

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8月 第19卷 第16期 August 2022 Vol. 19 No. 16



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



16
2022



主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省儿童医院

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

编 辑

《护理实践与研究》杂志编辑委员会

《护理实践与研究》杂志编辑部

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

电话: 0311-85911163 85074334

网址: <http://www.hlsjyj.com>

社 长

曲 艺

主 编

尚少梅

执行主编

徐应军 栾 奕

副 主 编

李春燕 张俊敏 应 岚 韩 琳

李 卡 王志稳 刘延友 庄一渝

方 琼 蒋 艳 栾晓嵘 张先庚

李 伟 翟松会 刘凤阁

出 版

《护理实践与研究》杂志社

印 刷 者

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

舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求现状

及影响因素分析..... 刘燕

汤新辉 许湘华 宋小花 彭翠娥 (2369)

基于格林模式指导的护理干预在冠状动脉支架

植入术患者中的应用..... 沈婷婷 苏玲燕 (2375)

阶段一护理相宜模式在ICU患者下肢深静脉血栓

预防中的效果观察..... 刘璐 傅银娣 杨丽兰 (2380)

基于“生命网”的护理干预模式在冠心病合并

抑郁症患者中的应用..... 杜春玲 许燕 (2385)

不同性别老年糖尿病患者衰弱现状及影响因素分析

..... 张爽 杨孟丽 叶松岩 李莉 (2390)

新生儿危重症护理专题

降低新生儿无创通气皮肤损伤发生率的品管圈实践

..... 刘兴铃 董文斌 卢佑英 杨熙 方灿然 (2397)

新生儿早期基本保健对早产儿6个月内生长发育的影响

..... 孙彩霞 王晓燕 李胜玲 吴霞 马惠荣 (2407)

主动护理干预在NICU早产儿PICC致机械性

静脉炎中的应用..... 李宁涛 李永静 张婧晶 孙彩霞 (2412)

重力喂养联合非营养性吸吮应用于早产儿的

效果观察..... 闻晓春 刘永成 陶怡 聂玲 (2416)

非营养性吸吮联合口腔按摩护理对极低出生体重

早产儿喂养效果及生长发育的影响

..... 谢春花 陈倩 茹影雪 (2421)

调查研究

- 社区老年人认知功能与衰弱的相关性..... 余慧珍 晏晓颖 李静芝 蔡舒 (2425)
- 健康素养在慢性肾脏病患者社会支持与自我管理间的中介作用..... 武荧荧 栾晓嵘 (2431)
- 社区老年康养工作人员培训现状及需求分析..... 余静 李玲 刘旭琴 田鹏 (2436)

综述与讲座

- 不同强度抗阻训练在乳腺癌相关淋巴水肿患者中的应用进展
..... 王玲 尚少梅 陈可欣 王海燕 王婷婷 王惠雪 虞苗 (2441)
- 糖尿病肾病患者饮食管理的研究进展..... 田蓉 傅桂芬 李丽蓉 (2445)
- 尊严护理干预研究文献的总结与分析..... 丛欢欢 唐洪涛 张晨迪 崔文香 (2450)
- 青少年癌症患者主要照顾者生活质量研究进展..... 高红 郝萍 胡婷婷 (2457)

内科护理

- 整合式心理干预联合中药香囊疗法对脑卒中睡眠障碍患者的效果评价
..... 陈霞霞 梁汉英 林碧娟 (2463)
- 认知行为疗法对心力衰竭患者干预效果的Meta分析..... 王逸楠 陈丽华 吴娟 (2467)
- 风险预警评估指导下的规范化护理对急性脑梗死机械取栓术患者的影响
..... 肖蓓 拾丹丹 张文 李月芳 孙敏 (2475)
- 基于行为转变理论的护理干预在胰岛素泵强化治疗2型糖尿病患者中的应用
..... 周帆 韦伟 吕英华 庄静 陈冲 田洁 邝金芳 (2479)

外科护理

- 基于循证证据改进的居家肠内营养干预对食管癌术后患者的影响..... 李宝兰 周冬霞 张琪 (2484)
- 以格林模式指导的饮食健康教育在减重术后患者中的效果观察
..... 陈莉莉 寇红艳 李霜 尤朝香 贾梦滢 (2488)
- 基于Kano模型改进胸外科住院患者护理服务的效果观察..... 张琪 胡君君 金薇 (2492)
- 基于潮汐理论模型的护理干预在输尿管镜钬激光碎石患者中的应用
..... 曾少珊 毕韵婷 蓝毅君 (2496)

妇产科护理

- 康复树摘果游戏教育对宫颈癌手术患者自我管理能力及生活质量的影响
..... 康东红 訾姗姗 牛梅梅 胡丽红 王海琴 徐慧 张瑞芳 (2500)

儿科护理

- 多媒体健康教育联合自我护理行为干预应用于学龄期支气管哮喘患儿的效果评价
..... 徐丽 丁妞 谷利凤 夏琼 (2504)

优质护理服务在睾丸扭转手术患儿中的应用..... 邢民者 齐灿 张登所 (2508)

中医护理

穴位贴敷联合自制药酒湿敷加红外线照射在腰椎间盘突出症患者护理中的应用
..... 何婷 谢宜静 舒文杰 (2512)

门诊护理

急诊预检分诊护理流程在危重症患者中的应用价值..... 马晓园 (2516)

案例报告

颅咽管瘤术后并发高渗高糖非酮症性昏迷患者的护理1例
..... 杜晓亮 范雪蕾 章帆 张萌萌 王郝玉 冯仁 (2520)

男性初发系统性红斑狼疮合并自身免疫性溶血性贫血患者护理1例
..... 贾语博 任欢欢 王莉 陈立红 高超 (2523)

其他

征稿简则..... (封底)

舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求现状影响因素分析

刘燕 汤新辉 许湘华 宋小花 彭翠娥

【摘要】 目的 了解舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求并分析其影响因素,为构建舌癌术后吞咽障碍患者的延续护理管理体系提供参考依据。方法 抽取2020年7月—2021年10月存在吞咽障碍风险即吞咽筛查量表(EAT-10)≥3分的114例舌癌术后患者为研究对象,并采用自制的舌癌术后患者居家吞咽康复需求问卷进行在线调查。结果 发放问卷114份,回收有效问卷111份。舌癌术后患者居家吞咽康复需求总分为 39.50 ± 10.38 分。目前进食方式、肿瘤发生部位、出院时间、目前是否有气管套管是吞咽康复需求的相关影响因素($P < 0.05$)。多因素分析结果显示,出院时间是吞咽康复需求的主要影响因素($P < 0.05$)。结论 舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求较高且受出院时间因素影响,医护人员应以患者需求为导向,对居家舌癌术后吞咽障碍患者提供及时全面个体化的吞咽康复服务方案,满足患者延续康复护理需求,提升护理服务质量。

【关键词】 舌癌; 吞咽障碍; 康复需求; 出院时间; 影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.001



本文作者:刘燕

Analysis on current situation of the demands and influencing factors of swallowing rehabilitation in patients with dysphagia after undergoing tongue cancer surgery LIU Yan, TANG Xinhui, XU Xianghua, SONG Xiaohua, PENG Cuie (Nursing College of Hengyang Medical School of South China University, Hengyang, 421000, China)

【Abstract】 Objective To understand the demands of home-based swallowing rehabilitation in patients with swallowing disorder after undergoing tongue cancer surgery and analyze the influencing factors, so as to provide reference for the construction of continuous nursing management system for tongue cancer patients with swallowing disorder after undergoing tongue cancer surgery. **Methods** A total of 114 postoperative patients with tongue cancer who had the risk of swallowing disorder, that is, swallowing screening scale (EAT-10) ≥ 3 points, were selected as the study objects from July 2020 to October 2021. and an online survey was conducted by using a self-made questionnaire on home-based swallowing rehabilitation demands of postoperative tongue cancer patients. **Results** A total of 114 questionnaires were sent out and 111 valid questionnaires were collected. The total score of home-based swallowing rehabilitation needs of patients after undergoing tongue cancer surgery was 39.50 ± 10.38 points. The current eating style, tumorigenesis site, discharge time and whether there were current tracheal tub were the influencing factors for swallowing rehabilitation demands($P < 0.05$). Multivariate analysis showed that the discharge time was the main influencing factor of swallowing rehabilitation demands($P < 0.05$). **Conclusion** Patients with swallowing disorder after tongue cancer surgery have higher demands on home-based swallowing rehabilitation, medical staff should be guided by the demands of patients. A comprehensive and individualized swallowing rehabilitation service plan should be provided to patients with dysphagia after tongue cancer surgery at home in a timely manner to meet the patient's continuing rehabilitation nursing needs and improve the quality of nursing services.

【Key words】 Tongue cancer; Dysphagia; Rehabilitation needs; Discharge time; Influencing factors

基金项目: 湖南省卫生健康委科研计划项目资助(编号:202214024727)

作者单位: 421000 湖南省衡阳市, 南华大学衡阳医学院护理学院(刘燕); 湖南省肿瘤医院(汤新辉, 许湘华, 宋小花, 彭翠娥)

通信作者: 汤新辉, 硕士研究生导师, 主任护师

舌癌是最常见的口腔癌,以鳞状细胞癌多见,约占口腔癌发病率的43.4%^[1],手术是其主要的治疗方式。吞咽障碍是头颈部肿瘤术后最常见的并发症,发生率可达65%^[2],常引发营养不良、吸入性肺炎等并发症,增加患者的精神负担和心理痛苦,降低患者的生活质量。吞咽障碍康复治疗具有长期性特点,在我国医疗资源有限的情况下,显然无法满足患者的在院康复需求,故将康复延伸至院外符合现实需要^[3]。然而,目前国内对舌癌术后吞咽障碍的研究以在院患者的吞咽康复干预为主,对舌癌术后患者的居家吞咽康复研究较少,更缺乏舌癌术后患者居家吞咽康复需求的现况调查。本研究旨在对舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求及其影响因素进行调查,为构建舌癌术后吞咽障碍患者的延续护理管理体系提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2020年7月—2021年10月在湖南省某三级甲等肿瘤专科医院就诊的舌癌术后居家患者为调查对象,利用问卷星在线调查。纳入条件:年龄18岁以上;诊断为舌癌且已接受手术治疗;对本研究知情并同意参与调查。排除条件:合并较严重的认知及精神障碍;患者及家属均不会使用微信。

1.2 调查内容与方法

1.2.1 调查内容

(1)一般资料调查:自行设计一般资料调查表,内容包括人口学资料(性别、年龄、民族、文化程度、婚姻状况、职业、家庭人均收入、医保类型、居家照顾者)和临床资料(出院时间、治疗方式、皮瓣手术、病理分期、肿瘤发生部位、肿瘤侵犯周围组织、颈部淋巴结清扫、目前进食方式、目前是否有气管套管)。

(2)吞咽功能调查:采用吞咽筛查量表(EAT-10),该量表由Belafsky等^[4]研发,可早期识别误吸、隐性误吸和吞咽异常的体征。该量表特异性94.92%,敏感性82.09%,阴性预测值90.32%,阳性预测值90.16%,具有较好的重测信度和内部一致性^[5]。共10个问题,总分40分。评分越高,代表吞咽问题越严重。总分 ≥ 3 分可认为吞咽功能异常。

(3)居家吞咽康复需求调查:采用自行设计居家吞咽康复需求问卷,在查阅相关文献^[6-7]的基础上结合日常随访收集的信息及研究目的设计“居家吞咽康复需求问卷”。问卷内容包括吞咽康复随访形式需求和吞咽康复随访内容需求2个维度,共

18个条目。其中吞咽康复随访形式需求共7个条目,包括随访人员、随访方式、首次随访时间、每次随访时间段、每次随访时长、随访频率、随访期限,其中随访人员和随访方式为多选,其余条目均为单选。吞咽康复随访内容需求共11个条目,包括舌癌疾病相关知识、吞咽康复技能指导、吞咽康复知识、颈部功能锻炼指导、营养指导、口腔护理、进食细节管理、心理指导、疼痛护理、管道护理、复查结果答疑,各条目均采纳Likert 5级评分法,从完全不需要到非常需要分别对应1~5分,总分11~55分,分值越高表示需求越高。评分等级:超过总分值的66%为高水平(超过总分55分的66%,即超过36分为高水平),总分值的33%~66%为中等水平,而小于总分值的33%为低水平^[8]。对该问卷进行信效度检测:其Cronbach's α 系数为0.919,内在一致性良好;采用主成分分析进行探索性因子分析,其KMO为0.860, Bartlett's球形检验为967.041, $P<0.001$,结构效度良好。

1.2.2 调查方法 通过电话联系患者,向患者解释本调查目的和意义,征得患者同意后添加微信并发送调查问卷。为解除患者隐私泄露的顾虑,研究者对每一位研究对象进行编码,问卷设置时不要求填写姓名或电话号码,统一用编码代替。问卷分为两个部分,第一部分为吞咽筛查量表(EAT-10),总分 < 3 分可提交问卷;总分 ≥ 3 分认为吞咽功能异常,系统将自动出现问卷的第二部分,即一般资料调查表、自制的舌癌术后患者居家吞咽康复需求问卷,所有选项填写完整后方可提交问卷。其中EAT-10总分 ≥ 3 分者114份,人工剔除明显规律作答的问卷3份,最终有效问卷111份。

1.3 统计学方法

采用SPSS 20.0统计学软件进行统计分析,计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验或方差分析;计数资料以百分率描述;多因素进行多元线性回归分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 舌癌术后吞咽障碍患者一般资料及吞咽康复需求单因素分析

本调查纳入111例符合研究目的的调查对象,具体情况见表1。单因素分析结果显示,不同进食方式、肿瘤发生部位、出院时间、有无气管套管的患者吞咽康复需求总分比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表 1 研究对象的一般资料和居家吞咽康复需求单因素分析

分析因素	类别	例数	需求总分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	99	39.26 ± 10.56	0.703	0.483
	女	12	41.50 ± 8.92		
年龄（岁）	≤ 39	5	43.80 ± 5.45	0.453 ¹⁾	0.637
	40~	78	39.38 ± 10.34		
	≥ 60	28	39.07 ± 11.25		
民族	汉族	106	39.58 ± 10.44	0.374	0.709
	少数民族	5	37.80 ± 10.06		
文化程度	小学及以下	21	38.67 ± 12.93	2.662 ¹⁾	0.052
	初中	44	41.39 ± 9.05		
	高中 / 中专	28	35.29 ± 10.51		
	本科 / 大专及以上	18	42.44 ± 8.35		
婚姻状况	已婚	104	39.80 ± 10.27	0.691 ¹⁾	0.504
	离异	3	36.33 ± 7.23		
	丧偶	4	34.25 ± 15.69		
职业	在职	26	39.35 ± 10.17	1.186 ¹⁾	0.319
	退休	15	35.20 ± 10.64		
	无业	45	39.96 ± 10.28		
	其他	25	41.44 ± 10.52		
家庭人均收入	收入 < 支出	55	39.38 ± 10.81	0.014 ¹⁾	0.986
	收入 ≈ 支出	34	39.50 ± 10.09		
	收入 > 支出	22	39.82 ± 10.20		
颈部淋巴结清扫	单侧	63	39.78 ± 10.56	0.306 ¹⁾	0.737
	双侧	45	38.87 ± 10.20		
	否	3	43.33 ± 12.50		
目前进食方式	经口	96	38.50 ± 10.47	2.646	0.009
	鼻饲	15	45.93 ± 7.25		
肿瘤发生部位	舌体	100	38.84 ± 10.64	3.854 ²⁾	0.001
	舌根	11	45.55 ± 4.57		
医保类型	自费	4	33.50 ± 10.25	0.473 ¹⁾	0.702
	城镇居民保险	36	39.50 ± 9.71		
	新型农村合作医疗	65	39.78 ± 10.87		
	其他	6	40.50 ± 10.29		
出院时间（月）	< 1	27	43.22 ± 9.02	6.286 ¹⁾	0.013
	1~	24	41.54 ± 7.68		
	3~	29	39.28 ± 10.01		
	6~12	31	34.90 ± 2.15		
居家照顾者	配偶	89	39.64 ± 9.69	0.475 ¹⁾	0.700
	子女	13	38.54 ± 13.99		
	独居	5	36.00 ± 13.60		
	其他	4	44.00 ± 10.83		
治疗方式	手术	75	38.04 ± 10.21	2.108 ¹⁾	0.103
	手术 + 化疗	6	46.00 ± 5.40		
	手术 + 放疗	5	38.20 ± 8.84		
	手术 + 放疗 + 化疗	25	42.60 ± 11.23		
皮瓣手术	是	89	39.27 ± 10.62	0.475	0.635
	否	22	40.45 ± 9.55		
病理分期	I 期	21	38.62 ± 9.50	0.321 ¹⁾	0.810
	II 期	41	38.95 ± 11.65		
	III 期	31	39.65 ± 10.13		
	IV 期	18	41.56 ± 9.22		
肿瘤侵犯周围组织	是	94	39.57 ± 10.78	0.164	0.870
	否	17	39.12 ± 8.11		
目前是否有气管套管	有	5	47.60 ± 2.70	5.375 ²⁾	0.000
	无	106	39.12 ± 10.46		

1) *F* 值; 2) *t'* 值。

2.2 舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复需求情况

2.2.1 吞咽康复随访形式需求情况 最希望由医师进行随访，微信随访为首选随访方式，多数患者愿意首次随访时间为出院后1个月且在上午，每次随访时间希望控制在10~15 min，愿意接受每月1次的随访频率且随访期限为1~3年，见表2。

2.2.2 吞咽康复随访内容需求情况 舌癌术后患者居家吞咽康复需求总分为 39.50 ± 10.38 分。有8项内容条目的需求人数超过70%，需求得分最高的前3项分别为吞咽康复技能指导、吞咽康复知识、颈部功能锻炼指导，见表3。

表2 舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复随访形式需求情况 (n=111)

项目	类别	例数	率 (%)	项目	类别	例数	率 (%)
随访人员	医师	94	84.7	随访方式	电话随访	62	55.9
	护士	19	17.1		微信随访	96	86.5
	康复师	53	47.7		上门服务	17	15.3
	营养师	34	30.6	首次随访时间	出院后1周	27	24.3
	心理医师	12	10.8		出院后2周	17	15.3
	多学科团队成员	32	28.8		出院后1个月	67	60.4
每次随访时间段	上午	48	43.2	每次随访时长 (min)	<10	29	26.1
	中午	9	8.1		10~	50	45.0
	下午	21	18.9		15~	24	21.6
	晚上	33	29.7		30~	8	7.2
随访频率	1次/2周	43	38.7	随访期限 (年)	<1	17	15.3
	1次/1个月	53	47.7		1~	36	32.4
	1次/3个月	10	9.0		3~	14	12.6
	1次/6个月	3	2.7		5~	13	11.7
	1次/年	2	1.8		终身	31	27.9

表3 舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复随访内容需求情况 (n=111)

项目	需求情况			需求得分 (分)	得分排序
	需要 *	无所谓	不需要 **		
吞咽康复技能指导	90(81.1)	5(4.5)	16(14.4)	4.13 ± 1.23	1
吞咽康复知识	87(78.4)	7(6.3)	17(15.3)	4.10 ± 1.24	2
颈部功能锻炼指导	92(82.8)	4(3.6)	15(13.5)	4.09 ± 1.16	3
复查结果答疑	90(81.0)	5(4.5)	16(14.4)	3.99 ± 1.18	4
舌癌疾病相关知识	82(73.9)	8(7.2)	21(18.9)	3.91 ± 1.23	5
营养指导	82(73.8)	9(8.1)	20(18.0)	3.90 ± 1.24	6
口腔护理	82(73.8)	8(7.2)	21(18.9)	3.84 ± 1.21	7
进食细节管理	78(70.2)	11(9.9)	20(19.8)	3.78 ± 1.28	8
心理指导	54(48.6)	13(11.7)	44(39.6)	3.12 ± 1.52	9
疼痛护理	31(27.9)	12(10.8)	68(61.3)	2.39 ± 1.36	10
管道护理	29(26.1)	9(8.1)	73(65.8)	2.26 ± 1.28	11

* 包含非常需要、比较需要；** 包含不太需要、完全不需要。表中 () 内数据为百分率 (%)。

2.3 舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复需求的多因素分析

以单因素分析中有统计学意义的因素为自变量，自变量赋值见表4，以吞咽康复需求总分为因变量，进行多元线性回归分析。多元线性回归分析显示，出院时间是舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复需求的独立影响因子（ $P<0.05$ ），见表5。

表4 变量赋值表	
变量标签	赋值说明
出院时间	< 1个月 =1, 1~3个月 =2, 3~6个月 =3, 6~12个月 =4
肿瘤发生部位	舌体 =1, 舌根 =2
目前进食方式	鼻饲 =1, 经口 =2
目前是否有气管套管	有 =1, 无 =2

表5 舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求的多元线性回归分析					
分析因素	回归系数	标准误	标准回归系数	t 值	P 值
常数项	48.705	10.511	—	4.634	0.000
出院时间	-2.014	0.938	-0.221	-2.147	0.034

注：R=0.354，R²=0.125，调整 R²=0.092，F=3.788，P<0.05。

3 讨论

3.1 舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复的需求现状

近年来，随着国家政府和医疗机构对康复领域的重视，我国吞咽障碍康复领域得到逐步发展，但主要集中在脑卒中及相关领域，国内头颈肿瘤吞咽康复治疗尚处于起步阶段^[9]，关于舌癌术后居家吞咽训练和照护的研究较少。此外，在国内医疗资源有限的情况下，在院康复无法满足患者长期的康复需求。因此，将吞咽康复延伸至院外符合实际需要^[3]。

本研究结果显示，舌癌术后患者居家吞咽康复需求总分为 39.50±10.38 分，处于需求高水平状态。居家吞咽康复需求问卷中有 8 项内容条目的需求人数超过 70%，需求得分最高的前 3 项分别为吞咽康复技能指导、吞咽康复知识、颈部功能锻炼指导。一定程度反映了舌癌术后患者对吞咽功能康复的渴望，对吞咽相关知识和技能的缺乏。此外，舌癌术后患者希望得到颈部功能锻炼指导，这可能与颈部淋巴结清扫或放疗后瘢痕挛缩或组织纤维化致颈部牵拉感有关。从某种程度上反映了患者居家功能锻炼的缺乏或医护健康教育的不足。因此，医护人员应以患者需求为导向，在日常及随访健康教育内容中增加患者希望得到的康复内容，满足患者需求。

在吞咽康复随访形式需求中，随访人员医师占比最高（84.7%），随访方式微信随访占比最高（86.5%），其次是电话随访（55.9%）；多数患者愿意首次随访时间为出院后 1 个月（60.4%）且在上午（43.2%），每次随访时间希望控制在 10~15 min（45.0%），愿意接受每月 1 次（47.7%）的随访频率且随访期限为 1~3 年（32.4%）。可见，舌

癌术后吞咽障碍患者对吞咽康复随访形式存在一定的需求密集区。在实际临床工作中，护士才是随访工作及健康教育的主力军，但本研究结果显示，患者希望的随访人员中护士占比排名第五（17.1%），排名在医师、康复师、营养师、多学科团队成员之后，究其原因，一方面可能由于临床护理工作任务重，随访人力不足，护士随访工作仍存在诸多不足，患者康复需求未能从护士群体中得到满足；另一方面恰恰反映了舌癌术后患者对吞咽障碍存在诸多领域困扰，需要医疗、康复、营养等多学科合作，满足患者随访需求。因此，医护人员加强多学科合作，依托信息网络平台，开展多途径、多模式的舌癌术后吞咽障碍延续康复护理服务显得尤为重要。

3.2 舌癌术后吞咽障碍患者居家吞咽康复需求的影响因素分析

单因素分析显示，出院时间、进食方式、肿瘤发生部位、是否有气管套管是居家吞咽康复需求的影响因子。其中，出院时间仍是多因素分析居家吞咽康复需求的独立影响因子。进一步分析发现，出院时间各组吞咽康复需求总分随着出院时间的增加而逐渐降低。患者的吞咽康复需求在时间维度上表现为术后早期及术后 3 个月内，与既往研究^[10-11]提倡的术后早期实施吞咽康复结果一致。因此，医护人员应尽早识别舌癌术后患者的吞咽障碍，及时给予吞咽康复宣教及指导，满足患者术后早期的吞咽康复需求。鼻饲患者比经口进食患者的吞咽康复需求更高。姜从玉等^[12]研究发现，长期留置胃管对患者鼻咽部及食管造成刺激和压迫，会导致患者舒适度下降。此外，在临床工作中常常有患者主诉留置胃管影响个人形象，不愿意主动社交，容易产生不良情绪。因此，医护人员应及时评估患者的经

口摄食能力,病情允许时尽早拔除胃管或指导患者行间歇鼻饲法。舌根部肿瘤患者相比舌体肿瘤患者吞咽康复需求更高。可能与舌根切除较舌体切除患者的口腔转运时间延长、口腔和咽部食物易滞留,更大程度影响患者的吞咽功能有关。因此,医护人员应关注舌癌患者的手术方式,对行舌根切除的患者有针对性地做好吞咽康复指导。居家携带气管套管的患者是吞咽康复指导的重点对象。研究^[13-14]发现,气管切开会患者呼吸道阻力改变或消失,影响声门压力,使呼吸与吞咽动作协调紊乱,神经肌肉敏感性降低等,造成吞咽障碍。因此,医护人员应重点关注携带气管套管出院的患者,详细做好居家吞咽康复相关指导。

4 小结

舌癌术后吞咽障碍患者的居家吞咽康复需求处于高水平且受出院时间因素的影响,医护人员应以患者需求为导向,术后及时识别患者吞咽康复需求及其影响因素,积极推进与营养、心理等吞咽康复相关学科的合作,逐步形成吞咽康复多学科合作模式,为出院患者制订及时全面个体化的居家吞咽康复服务方案。此外,可借助“互联网+医疗健康”服务模式的发展,参考患者希望和愿意接受的随访需求内容与形式,探索构建多途径、多模式的居家延续康复护理管理体系,满足舌癌术后吞咽障碍患者居家康复护理需求,提升护理服务质量。本研究的不足:样本量较少,且为单中心调查,影响因素的挖掘可能不够全面,以后可进行多中心大样本调查,结合质性研究更全面更深入探究舌癌术后吞咽障碍患者吞咽康复需求的影响因素。

5 参考文献

- [1] Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics,2015[J]. CA:Cancer J Clin, 2015, 65(1):5-29.
- [2] Hasegawa Y, Sugahara K, Fukuoka T, et al. Change in tongue pressure in patients with head and neck cancer after surgical resection[J]. Odontology, 2017,105(4):494-503.

- [3] 旷雅诗,郑茶凤. 吞咽障碍病人的居家护理研究进展[J]. 护理研究,2020,34(21):3853-3857.
- [4] Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2008, 117(12):919-924.
- [5] Turkington L, Nund RL, Ward EC, et al. Exploring currentsensory enhancement practices within video fluoroscopic swallow study (VFSS) clinics [J]. Dysphagia, 2017, 32(2): 225-235.
- [6] 段丹,宁宁,陈佳丽,等. 颈椎术后患者随访服务的需求现状及影响因素的调查研究 [J]. 华西医学,2019,34(9):1010-1016.
- [7] 蔡明,胡紫宜,张琨,等. 甲状腺癌术后患者随访需求调查及影响因素分析 [J]. 中国普外基础与临床杂志,2021,28(9):1193-1199.
- [8] 刘永兵,窦新芝,王淑霞,等. 养老机构老年人健康素养与自我护理能力的典型相关分析 [J]. 中国老年学杂志,2014,34(5):1349-1352.
- [9] 唐燕,徐丽丽,范帅,等. 中国医院内口腔颌面-头颈肿瘤吞咽康复开展现状初步调查 [J]. 中国康复,2019,34(5):257-261.
- [10] Mercadante S, Aielli F, Adile C, et al. Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients[J]. Support Care Cancer, 2015,23(11): 3249-3255.
- [11] 石志坚,吕博,邵洁,等. 早期康复训练对游离皮瓣修复舌癌术后语言功能、吞咽功能及生存质量的影响 [J]. 重庆医学,2019,48(7):1124-1127.
- [12] 姜从玉,胡永善. 不同胃肠营养方式下吞咽康复训练改善患者生活质量和吞咽功能的临床研究 [J]. 中华物理医学与康复杂志,2012,34(11):841-844.
- [13] 张娜,陈香凤,陈素萍. 声门下吸引预防气管切开最小意识状态患者吞咽误吸的作用 [J]. 护理学杂志,2019,34(2):34-35.
- [14] Breunig C, Benter P, Seidl RO, et al. Predictable swallowing function after open horizontal supraglottic partial laryngectomy [J]. Auris Nasus Larynx, 2016, 43(6): 658-665.

[2022-01-14 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于格林模式指导的护理干预在冠状动脉支架植入术患者中的应用

沈婷婷 苏玲燕

【摘要】目的 探讨以格林模式指导的护理干预在冠状动脉支架植入术患者中的应用效果。

方法 选取2019年6月—2021年6月医院进行冠状动脉支架植入术治疗的120例冠心病患者为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组60例。对照组给予常规护理,观察组在对照组基础上予以格林模式指导的护理干预。比较两组患者术后并发症、希望水平、用药依从性及健康生活方式。**结果** 观察组术后并发症发生率为10.00%,对照组为26.67%,经比较差异有统计学意义($P<0.05$)。干预6个月后,观察组患者用药依从性评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预1个月后,观察组积极态度、亲密关系、行动态度评分及希望水平总分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预6个月后,观察组人际关系、营养、健康责任、体育运动、压力管理、精神成长评分及健康生活方式总分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 以格林模式指导的护理干预应用于冠状动脉支架植入术患者中,可有效降低术后并发症发生风险,提高患者用药依从性和希望水平,促进患者健康生活方式的养成,有利于改善预后。

【关键词】 冠心病;冠状动脉支架植入术;格林模式;护理干预;希望水平;用药依从性

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.002



本文作者:沈婷婷

Application of nursing intervention guided by Green model in patients with coronary stent implantation SHEN Tingting, SU Lingyan (Nantong Third People's Hospital, Nantong, 226001, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of nursing intervention guided by Green model in patients with coronary stent implantation. **Methods** To select 120 patients with coronary heart disease who underwent coronary stent implantation in the hospital from June 2019 to June 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 data between groups, with 60 patients in each group. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given the nursing intervention guided by the Green model on the basis of the control group. The postoperative complications, hope level, medication compliance and healthy lifestyle were compared between the two groups. **Results** The incidence of postoperative complications in the observation group was 10.00%, which was lower than 26.67% in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). After 6 months of intervention, the score of medication compliance in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). After 1 month of intervention, the scores of positive attitude, intimacy, action attitude and hope level in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). After 6 months of intervention, the interpersonal relationship, nutrition, health responsibility, physical exercise, stress management, mental growth score and total score of healthy lifestyle in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Nursing intervention guided by Green model applied to patients with coronary stent implantation can effectively reduce the risk of postoperative complications, improve patients' medication compliance and hope level, and promote the development of healthy lifestyle in patients, which was conducive to improving prognosis.

【Key words】 Coronary heart disease; Coronary stent implantation; Green model; Nursing intervention; Hope level; Medication compliance

基金项目:南通市科研计划项目(编号:GJZ17008)
作者单位:226001 江苏省南通市第三人民医院心血管科

冠心病又称冠状动脉粥样硬化性心脏病,其发病机制为冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄、阻塞,导致心脏缺血,近年来发病呈现年轻化趋势,严重危害了患者身体健康,加重了社会经济负担^[1]。目前,冠心病以手术治疗为主,常见的有经皮冠状动脉球囊血管成形术、冠状动脉支架植入术等,手术能够有效疏通狭窄、闭塞的管腔,改善心肌血流灌注,降低死亡风险^[2]。但由于患者心脏功能受损,全身血供发生变化,术后易发生冠脉急性闭塞,支架内血栓等多种并发症,对患者预后产生不良影响。因此,治疗期间需重视护理干预,降低并发症发生率,改善患者预后,提高其日常生活能力^[3-4]。但常规护理属于被动式护理,存在护理理念落后、护理针对性缺乏等问题,并不能满足冠心病手术患者的护理需求。格林模式是美国健康教育学家 Lawrence W.Green 主创,以格林模式为指导的护理干预是通过找出患者的健康问题和影响因素,并进行健康教育、开展信念、行为干预的措施^[5]。本研究探讨以格林模式为指导的护理干预在冠状动脉支架植入术患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 6 月—2021 年 6 月在我院进行冠状动脉支架植入术治疗的 120 例冠心病患者为研究对象,纳入条件:患者符合《冠状动脉微血管疾病诊断和治疗的中国专家共识》^[6]中冠心病的诊断标准,并经 CT、MRI 等检查确诊;意识清楚,具有正常沟通能力;符合冠状动脉支架植入术指征,进行冠状动脉植入术患者;首次手术治疗;本研究患者及家属均知情,且签署知情同意书。排除条件:存在手术禁忌证;存在精神疾病者;合并严重肾功能不全、全身性感染性疾病、凝血功能障碍者;合并糖尿病且冠状动脉多支严重弥漫性血管病变者;合并其他心血管疾病者;合并恶性肿瘤者;临床资料不全且中途退出者。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,每组 60 例。对照组中男 34 例,女 26 例;年龄 48~75 岁,平均 61.53 ± 6.82 岁;病程 5~10 年,平均 7.42 ± 2.61 年;置入支架数 1~3 个,平均 1.85 ± 0.44 个;文化程度:小学 10 例,初中 15 例,高中 20 例,大专及以上 15 例。观察组中男 35 例,女 25 例;年龄 46~73 岁,平均 60.11 ± 6.24 岁;病程 4~11 年,平均 7.39 ± 2.55 年;置入支架数 1~4 个,平均 2.06 ± 0.38 个;文化程度:小学 8 例,初中 12 例,高中 25 例,大专及以上 15 例。

两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,具体如下:①病情监测。密切监测患者呼吸、血压、脉搏、体温、心率、血氧饱和度等生命体征变化,一旦发现异常立即对症处理。②健康宣教。护理人员向患者及家属详细讲解冠心病治疗方法、护理措施、并发症预防、注意事项等相关知识,或发放健康手册,提高患者对疾病的认识。③心理护理。护理人员积极与患者沟通,了解其基本情况,同时评估其心理状态,对其进行心理疏导,以缓解患者的不良情绪,使其保持良好的身心状态。④胸痛处理。患者心绞痛发作时,立即指导其静坐休息,同时准备好急救药物、器械等,若患者心率过快、血压升高、胸痛剧烈,则需及时通知医生进行处理。⑤并发症处理。术后需注意观察患者穿刺点有无出血、渗血、血肿等情况,观察穿刺点肢体温度、颜色,防止产生微血栓。⑥饮食及用药指导。指导患者药物用量、用法,同时根据患者的营养状况指导其饮食,以清淡为主,少量多餐,养成良好的生活习惯。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以格林模式指导的护理干预,具体如下。

(1) 组建格林护理小组:组员包括科室护士 3 名、护士长 1 名、主管护师 1 名、主治医师 1 名。由护士长任组长,负责监督指导格林护理方案的制订和执行;主治医师负责患者相关治疗;主管护师负责健康教育培训;科室护士负责日常护理。对小组成员进行格林模式指导的护理相关知识培训,采用讲座、现场示范、案例讨论等方式,培训内容包括格林护理理论、冠心病治疗及预防、床旁宣教方法、护理操作等,提高组员的知识掌握程度和综合能力。研究期间定期培训,1 个月 1 次,每次 60 min。培训结束后需进行理论知识考试和技能考核,考核方式为情景模拟、案例分析等,若成绩不合格,则需再次培训,成绩合格,方可上岗。

(2) 以格林模式为指导的护理措施:格林护理小组成员在了解冠心病相关指南、国家政策基础上对患者进行动机性访谈,掌握其文化程度、社会地位、疾病知识掌握度、治疗态度、家庭经济等情况,找出影响冠心病冠状动脉支架植入术恢复的因素,并将其归纳为倾向因素、促进因素、强化因素。根据分析结果对可干预的因素制订针对性护理计划。①倾向因素。患者对疾病、手术治疗缺乏科学认知,紧张焦虑,希望水平较低,是影响冠心病冠状动脉

支架植入术患者术后恢复的主要倾向因素。格林护理小组以集中授课方式统一培训,时间为每周一、三、五,每次 60 min,培训 1 周。第 1 次授课:采用 PPT 形式培训疾病相关知识,包括手术方法、用药原则、术后护理、并发症预防等;播放成功案例,开展案例分析;鼓励患者、家属现场交流,分析治疗经验,及时面对面解答患者及家属的疑问。第 2 次授课:以动画形式播放患者用药依从性与预后效果的相关视频,提高患者术后药物治疗的重视度和配合度;为患者及家属讲解遵医嘱用药的重要性,指导其用药方法、剂量、副作用、储藏方法等,并提醒家属协助监督患者按时按量用药;通过视频方式列举治疗成功案例,并详细说明希望水平对疾病的影响,指导患者学会调整心态积极面对治疗,缓解其不良心理。第 3 次授课:总结教育,总结前 2 次课的内容,并加强健康教育,内容包括术后注意事项、情绪调节、定期复查等重要性。最后建立联系群,指导患者及家属加入,以方便交流。在患者出院前一对一床旁宣教,根据患者文化程度及理解程度进行针对性访谈。

②促成因素。了解到护理人员对健康教育的重视度不高、患者缺乏利用社会资源途径是冠心病冠状动脉支架植入术预后的主要促发因素。针对这些因素开展的措施如下:定期派遣优秀护士进修,返院后在小组内做汇报交流,提高组员对健康教育的重视;建立考核体系,明确责任制并严格落实,小组组建线上交流群,及时沟通;科室宣传栏增设冠心病手术专栏,以图文结合形式,提高患者及家属的阅读兴趣,定期由护士更新专栏的知识,同时在科室休息大厅循环播放冠心病相关知识;每天收集患者的问题,小组周会时整理分析收集到的问题,根据问题共同讨论解决方法;在医院微信公众号中增设冠心病栏目,定期推送冠心病文章,以供患者及家属阅读;每月定期组织病友交流会,鼓励患者分享治疗心得,以提高其希望水平。

③强化因素。缺乏监督反馈机制、缺乏社会支持是影响冠心病冠状动脉支架植入术治疗效果的主要强化因素。针对这些因素开展的措施如下:建立患者管理档案,定期电话询问患者用药、饮食、运动等情况,根据患者落实情况给予鼓励,并进行针对性指导;组建医护患沟通群,定期推送相关文章或科普视频,并提醒患者及家属阅读、观看,及时解答患者及家属的问题,给予专业的指导;邀请预后良好的患者分享经验,患者回院复查时再次个体化指导。两组均进行为期 1 个月的护理干预,并进行为期 6 个月的随访。

1.3 观察指标

(1) 并发症:记录两组患者在干预期间并发症发生情况,包括冠状动脉穿孔、造影剂外渗、冠脉急性闭塞、支架内血栓、支架脱落等。

(2) 希望水平:两组患者分别于干预前、干预 1 个月后采用 Herth 希望量表评估,该量表于 1991 年由美国 Herth^[7] 编制而成,共包括 3 个维度 12 个条目,即对现实和未来的积极态度(积极态度)、采取积极行动(行动态度)、与他人保持亲密关系(亲密关系),每个条目采用 Likert 4 级评分法,总分 12~48 分,分值越高表示希望水平越高。

(3) 用药依从性:分别于干预前、干预 6 个月后采用科室自制调查问卷评估两组患者服药依从性,内容包括用药次数疏忽、遗忘漏服药物、自行停用药物、药物保存不当,每个条目采用 4 级评分法,总分 1~16 分,分值越高表明用药依从性越好。经验证,该问卷信度为 0.89, Cronbach's α 为 0.82,其结构效度为 0.88,表明该问卷有较高的可信度。

(4) 健康生活方式:分别于干预前、干预 6 个月后采用王维婷等^[8] 翻译并研制的中文版健康促进生活方式量表(HPLP-II)评估两组患者术后健康生活方式,该量表共 6 个维度,52 个条目,即人际关系(9 个条目)、营养(9 个条目)、健康责任(9 个条目)、体育运动(9 个条目)、压力管理(8 个条目)、精神成长(8 个条目),每个条目设“从不”“有时”“通常”“总是”4 个选项,根据 Likert 4 点计分法依次赋值 1~4 分,量表总分 52~208 分,52~104 分为低水平、105~156 分为中等水平、157~208 分为高水平,得分越高表示生活方式越健康。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料以“均数 $\pm$ 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 两组患者术后并发症发生情况比较

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 1。

2.2 干预前后两组患者 Herth 希望评分比较

干预前,两组患者积极态度、亲密关系、行动态度评分及总分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);干预 1 个月后,观察组积极态度、亲密关系、行动态度评分及总分均高于对照组,差异有统计学意义

($P<0.05$), 见表2。

2.3 干预前后两组患者用药依从性评分比较

干预前, 两组患者用药依从性评分比较差异无

统计学意义($P>0.05$); 干预6个月后, 观察组患者用药依从性评分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表3。

表1 两组患者术后并发症发生情况比较

组别	例数	冠状动脉穿孔	造影剂外渗	冠脉急性闭塞	支架内血栓	支架脱落	总发生例数	发生率(%)
观察组	60	2	1	2	1	0	6	10.00
对照组	60	4	5	3	3	1	16	26.67

$\chi^2=5.566$, $P=0.018$ 。

表2 干预前后两组患者的 Herth 希望评分比较(分)

组别	例数	积极态度		亲密关系		行动态度		总分	
		干预前	干预1个月后	干预前	干预1个月后	干预前	干预1个月后	干预前	干预1个月后
观察组	60	7.72 ± 1.66	14.69 ± 2.59	7.65 ± 1.73	13.64 ± 2.61	7.68 ± 1.52	13.57 ± 2.55	22.88 ± 2.45	41.16 ± 3.27
对照组	60	7.68 ± 1.71	11.52 ± 2.44	7.59 ± 1.82	10.48 ± 2.93	7.48 ± 1.33	10.66 ± 2.65	22.31 ± 2.06	33.81 ± 3.77
<i>t</i> 值		0.130	6.901	0.185	6.238	0.767	6.129	1.379	11.408
<i>P</i> 值		0.897	0.000	0.854	0.000	0.445	0.000	0.170	0.000

表3 干预前后两组患者用药依从性评分比较(分)

组别	例数	用药次数疏忽		自行停用药物		遗忘漏服药物		药物保存不当	
		干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后
观察组	60	1.27 ± 0.32	3.11 ± 0.34	1.15 ± 0.23	3.46 ± 0.42	1.28 ± 0.17	3.57 ± 0.35	1.32 ± 0.19	3.46 ± 0.45
对照组	60	1.31 ± 0.29	2.45 ± 0.41	1.19 ± 0.24	2.68 ± 0.51	1.30 ± 0.23	2.64 ± 0.65	1.31 ± 0.20	2.55 ± 0.62
<i>t</i> 值		0.718	9.598	0.932	9.145	0.542	9.758	0.281	9.201
<i>P</i> 值		0.475	0.000	0.353	0.000	0.589	0.000	0.779	0.000

2.4 干预前后两组患者健康生活方式评分比较

干预前, 两组患者人际关系、营养、健康责任、体育运动、压力管理、精神成长评分及总分比较差异无统计学意义($P>0.05$); 干预6个月后, 观察

组人际关系、营养、健康责任、体育运动、压力管理、精神成长评分及总分均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表4。

表4 干预前后两组患者健康生活方式评分比较(分)

组别	例数	健康责任		营养		体育运动		压力管理	
		干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后
观察组	60	15.38 ± 3.44	32.18 ± 3.57	15.29 ± 3.58	32.48 ± 3.63	15.93 ± 3.32	32.55 ± 3.21	13.56 ± 3.19	28.11 ± 3.46
对照组	60	15.35 ± 3.52	25.92 ± 3.48	15.51 ± 3.54	26.74 ± 3.49	15.78 ± 3.66	25.62 ± 3.82	13.43 ± 3.26	24.15 ± 3.53
<i>t</i> 值		0.047	9.726	0.339	8.830	0.235	10.758	0.221	6.206
<i>P</i> 值		0.962	0.000	0.736	0.000	0.815	0.000	0.826	0.000

组别	例数	精神成长		人际关系		总分	
		干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后	干预前	干预6个月后
观察组	60	13.16 ± 3.22	28.29 ± 3.53	15.39 ± 3.44	32.18 ± 3.29	75.69 ± 13.54	185.67 ± 20.96
对照组	60	13.23 ± 3.41	24.52 ± 3.51	15.37 ± 3.52	25.42 ± 3.38	73.89 ± 13.56	145.83 ± 20.54
<i>t</i> 值		0.116	5.866	0.032	11.101	0.728	10.516
<i>P</i> 值		0.908	0.000	0.975	0.000	0.468	0.000

3 讨论

冠心病属于临床常见的多发疾病,表现为胸痛、胸闷、呼吸短促等症状,临床上以手术治疗为主,虽然手术能够有效疏通血管,促进血液流动,改善心肌功能,但由于手术具有创伤性,加上冠心病患者心脏功能受损、血流动力学不稳定等原因,术后恢复慢,并发症较多,患者的遵医用药及希望水平对手术效果具有较大影响。因此,在冠状动脉支架植入术后开展科学有效的护理显得尤为重要^[9]。常规护理在冠心病术后风险高低评估及预防方面缺乏全面性和科学性,护理方法缺乏针对性,效果欠佳,传统被动护理模式已无法满足患者的护理需求。随着护理理论和实践的发展,逐渐从单一生理方面的护理转向生理、心理全面护理,尤其重视健康教育和心理干预^[10]。张惠^[11]研究证实,以格林模式为指导的护理干预能有效改善冠心病介入治疗患者的健康行为,形成健康意识,降低不良心脏事件发生率,从而改善预后。

冠状动脉支架植入术后并发症不利于患者恢复,因此,术后需预防、控制并发症。本研究结果显示,观察组患者术后并发症发生率低于对照组,说明以格林模式为指导的护理干预可有效降低冠状动脉支架植入术患者并发症发生风险,有利于提高治疗效果。究其原因,本研究组建了格林护理小组,并定期对组员进行专业培训,提高了护理人员的专业知识和操作技能,从而有效评估术后并发症发生风险,并及时采取干预措施。张燕^[12]研究证实,格林模式干预中分析每个患者术后可能发生并发症风险因素,并从生理、社会、心理等方面找出可控制的因素,制订有效的干预措施,从而降低并发症的发生,与本研究结果一致。结果还显示,观察组患者的希望水平高于对照组,说明以格林模式为指导的护理干预重视对患者心理及精神的干预,有效提高了患者的希望水平。究其原因,以格林模式为指导的护理干预中针对患者缺乏疾病认知、心理负担等因素,格林护理小组进行多次授课教育,术前以PPT形式宣教,使患者掌握疾病相关知识,再列举成功案例,提高患者的认知和治疗信心,术后以动画形式宣教,提高患者术后对护理的重视度和配合度。赵静等^[13]在老年慢性心力衰竭患者的研究中证实,基于格林模式的健康管理能够有效改善患者心功能,提高希望水平和自我管理能力,降低外源性血脂水平,与本研究结果具有相似性。

由于冠心病患者多为中老年群体,合并基础疾

病多,用药风险明显增加,因此,用药剂量、时间都有严格的要求,但由于患者对遵医用药的重视度不足,用药依从性相对较差。本研究结果显示,观察组的用药依从性高于对照组,说明以格林模式为指导的护理干预能够提高冠心病冠状动脉支架植入术患者的用药依从性。有研究证实^[14],健康素养水平可直接影响患者药物治疗的依从性。常规护理的健康教育通常是口头教育、书面教育为主,但患者并不具有专业的医学知识,接受能力不高,导致常规健康教育效果不理想。本研究以格林模式为指导的护理干预中,比常规干预更加重视对患者的健康教育,不仅定期派遣优秀护士进修,返院后在科室宣传栏增设冠心病手术专栏、在科室休息大厅循环播放冠心病相关知识、在微信公众号定期推送相关科普文章、定期组织病友交流会等,加强了对患者的健康教育。本研究采用HPLP-II对两组患者干预6个月后的健康生活方式予以评估,结果显示,观察组人际关系、营养、健康责任、体育运动、压力管理、精神成长评分及总分均高于对照组,说明以格林模式指导的护理干预能够提高患者的健康责任感、运动锻炼积极性,改善营养状态和人际关系,有利于促进患者病情恢复。究其原因,本研究以格林模式指导的护理干预中,建立了患者管理档案,并进行定期电话随访,监督指导患者日常生活,同时建立医护患交流群,定期推送相关文章或科普视频,邀请预后良好的患者分享经验,提高了患者主观能动性,从而促进健康生活方式的养成。俞燕等^[15]研究证实,格林模式健康教育可提高上尿路结石患者对疾病的认识水平,有利于促进健康生活方式的养成,从而减少复发率。

综上所述,以格林模式指导的护理干预能够有效提高冠状动脉支架植入术患者的希望水平和用药依从性,减少术后并发症,促进健康生活方式养成,有利于改善预后。

4 参考文献

- [1] 高润霖.我国冠心病介入治疗的进展与展望[J].中华心血管病杂志,2019,47(9):675-679.
- [2] 李玉丹,高丽闪.经桡动脉入路冠状动脉造影联合支架植入术治疗老年冠心病[J].河南医学研究,2021,30(13):2421-2423.
- [3] 王冬花.冠状动脉造影及支架植入术后局部出血危险因素分析及护理分析[J].中国药物与临床,2021,21(1):178-180.
- [4] Sukovatykh BS, Sukovatykh MB, Polianskiĭ DV. Effect of

阶段—护理相宜模式在ICU患者下肢深静脉血栓预防中的效果观察

刘璐 傅银娣 杨丽兰

【摘要】目的 观察阶段—护理相宜模式在ICU患者下肢深静脉血栓预防中的应用效果。**方法** 选择2020年4月—2021年12月入住于医院ICU的重症病例80例为研究对象,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40例。对照组按ICU下肢深静脉血栓常规预防模式施护,观察组在此基础上针对下肢深静脉血栓预防加用阶段—护理相宜模式干预。干预后观察两组患者下肢深静脉血栓发生率、护理满意度、依从性及生活质量。**结果** 观察组ICU重症病例干预后下肢深静脉血栓发生率低于对照组($P<0.05$),观察组ICU重症病例专项护理满意度评分高于对照组($P<0.05$),观察组ICU重症病例干预后患者依从性优于对照组($P<0.05$),观察组ICU重症病例干预后生活质量各维度评分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 阶段—护理相宜模式应用于ICU重症病例下肢深静脉血栓预防中,可降低患者下肢深静脉血栓发生率,提高患者满意度、依从性及生活质量。

【关键词】 阶段—护理相宜模式;重症监护室;下肢深静脉血栓;预防;生活质量;依从性;满意度

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.003

Effect observation of stage-appropriate nursing mode in the prevention of deep vein thrombosis of lower extremities in ICU patients LIU Lu, FU Yindi, YANG Lilan (Jiangxi Provincial People's Hospital, Nanchang, 332000, China)

【Abstract】 Objective To observe the application effect of stage-appropriate nursing mode in the prevention of lower extremity deep vein thrombosis in ICU patients. **Methods** A total of 80 severe cases admitted to hospital ICU from April 2020



本文作者:刘璐

基金项目:江西省卫生计生委科技计划(编号:202210120)

作者单位:332000 江西省南昌市,江西省人民医院(南昌医学院第一附属医院)

the type of a coronary stent on dynamics of quality of life in patients with ischaemic heart disease[J]. Angiol Sosud Khir, 2020,26(4):43-48.

[5] 郭惠娟,王喜文.格林模式在冠心病PCI术后患者中的应用效果评价[J].临床医学,2018,38(7):123-125.

[6] 中华医学会心血管病学分会基础医学组,中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中华医学会心血管病学分会女性心脏健康学组,等.冠状动脉微血管疾病诊断和治疗的中国专家共识[J].中国循环杂志,2017,32(5):421-430.

[7] Herth K. Abbreviated instrument to measure hope:development and psychometric evaluation[J]. J Adv Nurs, 1992, 17 (10):1251-1259.

[8] 王维婷,马晟杰,赖思宏,等.健康促进生活方式量表(HPLP- II)中文版应用于社区居民中的信效度分析[J].健康研究,2022,42(2):125-130.

[9] 储红梅,桑盛敏.格林模式改变中青年冠心病患者生活方式的效果[J].临床与病理杂志,2020,40(10):2709-2715.

[10] 刘玲芳,黄惠桥.冠心病病人生活质量评价及其影响因素研究进展[J].护理研究,2018,32(4):517-519.

[11] 张惠.格林模式对冠心病介入治疗病人健康行为的影响[J].全科护理,2019,17(35):4486-4488.

[12] 张燕.格林模式生活方式干预在维持性血液透析患者心血管并发症中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(3):272-274.

[13] 赵静,于美花,周艳,等.基于格林模式的健康管理对老年慢性心力衰竭患者营养状况及预后的影响[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(1):103-108.

[14] 严婷婷,方红霞,高文娟,等.基于格林模式的健康教育在冠心病PCI术后患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(17):2327-2331.

[15] 俞燕,王增龙,王雪静.格林模式健康教育对上尿路结石患者疾病认知水平及健康生活方式的影响[J].海军医学杂志,2021,42(5):617-619.

[2022-02-21 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

to December 2021 were selected as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing care according to the ICU lower extremity deep venous thrombosis prevention mode, and the observation group was intervened in the additional stage of lower extremity deep venous thrombosis prevention - appropriate nursing mode on this basis. After intervention, the incidence of lower extremity deep vein thrombosis, nursing satisfaction, compliance and quality of life in the two groups were observed. **Results** The incidence of lower extremity deep vein thrombosis in the observation group after the intervention of severe cases in ICU was lower than that in the control group ($P<0.05$). The special nursing satisfaction score of ICU severe cases in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The compliance of patients in the observation group after the intervention of severe cases in ICU was better than that in the control group ($P<0.05$). The each dimension scores of life quality in the observation group after the intervention of severe cases in ICU were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The stage-appropriate nursing model applied in the prevention of lower extremity deep venous thrombosis in severe cases in ICU can reduce the incidence of lower extremity deep venous thrombosis and improve patients' satisfaction, compliance and quality of life.

【Key words】 Stage-appropriate nursing mode; Intensive care unit; Deep vein thrombosis of lower limbs; Prevention; Quality of life; Compliance; Satisfaction

下肢深静脉血栓是ICU患者常见的并发症之一,具有高致死率特点^[1],主要源于机体静脉血运缓滞、静脉壁受损、高凝血液状态等^[2],轻则遭受局部痛感困扰,重则伴发下肢皮炎、水肿及继发性静脉曲张等。下肢深静脉血栓因其治疗周期长、治疗难度高等,加重患者心身与经济负荷压力^[3],预防价值与治疗价值相比投入小而产出可观^[4],故探讨适用于ICU下肢深静脉血栓的预防护理模式至关重要。阶段-护理相宜模式指以某一护理问题发生发展规律与特点于特定阶段实施最合宜护理举措的干预模式,阶段-护理相宜模式在骨科、外科、妇产科等多科室上用于预防术后并发症,促进患者术后康复都取得了较好的效果^[5-7],当前临床常规护理对于下肢深静脉血栓的预防效果一般,本研究将阶段-护理相宜模式应用于ICU患者下肢深静脉血栓预防中,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年4月—2021年12月入住我院ICU的患者80例为研究对象,纳入条件:年龄18~80岁,入住前不存在下肢深静脉血栓,知情同意。排除条件:精神障碍,妊娠期,哺乳期。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40例。对照组中男23例,女17例;年龄43~62岁,平均 49.27 ± 5.36 岁;其中脑卒中18例,颅脑外伤12例,失血性创伤性休克6例,重症胰腺炎4例。观察组中男24例,女16例;年龄36~65岁,平均 49.45 ± 5.28 岁;其中脑卒中16例,颅脑外伤13例,

失血性创伤性休克6例,重症胰腺炎5例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 按ICU下肢深静脉血栓常规预防模式施护,由责任护士向患者宣讲ICU护理单元下肢深静脉血栓高发成因、危害性、影响因子及预防方式,指导护理对象配合行对应式用药、饮食与运动预防干预,连续干预4周。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上给予阶段-护理相宜模式干预,干预时长同对照组。

(1)第一阶段相宜护理:经肌张力、运动能力测评发现,患者下肢肌张力存在,可随意运动,对其行下肢训练强化干预,提供肢体按摩,每次按摩时长为5 min,以利其下肢静脉血运加速,促成顺利回流,避免组织水肿问题。

(2)第二阶段相宜护理:经肌张力、运动能力测评发现,患者下肢肌张力降低,尚存运动能力,引导护理对象实施翻身、起坐及行走训练,有效诱发正常运动,强化其自护能力。

(3)第三阶段相宜护理:经肌张力、运动能力测评发现,患者下肢运动功能存在部分消失问题,尚存肌肉收缩现象,激励督导其坚持主动训练,指导其完成主动踝泵操训练任务,以利下肢血液循环,鼓励其早期下床活动。

(4)第四阶段相宜护理:经肌张力、运动能力测评发现,患者处于下肢运动功能完全丧失状态,对其行患肢抬高制动处理,提供被动式训练,即每分钟行踝关节被动式屈曲运动15次,遵医嘱提供抗凝与静脉抗栓治疗护理,对患肢行妥善保暖,规

避免因冷刺激而出现血管痉挛、收缩等问题,每日行体位定时更替,规避患肢受压迫时间过长现象。

1.3 观察指标

(1) 下肢深静脉血栓:比较两组 ICU 重症病例干预后下肢深静脉血栓发生率。

(2) 护理满意度:自行设计下肢深静脉血栓预防专项护理满意度测评问卷,含施护理念、施护时机、施护内容与施护成效 4 个维度,各维度赋分范畴均为 0~10 分,提示极不满意至极满意,分值愈高提示该 ICU 重症病例对下肢深静脉血栓预防专项护理满意度愈高。

(3) 治疗依从性:完全依从,指遵医嘱医嘱规律服药,定期复诊等;部分依从,指不能规律服药或未能定期复诊;不依从,指未服药或拒绝服药,未复诊。

(4) 生活质量:采用生活质量评价量表^[8](SF-36)评价两组患者生活质量,该量表包含生理功能、生理职能、躯体疼痛、整体健康、活力状况、社会功能、情感职能和精神健康 8 个维度。总分 100 分,分值越高,说明研究对象主观感觉越好、生命质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行分析 and 处理,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;等级资料构成比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者下肢深静脉血栓发生率比较

观察组患者下肢深静脉血栓发生率低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者下肢深静脉血栓发生率比较

组别	例数	下肢深静脉血栓例数	率(%)
观察组	40	1	2.50
对照组	40	8	20.00

校正 $\chi^2=4.507$, $P=0.034$ 。

2.2 两组患者的护理满意度评分比较

观察组患者护理满意度评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的护理满意度评分比较(分)

组别	例数	施护理念	施护时机	施护内容	施护成效
观察组	40	9.18 $\pm$ 0.66	9.07 $\pm$ 0.59	9.02 $\pm$ 0.63	8.98 $\pm$ 0.59
对照组	40	5.95 $\pm$ 1.31	5.89 $\pm$ 1.08	5.91 $\pm$ 1.12	5.84 $\pm$ 0.94
t 值		16.162	16.343	15.307	17.894
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者依从性比较

观察组患者依从性优于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组患者生活质量各维度评分比较

观察组患者生活质量各维度评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 3 两组患者依从性比较

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从
观察组	40	36	1	3
对照组	40	21	6	13

秩和检验: $u=3.601$, $P=0.000$ 。

表 4 两组患者生活质量各维度评分比较(分)

组别	例数	生理功能	生理职能	躯体疼痛	整体健康
观察组	40	81.42 $\pm$ 19.63	87.66 $\pm$ 12.41	75.99 $\pm$ 14.48	82.49 $\pm$ 10.74
对照组	40	51.33 $\pm$ 17.63	58.37 $\pm$ 20.44	39.39 $\pm$ 13.49	45.97 $\pm$ 15.19
t 值		7.213	7.747	11.697	12.416
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

续表

组别	例数	活力状况	社会功能	情感职能	精神健康
观察组	40	92.64 ± 5.75	86.32 ± 24.76	85.94 ± 18.63	80.19 ± 10.66
对照组	40	60.85 ± 15.32	60.29 ± 19.87	72.55 ± 12.33	44.39 ± 12.19
t 值		12.287	5.186	3.791	13.982
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

下肢深静脉血栓系一类严重度较高的周围血管病种^[9]，下肢静脉内血液流动停滞，导致血管内出现血栓，下肢静脉血栓不仅停留在下肢静脉里，还可以顺着静脉走行回到右心，再通过右心经过肺动脉导致肺动脉栓塞，如果这时候下肢静脉血栓的患者出现胸痛、咯血、呼吸困难等肺部相关症状，要高度怀疑患者已经出现肺栓塞，需要急诊处理、监护室处理，甚至ICU处理^[10-11]。同样下肢静脉血栓，有的患者还会出现栓塞后综合征，患者在血栓形成后半年之内，还会持续出现下肢肿胀、皮肤颜色改变，如色素沉着；会出现局部溃疡或者倦怠感，即栓塞后综合征^[12-13]。深静脉血栓被称为人类的无声杀手，近年来下肢深部静脉血栓形成的发病率呈上升趋势^[14]。ICU护理单元入住患者较普通护理单元患者相比存在更高的下肢深静脉血栓发生风险，ICU收治的患者，很多需长期卧床，存在基础疾病，失去肢体主动活动能力，且常因本身疾病症状而致下肢深静脉血栓症状被掩盖；再加之使用肌松药物等，使下肢深静脉血栓早期检出率受到限制，轻则损及ICU重症病例康复进程与质量，重则诱发死亡不良事件^[15-17]。在田绍巍等^[18]、刘嘉丽等^[19]研究中发现，长期卧床、应用呼吸机、镇静剂等均会增加下肢深静脉血栓的发生，可见ICU患者发生此症的风险和概率极高。积极有效的预防干预有助于控制ICU重症病例下肢深静脉血栓风险^[20]，在邸佳等^[21]、赖玉^[22]多研究中均显示，通过对患者进行积极有效的细密预防护理能降低下肢深静脉血栓的发生，但常规ICU重症病例下肢深静脉血栓预防护理趋于无差异性。事实上，患者自入住ICU至出院全程下肢深静脉血栓进程差异化较大，常规传统护理难获可靠预防成效，需根据患者的实际情况、不同阶段进行相应的有效护理，以达到预期的预防目标^[23-24]。

阶段－护理相宜模式强调先预防、后治疗干预理念，借助于对处于同一护理问题不同进展阶段的

患者实施相宜式特定护理以实现预防目标^[25-26]。本研究将之应用于ICU重症病例下肢深静脉血栓预防中，研究显示，观察组ICU重症病例干预后下肢深静脉血栓发生率低于对照组，与李焕新等^[27]取得了一致性研究意见。阶段－护理相宜模式注重阶段性风险预判与相宜式前瞻预防，与ICU入住者下肢深静脉血栓迅速复杂发展进程对阶段性对应式护理的需求高度相符^[28]。护理人员紧密围绕下肢深静脉血栓形成所经历的4个阶段开展精准评估与相宜式干预，对于经评估判定为处于第一阶段尚未出现血栓者，提供有助于下肢微循环改善、降低水肿风险的定时按摩护理；面对处于第二阶段已存在肌张力下降问题者，引领激励护理对象完成起坐、翻身、行走等训练任务，以尽最大努力恢复其正常运动模式，同时强化其自护能力以实现对肌张力下降之势的逆转；针对已处于第三阶段仅存部分下肢运动功能及一定肌收缩力者，强力引领护理对象坚持完成主动踝泵操训练并尽早启动下床活动以利血运循环；当护理对象经评估处于第四阶段已完全丧失下肢运动功能时，规避按摩行为，行患肢抬高与制动处置，助力护理对象接受有效被动活动干预，必要时供给高效优质抗凝抗栓用药护理，行良好保暖与长期压迫规避护理。阶段－护理相宜模式所提供的照护活动严格遵循下肢深静脉血栓发展规律与特定进展阶段相宜式护理需求，使预防护理效果达到了最大化发挥，故而取得了积极的下肢深静脉血栓预防成果。

本研究显示，观察组ICU重症病例干预后下肢深静脉血栓预防专项护理满意度评分和患者依从性高于对照组，且生活质量各维度评分均高于对照组，阶段－护理相宜模式是按时间护理、应需护理与预见性护理理念并将之加以有效实践应用，施护理念颇具先进性，于不同的下肢深静脉血栓形成阶段进行合理见效预防性护理举措的输出，施护时机掌握得宜，施护内容实用可行，阶段性、集成式、良性作用于ICU重症病例下肢深静脉血栓风险向事实血栓事件的进展过程，起到了积极的特定风险阻断效

应,实现了降低ICU重症病例下肢深静脉血栓发生率的可靠护理成效,提高患者依从性,改善患者生活质量,故而赢得了ICU重症病例对下肢深静脉血栓预防专项护理的高度满意度评价。

4 参考文献

- [1] 马培芳,王泉,李成娟,等.同质化管理在预防胃肠道恶性肿瘤病人下肢深静脉血栓中的应用[J].全科护理,2021,19(9):1224-1226.
- [2] 彭双林,卢雪云,黄晓静.循证护理对下肢深静脉血栓介入溶栓患者的效果观察及生存质量影响分析[J].当代医学,2021,27(9):182-183.
- [3] 史晓宁,史云霞,李坤,等.TEG监测结合早期护理预防下肢静脉曲张患者术后深静脉血栓形成的效果[J].齐鲁护理杂志,2021,27(6):29-31.
- [4] 陈颖,秦贤,孙乔,等.危重症患者下肢深静脉血栓风险预测模型的构建及评价[J].护理学杂志,2021,36(6):35-38.
- [5] 罗妮,李梦洁,禚丽,等.情志护理联合阶段式健康教育模式应用于辅助生殖技术治疗不孕症患者中的效果[J].中外医学研究,2022,20(12):66-70.
- [6] 娄安华.分阶段康复护理联合短期虚拟现实情景康复训练对脑卒中偏瘫患者认知和肌力的影响[J].黑龙江医学,2022,46(5):616-618.
- [7] 唐莲花.阶段变化理论导向的延伸护理服务对老年腰椎间盘突出症患者康复锻炼依从性的影响[J].内蒙古医学杂志,2021,53(11):1384-1385.
- [8] 许军,胡敏燕,杨云滨,等.健康测量量表SF-36[J].中国行为医学科学,1999(2):70-72.
- [9] 俞洁,欧梦仙,王军,等.踝泵运动预防术后下肢深静脉血栓形成的应用现状[J].中国护理管理,2020,20(12):1873-1876.
- [10] 蔡争,宋建涛,梁乐乐.足背静脉顺行溶栓联合大腔导管血栓抽吸术及腔内血管成形术治疗下肢深静脉血栓形成的安全性和有效性[J].中国老年学杂志,2022,42(9):2153-2156.
- [11] 马士辉,宛久会,易松.利伐沙班联合间歇充气加压使用时机对老年髋部骨折术后下肢深静脉血栓效果[J].中华保健医学杂志,2022,24(2):150-152.
- [12] 李佳,王然,鲍春德,等.简化整体抗磷脂抗体综合征评分在系统性红斑狼疮患者新发血栓栓塞事件风险评估中的应用研究[J].上海交通大学学报(医学版),2021,41(8):1046-1050.
- [13] 王红红,殷实,田恬.1例肺癌伴上腔静脉压迫综合征患者行下肢PICC置管后发生静脉血栓栓塞的护理[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(8):192-193.
- [14] 陈银伟,徐锋.平均血小板体积与D-二聚体在神经外科患者术后下肢深静脉血栓形成中的预测价值[J].中国卫生检验杂志,2019,29(18):2244-2247.
- [15] 刘芳,龚立超,杨亭,等.神经重症患者下肢深静脉血栓发生现状及其影响因素分析[J].中国护理管理,2020,20(7):1113-1117.
- [16] 刘红娟,杨富花.临床护理路径在髋关节置换术中的应用效果及对下肢深静脉血栓发生率的影响[J].血栓与止血学,2022,28(2):346-347.
- [17] 周玲,何乐乐,耿方舟.Caprini血栓风险评估联合集束化护理对腹腔镜下广泛性全子宫切除术患者术后下肢深静脉血栓形成的影响[J].医疗装备,2022,35(1):174-176.
- [18] 田绍巍,袁柏欣,陈浩,等.丹参多酚酸盐联合低分子肝素钙治疗ICU气滞血瘀型下肢深静脉血栓患者的临床疗效观察[J].双足与保健,2019,28(20):89-90.
- [19] 刘嘉丽,郭应军,孟繁魁,等.丹参多酚酸盐联合低分子肝素钙治疗ICU气滞血瘀型下肢深静脉血栓患者的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(2):192-196.
- [20] 韩慧,刘顺双.护理干预在预防重症患者下肢深静脉血栓中的应用[J].中国城乡企业卫生,2020,35(9):22-24.
- [21] 邸佳,张大维,薛欣欣.康复护理联合血液循环驱动泵预防脑卒中偏瘫病人下肢深静脉血栓的效果观察[J].护理研究,2022,36(8):1496-1498.
- [22] 赖玉.空气波压力治疗仪联合常规护理对胸腰椎结核术后患者发生下肢深静脉血栓形成的影响[J].医疗装备,2022,35(7):171-173.
- [23] 伍琳.间歇式充气压力治疗仪联合系统化护理对胸腔镜下肺叶切除术后患者凝血功能及下肢深静脉血栓形成的影响[J].医疗装备,2022,35(6):152-154.
- [24] 李难.基于Caprini血栓风险评估量表的护理对重症颅脑损伤术后昏迷患者下肢深静脉血栓的预防效果[J].中国民康医学,2021,33(23):172-173,185.
- [25] 黄飞,郑素芬,钟海英.阶段相宜护理干预在精神分裂症患者中的应用效果[J].中国临床护理,2020,12(4):317-320.
- [26] 王艳霞,郭伟,高莉.阶段式细节化护理对原发性肝癌切除术患者围术期心理应激反应及术后疼痛程度的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(12):161-163.
- [27] 李焕新,鲍鹤玫,邵丽芳,等.预见性分阶段干预在预防ICU患者下肢深静脉血栓形成中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(18):2361-2364.
- [28] 李豆敏,王鹏.重症监护室中预防性护理干预减少下肢深静脉血栓形成的效果[J].血栓与止血学,2020,26(3):499-500.

[2022-02-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于“生命网”的护理干预模式在冠心病合并抑郁症患者中的应用

杜春玲 许燕

【摘要】目的 探讨基于“生命网”的护理干预模式在冠心病合并抑郁症患者中的应用。**方法** 2020年6月—2021年6月选取冠心病合并抑郁症患者80例作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组和对照组,各40例。对照组行常规健康指导,观察组在对照组基础上实施基于“生命网”的护理干预模式,干预时间为3个月。采用冠心病自我管理行为量表、医院焦虑抑郁量表和西雅图心绞痛问卷比较两组干预前后自我管理行为、不良情绪及生活质量改善情况。**结果** 干预后,观察组自我管理行为总评分、西雅图心绞痛问卷评分高于对照组($P<0.05$),医院焦虑抑郁量表评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 基于“生命网”的护理干预模式能有效提高冠心病合并抑郁症患者自我管理能力,减轻患者不良情绪,改善患者生活质量。

【关键词】 “生命网”护理干预模式;冠心病;抑郁症;自我管理;不良情绪;生活质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.004



本文作者:杜春玲

Application of nursing intervention model based on "life web" in patients with coronary heart disease complicated by depression DU Chunling, XU Yan (The First Affiliated Hospital of Shandong First Medical University, Jinan, 250014, China)

【Abstract】 Objective To explore the application of nursing intervention model based on "life web" in patients with coronary heart disease complicated by depression. **Methods** To select 80 patients with coronary heart disease combined with depression as the study objects from June 2020 to June 2021, and they were divided into an observation group and a control group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine health guidance, and the observation group was given the nursing intervention model based on "life web" on the basis of the control group, and the intervention time was 3 months. Coronary artery disease self-management scale, hospital anxiety and depression scale and Seattle angina questionnaire were used to compare the improvement of self-management behavior, negative emotions and quality of life between the two groups before and after the intervention. **Results** After the intervention, the total score of self-management behavior and Seattle angina questionnaire score in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$), and hospital anxiety and depression scale score was lower than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion** The nursing intervention model based on "life web" can effectively improve the self-management ability of patients with coronary heart disease complicated with depression, reduce the negative emotions of patients, and improve the quality of life of patients.

【Key words】 "Life web" nursing intervention model; Coronary heart disease; Depression; Self-management; Negative emotions; Quality of life

冠心病是由于冠状动脉硬化引起的心血管疾病,目前已经成为威胁人类生命安全的“头号杀手”^[1]。冠心病患者由于病情长、病情反复、预后不理想,导致患者经济负担及心理负担较重,患者容易出现心理疾病,其中抑郁症是冠心病患者常见的合并症^[2]。冠心病抑郁症患者表现为情绪低落,

对疾病预后缺乏信心,影响其治疗配合度及积极性,不利于康复^[3]。研究指出^[4],提高冠心病合并抑郁症患者的健康管理行为,将有助于其更好地应对疾病,减轻不良情绪。基于“生命网”的护理干预模式属于心血管疾病二级预防管理措施,该模式可对心血管疾病患者实施动态病情监测及自我管理指导,帮助患者识别疾病管理过程中的危险因素,提高患者自我管理能力和增强其应对疾病信心,消除患者不良情绪^[5]。既往已有关于基于“生命网”的

护理干预模式可提高冠心病患者自我管理能力的报道^[6],但关于基于“生命网”的护理干预模式在冠心病合并抑郁症患者中的应用效果则缺乏相关报告,因此本研究探讨基于“生命网”的护理干预模式在冠心病合并抑郁患者中的应用,旨在为冠心病合并抑郁患者临床护理提供指导。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年6月—2021年6月冠心病合并抑郁症患者80例为研究对象,纳入条件:同时符合《冠心病临床诊断标准》^[7]和美国精神疾病诊断和统计手册第IV版(DSM-5)^[8]中对冠心病和抑郁症的诊断标准;经心电图和冠状动脉造影明确病情;患者及其家属对本次研究知情同意。排除条件:认知水平低下、意识模糊;患有精神类疾病;合并聋哑症、恶性肿瘤等疾病;肝、肾严重衰竭或伴有其他重大疾病的患者。按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组和对照组,各40例。观察组中男24例,女16例;年龄30~75岁,平均 45.82 ± 3.78 岁;病程1~14年,平均 4.89 ± 0.82 年;心功能分级:Ⅱ级19例,Ⅲ级21例;抑郁程度:轻度30例,中重度10例;学历:初中或以下16例,高中/中专14例,大专或以上10例。对照组中男25例,女15例;年龄30~75岁,平均 45.98 ± 3.87 岁;病程1~15年,平均 5.02 ± 0.98 年;心功能分级:Ⅱ级18例,Ⅲ级22例;抑郁程度:轻度28例,中重度12例;学历:初中或以下18例,高中/中专14例,大专或以上8例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 在抗抑郁药物治疗基础上行常规心理干预,即由具备心理咨询资格的护士对患者实施心理疏导,鼓励患者积极配合治疗。同时通过健康宣教对患者进行健康教育,提高其对疾病的认识,减轻患者不良情绪。

1.2.2 观察组 在抗抑郁药物治疗和常规心理干预基础上实施基于“生命网”的护理干预模式,具体干预方法如下。

1.2.2.1 建立“生命网档案” 由责任护士评估患者护理需求并给予指导,与责任医师及护士共同制订冠心病合并抑郁症患者的护理计划,向患者发放“冠心病合并抑郁症健康教育手册”和“患者疾病日记”,向患者讲解档案填写方法及注意事项。责任护士及时将患者干预情况、健康行为及参与生命网讲座的情况记录在“生命网档案”中,确保患

者信息得以延续,每4周调整1次干预内容。

1.2.2.2 干预方法 责任护士在患者住院期间以小组活动的方式对患者实施干预,患者出院后责任护士通过家庭随访及电话随访的形式对患者开展护理干预,出院后每周干预1次,连续干预4周,持续干预3个月。

1.2.2.3 干预内容 基于“生命网”的护理干预方案内容包括健康宣教、个体化健康指导、健康行为管理、持续监督等4方面。

(1)健康宣教:患者入组后向患者发放本科室自拟的“冠心病合并抑郁症健康教育手册”,手册内容包括冠心病合并抑郁症发病机制、临床诊断方法、临床表现、二级预防内容、建立健康行为的重要性及康复分期内容。

(2)个体化健康指导:①情绪管理。可通过为患者开展音乐、绘画、沙盘游戏、戏剧表演、舞蹈表演等多种形式的文娱活动,让患者通过参与活动转移注意力,减轻焦虑、抑郁情绪。②症状识别与管理。组织患者及其家属观看冠心病急救视频,让患者及其家属学习简单的急救知识,提高患者家属对冠心病急性发作时的判断及识别,使家属能在患者急性发作时作出恰当的处理。为患者制作急救卡片,并在卡片上标明患者个人信息、主要联系人、联系电话、急救药物名称、既往病史等,便于患者疾病急性发作时能向旁人寻求帮助。③自我护理技能操作。教会患者及其家属学会使用医院焦虑抑郁量表(HADS)评估自身不良情绪,并根据评估结果学会调整自身情绪。指导患者及其家属学会使用血糖仪和血压仪,并将每天血压及血糖测定结果填写在“疾病日记”中。④社区资源的利用。了解患者居家附近是否存在社区卫生服务站,评估患者病情恶化时能否及时就医,并根据评估结果为患者制订干预措施。

(3)健康行为管理:从饮食、运动、压力管理及健康责任等方面评价。①饮食管理。由责任护士根据患者病情、饮食习惯为患者制定每日三餐食谱,并将每日的食谱通过微信发送给患者,让患者及其家属根据食谱制备三餐饮食。②运动指导。根据患者病情为患者设计运动处方,包括运动方式、持续时间、运动频率、运动强度,患者可根据自身情况选择合适的有氧运动,如慢跑、步行、太极拳等,根据心率调整运动强度,心率应 <130 次/min,运动时间应大于30 min,运动频率应为每周3~5次。③压力管理。帮助患者掌握管理及舒缓压力的方法及技巧,帮助患者应用放松技巧舒缓情绪,如让患

者仰卧床上，双手自然平放身体两侧，吸气时紧握拳头 5 s，呼气时缓慢放松拳头，让患者感受紧张及放松的感觉，通过训练让患者调整心情，达到身心放松的效果。④强化健康责任感。通过微信定期向患者推送冠心病合并抑郁症疾病管理知识，强化患者健康意识，提高患者对自身健康的重视。定期邀请患者在微信群中分享居家康复期间健康管理情况及疾病管理心得体会。

（4）持续监督：指导患者以记日记的方式记录自身遵医行为、执行计划与健康问题的自我反思、现行服药情况、与医疗机构相关的联系方式。由责任护士督促患者每日记录，每周检查日记完成情况，与患者讨论疾病管理过程中遇到的问题，并给予患者详细解答。

1.3 观察指标与评价方法

1.3.1 观察指标

（1）自我管理行为：采用冠心病自我管理行为量表(CSMS)^[9]进行评价,量表包括不良嗜好管理、症状管理、情绪管理、急救管理、疾病知识管理、一般生活质量管理、治疗依从性 7 个方面，合计 27 个条目，每个条目采用 1~5 级评分，总评分 27~135 分，分值越高说明患者自我管理能力和水平越高。量表 Cronbach’ s α 系数为 0.822~0.878，信度系数为 0.832~0.896，提示量表信效度理想。

（2）不良情绪：采用医院焦虑抑郁量表^[10]（HADS）进行评价，该量表包括抑郁维度和焦虑维度，合计 14 个条目，每个条目赋值 0~3 分，总评分 0~42 分，评分越高说明患者抑郁焦虑情绪越明显。量表 Cronbach’ s α 系数为 0.817~0.882，信度系数为 0.824~0.875，提示量表信效度理想。

（3）生活质量：采用西雅图心绞痛问卷^[11]

（SAQ）进行评价，量表包括心绞痛发作情况、心绞痛稳定程度、躯体活动受限程度、疾病认知程度、治疗满意度 5 个维度，采用标准积分法，每个维度总评分 0~100 分，评分越高说明患者生存质量水平越高。量表 Cronbach’ s α 系数为 0.805~0.878，信度系数为 0.841~0.932，提示量表信效度理想。

1.3.2 评价方法 责任护士在患者入组当天及干预结束当天以邮件形式向患者发出相关问卷及量表，并通过面对面的方式向患者讲解相关问卷及量表的填写方法及注意事项，患者收到邮件后要求其 3d 内填写完毕并返回，对于未能如期返回的患者，则电话通知其及时填好并返回。本次共发出问卷 80 份，有效回收问卷 80 份，有效率 100%。

1.4 统计学方法

由双人核查数据后采用 Epidata 3.1 软件录入，采用 SPSS 21.0 统计学软件对数据进行分析，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 干预前后两组自我管理能力评分比较

干预前两组自我管理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，观察组自我管理能力总评分及相关维度评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义（*P*<0.05），见表 1。

2.2 干预前后两组不良情绪评分比较

干预前两组 HADS 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 HADS 总评分及相关维度评分低于对照组，组间比较差异具有统计学意义（*P*<0.05），见表 2。

表 1 干预前后两组自我管理能力评分比较（分）

组别	例数	不良嗜好管理		症状管理		情绪管理		急救管理	
		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	40	7.25 ± 1.32	13.10 ± 3.26	10.02 ± 2.98	16.98 ± 3.89	8.96 ± 1.69	17.02 ± 3.89	8.77 ± 1.89	16.98 ± 2.98
对照组	40	7.69 ± 1.38	10.02 ± 2.78	9.53 ± 2.75	12.10 ± 3.45	9.02 ± 1.89	12.25 ± 3.42	8.36 ± 1.96	12.52 ± 3.78
<i>t</i> 值		1.457	4.547	0.764	5.936	0.150	5.824	0.952	5.860
<i>P</i> 值		0.149	0.000	0.447	0.000	0.881	0.000	0.344	0.000

组别	例数	疾病知识管理		一般生活质量管理		治疗依从性		自我管理能力总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	8.02 ± 1.69	17.58 ± 3.78	8.98 ± 1.98	18.02 ± 2.88	9.10 ± 1.96	18.96 ± 2.98	61.10 ± 6.32	118.64 ± 9.23
对照组	40	8.10 ± 1.89	13.10 ± 3.47	9.10 ± 2.36	13.56 ± 3.02	9.36 ± 2.03	14.02 ± 3.78	61.16 ± 4.98	87.57 ± 6.98
<i>t</i> 值		0.199	5.521	0.246	6.759	0.583	6.491	0.047	16.981
<i>P</i> 值		0.842	0.000	0.806	0.000	0.562	0.000	0.962	0.000

表 2 干预前后两组不良情绪评分比较（分）

组别	例数	焦虑维度		抑郁维度		HADS 总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	14.69 ± 3.26	8.12 ± 1.98	15.02 ± 3.01	7.98 ± 1.87	29.71 ± 4.98	16.10 ± 3.88
对照组	40	14.78 ± 3.78	12.52 ± 2.02	15.36 ± 2.56	12.88 ± 1.96	30.14 ± 4.39	25.40 ± 3.72
<i>t</i> 值		0.114	9.838	0.544	11.439	0.410	10.942
<i>P</i> 值		0.909	0.000	0.588	0.000	0.683	0.000

2.3 干预前后两组生活质量评分比较

干预前两组生活质量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，观察组生活质量总评分及相关维度评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义（*P*<0.05），见表 3。

表 3 干预前后两组生活质量评分比较（分）

组别	例数	心绞痛发作情况		心绞痛稳定程度		躯体活动受限程度	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	51.02 ± 4.98	78.96 ± 5.02	52.36 ± 4.52	78.12 ± 5.99	53.98 ± 6.89	75.98 ± 5.98
对照组	40	51.52 ± 5.71	62.10 ± 5.33	52.88 ± 4.98	63.02 ± 6.23	54.77 ± 6.23	65.10 ± 6.10
<i>t</i> 值		0.417	14.563	0.489	11.050	0.538	8.055
<i>P</i> 值		0.677	0.000	0.626	0.000	0.592	0.000

组别	例数	疾病认知程度		治疗满意度		SAQ 总均分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	49.98 ± 4.88	78.25 ± 6.98	53.63 ± 6.20	76.98 ± 6.02	52.19 ± 3.98	77.66 ± 4.98
对照组	40	50.23 ± 5.02	61.02 ± 5.77	52.98 ± 5.44	62.10 ± 5.77	52.48 ± 5.02	62.67 ± 5.96
<i>t</i> 值		0.226	12.033	0.498	11.286	0.286	12.206
<i>P</i> 值		0.822	0.000	0.620	0.000	0.775	0.000

3 讨论

3.1 基于“生命网”的护理干预模式可提高冠心病合并抑郁症患者自我管理能力的

患者疾病自我管理能力的指患者对疾病的认识及维持自身健康的技能^[12]。冠心病患者受年龄、学历、认知等因素影响，导致其对疾病认知水平存在较大的个体化差异，加之患者出院后缺乏专业、系统的护理指导，从而影响患者疾病自我管理能力的^[13]。基于“生命网”的护理干预模式属于慢性疾病二级预防体系，有助于提高患者对疾病的认识，帮助患者建立健康的行为及生活方式，从而提高患者对疾病的自我管理能力的^[14]。本研究对冠心病合并抑郁症患者实施基于“生命网”的护理干预模式，结果显示，干预后观察组自我管理能力的总评分及相关维度的评分高于对照组，说明基于“生命网”的护理干预模式能提高冠心病合并抑郁症患者的自我管理能力的。分析可能由于基于“生命网”的护理干预模式提高

了患者对冠心病合并抑郁症的认识，加强了患者对疾病的重视程度，同时还向患者强调自我管理的益处，提高患者自我管理信心，使其对自身行为产生积极态度，强化了患者行为改变的意愿，从而提高了患者自我管理能力的^[15]。

3.2 基于“生命网”的护理干预模式可减轻冠心病合并抑郁症患者不良情绪的

抑郁症是冠心病患者常见并发症，冠心病由于具有病情长、预后差、病情反复等特点，导致患者心理压力较大，容易产生焦虑、抑郁等不良情绪的^[16]。有研究指出^[17]，压力管理有助于患者更好地认识疾病，减轻患者心理压力，更好地释放内心焦虑、抑郁情绪。本研究通过基于“生命网”的护理干预模式对患者进行压力管理，结果显示，观察组患者干预后焦虑、抑郁评分低于对照组，说明基于“生命网”的护理干预模式可减轻冠心病合并抑郁症患者不良情绪的。这是因为基于“生命网”的护理干预模式对患者实施压力管理，通过压力管理能密切留意患者

存在的压力问题,疏导不良情绪,指导患者应用放松技术调节情绪,使患者能保持良好的心理状态,从而减轻患者焦虑、抑郁情绪^[18]。

3.3 基于“生命网”的护理干预模式可提高冠心病合并抑郁症患者生活质量

生活质量是衡量慢性病患者预后的重要指标,提高冠心病患者生活质量是目前治疗冠心病的最终目标^[19]。研究指出^[20],社会支持可通过社会互动关系获得的能缓解及减轻患者个体心理反应,提高患者社会适应能力,改善患者生活质量。本研究对冠心病合并抑郁症患者实施的基于“生命网”的护理干预模式注重社会支持对患者身心健康的影响,因此在干预过程中对患者加强社会支持,结果显示,观察组患者干预后生活质量总评分高于对照组,说明基于“生命网”的护理干预模式能有效提高冠心病合并抑郁症患者生活质量。分析可能由于基于“生命网”的护理干预模式从护患关系、家庭、个人等多维度对患者人际关系进行干预指导,同时鼓励患者沟通,给予患者社会支持,因此可提高患者健康意识,强化患者对健康的重视^[21]。

4 小结

基于“生命网”的护理干预模式能有效提高冠心病合并抑郁症患者自我管理能力和减轻患者不良情绪,改善患者生活质量。然而本研究纳入病例数较少,且所有病例均源于本院,缺乏大样本随机取样,加之受时间、人力资源的影响,本研究对患者随访时间较短,关于基于“生命网”的护理干预模式可提高冠心病合并抑郁症患者远期预后的影响,还需要进一步探讨。

5 参考文献

- [1] 陈思芸,李清.冠心病患者自我管理能力与焦虑、抑郁的相关性研究[J].现代医药卫生,2021,37(1):132-134.
- [2] 段书云,王万粮,薛惠英.抗焦虑/抑郁治疗对冠状动脉支架植入术后合并焦虑/抑郁患者预后的影响[J].实用药物与临床,2021,24(2):156-159.
- [3] 刘安邦,马欢,耿庆山.冠心病合并抑郁症的研究进展[J].中国临床新医学,2021,14(2):205-209.
- [4] 张芷毓,梁春光,王玉霞,等.老年冠心病患者抑郁情绪与疾病不确定感的相关性[J].中国老年学杂志,2021,41(16):3567-3569.

