通市卫健委青年项目A(编号:QA2020059)

作者单位:226601 江苏省南通市,南通大学医学院(韩良慧);南通市通州区人民医院(韩良慧);南通大学附属南通第三医院(谢幸尔)

韩良慧:女,本科(硕士在读)

通信作者:谢幸尔,女,硕士,主任护师,护理部主任

兄弟1名;参保情况:是31名,否14名。观察组患者中男23例,女21例;平均年龄 $69.61 \pm 10.64$ 岁;脑出血27例,脑外伤17例;主要照顾者中男21名,女23名;平均年龄 $55.80 \pm 10.07$ 岁;宗教信仰:有0名,无44名;文化程度:文盲1名,小学9名,中学30名,大学4名;与患者的关系:配偶19名,子女22名,父母1名,兄弟2名;参保情况:是33名,否11名。两组患者性别、年龄、诊断及主要照顾者性别、年龄、文化程度、与患者的关系等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 采用常规宣教及出院指导。发放健康教育手册,责任护士对主要照顾者进行出院后饮食及管道相关知识的健康指导,出院当天对患者整体情况以及主要照顾者安全实施HEN进行评估,建立HEN支持随访登记本,出院后1个月复查。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用出院准备管理方案,以家庭为单位对主要照顾者(住院期间和出院后居家照顾者)按出院准备管理进行指导。具体为:在患者入院后确认其住院期间以及出院后的主要照顾者,对主要照顾者提供个性化健康宣教,分3个阶段进行。

(1) 肠内营养实施前:向主要照顾者一对一讲解疾病相关知识,使其了解营养不良的危害,说明肠内营养的优点、必要性、安全性以及肠内营养初期可能会出现的不耐受情况,建立患者档案。

(2) 肠内营养实施期间:每天对主要照顾者进行心理评估,评估患者肠内营养耐受情况,对前1d的宣教内容进行复习巩固,纠正错误。肠内营养第1天,给主要照顾者演示鼻饲的操作,教会主要照顾者判断鼻饲管是否在位,导管的置入长度、鼻饲前的回抽等;鼻饲营养液浓度由低到高,容量由少到多,速度由慢到快;病情允许时抬高床头 $30^\circ$ ,保持30 min。肠内营养第2天,讲解正确固定鼻饲管的方法、冲洗鼻饲管的方法和要求;鼻饲管的鼻腔清洁、胶布固定;胃造瘘管的换药、造口处肉芽组织的处理。肠内营养第3天,讲解常见并发症的预防及处理措施,如鼻饲管堵塞、呕吐、腹泻的预防与处理方法。肠内营养第4天,讲解家庭肠内营养液的选择、配制、保存以及操作过程,包括环境的准备、容器的清洁和消毒。肠内营养第5天,计算患者营养需要量、标准体质量计算方法等。肠内营养第6天,每天对患者主要照顾者所准备的食物进行指导,判断是否符合指南上的患者每日需求。

(3) 出院当天:评估患者整体情况,建立

HEN支持随访登记本,患者出院前详细记录姓名、性别、年龄、诊断、管饲途径、此次住院是否参保、出院时间、家庭住址和联系电话;建立颅脑损伤HEN患者微信群,告知遇到问题可以及时寻求帮助;对患者主要照顾者进行出院前最后1次示范和指导;告知定期复诊要求及门诊时间。

## 1.3 观察指标

(1) 并发症:记录两组患者管道堵塞、滑脱、腹泻、误吸发生情况。

(2) 主要照顾者家庭肠内营养知信行:通过文献回顾、参考《2019年ESPEN家庭肠内营养指南》解读<sup>[8]</sup>、颅脑创伤患者肠内营养管理流程专家共识(2019)<sup>[9]</sup>,结合临床护理实践,自行设计家庭肠内营养知信行问卷,并经过11名相关专家评议,问卷Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.892,重测信度为0.812。其中知识维度共24个条目,回答正确计1分,回答错误计0分,满分24分,得分越高表示主要照顾者家庭肠内营养认知程度越好;态度维度共6个条目,非常不同意计1分、不同意计2分、不确定计3分、同意计4分、非常同意计5分,得分越高表示安全实施肠内营养的态度越好;行为维度共14个条目,从不计1分、很少计2分、有时计3分、时常计4分、总是计5分,得分越高表示安全实施肠内营养护理行为越好。

(3) 主要照顾者满意度:针对护士对患者疾病的健康教育,对饮食的指导,饮食的种类,护士的服务态度等多项服务内容评价,满意程度分为满意、一般、不满意3个等级。

(4) 相关指标:观察患者出院时及出院后1个月复查时血生化以及血常规指标。

## 1.4 资料收集

调查人员接受统一培训。两组患者于出院当天发放主要照顾者满意度问卷及并发症观察表,1个月后复查时统计颅脑损伤患者主要照顾者家庭肠内营养知信行问卷及血生化、血常规相关指标。问卷由调查者当场填写并收回,收回后调查人员进行核查确保资料的完整性。共发放调查问卷89份,收回有效问卷89份,问卷有效率100%。

## 1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0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 $\chi^2$ 检验;正态分布计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 $t$ 检验,非正态分布计量资料以“中位数(四分位间距)”表示,组间中位数比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表1。

### 2.1 两组患者并发症发生情况比较

表1 两组患者并发症发生情况比较

| 组别  | 例数 | 管道滑脱 | 管道堵塞 | 误吸 | 腹泻 | 总发生例数 | 发生率 (%) |
|-----|----|------|------|----|----|-------|---------|
| 对照组 | 45 | 4    | 4    | 1  | 2  | 11    | 24.44   |
| 观察组 | 44 | 1    | 0    | 0  | 1  | 2     | 4.55    |

$\chi^2=7.063$ ,  $P=0.008$ 。

### 2.2 两组患者主要照顾者知信行评分比较

观察组患者主要照顾者知信行评分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表2。

### 2.3 两组患者主要照顾者满意情况比较

观察组患者主要照顾者满意率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表3。

### 2.4 两组患者出院时及复查时血生化以及血常规情况比较

两组患者出院时总蛋白、白蛋白、前白蛋白、血红蛋白指标比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 观察组患者复查时总蛋白、白蛋白水平均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 两组患者复

查时前白蛋白、血红蛋白比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 见表4。

表2 两组患者主要照顾者知信行评分比较 (分)

| 组别  | 人数 | 知信行评分                |
|-----|----|----------------------|
| 对照组 | 45 | 79.01 (65.50, 84.12) |
| 观察组 | 44 | 83.21 (80.14, 88.75) |

中位数比较秩和检验:  $Z=-5.226$ ,  $P=0.000$ 。

表3 两组患者主要照顾者满意情况比较

| 组别  | 人数 | 满意例数 | 满意率 (%) |
|-----|----|------|---------|
| 对照组 | 45 | 30   | 66.67   |
| 观察组 | 44 | 39   | 88.64   |

$\chi^2=6.164$ ,  $P=0.013$ 。

表4 两组患者出院时及复查时血生化、血常规情况比较

| 组别         | 例数 | 总蛋白 (g/L)    |              | 白蛋白 (g/L)    |              |
|------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            |    | 出院时          | 复查时          | 出院时          | 复查时          |
| 对照组        | 45 | 65.07 ± 7.61 | 63.33 ± 6.86 | 35.21 ± 4.75 | 34.21 ± 4.34 |
| 观察组        | 44 | 62.24 ± 6.61 | 66.47 ± 6.62 | 33.67 ± 6.61 | 36.82 ± 6.96 |
| <i>t</i> 值 |    | 1.871        | 2.210        | 1.264        | 2.128        |
| <i>P</i> 值 |    | 0.065        | 0.029        | 0.210        | 0.036        |

| 组别         | 例数 | 前白蛋白 (mg/L)    |                | 血红蛋白 (g/L)     |                |
|------------|----|----------------|----------------|----------------|----------------|
|            |    | 出院时            | 复查时            | 出院时            | 复查时            |
| 对照组        | 45 | 171.61 ± 61.80 | 186.80 ± 57.39 | 115.61 ± 17.73 | 115.16 ± 13.32 |
| 观察组        | 44 | 168.07 ± 56.13 | 195.39 ± 50.34 | 108.93 ± 16.71 | 118.57 ± 18.55 |
| <i>t</i> 值 |    | 0.283          | 0.750          | 1.828          | 0.998          |
| <i>P</i> 值 |    | 0.778          | 0.455          | 0.071          | 0.321          |

## 3 讨论

### 3.1 出院准备管理可降低并发症发生

HEN 的并发症主要包括误吸、腹泻、导管滑脱、导管堵塞等, 而患者出院后管道的护理主要由主要照顾者实施, 因此需要对主要照顾者进行专业的健康教育、随访以及监测。出院准备管理可以使患者在出院后得到连续的健康照顾, 提高其生活质量, 降低并发症发生, 并取得良好的社会效益和经济效益<sup>[10-11]</sup>。本研究中观察组并发症发生率低于对照组, 主要是由于观察组在院期间加强了对主要照顾者肠

内营养知识和技能教育的同时, 也注重了对患者出院后的管理, 通过建立微信群及时解答主要照顾者在实施 HEN 中所遇到的问题, 从而改善了主要照顾者的照顾行为, 对降低并发症的发生有着重要意义。

### 3.2 出院准备管理可提高主要照顾者的知信行水平

HEN 在欧美等国家已经得到广泛地开展, 但在我国由于缺乏相应的组织及人员而缓慢发展<sup>[12]</sup>, 患者的并发症以及营养不足发生率都较高<sup>[13]</sup>。大部分主要照顾者缺乏 HEN 护理的相关知识和专业护理技能<sup>[14]</sup>。因此, 本研究将出院准备管理应用于重症

颅脑损伤实施 HEN 患者的主要照顾者中,干预后观察组主要照顾者的知信行水平高于对照组。出院准备管理是围绕患者住院期间以及出院后的护理需求,为主要照顾者制订个性化的健康教育;责任护士将健康教育与护理工作相结合,有计划地对主要照顾者进行健康宣教,边讲解边示范,利于主要照顾者的理解和记忆,并逐步在责任护士的指导下练习,直至出院时能独立完成操作。主要照顾者通过责任护士个性化的健康宣教增加了对实施家庭肠内营养的认知,改善了态度,养成了良好的健康行为,从而显著提高了患者主要照顾者安全实施 HEN 的知信行水平。

### 3.3 出院准备管理能够有效提高主要照顾者的满意度

出院准备管理是从患者住院期间开始实施,针对主要照顾者进行个体化管理,从而及时发现和解决患者在出院后潜在的护理问题以及主要照顾者可能存在的困难,使主要照顾者在出院前做好充分的准备。出院后也可以通过微信群与责任护士及其他病友在群内沟通,从而提高了主要照顾者的照顾能力,改善了患者的营养状况,促进了恢复,提高了主要照顾者的满意度。

### 3.4 出院准备管理能改善重症颅脑损伤患者家庭肠内营养状况

重症颅脑损伤患者总体预后较差,同时由于各种原因(如经济困难、家庭支持系统不完善、政策以及医疗机构平均住院日的限制等)大多数重症颅脑损伤患者转入家庭或社区进一步治疗、护理<sup>[15]</sup>,通过出院准备管理的实施可以使重症颅脑损伤患者住院与出院后的护理达到无缝衔接,有利于患者在出院后得到连续性的照顾。然而患者回归家庭后的营养干预并未形成体系,许多患者出院后的营养情况并未得到足够的重视<sup>[16]</sup>。本研究中,干预后观察组患者总蛋白、白蛋白水平均优于对照组,说明出院准备管理作为延续护理的一种形式,能有效改善主要照顾者的照顾行为,改善患者的营养状况,促进患者恢复。

## 4 结论

出院准备管理能够有计划、系统地为重症颅脑损伤患者主要照顾者安全实施 HEN 提供指导,提高主要照顾者的知信行水平,进而有效降低并发症发生,改善患者的营养状况,促进患者恢复,减少再入院的发生。本研究中由于医疗资源及干预时间有限,如果能够发挥社区护理在 HEN 管理中的作用,

长期对 HEN 患者并发症及各生化指标的监测与管理,跟踪患者的预后与主要照顾者健康教育的相关性,今后将进一步深入研究。

## 5 参考文献

- [1] 张磊,张钦铃,聂雪,等.细节化护理在重症颅脑损伤患者行肠内营养治疗中的应用[J].中国实用护理杂志,2019,35(15):1151-1154.
- [2] 王毓,张茜,张磊.颅脑损伤患者脑脊液中 MMP-3 和 MMP-9 的表达及对术后脑积水发生的影响[J].解放军医药杂志,2021,33(1):35-38.
- [3] 郑丽娜,刘巧.不同肠内营养管饲方式的重型颅脑损伤患者并发症发生情况的 Meta 分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(19):2462-2466.
- [4] 季亚芹,胡娅莉,顾志娥,等.出院准备服务对帕金森病患者跌倒的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(1):35-38.
- [5] 何桂平,柳韦华,张桂芹,等.出院准备计划应用于延续性护理的研究进展[J].护士进修杂志,2019,34(5):411-414.
- [6] 吴慧,陈晓霞,陈春美.出院准备服务对提高糖尿病患者的糖尿病知识知晓度及自我管理水平的效果评价[J].卫生职业教育,2019,37(12):132-134.
- [7] 胡芬,袁敏.颅脑疾病鼻饲患者营养状况管理 APP 的建立与应用[J].护理学报,2019,26(23):21-24.
- [8] 游倩,胡雯,石磊.2019 年《ESPEN 家庭肠内营养指南》解读[J].中国全科医学,2020,23(5):505-510.
- [9] 高国一.颅脑创伤患者肠内营养管理流程专家共识(2019)[J].中华创伤杂志,2019,35(3):193-198.
- [10] 王志霞,徐惠丽,王飞杰,等.出院准备计划在长期卧床患者压力性损伤管理中的应用[J].护理学杂志,2018,33(16):15-17.
- [11] 张庆芬,吕蔚,赵娜,等.出院准备度管理在食管癌放疗患者照顾者中的应用效果观察[J].天津护理,2021,29(1):20-25.
- [12] 凌慧芬,孙丽凯.医养结合服务理念下老年人家庭肠内营养管理实践[J].护理学杂志,2020,35(24):87-89.
- [13] 张鑫,赵婷,庄媛媛.家庭肠内营养支持患者状况分析[J].肠外与肠内营养,2014,21(2):106-107.
- [14] 屈清荣,石佩玉,杨程舒,等.家庭主要照顾者认知行为干预对胃癌术后患者化疗期间营养状况的影响[J].中国实用护理杂志,2019,35(1):2-6.
- [15] 杜娟,童宇平,王子秀,等.出院计划模式在创伤性颅脑损伤病人护理中的应用[J].护理研究,2018,32(12):1907-1909.
- [16] 张婷,杨丽,沈芳.团队协作干预在胰腺癌术后家庭肠内营养病人中的应用效果研究[J].肠外与肠内营养,2019,26(4):212-218.

[2021-10-23 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 循证护理模式在初产妇剖宫产围术期中的应用

谷纯砾 熊丽丽

**【摘要】 目的** 探讨循证护理模式在初产妇剖宫产围术期的应用价值。**方法** 选取2019年5月—2021年1月医院行剖宫产分娩的100例初产妇,按组间基本特征均衡可比的原则将其分为对照组49例和观察组51例。对照组采取传统手术室护理措施,观察组于对照组基础上实施积极的循证护理模式干预。对比观察两组初产妇术后应激反应状况、满意度情况以及术后泌乳、排气改善情况。**结果** 观察组患者的收缩压、舒张压、血糖、心率(HR)及C反应蛋白(CRP)等应激反应指标情况均优于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组满意度优于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组初产妇术后开始泌乳及排气时间均短于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 循证护理模式在初产妇剖宫产围术期护理中,能够有效减轻产妇术后的应激反应,促进产妇术后早期泌乳和排气,提高其护理满意度。

**【关键词】** 剖宫产;围术期;循证护理;应激反应;满意度;术后排气时间

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.021

剖宫产为有效解决临床产科常见的各种异常分娩或产妇合并症等问题的重要技术手段,但其作为一种有创的治疗方式,在围术期,大多数初产妇可能会由于手术创伤、恐慌、焦虑或疼痛等刺激不可避免的会产生一系列生理或心理应激反应,将会对初产妇、甚至新生儿产生明显的不良影响<sup>[1]</sup>。既往曾有学者<sup>[2]</sup>对初产妇进行有效的循证护理模式以减少产后的各种并发症,围术期的循证护理模式,即在手术室由护理工作者根据临床研究证据,结合临床工作实际,分析常规手术护理工作中可能存在的一些不足或缺陷,结合产妇不同病情而制订的一系列积极、全面的护理措施,以达到以患者为中心,全面提高护理质量、更好为患者服务的目的<sup>[3-5]</sup>。因此,本研究选择积极有效的循证护理模式措施对改善围术期初产妇的不良状况进行探讨分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年5月—2021年1月在我院行剖宫产分娩的100例初产妇,纳入条件:符合剖宫产手术指征;产妇及其家属签署知情同意书。排除条件:存在认知、言语或精神障碍等,不能有效沟通;

存在其他脏器系统性疾病。按照组间基本特征均衡可比的原则将其分为对照组49例和观察组51例。对照组:年龄22~38岁,平均 $26.53 \pm 2.64$ 岁;孕周38~42周,平均 $39.45 \pm 0.35$ 周。观察组:年龄21~38岁,平均 $26.47 \pm 2.35$ 岁;孕周37~42周,平均 $39.28 \pm 0.31$ 周。两组初产妇一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究已通过我院医学伦理委员会审批。

### 1.2 干预方法

**1.2.1 对照组** 结合临床工作实际,遵照手术室工作常规对初产妇进行护理:术前告知初产妇禁食8h,术前禁水4h;注意做好胎心监护,严密监测初产妇的生命体征;遵照常规剖宫产术进行手术器械用品准备;常规对手术室环境进行清洁消毒,实时调控合适的室内温度、湿度。

**1.2.2 观察组** 在上述对照组手术室护理的基础上进行积极的围术期循证护理模式措施。循证护理模式是将循证医学与护理相结合的一种新的模式,即根据既往研究结论及过往经验得到相关证据,进行有计划护理的一种手段。围术期按计划进行循证护理模式措施,具体实施步骤如下。

**1.2.2.1 提出循证问题** 手术室牵头成立由高年资的妇产科医师、麻醉医师及护士组成的围术期循证护理工作小组,根据产科、麻醉学等理论知识为指导,与临床护理实践相结合,提出有意义的循证

护理问题：①对初产妇来说，难免对剖宫产手术存在一定的恐惧、顾虑和疑惑，把握初产妇的心理状态，进行有效的心理护理是围术期全程护理的关键环节。②术后有效的禁食水主要目的在于预防围术期麻醉误吸，减少肠梗阻的发生。既往临床研究认为，长时间的禁食水可在一定程度上造成初产妇低血糖、精神紧张及预后差等问题，影响整体手术护理体验及满意度。③切口疼痛是初产妇剖宫产术后影响护理质量、手术预后的重要因素。术后切口疼痛会为产妇带来很大的痛苦，严重影响初产妇心理状态，影响手术预期。因此，与产妇及家属积极进行沟通，确定合适的镇痛泵拔除时间，降低患者切口疼痛阈值。

1.2.2.2 寻找可靠的循证证据 查阅既往剖宫产手术围术期存在问题，根据 PubMed、万方数据库、中国知网等，查询以往研究者初产妇围术期存在的主要问题，剔除研究经验模糊、措施不可靠的文献资料，筛选出有价值的临床医学或护理研究资料，并对上述研究资料的真实性、实用性进行探讨和评价，最后结合本医院手术室情况制订围术期全程护理实施步骤或措施。

1.2.2.3 围术期循证护理的全程实施

（1）术前心理护理：进入手术室后，派专人迎接初产妇，并做好与初产妇的沟通交流工作，加强对初产妇心理状况的关注，询问初产妇的想法、需求和顾虑，实时了解初产妇的基本心理状况，向其详细讲解剖宫产手术的基本流程、术前及术后常规注意事项，讲解产后新生儿的护理、喂养等初产妇经常担忧的问题，结合初产妇情况予以个性化的心理疏导、安慰，缓解初产妇及其家属的焦虑、恐慌、紧张等不良情绪。

（2）术中护理：主要是心理护理和环境状况护理。做好手术室温度调节，避免手术室温度过低加重初产妇的紧张情绪；通常采用椎管内麻醉，提前告知初产妇麻醉相关的注意事项，讲解椎管内麻醉的操作过程、注意事项，解除其疑虑，消除其紧张

情绪；指导产妇选择合适体位及麻醉前后正确的呼吸方式；做好产妇私密部位的保护；术中注意加强对初产妇四肢的保暖，预防低体温等常见并发症的出现<sup>[6-7]</sup>；顺利分娩胎儿后，及时告知产妇新生儿的健康状况，并让母子（女）相见，增强初为人母的成就感和安全感。

（3）术后护理：主要为环境状况护理。洗手护士严格清点手术器械、使用纱布数量，避免纱布、器械等遗留体内；注意术后提前做好保暖工作，及时对产妇身体进行清洁消毒，监测患者血压、呼吸、脉搏等，确保产妇生命体征平稳；术后病情稳定，可安返病房，注意与产科病房护士的合理交接，创造良好的病房环境。此外，向初产妇及其家属交代产后护理的注意事项，做好产后新生儿哺乳工作，增进母子（女）感情。

1.3 观察指标

观察两组初产妇术后的应激反应状况、满意度以及术后泌乳、排气改善情况，进行对比分析。

（1）应激反应：包括收缩压、舒张压、心率（HR）、C反应蛋白（CRP）及血糖指标。

（2）满意度：自制手术护理满意度调查表，包括手术体验、医护服务态度、术后护理等，每个项目设置3个选项，即非常满意、满意、不满意。

（3）初产妇术后泌乳时间、排气改善情况的对比分析。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据统计、分析，计量资料采用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；等级资料比较采用秩和检验。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组初产妇应激反应情况比较

观察组产妇的收缩压、舒张压、血糖、HR 及 CRP 等应激反应指标情况均明显优于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

| 表 1 两组初产妇应激反应情况比较 |    |               |              |              |              |              |
|-------------------|----|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 组别                | 例数 | 收缩压（mmHg）     | 舒张压（mmHg）    | 心率（次/min）    | CRP（mg/L）    | 血糖（mmol/L）   |
| 观察组               | 49 | 116.58 ± 3.45 | 72.62 ± 2.65 | 65.25 ± 1.54 | 75.26 ± 4.68 | 4.85 ± 1.50  |
| 对照组               | 51 | 128.25 ± 2.71 | 83.75 ± 1.27 | 74.72 ± 2.81 | 84.28 ± 3.75 | 10.39 ± 1.03 |
| <i>t</i> 值        |    | 18.514        | 26.949       | 20.780       | 12.315       | 9.241        |
| <i>P</i> 值        |    | 0.000         | 0.000        | 0.000        | 0.000        | 0.000        |

注：1 mmHg=0.133 kPa。

2.2 两组初产妇满意程度比较

观察组满意度明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

2.3 两组患者术后开始泌乳及排气时间比较

观察组产妇术后开始泌乳及排气时间均短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

表2 两组产妇满意程度比较

| 组别  | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 |
|-----|----|------|----|-----|
| 观察组 | 49 | 40   | 5  | 4   |
| 对照组 | 51 | 31   | 8  | 12  |

秩和检验： $u=2.369, P=0.018$ 。

表3 两组产妇术后泌乳及排气时间比较（h）

| 组别    | 例数 | 开始泌乳时间           | 排气时间             |
|-------|----|------------------|------------------|
| 观察组   | 49 | $46.86 \pm 3.25$ | $27.42 \pm 2.57$ |
| 对照组   | 51 | $68.35 \pm 2.57$ | $36.53 \pm 3.29$ |
| $t$ 值 |    | 36.754           | 15.389           |
| $P$ 值 |    | 0.000            | 0.000            |

3 讨论

初产妇中多数人对有创的剖宫产术认知不足，术前容易出现一定程度的焦虑、恐慌及紧张等不良情绪，这些势必会严重影响手术的顺利进行和手术后产妇的快速康复。多数学者研究发现，剖宫产初产妇由于手术刺激、对剖宫产认知不足或个体经历的差异，容易存在一定的生理、心理应激，甚至诱发生理性或心理性障碍疾病，而传统护理工作仅仅注重生理障碍的出现，很少关注心理性障碍问题，而手术室积极有效的循证护理模式可以减轻初产妇的分娩压力，稳定患者情绪，缓解生理或心理应激反应，加速产后康复，提高初产妇的妊娠质量<sup>[8-10]</sup>。

近年来，循证护理模式是一种新兴起的护理模式，其主要强调临床护理需要相应的证据，护理人员应通过既往科研研究及临床护理经验，把临床患者需求与既往最佳证据相结合，从而制订出更好的护理措施，以便更好地为临床服务，减轻患者心理负担，减少并发症的发生，获得良好的医疗质量。围术期循证护理模式，是手术室护理工作者根据以往科研结论，与手术室护理措施或经验进行结合，分析常规护理工作中可能存在的不足或缺陷，结合产妇病情或需求而制订的一系列积极、全面的循证护理模式措施，与常规临床护理相比，围术期循证护理模式遵循以患者为中心的理念，能够最大程度满足初产妇的分娩需求，做到把手术室护理流程具体化、落实细致化，解决常规手术护理过程中存在

的问题，进而提高护理效率，更好地服务患者，规避手术护理风险，提高护理质量<sup>[11-13]</sup>。有研究表明<sup>[14]</sup>，围术期采取循证护理措施可明显降低剖宫产不良反应，提高满意度，其不良反应发生率可从94%减少到24%，满意度可从74%提高到96%。黄淑平等<sup>[15]</sup>研究发现，在剖宫产手术护理中使用循证护理干预，可明显缓解患者的焦虑情绪，提高患者心理预期。

本研究结果表明，观察组循证护理模式后患者的收缩压、舒张压、血糖、HR及CRP应激反应指标情况均优于对照组，可见循证护理模式有效地应用于初产妇剖宫产手术围术期中，可明显减轻产妇的应激状态，加速产后康复。分析原因后发现，观察组围术期实施的循证护理模式措施，可明显改善剖宫产手术初产妇的生理或心理上应激反应。在优质护理措施引导下，手术室的护理人员、手术医生及病房护理人员达到一种良好的临床工作衔接和配合，术前为初产妇提供一系列舒适的护理措施，促进手术的顺利进行，术中器械护士运用娴熟的操作技术与妇产科医师充分配合，手术过程中初产妇得到陪伴，同时予以良好的心理安慰和指导，严密观察初产妇的基本情况和胎儿状态，尽早发现可能出现的风险问题，果断处理，保证孕妇及胎儿围术期的安全。手术室巡回护士的主要职责在于为患者充分讲解手术进程、生产过程，例如术中从子宫取出胎儿时可能引起局部牵拉疼痛，需要指导产妇进行深呼吸，缓解产妇生理不适、心理紧张和疼痛刺激，

生产后尽早告知产妇新生儿的基本状况,如性别、健康情况等,提高产妇的自信心。此外,术后的随访工作依然非常重要,产妇术后的随访护理由手术室安排专职护士进行,积极主动给予产妇关怀,予以母乳喂养方面的细心指导,增强医患信任感,保持良好的心理状态。

本研究中,观察组满意程度优于对照组。围术期循证护理模式坚持以患者为中心的服务理念,手术护理人员在围术期全程予以人性化的服务,给予产妇亲切的关怀。手术室护理人员根据临床循证医学证据,结合不同初产妇的心理状况,采用个性化的护理干预措施,立足于强调产妇健康的心理状态,以饱满的心态去应对剖宫产手术,满足产妇的不同需求,提高临床医疗质量和护理满意度。

此外,本研究中,观察组术后泌乳及排气时间均短于对照组。目前,临床产科可能会碰到各种高危妊娠或难产,而剖宫产术是其重要的选择。剖宫产术作为一种有创的治疗手段,手术中可能出现出血量较多的情况,甚至会引起术后各种合并症或并发症,因此,围术期的手术室护理显得尤为重要。产妇在术后恢复过程中,切口疼痛是机体组织遭受创伤后的一种表现,多数产妇会出现切口疼痛、宫缩引起的疼痛以及导尿管引起的不适,长时间卧床引起的不适等,这些会严重影响初产妇的心理状态,经常出现烦躁、焦虑等不良情绪。不良的心理状态、产妇的生理状态以及周围环境的好坏都会对产妇的泌乳量和胃肠道功能的恢复造成不同的影响,良好的护理措施可以增加产后的泌乳量,促进并加快患者胃肠道功能的恢复,缩短产妇术后的排气时间<sup>[16-17]</sup>。因此,术后护理的关键在于减轻疼痛、改善产妇的整体状况。

综上所述,在初产妇剖宫产围术期护理中,采取循证护理模式能够有效减轻产妇术后的应激反应,促进产妇术后早期泌乳和排气,提高其对手术室护理满意度。

#### 4 参考文献

- [1] 赵丽,宫莹莹,梁彩侠.预见性护理对减少剖宫产术中并发症的效果观察[J].蚌埠医学院学报,2015,40(12):1740-1742.
- [2] 陶丽玲,王玉芳,王蔚.循证护理模式在初产妇分娩中的应用效果评价[J].临床医学工程,2017,24(4):551-552.
- [3] Niklasson B, Gergsson Öhman S, Segerdahl, M, et al. Risk factors for persistent pain and its influence on maternal wellbeing after cesarean section[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2015,94(6):622-628.
- [4] 漫玉.细节循证护理模式在初产妇剖宫产分娩手术室护理中的应用[J].河南医学研究,2020,29(5):920-921.
- [5] Stjernholm YV, Charvalho PDS, Bergdahl O, et al. Continuous Support Promotes Obstetric Labor Progress and Vaginal Delivery in Primiparous Women – A Randomized Controlled Study[J].Front Psychol, 2021,12(12):582823.
- [6] 王树静,陈雪飞.保暖结合体位调节对剖宫产产妇术中寒战及仰卧位低血压综合征的影响[J].中国临床护理,2020,12(4):332-334.
- [7] Yuksel B, Ital I, Balaban O, et al. Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study[J]. J Matern Fetal Neonatal Med,2016,29(16):2691-2696.
- [8] Eslami J, Hatami N, Amiri A, et al. The potential beneficial effects of education and familiarity with cesarean section procedure and the operating room environment on promotion of anxiety and pain intensity: A randomized controlled clinical trial[J]. J Educ Health Promot, 2020,9(1):240.
- [9] Nishiday Y, Matsumoto S, Noguchi T, et al. New evaluation of fetal oxidative stress: Measurement of the umbilical cord blood dimethyl sulfate-induced ascorbyl free radical by an electron spin resonance method[J].J Matern Fetal Neonatal Med,2012,25(12):2499-2502.
- [10] 彭华英,唐念,冯霞,等.产后早期循证护理模式对剖宫产产妇的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(24):110-112.
- [11] 武万珍.一体化连续护理模式对剖宫产术后产妇生活质量评分的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(9):1681-1684.
- [12] 张倩.剖宫产术后产妇护理服务模式探析[J].继续医学教育,2020,34(12):125-127.
- [13] Mostafayi M, Imani B, Zandi S, et al. The effect of familiarization with preoperative care on anxiety and vital signs in the patient's cesarean section: A randomized controlled trial[J].Eur J Midwifery, 2021,25(5):21.
- [14] 董睿.循证护理在剖宫产围术期护理中的应用效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2015,25(8):135-136.
- [15] 黄淑平,陈丽芳,黄小花.剖宫产产妇施行循证护理的价值评估及分析[J].中国当代医药,2016,23(20):191-194,197.
- [16] 张爱芳.护理干预应用于剖宫产术后的护理体会[J].中国实用医药,2011,6(29):204-206.
- [17] 李云波.剖宫产产妇泌乳量影响因素分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2011,17(35):13-14.

[2021-11-03 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 知行结合专业心理辅导应用于宫腔镜检查术的价值

萧肖兰 江素勤 陶莉 萧焕喜 吕薇 舒小妹

**【摘要】目的** 探讨知行结合专业心理辅导应用于宫腔镜检查术的价值。**方法** 选取2019年1月—2020年12月医院接受宫腔镜检查术的124例患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组62例。对照组围术期给予常规护理,观察组则在对照组基础上给予知行结合专业心理辅导,对两组患者围术期舒适度、主观感受及配合度进行评估,同时分析患者护理满意程度。**结果** 观察组围术期舒适度评分高于对照组( $P<0.05$ ),观察组围术期患者症状自评量表(SCL-90)评分低于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组围术期配合度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组护理满意程度高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 宫腔镜检查术患者围术期实施知行结合专业心理辅导的干预,可有效提高患者围术期舒适度,减轻不良情绪,改善主观感受,提升护理满意程度。

**【关键词】** 知行行;专业心理辅导;宫腔镜检查术;舒适度;主观感受

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.022

**The value of knowledge, attitude and practice combined with professional psychological counseling in hysteroscopy** XIAO Xiaolan, JIANG Suqin, TAO Li, XIAO Huanxi, LV Wei, SHU Xiaomei (Guangdong Reproductive Sciences Institute, Guangzhou, 510600, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the value of knowledge, attitude and practice combined with professional psychological counseling in hysteroscopy. **Methods** To select 124 patients who underwent hysteroscopy 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 comparability of basic characteristics between groups, with 62 cases in each group. The control group was given routine nursing care during the perioperative period, while the observation group was given knowledge, attitude and practice combined with professional psychological counseling on the basis of the control group to evaluate the perioperative comfort, subjective feeling and cooperation of the two groups of patients, and analyze the nursing satisfaction of the patients. **Results** The perioperative comfort score in the observation group was higher than that in the control group( $P<0.05$ ), the perioperative patients' symptom checklist 90(SCL-90) score in the observation group was lower than that in the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). The perioperative cooperation score of the observation group was higher than that of the control group, and the difference between the groups was statistically significant( $P<0.05$ ). The nursing satisfaction in the observation group was higher than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** Perioperative intervention of knowledge, attitude and behavior combined with professional psychological counseling for patients undergoing hysteroscopy can effectively improve the perioperative comfort of patients, reduce negative emotions, improve subjective feelings, and improve nursing satisfaction.

