

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9月 第19卷 第18期 September 2022 Vol. 19 No. 18



NURSING
PRACTICE
AND
RESEARCH

河北省卫生健康委员会 主管
河北省儿童医院 主办



ISSN 1672-9676



9 771672 967229

18>

18
2022



护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

半月刊

2004年8月创刊

第19卷第18期

2022年9月25日出版

主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省儿童医院

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

编 辑

《护理实践与研究》杂志编辑委员会

《护理实践与研究》杂志编辑部

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

电话: 0311-85911163 85074334

网址: <http://www.hlsjyj.com>

社 长

曲 艺

主 编

尚少梅

执行主编

徐应军 栾 奕

副 主 编

李春燕 张俊敏 应 岚 韩 琳

李 卡 王志稳 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

通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼护理对椎间盘源性

腰痛患者的影响…………… 华海倩 李现林 张也 (2685)

基于岗位价值评估的护理绩效改革与实践…………… 孙健芳

马小荣 李文华 郝芳 张恒涛 王晓冬 (2689)

多学科协作急救护理流程在头颈颌面创伤患者中的应用

效果…………… 方常君 王伊春 赵德娟 汪璐璐 张标新 (2693)

团体心理干预模式对晚期癌症患者主要家庭照顾者的

影响…………… 谢争 谢艳秋 谢赫男 常淑莹 张俊梅 (2699)

调 查 研 究

中职女护生性健康知识认知现状及影响因素分析

…………… 杜文玉 吴敏 雷启蓉 (2704)

10~15岁女生青春期发动时相与家庭教养方式的相关性分析

…… 戴栩婷 袁丽洁 赵宇晴 张彬馨 李讯 谢晓云 (2708)

外科实习护生锐器伤职业暴露认知现状及影响因素分析

…………… 仵晓荣 杜媛媛 刘红梅 秦佳蕊 付佳 (2713)

成人重度烧伤患者康复期生活质量的影响因素分析

…………… 林月娟 陈燕珠 (2717)

在校大学生癌症防治核心知识知晓情况的影响因素分析

…………… 徐迎婷 王国蓉 刘瑶 邓晓园 (2721)

临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性分析

…………… 夏瑶瑶 李颐 钟雯 涂莹 张瑜 (2726)

基于IMB技巧模型的COPD患者肺康复依从性影响因素的结构方程模型分析

..... 张卉 张腾 李新 陈小瑜 何亚鹏 吴红霞 (2732)

炎症性肠病患者营养状况与生活质量的相关性研究..... 孙晋洁 朱慧 何伯圣 (2736)

老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者认知衰弱现状及其与跌倒恐惧的关系

..... 许琳 严立群 吴争艳 (2741)

综述与讲座

2型糖尿病患者自我管理的影响因素、干预现状与展望

..... 曾琪烽 吴彬 温彬斌 陆小娇 管慧娴 陈艳彬 蒋菲菲 陈维芳 易娜 (2746)

“互联网+护理服务”在糖尿病患者健康管理中的研究进展..... 姚典瑞 宋梅 (2751)

外科手术患者预防静脉血栓栓塞症的研究进展..... 严伟巍 (2756)

内科护理

纵向轨道延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用价值..... 刘琳 党振娟 张朋磊 (2761)

赋权教育联合聚焦护理模式对急性心肌梗死患者的影响..... 周迎 王韶文 赵振方 邹军 (2766)

多达理念指导下的延续护理对脑卒中患者功能康复的影响..... 宋海玲 吕培华 聂贝贝 (2771)

慢性病管理对改善腹膜透析患者贫血与生活质量的效果观察..... 杨晓霞 罗伟燕 钟美桃 (2775)

外科护理

照顾者参与的安全管理模式在老年消化道肿瘤术后谵妄患者中的应用..... 张兰兰 陈庆月 (2780)

瑜伽对乳腺癌患者癌因性疲乏影响的Meta分析..... 蹇秋枫 姚倩 周媛媛 (2784)

原发性肝癌营养不良患者主要照护者营养干预培训方案的应用及效果评价

..... 邓润菊 陈俊英 徐小玲 譙晓燕 汪廷 冯霜 黄纯杰 (2794)

妇产科护理

无痛分娩联合自由体位助产对初产妇产程及分娩结局的影响..... 吴婷 马琼 刘佩蓉 (2799)

头面部经络梳理在妇科肿瘤围术期患者中的应用效果..... 裴梦婷 肖丹 (2804)

手术室护理

改良分组充气啫喱气垫的研制与术中应用

..... 高园艳 刘佳 郑丽芳 李珍 杨琼 蔡婕 黄彩虹 付文娟 (2808)

基础护理

改良体位联合精细化护理对胃镜检查患者配合度、心理状态及不适症状的影响

..... 钱秋萍 朱明花 张晶 (2812)

体位干预对管饲饮食患者并发反流与误吸干预效果的Meta分析..... 任羽雯 顾娇娇 (2816)

医护一体化模式应用于留置改良型中长导管患者中的效果观察

..... 万蓉 顾丽磊 朱康平 袁圆 杨卫林 (2823)

FOCUS-PDCA循环管理程序对内镜检查患者肠道准备质量的影响..... 符嘉喻 周薇 曾祥娥 (2827)

健康心理与精神卫生

“三位一体”团体缅怀疗法对老年精神分裂症患者康复的影响

..... 齐桂花 盛红艳 朱庆翠 吴一姿 (2831)

案例报告

青年肝门部胆管癌晚期患者的安宁疗护1例..... 刘慧 刘智利 郑锐华 杨佳钰 应文娟 (2836)

颈椎前路手术迟发性食管瘘患者并发皮下气肿的护理1例

..... 李敏 王雅琪 伍红平 涂羽 王芳 (2840)

其他

欢迎订阅 欢迎投稿..... (2793)

疫情报道高频术语(二十三)..... (2811)

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (2835)

征稿简则..... (封底)

通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼护理对椎间盘源性腰痛患者的影响

华海倩 李现林 张也

【摘要】目的 探究通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼护理对椎间盘源性腰痛患者疼痛程度及生活质量的影响。**方法** 选取2018年5月—2020年11月医院收治的82例椎间盘源性腰痛患者为研究对象,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41例。对照组行通痹舒筋丸联合常规治疗及护理指导,观察组在对照组基础上联合腰腹肌功能锻炼护理。观察两组临床疗效、疼痛程度、生活质量及不良反应。**结果** 观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者干预前疼痛程度、生活质量评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后观察组患者疼痛程度评分低于对照组,生活质量评分高于对照组($P<0.05$);干预后,观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼护理治疗椎间盘源性腰痛可减轻患者腰痛症状,改善日常生活质量。

【关键词】 通痹舒筋丸;椎间盘源性腰痛;腰腹肌功能锻炼;护理;生活质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.001



本文作者:华海倩

Effect of Tongbi Shujin pill combined with lumbar and abdominal muscle function exercise nursing on patients with discogenic low back pain HUA Haiqian, LI Xianlin, ZHANG Ye (The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of Tongbi Shujin pill combined with lumbar and abdominal muscle function exercise nursing on pain degree and quality of life in patients with discogenic low back pain. **Methods** A total of 82 patients with discogenic low back pain who were admitted to the hospital from May 2018 to November 2020 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 the groups, with 41 cases in each group. The control group received Xingtongbi Shujin pills combined with routine treatment and nursing guidance, while the observation group received lumbar and abdominal muscle function exercise nursing on the basis of the control group. The clinical efficacy, pain degree, quality of life and adverse reactions of the two groups were observed. **Results** The clinical efficacy in the observation group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in the scores of pain degree and quality of life between the two groups($P>0.05$). After intervention, the score of pain degree in the observation group was lower than that in the control group, and the quality of life score was higher than that in the control group($P<0.05$). After intervention, the incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Tongbi Shujin pills combined with lumbar and abdominal muscle function exercise nursing in the treatment of discogenic low back pain can relieve the symptoms of low back pain and improve the quality of daily life.

【Key words】 Tongbi Shujin pills; Discogenic low back pain; Lumbar and abdominal muscle function exercise; Nursing; Quality of life

椎间盘源性腰痛是指一个或多个腰椎间盘内部

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(编号:2017ZY2050)

作者单位:450000 河南省郑州市,河南中医药大学第一附属医院骨伤二区

结构和功能异常并刺激椎间盘内的疼痛感受器,且不伴有神经根性症状的一类腰腿痛疾病。近年来,受人们工作强度增大、交通意外事故频发等影响,我国椎间盘源性腰痛发病率呈上升趋势,通常少数

患者的腰痛会放射到臀部,严重影响人们的身心健康^[1-2]。因此,如何治愈椎间盘源性腰痛成为骨科临床亟待解决的问题。治疗该病一般以西药为主,但存在一定的副作用,如导致肝、肾的损伤,引起恶心、腹痛等症状。中医治疗更加有效、安全,且并发症更少、损伤性更小,一般是中药治疗为主^[3]。临床将通痹舒筋丸用于治疗强直性脊柱炎、膝骨关节炎病,发现可延长关节使用寿命,减轻疼痛症状;同时进行腰腹肌功能锻炼,可增强腰背肌肌肉力量。基于此,本研究在通痹舒筋丸治疗基础上采取腰腹肌功能锻炼联合疼痛护理缓解椎间盘源性腰痛,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年5月—2020年11月本院收治的82例椎间盘源性腰痛患者为研究对象。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41例。纳入条件:符合椎间盘源性腰痛诊断标准;年龄18~65岁;意识清醒;无腰椎手术史。排除条件:严重的基础性疾病;妊娠期女性;依从性较差患者;合并多种腰椎疾病。对照组中男20例,女21例;年龄20~65岁,平均 51.28 ± 7.34 岁;病程1~9个月,平均 2.27 ± 1.13 个月。观察组男22例,女19例;年龄21~64岁,平均 51.26 ± 7.56 岁;病程7 d~8个月,平均 2.28 ± 1.47 个月。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究患者均签署知情同意书,本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

参照《现代脊柱外科学》^[4]《全国腰椎退行性疾患座谈会会议纪要》^[5]拟定:下腰部疼痛发作时反反复复,且时间超过半年;MRI检查病变椎间盘T₂加权像低信号;椎间盘造影呈阳性,造影显示椎间盘结构发生退变。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 患者行口服通痹舒筋丸治疗联合常规治疗手法及护理指导。通痹舒筋丸包含麻黄、苍术、川牛膝、乳香、没药、全蝎、僵蚕、细辛、制天南星、制马钱子,将所有药材粉碎搅拌均匀,研制成水丸(由本院制剂室制备);用法用量:饭后温水送用,每次5 g,每天2次,28 d为1个疗程。锻炼护理指导:①患者取仰卧位,由医务人员通过揉法、攘法对腰椎横突、髂前上棘和髂腰三角等竖脊肌附着处及臀部肌肉和下肢循行经络进行放松治疗。②用右手将穴位点在患者的腰阳关、大正徐、

卫中、鸣山等穴位,直至患者感到疼痛、麻木、疼痛扩大。肘部抬起环跳针,缓解坐骨神经梨状肌的压力。③轻揉弹拨腰部、臀部阿是穴及条索状转结节,肘关节弹拨环跳穴。④常规腰侧拉法。⑤掌擦法腰骶部,以患者感到有温热感为度。每次治疗持续约20 min,每周3次,疗程持续2周。

1.3.2 观察组 在对照组治疗及常规护理基础上进行腰腹肌功能训练及疼痛护理干预指导。

(1)腰腹肌功能训练:以背部腰肌训练、腹肌训练、腰腹肌同时训练为重点,护理人员指导患者在手法治疗后进行功能训练。鼓励患者进行深蹲和抬腿。

(2)腰腹肌协同训练:主要选自易筋经中青龙探爪势、卧虎扑食势等几个动作。每次35 min,每天2次,19 d为1个疗程。

(3)疼痛时护理干预:积极与患者沟通,使其正确理解疼痛,提高疼痛感知,帮助患者正确描述疼痛部位与范围,遵医嘱给予中药热敷缓解疼痛,以舒筋通络、行气活血、消肿止痛。将赤芍60 g、桂枝90 g、川牛膝60 g、独活30 g、红花30 g、木瓜60 g、千年健60 g、苏木60 g、大青盐1000 g放入布袋中,扎紧袋口,放入锅中加水蒸,蒸锅水烧开,蒸15 min左右,即从蒸锅上取出,裹上干毛巾,将药面贴敷于患者压痛点,热敷30 min,每天敷2次,连续热敷10~15 d。

1.4 观察指标

两组均连续干预1个疗程后观察效果。

(1)临床疗效:治愈,腰部疼痛缓解,腰能够自由转动,总治疗效率大于并等于90%;显效,腰部疼痛缓解,腰基本可以转动,总治疗效率大于并等于75%,且小于90%;有效:腰部疼痛得到一定的缓解,但腰部不能转动,总治疗效率大于并等于30%,且小于75%;无效,腰部持续疼痛没有改善且腰部不能转动,总治疗效率小于30%。

(2)疼痛程度:采用疼痛数字分级法^[6](NRS)表示,3分以下为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7分以上为重度疼痛。

(3)生活质量:本研究采用健康调查简易量表(SF-36)^[7]进行评分。该量表评分共100分,评分越高说明生活质量越好。

(4)不良反应:包括皮疹、乏力、头痛、消瘦、头晕、血压升高、腿麻、恶心、腹泻等。

1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,等级资料组间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;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 两组患者临床疗效比较

观察组疗效优于对照组,组间比较差异具有统

计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患者疼痛程度及生活质量评分比较

干预前两组患者疼痛程度及生活质量评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预后,观察组疼痛程度评分低于对照组,生活质量评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效
观察组	41	18	7	5	11
对照组	41	11	6	4	20

秩和检验: $u=2.027$, $P=0.043$ 。

表 2 两组患者疼痛程度及生活质量评分比较(分)

组别	例数	疼痛程度		生活质量	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	5.78 ± 1.45	2.18 ± 0.97	57.36 ± 15.48	69.87 ± 16.20
对照组	41	5.84 ± 1.23	4.69 ± 1.42	58.78 ± 16.28	60.23 ± 15.48
t 值		0.202	9.346	0.405	2.755
P 值		0.840	0.000	0.687	0.007

2.3 两组患者不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率低于对照组,组间比较

差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较

组别	例数	恶心	头疼	皮疹	腹泻	头晕	血压升高	总发生例数	发生率(%)
观察组	41	1	1	1	1	1	0	5	12.20
对照组	41	2	3	3	3	2	5	18	43.90

$\chi^2=10.212$, $P=0.000$ 。

3 讨论

椎间盘源性腰痛主要是由于腰椎间盘退变,内部结构发生异常,并释放炎症因子,如前列腺素因子和肿瘤坏死因子等,引起椎管内压力变化,刺激神经引发腰痛^[8]。特别是在受寒和劳累情况下,椎管内的压力会改变^[9]。在椎间盘受力不均或受到压力过大时会产生腰疼、腰肌劳损、周围关节炎等疾病。久坐、久站、搬运重物也会刺激周围的末梢神经,导致腰痛,但在休息一段时间或平躺后,疼痛会得到一定的缓解^[10]。

椎间盘源性腰痛在中医里多指“虚劳”^[11]。寒气、湿气重的患者,腰间会有冷痛的感觉,按摩后腰痛得以缓解,该症状可能与天气有关;热湿重的患者,

多与梅雨季节湿气、热气有关;肾虚患者,腰部会有酸软的症状,一般人通常会按摩腰部,劳累后会加重腰酸^[12];当腰部痛时,热敷可缓解症状^[13-14]。

本研究通痹舒筋丸中麻黄具有消肿,使寒气外散,将淤堵散通的作用;苍术擅长除湿气,很多椎间盘源性腰痛的患者多是以内湿气太重而引发^[12];细辛具有改善血液循环和止痛的功效;川牛膝可以缓解患者腰痛的症状;乳香可以活血化瘀,使得患者的全身血管都互通;全蝎和马钱子的镇痛效果很好;天南星具有缓解腰痛患者麻痹的症状,使得血液散开^[15-16];可见通痹舒筋丸可以很好地去除患者体内的寒气和湿气,同时可以通痹止痛,活血化瘀,使血液在血管内处于流动的状态,加快腰痛部位的血液循环,如若供氧充足,则可以有效改善组织的

神经麻痹功能^[17-18]。

本研究显示, 观察组临床疗效优于对照组, 这说明观察组的临床疗效更为显著; 干预后, 观察组的疼痛程度评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 这说明通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼可以明显降低患者的疼痛感, 改善其生活质量; 干预后观察组不良反应发生率低于对照组。提示通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼可有效改善椎间盘源性腰痛, 活血化瘀、增强体质、通经活络、强身健体^[19]。分析原因在于: 椎间盘源性腰痛是一种慢性疾病, 由于多种因素所导致, 如不正确的坐姿、站姿, 血液流通不畅、先天腰部缺陷、工作强度导致的精神压力过大等, 所以单靠通痹舒筋丸调理不够全面且较为单一^[20], 结合肌肉锻炼不仅能让患者减轻疼痛感, 且能更好地调理患者身体, 改善腰痛症状, 锻炼腰腹部肌肉, 从而促使患者腰部恢复。但肌肉锻炼要在专业人员的指导下进行, 以免伤到腰部, 引发其他的并发症或加重症状, 且不可贪进, 其强度适量即可。通痹舒筋丸联合腰腹肌功能锻炼在椎间盘源性腰痛的治疗中更加有效, 而疼痛时护理帮助患者及时缓解疼痛症状。

综上所述, 腰腹肌功能锻炼联合疼痛护理治疗椎间盘源性腰痛可降低患者疼痛感及不良反应率, 提高患者生活质量, 治疗效果较好。本研究样本量偏少, 同时缺乏长时间随访观察, 故还有待进一步开展大样本、远期观察的研究检验。

4 参考文献

- [1] Guo X, Ding W, Liu L, et al. Intradiscal Methylene Blue Injection for Discogenic Low Back Pain: A Meta-Analysis[J]. Pain Pract, 2019, 19(1):118-129.
- [2] Kallewaard JW, Edelbroek C, Terheggen M, et al. A Prospective Study of Dorsal Root Ganglion Stimulation for Non-Operated Discogenic Low Back Pain[J]. Neuromodulation, 2020, 23(2):196-202.
- [3] 王静, 张晓丹, 张森, 等. 硬膜外腔前侧间隙置管连续阻滞联合腰椎低温等离子消融术治疗椎间盘源性腰痛的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(5):36-39.
- [4] 金大地. 现代脊柱外科手术学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社, 2001:386-387.
- [5] 李锐湘, 段洪凯, 刘晓强, 等. MRN技术在鉴别腰椎退行性疾病中的应用进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2020, 35(5):115-117.

- [6] 李金利, 李平玉, 廖燕霞. 疼痛护理质量管理在手外科患者中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(17):143-144.
- [7] 白玲. 温针灸联合体位调整护理法对椎间盘源性下腰痛患者 VAS 评分及生活质量的影响[J]. 现代医用影像学, 2018, 27(5):1670-1671.
- [8] 王宝剑, 高春雨, 杨克新, 等. 舒筋健腰丸治疗肝肾不足、风湿瘀阻型腰椎间盘突出症的中医证候疗效观察[J]. 北京中医药, 2020, 39(2):134-138.
- [9] 王晓博, 刘爱峰, 张君涛, 等. 腰痹通胶囊治疗椎间盘突出症的 Meta 分析[J]. 中国中医急症, 2020, 29(4):613-616.
- [10] 葛敏迪, 何文全. 腰痹通胶囊联合蔡普生片对腰椎终板骨关节炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2019, 41(9):2269-2271.
- [11] 李信明, 任正强, 王琼, 等. 腰痹通胶囊联合脉冲射频治疗老年慢性腰腿痛的临床研究[J]. 川北医学院学报, 2019, 34(4):427-430.
- [12] 王宝凯, 刘延青. 电针夹脊穴治疗椎间盘源性腰痛的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(4):315-317.
- [13] 杨超, 吕立江, 韩笑, 等. 吕立江教授运用杠杆整脊法治疗椎间盘源性下腰痛的临证经验[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(9):2246-2247.
- [14] 沈锋, 刘观燚, 胡利华, 等. 椎间盘内注射亚甲蓝治疗椎间盘源性腰痛的研究进展[J]. 中医正骨, 2021, 33(1):48-51, 55.
- [15] 郑瑶洁, 徐佳, 张佩玲. 平衡罐联合刺血拔罐在椎间盘源性腰痛患者中的应用及对 VAS 评分、ODI 评分、JOA 评分的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(12):213-216.
- [16] 盛绍良. 针刺牵引加八段锦练习改善椎间盘源性腰痛的临床观察[J]. 针灸推拿医学(英文版), 2020, 18(5):384-389.
- [17] 赵庆豪, 程亮, 朱炜嘉, 等. 脊柱内镜下窦椎神经毁损术治疗椎间盘源性腰痛的疗效[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(15):996-1003.
- [18] 严梅芳. 腰腹肌肌力训练对腰椎内固定术患者术后功能恢复的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(1):109-111.
- [19] 黄武杰, 刘红, 李雅萍, 等. 疼痛缓解对慢性非特异性腰痛患者步态特征的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(2):197-202.
- [20] 晏飞, 陈星燃, 谢双喜, 等. 腰痛宁胶囊联合脊柱微调整脊手法治疗椎间盘源性腰痛 30 例临床观察[J]. 中医杂志, 2021, 62(2):147-150.

[2021-12-16 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于岗位价值评估的护理绩效改革与实践

孙健芳 马小荣 李文华 郝芳 张恒涛 王晓冬

【摘要】 目的 探索基于岗位价值评估的护理绩效评价体系与分配方案,提升护理人员工作的积极性,促进护理质量与安全。方法 通过职系重组、划分护理单元类别、护士分层级管理、评定护理岗位系数等,将护理岗位价值、护士个人能级及服务质量等多因素纳入到护理绩效评价体系中,建立医院—护理单元—个人的绩效分配方案并予以实施。结果 护理绩效改革前后,各类别护理单元绩效薪酬水平均有所提升,护理人员满意度提高、离职意愿下降($P<0.05$),护理质量与安全综合评分提升($P<0.05$)。结论 基于岗位价值评估的护理绩效改革能够体现护士的职业价值,提升护士满意度,调动护理人员工作积极性,利于护理质量与安全管理。

【关键词】 岗位价值; 护理绩效; 分配; 改革; 护理质量

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.002



本文作者: 孙健芳

Nursing performance reform and practice based on job value assessment SUN Jianfang, MA Xiaorong, LI Wenhua, HAO Fang, ZHANG Hengtao, WANG Xiaodong (Lanzhou Second People's Hospital, Lanzhou, 730046, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the nursing performance evaluation system and distribution scheme based on job value evaluation, improve the enthusiasm of nursing staff, and promote nursing quality and safety. **Methods** We incorporated multiple factors such as nursing job value, nurses' personal level and service quality into the nursing performance evaluation system through grade reorganization, division of nursing unit categories, hierarchical management of nurses, and evaluation of nursing job coefficients, and established a hospital- Nursing Units - Individual performance allocation plans and implementation. **Results** Before and after the nursing performance reform, the performance compensation levels of various types of nursing units increased, the nursing staff's satisfaction increased, the turnover intention decreased($P<0.05$), and the comprehensive score of nursing quality and safety improved($P<0.05$). **Conclusion** The nursing performance reform based on job value evaluation can reflect the professional value of nurses, improve nurses' satisfaction, mobilize the enthusiasm of nursing staff, and be beneficial to nursing quality and safety management.

【Key words】 Post value; Nursing performance; Distribution; Reform; Nursing quality

2019年,国务院办公厅颁布《关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》指出要加快公立医院改革,建立科学的医疗绩效评价机制,将绩效考核作为进一步深化改革的重要内容,通过绩效考核,推动三级公立医院在发展方式上由规模扩张型转向质量效益型,在管理模式上由粗放的行政化管理转向全方位的绩效管理,促进收入分配更科学、公平,实现效率提高和质量提升^[1]。本项目在传统收支结余绩效分配模式基础之上,通过划分职系、重组绩效分配模式,构建了基于岗位价值评估的护理绩效

评价体系,对调动护理人员积极性、促进护理质量与安全起到了积极的作用。

1 方法

1.1 划分职系,重组绩效分配模式

以兰州市三级综合医院兰州市第二人民医院为改革试点,全院编制床位750张,核定内设机构70个,其中行政后勤科室24个,临床科室37个,医技科室9个;护理单元29个。通过对各级各类岗位进行摸底和梳理,根据岗位性质、人员职责、工作内容等将岗位划分为医疗、护理、医技、行政、后勤等不同职系,各职系绩效独立核算分配。

1.2 构建护理绩效评价体系

1.2.1 护理单元类别评定

(1) 关键指标(KPI)考核法^[2]:根据护理单元工作性质,从工作强度、难度、责任风险、成本

基金项目:兰州市科技发展计划项目(编号:2021-1-116)
作者单位:730046 甘肃省兰州市第二人民医院(孙健芳,马小荣,李文华,郝芳,张恒涛);四川大学华西医院(王晓冬)
孙健芳:硕士,副主任护师
通信作者:马小荣,男,硕士,运营管理科主任

效益4个维度出发,每个维度选取3~4个关键指标,并赋予不同权重,测评结果以分值体现。

临床护理单元KPI包含①强度与效率指标,包括出院患者数、床位周转率、床位使用率、各级手术台次、实占床日数等;②工作难度及风险考核指标包括危重患者人数、特、一级护理患者占比、抢救人次等;③成本与效益指标,包括科室收入、边际贡献。

医技辅助护理单元KPI包括①强度与效率指标,包括人均服务患者数、人均护理耗时数;②工作难度及风险考核指标包括直接护理与间接护理项次及点值;③成本与效益指标,包括科室收入、边际贡献。

(2)模糊综合评价法^[3]:选取医院护士长以上护理管理人员35名,临床护士280名,对各护理单元进行测评打分。

护理管理人员选取标准包括①了解各护理单元工作性质及特点;②在护理工作领域有丰富的经验;具有10年以上临床护理工作经历或5年以上护理管理经验;③具有严谨、求真、务实的科学态度。

护理人员选取标准包括①了解医院各科室情况及各护理单元工作性质与特点;②具有5年以上临床护理工作经验;③具有严谨、求真、务实的科学态度。

评价指标:劳动强度、工作难度、责任风险,权重分别为30%、30%、40%。

(3)确定护理单元类别及薪酬水平:综合关键指标考核得分与模糊综合评价得分,以60%和40%的权重计算总分并排序,将护理单元划分为ABCD 4个类别,其中A类6个,分别为普外/肝胆胰外一科、普外/肝胆胰外二科、肿瘤外科、手术麻醉科、重症医学科、消化内科护理单元。B类8个,分别为急诊、神经外科、妇产科、骨科/胸外科、儿科、感染科、肝病科、内镜中心护理单元。C类9个,分别为泌尿外科、心内科、综合内科、呼吸内科、中医内科、耳鼻喉科、眼科、门诊、血液净化科护理单元。D类6个,放射科、功能科、核磁科、消毒供应中心、体检中心、转运中心。参照历史薪酬水平,测算饱和工作状态下不同类别护理单元绩效薪酬水平。

1.2.2 确立护理单元薪酬效率指标 根据护理单元类别及工作特性,分别确定月度效率指标。结合床位使用率,测算各效率指标的饱和工作量。临床护理单元效率指标及权重:出院患者数(20%)、床位周转率(10%)、手术或专科操作例次(20%)、实占床日(30%)、边际贡献(20%)。医技辅助

理单元效率指标及权重:服务患者数(30%)、各类检查项次(30%)及工作耗时(20%)、边际贡献(20%)。

1.2.3 护理人员岗位系数评定

(1)层级岗位系数:根据本院护理人员结构,按照工作年限、职称、学历、专业技能水平等要素将护理人员划分为5层11级,每一级有明确的岗位能级要求及晋级考核标准。运用模糊综合评价法评定各层级岗位系数。以1为基准,每一层级系数差距原则上不超过0.05。

(2)班次岗位系数:根据工作性质、劳动负荷、专业需求等核定各护理单元岗位班次及数量,按照岗位说明及人员能力要求合理配置各岗位人员,达到人员能级与岗位相对应。以科室为单位运用模糊综合评价法由护理人员打分确定各班次岗位系数。以1为基准,各岗位系数差距原则上不超过0.5。

(3)护士工作质量考核:根据本院“护士考核制度”,以50分为基础,每月从职业行为规范、护理工作质量、培训与考核、组织纪律5个方面进行考核加减分。加分项包括获得患者口头或书面表扬者1次加0.5分;主持业务查房、床头示教或教学授课1次加1分;参与护理管理或组织护理质控查房加1~2分;获得上级部门嘉奖1次加2分,等。扣分项包括业务考核不合格当月扣2分;患者投诉1次扣2分;发生护理差错、事故根据情节严重程度扣2~10分不等。

1.3 护理绩效分配

1.3.1 医院一护理单元 以饱和工作状态下各类别护理单元绩效薪酬为基准,结合月度效率指标与护理质量核算绩效薪酬,并发放至护理单元。

手术科室护理单元月综合绩效=护理单元饱和绩效薪酬×(出院患者数增减幅%+床位周转率增减幅%+手术例次增减幅%+实占床日增减幅%+边际贡献增减幅%)±护理质量考核奖罚。

非手术科室护理单元月综合绩效=护理单元饱和绩效薪酬×(出院患者数增减幅%+床位周转率增减幅%+专科操作例次增减幅%+实占床日增减幅%+边际贡献增减幅%)±护理质量考核奖罚。

医技辅助护理单元月综合绩效=护理单元饱和绩效薪酬×(服务患者数增减幅%+检查项次增减幅%+工作耗时增减幅%+边际贡献增减幅%)±护理质量考核奖罚。

1.3.2 护理单元一个人 护理单元根据人员层级岗位系数(30%)、班次岗位系数(50%)及工作质量考核(20%)3部分发放绩效薪酬。

每层级岗位系数绩效 = 护理单元绩效总额 × 30% / 该护理单元护士层级岗位系数总和。

每班次岗位系数绩效 = 护理单元绩效总额 × 50% / 该护理单元护士班次岗位系数总和。

工作质量考核每分绩效 = 护理单元绩效总额 × 20% / 该护理单元护士考核总分。

某护士绩效薪酬 = 层级岗位绩效 + 班次岗位绩效 + 工作质量考核绩效。

2 评价

2.1 评价指标

2.1.1 绩效改革前后护理单元绩效薪酬系数比较
比较护理绩效改革实施前后各类别护理单元绩效薪酬水平，为方便计算和统计分析，对 2020 年 1—6 月（绩效改革前）和 2021 年 1—6 月（绩效改革后）医院运营管理科实际发放至各类别护理单元的绩效薪酬总额进行归一化处理，即统一除以一固定数值后换算为薪酬系数进行比较。

2.1.2 护理人员满意度比较
采用 2017 年国家卫生健康委医政医管局制定的全国公立医院移动互联网满意度调查问卷之员工问卷^[4]，选取其中与薪酬水平、公平性感受、职业价值感相关的 5 个条目进

行统计分析。每个条目采用 5 级评分，A- 非常不同意、B- 比较不同意、C- 一般、D- 比较同意、E- 非常同意。将非常不同意、比较不同意、一般均视为“不同意”；将非常同意、比较同意视为“同意”进行统计。

2.1.3 护理质量考核结果比较
护理绩效改革前后，分别采用本院护理部制定的百分制质量控制标准，对各护理单元护理质量进行考核，重点比较分级护理、消毒灭菌、急救护理管理及护理文书 4 个方面的质控评分。

2.2 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件对数据进行统计分析，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用配对样本 *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 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 绩效改革前后护理单元绩效比较

对 2020 年上半年（绩效改革实施前）和 2021 年上半年（绩效改革实施后）各类别护理单元绩效薪酬系数进行比较，结果见表 1。

表 1 绩效改革前后各类别护理单元绩效薪酬系数比较

护理单元类别	个数	改革前	改革后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
A 类护理单元	6	9.03 ± 1.67	10.30 ± 1.85	9.949	0.000
B 类护理单元	8	7.14 ± 2.66	7.98 ± 1.58	4.381	0.000
C 类护理单元	9	6.05 ± 2.53	7.21 ± 1.76	7.448	0.000
D 类护理单元	6	5.91 ± 3.07	5.52 ± 1.83	1.346	0.185

3.2 绩效改革前后护理人员满意率比较

分别调取 2020 年 6 月（绩效改革前）及 2021 年 6 月（绩效改革后）本院护理人员提交的全国公

立医院移动互联网满意度调查问卷，其中 2020 年 6 月 326 份，2021 年 6 月 383 份。相关条目评价结果见表 2。

表 2 绩效改革前后护理人员满意度比较

项目	改革前（ <i>n</i> =326）		改革后（ <i>n</i> =383）		χ^2 值	<i>P</i> 值
	满意	满意率（%）	满意	满意率（%）		
您的工作努力得到了公平的回报	218	66.87	310	80.94	18.334	0.000
与同类型医院相比，本医院的薪酬比较高	190	58.28	257	67.10	5.880	0.015
与同类型医院相比，本医院各项福利比较好	226	69.32	286	74.67	2.511	0.133
总体上来看，您喜欢在这家医院工作	286	87.73	349	91.12	2.168	0.177
您未考虑离开这家医院	309	94.78	374	97.65	4.091	0.043

3.3 绩效改革前后护理质量比较

对 2020 年上半年（绩效改革前）和 2021 年上

半年（绩效改革后）各护理单元护理质量考核评分进行比较，见表 3。其中分级护理质量主要考核的

是 18 个临床护理单元, 消毒灭菌、急救护理及护 理文书质量则对 29 个护理单元均进行了考核。

表 3 绩效改革前后护理质量考核评分比较 (分)

项目	个数	改革前	改革后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
分级护理质量	18	94.02 ± 2.79	96.67 ± 2.25	8.003	0.000
消毒灭菌质量	29	95.94 ± 1.90	97.93 ± 1.07	7.196	0.000
急救护理质量	29	96.71 ± 1.02	97.96 ± 1.08	6.585	0.000
护理文书质量	29	94.21 ± 2.51	97.01 ± 1.97	10.381	0.000

4 讨论

4.1 护理绩效改革有利于激励护士工作积极性

传统绩效分配模式与科室效益直接挂钩, 受科室收支影响大, 常无法体现学科与岗位贡献的差异性及风险性, 不能客观评价医护人员的劳务价值^[5]。如部分技术难度大、风险高的临床科室可能因医疗服务收费项目受限、收费价格不高等原因, 绩效甚至低于某些医技科室。基于岗位价值评估的护理绩效分配模式在职系分离、护理绩效独立核算的基础之上, 通过护理单元类别的划分, 使绩效分配充分体现专科特点和岗位价值。改革后 ABC 类护理单元绩效薪酬较改革前均有所提升, 差异有统计学意义, 护理人员工作的积极性和主动性得到了有效促进; D 类护理单元 (医技辅科室) 绩效较原有水平有轻微浮动, 但差异无统计学意义。相较于 ABC 类护理单元护士的劳动强度及责任风险, D 类护理单元护士表示能够接受现有薪酬水平, 未产生较大的心理落差。

4.2 护理绩效改革有利于稳定护理队伍

研究表明, 护士对薪酬的满意度直接影响其工作的积极性, 进而影响护理队伍的稳定性^[6-7]; 护士的工作满意度与留职意愿呈正相关^[8]。2017 年, 国家卫生健康委医政医管中心开展了全国万家医院移动互联网满意度调查工作, 我院 2018—2019 年调查结果显示, 职工对于医院绩效等福利待遇的满意度较低。本研究特选取了该调查问卷中关于工作回报、薪酬福利及留职意愿等 5 个方面的内容进行比较, 结果显示, 绩效改革实施后护理人员的满意率较改革前提升。其中, 大部分护士认为, 与同类型医院相比较, 本医院的薪酬水平较高, 工作努力能够得到公平的回报。实证研究显示, 护士离职的影响因素中薪酬待遇倾向性显著^[9], 本研究结果也充分证实了这一点。绩效改革实施后本院护理人员的离职意愿下降。

4.3 护理绩效改革有利于促进护理质量与安全

研究表明, 实施护士分层管理能够提升护理人员的工作能力^[10], 增强职业价值感^[11]。根据患者病情、护理难度和技术要求等, 合理分工、恰当地搭配各班次护理人力, 能够提高护理质量与患者安全^[12]。本研究在绩效改革过程中, 通过实施护士分层管理, 使护理人力资源得到了合理应用, 层级与岗位绩效从不同角度体现了护士的职业价值, 调动了护理人员工作的积极性, 护理质量考核评分较改革前有了提升。绩效改革实施后, 无论是护理部对护理单元的质控, 还是护理单元对护士个人工作质量的考核均与绩效分配相挂钩, 双管齐下, 有效保障了护理工作质量与安全。

5 结论

护理工作是一个社会效益大于经济效益的职业, 对护士工作进行直接的量化考核, 很大程度上存在着难度和不确定性。基于岗位价值评估的护理绩效分配模式在兼顾护理工作效率、效益及质量的同时, 又能体现护理岗位价值与专业特点。有利于激发护理人员工作的热情, 提升护士职业价值感和满意度。对稳定护理队伍、促进护理质量与安全有积极的意义。本研究局限性: 同时, 护理绩效是医院总体绩效的组成部分, 在改革实施过程中可能受到诸多方面因素的影响, 本研究应用和评价的时间尚短, 数据收集不尽全面, 还有许多细节性问题有待在今后的工作中进一步验证和完善。

6 参考文献

- [1] 中华人民共和国国务院办公厅. 加强三级公立医院绩效考核工作的意见 [EB/OL]. (2019-01-30) [2021-12-20]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content_5362266.htm.
- [2] 王秀霞, 张艺, 王翊, 等. 基于 KPI 模型的护理绩效考核关键指标体系的构建与实施 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(18): 682-1684.

多学科协作急救护理流程在头颈颌面创伤患者中的应用效果

方常君 王伊春 赵德娟 汪璐璐 张标新

【摘要】 目的 评价多学科协作急救护理流程在头颈颌面创伤患者中的应用效果。方法 选取2020年7月—2021年5月在安徽省某三级甲等医院就诊的60例头颈颌面创伤患者为研究对象,将2020年7—12月就诊的头颈颌面创伤患者30例设为对照组,2021年1—5月就诊的头颈颌面创伤患者30例设为观察组。对照组采用常规急救护理流程,观察组实施以头颈颌面创伤急救护士为主导的多学科协作急救护理流程。比较两组患者救治效率、生活质量及满意度。结果 观察组患者急诊滞留时间、多学科会诊时间、转诊时间均短于对照组,观察组患者满意度评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组患者生活质量各项评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 多学科协作急救护理流程巩固了团队协作能力,提升了流程制度培训效果,拓宽了信息系统应用范围,完善了护理延伸服务,规范了头颈颌面创伤患者救治过程,提高了患者救治效率,改善了患者预后,提升了患者满意度。

【关键词】 多学科协作;创伤;急救护理;头颈颌面外科;救治效率;生活质量

中图分类号 R472.2 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.003



本文作者:方常君

Application effect of multidisciplinary collaborative emergency nursing process in patients with head, neck and maxillofacial trauma FANG Changjun, WANG Yichun, ZHAO Dejuan, WANG Lulu, ZHANG Biaoxin (The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei, 230000, China)

【Abstract】 **Objective** To evaluate the application effect of multidisciplinary collaborative emergency nursing process in patients with head, neck and maxillofacial trauma. **Methods** A total of 60 patients with head, neck and maxillofacial trauma who were treated in a tertiary hospital in Anhui Province from July 2020 to May 2021 were selected as the study objects, 30 patients with head, neck and maxillofacial trauma who visited the clinic from July to December 2020 were set as a control group, and 30 patients with head, neck and maxillofacial trauma who visited the clinic from January to May 2021

基金项目:安徽医科大学第一附属医院急危重症护理专科建设项目(编号:2020JWZZHL-01)

作者单位:230000 安徽省合肥市,安徽医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科

方常君:硕士

通信作者:张标新,硕士,主任护师,护士长

- [3] 张远妮,黄广成,朱宏,等.应用模糊综合评价法构建深化医药卫生体制改革考核指标体系[J].卫生软科学,2021,35(5):15-19.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.公立医院移动互联网职工满意度调查[EB/OL].[2022-01-27]. <https://www.wjx.cn/jq/87878249.aspx>.
- [5] 李东,王汉明,赵莉.公立医院绩效薪酬体系思考与实践[J].中国卫生质量管理,2016,5,23(3):91-93.
- [6] 宋瑰琦,李雪娇,秦玉霞,等.护理岗位管理绩效考核与分配的做法与成效[J].中华护理杂志,2014,49(8):957-960.
- [7] 薛维娜,杨星,伍红艳,等.分级诊疗背景下基层卫生人员工作压力与薪酬满意度分析[J].中国卫生事业管理,2020,37(8):620-625.
- [8] Kuo HT,Lin KC,Li IC.The mediating effects of job satisfaction on turnover intention for long-term care nurses in Taiwan[J].J Nurs Manag,2014,22(2):225-233.
- [9] 杨立成,陈佳庚,高雅杰,等.基于Price-Mueller模型的护士离职影响因素研究[J].护理研究,2020,34(3):486-490.
- [10] 赵红霞,张文光.基于岗位胜任力的护士分层管理模式应用效果[J].护理研究,2021,35(11):2058-2061.
- [11] 韩琳,岳淑琴,宋秀荣,等.护士岗位管理体系的建立及实施[J].护理学杂志,2017,32(20):71-74.
- [12] 吴欣娟.护士岗位管理与培训实践探讨[J].中国护理管理,2012,12(5):7-9.

[2022-02-27 收稿]
(责任编辑 陈景景)

were set as an observation group. The control group adopted the routine emergency nursing process, while the observation group implemented the multidisciplinary collaborative emergency nursing process led by emergency nurses for head, neck and maxillofacial trauma. The treatment efficiency, quality of life and satisfaction were compared between the two groups.

Results The emergency stay time, multidisciplinary consultation time and referral time of the observation group were shorter than those of the control group, the satisfaction score in the observation group was higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The scores of each item 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** The multidisciplinary collaborative emergency nursing process consolidates the teamwork ability, improves the training effect of the process system, broadens the application scope of the information system, improves the extended nursing service, standardizes the treatment processed of patients with head, neck and maxillofacial trauma, improved the treatment efficiency of patients, and improved patient outcomes and increased patient satisfaction.

【Key words】 Multidisciplinary collaborative; Trauma; Emergency care; Head, neck and maxillofacial surgery; Treatment efficiency; Quality of life

头颈颌面解剖结构复杂,遭受创伤后可造成颅脑、颌面等多个脏器的损伤,具有发生率高、病死率高的特点^[1-3],其救治涉及多个学科交叉,救治难度高^[4-5]。与西方国家创伤救治模式相比,我国创伤急救常以抢救急危重症为重点,缺乏完善高效的头颈颌面创伤救治体系,各个专科对头颈颌面创伤的处理有一定的局限,降低了救治的时效性^[6-8]。多学科协作(Multi-Disciplinary Treatment, MDT)救治模式^[9-11]依托多学科协作团队,整合医疗资源,为患者制订精准、系统的治疗方案,近年来在医学领域广泛开展。因此,本课题组在前期“基于流程重组理论构建的头颈颌面创伤患者急救护理流程”的研究基础上,将改进后流程纳入临床应用,通过类实验研究,评价其应用效果,为完善我院创伤救治中心建设奠定专业基础。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年7月—2021年5月在安徽省某三级甲等医院就诊的60例头颈颌面创伤患者为研究对象,将2020年7—12月就诊的头颈颌面创伤患者30例设为对照组,2021年1—5月就诊的头颈颌面创伤患者30例设为观察组。纳入条件:头颈颌面创伤患者;自愿参与本研究;年龄 ≥ 14 岁。排除条件:合并重要器官疾病患者;沟通无效的患者。对照组中男18例,女12例;平均年龄 51.53 ± 19.67 岁;文化程度:文盲4例,小学5例,初中5例,高中9例,大专及以上7例;职业:个体2例,工人2例,公务员2例,农民11例,退休5例,学生3例,职员5例。观察组中男17例,女13例;平均年龄 49.03 ± 15.53 岁;文化程度:

文盲6例,小学5例,初中8例,高中7例,大专及以上4例;职业:个体6例,工人5例,农民12例,退休4例,学生1例,职员2例。两组患者受伤部位以头部或头部合并伤、颈部或颈部合并伤、鼻部、口腔等多见。两组患者性别、年龄、职业、文化程度等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院相关医学伦理委员会批准,均获得参与者知情同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 进行常规急诊护理,即患者挂号,接诊护士对患者病情进行分诊评估,接诊医生根据伤情对患者进行相应处理后安排患者缴费、完善检查,检查结果出来后进行分析,最后综合患者情况进行分流处理。

1.2.2 观察组 采用多学科协作急救护理流程,具体方案实施如下。

(1) 组建以头颈颌面急救护士为主导的多学科协作急救团队,开展相关培训,明确职责:团队成员及职责如下,头颈颌面急救护士5名,主要负责接诊头颈颌面创伤患者,参与头颈颌面创伤患者的抢救、协调多学科协作急救、追踪反馈患者后续情况,对患者家属进行健康宣教等;急诊科、耳鼻喉咽喉科、口腔颌面外科、眼科、整形科、重症监护室(ICU)、脑外科、烧伤科、胸外科、麻醉科、手术室等各科室医护人员2~3名,其中医生12名,护士25名,主要负责头颈颌面创伤患者的多学科协作急救、手术、转诊、病房治疗与护理。开展为期2周、共6次的头颈颌面创伤急救培训,内容包括多学科协作团队流程制度、头颈颌面急救知识、急救护理流程、多学科会诊流程、患者转运流程、急救信息系统、护理延伸服务等相关知识。

(2) 开展头颈颌面创伤急救演练, 提高接诊效率: 急救中心备头颈颌面创伤患者急救用物箱, 箱内放置常规抢救用物、气管套管、气管切开包等急救物品。头颈颌面急救护士每班检查急救用物箱、心电监护、吸引器等抢救用物, 使其处于完好备用状态。每月开展 1 次头颈颌面创伤急救演练, 急诊中心医护人员和急救团队人员参加。院内就诊患者根据创伤指数 (TI) 对其进行相应处理: TI 评分 2~9 分为轻伤, 协助医生进行伤口清洁、消毒、抗感染治疗后留院观察; TI 评分 10~17 分为中度伤, 生命体征平稳者, 医生处理后可根据病情转至相应病房或者转运至手术室进行手术; TI 评分 18~20 分为重度伤, 联系手术室做好手术准备; TI 评分 20 分以上的患者需立即急诊手术。院外出诊时, 到达现场后对患者进行病情评估, 头颈颌面创伤急救护士协助医生进行伤情处置, 同时联系院内急救中心, 汇报患者 TI 评分结果, 协调院内相关部门做好接诊准备。

(3) 开展线上多学科会诊, 缩短院内会诊时间: 依托医院信息中心, 添加线上多学科会诊模块。头颈颌面创伤急救护士前往急救中心和头颈颌面创伤相关科室进行线上多学科会诊培训宣传, 展示线上多学科会诊系统模块的应用流程; 组织开展头颈颌面创伤急救和会诊培训, 巩固医护人员诊疗与护理技术。患者进入急诊中心后依据病情需要组织多学科会诊, 急诊医生电脑填写多学科会诊申请, 申请内容包括患者病情、会诊需求等, 多个科室一键发送至会诊科室电脑及科室住院总手机, 双重提醒, 便于会诊科室及时回复。针对气管切开、静脉通道置管、伤口换药等护理疑难问题, 请相关科室具有高级职称的护理专家进行会诊。会诊科室接收会诊申请后, 会诊医生、护理专家可基本了解患者病情, 到达急救中心后即可开展会诊, 会诊结束后即可在电脑填写会诊意见, 不必等待填写纸质会诊病历, 节省相应时间。头颈颌面创伤急救护士每班核检急救中心线上多学科会诊发送情况、会诊科室线上回复情况、护理疑难会诊情况, 督促会诊科室医生、护理专家及时完善多学科会诊信息。

(4) 引进多学科急救信息系统, 提高救治效率: 联通医院信息中心, 引进多学科急救信息系统, 融合急诊分诊、抢救、观察、治疗、收费, 患者信息采集、共享、数据分析等功能。基于此系统, 如遇抢救患者未带足现金或病情危急, 则开通头颈颌面创伤急救绿色通道系统, 优先救治患者, 病情平稳后再缴纳相关费用, 避免患者及家属往返于医院各

区域、检查室。数据分析系统可将采集到的头颈颌面创伤患者信息和时间点绘制患者救治时间轴并进行分析, 根据分析结果, 横向对比各抢救环节效率, 设置提醒功能提醒救治医护人员, 督促其加快救治速度, 保证救治顺利完成^[12]。信息共享系统可使会诊医生能最短时间内获得检查结果, 加快诊疗速度。患者病情共享后可开展多学科会诊讨论、护理疑难病讨论, 集结各科室医疗、护理讨论结果, 为患者提供个性化、精准化的治疗及护理方案。

(5) 成立转运小组, 做好接诊准备: 转运小组成员包括急救中心医护人员、头颈颌面创伤会诊科室医生。前期开展转运知识培训, 转运小组每月进行头颈颌面创伤危重患者转运演练, 熟练掌握转运流程。转运小组提前联系接诊科室, 交接患者病情。生命体征平稳者由急救中心护士和护工进行转运; 重症患者由急救中心护士和会诊医生共同护送, 转运前评估转运的安全性, 取得家属同意, 提前通知接诊科室床旁备吸氧装置、吸引装置, 必要时备气管切开装置。转运途中护士携带头颈颌面急救箱, 严密观察病情, 妥善固定管路, 特别是气切套管固定, 保持患者呼吸道通畅, 关注随行急救设施完备状态, 随时应对转运途中突发状况。患者到达接诊科室后双方医护人员进行快速、精准交接, 保证患者安全。

(6) 成立头颈颌面创伤延伸护理小组, 追踪患者康复结局和护理成效: 成立以头颈颌面创伤急救护士为主导、相关科室护士主动参与的护理延伸服务小组, 制订护理延伸服务流程及计划。小组建立头颈颌面创伤患者健康档案, 急救护士追踪, 多学科协作急救团队中相关科室病房护士完善患者信息。病房护士于患者在院时关注病情, 开展人文护理, 医护协作促进患者康复; 关注患者心理健康情况, 特别是头面部损伤和气管切开等自我形象紊乱的患者, 加强心理安慰, 鼓励家属陪伴; 出院前 2 d 给予出院准备度评估及居家康复护理指导, 指导内容包括气管切开患者发音训练、气切护理、堵管护理、鼻饲饮食护理等居家康复指导; 建立头颈颌面创伤出院患者微信群, 线上回复患者居家护理难题、给予康复及复诊指导等。小组成员依据档案信息于患者出院后每隔 2 周回访追踪患者康复情况, 出院后 1 个月评价患者生活质量情况; 每月末总结急救护理流程实施过程中遇到的问题, 组内讨论, 不断完善改进。

1.3 观察指标

(1) 救治效率: ①急诊滞留时间: 患者进入

急诊抢救室抢救至出急诊抢救室的时间；②多学科会诊时间：急诊医生发送会诊申请至会诊医生完成多学科会诊的时间；③转诊时间：医生下达转诊医嘱至患者安全转运到接诊科室、转运小组人员与接诊科室人员完成交接工作的时间。

(2) 生活质量：出院后1个月采用生活质量评价量表(SF-36)^[13]评价两组患者的生活质量，包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、精力状况、社会功能、情感职能、精神健康8个维度，共36个条目。该量表先对各项条目进行编码、记分，再对所测得分进行换算得到最终分数。得分换算的基本公式： $(\text{实际得分} - \text{该方面可能的最低得分}) / (\text{该方面可能的最高得分} - \text{该方面可能的最低得分}) \times 100$ 。得分越高提示生活质量越好。该量表Cronbach's α 为0.87。

(3) 患者满意度^[14]：患者出院前由头颈颌面急救护士对两组患者采用自制满意度调查表进行评

价，满意度调查表内容包括急救效率、护士态度、护理技能、护患沟通、护理宣教5个维度共20个条目。每项条目按“很不满意”到“非常满意”依次赋分1~5分，满分100分，评分越高提示满意度越高。

1.4 统计学方法

采用SPSS 23.0统计学软件处理数据，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”描述，组间均数比较采用 t 检验，方差不齐采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者救治效率及满意度评分比较

观察组患者急诊滞留时间、多学科会诊时间、转诊时间均短于对照组，观察组满意度评分高于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者救治效率及满意度评分比较

组别	例数	急诊滞留时间(min)	多学科会诊时间(min)	转诊时间(min)	满意度(分)
观察组	30	36.27 $\pm$ 9.69	28.07 $\pm$ 7.33	25.77 $\pm$ 6.88	89.07 $\pm$ 8.56
对照组	30	48.77 $\pm$ 16.90	32.17 $\pm$ 6.64	33.70 $\pm$ 5.31	76.07 $\pm$ 7.46
t 值		3.515*	2.271	4.998	6.271
P 值		0.000	0.027	0.000	0.000

* 秩和检验 u 值。

2.2 两组患者生活质量评分比较

观察组患者生活质量各维度评分均高于对照

组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表2 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	总体健康
观察组	30	68.50 $\pm$ 24.39	73.33 $\pm$ 38.24	79.33 $\pm$ 11.72	40.00 $\pm$ 10.66
对照组	30	51.67 $\pm$ 22.86	19.17 $\pm$ 10.57	56.00 $\pm$ 15.44	29.83 $\pm$ 10.86
t 值		2.758	7.477*	6.592	3.661
P 值		0.008	0.000	0.000	0.000

组别	例数	精力状况	社会功能	情感职能	精神职能
观察组	30	70.83 $\pm$ 15.26	79.16 $\pm$ 13.26	77.78 $\pm$ 27.48	77.59 $\pm$ 16.60
对照组	30	54.83 $\pm$ 16.84	54.58 $\pm$ 18.70	30.00 $\pm$ 13.20	61.73 $\pm$ 13.36
t 值		3.856	5.873	8.584*	4.077
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

* 秩和检验 u 值。

3 讨论

多发伤救治时急诊科医生与各专科医生往往独立诊治患者,沟通不畅,易延误救治时间^[15-16]。头颈颌面创伤救治复杂,非单一学科能够解决,而多学科协作救治模式^[17-19]能较大程度上打破不同专业学科间的壁垒,整合医疗资源,使患者得到精准、连续、系统的诊治,提高救治效率,是头颈颌面创伤救治的必然选择。

3.1 多学科协作急救护理流程可提高头颈颌面创伤患者救治效率

本研究组建头颈颌面创伤急救多学科协作团队,对各成员进行急救护理流程相关制度培训,将责任落实到个人,调动各成员积极性的同时提高成员之间的合作度^[20-21]。头颈颌面急救护士定期检查急救物品,组织开展急救演练,团队人员熟悉急救流程;开展急救知识培训,完善自身知识储备。在做好人员、制度、技能、物品等良好准备后,患者就诊后能得到及时救治,减少了患者在急救中心的等待和滞留时间^[22-23]。

以往救治流程中,急诊医生与各会诊科室独立诊治,对患者病情信息未能有效沟通,影响患者救治疗效。本研究添加线上多学科会诊,改进以往电话通知,一键发送即可通知多个科室,节省电话通知时间。患者病情一键发送至多个会诊科室,让会诊医生、护理专家提前了解患者基本病情,节省了现场问诊时间。改进现场纸质病历书写,线上填写会诊意见,节省了病历书写的等待时间。患者病情及会诊信息线上共享,护理会诊解决了患者疑难护理问题,各会诊科室医生、医护之间在做好自己工作的同时相互配合,为患者制订最佳的诊疗方案,确保了患者治疗的延续性和系统性^[24-25]。

黄淑贤^[26]研究表明,多学科协作管理模式可以缩短患者转运时间,减少转运不良事件的发生。以往流程中患者转运多由急救中心医护人员和护工护送,急救中心部分人员对头颈颌面创伤危重患者专科病情不熟悉,突发病情变化时不能很好应对处理,延误转诊时间。本研究中设立转运小组,熟悉转运流程,提前与接诊科室做好交接沟通。根据患者病情选择转运人员。中、重症患者由会诊科室医生与急救中心医护人员共同护送,遇到病情变化能迅速处理应对,避免延误转诊时间。接诊科室医护人员提前了解患者病情,患者到达后可以有序交接,节省交接时间^[22,26],保障患者安全。

3.2 多学科协作急救护理流程可提高头颈颌面创

伤患者生活质量及满意度

成立护理延伸服务小组,加强人文关怀。指导患者正确卧位、翻身拍背、有效咳嗽、局部冷敷、心理安慰等减轻患者疼痛,促进患者身体康复。患者因头面部损伤和气管切开等产生自我形象紊乱、舒适度改变,影响患者心理健康状况,重视患者对形象的需求,帮助患者适应形象改变,加强气切管道护理,提高气道舒适度。出院前评估患者及家属出院准备度,给予发音训练、气切护理、堵管护理、鼻饲饮食护理等出院指导,鼓励家属参与居家护理。组建出院患者交流群,给予患者头颈颌面修复、康复锻炼等专业咨询,指导居家护理难题,帮助患者尽快回归社会,增强康复信心。本研究结果显示,观察组患者生活质量评分均高于对照组,提示多学科协作护理流程可以丰富患者情感需求,改善康复结局,提高生活质量^[27-28]。

头颈颌面创伤急救护理流程以急救护士为主导,科室护士为辅助,充分发挥了护士的促进作用;急救护士组织制度、知识培训,提升了自身知识技能;定期开展流程演练,提高了突发事件应对能力^[29];全程跟进患者救治过程,对患者及家属进行安慰宣教,增进了护患沟通;护理专家发挥特长,为患者解决气管切开、伤口换药等护理疑难问题,提升了自我价值感;护理疑难病会诊讨论中多学科交流互动,丰富护士多学科交叉知识,提升了护理技能;每月小组讨论,监督、追踪流程实施,促进自我反思,改善不足^[30-31]。科室护士参与流程演练,做好接诊工作,给予患者心理支持、康复指导,完善护理延伸服务。急救流程实施过程中,急救护士与科室护士相互辅助,促使流程不断完善进步。本研究结果显示,观察组患者满意度评分高于对照组,提示急救护士主导的多学科协作急救流程增强了护士的自我价值,增进了护患沟通,提升了患者救治过程的体验感。

4 小结与展望

基于多学科协作管理的头颈颌面创伤急救护理流程能够缩短患者急诊滞留时间、多学科会诊时间以及转诊时间,并且能够提高患者生活质量及满意度。我国头颈颌面创伤急救护理还没有高效、统一的流程模式,护士由于自身工作的繁忙和职业特点的限制,不能很好的整合多学科资源,在以后的急救护理流程探索中还需要加强医护沟通,促使护士更主动的协调多学科协作,促使流程不断完善。

5 参考文献

- [1] Sahni V. Psychological impact of facial trauma[J]. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*, 2018, 11(1):15–20.
- [2] Stehrer R, Malek M, Fellner FA. Cinematic rendering for virtual anatomy and pathoanatomy in cranio-maxillofacial trauma care[J]. *Research Gate*, 2020(5):13–17.
- [3] Patel A, Saadi R, Lighthall JG. Securing the Airway in Maxillofacial Trauma Patients: A Systematic Review of Techniques[J]. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*, 2020(3):1943–1949.
- [4] Li ZL, Jin P, Yuan HH, et al. Regional whole-course trauma care—Experiences from a county-level hospital[J]. *Chin J Traumatol*, 2018, 21(5):250–255.
- [5] 葛奎, 吴嘉骏, 钱立, 等. 20例颌面部为主的多发伤救治体会[J]. *中国口腔颌面外科杂志*, 2019, 17(1):70–73.
- [6] 李飞飞, 潘红英. 国外创伤研究的现状及对国内研究的启示[J]. *中国实用护理杂志*, 2018, 34(8):637–640.
- [7] 陈逍堃, 林维成, 张鹏, 等. 创伤急救体系的发展与现状[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2017, 49(2):368–371.
- [8] 蒋世荣, 王瑜, 黄发贵, 等. 严重多发伤救治模式研究进展[J]. *医学综述*, 2017, 23(20):4075–4078.
- [9] 吴茜, 孙晓, 宋瑞梅, 等. 美国多学科协作模式管理与启示[J]. *中国护理管理*, 2018, 18(8):1017–1020.
- [10] Shen YP, Liu HL, Xie XL, et al. Application Study of Multidisciplinary Collaboration in Emergency Reception of Patients with Myocardial Infarction[J]. *Hospital Management Forum*, 2019, 13(5):212–217.
- [11] Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, et al. The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care[J]. *Front Oncol*, 2020, 10(7):85–88.
- [12] 王宏秋, 刘颖青, 赵丽新. 信息化助力急诊流程改善的设计与实践[J]. *中国护理管理*, 2020, 20(2):259–261.
- [13] 靳文正, 虞慧婷. SF-36量表应用于居民自我健康测评的信度和效度研究[J]. *中国卫生资源*, 2012, 15(3):265–267.
- [14] 刘金金, 彭德清, 李文秀, 等. 优化急性心肌梗死患者急救护理流程的实践[J]. *中华急危重症护理杂志*, 2021, 2(1):49–55.
- [15] 蒋世荣, 王瑜, 黄发贵, 等. 严重多发伤救治模式研究进展[J]. *医学综述*, 2017, 23(20):4075–4078, 4083.
- [16] 方剑涛. 急诊创伤一体化救治模式的经验与探讨[J]. *中国医药指南*, 2019, 17(15):126–127.
- [17] 杨舒珺, 王楠, 朱长举. 急诊创伤中心多学科综合治疗建设现状[J]. *中国实用内科杂志*, 2021, 41(3):190–193.
- [18] 杜哲, 黄伟, 王志伟, 等. 多学科协作诊疗模式在严重创伤患者救治中的应用[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2020, 52(2):298–301.
- [19] 刘晓琴, 张春秀. 多学科团队协作营养管理模式在腹膜透析患者中的应用[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(18):103–106.
- [20] 朱叶春, 张琼, 李蕾, 等. 多学科团队护理模式在急诊脑卒中患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2020, 26(11):83–85.
- [21] 张金燕, 杨丽萍, 彭庆荣. 基于多学科协作团队的急救护理路径在创伤性休克患者中的应用[J]. *中华现代护理杂志*, 2021, 27(7):948–951.
- [22] 乔亚娟, 白向威, 袁方方, 等. 多学科协作护理模式在主动脉夹层患者院内转运中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2020, 26(8):35–37.
- [23] 刘金金, 彭德清, 李文秀, 等. 优化急性心肌梗死患者急救护理流程的实践[J]. *中华急危重症护理杂志*, 2021, 2(1):49–55.
- [24] 刘忠强, 殷琪琦. 多学科协作管理模式在急诊管理中的实践与价值[J]. *中医药管理杂志*, 2020, 28(6):61–62.
- [25] 宋美姣. 基于流程重组的一体化护理流程对提高急诊多发性创伤患者救治成功率的效果[J]. *国际医药卫生导报*, 2019(7):1164–1167.
- [26] 黄淑贤. 多学科协作护理对急诊危重患者院内转运时间及转运不良事件的影响[J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(20):155–157.
- [27] 练文娟, 李王安. 院前急救护理干预在创伤性休克患者抢救中的作用[J]. *国际护理学杂志*, 2019, 38(22):3751–3753.
- [28] 王身林, 王身芳, 李长君, 等. 多学科协作优化管理模式对心脑血管病后情感障碍患者负性情况及康复效果的影响[J]. *中国实用护理杂志*, 2021, 37(1):31–37.
- [29] 卢瑛, 王琳, 胡三莲. 护士急救能力的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(12):107–110.
- [30] 乔瑞云, 张自宇, 郭俊丽. 全程多学科合作管理模式对老年哮喘急性期患者心理状态、肺功能及生活质量的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2021, 29(6):830–835.
- [31] 饶东. 脑卒中急救专科护士引导的卒中院内救治模式构建与评价[D]. 上海: 中国人民解放军海军军医大学, 2019.