- [5] 张文怡,南楠,高秉钰,等.抑郁症状对冠心病患者远期预后的影响[J].中国循环杂志,2021,36(11):1083-1088.
- [6] 李屏.“生命网”延续护理对冠心病患者的应用探讨[J].中国继续医学教育,2019,11(17):196-198.
- [7] 潘信伟,陈曙霞,陆洁如,等.冠心病诊断标准的探讨[J].临床心血管病杂志,1986,2(2):136-139.
- [8] 肖茜,张道龙.ICD-11与DSM-5关于抑郁障碍诊断标准的异同[J].四川精神卫生,2019,32(6):543-547.
- [9] 宋静科,李婵,吴亚.基于冠心病自我管理行为量表的纽曼护理程序在冠心病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(23):27-30.
- [10] 孙振晓,刘化学,焦林璞,等.医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J].中华临床医师杂志(电子版),2017,11(2):198-201.
- [11] 李献丽,范淑红.冠心病心绞痛患者的生活质量及影响因素的调查研究[J].世界中西医结合杂志,2018,13(1):81-84.
- [12] 薛桂华,张利,司保达.心理护理联合全方位护理干预冠心病患者的效果评价[J].慢性病学杂志,2021,22(4):622-624.
- [13] 常莎.老年冠心病患者护理中应用无缝隙护理的临床效果[J].中国医药指南,2021,19(30):16-18.
- [14] 甘婉瑜.心理护理配合放松训练在老年冠心病患者介入治疗中的效果观察[J].中国医药指南,2021,19(34):155-157.
- [15] 许艳.生命网的延续护理对冠心病患者生存质量影响的疗效分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(21):106.
- [16] 李林,王娅囡,曾勇,等.“生命网”健康管理联合个体化有氧抗阻运动护理干预冠心病效果观察[J].中国工业医学杂志,2019,32(5):431-432.
- [17] 刘俊娥,邢凤梅,王淑英,等.基于生命网的延续护理对冠心病患者生存质量的影响[J].护士进修杂志,2017,32(2):103-106.
- [18] 代静茹.冠心病患者基于“生命网”延续性护理的效果观察[J].护理学报,2017,24(9):67-70.
- [19] 周岩,韩会,王晴,等.“生命网”健康行为能力干预对冠心病患者生存质量的影响研究[J].中国全科医学,2017,20(19):2368-2372.
- [20] 王丽娟.认知行为干预对冠心病患者不良情绪、生活质量改善效果的影响[J].中国医药指南,2021,19(1):102-103.
- [21] 尹红.生命网模式在慢性心力衰竭病人健康管理中的应用[J].全科护理,2020,18(13):1616-1618.

[2022-01-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

不同性别老年糖尿病患者衰弱现状及影响因素分析

张爽 杨孟丽 叶松岩 李莉

【摘要】 目的 探讨不同性别老年糖尿病患者的衰弱现状及其影响因素。方法 本研究纳入的 841 例老年糖尿病患者来源于郑州市航海东路社区卫生服务中心, 采用一般资料调查表、中文版 Tilburg 衰弱量表、日常生活能力量表进行调查。结果 社区老年糖尿病患者衰弱发生率为 44.5%, 女性高于男性 (50.4% vs 36.7%), 差异有统计学意义 ($\chi^2=15.720$, $P<0.05$)。Logistic 回归分析结果表明, 步速、抑郁、合并慢性病、认知障碍是男女两性患者衰弱的共同影响因素 ($P<0.05$), ADL 受损、独居、空腹血糖高、超重和肥胖是老年男性患者衰弱的独立影响因素 ($P<0.05$), 高龄、多重用药是老年女性患者衰弱的独立影响因素 ($P<0.05$)。结论 在本研究纳入的社区老年糖尿病患者群体中, 衰弱发生率相对较高, 且不同性别老年患者衰弱发生率和影响因素之间存在差异性。医护人员应充分考虑老年糖尿病患者衰弱的性别差异, 采取适宜的护理干预措施, 以预防或延缓衰弱的发生发展。

【关键词】 老年患者; 衰弱; 糖尿病; 性别; 差异; 影响因素

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.005



本文作者: 张爽

Analysis of the status of frailty and influencing factors in elderly diabetic patients of different genders ZHANG Shuang, YANG Mengli, YE Songyan, LI li (People's Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450003, China)

【Abstract】 Objective To explore the status of frailty and its influencing factors in elderly diabetic patients of different genders. **Methods** To select 841 elderly diabetic patients from the Hanghai East Road Community Health Service Center in Zhengzhou City as the study objects. The general data questionnaire, the Chinese version of Tilburg frailty scale, and the daily living ability scale were used for the investigation. **Results** The incidence of frailty among elderly diabetic patients in the community was 44.5%, which was higher in women than in men (50.4% vs 36.7%), and the difference was statistically significant ($\chi^2=15.720$, $P<0.05$). Logistic regression analysis showed that the walking speed, depression, coexisting chronic diseases, and cognitive impairment are the common influencing factors of frailty in both male and female patients ($P<0.05$). ADL impairment, living alone, high fasting blood glucose, overweight and obesity were the independent influencing factors of frailty in elderly male patients ($P<0.05$), and advanced age and polypharmacy were the independent influencing factors of frailty in elderly female patients ($P<0.05$). **Conclusion** The incidence of frailty among elderly diabetic patients in the community was high, and there were differences in the incidence and influencing factors of frailty among elderly patients of different genders. Medical staff should fully consider the gender differences in frailty of patients and take targeted interventions to prevent or slow down the occurrence and development of frailty in elderly patients with diabetes.

【Key words】 Elderly patients; Frailty; Diabetes mellitus; Gender; Difference; Influencing factors

作为老年糖尿病患者的新型并发症, 衰弱^[1]是指由于老年人机体生理储备能力有所降低, 进而出现抗应激能力明显衰退, 导致机体易损性相对较高, 疾病易感性也有所增加的现象。研究^[2]显示, 相较于非糖尿病患者, 老年糖尿病患者更容易发生衰弱, 发病率约为前者的 2.18 倍。二者相互影响, 互为因果,

导致再入院、失能、死亡等不良健康结局明显增加, 进一步加剧患者生活质量和躯体功能的下降^[3-4]。从性别上来看, 相较于男性患者, 老年女性衰弱发生率相对较高^[5-6], 但衰弱的性别差异可能因研究而异^[7]。男女健康-生存悖论认为^[8], 相较于男性患者, 老年女性生存率相对较高, 但是健康状况相对较差。由此衍生的性别-衰弱悖论指出^[9], 与同龄男性相比, 不同性别的老年患者衰弱相关因素可能存在差异。目前国内关于衰弱的研究多以总人群为视角, 对性别差异的关注较少。本研究主要探讨郑州市某

作者单位: 450003 河南省郑州市, 郑州大学人民医院 (河南省护理医学重点实验室, 河南省人民医院)
通信作者: 杨孟丽, 女, 本科, 副主任护师

社区卫生服务中心不同性别老年糖尿病患者衰弱的相关因素,旨在为临床干预及患者预后效果的改善提供科学参考,并针对不同性别的患者制定差异化的干预方案。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于2019年1—9月选取郑州市航海东路社区卫生服务中心841例老年糖尿病患者为研究对象。纳入条件:①糖尿病患者,诊断依据为1999年WHO糖尿病诊断标准^[10];②年龄 ≥ 60 岁;③确诊时间 ≥ 6 个月;④意识清醒,能够配合完成调查及独立回答相关问题;⑤对研究内容及目的知情,并签署相关同意书。排除条件:①沟通障碍者,例如有严重的听力或视力问题;②经诊断确诊为精神疾病类患者或患有阿尔茨海默症的患者;③合并其他危重疾病导致无法保障研究期内持续接受调查的患者。

1.2 调查内容

(1)一般情况调查:由研究者自行设计,包括研究对象的人口社会学资料,如年龄、收入水平、文化程度、婚姻状况等;疾病相关资料,如体质量指数(BMI)、确诊时长、腰臀比、合并慢性病种类、多重用药、空腹血糖等。其中,BMI <18.5 为体质量过低,18.5~24.0为体质量正常,24.0~28.0为超重, >28.0 为肥胖^[11];腹型肥胖以男性腰臀比 ≥ 0.9 ,女性腰臀比 ≥ 0.85 为标准^[12]。

(2)抑郁与认知状况:抑郁状态采用老年抑郁量表(GDS-15)进行测定,总分15分,若最终得分 ≥ 8 分,表明患者一定的抑郁症状^[13];认知状况采用画钟试验进行评估,若患者能够根据指示正确的绘制出圆圈,且数字、指针均正确的钟表,表明患者的认知状况良好,反之表明患者存在一定的认知障碍^[14]。

(3)日常生活能力:日常生活能力量表(ADL)由美国 Lawton 和 Brody 于1969年编制,用于评价受试者的日常生活能力。该量表包括与躯体生活自理相关的6个条目和与使用工具的能力相关的8个条目。量表得分14~56分,总分14分为完全正常,总分 >14 分有不同程度的功能下降,总分 ≥ 22 分为功能有明显障碍^[15]。

(4)衰弱状况:中文版 Tilburg 衰弱量表(TFI)由学者 Gobbens 等^[16]于2010年研发,主要被用于评估老年人群体的衰弱情况,包括躯体衰弱、心理衰弱、社会衰弱3个维度,共15个条目,量表总得分0~15分,得分在5分及以上则存在衰弱。本

研究采用董莉娟等^[17]汉化的中文版 Tilburg 衰弱量表,测量简单方便且省时,其 Cronbach's α 系数为0.71,具有良好的信效度,量表衰弱临界值为4。

1.3 资料收集方法

研究者在向社区工作人员表明研究目的及研究内容后,基于研究对象的知情同意,采用面对面的形式对研究对象发放问卷及回收问卷。在问卷填写的过程中,由事先培训过的研究生指导患者根据自身情况完成问卷。对于无法自行完成问卷填写的患者,可以由研究生与这些患者面对面问答并记录调查者的情况,协助其完成问卷。在完成问卷的填写并回收问卷后,及时查看问卷的填写情况,若有漏填或明显填写错误的问题,应当及时修改补充。本次调查共回收有效问卷841份。

1.4 统计学方法

采用 EpiData 3.1 建立数据库,双录入数据,应用 SPSS 23.0 统计学软件进行统计描述及分析数据。计量资料(TFI 总得分及各维度得分)呈非正态分布,以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney U 检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验、校正 χ^2 检验;等级资料构成比较采用非参数检验;多因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 不同性别老年糖尿病患者的衰弱现状

调查结果显示,在本研究纳入的老年糖尿病患者中,存在衰弱症状的患者共有374例,衰弱发生率为44.47%,其中女性患者衰弱发生率(50.42%)高于男性患者衰弱发生率(36.71%),差异有统计学意义($\chi^2=15.720, P=0.000$)。

不同性别老年糖尿病患者的衰弱现状除社会衰弱得分比较差异无统计学意义外,在躯体衰弱得分、心理衰弱得分、衰弱总得分上差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 不同性别老年糖尿病患者衰弱影响因素的单因素分析

单因素分析显示,不同年龄、居住状况、BMI、空腹血糖、合并慢性病、多重用药、画钟试验结果、步速、抑郁、ADL 的男性糖尿病患者,衰弱发生率比较差异具有统计学意义($P<0.05$);不同年龄、BMI、腹型肥胖、空腹血糖、合并慢性病、多重用药、画钟试验结果、步速、抑郁、ADL 的女性糖尿病患者,衰弱发生率比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表 1 不同性别老年糖尿病患者衰弱得分的比较（分）

项目	总人群（ <i>n</i> =841）	男性（ <i>n</i> =365）	女性（ <i>n</i> =476）	Z 值	<i>P</i> 值
躯体衰弱	1.00（0.00，3.00）	1.00（0.00，3.00）	2.00（1.00，3.00）	-3.266	0.001
心理衰弱	1.00（1.00，3.00）	1.00（0.00，2.00）	1.00（1.00，3.00）	-4.277	0.000
社会衰弱	0.00（0.00，0.00）	0.00（0.00，0.00）	0.00（0.00，0.00）	-1.553	0.120
总分	3.00（1.00，6.00）	3.00（1.00，5.00）	4.00（1.25，6.00）	-4.332	0.000

表 2 不同性别老年糖尿病患者衰弱影响因素的单因素分析

分析因素	类别	男性（ <i>n</i> =365）		统计量	<i>P</i> 值	女性（ <i>n</i> =476）		统计量	<i>P</i> 值
		衰弱 （ <i>n</i> =134）	非衰弱 （ <i>n</i> =231）			衰弱 （ <i>n</i> =240）	非衰弱 （ <i>n</i> =236）		
年龄（岁）	60~	75	158	2.841 ^c	0.004	127	154	3.827 ^c	0.000
	70~	37	60			63	73		
	80~	22	13			50	9		
文化程度	小学及以下	32	35	2.287 ^c	0.057	134	134	0.254 ^c	0.799
	初中	53	96			53	50		
	高中或中专	43	77			43	47		
	大专及以上学历	6	23			10	5		
婚姻状况	在婚	105	195	2.126 ^a	0.145	178	189	2.360 ^a	0.124
	非在婚	29	36			62	47		
居住状况	独居	9	3	6.217 ^b	0.013	8	9	0.080 ^a	0.778
	非独居	125	228			232	227		
个人月收入（元）	<1000	44	83	1.389 ^c	0.165	136	127	0.117 ^c	0.907
	1000~	10	35			20	27		
	2000~	40	56			41	48		
	3000~	40	57			43	34		
BMI	<18.5	3	7	4.414 ^c	0.000	2	3	2.880 ^c	0.004
	18.5~	19	78			58	86		
	24.0~	56	88			109	94		
	28.0~	56	58			71	53		
腹型肥胖	是	111	181	1.064 ^a	0.302	221	183	19.598 ^a	0.000
	否	23	50			19	53		
病程（年）	1~	60	107	1.105 ^c	0.269	102	116	1.541 ^c	0.123
	5~	23	59			60	56		
	10~	51	65			78	64		
合并慢性病（种）	<3	73	192	34.969 ^a	0.000	146	188	20.151 ^a	0.000
	≥3	61	39			94	48		

续表

分析因素	类别	男性 (n=365)		统计量	P 值	女性 (n=476)		统计量	P 值
		衰弱 (n=134)	非衰弱 (n=231)			衰弱 (n=240)	非衰弱 (n=236)		
空腹血糖 (mmol/L)	<7.0	47	110	2.899 ^e	0.004	93	121	2.733 ^e	0.006
	7.0~	64	103			124	99		
	10.0~	21	17			20	13		
	15.0~	2	1			3	3		
多重用药 (种)	<3	51	127	9.716 ^a	0.002	126	180	29.286 ^a	0.000
	≥3	83	104			114	56		
画钟试验	满分	96	199	11.512 ^a	0.001	78	169	72.908 ^a	0.000
	非满分	38	32			162	67		
步速 (m/s)	<0.8	87	45	75.866 ^a	0.000	138	46	72.492 ^a	0.000
	≥0.8	47	186			102	190		
ADL	完全正常	88	222	7.869 ^c	0.000	180	221	5.643 ^c	0.000
	功能下降	21	6			33	11		
	明显障碍	25	3			27	4		
抑郁	是	26	11	19.956 ^a	0.000	122	36	67.926 ^a	0.000
	否	108	220			118	200		

注：a 表示 χ^2 检验，b 表示校正 χ^2 检验，c 表示非参数检验。

2.3 不同性别老年糖尿病患者衰弱影响因素的多因素 Logistic 回归分析

以是否发生衰弱为因变量，以单因素分析有统计学意义的分析因素为自变量进行 Logistic 回归分析，纳入方程标准为 0.05，剔除标准为 0.10。根据 Logistic 回归分析要求对自变量进行赋值，见表 3。

结果表明，居住方式、步速、抑郁、ADL、合并慢性病、认知障碍、空腹血糖、BMI（超重、肥胖）是老年男性糖尿病患者衰弱的影响因素；高龄、步速、抑郁、合并慢性病、多重用药、认知障碍是老年女性糖尿病患者衰弱的影响因素。见表 4。

表 3 自变量赋值表

变量标签	赋值说明
年龄 (岁)	60~ = 0, 70~ = 1, ≥ 80 = 2
居住状况	非独居 = 0, 独居 = 1
BMI	<18.5 = 0, 18.5~ = 1, 24.0~ = 2, 28.0~ = 3
腹型肥胖	否 = 0, 是 = 1
空腹血糖 (mmol/L)	< 7.0 = 0, 7.0~ = 1, 10.0~ = 2
合并慢性病	否 = 0, 是 = 1
多重用药	否 = 0, 是 = 1
画钟试验	非满分 = 0, 满分 = 1
步速	否 = 0, 是 = 1
抑郁	否 = 0, 是 = 1
ADL	完全正常 = 0, 功能下降 = 1, 明显障碍 = 2

表 4 老年糖尿病患者衰弱的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
女性						
常量	0.818	0.310	6.969	0.008	2.267	—
高龄（岁）80~	1.461	0.473	9.527	0.002	4.309	1.704~10.894
步速	-1.684	0.261	41.670	0.000	0.186	0.111~0.310
合并慢性病	0.874	0.267	10.724	0.001	2.395	1.420~4.041
画钟试验	-1.614	0.247	42.785	0.000	0.199	0.123~0.323
抑郁	1.636	0.268	37.216	0.000	5.133	3.035~8.681
多重用药	0.689	0.267	6.667	0.010	1.992	1.181~3.361
男性						
常量	-4.083	1.014	16.215	0.000	0.017	—
BMI 24.0~	1.270	0.435	8.529	0.003	3.561	1.518~8.351
BMI 28.0~	1.266	0.439	8.318	0.004	3.545	1.500~8.378
ADL 功能下降	2.075	0.598	12.029	0.001	7.964	2.466~25.727
ADL 明显障碍	2.464	0.715	11.875	0.001	11.752	2.894~47.723
空腹血糖（mmol/L）7.0~	1.178	0.337	12.195	0.000	3.248	1.677~6.291
空腹血糖（mmol/L）10.0~	1.059	0.514	4.241	0.039	2.882	1.052~7.893
步速	-1.689	0.333	25.700	0.000	0.185	0.096~0.355
合并慢性病	1.320	0.335	15.538	0.000	3.742	1.942~7.213
画钟试验	-0.857	0.413	4.312	0.038	0.424	0.189~0.953
抑郁	1.512	0.484	9.748	0.002	4.537	1.756~11.724
居住方式	2.559	0.753	11.531	0.001	12.918	2.950~56.566

3 讨论

3.1 社区老年糖尿病患者衰弱现状不容乐观

糖尿病作为一种常见疾病，在老年群体中高发，随着患者年龄的不断增加以及糖尿病发展阶段的推进，将会导致机体器官功能进一步恶化，面临的衰弱风险也会增加。在本研究纳入的老年糖尿病患者中，约 44.47% 的患者存在衰弱的情况，与贾文文等^[18]的研究结果基本一致，但高于 Dong 等^[19]对我国社区衰弱老年人的调查结果，提示老年糖尿病促进衰弱发生。研究^[20]表明，老年糖尿病与衰弱之间存在共同的病理生理机制，可能与机体氧化应激、血糖水平的变化以及炎症反应等相关。老年糖尿病与衰弱相互作用、相互影响，形成恶性循环。因此，应当提升对老年糖尿病患者的关注度，及时采取科学的措施预防衰弱，明确早期衰弱的诊断标准，并积极探索有效的干预措施，才能更好地控制

衰弱发生，进一步推进健康老龄化目标的实现。

3.2 不同性别老年糖尿病患者衰弱现状差异分析

本研究中，老年女性患者衰弱发生率高于男性，且女性衰弱程度更严重，与 Nishimura 等^[21]的研究一致。分析原因可能为：①激素。老年女性绝经后雌激素水平下降，导致维生素 D 缺乏，影响神经—肌肉平衡和肌肉力量，进而引发衰弱^[22]。②慢性炎症。慢性炎症是导致衰弱的关键因素，前期研究表明，炎症在女性衰弱的病理生理过程中发挥着比男性更重要的作用，可能与女性激素水平变化及易发腹型肥胖有关^[9,23]。③腹型肥胖。本研究中，老年女性患者腹型肥胖发生率高于男性患者。内脏脂肪的异位堆积不仅导致外周血糖的利用下降，还与炎症反应、氧化应激、免疫因素等紧密相关^[9]。④文化程度。本研究老年女性患者文化水平偏低，不易理解和接受各类健康相关知识，保健意识较弱。因此在对老年糖尿病患者衰弱的防治中，应重点关注

女性患者衰弱发生的相关因素。

3.3 不同性别老年糖尿病患者衰弱影响因素差异分析

Logistic 回归分析显示,步速、抑郁、合并慢性病、认知障碍是两性患者衰弱的共同影响因素。其中,步速是衰弱综合征的核心组成部分,Jung 等^[24]的研究表明,步速与衰弱状态及老年健康状况有关。衰弱与老年人的精神心理状态密切相关,抑郁状态导致促炎细胞因子水平增加,而肿瘤坏死因子、C 反应蛋白、白介素-6 等炎症细胞因子与衰弱症状中的肌肉质量下降和肌肉功能受损呈正相关^[25]。多病共存是目前老年人普遍存在的现象,既是衰弱发生的诱因,也是衰弱加重的原因^[26],不仅会加快机体多器官功能退化,使患者处于慢性消耗状态,而且会加重患者医疗负担,降低其生活质量,进而导致衰弱发生。画钟试验用于筛查早期认知功能障碍,可反映理解计划能力、视觉记忆和图形重建功能、视空间和执行功能、抗干扰能力等。衰弱与认知障碍之间存在相似的病理基础,认知障碍会使老年人发生衰弱的可能性大大增加^[27]。因此社区医护人员应密切关注步速慢、抑郁、合并多种病、认知障碍的老年糖尿病患者。

本研究显示,ADL 受损、独居、空腹血糖高、超重和肥胖是老年男性糖尿病患者衰弱的独立影响因素。ADL 主要评估患者的生活自理能力及躯体功能状况,ADL 受损者自理能力下降,整体健康状况恶化,更易发生衰弱。功能障碍与衰弱二者相互影响,互为因果,形成恶性循环^[26,28]。Yamanashi^[29]研究表明,独居男性发生衰弱的风险更高,与本研究结果一致。可能原因为:一方面,多数男性在生活中处于被照顾的角色,独居后在生活和精神上缺少配偶的支持和关心,缺乏情感交流和精神慰藉;另一方面,独居男性较少参与社会活动,自理能力缺陷风险增加。高血糖可通过抑制骨骼肌细胞能量代谢、增加炎症细胞因子和激素来诱导肌肉萎缩,致使骨骼肌质量和功能丧失^[30]。本研究中超重、肥胖患者发生衰弱的风险是正常体质量患者的3.5倍。一方面,超重和肥胖患者体内脂肪含量较高,脂肪组织增加,肌肉组织成分减少,导致骨骼肌质量和力量下降;另一方面,超重和肥胖患者C反应蛋白、白介素-6 等炎症细胞因子水平更高,促使衰弱发生^[31]。因此,社区医护人员应重视独居及功能障碍的老年男性患者,并根据个体差异,采取有效措施积极控制患者的体质量及血糖水平,预防或减缓机体衰弱的发生发展。

高龄、多重用药是老年女性糖尿病患者衰弱的独立影响因素。年龄越大,发生衰弱的风险越大,与既往研究结果一致^[32]。高龄患者身体器官功能逐渐退化,尤其是运动系统退行性变,导致肌肉容积减少及骨质疏松的发生,从而增加了衰弱风险。本研究显示多重用药患者较无多重用药患者衰弱风险增加。老年糖尿病患者常服用多种药物,药物间的相互作用会加剧药物不良反应,且老年人对药物耐受性差,导致不良健康结果(住院时间延长、再入院率高)风险增加,加重衰弱程度。因此社区医护人员应重点关注高龄及多重用药患者的衰弱筛查,加强用药监测,在控制疾病同时尽量减少多重用药。

综上所述,社区老年糖尿病患者衰弱发生率较高,且不同性别老年患者衰弱发生率和影响因素之间存在差异性。本研究提示社区医护人员应充分考虑老年糖尿病患者衰弱的性别差异,尤其需要重视独居、ADL 受损、空腹血糖高、超重和肥胖的男性患者,以及高龄、多重用药的女性患者。需注意的是,在为老年人进行健康体检时,应当增设衰弱这项检测,针对不同性别的老年糖尿病患者制订差异化的干预方案,才能更好地控制衰弱发生,改善患者的生存质量,提升其功能状态,进一步促进健康老龄化目标的实现。

4 参考文献

- [1] Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people[J]. Lancet, 2013,381(9868):752-762.
- [2] Garcia-Esquinas E, Graciani A, Guallar-Castillon P, et al. Diabetes and risk of frailty and its potential mechanisms: a prospective cohort study of older adults[J]. J Am Med Dir Assoc, 2015,16(9):748-754.
- [3] Liccini A, Malmstrom TK. Frailty and sarcopenia as predictors of adverse health outcomes in persons with diabetes mellitus[J]. J Am Med Dir Assoc, 2016,17(9):846-851.
- [4] Castro-rodriguez M, Carnicero JA, Garcia-garcia FJ, et al. Frailty as a major factor in the increased risk of death and disability in older people with diabetes [J]. J Am Med Dir Assoc, 2016,17(10):949-955.
- [5] Davis MR, Lee CS, Corcoran A, et al. Gender differences in the prevalence of frailty in heart failure: A systematic review and meta-analysis[J]. Int J Cardiol, 2021,333:133-140.
- [6] Anand A, Syamala TS, Sk MK, et al. Understanding Frailty, Functional Health and Disability among Older Persons in India: A Decomposition Analysis of Gender and Place of Resident[J]. J Res Health Sci, 2020,20(3):e484.

- [7] Gordon EH, Peel NM, Samanta M, et al. Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis[J]. *Exp Gerontol*, 2017,89:30-40.
- [8] Gordon EH, Peel NM, Hubbard RE. The male-female health-survival paradox in hospitalised older adults[J]. *Maturitas*, 2018,107:13-18.
- [9] Gordon EH, Hubbard RE. Do sex differences in chronic disease underpin the sex-frailty paradox? [J]. *Mech Ageing Dev*, 2019,179:44-50.
- [10] Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation[J]. *Diabet Med*, 1998,15(7):539-553.
- [11] 陈春明,孔灵芝,中华人民共和国卫生部疾病控制司. 中国成人超重和肥胖症预防控制指南 [M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1-35.
- [12] 吕探云,孙玉梅. 健康评估 [M]. 北京:人民卫生出版社,2012:112-113.
- [13] Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scales (GDS): recent evidence and development of a shorter version[J]. *J Aging and Mental Health*, 1986,5(1):165-173.
- [14] Paula JJ, Miranda DM, Moraes EN, et al. Mapping the clockworks: what does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging? [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2013,71(10):763-768.
- [15] 张明园. 精神科评定量表手册 [M]. 2版. 长沙:湖南科学技术出版社,2003:166-168.
- [16] Gobbens RJ, Van Assen MA, Luijckx KG, et al. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties [J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2010,11(5):344-355.
- [17] Dong L, Liu N, Tian X, et al. Reliability and validity of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) among Chinese community-dwelling older people [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2017,73:21-28.
- [18] 贾文文,赵慧楠,戴付敏,等. 老年糖尿病患者衰弱现状及影响因素研究 [J]. *中华护理杂志*, 2019,54(2):188-193.
- [19] Dong L, Liu N, Tian X, et al. Reliability and validity of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) among Chinese community-dwelling older people [J]. *Arch Gerontol Geriatr*, 2017,73:21-28.
- [20] 张爽,陈影,孙娜雅,等. 老年糖尿病相关性衰弱的发病机制及运动疗法研究进展 [J]. *护理学杂志*, 2019,34(12):104-107.
- [21] Nishimura A, Harashima S, Hosoda K, et al. Sex-related differences in frailty factors in older persons with type 2 diabetes: a cross-sectional study [J]. *Ther Adv Endocrinol Metab*, 2019,10:1-14.
- [22] Chhetri JK, Zheng Z, Xu X, et al. The prevalence and incidence of frailty in Pre-diabetic and diabetic community-dwelling older population: results from Beijing longitudinal study of aging II (BLSA-II) [J]. *BMC Geriatrics*, 2017,17(1):47.
- [23] Hubbard R E. Sex Differences in Frailty [J]. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*, 2015,41:41-53.
- [24] Jung HW, Jang IY, Lee CK, et al. Usual gait speed is associated with frailty status, institutionalization, and mortality in community-dwelling rural older adults: a longitudinal analysis of the Aging Study of Pyeongchang Rural Area [J]. *Clin Interv Aging*, 2018,13:1079-1089.
- [25] 陈菲菲,庞永慧,茅乃权,等. 老年肺癌患者衰弱与抑郁现状及其相关性研究 [J]. *护理实践与研究*, 2020,17(24):9-12.
- [26] Boeckxstaens P, Vaes B, Legrand D, et al. The relationship of multimorbidity with disability and frailty in the oldest patients: A cross-sectional analysis of three measures of multimorbidity in the BELFRAIL cohort [J]. *Eur J Gen Pract* 2015,21(1):39-44.
- [27] 王洁,莫永珍,史青凌,等. 社区老年人衰弱与认知功能的相关性分析 [J]. *护理研究*, 2019,33(5):832-835.
- [28] 赵杰,吴珍珍,芦鸿雁,等. 基于衰弱指数评估的老年住院患者衰弱现状及其影响因素 [J]. *护理实践与研究*, 2021,18(21):3161-3166.
- [29] Yamanashi H. The association between living alone and frailty in a rural Japanese population: the Nagasaki Islands study [J]. *Journal of primary health care*, 2015,7(4):269-273.
- [30] Yoshida T, Tabony AM, Galvez S, et al. Molecular mechanisms and signaling pathways of angiotensin II-induced muscle wasting: potential therapeutic targets for cardiac cachexia [J]. *Int J Biochem Cell Biol*, 2013,45(10):2322-2332.
- [31] 廖秋菊,陈彪,李小霞,等. 肥胖与老年衰弱相关研究进展 [J]. *中华老年多器官疾病杂志*, 2019,18(6):478-480.
- [32] Li Y, Zou Y, Wang S, et al. A Pilot Study of the FRAIL Scale on Predicting Outcomes in Chinese Elderly People With Type 2 Diabetes [J]. *J Am Med Dir Assoc*, 2015,16(8):714-717.

[2022-02-25 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

降低新生儿无创通气皮肤损伤发生率的品管圈实践

刘兴铃 董文斌 卢佑英 杨熙 方灿然

【摘要】 目的 探讨新生儿重症监护病房(NICU)通过品管圈活动降低新生儿无创通气皮肤损伤发生率,减少医源性皮肤损伤的发生,提高护理质量安全。方法 医院NICU通过成立品管圈小组、确定主题、拟定活动计划,分析品管圈活动前2019年5—12月使用无创通气辅助通气治疗的182例患儿,设为对照组;将2020年1—8月使用无创通气辅助通气治疗的175例患儿为观察组,实施品管圈活动。比较两组患儿无创通气皮肤损伤发生率、无创通气总时间、住院时间及患儿家长满意度。结果 实施品管圈活动后,NICU新生儿无创通气皮肤损伤发生率从活动前的26.37%降低至活动后的6.86%,经比较差异具有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患儿无创通气总时间和住院时间均缩短,经比较差异具有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,观察组患儿家长满意度明显提升,经比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。品管圈活动后圈员责任心、团队精神、沟通能力、责任荣誉、解决问题的能力、品管手法的能力得到了明显提升。结论 品管圈活动分析了NICU新生儿无创通气皮肤损伤发生的现状及原因,指导制订了改进措施,有效降低了新生儿无创通气皮肤损伤发生率,缩短了无创通气总时间、住院时间,减少了住院费用,增加了家长满意度,提高了护士专科技能。

【关键词】 医源性皮肤损伤;无创通气;新生儿重症监护室;品管圈;住院时间

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.006



本文作者:刘兴铃

The practice of quality control circle to reduce the incidence of skin injury in neonatal non-invasive ventilation LIU Xingling, DONG Wenbin, LU Youying, YANG Xi, FANG Canran (Affiliated Hospital of Southwest Medical University, Luzhou, 646000, China)

【Abstract】 Objective To explore the neonatal intensive care unit(NICU) through quality control circle activities to reduce the incidence of neonatal non-invasive ventilation skin injury, reduce the occurrence of iatrogenic skin injury, and improve the quality and safety of nursing. **Methods** The NICU of the hospital retrospectively analyzed 182 children patients who were treated with non-invasive ventilation assisted ventilation from May to December 2019 before the quality control circle activity by establishing a quality control circle group, determining the theme, and formulating an activity plan, and set them as a control group; 175 children patients who were treated with non-invasive ventilation assisted ventilation from January to August 2020 were selected as an observation group, and the quality control circle activities were implemented to compare the incidence of skin damage, the total time of non-invasive ventilation, hospitalization time and the satisfaction of parents of children between the two groups. **Results** After the implementation of the quality control circle activities, the incidence of non-invasive ventilation skin injury in NICU neonates decreased from 26.37% before the activity to 6.86% after the activity, and the difference was statistically significant($P<0.05$). Compared with the control group, the total time of non-invasive ventilation and hospital stay of the children in the observation group were shortened, and the differences were statistically significant($P<0.05$). Compared with the control group, the satisfaction of parents of children in the observation group was significantly improved, and the difference was statistically significant($P<0.05$). After the quality control circle activities, the

基金项目:2018年西南医科大学附属医院院级课题(编号:17220)

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:硕士

通信作者:董文斌,硕士,教授,硕士研究生导师

circle members' sense of responsibility, team spirit, communication ability, responsibility honor, problem-solving ability and quality control method ability had been significantly improved. **Conclusion** The quality control circle activity analyzed the current situation and causes of skin injury in NICU neonates with non-invasive ventilation, and guided the formulation of improvement measures. It effectively reduced the incidence of skin damage in neonatal non-invasive ventilation, shortens the total time of non-invasive ventilation and hospitalization time, reduced hospitalization costs, increased parental satisfaction, and improved nurses' professional skills.

【Key words】 Iatrogenic skin injury; Non-invasive ventilation; Neonatal intensive care unit; Quality control circle; Hospitalization time

医源性皮肤损伤是指住院前并不存在,而是由于医疗活动中操作不当或仪器故障所造成的与原发病无关的皮肤损伤,主要表现为皮肤发红、表皮破损、角质层缺失等^[1]。随着围产医学学科发展的进步,新生儿重症监护病房(neonatal intensive care unit, NICU)收治的危重新生儿存活率明显上升,加上2021年5月31日国家三孩政策发布,对新生儿救治护理技术要求更高。新生儿皮肤薄嫩,角质层尚未发育成熟,真皮较薄,纤维组织稀少,皮肤缺少弹性,屏障功能较弱^[2],在救治过程中如有创性操作、药物输入和固定黏胶移除等均极易导致新生儿医源性皮肤损伤^[3],据报道,国内外NICU患儿医源性皮肤损伤发生率分别为15.10%和18.04%^[4]。大多数NICU在危重新生儿尤其是极低出生体重早产儿的救治时,采用无创通气(non-invasive ventilation, NIV)辅助呼吸促进氧合是最普遍的,含经鼻持续气道内正压通气(nasal continuous positive airway pressure, NCPAP)、双水平气道正压通气(bilevel positive airway pressure, BiPAP)、经鼻间歇正压通气(nasal intermittent positive pressure ventilation, NIPPV)、无创高频振荡通气(non-invasive high-frequency oscillatory ventilation NHFOV)等^[5]。NIV通常采用鼻塞式通气管道予以呼吸道正压通气,鼻塞要与患儿鼻部通过固定后严密贴合,形成完全密闭才可达到有效治疗效果^[6];加上管道装置本身有一定重量,为了防止管道内水分逆流入鼻腔,管道必须低于鼻腔,产生的压力长时间作用于患儿鼻部、额部、面颊部等皮肤,常引起皮肤和黏膜组织缺血缺氧,导致患儿疼痛不适,皮肤发生损伤、破损、感染,增加通气时间,延长住院治疗时间,甚至导致前庭狭窄、鼻面部永久性瘢痕、畸形、功能异常,增加额外的经济和心理负担,影响患者疾病预后^[7-8]。NIV皮肤损伤居NICU所有护理不良事件之首,胎龄出生体质量越小,病情越重,发病率越高,国内外文献报道^[4,9],妊娠<30周或出生体质量<1500g,其发生率可高达20%~45%。品管圈

(quality control circle, QCC)是指一群工作性质相似者自发地组成一个小组,通过选定主题,利用品管圈手法,进行质量持续改进,已在新生儿临床护理管理中逐步推广应用^[10]。我院于2020年1—8月开展了品管圈活动,将品管圈质量改进方法应用于降低新生儿无创通气皮肤损伤发生率的实践中,取得了较好的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院NICU 2019年5—12月NIV辅助通气治疗的患儿182例为QCC实施前,设为对照组;我院NICU 2020年1—8月NIV辅助通气治疗的患儿175例为QCC实施后,设为观察组。纳入条件: NICU住院期间至少需要48h的NIV辅助通气治疗的新生儿,含初始治疗或经有创通气拔管后的过渡治疗;征得患儿家长同意,且签署知情同意书。排除条件:入院前已有头面部皮肤损伤、头面部严重挤压伤、头面部多发畸形、先天性皮肤疾病;染色体缺陷和严重先天性异常,包括复杂型先天性心脏病、神经畸形、胸壁或气道异常等;严重凝血功能障碍、重度感染、死亡或自动出院的患儿。对照组中男110例,女72例;胎龄 32.56 ± 3.93 周;出生体质量 1652.09 ± 832.78 g;入院日龄 0.28 ± 0.61 d;原发病:新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)93例,新生儿肺炎39例,围产期窒息24例,湿肺15例,其他需呼吸支持的疾病11例。观察组中男105例,女70例;胎龄 32.37 ± 3.94 周;出生体质量 1736.80 ± 961.68 g;入院日龄 0.23 ± 0.52 d;原发病:NRDS 88例,新生儿肺炎42例,围产期窒息20例,湿肺17例,其他需呼吸支持的疾病8例。两组患儿性别、胎龄、出生体质量、入院日龄、原发病比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获西南医科大学附属医院伦理委员会审批。

1.2 材料

无创通气设备:美国CareFusion婴儿呼吸机

SiPA; 德国 Medin-CNO 新生儿无创高频呼吸机; 英国 SLE5000 小儿高频呼吸机。中国台湾 3M 水胶体敷料 90022T; 美国康维德水胶体敷料 (DuoDERM) 187661。

1.3 QCC 实施方法

1.3.1 组建品管圈小组 我科医疗护理质控团队共同推进质量改善项目,自愿自发组成了“护阳圈”,主旨:亲肤呵护,阳光未来,寓意我们“以患儿为中心”,精心呵护患儿肌肤,同时也寓意我们的医疗护理品质在持续质量改进中不断提升,还设计了圈徽。小组成员由 NICU 主治医师 1 名、护士 6 名组成,推选圈长 1 名负责活动的策划与组织,护士长任辅导员进行活动的辅导与监督。在研究期间未发生人事变动,所有圈员均未请长假。全员本科及以上学历, NICU 工作 5 年以上,护理人员均经过新生儿护理专科护士培训,持有省级及以上新生儿护理专科护士证书,其中 1 名护理人员通过省级伤口造口专科护士培训,持有证书。圈成员均拥有良好的沟通、协调能力,分工明确、紧密协作、各司其职,其中 NICU 主治医师负责患儿病情识别评估, N2 级护士收集数据, N3 级护士检查临床实际落实情况并反馈。每 2 周召开圈小组会议 1 次,各分工圈员汇报活动进展情况后讨论、解决活动中遇到的问题。

1.3.2 确定主题与拟定活动计划 圈员们共同分析新生儿重症监护医疗护理工作中遇到的医源性皮肤损伤问题,运用头脑风暴法提出了 5 个需要改善的候选主题,对提出的改善问题根据上级政策、可行性、迫切性、重要性、达成性、圈能力等内容,采用 QCC 手法“5, 3, 1”评分标准汇总出分,依照得分高低选定改进主题,最终选定得分最高的“降低新生儿无创通气皮肤损伤发生率”作为 QCC 的主题。选题理由:对医护人员而言,以患儿为中心,降低皮肤损伤发生率,严格 NICU 医疗护理质量,必须杜绝和避免护理不良事件的发生。对院方而言,提倡优质服务、促使医院护理水平不断提高,提升医院整体品牌形象。对患儿及家长而言,新生儿皮肤薄嫩,避免医源性皮肤损伤的发生,减轻患儿痛苦,缩短平均住院时间,减少住院费用,提高家长满意度。对个人而言,提升个人专业水平及技能,提高主动服务意识,增强护护和医护相互协作能力^[1]。

活动时间为 2020 年 1—8 月,活动周期为 8 个月。按照品管圈活动的十大步骤,使用 excel 表制订了活动计划书(甘特图),1 月份进行圈名圈徽、主题选定、活动计划拟定等活动;2 月份实行现状把握、

目标设定、解析、对策拟定等活动;3—7 月实施对策与检讨;8 月份实行效果确认、标准化、检讨与改进,以及成果推广发表活动。

1.3.3 现状把握与目标设定 圈员们分别梳理了新生儿各类无创通气呼吸机的操作流程,分析操作中与皮肤相关的重点环节,结合文献报道,发现使用 NIV 的新生儿皮肤损伤常为压力性皮肤损伤、摩擦性皮肤损伤、黏胶性皮肤损伤、潮湿相关性皮肤损伤和其他损伤(如划伤、烫伤等)。根据皮肤损伤的类型设计出查检表,选取 2019 年 5—12 月 NIV 辅助通气治疗的新生儿 182 例为 QCC 实施前的对照组,通过回顾性分析病历资料(特护记录、案例拍照、不良事件上报等)中登记的 NIV 辅助通气导致的皮肤损伤情况,查检得出皮肤损伤有 48 例,发生率 26.37%。其中压力性皮肤损伤 24 例、摩擦性皮肤损伤 15 例、黏胶性皮肤损伤 5 例、潮湿相关性皮肤损伤 3 例和其他损伤(如划伤、烫伤等)1 例。根据查检统计表绘出改善前的柏拉图,按照 80/20 原则,“压力性皮肤损伤”“摩擦性皮肤损伤”累计百分比为 81.25%,为此次活动的改善重点。

圈员按照工作年资、学历、改善能力、主题改善能力及 QCC 经验值进行“5, 3, 1”分评价,计算出圈员能力为 78.51%。改善前新生儿 NIV 通气皮肤损伤发生率为 26.37%,为现况值。根据品管圈目标设定计算公式,确定改善目标值=现况值-(现况值×改善重点×圈员能力)=9.55%,改善幅度=现况值-目标值=16.82%。因此,目标是 QCC 实施后将 NICU 使用 NIV 的新生儿皮肤损伤发生率由 26.37% 降低到 9.55%,降幅为 16.82%。

1.3.4 要因分析与真因验证 全体圈员运用头脑风暴法将所有可能引发“压力性皮肤损伤”“摩擦性皮肤损伤”问题的原因,从人员、机器、材料、方法、环节 5 个方面制作鱼骨图列举出来(见图 1、图 2),分析得出“压力性皮肤损伤”最末端原因 24 项,“摩擦性皮肤损伤”最末端原因 24 项。全体圈员对每个原因和问题间的影响程度进行评分,采用“5, 3, 1”分评价,评分完成后,将圈员们的分数计算汇总。将各个原因分数由高到低排列,并依照 80/20 法则,分数最高的前 20% 项目为主要原因。压力性皮肤损伤的要因为评估内容不全、操作方法不规范、接班后未注明、缺乏评估皮肤的标准、评估皮肤时间不统一;摩擦性皮肤损伤的要因为固定流程复杂、安置前张贴部位清洁不全、水胶体敷料张贴不规范、水胶体敷料裁剪不规范、呼吸机管道牵拉。

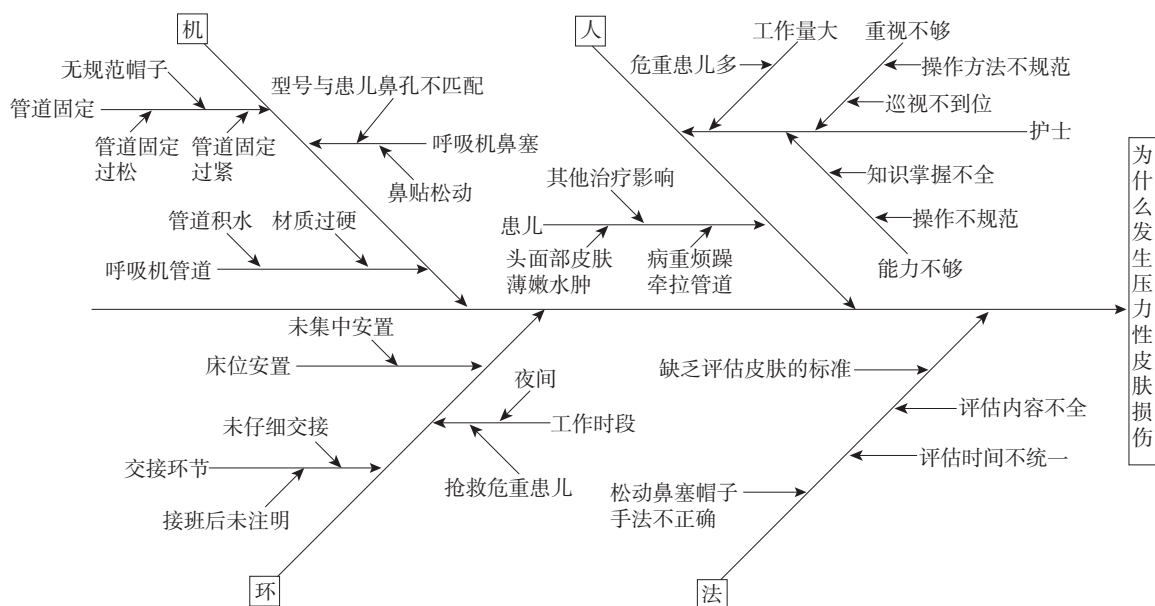


图1 压力性皮肤损伤鱼骨图

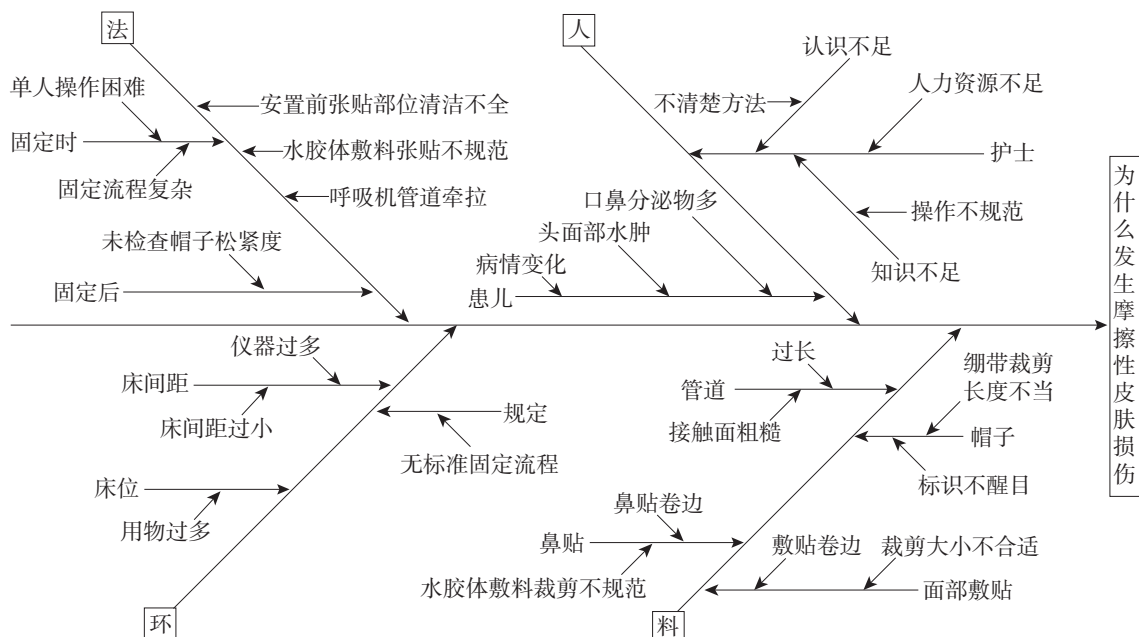


图2 摩擦性皮肤损伤鱼骨图

针对选择的要因遵循“现场、现物、现实”三现原则进行真因验证,设计真因验证查检表,按照查检项目的特性,分别采用查看病历资料(特护记录、优质护理报表)、评估时间执行记录单,并结合现场、现物、现实地收集数据,在2020年2月又进行了为期4周的查检。对选出的要因进行逐条确认,通过查检表明该要因确实对改善重点有重大影响。再次运用80/20法则进行真因验证并确定5项真因,包括缺乏评估皮肤的标准、固定流程复杂、评估时间不统一、水胶体敷料裁剪不规范、水胶体敷料张贴不规范。

1.3.5 对策制订和实施 每个要因至少需拟定2~3个对策,所有圈员针对每一个对策依可行性、经济

性、效益性等项目进行对策选定,按照“5,3,1”分进行评价。全体圈员共7名,总分105分,依据80/20法则,84分以上为选定的对策,再进行对策整合。对策实施在2020年1—8月完成,根据对策拟定方案将对策实施归纳为以下5个主要对策。

1.3.5.1 组建护理团队预防新生儿医源性皮肤损伤 查阅美国2016年版《新生儿重症监护病房的创伤知情护理:新生儿临床医生基于证据的实践指南》^[12],借鉴其新生儿皮肤伤口造口护理小组模式,成立了新生儿医源性皮肤损伤护理团队,成员由5名新生儿护理专科护士组成,其中1名护士持有伤口造口护理专科护士证书。小组对医源性皮肤损伤发生进行监督与管理,在临床实践中规范医护人员

的操作,不断指导和培训科室医护人员识别、预防和护理新生儿医源性皮肤损伤,并提高对NIV皮肤损伤的重视程度,同时需落实预防NIV皮肤损伤发生措施的依从性。

1.3.5.2 规范NIV期间的皮肤评估方法 设计“新生儿NIV皮肤损伤评估样板册”,评估内容参照Fischer等^[11]制定的鼻损伤评估表,将皮肤损伤的严重程度描述为4个阶段,0期:无损伤,皮肤完整性良好;I期:出现持续性红斑或非创伤性充血,但皮肤完整;II期:皮肤出血,表面溃疡或糜烂,皮肤部分厚度减少和严重;III期:表皮脱落或坏死、瘀黑,全层皮肤脱落。并结合Mariam等^[13]研究方法,将皮肤损伤部位评估进行快速打分分级,轻度损伤1~4分,中度损伤5~6分,重度损伤>6分。该评估样板册一方面可以通过评分快速评估皮肤情况,另一方面也可以通过图片简单直观观察损伤情况,预防皮肤损伤的发生,当出现I期表现或者轻度损伤时及时干预,可以逆转皮肤损伤的进一步发展。皮肤损伤评估样板册内容简单易操作,同时也可评估面部和额部。将皮肤损伤评估样板册彩印悬挂在使用NIV辅助通气的患儿床旁便于快速评估预防。

1.3.5.3 制订个体化固定护理干预方案 文献报道^[9,14],在使用NIV时必须根据标准测量工具测量头围及鼻部大小,并选择与其型号匹配的帽子及鼻塞或鼻罩。NIV固定时,避免头面部受压的物品主要是帽子、鼻贴、额贴、面贴,因此,患儿胎龄、体质量不同,所需物品型号也不同,需要个体化选取物品使用。①帽子:改3M弹力绷带为可高压蒸汽消毒灭菌的微弹棉头套,其前沿盖在眉毛上方,包住双耳及全部后脑勺,头套不能系得过紧,以能塞入患儿1~2指为宜,避免挤压头部;头套正中位固定管道处可垫加“凹”海绵,并用宽胶布黏贴,海绵厚度约为1~2 cm,避免头部受压。②鼻贴:为保护鼻中隔、鼻孔、鼻梁、鼻翼、人中等位置,改3M水胶体敷料为康维德DuoDERM水胶体敷料,且将敷料裁剪成类似于“T”或“H”的形状^[15],鼻孔的部位测量直径后使用专用打孔器进行打孔;鼻塞系带按头颅大小选用。③额贴与面贴:考虑受力与摩擦情况,额贴为长方形,长为两眉中点连线长度,宽为两眉中点连线到发际线长度的1/2;面贴为长方形,长为鼻翼基脚到耳门连线的1/2,宽为嘴角水平线到颧弓水平线的距离。④所有敷贴裁剪时边缘均改方形直角为圆钝形,避免戳伤患儿。⑤个体化敷料裁剪:设计各类敷贴裁剪模板,提前裁剪好敷料置于专盒、专柜管理,方便取用。圈员参

照文献报道^[16],同时收集80例患儿信息按照出生体质量划分,即出生体质量 ≤ 1000 g、 1000 g < 出生体质量 ≤ 1500 g、 1500 g < 出生体质量 ≤ 2500 g、出生体质量 >2500 g,分别测量头面部情况后统计分析得出了适宜型号的帽子、鼻塞、鼻罩、鼻塞系带,按照出生体质量编号1,2,3,4号放置于专用盒子,适宜尺寸的鼻贴、额贴、面贴尺寸,将敷料裁剪后也按照出生体质量编号1,2,3,4号放置于专用盒子内,便于取用。⑥注意清洁皮肤用无菌注射用水,使用水胶体敷料均需无张力黏贴,并且去除敷贴时需用胶布去黏剂喷后缓慢0°或180°撕脱敷贴,防止黏胶残留,保护患儿皮肤的同时防止医用黏胶性皮肤损伤、撕脱伤等不良事件的发生。⑦给予个性化的发育支持护理,减少光线与噪声刺激,轻柔操作,予以抚触和舒适卧位,非营养性吸吮可提供安抚奶嘴,若病情允许也可口服葡萄糖水。

1.3.5.4 规范NIV期间的皮肤评估时间 胎龄越小、出生体质量越低、头面部水肿明显及皮肤薄嫩的患儿更容易发生皮肤损伤,结合真因验证时的查检情况,还发现应缩短评估皮肤的时间间隔。

①NIV开始治疗需每2 h检查鼻塞、鼻塞系带及管道装置固定情况,避免医疗器械移位对皮肤造成摩擦,对于低出生体重早产儿胎龄<32周,体质量<1500 g,和(或)头面部水肿明显者,每2 h同时评估鼻部、额部、面颊等受压处皮肤表现;其余患儿每4 h评估皮肤情况及更换鸟巢内的侧卧体位。

②低出生体重早产儿每4 h更换交替使用鼻塞与鼻罩,若患儿病情允许,在更换鼻塞与鼻罩时可适当按摩受压皮肤。③评估期间发现管道冷凝水过多应及时清理。④患儿床头卡处悬挂蓝色“皮肤高危”标识,警示医务人员。⑤规范评估皮肤提醒方案,在与网络工程师沟通后纳入医院电子护理病历系统,一方面,在护士站LED护理大屏专设模块注明使用NIV患儿的信息,便于集中关注;另一方面医疗手持终端(personal digital assistant, PDA)依据胎龄、体质量情况定时振动提醒责任护士评估,护士需到床旁扫码并评估,可松动鼻塞管道,检查并按摩受压的皮肤,结合“新生儿NIV皮肤损伤评估样板册”进行分析。若患儿出现如朝天鼻(鼻尖翘起、鼻孔朝上、鼻孔扩大、鼻孔黏膜暴露较多和鼻梁缩短),鼻腔不对称;鼻中隔凹痕及鼻中隔横断;面部及鼻周皮肤黏膜凹痕、潮红、出血、溃疡,甚至坏死等表现,均为NIV皮肤损伤发生可能,需及时上报处理,以纠正皮肤损伤进一步发展。

1.3.5.5 强化医护人员培训,提高预见性护理能

力 ①开展“新生儿 NIV 呼吸机护理操作”“新生儿 NIV 与医源性皮肤损伤预防”专科小讲课,录制新生儿各类 NIV 呼吸机护理操作视频,纳入科室常规业务学习培训,并定期进行理论和操作考核,考核不合格者再次培训、考核,最终达到人人掌握。

②组织水胶体敷贴裁剪、张贴和撕取的实操,进行同质化培训,尤其要求所有护士都需要掌握敷贴裁剪的方法,专门给护士排裁剪敷贴班,所有护士都轮流当班裁剪。③将评估 NIV 皮肤损伤内容纳入重点交接班,每轮交接班需严格检查并评估皮肤情况,双方签字明确交接。④加强监督,制订 NIV 皮肤损伤管理制度,护理组长、护士长随时抽查,发现操作欠规范时立即对操作者指正,并每周每月每季度进行综合评价。⑤创建护理安全文化氛围,若发生皮肤损伤,倡导非惩罚性不良事件上报:第一时间报告责任护理组长和管床医生,即刻对皮肤损伤予以针对性处理,如按摩、局部用药等;向护士长和科主任汇报,评估和关注皮肤损伤处理方案和恢复情况;加强对家长的沟通解释,取得家长的理解和配合。

1.4 效果评价

(1) 皮肤损伤发生情况:记录两组新生儿 NIV 皮肤损伤发生情况,根据“新生儿 NIV 皮肤损伤评估样板册”评估方法,分析发生皮肤损伤的进展分期情况,并结合皮肤损伤部位的表现进行打分,判断皮肤损伤的严重程度。

(2) 治疗时长:记录两组患儿 NIV 治疗总时长以及住院时间。

(3) 患儿家长满意度:出院前向两组患儿家长发放自制的护理满意度调查问卷评价对护理新生儿 NIV 皮肤损伤的满意度,主要包括护患沟通、健康教育、操作技术、护理服务 4 个项目,每个项目 25 分,满分 100 分,≤ 79 分为不满意,80~89 分较为满意,90~100 分为满意,分数越高表示护理满意度越高。对照组发放 182 份问卷,观察组发放 175 份问卷,均有效回收。

(4) 无形成果:记录 QCC 活动前后全体圈员的提升情况,包含责任心、团队精神、沟通能力、责任荣誉、解决问题的能力、品管手法的能力。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料以中位数(四分位间距)表示,组间中位数比较采用 Mann-Whitney U 检验;等级资料构成比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组新生儿 NIV 皮肤损伤发生情况比较

观察组 NIV 患儿发生皮肤损伤 12 例,其中压力性皮肤损伤 8 例,摩擦性皮肤损伤 3 例,黏胶性皮肤损伤 1 例,且结合“新生儿 NIV 皮肤损伤评估样板册”的皮肤损伤结局明显主要表现为 I 期和 II 期。NIV 皮肤损伤发生率由 QCC 活动前的 26.37% 下降至 QCC 活动后 6.86%,达到目标值,达标率 = (改善后 - 改善前) / (目标值 - 改善前) $\times 100\% = (6.86\% - 26.37\%) / (9.55\% - 26.37\%) \times 100\% \approx 116\%$,进步率 = (改善后 - 改善前) / 改善前 $\times 100\% = (6.86\% - 26.37\%) / 26.37\% \times 100\% \approx 73.99\%$ 。观察组新生儿 NIV 皮肤损伤发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组新生儿 NIV 皮肤损伤发生情况比较

组别	例数	NIV 皮肤损伤发生例数	发生率 (%)
对照组	182	48	26.37
观察组	175	12	6.86

$\chi^2=24.304$, $P=0.000$ 。

2.2 两组患儿 NIV 治疗总时长、住院时间比较

观察组患儿 NIV 治疗总时长、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患儿 NIV 治疗总时长、住院时间比较

组别	例数	NIV 治疗总时长 (h)	住院时间 (d)
对照组	182	122.15 (144.94)	24.15 (18.41)
观察组	175	94.74 (105.20)	20.24 (15.68)
u^* 值		2.051	2.163
P 值		0.042	0.031

* 秩和检验。

2.3 两组患儿家长对预防皮肤损伤护理干预的满意度比较

观察组患儿家长对预防皮肤损伤护理干预的满意度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组患儿家长对预防皮肤损伤护理干预的满意度比较				
组别	人数	满意	较为满意	不满意
对照组	182	97	55	30
观察组	175	122	48	5

秩和检验: $u=3.801$, $P=0.000$ 。

2.4 QCC 活动前后全体圈员的提升情况

QCC 活动前后分别对责任心、团队精神、沟通能力、责任荣誉、解决问题的能力、品管手法的能力进行打分,并绘制雷达图(图3),通过雷达图显示,全体圈员各项能力均有所提高。

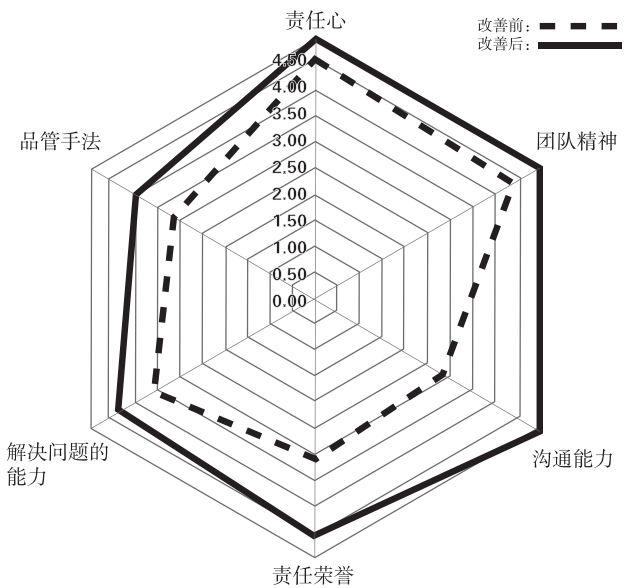


图3 QCC 活动前后全体圈员提升情况雷达图

3 标准化

通过实施 QCC 活动,经效果确认后为对策有效,纳入标准化,制作标准作业程序(SOP)流程图,修订了新生儿 NIV 操作程序及评分标准、新生儿 NIV 管路固定标准化操作流程;制订了“新生儿 NIV 皮肤损伤评估样板册”;制作了新生儿 NIV 固定材料盒编号 1,2,3,4 号,提前备好物品随时取用;更新了新生儿科患儿知情同意书,积极应用于临床护理工作,并报护理部审批通过。

4 检讨与改进

QCC 活动中圈成员讨论深入,分工明确,能全

面考虑到新生儿 NIV 皮肤损伤的各个环节,并能较好地运用 QCC 手法解决问题。但在实施对策的时间花费较长,发掘问题的能力还需进一步加强;品管手法运用不够熟练,需要定期强化;总结并标准化的对策较少,可继续分析挖掘。由于本研究选取的样本量较少,未针对 NICU 中极低出生体重早产儿的其他各类皮肤损伤程度进行详细的数据分析,后续研究有待扩大极低出生体重早产儿样本量,对 QCC 活动应用在预防医源性皮肤损伤发生方面还需进一步规范执行,有必要对皮肤损伤管理进行进一步的调查和研究。杜绝医源性皮肤损伤还需大量探讨更多方案,这需要更权威性的循证数据及大量临床资料验证更加科学客观的依据。

5 讨论

5.1 QCC 活动提高了 NICU 医务人员对新生儿 NIV 皮肤损伤的认知

NICU 中发生的大多数皮肤损伤是由于新生儿皮肤的不成熟和脆弱性造成的,尽管现有的新生儿救护新技术显著降低了新生儿病死率,尤其是超早产儿,但各种医源性诊疗护理操作也可能会导致医源性皮肤损伤及相关后遗症^[17]。危重新生儿由于原发疾病严重、体质虚弱,或出生体质量轻、生长发育较差,呼吸系统不成熟,撤机过渡时常需要无创通气支持,NIV 无需建立人工气道即可提供通气支持,能促进胸壁的稳定,减少呼吸暂停、肺阻力和呼吸做功,改善潮气量、氧合和功能残气量^[5,18]。然而,为了有效地进行无创呼吸支持,鼻塞与管道装置需要紧密地与鼻贴合固定,以保持恒定的气道压力,施加的力会损害皮肤的完整性并导致头面部皮肤损伤,特别是鼻部,表现为皮肤黏膜充血、出血、溃疡、组织缺失等,严重者会导致前庭狭窄、面部畸形,甚至需要手术干预予以改善^[18];损伤的皮肤容易发生微生物如细菌等入侵,吸收毒素,发生感染、败血症等严重并发症,改为有创通气,氧暴露增加,可致支气管肺发育不良、早产儿视网膜病变等,使 NICU 住院治疗时间延长;此外,皮肤损伤引起疼痛不适会导致心率增快,颅内压升高,增加脑室出血的风险出现神经运动损害等不良结局^[19]。据报道,NIV 开始后平均 2~3 d 内就会发生鼻损伤,有些病例早在开始后 18 h 就发生了,并且,皮肤损伤的发生率、严重程度与 NIV 持续时间呈正比,与出生体质量呈反比^[5,19],这与本次 QCC 活动中查检情况一致。有研究表明,在 NICU 必须强调预防性皮肤护理和皮肤损伤的防治,因为皮肤的完整性对

于危重新生儿预后至关重要,因此,本次 QCC 活动圈员们首先组建了新生儿医源性皮肤损伤护理小组,通过伤口造口师的培训,了解新生儿 NIV 皮肤损伤的病理生理,认识到新生儿 NIV 皮肤损伤的发生发展及严重后果,这一点对于 NICU 医务人员具有重要意义,因此,将新生儿 NIV 皮肤损伤发生率作为 NICU 护理质量安全管理敏感指标。

文献提醒^[20],临床上应使用结构化风险评估量表对患儿进行皮肤评估,有益于减少新生儿医源性皮肤损伤发生,本次 QCC 活动中,为提高对新生儿 NIV 皮肤损伤识别和预防策略,成员们对比国内外现有推荐的评估量表:新生儿皮肤风险评估量表(NSRAS)、新生儿皮肤状况评分(NSCS)、新生儿/婴儿 Braden-Q 量表等,发现 NICU 医护人员均反应量表的评分不够便捷直观,通过头脑风暴选用并设计了“新生儿 NIV 皮肤损伤评估样板册”。圈员们共同针对性设计相关理论和实践知识培训课程,通过 PPT 全科小讲课,图文并茂,床旁介绍样板册内容,且“新生儿 NIV 皮肤损伤评估样板册”纳入新生儿专科护理计划,一方面可在床旁快速直观的进行皮肤损伤风险评估分级,针对性地为不同皮损程度的患儿提供护理干预措施;另一方面提高了医护双方对 NIV 皮肤损伤风险评估的一致性,有利于医护工作有序开展,这是本次 QCC 活动的有形成果。

5.2 QCC 活动有效降低了新生儿 NIV 皮肤损伤发生率

新生儿 NIV 皮肤损伤是一种器械相关的医源性皮肤损伤,由直接摩擦、压力缺血和反应性充血引起,其装置固定增强了这种损伤^[21]。因此,在优化新生儿 NIV 呼吸机操作护理流程、管道固定、NIV 期间皮肤评估显得尤为重要。首先,NIV 呼吸机应用时,选用的帽子需透气性好,柔软有弹性,能盖住后脑勺、耳朵和眉毛,应依据头围选择合适的尺寸型号,若尺寸比头部圆周小,则会致耳朵擦伤、斜头畸形等;若帽子过于宽松,会使通气装置牵拉移位,致面部、额部及鼻部发生摩擦性损伤^[22]。QCC 活动中,查检发现弹力绷带作为帽子固定致使患儿斜头,改用了适宜各种尺寸的微弹薄棉帽;且通气管道易牵拉移位致摩擦伤和“猪鼻孔”等,设计并自行制作了“凹”海绵,替代原有的 2 层纱布,予以固定,效果良好,由管道牵拉导致的摩擦性损伤大幅度减少。其次,正确的鼻塞尺寸是至关重要的,因为太小的鼻塞可能会过度移动,损伤内部鼻孔,而太大的鼻塞可能会导致鼻部肿胀;有文献报

道^[23],胎龄越小、体质量越低,鼻部皮肤越早且越容易发生损伤,可交替使用鼻塞、鼻罩以降低鼻损伤发生率。本次 QCC 活动中,将极低出生体重儿评估时间设为每 2 h 评估记录 1 次皮肤情况,每 4 h 更换交替使用鼻塞与鼻罩,期间发现冷凝水及时清理,病情允许评估时松动鼻塞按摩皮肤,增加皮肤灌注,防止充血、坏死等。研究表明^[4,15],在新生儿皮肤部位固定医疗器械时,应高度重视避免医疗器械对皮肤造成额外的垂直压力、摩擦力或剪切力,避免医疗器械移位对皮肤造成直接摩擦,常选用水胶体敷料(如 DuoDERM),该敷料下的区域含有嗜中性粒细胞和角质形成细胞,pH 值较低(与新生儿皮肤 pH 一致),减少细菌的生长且可能有助于皮损愈合。本研究中结合文献报道,将康维德水胶体敷料(DuoDERM)裁剪为“T”或“H”的形状,鼻尖、鼻中隔、鼻翼、鼻梁、鼻唇沟紧贴皮肤,作为保护性减压垫将鼻塞鼻罩与患儿薄嫩皮肤分隔。水胶体敷料外观变成乳白色透明状,表明透明贴吸收饱和,此时提示更换敷料,一般 1~3 d 更换 1 次,最长可保留 7 d,因为低出生体重早产儿暖箱温湿度较高,可能会增加更换次数^[24]。为避免医用黏胶性皮肤损伤及保护皮肤不破损,减少敷料边缘卷边的情况,QCC 活动中将所有敷贴(含面贴、额贴、鼻贴)边缘裁剪为圆钝形,用无菌注射用水清洁皮肤,无张力黏贴;用胶布去黏剂喷后缓慢 0° 或 180° 撕脱敷贴,防止黏胶残留,检查皮肤后按摩皮肤。为方便取用物品将不同尺寸的材料放于不同出生体质量的专用盒子里。QCC 活动后,皮肤损伤主要分布于超低出生体重儿,其中 5 例表现为 I 期皮肤损伤,即鼻周皮肤周围持续性红斑或非创伤性充血,但皮肤完整;有 3 例发展至 II 期,鼻翼皮肤表面溃疡 2 例及鼻孔黏膜出血破损 1 例。此外,3 例极低出生体重儿和 1 例巨大儿的 I 期主要表现为鼻尖潮红、朝天鼻、鼻腔不对称。无 1 例皮肤损伤进展至 III 期。

患儿 NIV 期间,装置带来的皮肤疼痛不适与活动受限,会使心率、呼吸、血压的升高,甚至颅内压升高,增加脑室出血的风险,从而影响远期的生长和神经行为发育^[25],研究表明可以进行个体化发育支持护理,减少不良反应的进一步发展^[26]。发育支持护理是指为减少患儿应激,促进患儿疾病康复及生长发育而采取的一系列干预措施,主要包括控制病房内光线、减少噪声刺激、为患儿提供舒适的体位、减少疼痛刺激、合理安排操作和护理等^[27]。本次 QCC 活动中,使用 NIV 的患儿除出生 3 d 以内的超早产儿需尽量保持仰卧正中位,其余患儿可

侧卧位,肢体自然屈曲,床头抬高 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,同时使用“鸟巢”“蛙形枕”进行适当的定位,在增加安全感、提高舒适度的同时避免患儿不适导致鼻塞或鼻罩使用不当对皮下组织产生摩擦力与压力;减少病房内光线强度与噪声的刺激,暖箱予以床罩,护理操作动作轻柔,尽量集中操作;适时予以抚触,低柔音乐,安抚奶嘴非营养性吸吮,病情允许以口服葡萄糖水,满足患儿在情感上的需求,消除其躁动等不良情绪,减少患儿能量消耗,改善患儿呼吸困难,促进疾病恢复。QCC活动中将新生儿NIV皮肤安全管理纳入到医院重症监护系统,执行NIV医嘱时,会自动生成关于皮肤护理的监督管理。PDA第1次扫描后红色字体提醒护理人员需注意患儿皮肤情况关注发育支持护理,依据胎龄、体质量等选择合适的鼻塞、鼻罩、鼻贴、额贴、面贴以及鼻塞系带。NIV治疗期间定时振动,督促护士进行皮肤评估、更换鼻塞与鼻罩等,床旁扫码后取消振动。QCC活动后,新生儿NIV皮肤损伤发生率降至6.86%,有效预防了皮肤损伤的发生及进一步发展。

5.3 QCC活动预防了NIV其他相关并发症的发生,提高了家长满意度

严重的医源性皮肤损伤愈合缓慢,导致患儿感染风险上升,住院时间延长,同时增加患儿痛苦与不适,易引发医患纠纷^[28]。加之,NICU是无陪护病房,家属对患儿治疗护理不了解,更加焦虑和担心。因此,预防新生儿NIV皮肤损伤的发生对NICU新生儿护理质量管理极其重要,对于新生儿NIV治疗效果及并发症,医护人员应与家属耐心沟通,取得家属的理解与支持。本次QCC活动期间,旨在通过积极预防NICU新生儿NIV皮肤损伤,规范护理及管理新生儿皮肤,保证患儿安全;通过积极评估后,预防了呼吸暂停及其他NIV相关并发症,医院获得性感染率没有增加,减少了患儿使用无创辅助通气的时间,缩短了住院时间,减少了住院费用,提高了家长满意度,避免了医疗纠纷发生,促进了医患关系和谐发展,保障了医疗安全。

5.4 QCC活动规范了护理工作流程,提高了护士质量管理能力

避免新生儿医源性皮肤损伤发生,核心在于预见性护理,需做好医护人员培训,提高规范性的护理操作,严格交接班和落实责任制^[29-30]。通过本次QCC活动,修订了新生儿NIV操作程序及评分标准、新生儿NIV管路固定标准化操作流程、新生儿NIV皮肤损伤评估样本册,通过理论与实践的反复培训考核,提高了护士对SOP的掌握能力,并能应用于

临床实践,本次活动中的SOP也推广到了儿童重症监护室应用,应用效果良好,并且通过开展护理学术研讨会推广到了其余各级兄弟基层医院NICU,受到了一致的好评。通过积极参与QCC活动,提高了护士的责任心、团队精神、沟通能力、责任荣誉、解决问题的能力、品管手法的能力,特别是调动了护士参与科室护理安全质量管理中的积极性,有助于持续改进医疗护理服务质量,进一步规范科室各类护理工作SOP开展。

综上所述,本次QCC活动提高了医护人员对新生儿医源性皮肤损伤的认识,通过基于文献的经验证据形成护理干预对策,实行有效,成立了新生儿医源性皮肤损伤护理团队,推行了新的新生儿NIV皮肤损伤预防的评估方法,提供了个体化固定护理干预方案,按体质量专盒提前备好适宜型号的帽子、鼻塞、鼻罩、敷贴等,纳入到新生儿NIV操作护理常规,作为NICU专科技能培训内容,并定期考核,形成同质化,进行效果维持后,新生儿NIV皮肤损伤发生减少,相关并发症减少,患儿NIV总治疗时长和平均住院日均缩短,住院费用下降,家长满意度提高。

6 参考文献

- [1] Galetto SGDS, Nascimento ERPD, Hermida PMV, et al. Medical Device-Related Pressure Injuries: an integrative literature review[J]. Rev Bras Enferm, 2019, 72(2):505-512.
- [2] 新生儿医源性皮肤损伤的评估要点和预见性护理的专家共识工作组,海峡两岸医药卫生交流协会第一届新生儿专业委员会新生儿护理与护理管理学组. 新生儿医源性皮肤损伤的评估要点和预见性护理的专家共识[J]. 中国循证儿科杂志, 2020, 15(3):161-165.
- [3] August DL, New K, Ray RA, et al. Frequency, location and risk factors of neonatal skin injuries from mechanical forces of pressure, friction, shear and stripping: A systematic literature review[J]. J Neonatal Nurs, 2018, 24(4), 173-180.
- [4] 中国医师协会新生儿科医师分会循证专业委员会. 重症监护病房新生儿皮肤管理指南(2021)[J]. 中国当代儿科杂志, 2021, 23(7):659-670.
- [5] Shi Y, Muniraman H, Biniwale M, et al. A Review on Non-invasive Respiratory Support for Management of Respiratory Distress in Extremely Preterm Infants[J]. Front Pediatr, 2020, 28(8):270.
- [6] Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, et al. European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome -2019 update[J]. Neonatology, 2019,

- 115(4):432-451.
- [7] Squires AJ, Hyndman M. Prevention of nasal injuries secondary to NCPAP application in the ELBW infant[J]. Neonatal Netw, 2009, 28:13-27.
- [8] August DL, Kandasamy Y, Ray R, et al. Fresh Perspectives on Hospital-Acquired Neonatal Skin Injury Period Prevalence From a Multicenter Study: Length of Stay, Acuity, and Incomplete Course of Antenatal Steroids[J]. J Perinat Neonatal Nurs, 2021 35(3):275-283.
- [9] García-Molina P, Balaguer-López E, García-Fernández FP, et al. Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units[J]. Int Wound J, 2018, 15(4):571-579.
- [10] 张秋香, 赵恒, 庄颖, 等. 母婴同室新生儿低血糖管理的品管圈实践[J]. 护理学报, 2020, 27(18):33-36.
- [11] Fischer C, Bertelle V, Hohlfeld J, et al. Nasal trauma due to continuous positive airway pressure in neonates[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2010, 95:F447-F451.
- [12] 褚万立, 郝岱峰. 美国国家压疮咨询委员会 2016 年压力性损伤的定义和分期解读[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2018, 13(1):64-68.
- [13] Mariam S, Buddhavarapu S. Impact of Systematic Training and CPAP Checklist in the Prevention of NCPAP Related Nasal Injuries in Neonates-A Quality Improvement Study[J]. Indian J Pediatr, 2020, 87(4):256-261.
- [14] Imbulana DI, Manley BJ, Dawson JA, et al. Nasal injury in preterm infants receiving non-invasive respiratory support: a systematic review[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2018, 103(1):F29-F35.
- [15] Camillo Ribeiro DF, Barros FS, Fernandes BL, et al. Hydrocolloid versus silicone gel for the prevention of nasal injury in newborns submitted to noninvasive ventilation: A randomized clinical trial[J]. Heliyon, 2020, 6(7):e04366.
- [16] Milligan PS, Goldstein MR. Implementation of an evidence-based non-invasive respiratory support (NIRS) bundle in the NICU to decrease nasal injury complications[J]. J Neonatal Nurs, 2017, 23(2):89-98.
- [17] Newnam KM, McGrath JM, Estes T, et al. An integrative review of skin breakdown in the preterm infant associated with nasal continuous positive airway pressure[J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2013, 42(5):508-516.
- [18] 丁斐, 张文雅, 赵育弘, 等. 早产儿 RDS 撤机后不同模式无创通气治疗的临床研究[J]. 安徽医科大学学报, 2019, 54(12):1982-1985.
- [19] Ribeiro DFC, Barros FS, Fernandes BL, et al. Incidence and Severity of Nasal Injuries in Preterm Infants Associated to Non-Invasive Ventilation Using Short Binasal Prong[J]. Glob Pediatr Health, 2021, 13(8):1-8.
- [20] 刘慧娟, 陈华, 杨园园, 等. 新生儿皮肤损伤风险评估工具的构建[J]. 中国护理管理, 2019, 19(12):1785-1790.
- [21] 吴玉洁, 王建平, 吕俊英, 等. 新生儿压力性损伤风险评估现状及评估量表应用分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(36):2836-2839.
- [22] 陈红雨, 李丹, 郭金珍. 两种不同固定方法在新生儿经鼻持续正压通气的临床应用比较[J]. 中国妇幼保健研究, 2019, 30(6):772-775.
- [23] Amatya S, Macomber M, Bhutada A, et al. Sudden versus gradual pressure wean from Nasal CPAP in preterm infants: a randomized controlled trial[J]. J Perinatol, 2017, 37(6):662-667.
- [24] Meszes A, Tólosi G, Máder K, et al. Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit[J]. World J Pediatr, 2017, 13(2):165-172.
- [25] 中国医师协会新生儿科医师分会, 中国当代儿科杂志编辑委员会. 新生儿疼痛评估与镇痛管理专家共识(2020 版)[J]. 中国当代儿科杂志, 2020, 22(9):923-930.
- [26] Moody C, Callahan TJ, Aldrich H, et al. Early Initiation of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) Reduces Length of Stay: A Quality Improvement Project[J]. J Pediatr Nurs, 2017, 32:59-63.
- [27] 张玉侠. 实用新生儿护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015:183-185.
- [28] 陈素珍, 李美芳, 韦思, 等. 品管圈活动对提高住院新生儿皮肤完好率的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(3):92-96.
- [29] 代金丽, 何华云, 杨丽莎, 等. 护理专案在降低新生儿医源性皮肤损伤的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(8):681-684.
- [30] 伍冬, 陈灵芝. 多维度评估在早产儿 NCPAP 治疗下鼻中隔皮肤损伤中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(5):701-705.

[2022-02-16 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

新生儿早期基本保健对早产儿6个月内生长发育的影响

孙彩霞 王晓燕 李胜玲 吴霞 马惠荣

【摘要】 目的 探讨实施新生儿早期基本保健技术对早产儿体格及智能发育的影响。方法 选取2017年6月—2018年6月在宁夏医科大学总医院新生儿重症监护室住院的36例早产儿为观察组,按照组间基本特征均衡可比的原则选择同期在宁夏医科大学第二附属医院的35例早产儿为对照组。对照组在分娩后实施常规产后处理和早产儿发育支持护理,观察组在分娩后实施“新生儿早期基本保健”中的核心干预内容(包括充分彻底擦干、立即母婴皮肤接触、延迟断脐、母乳喂养及袋鼠式护理)和早产儿发育支持护理。出院后对两组早产儿进行出院随访和早期教育训练指导至矫正6月龄;比较两组早产儿生后第7天、第14天、第42天、矫正3月龄和矫正6月龄的体格及智能发育情况。**结果** 观察组早产儿在矫正3月龄、6月龄的体质量、身长和头围均高于对照组($P<0.05$);在生后第42天,观察组新生儿神经行为测定总分及各维度得分均高于对照组($P<0.05$);在矫正3月龄和矫正6月龄,观察组早产儿各维度发育商得分均高于对照组($P<0.05$)。**结论** 新生儿早期基本保健有益于早产儿生后42d、矫正3月龄和矫正6月龄体格及智能的发育。

【关键词】 新生儿;早期基本保健;早产儿;生长发育;体格发育;智能发育

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.007



本文作者:孙彩霞

Effect of early basic health care on the growth and development of premature infants within 6 months SUN Caixia, WANG Xiaoyan, LI Shengling, WU Xia, MA Huirong (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of implementing basic neonatal health care techniques on physical and intellectual development of premature infants. **Methods** A total of 36 premature infants who were hospitalized in the neonatal intensive care unit of Ningxia Medical University General Hospital from June 2017 to June 2018 were selected as an observation group, according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, 35 premature infants in the Second Affiliated Hospital of Ningxia Medical University during the same period were selected as a control group. The control group was given routine postpartum care and developmental support care for premature infants after delivery, after delivery, the observation group implemented the core interventions in "early neonatal basic care" (including adequate and thorough drying, immediate mother-infant skin-to-skin contact, delayed umbilical cord cutting, breastfeeding and kangaroo nursing) and developmental supportive care for premature infants. After discharge, the two groups of premature infants were followed up and guided by early education and training until the corrected age of 6 months; the physical and mental development of the two groups of premature infants were compared on the 7th, 14th, and 42nd days after birth, corrected for 3 months of age, and corrected for 6 months of age. **Results** The corrected weight, length and head circumference of premature infants at 3 months and 6 months in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$). On the 42nd day after birth, the total score and each dimension score of the neonatal neurobehavioral test in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$). At the corrected age of 3 months and the corrected age of 6 months, the developmental quotient scores of the preterm infants in the observation group were higher than those of the control group($P<0.05$). **Conclusion** Early basic health care for premature infants is beneficial to the physical and

基金项目:国家自然科学基金(编号:81660385)

作者单位:750004 宁夏银川市,宁夏医科大学总医院(孙彩霞,王晓燕,吴霞);宁夏医科大学护理学院(李胜玲);宁夏医科大学第二附属医院(马惠荣)

孙彩霞:护士长,副主任护师

通信作者:李胜玲,教授,主任医师,硕士研究生导师

intellectual development of premature infants 42 days after birth, corrected for 3 months of age, and corrected for 6 months of age.