**【Key words】** Knowledge, attitude and practice; Professional psychological counseling; Hysteroscopy; Comfort; Subjective feeling

作者单位: 510600 广东省广州市, 广东省生殖科学研究所(广东省生殖医院, 国家卫生健康委员会男性生殖与遗传重点实验室)  
通信作者: 舒小妹

宫腔镜检查术是临床常用于女性宫腔内病变诊断的微创技术,该检查方式创伤性小,无须开腹即可观察到腔内情况<sup>[1-2]</sup>。但是较多的患者在接受宫腔镜检查术前对该技术相关知识缺乏了解,加上操作具有侵入性,患者容易出现焦虑、紧张等负面情绪,身体敏感性增加,出现应激反应、疼痛感强烈等<sup>[3-4]</sup>,患者围术期舒适度降低,主观感受较差。知信行属于行为干预的一种,是将人类行为的转变分为知识、信念、行为3个过程,可有效增加患者临床知识,增强患者的健康信念,强化患者的健康行为<sup>[5]</sup>。术前给予患者专业的心理辅导可有效改善或消除负面情绪<sup>[6]</sup>。基于此,本研究就知信行结合专业心理辅导在宫腔镜检查术中的应用价值进行分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

纳入2019年1月—2020年12月在我院接受宫腔镜检查术的124例患者作为研究对象,纳入条件:初次接受宫腔镜检查术;经期结束3~7d;术前3d无性生活;无心、肺、肝、肾等脏器疾病或难以忍受检查;术前无发热。排除条件:活动性子宫出血;患有急性或亚急性生殖道感染性疾病;术前3个月内有子宫穿孔或子宫手术史;患有宫颈恶性肿瘤;患有生殖道结核;宫颈过窄或宫腔过度狭小。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组62例。对照组年龄22~46岁,平均 $32.76 \pm 5.64$ 岁;23例未生育,39例已生育。观察组年龄23~45岁,平均 $32.41 \pm 5.70$ 岁;22例未生育,40例已生育。两组患者以上资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究已获得患者及其家属知情同意,且获得医学伦理委员会审核批准。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,包括术前准备和指导、术中配合及术后指导和护理等措施。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上给予知信行结合专业心理辅导,具体干预措施如下:

(1)知信行:①制订干预方案。责任护士在干预前对患者姓名、年龄、文化程度、婚育状态、工作情况、家庭情况等基础信息进行采集,了解评估患者对检查方式的想法和心理状态,建立患者个人档案,根据档案信息制订知信行干预方案。②认知干预。术前,给患者讲解宫腔镜检查术的手术路径、操作方式、检查效果、配合方式、妇科检查的必要性、手术相关禁忌证和注意事项,重点讲解术

后可能出现的不适症状,如术后腹痛、阴道流血或流血等,告知其及时反馈给医护人员,医护人员会给予相应指导帮助;术后,告知患者2周内禁止性生活、游泳、泡温泉和盆浴,注意保持外阴清洁,观察阴道流血和月经情况,若出血量较大且有异味或月经改变都需要返院就诊。术后可正常饮食,10d内不宜食用红枣、当归、党参等补血食物,忌辛辣生冷食物。子宫内膜息肉的患者,建议少吃黄豆及蛋白粉。③培养信念。术前应用问卷调查方式评估患者知识掌握程度,认知不足的方面进行针对性辅导,可组织集体培训,开展妇科知识教育,重点讲解日常如何注意妇科卫生、护理外阴方式等等。④行为干预。术前指导患者进行体位摆置训练,告知术中维持体位的必要性;局麻患者术后建议休息半个小时,无不适可自行离开;无痛宫腔镜患者术后观察1h,确定无问题后才可离院;观察期间,护理人员可分发术后护理健康手册让患者阅读,并安排专人在观察室中为患者答疑。

(2)专业心理辅导:术前应用症状自评量表(SCL-90)<sup>[7]</sup>对患者心理状态进行评估,给予针对性的心理辅导:①对于躯体化评分高的患者,耐心听取其身体不适症状,告知患者不适症状的出现是正常的,纠正错误认知,还可采用音乐放松法、呼吸放松法、肌肉放松法等帮助患者转移注意力,降低躯体敏感度。②对于强迫和偏执评分高的患者,先让患者表述自己的感受,引导患者面对现实,领悟自身强迫症状的发生基础,引导其以顺其自然的态度面对症状,积极克服强迫和偏执行为。③对于抑郁和焦虑评分高的患者,引导患者表述自己内心的压力、困扰和疑虑,给予患者人文关怀,多与患者沟通交流,交流过程中不要随意打断患者发言,不对患者发言作价值评价,多给予肯定,鼓励发泄情绪,同时与患者家属沟通交流,围术期给予患者足够的家庭支持和陪伴。④对于人际关系、敌对、恐怖和精神病性评分高的患者,其安全感缺失较为严重,护理人员需与患者建立良好的护患关系,了解患者的兴趣爱好,围绕兴趣爱好进行沟通交流,讲解疾病相关知识时采用摆事实、讲道理、前后比较等方式进行沟通交流,引导患者调整自我认知,沟通交流中避免使用下指令、指责的语气与患者沟通。

### 1.3 观察指标

(1)舒适度<sup>[8]</sup>:在术后应用刻度为0~10的标尺进行评估,刻度 $\leq 3$ 表示不舒适,4~6刻度表示一般,7~9刻度表示舒适,10表示非常舒适。每个

刻度对应 1 分。

(2) 主观感受: 围术期应用 SCL-90<sup>[7,9]</sup> 对患者进行评估, 量表包含躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性 9 个子量表, 采用 1~5 级评分法, 量表总分  $\geq 160$  分表示主观感受, 最高分 450 分, 分数越高表示主观感受越差。

(3) 配合度<sup>[10]</sup>: 根据患者术前准备、术中操作及术后护理的配合情况进行评估, 分为完全配合、基本配合、部分配合和不配合 4 个等级。

(4) 满意程度: 采用“本院自制满意程度量表”评估, 内容包括护理人员的专业水平、沟通水平以及态度, 总分为 100 分, 大于 95 分为非常满意, 80~95 分为满意, 小于 80 分为不满意, 非常满意率

+ 满意率 = 总满意率。量表的内容效度 CVI 为 0.88, 内在一致性 Cronbach's  $\alpha$  为 0.90, 信效度较好。

#### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行分析处理, 计量资料以“均数  $\pm$  标准差”表示, 组间均数比较采用  $t$  检验; 等级资料的比较采用秩和检验。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者围术期舒适度和主观感受评分比较

观察组围术期舒适度评分高于对照组, 观察组围术期 SCL-90 评分低于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者围术期舒适度和主观感受评分比较 (分)

| 组别    | 例数 | 舒适度             | SCL-90             |
|-------|----|-----------------|--------------------|
| 对照组   | 62 | $5.68 \pm 1.39$ | $197.43 \pm 19.76$ |
| 观察组   | 62 | $6.37 \pm 1.23$ | $187.61 \pm 20.34$ |
| $t$ 值 |    | 2.927           | 2.727              |
| $P$ 值 |    | 0.004           | 0.007              |

### 2.2 两组患者围术期配合度比较

观察组围术期配合度高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组患者围术期护理满意程度比较

观察组围术期护理满意程度高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组患者围术期配合度比较

| 组别  | 例数 | 完全配合      | 基本配合       | 部分配合       | 不配合      |
|-----|----|-----------|------------|------------|----------|
| 对照组 | 62 | 2 (3.23)  | 40 (64.51) | 18 (29.03) | 2 (3.23) |
| 观察组 | 62 | 8 (12.91) | 44 (70.97) | 10 (16.12) | 0 (0.00) |

秩和检验:  $u=2.645$ ,  $P=0.008$ 。表中 ( ) 内数据为构成比 (%)。

表 3 两组患者围术期护理满意程度比较

| 组别  | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 |
|-----|----|------|----|-----|
| 对照组 | 62 | 25   | 27 | 10  |
| 观察组 | 62 | 34   | 26 | 2   |

秩和检验:  $u=2.114$ ,  $P=0.035$ 。

## 3 讨论

宫腔镜检查是妇科常用内镜检查方式, 可发现宫腔内病变, 在妇科检查中临床应用价值高<sup>[11]</sup>。但大部分患者围术期的主观感受较差, 一定程度上影响其手术配合度, 尤其是术后的不适症状, 因为对手术知识的欠缺导致其出现不适症状时易出现紧

张、焦虑情绪, 术后身心舒适度严重降低, 容易引起对医护人员的不满, 护理满意程度不高<sup>[12-13]</sup>。常规护理干预主要是围绕检查操作, 没有注重个体化护理, 尤其是健康教育和心理干预较为片面, 干预效果并不是很理想, 患者个体化需求没有得到很好的满足, 因此需要强化对宫腔镜检查术患者的健康教育和心理干预。

在本次研究中,笔者在常规护理的基础上给予患者知信行结合专业心理护理,与对照组相比,观察组围术期舒适度和主观感受评分较高,可见知信行结合专业护理利于提升宫腔镜检查术患者围术期舒适度,消除其不良情绪,提升其主观感受。知信行是近几年在临床上推广应用的新型健康教育方式,该干预方式的心理理论是行为干预,将人类行为的转变分为知识获取、信念形成和行为养成3个连续过程,行为转变的基础是知识,动力是信念,行为的养成和改变是目标<sup>[14-15]</sup>。在此基础上对患者实施专业心理辅导,通过应用心理评估工具了解不良因素的产生原因,给予针对性的心理辅导,消除影响因素,从而提升心理健康水平,进一步增强患者身心舒适度,主观感受得到改善。观察组围术期配合度评分高于对照组,可见知信行结合专业心理辅导利于提升配合度,这主要是因为,患者负面情绪得到有效改善和消除,身心健康水平提升,增强患者对宫腔镜检查的认知,消除错误认知。随着宫腔镜检查术患者舒适度和主观感受的提升,其对待检查的态度也会有所转变,从紧张和排斥转变为放松和接受,围术期的配合度也会随之增加。观察组护理满意程度高于对照组,提示通过知信行结合专业心理辅导干预后,有效地改善患者负面情绪,患者心理应激和生理应激得到改善,配合度提高,从而提升护理满意程度。

综上所述,宫腔镜检查术患者围术期实施知信行结合专业心理辅导的干预,可有效提高患者围术期舒适度,减轻不良情绪,改善其主观感受,减少应激反应,提升患者配合度及护理满意程度。

#### 4 参考文献

- [1] 林招莲.探讨整体护理在宫腔镜检查术中的应用效果及对机体应激反应的影响[J].现代诊断与治疗,2020,31(2):156-157.
- [2] 马静,陈书聪.全面护理在宫腔粘连患者行宫腔镜检查术中的应用效果[J].中国医药科学,2019,9(9):94-97.

- [3] 张培华.手术室整体护理应用于行宫腔镜检查术患者对其主观感受、应激反应的影响[J].中外医疗,2019,38(11):160-162.
- [4] 李晓蕊,李巧慧,黄祝疆,等.基于患者结局的宫腔镜手术专科护理质量评价指标的筛选[J].护理实践与研究,2021,18(8):1259-1263.
- [5] 黄诗涵.知信行理论模式在妇科护理工作中的应用研究进展[J].母婴世界,2020,1(10):296-297.
- [6] 宗瑞,丁雪娟,赵倩.心理护理对神经外科重症患者负面情绪及手术效果的影响[J].实用医药杂志,2020,37(7):651-653.
- [7] 张海燕,吴燕丽.应用症状自评量表评估肿瘤心理健康状况及干预措施[J].全科护理,2020,18(15):1875-1877.
- [8] 杨立志,张燕,谯丹,等.品管圈在提高口腔肿瘤皮瓣修复术后口腔舒适度中的应用研究[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(1):14-16,27.
- [9] 魏亚楠,郑晓娜,宋艳静.105例年轻乳腺癌根治术后患者SCL-90量表评分现况调查及其影响因素分析[J].首都食品与医药,2021,28(11):123-124.
- [10] 古婷婷.马斯洛需要层次论护理对外科手术患者心理状态与手术配合度的影响[J].中国民康医学,2021,33(4):189-190.
- [11] 严芸,刘冬梅,朱金妹,等.手术室整体护理对宫腔镜检查患者应激反应及护理满意程度的影响[J].医疗装备,2020,33(16):192-194.
- [12] 招懿慧.门诊不麻醉宫腔镜检查不孕患者疼痛的影响因素分析[J].中国医学创新,2020,17(9):167-170.
- [13] 徐兰兰,谭春燕,温都苏.心理干预对宫腔镜检查患者焦虑及疼痛的影响[J].中国医药科学,2020,10(8):181-183,200.
- [14] 曾少玲,陈洁云,吴敏芝,等.基于知信行模式的护理干预对院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平、照顾行为的影响[J].护理实践与研究,2021,18(14):2167-2170.
- [15] 张军,王斌,黄莹,等.基于知信行模式的护理干预对老年糖尿病合并高血压患者焦虑情绪及治疗依从性的影响[J].海南医学,2020,31(5):139-142.

[2021-11-15 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# IKAP 健康护理模式对慢性腹泻患儿康复及其父母照顾能力的效果观察

杨威 张亚非 易利纯

**【摘要】** 目的 探讨基于信息-知识-信念-行为 (IKAP) 理论的健康护理模式对慢性腹泻患儿康复及其父母照顾能力的效果观察。方法 选取 2020 年 3 月—2021 年 3 月慢性腹泻患儿 150 例作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将患儿分为观察组与对照组,各 75 例。按 1:1 选取患儿父母入组。对照组行常规健康指导,观察组基于 IKAP 理论对患儿实施健康护理模式。比较两组患儿父母干预前后照顾技能、患儿症状改善情况及患儿生长发育情况。结果 干预后观察组患儿父母照顾技能总评分较对照组提高 ( $P<0.05$ )。干预后观察组腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、腹痛消失时间、腹泻消失时间及总住院时间较对照组缩短 ( $P<0.05$ )。观察组营养不良发生率低于对照组 ( $P<0.05$ ),观察组父母满意率高于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 基于 IKAP 理论的健康护理模式能有效提高慢性腹泻患儿父母照顾能力,改善患儿胃肠功能,降低患儿营养不良发生率,促进患儿康复,提高患儿父母满意度。

**【关键词】** 信息-知识-信念-行为理论;健康护理模式;慢性腹泻;父母照顾技能;胃肠功能;满意度  
中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.023

**Effect observation of the health nursing model of IKAP theory on the rehabilitation of children patients with chronic diarrhea and their parents' caring ability** YANG Wei, ZHANG Yafei, YI Lichun (Hunan Children's Hospital, Changsha, 410007, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore the effect observation of the health nursing model based on the information-knowledge-attitude-practice(IKAP) theory on the rehabilitation of children patients with chronic diarrhea and their parents' caring ability. **Methods** A total of 150 children patients with chronic diarrhea from March 2020 to March 2021 were selected as the study objects. According to the principle of comparability of basic characteristics between groups, the children patients were divided into an observation group and a control group, with 75 cases in each group. The parents of the children patients were selected according to 1:1. The control group was given routine health guidance, and the observation group was given the health nursing model based on IKAP theory. The parental nursing skills, the improvement of symptoms and the growth and development of the children were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** After intervention, the total score of parental nursing skills in the observation group was higher than that in the control group( $P<0.05$ ). After intervention, the disappearance time of abdominal distension, bowel sounds recovery time, abdominal pain disappearance time, diarrhea disappearance time and total hospitalization time in the observation group were shorter than those in the control group( $P<0.05$ ). The incidence of malnutrition in the observation group was lower than that in the control group( $P<0.05$ ). The satisfaction rate of parents in the observation group was higher than that in the control group( $P<0.05$ ). **Conclusion** The health nursing model based on the IKAP theory can effectively improve the parents' ability to care for children patients with chronic diarrhea, improve the gastrointestinal function of the children patients, reduce the incidence of malnutrition in the children patients, promote the recovery of the children patients, and improve the satisfaction of the parents of the children patients.

**【Key words】** Information-knowledge-attitude-practice theory; Health nursing model; Chronic diarrhea; Parents' care skills; Gastrointestinal function; Satisfaction

作者单位:410007 湖南省长沙市,湖南省儿童医院消化营养科  
通信作者:易利纯

慢性腹泻是儿童期常见的消化系统疾病,患儿由于受病原菌侵袭而导致胃肠功能紊乱,胃肠功能紊乱及排便次数增加是慢性腹泻患儿常见的临床表现,而长时间胃肠功能紊乱会导致患儿营养不良,影响正常生长发育<sup>[1-2]</sup>。父母作为患儿主要照顾者,其疾病认知及照护能力可直接影响患儿病情预后及转归<sup>[3]</sup>。信息-知识-信念-行为(IKAP)是护士根据患者护理需求向其讲解疾病相关知识,以促使其形成健康信念并转化为行动<sup>[4]</sup>。研究指出,IKAP健康教育模式可提高慢性病患者健康知识及疾病管理能力,能有效促进患者康复<sup>[5]</sup>。慢性腹泻患儿父母由于缺乏专业护理指导,导致患儿父母由于照顾能力不足而致患儿病情反复,影响患儿预后<sup>[6]</sup>。因此,本研究为了更好地提高慢性腹泻患儿父母照顾能力,促进患儿康复,对慢性腹泻患儿父母实施基于IKAP理论的健康护理,并获得理想的效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年3月—2021年3月慢性腹泻患儿150例为研究对象,纳入条件:符合《诸福棠实用儿科学》中对慢性腹泻诊断标准;年龄6个月~6岁;患儿父母对研究内容知情,并愿意配合。排除条件:合并恶性肿瘤患儿;合并心肝肾等脏器功能不全患儿;患儿父母缺乏监护能力;患儿父母不配合或中途转院。按照组间基本特征具有可比性的原则将患儿分为观察组与对照组,各75例,并按1:1选取患儿父母入组研究。①观察组中患儿男38例,女37例;年龄6个月~6岁,平均 $5.42 \pm 1.02$ 岁;病程1~5个月,平均 $2.98 \pm 0.58$ 个月;每日排便次数3~10次,平均每日 $4.96 \pm 0.78$ 次。父母临床资料:父亲10名,母亲65名;年龄22~45岁,平均 $29.63 \pm 3.12$ 岁;学历:初中或以下10名,高中/中专28名,大专或以上37名。②对照组中患儿男40例,女35例;年龄6个月~6岁,平均 $5.89 \pm 1.10$ 岁;病程1~5个月,平均 $3.02 \pm 0.62$ 个月;每日排便次数3~10次,平均每日 $5.10 \pm 0.81$ 次。父母临床资料:父亲8名,母亲67名;年龄22~45岁,平均 $30.02 \pm 3.45$ 岁;学历:初中或以下12名,高中/中专26名,大专或以上37名。两组患儿及其父母临床资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 干预方法

两组患儿均给予口服蒙脱石散混悬液,并维持水电解质及酸碱平衡。对照组出院时给予常规护理指导,即指导父母为患儿做好日常护理,包括用药

指导、臀部护理、口腔护理、喂养指导、衣服消毒,并嘱咐患儿父母每次接触患儿粪便后采用快速洗手液对手部进行消毒。观察组患儿父母在对照组基础上接受基于IKAP理论的健康护理教育,干预时间为8周,具体措施如下。

1.2.1 成立IKAP健康教育小组 由儿科专科医生1名、儿科主管护师2名、营养师1名组成IKAP健康教育小组。小组成员具备丰富的临床工作经验,小组成员入组后接受规范化及系统化专科知识培训,培训内容包括IKAP概念、慢性腹泻发病机制、慢性腹泻临床护理措施、慢性腹泻营养干预等。

1.2.2 评估患儿父母健康教育需求 患儿入院当天由IKAP健康教育小组采用家庭照顾者照顾能力量表及患儿父母健康教育需求量表评估患儿父母照护技能及疾病知识需求情况,根据评估结果分析影响患儿父母照护技能及健康教育需求的相关因素,并制订干预计划。

#### 1.2.3 实施干预计划

(1) 认知教育:采用专家知识讲座与一对一健康宣教相结合的方式对患儿父母进行健康宣教。患儿入院当天由责任护士与患儿父母进行面对面交流,通过与患儿父母交流了解其护理需求,向其讲解慢性腹泻日常照护注意事项,每周邀请儿科专家向患儿讲解慢性腹泻发病特点及居家护理注意事项,为患儿父母进行护理指导并解答其疑惑。

(2) 信念支持:通过举办病友交流会、集体宣教及座谈会的方式为患儿父母提高信念支持,由心理治疗师为患儿父母进行小组心理疏导,以减轻患儿父母心理负担,树立康复信心。同时通过病友交流邀请预后理想的患儿父母现身说明,以缓解患儿父母焦虑情绪,使患儿父母能以积极的心态面对疾病,从而增强其照护信心。由心理治疗师组织座谈会与患儿父母交谈,鼓励其分享照护经验及心理体会,以减轻心理压力,同时提高出院后独自照护患儿的信心。

(3) 行为干预:包括营养指导、用药指导、腹部按摩、臀部护理等。营养指导,对于1岁以下的患儿停止母乳喂养,给予去乳糖奶粉喂养,每4h喂养1次,根据患儿大便情况调整母乳与奶粉喂养比例,从4:1过渡为2:1,最终为1:1;对于1~3岁患儿给予去乳糖奶粉喂养,并添加清淡的流质性食物;对于3岁以上的患儿给予流质食物喂养。用药指导,患儿每次进食后给予口服地衣芽孢杆菌活菌胶囊,每次1粒,每天3次,对于年龄较小不能吞服的患儿将胶囊拆开加入温水或牛奶中混合服用。

腹部按摩,患儿每次进食2 h后指导患儿父母以脐部为中心沿顺时针方向按摩患儿腹部5 min,按摩前采用婴儿润肤油润滑双手,力度以患儿不产生抗拒情绪为宜,每天3次。臀部护理,患儿每次腹泻后采用温水清洗并擦干局部皮肤,保持清爽,完全干爽后,再涂抹护臀膏。

(4) 健康护理:为患儿父母制订出院健康护理计划表,患儿父母出院后由IKAP健康教育小组成员根据计划表以电话随访的方式了解患儿父母出院后照护情况,并耐心解答患儿父母提出的问题,同时做好相关记录,为下次随访提供指导。

### 1.3 观察指标

由IKAP健康教育小组成员记录两组患儿入组当天及随访结束当天患儿父母照顾技能情况、患儿胃肠道改善情况、营养状况及家属满意度。

(1) 患儿父母照顾技能:采用家庭照顾者照顾能力量表<sup>[7]</sup>进行评价,量表包括6个维度(疾病认知能力、基础照护技能、情感管理能力、按需照顾技能、平衡照顾与个人需求的能力、寻求资源利用能力),合计23个条目,每个条目赋值1~5分,总评分为各条目评分相加(23~115分),评分越高说明患儿父母照顾技能水平越高,量表Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.812~0.869,信度系数为0.844~0.892,提示量表信效度理想。

(2) 患儿胃肠道情况:包括腹胀消失时间、

肠鸣音恢复时间、腹痛消失时间、腹泻消失时间。

(3) 营养状况:根据患儿体质量进行评价,低于同龄正常体质量值15%~25%为轻度营养不良;低于同龄正常体质量值参考值的25%~40%为中度营养不良;低于同龄正常体质量值40%为重度营养不良。

(4) 满意率:采用“住院患者满意度调查问卷”<sup>[8]</sup>对患儿父母进行评价,问卷包括住院环境、基础护理、医疗服务、医疗费用、住院膳食、医患沟通、患者忠诚、总体满意8个维度,合计28个条目,每个条目采用1~5级评分,将所有条目相加获得粗分,将粗分转化为标准分(0~100分),>90分为满意。

### 1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件分析数据,计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较进行 $t$ 检验;计数资料计算率,组间率的比较采 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后患儿父母照顾能力评分比较

干预前,两组患儿父母照顾能力总评分及相关维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组患儿父母照顾技能总评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

表1 两组干预前后患儿父母照顾能力评分比较(分)

| 观察时点 | 组别    | 疾病认知能力           | 基础照护技能          | 情感管理能力           | 按需照顾技能           | 平衡照顾与个人需求的能力     | 寻求资源利用能力         | 照顾能力总评分          |
|------|-------|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 干预前  | 观察组   | 6.75 $\pm$ 0.96  | 5.12 $\pm$ 0.69 | 8.02 $\pm$ 0.72  | 8.96 $\pm$ 1.98  | 10.22 $\pm$ 1.45 | 9.89 $\pm$ 2.33  | 48.96 $\pm$ 6.12 |
|      | 对照组   | 6.56 $\pm$ 0.88  | 5.36 $\pm$ 1.02 | 7.98 $\pm$ 0.79  | 8.56 $\pm$ 1.94  | 10.58 $\pm$ 1.23 | 9.36 $\pm$ 2.30  | 48.40 $\pm$ 5.98 |
|      | $t$ 值 | 1.263            | 1.688           | 0.324            | 1.250            | 1.639            | 1.402            | 0.567            |
|      | $P$ 值 | 0.208            | 0.093           | 0.746            | 0.213            | 0.103            | 0.163            | 0.572            |
| 干预后  | 观察组   | 10.11 $\pm$ 2.36 | 9.89 $\pm$ 2.33 | 12.77 $\pm$ 2.85 | 12.03 $\pm$ 3.56 | 14.98 $\pm$ 3.98 | 15.23 $\pm$ 3.79 | 75.01 $\pm$ 6.77 |
|      | 对照组   | 7.98 $\pm$ 1.89  | 6.72 $\pm$ 1.03 | 8.69 $\pm$ 2.03  | 9.20 $\pm$ 1.93  | 12.02 $\pm$ 2.11 | 11.78 $\pm$ 3.20 | 56.39 $\pm$ 7.96 |
|      | $t$ 值 | 6.101            | 10.776          | 10.098           | 6.052            | 5.690            | 6.023            | 15.431           |
|      | $P$ 值 | 0.000            | 0.000           | 0.000            | 0.000            | 0.000            | 0.000            | 0.000            |

注:观察组=75例,对照组=75例。

### 2.2 两组患儿胃肠功能改善时间及总住院时间比较

干预后观察组腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、腹痛消失时间、腹泻消失时间及总住院时间较对照组缩短,组间比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患儿营养不良发生率及患儿父母满意率比较

观察组营养不良发生率低于对照组,观察组父母满意率高于对照组,组间比较差异均具有统计学意义( $P<0.05$ ),见表3。

表 2 两组患儿胃肠功能改善时间及总住院时间比较（d）

| 组别  | 例数 | 腹胀消失时间      | 肠鸣音恢复时间     | 腹痛消失时间      | 腹泻消失时间      | 总住院时间        |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 观察组 | 75 | 2.12 ± 0.63 | 3.02 ± 0.78 | 2.88 ± 0.89 | 3.10 ± 0.86 | 7.12 ± 1.85  |
| 对照组 | 75 | 4.63 ± 0.89 | 3.89 ± 1.33 | 5.02 ± 1.24 | 4.88 ± 1.63 | 10.23 ± 2.74 |
| t 值 |    | 19.935      | 4.887       | 12.142      | 8.364       | 8.147        |
| P 值 |    | 0.000       | 0.000       | 0.000       | 0.000       | 0.000        |

表 3 两组患儿营养不良发生率及患儿父母满意率比较

| 组别               | 例数 | 营养不良 |       | 父母满意 |       |
|------------------|----|------|-------|------|-------|
|                  |    | 例数   | 率（%）  | 人数   | 率（%）  |
| 观察组              | 75 | 2    | 2.67  | 74   | 98.67 |
| 对照组              | 75 | 10   | 13.33 | 65   | 86.67 |
| χ <sup>2</sup> 值 |    |      | 5.797 |      | 7.946 |
| P 值              |    |      | 0.016 |      | 0.005 |

3 讨论

3.1 基于 IKAP 理论的健康护理模式可提高慢性腹泻患儿父母照顾技能

0~6 岁是慢性腹泻高发年龄，父母作为患儿主要照顾者，其对患儿的照顾技能将直接影响患儿预后及康复。然而受患儿父母认知水平的影响，不同患儿照顾技能水平存在较大的差异<sup>[9]</sup>。基于 IKAP 理论的健康护理模式可在一定程度上提高患儿对疾病的认知，增强患儿父母对患儿病情转归及预后的信心，激发患儿父母参与患儿疾病管理积极性<sup>[10]</sup>。本研究对慢性腹泻患儿父母在患儿入院时即对其采取基于 IKAP 理论的健康护理模式实施干预，结果显示，干预后观察组患儿父母照顾技能总评分较对照组明显提高（*P*<0.05），说明基于 IKAP 理论的健康护理模式可提高慢性腹泻患儿父母照顾技能。这是因为基于 IKAP 理论的健康护理模式强调“知、信、行”的统一，通过对患儿父母实施针对性护理指导，增强了患儿父母对患儿病情康复的信念<sup>[11]</sup>。同时本研究通过收集信息、传递知识及强化患儿父母健康信念，促使患儿父母认识到参与疾病管理对病情康复的重要性，因此提高了患儿父母疾病管理积极性，从而提高患儿父母基础照顾技能<sup>[12]</sup>。

3.2 基于 IKAP 理论的健康护理模式可改善慢性腹泻患儿胃肠功能及营养状况

慢性腹泻会导致患儿胃肠功能紊乱，机体难以有效吸收营养物质，增加患儿营养不良发生率<sup>[13]</sup>。

对患儿进行对症治疗积极改善患儿胃肠功能，同时对患儿进行营养干预，能有效降低慢性腹泻患儿营养不良发生率<sup>[14]</sup>。本研究结果显示，干预后观察组腹胀消失时间、肠鸣音恢复时间、腹痛消失时间、腹泻消失时间及总住院时间较对照组缩短，且观察组患儿营养不良发生率低于对照组，说明基于 IKAP 理论的健康护理模式能有效改善慢性腹泻患儿胃肠功能，降低患儿营养不良发生率。这是因为 IKAP 理论的健康护理模式能有效提高患儿父母照顾技能，使患儿父母能更好地为患儿提供针对性饮食指导，同时能更好地配合护士监督患儿用药，确保患儿能遵医嘱有效用药，因此能在较短的时间内纠正患儿胃肠功能，促进营养吸收，降低营养不良发生率<sup>[15-16]</sup>。

3.3 基于 IKAP 理论的健康护理模式可提高慢性腹泻患儿父母满意率

本研究结果显示，观察组患儿父母对住院期间护理服务满意度高于对照组，这是因为基于 IKAP 理论的健康护理模式是根据患儿父母照护需求对其进行健康知识宣教，同时还给予了患儿家属心理辅导，减轻了患儿家属照护过程中的心理压力，增强其照护信心，从而更好地配合医护工作，促进患儿病情康复及转归，缩短患儿住院时间，因此提高了患儿父母对护理服务的满意度<sup>[17-18]</sup>。

4 小结

基于 IKAP 理论的健康护理模式能有效提高慢

性腹泻患儿父母照顾能力,改善患儿胃肠功能,降低患儿营养不良发生率,促进患儿康复,提高患儿父母满意度。

## 5 参考文献

- [1] 施琳,穆秀丽.舒适性整体护理干预对小儿腹泻的效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(25):187-189.
- [2] 吴唯薇,陈前程,刘倩.多方式健康管理模式对小儿慢性腹泻患儿营养状况的影响[J].当代护士(中旬刊),2020,27(10):51-53.
- [3] 吴唯薇,陈前程,刘倩.综合护理干预方案对小儿慢性腹泻患儿胃肠功能恢复的影响[J].当代护士(上旬刊),2020,27(10):108-110.
- [4] 袁凤霞.IKAP健康教育模式对妊娠期糖尿病患者疾病知识掌握及自我效能的影响[J].临床医学工程,2020,27(10):1389-1390.
- [5] 陈雪,郑慧琼,邓冬梅,等.基于信息知识信念行为模式的健康教育对老年慢性病患者自我管理能力的影 响[J].中国校医,2018,32(1):21-22.
- [6] 郭淑慧.小儿慢性腹泻个性化延续护理的疗效分析[J].当代护士(中旬刊),2017(8):42-44.
- [7] 孙婧,罗彩凤,魏青,等.中文版家庭照顾者照顾能力量表在肠道口病人照顾者中的信度及效度研究[J].护理研究,2018,32(8):1234-1238.
- [8] 陈芍兵,杨薛玉,张黎,等.住院患者满意度调查问卷的效度评价[J].四川大学学报(医学版),2018,49(3):425-429.
- [9] 汪晓妹.集束化护理干预用于小儿慢性腹泻中的临床价值[J].中国误诊学杂志,2020,15(10):465-467.
- [10] 韦春琳,张发恩,姜红卫,等.基于快速康复理念的IKAP健康教育模式在脊柱关节外科患者术前禁饮食中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(8):138-140.
- [11] 荆璇,薛平,袁丽荣.IKAP模式在慢性病管理中的应用研究进展[J].护理研究,2021,35(8):1441-1446.
- [12] 赵丹.集束化护理对腹泻患儿双歧杆菌治疗效果与不良反应的影响[J].临床医学工程,2021,28(4):509-510.
- [13] 施颖.整体护理程序在小儿腹泻护理中的应用[J].中国医药指南,2018,16(36):260-261.
- [14] 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.
- [15] 全义娜,全宜芳,张婷.儿童腹泻病应用护理干预的效果及预后评价[J].现代诊断与治疗,2019,30(3):493-495.
- [16] 岑德凤.小儿推拿在儿童腹泻中的护理效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(31):35.
- [17] 王晶欣,徐燕玲,江华.IKAP健康教育模式在老年急性胰腺炎病人中的应用[J].循证护理,2021,7(10):1311-1314.
- [18] 陈雪,郑慧琼,邓冬梅,等.基于信息知识信念行为模式的健康教育对老年慢性病患者自我管理能力的影 响[J].中国校医,2018,32(1):21-22.

[2021-09-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

## 疫 情 报 道 高 频 术 语(二十)

| 序号      | 学科             | 规范用词         | 英文                                   | 又称        | 定义                                                                                                            | 来源     | 公布年份 |
|---------|----------------|--------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|
| 01.0631 | 感染病学_总论_抗感染治疗  | 靶细胞          | target cell                          |           | 成为其他细胞、抗体、病毒、药物或其他生物物质等攻击目标的细胞。                                                                               | 感染病学名词 | 2019 |
| 01.0733 | 感染病学_总论_抗感染治疗  | 利巴韦林         | ribavirin                            | 病毒唑;三氮唑核苷 | 鸟苷类衍生物,为广谱抗病毒核苷类似物药物。能抑制病毒合成核酸,对多种RNA、DNA病毒有抑制作用。                                                             | 感染病学名词 | 2019 |
| 01.0225 | 感染病学_总论_宿主防御机制 | 干扰素          | interferon, IFN                      |           | 机体对病毒感染的应答过程中,在细胞内合成的一种小分子糖蛋白。具有广谱的非特异性抗病毒活性,可干扰病毒复制,也具有抗肿瘤细胞和免疫调节作用。                                         | 感染病学名词 | 2019 |
| 01.0182 | 感染病学_总论_宿主防御机制 | 免疫球蛋白        | immunoglobulin, Ig                   |           | 具有抗体活性或化学结构上与抗体相似的球蛋白。是一类重要的免疫效应分子。由高等动物免疫系统淋巴细胞产生的蛋白质,经抗原的诱导可以转化为抗体。因结构不同可分为IgG、IgA、IgM、IgD和IgE 5种,多数为丙种球蛋白。 | 感染病学名词 | 2019 |
| 01.0226 | 感染病学_总论_宿主防御机制 | $\alpha$ 干扰素 | interferon- $\alpha$ , IFN- $\alpha$ |           | 属I型干扰素。由单核巨噬细胞等多种细胞受病毒、核酸等诱导后产生。可抑制病毒复制,抑制多种细胞增殖,参与免疫调节和抗肿瘤效应。                                                | 感染病学名词 | 2019 |

(全国科学技术名词审定委员会提供)

# 正念减压疗法对癌性疼痛患者干预效果的Meta分析

杨婷 陈佳增 何路生 傅静

**【摘要】** 目的 评价正念减压疗法对癌性疼痛患者的干预效果。方法 计算机检索 Pubmed、Web of Science、EBSCO、Cochrane Library、Embase、中国生物医学文献数据库(CMB)、中国知网(CNKI)、万方数据库及中国维普全文数据库(VIP)中正念减压疗法对癌性疼痛患者干预效果的随机对照研究,检索年限从建库至2021年7月31日,进行文献质量评价和资料提取,采用 RevMan 5.3 软件进行数据分析。结果 最终纳入 11 篇 RCT 文献,共 1107 例患者。Meta 分析结果显示,正念减压疗法组与对照组干预后疼痛强度 [ $SMD = -0.76$ ,  $95\%CI(-1.23, -0.29)$ ,  $P < 0.002$ ]、干预后焦虑水平 [ $SMD = -0.65$ ,  $95\%CI(-1.12, -0.17)$ ,  $P = 0.007$ ]及干预后抑郁水平 [ $SMD = -0.59$ ,  $95\%CI(-1.03, -0.14)$ ,  $P = 0.009$ ]的改善比较差异有统计学意义,且疼痛程度、焦虑、抑郁水平的短期随访比较差异无统计学意义,具有一定稳定性。但两组在改善睡眠质量方面比较差异无统计学意义 [ $SMD = -0.78$ ,  $95\%CI(-1.86, -0.30)$ ,  $P = 0.15$ ]。结论 正念减压疗法能够缓解癌症患者疼痛程度、降低焦虑及抑郁水平,但在睡眠质量方面效果并不明显,且长期疗效未得到有效证明。

**【关键词】** 正念减压疗法; 癌性疼痛; 干预效果; Meta 分析

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.024

据美国癌症协会发布的 2020 年全球癌症统计数据可知,世界范围内大约有 1930 万新发病例<sup>[1]</sup>。其中超过 70% 的患者正在忍受着癌痛,高达 50% 癌痛无法得到充分控制,患者常表现出抑郁、恐惧、焦虑等情绪障碍,甚至产生自杀倾向<sup>[2-3]</sup>。正念减压疗法(mindfulness-based stress reduction, MBSR)是指通过系统的正念冥想训练手段来缓解压力、身体症状、负面情绪,以及促进疾病适应的一种自我调节方法<sup>[4]</sup>。近年来,国内外学者将 MBSR 运用于癌痛治疗中,帮助患者缓解疼痛,但其效果尚存在一定争议。本研究通过 Meta 分析对正念减压疗法控制癌痛效果进行评价,以期临床制定更完善、合理、有针对性的 MBSR 提供参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 文献纳入和排除条件

纳入条件:①研究类型:MBSR 对癌性疼痛患者干预效果的随机对照研究;②研究对象:病理检查确诊为恶性肿瘤并具有癌症相关疼痛的患者;③干预措施:试验组采取基于 MBSR 的一系列干预措

施,如正念减压训练、正念冥想等;对照组采用常规护理或等待治疗;④结局指标:主要结局指标为癌性疼痛的严重程度(通过评分获取),次要结局指标为焦虑、抑郁、睡眠。排除条件:正念减压疗法联合其他方式;结果测量指标不明确;未获得全文或数据资料;非随机对照试验(RCT)或综述等。

### 1.2 检索策略

计算机检索 Pubmed、Web of Science、EBSCO、Cochrane Library、Embase、中国生物医学文献数据库(CMB)、中国知网(CNKI)、万方数据库及中国维普全文数据库(VIP)。检索时限为数据库建立至 2021 年 7 月 31 号。英文检索词: cancer OR tumor OR neoplasm AND pain, Mindfulness OR mindfulness-based stress reduction OR mindfulness therapy OR mindfulness based therapy OR MBSR OR meditation; 中文检索词: (正念 OR 正念疗法 OR 正念减压 OR 正念减压法 OR 正念减压疗法 OR 正念减压训练 OR 正念冥想 OR 冥想 OR 正念干预 OR 正念训练) AND (疼痛 OR 癌痛 OR 癌性疼痛 OR 癌症疼痛 OR 肿瘤疼痛)。

### 1.3 文献筛选和资料提取

由 2 名研究者按照纳入、排除条件对检索文献标题和摘要进行分别独立筛选,并将初次纳入的文

献阅读全文后再筛选。如遇分歧,则通过双方讨论或由第三方仲裁解决。2名研究者对文献内容按照先前制定好的标准化表格进行独立提取。内容包括:作者、年份、国家、样本量、年龄、干预措施、干预时间、评定时间、结局指标。

#### 1.4 文献质量评价

采用 Cochrane 偏倚风险评估工具对随机对照试验进行质量评价<sup>[5]</sup>,包括:随机方法、分配隐藏、盲法、数据结果完整性、选择性报告研究结果、其他偏倚。完全满足上述标准为 A 级(低度偏倚),部分满足为 B 级(中度偏倚),完全不满足为 C 级(高度偏倚)。

#### 1.5 资料分析方法

采用 RevMan 5.3 软件进行 Meta 分析。①异质性检验:以  $\chi^2$  检验来确定各研究间是否存在异质性,如  $P>0.1$ ,  $I^2<50\%$ ,表示各研究间统计学异质性较小,用固定效应模型进行分析;如  $P<0.1$ ,  $I^2\geq 50\%$ ,表示研究间统计学异质性较大,采用随机效应模型,分析其异质性来源;如无法判断异质性来源,则采用描述性分析。②效应量合并:本研究均为计量资料,若用相同测量工具,则用加权均数差(WMD)95%CI表示,否则采用标准化均数(SMD)95%CI表示。

## 2 结果

### 2.1 文献检索结果

初步检索获得文献 1320 篇,经 Endnote 软件去除重复文献余 867 篇,其次,阅读文献标题和摘要后获得文献 60 篇。最后,阅读文献全文,依据纳排条件,共纳入文献 11 篇。文献筛选流程图 1。

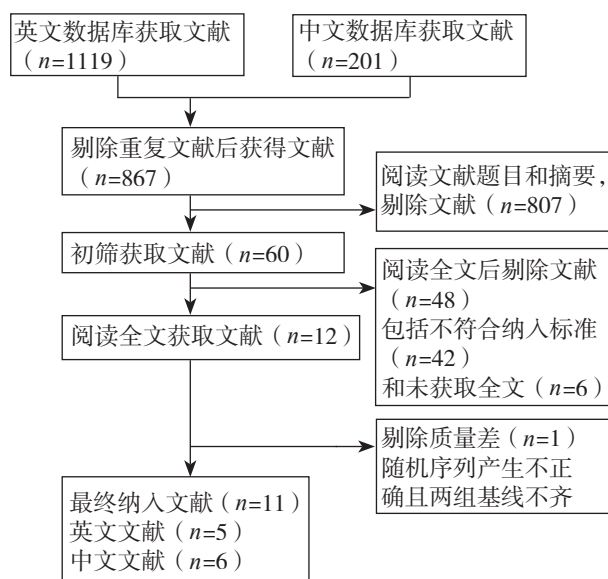


图1 文献筛选流程图

### 2.2 纳入文献的基本特征及质量评价

总共纳入 11 篇 RCT 实验,共 1107 例患者,其中试验组 564 例,对照组 543 例。文献基本特征和质量评价见表 1 和表 2。

#### 2.3 Meta 分析结果

2.3.1 疼痛 9 项<sup>[6-10,13-16]</sup>研究比较了正念减压疗法对疼痛的影响,其中 3 项<sup>[8-9,16]</sup>试验组为瑜伽语音冥想、正念放松训练和正念瑜伽。异质性检验结果为 ( $P<0.00001$ ,  $I^2=91\%$ ),故采用随机效应模型,因研究使用量表不同,采用 SMD 作为效应指标。结果显示:试验组疼痛程度的降低优于对照组,且差异具有统计学意义 [ $SMD=-0.76$ ,  $95\%CI(-1.23, -0.29)$ ,  $P<0.002$ ],见图 2。