[2022-03-02 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

团体心理干预模式对晚期癌症患者主要家庭照顾者的影响

谢争 谢艳秋 谢赫男 常淑莹 张俊梅

【摘要】目的 探讨团体心理干预模式对晚期癌症患者主要家庭照顾者的影响。**方法** 选取2018年5月—2019年5月在河南省人民医院住院治疗的晚期癌症患者主要家庭照顾者62名为研究对象,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31名。对照组给予科室常规日常健康教育,观察组在常规健康教育基础上实施团体心理干预6周,每周1次,时间为90~120 min。干预前和干预后对主要照顾者分别采用癌症照顾者社会支持量表、Herth希望指数量表、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评价,比较两组社会支持量表、Herth希望指数量表、SAS和SDS量表评分差异。**结果** 实施团体心理干预前,观察组和对照组社会支持量表、Herth希望指数量表、SAS和SDS得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);实施团体心理干预后,观察组社会支持量表、希望指数量表、SAS和SDA评分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 团体心理干预模式可减少晚期癌症患者主要照顾者不良情绪,提高照顾者对生活的积极态度和信念。

【关键词】 团体心理干预; 主要照顾者; 照顾负担; 社会支持; 希望水平

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.004



本文作者: 谢争

Effect of group psychological intervention mode on primary family caregivers of advanced cancer patients XIE Zheng, XIE Yanqiu, XIE Henan, CHANG Shuying, ZHANG Junmei (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of group psychological intervention mode on primary family caregivers of advanced cancer patients. **Methods** To select 62 main family caregivers of patients with advanced cancer who were hospitalized in Henan Provincial People's Hospital from May 2018 to May 2019 as the study subjects. According to the principle of balance and comparability of basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 31 cases in each group. The control group was given routine daily health education in the department, and the observation group was given group psychological intervention on the basis of routine health education for 6 weeks, once a week, for 90-120 min. The primary caregivers were evaluated with the cancer caregiver social support scale, Herth hope index scale, self-rating anxiety scale(SAS) and self-rating depression scale(SDS) before and after the intervention, and the differences in the scores of the social support scale, Herth hope index scale, SAS and SDS were compared between the two groups. **Results** Before the group psychological intervention, there was no significant difference in the scores of social support scale, Herth hope index scale, SAS and SDS between the two groups($P>0.05$). After the group psychological intervention, the scores of social support scale, Herth hope index scale, SAS and SDS of the observation group were better than those of the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The group psychological intervention model can reduce the negative emotions of the main caregivers of advanced cancer patients, and improve the caregivers' positive attitude and belief in life.

【Key words】 Group psychological intervention; Main caregivers; Care burden; Social support; Hope level

据国家肿瘤临床研究中心估计,2022年我国将

基金项目:河南省医学科技攻关计划联合共建项目(编号:LHGJ2020028)

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院(郑州大学人民医院)(谢争,谢赫男,常淑莹,张俊梅);郑州大学第二附属医院肿瘤放疗科(谢艳秋)

通信作者:张俊梅,主任护师,护理部副主任

有大约4 820 000例新发癌症病例,以及3 210 000例癌症所引起的死亡^[1]。我国每年新增癌症患者达358.6万,因其死亡的人数达217.7万^[2]。由于大多数癌症起病隐匿,患者在确诊时已属晚期。随着疾病的进展,患者的病情恶化,疾病给患者及主要照顾者带来不同程度的经济和心理负担^[3]。主要照顾

者是指与恶性肿瘤患者同住,应用最多的时间照顾其生活起居或执行大多数照顾活动的人^[4]。研究显示,与其他疾病照顾者相比,癌症患者照顾者其焦虑、抑郁情绪较高^[5-6]。国外研究表明,17.7%的癌症患者照顾者有过自杀倾向,2.8%的癌症患者照顾者曾自杀未遂^[7]。因此,重视家庭照顾者,帮助他们保持良好的身心状态尤为重要。团体心理干预是指在团体领导者的带领下,团体成员围绕某一共同关系的问题,通过一定的活动形式与人际互动,相互启发、诱导,形成团体的共识与目标,进而改变成员的观念、态度和行为^[8]。本研究通过探讨团体心理干预对晚期癌症患者主要家庭照顾者的影响,为临床制订干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年5月—2019年5月在我院肿瘤内科住院治疗的晚期癌症患者的62名主要家庭照顾者为研究对象。纳入条件:住院晚期癌症患者家庭成员之一;年龄 ≥ 18 岁;患者指定的主要照顾者,累计照顾时间超过72h;知情同意。排除条件:患

有精神病史及其他系统严重疾病者;认知障碍、运动障碍、语言沟通障碍者;随访依从性差,中途主动要求退出者。研究过程中没有研究对象主动退出。本研究经过医院伦理委员会审核批准。按照组间基本特征均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组31名。两组主要照顾者年龄、性别、文化程度、婚姻状况、职业等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 给予常规健康教育和心理健康指导,包括对照顾者的支持、安慰和鼓励、患者饮食指导、疾病相关知识宣教和健康大讲堂等。

1.2.2 观察组 在常规健康教育的基础上实施团体心理干预,干预内容主要参照清华大学樊富珉教授著作《结构化团体辅导与咨询应用实例》^[8],根据团体心理干预的规则,制订晚期癌症患者主要照顾者团体心理干预方案,主要使用技术有倾听、共情、支持疗法、音乐疗法、正念认知疗法、运动疗法和心理教育等。本研究干预时间为6周,每周1次,每次持续时间为90~120 min。具体干预方案见表2。

表1 两组主要照顾者一般资料比较

项目	类别	观察组($n=31$)	对照组($n=31$)	χ^2 值	P 值
年龄(岁)		47.68 $\pm$ 12.18	45.52 $\pm$ 9.17	0.793*	0.434
性别	男	23	20	0.678	0.413
	女	8	11		
文化程度	文盲	5	3	2.230	0.531
	小学	17	22		
	初中	6	5		
	高中及以上	3	1		
婚姻状况	未婚	1	2	1.333	0.514
	已婚	29	29		
	丧偶或离异	1	0		
职业	工人	1	1	1.171	0.777
	农民	24	21		
	其他	6	9		
	配偶	13	11		
与患者关系	父母	8	11	1.116	0.773
	子女	7	5		
	兄弟姐妹	3	4		
家庭人均月收入(元)	<3000	8	10	0.372	0.831
	3000~	15	13		
	5000~	8	8		

*为 t 值。

表 2 观察组团体心理干预方案

次数	单元名称	活动目标	活动内容
1	缘聚你我	互相认识,引发兴趣	游戏环节:刮大风;连环自我介绍、建立团体契约;介绍团体内容和规则。音乐疗法、同心同德、相亲相爱,放松训练:如健脑操、背靠背、转手功等,家庭作业
2	同舟共济	培养团体意识,鼓励相互信任	游戏环节:你指我走;用身体写名字、压力圈圈图、音乐疗法、身体扫描、怎么爱自己,放松训练:拍手功、躯体按摩
3	众志成城	认识合作的重要,增进团体的气氛	游戏环节:解开千千结;角色扮演、倾诉烦恼、写出最困扰的3个问题寻求小组帮助、甜蜜的负担、音乐疗法,放松训练:如冥想、健手操等
4	减压有方	评估压力、澄清压力、管理压力、增强自信	游戏环节:角色转变;写出我的压力,小组共享并寻求帮助;无家可归、我的支持系统、从头再来,放松训练:穴位按摩、呼吸调整、冥想等
5	成长有路	强化支持,逆境求存,缅怀亲友、告别昨天	游戏环节:天气预报;我得人生三部曲、做“生命线”、哀悼仪式(放飞氢气球)、哀伤模式讲解、音乐疗法、放松训练:如蝴蝶拍、甩手功
6	未来有梦	学会接纳他人,明确目标、重燃希望、面向未来	游戏环节:感恩人世间、自画像、放松身心、我的感受、相亲相爱、领导者教会大家一起做手语歌《相亲相爱一家人》的练习。体验团队的力量,歌唱《同一首歌》并道别

1.3 评价指标

(1) 一般资料: 问卷内容包括年龄、性别、婚姻状况、文化程度和经济状况等。问卷在患者入院后由专人发放, 说明研究目的并指导照顾者填写完成。本研究共发放调查问卷 62 份, 回收问卷 62 份, 有效回收率为 100%。

(2) 社会支持: 采用肖水源编制的社会支持量表 (SSRS) [9], 该量表共 10 个条目, 总条目之和为社会支持总分, 3 个维度即客观支持、主观支持、对社会支持利用度。其中第 1~4, 8~10 条目, 各选项分别计分 1~4 分; 第 5 条目, 共有 5 个小条目, 各小条目分别可计 1~4 分, 该条目最高可计 20 分; 第 6、7 条目, 各条目可计 0~9 分, 两个条目最高可计 18 分; 量表最高可计 66 分。该量表已在国内广泛使用, 具有较好的信效度。

(3) 希望水平: 采用赵海平等翻译的 Herth 希望指数量表 (HHI) [10], 该量表共 12 个条目, 3 个维度。采用 Likert 4 级评分法, 每个条目 1~4 分, 总分 12~48 分, 12~23 分为低希望水平, 24~35 分为中等希望水平, 36~48 分为高等希望水平。该量表重测信度为 0.92, Cronbach's α 系数为 0.85 [11]。

(4) 心理状态: 采用 Zung 编制的焦虑自评

量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评价主要照顾者焦虑、抑郁情绪 [12-13]。SAS 共 20 个条目, 采用 Likert 4 级评分法, 每个条目的得分相加得粗分 $\times 1.25$, 取整数部分, 得到标准分。按照中国常模标准, SAS 得分 >50 分判定为有焦虑症状。SDS 共 20 个条目, 采用 Likert 4 级评分法, 每个条目的得分的相加得粗分 $\times 1.25$, 取整数部分, 得到标准分。按照中国常模标准, SDS 得分 >53 分判定为有焦虑症状。该量表已普遍适用, 具有很好的信效度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行统计分析。计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预前后两组患者的主要照顾者社会支持量表评分比较

干预前, 观察组和对照组社会支持评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组社会支持评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 干预前后两组照顾者社会支持评分的比较 (分)

组别	人数	干预前	干预后
观察组	31	36.06 $\pm$ 3.43	46.90 $\pm$ 3.63
对照组	31	37.52 $\pm$ 2.54	42.19 $\pm$ 3.20
t 值		1.905	5.419
P 值		0.061	0.000

2.2 干预前后两组患者主要照顾者 Herth 希望指数评分比较

干预前，两组 Herth 希望指数评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；实施团体心理干预活动后，观察组 Herth 希望指数评分高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 干预前后两组照顾者 Herth 希望指数评分的比较 (分)

组别	人数	干预前	干预后
观察组	31	37.34 ± 2.57	40.24 ± 3.15
对照组	31	36.42 ± 2.17	38.29 ± 2.95
<i>t</i> 值		1.522	2.516
<i>P</i> 值		0.133	0.015

2.3 干预前后两组患者主要照顾者焦虑及抑郁评分的比较

干预前，两组焦虑及抑郁评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后，观察组焦虑、抑郁评分低于对照组，组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 干预前后两组照顾者焦虑及抑郁评分的比较 (分)

组别	人数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	31	53.38 ± 3.80	43.00 ± 4.77	44.89 ± 2.68	41.79 ± 2.69
对照组	31	52.03 ± 3.57	49.10 ± 3.69	46.35 ± 3.65	43.29 ± 2.60
<i>t</i> 值		1.442	5.683	1.795	2.232
<i>P</i> 值		0.155	0.000	0.078	0.029

3 讨论

随着疾病的进展，恶性肿瘤患者会出现不同程度的负面情绪，如恐惧、焦虑和抑郁等^[14-15]。晚期恶性肿瘤患者实施治疗的根本目的不再是延长生命，而是使生命保持尽可能的舒适和有意义，以追求生命的广度和深度，使患者和家属获得最好的生活质量^[16]。患者的生活质量与照顾者的照顾负担成正比^[17]，主要照顾者作为晚期恶性肿瘤患者的主要家庭支持系统，临床医护人员不应局限于患者的医治与护理，而应更多关注照顾者的心理健康，促进家庭功能成功适应，从而提高家庭支持程度，提高患者的生活质量。

由于恶性肿瘤患者客观上的难以治愈和死亡的不可避免，患者的主要照顾者与患者一样被负面情绪所困扰，但却很少被关注和支持。团体心理干预具有目的明确、同质化、节省人力等优势，被广泛应用于临床和研究中，具有良好的社会效益。团体

心理干预前，本研究团队收集了两组主要照顾者年龄、性别、文化程度、婚姻状况、职业等一般资料，两组间差异无统计学意义。在辅导小组的合作下，本研究构建了一个相互支持、接纳、分享和宣泄的团体，组员在团体活动中，增加了团队合作的机会，培养组员彼此之间的合作与沟通。结果显示：团体心理干预后，观察组社会支持、Herth 希望指数评分高于对照组，团体心理干预有助于提高照顾者的社会支持水平和希望指数。希望是个人在受外界刺激时一种内心潜在的正向期待和渴望，良好的社会支持和积极的应对方式有助于个体发现自身的问题，并寻求有效的解决方法，解决问题的成就感有助于增强自我的信心^[18]。本研究结果提示通过团体心理干预有助于帮助照顾者相互分享和支持，建立正确的认知，化解疑惑，通过专业的心理指导，提高社会支持水平，进而帮助照顾者解决问题，树立信心和提升生活的希望。

在团体心理干预中，辅导者引导组员实施简单

有效的放松训练,帮助组员纠正不良的负面情绪,减少组员的焦虑、抑郁情绪。干预后,观察组焦虑、抑郁评分低于对照组,分析原因在于,团体心理干预通过与照顾者的有效沟通,以及照顾者直接相互分享、支持,帮助照顾者将自己内心真实的情感状态表达出来,进而早期发现、早期解决问题,及时纠正错误认知,使照顾者正确了解疾病相关治疗及预后,能够有效改善并减轻照顾者的焦虑、抑郁情绪。这也与 Northouse 等^[19]研究一致。辅导者在团体心理干预中,实施患者与照顾者角色转变,采用预期性哀悼来使照顾者切身体会患者的心境和身体状态,教会照顾者勇敢面对现实,增加照顾者积极面对生活的态度和信念^[20]。

总之,对于晚期癌症患者主要照顾者实施团体心理干预,可缓解照顾者的焦虑、抑郁不良情绪,提高社会支持和希望水平。本研究作为一个单中心研究,存在一定的偏倚,仍需多中心、大样本的研究进一步证实。目前,随着医疗科技的进步,生物-心理-医学模式正逐步实施和推进,达到身心健康的目的。患者的健康与家庭密切相关,家庭支持系统必是不可忽视的一部分,探索积极有效的家庭支持系统,可能成为医护治疗领域的一个新趋势。

4 参考文献

- [1] Xia C, Dong X, Li H, et al. Cancer statistics in China and United States[J]. Chin Med J (Engl), 2022, 135(5):584-590
- [2] 谢争. 免管免禁食管癌快速康复临床护理路径的应用研究[D]. 郑州: 河南大学, 2018.
- [3] 李宏, 苏衍萍. 晚期癌症患者生存质量影响因素的调查分析[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(1):18-20.
- [4] 滕楠, 陈传波. 恶性肿瘤患者照顾者生活质量的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(2):181-183.
- [5] Bevens M, Sternberg E M. Caregiving Burden, Stress, and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients[J]. JAMA, 2012, 307(4):398-403.
- [6] Götze H, Brähler E, Gansera L, et al. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care[J]. Supportive Care in Cancer, 2014, 22(10):2775-2782.
- [7] Boyoung P, Young KS, Ji-Yeon S, et al. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Anxious or Depressed Family Caregivers of Patients with Cancer: A Nationwide Survey in Korea[J]. PLoS One, 2013, 8(4):e60230.
- [8] 樊富珉. 结构式团体辅导与咨询应用实例[M]. 北京: 高等教育出版社, 2015:125-148.
- [9] 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.
- [10] Tousman S, Zeitz H, Taylor LD, et al. Development, Implementation and Evaluation of a New Adult Asthma Self-Management Program[J]. J Community Health Nurs, 2007, 24(4):237-251.
- [11] 陈丹, 宁晓东, 潘慧, 等. 家庭尊严干预在老年轻度认知障碍患者主要照顾者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(4):543-548.
- [12] 赵红霞, 袁媛, 陈长英. 正念减压训练对老年慢性心力衰竭患者负性情绪的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(19):2315-2318.
- [13] 寇小君, 龚传鹏, 刘修军, 等. 武汉市社区老年人群焦虑、抑郁现状及影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(10):2529-2531.
- [14] 闫新欣, 王桂华, 席少枝, 等. 恶性肿瘤患者合并焦虑抑郁的临床分析[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(1):54-56.
- [15] Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update[J]. J Clin Oncol, 2017;35(1):96-112.
- [16] 赵杰. 安宁疗护和姑息治疗对直肠癌晚期患者临终期生活质量的影响[J]. 中国肛肠病杂志, 2022, 42(3):62-63.
- [17] 左艳, 陈静, 李琴, 等. 照顾者负荷对化疗期妇科恶性肿瘤病人生活质量的影响[J]. 护理研究: 中旬版, 2017, 31(35):4546-4548.
- [18] 石钰, 何静, 邓俊娜, 等. 希望理论在护理心理中的应用进展[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(20):2471-2472.
- [19] Northouse L, Schafenacker A, Barr KLC, et al. A Tailored Web-Based Psychoeducational Intervention for Cancer Patients and Their Family Caregivers[J]. Cancer Nurs, 2014, 37(5): 321-330.
- [20] Titler MG, Visovatti MA, Shuman C, et al. Effectiveness of implementing a dyadic psychoeducational intervention for cancer patients and family caregivers[J]. Support Care Cancer, 2017, 25(11):3395-3406.

[2022-02-22 收稿]

(责任编辑 陈景景)

中职女护生性健康知识认知现状及影响因素分析

杜文玉 吴敏 雷启蓉

【摘要】 目的 探讨中职女护生性健康知识认知现状及相关影响因素。方法 2021年1—12月选取医院附属职业卫生学校在校女护生600名为调查研究对象,应用一般资料调查问卷、中职学生性健康知识问卷、Rosenberg自尊量表对入组护生进行调查。采用多元线性回归分析影响中职女护生性健康知识的相关因素。结果 入组女护生性健康知识总评分为 28.12 ± 4.23 分,其中评分最高的维度为青春期保健知识。经线性回归分析可知,护生为留守儿童、户籍为农村、有过性生活、初中接受过性健康知识教育、护生自尊程度高是影响中职女护生性健康知识的主要因素($P < 0.05$)。结论 中职女护生性健康知识水平较低,可通过强化学校性健康教育来提高中职女护生对性健康知识的认识,以促进其性观念及态度的转变,减少或推迟不安全性行为的发生。

【关键词】 中职女护生;性健康知识;认知现状;影响因素;调查

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.005

Analysis of the current situation of recognition and influencing factors of knowledge about sexual health among female nursing students in secondary vocational schools DU Wenyu, WU Min, LEI Qirong (The Affiliated Hospital of Southwest Medical University, Luzhou, 646000, China)

【Abstract】 Objective To explore the current situation of recognition and related influencing factors of knowledge about sexual health among female nursing students in secondary vocational schools. **Methods** To select 600 female nursing students in the vocational health school affiliated to the hospital from January to December 2021 as the study objects. The general information questionnaire, secondary vocational students' sexual health knowledge questionnaire and Rosenberg self-esteem scale were used to investigate the enrolled nursing students. Multiple linear regression analysis was used to analyze the related factors affecting the sexual health knowledge of female nursing students in secondary vocational schools. **Results** The total score of sexual health knowledge among female nursing students was 28.12 ± 4.23 points, and the dimension with the highest score was adolescent health knowledge. Linear regression analysis showed that the nursing students were left-behind children, their household registration was in rural areas, they have had sexual life, they have received sexual health knowledge education in junior high schools, and nursing students' high self-esteem were the main factors that affected the sexual health knowledge of secondary vocational female nursing students($P < 0.05$). **Conclusion** The level of sexual health knowledge among secondary vocational female nursing students was relatively low. Strengthening school sexual health education can improve secondary vocational female nursing students' awareness of sexual health knowledge, so as to promote the change of their sexual concepts and attitudes, and reduce or delay the occurrence of unsafe sex.

【Key words】 Secondary vocational female nursing students; Sexual health knowledge; Cognition status; Influencing factors; Investigate

基金项目: 2019年度四川省高校人文社会科学重点研究基地科研项目-四川社会学与性教育研究中心2019年度项目(编号: SXJYZ1013)

作者单位: 646000 四川省泸州市, 西南医科大学附属医院皮肤科

杜文玉: 女, 本科, 副主任护师

青少年的性健康问题一直是社会各界关注的热点，当今青少年成长于互联网高速发展的时期，现代媒体资讯技术的愈加发达，信息的全球化，互联网资源的共享使得他们更易受到开放的性观念的冲击和影响，导致他们的性观念发生深刻的转变^[1-2]。由性引发的一系列问题已经成为危害青少年健康的重要危险因素。以往国内对青少年性健康知识现状的调查研究对象聚焦于大学生和普通高中生群体，对中职学生的关注度不高，对职业卫生技术学校的中职女护生这一特殊群体的研究更是少见^[3]。中职女护生与其他层次的女学生相比，由于受教育、家庭背景、心理及学习环境等因素的影响，缺乏正确的引导，导致她们的性健康知识缺乏^[4]。中职女护生作为临床一线护理工作者的重要来源，其性健康水平不仅关系到自身的身心健康，也会对护理对象产生直接而深远的影响^[5]。因此，本研究将探讨中职女护生的性健康知识认知现状及相关影响因素，旨在为中职女护生性健康知识宣教提供指导。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2021 年 1—12 月选取本院附属职业卫生学校在校女护生 600 名为调查研究对象，纳入条件：年龄 15~19 岁；对本次调查内容知情，并愿意积极配合。排除调查期间休病假或事假的护生。

1.2 调查工具与内容

1.2.1 一般资料调查 采用自拟的“一般资料调查问卷”，问卷内容包括护生年龄、首次月经来潮时间、户籍、是否有恋爱经历、是否有性生活、父母学历、是否单亲家庭、是否为留守儿童、初中是否接受过性健康知识宣教等。

1.2.2 中职学生性健康知识 采用叶霓^[6]编制“中职学生性健康知识问卷”进行评价。问卷内容包括生理知识(8 个条目)、青春期保健知识(7 个条目)、避孕和流产知识(9 个项目)、性病知识(10 个条目)和艾滋病知识(8 个条目)5 个部分，共计 42 个条目。每个条目设置“对”“错”“不知道”3 个答案选项，正确答案参照相关教材和参考资料确定，并请专家进行评定，计分方式为回答正确得 1 分，回答错误或不知道得 0 分，总评分为 0~42 分，得分越高说明对性健康知识的知晓程度越高。量表 Cronbach's α 系数为 0.812~0.866，信度系数为 0.872~0.922，提示量表信效度理想。

1.2.3 自尊 采用 Rosenberg 自尊量表调查护生的自尊程度，该量表由申自立等^[7]修订，量表包括 10

个条目，每个条目赋值 1~4 分，总评分 10~40 分，分值越高说明护生自尊程度越高，量表信效系数为 0.852，效度系数为 0.896，提示量表信效度理想。

1.3 调查方法

本次施测由研究者本人及项目组成员和抽样班级班主任担任主试，一、二年级利用自习时间发放问卷调查表，三年级学生进入医院临床实习阶段，利用班级开会时间发放问卷调查表，测试地点在各班教室，现场施测并当场收回问卷。施测前统一对班主任进行培训，要求班主任在施测前向受试者解释本次测试的目的及要求。告知受试者使用纸笔匿名作答，保持安静，不得相互讨论以保证测试结果的真实性。特别强调本次测试的结果严格保密，被试者可以放心如实作答。问卷回收后，将基本资料填写不全，答案多选或漏选以及所有题项选择同一答案的问卷作为无效问卷剔除，保存有效问卷原始数据。将所有问卷及量表装订成册发放给每位调查者，本次共发出问卷 600 份，有效回收 595 份，有效率为 99.17%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件对相关数据进行分析，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用独立样本 t 检验或方差分析；应用 Pearson 单因素分析中职女护生性健康知识 with 自尊水平关系；应用线性回归分析影响中职女护生性健康知识的相关因素。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中职女护生性健康知识评分及自尊评分分析

入组女护生性健康知识总评分为 28.12 ± 4.23 分，其中评分最高的维度为青春期保健知识，自尊总评分为 28.12 ± 3.12 分，见表 1。

表 1 中职女护生性健康知识调查分析(分)

项目	条目数	总评分	条目均分
性健康知识总评分	42	28.12 ± 4.23	0.67 ± 0.22
生理知识	8	5.22 ± 1.33	0.65 ± 0.19
青春期保健知识	7	6.44 ± 1.10	0.92 ± 0.20
避孕和流产知识	9	5.98 ± 1.08	0.66 ± 0.18
性病知识	10	5.96 ± 1.32	0.60 ± 0.21
艾滋病知识	8	4.70 ± 1.07	0.59 ± 0.14
自尊总评分	10	28.12 ± 3.12	2.90 ± 0.68

2.2 影响中职女护生性健康知识的单因素分析

农村、有过性经历、单亲家庭、留守儿童、

初中未接受过性健康知识宣教的中职女性健康知识评分显著低于城市、无有过性经历、非单亲家庭、非留守儿童及初中接受过性健康知识的中职女性 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 不同基线资料的中职女护生性健康知识评分比较

分析因素	类别	人数	性健康知识评分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
护生年龄 (岁)	15~	285	27.96 ± 4.22	1.429	0.153
	>18	310	28.40 ± 3.26		
首次月经来潮时间 (岁)	10~	175	28.02 ± 3.55	2.214*	0.110
	13~	205	27.68 ± 3.41		
	≥ 15	215	28.38 ± 3.29		
户籍	农村	305	25.96 ± 4.02	13.189	0.000
	城镇	290	30.22 ± 3.85		
是否有恋爱经历	是	115	28.23 ± 3.88	0.432	0.667
	否	480	28.04 ± 4.32		
是否有性生活	是	85	26.23 ± 3.26	7.193	0.000
	否	510	29.99 ± 4.63		
父母学历	小学 / 初中	185	28.02 ± 3.02	1.168*	0.312
	高中 / 中专	210	28.23 ± 3.10		
	大专或以上	200	28.48 ± 2.74		
是否单亲家庭	是	225	26.98 ± 3.55	9.342	0.000
	否	370	30.02 ± 4.02		
是否为留守儿童	是	255	25.78 ± 3.82	13.331	0.000
	否	340	29.88 ± 3.63		
初中接受过性健康知识宣教	是	155	30.63 ± 4.02	15.198	0.000
	否	440	25.52 ± 3.44		

* 为 *F* 值。

2.3 影响中职女护生性健康知识多因素分析

以中职女护生性健康知识为因变量，以影响中职女护生性健康知识相关因素为自变量行线性回归分析，各自变量赋值结果见表 3。经多元线性回归分析显示，护生为留守儿童、户籍为城镇、有过性生活是影响中职女护生性健康知识的促进因素 ($P<0.05$)，而初中接受过性健康知识教育、护生自尊程度高是影响中职女护生性健康知识的阻碍因素 ($P<0.05$)，见表 4。

表 3 变量赋值表

变量标签	赋值说明
农村	是 =1，否 =0
有过性经历	是 =1，否 =0
单亲家庭	是 =1，否 =0
留守儿童	是 =1，否 =0
接受过性健康知识宣教	是 =1，否 =0
护生自尊水平	原值输入

表 4 影响中职女护生性健康知识的线性回归分析

分析因素	<i>B</i> 值	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
留守儿童	0.612	0.531	5.986	0.000
户籍为农村	0.869	0.582	6.489	0.000
有过性生活	0.628	0.577	8.022	0.000
接受过性健康知识教育	-0.468	0.523	7.922	0.000
护生自尊程度高水平	-0.489	0.511	7.152	0.000

2.4 中职女护生性健康知识评分与自尊水平的关系
经 Pearson 单因素分析可知，中职女护生健康

知识总评分及相关维度评分呈正相关 ($P<0.05$)，见表 5。

表 5 中职女护生性健康知识评分与自尊水平的关系		
性健康知识	r 值	P 值
总评分	0.602	0.000
生理知识	0.456	0.000
青春期保健知识	0.412	0.000
避孕和流产知识	0.463	0.000
性病知识	0.522	0.000
艾滋病知识	0.519	0.000

3 讨论

3.1 中职女护生性健康知识认知情况分析

本研究对中职女护生性健康知识进行调查，结果显示，其性健康知识总评分 28.12±4.23 分，说明中职女护生性健康知识水平偏低，应引起职业学校关注。分析可能由于中职女护生与其他层次的女学生相比，由于受教育、家庭背景、心理及学习环境等因素的影响，缺乏正确的引导，导致她们的性健康知识缺乏^[8]。另外，该进入中等职业学校就读的学生有超过半数是因为中考落榜而不得已的选择，由于入校前其学习发展和学习水平不足，起点低，中专学生素质普遍低于普通高中^[9]。此外，中职学生大多数为 15~18 岁的青少年，性格冲动、好奇心强烈、对性充分幻想，加之现在互联网技术发展较快，中职女护生更容易接触不良的性知识，导致其容易产生不良的性行为，影响其对性健康知识的认知^[10]。

3.2 影响中职女护生性健康知识相关因素分析

本研究经线性回归分析可知，影响中职女护生健康知识的相关因素包括护生为留守儿童、户籍为城镇、有过性生活、初中接受过性健康知识教育、护生自尊水平。

(1)留守儿童: 留守儿童由于从小与父母分离，导致其从小缺乏性知识启蒙，影响其对性健康知识的认知^[11]。加之，中职女护生由于缺自小缺乏父母关爱，导致其渴望从异性身上获得关爱，在这过程中容易让护生产生性冲动，并从不同渠道中获取不良的性方面相关信息，从而影响患者对性健康知识的认知^[12]。

(2)农村户籍: 户籍为城镇的中职女护生由于家庭经济状况较好，其能从多渠道获取性健康相关知识，提高其对性健康的认知，而农村的中职女护生由于家里经济条件较差，加之所处的环境信息封闭，导致其获取性健康知识有限，因此影响其性健康知识认知水平^[13]。

(3)有过性生活: 对于过早进行性生活的中职女护生由于对性健康知识缺乏认知，导致容易发生不安全性行为，因此对于该类中职护生应加强性健康指导，以提高其对性健康的认知，使其能更好地保护自己^[14]。

(4)接受过性健康知识教育: 对于初中时已接受过系统化性健康知识教育的护生由于已对性知识有部分的认知及理解，因此进入中职后其性健康知识水平较未接受过性健康知识宣教的护生高^[15]。

(5)自尊程度: 自尊是指个体基于自我评价而产生的一种自尊、自爱，并同时要求受到他人尊重的一种情感体验^[16]。青少年自尊水平越高越有助于采取积极的态度了解性知识，避免其发生不当性行为^[17]。这提示职校老师除了注重在校护生身心健康外，还应关注护生性健康知识掌握情况，对于性健康知识薄弱的在职护生应加强健康指导，以提高其性健康知识水平^[18]。

4 小结

中职女护生性健康知识水平较低，可通过强化学校性教育来提高中职女护生对性健康知识的认识，以促进其性观念及态度的转变，减少或推迟不安全性行为的发生。然而本研究存在一定的局限性，调查对象仅源于本校区，而本校区主要为女性护生，缺乏对男性中职护生性健康知识认知调查研究，在日后研究中需要扩大取样范围，将男性中职护生纳入到研究中，以提高研究科学性。

5 参考文献

[1] 贾洪丽,张亚丰,李世纪,等.某职业学院学生性知识态度行为与性风险的关系[J].中国学校卫生,2020,41(12):1890-1892.

[2] 苑晓微,邓继红,周晓娜,等.影响青少年门诊女性患者是否有性生活经历的相关因素分析及需求研究[J].中国性科学,2020,29(12):147-150.

[3] 张成选,陈船,张成浪,等.在校中职女生性健康知识干预效果评价[J].中国校医,2021,35(4):248-251,286.

[4] 赵好.中职学生艾滋病相关风险意识、行为及服务需求研究[D].北京:中国疾病预防控制中心,2021.

[5] 贾洪丽,王丽敏.某职业学校学生性与生殖健康知识认知情况调查分析[J].中国卫生产业,2019,16(32):194-196.

[6] 叶霓.中专女护生性健康知识和性态度的现状及其关系研究[D].昆明:云南师范大学,2017.

[7] 申自力,蔡太生.Rosenberg 自尊量表中文版条目 8 的处理[J].中国心理卫生杂志,2008,2(9):661-663.

[8] 韩璐,杨惠新,邓敏思,等.不同性别 15~21 岁职业

10~15岁女生青春期发动时相与家庭教养方式的相关性分析

戴栩婷 袁丽洁 赵宇晴 张彬馨 李讯 谢晓云

【摘要】 目的 了解我国青少年女生青春期发动时相现状,并探讨其与家庭教养方式的相关性。方法 2021年11月选取嘉兴市南湖区5~9年级青少年女生410名作为研究对象,采用一般情况问卷、青春期发育量表(Pubertal Development Scale, PDS)和简式父母教养方式问卷(Short-Egna Minnen av Barndoms Uppfostran, s-EMBU-C)收集调查对象一般资料、青春期发育情况现状及家庭教养方式信息,并进行分析处理。结果 共发放问卷410份,回收有效问卷394份,有效问卷的回收率为96.10%。在394名调查对象中,68.02%处于适时青春发动时相状态,18.27%、13.71%分别处于早熟或晚熟的异常发动状态。3类青少年女生青春期发动时相的家庭教养方式比较,父亲拒绝、父亲过度保护2个维度及母亲拒绝、母亲过度保护2个维度评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);父亲情感温暖和母亲情感温暖维度评分比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。Pearson相关性分析显示,父亲拒绝、父亲过度保护和母亲拒绝、母亲过度保护维度与青少年女生青春发动时相均呈正相关性($P<0.05$);父亲情感温暖、母亲情感温暖维度与青少年女生青春发动时相呈负相关性($P<0.01$)。结论 大部分青少年女生都处于青春发动时相适时状态,但青少年个体青春发动时相具有差异性,父母拒绝、父母过度保护维度与青少年女生青春发动时相呈正相关性,父母情感温暖维度与青少年女生青春发动时相呈负相关性,且对早熟组青少年女生的影响最大。

【关键词】 青少年;青春发动时相;家庭教养方式;父母过度保护;情感温暖

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.006

Correlation analysis between the onset phase of puberty and family parenting styles in girls aged 10-15 DAI

Xuting, YUAN Lijie, ZHAO Yuqing, ZHANG Binxin, LI Xun, XIE Xiaoyun (Medical College of Jiaxing University, Jiaxing, 314001, China)

【Abstract】 Objective To understand the current situation of adolescent girls' puberty initiation phase in my

基金项目:嘉兴学院2021年度校级SRT计划立项项目(编号:CD8517211476)

作者单位:314001 浙江省嘉兴市,嘉兴学院医学院护理系

高中青少年性与生殖健康知识、态度与行为现状调查[J].广东医学,2019,40(1):187-189.

[9] 刁华,王宏,杨连建,等.重庆青少年青春身心健康知信行与生活质量的关系[J].中国学校卫生,2020,41(1):36-39.

[10] 赵瑞,武俊青,李玉艳,等.基于生殖健康知识潜在类别分析的青少年生殖健康教育与早恋关系研究[J].中国健康教育,2020,36(5):436-440.

[11] 张成选,陈船,陈积容,等.海南省中职女生性健康现状及需求调查分析[J].卫生职业教育,2020,38(11):119-122.

[12] 翟锋.高中生性健康知识认知现状及教育对策[J].科学咨询(教育科研),2020(20):167.

[13] 张成选,陈船,张玉媛,等.海南中职女生性相关行为现状及影响因素分析[J].中国学校卫生,2020,41(7):1074-1077.

[14] 热孜万古丽·阿西木.中职生性健康教育现状调查及教育对策-以喀什地区某职业学校为例[D].武汉:华中师范大学,2019.

[15] 孙晓虹,崔丽萍,赵全红.中职生性健康教育现状调查与对策——以山东省烟台市为例[J].卫生职业教育,2019,37(9):133-135.

[16] 徐晓莉,徐东丽,温晓飒,等.上海闵行区青少年青春期性教育现状及对策[J].中国学校卫生,2019,40(3):441-445.

[17] 夏明娟,窦义蓉,曹型远.重庆市部分中小学青春期性健康教育现状和对策[J].中国学校卫生,2018,39(9):1314-1317.

[18] 马星.青少年性生殖健康教育及其短期效果评价[D].济南:山东大学,2018.

[2022-01-10 收稿]

(责任编辑 陈景景)

country, and to explore its correlation with family parenting style. **Methods** In November 2021, 410 adolescent girls in grades 5-9 in Nanhu district, Jiaxing city were selected as the study objects. The general information, puberty development status and family parenting style information of the survey respondents were collected and analyzed by using the general situation questionnaire, pubertal development scale(PDS) and the short-form Egna Minnen av Barndoms Uppfostran for Chinese(s-EMBU-C). **Results** A total of 410 questionnaires were distributed, 394 valid questionnaires were recovered, and the recovery rate of valid questionnaires was 96.10%. Among the 394 respondents, 68.02% were in the state of timely puberty onset, and 18.27% and 13.71% were in the abnormal onset state of precocious or late puberty, respectively. There was no significant difference in the scores of father's rejection and father's overprotection and mother's rejection and mother's overprotection among the three types of adolescent girls' family parenting styles at the onset of puberty($P>0.05$); there was a statistically significant difference in the scores of father's emotional warmth and mother's emotional warmth($P<0.05$). Pearson correlation analysis showed that the father's rejection, father's overprotection, mother's rejection, mother's overprotection dimension were all positively correlated with adolescent girls' puberty($P<0.05$); the dimensions of father's emotional warmth and mother's emotional warmth are negatively correlated with adolescent girls' puberty($P<0.01$). **Conclusion** Most adolescent girls are in a state of puberty initiation phase, but adolescent individual adolescent initiation phases are different. Parental rejection and parental overprotection dimensions are positively correlated with adolescent girls' puberty initiation phases, and parental emotional warmth dimension is associated with adolescent girls. The onset of puberty was negatively correlated, and it had the greatest impact on adolescent girls in the precocious group.

【Key words】 Adolescent; Puberty onset phase; Family parenting style; Parental overprotection; Emotional warmth

青少年青春期开始时间的个体差异也就是青春发动时相,是一个相对的概念,指的是个体在某一参考群体背景下,或与某一常模进行比较时,其青春期发育过程属于相对较早、适时或较晚^[1]。经多种调查研究显示,青春发动时相异常对个体健康存在不同程度的影响,如男女两性青春发动时相提前均与高血压、2型糖尿病等多种成年期疾病相关^[2]。研究显示,部分发达国家青少年女生月经初潮重新出现提前征象^[3],而中国在内的发展中国家青少年女生青春发动时相提前的长期趋势依然存在^[4]。顾明远^[5]认为,父母教养方式广义上指家庭成员间互相实施的教育,包括父母对孩子及孩子对父母的双向影响,狭义上指父母单方面对孩子进行的培育。彭文涛^[6]则将其定义为生活中父母教养子女表现出的一种稳定的行为模式和态度及子女们感受到的家庭氛围。结合多种研究可得,学者对于家庭教养方式的本质定义基本一致,故本文将家庭教养方式定义为:家庭中在教养培育孩子时,父母展现出来的一种相对稳定的情感倾向和行为作风及思念观念的体现。过去的研究可以得出青春发动时相与家庭教养方式有相关之处,Ellis等^[7]学者研究认为,家庭氛围的和谐温馨因素与受该类家庭环境影响的青少年青春期发动速度呈负相关。可认为家庭教养方式

对青少年青春发动时相有一定影响,但其详细交互关系仍然需要进行进一步研究。本研究采用青春发育量表和简式父母教养方式问卷,在评价目前青少年女生青春发动时相情况的同时对其家庭教养方式进行分析,为完善浙北地区青少年女生青春发动时相情况、揭示家庭教养方式与青春发动时相的相关性提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2021年11月选取嘉兴市南湖区初中、小学各2所,以各学校班级为单位,取5~9年级青少年女生作为研究对象,年龄10~15岁。纳入条件:无甲状腺功能低下、生长激素缺乏和全身各系统障碍等影响青春发动的疾病;家长和受调查学生知情同意。排除条件:长骨骨骺闭合或骨骼生长发育存在障碍;同时参与其他研究,失访;调查问卷填写不完整,如缺少参与分析的主要数据。

1.2 调查工具与内容

课题组成员通过统一培训后一对一面向青少年发放问卷或调查量表并当场填写回收,内容如下。

(1)一般资料问卷:包含年龄、年级等。

(2)青春期发育量表(PDS):采用Petersen

等^[8]编制的 PDS 中文修订版作为研究工具,该量表具有良好的信度和效度,Cronbach's α 系数范围为 0.68~0.83,可对中小学生青春期发育情况进行自我评价。涉及的内容包含身高增长情况;体毛(除头发外,身体其他部分的毛发)发育情况;皮肤改变情况(例如暗疮);乳房发育情况;月经情况,评分标准,已经来潮计 4 分、尚未来潮计 1 分;其余各条目评分标准,未有计 1 分、开始有计 2 分、已经有计 3 分、好像已完成计 4 分。

本研究分别计算个体的 PDS 得分,并将个体与参照群体的平均分数进行了比较。详细来说,把 10~15 岁的调查对象根据每个分为 6 个群体,分别计算每个样本的 PDS 得分总和,如个体样本 PDS 分数大于该年龄参照体平均数 +1 标准差 ($M+1SD$),将其划分到早熟组,小于该年龄参照群体平均数 -1 标准差 ($M-1SD$) 划分到晚熟组,位于两者之间的归为适时组。

(3) 简式父母教养方式问卷 (s-EMBU-C): 该问卷是 2010 年由蒋奖等^[9]修订的,共包括 42 个题目,与父亲或母亲相关各 21 题,包括了父亲或母亲拒绝、过度保护和情感温暖维度。各维度内部一致性系数为 0.74~0.84,重测信度 0.70~0.81,信度与效度均较高,可以有力而客观地判断家庭环境中父母教养方式。本研究采用 4 点计分,问卷题目选择从不计 1 分、偶尔计 2 分、经常计 3 分、总是计 4 分。其中 15 题反向计分。

1.3 调查方法

确定调查对象后,与学校所属教文体局相关领

导沟通协商,再与调查学校相关负责人及调查班级的班主任取得联系。发放问卷前,先对项目组成员进行相关培训,对调查的内容、要求和方法进行讲解并统一指导语。到达学校后将问卷分发给学生,向其说明研究目的及填表方法,并对学生填写时提出的问题及时解答,督导问卷调查的质量,当场填写后收回。收回时,研究人员对调查表进行基础核查,以及时发现填写错误等问题,并予以重新调查纠正,确保问卷的质量。本次研究共发放问卷 410 份,回收 410 份,回收率 100%,其中有效问卷 394 份,有效率 96.10%。

1.4 统计学方法

调查数据经 excel 软件双人录入核查并进行条件筛选,对结果采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”描述,多组间数据比较采用单因素方差分析;计数资料以百分率描述;青少年女生家庭教养方式与青春发动时相采用 Pearson 相关性分析。以 $P<0.05$ 为差异具统计学意义。

2 结果

2.1 青少年女生青春期发动时相在年龄上的分布情况

在 394 名调查对象中,72 名 (18.27%) 处于早熟状态,268 名 (68.02%) 为适时状态,54 名 (13.71%) 处于晚熟状态,见表 1。大多数调查对象处于适时青春发动时相状态,少部分调查对象处于早熟或晚熟的异常发动状态。

表 1 青少年女生青春期发动时相在年龄上的分布情况

年龄 (岁)	人数	PDS 类型		
		早熟组	适时组	晚熟组
10	40	7 (17.50)	26 (65.00)	7 (17.50)
11	127	23 (18.11)	90 (70.87)	14 (11.02)
12	89	19 (21.35)	58 (65.17)	12 (13.48)
13	59	8 (13.56)	42 (71.19)	9 (15.25)
14	51	11 (21.56)	32 (62.75)	8 (15.69)
15	28	4 (14.29)	20 (71.42)	4 (14.29)
合计	394	72 (18.27)	268 (68.02)	54 (13.71)

() 内数据为百分率 (%)。

2.2 青少年女生家庭教养方式与青春发动时相的 Pearson 相关性分析

父亲拒绝、父亲过度保护和母亲拒绝、母亲过

度保护维度与青少年女生青春发动时相均呈正相关性 ($P<0.05$); 父亲情感温暖、母亲情感温暖维度与青少年女生青春发动时相呈负相关 ($P<0.01$), 见

表 2。

2.3 不同类型青少年女生青春期发动时相的家庭教养方式评分比较

不同类型青少年女生青春期发动时相在父亲拒绝、父亲过度保护和母亲拒绝、过度保护维度比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，不同类型青少年女生青春期发动时相的父亲情感温暖和母亲情感温暖评分比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 2 青少年女生父母教养方式与青春发动时相的 Pearson 相关性分析							
维度		父亲拒绝	父亲情感温暖	父亲过度保护	母亲拒绝	母亲情感温暖	母亲过度保护
PDS 类型	<i>r</i>	0.123	-0.156	0.170	0.173	-0.164	0.239
	<i>P</i>	0.015	0.002	0.001	0.002	0.001	0.000

表 3 不同类型青少年女生青春期发动时相的家庭教养方式评分比较 (分)							
PDS 类型	人数	父亲			母亲		
		父亲拒绝	父亲情感温暖	父亲过度保护	母亲拒绝	母亲情感温暖	母亲过度保护
早熟组	72	9.19 ± 3.98	17.63 ± 5.30	15.10 ± 4.61	9.67 ± 4.18	18.46 ± 5.31	16.79 ± 5.10
适时组	268	8.38 ± 2.83	19.41 ± 4.77	15.07 ± 3.67	8.72 ± 3.08	20.02 ± 4.81	16.27 ± 4.00
晚熟组	54	8.43 ± 3.34	19.20 ± 5.29	14.26 ± 3.60	8.61 ± 2.99	20.24 ± 5.13	15.50 ± 3.41
<i>F</i> 值		1.924	3.707	1.050	2.565	3.109	1.492
<i>P</i> 值		0.148	0.025	0.351	0.078	0.046	0.226

注：三类青春发动时相青少年女生在父亲情感温暖和母亲情感温暖维度进一步进行单因素两两比较，父亲情感温暖维度中早熟组 vs 适时组， $P=0.007$ ；早熟组 vs 晚熟组， $P=0.078$ ；适时组 vs 晚熟组， $P=0.784$ ；母亲情感温暖维度中早熟组 vs 晚熟组， $P=0.047$ ；早熟组 vs 适时组， $P=0.018$ ；适时组 vs 晚熟组， $P=0.765$ 。

3 讨论

3.1 青少年女生青春发动时相现状

本研究发现，青少年女生总体上 68.02% 处于青春发动适时期，18.27% 处于青春发动早熟状态，13.71% 处于青春发动晚熟状态。研究结果与我国青少年青春期发动时相的整体水平基本保持一致^[10]，同时也表现了青少年女生个体青春发动情况的差异。国内研究中，季成叶等^[10]、杜敏联^[11]学者分别对 1979、1985、1995、2005 年全国学生体质健康调研数据综合分析讨论后提出，我国青少年整体上青春发动时间依旧呈不断提前的长期趋势。但本研究中对于青春发动时相趋势无法进行判断，有待进一步调查研究。

3.2 青春发动时相与家庭教养方式的相关性

本研究结果显示，不同类型青少年女性青春期发动时相的家庭教养方式中仅有母亲情感温暖和父亲情感温暖维度评分比较差异有统计学意义，不同类型青少年女性青春期发动时相的父亲拒绝、父亲过度保护和母亲拒绝、母亲过度保护评分比较差异无统计学意义。该结果与在中国传统的家庭观念中，

男性是家庭支柱的象征，对青少年女生的身心发育有着较大的影响相符。也与母亲在中国家庭教育中充当主要角色、青少年女生对母亲产生的依恋程度大，母亲的教养方式能影响青少年女生青春发动相相符^[12]。

在父母教养方式 3 个维度中，研究发现父母拒绝、父母过度保护与青少年女生青春发动时相评分比较差异无统计学意义。这与国内关于青春发动时相与家庭因素的相关研究结论有相同之处^[13]，研究都得出父亲情感温暖会影响青少年女生青春发动时相这一结果。本研究通过 Pearson 相关性分析得出父母情感温暖因素与青少年女生青春发动时相呈负相关性，父母拒绝、父母过度保护因素与青春发动时相呈正相关性，即拒绝型和过度保护型父母愈易致使青少年女生青春发动时相异常；父母给予的情感支持愈多，家庭愈温暖和睦，愈不易致使青少年女生青春发动时相异常。

通过两两比较结果数据显示，在父亲情感温暖维度上，早熟组青少年女生与适时组比较结果差异有统计学意义；母亲情感温暖维度上，早熟组青少年女生与适时组、晚熟组比较结果差异具有统计学

意义,表明情感温暖型父母对青少年女生早熟发育的影响最大。青少年女生处于人体生理和心理发育的关键时期,此期间逐步建立完善其独立人格和个性,父母亲正确的教育和引导对青少年女生有着重要的影响。有研究认为长期得不到家庭支持和缺乏良好社会适应能力的青少年普遍会有较高的应激水平,而常处于较高应激性水平对加快青春期发动有促进作用^[14-15]。情感温暖型父母可以为青少年女生提供良好的情感支持,不断提高青少年女生与父母的情感交互和社会适应能力,有利于建立与父母间的亲密关系,不易产生较高应激水平状态,从而不易导致青少年女生青春发动时相提前。

另外,朱阿敏^[16]、巩宗林^[17]研究发现,青春发动时相还与家庭教养方式中母亲拒绝、母亲过度保护维度有关,本研究并未得出母亲拒绝、母亲过度保护维度与青少年女生青春发动时相关的结论。究其原因可能与受该类家庭教养方式影响,青春期间女生长期被否定拒绝、自我被压抑,无法对问卷做出客观回答有关,也可能与样本量不同有关,具体原因有待进一步深入探讨研究。

4 结论

家庭教养方式与青春发动时相之间具有一定相关性,父亲情感温暖和母亲情感温暖对青少年女生青春发动时相具有显著性影响且呈负相关,父母情感温暖维度对早熟组青少年女生的影响最大。这一研究结果丰富了国内关于青春发动时相与家庭教养方式的相关性研究结果,对预防青少年青春发动时相异常、促进青少年女生身心健康发展有一定的启发意义。本研究尚存在局限性,青春发动情况和家庭教养方式相关信息通过问卷形式收集,可能存在回忆偏倚。本研究属于横断面研究,难以考察青少年女生青春发动时相的时间发展特征和变化趋势。

5 参考文献

- [1] Marshall WA,Tanner JM.Variations in pattern of pubertal changes in girls[J].Arch Dis Child,1969, 44(235):291-303.
- [2] Lee MH, Kim SH, Oh M, et al. Age at menarche in Korean adolescents: trends and influencing factors[J]. Reprod Health,2016,13(1):121.
- [3] 杨博,刘琴,刘舒丹,等.青春发动时相提前影响因素的系统评价[J].中国循证医学杂志,2018,18(12):1337-1351.
- [4] 孙莹.男女两性青春发动提前或延迟与多种成年期疾病风险增加相关[J].中华预防医学杂志,2017,51(9):813.
- [5] 顾明远.教育大辞典[M].上海:上海教育出版社,1991:668.
- [6] 彭文涛.初中生父母教养方式与其心理健康的关系研究[D].呼和浩特:内蒙古师范大学,2007.
- [7] Ellis BJ,Mcfadyen-Ketchum S,Dodge KA,et al. Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls:A longitudinal test of an evolutionary model[J].J Pers Soc Psychol, 1999,77(2):387-401.
- [8] Petersen AC, Crockett L, Richards M, et al.A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms[J]. J Youth Adolesc,1988,17(20):117-133.
- [9] 蒋奖,鲁峥嵘,蒋荔菁,等.简式父母教养方式问卷中文版的初步修订[J].心理发展与教育,2010,26(1):94-99.
- [10] 季成叶,胡佩瑾,何忠虎.中国儿童青少年生长长期趋势及其公共卫生意义[J].北京大学学报(医学版),2007,39(2):126-131.
- [11] 杜敏联.青春发育年龄年代提前趋势和性早熟界定年龄关系的剖析[J].临床儿科杂志,2005,23(8):504-506.
- [12] Belsky J,Steinberg LD,Houts RM,et al.Family Rearing Antecedents of Pubertal Timing[J]. Child Development, 2007,78(4):1302-1321.
- [13] Paikoff RL,Brooks-Gunn J. Do parent-child relationships change during puberty?[J]. Psychol Bull,1991,110(1):47-66.
- [14] 左林涛.青春发动时相、父母教养方式与初中生心理亚健康状况之间的关系[D].长沙:湖南师范大学,2016.
- [15] 杨秀清.青少年依恋的发展特点分析及对青春期教育的启示[J].科教导刊,2009(31):117-118.
- [16] 朱阿敏.青春发动时相、父母教养方式与初中生饮酒行为的关系[D].长沙:湖南师范大学,2017.
- [17] 巩宗林.青春期性发育时相与家庭环境因素的关系[D].苏州:苏州大学,2013.

[2022-02-12 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

外科实习护生锐器伤职业暴露认知现状及影响因素分析

仵晓荣 杜媛媛 刘红梅 秦佳蕊 付佳

【摘要】 目的 调查外科实习护生锐器伤情况,为完善锐器伤职业防护策略提供科学依据。方法 自行编制外科实习护生锐器伤调查表,对西安市内11家三级医院、414名外科实习护生进行调查。结果 锐器伤调查表结果显示,84.06%的实习护生在外科实习前曾接受过学校或医院锐器伤培训,锐器伤发生率为83.57%;实习前主动了解锐器伤防护知识66.91%,工作中特别小心、防止锐器伤59.90%;针头使用后利器盒的正确使用45.89%,玻璃安瓿容易造成锐器伤的了解42.03%;操作后立即处理锐器66.91%,进行锐器操作前评估57.97%,单手回套针帽习惯49.03%,锐器伤后戴双层手套40.10%。单因素分析结果显示,不同性别、医院级别、学历的外科实习护生发生锐器伤比较差异具有统计学意义($P<0.05$),年龄和所在科室的外科护生发生锐器伤比较差异无统计学意义($P>0.05$)。二元Logistic回归分析结果显示,外科实习护生锐器伤情况的影响因素是性别和实习医院的级别($P<0.05$)。结论 外科实习护生锐器伤发生率高,风险较高且认知存在不足,学校和医院应高度重视,强化培训,完善制度流程,以加强外科实习护生的职业防护。

【关键词】 外科实习;护生;锐器伤;影响因素;防护

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.007

Analysis of cognitive status and influencing factors of occupational exposure to sharps injuries among surgical interns WU Xiaorong, DU Yuanyuan, LIU Hongmei, QIN Jiarui, FU Jia (Shanxi Provincial People's Hospita, Xi'an, 710068, China)

【Abstract】 Objective To investigate the situation of sharps injuries among surgical interns and to provide scientific basis for improving occupational protection strategies for sharps injuries. **Methods** A survey form of sharps injuries among surgical intern nursing students was prepared by themselves, and a survey was conducted among 11 tertiary hospitals and 414 surgical intern nursing students in Xi'an. **Results** The results of the sharps injury questionnaire showed that 84.06% of the interns had received sharps injury training in schools or hospitals before surgical practice, and the incidence of sharps injury was 83.57%; before the internship, 66.91% of them took the initiative to understand the knowledge of sharps injury protection, and 59.90% of them were especially careful to prevent sharps injuries at work; the correct use of sharps box after needle use is 45.89%, and the understanding that glass ampoules are likely to cause sharps injury is 42.03%; 66.91% handled sharps immediately after operation, 57.97% assessed before sharps operation, 49.03% used one-handed trocar cap habit, and 40.10% wore double gloves after sharps injury. Univariate analysis showed that there were statistically significant differences in the incidence of sharps injuries among surgical intern nursing students of different genders, hospital levels and educational backgrounds($P<0.05$), and there was no significant difference in the incidence of sharps injuries among surgical nursing students of different ages and different departments($P>0.05$). The results of binary Logistic regression analysis showed that the influencing factors of sharps injury among surgical trainee nurses were gender and the level of trainee hospital($P<0.05$). **Conclusion** The incidence of sharps injury among surgical interns was high, the risk was high and the cognition was insufficient. Schools and hospitals should attach great importance to it, strengthen training, and improve the system process to strengthen the occupational protection of surgical interns.