【Key words】 Newborn; Early essential care; Premature infants; Growth and development; Physical development; Mental development

早产儿出生后由于各系统、器官发育不完善,抵抗力低下,易发生感染、低体温等并发症,使其发育程度相对延迟,尤其在体格、智力发育、情绪行为和社会适应等方面都会存在较多问题^[1]。因此,医护人员面临的挑战已经从如何保证早产儿的存活,发展到如何使早产儿的生长速率、体质量及其功能状态达到正常胎儿宫内生长发育水平,且降低早产儿病死率,使早产儿生长发育过程及生存质量达到最优化。世界卫生组织推行的“新生儿早期基本保健(early essential newborn care, EENC)”建议早产儿出生后即刻开始进行母婴皮肤接触、延迟脐带结扎、促进母乳喂养、袋鼠式护理等内容^[2]。研究显示,实施 EENC 可以改善新生儿的健康水平^[3]。因此,本研究借助宁夏医科大学总医院实施新生儿早期基本保健的平台,探讨新生儿早期基本保健对早产儿体格和智能发育的影响,为临床进一步推广实施“新生儿早期基本保健”、促进早产儿生长发育提供参考和依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究选取 2017 年 6 月—2018 年 6 月在宁夏医科大学总医院和宁夏医科大学第二附属医院产科出生入住 NICU 的早产儿为研究对象,纳入条件:①阴道分娩;② 33 周 $\leq$ 胎龄 $\leq$ 37 周;③早产儿出生后 1, 5 min Apgar 评分 >7 分;④观察组早产儿

生后母婴皮肤接触时间 ≥ 30 min;⑤家属自愿参加并签署知情同意书。排除条件:①早产儿:有先天性畸形、呼吸衰竭、严重感染及脑室内出血等;②早产儿母亲:急性传染病、心脏病等各种疾病不能进行母乳喂养。

根据是否实施 EENC 技术,将宁夏医科大学总医院住院的 36 例早产儿为观察组,同期在宁夏医科大学第二附属医院的 35 例早产儿为对照组。本研究共纳入早产儿 71 例,两组早产儿在出生胎龄、性别、民族、出生体质量、身长、头围、Apgar 评分、是否机械通气等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 住院期间进行早产儿发育支持护理,如营造温馨 NICU 环境、减少侵袭性操作、保持合适温湿度等,实施分娩后常规产后护理措施,包括立即清理呼吸道、早产儿生后 10 s 内断脐,用 75% 酒精消毒并结扎脐带,快速擦干身体,并测量体质量、身长及头围,留取脚印等,用预热干毛巾及包被包裹并和其母亲贴脸转入 NICU。

1.2.2 观察组 实施新生儿早期基本保健,即在早产儿娩出后 5 s 内快速擦干,将早产儿置俯卧位与母亲皮肤接触,其他常规护理均延迟至第 1 次皮肤接触之后,且皮肤接触 30 min,常规产后处理及管理完成后转入 NICU。两组早产儿分娩后管理实施方法的比较,见表 2。

表 1 两组早产儿一般资料比较

组别	例数	出生胎龄(周)	出生体质量(kg)	出生身长(cm)	出生头围(cm)	男/女婴
观察组	36	34.78 $\pm$ 1.10	2.07 $\pm$ 0.19	44.7 $\pm$ 2.49	30.79 $\pm$ 1.31	23/13
对照组	35	34.3 $\pm$ 1.26	2.10 $\pm$ 0.25	45.4 $\pm$ 2.43	31.26 $\pm$ 1.66	20/15
<i>t</i> 值		1.170	0.570	1.198	1.320	0.338*
<i>P</i> 值		0.092	0.570	0.235	0.191	0.561

组别	例数	汉族	1 min Apgar 评分	5 min Apgar 评分	10 min Apgar 评分	机械通气
观察组	36	26(72.22)	8.78 $\pm$ 0.49	9.53 $\pm$ 0.56	9.67 $\pm$ 0.48	8(22.22)
对照组	35	26(74.29)	8.63 $\pm$ 0.55	9.40 $\pm$ 0.55	9.57 $\pm$ 0.50	13(37.14)
<i>t</i> 值		0.039*	1.217	0.987	0.860	1.897*
<i>P</i> 值		0.844	0.228	0.327	0.393	0.168

*为 χ^2 值;()内数据为百分率(%)。

表 2 两组早产儿分娩后管理实施方法的比较

组别	擦干	脐带处理	皮肤接触	母乳喂养	袋鼠式护理
观察组	生后 5 s 开始充分彻底擦干早产儿 (包括眼睛、面部、头、躯干、四肢等), 不做常规吸痰处理和胎粪吸引 (除非口腔 / 鼻腔被阻塞或早产儿无活力), 在 30 s 内完成擦干动作	待脐带停止搏动后再结扎脐带 (约生后 1~3 min), 脐带断端不放置任何消毒剂 (除非有感染迹象), 不包扎脐带, 保持脐带残端清洁干燥	擦干后立即进行母婴皮肤接触, 用棉布盖住早产儿身体, 戴帽子, 早产儿与母亲保持不间断的皮肤接触 30 min	早产儿出现流口水、舔舌、张嘴等喂养信号时, 鼓励早产儿母亲尝试进行首次母乳喂养	住院期间进行早产儿发育支持护理, 根据早产儿母亲时间自愿进行袋鼠式护理
对照组	清理呼吸道, 于辐射台上对早产儿进行快速擦干	生后 10 s 内断脐, 脐带残端用 75% 酒精消毒后用无菌纱布包扎	擦干后, 将早产儿与母亲进行贴脸接触	鼓励早开奶, 常规产后护理, 医护人员指导早产儿母亲进行母乳喂养	住院期间进行早产儿发育支持护理, 医护人员指导早产儿母亲每天 15:00—16:00 进行袋鼠式护理

1.3 测量指标

(1)体格发育指标的测量: 在早产儿住院期间, 每天早上 8:30—9:00 测量体质量 1 次, 每周测量身长和头围 1 次, 在生后第 42 天、矫正 3 月龄和 6 月龄各测量体质量、身长及头围 1 次。体质量测量采用厦门佰伦斯电子科技有限公司生产的体重计, 身长测量使用新生儿标准量床, 头围测量采用软尺, 且测量时除去早产儿身上衣被, 安静或觉醒状态。

(2)智能发育检查: ①新生儿神经行为测定 (NBNA) 评分: 在早产儿生后第 42 天, 采用“NBNA 20 项评分标准”评估两组早产儿的神经行为^[4], 包括行为能力、主动肌张力、被动肌张力、一般状况、原始反射 5 个维度 20 个条目, 最高分为 40 分, 评分≤35 分者需要提供健康支持。评分前准备秒表、手电筒、红球 (直径 6~8 cm) 及长方体红色塑料盒各 1 个, 评分时将早产儿置于安静半暗环境中 30 min 后, 使早产儿处于睡眠状态时开始, 全部操作在 10 min 之内完成。②发育商评估: 在早产儿矫正月龄 3 个月和 6 个月时, 用 Gesell 发育诊断量表评估两组早产儿智能发育情况^[5], 该量表包括适应行为、精细运动行为、大运动行为、语言行为及个人-社交行为 5 个能区。根据评估结果得到发育年龄,

计算发育商 (developmental quotient, DQ), $DQ = \text{发育年龄} / \text{实际年龄} \times 100$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料采用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用两独立样本 *t* 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿体格发育指标比较

两组早产儿出生时、生后第 7 天、第 14 天、第 42 天、矫正 3 月龄、6 月龄体格指标进行比较, 结果表明, 观察组早产儿矫正 3 月龄、6 月龄的体质量、身长、头围高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.2 两组早产儿在生后第 42 天 NBNA 评分比较

采用两样本均数 *t* 检验对两组早产儿生后第 42 天的 NBNA 评分进行比较, 结果表明, 观察组早产儿 NBNA 总分、行为能力、被动肌张力、主动肌张力、原始反射及一般状况维度得分均高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 3 两组早产儿体格发育指标的差异比较

观察时点	体质量 (kg)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	观察组 (<i>n</i> =36)	对照组 (<i>n</i> =35)		
出生时	2.07 ± 0.19	2.10 ± 0.25	0.587	0.570
生后第 7 天	2.09 ± 0.26	2.02 ± 0.20	1.269	0.209
生后第 14 天	2.27 ± 0.12	2.23 ± 0.17	1.148	0.255
生后第 42 天	3.46 ± 0.31	3.31 ± 0.23	2.310	0.024
矫正 3 月龄	6.25 ± 0.34	6.05 ± 0.35	2.442	0.017
矫正 6 月龄	8.27 ± 0.43	8.03 ± 0.37	2.518	0.014

续表

观察时点	身长 (cm)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	观察组 (<i>n</i> =36)	对照组 (<i>n</i> =35)		
出生时	44.72 ± 2.49	45.44 ± 2.43	1.233	0.222
生后第 7 天	46.11 ± 1.98	46.70 ± 1.86	1.293	0.200
生后第 14 天	48.03 ± 1.57	47.94 ± 1.59	0.240	0.811
生后第 42 天	51.81 ± 1.20	50.89 ± 1.52	2.835	0.006
矫正 3 月龄	61.96 ± 1.56	61.12 ± 1.77	2.213	0.037
矫正 6 月龄	69.27 ± 2.00	68.16 ± 2.14	2.259	0.027

观察时点	头围 (cm)		<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
	观察组 (<i>n</i> =36)	对照组		
出生时	30.79 ± 1.31	31.26 ± 1.66	1.326	0.191
生后第 7 天	31.47 ± 1.09	31.89 ± 1.48	1.342	0.177
生后第 14 天	32.44 ± 0.93	32.56 ± 1.24	0.456	0.645
生后第 42 天	34.84 ± 1.07	34.70 ± 0.71	0.648	0.519
矫正 3 月龄	39.54 ± 0.56	39.18 ± 0.73	2.335	0.022
矫正 6 月龄	43.60 ± 1.61	42.73 ± 1.35	2.464	0.016

表 4 两组早产儿在生后第 42 天 NBNA 评分比较 (分)

组别	例数	总分	行为能力	被动肌张力	主动肌张力	原始反射	一般状况
观察组	36	38.26 ± 1.55	10.16 ± 0.18	7.56 ± 0.13	7.12 ± 0.34	5.63 ± 0.16	5.79 ± 0.17
对照组	35	36.88 ± 1.04	9.42 ± 0.32	7.18 ± 0.22	6.70 ± 0.48	5.25 ± 0.27	5.58 ± 0.26
<i>t</i> 值		4.493	12.053	8.890	4.264	7.239	4.039
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000

2.3 两组早产儿矫正 3 月龄和矫正 6 月龄各维度发育商得分比较

龄、6 月龄各维度发育商进行比较, 结果表明, 观察组早产儿在矫正 3 月龄和矫正 6 月龄各维度发育商得分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

采用两样本均数 *t* 检验对两组早产儿矫正 3 月

表 5 两组早产儿矫正 3 月龄和 6 月龄各维度发育商得分比较 (分)

观察时点	组别	例数	适应性行为	大运动行为	精细运动行为	语言行为	个人 - 社交行为
矫正 3 月龄	观察组	36	63.35 ± 5.47	56.95 ± 5.70	53.12 ± 5.43	60.94 ± 7.86	62.74 ± 6.22
	对照组	35	60.12 ± 6.00	53.47 ± 5.73	49.88 ± 4.84	57.31 ± 6.61	59.45 ± 5.44
	<i>t</i> 值		1.476	1.357	1.222	1.721	2.370
	<i>P</i> 值		0.032	0.013	0.010	0.039	0.020
矫正 6 月龄	观察组	36	85.08 ± 4.28	79.22 ± 4.32	81.69 ± 3.52	83.74 ± 4.15	85.59 ± 4.57
	对照组	35	82.20 ± 4.72	76.78 ± 5.20	79.93 ± 3.61	81.50 ± 4.38	83.00 ± 4.54
	<i>t</i> 值		2.698	2.160	2.082	2.215	2.395
	<i>P</i> 值		0.009	0.034	0.041	0.030	0.019

3 讨论

3.1 新生儿早期基本保健对早产儿体格发育的影响

早产儿在生后的 1~3 年会出现追赶性生长, 且有研究显示, 如果早产儿在出院至纠正 2~3 月龄之间未出现关键的追赶性生长, 会对其生长发育等产生不可逆的影响^[6]。而体质量、身长和头围的变化是反映早产儿生长发育最直接的指标。本研究中, 两组早产儿在生后第 7 天和第 14 天的体质量、身长和头围比较差异无统计学意义, 这可能与 NICU 医务人员通过肠内或肠外营养等方式为早产儿提供

每日生长发育所需的营养物质有关。但观察组早产儿矫正 3 月龄和 6 月龄的体质量、身长、头围均高于对照组, 这是因为实施新生儿早期基本保健的早产儿生后立即母婴皮肤接触及袋鼠式护理, 从而帮助早产儿母亲尽早建立泌乳反射, 不仅促进其乳汁分泌, 还可提高早产儿的纯母乳喂养率, 且纯母乳喂养被认为是胎龄 >32 周早产儿最好的喂养方式^[7], 母乳中富含丰富的蛋白质、脂肪及各种微量元素, 且容易吸收, 为早产儿出院后的体格发育提供了重要的营养基础^[8-9]。同时袋鼠式护理有利于稳定早产儿的生理状态, 使其营养摄入和生长发育速度进入良性

发展过程^[10],这无疑可促进早产儿体质量、头围、身长的发育,说明 EENC 有益于早产儿体格指标的发育。

3.2 新生儿早期基本保健对早产儿智能发育的影响

婴幼儿期是神经系统发育最快的时期,未发育成熟的脑部在结构和功能上具有很强的可塑性^[11]。因此,通过早期干预可促进早产儿神经智能的发育,且时间越早,效果越明显^[12-13]。本研究中,观察组早产儿生后 42 d NBNA 总分及各维度得分均高于对照组,这与观察组早产儿生后即刻开始的母婴皮肤接触有关,因为持续母婴皮肤接触可通过刺激早产儿皮肤表面的感受器,将视听觉、平衡觉、位置觉等信息经传入神经传入大脑皮层,促进神经递质的分泌^[14],引起全身神经系统产生一系列的良性反馈,有益于早产儿触觉、视觉、嗅觉等行为能力的提高,从而更好的促进脑部神经系统发育^[13];而袋鼠式护理作为母婴皮肤接触的延续,为早产儿提供安全稳定的生长环境,有利于其出生后早期神经行为可塑性最强的时期促进神经系统及心理社会适应性的发育^[15]。此外,通过早接触、早吸吮、早开奶等一系列促进母乳喂养的措施,为早产儿神经系统发育提供重要的营养基础,母乳中含有高浓度的牛磺酸及神经节苷脂,可增加人脑神经细胞的总数,促进神经细胞核糖核酸和蛋白质的合成,延长神经细胞存活的时间^[16],进而促进早产儿心理、语言以及神经智能的发育。本研究中,两组早产儿在矫正 6 月龄时各维度的发育商得分基本达到正常水平,说明通过院外随访评估和早期教育训练指导也可促进早产儿神经智能的发育。但实施新生儿早期基本保健的早产儿在矫正 3 月龄和 6 月龄适应性、精细运动、大运动、语言和个人-社交这 5 个能区的发育商得分均高于对照组,说明实施新生儿早期基本保健更有益于早产儿神经智能的发育。

综上所述,实施新生儿早期基本保健有益于早产儿体格及智能的发育,应进一步在临床推广应用该项技术。但本研究纳入的样本量较少、且分别来自全面推行实施新生儿早期基本保健的宁夏医科大学总医院及尚未开始实施新生儿早期基本保健的附属教学医院,虽然两家医院均拥有丰富的医疗资源、专业的医护团队及娴熟的产科操作技术且基线均衡,但两家医院的建制、地理位置和环境等仍有不同,可能影响研究结果^[17],且选取分娩方式仅纳入了经阴道分娩的早产儿,今后还需进一步研究新生儿早期基本保健对剖宫产及胎龄 ≤ 33 周早产儿的影响效果。

4 参考文献

- [1] Zhang XS,Zhou M,Chen LJ,et al.Risk factors for preterm birth:a case control study in rural area of western China[J].Int J Clin Exp Med,2015,8(3):4527-4532.
- [2] World Health Organization. Early Essential Newborn Care:Clinical practice pocket guide[R].Geneva:World HealthOrganization,2016:1-35.
- [3] Tao Xu, Qing Yue, YanWang,et al.Childbirth and Early Newborn Care Practice in 4 Provinces in China:A Comparison With WHO Recommendations[J].Global Health: Science and Practice,2018,6(3):565-573.
- [4] 鲍秀兰,刘维民.新生儿行为神经测定和观察在早产儿及小婴儿脑发育评估和早期干预中的应用[J].中国实用儿科杂志,2017,32(11):820-822.
- [5] 刘佳,于杨,柳亚杰.早产和足月低体重儿的神经心理发育水平[J].中国健康心理学杂志,2018,26(8):1190-1193.
- [6] 丁文雯,向奕瑾,马佳莉,等.极低出生体重早产儿校正月龄 12 个月内体格生长情况及影响因素分析[J].中华护理杂志,2019,54(1):52-57.
- [7] 崔慧敏,王鹏,兰小梅,等.新生儿早期基本保健对早产儿 6 个月内母乳喂养的影响[J].当代护士(下旬刊),2021,28(12):78-81.
- [8] 徐丹凤,蒋运兰,罗晓菊,等.新生儿早期基本保健技术对 0-6 个月婴儿体重增长的影响[J].西部医学,2018,30(11):1700-1703.
- [9] 曹云,李正红,韩树萍,等.新生儿重症监护室母乳使用专家共识[J].中国循证儿科杂志,2021,16(3):171-178.
- [10] Nobre RG,de Azevedo DV,de Almeida PC,et al. Weight-Gain Velocity in Newborn Infants. Managed with the Kangaroo Method and Associated Variables[J].Matern Child Health J,2017,21(1):128-135.
- [11] 王雪茵,张小松,赵更力,等.早产儿早期神经心理发育的影响因素研究[J].中华疾病控制杂志,2018,22(2):187-190.
- [12] 曹咪,张军,岳少婷.早产儿出院后神经发育支持性照护的最佳证据总结[J].护理学报,2022,29(6):44-49.
- [13] Penn S.Overcoming the barriers to using Kangaroo care in neonatal setting[J].Nurs Child Yong People,2015,27(5):22-27.
- [14] 钟莉芳.集束化喂养支持策略对早产儿喂养耐受性及生长发育的影响[D].南昌:南昌大学,2021.
- [15] 毕叶,官祥丽.“袋鼠式护理”对早产儿神经行为及体格发育的影响[J].解放军护理杂志,2017,34(17):12-16.
- [16] 陈飞,吴美琴,刘建文,等.神经节苷脂与神经系统发育关系的研究进展[J].教育生物学杂志,2018,6(2):101-106.
- [17] 王晓燕,赵君,李胜玲,等.实施新生儿早期基本保健对阴道分娩早产儿脐炎的影响[J].中华围产医学杂志,2019,22(11):797-801.

[2022-03-15 收稿]

(责任编辑 陈景景)

主动护理干预在 NICU 早产儿 PICC 致机械性静脉炎中的应用

李宁涛 李永静 张婧晶 孙彩霞

【摘要】目的 探讨主动护理干预在 NICU 早产儿 PICC 致机械性静脉炎中的应用效果,以提高早产儿护理质量。**方法** 选取 2019 年 7—12 月入住宁夏医科大学总医院 NICU 符合纳入条件的 78 例早产儿作为对照组,2020 年 1—6 月符合纳入条件的 73 例早产儿作为观察组,对照组早产儿 PICC 置管后给予常规护理,观察组早产儿在 PICC 置管前、中、后实施主动护理干预措施,比较两组早产儿 PICC 置管后机械性静脉炎的发生情况、带管时间及家长对护理工作的满意程度。**结果** 观察组早产儿平均带管时间为 25.03 ± 4.39 d,对照组平均带管时间为 17.81 ± 4.08 d,观察组长于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组机械性静脉炎的发生率为 6.85%,对照组机械性静脉炎发生率为 19.23%,观察组低于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组家长对护理工作满意度高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 主动护理干预能有效降低早产儿 PICC 置管机械性静脉炎发生率,增加 PICC 导管带管时间,提升家长满意度。

【关键词】 主动护理干预; 早产儿; 经外周中心静脉置管; 机械性静脉炎; 满意度

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.008



本文作者: 李宁涛

Application of active nursing intervention in PICC-induced mechanical phlebitis in premature infants in NICU LI Ningtao, LI Yongjing, ZHANG Jingjing, SUN Caixia (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of active nursing intervention in PICC-induced mechanical phlebitis in premature infants in NICU, so as to improve the nursing quality of premature infants. **Methods** A total of 78 premature infants who were admitted to the NICU of Ningxia Medical University General Hospital from July to December 2019 and met the inclusion criteria were selected as a control group, and 73 premature infants who met the inclusion criteria from January to June 2020 were selected as an observation group. The preterm infants in the control group were given routine care after PICC intubation, while the preterm infants in the observation group were given active nursing interventions before, during and after PICC intubation. The incidence of mechanical phlebitis after PICC catheterization, the time of catheterization and parents' satisfaction with nursing work were compared between the two groups. **Results** The average intubation time of premature infants in the observation group was 25.03 ± 4.39 days, and the average intubation time in the control group was 17.81 ± 4.08 days, the observation group was longer than the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of mechanical phlebitis in the observation group was 6.85%, and the incidence of mechanical phlebitis in the control group was 19.23%, which was lower in the observation group than in the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P < 0.05$). The parents' satisfaction with nursing work in the control group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Active nursing intervention can effectively reduce the incidence of mechanical phlebitis caused by PICC catheterization in premature infants, increase the time of PICC catheterization, and improve parental satisfaction.

【Key words】 Active nursing intervention; Premature infants; Peripherally inserted central venous catheters; Mechanical phlebitis; Satisfaction

基金项目: 宁夏医科大学科学研究基金资助项目 (编号: XM2019061)

作者单位: 750004 宁夏银川市, 宁夏医科大学总医院新生儿科

经外周置入中心静脉导管(peripherally inserted central catheter,PICC)是指将导管通过上肢或下肢的外周静脉穿刺置入,最终将导管留置在上腔或下腔静脉内^[1]。目前 PICC 已广泛使用于新生儿重症监护室(neonatal intensive care unit,NICU)早产儿中,减少了反复穿刺给患儿带来的痛苦,为早产儿长期静脉输液及营养物质的输入提供了一条理想的静脉通道^[2]。但 PICC 置管是一项侵入性的操作,在置入的过程中,不规范的操作以及 PICC 导管对静脉管壁的反复摩擦,均会造成血管的痉挛和血管内膜的损伤,从而可能会导致机械性静脉炎的发生^[3],这不仅为临床治疗与护理工作带来了困难,而且增加了早产儿的痛苦。主动护理干预是指在一定的科学理论基础指导下,对患者现存或潜在的护理问题提前预估,针对问题采取科学、连续、有效的护理干预措施,从而改善患者的预后,减少相关并发症,提高护理质量^[4]。研究显示,通过评估,并在早期即开始实施主动的护理干预措施,可以有效缩短 ICU 患者的机械通气时间及 ICU 平均住院时间,还可改善患者的运动功能,降低其术后的疼痛感,同时改善术后康复质量。目前多聚焦主动护理干预在

外科术后及机械通气患者中的应用效果分析^[5-6],在早产儿中的研究鲜见报道,而本次研究强调提前预防,变被动处理为主动评估观察,提前给予有效的预防措施来预防和降低早产儿 PICC 机械性静脉炎的发生。因此,本研究借助宁夏医科大学总医院新生儿科平台,探讨主动护理干预在早产儿 PICC 致机械性静脉炎中的应用效果,旨在提高早产儿护理质量,为临床 PICC 的应用提供参考和依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 7 月—2020 年 6 月入住宁夏医科大学总医院 NICU 行 PICC 置管的早产儿为研究对象。纳入条件:胎龄 26~34 周;因病情需要行 PICC 置管的早产儿;家长知情同意。排除条件:有家族过敏体质、严重感染、出凝血功能障碍的患儿。选取 2019 年 7—12 月入住宁夏医科大学总医院 NICU 符合纳入条件的 78 例早产儿作为对照组,2020 年 1—6 月符合纳入条件的 73 例早产儿作为观察组,两组早产儿一般资料比较见表 1。

表 1 两组早产儿一般资料的比较

组别	例数	性别		出生体质量(g)	出生胎龄(周)	臂围(cm)
		男	女			
对照组	78	49(62.82)	29(37.18)	1150.20±153	30.75±1.95	5.16±0.15
观察组	73	42(57.53)	31(42.47)	1122.21±157	30.56±1.61	5.20±0.24
<i>t</i> 值		0.440*		1.109	0.650	1.237
<i>P</i> 值		0.507		0.269	0.516	0.218

* χ^2 值。表中()内数据为百分率(%)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予 PICC 置管的早产儿常规护理,由经过理论及操作培训并取得置管资质的 PICC 专科护士实施,采用 1.9Fr 规格的 PICC 导管,穿刺静脉首选右侧上肢的贵要静脉,如血管显露不佳也可选择肘正中静脉,最后选择头静脉。消毒待干后穿刺置管,无菌贴膜固定,操作方法按照中华护理学会静脉治疗护理专业委员会的规定程序,置管后常规拍胸片定位,导管尖端最佳位置应位于上腔静脉与右心房的连接处,所用导管均为昊朗 1.9Fr 单腔 PICC 导管,敷料为 3M 透明敷贴,所有早产儿均由治疗小组成员规范化维护。

1.2.2 观察组 在对照组常规护理的基础上,实施主动的护理干预措施,具体干预措施如下。

(1)置管前:①严格评估血管。在 PICC 置管

前,充分了解早产儿的疾病史、过敏史,根据治疗方案评估所需静脉输液治疗的时长,并查看检验及检查结果,询问有无静脉置管史及并发症等。同时仔细评估早产儿的血管,选择血管弹性好,易显露,路径短利于穿刺送管的血管。首选右侧上肢的贵要静脉,其次选择肘正中静脉,如上肢静脉血管显露较差,可选择右侧下肢大隐静脉进行穿刺置管,最后选择上肢头静脉,注意避开皮肤感染、破损及瘢痕处。②局部热敷。在常规消毒待干后的无菌状态下,使用提前预热至 43~45℃ 的无菌生理盐水将无菌纱布浸湿,然后包裹穿刺点及上臂部位热敷 2~3 min,再进行穿刺。

(2)置管中:①疼痛干预—非营养性吸吮。在 PICC 穿刺及送管的过程中,将无孔安慰奶嘴放置在早产儿的口中,可增加其有节律的吸吮动作,虽有

吸吮但是并无乳奶及营养物质的摄入。对于经口气管插管机械通气治疗的早产儿,遵医嘱给予药物镇静,减少早产儿的紧张及肢体活动、减轻疼痛感,利于穿刺送管。② 38℃生理盐水脉冲式配合送管。在送管过程中,用预热的 38℃生理盐水以脉冲式的方法配合送管,能够使送管路径更通畅,易于成功送管。

(3)置管后:①鸟巢式护理^[7]。用柔软纯棉的绒面布在暖箱中围成椭圆形的鸟巢,将早产儿放置在鸟巢中,使其姿势基本和在母体中的体位相似,模拟其在母亲子宫中的体位。②喜辽妥乳膏涂抹。置管后使用适量的喜辽妥乳膏沿着穿刺静脉的走行进行皮肤涂抹,然后按摩至吸收;每日评估,观察置管静脉向心方向是否有红、肿、静脉硬结及条索状改变。穿刺置管侧的肢体防止受压、禁止测量血压,哭闹时及时查找原因并给予安抚,减少肢体过多的活动,必要时予以肢体约束。

1.3 观察指标

观察两组早产儿 PICC 置管后机械性静脉炎的发生情况、带管时间、护理满意度,并进行对比。护理工作满意度评价标准:由早产儿家长评价对护理工作满意情况,评价的内容包括有护理技术、工作态度及护理工作的质量等,分值设定在 0~100 分之间,其中对护理工作满意为 ≥ 80 分;比较满意为 60~79 分;不满意为 ≤ 59 分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;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;等级资料构成比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿带管时间比较

观察组早产儿的 PICC 带管时间长于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组早产儿带管时间比较(d)

组别	例数	带管时间
对照组	78	17.81 $\pm$ 4.08
观察组	73	25.03 $\pm$ 4.39

$t=10.475, P=0.000$ 。

2.2 两组早产儿 PICC 机械性静脉炎发生情况比较

观察组早产儿 PICC 机械性静脉炎的发生率低

于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组早产儿 PICC 机械性静脉炎发生情况比较

组别	例数	发生静脉炎率(%)
对照组	78	15
观察组	73	5

$\chi^2=5.031, P=0.031$ 。

2.3 两组早产儿家长对护理满意程度比较

观察组家长满意程度高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组早产儿家长对护理满意程度比较

组别	人数	满意	较满意	不满意
对照组	78	45	15	18
观察组	73	53	18	2

秩和检验: $u=2.516, P=0.012$ 。

3 讨论

3.1 早产儿 PICC 置管引起机械性静脉炎的机制与原因

PICC 置管是一项侵入性、创伤性操作,存在潜在风险及并发症^[8],其中机械性静脉炎是常见的并发症之一,且国外研究显示其发生率约 15.15%,而国内研究显示发生率高达 17.6%~32.3%^[9]。由于早产儿血管管腔相对较细小,血管弹性差, PICC 穿刺置管及置管后容易造成血管内膜的损伤,且孕周越小,体质量越低的早产儿,血管受损后的修复能力越低^[10]。同时, PICC 置管过程中,导管对静脉管壁反复的刺激、摩擦,会导致血管收缩痉挛,致使机体释放 5-羟色胺、前列腺素等一些炎症介质,这些炎症介质可使细小的血管扩张,增加血管内膜通透性,使局部出现水肿,进而导致 PICC 置管后机械性静脉炎的发生^[1,11]。有研究表明,机械性静脉炎属于急性无菌性炎症,通常出现在 PICC 置管早期^[12],常发生在 PICC 置管后的 5 d 内,大多发生于 PICC 置管后的 48~72 h,好发于静脉穿刺点上方 8~10 cm 处^[13]。

3.2 主动护理干预降低早产儿 PICC 置管机械性静脉炎的作用机制

本研究中,观察组早产儿 PICC 置管后机械性静脉炎的发生率低于对照组,这与观察组早期主动实施有效的干预措施有关。首先是置管前对早产儿

的病史及静脉状况进行全面有效评估,询问过敏史、有无静脉置管史及相关并发症等,了解输液治疗疗程、输入溶液类型、异常的检查及化验结果,通过详尽的评估,还可以为早产儿静脉输液提供长期的治疗规划^[14]。其次选择较显露易于穿刺送管的静脉,不仅易于穿刺送管,且不容易发生导管异位^[15]。最后局部热敷再进行穿刺,该措施是使用温盐水纱布包裹穿刺点及上臂皮肤热敷2~3 min,可使血管扩张、易显露,缓解静脉痉挛,减轻穿刺难度,达到易于穿刺、利于送管的目的^[16],从而在一定程度上有效预防机械性静脉炎。

本研究在置管中给予非营养性吸吮。因早产儿入住 NICU 与母亲分离易产生紧张、恐惧心理,且不能表述,又无自控能力, PICC 穿刺置管时易哭闹、不配合,导致穿刺困难,甚至会增加穿刺次数。通过吸吮安慰奶嘴,可使早产儿获得口腔满足感,还可促使调节疼痛感觉传导的化学物质的释放,从而产生镇痛效果;且吸吮可转移其注意力,安抚情绪,减少恐惧感,从而缓解紧张及疼痛感^[17]。在送管过程中,本研究还采用38℃生理盐水脉冲式配合送管,该措施可减少早产儿的热量丢失,保证体温,预防血管痉挛,扩张血管,使送管路径更通畅,减少反复送管所致的内膜损伤^[18]。通过以上干预措施可在一定程度上提高穿刺成功率,减少反复送管,缩短置管时长,进而降低 PICC 置管后机械性静脉炎的发生率。

另外,本研究还在置管后给予鸟巢式护理,将早产儿放置在椭圆形的鸟巢中,使其四肢屈曲有边际感,姿势基本和在母体子宫中的体位相似,柔软舒适的同时,安全感倍增,为早产儿创造一个如同在母体般的感觉^[19],不仅舒适度增加减少哭闹,而且易于 PICC 导管的固定,减少因过度活动导致导管与静脉管壁的摩擦,从而有助于降低机械性静脉炎的发生。本研究中,置管后还给予预防性的涂抹喜辽妥乳膏^[20]。研究显示,喜辽妥乳膏的主要成分是多磺酸粘多糖,局部涂抹后能快速透过皮肤吸收,能够加速局部血液循环,利于水肿和血肿的吸收,减轻疼痛和水肿,同时可使受损的组织再生,有效降低机械性静脉炎的发生。

3.3 主动护理干预延长早产儿 PICC 带管时间,并提高家长满意度

本研究还显示,观察组早产儿 PICC 导管带管时间长于对照组,观察组家长对护理工作的满意度高于对照组,这表明本研究在置管前、置管中及置管后通过主动、全面、细致的评估观察,并及时给

予有效的预防性护理干预措施,取得了较好的护理效果,可有效改善 PICC 置管质量,提高早产儿带管舒适度,延长 PICC 导管使用时间^[21],同时提升家长满意度。

综上所述,本科室对 PICC 置管早产儿全程实施主动护理干预,有效地降低了机械性静脉炎的发生率,增加了 PICC 带管时间,同时提升家长满意度。在临床工作中,护理人员应根据早产儿特点,规范 PICC 操作和护理,早期实施主动护理干预,以减少早产儿机械性静脉炎的发生。

4 参考文献

- [1] Erhard DM, Nguyen S, Guy KJ, et al. Dwell times and risk of non-elective removal of 1-French peripherally inserted central catheters according to catheter tip position in very preterm infants[J]. Eur J Pediatr, 2017, 176(3):407-411.
- [2] Smazal AL, Kavars AB, Carlson SJ, et al. Peripherally inserted central catheters optimize nutrient intake in moderately preterm infants[J]. Pediatr Res, 2016, 8(2): 185-189.
- [3] 李委, 李莉, 冯萍, 等. 水胶体敷料预防血液病患儿留置中心静脉导管机械性静脉炎的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(13):3349-3351.
- [4] 郑慕华, 何盈盈. 主动护理干预对俯卧位手术压疮的预防作用[J]. 中西医结合护理(中英文), 2018, 4(8):111-114.
- [5] 肖俊良. 主动护理干预在普外科术后疼痛中的应用探讨[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(18):2337-2338.
- [6] 牛艳霞. 早期主动护理干预对预防机械通气患者 ICU 获得性虚弱的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(21):98-99.
- [7] 公艳. 鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果观察[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(24):56.
- [8] Franceschi AT, da Cunha M L. Adverse Events Related to the Use of Central Venous Catheters in Hospitalized Newborns[J]. Rev Lat Am Enfermagem, 2010, 18(2):196-202.
- [9] 李宏轩, 丰荣, 张蕊. PICC 置管术后机械性静脉炎的原因分析及护理进展[J]. 护理学报, 2013, 20(22):21-23.
- [10] 张李霞, 李函, 董银凤. 水胶体敷料预防早产儿 PICC 置管术后机械性静脉炎的疗效观察[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(23):110-111.
- [11] 姜莎莎, 郑雪坚, 李仙梅. 湿盐水联合喜辽妥预防极低出生体重早产儿 PICC 置管后机械性静脉炎的作用[J]. 中国实用医药, 2021, 16(28):8-11.
- [12] 张洪波, 周丽娜. PICC 置管时机对血液病患者静脉炎的影响[J]. 中国医药科学, 2018, 8(01):230-232, 240.
- [13] 张玉丹. 水胶体敷料预防肿瘤患者 PICC 相关机械性

重力喂养联合非营养性吸吮应用于早产儿的效果观察

闻晓春 刘永戌 陶怡 聂玲

【摘要】目的 探究重力喂养联合非营养性吸吮干预对早产儿胃肠功能、生长发育的影响。**方法** 选取2020年3—10月医院新生儿重症监护室收治的早产儿108例,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54例。对照组实施常规喂养干预,观察组实施重力喂养联合非营养性吸吮干预。比较两组早产儿的喂养情况、喂养困难事件发生率、生长发育情况及胃肠道功能指标。**结果** 观察组干预后胃管留置时间、出生体重恢复正常时间、全胃肠营养时间、住院时间均短于对照组($P<0.05$);观察组干预后喂养困难事件发生率低于对照组($P<0.05$);观察组干预后胃肠道功能指标优于对照组($P<0.05$);观察组干预后身长增长速度、头围增长速度、体质量增长速度均优于对照组($P<0.05$)。**结论** 重力喂养与非营养性吸吮联合应用能够改善早产儿的喂养情况,减少喂养过程中喂养困难事件的发生,同时还能够改善其胃肠道功能,促进早产儿生长发育。

【关键词】 重力喂养;非营养性吸吮;早产儿;喂养困难;生长发育;胃肠道功能

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.009



本文作者: 闻晓春

Effect observation of gravity feeding combined with non-nutritive sucking in premature infants WEN Xiaochun, LIU Yongxu, TAO Yi, NIE Ling (Suzhou Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Suzhou, 215000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of gravity feeding combined with non-nutritive sucking intervention on gastrointestinal function, growth and development of premature infants. **Methods** A total of 108 premature infants admitted to the neonatal intensive care unit of hospital from March to October 2020 were selected and divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic data between groups, with 54 cases in each group. The control group was given routine feeding intervention, while the observation group was given gravity feeding combined with non-nutritive sucking intervention. The feeding situation, incidence of feeding difficulties, growth and development and gastrointestinal function indexes of premature infants were compared between the two groups. **Results** After intervention, the time of gastric tube indwelling, the time for birth weight to return to normal, the time for total gastrointestinal nutrition, and

基金项目: 苏州市“科教兴卫”青年科技项目(编号: KJXW2018029)

作者单位: 215000 江苏省苏州市, 南京医科大学附属苏州医院(苏州市立医院)新生儿科

通信作者: 刘永戌, 本科, 副主任护师, 护士长

静脉炎的效果[J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16(2): 166-168, 172.

[14] 段小凤. 预防早产儿PICC置管所致机械性静脉炎的循证研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2020.

[15] 余婷玉, 容锐勤, 钟妮, 等. PICC应用于新生儿的护理新进展[J]. 全科护理, 2020, 18(5): 536-539.

[16] 张婧晶, 段小凤, 李胜玲, 等. 温盐水热敷配合送管对早产儿PICC所致机械性静脉炎及一次穿刺成功率的影响[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(11): 1040-1042.

[17] 周福霞, 刘芳, 戴淑芳, 等. 甜味剂联合非营养性吸吮在早产儿疼痛管理中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(5): 1074-1076.

[18] 李宁涛, 段小凤, 李胜玲, 等. 热敷及温盐水配合送管

对早产儿PICC机械性静脉炎的效果观察[J]. 全科护理, 2019, 17(25): 3085-3087.

[19] 林小兰, 劳霞, 陈梅. 鸟巢式护理对早产儿生长及相关并发症的影响[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2020, 32(1): 86-88.

[20] 李瑞丹, 石彩晓, 石富枝, 等. 喜辽妥对预防PICC置管患儿机械性静脉炎的作用[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(23): 115-116.

[21] 刘佳宁, 王红利, 高峰. 风险识别理念支持下预见性护理干预在PICC置管新生儿中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(2): 106-108.

[2022-02-09 收稿]

(责任编辑 陈景景)

the length of hospital stay in the observation group were shorter than those in the control group($P<0.05$). After intervention, the incidence of feeding difficulties in the observation group was lower than that in the control group($P<0.05$). After intervention, the gastrointestinal function index in the observation group was better than that in the control group($P<0.05$). The growth rate of body length, head circumference and body mass in the observation group after intervention were better than those in the control group($P<0.05$). **Conclusion** The combined application of gravity feeding and non-nutritive sucking intervention can improve the feeding situation of premature infants, reduce the occurrence of difficult feeding events during feeding, and also improve their gastrointestinal function and promote the growth and development of premature infants.

【Key words】 Gravity feeding; Non-nutritive sucking; Premature infants; Feeding difficulties; Growth and development; Gastrointestinal function

早产儿指出生胎龄 <37 周、出生体质量 <2500 g 的新生儿, 该类新生儿各个重要脏器的发育尚未成熟, 容易出现呼吸窘迫综合征、低血压及脑发育异常等, 在喂养过程中还易出现呕吐、腹胀等不良反应, 严重影响新生儿的正常生长发育^[1-2]。随着围产医学学科发展的进步, 新生儿重症监护室(NICU)收治的早产儿抢救成功率逐渐提高, 但如何给予早产儿有效喂养仍然是临床工作者重点关注的内容^[3-4]。重力喂养是将奶液倒入与早产儿胃管末端连接好的无菌容器内, 利用奶液自身的重力沿着胃管缓慢流进早产儿的胃中, 该喂养方式能够有效减轻早产儿胃肠的负担。非营养性吸吮干预通过给早产儿吸吮奶嘴, 刺激其口腔黏膜的感觉神经, 训练并强化早产儿的吸吮动作, 提高吸吮、吞咽等动作的协调能力^[5-6]。本研究将重力喂养联合非营养性吸吮干预应用于早产儿中, 并分析其对胃肠道功能及生长发育的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 3—10 月我院 NICU 收治的早产儿 108 例为研究对象, 纳入条件: 均符合早产儿临床诊断标准^[7]; 需经间断口胃管喂养。排除条件: 存在先天性心脏病、消化道先天性疾病或感染性疾病; 需要呼吸机辅助支持。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 54 例。对照组中男 30 例, 女 24 例; 胎龄 30~36 周, 平均胎龄 33.25 ± 1.72 周; 出生体质量 1001~2500 g, 平均出生体质量 2028.54 ± 100.57 g; 出生身长 39~47 cm, 平均出生身长 42.71 ± 2.10 cm; 出生头围 25~32 cm, 平均出生头围 30.05 ± 1.57 cm。观察组中男 31 例, 女 23 例; 胎龄 30~36 周, 平均胎龄 33.04 ± 1.84 周; 出生体质量 1055~2420 g, 平均出生体质量 2021.85 ± 100.99 g; 出生身长 38~47 cm, 平均出生

身长 41.90 ± 2.22 cm; 出生头围 24~32 cm, 平均出生头围 30.24 ± 1.61 cm。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 喂养方法

两组早产儿均给予配方奶粉, 配置温度在 $38\sim40^{\circ}\text{C}$, 早产儿出生后根据其不同早产程度给予静脉营养, 在早产儿肠内营养达到 $418\text{ kJ}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 后停止静脉营养。

1.2.1 对照组 给予常规喂养方式, 利用注射器抽取每次喂养奶量, 连接好注射器和胃管, 向早产儿胃管内注入, 每隔 2~3 h 喂养 1 次。

1.2.2 观察组 给予重力喂养联合非营养性吸吮干预, 具体内容如下。

(1) 重力喂养: 给予早产儿重力喂养口饲法, 喂养前评估早产儿基本情况, 喂养时先将注射器与胃管一端相连, 回抽以明确是否存在胃潴留, 再将注射器与胃管断开, 若早产儿消化较好, 按照奶量选择适合型号的注射器, 连接好胃管和重新选择的注射器, 将奶液倒入注射器中, 保持注射器与早产儿嘴唇垂直, 且在早产儿嘴唇上方 15 cm, 喂养期间禁止暴力加压, 每 2~3 h 喂养 1 次。体质量在 $1.0\sim1.5\text{ kg}$ 的早产儿每次喂养 5 ml, 每 2 h 喂养 1 次, 随后每日增加 1~2 ml; 体质量在 1.5 kg 以上的早产儿每次喂养 10 ml, 每 2 h 喂养 1 次, 随后每日增加 2~4 ml, 最大为 $20\text{ ml}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。重力喂养结束后, 给予早产儿俯卧位, 采用专业卧垫将其头部抬高 15° , 该姿势维持 1 h。每日定时称体质量, 记录结果, 根据体质量及时补充早产儿缺失的营养。喂养期间监测早产儿耐受情况, 观察其是否存在呕吐、腹泻等情况, 每日定时测量早产儿腹围, 注意观察胃管的位置及早产儿胃内抽吸物的情况。

(2) 非营养性吸吮干预: 每次喂养前后给予早产儿一次性奶嘴进行刺激性吸吮, 在奶嘴顶端放置无菌棉球, 每 2~3 h 给予早产儿吸吮 1 次, 每次

3~5 min, 具体时间视早产儿吸吮能力而定; 对于吸吮能力较差的早产儿, 每次吸吮时间至少为 3 min, 直至早产儿能够经口正常喂养为止。

(3) 置口饲管维护: 喂养过程中医护人员严格遵循相关操作规则。喂养前, 使用空心注射器回抽, 观察早产儿的胃潴留情况, 并做好相关记录; 若早产儿胃内残余奶量 > 喂养奶量的 1/3, 应及时告知医生, 根据医嘱采取相应处理方案; 若喂养时奶液流速变缓或流通不畅, 立即停止喂养, 检查胃管、注射器, 禁止出现暴力推压行为; 口饲喂养期间注意早产儿的口腔健康, 每日定时清理, 确保口腔内环境清洁。

1.3 观察指标

(1) 喂养指标: 包括胃管留置时间、出生体质量恢复正常时间(早产儿体质量恢复至 2500 g 的时间)、全胃肠营养时间及住院时间, 观察并记录两组早产儿以上喂养指标的情况。

(2) 喂养困难事件: 包括呕吐、腹胀、胃潴留及呼吸暂停, 观察并记录两组早产儿以上喂养困难事件的发生情况^[8]。

(3) 胃肠道功能指标: 包括每日排便次数、

每日排便量、胎便排尽时间及潴留量, 观察并记录两组早产儿以上胃肠道功能指标的情况。

(4) 生长发育: 包括身长增长速度、头围增长速度及体质量增长速度, 其中身长增长速度 = (出院时身长 - 出生时身长) / 住院周数, 头围增长速度 = (出院时头围 - 出生时头围) / 住院周数, 体质量增长速度 = (出院时体质量 - 出生时体质量) / 住院天数, 观察并记录两组早产儿以上生长发育指标的情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件处理数据, 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验; 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿喂养情况比较

观察组干预后胃管留置时间、出生体质量恢复正常时间、全胃肠营养时间及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组早产儿喂养情况比较 (d)

组别	例数	胃管留置时间	出生体质量恢复正常时间	全胃肠营养时间	住院时间
对照组	54	6.54 ± 0.82	9.15 ± 1.21	13.99 ± 2.30	15.96 ± 2.35
观察组	54	4.70 ± 0.61	6.04 ± 0.87	9.42 ± 1.34	11.84 ± 1.49
t 值		13.230	15.335	12.616	10.881
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组早产儿喂养困难事件发生率比较

观察组干预后喂养困难事件发生率低于对照

组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组早产儿喂养困难事件发生率比较

组别	例数	呕吐	腹胀	胃潴留	呼吸暂停	总发生例数	发生率 (%)
对照组	54	6	8	6	5	25	46.30
观察组	54	4	3	3	1	11	20.37

$\chi^2 = 8.167$, $P = 0.004$ 。

2.3 两组早产儿胃肠道功能指标比较

观察组干预后每日排便次数、每日排便量均高于对照组, 胎便排尽时间短于对照组, 潴留量低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组早产儿生长发育情况比较

观察组干预后身长增长速度、头围增长速度及体质量增长速度均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 3 两组早产儿胃肠道功能指标比较

组别	例数	每日排便次数（次）	每日排便量（g）	胎便排尽时间（d）	潴留量 [ml/（kg·d）]
对照组	54	2.72 ± 0.68	7.94 ± 2.01	6.80 ± 1.71	2.14 ± 0.34
观察组	54	3.30 ± 0.83	10.46 ± 2.70	5.07 ± 1.27	1.68 ± 0.34
t 值		3.972	5.502	5.968	7.030
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 两组早产儿生长发育情况比较

组别	例数	身长增长速度（cm/周）	头围增长速度（cm/周）	体质量增长速度（g/d）
对照组	54	0.64 ± 0.25	0.50 ± 0.21	12.21 ± 2.10
观察组	54	0.93 ± 0.29	0.68 ± 0.23	15.63 ± 2.28
t 值		5.566	4.247	8.108
P 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

早产儿由于胎龄较小，导致其吸吮、吞咽、消化等生理功能低下，短时间内难以有效适应外界环境，易出现呕吐、腹胀以及胃潴留等喂养困难事件，而喂养困难会给早产儿的生长发育带来极其不利的影响^[9-10]。在我国出生体质量低、胎龄小是导致早产儿出现喂养困难事件的主要因素之一。胃肠道平滑肌成熟度与早产儿出生体质量及胎龄呈正相关，胃肠激素水平越低，且吸吮能力、吞咽功能越低则其喂养困难发生率越高。此外，早产儿胃容量比正常新生儿的小，进一步增加喂养难度^[11]。部分不能自主进食的患者常选择鼻饲喂养，该方式虽然能够有效解决吸吮困难的问题，但鼻饲喂养不属于自然生理过程，注入过多容易在短时间内增加患者的肠腔壁压力，而早产儿胃肠功能较差，鼻饲喂养对其胃黏膜的刺激更强烈，会进一步加重其喂养困难程度，严重影响早产儿的生长发育^[12-13]。因此，需给予早产儿有效喂养方式，减轻胃肠负担，以促进其生长发育，减轻早产儿监护人的负担^[14]。

本研究结果显示，观察组干预后胃管留置时间、出生体质量恢复正常时间、全胃肠营养时间、住院时间均短于对照组，说明重力喂养联合非营养性吸吮干预可改善早产儿的喂养情况，原因为重力喂养能够充分利用给予早产儿喂养的奶液自身重力，逐渐缓慢注入其胃内，从而在一定程度上减少喂养时

对早产儿的胃肠负担，在重力作用下注入奶汁的速度不会过快，不会对其膈肌的呼吸运动产生影响，进而减少早产儿的胃管留置时间，促使其尽快恢复体质量^[15-16]。此外，该喂养方式能够促进早产儿胃肠的成熟，提高其喂养耐受率。本研究结果显示，观察组干预后喂养困难事件发生率低于对照组，表明重力喂养联合非营养性吸吮干预可降低早产儿的喂养困难事件发生率，原因为重力喂养能够有效减轻奶汁对早产儿带来的胃肠负担，减轻对其胃肠的刺激，同时还能够为胃肠正常蠕动创造有利条件，促进消化与吸收^[17]。而借助奶嘴使早产儿进行非营养性吸吮，可刺激其胃动素、胃酸等物质的分泌，促进机体胃肠动力黏膜的生长，进而逐渐减少喂养困难事件发生^[18]。此外，在实施重力喂养后给予早产儿俯卧位，该体位能帮助预防胃食管反流及误吸，而将早产儿头部抬高 15°，可使膈肌受胃内容物压力更小，增大早产儿的肺容量，有效促进肺内血液循环，从而降低喂养过程中呼吸暂停的发生风险；俯卧位下早产儿活动量更小，能量消耗更少，同时因为早产儿肌肉活动能力较弱，因此难以自主转动头部，该体位下可有效避免其头部位置的频繁更换，保证其呼吸道通畅，有效降低呼吸暂停、窒息的风险。本研究结果显示，观察组干预后每日排便次数、每日排便量均高于对照组，胎便排尽时间短于对照组，潴留量低于对照组，提示重力喂养联合非营养性吸吮干预可改善早产儿的胃肠道功能指

标, 因为在给予早产儿重力喂养前, 先给予其非营养性吸吮, 刺激口腔感觉神经末梢, 促使其迷走神经兴奋, 从而调节早产儿胃肠道内胃动素、胃酸及胃泌素等因子的分泌, 更有助于胃肠黏膜、胃肠道的发育, 改善早产儿的胃肠道功能^[19]。本研究结果显示, 观察组干预后身长、头围、体质量增长速度均优于对照组, 表示重力喂养联合非营养性吸吮干预可促进早产儿的生长发育, 因为在干预过程中, 医护人员每日定时对早产儿进行称重, 及时了解其发育情况, 并且根据体质量及时给早产儿补充营养, 维持机体代谢稳定性, 从而逐步促进其生长发育^[20-21]。此外, 重力喂养通过模拟真正的经口进食, 刺激早产儿的中枢神经系统, 促进胃液分泌, 非营养性吸吮干预能够让早产儿练习吸吮动作, 使其建立良好、协调的吞咽动作, 逐渐改善喂养困难情况。且俯卧位下早产儿躯体紧贴于床面可有效提升其安全感及睡眠质量, 最终可帮助其尽早实现完全肠道喂养, 加快机体生长发育。

综上所述, 给予早产儿重力喂养联合非营养性吸吮干预, 能够缩短其胃管留置时间、出生体质量恢复正常时间、全胃肠营养时间及住院时间, 有效降低喂养困难事件发生率, 促进早产儿的生长发育。

4 参考文献

- [1] 胡家杰, 李梅, 温尊甲, 等. 重力喂养联合多感官干预在极低出生体重儿生长发育中的应用 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(19): 1795-1799.
- [2] Zahra K, Talieh Z, Farin S, et al. The effect of non-nutritive sucking and maternal milk odor on the independent oral feeding in preterm infants [J]. Iran J Child Neurol, 2018, 12(4): 55-64.
- [3] 李雪梅, 蒋静, 吴艳, 等. 不同开奶配方应用于极低出生体重儿的临床研究 [J]. 中国当代儿科杂志, 2019, 21(8): 777-782.
- [4] 李帅, 沈俊军, 周薇薇, 等. 非营养性吸吮对持续喂养早产儿生长发育和行为状态的影响 [J]. 安徽医学, 2019, 40(7): 768-770.
- [5] 顾利燕. 重力喂养联合非营养性吸吮对早产低出生体重儿喂养不耐受及生长发育的影响 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(23): 2143-2145.
- [6] 赵美林, 郭华贤, 袁二伟, 等. 早期微量喂养联合静脉营养与胃肠营养在早产低出生体重儿中的应用效果比较 [J]. 中国食物与营养, 2018, 24(6): 57-60.
- [7] 马陆腾, 李亚玲. 非营养性吸吮联合母亲声音刺激干预在早产儿喂养中的应用效果研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(12): 929-932.
- [8] 丁国芳. 早产儿支气管肺发育不良面临的营养挑战 [J]. 中国实用儿科杂志, 2020, 35(2): 104-107.
- [9] 李敏敏, 司在霞, 刘进, 等. 早产儿喂养不耐受预防及管理的最佳证据总结 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55(8): 1163-1168.
- [10] Hsiang-Yun L, Luke Y, Kao-Hsian H, et al. Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization [J]. Res Nurs Health, 2018, 41(3): 281-291.
- [11] Walsh V, Brown JVE, Copperthwaite BR, et al. Early full enteral feeding for preterm or low birth weight infants [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 12(12): CD013542.
- [12] 李蕊, 王晶, 韩志英, 等. IPAT 在 NICU 低出生体重早产儿发育支持中的应用效果 [J]. 护理研究, 2020, 34(5): 875-877.
- [13] 胥焕, 杨春燕, 许平. 出生体重 <1 500 g 早产儿静脉营养疗效及并发症观察 [J]. 中华危重病急救医学, 2019, 31(11): 1395-1400.
- [14] 李育梅, 潘迎洁, 陈赢赢, 等. 超低出生体重早产儿机械通气早期口腔滴注初乳的效果研究 [J]. 中华护理杂志, 2020, 55(6): 884-888.
- [15] 张德碧, 杜逸亭, 韩雪梅, 等. 早期胃肠外营养对早产儿低出生体重儿出院后生长发育的影响 [J]. 标记免疫分析与临床, 2019, 26(3): 511-515.
- [16] 沈理笑. 早产低出生体重儿常见的生长发育问题及处理 [J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(10): 830-833.
- [17] 欧阳夏, 杨长仪, 修文龙, 等. 早期口腔初乳涂抹对极低出生体重早产儿的免疫保护作用: 前瞻性随机安慰剂对照试验 [J]. 中华围产医学杂志, 2020, 23(12): 809-816.
- [18] Steven LF, Pablo L, Geoffrey AP, et al. Improved feeding tolerance and growth are linked to increased gut microbial community diversity in very-low-birth-weight infants fed mother's own milk compared with donor breast milk [J]. Am J Clin Nutr, 2019, 109(4): 1088-1097.
- [19] 朱红丹, 蒋叶均. 母乳喂养质量改进项目对极低出生体重儿母乳喂养的促进作用 [J]. 中华围产医学杂志, 2019, 22(9): 637-640.
- [20] 彭东风, 仇宁, 范莉莉. 非营养性吸吮联合口腔按摩刺激对早产儿经口喂养效果的系统评价 [J]. 安徽医学, 2018, 39(11): 1363-1366.
- [21] 穆娟, 苗治晶, 张悦, 等. 孕期个体化膳食营养干预对孕妇膳食营养摄入状况和母婴结局的影响 [J]. 中国计划生育学杂志, 2019, 27(11): 1502-1505.

[2021-12-21 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

非营养性吸吮联合口腔按摩护理对极低出生体重早产儿喂养效果及生长发育的影响

谢春花 陈倩 茹影雪

【摘要】目的 探讨非营养性吸吮联合口腔按摩护理在极低出生体重早产儿中的应用效果。**方法** 按照组间基本资料具有可比性的原则将2019年10月—2021年10月医院收治的极低出生体重早产儿92例分为对照组和观察组,各46例,对照组接受常规护理,观察组在对照组基础上采取非营养性吸吮+口腔按摩护理。比较两组早产儿喂养效果、生长发育情况、喂养不耐受发生率和家长满意度。**结果** 干预前,两组早产儿生长发育情况比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组干预后体质量高于对照组,头围、身长长于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组早产儿胃管留置时间、全胃肠营养时间和住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组早产儿喂养不耐受发生率(4.35%)低于对照组(21.74%),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组家长满意度中操作技术、沟通态度、喂养方式、喂养效果、护理安全评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 非营养性吸吮联合口腔按摩护理能够提升极低出生体重早产儿喂养效果,降低喂养不耐受发生率,有助于早产儿生长发育,促进家长满意度提升。

【关键词】 极低出生体重早产儿;非营养性吸吮;口腔按摩护理;喂养效果;生长发育

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.010



本文作者:谢春花

Effects of non-nutritive sucking combined with oral massage nursing on feeding effect and growth and development of very low birth weight premature infants XIE Chunhua, CHEN Qian, RU Yingxue (The Second Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang, 524000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of non-nutritive sucking combined with oral massage nursing in very low birth weight premature infants. **Methods** According to the principle of comparability of basic data between groups, 92 very low birth weight premature infants admitted to the hospital from October 2019 to October 2021 were divided into a control group and an observation group, with 46 cases in each group. The control group received routine nursing, and the observation group received non-nutritive sucking + oral massage nursing on the basis of the control group. The feeding effect, growth and development, incidence of feeding intolerance and parental satisfaction were compared between the two groups of premature infants. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the growth and development of premature infants between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the body mass of the observation group was higher than that of the control group, the head circumference and body length were longer than those of the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The gastric tube indwelling time, total gastrointestinal nutrition time and hospitalization time of premature infants in the observation group were shorter than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The incidence of feeding intolerance in the observation group(4.35%) was lower than that in the control group(21.74%), and the difference was statistically significant($P<0.05$). The scores of operation skills, communication attitudes, feeding methods, feeding effects and nursing safety scores of parents in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of non-nutritive sucking combined with oral massage nursing can improve the feeding effect of very low birth weight premature infants, reduce the incidence of feeding intolerance, help the growth and development of premature infants, and improve parental satisfaction.

【Key words】 Very low birth weight premature infants; Non-nutritive sucking; Oral massage nursing; Feeding effect; Growth and development

基金项目:湛江市科技计划项目(编号:2020B01176)

作者单位:524000 广东省湛江市,广东医科大学附属第二医院

极低出生体重早产儿是指出生体质量 $<1500\text{g}$ 的早产儿,各器官发育不成熟,适应外界能力较弱,易发生各种并发症^[1-2]。早产儿对营养需求量较高,需给予足够的热量供体格发育,但其吸吮、消化、吞咽功能低下,易出现腹胀、呕吐等喂养不耐受情况,不利于正常生长发育。非营养性吸吮是临床常用辅助喂养方法,借助奶嘴对口腔黏膜感觉神经进行刺激,可促进吸吮反射成熟,增强早产儿吞咽协调能力^[3-4]。口腔按摩护理可提高口腔力量和动作,降低口腔肌肉的高敏感性^[5]。鉴于此,本研究将极低出生体重早产儿 92 例作为研究对象,旨在探讨在极低出生体重早产儿中采取非营养性吸吮联合口腔按摩护理的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 10 月—2021 年 10 月我院收治的极低出生体重早产儿 92 例为研究对象,纳入条件:胎龄 <32 周,出生体质量 $<1500\text{g}$;生命体征稳定;早产儿家属自愿参与本研究。排除条件:合并神经系统疾病;病案资料不全。按照组间基本资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,每组 46 例。观察组中女 22 例,男 24 例;胎龄 26~30 周,平均 28.14 ± 0.35 周;出生体质量 900~1359 g,平均 $1200.48 \pm 25.78\text{g}$;家长文化程度:小学 10 名,初中 12 名,高中及中专 11 名,大专及以上 13 名。对照组中女 21 例,男 25 例;胎龄 26~31 周,平均 28.18 ± 0.37 周;出生体质量 900~1365 g,平均 $1200.45 \pm 25.72\text{g}$;家长文化程度:小学 9 名,初中 13 名,高中及中专 12 名,大专及以上 12 名。两组早产儿及家长一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采取常规护理。严密观察早产儿生命体征变化,发现异常立即汇报医生对症处理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施非营养性吸吮+口腔按摩护理,具体内容如下。

(1) 非营养性吸吮:每次喂养前 30 min,将消毒后的奶嘴予以早产儿进行刺激性吸吮,每次 5 min,每天 3 次,直至能经口喂养为止。

(2) 口腔按摩护理:①口周按摩。从耳垂按摩至嘴角,刺激两侧脸部肌肉,持续按摩 2 min;从鼻底中央按摩至上嘴唇中央,持续按摩 1 min;下嘴唇采用同样方法持续按摩 1 min,用力触摸上嘴唇中部—左唇缝—下嘴唇中部—右唇缝,持续按

摩 2 min,注意手法轻柔、力度适中。②口腔内按摩。将一根手指放于早产儿牙龈外围,缓慢轻柔按摩至牙龈外侧 2 圈,按摩时间 30 s。③舌中部伸展。一根手指放在早产儿舌苔上,轻柔按摩上颚 3 s 左右,之后反转手指轻轻按压舌苔 3 s,重复上述动作,持续按摩时间 30 s;将一根手指放于舌根部,轻推舌部至中位线,之后手指缓慢移动至两侧脸颊,持续按摩 15 s。④诱导吸吮。将一根手指放入口中轻微颤动,持续按摩 15 s。

1.3 观察指标

比较两组早产儿喂养效果、生长发育情况、喂养不耐受情况和家长满意度。

(1) 喂养效果:记录两组早产儿胃管留置时间、全胃肠营养时间和住院时间。

(2) 生长发育:干预前后测量并记录两组早产儿生长发育指标,包括头围、身长和体质量。

(3) 喂养不耐受:统计两组早产儿喂养不耐受发生率,包括腹胀、呕吐、胃潴留等。

(4) 家长满意度:发放本院自行编制的家长满意度调查表调查家长的护理满意度,该调查表内容包括喂养效果、喂养方式、操作技术、沟通态度、护理安全 5 个项目,向家长解释调查的目的,并指导其填写,该调查表 Cronbach's α 系数为 0.859,重测效度为 0.867,各项满分 100 分,得分越高表示家长越满意。调查表共发放 92 份,现场收回 92 份,回收有效率 100%。

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;计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组早产儿喂养效果比较

观察组早产儿胃管留置、全胃肠营养和住院时间均短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 干预前后两组早产儿生长发育情况比较

干预前,两组早产儿生长发育情况比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预后,观察组体质量高于对照组,身长、头围长于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组早产儿喂养不耐受发生率比较

观察组早产儿喂养不耐受发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组早产儿喂养效果比较 (d)				
组别	例数	胃管留置时间	全胃肠营养时间	住院时间
对照组	46	6.34 ± 0.57	14.96 ± 2.38	16.38 ± 2.47
观察组	46	4.75 ± 0.32	9.45 ± 1.53	12.08 ± 1.49
t 值		16.497	13.208	10.110
P 值		0.000	0.000	0.000

表 2 干预前后两组早产儿生长发育情况比较							
组别	例数	头围 (cm)		身长 (cm)		体质量 (g)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	46	28.06 ± 1.15	31.14 ± 1.25	39.62 ± 2.35	44.98 ± 2.89	1200.45 ± 25.72	1696.39 ± 30.56
观察组	46	28.09 ± 1.17	33.18 ± 1.27	39.65 ± 2.37	47.75 ± 3.09	1200.48 ± 25.78	1799.52 ± 30.75
t 值		0.124	7.764	0.061	4.441	0.006	16.134
P 值		0.902	0.000	0.952	0.000	0.996	0.000

表 3 两组早产儿喂养不耐受情况比较						
组别	例数	腹胀	呕吐	胃潴留	总发生例数	发生率 (%)
对照组	46	2	5	3	10	21.74
观察组	46	1	1	0	2	4.35

$\chi^2=6.133, P=0.013$ 。

2.4 两组家长满意度评分比较

观察组家长满意度中操作技术、沟通态度、喂

养方式、喂养效果等维度评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组家长满意度评分比较 (分)						
组别	人数	操作技术	沟通态度	喂养方式	喂养效果	护理安全
对照组	46	80.12 ± 2.34	80.16 ± 2.37	80.23 ± 2.46	80.26 ± 2.53	80.43 ± 3.05
观察组	46	82.96 ± 2.43	82.75 ± 2.45	82.79 ± 2.51	82.86 ± 2.65	82.97 ± 3.16
t 值		5.710	5.153	4.940	4.813	3.923
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 非营养性吸吮联合口腔按摩护理能够提高早产儿喂养效果，减少喂养不耐受发生

极低出生体重早产儿由于吞咽、吸吮能力较差，经口喂养误吸危险较高，故常采用肠外营养和管饲喂养^[6-7]。但长时间管饲易引发口腔刺激超敏反应，不利于早产儿正常生长发育^[8-9]。如何采取科学有效的喂养辅助方法以提高早产儿喂养效果成为目前亟待解决的重要问题。本研究中，观察组胃管留置、全胃肠营养以及住院时间均短于对照组；观察组喂养不耐受发生率低于对照组，表明非营养性吸吮联

合口腔按摩护理能够提高极低出生体重早产儿喂养效果，减少喂养不耐受发生。金秀珍等^[10]研究结果表明，口腔支持干预应用于极低出生体重早产儿中，能够提高早产儿喂养效果，促进其生长发育，进一步证实口腔支持干预的应用效果，与本研究结果具有一致性，可为临床治疗提供参考、借鉴。分析原因，在极低出生体重早产儿中采取非营养性吸吮，通过吸吮橡皮奶嘴，可促进胃肠动力肠黏膜发育^[11-12]。非营养性吸吮的同时采取口腔按摩护理，按摩早产儿口周、脸颊等相关组织肌肉，有助于提高其舌咽部肌群收缩力，对早产儿经口喂养起到了促进作用^[13-14]。

3.2 非营养性吸吮联合口腔按摩护理能够促进早产儿生长发育, 提高家长满意度

常规护理仅关注早产儿的病情变化, 易忽视对早产儿其他方面的护理, 导致早产儿多样化康复需求未及时满足, 难以达到理想的护理效果。口腔按摩护理通过按摩口腔内结构, 能够增强口腔感知觉, 提高口咽部肌张力和肌力^[15-16]。本研究中, 观察组干预后体质量高于对照组, 头围、身长长于对照组; 观察组家长满意度中操作技术、沟通态度、喂养方式、喂养效果、护理安全评分均高于对照组, 表明非营养性吸吮联合口腔按摩护理能够加快早产儿生长发育, 提升家长满意度。分析原因, 在极低出生体重早产儿中采取口腔按摩护理, 在舌部和上腭进行手指位移活动, 可抑制嘴的关闭反射, 有助于启动吞咽反射。对口腔内牙龈和舌根进行按摩, 可刺激唾液分泌, 有利于训练早产儿吞咽行为, 进而促进营养性吸吮, 助于早产儿的生长发育^[17-18]。非营养性吸吮、口腔按摩护理联合应用, 能有效提高早产儿吸吮的节律性, 降低喂养不耐受发生率, 有效保障早产儿安全, 改善营养状况, 从而提升家长满意度^[19-20]。

3.3 不足与展望

非营养性吸吮联合口腔按摩护理在极低出生体重早产儿中取得一定应用效果, 但本研究观察时间较短、选取样本量较少, 导致研究结果存在一定局限性, 尚需在今后研究中扩大样本量、延长观察时间进行深入研究, 以进一步探讨非营养性吸吮联合口腔按摩护理的远期应用效果。

综上所述, 非营养性吸吮联合口腔按摩护理在极低出生体重早产儿中的应用效果良好, 能够提高喂养效果, 减少喂养不耐受发生, 促进早产儿生长发育, 从而获得更高的家长满意度。

4 参考文献

- [1] 杨春燕, 申青华, 李丛, 等. 通过质量提升项目改善 NICU 极低出生体重早产儿入院低体温的临床分析 [J]. 中国儿童保健杂志, 2020, 28(11): 1263-1266.
- [2] 张德碧, 杜逸亭, 韩雪梅, 等. 早期胃肠外营养对早产儿低出生体重儿出院后生长发育的影响 [J]. 标记免疫分析与临床, 2019, 26(3): 511-515.
- [3] 黄美源, 羊玲, 王惠芳, 等. 非营养性吸吮对极低出生体重早产儿体格增长的影响分析 [J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(8): 978-981.
- [4] 龙礼英. 双歧杆菌三联活菌联合非营养性吸吮对喂养不耐受早产儿血清炎性细胞因子及胃肠激素的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(19): 4471-4474.
- [5] 高莉莉, 周雪姣, 李佳, 等. 应用初乳进行口腔按摩对早产儿经口喂养状况的影响 [J]. 上海护理, 2019, 19(6): 38-40.
- [6] 刘渝, 易明, 宁金波. NIPPV 在极早早产儿及极低出生体重儿早期呼吸管理中的应用 [J]. 中国医学创新, 2020, 17(33): 116-119.
- [7] 于丽敏, 王皖莹, 梁忠信, 等. 不同肠外营养摄入量联合肠内喂养对早产儿神经发育的影响 [J]. 宁夏医科大学学报, 2020, 42(9): 914-918.
- [8] 刘烁, 张文青. 早期强化静脉营养对早产儿生长发育和免疫功能的影响 [J]. 中国医师进修杂志, 2020, 43(10): 887-891.
- [9] 胡鹏, 张小华, 韩玉珠, 等. 母亲声音刺激联合非营养性吸吮对早产儿经口喂养的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(5): 931-934, 939.
- [10] 金秀珍, 张玉玲. 口腔支持干预提高早产儿喂养效果 [J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(5): 2361-2365.
- [11] 王静, 陈平洋, 罗开菊, 等. 母乳喂养对极/超低出生体重早产儿近期临床结局的影响 [J]. 中华围产医学杂志, 2019, 22(7): 461-466.
- [12] 胡琴燕, 秦雪兰, 曹萍, 等. 喂养延续护理对营养风险早产儿生长发育的影响 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(21): 101-104.
- [13] 李帅, 沈俊军, 周薇薇, 等. 非营养性吸吮对持续喂养早产儿生长发育和行为状态的影响 [J]. 安徽医学, 2019, 40(7): 768-770.
- [14] 顾利燕. 重力喂养联合非营养性吸吮对早产低出生体重儿喂养不耐受及生长发育的影响 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(23): 2143-2145.
- [15] 贺芳, 刘会, 曹蕾, 等. 非营养性吸吮与口服葡萄糖对早产儿足跟采血疼痛的影响 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(13): 16-18.
- [16] 李媛媛, 赵旭, 历广招, 等. 应用初乳对早产儿进行口腔护理干预效果的系统评价 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(5): 753-759.
- [17] 张竑, 王芬, 张媛媛, 等. 袋鼠式护理模式对早产儿智力发育、运动发育及神经发育情况的影响 [J]. 中国临床研究, 2019, 32(11): 1599-1601.
- [18] 瞿梦婷, 唐春, 孟红丽. 皮肤接触护理联合非营养性吸吮对早产儿静脉穿刺疼痛的影响 [J]. 广东医学, 2019, 40(9): 1322-1325.
- [19] 张伶俐, 于小靓, 田西文, 等. 综合口腔运动干预对早产儿喂养表现及并发症的影响 [J]. 中国儿童保健杂志, 2021, 29(3): 328-331.
- [20] 王燕, 崔慧敏, 李胜玲, 等. 综合口腔运动干预对早产儿喂养表现及临床结局的影响 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(3): 363-368.

[2022-02-14 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

社区老年人认知功能与衰弱的相关性

余慧珍 晏晓颖 李静芝 蔡舒

【摘要】目的 了解社区老年人认知功能和衰弱情况,找出影响其认知功能的因素,探讨认知功能与衰弱之间的相关性。**方法** 使用自行设计的人口学资料及日常生活能力问卷、简易精神状态量表、衰弱表型(FP量表),于2020年8月—2021年2月对社区老年人进行调查。共发放问卷126份,有效回收120份,问卷有效回收率为95.24%。根据数据类型和研究目的,采用Mann-Whitney U 检验、Kruskal-Wallis H 检验、多重线性回归进行统计学分析。**结果** 120例社区老年人中,存在衰弱的百分率为21.67%,具有认知障碍的老年人占20.00%。单因素分析显示,文化程度、工作性质、是否继续工作、锻炼时间、参加社区活动频率、是否衰弱是影响认知障碍的因素($P<0.05$)。多重线性回归分析结果显示,文化程度($B=0.588$)、参加社区活动频率($B=0.791$)与认知功能具有正向关联,衰弱与认知功能呈负相关($B=-6.892$)。**结论** 重视对文化程度低、参加社区活动频率低、衰弱的老年人认知功能的关注,及时给予必要的干预措施,以减少老年人因认知功能下降导致的消极影响。

【关键词】 认知功能;衰弱;老年人;影响因素;调查分析

中图分类号 R473.2 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.011

Correlation between cognitive function and frailty in community elderly YU Huizhen, YAN Xiaoying, LI Jingzhi, CAI Shu (Nursing College of Guangdong Pharmaceutical University, Guangzhou, 510310, China)

【Abstract】Objective To understand the cognitive function and frailty of the elderly in the community, find out the factors that affect their cognitive function, and explore the correlation between cognitive function and frailty. **Methods** The elderly in the community were surveyed from August 2020 to February 2021 by using self-designed demographic data and questionnaires on activities of daily living, simplified mental state scale, and frailty phenotypes(FP scale). A total of 126 questionnaires were distributed, and 120 were recovered effectively. The effective recovery rate of the questionnaire was 95.24%. According to data types and research purposes, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, and multiple linear regression were used for statistical analysis. **Results** Among the 120 elderly people in the community, the percentage of frailty was 21.67%, and the elderly with cognitive impairment accounted for 20.00%. Univariate analysis showed that the education level, nature of work, whether to continue working, time to exercise, frequency of participation in community activities, and frailty was the factors that affected cognitive impairment($P<0.05$). Multiple linear regression analysis showed that the educational level($B=0.588$) and the frequency of participating in community activities($B=0.791$) were positively correlated with cognitive function, and frailty was negatively correlated with cognitive function($B=-6.892$). **Conclusion** Attention should be paid to the cognitive function of the elderly with low educational level, low frequency of participating in community activities, and debilitated elderly, and necessary intervention measures should be given in time to reduce the negative impact of the elderly due to cognitive decline.

【Key words】 Cognitive function; Frailty; Elderly; Influencing factors; Investigation and analysis

目前,我国已经进入老龄化社会,且形势日益严峻。据国家统计局数据显示,2019年,60岁及以上人口增加439万人,65岁及以上人口增加945

万人,比重分别上升0.25和0.64个百分点^[1]。世界卫生组织(WHO)的数据显示,到2050年,中国将成为拥有全球最大高龄老年人群体的国家^[2]。随着人口老龄化进程的加剧,和年龄密切相关的疾病如阿尔茨海默病等所累及人口的绝对数字将会持续增加^[2]。和老年人有关的健康问题已成为重大的

基金项目:2021年广东省高等教育教学改革建设项目
作者单位:510310 广东省广州市,广东药科大学护理学院
通信作者:蔡舒,女,博士,副教授

公共卫生问题,积极应对人口老龄化至关重要^[1]。认知障碍症是一种以进行性认知障碍和记忆能力损害为主的中枢神经系统退行性疾病^[3],目前尚无有效的治疗方法^[4]。目前全世界痴呆症患者估计约5000万人,预计到2050年,这个数字将增加2倍^[5]。这将对社会、经济、家庭、护理者及患者的人权产生巨大的影响^[6]。老年人衰弱和认知功能相互影响,越衰弱,认知功能越差^[7]。衰弱也是老年人比较常见的症状,可以体现在多个方面,如身体、心理、社会等,每增加一个衰弱项目,患认知障碍的相关风险就会增加9%^[8],衰弱和轻度认知障碍相关^[9]。本文对老年人认知功能的影响因素及认知功能和衰弱之间的关系进行探讨,了解衰弱对老年人认知障碍的影响,分析两者之间的关系,以便找出有力的证据来制定和实施干预措施,促进老龄健康化发展。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2020年8月—2021年2月在广东药科大学附属门诊部就诊的126名老年人为调查对象。纳入条件:①年龄 ≥ 60 岁;②意识清晰,无语言障碍,能够完成问卷。排除条件:①有视听障碍者;②有严重的躯体性疾病者;③有精神疾病史者;④已被诊断为阿尔茨海默病患者;⑤拒绝调查、不能完成调查或调查不配合者。研究者对符合纳入条件的研究对象进行问卷调查后,对收集的资料进行统计学分析。

1.2 调查内容及工具

1.2.1 一般资料调查问卷 由研究者所在课题组自行设计问卷,内容包括老年人的年龄、性别、文化程度、婚姻状况、吸烟饮酒状况及睡眠、锻炼状况等基本资料。本次调查共发放126份问卷,其中有效问卷为120份,有效率为95.24%。

1.2.2 简易精神状态量表(MMSE) MMSE由Folstein等在1975年编制,具有良好的信度与效度,是目前最具影响的标准化智力状态检查工具之一,能够有效地反映受试者的智力状态及认知功能缺损程度^[10]。此量表简单易行,适用于社区老年人群认知功能状态的筛查^[11]。MMSE测量的项目有时间定向、地点定向、语言即刻记忆、检查注意和计算、短程记忆、物体的命名、语言复述、阅读理解、语言理解、言语表达、图形描画。分界值与受教育程度有关,总分为30分,分界值为:文盲组17分,教育年限 ≤ 6 年组20分,教育年限 > 6 年组24分^[11]。评分参考标准:若所测结果低于分界值,可认为被

测者存在认知障碍。

1.2.3 衰弱表型(FP) 该量表由Fried等^[12]学者于2001年基于“衰弱循环”理论模型的基础上发展得到的。包括不明原因体重下降、自评疲乏、肌力减弱、行走速度减慢、躯体活动量下降。调查对象每符合一项内容计1分,总分5分,分数越高,老年人的衰弱越严重。衰弱的界定:总分3~5分为衰弱,0~2分为无衰弱。该量表多用于社区老年人,已在国内得到广泛应用,信效度良好^[13]。

1.3 统计学方法

应用SPSS 26.0统计学软件对数据进行处理。计数资料以频数、百分率描述,计量资料呈非正态分布,以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用Mann-Whitney U 检验、Kruskal-Wallis H 检验。选取单因素分析有统计学意义的相关因素为自变量,MMSE总分为因变量,应用多重线性回归分析方法进行分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 社区老年人认知功能及衰弱状况

本次调查显示,有认知障碍的老年人占比20.00%,非衰弱的老年人占比78.33%,存在衰弱的老年人占比21.67%。

2.2 衰弱组与非衰弱组社区老年人的认知功能状况比较

衰弱组社区老年人总体认知功能评分低于非衰弱组的老年人($Z=-6.176, P=0.000$)。除此之外,衰弱组社区老年人在认知功能的各个维度:定向力、记忆力、注意力和计算力、回忆能力和语言能力,得分均低于非衰弱组老年人,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.3 影响社区老年人认知功能的单因素分析

将MMSE得分作为因变量,老年人的社会人口学资料和日常生活习惯中的项目作为自变量,采用Mann-Whitney U 检验、Kruskal-Wallis H 检验方法分析影响社区老年人认知功能情况的因素,结果显示,文化程度、工作性质、是否继续工作、锻炼时间、参加社区活动频率、是否衰弱是影响认知功能的因素($P<0.05$)。见表2。

2.4 老年人MMSE得分的多重线性回归分析

以MMSE总分为因变量,纳入单因素分析中具有统计学意义的变量作为自变量,采用多重线性回归分析进一步探讨影响社区老年人认知功能的因素。分类变量的赋值情况见表3。回归分析结果显示,在控制混杂因素后,文化程度、参加社区活动

频率、是否衰弱影响老年人的认知功能。文化程度知功能具有正向关联，而衰弱与认知功能呈负相关（ $B=0.588$ ）、参加社区活动频率（ $B=0.791$ ）与认（ $B=-6.892$ ）。见表 4。

表 1 非衰弱组和衰弱组认知功能得分比较（分）

组别	人数	MMSE 总分	定向力	记忆力
非衰弱组	94	27.00（25.00,28.25）	10.00（9.00,10.00）	3.00（3.00,3.00）
衰弱组	26	18.50（15.50,24.00）	9.00（6.75,9.00）	2.50（1.75,3.00）
Z 值		-6.176	-5.791	-4.271
P 值		0.000	0.000	0.000

组别	人数	注意力和计算力	回忆能力	语言能力
非衰弱组	94	4.00（3.00,5.00）	2.00（2.00,3.00）	8.00（7.00,9.00）
衰弱组	26	2.00（1.00,3.25）	1.00（0.00,2.25）	6.00（3.00,7.25）
Z 值		-4.659	-3.591	-5.637
P 值		0.000	0.000	0.000

表 2 不同特征社区老年人认知功能的单因素分析

分析因素	类别	人数	M（P ₂₅ , P ₇₅ ）	H 值	P 值
性别	男	58	27.00（24.00,28.00）	-0.771*	0.441
	女	62	26.00（23.00,28.00）		
年龄（岁）	≤65	34	27.00（25.00,28.25）	-1.283*	0.200
	>65	86	26.00（23.00,28.00）		
BMI	<18.5	4	16.50（9.00,26.25）	6.839	0.077
	18.5~	59	27.00（25.00,29.00）		
	24~	42	26.00（24.00,27.25）		
	28~	15	26.00（20.00,28.00）		
文化程度	文盲	7	18.00（14.00,28.00）	14.852	0.005
	小学	21	25.00（22.50,27.00）		
	初中	21	25.00（20.50,27.50）		
	高中 / 中专	43	27.00（26.00,29.00）		
工作性质	大专 / 大学	28	27.00（25.00,28.00）	6.087	0.048
	体力劳动	57	26.00（21.50,27.00）		
	脑力劳动	27	27.00（25.00,29.00）		
是否继续工作	体力和脑力都有	36	27.00（24.25,28.00）	-2.228*	0.026
	是	6	29.00（26.25,30.00）		
	否	114	26.00（24.00,28.00）		
吸烟状况	经常吸烟	14	27.00（24.75,28.25）	1.109	0.775
	偶尔吸烟	2	26.50（26.00,-）		
	已戒烟	18	26.00（22.75,28.00）		
	从不吸烟	86	26.00（24.00,28.00）		
饮酒状况	经常喝酒	3	25.00（24.00,-）	0.149	0.985
	偶尔喝酒	25	27.00（24.50,28.00）		
	已戒酒	10	26.00（22.75,27.50）		
	从不喝酒	82	26.00（23.75,28.00）		

续表

分析因素	类别	人数	$M(P_{25}, P_{75})$	H 值	P 值
睡眠时间 (h)	<4	7	25.00 (19.00,26.00)	4.327	0.228
	4~	32	27.00 (24.00,29.00)		
	6~	63	26.00 (24.00,28.00)		
	8~	18	26.00 (23.00,27.25)		
锻炼时间 (h)	不锻炼	24	26.00 (24.00,28.00)	13.185	0.022
	<0.5	28	24.50 (21.25,26.75)		
	0.5~	43	27.00 (24.00,29.00)		
	1~	10	28.00 (26.00,28.00)		
	1.5~	8	28.00 (20.00,29.00)		
	2~	7	26.00 (25.00,29.00)		
锻炼频率 (次/周)	不锻炼	24	26.00 (24.00,28.00)	0.546	0.909
	1~	18	25.50 (21.75,28.25)		
	3~	17	27.00 (17.50,28.50)		
	5~	61	26.00 (24.50,28.00)		
阅读 (报纸、杂志等) 频率 (次/周)	无阅读	45	26.00 (22.00,27.00)	5.136	0.162
	1~	19	26.00 (23.00,29.00)		
	3~	11	26.00 (23.00,30.00)		
	5~	45	27.00 (25.00,28.00)		
参加社区活动频率 (次/周)	不参加	76	26.00 (22.00,28.00)	8.891	0.031
	1~	30	27.00 (25.75,29.00)		
	4~	10	26.00 (22.75,28.50)		
	7~	4	26.00 (22.75,27.00)		
是否衰弱	是	26	18.50 (15.50,24.00)	-6.176*	0.000
	否	94	27.00 (25.00,28.25)		

* 为 Z 值。

表 3 自变量赋值表

变量标签	赋值说明
参加社区活动频率 (次/周)	不参加 =0, 1~3 次 =1, 4~6 次 =2, 7 次以上 =3
锻炼时间	不锻炼 =0, <0.5 h=1, 0.5~1 h=2, 1~1.5 h=3, 1.5~2 h=4, >2 h=5
是否继续工作	否 =0, 是 =1
是否衰弱	否 =0, 是 =1
工作性质	体力劳动 =1, 脑力劳动 =2, 体力和脑力都有 =3
文化程度	文盲 =1, 小学 =2, 初中 =3, 高中/中专 =4, 大专/大学 =5

表 4 社区老年人认知功能的多重线性回归分析

分析因素	<i>B</i> 值	<i>SE</i> 值	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
文化程度	0.588	0.268	0.155	2.190	0.031
参加社区活动频率	0.791	0.373	0.138	2.124	0.036
是否衰弱	-6.892	0.744	-0.631	-9.261	0.000
常量	25.870	2.926	-	8.843	0.000

注： $R=0.732$ ； $R^2=0.536$ ； $R^2_{adj}=0.512$ 。

3 讨论

3.1 社区老年人认知功能的现状

本次调查中，社区内老年人存在认知障碍的百分率为 20.00%，认知障碍的筛查率为 20.00%。郑静等^[14]在养老机构中所得老年人认知障碍的筛查率为 41.3%。余婉雯等^[15]对广州老城区的老年人进行认知障碍的筛查率为 49.6%。本次研究的筛查率均低于上述两个研究结果，可能与在社区公共场所展开调查有关，也有可能和老年人越来越重视自身健康等有关。在社区公共场所的老年人，有一定的自我照顾和识别外界事物的能力。在门诊部被调查的老年人，基本上是自己到社区医院看医生、开药，有着一定的疾病知识和自我保健的能力，对其语言、空间、定向、计算、执行力等方面均有锻炼。在公园里面的老年人，多数是在公园里进行日常锻炼，或是参加广场舞、唱歌，聊天等其他类活动，其定向能力、语言能力、视空间等得以锻炼。本次调查结果多倾向认知功能正常的老年人，这也可能是本次认知障碍筛查率较低的原因。

3.2 社区老年人衰弱的现况及程度

本次调查的社区老年人存在衰弱的占 21.67%。而蔡爽等^[16]在对广州 3 个社区的老年人调查中，衰弱的筛查率为 44.9%，与石红宇等^[17]在长春养老机构调查出的衰弱筛查率相差不大（42.9%），但均高于本次调查。本次衰弱的筛查率较低可能与研究对象有关，他们有一定生活自理能力和行为能力，在思想、生活上都有自己的习惯。参与本次调查的老年人大多数身体状况较好，有的虽然存在慢性病如高血压、糖尿病等，但对疾病的控制效果较好，没有因为疾病而影响到日常生活，故身体衰弱的程度并不明显。社区工作人员要多多关注有衰弱或是有衰弱倾向的老年人，给予其相应的帮助，以减缓老年人衰弱的发生。

3.3 认知功能的影响因素分析

3.3.1 文化程度 高学历的老年人在日常生活中会保持相对活跃的社交活动^[15]，或是坚持阅读、锻

炼，或是保持较好的日常生活习惯或喜好来丰富自己的晚年生活。本调查发现，学历较低者，MMSE 得分会相对低，文化程度和 MMSE 得分呈正向相关，这和余婉雯等^[15]的调查结果相似。社区工作者可以针对老年人群开展知识讲堂，鼓励老年人参与，或提倡老年人参加老年大学的学习，以改善低学历老年人的文化水平，拓展高学历老年人的知识面，保护其认知功能。

3.3.2 工作情况 老年人从事体力劳动比从事脑力劳动更容易发生 MCI^[18]。本研究同样也发现，工作性质以及是否继续工作也是影响老年人认知障碍的因素。退休前从事脑力工作的老年人，其大脑的活动及思考能力相比体力劳动者较活跃，这在一定程度上保护了认知功能。退休后仍继续工作的老年人，则比没有继续工作的老年人多了一重保护因素。继续工作可以维持老年人的思考、语言、肢体活动等能力，以延缓其认知功能的下降。

3.3.3 锻炼时间 体育锻炼可以增强身体素质，对存在有认知障碍的老年人来说，也是有效的非药物疗法，有更强的改善认知功能的作用^[19]。本研究发现，老年人锻炼时长对认知功能存在影响，这可以说明体育锻炼能够改善老年人的认知功能。活动量越高，老年人的认知功能越好^[17]。社区工作者应多宣传老年人运动的重要性，倡导参加体育锻炼，以提高身体素质，预防和延缓认知障碍的发生。

3.3.4 参加社区活动 老年人在参加社区活动时，需要与他人进行交流互动，在一定程度上可以锻炼老年人的思考能力与语言交流能力，以保持大脑功能。本研究发现，参加社区活动是影响老年人认知功能的因素之一，且其频率与认知功能呈正相关。有学者在对南宁市的老年人调查时也发现，社区活动次数对老年人 MCI 患病率存在影响^[18]。鼓励老年人积极参加社区活动，如志愿服务、棋牌活动、唱歌跳舞等，丰富日常生活，以延缓老年人认知功能下降的进程^[15]。

3.4 老年人认知功能和衰弱的相关性分析

衰弱容易给老年人的身心健康造成损害，甚至

危害到社会生存。年龄越大,衰弱所带来的跌倒、晕厥、头痛、日常生活能力障碍等不良事件风险增加^[16]。有的老年人因为衰弱而容易罹患疾病,而有的老年人却因为疾病而衰弱,如此的恶性循环,对健康极为不利。身体衰弱和认知障碍可能会同时发生^[20]。本研究同样证实,存在衰弱的老年人,在MMSE总分以及定向力、记忆力、注意力和计算力、回忆能力、语言能力均比非衰弱的老年人低,衰弱的老年人总体认知功能均低于非衰弱的老年人。本次调查研究还显示,认知功能和衰弱之间存在负相关,与郑娟娟^[7]的研究结果一致,即老年人存在衰弱时,其认知功能也会受到影响,存在衰弱的老年人更容易发生认知障碍。因此,要重视老年人衰弱和认知功能,社区医务人员在老年人进行常规体检时,更应关注是否存在衰弱或认知功能减退的情况,并及早进行相关干预措施。

4 结论

文化程度、工作性质、是否继续工作、锻炼时间、参加社区活动频率、是否衰弱是影响老年人认知功能的因素,其中文化程度、参加社区活动频率与认知功能呈正向关。衰弱也是影响老年人认知功能的因素,且与认知功能呈负相关。应重视对文化程度低、参加社区活动频率低、衰弱的老年人认知功能的关注,及时给予必要的干预措施,以减少老年人因认知功能下降导致的消极影响。社区及相关医疗机构可组织老年人每年参加体检与相关社会活动,让老年人及其家人意识到健康管理及健康生活的重要性,并提倡老年人群养成良好的日常生活习惯。

5 参考文献

- [1] 张毅:人口总量增速放缓,城镇化水平继续提升[EB/OL].(2020-1-19)[2021-4-25].http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/202001/19/t20200119_34154542.shtml.
- [2] World Health Organization. China country assessment report on ageing and health[R].World Health Organization,2015.
- [3] 陈丽英,杜江悦,胡芳,等.老年人轻度认知障碍的综合管理[J].全科医学临床与教育,2020,18(2): 154-156.
- [4] 臧少敏.老年性痴呆的社区护理干预研究[J].护理实践与研究,2015,12(12): 20-22.