所纳入的 11 篇文献,其中 6 篇<sup>[9,11-12,14-16]</sup>对正念减压疗法进行了随访,随访时间主要集中在干预结束后第 6 周和第 1、2、3、6 个月。其中 2 篇<sup>[11-12]</sup>文献未在干预后立即评估,因此将其第一次评估作为干预结束的指标。异质性检验结果为 ( $P<0.00001$ ,  $I^2=88\%$ ),表明存在异质性,故采用随机效应模型分析数据,结果显示:在短期时间内,MBSR 对癌痛的控制具有一定的稳定性,且干预结束后与随访时癌痛程度差异无统计学意义 [ $SMD=-0.36$ ,  $95\%CI(-0.06, -0.78)$ ,  $P=0.09$ ],见图 3。

2.3.2 焦虑 8 项<sup>[6-7,10,12-16]</sup>研究比较了正念减压疗法对焦虑的影响,其中 2 项<sup>[12,16]</sup>试验组干预措施为 TBbM 和正念瑜伽。异质性检验结果为 ( $P<0.00001$ ,  $I^2=88\%$ ),采用随机效应模型。合并效应量显示:干预后患者焦虑水平得到改善,且差异有统计学意义 [ $SMD=-0.65$ ,  $95\%CI(-1.12, -0.17)$ ,  $P=0.007$ ],见图 4。

所纳入 8 篇文献中有 3 篇<sup>[14-16]</sup>文献进行了随访,随访时间主要集中在第 6 周和第 3、6 个月。异质性检验结果为 ( $P=0.82$ ,  $I^2=0\%$ ),采用固定效应模型。结果显示:实施 MBSR 在短期随访中,患者焦虑水平较稳定,且差异无统计学意义 [ $SMD=-0.06$ ,  $95\%CI(-0.23, -0.11)$ ,  $P=0.51$ ],见图 5。

2.3.3 抑郁 8 项<sup>[6-7,10,12-16]</sup>研究比较了正念减压疗法对抑郁的影响,其中 2 项<sup>[12,16]</sup>试验组为 TBbM 和正念瑜伽。异质性检验结果为 ( $P<0.00001$ ,  $I^2=86\%$ ),故采用随机效应模型进行分析。结果显示:试验组较对照组的抑郁水平低,且差异有统计学意义 [ $SMD=-0.59$ ,  $95\%CI(-1.03, -1.14)$ ,  $P=0.009$ ],见图 6。

所纳入 8 篇文献中有 3 篇<sup>[14-16]</sup>文献进行了随访,随访时间主要集中在第 6 周和第 3、6 个月。异质

性检验结果为 ( $P=0.84$ ,  $I^2=0\%$ ), 采用固定效应模型。平呈平稳状态, 且差异无统计学意义 [ $SMD=-0.05$ , 结果显示: 实施 MBSR 在短期随访中, 患者抑郁水 95% $CI(-0.22, -0.13)$ ,  $P=0.59$ ], 见图 7。

表 1 纳入文献基本特征

| 第一作者                      | 年份   | 国家 | 例数  |     | 年龄 (岁)        |               | 干预措施         |                       | 疗程          | 测量时间                         | 结局指标 |
|---------------------------|------|----|-----|-----|---------------|---------------|--------------|-----------------------|-------------|------------------------------|------|
|                           |      |    | 试验组 | 对照组 | 试验组           | 对照组           | 试验组          | 对照组                   |             |                              |      |
| 郭环 <sup>[6]</sup>         | 2019 | 中国 | 60  | 60  | 53.13 ± 3.73  | 53.42 ± 3.83  | MBSR         | 心理健康教育                | 6 周         | 干预前后                         | ①②③  |
| 郑莹 <sup>[7]</sup>         | 2020 | 中国 | 50  | 50  | 44.8 ± 4.9    | 45.6 ± 5.2    | MBSR         | 常规护理                  | 12 周        | 干预前后                         | ①②③④ |
| 杨盼盼 <sup>[8]</sup>        | 2020 | 中国 | 57  | 57  | 64.98 ± 14.88 | 65.26 ± 11.11 | 瑜伽语音冥想       | 常规护理                  | 7 d         | 干预前后                         | ①    |
| 徐彩云 <sup>[9]</sup>        | 2020 | 中国 | 63  | 63  | 48.12 ± 6.01  | 47.52 ± 5.62  | 正念放松训练       | 常规护理                  | 3 个月        | 干预前<br>后, 干预<br>后第 1、3<br>个月 | ①④   |
| 林秀娟 <sup>[10]</sup>       | 2019 | 中国 | 45  | 45  | 50.1 ± 10.23  | 52.4 ± 10.42  | MBSR         | 常规护理                  | 7 周         | 干预前后                         | ①②③  |
| 童浩 <sup>[11]</sup>        | 2020 | 中国 | 42  | 42  | 60.47 ± 8.53  | 57.54 ± 10.52 | MBSR         | 等待治疗                  | 8 周         | 干预前,<br>干预后第<br>3、6 月        | ①    |
| Ngamkham <sup>[12]</sup>  | 2021 | 泰国 | 10  | 7   | 56.57 ± 7.41  | 44.00 ± 8.77  | 泰国佛教正念(TBbM) | 常规护理                  | 3 d+<br>8 周 | 干预前,<br>干预后第<br>1、2 月        | ①②③  |
| Lee <sup>[13]</sup>       | 2017 | 韩国 | 9   | 9   | 52.00 ± 9.67  | 57.00 ± 10    | MBSR         | 常规护理                  | 8 周         | 干预前后                         | ①②③④ |
| Lengacher <sup>[14]</sup> | 2016 | 美国 | 159 | 155 | 56.5 ± 10.2   | 57.6 ± 9.2    | MBSR         | 常规护理                  | 6 周         | 干预前<br>后, 干预<br>后第 6 周       | ①②③  |
| Johns <sup>[15]</sup>     | 2016 | 美国 | 34  | 35  | 56.9 ± 9.9    | 56.4 ± 12.7   | MBSR         | 心理教育/<br>支持组<br>(PES) | 8 周         | 干预前<br>后, 干预<br>后第 6 个<br>月  | ①②③④ |
| Porter <sup>[16]</sup>    | 2019 | 美国 | 35  | 20  | 56.3 ± 11.6   | 59.4 ± 11.3   | 正念瑜伽         | 社会支持<br>护理            | 8 周         | 干预前<br>后, 干预<br>后第 3、6<br>月  | ①②③④ |

注: 结局指标中①疼痛; ②焦虑; ③抑郁; ④睡眠。

表 2 RCT 研究方法质量评估

| 第一作者      | 随机序列产生    | 分配隐藏 | 盲法       |      | 结果数据的完整性 | 选择性报告结果 | 其他偏倚来源 | 证据质量 |
|-----------|-----------|------|----------|------|----------|---------|--------|------|
|           |           |      | 对参与者及干预者 | 结果测评 |          |         |        |      |
| 郭环        | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| 郑莹        | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| 杨盼盼       | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| 徐彩云       | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| 林秀娟       | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| 童浩        | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| Ngamkham  | 随机数字表     | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| Lee       | 不清楚       | 不清楚  | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| Lengacher | 计算机区组随机分组 | 是    | 不清楚      | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| Johns     | 掷硬币       | 是    | 是        | 不清楚  | 完整       | 无       | 无      | B    |
| Porter    | 计算机区组随机分组 | 是    | 是        | 是    | 完整       | 无       | 无      | A    |

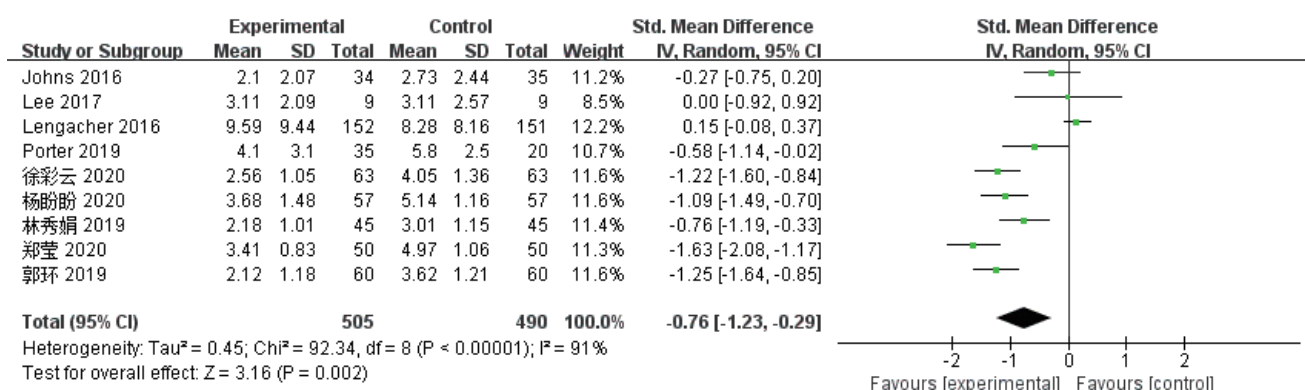


图2 试验组与对照组干预后疼痛程度比较

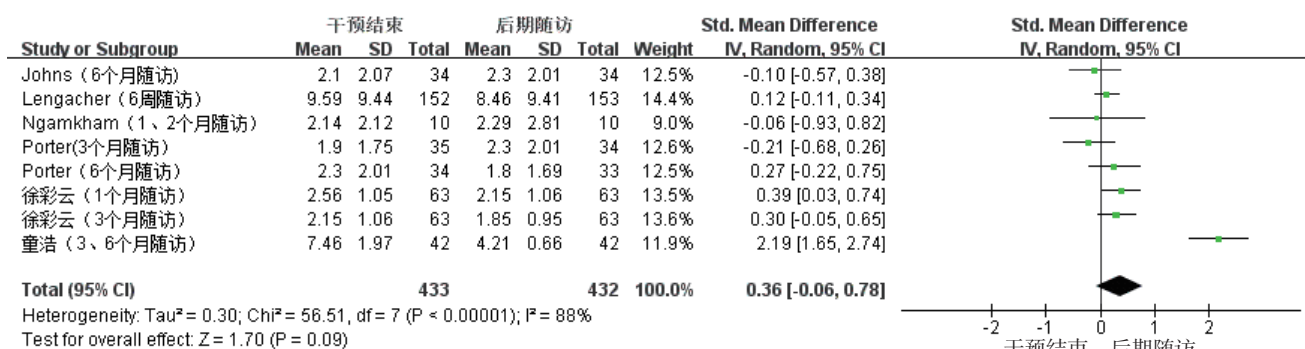


图3 试验组对疼痛干预结束后随访效果评价

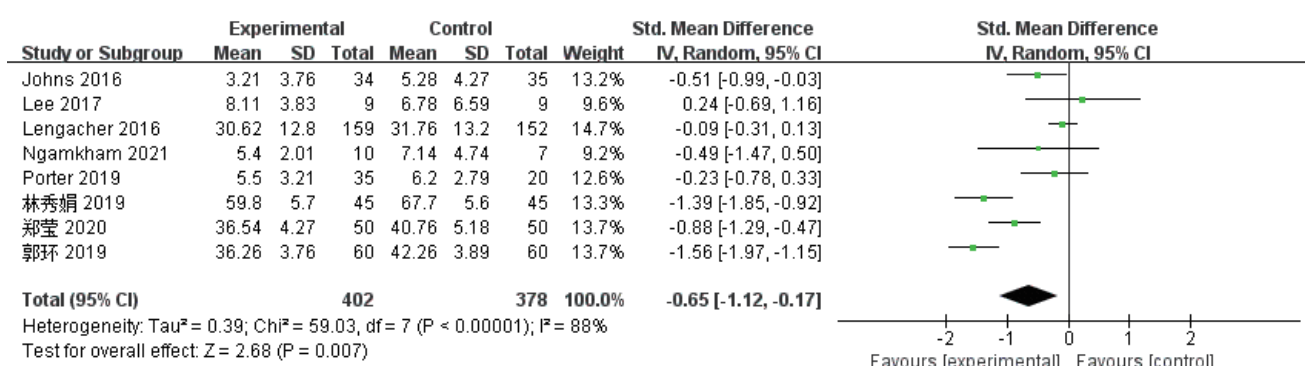


图4 试验组与对照组干预后焦虑水平比较

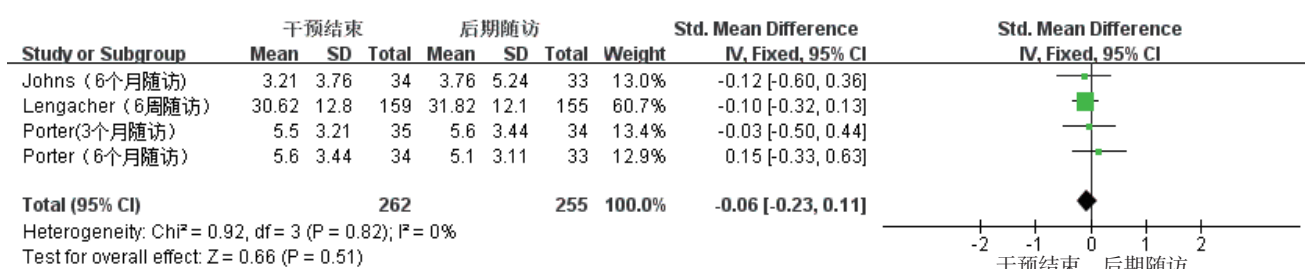


图5 试验组对焦虑干预结束后随访效果评价

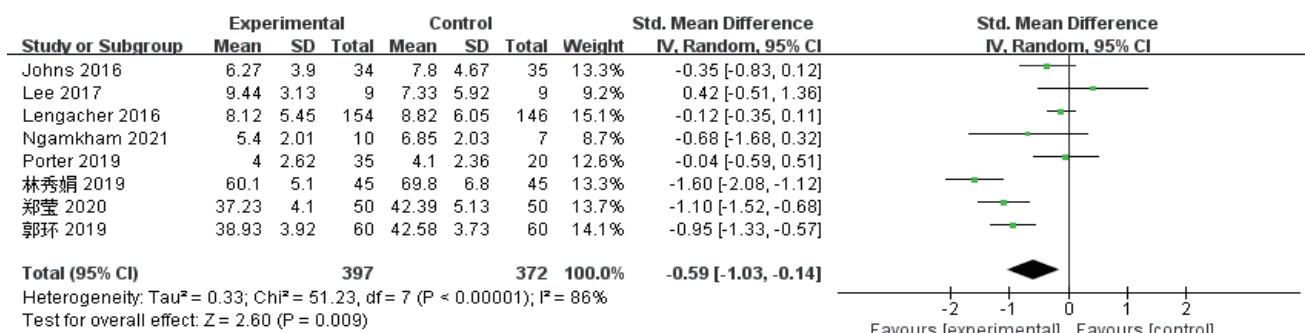


图6 试验组与常规护理组干预后抑郁水平比较

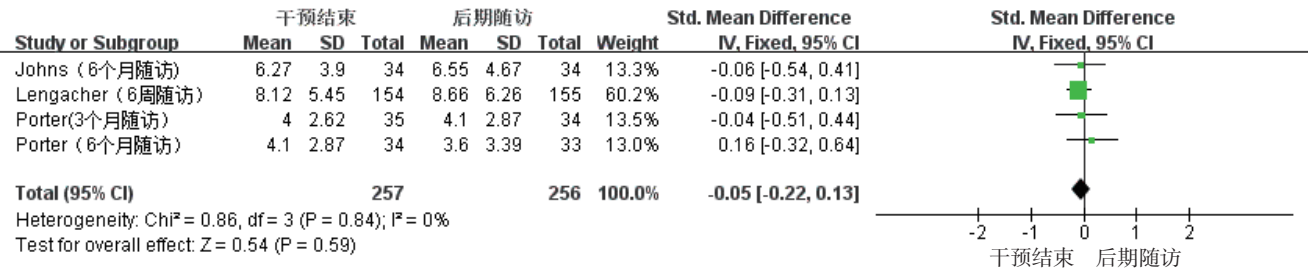


图7 试验组对抑郁干预结束后随访效果评价

2.3.4 睡眠 5项研究<sup>[7,9,13,15-16]</sup>比较了正念减压疗法对睡眠质量的影响,其中2篇<sup>[9,16]</sup>文献采取了正念放松训练和正念瑜伽进行干预。研究该结局指标的5篇文献中仅有2篇文献进行了随访,因此将干预后以及随访的数据进行两组比较。异质性检验

结果为( $P<0.00001$ ,  $I^2=97%$ ),采用随机效应模型。合并效应量结果显示:两组在改善睡眠质量上无统计学意义 [ $SMD=-0.78$ ,  $95%CI(-1.86, -0.30)$ ,  $P=0.15$ ],见图8。

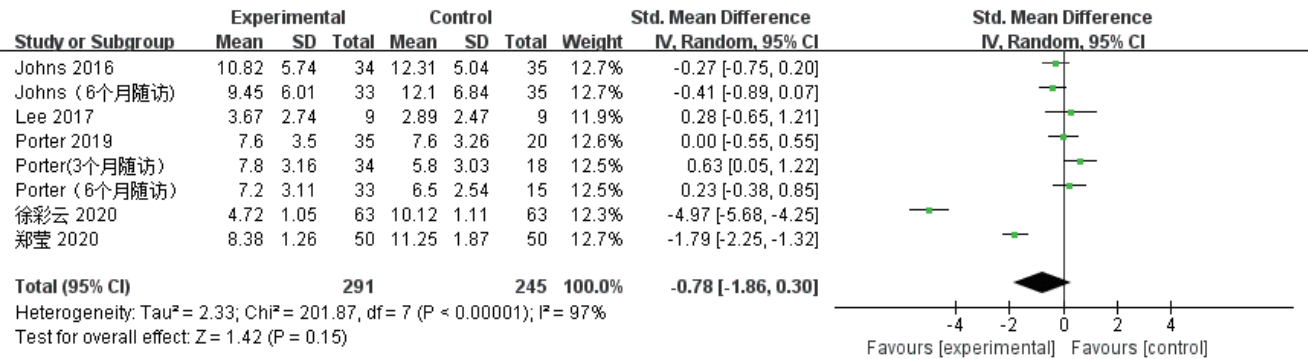


图8 试验组与对照组干预后睡眠质量比较及随访效果评价

2.4 敏感性分析

将结局指标为疼痛、焦虑、抑郁及睡眠质量的文献逐一剔除后行敏感性分析,结果显示:合并效应量结果未见改变。因此,Meta分析结果基本稳定。

3 讨论

3.1 纳入研究的方法学质量分析

本研究纳入11篇RCT文献,仅1篇<sup>[16]</sup>质量为A等,其余质量为中等,主要为盲法设置不完善、不严谨,很难对患者及干预者做到盲法。仅1篇<sup>[15]</sup>文献做到了双盲,另1篇<sup>[16]</sup>文献做到了患者、干预者及结果测评者三盲。文献质量差最重要的原因在于实验随机序列产生方式错误,其次是为设置分配隐藏,特别是前者将直接影响到实验结果的可靠性。

3.2 MBSR对癌性疼痛患者的疗效分析

本研究通过11篇文献进行Meta分析,结果显示:试验组患者的癌性疼痛、焦虑、抑郁均有改善,短期随访结局具有稳定性,且优于对照组。但对于患者睡眠质量的改善,两组差异无统计学意义。正念减压疗法作为一种简单易行的自我管理方法,规

律的正念练习不仅可降低患者的疼痛程度,而且能提高其疼痛自我管理能力。已有研究<sup>[17]</sup>证明MBSR能够缓解疼痛,本研究结果也显示,与常规护理组或等待治疗组相比,MBSR可以降低癌症患者疼痛。研究<sup>[18]</sup>表明癌症患者特别是伴随疼痛的患者会加重其痛苦程度,有更多的负性情绪,本Meta分析结果显示MBSR能减轻患者焦虑、抑郁水平,提高生活质量,与Zhang等<sup>[19]</sup>研究一致。两组在睡眠质量对比上无统计学意义,可能是因为实验样本量较少,使用评估量表不一致导致。以上4个结局指标存在较大的异质性,可能原因:一是,实验纳入标准的不一致;二是,干预方式与干预时间的不一致;三是,未对干预者的能力及资质进行描述。在纳入文献中还有其他指标(感知压力、生活质量、正念水平等)未进行分析,在今后的研究中需进一步整合、分析。

3.3 本次研究的局限性和展望

本次研究存在的局限性:第一,只检索了中英文文献,可能纳入文献不全;第二,研究纳入标准存在差异且评估量表不一致;第三,个别研究样本量较小,未进行盲法;第四,由于各个结局指标

纳入文献有限且存在评价量表不一致的情况,故未描绘漏斗图,可能存在发表偏倚。目前国内外针对 MBSR 干预癌痛的实验还较少,建议标准干预方式、增加样本量、延长干预时间,以更好地评估 MBSR 对癌痛的效果,为临床工作者控制癌痛提供可靠的依据。

#### 4 小结

正念减压疗法能够缓解癌症患者疼痛程度、降低焦虑、抑郁水平,但在睡眠质量方面比较差异无统计学意义,且长期疗效不能得到有效证明。目前,在国内外正念疗法已得到广泛研究,但针对正念减压疗法对癌痛患者的 RCT 研究并不常见。这表明需要更多大样本、高质量的 RCT 研究来验证 MBSR 干预的有效性,并且延长干预时间以寻求更可靠的证据。另外,考虑到工作人员干预结束后癌痛的自我管理,需加强对患者的回访,巩固患者自我效能,进一步证明 MBSR 的作用和效果。

#### 5 参考文献

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries[J]. CA: a Cancer Journal for Clinicians, 2021,71(3): 209–249.
- [2] Neufeld NJ, Elnahal SM, Alvarez RH. Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact[J]. Future Oncol, 2017,13(9): 833–841.
- [3] Rodriguez C, Ji M, Wang H, et al. Cancer Pain and Quality of Life[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2019,21(2): 116–123.
- [4] Bishop SR. What do we really know about mindfulness-based stress reduction?[J]. Psychosom Med, 2002,64(1): 71–83.
- [5] Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials[J]. BMJ, 2011,343: d5928.
- [6] 郭环,袁静,仲艳,等.正念减压对复杂性脊柱转移肿瘤动脉栓塞化疗患者不良情绪与生活质量的影响[J].肿瘤药学,2019,9(2): 344–348.
- [7] 郑莹,陈俊晓,李澜欣,等.正念减压对鼻咽癌同步化疗患者不良情绪及口咽疼痛的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(5): 1072–1074.
- [8] 杨盼盼,陈黎明,黄丽华.瑜伽语音冥想在晚期恶性肿瘤患者疼痛治疗中的影响研究[J].护理与康复,2020,19(12): 52–55.
- [9] 徐彩云,卢俊红,王红银.正念放松训练对肝癌患者经导管动脉栓塞化疗术后癌因性疲乏的影响[J].癌症进展,2020,18(14): 1501–1505.
- [10] 林秀娟.正念减压疗法在癌性疼痛管理中的应用[J].当代护士(上旬刊),2019,26(3): 89–91.
- [11] 童浩,苏寒,况小红,等.正念减压疗法联合化疗对骨髓瘤骨病患者生存质量的影响[J].四川精神卫生,2020,33(2): 156–159.
- [12] Ngamkham S, Yang J, Smith E. Thai Buddhism-Based Mindfulness for Pain Management in Thai Outpatients with Cancer: A Pilot Study[J]. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2021,8(1): 58.
- [13] Lee CE, Kim S, Kim S, et al. Effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Physical and Psychological Status and Quality of Life in Patients With Metastatic Breast Cancer[J]. Holist Nurs Pract, 2017,31(4): 260–269.
- [14] Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, et al. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial[J]. J Clin Oncol, 2016,34(24): 2827–2834.
- [15] Johns SA, Brown LF, Beck-coon K, et al. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors[J]. Support Care Cancer, 2016,24(10): 4085–4096.
- [16] Porter LS, Carson JW, Olsen M, et al. Feasibility of a mindful yoga program for women with metastatic breast cancer: results of a randomized pilot study[J]. Support Care Cancer, 2019,27(11): 4307–4316.
- [17] 李雨昕,杨茜,刘世英,等.正念减压疗法用于社区老年慢性疼痛患者的效果[J].护理学杂志,2016,31(9):97–100.
- [18] Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, et al. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors[J]. Pain Manag Nurs, 2019,20(2): 146–151.
- [19] Zhang J, Xu R, Wang B, et al. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis[J]. Complement Ther Med, 2016,26: 1–10.

[2021-10-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 基于技能的压力管理在颅脑肿瘤患者中的应用效果

张丽娜 赵雪莲 刘淼

**【摘要】目的** 探讨基于技能的压力管理对颅脑肿瘤患者心理社会适应、应对策略与自我效能的影响。**方法** 选取2018年1月—2021年9月医院收治的颅内肿瘤患者98例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组与观察组,各49例。对照组实施常规护理,观察组实施基于技能的压力管理,观察比较两组患者应对方式、心理状态及自我效能的改善情况。**结果** 干预后,观察组屈服、回避维度评分低于对照组,观察组面对维度评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预后,观察组焦虑、抑郁、压力得分低于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组癌症自我效能感量表(SUPPH)、创伤后成长量表(PTGI)评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组SUPPH、PTGI评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 基于技能的压力管理能有效增强患者自我效能,改善其心理状态,减轻身心压力,提高应对策略,促进颅内肿瘤患者心理社会适应能力。

**【关键词】** 压力管理; 颅脑肿瘤; 心理社会适应; 应对策略; 自我效能

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.025

**Application effect of skill-based stress management in patients with craniocerebral tumor** ZHANG Lina, ZHAO Xuelian, LIU Miao (Beijing Tsinghua Changgung Hospital Affiliated to Tsinghua University, Beijing, 102218, China)

**【Abstract】Objective** To investigate the effects of skills-based stress management on psychosocial adaptation, coping strategies and self-efficacy in patients with craniocerebral tumors was as the study subject. **Methods** A total of 98 patients with intracranial tumors admitted to the hospital from January 2018 to September 2021 were selected 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 49 cases in each group. The control group was given routine nursing, and the observation group was given skill-based stress management to observe and compare the improvement of coping style, psychological state and self-efficacy of the two groups. **Results** After the intervention, the yield and avoidance dimension scores of the observation group were lower than those of the control group, and the face dimension scores of the observation group were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). After the intervention, the anxiety, depression and stress scores of the observation group were lower than those of the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). Before intervention, there was no significant difference in the strategies used by people to promote health(SUPPH) and posttraumatic growth inventory(PTGI) scores between the two groups( $P>0.05$ ). After the intervention, the SUPPH and PTGI scores of the observation group were higher than those of the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The application of skill-based stress management can effectively enhance patients' self-efficacy, improve their psychological state, reduce physical and mental stress, improve coping strategies, and promote psychosocial adaptation in patients with intracranial tumors.

**【Key words】** Stress management; Craniocerebral tumors; Psychosocial adaptation; Coping strategies; Self-efficacy

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

颅脑肿瘤是源于颅腔内神经系统肿瘤的统称,以颅内压增高和局灶性症状为特征,患者常因剧烈头痛、呕吐、认知障碍、肢体瘫痪及口齿不清、视神经乳头水肿等表现被确诊,病情严重且凶险,具有较高的病死率与致残率<sup>[1]</sup>。相关研究表明<sup>[2]</sup>,肿瘤作为严重性负性体验与应激事件,患者出现焦虑、抑郁、反社会行为及社交能力受损等症状发生率普遍高于其他疾病,导致治疗依从性降低,康复期回归家庭困难,社会适应能力低下。因此,及时掌握患者的心理需求,提供积极正向的支持性护理,帮助患者缓解和释放心理压力,有助于患者心理弹性与康复信念的增强。既往常规护理多以普适化对症护理为主,缺乏对患者身心体验与心理干预的重视,导致治疗期间乃至康复期患者心理问题严重,康复质量低下。基于技能的压力管理属早期姑息性护理,其充分融合认知行为疗法、积极心理学等多种心理社会干预措施,旨在降低患者患病期间心理社会问题,提升其自我效能与应对策略,优化其生活质量<sup>[3]</sup>。李艳玲等<sup>[4]</sup>将该理论应用于恶性肿瘤患者及家属中发现,该护理能提升家属照护细心与心理弹性,并有效改善患者焦虑、认知、人际关系等社会心理状况,提高其生活质量。为此,本研究将探讨基于技能的压力管理在颅脑肿瘤患者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2018年1月—2021年9月我院收治的颅内肿瘤患者98例为研究对象,纳入条件:经病理

学或细胞学确诊为颅脑肿瘤;具有正常思维认知能力;未参与过类似研究;配合研究并签署知情同意书。排除条件:既往有精神类疾病史;伴有严重脏器功能障碍或衰竭;临床资料不齐且无法随访者。按照组间基本特征具有可比性的原则将其分为对照组与观察组,各49例。对照组中男29例,女20例;年龄25~80岁,平均 $50.48 \pm 7.61$ 岁;肿瘤类型:垂体瘤16例,胶质瘤6例,颅咽管瘤8例,中枢神经细胞瘤9例,胆脂瘤10例;文化程度:高中以下19例,高中及以上30例。观察组中男27例,女22例;年龄24~79岁,平均 $50.76 \pm 6.83$ 岁;肿瘤类型:垂体瘤17例,胶质瘤7例,颅咽管瘤8例,中枢神经细胞瘤10例,胆脂瘤7例;文化程度:高中以下21例,高中及以上28例。两组以上资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

对照组实施常规护理,包含入院环境介绍,做好基础护理,常规口头疾病宣教;通过交谈缓解其心理紧张与陌生感;讲解并发症防治与护理、病情监测与常规回访等内容。观察组在常规护理基础实施基于技能的压力管理干预,具体流程如下:

1.2.1 明确问题 入院时以患者文化程度、年龄、家庭背景、职业类型等作为信息收集重点,采用抑郁-焦虑-压力量表<sup>[5]</sup>进行心理状态测试,对测评结果进行综合性归纳和分析,根据心理状态现状与个体性差异将其心理压力来源分为自身、家庭与社会3个层面,并利用根因分析法究其原因,具体见表1。

表1 患者心理压力来源与原因

| 层面 | 内容                         | 原因                        |
|----|----------------------------|---------------------------|
| 自身 | 恐惧疾病带来的死亡与形体残缺             | 个体应激能力不足(疾病知识储备欠缺、心理耐受力弱) |
|    | 对检查结果、疾病原因存在质疑和担忧          | 应激能力不足(对负性事件接纳度低)         |
|    | 对自身角色改变、风险规避不足,自我价值降低,感到自责 | 个体性格缺陷(应对策略消极)            |
|    | 担忧治疗过程与治疗效果的不确定性           | 个体应激能力不足(疾病知识储备欠缺)        |
| 家庭 | 对疾病给家属带来压力感到自责             | 个体性格缺陷(消极看待现状)            |
|    | 担心疾病加重家庭经济负担               | 家庭经济支持不足                  |
|    | 担心家人因我患病而心生厌弃              | 社会支持不足(家庭情感支持力度不足)        |
| 社会 | 担心自身人际交往关系会受挫              | 社会支持度较弱(担心社交互动中人际资源)      |
|    | 忧虑自身社会支持度不足                | 个体性格缺陷(消极看待现状)            |
|    | 担心同事或朋友会因此远离自己             | 性格不足(倾向于负性事件)             |

1.2.2 表达感情 设立目标 采用半结构式访谈法自行设计患者心理压力缓解需求问卷<sup>[6]</sup>,通过开放式一对一交流、提问,分析患者服务需求,如你觉得你现在最大的问题是什么?你对疾病有什么感

受?你对目前问题打算怎么做?你希望获取哪些方面的信息和支持?你觉得有哪些需要帮助的问题?等,访谈结束,进行收集和整理护理需求,归纳为:  
①普及病症知识,提升疾病适应力,学习压力情绪

转化方式；②提升社会关注与支持；③减轻家属照护压力，优化家庭沟通模式。

1.2.3 制订计划

（1）成立护理小组：由具备丰富疾病治疗经验与护理经验的主治医生1名、护士长1名、护士2名以及心理治疗师1名共同成立该小组，明确组内各成员工作职责，医生负责患者病情评估与康复指导工作；心理治疗师负责患者心理评估工作与方案的制订；护士长负责统筹协调各项护理工作，并对护士进行专业培训及考核，内容包括：颅脑肿瘤类型与特点、临床表现、并发症预防及处理；基

于技能的压力管理临床应用、发展和意义；方案实施流程与注意事项、资料收集方法、问卷使用方法等。护士负责方案实施及资料收集，培训结束后经临床知识与操作系统考核均为合格方可正式加入该小组。

（2）基于技能的压力管理<sup>[7]</sup>：以文献研究为理论基础，对患者心理压力问题进行归纳分析，整合意见与可行性内容，根据患者压力来源与发生原因，经小组成员查阅文献、组内讨论、咨询专家等方式，结合患者个体特征与疾病进展，制订涵盖4个主题的压力管理计划，见表2。

表2 基于技能的压力管理

| 项目   | 主题      | 内容                                         | 评价                       |
|------|---------|--------------------------------------------|--------------------------|
| 认知重组 | 集中课堂    | 通过视频影像资料、一对一交流等形式讲解疾病原因、表现、治疗方式与效果、不良反应、预后 | 患者治疗信心增强；内在压力缓解          |
| 自身技巧 | 减压技巧我知道 | 正念冥想、正念减压；呼吸放松法、肌肉放松法；感恩回顾法                | 患者学会自我压力调节方式与技能          |
| 家庭赋能 | 家人听我说   | 提供亲属互动契机，分享家庭相处中的不足；积极倾诉情感，认识家庭结构          | 家庭成员间良性互动得到改善；家庭支持力度增强   |
| 社会支持 | 对抗疾病我能行 | 观看抗癌电影《向阳而生》；利用榜样激励机制分享抗癌经验；组织患者团队活动       | 患者抗癌意念与信念得到强化；社会支持网络得到扩展 |

减压技巧的具体措施如下：①正念冥想。使用轻松舒缓音乐配合缓慢规律的呼吸完成眼部与脸部肌肉的紧绷与放松，随后引导其想象自己在一片花园里、草地上或大海边，发挥想象去冥想那些场景中的人物、景色与物品，促使其达到身心合一，注意力集中的状态。②正念减压。利用苹果、葡萄为冥想物品，引导患者观察物品颜色、纹理、形状、质地及味道，并嘱咐其闭眼回忆刚刚的过程；或回想之前生活中充满愉悦感、满足感与自豪感的人生事件与生活信息，促进积极心态的养成。③呼吸放松法。取平卧位，将右手放在胸部位置，左手放于腹部，用力深吸一口气，关注呼吸中感觉最的地方—腹部，待腹部逐渐膨胀上抬至最高点后，屏气2~3 s后，将口唇缩成圆形，再缓慢呼出气体，期间注意自己注意力有没有游移。④肌肉放松法。从头部—上肢—躯干—下肢的顺序进行训练。头部：双眼紧闭、眉头紧皱，鼻子、脸颊紧绷，用力鼓腮保持5 s后放松；上肢：双手紧握拳头使左右前臂紧绷，随后将双臂伸直并同时握拳维持7 s后放松；躯干：分别完成双肩耸起、挺胸、背部拱起、屏住呼吸等动作，使肩部肌肉、胸部肌肉、背部肌肉及腹部肌肉分别处于紧张状态，各维持5 s后放松；下肢：将左右腿向前用力蹬墙维持7 s后放松。⑤感恩回顾法。

鼓励患者写出2件曾经经历的心怀感激事件，并思考这些事使自己生活拥有了怎样的积极力量；鼓励患者对既往帮助过自己的家人、朋友或医护人员写一封感恩信，描述和体会当时心里积极情绪，护士根据记录情况给予相应言语或物质奖励。

（3）方案的具体应用：整个干预周期分4次开展，开展形式为一对一、集中形式、团队形式，30~45 min/次，每隔1周进行1次，共8周。应用医学应对方式问卷（MCMQ）、抑郁—焦虑—压力量表中文精简版、癌症自我效能感量表（SUPPH）与创伤后成长量表（PTGI）分别在干预前与干预第8周进行效果评价。

1.3 观察指标

（1）应对方式：应用MCMQ<sup>[8]</sup>对两组患者干预后应对方式进行评估，该问卷共有20个条目，分为面对（0~32分）、屈服（5~20分）、回避（7~28分）3个维度，各条目采用1~4级评分法，屈服与回避维度结果分数越低、面对维度评分越高，则表明患者的应对方式越好。

（2）心理状态：采用抑郁—焦虑—压力量表中文精简版对患者干预后心理状态进行评分，该表共21条目，由焦虑（7个条目）、抑郁（7个条目）、压力（7个条目）3个分量表组成，采用0~3分评分法，

得分越高表明焦虑、抑郁或压力程度越严重。

(3) 自我效能与创伤后成长: 采用 SUPPH<sup>[9]</sup> 与 PTGI<sup>[10]</sup> 评估两组患者干预前后自我效能与创伤后成长水平, 以评估护理效果。SUPPH 量表包括缓解压力、正性态度以及自我决策 3 维度, 共 28 个条目, 采用 linkert 5 级评分法, 分数越高表明自我效能感越好; PTGI 共 21 个条目, 包含个人力量、人际关系、新的可能性、欣赏生活、精神变化等 5 个维度, 采用 0~5 分计分法, 总分 0~105 分, 分数越高表明创伤后成长水平越高。

#### 1.4 统计学方法

选用 SPSS 22.0 统计软件进行数据处理, 符合正态分布的计量资料用“均数 ± 标准差”表示,

组间均数比较行  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组应对方式比较

干预后, 观察组屈服、回避维度评分低于对照组, 观察组面对维度评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

### 2.2 两组心理状态比较

干预后, 观察组焦虑、抑郁、压力得分情况低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 4。

表 3 两组应对方式比较 (分)

| 组别    | 例数 | 面对           | 屈服          | 回避           |
|-------|----|--------------|-------------|--------------|
| 对照组   | 49 | 13.46 ± 3.56 | 9.56 ± 2.12 | 15.96 ± 4.85 |
| 观察组   | 49 | 17.86 ± 4.52 | 6.04 ± 2.14 | 12.37 ± 3.46 |
| $t$ 值 |    | 5.353        | 8.180       | 4.218        |
| $P$ 值 |    | 0.000        | 0.000       | 0.000        |