【Key words】 Surgical practice; Nursing students; Sharps injury; Influencing factors; Protection

基金项目:陕西省人民医院护理科研项目(编号:2017HL-01)

作者单位:710068 陕西省西安市,陕西省人民医院(杜媛媛,仵晓荣,刘红梅,付佳);甘肃省兰州市兰州大学第二医院(秦佳蕊)

仵晓荣,女,本科,副主任护师

锐器伤是指医务人员在临床工作中由于针头、手术器械、医疗废弃物以及其他锐物等所造成意外伤害^[1],是一种常见的职业损伤,严重危害医务人员的身心健康^[2-4]。外科护理人员因职业特殊性,感染风险增加^[5]。护生因刚进入临床,缺乏工作经验及职业暴露防范知识,职业暴露风险高^[6-8]。然而,目前针对外科实习护生锐器伤自我防护的研究较少。因此,本研究针对外科实习护生锐器伤情况进行调查,为实习护生职业安全防护提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

以2019级分配至西安市内三级甲等和三级乙等医院共11家、414名外科实习护生作为研究对象,年龄19~24岁。其中肝胆外科75名、普外科62名、神经外科60名、急诊外科60名、胸外科52名、血管外科38名、手术室30名、其他外科37名。

1.2 纳入与排除条件

纳入条件:实习单位为三级甲等或三级乙等医院;在外科实习1个月以上者;自愿参与本研究并取得知情同意。排除条件:实习主要在主班、药疗、行政等辅助岗位;有护士工作经历或临床实习经历者。

1.3 调查工具与内容

(1)一般资料调查表:内容包括姓名、性别、年龄、本科就读学校、实习医院等。

(2)自制外科实习护生锐器伤调查表:邀请5

名护理专家通过德尔菲专家函询法、经过3轮专家咨询修订,最终确定本次调查问卷。内容包括护生利器盒的正确使用;对玻璃安瓿易造成锐器伤的了解;回套针帽习惯;发生锐器伤后戴双层手套等层面落实情况。经测评该问卷Cronbach's α 系数 >0.7 , KMO值 >0.5 ,信效度良好,可以使用。

1.4 统计学方法

使用SPSS 22.0统计学软件对数据进行处理。计数资料用百分率(%)表示,单因素分析采用 χ^2 检验,多因素分析采用二元Logistic回归分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 414名外科实习护生锐器伤情况调查

414名外科实习护生锐器伤调查结果显示,大多数护生在外科实习期间曾发生过锐器伤。利器盒的正确使用率仅为45.89%;玻璃安瓿易造成锐器伤的了解率为42.03%;有回套针帽习惯的实习护生为49.03%;发生锐器伤后戴双层手套的实习护生为40.10%,落实较低。见表1。

2.2 414名外科实习护生发生锐器伤职业暴露的单因素分析

护生发生锐器伤的单因素分析结果显示,性别、实习医院的等级、学历是影响外科实习护生发生锐器伤的相关因素,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表1 414名外科实习护生锐器伤调查情况

项目	人数	百分率(%)	项目	人数	百分率(%)
工作中习惯戴手套及口罩	410	99.03	实习前主动了解锐器伤职业防护方法	277	66.91
实习过程中主动了解锐器伤职业暴露危害	364	87.92	操作结束后是否立即正确处理锐器	277	66.91
实习前接受学校或医院锐器伤相关培训	348	84.06	工作中小心,防止锐器伤的意识	248	59.90
在接触患者体液、血液、分泌物前戴手套	339	81.88	进行锐器相关操作前的评估	240	57.97
工作中正确分类医疗垃圾,正确处理污染性废物	331	79.95	针头使用后利器盒的正确使用	190	45.89
操作中发现手套破损及时更换	331	79.95	玻璃安瓿易造成锐器伤的了解	174	42.03
被污染的锐器刺伤后立即上报并处理	315	76.09	工作中单手回套针帽习惯	203	49.03
对锐器伤会造成严重危害的了解	306	73.91	发生锐器伤后戴双层手套	166	40.10

表2 414名外科实习护生锐器伤职业暴露的单因素分析

分析因素	类别	总人数	暴露人数	阳性暴露率(%)	χ^2 值	P值
性别	男	56	53	94.64	5.401	0.020
	女	358	295	82.40		
学历	本科	224	176	78.57	10.938	0.001
	专科	190	172	90.53		

续表

分析因素	类别	总人数	暴露人数	阳性暴露率（%）	χ^2 值	P 值
医院级别	三级甲等	297	242	81.48	5.193	0.023
	三级乙等	117	106	90.60		
年龄（岁）	19~	73	62	84.93	0.556	0.757
	21~	301	254	84.38		
	23~24	40	32	80.00		
所在科室	肝胆外科	75	62	82.67	2.552	0.923
	普外科	62	53	85.48		
	神经外科	60	49	81.67		
	急诊外科	60	53	88.33		
	胸外科	52	43	82.69		
	血管外科	38	31	81.58		
	手术室	30	27	90.00		
	其他	37	30	81.08		

2.3 414 名外科实习护生锐器伤影响因素的二元 Logistic 回归分析

以外科实习护生了解锐器伤为因变量，以单因素分析中差异有统计学意义的性别、医院级别、学历为自变量纳入回归方程，自变量赋值见表 3。外科实习护生发生锐器伤影响因素的二元 Logistic 回归分析结果显示，外科实习护生锐器伤的主要影响

因素是性别和医院级别（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 3 变量赋值表

变量标签	赋值说明
是否了解锐器伤职业暴露	是 =0，否 =1
性别	男 =0，女 =1
医院级别	三级甲等 =0，三级乙等 =1
学历	本科 =0，专科 =1

表 4 414 名外科实习护生锐器伤影响因素的二元 Logistic 回归分析

分析因素	回归系数	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	OR95%CI
常数项	8.979	2.124	17.878	0.000		
性别	-1.916	0.619	9.587	0.002	0.147	0.044~0.495
医院级别	-1.375	0.433	10.086	0.001	0.253	0.108~0.591

3 讨论

本研究结果显示，护生在临床实践过程中对于锐器伤知识有所了解，特别是工作中习惯戴手套及口罩做的相对较好，这可能与护生在临床实践前系统学习相关理论和实验课程，有较为熟悉、系统的了解，但对于实际操作而言，却存在一定欠缺，如利器盒使用、锐器的处理及发生不良事件的正确处理等涉及实践操作及自我处理层面，这可能与实习护生缺乏临床实践，缺乏理论和实践之间的转化有关，这一结果与此前研究结果相似^[9-11]。高校应注重理论教学和实践教学相结合，注重培养学生的实践能力；临床实习单位应加大对护生实践能力的培

养，不定期进行临床实践考核，使其临床操作同质化、规范化。加强护生慎独能力的培养，使其尽快适应从学生到临床一线护理人员角色的转化。

本研究单因素分析结果显示，对于锐器伤而言，男性锐器伤阳性暴露率高于女性，这可能与性别特征、处理方式、心理特点等有关，这与此前实习护生及新上岗人员锐器伤认知、态度、行为调查分析结果相似^[12-13]。在学历层面比较差异有统计学意义，专科实习护生锐器伤阳性暴露率高于本科实习护生，可能与实习护生在校期间学习理论知识不扎实、实践操作课程安排不合理、临床实践任务不充足等有关。在医院级别层面比较差异有统计学意义，三级乙等医院实习护生锐器伤阳性暴露率高于三级

甲等医院,可能与医院的教学属性、整体医疗水平、教学师资投入、人才培养建设、临床带教培训制度的规范管理等有关^[14-18],国外学者 Kasatpibal 等^[19]研究结果显示,经过临床专业培训后的医护人员,标准预防和护理操作规范行为执行力更好,建议临床带教应加大对实习护生专业化、规范化、系统化培训的力度,建立相关质量控制体系,制定考核条目,落实考核任务,实现在院医护人员锐器伤零风险,以保障医护人员的安全。在年龄层面比较差异无统计学意义,这可能是因为,实习护生处理临床问题、应对能力还有待于进一步提高。在实习科室层面比较差异无统计学意义,这可能是因为,本研究对象均来自外科,工作性质相对一致,而相关研究是基于内外科室^[20]或基于某一科室进行针刺伤研究^[21]。二元 Logistic 回归分析中,性别和所实习医院级别为外科实习护生锐器伤的影响因素,这可能与实习护生的个人成长环境、成长经历、社会适应能力和自身综合能力有关,也因此建议针对不同个性、性别、成长环境等护生制订不同的个性化实习教学带教任务,实现个性与共性相结合的教学带教管理。对护理人才培养,政府和高校应加大人才基础建设及教育成本投入,对临床实习单位定期评估考察,使其达到一定标准方可作为实习培养基地,真正实现教育资源最大程度地为培养人才服务。

总之,护生临床锐器伤情况仍存在问题^[22],实习期是每一位护生从学生到临床一线护理人员角色转化的黄金时段,如何尽快了解并熟悉掌握锐器伤尤为重要。政府、高校和医院应加大教育资源输出及临床储备人才投入,医院应优化并细化临床带教任务和流程,实时管理、监测、反馈、督促,最大限度地保障护生实习安全。

4 参考文献

- [1] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].北京:人民卫生出版社,2017:76-78.
- [2] 王慧,马京华,杨荣芳,等.手术室血源性职业暴露与职业防护调查[J].中华医院感染学杂志,2015,25(7):1670-1672.
- [3] 黄敏捷,朱宏日,赵亚茹,等.医务人员锐器伤的监测分析[J].护理实践与研究,2020,17(12):132-134.
- [4] 孙晓玲.山东省某三级综合医院医务人员锐器伤发生现状与防护对策研究[D].济南:山东大学,2015.
- [5] 邓泽敏,李微微.外科护理人员职业暴露的危险因素及防护措施[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(26):146.
- [6] 黄琼.妊娠期高血压疾病患者的护理干预措施分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2016,3(14):113-114.
- [7] 张红,高欢玲,李红梅,等.护生的职业态度及其发生锐器伤的影响因素[J].中国当代医药,2018,25(25):160-163.
- [8] 孔德玲,杨晓平,李小英,等.教学医院护士针刺伤职业暴露分析及伦理问题思考[J].中国医学伦理学,2019,32(9):1192-1197.
- [9] 郑晓澜,邸英如,郭蕾.医护人员医疗锐器损伤情况调查分析[J].中华医院感染学杂志,2005,15(5):501-503.
- [10] 张燕华,白嘉伟,周英顺.西南地区某医院 2015—2019 年血源性病原体职业暴露特点[J].中国感染控制杂志,2020,19(12):1054-1058.
- [11] 杨西宁,胡美春.154 名实习护生锐器伤的调查及预防对策[J].中华医院感染学杂志,2008,18(1):83-85.
- [12] 栾艳,向茜,李勤,等.实习护生及新上岗医务人员艾滋病及艾滋病职业暴露防护认知、态度行为调查分析[J].医学教育研究与实践,2019,27(2):309-314.
- [13] 张宏晨,杨彦伟.不同学历及院校护生对临床实习环境的评价研究[J].护理研究,2016,30(27):3431-3432.
- [14] 杨冰,张敏,李文捷,等.2000-2016 年护士锐器伤发生率及防控措施落实情况汇总分析[J].中国护理管理,2018,18(4):476-482.
- [15] 王锡唯,徐军,王春英,等.临床护士职业倦怠程度与针刺伤/锐器伤发生率的相关性研究[J].护理学报,2014,21(22):32-34.
- [16] 魏晨波,薛卫宁,陶西萍.某三级医院临床护士针刺伤监测结果分析[J].中国消毒学杂志,2016,33(11):1120-1121.
- [17] 朱燕,薛凡,林萍,等.医务人员锐器伤现状及精细化管理在防范锐器伤中的作用[J].华西医学,2017,32(9):158-161.
- [18] Fukuda H,Yamanaka N. Reducing needle stick injuries through safety-engineered devices: results of a Japanese multi-centre study[J]. J Hosp Infect, 2016, 92(2):147-153.
- [19] Kasatpibal N,Whitney JD,Katechanok S,et al.Prevalence and risk factors of needlestick injuries, sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand[J]. Am J Infect Control, 2016, 44(1):85-90.
- [20] 王惠如,高学琴,保金涛,等.临床护士针刺伤防护行为相关因素中的调节作用分析[J].职业与健康,2022,38(1):36-40.
- [21] 王梅,白敏.儿科急诊护士针刺伤调查分析[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(4):98-100.
- [22] 张根柱.我国护理实习护生针刺伤研究现状[J].护理研究,2021,35(11):1983-1985.

[2021-08-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

成人重度烧伤患者康复期生活质量的影响因素分析

林月娟 陈燕珠

【摘要】目的 分析成人重度烧伤患者康复期生活质量的影响因素,为提高成人重度烧伤患者生活质量提供参考依据。**方法** 选取2020年1月—2021年9月医院收治的87例成人重度烧伤患者作为研究对象,于出院前1 d采用中文版简明烧伤患者健康量表(BSHS-C)和社会支持评定量表(SSRS)调查,并通过单因素分析和多元线性回归分析影响成人重度烧伤患者生活质量的相关因素。**结果** 87例成人重度烧伤患者BSHS-C总分 49.19 ± 11.58 分。单因素分析显示,性别、年龄、学历水平、婚姻状况、职业以及社会支持水平是成人重度烧伤患者生活质量的影响因素($P < 0.05$);多元线性回归分析显示,性别、年龄、学历水平以及社会支持是成人重度烧伤患者生活质量的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 成人重度烧伤患者康复期生活质量受学历水平、年龄、性别、社会支持水平影响,临床医护人员应根据影响因素制订针对性干预对策,进而改善生活质量。

【关键词】 成人;重度烧伤;康复期;生活质量;影响因素;社会支持

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.008

Analysis of influencing factors on quality of life in adult severe burn patients during rehabilitation LIN Yuejuan, CHEN Yanzhu (The 909th Hospital of Joint Logistics Support Force, Zhangzhou, 363000, China)

【Abstract】 Objective To analyze the influencing factors of the quality of life of adults with severe burns during the rehabilitation period, and to provide reference for improving the quality of life of adults with severe burns.

Methods A total of 87 adult severe burn patients admitted to the hospital from January 2020 to September 2021 were selected as the study subjects, burn specific health scale-Chinese version(BSHS-C) and social support rating scale(SSRS) were used to investigate 1 day before discharge, and univariate analysis and multiple linear regression analysis were used to analyze the related factors affecting the quality of life of adult severe burn patients. **Results** The BSHS-C total score of 87 adult severe burn patients was 49.19 ± 11.58 points. Univariate analysis showed that the gender, age, education level, marital status, occupational and social support level were the influencing factors of living quality in adult severe burn patients($P < 0.05$). Multiple linear regression analysis showed that the gender, age, education level and social support were the influencing factors of living quality in adult severe burn patients($P < 0.05$). **Conclusion** The quality of life of adult severe burn patients during rehabilitation was affected by education level, age, gender and social support level. Clinical medical staff should formulate targeted intervention strategies according to the influencing factors to improve the quality of life.

【Key words】 Adults; Severe burns; Rehabilitation period; Quality of life; Influencing factors; Social support

重度烧伤指烧伤总面积在31%~50%,或者Ⅲ度烧伤总面积在10%~20%,受伤原因以化学烧伤、电烧伤、热力烧伤为主,烧伤部位包括全身多处^[1]。重度烧伤患者病情复杂且变化快,不仅治疗难度大,而且康复周期长,可能会造成面容毁损和(或)身体残疾等,对患者的心理及生理造成了巨大负担^[2]。我国烧伤治疗体系不断发展完善,重度烧伤治愈率

达到了90%以上,不过患者受到瘙痒、功能障碍以及负性情绪等多种因素影响,严重影响患者生活质量^[3]。近年来临床医学模式不断转变,重度烧伤患者救治已经由单纯生命救治转变成为伤后生活质量的改善,促使患者尽可能回归社会及家庭^[4]。生活质量是一个新概念,它包含并超越了健康的概念,由多个领域组成,包括生理、心理、环境及社会功能等^[5]。本研究探讨成人重度烧伤患者康复期生活质量的影响因素,并总结护理干预对策,旨在为提高成人重度烧伤患者生活质量提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2020年1月—2021年9月我院收治的87例成人重度烧伤患者作为研究对象,纳入条件:年龄18周岁及以上;入院后诊断为重度烧伤,符合《烧伤感染的诊断标准与治疗指南》中诊断标准^[6];认知功能、语言功能等正常,均可有效沟通;一般资料齐全;患者及家属均对本次研究知情同意,且签署知情同意书。排除条件:住院期间死亡或者中途转院者;存在意识障碍或者严重并发症者;存在肢体残疾等躯体功能障碍;既往精神疾病史;长期服用镇静药和(或)抗抑郁药、镇痛药者。本研究经医院伦理委员会同意实施。

1.2 调查工具与内容

本研究采用问卷调查法,包括一般资料收集表、中文版简明烧伤患者健康量表(BSHS-C)和社会支持评定量表(SSRS)3部分内容。

(1)一般资料收集表:详细收集患者的一般资料,包括性别、年龄、学历水平、婚姻状况、职业状况以及受伤原因等。

(2)BSHS-C:生活质量通过BSHS-C^[7]评价,该量表包括躯体功能、心理健康、社会关系以及一般健康状况4个维度,共80个条目,其中躯体功能包括角色活动、手的功能及独立活动3个方面内容,共20个条目;心理健康包括情绪和体像2个方面内容,共30个条目;社会关系包括性生活及家庭与朋友2个方面内容,共15个条目;一般健康状况共15个条目。采取5级(0~4分)评分法,每个维度得分和BSHS-C得分换算为百分制,即维度原始得分/该维度满分 $\times 100$,得分越高表示生活质量越高。该量表的Cronbach's α 系数为0.972,具有较高可信度。

(3)SSRS:社会支持通过SSRS^[8]评价,该量表包括社会支持利用度、客观支持以及主观支持3个维度,共包含10个条目,总分66分,45分及以

上为高水平,23~44分为中等水平,22分及以下为低水平,得分越高说明社会支持水平越高。该量表的Cronbach's α 系数为0.893,具有较高可信度。

1.3 调查方法

于患者出院前1d以统一方式对研究对象进行问卷调查,当面发放问卷,调查前向研究对象阐明本次研究的目的及意义,并详细讲解问卷填写的具体要求,包括问卷填写的完整性以及有效性等,耐心解答疑问,在研究对象无疑问之后进行问卷调查。共发放调查问卷87份,收回有效问卷87份,有效回收率100.00%。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验或方差分析;成人重度烧伤患者生活质量的影响因素采用多元线性回归分析。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 成人重度烧伤患者BSHS-C得分情况

成人重度烧伤患者BSHS-C总分 49.19 ± 11.58 分,得分最高的维度为社会关系 57.17 ± 17.54 分,得分最低的维度为心理健康 40.77 ± 13.68 分,见表1。

表1 成人重度烧伤患者BSHS-C得分情况(分)

维度	条目数	维度原始得分	标准得分
一般健康状况	15	33.78 ± 9.89	56.31 ± 15.92
社会关系	15	34.32 ± 10.51	57.17 ± 17.54
心理健康	30	48.95 ± 16.49	40.77 ± 13.68
躯体功能	20	40.37 ± 14.47	50.45 ± 18.06
BSHS-C总分	80	157.42 ± 37.08	49.19 ± 11.58

2.2 成人重度烧伤患者生活质量的单因素分析

单因素分析显示,性别、年龄、学历水平、婚姻状况、职业以及社会支持是成人重度烧伤患者生活质量的影响因素($P<0.05$),见表2。

表2 成人重度烧伤患者生活质量的单因素分析

分析因素	类别	例数	BSHS-C总分	t 值	P 值
年龄(岁)	<45	56	44.92 ± 9.18	3.918	0.000
	≥ 45	31	53.89 ± 11.91		
性别	女	24	46.69 ± 10.15	2.707	0.008
	男	63	52.46 ± 8.37		
婚姻状况	已婚	59	51.08 ± 8.43	2.282	0.025
	其他	28	46.01 ± 11.93		

续表

分析因素	类别	例数	BSHS-C 总分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
学历水平	初中及以下	21	47.74 ± 4.56	2.879	0.005
	高中及以上	66	52.24 ± 6.67		
职业	工人	45	51.32 ± 15.16	3.282*	0.042
	农民	28	58.41 ± 18.43		
	其他	14	45.75 ± 12.87		
受伤原因	热力烧伤	57	48.06 ± 12.17	0.526*	0.593
	化学烧伤	18	51.23 ± 14.78		
	电灼伤	12	50.89 ± 15.12		
社会支持	高水平	22	54.96 ± 9.05	5.510*	0.006
	中等水平	54	51.18 ± 10.26		
	低水平	11	42.83 ± 9.68		

**F* 值。

2.3 成人重度烧伤患者生活质量的多元线性回归分析

将成人重度烧伤患者 BSHS-C 得分作为因变量，将性别（男 =0，女 =1）、年龄（< 45 岁 =0，≥ 45 岁 =1）、婚姻状况（已婚 =0，其他 =1）、学历水平（初中及以下 =0，高中及以上 =1）、职业（工人 =0，农民 =1，其他 =3）、社会支持（高水平 =0，中等水平 =1，低水平 =3）赋值后作为自变量，纳入多元线性回归分析方程，结果显示，性别、年龄、学历水平以及社会支持是成人重度烧伤患者生活质量的 influencing 因素（*P*<0.05），见表 3。

表 3 成人重度烧伤患者生活质量的多元线性回归分析

分析因素	偏回归系数	标准误	标准化回归系数	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	-4.560	2.215	-0.212	-2.059	0.043
年龄	-0.248	0.107	-0.328	-2.327	0.023
学历水平	-6.645	3.130	-0.312	-2.123	0.037
社会支持	-4.400	2.054	-0.289	-2.143	0.035
常数项	90.173	10.670	-	8.451	0.000

3 讨论

烧伤是一种不可预测的突发病症，可导致患者出现一系列应激反应，主要表现为外貌破坏性改变、心理创伤以及生理功能受损等。重度烧伤患者病情复杂严重，虽然近年来治愈率得到明显提升，但治愈后患者心理及生理仍然存在较大创伤^[9]。临床中，生活质量是评价患者身心健康以及疾病转归的重要指标之一。近年来临床医学模式不断发展，烧伤患者治愈后生活质量受到越来越多的关注，如何提升患者生活质量，提高其社会参与度，已经成为临床研究的重点课题。

重度烧伤患者由于突然遭受重大灾难，会对心理及身体造成沉重打击，特别是存在器官衰竭、面部畸形、躯体残损以及肢体功能障碍等，生活质量显著降低，患者需要长期调整以适应社会环境。

本研究中，87 例成人重度烧伤患者 BSHS-C 总分 49.19 ± 11.58 分，明显低于轻、中度烧伤患者康复期生活质量得分^[10]。BSHS-C 4 个维度中，得分最低为心理健康维度 40.77 ± 13.68 分，重度烧伤患者在受伤时一般会造成暴露部位的损伤，如上肢、面部、颈部等，瘢痕增生严重，修复难度较大，直接影响患者生活、工作等，因而造成患者承受较大心理负担，使心理健康维度得分相对较低。

本研究多元线性回归分析显示，性别、年龄、学历水平以及社会支持是重度烧伤患者生活质量的 influencing 因素。①性别。女性患者 BSHS-C 总分低于男性，说明女性重度烧伤患者整体生活质量水平低于男性。临床相关研究指出，相较于男性患者，女性烧伤患者社会适应性以及心理调适方面难度比较大，而在适应躯体功能方面有较大弹性调节^[11]。有研究指出，女性烧伤患者更加注重自己面部，如果面部

烧伤严重,心理健康得分会明显降低,而且其他维度得分也会不同程度下降^[12]。因此,对于女性患者尤其是颜面部烧伤的患者,需要给予针对性心理疏导,深入了解其心理需求,尤其是对后期恢复的期许,与患者共同建立可行性目标;另外,要充分发挥同伴支持、健康教育、配偶等多方面作用,并积极引导,使患者得到正向的情绪体验,减轻患者的心理应激和负性情绪,帮助其尽快回归社会及家庭,从而提升其生活质量水平。②年龄。年龄 ≥ 45 岁患者BSHS-C总分高于 <45 岁者,其原因可能为年龄 <45 岁者大部分是单位中坚力量、家庭主要经济来源等,家庭、社会责任大,参与的社会活动比较多,一旦受伤,会对社会交往、生活以及工作造成严重影响,因而BSHS-C总分降低^[13]。因此,临床上对于此年龄段的重度烧伤患者,护理人员应加强心理疏导,采取团体教育、心理强化教育、典型病例教育等多种干预措施,减轻患者的心理压力,同时加强出院后延续性护理,以促使患者更好更快地适应社会^[14-15]。③学历水平。本研究结果显示,不同学历水平患者之间BSHS-C总分比较差异有统计学意义,高中及以上学历患者BSHS-C总分高于初中及以下学历患者。学历水平反映了患者接受教育的程度,学历水平越高,对资源的利用率越高,眼界开阔,能够充分利用各种途径获取关于烧伤治疗以及伤后恢复、心理调整、适应社会等相关信息,因而有助于提升心理承受能力,因而学历水平越高患者,其生活质量水平相对越高。华皎等^[16]研究发现,文化程度对重度烧伤生活质量影响较大,高中、大专及以上患者生活质量水平明显高于初中患者。因此,临床上对重度烧伤患者进行护理干预时,应当结合患者的学历水平以及文化背景等开展护理工作,明确其存在的问题并给予针对性健康宣教等,从而提高其生活质量水平。④社会支持。社会支持是指个体在周围生存环境下,接受来自社会各方面的心理上和物质上的支持或帮助^[17-18]。SSRS包括支持利用度、客观支持以及主观支持,其中主观支持有助于促使患者积极面对不良事件,客观支持有助于患者得到更多的关心和帮助,而支持利用度能够给予患者有效途径获取支持、理解等,从而有助于减轻患者各种负担,进而提高生活质量^[19]。相关学者的研究也得到相近结论,贾俊^[20]的研究指出,重度烧伤患者康复期生活质量与社会支持水平密切相关,社会支持水平越高,生活质量越高。因此,对于重度烧伤患者,应重点关注其社会支持,加强健康教育,提高其疾病认知水平,并采取医护人员

支持、家属支持、社区支持等多种方式提高其社会支持水平,以改善生活质量。

综上所述,成人重度烧伤患者康复期生活质量受学历水平、年龄、性别、社会支持水平的影响,临床医护人员应根据影响因素制订针对性干预对策,进而改善生活质量。不过本研究也存在不足,属于横断面形式的研究,样本范围较局限且样本量偏少,可能导致研究结果偏倚,随后可开展多中心、大样本的干预性研究,为改善成人重度烧伤患者康复期生活质量提供准确数据支持。

4 参考文献

- [1] Tejiram S, Romanowski KS, Palmieri TL. Initial management of severe burn injury[J]. Curr Opin Crit Care, 2019, 25(6): 647-652.
- [2] Gacto-Sanchez P. Surgical treatment and management of the severely burn patient: Review and update[J]. Med Intensiva, 2017, 41(6): 356-364.
- [3] 万丽, 金英, 张爱莲, 等. 体脂率与烧伤患者并发症的相关性及对生活质量的影響[J]. 西南国防医药, 2019, 29(10): 1048-1050.
- [4] 华英, 陈亚蓉, 张怡. 康复护理联合心理干预及康复功能训练治疗大面积烧伤患者的效果观察[J]. 中国康复, 2019, 34(2): 87-89.
- [5] 贺三云. 烧伤康复期患者自我效能与社会支持及生活质量的相关性研究[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(8): 27-30, 68.
- [6] 中国医师协会烧伤医师分会《烧伤感染诊治指南》编辑委员会. 烧伤感染的诊断标准与治疗指南(2012版)[J]. 中华烧伤杂志, 2012, 28(6): 401-403.
- [7] 陈斌, 朱亚波, 葛茂星, 等. 简明烧伤健康量表中文版的信效度初步研究[J]. 中华烧伤杂志, 2009, 25(6): 426-429.
- [8] 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, 4(2): 98-100.
- [9] 陈柳媚, 李琳, 吴晓蕾, 等. 烧伤患者康复治疗阶段生活质量与伤残接受度变化及影响因素[J]. 中华烧伤杂志, 2019, 35(11): 804-810.
- [10] 杨珍, 王君俏, 张宝珍, 等. 烧伤康复期患者生存质量影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(3): 265-269.
- [11] Dobson H, Lee S, Breadon C, et al. How self-inflicted injury and gender impacted the outcome following a severe burn[J]. Burns, 2019, 45(3): 621-626.
- [12] 马宁侠, 李双双, 周琴, 等. 聚焦解决模式对女性颜面部烧伤患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(8): 566-569.
- [13] Zhang XN, Liu Y, Deng XH, et al. The correlation between quality of life and acceptability of disability in patients with facial burn scars[J]. Front Bioeng

在校大学生癌症防治核心知识知晓情况的影响因素分析

徐迎婷 王国蓉 刘瑶 邓晓园

【摘要】目的 了解在校大学生癌症防治核心知识知晓情况现状,并分析其影响因素,为大学生群体的防癌健康教育工作提供依据。**方法** 2020年4—5月抽取四川地区2所大学的在校大学生375名,采用“癌症防治核心知识知晓率和吸烟率调查问卷”,调查其癌症防治核心知识知晓率情况。**结果** 375名大学生癌症防治核心知识总体知晓率为76.94%,得分中位数为19分。直系亲属有癌症史($OR=2.387$)、医学相关专业($OR=5.463$)是癌症防治知识知晓得分的有利因素;男生($OR=0.422$)是癌症防治知识知晓得分的不利因素。**结论** 大学生癌症防治核心知识知晓情况良好,但应增加对男生和非医学相关专业大学生的癌症防治知识健康教育,促进大学生积极选择健康的生活方式,增强癌症风险意识,预防癌症的发生。

【关键词】 大学生;癌症防治;知晓率;影响因素;调查分析

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.009

Analysis of influencing factors on the awareness of core knowledge of cancer prevention and treatment among college students XU Yingting, WANG Guorong, LIU Yao, DENG Xiaoyuan (Nursing College of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, 610075, China)

【Abstract】 Objective To understand the current situation of college students' awareness of core knowledge of cancer prevention and control, and to analyze its influencing factors, to provide a basis for the health education of cancer prevention among college students. **Methods** A total of 375 college students from 2 universities in Sichuan were selected from April to May 2020, and the "questionnaire of awareness rate of core knowledge of cancer prevention and smoking rate" was used to investigate the awareness rate of core knowledge of cancer prevention and treatment. **Results** The overall awareness rate of core knowledge of cancer prevention among 375 college students was 76.94%, with a median score of 19 points. Immediate family members with a history of cancer($OR=2.387$) and medical-related majors($OR=5.463$) were favorable factors for the knowledge score of cancer prevention and control; gender was male($OR=0.422$) was an unfavorable factor for the score of cancer prevention and control knowledge. **Conclusion** The awareness of the core knowledge of cancer prevention among college students was good, but health education on cancer prevention and control knowledge should be increased for male and non-medical-related college students, so as to promote college students to actively choose a healthy lifestyle, enhance cancer risk awareness, and prevent the occurrence of cancer.

作者单位:610075 四川省成都市,成都中医药大学护理学院(徐迎婷,刘瑶,邓晓园);四川省肿瘤医院(王国蓉)

Biotechnol,2019,7:329.

- [14] 胡冬英,张莉.整体护理联合心理强化教育对烧伤康复患者自我意识及负面情绪的影响[J].检验医学与临床,2020,17(18):2709-2711.
- [15] 楼晓珍,沙清丽,李洁,等.延续性自我护理教育对烧伤患者出院后抗瘢痕行为能力的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(20):3829-3832.
- [16] 华皎,宋厚梅,袁琴芳.重度烧伤患者的生活质量及其影响因素[J].解放军护理杂志,2014(19):14-16.
- [17] 沈海静.烧伤康复期患者心理弹性与应对方式、社会支持程度、正负性情绪的关系研究[J].齐齐哈尔医

学院学报,2019,40(13):1700-1702.

- [18] 肖敏.烧伤患者创伤后成长与社会支持及反刍性沉思的相关性研究[J].当代护士(上旬刊),2021,28(7):11-14.
- [19] 闫瑞红,雷娜,熊伟.社会支持、应对方式及自我效能对烧伤后重度瘢痕患者抑郁状况的影响[J].中国美容整形外科杂志,2021,32(10):621-622,626.
- [20] 贾俊.重度烧伤患者康复期生活质量与社会支持相关性调查[J].西南军医,2019,21(5):456-459.

[2022-01-26 收稿]
(责任编辑 白晶晶)

【Key words】 College students; Cancer prevention and treatment; Awareness rate; Influencing factors;

Investigation and analysis

据中国肿瘤登记估计结果显示^[1],2015年中国新发癌症病例数约392.91万,死亡人数约233.76万,全国癌症社会负担呈上升趋势。人群癌症防治意识不强,导致过晚发现癌症,病情过重,使得癌症预后相对较差,患者身体与经济的双重负担加重。在各类人群中积极开展防癌健康宣传教育工作,能够提高癌症防治核心知识知晓率,促进形成健康生活习惯,这也是恶性肿瘤综合防治工作的基础^[2]。2019年,国家卫生健康委等制定的《健康中国行动——癌症防治实施方案(2019—2022年)》^[3]要求,积极在人群中开展癌症防治宣传教育工作,强调对青少年的健康知识和行为方式教育,并将癌症防治知识作为学校重要的健康教育内容,到2022年,癌症防治核心知识知晓率应提高至70%以上。大学生具有良好的文化素养和行动能力,是国家经济社会发展的重要储备人才,掌握癌症防治相关知识,有利于其形成正确的疾病与健康观念,从而加强预防,减少癌症的发生。因此,本研究通过对在校大学生癌症防治核心知识知晓情况现状进行调查,分析影响知晓情况的因素,以期为该群体癌症防治教育工作的开展提供依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于2020年4—5月选取四川地区2所高校的大学生375名进行问卷调查,年龄17~32岁,平均 21.78 ± 2.48 岁,女生多于男生,非医学相关专业学生多于医学相关专业学生。具体内容见表2。所有参与本次调查的大学生均知情同意。

1.2 调查工具与内容

1.2.1 一般资料调查表 由研究者根据研究目的与内容,结合文献研究自行设计,主要内容为年龄、性别、居住地、文化程度、家庭月收入、直系亲属有无癌症史和是否为医学相关专业等。

1.2.2 癌症防治核心知识知晓率和吸烟率调查问卷 采用国家癌症中心发布的“癌症防治核心知识知晓率和吸烟率调查问卷”^[4],问卷包含8个单选题和2个多选题,共23个条目。单选题每题回答正确计1分,多选题回答正确1个选项得分项计1分,共计23分。知晓水平按国家卫生健康委员会癌症防治方案提出的癌症防治核心知识知晓率需达到70%以上计算,即问卷得分总正确率需大于70%

则为知晓,问卷总得分 ≥ 17 分表示知晓, ≤ 16 分表示知晓不足。

1.3 调查方法

使用电子问卷进行调查。调查前,由研究者先向调查对象说明本次调查的目的及内容,得到调查对象的理解和同意后,再使用统一指导语仔细讲解作答要求。本次调查共375名大学生参与,回收有效问卷375份,有效回收率100%。

1.4 统计学方法

运用SPSS 23.0统计学软件进行数据处理,计数资料采用百分率描述,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,组间均数比较采用 t 检验。以癌症防治核心知识知晓情况为因变量,单因素分析结果中有统计学意义的因素为自变量,采用二元Logistic回归模型分析影响大学生癌症核心知识知晓情况的因素。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 癌症防治核心知识知晓率得分情况

375名大学生癌症防治核心知识总体知晓率为76.94%,知晓总得分的中位数为19分。23个条目中有19个条目回答正确率 $>70\%$,其中43.48%(10/23)的条目正确率在80%以上。回答正确率排名前3位的条目为职业危害会增加癌症发病风险(88.80%),癌症家族史会增加癌症发病风险(88.00%),装修、厨房油烟造成的室内空气污染会增加癌症发病风险(85.60%)。正确率排名后3位的条目为癌症诊断的金标准(33.33%),肺癌的有效早期筛查方法(34.67%)和接种乙肝疫苗是否可以预防肝癌(57.33%)。其他知晓情况见表1。

2.2 375名大学生癌症防治核心知识知晓情况的单因素分析

单因素分析结果显示,375名大学生癌症防治核心知识知晓情况在性别、居住地、文化程度、是否为医学相关专业以及直系亲属癌症史的比较中,差异有统计学意义($P<0.05$),为相关因素。见表2。

2.3 变量赋值表

将单因素分析中 $P<0.05$ 的分析因素作为自变量纳入二元Logistic回归分析中,变量标签及赋值说明见表3。

表 1 癌症防治核心知识知晓率调查问卷

问题	正确率（%）
1. 您认为以下说法正确的是？（癌症会传染；癌症早期可以没有任何症状；越贵的癌症检查效果越好。）	77.33
2. 您认为癌症筛查或体检有助于早发现癌症吗？	74.93
3. 癌症诊断最准确的方法（金标准）是什么？	33.33
4. 关于癌症，您同意以下哪种说法？（癌症可以预防；癌症是命中注定的无法预防；不了解。）	75.73
5. 您认为戒烟有助于预防肺癌吗？	72.80
6. 肺癌的有效早期筛查方法是什么？	34.67
7. 您认为检查大便潜血有助于早发现大肠癌吗？	62.40
8. 您认为接种乙肝疫苗可以预防肝癌吗？	57.33
9. 增加癌症发病风险的因素有哪些？	
吸烟和 / 或二手烟	80.53
饮酒	78.13
不健康的饮食习惯	83.20
乙肝病毒感染	82.93
超重或肥胖	81.60
久坐不动，身体活动少	79.20
职业危害（长期吸入粉尘、石棉等）	88.80
装修、厨房油烟造成的室内空气污染	85.60
癌症家族史	88.00
长期精神紧张、心理压力大	72.27
10. 下列预防乳腺癌的措施，您目前已经知道哪些？	
适龄生育、母乳喂养	79.73
保持适宜体质量、避免肥胖	83.73
增加身体活动	80.27
尽量少饮酒	79.20
定期体检	83.20

表 2 375 名大学生癌症防治核心知识知晓情况的单因素分析

分析因素	类别	知晓（ <i>n</i> =271）	知晓不足（ <i>n</i> =104）	χ^2 值	<i>P</i> 值
年龄（岁）		21.93 ± 2.564	21.39 ± 2.214	2.085 [*]	0.150
性别	女	171（63.10）	41（39.42）	17.145	0.000
	男	100（36.90）	63（60.58）		
居住地	农村	84（31.00）	21（20.19）	4.352	0.037
	城镇	187（69.00）	83（79.81）		
文化程度	专科在读	18（6.64）	13（12.50）	20.091	0.000
	本科在读	196（72.32）	88（84.62）		
	研究生在读	57（21.03）	3（2.88）		
医学相关专业	否	203（74.91）	99（95.19）	19.726	0.000
	是	68（25.09）	5（4.81）		
家庭月收入（元）	<3000	22（8.12）	6（5.77）	5.806	0.121
	3000~	82（30.26）	45（43.27）		
	5001~	119（43.91）	37（35.58）		
	8000~	48（17.71）	16（15.38）		
直系亲属癌症史	无	203（74.91）	88（84.62）	4.075	0.044
	有	68（25.09）	16（15.38）		

^{*} 为 *t* 值。

表 3 二元 Logistic 回归变量赋值表

变量标签	赋值说明
癌症防治核心知识知晓情况	0= 知晓不足, 1= 知晓
性别	0= 女性, 1= 男性
文化程度	1= 专科在读, 2= 本科在读, 3= 研究生在读
医学相关专业	0= 否, 1= 是
居住地	0= 农村, 1= 城镇
直系亲属癌症史	0= 无, 1= 有

2.4 癌症防治核心知识知晓情况的二元 Logistic 回归分析

以知晓癌症防治核心知识为因变量, 以单因素分析中有统计学意义的性别、居住地、文化程度、

是否为医学相关专业、直系亲属癌症史为自变量进行二元 Logistic 回归分析, 结果显示, 医学相关专业、直系亲属有癌症史的大学生癌症防治核心知识知晓情况更好, 女生知晓情况优于男生。见表 4。

表 4 375 名大学生癌症防治核心知识知晓情况的二元 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
截距	0.990	0.190	27.136	0.000		
男性	-0.863	0.250	11.899	0.001	0.422	0.258~0.689
医学相关专业	1.698	0.488	12.106	0.001	5.463	2.099~14.218
直系亲属癌症史	0.870	0.321	7.365	0.007	2.387	1.273~4.473

3 讨论

《健康中国行动——癌症防治实施方案（2019-2022 年）》提出, 积极开展防癌科普宣传, 提高各类人群的癌症防治意识和能力, 早诊早治, 以有效降低癌症带来的社会危害, 且明确提出将防癌知识作为学校健康教育的重要内容。但以往研究显示, 大学生对该类疾病发生的原因、症状、风险因素和预防措施等知识了解不足^[5-6], 因此开展癌症防治宣传十分必要。有研究^[7]指出, 通过纠正不健康的生活方式, 可以使 40% 的癌症得到有效预防, 如长期吸烟、饮酒、缺乏锻炼、肥胖等均是诱发癌症的重要潜在风险因素^[8], 可通过培养良好的生活习惯, 降低癌症风险, 在具有较高的知识学习和转化能力的大学生群体中, 积极宣传癌症防治核心知识, 是癌症防治科普宣传的有效方式之一^[9]。

3.1 癌症防治核心知识知晓率总体情况

本研究结果显示, 大学生群体癌症防治核心知识总体知晓率为 76.94%, 知晓率得分整体情况良好, 亦达到了 2019 年国家卫生健康委提出的癌症防治知识知晓率目标^[3], 说明近年来积极开展防癌科普宣传具有一定成效。大学生癌症防治核心知识知晓率前 3 位条目主要为癌症发病风险因素相关的

内容, 说明大学生对癌症风险因素知识了解情况较好, 有助于促进大学生形成良好的生活方式, 减少癌症的发生^[10]。在对癌症的基本认识方面, 认为癌症不会传染, 癌症早期可以没有任何症状, 并不是越贵的癌症检查效果越好, 癌症可以预防, 癌症筛查或体检有助于早发现癌症, 知晓率情况较好, 均大于 70%, 表明大学生对癌症筛查的重要意义有较好的认识, 但对癌症诊断的金标准、肺癌的早期有效筛查方法和肝癌的预防措施知晓不足, 对筛查手段认识不足。可能与近年来癌症防治科普宣传的积极开展有关, 使更多大学生认识到癌症筛查和预防的重要意义。但由于本研究中非医学专业学生占比 80.53%, 对癌症相关知识缺乏系统的了解途径, 因此对各类癌症的具体筛查手段和诊断金标准了解不足, 因此, 在今后的癌防科普中, 除加强人群的整体癌症预防意识外, 还应将防癌落实到具体的疾病中, 使癌症患者能够及时筛查和就医, 实现早发现、早诊断和早治疗。此外, 当前我国主要癌症的发病人群日趋年轻化, 增强大学生群体癌症风险意识和认知, 通过建立健康的生活方式, 减少癌症发病风险非常重要。肺癌作为全球第二大常见的癌症, 也是癌症死亡的最主要原因^[11], 但本研究结果显示, 大学生对肺癌的了解存在一定不足, 在面对癌症日

益年轻化的趋势下,积极在大学生群体中开展包含肺癌在内的高发癌症防治健康教育,了解其发病因素及筛查手段,有利于增加大学生卫生保健知识,提高卫生保健能力,减少癌症发病风险,减轻经济和社会负担。

3.2 癌症防治核心知识知晓情况的影响因素

本研究结果显示,大学生对癌症防治知识知晓情况呈现不平衡状态。单因素分析结果显示,癌症核心知识总体知晓情况在性别、文化程度、医学相关专业、居住地和直系亲属癌症史方面比较差异有统计学意义。男生知晓情况略差于女生;居住地为城镇优于农村;直系亲属有癌症史优于无癌症史;医学相关专业明显优于非医学专业;学历水平越高,知晓情况越好。进一步行多因素分析后发现,医学相关专业($OR=5.463$)、直系亲属有癌症史($OR=2.387$)是影响大学生癌症防治核心知识知晓情况的有利因素,男生群体($OR=0.422$)知性情况的不利因素,而文化程度和居住地则无统计学意义。大学生群体中,女生与男生的癌症防治核心知识知晓情况有差异,与相关研究^[4,11]结果相似,男生对癌症防治核心知识的知晓程度相对不足,可能与大学生较年轻、患癌风险低,癌症风险预防意识较弱有关,因此,在癌症防治健康教育中,应加强对男生群体的关注。医学相关专业大学生的癌症知识知晓情况良好,优于非医学专业学生,这与他们受过系统的医学教育有关,这亦显示出对大学生实施癌症防治健康教育的必要性。直系亲属有患癌史的大学生知晓情况优于直系亲属无患癌史,可能与有家族患癌史的大学生对癌症知识了解更多或在照护患病亲属过程中接触较多癌症知识有关^[12]。

综上所述,本研究调查的2所高校375名大学生癌症防治核心知识整体知晓情况良好,但对具体癌症的筛查手段和诊断金标准了解稍有欠缺。女生、医学相关专业和直系亲属有癌症史的大学生知晓情况较好,说明大学生的癌症防治健康教育有一定的效果,但在健康教育过程中,应考虑其差异性,重点关注大学生中非医学相关专业及男生群体,全面提高各类大学生的癌症防治知识知晓率。在大学生癌症防治宣教过程中,需要进一步增强大学生的癌症风险意识,了解癌症的危险因素,主动关注自身健康状况。建议高校重视癌症防治科普宣传同时,应积极开展促进健康生活方式养成的活动,如经常举办各类运动与活动、专家讲座、知识竞赛、定期体检等,使大学生在日常生活中选择更加健康的生

活方式,关注癌症预防,提升生活质量,减少癌症发生的风险。本研究由于人力和物力的限制,尚存在一定的局限性,仅选取了四川省2所高校的375名大学生,代表性不足,数据资料的收集存在一定的报告偏倚,需待今后扩大地区及样本量,为大学生群体的癌症防治健康教育工作提供依据。

4 参考文献

- [1] 陈宏达,郑荣寿,王乐,等. 2019年中国肿瘤流行病学研究进展[J]. 中华疾病控制杂志, 2020,24(4):373-379.
- [2] 佟爽,阎佳宁,尚德高,等. 辽宁省城乡居民癌症防治核心知识知晓情况分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2019,27(11):845-848.
- [3] 国家卫生健康委员会等10部门健康中国行动——癌症防治实施方案(2019—2022年)[J]. 中国肿瘤, 2019,28(11):803-806.
- [4] 徐辉,吴珊,张澄,等. 合肥高校学生癌症防治核心知识与不健康饮食行为的关联[J]. 中国学校卫生, 2020,41(3):422-424.
- [5] Mofolo N, Sello M, Leselo M, et al. Knowledge of cervical cancer, human papillomavirus and prevention among first-year female students in residences at the University of the Free State[J]. Afr J Prim Health Care Fam Med, 2018,10(1):e1-e5.
- [6] Wu E, Tiggelaar SM, Jiang T, et al. Cervical cancer prevention-related knowledge and attitudes among female undergraduate students from different ethnic groups within China, a survey-based study[J]. Women Health, 2018,58(6):661-684.
- [7] 王庆生,陈万青. 癌症防治策略的探索与分析[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2016,8(7):13-16.
- [8] Islami F, Goding SA, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States[J]. CA Cancer J Clin, 2018,68(1):31-54.
- [9] 郭闪,王晶晶. 非医学专业女大学生乳腺癌知识健康教育效果与分析[J]. 护理实践与研究, 2011, 8(17):132-134.
- [10] 张澄,徐辉,吴珊,等. 合肥市两所高校大学生癌症防治知识知晓率研究[J]. 安徽预防医学杂志, 2020,26(3):184-187.
- [11] 王德征,王冲,张爽,等. 天津市微信虚拟社区居民癌症防治知识知晓现状及影响因素的分类树分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2018,26(12):910-915.
- [12] 丁高恒,刘玉琴,李博,等. 2018年中国上消化道癌高发区居民癌症防治核心知识知晓率及其影响因素分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021,28(21):1599-1605.

[2022-03-04 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性分析

夏瑶瑶 李颐 钟雯 涂莹 张瑜

【摘要】 目的 分析临床护士工作沉浸感和职业幸福感的现状, 以及探索护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性。方法 于2021年7—12月, 采用一般资料调查表、护士工作沉浸体验问卷、医务人员职业幸福感量表对364名临床护士进行调查。结果 本研究发放问卷364份, 回收有效问卷325份, 有效问卷回收率为89.29%; 临床护士的工作沉浸感平均分为 134.27 ± 20.39 分, 临床护士职业幸福感平均分为 89.25 ± 12.40 分。多元线性回归分析显示, 不同年龄、文化程度、婚姻状况、工作年限及医院级别是临床护士工作沉浸感的影响因素($P < 0.05$), 不同文化程度、职称、职务及月收入是临床护士职业幸福感的影响因素($P < 0.05$)。Pearson相关性分析结果显示, 临床护士的工作沉浸感总分及各维度与职业幸福感总分、价值/能力体现、社会支持、经济收入及工作环境维度均呈正相关($P < 0.01$); 职业幸福感中的身心健康维度与工作沉浸感总分及各维度呈负相关($P < 0.05$)。结论 护理管理者应认识到工作沉浸感在提升职业幸福感中的重要作用, 为临床护士努力创造良好的执业环境, 能减少负性情绪, 提升专注力, 以更加积极乐观的态度面对复杂多变的临床环境, 从而提高护士的职业幸福感。

【关键词】 护士; 工作沉浸感; 职业幸福感; 相关性; 执业环境; 专注力

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.010

Correlation analysis between job immersion and occupational well-being of clinical nurses XIA Yaoyao, LI Yi, ZHONG Wen, TU Ying, ZHANG Yu (The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, 330006, China)

【Abstract】 Objective To analyze the status quo of clinical nurses' job immersion and occupational well-being, and to explore the correlation between nurses' job immersion and occupational well-being was as the study subject. **Methods** A survey of 364 clinical nurses was conducted using the general information questionnaire from July to December 2021, the nurses' work immersion experience questionnaire, and the medical staff occupational well-being scale. **Results** A total of 364 questionnaires were distributed in this study, and 325 valid questionnaires were recovered. The effective questionnaire recovery rate was 89.29%. The average score of clinical nurses' job immersion was 134.27 ± 20.39 points, and the clinical nurses' occupational well-being was 89.25 ± 12.40 points. Multiple linear regression analysis showed that the different age, educational level, marital status, working years and hospital level were the influencing factors of clinical nurses' work immersion($P < 0.05$), and different educational level, professional title, position and monthly income were the influencing factors of clinical nurses' occupational well-being($P < 0.05$). Pearson correlation analysis showed that the total score of clinical nurses' work immersion and each dimension were positively correlated with the total score of occupational well-being, value/ability manifestation, social support, economic income and work environment dimensions($P < 0.01$); and the physical and mental health dimensions of occupational well-being were negatively correlated with the total score and each dimension of work immersion($P < 0.05$). **Conclusion** Nursing managers should recognize the important role of job immersion in improving professional well-being, and create a good practice environment for clinical nurses, which can reduce negative emotions, improve concentration, and face the complex and changeable clinical environment with a more positive and optimistic attitude, thereby improving the professional well-being of nurses.

【Key words】 Nurse; Job immersion; Occupational well-being; Correlation; Practice environment; Concentration

基金项目: 江西省卫生健康委科技计划项目(编号: 202110044)

作者单位: 330006 江西省南昌市, 南昌大学第二附属医院

夏瑶瑶: 本科(硕士在读)

通信作者: 李颐, 本科, 副主任护师, 护士长

近几十年来,伴随着经济和医疗事业的快速发展,以及老龄化时代的到来,人们对自身的健康日益重视,对护理服务需求也不断提高。而护士呈全球短缺的趋势,护理人员配置不足,工作负荷重,临床护士的职业环境具有高强度和高压力的特点,易产生职业倦怠感和负性情绪,从而影响护士的职业幸福感和护理服务质量^[1-3]。沉浸(flow)概念最早是由Csikszent-mihalyi等学者提出,意指为个体专注于活动时,由内在快乐所引发的被活动深深吸引的状态,是一种自然发生的、完全投入到所参与活动或任务中的、自我享受的特殊状态^[4]。从积极心理学的角度,国外学者Bakker^[5]将工作沉浸这一概念引入组织行为领域,是指个体在工作过程中出现的短时间高峰体验,主要包括专注、内在工作动机、工作享受3个部分,是融合了愉悦、专注、忘我等多种成分的综合情绪,是对当下情景的一种积极的情绪体验。已有研究表明^[6],工作沉浸可以直接减少职业倦怠,提高工作效率和职业幸福感。本研究探讨护士工作沉浸感和职业幸福感的关系,旨在提高护士注意力和幸福感,使其在工作中有积极地体验,减少负性情绪,降低职业倦怠感和离职率,从而提升护理服务质量。

1 对象与方法

1.1 调查对象

于2021年7—12月,以全国各省大医院的临床护士为调查对象,纳入条件:全国各省份大医院已注册的护士;从事临床护理工作;自愿参加此次调查。排除条件:因事假、病假、产假、外出进修的护士;未取得执业资格证的护士;拒绝此次调查的护士。

1.2 调查工具及内容

(1)一般资料:由研究者自行设计一般资料调查表,用来收集护士的基本资料,主要包括临床护士的年龄、性别、文化程度、工作年限、职称、职务、月收入等。

(2)工作沉浸感:采用张莉莉^[7]修订的急诊科护士工作沉浸体验问卷评价,包括5个维度,即体验能够激发自身的工作动力、工作中有清晰的目标并伴时间感的改变、行动与意识融合、了解各种进程及自己能够控制工作任务、专注于当前任务,共27个条目,采用Likert 6级计分,完全不同意=1分、较不同意=2分、不同意=3分、同意=4分、很同意=5分、非常同意=6分,得分范围为27~162分,27~71分为低水平,72~117分为中等水平,118~162

分为高水平,分数越高说明护士工作沉浸感越高。该问卷各维度Cronbach's α 系数为0.707~0.784,具有较高的可信度。

(3)职业幸福感:采用胡冬梅等^[8]设计的医务人员职业幸福感量表评价,该量表包含身心健康、价值/能力体现、社会支持、经济收入、工作环境5个维度共24个条目,采用Likert 5级评分法,1分表示“非常不符合”,5分表示“非常符合”,得分范围24~120分,24~55分为低水平,56~88分为中等水平,89~120分为高水平,得分越高职业幸福感越高。该量表因素分析5个因子累计变异解释量为75.04%,总量表及5个维度的Cronbach's α 系数分别为0.93、0.90、0.88、0.84、0.97、0.86,表明该量表具有较好的内部一致性。

1.3 调查方法

采用网络调查的方式,通过微信群、QQ群向全国各大医院的护士发送问卷星的链接进行调查。规定每台设备只能填写1次,以避免重复作答;所有题目设置为必答题,以保证题目的完整性。要求临床护士在限定时间内不记名、自愿独立地填写调查问卷。本研究发放问卷364份,回收有效问卷325份,有效回收率89.29%。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0统计学软件进行数据处理,计数资料以百分率描述;计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验或单因素方差分析;采用多元线性回归分析影响临床护士工作沉浸感、职业幸福感的因素;采用Pearson相关性检验分析临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床护士工作沉浸感和职业幸福感得分情况

本次调查显示,临床护士工作沉浸感的平均分为 134.27 ± 20.39 分;临床护士职业幸福感的平均分为 89.25 ± 12.40 分,见表1。

2.2 不同特征临床护士工作沉浸感和职业幸福感的单因素分析

本次调查显示,不同年龄、文化程度、婚姻状况、职称、工作年限、科室及医院级别的临床护士工作沉浸感得分比较差异有统计学意义($P<0.05$);不同文化程度、职称、职务及月收入的临床护士职业幸福感得分比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 影响临床护士工作沉浸感和职业幸福感的多元线性回归分析

2.3.1 影响临床护士工作沉浸感的多元线性回归分析 以工作沉浸感评分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的年龄、文化程度、婚姻状况、职称、工作年限、科室及医院级别为自变量进行多元线性回归分析(变量赋值见表3),结果显示:回归方程为 $y=127.340+4.047x_1+4.880x_2+6.427x_3+3.144x_4+9.284x_5$,提示年龄(x_1)、文化程度(x_2)、婚姻状况(x_3)、工作年限(x_4)、医院级别(x_5)是临床护士工作沉浸感的影响因素($P<0.05$),见表4。

2.3.2 影响临床护士职业幸福感的多元线性回归分析 以职业幸福感评分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的文化程度、职称、职务及月收入为自变量进行多元线性回归分析(变量赋值见表3),结果显示:回归方程为 $y=79.585+3.227x_1-3.463x_2+6.228x_3+3.289x_4$,提示文化程度(x_1)、职称(x_2)、

职务(x_3)、月收入(x_4)是临床护士职业幸福感的影响因素($P<0.05$),见表5。

表1 临床护士在工作沉浸感和职业幸福感的得分情况

量表	条目数	项目得分
工作沉浸感总分	27	134.27 ± 20.39
体验	6	29.88 ± 4.83
目标	6	30.56 ± 4.57
行动	5	24.51 ± 4.08
任务控制	6	29.47 ± 4.99
专注	4	19.85 ± 3.24
职业幸福感总分	24	89.25 ± 12.40
身心健康	6	14.08 ± 2.63
价值/能力体现	5	19.26 ± 3.64
社会支持	6	20.57 ± 5.22
经济收入	4	19.76 ± 3.55
工作环境	3	13.58 ± 4.29

表2 不同特征临床护士工作沉浸感及职业幸福感的单因素分析(分)

分析因素	类别	人数	工作沉浸感	职业幸福感
性别	男	21	131.05 ± 19.30	89.52 ± 14.80
	女	304	134.63 ± 20.16	90.09 ± 12.98
<i>t</i> 值			0.789	0.193
	<i>P</i> 值		0.431	0.847
年龄(岁)	18~	153	130.95 ± 20.98	91.34 ± 12.75
	30~	118	136.10 ± 19.47	88.60 ± 12.91
	40~	38	140.55 ± 17.85	90.39 ± 14.99
	50~	16	140.19 ± 15.65	87.63 ± 12.34
<i>F</i> 值			3.492	1.173
	<i>P</i> 值		0.016	0.320
文化程度	大专以下	85	129.29 ± 22.40	89.66 ± 13.07
	本科	232	136.07 ± 19.32	89.70 ± 12.84
	研究生及以上	8	135.13 ± 8.95	104.50 ± 13.41
<i>F</i> 值			3.578	5.133
	<i>P</i> 值		0.029	0.006
婚姻状况	未婚	119	129.76 ± 20.15	90.03 ± 13.41
	已婚	202	137.25 ± 19.65	90.19 ± 12.93
	离异	4	128.50 ± 18.67	84.00 ± 11.97
<i>F</i> 值			5.523	0.438
	<i>P</i> 值		0.004	0.646
职称	护士	74	126.49 ± 20.57	89.20 ± 12.31
	护师	110	138.20 ± 19.26	92.68 ± 12.07
	主管护师	103	134.44 ± 20.43	87.63 ± 12.78
	副主任护师及以上	38	138.40 ± 20.10	90.55 ± 17.35
<i>F</i> 值			5.669	2.789
	<i>P</i> 值		0.001	0.041
职务	无	276	134.43 ± 20.31	86.56 ± 11.44
	护士长及以上	49	134.22 ± 19.06	90.18 ± 12.67
<i>t</i> 值			0.067	2.008
	<i>P</i> 值		0.946	0.046

续表

分析因素	类别	人数	工作沉浸感	职业幸福感
聘用关系	合同制	212	133.26 ± 20.80	90.39 ± 12.33
	人事代理	28	136.18 ± 19.13	91.07 ± 14.19
	事业编制	85	136.66 ± 18.55	88.88 ± 14.53
	<i>F</i> 值		0.988	0.495
	<i>P</i> 值		0.374	0.610
工作年限（年）	0~	123	129.72 ± 20.66	90.82 ± 13.10
	6~	62	137.15 ± 18.78	92.52 ± 12.30
	11~	85	135.66 ± 20.78	87.93 ± 12.04
	21~	35	139.94 ± 17.98	89.11 ± 16.82
	30~	20	139.65 ± 16.41	88.30 ± 11.59
	<i>F</i> 值		3.127	1.358
	<i>P</i> 值		0.015	0.248
月收入（万元）	< 0.5	89	133.10 ± 21.84	87.12 ± 11.57
	0.5~	179	134.60 ± 20.05	90.10 ± 12.80
	1~	52	135.50 ± 17.80	91.29 ± 12.54
	2~	5	141.67 ± 1.53	113.63 ± 15.43
	<i>F</i> 值		0.399	7.738
	<i>P</i> 值		0.754	0.000
科室	内科	67	139.91 ± 22.25	91.46 ± 13.80
	外科	38	135.15 ± 16.29	89.77 ± 14.04
	重症监护室	58	127.69 ± 18.13	88.73 ± 9.36
	手术室	95	134.63 ± 21.28	88.26 ± 12.72
	急诊	39	131.69 ± 19.27	90.17 ± 14.08
	其他	28	136.71 ± 16.98	95.82 ± 15.51
	<i>F</i> 值		2.593	1.739
医院级别	<i>P</i> 值		0.026	0.125
	三级医院	277	133.03 ± 19.70	90.05 ± 12.60
	二级医院	48	142.31 ± 20.80	90.06 ± 15.72
	<i>t</i> 值		2.988	0.005
	<i>P</i> 值		0.003	0.996

表 3 变量赋值表

变量标签		赋值说明	变量标签		赋值说明
年龄（岁）	18~29=1, 30~39=2, 40~49=3, ≥ 50=4		职称	护士 =1, 护师 =2, 主管护师 =3, 副主任护师及以上 =4	
文化程度	大专以下 =1, 本科 =2, 研究生及以上 =3		月收入（万元）	< 0.5=1, 0.5~2, 1~3, ≥ 2=4	
工作年限（年）	0~5=1, 6~10=2, 11~20=3, 21~29=4, ≥ 30=5		科室	内科 =1, 外科 =2, 重症监护室 =3 手术室 =4, 急诊 =5, 其他 =6	
婚姻状况	未婚 =1, 已婚 =2, 离异 =3		医院级别	三级医院 =1, 二级医院 =2	
职务	无 =1, 护士长及以上 =2				

表 4 影响临床护士工作沉浸感的多元线性回归分析

分析因素	β	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常量	127.340	2.516	—	50.607	0.000
年龄	4.047	1.297	0.171	3.120	0.002
文化程度	4.880	2.312	0.117	2.110	0.036
婚姻状况	6.427	2.190	0.161	2.935	0.004
工作年限	3.144	1.187	0.146	2.650	0.008
医院级别	9.284	3.105	0.164	2.990	0.003

表5 影响临床护士职业幸福感的多元线性回归分析

分析因素	β	SE	标准化 B	t 值	P 值
常量	79.585	3.127	—	25.450	0.000
文化程度	3.227	1.620	0.118	1.992	0.047
职称	-3.463	0.931	-0.247	-3.719	0.000
职务	6.228	1.571	0.245	3.964	0.000
月收入	3.289	1.085	0.171	3.032	0.003

2.4 临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性分析

Pearson 相关分析结果显示,临床护士的工作沉浸感总分及各维度与职业幸福感总分、价值/能力

体现、社会支持、经济收入及工作环境维度均有统计学意义 ($P<0.05$),呈一定正相关;职业幸福感中的身心健康维度与工作沉浸感总分及各维度均有统计学意义 ($P<0.05$),呈一定负相关,见表6。

表6 临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性分析 (r)

分析因素	工作沉浸感总分	体验	目标	行动	任务控制	专注
职业幸福感总分	0.404**	0.415**	0.359**	0.365**	0.387**	0.354**
身心健康	-0.265**	-0.191**	-0.171**	-0.199**	-0.184*	-0.160*
价值/能力体现	0.338**	0.521**	0.441**	0.460**	0.467**	0.470**
社会支持	0.499**	0.509**	0.452**	0.443**	0.446**	0.471**
经济收入	0.301**	0.310**	0.281**	0.212**	0.258**	0.298**
工作环境	0.367**	0.396**	0.331**	0.314**	0.306**	0.350**

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 。

3 讨论

3.1 临床护士的工作沉浸感和职业幸福感均处于较高水平

本研究发现临床护士的工作沉浸感的平均分为 134.27 ± 20.39 分,高于胡哲等^[9]和何燕琴等^[10]研究结果,出现这种结果的原因:第一,可能与本研究调查的样本量均高于胡哲等^[9]和何燕琴等^[10]学者的样本数量有关;第二,可能与调查对象所在医院的管理政策有关。临床护士的职业幸福感的平均分为 89.25 ± 12.40 分,高于张靓等^[11]研究结果,可能张靓等^[11]调查的是急诊科护士,急诊科收治都是急危重症患者,且病情变化快,是医疗纠纷的易发地,护士工作的状态常处于紧张繁重状态,这些都会对护士的职业幸福感产生较大的影响。

3.2 临床护士工作沉浸感的影响因素分析

本研究发现,年龄、文化程度、婚姻状况、工作年限、医院级别是临床护士工作沉浸感的影响因素。年龄40岁以上护士的工作沉浸感较高,这与聂振清^[12]的研究结果不一致,可能与该年龄段护士临床经验丰富,理论知识和操作技能扎实,临床护理工作会更加投入。本科学历以上的临床护士的工作沉浸感较高,这与力仁霞^[13]的研究结果一致。

已婚护士的工作沉浸感较高,这与张莉莉^[7]的研究结果一致,有研究表明护士的工作投入和工作沉浸感存在相关性^[14],已婚护士比未婚护士在工作更加投入,因此易于产生沉浸体验。工作年限在21年以上临床护士的工作沉浸感较高,这与于小桂^[15]的研究结果不一致,出现这种结果的原因:第一,可能与样本量的数量有关;第二,护士在临床工作时间长,经验丰富,各方面的能力较强,综合素质较高,能积极地克服工作中遇到的挑战和困难,因此这些都会直接或间接地影响护士工作的沉浸体验。二级医院的工作沉浸感较高,这与李瑾等^[16]研究结果一致,可能二级医院护士的工作量和工作压力较小,管理相对宽松,因而护士的工作沉浸感较高。

3.3 临床护士职业幸福感的影响因素分析

本研究发现,文化程度、职称、职务、月收入是临床护士职业幸福感的影响因素。研究生以上学历且护师以上职称的护士职业幸福感更高,这与李贝贝^[17]的研究结果不一致,可能与本研究调查对象包括各个科室的护士有关,李贝贝调查的是ICU科室的护士,该科室护理对象以危重症患者为主,患者的自理能力较差,护士的工作负荷过重,上班时间为12h制,加上长期处于密闭的工作环境,极易产生负面情绪,降低职业幸福感。护士长以上职

务且月收入2万以上的护士职业幸福感更高,这与李桂华等^[18]研究结果一致,有研究表明护士的工作绩效和职业幸福感存在正相关^[19],且职务越高,收入也会相对较高,从而更加积极地投入到自己的工作中,因此易感受到工作带来的满意度和幸福感。

3.4 临床护士工作沉浸感与职业幸福感的相关性

本研究发现,临床护士的工作沉浸感总分及各维度与职业幸福感总分、价值/能力体现、社会支持、经济收入及工作环境维度均呈正相关,职业幸福感中的身心健康维度与临床护士工作沉浸感总分及各维度均呈负相关。工作沉浸是一种内在积极的情绪体验,很可能正向影响护士的认知、情绪和态度^[20]。研究表明工作沉浸感可以正向预测工作满意度^[9],由于护士全身心专注于工作中,会忘掉烦恼等负性情绪,更易感到工作带来的成就感和价值观,从而提升职业幸福感。根据美国护士协会的健康风险评估报告发现^[21],82%的护士认为,由于工作压力,大部分护士处于亚健康状态,护士的身心健康不容乐观^[22]。不良的身心健康状况会产生职业倦怠感,导致护士无法全身心地投入工作中,造成工作效率低下,影响护士的职业幸福感。

综上所述,本研究临床护士的工作沉浸感和职业幸福感均处于较高水平,临床护士工作沉浸感总分及各维度与职业幸福感总分、价值/能力体现、社会支持、经济收入及工作环境维度呈正相关,而职业幸福感中的身心健康维度与工作沉浸感总分及各维度呈负相关。护理管理者应充分认识到工作沉浸感在提升职业幸福感中的重要作用,为护士努力创造良好的执业环境,能减少负性情绪,提升专注力,以更加积极乐观的态度面对复杂多变的临床环境,从而提高护士的服务质量。

4 参考文献

- [1] Evans EJ, Noureddine N, Curry SR, et al. COVID-19 Impacts on Social Work and Nursing Now and into the Future: National Administration Plans[J]. Health Soc Work,2021,46(3):152-157.
- [2] Singh C, Cross W, Munro I, et al. Occupational stress facing nurse academics-A mixed-methods systematic review[J]. J Clin Nurs, 2020,29(5-6):720-735.
- [3] Meadley B, Caldwell J, Perraton L, et al. The health and well-being of paramedics-a professional priority[J]. Occup Med (Lond), 2020,70(3):149-151.
- [4] Massimini F, Csikszentmihalyi M, Carli M. The monitoring of optimal experience. A tool for psychiatric rehabilitation[J]. J Nerv Ment Dis, 1987,175(9):545-549.
- [5] Bakker AB. The work-related flow inventory: Construction and initial validation of the WOLF[J]. J Voc Behav, 2008, 72(3):400-414.
- [6] Bringsén A, Ejlertsson G, Andersson IH. Flow situations during everyday practice in a medical hospital ward. Results from a study based on experience sampling method[J]. BMC Nurs, 2011,10:3.
- [7] 张莉莉. 三级甲等医院急诊科护士工作沉浸体验的研究[D]. 太原:山西医科大学,2013.
- [8] 胡冬梅,马月丹,那丽,等. 医务工作者职业幸福度量表编制及信度和效度分析[J]. 中国医院统计,2011,18(2):127-129.
- [9] 胡哲,赵益,杨阳,等. 213名护士工作沉浸感与工作满意度相关性分析[J]. 护理学报,2019,26(5):41-44.
- [10] 何燕琴,蒋维连,任丽霞,等. 临床专科护士核心自我评价与工作沉浸的相关性研究[J]. 上海护理,2018,18(6):29-32.
- [11] 张靓,李凡,明亚燃,等. 北京市急诊科护士幸福感与职业倦怠、正念思想的相关性分析[J]. 中国实用护理杂志,2020,36(1):52-57.
- [12] 聂振清. 呼和浩特市三级甲等医院儿科护士组织气氛与工作沉浸的相关性分析[J]. 护理研究,2018,32(16):2553-2556.
- [13] 力仁霞. 护士工作投入、自我效能感与内隐态度的相关性[J]. 护理研究,2021,35(11):2054-2057.
- [14] 孙爱华,赵菁,肖倩. 临床护士工作投入与工作沉浸感的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志,2015,31(11):837-840.
- [15] 于小桂. 护士工作沉浸与组织气氛、工作绩效的现状及相关性研究[D]. 衡阳:南华大学,2015.
- [16] 李瑾,蒋维连,郭阳. 护理工作环境对临床护士工作沉浸的影响研究[J]. 护理管理杂志,2017,17(7):466-468.
- [17] 李贝贝. 三级综合医院ICU护士情绪管理与职业幸福感的调查[J]. 全科护理,2021,19(31):4433-4436.
- [18] 李桂华,李会政,王馨,等. 医务工作者职业幸福感调查及影响因素分析[J]. 医学与哲学,2011,32(13):43-44,53.
- [19] 方琪. 医务人员感知的高绩效工作系统对其工作幸福感的影响研究:基于关心员工氛围的中介作用[D]. 杭州:浙江大学,2017.
- [20] 伍文文,刘媛媛,代宝. 护士工作沉浸体验的研究进展[J]. 护理管理杂志,2019,19(8):588-593.
- [21] Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, et al. Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US[J]. JAMA Netw Open,2021,4(2):e2036469.
- [22] 李瑞兰,张建凤,安小力,等. 新型冠状病毒肺炎疫情防控状态下护士执业环境与心理健康的相关性调查[J]. 上海护理,2021,21(11):41-44.