- [5] World Health Organization. Dementia[EB/OL].(2021-1-27)[2021-4-25]. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>.
- [6] World Health Organization. Dementia[EB/OL]. (2020-9-21)[2021-4-25].<https://www.who.int/news-room/facts-sheets/detail/dementia>.
- [7] 郑娟娟.老年人衰弱与认知功能相关性研究[D].乌鲁木齐市:新疆医科大学,2020.
- [8] Lee S, Wang J, Chao C, et al. Frailty is associated with a higher risk of developing delirium and cognitive impairment among patients with diabetic kidney disease: a longitudinal population-based cohort study[J].Diabet Med, 2021,38(7):e14566
- [9] 王赛男,宋玉磊,程立辉,等.轻度认知障碍与衰弱关系的研究进展[J].护理研究,2020,34(8): 1413-1415.
- [10] 周小炫,谢敏,陶静,等.简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J].中国康复医学杂志,2016,31(6): 694-696.
- [11] 梁小妞,罗剑锋,郭起浩,等.轻度认知功能障碍筛查量表研究进展[J].中国临床神经科学,2014,22(6): 704-710.
- [12] Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001,56(3): M146-M156.
- [13] 郝莹,郭欣颖.社区老年人衰弱状况与生活质量研究进展[J].实用老年医学,2021,35(1): 7-9.
- [14] 郑静,陈申,崔焱.养老机构高龄老年人轻度认知障碍现状及其影响因素[J].护理研究,2019,33(13): 2205-2208.
- [15] 余婉雯,欧阳樱君.广州市老城区长者认知状况调查报告[J].社会与公益,2019(3): 62-78.
- [16] 蔡爽,魏琳,彭雪婷,等.广州市社区老人衰弱情况与社会支持度、自我感受负担[J].中国老年学杂志,2021,41(7): 1520-1524.
- [17] 石红宇,王西鸽,袁博,等.养老机构老年人衰弱及认知功能[J].中国老年学杂志,2021,41(6): 1322-1326.
- [18] 姜沪,王晓敏,黄开勇,等.南宁市社区老年人轻度认知障碍患病现况及影响因素研究[J].中华疾病控制杂志,2019,23(3): 313-317.
- [19] 刘淼,马春,李淑玲,等.生活方式与老年轻度认知障碍的关系[J].中国老年学杂志,2021,41(3): 665-669.
- [20] 陈近近,蒋秋焕,陈超然,等.老年人认知衰弱的研究进展[J].护理研究,2020,34(4): 669-672.

[2021-10-07 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

健康素养在慢性肾脏病患者社会支持与自我管理间的中介作用

武荧荧 栾晓嵘

【摘要】目的 探讨慢性肾脏病患者社会支持、健康素养与自我管理的相关性,研究健康素养在社会支持与自我管理之间是否存在中介效应。**方法** 采用社会支持量表、慢性病患者健康素养量表及慢性肾脏病患者自我管理量表对2021年4—12月山东省济南市某三甲医院肾内科住院的282例慢性肾脏病患者进行问卷调查,采用SPSS 23.0和AMOS 23.0统计软件进行数据整理分析。**结果** 慢性肾脏病患者社会支持得分为 41.11 ± 7.40 分,健康素养得分为 107.31 ± 14.13 分,自我管理得分为 85.94 ± 11.53 分。社会支持、健康素养与自我管理均呈正相关($P < 0.01$),健康素养在慢性肾脏病患者社会支持和自我管理之间起部分中介作用,中介效应占总效应的27.17%。**结论** 医务人员应采取针对性措施增加患者的社会支持,提高患者健康素养,从而提高患者的自我管理能力。

【关键词】 慢性肾脏病;自我管理;健康素养;社会支持;中介作用

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.012

The mediating role of health literacy between social support and self-management in patients with chronic kidney disease WU Yingying, LUAN Xiaorong (Qilu Hospital of Shandong University, Jinan, 250012, China)

【Abstract】 Objective To explore the correlation between social support, health literacy and self-management in patients with chronic kidney disease, and to investigate whether there is a mediating effect of health literacy between social support and self-management. **Methods** A questionnaire survey was conducted on 282 patients with chronic kidney disease who were hospitalized in the department of nephrology of a tertiary hospital in Jinan city, Shandong province from April to December 2021 using the social support scale, the health literacy scale for patients with chronic disease and the self-management scale for patients with chronic kidney disease. SPSS 23.0 and AMOS 23.0 statistical software were used for data analysis. **Results** Chronic kidney disease patients scored 41.11 ± 7.40 points for social support, 107.31 ± 14.13 points for health literacy, and 85.94 ± 11.53 points for self-management. Social support, health literacy and self-management were all positively correlated($P < 0.01$). Health literacy played a partial mediating role between social support and self-management in patients with chronic kidney disease, and the mediating effect accounted for 27.17% of the total effect. **Conclusion** Medical staff should take targeted measures to increase patients' social support, improve patients' health literacy, and improve patients' self-management ability.

【Key words】 Chronic kidney disease; Self-management; Health literacy; Social support; Mediating effect

慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)作为持续进展性疾病,对人类生命和健康造成极大威胁,并占用了大量卫生资源,已成为全球关注的公共健康问题^[1]。近年来,慢性肾脏病的发病率不断上升,世界范围内的发病率为8%~16%^[2]。张路霞等^[3]于2012年通过多阶段分层抽样法获得中国成人样本,发现我国成人CKD患病率为10.8%,约有1.2亿成人CKD患者,但其知晓率仅有12.5%。慢性肾脏病知晓率较低、发现晚,而且有并发症多、病死

率高的特点,大部分患者初次就诊时,肾功能已经严重受损,该病又被人们称为“沉默的杀手”^[4]。随着疾病进展,患者肾功能进行性下降,可能会出现恶心、呕吐、电解质紊乱、皮肤瘙痒、水肿、心力衰竭等症状,治疗和日常护理复杂,需要患者进行严格的饮食控制,定期复查,配合治疗^[5]。因此,慢性肾脏病患者疾病自我管理尤为重要。自我管理是指个体为适应疾病症状、提升自身健康而采取的行为,包括对疾病症状、并发症的管理,病情监测,饮食控制等^[6]。良好的自我管理行为可以改善患者的不适症状、延缓疾病进展、减少医疗费用等^[7]。社会支持是指个体从社区、亲戚朋友或社会网络获

得的物质或精神上的帮助^[8]。社会支持在患者进行疾病治疗及康复的过程中,有助于促进其身心健康,提高其疾病管理能力,从而改善患者的生活质量^[9]。健康素养是指个人获取和理解基本的健康信息和服务,并运用这些信息和服务做出正确的决策,以维护、增进自身健康的能力^[10]。健康素养水平较高的人群,具有较高的自我健康管理能力,可以采取正确的健康行为^[11]。良好的社会支持,可以促进患者的健康素养水平,患者饮食控制、病情监测、疾病管理的能力也较好^[12]。基于此,本研究旨在分析慢性肾脏病患者社会支持、健康素养、自我管理之间的关系,并探讨健康素养的中介作用,为医务人员制定有效的干预措施、提高慢性肾脏病患者自我管理能力提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2021年4—12月在山东省济南市某三级甲等医院肾内科住院的慢性肾脏病患者进行调查。纳入条件:①年龄 ≥ 18 岁,符合美国K/DOQI临床指南^[13],诊断为1~5期慢性肾脏病的患者;②无认知功能障碍及语言沟通障碍者;③知情同意者,并签署知情同意书;④未接受肾脏替代治疗的患者。排除条件:①严重心肺功能不全的患者;②意识不清或存在认知和行为能力障碍的患者;③数据缺失和不完整。

选取的282例慢性肾脏病患者的年龄21~88岁,平均 52 ± 14.85 岁;男191例,女91例;婚姻状况:已婚246例,未婚/离异/丧偶36例;职业:农民106例,工人或干部71例,个体18例,离退休55例,其他32例;家庭月收入: ≤ 3000 元73例,3001~6000元139例, >6000 元70例;文化程度:大专及以上63例,高中或中专81例,初中69例,小学及以下69例;疾病分期:CKD 2期20例,CKD 3期82例,CKD 4期61例,CKD 5期119例。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查问卷 包括年龄、性别、婚姻状况、职业、家庭月收入、文化程度、疾病分期。

1.2.2 慢性肾脏病患者自我管理量表 采用于萍编制的慢性肾脏病患者自我管理量表^[14],量表的Cronbach's α 系数为0.902,该量表共31个条目,包含4个维度:饮食管理(12个条目)、治疗管理(9个条目)、躯体活动管理(5个条目)、社会心理管理(5个条目),采用Likert 4级计分方法,总分为124分,得分越高,表示患者的自我管理行

为越好。该量表将慢性肾脏病患者的自我管理水平分为3个等级,即总得分 ≤ 74 分为自我管理能力差,总得分为75~99分为自我管理能力中等,总得分 ≥ 100 分为自我管理能力良好。

1.2.3 慢性病患者健康素养量表 采用孙浩林^[15]汉化修订的慢性病患者健康素养量表,该量表的Cronbach's α 系数为0.894,该量表共有24个条目,包含4个维度:信息获取能力(9个条目)、交流互动能力(9个条目)、改善健康意愿(4个条目)、经济支持意愿(2个条目)。采用Likert 5级计分方法,总分为24~120分,分数越高,患者健康素养水平越高。得分在96分以上为健康素养良好,96分以下为健康素养缺乏。

1.2.4 社会支持量表 采用肖水源^[16]研制的社会支持评定量表,该量表的Cronbach's α 系数为0.896,量表计分方法:第1~4、8~10条为单项选择,A、B、C、D 4个选项分别记为1,2,3,4分;第5条按照5个子条目分别计分,A、B、C、D分别对应1,2,3,4分,最后把5个子条目加起来计总分;第6、7条中,“无任何来源”计0分,有来源者,则有几个来源就记几分。社会支持总分为10个条目计分之和,得分越高,社会支持度越高。总分 ≤ 22 分为低水平,23~44分为中等水平,45~66分为高水平。

1.3 调查方法

研究者得到调查对象的同意后填写知情同意书,问卷当场发放,当场回收,研究者在旁指导其完成问卷,确认数据的真实性及完整性,若有缺失、漏项,向患者进行解释,请患者完善,再次核对无误后收回。本研究共发放问卷300份,最终282份问卷纳入研究,有效回收率为94.00%。

1.4 统计学方法

应用SPSS 23.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示;慢性肾脏病患者社会支持、健康素养、自我管理的相关性采用Pearson相关分析;路径分析采用AMOS23.0统计软件进行。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 282例慢性肾脏病患者社会支持、健康素养及自我管理得分情况

慢性肾脏病患者社会支持得分为 41.11 ± 7.40 分,健康素养得分为 107.31 ± 14.13 分,自我管理得分为 85.94 ± 11.53 分,见表1。

表 1 282 例慢性肾脏病患者社会支持、健康素养及自我管理得分情况（分）

量表	参考分范围	实际得分范围	得分
社会支持总分	12~66	19~63	41.11 ± 7.40
客观支持	1~22	3~19	10.13 ± 2.75
主观支持	8~32	11~32	24.38 ± 4.76
支持的利用度	3~12	3~12	6.59 ± 1.72
健康素养总分	24~120	51~120	107.31 ± 14.13
信息获取能力	9~45	15~45	39.57 ± 7.48
交流互动能力	9~45	15~45	39.80 ± 5.75
改善健康意愿	4~20	7~20	19.33 ± 1.50
经济支持意愿	2~10	2~10	8.60 ± 1.68
自我管理总分	31~124	56~121	85.94 ± 11.53
饮食管理	12~48	20~45	31.42 ± 4.93
治疗管理	9~36	13~36	26.01 ± 4.44
躯体活动管理	5~20	8~20	14.13 ± 1.99
社会心理管理	5~20	6~20	14.37 ± 2.19

2.2 慢性肾脏病患者社会支持、健康素养与自我管理的相关性分析

社会支持与自我管理呈正相关（ $r=0.306$ ， $P<0.01$ ），社会支持与健康素养呈正相关（ $r=0.254$ ， $P<0.01$ ），健康素养与自我管理呈正相关（ $r=0.435$ ， $P<0.01$ ），见表 2。

2.3 健康素养在慢性肾脏病患者社会支持与自我管理间的中介效应分析

2.3.1 中介结构方程模型 本研究根据文献及上述分析结果构建三者关系模型，形成以社会支持为自变量、健康素养为中介变量，共同作用于自我管理的结构方程模型，见图 1，使用方差极大似然法对模型的参数进行检验，显示假设模型拟合较好：2/df=2.267，RMSEA=0.067，AGFI=0.908，IFI=0.961，GFI=0.946，NFI=0.932，CFI=0.960。

2.3.2 中介效应结果分析 采用 Bootstrap 分析方法，置信区间设定为 95%，健康素养在社会支持对自我管理的影响中发挥着间接的预测作用，其中中介效应值为 $0.278 \times 0.439=0.122$ ，间接效应在总效应所占的比例为 27.17%，即社会支持作用于自我管理的效应有 27.17% 是通过健康素养起作用的，见表 3、表 4。

表 2 慢性肾脏病患者社会支持、健康素养与自我管理的关系（ r ）

变量	社会支持	健康素养	自我管理
社会支持	1		
健康素养	0.254*	1	
自我管理	0.306*	0.435*	1

注：*表示 $P<0.01$ 。

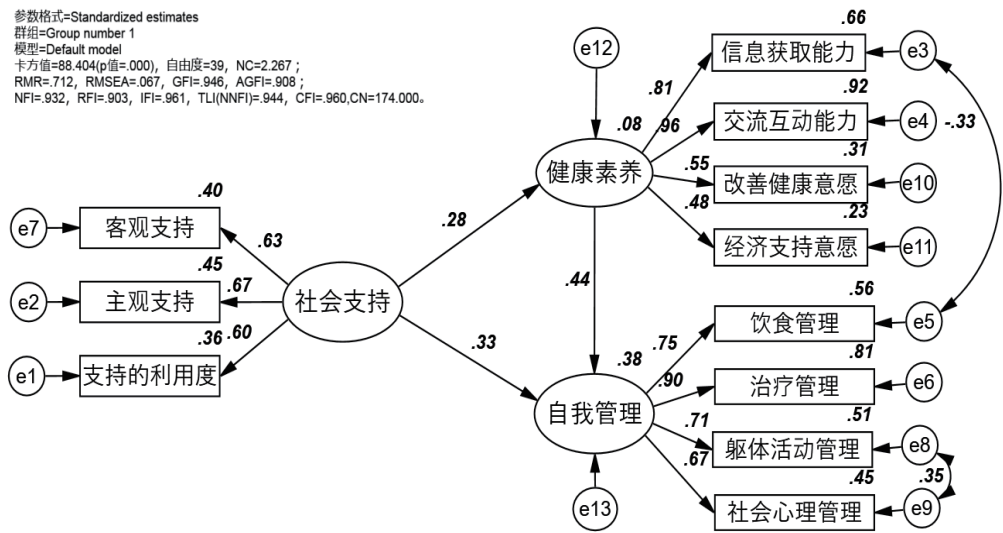


图 1 健康素养在社会支持与自我管理间的中介作用拟合模型

表3 中介效应模型路径系数

项目	非标准化路径系数	标准化路径系数	标准误	C.R.
健康素养←社会支持	0.980*	0.278*	0.281	3.491
自我管理←健康素养	0.265*	0.439*	0.041	6.387
自我管理←社会支持	0.694*	0.327*	0.168	4.12
支持的利用度←社会支持	0.598*	0.603*	0.09	6.632
主观支持←社会支持	1.830*	0.668*	0.271	6.751
信息获取能力←健康素养	1.000*	0.814*		
交流互动能力←健康素养	0.904*	0.962*	0.055	16.343
饮食管理←自我管理	1.000*	0.750*		
治疗管理←自我管理	1.081*	0.899*	0.078	13.839
客观支持←社会支持	1.000*	0.633*		
躯体活动管理←自我管理	0.386*	0.713*	0.033	11.686
社会心理管理←自我管理	0.400*	0.672*	0.037	10.945
改善健康意愿←健康素养	0.136*	0.553*	0.014	9.742
经济支持意愿←健康素养	0.131*	0.477*	0.016	8.224

注：*表示 $P < 0.001$ 。

表4 中介效应模型路径系数

路径	标准化效应	标准误	95%CI	P 值
直接效应	0.327	0.090	0.143~0.498	0.001
间接效应	0.122	0.033	0.062~0.191	0.001
总效应	0.449	0.087	0.268~0.609	0.001

3 讨论

3.1 慢性肾脏病患者自我管理、社会支持及健康素养现状

本研究中,慢性肾脏病患者自我管理得分为 85.94 ± 11.53 分,处于中等偏下水平,与于萍^[14]、孙静等^[17]的研究结果一致,说明慢性肾脏病非透析患者的自我管理水平需要进一步提高。分析原因可能为:一方面,人们普遍缺乏自我保健意识,缺少疾病自我管理的认知和技能^[14]。另一方面,目前我国的社区护理还不够完善,缺乏慢性肾脏病健康知识的普及力度,导致患者获得健康知识的途径有限,不能进行疾病的自我管理^[18]。本研究中,慢性肾脏病患者社会支持得分为 41.11 ± 7.40 分,处于中等水平,与马登艳等^[19]的研究结果相似。其中,患者的客观支持得分最低,说明患者得到的物质上的、实质性的帮助较少。提示医务人员应及时与患者及家属沟通,提高家庭支持,给予物质及精神方面的帮助,鼓励患者进行疾病自我管理,针对经济条件差的家庭,社区应给予一定的医疗照顾或优惠政策。本研究中,慢性肾脏病患者健康素养得分为 107.31 ± 14.13 分,比国内张阳等^[20]的研究结果要

高,考虑与患者疾病分期、医疗水平不断进步以及网络信息普及化有关。健康素养4个维度中得分最高的为改善健康意愿,最低的为经济支持意愿。说明慢性肾脏病患者有较强的意愿来采取健康行为,而没有足够的能力及途径来获取、应用健康知识,患者从家庭、病友、医务人员等获取健康知识的能力有待进一步提高。

3.2 慢性肾脏病患者社会支持、健康素养与自我管理的相关性

本研究发现,慢性肾脏病患者社会支持、健康素养、自我管理之间呈两两正相关,说明患者的社会支持度越高,获取健康信息的能力越好,疾病自我管理的能力越强,与司树玲^[21]的研究结果一致。首先,患者的社会支持充足,可以得到足够的物质及精神支持,能够降低自身的压力和负面情绪,疾病自我管理的积极性较高^[22]。其次,健康素养水平高的患者具有丰富的健康知识,更容易理解和接受疾病的临床特征、治疗方案、护理措施等相关知识,遵医行为较好,而且可以根据疾病情况做出正确的健康决策,疾病的自我管理能力较好^[23]。再次,社会支持较好的患者,能够得到家庭、朋友、同事的支持,获得疾病健康知识的途径较多,可以获取更

多的疾病健康知识,提高了健康素养水平^[24]。

3.3 健康素养在社会支持与自我管理间的中介作用

本研究发现,健康素养在慢性肾脏病患者社会支持对自我管理的影响中起部分中介作用,其中中介效应占总效应的27.17%,说明社会支持不仅直接作用于自我管理,也可以通过健康素养间接作用于自我管理。相关报道指出,家庭关系及社会支持较好的患者,有更充足的资源和途径,可以获得、应用更全面的健康信息,知道如何对疾病进行自我管理^[25]。而健康素养高的患者可以更好地利用家庭和社会支持,获取、理解健康知识的能力较强,能够充分认识自身的健康问题,从而更有效地利用医疗卫生资源来实现疾病的自我管理^[26]。郑春霞等^[27]研究发现,应用移动APP及微信平台为患者提供医疗支持,向患者推送疾病健康知识,明显提升了患者的自我管理能力。因此,医务人员还可以利用互联网平台,向患者及家属提供健康信息,对患者进行综合性干预,同时还要加强医患沟通,鼓励患者主动学习疾病管理知识。社区作为社会支持的重要组成部分,应加强疾病知识的宣传力度,为患者及家属提供交流的平台,开展健康知识讲座,提供健康信息获取的渠道,提高其健康素养水平,从而实现慢性肾脏病的自我管理。

4 小结

本研究对慢性肾脏病患者社会支持、健康素养及自我管理三者进行调查发现,社会支持、健康素养与自我管理呈两两正相关;社会支持及健康素养对自我管理有直接预测作用,社会支持也可以通过健康素养对自我管理起间接预测作用。因此,医务人员在制定自我管理干预措施时,应了解患者家庭、社会支持情况及获取健康信息的能力,重点关注社会支持水平低的患者,为其寻求有效的社会支持和帮助。同时,还应注意交流互动方式,采取多种形式加强健康知识宣传力度,提高患者的健康素养,从而提高其疾病自我管理能力。

5 参考文献

- [1] 吴灵萍,罗群,周芳芳,等.慢性肾脏病的流行病的状况调查[J].现代实用学,2013,25(1):119-120.
- [2] Jha V,Garcia G,Iseki K,et al.Chronic kidney disease:global dimension and perspectives[J].The Lancet,2013,382:260-272.
- [3] Zhang LX,Wang F,Wang L,et al.Prevalence of chronic kidney disease in China:a cross-sectional survey[J].Lancet,2012,379(9818):815-822.
- [4] Coresh T,Astor B C,Green T,et al.Prevalance of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult us population:third National Health and Nutrition Examination Survey[J].Am J Kidney Dis,2003,41(1):1-12.
- [5] 赵贝贝.3-4期慢性肾脏病患者自我管理干预的效果研究[D].郑州大学,2017.
- [6] Barlow J,Wright C,Sheasby J,et al.Self-management approaches for people with chronic conditions:a review[J].Patient Educ Couns,2002,48(2):177-187.
- [7] 楼青青,杨丽黎,邵爱仙.行为改变与糖尿病[J].中华护理杂志,2005,40(121):935-936.
- [8] Cullen J H.Biometric issues in measuring and analyzing partial compliance in clinical trials.In:Cramer,JA,Spilker,B,eds. Compliance in Medical Practice and Clinical Trials[Z].New York:Raven Press,1991.
- [9] Osamor P.E.Social support and management of hypertension in South-west Nigeria[J].Cardiovasc J Afr,2015,26(1):29-33.
- [10] 卫生部.健康66条:中国公民健康素养读本[M].北京:人民卫生出版社,2008:3-4.
- [11] Menaughton CD,Jacobson TA,Kripalani S.Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease[J].Patient Educ Couns,2014,96(2):165-170.
- [12] 桑甜,丁淑贞,王建荣.中老年高血压病患者健康素养现状及影响因素分析[J].护理实践与研究,2017,14(13):1-4.
- [13] Levey AS,Eckardt KU,Tsukamoto Y,et al.Definition and classification of chronic kidney disease apposition statement from Kidney Disease:Improving Global Outcomes(KDIGO)[J].Kidney Int,2005,67(6):2089-2100.
- [14] 于萍.护理干预对慢性肾脏病患者自我管理及其健康状况影响的研究[D].天津:天津医科大学,2012.
- [15] 孙浩林.慢性病人健康素养量表的研究及其初步应用[D].天津:复旦大学,2012.
- [16] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J].临床精神医学杂志,1994(2):98-100.
- [17] 孙静,鱼毛毛,王丽娟.慢性肾脏病病人自我管理与健康素养的相关性分析[J].护理研究,2013,27(12):1091-1093.
- [18] 董静.慢性肾脏病(1-3期)患者自我管理现状及影响因素的研究[D].济南:山东大学,2010.
- [19] 马登艳,张颖君,刁永书.1-4期慢性肾脏病患者抑郁症状的发生与社会支持、应对方式间的关系研究[J].四川医学,2019,40(2):124-128.
- [20] 张阳,潘清燕,路国华,等.慢性肾脏病病人健康素养水平与生活质量、疾病进展恐惧的调查分析[J].全科护理,2021,19(28):3909-3913.
- [21] 司树玲.肝硬化失代偿期患者健康自我管理现状及影

社区老年康养工作人员培训现状及需求分析

余静 李玲 刘旭琴 田鹏

【摘要】目的 了解社区老年康养工作人员培训现状及需求,为进一步制订培训方案提供参考。**方法** 于2020年7—9月,采用自行设计问卷,调查全国16个省市的社区卫生服务中心1012名从事老年康养人员的培训现状、培训需求并分析影响因素。**结果** 社区老年康养工作人员中康复师占比少;近一半人员未参加过老年康养相关知识培训;大部分人员希望增加培训内容,且愿意利用网络视频课程自学及上班时集中培训。多因素分析显示,已婚和入职后参加过培训是影响增加培训内容意愿的因素($P<0.05$)。**结论** 应加快老年康养服务人才的培养,优化人员结构,加强及规范培训,提高老年康养工作人员的服务能力。

【关键词】 老年康养;培训现状;培训需求;培训意愿;社区

中图分类号 R473.2 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.013

Analysis of the current situation and needs of the training of workers serving the elderly in the community health care YU Jing, LI Ling, LIU Xuqin, TIAN Peng (Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, 550002, China)

【Abstract】 Objective To understand the current situation and needs of the training of workers serving the elderly in the community health care, to provide reference for further formulating training programs. **Methods** A self-designed questionnaire was used to investigate the training status, training needs and influencing factors of 1012 persons engaged in elderly care from the community health service centers in 16 provinces and cities across the country from July to September 2020. **Results** Rehabilitation teachers accounted for a small proportion of the elderly health care workers in the community; nearly half of the staff had not participated in the relevant knowledge training of elderly health care; most of the staff hoped to increase the training content, and were willing to use online video courses for self-study and centralized training during working hours. Multivariate analysis showed that the married and post-employment training were factors influencing willingness to increase training content($P<0.05$). **Conclusion** It was necessary to speed up the training of elderly health care service talents, optimize the personnel structure, strengthen and standardize training, and improve the service ability of elderly health care workers.

作者单位:550002 贵州省贵阳市,贵州中医药大学(余静,刘旭琴,田鹏);重庆市人民医院(余静);贵州省人民医院(李玲)

余静:女,本科(硕士在读)

通信作者:李玲,本科,主任护师,护士长

响因素分析[D].济南:山东大学,2021.

[22] Mizutani M,Tashiro J,Maftuha H,et al.Model development of healthy-life style behaviors for rural Muslim Indonesians with hypertension:a qualitative study[J].Nurse Health Sci,2016,18(1):15-22.

[23] Ishikawa H,Yano E.The relationship of patient participation and diabetes outcomes for Patients with highvs.Low health literacy[J].Patient Educ,2011,84(3):393-397.

[24] 贾庆梅,张丽,喻喆,等.老年2型糖尿病患者健康素养水平及影响因素分析[J].中国公共卫生管理,2021,37(6):820-824.

[25] Edwards M,Wood F,Davies M,et al.'Distributed health

literacy':longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition[J].Health Expect,2015,18(5):1180-1193.

[26] 朱晟睿,陈鸿芳,戴蒙.高血压患者健康素养、社会支持与自我健康管理能力的相关分析[J].上海护理,2019,19(9):13-17.

[27] 郑春霞,周娟,高思静,等.互联网平台管理对提升老年慢性病患者自我管理水平的的影响[J].护理实践与研究,2021,18(12):1806-1808.

[2022-02-24 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

【Key words】 Elderly health care; Current situation of training; Training needs; Training willingness; Community

中国已迈入老龄化社会,随着老年人口的增多,将不断加重当前家庭、社会、卫生医疗体系的负担。第七次全国人口普查显示^[1],60岁及以上人口达2.6亿人,其中65岁及以上人口达1.9亿人。这不仅提示我国老年人口数目庞大,且老龄化进程不断加快。为了实现“健康老龄化”,首要解决和应对的即是当前迅速老龄化带来的挑战,而社区卫生服务中心在老年康养服务方面起着重要作用^[2]。老年康养服务:“康”指预防疾病、延缓疾病发展、维护功能、促进康复、临终关怀;“养”指日常照料、生活照护并满足精神、心理需求。健康中国2030规划纲要^[3]亦指出,要继续实施、完善国家基本公共卫生服务项目,加强老年病诊治、长期照护、康复、慢性病管理、安宁疗护等持续性医疗服务建设。故提高社区老年康养人员的康养服务能力对实现健康老龄化、发展健康中国至关重要^[4]。本研究通过自制问卷,采用便利抽样进行横断面调查,旨在了解目前社区老年康养工作人员培训现状及培训需求并分析影响因素,以期为老年康养人才队伍建设、提高老年康养服务能力提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取全国16个省市社区卫生服务中心从事老年康养工作的人员进行问卷调查,发放问卷1100份,回收有效问卷1012份,有效率92.0%。

1.2 调查内容与方法

本研究采用自行设计问卷进行调查,研究小组通过文献分析编制问卷初稿,经专家小组讨论修改形成问卷终稿,向被调查者发放问卷。调查问卷包括2个部分,第一部分为一般资料,第二部分为培训经历及需求。

1.3 统计学方法

采用SPSS 26.0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 χ^2 检验;对是否增加培训内容意愿的影响因素分析采用二元Logistic回归分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 人口学特征

本次问卷调查人员分布情况:华北181名(17.9%)、东北99名(9.8%)、华东268名(26.5%)、中南227名(22.4%)、西南122名(12.1%)、西

北115名(11.4%);女性889名(87.8%);年龄19~70岁(37.7 ± 8.69 岁);学历硕士及以上73名(7.2%),本科633名(62.5%),大专260名(25.7%);已婚843名(83.3%);人员岗位构成主要为医生371名(36.7%)和护士473名(47.3%),康复师仅为21名(2.1%);工作10年及以上的人员594名(58.7%),初级职称占425名(42.0%),中级职称占454名(44.9%),见表1。

2.2 培训经历

1012名社区老年康养工作人员中,有485名(47.9%)的人员从未参加过老年康养相关知识培训,在过去1年中培训次数为零次的有499名(49.3%),单位未组织作为未参加培训最主要原因。

2.3 培训需求

2.3.1 培训意愿及对培训内容的需求 1012名康养人员中,希望增加培训内容的人数为733名(72.4%)。老年营养、老年综合评估、老年康复保健、慢病管理、健康教育、老年护理技术、老年人文关怀等内容学习参与意愿在50%以上,其中老年康复保健、老年营养、老年综合评估培训意愿分别为76.5%(561/733),75.3%(522/733),65.9%(483/733)。

2.3.2 培训形式需求 希望开展培训的方式为利用网络视频课程自学(670名,66.2%)及上班时间集中培训(594名,58.7%);认为当前培训主要存在的问题是培训机会不足(582名,57.5%)、培训方式单一(466名,46.0%)、培训时间/地点不合理(385名,38.0%)。

2.4 康养人员对增加培训内容意愿的影响因素

2.4.1 单因素分析 地区、性别、年龄、工作年限、教育程度、工作岗位、职称对增加培训内容意愿的影响比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。而婚姻情况以及入职后是否参加过培训情况对增加培训内容意愿的影响比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.4.2 多因素Logistic回归分析 以是否愿意增加培训内容为因变量,以单因素分析中差异有统计学意义的因素为自变量,进行Logistic回归分析。自变量赋值如下,婚姻状况:以单身为对照设置哑变量,已婚=1;入职后是否参加过相关培训:以未参加过培训为对照设置哑变量,入职后参加过老年康养相关知识培训=1。Logistic回归结果显示,霍斯默-莱梅肖检验 $P=0.991>0.05$,观测数据与模型

拟合良好。已婚和入职后培训过“老年康养相关知识” ($P<0.05$)，见表 2。
“识”是康养人员愿意增加培训内容的独立预测因子

表 1 康养工作人员是否希望增加培训内容的单因素分析

分析因素	类别	希望 ($n=731$)	不希望 ($n=281$)	χ^2 值	P 值
地区	华北	126 (17.2)	55 (19.6)	10.783	0.060
	东北	83 (11.4)	16 (5.7)		
	华东	198 (27.1)	70 (24.9)		
	中南	165 (22.6)	62 (22.1)		
	西南	82 (11.2)	40 (14.2)		
	西北	77 (10.5)	38 (13.5)		
性别	男	93 (12.7)	30 (10.7)	0.006	0.937
	女	638 (87.3)	251 (89.3)		
年龄 (岁)	<30	127 (17.4)	59 (21.0)	2.580	0.461
	30~	314 (43.0)	122 (43.4)		
	40~	204 (27.9)	73 (26.0)		
	50~	86 (11.8)	27 (9.6)		
	≥5	133 (18.2)	56 (19.9)		
工作年限 (年)	5~	162 (22.2)	67 (23.8)	0.984	0.611
	≥10	436 (59.6)	158 (56.2)		
	中专或高中以下	9 (1.2)	3 (1.1)	1.122	0.900
教育程度	中专或高中	26 (3.6)	8 (2.8)		
	大专	185 (25.3)	75 (26.7)		
	本科	461 (63.1)	172 (61.2)		
	硕士及以上	50 (6.8)	23 (8.2)		
婚姻情况	单身	109 (14.9)	60 (21.4)	6.054	0.015
	已婚	622 (85.1)	221 (78.6)		
工作岗位	医生	255 (34.9)	116 (41.3)	4.375	0.220
	护士	352 (48.2)	127 (45.2)		
	康复师	17 (2.3)	4 (1.4)		
	其他	107 (14.6)	34 (12.1)		
	初级职称	306 (42.3)	119 (41.9)	2.757	0.430
职称	中级职称	323 (46.6)	131 (44.2)		
	高级职称	85 (8.2)	23 (11.6)		
	其他	17 (2.8)	8 (2.3)		
入职后是否参加过培训	是	399 (54.6)	128 (45.6)	6.633	0.010
	否	332 (45.4)	153 (54.4)		

() 内数据为百分率 (%)。

表 2 康养工作人员增加培训内容意愿影响因素的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β 值	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR	OR (95% CI)	
						下限	上限
常量	0.424	0.175	5.906	0.015	1.528	—	—
婚姻状况 (已婚)	0.431	0.179	5.756	0.016	1.538	1.082	2.186
您入职后是否培训过“老年康养”的相关知识? (是)	0.357	0.141	6.381	0.012	1.429	1.083	1.885

3 讨论

3.1 老年康养工作人员岗位配置稍差,构成不均衡,康复力量不足

社区卫生服务是医疗卫生领域最基本的工作^[5]。随着我国人口老龄化的加剧,养老问题日益突出,我国“十四五”规划和“2035年远景目标纲要”提出以医养康养相结合、居家社区机构相协调的养老模式^[6]。而满足广大老年人日益增长的多层次、多样化的健康养老服务需求如医疗、护理、康复锻炼、健康教育、疾病预防等是医养结合的基本要求^[7]。本研究调查显示,目前社区卫生服务中心的老年康养人员人力资源与国外相比配置稍差,我国社区康养人员学历以大专和本科为主,硕士及以上学历占比较少,职称以初中级为主,高级职称较少,这在一定程度上限制其社区老年康养服务能力。人员构成中女性远多于男性,这可能与护士队伍中女性占比高有关。2006年卫生部印发《城市社区卫生服务中心、站基本标准》中指出社区配置医护比至少为1:1^[8],世界卫生组织提出社区医护之比应为1:2~4,而本次调查显示,从事老年康养医护比为1:0.77,护理人员数量不足。但问题更凸显的是社区康养人员中康复人员少、学历低,康复力量不足。据研究报道德国、芬兰、比利时等国家每千人口康复治疗师超过2人;较低的也处于每千人口0.5人左右的水平,如英国、奥地利、日本等,而我国仅为每千人口0.004人,即每100万人口分摊4名康复治疗师^[9]。这些数据表明我国康复人才在社区医疗服务上存在很大的缺口^[10-13]。这可能与我国早期健康投入有关系,虽然我国从新中国成立70年以来,卫生投入不断增长,卫生健康事业持续发展,但我国人口基数大,以往很少优先考虑发展康复力量,这就导致康复发展不足,服务间的协调不力^[14],而随着人口老龄化、生活和工作方式的变化、健康理念的转变,人民对健康水平的要求逐渐提高^[15],对康复需求不断增长,从而造成供需失衡。此次调查也显示,康复治疗是目前急需开展的康养服务,康复师是急需的康养人才,这与罗治安等^[16]研究结果一致。

3.2 老年康养工作人员培训情况不容乐观,培训体系不完善

本研究显示,在校学习过老年相关知识人员为50.8%,入职后参加老年康养培训人员为52.1%,参培率较低;且培训的人数、频次较少;培训方式单一;培训后相关考核少;未参加培训的主要原因为单位未组织,这些说明基层老年康养人员培训体系

不完善,无相应的培训、考核制度。调查显示,有培训意愿的康养人员占比为72.4%,对增加培训内容的意愿较高,这与王亦冬等^[17]研究结果一致。增加培训内容的意愿主要影响因素为婚姻状况及入职后是否参加过培训,已婚人员对增加培训内容的意愿是单身人员培训意愿的1.538倍,已婚人员对增加培训内容的意愿较高,这可能与本次调研人员中已婚人群占比高(83.3%)有关。既往参加过培训的人员其增加培训内容的意愿是未参加过培训人员的1.429倍,入职后参加过培训的人员其增加培训内容的意愿较高,可能的原因是,这部分人本身学习主动性强,愿意参加培训提高自身业务能力。本研究显示,对本单位提供的培训是否满足自身需求及是否满足工作需求的得分不高,且不同岗位人员之间存在差异,医生岗位得分最低,可能与医生岗位所需知识面更加宽泛、更加深入,而日常培训含金量不高有关,亦说明现有的培训方案未围绕培训需求及工作任务构建,实用性不强。

3.3 对策

3.3.1 探索社区康复发展新模式,提高老年康养康复力量

我国三级甲等医院的现代康复技术发展迅速,服务资源集中、人员经验丰富^[18],而我国的社区康复仍处于初级阶段(康复力量不足、硬件设施不完善),为满足不断增长的康复需求(主要为老年人、慢性病患者、伤残人员),让康复回社区,就需要不断探索社区康复发展模式。康复医联体就是一个不错的模式,其以三级医院康复医学科或康复医院为龙头,二级医院康复医学科或康复医院为重点,社区、乡镇卫生服务机构为基础,从而促进优质康复资源下沉至下级医疗机构^[18]。发达国家及地区亦采取三级康复医疗模式来满足广大患者的康复需求^[19],如社区康复服务(日间医院或专科门诊),其为康复医院出院的患者提供后期延续康复指导和照顾。发展社区康养,诊疗、护理、康复等需协调发展,建议社区增加康复人员、护理人员、设备配置,优化人员结构,在发展老年医学、老年护理的同时,逐步完善康复医疗人才培养体系,建设康复医疗服务专业团队,逐渐完善康复医疗服务体系,提高康复力量,提高整个康养队伍服务能力。

3.3.2 完善培训体制,开展多形式培训模式,促进老年康养人才队伍建设

建议相关部门制定合理的继续教育政策、制度,提高康养人员继续教育的积极性,如制订培训激励机制,与评优评先、晋升职称、干部提拔挂钩,并将继续教育情况纳入绩效考核等。建议相关部门有计划地组织社区康养人员

进行综合、系统和全面的学习培训,建立完善的培训体系,切实提高相关医务人员老年康养服务能力和水平。在培训的内容上,应按照国家不同岗位特点设置理论培训及技能培训内容,在制订培训方案时应紧紧围绕培训需求及工作任务来确定课程和内容,构建新的课程体系^[20],如根据意愿纳入以下培训内容:老年营养、老年综合评估、老年康复保健、慢性病管理、健康教育、老年护理技术、老年人文关怀等方面知识,并加强个性化的培训,不断提高老年康养人员的照护能力和意识。鉴于医务人员的工作性质及疫情常态化,在培训方式上建议举办线上与线下结合培训课程,培训时间、地点、形式灵活,不占用休息时间,以强化在职学习培训,并加强对培训效果的验收。也可借鉴国外培训模式,通过与高校合作、政府和专业组织参与等多种培训形式^[21],为社区康养人员拓展教育资源。

综上所述,老龄化的加剧,其对基层康养工作人员的要求提出挑战,目前社区卫生医疗机构老年康养实施现状、医护人员培训现状不容乐观,为满足广大老年人多形式、多层次的医疗需求,应加快老年康养人才的培养,优化人员结构,增加康复力量,完善各项制度建设,根据不同岗位特点、需求开展多种形式、多层面、合理的培训,构建完善的培训体系。

本研究尚存在一些局限:本研究仅纳入了16个省份的社区卫生服务中心从事老年康养工作的医务人员,地域分布不均,样本代表性存在一定局限,未来可扩大样本量,均匀样本地域分布进行调查,以丰富研究结果。

4 参考文献

- [1] 国家统计局.第七次人口普查数据报告[EB/OL].(2021-05-11)[2021-11-04].http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202105/t20210510_1817176.html.
- [2] 袁莎莎,王芳,李陈晨,等.社区卫生服务中心全科团队构成模式分析[J].中国卫生政策研究,2014,7(12):37-42.
- [3] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL].(2016-10-25)[2021-05-17].http://www.gov.cn/gongbao/2016-11/20/content_5133024.htm
- [4] 李燕.高龄居家老人社区卫生服务健康照护需求的调

查[J].中国保健营养,2020,30(17):180.

- [5] 郑婵娇,史明丽,沈欢瑜,等.广东省社区卫生服务中心卫生技术人员服务能力培训现状与需求分析[J].中国全科医学,2015,18(19):2320-2324.
- [6] 邢珍珍.人工智能赋能下社区智慧养老服务模式及关键技术研究[J].护理研究,2021,35(9):1573-1579.
- [7] 蒋曼,徐静,史野,等.上海市郊区社区卫生服务中心与养老机构人员配置分析[J].医学与社会,2019,32(5):1-5.
- [8] 陈奖国,杨明莹,李斗艳,等.我国社区护理发展的现状及对策[J].全科护理,2017,15(19):2342-2344.
- [9] 王常颖,程文迪,薛佳,等.上海市社区康复资源分析[J].中国康复理论与实践,2020,26(12):1477-1482.
- [10] 崔旭妍,王庆,杨志强,等.养老康复服务体系构建视角下老年康复人才现状、需求与对策[J].中国康复医学杂志,2015,30(2):168-170.
- [11] 武秋林,朱迪.医养结合视域下养老护理员职业能力要求探讨[J].人口与计划生育,2018(9):33-35.
- [12] 缪金萍,周静,孙丽芳,等.常州市养老机构康复服务开展现状调查分析[J].卫生职业教育,2018,36(8):145.
- [13] 谢红志,郭勇,董继革.北京市社区康复资源与服务开展情况调查分析——基于北京市大兴区康复专科医联体18个社区的调研[J].中国老年保健医学,2019,17(6):8-11.
- [14] 兰筱雪.成都地区社区康复基本情况调查及探讨[J].四川医学,2017,38(9):1032-1035.
- [15] 邱卓英,郭键勋,李伦.健康服务体系中的康复[J].中国康复理论与实践,2020,26(1):1-14.
- [16] 罗治安,罗清平,罗云,等.养老机构老年人康复服务现状及对康复人才需求的调查研究[J].中国康复医学杂志,2018,33(9):1086.
- [17] 王亦冬,张幸福,远航.老年人社区健康管理的需求和供给研究[J].中国初级卫生保健,2021,35(4):19-21.
- [18] 张红倩,冯静,臧传艳,等.国内脑卒中康复医联体发展中的挑战与思考[J].现代医院,2021,21(1):12-14,24.
- [19] 丁永超,田文华,许苹,等.发达国家及地区康复医疗服务体系的特点及启示[J].中国卫生质量管理,2013,20(5):125-128.
- [20] 胡亚飞.上海市全科医生社区健康教育服务能力现状及培训需求分析[J].健康教育与健康促进,2017,12(3):232-235.
- [21] 严晓晶,陈璐,陈雁.国外社区护士培训的研究进展及启示[J].全科护理,2021,19(8):1042-1045.

[2022-01-12 收稿]

(责任编辑 陈景景)

不同强度抗阻训练在乳腺癌相关淋巴水肿患者中的应用进展

王玲 尚少梅 陈可欣 王海燕 王婷婷 王惠雪 虞苗

【摘要】 乳腺癌相关淋巴水肿是乳腺癌术后常见的远期并发症之一,手术过程中由于正常的淋巴管结构被破坏,导致淋巴引流的通路中断,加上放疗因素,导致淋巴管再生障碍,从而引起的患侧上肢淋巴液回流受阻,富含蛋白质的淋巴液淤积导致患侧上肢肿胀。淋巴水肿的目前主要治疗方法是综合消肿疗法,包括手法淋巴引流、压力治疗、皮肤护理和功能锻炼。抗阻训练是功能锻炼的一种类型,主要通过提高肌肉力量,发挥“肌肉泵”的功能,促进淋巴液回流,是淋巴水肿综合消肿疗法的四大基石之一。抗阻训练中的参数包括强度、频率、训练量等指标,不同训练方案对乳腺癌相关淋巴水肿患者的作用效果不同,例如抗阻训练强度和肌肉力量增长间存在着剂量反应关系。在训练的强度方面,目前已经在乳腺癌相关淋巴水肿患者中开展了低强度、中等强度、高强度抗阻训练方面的研究。本研究通过对现有的文献进行回顾,分析不同抗阻训练强度对肌肉力量增长和淋巴水肿的不同作用效果,为抗阻训练临床应用提供指导。

【关键词】 抗阻训练;力量训练;乳腺癌;淋巴水肿;并发症

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.014

乳腺癌相关淋巴水肿(breast cancer related lymphedema, BCRL)是乳腺癌癌症本身或其治疗导致的最常见的并发症之一,主要由于手术切除了正常的淋巴管结构,加上放射治疗引起的淋巴管纤维化,淋巴管新生延迟或障碍^[1],从而导致淋巴引流通路中断,富含高蛋白质的淋巴液回流受阻,积聚在组织间隙继而形成水肿^[2]。DiSipio等^[3]报告中指出,BCRL的发生率大约为20%,大多数发生在术后2年内。淋巴水肿患者手臂通常会出现疼痛、沉重、紧绷等症状,富含蛋白质的淋巴液让肿胀肢体的感染风险增加^[4]。此外,淋巴水肿还会导致患者心理痛苦和生活质量中的情绪、社会功能和生理领域下降^[5],严重者可导致肿胀肢体的运动功能丧失和残疾,严重危害健康。

淋巴水肿一旦发生,无法治愈,并且呈进行性恶化。综合消肿疗法是治疗BCRL的金标准,可以缓解患者肢体肿胀,延缓疾病进展。综合消肿疗法包括压力治疗(多层低延展绷带包扎或者压力衣)、

手法淋巴引流、功能锻炼和皮肤护理^[6]。功能锻炼是淋巴水肿综合消肿疗法的重要组成部分,也是有效管理淋巴水肿的必要条件。抗阻训练是功能锻炼的类型之一,锻炼过程中通过对人体的各肌肉群施压一定的阻力,直接刺激骨骼肌;通过多次、多组重复训练可以刺激骨骼肌收缩,达到增加肌肉力量,促进淋巴液回流的目的^[7-8]。美国运动医学会运动指南中明确指出抗阻训练可以降低BCRL的发生率,增强肌肉力量,改善身体成分和提高生活质量^[9]。抗阻力训练方案中包含多个参数,如训练方式的选择、训练的顺序性、训练的强度、训练的组数及组间间歇时间等。其中抗阻训练强度被认为是影响抗阻训练效果的关键因素之一。本文主要从不同强度抗阻训练对肌肉力量和淋巴水肿的干预效果,旨在为抗阻训练的临床应用提供指导。

1 抗阻训练缓解BCRL的作用机制

淋巴流动是由外部泵(如骨骼肌收缩)^[10]和在泵(如包围在集合淋巴管周围的平滑肌细胞的节律性收缩)^[11]驱动的。正常情况下,淋巴流动的主要推动力是淋巴管的自主搏动,淋巴管的节律性收缩为淋巴液回流提供足够高的压力。当发生淋巴水肿时,由于淋巴瓣膜功能不全、淋巴壁肌肉纤维受损,淋巴运输的自发性收缩失效,淋巴液推进的任务主要由肌肉收缩来完成^[12]。

基金项目:安徽省教育厅2019年度高校优秀拔尖人才培养资助项目(编号:gxyq2019040)

作者单位:100191北京市,北京大学护理学院(王玲,尚少梅,陈可欣);皖南医学院护理学院(王玲,王惠雪,虞苗);Casely-Smith国际淋巴水肿治疗师培训学校(王海燕);首都医科大学附属北京世纪坛医院淋巴外科(王婷婷)

王玲:硕士(博士在读)

通信作者:尚少梅,硕士,教授,博士研究生导师

乳腺癌手术造成的胸壁、上肢肌肉损伤,加上瘢痕组织的挛缩造成肩关节活动受限、僵硬,这些都会导致肌肉力量下降,“肌肉泵”功能降低,阻碍淋巴液流动^[1]。抗阻训练是采用负重训练来刺激肌肉收缩,是提高肌肉力量的主要运动方式,通过提高肌肉收缩来增加淋巴液的引流^[7]。肌肉收缩还可以通过刺激交感神经系统,促使淋巴管收缩^[13]。并且在患者进行压力绷带治疗时,肌肉的收缩与绷带压力产生反作用力,提供额外的淋巴引流效果^[14]。Bok等^[15]通过超声检测到抗阻训练可以增加 BCRL 患者的肌肉厚度,降低患肢的体积。抗阻训练中关节的屈伸活动对淋巴结也有刺激作用,发挥“关节泵”的作用,增加淋巴管的运动,促进淋巴液回流^[16]。抗阻训练中“肌肉泵”和“关节泵”的双泵机制促进了淋巴液的转运,减少了液体的聚集,降低了淋巴水肿的发生率和严重程度。

2 不同抗阻训练强度在 BCRL 患者的应用效果

抗阻训练的强度通常根据个人最大力量(one repetition maximum, 1RM)的百分比进行计算,是指在一定动作下,仅一次重复能举起的最大重量^[17]。乳腺癌患者抗阻训练中,大多数研究者采用低强度、中等强度、高强度对抗阻训练的强度进行划分。Schoenfeld等^[18]将65% 1RM以上界定为高负荷,60% 1RM以下界定为低负荷。Cormie等^[19]在2016年开展的一项研究中,将低、中、高强度的抗阻训练分别设定为55%~65% 1RM、65%~75% 1RM和80%~85% 1RM。不同研究对抗阻训练强度划分有略微差别,大部分研究对中等至高强度的抗阻训练界定为1RM的60%~85%^[20]。对于低强度抗阻训练,大多数研究者实施的初始强度为负重0~1.5 kg^[21]。

还有些研究采用的是渐进式抗阻训练,即抗阻训练的强度随着患者的耐受度进行调整。具体的实施方法是先让受试者完成规定的重复次数,当患者能够轻松地举起规定次数的重量时,开始增加阻力强度,增加的幅度为原来强度的5%~10%^[22]。有些研究的渐进式抗阻训练是从低强度开始,然后逐渐增加强度,如Ahmed等^[23]和Ohira等^[24]采用渐进式低强度抗阻训练,初始以0.5磅的负荷开始,待患者耐受后,以最小的重量逐渐增加。Schmitz等^[25]和Speck等^[26]对受试者一开始先给予极小的阻力,如果受试者可以耐受,再以0.25 kg的重量逐渐递增。还有些研究是从中等强度或者高强度开始训练,再逐渐增加强度,如Courneya等^[27]采用中等强度的渐进式抗阻训练,开始以60%~70% 1RM负

荷,患者能轻松完成后,再以10%的幅度递增。Bloomquist等^[28]实施渐进式高强度抗阻训练,采用初始为70% 1RM;第2周和第3周分别递增至80% 1RM和80%~90% 1RM。

2.1 提高肌肉力量

研究发现^[29-30],抗阻训练可以提高 BCRL 患者的上肢肌肉力量、提高患肢的肌肉量、降低体脂百分比。Ahmed等^[23]对乳腺癌术后的患者进行低强度的上肢抗阻训练,干预24周后,抗阻训练组仰卧推举1RM的增加(3.23 kg)显著多于对照组(0.69 kg)。与不运动相比,低强度的肩部抗阻训练可使肩部屈曲和外展方面获得更大的力量增长^[31]。Courneya等^[27]报告中指出,与不运动相比,中等到高强度的抗阻训练可以显著增加肌肉力量。Cormie等^[32]研究也显示中等到高强度抗阻训练在短期内能显著提高患者的肌肉力量和肌肉耐力。So等^[33]在乳腺癌相关淋巴水肿的患者中开展了高强度和低强度的抗阻训练,干预8周后,高强度组患者在肌肉力量提高方面显著优于低强度组。目前研究支持,无论低强度、中等强度,还是高强度训练均能提高淋巴水肿患者的肌肉力量,高强度训练在提高肌肉力量方面优于中等强度和低强度组。

抗阻训练提高肌肉力量主要通过神经适应和肌纤维肥大两个方面来实现。在抗阻训练初期,神经适应是肌肉力量增长的主要机制,高负荷抗阻力训练比低负荷具有更好的神经适应性,运动时可以募集更多的运动单位,并提高它们之间的协同能力,让肌肉收缩产生的力矩增加^[34-35]。另一方面,高强度运动负荷可以让肌肉组织发生重构,肌肉蛋白合成增加,长时间抗阻训练后,肌肉组织的横截面积增大,收缩时产生更大的力量^[35]。因此,以锻炼“肌肉泵”功能为目的的抗阻训练强度应该至少在中等强度和少量重复的情况下进行^[36]。但是对于 BCRL 患者,抗阻训练目的不能以追求肌肉力量提高为目的,还要考虑训练的安全性。根据指南推荐,BCRL 患者进行抗阻训练时应从低强度开始,根据患者的耐受度,可以渐进性增加阻力强度^[9]。

2.2 预防和缓解淋巴水肿

抗阻训练的有效性方面,Omar等^[37]采用50%~60% 1RM的低强度抗阻训练,干预12周后,患者的肢体体积和淋巴水肿症状得到了有效的降低和缓解。Johansson等^[38]对乳腺癌患者实施12周的中等强度的抗阻训练,患侧上肢体积降低了,且差异具有统计学意义。So等^[33]研究发现,高强度组在改善 BCRL 患者的上肢肿胀方面优于低强度组。

抗阻训练不仅可以减轻淋巴水肿程度,还可以预防 BCRL 的发生。Schmitz 等^[25]采用低强度的渐进性抗阻训练,对乳腺癌术后的患者进行为期 52 周的干预,研究显示,抗阻训练可以降低乳腺癌术后淋巴水肿的发生率。Kilbreath 等^[31]对乳腺癌术后早期(术后 4~6 周)的患者采用中高等强度的抗阻训练,经过 8 周训练后,抗阻训练组患者的淋巴水肿发生率低于对照组。文献分析发现,无论低强度、还是中高等强度的抗阻训练,均可以降低乳腺癌术后淋巴水肿的发生率。抗阻训练预防和缓解 BCRL 的作用机制主要与抗阻训练可以增加肌肉力量,发挥“肌肉泵”的功能,促进淋巴液的回流有关^[7,39];并且在运动过程中,患者的心肺功能也会增加,呼吸运动可以促进淋巴干中淋巴液的回流^[40]。

目前关于抗阻训练预防和缓解淋巴水肿方面还存在一些争议,如 Wanchai 等^[41]2018 年开展的系统评价中共纳入 9 项研究,有 6 项研究报道了肿胀结局指标的变化在抗阻训练组和对照组之间没有显著差异;其他 3 项研究报道,抗阻训练组的手臂体积比对照组明显减少。Cormie 等^[32]和 Paramanandam 等^[21]研究显示,低强度和中等强度抗阻训练对降低淋巴水肿发生率和缓解淋巴水肿严重程度方面没有显著的效果,并且低强度和中等强度之间没有显著的差异。分析可能的原因是目前尚缺乏标准化的抗阻训练处方,目前已经开展的研究中所实施的抗阻训练处方如训练的强度、持续时间、训练频率等都存在差异^[30],所以得出的结论也不同。因此,对于不同抗阻训练强度在 BCRL 干预的有效性方面,未来还需要更多的随机对照试验予以验证。

2.3 提高生活质量

目前很多研究证实了抗阻训练除了对手臂的局部有效果外,还有许多其他的好处,如减少与癌症有关的疲劳,改善体质量、心理健康、骨密度、身体形象和存活率^[42]。Gautam 等^[43]实施 8 周的低强度(50%~60%1RM)抗阻训练,干预后患者的生活质量得到了提高。Ammitzbøll 等^[44]对乳腺癌术后患者实施低到中等强度的渐进性抗阻训练,研究显示可以显著改善患者的情绪和社会功能,提高生活质量。Cormie 等^[32]研究结果也支持,相对于不运动组,低强度和高强度抗阻训练都可以提高患者的生活质量。文献分析发现无论何种强度的抗阻训练均能提高 BCRL 患者的生活质量。

功能锻炼改善生活质量的途径可以是生物的(例如提高健康水平),心理的(例如减少焦虑和抑郁),心理社会的(例如提高自我效能和成就感),

以及通过减少症状(例如疲劳和疼痛)等方面^[45]。抗阻训练能显著改善乳腺癌术后患者的肌肉力量和关节活动度,增加患者的躯体功能,让患者对患侧上肢的活动有掌控感,增强其自信心,提高其自我效能感和成就感^[40]。抗阻训练还可以缓解淋巴水肿的紧绷、沉重等症状,并通过降低患肢的体积,减轻患者因为肿胀的肢体外观而导致的自我形象紊乱和社交障碍^[46],缓解患者抑郁、焦虑、挫折、悲伤等不良情绪,这些都有助于提高患者的生活质量。

3 小结

本文针对 BCRL 抗阻训练中不同训练强度的作用机制以及对肌肉力量和淋巴水肿的干预效果进行总结。抗阻训练主要通过增加肌肉力量,提高“肌肉泵”功能,增加淋巴液回流,从而缓解淋巴水肿。不同训练强度对乳腺癌术后患者肌肉力量增加均有效果。此外,抗阻训练还可以改善乳腺癌术后患者骨密度、增加肌肉量、提高日常活动能力及生活质量。但是对于抗阻训练预防和缓解乳腺癌相关淋巴水肿方面,目前还存在争议,未来需要更多随机对照试验予以验证。

4 参考文献

- [1] Ridner SH. Pathophysiology of lymphedema [J]. Semin Oncol Nurs, 2013, 29(1): 4-11.
- [2] 王军兰,何亮琼,邓小英.分析乳腺癌术后上肢淋巴水肿的发生因素及护理[J].数理医药学杂志,2018, 31(12): 1857-1859.
- [3] DiSipio T, Rye S, Newman B, et al. Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. Lancet Oncol, 2013, 14(6): 500-515.
- [4] Hayes SC, Johansson K, Stout NL, et al. Upper-body morbidity after breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care [J]. Cancer, 2012, 118(8 Suppl): 2237-2249.
- [5] Shaitelman SF, Cromwell KD, Rasmussen JC, et al. Recent progress in the treatment and prevention of cancer-related lymphedema [J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(1): 55-81.
- [6] Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema: Diagnostic workup and management [J]. J Am Acad Dermatol, 2017, 77(6): 995-1006.
- [7] Chang CJ, Cormier JN. Lymphedema interventions: exercise, surgery, and compression devices [J]. Semin Oncol Nurs, 2013, 29(1): 28-40.
- [8] Witte CL, Witte MH. Contrasting patterns of lymphatic and blood circulatory disorders [J]. Lymphology, 1987, 20(4): 171-178.

- [9] Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors [J]. *Med Sci Sports Exerc*, 2010, 42(7): 1409–1426.
- [10] Ikomi F, Schmid-Schönbein GW. Lymph pump mechanics in the rabbit hind leg [J]. *Am J Physiol*, 1996, 271(1 Pt 2): H173–H183.
- [11] Davis MJ, Rahbar E, Gashev AA, et al. Determinants of valve gating in collecting lymphatic vessels from rat mesentery [J]. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*, 2011, 301(1): H48–H60.
- [12] Olszewski WL. Contractility patterns of human leg lymphatics in various stages of obstructive lymphedema [J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2008, 1131: 110–118.
- [13] Hwang JH, Kwon JY, Lee KW, et al. Changes in lymphatic function after complex physical therapy for lymphedema [J]. *Lymphology*, 1999, 32(1): 15–21.
- [14] Han NM, Cho YJ, Hwang JS, et al. Usefulness of Ultrasound Examination in Evaluation of Breast Cancer-Related Lymphedema [J]. *J Korean Acad Rehab Med*, 2011, 35: 101–109.
- [15] Bok SK, Jeon Y, Hwang PS. Ultrasonographic Evaluation of the Effects of Progressive Resistive Exercise in Breast Cancer-Related Lymphedema [J]. *Lymphat Res Biol*, 2016, 14(1): 18–24.
- [16] Mortimer PS. Evaluation of lymphatic function: abnormal lymph drainage in venous disease [J]. *Int Angiol*, 1995, 14(3 Suppl 1): 32–35.
- [17] 梁成军. 不同负荷与收缩形式对肌肉抗阻力训练神经适应的影响 [J]. *中国运动医学杂志*, 2020, 39(1): 53–57.
- [18] Schoenfeld BJ, Wilson JM, Lowery RP, et al. Muscular adaptations in low- versus high-load resistance training: A meta-analysis [J]. *Eur J Sport Sci*, 2016, 16(1): 1–10.
- [19] Cormie P, Singh B, Hayes S, et al. Acute Inflammatory Response to Low-, Moderate-, and High-Load Resistance Exercise in Women With Breast Cancer-Related Lymphedema [J]. *Integr Cancer Ther*, 2016, 15(3): 308–317.
- [20] Kraemer WJ, Ratamess NA. Fundamentals of resistance training: progression and exercise prescription [J]. *Med Sci Sports Exerc*, 2004, 36(4): 674–688.
- [21] Paramanandam VS, Roberts D. Weight training is not harmful for women with breast cancer-related lymphoedema: a systematic review [J]. *J Physiother*, 2014, 60(3): 136–143.
- [22] Zeng H, Chen W, Zheng R, et al. Changing cancer survival in China during 2003–15: a pooled analysis of 17 population-based cancer registries [J]. *Lancet Glob Health*, 2018, 6(5): e555–e567.
- [23] Ahmed RL, Thomas W, Yee D, et al. Randomized controlled trial of weight training and lymphedema in breast cancer survivors [J]. *J Clin Oncol*, 2006, 24(18): 2765–2772.
- [24] Ohira T, Schmitz KH, Ahmed RL, et al. Effects of weight training on quality of life in recent breast cancer survivors: the Weight Training for Breast Cancer Survivors (WTBS) study [J]. *Cancer*, 2006, 106(9): 2076–2083.
- [25] Schmitz KH, Ahmed RL, Troxel A, et al. Weight lifting in women with breast-cancer-related lymphedema [J]. *N Engl J Med*, 2009, 361(7): 664–673.
- [26] Speck RM, Gross CR, Holmes JM, et al. Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema [J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2010, 121(2): 421–430.
- [27] Courneya KS, Segal RJ, Mackey JR, et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial [J]. *J Clin Oncol*, 2007, 25(28): 4396–4404.
- [28] Bloomquist K, Karlsmark T, Christensen KB, et al. Heavy resistance training and lymphedema: prevalence of breast cancer-related lymphedema in participants of an exercise intervention utilizing heavy load resistance training [J]. *Acta Oncol*, 2014, 53(2): 216–225.
- [29] Keilani M, Hasenoehl T, Neubauer M, et al. Resistance exercise and secondary lymphedema in breast cancer survivors—a systematic review [J]. *Support Care Cancer*, 2016, 24(4): 1907–1916.
- [30] 李呈, 孟爱凤, 程芳, 等. 抗阻运动对乳腺癌术后患者上肢淋巴水肿和肌肉力量影响的系统评价 [J]. *护理学杂志*, 2018, 33(9): 97–101.
- [31] Kilbreath SL, Refshauge KM, Beith JM, et al. Upper limb progressive resistance training and stretching exercises following surgery for early breast cancer: a randomized controlled trial [J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2012, 133(2): 667–676.
- [32] Cormie P, Pampa K, Galvao DA, et al. Is it safe and efficacious for women with lymphedema secondary to breast cancer to lift heavy weights during exercise: a randomized controlled trial [J]. *J Cancer Surviv*, 2013, 7(3): 413–424.
- [33] So H-J, Shin W-S. Effect of Resistance Exercise Intensity on the Strength and Lymphedema of Upper Extremity in Patients with Breast Cancer [J]. *J Kor Phys Ther*, 2015, 27(5): 339–344.
- [34] Häkkinen K. Neuromuscular and hormonal adaptations during strength and power training. A review [J]. *J Sports Med Phys Fitness*, 1989, 29(1): 9–26.
- [35] 汪东明, 段子才. 肌肉力量训练的生理学研究进展 [J]. *河北体育学院学报*, 2014, 28(1): 65–68.
- [36] Baumann FT, Reike A, Hallek M, et al. Does Exercise Have a Preventive Effect on Secondary Lymphedema in Breast Cancer Patients Following Local Treatment? – A Systematic Review [J]. *Breast Care (Basel)*, 2018, 13(5): 380–385.

糖尿病肾病患者饮食管理的研究进展

田蓉 傅桂芬 李丽蓉

【摘要】 糖尿病肾病患者饮食管理是临床工作中的重点,需要权衡血糖水平与肾脏功能受损两方面的关系,影响糖尿病肾病患者治疗及预后。该文主要从糖尿病肾病患者饮食管理内涵、影响因素、常见饮食管理评估方法和量表以及饮食管理现状进行综述,旨在为糖尿病肾病患者饮食管理提供参考依据。

【关键词】 糖尿病肾病; 饮食管理; 综述; 研究进展

中图分类号 R473.58 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.015

糖尿病肾病(diabetic kidney disease, DKD)是糖尿病常见的微血管并发症之一,是引发慢性肾脏疾病与终末期肾病的重要原因,患者常常需要通过接受透析治疗来维持生命,其致死率高^[1]。研究显示^[2-3],有效的饮食管理不仅利于控制糖尿病肾病病情,也可改善患者的生存质量。《糖尿病肾病防治专家共识(2014年版)》^[4]指出饮食治疗一方面可延缓糖尿病肾病进程,保护肾脏功能;另一方面易引发机体营养不良,其发生率可达74%^[5],严重影响患者预后。由此可见,糖尿病肾病饮食管理不

仅要稳定患者血糖水平,也要避免加重肾脏功能受损和增加营养不良的发生风险,是临床工作中的重点和难点。本文将从糖尿病肾病患者饮食管理内涵、影响因素、常见饮食管理评估方法和量表及饮食管理现状进行综述,以期能为糖尿病肾病患者管理提供参考依据。

1 糖尿病肾病饮食管理内涵

糖尿病肾病饮食管理^[6]是指在临床规范的药物治疗前提下,对糖尿病肾病患者采取包括个性化的饮食评估及诊断、饮食方案制订与实施、监测及随访的管理,尤其强调饮食结构、膳食模式及健康教育的适用性和可行性。糖尿病肾病饮食管理的原则是在控制患者摄入总热量基础上,调整其饮食结构,从而规范患者的饮食行为及预防营养不良,促进康复^[7]。

基金项目:广西科技计划项目基金资助(编号:桂科AB21220025);广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目基金资助(编号:S2018079、S2018089)
作者单位:530200 广西南宁市,广西中医药大学护理学院(田蓉);广西壮族自治区人民医院护理部(傅桂芬,李丽蓉)
通信作者:傅桂芬,硕士,硕士研究生导师,主任护师

- [37] Omar MTA, Gwada RFM, Omar GSM, et al. Low-Intensity Resistance Training and Compression Garment in the Management of Breast Cancer-Related Lymphedema: Single-Blinded Randomized Controlled Trial [J]. J Cancer Educ, 2020, 35(6): 1101-1110.
- [38] Johansson K, Klermäs P, Weibull A, et al. A home-based weight lifting program for patients with arm lymphedema following breast cancer treatment: a pilot and feasibility study [J]. Lymphology, 2014, 47(2): 51-64.
- [39] Bicego D, Brown K, Ruddick M, et al. Exercise for women with or at risk for breast cancer-related lymphedema [J]. Phys Ther, 2006, 86(10): 1398-1405.
- [40] McKenzie DC, Kalda AL. Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer patients: a pilot study [J]. J Clin Oncol, 2003, 21(3): 463-466.
- [41] Wanchai A, Armer JM. Effects of weight-lifting or resistance exercise on breast cancer-related lymphedema: A systematic review [J]. Int J Nurs Sci, 2018, 6(1): 92-98.
- [42] Kwan ML, Cohn JC, Armer JM, et al. Exercise in patients

with lymphedema: a systematic review of the contemporary literature [J]. J Cancer Surviv, 2011, 5(4): 320-336.

- [43] Gautam AP, Maiya AG, Vidyasagar MS. Effect of home-based exercise program on lymphedema and quality of life in female postmastectomy patients: pre-post intervention study [J]. J Rehabil Res Dev, 2011, 48(10): 1261-1268.
- [44] Ammitzbøll G, Kristina Kjær T, Johansen C, et al. Effect of progressive resistance training on health-related quality of life in the first year after breast cancer surgery - results from a randomized controlled trial [J]. Acta Oncol, 2019, 58(5): 665-672.
- [45] Courneya KS. Exercise interventions during cancer treatment: biopsychosocial outcomes [J]. Exerc Sport Sci Rev, 2001, 29(2): 60-64.
- [46] Ridner SH, Bonner CM, Deng J, et al. Voices from the shadows: living with lymphedema [J]. Cancer Nurs, 2012, 35(1): E18-E26.

[2022-01-13 收稿]
(责任编辑 白晶晶)

2 糖尿病肾病患者饮食管理的影响因素

2.1 疾病因素

有研究^[8-9]表明,由于下丘脑食欲中枢受抑制,糖尿病肾病患者易出现食欲减退的现象,这不仅减少了患者摄入总量影响机体正常需求,也降低了患者接受治疗的积极性,增加了其心理负担。此外,糖尿病肾病患者肾脏功能受损可致蛋白质合成减少,另有微炎症易引发机体蛋白质消耗过量,这些可诱发营养不良^[10-12]。以上因素不仅严重影响患者血糖的控制,更易破坏机体的正氮平衡,进一步增加了糖尿病肾病饮食管理的难度。因此,糖尿病肾病饮食管理在规范药物治疗的基础上,应针对具体的疾病因素制订个性化的饮食管理策略,既要满足患者机体对蛋白质、脂肪等营养成分的基本需求,又能改善血糖水平及肾脏功能,如改变烹饪方式选择合适的膳食,从视觉、味觉及嗅觉上增加患者的食欲;制造轻松、愉悦的进食环境,保障患者进食时稳定的情绪;根据营养风险评估及生化检测结果,给予科学的蛋白补给;合理规划患者进食时间等。

2.2 患者及家庭成员因素

我国老年群体常担负家人生活起居的任务易忽视个人健康问题,家庭成员由于学业及事业繁忙也易忽略老人的饮食健康及情感支持^[13],糖尿病肾病患者易出现饮食不规律、营养搭配不合理等问题。家庭成员支持可有效提升患者饮食自我管理行为,但由于家庭成员缺乏科学的饮食认知部分保持传统饮食习惯(高钠高脂饮食、素食等),在一定程度上增加了糖尿病肾病患者饮食管理的难度^[14-15]。此外,随着肾功能进行性受损部分糖尿病肾病患者需接受透析治疗,容易出现负性心理而选择自我隐瞒^[16],在部分场合仍跟随常规饮食习惯致使血糖控制不佳。因此,家庭成员及社会应给予糖尿病肾病患者一定的重视及支持,医务人员要做好糖尿病肾病饮食宣传,一方面可以改变患者及家庭成员不合理的饮食认知和行为;另一方面给予患者情感及心理的支持,进一步提升糖尿病肾病患者饮食自我管理的水平。

2.3 医务人员因素

在我国,糖尿病肾病患者仍以居家或社区护理为主。近年来我国社区卫生服务能力不断提升,但专科服务发展较缓慢^[17]。一项调查^[18]显示,我国基层卫生医疗中心医生对糖尿病肾病诊疗知识掌握较好,但由于缺乏管理经验未能给予糖尿病肾病患者有效的管理。部分护士对患者饮食指导流于形式

缺乏执行能力,调查结果显示,其相关饮食及营养相关成分准确摄入量知晓率较低^[19]。由此可见,要重视并提升医务人员糖尿病肾病饮食管理的认知水平和执行力,加强专科培训考核,及时更新对指南、专家共识的解读;优化糖尿病肾病饮食管理流程及模式,提高执行效率,保障饮食管理的质量;有效利用循证医学、医联体等策略提升基层专科卫生服务水平。

3 糖尿病肾病常见饮食管理评估方法及量表

3.1 糖尿病肾病饮食摄入量评估方法

3.1.1 食物交换份法 食物交换份法^[20]由美国糖尿病协会推荐用于糖尿病患者饮食管理。食物交换份法根据热量、蛋白质、脂肪及碳水化合物将食物进行分类,再基于特定指标作为交换标尺,建立交换单位,计算出符合该交换单位的食物量,以此达到食物间等单位交换。该方法简便易行,不仅实现了各食物间的调整,满足了机体营养需求,又权衡了血糖水平,利于疾病的治疗。但食物交换份法重点关注碳水化合物的总量,对合并肾脏疾病患者使用有一定的局限性^[21]。

3.1.2 中国肾病食物交换份法 中国肾病食物交换份法^[22]是由营养科专家陈伟教授团队编写,主要以蛋白质含量来划分食物类别,将食物中蛋白分为3个水平、9个种类,为计算提供了更直接的分类方式,是临床常用的方法。其实施步骤分别为:计算患者标准体质量、每日总热量、总蛋白质量,应用肾病食物交换份法合理分配食物,制定患者具体食谱(三餐食物分量以1/5、2/5、2/5或1/3、1/3、1/3进行分配)。鲍云非等^[23]在2019年对其进行改良,进一步提高了该方法对蛋白质和热量摄入评估的准确性。

3.2 糖尿病肾病饮食管理相关量表

糖尿病肾病患者有着较高的营养风险,其肾功能损伤与机体的营养状况息息相关,有效的饮食管理应结合患者当前的营养评估状况。评估糖尿病肾病患者营养状况的方法较多,应根据实际情况选择。常见的有NRS2002量表及微型营养评定简表(MNA-SF)。

3.2.1 NRS2002量表 NRS2002^[24]是于2002年由欧洲肠内外营养协会推荐的具有较高循证基础的筛查系统,其目的是检测住院患者营养不良及风险。它将住院患者营养情况、年龄及疾病严重程度3方面纳入综合评估,不仅可反映患者当前的营养状况,还能预测其营养变化。NRS2002总分为7分:评分<3

分提示无营养风险, 评分 ≥ 3 分提示低营养风险, 评分 ≥ 5 分提示高营养风险。NRS2002是一项简易、可行的营养风险筛查工具, 但该量表条目内容缺乏专科性, 评估时存在一定主观性, 会影响老年糖尿病肾病患者营养评估的准确性^[25]。

3.2.2 MNA-SF 简表 21世纪初, MNA-SF 简表由 Cohendy 等^[26]营养专家根据 MNA 进行改良, 黎碧辉^[27]将 MNA-SF 应用于老年慢性肾脏病患者, 证实其能较好地评估患者营养状态。该量表主要包括患者近3个月内6方面内容: 饮食的变化、活动能力、精神及心理问题、BMI 或小腿围、体质量减轻程度、应激或急性疾病情况。MNA-SF 评分区间为: 0~7分(营养不良), 8~11分(提示存在营养不良风险), 12~14分(正常营养状态), 其克朗巴哈系数为0.723, 对评价老年慢性肾脏疾病患者营养近况具有较好的信效度。但 MNA-SF 使用仍存在一定局限性, 一方面该量表条目涉及3个月内6方面的内容, 可能存在回忆偏差, 其营养评估的准确性受限; 另一方面 MNA-SF 仅针对于老年慢性肾脏病群体, 在年龄上缺乏普适性。

4 糖尿病肾病饮食管理的现状

4.1 饮食结构

合理的饮食结构不仅能维持糖尿病肾病患者血糖水平, 也利于肾脏功能恢复。《中国糖尿病肾脏病防治指南 2021》^[7]指出, 糖尿病肾病患者每日总能量摄入约为 25~30 kcal/kg, 其中碳水化合物占比 50%~65%, 蛋白质占比 15%~20%, 并建议未透析者蛋白质摄入为 0.8 g/(kg·d), 已透析者蛋白质适量增至 1.0~1.2 g/(kg·d)。此外, 患者饱和脂肪摄入量不超过每日总能量的 7%^[28], 钠摄入量不超过 2.3 g/d, 并严格限制含钾高的水果、蔬菜及速食产品^[6]。在糖尿病肾病饮食管理中, 医务人员要熟练掌握相关指南及专家共识中对饮食结构的要求, 选择合适的饮食摄入量评估方法, 根据患者年龄、体质量、民族、饮食文化等制订方案, 并定期对患者蛋白质、脂肪、电解质等进行监测及时调整。

4.2 膳食模式

地中海饮食是糖尿病肾病常见的一类膳食模式, 杂粮中的膳食纤维可增加饱腹感, 利于血糖、血脂及血压的控制; 新鲜的瓜果蔬菜可提升患者免疫力, 利于延缓病情的进展; 植物油尤其是橄榄油可有效限制饱和脂肪酸的摄入, 利于血脂及血糖水平的改善^[29-30]。地中海饮食不仅能提升胰岛素敏感性, 又有阻断代谢综合征进行、降低内脏脂肪和

保护肾脏血管的重要作用, 利于降低糖尿病肾病患病风险^[31-32]。在范会敬等^[33]研究中, 实施地中海饮食管理组的血糖及血脂相关指标均低于常规饮食组, 这与地中海饮食结构多样性有关。但 Díaz-López 等^[34]认为, 与低脂饮食对比, 地中海饮食并未降低糖尿病肾病患病风险, 这可能与纳入研究对象的特点有关, 因此制定符合我国人群的地中海饮食结构仍是重点。韩国的一项调查^[35]显示, 限制高血压饮食能降低糖尿病患者并发慢性肾脏疾病的发病风险, 但由于缺乏长期随访及相关研究较少, 其效果有待验证。因此, 对糖尿病肾病饮食模式的选择要强调: ①在专业营养师或医师指导下进行, 避免给予特定或标准化的膳食模式; ②长期坚持, 并定期监测血糖、血压、蛋白质等指标; ③随访追踪, 督促患者执行, 根据反馈及时做出调整。

4.3 饮食指导

4.3.1 重视糖尿病肾病患者饮食认知水平 慢性肾脏疾病患者普遍存在饮食认知不足, 降低了饮食管理的依从性, 影响疾病治疗效果^[36]。李妙玲^[3]通过对糖尿病肾病患者及家属进行饮食健康指导, 提升了其饮食治疗的认识水平, 提升了疾病的治疗效果。为改善糖尿病肾病患者饮食认知及行为, 有研究^[37]基于认知负荷理论, 通过认知负荷检测为糖尿病肾病患者制订个性化的饮食教育策略, 深化了患者对饮食内容的理解与记忆, 结果显示患者血糖、肾功能及营养状况明显得到改善。胡雪丽等^[38]、刘亚非等^[39]结合行为认知疗法对糖尿病肾病患者进行饮食治疗, 不仅纠正了患者错误认知, 提高了治疗依从性, 也改善了负性心理。在提升糖尿病肾病患者饮食认知水平时, 一方面要细化宣教内容, 避免笼统指导, 可采用称重法、回顾法、记录法等方式, 便于患者理解与记忆; 另一方面可通过现场使用量具、模具及解析烹饪技巧, 使理论知识形象化, 便于实际操作强化认知, 提升患者饮食自我管理的积极性。

4.3.2 合理利用多样化宣教形式 刘向玲等^[40]通过多次面对面的健康指导(入院沟通、集中授课、病友讨论), 不仅及时解决了糖尿病肾病患者的疑问, 纠正了不良饮食行为习惯, 且经反复指导、重点讲解, 增进了患者自我管理能力及信心, 尤其是对认知能力较差的患者。但该形式需特定人员在计划的时间和环境内进行, 增加了医疗机构的负担, 患者也容易产生依赖, 不利于出院后的规范治疗。为了弥补该形式在时间、空间及人力的局限性, 有研究^[41-42]尝试通过互联网、云平台、微信等形式对

糖尿病肾病患者进行线上饮食治疗,不仅简化了就医流程也节省了交通费用,提升了患者就医体验。但该形式也存在缺点,例如高龄或认知功能障碍者运用受限,供电及网络信号不稳定会影响指导效果,信息化共享存在泄露患者隐私的风险等。因此,在未来糖尿病肾病饮食管理中,一方面要根据患者具体情况联合多种宣教形式;另一方面也要通过数字化健康程序、互联网等新技术不断完善和创新,进一步提升饮食管理的质量。

4.3.3 构建适宜的健康管理模式 有效的健康管理模式可延缓糖尿病肾病患者病情,减轻患者及家庭的负担^[43]。刘平等^[44]在社区糖尿病肾病患者中对家庭医生服务模式进行了相关探索,研究通过签约形式为患者提供个性化的服务,不仅提高了社区对糖尿病肾病早期的防治水平,也提升了医务人员及患者的健康管理水平。姜美玲等^[45]引入群组管理模式,充分发挥其互动性、同伴效应及活动多样的特色,提升了糖尿病肾病患者运动及饮食自我管理,也降低了患者尿微量白蛋白的阳性概率,对患者病情控制有显著作用。多学科分阶段管理也是一种利于改善健康结局的护理模式。有研究^[46]通过建立多学科分阶段管理团队,经落实综合评估、多措并举、强化落实及后期随访4个阶段,使糖尿病肾病患者血糖及肾功能得到有效控制,也进一步提升了患者在饮食管理、体育锻炼及足部护理等方面的自我管理。近年来随着对健康管理模式不断探索,糖尿病肾病患者饮食认知水平得到一定提高,但在探索过程中要重视患者在不同年龄、地域、文化等方面的差异,进一步提升糖尿病肾病健康管理模式的适宜性。

5 小结

糖尿病肾病是能量消耗型的慢性疾病,饮食管理是重点。若对糖尿病肾病患者早期进行合理的饮食管理,可延缓病情进展,改善预后。平衡患者血糖、肾功能及营养间的关系是糖尿病肾病饮食管理的重点和难点,因此,在管理过程中应重视对患者病情及营养状况的动态评估,制订个性化饮食管理策略,同时要提升患者社会及家庭的有效支持力度,为饮食管理的持续性给予保障。

6 参考文献

[1] 魏晓,欧三桃.综合防治,延缓进展——2014年版《中国糖尿病肾病防治专家共识》解读[J].实用医学杂志,2016,32(1):1-3.