表 4 两组心理状态比较 (分)

| 组别    | 例数 | 焦虑           | 抑郁           | 压力           |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|
| 对照组   | 49 | 14.53 ± 3.25 | 16.61 ± 3.47 | 17.31 ± 1.76 |
| 观察组   | 49 | 10.59 ± 2.68 | 11.54 ± 2.31 | 12.43 ± 1.08 |
| $t$ 值 |    | 6.547        | 8.514        | 16.543       |
| $P$ 值 |    | 0.000        | 0.000        | 0.000        |

### 2.3 两组 SUPPH、PTGI 评分比较

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

PTGI 评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 两组 SUPPH、PTGI 评分比较 (分)

| 组别    | 例数 | SUPPH        |              | PTGI         |              |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|       |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组   | 49 | 62.13 ± 6.48 | 71.49 ± 7.54 | 64.33 ± 6.61 | 69.83 ± 6.98 |
| 观察组   | 49 | 62.77 ± 6.74 | 92.24 ± 8.36 | 64.10 ± 6.23 | 83.72 ± 7.95 |
| $t$ 值 |    | 0.479        | 12.902       | 0.177        | 9.191        |
| $P$ 值 |    | 0.633        | 0.000        | 0.860        | 0.000        |

## 3 讨论

### 3.1 基于技能的压力管理在颅脑肿瘤患者中的应用优势

颅脑肿瘤是源于颅内组织原发性肿瘤和由

身体其他部位恶性肿瘤转移至颅内引起的继发性肿瘤的统称, 大部分患者在患病期间因疾病躯体症状、治疗副作用、手术创伤、经济压力等因素导致精神压力增加, 并诱发患者持续关注、无助等消极应对行为, 焦虑、抑郁心理严重及生活希望水平低

下等心理行为问题,影响治疗依从性与整体康复。据报道<sup>[11]</sup>,颅内肿瘤患者焦虑和抑郁患病率高达20%~60%,心理社会行为问题检出率约10.8%,对患者生存质量与康复质量均造成严重干扰。研究表明<sup>[12]</sup>,肿瘤作为恐惧性应激疾病,及时掌握患者心理体验现状,利用有效资源或支持性护理帮助患者减轻心理困扰程度,释放压力水平,提高疾病感知与抗压能力可对疾病康复起积极作用。基于技能的压力管理是指应用护理心理学及康复学的原则与技巧采取一系列综合性干预措施,旨在通过帮助患者掌握压力管理技巧,来增强个体在经历压力情境/事件后产生负性情绪的应对能力,从而改善其心理健康状况<sup>[13]</sup>。研究证实<sup>[14]</sup>,该护理能有效提升恶性肿瘤患者的心理复原力,帮助个体恢复和提高自我效能,降低负性情绪与行为问题得分。

### 3.2 基于技能的压力管理能有效增强患者自我效能与创伤后成长水平

自我效能感作为个体生活中能否处理各种压力的自信心指标,是个体面对问题和困难的处理态度和能力体现,对个体思维、行为动机、应对方式和行为模式起着决定性作用。颅脑肿瘤患者自我效能低下的原因与患病期间疾病症状、治疗副作用与经济压力、康复期自我角色改变与对疾病复发的担忧等相关。本研究实施基于技能的压力管理后,观察组自我效能评分与创伤后成长评分高于对照组,此结果的原因可能为:该护理通过明确患者心理护理需求,以改善家庭关怀与激发社会支持为方向,促进个体心理成长,增强和拓展个体心理灵活性,减轻负性心理情绪。其中减压技巧能帮助患者获取更多缓解心理负性情绪的有效策略,使其正确利用自身条件和内在潜能去应对压力,适应逆境,进而减轻心理压力水平。裘佳佳等<sup>[15]</sup>指出,肿瘤患者家庭情感支持、家庭经济等均为影响其心理适应、行为问题及社会功能的关键因素。为此本研究通过改善家庭与社会支持,可强化患者积极情绪体验,增强其自我效能,激发其内在自我调适和信念改变,即创伤后成长水平,使患者更快从创伤和痛苦中恢复和适应,对心理压力可以起到缓冲作用。

### 3.3 基于技能的压力管理能改善患者心理状态与应对方式

应对是指以特定需求为导向的个人行为认知态度,面对的应对方式有利于促进患者对疾病的正确认识及管理,而屈服的应对方式则会加重患者疾病恐惧感,增强疾病不适反应,进而加深患者心理创伤应激,影响生活体验与生活质量。本研究实施基

于技能的压力管理后,观察组屈服、回避维度评分低于对照组,面对维度评分高于对照组,焦虑、抑郁得分与压力得分情况低于对照组,此结果与刘倩研究结论一致<sup>[16]</sup>。其原因为:该理论认为,积极心理情绪可拓展个体当下认知、注意力及行为方式,本研究通过多种正性行为与心理干预帮助挖掘患者积极心理,引导患者逐渐正视疾病,促进肿瘤事件、应激障碍和负性情绪的调节。其中集中课堂可使患者掌握疾病治疗方式、康复重点、注意事项以及疾病动态变化和转归,增加患者配合度和护理积极性。通过抗癌视频,为患者应对困难提供参照,帮助学习接纳创伤事件与积极应对疾病的重要性,拓展患者思维与应对行为模式,增强正性评价与有效应对的信念,进而改善患者应对策略。通过正念冥想、正念减压、呼吸放松法、肌肉放松法,能帮助患者释放身心压力。利用感恩回顾法,有助于激发患者积极心理情绪,体验更多积极情感与人文关怀,进而培养积极应对方式与心理适应能力,以平稳的状态适应康复过程。

综上所述,基于技能的压力管理的应用有助于消除颅内肿瘤患者焦虑、紧张及恐惧等负性情绪,促使患者通过自我控制和自我压力管理,主动处理应激情境与适应压力,促进其心理社会适应能力。但本研究属单中心研究,且样本量较少,未来仍需扩大样本量,增加多中心临床研究对该结论加以证实,为临床提供更多的指导与帮助。

## 4 参考文献

- [1] 宋海乔,强军,王轩轩.多模态MRI在颅脑肿瘤患者诊治中的应用[J].中国CT和MRI杂志,2021,19(4):1-4.
- [2] 孙婉琛,周扬,杨宛凝,等.颅脑肿瘤患者围手术期抑郁状态危险因素分析[J].国际麻醉学与复苏杂志,2019,40(11):1045-1050.
- [3] 吴爱平,黄群,范建萍,等.压力管理在妇科肿瘤化疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(16):2067-2071.
- [4] 李艳玲,邹花香,唐静玉.压力管理干预在癌症患者照顾者中的应用观察[J].基层医学论坛,2019,23(18):2660-2661.
- [5] 张迪,崔胜宇,李玉华,等.抑郁-焦虑-压力量表中文版在临床医学本科生中应用的信效度评价[J].护理研究,2019,33(9):1494-1497.
- [6] 张园梅,申静.护理干预对颅内肿瘤患者围手术期应激反应的影响[J].山西医药杂志,2020,49(12):1608-1609.
- [7] 张敏,戴海勤,赵春艳.压力管理训练在2型糖尿病患者

# 系统性健康教育联合尊严疗法对鼻咽癌患者的影响

霍进进 邢媛媛 张莉 周思佳 刘鑫 苏丹 于慧

**【摘要】目的** 探讨系统性健康教育联合尊严疗法对鼻咽癌患者自我感受负担、自我管理效能及生存质量的影响。**方法** 选取2019年5月—2021年5月医院收治的鼻咽癌患者136例为研究对象,按照组间基线资料具有可比性的原则将其分为观察组和对照组,各68例。对照组给予常规护理,观察组在此基础上实施系统性健康教育联合尊严疗法,比较两组患者自我感受负担、自我管理效能及生存质量的变化。**结果** 干预前,两组自我感受负担评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组身体负担、经济负担及情感负担评分均低于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组自我管理效能评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组自我决策、自我减压及正性态度评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预前,两组生存质量各维度评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组生存质量各维度评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 系统性健康教育联合尊严疗法可缓解鼻咽癌患者自我感受负担,提高患者的自我管理效能与生存质量。

**【关键词】** 鼻咽癌;系统性健康教育;尊严疗法;自我感受负担;生存质量

中图分类号 R473.76 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.026

**Effect of systematic health education combined with dignity therapy on patients with nasopharyngeal carcinoma** HUO Jinjin, XING Yuanyuan, ZHANG Li, ZHOU Sijia, LIU Xin, SU Dan, YU Hui (The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the effect of systematic health education combined with dignity therapy on self-perceived burden, self-management efficacy and quality of life in patients with nasopharyngeal carcinoma.

**Methods** A total of 136 patients with nasopharyngeal carcinoma admitted to the hospital from May 2019 to May 2021 were selected as the research objects, and they were divided into observation group and control group according to the principle of comparability of baseline data between groups, with 68 cases in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given systematic health education combined with dignity therapy on this basis, and the changes in self-perceived burden, self-management efficacy and quality of

作者单位:450000 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院鼻科

- 者中的应用[J].临床与病理杂志,2019,39(2):441-447.
- [8] 曹水英,郭玉青,高学军,等.认知-心理-社会支持干预对颅内肿瘤患者术后负性情绪,应对方式及生活质量的影响[J].癌症进展,2020,18(13):1388-1391.
- [9] 常一心,李珺,王莉.个案管理模式配合多元化睡眠护理对脑肿瘤患者术后心理状况和睡眠质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(11):1233-1236.
- [10] 刘晓蓓,李惠萍,陈晓红,等.乳腺癌患者创伤后成长与认知评价和应对方式的相关研究[J].重庆医学,2019,48(4):586-590.
- [11] 谭晓洁,陈利莉,刘雪.赋能心理护理对颅内肿瘤术后患者负性情绪及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2022,19(3):202-205.
- [12] 酒晓盈,李琳,蔡春雨.延续性护理模式在改善颅内肿瘤手术患者出院后情绪、睡眠及生活质量中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(2):80-83.
- [13] 章卫平,王丽媛.压力管理干预在急性冠脉综合征患者生活质量中的改善作用[J].解放军护理杂志,2018,35(13):12-16.
- [14] 高芳,吴晓燕.压力疏导联合时间护理模式对肺癌胸腔镜手术患者生存质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(21):3965-3967.
- [15] 裘佳佳,贺艳琪.年轻乳腺癌患者心理社会适应水平调查及影响因素分析[J].上海护理,2020,20(1):27-31.
- [16] 刘倩.基于技能的压力管理对青少年恶性肿瘤患儿心理社会适应的影响[D].重庆:重庆医科大学,2021.
- [2021-12-14 收稿]
- (责任编辑 肖向莉)

life were compared between the two groups. **Results** Before intervention, there was no significant difference in self-perceived burden score between the two groups( $P>0.05$ ). After intervention, the physical burden, economic burden and emotional burden scores of the observation group were lower than those of the control group, and the differences between the groups were statistically significant( $P<0.05$ ). Before intervention, there was no significant difference in self-management efficacy score between the two groups( $P>0.05$ ). After intervention, the scores of self-decision, self-decompression and positive attitude 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 each dimension scores of life quality between the two groups( $P>0.05$ ). After intervention, the each dimension scores of life quality 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 application of systematic health education combined with dignity therapy can alleviate the self-perceived burden of patients with nasopharyngeal carcinoma, and improve the self-management efficacy and quality of life of patients.

**【Key words】** Nasopharyngeal carcinoma; Systematic health education; Dignity therapy; Self-perceived burden; Quality of life

鼻咽癌是一种位于鼻咽腔顶部与侧壁的恶性肿瘤,其发病机制与感染、环境、遗传、不良生活习惯等因素有关,是国内高发恶性肿瘤之一,其发病率位居耳鼻咽喉恶性肿瘤首位<sup>[1-2]</sup>。随着医疗技术的发展,鼻咽癌患者经放疗、化疗等多种手段可有效提升存活率<sup>[3]</sup>,但该疾病恶性程度高,药物毒副作用及并发症均会增加患者自我感受负担,且多数患者疾病认知水平不高,导致患者自我管理效能下降,严重影响患者生存质量<sup>[4]</sup>。因此,采取有效护理措施辅助鼻咽癌患者治疗,对缓解患者自我感受负担、提升患者自我管理效能与生存质量至关重要。有研究将系统性健康教育应用于脑卒中偏瘫患者中,能提升患者疾病认知水平,改善患者自我效能<sup>[5]</sup>。又有研究将尊严疗法应用于癌症患者中,能缓解患者自我感受负担,提升患者生活质量<sup>[6]</sup>。目前系统性健康教育、尊严疗法已逐步应用于癌症患者中<sup>[7]</sup>。基于此,本研究旨在探讨系统性健康教育联合尊严疗法干预对鼻咽癌患者自我感受负担、自我管理效能及生存质量的影响。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年5月—2021年5月我院收治的鼻咽癌患者136例为研究对象,按照两组基线资料具有可比性的原则将其分为观察组和对照组,各68例。观察组中女33例,男35例;年龄21~81岁,平均 $52.18 \pm 6.25$ 岁;学历:高中及以下43例,高中以上25例。对照组中女32例,男36例;年龄20~82岁,平均 $53.23 \pm 6.31$ 岁;学历:高中及以下41例,高中以上27例。两组患者以上资料比较差异无统

计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 纳入与排除条件

纳入条件:①确诊为鼻咽癌者;②无病灶转移者;③临床资料完整者;④家属知情并签订知情同意书。排除条件:①参加过类似研究者;②存在语言沟通及理解能力障碍者;③合并有严重肝肾器官衰竭者;④鼻咽癌复发或病灶转移者;⑤不配合研究者。

### 1.3 护理方法

1.3.1 对照组 采取常规护理,主要包括:①常规宣教,向患者发放健康指导手册,包括鼻咽癌疾病危害、发病机制、治疗方案、注意事项、毒副作用管理等知识,并利用病房访视期间为患者系统讲解疾病相关知识。②基础护理,密切监测患者生命体征;嘱咐患者以清淡、易消化饮食为主,禁食辛辣、刺激性食物,进食结束后及时漱口,做好口腔卫生。③院外指导,建立微信群,定期向群内患者推送疾病管理相关知识,嘱咐患者按时完成学习任务。

1.3.2 观察组 在对照组基础上实施系统性健康教育联合尊严疗法,具体措施如下:

1.3.2.1 组建干预小组 由鼻咽癌护理专家、主治医师、护士长、责任护士组成干预小组,护理专家及主治医师负责疾病诊疗及方案决策,护士长负责质量监督管理,责任护士负责资料收集与方案实施。对小组成员进行统一培训与考核,主要内容为鼻咽癌疾病知识、治疗方案、健康教育技巧、尊严疗法、护患沟通技巧等,组员考核通过后实施系统性健康教育联合尊严疗法。

1.3.2.2 系统性健康教育 小组成员收集患者基本信息,了解患者疾病认知水平、患病感受、负性

情绪、生存质量等,查阅相关文献,结合临床经验,制订系统性健康教育形式及教育内容。

(1)教育形式:①院内教育,责任护士将健康教育内容打印成纸质版,发放至患者及家属,并张贴于患者病房宣传栏,以图片、视频等形式集中为患者讲解健康教育各模块知识点,每个模块讲解完成后,以口头提问、问卷测试等形式评估患者知识掌握程度,若患者已掌握模块内容,则对下一模块内容进行健康教育;若未掌握,则继续教育、评估,直至完全掌握所学知识,方可进入下一模块学习。

②院外教育,创建微信群、微信公众号,并指导患者关注、加入,定期向微信群、微信公众号推送鼻咽癌放化疗自我管理相关知识,及时更新鼻咽癌复发预防保健知识,同时每周跟踪患者学习进度,评估患者学习效果,对知识薄弱点进行强化教育,对表现较佳者,给予表扬、称赞,增强患者学习积极性。

(2)教育内容:①治疗前模块,鼻咽癌疾病特点、放化疗流程、放化疗靶区定位、个人准备要点、心理调适技巧等知识;②副反应管理模块,放射性皮炎、口腔溃疡、吞咽困难等症状特点,副反应识别方法、预防对策、处理等方法知识;③居家自我管理模块,放疗区域皮肤管理、健康饮食、压力调节方法、健康锻炼、日常生活管理等知识。

1.3.2.3 尊严疗法干预 癌症患者尊严受损,其疾病自我管理效能及生活质量会随之下降,小组成员结合鼻咽癌患者治疗中存在的尊严问题及临床经验采取以下措施:

(1)设计相应访谈内容:①治疗方面,目前您出现疼痛、失眠、恶心、疲乏等治疗副作用,对您生活有哪些干扰?您对当前治疗是否满意?②角色方面,生活中您扮演过哪些角色?您认为哪个角色最重要?③自豪与失望方面,您经历中最骄傲的事是什么,一生中最遗憾的事是什么?④家庭方面,您对家人有哪些希望?您对家人有什么特别交代吗?有哪些特别重要事与爱人分享?⑤生活方面,您生活乐趣有哪些?您还有未完成的愿望吗?对上述问题,您还有其他补充的吗?

(2)访谈形式:访谈前,了解患者治疗流程、病程接受程度,充分尊重患者,与患者确定访谈时间、地点及次数。访谈分为3次,20~60 min/次:①首次访谈:入院第2天,专业护士说明访谈目的、访谈流程,让患者阅读访谈大纲,嘱咐患者做好准备,减少其心理负担。②二次访谈。入院第4天,按照访谈提纲内容,采用一对一访谈形式,引导患者勇敢地表达内心感受,并全程录制访谈内容,访

谈过程中充分尊重及理解患者,出现负性情绪时,及时给予其人文关怀及心理疏导,鼓励患者释放内心压力。③三次访谈。入院第6天,依据录音整理编辑成清晰文本,并将文本发放至患者,引导患者自觉发现自身急待解决的问题,与患者共同商讨相应解决对策。

#### 1.4 研究指标

(1)自我感受负担:采用自我感受负担量表(SPBS)评估两组自我感受负担水平<sup>[8]</sup>,量表包含身体负担(2个条目)、经济负担(2个条目)及情感负担(6个条目)3个维度,共10个条目,各条目均为1~5分,总分10~50分,>20分表示存在自我感受负担,得分越高表明自我感受负担越重,该量表Cronbach's  $\alpha$  为0.923,折半系数为0.859。

(2)自我管理效能:采用癌症自我管理效能量表(C-SUPPH)评估两组自我管理效能水平<sup>[9]</sup>,量表包含自我决策(10个条目)、自我减压(3个条目)及正性态度(15个条目)3个维度,共28个条目,各条目均为1~5分,总分28~140分,得分越高表明自我管理效能感越高,该量表Cronbach's  $\alpha$  为0.934,折半系数为0.868。

(3)生存质量:采用头颈部肿瘤患者生命质量测评量表第4版(FACT-H&N V4)评估两组生存质量<sup>[10]</sup>,量表含恶性肿瘤共性模块FACT-G和头颈部肿瘤特异模块FACT-H&N 2部分。其中FACT-G包含生理状况、社会/家庭状况、情感状况和功能状况等4个方面,共27个条目;FACT-H&N共12个条目。各条目均为0~4分,总分0~156分,得分越高代表生存质量越好。该量表Cronbach's  $\alpha$  为0.925,折半系数为0.873。

#### 1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据处理,符合正态分布的计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数行 $t$ 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者自我感受负担比较

干预前,两组自我感受负担评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组身体负担、经济负担及情感负担评分均低于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

### 2.2 两组自我管理效能评分比较

干预前,两组自我管理效能评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组自我决策、自我减压及正性态度评分均高于对照组,组间比较

差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

2.3 两组生存质量评分比较

干预前, 两组生存质量各维度评分比较差异

无统计学意义 ( $P>0.05$ ) ; 干预后, 观察组生存质量各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

| 表 1 两组自我感受负担评分比较 (分) |    |             |             |             |             |              |              |
|----------------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 组别                   | 例数 | 身体负担        |             | 经济负担        |             | 情感负担         |              |
|                      |    | 干预前         | 干预后         | 干预前         | 干预后         | 干预前          | 干预后          |
| 对照组                  | 68 | 7.34 ± 0.73 | 6.62 ± 0.67 | 7.43 ± 0.72 | 6.27 ± 0.65 | 20.46 ± 2.02 | 18.56 ± 1.83 |
| 观察组                  | 68 | 7.36 ± 0.74 | 5.41 ± 0.55 | 7.45 ± 0.75 | 5.24 ± 0.53 | 20.53 ± 2.03 | 16.56 ± 1.68 |
| <i>t</i> 值           |    | 0.163       | 11.507      | 0.162       | 10.121      | 0.205        | 6.636        |
| <i>P</i> 值           |    | 0.871       | 0.000       | 0.871       | 0.000       | 0.838        | 0.000        |

| 表 2 两组自我管理效能比较 (分) |    |              |              |             |              |              |              |
|--------------------|----|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 组别                 | 例数 | 自我决策         |              | 自我减压        |              | 正性态度         |              |
|                    |    | 干预前          | 干预后          | 干预前         | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组                | 68 | 35.26 ± 6.12 | 38.36 ± 3.83 | 7.34 ± 0.72 | 9.56 ± 0.94  | 40.34 ± 4.42 | 50.53 ± 3.75 |
| 观察组                | 68 | 35.23 ± 6.13 | 41.84 ± 4.23 | 7.35 ± 0.75 | 10.63 ± 1.16 | 40.35 ± 4.43 | 56.13 ± 3.02 |
| <i>t</i> 值         |    | 0.028        | 5.030        | 0.078       | 5.907        | 0.013        | 9.591        |
| <i>P</i> 值         |    | 0.978        | 0.000        | 0.938       | 0.000        | 0.989        | 0.000        |

| 表 3 两组生存质量评分比较 (分) |    |              |              |              |              |
|--------------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 组别                 | 例数 | 共性模块         |              | 特性模块         |              |
|                    |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 对照组                | 68 | 69.56 ± 6.82 | 78.67 ± 7.84 | 34.31 ± 3.65 | 39.14 ± 3.95 |
| 观察组                | 68 | 69.53 ± 6.83 | 88.68 ± 8.89 | 34.37 ± 3.67 | 42.28 ± 4.27 |
| <i>t</i> 值         |    | 0.025        | 6.964        | 0.094        | 4.451        |
| <i>P</i> 值         |    | 0.980        | 0.000        | 0.925        | 0.000        |

3 讨论

鼻咽癌临床主要表现为涕中带血、鼻塞、耳鸣及听力下降, 随病情发展会出现病灶转移, 严重威胁患者生命安全<sup>[11]</sup>。目前放化疗是鼻咽癌重要治疗手段, 可有效杀死恶性肿瘤细胞, 控制疾病发展, 延长患者生命周期<sup>[12]</sup>。但鼻咽癌患者放化疗过程中通常会出现咽喉疼痛、声音改变、放射性皮炎、吞咽困难等副作用, 且多数患者不了解疾病治疗相关知识, 导致患者自我感受负担加重, 降低患者自我管理效能, 严重影响患者生存质量<sup>[13]</sup>。有研究表明<sup>[14]</sup>, 对鼻咽癌患者实施科学合理健康教育, 可有效提升患者疾病认知水平与自我管理效能, 促进疾病康复, 提升生存质量。系统性健康教育是通过了解患者信息需求, 为患者提供多样化教育形式及丰富

的教育内容, 旨在提升患者学习兴趣及学习效果。有研究表明<sup>[15]</sup>, 将系统性健康教育应用于癌症患者中, 能提升患者疾病认知水平及自我效能。但多数癌症患者受疾病及治疗副作用影响, 易引发尊严问题, 增加患者自我感受负担。尊严疗法是以患者为中心, 充分尊重患者意愿, 通过引导患者表达内心感受, 帮助患者解决问题, 促使其真正感受到生命价值<sup>[16]</sup>。有研究表明<sup>[17]</sup>, 将尊严疗法应用于癌症晚期患者中, 能缓解患者自我负担, 增强其治疗自信心。系统性健康教育联合尊严疗法是将两者优势相结合, 旨在全面提升患者自我效能, 缓解其自我感受负担。

本研究将系统性健康教育联合尊严疗法应用于鼻咽癌患者护理中, 其结果显示, 干预后, 观察组身体负担、经济负担及情感负担评分均低于对照组;

观察组自我决策、自我减压及正性态度评分均高于对照组；观察组生存质量各维度评分高于对照组。究其原因：对照组常规护理中，侧重于疾病基础护理及常规宣教，缺乏系统性学习、跟踪及效果评估策略，导致患者疾病认知水平不高及自我感受负担较重，从而降低患者自我管理效能与生存质量。观察组患者在此基础上实施系统性健康教育联合尊严疗法，通过护患沟通，了解患者健康信息需求，并为患者制订相应的系统性健康教育方案，确保教育方案的可行性及有效性。系统性健康教育中，通过图片、视频等多样化形式讲解疾病相关知识，可有效增强患者学习兴趣，并借助微信平台为患者提供持续性信息服务，满足患者信息需求，提升疾病认知水平及自我效能。尊严疗法干预中，通过多次护患访谈，从多层面了解患者内心感受，并采用正性引导、言语说服等方式疏导患者负性情绪，引导患者发现自身优势及生命价值，可有效缓解其自我感受负担，增强战胜疾病信心，促进患者疾病康复，缓解其临床症状，从而有效提高其生存质量。

综上所述，系统性健康教育联合尊严疗法可缓解鼻咽癌患者自我感受负担，提高患者自我管理效能与生存质量，但本研究样本量较少，可能会影响研究结果，后期需进一步研究。

#### 4 参考文献

- [1] 王秀荣. 循证护理在恩度联合放化疗治疗晚期鼻咽癌患者中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18(34):139-140.
- [2] 吴波, 梁海鑫, 王娟, 等. 品管圈在提高鼻咽癌放疗患者健康教育知晓率中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(1):43-46.
- [3] 程宇文, 刘家豪, 邓滨, 等. 诱导联合同期调强放化疗与单纯同期调强放化疗在局部晚期鼻咽癌的对比研究[J]. 中国医学创新, 2020, 17(4):43-47.
- [4] 郑素芬, 林秋莲, 温玉枝. 同步放化疗对鼻咽癌患者营养状况的影响与护理对策[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(7):113-114.
- [5] 叶頔, 胡军, 饶蓉. 系统性健康教育对脑卒中偏瘫患

者日常生活能力的影响[J]. 中国康复, 2017, 32(6):503-505.

- [6] 宁晓东, 张永炼, 杨春, 等. 尊严疗法对住院晚期癌症患者生活满意度及心理状况的影响[J]. 中国护理管理, 2018, 18(3):306-311.
- [7] 刘施言, 张盼盼, 孙一平. 系统性健康教育对肺癌患者术后肺功能恢复及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2019, 17(6):736-739.
- [8] 景颖颖, 万婕, 沈佳雯, 等. 脑卒中患者疾病不确定感及自我感受负担的相关性研究[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(5):344-346.
- [9] 裴艳琪. 延续性路径护理对鼻咽癌放疗患者自我管理效能、自护能力及生命质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(1):172-175.
- [10] 邓丽娜, 杨媛. 引导式护理干预对鼻咽癌放疗患者生命质量以及自我效能感的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17):108-110.
- [11] 夏莉娟, 张曦, 刘莎, 等. 护士主导的多学科协作鼻咽癌同步放化疗患者营养管理[J]. 护理学杂志, 2021, 36(4):82-85.
- [12] 郑莹, 陈俊晓, 李澜欣, 等. 正念减压对鼻咽癌同步放化疗患者不良情绪及口咽疼痛的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(5):1072-1074.
- [13] 周亚娟. 集体化联合个体化的多层面健康教育对鼻咽癌患者生活质量的影响[J]. 现代实用医学, 2020, 32(9):1128-1129.
- [14] 胡蓉, 敬洁, 温贤秀. 基于移动医疗的健康教育在鼻咽癌患者中的应用进展[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(3):265-268.
- [15] 朱翠, 陈雷, 朱婷婷. 基于斯金纳程序教学理论的健康教育对PICC置管肿瘤患者自我管理能力的影
- [16] 郭生梅, 李正娥, 李桂云, 等. 系统性健康教育对恶性肿瘤化疗患者治疗依从性及生活质量的影响[J]. 中国健康教育, 2018, 34(11):1042-1045.
- [17] 沈叶红, 赵连英, 何秀邦. 尊严疗法对肿瘤疾病晚期患者心理状况的影响[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(14):2193-2196.

[2021-12-06 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# 加速康复外科护理模式在糖尿病视网膜病变患者围术期中的应用

张宝琴 陈莹 洪春风

**【摘要】** 目的 探讨加速康复外科护理模式在糖尿病视网膜病变患者围术期中的应用。方法 选取2019年8月—2021年4月医院眼科收治的施行玻璃体切割术患者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。对照组行传统护理,观察组给予加速康复外科护理,比较两组体位摆放正确率、血糖稳定率。统计两组并发症发生情况及干预过程中患者的视力变化,以及患者的自我管理能力和住院时间。结果 观察组术后体位摆放正确率、血糖稳定率高于对照组( $P<0.05$ ),并发症发生率低于对照组( $P<0.05$ );出院时观察组视力高于对照组( $P<0.05$ ),观察组针对糖尿病视网膜病变围术期的自我管理评分高于对照组( $P<0.05$ ),平均住院日短于对照组( $P<0.05$ )。结论 针对糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者行加速康复外科护理干预,能有效地促进术后体位摆放准确率,提高血糖控制率,改善术后视力,减少并发症,缩短住院时间。

**【关键词】** 加速康复外科护理; 护理模式; 糖尿病; 视网膜病变; 围术期

中图分类号 R473.77 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.027

**Application of enhanced recovery surgery nursing model in the perioperative period of patients with diabetic retinopathy** ZHANG Baoqin, CHEN Ying, HONG Chunfeng (The First Affiliated Hospital of Jiangxi Medical College, Shangrao, 334000, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore the application of enhanced recovery surgery nursing model in the perioperative period of patients with diabetic retinopathy. **Methods** To select 60 patients with vitrectomy who were admitted to the ophthalmology department of the hospital from August 2019 to April 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 was given traditional nursing, and the observation group was given enhanced rehabilitation surgery nursing to compare the correct rate of body position and blood sugar stability rate between the two groups. In addition, we counted the incidence of complications in the two groups and the changes in the patients' vision during the intervention process, as well as the patients' self-management ability and hospitalization time. **Results** The correct rate of postoperative body position and blood sugar stability rate of the observation group were higher than those of the control group( $P<0.05$ ), and the incidence of complications was lower than that of the control group( $P<0.05$ ). The visual acuity of the observation group was higher than that of the control group at the time of discharge( $P<0.05$ ), the self-management ability score for the perioperative period of diabetic retinopathy in the observation group was higher than that of the control group( $P<0.05$ ), and the average hospital stay was shorter than that of the control group( $P<0.05$ ). **Conclusion** The application of enhanced recovery surgery nursing intervention for vitrectomy patients with diabetic retinopathy can effectively improve the accuracy of postoperative body positioning, improve blood sugar control rate, improve postoperative visual acuity, reduce complications, and shorten hospitalization time.

**【Key words】** Enhanced recovery surgery nursing; Nursing model; Diabetes; Retinopathy; Perioperative period

作者单位: 334000 江西省上饶市, 江西医学高等专科学校  
第一附属医院

糖尿病视网膜病变是四大致盲因素之一,严重威胁患者的视功能<sup>[1]</sup>。玻璃体手术是治疗糖尿病视网膜病变的有效手段。围术期对患者进行有效地康复指导以促进患者快速康复给护理工作提出了新的要求<sup>[2]</sup>。加速康复外科护理模式将加速康复理念运用到糖尿病视网膜病变围术期护理中,既能完善患者围术期护理、预防各种并发症的发生,又能缩短康复时间,减少费用,节省医疗资源<sup>[3]</sup>。针对糖尿病视网膜病变围术期实施加速康复外科护理干预的相关文献较少见,本研究主要探讨加速康复外科护理模式在糖尿病视网膜病变围术期中的应用。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年8月—2021年4月本院眼科收治的实施玻璃体切割术患者60例作为研究对象。纳入条件:明确为糖尿病视网膜病变,符合行玻璃体切割术指征;通过医院伦理委员会批准并签署入组同意书。排除条件:合并其他眼部疾病,恶性肿瘤,心肺肝肾功能不全,精神异常,眼外伤后。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。观察组中男10例,女20例;年龄43.5~72.5岁,平均 $63.1 \pm 7.9$ 岁;糖尿病病程5.5~39.5年,平均 $25.0 \pm 8.1$ 年。对照组中男11例,女19例;年龄43.6~72.6岁,平均 $63.0 \pm 8.0$ 岁;糖尿病病程5.5~40.0年,平均 $25.1 \pm 8.0$ 年。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 患者围术期采用传统护理措施。

1.2.2 观察组 在常规护理措施基础上给予加速康复外科护理模式。术前、术后由课题小组成员中糖尿病专科医护人员对患者血糖各项指标数、运动锻炼、饮食规律、控制血糖药物的使用进行评估及健康知识教育,围术期由眼科专科医护人员进行心理干预、术后体位摆放及用具的选择及使用、正确点眼药水进行康复指导,制作眼科专科健康宣教微视频以加强患者自我管理的依从性。加强与患者及其家属的主动沟通,并实施针对性的心理护理干预,提高患者对手术主观认知,降低其心理恐惧、焦虑和抑郁,提高患者治疗依从性,加大对糖尿病视网膜病变的手术治疗信心与配合度,告知患者做好术前的体位训练,提高术后康复过程中的训练效率;完善术前准备,为手术的顺利进行提供帮助,遵医嘱完善各项术前准备,告知患者做好术前饮食调节,测量体温,确保充足的睡眠,做好血糖监测,避免

发生高血糖、低血糖等;同时告知患者术日晨进入手术室前应充分排空大小便,取出义齿,保持良好心态,积极应对手术。术后快速康复护理上则重点关注体位护理,结合术前的体位指导,实施全身麻醉者,需要在术后去枕平卧6h,并禁饮禁食,在患者清醒后则可适当给予流质饮食;术后1d内为血糖监测、眼压测定与生命体征监测的关键时间,需要重点关注以上指标,一旦出现异常则建议及时汇报医师积极处理。术后48h后,患者主动下床活动时,则建议其应避免跳跃、弯腰、低头活动、保持大便通畅等,避免眼压快速升高而影响手术效果,与此同时告知患者注意保持术眼敷料干燥,定时给予眼药水滴入,当出现严重疼痛时,则遵医嘱给予镇痛药物,避免眼压过高等。

### 1.3 观察指标

比较两组患者体位摆放正确率、血糖稳定率、并发症情况,干预过程中的视力变化,自我管理能力与住院时间。

### 1.4 评定标准

视力以标准对数视力表进行评定;糖尿病视网膜病变围术期患者自我管理能力包括自理能力、症状处理能力、药物使用、心理状况和社会融入度5个方面,总分最高100分,最低0分,得分越高提示受试者针对糖尿病视网膜病变围术期的自我管理能力越强。

### 1.5 统计学方法

采用SPSS 20.0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 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后体位摆放正确、血糖稳定及并发症发生情况比较

观察组术后体位摆放正确率、血糖稳定率高于对照组,并发症发生率低于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

### 2.2 两组干预过程中视力变化比较

干预前两组视力比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院时,观察组视力高于对照组,组间比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组干预后疾病自我管理能力评分和住院时间比较

观察组针对糖尿病视网膜病变围术期的自我管理能力评分高于对照组,平均住院日短于对照组,

组间比较差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

表 1    两组患者术后体位摆放正确、血糖稳定及并发症发生情况比较

| 组别         | 例数 | 术后体位摆放正确 |      | 血糖稳定   |      | 并发症    |      |
|------------|----|----------|------|--------|------|--------|------|
|            |    | 例数       | 率（%） | 例数     | 率（%） | 例数     | 率（%） |
| 观察组        | 30 | 29       | 96.7 | 29     | 96.7 | 1      | 3.3  |
| 对照组        | 30 | 21       | 70.0 | 22     | 73.3 | 8      | 10.0 |
| $\chi^2$ 值 |    | 7.680    |      | 4.706* |      | 4.706* |      |
| $P$ 值      |    | 0.006    |      | 0.030  |      | 0.030  |      |

\* 校正  $\chi^2$  值。

表 2    两组干预过程中视力变化比较（°）

| 组别    | 例数 | 干预前       | 出院时       |
|-------|----|-----------|-----------|
| 观察组   | 30 | 0.3 ± 0.1 | 0.8 ± 0.1 |
| 对照组   | 30 | 0.3 ± 0.1 | 0.5 ± 0.1 |
| $t$ 值 |    | 0.000     | 11.619    |
| $P$ 值 |    | 1.000     | 0.000     |

表 3    两组干预后疾病自我管理能力和平均住院日比较

| 组别    | 例数 | 自我管理能力（分）  | 平均住院日（d）  |
|-------|----|------------|-----------|
| 观察组   | 30 | 83.5 ± 2.7 | 6.2 ± 0.3 |
| 对照组   | 30 | 71.4 ± 1.9 | 7.8 ± 0.4 |
| $t$ 值 |    | 20.074     | 17.527    |
| $P$ 值 |    | 0.000      | 0.000     |

3 讨论

糖尿病视网膜病变为糖尿病患者严重的并发症之一，随着病情进展可导致患者视力降低，甚至失明<sup>[4]</sup>。在病情不断进展的过程中，出现新生血管破损，血液进入玻璃体腔内导致积血，同时发生纤维增殖而最终导致视网膜脱离<sup>[5]</sup>。玻璃体切割手术是增生型糖尿病视网膜病变的主要治疗方式，能够清除新生血管破裂而引发的积血，缓解视网膜受牵拉，尽量将视网膜恢复正常解剖位置<sup>[6]</sup>。围术期对患者进行有效的康复指导以促进患者快速康复给护理工作提出了新的要求。近年临床实践已经证实，加速康复外科护理模式有效地契合了人们对健康的追求，更符合循证医学的发展，逐渐被应用于多种手术的围术期管理，且产生积极的临床效果<sup>[7-8]</sup>。

针对糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者，本研究观察组采取加速康复外科护理模式干预，结

果显示，观察组术后体位摆放正确率、血糖控制稳定率高于对照组，并发症发生率低于对照组。说明针对糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术者行加速康复外科护理干预，能有效提高术后体位摆放准确率及血糖控制效率，减少术后并发症发生率。同时比较两组干预过程中视力变化发现，出院时观察组视力高于对照组。说明针对糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者实施加速康复外科护理干预，对促进患者术后视力恢复有积极意义。观察组糖尿病视网膜病变围术期的自我管理能力评分高于对照组，平均住院日短于对照组。进一步说明针对糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术者实施加速康复外科护理干预，可提高患者针对糖尿病视网膜病变实施玻璃体切割术的围术期自我管理能力，缩短患者住院时间。

加速康复外科的临床应用，能有效降低或减少患者的心理及生理应激性创伤<sup>[9]</sup>，减少并发症的发生<sup>[10]</sup>，对患者的免疫功能及器官等具有保护作

用<sup>[11-12]</sup>。其综合多学科护理知识,从手术、麻醉、心理学和营养学等方面对患者进行有效指导,在糖尿病视网膜病变围术期患者身上的应用取得了良好的效果<sup>[13-16]</sup>。针对糖尿病视网膜病变实施玻璃体切除术,本研究观察组通过术前管理、术中管理、术后管理、康复指导管理,既能完善患者围术期护理、预防各种并发症的发生,有助于改善患者预后,又能将患者的康复速度和质量提升到更高的水平<sup>[17-18]</sup>,为眼科护理人员实施加速康复理念的护理措施提供理论依据和实践经验。

玻璃体手术为目前治疗糖尿病视网膜病变的首选,围术期快速康复外科其在促进患者术后快速康复方面有积极意义,其对临床护理亦提出更高要求。本研究实施的加速康复护理干预,充分完善术前准备,做好术前血糖控制,加强围术期护理,做好心理干预、术后体位摆放和正确使用眼药水的康复指导,制作眼科专科健康宣教微视频以加强患者自我管理的依从性,对术后患者快速康复有重要作用。

综上所述,加速康复外科护理可提高糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者的血糖控制效率,改善患者术后视力,减少围术期并发症发生,缩短住院时间。

#### 4 参考文献

- [1] 徐进,许艳群,王春红,等.自制俯卧位趴枕在视网膜脱离术后患者中的应用体会[J].皖南医学院学报,2021,40(4):406-408.
- [2] 肖琴.多学科协作(MDT)联合延续护理对糖尿病性视网膜病变(DR)患者术后遵医行为和生活质量的影响[J].中国社区医师,2021,37(21):145-146.
- [3] 陈新宇.延续性护理对糖尿病视网膜病变患者视功能及生活质量的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(6):741-743.
- [4] 李蕾,晁媛媛,朱薇,等.糖尿病视网膜病变病人需求自评量表的研制及信效度检验[J].护理研究,2021,35(11):1916-1919.
- [5] 程梅,方朝晖,盛凤霞,等.盐酸川芎嗪眼部雾化联合耳尖放血对气阴两虚型糖尿病视网膜病变的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2021,25(10):71-75.
- [6] 谷乔,李敏,徐芳,等.综合心理护理模式对糖尿病视网膜病变手术患者的干预效果[J].中国医科大学学报,2021,50(2):184-186.
- [7] 田斌,周莉,吉媛红,等.糖尿病性视网膜病变患者房水中炎症因子的作用[J].标记免疫分析与临床,2020,27(12):2122-2125,2131.
- [8] 周云蕾.中西医结合护理方法对糖尿病眼病患者血糖、心理和眼部康复效果的影响观察[J].实用糖尿病杂志,2020,16(6):86-87.
- [9] 林英姿.快速康复与循证护理在糖尿病并高血压前列腺电切术患者护理中的应用对比[J].糖尿病新世界,2020,23(20):138-140.
- [10] 李淑娟.糖尿病性视网膜病变的眼科整体护理干预价值体会[J].糖尿病新世界,2020,23(16):124-125,133.
- [11] 陈银雅,林智靓.规范化护理模式对增生型糖尿病视网膜病变玻璃体切割术后患者体位依从性的影响[J].糖尿病新世界,2020,23(13):163-165.
- [12] 林秋炜,陈玉芳.快速康复外科护理在微创内固定治疗胸腰椎爆裂骨折患者围术期护理中的应用[J].白求恩医学杂志,2020,18(3):307-308.
- [13] 张琳,颜叶超.基于最佳证据的视网膜脱离术后特殊体位护理方案的实践及效果评价[A].上海市护理学会.第四届上海国际护理大会论文汇编[C].上海:上海市护理学会,2019:1.
- [14] 张书亚.肠内营养支持在危重症合并糖尿病患者临床护理中对营养状况及预后康复的促进作用[J].黑龙江中医药,2021,50(1):369.
- [15] 蔡燕芳,陈燕娇,黄尾英,等.快速康复外科护理和循证护理在合并糖尿病和高血压前列腺电切术患者围术期中的应用研究[J].心血管病防治知识,2020,10(20):81-83.
- [16] 范勇.老年糖尿病患者髋关节置换围手术期应用快速康复外科护理的临床效果研究[J].糖尿病新世界,2020,23(13):138-139,142.
- [17] 齐玉,王艳华.快速康复护理在视网膜脱离患者围手术期的应用效果研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(51):268,270.
- [18] 刘琳.优质护理在糖尿病性视网膜病变患者的应用价值[J].实用防盲技术,2019,14(1):36-37,32.