[2022-03-01 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

基于 IMB 技巧模型的 COPD 患者肺康复依从性影响因素的结构方程模型分析

张卉 张腾 李新 陈小瑜 何亚鹏 吴红霞

【摘要】 目的 基于信息-动机-行为 (IMB) 技巧模型, 构建慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者肺康复依从性的结构方程模型, 定量分析模型中对康复行为作用影响因素的路径及强度。方法 选取山西省某三级甲等医院 200 例 COPD 患者进行横断面调查, 收集患者一般资料、COPD 知识问卷、Herth 希望量表、社会支持评定量表、COPD 自我效能量表以及肺康复锻炼依从性的信息。结果 构建的结构方程模型整体适配度较好, 与预测结果一样, 自我效能对依从性有直接影响 ($\beta=0.464, P<0.05$), COPD 知识、健康信念、社会动机通过自我效能间接影响康复依从性, 效应值分别为 0.245, 0.166, 0.062。结论 与 IMB 模型一致, 知识、动机和自我效能感与 COPD 患者康复锻炼依从性有关, 应针对性地提高患者知识、动机和行为技巧, 以影响患者的行为改变。

【关键词】 信息-动机-行为技巧模型; 慢性阻塞性肺疾病; 肺康复依从性; 影响因素; 模型分析

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.011

Structural equation of influencing factors of pulmonary rehabilitation adherence in patients with COPD based on information-motivation-behavioral skill model ZHANG Hui, ZHANG Teng, LI Xin, CHEN Xiaoyu, HE Yapeng, WU Hongxia (Shanxi Medical University, Taiyuan, 030001, China)

【Abstract】 Objective To construct a structural equation model of pulmonary rehabilitation compliance in chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) patients based on the information-motivation-behavioral (IMB) skills model, the path and intensity of the influencing factors on rehabilitation behavior in the model were quantitatively analyzed. **Methods** We selected 200 COPD patients from a tertiary hospital in Shanxi province for a cross-sectional survey, and collected general information, COPD knowledge questionnaire, Herth hope index scale, social support rating scale, COPD self-efficacy scale and pulmonary rehabilitation exercise compliance information. **Results** The overall fit of the constructed structural equation model was good. Like the predicted results, self-efficacy had a direct impact on compliance ($\beta=0.464, P<0.05$). COPD knowledge, health beliefs, and social motivation indirectly affect rehabilitation adherence through self-efficacy, with effect sizes of 0.245, 0.166, and 0.062, respectively. **Conclusion** Consistent with the IMB model, knowledge, motivation and self-efficacy were related to the compliance of COPD patients with rehabilitation exercise, and patients' knowledge, motivation and behavioral skills should be improved in a targeted manner to influence their behavioral changes.

【Key words】 Information-motivation-behavioral skill model; Chronic obstructive pulmonary diseases; Pulmonary rehabilitation compliance; Influencing factors; Model analysis

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者临床通常表现为呼吸困难、疲劳、运动不耐受等症状, 肺康复可减轻此类症状, 改善预后^[1]。研究调查显示, COPD 患者肺康复的参与率仅为 8.3%~49.6%, 而其中高达 36.7% 的患者中途退出, 参与依从性不佳^[2], 且肺康复执行情况不容乐观, 其主要原因是患者缺乏健康行为的相关知识及动机, 且不能及时受到专业人员的指导、缺乏有效的沟通等^[2-4]。信息-动机-

行为 (IMB) 技巧模型是一个框架, 通常用于增强患者的健康行为以及对行为预测因素的解释, 已被用于解释各种患者的健康行为依从性^[5-6], 评估不依从性的障碍并检验该理论模型。本文采用 IMB 技巧模型, 运用结构方程模型, 分析 COPD 患者的肺康复依从性的影响因素, 为今后制订科学有针对性的干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2021 年 5—10 月在山西省某三级甲等医

作者单位: 030001 山西省太原市, 山西医科大学 (张卉, 张腾, 李新, 何亚鹏); 山西中医药大学 (陈小瑜); 山西省人民医院 (吴红霞)

院符合纳入条件的 COPD 门诊患者 200 例为调查对象。纳入条件:根据《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》(2021 修订版)^[1] 诊断为 COPD;能进行沟通交流;知情同意。排除条件:认知功能障碍;重要脏器功能严重障碍。参与调查的 200 例患者中,男 178 例(89.00%),女 22 例(11.00%);居住地:城镇 20 例(10.00%),农村 180 例(90.00%);文化程度:初中及以下 126 例(63.00%),中专及高中 31 例(15.50%),大专及以上 43 例(21.50%)。

1.2 调查工具与内容

(1) COPD 知识:采用由钮美娥等^[7] 参考国外学者编制的 COPD 知识问卷(BCKQ)评价患者的知识水平,内容涵盖 COPD 疾病的本质、病因、临床症状、肺部感染、康复训练、家庭氧疗、吸烟、抗生素应用、类固醇激素治疗、吸入型支气管扩张剂应用 10 个主题。每个主题下设 3 个问题,问卷共 30 个问题。每个问题回答正确得 1 分,回答错误或不知道则不得分。问卷总分满分为 30 分,总分<18 分为低水平,18~24 分为中水平,>24 分为高水平。本问卷 Cronbach's α 系数为 0.78。

(2) 健康信念:研究人员采用 Herth 希望量表(HHI)^[8-9] 评价患者的健康信念,该量表包含积极态度、积极行动及密切关系 3 个维度,共 12 个条目,采用 Likert 4 级评分法,条目 3 和条目 6 是反向评分,其余均为正向评分。评分越高说明患者希望水平越高。Cronbach's α 系数为 0.85。

(3) 社会动机:采用社会支持评定量表(SSRS)评价患者的社会支持水平,该量表由肖水源^[10] 编制,包括主观支持、客观支持和支持利用度 3 个维度,共 10 个条目,分值越高,社会支持就越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.896。

(4) 自我效能:本研究采用中文版 CSES^[11] 用于评价 COPD 患者在各种情况下避免或应付呼吸困难的自信心。中文版 CSES 由香港理工大学黄金月教授改良修订,重测信度为 0.88,内容效度为 0.74。量表包括 5 个维度,共 31 个条目。采用 Likert5 级评分法依次计 1~5 分,分别为“非常无信心、无信心、有少许信心、相当有信心、非常有信心”。总分 13~65 分,得分越高,说明自我效能水平越高。

(5) 肺康复锻炼依从性:研究人员依据相关文献^[12-13] 制定锻炼处方,包括是否了解呼吸康复锻炼知识;是否能按照医护人员的指导进行功能锻炼;每天进行功能锻炼的时间及次数。锻炼处方要求 100% 完成,锻炼的时间和次数完成量 $\geq 70.00\%$ 、40.00%~69.99%、<40.00% 分别定义为依从性好、

一般、差,并分别计 3 分、2 分、1 分。

1.3 资料收集方法

采用面对面收集的方式,不能自行完成者由研究者协助,问卷当场收回。共发放 200 份问卷,全部收回,有效问卷回收率为 100%。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 统计学软件进行分析,分类变量以百分比表示,连续变量以“均数 $\pm$ 标准差”表示。模型拟合及路径分析应用 AMOS 23.0 软件,采用最大似然法对模型进行拟合,拟合度采用卡方自由度比(χ^2/df)、拟合优度指数(GFI)、调整拟合优度指数(AGFI)、近似误差均方根(RMSEA)、增值拟合指数(IFI)、比较拟合指数(CFI)进行检验,采用路径系数分析信息、动机、行为技巧对康复依从性的作用路径。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 COPD 患者肺康复依从性影响因素的结构方程模型构建

依据 IMB 技巧模型^[5] 进行结构方程模型构建,以 COPD 知识总分、健康信念总分、社会动机总分为外生显变量,以自我效能总分为内生显变量、肺康复锻炼依从性总分为内生潜变量。

2.2 COPD 患者肺康复依从性影响因素的路径分析

根据修正指数,通过残差修正指标,修正后的各拟合参数为: $\chi^2=32.027$, $\chi^2/df=2.669$ (<3), $GFI=0.962$ (>0.9), $AGFI=0.885$ (>0.8), $RMSEA=0.092$ ($0.08\sim0.1$), $IFI=0.985$ (>0.9), $CFI=0.985$ (>0.9),模型的拟合度较好。结构方程模型结果见图 1。由表 1 可知,COPD 知识、健康信念、社会动机对自我效能均具有显著正向效应($P<0.05$),健康信念、社会动机、自我效能对肺康复锻炼依从性具有显著正向效应($P<0.05$)。COPD 知识、健康信念、社会动机通过自我效能间接影响依从性;自我效能对肺康复锻炼依从性的影响效应最强。影响因素效应分析见表 2。

3 讨论

3.1 IMB 技巧模型对 COPD 患者肺康复依从性具有较强的解释和预测能力

IMB 技巧模型认为,信息和动机是行为改变的基本决定因素,可以通过行为技巧间接影响行为改变;当复杂或新颖的行为技巧不需要用于改变行为时,信息和动机也可能直接影响行为的改变^[5]。研

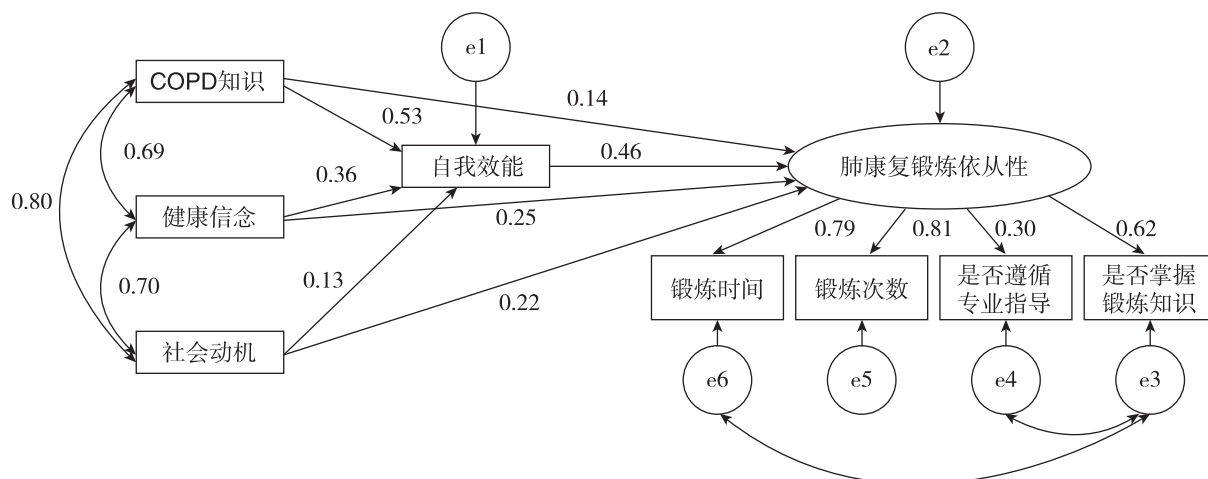


图1 基IMB技巧模型的COPD患者肺康复依从性影响因素的结构方程模型图

表1 路径系数

路径	标准化系数	非标准化系数	标准误	临界比值 (CR)	P 值
自我效能←COPD 知识	0.528	1.503	0.128	11.731	<0.001
自我效能←健康信念	0.358	0.740	0.079	9.325	<0.001
自我效能←社会动机	0.134	0.221	0.075	2.938	0.003
肺康复锻炼依从性←COPD 知识	0.141	0.007	0.004	1.804	0.069
肺康复锻炼依从性←健康信念	0.250	0.009	0.002	3.969	<0.001
肺康复锻炼依从性←自我效能	0.464	0.008	0.002	4.140	<0.001
肺康复锻炼依从性←社会动机	0.219	0.006	0.002	3.447	<0.001

表2 肺康复锻炼依从性行为影响因素效应分析

影响因素	直接效应	间接效应	总效应
COPD 知识	0.141	0.245	0.386
健康信念	0.250	0.166	0.416
社会动机	0.219	0.062	0.282
自我效能	0.464	—	0.464

究结果表明,信息、动机与行为技巧影响健康行为,这与 Tsamlag 等^[14]的研究一致。因此,IMB 技巧模型可以很好地解释调查对象的康复依从性,说明采用 IMB 模型探讨 COPD 患者肺康复依从性的影响因素具有可行性。

3.2 IMB 技巧模型各部分对肺康复依从性的预测能力

3.2.1 知识与动机之间中度相关,对自我效能具有直接效应 COPD 知识与健康信念、社会动机呈正相关($r=0.694, 0.796$),表明随着知识的增长,患者会有积极的态度和信念,也会促进自身知识的获取,这意味着增加知识可以增加动力,积极的患者获得更多的知识。

在本研究中,知识和动机对自我效能有直接影响,知识对自我效能的影响高于动机。原因可能是

COPD 患者多数为老年人,缺乏康复锻炼的知识,甚至有 75.5% 的患者锻炼方法不正确^[15],而呼吸困难更加削弱患者肺康复锻炼的信心。因此,临床护理人员进行健康宣教的时候要注重安全锻炼知识的普及,包括锻炼能力评估、发病识别与自救指导。

3.2.2 知识、动机、自我效能对康复依从性具有直接或间接正效应 路径分析结果显示,COPD 知识对康复依从性的总效应为 0.386。COPD 知识对依从性没有直接效应,通过影响自我效能,间接影响康复依从性。结果与最初的 IMB 技巧模型的假设不同,但与之之前的研究结论一致^[16],疾病知识是正确康复锻炼的前提,但知识不足以充分解释和提高健康行为的依从性,这表明,尽管知识在促进康复锻炼中发挥了重要作用,对提高依从性并无必要。

表 2 结果显示,健康信念、社会动机对康复依从性的总效应分别为 0.416, 0.282。健康信念、社会动机不仅对依从性具有直接正效应,而且通过影响自我效能间接影响康复依从性,直接效应大于间接效应,因此,建议护理管理者在开展康复行为依从性干预时,应更加重视对 COPD 患者动机的教育,阐明其重要性,树立患者对康复的信心,提高其主观能动性,同时加强家庭成员和医务人员对康复锻

炼的鼓励和支持^[17]。

与 COPD 知识、健康信念、社会动机相比,自我效能对依从性行为的影响效应更大。自我效能理论^[18]提出,自我效能是指人们对自己实现行为目标所需能力的信心,指在自我调节系统中对其能力的判断,该理论认为,自我效能调节知识与行为之间的关系,影响着动机和行为,从而决定是否坚持健康行为^[19]。与 Wang 等^[20]研究一致,即对于复杂行为,知识和动机不足以决定行为改变,虽然知识和动机在获得技能和信心方面很重要,但即使是最知情和最积极的患者,在缺乏实践技能的情况下,也可能难以坚持健康行为。因此,通过提高肺康复锻炼技能和自我效能,而不是简单地增强知识和动机,才能提高肺康复锻炼的依从性,临床护理人员应重点指导和实施 COPD 患者具体的肺康复锻炼方法。由于呼吸困难导致患者恐惧康复锻炼,为其提供安全可行的康复锻炼尤为重要,包括居家康复节能指导、平衡功能锻炼等,加强患者自我管理^[21],从而提高自身技能,增强应对疾病的信心,最终提高锻炼依从性。

总之,本研究证实了 IMB 模型可以应用于 COPD 患者肺康复锻炼,护理人员可在理论模型的指导下,结合患者的需求制订针对性的干预措施,以提高肺康复锻炼的依从性。本研究的样本量少且代表性有限,未来要扩大样本量,进行多中心抽样;尚缺乏有关健康行为调节因素的分析,如患者的心理状态、生活状况等因素,待今后的研究增加。

4 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,44(3):170-205.
- [2] Keating A, Lee A, Holland A E. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review[J]. Chron Respir Dis, 2011,8(2): 89-99.
- [3] Cox NS, Oliveira CC, Lahham A, et al. Pulmonary rehabilitation referral and participation are commonly influenced by environment, knowledge, and beliefs about consequences: a systematic review using the Theoretical Domains Framework[J]. J Physiother, 2017,63(2): 84-93.
- [4] Milner SC, Boruff JT, Beaurepaire C, et al. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review[J]. Respir med, 2018,137: 103-114.
- [5] Fisher JD, Fisher WA, Amico KR, et al. An information-

motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy[J]. Health Psychol, 2006,25(4):462-473.

- [6] Kim CJ, Kang HS, Kim JS, et al. Predicting physical activity and cardiovascular risk and quality of life in adults with osteoarthritis at risk for metabolic syndrome: A test of the information-motivation-behavioral skills model[J]. Nurs Open, 2020,7(4): 1239-1248.
- [7] 钮美娥,钱红英,刘慧,等.慢性阻塞性肺疾病患者对疾病的认知情况[J].解放军护理杂志,2010,27(22): 1699-1700, 1739.
- [8] 赵海平,王健.血液透析患者的社会支持和希望[J].中华护理杂志,2000,35(5):306-308.
- [9] Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope[J]. Sch Ing Nurs Pract, 1991,5(1):39-51.
- [10] 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.
- [11] Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD Self-Efficacy Scale[J]. Chest, 1991,99(5): 1193-1196.
- [12] Bourbeau J, Bartlett S J. Patient adherence in COPD[J]. Thorax, 2008,63(9): 831-838.
- [13] 施萍,张骅.影响慢阻肺患者呼吸功能锻炼依从性的因素分析和对策[J].临床肺科杂志,2010,15(5): 719.
- [14] Tsamlag L, Wang H, Shen Q, et al. Applying the information-motivation-behavioral model to explore the influencing factors of self-management behavior among osteoporosis patients[J]. BMC Public Health, 2020,20(1): 198.
- [15] 宋玛丽,岑慧红,罗俏玲,等.社区 COPD 患者家庭肺康复现状调查及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2016,22(11): 1486-1493.
- [16] Yang C, Hui Z, Zeng D, et al. Examining and adapting the information-motivation-behavioural skills model of medication adherence among community-dwelling older patients with multimorbidity: protocol for a cross-sectional study[J]. BMJ Open, 2020,10(3):e033431.
- [17] 游书秋,王伟忆,曾磊,等.同伴互助学习对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复锻炼的作用[J].护理实践与研究,2022,19(2):244-247.
- [18] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977,84(2): 191-215.
- [19] 张鼎昆,方俐洛,凌文轻.自我效能感的理论及研究现状[J].心理学动态,1999,7(1): 39-43.
- [20] Wang X, Jia M, Li Y, et al. Validation of an information-motivation-behavioral skills model of upper limb functional exercise adherence among Chinese postoperative patients with breast cancer[J]. Breast Cancer, 2019,26(2): 198-205.
- [21] 刘海燕.慢性阻塞性肺疾病康复期患者自我管理能力的影响因素与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(10):12-14.

[2022-02-12 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

炎症性肠病患者营养状况与生活质量的相关性研究

孙晋洁 朱慧 何伯圣

【摘要】 目的 探讨炎症性肠病患者营养状况的影响因素及与生活质量的关系。方法 选取2019年1月—2020年6月在南通大学第二附属医院住院的73例炎症性肠病（IBD）患者，收集患者的一般资料、营养状况分级资料、疾病活动指数、生活质量等数据，通过单因素和多因素分析影响炎症性肠病患者生活质量的主要因素，并分析营养状况与生活质量的相关性。结果 IBD患者中多发营养不良，多因素分析显示，疾病类型、疾病状态、营养状况为影响患者生活质量的主要影响因素。相关性分析显示，营养不良与生活质量呈负相关。结论 IBD患者生活质量下降与营养受损存在相关性，改善营养状况，可为改善患者整体状况提供基础。

【关键词】 炎症性肠病；溃疡性结肠炎；克罗恩病；营养状况；生活质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.012

Correlation between nutritional status and quality of life in patients with inflammation bowel disease

SUN Jinjie, ZHU Hui, HE Bosheng (The Second Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong, 226000, China)

【Abstract】 Objective To explore the influencing factors of nutritional status of inflammation bowel disease (IBD) patients and their relationship with quality of life. **Methods** A total of 73 patients with IBD who were hospitalized in the Second Affiliated Hospital of Nantong University from January 2019 to June 2020 were selected. We collected general information, nutritional status grading information, disease activity index, quality of life and other data of patients, analyzed the main factors affecting the quality of life of patients with inflammatory bowel disease through univariate and multivariate analysis, and analyzed the correlation between nutritional status and quality of life. **Results** Malnutrition was frequent in patients with IBD. Multivariate analysis showed that disease type, disease state, and nutritional status were the main factors affecting the quality of life of patients. Correlation analysis showed that the malnutrition was inversely associated with quality of life. **Conclusion** There was a correlation between the decline of quality of life in IBD patients and nutritional impairment. Improving nutritional status can provide a basis for improving the overall condition of patients.

【Key words】 Inflammation bowel disease; Ulcerative colitis; Crohn's disease; Nutritional status; Quality of life

炎症性肠病（inflammatory bowel disease, IBD）是主要累及消化系统的慢性非特异性炎症性症候群，包括溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC）和克罗恩病（Crohn's disease, CD）。流行病学统计结果提示^[1]，我国IBD发病率表现出强劲上升趋势及地缘聚集性，预计2015—2025年中国IBD的患病率最高可能达到0.1%，居亚洲首位。IBD高发于18~49岁的青壮年人群，尚无治愈手段，中华医学

会消化病学分会炎症性肠病学组将诱导及维持临床缓解及黏膜愈合，防治并发症，改善患者生活质量，加强对患者的长期管理作为其治疗目标^[2]。

IBD病程中，由于主被动饮食限制，肠道上皮完整性受损、上皮转运功能减退，以及炎症介导的基础能量消耗增加，患者常合并多种形式的营养状况受损^[3]。我国一项跨越10年的住院IBD患者研究结果提示，CD的营养风险为64.6%，UC为45.4%，体质指数（BMI）降低者的营养风险发生率高达95.7%^[4]。炎症因素与营养受损互为因果，同时明显增加IBD相关不良事件发生率，如住院率、急诊手术率，增加并发症发生率和病死率。营养受损是IBD重要的临床表现，改善生活质量是其治疗目标，而现有研究多为各自独立的横断面调查，难

基金项目：南京医科大学康达学院2021年度科技发展基金重点项目（编号：KD2021KYJJZD008）；2019年度南通市卫生健康委员会科研立项课题（编号：MB2019006）
作者单位：226000 江苏省南通市，南通大学第二附属医院胃肠外科（孙晋洁）；南京医科大学康达学院南通临床医学院（孙晋洁）；江苏省海安人民医院影像科（朱慧）；南通大学第二附属医院临床医学研究中心（何伯圣）

以清晰描述两者之间的关系。因此,本研究拟探索 IBD 患者营养状况与生活质量的相互关系,为临床制订营养支持方案,维持患者合理营养状况,改善生活质量提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2019 年 1 月—2020 年 6 月在南通大学第二附属医院住院的 IBD 患者。纳入条件:确诊炎症性肠病,诊断标准参照 2012 年修订的炎症性肠病诊断与治疗的共识意见^[5];知情同意,自愿参与调查;能正常进行沟通交流;年龄 ≥ 16 周岁。排除条件:有认知障碍,精神疾病;不能理解完成问卷;合并糖尿病、恶性肿瘤、肝脏疾病等显著影响患者营养状况的急慢性疾病;肠道造口;妊娠及哺乳期女性。本研究经南通大学第二附属医院伦理委员会审核批准,伦理审批号 2019KW015。

1.2 调查内容

1.2.1 一般资料调查 由研究者自行设计,包括性别、年龄、病程时间、并发症、用药治疗史、营养支持方式等,由患者自行填写或在研究人员帮助下填写。BMI 由研究人员采用标尺测量身高(单位:m),电子体重秤测量体质量(单位:kg), $BMI = \text{体质量} / \text{身高}^2 (\text{kg}/\text{m}^2)$ 。本研究中,将接受口服或者管饲商品肠内营养制剂如能全力、百普力、能全素作为肠内营养支持判断标准。

1.2.2 疾病活动指数 对 CD 患者采用 Harvey-Bradshaw Index 评估, >4 分为 CD 活动期;对溃疡性结肠炎患者采用 Mayo score 评估,Mayo score >2 分为 UC 活动期。疾病活动指数通过查阅病历获得。

1.2.3 生活质量 采用简体中文版炎症性肠病生活质量量表(inflammatory bowel disease questionnaire,IBDQ)评估。该量表由加拿大学者 Guyatt 等人设计,是目前世界范围内使用最广泛,信度、效度最高的 IBD 生活质量量表^[6-8]。IBDQ 包含肠道症状、全身症状、情感功能、社会功能 4 个维度共 32 个条目,每个条目有 7 个选项,依次赋值 1~7 分,总分 32~224 分,得分越高生活质量越好。本研究已经获得作者授权,获得该量表使用权,前期研究已经证实简体中本版 IBDQ Cronbach's α 系数为 0.986,肠道症状等 4 个维度的 Cronbach's α 系数为 0.937~0.987,折半系数为 0.987,信度及效度良好,能敏感区分疾病的活动期和缓解期,适用于炎症性肠病患者生存质量的调查^[9]。

1.2.4 营养状况 采用整体营养状况评估表

(scored patient generated subjective global assessment, PG-SGA) 评估,该量表是中华医学会消化病学分会和肠外与肠内营养学分会共同推荐的适用于 IBD 的主观营养评定工具,包括体质量丢失、疾病状态、代谢应激、体格检查 4 部分^[10]。PG-SGA 总分 0~35 分,得分越高营养状况越差。经过筛查得到 PG-SGA 分级,0~1 分表示营养良好,2~3 分表示可疑,4~8 分表示中度营养不良, ≥ 9 分代表重度营养不良,营养不良切点值为 ≥ 4 分^[11]。本研究采用该标准作为检验标准。

1.3 资料收集方法

对研究小组成员统一培训,考核合格后进入资料收集阶段。问卷由研究小组人员面对面发放给患者,一般资料调查表、IBDQ 由患者本人或在研究者协助下现场填写回收;疾病活动指数、PG-SGA 通过查阅病历结合现场调查由研究者填写。

1.4 统计学方法

双人核对录入数据,采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示;组间均数比较采用 t 检验或方差分析;采用多元逐步线性回归分析生活质量的影响因素;采用 Spearman 相关性分析探讨 IBD 患者营养状况与生活质量的的相关性。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般资料

排除各种失访、数据收集不全等因素,本研究最终完成 73 例患者的数据收集,病程 0~30 年,其中男 45 例,女 28 例;UC 患者 39 例,CD 患者 34 例;疾病活动期共 26 例,占总样本的 35.62%。本研究纳入的 IBD 患者的 IBDQ 总分为 135.26 ± 32.29 ,CD 患者 IBDQ 分为 132.12 ± 35.14 ,UC 患者的 IBDQ 总分为 138.00 ± 29.77 ,UC 患者生活质量得分高于 CD 患者。

2.2 IBD 生活质量影响因素分析

2.2.1 影响 IBD 患者生活质量得分的单因素分析 单因素分析显示,疾病类型、疾病状态、营养状况、工作情况是影响 IBD 患者生活质量评分的相关因素,见表 1。

2.2.2 IBD 患者生活质量影响因素的多元线性回归分析 以 IBDQ 得分为因变量,以患者一般资料中有统计学意义的因素为自变量(原值代入),进行多元线性回归分析,结果显示,疾病类型、疾病状态、营养状况成为影响患者生活质量的主要因素,见表 2。

2.2.3 IBD 患者生活质量与营养状况的相关研究
 本研究中收集了生活质量与营养状况数据,其中营养状况是分级资料,数据预处理中将 PG-SGA 评分转化为等级资料,营养良好 =1,可疑 =2,中度营养不良 =3,重度营养不良 =4,数字等级越高,营养损害越重。生活质量得分与 PG-SGA 等级进行

Spearman 相关分析,结果显示,IBD 患者整体、特别是 CD 患者,营养不良与生活质量呈负相关,即营养不良等级越高,生活质量下降越为明显,表现出较强的相关性,而 UC 的营养状况与 IBDQ 总分及其各维度之间无线性相关,见表 3。

表 1 影响 IBD 患者生活质量得分的单因素分析

项目	类别	例数	IBDQ 得分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	45 (61.6)	135.67 ± 31.06	1.873	0.921
	女	28 (38.4)	134.56 ± 32.01		
年龄 (岁)	16~	29 (39.7)	133.66 ± 31.13	1.656*	0.203
	30~	24 (32.9)	135.33 ± 30.66		
	46~	12 (16.4)	133.49 ± 31.23		
	56~	8 (11.0)	135.66 ± 32.01		
疾病类型	CD	34 (46.6)	132.12 ± 35.14	4.831	0.006
	UC	39 (53.4)	138.00 ± 29.77		
疾病状态	缓解期	47 (64.4)	146.77 ± 27.63	4.173	0.023
	活动期	26 (35.6)	129.33 ± 31.32		
营养状况	营养无损害	6 (35.6)	141.65 ± 29.77	4.314*	0.032
	轻度营养不良	8 (11.0)	135.68 ± 30.59		
	中度营养不良	33 (45.2)	131.66 ± 31.33		
	重度营养不良	26 (35.6)	125.65 ± 30.86		
工作情况	无业	19 (26.0)	117.50 ± 48.78	13.211*	0.001
	退休	15 (20.5)	126.23 ± 32.41		
	在职	35 (47.9)	133.45 ± 29.87		
	学生	4 (5.5)	143.68 ± 27.43		
病程 (年)	<5	50 (68.5)	129.13 ± 42.07	0.960*	0.383
	5~	15 (20.5)	133.66 ± 35.33		
	>10	8 (11.0)	120.00 ± 33.26		

**F* 值。表中 () 内数据为百分率 (%)。

表 2 IBD 患者生活质量影响因素的多元线性回归分析

分析因素	偏回归系数	标准误	标准化偏回归系数	t 值	P 值
疾病类型	-11.03	3.98	-0.18	-2.673	0.003
疾病状态	-0.88	0.23	-0.21	-3.122	0.001
营养状况	-23.66	4.12	-0.46	-7.882	0.001

表 3 IBD 患者营养状况与生活质量的的相关性分析 (r)

不同疾病类型营养状况	例数	IBDQ 总分	肠道维度	全身维度	情感维度	社会维度
IBD 营养状况	73	-0.548**	-0.429*	-0.588**	-0.534**	-0.487*
CD 营养状况	34	-0.808**	-0.790**	-0.791**	-0.807**	-0.752**
UC 营养状况	39	-0.159	-0.269	-0.249	-0.139	-0.093

*P<0. 05; **P<0. 01。

3 讨论

3.1 营养状况与 IBD 患者生存质量总分的相关性分析

炎症性肠病因尚不明确，营养状况受损是其最常见表现之一。本研究结果提示，IBD 患者中显见营养受损，即使患者住院接受常规药物治疗及营养支持，仍有 26.5% 的 CD 患者合并中度营养不良，58.8% 的患者存在重度营养不良，CD 患者的营养不良发生率高于 UC。该研究结果与田雨等^[4]研究结果类似。IBD 是伴随患者终生的疾病，本研究结果提示营养状况与 IBD 患者的总体生活质量总分间的 Spearman 相关分析结果显示出较强的联系，在 CD 患者营养与生活质量中表现出极强的相关性，CD 患者寿命略短于一般人群，意味着患者将长期面对营养状况受损的问题，研究者应该高度重视 CD 患者的营养管理，并致力于长期改善患者的生活质量。

3.2 营养状况与 IBD 生存质量各维度的相关性分析

3.2.1 营养状况与肠道维度的相关分析 本研究中 CD 患者的肠道维度得分 (47.79±9.41 分) 高于 UC (44.77±7.90 分) 患者，也是其生活质量各维度中唯一高于 UC 的，CD 可以累及自口腔到肛门的全消化道，主要累及小肠，小肠是人体营养吸收的主要部位，对患者整体营养状况的影响更为明显。UC 主要是从直肠开始向近端延伸的黏膜炎症，根据累及部位的不同，症状也各不相同，如累及直肠可以出现里急后重，结肠病变后黏液脓血便、便血症状也更加显著，种种因素叠加，使 UC 患者肠道症状更加明显，得分降低。不同病种的营养状况受

损情况也不相同，Spearman 相关分析结果揭示了更深层次隐藏的关联。CD 患者营养受损与肠道维度间显示了高度的关联性，而 UC 患者两者间无关联性，提醒在进行疾病管理时，对 CD 患者更应关注营养管理，而对于 UC 患者，更应重视肠道症状的控制。

3.2.2 营养状况与全身维度的相关分析 Spearman 相关分析数据提示，CD 患者营养受损与其全身维度的生活质量间关联度强度很高，提示 CD 患者有更明显的全身症状。对 IBD 患者而言，疲乏是其最常见的全身症状与表现^[12]。IBD 的营养不良主要是蛋白质-能量型营养不良，常见肌肉体减少。肠道炎症因子、肠系膜脂肪分泌的脂肪因子可抑制骨骼肌氧化磷酸化，诱发肌肉组织减少和肌肉萎缩^[13]。肌肉体质量和力量的降低已被证实是机体功能下降的可靠依据，可降低患者生活质量，增加入院率、跌倒风险、致残率、病死率^[14]。通过客观测量 IBD 患者的外周骨骼肌力，发现肌力下降与疲乏等全身症状密切相关^[15-16]。IBD 患者营养状况的改善是全身症状改善的基础与第一步，在 IBD 疾病管理中应注意在改善营养状况的基础上，维持适度的肌肉运动，从而降低炎症因子、脂肪因子表达水平，全面缓解全身症状、改善机体功能，提升生活质量。

3.2.3 营养状况与情感维度的相关分析 本研究中，CD 患者情感维度生活质量与营养状况显示出强烈的关联度。IBD 患者中，焦虑、抑郁发生率高于常模^[17]，以 CD 患者更为明显。生理机能是抑郁程度的独立影响因素^[18]，IBD 疾病本身的治疗是 IBD 精神心理治疗的基础^[19]。因此，对于 CD 患者，

尤应注意进行精神心理疾病的筛查及干预,从而改善精神健康状况,提升整体生活质量。

3.2.4 营养状况与社会维度的相关分析 本研究发现 CD 患者营养状况与社会维度生活质量表现出较强的相关性,这种隐匿的关系值得研究者深思。IBD 高发于青壮年人群,该年龄段人群社会负担沉重,突出的肠道症状、复杂的炎症免疫因素、疾病迁延、反复入院的风险,加重了社会负担。

4 结论

IBD 患者中常见营养受损,本研究通过数据统计分析,揭示了营养受损与 IBD 生存质量下降间的深层次的联系。营养管理是 IBD 综合管理措施中的基础与重要环节,但仅作营养支持是不够的。护理人员作为疾病管理的实际落实者,应当在改善患者营养状况的基础上,合理落实肌肉锻炼、心理测评与干预等措施,提供患者社会交流的平台,从而使营养支持发挥 1+1>2 的效能,在控制炎症性活动、提升患者整体生活质量中发挥最大的作用,从而使患者最大程度获益。

5 参考文献

- [1] 何琼,李建栋.炎症性肠病流行病学研究进展[J].实用医学杂志,2019,35(18):2962-2966.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J].中国实用内科杂志,2018,38(9):796-813.
- [3] 孙晋洁,王丽华,何伯圣,等.炎症性肠病营养护理研究进展[J].实用临床医药杂志,2021,25(8):124-128,132.
- [4] 田雨,王化虹,李俊霞,等.炎症性肠病营养风险和营养治疗方案选择的回顾性分析[J].肠外与肠内营养,2018,25(2):98-101.
- [5] 胡品津,钱家鸣,吴开春,等.我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012年·广州)[J].内科理论与实践,2013,8(1):61-75.
- [6] Chen XL, Zhong LH, Wen Y, et al. Inflammatory bowel disease-specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties[J]. Health Qual Life Outcomes, 2017,15(1):177.
- [7] Aaron Y, D'Haens Geert, Kaye WM, et al. Health-Related Quality of Life and Work-Related Outcomes for Patients With Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Remission Status Following Short-Term and Long-Term Treatment With Multimatrix Mesalamine: A Prospective, Open-Label Study[J]. Inflamm Bowel Dis, 2018,24(2):450-463.
- [8] 穆尔扎·别克,杨雪松,等.慢性病生活质量量表的开发与跨文化调适:以 IBDQ 为例[J].中国卫生质量管理,2010,17(5):62-65.
- [9] 孙晋洁,孙永强.简体中文版炎症性肠病生存质量量表的信度及效度研究[J].护理研究,2015,29(21):2581-2584.
- [10] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组,中华医学会肠外与肠内营养学分会胃肠病与营养协作组.炎症性肠病营养支持治疗专家共识(第二版)[J].中华炎症肠病杂志(中英文),2018,2(3):154-172.
- [11] 周虹,黄艳红,林燕芳,等.采用 ESPEN 营养不良诊断标准评价两种营养筛查工具在肿瘤住院患者中的有效性[J].中国药师,2020,23(5):884-886.
- [12] 查倩倩,钮美娥,顾洁,等.中青年炎症性肠病患者疲乏体验的质性研究[J].护理研究,2019,33(23):4113-4116.
- [13] 赵媛媛,杨小辉,顾洁,等.缓解期炎症性肠病患者外周肌力水平与疲乏、体力活动的关系[J].实用临床医学,2019,20(5):78-83.
- [14] 卞冬生,施咏梅.炎症性肠病中的营养不良与少肌症[J].肠外与肠内营养,2018,25(1):56-61.
- [15] Vogelaar L, Berg-Emons R, Bussmann H, et al. Physical fitness and physical activity in fatigued and non-fatigued inflammatory bowel disease patients[J]. Scand J Gastroenterol, 2015, 50(11):1357-1367.
- [16] Bryant RV, Ooi S, Schultz CG, et al. Low muscle mass and sarcopenia: common and predictive of osteopenia in inflammatory bowel disease[J]. Alimen Pharmacol Ther, 2015,41(9):895-906.
- [17] 梁蒙蒙,王颖,樊慧丽,等.基于 IMB 模型的出院准备计划对炎症性肠病患者自我管理能力的影 响[J].护理实践与研究,2022,19(3):398-402.
- [18] 鞠静怡,戴媛媛,杨娇兰,等.炎症性肠病患者精神心理和生命质量相关因素分析[J].中华消化杂志,2020,40(10):686-691.
- [19] Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults [J]. Gut, 2019,68(Suppl 3):s1-s106.

[2021-12-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

老年骨质疏松性椎体压缩骨折患者认知衰弱现状及其与跌倒恐惧的关系

许琳 严立群 吴争艳

【摘要】 目的 探讨老年骨质疏松性椎体压缩骨折（OVCF）患者认知衰弱现状及其与跌倒恐惧的关系。方法 选取2021年1—12月医院收治的老年OVCF患者90例为研究对象，应用一般资料调查问卷、Tilburg衰弱量表、蒙特利尔认知量表及修订版跌倒效能量表对患者进行评价，采用多元Logistic回归分析影响老年OVCF患者认知衰弱的相关因素，分析老年OVCF患者认知衰弱与跌倒恐惧的关系。结果 老年OVCF患者认知衰弱发生率为42.22%（38/90）。经多元Logistic回归分析显示，患者年龄、合并多种基础疾病、营养评分、近1年跌倒史、日常生活能力是影响老年OVCF患者衰弱的主要因素（ $P<0.05$ ）。老年OVCF合并认知衰弱患者跌倒自我效能评分为 64.12 ± 8.78 分，低于老年OVCF非认知衰弱患者 82.58 ± 6.48 分，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。经Pearson相关性分析可知，老年OVCF衰弱总评分、躯体衰弱、心理衰弱与跌倒效能总评分及相关维度呈负相关（ $P<0.05$ ）。结论 老年OVCF患者衰弱发生率及跌倒恐惧水平较高，护理人员应重视患者衰弱评估，采取及时有效的干预措施，预防及延缓衰弱的发生，以减轻患者由于衰弱引发的跌倒恐惧感。

【关键词】 骨质疏松性椎体压缩骨折；认知衰弱；跌倒恐惧；影响因素；老年患者

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.013

Status of cognitive weakness in elderly osteoporotic vertebral compression fracture patients and its relationship with fear of falling XU Lin, YAN Liqun, WU Zhengyan (Shanghai Changhai Hospital, Shanghai, 200093, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the status of cognitive weakness in elderly osteoporotic vertebral compression fracture(OVCF) patients and its relationship with fear of falling. **Methods** To select 90 elderly OVCF patients admitted to the hospital from January to December 2021 as the study objects. Patients were evaluated by using general information questionnaire, Tilburg frailty scale, Montreal cognitive assessment and modified fall efficacy scale, and multivariate Logistic regression was used to analyze the related factors affecting cognitive weakness in elderly OVCF patients, and to analyze the relationship between cognitive weakness and fear of falling in elderly OVCF patients. **Results** The incidence of cognitive decline in elderly OVCF patients was 42.22%(38/90). Multivariate Logistic regression analysis showed that the age, multiple underlying diseases, nutritional scores, history of falls in the past 1 year, and activities of daily living of patients were the main factors affecting the frailty of elderly OVCF patients($P<0.05$). The fall self-efficacy score of elderly patients with OVCF and cognitive impairment was 64.12 ± 8.78 points, which was 82.58 ± 6.48 points lower than that of elderly OVCF patients without cognitive impairment, and the difference was statistically significant($P<0.05$). Pearson correlation analysis showed that the aged OVCF frailty total score, physical frailty, and mental frailty were negatively correlated with fall efficacy total score and related dimensions($P<0.05$). **Conclusion** The incidence of frailty and the level of fear of falling in elderly patients with OVCF were relatively high. Nursing staff should pay attention to the assessment of frailty and take timely and effective intervention measures to prevent and delay the onset of frailty, so as to reduce the risk of patients suffering from frailty.

【Key words】 Osteoporotic vertebral compression fracture; Cognitive weakness; Fear of falling; Influencing factors; Elderly patients

老年骨质疏松性椎体压缩骨折（osteoporotic

vertebral compression fracture, OVCF）是骨科常见的多发性疾病，老年OVCF患者由于年龄较大、合并多种基础疾病及生理功能衰退，导致患者机体衰弱

及认知功能障碍发生率较高^[1]。认知衰弱是指个体同时发生机体衰弱和轻度认知障碍的情况^[2]。衰弱会导致患者生理系统功能下降,而轻度认知障碍会导致患者认知能力下降,甚至影响日常生活^[3]。研究指出^[4],认知衰弱患者的衰弱和轻度认知障碍程度越严重,其出现跌倒、失能风险也越高,因此需对认知衰弱患者加强管理,以降低不良事件发生。跌倒除了会损伤身体健康外,还会影响患者情绪,导致患者对日常活动产生一种恐慌、甚至是抗拒的心理^[5]。跌倒恐惧是跌倒患者普遍存在的心理问题,具体表现为担心跌倒,活动时信心不足,当患者在完成一些必须的日常活动时,在跌倒恐惧的影响下会影响活动效果,造成生活质量下降^[6]。老年 OVCF 患者本身存在运动功能障碍,若患者存在认知衰弱会加重其跌倒恐惧,从而进一步影响患者运动功能^[7],由于老年 OVCF 患者普遍存在认知衰弱的情况,但是鲜有文献研究老年 OVCF 患者认知衰弱和跌倒恐惧间的关系。因此,本研究探讨老年 OVCF 患者认知衰弱影响因素及其与认知衰弱的关系,旨在为老年 OVCF 患者临床护理提供指导。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2021 年 1—12 月老年 OVCF 患者 90 例为研究对象,纳入条件:患者经 X 线、MRI、CT 等影像学手段检查确诊为 OVCF;患者年龄 ≥ 60 岁;患者需借助工具行走或需要他人协助完成日常生活;患者病情稳定;患者对本研究内容知情并愿意积极配合。排除条件:合并严重心理问题或躯体功能障碍;合并阿尔茨海默病或不能正常沟通交流;服用过抗抑郁症药物或左旋多巴等可产生类似衰弱的药物。

1.2 调查工具与内容

1.2.1 一般资料调查表 包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、是否独居、合并基础疾病种类、医疗支付方式、近 1 年跌倒史、营养得分、日常生活能力等。营养得分采用简易营养风险量表(MNA-SF)^[8]筛查,其中 0~7 分为营养不良,8~11 分为有营养不良风险, ≥ 12 分为正常。日常生活能力采用 Barthel 指数^[9]进行评价,量表包括大小便、洗澡、修饰、进食等合计 10 个条目,总评分为 0~100 分,其中 100 分为完全自理; >60 分为生活基本可以自理;41~60 分为中度障碍,生活需要帮助;20~40 分为重度功能障碍,生活需要极大帮助; <20 分为患者完全残疾,需要完全依赖他人照顾。

1.2.2 Tilburg 衰弱量表(TFI)^[10] 该量表是由国外学者 Gobbens 等编制的用于评价个体衰弱情况的工具,包括躯体衰弱、心理衰弱、社会衰弱 3 个维度,合计 15 个条目,每个条目赋值 0~1 分,总评分为 0~15 分,分值越高说明患者衰弱程度越明显,该量表 Cronbach's α 系数为 0.852,提示量表信效度理想。

1.2.3 蒙特利尔认知量表(MoCA)^[11] 该量表是用于评价轻度认知功能障碍常用的工具,量表包括命名、执行、视空间、延迟回忆等 12 个项目,总评分为 0~30 分,根据相关指南推荐筛选轻度认知障碍界限值为:文盲组 ≤ 13 分,小学组 ≤ 19 分,初中或以上组 ≤ 24 分。

1.2.4 修订版跌倒效能量表 采用郝燕萍等^[12]编制的跌倒效能量表进行评价,该量表用于评估患者跌倒恐惧感,量表包括室内活动(前 9 项)和户外活动(后 5 项),合计 14 个条目,每个条目赋值 0~10 分,总评分为 0~140 分,分值越高说明患者活动信心越高,跌倒恐惧感越低,量表 Cronbach's α 系数为 0.859,信度系数为 0.945,提示量表信效度理想。

1.2.5 认知衰弱评定标准 根据国际协会相关共识^[13],本研究将患者或其家属主诉为认知功能下降,且排除痴呆症状,TFI 评分 ≥ 5 分同时躯体衰弱维度 ≥ 1 分,MoCA 评分:文盲组 ≤ 13 分,小学组 ≤ 19 分,初中或以上组 ≤ 24 分。

1.3 调查方法

在获得医院医学伦理委员会批准后,在骨科医生及护士协助下完成相关调查,医生负责评估患者认知及衰弱情况,课题研究者负责发放调查问卷,对填写不方便的患者可由课题组成员以问答的形式向其提问并协助其完成。调查前由课题组成员向患者讲解本次调查目的,告知患者相关问卷填写方法及注意事项,在获得患者同意后向其发放问卷,本次共发出问卷 90 份,有效回收 90 份,有效回收率为 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件对相关数据进行统计分析,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;采用多元 Logistic 回归分析影响老年 OVCF 患者认知衰弱的相关因素;老年 OVCF 患者认知衰弱与跌倒恐惧感的关系采用 Pearson 相关分析。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 老年 OVCF 患者认知衰弱发生率及单因素分析

老年 OVCF 患者认知衰弱发生率为 42.22%

(38/90), 患者年龄、文化水平、婚姻状况、独居、合并基础疾病种类、近 1 年出现跌倒史、营养得分、日常生活能力评分与认知衰弱发生有关系($P<0.05$), 见表 1。

表 1 老年 OVCF 患者认知衰弱发生率及单因素分析

分析因素	类别	例数	认知衰弱例数	率 (%)	χ^2 值	P 值
性别	男	46	20	43.48	0.061	0.805
	女	44	18	40.91		
年龄 (岁)	60~	34	10	33.33	8.361	0.015
	71~	28	10	35.71		
	>80	28	18	56.25		
文化程度	初中或以下	34	24	70.59	18.511	0.000
	高中 / 中专	35	10	28.57		
	大专或以上	21	4	19.05		
婚姻状况	有配偶	42	12	28.57	6.015	0.014
	无配偶	48	26	54.17		
是否独居	是	38	23	60.53	9.033	0.003
	否	52	15	28.85		
合并基础疾病种类	<1	28	8	28.57	11.323	0.003
	1~	28	8	28.57		
	>3	34	22	64.71		
医疗支付方式	自费	28	10	35.71	0.922	0.631
	医保	33	14	42.42		
	商业保险	29	14	48.28		
近 1 年跌倒史	有	42	24	57.14	7.187	0.007
	无	48	14	29.17		
营养得分 (分)	0~	35	20	57.14	13.298	0.001
	8~	30	15	50.00		
	≥ 12	25	3	12.00		
日常生活能力 (分)	100	14	2	14.29	29.591	0.000
	>60	20	2	10.00		
	41~	14	4	28.57		
	20~	16	10	62.50		
	<20	26	20	76.92		

2.2 影响老年 OVCF 患者认知衰弱的多元回归分析

以 OVCF 患者认知衰弱为因变量，以单因素分析中差异有统计学意义的因素为自变量，并对相关自变量赋值（表 2），进行多元 Logistic 回归分析，结果显示，影响老年 OVCF 患者认知衰弱的因素包括患者年龄、合并疾病种类、营养评分、近 1 年跌倒史、日常生活能力，见表 3。

2.3 老年 OVCF 患者认知衰弱与跌倒恐惧感的关系

老年 OVCF 合并认知衰弱患者跌倒自我效能评分为 64.12 ± 8.78 分，低于老年 OVCF 非认知衰弱患者 82.58 ± 6.48 分，差异有统计学意义（ $t=11.482$ ， $P<0.01$ ），经 Pearson 相关性分析可知，老年 OVCF 认知衰弱总评分及躯体衰弱、心理衰弱与跌倒效能总评分及相关维度呈负相关（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 2 变量赋值表

变量标签	赋值说明
年龄 (岁)	60~70=1, 71~80=2, >80=3
文化程度	初中或以下 ≥ 3 , 高中 / 中专 =2, 大专或以上 =1
婚姻状况	有配偶 =0, 无配偶 =1
是否独居	否 =0, 是 =1
合并基础疾病种类	<1=0, 1~3=1, >3=2
近 1 年跌倒史	否 =0, 是 =1
营养得分	原值输入
日常生活能力评分	原值输入

表3 影响老年OVCF患者认知衰弱的多元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)
年龄	1.982	0.525	21.784	0.000	7.257 (4.013~51.237)
合并基础疾病种类	1.203	0.073	15.318	0.000	3.330 (3.219~13.296)
营养评分	0.618	0.212	2.543	0.026	1.855 (1.225~2.809)
近1年跌倒史	0.987	0.217	18.651	0.000	2.683 (1.254~9.597)
日常生活能力评分	0.972	0.252	13.220	0.000	2.643 (1.278~8.963)

表4 老年OVCF患者认知衰弱与跌倒恐惧感的关系

项目	相关性	室内活动效能	户外活动效能	跌倒效能总评分
认知衰弱总评分	<i>r</i> 值	-0.644	-0.592	-0.511
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000
躯体衰弱	<i>r</i> 值	-0.571	-0.544	-0.529
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000
心理衰弱	<i>r</i> 值	-0.477	-0.463	-0.489
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000
社会衰弱	<i>r</i> 值	-0.123	-0.152	-0.160
	<i>P</i> 值	-0.812	-0.802	-0.788

3 讨论

3.1 老年OVCF患者的认知衰弱现状

国外针对老年患者的认知衰弱情况展开了多项研究,但是关于认知衰弱发生率的研究存在较大的差异,为0.9%~40%^[14],导致这种差异的原因可能是与不同研究影响因素差异较大有关,如研究场所不同、研究对象不同、评价标准不同等^[15]。本研究中老年OVCF患者认知衰弱发生率为42.22%,较国内的其他相关文献得到的结果更高^[16]。这是因为本次研究的调查对象为老年OVCF患者,患者由于骨折导致行动及日常生活不便,需要借助工具行走或在他人协助下完成日常生活,导致其身体机能不断下降,因此发生衰弱概率更高^[17]。且老年OVCF患者大多合并慢性疾病,患者自身血管内皮功能和结构较差,脑血管损伤风险高,药物毒素残留等因素会对患者认知功能造成严重损伤,这也增加了老年OVCF患者的认知衰弱概率^[18]。文献指出^[19],衰弱和认知障碍同时存在会起到协同作用,认知衰弱程度越严重的患者,其失能、跌倒等不良事件发生率越高。因此,临床管理者应对老年OVCF患者认知衰弱情况加以重视并进行管理。

3.2 老年OVCF患者的认知衰弱影响因素

(1) 年龄:年龄越高的患者,认知衰弱的风险越高,这与Brasure等^[20]的文献研究成果一致。分析原因,随着患者年龄的不断增加,生理功能越加老化,比如脑蛋白质萎缩的速度加快、骨骼钙质

流失、四肢力量减弱等,使患者的生活活动能力下降,发生认知衰弱的概率增加^[20]。

(2) 合并基础疾病:患者合并基础疾病种类越多,其发生认知衰弱的风险越高。这是因为基础疾病会加重患者躯体衰弱,且会增加患者服药种类,导致药物毒素残留于患者体内较多,从而对患者神经功能造成一定的损伤,加重患者认知障碍及衰弱的发生^[21]。

(3) 营养不良:患者MNA-SF评分越低说明患者存在营养不良情况。本研究结果显示,MNA-SF评分是影响患者认知衰弱的主要因素之一,这是因为MNA-SF评分可反映患者营养状况,MNA-SF评分越高患者营养状态越好,而良好的营养状况能延缓心和脑等脏器衰弱进程,有助于降低患者认知衰弱发生率^[22]。

(4) 跌倒:跌倒史是影响老年OVCF患者认知衰弱的主要因素。有跌倒史的患者发生认知衰弱的概率更高,这是因为跌倒会加重患者病情,影响身体机能,还会引发患者的跌倒恐惧心理,使患者不敢或不愿进行过多的日常活动^[23]。

(5) 日常生活能力:日常生活能力评分可反映患者活动功能,日常生活能力评分越低说明患者活动功能较差,机体衰弱状况较明显,因此患者认知衰弱发生率较高^[24]。

3.3 老年OVCF患者认知衰弱与跌倒恐惧的关系

本次研究结果中,老年OVCF合并认知衰弱患者跌倒恐惧情绪明显高于老年OVCF合并非认知衰

弱患者,经 Pearson 相关性分析可知,老年 OVCF 衰弱总评分及躯体衰弱、心理衰弱与跌倒效能总评分及相关维度呈负相关,说明老年 OVCF 患者认知衰弱与跌倒恐惧有密切的关系。这是因为老年 OVCF 患者由于骨折导致运动功能不便,加之身体虚弱,容易导致患者对日常运动产生恐惧及抵触情绪,针对老年 OVCF 患者存在的问题,护士需对其加强心理干预,尽量缓解跌倒恐惧^[25]。文献指出^[26],通过有效的运动干预可减少患者的认知衰弱情况,因为运动能够改善大脑血流量和供氧情况,促进脑部血液循环,改善认知功能,还能够减少骨骼肌细胞凋亡,预防认知衰弱。因此,对于老年 OVCF 患者进行干预时有必要对患者加强运动指导,让患者在适宜时间和地点进行适度活动,以促进活动和认知功能改善。

4 小结

老年 OVCF 患者衰弱发生率及跌倒恐惧水平较高,护理人员应重视患者衰弱评估,采取及时有效的干预措施,预防及延缓衰弱的发生,以减轻患者由于衰弱引发的跌倒恐惧感。但本研究存在一定的不足之处,对于老年 OVCF 患者的认知衰弱评定,本研究应用了国际协会共识界定法,但是这种方法仅为初步筛查,不能作为认知衰弱的最终确诊手段,在今后的研究中需要加以改进,对患者的情况做出更精确的判断。

5 参考文献

- [1] 纪木强,欧阳敏仪,李伟强,等.基于日常生活活动能力评定的骨质疏松性椎体压缩骨折老年患者3年结局随访[J].广东医科大学学报,2020,38(1):77-80.
- [2] 蒋婷婷,单岩,李艳艳,等.跌倒恐惧在老年终末期肾脏病患者衰弱与生活质量间的中介效应[J].现代预防医学,2020,47(2):292-295.
- [3] 胡雁真,王蕾,曹志丹,等.老年骨科大手术患者术前衰弱风险评估模型的构建与评价[J].护理学杂志,2020,35(9):32-36.
- [4] 苏桂娣,丁美兰,周兴.康复护理结合电脑骨创伤治疗仪在骨质疏松性椎体压缩骨折患者中的应用效果[J].医疗装备,2020,33(16):143-144.
- [5] 蒋婷婷,单岩,杜理平,等.老年血液透析患者认知衰弱现状及其与跌倒恐惧的相关性研究[J].中国护理管理,2020,20(7):1005-1009.
- [6] 宋倩,张文杰.社区居家老年人跌倒恐惧的研究现状[J].护士进修杂志,2020,35(17):1580-1583.
- [7] 方海燕.老年骨折患者衰弱现状及影响因素的回顾性分析[D].延吉:延边大学,2019.