- [2] 邹坪峻,陈红.糖尿病肾病饮食干预的研究进展[J].预防医学情报杂志,2020,36(10):1311-1315.
- [3] 李妙玲.饮食护理干预对糖尿病肾病患者饮食治疗依从性的影响[J].现代临床护理,2012,11(1):20-22.
- [4] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组.糖尿病肾病防治专家共识(2014年版)[J].中华糖尿病杂志,2014,6(11):792-801.
- [5] 姜明霞,许琦,王宇,等.糖尿病肾病人营养状况及其与血清胱抑素C水平的相关性分析[J].肠外与肠内营养,2014,21(5):282-284,288.
- [6] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J].中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组.中国糖尿病肾脏病防治指南(2021年版)[J].中华糖尿病杂志,2021,13(8):762-784.
- [8] López-Revelta K, Galdo PP, Stanescu R, et al. Silent diabetic nephropathy[J]. World J Nephrol, 2014, 3(1):6-15.
- [9] 谭世超.血液灌流串联血液透析改善终末期糖尿病肾病患者微炎症状态与营养不良的临床效果分析[J].实用心脑血管病杂志,2015,23(4):101-103.
- [10] 宋晓萍,孙伟,杨晓松,等.透析患者的营养状况与预后的相维持性血液关性分析[J].中国妇幼健康研究,2017,28(S2):96-97.
- [11] Hyun YY, Lee KB, Han SH, et al. Nutritional Status in Adults with Predialysis Chronic Kidney Disease: KNOW-CKD Study[J]. J Korean Med Sci, 2017, 32(2):257-263.
- [12] Meijers B, Jouret F, Evenepoel P. Linking gut microbiota to cardiovascular disease and hypertension: Lessons from chronic kidney disease[J]. Pharmacol Res, 2018, 133:101-107.
- [13] 罗曼, Petrini M, 程秀华,等.家庭支持对老年糖尿病患者足护理教育效果的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(22):2738-2741.
- [14] 赵赛邈,欧阳红娟.饮食营养干预结合家庭支持对提高糖尿病肾病维持性血液透析患者生活质量的影响[J].护理实践与研究,2016,13(19):32-33.
- [15] 刘冬梅,游书秋,李胜玲,等.社区老年糖尿病患者家庭功能与自我管理行为相关性研究[J].重庆医学,2015,44(07):893-895.
- [16] 吴媛媛,陶蓉,徐亚菊,等.糖尿病肾病血液透析患者自我隐瞒情况及影响因素[J].中国医药导报,2021,18(33):68-71.
- [17] 张丽芳,刘中元,林春梅,等.我国社区卫生服务中心专科服务开展现状及发展策略[J].中国全科医学,2019,22(16):1900-1903.
- [18] 杨华,夏慧玲,任利民,等.上海市社区全科医生糖尿病肾病相关知识掌握情况和管理能力调查[J].中华全科医师杂志,2017,16(12):917-920.
- [19] 杨亚锋,王萍,鱼丽荣,等.糖尿病肾病营养膳食 KAP

- 调查分析[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(36): 5-7.
- [20] Khan MN, Kalsoom S, Khan AA. Food Exchange List and Dietary Management of Non-Communicable Diseases in Cultural Perspective[J]. Pak J Med Sci, 2017, 33(5): 1273-1278.
- [21] 赵婷, 李群, 卢珊, 等. 慢性肾脏病食物交换份体系的建立[J]. 江苏医药, 2013, 39(19): 2309-2311.
- [22] 刘曦, 刘杨晨, 吴一帆, 等. 运用肾病食物交换份法提高慢性肾脏病患者低蛋白饮食的依从性[J]. 临床肾脏病杂志, 2014(8): 510-512.
- [23] 鲍云非, 王红, 王晋伟, 等. 慢性肾脏病患者 3d 饮食摄入量评估方法的探讨[J]. 护理研究, 2019, 33(7): 1198-1202.
- [24] 孔建华, 张洁, 崔云婧, 等. 两种营养评价方法在老年糖尿病肾病患者中的应用及比较[J]. 临床荟萃, 2017, 32(4): 301-304.
- [25] 黎文明, 黎佩君, 陈春莲, 等. GNRI 与 NRS2002 在糖尿病肾病患者中应用价值的探讨[J]. 中国医药指南, 2020, 18(12): 4-5, 8.
- [26] Cohendy R, Rubenstein LZ, Elediam JJ. The Mini Nutritional Assessment- short form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients[J]. Aging, 2001, 13(4): 293-297.
- [27] 黎碧辉. 微型营养评定简表在老年慢性肾脏病患者中的应用[J]. 中国当代医药, 2021, 28(3): 119-122.
- [28] Ko GJ, Kalantar-Zadeh K, Goldstein-Fuchs J, et al. Dietary Approaches in the Management of Diabetic Patients with Kidney Disease[J]. Nutrients, 2017, 9(8): 824.
- [29] Bos MB, de Vries JH, Feskens EJ, et al. Effect of a high monounsaturated fatty acids diet and a Mediterranean diet on serum lipids and insulin sensitivity in adults with mild abdominal obesity[J]. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2010, 20(8): 591-598.
- [30] Hernáez Á, Castañer O, Elosua R, et al. Mediterranean Diet Improves High-Density Lipoprotein Function in High-Cardiovascular-Risk Individuals: A Randomized Controlled Trial[J]. Circulation, 2017, 135(7): 633-643.
- [31] Castro-Quezada I, Román-Viñas B, Serra-Majem L. The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review[J]. Nutrients, 2014, 6(1): 231-248.
- [32] Jayedi A, Mirzaei K, Rashidy-Pour A, et al. Dietary approaches to stop hypertension, mediterranean dietary pattern, and diabetic nephropathy in women with type 2 diabetes: A case-control study[J]. Clin Nutr ESPEN, 2019, 33: 164-170.
- [33] 范会敬, 姜彩辉, 蒋瑞. 地中海饮食联合低血糖生成指数饮食对 2 型糖尿病患者糖脂代谢和氧化应激指标的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(20): 2387-2391.
- [34] Díaz-López A, Babio N, Martínez-González MA, et al. Mediterranean Diet, Retinopathy, Nephropathy, and Microvascular Diabetes Complications: A Post Hoc Analysis of a Randomized Trial[J]. Diabetes Care, 2015, 38(11): 2134-2141.
- [35] Lee HS, Lee KB, Hyun YY, et al. DASH dietary pattern and chronic kidney disease in elderly Korean adults. Eur J Clin Nutr, 2017, 71(6): 755-761.
- [36] Kaesler N, Baid-Agrawal S, Grams S, et al. Low adherence to CKD-specific dietary recommendations associates with impaired kidney function, dyslipidemia, and inflammation[J]. Eur J Clin Nutr, 2021, 75(9): 1389-1397.
- [37] 华银玲. 认知负荷理论对糖尿病肾病维持性血液透析患者营养状况的影响[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(5): 569, 571.
- [38] 胡雪丽, 刘仕杰, 刘洋, 等. 营养膳食联合认知行为疗法对老年糖尿病肾病患者的焦虑抑郁情绪、营养状况与认知功能的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(2): 373-375, 378.
- [39] 刘亚非, 王喜东, 郭晓方. 基于目标责任制的强化营养管理对糖尿病肾病患者营养状况及自我效能的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(11): 30-33.
- [40] 刘向玲, 吕晓春. 自我健康行为管理配合循证基础对早期糖尿病肾病的影响观察[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(20): 136-138.
- [41] Sevvick MA, Woolf K, Mattoo A, et al. The Healthy Hearts and Kidneys (HHK) study: Design of a 2x2 RCT of technology-supported self-monitoring and social cognitive theory-based counseling to engage overweight people with diabetes and chronic kidney disease in multiple lifestyle changes[J]. Contemp Clin Trials, 2018, 64: 265-273.
- [42] 陈靖, 张倩. 老年慢性肾脏病患者营养管理[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2019, 28(6): 548-549.
- [43] 赵进, 邱川红, 蔡伟. 健康管理对早期糖尿病肾病的影响[J]. 中华健康管理学杂志, 2012, 6(2): 92-95.
- [44] 刘平阳, 汤梅华, 李莉. 家庭医生服务对社区早期糖尿病肾病防治的作用[J]. 中国初级卫生保健, 2020, 34(2): 17-19, 26.
- [45] 姜美玲, 汤衡玲, 吴珊. 糖尿病肾病群组管理模式构建及应用效果分析[J]. 中国病案, 2019, 20(9): 89-92.
- [46] 王文翠, 刘舒放, 黎东梅. 老年早期糖尿病肾病患者的多学科分阶段管理[J]. 护理学杂志, 2021, 36(12): 35-39.

[2022-02-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

尊严护理干预研究文献的总结与分析

丛欢欢 唐洪涛 张晨迪 崔文香

【摘要】 目的 描述国内外尊严护理干预的研究现状,为提高我国患者尊严护理提供参考意见。方法 采用 Arksey 和 O' Malley 提出的 Scoping Review 文献范围综述方法和研究步骤,在 Web of Science、PubMed、中国知网、万方数据库、维普等数据库中,通过系统检索查找相关文献。检索建库至 2021 年 9 月 30 日中尊严护理干预相关文献,对尊严护理干预进行综述。**结果** 最终 20 篇文献被纳入,通过提炼出来的明确研究结果,确定了若干护理措施,涉及到除了后果担忧以外的所有尊严模式所包含的主题。从多方面开展了维护患者尊严的实践活动,如控制症状、倾听陪伴患者、保护患者的权力、培育生存希望、自我认可、保持自豪感、注意患者的隐私保护、鼓励家人在场。**结论** 本研究将初级研究建议的尊严护理干预措施汇集在一起,对促进我国开展维护患者尊严的护理实践给出参考意见。

【关键词】 患者;尊严;干预措施;概括性;综述

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.016

患者尊严(patient dignity)的概念是复杂的,与尊重患者意愿、保持其隐私、自尊和控制、减少其羞耻感以及类似的相关问题有关^[1-2]。当患者尊严受损时,会伴随自我价值感降低、生活意志丧失^[3]。“维护患者尊严”是人文护理的核心宗旨,亦是国内外护理机构和协会遵循的专业核心价值观之一^[4-5]。世界卫生组织指出,卫生保健机构应为患者提供尊严护理^[6],这是所有卫生和社会护理专业人员的责任^[7]。

尊严护理干预(dignity care intervention)通过识别患者尊严存在的相关问题,并建议采取护理行动来解决尊严存在的问题^[8]。尽管尊严护理干预已在护理中实施并不断地发展,然而由于尊严的表达受到文化的影响,并且缺乏相关概述。在临床实践中,促进患者尊严的护理干预仍然不足。本研究旨在从研究文献中找到可以保护患者尊严的相关护理措施,为实施患者尊严护理提供参考意见。

1 对象与方法

1.1 研究方法

本研究遵循 Arksey 等^[9]提出的范围审查(scoping review)研究方法,过程分 5 个阶段,即识别研究问题;搜索相关研究;选择研究;将数据制成图表;整理、总结和报告结果。Scoping review 是一种知识综合形式,将现有的知识通过系统地搜索和选择,然后进行整合,以用于寻求相关研究领域的差距,旨在为将来的研究重点提供建议指导^[9-11]。近年来,医疗、

护理和健康管理等领域已广泛应用 scoping review 来研究探索问题^[12-14]。Scoping review 适用于研究性质比较复杂、以前没有审查过的新主题,如提高患者尊严水平的护理干预,其提供了一种严格和透明的方法,可以根据数量、特征和发现以综合研究领域。

1.2 数据来源和检索策略

本研究采用主题检索方法,在 Web of Science、PubMed、Embase、PsycINFO、CINAHL、中国知网、万方数据库、维普数据库进行检索。检索时间:建库至 2021 年 9 月 30 日。中文关键词:尊严或尊严护理或尊严保护或尊严治疗或患者尊严问题或尊严疗法或维护患者尊严或生命回顾或死亡教育或生命意义干预和护理或干预或措施或策略。英文关键词:Dignity, OR end-of-life care, OR palliative care, OR the Dignity Care Intervention, OR dignity-protective, OR Dignity therapy, OR Patient Dignity, OR Dignity Care Pathway, OR Patient Dignity Question, AND actions, OR strategies, OR interventions, OR programs。

1.3 纳入和排除条件

纳入条件:①关于患者尊严干预的研究;②有干预措施说明及干预结果分析;③中文及英文文献。排除条件:①摘要、个案、会议发言,无法获取全文的文献;②重复发表的文献。

1.4 文献筛选

为了更可靠和严谨,并确保没有相关文章被忽略,每个数据库都由 2 名研究人员分别进行了搜索。将检索结果导入书目管理软件,进行系统的重复数据删除。2 名研究人员通过阅读题目、摘要、全文,独立筛选文献。存在分歧的文献讨论后再决定是否纳入。全文文章根据纳入和排除条件进行再次评估。

共纳入了 5632 篇引文，删除了 2128 篇重复的文章，通过手工核对发现了 1572 篇其他研究，保留了 1932 篇。根据标题和摘要，837 篇文章因不是实验性研究而被排除，有 182 篇无法获取原文而被排除。全文审查后，最后共纳入 20 篇文献，见图 1。

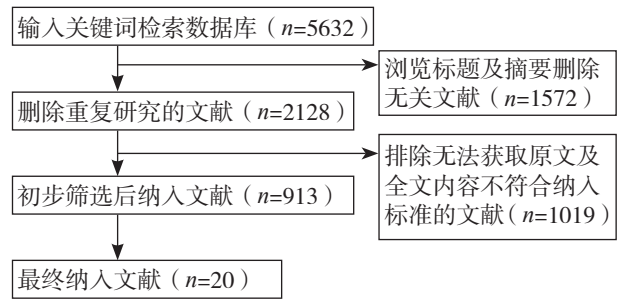


图 1 文献筛选流程图

1.5 数据提取与分析

共纳入文献 20 篇（见表 1），9 篇是定性的，8 篇是定量的，3 篇是混合方法。15 篇研究包括评估成分，以评估干预在提高尊严水平方面的有效性，而其他 5 篇文章侧重于告知干预的发展。大多数文章本质上是探索性的，是小规模的试点研究。这些文章来自 11 个国家：以色列 1 篇、加拿大 2 篇、葡萄牙 1 篇、瑞士 1 篇、瑞典 2 篇、爱尔兰 1 篇、印度尼西亚 1 篇、芬兰 1 篇、英国 1 篇、美国 1 篇，中国香港 1 篇、中国台湾 1 篇、中国大陆 6 篇。我国现有文献最早发表于 2007 年，是描述护理人员对 ICU 心脏术后患者保护其隐私，维护患者尊严的研究^[15]，本研究纳入的中文 6 篇文献分别发表于 2015 年、2016 年、2019 年和 2021 年。研究者以医疗专业人员为主 (n=5)，1 篇为高校教师与医疗人员共同发表。纳入本研究的论文仅有 1 篇受到天津医科大学肿瘤医院科研项目的资助。大部分文献采用的研究方法是定量研究 (n=4)。

表 1 纳入研究的国内外患者尊严护理干预文献概括		
项目	中文 (n=6)	英文 (n=14)
发表年度	2015—2021	2005—2020
是否全文	n=6	n=14
研究作者从属机构	高校: n=1	高校: n=11
机构	社会机构: n=5	社会机构: n=2 高校 + 社会机构: n=1
研究基金	n=1	n=9
定量研究	n=4	n=4
定性研究	n=0	n=9
混合研究	n=2	n=1

纳入的英文文献 12 篇，发表于 2005 年 1 月—2019 年 12 月，被纳入文献均为全文，研究者所属机构以高校为主，11 篇为高校的研究成果，1 篇为

高校与研究中心合作的成果，2 篇为社会服务机构发表的文献；大部分研究项目受到不同基金会的资助 (n=9)。国外尊严护理干预起步较早，尊严护理干预的概念及措施有较成熟的结构模型。

在对相关文章进行审查后，使用研究团队开发的标准化模板提取数据并绘制图表。提取的数据包括研究文献作者、出版年份、研究地点、研究目的、研究类型、研究样本、研究设计、研究结果和干预措施关键部分等信息，形成本文统一的文献提取表，作为后续分析依据，见表 2。在数据提取之后，研究小组对数据提取表进行了审核，以确保数据报告的清晰和一致性。

2 结果

基于纳入的 20 篇文献，提炼出明确的研究结果，总结出尊严护理干预建议采取的护理行动。这些行动涉及到除了后果问题以外的所有尊严模式所包含的主题，基于 Chochinov 等^[36]构建的尊严模型，维护患者尊严的实践活动可从多方面开展。

2.1 疾病的担忧

患者对疾病的担忧体现在“症状的痛苦”和“独立程度”两方面。

2.1.1 症状的痛苦 症状的痛苦由“身体痛苦”和“心理压力”2 个副主题构成，心理压力又包括“医疗不确定性”和“死亡焦虑”。即因患者不了解自身健康状况或治疗方案导致的心理上的痛苦，以及与死亡有关的焦虑和恐惧^[36]。关于疾病担忧的建议与这一主题相关的护理干预基于 2 篇定量研究、5 篇定性研究和 1 篇混合研究文献。

为了解决身体上的痛苦，护士对患者的症状困扰中的躯体症状进行评估，然后进行对症处理，例如缓解疼痛、呼吸困难、恶心呕吐、便秘、疲乏等。Coenen 等^[24]的研究描述了护士和临终关怀人员集中于管理身体症状的护理行动，护士通过药物和非药物干预来减轻和控制症状，针对症状实施的具体干预措施包括给药、给氧、对症处理及促进舒适，促进舒适包括使用放松技巧、想象、按摩、背部按摩、卫生需求、芳香疗法、治疗触摸、口腔护理和舒适的姿势。根据患者需要采取个性化的护理行动可以解决与疾病相关的痛苦^[17,24,27,35]。提出“你以什么方式受苦？”，以了解患者更多的症状困扰，已被证明可以让人们接触到临终关怀患者担心的有关身体症状痛苦的领域^[24]。

在心理压力方面，为了降低患者医疗不确定性和对死亡的焦虑，护士与患者或家庭成员关于疾病

表2 纳入文献的描述性特征

研究者	年份	国家	研究目的	研究类型	研究结果	干预措施关键部分
Chochinov 等 ^[16]	2005	加拿大	建立尊严治疗的可行性, 确定其对心理和症状痛苦的影响	定量研究	86%的患者感到提高了目标感、意义感和尊严感, 痛苦和抑郁情绪有显著改善	谈论成就; 灌输意义和目标, 以保持骄傲; 抱有希望
Chochinov 等 ^[17]	2007	加拿大	测量绝症患者“他人负担”并阐明与心理、生理的关系	定量研究	他人负担感与绝望、抑郁和前景之间的相关性最高; 与恶心等状况无显著相关	缓解痛苦和他人负担感; 增加独立程度和自我控制; 家庭支持;
Bachne 等 ^[18]	2009	以色列	比较死亡沟通与心理困扰之间的反应水平和相关模式	定量研究	较高水平的死亡沟通能够预测抑郁症状、情绪衰竭程度和自我效能	死亡沟通缓解心理压力
李莹等 ^[19]	2015	中国	探讨尊严疗法对肺癌晚期患者的希望水平和心理健康状况的影响	定量研究	尊严疗法能够帮助绝望中的患者寻找生存意义; 缓解疾病带来的负面情绪	减轻心理压力和他人负担感; 提高希望水平; 社会支持; 遗嘱
刘小红等 ^[20]	2019	中国	探索癌症临终患者尊严照护模式, 观察安心卡应用效果	定量研究	安心卡引导的尊严照护模式增强了尊严感, 减轻了焦虑、抑郁情绪	缓解症状痛苦; 提供家庭支持; 给予精神安慰; 留下遗产
Julião 等 ^[21]	2020	葡萄牙	探讨葡萄牙青少年尊严疗法的效用和应用	定量研究	青少年尊严疗法反映了人格的各个方面, 提高了护理质量	缓解心理压力; 留下遗言; 减轻他人负担; 保持骄傲
方英等 ^[22]	2021	中国	探讨家庭尊严干预在阿尔茨海默症患者主要照顾者中的应用效果	定量研究	家庭尊严干预有效	减轻他人负担
唐思思等 ^[23]	2021	中国	探讨品格优势对肺癌患者尊严、希望指数及自我感受负担的影响	定量研究	方式: 释放 - 反思 - 共享 品格优势干预可提升尊严感、希望指数, 减轻自我感受负担, 改善生存质量	提高韧性; 抱有希望
Coenen 等 ^[24]	2007	美国	描述护理干预措施以促进护士尊严地死亡	定性研究	尊严照护模式三个主题: 与疾病相关的关注、保护尊严的清单和社会尊严	缓解身体痛苦和心理压力; 关怀照护; 家庭支持
Chan 等 ^[25]	2007	中国香港	描述护理人员对老人的自主性、尊严、护理决策及财务的看法	定性研究	居家养老是长期护理的最佳方法, 有利于尊严、自主和家庭完整性	自我控制和角色保留; 社会支持; 保持骄傲; 提供精神安慰
Andersson 等 ^[26]	2008	瑞典	调查 75 岁以上人群在生命最后阶段提高生活质量的经验	定性研究	美好生活的主题: 维护尊严; 享受小事; 如家的感觉; 感受家人重视; 面对死亡	自我连续性; 接受; 减轻他人负担; 保持骄傲; 社会支持; 活在当下
Asmaningrum 等 ^[27]	2008	印度尼西亚	探讨印尼护士在临床护理环境中如何维护患者尊严	定性研究	维护患者尊严三主题: 个性化护理; 富有同情心的护理; 患者护理倡导。	缓解痛苦; 自我独立、控制及连续性; 精神需求; 家庭支持
Lindwall 等 ^[28]	2009	瑞典	描述在精神科护理实践中, 护士如何维护患者尊严	定性研究	护理人员按照道德责任行事时, 患者的尊严可以得到维护	缓解心理压力; 抱有希望; 实现自我控制
Bailey 等 ^[29]	2010	爱尔兰	描述护士提供精神护理的经验	定性研究	精神支持五主题: 教育; 精神; 护理艺术; 精神上的挑战; 维度的时间	精神提供精神护理和关怀照护
Baillie 等 ^[30]	2010	英国	讨论尊严运动研究及在不同护理环境中维护尊严的策略	定性研究	维护尊严五主题: 尊严的脆弱性; 保护隐私; 患者关系; 护理环境; 解决需求	保护隐私; 维持正常; 连续性和角色保留; 抱有希望; 关怀照护
Lin 等 ^[31]	2010	中国台湾	了解台湾护士在临床实践中如何维护患者的尊严	定性研究	维护尊严五主题: 尊重; 保护隐私; 情感支持; 一视同仁; 维持身体形象	精神安慰; 自我控制; 维持正常; 自我连续性; 保护隐私; 社会支持; 抱有希望; 接受
Nyholm 等 ^[32]	2015	芬兰	调查重症监护室的护士如何理解患者尊严, 如何维护患者尊严以及威胁因素	定性研究	维护尊严五因素: 换位思考、保护患者隐私、职业素养、职业保密原则、弥补受损的尊严;	缓解症状痛苦; 提高独立程度; 自我连续性; 家庭支持; 保护隐私; 维持正常; 角色保留
Goreti 等 ^[33]	2015	瑞士	评估生命回顾对晚期癌症患者尊严的影响	混合研究	生命回顾干预有助于提高患者尊严、生活质量	生命回顾干预引导患者接受自我
吉晓玲 ^[34]	2016	中国	探讨生命回顾对晚期癌症患者自尊、生命意义、生活质量的影响	混合研究	《旅行笔记》内容: 自我认知与肯定; 生命线; 回顾; 吐露心声; 活在当下; 展望未来; 心愿与希望	提高独立程度和自我控制; 保持骄傲; 抱有希望; 提供家庭支持; 活在当下
田畅等 ^[35]	2019	中国	构建适合我国晚期癌症患者的尊严护理服务模式	混合研究	尊严护理服务模式的 5 个维度: 症状困扰、生存困扰、独立性、社会支持、平和心态	改善症状痛苦; 提高独立程度; 社会支持及家庭支持; 精神安慰; 生存希望; 保护隐私; 接受

进行明确的沟通^[32],以便患者及其家庭成员能够明确真实的疾病进展情况,对其疾病做好心理准备和预期。经验丰富的医生和护士,向患者解释疾病进展的过程及相关细节^[26]。与患者进行死亡沟通,谈论死亡、倾听并承认患者对死亡的看法及恐惧^[18,24],鼓励患者将负面情绪通过各种渠道宣泄出来,例如悲伤、愤怒等^[27,29],可以利用瑜伽冥想来指导患者转变面对死亡时的负面情绪和态度^[27]。此外,给予患者陪伴是很重要的^[24]。

2.1.2 独立程度 独立程度反映了一个人对他人的依赖程度,其特征是保持一个人的精神和思维的“认知敏感度”,以及执行与日常生活活动相关任务的“功能能力”^[36]。

关于独立程度的建议与这一主题相关的护理干预基于4篇定性研究文献和1篇混合研究文献。Andersson等^[26]的研究提出当患者不能表达意见时,例如当患者被麻醉时,尊严就会受到威胁,把患者当成一个人来看待,将患者的处境加之于自己身上,设身处地地为患者着想,是十分重要的。护理患者时提出一个问题“如果我躺在那里,我希望得到怎样的治疗”^[32]。居家被老年人认为是一种确保日常生活规律和独立性的方式,这也得到了家庭成员和健康专业人士的支持^[26]。提供个性化的病房环境:把病房按照患者的房间进行布置,患者在病房内摆放自己的照片,可以随心所欲地做自己想做的事情,会让患者有“在家”的感觉,有助于促进老年人,特别是阿尔茨海默病患者的精神功能^[25]。

另外,田畅等^[35]在晚期癌症患者中构建尊严护理服务模式中提议协助患者进行功能锻炼,维持机体的正常功能,有利于患者尊严的维护。护士要具有良好的沟通能力和沟通技巧,教导患者什么是正常和正确的,在适当的时机促进自我护理^[30,35]。

2.2 保护尊严的项目

保护患者尊严项目的主要类别包括“保护尊严的视角”和“保护尊严的措施”,从患者的心理和精神状况进行关注和干预,通常基于影响患者尊严感的人格和内部资源^[36]。

2.2.1 保护患者尊严的视角 保护患者尊严的视角包括看待或应对一个人处境的方式,描述对患者尊严感的特殊影响,被描述为8个视角:保证患者连续性的自我、角色保留、贡献/遗产、保持骄傲、抱有希望、自我控制、回顾和韧性^[36]。

(1)连续性的自我:是指一个人感觉自己是一个完整的^[36]。4篇定性研究文献与连续性的自我相关的护理行动提出了建议。解决患者在意的问題,以

患者为整体,而不是以疾病为整体进行护理^[32]。即使只能够维持简单的日常活动,也是按照自己的意愿呈现了自己。患者可以通过回忆保持自我的连续性,在自我感觉断裂的情况下进行自我调整^[26],与此同时,护理人员的支持态度有助于患者保持自己的身份^[27,30]。

(2)角色保留:是指患者在正常的角色中发挥作用或保持投入的能力,作为一种与自身先前观点保持一致的方式^[36]。关于角色保留的建议与这一主题相关的行动基于4篇定性文献。给予患者空间,利用良好的沟通方式去了解患者的生活习惯、兴趣、喜好。如果可能的话,在小事上满足患者的愿望,会让患者觉得自己很有价值^[30,32]。用“独特”解读患者,患者都是平等独特的,有不同的想法和感受,需要尊重患者的独特,根据患者的特点调整相应的治疗方法^[25,31]。

(3)“贡献/遗产”:指的是留下永恒的、超越的东西而给人带来的慰藉或死亡安慰^[36]。1篇定性研究文献和2篇定量研究文献对护理行动提出了建议。通过与患者谈论想留给家人的宝贵人生经历,或是建议或是忠告^[21],把自己的感悟留给关心自己的人,能让患者感受到自己的生命仍然有价值,自己的存在仍然有意义^[19]。在某些情况下,手工艺品、刺绣或诸如此类的东西代表着能够参与生活,同时也作为给子孙后代的一种礼物与精神寄托。养育了品格优秀的孩子,并对家庭和和睦相处作出了贡献,亦是对未来的一份礼物^[26]。

(4)骄傲感的维持:是一种保持积极的自我尊重或自尊的能力^[36]。关于骄傲感维持的建议与这一主题相关的行动基于2篇定性研究文献、1篇定量研究文献和1篇混合研究文献。在Julião等^[21]对葡萄牙青少年尊严的研究中指出患者希望不以其年龄作为判断条件,平等地对待他们。对于老年人来说,缺少孩子或家人的关心和照护,老年人就会感到沮丧、被遗弃,觉得生活毫无意义,会在一定程度上失去自我尊重^[25]。提供机会让患者谈论成就和引以为傲的事情,并对患者表示肯定^[21],让患者感到自己对于别人是重要的,良好的关系及他人给予的情感支持,肯定了患者的自我价值,会增加患者的尊严感^[26,34]。

(5)希望:指的是找到或保持一种意义或目的感的能力^[36]。基于4篇定性研究文献与1篇定量研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。Lindwall等^[28]的研究中提到通过了解并满足患者的需求和愿望,向患者灌输意义和目的感,来提高

患者的尊严。Chochinov 等^[16]在姑息治疗中,提出不要给患者不切实际的希望,帮助患者将其目标和希望重新集中到切实可行的事情上,可以让患者幻想不可能发生的事情的可能性。帮助患者实现小目标,比如进行1次特殊的郊游,会给予患者希望。Baillie 等^[30]强调人的价值是希望的源泉,患者得到医务人员高质量的治疗与护理以及情感上给予支持是患者和医务人员最常提到的希望来源。患者认为当医务人员让他们感到自我有价值以及自己被重视时,就给了他们希望^[31]。建立尊重的护患关系,以及使用礼貌的行为方式与患者进行沟通,定期互动,提供主动服务对于患者保持希望是很重要的^[27]。

(6) 自我控制:是一种对自己的生活环境保持控制感的能力^[36]。5篇定性研究文献对护理行动提出了建议。尊严的意义就老年人而言,自主很重要。在独立性和自主性方面,那些在消费、身体照顾等方面依赖他人的老年人被认为“自尊心较低,有些人甚至看不到生命的意义”^[25]。老年人的决策自主权应该受到尊重,老年人拥有知情选择同意权,老年人和家庭成员、医务人员之间的讨论被认为是至关重要的^[25-26]。为患者提供与疾病有关的信息,允许患者参与治疗和护理决策,允许患者得到控制权,满足患者的需求与愿望,与家庭成员一起倡导患者的愿望是增加患者自主权的一种方式^[27-28,31]。

(7) 接受:是一种适应生活变化的能力^[36]。2篇定性研究和2篇混合研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。当疾病来袭时,患者通过回忆以往美好的经历,支持患者平静的面对死亡^[26,33]。为患者开展生死教育,利用尊严疗法、生前遗嘱、生死教育、宗教信仰来缓解患者对死亡的恐惧和焦虑,帮助患者合理安排自己有限的时光,勇敢地面对并接受疾病和死亡,帮助患者在人生最后阶段能够处之泰然,失之坦然^[31,35]。

(8) 韧性:指的是人通过锻炼来克服疾病或优化生活质量的心理决心^[36]。关于韧性的建议与这一主题相关的行动基于1篇定量研究文献。唐思思等^[23]将品格优势作为干预措施应用在肺癌患者的尊严研究中,患者通过书写进行表达,使其沉浸于积极的情感反应中,主动转化消极情感为乐观、希望、勇气等积极情感,减轻治疗过程中的痛苦,结果显示患者的优势品格可使患者产生积极的情感反应,提升尊严水平。

2.2.2 保护患者尊严的措施 包括个人方法或技术,用于支持或维持一个人的尊严感。由活在当下、维持正常状态、寻求精神上的安慰组成^[36]。

(1) 活在当下:包括不去担心未来的问题,尽情享受现在的生活^[36]。1篇定性研究文献和1篇混合研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。物质的东西变得不那么重要了,取而代之的是自然和基本的东西变得重要了。享受生活中的小事情丰富了由于健康问题和功能受损而受到限制的生活,例如看窗外的风景、打牌、听音乐或休息等^[26]。在接受治疗的患者中,在不痛苦或有力量的时候利用机会,“抓住时机”是一种常见的处理事情的方式^[36]。利用生命回顾让患者对自己的生命意义进行思考,将以后的时间与生活进行规划,珍惜眼前的生活,努力活出自我^[34]。

(2) 维持正常状态:指的是一种持续的或例行性的行为,有助于在应对疾病挑战的同时,维持正常的日常生活和日程安排^[36]。4篇定性研究文献对护理行动提出了建议。接受社区护理的患者表示,他们试图避免和别人见面,向子女隐瞒自己的病情,努力不表现出他们真正的病情与痛苦,尽量不让别人发现身体的变化^[26],有利于缓解患者尊严受损。注重患者的仪表、生活方式及喜好,解决他们在意的问题,例如穿自己的衣服而不是患者服,被允许用照片和家里的物品装饰其病房,有利于患者维持自己的尊严^[30-31]。护士还需要运用优秀、有效的沟通技巧,帮助患者适应变化和损失;通过设定现实可行的目标,调整其功能能力来维持正常状态^[32]。

(3) 寻求精神上的安慰:是指在一个人的宗教或精神上寻求安慰所产生的维持尊严的效果信仰^[36]。3篇定性研究文献和1篇混合研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。陪伴与倾听患者的精神需求,尊重其融于生活的灵性需求^[29]。基于宗教信仰的精神干预,给家庭提供精神上的支持,允许患者向信仰的上帝祈祷,平静的面对死亡^[31,35]。倾听是最重要的技能之一,比提供不可能的建议或解决方案更重要^[27]。需要技能和直觉去识别患者的精神需求,时机很重要,如果患者没有准备好,护士很难对患者进行干预^[29]。

2.2.3 社会尊严 社会尊严指的是一个人的尊严感被社会问题或人际关系所影响,并描述了源自患者身处的环境对尊严的影响。包含5个主题:隐私界限、关怀照护、社会支持、他人负担、后果的担忧^[36]。

(1) 隐私界限:是指在接受照顾和支持的过程中个人环境受到侵犯对尊严的影响程度^[36]。3篇定性研究文献和1篇混合研究文献对护理行动提出了建议。护士们主张增强患者隐私问题的保护,包括

病情的隐私、身体的隐私、环境的隐私^[30]。采取一些干预措施保护患者的病情隐私,包括:患者外出检查时,可以穿自己的衣服而不是患者服,提供独立隐私、安静、温馨祥和的空间与患者谈论病情^[32]。在病床周围安置床帘是在医院里维护尊严的一种方式,避免男女混居,为患者提供穿脱衣服的隐私空间,减少身体暴露以及对身体敏感部位不必要的接触,有助于患者身体隐私的保护^[31-32]。另外,了解患者生活和保健偏好,尊重患者的生活方式、选择和喜好,可以提高医务人员对患者的需求敏感度,这些对促进尊严都是至关重要的^[30,35]。

(2) 关怀照护:是他人互动时表现出来的态度^[36]。关于关怀照护的建议与这一主题相关的行动基于4篇定性研究文献。英国的临终关怀团队的工作人员强调了倾听患者的重要性^[30]。遵从患者的意愿,满足患者的需求,维护患者的隐私,坦诚地与患者探讨真实的病情进展情况,对患者的关爱,与家人一起哭泣和允许悲伤都是关爱行为^[27,29]。护理人员需要有同情心,能够体会患者的悲伤,为患者提供情感的支持^[24,27]。

(3) 社会支持:是由朋友、家庭或健康专业人员组成的可用的、有帮助的支持行动^[36]。6篇定性研究文献和1篇混合研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。护士关注护理的主旨,意识到护理人员的态度和行为以及陪伴患者的重要性,通过积极的身体接触,如牵手、陪伴和倾听患者的故事来给予患者支持^[27,32]。同时给予患者像家一样的环境,提供宠物探访、柔和的音乐都是很重要的护理支持。尽量满足患者的愿望,为患者保密病情并给予爱的支持,避免给患者其他的压力。“允许悲伤”是尊重和同情的额外干预措施^[27,31]。来自政府机构、家庭成员的经济支持可以缓解患者的经济情况^[25],家庭成员、朋友和其他患者的支持在情感上增强了患者的力量,鼓励家庭成员在场并让其参与护理,鼓励患者与家人分享其感受^[24]。即使家人和朋友不能经常来访,也可以让患者通过电话与家人进行联系,以增加家庭亲密度,家庭成员的合照也加强了家庭的感觉^[26]。建立社工志愿者体系给予患者支持^[35]。

(4) 他人负担:是指个人在各个方面的照顾或管理都要依靠他人而造成的痛苦^[36]。4篇定量研究文献和连篇定量研究文献提出了与此主题相关的护理行动建议。Chochinov等^[17]对晚期癌症患者的研究指出:患者的负担感与绝望、抑郁和前景之间的相关性最高。患者最关心的是提供身体护理、

目睹死亡和替代生命维持治疗的决策负担。当临终患者将其担忧与所爱的人分享时,这些都得到了缓解,从而减少了面对死亡的孤独感,并减轻了其所爱的人独自做出治疗决定的负担。解决情绪或心理症状,可以减少患者的负担感^[26]。通过设想家人的未来缓解自己的心理负担^[21]。方英等^[22]利用家庭尊严干预阿尔茨海默症患者的照顾者尊严的研究中,对照顾者进行一对一访谈,使其转变了自己的心态,释放出了自己压抑的情绪,从而提高照顾者的信心。

(5) 后果的担忧:指患者对死亡将会对遗嘱造成影响担忧^[36]。在回顾的文献中没有发现与此主题相关的护理措施的研究。

3 结论

本综述从已发表的关于尊严相关研究中提出了尊严护理干预的建议。从世界各地不同的文献中发现了广泛的尊严护理干预措施。尽管有这方面的知识,但目前还没有患者尊严护理干预的文献范围综述。促进患者尊严护理是必要的,患者能够获得相关信息和支持服务,并获得改善尊严的护理服务。这一范围审查的目的是综合现有文献,并确定干预措施的关键组成部分,以提高患者的尊严水平。

我们发现了与Chochinov等^[36]的尊严保护护理模式框架中所提出的护理行动建议,同时为对各种干预及其关键组成部分进行分类提供了有用的方法。本综述侧重于尊严护理干预研究,对文献研究作出了重要贡献,因为提供了对现有干预措施的全面理解,以提高患者的尊严水平,为未来的医疗保健政策、项目和提高患者尊严护理服务提供信息。在护理过程中,提高患者尊严不仅可以通过护士提供的护理服务来提高,还可以通过护士的态度和行为以及开展的护理服务的方式来提高^[30]。尊严护理干预不仅包括护理人员对患者做了什么,还包括护理人员如何看待患者^[36]。

在以前的综述论文中讨论了尊严的概念及评价工具,未对如何进行尊严护理干预给出具体建议。本综述旨在总结现有文献,并确定了提高尊严护理干预措施的关键组成部分,以期发现对医疗专业人员、社区护理人员和致力于改善患者尊严水平的人员提供护理建议。特别需要注意的是,当医务人员对患者使用何种护理行动的选择必须基于患者的偏好。建议的护理行动应与患者讨论,并得到患者及家属的同意。当目的是保护尊严时,给予患者关于他们自己的护理的发言权是特别重要的。

然而,审查并非没有限制,包括排除非英文文献,以及非全文的文献。因此,有可能将相关研究排除在本综述之外。这项工作的另一个限制是缺乏一个质量评估工具来评估 20 篇研究中使用的方法。本综述的目的是综合现有文献的范围,并避免评估研究的质量。因此,未来的研究将受益于一种正式评估工作质量的工具,包括用于评估提高患者尊严的护理干预措施的具体措施。此外,还需要进一步的研究来评估不同护理干预措施在提高患者尊严方面的长期影响。

4 参考文献

- [1] Matiti MR, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting[J]. *Int J Nurs Stud*, 2004,41(4):735-744.
- [2] Macklin R. Dignity is a useless concept.[J]. *BMJ*, 2003,327 (7429):1419-1420.
- [3] Price B. Supporting patients' dignity in the community[J]. *Primary Health Care*, 2009,19(3):40-45.
- [4] Barbara C. Patient Dignity: Exploring Oncology Nurses' Perceptions During End-of-Life Care[J]. *Clin J Oncol Nurs*,2019,23(3):E46-E51.
- [5] Martín-Ferreres ML, De Juan Pardo MÁ, Bardallo Porras D,et al. An ethnographic study of human dignity in nursing practice[J]. *Nurs Outlook*,2019,67(4):393-403.
- [6] Hall, Sue, Petkova,et al.Palliative care for older people: Better practices[J]. World Health Organization. 2011:72
- [7] Jacelon CS, Connelly TW, Brown R,et al. A concept analysis of dignity for older adults[J]. *J Adv Nurs*,2004,48(1):76-83.
- [8] McIlpatrick S, Connolly M, Collins R,et al. Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives[J]. *J Clin Nurs*,2017,26(23-24):4300-4312.
- [9] Arksey H,O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework [J].*Int J Soc Res Methodol*,2005,8(1):19-32
- [10] Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK,et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting[J]. *J Clin Epidemiol*, 2014,67(12): 1291-1294.
- [11] Daudt HM, van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework[J]. *BMC Med Res Methodol*,2013,13(1):48.
- [12] Williams-Brennan L, Gastaldo D, Cole DC,et al. Social determinants of health associated with cervical cancer screening among women living in developing countries:a scoping review[J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2012,286(6): 1487-1505.
- [13] Lucyk K, McLaren L. Taking stock of the social determinants of health: A scoping review[J]. *PloS one*,2017,12(5):e0177306.
- [14] Koskenvuo J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: A scoping review[J]. *Nurs Ethics*,2019,26(2):327-345.
- [15] 丁艳琼,徐文红,赵彦珍,等.对ICU内患者治疗期间身体暴露态度的调查[J].*中华现代护理杂志*,2007(34):3347-3349.
- [16] Chochinov HM, Hack T, Hassard T,et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life[J].*J Clin Oncol*, 2005,23(24): 5520-5525.
- [17] Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF,et al. Burden to others and the terminally ill[J]. *J Pain Symptom Manage*,2007,34(5):463-471.
- [18] Bachner YG, O'Rourke N, Davidov E,et al. Mortality communication as a predictor of psychological distress among family caregivers of home hospice and hospital inpatients with terminal cancer[J]. *Aging Ment Health*,2009,13(1):54-63.
- [19] 李莹,周建国.尊严疗法对肺癌晚期患者希望水平和心理状况的影响[J].*护理学杂志*,2015,30(8):82-83.
- [20] 刘小红,谢志洁,张晨晨,等.安心卡引导的尊严照护模式在恶性肿瘤临终患者中的应用[J].*护理学杂志*,2019,34(19):89-91.
- [21] Julião M, Antunes B, Santos A,et al. Adapting the Portuguese dignity question framework for adolescents: ages 10-18[J]. *Palliat Support Care*,2020,18 (2) :199-205.
- [22] 方英,林丽红,李霞.家庭尊严干预对阿尔茨海默症患者主要照顾者心理状态的影响研究[J].*护理管理杂志*,2021,21(2):118-122.
- [23] 唐思思,吴燕丽.品格优势干预对肺癌患者尊严水平、希望指数及自我感受负担的影响[J].*国际护理学杂志*,2021,40(8):1450-1453.
- [24] Coenen A, Doorenbos AZ, Wilson SA. Nursing Interventions to Promote Dignified Dying in Four Countries[J]. *Oncol Nurs Forum*,2007,34(6):1151-1156.
- [25] Chan HM, Pang S. Long-term care: dignity, autonomy, family integrity, and social sustainability: the Hong Kong experience[J]. *J Med Philos*,2007,32(5):401-424.
- [26] Andersson M, Hallberg IR, Edberg AK. Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study[J]. *Int J Nurs Stud*,2008,45(6):818-828.
- [27] Asmaningrum N, Tsai YF. Nurse Perspectives of Maintaining Patient Dignity in Indonesian Clinical Care Settings: A Multicenter Qualitative Study[J]. *J Nurs Scholarsh*,2018,50(5):482-491.
- [28] Lindwall L,Boussaid L,Kulzer S,et al. Patient dignity in psychiatric nursing practice[J]. *Journal of psychiatric and*

青少年癌症患者主要照顾者生活质量研究进展

高红 郝萍 胡婷婷

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.017

世界卫生组织(WHO)将青少年定义为处于青春期的、年龄为10~19岁的、介于少年和青年之间的人^[1]。青少年癌症患者是指年龄在10~19岁的癌症患者。据国际抗癌联盟(Union for International Cancer Control, UICC)统计,每年新增约10.5万例青少年癌症患者^[2],且发病率呈快速增长趋势^[3-7]。目前随着医疗技术迅速发展,青少年癌症患者病死率有所下降^[8],但青少年癌症患者及其主要照顾者的生活质量并不高,一方面是因为青少年癌症患者正处于青春期阶段,其在患病期间具有叛逆性、情绪不稳定性、依赖性等心理特征^[9];另一方面是由于病因复杂、病程长、癌症症状群多等情况。青少年癌症患者主要照顾者在促进患者健康方面发挥着重要作用,但在照顾患者的过程中其自身也受到影响,是共同受累者。近年来,国内外对青少年癌症患者的生活质量研究较多,但是对青少年癌症患者主要照顾者这一特殊人群关注度不高,其生活质量影响因素尚不清楚,干预手段尚不统一。本文通过综述青少年癌症患者主要照顾者生存质量的评估工具、影响因素和干预措施,为制订提高青少年癌症

患者主要照顾者生存质量方案提供参考。

1 青少年癌症患者主要照顾者及生活质量概念

1.1 青少年癌症患者主要照顾者

照顾者是指对患者或残疾人等需要监护和帮助的特殊群体提供服务的人^[10]。青少年癌症患者主要照顾者是指花费较多时间、承担较多照顾任务且不收取任何报酬照顾青少年癌症患者生活的人,在我国,青少年癌症患者的主要照顾者多为患者父母^[11]。

1.2 生活质量

生活质量(QOL)是指个体对生活目标、期望以及所关心事情相关生活状况体验^[12]。青少年癌症患者主要照顾者在照看患者期间,可能会出现对患者病情发展的焦虑与恐惧、对疾病知识和护理方法的焦虑、睡眠质量降低、运动时间减少等情况,使其生活质量不高。

2 评估工具

目前,对于青少年癌症患者主要照顾者生存质量的评估工具分为普适性量表和特异性量表,其中,普适性量表主要包括简明健康状况问卷(Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey 36, SF-36)^[13]、欧洲多维健康量表(the European Quality of Life 5Dimensions Questionnaire, EQ-5D)^[14]和世界卫生组织

作者单位:210009 江苏省南京市,江苏省肿瘤医院(江苏省肿瘤防治研究所,南京医科大学附属肿瘤医院)

高红:硕士

通信作者:胡婷婷,本科,副主任护师

mental health nursing,2012,19(7):569-576.

[29] Bailey ME, Moran S, Graham MM. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice[J]. Int J Palliat Nurs,2009,15(1):42-48.

[30] Baillie L, Gallagher A. Respecting dignity in care in diverse care settings: strategies of UK nurses[J]. Int J Nurs Pract,2011,17(4):336-341.

[31] Lin YP, Tsai YF. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study[J]. J Adv Nurs,2011,67(2):340-348.

[32] Nyholm L, Koskinen CA. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care[J]. Nurs Ethics, 2017,24(4):408-418.

[33] da Rocha Rodrigues MG, Pautex S, Zumstein-Shaha M.Revie ⊕ :An intervention promoting the dignity of individuals with advanced cancer: A feasibility study[J]. Eur J Oncol Nurs. 2019 ,39:81-89.

[34] 吉晓玲.生命回顾对晚期癌症患者自尊、生命意义、生活质量的影响[D].太原:山西医科大学,2016.

[35] 田畅,宋颖,阎玲.尊严护理服务模式的构建及其在晚期癌症患者中的应用[J].天津护理,2019,27(6):638-643.

[36] Chochinov HM, Hack T, McClement S,et al. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model[J]. Soc Sci Med,2002,54(3):433-443.

[2021-11-17 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

织生存质量简表 (World Health Organization Quality of Life Brief Scale, WHOQOL-BREF)^[15] 等; 特异性量表主要包括癌症患者照顾者生活质量量表 (Quality of Life Family Version, QOL Scale-FAMILY)^[16]、照顾者生活质量量 - 癌症 (The Caregivers Quality of Life Index-Cancer scale, CQOLC)^[17] 和重大疾病家庭照顾者的生存质量量表 (the Quality of Life in Life-Threatening Illness - Family carer version, QOLLTI-F)^[18] 等。目前尚未查到专门评估青少年癌症患者照顾者的生活质量的量表, 未来学者可以研究此类量表, 以期准确测量出其生活质量现状。

2.1 普适性量表

2.1.1 SF-36 SF-36 的前身是 SF-20, 主要评估慢性躯体疾病和精神疾病这两个方面, 但这一测量工具在使用过程中出现很多最高分和最低分, 无法准确、高效地反映被测者的生活质量^[13,19]。因而, Ware 等^[20] 在 1992 年从广度和深度上拓展了 SF-20 的范围, 同时增加了问卷的量化水平, 形成了 SF-36, 其包含 8 个健康概念 (生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能及精神健康) 和 1 个健康变化自评 (与前一年健康相比)。该表在世界范围内已广泛使用, 国内学者胡祖应等应用该量表调查职业病患者生存质量, 具有良好的信效度^[21]。

2.1.2 EQ-5D EQ-5D 是由欧洲生存质量学会研制的, 其包含问卷和效用值换算表 (相当于一个计算公式), 问卷由 EQ-5D 健康描述系统 (行动能力、自护能力、日常活动能力、疼痛或不舒服及焦虑或抑郁) 和 EQ-VSA 组成^[14]。该表在世界范围内已广泛使用, 国内学者邢亚彬等应用该量表具有良好的信效度^[22]。

2.1.3 WHOQOL-BREF WHOQOL - BREF 的前身是 WHOQOL - 100, 主要用于制定地区的生存质量基线得分、评价治疗、护理前后生存质量的变化、观察干预手段对生存质量的影响等方面, 但这一测量工具涉及 6 个领域, 共计 100 道题, 答题时间冗长。因而, 世界卫生组织在此基础上制定了简化的量表 WHOQOL - BREF, 其包含 26 个条目, 共 4 个领域 (生理领域、心理领域、社会关系领域和环境领域)。该表在世界范围内已广泛使用, 国内都元涛等所译的中文版具有较好的信效度^[15]。

2.2 特异性量表

2.2.1 QOL Scale-FAMILY QOL Scale-FAMILY 是由美国国家医学中心和贝克曼研究所于 2004 年研制的, 其包含 4 个维度 (身体健康、心理健康、社

会适应及精神健康), 共计 37 道题^[16]。该表已有两个版本——英语和西班牙语, 国内学者刘益群等所译的中文版具有较好的信效度^[23]。

2.2.2 CQOLC CQOLC 是由 Weitzner 等于 1999 年设计的, 其包含线性模拟自评量表和心境量表, 共计 35 道题^[17]。该表已被翻译成多国语言, 国内学者段娇博对此量表进行本土化研究发现该量表具有良好的信效度^[24]。

2.2.3 QOLLTI-F QOLLTI-F 是由 Cohen 于 2006 年研发的, 其包含 7 个维度 (照顾者状态、患者健康、照顾质量、疾病发展、环境、经济和关系), 共计 16 道题^[18]。该量表已被翻译成多国语言, 国内学者肖惠敏等所译的中文版具有良好的信效度^[25]。

3 青少年癌症患者主要照顾者生活质量现状

生活质量本质上是一种主观的幸福感受, 主要体现在心理健康、身体健康、社会支持和精神信仰 4 个方面^[26]。青少年癌症患者生活质量与主要照顾者生活质量相关, 高生活质量照顾者能够很好地照顾患者生活, 积极影响青少年心态, 使得其乐于接受治疗, 但李莉等^[27] 采用由美国国立医学研究中心制定的 CQOLC 对青少年头颈部癌症患者照顾者进行调查发现, 癌症患者照顾者的整体生活质量较差, 其中青少年患有癌症对其家属的心理状况影响很大, 这可能与青少年年龄有关; Klassen 等^[28] 采用 SF-36 对 0~18 岁癌症患者父母进行研究同样发现, 癌症患者主要照顾者的生活质量低于国内 (加拿大) 平均水平。因此, 在患者诊疗期间, 医护人员不仅需要关注、提高青少年的生活质量, 也需要提高对其主要照顾者生活质量的重视程度, 为青少年及其照顾者创建一个积极向上的、具有人文关怀的诊疗环境。

4 青少年癌症患者主要照顾者生活质量的影响因素

4.1 症状

癌症是一种慢性疾病, 青少年癌症患者在治疗期间会出现恶心、呕吐、脱发、疼痛、体质量下降等多种症状, 癌症患者疾病症状和照顾者生活质量呈正相关, 患者症状越是严重, 照顾者压力就会越大, 生活质量也是越差^[29]。Ameringer 等^[30] 和 Fauske 等^[31] 对青少年癌症患者调查研究发现, 癌症这类疾病及其治疗手段会增加患者自身疼痛和疲乏, 并且外科手术治疗和化疗也会改变其身体形象, 致使他们害怕参加社交活动, 最终在社交中封闭自己。研究显示^[32-33], 睡眠问题不仅困扰着青少年

患者,同时也成为照顾者的苦恼,患者的睡眠问题是影响青少年癌症患者父母生活质量的一个重要因素。由于患者持续遭受病痛,导致其入睡困难,而其主要照顾者不仅需要花费大量时间照顾患者,同时还需要花费时间照顾家人,自身休息和睡眠时间得不到满足,体力透支严重,这将对身体健康造成严重的影响。因此,要做好青少年癌症患者症状群的管理。

4.2 病情知晓情况

青少年癌症患者对病情知情程度也是影响癌症患者主要照顾者生活质量的一个因素。由于青少年患者处于未成年向成年的过渡时期,心智还不够成熟,为了减少对癌症患者的伤害,医务人员通常会选择将癌症患者的健康状况告诉其主要照顾者^[28]。李莉等^[27]研究发现,青少年癌症患者在不知自己真实病情时易产生较大的情绪波动,容易采取极端的方式处理事情。照顾者担心青少年癌症患者在得知自己病情时候产生崩溃的心理,往往会掩饰自己的情绪并向患者隐瞒病情,这大大的增加照顾者心理压力,导致其心理健康水平较低。部分学者^[34-35]对成年癌症患者进行疾病告知意愿调查发现,有超过90%的患者希望知晓病情,但目前尚未查到关于青少年癌症患者对于病情告知意愿情况,未来可探索青少年癌症患者病情告知方法,评估其对病情接纳程度,指导照顾者告知病情,维护青少年知情权力。

4.3 照顾知识与能力

在青少年罹患癌症之前,其主要照顾者很少具有照顾癌症患者的经历,缺乏照顾青少年癌症患者的相关知识。许婧钰等^[36]对16名临终患者的家属进行护理服务需求质性访谈,最后归纳的主题之一满足照顾者的需求,主要包括知晓患者的治疗方法、常见症状出现原因及如何照顾等。曹伟华等^[37]对500名癌症患者主要照顾者调查发现,有超过95%的照顾者最迫切想要知晓的是关于患者治疗以及如何如何进行家庭照顾的相关知识。由于缺乏相关癌症知识和照顾癌症患者护理方法,加之这一阶段的青少年不愿意和父母沟通,有自己求知想法,因而,癌症照顾者心理通常会产生焦虑感,心理压力倍增,增加其照顾负荷,从而对其生活质量造成影响。

4.4 照顾时长

青少年癌症患者主要照顾者的照顾时长也是影响其身体健康的一个重要因素^[38],因癌症病因复杂、病程周期长、再住院率高,这将在一定程度上导致癌症患者体力下降、行动不便等情况,增加其对照

顾者需求。徐春艳等^[39]研究发现,照顾时间和照顾负担呈正相关,照顾者照料患者时间越长,其负担就越大,身体健康状况越差;Tosun等^[34]对癌症患者照顾者进行一项研究,发现那些开始照顾患者之后认为自身健康状况差的照顾者照顾负担较高,生活质量得分较低,同时照顾者为了在医院长期照顾患者,通常不能正常上班,属于自己的时间也逐渐减少,生活质量也随之下降,这可能与照顾者长时间照看患者,担心青少年癌症患者预后,导致其身心俱疲有关。临床护理人员可以为青少年癌症患者照顾者提供轮流照顾策略,不论是家人轮流制照顾,还是请专业的护工人员照料,这将在一定程度上减轻主要照顾者负担,提高其生活质量。

4.5 社会支持水平

社会支持从性质上可分为物质支持和情感支持两个方面,即可见的实际支持和主观的、可体验的情感支持。有部分学者^[35,40]研究指出,较低的物质和情感支持会增加人们精神疾病的发生,如抑郁、焦虑等,而给予有效的社会支持能够提高照顾者心理健康水平,帮助其改善社会交往关系,提高其生活质量。张明君^[41]研究指出,癌症患者主要照顾者社会支持水平低于国内常模,照顾者认为他们的社会支持受到了负面影响,特别是亲属疾病引起的痛苦影响;也有研究表明^[42],癌症患者主要照顾者由于亲戚和朋友的关心而得到较高的社会支持,从而提高其对照顾患者的信心。有效的物质及情感支持可以缓解、降低青少年癌症患者主要照顾者焦虑、抑郁等心理问题的严重程度,但目前研究多聚焦于家庭、朋友给予的精神支持,未来可以探究社群(关于青少年癌症患者主要照顾者的社群)、社会公益组织等团体对这一特殊群体的社会支持方案及验证效果。

4.6 返校忧虑

青少年是国家的希望,更是一个家庭的未来。在治疗癌症期间,青少年通常在家庭或医院等其他环境中接受教育支持。尽管有教育支持,但长期的癌症治疗往往会导致父母对青少年的上学率、身体状况和升学率等产生忧虑。韩国有一项定量研究显示^[43],有99%父母会担心学校不了解孩子的独特情况,从而影响孩子返校生活;另一项研究显示^[44],父母的忧虑与孩子会因为躯体症状而导致学习效率降低和孩子的情绪状态有关。可见,青少年癌症患者的返校问题也是影响父母生活质量的因素之一。未来医院可以联合相关教育部门,为青少年癌症患者打造一个适合学习的空间,制订相关的学习方案,

从而缓解青少年患者照顾者的忧虑。

4.7 死亡恐惧

在中国,青少年癌症患者多为家中独生子女,在家庭中处于重要地位,青少年罹患癌症,对于父母而言是一件非常痛苦的事情。余文玉等^[45]研究发现,父母在得知孩子患上恶性肿瘤后会产生恐惧心理,表现为惊恐不安和悲伤,且问卷调查分析发现父母在得知孩子患有癌症后焦虑水平明显高于正常值。因此,帮助青少年癌症患者照顾者了解癌症,加强癌症预防知识的普及宣传,正确认识生命价值,降低其心理焦虑与恐惧,需要医护人员、社会各界的多重举措。

5 青少年癌症患者照顾者生活质量干预策略

国外有学者^[46]研究发现,对癌症患者照顾者实施不同的干预,能够在不同程度上降低癌症患者照顾者的照料负担、增强照顾者的应对能力,从而提高其自我效能感和改善其生活质量。

5.1 心理干预

心理干预可从癌症知识宣教和心理疏导两个方面进行,由于大多数癌症患者主要照顾者缺乏对癌症的认知以及缺少照顾癌症患者经验,因此对癌症产生畏惧心理,在照顾患者期间常常会担心照顾不周到而产生焦虑心理,从而增加其照顾负荷^[47]。因此,医务人员在关注癌症患者的同时也应关注癌症患者照顾者,为其提供必要的健康知识宣教,多一些人文关怀,教授一些护理患者的方法等,从而进行心理干预^[48-50];Mcmillan等^[51]和Burns等^[52]研究发现,通过对癌症患者照顾者进行疾病知识宣教,向其介绍疾病的知识和照顾癌症患者技巧,可以提高癌症照顾者照顾癌症患者的护理水平,提高其照顾技能和应对能力,从而达到减轻癌症患者照顾者的照顾负担;谢春芳等^[53]通过对晚期癌症患者照顾者的心理干预,研究发现关注 and 了解癌症患者照顾者的心理状态、积极与其沟通、指导其进行想象、放松训练,可以使照顾者产生积极乐观的心态并提高照顾者心理安全感;李艳玲等^[54]对癌症患者照顾者进行压力管理干预,通过组建具有国家二级心理咨询师的护理团队对其中30名照顾者进行压力管理干预,可以有效降低其焦虑程度,提高其照顾质量。但是,心理干预仍存在一些局限性,其一,癌症知识比较晦涩难懂,未来需制定出一个具有普适化、视频化的癌症知识宣教;其二,临床中具有国家二级心理咨询师资质的护士不多,未来需培养这方面的人才。

5.2 运动疗法干预

运动是保持身体健康的一种重要方式,适当锻炼不仅可以提高自身免疫力,还可以放松心情。Knobf等^[55]研究表明,运动不仅对癌症患者的生活质量有着积极的影响,也可以改善癌症患者主要照顾者的身体健康情况;一项对女性癌症照顾者的研究表明^[56],中等强度的运动锻炼改善了其睡眠和健康状况;冯娅婷等^[57]学者研究通过对淋巴瘤患者女性照顾者进行为期6个月的瑜伽运动,指导照顾者每周至少进行3次瑜伽运动,研究发现这一运动可有效改善照顾者身心健康,减轻照顾负担,提高生活质量。国外有研究证明^[58-59],瑜伽和背部按摩能够改善癌症患者照顾者的睡眠质量,减轻其心理困扰,并提高其生活质量。可见,运动带给人的益处颇多,在国家呼吁“全民健康”“全民运动”的背景下,应该支持、指导、鼓励青少年及其主要照顾者去进行适当运动,但具体运动方案需要学者进行研究。

5.3 家庭干预

积极的家庭支持可以有效地改善照顾者的生存质量。吴玲玲等^[60]通过构建并实施肺癌化疗患者照顾者家庭干预方案来研究96名照顾者生活质量,结果发现该方案在实施12周后,可改善肺癌化疗患者照顾者的生活质量;田晔^[61]从家庭抗逆力视角为化疗期癌症患者照顾者制订访谈方案,帮助他们有效沟通,提高家庭凝聚力,构建合理的家庭照顾模式。然而,积极有效的家庭干预并不是一蹴而成的事情,这不仅需要家庭成员的努力,未来还需要政府及社会各界的支持。

6 小结

少年强则国强,强健的身体是青少年成长与发展的首要条件,每名照顾者都希望通过优质的照顾来提高患者的生活质量,但照顾者往往忽视自己的身心健康,因此,提升青少年癌症患者主要照顾者生活质量是一个系统的、复杂的过程,因其影响因素较多,干预措施尚未统一,这不仅是医务工作者面临的挑战,也是整个社会面临的挑战。在现有研究基础上,考虑我国青少年癌症患者主要照顾者的现实处境及需求,从社会人口学、医学、教育学、心理学等学科以及个人、家庭、社会等层面来制订针对性改善青少年癌症患者主要照顾者生活质量的有效方案,并采用线上、线下相结合的方式实施并评估方案的有效性,最终使青少年癌症患者主要照顾者拥有较高的生活质量。

7 参考文献

- [1] Plummer ML, Baltag V, Strong K, et al. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation[M]. Switzerland: World Health Organization, 2017:1-2.
- [2] Pappas G, Kiriakos IJ, Falagas ME. Insights into infectious disease in the era of Hippocrates[J]. Int J Infect Dis, 2008, 12(4):347-350.
- [3] 徐荣彬, 温勃, 宋逸, 等. 1990-2016 年中国青少年死亡率及主要死因变化[J]. 中华预防医学杂志, 2018, 52(8):802-808.
- [4] Chen W, Sun K, Zheng R, et al. Cancer Incidence and Mortality in China, 2014[J]. Chin J Cancer Res, 2018, 30(1):1-12.
- [5] Force LM, Abdollahpour I, Advani SM, et al. The Global Burden of Childhood and Adolescent Cancer in 2017: An Analysis of the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet Oncol, 2019, 20(9):1211-1225.
- [6] Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan TH, et al. Cancer statistics for adolescents and young adults, 2020[J]. CA Cancer J Clin, 2020, 70(6):443-459.
- [7] Scott AR, Stoltzfus KC, Tchelebi LT, et al. Trends in Cancer Incidence in US Adolescents and Young Adults, 1973-2015[J]. JAMA Netw Open, 2020, 3(12):e2027738.
- [8] Rivera-Luna R, Shalkow-Klinovstein J, Velasco-Hidalgo L, et al. Descriptive Epidemiology in Mexican children with cancer under an open national public health insurance program[J]. BMC Cancer, 2014, 14:790.
- [9] 唐涵, 何文奇, 崔盼盼, 等. 儿童和青少年癌症患者灵性照护的研究进展[J]. 护理学杂志, 2019, 34(7):103-106.
- [10] 方云, 张亮. 恶性肿瘤患者主要照料者生命质量评价及护理干预的研究进展[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(30):62-64.
- [11] Tang WR. Hospice family caregivers' quality of life[J]. J Clin Nurs, 2010, 18(18):2563-2572.
- [12] Group TW. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL) [M]. Switzerland: World Health Organization, 1994:45-50.
- [13] 李春波, 何燕玲. 健康状况调查问卷SF-36的介绍[J]. 国外医学:精神病学分册, 2002, 29(2):116-119.
- [14] 李明晖, 罗南. 欧洲五维健康量表(EQ-5D)中文版应用介绍[J]. 中国药物经济学, 2009 (1):49-57.
- [15] 都元涛, 方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复, 2000, 4(8):1127-1129, 1145.
- [16] Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers[J]. Can Med Assoc J, 2004, 170(12):1795-1801.
- [17] Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H, et al. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer[J]. Qual Life Res, 1999, 8(1-2):55-63.
- [18] Cohen R. QOLLTI-F: measuring family carer quality of life[J]. Palliat Med, 2006, 20(8):755-767.
- [19] McDowell I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires[M]. Britain: Oxford University Press, 2006:65-80.
- [20] Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection[J]. Med Care, 1992, 30(6):473-483.
- [21] 胡祖应, 胡香春, 朱媛媛, 等. SF-36 量表在职业病患者生存质量调查中的应用[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2020, 38(11):846-848.
- [22] 邢亚彬, 马爱霞. 欧洲五维健康量表 EQ-5D-5L 中文版的信效度研究[J]. 上海医药, 2013(9):40-43.
- [23] 刘益群, 甘秀妮, 唐玮, 等. QOL Scale-AMILY 在喉癌患者照顾者生活质量评价中的应用[J]. 中国全科医学, 2009, 12(9):726-728.
- [24] 段娇博. 癌症患者照顾者生活质量和负担评估量表的本土化研究[D]. 西安: 第四军医大学, 2012.
- [25] 肖惠敏, 郑建伟, 兰秀燕, 等. 晚期癌症患者生存质量对家庭照顾者生存质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(4):415-419.
- [26] Krouse R, Grant M, Ferrell B, et al. Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies[J]. J Surg Res, 2007, 138(1):79-87.
- [27] 李莉, 梁晶, 田梓榕, 等. 青少年头颈部癌症病人家属的生活质量及影响因素分析[J]. 护理研究, 2014, 28(2):186-188.
- [28] Klassen AF, Klaassen R, Dix D, et al. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life[J]. J Clin Oncol, 2008, 26(36):5884-5889.
- [29] Zhu P, Fu JF, Wang B, et al. Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in China[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(10):4181-4185.
- [30] Ameringer S, Elswick RK, Shockey DP, et al. A Pilot Exploration of Symptom Trajectories in Adolescents With Cancer During Chemotherapy[J]. Cancer Nurs, 2013, 36(1):60-71.
- [31] Fauske L, Lorem G, Grov EK, et al. Changes in the body image of bone sarcoma survivors following surgical treatment—A qualitative study[J]. J Surg Oncol, 2016, 113(2):229-234.
- [32] Clark J, Cunningham M, Mcmillan S, et al. Sleep-Wake

- Disturbances in People with Cancer Part II: Evaluating the Evidence for Clinical Decision Making[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2004, 31(4):747-71.
- [33] Berger AM, Parker KP, Young-McCaughan S, et al. Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of the science[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2005, 32(6):E98-126.
- [34] Tosun SA, Dogan S, Kartın PT, et al. Care burden and quality of life of caregivers of cancer patients receiving radiotherapy[J]. *Jpn J Nurs Sci*, 2015, 18(1):9-16.
- [35] Strine TW, Chapman DP, Mokdad B. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008, 43(1):151-159.
- [36] 许婧钰,董凤齐. 临终癌症患者家属对护理服务需求的质性研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24(2):152-155.
- [37] 曹伟华,陈俊辉,陈晓君,等. 晚期癌症患者家庭照顾者的相关信息需求分析[J]. *中华全科医师杂志*, 2006, 5(11):672-674.
- [38] Buck HG, Harkness K, Wion R, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review[J]. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2015, 14(1):79-89.
- [39] 徐春艳,崔雪,张翠萍. 肝癌住院病人家庭状况及其影响因素分析[J]. *护理研究*, 2018, 32(21):3375-3379.
- [40] 田艳珍,任小红,湛静. 信息和情感支持对急性白血病患者家属生活质量的影响[J]. *解放军护理杂志*, 2013, 30(5):5-9,13.
- [41] 张明君. 晚期癌症患者主要照顾者照顾负荷及其相关影响因素的研究[D]. 乌鲁木齐:新疆医科大学, 2018.
- [42] 王励飞. 癌症患者家庭主要照顾者预期性悲伤与社会支持现状及相关性研究[D]. 湖州:湖州师范学院, 2020.
- [43] Lee JA, Lee JM, Park HJ, et al. Korean parents' perceptions of the challenges and needs on school re-entry during or after childhood and adolescent cancer: a multi-institutional survey by Korean Society of Pediatric Hematology and Oncology[J]. *Korean J Pediatr*, 2020, 63(4):141-145.
- [44] EJ Paré-Blagoev, Ruble K, Bryant C, et al. Schooling in Survivorship: Understanding Caregiver Challenges when Survivors Return to School[J]. *Psycho Oncol*, 2019, 28(4):847-853.
- [45] 余文玉,杨关芬,任志美. 恶性肿瘤患儿家长身心状况调查分析[J]. *南方医科大学学报*, 2004, 24(10):1197-1198.
- [46] Northouse L L, Katapodi M C, Song L, et al. Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials[J]. *CA Cancer J Clin*, 2010, 60(5):317-339.
- [47] 王艺璇,李惠萍,张婷,等. 乳腺癌患者照顾者照护体验质性研究的 Meta 整合[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(6):91-95.
- [48] Bowman KF, Deimling GT, Smerglia V, et al. Appraisal of the cancer experience by older long-term survivors[J]. *Psycho Oncol*, 2003, 12(3):226-238.
- [49] Alptekin S, Gönüllü G, Yücel I, et al. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients[J]. *Med Oncol*, 2010, 27(3):607-617.
- [50] Morishita M, Kamibeppu K. Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care[J]. *Support Care Cancer*, 2014, 22(10):2687-2696.
- [51] Mcmillan SC, Small BJ, Weitzner M, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial[J]. *Cancer*, 2006, 106(1):214-222.
- [52] Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, et al. Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study[J]. *Gerontologist*, 2003, 43(4):547-555.
- [53] 谢春芳,杨嘉文,朱杏培,等. 心理干预对晚期肿瘤患者照顾者生活质量的影响[J]. *中国当代医药*, 2017, 24(23):145-147,163.
- [54] 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.
- [55] Knopf MT, Musanti R, Dorward J. Exercise and Quality of Life Outcomes in Patients with Cancer[J]. *Semin Oncol Nurs*, 2007, 23(4):285-296.
- [56] King AC, Baumann K, O'Sullivan P, et al. Effects of Moderate-Intensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving A Randomized Controlled Trial[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002, 57(1): 57(1):M26-M36.
- [57] 冯娅婷,陈长英,高月乔,等. 瑜伽运动指导对淋巴瘤患者女性照顾者的影响[J]. *中国护理管理*, 2016, 16(1):117-121.
- [58] Milbury K, Mallaiah S, Mahajan A, et al. Yoga Program for High-Grade Glioma Patients Undergoing Radiotherapy and Their Family Caregivers.[J]. *Integr Cancer Ther*, 2018, 17(2):332-336.
- [59] Pinar R, Afsar F. Back Massage to Decrease State Anxiety, Cortisol Level, Blood Pressure, Heart Rate and Increase Sleep Quality in Family Caregivers of Patients with Cancer: A Randomised Controlled Trial[J]. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16(18):8127-8133.
- [60] 吴玲玲,高静,顾静,等. 家庭干预对肺癌患者照顾者照顾负担及生活质量的影响[J]. *上海护理*, 2020, 20(9):42-45.
- [61] 田晔. 家庭抗逆力视角下化疗期癌症病人照顾者的照顾体验研究[D]. 南京:东南大学, 2019.

[2022-01-27 收稿]

(责任编辑 陈景景)

整合式心理干预联合中药香囊疗法对脑卒中睡眠障碍患者的效果评价

陈霞霞 梁汉英 林碧娟

【摘要】 目的 探讨整合式心理干预联合中药香囊疗法对脑卒中后睡眠障碍患者的效果。方法 选取 2019 年 3 月—2020 年 6 月脑卒中后睡眠障碍患者 92 例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组 45 例和观察组 47 例,对照组进行常规康复护理,观察组在对照组基础上进行整合式心理干预及中药香囊使用,比较干预前后两组患者心理情况、睡眠质量、日常生活能力及生活质量改善情况。结果 干预前,两组抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 SDS 和 SAS 评分低于对照组,组间比较差异有统计学意义(P 均 <0.05)。干预前,两组匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 PSQI 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,两组康复护理日常生活活动评定量表(RNADL)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 RNADL 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,两组健康调查简表(SF-36)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 SF-36 评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 整合式心理干预联合中药香囊疗法可改善脑卒中睡眠障碍患者的负面情绪、睡眠质量、日常生活活动能力,并提高整体生活质量。

【关键词】 整合式心理干预;脑卒中;睡眠障碍;生活质量;中药香囊

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.018

Effect evaluation of integrated psychological intervention combined with traditional Chinese medicine sachet therapy on patients with stroke sleep disorders CHEN Xiaxia, LIANG Hanying, LIN Bijuan (Fujian Provincial Hospital, Fuzhou, 350001, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of integrated psychological intervention combined with traditional Chinese medicine sachet therapy on patients with post-stroke sleep disorders. **Methods** To select 92 patients with post-stroke sleep disorders from March 2019 to June 2020 as the study objects, and they were divided into a control group of 45 cases and an observation group of 47 cases according to the principle of comparability of basic characteristics between groups. The control group was given routine rehabilitation nursing, and the observation group was given integrated psychological intervention and the use of traditional Chinese medicine sachets on the basis of the control group to compare the improvement of psychological condition, sleep quality, daily living ability and quality of life of the two groups of patients before and after the intervention. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the scores of self-rating depression scale(SDS) and self-rating anxiety scale(SAS) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the SDS and SAS scores in the observation group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the score of Pittsburgh sleep quality index(PSQI) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the PSQI score in the observation group was lower 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 score of rehabilitative nursing activities of daily living(RNADL) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the RNADL score in the observation group was higher than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in

the score of the short form health survey(SF-36) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the score of SF-36 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** The application of integrated psychological intervention combined with traditional Chinese medicine sachet therapy can improve the negative emotions, sleep quality, activities of daily living, and overall quality of life in stroke patients with sleep disorder.

【Key words】 Integrated psychological intervention; Stroke; Sleep disorder; Quality of life; Traditional Chinese medicine sachet

卒中后睡眠障碍(post-stroke sleep disorders, PSSD)是脑卒中后常见并发症,发生率可达21%~77%^[1],主要表现为早醒、入睡困难、过度睡眠、发作性睡病、睡眠呼吸障碍、夜间入睡后常伴有精神症状等。随着社会老龄化和城市化进程,目前我国脑卒中患者已达2800万,其严重影响患者的生命健康和生活质量。相关研究^[2]认为,睡眠障碍可减缓机体功能恢复速度,降低康复治疗效果,对脑卒中患者的预后造成不利影响。口服药物治疗可在一定程度上改善PSSD患者的睡眠,但存在副作用较多的局限性,同时我们注意到,心理社会因素是导致PSSD的主要原因之一^[3],及时对PSSD患者进行心理干预具有重要意义。本研究探讨整合式心理干预联合中药香囊对PSSD患者的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年3月—2020年6月福建省立医院康复科收治的92例脑卒中后睡眠障碍患者为研究对象。纳入条件:①符合中国脑血管疾病分类2015诊断标准,经MRI或头颅CT确诊为脑卒中^[4];②参照《精神障碍诊断与统计手册》中的诊断标准,并经检查确诊睡眠障碍;③签署知情同意书。排除条件:①目前存在精神障碍,或既往精神疾病病史;②病情危重或存在意识障碍,无法配合相关评估;③合并严重脏器功能疾病、未控制的免疫系统疾病、血液系统疾病以及恶性肿瘤;④此次发病前已明确诊断的睡眠障碍或认知功能损害;⑤因其他因素无法配合或拒绝参加研究者。按照组间基线数据具有可比性的原则分成对照组45例和观察组47例。对照组中男29例,女16例;年龄47~81岁,平均 64.5 ± 6.7 岁;平均受教育年限 7.87 ± 2.8 年;平均病程 3.76 ± 1.92 个月。观察组中男28例,女19例;年龄41~82岁,平均 63.6 ± 6.5 岁;平均受教育年限 7.23 ± 3.26 年;平均病程 3.91 ± 1.99 个月。以上资料在两组间进行比较,差异未见统计学意义($P>0.05$)。本研究方案已通过我院伦理委员会审核

批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规康复护理,包括:①密切关注患者病情变化,实施相应的护理措施,遵医嘱给予药物治疗。②摆放良肢位、步态训练、体位转移训练、床上翻身训练、气动手套辅助手指关节活动等。③创造安静舒适的住院环境,督促患者规律作息。④耐心倾听患者的诉求,解答疑虑,注重保护患者的隐私及自尊心。⑤对于缺乏锻炼积极性的患者予以及时协助干预,循序渐进,由易到难,提高锻炼积极性;合理安排进食时间、次数、量及食物种类,保证热卡、维生素、微量元素及蛋白质等的补充。⑥给予人文关怀。与家属沟通,了解需求及存在的困难,给予社会支持,改善患者焦虑情况,激发康复治疗的积极性和主动性。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上进行整合式心理干预联合中药香囊疗法。

(1)整合式心理干预:由科室心理专科小组实施,具体方法如下。①放松训练。每周3次,每次30 min,在训练室播放轻音乐,与患者进行有效沟通后进行协调性训练、精油手法按摩等方法,帮助患者放松。②信息支持。发放脑卒中后康复治疗相关图解手册,积极主动地向患者介绍疾病的基本常识,帮助识别不合理的信念,让患者了解康复治疗的意义和作用,明确正确的康复目标和计划。③评估支持。每周1次,通过填写问卷的形式,收集患者真实想法和需求,知晓患者当下的情绪和感受,知晓不良情绪来源,予以相关解答,与家属一起协作,引导患者进行不良情绪的发泄;对于患者填写的合理需求,在能力范围内,尽可能地予以满足。④心理支持。在治疗师介入康复治疗前,组织观看既往康复成功案例的视频,让患者看到积极治疗后的可能性,消除患者的不安和忧虑,增强患者的预后信心。⑤环境支持。暗化环境光线,降低噪声,为患者制订并督促执行合理的作息时间表,保证充足的精神和体力。

(2)中药香囊疗法:由科室中医康复团队调配,

按照一定比例对辛夷、白豆蔻、石菖蒲、吴茱萸、白芷、远志等进行混合，使用专用中药材粉碎机碾碎，采用棉花纸对每份（30 g）进行包裹，外用纯棉布料，手工缝合成香囊备用。使用前了解患者药物过敏史，将应用中药香囊的必要性和注意事项向患者解释清楚；每晚睡前将中药香囊放置在患者枕边，次日清晨取走香囊，并放置于密封袋中保存。香囊每周更换 1 次。

1.3 观察指标

（1）抑郁情绪：采用抑郁自评量表（SDS）评定患者抑郁情绪，此表共计 20 个反映抑郁主观感受的正向评分项目及反向评分项目，采用 4 级评分。SDS 分数越高，说明患者抑郁负面情绪越严重，根据得分可确认患者的抑郁程度，53~62 分为轻度，63~72 分为中度，≥ 72 分为重度^[5]。

（2）焦虑情绪：采用焦虑自评量表(SAS)对患者进行焦虑状态的评估，此量表由 20 个项目组成，每个项目 1~4 分，患者根据自己的实际感受选择其中 1 个相对应的答案，将 20 个项目的得分相加，总分为粗分，粗分乘以 1.25 后选取整数部分为标准分（index s-core,Y），根据标准分可确认患者的焦虑程度，50~59 分为轻度焦虑，60~69 分为中度焦虑，≥ 70 分为重度焦虑^[6]。

（3）睡眠状况：采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)对患者进行睡眠状况的评定，该量表对患者的以下 7 项内容进行评定，包括：入睡时间，睡眠的时长、质量、效率，睡眠障碍及日间功能障碍、

催眠药物使用，分值范围 0~21 分，以 7 分作为判断有无睡眠障碍的截止点，得分越高表明睡眠质量越差^[6]。

（4）日常生活能力：采用康复护理日常生活活动评定量表(RNADL)对患者进行日常生活能力评定，本量表含 5 个维度，共有 25 个条目，每个条目评分范围 0~4 分，总分 100 分。0~25 分为极严重功能缺陷，26~50 分为严重功能缺陷，51~75 分为中度功能缺陷，76~95 分为基本自理，96~100 分为完全自理^[7]。

（5）生活质量评价：采用健康调查简表（SF-36）对患者进行生活质量评定，该量表共 8 个维度，分别是躯体健康、躯体疼痛、躯体角色功能、社会功能、心理健康、情感角色功能、活力和总体健康，每个维度由 2~10 个条目组成，生活质量越好则得分越高，生活质量越差则得分越低^[8]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 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 两组患者干预前后 SDS 和 SAS 评分比较

干预前，两组 SDS 和 SAS 评分比较差异无统计学意义（*P* > 0.05）；干预后，观察组 SDS 和 SAS 评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义（*P* 均 < 0.05）。见表 1。

表 1 两组患者干预前后 SDS 和 SAS 评分比较（分）

组别	例数	SDS		SAS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	47	55.23 ± 5.56	46.64 ± 6.09	56.49 ± 5.71	44.32 ± 5.56
对照组	45	54.44 ± 5.91	49.84 ± 5.90	54.39 ± 5.88	46.97 ± 5.78
<i>t</i> 值		0.660	2.564	1.733	2.236
<i>P</i> 值		0.511	0.012	0.086	0.028

2.2 两组患者干预前后 PSQI 评分比较

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

表 2 两组患者干预前后 PSQI 评分比较（分）

组别	例数	干预前	干预后
观察组	47	18.82 ± 4.77	10.23 ± 3.02
对照组	45	18.42 ± 4.21	16.13 ± 3.56
<i>t</i> 值		0.260	10.850
<i>P</i> 值		0.796	0.000

2.3 两组患者干预前后 RNADL 评分比较

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

2.4 两组患者干预前后 SF-36 评分比较

干预前，两组 SF-36 评分比较差异无统计学意义（*P* > 0.05）；干预后，观察组 SF-36 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 两组患者干预前后 RNADL 评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	47	84.91 ± 3.76	91.12 ± 4.12
对照组	45	85.02 ± 3.39	87.12 ± 3.17
<i>t</i> 值		1.155	7.051
<i>P</i> 值		0.259	0.000

表4 两组患者干预前后 SF-36 评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	47	59.21 ± 8.02	83.03 ± 8.09
对照组	45	57.84 ± 8.59	65.78 ± 8.76
<i>t</i> 值		0.790	9.818
<i>P</i> 值		0.431	0.000

3 讨论

PSSD 是脑卒中后常见的并发症,可严重阻碍其神经功能康复进程,对日常生活造成负面影响,导致生活质量下降。目前认为 PSSD 可能由多种病因导致,包括与睡眠相关的解剖结构的损伤,脑卒中后 5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经递质水平紊乱,卒中相关疼痛并发症等,不可忽略的是卒中后由于躯体功能的部分丧失及生活能力的下降,其所伴发的情感障碍也很常见,如焦虑情绪和抑郁情绪的发生率可分别高达 50% 和 33%,也是导致 PSSD 的主要原因之一^[9-10]。

药物治疗是目前 PSSD 主要的治疗方法之一,通过服用镇静催眠药物以达到诱导加速入睡、改善睡眠维持困难的目的。然而长期使用精神类药物可能存在较多副作用,停药后部分患者可能出现焦虑情绪加重等问题^[11]。因此,积极进行更全面的心理干预联合非精神类药物治疗对 PSSD 可能具有重要意义。整合式心理护理是一种综合性心理护理模式,联合家庭关怀能够减少患者的抑郁、焦虑等不良情绪^[12]。中药香囊源自于“衣冠疗法”,将纯天然中药粉剂制成香囊,佩戴在身上,使微量药物通过鼻腔吸入体内,与内源性促眠物质结合发挥作用,可宁心、安神、助眠、解郁,从而防病治病。本研究所调配香囊中包含祛风通窍作用的辛夷,芳香行气的豆蔻,化湿开窍的石菖蒲,有散寒止痛作用的吴茱萸,发挥祛风通窍功效的白芷,此外加入具有安神益智解郁的远志,配伍合理。常丽等^[13]研究认为,在护理干预的基础上联合使用中药香囊可明显改善心血管介入手术患者的睡眠质量。

本研究运用整合式心理干预,包括放松训练、信息支持、评估支持、心理支持以及环境支持等,联合中药香囊的“衣冠疗法”,对 PSSD 患者进行

综合干预,通过对情感情绪、睡眠质量、日常生活能力以及整体生活质量 4 个维度进行观察和比较,评价上述干预方法的效果。研究显示,干预后,观察组 SDS 及 SAS 评分低于对照组,显示整合式心理干预联合香囊疗法可改善 PSSD 的焦虑和抑郁情绪,与朱华云等^[14]的研究结果相似,因此考虑准确评估患者情绪障碍来源并给予及时疏通、发泄,结合香囊开窍、安神、解郁的作用,可改善患者情绪障碍,减少睡眠障碍的危险因素。相比于对照组,观察组 PSQI 降低,表明整合式心理干预联合中药香囊治疗对 PSSD 患者的睡眠质量有改善作用,而聆听音乐、穴位按摩等放松训练可促使机体通过血液循环和神经传导途径来调节人体各脏腑功能及阴阳平衡,同时加强心理支持、环境支持等给予良好的睡眠条件,有利于患者睡眠质量的整体改善^[15]。对脑卒中患者的治疗和护理,最终的目标是生活能力和生活质量的提高。研究显示,干预后,观察组 RNADL 评分高于对照组,说明整合式护理联合中药香囊疗法不仅能有效改善 PSSD 患者的负面情绪、睡眠质量和生活能力,还能提升患者生活质量,与黄玉娴等^[16]的研究结果相似,综合运用多种护理措施联合中医中药是一种可行、高效、安全的综合干预方案。

综上所述,在常规康复护理的基础上对 PSSD 患者进行整合性心理干预联合中药香囊疗法,可改善患者的不良情绪,提高患者的睡眠质量,并有助于改善日常生活活动能力以及整体生活质量。本研究尚存在一些缺陷,如数据样本量较小及随访时间较短等,在接下来的研究中,可尝试增加样本量,并持续随访,进行远期事件的跟踪和分析。

4 参考文献

- [1] Chen X, Bi H, Zhang M, et al. Research of Sleep Disorders in Patients with Acute Cerebral Infarction[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2015, 24(11):2508-2513.
- [2] 原向军. 脑卒中后睡眠障碍对预后影响相关研究[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(22):3747-3749.
- [3] 黄淑芳, 周书剑, 吴爱萍, 等. 患者脑卒中住院睡眠质量及其影响因素分析[J]. 护理实践与研究, 2010, 7(14):110-112.
- [4] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑血管疾病分类 2015[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(3):168-171.
- [5] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9):676-679.
- [6] 路桃影, 李艳, 夏萍, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(3):260-263.
- [7] 郑彩娥, 潘克勤, 丁燕萍, 等. 康复护理 ADL 评定量

认知行为疗法对心力衰竭患者干预效果的Meta分析

王逸楠 陈丽华 吴娟

【摘要】目的 总结认知行为疗法对心力衰竭(HF)患者的护理干预效果,为更好地管理该疾病提供参考依据。**方法** 计算机检索中英文数据库并搜集认知行为疗法对该病患者干预效果的随机对照试验,依据纳入与排除条件进行文献筛选、提取、质量评价,采用RevMan 5.1软件进行Meta分析。**结果** 共9项研究、788例患者纳入Meta分析。Meta分析显示:认知行为疗法在改善心力衰竭患者负性情绪方面优于常规护理组($P<0.05$),但对提高心力衰竭患者生活质量、改善心功能效果不明显($P>0.05$)。**结论** 认知行为疗法能改善患者的负性情绪,但对生活质量的提高、心功能改善方面的证据尚不足,需高质量的研究进一步验证。

【关键词】 认知行为疗法;负性情绪;心力衰竭;生活质量;Meta分析

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.019

Meta-analysis on the intervention effect of cognitive behavioral therapy on heart failure patients WANG Yinan, CHEN Lihua, WU Juan (Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong, 226001, China)

【Abstract】 Objective To summary the nursing intervention effect of cognitive behavioral therapy on heart failure patients, and which was to provide reference for better management of the disease. **Methods** A computerized search of Chinese and English databases was used to collect randomized controlled trials of cognitive behavioral therapy interventions in patients with heart failure. Literature screening, data extraction and quality evaluation were carried out according to the inclusion and exclusion conditions, and RevMan 5.1 software was used for Meta-analysis. **Results** A total of 9 studies with 788 patients were included. Meta-analysis showed that the cognitive-behavioral therapy was better than the routine nursing group in improving the negative emotions of patients with heart failure($P<0.05$), but it had no obvious effect on improving the quality of life and improving cardiac function of patients with heart failure($P>0.05$). **Conclusion** The application of cognitive behavioral

基金项目:南通大学附属医院院级课题(编号:Tfh2110)

作者单位:226001 江苏省南通市,南通大学附属医院

通信作者:吴娟,女,本科,主任护师

表的信度和效度研究[J].中华物理医学与康复杂志,2004,10(3):39-41.