[2021-08-30 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 手术室路径化护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者舒适度与应激反应的影响

王星 潘琴芬 潘磊

**【摘要】** 目的 探讨手术室路径化护理在腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者中的应用价值。方法 选择2019年1月—2021年1月医院收治的子宫肌瘤患者96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48例。对照组实施常规护理,观察组采用手术室路径化护理。比较两组心理状态、舒适度、应激反应及并发症发生情况。结果 干预前,两组焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、Kolcaba舒适状况量表(GCQ)评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组SAS、SDS评分低于对照组,GCQ评分高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预前,两组心率(HR)、呼吸(R)比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组HR、R、BP低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 手术室路径化护理能够减轻腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者负性情绪,降低应激反应,提高舒适度,减少并发症的发生。

**【关键词】** 腹腔镜下子宫肌瘤切除术;手术室路径化护理;舒适度;应激反应;并发症

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.028

**Effect of pathway-based nursing in operating room on comfort and stress response of patients undergoing laparoscopic myomectomy** WANG Xing, PAN Qinfen, PAN Lei (Maternity and Gynecology Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing, 210004, China)

**【Abstract】** **Objective** To explore the application value of pathway-based nursing in operating room in patients undergoing laparoscopic myomectomy was as the study subject. **Methods** A total of 96 patients with uterine fibroids who were admitted to the hospital from January 2019 to January 2021 were selected and divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 48 cases in each group. The control group received routine nursing, and the observation group received path-based nursing in operating room to compare the psychological state, comfort level, stress response and complications between the two groups. **Results** Before intervention, there was no significant difference in the self-rating anxiety scale(SAS), self-rating depression scale(SDS), and Kolcaba general comfort questionnaire(GCQ) scores between the two groups( $P>0.05$ ). After the intervention, the SAS and SDS scores of the observation group were lower than those of the control group, the GCQ score was higher than that of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). Before intervention, there was no significant difference in the heart rate(HR) and respiration(R) between the two groups( $P>0.05$ ). After the intervention, the HR, R and BP of the observation group were lower than those of the control group, and the differences were statistically significant( $P<0.05$ ). The incidence of postoperative complications of the observation group was lower than that of the control group, and the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). **Conclusion** The application of path-based nursing in operating room can reduce the negative emotions of patients undergoing laparoscopic myomectomy, reduce stress response, improve comfort, and reduce the occurrence of complications.

**【Key words】** Laparoscopic myomectomy; Pathway-based nursing in operating room; Comfort; Stress response; Complications

子宫肌瘤主要由子宫平滑肌细胞增生所致,以腹部疼痛、子宫出血为主要临床症状,严重者可引发流产、不孕,危害女性生殖健康<sup>[1-2]</sup>。腹腔镜下子宫肌瘤切除术是目前临床治疗子宫肌瘤的首要措施,其具有创伤小、术后恢复快等优势,可有效改善临床症状<sup>[3]</sup>。近年来,随着腹腔镜技术的不断发展,腹腔镜下子宫肌瘤切除术已得到广泛应用,但其作为一种创伤性治疗技术,术中患者应激反应加重,手术耐受性下降,不利于预后<sup>[4-5]</sup>。同时,多数患者由于对疾病、手术认知不足,术前易产生焦虑、抑郁等负性情绪,进而影响手术效果。手术室路径化护理以患者病情及手术特征为依据制订具有针对性的护理措施,保证患者在舒适的医疗环境下完成手术及护理,加快患者康复进程。鉴于此,本研究就手术室路径化护理在腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者中的应用价值展开分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年1月—2021年1月我院收治的子宫肌瘤患者96例为研究对象,纳入条件:符合子宫肌瘤的诊治中国专家共识<sup>[6]</sup>诊断标准;具有腹腔镜手术指征;精神良好;知情本研究且签署同意书。排除条件:血液性疾病者;凝血功能障碍者;子宫肌瘤恶变者;内分泌系统疾病者;肝肾等功能严重不足者。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,各48例。对照组患者年龄23~42岁,平均 $35.41 \pm 2.78$ 岁;病程1~5年,平均 $2.94 \pm 1.13$ 年;肌瘤部位:29例肌壁间,19例浆膜下;文化水平:13例高中,18例大专,17例大学及以上。观察组年龄25~43岁,平均 $35.65 \pm 2.81$ 岁;病程1~5年,平均 $2.96 \pm 1.14$ 年;肌瘤部位:30例肌壁间,18例浆膜下;文化水平:14例高中,19例大专,15例大学及以上。两组以上资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 予以常规护理,护理人员介绍手术室环境,讲解手术过程;术前备皮,叮嘱患者禁食8h,禁水4h;并准备好手术相关物品、器械;术后做好病情监测,定时协助患者活动双下肢,以免形成静脉血栓。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用手术室路径化护理:制定路径表:成立手术室路径化护理小组,由手术室护士长、若干名主管护师共同组成,护士长担任组长,负责与患者及其家属共同制定手术室路径化护理干预措施;主管护师查找相关文献资料,并实施各项措施;由小组成员以腹腔镜下子宫肌瘤切除术、手术室路径化护理等为关键词,查找相关文献,并结合我院实际情况制定手术室路径表,以诊疗时间为纵轴,具体护理措施为横轴,从患者入院至患者出院,根据临床护理路径表实施相关护理。见表1。

表1 腹腔镜下子宫肌瘤切除术手术室护理路径表

| 日期       | 措施                                                                                                                                                                                    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院当日     | 在患者入院时协助患者完成相关检查,并带领患者熟悉医院环境                                                                                                                                                          |
| 术前1d     | ①宣教:由相关护理人员采用视频、动画、宣传册、PPT等方式详细讲解子宫肌瘤知识、手术室路径化护理意义及目的,满足其认知需求<br>②心理护理:列举手术成功且预后效果良好案例,减轻其不安心理<br>③术前准备:叮嘱患者术前6h禁食、2h禁水,于术前口服250ml 5%葡萄糖溶液                                            |
| 手术当日     | ①心理护理:术前1h再次评估患者心理状态,鼓励患者,并叮嘱患者家属多陪伴患者,给予其心理支持<br>②保暖:术前30min由相关护理人员将手术室温度调整在26~28℃,湿度50%~60%,提前将手术所需冲洗液、输液、建立气腹的CO <sub>2</sub> 放入恒温箱内,保持温度在37℃左右,在手术台上铺设恒温循环水毯,预热手术台,以防患者手术时出现低体温现象 |
| 进入手术室后   | 由护理人员将手术室温度调整至22~25℃,密切配合术者展开手术                                                                                                                                                       |
| 术后麻醉清醒时  | 护理人员主动与患者交流,告知患者手术情况,指导患者将头偏向一侧,取去枕平卧位,予以患者心理安慰和鼓励,通过肢体接触进行安抚,并持续观察患者生命体征变化情况                                                                                                         |
| 术后4~6h   | ①饮食:术后4h指导患者咀嚼无糖口香糖,之后少量饮水,每隔2h饮用1次,6h后少量进食米汤等流质饮食,少食多餐,之后可逐渐转为软食、普通饮食<br>②镇痛:术后6h调整体位为半卧位,采用注意力转移、热敷、精神暗示等方式舒缓疼痛                                                                     |
| 术后6h至出院前 | 术后6h指导患者进行简单关节活动、抬高四肢等床上活动,5min/次,2~3次/d,24h鼓励患者下床活动,扶床站立1min、走廊扶墙慢走100m、上下楼梯2层等活动,3次/d,循序渐进,以患者无明显痛感为宜                                                                               |
| 出院时      | 出院时通过发放健康手册的形式告知患者出院后注意事项、饮食指导、生活习惯等,叮嘱患者勿剧烈运动,定期到院复查                                                                                                                                 |

1.3 观察指标

(1) 心理状态: 采用焦虑自评量表 (SAS) [7]、抑郁自评量表 (SDS) [8], 其中 SAS 分为无缘无故感到害怕、手脚发抖打颤等 20 个条目, 采用 4 级评分标准, 得到总分乘 1.25, 共 100 分, 其标准分界值为 50 分, 50 分以下未焦虑, 分数越高则焦虑越严重。SDS 分为精神性、情感障碍等 20 个条目, 采用 4 级评分, 得到总分乘 1.25, 共 100 分, 其标准分的分界值为 53 分, 53 分以下未抑郁, 分数越高则抑郁越严重。

(2) 舒适度: 由 Kolcaba 舒适状况量表 (GCQ) [9] 评价, 量表共 28 项, 每项采用 1~4 Likert Scale 评分法, 共包括生理 (5 项)、心理 (10 项)、环境 (7 项)、社会文化 (6 项) 4 个维度, 评分范围 28~112 分, 分数越高则舒适度越高。

(3) 记录心率 (HR)、呼吸 (R) 变化情况。  
(4) 并发症: 记录两组切口感染、低体温等发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计分析软件进行数据处理, 计数资料组间率的比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以“均数  $\pm$  标准差”表示, 组间均数比较采用  $t$  检验。  $P<0.05$  为差异均有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态及舒适度比较

干预前, 两组 SAS、SDS、GCQ 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, GCQ 评分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组心理状态及舒适度比较 (分)

| 组别    | 例数 | SAS              |                  | SDS              |                  | GCQ              |                  |
|-------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|       |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 对照组   | 48 | 59.73 $\pm$ 3.58 | 45.31 $\pm$ 2.23 | 62.41 $\pm$ 4.24 | 45.68 $\pm$ 3.15 | 69.82 $\pm$ 8.33 | 78.57 $\pm$ 8.94 |
| 观察组   | 48 | 59.12 $\pm$ 3.67 | 40.57 $\pm$ 2.16 | 62.21 $\pm$ 4.22 | 41.17 $\pm$ 2.93 | 68.74 $\pm$ 8.11 | 89.36 $\pm$ 9.25 |
| $t$ 值 |    | 0.824            | 10.578           | 0.232            | 7.263            | 0.644            | 5.811            |
| $P$ 值 |    | 0.412            | 0.000            | 0.817            | 0.000            | 0.521            | 0.000            |

2.2 两组呼吸、心率比较

干预前, 两组 HR、R 比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 干预后, 观察组 HR、R 低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组呼吸、心率比较 (次/min)

| 组别    | 例数 | HR               |                  | R                |                  |
|-------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
|       |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 对照组   | 48 | 77.41 $\pm$ 2.15 | 85.67 $\pm$ 4.18 | 16.58 $\pm$ 1.23 | 21.63 $\pm$ 1.82 |
| 观察组   | 48 | 77.14 $\pm$ 2.09 | 79.38 $\pm$ 2.31 | 16.24 $\pm$ 1.16 | 18.52 $\pm$ 1.19 |
| $t$ 值 |    | 0.624            | 9.125            | 1.393            | 9.909            |
| $P$ 值 |    | 0.534            | 0.000            | 0.167            | 0.000            |

2.3 两组并发症发生率比较

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

表 3 两组并发症发生率比较

| 组别  | 例数 | 切口感染 | 低体温 | 恶心 | 呕吐 | 总发生例数 | 发生率 (%) |
|-----|----|------|-----|----|----|-------|---------|
| 对照组 | 48 | 2    | 3   | 2  | 2  | 9     | 18.75   |
| 观察组 | 48 | 0    | 0   | 1  | 1  | 2     | 4.17    |

$\chi^2=5.031, P=0.025$ 。

### 3 讨论

子宫肌瘤发生、发展与子宫平滑肌细胞增生、激素分泌失衡、遗传因素等相关<sup>[10-11]</sup>。腹腔镜下子宫肌瘤切除术为治疗子宫肌瘤的主要手段,但术后患者易出现强烈的应激反应,导致机体出现病理、生理变化,增加手术风险,影响术后恢复<sup>[12-13]</sup>。若HR、R大幅度波动,则增加手术风险,影响术后康复<sup>[14]</sup>。同时,患者术后常伴随剧烈的疼痛,引起机体各系统紊乱,影响切口愈合。

常规护理下的护理人员多遵医嘱被动执行基础护理措施,缺乏针对性、主动性,护理效果不够显著<sup>[15-16]</sup>。本研究结果显示,观察组SAS评分、SDS评分、术后并发症发生率及HR、R低于对照组,SpO<sub>2</sub>高于对照组,GCQ评分高于对照组,说明手术室路径化护理能够减轻腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者负性情绪,降低应激反应,提高舒适度,减少并发症的发生。较常规护理模式,手术室路径化护理根据围术期护理工作顺序展开全面、细致护理干预,保证手术室护理流程更具有规范化、科学化,为疾病康复提供有力支持<sup>[17]</sup>。成立手术室路径化护理小组以患者为中心,小组成员之间分工合作,共同查阅相关文献,制定有据可循的手术室路径化表,保证护理工作井然有序进行。术前采用多形式展开心理疏导及宣教是手术室路径化护理实施的前提,可纠正患者以往不正确的认知,提高其对手术室路径化护理的认知程度,减轻不安等心理,提高手术信心,且术前2h口服5%葡萄糖溶液,能够有效避免术中发生饥饿、口渴,可有效减轻生理应激反应<sup>[18-19]</sup>。腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者术中需麻醉,导致低体温风险增加<sup>[20]</sup>。实施手术室路径化护理,术前严格依据手术室路径表采取调高手术室温、液体加温等措施,保证患者体内热量不流失,维持患者生理指标稳定,以防发生低体温,同时提高患者舒适度,利于其更快恢复。实施手术室路径化护理,术后严格以手术室路径为依据,在患者术后麻醉清醒时,通过肢体碰触给予患者心理支持,可有效缓解心理应激反应,降低焦虑、抑郁程度。术后早期进食在弥补手术消耗的同时,能够减轻手术操作对患者造成的应激反应,缓解胃肠道麻痹,促进胃肠道功能恢复,为患者早日下床活动奠定基础<sup>[21-22]</sup>。术后根据手术室路径开展早期下床活动,可有效避免因久卧引起的并发症,提高患者肢体运动功能及运动耐力,促使患者尽早适应术后生活,改善预后效果。

综上所述,手术室路径化护理应用于腹腔镜下

子宫肌瘤切除术患者中,能够有效改善其负性情绪,提高舒适度,维持生命体征平稳,减少并发症的发生。

### 4 参考文献

- [1] 张莉,李蓉,李秦芳,等.罗伊适应模式对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者应激反应水平的影响[J].国际精神病学杂志,2018,45(2):367-370.
- [2] 陶德鹤,李毅,王丽莎,等.舒适护理联合临床护理路径对子宫肌瘤切除术患者术前焦虑及手术应激及术后身心舒适度的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(4):480-483.
- [3] 陈丽敏.垂体后叶素不同剂量及其注射方式对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床疗效[J].中国计划生育和妇产科,2018,10(8):90-93.
- [4] 林碧绿.快速康复外科理念在腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者中的效果研究[J].中国妇幼保健研究,2018,29(7):914-916.
- [5] 姜丽丽,佟德明,冯子懿,等.ERAS在子宫肌瘤腹腔镜手术治疗中的应用[J].现代妇产科进展,2018,27(9):686-688,692.
- [6] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
- [7] 李姿慧,吴梦蝶,李琪,等.汉密尔顿焦虑量表和焦虑自评量表在功能性消化不良伴焦虑状态中的应用[J].长春中医药大学学报,2018,34(4):787-790.
- [8] 金婷,张磊晶.我国常用的抑郁自评量表介绍及应用[J].神经疾病与精神卫生,2017,17(5):366-369.
- [9] 张莉,何利,孟珊珊,等.中文版制动舒适度问卷在膝关节置换术后患者中应用的信效度分析[J].中华现代护理杂志,2018,24(6):647-651.
- [10] 于美玲,徐丽丽.同理心护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者焦虑抑郁的影响[J].护理学杂志,2018,33(5):83-84.
- [11] 王晓芳,杨红,吴蕾.扁平化责任制护理干预对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者胃肠功能恢复、护理质量及满意度的影响[J].中国性科学,2020,29(4):93-96.
- [12] 黄晶.快速康复外科对腹腔镜子宫肌瘤患者术后恢复的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(18):4295-4296.
- [13] 买茹.舒适护理对腹腔镜子宫肌瘤切除患者术后疼痛及生活质量的影响[J].新乡医学院学报,2018,35(9):824-826.
- [14] 汪君芬,夏群伟,陈玉飞,等.阶段性管理干预对行腹腔镜子宫肌瘤切除术患者的影响[J].护士进修杂志,2018,33(11):1021-1024.
- [15] 黄华娇.需求导向护理对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者术后恢复及创伤性应激障碍的影响[J].护理实践与研究,2021,18(8):1210-1213.
- [16] 曹妍,程晓林,陈有美.优质护理在腹腔镜子宫肌瘤

# 细节管理在单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治术护理配合中的应用

叶素芳 吴晓丹 陈清辉

**【摘要】目的** 评估细节管理在单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治术护理配合中的应用效果,以提高该术式的护理配合水平。**方法** 选取20名护理人员,于2019年1—12月轮流配合同一主诊组医生完成单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治手术,共84例,按照组间基本特征具有可比性的原则将84例患者分为对照组与观察组,每组42例。对照组实行手术室常规护理配合,观察组在此基础上实行细节管理。对比两组术中器械不适用、损坏及遗失发生率;观察两组患者术中出现低体温、寒颤例数,以及医生对两组患者手术过程中护理人员配合的满意程度。**结果** 两组器械遗失率比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );观察组器械不适用率、损坏率低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组术中低体温、寒颤发生率低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组医生满意程度高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 将细节管理应用于单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治术护理配合中,不仅减少了器械不适用和损坏率,降低了术中患者低体温及寒颤发生率,还提高了医生对手术护理配合的满意程度,提高了手术护理配合质量。

**【关键词】** 细节管理;单孔加一孔腹腔镜;高位结直肠癌根治术;护理配合

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.029

单孔加一孔腹腔镜手术(single incision plus one port laparoscopic surgery, SILS+1)是指在单孔手术的基础上增加一个操作孔的手术方式,新增加的操作孔一方面能改善单孔手术中器械间互相干扰的问题,大大降低操作难度;另一方面该操作孔本身也是患者术后腹壁必须的引流通路,因此不会额外增加手术切口,是一种利于推广应用且能兼顾手术疗效、微创性的改良术式<sup>[1-4]</sup>。我院手术团队自2017年11月开始进行第1例单孔加一孔腹腔镜直肠根治术,到2018年12月共开展单孔加一孔腹腔镜高

位结直肠癌根治术76例,在此期间的手术护理配合中,发现器械误备、错配、损坏率高,术中医护配合默契度低、术后患者寒颤发生率较高等问题。为了改进该术式的护理配合质量,我院手术护理团队决定从细节入手,不断完善手术配合。细节管理是一种综合性管理模式,主张践行科学的治学精神、严谨的管理态度,重视每个环节的合理性,确保管理工作精细化和数字化<sup>[5]</sup>。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取20名护理人员,于2019年1—12月轮流配合同一主诊组医生完成单孔加一孔腹腔镜高位结

作者单位:350014 福建省福州市,福建医科大学附属肿瘤医院(福建省肿瘤医院)

剔除术患者术后护理效果研究[J].基因组学与应用生物学,2019,38(1):349-355.

[17] 何香梅,温娜,王楠,等.加速康复外科临床路径应用于腹腔镜全子宫切除术患者的相关研究[J].中国医师杂志,2018,20(6):851-854.

[18] 王芳,范怡冰,张云霞.思维导图健康教育对腹腔镜子宫肌瘤手术患者知行水平及生活质量的影响[J].护理实践与研究,2021,18(18):2784-2789.

[19] 刘冰峰.子宫肌瘤切除术患者围术期舒适护理[J].实用临床医药杂志,2018,22(20):88-91.

[20] 汪君芬,夏群伟,陈玉飞,等.阶段性管理干预对行

腹腔镜子宫肌瘤切除术患者的影响[J].护士进修杂志,2018,33(11):1021-1024.

[21] 张华蕾.全方位护理干预对子宫肌瘤微创术患者应激指标及康复效果的影响[J].中国药物与临床,2019,19(21):3823-3825.

[22] 吴黎燕,袁华.以细节为中心的手术室舒适护理对子宫肌瘤剥除术患者生活质量及并发症的影响[J].检验医学与临床,2018,15(6):830-833.

[2021-10-13 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

直肠癌根治手术患者84例,20名护理人员中男4名,女16名;年龄28~39岁,平均 $32.5 \pm 3.17$ 岁;主管护师8名,护师12名。按照组间基本特征具有可比性的原则将84例患者分为对照组与观察组,每组42例,对照组中男26例,女16例;年龄48~71岁,平均 $55.81 \pm 5.25$ 岁。观察组中男29例,女13例;年龄45~70岁,平均 $56.67 \pm 5.56$ 岁。两组以上资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 1.2 护理配合方法

1.2.1 对照组 采用常规护理配合,包括为手术患者营造安全舒适的手术环境,制定相关的手术配合流程及规范,术中密切观察生命体征,严格执行无菌、无瘤技术操作,做好保暖工作等。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上实施细节管理。

(1) 树立注重细节理念:平时做好宣传教育工作,从思想上培养护理人员事事关注细节、细节决定成败的理念。同时管理者以身作则,加强对护士的引导和培养。

(2) 合理配置人力资源、培养团队意识:首先评估团队中各个成员的学习能力、工作能力、性格、经验,优缺点等,根据职称、年资,以老带新;根据综合能力,以强带弱;根据性格特征,以静配动。合理搭配器械护士和巡回护士,促进沟通,共同进步。平时工作中注重培养团队意识及团队协作精神。

(3) 制定手术配合流程和规范标准,并做好跟踪交流和持续改进:邀请主诊组医生进行手术相关知识培训,了解手术方案及医生手术习惯,据此制定器械护士术前器械准备流程及标准,术中配合流程及标准、术中器械摆放与传递标准、纱布及缝针存放标准、术中无瘤技术标准以及术后器械整理流程及标准等;巡回护士腔镜显示器摆放标准,仪器设备使用标准,患者体位摆放标准、术后患者及手术间整理流程及标准等。护理团队每2周组织1次交流研讨会,交流最新的配合经验,根据实际情况不断完善手术配合流程和标准,做到持续改进。

(4) 制作医生手术需求本,并以电子文档形式保存并传阅,设专人管理:专门设定1名管理员负责记录该组医生的手术需求和习惯,并以电子文档形式保存。建立微信群(包含所有参与配合的护理人员),将医生手术需求表上传至该群以供大家传阅,每次负责配合的手术护士在术前只需打开该手术需求表,即可详细得知该组医生手术所需的各种器物以及手术习惯,按照医生手术需求提前备齐手术器物,可大大减少术中巡回护士外出手术间取物的次数,提高手术配合效率。同时,要求所有参

与配合的护理人员在遇到医生手术习惯和手术使用物品改变时要及时在群里通知管理员,由管理员负责修改医生需求表并再次上传,做好持续改进。

(5) 注重腔镜器械的规范使用及保护工作,做好监督管理:腔镜器械要按规范安装、拆卸,清洗、灭菌,以延长器械的使用寿命。术前器械护士洗手上台后,应首先检查腔镜器械的完整性以及性能是否完好,再按照品牌将配套的腔镜器械零件分门别类整理好,再找好正确的卡位轻巧地安装。切不可为了贪图省事,按照主观意愿随意匹配器械零件试图安装,发现不匹配后再更换零件,这样不仅更浪费时间,而且蛮力安装容易损坏器械,增加器械的磨损度。安装好后,可在器械关节处涂抹适量的石蜡油,以养护腔镜器械并改善腔镜器械的使用性能<sup>[6]</sup>。术中发现腔镜器械上沾染血液、组织液或结痂时,应及时清理,以免影响器械的正常使用。腔镜吸引器在吸取大量血液、血块后要立即吸取清水冲洗管腔,以免管腔堵塞。术后应该及时拆卸腔镜器械进行预处理,即去除肉眼可见的血液和有机物,再打包下送至消毒供应中心。一些精细的钳子在运送和高压过程中需用硅胶套头保护头端。消毒供应中心的工作人员应先将拆成零件的腔镜器械使用多酶清洗液联合超声机进行不间断清洗,然后人工刷洗腔镜器械的管腔,高压喷枪冲洗后<sup>[7]</sup>,按规定位置放入腔镜清洗机内,禁止在所有腔镜器械上放置其他物品,同时定期清洗存放腔镜器械的器械盒<sup>[8]</sup>。严格依照手术室腔镜器械类型、用途选择对应清洗方法,以提高器械清洗合格率<sup>[9]</sup>。新器械购回时,需及时请相关技术员讲解器械的结构、功能,使用方法以及如何正确安装、拆卸、清洗、灭菌方式等,保证每位护理人员都能掌握正确的器械使用方法。除了保证手术室护理人员规范使用、保护腔镜器械外,还要设立专人负责对供应室相关工作人员做好器械拆装、清洗、灭菌方式的指导工作。质控小组成员不定期检查腔镜器械的使用情况。

(6) 强调预防术中低体温的重要性,监督做好术中保暖工作:首先制定术中保暖规范,包括患者消毒前以及术后患者复苏前将手术室室温调至 $25^{\circ}\text{C}$ <sup>[10]</sup>;术前外展的肢体全部用中单包裹保暖;在建立气腹期间,合理控制 $\text{CO}_2$ 的压力和流动速度;护理人员要熟悉手术步骤,术中及时、主动、准确地配合医生传递手术器械,以减少手术时间<sup>[11]</sup>;静脉输注的液体温度应加热至 $37^{\circ}\text{C}$ ;术中冲洗液温度需达到 $43^{\circ}\text{C}$ ;术后敷料粘贴完毕应立即加盖棉被等,组织护理人员认真学习保暖规范流程并严格执行,

管理者不定期检查保暖执行情况。

(7) 加强专业培训，鼓励主动上报护理不良事件，激励创新，持续改进：组织学习班规范化学习该类手术相关的配合流程和规范标准，学习完成后进行考核。建立微信学习群，将学习材料上传至群里供大家传阅，管理者每周不定时随机提问。改进护理不良事件登记工作，鼓励护理人员主动上报并记录术中遇到的缺陷及安全隐患问题，例如器械损坏、手术体位摆放不当、术中手术配合出错、术后整理不到位等，并在第2天的晨会上进行案例分析，查找原因，讨论解决办法，以杜绝类似错误再次发生。同时，推崇创新，鼓励护理人员将平时手术配合中产生的新改进和想法在晨会上或学习群里共同分享和讨论，持续改进手术护理配合。

(8) 做好监督、奖惩工作：设立奖惩制度，成立质量控制小组，平时不定期进行护理配合情况抽查，包括患者手术体位的摆放、术前备物情况、术中保暖措施、相关知识点提问等，抽查结果和绩效相关联。对于平时工作积极上进，例如主动上报护理不良事件、主动创新者给予绩效奖励；对于平时工作不认真、责任心不强，例如人为损坏器械、术前准备不充分等给予绩效惩罚，做到奖惩有序，赏罚分明。

1.3 观察指标

(1) 比较两组手术器械损坏及遗失、器械不适用情况。

(2) 监测患者术中低体温、寒颤发生例数：采用同一架医用红外测温仪测量体温，低于 36℃ 视为低体温；寒颤评价参考 Cross-ley 与 Mahajan 评估量表评估患者肌肉震颤的程度，分为 0~4 级，若患者表现出 2~4 级肌肉震颤则视为寒颤<sup>[12]</sup>。

(3) 护理配合满意度：自制医生满意程度调查问卷，于每台手术结束后在手术医生中随机抽取 1 名进行护理配合满意程度调查。调查内容包括器械护士器械准备情况、术中配合熟练度、术中配合主动及时性、术中无瘤技术执行情况、术中无菌操作执行情况，巡回护士患者体位摆放情况、患者保暖情况、术中配合熟练度、仪器设备使用熟练度、应急情况处理能力共 10 项。每项内容对应评价分为 10 分，总满意程度满分 100 分，结果分为非常满意（90~100 分）、满意（70~89 分），不满意（69 分及以下）3 个等级，前两项均视为满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计学软件对数据结果进行分析处理，计数资料计算百分率组间率的比较采用  $\chi^2$

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 两组手术器械相关指标比较

两组器械遗失率比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；观察组器械不适用率、损坏率低于对照组，差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组手术器械相关指标比较 |    |            |           |          |
|------------------|----|------------|-----------|----------|
| 组别               | 例数 | 器械不适用      | 器械损坏      | 器械遗失     |
| 观察组              | 42 | 2 (4.76)   | 0 (0.00)  | 0 (0.00) |
| 对照组              | 42 | 12 (28.57) | 6 (14.29) | 0 (0.00) |
| $\chi^2$ 值       |    | 8.571      | 4.487*    | 0.000    |
| $P$ 值            |    | 0.003      | 0.034     | 1.000    |

\* 为校正  $\chi^2$  值。（）内数据为百分率（%）。

2.2 两组术中低体温、寒颤情况比较

观察组术中低体温、寒颤发生率均低于对照组，差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

| 表 2 两组患者术中低体温、寒颤情况比较 |    |            |            |
|----------------------|----|------------|------------|
| 组别                   | 例数 | 低体温        | 寒颤         |
| 观察组                  | 42 | 2 (4.76)   | 4 (9.52)   |
| 对照组                  | 42 | 10 (23.81) | 13 (30.95) |
| $\chi^2$ 值           |    | 6.222      | 5.974      |
| $P$ 值                |    | 0.013      | 0.015      |

注：（）内数据为百分率（%）。

2.3 医生对两组患者手术过程中护理人员配合的满意程度比较

观察组医生满意程度高于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

| 表 3 两组医生满意程度比较 |    |            |            |           |
|----------------|----|------------|------------|-----------|
| 组别             | 台次 | 非常满意       | 满意         | 不满意       |
| 观察组            | 42 | 37 (88.10) | 4 (9.52)   | 1 (2.38)  |
| 对照组            | 42 | 20 (47.62) | 14 (33.33) | 8 (19.05) |

秩和检验： $u=3.975$ ,  $P=0.000$ 。（）内数据为构成比（%）。

3 讨论

随着人们生活质量的提高，治愈已不是患者对治疗的唯一要求，并发症少、恢复快、美容效果佳已列入治疗的新条件。因此单孔腹腔镜手术以恢复快、瘢痕小的优势得到医学界的推崇，但由于该技

术“同轴效应”的存在,增加了医生的操作难度,因此不能得到普及。为此,相对单孔腹腔镜难度降低、术后恢复和美容效果俱佳的单孔加一孔腹腔镜技术应运而生。但同时新术式的开展也面临着许多问题,例如医生操作空间受限而导致的患者体位摆放要求增高;加长版腔镜器械价格昂贵、精密脆弱,易损坏;手术配合不熟练,术中出现器械损坏和器械不适用影响手术进程,延长手术时间;同时手术难度增加也会引起手术、麻醉时间延长,再加上该术式肢体暴露多,散热快,CO<sub>2</sub>用量增加等原因,患者更容易发生术中低体温,从而导致术后凝血功能障碍、心脑血管意外、麻醉苏醒延迟、切口感染及愈合延迟等多种并发症的发生率增高<sup>[13-15]</sup>。该术式正处于研究发展阶段,术中会出现许多变化和突发情况,对护理人员手术配合的要求也一直在变化,需要大家持续学习改进等。所有这些问题环环相扣,相伴而生,运用常规护理无法做到未雨绸缪、运筹帷幄,一个环节没有做好可能会引起相关联的多个问题出现。因此,想要提高手术护理配合质量,就必须抓住做好每一个细节,才能在总体上提高手术护理配合质量。

本研究结果显示,应用细节管理后,护理人员可以通过主观认同、规范培训,强化复习、相互提醒、接受监督等方式养成规范安装、使用、拆卸、清洗、保护腔镜器械的习惯,有效降低手术中腔镜器械的损坏率。由于术前充分培训,又有电子资料随时查阅/学习群沟通交流,每位配合护士手术前都能做到心中有数、无一不备,器械不适用率大大降低。由于规范培训学习和监督,术中保暖工作做得更加细致完整,大大减少了术中低体温和寒颤的发生率,保障了患者手术安全、减少了术后并发症。由于不断学习,复习手术配合要领和医生的操作习惯,器械护士配合起来游刃有余,能够在相应的步骤及时传递所需的器械、物品;巡回护士也能够根据手术需要及时精准地配合,例如角度合适,保持良好的手术体位,给医生带来更大的操作空间,保障了患者的术中安全,促进了手术的顺利进行,医生对护理配合的满意程度提高。

综上所述,将细节管理应用于单孔加一孔腹腔镜高位结直肠癌根治术的护理配合中,不仅减少了手术中腔镜器械不适用和损坏率、降低了术中患者低体温及寒颤发生率,还提高了医生对护理配合的满意程度。

#### 4 参考文献

- [1] 王倩,冯达斌,何京,等.“单孔+1”与传统腹腔镜术在胃癌根治术中的应用效果比较[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(9):9-1013.
- [2] 刘文居,文浩,肖军,等.单孔加一孔腹腔镜远端胃癌根治术的回顾性对比研究[J]. 中国医药科学,2018,8(21):9-13.
- [3] 滕文浩,魏丞,肖军,等.单孔加一孔联合 ERAS 在高位直肠及乙状结肠癌中的应用[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2019,6(1):53-57.
- [4] 魏丞,肖军,滕文浩,等.“单孔+1”技术在远端胃癌手术及术后加速康复中的应用[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志,2018,5(4):403-406.
- [5] 吴雪媛.腔镜器械细节化管理在手术护理配合中的应用[J]. 当代护士(中旬刊),2019,26(5):181-182.
- [6] 都庄,李璐,刘钰.细节护理管理在手术室腔镜器械管理中的应用价值[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(2):185-186.
- [7] 王凤云,李敏.不同清洗与灭菌方法对手术室腔镜器械灭菌效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2014,20(23):102-103.
- [8] 王守艳,杨香静,吕敏,等.细节管理在手术室腔镜器械管理中的应用探讨[J]. 检验医学与临床,2017,14(Z1):427-428.
- [9] 张艳,杨金凤,单桂艳.细节护理管理在手术室腔镜器械管理中的应用效果[J]. 医疗装备,2019,32(16):66-67.
- [10] 吕丽,王小清,尹霞,等.综合护理干预在胃癌根治术患者中的应用效果观察[J]. 齐鲁护理杂志,2018,24(22):77-79.
- [11] 吕雪清,方红霞,胡淑群.腹腔镜直肠癌术中预防低体温的护理应用[J]. 微量元素与健康研究,2020,37(4):80-81.
- [12] Davies A, Crossley A, Harper M, et al. Lateral cutaneous femoral nerve blockade-limited skin incision coverage in hip arthroplasty [J]. Anaesth Intens Care, 2014, 42(5): 625-630.
- [13] 王珍.探讨干预性护理在手术室患者低体温中的预防价值[J]. 中国医药指南, 2020, 18(5): 4-5.
- [14] 丁冯喆.围手术期保温干预对腹腔镜输卵管切除术患者应激反应及低体温反应的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(19): 135-136.
- [15] 潘竞红,洪青.腹腔镜直肠癌患者术中低体温发生的相关因素分析及防护对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(17): 61-63.