- [8] 王芳,黄镇河,宋陈芳,等.营养状态对老年慢性心衰患者预后的影响分析[J].广州医科大学学报,2021,49(5):152-154.
- [9] 李苗苗,代永静. Barthel 指数评分量表在康复护理中的应用进展[J].护士进修杂志,2018,33(6):508-510.
- [10] 奚兴,郭桂芳,孙静.中文版 Tilburg 衰弱评估量表的信效度研究[J].护理学报,2013,20(16):1-5.
- [11] 邢筱雯.蒙特利尔认知量表在社区老年认知功能障碍筛查中应用价值研究[J].临床护理杂志,2018,17(5):38-40.
- [12] 郝燕萍,刘雪琴.修订版跌倒效能量表在我国老年人群中的测试研究[J].中华护理杂志,2007,42(1):19-21.
- [13] Gómez-Mez-Gómez ME, Zapico SC. Frailty, Cognitive Decline, Neurodegenerative Diseases and Nutrition Interventions[J]. Int J Mol Sci, 2019, 20(11):2842-2845.
- [14] Evered LA, Silbert BS. Postoperative Cognitive Dysfunction and Noncardiac Surgery[J]. Anesth Analg, 2018, 127(2):496-505.
- [15] 史章娣,邓辉胜.衰弱与骨质疏松症的联系及治疗进展[J].医学综述,2018,24(18):3673-3677.
- [16] 林玉珠,蒋运兰,刘跃,等.我国老年人认知衰弱发生率的 meta 分析[J].职业与健康,2022,38(1):121-124.
- [17] 赵新.老年住院骨折患者的衰弱状况及影响因素分析[D].承德:承德医学院,2020.
- [18] 胡玲,胡三莲,钱会娟.老年髌部骨折患者术后谵妄发生现状及危险因素分析[J].中国护理管理,2019,19(2):204-210.
- [19] 张媛.老年髌部脆性骨折患者衰弱现状及不良健康结局事件研究[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2021.
- [20] Brasure M, Desai P, Davila H, et al. Physical Activity Interventions in Preventing Cognitive Decline and Alzheimer-Type Dementia: A Systematic Review[J]. Ann Intern Med, 2018, 168(1):30-38.
- [21] 关丽媛,崔立敏,方海燕,等.延边地区老年骨折患者骨折前衰弱状况及影响因素回顾性分析[J].延边大学医学学报,2021,44(2):101-105.
- [22] 朱杉杉.养老机构老年人跌倒恐惧与健康结局的关系及作用机制[D].济南:山东大学,2019.
- [23] 王田田,郭爱敏.老年人跌倒恐惧的研究进展[J].中国护理管理,2017,17(9):1217-1221.
- [24] 王湾湾,李园园,石小天,等.老年住院患者衰弱的影响因素分析及其与营养不良的相关性研究[J].中国全科医学,2021,24(6):678-684.
- [25] 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.
- [26] 叶明,李书国,朱正庭,等.多组分运动处方对认知衰弱老年人的影响研究[J].中国全科医学,2021,24(4):460-466.

[2022-01-25 收稿]
(责任编辑 陈景景)

2 型糖尿病患者自我管理的影响因素、干预现状与展望

曾琪烽 吴彬 温彬斌 陆小娇 管慧娴 陈艳彬 蒋菲菲 陈维芳 易娜

【摘要】 近年来, 2 型糖尿病(T2DM)患者自我管理是研究者感兴趣的领域, 主要研究内容有关因素、教育干预、健康效应。文章在对自我管理相关内容进行综述的基础上, 指出自我管理影响因素具有多维度性, 自我管理干预措施需要综合化, T2DM 患者护理需要个性化, 并对未来研究方向进行了展望。

【关键词】 2 型糖尿病; 自我管理; 教育干预; 健康效应; 研究进展

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.014

社会进步和经济的快速发展、以及人们生活方式的改变造成糖尿病患病人数逐年剧增, 预计到 2045 年全球糖尿病患病率将增至 10.9%^[1]。糖尿病及其并发症给我国乃至全球带来巨大的经济负担, 预计到 2030 年全球用于糖尿病相关的卫生费用支出将增至 8250 亿美元^[2], 糖尿病人群中 2 型糖尿病(T2DM)占 90% 以上^[3], 目前尚不可治愈, 有效控制血糖尤为重要。如果长期血糖控制不良, 可导致糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病、糖尿病大血管病变等不可逆性并发症^[4], 而良好的自我管理能够有效控制血糖、预防并发症发生, 但大多数糖尿病患者的自我管理水平不高^[5-7]。因此, 提高 T2DM 患者的自我管理水平对减轻糖尿病引发的并发症及危害尤为重要。近年来, T2DM 患者自我管理主要研究内容有相关因素、教育干预、健康效应等, 本文就其进行综述, 并对未来研究方向进行展望。

1 T2DM 患者自我管理的影响因素

1.1 临床和社会人口学变量

Ausili 等^[8]应用多中心观察性横断面研究法考察意大利 T2DM 患者临床和社会人口学变量与自我管理的相关性, 使用糖尿病自我管理量表(SCODI)对自我管理维持、监测、管理和自信心进行测量发

现, 大部分受试者的自我管理维持与自我管理信心较高, 能够满足自我管理需要; 自我管理维持与自我管理信心相关; 男性患者自我管理监测水平较低; 患病年限短的患者自我管理信心较低; 男性、低龄、收入少、有工作、缺少糖尿病教育、自我管理信心低的患者, 自我管理水平较低; 较低的自我管理信心与糖尿病患病时间小于 10 年和至少有一种合并症有关。Kav 等^[9]对土耳其 T2DM 患者的研究支持“临床和社会人口学变量与自我管理具有相关性”, 1/3 参与者有抑郁症状; 独居、失业患者的血糖水平较高; 年龄、教育程度、社会支持、糖尿病并发症、糖化血红蛋白水平和接受过糖尿病教育与自我管理活动呈正相关。Jafarian-Amirkhizi 等^[10]对伊朗 T2DM 患者临床和社会人口学变量与自我管理相关性研究发现, 老年、文化水平较低和社会经济地位较低的 T2DM 患者, 血糖控制不佳、药物依从性较差、自我管理不足、药物治疗不当、医疗检查和检测不足。Eknithiset 等^[11]在对 50~70 岁的老年 T2DM 患者进行自我管理相关因素研究中发现, 血糖控制存在性别、从事工作和知识水平的差异。Bonger 等^[12]应用 Logistic 回归法评价 T2DM 患者自我管理行为的相关因素发现, 失业患者自我血糖监测的可能性是商人的 2.4 倍; 接受过初等教育患者进行血糖自我监测的可能性比接受高等教育患者低 70%; 40~49 岁患者坚持服药的可能性比 60~76 岁患者高 11 倍。Jannoo 等^[13]在马来西亚的研究发现, 种族与自我管理行为和药物依从性相关, 马来西亚患者比印度患者血糖测试自我管理行为较低。Radwan 等^[14]的研究表明, 女性患者的自我管理水水平高于男性。但 Boonsatean 等^[15]研究结果显示,

基金项目: 2021 广西壮族自治区卫生健康委员会自筹课题(编号: Z20210274); 2020 广西中医药大学校级科研课题(编号: 2020MS082)

作者单位: 530001 广西壮族自治区南宁市, 广西中医药大学护理学院(曾琪烽, 吴彬, 温彬斌, 管慧娴, 陈艳彬, 蒋菲菲, 陈维芳, 易娜); 广西中医药大学第一附属医院(曾琪烽, 陆小娇)

曾琪烽: 女, 在读硕士研究生

通信作者: 吴彬, 女, 硕士, 教授, 硕士研究生导师

性别无统计学意义,这可能因调查的区域性或种族间差异导致。Luciani等^[16]研究发现,不同人类价值观可以影响T2DM患者自我管理。张慧君等^[17]通过多重线性回归分析得出,情绪状况、文化水平、系统化健康教育为动态血糖监测下T2DM患者自我管理能力的独立影响因素。这些结果提示,临床在进行疾病健康教育指导时,应综合患者多方面因素进行个性化指导。

大多数T2DM患者合并有多种慢性疾病。Aga等^[18]以T2DM合并心力衰竭患者为研究对象发现,2个以上合并症、高中以上学历、非裔美国人正向预测运动、自我监测血糖和足部护理行为;使用醛固酮抑制剂预示较差的运动表现;较高的查尔森合并指数得分预示较差的自我监测血糖;饮食加药物治疗和血脂异常预示较差的足部护理,T2DM合并心力衰竭患者有更复杂的护理需求,因此,需要进行综合自我管理才能取得更好的护理效果。Zhu等^[19]以成人T2DM患者为研究对象发现,主观睡眠障碍和日间嗜睡是糖尿病患者自我管理的预测因素,当使用客观睡眠参数时,觉醒次数也预测了自我管理、疲劳和日间嗜睡,表明主观睡眠障碍和夜间频繁醒来与成年T2DM患者自我管理情况恶化有关,提示护理人员需要全面评估T2DM患者睡眠质量,需要考虑将睡眠教育纳入咨询或教育课程。

1.2 心理因素

1.2.1 自我效能 在T2DM患者自我管理与心理因素的相关性研究中,自我效能是研究较多的变量。自我效能是指个体对自己是否有能力完成某一行为所进行的推测与判断。Kav等^[9]对土耳其T2DM患者的研究发现,自我效能感与自我管理活动呈正相关。D'Souza等^[20]实证研究结果表明,血糖控制不良的成年人T2DM自我效能感和自我管理行为较差,血糖控制影响糖尿病患者的饮食、运动、药物治疗、足部护理效果和行为。Amelia^[21]的实证研究表明,自我效能感是T2DM患者自我管理行为的预测因子。范润萍等^[22]的研究证明,自我效能感在社会支持与自我管理之间起部分中介作用,建议医护人员应注意加强T2DM患者的社会支持系统,提高其自我效能水平,进而促进糖尿病患者的自我管理和健康结局。以上研究均表明,作为可以改变的变量自我效能与T2DM患者自我管理正相关,提高患者自我效能感将有助于改善自我管理行为。因此,在制订T2DM患者教育干预措施时需要考虑这一因素。

1.2.2 认知评价 认知评价是研究自我管理与心理因素相关性的指标,认知评价的结果影响个人行

为。Shibayama等^[23]对T2DM患者疾病感知与自我管理之间关系进行研究,通过聚类分析发现,患者对疾病感知有3类,即有能力控制、自我谴责、无能力控制。其中,感觉自己有能力控制疾病的患者严格遵守一般饮食、水果蔬菜摄入和运动锻炼,血糖控制效果最好;其次是自我谴责患者,无能力控制患者依从性最差。

T2DM患者对疾病意义的认知评价与自我管理行为具有相关性。Williams等^[24]的研究揭示这一假设,应用5因素疾病意义问卷(MIQ)对T2DM患者的疾病意义、糖尿病知识、自我管理理解和自我管理行为之间的关系进行研究,发现糖尿病自我管理理解和饮食依从性与疾病意义影响较小;善于解决问题与压力程度及承诺改变负相关;糖尿病知识与疾病意义不相关。该研究表明T2DM患者对疾病意义的认知评价与自我管理正相关,认知评价可以帮助解释自我管理和行为的差异,认识这些差异有助于制订更有效和更加个性化的自我管理教育计划。

T2DM患者与认知功能的某些指标表现较差有关。Gatlin等^[25]以中老年T2DM患者为研究对象,试图揭示认知功能指标工作记忆和执行功能与自我管理之间的关系,该研究发现,工作记忆与T2DM严重程度的所有指标相关,其中与健康状况呈正相关,与合并症数量和处方药数量呈负相关;执行功能与T2DM严重程度所有指标相关,其中与健康状况呈负相关,与合并症数量和处方药数量呈正相关;自我管理指标血糖控制水平与工作记忆呈负相关,与执行功能呈正相关;用来评价认知功能的主管面试得分(executive interview)在T2DM严重程度和血糖控制水平之间起着完全中介效应。这项研究为T2DM严重程度、工作记忆、执行功能与自我管理之间的关系提供了初步证据。

1.2.3 共同应对 适应慢性病的挑战不仅会影响患者,还会影响患者的社交网络成员,尤其是配偶。应对慢性疾病的其中一种人际关系是共同应对(communal coping),即当一个问题被认为是共同的,夫妻双方合作来解决这个问题。Zajdel等^[26]的研究试图确定共同应对是否与情绪和自我管理行为具有关联性,检验这种关联性潜在的机制,研究情感反应在这种关联性中的作用。该研究应用多水平模型(multilevel modeling)分析共同应对与情绪和自我管理之间的关系,结果发现,患者共同应对与抑郁情绪和愤怒情绪呈负相关,与快乐情绪呈正相关;配偶共同应对与快乐情绪呈正相关;共同应对与健

康饮食和药物依从性呈正相关;配偶共同应对与药物依从性呈正相关;情感反应在共同应对与情绪之间起着部分中介效应,在共同应对与自我管理之间并不存在中介效应,共同应对可以帮助患者和配偶从心理上适应疾病,增强患者的自我管理行为。

1.2.4 抑郁 抑郁是 T2DM 患者的常见合并症。研究表明,重度抑郁症与糖尿病患者自我管理行为的减少有关。与没有抑郁症状的患者相比,阈下抑郁(subthreshold depression)患者的功能受损更大、生活质量更差、使用卫生服务的次数更多。虽然阈下抑郁影响自我管理行为,但阈下抑郁与糖尿病患者自我管理行为之间的关系尚未得到系统的综述。Shrestha 等^[27]根据《2015 年系统回顾和 meta 分析方案优选报告项目指南》(PRISMA-P-2015),系统综述了阈下抑郁和成年 T2DM 患者自我管理行为之间的关系,发现阈下抑郁是成人 T2DM 患者常见的合并症,影响患者身体活动、饮食、血糖监测和足部护理等自我管理行为,治疗中需要整合阈下抑郁筛查,有效管理患者阈下抑郁,可以增强自我管理行为,从而更好地控制血糖。

1.2.5 动机 Amelia^[21]应用结构方程模型分析发现,T2DM 患者自我管理行为的构成因素均是自我管理行为的预测因子。自我管理行为模式包括知识、态度、沟通、资金、家庭支持、动机和自我效能感,其中动机是 T2DM 患者自我管理行为最重要的预测因子。

2 T2DM 患者自我管理干预

2.1 教育干预

Bukhsh 等^[28]应用 meta 分析法,评价药师主导的教育干预对 T2DM 患者自我管理活动和糖化血红蛋白水平的影响,发现这种干预措施对糖化血红蛋白水平和自我管理实践(血糖监测、足部护理)具有正向作用。Lundberg 等^[29]应用半结构化焦点小组访谈法进行研究,发现糖尿病赋权教育干预能够改善 T2DM 患者自我管理的结果,但是饮食问题、经济困难、不正确的知识和误导的信念影响自我管理行为。Moura 等^[30]对 T2DM 患者每周进行 1 次 60 min 的教育干预,收集糖尿病患者问卷,比较教育干预前后患者坚持自我管理情况。发现干预后,患者更好地进行自我管理活动,提升最明显的是“穿鞋前检查鞋内”,效果最差的是“按建议注射胰岛素”,可见教育干预可以促进患者自我管理行为,提升健康素养。Lee 等^[31]利用连续血糖监测结果,研究模式管理(pattern management, PM)糖尿

病教育对 T2DM 患者自我管理行为和自我效能感的影响,结果发现,PM 教育组与传统糖尿病教育组的自我效能感程度存在差异,PM 教育干预措施改善了患者的生活习惯,对患者自我管理行为和自我效能感具有正向作用。Aminuddin 等^[32]应用 meta 分析法,研究基于智能手机的自我管理干预措施对成年人 T2DM 患者的干预效果,发现这种干预措施对 T2DM 患者的自我管理活动、自我效能感和健康相关生活质量均有正向影响。

2.2 干预障碍因素

Lafontaine 等^[33]通过文献综述法,根据自我管理整合模式(self-care integration mode)的 4 个阶段以及与个人生活环境相关的 4 个因素,提出了应用自我管理整合模式干预 T2DM 患者所遇到的困难。该研究表明,在应用自我管理整合模式时,护士要充分考虑患者可能遇到的困难,在对患者有更好理解的情况下进行干预,根据每个确定的困难来支持患者。Hushie^[34]通过深度访谈和非参与性现场观察法研究 T2DM 患者自我管理干预的不利因素,发现不利因素主要有 4 个方面:咨询过程和情景(错过随访预约、不接受诊断);推荐的食物和饮食方案(改变饮食习惯、不喜欢推荐饮食);社交(社交干扰饮食方案,家庭成员偏离患者饮食目标);恐惧(不向家人透露病情,假装健康),改善自我管理需要综合干预,包括针对患者特殊需求进行个性化饮食教育、指导患者如何在社交场合和家庭成员之间管理饮食、提供心理健康支持。

2.3 合并慢性疾病的干预

大多数 T2DM 患者合并多种慢性疾病,影响其自我管理能力,而糖尿病自我管理行为指南仅针对特定疾病,很少关注其他合并症管理。识别影响自我管理的合并症对提高临床治疗效果至关重要。有一种理论将合并症分成与糖尿病的病理生理路径和护理目标一致的合并症,称为糖尿病一致性合并症(diabetes-concordant),另一类是与糖尿病的病理生理路径和护理目标不一致的合并症,称为糖尿病不一致性合并症(diabetes-discordant)。Aga 等^[35]系统综述了与糖尿病一致性合并症和糖尿病不一致性合并症对自我管理行为的影响,通过批判性评估工具(JBI-CAT)和定量研究质量评估工具(QATQS)评估证据的质量和等级,将符合标准的证据纳入研究,结果发现,最常见的糖尿病一致性合并症是高血压,而最常见的糖尿病不一致性合并症是抑郁症。糖尿病一致性合并症,如高血压、高脂血症、视网膜病变和心力衰竭等,对糖尿病自我管理行为的影

响是复杂的;糖尿病一致性合并症是否能够改善自我管理,证据依然不足;糖尿病不一致性合并症对T2DM患者自我管理行为更加有害。

3 自我管理与健康效应

Sina 等^[36]将自我管理障碍分为教育障碍、生理障碍、心理障碍、社会障碍和制度障碍5种类型,应用 Logistic 回归法,研究自我管理障碍与T2DM并发症的相关性,结果显示,生理障碍($OR=3.3$)、制度障碍($OR=1.6$)、心理障碍($OR=1.3$)与糖尿病并发症相关;在亚类别中,合并症($OR=4.8$)、经济困难($OR=1.7$)、缺少服务($OR=2.0$)、认为其他人护理承担更多的经济责任($OR=1.6$)、无法获得糖尿病服务($OR=1.3$)、对糖尿病感到担忧($OR=1.5$)和缺乏锻炼($OR=1.4$)与糖尿病并发症不相关,糖尿病并发症患者比无并发症患者自我管理障碍更常见,系统识别和管理自我管理障碍,改善自我管理,将有助于减少糖尿病并发症发生。Rutledge 等^[37]以40~80岁非裔美国T2DM女性为研究对象,研究自我管理、家庭支持与健康结果之间的关系,发现自我管理和家庭支持均正向预测健康结果;自我管理比家庭支持对健康结果预测力更强。该研究表明改善自我管理和提高家庭支持均有助于健康结果。

Amelia 的实证研究结果显示,自我管理行为与代谢控制、血脂控制和生活质量相关^[21]。Yarmohammadi 等^[38]对健康素养(HL)、自我管理行为与糖化血红蛋白之间的关系进行研究,结构方程模型分析发现,HL总分、功能性HL、交际性HL和临界性HL对糖化血红蛋白直接效应均不相关,而通过中介变量自我管理行为对糖化血红蛋白的负向间接效应均相关。这说明健康素养通过自我管理行为介导降低T2DM患者糖化血红蛋白水平。

4 小结与展望

T2DM患者自我管理的相关因素有社会人口学特征、临床因素、心理因素、社会因素等。社会人口学特征主要有性别、年龄、教育程度、社会经济地位等;临床因素有患病年限、病程、疾病严重程度、合并症、用药、睡眠质量等;心理因素有自我效能、动机、抑郁、认知评价、态度、情绪、共同应对等;社会因素有卫生服务的可及性、卫生费用、社会支持等。具有多维性,因此,自我管理干预措施需要综合化。从国家层面,加大卫生健康事业投入,促进卫生资源均衡发展,提高考虑卫生服务的可及性,降低个人卫生费用支出;从社会层面,加

大对T2DM患者关心、理解和支持,尤其是家人和配偶;从患者层面,干预措施需要考虑患者社会人口学特征、心理因素和临床因素。其次,自我管理存在社会人口学变量、心理因素变量、临床因素变量的差异,因此在制订护理计划、实施护理干预、进行糖尿病健康教育时需要充分了解患者的具体情况,考虑患者自我管理可能遇到的困难和特殊护理需求,综合考虑社会人口学特征、心理因素和临床因素等,只有较全面地了解患者情况,才能针对不同患者制订个性化护理计划,进行个性化的健康教育,提供有效的支持。

然而,这些结论是在不同文化背景下研究得出,跨文化的适用性需要进一步研究验证。尤其是心理社会因素受文化、价值观等的影响,因此,一些结论本土化验证应是未来研究的方向。

5 参考文献

- [1] Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition [J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2019, 157: 107843–107861.
- [2] Williams R, Karuranga S, Malanda B, et al. Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition [J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2020, 162: 108072–108077.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国T2DM防治指南(2020年版) [J]. *中华糖尿病杂志*, 2021, 13(4): 315–409.
- [4] Herman W H, Petersen M, Kalyani R R. Response to comment on American Diabetes Association [J]. *Diabetes Care*, 2017, 40(7): e94–e95.
- [5] 李兰, 吴玉玲, 洪莉萍, 等. 老年T2DM患者自我管理知行现状及影响因素调查研究 [J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(4): 18–20.
- [6] Khalooei A, Benrazavy L. Diabetes Self-management and Its Related Factors among Type 2 Diabetes Patients in Primary Health Care Settings of Kerman, Southeast Iran [J]. *J Pharm Res Int*, 2019, 29(4): 1–9.
- [7] Mano F, Ikeda K, Uchida Y, et al. Novel psychosocial factor involved in diabetes self-care in the Japanese cultural context [J]. *J Diabetes Investig*, 2019, 10(4): 1102–1107.
- [8] Ausili D, Rossi E, Reborja P, et al. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study [J]. *Acta Diabetol*, 2018, 55(7): 691–702.
- [9] Kav S, Yilmaz AA, Bulut Y, et al. Self-efficacy, depression

- and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey[J]. Collegian,2017,24(1):27-35.
- [10] Jafarian-Amirkhizi A, Sarayani A, Gholami K, et al. Adherence to medications, self-care activity, and HbA1c status among patients with type 2 diabetes living in an urban area of Iran[J]. J Diabetes Metab Disord, 2018, 17(2):165-172.
- [11] Eknithiset R, Samrongthong R, Kumar R, et al. Factors Associated With Knowledge, Perception, And Practice Toward Self-Care Among Elderly Patients Suffering From Type 2 Diabetes Mellitus In Rural Thailand[J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2018, 30(1):107-110.
- [12] Bongor Z, Shiferaw S, Tariku E Z. Adherence to diabetic self-care practices and its associated factors among patients with type 2 diabetes in Addis Ababa, Ethiopia[J]. Patient Prefer Adherence, 2018, 12:963-970.
- [13] Jannoo Z, Mamode Khan N. Medication Adherence and Diabetes Self-Care Activities Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus[J]. Value Health Reg Issues. 2019, 18:30-35.
- [14] Radwan M, Elsous A, Al-Sharif H, et al. Glycemic control among primary care patients with type 2 diabetes mellitus in the Gaza Strip, Palestine[J]. Ther Adv Endocrinol Metab, 2018, 9(1):3-14.
- [15] Boonsatean W, Carlsson A, Dychawy Rosner L, et al. Sex-related illness perception and self-management of a Thai type 2 diabetes population: a Cross-sectional descriptive design[J]. BMC Endocr Disord, 2018, 18(1):5.
- [16] Luciani M, Rebora P, Rossi E, et al. How do basic human values affect self-care of type 2 diabetes patients? A multicentre observational study[J]. Clin Nurs Res, 2020, 29(5):304-312.
- [17] 张慧君, 樊宽鲁, 宋红. 动态血糖监测下 T2DM 患者自我管理现状调查与影响因素分析 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(1):25-27.
- [18] Aga FB, Dunbar SB, Kebede T, et al. Correlates of Self-Care Behaviors in Adults With Type 2 Diabetes and Comorbid Heart Failure[J]. Diabetes Educ, 2019, 45(4):380-396.
- [19] Zhu B, Quinn L, Kapella M C, et al. Relationship between sleep disturbance and self-care in adults with type 2 diabetes[J]. Acta Diabetol, 2018, 55(9):963-970.
- [20] D'Souza MS, Karkada SN, Parahoo K, et al. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes[J]. Appl Nurs Res, 2017, (36):25-32.
- [21] Amelia R. The Model of Self Care Behaviour and the Relationship with Quality Of Life, Metabolic Control and Lipid Control of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Binjai City, Indonesia[J]. Open Access Maced J Med Sci, 2018, 6(9):1762-1767.
- [22] 范润平, 龚青霞, 王婧, 等. 自我效能在 T2DM 患者社会支持与自我管理关系中的中介作用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(24):119-121.
- [23] Shibayama T, Tanha S, Abe Y, et al. The role of illness schemata in self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes in Iran[J]. Prim Care Diabetes, 2019, 13(5):474-480.
- [24] Williams SJ, Walker RJ, Lynch CP, et al. Meaning of illness and self-care in patients with type 2 diabetes[J]. Diabetes Educ, 2015, 41(3):301-308.
- [25] Gatlin PK, Insel KC. Severity of Type 2 Diabetes, Cognitive Function, and Self-Care[J]. Biol Res Nurs, 2015, 17(5):540-548.
- [26] Zajdel M, Helgeson VS, Seltman HJ, et al. Daily Communal Coping in Couples With Type 2 Diabetes: Links to Mood and Self-Care[J]. Ann Behav Med, 2018, 52(3):228-238.
- [27] Shrestha M, Al-Ghareeb A, Alenazi F, et al. Association between subthreshold depression and self-care behaviour in people with type 2 diabetes: a protocol for systematic review of observational studies[J]. Syst Rev, 2019, 8(1):167.
- [28] Bukhsh A, Nawaz M S, Ahmed HS, et al. A randomized controlled study to evaluate the effect of pharmacist-led educational intervention on glycemic control, self-care activities and disease knowledge among type 2 diabetes patients: A consort compliant study protocol[J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(12):e9847.
- [29] Lundberg PC, Thrakul S. Self-care management of Thai Buddhists and Muslims with type 2 diabetes after an empowerment education program[J]. Nurs Health Sci, 2018, 20(3):402-408.
- [30] Moura NDS, Lopes BB, Teixeira JJD, et al. Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus[J]. Rev Bras Enferm, 2019, 72(3):700-706.
- [31] Lee SK, Shin DH, Kim YH, et al. Effect of Diabetes Education Through Pattern Management on Self-Care and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(18):3323.
- [32] Aminuddin HB, Jiao N, Jiang Y, et al. Effectiveness of smartphone-based self-management interventions on self-efficacy, self-care activities, health-related quality of life and clinical outcomes in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis[J]. Int J Nurs Stud, 2021, 116:103286.
- [33] Lafontaine S, Ellefsen E. Difficulties related to self-care among people living with type 2 diabetes: a narrative literature review based on Auduly Asplund and Norbergh's model[J]. Rech Soins Infirm, 2017, (128):29-40.
- [34] Hushie M. Exploring the barriers and facilitators of

“互联网+护理服务”在糖尿病患者健康管理中的研究进展

姚典瑞 宋梅

【摘要】 介绍了各国“互联网+护理服务”的发展现状。“互联网+护理服务”在糖尿病患者健康管理中的有关应用,结合国外护士上门服务特点,分析我国护士上门服务存在的问题并提出建议。

【关键词】 互联网+护理服务;上门服务;糖尿病;健康管理;研究进展

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.015

根据国家糖尿病联盟发布的第9版糖尿病地图统计,2019年糖尿病诊断和未诊断的患病率估计为9.3%(4.63亿人),预计到2030年将上升到10.2%(5.78亿人),到2045年将上升到10.9%(7亿人)^[1]。目前中国糖尿病患者已经达到1.164亿,且患病率逐年攀升,探索一种新的糖尿病健康管理模式迫在眉睫^[2]。但传统的糖尿病健康管理目前存在人力资源有限导致失访率高、社区医疗技术有限难以取得患者信任、受到时间和地域限制不能得到及时有效的疾病指导等问题。而护士在院外进行慢性病管理,可以为患者提供以健康教育和日常护理为核心的管理服务。2001年,Vrijhoef等^[3]验证了以专科护士为核心的护理方式在稳定2型糖尿病患者院外护理中的作用。现阶段基于互联网的医疗保健服务工具的使用正在全球范围内推广开来^[4],引发了社会关注。2019年2月,国家卫健委出台了《关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》,以“线上申请、

线下服务”的模式为主,为患者提供全方面、全流程的护理服务。构建糖尿病“互联网+护理服务”,可以很好的促进医院-社区-家庭一体化,拓展护理服务半径,打破时间和空间的限制,从而使糖尿病患者得到更好的护理,提高生活质量。

1 “互联网+护理服务”的发展现状

1.1 服务形式与内容

国外目前未提出“互联网+护理服务”概念,但其本质就是依托于互联网的护士上门服务^[5]。美国纽约护士上门服务(VNSNY),是美国最早的护士上门服务机构,服务内容分为护工服务和专业护理。旧金山加利福尼亚大学成立了院后保健中心,通过语音、留言等形式为居家患者提供服务,能够从根本上降低再入院率。英国的关爱惟士(care visions)服务于英国政府,服务内容涵盖个人护理、膳食准备、用药提示等方面。1994年,日本成立了日本国内第一家全国性家庭护理研究协会,呼吁在护理课程以及全球家庭护士互联网方面进行有关创新。1998年,日本东大和医院依托于护理访问网站为居家患者提供上门护理服务,服务对象为往返医院有困难的老人、高龄衰弱或失智症患者、癌症晚

基金项目:陕西省科技厅创新能力支撑计划项目(编号:2018KRM170)

作者单位:710021 陕西省西安市,西安医学院

通信作者:宋梅,女,教授,硕士研究生导师

dietary self-care for type 2 diabetes: a qualitative study in Ghana[J]. Health Promot Perspect,2019,9(3):223-232.

[35] Aga F, Dunbar SB, Kebede T, et al. The role of concordant and discordant comorbidities on performance of self-care behaviors in adults with type 2 diabetes: a systematic review[J]. Diabetes Metab Syndr Obes, 2019,(12):333-356.

[36] Sina M, Graffy J, Simmons D. Associations between barriers to self-care and diabetes complications among patients with type 2 diabetes[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2018,(141):126-131.

[37] Rutledge PM, Montgomery AJ, Lott SM, et al. The

Relationship Between Family Support, Self-Care, and Health Outcomes in Selected African-American Females with Type 2 Diabetes[J]. J Natl Black Nurses Assoc,2019,30(2):1-9.

[38] Yarmohammadi S, Momenyan S, Ghaffari M, et al. Impact of functional, communicative and critical health literacy on glycemic control among patients with type 2 diabetes, and the mediating role of self-care[J]. Psychol Res Behav Manag,2019(12):427-435.

[2022-01-30 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

期患者等^[6],患者居家治疗若有护理需求,可直接向辖区内介护经理提出护理请求,介护经理收到请求后向医院提出申请,申请审核通过后,由医院派遣护士上门服务。我国确定于2019年2—12月在北京、天津、上海、江苏、浙江、广东六地开展“互联网+护理服务”中心,主要服务内容延续护理、慢性病管理、健康教育、老年护理、安宁疗护、长期照护、母婴教育等。患者线下申请,医疗机构首诊,评估患者的具体情况,明确其需要的护理服务,双方签订知情同意书,机构下发护理医嘱,执业护士提供护理服务。

1.2 护理评价指标

美国以改良版居家护理质量指标作为护士上门服务质量评估工具,主要包含过程指标、结果指标等,指标数据通过居家护理评估工具(RAI-HC)收集^[7]。英国国家卫生和临床技术优化研究所(National Institute for Health and Clinical Excellence,NICE)针对不同的家庭护理人员(社会工作者、志愿者、专业家庭护理人员)制定出不同疾病的家庭护理质量标准指南,从而控制居家护理质量^[8]。日本同时也对提供护理上门服务的医疗机构进行第三方服务,并公布机构排名,为患者在选择机构时提供参考。我国目前还未有明确的“互联网+护理服务”护理质量评价指标。

1.3 支付方式

美国“互联网+护理服务”支付方式主要依赖于医疗保险与医疗补助服务中心(CMS),其规定:家庭护士机构必须参与Medicare或Medicaid。1997年,“平衡算法”通过后,针对需要整天上门护理的情况,也可以使用联邦政府的Medicare或Medicaid支付费用^[9]。英国实行全民免费医疗保障制度,为英国的慢性病服务提供强有力的经济支撑,在该项制度上英国政府投资巨大,预计在2020年英国的医疗服务体系(Nation Health Service,NHS)的医疗护理服务费用支出将会较以往增加300亿英镑^[10]。日本上门护理费用主要来源于长期护理医疗保险,个人费用仅占总费用的10%,参保对象在产生护理需求时需至少满足在卫生、饮食、行动、家务4个日常生活行为中的两个方面,并提供至少6个月的帮助,才可以享受护理服务给付^[11]。我国“互联网+护理服务”支付是与当地需求相结合,市场参与议价,参照当地医疗服务费用进行收费,各项费用明码标价,广东和江苏强调,属于基本医疗的“互联网+护理服务”项目纳入医保支付,但国内其他大部分地区该项费用还是由患者自费。

2 “互联网+护理服务”在糖尿病患者健康管理中的应用

2.1 网络共享服务

网络共享模式以“共享服务”为主要功能,其中包括“共享护士服务”和“护士上门服务”。目前我国涉及“互联网+护理服务”客户端共有21个,基本功能为上门服务和就医陪护,包括9个基础功能和7个辅助功能,76%(16/21)的APP还提供针对特定人群的特色服务^[12]。2015年5月11日,广东省卫生与计划生育委员会发布了《广东省持续护理服务重点工作方案》,支持探索护士多点执行,同时希望三级医院的专科护士可以去基层医院,在当地开设专科护理门诊服务;同时对县级以上医院护士期待其能够在患者出院后进行延续护理,将护理服务长期化,且支持护士兼职增加自己收入^[13]。

2.2 医院-社区-家庭一体化模式

通过医院-社区-家庭之间合作、信息共享、配合,实现糖尿病患者个人信息无缝衔接、管理延续的连续性照护,从而使患者在整个患病期间得到全方位、无缝隙的护理。该模式打破了传统单一护理模式,发挥了综合医院强大的专业技术优势,确保患者在患病危及生命时能得到高效、全面、专业的治疗和护理,弥补了传统延续护理的不足。同时利用社区自身优势,使得患者在病情稳定后能够返回社区进行长期、系统的延续性护理,并强调家属对患者健康管理支持的重要性,通过三方共同管理疾病。刘敏等^[14]选取2020年1—6月在合肥市某三级甲等医院内分泌科住院的2型糖尿病患者210例,并进行分组,对照组进行常规护理,干预组在常规护理的模式上,采用互联网三元一体化延续护理模式,研究结果显示,干预组患者血糖、血脂、BMI等代谢指标均优于对照组,提高了患者的自我管理能力,降低了糖尿病患者严重情绪障碍发生率。张媛等^[15]开创了糖尿病“三一照护”新护理诊疗新模式,将2089例糖尿病患者分组,干预组1066名,对照组1023名,研究结果显示,年度血糖达标率($HbA_{1c}<7\%$),干预组年度平均达标率(73.3%)高于对照组(49.5%);平均门诊单位成本(CEA),干预组单位 HbA_{1c} 达标率所需成本3452.83元/(人·年)明显低于对照组[(8904.18元/(人·年))];增量成本效果比(ICER)为-78.90。

2.2.1 构建基于APP“医院-社区-家庭”联动的糖尿病延续护理方案 孙维禧等^[16]通过医务人员、糖尿病患者对延续护理管理中存在的问题,以

及分析患者对糖尿病延续护理需求,构建出了基于APP“医院-社区-家庭”联动的糖尿病患者延续护理方案,其中包括糖尿病延续护理组织构建、建立糖尿病专科护士为主导的多学科团队、开展护士同质化培训、基于APP医院、社区-家庭联动的糖尿病患者延续护理运行程序4个方面,即出院前建立糖尿病患者健康档案,通过APP联网共享后综合评估,多学科团队制订患者出院计划(饮食计划、运动方案、血糖监测、健康教育、心理干预、胰岛素注射、健康监测、随访计划),出院转介,病情若出现恶化则与社区护士一起参与病例讨论,再次了解患者病情,评估其遵医行为,了解家庭护理情况,明确干预重点。出院后包括返院复诊,健康监测和提醒,健康教育和咨询(健康咨询在线学习、开展糖尿病专题活动、线上指导、在线咨询),健康随访,健康评估,会诊和转诊。若病情恶化,则经社区全科医生诊断后,由社区护士长将患者病情通过平台向上级医院反馈,由专家进行远程会诊,必要时为患者提供转诊。

2.2.2 搭建医院-社区-家庭三元联动的延续护理平台 杨海苓等^[17]通过搭建三元联动平台,从而加强三者间的专科协作。社区层面:提供基础的健康教育、健康咨询、健康指导等;患者层面:接受来自三方的延续护理服务,充分利用医院优质医护资源,并与社区和家庭辅助照护联动,最大限度整合资源。医院层面:负责整个项目的设计、组织、维护和效果评价。杨海英等^[18]在南京大学医学院鼓楼医院以“线上线下,同质管理”为原则,构建“医院-社区”联动糖尿病“互联网+护理服务”平台,将数据交互、风险预警、智能质控、数据分析等功能结合起来。该项目的护士凭“互联网+护理服务”培训合格证书上岗,提升护理服务质量,与社区服务中心联动增加护士的主观能动性,全程质量控制有效保证护患安全,整合电子化表单的设计,提高了工作的效率。

2.3 可穿戴设备

高血糖是糖尿病的主要特征之一,在其治疗过程的“五驾马车”中,血糖监测是重要组成部分。研究表明,加强对血糖的监测能有效减少糖尿病的病死率^[19-20]。传统的血糖监测是在患者复诊时,医务工作者利用血糖监测仪获取其当下血糖水平,对平时的血糖波动情况无法了解,无法根据实际情况调整诊疗计划,血糖控制效果欠佳^[21]。动态血糖监测系统(continuous glucose monitor system, CGMS)在二十世纪七十年代被发明,1999年得到FAD批

准并投入临床,2001年在中国上市,2002年作为一种新的监测手段开始应用于临床^[22]。多项研究结果显示^[23-25],CGMS能有效提高糖尿病患者血糖监测依从性,降低血糖发生率,减少低血糖发生时间,改善患者生命质量。临床工作者根据CGMS反馈的结果可以更好地制订治疗及干预措施,为实际用药提供参考。目前,1型糖尿病的管理已经与智能手机、连续血糖监测(CGM)和胰岛素泵等新技术相联系,人工智能(AI)社区就是基于这一点,提出基于AI进行糖尿病健康管理的监控,已经提出了推注计算机(BC),决策支持系统,并将用于胰岛素注射和测量血糖水平的设备纳入其中。

2.4 电子信息档案的建立

电子健康档案(electronic health records,EHR)以居民为中心,记录人们的个人健康情况以及住院时的疾病信息。Moreno-Iribas等^[26]研究表明,在初级保健EHR中发现的2型糖尿病诊断的高敏感性和特异性,使电子档案数据库能够成为基于人群的2型糖尿病事件和流行监测以及监测糖尿病患者护理质量和健康结果的良好来源,从EHR中获得的信息可以很好地估计35~84岁人群中的2型糖尿病的患病率。

Herrin等在2012年^[27]和2015^[28]年的研究结果均显示,在临床中,应用EHR可以有效地改变糖尿病患者的健康保健和临床结局,其对糖尿病健康管理有很大作用。2004年,我国刘晓宇等^[29]开始着手于糖尿病临床病案资料数据库的建立。

3 现存问题及对策

3.1 服务质量评价不明确

护理质量评价标准是衡量护理工作的准则。但“互联网+护理服务”与传统护理相比在护理评价指标方面还有很大不足。传统护理服务是在正规医疗机构下进行,有医疗设备做后盾,在出现突发情况时能够第一时间给予患者最有效的抢救。但“互联网+护理服务”在治疗过程中若遇到药品安全、变态反应等问题时很大概率不能及时处理,增加医疗风险。其次太多软件在派遣护士时没有根据护士的专长为患者提供护理,评估机构也不够专业,对患者的疾病等级没有专业性的划分,护士不知道疾病程度,很难把握护理程度,使得优质的护理服务不能得以体现。最后关于“共享服务”有关APP在应用商店缺乏有效评价,用户仅依据产品简介很难做出评价,导致护理服务质量难以提高。

对策:①严格评审机制。学习日本和德国将护

理服务分为4个阶段,即申请受理、接受调查、审核判断和结果执行由机构委员会进行初步调查,医院机构护理部二次认定,根据病情严重程度划分等级^[30]。②护士能级划分。美国根据护士受教育程度及工作经验担任不同级别的职务,每一级别都有对应的名称和职责,自上而下分别是:护理行政管理者、开业护士、注册护士、职业护士和助理护士。英国护理人员的分级是助理护士、C级注册护士和D级新资格护士、D级有经验护士和F级高级护士、G级主管护士。新加坡护理人员分级为护理员、助理护士、注册护士。我国可以学习他国,并根据我国目前的多层级护理教育体系将我国护士进行相应的能级划分,患者接受评审,机构根据疾病严重程度派遣不同等级护士,尽量将护士等级细化,从而避免轻症重判和重症轻判。③结果评价客观。可以采用2013年Morris等^[31]研究开发的居家第二代质量指标(改良的质量指标)。

3.2 价格昂贵

我国服务费用较高,“互联网+护理服务”依托于互联网设备,耗材且交通成本较高,约为患者在医疗机构接受相同服务的5~20倍左右,普通家庭难以承受^[32]。

对策:①效仿日本建立长期护理保险制度。②政府给予相应政策支持。

3.3 安全无保障

患者方面:主要顾虑有“上门护理的安全”“药物的安全”“担心信息泄露”等。何雨芯^[33]研究居民不愿意接受“互联网+护理服务”的原因包括:担心上门服务人员专业技能不过关和服务质量以及缺乏正规医疗环境和医院的监管,安全性不高。同时李淑民发现^[34],Android手机在给人们带来方便的同时,也存在潜在的用户隐私泄露安全隐患。护士方面:主要顾虑集中在“用人单位不允许”“医疗纠纷”“自身安全”等。何雨芯^[33]研究护理人员不愿意参与“互联网+护理服务”的原因中,排名较靠前3项为“担心医疗风险”“担心医疗纠纷”“担心人身安全”,且临床护士女性护士居多,女性护士单独到患者家中执业,可能增加护士的安全隐患^[35]。

对策:①资质审核。为保证护患双方安全,世界卫生组织或医疗机构会对服务背景和护士资质进行审核,我国在实行“互联网+护理服务”时一定要严格资质审核;②信息加密和权限控制。可以借鉴夏冬云等^[36]在南京大学医学院附属鼓楼医院探索“互联网+护理服务”安全管理模式中,对用户密码等敏感信息所进行的bcrypt加密,同时采用

HT-TPS传输协议,对患者和照看者身份进行人脸识别和登录时授权,对数据传输和访问权限管控等措施;③质量控制。借鉴杨海英等^[37]自主研发的糖尿病“互联网+护理服务”平台采用的事前、事中、事后管理原则。

4 小结

我国“互联网+护理服务”目前尚处于初级发展阶段,该项模式的开展一方面缓解我国医疗资源紧张的问题;另一方面还能使我国部分患者能够享受居家护理的便利。针对糖尿病患者的健康管理,目前主要是在医院-社区-家庭三元一体化方面的不断完善,主要有APP和相关平台的开发。但由于护士多点执业政策不完善,护理评估质量标准不明确,护患安全,收费服务等诸多原因,导致我国的护士上门服务发展较为缓慢。但随着我国经济的进一步的发展,护士上门服务会有更为广阔的市场,优化国内医疗服务,拓展护理半径,打破时间和地域的限制,提高护理服务质量。

5 参考文献

- [1] Saeedi P,Petersohn I,Salpea P,et al.Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2019,157:1-10.
- [2] International Diabetes Federation.IDF Diabetes Atlas 2019[EB/OL].(2019-09)[2022-02-01].https://www.diabetesatlas.org/en/resources/.
- [3] Vrijhoef HJ,Diederiks JP, Spreeuwenberg C, et al. Substitution model with central role for nurse specialist is justified for stable type 2 diabetic outpatients[J]. J Adv Nurs, 2001, 36(4):546-555.
- [4] Eysenbach G, Powell J, Kuss O, et al.Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review[J]. JAMA, 2002,287(20):2691-2700.
- [5] 陈志芳,孙晓琴,刘华华,等.“互联网+护理服务”在护士上门母婴服务中的现况研究[J].中国保健营养,2019,29(16):383-384.
- [6] Sachiyo M,Satoko N,Joan KM,et al.Home care nursing in Japan:a challenge for providing good care at home[J]. Public Health Nurs,2002,19(2):94-103.
- [7] 汤先萍,孟宪梅,周兰姝,等.国外居家护理质量评价指标的研究进度及启示[J].中华护理杂志,2016, 51(4):479-482.
- [8] Department of Health. The adult social care outcomes framework 2013/14.Handbook of definitions[R]. London:

Department of Health,2013.

- [9] Contemporary Nurses. Home care services in the united states has been available for hundreds of years.Why is it so hard for us to accomplish online appointment of nurses? [EB/OL]. (2019-03-16)[2019-05-11].https://mp.weixin.qq.com/s/_-PJ0xIJeXBVft2Ab-jG8A.
- [10] NHS.Introduction to care and support[EB/OL]. (2018-09-28) [2020-02-01].http://www.nhs.ukl.
- [11] Houde SC,Gautam R,Kail.Long-term care insurance in Japan:implication for US.Long-term care policy[J].J Gerontol Nurs,2007,33(1):7-13.
- [12] 陈可涵,宁丽.“共享护士”APP 软件评价[J].护理研究,2019,33(11):1849-1855.
- [13] 广东省卫生计生委.广东省发布持续改善护理服务重点工作方案[J].中国护理管理,2015,15(6):761.
- [14] 刘敏,何蕾,潘爱红,等.基于互联网的延续护理模式在2型糖尿病患者中的应用[J].中国护理管理,2021,21(11):1655-1659.
- [15] 张媛,郭立川,张冰,等.“互联网+”糖尿病管理模式及应用评价[J].中国数字医学,2021,16(6):109-113.
- [16] 孙维禧,王艳梅,李萍.基于App“医院-社区-家庭”联动的2型糖尿病患者延续护理方案的构建[J].中国实用护理杂志,2021,37(26):2008-2015.
- [17] 杨海菱,王萍,侯文秀,等.医院-社区-家庭三元联动延续护理平台的设计及应用[J].中华护理杂志,2016,51(9):1133-1137.
- [18] 杨海英,张宁,孙玉娇,等.护士视角下糖尿病“互联网+护理服务”平台的构建[J].医药高职教育与现代护理,2022,5(2):112-115,120.
- [19] 郭玉蓉.糖尿病常见微血管病变的相关因素及其中医证型分布的研究[D].北京:北京中医药大学,2019.
- [20] 蒋艳敏,金慧,许岚,等.早期生活方式干预可降低高危人群妊娠期糖尿病发病率[J].第三军医大学学报,2019,41(6):594-599.
- [21] 周蓝波,周国平.糖尿病的饮食研究进展[J].中国糖尿病杂志,2017,25(9):851-854.
- [22] 余萍萍,唐勇,马雅琼,等.动态血糖监测 TIR 水平及2型糖尿病性肾病相关研究进展[J].中国现代医药杂志,2020,22(6):95-99.
- [23] 周敏,李雪芹,涂娜,等.动态血糖监测系统在2型糖尿病管理中的应用[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(9):700-702.
- [24] 武晋晓,杨曦艳,许秀萍,等.动态血糖监测联合胰岛素泵治疗对糖尿病患者生命质量的影响[J].医学综述,2015,21(15):2817-2820.
- [25] 邓惠宜,周丽华,谢志岳,等.24 h 动态血糖监测系统在妊娠期糖尿病患者胰岛素治疗中的应用[J].海南医学,2016,27(16):2689-2690.
- [26] Moreno-Iribas C, Sayon-Orea, C, Delfrade J, et al. Validity of type 2 diabetes diagnosis in a population-based electronic health record database[J].BMC Med Inform Decis Mak,2017,17(1):34.
- [27] Herrin J,da Graca B,Nicewander D, et al. The effectiveness of implementing an electronic health record on diabetes care and outcomes[J]. Health Serv Res,2012,47(4):1522-1540.
- [28] Herrin J,da Graca B, Aponte,P, et al. Impact of an EHR-Based Diabetes Management Form on Quality and Outcomes of Diabetes Care in Primary Care Practices[J]. Am J Med l Qual,2015,30(1):14-22.
- [29] 刘晓宇,高建宏,刘晓东,等.糖尿病临床病案资料数据库的设计与实现[J].医疗卫生装备,2006(5):72-73.
- [30] 原新,刘绘如.日本和德国长期护理保险制度比较及其借鉴[J].日本问题研究,2019,33(3):64-72.
- [31] Morris JN,Fries BE,Frijters D,et al.InterRAI home care quality indicators[J].BMC Geriatrics,2013,13:127-137.
- [32] 张冬梅,杨柳,李远珍.“互联网+护理服务”模式可行性、难点及对策[J].科技视界,2019(18):227-228.
- [33] 何雨芯.供需双方对“互联网+护理服务”的认知、意愿及需求研究[D].重庆:重庆医科大学,2021.
- [34] 李淑民.Android 手机隐私泄露研究[J].软件,2015,36(2):69-72.
- [35] 毕宇.我国实施护士多点执业的利益相关集团分析与建议[J].护理学杂志,2017,32(17):51-53.
- [36] 夏冬云,陈雁,王清,等.“互联网+护理服务”安全管理模式的实践[J].中国卫生质量管理,2021,28(2):50-53.
- [37] 杨海英,张宁,孙玉娇,等.护士视角下糖尿病“互联网+护理服务”平台的构建[J].医药高职教育与现代护理,2022,5(2):112-115,120.