[8] 王玲,陈诗,陈伟文,等.基于SF-36量表的中老年社区居民生命质量现状及影响因素研究[J].应用预防医学,2020,26(4):273-278.

[9] 毕晓莹.脑血管病与精神心理障碍[J].中国卒中杂志,2015,10(9):730-734.

[10] 苏国春,覃佑邦,莫亚青,等.脑卒中后睡眠障碍的研究进展[J].基层医学论坛,2020,24(25):3690-3692.

[11] 郭晨曦.研究认知行为疗法与药物治疗在脑卒中后睡眠障碍的治疗价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(45):73,76.

[12] Wei D, Liu XY, Chen YY, et al. Effectiveness of Physical, Psychological, Social, and Spiritual Intervention in Breast Cancer Survivors: An Integrative Review[J]. Asia Pac J

Oncol Nurs, 2016, 3(3):226-232.

[13] 常丽,周丽,尤蕴.中药香囊联合护理干预对心血管介入手术患者睡眠质量的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(1):5-6.

[14] 朱华云,彭胜.KTH整合式护理干预对社区脑卒中患者焦虑抑郁情绪的影响[J].中国医药导报,2020,17(1):187-189,193.

[15] 张新蕾.音乐疗法联合渐进性肌肉放松训练改善老年重症睡眠障碍的效果观察[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(10):1732-1733.

[16] 黄玉娴,唐旭丽,蒋颖,等.中药药枕联合生理-行为睡眠护理干预在脑卒中后睡眠障碍患者中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(6):930-933.

[2022-01-20 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

therapy can improve patients' negative emotions, but the evidence on the improvement of quality of life and cardiac function in patients with heart failure was insufficient, and high-quality research was needed to further verify.

【Key words】 Cognitive behavioral therapy; Negative emotions; Heart failure; Quality of life; Meta-analysis

心力衰竭(HF)是多种原因导致心脏结构和/或功能改变,使心室收缩和/或舒张障碍而引起的一组复杂临床综合征,是心脏疾病发展的终末期^[1]。随着我国社会经济的发展及人口老龄化,心血管疾病的发病人数持续增加,据推算,目前我国心力衰竭患病人数约为450万^[2]。HF患者普遍存在心理问题,特别是抑郁和焦虑^[3],研究表明^[4-6],不良情绪严重影响心力衰竭患者的预后,需采取恰当的措施。认知行为疗法(CBT)属于心理治疗的一种,通过纠正患者对疾病的错误认知,同时加强行为训练,培养合理认知,帮助患者解决情绪和行为方面的问题^[7]。Meta分析结果显示,CBT在改善乳腺癌患者^[8]、慢性阻塞性肺疾病患者^[9]不良情绪及生活质量方面有较好的效果。本研究为探讨CBT对HF患者干预效果的Meta分析,期望为其在HF的临床护理工作提供可靠的依据。

1 对象与方法

1.1 文献纳入与排除条件

1.1.1 研究类型 随机对照试验。

1.1.2 纳入条件 ①美国纽约心脏病协会(NYHA)评级心功能为I~IV级^[10];②2018年中华医学会心血管病学分会、《中华心血管病杂志》编辑委员会联合制定的中国心力衰竭诊断及治疗指南^[1];③2016年欧洲心力衰竭协会(ESC)心力衰竭诊断和治疗指南中对心力衰竭的诊断标准等^[11]。

1.1.3 排除条件 ①神志不清、认知能力受损;②难治性终末期心力衰竭;③合并其他严重的系统疾病如恶性肿瘤、严重肝病、呼吸衰竭、脑卒中等。④重复发表文献;⑤文献数据不全或数据报道有误。

1.2 护理干预措施

对照组:按照疾病护理常规进行。

观察组:采用常规护理结合以CBT为基础的护理干预或者常规护理结合CBT。CBT的主要干预内容包括:①研究小组采用提问、演示等方式帮助患者识别出与自身疾病相关的异常信念及行为,帮助其学会辨别思维过程与行为的联系;再次评估目标症状诱发时患者的认知和信念;②采用辨证心理治疗,如合理情绪干预,帮助患者认清不合理信念;③结合行为转变,重建正确的思维信念,减少该

病患者不良情绪与行为的产生。

1.3 结局指标

纳入研究结局测量指标至少含有下列指标之一:

①生活质量,采用明尼苏达心力衰竭患者生活质量量表(the minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)^[12]、SF-36生活质量量表(SF-36)^[13]、生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)^[14]、堪萨斯城心肌病问卷调查(the kansas city cardiomyopathy questionnaire, KCCQ)^[15]、SF-12身心成分量表(SF-12 mental and physical component subscales, SF-12)^[16]测量;②焦虑,采用贝克焦虑量表(Beck anxiety inventory, BAI)^[17]、心脏焦虑症问卷(the cardiac anxiety questionnaire, CAQ)^[18]、焦虑自评量表(SAS)^[19]测量;③抑郁,采用心脏抑郁量表(CDS)^[20]、贝克抑郁自评问卷(BDI-II)^[21]、汉密尔顿抑郁量表(the hamilton rating scale for depression, HAMD)^[22]、抑郁自评量表(SDS)测量、患者健康问卷-9(the patient health questionnaire -9, PHQ-9)^[23];④6分钟步行试验(6-minute walk test distance, 6MWT)^[24]。

1.4 文献检索

1.4.1 数据库 检索PubMed、Web of Science、Cochrane Library、中国生物医学文献数据库(CBM)、维普数据库(VIP)、万方数据库及中国知网数据库(CNKI),检索时间均为建库至2021年12月1日。

1.4.2 检索策略 主题词和自由词检索结合,尽量将各同义词检索全面。英文检索词包括(cognition OR cognitive OR cognitive therapy OR behavior therapy OR CBT) AND (heart failure OR cardiac failure OR heart dysfunction OR HF)。中文检索词包括:心力衰竭、心衰、心功能不全、认知、认知疗法、行为疗法、认知行为疗法。以PubMed为例,其具体检索策略见图1。

#1 cognition	#7 heart failure
#2 cognitive	#8 cardiac failure
#3 cognitive therapy	#9 heart dysfunction
#4 behavior therapy	#10 HF
#5 CBT	#11 #7 OR #8 OR #9 OR #10
#6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	#12 #6 AND #11

图1 PubMed 检索策略

1.5 文献筛选

2 名研究者独立阅读文题和摘要后，排除明显不符的试验，再阅读全文，筛选符合纳入条件的文献。而后交换核对纳入的试验，如遇到分歧则讨论决定是否纳入。

1.6 文献质量的评价

按照 Cochrane 手册 -5.1.0 版质量评价标准独立进行文献的质量评价。文献评价过程由 2 名研究者进行，若有分歧，则通过商讨解决。

1.7 信息提取

2 名研究者按照统一标准进行，对提取的信息进行整理。

1.8 资料分析

采用 RevMan 5.1 软件进行 Meta 分析，对于工具相同的连续性变量采用加权均数差 (WMD)，对工具不同测量的相同变量则采用标准化均数差 (SMD) 进行分析；通过 χ^2 检验确定研究结果间是否存在统计学异质性，若 $P \geq 0.1$ ， $I^2 < 50\%$ 可认为多个同类研究、具有同质性，选用固定效应模型进行 Meta 分析；若 $P < 0.1$ ， $I^2 \geq 50\%$ ，但具有临床同质性时，则选择随机效应模型。若 $P < 0.1$ 且无法判断异质性来源则放弃 Meta 分析，采用描述性研究。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检获得 1298 篇文献，去重及初步筛选后获得 41 篇。再通过阅读全文，剔除未找到全文、研究对象及干预措施不符的文献，最终纳入文献 9 篇^[25-33]，其中，中文文献 4 篇，英文文献 5 篇，筛选流程及结果见图 2。

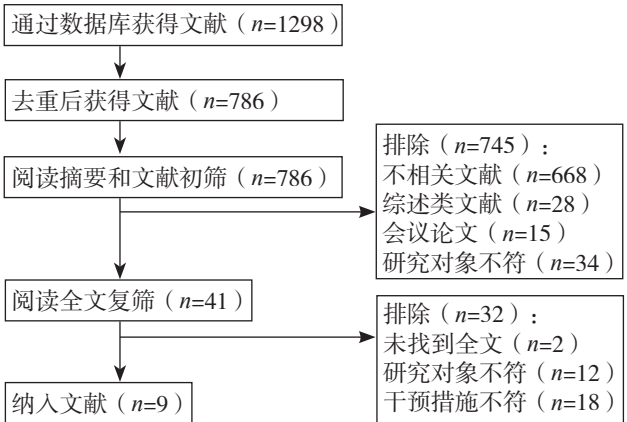


图 2 文献筛选流程及结果

2.2 纳入研究文献的基本特征

共纳入文献 9 篇，788 例患者，其中观察组 398 例，对照组 390 例。纳入研究的基本特征见表 1。

表 1 纳入研究的基本特征

纳入文献	年份	NYHA 分级 Ⅲ ~ Ⅳ级 (%)	年龄 (岁)	例数		干预措施		干预 时间	主要结局指标及 测评工具
				对照组	观察组	对照组	观察组		
Cajanding 等 ^[25]	2016	45.0	未说明	48	52	常规护理	CBT	12 周	① MLHFQ; ② CDS
Dekker 等 ^[26]	2012	57.1	66.0 ± 11.0	21	20	常规护理	CBT	3 个月	① MLHFQ; ② BDI-II
Freedland 等 ^[27]	2015	42.4	55.8 ± 11.2	60	58	常规护理	CBT	12 个月	① SF-12; KCCQ; ② BDI-II; HAM-D; ③ 6MWT; ④ BAI
Gary 等 ^[28]	2010	56.7	65.8 ± 13.5	17	19	常规护理	CBT	12 周	① MLHFQ; ② HAM-D; ③ 6MWT
Lundgren 等 ^[29]	2016	38.0	62.9 ± 12.8	25	25	常规护理	CBT	9 周	① MLHFQ; ② PHQ-9; CAQ
娄云霄等 ^[30]	2013	58.9	68.5 ± 9.5	39	39	常规护理	CBT	4 个月	① SF-36; ② SDS; ③ SAS
任昌菊等 ^[31]	2014	未说明	57.4 ± 15.2	40	40	常规护理	CBT	未说明	① SF-36; ② SDS; ③ 6MWT; ④ SAS
王一 ^[32]	2017	52.0	72.5 ± 7.5	82	87	常规护理	CBT	6 个月	MLHFQ
袁素平等 ^[33]	2009	57.8	54.0 ± 18.0	58	58	常规护理	CBT	4 个月	GQOLI-74

注：结局指标中①生活质量；②抑郁；③ 6MWT；④焦虑。

2.3 纳入研究文献的质量评价

纳入研究中，3 项研究质量等级较高为 A，其

余 6 项质量等级中等为 B。纳入研究的质量评价见表 2。

表2 纳入研究的质量评价

纳入文献	年份	随机序列	分配隐藏	盲法		退出和失访	选择性报道	其他偏倚	总体评价
				研究对象及干预者施盲	结果测评者施盲				
Cajanding 等 ^[25]	2016	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	A
Dekker 等 ^[26]	2012	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	A
Freedland 等 ^[27]	2015	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	A
Gary 等 ^[28]	2010	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B
Lundgren 等 ^[29]	2016	低偏倚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B
娄云霄等 ^[30]	2013	不清楚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B
任昌菊等 ^[31]	2014	低偏倚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B
王一 ^[32]	2017	低偏倚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B
袁素平等 ^[33]	2009	低偏倚	不清楚	不清楚	不清楚	低偏倚	低偏倚	低偏倚	B

2.4 CBT 对 HF 患者干预效果的 Meta 分析结果

2.4.1 CBT 对 HF 患者生活质量的影响 9 项研究^[25-33]评价了 CBT 对心力衰竭患者生活质量的影响,其中 2 项研究^[30-31]未报道调查表总表数据,按照排除条件,上述 2 项研究无法进行数据合并,不能纳入 Meta 分析。因各研究采用不同的量表来评价生活

质量,以最终测量值为效应量,使用 SMD 将研究结果标准化。异质性检验结果为 $P=0.01$, $I^2=63\%$,各研究间存在异质性,排除临床异质性,采用随机效应模型进行 Meta 分析显示,差异无统计学意义 [$SMD=0.17$, $95\% CI (-0.09, 0.44)$, $P=0.20$],见图 3。

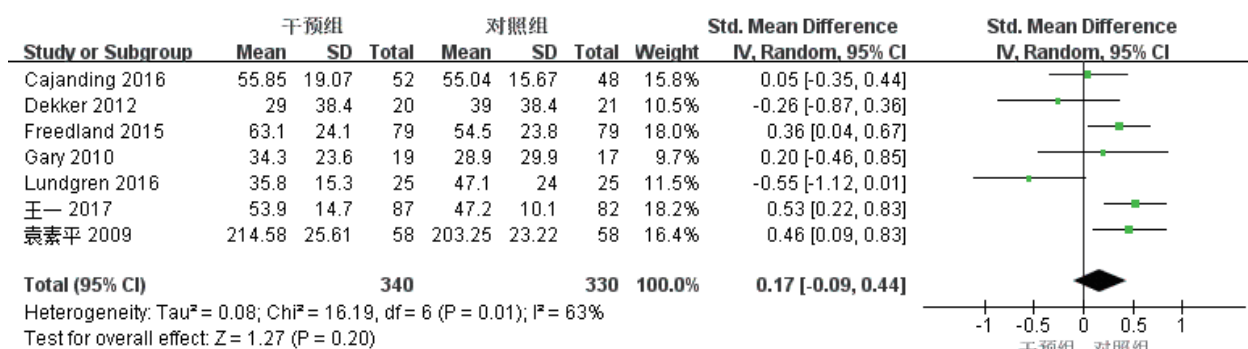


图3 CBT 对患者生活质量的影响

将研究分类进行亚组分析,采用 SMD 为效应分析统计量。干预时间 < 3 个月的 4 项研究间统计学异质性较小 ($P=0.26$, $I^2=24\%$),采用固定效应模型分析,结果无统计学意义 [$SMD=-0.11$, $95\% CI (-0.37, 0.15)$, $P = 0.41$]。干预时间 > 3 个月的 3 项研究间统计学异质性不存在 ($P=0.75$, $I^2=0\%$),采用固定效应模型分析,结果显示干预组在改善生活质量方面优于对照组,且差异有统计学意义 [$SMD=0.45$, $95\% CI (0.26, 0.64)$, $P=0.000$],见图 4。

上述有 2 个研究^[30-31]的结局指标中包括生活质量,但因为无总分未纳入 Meta 分析。其中娄云霄等^[30]的研究表明,两组患者干预后生活质量均

优于干预前,但两组间相比,观察组优于对照组 ($P<0.05$);任昌菊等^[31]的研究显示,干预后实验组生活质量各维度评分均高于干预前及对照组 ($P<0.05$)。

2.4.2 CBT 对心力衰竭患者抑郁情况的影响 7 项研究^[15-31]评价了患者抑郁情况,因各研究采用不同的量表来评价抑郁情况,以最终测量值为效应量,使用 SMD 将研究结果标准化。异质性检验结果为 $P=0.007$, $I^2=66\%$,各研究间存在异质性,排除临床异质性,采用随机效应模型进行 Meta 分析显示, CBT 组改善患者抑郁情况优于对照组,差异有统计学意义 [$SMD=-0.33$, $95\% CI (-0.64, -0.02)$, $P=0.03$],见图 5。

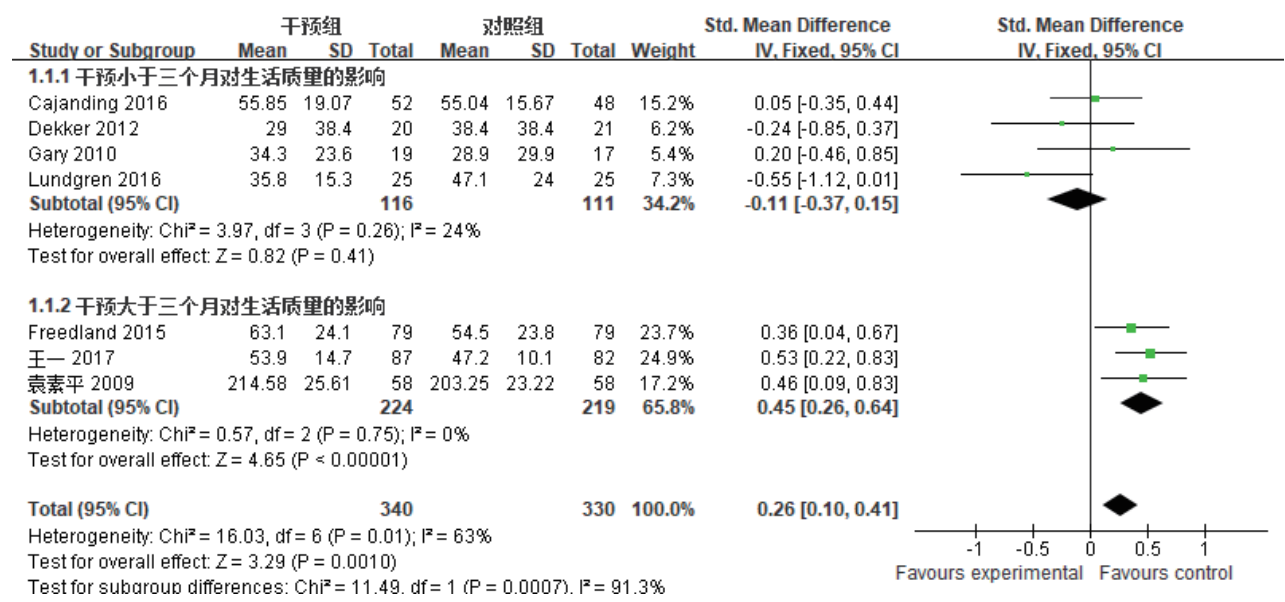


图4 CBT对患者不同干预时间生活质量影响的亚组分析

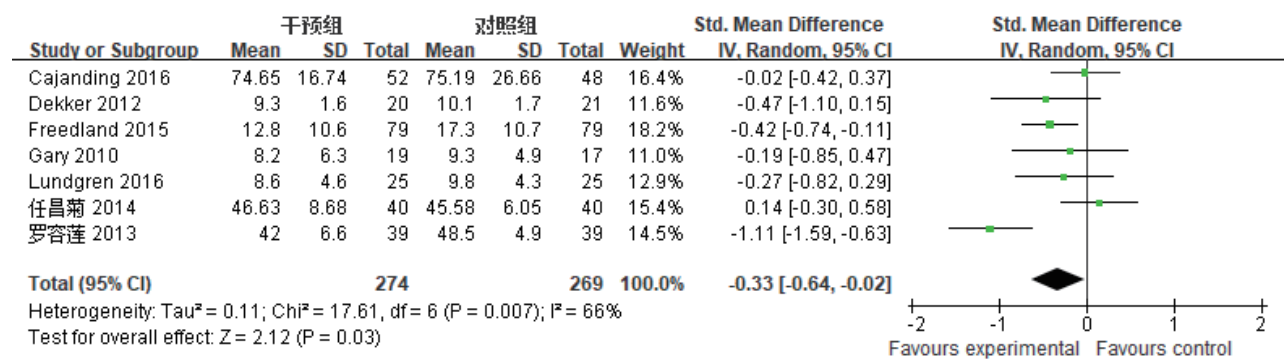


图5 CBT对患者抑郁情况的影响

7项研究^[25-31]分别采用了CAQ、BDI- II、HAMD（其中1项研究^[27]中采用了BDI- II和HAMD 2个量表）、SDS和PHQ-9来评价患者的抑郁。因各研究采用的量表不同，按照不同量表进行亚组分析结果显示，2项研究^[26-27]采用BDI- II，各研究间无统计学异质性（ $P=0.88$ ， $I^2=0\%$ ），故采用固定效应模型分析，结果显示干预组在改善抑郁情况方面优于对照组，且差异有统计学意义[SMD=-0.43，95%CI（-0.71，-0.15）， $P=0.003$]；2项研究^[27-28]采用HAMD，各研究间具有较小的统计学异质性（ $P=0.21$ ， $I^2=35\%$ ），故采用固定效应模型分析，结果显示干预组在改善抑郁情况方面优于对照组，且差异具有统计学意义[SMD=-0.56，95%CI（-0.85，-0.28）， $P=0.0001$]；2项研究^[17-18]采用抑郁自评量表，各研究间存在统计学异质性（ $P=0.0002$ ， $I^2=93\%$ ），故采用随机效应模型分析，结果显示CBT组抑郁情况的改善优于常规护理组，且差异有统计学意义[SMD=-0.45，95%CI（-0.75，-0.11）， $P=0.009$]；1项研究^[25]采用CDS，结果显示差异

无统计学意义（ $P=0.90$ ）；1项研究^[29]采用PHQ-9，结果显示，组间比较，差异无统计学意义（ $P=0.35$ ），见图6。

2.4.3 CBT对HF患者心功能的影响 3项研究^[27-28,31]将6MWT作为结局指标，各研究间统计学存在异质性（ $P<0.0001$ ， $I^2=89\%$ ），排除临床异质性，采用随机效应模型分析，结果显示差异无统计学意义[SMD=0.50，95%CI（-0.32，1.32）， $P=0.23$]，见图7。

2.4.4 CBT对HF患者焦虑情况的影响 3项研究^[27,30-31]评价了HF患者的焦虑情况。因各研究采用不同的量表来评价抑郁情况，以最终测量值为效应量，使用SMD将研究结果标准化。异质性检验结果为 $P=0.02$ ， $I^2=74\%$ ，各研究间存在异质性，排除临床异质性，采用随机效应模型进行Meta分析显示，CBT组改善患者焦虑情况优于对照组，差异有统计学意义[SMD=-0.61，95%CI（-1.08，-0.15）， $P=0.009$]，见图8。

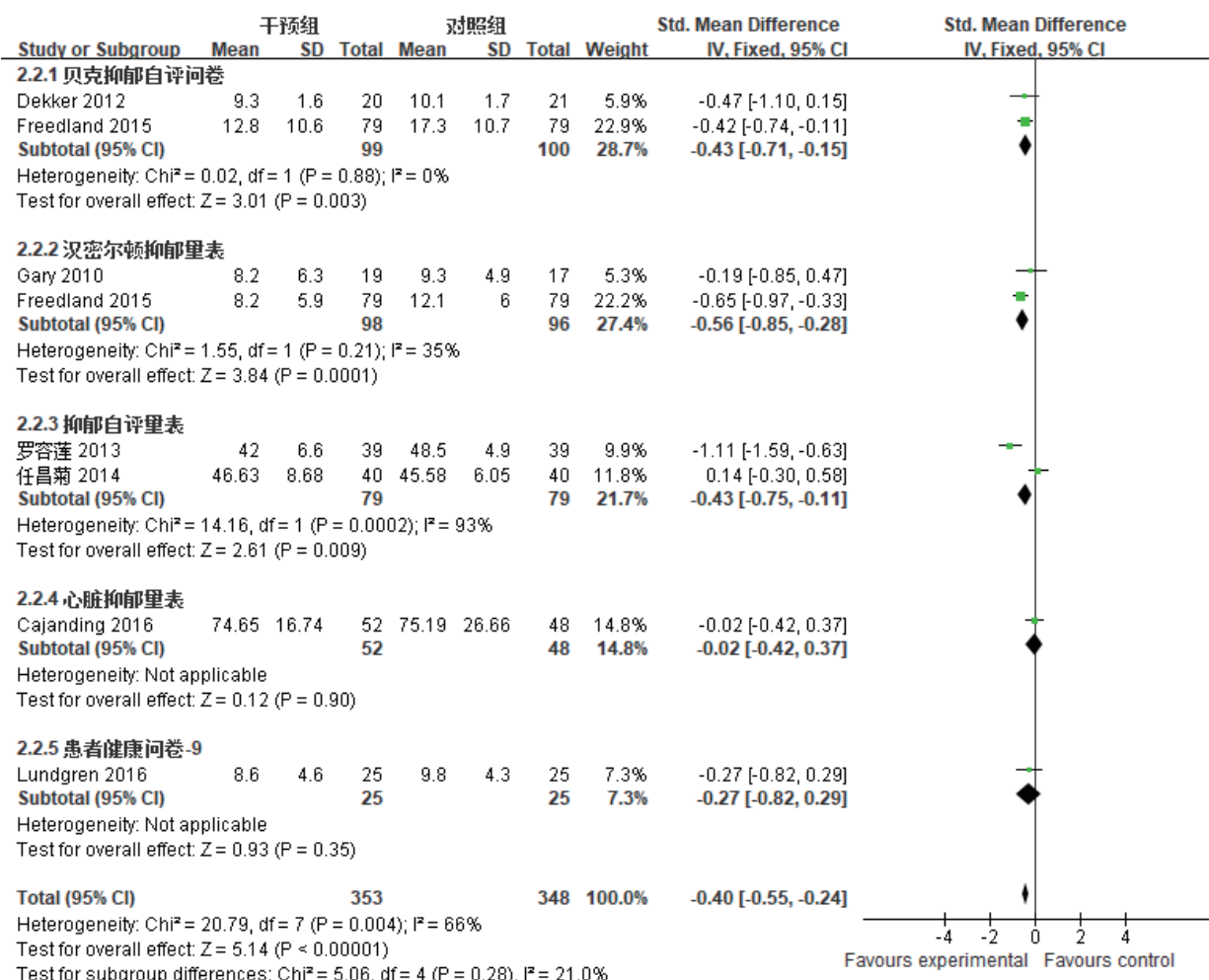


图6 CBT对患者抑郁情况影响不同量表的亚组分析

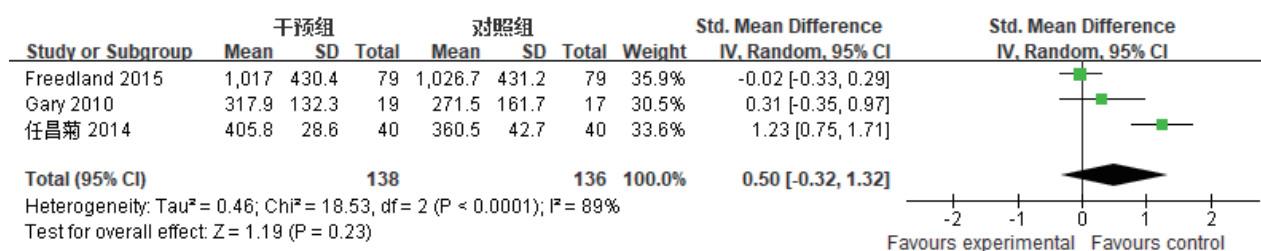


图7 CBT对患者心功能的影响

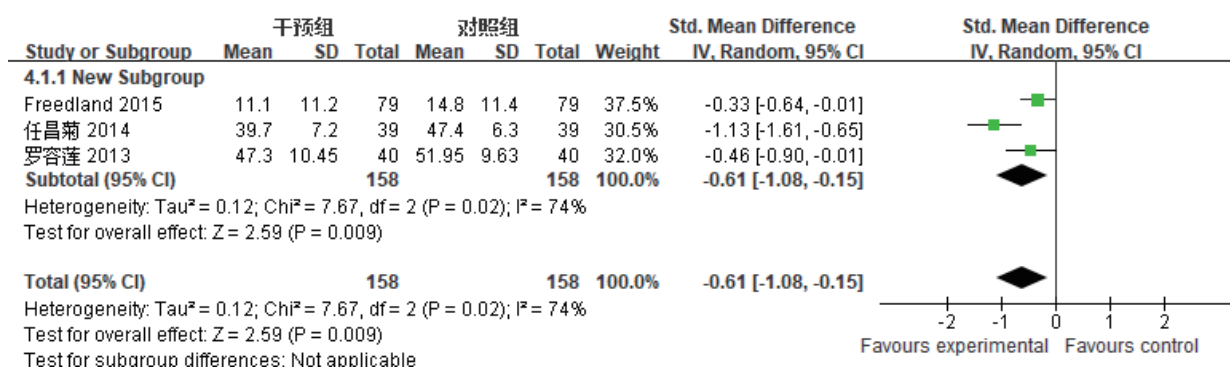


图8 CBT对患者焦虑情况的影响

3 讨论

3.1 纳入研究的方法学质量

本次纳入的9篇文献中,3篇文献对随机方法

以及分配隐藏方案进行了具体的描述,3篇文献运用盲法;9篇文献对病例的缺失进行了报道,均比较了研究对象的基线资料,9项研究在基线资料上具有可比性。

3.2 CBT 对患者生活质量的影响

本研究结果显示, CBT 未能提高患者生活质量。但按干预时间长短不同纳入亚组分析后显示, CBT 干预时间小于 3 个月对改善患者生活质量无明显效果, 但 CBT 干预时间大于 3 个月能有效改善患者生活质量, 提高患者治疗依从性。分析原因可能有以下几点: ①心力衰竭患者病程较长, 且发展过程中经常出现不可预测的症状, 导致患者出现恐惧及不安全的心理^[34], 影响其生活质量, 而 CBT 作为一种心理疗法, 给患者提供相应知识, 使其面对疾病时更放松, 从而提高患者生活质量。但 CBT 在短时间内难以立即纠正患者认知与行为, 因此干预时间短于 3 个月, 对患者生活质量的改善不明显。②各研究间存在测评时间、干预频次及使用的量表不一致的现象, 可能导致结果的偏倚。③干预时间小于、大于 3 个月的文献各仅纳入 4 篇, 测量指标的纳入文献少、样本量小, 可能导致结果的偏倚, 需要大样本随机对照研究, 做进一步的追踪与分析。上述研究中有 2 项研究^[30-31]因未提及生活质量量表总分, 测量生活质量的工具往往包含了多个方面, 因此对生活质量的整体分析造成了一定影响, 在以后研究中可以对生活质量的具体内容进行细化分析。

3.3 CBT 对患者负性情绪的影响

将各研究按不同抑郁量表进行亚组分析结果显示, 采用 BDI- II、HAMD 和 SDS 评价抑郁时, CBT 能改善 HF 患者的抑郁情绪。但是采用 CDS 和 PHQ-9 评价抑郁时, CBT 未能改善患者的抑郁情绪。上述结果的差异可能是由于不同量表造成的差异, 这提示, 研究人员在评价抑郁时要注意评价量表的选择。Jeyantham 等^[35]一个纳入 6 项研究 (CBT 对心力衰竭患者抑郁的影响) 的 Meta 分析显示, 在 CBT 干预阶段结束后, 与常规护理组相比, CBT 组在抑郁情况方面有更大的改善, 与本研究结果基本一致。3 项研究^[27,30-31]报道了 CBT 对患者焦虑情况的影响, Meta 分析显示, CBT 可改善患者焦虑情况。因文献量较少, 研究结论需进一步验证。

3.4 CBT 对 HF 患者心功能的影响

本研究结果显示, CBT 提高 6MWT 方面, 两组差异无统计学意义, 可能是因为 CBT 的行为激活部分的目的是通过增加愉快和富有成效的活动参与来减少抑郁, 干预中并不包括体育锻炼^[15], 这表明将 CBT 和运动干预相结合可能比单独干预产生更好的效果。

3.5 本研究的局限性

①纳入研究均是已发表的中、英文文献, 且由

于文献数量的原因未绘制漏斗图, 一定程度上会影响结论的准确性。②纳入的研究样本量偏小, 研究总体质量不高, 存在一定偏倚风险。因此, 应谨慎对待此次 Meta 分析的结果。

本研究发现, CBT 能改善 HF 患者的负性情绪, 但对于提高生活质量、改善 HF 患者的心功能没有作用。鉴于本研究存在的局限性, 期待以后研究中出现更多高质量、大样本的随机对照试验。

4 参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心力衰竭和心肌病杂志 (中英文), 2018,2(4): 196-225.
- [2] 胡盛寿, 高润霖, 刘力生, 等. 《中国心血管病报告 2018》概要 [J]. 中国循环杂志, 2019, 34(3): 209-220.
- [3] Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure[J]. J Cardiol, 2014, 64(6): 456-462.
- [4] Caro MA, Sowden GL, Mastromauro CA, et al. Risk factors for positive depression screens in hospitalized cardiac patients[J]. J Cardiol, 2012, 60(1):72-77.
- [5] Ghosh R K, Ball S, Prasad V, et al. Depression in heart failure: Intricate relationship, pathophysiology and most updated evidence of interventions from recent clinical studies[J]. Int J Cardiol, 2016, 224: 170-177.
- [6] Hwang B, Moser DK, Pelter MM, et al. Changes in Depressive Symptoms and Mortality in Patients With Heart Failure: Effects of Cognitive-Affective and Somatic Symptoms[J]. Psychosom Med, 2015, 77(7): 798-807.
- [7] Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches[J]. Adv Exp Med Biol, 2020, 1191: 291-329.
- [8] 吴颖, 段宏为, 陈璇. 认知行为疗法对改善糖尿病患者抑郁及血糖的 Meta 分析 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(3): 23-27.
- [9] 朱晓敏, 罗健, 李苗苗, 等. 认知行为疗法对慢性阻塞性肺疾病患者干预效果的 Meta 分析 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(17): 93-97.
- [10] 颜红兵, 胡大一. 解读美国心脏病学院和美国心脏协会 2013 年心力衰竭治疗指南 [J]. 浙江医学, 2014,36(6):455-458.
- [11] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the

- European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC[J]. *Eur J Heart Fail*, 2016, 18(8): 891–975.
- [12] Kusuma DY, Shatri H, Alwi I, et al. Validity and Reliability Studies of the Indonesian Version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ): Quality of Life Questionnaire for Patients with Chronic Heart Failure[J]. *Acta Med Indones*, 2019, 51(1): 26–33.
- [13] Larson JS. The MOS 36–item short form health survey. A conceptual analysis[J]. *Eval Health Prof*, 1997, 20(1): 14–27.
- [14] Shi B, Wang L, Huang S. Effect of high–quality nursing on psychological status and prognosis of patients undergoing brain tumor surgery[J]. *Am J Transl Res*, 2021, 13(10): 11974–11980.
- [15] Fan ZJ, Lu YH, Sun LX, et al. [Assessment of life quality in patients with chronic heart failure] [J]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2009, 89(46): 3244–3248.
- [16] Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross–validation of item selection and scoring for the SF–12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment[J]. *J Clin Epidemiol*, 1998, 51(11): 1171–1178.
- [17] Julian LJ. Measures of anxiety: State–Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale–Anxiety (HADS–A)[J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011, 63 Suppl 11(11): S467–S472.
- [18] Van Beek MH, Voshaar RC, Van Deelen FM, et al. The cardiac anxiety questionnaire: cross–validation among cardiac inpatients[J]. *Int J Psychiatry Med*, 2012, 43(4): 349–364.
- [19] Dunstan DA, Scott N, Todd AK. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales[J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1): 329.
- [20] Chavez CA, Ski CF, Thompson DR. Psychometric properties of the Cardiac Depression Scale: a systematic review[J]. *Heart Lung Circ*, 2014, 23(7): 610–618.
- [21] Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory–II: a comprehensive review[J]. *Braz J Psychiatry*, 2013, 35(4): 416–431.
- [22] Rabinowitz J, Williams JBW, Anderson A, et al. Consistency checks to improve measurement with the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM–D)[J]. *J Affect Disord*, 2022, 302: 273–279.
- [23] Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire–9 (PHQ–9) for screening to detect major depression: individual participant data meta–analysis[J]. *Bmj*, 2019, 365: 11476.
- [24] 中华医学会老年医学分会. 老年患者 6 分钟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.
- [25] Cajanding RJ. The Effectiveness of a Nurse–Led Cognitive–Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self–Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a Randomized Controlled Trial[J]. *Appl Nurs Res*, 2016, 31: 86–93.
- [26] Dekker RL, Moser DK, Peden AR, et al. Cognitive therapy improves three–month outcomes in hospitalized patients with heart failure[J]. *J Card Fail*, 2012, 18(1): 10–20.
- [27] Freedland KE, Carney RM, Rich MW, et al. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self–Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial[J]. *JAMA Intern Med*, 2015, 175(11): 1773–1782.
- [28] Gary RA, Dunbar SB, Higgins MK, et al. Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure[J]. *J Psychosom Res*, 2010, 69(2):119–131.
- [29] Lundgren JG, Dahlström Ö, Andersson G, et al. The Effect of Guided Web–Based Cognitive Behavioral Therapy on Patients With Depressive Symptoms and Heart Failure: A Pilot Randomized Controlled Trial[J]. *J Med Internet Res*, 2016, 18(8): e194.
- [30] 娄云霄, 魏万宏. 认知行为干预对老年慢性心力衰竭患者临床疗效、负性情绪及生活质量的影响 [J]. *中国老年学杂志*, 2012, 32(22): 4920–4921.
- [31] 任昌菊, 刘静, 夏昌华, 等. 认知行为干预对慢性心力衰竭患者情绪及心功能的影响 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2014, 23(21): 2392–2394.
- [32] 王一. 认知护理干预对老年慢性心力衰竭患者生活质量和再住院率的影响 [J]. *现代医学*, 2017, 45(7): 1053–1056.
- [33] 袁素平, 杨红, 潘彩霞. 认知行为干预对慢性心衰患者生活质量的影响 [J]. *临床护理杂志*, 2009, 8(1): 4–6.
- [34] Kheirbek R E, Alemi F, Citron B A, et al. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure[J]. *J Palliat Med*, 2013, 16(5): 478–484.
- [35] Jeyantham K, Kotecha D, Thanki D, et al. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta–analysis[J]. *Heart Fail Rev*, 2017, 22(6): 731–741.

[2022–03–17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

风险预警评估指导下的规范化护理对急性脑梗死机械取栓术患者的影响

肖蓓 拾丹丹 张文 李月芳 孙敏

【摘要】 目的 分析风险预警评估指导下的规范化护理在急性脑梗死机械取栓术患者中的应用效果。方法 选择2019年7月—2020年12月医院神经内科收治的急性脑梗死机械取栓术患者86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43例,对照组实施常规护理干预,观察组实施风险预警评估指导下的规范化护理干预。采用蒙特利尔认知评估量表、Fugl-Meyer运动功能评定量表、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估两组患者干预前后神经功能,记录两组患者并发症发生情况。结果 干预后观察组患者蒙特利尔认知评估量表、Fugl-Meyer运动功能评定量表、NIHSS评分均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。干预后,观察组患者并发症发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 对急性脑梗死机械取栓术患者采取风险预警评估指导下的规范化护理干预,对患者术后神经功能的恢复具有改善作用,可控制并发症的发生。

【关键词】 急性脑梗死;机械取栓术;风险预警评估;规范化护理;神经功能恢复;并发症

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.020

Effect of standardized nursing under the guidance of risk early warning assessment in patients with acute cerebral infarction undergoing mechanical thrombectomy XIAO Bei, SHI Dandan, ZHANG Wen, LI Yuefang, SUN Min (Affiliated Hospital of Xuzhou Medical University, Xuzhou, 221000, China)

【Abstract】 Objective To analyze the application effect of standardized nursing under the guidance of risk early warning assessment in patients with acute cerebral infarction undergoing mechanical thrombectomy. **Methods** A total of 86 patients with acute cerebral infarction who underwent mechanical thrombectomy in the hospital's neurology department from July 2019 to December 2020 were selected and divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, with 43 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, while the observation group was given standardized nursing intervention under the guidance of risk early warning assessment. Montreal cognitive assessment, Fugl-Meyer motor function rating scale and National Institutes of Health stroke scale(NIHSS) were used to evaluate the neurological function of the two groups before and after the intervention, and the complications of the two groups were recorded. **Results** After intervention, the Montreal cognitive assessment, Fugl-Meyer motor function rating scale and NIHSS scores in the observation group were better than that in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). After intervention, the incidence of complications in the control group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Standardized nursing intervention under the guidance of risk early warning assessment for patients with acute cerebral infarction undergoing mechanical thrombectomy can improve the recovery of postoperative neurological function and control the occurrence of complications.

【Key words】 Acute cerebral infarction; Mechanical thrombectomy; Risk warning assessment; Standardized care; Neurological function recovery; Complications

急性脑梗死是颅脑内部血栓栓子脱落,血液循环障碍,导致脑组织局部发生持续性缺血缺氧坏死

的神经内科系统疾病^[1]。常表现为四肢乏力、感知觉障碍、吞咽功能障碍以及眩晕昏迷等症状,还会诱发患者出现心力衰竭、癫痫大发作等并发症,严重影响了患者生命安全及健康^[2]。机械取栓术通过将血管内滞留的血栓进行清除,促使血液流通顺畅,保证脑组织血液供应充足,成为临床治疗首选。但

作者单位:221000 江苏省徐州市,徐州医科大学附属医院神经内科
肖蓓:本科,副主任护师,护士长
通信作者:拾丹丹,本科,副主任护师,护士长

由于血管临床治疗存在复杂性和不确定性,再通率仅 25% 左右,护理工作的参与及发挥面临许多挑战及困难^[3]。在以往临床护理过程中,护理人员忽视了患者个体间存在的差异性,且医护之间沟通效果不佳,导致护理干预较为盲目笼统^[4]。因此,采取高效率、高质量护理干预十分关键。风险预警评估指导下的规范化护理是通过对患者自身实际情况进行综合评估分析,制订针对性较强的护理对策,在心脑血管系统临床护理领域中的应用效果较为可观^[5]。本文通过对急性脑梗死机械取栓术后患者采取风险预警评估下的规范化护理干预,探究其实施效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 7 月—2020 年 12 月收治的 86 例急性脑梗死机械取栓术患者,纳入条件:出现恶心呕吐、一侧或同侧肢体感知觉麻木、情绪改变以及视物模糊等症状,经由颅脑 CT、血生化、心电图、核磁共振、凝血功能检查、头颈部 CT 造影血管成像(CTA)、脑电图以及颈动脉彩超等检查,符合急性脑梗死诊断标准者^[6];对于此次试验研究目标及具体流程步骤了解详细,且签署知情同意书者。排除条件:合并糖尿病周围神经病变、类风湿性关节炎以及癫痫持续发作者;处于月经周期、妊娠周期以及哺乳期者;伴随肝、肾、心以及肺等脏器功能严重衰竭者;近 1 周内曾有颅脑、胸腔以及腹腔等大型手术既往史者;合并凝血功能障碍、介入手术禁忌证者。按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各 43 例。对照组:男 27 例,女 16 例;平均年龄 45.74 ± 3.26 岁;偏瘫位置:左 21 例,右 22 例。观察组:男 26 例,女 17 例;平均年龄 45.66 ± 3.34 岁;偏瘫位置:左 20 例,右 23 例。两组患者在年龄、性别、偏瘫位置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 实施常规护理干预。严密监控患者血氧饱和度、意识、心电图、呼吸、血压等,向患者及其家属详细讲解急性脑梗死专业知识、术后自我护理注意事项等,提高其临床治疗配合程度。同时,制订科学合理的康复训练、膳食指导。

1.2.2 观察组 实施风险预警评估下的规范化护理干预,具体内容如下。

(1) 组建风险预警护理小组:主要包括心脑血管系统专业住院医师 1 名、心脑血管疾病临床护

理经验 >5 年以上护师 4 名、高级营养治疗师 1 名、康复治疗师 1 名、心理咨询师 1 名等。开展规范化护理干预前,可组织小组成员进行急性脑梗死疾病成因、临床表现、治疗措施、术后护理注意事项以及并发症等相关知识的集中培训,强化小组成员专业理论知识的了解与掌握。

(2) 风险评估标准:护理小组成员收集、分析患者临床基础资料、实际病程发展情况。收缩压处于 140~160 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)、心率 100~120 次/min、肺部听诊可闻及轻微痰鸣音、机体体温处于 37.5~38.0℃、肺动脉高压处于 40~70 mmHg、对于护理人员提出的问题与指令能够正确回答与执行、肌张力综合评估 3 级及以下、可承受范围内轻微疼痛、受压表面皮肤红肿明显麻木感、偶有呛咳发生且稀薄痰液等,以上每项计 1 分;收缩压 160~180 mmHg、心率 120~160 次/min、痰鸣音清晰、体温 >38.0℃、肺动脉高压 30~40 mmHg、肌张力综合评估 4 级及以上、疼痛不耐受、受压表面皮肤呈紫红色并伴有水疱形成、连续性呛咳且痰液粘稠不易咳出等,以上每项计 2 分。

(3) 膳食营养支持:低风险,6~12 分。护理人员可在高级营养治疗师的指导下,根据患者饮食习惯及爱好制订科学合理、营养均衡的饮食计划,主要包括碎肉 50~75 g、植物油 8 g、豆腐 45 g、鸡蛋 100 g、纯牛奶 350 ml、食用盐 2 g、米汤 200~250 ml、绿叶菜 150 g、胡萝卜 100 g 等,为促进患者对摄入的膳食能够充分吸收,护理人员可将其加工成热量 1890 kcal、总量 1500~2000 ml 的“匀浆糊状膳食”。护理人员喂养患者时应先将匀浆膳食加热至 38~40℃,为避免患者发生呛咳或不适,护理人员先给予 3~5 ml 膳食液,根据患者耐受情况适当调整,喂养过程中始终遵循少量多次的原则,每口喂养量 <20 ml,单次喂养量保持在 250~350 ml 范围内,喂养时间 30~45 min,每天 4~6 次。为预防患者自主摄入食物过程中出现误吸、反流等不良事件发生,护理人员应将患者床头调高 30°~40°,喂养结束休息 20~30 min 后再将床头归回原位。

(4) 心理疏导:中风险,13~20 分。护理人员可在心理咨询师的指导下,对患者自身实际心理状态进行综合评估,共同制订心理护理干预对策。为促进患者能够快速放松,护理人员可将室内温度调至 26~28℃、相对湿度保持在 50%~60%、室内光线柔和,营造较为安静、舒适的室内氛围。同时,从曲库中挑选 10~15 首音律欢快、节奏轻柔的音乐,向患者及家属讲解音乐在治疗过程中的作用及重要

性,并鼓励其根据自身喜好从中挑选 3~6 首作为心理治疗的背景音乐,协助患者佩戴音量调节至 35~50 dB 的耳麦,根据患者对音量的耐受情况适当调整。告知患者将全身肌肉与大脑内部思维进行完全放松与放空 8~10 min 后,叮嘱患者跟随护理人员口令经鼻吸气的同时,双手最大力度地紧握并感知胸廓逐步隆起的幅度,气体在胸腔内滞留 3~5 s 后,双手逐渐放松,气体经口唇缓慢呼出,每次 30~40 min,每天 2~3 次,连续 6~8 d。

(5) 肢体康复功能锻炼:高风险,21~28 分。患者病情允许时,护理人员在康复治疗师的参与指导下为其制订系统合理的康复训练计划。护理人员在患者卧床期间可进行健侧、患侧卧位的交替转换,于患者躯体前后放置高枕,患侧肩颈保持前伸状态,腋下胸侧放置无菌软枕,腕、肘关节处于伸展功能位,协助患者上肢肩侧外展的健侧卧位;协助患者上肢以最大限度外展,肘腕伸直、五指张开,后背置一软枕,掌心向上的患侧卧位,间隔 1~2 h。护理人员可协助患者取双腿屈曲、双足贴于床单位的仰卧位,告知患者跟随护理人员口令进行臀部抬高距离床单位 15~20 cm 及下落的桥式运动,如此反复训练 10~15 次,每天 2~3 次。随着患者自身机体状态及肢体功能的逐渐恢复,鼓励患者进行早期的站位步行训练,指导患者患侧肢体进行前后伸跨、摆动、屈膝以及踏步等训练,每天 2~3 次,每次 25~30 min,连续训练 8~10 d。

1.3 观察项目及评价标准

(1) 神经功能:通过采用蒙特利尔认知评估量表(MoCA)对两组患者认知功能进行综合测评,

主要包括言语、命名、执行能力、注意、瞬时记忆、抽象概括、定向 7 个方面,测试用时 2~10 min,满分 30 分,以 26 分为评估界限,量表 Cronbach's α 系数为 0.83,分数越高说明认知功能越好;采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)对两组患者下肢运动功能综合评估,得分为 0~24 分,分数越高说明患者运动功能越好;使用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)对两组患者神经功能缺损程度进行评价,满分为 42 分,分数越高说明神经功能缺损程度越重^[7]。

(2) 并发症:记录两组患者(肺部感染、压力性损伤、下肢静脉血栓、脑血管痉挛)并发症发生情况,并进行对比分析^[8]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后神经功能恢复情况比较

干预前,两组患者 MoCA、FMA、NIHSS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组 MoCA、FMA 评分高于对照组,NIHSS 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 两组患者并发症发生情况比较

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

表 1 两组患者干预前后神经功能恢复情况比较(分)

组别	例数	MoCA		FMA		NIHSS	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	43	14.42 $\pm$ 1.35	28.38 $\pm$ 1.22	14.39 $\pm$ 1.26	20.35 $\pm$ 1.41	26.34 $\pm$ 1.26	9.32 $\pm$ 1.41
对照组	43	14.43 $\pm$ 1.38	27.46 $\pm$ 1.37	14.47 $\pm$ 1.39	19.44 $\pm$ 1.36	26.41 $\pm$ 1.32	10.26 $\pm$ 1.38
t 值		0.034	3.289	0.280	3.046	0.252	3.124
P 值		0.973	0.002	0.781	0.003	0.802	0.002

表 2 两组患者并发症发生情况比较

组别	例数	肺部感染	压力性损伤	下肢静脉血栓	脑血管痉挛	总发生例数	发生率(%)
观察组	43	1	0	0	0	1	2.33
对照组	43	3	1	2	2	8	18.60

校正 $\chi^2=4.468, P=0.035$ 。

3 讨论

急性脑梗死作为神经内科系统中发病率、致残率相对较高的疾病之一,经由相关流行病学资料显示,全球急性脑梗死患者年发病率约1500万例,致残率约占1/3左右,病死率约占总发生率的1/3,其中美国急性脑梗死年发病率约80万例,成为全世界第二大致死疾病^[8]。而我国急性脑梗死患者发病率约1300万例,预计2030年将达至3177万例,若不及时加以手段进行治疗控制,还会引发患者发生急性脑水肿、神经功能障碍以及机体功能衰竭等并发症,不仅加重了社会及家庭的经济负担,还严重影响了患者的生命安全^[9]。临床常采用机械取栓术疏通血管壁中血栓栓子,促使脑灌注恢复正常,但由于再出血、再灌注损伤等术中术后并发症未能得以早期预防控制,造成患者神经功能及肢体功能出现障碍,临床护理效果不容乐观^[10-11]。因此,采取系统化、序贯性护理干预尤为重要。

风险预警评估下规范化护理以加速患者自身机体早期康复为护理目标,通过在心理咨询师、营养治疗师以及康复治疗师的参与指导下,对患者自身存在或潜在的风险进行预警评估,根据风险程度的不同制订针对性较强的心理疏导、肢体康复锻炼及营养支持的护理干预对策,很好弥补了常规护理干预过程中存在的不足^[12]。本研究结果显示,观察组患者干预后神经功能恢复评分均优于对照组。为提高患者临床治疗配合程度,护理人员借助音乐干预,对患者进行心理放松与疏导,转移其对于疼痛的注意力,缓解负性心理情绪,促使患者能够以较为积极乐观的心态面对疾病,树立战胜疾病的信心,改善患者认知功能状态^[13]。护理人员还可在患者病情允许的情况下制订肢体康复锻炼,指导患者急性早期的肢体肌肉训练,激发神经功能兴奋性,加速外周血液循环,按时协助患者进行体位变换,促使患者肢体功能得以早期康复^[14]。

本研究结果还显示,观察组患者术后并发症发生率低于对照组,主要因为护理人员可根据患者自身饮食习惯制订针对性、合理的营养膳食计划,保证了患者自身机体营养处于相对平衡的状态,改善患者自身细菌、病毒免疫功能,有效避免了机体感染等并发症发生概率^[15]。

综上所述,对急性脑梗死机械取栓术患者实施风险预警评估下的规范化护理干预,可达到加速患者神经功能恢复、降低并发症发生率的效果。

4 参考文献

- [1] 郭平平,陈晓霞,刘振国,等.动脉粥样硬化性急性脑梗死患者阿司匹林抵抗的危险因素[J].山东医药,2019,59(15):81-83.
- [2] 谢静.奥塔戈运动训练联合萧氏双C护理模式在老年脑梗死偏瘫患者中的应用效果研究[J].中国全科医学,2019,22(11):1364-1368,1371.
- [3] 王嘉慧,孟小焕,于海阔,等.以创新扩散理论为基础的循证护理模式对老年急性脑梗死患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(15):57-60.
- [4] Kao CN, Liu YW. Acute cerebral infarction caused by atrial thrombus originating from left upper pulmonary vein stump after left upper lobe trisegmentectomy[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg,2020,68(2):206-207.
- [5] 费菲,徐勤荣,孔凡贞,等.甲状腺病态综合征在急性脑梗死预后预测中的意义[J].临床神经病学杂志,2019,32(5):364-367.
- [6] 刘茂林,林大勇,白剑.益气活血通络汤治疗急性脑梗死效果及对肢体功能障碍的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(5):1234-1236.
- [7] Chen J, Zhang W, Wu YQ, et al. Correlations of acute myocardial infarction complicated by cerebral infarction with insulin resistance, adiponectin and HMGB1[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci,2019,23(10):4425-4431.
- [8] 程瑶,谭子虎.眼针联合中医护理对脑梗死急性期患者神经功能缺损的影响[J].时珍国医国药,2021,32(1):122-123.
- [9] 黄隽英,沈赞,韩菲,等.伴周期性肢体运动急性脑梗死患者的临床特征初步分析[J].中国脑血管病杂志,2020,17(5):231-236.
- [10] Lee SH, Jung JM, Kim KY, et al. Intramural Hematoma Shape and Acute Cerebral Infarction in Intracranial Artery Dissection: A High-Resolution Magnetic Resonance Imaging Study[J]. Cerebrovasc Dis,2020,49(3):269-276.
- [11] 胡宗萍,郭敏,吕登智,等.共情护理对老年脑梗死患者负性情绪及治疗依从性的影响[J].重庆医学,2020,49(17):2961-2964.
- [12] 古楚儿,彭刚艺,应文娟,等.老年脑梗死患者社会化住院现状及影响因素分析[J].中华护理杂志,2019,54(2):194-198.
- [13] 齐力.脑梗死患者下肢深静脉血栓形成的预防性和临床护理干预[J].中国地方病防治杂志,2019,34(1):100-101.
- [14] Nakajo Y, Zhao Q, Enmi JJ, et al. Early Detection of Cerebral Infarction After Focal Ischemia Using a New MRI Indicator[J]. Mol Neurobiol, 2019, 56(1):658-670.
- [15] 富佳薇,康云勤,钮清清.系统化康复理念指导下的护理干预在急性脑梗死患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(7):16-19.

[2022-02-09 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

基于行为转变理论的护理干预在胰岛素泵强化治疗 2 型糖尿病患者中的应用

周帆 韦伟 吕英华 庄静 陈冲 田洁 邝金芳

【摘要】目的 探讨基于行为转变理论的护理干预在胰岛素泵强化治疗 2 型糖尿病 (T2DM) 患者中的应用价值。**方法** 选取 2018 年 6 月—2021 年 8 月 T2DM 患者 166 例为研究对象,按照均衡匹配的原则分为对照组与观察组,每组 83 例,对照组采用常规护理,观察组在此基础上采用行为转变护理干预。观察两组患者对疾病的认知情况、护理干预依从性、血糖水平、并发症发生率、生活质量以及护理满意程度。**结果** 护理干预后,观察组疾病认知情况各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。护理干预后,观察组的护理干预依从性高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。护理干预前,两组血糖水平比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);护理干预后,观察组的血糖水平低于对照组,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 ($P<0.05$)。干预前,两组生活质量各维度评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预后,观察组的生活质量各维度得分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 基于行为转变理论的护理干预用于胰岛素泵强化治疗 T2DM 患者,可提高患者对疾病的认知情况、治疗依从性,具有“血糖控制效果好、并发症风险低”等优势。

【关键词】 行为转变理论;护理;胰岛素;2 型糖尿病

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.021

Application of nursing intervention based on behavioral change theory in intensive treatment of type 2 diabetes mellitus patients with insulin pump ZHOU Fan, WEI Wei, LV Yinghua, ZHUANG Jing, CHEN Chong, TIAN Jie, KUANG Jinfang (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application value of nursing intervention based on behavioral change theory in intensive treatment of type 2 diabetes mellitus(T2DM) patients with insulin pump. **Methods** A total of 166 patients with T2DM from June 2018 to August 2021 were selected as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balanced matching, with 83 cases in each group. The control group was given routine nursing, and the observation group was given behavior change nursing intervention on this basis to observe the cognition of the disease, compliance with nursing intervention, blood glucose level, complication rate, quality of life and nursing satisfaction of the two groups of patients. **Results** After nursing intervention, the each dimension scores of cognition of the disease in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). After nursing intervention, the compliance with nursing intervention in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). Before the nursing intervention, there was no significant difference in the blood glucose level between the two groups($P>0.05$). After nursing intervention, the blood glucose level in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). After nursing intervention, the incidence of complications 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 each dimension scores of life quality between the two groups($P>0.05$). After nursing intervention, the each dimension scores of life quality in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Nursing intervention based on behavior change theory was used for intensive insulin pump treatment of T2DM patients, which can improve patients' cognition of the disease and compliance with treatment, and has the advantages of "good blood sugar control effect and low risk of complications".

【Key words】 Behavioral change theory; Nursing; Insulin; Type 2 diabetes mellitus

糖尿病是一种慢性代谢性疾病, 主要指胰岛素绝对缺乏或胰岛素生物效应降低而引起的体内代谢失调及高血糖^[1]。2型糖尿病(T2DM)患者往往病情较轻, 起病缓慢, 肥胖者较多, 主要是胰岛素抵抗和胰岛素分泌缺陷所致^[2]。胰岛素泵疗法是控制糖尿病病情进展的有效方案, 主要通过胰岛素泵持续补充患者机体所缺乏的胰岛素, 达到改善生理性分泌不足的目的, 且使用中可人工智能控制, 提高血糖达标率与生活质量^[3]。行为转变理论认为人的行为变化是一个过程, 每个改变行为的人都有不同的需要和动机, 针对其需求提供不同的干预帮助, 可促使受教育者向下一阶段转变, 最终提升其有益行为^[4]。本研究将行为转变理论的护理干预应用于胰岛素泵强化治疗的T2DM患者中, 从而探讨其临床应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入条件: 符合《实用内科学》^[5]中T2DM的诊断标准, 且经影像学及血液检查确诊; 资料齐全; 对研究内容知情并签署知情同意书。排除条件: 合并神经系统疾病; 合并冠心病; 合并精神疾病; 配合度差。本研究已通过院内伦理委员会的批准。

选取2018年6月—2021年8月医院收治的166例T2DM患者作为研究对象, 按照均衡匹配的原则分为对照组与观察组, 每组83例。对照组中男46例, 女37例; 年龄23~49岁, 平均 34.56 ± 3.72 岁。观察组中男41例, 女42例; 年龄21~51岁, 平均 34.58 ± 3.71 岁。以上资料组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

两组均采用胰岛素泵强化治疗, 入院后采集其身高、体质量, 采用美国MMT-712EWS胰岛素泵, 门冬胰岛素(丹麦诺和诺德, 国药准字J20150073), 剂量为 $0.5 \text{ U}/(\text{kg} \cdot \text{d})$, 初次泵入该剂量的50%, 余下50%平均分为3次餐前泵入, 需严密监测患者的空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG), 即FPG控制在 $4.0 \sim 7.0 \text{ mmol/L}$, 2hPG为 $7.0 \sim 10.0 \text{ mmol/L}$, 连续14d。

1.2.1 对照组 给予常规护理: 为患者分发健康手册, 介绍T2DM的病因、治疗方法、日常注意事项; 告知患者以低糖、低脂饮食为主, 少量多餐, 忌辛辣刺激性食物, 戒烟戒酒等。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上采用行为转变理论的护理干预。

(1) 建立护理干预小组: 由护士长、管床护士、主治医生、营养师组成, 在医院内部资料库、万方、知网等平台查询行为转变理论、胰岛素泵强化治疗T2DM注意事项等相关文献, 进行组内培训, 并定期考核组员的知识掌握情况。

(2) 无意识阶段: 采用院内自制疾病相关基础知识问卷调查表, 了解患者对疾病的认知及重视程度, 根据调查结果制订健康教育相关内容。入院后通过PPT、视频等形式由主治医生以及管床护士为患者详细介绍疾病, 并告知日常注意事项相关内容、用药以及日常饮食、运动的把控方式。

(3) 意识阶段: ①二次评估患者对疾病认知及重视程度, 以及是否熟悉掌握胰岛素泵强化治疗期间药物用量、不良反应及频次, 完善相关饮食、运动、用药指导计划, 督促患者实行相关方案。②借助食物模型、图片计算每日摄入量, 合理安排进餐次数, 合理分配食物及营养素的比例, 尽量选择血糖生成指数低的食物, 比如主食以粗粮、杂豆及薯类等为主, 蛋白质从鱼类、牛奶、蛋类等食物中获取; 选择不饱和脂肪酸植物油, 每日蔬菜进食量应超过500g, 增加当季水果的摄入量, 叶酸、维生素D、铁的需求量增加至1倍以上。③结合患者喜好共同制订运动方案, 多选择有氧运动, 如慢跑、打羽毛球、快走等, 每周3次, 每次30min。列出不同药物的疗效、禁忌、用法用量等, 以宣传单形式发放。④观察患者心理变化, 通过冥想训练、注意力转移等方式对患者进行心理疏导, 叮嘱家属给予患者相应陪护及关爱。

(4) 准备阶段: 引导患者通过日志、备忘录等方式记录每日饮食、运动、用药实行情况, 并了解患者在实行计划期间所遇到的问题, 引导其提出相应建议, 对患者意见进行整合, 制订双方均可接受的方案。

(5) 行动阶段: 患者在该阶段按照前期制订的方案实施, 护理人员监督实施情况。对不积极主动的患者进行沟通, 了解原因, 对其进行心理疏导、二次健康教育, 加强其对疾病的重视度。

(6) 维持阶段: 对已出院患者进行电话随访或家访, 了解其居家护理期间所遇到的难点以及异常反应, 并给出相应解决方案, 告知可通过电话、微信等方式随时向医护人员询问^[6-7]。

1.3 观察指标

(1) 疾病认知：采用院内自制疾病问卷调查表测量两组患者疾病认知情况，包括疾病诱因、饮食、运动、治疗 4 个维度，每个维度 25 分，满分为 100 分，分数越高则表示患者对疾病的认知越好。

(2) 干预依从性：记录两组干预依从性。完全依从：完全遵照并实施医护人员制订的方案；部分依从：实施部分内容；不依从：不符合上述标准。

(3) 血糖水平：采用鱼跃血糖监测仪测定两组患者护理干预前后的 FPG、餐后 2hPG、睡前血糖水平。

(4) 并发症：记录两组患者干预过程中的并发症发生情况。

(5) 生活质量：采用生活质量综合评定问卷进行评价，该量表包含生理健康、心理健康、社会关系、物质生活 4 个维度，前 3 个维度各有 5 个条目，最后 1 个维度 4 个条目。生理健康、心理健康、社会关系计分方法均为各维度 5 个因素粗分相加，计分范围 20~100 分，按照以下公式换算为 1~100 范围：（维度粗分 -20）× 100/80。物质生活计分

方法为 4 个因子粗分相加，计分范围 16~80 分，按照以下公式换算为 1~100 范围：（维度粗分 -16）× 100/80。20 个条目粗分相加，计分范围 80~400 分，按照以下公式换算为 1~100 范围：（维度粗分 -80）× 100/320。即各维度均 100 分，分数越高说明生活质量越好^[8]。

(6) 护理满意程度：自制满意度调查问卷，为百分制。≥ 85 分、65~80 分、< 65 分分别表示满意、一般满意、不满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验；等级资料构成比较采用秩和检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预后两组患者疾病认知各维度评分比较

护理干预后，观察组疾病认知各维度评分均高于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05）。见表 1。

表 1 护理干预后两组患者疾病认知各维度评分比较（分）

组别	例数	疾病诱因	饮食	运动	治疗
对照组	83	18.43 ± 1.54	19.07 ± 1.14	18.96 ± 2.16	20.45 ± 1.16
观察组	83	23.65 ± 1.33	22.89 ± 1.21	23.61 ± 0.98	23.28 ± 0.86
<i>t</i> 值		23.371	20.934	17.860	17.855
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组护理干预依从性比较

护理干预后，观察组的护理干预依从性高于对

照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05）。见表 2。

表 2 两组护理干预依从性比较

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从
对照组	83	37	31	15
观察组	83	56	25	2

秩和检验：*u* = 3.444，*P* = 0.006。

2.3 两组患者护理干预前后血糖水平比较

护理干预前，两组 FPG、2hPG、睡前血糖水平比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05）；护理干预后，

观察组 FPG、2hPG、睡前血糖水平低于对照组，差异有统计学意义（*P* < 0.05）。见表 3。

表 3 两组患者护理前后血糖水平比较（mmol/L）

组别	例数	FPG		2hPG		睡前血糖	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	83	14.62 ± 1.67	11.26 ± 1.13	19.45 ± 2.46	15.67 ± 2.87	13.76 ± 1.67	10.65 ± 0.98
观察组	83	14.59 ± 1.69	9.24 ± 1.09	19.47 ± 2.44	12.27 ± 1.23	13.79 ± 1.64	8.46 ± 0.57
<i>t</i> 值		0.115	11.721	0.053	9.920	0.117	17.599
<i>P</i> 值		0.909	0.000	0.958	0.000	0.907	0.000

2.4 两组患者并发症发生率比较 学意义 ($P<0.05$)。见表4。

观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计

表4 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	神经损伤	糖尿病肾病	糖尿病视网膜病变	总发生例数	发生率 (%)
对照组	83	3	3	2	8	9.64
观察组	83	1	0	0	1	1.20

校正 $\chi^2=4.304$, $P=0.038$ 。

2.5 两组生活质量评分比较 质量各维度得分均高于对照组, 差异有统计学意义

干预前, 两组生活质量各维度评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组生活

($P<0.05$)。见表5。

表5 两组患者生活质量各维度评分比较 (分)

组别	例数	生理健康		心理健康		社会关系		物质生活	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	83	55.23 ± 2.63	61.68 ± 3.52	58.16 ± 2.15	65.25 ± 3.79	53.16 ± 2.67	60.87 ± 3.46	52.94 ± 3.65	59.45 ± 2.98
观察组	83	55.26 ± 2.67	69.97 ± 4.76	58.19 ± 2.18	72.13 ± 3.82	53.19 ± 2.75	69.33 ± 3.58	53.02 ± 3.68	68.72 ± 3.54
<i>t</i> 值		0.073	12.757	0.089	11.648	0.071	15.481	0.141	18.251
<i>P</i> 值		0.942	0.000	0.929	0.000	0.943	0.000	0.888	0.000

2.6 两组护理满意程度比较

护理干预后, 观察组的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6。

表6 两组患者护理满意程度比较

组别	例数	满意	一般满意	不满意
对照组	83	35	35	13
观察组	83	48	34	1

秩和检验: $u=2.677$, $P=0.007$ 。

3 讨论

糖尿病是由于胰岛素分泌缺陷和 / 或胰岛素作用缺陷, 导致碳水化合物、蛋白质和脂肪代谢异常^[9]。随着人们生活水平的提高, 糖尿病的发病率在我国呈持续上升的趋势^[10]。T2DM 是在各种致病因素作用下导致正常的血糖平衡被破坏、血中胰岛素效力相对减弱以及胰岛素超负荷工作^[11]。临床多表现为尿多、多饮、饥饿多食、消瘦等症状, 好发于肥胖、长期不活动、妊娠期等人群^[12]。治疗上多采用胰岛素注射治疗, 以此维持血糖稳定。胰岛素强化泵是治疗 T2DM 的有效手段, 可改善高血糖导致的胰岛素抵抗和 β 细胞功能下降, 可更好地控制血糖, 减少并发症, 需长期持续注射治疗, 患者多采取自

行在家注射的方式进行治疗^[13-14]。但部分患者对该病的认知及重视程度较低, 无法遵照医嘱按时按量用药, 影响治疗效果^[15]。因此, 在治疗期间对患者进行相应的护理干预, 可提高临床疗效。目前, 临床多采用常规护理, 该方式过于单一, 仅使患者对疾病有初步认知, 并未明显改善患者对疾病的重视程度^[16]。基于行为转变理论的护理干预, 通过在各个阶段增加患者对疾病的重视和认知, 从而为后续的治疗打下良好基础^[17]。

本次研究结果表明, 观察组患者在行为转变护理干预后, 疾病认知情况各维度评分均高于对照组, 提示行为转变护理干预能够提高患者对疾病的认知情况。观察组护理干预依从性高于对照组, 提示行为转变护理干预能够提高患者的治疗依从性。另外, 观察组血糖水平、并发症发生率低于对照组, 提示行为转变护理干预有利于促进血糖达标, 降低并发症风险。这是由于, 通过组建小组, 并对组内成员进行相应培训及考核, 保证医护人员的专业能力。在无意识阶段, 通过院内自制疾病认知问卷调查表, 了解患者对疾病的认识及重视情况, 进行针对性健康教育, 患者更全面地了解疾病, 提高了治疗积极性。在意识阶段, 为其制订相应的饮食、运动等计划, 监督实施情况, 观察患者实施期间心理变化,

并根据不同心理变化进行心理疏导,使患者以乐观心态对待疾病。在准备阶段,引导患者通过日志、备忘录等方式记录每日计划实施情况,并为其解决实施期间所遇到的问题,给予相关建议,结合其建议完善计划,可提高依从性,从而提高了治疗水平,血糖控制更为稳定,并发症的发生率降低。提示行为转变护理干预形式具有显著优势,深受患者认可,与黄旭辉等^[18]的研究结果一致。

本次研究结果表明,护理干预后,观察组生活质量、护理满意程度高于对照组。这是由于基于行为转变理论的护理干预能够提高治疗效果,进而提高生活质量与满意度;行为维持阶段,干预小组通过对不愿实行相关方案的患者进行心理及健康教育,了解患者心中所想,满足愿望,以此促进其积极性。并与患者建立有效沟通,在相关平台回复患者提出的各种问题,使患者在家中即可解决部分简单的问题,这对于改善生活质量以及提高满意度具有积极意义。

综上所述,行为转变护理干预用于胰岛素泵强化治疗 T2DM 患者,可提高患者对疾病的认知情况及治疗依从性,改善血糖水平,降低并发症发生率,提高生活质量和护理满意程度。

4 参考文献

- [1] 晏曼,李倩,牛瑞,等.最小破坏性医学理念在糖尿病患者管理中的研究进展[J].广西医学,2020,42(6):759-762.
- [2] Yin Y,Li R,X Li,et al.Association Between Homocysteine Level and Methylenetetrahydrofolate Reductase Gene Polymorphisms in Type 2 Diabetes Accompanied by Dyslipidemia[J].Chin Med Sci J, 2020,35(1):85-91.
- [3] 汪玲,任跃忠.胰岛素泵强化治疗后不同降糖方案的选择及其依从性研究[J].中国实用内科杂志,2020,40(5):409-414.
- [4] 徐红,王瑛莉,辛玉英.行为转变理论在脑梗死患者中的应用观察[J].中国医药导报,2019,16(7):177-180.
- [5] 陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:75-79.
- [6] 祁庆,郭秀君,訾涔.基于行为转变理论的教育模式对妊娠期糖尿病乙肝孕妇自我管理行为及血糖控制的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(9):1575-1579.
- [7] 石晓嘉.基于行为转变理论的护理干预对宫颈癌前期病变及宫颈癌患者性生活质量与自我效能的影响[J].护理实践与研究,2018,15(23):73-74.
- [8] 李萍,吴利霞.心理引导配合健康教育对首诊 2 型糖尿病患者干预效果研究[J].中国社会医学杂志,2019,36(2):210-213.
- [9] 赵秀君,刘丽华,王丽娟,等.有氧运动联合抗阻训练对青少年 2 型糖尿病病人的影响[J].护理研究,2019,33(6):1059-1061.
- [10] 张艳,黄金,李蓓,等.2 型糖尿病患者糖尿病知识与医护支持及授权能力的相关性[J].护理学杂志,2019,34(8):34-37.
- [11] 王勇,王存川,朱晒红,等.中国肥胖及 2 型糖尿病外科治疗指南(2019 版)[J].中国实用外科杂志,2019,39(4):6-11.
- [12] 徐驰,罗晓婷.T2DM 的流行现状和危险生活方式研究进展[J].赣南医学院学报,2019,39(10):1051-1056.
- [13] 刘刚,赵玉,李芳菲.胰岛素泵强化治疗 2 型糖尿病足溃疡愈合的临床效果及对血清同型半胱氨酸和基质金属蛋白酶水平的影响[J].中国医师杂志,2020,22(5):752-755.
- [14] 黄妙玲,黄莹,郑晓斌.达格列净联合胰岛素泵强化治疗新发糖尿病的效果及对胰岛 β 细胞功能的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(3):30-32.
- [15] 龙世燕,李铭,涂双燕,杨蓉.行为改变联合传统健康教育在 2 型糖尿病合并脑梗死患者中的应用效果[J].中国医药导报,2019,16(4):173-176,181.
- [16] 谭茜,程金莲,韩世范,等.基于数据挖掘的糖尿病护理研究热点及前沿趋势分析[J].护理研究,2019,33(21):3662-3666.
- [17] 谭秋红,石泽亚,胡婉琴,等.基于计划行为理论对口腔黏膜纤维性变患者实施戒槟榔教育的效果[J].护理学杂志,2019,34(14):13-15.
- [18] 黄旭辉,郑娟霞,邓素兰,等.基于行为转变理论的护理干预对老年膝骨性关节炎影响[J].护理实践与研究,2019,16(8):92-94.

[2021-12-10 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

基于循证证据改进的居家肠内营养干预对食管癌术后患者的影响

李宝兰 周冬霞 张琪

【摘要】 目的 探讨基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预在食管癌术后患者中的应用效果。**方法** 选取2019年10月—2021年10月医院收治的40例食管癌患者为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,各20例。对照组采取常规护理,观察组实施基于循证证据改进的居家肠内营养护理,两组均持续护理1个月。比较两组体质指数(BMI)、营养状态、肠内营养不耐受发生率、生活质量和护理满意度。**结果** 观察组干预后BMI、Hb、ALB、PA高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组肠内营养不耐受发生率为10.00%,对照组为45.00%,两组经比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后癌症患者生命质量测定量表(EORTCQLQ-C30)中各维度评分均高于对照组,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,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预能够改善食管癌术后患者营养状态,降低肠内营养不耐受发生风险,提升生活质量及护理满意度。

【关键词】 食管癌;循证证据;居家肠内营养;护理干预;营养状态;生活质量

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.022

Effect of improved home enteral nutrition intervention based on evidence-based evidence on postoperative patients with esophageal cancer LI Baolan, ZHOU Dongxia, ZHANG Qi (Affiliated Hospital of Jiujiang University, Jiujiang, 332000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of improved home enteral nutrition nursing intervention based on evidence-based evidence in patients with esophageal cancer after surgery. **Methods** A total of 40 patients with esophageal cancer who were admitted to the hospital from October 2019 to October 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 the basic data between the groups, with 20 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received improved home enteral nutrition nursing based on evidence-based evidence, and both groups continued nursing for 1 month. The body mass index(BMI), nutritional status, incidence of enteral nutrition intolerance, quality of life and nursing satisfaction were compared between the two groups. **Results** After intervention, the BMI, Hb, ALB and PA in the control group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The incidence of enteral nutrition intolerance in the observation group was 10.00%, which was lower than 45.00% in the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). After intervention, the each dimension scores of European Organization for Research and Treatment of cancer quality of life questionnaire(EORTCQLQ-C30) in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The nursing satisfaction in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of the improved home enteral nutrition nursing intervention based on evidence-based evidence can improve the nutritional status of postoperative patients with esophageal cancer, reduce the risk of enteral nutrition intolerance, and improve the quality of life and nursing satisfaction.