[2021-11-07 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

# PDCA 循环模式在 TDP 治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎护理中的应用

罗斯琴 冯菊凤 何方桂

**【摘要】目的** 探讨 PDCA 循环模式在特定电磁波 (TDP) 治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎护理中的应用效果。**方法** 选择 2020 年 1—12 月医院收治的急性胺碘酮性静脉炎患者 60 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 30 例。对照组采用 TDP 治疗仪联合喜辽妥治疗,并实施常规护理干预,观察组在此基础上采用 PDCA 循环护理模式。采用视觉模拟评分法评价干预前后两组疼痛情况,比较两组症状缓解时间及护理满意度。**结果** 干预前,两组患者 VAS 评分比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );干预后,观察组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。观察组红肿热痛消退时间、静脉弹性恢复时间均短于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论** PDCA 循环模式应用于 TDP 治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎患者的护理中,可减轻其疼痛程度,缩短症状缓解时间,有助于提升护理满意度。

**【关键词】** 急性胺碘酮性静脉炎; PDCA 循环模式; TDP 治疗仪; 喜辽妥; 疼痛; 满意度

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.030

胺碘酮作为广谱抗心律失常药物,具有预防心源性猝死和治疗心律失常的作用,但由于该药物对血管刺激性较强,在静脉输注时易损伤血管内皮细胞,导致静脉炎的发生<sup>[1-3]</sup>。静脉炎以触痛、红斑、发热、肿胀、硬化为主要临床特征,既往临床多以热敷、局部使用凝胶和软膏的方式治疗,但治疗效果不佳<sup>[4]</sup>。特定电磁波 (TDP) 治疗仪能够提高机体内多种酶活性,有效清除自由基,促进局部组织的微循环恢复。喜辽妥软膏通过渗透皮下组织,抑制局部炎症因子的释放和加快血肿的吸收,进而促进伤口恢复,减轻疼痛。如果患者自我管理能力较差且对疾病认知不足,易影响治疗效果,因此,寻求一种有效的护理手段至关重要<sup>[5]</sup>。PDCA 循环模式是按照计划 (P)–实施 (D)–检查 (C)–处理 (A) 4 个步骤分阶段实施,使护理人员做到科学性、系统性的护理管理<sup>[6-7]</sup>。基于此,本研究探讨 PDCA 循环模式在 TDP 治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎患者中的应用效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2020 年 1—12 月我院收治的急性胺碘酮

性静脉炎患者 60 例,纳入条件:符合《中国慢性静脉疾病诊断与治疗指南》<sup>[8]</sup> 中静脉炎相关诊断标准;无外周血管及血液动力学改变;语言表达能力正常者;年龄  $\leq 85$  岁。排除条件:患有出血性疾病;精神疾病及运动障碍;使用其他可引起静脉炎的药物。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 30 例。对照组男 16 例,女 14 例;平均年龄  $60.28 \pm 2.62$  岁;疾病原因:输注高浓度电解质导致者 11 例,胺碘酮静脉泵入导致者 12 例,输注脂肪乳剂导致者 7 例。观察组男 17 例,女 13 例;平均年龄  $60.31 \pm 2.41$  岁;疾病原因:输注高浓度电解质导致者 12 例,胺碘酮静脉泵入导致者 13 例,输注脂肪乳剂导致者 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 对照组** 予以喜辽妥软膏 (批准文号 H20160601) 治疗,0.5~1.0 g/次,均匀外涂于肿胀红痛范围,每天 4 次,按摩时间每次 5 min,并采用 TDP 治疗仪照射治疗,预热 10 min 后,距离体表 30~40 cm 处照射,每次 30 min,每天 2 次,需持续治疗 4~5 d,并实施常规护理干预。

**1.2.2 观察组** 在对照组基础上实施 PDCA 循环模式,构建由护士长、护理人员组成的 PDCA 循环管理团队,护士长担任组长,按照计划–实施–检查–处理 4 个步骤进行分析循证,具体如下。

基金项目:韶关市卫生健康科研计划项目 (编号:Y21239)  
作者单位:512026 广东省韶关市,粤北人民医院心血管内科

(1) 计划: 护理组长首先对导致静脉炎的因素进行分析, 包括①穿刺部位为细小血管和下肢静脉; ②留置针时间过长; ③同一静脉通路使用氨基酸、脂肪乳等刺激性药物; ④对同一部位反复穿刺; ⑤护理人员对患者静脉刺激症状主诉不及时等; ⑥老年患者居多, 文化水平接受能力有限, 配合不佳; ⑦在重点时间段护士工作量大且人员不足, 无法按时落实相关的干预措施。针对导致静脉炎的因素, 制订相应防护措施, 加强对高危人群静脉的护理, 加强重点时间段巡视, 做好患者的宣教和管路保护, 密切观察穿刺点的情况。

(2) 实施: 由护理人员共同完成干预措施, ①对护理人员进行胺碘酮和静脉炎的判断和处理相关知识的培训, 考核合格后方能参与患者护理; 同时, 加强对护理人员的教育强度, 使护理人员掌握有关科研设计知识和方法。②用药前, 由护理人员评估患者的局部静脉状况并确定静脉穿刺部位。③对患者进行静脉炎相关知识的宣教, 对于老年患者, 需反复宣教, 在床边悬挂温馨提示卡, 反复强调药物的作用、副作用及注意事项, 确保患者了解透彻。④当患者发生静脉炎时应给予对症处理。

(3) 检查: 护士长定期考核护理人员的静脉知识掌握情况和胺碘酮给药注意事项, 包括静脉输液标准流程、静脉炎防护措施知识及胺碘酮给药时间、药物浓度等的掌握程度, 抽查护理人员静脉炎预防措施的落实情况、血管的选择以及管路的维护情况。护理人员对护理计划实施状况和效果进行查验, 总结在护理过程中出现的问题并分析其产生的原因。

(4) 处理: 护理人员对护理中存在的问题和原因进行分析, 制订出更完善的护理计划, 进入下一循环不断修正、完善, 实施干预措施, 直到解决全部问题。

### 1.3 观察指标

(1) 疼痛评分: 采用视觉模拟评分法<sup>[9]</sup>(VAS)对两组患者疼痛程度进行评测, 1~3分表示轻微疼痛, 患者可忍受; 4~6分表示中度疼痛但会影响睡眠, 患者尚可忍受; 7~10分表示重度评分, 患者难以忍受。

(2) 症状缓解时间: 记录两组患者红肿热痛消退时间以及静脉弹性恢复时间。

(3) 护理满意度: 干预后, 采用纽卡斯护理满意度量表<sup>[10]</sup>(NSNS)评估两组护理满意度, 该量表共19个条目, 采用5级评分标准(1~5分), 非常满意:  $\geq 75$ 分; 满意: 55~74分; 一般满意: 35~54分; 不满意:  $\leq 34$ 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 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 干预前后两组患者VAS评分比较

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

表1 干预前后两组患者VAS评分比较(分)

| 组别    | 例数 | 干预前             | 干预后             |
|-------|----|-----------------|-----------------|
| 对照组   | 30 | $7.13 \pm 1.12$ | $5.21 \pm 0.87$ |
| 观察组   | 30 | $7.11 \pm 1.15$ | $2.36 \pm 0.46$ |
| $t$ 值 |    | 0.068           | 15.862          |
| $P$ 值 |    | 0.946           | 0.000           |

### 2.2 两组患者症状缓解时间比较

观察组红肿热痛消退时间以及静脉弹性恢复时间短于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 两组症状缓解时间比较(d)

| 组别    | 例数 | 红肿热痛消退时间        | 静脉弹性恢复时间        |
|-------|----|-----------------|-----------------|
| 对照组   | 30 | $7.21 \pm 2.14$ | $8.79 \pm 2.32$ |
| 观察组   | 30 | $3.86 \pm 0.79$ | $4.35 \pm 1.06$ |
| $t$ 值 |    | 8.044*          | 9.534           |
| $P$ 值 |    | 0.000           | 0.000           |

\* 近似 $t$ 检验。

### 2.3 两组护理满意程度比较

观察组护理满意程度优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表3。

表3 两组护理满意程度比较

| 组别  | 例数 | 非常满意 | 满意 | 一般满意 | 不满意 |
|-----|----|------|----|------|-----|
| 对照组 | 30 | 14   | 5  | 7    | 4   |
| 观察组 | 30 | 22   | 4  | 1    | 3   |

秩和检验:  $u=2.063$ ,  $P=0.039$ 。

## 3 讨论

近几年, 心力衰竭合并心律失常疾病呈上升趋势, 胺碘酮能够在短时间内快速发挥疗效, 缓解病情。由于胺碘酮pH值偏酸, 对局部血管具有较强的刺激作用, 且护理人员对给药时间、浓度掌握不

足以及穿刺技术较差,易导致静脉炎的发生<sup>[11-12]</sup>。静脉炎易引发发热、白细胞增高以及疼痛等症状,临床治疗多以局部热敷为主,但由于该治疗方式会导致患者局部血流速度加快,易增加新血栓形成的概率<sup>[13]</sup>。

TDP 作为电磁波治疗仪,具有使用范围广、操作简便以及见效快等特点,该仪器通过发射一种不同波长和不同能量的综合电磁波,被人体内的核苷酸信息高分子所吸收,进而缓解血液循环障碍,扩张血管,促使血流加速,加快代谢产物以及炎性产物的排泄,达到消炎、止痛、消肿以及加快血管内壁创面修复的作用。而喜辽妥是由动物肝脏提取的黏多糖肝素脂,通过抑制各种参与分解代谢的酶和补体系统达到抗炎目的,并能够抑制血栓形成,刺激受损组织再生,利于组织的复原,并且还能够减轻水肿和血肿,缓解疼痛<sup>[14]</sup>。同时,该药物药性温和,操作简便且对皮肤无不良反应,易被患者接受,两者联合使用可有效治疗静脉炎,但由于患者对疾病认识不全面,易产生焦虑、抑郁等多种不良情绪等因素,治疗效果难以达到预期。因此,在治疗的基础上辅以合理的护理措施具有重要意义。本研究表明,观察组 VAS 评分低于对照组,红肿热痛消退时间、静脉弹性恢复时间短于对照组,由此提示 PDCA 循环模式应用于 TDP 治疗仪联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎中效果显著,可有效减轻患者疼痛,加快症状缓解,并提高护理满意程度。主要原因在于 PDCA 循环模式能够对护理程序进行规范和科学性系统监测,通过 4 个步骤不断循环,反复从中找寻问题并解决问题,依据问题作出相应的调整,以达到有质量的护理<sup>[15-18]</sup>。PDCA 循环模式计划阶段通过对疾病产生的因素进行细致化的分析,短时间内作出评估与预判,从而制订出一套科学、有针对性的护理程序,以达到全面细致的护理患者<sup>[19-21]</sup>。实施阶段则主要通过对护理人员进行相关的培训,以便护理人员做出更严谨的护理措施,提升护理工作质量,且通过对患者进行健康知识宣教,做到重点突出、有的放矢。PDCA 循环模式的检查与处理阶段通过分析干预措施的不足之处以及对产生的问题不断地分析、反馈、再循环,以便做出更好的护理措施,是一个循环而不是终结,能够有效的发现问题,探索问题的根本原因,紧抓重点,针对真因,制订对策,切实将留置针静脉管管理落实到实处,以此为患者提供安全高效的静脉输液服务,最终显著的提升患者的护理满意度<sup>[22-23]</sup>。

综上所述,PDCA 循环模式应用于 TDP 治疗仪

联合喜辽妥治疗急性胺碘酮性静脉炎患者护理中效果良好,能够缓解患者疼痛,缩短治疗时间,提高护理满意度。

#### 4 参考文献

- [1] Dixon HA, Hort AL, Wright CM. Amiodarone-induced phlebitis remains an issue in spite of measures to reduce its occurrence[J]. J Vasc Access, 2019,20(6):786-787.
- [2] 梁艳,张秀俊,张全兴,等.品管圈在提高胺碘酮所致静脉炎疗效中的应用[J].河北医药,2018,40(21):3352-3354,3357.
- [3] Heng SY, Yap RT, McGrouther DA. Innovative solutions and insights to phlebitis prevention[J]. Ain J Med, 2020,133(3):261-264.
- [4] 姜天香.护理干预对预防胺碘酮所致静脉炎的效果观察[J].安徽医药,2018,22(3):544-545.
- [5] 胡杏平,林杏,钟滢,等.四黄水蜜与喜辽妥预防静脉滴注七叶皂苷钠所致静脉炎的效果对比[J].广州中医药大学学报,2018,35(3):419-422.
- [6] 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.
- [7] 陈国连,凌瑛,陈莹莹,等. PDCA 循环管理模式在行静脉化疗患者中的应用[J].广西医学,2020,42(7):918-921.
- [8] 中华医学会外科学分会血管外科学组,中国医师协会血管外科医师分会,中国医疗保健国际交流促进会血管外科分会,等.中国慢性静脉疾病诊断与治疗指南[J].中华医学杂志,2019,99(39):3047-3061.
- [9] 闵燕丽,王燕萍.中医康复联合康惠尔透明贴预防华蟾素输注所致静脉炎干预效果观察[J].湖北中医药大学学报,2021,23(2):105-107.
- [10] 张蓓蓓,陈军,张泱悦.中医辨证施护对糖尿病视网膜病变患者遵医行为及护理工作满意度的影响[J].中国实用医药,2018,13(19):166-167.
- [11] 马宋红,徐英.水胶体敷料预防盐酸胺碘酮注射液所致静脉炎的临床观察[J].成都医学院学报,2018,13(4):515-517.
- [12] 阿依苏丽丹·阿不都瓦力,丁雪茹,伊宰古丽·吐尔逊,等.护患共同管理模式在心律失常接受静脉胺碘酮治疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(12):1561-1564.
- [13] 吴秋菊,李静,郭剑.胺碘酮致患者血栓性静脉炎的原因分析及干预措施[J].血栓与止血学,2019,25(5):824-826.
- [14] 张琼燕,卢维城,黄雪波,等.喜辽妥联合硫酸镁治疗新生儿静脉留置针静脉炎的效果观察[J].海南医学,2017,28(13):2235-2236.
- [15] 徐瑞琦,杨硕,山丹,等. PDCA 循环模式对神经外科急诊抢救记录规范化的影响[J].中华全科医学,2018,16(1):151-153.

# 基于信息化平台围术期疼痛管理方案的应用

李蕊妍 蒋丹丹 王燕 王德明 彭楚霞

**【摘要】目的** 构建基于信息化平台围术期疼痛管理方案,并探讨其应用效果。**方法** 选取医院妇科符合标准的腹腔镜下子宫全切术患者为研究对象,2019年7—12月的100例患者为对照组,2020年1—6月的104例患者为观察组,对照组予以常规围术期疼痛管理,观察组在对照组基础上实施信息化围术期疼痛管理方案。比较两组患者术后24 h疼痛程度、满意度和术后镇痛不良反应发生率。**结果** 观察组术后24 h疼痛程度低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者镇痛治疗满意度高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组术后镇痛不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 基于信息化平台的围术期疼痛管理方案,利于动态监测患者疼痛情况,缓解疼痛程度,提高患者对镇痛治疗的满意度,减少术后镇痛不良反应发生率。

**【关键词】** 疼痛;疼痛管理方案;信息化平台;围术期;构建与应用

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.031

疼痛是组织损伤或潜在组织损伤所引起的不愉快感觉和情感体验<sup>[1]</sup>,研究表明,由于进行镇痛治疗的患者分散在医院内不同科室,镇痛治疗管理缺乏及镇痛设备控制不足,术后疼痛管理人员难以及时了解患者症状并处理,每4例手术患者中就有3例患者的疼痛未得到充分缓解<sup>[2-3]</sup>。术后疼痛不仅给患者带来身体上的痛苦和心理上的压力,而且影响术后康复进度<sup>[4]</sup>,加重医疗负担,影响生活质量<sup>[5]</sup>。在“互联网+”时代背景下,电子病历已得到广泛应用,大数据、广覆盖、资源信息共享的网络信息

化平台,为疼痛管理提供了技术支持<sup>[6]</sup>。本研究通过多学科合作,组建信息化疼痛管理团队,构建信息化围术期疼痛管理方案,并将其应用于临床,取得了较好效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年7—12月在我院妇科接受腹腔镜下子宫全切术的100例患者为对照组,2020年1—6月在我院妇科接受腹腔镜下子宫全切术的104例患者为观察组。纳入条件:有镇痛需求的腹腔镜下子宫全切术患者;年龄18~60岁;意识清楚,具有一定的沟通交流能力;了解本次研究目的、自愿参与,患者或家属签署知情同意书。排除条件:严重肝肾功能损害、严重器质性病变及凝血功能障碍;

基金项目:湖南省卫健委一般指导课题(编号:20201995);衡阳市科学技术局指导性计划(编号:2019jh011100)  
作者单位:421001 湖南省衡阳市,南华大学衡阳医学院附属第二医院  
通信作者:彭楚霞

- [16] 马洁,王南,张四喜,等.以PDCA循环理论为基础的临床药师工作模式探讨[J].中国医院药学杂志,2018,38(5):98-100.
- [17] 王莉娜.PDCA循环模式对颈内中心静脉置管患者并发症和生活质量的影响[J].现代医学,2018,46(9):1081-1084.
- [18] 张颖,唐雪,张立秋,等.PDCA循环在缩短血液病房输血等候时间管理中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2020,36(23):1801-1804.
- [19] 王桂琴,赵瑞玲.运用PDCA循环法降低静脉用药集中调配中心的差错率[J].中国药物与临床,2018,18(10):1831-1832.
- [20] 李潇潇,张昭,刘芳,等.PDCA循环法在临床药质

量控制体系建立与实施中的应用[J].中国医院药学杂志,2019,39(22):2347-2350.

- [21] 柯锦秀,陈荣梅,罗丽莹.PDCA循环在提高门诊护理人员应急急救能力中的应用效果[J].中国急救医学,2018,38(2):230.
- [22] Li YC, Wang HL, Jiao JD. The application of strong matrix management and PDCA cycle in the management of severe COVID-19 patients[J].Crit Care, 2020,24(1):157.
- [23] 杨兰,施丽,王颖,等.PDCA循环结合细节护理提高门诊手术室安全管理质量的效果[J].中华现代护理杂志,2021,27(2):272-275.

[2021-04-29 收稿]

(责任编辑 陈景景)

合并其他恶性肿瘤；既往有精神疾病史、认知障碍、药物戒断史；术后拒绝采用镇痛方案。脱出条件：中途转院、离院、死亡患者。观察组平均年龄  $51.48 \pm 8.05$  岁；文化程度：初中及以下 44 例，高中或中专 38 例，大专或本科 16 例，硕士及以上 6 例；入院诊断：子宫肌瘤 40 例，子宫腺肌症 20 例，子宫内膜癌/宫颈癌 21 例，其他 23 例；平均手术时长  $129.14 \pm 50.28$  min。对照组平均年龄  $53.29 \pm 7.01$  岁；文化程度：初中及以下 42 例，高中或中专 41 例，大专或本科 15 例，硕士及以上 2 例；入院诊断：子宫肌瘤 48 例，子宫腺肌症 12 例，子宫内膜癌/宫颈癌 19 例，其他 21 例；平均手术时长  $127.53 \pm 57.34$  min。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。本研究征得医院伦理委员会批准。

## 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 专科护士对患者进行常规镇痛宣教，对术后有镇痛意愿的患者，使用静脉镇痛泵维持 48 h。疼痛专职护士在术后 24 h 访视患者，采用纸质镇痛随访单评估患者镇痛治疗情况。当患者主诉疼痛时，报告医生，进行镇痛补救处理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施信息化围术期疼痛管理方案，具体如下。

(1) 组建信息化疼痛管理团队：信息化疼痛管理团队共由 6 名组成，核心成员包括麻醉医生 1 名、疼痛专职护士 1 名、专科医生 1 名、专科护士 1 名，辅助成员包括信息化专职人员 1 名、护理部人员 1 名。麻醉医生负责指导方案中疼痛相关评估与治疗方案，术前访视、术中镇痛和术后镇痛方案的制订；疼痛专职护士由以疼痛管理为研究方向的麻醉科护士担任，专职负责围术期疼痛管理，负责术后访视、疼痛相关资料及信息化数据收集、课题实施、各成员间的沟通与协作、疼痛管理培训；专科护士负责定时评估患者疼痛评分，出现爆发疼痛时，及时报告专科医生和麻醉科；专科医生负责协助麻醉科实施镇痛补救处理；信息化专职人员负责协助信息化管理平台建设，量表导入，系统维护；护理部人员协助麻醉科进行疼痛管理培训与临床业务指导，定期质量控制检查。

(2) 建立信息化围术期疼痛管理平台：在麻醉医生、疼痛专职护士、信息化专职人员的共同协作下，将疼痛数字评分表导入住院护理电子病例系统及个人数字助理 (PDA) 终端。入院当天，病区责任护士运用 PDA 在床旁对患者实施评估，将疼痛评估纳入入院生命体征监测部分，进入该患者疼痛评

估界面，根据对应表格进行填写。患者术前、术中、术后、疼痛加重或爆发、出现新的疼痛时，再次评估并记录，经过及时镇痛处理后，再次复评并记录。评估频率由是否存在疼痛、疼痛程度、疼痛变化程度等因素决定。建立术后镇痛泵电子交接单，麻醉医生-复苏室护士-病房护士进行三方交接核查，镇痛泵开始使用时，结构化系统记录单自动生成患者基本信息。由麻醉医生、复苏室护士、病房护士确定镇痛泵参数准确，运行正常、管路无堵塞、渗漏，核对无误后填写镇痛管理交接单。建立疼痛管理质量指标平台，根据“实施-结果-反馈”3个维度设置疼痛管理质量指标，通过观察指标异动，实现有效疼痛管理。将疼痛评价结果与护理管理系统联动，形成“护理部-护士长-病区”的三级质量监控。对不同层级的护理管理者进行授权，通过护理管理系统，实时监测患者疼痛情况、镇痛措施落实情况、药物不良反应等，便于数据收集、统计，追踪反馈和质量督查。

(3) 信息化围术期疼痛管理方案的制订及实施：

①术前。患者入院后 30 min 内由病区责任护士完成首次疼痛评估及健康宣教，向患者及家属介绍疼痛评估的方法，并选择合适的量表进行记录。若无痛或疼痛评分  $<4$  分，进行简易评估，直至疼痛完全消失；若评分  $\geq 4$  分，进行疼痛部位、性质、持续时间等综合评估，通过主动、客观、持续的疼痛评估，做到疼痛评估常态化、常规化、阶段化。手术前 1 d，由麻醉医生访视患者，对患者术前进行动态评估，运用移动数码设备播放录制好的疼痛相关麻醉教育视频，耐心解答患者疑问，并发放相应疼痛宣教卡片，介绍术中、术后疼痛管理措施，向患者及家属介绍患者自控镇痛 (PCA) 的使用方法、工作原理、注意事项、镇痛时间、不良反应的反馈等，尽可能提高患者对 PCA 按键的操作能力。必要时，术前 30 min 为患者进行术前超前镇痛，由病房专科护士遵医嘱给予帕瑞昔布 40 mg 静脉推注。②术中。麻醉医生与疼痛专职护士一起讨论制订术后疼痛管理方案，包括患者一般资料、麻醉方法和配方、镇痛泵种类的选择、备用镇痛方案调整等，麻醉专职护士协助麻醉医生完成患者术中镇痛处理、麻醉记录，及时准确完善术后镇痛泵交接单。麻醉医生负责设置并填写镇痛泵相关参数，包括药物配方、给药途径、总用药量、负荷量、持续量、PCA 锁定时间、PCA 量等。复苏室期间，疼痛专职护士负责术后即时疼痛评估，确认镇痛泵的各项数据，确保镇痛泵正常运行并记录。③术后。术毕返回病房，病

区责任护士再次确认镇痛泵的使用情况,检查管道是否阻塞或漏液,并做好记录。采用无线远程镇痛监控系统监控患者 PCA 的用药量、按压次数,运用无线镇痛中央监测站和无限镇痛泵双途径报警,患者在锁定时间内 PCA 按压次数超过 3 次,提示出现爆发痛或镇痛泵低效,中央监测站后台自动报备“镇痛不足”,并自动发送警示信息到特定手机。麻醉医生在手术室内的控制中心也可以了解到患者的镇痛情况,及时处理,避免因人力限制导致的监测和随访不及时。疼痛专职护士在术后 24 h 对患者进行术后随访及疼痛评分,实行无纸化记录的随访模式,了解镇痛泵使用情况及患者是否存在恶心呕吐、尿潴留、皮肤瘙痒等并发症,汇报麻醉医生后及时调整镇痛方案。④沟通协作。信息化疼痛管理成员建立微信工作群,每周进行案例讨论、分享,解决和协调实施过程中发生的问题,完善镇痛方案。以专科化培训考核、外出进修培训及科研实践活动等方式提高团队成员业务水平,参与培训者必须考核合格,否则对其进行循环培训。⑤质量控制。护理部对团队成员进行年度评估,随机抽查患者,了解患者疼痛情况及满意度、信息化镇痛管理相关制度落实情况,并对相关问题督促整改,不断优化信息化疼痛管理方案,加强质量控制。

### 1.3 观察指标

(1)疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛程度,该量表由 0~10 分标记,0 分表示无痛,1~3 分表示轻度疼痛,4~6 分表示中度疼痛,7~10 分表示重度疼痛。

(2)镇痛治疗的满意度:采用自制的“住院患者疼痛服务满意度调查问卷”对患者术后镇痛治疗情况进行满意度调查,分为非常满意、满意、一般、不满意、非常不满意 5 个等级。

(3)术后镇痛不良反应:疼痛专职护士于术后 24 h 对患者是否发生恶心呕吐、皮肤瘙痒、嗜睡、头晕等术后镇痛不良反应进行评估,汇总发生例数,统计发生率。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件处理数据,等级资料比较采用秩和检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术后 24 h 疼痛程度比较

观察组患者术后 24 h 疼痛程度低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者术后 24 h 疼痛程度比较

| 组别  | 例数  | 无痛 | 轻度疼痛 | 中度疼痛 | 重度疼痛 |
|-----|-----|----|------|------|------|
| 观察组 | 104 | 17 | 54   | 20   | 13   |
| 对照组 | 100 | 8  | 20   | 52   | 20   |

秩和检验: $u=4.769$ ,  $P=0.000$ 。

### 2.2 两组患者镇痛治疗满意程度比较

观察组患者镇痛治疗满意程度高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.3 两组患者术后镇痛不良反应发生率比较

观察组患者术后镇痛不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 2 两组患者镇痛治疗满意程度比较

| 组别  | 例数  | 非常满意 | 满意 | 一般 | 不满意 | 非常不满意 |
|-----|-----|------|----|----|-----|-------|
| 观察组 | 104 | 26   | 45 | 20 | 12  | 1     |
| 对照组 | 100 | 5    | 15 | 53 | 22  | 5     |

秩和检验: $u=6.272$ ,  $P=0.000$ 。

表 3 两组患者术后镇痛不良反应发生率比较

| 组别  | 例数  | 恶心呕吐 | 头晕 | 嗜睡 | 皮肤瘙痒 | 总发生例数 | 发生率(%) |
|-----|-----|------|----|----|------|-------|--------|
| 观察组 | 104 | 7    | 2  | 0  | 2    | 11    | 10.58  |
| 对照组 | 100 | 13   | 5  | 1  | 3    | 22    | 22.00  |

$\chi^2=4.906$ ,  $P=0.027$ 。

### 3 讨论

#### 3.1 信息化围术期疼痛管理方案改善患者术后疼痛结局

信息化管理已成为大数据时代下医疗系统的必备条件,告别了过去收集数据难、处理数据慢、储存数据不完整等缺点。信息化疼痛管理方案的优势在于真正实现无纸化的疼痛管理模式,保障术后镇痛效果并实现个体化的术后疼痛管理<sup>[7]</sup>。本研究中,在各科室人员协作下,多学科团队成立的有机联合体相衔接的基础上,制订信息化疼痛管理方案,使疼痛管理过程同质化、高效化,有利于规范围术期疼痛管理方案,提高疼痛评估的准确率和镇痛措施的执行率,进而提高患者疼痛管理的质量和安全性,改善患者术后疼痛的结局。同时运用 PDA 和无线远程镇痛监控系统进行融合,做到镇痛无空白期,根据患者术后疼痛程度的不同,实时评估监测,出现爆发性疼痛或镇痛无效,立即报告麻醉医生,及时调整镇痛方案,实现患者疼痛的个体化管理<sup>[8]</sup>。

#### 3.2 信息化围术期疼痛管理方案提高患者满意度

本研究结果显示,镇痛结束时大多数患者及家属对住院期间的信息化围术期疼痛管理方案及医护人员服务态度均较满意。疼痛作为公认的“第五生命体征”,也是围手术期患者最常见的护理问题,严重的疼痛更会直接影响患者术后恢复。随着时代的进步,传统的急性疼痛服务组织已不能满足临床实践需要<sup>[9-10]</sup>,信息化疼痛管理方案的构建与实施符合“以患者舒适为中心”的无痛病房理念,并通过标准的质量控制管理,及时追踪反馈和质量督查,保证患者在同质化管理下获得个体化护理,提升患者满意度。

#### 3.3 信息化围术期疼痛管理方案降低术后镇痛不良反应的发生率

疼痛对围术期患者呼吸、循环、消化系统等功能都存在不同程度的影响,在手术应激条件下,可诱发各种并发症发生,有效的术后镇痛至关重要。恶心呕吐、皮肤瘙痒、嗜睡、头晕均为术后镇痛常见的不良反应,严重影响着患者围手术期的安全及术后恢复,甚至延长患者住院时间,增加患者住院费用<sup>[11-12]</sup>。信息化疼痛管理方案通过 PDA 和无线远程镇痛监控系统对术后镇痛患者进行全面监管,实时远程监控镇痛泵运行状况,评价患者的镇痛效果,确保镇痛安全、有效。及时发现并处理术后镇痛的不良反应,加强医护患之间的有效沟通,充分体现对患者的人文关怀,使患者积极主动配合医护

人员的治疗和预防并发症的发生。实施信息化疼痛管理方案有利于为患者提供更安全、舒适、优质的疼痛服务,提高医护人员工作效率,降低术后镇痛不良反应的发生率。

### 4 结论

基于信息化平台的围术期疼痛管理方案是真正实现无纸化的疼痛管理模式,利于动态监测患者疼痛情况,缓解患者疼痛程度,提高患者对疼痛管理的满意度,降低围手术期镇痛不良反应的发生率,减少医护人员的工作量,提高工作效率,节约人力资源。但本研究属于单中心研究,受本院手麻系统和数据库的限制,后期研究将继续细化和完善信息化围术期疼痛管理方案。

### 5 参考文献

- [1] 苏曼曼,周阳.术后疼痛管理研究进展[J].护理研究,2018,32(17):2669-2672.
- [2] 任红艳,刘东英.癌痛规范化护理在示范病房的应用效果[J].临床医学,2017,37(12):124-126.
- [3] 赵霞,李小华,刘晓辉.无线镇痛监控系统的原理与应用[J].中国数字医学,2014,9(3):15-17.
- [4] 王伟,吴清霞.临床疼痛管理研究进展[J].护理学杂志,2016,31(4):101-103.
- [5] 秦玲,薛晓明.患者疼痛管理研究进展[J].中国护理管理,2016,16(1):121-124.
- [6] 汪晖,尹世玉,杨纯子,等.基于护理信息化平台的疼痛规范化护理管理模式[J].中国医院,2017,21(11):60-63.
- [7] 段娜,郑雪梅,王强,等.麻醉科疼痛“云病房”管理模式的构建及应用[J].护士进修杂志,2020,35(16):1492-1494.
- [8] 王芹,夏广惠,丁洁芳,等.护士主导的多学科协作管理疼痛在胸腔镜围术期的应用[J].中国临床研究,2019,32(5):703-707.
- [9] 王玉芹,刘玉平,王亚玲,等.肝动脉化疗栓塞患者疼痛管理标准方案的构建及实践[J].中华护理杂志,2020,55(4):558-563.
- [10] 王珍,程玲,李敏,等.疼痛规范化管理联合情绪管理在带状疱疹后神经痛患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(9):86-89.
- [11] 陈璐,王芳.疼痛管理方案在蛛网膜下腔出血重症患者护理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2016,22(16):2287-2290.
- [12] 聂琴琪.疼痛管理方案在颅脑外伤重症患者护理中的应用价值[J].现代诊断与治疗,2018,29(3):489-490.