[2022-02-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

外科手术患者预防静脉血栓栓塞症的研究进展

严伟巍

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.016

静脉血栓栓塞症(venous thromboembolism, VTE)包括深静脉血栓形成(deep venous thrombosis, DVT)和肺血栓栓塞症(pulmonary thromboembolism, PTE),是指血液异常凝结于静脉血管内,形成栓子或血凝块引起不同程度的堵塞,属于静脉回流障碍性疾病^[1],是最常见的血管疾病之一,恶性肿瘤手术后的风险更是高达8.4%^[2-3],也是普通外科围手术期患者中非预期死亡的主因^[4],大约1/2的VTE事件是因手术或急性病入院导致^[5]。预防VTE,可降低死亡风险^[6],有效缩减患者住院费用和住院周期,使患者获益^[7],同时能够节约三级甲等医院的医疗成本^[8]。

VTE风险评估包括血栓风险和出血风险。而根据血栓风险评估分值不同,在基础预防措施上应增加机械预防与药物预防^[9]。机械预防主要包括梯度压力袜(GCS)和间歇充气加压装置(IPC)^[10]等;药物预防主要有低分子肝素(LMWH)和新型口服抗凝药(NOACs)等。本文将其主要内容对外科手术患者VTE的预防进行综述。

1 VTE 风险评估

1.1 Caprini 评估

VTE血栓风险应由分管医生和责任护士共同评估。外科患者的VTE风险能够涵盖内科患者的所有风险,外科手术是致使VTE的重要获得因素^[11]。为了简洁、高效率、快速地对外科住院患者进行VTE的预防,所有住院患者均可采用Caprini评估表以提高临床整体的快捷和效率^[12]。Caprini是最常用的科学而客观的风险评估模型^[13],该评估表最早于1991年由美国外科博士Joseph A. Caprini等设计提出,2010年更新,根据不同的风险具有1、2、3、5分项,每项评分可累加。该模型简易实用,根据分值合理地将患者VTE风险分为:极低危(0分)、低危(1~2分)、中危(3~4分)、高危(≥ 5 分)^[14]。

对于各类外科手术住院患者,郭一峰等^[15]采用抽样法来分析髋部骨折患者术前发生DVT的主要危险因素,通过Caprini风险分级能够精准预测出此类患者术前发生DVT的高危风险人群;胡智洪等^[16]通过回顾性病例对照研究设计,分析神经外科住院患者Caprini分值和各等级VTE的发生概率,经统计验证发现Caprini风险模型能预估神经外科住院患者术后VTE的发病风险;赵艳歌等^[17]将500多例行胸腔镜下肺叶切除术患者随机分为对照组和Caprini组,发现后者PTE的发生及病死率显著低于前者。在应用Caprini风险评估模型时应综合不同的患者群体定制不同的评估时机^[18-19]:一般患者入院24h内完成入院首次评估;术后6h与转科6h内完成评估;如病情发生恶变要重新评估;肿瘤患者在放化疗前后均应进行VTE风险评估^[20]。VTE预防措施的实施依据血栓风险评估的结果,加强血栓风险评估工具统一性的管理,真正有效的落实预防措施,可以及时预防VTE的发生^[21]。

1.2 出血风险评估

根据住院患者VTE防治流程,Caprini评估0分以上均应继续评估出血风险。美国胸科医师学会(American College of Chest Physicians, ACCP)发布的第9版抗栓治疗与血栓预防临床实践指南^[22]提出外科住院患者出血危险因素,包括基础疾病有关的出血情况、肝肾功能衰竭、抗凝麻醉和溶栓的使用、难以控制的高血压等,以及各类手术造成的因素,用以帮助识别出血风险。ACCP发布的第10版VTE抗栓治疗指南^[23]建议,长期使用抗凝药物进行治疗的患者应定期给予出血风险的评估。2018版PTE诊治与预防指南^[24]建议,接受手术、腰穿和硬膜外麻醉前4h和后12h均予以评估患者出血风险。2021年欧洲血管外科学会(European Society for Vascular Surgery, ESVS)在线发表的静脉血栓管理临床实践指南^[25]建议,在给予住院患者应用抗凝药物治疗前,应先进行出血风险评估,重症患者病情变化迅速则每日重复评估1次。及时且全面的评估出血风险,降低患者出血概率,可以保障患者安全地进行术后恢复。

2 VTE 相关预防

2.1 基础预防措施

基础预防包括下床活动、抬高下肢、肢体功能锻炼,如卧床患者踝泵运动、中心静脉置管患者握拳运动等;鼓励卧床患者翻身,进行主动、被动运动^[26],做咳嗽和深呼吸^[27];保证充足饮水量;保持良好的心理水平^[28]。有研究^[29]表明饮酒史影响患者院内 VTE 的发生率,所以除了指导相关健康教育外,还应养成良好的饮食和生活习惯,如戒烟、忌酒、控糖等。所有患者都应采取 VTE 基础预防。对于 Caprini 评分 0 分及以上血栓风险的患者,建议优先通过踝泵运动作为基础预防措施来防止下肢 DVT 的发生,并且入院即可开始进行^[30]。踝泵运动主要是通过提高血流速度、产生最佳的血液流动模式来起到预防作用。黄桂玉等^[31]建议每天实施 10~15 次的踝泵运动,每次以 20~30 组为宜。Wang 等^[32]建议保持均匀速度来使踝关节实施从跖屈到背伸的动作,每个方位可停留 3 s。路孝美等^[33]推荐踝关节持续进行环绕,以 30 次/min 的速度持续 10 min 左右,建议早中晚各 1 次最佳。Li 等^[34]表示踝泵运动可明显改善股静脉血流峰值和平均流速,通过改变血液流变学状态能够有效预防下肢 DVT 发生。刘惠玉等^[35]发现通过实施踝泵运动不仅可以降低下肢 DVT 的发生率,更提高了患者的满意度。而术后患者采取平卧或半卧位,并不影响踝泵运动的有效性^[36]。

2.2 物理机械预防

2.2.1 梯度压力袜 2021 版血管压力治疗中国专家共识^[37]指出围手术期患者应用 GCS 可显著降低下肢 DVT 的发生率,其简单易行,适用范围广,且安全高效,是目前预防 VTE 发生最常见的物理预防方式,有效预防大多数患者 DVT 的形成。外科手术患者入院、术前甚至术中都可穿 GCS^[38]。GCS 通过缩窄静脉来增加血流速度和血流量^[39],从而起到改善静脉瓣膜功能、促进静脉回流、增强下肢深部组织氧合作用^[40]。黎苏等^[41]指出肺癌术后 VTE 患者接受 GCS 进行干预治疗,可最大限度地降低血栓对患者的影响。徐晓容等^[42]选取胆道外科手术患者 82 例,将术后是否应用 GCS 分两组进行对照,经过统计学发现应用 GCS 在预防 VTE 方面有显著效果。仇丽珍^[43]选取 113 例骨科术后高脂血症患者中 58 例应用 GCS 进行干预处理,发现应用 GCS 的患者 VTE 发生概率明显低于未使用患者。曾漫琳^[44]将是否应用 GCS 的结肠癌手术患者分为实验组和对

照组,在术后 1 周左右时间应用彩色多普勒超声检查是否出现 VTE,并且比照了两者大小腿周径,得出常规护理配合 GCS 能更加有效预防结肠癌患者术后下肢 DVT 的结论。2020 年 VTE 机械预防中国专家共识^[45]建议对接受大手术的患者一般选用腿长型露趾 GCS,作为机械预防 VTE 的基本预防方式。

2.2.2 间歇充气加压装置 IPC 是目前临床常用的 DVT 机械预防措施,包括下肢压力泵和足底压力泵,其是利用充气与放气的机械外力,使腿部周期性膨胀,推动下肢血流逆向前进,从而促进血液回流的装置^[46]。正规情况下,IPC 需要用满 18 h,全麻手术患者应予以 24 h 使用^[47]。腿套宜选择通风透气的材质,在腿部有创面或者其他原因不适合使用下肢压力泵时,可选用足底压力泵来达到相似效果,从而预防 DVT。喻静等^[48]、马玉芬等^[49]对于关节置换、开颅手术等外科患者预防 VTE 进行临床试验和对照分析,发现应用 IPC 能够与预防性使用抗凝药物有相当效果,且明显增加了手术患者深静脉血流速度,降低 D-二聚体水平。高兰兰^[50]将 100 例股骨颈骨折术后患者采用随机数字表法分为观察组和对照组,得出 IPC 联合递进式护理干预在此类患者中更为安全有效,可促进患者功能恢复,减少术后并发症。王振峰等^[51]将部分静脉腔内激光消融术治疗大隐静脉曲张的患者配合 IPC 应用,测得其术肢各静脉血流速度均高于未使用 IPC 的患者,且并发症更少。黄琳凤^[52]、薛娅等^[53]将 IPC 运用于胃肠手术、泌尿手术和骨科手术的老年患者,经观察得出围手术期应用 IPC 能够改善凝血功能,降低下肢 DVT 发生率的结论。Lobastov 等^[54]研究接受大手术的 VTE 高危患者,将是否额外增加使用 IPC 分为对照组和 IPC 组,发现后者可显著降低无症状静脉血栓的发生率。而 2020 年 NCCN 发布的癌症患者 VTE 防治指南^[55]指出:与 GCS 相比,IPC 除显著减少 DVT 的发生外,皮肤相关的并发症更少。

2.3 药物预防

2.3.1 低分子肝素 预防 VTE 的药物 LMWH 作为首选抗凝药物应用最为广泛^[56],其主要是用来阻止、抑制凝血机制发展,防止血液异常凝固^[57]。LMWH 首剂注射时间应早于术前 12 h^[58],如术后开始给予首剂药物抗凝,则应在术后 12~24 h 注射^[59]。孙继芾等^[60]在使用微创手术治疗腰椎管狭窄患者时,联合 LMWH 使用可有效降低炎症因子及血栓发生率。蔡李芬等^[61]对 PICC 置管的乳腺癌手术患者推广应用低分子肝素钙帮助降低静脉血栓的发生率,且安全性高。刘勇等^[62]和丁志辉等^[63]等使用药物

联合 LMWH 对老年骨科手术患者预防 VTE 有显著效果。张建国等^[64]研究发现 LMWH 比阿司匹林能更好地预防四肢骨折患者血栓形成,降低微血管通透性、血小板抑制能力预防血栓形成,且使用时无需监测,相比阿司匹林更简便、副作用更小。

2.3.2 新型口服抗凝药 英国、美国、亚洲指南均推荐 NOACs 预防外科术后 VTE^[65],美国血液学会发布基于最新循证医学证据的 VTE 临床管理指南推荐,将 NOACs 作为一线药物应用于 VTE 高危患者^[66],同时应密切注意出血风险^[67],详细记录用药史,仔细观测出血症状,及时进行用药指导。代表药物 10 mg 利伐沙班片剂有较高的口服生物利用度,患者空腹或随餐给药时具有生物等效性^[68],其安全性较高、无需检测国际标准化比值等优点而开始逐渐替代华法林,用于 VTE 的防治^[69]。周振宇等^[70]将 NOACs 和传统的抗凝药相比较,前者药动学和药效学可预测性强,治疗窗较宽,通常情况下无需常规监测。蔡庆宇等^[71]对中重度脑出血术后患者分别应用利伐沙班和低分子肝素钙来预防 DVT,并将其安全有效性和改善凝血功能等方面相比较,发现利伐沙班效果更佳。魏香兰等^[72]、薛茜等^[73]均对 LMWH 和利伐沙班在骨科手术患者术后的应用进行比较,利伐沙班口服便捷、依从性好,更能降低术后 VTE 发生率。姚伟等^[74]使用利伐沙班来预防肝硬化患者脾切除、贲门周围血管离断术后血栓,且与传统华法林治疗比较,利伐沙班更为安全,患者恢复肝功能和凝血功能所需时间更短。李伟之等^[75]在经皮血管内介入治疗布加综合征患者应用利伐沙班抗凝治疗,发现其有助于保持支架畅通,减低大出血等并发症。

3 信息化管理预防 VTE

近年来,信息化建设不断推进,各种形式的 VTE 护理预警监控体系和综合管理平台研发成为 VTE 护理管理热点^[76],ACCP 发布的第 9 版^[22]推荐搭建信息平台定期评估、审查和反馈,严格启动 VTE 防治流程,形成完整治疗机制。用信息化的手段对 VTE 风险进行评估与防治已充分进入医院 VTE 防治体系^[77]。医护合作 VTE 管理信息化平台^[78]得到充分的重视。合理使用电子产品与通讯工具,创建以患者简单易懂为主旨的信息化健康宣教模式^[79],能够帮助其了解 VTE 疾病相关知识和风险程度,增加依从性,从而降低 VTE 的发生。朱一新等^[80]将智能 VTE 质控系统嵌入医生工作站,利用新技术提取病历中 VTE 风险因素并自动计算分值、提示出血

评估和推送防治建议,从而提高预防意识及高危患者的预防比例,减少院内 VTE。任晓霞等^[81]构建 VTE 防治信息化闭环诊疗路径,完整 VTE 防治质量监控体系,自动进行信息匹配后关联相关因素和预防措施,高效提升防治 VTE 的专业水平。综上,信息化构架医院 VTE 综合防治管理体系将有助于高危 VTE 外科手术患者得到充分预防,减少并发症,安全进行手术及术后恢复。

4 小结

在外科手术患者中,除了各种形式的手术类型,术中或术后如麻醉和恢复时间下的制动状态会更容易引起血栓形成,而通过及时、准确的风险评估,联合 VTE 的基础预防、机械预防与药物预防,明确它们的作用机制、作用时机和作用效果,将能更明朗、更优异地达到预防 VTE 的成效。院内 VTE 防治是一项涉及多部门、多学科的工作,除医护患和家属外,更需要结合各部门共同推进其规范和成效,利用各种科技化、信息化的电子设施,详细搭载符合病情的 VTE 系统构架流程,能够减少和预防此类并发症危害患者的身心健康。

5 参考文献

- [1] 上海市普通外科临床质量控制中心.上海市普通外科病人静脉血栓栓塞症防治管理规范(2020版)[J].中国实用外科杂志,2020,40(5):481-487.
- [2] 中国临床肿瘤学会(CSCO)肿瘤与血栓专家共识委员会.肿瘤相关静脉血栓栓塞症的预防与治疗中国专家指南(2015版)[J].中国肿瘤临床,2015,42(20):979-991.
- [3] Lyman GH,Culakova E,Poniewierski MS,et al. Morbidity, mortality and costs associated with venous thromboembolism in hospitalized patients with cancer[J]. Thromb Res,2018,164 (Suppl 1):S112-S118.
- [4] Farge D,Bounameaux H,Brenner B,et al. International clinical practice guidelines including guidance for direct oral anticoagulants in the treatment and prophylaxis of venous thromboembolism in patients with cancer[J]. Lancet Oncol,2016,17(10):e452-e466.
- [5] Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2018, 137(12): e67-e492.
- [6] Brien L. Anticoagulant medications for the prevention and treatment of thromboembolism[J]. AACN Adv Crit Care, 2019, 30: 126-138.
- [7] Brenner B, Arya R, Beyer -Westendorf J, et al. Evaluation of unmet clinical needs in prophylaxis and treatment of venous thromboembolism in at-risk patient

- groups:pregnancy,elderly and obese patients[J].Thromb J,2019,17:24.
- [8] 徐琴鸿,姜建帅,叶智学,等.老年卧床患者下肢深静脉血栓防控指引的制订及应用[J].中华现代护理杂志,2018,24(30):3609-3612.
- [9] 陈忠,王盛.再谈医院内静脉血栓栓塞症的整体防控[J].中国血管外科杂志(电子版),2020,12(1):1-3.
- [10] 杨慕维,刘高,和意娴,等.机械预防对卒中患者静脉血栓栓塞预防效果的meta分析[J].中国卒中杂志,2021,16(11):1115-1122.
- [11] 《中国血栓性疾病防治指南》专家委员会.中国血栓性疾病防治指南[J].中华医学杂志,2018,98(36):2861-2888.
- [12] Sterbling HM,Rosen AK,Hachey KJ,et al.Capri risk model decreases venous thromboembolism rates in thoracic surgery cancer patients[J].Ann Thorac Surg,2018,105(3):879-885.
- [13] 符伟国,史振宇.重视普通外科围手术期静脉血栓栓塞症规范化防治[J].中国实用外科杂志,2020,40(5):503-507.
- [14] Ding YM,Li J,Liu F,et al. Risk assessment models for predicting venous thromboembolism:a literature review[J]. Chin Nurs Manag, 2017, 17(11):1451-1457.
- [15] 郭一峰,马玉芬,郭爱敏,等. Capri风险评估模型预测术前髋部骨折患者深静脉血栓形成的有效性[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(35):4818-4823.
- [16] 胡智洪,游国亮,何敏,等. Capri风险评估模型在神经外科卧床患者静脉血栓栓塞筛选中的应用[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2018,45(3):221-224.
- [17] 赵艳歌,吴果果. Capri风险评估模型预防术后VTE高危人群并发肺栓塞的效果[J]. 河南医学研究,2021,30(3):432-434.
- [18] 中华医学会血栓栓塞性疾病防治委员会. 医院内静脉血栓栓塞症预防与管理建议[J]. 中华医学杂志,2012,92(40):2816-2819.
- [19] 陆清声,张伟,王筱慧,等. 上海长海医院院内静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 解放军医院管理杂志,2018,25(11):1032-1037.
- [20] Bao Y,Wan X,Fu J,et al.The risk of venous thromboembolism in cancer patients receiving chemotherapy:a Meta-analysis with systematic review[J].Ann Transl Med,2021,9(4):277.
- [21] 李海燕,植艳茹,王金萍,等. 住院患者静脉血栓栓塞症预防护理及管理现状的调查与分析[J]. 解放军护理杂志,2020,37(2):44-47.
- [22] Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: american college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2012, 141(2 Suppl): e691S-e736S.
- [23] American College of Chest Physicians(ACCP). Antithrombotic Therapy for VTE Disease:CHEST Guideline[J].Chest,2016,149(2):315-352.
- [24] 中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管病学组,中国医师协会呼吸医师分会肺栓塞与肺血管病工作委员会,全国肺栓塞与肺血管病防治协作组. 肺血栓栓塞症诊治与预防指南[J]. 中华医学杂志,2018,98(14):1060-1087.
- [25] 吴洲鹏,赵纪春,马玉奎.《欧洲血管外科学会(ESVS)2021年静脉血栓管理临床实践指南》解读[J]. 中国普外基础与临床杂志,2021,28(2):165-170.
- [26] 柳春红. 老年肺癌患者术后并发静脉血栓栓塞症预防和管理的最佳证据总结[J]. 中西医结合护理(中英文),2021,7(4):21-24.
- [27] 中华医学会骨科学分会创伤骨科学组,中华医学会骨科学分会外固定与肢体重建学组,中国医师协会骨科医师分会创伤专家工作委员会,等. 中国创伤骨科患者围手术期静脉血栓栓塞症预防指南(2021)[J]. 中华创伤骨科杂志,2021,23(3):185-192.
- [28] 张秀娟,罗婵花,陆燕枝. 循证护理在预防老年妇科恶性肿瘤术后下肢深静脉血栓中的应用效果[J]. 临床合理用药,2018,11(1C):154-156.
- [29] 李海燕,李蓉,植艳茹,等. 中老年患者院内发生静脉血栓栓塞症风险预测模型的研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(1):68-73.
- [30] 张雅芝,王颖,褚彦香,等. 踝泵运动预防成人围手术期下肢深静脉血栓最佳证据总结[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(1):15-21.
- [31] 黄桂玉,张龙,张含凤,等. 踝泵运动预防下肢深静脉血栓的有效性和最佳节律的循证探讨[J]. 循证护理,2019,5(9):848-851.
- [32] Wang Z,Chen Q,Ye M,et al.Active ankle movement may prevent deep vein thrombosis in patients undergoing lower limb surgery[J]. Ann Vasc Surg,2016,32:65-72.
- [33] 路孝美,王吉昌,孙静岚,等. 踝泵运动预防深静脉血栓的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(4):447-450.
- [34] Li T,Yang S,Hu F,et al.Effects of ankle pump exercise frequency on venous hemodynamics of the lower limb[J]. Clin Hemorheol Microcirc,2020,76(1):111-120.
- [35] 刘惠玉,薛瑞娜,吴霞,等. 早期踝泵运动联合围手术期综合护理干预在全髋关节置换术后预防下肢深静脉血栓形成[J]. 血栓与止血学,2019,25(5):845-847.
- [36] 刘娜娜,宋维,王翠霞. 踝泵运动在下肢深静脉血栓患者恢复中的应用[J]. 当代护士(下旬刊),2018,25(5):84-86.
- [37] 中国微循环学会周围血管病专业委员会压力学组. 血管压力治疗中国专家共识(2021版)[J]. 中华医学杂志,2021,101(17):1214-1225.
- [38] 郎景和,王辰,瞿红,等. 妇科手术后深静脉血栓形成及肺栓塞预防专家共识[J]. 中华妇产科杂志,2017,52(10):649-653.

- [39] 李龙. 医用梯度压力袜的作用机制与临床选择策略[J]. 中国医学物理学杂志, 2021,38(7):903-908.
- [40] 郑玉凤, 蒋晓文, 王雪婷. 梯度压力袜在不同领域的应用研究[J]. 天津纺织科技, 2021(1):27-31.
- [41] 黎苏, 汪玲玲, 霍虹, 等. 肺癌患者静脉血栓栓塞症的危险因素分析及预防现状[J]. 中国医院药学杂志, 2019,39(13):1395-1400.
- [42] 徐晓容, 汪莉. 抗血栓压力袜在胆道外科术后 VTE 防控中的应用效果及对发生率的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020,39(20):3742-3745.
- [43] 仇丽珍. 骨科术后高脂血症患者下肢静脉血栓的预防及护理[J]. 河南大学学报(医学版), 2020,39(3):214-216.
- [44] 曾漫琳. 抗血栓压力袜在结肠癌患者术后预防下肢深静脉血栓中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017,38(18):2205-2206.
- [45] 中国健康促进基金会血栓与血管专项基金专家委员会. 静脉血栓栓塞症机械预防中国专家共识[J]. 中华医学杂志, 2020,100(7):484-492.
- [46] 朱梦春, 杨玉金, 王苹, 等. 间歇充气加压装置治疗时长对关节置换术后深静脉血栓形成的预防效果[J]. 护理研究, 2020,34(2):329-332.
- [47] 朴玉粉, 徐翔, 金三丽. 腹盆腔肿瘤患者围术期深静脉血栓形成预防的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2018,24(30):3603-3606.
- [48] 喻静, 刘晓艳. 间歇充气加压开始使用时间对骨科大手术患者血流动力学和下肢深静脉血栓的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2021,37(32):2526-2531.
- [49] 马玉芬, 郭一峰, 陈亚萍, 等. 深静脉血栓高危风险患者物理预防的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2018,24(29):3473-3478.
- [50] 高兰兰. 间歇充气加压装置联合递进式护理干预在股骨颈骨折术后患者中的应用效果[J]. 医疗装备, 2022,35(2):171-172.
- [51] 王振峰, 张云峰, 管强. 静脉腔内激光消融配合术后间歇充气加压治疗大隐静脉曲张的疗效分析[J]. 中国医刊, 2021,56(1):49-52.
- [52] 黄琳凤. 预防护理干预联合间歇充气加压装置对老年外科术后患者下肢深静脉血栓形成的影响[J]. 医疗装备, 2021,34(22):132-133.
- [53] 薛娅, 侯哲, 王华伟. 间歇充气加压时间对髋关节置换术后患者深静脉血栓发生率及血液高凝状态的影响[J]. 青岛医药卫生, 2021,53(1):4-7.
- [54] Lobastov K, Sautina E, Alenchewa E, et al. Intermittent Pneumatic Compression in Addition to Standard Prophylaxis of Postoperative Venous Thromboembolism in Extremely High-risk Patients (IPC SUPER): A Randomized Controlled Trial[J]. Ann Surg, 2021, 274(1):63-69.
- [55] Streiff MB, Holmstrom B, Angelini D, et al. Cancer-Associated Venous Thromboembolic Disease, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2020,19(10):1181-1201.
- [56] 静脉血栓栓塞症抗凝治疗微循环血栓防治共识专家组. 静脉血栓栓塞症抗凝治疗微循环血栓防治专家共识[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2017,16(4):241-244.
- [57] 张骏, 徐庆, 李长翔. 下腔静脉滤器置入及介入溶栓治疗下肢静脉血栓[J]. 吉林医学, 2020,41(2):296-298.
- [58] 李芳婷, 王永占, 曾嘉欣, 等. 低分子肝素类药物临床应用合理性评价[J]. 中南药学, 2021,19(2):326-330.
- [59] 中国药学会相关专家小组. 2021 中国静脉血栓栓塞症防治抗凝药物的选用与药学监护指南[J]. 中国临床药理学杂志, 2021,37(21):2999-3016.
- [60] 孙继芾, 孙焱, 江潮, 等. 氨甲环酸序贯低分子肝素在 MIS-TLIF 围术期的应用[J]. 医学理论与实践, 2021,34(20):3561-3563.
- [61] 蔡李芬, 朱晓萍. 低分子肝素钙用于乳腺癌术后静脉血栓预防效果观察[J]. 浙江医学, 2021,43(4):414-416, 419.
- [62] 刘勇, 王晔辉, 张大鹏, 等. 血塞通联合低分子肝素钙对老年髋部骨折患者术后深静脉血栓形成的预防与凝血功能的影响[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2021,5(8):65-67.
- [63] 丁志辉, 周铨昆, 余征, 等. 田七祛瘀胶囊联合低分子肝素预防老年股骨转子间骨折术后下肢深静脉血栓形成的效果观察[J]. 江西中医药大学学报, 2021, 33(1):42-44.
- [64] 张建国, 冯皓宇, 李强, 等. 低分子肝素钙与阿司匹林预防四肢骨折血栓形成及对血清可溶性血管细胞黏附分子 1、高迁移率蛋白 1 的影响[J]. 中华生物医学工程杂志, 2021,27(2):217-220.
- [65] 徐娟, 张久星, 刘娟, 等. 骨科大手术后 VTE 预防国内外指南及质量评价和 NOAC 的应用[J]. 药品评价, 2018,15(18):9-12.
- [66] Ortel TL, Neumann J, Ageno W, et al. American Society of Hematology 2020 Guidelines for Management of Venous Thromboembolism: Treatment of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism[J]. Blood Adv, 2020, 4(19):4693-4738.
- [67] 姚璐, 陈艳梅, 张薇, 等. 高龄患者应用利伐沙班出血相关事件的回顾性研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2020,12(8):963-966.
- [68] Mai V, Bertolotti L, Cucherat M, et al. Extended anti-coagulation for the secondary prevention of venous thromboembolic events: an updated network meta-analysis[J]. PLoS One, 2019,14(4):e0214134.
- [69] 杜昕, 郭伟. 新型口服抗凝药是否可以取代华法林用于静脉血栓栓塞症抗凝治疗[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2016,8(3):178-182.
- [70] 周振宇, 史振宇. 新型口服抗凝药监测指标的研究进展[J]. 中国血管外科杂志(电子版), 2021,13(3):276-279.
- [71] 蔡庆宇, 刘海洲. 利伐沙班和低分子肝素钙预防中重

纵向轨道延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用价值

刘琳 党振娟 张朋磊

【摘要】目的 探究纵向轨道延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用价值。**方法** 选取2018年8月—2020年6月医院内科收治的慢性心力衰竭患者86例为研究对象,按照组间基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组43例,对照组实施常规护理干预,观察组实施纵向轨道延续性护理干预。观察两组患者临床指标及并发症的发生情况。**结果** 干预前,两组患者左室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)、6 min步行试验(6MWT)以及心力衰竭自我护理指数量表(SCHFI)评分经比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者LVEDD、LVEF均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组患者6MWT距离长于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组SCHFI评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者压力性损伤、跌倒、静脉血栓以及坠床等并发症总发生率经比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 对慢性心力衰竭患者实施纵向轨道延续性护理干预,可达到改善患者临床各项指标、降低并发症发生率的效果,对于提高患者护理满意度具有积极意义。

【关键词】 慢性心力衰竭;纵向轨道;延续性护理;应用价值;并发症;满意度

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.017

Application value of longitudinal track continuous nursing in patients with chronic heart failure LIU Lin, DANG Zhenjuan, ZHANG Penglei (Xinyi People's Hospital, Xinyi, 221400, China)

【Abstract】Objective To explore the application value of longitudinal track continuous nursing in patients with chronic heart failure. **Methods** To select 86 chronic heart failure patients admitted to the hospital's cardiology department from August 2018 to June 2020 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of balance and comparability of the basic data between the groups,

基金项目:徐州市卫健委面上项目(编号:XWKYSL20210243)

作者单位:221400 江苏省新沂市人民医院

通信作者:党振娟,本科,主任护师,护理部主任

度脑出血术后下肢深静脉血栓形成的效果比较[J]. 医学信息,2021,34(8):150-152.

[72] 魏香兰,黄燕愉.利伐沙班对比低分子肝素预防膝关节置换术后静脉血栓的疗效及相关影响因素分析[J]. 心血管病防治知识(学术版),2021,11(7):9-12.

[73] 薛茜,张欢欢.利伐沙班预防老年髋部周围骨折患者围术期下肢深静脉血栓形成的价值[J]. 血栓与止血学,2022,28(4):558-562.

[74] 姚伟,冯永安,刘婷,等.利伐沙班与低分子肝素联合华法林预防脾切除术后PVST形成的随机对照研究[J]. 西安交通大学学报(医学版),2021,42(5):740-746.

[75] 李伟之,李培杰,马富权,等.应用利伐沙班抗凝治疗经皮血管内介入治疗的布加综合征患者疗效和安全性研究[J]. 实用肝脏病杂志,2021,24(5):621-624.

[76] 蔡娟,秦柳花,高凤莉,等.国内医院骨科深静脉血栓预防护理的现状调查与分析[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(4):443-446.

[77] 贾中芝,秦辉,汤黎明,等.院内静脉血栓栓塞症防治体系构建的再思考[J]. 介入放射学杂志,2020,29(10):1062-1064.

[78] 虞正红,张琦,徐建鸣,等.医护合作静脉血栓栓塞管理信息化平台用户体验调查[J]. 护理学杂志,2018,33(16):55-57.

[79] 叶霁霁,罗小红.静脉血栓栓塞复发因素及预防策略的研究进展[J]. 全科护理,2021,19(3):336-339.

[80] 朱一新,刘云,王忠民,等.基于人工智能的VTE评估管理平台建设与思考[J]. 中国数字医学,2021,16(3):42-46.

[81] 任晓霞,田园,王晓慧,等.静脉血栓栓塞症规范化防治诊疗路径构建探讨[J]. 中国卫生信息管理杂志,2021,18(5):680-683,690.

[2022-03-15 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

with 43 cases in each group. The control group was given routine nursing intervention, and the observation group was given longitudinal track continuous nursing intervention. The clinical indicators and the occurrence of complications in the two groups were observed. **Results** Before intervention, there was no significant difference in the left ventricular end-diastolic diameter(LVEDD), left ventricular ejection fractions(LVEF), 6-minute walking test(6MWT) and self-care of heart failure index(SCHF) scores between the two groups($P>0.05$). After intervention, the incidence of LVEDD and LVEF in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$); the 6MWT distance in the observation group was longer than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$); the SCHFI score in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). There was no significant difference in the total incidence of complications such as pressure injury, falls, venous thrombosis and bed fall between the two groups($P>0.05$). **Conclusion** The application of longitudinal track continuous nursing intervention for chronic heart failure patients can achieve the effect of improving various clinical indicators of patients and reducing the incidence of complications, which is of positive significance for improving patients' nursing satisfaction.

【Key words】 Chronic heart failure; Longitudinal track; Continuous nursing; Application value; Complications; Satisfaction

慢性心力衰竭是慢性心肌缺血、扩张性心脏病所致的冠状动脉疾病,造成心脏功能出现异常紊乱,心肌乏力,回心血流障碍,属于心血管系统疾病,常表现为咳嗽咳痰、阵发性夜间呼吸困难以及食欲不振等症状,随着病情加重,还会引发患者出现肾功能不全、心律失常以及下肢静脉血栓等并发症,不仅影响了其日常行为生活,严重时还会威胁患者的生命安全^[1]。卡维地洛、琥珀酸美托洛尔作为 β 受体阻滞剂,在缓解患者心脏功能衰竭的同时,还有效降低病死率,成为临床治疗的首选^[2]。但在以往临床护理过程中,部分患者对于疾病的认知以及自我护理的重视程度相对较差,降低了临床治疗依从性,护理效果未能达到预期标准^[3]。因此,实施较为全面、系统的护理干预十分关键。纵向轨道延续性护理干预是指患者从医院-社区以及回归至家庭生活中的纵向流程,院内医护人员在互联网信息通信技术手段的借助下,联合家属根据患者实际病程情况,开展的一系列针对性较强的护理干预对策,强化了患者对于疾病知识的了解与掌握程度,大大提高了患者自我护理的能力水平,广泛应用在慢性系统疾病临床护理领域^[4]。本研究通过对慢性心力衰竭患者实施纵向延续性护理干预,探究其临床应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

择取我院心内科在2018年8月—2020年6月收治的86例慢性心力衰竭患者作为此次护理实验

研究对象,纳入条件:①伴随呼吸困难、疲乏无力及下肢肿胀等症状,经由心电图、体格检查、超声心动图以及胸片等检查,符合《2014年中国心衰诊断和治疗指南》诊断标准者^[5];②经检查左室射血分数(left ventricular ejection fraction, LVEF)40%~49%、脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)>50 ng/L及血钾<5.0 mmol/L以下者;③年龄在47~79岁全检范围内者。排除条件:①合并较为严重的颅脑外部重创损伤出血、酮症酸中毒急性发作期以及急性脑梗死者;②伴随呼吸/肾脏功能衰竭、先天性心脏病以及急性白血病者;③患有肝癌、甲状腺癌以及淋巴结癌等恶性消耗性疾病者。按照组间基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组43例。两组患者性别、年龄、病程、文化程度、体质指数(BMI)、心功能分级基础资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理干预。对患者呼吸、血压以及脉搏等生命体征进行定时监测,若发生异常应立即通知医生给予相应的治疗。根据患者实际病程情况,实施针对性较强的心理、饮食、服药指导以及健康知识宣教等。

1.2.2 观察组 实施纵向轨道延续性护理干预。在实施常规护理干预基础上,为强化患者自我护理能力水平,护理人员可通过远程互联网现代化信息技术,与患者及其家属相互合作开展一系列针对性较强的护理干预。

(1) 创建延续护理小组:从医院中筛选出心

表 1 两组患者基础资料比较

组别	例数	性别		文化程度		心功能分级	
		男	女	大专以下	本科以上	II 级	III 级
对照组	43	22 (51.16)	21 (48.84)	24 (55.81)	19 (44.19)	25 (58.14)	18 (41.86)
观察组	43	21 (48.84)	22 (51.16)	25 (58.14)	18 (41.86)	26 (60.47)	17 (39.53)
χ^2 值		0.047		0.047		0.048	
P 值		0.829		0.828		0.826	

组别	例数	年龄 (岁)	病程 (年)	BMI
对照组	43	61.64 ± 4.36	5.38 ± 0.24	21.37 ± 1.22
观察组	43	61.59 ± 4.41	5.41 ± 0.31	21.39 ± 1.24
χ^2 值		0.053*	0.502*	0.075*
P 值		0.958	0.617	0.940

*t 值 ; () 内数据为百分率 (%) 。

脑血管系统相关疾病护理方面经验较为丰富的医护人员，组建一支由心血管内科主任医师 1 名、临床主治医师 1 名、心脏内科护士长 1 名、心内科护理经验 10 年以上的主管护师 1 名以及护理年限超过 5 年以上的护师 5 名等的延续护理队伍，并在开展此次护理实验研究前进行统一规范化、专业化的培训。

(2) 延续性用药指导及健康宣教：患者出院时，护理人员可将日常自我正确服药的方法对患者或家属进行详细告知，并叮嘱患者进行正确复述。对于年龄相对较大或理解能力较差患者，护理人员可将药物具体剂量、使用方法通过手绘图册的方式进行直观鲜明表达。同时，护理人员还可根据患者服药规格制作与之相关的药物服用记录表，并教会患者及其家属正确填写，便于患者回院复诊时医生能详细了解其服药情况，为调整患者药物服用剂量提供借鉴价值^[6]。护理人员在心血管相关权威专家指导下，收集整理心力衰竭相关专业理论知识及护理注意事项，制成健康宣传手册，对出院患者及其家属进行宣教发放。

(3) 社区创建健康档案：患者出院后，可通过互联网信息系统将患者在院个人基础资料上传至当地社区医院的心力衰竭管理中心平台，为当地社区医院开展一系列健康宣教与护理提供较为科学的依据，并根据患者自身实际情况，在患者出院 1 周后进行家庭随访，随访主要内容是对患者生命体征进行监测、咨询用药情况等，并根据其掌握的慢性心力衰竭自我护理管理注意事项，进行相关知识手

册的填写，对于专业知识掌握不足或出现偏差者进行及时纠正与调整，加深患者对于自我护理管理的重要性认知程度，每月进行 1 次电话随访。

(4) 家庭远程健康指导：护理人员可组织出院患者建立院外健康微信交流平台，医师、护士长在群内负责患者及其家属的日常疾病问题咨询的讲解与指导，每次进行 20~40 min 的健康知识讲座，每周 2~3 次。主管护师及护师负责将慢性心力衰竭相关专业知识、自我护理、用药知识以及突发事件的应急护理等，以图片、视频以及文件的形式定期发放。每天 8:00—20:00 保证有 1 名护理人员在线实时关注微信群内患者留言情况，并在 6 h 内给予回复。此外，为保证患者日常行为以及外出的安全性，可推荐其应用运动手表监测心率变化、日常运动量的累积，并设置时间进行定时服药的提醒，并将其与患者家属的手机进行连接，在患者发生意外跌倒、心率变化超过正常范围时发出预警，利于患者家属及时进行相关急救措施。

1.3 观察指标

(1) 临床指标：观察监测两组患者干预前后左室舒张末期内径 (LVEDD) 及 LVEF，LVEDD 正常数值范围为 23~35 mm，LVEF 正常数值范围为 50%~70%，并进行对比分析；采用 6 min 步行试验 (6MWT) 综合评估患者干预前后心功能变化情况，告知患者在直通的走廊内部进行快步行走，轻度心功能不全: 426~550 m 区间范围内; 中度心功能不全: 150~425 m 区间范围内; 重度心功能不全: <150 m

以下;行走距离越远说明心功能水平越好^[7]。

(2)自我护理:责任护士借助 Reigel 编制的心力衰竭自我护理指数量表(Self-care of Heart Failure Index, SCHFI)评价两组患者的自我护理情况,主要包括自我管理(6项条目)、自我维持(10项条目)、自我信心(6项条目)3个维度,共22项条目,每项条目满分为5分,总得分0~110分,分值与疾病自我护理能力水平成正相关,量表 Cronbach's α 系数为0.855~0.923^[8]。

(3)并发症:严密观察两组患者并发症发生情况,并发症包括压力性损伤、跌倒、静脉血栓、坠床等。

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

2 结果

2.1 干预前后两组患者各项临床指标比较

干预前,两组患者 LVEDD、LVEF、6MWT 以及 SCHFI 评分经比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者 LVEDD、LVEF 均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组患者 6MWT 距离长于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组 SCHFI 评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 干预前后两组患者各项临床指标比较

组别	例数	LVEDD (mm)		LVEF (%)		6MWT (m)		SCHFI (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	43	20.34 $\pm$ 1.33	30.41 $\pm$ 1.24	45.37 $\pm$ 1.42	62.33 $\pm$ 1.45	345.39 $\pm$ 1.42	489.47 $\pm$ 10.44	66.26 $\pm$ 1.03	84.59 $\pm$ 1.37
观察组	43	20.43 $\pm$ 1.26	31.36 $\pm$ 1.41	45.44 $\pm$ 1.38	63.28 $\pm$ 1.22	345.33 $\pm$ 1.38	494.22 $\pm$ 10.41	66.23 $\pm$ 1.02	85.23 $\pm$ 1.41
t 值		0.322	3.318	0.232	3.287	0.199	2.113	0.136	2.135
P 值		0.748	0.001	0.817	0.002	0.843	0.037	0.892	0.036

2.2 两组患者并发症发生率比较

两组患者压力性损伤、跌倒、静脉血栓以及

坠床等并发症总发生率经比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表3 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	压力性损伤	跌倒	静脉血栓	坠床	总发生例数	发生率 (%)
对照组	43	2	2	1	2	7	16.28
观察组	43	0	1	0	0	1	2.33

校正 $\chi^2=3.446$, $P=0.063$ 。

3 讨论

慢性心力衰竭作为心血管内科系统中发病率及病死率相对较高的疾病之一^[9-10]。经相关流行病学资料显示,发达国家心力衰竭患病率约为1.5%~2.0%,其中美国慢性心力衰竭年增长约50万例,病死人数达至30万例,而我国患病率也呈逐年增长趋势,保守估计约400万例,年龄超过70岁以上患病率超过10%以上,病死率高达50%以上,引起了人们的广泛关注^[11]。主要是由于患者肺动脉压力持续升高、主动脉瓣狭窄等,造成心血管壁发生代偿性肥厚,心肌功能发生异常紊乱,临床表现为劳力性呼吸困难、咳嗽咯血、头晕少尿以及心慌

呕吐等,若不及时加以手段进行干预,严重时还会引起患者出现房颤、肾血流量灌注不足以及肝肾功能障碍等并发症,对患者的生命安全造成了一定威胁^[12-13]。因此,采取较为及时、有效的护理干预对策尤为重要。

本文通过研究发现,实施纵向轨道延续性护理干预的观察组患者干预后 LVEDD、LVEF 均高于对照组,差异有统计学意义;观察组患者 6MWT 距离长于对照组,差异有统计学意义;观察组自我护理评分高于对照组,差异有统计学意义,与徐红等^[14]研究的正念减压训练结合俯身呼吸困难评估对老年慢性心力衰竭患者负性情绪与心功能方面的研究结果相一致。由此可见,纵向轨道延续性护理作为现

阶段护理方法较为先进科学、护理理念较为全面的护理干预措施,对于出院患者在远程网络信息通信技术的借助下进行延续性健康宣教,很好地弥补了常规护理干预中存在的不足^[15]。通过在医院-社区-家庭之间互联网信息手段的协助下,建立起密切联系,在相关权威专家的指导下,护理人员将收集整理的慢性心力衰竭相关专业理论知识以及自我护理注意事项等,以图片或视频的形式对患者及其家属进行传播宣教,增加了患者对于日常自我护理的重视程度,利于改善患者临床各项指标,提高了患者日常行为能力水平^[16]。此外,研究还发现,两组患者压力性损伤、跌倒、静脉血栓以及坠床等并发症总发生率经比较差异无统计学意义。可见,患者在现代化运动手表的协助下,对于自身心率数值、运动量等进行实时监测,并与患者家属手机进行连接,患者家属可对患者跌倒、坠床等不良事件的发生进行远程监控,虽可对患者日常安全与并发症预防起到一定效果,但由于此次研究样本量选取较小,与常规康复干预效果相比较,效果差异不大^[17]。

4 小结

对慢性心力衰竭患者实施纵向轨道延续性护理干预,可促使患者心功能水平得以改善,运动耐力提升,自我护理意识增强,并发症发生率降低,对于推动医院可持续发展具有重要借鉴价值。现阶段我国护理人员与慢性心力衰竭患者护理需求之间存在一定程度的差距,基于此,在提高护理人员专业素养的同时,需加大专科护理团队的建设与扩展。

5 参考文献

- [1] 徐继蕊,孙英伦.螺内酯治疗心力衰竭伴慢性心房颤动患者的疗效及对心功能的影响[J].中国实用医药,2021,16(16):120-122.
- [2] 白俐.达格列净治疗2型糖尿病合并慢性心力衰竭患者的有效性及安全性分析[J].中国现代药物应用,2021,15(10):136-138.
- [3] 李巧丽,方丽芬,陈允祥,等.微信平台配合动机性访谈在慢性心力衰竭并发便秘患者延续性护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(8):104-106.
- [4] 潘巧晶,曾建斌,万蝉俊,等.补阳还五汤加味穴位贴敷治疗气虚血瘀型慢性心力衰竭的随机对照研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(10):1614-1616,1626.
- [5] McMurray JJV, DeMets DL, Inzucchi SE, et al. DAPA-HF Committees and Investigators. A trial to evaluate the

effect of the sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor dapagliflozin on morbidity and mortality in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction (DAPA-HF)[J]. Eur J Heart Fail,2019,21(5):665-675.

- [6] 秦景梅,赵芳,宋涛.老年慢性心力衰竭患者应用不同剂量他汀干预对心率变异性、昼夜节律的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(13):2695-2697.
- [7] 侯雅竹,闫玲燕,毛静远,等.6分钟步行试验在慢性心力衰竭临床评估中的应用价值[J].中国循证医学杂志,2018,18(9):907-917.
- [8] House AA, Wanner C, Sarnak MJ, et al. Conference Participants. Heart failure in chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference[J].Kidney Int, 2019,95(6):1304-1317.
- [9] 唐福星,张久亮,李春岩.基于网络药理学探究参附注射液治疗慢性心力衰竭的作用机制[J].中国中医急症,2021,30(5):770-773,779.
- [10] 杨青地.早期优质护理干预对老年慢性心力衰竭患者心理状态的影响分析[J].中国医药指南,2021,19(30):122-123.
- [11] Taylor RS, Walker S, Ciani O, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for chronic heart failure: the EXTRAMATCH II individual participant data meta-analysis[J]. Health Technol Assess,2019,23(25):1-98.
- [12] 李霞,杨蕊,田亚丽,等.基于微信的延续性护理在慢性心力衰竭患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(10):1350-1354.
- [13] Tsutsui H, Momomura SI, Yamashina A, et al. Efficacy and Safety of Ivabradine in Japanese Patients With Chronic Heart Failure-J-SHIFT Study[J]. Circ J,2019,83(10):2049-2060.
- [14] 徐红,倪晓苏,孙陈铃,等.正念减压训练结合俯身呼吸困难评估对老年慢性心力衰竭患者负性情绪与心功能的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(9):82-84.
- [15] 任飞飞.院外强化管理模式对慢性心力衰竭患者疾病自我管理及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(9):1712-1715.
- [16] 王妍.胺碘酮联合厄贝沙坦治疗慢性心力衰竭合并心律失常的效果研究[J].中国现代药物应用,2020,14(21):145-147.
- [17] Jones NR, Roalfe AK, Adoki I, et al. Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis[J]. Eur J Heart Fail,2019,21(11):1306-1325.

[2022-03-09 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

赋权教育联合聚焦护理模式对急性心肌梗死患者的影响

周迎 王韶文 赵振方 邹军

【摘要】 目的 探讨赋权教育联合聚焦护理模式对急性心肌梗死患者积极度及自理能力的影响。方法 抽取 2021 年 1—6 月在广州市某三级甲等医院就诊的急性心肌梗死患者 80 例为研究对象,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,由于样本脱落,最终得到对照组 36 例和观察组 38 例。对照组采用常规护理,观察组在对照组基础上应用赋权教育联合聚焦护理模式。比较两组患者积极度、自我护理能力评分以及心血管不良事件发生率。结果 干预 3 个月后,观察组患者自我疾病健康管理的意识、疾病预防相关能力、坚持健康生活行为的信念评分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),而两组患者疾病治疗相关知识评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);干预 3 个月后,观察组患者健康知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);干预 3 个月后,观察组患者心血管不良事件发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 赋权教育联合聚焦护理模式可提升急性心肌梗死患者积极度和自理能力,降低心血管不良事件发生率。

【关键词】 赋权教育; 聚焦护理模式; 急性心肌梗死; 积极度; 自我护理能力; 不良事件

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.018

Effect of empowerment education combined with focused nursing model on patients with acute myocardial infarction ZHOU Ying, WANG Shaowen, ZHAO Zhenfang, ZOU Jun (Jinshazhou Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510080, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of empowerment education combined with focused nursing model on the motivation and self-care ability of patients with acute myocardial infarction. **Methods** A total of 80 acute myocardial infarction patients who were treated in a tertiary hospital in Guangzhou from January to June 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. Due to the drop out of the samples, 36 cases in the control group and 38 cases in the observation group were finally obtained. The control group was given routine nursing, and the observation group was given empowerment education combined with focused nursing mode on the basis of the control group. The enthusiasm, self-care ability score and the incidence of cardiovascular adverse events were compared between the two groups. **Results** After 3 month of intervention, the scores of self-health management awareness, disease prevention-related ability, and belief in healthy life behavior adherence in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). However, there was no significant difference in the scores of knowledge about disease treatment between the two groups ($P>0.05$). After 3 month of intervention, the scores of health knowledge level, self-concept, self-responsibility, and self-care skills in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After 3 month of intervention, the incidence of cardiovascular adverse events in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Empowerment education combined with focused nursing model can improve the enthusiasm and self-care ability of acute myocardial infarction patients, and reduce the incidence of cardiovascular adverse events.

【Key words】 Empowerment education; Focused nursing model; Acute myocardial infarction; Positive degree; Self-care ability; Adverse events

急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 指冠状动脉由于突发性、持续性缺血缺氧所引发的心肌梗死^[1], 由于发病急、病情重、病死率高, 给临床工作带来了极大的挑战, 严重地影响了患者的身心健康。目前有关 AMI 患者的护理措施比较单一, 且无法有效地激发患者积极应对疾病的信心和能力。而积极的心理状态可充分发挥患者的自主能力, 激发患者自主的健康行为, 有利于患者康复、降低疼痛, 最终促进患者更好地回归社会^[2]。赋权教育和聚焦护理模式都是在积极心理学基础上发展来的, 赋权是患者通过积极学习疾病相关知识、增强对抗疾病的信心、提升自我管理效能, 最终达到治疗疾病的目的^[3]; 而聚焦护理模式是通过充分发掘和调动护理对象的资源, 促使护理对象积极参与到自身的疾病管理中^[4]。故本研究拟采取赋权教育联合聚焦护理模式对 AMI 患者进行干预, 并追踪其对患者积极性及自我护理能力的影响, 从而为护理人员制订针对性干预措施、提高 PCI 患者自我护理水平提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

抽取 2021 年 1—6 月在广州市某三级甲等医院就诊的 AMI 患者 80 例为研究对象, 纳入条件: 符合 AMI 临床诊断标准; 行 PCI 手术, 且无手术禁忌证; 无严重肝、肾、脑、肺等疾病; 年龄 ≥ 18 岁; 自愿参加本研究且签署知情同意书。排除条件: 存在语言、意识、认知障碍; 伴肝、肾、脑、肺等疾病或恶性肿瘤患者; 伴精神疾病患者; 拒绝参加此次研究患者。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, 由于样本脱落, 最终得到对照组 36 例和观察组 38 例。对照组中男 25 例, 女 11 例; 平均年龄 57.81 ± 6.11 岁; 文化程度: 初中及以下 24 例, 高中或中专 7 例, 大专及以上 5 例; 月收入 ≥ 3000 元 12 例, 月收入 < 3000 元 24 例; 美国纽约心脏病协会 (NYHA) 心功能分级: II 级 3 例, III 级 9 例, IV 级 24 例。观察组中男 28 例, 女 10 例; 平均年龄 58.24 ± 5.27 岁; 文化程度: 初中及以下 25 例, 高中或中专 9 例, 大专及以上 4 例; 月收入 ≥ 3000 元 15 例, 月收入 < 3000 元 23 例; NYHA 分级: II 级 4 例, III 级 11 例, IV 级 23 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理, 患者入院后做入院宣教, 由主管护士收集患者的一般资料, 并在

PCI 术后对患者进行心理护理、用药指导、营养指导、并发症预防以及健康教育。

1.2.2 观察组 在对照组基础上应用基于赋权教育联合聚焦护理模式, 具体方法如下。

(1) 明确患者存在的问题: 首先分析患者 1 年内检查资料, 包括血常规、尿常规、肝功能、肾功能、心肌酶、心电图, 先对检查结果进行评估, 责任护士总结患者存在的问题, 对患者进行开放性提问, 例如: 你现在什么感觉? 你觉得现在状态怎样? 治疗会有什么样的结果? 让患者描述在治疗护理中存在的问题。

(2) 鼓励患者表达内心的情绪: 责任护士采取倾听和引导的方法与患者交流, 通过倾听鼓励其表达在治疗护理中存在的负性情绪, 如焦虑、抑郁、恐惧、担忧等。提问者在此过程中做好倾听者的身份, 切勿打断患者情绪的表达, 并教育照顾者和其他医护人员也学会聆听患者的情绪表达。

(3) 帮助患者设定合适的心脏康复目标: 梳理患者存在的问题, 共同制订疾病康复目标。根据患者现在的积极度以及自我护理能力制订可达到的目标值。积极度: 自我疾病健康管理的意识 ≥ 7 分, 疾病治疗相关知识 ≥ 12 分, 疾病预防相关能力 ≥ 13 分, 坚持健康生活行为的信念 ≥ 10 分; 自我护理能力: 健康知识水平 ≥ 45 分, 自我概念 ≥ 32 分, 自我责任感 ≥ 27 分, 自我护理技能 ≥ 39 分。

(4) 帮助患者拟定合适的康复计划: 通过责任型授权让患者根据自身的健康水平拟订可行的计划, 再由责任护士与患者共同评估方案, 引导患者调整适合的进度。引导患者设定计划具体实施的时间, 改变以往不良的生活方式、制定合理范围内的运动强度、倡导健康饮食等, 保证发挥患者的主观能动性, 增强自我责任管理意识。关心患者的心理变化, 除引导患者表达内心情绪以外, 由心理咨询师引导建立心理健康计划并调整相应的管理办法, 比如听音乐、看书、与亲戚朋友倾诉、心理咨询等, 逐步减轻心理压力。

(5) 搜索偶然成功事件鼓励患者: 采取倾听与正向引导的方法鼓励患者描述曾经负性事件的成功处理经验, 根据当时成功体验探讨和分享此次事件的解决办法, 责任护士向患者提供急性心肌梗死 PCI 术后的健康教育知识, 由患者学习后自主提出解决方案和处理措施, 从而在自主策划过程中提高患者的心理积极度和自我护理能力。

(6) 赋权评估和聚焦效果反馈: 每周日晚上让患者回顾过去 1 周积极度和自我护理能力目标值

完成情况,并对其进行评估和反馈,对未达标的项目让患者发挥自主能动性,使用头脑风暴进行分析,并根据患者的薄弱环节进行针对性再辅导。对完成情况较好的患者给予充分的肯定与鼓励,增强其自信心,充分发挥其主观能动性,让其根据自身情况调整目标值。

1.3 观察指标

(1) 积极度:于干预前及干预3个月后采用中文版患者积极度量表(Patient Activation Measure, PAM)^[5]评估两组患者积极度,本量表由洪洋翻译,包括4个方面:自我疾病健康管理的意识(2个条目)、疾病治疗相关知识(4个条目)、疾病预防相关能力(4个条目)和坚持健康生活行为的信念(3个条目),共13个条目,各个条目采用Likert 5级评分法,从不适应到非常满意计0~4分,量表的原始得分为所有条目之和,分数越高表示患者的积极度越高。本次调查中总量表的Cronbach's α 系数为0.821,一致性信度较好。

(2) 自我护理能力:于干预前及干预3个月后采用自我护理能力量表^[6](ESCA)评估两组患者自我护理能力,该量表包括4个维度:健康知识水平(14个条目)、自我概念(9个条目)、自我责任感(8个条目)、自我护理技能(12个条目),

共43个条目,采取Likert 5级评分法计0~4分,分值越高自我护理能力越好。本次调查中总量表的Cronbach's α 系数为0.846,一致性信度较好。

(3) 心血管不良事件:干预后追踪患者3个月,记录两组患者心绞痛复发、严重心律失常、充血性心力衰竭、心源性死亡、心肌梗死复发等心血管不良事件的发生率。

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 干预前后两组患者积极度评分比较

干预前,两组患者自我疾病健康管理的意识、疾病治疗相关知识、疾病预防相关能力、坚持健康生活行为的信念评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预3个月后,观察组患者自我疾病健康管理的意识、疾病预防相关能力、坚持健康生活行为的信念评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),而两组患者疾病治疗相关知识评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 干预前后两组患者积极度评分比较(分)

组别	例数	自我疾病健康管理的意识		疾病治疗相关知识	
		干预前	干预3个月后	干预前	干预3个月后
观察组	38	5.54 $\pm$ 1.16	7.13 $\pm$ 0.73	9.89 $\pm$ 1.51	12.99 $\pm$ 1.39
对照组	36	5.32 $\pm$ 1.59	5.78 $\pm$ 0.69	9.98 $\pm$ 1.07	12.80 $\pm$ 1.57
t 值		0.683	8.166	0.294	0.552
P 值		0.497	0.000	0.769	0.583

组别	例数	疾病预防相关能力		坚持健康生活行为的信念	
		干预前	干预3个月后	干预前	干预3个月后
观察组	38	9.87 $\pm$ 1.30	13.01 $\pm$ 1.02	8.23 $\pm$ 1.42	10.97 $\pm$ 0.82
对照组	36	10.15 $\pm$ 1.97	11.87 $\pm$ 1.38	8.66 $\pm$ 1.54	9.06 $\pm$ 0.82
t 值		0.725	4.056	1.250	10.015
P 值		0.471	0.000	0.216	0.000

2.2 干预前后两组患者自我护理能力评分比较

干预前,两组患者健康知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预3个月后,观察组患者健康

知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表 2 干预前后两组患者自我护理能力评分比较（分）

组别	例数	健康知识水平		自我概念	
		干预前	干预 3 个月后	干预前	干预 3 个月后
观察组	38	35.67 ± 5.18	45.82 ± 5.27	25.12 ± 4.57	32.18 ± 2.84
对照组	36	37.11 ± 5.27	40.54 ± 6.37	26.84 ± 4.21	29.57 ± 3.27
<i>t</i> 值		1.185	3.894	1.681	3.671
<i>P</i> 值		0.240	0.000	0.097	0.001

组别	例数	自我责任感		自我护理技能	
		干预前	干预 3 个月后	干预前	干预 3 个月后
观察组	38	20.98 ± 3.57	27.81 ± 3.59	29.37 ± 4.63	39.86 ± 4.72
对照组	36	21.59 ± 3.84	25.22 ± 4.81	30.12 ± 4.81	35.61 ± 5.76
<i>t</i> 值		0.708	2.634	0.683	3.480
<i>P</i> 值		0.481	0.010	0.497	0.001

2.3 干预后两组患者心血管不良事件发生率比较

发生率低于对照组，差异有统计学意义（*P*<0.05），

干预 3 个月后，观察组患者心血管不良事件总

见表 3。

表 3 干预后两组患者心血管不良事件发生率比较

组别	例数	心绞痛 复发	严重心律 失常	充血性心力 衰竭	心源性 死亡	心肌梗死 复发	总发生 例数	发生率 （%）
观察组	38	1	0	1	0	1	3	7.89
对照组	36	4	2	3	1	3	13	36.11

$\chi^2=8.685$ ，*P*=0.003。

3 讨论

赋权教育是医护人员在治疗护理中，通过让患者了解自身疾病相关的知识，让患者发挥自主能动性，积极参与治疗护理决策，加强自身的健康认知，从而促进患者康复^[7]。多个研究显示^[8-10]，赋权教育可提高患者疾病的自我管理能力，促进患者健康行为养成，促进患者康复，提高患者的生活质量。聚焦护理模式是由上世纪 70 年代 Steve de Shazer 提出的^[11]，是建立在充分尊重患者的前提下，努力提升个体的力量，发挥自身潜能的干预模式，强调关注点集中在患者积极方面，通过患者描述存在的主要问题制订针对性的医疗护理方案。有研究表明^[12]，聚焦模式可有效提高患者依从性，达到较好的医疗效果。

3.1 赋权教育联合聚焦护理模式可提升急性心肌梗死患者积极度

干预 3 个月后，观察组患者自我疾病健康管理的意识、疾病预防相关能力、坚持健康生活行为的信念评分均高于对照组，差异有统计学意义，表明宣教可以显著提升患者的积极度，从而有效地改善患者的负性情绪，增强患者疾病应对能力。赋权教育联合聚焦护理模式是建立在积极心理学基础上的宣教模式，患者在积极的心理状态下可自觉学习疾病相关的治疗和护理知识，从而更好地进行自身的健康管理。赋权教育联合聚焦护理模式既可鼓励患者自主摒弃不良行为习惯，又可以让患者认真履行自己制订的健康管理计划。健康管理意识和健康行为的转变是促进疾病预后的重要因素，良好的健康管理意识又可以促进健康行为的形成、增强疾病预防

相关能力,最终可预防心肌梗死并发症,达到更好的治疗和预防效果,这与庄秋云等^[13]、杨学青等^[14]、陈玉华^[15]研究结果一致。而干预3个月后两组患者疾病治疗相关知识评分比较差异无统计学意义,这可能与AMI的治疗是个极度复杂和专业性较强的过程,患者多为老年人,对于疾病的治疗学习和接受能力相对较低有关,这提示下一步应把工作重点放在疾病治疗知识上,运用更具体、更能调动患者积极性的方法进行宣教。

3.2 赋权教育联合聚焦护理模式可提升急性心肌梗死患者自我护理能力

干预3个月后,观察组患者健康知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分均高于对照组,差异有统计学意义,这说明赋权教育联合聚焦护理模式可提升急性心肌梗死患者自我护理能力,宣教不单可以显著提升患者的健康知识水平,患者还可以通过学到的健康知识来提升自我护理技能,从而促进自身的康复。本研究显示赋权教育联合聚焦护理模式优于传统的宣教模式,此研究结果与陈蓓蓓等^[16]、周颖^[17]、朱玲^[18]研究结果一致,好的宣教模式促成健康行为,提高自我护理技能,在这个过程中形成一个正向的反馈,从而提升自我概念。而根据相关文献结论,经与患者共同交流并制订相应的目标和计划,对患者进行有效的赋权激励,使患者对目标和现状具有明确、清晰的认知,聚焦解决遇到的问题,可大大地增强自我责任感。

综上所述,赋权教育联合聚焦护理模式可提升急性心肌梗死患者的积极度和自我护理能力,降低心血管不良事件发生率,但本次研究样本量较少,且调查对象为广州市1所三级甲等医院的AMI患者,调查对象的选取存在一定的选择偏倚,故下一步应扩大研究对象的选择范围,以获得更好的临床推广和研究结论。

4 参考文献

- [1] 汤胜芝.急性心肌梗死患者早期康复护理研究进展[J].中国城乡企业卫生,2022,37(6):47-49.
- [2] Tang LH, Harrison A, Skou ST, et al. To what extent are comorbidity profiles associated with referral and uptake to cardiac rehabilitation[J]. Int J Cardiol,2021,343:85-91.
- [3] Gibson CH. A concept analysis of empowerment[J]. J Adv Nurs, 1991,16(3):354-361.
- [4] 黄丽,骆宏.焦点解决模式[M].北京:人民卫生出版社,2010:10-13.
- [5] 洪洋,邹叶芳,吴娟.中文版患者积极度量表的信效度研究[J].中华现代护理杂志,2018,24(25):3009-3015.
- [6] 牛文娟.冠心病患者PCI术后自我护理能力现状及影响因素[J].现代诊断与治疗,2021,32(13):2165-2166.
- [7] 胡小平,奉国和,莫幸清.我国高等教育研究者学术影响力的实证分析——基于h指数综合赋权模型[J].高等理科教育,2021(4):82-89.
- [8] 苗华丽,孔祥茜,吴欣澎.赋权激励健康教育模式在系统性红斑狼疮病人中的应用研究[J].护理研究,2021,35(17):3170-3173.
- [9] 张晓艳,宋志红,许芸.慢性心力衰竭患者居家容量管理家庭赋权结合云随访效果研究[J].护理实践与研究,2021,18(14):2108-2111.
- [10] 唐雪鸿,王程圆,付晶,等.家庭赋权在脑卒中护理中的研究进展[J].中国临床护理,2022,14(6):386-389.
- [11] 刘蔚娅,付建红.聚焦解决模式联合积极心理干预对哺乳期急性乳腺炎患者预后的影响[J].中华现代护理杂志,2021,27(25):3483-3486.
- [12] 李恒,郭珍,林梅芳.聚焦解决模式对宫颈癌根治术患者自护能力与总体幸福感的影响[J].护理实践与研究,2021,18(17):2632-2634.
- [13] 庄秋云,连丽虹,冯龙艳,等.基于老年综合评估的聚焦解决模式对老年冠心病患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(11):5-8.
- [14] 杨学青,郭宇飞,王莉莉,等.基于赋权理论构建的延续性干预在慢性心力衰竭病人中的应用[J].护理研究,2022,36(10):1850-1853.
- [15] 陈玉华.聚焦解决干预模式对急性心肌梗死患者心理弹性水平及自护能力的影响[J].临床护理杂志,2020,19(2):57-59.
- [16] 陈蓓蓓,赵伟.基于正强化理论的个案护理对急性心肌梗死PCI术后康复的影响[J].护理实践与研究,2021,18(10):1423-1427.
- [17] 周颖.聚焦解决模式对急性心肌梗死PCI术后患者心理弹性及自我护理能力的影响[J].护士进修杂志,2019,34(7):636-639.
- [18] 朱玲.聚焦解决干预模式对急性心肌梗死患者自我护理技巧和相关知识掌握水平的影响[J].护理实践与研究,2019,16(4):44-46.

[2022-02-18 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

多达理念指导下的延续护理对脑卒中患者功能康复的影响

宋海玲 吕培华 聂贝贝

【摘要】 目的 探究多达理念指导下的延续护理对脑卒中患者功能康复的影响。方法 选取2019年1月—2020年12月在医院治疗的80例脑卒中患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将患者分为对照组和观察组,每组40例。对照组实施常规护理,观察组在此基础上实施多达理念指导下的延续护理。观察并比较两组运动功能、神经功能恢复效果、自理能力。结果 干预前,两组肢体功能运动量表(FMA)、美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组FMA评分高于对照组,NIHSS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,两组自理能力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组自理能力评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对脑卒中患者实施多达理念指导下的延续护理可提高其康复信心,且改善神经功能缺损状态,提高肢体运动功能和生活自理能力。

【关键词】 多达理念指导; 延续护理; 脑卒中; 功能康复; 神经功能缺损状态

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.019

Effect of continuous nursing under the guidance of Duoda concept on functional rehabilitation of stroke patients SONG Hailing, LV Peihua, NIE Beibei (The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of continuous nursing under the guidance of Duoda concept on functional rehabilitation of stroke patients. **Methods** To select 80 stroke patients treated in the hospital from January 2019 to December 2020 as the study objects, and the patients were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine nursing, and the observation group was given continuous nursing under the guidance of Duoda concept. The motor function, neurological function recovery effect and self-care ability of the two groups were observed and compared. **Results** Before intervention, there was no significant difference in the scores of Fugl-Meyer motor assessment(FMA) and National Institutes of Health stroke scale(NIHSS) between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the FMA score of the observation group was higher than that of the control group, the NIHSS score was lower than that of the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in the scores of self-care ability between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the self-care ability score of the observation group was higher than that of the control group, and the difference between the groups was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Implementing continuous nursing under the guidance of Duoda concept for stroke patients can improve their confidence in rehabilitation, improve the state of neurological deficit, and improve limb motor function and self-care ability.