基金项目:江西省卫生健康委科技计划(编号:202211988)

作者单位:332000 江西省九江市,九江学院附属医院心胸外科

【Key words】 Esophageal cancer; Evidence-based evidence; Home enteral nutrition; Nursing intervention; Nutritional status; Quality of life

食管癌是临床常见恶性肿瘤之一,手术是治疗食管癌的常用手段,能够改善患者的临床症状。食管癌患者多伴有营养不良,加之手术创伤、术后禁食等因素影响,引起机体代谢紊乱,使营养不良程度加重^[1-2]。研究表明^[3],术后早期肠内营养可为患者提供足够的热量和营养物质,促进患者恢复。但长期肠内营养支持可出现腹泻、恶心呕吐等多种喂养不耐受现象,影响术后恢复,并导致生活质量降低。患者在住院期间能够获得精心照护,但出院后由于缺乏营养指导,加之症状好转等影响,难以坚持良好的健康习惯,不利于病情恢复^[4-5]。基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预在专业营养支持小组的指导下,通过微信平台推送、咨询等方式给予患者针对性、连续性的护理干预。鉴于此,本研究旨在探讨基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预在食管癌术后患者中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2019年10月—2021年10月在我院进行治疗的食管癌患者40例作为研究对象,按照组间基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,各20例。观察组中男12例,女8例;年龄59~78岁,平均年龄 68.95 ± 2.34 岁;疾病分期:I期9例,II期11例。对照组中男11例,女9例;年龄59~79岁,平均年龄 68.98 ± 2.31 岁;疾病分期:I期8例,II期12例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会审核通过。

1.2 入选条件

纳入条件:符合《中国食管癌放射治疗指南(2019年版)》^[6]中食管癌诊断标准;年龄18~80岁;均行食管癌根治术;术后行肠内营养支持治疗;患者自愿参与本研究。排除条件:未能顺利完成各项指标检测者;严重认知功能障碍;随访失联者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 采取常规护理。出院前给予患者常规饮食指导,嘱患者继续食用小米粥、南瓜粥等半流质易消化饮食,严格遵循少量多餐饮食原则,逐渐过度至软食,每周电话随访1次,了解患者身体康复情况、饮食情况,给予针对性指导和帮助。持续干预1个月。

1.3.2 观察组 实施基于循证证据改进的居家肠内营养干预,具体内容如下。

(1) 组建营养护理小组:营养师、护士长、责任护士组成互联网+家庭肠内营养护理小组,网上收集和制作图文、视频宣教资料,查找肠内营养支持延续性护理文献,提炼适合的循证证据,制订居家肠内营养补充方案。

(2) 模拟家庭肠内营养教育:出院前1d,告知患者和家属肠内营养管使用方法、维护方法,责任护士演示相关操作后,由患者或家属进行练习,现场给予纠正和指导,向每位患者发放肠内营养记录卡,记录每日输注营养剂相关情况。

(3) 肠内营养不耐受观察和预防:建立微信交流群,不定时以图片、视频等方式发布相关治疗,及时检查营养液的日期、保存温度和使用温度、包装等,针对肠内营养并发腹泻患者遵医嘱改变营养配方,可在肠内营养液内增加可溶性纤维素20g/L,以减轻腹泻,在线医师会诊,建议将微生态制剂添加在营养液中,必要时给予胃肠动力药物治疗。

(4) 评估反馈干预:及时反馈患者体质量和BMI变化,建议其在社区复查血常规、血清蛋白和肝肾功能,在线上传报告,制订肠内营养成分调整方案。持续干预1个月。

1.4 观察指标

记录两组患者体质指数、营养状态、肠内营养不耐受情况、生活质量和护理满意程度。

(1) 体质指数:干预前后同一时间测量并记录两组患者体质量和身高,计算体质指数(BMI)。

(2) 营养状态:干预前后同一时间采集患者空腹静脉血4ml,离心血清后测定并记录两组血红蛋白(Hb)、血清白蛋白(ALB)、前白蛋白(PA)等营养指标。

(3) 肠内营养不耐受情况:统计两组患者腹胀、腹痛、恶心呕吐、腹泻及消化道出血等肠内营养不耐受发生率。

(4) 生活质量:干预前后两组患者的生活质量采用癌症患者生命质量测定量表(EORTCQLQ-C30)评价,本研究选择功能量表中的4个维度进行评价,即包括躯体功能、社会功能、情绪功能、认知功能,均采用4级评分法,赋值1~4分,各个维度总分为100分,得分越高表明患者的生活质量越好。

(5) 护理满意程度:两组患者的满意程度采

用本院自制护理满意度量表评价,该量表包括4个维度20个条目,即服务态度、操作技术、并发症预防、健康指导,采用5级评分法,赋值1~5分,满分为100分,评分标准:非常满意(总分>80分)、很满意(总分70~79分)、满意(总分60~69分)、一般(总分50~59分)、差(总分<50分)。

1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用

χ^2 检验;等级资料构成比较采用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者BMI及营养指标比较

干预前,两组患者BMI、Hb、ALB、PA比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组BMI及各项营养指标均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 干预前后两组患者BMI及营养指标比较

组别	例数	BMI		Hb (g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	20.56±0.14	20.94±0.26	102.27±10.18	112.59±11.62
观察组	20	20.58±0.17	21.36±0.29	103.59±10.25	135.69±12.89
t 值		0.406	4.823	0.409	5.593
P 值		0.687	0.000	0.685	0.000

组别	例数	ALB (g/L)		PA (mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	25.56±3.63	32.54±4.24	176.68±20.22	198.58±20.29
观察组	20	26.45±3.65	42.61±4.30	176.71±20.28	236.88±22.86
t 值		0.773	7.458	0.005	5.604
P 值		0.444	0.000	0.996	0.000

2.2 两组患者肠内营养不耐受发生率比较

干预后,观察组肠内营养不耐受发生率

10.00%,对照组发生率45.00%,观察组低于对照组,经比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者肠内营养不耐受发生率比较

组别	例数	腹胀	腹痛	恶心呕吐	腹泻	消化道出血	总发生例数	发生率(%)
对照组	20	1	2	3	2	1	9	45.00
观察组	20	0	1	0	1	0	2	10.00

$\chi^2=6.144$, $P=0.013$ 。

2.3 干预前后两组患者EORTCQLQ-C30评分比较

干预前,两组患者EORTCQLQ-C30中情绪功能、躯体功能、认知功能、社会功能评分比较

差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组EORTCQLQ-C30中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3 干预前后两组患者EORTCQLQ-C30评分比较(分)

组别	例数	情绪功能		躯体功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	55.39±5.20	58.98±5.37	54.29±5.31	60.94±6.15
观察组	20	55.69±5.25	65.26±5.40	54.32±5.35	69.58±6.27
t 值		0.182	3.688	0.018	4.440
P 值		0.857	0.001	0.986	0.000

续表

组别	例数	认知功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	20	56.47 ± 5.12	60.74 ± 6.58	60.54 ± 6.29	65.94 ± 6.57
观察组	20	56.89 ± 5.18	67.95 ± 6.62	60.61 ± 6.32	70.86 ± 6.84
<i>t</i> 值		0.258	3.455	0.035	2.320
<i>P</i> 值		0.798	0.001	0.972	0.026

2.4 两组患者护理满意程度比较 学意义 ($P<0.05$)，见表4。

观察组护理满意程度高于对照组，差异有统计

表4 两组患者护理满意程度比较

组别	例数	非常满意	很满意	满意	一般	差
对照组	20	6	5	3	4	2
观察组	20	10	8	2	0	0

秩和检验： $u=2.182$ ， $P=0.029$ 。

3 讨论

食管癌根治术后导致原有正常饮食模式改变，术后机体能量摄入不足，免疫力低下，导致并发症发生率和肿瘤复发率也随之升高，严重影响患者预后^[7-8]。肠内营养有利于营养状况和免疫力的恢复。《食管癌患者营养治疗指南》中提倡食管癌术后患者需进行肠内营养，将营养支持治疗^[9]。但多数家庭肠内营养患者及主要照顾者知识缺乏，对家庭肠内营养的重要性及相关知识不甚了解，不利于家庭肠内营养的实施和并发症预防。

基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预在循证护理的支持下，通过收集循证证据进行分析，结合实际护理情况，制订持续改进的家庭肠内营养护理干预方案，为患者提供针对性营养护理服务。本研究结果显示，观察组干预后BMI、Hb、ALB、PA均高于对照组，差异有统计学意义；观察组肠内营养不耐受发生率为10.00%，对照组发生率45.00%，观察组低于对照组，经比较差异有统计学意义；观察组干预后各维度生活质量评分均高于对照组，差异有统计学意义；观察组护理满意程度高于对照组，差异有统计学意义。提示基于循证证据改进的居家肠内营养干预能够改善食管癌术后患者营养状况，降低肠内营养不耐受发生率，促进患者生活质量改善，提升护理满意度。王洋等^[10]研究表明，食管癌术后患者接受家庭肠内营养的支持性护理干预，能够维持患者体质量，改善生活质量，与本研究结果基本一致。在食管癌术后患者中采取基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预，建立

专业的一体化营养支持小组，负责营养方案制订和实施，并持续进行质量改进，有效保障了家庭肠内营养的安全性和有效性，提供专业性护理指导，确保了家庭肠内营养的正确实施^[11-12]。加强肠内营养不耐受的观察和预防护理，能够促进营养吸收，维持肠道正常菌群，降低肠内营养不耐受发生率^[13-14]。护理过程中注重评估反馈干预，有效维持患者体质量，有助于促进生活质量改善，帮助患者尽早回归社会^[15]。基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预过程中通过微信平台与患者保持紧密联系，给予患者针对性指导和帮助，能够增进护患间情感交流，进一步提高患者的满意度。本研究虽然取得一定的效果，但因观察时间、样本量等情况的影响，研究存在一定局限性，有待于延长研究时间、扩大样本量进行进一步的研究，以深入探讨基于循证证据改进的居家肠内营养护理干预的远期应用效果。

综上所述，基于循证证据改进的居家肠内营养干预在食管癌术后患者中的应用效果良好，能够维持患者体质量，促进营养状况改善，降低肠内营养不耐受发生风险，有助于改善患者生活质量，从而获得更高的护理满意度。

4 参考文献

[1] 俞梦英,卢芳燕,应华杰.胰十二指肠肠切除术后患者早期肠内营养的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2021,56(1):62-68.
[2] 詹昱新,杨中善,李素云,等.基于循证构建住院患者肠内营养护理质量评价指标体系[J].护理学报,2019,26(10):26-31.
[3] 赵诗雨,喻姣花,汪欢,等.基于循证构建肠内营

以格林模式指导的饮食健康教育在减重术后患者中的效果观察

陈莉莉 寇红艳 李霜 尤朝香 贾梦滢

【摘要】 目的 探讨基于格林模式的饮食健康教育在减重术后患者中的应用效果。**方法** 选取2020年6月—2021年6月在医院胃肠外科接受减重手术的72例患者作为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,各36例。对照组行常规饮食健康教育,观察组在对照组基础上行格林模式指导的饮食健康教育。比较两组患者饮食依从性得分和满意度。**结果** 干预3个月后,观察组患者饮食、生活习惯评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者对健康教育满意程度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于格林模式的饮食健康教育有助于提高减重术后患者的饮食依从性和满意度。

【关键词】 格林模式;健康教育;减重手术;饮食依从性;满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.023

Effect observation of diet health education guided by Green model in patients after bariatric surgery CHEN

Lili, KOU Hongyan, LI Shuang, YOU Chaoxiang, JIA Mengying (Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong, 637000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of diet health education based on Green model in patients after bariatric surgery. **Methods** To select 72 patients who underwent bariatric surgery in the gastrointestinal surgery department of the hospital from June 2020 to June 2021 as the study subjects, and they were divided into an observation group and a control group according to the principle of comparability of the basic

基金项目:四川省基层卫生事业发展研究中心2019年立项项目(编号:SWFZ19-Y-33)

作者单位:637000 四川省南充市,川北医学院附属医院胃肠外科

陈莉莉:本科(硕士在读)

通信作者:寇红艳,本科,主任护师

养护理质量敏感指标体系[J].中华护理杂志,2019,54(3):344-349.

[4] 张伟,朱宁宁,王姝.胃癌术后患者肠内营养喂养不足循证预防护理方案的应用及评价[J].护理学杂志,2019,34(4):9-13.

[5] 米元元,黄培培,董江,等.危重症患者肠内营养不耐受预防及管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2019,54(12):1868-1876.

[6] 中国医师协会放射肿瘤治疗医师分会,中华医学会放射肿瘤治疗学分会,中国抗癌协会肿瘤放射治疗专业委员会.中国食管癌放射治疗指南(2019年版)[J].国际肿瘤学杂志,2019,46(7):385-398.

[7] 周晶晶.阶梯目标护理干预在食管癌术后益生菌联合肠内营养支持治疗中的应用[J].现代医学,2019,47(6):735-737.

[8] 武洋,王珺,刘薇,等.早期肠内营养联合肠外营养对食管癌患者术后营养状况及生活质量的影响[J].中国食物与营养,2020,26(1):82-85.

[9] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会,中华医学会肠外肠内营养学分会,中国医师协会放射肿瘤治疗医师分

会营养与支持治疗学组.食管癌患者营养治疗指南[J].中国肿瘤临床,2020,47(1):1-6.

[10] 王洋,田雪,张萌,等.食管癌术后家庭肠内营养患者的支持性护理干预[J].护理学杂志,2021,36(9):96-98.

[11] 陈宇,冯俊,乔丽娟,等.肠内营养支持在食管癌围手术期中的应用效果[J].西部医学,2019,31(11):1781-1784.

[12] 胡婉莹,陈娟,王凤,等.品管圈降低食管癌术后肠内营养腹胀发生率的应用[J].中国临床研究,2019,32(5):708-710.

[13] 曾诗颖,朱渊,钱瑾瑜,等.食管癌病人围术期营养护理循证实践方案的构建[J].护理研究,2020,34(18):3204-3209.

[14] 吴敏,朱吉,余丽群.循证干预对食管癌根治术患者围手术期治疗效果及生活质量的影响[J].癌症进展,2019,17(3):362-365.

[15] 王倩,王振华,王萍,等.家庭肠内营养支持治疗对食管癌切除术后患者营养状况的影响[J].医学临床研究,2019,36(8):1651-1652.

[2022-01-20 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

data between the groups, with 36 cases in each group. The control group received regular dietary health education, and the observation group received dietary health education guided by the Green model on the basis of the control group. The scores of dietary compliance and satisfaction were compared between the two groups. **Results** After 3 months of intervention, the scores of diet and living habits of the observation group were higher than those of the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The patients in the observation group were more satisfied with health education than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of dietary health education based on Green model can help improve dietary compliance and satisfaction of patients after bariatric surgery.

【Key words】 Green model; Health education; Bariatric surgery; Dietary compliance; Satisfaction

WHO 数据显示,全球范围内将近 7 亿人为肥胖,患病率仍在逐年上升,已成为严重的世界性健康问题之一,因人口基数大,中国肥胖人数位居世界首位^[1]。传统的保守治疗方法减重效果不明显,且难以持久有效,目前减重手术是治疗病态性肥胖最认可的方式^[2]。由于胃肠道解剖结构的改变,患者术后易出现微量营养素缺乏的情况^[3],医护人员根据减重术后饮食原则对其进行健康饮食指导和教育,但患者的饮食依从性并不高,仍然存在碳水化合物、脂肪摄入过量,而蛋白质、微量元素等摄入不足,甚至出现术后体质量反弹或减重不足的情况,可见患者术后饮食依从性状况并不乐观^[4-6]。相关研究显示,患者减重术后的饮食依从性是体质量反弹的危险因素,也是维持减重效果的重要原因^[7]。如何提高患者减重术后饮食依从性是有效减重的重要保障,而健康教育不仅可以帮助患者自觉建立有益于健康行为的意识,也有助于提高患者疾病知识、维持健康的饮食行为、进而提升减重效果。但就目前而言,健康教育仍存在缺少科学理论的支撑,宣教内容不完整、不系统、形式过于简单等不足^[8]。而格林模式是从影响患者健康的影响因素出发,将其分为倾向、促成及强化三大因素,以此制订针对性的干预方案,其更具有全面性、系统性和有效性。目前,该模式已在多个健康管理项目中得以应用,且被证实是一套科学有效的健康促进模式^[9]。目前尚未检索到将其应用在减重术后患者的饮食健康教育,因此,本研究将格林模式作为理论框架,探讨其在改善减重术后患者饮食依从性的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 6 月—2021 年 6 月在我院胃肠外科接受减重手术的 72 例患者为研究对象,纳入条件:符合《中国肥胖及 2 型糖尿病外科治疗指南(2019 版)》^[10]手术适应证;沟通良好;减重术

后 3 个月^[11];自愿参加本研究。排除条件:并发胃痿、出血等严重并发症;存在精神心理障碍。按照组间基本资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,各 36 例。对照组中男 6 例,女 30 例;年龄 33.03 ± 8.86 岁;小学及以下 3 例,初中 7 例,高中 5 例,大专及以上 21 例;体质指数 33.96 ± 5.56 ;腰围 103.31 ± 14.19 cm。观察组中男 4 例,女 32 例;年龄 33.53 ± 6.46 岁;小学及以下 5 例,初中 3 例,高中 6 例,大专及以上 22 例;体质指数 33.83 ± 4.58 ;腰围 101.75 ± 11.75 cm。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 接受常规健康教育。护士对患者进行术后健康宣教,内容包括减重相关知识、饮食指导及健康饮食重要性、活动锻炼等,并发放减重术后饮食食谱相关资料,出院后电话随访,并给予相应的答疑和指导。

1.2.2 观察组 在对照组基础上接受基于格林模式的饮食健康教育。首先,组建课题小组,包括 2 名主任医师、1 名科护士长、4 名护理组长和研究者本人,研究者通过 PPT 结合案例分析的形式对小组成员进行培训,并确定成员各自相应的职责。此外,小组成员与患者充分沟通交流后,深入分析影响减重术后饮食依从性的各种因素,从而制订格林模式的饮食健康教育方案,具体内容如下。

1.2.2.1 评估 基于格林模式的理论框架,系统分析减重术后患者潜在或现存的饮食健康问题,将影响患者术后饮食依从性的因素归纳为倾向因素、促成因素和强化因素^[12]。①倾向因素:包括减重术后饮食护理知识、态度及行为等;②促成因素:对减重术后患者饮食依从性的健康教育所给予的支持力度不足,对其需严格遵循饮食恢复的重要性未给予重视,宣教不到位,致使患者在术后恢复饮食的过程中可能存在误区;③强化因素:家庭支持度弱,家属常忽视对减重术后患者整体饮食状况的照

料,督促和协助患者严格遵循饮食恢复的支持力度不足。

1.2.2.2 实施 根据以上因素分析,制订健康教育方案,见表1。

表1 减重术后患者的饮食健康教育方案

因素类别	健康教育内容
倾向因素	①专题讲座:半个月1次,共6次,每次30 min。第1次课程讲解关于减重的相关知识,课题组成员通过PPT结合视频等形式讲解肥胖症及其引起的代谢性疾病的病因、危险因素、治疗及预后等。第2次课程讲解饮食与肥胖症及其引起的代谢性疾病的的关系,减重术后具体的饮食恢复指导。第3次课程展示患者术后常见的不良生活习惯,例如漏服药物、高脂高糖饮食、饮酒或辛辣食物等,这对患者减重效果造成不同程度的影响,强调患者必须提高饮食依从性,促使其纠正不良饮食习惯。第4次课程目的是转变患者态度,根据患者主诉找出尚存的饮食依从性问题,改变不良饮食态度,鼓励患者坚持饮食健康行为并培养对待饮食依从性的积极态度。第5次课程对患者进行行为指导,强调体质量的减轻不仅依靠手术治疗,还必须提高术后的饮食依从性,通过一对一指导,包括运动、饮食及心理等方面。第6次课程呼吁患者重视减重术后的饮食健康,关注按照饮食恢复计划执行后带来的减重效益,增强减重信心 ②发放资料:课程结束后将课件打印成小册子发放给患者,便于进一步了解
促成因素	①提高管理层认识:病区主任和护士长重视减重术后患者饮食健康教育,为其创造良好的健康教育氛围,同时做好质量监控 ②医护小组明确健康教育职责:共同探讨提高健康教育依从性的方法和思路,结合患者具体情况给予相应的健康指导,评价患者掌握情况,通过不断反馈与改进提升教育质量 ③构建健康教育平台:建立微信交流群,推送减重术后饮食健康教育相关信息,在线解答患者的疑问,同时鼓励患者之间相互交流术后饮食依从性的经验,对其正确的饮食行为予以鼓励和赞扬
强化因素	①家属参与:指导家属给予患者家庭支持,督促、协助、鼓励患者坚持健康饮食行为,家属的理解与支持更有利于患者保持健康饮食行为的顺利进行,并起到监督作用 ②电话随访:术后定期电话随访,了解患者对减重术后饮食健康教育内容的掌握及执行情况,并解答患者疑问

1.3 效果评价

(1) 饮食行为依从性:干预3个月后评价两组患者的饮食依从性,采用减重术后饮食行为依从性量表^[7]评价,量表共11个项目,分别以0~2分计分,第8项反向计分,包括饮食和生活习惯2个维度,分值范围为0~22分,得分越高提示患者饮食依从性越好。量表Cronbach's α 值为0.895,信度度较好。

(2) 满意度:干预3个月后评价两组患者的满意度,采用本院自制的满意度调查表评估患者对健康教育的满意度,干预结束后填写调查表,满分100分,>80分为满意、60~80分为一般满意、<60分为不满意。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;等级资料构成比较采用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者减重术后饮食行为依从性评分比较

观察组患者减重术后饮食、生活习惯评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.2 两组患者对健康教育满意程度比较

观察组患者对健康教育的满意程度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表2 两组患者减重术后饮食行为依从性评分比较(分)

组别	例数	饮食	生活习惯
观察组	36	8.58 $\pm$ 1.36	8.17 $\pm$ 1.59
对照组	36	7.36 $\pm$ 1.29	6.83 $\pm$ 1.44
t 值		3.905	3.748
P 值		0.000	0.000

表3 两组患者对健康教育满意程度比较

组别	例数	满意	一般满意	不满意
观察组	36	26	9	1
对照组	36	18	11	7

秩和检验: $u=2.206$, $P=0.027$ 。

3 讨论

3.1 基于格林模式的饮食健康教育可提高减重术后患者的饮食依从性

饮食依从性与减肥效果有关,也是维持体质量的关键^[13]。本研究结果显示,观察组患者的饮食和生活习惯得分均高于对照组,表明格林模式的饮食健康教育可使患者接受的健康饮食知识更加全面,有助于提高减重术后患者的饮食行为依从性,这与王颖^[14]对血液透析患者的研究结果一致,其指出格林模式的健康教育对患者的依从性具有较好效果。分析原因:格林模式的饮食健康教育实施过程中,首先对患者进行评估,寻找影响减重术后患者

饮食依从性的因素,将这些因素分为倾向、促成及强化因素,有针对性地进行干预。在倾向因素干预中,观察组为患者讲解了减重的相关知识,增强疾病认知,并强调了术后饮食依从性的重要性,转变患者的态度,增强减重信心,进一步促使患者改正不良的饮食行为习惯。在促成因素干预中,从管理者角度提高认识,重视健康教育的实施,医护小组明确自身职责,将健康教育认真落实到患者身上,从而提升健康教育质量;建立微信交流群,病友间可在线分享饮食状况,医护人员可在线解答和指导,进行多层面的饮食健康教育。在强化因素干预中,主要做好家属的健康宣教工作,家庭的支持和督促更有利于保证患者饮食依从性的顺利推进,促使健康饮食行为的延续;院外通过电话随访,及时追踪患者对减重术后饮食健康教育内容的掌握及执行情况,从而强化患者减重术后的饮食依从行为。

3.2 基于格林模式的饮食健康教育可提高患者的满意度

本研究结果显示,观察组患者对减重术后饮食健康教育的满意程度高于对照组,表明格林模式的饮食健康教育有助于提高患者的满意度。满意度是患者对医护人员服务质量最直接的评价,是反应护理效果的关键^[15]。基于格林模式对减重患者术后饮食依从性开展健康教育,综合考虑了影响饮食依从性的多重因素,并给予不同的干预方式,通过线下课程设置,增强患者减重相关知识的学习,引起其对健康饮食的重视;创建线上交流平台,成立微信群,护患之间及时交流,指导健康饮食,病友之间相互交流鼓励;线上线下相融合的形式,以加强对患者饮食行为依从性的监督和支持,使患者真切感到受益,在强化患者饮食依从性的同时,拓宽了患者的知识层面,取得了患者的认可,进而提高了患者的满意度。

4 小结

基于格林模式的饮食健康教育能够提高减重患者术后的饮食依从性及患者满意度,本研究可为减重术后患者饮食依从性的干预研究提供理论依据。但由于样本数目有限,且局限于本医院,干预对象较少,结果代表性欠佳,有待进一步研究证实。

5 参考文献

[1] WHO. Obesity and overweight [EB/OL]. (2020-04-01)

[2021-12-10].<https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

- [2] 陈孚,王墨飞,张晓微,等.我国减重代谢外科的现状 & 未来的发展空间 [J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志, 2017,3(4):188-192.
- [3] 李子建,李海龙,陈伟.代谢手术的营养相关问题 [J]. 中华肥胖与代谢病电子杂志, 2016,2(2):76-79.
- [4] Hood MM, Kelly MC, Feig EH, et al. Measurement of adherence in bariatric surgery: a systematic review [J]. Surg Obes Relat Dis, 2018,14(8):1192-1201.
- [5] Bal BS, Finelli FC, Shope TR, et al. Nutritional deficiencies after bariatric surgery [J]. Nat Rev Endocrinol, 2012, 8(9):544-556.
- [6] 朱涵菲,杨宁琨,任子淇,等.减重代谢术后患者饮食依从性影响因素的质性研究 [J]. 中华护理杂志, 2021,56(1):56-61.
- [7] 徐梦瑜,白晓温,梁晓宇,等.减重术后患者饮食行为依从性量表的汉化及信效度检验 [J]. 护理学杂志, 2021,36(16):81-83.
- [8] 黎慕,段斯文,卢永,等.我国4省市医疗卫生机构健康教育工作现状和需求调查 [J]. 中国健康教育, 2016,32(6):554-556, 573.
- [9] 杜婧,王斌全,宁艳,等.基于格林模式的健康教育对改善突发性耳聋病人生活质量的效果研究 [J]. 护理研究, 2021,35(5):916-920.
- [10] 中华医学会外科学分会甲状腺及代谢外科学组,中国医师协会外科医师分会肥胖和糖尿病外科医师委员会.中国肥胖及2型糖尿病外科治疗指南(2019版) [J]. 中国实用外科杂志, 2019, 39(4):301-306.
- [11] 中国医疗保健国际交流促进会营养与代谢管理分会,中国营养学会临床营养分会,中华医学会糖尿病学分会,等.中国超重/肥胖医学营养治疗指南(2021) [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021,13(11):1-55.
- [12] 严婷婷,方红霞,高文娟,等.基于格林模式的健康教育在冠心病PCI术后患者中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2021,27(17):2327-2331.
- [13] Adler S, Fowler N, Robinson AH, et al. Correlates of Dietary Adherence and Maladaptive Eating Patterns Following Roux-en-Y Bariatric Surgery [J]. Obes Surg, 2018,28(4):1130-1135.
- [14] 王颖.以格林模式为指导的健康教育对维持性血液透析患者的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(3):365-368.
- [15] 张春萍,安俊红,张建华.格林模式在激光美容治疗病人健康教育中的应用 [J]. 护理研究, 2019,33(3):522-524.

[2022-01-10 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

基于 Kano 模型改进胸外科住院患者护理服务的效果观察

张琪 胡君君 金薇

【摘要】 目的 探讨基于 Kano 模型在胸外科住院患者护理服务改进中的应用效果。方法 按照组间基本特征均衡可比的原则将 2019 年 8 月—2020 年 8 月医院采用常规护理期间收治的胸外科患者 120 例作为对照组,将 2020 年 9 月—2021 年 9 月医院采用基于 Kano 模型护理服务改进期间收治的胸外科患者 120 例作为观察组。采用自制健康知识调查表、焦虑和抑郁自评量表及满意度量表分别评价两组患者的健康知识知晓情况、不良情绪和护理满意度。结果 干预前,两组患者健康知识知晓情况、焦虑、抑郁评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组健康知识知晓情况中胸外科相关疾病知识、护理要点、康复知识、基础护理方面评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组护理满意度中服务态度、健康教育、操作技术、心理疏导和出入院注意事项方面评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于 Kano 模型在胸外科住院患者护理服务改进中的应用,能够增加患者对健康知识的掌握度,减轻不良情绪,从而提升护理满意度。

【关键词】 胸外科; Kano 模型; 护理服务改进; 健康知识; 心理状态; 护理满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.024

Effect observation of improving nursing service based on Kano model for inpatients in thoracic surgery

ZHANG Qi, HU Junjun, JIN Wei (Affiliated Hospital of Jiujiang University, Jiujiang, 332000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application effect of improving nursing service based on Kano model for inpatients in thoracic surgery. **Methods** To select 120 thoracic surgery patients admitted to the hospital during the routine nursing period from August 2019 to August 2020 as a control group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups. A total of 120 thoracic surgery patients admitted to the hospital during the period of improving nursing services based on the Kano model from September 2020 to September 2021 were selected as an observation group. The self-made health knowledge questionnaire, anxiety and depression self-rating scale and satisfaction scale were used to evaluate the health knowledge awareness, negative emotions and nursing satisfaction of the two groups of patients, respectively. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the health knowledge awareness, anxiety and depression scores between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the scores of thoracic surgery-related disease knowledge, nursing points, rehabilitation knowledge, and basic nursing of health knowledge awareness in the observation group were higher than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). After the intervention, the SAS and SDS scores in the observation group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). The scores of service attitude, health education, operation technique, psychological counseling and precautions for admission and discharge of nursing satisfaction 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 Kano model in the improvement of nursing service for inpatients in thoracic surgery can increase patients' mastery of health knowledge, reduce negative emotions, and improve nursing satisfaction.

【Key words】 Thoracic surgery; Kano model; Improving nursing service; Health knowledge; Psychological state; Nursing satisfaction

基金项目: 江西省卫生健康委科技计划(编号: 202211990)

作者单位: 332000 江西省九江市, 九江学院附属医院心胸外科

胸外科收治的患者具有病种多、病情重、病情变化快等特点,胸外科手术较复杂,风险较大,患者在面对陌生环境和多种治疗检查时,易产生紧张、焦虑情绪,加之对疾病知识缺乏正确认知,治疗依从性较差,不利于疾病治疗和康复^[1-2]。普遍缺少良好的评价手段和评价工具。随着我国医疗卫生改革的全面推进,护理管理已由技术导向型向“以患者为中心”的顾客需求导向型转变,护理质量和服务水平已成为患者选择就医最直接的指标之一,提高患者满意度是护理工作的核心目标^[3],同时患者满意度是衡量医疗单位和地区医疗体系运作情况的重要指标。目前国内多采用自编问卷开展患者满意度相关调查,Kano模型是一种简单、易行的识别服务属性的技术,能准确识别顾客对服务需求的质量属性^[4],逐步被运用于医疗服务行业,以提高患者满意度及改进医疗服务质量^[5-6]。Kano模型是调查患者满意度和医疗服务质量的新方法,按照患者需求分类和优先排序,以分析患者需求对患者满意度的影响,结合循证支持下找出提高患者满意度的需求点,从而为提升服务质量提供指导^[7-8]。鉴于此,本研究旨在探讨基于Kano模型在胸外科住院患者护理服务改进中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

按照组间基本特征均衡可比的原则将2019年8月—2020年8月收治的胸外科患者120例作为对照组,将2020年9月—2021年9月收治的胸外科患者120例作为观察组。纳入条件:均行手术治疗,术后患者神志清醒,具有沟通能力;年龄 ≥ 18 岁;患者自愿参与本研究。排除条件:病情危重患者;病案资料不全者;随访失联者。观察组中男65例,女55例;年龄29~60岁,平均 45.57 ± 3.25 岁;文化程度:初中及以下39例,高中54例,专科及以上27例。对照组中男62例,女58例;年龄29~62岁,平均 45.59 ± 3.23 岁;文化程度:初中及以下38例,高中53例,专科及以上29例。本研究无随访失联人员,均完成了研究。两组患者上述资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会审核并批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采取常规护理服务,包括严密监测患者病情变化,发现异常立即对症处理;加强与患者沟通交流,密切关注患者心理状况变化,给予针对性心理疏导和帮助。

1.2.2 观察组 采用基于Kano模型护理服务改进干预。

(1) 护理需求调查:参照Kano模型分类评估表,设计胸外科住院患者护理需求调查表,调查表涵盖胸外科疾病知识、运动注意事项等方面,共24个题目,每个问题包含5个答案,患者回答可能会有 5×5 种可能,M表示必备需求,R表示反向需求,O表示期望需求,A表示魅力需求,I表示无差异需求。

(2) 计算单个指标百分比:计算Better-Worse系数,消除后的不满意系数 $Worse/DSI = (-1) \times (O+M) / (A+O+M+I)$,增加后的满意系数 $Better/SI = (A+O) / (A+O+M+I)$ 。

(3) 改进护理服务:依据Kano模型分析结果制订改进服务,具体措施如下。①必备属性。实行弹性排班,依据患者例数合理安排护理人员,加强病房巡视次数,提高护理人员主动服务意识,认真贯彻生活不能自理或部分自理患者基础护理,协助卧床患者每2h翻身、拍背1次,及时维修故障设施,为行动不便患者提供轮椅、助行器等辅助工具。②期望属性。依据患者病情和身体恢复情况,采取针对性运动康复训练指导和出院指导,指导日常饮食、运动和复诊等,采用亲切、温柔的态度与患者交流,耐心解答患者提出的疑问,鼓励其说出内心真实想法,给予心理疏导和支持。③魅力属性。采用发放宣传手册、口头讲解、座谈会等形式,为患者进行健康教育,教育完成后提问,针对患者不理解之处进行再次讲解。

1.3 观察指标

(1) 健康知识掌握情况:干预前后采用本院自制健康知识调查表,从胸外科相关疾病知识、护理要点、康复知识、基础护理4个方面,调查患者对健康知识掌握情况,向患者解释调查的目的,并指导其填写,该调查表Cronbach's α 系数为0.859,重测效度为0.866,各项评分100分,得分越高表示患者对健康知识掌握越好。

(2) 不良情绪:干预前后对两组患者分别采用焦虑自评量表(SAS)^[9]和抑郁自评量表(SDS)^[10]从焦虑、失眠、睡眠障碍、精神运动障碍等方面评价患者负性情绪,两个量表均有20个项目,采用1~4分计分法,最终评分=各项目评分和 $\times 1.25$,评分范围25~100分,得分越高负性情绪越严重。

(3) 满意度:患者出院前发放护理满意度调查表,从健康教育指导、心理疏导、操作技术、服务态度和出入院注意事项5个方面,调查患者对护

理的满意度,向患者解释调查的目的、调查内容,并指导患者填写调查表。该调查表 Cronbach's α 系数为 0.858,重测效度为 0.867,各项评分 100 分,得分越高表明护理满意度越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行处理数据,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。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组健康知识知晓情况比较

干预前两组健康知识知晓情况比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后,观察组健康知识知晓情况中胸外科相关疾病知识、护理要点、康复知识、基础护理评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 干预前后两组健康知识知晓情况比较(分)

组别	例数	胸外科相关疾病知识		护理要点		康复知识		基础护理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	120	59.86 $\pm$ 5.12	65.57 $\pm$ 5.20	59.92 $\pm$ 5.14	65.68 $\pm$ 5.30	60.07 $\pm$ 5.18	64.25 $\pm$ 5.42	60.11 $\pm$ 4.94	65.56 $\pm$ 4.82
观察组	120	59.89 $\pm$ 5.15	74.48 $\pm$ 5.32	59.96 $\pm$ 5.17	76.70 $\pm$ 5.34	60.09 $\pm$ 5.21	75.58 $\pm$ 5.46	60.13 $\pm$ 4.98	73.34 $\pm$ 4.85
t 值		0.045	13.120	0.060	16.045	0.030	16.133	0.031	12.464
P 值		0.964	0.000	0.952	0.000	0.976	0.000	0.975	0.000

2.2 干预前后两组患者 SAS、SDS 评分比较

干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);干预后,观察组 SAS、SDS

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

表 2 干预前后两组患者 SAS、SDS 评分比较(分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	120	60.59 $\pm$ 3.24	55.46 $\pm$ 3.18	64.34 $\pm$ 3.27	56.68 $\pm$ 3.13
观察组	120	60.57 $\pm$ 3.21	49.98 $\pm$ 3.15	64.30 $\pm$ 3.25	48.96 $\pm$ 3.10
t 值		0.048	13.412	0.095	19.197
P 值		0.962	0.000	0.924	0.000

2.3 两组护理满意度评分比较

观察组护理满意度中服务态度、健康教育、操

作技术、心理疏导和出入院注意事项等方面评分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组护理满意度评分比较(分)

组别	例数	服务态度	健康教育	操作技术	心理疏导	出入院注意事项
对照组	120	80.23 $\pm$ 3.24	80.29 $\pm$ 3.32	80.15 $\pm$ 3.43	80.41 $\pm$ 3.46	80.48 $\pm$ 3.50
观察组	120	85.67 $\pm$ 3.27	86.69 $\pm$ 3.35	86.98 $\pm$ 3.45	85.47 $\pm$ 3.52	86.37 $\pm$ 3.49
t 值		12.946	14.865	15.379	11.230	13.054
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

胸外科住院患者病情变化快,对护理需求较高,采取科学有效的护理干预以满足患者多样化护理需求成为目前亟待解决的重要问题^[11-12]。常规护理以

疾病为中心,护理措施较为单一,缺乏针对性和系统性,导致患者未获得满意的护理服务,护理效果欠佳。

Kano 模型是调查患者满意度和医疗服务质量的新方法,能够更精确地找到提升患者满意度的切

入点,针对不同患者采取个性化指导,从而提升医疗服务质量^[13-14]。本研究结果显示,干预后,观察组健康知识知晓情况中胸外科相关疾病知识、护理要点、康复知识、基础护理评分均高于对照组;干预后观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组;观察组护理满意度中服务态度、健康教育、操作技术、心理疏导和出入院注意事项评分均高于对照组。表明基于 Kano 模型在胸外科住院患者护理服务改进中的应用效果良好,能够提升患者对健康知识掌握,缓解不良情绪,促进护理满意度提升。Kano 模型能够简单易行的分析并识别某种服务属性,从而提供指导依据^[15-16]。在胸外科住院患者中采取基于 Kano 模型护理服务改进干预,依据患者需求针对性改进各项护理服务,进一步优化必备属性,提高并充实魅力和期望属性,为患者提供高效、优质化支持性照护,能够充分满足患者多样化护理需求,有助于减轻紧张、焦虑情绪,对于疾病康复具有积极意义^[17-18]。临床通过口头讲解、座谈会等多种形式进行健康教育,能够提升患者对健康知识的了解和掌握,激发患者的主观能动性,促使其积极主动配合疾病护理^[19],有利于疾病康复。基于 Kano 模型护理服务改进干预过程中加强护患沟通,更加注重患者自我感受,使其感受到被关心、被尊重,增加对护理人员的亲切度和信任度,改善就医感受,有助于拉近护患关系,从而提升护理满意度^[20]。

综上所述,基于 Kano 模型能够准确了解胸外科住院患者需求,据此进行护理服务改进能够提升患者对健康知识的掌握度,减轻不良情绪,从而获得更高的护理满意度。本研究受样本量、观察时间等因素限制,存在一定局限性,需在今后研究中扩大样本量、延长观察时间,以进一步探讨 Kano 模型下护理服务的远期应用效果,为患者提供优质和高效的护理服务。

4 参考文献

- [1] 张玲,马秀琴,张芳钧,等.五位一体护理对胸外科手术患者身心健康和生活质量的影响[J].检验医学与临床,2019,16(23):3471-3474.
- [2] 阿布都沙拉木·依米提,赵婷,韩晓梅,等.基于 DRGs 的胸外科主要疾病住院服务绩效评价[J].中国卫生统计,2019,36(3):418-419.
- [3] 汪张毅,李雪纯,王月,等.基于 Kano 模型的养老机构老年人护理服务需求属性分析[J].护理学杂志,2021,36(18):78-81.
- [4] 田媛,李凌,胡莉萍.基于 Kano 模型改进老年科护理服务[J].护理学杂志,2017,32(7):1-3,13.
- [5] Chang WJ, Chang YH. Patient satisfaction analysis: identifying key drivers and enhancing service quality of dental care[J]. J Dent Sci, 2013, 8(3): 239-247.
- [6] Zhang L, Antje Hefke A, Figiel J, et al. Identifying radiological needs of referring clinicians[J]. J Digit Imaging, 2013, 26(3): 393-401.
- [7] 卞丽娟,袁玲,汪娟,等.基于 KANO 模型的健康教育模式在肿瘤化疗患者的应用效果评价研究[J].长春中医药大学学报,2021,37(2):338-341.
- [8] 吴坤贵,周敏亚.基于 Kano 模型的管理措施在老年慢病患者中应用效果研究[J].中国医院,2021,25(12):49-51.
- [9] 段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
- [10] 王赵杰.中文版抑郁应对自我效能感量表的信效度研究[J].中国实用护理杂志,2017,33(13):1016-1019.
- [11] 成月佳,侯旭敏,徐婷婷,等.基于价值医疗的胸外科加速康复外科实践效果研究[J].中国医院管理,2021,41(4):56-59.
- [12] 沈诚,常帅,周坤,等.加速康复外科和日间手术模式在胸外科中的应用现状及发展前景[J].中国肺癌杂志,2020,23(9):800-805.
- [13] 高丽佳,汪晖,湛永鸿,等.基于 KANO 模型的患者体验要素筛选及策略优化[J].护理学杂志,2021,36(9):47-50.
- [14] 王梦颖,窦红莉,刘艳红,等.基于 Kano 模型的互联网医院患者就医服务需求分析[J].中国卫生质量管理,2021,28(9):13-16,28.
- [15] 张群祥,熊伟,朱玲凤,等.基于 Kano 模型和质量功能展开的医疗服务质量提升研究[J].中华医院管理杂志,2021,37(4):306-311.
- [16] 范子娜,尹文强,王丹丹,等.基于 Kano 模型的“互联网+健康教育”平台功能需求研究[J].中华医院管理杂志,2020,36(3):202-205.
- [17] 何炳文,彭丽华,吴永萍,等.基于 Kano 模型的门诊医疗服务质量提升实践[J].中国医院管理,2020,40(8):43-45.
- [18] 敖琴,常瑞,胡春平,等.基于 Kano 模型的社区高血压管理模式探索[J].中国社会医学杂志,2019,36(4):355-358.
- [19] 张亚靓,岳丽春,袁晶.纽曼保健模式在老年高血压病患者中的应用效果[J].护理实践与研究,2022,19(7):1006-1009.
- [20] 候雄,刘玉秀,王玲玲,等.基于 KANO 模型的互联网医院服务需求分析[J].医学研究生学报,2020,33(7):755-759.

[2022-01-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于潮汐理论模型的护理干预在输尿管镜钬激光碎石患者中的应用

曾少珊 毕韵婷 蓝毅君

【摘要】 目的 探讨基于潮汐理论模型的护理干预在输尿管镜钬激光碎石患者中的应用。方法 选取2019年3月—2021年4月医院泌尿外科就诊的输尿管结石患者80例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组41例与观察组39例,对照组实施常规护理,观察组实施基于潮汐理论模型的护理干预,对比两组干预前后不同观察指标。结果 干预前,两组汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组HAMA、HAMD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量表(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量表各维度评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组并发症发生率低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对于输尿管镜钬激光碎石患者而言,以潮汐理论为指导的护理方案的实施,可调节患者的情绪状态,改善其生活质量,减少术后并发症。

【关键词】 输尿管结石;输尿管镜钬激光碎石术;潮汐理论模型;护理干预;应用效果

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.025

Application of nursing intervention based on tidal theory model in patients with ureteroscopic holmium laser lithotripsy ZENG Shaoshan, BI Yunting, LAN Yijun (Guangzhou Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Guangzhou, 510800, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application of nursing intervention based on tidal theory model in patients with ureteroscopic holmium laser lithotripsy. **Methods** To select 80 patients with ureteral calculi who visited the urology department of the hospital from March 2019 to April 2021 as the study objects, and they were divided into a control group of 41 cases and an observation group of 39 cases according to the principle of comparability of basic characteristics between groups. The control group was given routine nursing care, and the observation group was given nursing intervention based on the tidal theory model, and different observation indicators were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the scores of Hamilton anxiety scale(HAMA) and Hamilton depression scale(HAMD) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the HAMA and HAMD scores in the observation group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the each dimension scores of WHO quality of life scale(WHOQOL-BREF) between the two groups($P>0.05$). 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($P<0.05$). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of nursing intervention based on the tidal theory model for patients undergoing ureteroscopic holmium laser lithotripsy can improve their mood, improve their quality of life, and reduce postoperative complications.

【Key words】 Ureteral calculi; Ureteroscopic holmium laser lithotripsy; Tidal theory model; Nursing intervention; Application effect

流行病学研究结果显示,泌尿系结石发病率为5%~7%,其中以男性较多,中年男性占比高达47%以上^[1]。临床症状多以腰部疼痛、酸胀为主^[2]。输尿管镜钬激光碎石术为首选治疗手段,具有疗效满意、安全性高等特点。尽管输尿管镜钬激光碎石术是一种微创手术,仍会造成患者创伤以及术后不适感。减少术后不适感、缓解负性情绪、降低并发症发生率、提高生活质量仍为目前护理研究的主要问题^[3]。潮汐模型^[4]由菲尔巴克提出,重视促进患者心理健康恢复,同时与患者精神健康具有相关性,各项护理工作应当围绕患者进行,通过团队协作的模式,促进患者的康复,医护人员与患者双方共同制定护理目标和各项工作内容,重视护患平等,最终获得双赢。此次研究探讨基于潮汐理论的护理干预对于输尿管镜钬激光碎石术患者的应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入条件:影像学结果明确患者为输尿管结石;结石直径超过6 mm;符合输尿管镜钬激光碎石术要求;年龄<75岁;获得研究者及其家属的知情同意。排除条件:患有实质性病变及严重心肺基础病;认知功能异常;人类免疫缺陷病毒(HIV)、免疫系统相关病变;肾功能存在障碍;中途退出研究。

选取2019年3月—2021年4月我院泌尿外科就诊的输尿管结石患者80例为研究对象,均采用输尿管镜钬激光碎石术治疗。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组41例与观察组39例。对照组中男20例,女21例;平均年龄 43.24 ± 2.44 岁;结石平均直径 1.49 ± 0.14 cm;结石位置:15例为左侧,16例为右侧,10例为双侧。观察组中男20例,女19例;平均年龄 43.79 ± 2.47 岁;结石平均直径为 1.80 ± 0.16 cm;结石位置:14例为左侧,14例为右侧,11例为双侧。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

所有患者采用椎管内麻醉下输尿管镜钬激光碎石术。将患者调整为截石位后通过旋转侧入法置入输尿管镜,对于直径较小的结石采用异物钳钳出,直径较大的采用钬激光碎石,术毕放置双J引流管。

1.2.1 对照组 行常规护理:术前宣教时着重讲解术后并发症及体位,预先练习术中、术后体位;进入手术室后,对心率增加的患者进行语言沟通,平复其心情,待心率平稳后麻醉。根据患者体感调整手术室温度,降低应激反应,采用保温毯保温,

对术中输入药液行预加热。巡回护士注意患者情绪变化,其中1名护士随时与患者沟通,说明手术进度,采用聊天方式转移其注意力,保持情绪稳定;麻醉后预防不当体位导致的下肢回流不畅;术后垫高腿部。叮嘱家属6 h内禁食水,血压平稳后,指导患者缓慢步行,告知患者手术成功,对疑虑进行解答;双J引流管不耐受的患者进行安抚,消除不良情绪。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上加用基于潮汐理论模型的护理干预,具体措施如下:

(1) 成立团队:组长为1名主管护师,小组成员为5名责任护士。入组后对组员进行培训。

(2) 领域评估:①首先评估疾病对患者生活能力的影响,患者治疗中是否有“是不是治不好、活着真没意思!”等过于消极的情绪,进而采取安全计划。②增加沟通交流频次,评估患病经历,了解患者是否存在痛苦记忆,或是“无法与他人倾诉所经历困难,失去生活信心”等情绪;借助一对一方式评估,引导患者对疾病、困难等进行叙述,同时做出回应,提供相应服务,尽量满足患者需求。

(3) 制订护理计划:单独与患者交流,引导患者叙述“当前感受、心情变化、相对比昨天是否有所改善;希望护士、家属如何做可以感觉更为舒适;怎么加强面对疾病信心”等,通过面对面沟通,明确患者需求,帮助患者获得生理、心理方面满足,提高被重视度,进而促进康复。

(4) 措施:护理人员介绍病房设施、护士、病友等,减少陌生感导致的焦虑;单独开展沟通,根据患者的意向和特点,使其参与到护理内容制定的环节中,提高患者以及家属的配合度;对患者进行健康教育,说明药物的作用、副作用、注意事项,消除对药物不良反应的抵抗情绪,增强服药依从性;以专业技能为基础建立相互信任的护患关系,与患者交流时要耐心聆听,要对患者所说的话表达出浓厚的兴趣,表达自己的理解,并做出相应的反应;患者出院后,可加入在病房里设立的聊天群,鼓励患者倾诉自己的感受,互相沟通,表达自己的情感;通过案例讲解,帮助患者对病情有一个正确的认识,消除思想疑虑,分享治疗经验。

1.3 观察指标

(1) 心理状况评分:采用HAMA^[4]、HAMD^[5]对两组患者干预前后的焦虑抑郁情绪进行评分。HAMA包含14个条目,共计56分,分值增加则焦虑程度加重,Cronbach's α 为0.83~1.00。HAMD量表共有17个条目,共计56分,分值增加则抑郁

程度加重, Cronbach' s α 为 0.88~0.99。

(2) 生活质量评分: 采用 WHOQOL-BREF 作为生活质量评估工具, 共有 4 个维度、24 个条目, 内容包括生理 (7 个条目)、心理 (6 个条目)、社会关系 (3 个条目) 以及环境 (8 个条目), 每个条目为 0~4 分 5 级评分制, 得分越高表明生活质量越好 [6]。量表 Cronbach' s α 系数为 0.90。

(3) 术后并发症: 包括术后感染、低温、输尿管损伤的发生率。

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; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理干预前后心理状况评分比较

干预前, 两组 HAMA、HAMD 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组 HAMA、HAMD 评分低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者护理干预前后心理状况评分比较 (分)

组别	例数	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	41	17.98 $\pm$ 5.34	12.26 $\pm$ 4.05	18.04 $\pm$ 5.25	11.22 $\pm$ 3.06
观察组	39	16.79 $\pm$ 4.03	7.54 $\pm$ 2.09	17.24 $\pm$ 4.11	8.89 $\pm$ 2.21
t 值		1.121	6.500	0.756	3.887
P 值		0.266	0.000	0.452	0.000

2.2 两组患者干预前后 WHOQOL-BREF 量表各维度评分比较

干预前, 两组 WHOQOL-BREF 量表评分比较

差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组生理、心理、社会关系、环境评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 WHOQOL-BREF 量表评分比较 (分)

组别	例数	生理		心理		社会关系		环境	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	41	15.25 $\pm$ 3.21	20.26 $\pm$ 4.17	13.97 $\pm$ 2.16	16.25 $\pm$ 2.25	4.88 $\pm$ 2.39	7.26 $\pm$ 2.36	21.71 $\pm$ 5.15	26.05 $\pm$ 4.32
观察组	39	14.27 $\pm$ 2.50	23.61 $\pm$ 3.42	13.05 $\pm$ 3.04	21.44 $\pm$ 2.43	5.91 $\pm$ 3.42	10.71 $\pm$ 1.09	21.77 $\pm$ 4.44	29.71 $\pm$ 1.55
t 值		1.518	3.918	1.566	9.918	1.568	8.322	0.056	4.993
P 值		0.133	0.000	0.121	0.000	0.121	0.000	0.956	0.000

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组并发症发生率低于对照组, 组间比较差

异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	感染	低温	输尿管损伤	总发生例数	发生率 (%)
对照组	41	4	3	2	9	21.95
观察组	39	1	1	0	2	5.13

$\chi^2=4.770$, $P=0.029$ 。

3 讨论

临床中,泌尿外科多采用输尿管镜下钬激光碎石术进行治疗^[7-8]。尽管该手术较为成熟,但患者对该手术依旧存在较多的疑问^[9]。本研究对输尿管镜下钬激光碎石术患者采用基于潮汐理论模型的护理干预,从而改善干预质量。

结合本文结果说明,护理干预后,观察组心理状态评分较之对照组更低,证明该护理方案可以调节输尿管镜下钬激光碎石术后患者的焦虑、抑郁情绪。俞春燕等^[10]的研究结果也表明,输尿管结石患者在术后采用有效的护理能够改善心理状况,降低负性情绪的发生。采取交流的方法,综合评估患者的疾病情况以及患病以来的心理活动,鼓励患者用自己的声音对困难、疾病、机能失调进行“叙述”与自我检查,减少患者疑虑,从而缓解焦虑、抑郁情绪^[11-12]。

研究显示,观察组患者在干预后 WHOQOL-BREF 量表各维度得分高于对照组,说明基于潮汐理论模型的护理干预能够提高输尿管结石患者输尿管镜下钬激光碎石术后的生活质量,这是因为,双J引流管的放置会导致患者生活质量的下降,围术期对患者进行双J引流管相关知识的讲解,提前告知患者及其家属术后出现不适症状的护理措施,将迫切需要作为护理重点,通过沟通来缓解、改善不良心态,从而改善生活质量。护理人员通过娴熟的语言沟通技巧与专业能力与患者及其家属进行专业有效的沟通,从而提高护理效果,进一步提升生活质量。

本次研究结果显示,观察组并发症发生率低于对照组。既往相关研究^[13-14]结果显示,输尿管镜下钬激光碎石术后尿道损伤、术后感染等并发症的发生率相对较高,且高于本次研究中观察组的并发症发生率。这是因为,沟通作为整个护理工作中的重点,无论对于患者的心理或者生理均有一定程度的积极影响,提高了患者以及家属的参与积极性;对患者进行疾病知识的宣教,讲解药物作用与不良反应及相应的注意事项,提高服药依从程度;患者离院后可通过微信群引导患者进行群内交流,倾诉自身感受,加强经验交流,确保治疗顺利进行,避免多项因素造成患者并发症发生。

综上所述,对输尿管镜钬激光碎石术患者实施

基于潮汐理论模型的护理干预,能够调节其负面心理,提高生活质量,减少术后并发症发生。

4 参考文献

- [1] 田雪妍. 输尿管镜下输尿管结石钬激光碎石术的临床护理要点研究[J]. 中国药物与临床, 2020,20(20):3531-3534.
- [2] 蒋媛,许友,李亚伟. 典型无缝隙护理对输尿管软镜钬激光碎石术患者手术应激反应及护理满意度的影响[J]. 西部中医药, 2020,33(8):160-162.
- [3] 郭立业,高玉兰,刘娟娟. 输尿管镜钬激光治疗输尿管结石的护理观察[J]. 山西医药杂志, 2020,49(6):99-101.
- [4] 王纯,楚艳民,张亚林,等. 汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[J]. 临床精神医学杂志, 2011,21(5):299-301.
- [5] 刘宝燕,赵晋,郑冬. HAMD 与 SDS 区分抑郁症严重程度的准确性研究[J]. 重庆医学, 2021,50(18):3174-3177,3181.
- [6] 郝元涛,方积乾. 世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J]. 现代康复, 2000,4(8):1127-1129,1145.
- [7] 杜爱萍. 导入式健康教育结合放松训练在经尿道输尿管镜下钬激光碎石术患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2018,15(17):148-150.
- [8] 周卫萍,王芳,陈淑颖,等. 输尿管镜下钬激光碎石手术中的护理配合体会[J]. 中国全科医学, 2019, 22(1):243-245.
- [9] Hou CP, Lin YH, Juang HH, et al. Effect of ureteral calculus in outpatients receiving semirigid ureteroscopy laser lithotripsy[J]. Medicine, 2020, 99(10):193-196.
- [10] 俞春燕,朱岚泓,王小梅. 综合护理在输尿管结石患者输尿管镜下钬激光碎石术中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(2):117-119.
- [11] Jones T, Musawi JA, Navaratne L, et al. Holmium laser lithotripsy improves the rate of successful transcystic laparoscopic common bile duct exploration[J]. Langenbecks Arch Surg, 2019, 404(8):1-8.
- [12] 徐文婷. 整体护理在输尿管镜钬激光碎石术治疗输尿管结石患者中的应用[J]. 医疗装备, 2020, 33(1):191-192.
- [13] 张丹亭. 优质护理在输尿管软镜下钬激光碎石术治疗肾结石中的效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(17):2823-2825.
- [14] 徐国江. 电子输尿管软镜下钬激光碎石术治疗肾结石的护理配合[J]. 护理实践与研究, 2012,9(16):137-138.

[2021-11-18 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

康复树摘果游戏教育对宫颈癌手术患者自我管理能力及生活质量的影响

康东红 訾姗姗 牛梅梅 胡丽红 王海琴 徐慧 张瑞芳

【摘要】 目的 探究康复树摘果游戏教育对宫颈癌手术患者自我管理能力及生活质量的影响。方法 选择医院2018年1月—2021年10月收治的宫颈癌手术患者108例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,各54例。对照组采取常规教育,观察组在常规教育上增加康复树摘果游戏教育,比较两组术后自我管理能力及生活质量。结果 干预前,两组自我管理力量表的自我决策、正性态度、缓解压力3个维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组自我决策、正性态度、缓解压力3个维度评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况4个领域评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况4个领域评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 康复树摘果游戏教育在宫颈癌手术患者中的应用,能提升患者自我管理能力,有助于提高生活质量。

【关键词】 宫颈癌;自我管理能力;生活质量;健康教育;临床护理

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.026

Effects of fruit picking game education of rehabilitation tree on self-management ability and quality of life of patients with cervical cancer surgery KANG Donghong, ZI Shanshan, NIU Meimei, HU Lihong, WANG Haiqin, XU Hui, ZHANG Ruifang (General Hospital of Ningxia Medical University, Yinchuan, 750004, China)

【Abstract】 Objective To explore the effects of fruit picking game education of rehabilitation tree on self-management ability and quality of life of patients with cervical cancer surgery. **Methods** To select 108 patients with cervical cancer surgery who were admitted to the hospital from January 2018 to October 2021 as the study objects, and they were divided into an observation group and a control group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 54 cases in each group. The control group received routine education, while the observation group added rehabilitation tree fruit picking game education to the routine education, and the postoperative self-management ability and quality of life were compared between the two groups. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the scores of three dimensions, such as self-decision, positive attitude, stress relief of the self-management ability scale between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the scores of the three domains of self-decision, positive attitude and stress relief 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 the intervention, there was no significant difference in the scores of the four domains of physiological status, emotional status, functional status and social and family status between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the scores of the four domains of physiological status, emotional status, functional status and social and family status in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of fruit picking game education of rehabilitation tree in patients with cervical cancer surgery can improve patients' self-management ability and improve their quality of life.

【Key words】 Cervical cancer; Self-management ability; Quality of life; Health education; Clinical nursing

宫颈癌是妇科常见恶性肿瘤，其发病率位居我国女性恶性肿瘤第二位，每年新增患者超过 13 万，对女性健康威胁极大^[1-2]。临床治疗方法有手术、放化疗及靶向治疗等，其中手术治疗实现对病灶及周围组织的切除，但易造成盆底损伤，且患者术后易并发其他并发症或伴有不良反应，生活质量受到不同程度影响^[3]。我国宫颈癌高发年龄为 40~50 岁，该年龄段患者多对疾病认知不足，加之自我学习能力差，术后自我管理水平偏低^[4-5]。现有文献^[6]对宫颈癌患者术后自我管理能力及生活质量促进护理策略进行了研究，结果显示，健康教育能强化患者对疾病、治疗及康复知识的认知，有助于提升患者自我管理能力，改善生活质量。本研究在宫颈癌手术患者中应用康复树摘果游戏教育，探究其对患者术后自我管理能力及生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择我院 2018 年 1 月—2021 年 10 月收治的宫颈癌手术患者共 108 例为研究对象，纳入条件：经影像学检查、病理活检等确诊为宫颈癌；预计生存期大于 1 年；首次手术治疗者，且手术过程顺利；具备基本自理能力；沟通、交流能力良好；具备一定的阅读理解能力；对研究内容知情。排除条件：术后病情恶化等原因退出研究；既往有精神疾病史；存在视听功能障碍；合并其他恶性肿瘤或脏器功能异常；出院后随访正常。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 54 例。对照组患者平均年龄 54.39±4.18 岁；文化水平：高中以下 40 例，高中以上 14 例；临床分期：Ⅰa 期 10 例，Ⅰb 期 18 例，Ⅱa 期 26 例；手术方式：全子宫切除术 10 例，根治性子宫切除术 44 例；手术时间 3.18±0.32 h。观察组患者平均年龄 53.98±4.30 岁；文化水平：高中以下 37 例，高中以上 17 例；临床分期：Ⅰa 期 12 例，Ⅰb 期 20 例，Ⅱa 期 22 例；手术疗法：全子宫切除术 12 例，根治性子宫切除术 42 例；手术时间 3.22±0.30 h。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 采取常规教育，护理人员术前 3 d 发放健康手册，向患者及家属说明手册内容及阅读方法，根据手册内容介绍疾病知识、手术治疗及术后康复历程，教育时长 30 min；术后第 3 天，通过沟通交流，了解患者对宫颈癌、手术治疗及术后康复的认知，明确患者疑问，并加以解说、疏导，教

育时长 30 min^[6]。
1.2.2 观察组 在常规教育上增加康复树摘果游戏教育，具体如下：
1.2.2.1 绘制宫颈癌术后康复树

（1）确定康复教育要点：研究基于文献检索法确定宫颈癌手术患者术后康复宣教要点，检索数据库有中国生物医学文献数据服务系统、中国知网、万方数据库等，文献检索关键词有“宫颈癌、手术/子宫全切术/扩大子宫切除术、自我管理/生活质量、影响因素/护理对策/护理干预”，护理人员采用以上关键词在数据库检索文献，阅读文献资料提取宫颈癌手术患者术后自我管理与生活质量的影响因素或护理对策，据此明确教育要点，包括宫颈癌疾病知识、术后并发症预防、预后效果、术后自护等。

（2）绘制宫颈癌术后康复树：研究人员绘制乔木简笔画，将树冠分为 N 个模块，在空白处标注模块主题，有宫颈癌知识、宫颈癌术后并发症预防、宫颈癌手术预后效果、宫颈癌术后自我护理，并在各模块内容填充“康复果”，“康复果”是模块主题的下级主题或补充说明，宫颈癌知识模块“康复果”有宫颈癌诱发因素、症状、诊治、预后等，宫颈癌手术预后模块“康复果”有术后并发症发生率、术后住院时间、术后复发率等，宫颈癌术后并发症预防模块“康复果”有常见并发症、并发症危险因素、并发症预防措施等，宫颈癌术后自我护理模块“康复果”有康复饮食、康复训练、遵医嘱服药、自我复查等，见图 1。

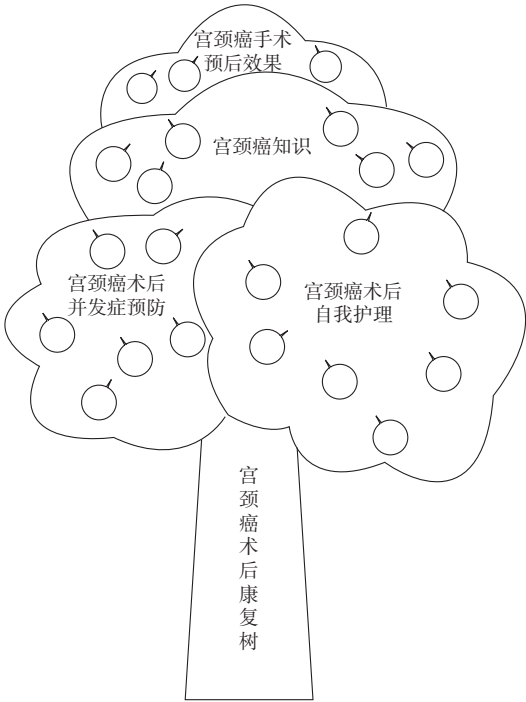


图 1 宫颈癌术后康复树

1.2.2.2 “挂果”导向学习

(1) 基于康复树的认知评估: 术后第2天, 护理人员向宫颈癌手术患者发放打印版“宫颈癌术后康复树”, 向患者介绍康复树结构, 说明康复果作用及其与康复树关系, 指导患者根据健康手册学习知识, 并自行解释康复果对应内容, 如“宫颈癌诱发因素”有 HPV 感染、吸烟、多孕多产及生殖道感染等, 在空白处标注相关内容, 时长 40 min。

(2) 康复树“挂果”导向学习: 护理人员回收康复树, 对康复果标注内容进行核查, 评价内容正确性与完整度, 统计未解答的康复果, 而后再次下发打印版康复树, 明确患者健康手册学习成果, 并据此指导其阅读手册, 重点阅读掌握较差的康复果对应知识, 并配合网络搜索完善知识点, 时长 3 d。

1.2.2.3 “摘果”游戏教育 术后第5天, 护理人员手持已标注的打印版康复树检查宫颈癌手术患者学习情况, 患者拿出标注后康复树, 护理人员对各模块康复果内容进行说明, 以“术后常见并发症”为例, 有盆底功能损伤、下肢淋巴水肿、下肢深静脉血栓、生殖道感染、压力性损伤等, 患者根据护理人员解说进行核对, 如相符度 $\geq 80\%$, 则采用绿色涂鸭笔在康复果内填充绿色, 表示成功“摘果”, 统计成功摘果数, 并用红色涂鸭笔标出“未摘果”, 时长 40 min。

护理人员根据宫颈癌患者“摘果”情况, 去掉“已摘果”保留“未摘果”, 绘制出新的“宫颈癌术后康复树”并下发至患者, 同时, 结合“未摘果”整理相关知识内容, 重新编制健康手册, 并指导患者结合新绘制的“宫颈癌术后康复树”阅读, 据此梳理康复知识, 重复以上步骤“摘果”, 直至“摘完”所有“康复果”。

1.3 评价指标

(1) 自我管理能力: 借助随访机会采用癌症自我管理效能感量表 (SUPPH) 评价患者自我管理能力, 该量表在癌症患者自我管理行为评价中应用

广泛, 量表有 3 个维度, 即自我决策、正性态度、缓解压力, 有 28 个评价条目, 维度条目数分别为 3 条、15 条、10 条, 每个条目采取 5 级评分法, 有完全没信心、有点信心、有信心、很有信心、完全有信心, 评分为 1~5 分, 评分越大自我管理能力表现越好; 量表维度 Cronbach's α 系数 0.849 ~ 0.959, 总量表 Cronbach's α 系数为 0.970^[7-8]。

(2) 生活质量: 借助随访机会采用癌症患者生命质量测定量表 (FACT-G) 对患者生活质量进行评价, 共有 4 个领域内容, 分别为生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况, 以上各领域条目数分别为 7 条、6 条、7 条、7 条, 均采取 5 级评分法, 有完全不、有点、部分、相当多、完全, 分值 0~4 分, 评分越大, 生活质量越差; 量表 Cronbach's α 系数为 0.913^[9-10]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 方差齐时组间均数比较行 t 检验, 方差不齐时行秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组自我管理能力评分比较

干预前, 两组患者自我管理力量表的自我决策、正性态度、缓解压力 3 个维度评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组患者自我决策、正性态度、缓解压力 3 个维度评分均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 干预前后两组生活质量评分比较

干预前, 两组生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况 4 个领域评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况 4 个领域评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 干预前后两组自我管理能力评分比较 (分)

组别	例数	自我决策		正性态度		缓解压力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	54	9.01 $\pm$ 1.42	10.27 $\pm$ 2.68	34.49 $\pm$ 2.50	37.20 $\pm$ 3.80	26.01 $\pm$ 2.14	28.04 $\pm$ 4.18
观察组	54	9.14 $\pm$ 1.37	12.73 $\pm$ 1.40	34.80 $\pm$ 2.34	41.88 $\pm$ 3.17	25.94 $\pm$ 2.23	32.80 $\pm$ 3.04
t 值		0.484	5.979*	0.665	6.950	0.166	6.768*
P 值		0.629	0.000	0.507	0.000	0.868	0.000

* 为秩和检验的 u 值。

表 2 干预前后两组生活质量评分比较（分）

组别	例数	生理状况		情感状况		功能状况		社会家庭状况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	54	22.17 ± 1.80	20.78 ± 2.04	22.20 ± 1.24	20.08 ± 2.07	23.08 ± 1.60	21.21 ± 2.90	22.40 ± 2.03	20.83 ± 4.16
观察组	54	22.09 ± 1.86	18.23 ± 3.18	22.24 ± 1.20	17.42 ± 3.80	23.12 ± 1.58	19.07 ± 4.18	22.46 ± 1.98	18.02 ± 3.24
t 值		0.227	4.960*	0.170	4.517*	0.131	3.091*	0.155	3.916*
P 值		0.821	0.000	0.865	0.000	0.096	0.003	0.877	0.000

* 为秩和检验的 u 值。

3 讨论

宫颈癌是唯一一种病因明确，且能有效防癌的癌症，宫颈癌筛查技术在我国的推广应用为宫颈癌患者早确诊、早治疗创造了条件^[11-12]。手术可提高宫颈癌患者生存率，但为提升患者自我管理能力、改善生活质量，还需加强康复宣教。当前临床所采取的康复宣教形式单一，以健康手册或视频宣教为主，难以调动患者学习积极性，导致教育效果差，故需进一步探究宫颈癌术后宣教策略^[13]。

本研究在宫颈癌手术患者中应用康复树摘果游戏教育，结果显示，干预后，观察组自我管理量表的自我决策、正性态度、缓解压力 3 个维度评分均高于对照组；观察组术后生活质量量表中的生理状况、情感状况、功能状况及社会家庭状况 4 个领域评分均低于对照组。研究基于文献检索法确定宫颈癌手术患者术后健康教育内容，以“自我管理、生活质量、影响因素、护理对策”为关键词实施检索，结合自我管理与生活质量影响因素明确宣教要点，据此确定教育内容，包括宫颈癌知识、宫颈癌术后并发症预防、宫颈癌手术预后效果、宫颈癌术后自我管理、生活质量的关联性，可强化健康教育针对性。研究面向宫颈癌手术患者开展康复树摘果游戏教育，通过绘制康复树实现对疾病知识、术后康复护理知识的模块划分，配合“挂果”能对各模块知识进行细分、说明，“挂果”导向学习能明确宫颈癌患者对健康知识的掌握程度，便于确定教育重点；配合摘果游戏教育，实现了对学习打卡的趣味化，在“摘果”和清点“未摘果”过程中，能强化患者对自身认知水平、学习状况的动态了解，可促进其实施自我监督，确保患者能掌握术后自我护理知识，进而实现对术后并发症的有效预防，促进功能恢复，全面改善术后生活质量。

综上所述，康复树摘果游戏教育在宫颈癌手术患者中的应用，能提升患者自我管理能力，有助于提高生活质量。

4 参考文献

[1] 李静,索红燕,孔为民.《国际妇产科联盟(FIGO)2018 癌症报告:宫颈癌新分期及诊治指南》解读[J].中国临床医生杂志,2019,47(6):646-649.

[2] 中华医学会病理学分会女性生殖系统疾病学组.宫颈癌及癌前病变病理诊断规范[J].中华病理学杂志,2019,48(4):265-269.

[3] 陈春林.中国宫颈癌临床诊疗与大数据[J].中国实用妇科与产科杂志,2018,34(1):25-29.

[4] 王晓娟,王晓华,刘芳,等.共情健康教育对早期宫颈癌患者围手术期康复的影响[J].中国健康教育,2021,37(8):744-747.

[5] 钟小芳.宫颈癌患者应对方式、社会支持与自我管理行为及复发恐惧的相关性分析[J].解放军预防医学杂志,2020,38(5):66-68,72.

[6] 崔晓琴,陈锡红,夏伟.综合健康教育对女性宫颈癌疾病认知情况、健康生活方式行为与健康状况的影响[J].护理实践与研究,2019,16(12):4-7.

[7] 陆杰荣,彭伟萍,冯茜茜,等.全程关怀护理模式对子宫颈癌根治术患者希望水平及病耻感的影响观察[J].中国医学创新,2021,18(16):90-94.

[8] 郑海霞,潘超.负性情绪自我效能感及社会支持对宫颈癌术后患者生活质量的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(14):3335-3339.

[9] 孙培松,率光楠,田静,等.接受不同治疗方式的宫颈癌患者治疗后生活质量评价[J].肿瘤预防与治疗,2021,34(5):438-444.

[10] 王自梅,陈国连,凌瑛,等.临床心灵关怀对恶性肿瘤患者化疗期间癌因性疲乏与生命质量的影响[J].护理实践与研究,2018,15(20):111-113.

[11] 魏丽惠.子宫颈癌筛查——从细胞学检查到 HPV 检测[J].中华妇产科杂志,2019,54(5):289-292.

[12] 郑楚丽,宋硕,谭晓瑜.宫颈癌筛查方法及其进展[J].海南医学,2021,32(5):662-665.

[13] 陈菊,李力,张洁清,等.腹腔镜在早期宫颈癌根治术中的应用效果评价[J].临床肿瘤学杂志,2017,22(7):637-641.

[2022-02-14 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

多媒体健康教育联合自我护理行为干预应用于学龄期支气管哮喘患儿的效果评价

徐丽 丁妞 谷利凤 夏琼

【摘要】目的 探讨多媒体健康教育联合自我护理行为干预对学龄期支气管哮喘患儿的影响。**方法** 选择2017年1月—2019年1月在医院治疗的140例学龄期支气管哮喘患儿为研究对象,按照组间均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组70例,对照组采用常规护理干预,观察组采用多媒体健康教育联合自我护理行为干预。比较两组患儿自护能力、疾病控制情况、复发情况及护理依从性。**结果** 观察组患儿的日常行为、处理行为、控制行为及监测行为评分均高于对照组($P<0.05$);观察组患儿干预6个月、干预12个月的哮喘控制评分均高于对照组($P<0.05$);观察组患儿随访期间哮喘发作次数、急诊次数及住院次数均少于对照组($P<0.05$);观察组患儿护理依从性高于对照组($P<0.05$)。**结论** 多媒体健康教育联合自我护理行为干预有助于提高学龄期支气管哮喘患儿的自护能力,通过家长与患儿的相互配合能够有效提高患儿治疗依从性,减少发病情况和住院次数,有效控制病情进展,利于患儿健康成长。

【关键词】 多媒体健康教育;自我护理行为干预;支气管哮喘;依从性;哮喘控制

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.027

Effect evaluation of multimedia health education combined with self-care behavior intervention in school-age children patients with bronchial asthma XU LI, DING Niu, GU Lifeng, XIA Qiong (Hunan Provincial Children's Hospital, Changsha, 417001, China)

【Abstract】Objective To explore the effect of multimedia health education combined with self-care behavior intervention on school-age children patients with bronchial asthma. **Methods** A total of 140 school-age children with bronchial asthma who were treated in the hospital from January 2017 to January 2019 were selected as the study objects. According to the principle of balance and comparability between groups, they were divided into control group and observation group, with 70 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, while the observation group was given multimedia health education combined with self-care behavior intervention. The self-care ability, disease control, recurrence and nursing compliance were compared between the two groups. **Results** The scores of daily behavior, processing behavior, control behavior and monitoring behavior of the observation group were higher than those of the control group($P<0.05$). The asthma control scores of children in the observation group after 6-month intervention and 12-month intervention were higher than those in the control group($P<0.05$). During the follow-up period, the number of asthma attacks, the number of emergency room visits and the number of hospitalizations in the observation group were less than those in the control group($P<0.05$). The nursing compliance in the observation group was higher than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion** Multimedia health education combined with self-care behavior intervention can help improve the self-care ability of school-age children with bronchial asthma. The mutual cooperation between parents and children patients can effectively improve the compliance of children with treatment, reduce the incidence of disease and the number of hospitalizations, effectively control the progress of the disease, and facilitate the healthy growth of children patients.

【Key words】 Multimedia health education; Self-care behavior intervention; Bronchial asthma; Compliance; Asthma control

基金项目:湖南省卫生计生委科研基金课题(编号:B2015-128)

作者单位:417001 湖南省长沙市,湖南省儿童医院神经内科

徐丽:本科,护士长

通信作者:丁妞,硕士,副主任医师

支气管哮喘是临床常见的慢性气道炎症性疾病,流行病学研究结果表明学龄期儿童是支气管哮喘的高发人群,患病率为0.12%~3.41%,且呈不断升高趋势^[1]。目前,临床治疗支气管哮喘缺乏特效药物和治疗方法,并不能从根源上解决哮喘的致病因素,因此学龄期患儿病情反复发作,病情迁延不愈,严重影响了患儿的身心健康。有研究认为儿童哮喘的防治不能单纯依靠专业医护人员,而要通过对其及其家长进行专业的培训与指导,使其具备对哮喘的自我护理知识与技能,从而有效减少哮喘发病诱因,实现更好地哮喘控制作用^[2-3]。但由于学龄期儿童处于成长阶段,单纯枯燥的教育与学习效果不佳,因此在对哮喘患儿进行疾病知识教育时要注重方法的有效性和趣味性。基于此,本研究对学龄期患儿及家长采用多媒体健康教育联合自我护理行为干预,观察其对患儿自护能力和疾病控制情况的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年1月—2019年1月在我院治疗的140例学龄期支气管哮喘患儿为研究对象,纳入条件:患儿符合《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》诊断标准;年龄6~14岁;均接受哮喘全球防治倡议(GINA)推荐的治疗方案进行治疗;患儿发育正常,病情稳定,具有一定的认知能力、交流沟通能力;患儿家长能熟练使用多媒体工具,签署知情同意书。排除条件:患儿处于急性发作期;合并严重传染性疾病及内科疾病;合并其他呼吸系统疾病;合并精神疾病;语言功能存在缺陷;中途失访或退出患儿;接受过相关研究的患儿及家长。按照组间均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组70例。对照组患儿中男37例,女33例;平均年龄 10.14 ± 4.71 岁;平均病程 17.76 ± 5.73 个月;病情严重程度:轻度29例,中度31例,重度10例;家长文化程度:高中以下7例,高中及专科45例,本科及以上18例。观察组患儿中男34例,女36例;平均年龄 10.38 ± 4.86 岁;平均病程 17.49 ± 6.08 个月;病情严重程度:轻度32例,中度30例,重度8例;家长文化程度:高中以下6例,高中及专科48例,本科及以上16例。两组患儿性别、年龄、病程等方面的资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理干预,包含向患儿

家长发放健康手册进行健康宣教、用药指导;邀请患儿及家长参加健康讲座,介绍哮喘的防治知识和日常护理干预措施;每月电话随访1次,了解患儿及家长的情况,并解答其提出的问题^[4-5]。

1.2.2 观察组 采用多媒体健康教育联合自我护理行为干预,具体措施如下。

(1)搭建微信公众平台:通过微信公众平台建立与患儿家长的双向沟通渠道,在管理平台时可利用文字、图片和视频信息详细普及相关知识,家长通过关注“哮喘订阅号”,学习和掌握患儿治疗和用药的方法,同时家长可通过平台与护理人员进行沟通,询问相关问题。护理人员利用微信每周与患儿家长进行沟通,及时了解患儿在家的表现和情况,指导患儿家长学会药物使用、急救抢救等方法^[6]。

(2)制作动画视频短片:受患儿年龄、学习能力等方面的限制,向患儿宣教时尤其是低龄患儿宣传疾病相关知识和护理方法时,要避免使用专业用语,提高健康教育的趣味性,吸引患儿主动学习聆听且能够听得懂、学得会,因此可将支气管哮喘的发病诱因、治疗措施、用药方法、护理等各个知识点采用动画视频短片的形式展出,每次视频时间控制在3 min左右,指导患儿学会辨别哮喘发作先兆及症状,在哮喘发病时可采取积极有效的自救措施。动画视频短片可在微信公众平台播出,方便患儿与家长共同学习,学习强度不易过大,要长期坚持学习。

(3)自查诱因:患儿及家长学习支气管哮喘发病的相关知识,同时护理人员指导其共同查找哮喘发作的原因,教会其识别风险因素,自觉约束自身行为,避免发病^[7]。

(4)药物吸入装置的正确使用方法:指导患儿学会正确使用药物吸入装置,确保药物吸入正确,并向家长宣教药物治疗的必要性和安全性,家长能够主动配合患儿用药治疗^[8-9]。

(5)制订运动处方:根据患儿自身情况制订慢跑、健身操等有氧运动计划,每天30 min左右,每周3~5次,避免剧烈运动^[10]。

(6)心理咨询:每月开放2次心理咨询服务,对患儿或家长反映出的心理问题及时予以疏导,帮助患儿及家长树立战胜疾病的信心^[11-12]。

(7)定期总结反思:要求家长 and 患儿每月进行1次简短的反思,包括本月的发病情况、诱因、如何克服和改正等,并将其记录下来,这样既能帮助患儿养成良好的自我约束习惯,同时还为医院诊断提供了依据。

(8) 激励措施: 家长根据患儿自我管理情况予以适当激励, 帮助患儿养成良好的生活习惯, 熟练掌握预防哮喘发作和哮喘急性发作的处理措施。

1.3 观察指标

(1) 自护能力: 两组患儿均干预 12 个月, 参照文献^[13]制订支气管哮喘患儿自我护理行为调查问卷, 从日常行为、处理行为、控制行为和监测行为 4 个维度予以评价, 共包括 20 个条目, 采用 5 级评分法, 得分越高则自我护理能力越强。

(2) 哮喘控制评分: 分别于干预 6, 12 个月时采用儿童哮喘控制测试评价两组患儿哮喘控制情况, 该量表共 7 个条目, 前 4 个条目 0~3 分, 后 3 个条目 0~5 分, 满分 27 分, 得分越高表示哮喘控制情况越好。

(3) 复发情况: 比较两组患儿干预 12 个月内哮喘发作次数、急诊次数及住院次数。

(4) 护理依从性: 采用自行设计的哮喘患儿护理依从性调查问卷评价两组患儿护理依从性, 内容包括用药、使用吸入器、定期总结反思、避免诱发因素、按计划复诊等, 满分 100 分, <60 分为不依从, 61~85 分为依从, 86~100 分为完全依从。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患儿自护能力评分比较

观察组患儿日常行为、处理行为、控制行为和监测行为评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患儿自护能力评分比较 (分)

组别	例数	日常行为	处理行为	控制行为	监测行为
对照组	70	19.72 ± 2.45	18.59 ± 2.23	25.71 ± 2.64	10.84 ± 1.46
观察组	70	22.61 ± 1.67	21.57 ± 1.49	28.83 ± 1.55	13.48 ± 1.39
t 值		8.155	9.296	8.527	10.957
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患儿哮喘控制评分比较

观察组患儿干预 6, 12 个月时哮喘控制评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

2.3 两组患儿复发情况比较

观察组患儿哮喘发作次数、急诊次数、住院次数均少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 2 两组患儿哮喘控制评分比较 (分)

组别	例数	干预 6 个月	干预 12 个月
对照组	70	18.72 ± 2.29	20.14 ± 2.74
观察组	70	21.84 ± 1.53	23.52 ± 1.69
t 值		9.478	8.784
P 值		0.000	0.000

表 3 两组患儿复发情况比较 (次)

组别	例数	哮喘发作次数	急诊次数	住院次数
对照组	70	3.01 ± 0.52	2.14 ± 0.64	0.85 ± 0.37
观察组	70	2.12 ± 0.46	1.36 ± 0.31	0.23 ± 0.09
t 值		10.725	9.177	13.623
P 值		0.000	0.000	0.000

2.4 两组患儿护理依从性比较

观察组患儿护理依从性高于对照组, 差异具有

统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患儿护理依从性比较

组别	例数	完全依从	依从	不依从
对照组	70	15	30	25
观察组	70	38	28	4

秩和检验: $U=4.902$, $P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 提高学龄期哮喘患儿自护能力的必要性和可行性

支气管哮喘是儿童时期常见的慢性气道疾病,临床表现为咳嗽、喘息、气促、胸闷,严重者可导致气道阻塞出现呼吸衰竭症状,危及生命安全^[14]。由于哮喘诱发因素众多且缺乏特效药物,因此患儿往往容易反复发作,病情牵延难愈,部分学龄期患儿因哮喘反复发作需要中断学业,对患儿的身心健康极为不利,同时也给患儿家庭造成巨大的经济负担。目前研究普遍认为哮喘患儿的疾病控制不仅需要及时有效的临床治疗,同时还需要患儿具有较高的自护能力。受教育方式和传统观念等因素影响,传统的护理干预仅停留在常规健康教育、叮嘱复诊等方面,导致哮喘患儿的自护能力培训不足,对哮喘诱因、发作先兆以及发作时处理措施等情况掌握不足,自护能力低下甚至处于缺失状态^[15]。学龄期患儿上学期间由于缺乏医护人员和家长的照护,难以有效避免诱发因素,同时应对哮喘急性发作存在困难,从而导致患儿处于哮喘防治盲区,一旦发病情况十分危急^[16]。学龄期儿童正处于学习兴趣旺盛、学习能力发展时期,在学习哮喘知识和自护行为方面具有较强的可塑性,因此应抓住哮喘患儿在学龄期这一教育契机,积极探索科学有效、适合学龄期儿童特点的健康教育和护理模式,提高患儿的自护能力,以预防疾病发展,加强疾病控制,更有效保障患儿身心健康。

3.2 多媒体健康教育联合自我护理行为干预可有效提高患儿自护能力、疾病控制水平和依从性

虽然学龄期儿童具有学习能力强的优势,但枯燥的健康教育模式无法吸引患儿的兴趣,导致学习效果不佳。本研究采用多媒体健康教育,即利用手机微信和动画视频短片的方式对患儿进行健康教育,动画短片以动漫的形式介绍支气管哮喘的发病诱因、治疗措施、用药方法、护理等各个知识点,动画设计生动、有趣、活泼、新颖,有效迎合了学龄期儿童的好奇心和模仿欲望,而且视频设计以3 min为时限更符合儿童注意力集中时间短、学习持久性不佳的特点,能够在更短的时间内吸引患儿进入学习状态,完成对哮喘知识和护理技能的学习^[17-18]。同时,还利用微信公众平台发布与疾病护理相关的彩色图片和卡通故事,方便患儿阅读和学习,改变了传统较为枯燥的哮喘健康教育模式,对患儿具有较强的吸引力。患儿居家阶段自我护理知识的学习都离不开

开家长的帮助和监督,但家长受文化程度等因素影响,导致其对疾病相关知识的掌握程度差距较大,还有很多家长因为工作原因不方便参与传统的健康教育,微信公众平台的建立,让其能随时随地地自由学习,更全面地掌握哮喘防治知识。家长学会更多技能和知识后,在与患儿分析疾病诱因、学习药物吸入装置使用方法等方面才能发挥更大的作用。以往的哮喘患儿居家自我护理行为管理中要求患儿书写哮喘日记,但受患儿兴趣、能力等方面的影响,并未起到很好的效果,本研究中采用了每月1次的总结反思措施,不仅提高了患儿积极性,同时缓解了抵触情绪。结果表明,通过家长与患儿的共同配合和努力,观察组患儿的自护能力评分和疾病控制水平均优于对照组,观察组患儿护理依从性高于对照组,这对患儿获得较为理想的哮喘自护学习效果极为有利。

综上所述,多媒体健康教育联合自我护理行为干预有助于提高学龄期支气管哮喘患儿的自护能力,通过家长与患儿的相互配合能够有效提高患儿护理依从性,减少发病情况和住院次数,有效控制病情进展,利于患儿健康成长。

4 参考文献

- [1] 杨竹.多媒体联合健康教育手册在儿童支气管哮喘中的应用[J].中国实用护理杂志,2018,34(31):2441-2440.
- [2] 倪四峰,代选慧.基于六西格玛理论的健康教育对冠心病患者自护能力、疾病知识认知及生存质量的影响[J].海南医学,2019,30(15):2031-2034.
- [3] 何英霞,张明智,顾莺,等.基于循证的电子宣教平台在哮喘患儿家长教育中的应用研究[J].护士进修杂志,2018,33(19):1731-1734,1742.
- [4] Bassola B, Sanson VA, Lusignani M. Being yourself and thinking about the future in people with motor neuron diseases: a ground of self-care processes[J]. J Neurosci Nurs, 2018, 50 (3): 138-143.
- [5] Nakamura T, Hashizume M, Ueda K, et al. Asian dust and pediatric emergency department visits due to bronchial asthma and respiratory diseases in Nagasaki, Japan[J]. J Epidemiol, 2016, 26(11):593-601.
- [6] 游爱萍.南平市6~14岁支气管哮喘儿童家庭因素调查和健康教育管理效果研究[J].华南预防医学,2019,45(5):405-409.
- [7] 丁浩萍.情景模拟健康教育对学龄期支气管哮喘患儿认知水平及健康行为的影响[J].医学临床研究,2018,35(9):1763-1765.
- [8] 杜炜,朱文忠.某市哮喘患者疾病控制现状及对疾病

优质护理服务在睾丸扭转手术患儿中的应用

邢民者 齐灿 张登所

【摘要】目的 探讨优质护理服务在睾丸扭转手术患儿中的应用效果。**方法** 选取2016年1月—2019年12月在医院行急诊睾丸扭转手术的患儿60例为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,各30例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上实施优质护理服务。比较两组患儿手术时间、并发症发生情况以及术后患儿家长满意程度。**结果** 观察组手术时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组术中压力性损伤、术中低体温、术后切口感染、术后输液部位肿胀等并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患儿家长满意程度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 优质护理服务应用于小儿睾丸扭转手术中,有助于减少患儿术后应激,加速患儿恢复,提高患儿家长满意度。

【关键词】 睾丸扭转手术; 优质护理服务; 满意度; 术中并发症; 术后并发症

中图分类号 R473.72 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.028

Application of high-quality nursing service in children patients with testicular torsion surgery XING Minzhe, QI Can, ZHANG Dengsuo (Children's Hospital of Hebei Province, Shijiazhuang, 050000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of high-quality nursing service in children patients with testicular torsion surgery. **Methods** To select 60 children patients who underwent emergency testicular torsion surgery in the hospital from January 2016 to December 2019 as the study objects. According to the principle of comparability of basic data between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 30 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received high-quality nursing services on the basis of the control group. The operation time, the incidence of complications and the satisfaction of the parents of the children patients after the operation were compared between the two groups. **Results** The operation time in the control group was shorter than that in the control

基金项目: 2019年度河北省医学科学研究课题计划(编号:20190793)

作者单位: 050000 河北省石家庄市, 河北省儿童医院(邢民者, 齐灿); 河北医科大学第一医院生殖中心(张登所)

通信作者: 齐灿, 硕士

相关知识认知程度调查分析[J]. 解放军预防医学杂志, 2017, 35(10): 1276-1278, 1303.