[2021-11-17 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 糖尿病视网膜病变患者中医针刺治疗的健康教育现状

胡林玉 李琰 冯小涛

**【摘要】** 糖尿病视网膜病变 (DR) 是糖尿病最严重的微血管并发症之一,随着糖尿病病程进展视力下降甚至会导致失明。中医针刺穴位疗法可益气、活血,扶正祛邪、调和阴阳、疏通经络,可有效改善 DR 患者眼底微循环受阻,改善视功能,增加机体抗病能力。合理有效的临床护理及健康教育可明显提高 DR 患者针刺治疗的连续性、有效性,从而控制 DR 病程进展,本文主要从护理健康教育模式、方式、内容进行阐述,提出做好中医针刺治疗 DR 患者的健康教育,可改善患者不良健康行为,提高自控能力,积极配合治疗,促进疾病康复。

**【关键词】** 糖尿病视网膜病变; 中医针刺; 健康教育; 健康行为; 自控能力

中图分类号 R473.77 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.032

糖尿病视网膜病变 (diabetic retinopathy, DR) 是 2 型糖尿病 (diabetes mellitus, DM) 主要并发症之一。其患病率高达 44%~51.3%, 是成年人中可预防性失明的常见原因, 已成为防盲的重要课题。中医认为糖尿病属于中医“消渴”范畴, 即中医消渴目病, 是由消渴病引起的内障眼病。由于起病症状不同, 可归属于中医学眼病“云雾移睛”“视瞻昏渺”“暴盲”等范畴<sup>[1]</sup>, 阴虚体质者易患本病, 痰湿内停长期瘀滞于脉道导致血液循环受阻, 痰瘀血互结, 久病入络上犯于目, 则引起 DR<sup>[2]</sup>, 痰湿蕴久, 血液凝稠, 则血瘀更重, 通过针刺治疗可有效改善微血管病变, 而中医针刺治疗疗程较长, DR 患者经常产生恐针、焦虑等负面情绪, 且患者多中老年人, 其认知能力较低, 依从性较低, 多数患者对针刺治疗重要性认识不足, 连续就诊依从性差, 不能达到理想治疗效果。健康教育是一种以帮助对象人群或个体改善健康为宗旨, 其目的是使对象人群或个体自觉授受对其健康有利的行为和生活方式<sup>[3-4]</sup>, 因而在护理干预中开展健康教育尤为重要。本文主要针对中医针刺治疗 DR 患者护理中的健康教育状况进行综合阐述。

## 1 中医针刺治疗 DR 患者健康教育现状

①护理人员缺乏中医针刺健康教育的知识和意识, 目前临床主要由针刺医师承担患者健康教育, 一般针对初次针刺患者讲解针刺疾病相关知识及注

意事项, 难以做到持续跟进及回访。

②护理系统缺乏健康教育内容与方法, 只注重 DR 疾病本身, 健康教育仅停留在卫生宣传层面, 对患者自主参与治疗过程的主导作用重要性认识不足, 针刺就诊完全靠患者自己坚持, 3 个月以上连续就诊率只有 50%~60%。

## 2 中医针刺治疗 DR 患者的健康教育

### 2.1 健康教育模式

2.1.1 计划性健康教育模式 此模式适用于初次针刺患者, 针对患者由于缺乏对针刺知识了解及针刺可能带来疼痛的不确定性, 产生恐惧、害怕、紧张等心理进行针刺前、针刺中、针刺后健康教育<sup>[5]</sup>。

(1) 针刺前: 对 DR 针刺治疗的相关知识、疗效、疗程等进行大体介绍, 尽量详细形容针刺时酸、麻、胀、痛的感觉, 缓解其紧张不适感。

(2) 针刺中: 进针过程告知患者行针手法变化及进针得气感觉, 以及留针时间及注意事项等。

(3) 针刺后: 起针后嘱患者按压出血穴位, 稍事休息后再活动, 避免过度劳累。

2.1.2 知信行健康教育模式 护理人员对 DR 患者疾病知晓情况、对疾病态度、相关健康行为方面进行干预, 建立疾病健康档案, 对每位患者进行系统记录, 确保健康教育的连续性和有效性<sup>[6]</sup>。在患者初次针刺时进行知信行指导, 每周二、五上午预约患者进行跟进式健康教育。此模式可有效帮助老年患者养成健康行为<sup>[7]</sup>。

2.1.3 自主性健康教育模式 鼓励患者简单记录

针刺治疗后恢复状态,可以与护理人员交流健康方式心得,找出适合患者的健康方式,从而激发患者自主性,更加重视自身健康<sup>[8]</sup>;同时患者自主回馈的身体信息是最真实的,可有效帮助医师制订后续的针刺治疗方案。

#### 2.1.4 PDCA 循环健康教育模式

(1) P (plan) 计划:利用调查问卷方式对患者 DR 疾病及针刺治疗知晓率等进行准确评估,制定相应的健康教育计划。

(2) D (do) 执行:实施健康教育计划,进行针对性干预,对出现的问题及时分析并改善计划。

(3) C (check) 检查:利用调查问卷方式对于干预结果进行测评。

(4) A (action) 行动:对得到的数据进行分析,对发现的问题在中医饮食、运动、心理方面加以改进,形成标准运用到下一个循环,周而复始,从而优化患者健康相关行为,增强患者风险意识<sup>[9]</sup>,提高连续针刺复诊率。

#### 2.2 规范健康教育方式

(1) 口头宣教:对初次针刺治疗的 DR 患者采用面对面交流讲解疾病相关知识<sup>[5]</sup>,同时了解患者基本情况及认知水平,倡导家属共同参与患者治疗过程,尤其疗程较长的患者。健康教育时可采用安慰与鼓励性话语,引导患者以积极乐观的态度面对疾病。

(2) 图文宣教:发放 DR、DM、中医针刺宣传手册,讲解的同时以图文并茂、通俗易懂的宣传页为媒介,让患者进一步加深对 DR 疾病、控糖重要性及中医针刺的认识。

(3) 示范教育:对初诊患者进行针刺治疗相关演示,以减轻患者恐针感,了解相关注意事项。

(4) 经验交流:每周四举办“家庭日”活动,引导患者之间相互交流各自针刺治疗经过、控糖经验、饮食运动内容等,尤其鼓励针刺治疗后视功能恢复明显患者多讲解成功经验。

(5) 集体授课:每周二进行集体授课,讲解相关的饮食指导、运动指导及情志调节等。

(6) 微信平台健康教育:通过微信群定期推送微视频及相关健康知识<sup>[10]</sup>。

#### 2.3 完善健康教育内容

(1) DR 疾病及中医针刺健康教育:针刺治疗可益气、活血,扶正祛邪、调和阴阳、疏通经络<sup>[11]</sup>,可有效改善 DR 患者眼底微循环受阻,增加机体抗病能力,初期每天就诊,2 周后可视情况改为隔天 1 次就诊,一般 12 d 为 1 个疗程,应坚持至少 3 个

月以上。嘱患者勿空腹针刺治疗,针刺过程中可能会有酸、麻、胀、痛等感觉,可随时告知我们调整进针深度;进针后需留针 30~40 min,嘱患者勿随意走动;针刺结束起针后注意按压有出血部位,适当休息,避免过度劳累。

(2) 图文宣教:设置宣传栏,以图画形式讲解 DR 形成过程、影响病程进展因素、控制方法、疾病转归等;图解中医针刺治疗 DR 穴位名称及功效,让患者提前了解,以缓解紧张恐惧感;给就诊患者及家属发放简单、通俗、易懂的 DM、DR 宣传册,向其宣教如何预防、控制 DR 进展。

(3) 建立微信群:微信群内定期推送 DR 相关健康知识、微视频典型案例等,指导患者坚持健康的生活方式<sup>[12]</sup>,督促患者及时就诊,遵循有效的随访计划,提高患者对疾病预防及控糖重要性的认知,督促日常生活中合理饮食、适度运动。

(4) 中医针刺示范宣教:利用人体模型向患者展示针刺治疗 DR 各穴位图,讲解针刺各穴位的作用、进针感受及注意事项,减少恐针感,增强患者连续针刺治疗的信心。

(5) 集体授课:由中医针刺治疗专家及 2 名健康教育经验丰富的主管护师每周二对患者及其家属进行集体授课<sup>[13]</sup>,分类系统讲解 DR 疾病治疗饮食篇、运动篇、情志调节篇、血糖控制、中医针刺治疗 DR 机理等。通过生动形象的讲解普及 DR 相关知识。

(6) 经验交流与个体化健康教育结合:杨素华等研究中采用每周四举办“家庭日”<sup>[14]</sup>,引导患者互相交流针刺治疗感受、经验、日常如何通过饮食及运动控制血糖,对于性格内向不善言谈的患者采取一对一交流,鼓励其与针刺治疗后视功能恢复良好患者沟通建立自信心。

#### 2.4 强化护理措施

(1) 心理护理:在针刺治疗期间,患者因病情及恐针等不良因素的影响易产生紧张、恐惧的心理。护理人员需要对患者进行有效沟通,通过评估患者心理状态及对 DR 疾病、针刺治疗相关知识了解情况,耐心聆听患者需求,可采用解释、安慰、鼓励、暗示等心理治疗手段帮助患者逐渐消除焦虑、抑郁等负性情绪,缓解身心痛苦<sup>[15]</sup>,邀请治疗效果显著的患者一起分享成功经验,帮助其建立治疗的信心。同时建立良好的护患关系,取得患者及家属信任,与患者家属进行沟通,提供必要的家庭支持。相关研究发现<sup>[16-18]</sup>,家庭支持有利于减轻 DR 患者的焦虑、抑郁等不良情绪和提高其生活质量。将患

者纳入微信管理平台鼓励其及时连续复诊。定期微信问询或电话回访患者了解相关心理状况,对患者出现的紧张、焦虑、失望、悲观等不良情绪进行及时干预。

(2) 饮食护理:《素问·奇病论》篇曰:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”,应根据患者的年龄、身高、体质量、活动强度计算每日摄入总热量,三餐合理分配,限制主食量,忌食糖类食物,需采取以谷类食物为主,高膳食纤维摄入,低盐、低糖、低脂肪摄入的多样化膳食方案。指导患者控制饮食量,热量的摄入应该不超过总能量的30%,控制体质量在正常范围内<sup>[19]</sup>。通过饮食治疗减轻胰岛B细胞的负担<sup>[20]</sup>,使血糖、血脂达标。口渴多饮者可采用麦冬、淮山药、葛根等煎水代茶饮。指导患者经常进食补气血、滋补肝肾之品,如熟地、黄芪、党参等,以达到扶正治本,调和气血,滋养目窍的目的。

(3) 运动指导:运动可以消耗热量,减少脂肪组织,减轻体质量,胰岛素敏感性增强<sup>[21]</sup>。同时适当的体育锻炼,可以增强体质,提高机体免疫力,促进病情好转。但应避免剧烈运动,根据个体差异采取合理的运动方式,如步行、慢跑、打太极拳、八段锦等。应根据患者的性别、年龄、体型、体力、生活习惯、运动习惯等制订相应的运动方式及运动量,并循序渐进,持之以恒<sup>[22]</sup>。

(4) 情志护理:因为DR疾病对眼底微血管损害的不可逆性,80%的DR患者容易产生自卑心理,并伴有恐惧、焦虑、沮丧等不良情绪<sup>[23]</sup>,导致食欲下降、失眠、抑郁等,从而影响针刺治疗效果。应建立良好的护患关系,对患者多疏导、多鼓励、正向引导,使其对疾病有一个正确的认识,使患者树立战胜疾病的信心,积极配合使针刺治疗达到更好的效果<sup>[22]</sup>。曹艳芳等<sup>[25]</sup>采用精致护理联合情志护理干预,结果显示DR患者依从性更高,因此其血糖控制水平更为理想,机体功能和心理状态的综合提高,从深层次解决患者压力,抑郁、焦虑等不良状态得到明显改善。

### 3 经验与体会

DR是DM的严重并发症之一,其发病人数随着DM患者人数增加呈逐年上升趋势,其病变是由于患者长期高血糖状态导致内分泌代谢功能障碍,最终视网膜微血管损伤,血液成分渗出及毛细血管闭塞引起一系列典型病变。广泛的视网膜缺血会导

致视网膜水肿及新生血管形成,黄斑水肿和新生血管导致的并发症,如牵拉性视网膜脱离和玻璃体积血是造成视力下降或丧失的主要原因。患者早期眼底相表现为视网膜血管通透性增加、有点状渗出,逐步进展为血管闭塞、新生血管形成、眼底出血,影响患者视力<sup>[26]</sup>。视功能受损会使患者产生生理、心理压力,给患者生活造成痛苦,导致其生活质量降低,同时也会给患者的家庭及社会造成一定负担。研究表明<sup>[27]</sup>,中医针刺治疗可明显改善糖尿病患者视网膜微循环,增强视网膜对缺血、缺氧的耐受力,减轻血糖高对视网膜的病理损害,对糖尿病患者视功能有保护作用,抑制和延缓糖尿病视网膜病变的发生发展<sup>[28]</sup>。通过针刺治疗,可促进眼底点状、片状出血吸收,有效提高患者视力,且治疗费用较低,患者痛苦较小,同时还可调节血糖、血脂、血压等相关代谢指标,但疗程至少在3个月或半年以上,需要患者长期坚持治疗。基于我院中医护理现状患者很难连续坚持就诊,急需系统化护理健康教育干预,对于初期非增殖型DR患者如果干预较早,坚持针刺治疗,患者眼底出血吸收、黄斑水肿消退,还可以恢复很好的视力,有的患者可能会维持到1.0的视力。

随着护理健康教育模式的不断发展更新,我们完全可以结合患者实际,对老年针刺患者及其家属以传统的计划健康教育模式为主,通过集体授课、针刺相关健康知识讲解、改善日常不良生活习惯等,督促其重视自身状况对DR疾病发展过程的影响,正确认识并坚持针刺治疗;对理解能力和配合度较好的患者实施持续知信行健康教育模式<sup>[29]</sup>,微信群及时了解患者状况,对不良健康行为及时干预,督促、鼓励其保持健康生活方式,坚持针刺治疗。将患者健康行为的改变详细记录并让患者了解自身变化,对治疗过程增加信心,主动与护理人员或其他患者交流,进行经验互补,增加群体归属感,从基础的被动教育逐渐转变为主动的接受教育、需要教育,主动坚持针刺治疗。随着健康教育的不断深入,开启PDCA循环健康教育模式,利用调查问卷形式了解干预情况并对干预效果进行系统测评、分析,将发现问题纳入下一循环,不断优化患者健康相关行为。

总之,秉持“以人为本”的理念<sup>[30]</sup>,把“行为矫正”作为健康教育的核心<sup>[31]</sup>,在日常护理中合理运用各种健康教育模式,帮助针刺患者认识DR疾病及坚持中医针刺治疗DR的优势,建立战胜疾病的信心,改善日常不良健康行为,提高自控能力,

化被动为主动,积极参与治疗过程,从而达到遵医嘱复诊,坚持针刺治疗目的,最终改善视功能及自身健康状况,提高生活质量,让DR患者重塑家庭及社会角色。

#### 4 参考文献

- [1] 段俊国,金明,接传红,等.糖尿病视网膜病变中医诊疗标准[J].世界中西医结合杂志,2011,6(7):632-637.
- [2] 张亿,李媛媛,唐雨蕊,等.吴烈教授从痰湿质团体化角度论治糖尿病性视网膜病变经验[J].中国中医眼科杂志,2020,30(3):200-205.
- [3] 周郁芳,叶淑娟.探讨不安全感与健康意识程度对健康预防行为之影响[J].台湾公共卫生杂志,2015,34(6):605-615.
- [4] 刘英姿,方启泰.社经弱势轨迹与健康结果之关系[J].台湾公共卫生杂志,2014,31(5):36-38.
- [5] 计静.健康管理在针灸康复过程中的实施效果[J].中医药管理杂志,2018,26(16):171-172.
- [6] 张桂丽,费红敏,柏涌海.持续知信行健康教育对糖尿病并发视网膜病变患者的治疗效果研究[J].检验医学与临床,2019,16(6):768-771.
- [7] 杜文洁,高春红.KAP模式健康教育在老年高血压合并糖尿病患者群体中的应用[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(S1):111-113.
- [8] 李丽.我国护理健康教育模式的现状与发展[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(85):198.
- [9] 张慧丽.阶梯式健康教育联合PDCA循环干预对2型糖尿病患者血糖水平及自护能力的影响[J].临床医学工程,2020,27(9):1237-1238.
- [10] 马张芳,张宛侠.借助微信平台的体位护理干预在增生性糖尿病视网膜病变患者日间手术后的应用[J].眼科,2019,28(4):312-313.
- [11] 王琳,关东旭,邹丹.糖尿病视网膜病变患者采取常规疗法结合中医针灸治疗的护理体会[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(16):122-124.
- [12] 赵书平,赵贤,王平.典型案例支持下微视频健康教育方案对糖尿病视网膜病变患者术前认知度、负面情绪的影响分析[J].四川解剖学杂志,2020,28(4):132-133.
- [13] 贾淑华,张艳.基于知信行理论的健康教育在糖尿病视网膜病变患者中的应用[J].黑龙江医药科学,2021,44(1):83-84.
- [14] 杨素华,胡细玲.社区家庭护理干预对2型糖尿病患者血糖控制的效果分析[J].现代临床护理,2016,15(1):62-65.
- [15] 周燕,谢丽丽,肖玲.心理护理干预对行玻璃体切割术的增殖型糖尿病性视网膜病变患者的影响[J].中国现代医生,2009,47(21):32-34.
- [16] 周美英,赵桂玲,罗鉴兰.家庭支持对糖尿病性视网膜病变患者心理状态和生活质量的影响[J].中国实用护理杂志,2010,26(19):59-61.
- [17] 薛沛宏.家庭随访干预在早期糖尿病视网膜病变患者中的应用及效果[J].河北医药,2014,36(12):1896-1899.
- [18] 韩俊莹,于新,朱学慧,等.家庭及社会支持对手术期糖尿病视网膜病变病人焦虑的影响[J].护理研究,2015,29(16):2018-2020.
- [19] 刘媛媛.健康教育在糖尿病视网膜病变患者中的应用[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(30):321-322.
- [20] 陈瑶,付淑云.糖尿病患者饮食治疗的健康指导[J].职业与健康,2004,20(6):143-144.
- [21] 陈弘毅.糖尿病患者为什么要运动[J].家庭医学,2001(8):53.
- [22] 韩点,王建忠,田茹,等.健康教育在糖尿病视网膜病变患者中的应用效果分析[J].糖尿病新世界,2015(20):48-49.
- [23] 杨莉.浅谈消渴目病的中医护理及健康教育[J].内蒙古中医药,2015,34(9):180.
- [24] 杨玉红,王春花.情志护理与疾病康复[J].中国医药导报,2009,6(4):81,84.
- [25] 曹艳芳,朱秋谊,韩小玉,等.精致护理联合情志护理对糖尿病视网膜病变患者不良情绪及生活质量的影响[J].按摩与康复医学,2020,11(12):84-86,92.
- [26] 邱丽君,高方,邹梦晨,等.2型糖尿病患者周围神经病变与糖尿病视网膜病变的关系[J].山东医药,2019,59(3):54-56.
- [27] 焦胜敏.糖尿病性视网膜病变中西医治疗进展[J].陕西中医,2012,33(4):503-505.
- [28] 王巧玲.针刺配合激光治疗糖尿病视网膜病变疗效观察[J].山西中医,2015,31(4):27-28.
- [29] 费红敏,张桂丽,沈蓓蓓,等.持续知信行健康教育对糖尿病视网膜病变患者的应用研究[J].检验医学与临床,2018,15(16):2383-2385,2389.
- [30] 唐雨婷,王晓燕,史秋寅.高血压合并糖尿病患者健康教育模式的研究进展[J].护理实践与研究,2021,18(21):3198-3202.
- [31] 吕晓红.浅谈我国社区护理健康教育现状与发展对策[J].医学信息(中旬刊),2011,24(7):3336-3337.

[2021-12-13 收稿]

(责任编辑 陈景景)

# 气阴两虚证食管癌患者化疗后顽固性呃逆的护理 1 例

景奕瑄 彭小玉 吴琴静 刘永丽

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.033

呃逆又称打嗝,是由于横膈膜痉挛或收缩所致而引起的一种常见生理现象<sup>[1]</sup>,气从胃中上逆,气上冲于喉间,喉间频频发出急而短促的声响<sup>[2]</sup>。所有人在不同程度上都会经历呃逆,并且是暂时性的。但患者若出现持续呃逆 48 h 以上,则为顽固性呃逆,为病理现象<sup>[3]</sup>,严重影响患者生活质量。祖国医学中称此病为“呃逆”<sup>[4]</sup>,古称“哕”。病位主要在中焦,胃气以降为顺,内经记载:“胃气逆为哕”。食管癌患者接受放化疗或手术治疗后正气虚弱,气机运化失常,脾肾阳气虚弱,致清气不升、浊气不降而出现呃逆<sup>[5]</sup>,形体消瘦,纳差乏力。目前,西医治疗顽固性呃逆多采用镇静剂、胃动力药等,但疗效不稳定且不良反应较多。湖南省某三级甲等医院于 2021 年 5 月收治 1 例食管癌患者,辨证为气阴两虚证,患者化疗后出现顽固性呃逆,经常规护理联合中医护理技术,改善了呃逆症状,取得了较好效果。

## 1 病例介绍

患者,男,69 岁,因“确诊食管癌 2 月余”于 2021 年 5 月 5 日入院,患者已于 2021 年 3 月 23 日行手术,术后恢复可,4 月 7 日患者进流质饮食后出现腹痛,肛门排便排气停止 1 d,予对症支持治疗后病情好转。患者入院时神志清楚,发育正常,营养中等,正常面容,纳差,夜寐可,大小便可,近日体质量下降 4 kg,舌质淡红,苔薄白,脉细数。既往有高血压病史 4 年余,最高血压为 180/104 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa),日常口服苯磺酸氨氯地平片 5 mg/次,每天 1 次,血压控制可,腹部可

见 7 个直径约为 1 cm 左右微创手术瘢痕,右胸肋部可见长约 10 cm 的手术瘢痕。患者腹部 CT 示:①肠梗阻可能、局部腹膜炎可能,少许腹水;部分肠壁炎性病变可能,缺血待排;②结合临床考虑食管癌术后改变;右侧气胸;右侧胸水;右侧胸腹壁皮下积气。右肺感染,双肺结节,肺部影像学报告为 2 类良性结节。2021 年 3 月住院病理诊断:①(食管)恶性肿瘤,HE 染色结合免疫组化,符合鳞状细胞癌,低-未分化,浸润食管壁浅肌层,灶性侵及深肌层,见脉管内癌栓及神经侵犯,肿瘤最大径约 2 cm;②食管残端、胃残端均未见癌;患者经全身化疗 1 周期,加用地塞米松、西咪替丁等保胃止呕药物及参芪扶正注射液等辅助药物,化疗后连续 3 d 出现呃逆伴恶心呕吐。针对呃逆,遵医嘱予盐酸甲氧氯普胺注射液 20 mg,穴位注射足三里,每天 1 次,连续注射 3 d 后患者呃逆症状无缓解,在常规护理基础上给予腕踝针、火龙罐、隔姜灸中医护理技术,5 d 后呃逆停止,于 5 月 14 日出院时无复发。

## 2 护理方法

### 2.1 常规护理

(1) 情志护理:忧愁思虑过度或抑郁恼怒,致情志不和,气机郁结而胃气上逆致呃逆<sup>[6]</sup>。且因顽固性呃逆影响患者休息,加重不安,烦躁等负性情绪。护理人员应与患者建立有效的沟通,学会倾听,理解、尊重患者,向患者讲解顽固性呃逆的产生原因,调畅情志,切勿大喜、大怒,保持心情平和。鼓励患者积极配合治疗,向患者宣教心理因素对呃逆的影响,必要时给予适量镇静药物减少烦躁情绪。

(2) 饮食护理:该患者西医诊断为高血压 3 级,为患者制订低盐低脂食谱,指导患者饮食有节,选择清淡易消化的高营养食物,禁食过硬以及肥甘厚味、辛辣生冷之品。可多食含钾、钙丰富的食物,如香蕉、苹果、海带等;呃逆间歇期鼓励患者多进食,保证充足的营养,进食时需协助患者坐起或将床头

基金项目:湖南省自然科学基金资助项目(编号:2020JJ4415)

作者单位:410208 湖南省长沙市,湖南中医药大学(景奕瑄);湖南省中医药研究院附属医院(彭小玉,吴琴静);广州市合景堂中医门诊部(刘永丽)

景奕瑄:女,本科(硕士在读)

通信作者:彭小玉,女,本科,主任护师

抬高 30°, 进食后再保持此体位至少 30 min; 指导患者进食勿过多过快, 防止出现胃潴留与胃食管反流。

(3) 病情观察: 密切监测患者生命体征, 若发现患者伴有表情淡漠、乏力、倦怠、恶心、呕吐或视力障碍等, 及时报告医生, 警惕高血压危象。低钠不能进食者或因呃逆进食困难者, 遵医嘱及时静脉补充营养。放化疗期间积极治疗相关的不良反应, 如恶心、呕吐等消化道不适, 避免诱发或加重呃逆。

(4) 辨证施护: 患者因“确诊食管癌 2 月余”入院, 属中医癌病范畴, 患者正气亏耗, 外邪入侵机体, 积聚体内, 日久化瘀成癌, 故见肿块; 本病辨为气阴两虚证, 患者舌质淡红、苔薄白, 脉细数, 体质寒虚。施护时注意温寒适宜, 病室内温度湿度适宜, 防止外邪入侵, 注意保暖; 饮食强调营养易消化, 例如: 蛋清莲子糊, 蛋清清热解毒、莲子补脾益气, 开胃止呕, 该药膳方可滋阴补气; 猴头菌汤, 与适量当归、红花同煮至熟, 可补益气阴, 活血养血。

## 2.2 中医护理技术

(1) 腕踝针: 选取腕踝针 (0.25 mm × 25 mm), 进针点为双上 1、下 1 区, 腕部在小指侧的尺骨缘前方二横指进针, 此处按压有凹陷, 踝部在跟腱内侧缘, 内踝最高点上约三横指处进针, 避开血管、伤口、肌腱或瘢痕, 进针部位可沿纵轴上下调整。进针呈向心方向, 与皮肤呈 30° 刺入皮下, 使整个针体卧于皮肤与皮下组织之间, 用胶布固定针柄, 一般留针 0.5~1 h, 每日 1 次, 无局部不适感及酸胀感为宜。

(2) 火龙罐疗法: 火龙罐是一种集推拿、艾灸、刮痧、点穴、按摩、烫熨功能于一体<sup>[7]</sup>及结合揉、碾、按、点、摇、闪、震、熨、烫 10 种手法的综合中医疗法。其罐底为不规则的花瓣形齿状<sup>[8]</sup>, 因在艾罐内放置艾炷后点燃, 成为火罐, 随穴而灸, 故命名“火龙罐”。患者裸背呈俯卧位, 毛巾常规清洁消毒后盖于背部, 走罐先走督脉及两侧夹脊穴, 后沿足太阳膀胱经来回推肺俞、膈俞、脾俞、胃俞, 约 25 min, 以皮肤红润、汗出为度。随后患者呈仰卧位, 暴露胃脘部并涂抹按摩精油, 双手捧罐, 以神阙为中心, 自上而下同侧旋转罐体向外辐射, 来回推罐约 15 min。每日 1 次, 1 周 2 次, 间隔 3~4 d 为宜。

(3) 隔姜灸: 取中脘穴, 取新鲜生姜 1 块, 切成厚约 0.3 cm、大小约 3 cm × 3 cm 的姜片, 用棉签在姜片中央扎数个小孔, 点燃艾条放于艾灸盒中, 将艾灸盒置于中脘穴上施灸, 若患者在施灸过程中

感觉局部有热痛感, 可将艾灸盒略略提起, 稍停再灸, 灸至局部皮肤潮红湿润, 以患者舒适、耐受为度。每次灸 3 壮, 每日治疗 1 次。

## 3 讨论

### 3.1 顽固性呃逆的病因机理

从现代医学角度出发, 食管癌患者化疗后顽固性呃逆的发生可能是由多项因素造成: ①膈肌受到肿瘤侵犯或癌细胞转移至膈肌临近部位刺激膈肌; ②放射线刺激; ③化疗药物所致胃肠道反应<sup>[9]</sup>。祖国医学认为: 呃逆的病机为胃气上逆动膈, 与肝、胃、膈相关, 其中胃气上逆是呃逆的病机关键所在, 外界物质、生化物理刺激、寒冷、情志不畅、饮食不节等其他因素也会导致此症发生, 治疗此病应从源头出发, 强调对肝、肾、脾、胃的调理。

### 3.2 中医护理技术操作在治疗顽固性呃逆中的原理及作用

绝大多数学者认为腕踝针的作用机制与神经系统相关, 认为皮下针刺通过神经末梢的传导而引起病灶部位的解痉<sup>[10]</sup>, 从而缓解或消除症状。根据腕踝针理论<sup>[11]</sup>, 肝、胃、膈皆属于 1 区范围, 并且腕踝针各针刺点的主治病症<sup>[12]</sup>大致与十二经脉的主治病症<sup>[13]</sup>相对应, 如上 1 区主治病症: 视力障碍、近视、鼻塞、流涕、三叉神经痛、面瘫、频咳、心悸、恶心、呕吐、呃逆、厌食、食欲减退、失语、胸肋关节痛等, 以及不能定位的一类症状。张心曙教授认为, 腕踝针体现了传统中医的整体调节思路, 由于针刺痛使人体神经末梢受到机械刺激, 通过神经传导通路引起各个联络神经发生复杂的调整作用并可影响全身<sup>[14]</sup>, 故此患者腕踝针选区为双上 1、下 1 区。腕踝针与普通针刺疗法相比, 最大不同在于皮下针刺而不需得气, 操作简单, 肢体活动不受限制, 并且癌症晚期患者均有癌痛反应出现, 腕踝针在治疗呃逆的同时还具有缓解癌痛的功效<sup>[15]</sup>。

火龙罐可调理脏腑、打通经络、温中散寒、以火攻邪、温补阳气、补益强身。该患者为气阴两虚证食管癌患者, 体质寒虚, 腹部选择中脘、上脘、天枢, 背部选择督脉、夹脊穴、足太阳膀胱经行火龙罐法治疗。上脘、中脘的气血运行变化基本相同, 主治胃痛、呕吐、胃胀、打嗝、消化不良、呕吐; 上脘穴配天枢可和胃降逆, 化湿去秽, 能有效缓解患者化疗后出现的恶心呕吐、反复呃逆、胃胀气等不良反应; 背部选取督脉和足太阳膀胱经处穴位进行, 膈俞穴配中脘穴, 可宽胸利气, 缓解治疗呃逆、呕吐、胃痛等症状。命门乃人体阳气之根本, 可活

血化瘀,打通督脉上的气滞点,加强任督二脉的关联,通过火龙罐提高督脉整体皮肤温度,从而促进督脉气血运行<sup>[16]</sup>,加强调节全身,温阳补气的作用。

灸法有通经活络、祛寒逐湿等功效,清代吴仪洛在《本草从新》中指出:“艾叶苦辛,生温熟热,纯阳之性,能回垂绝之亡阳,通十二经,走三阴,理气血,逐寒湿……以之艾火,能透诸经而除百病。”隔姜灸将艾叶与生姜两者结合,在艾条与皮肤之间垫上姜片而进行施灸,生姜为一味药材,本身可温阳补气,作为媒介也可避免皮肤灼伤。本病辨为气阴两虚证,病起时寒邪侵袭,故对患者施隔姜灸。呃逆主要病位在膈,论治多责之于胃。《素问·宣明五气》中提到:“胃为气逆,为哕为恐”,认为本病主要病机为胃失和降,胃气上逆动膈,故治疗顽固性呃逆的选穴以和胃、降逆为基本原则<sup>[17]</sup>。中脘为胃之募穴,又为八会穴之一,是任脉与胃经、三焦经的交会穴,主治胃痛、呕吐、胃胀、打嗝、消化不良、呕吐,灸此穴可调三焦气机、缓解膈肌痉挛。故通过隔姜灸中脘穴调整局部气血,加速新陈代谢,可达到和胃降逆之功效<sup>[18]</sup>。

### 3.3 中医护理技术操作在治疗顽固性呃逆的注意事项

腕踝针的刺入深度为横卧真皮下,针刺时以医者针下松软,患者无任何特殊感觉为宜。若针下有阻力或患者出现酸、麻、胀、痛等感觉,则表示针刺较深,应将针退出,使针尖到皮下,重新刺入更表浅的部位;施针无绝对禁忌证,女性正常月经期及妊娠3个月以内者不宜针两侧下1穴。使用火龙罐过程中,将罐口与皮肤保持适度距离,防止灼伤皮肤。隔姜灸时所选姜片应选用新鲜老姜,宜现切现用,不可用干姜或嫩姜。灸面部等较为敏感的部位,姜片可厚些;治疗急性或疼痛性病证时,为缓解疼痛可将姜片切薄。

## 4 小结

常规护理联合腕踝针、火龙罐与隔姜灸中医护理技术,可调气机、降逆气,有效改善气阴两虚证食管癌患者呃逆症状,无不良反应,同时减轻患者病痛。该患者在接受治疗后第5天呃逆消失,且出院前无复发现象。目前临床对于顽固性呃逆多以西医治疗为主,副作用多且疗效不稳定,随着临床对呃逆的不断深入研究,发现中医护理技术治疗呃逆具有独特疗效,有效弥补了常规西医治疗的不足。为进一步规范中医护理技术操作流程,可对不同辨

证选择不同腕踝针进针区域、火龙罐走罐穴位及隔姜灸穴位等问题开展进一步的探索与研究。

## 5 参考文献

- [1] Wilcox SK, Garry A, Johnson MJ. Novel use of amantadine: to treat hiccups[J]. J Pain Symptom Manage, 2009,38(3):460-465.
- [2] 舒忠民.《中医内科学》再版教材探讨分析[J]. 中医药学刊,2006,24(12):2314-2315.
- [3] 许经纬,代维,葛峻岭,等.呃逆的发病机制及诊治策略研究进展[J]. 中国医刊,2017,52(6):17-20.
- [4] 董振德.张天文教授治疗呃逆经验[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(4):70-72.
- [5] 刘兴山,杨会香,方红.呃逆辨治心得[J]. 中医研究,2005,18(2):40-41.
- [6] 郁翠玲.呃逆的辨证施护体会[J]. 云南中医中药杂志,2012,33(1):77-78.
- [7] 陈小玲,梁玉仪,林仕彬,等.火龙罐综合灸技术在颈肩腰腿痛中的应用效果及对VAS评分的影响[J]. 内蒙古中医药,2020,39(9):117-118.
- [8] 龙宽琴.火龙灸配合电针治疗风寒湿痹型退行性膝关节炎临床有效率分析[J]. 特别健康,2020(31):41-42.
- [9] 鹿雨晴.穴位注射在肿瘤顽固性呃逆中的应用及护理[J]. 饮食保健,2018,5(43):169-170.
- [10] 江秀明.踝泵运动在心外ICU患者术后早期心脏康复中的应用效果[J]. 国际医药卫生导报,2020,26(5):694-697.
- [11] 张心曙.腕踝针[M].3版.北京:人民军医出版社,1997:11-21.
- [12] 赵玲,沈雪勇.从简帛书“环”、脉口、根结标本理论为腕踝针溯源[J]. 中国针灸,2021,41(3):339-341,353.
- [13] 张伟,卜文芬,李国臣.十二经脉要穴理论探讨[J]. 中医药临床杂志,2021,33(5):811-814.
- [14] 魏莉瑛,武蕾,刘连幸,等.腕踝针疗法在中医护理中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2016,14(23):123-124.
- [15] 喻艺梅,刘艳,谢静,等.腕踝针联合五音疗法治疗中度癌性疼痛的临床应用[J]. 药品评价,2020,17(3):7-9.
- [16] 董亚琴,万隆,潘晓华,等.艾灸命门穴对新西兰家兔督脉循行线上皮肤温度的影响[J]. 云南中医中药杂志,2021,42(1):77-79.
- [17] 李玥鑫,王正飞.基于数据挖掘针刺治疗顽固性呃逆选穴规律探析[J]. 中国中医药图书情报杂志,2018,42(5):23-29.
- [18] 孙世伟,陆岸英.穴位隔姜灸联合中药贴敷治疗中风后呃逆31例[J]. 广西中医药,2017,40(1):66-67.

[2021-08-22 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

# 柯萨奇 B1 型肠道病毒重症感染早产儿的护理 1 例

刘兴铃 朱晓婷 李丽玲

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.034

柯萨奇病毒属于 RNA 病毒类微小核糖核酸科的肠道病毒属,分 A 组 1-22、24 型及 B 组 1-6 型,其感染易流行于夏秋季节,主要通过消化道传播,亦有呼吸道、胎盘、羊水、产道感染,故新生儿柯萨奇病毒感染可在宫内、产时、出生后发生<sup>[1]</sup>。宫内感染多在出生后 3 d 内发病,产时感染在 1 周内发病,而生后感染多发病较晚,宫内感染、产时感染症状均比生后感染为重<sup>[2]</sup>。轻型感染可无明显临床症状,而严重感染可引起严重的全身性疾病,临床表现为侵犯脑、心脏、肺、肝脏等多个重要器官系统,尤其是新生儿脓毒血症、新生儿感染性休克、脑膜脑炎、心肌炎、新生儿坏死性小肠结肠炎、肝炎和凝血障碍等,甚至死亡<sup>[3]</sup>。肠道病毒感染病例较为多见,但柯萨奇 B1 型肠道病毒重症感染合并多器官功能衰竭的临床护理相关报道较少见<sup>[3-4]</sup>。复旦大学附属儿科医院 2021 年 7 月 15 日收治柯萨奇 B1 型肠道病毒感染合并严重多器官功能衰竭早产儿双胞胎,双胞胎之大入院时已发生严重感染性休克并发颅内出血,死亡;双胞胎之小经积极治疗和实施个性化护理,感染得到明显控制,肝衰竭、血小板减少、脑炎、肾损伤等症状好转,未发生出血-坏死性肝炎等其他严重并发症。笔者汇报特殊个案护理,供同行参考借鉴。

## 1 病例介绍

患儿,女,7 d,体质量 1.61 kg。主因“早产生后 7 d,发现血小板减少 2 d”由新生儿专业转运团队在鼻导管吸氧下转运收入 NICU 科。患儿母亲怀孕 2 次,第 2 次分娩(G2P2),孕 30<sup>+</sup>4 周,因“双胞胎妊娠、胎膜早破”于 2021 年 7 月 8 日在当地医院剖宫产分娩。当地住院期间考虑新生儿呼吸窘迫综合征,予猪肺磷脂注射液气管内滴入,有创呼吸

机辅助通气后改空氧混合吸氧,咖啡因兴奋呼吸,哌拉西林他唑巴坦抗感染,住院 2 d 复查血降钙素原升高,血小板下降,改美罗培南联合氟康唑抗感染,血小板仍下降明显,加用青霉素针抗感染,血小板下降至  $16 \times 10^9/L$ ,丙氨酸氨基转移酶(ALT) 368.3 U/L,予丙种球蛋白、血小板、新鲜冰冻血浆输注,速尿对症支持。因考虑患儿病情需要,为进一步诊治于 7 月 15 日联系转入我院,入科时体温 36.5℃,脉搏 143 次/min,呼吸 56 次/min,血压 75/40 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神志清楚,反应稍差,全身皮肤轻度黄染,桡动脉穿刺处、脚跟处有淤青,未见活动性出血。鼻导管吸氧下呼吸不规则,三凹征阴性,四肢末梢暖,四肢肌张力正常。腹软,肝右肋下 1 cm 触及,质软。入院诊断为新生儿败血症,先天性遗传代谢病待查。

## 2 治疗方法与转归

入院后予以入暖箱,接触隔离,心电监护观察,遵医嘱予以禁食、胃肠减压,鼻导管吸氧 2 L/min,吸氧浓度( $FiO_2$ )为 40%,咖啡因兴奋呼吸,氨苄西林钠舒巴坦钠、美罗培南抗感染,复方甘草酸苷保肝,静脉营养支持。入院第 2 天血氨 218.00  $\mu mol/L$ ,脑脊液白细胞  $200 \times 10^6/L$ ,蛋白 2500.3 mg/L,氯 119 mmol/L,葡萄糖 1.60 mmol/L,血宏基因提示萨奇病毒 B1 型,加用氟康唑、阿昔洛韦抗感染,精氨酸、复方甘草酸苷降血氨,因持续血小板减少,凝血功能异常,予以输注丙种球蛋白、血小板、悬浮红细胞等对症支持治疗。入院第 5 天,因酪氨酸血症不能排除,继续禁食,继续盐酸精氨酸静脉滴注(不含氨基酸和脂肪乳),限制蛋白质摄入,动态监测血氨水平。入院第 10 天,血氨、酪氨酸下降,予以酪氨酸血症奶粉喂养。入院第 20 天停鼻导管吸氧。入院第 23 天由酪氨酸奶粉逐渐过渡到深度水解蛋白蔼儿舒奶粉喂养。现患儿各器官系统恢复顺利,B 超显示各器官系统正常,未发生心肌损害等并发症,经过精心的治疗及护理后,体质量增至 2 kg,安排出院。

作者单位: 646000 四川省泸州市,西南医科大学附属医院新生儿科(刘兴铃);复旦大学附属儿科医院国家儿童医学中心(朱晓婷,李丽玲)  
通信作者:李丽玲,女,本科,副主任护师

### 3 护理措施

**3.1 前瞻性筛查隔离** 转运团队密切监测患儿病情变化,并详细询问病史,由于患儿外院剖宫产娩出,当地医院住院期间,起病急,出生后2 d即发生血小板减少凝血功能障碍等肝功能损害,感染表现明确,但病因不明,入院立即予以单独隔离病室行前瞻性隔离,且隔离病房挂醒目隔离标志。首先筛查感染源,明确诊断,对症治疗护理。患儿的所有筛查取样均在无菌操作下完成,标本收集后及时送检。采集鼻拭子核酸检测筛查新冠病毒,肛周及咽拭子筛查多重耐药菌,均为阴性;进行轮状病毒、诺如病毒、甲乙型流感病毒检测,均为阴性;乙肝、梅毒、HIV筛查为阴性;予以血、尿、脑脊液培养为阴性,痰培养显示为草绿色链球菌;血肠道病毒培养与鉴定:通用肠道病毒RNA阴性(-)。入院第2天,进一步对血液样本采用高通量测序技术对病原体进行基因测序的宏基因组测序检测<sup>[5]</sup>,结果提示柯萨奇病毒1872序列。继续予以脑脊液肠道病毒培养与鉴定:通用肠道病毒RNA阳性(+),脑脊液宏基因检测显示为柯萨奇病毒4659序列(Coxsackievirus4659)。进一步进行大便肠道病毒培养与鉴定:通用肠道病毒RNA阳性(+),明确为柯萨奇B1型肠道病毒感染,且处于急性感染期,继续隔离治疗护理。

#### 3.2 预防交叉感染

肠道病毒水平传播的主要途径为粪-口传播,其次为呼吸道分泌物传播,传染性强,患儿感染肠道病毒后,上呼吸道可持续排毒1~3周,粪便排毒时间长达8周,据国内外报道均有新生儿重症监护室(NICU)发生柯萨奇B组病毒医院感染暴发事件,严格执行消毒隔离及无菌操作,加强接触隔离措施,以避免交叉感染<sup>[6]</sup>。

**3.2.1 环境及物品的消毒** 病房白板在门口注明患儿信息,病室内安静,空气清新,温度24~26℃,湿度55%~65%。禁止人员随意进出,病室所有用物、医疗仪器固定,所有床旁物品消毒或灭菌后专人专用,如心电监护仪、输液泵、听诊器、复苏气囊、吸痰器、体温计、软尺、胶布去黏剂、一次性湿巾、一次性手套等,使用一次性奶瓶奶嘴,床单为一次性中单,床旁物品消毒均每日使用一次性过氧化氢消毒巾进行擦拭消毒,擦拭时应从上到下、由内向外、由清洁到污染、从左至右的原则;擦拭布巾选择一次性的棉布巾,落地物品都不能再使用,按照感染性废物处置。使用一次性吸氧湿化瓶,每