【Key words】 Guidance of Duoda concept; Continuous nursing; Stroke; Functional rehabilitation; State of neurological deficit

2017年世界卫生组织研究数据显示,全球每年因脑卒中死亡人数约580万,已经成为全球第2位致死性疾病^[1]。随着医学技术的发展,脑卒中病死率逐渐降低,但在幸存者中,70%以上存在不同程

度的肢体功能障碍,严重影响生存质量。有效的康复训练可降低关节痉挛、肩手综合征以及足下垂等并发症^[2]。由于医疗资源有限,90%以上有康复需求患者选择居家康复,而脑卒中患者肢体功能障碍恢复特点需每日居家训练45 min以上,才能够保证康复效果^[3]。但患者在出院后,经济、交通等因素

限制患者得到及时、有效的专业康复指导,导致错过最佳治疗时机^[4]。基于多达理念指导下的延续护理是针对患者在各个恢复阶段中所预期达到的目标给予相关指导,并根据患者病情恢复情况制订相应措施,并以微信平台为载体,将训练指南、视频分解动作、真人远程指导以及训练日记传送给患者,及时帮助其规范康复动作,满足其延续护理过程多种需求的既达效应^[5]。为此,本文就多达理念指导下的延续护理对脑卒中患者功能康复的影响进行深入分析。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年12月在我院治疗的80例脑卒中患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,每组40例。两组患者人口学资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	卒中类型		文化程度		
		男	女		缺血性	出血性	小学	初中	高中及以上
对照组	40	29(72.50)	11(27.50)	70.36±3.24	26(65.00)	14(35.00)	15(37.50)	15(37.50)	10(25.00)
观察组	40	30(75.00)	10(25.00)	70.41±3.29	25(62.50)	15(37.50)	16(40.00)	13(32.50)	11(27.50)
χ^2 值		0.065		0.085*	0.054		0.021**		
P值		0.799		0.933	0.816		0.492		

*为 t 值,**为秩和检验的 u 值。()内数据为百分率或构成比(%)。

1.2 纳入与排除条件

纳入条件:符合中华医学会神经病学分会制定的脑卒中诊断标准^[6];经过头颅MRI或CT检查确诊;神经功能缺损程度评分为5~15分;出院后需居家康复的患者;具备智能手机;患者及家属对本次研究知情;获得医院伦理委员会的批准;年龄60~80岁,首次发病。排除条件:合并严重心、肝、肾功能缺损者;合并认知功能、精神功能障碍者;存在其他疾病影响运动功能者;骨关节疾病所导致的肢体功能障碍者;合并听、视力障碍者;合并全身性恶性肿瘤者;出院后转入康复机构接受康复治疗者。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 实施常规延续指导,在患者出院前,发放护理手册,提供饮食、用药、康复训练指导,每周对患者上门回访或电话随访1次,解答患者和家属的疑惑,监督患者定期回院复查^[7]。

1.3.2 观察组 在对照组基础上实施多达理念指导下的延续护理干预,具体如下:

1.3.2.1 评估 出院前,根据患者年龄、文化背景、用药情况和疾病恢复程度综合评估,向患者及家属讲解本次研究的目的和意义,分析目前研究存在的问题,确定护理方向。

1.3.2.2 全面知识传播 向患者发放院外康复训练指南,根据病情制订具体、图文对照、有量化要求的训练方案。指导患者做好每日训练日记,强调

院外康复训练重要性,获取并分析训练日记中存在的问题,引导患者查找问题根本原因,与患者和家属共同探讨解决方案,纳入下次回访追踪内容中。

1.3.3.3 康复内容 将不同康复训练内容制作成视频,通过微信平台传输给患者,训练内容遵从被动—主动、简单—繁琐、单一—样式多样化,以及循序渐进原则,将训练内容制作成视频供患者和家属学习。训练步骤如下。

(1)起坐训练(出院后1d~1周):包括辅助、主动起坐训练2部分,3组/次,2次/d。①辅助起坐训练。协助患者健侧足部插入患侧腿下,患侧手搭在家属肩部,健侧肘部支撑上身,家属扶住患者双肩,健侧腿带动患侧腿移动至床边,肘关节伸直,保持稳定坐起。②主动坐起训练。指导患者双手合十交叉,健侧腿带动患侧腿移动至床边,颈部前屈,躯体缓慢转向健侧,双手放松,健侧肘部支撑身体坐起。

(2)椅座位站起训练(出院后2~3周):包括辅助、主动站起训练2部分,3组/次,2次/d。①辅助站起训练。选择合适的靠椅背,患者双脚放在地面,家属用膝部顶住患者膝部,双手扶稳患者腰部,患者完成伸髋、伸膝动作后站起。②独立站起训练。患者双手十字交叉握住,伸展上肢,身体微微前倾,肩部超过膝盖后,完成伸膝、抬臀动作,站起。在此过程中,家属立于患者前面,做好保护措施,预防跌倒。

(3) 平衡训练(出院后 4~5 周): ①单侧肢体站立训练。家属站立患者身旁, 协助其站立, 双脚分开与肩部同宽, 抬头且上身保持直立, 健侧手部扶住家属, 患侧下肢屈曲, 缓慢抬离地面, 完成单侧下肢站立, 维持该姿势 15 s, 换另侧下肢训练, 2 次/d。②重心转移训练。患者站立位, 指导患者躯干分别向左、向右倾斜完成训练, 10 组/次, 2 次/d。③动态平衡训练。家属与患者之间距离视患者能力而定, 在胸前传递物品, 及时调整传递角度、力度, 逐渐增加训练强度, 15 min/次, 1 次/d。

(4) 抗痉挛训练(出院后 6~7 周): ①上肢位置定点训练。协助患者患侧上肢抬升至最高位置, 同时腕关节背屈、拇指外展、手指伸展, 双手十指交叉并上举, 屈肘, 保持该姿势 15~20 s, 1 次/d。②膝关节屈曲与保持训练。患者俯卧位, 膝关节被动屈曲呈 90°, 2 次/d。③桥式运动训练。患者仰卧屈膝位, 双手交叉放在胸前或平放在身体两侧, 独立完成臀部抬起或家属辅助抬起, 保持姿势 5~8 s, 10 组/次, 2 次/d。

(5) 肢体功能强化训练(出院后第 8 周): ①上肢支撑。患者坐位, 患侧手部扶住床面, 在不同角度上完成接收物、肘关节弯腰取物动作。②步行功能训练。以纠正步态姿势和强化下肢力量训练为主, 包括抑制骨盆上移训练、足跟着地训练、膝关节引导向前迈步训练^[8]。

1.3.3.4 随访 护理人员通过微信视频方式回访, 做好追踪指导和纠正。

1.4 观察指标

(1) 运动功能: 采用肢体功能运动量表(FMA)评价, 该量表分为上肢功能和下肢功能。上肢功能包括上肢反射活动、屈肌协同运动、伸肌协同运动、伴有伸肌协同运动的活动、分离运动、反射亢进、腕稳定性、手指运动、协调运动能力与速度, 共 66 分。下肢功能部分包括仰卧位、坐位、站位的反射

活动、联带运动、伴有联带运动的活动, 共 34 分。上肢与下肢部分总分 100 分, 分数越高患者运动功能恢复效果越好。量表Cronbach's α 系数为 0.869^[9]。

(2) 神经功能缺损程度: 采用美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)评价, 总分 42 分。<4 分为轻度卒中, 5~15 分为中度卒中, 15~20 分为中重度卒中, >20 分为重度卒中。量表Cronbach's α 系数为 0.871^[10]。

(3) 自理能力: 采用改良 Barthel 指数量表评价, 量表包括穿衣、进食、如厕、修饰、上下楼梯、平地行走、床椅转移、控制大便、控制小便、洗澡 10 个维度, 总分 100 分。100 分可完全自理, 不需要协助; 60~99 分为轻度残疾, 但生活基本可自理; 40~59 分为中度残疾, 生活需要他人协助; 20~39 分为重度残疾, 在生活上需要很大的帮助; <20 分为完全残疾, 生活完全需要他人帮助^[11]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据处理, 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验; 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 等级资料组间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 两组 FMA、NIHSS 评分比较

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

2.2 两组自理能力水平比较

干预前, 两组自理能力评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后, 观察组自理能力评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组 FMA、NIHSS 评分比较(分)

组别	例数	FMA		NIHSS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	55.73 $\pm$ 3.72	62.73 $\pm$ 3.67	29.31 $\pm$ 4.39	22.60 $\pm$ 4.49
观察组	40	56.00 $\pm$ 4.89	69.63 $\pm$ 5.41	29.87 $\pm$ 4.51	17.85 $\pm$ 3.77
t 值		0.283	6.674	0.435	5.120
P 值		0.778	0.000	0.665	0.000

表3 两组自理能力评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
对照组	40	47.36 ± 5.57	55.98 ± 5.88
观察组	40	47.47 ± 5.81	64.74 ± 5.94
<i>t</i> 值		0.086	6.629
<i>P</i> 值		0.931	0.000

3 讨论

随着医疗技术的提高,脑卒中患者生存率有所提高,但引起的神经功能障碍影响其运动功能,继而导致日常生活能力丧失,且病后产生不良心理状态也会影响生活质量,对脑卒中患者的康复护理尤为重要。世界卫生组织推出的中国脑卒中康复治疗指南提出,当48 h后脑卒中患者生命体征平稳、神经系统症状不再进展,可进行康复干预,其康复效果与患者预后存在密切联系^[12]。但由于康复时间过长,康复训练内容复杂,患者记忆能力有限,对康复训练动作要领掌握不足,导致患者出院后无法坚持锻炼,预后效果不佳^[13]。常规延续康复管理缺乏连续性、目的性和针对性,且患者居家康复要领和训练强度不明确,导致康复存在局限性。

多达理念指导下的延续护理更具有目的性和计划性,是针对患者在各恢复阶段的预期恢复目标给予相应护理。由于脑卒中患者失去生活自理能力,康复过程中易产生抗拒、抑郁、烦躁等不良情绪,多达理念指导下的延续护理将训练动作分解录制成短视频,在各个阶段恢复中,指导患者完成填写训练日记,促使康复护理措施的落实。

在多达理念指导下的延续护理更注重护患之间的沟通交流,及时解决康复训练中出现的問題,并进行反馈、指导,利于监督患者训练,及时掌握患者病情恢复程度,提高患者对医护人员好感,从而消除不良情绪。在多达理念指导下的延续护理,在家属的共同参与下进行平衡功能训练,训练内容支撑面由大-小,从静态-动态,重心由低-高,提高患者平衡能力。抗痉挛训练中,主要包括关节活动度训练,可促进患侧对感觉信息的识别,预防关节挛缩,促进感觉信息输入。在椅坐位站起训练中,根据脑卒中疾病恢复特点,在患者出院后4周完成分离运动模式,提升肌肉对关节的控制能力。在整体训练中,促进中枢神经系统和肌肉骨骼的共同参与,提高肌肉肌力和精细动作能力,促进肢体功能的康复。有效的康复训练可促进大脑神经功能的重建,

促进大脑突触细胞再生,降低脑神经功能的损伤程度,提高患者生活自理能力^[14]。本次研究结果显示,干预后,观察组肢体功能评分高于对照组,神经功能缺损状态评分低于对照组,生活自理能力评分高于对照组。这与杨叶芳^[15]研究中,基于多达理念的延续护理干预可提高脑卒中患者吞咽功能和运动功能的研究结果一致。

综上所述,多达理念指导下的康复护理可促进脑神经功能重建,促进患者运动功能的康复,提高其日常生活自理能力。本研究仍存在一定的局限性:由于客观条件和研究时间有限,入院样本量较少,随访时间较短。同时,本研究选取1所三级甲等医院的80例脑卒中患者为研究对象,在某些方面可能存在共性,结果可能出现偏颇,对统计学结果可能产生一定的影响。因此,期待多中心、大样本量、延长随访时间证实本次研究结论。

4 参考文献

- [1] 高媛媛,王晨子,张婷,等.早期康复护理对脑梗死偏瘫失语患者认知和语言功能恢复影响[J].护理实践与研究,2020,17(20):42-43.
- [2] 沈亚玲,朱伟,夏晓燕,等.早期综合康复护理干预在急性脑卒中合并摄食-吞咽障碍患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(9):58-60.
- [3] 方萍萍,邹田子,郑茶凤.改良强制性运动疗法结合远程康复护理对脑卒中偏瘫患者的影响[J].护理学杂志,2019,34(14):78-80.
- [4] 董凯生,王颖,陶香君,等.医联体框架下脑卒中患者对社区/居家康复护理的需求及影响因素[J].现代预防医学,2019,46(21):76-79.
- [5] David TJ, Ellson S. Is lack of integrity a useful concept when dealing with health and social care pre-registration student fitness to practise cases? [J]. Med Leg J, 2020,88(1):50-54.
- [6] 张桂芳,刘真亚,高石娟,等.以脑卒中健康管理师为主导的健康教育在缺血性脑卒中患者治疗依从性中的应用[J].介入放射学杂志,2020,29(1):106-109.
- [7] 尚倩倩,董湘平,李媛.基于微信的延续性管理体系对脑卒中病人治疗依从性,Bathel指数及生活质量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(21):3398-3402.
- [8] Gurgitano M, Signorelli G, Rodà GM. Use of perfusional CBCT imaging for intraprocedural evaluation of endovascular treatment in patients with diabetic foot: a concept paper[J]. Acta Biomed, 2020,23(10):202-208.
- [9] 陈秀芳,王朝军,相松飞,等.团队式延续性护理对脑卒中吞咽功能障碍患者预后的影响[J].中华全科医学,2020,18(1):164-166,170.

慢性病管理对改善腹膜透析患者贫血与生活质量的效果观察

杨晓霞 罗伟燕 钟美桃

【摘要】目的 探究慢性病管理对改善腹膜透析患者贫血及生活质量的效果观察。**方法** 选择2019年1月—2020年8月在高州市人民医院肾脏科进行腹膜透析的137例慢性肾脏病(CKD)患者,按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组和观察组,对照组68例,采用腹膜透析常规护理进行治疗;观察组69例,采用慢性病管理护理手段。通过SF-36量表评估患者生活质量。通过血常规分析血红蛋白、铁蛋白、转铁蛋白饱和度、红细胞比容,白蛋白和前白蛋白浓度。通过流式细胞仪分析磷脂酰丝氨酸外露。通过调查透析后患者自我护理知识掌握程度、健康生活方式的依从性以及护理满意度来评估患者的护理效果。**结果** 观察组患者的社会功能、情感职能、精神健康、躯体疼痛、生理功能、生理职能、总体健康和活力等各项评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者血红蛋白、铁蛋白、转铁蛋白饱和度、红细胞比容高于对照组,磷脂酰丝氨酸外露程度低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);观察组较对照组BMI、白蛋白和前白蛋白水平升高,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组护理干预效果优于对照组($P<0.05$)。**结论** 慢性病管理可提高腹膜透析CKD患者的生活质量,改善营养不良引起的贫血。

【关键词】 慢性病管理;慢性肾脏病;腹膜透析;贫血;生活质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.020

Effect observation of chronic disease management on improving anemia and quality of life in patients with peritoneal dialysis YANG Xiaoxia, LUO Weiyan, ZHONG Meitao (Gaozhou People's Hospital, Gaozhou, 525200, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect observation of chronic disease management on improving anemia and quality of life in patients with peritoneal dialysis. **Methods** To select 137 chronic kidney disease(CKD) patients who underwent peritoneal dialysis in the nephrology department of Gaozhou People's Hospital from January 2019 to August 2020, 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. The 68 cases in the control group were treated with peritoneal dialysis routine nursing; 69 cases in the observation group were treated with chronic disease management and nursing. Patients' quality of life was assessed by the SF-36 scale. Hemoglobin, ferritin, transferrin saturation, hematocrit, albumin and prealbumin concentrations were analyzed by routine blood analysis. Phosphatidylserine exposure was analyzed by flow cytometry. The nursing effect of patients was

作者单位:525200 广东省高州市人民医院肾内二科

[10] 王萍,马玉,杨越,等.基于信息-动机-行为技巧模型的延续性护理对脑卒中患者认知功能障碍的影响[J].中国医药导报,2020,17(23):169-172.

[11] Felzmann H, Fosch-Villaronga E, Lutz C. Towards Transparency by Design for Artificial Intelligence[J]. Sci Eng Ethics, 2020, 26(6):3333-3361.

[12] 王少琴,赵海娟,李敏.以时效性激励为基础的延续护理对脑卒中遗留肢体功能障碍患者康复期日常生活能力的影响[J].中国医刊,2019,54(11):1241-1243.

[13] Westbroek LF, Klijsma M, Salomé P. LAN COPD Care Pathway Study Group. Reducing the Number of

Hospitalization Days for COPD: Setting up a Transmural-Care Pathway[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2020, 30(15):2367-2377.

[14] 江贞贞,章永强.基于多达理念的延续护理对脑卒中患者功能康复及负性情绪的影响[J].中华现代护理杂志,2020,26(15):2069-2072.

[15] 杨叶芳.基于多达理念的延续护理干预对脑卒中患者吞咽和行为功能康复的影响[J].护理实践与研究,2019,16(19):54-56.

[2021-12-20 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

evaluated by investigating the degree of self-care knowledge, compliance with healthy lifestyle and nursing satisfaction of post-dialysis patients. **Results** The scores of social function, emotional role, mental health, body pain, physiological function, physiological role, general health and vitality of the patients 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 hemoglobin, ferritin, transferrin saturation, and hematocrit of the patients in the observation group were higher than those in the control group, the degree of exposure of phosphatidylserine was lower than that in the control group, and the differences between the groups were statistically significant ($P < 0.05$). The levels of BMI, albumin and prealbumin in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). The nursing intervention effect in the observation group was better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Chronic disease management can improve the quality of life and anemia caused by malnutrition in peritoneal dialysis CKD patients.

【Key words】 Chronic disease management; Chronic kidney disease; Peritoneal dialysis; Anemia; Quality of life

慢性病是全球致残和死亡的主要原因, 占医疗保健支出的一大部分。慢性病患者的护理需要多方面协作。在肾脏病学环境中, 慢性肾脏病 (CKD) 患者疾病早期阶段可能无明显症状, 后期症状会越发严重, 导致管理并不理想^[1]。证据表明, 充分护理协调可降低患者发病率、病死率, 减少总体成本和住院次数^[2]。许多国家都在寻找改善护理协调的办法。研究表明, 慢性病管理促进了患者和医疗保健专业人员之间的联系, 以及医疗保健提供者之间的互动^[3]。这种干预模式特点能够加强对患者的随访, 从而快速检测患者健康状况可能恶化的早期症状^[4]。从理论上讲, 更好地控制慢性病对整体医疗保健产生的重大影响, 限制支出并减少急症护理和住院治疗的需求^[5]。研究表明, 慢性病管理能够更好地控制血压、血糖和哮喘症状^[6]。慢性病管理还可以帮助患者更好地了解和控制慢性疾病, 从而提高患者的生活质量和自主性^[7]。CKD 患者可能出现多种并发症, 如导管功能障碍、感染、营养不良和疲劳。CKD 患者的营养不良与其生活质量较低、住院率较高、心血管疾病风险较高, 以及发病率和病死率增加有关^[8]。因此, 监测和管理接受腹膜透析的 CKD 患者营养状况非常重要。本研究探讨慢性病管理对 CKD 腹膜透析患者营养不良导致贫血和生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 1 月—2020 年 8 月在高州市人民医院肾脏科进行腹膜透析的 137 例 CKD 患者为研究对象, 且符合肾脏生存质量指导 (KDOQI) 指南对 CKD 的诊断标准, 根据分期患者全部为 CKD 5 期, 其中男 72 例, 女 65 例; 年龄 31~85 岁, 平均

62.38 ± 5.44 岁。纳入条件: 年龄满 18 周岁; 接受常规腹膜透析治疗至少 3 个月; 同意慢性病管理的条例方案并签署知情同意书。排除条件: 患者处于不稳定状态; 合并有呼吸、消化道和泌尿系统的感染; 有促红细胞生成素药物使用史; 患有精神疾病史; 无法阅读汉字和存在交流障碍者; 妊娠、哺乳期患者。本研究经医院研究伦理委员会批准, 所有患者均提供了参与研究的书面知情同意书。按照组间基本特征均衡可比的原则分为对照组 68 例和观察组 69 例。对照组患者平均年龄 62.41 ± 4.25 岁; 男 32 例, 女 36 例; 平均 BMI 20.86 ± 1.05; 58 例已婚并维持婚姻状态, 9 例未婚, 1 例丧偶处于单身状态; 本科及以上学历 15 例, 本科以下学历 53 例; 家庭收入 < 6000 元/月 46 例, ≥ 6000 元/月 22 例; 原发病因: 慢性肾小球肾炎 42 例, 糖尿病肾病 14 例, 高血压肾病 9 例, 其他疾病者 3 例。观察组平均年龄 63.75 ± 5.44 岁; 男 40 例, 女 29 例; 平均 BMI 为 1.09 ± 1.47; 56 例已婚并维持婚姻状态, 10 例未婚, 3 例丧偶处于单身状态; 本科及以上学历 13 例, 本科以下学历 56 例; 家庭收入 < 6000 元/月 43 例, ≥ 6000 元/月 26 例; 原发病因: 慢性肾小球肾炎 39 例, 糖尿病肾病 17 例, 高血压肾病 6 例, 其他疾病 7 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 患者接受常规腹膜透析护理, 包括入院时给患者讲解腹膜透析相关知识以及注意事项; 住院期间指导患者正确进行无菌操作以及出现紧急事情时的处理方法; 出院时告知患者日常注意事项等。

1.2.2 观察组 患者接受慢性病管理方案的护理措施, 具体内容如下。

(1) 建立慢性病管理团队：由主治医师 1 名、护士长及腹膜透析专科护士 7 名组成特色慢性病管理团队。

(2) 建立慢性病管理档案：在特色慢性病管理理念的指导下，建立健康档案。

(3) 知识教育：建立“腹透之旅”公众号、“大家庭”微信群，每月以讲座等形式定期向患者推送 COPD 相关知识，深入调查患者提出的健康问题。此外，每周举办 1 次腹膜透析自我管理健康讲座，主要包括环境准备和腹膜透析操作知识，讲解腹膜透析常见的并发症和对应措施。

(4) 饮食管理：向患者及家属发放适宜病情的饮食手册，由家属监督患者膳食管理情况，注意要低磷、低盐、优质蛋白膳食，低钾膳食，并保证食物种类多样性，注重营养均衡。

(5) 病例管理：指导患者在自我管理手册中记录自己的饮食，包括日常饮食的种类和数量。临床营养师根据饮食记录提出饮食建议，并制订目标饮食。每月组织 1 次 CKD 科普讲座，使患者了解疾病相关知识。每 2 周对患者进行 1 次电话随访，督促患者严格执行特色慢性病管理要求。

(6) 心理调节：根据患者的具体情况，每周 1 次电话随访，每月进行 1 次面对面的交流，通过语气、表情、行为等对其进行心理疏导，使他们处于稳定的正面情绪中，解除患者对疾病的恐惧、焦虑。

1.3 观察指标

(1) 生活质量评估：采用 SF-36 量表，该量表包括 8 个维度，即生理功能、生理职能、躯体疼痛、

活力、社会功能、情感职能、精神健康、总体健康，得分范围为 0~100 分，分数越高则代表患者围术期的生活质量越高^[9]。

(2) 患者贫血指标：检测患者血红蛋白、铁蛋白、转铁蛋白饱和度、磷脂酰丝氨酸外露和红细胞比容等指标。

(3) 营养状态指标：检测患者 BMI、白蛋白和前白蛋白含量。

(4) 护理效果：①自我护理知识掌握情况；②护理后健康生活方式的依从性；③护理满意度。护理效果判定标准：透析后患者自我护理知识掌握程度佳，健康生活方式的依从性好，护理满意，为显效；透析后患者自我护理知识掌握程度基本达到目标，健康生活方式的依从性较好，护理评估为比较满意，为有效；透析后患者自我护理知识掌握程度程度不佳，基本没有增进，健康生活方式的依从性较差，出现多次不配合治疗和护理的行为，护理评估为不满意者，为无效。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行处理，计量资料采用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用独立样本 *t* 或 *t'* 检验；等级资料组间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 两组患者生活质量评分比较

观察组患者的评分高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者生活质量评分比较 (分)

组别	例数	社会功能	情感职能	精神健康	躯体疼痛	生理功能	生理职能	总体健康	活力
对照组	68	78.64 ± 7.45	73.28 ± 7.34	64.19 ± 12.38	71.34 ± 3.25	49.63 ± 3.16	61.83 ± 3.77	77.52 ± 6.31	67.82 ± 3.07
观察组	69	83.28 ± 7.47	79.66 ± 9.35	73.68 ± 9.21	76.88 ± 2.63	58.49 ± 4.22	67.39 ± 4.20	81.05 ± 8.44	72.36 ± 3.71
<i>t</i> 值		3.640	4.446*	5.085*	10.975	13.923*	8.150	2.775*	7.797
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.006	0.000

*为 *t'* 值。

2.2 两组患者贫血检查指标比较

观察组患者血红蛋白、铁蛋白、转铁蛋白饱和度和红细胞比容高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，磷脂酰丝氨酸外露程度低于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，

见表 2。

2.3 两组患者营养状态指标比较

观察组患者 BMI、白蛋白和前白蛋白含量均高于对照组，组间比较差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 2 两组患者贫血检查指标比较

组别	例数	血红蛋白 (g/L)	铁蛋白 (ng/ml)	转铁蛋白饱和度 (%)	磷脂酰丝氨酸外露 (%)	红细胞比容
对照组	68	114.82 ± 16.39	157.38 ± 21.21	29.14 ± 4.32	1.15 ± 0.18	0.21 ± 0.05
观察组	69	121.36 ± 14.57	181.52 ± 26.14	32.62 ± 5.44	0.93 ± 0.14	0.23 ± 0.03
t 值		2.469	5.931	4.143	7.992	2.844
P 值		0.015	0.000	0.000	0.000	0.005

表 3 两组患者营养状态指标比较

组别	例数	BMI	白蛋白 (g/L)	前白蛋白 (g/L)
对照组	68	21.58 ± 1.77	40.05 ± 5.33	281.55 ± 19.03
观察组	69	23.86 ± 2.46	44.39 ± 6.58	289.43 ± 14.16
t 值		6.219	4.238	2.752
P 值		0.000	0.000	0.007

2.4 两组患者护理干预效果比较

观察组护理干预效果优于对照组，组间比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者护理干预效果比较

组别	例数	显效	有效	无效
对照组	68	17	20	32
观察组	69	33	29	7

秩和检验： $u=4.186$ ， $P=0.000$ 。

3 讨论

CKD 是一个全球性问题，严重影响患者的生活。与 CKD 相关的贫血主要是由于患病肾脏无法产生足够量的内源性促红细胞生成素所致^[10]。贫血的患病率随着肾功能的进行性恶化而增加，并且几乎影响所有中度至重度 CKD 患者，这严重降低患者的生活质量^[11]。腹膜透析是 CKD 患者肾脏替代的一种有效治疗方法。腹膜透析治疗的结果导致血液中多余的废物和液体被清除到透析液中，为 CKD 患者提供更好的生活质量和生存率。

腹膜透析的技术创新减少了 CKD 治疗相关并发症的发生，使患者得以长期维持透析^[12]。然而，腹膜透析患者具有营养不良的高风险，患病率约为 40 %。以前的研究建议对 CKD 患者进行负透析治疗，并进行持续的随访计划和护理措施，但未能将重点放在慢性病管理上^[13]。缺乏为患者量身定制的管理干预措施，也缺乏医生的充分监测，这可能会导致患者产生错误的营养摄入理念，并在饮食习惯

中造成混乱。因此，坚持慢性病管理对于改善健康结果、生活质量和具有成本效益的医疗保健至关重要^[14-16]。近年来，使用慢性病管理模型对慢性病患者产生了积极的影响^[17-19]。CKD 患者需要综合的健康和社会护理，以保持理想的生活质量并降低疾病过程中的发病率^[20-22]。在本研究中，与对照组相比，观察组患者的社会功能、情感职能、精神健康、躯体疼痛、生理功能、生理职能、总体健康和活力等各项评分高于对照组，观察组的患者表现出更高的生活质量，尤其是在心理社会问题方面。这说明，对病患需求的满足，对患者身心的关怀，对患者生命价值的尊重，即是对患者进行的恰当的人文关怀，其能够更好地改善护患关系，提升患者的生活质量。

通过血常规分析，观察组的营养指标和贫血较对照组也得到了改善，在肾功能方面，通过慢性病管理的患者病情恢复优于对照组。慢性病管理目标是控制症状并促进可延缓疾病进展的生活方式。本研究中慢性病管理模式，包括出院前和出院后的访谈技术，通过了解患者的疾病经历并将治疗方案的需求融入他们自己的生活方式，最大化使当代医疗技术人性化。这种管理模式为腹膜透析的患者提供技术和教育支持，鼓励患者参与自身的疾病管理，从心理健康、饮食干预、病例管理等方案增加了慢性病管理护士与患者之间的融洽关系，从而改变患者行为并最终提高干预效果。

综上所述，慢性病管理可提高腹膜透析 CKD 患者的生活质量，改善营养不良引起的贫血。本研究存在的局限性是纳入的受试者例数较少，且观察时

间较短。后继研究计划纳入更多患者,并设计大样本队列研究,以使研究结论更加具有地域代表性。

4 参考文献

- [1] Kuragano T, Mizusaki K, Kimura T, et al. Anemia Management Considering the Pathophysiology of Elderly Chronic Kidney Disease Patients[J]. *Contrib Nephrol*, 2019, 198(8):135-143.
- [2] Nagarathnam M, Sivakumar V, Latheef SAA. Burden, coping mechanisms, and quality of life among caregivers of hemodialysis and peritoneal dialysis undergoing and renal transplant patients[J]. *Indian J Psychiatry*, 2019, 61(4):380-388.
- [3] Imani PD, Aujo J, Kiguli S, et al. Chronic kidney disease impacts health-related quality of life of children in Uganda, East Africa[J]. *Pediatr Nephrol*, 2021, 36(2):323-331.
- [4] Alhusaini OA, Wayyani LA, Dafterdar HE, et al. Comparison of quality of life in children undergoing peritoneal dialysis versus hemodialysis[J]. *Saudi Med J*, 2019, 40(8):840-843.
- [5] Spinowitz B, Pecoits-Filho R, Winkelmayer WC, et al. Economic and quality of life burden of anemia on patients with CKD on dialysis: a systematic review[J]. *J Med Econ*, 2019, 22(6):593-604.
- [6] Pungchompoo W, Parinyajittha S, Pungchompoo S, et al. Effectiveness of a self-management retraining program improving the quality of life of people receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis[J]. *Nurs Health Sci*, 2020, 22(2):406-415.
- [7] Kang A, Yu Z, Foo M, et al. Evaluating Burden and Quality of Life among Caregivers of Patients Receiving Peritoneal Dialysis[J]. *Perit Dial Int*, 2019, 39(2):176-180.
- [8] Finkelstein FO, Finkelstein SH. The Impact of Anemia Treatment on Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Kidney Disease in the Contemporary Era[J]. *Adv Chronic Kidney Dis*, 2019, 26(4):250-252.
- [9] 王山,樊文洁,俞婉琦,等. SF-36量表应用于城市化居民生命质量评价的信度和效度分析[J]. *中华流行病学杂志*, 2016, 37(3): 344-347.
- [10] Carlson J, Gerson AC, Matheson MB, et al. A longitudinal analysis of the effect of anemia on health-related quality of life in children with mild-to-moderate chronic kidney disease[J]. *Pediatr Nephrol*, 2020, 35(9):1659-1667.
- [11] Ibrahimou B, Albatineh AN. Predictors of Quality of Life among Peritoneal Dialysis Patients with End-Stage Renal Disease in Kuwait[J]. *Perit Dial Int*, 2019, 39(2):180-182.
- [12] Hiramatsu T, Okumura S, Asano Y, et al. Quality of Life and Emotional Distress in Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients[J]. *Ther Apher Dial*, 2020, 24(4):366-372.
- [13] Iyasere O, Brown EA, Johansson L, et al. Quality of life with conservative care compared with assisted peritoneal dialysis and haemodialysis[J]. *Clin Kidney J*, 2019, 12(2):262-268.
- [14] Milan Manani S, Baretta M, Giuliani A, et al. Remote monitoring in peritoneal dialysis: benefits on clinical outcomes and on quality of life[J]. *J Nephrol*, 2020, 33(6):1301-1308.
- [15] Yngman-Uhlin P, Kjellsdotter A, Uhlin F, et al. Sleep Quality, Fatigue, and Health-Related Quality of Life in Patients on Initial Peritoneal Dialysis and Multiple Modalities after Two Years: A Prospective Study[J]. *Nephrol Nurs J*, 2019, 46(6):615-649.
- [16] Pile T, Raftery M, Thuraisingham R, et al. Treating Posttransplant Anemia With Erythropoietin Improves Quality of Life but Does Not Affect Progression of Chronic Kidney Disease[J]. *Exp Clin Transplant*, 2020, 18(1):27-33.
- [17] 柳小远,盛梅笑. 中医疗法促进腹膜透析患者康复的研究进展[J]. *中国康复理论与实践*, 2019, 25(7): 813-815.
- [18] 赵瑾. 护理干预对慢性肾功能衰竭患者焦虑抑郁情绪的影响[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2015, 25(18): 160-162.
- [19] Wu Y, Li Y, Tong X, et al. The effect of coix seed on the nutritional status of peritoneal dialysis patients: A pilot study[J]. *Complement Ther Med*, 2014, 22(1):40-48.
- [20] 刘曦,吴一帆,刘惠,等. 中医慢性病管理对腹膜透析相关性腹膜炎发生率的影响[J]. *临床肾脏病杂志*, 2018, 18(6): 328-332.
- [21] 朱亚南,陈建民,王侠,等. 血液透析患者生命意义感、特质应对方式及自我管理能力的路径分析[J]. *护士进修杂志*, 2018, 33(5): 422-424, 437.
- [22] 吴茜,刘泽萍,郭德久,等. 腹膜透析中心糖尿病高危足患者足部自我管理行为及其影响因素[J]. *中国当代医药*, 2021, 28(5): 200-204.

[2021-08-06 收稿]
(责任编辑 陈景景)

照顾者参与的安全管理模式在老年消化道肿瘤术后谵妄患者中的应用

张兰兰 陈庆月

【摘要】目的 探讨照顾者参与的安全管理模式在老年消化道肿瘤术后谵妄患者中的应用效果。**方法** 选取2019年6月—2021年6月在福建省某三级甲等肿瘤专科医院行消化道肿瘤手术老年患者及其照顾者各80例为研究对象,按照组间基本资料具有可比性的原则将患者及照顾者分为对照组和观察组,每组各40例。对照组采取常规宣教,观察组在对照组基础上实施照顾者参与的安全管理模式。比较两组患者非计划性拔管、跌倒/坠床、伤害性事件的发生率及照顾者自我效能感评分。**结果** 观察组患者非计划性拔管发生率低于对照组($P<0.05$),两组患者跌倒/坠床及伤害性事件发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者主要照顾者自我效能感评分高于对照组($P<0.05$)。**结论** 照顾者参与的安全管理模式在老年消化道肿瘤术后谵妄患者中应用,降低了患者非计划性拔管率,提高了照顾者的自我效能感,对患者术后恢复提供了安全保障。

【关键词】 消化道肿瘤术后; 术后谵妄; 安全管理模式; 照顾者; 自我效能感

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.021

Application of caregiver-involved safety management model in elderly patients with delirium after gastrointestinal tumor surgery ZHANG Lanlan, CHEN Qingyue (Tumor Clinical Medical College of Fujian Medical University, Fuzhou, 350014, China)

【Abstract】Objective To explore the application effect of caregiver-involved safety management model in elderly patients with delirium after gastrointestinal tumor surgery. **Methods** To select 80 elderly patients and their caregivers who received gastrointestinal tumor surgery in a tertiary grade A tumor hospital in Fujian province from June 2019 to June 2021 as the study objects. According to the principle of comparability of basic data between groups, patients and caregivers were divided into control group and observation group, with 40 cases in each group. The control group was given routine education, and the observation group was given the safety management model of caregiver participation on the basis of the control group. The incidence of unplanned extubation, fall/fall from bed, injury events and caregiver self-efficacy scores were compared between the two groups. **Results** The incidence of unplanned extubation in the observation group was lower than that in the control group($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of fall/fall from bed and injury events between the two groups($P>0.05$). The self-efficacy score of the main caregivers in the observation group was higher than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion** The safety management model of caregiver participation in elderly patients with delirium after gastrointestinal tumor surgery can reduce the unplanned extubation rate of patients, improve the self-efficacy of caregivers, and provide a safe guarantee for patients' postoperative recovery.

【Key words】 After gastrointestinal tumor surgery; Postoperative delirium; Safety management model; Caregiver; Self-efficacy

术后谵妄是一种较为常见的术后并发症,表现

为急性发作的意识波动、注意力不集中、思维混乱及意识水平的改变^[1]。虽然谵妄可发生于任何年龄段,但常见于老年人,有文献数据表明,65岁以上患者术后谵妄发生率为5%~50%^[2]。术后谵妄不仅延长患者住院时间,增加家庭经济负担,还增加住院期间非计划性拔管率、跌倒/坠床发生率、伤害

基金项目:福建省卫生健康科研人才培养项目青年科研课题(编号:2019-1-12)

作者单位:350014 福建省福州市,福建医科大学肿瘤临床医学学院(福建省肿瘤医院)

张兰兰:本科,副护士长

通信作者:陈庆月,硕士,副护士长

性事件发生率^[3-4]。照顾者也可能感到无助和痛苦,特别是观察到患者激动的行为和幻觉时,或在患者谵妄发作存在沟通困难时^[5-10]。同时,2019年中国医院协会发布的《患者十大安全目标》第8条也提出鼓励患者及其家属积极参与医疗安全。本研究旨在通过提高照顾者对谵妄相关知识的认识,以及对谵妄患者安全管理的能力,从而降低谵妄导致的安全风险。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年6月—2021年6月收治于福建省某三级甲等肿瘤专科医院行消化道肿瘤手术老年患者及其照顾者各80例为研究对象,纳入条件:拟手术治疗的消化道肿瘤患者,年龄 ≥ 65 岁;能正常沟通的固定照顾者,可配合完成本次试验需要的相关安全管理模式;患者及照顾者均知情同意且自愿配合本项研究。排除条件:既往有精神病史及语言沟通障碍者;术后状态差,转移至重症监护病房的患者,或因其他不可控因素无法完成本次研究者。按照组间基本资料具有可比性的原则将患者及其照顾者分为对照组和观察组,每组各40例。观察组患者中男32例,女8例;平均年龄 68.01 ± 7.40 岁;主要照顾者中男14名,女26名;平均年龄 45.70 ± 9.36 岁;学历:初中及以下22名,高中及以上18名。对照组患者中男33例,女7例;平均年龄 69.02 ± 7.01 岁;主要照顾者中男19名,女21名;平均年龄 44.70 ± 10.36 岁;学历:初中及以下19名,高中及以上21名。两组患者性别、年龄及照顾者性别、年龄、文化程度比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组采取常规宣教,责任护士针对患者及照顾者做好全套的术前宣教,包括饮食、个人卫生、肠道准备、夜间保证充足睡眠、心理护理;术后安全宣教,包括引流管护理、预防跌倒/坠床的措施、康复锻炼指导。观察组在对照组基础上实施照顾者参与的安全管理模式,具体方式如下。

1.2.1 术前评估照顾者 ①设计照顾者一般资料调查表:包括与患者的关系、年龄、性别、文化程度、除患者外是否照顾过术后患者、婚姻状况、在职情况、民族、家庭经济情况等;②设计照顾者术后谵妄认知水平问卷:包括术后谵妄的相关知识、感知到的易感性、感知到的严重性,均采用Likert 5级评分,得分越高表明照顾者对术后谵妄的认知程度越高,

分为3个等级,<29分为认知水平较差,29~33分为认知水平一般, ≥ 34 分为认知水平良好^[11]。

1.2.2 术前照顾者安全管理培训 ①培训方式:责任护士通过口头宣教、观看视频(术后谵妄患者的案例)等方式展开培训;②培训内容:主要包括术后谵妄发生的可能原因、临床表现、如何识别、谵妄容易发生的时间点、发生后存在的风险、可能对预后产生的影响、照顾者如何使用语言性或非语言性方式安抚患者;③安全管理的重点环节:时间点、项目,如夜间21:00—05:00,重点项目为非计划性拔管(静脉导管、引流管等)、跌倒/坠床、伤害性事件(伤人、自伤等)的防范。

1.2.3 照顾者安全管理培训内容的考核反馈 通过研究者自制问卷了解照顾者对安全培训内容的掌握程度,该问卷以选择题(单选、多选)形式展示,内容包括术后谵妄发生的临床表现、如何识别、谵妄容易发生的时间点、发生后可能存在的风险、可能对预后产生的影响、术后康复指导内容、术后活动的注意事项、术后引流管护理注意事项8个问题,总分100分,得分越高说明照顾者对术后安全管理的掌握程度越高,分为4个等级,<60分为掌握程度较差,61~80分为掌握程度一般,81~90分为掌握程度良好,100分为完全掌握。根据考核结果针对其存在的问题再次强化宣教,确保完全掌握。

1.3 观察指标

(1)非计划性拔管:指因患者治疗需要留置在体内的各种导管,未经医护人员同意,患者将导管自行拔出,或其他原因(包括医护人员操作不当)造成的导管脱落。非计划性拔管发生率=非计划拔管例数/纳入患者总数 $\times 100\%$ 。

(2)跌倒/坠床:指一种不能自我控制的意外事件,个体被迫改变正常的姿势停留在地上、地板上或更低的地方。跌倒/坠床发生率=跌倒或坠床例数/纳入患者总数 $\times 100\%$ 。

(3)伤害性事件:指无法自我控制的情绪或肢体动作,导致伤害自己或他人的行为。伤害性事件发生率=伤害性事件例数/纳入患者总数 $\times 100\%$ 。

(4)照顾者自我效能感:采用一般自我效能感量表(GSES)评定,最早由德国著名临床和健康心理学家Schwarzer等^[12]于1981年编制,中文版由王才康等^[13]翻译修订,中文版GSES已被证明具有良好的信度和效度^[14-15]。量表共10个条目,每个条目共4个答案,计分方法:“不正确”计1分、“尚算正确”计2分、“多数正确”计3分、“完全正确”

计4分,总分10~40分,得分越高说明照顾者自我效能感越高。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理数据,符合正态分布的计量资料以“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。

表1 两组患者非计划性拔管、跌倒/坠床、伤害性事件发生率比较

组别	观察例数	非计划性拔管		跌倒/坠床		伤害性事件	
		发生例数	发生率(%)	发生例数	发生率(%)	发生例数	发生率(%)
观察组	40	2	5.00	1	2.50	1	2.50
对照组	40	8	20.00	3	7.50	2	5.00
χ^2 值		4.114		0.263*		0.000*	
P 值		0.043		0.608		1.000	

*校正 χ^2 值。

2.2 两组患者主要照顾者自我效能感评分比较

观察组患者主要照顾者自我效能感评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者主要照顾者自我效能感评分比较(分)

组别	人数	自我效能感评分
观察组	40	24.42 $\pm$ 1.35
对照组	40	21.02 $\pm$ 1.99

$t=8.942$, $P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 照顾者参与安全管理模式对术后谵妄老年患者的意义

术后谵妄是一种主要由老年人神经活动功能障碍引起的神经综合征。谵妄并不罕见,但如果对谵妄的认识不够,防范措施不到位,后果往往比较严重^[16],可能出现非计划性拔管、跌倒/坠床以及伤害性事件的发生,还会给照顾者造成严重的心理负担。大多数家庭对谵妄的知识或经验是有限的,这种知识缺乏会加重其痛苦,尤其是当他们错误地认为特定的谵妄发作是由药物或无法控制的疼痛引起的^[7,17]。术后谵妄的研究正在多个学科间迅速开展,目前尚未有共识。本研究通过鼓励照顾者参与术后谵妄患者的安全管理,发现照顾者的协助参与对于促进患者术后恢复具有积极意义。

3.2 照顾者参与安全管理的实施效果

3.2.1 可有效降低非计划性拔管发生率 有研究表明,非计划性拔管的患者绝大部分为谵妄躁动的患者^[18]。消化道肿瘤术后的各种管路对于患者来说

2 结果

2.1 两组患者非计划性拔管、跌倒/坠床、伤害性事件发生率比较

观察组患者非计划性拔管发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者跌倒/坠床、伤害性事件发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

至关重要,包括输液导管及各种引流管。对照组患者通常在夜间趁照顾者睡着或不注意的情况下自行将导管拔出,且拔管后未主动告知。观察组照顾者通过专业安全管理知识培训后,对术后谵妄的发生和后果具有足够的认识,能够提前做出初步的预判,一旦发现患者双手出现异常举动,及时安抚阻止,报告医护人员,并采取防范措施,从而有效避免了非计划性拔管的发生。结果显示,观察组患者非计划性拔管发生率低于对照组,差异有统计学意义。

3.2.2 可降低跌倒/坠床发生率 研究显示,老年患者出现术后谵妄的时间多出现于术后3 d^[19]。术后谵妄患者多出现情绪亢奋状态,无法客观判断自身情况,常做出超出体力的行动,容易出现下床后双脚无法支撑现象。观察组照顾者通过培训,在病情允许情况下主动协助患者做好相关安全准备措施后再行活动,从而避免跌倒/坠床的发生。本研究中两组患者跌倒/坠床发生率比较差异无统计学意义,考虑与单中心、样本量较小有关。后期可纳入多中心研究、增加样本量,进一步深入研究。

3.2.3 可降低伤害性事件发生率 通过入院相关评估,了解患者的性格特征,针对性格变化较大的患者,尽量减少病室周围环境出现危险物品。本研究两组患者伤害性事件发生率比较差异无统计学意义,也可能是此项研究存在病例数不足现象,今后需在临床中继续追踪。

3.2.4 照顾者一般自我效能感明显提高 随着媒体资讯的发展,恶性肿瘤对于生命健康的危害逐渐被熟知,大多数人群在确诊癌症时,心理负担较重,包括患者及照顾者,大大降低了治疗信心和治疗依

从性。研究表明,为照顾者提供有关谵妄的知识,可增加相关知识的认知和心理准备,从而减轻一些痛苦,增强照顾者应对这种情况的能力和信心^[17,20]。护理人员和其他医务人员为家庭成员提供教育和心理支持是书面信息最有效的补充^[7,21-23]。本研究结果显示,观察组患者主要照顾者自我效能感评分高于对照组,提高了照顾者的身心健康水平,帮助照顾者以更积极的方式应对患者术后谵妄。

4 小结

本研究过程中也存在一定的不足之处,比如个别照顾者由于自身身体或工作原因导致无法照顾整个术后恢复期而中途退出,从而出现接替的照顾者又要重新培训。还有不同照顾者之间存在知识吸收能力及心理接受的差异,男性照顾者心理承受能力明显大于女性照顾者。通过此项研究强调了家庭成员在治疗谵妄方面的重要性,当由专业医疗人员提供健康宣教以指导其识别并处理术后谵妄时,可以为患者创造一个舒适安全的环境。不同文化程度照顾者在老年术后谵妄患者安全管理及术后康复过程中扮演着重要角色。照顾者参与的安全管理模式有效降低了老年术后谵妄患者非计划性拔管率,明显提高了照顾者的自我效能感,提高了护理人员工作质量,保障了患者安全。

5 参考文献

- [1] 中华医学会老年医学分会. 老年患者术后谵妄的防治中国专家共识 [J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(12):1257-1262.
- [2] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people [J]. Lancet, 2014, 383(9920):911-912.
- [3] 潘江霞, 梁军, 何莉莉. 腹部肿瘤患者术后谵妄的护理干预研究 [J]. 中华危重症医学杂志 (电子版), 2016, 9(1):67-69.
- [4] 周亚娟. 老年患者腹部手术后谵妄的相关因素和护理干预 [J]. 家庭医药, 2017(9):234-235.
- [5] Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized Patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses [J]. Psychosomatics, 2002, 43(3):183-194.
- [6] Bruera E, Bush SH, Willey J, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in Patients with advanced cancer and their family caregivers [J]. Cancer, 2009, 115(9):2004-2012.
- [7] Cohen MZ, Pace EA, Kaur G, et al. Delirium in advanced cancer leading to distress in Patients and family caregivers [J]. J Palliat Care, 2009, 25(3):164-171.
- [8] Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al. Family-Perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer Patients [J]. Psychosomatics, 2004, 45(2):107-113.
- [9] Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Terminal delirium: recommendations from bereaved families' experiences [J]. J Pain Symptom Manage, 2007, 34(6):579-589.
- [10] Namba M, Morita T, Imura C, et al. Terminal delirium: families' experience [J]. Palliat Med, 2007, 21(7):587-594.
- [11] 周冬梅. 压疮患者主要照顾者照顾行为及照顾负担的干预研究 [D]. 上海: 复旦大学, 2011.
- [12] Schwarzer R, Born A, Iwawaki S, et al. The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese, and Korean Versions of the General Self-Efficacy Scale [J]. Psychologia, 1997, 40(1):1-13.
- [13] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究 [J]. 应用心理学, 2001, 7(1):37-40.
- [14] 曹小花, 杨华. 心理弹性与自我效能在恶性肿瘤患者主要照顾者社会支持与正性情绪间的中介效应 [J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(5):480-483.
- [15] 吕露露, 郭红, 胡力云, 等. 脑卒中家庭照顾者自我效能与照顾能力状况及其相关性 [J]. 现代临床护理, 2016, 15(8):6-10.
- [16] 李敏, 程向阳, 梁启胜. 老年结直肠癌手术患者术前焦虑与术后谵妄的相关性研究 [J]. 检验医学与临床, 2021, 18(14):2072-2074.
- [17] Gagnon P, Charbonneau C, Allard P, et al. Delirium in advanced cancer: a Psychoeducational intervention for family caregivers [J]. J Palliat Care, 2002, 18(4):253-261.
- [18] Ayman K, Ron B, Clandio M. Unplanned extubation in the ICU: Impact on outcome and nursing workload [J]. Annals of Thouracic Medicine, 2006, 1(2):71-75.
- [19] 张鹏飞, 张凯. 老年结直肠癌患者发生术后谵妄与非谵妄的临床结局对比及相关因素分析 [J]. 中国医师进修杂志, 2018, 41(12):1125-1128, 1138.
- [20] Otani H, Morita T, Uno S, et al. Usefulness of the leaflet-based intervention for family members of terminally ill cancer Patients with delirium [J]. J Palliat Med, 2013, 16(4):419-422.
- [21] Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, et al. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in Palliative care settings: an integrative literature review [J]. Psychooncology, 2017, 26(3):291-300.
- [22] Otani H, Morita T, Uno S, et al. Effect of leaflet-based intervention on family members of terminally ill Patients with cancer having delirium: historical control study [J]. Am J Hosp Palliat Care, 2014, 31(3):322-326.
- [23] Kaneko M, Ryu S, Nishida H, et al. Nurses' recognition of the mental state of cancer patients and their own stress management a study of Japanese cancer-care nurses [J]. Psychooncology, 2013, 22(7): 1624-1629.

[2022-01-26 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

瑜伽对乳腺癌患者癌因性疲乏影响的Meta分析

蹇秋枫 姚倩 周媛媛

【摘要】 目的 评价瑜伽对乳腺癌患者癌因性疲乏(CRF)的影响。方法 2名研究者对中国知网、万方数据库及中国维普全文数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、PubMed、Embase、Cochrane Library、Web of Science 进行检索,检索时间为建库至2021年12月29日。纳入瑜伽对乳腺癌患者CRF影响的随机对照试验(RCT)研究。采用Cochrane 5.1.0版偏倚风险工具进行文献质量评估。RevMan 5.4.1软件进行Meta分析。结果 最终纳入13项研究,共810例患者。Meta分析结果显示,瑜伽能缓解乳腺癌患者CRF [$SMD=-0.47, 95\%CI(-0.71, -0.24), P<0.0001$]。亚组分析显示,30~75 min 单次瑜伽干预时间、每周瑜伽干预时间 ≥ 1.5 h、瑜伽干预周期为6周、总瑜伽干预时间 ≥ 18 h、侧重于体式 and 呼吸的瑜伽干预训练、团体瑜伽干预和个体瑜伽干预均可缓解乳腺癌患者CRF症状。结论 瑜伽可改善乳腺癌患者CRF。

【关键词】 瑜伽; 癌因性疲乏; 乳腺癌; Meta分析; 团体瑜伽; 个体瑜伽

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.022

Meta-analysis of the effect of yoga on cancer-related fatigue in breast cancer patients JIAN Qiufeng, YAO Qian, ZHOU Yuanyuan (Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, 610075, China)

【Abstract】 **Objective** To evaluate the effect of yoga on cancer-related fatigue(CRF) in breast cancer patients. **Methods** We arranged 2 researchers to search China National Knowledge Infrastructure, Wanfang data, VIP, China Biomedical Literature Service Database(CBM), PubMed, Embase, Cochrane Library and Web of science, and the search time was from the establishment of the database to December 29, 2021. A randomized controlled trial (RCT) study of the effect of yoga on CRF in breast cancer patients was included. The quality of the literature was assessed using the Cochrane risk of bias tool, version 5.1.0. Meta-analysis was performed with RevMan 5.4.1 software. **Results** Thirteen studies with a total of 810 patients were finally included. The result of Meta-analysis showed that the yoga relieves CRF in breast cancer patients [$SMD=-0.47, 95\%CI(-0.71, -0.24), P<0.0001$]. Subgroup analysis showed that 30-75 min single yoga intervention time, weekly yoga intervention time ≥ 1.5 h, yoga intervention period of 6 weeks, total yoga intervention time ≥ 18 h, yoga intervention training focusing on asana and breathing, group yoga intervention and individual yoga intervention can alleviate CRF symptoms in breast cancer patients. **Conclusion** Yoga can improve CRF in breast cancer patients.

【Key words】 Yoga; Cancer-related fatigue; Breast cancer; Meta-analysis; Group yoga; Individual yoga

2018年全球癌症统计结果显示,中国新增癌症病例430万例,其中新增确诊的乳腺癌以19.2%居中国女性新增癌症第一位^[1]。2021版中国癌症相关性疲乏临床实践诊疗指南中将癌因性疲乏(cancer-related fatigue, CRF)定义为患者由于癌症或癌症治疗产生的一种持续2周以上的痛苦倦怠或体力不支,且不能通过休息缓解,也与近期运动量不符^[2]。乳腺癌患者最常见、最持久的症状是CRF,存在慢性疲乏的乳腺癌患者超过1/3,存在持续疲乏、持续

时间>10年的乳腺癌患者超过1/4^[2]。

瑜伽起源于印度哲学,是一种复杂的干预,包括对道德生活方式、精神实践、身体活动、呼吸练习和冥想的建议^[3]。瑜伽利用一系列特定身体姿势练习达到健康和放松目标,不但能缓解心理压力,防治精神疾病,还可以改善身体形态,提高身体机能,从而有效地防治心脑血管等慢性疾病^[4]。2017年美国癌症协会在乳腺癌治疗期间和之后循证使用综合疗法的临床实践指南中提出,瑜伽被推荐用于改善治疗后的疲乏^[5]。目前,针对乳腺癌患者CRF的瑜伽干预尚无统一的干预措施,且不同时间、频次、形式、类型的瑜伽干预效果差异大,造成瑜伽

作者单位:610075 四川省成都市,成都中医药大学(蹇秋枫,周媛媛);成都市第二人民医院护理部(姚倩)
通信作者:姚倩,女,本科,主任护师,护理部主任

干预临床方案缺乏一致性。因此,本研究系统评价不同方式的瑜伽干预对乳腺癌患者 CRF 的临床效果,即进行 Meta 分析,以期有效改善乳腺癌患者 CRF 提供最佳瑜伽干预方案。

1 资料与方法

1.1 检索策略

检索数据库包括中国知网 (CNKI)、万方数据库及中国维普全文数据库 (VIP)、中国生物医学文献数据库 (CBM)、PubMed、Embase、Cochrane 图书馆、Web of Science。时间设定为建库至 2021 年 12 月 29 日。检索方式采用主题词加自由词相结合。中文检索词为乳腺癌 OR 乳腺肿瘤 OR 瑜伽 OR 运动 OR 疲乏 OR 癌因性疲乏。英文检索词为 Breast Neoplasm* OR Human Mammary Carcinoma* OR Breast Tumor* OR Mammary Cancer* OR Exercise* OR yoga OR Activity OR Physical OR fatigue OR Lassitude OR cancer-related fatigue OR CRF。

1.2 纳入与排除条件

纳入条件:①研究类型为随机对照试验 (RCT);②研究对象为经病理或细胞学检查明确诊断为乳腺癌的患者;③干预措施试验组为瑜伽干预,对照组为非瑜伽干预的护理方案;④结局指标为任何评价 CRF 的评估量表。

排除条件:①非 RCT 研究;②动物实验;③重复发表的文献;④不能提供有效数据的文献;⑤非英文、中文文献;⑥无法获得全文的文献。⑦结果指标不符合的文献。

1.3 文献筛选和资料提取

2 名研究人员采用“三步法”独立筛选文献,浏览文献题目、摘要后筛出初步纳入的文章,全文阅读复筛后进行资料提取,通过 Excel 表进行归纳,如遇分歧讨论决定。提取内容包括:作者、年份、国家、样本量、运动持续时间、干预/对照措施、评价工具、评定时间。

1.4 方法学质量评价

由 2 名研究者各自独立依据 Cochrane 评价 5.1.0 版推荐的偏倚风险评估工具,对纳入本研究的方法学进行质量评价,主要评价 7 个重要的偏倚风险来源^[6]。如果纳入的研究发生偏倚风险可能性最小,则评为“A”;发生风险的可能性为中度,则评为“B”;发生偏倚风险可能性最高,则评为“C”。达成共识后最终纳入研究,若意见不一则交由第三方判断。

1.5 资料分析

采用 RevMan 5.4 软件进行 Meta 分析。定量资

料采用标准化均数差 (SMD) 作为统计量。采用 χ^2 检验进行异质性检验, I^2 评估异质性大小,若 $P>0.1$, $I^2<50\%$, 无异质性,采用固定效应模型;若 $P<0.1$, $I^2>50\%$, 异质性较大,则通过改变合并效应量模型,去除权重最大的研究,采用逐个剔除法、观察法等敏感性分析方法分析临床异质性来源,若无临床异质性,则采用随机效应模型。有明显临床异质性则采用亚组分析。采用漏斗图对 ≥ 10 个文献进行分析,显示文献发表偏倚。

2 结果

2.1 纳入文献的一般情况

初检出相关文献 4271 篇,其中,中文 860 篇,英文 3411 篇。最终纳入 13 篇随机对照研究,其中,中文 3 篇,英文 10 篇。共包括试验组 401 例患者,对照组 409 例患者。文献筛选过程见图 1。

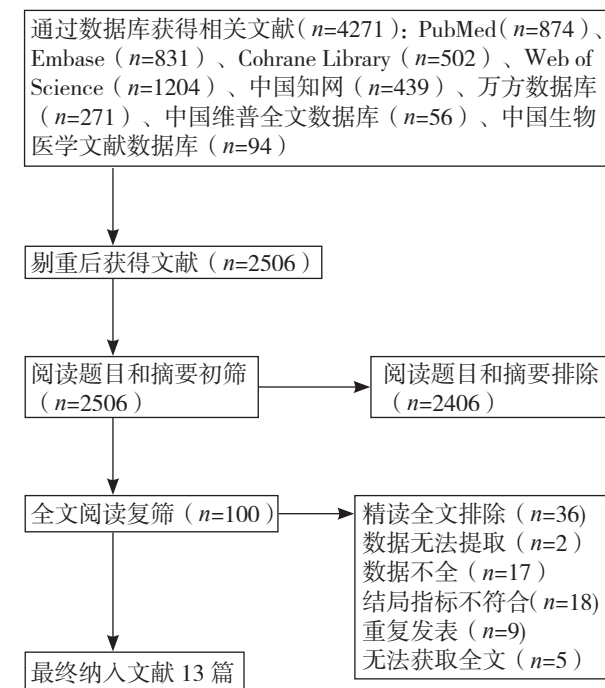


图 1 文献筛选过程

2.2 纳入文献基本特征

纳入文献 13 篇^[7-19], 共 810 例患者。样本大小为 9~79 例, 所有试验组干预形式为瑜伽。4 项^[7-9,16]研究采用癌症疲乏量表 (CFS), 3 项^[10,12,17]研究采用简短疲乏量表 (BFI), 2 项^[11,13]研究采用疲乏症状量表 (FSI), 1 项^[19]研究采用简明心境状态量表 (POMS), 1 项^[15]研究采用多维度疲乏症状量表简表 (MFSI-SF), 1 项^[14]研究采用多维度疲乏量表 (MFI), 1 项^[18]研究采用疲劳严重程度量表 (FSS)。试验组干预时间为 5~90 h。纳入研究基本特征详见表 1。

表 1 纳入研究基本特征

作者	年份	国家	样本量		运动持续 时间	干预措施	评价工具及 评定时间
			试验组	对照组			
Bower 等 ^[11]	2012	美国	16	15	干预持续 12 周, 瑜伽干预 36 h	试验组: 瑜伽课程每周 2 次, 90 min/ 次 对照组: 健康教育课每周 1 次, 120 min/ 次	FSI, 干预结束
Chandwani 等 ^[12]	2010	美国	27	31	干预持续 6 周, 瑜伽干预 12 h	试验组: 瑜伽课程每周 2 次, 60 min/ 次 对照组: 不干预	BFI, 干预结束后 1 周
Chaoul 等 ^[10]	2018	美国	64	79	干预持续 12 周, 瑜伽干预 5~6 h	试验组: 瑜伽课程共有 4 节, 75~90 min/ 次 对照组: 常规护理	BFI, 干预结束后 1 周
Daniela 等 ^[15]	2016	美国	18	16	干预持续 12 周, 瑜伽干预 54~90 h	试验组: 瑜伽 DVD 每周 3~5 次, 90 min/ 次 对照组: 快速简单力量训练 DVD 每周 3~5 次, 20 min/ 次	MFSI-SF, 干预结束
Jong 等 ^[14]	2018	荷兰	39	29	干预持续 12 周, 瑜伽干预 15 h	试验组: 常规护理 + 瑜伽课程每周 1 次, 75 min/ 次 对照组: 常规护理	MFI, 干预开始后 3 个月
Lötzke 等 ^[16]	2016	德国	45	47	干预持续 12 周, 瑜伽干预 20 h	试验组: 瑜伽课程每周 1 次, 60 min/ 次 + 家庭锻炼每周 2 次, 20 min/ 次 对照组: 体育锻炼课程每周 1 次, 60 min/ 次 + 家庭锻炼每周 2 次, 20 min/ 次	CFS-D, 干预结束
Taylor 等 ^[17]	2018	美国	9	11	干预持续 8 周, 瑜伽干预 10 h	试验组: 瑜伽课程每周 1 次, 75 min/ 次 对照组: 不干预	BFI, 干预结束
Vadiraja 等 ^[13]	2017	印度	33	31	干预持续 6 周, 瑜伽干预 18~24 h	试验组: 瑜伽课程每周 3~4 次, 60 min/ 次 对照组: 不干预	FSI, 干预结束
Vardar 等 ^[18]	2015	土耳其	19	21	干预持续 6 周, 瑜伽干预 18 h	试验组: 有氧运动训练每周 3 次, 30 min/ 次 + 瑜伽课程每周 3 次, 60 min/ 次 对照组: 有氧运动训练每周 3 次, 30 min/ 次	FSS, 干预结束
Winter-Stone 等 ^[19]	2018	美国	43	41	干预持续 8 周, 瑜伽干预 12 h	试验组: 肿瘤医生口头建议运动 + 标准材 料 + 指导运动的瑜伽 DVD, 每周至少 3 次, 30 min/ 次 对照组: 肿瘤医生口头建议运动 + 关于运 动的标准材料	POMS-B, 干预结束
曾巾芳 ^[7]	2017	中国	23	24	干预持续 1 个月, 瑜伽干预 10 h	试验组: 常规护理 + 瑜伽训练, 每 2 d1 次, 40 min/ 次 对照组: 常规护理	CFS, 干预结束
王国妃等 ^[8]	2014	中国	40	42	干预持续 2 个月, 瑜伽干预约 26 h	试验组: 常规护理 + 每周瑜伽练习 4 次, 50 min/ 次 对照组: 常规护理	CFS, 干预结束
项东阳等 ^[9]	2017	中国	23	24	干预持续 16 周, 瑜伽干预约 37 h	试验组: 常规护理 + 瑜伽训练, 每 2 d1 次, 40 min/ 次 对照组: 常规护理	CFS, 干预结束