[9] 文萍, 白永旗, 赵南霜, 等. 持续护理对学龄期支气管哮喘缓解期患儿预后的干预效果[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(13): 30-33.

[10] Zahran HS, Bailey CM, Qin X, et al. Assessing asthma control and associated risk factors among persons with current asthma findings from the child and adult Asthma Call-back survey[J]. J Asthma, 2015, 52(3): 318-326.

[11] 王彦文. 学龄期哮喘儿童居家自我管理任务学习游戏化干预法应用观察[J]. 全科护理, 2018, 16(14): 1716-1717.

[12] 孙小艳, 赵淑玲, 吴倩, 等. 学龄期哮喘患儿自我感受负担现状及其影响因素[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(5): 1049-1053.

[13] 魏可英. 居家自我护理行为干预培训在学龄期儿童哮喘管理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(4): 67-68.

[14] 张晓文, 丁可, 黄卫, 等. 延续护理对支气管哮喘患

儿生活质量及疾病控制的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(21): 2996-2999.

[15] 郭丽兴, 赵桂红, 郭桂明. 自护缺陷合理补偿延续护理在学龄期哮喘患儿中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(21): 90-92.

[16] Larsson K, Stallberg B, Lisper K, et al. Prevalence and management of severe asthma in primary care: an observational country study Sweden (PACEHR)[J]. Respir Res, 2018, 19(1): 12.

[17] 石羿辉, 袁望华. 居家自我护理行为干预模式在学龄期儿童哮喘管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(15): 94-96.

[18] 李皎, 徐莉, 曹丽, 等. 系统化家庭干预改善哮喘患儿治疗依从性及哮喘控制的效果观察[J]. 贵州医药, 2018, 42(10): 1265-1267.

[2022-02-16 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The total incidence of intraoperative pressure injury, intraoperative hypothermia, postoperative incision infection, postoperative swelling of the infusion site and other complications in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The satisfaction of the parents in the control group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of high-quality nursing services in children patients with testicular torsion surgery can help reduce postoperative stress, accelerate recovery, and improve parental satisfaction.

【Key words】 Testicular torsion surgery; High-quality nursing service; Satisfaction; Intraoperative complications; Postoperative complication

睾丸扭转是泌尿外科的常见急症,可发生于任何年龄,其发病原理是精索沿其纵轴旋转,从而引起睾丸血液供应受阻,导致睾丸缺血性坏死^[1]。临床上多以患儿阴囊红肿就诊,由于睾丸耐受缺血的能力较差,一旦确诊,手术室应立即开通急诊绿色通道,探查睾丸血运情况,最大可能性拯救睾丸单位^[2]。优质护理服务是在做好常规护理的基础上加入个体化、人性化的服务理念,为患儿提供全程、优质的整体手术室护理服务,一方面可有效缓解麻醉、手术对患儿带来的不适感,另一方面可以改善护患关系及树立护理人员的良好形象,对患儿术后心理方面具有一定的帮助^[3-6]。因此,本研究旨在探讨优质护理服务在急诊睾丸扭转手术患儿中的应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2016年1月—2019年12月在我院行急诊睾丸扭转的患儿60例为研究对象,纳入条件:患儿均因术前怀疑睾丸扭转行睾丸探查手术,手术确定是否存在扭转;患儿能获得完整的临床查体及实验室检查资料;患儿术前均经过多普勒超声检查。排除条件:合并精神障碍、凝血功能异常、自身免疫性疾病、严重器质性疾病患儿。按照组间基本资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,各30例。观察组患儿平均年龄 7.57 ± 0.21 岁;自发病到首次就诊时间为1~120 h,平均病程 28.18 ± 1.72 h;首发就诊症状:阴囊红肿23例,腹股沟区疼痛2例,单纯睾丸疼痛3例,哭闹拒食2例;家长文化程度:初中及以下10名,高中、中专8名,大专及以上12名。对照组患儿平均年龄 6.78 ± 0.19 岁;自发病到首次就诊时间为2~120 h,平均病程 28.04 ± 1.88 h;首发就诊症状:阴囊红肿25例,腹股沟区疼痛1例,单纯睾丸疼痛2例,哭闹拒食2例;家长文化程度:初中及以下8名,高中、中专6名,大专及以上16

名。两组患儿及家长一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经过医院伦理委员会批准同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,护理人员耐心倾听患儿及其家长描述病情,了解病史,告知患儿家长入院相关事宜,术前常规机械准备,手术配合事项,密切观察患儿生命体征等情况。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施优质护理服务,具体内容如下。

(1) 人员准备:手术室护士接到临床手术通知后,立刻启动手术室急诊手术程序,通知相应人员到位,待条件允许后尽快接患儿入室,与病房护士进行详细交接,了解患儿禁食水时间、过敏病史、既往手术史、术前检查、用药等情况。

(2) 心理护理:根据患儿年龄大小、认知水平采取适当的语言进行安抚,要做到态度和蔼、语言亲切,减轻患儿紧张感,消除患儿和家长的不良情绪,取得家长的信任。因为手术不允许家长陪伴患儿,护理人员可以通过抚摸患儿,微笑或者帮助整理衣物等行为消除患儿陌生感,避免呵斥患儿,争取充当亲人角色,最大程度上缓解患儿的不良情绪。

(3) 物品准备:手术开始前准备好手术需要的器械、耗材、设备等,预估患儿术中可能出现的突发状况,准备好抢救药品和物资。由于儿童体型小、手术操作器械要选择精细特器,开台前需再次检查器械是否齐全,小儿约束带备用。

(4) 手术部位护理:重视术前备皮和手术区域的清洁消毒工作,彻底清洁手术周围皮肤。使用消毒剂消毒皮肤,连台急诊手术易发生手术部位感染,因此要严格进行空气洁净工作,减少人员流动,降低手术部位感染概率。术中与手术医师密切配合,缩短手术时间,降低手术切口感染概率,术后彻底清理手术部位,手术器械严格消毒。

(5) 术中护理:患儿入室后密切配合麻醉师工作,麻醉师给药时安抚患儿,帮助其固定舒适体

位,给药过程中监测患儿生命体征,患儿年龄小,相对反应差,病情变化迅速且心肺代偿能力差,若发现异常情况及时报告医师处理。因睾丸扭转手术切口在会阴部,所以要注意胸腹部保温护理,体温护理是手术室优质护理的重要部分,因为患儿体温调节能力差,容易受到环境温度的影响,尤其是年龄偏小的患儿,若不能有效保温会影响其内环境温度,从而影响麻醉和手术。调节手术室温度至24~26℃,湿度为55%~60%。术前准备好电热毯、棉被等保温设施。给患儿静脉补液或者冲洗前应预热后再使用。若手术进展不顺利,出现手术时间延长的情况,应警惕长时间压迫局部组织出现压力性损伤或者诱发深静脉血栓的情况,应密切观察患儿局部皮肤色泽及有无水肿等,如发现异常情况及时与临床医师沟通,采取相应措施,配合医生完成手术。

(6)术后护理:手术结束至患儿未完全清醒阶段,应密切观察患儿生命体征、呼吸和嘴唇颜色,转入恢复室途中注意保暖,将患儿头偏向一侧,防止出现呕吐、窒息的情况,保证患儿生命安全。到达恢复室后与接班人员详细交接患儿情况,做好处理突发情况的准备。向患儿家长讲解有关睾丸及睾丸附件扭转医学知识,提高其疾病认知,消除其紧张、焦虑情绪^[7-8]。

1.3 观察指标

(1)并发症:记录两组患儿术中压力性损伤、术中低体温、术后切口感染情况、术后输液部位水肿等并发症发生例数。发生率=并发症发生例数/总例数×100%。

(2)手术时间:记录两组患儿手术时间,即

患儿入手术室到出手术室的时间。

(3)家长满意度:出院前1d应用护理满意度调查问卷评价两组患儿家长满意度,包括服务态度、沟通技巧、操作技能水平、护理质量4个方面,各项0~25分,采用百分制,90~100分为非常满意、80~89分为基本满意、<80分为不满意。

1.4 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 χ^2 检验;计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;等级资料构成比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿手术时间比较

观察组患儿手术时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患儿手术时间比较(min)

组别	例数	手术时间
观察组	30	45.23±2.38
对照组	30	59.21±3.91

$t=16.728$, $P=0.000$ 。

2.2 两组患儿术中、术后并发症发生情况比较

观察组患儿术中低体温、术中压力性损伤、术后切口感染、术后输液部位水肿等并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患儿术中、术后并发症发生情况比较

组别	例数	术中低体温	术中压力性损伤	术后切口感染	术后输液部位水肿	总发生例数	发生率(%)
观察组	30	0	0	1	0	1	3.33
对照组	30	4	4	6	5	8	26.67

校正 $\chi^2=4.706$, $P=0.030$ 。

2.3 出院时两组患儿家长满意程度比较

出院时,观察组患儿家长满意程度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 出院时两组患儿家长满意程度比较

组别	人数	非常满意	基本满意	不满意
观察组	30	21	9	0
对照组	30	10	15	5

秩和检验: $u=3.095$, $P=0.002$ 。

3 讨论

睾丸扭转在小儿阴囊急诊中多见,常发生在剧烈运动变化体位或者受局部温度骤降暴力损伤等情况下,发病原因是由于睾丸和(或)精索解剖异常或活动度加大而引起的扭转,造成精索内血液循环障碍,长时间缺血则会引起睾丸缺血坏死,因此抢救睾丸扭转缺血坏死的黄金时间6h成为关键^[1-2]。本研究手术室探讨优质护理服务在小儿睾丸扭转手

术中的效果,旨在配合临床医生最大可能性拯救睾丸和减少患儿心理及生理上的创伤。

儿童是一类较特殊人群,其特点是各个器官均未发育成熟,各个系统的调节能力差、心理承受能力弱,易出现多种不良情绪影响手术^[9-11]。因此,为保证手术顺利进行和术后患儿恢复,提升治疗安全性,需要更加优质的儿科手术室护理模式。通过心理护理,可以消除患儿和家长的紧张情绪,使患儿能够更好地配合手术,利于和谐护患关系建立,有助于术后恢复^[12-14]。另外针对小儿生理特点,小儿手术护理不仅工作量大,还需要护理人员注意到手术的细微环节,例如术中预防患儿低体温或压力性损伤等。同时,麻醉师应掌握相关设备的使用方法,避免发生不良事件,为小儿手术期提供安全保障,并且要求全程对风险因素进行预控、预测,保障了手术顺利完成。

本研究结果显示,观察组手术时间短于对照组,术中并发症及术后并发症发生率低于对照组,患儿家长满意度高于对照组,可见优质护理服务在小儿睾丸扭转手术临床应用的必要性。优质护理要求在睾丸扭转手术术前准备要争分夺秒,不能按照常规手术的禁食水等护理措施,禁食水不足必要情况下可以进行胃管吸取胃内容物,从而最大程度减少睾丸缺血时间而拯救睾丸单位。本研究常规护理仅是通过术中控制室温、冲洗液温度及术后遮盖患儿身体等方式进行保温,虽然其能有一定程度的保温作用,但作为儿童特殊群体,保温能力差,部分患儿低体温发生率仍然较高。优质护理服务对患儿保温的同时增强其抗应激能力,从而保障了患儿手术安全^[15-16]。术中压力性损伤是指患儿于术中和术后72 h内所产生的压力性损伤,因手术时间过长可能会导致压力性损伤,发生概率5%~53%,优质护理可从预防性使用敷料、科学黏贴方法和合理减压方式等方面进行优化调整,从而降低压力性损伤发生概率^[17-19]。同时在手术过程中各项护理操作准确,动作轻柔,术中密切观察患儿生命体征及手术情况,预防患儿发生压力性损伤、渗液等情况,遇到突发情况仔细观察,反应敏捷,配合娴熟,保证手术顺利完成。另外优质护理可改善患儿及家长的不良情绪,其根据患儿的实际情况进行针对性护理,稳定了患儿情绪,提高了患儿护理依从性。

综上所述,针对小儿生理和心理特点,优质护理服务在小儿睾丸扭转手术中的应用较常规护理具有明显的优势,有助于减少患儿创伤,加速患儿恢复,提升家长对护理的满意度。

4 参考文献

- [1] 潘峰,章小平.重视并规范睾丸扭转的诊治[J].中华医学杂志,2018,98(46):3729-3731.
- [2] 王祥众,李黎明,朱国栋,等.睾丸扭转95例临床诊治分析[J].中华全科医师杂志,2018,17(9):700-702.
- [3] 贺文琪,王坤.优质护理模式在NCPAP治疗儿童重症肺炎合并呼吸衰竭中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(22):3784-3787.
- [4] 蔡小敏,吕云霞,冯少娟.儿童五官科病区开展优质护理服务的创新实践及效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(45):193.
- [5] 郭玛娜.常规护理与优质护理在急诊胆结石护理效果的对比[J].山西医药杂志,2019,48(22):2843-2845.
- [6] 张建秀,李刚,李艳,等.临床优质康复护理对缺血性脑卒中恢复期康复效果的影响[J].护理实践与研究,2019,16(22):157-159.
- [7] 单晓敏,诸纪华,施华,等.新生儿睾丸扭转22例的围手术期护理[J].护理与康复,2019,18(8):53-55.
- [8] 苏红侠,黄朝霞,吴琼芳,等.疾病认知教育和行为干预对青少年急性睾丸扭转认知的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(5):664-666.
- [9] 朱凤琴.儿童睾丸扭转发生的原因分析及临床护理[J].中国保健营养(上旬刊),2013,(10):5937-5938.
- [10] 陈玉晶,庞燕梅.睾丸扭转患儿的临床观察及围术期护理体会[J].临床合理用药杂志,2017,10(4):72,75.
- [11] 杨小丽.睾丸扭转手术期的护理体会[J].健康大视野,2013,21(13):324.
- [12] 王婧孜.睾丸扭转的护理干预与临床效果[J].内蒙古医学杂志,2014,46(1):120.
- [13] 杨燕红,杨惠燕.探究优质护理在泌尿外科手术患者中的应用价值[J].医学食疗与健康,2021,19(8):76-77.
- [14] 四郎卓玛,黄雪梅,韩静瑜.优质护理在泌尿外科术后中的疗效[J].西藏医药,2021,42(1):109-110.
- [15] 梁宝凤.优质护理服务在门诊儿童输液室中的应用效果及对患者家属满意度的影响分析[J].中外医疗,2021,40(36):146-149,154.
- [16] 杨佳佳,王肖,王铭,等.家长应对方式与患儿睾丸扭转治疗结局的相关性研究[J].中国男科学杂志,2022,36(1):77-80.
- [17] 肖寿梅,李丽霞.优质护理应用于手术治疗失稳性儿童肱骨外髁骨不连病人的效果观察[J].全科护理,2018,16(31):3898-3899.
- [18] 刘少红,蒋璐杏.优质护理服务对儿童神经母细胞瘤短期预后的影响分析[J].临床医学工程,2016,23(2):241-242.
- [19] 徐舒慧,董婧琦,张欣.ICU患儿医院获得性压力性损伤危险因素的系统评价[J].护理实践与研究,2021,18(20):3083-3089.

[2022-02-10 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

穴位贴敷联合自制药酒湿敷加红外线照射在腰椎间盘突出症患者护理中的应用

何婷 谢宜静 舒文杰

【摘要】目的 探讨穴位贴敷联合自制药酒湿敷、红外线照射缓解腰椎间盘突出症(LDH)患者疼痛的效果。**方法** 选择2019年12月—2021年11月医院收治的LDH患者102例作为研究对象,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,各51例。对照组采用常规护理,观察组在常规护理基础上采用穴位贴敷联合自制药酒湿敷、红外线照射等中医护理技术,两组均护理14 d。比较两组干预14 d临床效果;干预前、干预14 d后,采用日本骨科协会(JOA)评分量表、视觉模拟疼痛评分量表(VAS)和生活质量量表(QLQ-C30)分别评价两组患者的腰椎功能、疼痛程度和生活质量。**结果** 观察组临床效果优于对照组($P<0.05$)。干预前,两组患者腰椎功能、疼痛程度和生活质量评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预14 d,观察组JOA评分、生活质量评分高于对照组($P<0.05$),VAS评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 穴位贴敷联合自制药酒湿敷、红外线照射可有效缓解LDH患者疼痛,改善腰椎功能,提高患者生活质量。

【关键词】 腰椎间盘突出症;穴位贴敷;自制药酒;红外线照射;疼痛程度

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.029

Application of acupoint sticking combined with self-made wine wet compress and infrared irradiation in nursing of patients with lumbar disc herniation HE Ting, XIE Yijing, SHU Wenjie (Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang, 330000, China)

【Abstract】Objective To explore the effect of acupoint sticking combined with self-made wine wet compress and infrared irradiation in relieving pain in patients with lumbar disc herniation(LDH). **Methods** A total of 102 LDH patients admitted to the hospital from December 2019 to November 2021 were selected as the research objects, and divided into the control group and the observation group according to the principle of balance and comparability of basic characteristics between the groups, with 51 cases in each group. The control group received routine nursing, while the observation group received traditional Chinese medicine nursing techniques such as acupoint sticking combined with homemade wine wet compress and infrared irradiation on the basis of the routine nursing. Both groups received nursing for 14 days. The 14-day clinical effects of the two groups were compared; Before the intervention and 14 days after the intervention, the Japanese Orthopaedic Association(JOA) scale, visual analogue scale(VAS) and quality of life scale(QLQ-C30) were used to evaluate the lumbar spine function, pain degree and quality of life of the two groups of patients, respectively. **Results** The clinical effect in the observation group was better than that in the control group($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the lumbar spine function, pain degree and quality of life scores between the two groups($P>0.05$). After 14 days of intervention, the JOA score and quality of life score in the observation group were higher than those in the control group($P<0.05$), the VAS score was lower than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion** Acupoint sticking combined with self-made wine wet compress and infrared irradiation can effectively relieve pain in patients with LDH, improve lumbar spine function, and improve the quality of life of patients.

【Key words】 Lumbar disc herniation; Acupoint sticking; Self-made liquor; Infrared radiation; Pain degree

基金项目:江西省中医药科技计划项目(编号:2021A386)

作者单位:330000 江西省南昌市,江西中医药大学附属医院护理部(何婷);江西中医药大学岐黄国医书院(谢宜静);江西省商务学校(舒文杰)

腰椎间盘突出症(LDH)主要因椎间盘各部分组织发生退行性改变所致,可引起严重的腰腿疼痛,影响患者正常生活。目前,临床治疗LDH主要采用保守治疗,通过镇痛、消炎等药物治疗可有效缓解患者症状,但因病发时疼痛难忍,患者生活自理能力较差,严重影响患者生活质量^[1]。因此,临床需采取有效的护理措施。中医在治疗、护理LDH患者中具有丰富的临床经验,其中穴位敷贴、药酒、推拿等在其治疗、护理中应用较为广泛^[2-4]。红外线照射可通过红外线照射患处产生热效应,有效促进血液循环^[5]。自制药酒湿敷,将药酒湿敷于患处,为中医外治之法,可促进药效快速渗透至病灶处,改善局部微循环,发挥活血化瘀、消肿止痛之效,以降低腰部疼痛感^[6]。鉴于此,本研究探讨穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射缓解LDH患者疼痛的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本研究经医院医学伦理委员会批准,选择2019年12月—2021年11月我院收治的LDH患者102例,纳入条件:西医诊断患者存在明显的腰痛,伴有或不伴有下肢放射性疼痛,且经影像学检查确诊为LDH;中医符合《中医病症诊断疗效标准》^[7]中标准;单节段突出;患者及家属均自愿签署知情同意书。排除条件:合并腰椎恶性肿瘤;存在腰椎骨折;合并精神性疾病,无法正常沟通;合并心肝肾等重要器官功能障碍;妊娠期、哺乳期女性;合并肝癌、肺癌等其他恶性肿瘤疾病;治疗过程中出现不良事件,如心脑血管疾病。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51例。观察组中男38例,女13例;年龄32~62岁,平均 47.25 ± 6.32 岁;病程1~6年,平均 3.21 ± 1.05 年;突出节段:L₃₋₄10例,L₄₋₅25例,L₅~S₁16例。对照组中男41例,女10例;年龄30~63岁,平均 47.95 ± 6.08 岁;病程1~7年,平均 3.63 ± 1.13 年;突出节段:L₃₋₄12例,L₄₋₅28例,L₅~S₁11例。两组患者性别、病程、年龄等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 采用常规护理:给予患者常规止痛方法及消炎、活血药物治疗,治疗期间向患者介绍疾病相关知识与治疗方案,使其重视疾病;对病情稳定的患者进行康复锻炼^[8],包括蹬腿、昂胸、腰部前俯及后伸、鱼跃等;告知患者注意避免弯腰、扭腰等动作,不要超负荷搬运重物;告知患者养成

并坚持良好的生活习惯,坚持康复锻炼;观察患者心理健康情况,若患者出现不良情绪应及时给予心理疏导,使其以积极乐观的心态面对疾病。持续护理14 d。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上采用穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射等中医护理技术。

(1)自制药酒:将鸡血藤、麝香、路路通、龙血竭等中药放置于75%医用酒精中浸泡,浸泡15 d后湿敷,覆盖保鲜膜,每次30 min,每天2次;同时采用红外线照射。湿敷前将室内温度调至22~24℃,湿度控制在55%~60%,湿敷前对局部皮肤进行热敷,以促进皮肤毛孔舒张,湿敷完毕后续做好腰背保暖工作。

(2)红外线照射:采用重庆华伦医疗器械生产的神灯照射仪(型号:CQJ-23)照射,预热5~10 min后,待药酒湿敷完成后,经红外线直接照射至患者病变部位,灯距离皮肤30~45 cm,每次30 min,每天2次。照射期间注意控制患者与照射灯距离,护理人员需观察照射部位皮肤,若皮肤出现紫红色,需立即停止照射,局部涂抹凡士林较高,照射结束后注意保暖。

(3)穴位贴敷:取草乌磨成粉末,加白脉软膏调制,选取肾俞、阿是穴、腰阳关等穴位进行贴敷,每次6 h,每天1次,持续护理14 d。穴位贴敷前注意观察患者皮肤有无水肿、破损、过敏等,贴敷期间避免冲冷水,若贴敷部位出现过敏情况,需立即停止贴敷,于患处采用马来酸氯苯噻成粉末涂抹。

1.3 观察指标

(1)临床效果:参照改良Mac Nab疗效标准^[9],症状均消失,完全恢复正常生活和工作为优;仍然存在稍微症状,活动轻度受限,并不会影响工作、生活为良;症状有所减轻,但活动仍受限,且影响正常生活、工作为可;症状并无改善,甚至加重为差。优良率=(优+良)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

(2)腰椎功能:于干预前、干预14 d,两组患者腰椎功能评价采用日本骨科协会JOA评分^[10],评分包含主观症状、临床体征、日常活动、膀胱功能等4个方面,总分29分,评分越低,说明患者腰椎功能障碍越严重。

(3)疼痛程度:于干预前、干预14 d采用视觉模拟疼痛评分法(VAS)^[11]评估两组患者的疼痛程度,总分10分,分值越高,患者疼痛程度越严重。

(4)生活质量:于干预前、干预14 d采用生活质量量表(QLQ-C30)^[12]评估两组患者的生活质量,该量表包含30项条目,其中包含5个功能维度、

3 个症状维度、6 个单一症状条目, 以及 1 个整体生活质量维度, 本研究中采用整体生活质量维度评估, 总分 100 分, 分值越高, 患者生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行处理, 等级资料的构成比较采用秩和检验; 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验。以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组临床效果优于对照组, 组间比较差异具

有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较

组别	例数	优	良	可	差
观察组	51	31	15	4	1
对照组	51	20	17	9	5

秩和检验 *u* = 2.538, *P* = 0.011。

2.2 干预前后两组患者腰椎功能评分比较

干预前, 两组 JOA 评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 干预 14 d 时, 观察组 JOA 评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 干预前后两组患者腰椎功能评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预 14 d
观察组	51	12.36 ± 2.11	22.35 ± 4.85
对照组	51	12.89 ± 2.54	18.54 ± 3.46
<i>t</i> 值		1.146	4.567
<i>P</i> 值		0.254	0.000

2.3 两组患者疼痛评分比较

干预前, 两组 VAS 评分比较差异无统计学意义

(*P* > 0.05); 干预 14 d 时, 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。

表 3 两组患者疼痛评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预 14 d
观察组	51	6.12 ± 1.32	2.18 ± 0.43
对照组	51	6.38 ± 1.41	3.39 ± 0.51
<i>t</i> 值		0.961	12.954
<i>P</i> 值		0.339	0.000

2.4 干预前后两组患者生活质量评分比较

干预前, 两组 QLQ-C30 评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 干预 14 d 时, 观察组患者

QLQ-C30 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 4 干预前后两组患者生活质量评分比较 (分)

组别	例数	干预前	干预 14 d
观察组	51	52.36 ± 8.65	85.65 ± 10.54
对照组	51	52.98 ± 8.95	73.58 ± 9.79
<i>t</i> 值		0.356	5.992
<i>P</i> 值		0.723	0.000

3 讨论

LDH 病因较复杂, 研究表明, 遗传、妊娠、腰椎发育异常、损伤等因素均可导致患者发生腰椎

间盘突出症, 如不尽早治疗, 可影响患者正常生活、工作^[13]。药物治疗是目前临床较为常用的治疗方案^[14], 但因疾病发作时患者可出现剧烈疼痛, 长期用药可导致患者成瘾。因此, 为缓解 LDH 患者痛

苦,寻求有效、安全的护理措施尤为重要。

3.1 穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射可有效缓解 LDH 患者疼痛并改善腰椎功能

研究结果显示,观察组 JOA 评分高于对照组,VAS 评分低于对照组,可见穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射可有效缓解 LDH 患者疼痛,改善腰椎功能。分析原因在于,中医认为 LDH 主要因腰椎脉络不通、气血凝滞所致,自制药酒中诸药联合应用可发挥祛风通络、活血止痛、消肿祛瘀之效,同时还可强筋壮骨、温经通脉,经湿敷并覆盖保鲜膜,可确保药物渗透性良好,尽快发挥作用^[15]。李树英等^[16]研究采用红外线辅助治疗腰椎间盘突出症患者,结果显示可促进其腰椎功能恢复,缓解疼痛,提高患者的舒适度与满意度。红外线照射可发挥局部热效应,促进血液循环,加速药物吸收;同时还对致痛因子的代谢具有促进作用,可有效维持内环境稳定,增强药效^[17]。穴位敷贴可发挥理气止痛、活血化瘀之效,方中诸药联用可有效发挥消肿祛瘀、除湿消痹之效,经穴位敷贴可有效刺激穴位,并快速吸收药物有效成分,促进局部微循环,消除水肿,促进代谢,恢复细胞组织,改善腰椎功能^[18]。三者联合应用可有效缓解患者疼痛,促进腰椎功能改善。

3.2 穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射可提高患者的生活质量和临床效果

研究结果显示,观察组 QLQ-C30 评分高于对照组,可见三者联合应用可有效提高 LDH 患者生活质量。原因在于,经三者联合护理后,患者疼痛症状明显减轻,药物作用较快,配合常规西医护理措施,可尽快帮助患者回归正常生活、工作,患者自理能力明显提高,生活质量明显改善。研究结果中两组临床效果比较,观察组优于对照组,可见三者联合应用可有效改善患者病情。原因在于,自制药酒湿敷期间,护理人员通过调整室温、保暖操作等,提升患者躯体舒适感,并促进药物吸收,改善患者血液循环;红外线照射期间注重对灼伤的护理,避免加重患者痛苦,缓解患者疼痛感;穴位贴敷期间对患者明确相关注意事项,有效降低不良事件发生率。三者联合应用,并加以护理,患者康复效果更佳。

综上所述,穴位贴敷联合自制药酒、红外线照射可有效缓解 LDH 患者疼痛,改善腰椎功能,提高患者生活质量,提高临床效果。本研究受样本量和观察时间等因素限制,存在一定局限性,后期可扩大样本量,延长观察时间,进一步探讨其应用效果。

4 参考文献

- [1] 王莉,徐萍,王书云,等.中药封包热敷干预联合腰背功能锻炼护理在腰椎间盘突出症手术患者中的应用[J].四川中医,2020,38(9):207-210.
- [2] 曾振华,皮凌红.循经点穴推拿辅助针刺留针治疗腰椎间盘突出症对患者疼痛的影响[J].四川中医,2018,36(8):191-193.
- [3] 邹先福,肖胜全,薛会勋.中药穴位贴敷结合腰椎牵引疗法在腰椎间盘突出症急性疼痛患者的应用[J].四川中医,2021,39(9):138-142.
- [4] 谭锡海,吴前程,朱洪,等.牵引推拿配合药酒治疗腰椎间盘突出症的临床探讨[J].中外医学研究,2015,13(8):3.
- [5] 黄文立.内热针结合红外线热成像治疗腰椎间盘突出症研究进展[J].海南医学,2020,31(24):3241-3244.
- [6] 何婷,谢宜静,舒文杰.自制药酒湿敷联合神灯照射对脊柱疾病患者疼痛、腰椎功能、生活质量的影响[J].中国当代医药,2021,28(29):192-195.
- [7] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:214-215.
- [8] 黄裕,林桂杏,姚文凤.腰椎间盘突出症患者中医护理研究进展[J].护理实践与研究,2020,17(5):32-34.
- [9] 金永鑫,徐良丰,蒋恒,等.经皮椎间孔镜治疗中青年腰椎间盘突出症的近期疗效[J].临床骨科杂志,2018,21(4):437-439.
- [10] 孙兵,车晓明整理.日本骨科协会评估治疗(JOA评分)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):623.
- [11] Waterfield J,Sim J.Clinical assessment of pain by the visual analogue scale[J].Br J Ther Rehabil,2013,3(2):94-97.
- [12] 朱建军,刘英,赵桐,等.EORTC QLQ-C30量表在肝癌患者生活质量评价中的应用[J].河北医药,2014,36(24):3740-3742.
- [13] 赵健,赵传印.中西医结合疗法对腰椎间盘突出急性期疼痛止痛效果的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(4):625-629.
- [14] 莫雨婷.帕金森病患者双眼竞争的观察及干预研究[D].合肥:安徽医科大学,2021.
- [15] 李俊.自拟强腰汤、穴位按压结合康复训练对老年腰椎间盘突出症患者经后路腰椎融合术后功能恢复及生活质量的影响[J].湖南中医药大学学报,2020,40(6):744-748.
- [16] 李树英,陈秋莲.腰椎间盘突出症患者应用红外线照射联合腰椎牵引康复护理的效果[J].国际护理学杂志,2020,39(2):304-306.
- [17] 牟成林,沈向楠,康丽洁,等.展筋活血方配合针刺、红外线治疗瘀血型腰椎间盘突出症的临床研究[J].河北中医药学报,2019,34(6):23-25.
- [18] 覃宇,易玮,林树雄,等.基于数据挖掘分析穴位贴敷治疗腰椎间盘突出症的选穴与用药规律[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(4):527-529.

[2022-01-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

急诊预检分诊护理流程在危重症患者中的应用价值

马晓园

【摘要】 目的 探讨急诊预检分诊护理流程在危重症患者中的应用效果。**方法** 选取医院外科 2019 年 10 月—2020 年 10 月收治的 100 例危重症患者为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组 49 例和观察组 51 例,对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上采用急诊预检分诊护理流程。比较两组患者救治情况、护理满意程度、心理状态及生活质量。**结果** 观察组候诊时间、确诊时间短于对照组 ($P<0.05$);观察组护理满意程度高于对照组 ($P<0.05$);干预后,观察组焦虑及抑郁评分均低于对照组 ($P<0.05$);干预后,观察组生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 急诊预检分诊护理流程应用于危重症患者中,可缩短其候诊时间、确诊时间,缓解不良情绪,提高护理满意度及生活质量。

【关键词】 急诊预检分诊护理流程;危重症;救治情况;满意度;心理状态;生活质量

中图分类号 R472.2 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.030

危重症是患者患某种紧急、濒危的病症,需要及早进行医学处理,否则会对患者身体产生重度伤害或直接导致死亡,一般医院都会为此类患者设置专门的急救室,配有专业的医护人员及医疗设备,及时掌握患者的病情变化,对控制疾病发展、改善疾病预后有着重要作用^[1-2]。治疗期间,护理人员对患者进行专业、合理的护理,有助于减少意外情况的发生,加快疾病的恢复速度,减少对机体的损伤,但目前常用的护理模式,仅在患者入院后询问其基本情况,进行基础判断,引导其到相应科室治疗,不能最大程度利用医疗资源,对提高抢救效果作用不明显^[3-4]。有学者认为基于急诊预检分诊识别流程下的护理干预,能优化医疗资源,提高抢救成功率^[5-6]。本研究将急诊预检分诊护理流程应用于危重症患者中,探讨其应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2019 年 10 月—2020 年 10 月外科收治的 100 例危重症患者为研究对象,纳入条件:无重大传染性疾病;无先天性心脏病;凝血功能正常。排除条件:精神类疾病;妊娠期或哺乳期患者;依从性差者。按照组间基本资料具有可比性的原则分为对照组 49 例和观察组 51 例。对照组中男 23 例,

女 26 例;年龄 19~73 岁,平均 46.38 ± 1.25 岁;病种:多发性骨折 6 例,颅脑损伤 8 例,胸腹部创伤 10 例,急性脑血管意外 11 例,其他 14 例。观察组中男 25 例,女 26 例;年龄 20~74 岁,平均 46.43 ± 1.30 岁;病种:多发性骨折 7 例,颅脑损伤 9 例,胸腹部创伤 11 例,急性脑血管意外 11 例,其他 13 例。两组患者性别、年龄、病种方面比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理方法,护理人员循例询问患者姓名、年龄、临床症状、病史等基本信息,判断患者疾病类型,与相关科室医生联系进行接诊。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用急诊预检分诊护理流程,具体内容包括:①创建急诊预检分诊护理小组。由副高级职称医师(1名)、护士长(1名)、工作 5 年以上的资深预检护理人员(2名)组成急诊预检分诊护理小组,由护士长担任小组组长。护士长定期在小组内展开专业技能培训,对护理人员进行考核,考核合格进入工作岗位。资深预检护理人员根据专业技能与以往工作经验,预测可能发生的意外情况,并制订相应的护理措施,减少意外情况发生,同时负责分诊工作及日常护理工作^[7-8]。副高级职称医师及时处理患者出现的意外状况。②护理流程。护理人员于分诊处接诊患者后,仔细登记及核对患者信息,并通过重点询问和快速评估掌握主要症状、主诉及生命体征等指标,将致命性疾病放在首位,从重症到轻症,准确分级,并指导患者就诊于相应的区域,实现分区救治,评估时间应控制

在 2~5 min，保证患者及时就诊，分诊处配齐心电图监护仪、血糖仪等相关仪器设备，若病情严重需及时联系急诊科医师到急救室抢救，遇紧急情况可先抢救后缴费；对不符合急诊条件（生命体征稳定、不需要立即进行手术）的患者妥善处理并详细解释，引导其到相应科室治疗。

1.3 观察指标

（1）救治情况：记录两组患者候诊时间、确诊时间。

（2）护理满意程度：采用纽卡斯尔护理满意度量表(NSNS)进行评价,包含护士为您花费的时间、护士的工作能力、当您有需要时护士是否在您身边等 20 个项目，每个项目分为非常不满意、不满意、一般满意、满意、非常满意，分别赋予 1~5 分，总分 100 分，81~100 分为非常满意、61~80 分为满意、41~60 分为一般满意、0~40 分为不满意。

（3）心理状态：分别于干预前后采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估两组患者的焦虑、抑郁状况。SAS 包括 20 个项目，总分 100 分，50 分为标准分分界值，50~59 分轻度焦虑、60~69 分中度焦虑、70 分及以上为重度焦虑，得分越高

焦虑程度越严重。SDS 包括 20 个项目，总分 100 分，53 分为标准分分界值，53~62 分为轻度抑郁、63~72 分中度抑郁、72 分以上为重度抑郁，得分越高抑郁程度越严重。

（4）生活质量：分别于干预前、干预 1 个月 后采用健康状况调查简表（SF-36）评估，包括精力、生理职能、一般健康状况、生理机能、躯体疼痛、社会功能、情感职能、精神健康 8 个维度，共 36 个项目，评定分为 5 个等级，每个维度包含的条目数不同，用标准公式计算转换分数，每个维度均换算成 0~100 分，分值越高生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件处理数据，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；等级资料构成比较采用秩和检验。*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者候诊时间、确诊时间比较

干预后，观察组患者的候诊时间及确诊时间较对照组短，差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 1。

表 1 两组患者候诊时间、确诊时间比较（h）

组别	例数	候诊时间	确诊时间
观察组	51	0.34 ± 0.12	1.82 ± 0.31
对照组	49	0.48 ± 0.14	2.54 ± 0.28
<i>t</i> 值		5.376	12.173
<i>P</i> 值		0.000	0.000

2.2 两组患者护理满意程度比较

干预后，观察组患者护理满意程度较对照组高，

差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 2。

表 2 两组患者护理满意程度比较

组别	例数	非常满意	满意	一般满意	不满意
观察组	51	23	20	6	2
对照组	49	14	19	7	9

秩和检验：*u*=2.270，*P*=0.023。

2.3 干预前后两组患者心理状态评分比较

干预前，两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义（*P*>0.05）；干预后，观察组 SAS、SDS 评分较对照组低，差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 3。

2.4 干预前后两组患者生活质量评分比较

干预前，两组患者生活质量各项评分比较差异无统计学意义（*P*>0.05）；干预后，观察组患者生活质量各项评分较对照组高，差异有统计学意义（*P*<0.05），见表 4。

表3 干预前后两组患者心理状态评分比较(分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	62.35 ± 4.28	34.30 ± 3.41	57.42 ± 5.25	31.54 ± 4.31
对照组	49	62.46 ± 4.33	36.54 ± 3.49	57.38 ± 5.31	33.38 ± 4.39
<i>t</i> 值		0.128	3.246	0.038	2.115
<i>P</i> 值		0.899	0.002	0.970	0.037

表4 干预前后两组患者生活质量评分比较(分)

组别	例数	生理机能		生理职能		躯体疼痛		一般健康状况	
		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	51	41.25 ± 4.26	63.42 ± 6.72	44.21 ± 5.13	72.31 ± 4.42	47.64 ± 3.29	66.41 ± 4.35	37.38 ± 3.25	43.14 ± 4.37
对照组	49	41.38 ± 4.22	60.27 ± 6.46	44.30 ± 5.19	69.47 ± 4.51	47.55 ± 3.38	64.52 ± 4.28	38.43 ± 3.27	41.22 ± 4.31
<i>t</i> 值		0.153	2.388	0.087	3.180	0.135	2.189	1.610	2.211
<i>P</i> 值		0.879	0.019	0.931	0.002	0.893	0.031	0.111	0.029

组别	例数	社会功能		精力		情感职能		精神健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	45.41 ± 4.52	57.66 ± 4.28	22.43 ± 3.57	47.52 ± 3.47	37.36 ± 3.28	47.43 ± 4.31	33.68 ± 3.53	45.47 ± 3.35
对照组	49	45.39 ± 4.46	55.31 ± 4.22	22.38 ± 3.66	45.41 ± 3.36	37.29 ± 3.30	45.26 ± 4.27	33.57 ± 3.49	43.28 ± 3.27
<i>t</i> 值		0.022	2.764	0.069	3.087	0.106	2.528	0.157	3.306
<i>P</i> 值		0.982	0.007	0.945	0.003	0.916	0.013	0.876	0.001

3 讨论

危重症患者往往存在生命体征不稳定、昏迷或潜在的生命危险,会累及全身各个器官的运行,对于此类患者亟需要进入急诊室进行救治^[9-10]。急诊室是医院中极其重要的科室,主要负责救治急危重症患者,通过医学诊断送往相应的科室,挽救患者生命^[11-12]。近年来随着生活方式的改变、生活压力的增加,需要进入急诊室治疗的患者越来越多,以至于出现了拥挤现象,造成患者候诊时间长,严重者甚至会延误诊治时机,给患者的生命造成一定威胁^[12-14]。目前常规的护理模式,能够指导患者去相应科室进行治疗,但对解决急诊室拥挤现象效果不佳。张丽^[15]认为急诊预检分诊护理流程在急腹症患者诊治中应用,可缩短其候诊时间,降低意外事件发生率,与本研究不同的是本研究针对的是危重症患者。

本研究结果显示,观察组护理满意程度高于对

照组,说明对危重症患者实施急诊预检分诊护理流程效果良好。急诊预检分诊护理流程是目前临床上解决急诊室拥挤问题的一个重要途径,能够在接诊后快速、准确评估患者疾病类型及发展程度,按照优先救治危重症患者的原则,最大限度挽救患者生命,优化医疗资源的利用度,提升护理质量,进而提高患者满意度^[16-17]。急诊预检分诊护理流程,护理人员能够对患者病情进行准确、有效的判断,提高预检效率,使患者能够得到合理、有效地治疗,优化诊治流程,降低了患者的候诊及确诊时间。且资深预检护理人员负责分诊工作及日常护理工作,对各个护理人员的工作合理分工,可提升分诊的准确率,降低意外发生次数,提高护理质量^[18-19]。而组建急诊预检分诊护理小组,并定期对小组内人员进行专业技能培训,考核合格后,方可进入工作岗位,可提高护理人员的业务能力,为患者提供更优质的护理,让患者感受到护理人员的重视,减轻心理压力,改善心理状态评分。同时分诊处配备相关

仪器,当确定患者为危重病情,立刻与急诊科医师联系,对患者实施救治;对于生命体征稳定、不需要立即进行手术的患者,指导其去相应的科室,减少了患者因不熟悉医院造成的焦急、慌张状态,以平和的心态治疗疾病,增强战胜疾病的自信心。同时,仔细记录并核对患者信息,根据患者的病情发展情况进行分级,并在极短的时间内判断患者的病情严重程度,让危重患者能得到及时、有效的救治,一定程度上挽救患者生命,进一步提高急诊预检分诊护理的效果。若遇到紧急情况可先抢救后缴费,不仅体现了医护工作的人文关怀,还让患者能得到及时救治,有助于增强患者对医护人员的接受程度。

综上所述,急诊预检分诊护理流程通过创建急诊预检分诊护理小组,规定小组成员的工作内容,并根据患者的具体情况对其进行合理、有效的护理干预,大幅度缩短了危重患者候诊时间、确诊时间,提高了患者的满意度,缓解了不良情绪,提高了生活质量。本研究通过分析急诊预检分诊护理流程对危重症患者的效果,为危重症患者的护理干预提供了新的思路。但本研究也有不足之处,样本量相对较少,随访时间过短,代表性相对较低,需要进一步进行研究。

4 参考文献

- [1] 杨莹.浅谈加强急诊预检分诊管理对优化急诊服务的作用[J].饮食保健,2020,7(26):273-274.
- [2] 王华,沈晓凤.急诊预检分诊护理流程在预防急诊高热患儿并发热性惊厥的研究[J].中国药物与临床,2020,20(7):1223-1225.
- [3] 艾庆巍,田欢,陈少华.急诊预检分诊候诊患者病情变化的危险因素分析[J].中华现代护理杂志,2021,27(25):3463-3467.
- [4] 吕蕊,刘思含,蒙娜,等.基于接纳与承诺疗法的护理干预在炎症性肠病患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(36):5086-5090.
- [5] 赵芸,吴雪芳,韩丹枫.急诊预检分诊评分系统在儿科急诊患者病情评估中的应用价值[J].国际护理学杂志,2022,41(2):193-196.
- [6] 张利,张艳,余小勤.急诊预检分诊护理流程在急腹症患者诊治中的应用探讨[J].系统医学,2020,5(16):154-156.
- [7] 梁潇,杨莘,常红,等.设立急诊护理组长提升急性缺

血性脑卒中患者抢救效率的效果研究[J].护理管理杂志,2018,18(7):519-522.

- [8] 陈玉婷,伏彬彬,徐立.急诊护理干预措施对老年危重患者急诊观察室风险事件的影响分析[J].中国医刊,2020,55(12):1387-1388.
- [9] 尤本月,陈秀玲.探讨优化预检分诊流程对提高急诊科护理质量的影响[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(22):131.
- [10] Hond AD, Raven W, Schinkelshoek L, et al. Machine Learning for Developing a Prediction Model of Hospital Admission of Emergency Department Patients: Hype or Hope? [J]. Int J Med Inform, 2021, 152(8):104496.
- [11] 宋继红.预见性护理干预对重症监护室危重患者压疮的预防效果分析[J].山西医药杂志,2020,49(6):730-731.
- [12] 王艳,李秀芳,何利平,等.改良儿童早期预警评分在急诊预检分诊及病情分级中的应用[J].昆明医科大学学报,2018,39(8):69-73.
- [13] Schultz M, Rasmussen L, Kallemose T, et al. Availability of suPAR in emergency departments may improve risk stratification: A secondary analysis of the TRIAGE III trial [J]. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 2019, 27(1): 334.
- [14] 沈红五,崔秋霞,单君,等.急性冠脉综合征胸痛患者急诊危重度评分系统的构建与验证[J].护理学杂志,2019,34(8):22-26.
- [15] 张丽.急诊预检分诊护理流程在急腹症患者诊治中的应用价值[J].医学美学美容,2019,28(3):157-158.
- [16] Najafi Z, Zakeri H, Mirhaghi A. The accuracy of acuity scoring tools to predict 24-h mortality in traumatic brain injury patients: A guide to triage criteria [J]. Int Emerg Nurs, 2018, 36:27-33.
- [17] 施惠宣,吴谨准,陈国兵,等.儿科急诊五级预检分诊系统实践与应用现状的单中心研究[J].中华儿科杂志,2018,56(12):933-938.
- [18] Boillatblanco N, Mbarack Z, Samaka J, et al. Prognostic value of quickSOFA as a predictor of 28-day mortality among febrile adult patients presenting to emergency departments in Dar es Salaam, Tanzania [J]. PLoS One, 2018, 13(6):e0197982.
- [19] 陈晓蓉,王小霞.急诊预检分诊系统对儿科危急重症患儿分诊效果的影响[J].实用临床医药杂志,2018,22(6):100-103.

[2021-11-23 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

颅咽管瘤术后并发高渗高糖非酮症性昏迷患者的护理 1 例

杜晓亮 范雪蕾 章帆 张萌萌 王郝玉 冯仁

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.031

颅咽管瘤是下丘脑前底部最常见的良性先天性肿瘤,占颅内肿瘤的2%~5%^[1-2],肿瘤本身压迫、侵犯以及手术的破坏都很容易导致下丘脑功能障碍,出现垂体功能减退、糖代谢异常、电解质紊乱,当同时合并尿崩症及渴感减退症,容易发生高渗高糖非酮症性昏迷(HHNC),其以严重高血糖、急性渗透压升高、机体内环境紊乱、中枢神经系统意识障碍进行性加重为主要临床特点,临床漏诊率较高,治疗复杂,病死率高达50%~70%^[3]。早期能否明确诊断、及时地治疗和护理对保障患者生命安全尤为重要。我科收治了1例颅咽管瘤术后并发高渗高糖非酮症昏迷患者,病情进展迅速,经积极抢救与精心护理,患者转危为安,顺利出院。

1 病例介绍

患者,男性,46岁,于2021年4月13日9:20因精神差、进食差于当地就医,治疗期间进行性意识障碍加重,为求进一步治疗,于当日21:23转入我院,急诊以“颅咽管瘤术后1月,意识障碍半天”收入我科,入院查体:体温40℃,脉搏105次/min,呼吸26次/min,血压95/65 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。神志昏迷,格拉斯哥评分6分,双侧瞳孔等大等圆直径3 mm,对光反射灵敏,查体不能配合。体质量105 kg,体质量指数(BMI)30.2,既往有高血压、痛风病史,否认心脏病、糖尿病及其他内科疾病史。入院后患者急查血常规及血生化,血糖高达64.1 mmol/L,血清钠157.5 mmol/L↑,血清钾5.78 mmol/L,血清氯125.0 mmol/L↑,血清钙2.01 mmol/L↓。尿常规:尿葡萄糖+++↑,尿酮体+↑,碳酸氢根14.1 mmol/L↓,肌酐39.7 μmol/L,尿素30.66 mmol/L↑,尿酸1459.0 μmol/L↑,pH 7.33。血浆渗透压390.66 mosm/L。初步诊断为:颅咽管瘤术后;高糖高渗非酮症昏迷;高钾血症;肾功能不全。

作者单位:430030 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院神经外科

2 治疗过程及临床转归

患者病情危重,入院后立即给予持续心电监护及氧气吸入,监测血糖,留置胃管补液,留置尿管监测每小时尿量,记录24 h出入量,协助医生开放锁骨下中心静脉通路,遵医嘱给予0.9%氯化钠溶液50 ml+胰岛素50 U,以10 ml/h微量泵泵入降低血糖,待血糖降至16.7 mmol/L时改为5%葡萄糖溶液+胰岛素治疗,维持血糖波动于13.9~16.7 mmol/L,继续积极补液扩容,改善循环,小剂量胰岛素持续静脉泵入;密切观察瞳孔、意识及生命体征变化,监测血电解质,遵医嘱行营养神经、纠正内环境紊乱、抗癫痫、抗感染等治疗。经积极补液降糖治疗后,4月14日8:00查电解质:患者血糖降至14.55 mmol/L,血清钾3.98 mmol/L,而意识并无明显好转,复查血清钠高至166.4 mmol/L,电解质紊乱继续加重,出现肾功能不全症状,随时可能出现呼吸、心跳骤停,危及生命,急请肾内科会诊后立即启动连续性肾脏替代疗法(CRRT)1次,以快速纠正水电解质紊乱,降低血浆渗透压。历时5.5 h后患者血钠降至146.4 mmol/L,血浆渗透压降至314 mosm/L。继续密切观察病情变化,严格记录出入量,每4 h复查动脉血气1次,动态监测血钾、血糖、血钠等电解质变化及酸碱平衡。经积极治疗和精心护理,4月15日患者意识神志改善,呼之可应,4月16日患者神志清楚,GCS评分15分,复查异常指标均恢复正常,水电解质紊乱得以纠正,血糖控制理想。4月19日转普通病房,恢复经口进食,停用胰岛素静脉泵入,改为胰岛素皮下注射。2周后行糖耐量试验,确诊为Ⅱ型糖尿病,转内分泌科继续治疗,调节降糖方案,1个月后出院。

3 护理方法

3.1 严密观察病情

颅咽管瘤术后出现意识障碍和神经系统的症状

多考虑手术或创伤所致的术后脑水肿,而 HHNC 患者意识的改变是因为与大脑相关的细胞内脱水、神经递质水平变化,进而导致缺血所致^[4],临床上以高血钠、高血糖、高渗透压、非酮症酸中毒性昏迷为主要特点,早期可表现为乏力、口渴、多尿症状,表现为不同程度的脱水,意识障碍成进行性加重。护理人员需要严密观察患者意识状态,有无循环衰竭、皮肤及口唇黏膜干燥、眼窝凹陷等脱水表现,有无精神症状(表情淡漠、嗜睡、幻觉等)、呼吸困难、癫痫发作、局限性抽搐、偏瘫、失语等症状。当出现原因不明的失水、休克、昏迷、血压低而尿量多等情况时,在排除非颅内因素下,及时监测血糖、电解质、血酮、肌酐或 BUN、尿糖和酮体等,以诊断或排除本病。确诊本病的指标为:血糖 $> 33.3 \text{ mmol/L}$, 血浆渗透压 $> 320 \text{ mosm/L}$, 动脉血 $\text{pH} \geq 7.3$ 及尿糖阳性,血清酮体阴性或弱阳性^[3]。本例患者经急诊头颅检查未见颅内继发性出血,急查血糖、电解质、血酮才确诊为 HHNC,提示护理人员应严密病情观察,敏锐识别病情变化,治疗过程中患者可能从昏迷转至清醒再到昏迷,警惕脑细胞脱水转为脑水肿的可能。

3.2 遵医嘱补液的护理

HHNC 患者渗透压升高的主要原因为高血糖导致渗透性利尿而引起血容量不足,加之患者存在一定程度的意识障碍,渴感消失、饮水不足等因素进一步加剧血容量不足,导致严重的高渗、细胞内脱水^[5]。患者入院时昏迷、口唇干裂、皮肤干燥、皮肤弹性差、四肢肌张力逐渐增高、烦躁不安、呼吸 30~35 次/min,入院当天尿量仅 400 ml,处于重度脱水性休克状态。HHNC 的治疗原则是尽快抢救休克,纠正脱水,尽快恢复血容量,改善微循环,预防急性肾功能衰竭。遵医嘱合理安排输液速度及输液量,采用鼻饲温开水加中心静脉输注生理盐水 2 种途径进行补液扩容。按照:补液总量 (ml) = [血清钠测定值 (mmol/L) - 142] $\times$ 体重 (kg) $\times$ 常数 + 1500 (ml) (常数:男性为 4,女性为 3,儿童为 5),计算输液总量,本例体重为 105 kg,血钠 166.4 mmol/L,补液量 = $(166.4 - 142) \times 105 \times 4 + 1500 \text{ ml} = 11728 \text{ ml}$ 。补液总量的 1/2 经中心静脉通道补入,剩余输液总量 1/2 通过胃管补入。静脉补液速率遵循“先快后慢、先多后少”的原则,第 1 h 输入生理盐水速度为 15~20 ml/(kg·h),一般成人为 1~1.5 L,第 2 h 1000 ml,第 3~4 h 500 ml/h,第 6~12 h 250 ml/h。静脉补液总量的 1/3 在 4 h 内输入,余量在 12~24 h 内输入。遵医嘱留置胃

管,鼻饲温开水 200 ml/h,每 4 h 评估 1 次有无胃潴留,准确记录患者 24 h 液体出入量,根据患者中心静脉压、生命体征的变化、电解质水平、血浆渗透压、尿量变化等动态调整补液速度,以维持血钠、血糖的平稳下降,同时密切观察患者口唇黏膜湿润度、皮肤弹性及手背静脉等浅表静脉充盈度的改善情况,补液本身可使血糖下降,当血清葡萄糖达到 16.7 mmol/L 时,改为 5% 葡萄糖溶液静脉补入。

3.3 血糖管理

患者入院前因纳食差在外院门诊输注大量 5% 葡萄糖注射液,导致血糖进一步升高,入院时高钠血症与高血糖同时并存,血糖高达 66.0 mmol/L,血钠 157.5 mmol/L。高血糖增加了血液的高渗性,加重了高钠血症的临床症状,同时高血糖致血液黏度增加,可引起弥漫性微小血管病变,影响侧支循环,导致脑组织缺氧,脑细胞水肿。相关研究证实^[6],在保证充足的血容量时,通过小剂量胰岛素治疗 0.1 U/(kg·h) 持续静脉输注,可以充分发挥胰岛素的生物效应,患者血糖平稳下降。协助医生留置双腔锁骨下中心静脉导管,开通 2 条静脉通路:一路快速扩容,一路给予 0.9% 生理盐水 50 ml + 胰岛素 50 U 以 10 ml/h 静脉泵入,每 30 min 监测血糖变化 1 次。动态调整胰岛素剂量与血糖监测次数^[7]。在胰岛素治疗过程中的开始阶段,每小时监测血糖、尿糖及尿酮体,根据监测结果及时调整胰岛素的用量及输入速度。该患者胰岛素泵控治疗第 1 天血糖波动范围 12.4~66.0 mmol/L;第 2 天血糖波动:11.8~20.1 mmol/L;第 3 天血糖波动:11.6~18.8 mmol/L;第 4 天血糖波动:7.4~16.7 mmol/L;第 5 天起血糖趋于平稳:8.4~15.3 mmol/L;第 10 天血糖波动:8.7~13.4 mmol/L,恢复经口规律进食,改为监测餐前及餐后 2 h 血糖,停用胰岛素泵控,改为皮下注射。后期以吡格列酮二甲双胍片 1 片口服每日 2 次,格列齐特缓释片 30 mg 及恩格列净片 10 mg 口服每日 1 次,控制血糖稳定在 5~10 mmol/L。

3.4 纠正内环境紊乱的护理

本例患者病情危重且发展迅速,治疗期间出现意识进行性加重,入院时已出现低血容量性休克、高血糖、高钠血症、合并高钾血症、肾功能不全等并发症,经积极补液、降糖治疗后效果不佳,血钠、血糖、血钾持续性升高,血钠高达 166.4 mmol/L,意识无好转现象。有研究^[8]表明,CRRT 可快速纠正酸碱失衡与水电解质紊乱,有效降低血浆渗透压,改善复苏效果,同时可清除体内代谢产物、循环中的炎性介质、内毒素,减少全身炎症反应综合征、

多器官功能障碍综合征 (MODS) 等严重并发症的发生, 减少住院时间, 降低患者病死率。因此, 在征得家属签署知情同意后, 及时启动床边血滤进行抢救, 配合医生实施右腹股沟动静脉置管, 协助建立连续性肾脏替代疗法 CRRT 行连续性静脉-静脉血液透析滤过治疗 1 次, 采用无肝素抗凝, 超滤量: 0 升, 泵控血流速度 200 ml/min, 期间每 30 min 进行 1 次动脉血气分析, 重点关注 pH 值、血氧饱和度、二氧化碳分压、氧分压、碳酸氢盐浓度等呼吸指标, 出现异常及时通知医生进行处理, 历时 5.5 h, 血钠降至 146.4 mmol/L, 血钾降至 3.98 mmol/L, 血浆渗透压降至 314.47 mosm/L。遵医嘱继续密切观察插管处有无渗血及病情变化, 严格出入量管理, 动脉血气调整为每 4 h 监测 1 次, 严密监测生命体征及电解质变化, 根据血钾变化, 妥善调整补钾方式, 采用 CRRT 调控内环境时, 根据血钾水平在置换液中加入一定量的 10% 氯化钾注射液, 补钾不超过 20 mmol/(L·h), 除非患者血钾 >5.5 mmol/L, 或每小时尿量少于 30 ml/h, 暂停补钾外, 钾应随液体一起补入^[9], 同时密切观察血钾水平、心率、心律、心电波形变化, 动态了解电解质的纠正情况并及时处理。血钾水平稳定后, 改为口服钾 1 周, 以稳定血钾水平。

3.5 激素替代治疗的护理

手术根治颅咽管瘤的同时, 患者大都存在不同程度的下丘脑-垂体功能障碍, 导致多种垂体激素分泌缺乏, 造成内分泌功能紊乱^[10], 手术前后内分泌功能紊乱的治疗, 尤其是术后的激素替代治疗 (HRT) 是颅咽管瘤治疗过程中的重要环节, 直接关系到术后生活质量及预后。治疗过程中, 患者意识转为清楚后, 出现饮食异常、昼夜颠倒, 考虑垂体功能减退导致的内分泌异常可能, 指导患者尝试自行调整睡眠时间, 定期复查激素水平。遵医嘱调整治疗方案为: 优甲乐改为 75 μg 每日 1 次, 1 周后增加至 100 μg, 4 周后复查; 醋酸泼尼松片 2.5 mg 口服每晚 1 次, 醋酸泼尼松片 5 mg 口服每日 1 次; 患者睾酮明显降低, 遵医嘱予以注射用绒促性素 2000 U 肌肉注射, 每周 2 次; 醋酸去氨加压素片 0.05 mg 口服, 每日 2 次, 密切观察尿量、尿比重变化, 遵医嘱定期复查激素水平, 调整激素用量, 出现意识障碍、血压下降、脉搏细数等症状时, 应立即报告医生, 警惕颅咽管瘤术后垂体功能危象的发生^[11]。

3.6 预防并发症的护理

患者入院时昏迷, 舌根后坠, 出现鼾声呼吸, 遵医嘱留置口咽通气道, 枕后垫软枕, 及时清除口

鼻分泌物, 保持呼吸道的通畅; 做好口腔护理, 每 8 h 行雾化吸入 1 次, 定时翻身拍背, 密切观察生命体征变化。加强基础护理, 使用气垫床预防压力性损伤, 并维持肢体功能位摆放。HHNC 患者大都有严重脱水, 导致血液黏稠度增加, 且抢救期间患者以卧床为主, 增加了静脉血栓发生的风险^[12]。入院后监测患者 D-二聚体, 行床边双下肢彩超, 排除下肢静脉血栓形成的同时, 积极预防下肢静脉血栓的形成, 给予双下肢间歇空气加压泵, 每日 2 次; 协助患者早晚温水泡脚, 水温不超过 40℃; 进行早期康复训练, 指导家属为患者行床上被动肢体训练, 随意识好转逐渐过度到床上主动肢体训练, 预防 ICU 获得性衰弱。经过积极的血栓预防集束化措施, 患者住院期间, 未形成静脉血栓。

3.7 健康指导

出院前强化低盐、低脂、低糖饮食宣教, 指导患者及家属按时监测空腹、三餐后、睡前血糖, 避免低血糖的发生, 按时口服降糖药物, 目标空腹血糖 5~7 mmol/L, 餐后血糖 7~10 mmol/L, 控制血糖不低于 5 mmol/L, 2~4 周后带血糖记录复诊, 以备调整降糖方案; 指导患者出院后继续激素替代治疗, 定期复查甲状腺功能、监测皮质醇水平, 观察有无乏力、精神萎靡、嗜睡、纳差等症状; 出院后继续服用抗癫痫药物 3 个月; 在充分了解患者需求的基础上, 出院前同患者及家属共同建立个性化延续性护理计划^[13]; 通过微信公众号或电话随访进行远程支持护理, 指导定期复查头颅 MRI, 一旦出现异常, 及时就医治疗; 针对患者困惑进行答疑解惑, 减轻患者焦虑、抑郁情绪, 提高生活质量。

4 小结

HHNC 是一种以严重高血糖、高血钠、高渗透压、非酮症昏迷为特点的临床综合征, 病情危重, 病死率极高, 多发生于内科糖尿病患者中, 神经外科较少见, 对神经外科专科护理提出了较高的要求。本例为颅咽管瘤术后并发高渗高糖非酮性昏迷患者, 病情严重且危急, 医护人员准确识别患者昏迷原因, 通过密切病情观察、积极有效补液、平稳降低血糖、维持内环境稳定、加强基础护理、预防并发症的发生等措施, 成功挽救了患者生命。

5 参考文献

- [1] 漆松涛. 颅咽管瘤的现状 & 展望 [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(17): 1281-1282.
- [2] 贾欢, 樊碧云, 胡凌翔, 等. 听神经瘤术中面神经最

男性初发系统性红斑狼疮合并自身免疫性溶血性贫血患者护理 1 例

贾语博 任欢欢 王莉 陈立红 高超

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.16.032

系统性红斑狼疮是多系统、多脏器受累的自身免疫性疾病,多见于育龄期妇女,男女患病比例约为 1:9^[1]。超过 50 岁发病的系统性红斑狼疮患者仅占 3%~18%,这并不是好发于老年的一种疾病,可如今越来越多老年系统性红斑狼疮被报道^[2]。老年系统性红斑狼疮患者与中青年相比,临床表现存在多种差异,具有轻型化及非典型化特点,但特异性较高的免疫指标阳性率较低,且病死率高^[3]。自身免疫性溶血性贫血是因体内免疫功能调节紊乱,产生自身抗体或补体于红细胞表面吸附,并经抗原抗体反应加速红细胞破坏,引起溶血性贫血^[4]。相关统计数据显示^[5],约 7%~15% 的系统性红斑狼疮患者合并自身免疫性溶血性贫血。老年系统性红斑狼疮合并自身免疫性溶血性贫血患者的护理问题多且复杂,增加了护理难度。我科于 2020 年 8 月收治 1 例 91 岁高龄男性系统性红斑狼疮合并自身免疫性

溶血性贫血的患者,经过 14 d 的治疗和护理,患者血红蛋白水平显著上升、病情好转出院。

1 病例介绍

患者,男性,91 岁,革命军人。主因 1 个月前受凉后出现乏力、纳差,伴皮肤巩膜黄染,小便色深,呈浓茶样,伴活动后气短,以系统性红斑狼疮、自身免疫性溶血性贫血于 2020 年 8 月 10 日收入我科进一步治疗。主诉全身乏力、纳差,可见皮肤巩膜黄染,小便色深,呈浓茶样,伴活动后气短,双膝关节疼痛,精神、食欲欠佳,进固体食物吞咽困难,饮水偶有呛咳,睡眠差,需药物辅助睡眠,大、小便正常。抗核抗体 1:640 均质,抗核小体抗体 177.03 RU/ml,补体 C₃、C₄ 降低,抗心磷脂抗体、抗 ds-DNA 抗体、Coombs 试验阳性;血常规示血红蛋白 55 g/L,网织红细胞百分比 7.85%,白细胞 $2.40 \times 10^9/L$ 。胆红素升高,以间接胆红素升高为主。尿胆原+,尿蛋白++,尿潜血+++。骨穿示增生性贫血。白蛋白 28.6 g/L, D-二聚体 997 ng/ml。

作者单位:100044 北京市,北京大学人民医院
通信作者:高超,本科(硕士在读)

大颞上刺激的波幅变化与术后早期面神经功能的关系及其影响因素[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(6):414-418.

[3] 桂淑珍,杨晓兰,万承贤.脑外科重症患者并发高渗高糖非酮症昏迷的观察及护理分析[J].医学信息,2018,31(1):160-162.

[4] 李靖,任亚娟,左春慧,等.颅咽管瘤术后水钠代谢紊乱的护理[J].北京医学,2016,38(2):172-175.

[5] 郝明,匡洪宇.高血糖高渗综合征的诊治[J].中华内科杂志,2016,55(10):804-806.

[6] 薛冰冰,周君璐.1 例阿尔茨海默病合并 II 型糖尿病高血糖高渗综合征护理[J].护理实践与研究,2018,15(22):156-157.

[7] 王月琴.一例颅咽管瘤术后电解质及糖代谢紊乱护理[J].护士进修杂志,2018,33(13):1244-1246.

[8] Tang Q, Li Z, Huang D, et al. Continuous Renal Replacement Therapy-the new treatment of seriously hyperglycemia[J]. Am J Emerg Med, 2016,34(12):2469.

[9] 张艺,王建宁,黄秋霞,等.糖尿病酮症酸中毒患者应用体外心肺复苏的急救护理[J].中华急危重症护理杂志,2021,2(2):175-178.

[10] 漆松涛,伍学焱,潘军,等.颅咽管瘤患者长期内分泌治疗专家共识(2017)[J].中华医学杂志,2018,98(1):11-18.

[11] 隋婧,史沛杰,郭辉,等.颅咽管瘤术后下丘脑垂体功能管理的临床应对[J].中华内分泌代谢杂志,2018,34(12):1042-1047.

[12] 张玉婷,李惠芳,陈代云.16 例高渗高血糖综合征合并横纹肌溶解症的护理[J].中华护理杂志,2017,52(9):1145-1148.

[13] 黄娜,范艳竹,陆朋玮.基于医护合作平台的延续性护理对颅咽管瘤术后患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(28):3974-3977.

[2021-09-10 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

既往高血压 16 年,现口服氨氯地平,血压控制可;2 型糖尿病 16 年,曾口服格列美脲降糖,因近期纳差停用降糖药;冠心病、PIC 术后 8 年,现未口服阿司匹林及他汀等药物。治疗方法如下:控制原发病-激素(入院当天口服泼尼松 50 mg,之后每天静脉输注甲基强的松龙 40 mg)+环磷酰胺(静脉输注 200 mg,每 2 周 1 次)+白介素-2(重组人白介素-2 皮下注射,隔天 1 次)+免疫抑制剂(羟氯喹 200 mg 口服,每天 2 次)、升血细胞(利可君 20 mg 口服,每天 3 次)、降压(氨氯地平 5 mg 口服,每天 1 次)、降糖(格列美脲 2 mg 口服,每天 1 次)等治疗及皮肤、营养饮食、用药、心理等综合护理。治疗后该例患者血红蛋白 55 g/L 升至 91 g/L、网织红细胞百分比 7.85% 降至 1.74%,白细胞 $2.4 \times 10^9/L$ 升至 $4.6 \times 10^9/L$,白蛋白 28.6 g/L 升至 30 g/L,尿潜血阴性,全身皮肤巩膜无明显黄染,患者病情好转于 2020 年 8 月 24 日出院。

2 护理方法

2.1 症状护理

(1) 贫血护理:此患者为重度贫血,主要表现为活动后气短、乏力、纳差,应给予积极治疗以改善贫血症状。①输血治疗。有研究表明^[6],输血治疗可快速改善患者贫血症状。自身免疫性溶血性贫血分为温抗体型和冷抗体型,冷抗体型血液制剂应保温输注,输注中使用专业的加温器加温,使其温度保持在 30℃ 左右;输血速度宜慢,临床医师与护士在给患者输血时需密切观察^[7]。该患者经实验室等检查确定为温抗体型自身免疫性溶血性贫血,采用常规方式输血,输血严格执行“三查十三对”,创造安静舒适的输血环境,向患者做好输血相关知识宣教,消除紧张情绪,使患者放松,开始以 10~15 滴/min 速度输注,观察 10 min 后无不良反应,速度调为 ≤ 40 滴/min 输注。每半小时巡视 1 次,观察皮肤、巩膜、小便的颜色,注意患者有无过敏现象。②限制活动。减少活动,降低耗氧量,给予鼻导管低流量持续吸氧 2 L/min,以缓解因贫血造成的头晕及活动后喘憋的症状^[8]。③观察尿液颜色。根据尿液颜色,判断溶血有无加重。患者入院后第 1~5 天,尿液颜色由浓茶色变为淡茶色,之后变为淡黄色。④跌倒风险评估。患者入院采用 Morse 跌倒风险评估表评分是 80 分,存在跌倒高度风险,给予患者腕带和床头卡佩戴跌倒高危风险标识,患者与护士共同在“住院患者跌倒风险评估表”上签字。患者日常生活能力评定量表评分仅为 15 分,

为重度功能障碍,老革命军人,性格比较要强,向患者耐心解释遇到问题时积极寻求医护人员帮助,告知患者发生跌倒的严重后果及预防跌倒注意事项,最终取得患者理解与配合。与陪检人员提前沟通,外出检查推床;保持地面干净整洁,室内光线良好;卧床期间拉起床档,使陪护人员知晓并指导患者起床三部曲:早晨醒来后,先在床上躺 30 s,盯着天花板,或者闭目养神;缓慢做起来,在床上坐 30 s;坐在床上,将两腿垂到床沿下再坐 30 s。患者住院期间未发生跌倒。

(2) 感染的预防与护理:老年高血压合并糖尿病患者是医院感染的高发人群^[9]。该患者既往有高血压 16 年和糖尿病 16 年,白细胞 $2.4 \times 10^9/L$,使用激素联合免疫抑制剂治疗使机体处于免疫抑制状态,进一步增加了感染的风险,因此感染的预防和护理极为重要。①开窗通风。每日晨晚间护理各通风 1 次,每次 30 min。②外出检查感染预防。嘱患者外出检查戴口罩、添加衣物保暖,进病房时手消毒液洗手。③口腔护理。导致肺部感染的重要致病原是口腔致病微生物^[10],尽早采用口腔漱口液可降低肺部感染的发生率。指导并协助患者采用复方氯己定含漱液与制霉菌素联合交替漱口,每次进食后先用温水漱口以清洁食物残渣,三餐后及睡前用 15~20 ml 口泰含漱液漱口,鼓动双颊,使口腔各个部位都接触到含漱液,含漱液保持在口腔 3~5 min 后吐出。④血糖控制。研究显示空腹血糖越高,住院患者感染率也越高,这可能与机体高血糖环境利于病原菌生长、或高血糖状态破坏机体免疫系统有关^[11]。该患者因病情导致食欲减退,自行停用降糖药物,入院空腹血糖为 7.83 mmol/L,高于正常水平,遵医嘱加用降糖药物格列美脲随早餐服用并监测血糖水平,住院期间空腹血糖控制在 4 mmol/L 左右,降低了感染发生风险。

(3) 皮肤护理:老年患者的皮肤具有代谢减慢、皮肤保湿能力降低、皮质和汗腺分泌减少、皮肤屏障功能损害和表皮细胞更新速度减慢的生理特点^[12],该患者在住院期间存在长期卧床、低蛋白血症、血红蛋白低、食欲差、黄染、营养不良、皮肤弹性差、干燥的问题,这些都是导致压力性损伤发生的因素,对此我们为进行了以下的护理措施,①预防压力性损伤。采用 Wsterlow's 压力性损伤风险因素评估表评分是 20 分,为压力性损伤极度危险,患者与护士共同在 Weterlow's 压力性损伤风险评估表上签字,责任护士通知科室压力性损伤管理员,共同制订预防压力性损伤的护理措施。告

知患者翻身的必要性及重要性,取得患者的理解与配合,给予协助翻身每2 h 1次,建立翻身记录卡,每次翻身观察皮肤情况,有压红部位暂不受压,避免拉、拽等增加摩擦力的动作,侧卧位让患者身体倾斜30°,背部用软枕支撑,两膝之间放一软枕,骶尾及双髋关节骨隆突处使用水胶体敷料预防保护,保持床单位整洁干净无杂物。由于患者食欲差,白蛋白28.6 g/L,遵医嘱给予静脉输注白蛋白,联合营养科会诊,会诊结果是NRS2002筛查5分,具有营养风险,给予食用乳清蛋白粉10 g,每天3次温水冲服改善营养状况;住院期间未发生压力性损伤。

②皮肤护理。告知患者保持皮肤清洁、干燥,勤修剪指甲,不要用手抠鼻,用温水清洁皮肤和面部,禁用碱性肥皂;注意保暖,外出时穿长袖长裤,减少阳光直晒;使用维生素E乳膏涂抹保持皮肤湿润,穿宽松棉质的病服;观察皮肤巩膜黄染情况。患者皮肤脱屑等干燥情况消失,黄染逐渐消退,出院前皮肤完整无破损。

2.2 用药护理

①激素用药护理。激素是治疗系统性红斑狼疮的首选用药,根据人体糖皮质激素分泌的昼夜节律特点,我科室在7:00—7:30之间输注激素,可减轻对肾上腺皮质功能的抑制,用药期间监测血压、血糖,同时补充钙剂。

②环磷酰胺用药护理。开放静脉通路输液器先接生理盐水,确定穿刺成功后再更换药物,降低药液外渗的风险,观察有无恶心呕吐等不适,嘱患者集中饮水1500~2000 ml,促进排尿,观察尿色,警惕出血性膀胱炎的发生,监测白细胞及血小板水平,及时发现骨髓抑制情况。

③白介素-2用药护理。低剂量的白介素-2不会增加感染风险,并能有效治疗系统性红斑狼疮^[13],一般采用皮下注射的方法,常见皮下红肿、硬结、疼痛,严密观察注射后局部皮肤情况,必要时给予土豆切成薄片敷在注射后不适部位。

④阿司匹林用药护理。使用阿司匹林期间预防出血,每班观察患者皮肤、口腔、牙龈有无出血及大小便的颜色是否异常,告知活动缓慢,避免磕碰,刷牙时使用软毛牙刷,动作轻柔,定时复查凝血分析,关注复查血结果,患者住院期间未发生出血。

2.3 静脉血栓的预防

黄丹等^[14]研究显示,系统性红斑狼疮患者并发血栓的发生率可达10%~25%,血浆D-二聚体高、日常生活能力评定低、病情活动度为中、重度与老年系统性红斑狼疮患者发生血栓相关。该患者高龄,日常生活能力评定为15分,长期卧床,D-二聚体

997 ng/ml,抗心磷脂抗体阳性,这些因素容易导致静脉血栓,应采取如下预防静脉血栓的措施:①足泵活动。经屈伸踝关节运动带动肢体肌肉群,促进血液循环、增加肌肉力量,患者仰卧位,保持大腿放松状态,以产生轻微疼痛/无痛为宜,将脚尖勾起后放下、反复屈伸踝关节^[15],每天2~3次,每次20~30 min。②病情观察。每班询问患者双腿是否疼痛,观察皮肤温度、颜色、足动脉搏动。③用药指导。遵医嘱每天服用阿司匹林1次,协助患者服药到口,讲解坚持服药的重要性,避免患者随意停药。住院期间未发生静脉血栓。

2.4 饮食护理

老年人由于受到吞咽器官、神经反射功能的退化以及疾病、药物等多种因素的影响,是误吸发生的高危人群^[16],应高度预防吸入性肺炎。患者住院期间进固体食物存在吞咽困难,饮水偶有呛咳,具有吞咽障碍,给予半流食,进食时抬高床头30°~45°,进食时使用勺子,小口慢咽避免呛咳,进食时间约10 min,患者感觉不适或疲劳时,暂停进食。进食后保持半坐位30 min再平卧^[17]。患者有贫血、糖尿病、高血压,遵医嘱给予低盐低脂糖尿病饮食,以粗细粮搭配、荤素搭配、营养均衡为原则,少食多餐,禁食辛辣刺激、腌制食品,少食感光食物,如香菇、蘑菇、芹菜等。患者低蛋白血症,遵医嘱静脉输注白蛋白;NRS2002筛查5分,具有营养风险经营养科会诊,每日3次用温水冲服乳清蛋白粉10 g补充蛋白。患者住院期间未发生误吸和吸入性肺炎,出院前白蛋白由28.6 g/L升至30.0 g/L。

2.5 睡眠护理

有研究报道^[18],老年人群生理机能随着年龄不断增长而逐渐下降,会导致昼夜节律改变明显、睡眠时相前移及睡眠潜伏期延长等,主要临床表现为睡眠时间缩短、深睡眠持续时间减少、睡眠片段化、夜间觉醒次数增多、醒后难以入睡及早醒等,导致老年人睡眠质量显著下降。该患者频繁夜醒,紧张焦虑,睡眠差,需药物辅助睡眠。针对患者的睡眠情况我们采取了以下措施:①营造睡眠环境。病房保持安静,光线、温度、湿度适宜,晨晚间护理时协助通风,保持房间空气清新,告知同病房患者及家属夜间睡眠期尽量保持安静,医疗护理操作尽可能集中在白天进行。②培养睡眠习惯。护士与患者共同制订活动、休息、睡眠时间,并给予督促和监督,嘱患者白天午休1 h,其余时间可以听音乐、听广播等,夜间按时休息,养成良好的睡眠习惯。③睡前护理。温水泡脚,睡前30 min服安眠药物,并观

察有无药物副作用。

2.6 心理护理

该患者由于初诊初治系统性红斑狼疮合并自身免疫性溶血性贫血,对疾病不了解,对于输血所造成的不良反应和风险有所顾虑,造成患者情绪焦虑、紧张,不良情绪可能会加重病情和使护理工作不能顺利进行,对于患者的焦虑紧张心理,我们针对性给予以下护理措施:①告知输血的重要性。讲解用药及疾病知识,增加患者治疗信心,及时解答患者提出的问题^[19]。②指导患者深呼吸运动。治疗过程中紧张时嘱患者深呼吸消除紧张情绪。③鼓励家属参与。家属的支持和鼓励对患者疾病的恢复起着非常重要的作用,可以缓解患者焦虑、紧张等负面情绪,经与家属沟通早晚同患者电话或视频,给予心理支持^[20]。

3 小结

系统性红斑狼疮是一种自身免疫性疾病,较少见于老年人,系统性红斑狼疮合并自身溶血性贫血的高龄男性患者更为罕见,随着年龄的增长,老年人生理功能、免疫系统逐渐衰退,多伴有其他基础疾病,故并发症多,护理时需密切关注患者病情变化,做好用药、皮肤、饮食、预防并发症、睡眠、心理的护理,综合制订护理计划及措施,使患者病情稳定并出院。

4 参考文献

- [1] 谢长好,李志军.系统性红斑狼疮的诊断与治疗[J].中华全科医学,2020,18(4):527-528.
- [2] 卫玮,吕新翔.老年系统性红斑狼疮诊疗新进展[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(5):548-550,554.
- [3] 邹宏超,朱薇,赵万润,等.老年初发的系统性红斑狼疮60例临床分析[J].临床皮肤科杂志,2018,47(2):122-124.
- [4] 张世景.去白红细胞及洗涤红细胞在自身免疫性溶血性贫血治疗中的应用观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(2):115-116.
- [5] 潘楠楠,刘金连,刘正婷,等.外周血细胞参数比值及生化比值对SLE患者活动性的预测价值[J].检验医学与临床,2019,16(18):2620-2622,2626.
- [6] 王姣杰,李建斌,单泓,等.两种红细胞制品治疗自

身免疫性溶血性贫血的效果比较[J].中国输血杂志,2015,28(5):555-556.

- [7] 夏荣,张琦,陈勤奋.自身免疫性溶血性贫血患者输血前试验及临床输血专家共识[J].中国输血杂志,2017,30(7):663-665.
- [8] 王淑华,康爱绒,张群慧,等.1例系统性红斑狼疮合并冷抗体型自身免疫性溶血性贫血患者的护理[J].中华护理杂志,2014,49(2):164-167.
- [9] 林丽君,姚勇利,范培云,等.糖尿病患者医院感染病原菌分布与影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(20):4649-4652.
- [10] 华静,姚克勤,黄梅芳,等.加强系统性红斑狼疮医院感染管理提高护理质量[J].中国医药指南,2005,3(9):1074-1075.
- [11] Maia-Leite LH, Catez E, Boyd A, et al. Aortic stiffness aging is influenced by past profound immunodeficiency in HIV-infected individuals: results from the EVAS-HIV (Evaluation of aortic stiffness in HIV-infected individuals) [J]. J Hypertens, 2016, 34(7):1338-1346.
- [12] 孟昭瑾.老年患者的皮肤护理[J].中国实用医药,2011,6(7):213-214.
- [13] He J, Zhang Rj, Shao M, et al. Efficacy and safety of low-dose IL-2 in the treatment of systemic lupus erythematosus: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial [J]. Ann Rheum Dis, 2020, 79(1):141-149.
- [14] 黄丹,南鹤.老年系统性红斑狼疮患者发生血栓的现状及相关危险因素研究[J].中国实验诊断学,2020,24(8):1286-1289.
- [15] 李倩,严邱英,易瑜.多媒体健康教育下的量化踝泵运动在预防肝硬化患者股静脉置管深静脉血栓形成中的应用[J].血栓与止血学,2019,25(1):132-134.
- [16] 陈俊凯,孙丽凯.标准吞咽功能评估量表在高龄患者饮食护理中的应用[J].护理研究,2015,29(4A):1220-1222.
- [17] 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.
- [18] 王彤,董佳岐,宋艳,等.老年睡眠障碍相关影响因素的研究进展[J].老年医学与保健,2021,27(1):197-199.
- [19] 董娜.溶血性贫血的临床护理干预及健康指导[J].心理月刊,2020,15(1):111.
- [20] 董国萍,时红.系统性红斑狼疮引发抑郁病人的护理[J].护理研究,2014,28(6):725.

[2021-11-24 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 19, Number 16 Aug. 25, 2022

CONTENTS IN BRIEF

- Analysis on current situation of the demands and influencing factors of swallowing rehabilitation in patients with dysphagia after undergoing tongue cancer surgery.....** LIU Yan, TANG Xinhui, XU Xianghua, SONG Xiaohua, PENG Cuie (2369)
- Application of nursing intervention guided by Green model in patients with coronary stent implantation.....** SHEN Tingting, SU Lingyan (2375)
- Effect observation of stage-appropriate nursing mode in the prevention of deep vein thrombosis of lower extremities in ICU patients.....** LIU Lu, FU Yindi, YANG Lilan (2380)
- Application of nursing intervention model based on "life web" in patients with coronary heart disease complicated by depression.....** DU Chunling, XU Yan (2385)
- Analysis of the status of frailty and influencing factors in elderly diabetic patients of different genders.....** ZHANG Shuang, YANG Mengli, YE Songyan, LI li (2390)
- The practice of quality control circle to reduce the incidence of skin injury in neonatal non-invasive ventilation.....**LIU Xingling, DONG Wenbin, LU Youying, YANG Xi, FANG Canran (2397)
- Effect of early basic health care on the growth and development of premature infants within 6 months.....** SUN Caixia, WANG Xiaoyan, LI Shengling, WU Xia, MA Huirong (2407)
- Application of active nursing intervention in PICC-induced mechanical phlebitis in premature infants in NICU.....** LI Ningtao, LI Yongjing, ZHANG Jingjing, SUN Caixia(2412)
- Application of acupoint sticking combined with self-made wine wet compress and infrared irradiation in nursing of patients with lumbar disc herniation... HE Ting, XIE Yijing, SHU Wenjie (2512)**

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. 论著正文部分字数不少于5000字，综述在8000字左右。摘要字数要求300~500字。照片和图表应精简，推荐使用三线表。参考文献要求不少于20条，综述类不少于30条，应以5年内参考文献为主。

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，5~8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. 本刊对取得国家或部级、省级以上科研课题和基金资助项目研究的论文，优先送审，优先录用。请作者投稿时文中注明基金项目来源、名称和编号，并附上基金和医院医学伦理委员会审批相关复印件或扫描件。重要创新性成果论文可在6个月内刊登。

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。