天更换1次。地面、桌面、吊塔每天用500 mg/L含氯消毒剂擦拭。暖箱每天每隔12 h使用过氧化氢消毒纸巾擦拭消毒,每6 d更换后行终末消毒处理1次,做物表培养及空气培养合格后方可使用。

**3.2.2 专人护理患儿** 医护人员需严格执行手卫生,勤洗手,进入病房后穿鞋套,穿隔离衣,戴口罩、帽子,消毒液必须揉搓15 s后行流动水洗手,接触患儿的操作再需穿患儿床旁隔离衣,戴一次性检查手套。患儿入院时表现为严重凝血功能障碍,采取鸟巢仰卧正中位,预防颅内出血,病情平稳后30°斜坡卧位,轻柔翻身,保持呼吸道通畅。予以精细化基础护理,每日用无菌棉签蘸生理盐水每间隔6 h行1次口腔护理,保持口腔清洁,过氧化氢棉签由脐根部向外擦拭消毒行脐部护理,患儿入院第4、20天时眼部出现分泌物过多,用温灭菌注射用水纱布清洁眼部分泌物后予以滴眼液,每日3次。保持床单清洁平整,保持皮肤清洁干燥,尤其注意颈部、腋下、腹股沟等皮肤褶皱部位的清洁,做好臀部护理,勤换尿布,患儿住院期间未发生尿布皮炎。用遮光布遮盖暖箱,减少光线刺激和噪声,并且将诊疗操作集中化进行,尽量减少接触患儿。当有实验室、放射、超声等辅助科室工作人员接触患儿,提醒穿隔离衣、做好手卫生,超声探头、放射胶片盒等接触患儿的设备需要擦拭消毒后才能用于其他患儿,最大程度地控制传染源,切断传播途径。

#### 3.3 病情观察

患儿病情危重,入院即处于柯萨奇病毒感染急性期,存在多脏器功能严重损害,予以鼻导管吸氧2 L/min,维持FiO<sub>2</sub> 30%,密切关注口唇皮肤颜色,持续心电、血氧监护,行特级护理,密切监测呼吸、心率、血压、体温、血糖、末梢循环及尿量等并做好记录,观察有无三凹征、出血倾向、瘀斑增多、血尿、黑便或咖啡色呕吐物,有无瞳孔和意识的改变,有无抽搐、四肢肌张力减弱或增高症状,床旁备好抢救车、复苏抢救设备等以备急救,警惕感染性休克等严重并发症。

#### 3.4 用药护理

**3.4.1 降血氨药物的护理** 患儿入院时表现为高血氨218 μmol/L,氨基酸代谢异常,酪氨酸855 μM,不排除先天性酪氨酸血症,为防止高血氨进一步发展导致神经系统损伤,纠正患儿急性高氨血症,促进氨的排泄,遵医嘱予以输注盐酸精氨酸降血氨。盐酸精氨酸为氨基酸类药,在人体内参与鸟氨酸循环,促进尿素的形成,使人体内产生的氨经鸟氨酸循环转变成无毒的尿素,由尿中排出,从而降低血

氨浓度<sup>[7]</sup>。用药前详细检查药物包装及生产日期,用5%葡萄糖注射液溶解稀释配置。因为盐酸精氨酸注射液与多种微量元素注射液(安达美)有配伍禁忌<sup>[8]</sup>,两种药液间隔输注必须要用0.9%氯化钠溶液10 ml冲洗管路20 min。若静脉输注精氨酸时速度过快,容易引起患儿发生流涎、面部潮红及呕吐等不良反应,故遵医嘱予以5%葡萄糖液3.5 ml+精氨酸1.3 ml在4 h内泵入,输注过程注意患儿面色、生命体征,有无呕吐、局部静脉炎、低血压、皮疹等过敏反应,发现异常及时处理。患儿在输注期间无不良反应的发生。患儿入院第7天血氨降至95  $\mu\text{mol/L}$ ,入院第14天酪氨酸降至19  $\mu\text{M}$ 。另外,由于氨对神经系统具有很强的毒性,超声提示有早产儿脑病表现,采用视频脑电图aEEG、全身运动GMs(General Movements)床旁实时连续监测记录和评估神经系统情况,患儿住院期间无惊厥等神经系统异常表现。

**3.4.2 保肝药物的护理** 患儿有严重肝损害,遵医嘱行复方甘草酸苷片保肝,熊去氧胆酸胶囊口服利胆治疗。患儿输注复方甘草酸苷片与口服熊去氧胆酸胶囊时密切观察药物副作用,患儿用药期间无呕吐、腹胀等胃肠道紊乱表现。患儿入院第2天遵医嘱予以开塞露灌肠,每天1次,开奶后予以益生菌保持大便通畅,避免肠道内的微生物将氨基酸和尿素分解为氨进行重吸收。入院后多次光疗,皮肤黄疸消退,血胆红素情况良好,肝功能逐渐恢复。

### 3.5 输血护理

研究认为,由于新生儿柯萨奇病毒感染无特殊治疗,重症者为避免肝衰竭发展至出血-肝炎综合征,可予以丙种球蛋白以及配合少量多次输血进行治疗<sup>[9]</sup>。该患儿血小板持续降低,凝血功能严重障碍,甚至入院第3天危急值表现为血红蛋白86 g/L,血小板计数 $22 \times 10^9/\text{L}$ ,凝血酶原时间32.7s。遵医嘱分别在入院第2、3、4天,输注丙种球蛋白1.3 g, 1.0 g, 1.0 g,增强免疫支持治疗;入院第3、25天,分别输注Rh阳性O型悬浮红细胞25 ml、35 ml;入院第4天,输注Rh阳性O型血小板1U,纠正贫血。应用血制品前先与患儿家属做好解释工作,无菌操作。由于丙种球蛋白为异体蛋白血清制品,与单核巨噬细胞Fc受体发生特异性结合,容易发生变态反应,在3次输注丙种球蛋白期间,密切观察患儿输注情况,均无发热、皮疹等不良反应发生。输血前评估好输血静脉通路,交叉配血,备好血源及输血泵;输血时严格“三查十对”,由2名护士根据医嘱查对后予以输入,密切监测输血反应,分

别在15 min、30 min、1 h、输血结束记录输血情况,输血完毕无发热等不良反应发生,严格记录出入量进行交接班。在动脉采血时尽量选择桡动脉穿刺,穿刺后要按压穿刺部位大于5 min,治疗期间,患儿未出现颅内出血、淤血瘀斑增多表现。入院第18天复查血小板升至正常范围 $139 \times 10^9/\text{L}$ ,第26天血红蛋白升至125 g/L。

### 3.6 营养支持

**3.6.1 全肠外营养支持** 患儿入院时予以禁食,留置胃管,胃管内置16 cm,持续观察有无呕血、便血、腹胀及肠鸣音异常等情况。禁食期间遵医嘱给予患儿全肠外营养液(TPN)支持治疗,维持患儿血糖稳定。TPN采用输液泵持续24 h匀速补液,由外周静脉进行肠外营养支持治疗,TPN属于高渗液,发生外渗可引起局部皮肤缺血坏死,因此经外周TPN补液期间每小时评估留置针1次,一旦发现局部红肿渗液,应及时拔除,喜疗妥按摩处理。为补足营养,维持电解质平衡,每天遵医嘱补充 $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ 等。入院后第5天,因反复血氨增高,血串联质谱分析提示酪氨酸等氨基酸代谢异常,不排除先天性酪氨酸血症可能,继续禁食,补液(不能含有氨基酸和脂肪乳),弃原液补新液,等待进一步完善基因检测;无脂肪乳剂的混合营养液予以避光输注,为补足高糖维持热卡供应,置入PICC,经PICC给予肠外营养支持。

**3.6.2 肠内联合肠外营养支持** 患儿入院第10天,经过治疗肝功能好转,遵医嘱鼻饲喂养酪氨酸奶粉,同时遵医嘱补入脂肪乳、19AA-1氨基酸等营养液。因早期患儿吸吮能力差,开奶策略为微量喂养并重力滴注法喂养,从鼻饲喂养2 ml每2 h 1次开始,鼻饲时观察患儿面色及心电监护仪、血氧饱和度,发现面色发绀、血氧饱和度下降至80%以下,立即暂停喂养,头偏向一侧,轻拍背部。每次鼻饲前用20 ml注射器轻抽胃管,检查胃潴留情况,根据胃液的量、颜色、性质结合腹部膨隆肠型等评估有无喂养不耐受情况,考虑是否继续喂养。如有潴留记录潴留量,并报告医生,若量少将潴留量注回胃管内,该次奶量记录需减去潴留量。喂养耐受无呕吐及腹胀,大小便无异常,患儿体质量增加,以每天每次增加2 ml逐渐增加奶量。酪氨酸奶粉喂养期间密切注意患儿皮肤黄染与肌张力反射等情况。直至入院第18天增至每2 h喂养21 ml,患儿的奶量达到足量酪氨酸奶粉喂养,停PICC,并且矫正胎龄34周尽量予以经口喂养。入院第23天,酪氨酸水平恢复,血氨、胆红素较前降低,排除先天性酪氨酸血症,

遵医嘱给予深度水解蛋白营养奶粉葛儿舒喂养,由葛儿舒 22 ml 每 6 h+酪氨酸奶 22 ml 每 4 h 喂养逐渐过渡到全葛儿舒足量喂养,促进肠道适应吸收营养。入院第 26 天,全葛儿舒 22 ml 每 2 h 1 次足量喂养,因患儿经口吸吮能力欠佳,可口服少许奶量,剩余奶量鼻饲消化可,体质量增至 1.79 kg。入院第 29 天,因早产儿需热卡为 90~120 kcal/(kg·d),葛儿舒奶每 100 ml 热卡为 68 kcal,予以加浓葛儿舒奶<sup>[10]</sup>,配以 90 ml 水+16.6 g 葛儿舒奶粉(3 又 1/2 勺,1 平勺≈4.73 g),补足热卡供应,患儿喂养耐受。同时,采用非营养性吸吮、口腔按摩等喂养辅助干预技术,增加各类消化酶的分泌,加快吸吮反射成熟,促进吸吮-吞咽-呼吸功能协调。喂养期间补足维生素 D、E 等,现患儿经口吸吮能力可,消化可,无胃潴留、无腹胀、呕吐,大便外观正常,体质量增至 1.86 kg,血氨及乳酸情况未见明显异常。

### 3.7 导管护理

**3.7.1 吸氧管的护理** 固定鼻氧管先用医用水胶体敷料粘贴保护皮肤,固定时用宽 2cm 的 3M 柔棉胶带高举平台粘贴固定。所有敷贴在揭除时,均需使用医用黏胶去除剂,防止发生皮肤损伤。患儿于入院后第 4 天出现 1 次呼吸暂停,予以足底刺激后恢复,于入院第 19 天停吸氧支持,自主呼吸可,眼底检查无早产儿视网膜病变的发生。

**3.7.2 鼻-胃管的护理** 鼻-胃管置管期间做好导管维护工作,管路操作均严格铺无菌巾操作,患儿胃管内置 16 cm,使用咖啡色标识贴与胃管末端进行区分,标签注明置管操作者、日期与深度,用红色笔标记 25 cm,班班交接,开奶后,为防止误吸及窒息,每次喂养前必须先核对胃管的刻度,针筒抽吸胃液或用听诊器听气过水声确定胃管在胃内后,才予以鼻饲。加强胃管固定牢固度,固定胃管先用医用水胶体敷料粘贴保护皮肤,固定时用宽 0.5 cm 的 3M 柔棉胶带蝶形交叉固定,再用 3M 透明敷贴进行固定。

**3.7.3 静脉输液管路的护理** 静脉输液管路是患儿实施肠外营养的重要通道,为避免导管相关性血流感染的发生,必须严格无菌操作,由于 24 h 持续液体维持,故规定每 24 h 更换 1 次输液系统。更换时需双人合作,1 人无菌操作更换输液延长管接口,1 人配合更换输液泵液体,而使用的无针输液接口则每周更换 2 次。每班评估敷贴情况,发现有渗液、渗血、卷边等情况及时更换。考虑患儿经肠外营养时间较长,入院第 5 天予患儿经右侧下肢大隐静脉置入 PICC,以减少静脉穿刺次数,并保证营养液顺

利输入。PICC 为侵入性无菌操作,操作时必须在导管下方铺无菌治疗巾,穿刺术中严格无菌操作,置管时密切关注心电监护,过程顺利,行床旁超声定位, PICC 置管末端位于下腔静脉,即 T8 下,外露 2 cm。在置管后做好 PICC 导管维护工作,每班交班左右下肢腿围,观察 PICC 置管是否在位,有无穿刺点渗血、渗液等,有无敷贴卷边,按需更换敷贴,并进行记录<sup>[11]</sup>。PICC 穿刺第 3 天,患儿出现一过性心率下降,床旁超声提示 PICC 位置稍深,予以外拔至外露 3cm,拍片示定位在 T11。PICC 穿刺后第 3 天予以第 1 次换药,此后每七天换药 1 次,换药时,密切观察患儿心律、心率、血压改变等,确保无异常后继续留置 PICC 并妥善固定,避免牵拉、打折、扭曲、移位等。患儿住院期间,未发生 PICC 堵管、脱管、外渗等现象,入院第 18 天达全量肠内营养,停用 PICC,予以 PICC 尖端培养,培养为阴性,未发生导管相关性血流感染,同时患儿体质量增长正常,未发生生长发育缓慢等现象。

## 4 小结

早产儿由于机体自身免疫系统不成熟,被柯萨奇肠道病毒 B1 型感染后,临床症状缺乏特异性,易发生误诊、漏诊,延误治疗,如若不及时治疗会影响心、脑、肝、肾及中枢神经功能,或引起更严重的并发症,最后导致新生儿多器官功能衰竭而死亡。早期筛查病因对疾病的诊治具有重要意义,对于多次传统微生物检测分析中感染病原体筛查阴性但又有明显感染症状的患儿,利用宏基因组测序可以对新生儿感染病例进行快速诊断。本例患儿出生 2 d 后出现黄疸、血红蛋白/血小板/血清白蛋白低下、凝血功能异常、高氨血症、电解质紊乱等症状,入院后通过积极筛查隔离,重点关注上述症状的治疗观察与护理,注意鉴别排除先天性酪氨酸血症,促进患儿的健康。护理人员要提高业务知识水平,掌握柯萨奇肠道病毒感染临床特点,以提高治疗护理效果、避免严重致死性并发症的发生,同时严格执行消毒隔离制度,杜绝院内交叉感染的发生。

## 5 参考文献

- [1] 中国医师协会新生儿科医师分会感染预防与控制专业委员会. 新生儿肠道病毒感染诊疗与预防专家共识[J]. 临床儿科杂志, 2021, 39(3): 161-166.
- [2] Chuang YY, Huang YC. Enteroviral infection in neonates[J]. J Microbiol Immunol Infect, 2019, 52(6): 851-857.
- [3] 沈晓霞, 陈鸣艳, 陈军津, 等. 新生儿肠道病毒感染的

# 全腹腔镜下行膀胱扩大术联合肠代输尿管术患者的护理 1 例

王倩 刘凡

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.10.035

输尿管狭窄、肾积水及膀胱挛缩是肾结核最常见的晚期临床表现,其中,输尿管狭窄的发病率约占 15.3%~29%<sup>[1]</sup>,膀胱挛缩的发病率约占 4.8%~8.3%<sup>[2-3]</sup>。中晚期肾结核患者的治疗以外科手术为主。对长段或全段输尿管损伤病情严重者,回肠代输尿管有不仅可维持尿路连续性,还可保存和改善肾功能。而回肠膀胱扩大术作为治疗膀胱挛缩的主要方法,回肠代膀胱扩大成形术治疗结核性挛缩膀胱有较好的疗效,可大大提高患者生活质量<sup>[4]</sup>。但这两种术式存在创伤较大、并发症相对较多的特点,因此术后要重点关注并发症的观察,而管路护理作为观察和预防并发症的一个窗口,就显得尤为重要。我科为 1 例泌尿系结核严重病变的患者行腹腔镜下肠代输尿管联合膀胱扩大术,为国际首例手术,经积极治疗和精心护理,结合我院一病一品护理特色,满足了患者的实际需求,患者康复出院。

## 1 病例介绍

患者,女,28 岁,2 年前因双侧腰痛,伴发热,外院诊断为“泌尿系感染”,予对症抗炎治疗,后

出现肌酐升高,最高 300  $\mu\text{mol/L}$ ,进一步就诊于当地胸科医院,考虑结核病,予四联抗结核治疗,腰痛仍然存在,其他症状可缓解。进一步于当地医院就诊,考虑“左输尿管狭窄”,拟行手术治疗,术前检查发现肌酐大于 700  $\mu\text{mol/L}$ ,行透析治疗,肌酐维持在 500~600  $\mu\text{mol/L}$ 。1 年余前于外院行左肾造瘘术,术后造瘘口每天引流 2000~3000 ml 尿液,规律复查换管,继续透析 4~5 次后肌酐降至正常。1 年前因“右肾肾自截”行右肾切除术。2018 年 9 月 25 日主诉“间断双侧腰部不适 2 年余”,1 年前外院留置左肾造瘘管,现为拔除肾造瘘管,改善生活质量,入我院进一步治疗,患者一般情况可,生命体征平稳,主诉尿频,睡眠质量差,严重影响日常生活质量,十分焦虑。术前检查显示:肌酐 111.7  $\mu\text{mol/L}$ ,尿液全项蛋白质+;隐血或红细胞++;白细胞+++;红细胞 120~150/HP;白细胞 60~70/HP,存在手术指征,泌尿系增强 CT 示:左肾积水,左输尿管狭窄,膀胱挛缩,膀胱容量为 100 ml。术前给予患者备皮、禁食水、口服聚乙二醇电解质散导泻 3 次。患者入院后第 3 天在手术室全麻腹腔镜下行回肠代输尿管联合膀胱扩大术。游离结肠,将结肠翻至内侧、游离显露肾盂及输尿管,

作者单位:100034 北京市,北京大学第一医院泌尿外科

临床特征分析[J].中国当代儿科杂志,2020,22(6):638-642.

[4] Jadane H, Halouani A, Jmii H, et al. Coxsackievirus B4 vertical transmission in a murine model[J]. Virol J, 2017,4(1):16.

[5] 刘婷,石华,刘芳,等.宏基因组测序技术在新生儿感染性疾病病原体检测中的应用[J].中华检验医学杂志,2020,43(6):609-613.

[6] 马晓路,杜立中.新生儿暴发性肠道病毒感染的现状和防控策略[J].中华实用儿科临床杂志,2020,35(11):817-819.

[7] 寇燕,张瑜,李思情,等.鸟氨酸氨甲酰转移酶缺乏症患儿合并吞咽障碍的护理[J].中华护理杂志,2019,54(12):1865-1868.

[8] 成慧.盐酸精氨酸注射液和多种微量元素注射液存在配伍禁忌[J].中华现代护理杂志,2013,19(2):151.

[9] Yen MH, Huang YC, Chen MC, et al. Effect of intravenous immunoglobulin for neonates with severe enteroviral infections with emphasis on the timing of administration[J]. J Clin Virol, 2015,64:92-96.

[10] 张吉甜,沈清清.早期微量喂养深度水解蛋白配方奶对极低出生体质量儿生长发育的影响[J].护理实践与研究,2019,16(12):121-122.

[11] 唐霞,黄颖兰,华祎.新生儿 PICC 导管相关并发症因素分析及防范干预[J].护理实践与研究,2019,16(5):10-12.

[2021-08-18 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

在肾盂输尿管连接部游离输尿管。于膀胱内注水充盈膀胱,游离膀胱增加膀胱活动度,后于膀胱前壁正中打开膀胱壁,测量膀胱前壁开口定点到肾盂距离,打开乙状结肠系膜,而后取下腹正中小切口置入切口保护套保护切口、引出小肠,标记远端、切断肠系膜和肠管,常规吻合器行小肠吻合,关闭肠系膜间隙,裁开留取肠段远端,U形折叠缝合形成肠瓣,近端小肠作为肠代输尿管,缝合近端小肠与肠瓣浆膜。而后将肠代输尿管及肠瓣经乙状结肠系膜下方引入体内,缝合下腹切口,再次转为腔镜操作。镜下吻合肾盂及肠代输尿管,然后将肠瓣与膀胱顶部开口吻合,留置膀胱造瘘管下腹引出体外,仔细止血,分别于上腹及下腹小切口置入2根F20引流管,留置在肾盂及膀胱处,缝合各切口,术毕,术中顺利,手术时间为289 min,术中少量出血,无开放中转及术中并发症,术后安返病房。术中置颈静脉置管、胃管、腹腔引流管、盆腔引流管、D-J管、膀胱造瘘管、尿管。术后胃肠减压,给予抗感染、补液营养支持,术后6 d经口进食,术后9 d拔除肾窝引流,术后10 d夹毕肾造瘘,术后12 d拔除盆腔引流,术后肌酐 $105.7 \mu\text{mol/L}$ 。住院12 d无感染及相关并发症发生,于2018年10月10日出院。

## 2 护理方法

### 2.1 一般护理

术后进行常规护理,早期做好病情观察,应用快速康复外科方案对患者进行术后康复指导,指导患者早期下床活动。观察疼痛部位、性质和程度等,遵医嘱予以解痉止痛。

### 2.2 专科护理

**2.2.1 引流管的护理** 患者术后携带左肾造瘘管,术中置胃管、腹腔引流管、盆腔引流管、膀胱造瘘管、尿管、D-J管。术后患者安返病房,妥善标记并固定各个管路,术后用3M胶布采用高举平台法将引流管固定在皮肤上,再妥善固定引流袋于床边,并准确标记各引流管。嘱患者下床活动时,从床边取下引流管扣于同侧大腿的外侧,避免引流管脱出。保持引流管通畅,防止受压、扭曲、折叠。注意观察引流液的颜色、性质和量。

**2.2.2 胃管护理** 术后持续胃肠减压可以减少胃肠道内积存的气体、液体,有效减少吻合口的张力,有效促进肠管吻合口的愈合。保持胃管通畅,维持适当负压,观察胃肠减压引流液色、质、量是护理的重点。该患者术中在内镜下置入胃管,深度55 cm,胃管予

固定、标识,用胶布固定于鼻部及颊部。接负压吸引装置,保持负压吸引在 $0.02\sim 0.04 \text{ kPa}$ ,每2 h用生理盐水冲胃管1次。术后如果由胃管引流出较多血性液,及时联系医生处理。该患者术后胃肠减压量在 $600\sim 800 \text{ ml/d}$ ,胃管引流出胆汁样液体,未出现腹胀、腹痛等不适。术后第1天起,帮助患者适度下床活动,术后5 d肠蠕动恢复可排气,进水后无不适,术后第6天拔除胃管进流食。

**2.2.3 膀胱造瘘管及尿管的护理** 术后膀胱放置引流可以减小膀胱内压力,促进吻合口无张力吻合<sup>[5]</sup>,也可以通过膀胱造瘘管和尿管进行定期膀胱冲洗,术后定期的膀胱冲洗非常重要。曹正国等<sup>[6]</sup>认为,肠代输尿管会分泌较多肠粘液,如果术后患者肠代输尿管排空情况差,则容易导致细菌繁殖或者尿液反流,引起尿路感染、肾功能衰竭。苏今炜等<sup>[7]</sup>认为,术后膀胱冲洗可以保持引流通畅,避免因肠粘液堵塞并发吻合口瘘的问题,可以保证切口一期愈合。因此对患者尽早进行膀胱冲洗,并做好健康指导非常重要。①采用间断膀胱冲洗法,经膀胱造瘘管或尿管,用50 ml注射器抽取生理盐水低压冲洗膀胱,每次冲洗液量50 ml,反复多次,将肠内分泌黏液冲出,直至清亮。从术后第1天起进行膀胱冲洗,术后3 d内每天4~6次,3 d后视冲洗出的粘液量逐步减少或增加冲洗次数。指导患者定期挤压膀胱造瘘管促进黏液排出。②术后留置尿管,观察并预防泌尿系感染,观察有无寒战、发热、尿路刺激征、尿液中白细胞的数量,每日用0.5%聚维酮碘溶液冲洗会阴1次。③根据Joseph<sup>[8]</sup>的经验,指导患者术后多饮水、每2~3 h自主排尿1次,以达到生理性冲洗尿路的作用。患者术后第17天膀胱造影未见尿漏,拔除尿管,夹闭膀胱造瘘,术后第28天拔除膀胱造瘘管。

**2.2.4 盆、腹腔引流管的护理** 盆、腹腔引流管分别置于肠代输尿管近端、远端吻合口旁,用于引流吻合口周围渗液,并观察有无漏尿的情况发生。每3 d更换切口引流袋,以防止发生逆行感染,切口敷料潮湿要及时更换。术后早期如果引流液色鲜红且每小时大于100 ml,提示出血的可能,应提醒医师积极止血治疗及补充血容量;术后3~5 d若引流液呈尿样液体,引流量较前几日有明显增加,则提示尿漏。该患者恢复良好,术后腹腔引流未见明显液体流出,术后1 d、2 d、3 d、9 d、12 d盆腔引流分别为200 ml、180 ml、50 ml、100 ml、5 ml的淡血性液体。术后9 d拔除腹腔引流管。每日盆腔引流量呈逐渐减少趋势,且夹闭肾造瘘2 d后盆腔

引流未见明显液体流出,提示无尿漏发生,术后12 d拔除盆腔引流管。

**2.2.5 D-J管的护理** 留置D-J管于代输尿管内能够起到支撑吻合口的作用,避免吻合口狭窄,还可以通畅引流输尿管内的尿液,在黏液堵塞时能够保证冲洗通畅<sup>[9]</sup>。术后给予患者活动宣教,指导患者避免剧烈活动、过度弯腰、扭转腰部、突然下蹲等导致D-J管滑脱或者上下移动。该患者术后第35天拔除D-J管。

**2.2.6 肾造瘘管的护理** 患者术前留置肾造瘘管,目的是引流尿液,改善肾功能。术后早期先开放肾造瘘管,若回肠输尿管通畅,则间断夹闭肾造瘘管,注意观察有无腰腹痛、发热,膀胱造瘘管或尿管中尿液流出的情况。如果无尿或者少尿,则提示可能存在吻合口狭窄,及时通知医生处理,以防止肾积水的发生。该患者术后1 d、2 d、3 d、9 d左肾造瘘管引流分别为850 ml、1700 ml、1650 ml、1200 ml淡红色液体。第6天间断夹闭左肾造瘘管,第9天、12天膀胱造瘘管、尿管引流量之和分别为550 ml、1850 ml淡红色液体,未出现少尿或无尿的情况,也无腰腹痛、发热等反应。术后第12天夹闭肾造瘘管,术后55 d,完成上尿路影像动力学检查,顺行造影引流通畅,拔除肾造瘘管。

## 2.3 预防术后并发症

由于膀胱扩大术联合肠代输尿管手术难度大,因此术后观察并发症尤为重要。Armatys等<sup>[10]</sup>随访了91例(共99例)回肠代输尿管的案例,其中39例患者术后短期出现并发症(<3个月),有的患者有多项并发症,累计达76项,其中泌尿系感染14例,伤口感染9例;有21例在长期随访中存在并发症,其中吻合口狭窄3例,吻合口瘘6例,另有高氯性酸中毒3例,该患者在随访中未发生上述并发症。

**2.3.1 感染的预防及护理** 本例患者术后预防感染的措施主要包括以下方面:①术后遵医嘱常规给予头孢哌酮钠舒巴坦钠3 g静脉滴注,每天2次;②监测患者体温,术后3 d,每天测4次体温,如超过37.2℃,再复测3 d,若体温持续升高,遵医嘱监测感染指征,查血常规、血及尿的细菌培养、降钙素原试验、C反应蛋白,以全面排查感染情况。该患者在院期间体温平稳,在36.6~37℃之间波动;③预防切口感染,切口敷料渗血、渗液及时通知医生换药;④由于患者术中留置中心静脉导管,为预防导管相关性血流感染,定期更换置管穿刺点覆盖的敷料,每周3次,如有卷边、松动、可见污染随时更换;接触置管穿刺点,严格执行手卫生;每日

评估留管的必要性,不需要则早日拔除;保证导管端口的清洁,注射药物前用75%的酒精消毒3遍,待干后方可注射。

**2.3.2 电解质和肾功能的监测及预防** 由于回肠黏膜面与尿液长时间接触,使尿液中的各种电解质和含氮物质大量被肠黏膜面吸收入血液,引起血液成分改变导致电解质紊乱及肾功能受损。术后需要定期监测电解质和肾功能的变化。患者术后24 h血肌酐105.70 μmol/L,估算肾小球滤过率61.918 ml/min,术后第8天,血肌酐92.40 μmol/L,估算肾小球滤过率72.850 ml/min,肾功能正常。关注术后是否出现高氯性代谢性酸中毒也是预防并发症的一项重要措施。观察患者术后有无出现疲乏、眩晕、嗜睡、感觉麻木的症状,有无呼吸深快、面色潮红、心率加快、血压偏低的表现,如果出现上述表现报告医生,进行动脉血气分析,并遵医嘱给予静脉补钾和碳酸氢钠。该患者未出现高氯性代谢性酸中毒。

**2.3.3 吻合口瘘的预防及护理** 由于手术过程中采用的吻合方法或术后肠液堵塞导致膀胱内压力升高等原因,术后可能发生吻合口瘘。术后注意观察患者腹腔、盆腔的引流量,如果引流液呈尿样液体,引流量较前几日有明显增加,则提示发生吻合口瘘,及时通知医生处理。该患者未出现吻合口瘘。

## 2.4 动态心理评估及护理

患者入院后存在焦虑情绪,采用焦虑自评量表对患者进行评估,评分为62分,为中等程度焦虑。综合分析患者的既往史和现病情,其焦虑情绪可能为以下原因:该患者28岁,是1名年轻女性,本次求医为去除左肾造瘘管、解决因膀胱挛缩导致频繁排尿的问题,以消除对生活 and 婚姻生活的影响,需求强烈;因曾经历多次手术,疾病对她的生活造成很大影响,患者比较自卑;本次手术是国际先例,患者也担心手术能否成功。针对以上原因,采取相应的措施以减轻患者的焦虑情绪:①医护人员以良好的职业素质、自信的工作方式取得患者的信任;②根据患者的需求,向其介绍相关的治疗、术前准备、手术过程以及预后结果,以建立信心;③当治疗方案有调整时,及时告知患者,让患者对诊疗过程有所把握;④把患者家属列入心理护理的对象,请家属倾诉内心感受,进行及时有效的沟通,并邀请家属给予患者情感支持。

## 2.5 出院指导

(1)膀胱冲洗:嘱患者多饮水,多排尿,每天尿量达到2000 ml以上,以达到生理性冲洗的作用;注意观察尿液颜色、性质;患者出院后需继续

膀胱冲洗,尤其是膀胱感到不适时,指导患者每日经尿管或膀胱造瘘管用 50 ml 注射器抽取生理盐水低压冲洗膀胱,每次冲洗液量 50 ml,反复多次,将肠内分泌黏液冲出,直至清亮,以避免黏液较多堵塞尿道;患者由于带管出院,强调管路保护的重要性,并且提醒患者按时就医。

(2)膀胱功能训练:出院前指导患者进行膀胱功能训练,指导患者进行盆底肌功能锻炼憋尿功能,保证每次排尿 300~400 ml,避免憋尿太多破坏膀胱的弹性。

(3)居家护理:对患者进行居家活动、饮食指导,避免暴饮暴食及辛辣刺激性食物,关注排便排气情况,注意术后电解质紊乱如代谢性酸中毒等并发症的发生,预防感染。

#### 2.6 随访

患者术后随访 2 年,未发生感染、吻合口瘘等并发症。在随访过程中,患者出现依从性下降的表现,对患者再次进行宣教指导,提高了患者的依从性,目前患者生活一般状态良好,睡眠质量佳,焦虑状态改善,排尿维持在 300~400 ml/次。

#### 3 小结

回肠代输尿管加膀胱扩大术是长段输尿管狭窄加膀胱挛缩患者的有效治疗方法。本例患者术前联合拟定手术方案,术后注重引流管的护理,积极预防和处理并发症,采取动态的心理护理方案,完善出院指导和随访。通过医护人员严密合作,本例患者手术治疗成功,显著提高了患者生活质量。

#### 4 参考文献

- [1] 闵立贵,文彬,王英刚,等.中晚期肾结核的诊断和治疗(附 245 例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2010,25(9):661-662,665.
- [2] 钟小明,熊恩庆,夏旭辉,等.315 例肾结核诊治经验[J].重庆医学,2008,37(12):1351-1352.
- [3] 于满,于爱军,王珏,等.30 年间肾结核并发症和治疗方法的比较[J].临床外科杂志,2010,18(3):191-193.
- [4] 薛蔚,王元天,吕坚伟,等.腹膜外回肠片膀胱前壁扩大成形术治疗膀胱挛缩的探讨[J].临床泌尿外科杂志,2004,19(4):198-199.
- [5] 陈晓鹏,汤坚强,李学松,等.回肠代输尿管术治疗长段输尿管缺损一例报道并文献复习[J].中华临床医师杂志(电子版),2011,5(8):2410-2413.
- [6] 曹正国,诸禹平,孙友文,等.改良回肠代输尿管术的临床应用(附 10 例报告)[J].临床外科杂志,2007,15(7):469-470.
- [7] 苏今炜,贺焕章,常向东,等.回盲肠代输尿管扩大膀胱术治疗结核性膀胱挛缩对侧肾积水 1 例[J].现代泌尿外科杂志,2009,14(4):285.
- [8] Smithjr J. Ileal Ureteric Replacement in Complex Reconstruction of the Urinary Tract[J]. The Journal of Urology,2004,172(4):1570.
- [9] 李於航,汤召兵,唐观林,等.回肠代输尿管术后并发症并文献复习(附 1 例病例)[J].国际泌尿系统,2017,37(4):591-594.
- [10] Armatys SA,Mellon MJ, Beck SDW,et al. Use of Ileum as Ureteral Replacement in Urological Reconstruction[J]. J Urol,2009,181(1):177-181.

[2022-01-06 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](mailto:hlsjyjshb@126.com); 编辑部电话: 0311-85911163, 85911463。一段时间接到举报,有不法公司和个人盗用或冒用本刊或本刊工作人员名义,以组稿、代写、代发表论文为诱饵,在多个 QQ 群、微信群上发放虚假广告诈骗钱财。对此,本刊严正声明:本刊没有委托任何公司和个人代收、代写、代发表论文,或代为本刊编辑出版杂志。对上述违法行为,一经查实,本刊将配合国家有关稽查监管部门和公安机关,依法追究其刑事责任!

《护理实践与研究》杂志社

# NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 19, Number 10 May 25, 2022

## CONTENTS IN BRIEF

- Effect of multimedia interactive propaganda and education combined with considerate nursing on children patients with minimally invasive pectus excavatum surgical rectifying.....** XIAO Ya, LUO Jinwen, ZHOU Lihuan ( 1421 )
- Effect of multi-dimensional nursing combined with early postoperative activity on the prognosis of patients undergoing laparoscopic liver resection.....**  
..... GAO Yating, LIU Haiying, CHEN Yao ( 1426 )
- Analysis of the current situation and influencing factors of hope level in patients with gynecological cancer.....**  
..... HUANG Yue, ZHOU Ying ( 1431 )
- The analysis of knowledge level and related influencing factors of cervical cancer screening among women of childbearing age in Shihezi, Xinjiang.....**  
..... LU Jin, HUANG Yanhua, ZHU Mingzhu ( 1436 )
- Investigation on the current situation of sensory intervention for premature infants in neonatology departments of second-level and above hospitals in Guangxi.....**  
..... TENG Xiaoyun, LIANG Jie, TAN Jilei,  
LI Yanqing, HE Ting, LIANG Hua, SUN Jianfeng, WEI Qin ( 1442 )
- Analysis of influencing factors on subjective well-being of medical staff in breast surgery.....** JIANG Qing,  
QING Xiao, WANG Xiaoqing, ZHAO Wenxia ( 1446 )
- The relationship between new nurses' perception of work environment and transition shock and the mediating role of self-career management and organizational socialization.....**  
..... ZHU Shanshan, ZHANG Panpan, MAO Pan ( 1451 )
- Analysis and improvement countermeasures of high-quality nursing evaluation results in geriatric departments of 43 hospitals in Hebei province .....** WANG Bowen,  
ZHOU Ce, LI Wei, ZHENG Meijie, LI Ziye, LI Xian ( 1457 )
- A survey of nursing staff's knowledge, attitude, and practice in the screening and assessment of dysphagia in stroke patients .....** WU Yaping, LIU Pengfei, WU Dongmei ( 1461 )

## 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

Shijiazhuang Jianian Printing 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公布的名词为准，未公布的以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物，按引用的先后顺序列于文末，示例如下：

(1) [专著(书籍)] 序号 作者姓名. 书名 [M]. 版本 (如果是第1版应略去此项). 出版地：出版单位 (国外出版单位可用标准缩写，不加缩写点)，出版年：起页-止页。

例：[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 19版. 北京：人民卫生出版社，1995:1117-1119.

[2] 王庆林. 人体解剖学考试指导 [M]. 北京：中国医药科技出版社，1994:116-118.

(2) [连续出版物(期刊)] 序号 作者姓名 (3人以内全部写出，3人以上，只写前3人，第3人后加“，等”)。文题[J]. 期刊名 (外文期刊可用标准缩写，不加缩写点)，年，卷(期)：起页-止页。

例：[3] 杨苑芳，郭节芳，李健清. 远程指导型家庭病床康复护理对老年髋部骨折患者自理能力及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究，2017，14(14):8-10.

[4] 崔伟燕，吴军，袁小英，等. 医护康一体化管理模式干预鼻咽癌放疗患者张口困难效果研究[J]. 护理实践与研究，2020，17(22):97-99.

9. 论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目，应在文题页左下角注明。

## 三、注意事项

1. 来稿自留底稿，请勿一稿多投，凡接到投稿回执信2个月，未接到稿件录用通知，该稿可自行处理。稿件一经刊用，同时也被多家数据库收录，不同意者请在投稿时说明。

2. 本刊不收审稿费，稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

3. 投稿者请登陆<http://www.hlsjyj.com>注册投稿。

本刊通讯地址：河北省石家庄市建华南大街133号《护理实践与研究》杂志社，邮编：050031；联系电话：0311-85911163，85911463；E-mail: hlsjyjshb@126.com。