2.3 纳入文献质量评价结果

10 项^[7-9,11,13-15,17-19]RCT 采用正确随机方法, 3 项^[10,12,16]RCT 仅提及随机, 随机方法不清楚, 6 项^[11,13-14,17-19]RCT 研究采用分配隐藏, 2 项^[11,19]RCT 研究对结果测量者实施盲法, 1 项^[13]RCT 研究结果数据不完整, 存在缺失数据, 但原因未报告。4 项^[7,13,16,19]RCT 研究有选择结果报告, 采用量表有维度, 未给出维度数据。其他偏倚来源中, 3 项^[7-9]RCT 研究无基线信息数据, 1 项^[14]RCT 研究基线不平衡, 1

项^[19]RCT 研究研究对象无纳入排除标准。见表 2, 图 2, 图 3。

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 瑜伽干预效果 纳入 13 项^[7-19]研究, 共 810 例患者。异质性较大 ($P=0.003$, $I^2=60\%$), 采用随机效应模型。结果显示, 瑜伽能缓解乳腺癌患者 CRF 症状 [$SMD=-0.47, 95\%CI (-0.71, -0.24)$], $P<0.0001$]。见图 4。

表 2 纳入研究方法学质量评价

作者	年份	选择偏移	实施偏移	测量偏倚	失访偏移	报告偏移	其他偏移	质量等级
Bower 等 ^[11]	2012	1	1	1	1	1	1	A
Chandwani 等 ^[12]	2010	3	3	1	1	1	1	B
Chaoul 等 ^[10]	2018	3	3	1	1	1	1	B
Stan 等 ^[15]	2016	1	3	1	1	1	1	B
Jong 等 ^[14]	2018	1	1	1	2	1	2	B
Lötzke 等 ^[16]	2016	3	3	1	1	2	2	C
Taylor 等 ^[17]	2018	1	1	1	1	1	1	A
Vadiraja 等 ^[13]	2017	1	1	1	3	1	1	B
Vardar 等 ^[18]	2015	1	1	1	1	1	1	A
Winter-Stone 等 ^[19]	2018	1	1	1	1	2	2	B
曾巾芳 ^[7]	2017	1	3	1	1	2	2	C
王国妃等 ^[8]	2014	1	3	1	1	1	2	B
项东阳等 ^[9]	2017	1	3	1	1	1	2	B

偏移低 :1; 偏移高 :2; 不清楚 :3

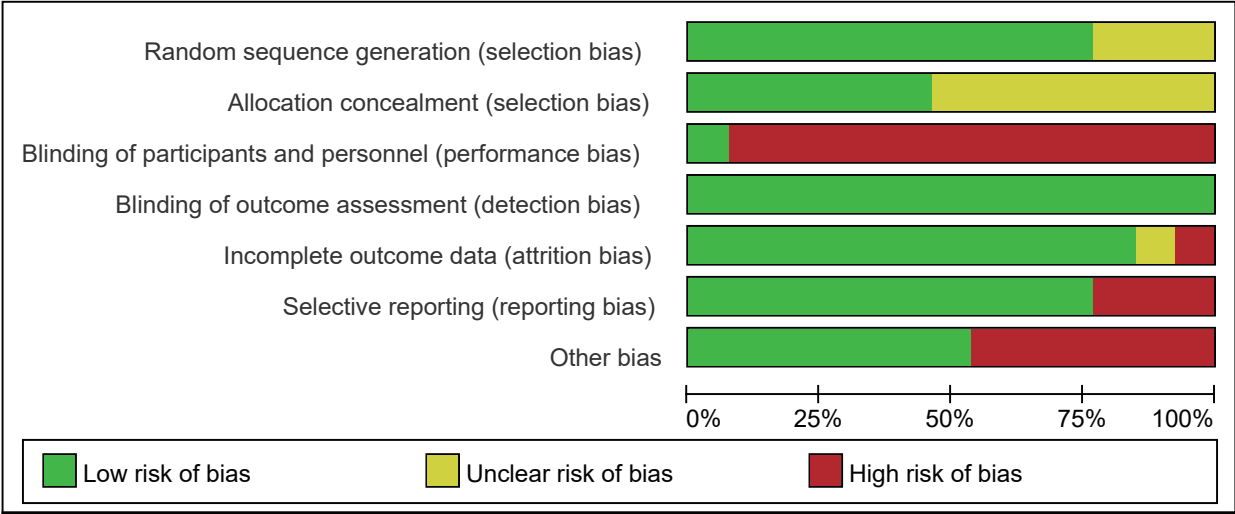


图 2 文献偏倚风险条形图

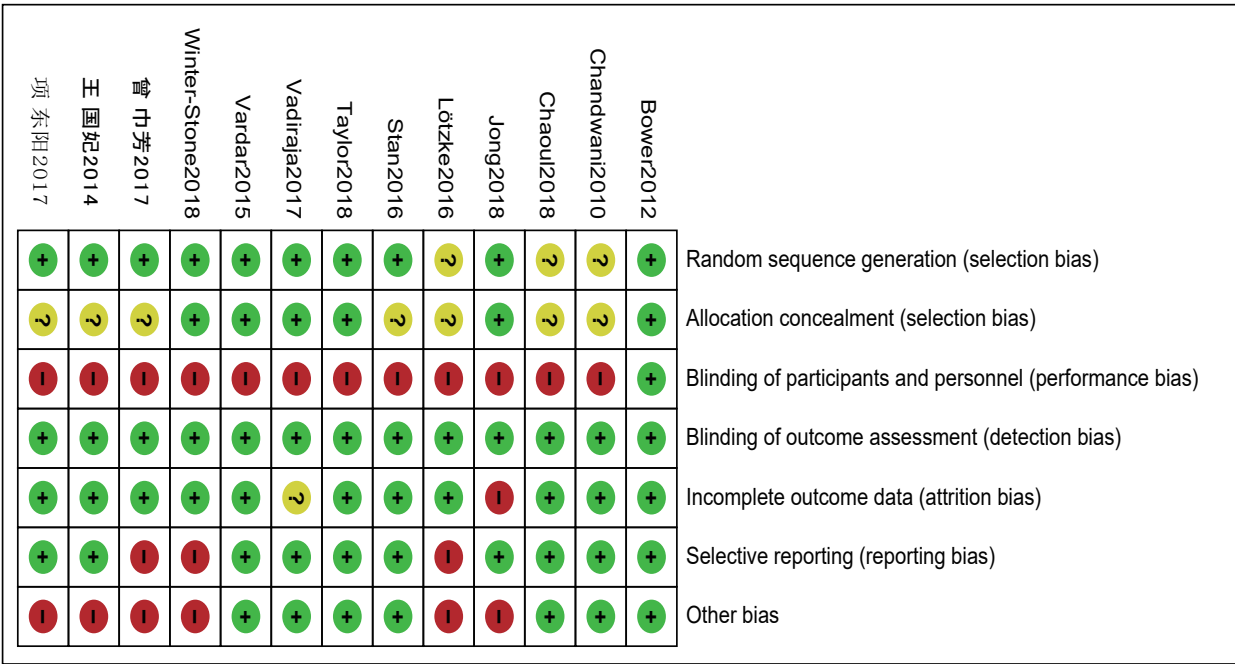


图 3 文献偏倚风险汇总图

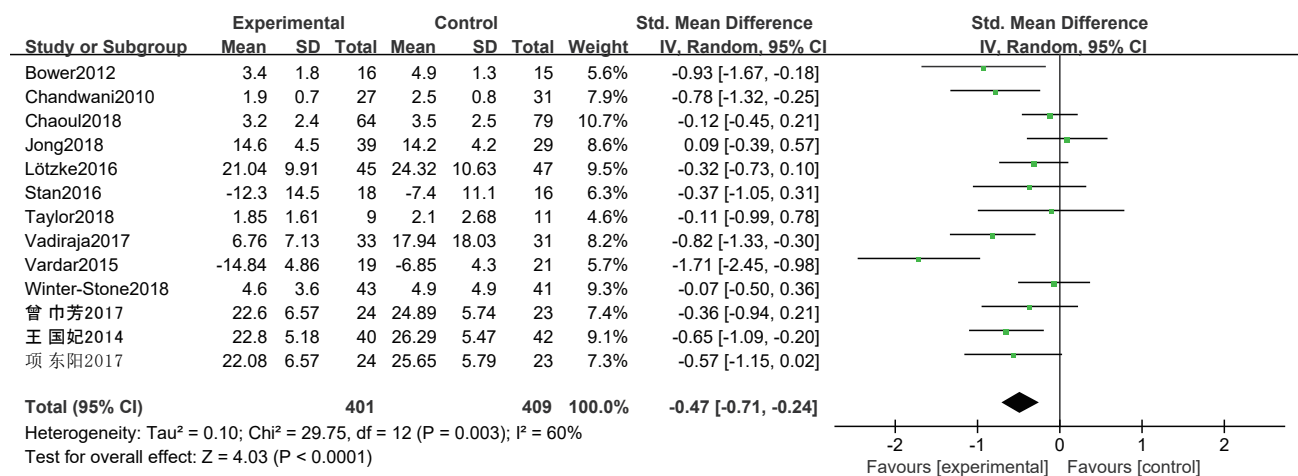


图4 瑜伽干预效果的 Meta 分析

2.4.2 不同单次瑜伽干预时间的效果 根据乳腺癌患者不同单次瑜伽干预时长进行亚组分析。7项^[7-9,12-13,18,19]研究为单次瑜伽干预时间在30~75 min, 异质性较大($P=0.01$, $I^2=64\%$), 采用随机效应模型, 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-$

0.66, 95%CI(-1.00, -0.33), $P=0.0001$]。6项^[10-11,14-17]研究为单次瑜伽干预时间 ≥ 75 min, 异质性可接受($P=0.32$, $I^2=14\%$), 结果显示改善患者 CRF 效果不明显 $SMD=-0.22$, 95%CI(-0.45, 0.00), $P=0.06$]。见图5。

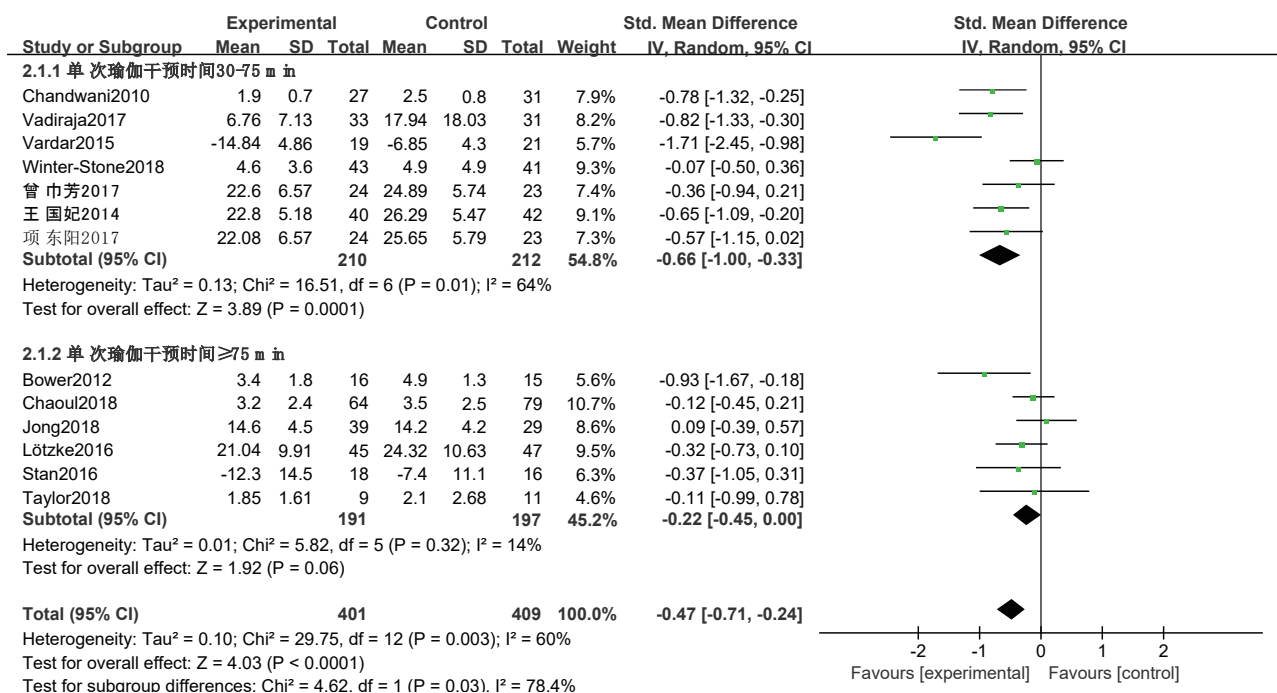


图5 不同单次瑜伽干预时间的 Meta 分析

2.4.3 每周不同的瑜伽干预时间的效果 根据乳腺癌患者每周不同瑜伽干预时长进行亚组分析。3项^[10,14,17]研究为每周瑜伽干预时间 < 1.5 h, 异质性可接受($P=0.77$, $I^2=0\%$), 结果显示改善患者 CRF 效果不明显 [$SMD=-0.06$, 95%CI(-0.32, 0.20), $P=0.66$]。7项^[7,9,11-12,16,18-19]研究每周瑜伽干预时间1.5~3 h, 异

质性较大($P=0.007$, $I^2=66\%$), 采用随机效应模型, 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-0.62$, 95%CI(-0.97, -0.26), $P=0.0008$]。3项^[8,13,15]研究为每周瑜伽干预时间 > 3 h, 异质性可接受($P=0.59$, $I^2=0\%$), 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-0.65$, 95%CI(-0.95, -0.35), $P<0.0001$]。见图6。

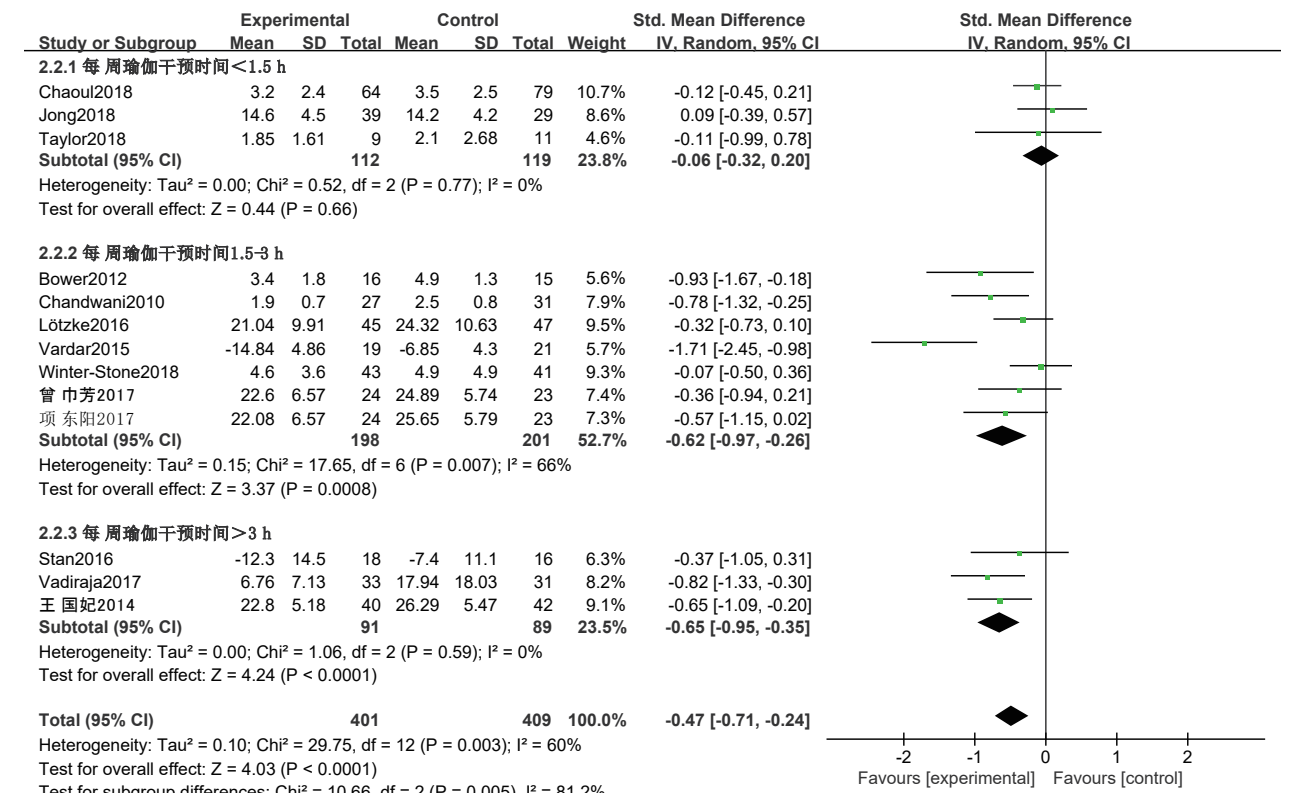


图 6 每周不同瑜伽干预时间的 Meta 分析

2.4.4 不同瑜伽干预周期的效果 根据乳腺癌患者不同瑜伽干预周期进行亚组分析。3 项^[12-13,18]研究瑜伽干预周期为 6 周,异质性较大 ($P=0.09$, $I^2=58\%$),采用随机效应模型,结果显示,可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-1.04$, $95\%CI(-1.56, -0.53)$, $P<0.0001$]。3 项^[8,17,19]研究瑜伽干预周期为 8 周,异质性可接受 ($P=0.16$, $I^2=45\%$),结果显示改善患者 CRF 效果不明显 [$SMD=-0.31$, $95\%CI(-0.73, 0.11)$, $P=0.15$]。5 项研究^[10-11,14-16]为瑜伽干预周期为 12 周,异质性可接受 ($P=0.22$, $I^2=31\%$),结果显示改善患者 CRF 效果不明显 [$SMD=-0.24$, $95\%CI(-0.50, 0.02)$, $P=0.07$]。见图 7。

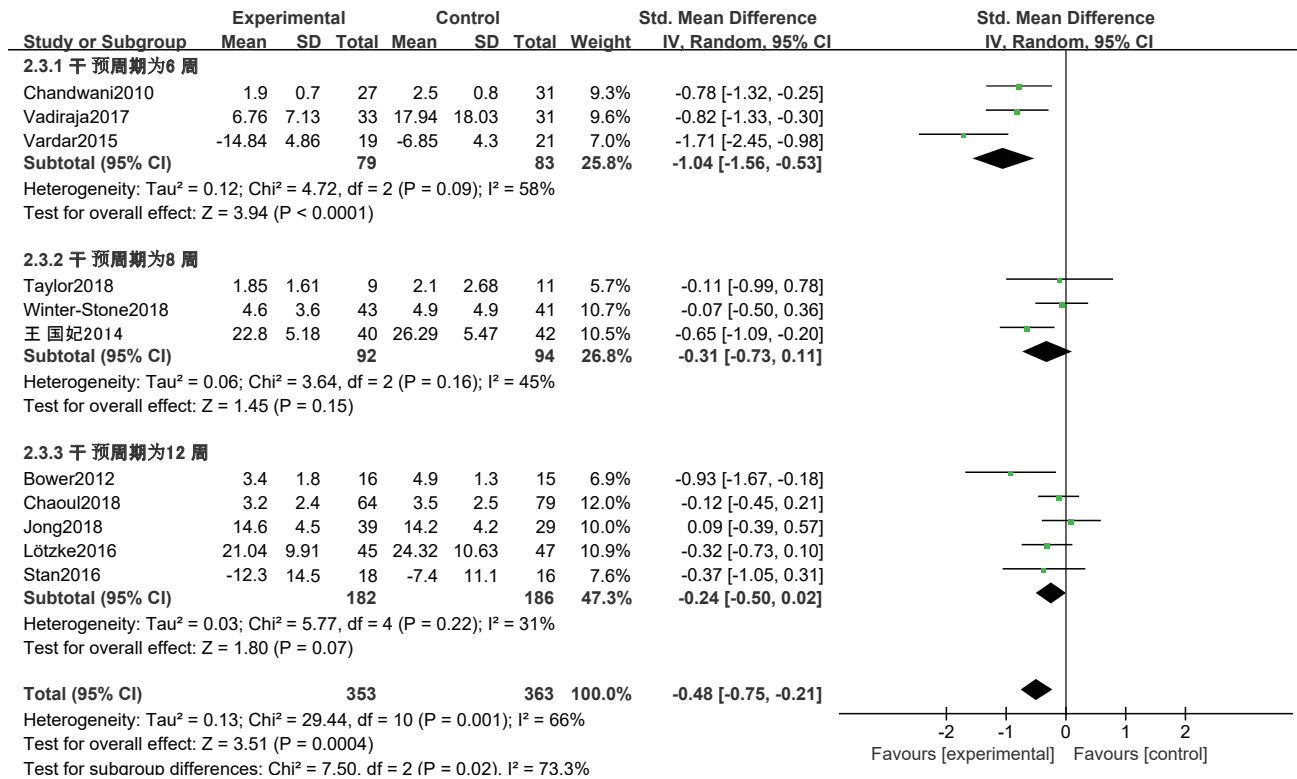


图 7 不同瑜伽干预周期的 Meta 分析

2.4.5 不同总瑜伽干预时间的效果 根据乳腺癌患者不同总瑜伽干预时长进行亚组分析。6项^[7,10,12,14,17,19]研究为瑜伽干预时间 <18 h, 异质性可接受($P=0.23$, $I^2=27\%$), 结果显示改善患者 CRF 效果不明显 [$SMD=-0.20$, $95\%CI(-0.44, 0.03)$, $P=0.09$]。4项^[8,13,16,18]研究瑜伽干预时长为 18~35 h, 异质性较大

($P=0.01$, $I^2=72\%$), 采用随机效应模型, 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-0.80$, $95\%CI(-1.29, -0.32)$, $P=0.001$]。3项^[9,11,15]研究为瑜伽干预时间 >35 h, 异质性可接受($P=0.55$, $I^2=0\%$), 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-0.60$, $95\%CI(-0.98, -0.22)$, $P=0.002$]。见图 8。

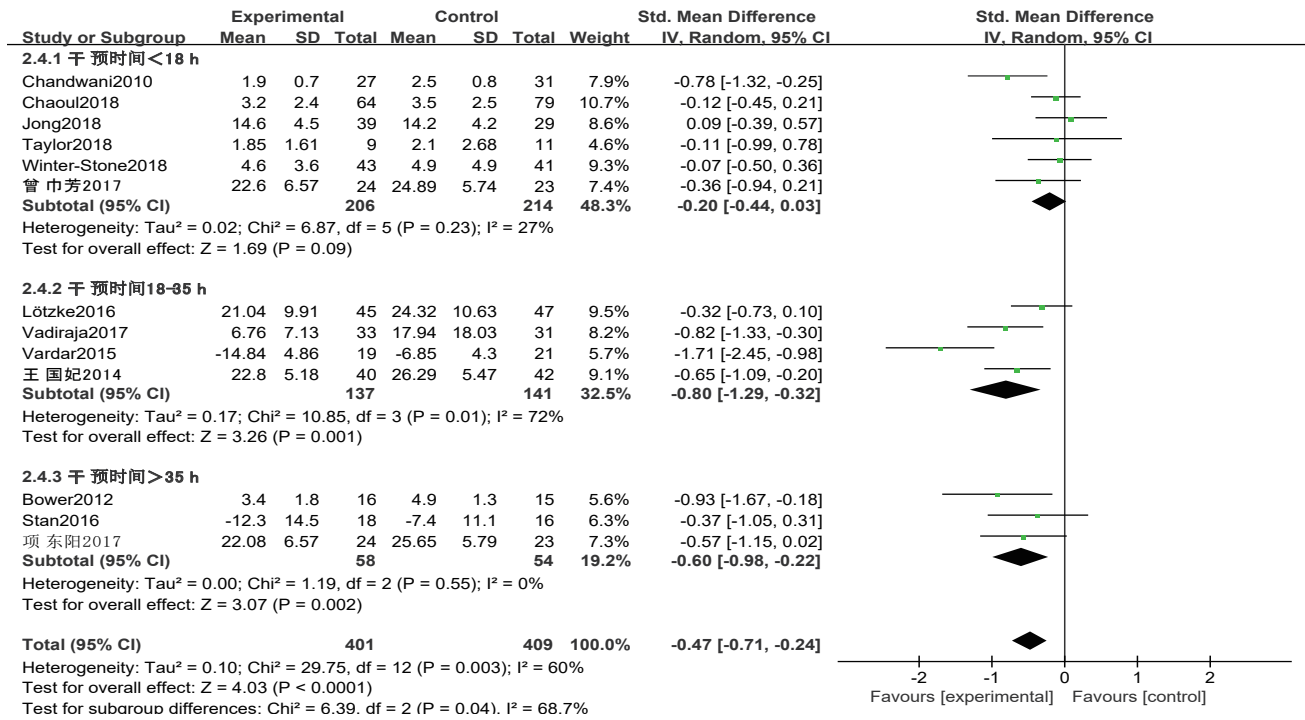


图8 不同总瑜伽干预时间的 Meta 分析

2.4.6 不同类型瑜伽干预的效果 本研究将侧重正念和冥想的瑜伽干预归为一类, 将侧重体式和呼吸的瑜伽干预归为一类^[20]。根据乳腺癌患者不同类型瑜伽干预进行亚组分析。2项^[10,18]研究为侧重正念和冥想的瑜伽干预, 异质性较大($P=0.0001$, $I^2=93\%$), 采用随机效应模型, 结果显示改善患者

CRF 效果不明显 [$SMD=-0.88$, $95\%CI(-2.44, 0.68)$, $P=0.27$]。9项^[8,11-17,19]研究为侧重体式和呼吸的瑜伽干预, 异质性可接受($P=0.07$, $I^2=45\%$), 结果显示可以改善患者 CRF 症状 [$SMD=-0.42$, $95\%CI(-0.66, -0.18)$, $P=0.0005$]。见图 9。

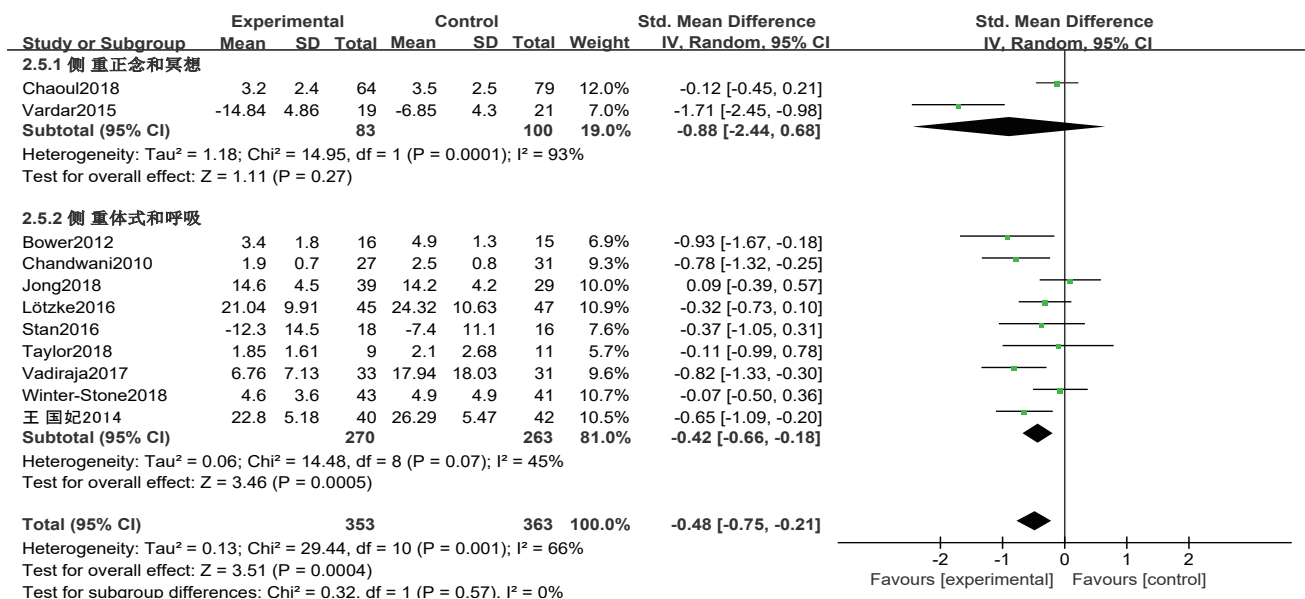


图9 不同类型瑜伽干预的 Meta 分析

2.4.7 不同形式瑜伽干预的效果 根据乳腺癌患者不同形式瑜伽干预进行亚组分析。8项^[7-9,11,13-14,16-17]研究为团体瑜伽干预,异质性可接受($P=0.17$, $I^2=32\%$),结果显示可以改善患者CRF症状 [$SMD=-0.45, 95\%CI(-0.68, -0.21)$, $P=0.0002$]。6项^[10,12,15,18-19]研究为个体一对一瑜伽干预,异质性较大($P=0.0007$, $I^2=79\%$),采用随机效应模型,结果显示可以改善患者CRF症状 [$SMD=-0.55, 95\%CI(-1.05, -0.05)$,

$P=0.03$]。结果显示,团体瑜伽干预优于个体一对一瑜伽干预。见图10。

2.5 敏感性分析和发表偏倚分析

敏感性分析:①改变分析模型,分析结果均显示 $P<0.05$ 。②剔除权重最大的研究,分析结果均显示 $P<0.05$ 。③逐个剔除研究,分析结果均显示效应量改变差异不大,提示结果稳健。

漏斗图显示不对称,有发表偏倚。见图11。

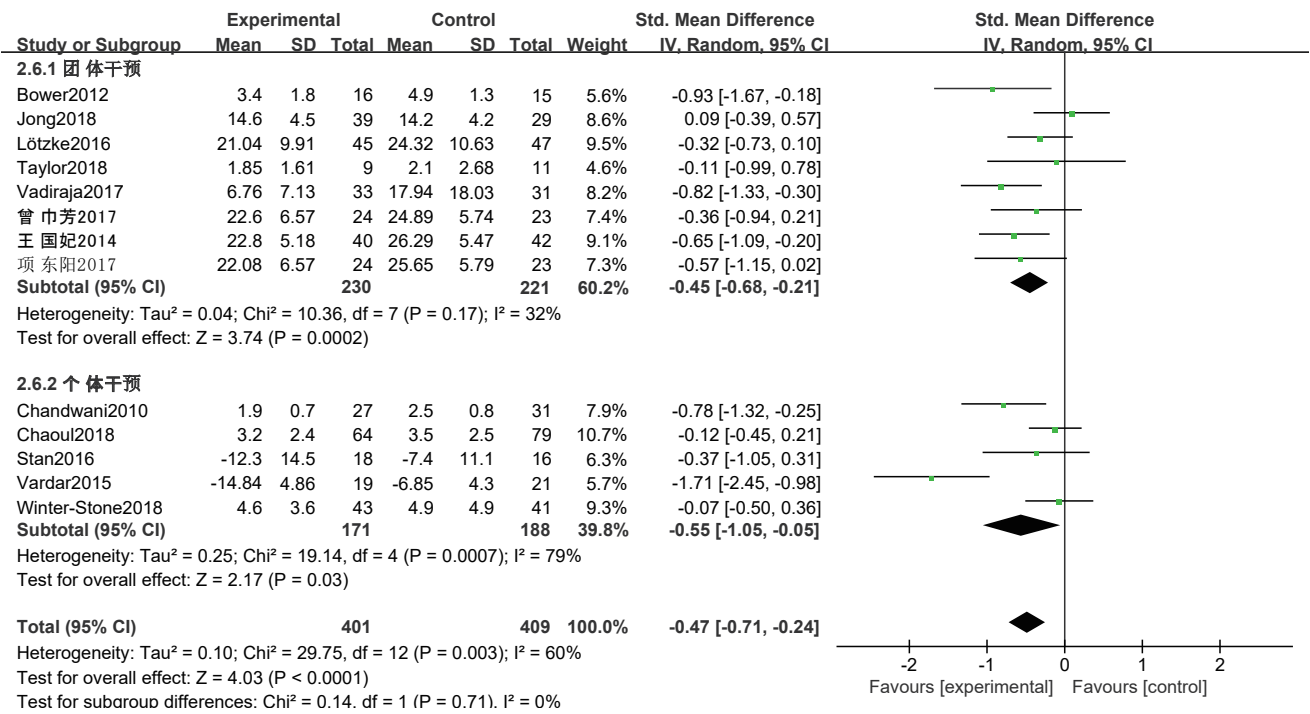


图10 不同形式瑜伽干预的Meta分析

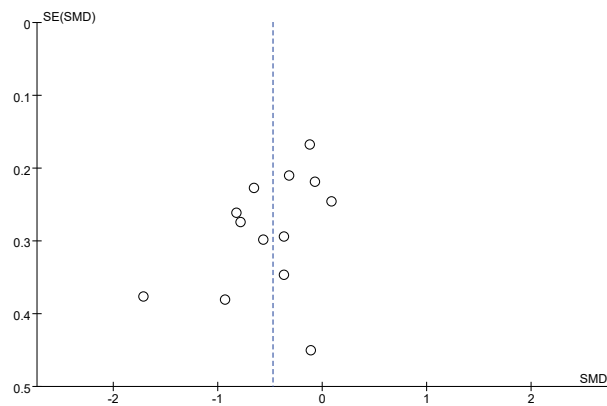


图11 漏斗图

3 结论

3.1 瑜伽对乳腺癌患者CRF的影响

CRF是癌症患者最常见的症状之一,一半以上的患者在治疗期间或治疗后会感到疲劳,可导致生活质量降低,治疗依从性降低,甚至比未受疲乏影响患者的生存率更差^[21]。乳腺癌患者最普遍接受的运动方案是每周进行大约150 min中等到高强度的

有氧运动,但是只有30%~47%的乳腺癌患者根据建议进行锻炼^[18]。瑜伽是一种身心锻炼项目,包括身体姿势、呼吸和冥想,瑜伽课程的主要结果是预防疲劳,与有氧运动训练一样,也能提高患者的身体机能,目前,被世界上许多主要的癌症治疗中心用作辅助疗法^[18]。本研究表明,瑜伽对缓解乳腺癌患者CRF有积极作用,与Cramer等研究^[3]结果一致。

在干预时间上,纳入7项^[7-9,12-13,18-19]研究表明,单次瑜伽干预时间在30~75 min对缓解患者CRF症状有效果。纳入10项^[7-9,11-13,15-16,18-19]研究表明,每周瑜伽干预时间 ≥ 1.5 h对缓解患者CRF症状有效果。纳入3项^[12-13,18]研究表明,瑜伽干预周期为6周对缓解患者CRF症状有效果。纳入7项^[8-9,11,13,15-16,18]研究表明,总瑜伽干预时间 ≥ 18 h对缓解患者CRF症状有效果。但由于研究异质性较大,结论可信度需更多研究验证。有研究^[22]表明,瑜伽干预时间在60 min和90 min、瑜伽干预周期在6周和8周,均显示出对乳腺癌患者疲劳的巨大影响。

在干预类型上,纳入13项^[7-19]研究表明,团体瑜伽干预和个体一对一瑜伽干预均对缓解患者CRF症状有效果,且团体瑜伽干预优于一个个体瑜伽干预。团体瑜伽干预有同伴支持和群体互动的作用。患者在进行团体瑜伽干预期间,有助于患者互相鼓励,交流感受,提高患者瑜伽干预治疗依从性。但也有国外研究^[17]显示,团体瑜伽课的出勤率在58%~88%。实现低辍课率和高坚持率始终是团体瑜伽干预的一个目标。一对一个体瑜伽干预十分有针对性,有利于满足患者个体需求,可及时了解患者反馈并做出调整。有研究^[12]显示,一对一个体瑜伽干预期间,50%的患者到达瑜伽课完美出勤率,81%的患者出勤率超过了80%。将团体瑜伽干预和个体瑜伽干预进行结合,可提高患者瑜伽课出勤率和坚持率。纳入9项^[8,11-17,19]研究表明,侧重体式 and 呼吸的瑜伽干预对改善患者CRF症状有效果。国外研究^[19]显示,近三分之一的癌症患者在闲暇时间没有进行任何体育活动。瑜伽是一种身体和呼吸练习的结合^[23]。为了减少疲劳,乳腺癌患者不需要剧烈运动,所以瑜伽作为中低强度的运动是有效且合适的^[19]。瑜伽有助于促进患者有规律地参加锻炼,使患者适应锻炼后的疲劳感,也提高患者的疲乏阈值,使患者在日常生活中更不容易感到疲乏。侧重体式和呼吸的瑜伽干预不仅使患者在每个瑜伽姿势中都专注于身体和呼吸,也促进患者在瑜伽锻炼期间进行冥想练习。

纳入6项^[10-11,14-17]研究表明,单次瑜伽干预时间 ≥ 75 min对缓解患者CRF效果不明显。纳入3项^[10,14,17]研究表明,每周瑜伽干预时间 <1.5 h对缓解患者CRF效果不明显。纳入8项^[8,10-11,14-17,19]研究表明,瑜伽干预周期为8周或12周对缓解患者CRF效果不明显。纳入6项^[7,10,12,14,17,19]研究表明,总瑜伽干预时间 <18 h对缓解患者CRF效果不明显。纳入2项^[10,18]研究表明,侧重正念和冥想的瑜伽干预对缓解患者CRF效果不明显。但本研究对于次要指标评价的文献纳入样本量较小,需进一步验证。

3.2 异质性与偏倚

本研究存在一定程度的异质性与偏倚,主要是由于:①各研究结局指标的测评工具不完全相同,存在一定程度的异质性;②各研究的干预时间、干预频率、干预措施的具体实施方法等不完全相同,存在一定异质性;③部分研究未采用正确的随机方法,存在选择性偏倚;④本研究只纳入中英文文献,可能会对结果造成偏倚。

4 小结

本文Meta分析结果显示,瑜伽能有效改善乳腺癌患者CRF。建议乳腺癌患者单次瑜伽干预时间在30~75 min,每周瑜伽干预时间 ≥ 1.5 h,瑜伽干预周期为6周,总瑜伽干预时间 ≥ 18 h,对患者侧重于体式和呼吸的瑜伽干预训练,将团体瑜伽干预和一对一个体瑜伽干预结合并重。且由于纳入研究的数量和质量有限,结论尚需大样本、高质量RCT研究予以验证。

5 参考文献

- [1] Feng RM, Zong YN, Cao SM, et al. Current cancer situation in China: good or bad news from the 2018 Global Cancer Statistics? [J]. Cancer Commun (Lond), 2019, 39(1): 22.
- [2] 张剑军, 钱建新. 中国癌症相关性疲乏临床实践诊疗指南(2021年版) [J]. 中国癌症杂志, 2021, 31(9): 852-872.
- [3] Cramer H, Lauche R, Klose P, et al. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 1(1): CD010802.
- [4] 赵盼超, 纪仲秋, 文蕊香, 等. 基于AnyBody仿真的瑜伽动作下肢生物力学特征 [J]. 医用生物力学, 2020, 35(6): 698-704.
- [5] Greenlee H, Dupont-Reyes M J, Balneaves L G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment [J]. CA Cancer J Clin, 2017, 67(3): 194-232.
- [6] Cumpston M, Li T, Page M J, et al. Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 10: ED000142.
- [7] 曾巾芳. 瑜伽联合音乐放松训练对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏的干预效果 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(19): 1-2.
- [8] 王国妃, 王曙红, 姜萍岚, 等. 瑜伽对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏的干预效果 [J]. 中南大学学报(医学版), 2014, 39(10): 1077-1082.
- [9] 项东阳, 王梅, 汪浩, 等. 瑜伽联合音乐放松训练对乳腺癌化疗患者癌因性疲乏的干预效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(2): 184-187.
- [10] Chaoul A, Milbury K, Spelman A, et al. Randomized trial of Tibetan yoga in patients with breast cancer undergoing chemotherapy [J]. Cancer, 2018, 124(1): 36-45.
- [11] Bower JE, Garet D, Sternlieb B, et al. Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled

- trial[J]. Cancer, 2012, 118(15): 3766–3775.
- [12] Chandwani KD, Thornton B, Perkins GH, et al. Yoga improves quality of life and benefit finding in women undergoing radiotherapy for breast cancer[J]. J Soc Integr Oncol, 2010, 8(2): 43–55.
- [13] Vadiraja HS, Rao RM, Nagarathna R, et al. Effects of Yoga in Managing Fatigue in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial[J]. Indian J Palliat Care, 2017, 23(3): 247–252.
- [14] Jong MC, Boers I, Schouten van der Velden AP, et al. A Randomized Study of Yoga for Fatigue and Quality of Life in Women with Breast Cancer Undergoing (Neo) Adjuvant Chemotherapy[J]. J Altern Complement Med, 2018, 24(9-10): 942–953.
- [15] Stan DL, Croghan KA, Croghan IT, et al. Randomized pilot trial of yoga versus strengthening exercises in breast cancer survivors with cancer-related fatigue[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(9): 4005–4015.
- [16] Lötze D, Wiedemann F, Rodrigues Recchia D, et al. Iyengar-Yoga Compared to Exercise as a Therapeutic Intervention during (Neo) adjuvant Therapy in Women with Stage I–III Breast Cancer: Health-Related Quality of Life, Mindfulness, Spirituality, Life Satisfaction, and Cancer-Related Fatigue[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2016, 2016(2): 5931816.
- [17] Taylor TR, Barrow J, Makambi K, et al. A Restorative Yoga Intervention for African-American Breast Cancer Survivors: a Pilot Study[J]. J Racial Ethn Health Disparities, 2018, 5(1): 62–72.
- [18] Vardar Yağlı N, Sener G, Arıkan H, et al. Do yoga and aerobic exercise training have impact on functional capacity, fatigue, peripheral muscle strength, and quality of life in breast cancer survivors? [J]. Integr Cancer Ther, 2015, 14(2): 125–132.
- [19] Winters-Stone KM, Moe EL, Perry CK, et al. Enhancing an oncologist's recommendation to exercise to manage fatigue levels in breast cancer patients: a randomized controlled trial[J]. Support Care Cancer, 2018, 26(3): 905–912.
- [20] 章毛毛, 孟爱凤, 张柳柳, 等. 不同方式瑜伽干预对乳腺癌病人睡眠质量影响的 Meta 分析 [J]. 循证护理, 2021, 7(18): 2415–2422.
- [21] Lundt A, Jentschke E. Long-Term Changes of Symptoms of Anxiety, Depression, and Fatigue in Cancer Patients 6 Months After the End of Yoga Therapy[J]. Integr Cancer Ther, 2019, 18(1): 1–9.
- [22] Dong B, Xie C, Jing X, et al. Yoga has a solid effect on cancer-related fatigue in patients with breast cancer: a meta-analysis[J]. Breast Cancer Res Treat, 2019, 177(1): 5–16.
- [23] Pasyar N, Barshan Tashnizi N, Mansouri P, et al. Effect of yoga exercise on the quality of life and upper extremity volume among women with breast cancer related lymphedema: A pilot study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2019, 42: 103–109.
- [2022-03-24 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

欢迎订阅 欢迎投稿

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

《护理实践与研究》杂志为半月刊,大16开,160页,每月10日、25日出版发行。每期定价26元,全年合计624元。邮发代号:18-112。全国各地邮局订阅;杂志编辑部邮购。

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

《护理实践与研究》杂志社

原发性肝癌营养不良患者主要照护者营养干预培训方案的应用及效果评价

邓润菊 陈俊英 徐小玲 谯晓燕 汪廷 冯霜 黄纯杰

【摘要】 目的 制订肝癌营养不良患者照护者营养干预培训方案,以达到改善患者营养不良的目的。方法 采用类实验研究方法,选取重庆市某三级甲等医院2020年7月—2021年1月行手术切除且入院诊断为营养不良的68例肝癌患者及其主要照护者68名为对照组。2021年2—8月行手术切除且入院诊断为营养不良的70例肝癌患者及其主要照护者70名作为观察组。对照组采取常规围术期营养护理;观察组在对患者采取围术期营养护理外,对主要照护者实施营养干预培训方案。结果 对患者主要照护者实施营养干预培训方案后,观察组出院时及出院后1个月营养不良发生率低于对照组($P<0.05$),观察组护理满意度评分高于对照组,观察组主要照护者营养知识平均得分高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。对其主要照护者实施营养干预培训后,干预因素与时间之间存在交互作用,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 对肝癌患者主要照护者实施营养干预培训,能提升主要照护者营养知识得分,为患者提供适宜的饮食结构,从而降低患者营养不良发生率,提高护患满意度。

【关键词】 肝癌;照护者;营养不良;营养知识;满意度;柯氏模型

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.023

原发性肝癌(primary liver cancer, PLC)是我国第四位恶性肿瘤及第二位肿瘤致死病因^[1]。预计到2035年PLC发病将达到2400万人,已严重威胁着我国人民的生命与健康^[2]。肝部分切除是肝癌患者的主要治疗手段,但是肝切除术后的患者更容易出现营养不良的指征^[1]。营养不良^[3]指因能量、蛋白质或其他营养素缺乏或过量,对机体功能乃至临床结局造成不良影响的现象,恶性肿瘤营养不良的主要原因是摄入不足和消耗增加。有研究报道^[4],肝癌患者营养不良发生率高达74.36%,营养不良可导致并发症、放化疗不良反应及术后病死率均增高,肿瘤对治疗的反应降低、术后恢复时间延长等多种严重后果。有研究表明^[2-3],30%~60%的癌症患者营养不良的程度与临床结局的好坏相关,甚至全球每年有200万肿瘤患者死于严重的营养不良^[4],因此恶性肿瘤患者营养不良问题一直受广大学者的高度重视。

肝癌营养不良患者自理能力比较差,需要照护者协助,主要照护者全程正确地参与患者营养管理,能直接影响患者的营养状态、手术耐受程度及康复。本研究拟对肝癌营养不良患者主要照护者实施营养干预培训方案,提升主要照护者营养相关知识水平,

使主要照护者为患者提供更适宜的饮食结构,再用柯氏评估模型对培训方案进行效果评价,从而达到改善患者营养状况的目的。

1 对象与方法

1.1 纳入与排除条件

纳入条件:入院诊断为原发性肝癌的营养不良患者;患者及照护者意识清楚,具有一定读写能力;知情同意,自愿参加。

排除条件:患者合并其他器官系统严重疾病或其他恶性肿瘤者;患者既往有精神病史及精神障碍者,严重智力和认知障碍者;患者或照护者住院期间不配合治疗者;患者或照护者沟通困难者。退出:中途不愿意参与本研究者;中途失联或死亡者。

1.2 研究对象

本研究采用类实验研究设计方法,于2020年7月—2021年1月在重庆市某三级甲等医院肝胆胰外科行手术切除且入院诊断为营养不良的68例原发性肝癌患者及其主要照护者68名为对照组;2021年2—8月行手术切除且入院诊断为营养不良的70例原发性肝癌患者及其主要照护者70名作为观察组。两组患者及主要照护者均完成了研究,无中途退出者。两组患者及其主要照护者性别、年龄、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1、表2。本研究经医院伦理委员会审核。两组患者及主要照护者均知情同意。

作者单位:400042 重庆市,中国人民解放军陆军特色医学中心肝胆胰外科
邓润菊,女,副主任护师
通信作者:陈俊英,女,副主任护师,护士长

表 1 两组患者一般资料比较

项目	类别	对照组（ <i>n</i> =68）	观察组（ <i>n</i> =70）	χ^2 值	<i>P</i> 值
年龄（岁）		56.50 ± 10.14	57.07 ± 10.44	0.326*	0.745
性别	男	54	57	0.089	0.765
	女	14	13		
居住地	城镇	32	31	0.107	0.744
	农村	36	39		
家庭人均月收入（元）	<3000	17	19	0.511	0.917
	3000~	24	24		
	5000~	22	20		
	>10 000	5	7		
医疗付费方式	职工医保	24	22	0.501	0.919
	居民医保	33	38		
	商保	5	5		
	自费	6	5		
文化程度	大专及以上	10	9	0.301	0.960
	高中及中专	11	13		
	初中	21	23		
	小学及以下	26	25		
职业情况	在职	41	39	0.387	0.824
	无职	12	15		
	离 / 退休	15	16		
婚姻状况	在婚	52	51	0.238	0.626
	不在婚	16	19		
自理能力	完全自理	49	54	0.471	0.493
	部分自理	19	16		
是否合并其他慢性疾病	是	8	11	0.453	0.501
	否	60	59		

* 为 *t* 值。

表 2 两组主要照护者一般资料比较

项目	类别	对照组（ <i>n</i> =68）	观察组（ <i>n</i> =70）	χ^2 值	<i>P</i> 值
年龄（岁）		44.50 ± 8.14	43.07 ± 7.44	0.426*	0.945
性别	男	24	27	0.439	0.765
	女	44	43		
居住地	城镇	35	41	0.304	0.824
	农村	33	29		
文化程度	大专及以上	6	9	0.301	0.96
	高中及中专	14	17		
	初中	26	27		
	小学及以下	22	17		
职业情况	在职	22	21	0.587	0.624
	无职	34	35		
	离 / 退休	14	14		

* 为 *t* 值。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 住院期间按照日常工作安排，给予患者常规围术期营养管理及健康宣教，出院后按

常规延续护理计划随访。

1.3.2 观察组 对患者的主要照护者行个体化具体化的营养干预培训方案，具体内容如下。

(1) 成立多学科协作营养干预小组: 本研究由护士主导, 项目组成员包含 2 名主治医师, 1 名营养师, 1 名副主任护师, 3 名主管护师及 3 名实习护生, 是由医营护构成的多学科团队。由研究小组成员的副主任护师负责整个项目的统筹与推进, 2 名主管护师对患者行营养风险筛查及评估, 制订相关问卷及护理措施, 主治医生和营养师负责专业知识咨询、制订患者营养改善方案并对主管护师制订的相关问卷及营养干预措施进行审核, 1 名主管护师带领 3 名学员进行临床资料采集, 查阅文献、整理资料及汇总。

(2) 营养不良的评估: 研究小组护士对患者采用病历分析、线上回访、面对面访谈法, 收集患者性别、年龄、文化程度等一般资料。应用 NRS2002 营养风险评估表从体重指数 (BMI)、近期体质量变化、膳食摄入变化、疾病严重程度 4 个方面对每例患者入院时行营养风险筛查, 营养风险评分 ≥ 3 分为高风险。高风险患者由营养师介入, 通过人体测量 (BMI)、上臂肌围、白蛋白、前蛋白、血红蛋白、淋巴细胞、PG-SGA、膳食摄入等方面对研究对象进行营养评定, 评定为营养不良的肝癌手术患者为研究对象, 由医营护团队根据患者具体情况制订相应的营养计划。

(3) 个体化具体化的培训方案: ①在院期间以多媒体形式对患者的主要照护者行多媒体集体宣讲每周 1 次, 发放营养指导宣教手册, 宣讲内容包括肝癌营养不良患者饮食原则; 如何为患者提供高维生素、高热量、优质蛋白的食物; 如何纠正肝癌营养不良患者不良的饮食习惯; 优化饮食结构对肝癌营养不良患者的意义。②在院期间一对一进行饮食指导, 主管医师、营养师和护士根据患者喜好、胃肠功能及血清学指标, 确定营养方式及膳食种类。主要照护者协助护士记录患者食物的摄入量、种类及饮水量, 研究小组成员计算患者摄入的营养元素和热量等, 保证患者摄入的营养元素在目标范围内, 摄入量和目标量差距较大, 则加强对主要照护者的指导, 并优化患者饮食结构。按患者及照护者需求设置指导次数。③微信群里每月 1 次照护者联谊会, 照护者之间互相沟通、学习, 相互鼓励, 尤其是擅长烹饪的照护者可以向大家分享烹饪经验, 为患者提供色香味俱全的饮食, 改善患者饮食结构及食欲。④由医营护团队根据患者营养不良状况及机体需要量制订每周食谱, 每日食谱含有详细谷薯类、菜果类、肉蛋奶豆类及油脂类的名称、每样食物的食用量及食物之间互换量, 督促照护者根据患者喜

好搭配食物, 确保患者每日能量及营养物质摄入量充裕。⑤每日进食打卡, 在院患者由主要照护者在饮食记录卡上记录, 出院患者由其照护者在微信小程序上进行饮食打卡。主要内容包括每次进食时间、食物种类、进食量及患者有无恶心呕吐等情况, 科研小组成员根据饮食打卡情况及肠外营养摄入量计算患者每日营养素和热量的摄入量, 摄入量和目标量相差较大时强加指导并根据患者及主要照护者调整指导方法, 确保患者每日营养摄入量达标。③~⑤项干预措施从入院开始到患者出院后 1 个月。

1.4 对培训方案进行效果评价

基于柯氏模型, 从主要照护者营养知识得分、护患满意度及患者营养不良改善情况 3 个方面进行效果评价。柯氏模型^[5]是由美国 Kirkpatrick 于 1959 年提出, 是目前应用最广泛、操作性最强的培训效果评估模型, 能够全方位地评价培训效果。目前被众多学者^[6-7]应用于医务工作者的培训中, 并且取得满意效果。该效果评估模型为逐渐递增的 4 个层级: 反应层、学习层、行为层和结果层。本研究中, 反应层评估主要照护者对整个治疗过程中的护理满意度; 学习层评估整个培训后主要照护者营养相关知识的掌握情况; 行为层通过自评和他评的方式进行, 评估主要照护者从观念到具体行为的转变, 通过饮食记录卡及微信小程序上食谱打卡及照护者联谊会进行评估; 结果层评估患者营养不良改善情况。

(1) 营养评定: 应用主观全面评定法 (SGA) 对两组患者进行营养评定。SGA 分为 5 个部分, 第一部分是对于体质量丢失的评分; 第二部分是疾病和年龄的评分; 第三部分是代谢应激状态的评分; 第四部分是体格检查, 通过脂肪、眼窝脂肪垫、三头肌皮褶厚度、肋下脂肪、肌肉、四肢、体液等来综合进行总体消耗的主观评分; 第五部分是整体评估评分 (PG-SGA), 通过对患者的体质量、营养摄入情况、营养相关的症状、功能、体格检查分为 ABC 3 级。当 SGA 评分 ≥ 3 分则需要对主要照护者实施营养干预培训, 并对症状和实验室检查结果进行适当的护理干预。

(2) 营养相关知识: 营养相关知识问卷由 4 个方面 20 个条目组成, 每个条目采用 Likert 5 级评分法, 从“完全不会”到“全都会”, 由 1 分逐渐增到 5 分, 总分为 20~100 分。

(3) 护理满意度: 主要照护者护理满意度包括 3 个方面共 10 个条目, 每个条目评分为 0~10 分, 总分为 0~100 分, 评分越高越满意。

1.5 统计学方法

本研究采用 SPSS 21.0 统计学软件进行统计分析, 计量资料采用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用双因素重复测量方差分析; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者营养不良情况比较

两组患者入院第 3 天时营养不良发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$); 出院时及出院后 1 个月, 观察组营养不良发生率均低于对照组, 组间比较差

异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

2.2 两组主要照护者各时段营养知识掌握情况比较

两组主要照护者入院第 3 天营养知识得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预培训方案与时间之间存在交互作用 ($F_{交互}=6.524, P<0.001$), 实施干预培训方案后各时间点营养知识得分比较差异有统计学意义 ($F_{时间}=11.254, P<0.001$), 两组间的主要照护者营养知识得分比较差异有统计意义 ($F_{组间}=6.582, P<0.001$), 说明对患者主要照护者实施营养干预培训方案能提升主要照护者营养相关知识水平, 从而改变照护者的饮食观念, 为优化患者饮食结构起积极作用, 见表 4。

表 3 两组患者营养不良发生率的比较

组别	观察例数	入院第 3 天		出院时		出院后 1 个月	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)	例数	率 (%)
对照组	68	66	97.06	37	54.41	34	50.00
观察组	70	67	95.71	21	30.00	19	27.14
χ^2 值		0.000		6.594		8.571	
P 值		0.992		0.010		0.003	

表 4 两组主要照护者各时段营养知识问卷得分比较 (分)

组别	人数	入院第 3 天	出院时	出院后 1 个月
对照组	68	62.37 ± 7.071	64.57 ± 6.031	61.38 ± 7.403
观察组	70	61.13 ± 6.605	78.24 ± 5.037	81.69 ± 3.744

$F_{组间}=6.582, P<0.001; F_{时间}=11.254, P<0.001; F_{交互}=6.524, P<0.001。$

2.3 两组主要照护者各时段满意度评分比较

两组主要照护者入院第 3 天主要照护者对护理满意度比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预培训方案与时间之间存在交互作用 ($F_{交互}=2.213, P<0.05$), 实施干预培训方案后各时间点护理满意度得分均明显高于干预培训前, 差异有统计学

意义 ($F_{时间}=5.241, P<0.001$), 两组间的主要照护者护理满意度得分比较差异有统计学意义 ($F_{组间}=8.245, P<0.001$), 说明对患者主要照护者实施营养干预培训方案能提升主要照护者对护理的满意度, 从而使护患关系更和谐, 见表 5。

表 5 两组主要照护者各时段满意度评分比较 (分)

组别	人数	入院第 3 天	出院时	出院后 1 个月
对照组	68	81.53 ± 5.112	84.81 ± 6.249	82.46 ± 6.431
观察组	70	83.06 ± 3.938	95.39 ± 3.478	93.90 ± 2.725

$F_{组间}=8.245, P<0.001; F_{时间}=5.241, P<0.001; F_{交互}=2.213, P=0.044。$

3 讨论

3.1 个性化具体化营养干预提升照护者营养相关知识水平及对护理的满意度

原发性肝癌患者是营养不足与营养风险的高发

人群, 而这一部分患者术后自理能力不足, 大多数患者衣食住行均需要主要照护者协助, 因此患者的治疗康复中, 主要照护者起重要作用。崔雪等^[8]对 280 名晚期肝癌患者主要照护者从疾病知识、医护相关行为、对患者症状的控制、临终关怀知识、

对患者的心理支持、家属自身健康等方面进行需求现状调查,其中疾病知识需求和医护相关行为得分最高,晚期肝癌患者主要照护者对这两方面需求也最渴望,这与陈斯雯等^[9]的研究相吻合。本研究通过对主要照护者实施营养干预培训,其营养相关知识得分明显提升,观察组出院时及出院后1个月营养知识平均得分高于对照组。因此,日常工作中将健康教育对象由患者扩展到主要照护者,为主要照护者制订标准化、个性化的健康教育路径,可系统性地加强患者及照护者对疾病知识的理解尤为重要。用医护的实际行动带动照护者,让照护者从观念转变到实际行动,按照学组制订的周食谱计划为患者提供优质的饮食结构。本研究中饮食记录卡执行率100%,微信小程序每日饮食打卡执行率为89.24%,绝大多数时段执行得很好,连续2次未打卡时本组研究人员进行根源分析,查明原因,及时采取措施。通过对主要照护者实施营养干预培训,以达到提高患者生活质量,提升护患满意度的目的,本研究中观察组护理满意度高于对照组。

3.2 个性化具体化的营养干预有助于原发性肝癌患者术后康复及改善患者营养状况

翟茂东等^[10]对411例入住肝胆胰外科的患者进行营养风险筛查,肝癌的营养风险发生率最高(59.3%),有营养风险的患者并发症发生率为44.7%,对有营养风险的患者应用营养支持后并发症发生率明显下降,无营养风险的患者应用营养支持后并发症发生率未见明显下降,反而升高。本研究纳入对象均为原发性肝癌营养不良患者,经术前调整,两组患者营养状况均得到改善,而观察组经过对主要照护者行个性化具体化的营养干预培训后,营养改善更为明显,因此针对患者主要照护者实施个性化具体化的营养干预尤为重要,可有效改善患者营养状态,从而改善一系列术后并发症。

4 小结

随着加速外科理念的发展,营养干预已成为肝癌综合治疗的重要部分,常规对肝癌患者营养状况进行评估,及早发现和诊断营养不良及程度,及时给予合理的营养支持能提高患者的生活质量,改善患者预后^[11]。同时医营护人员应加强多学科协作,加强与主要照护者之间的合作,向患者及其主要照

护者强调饮食的重要性,为患者制订适宜的营养改善方案,提高患者合理膳食依从性,提升主要照护者营养认知的观念并转化为实际行动,为患者提供鲜美且营养丰富的饮食,最终改善患者营养状态,提高患者生活质量。

5 参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局.原发性肝癌诊疗规范(2019年版)[J].中国实用外科杂志,2019,40(2):121-137.
- [2] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2):115-123.
- [3] Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients[J]. Clin Nutr, 2017, 36(1):11-48.
- [4] Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Allen C, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study[J]. JAMA Oncol, 2017, 3(4):524-548.
- [5] 尚星辰, 林征, 谢晓峰, 等. 基于柯氏模型的护士规范化培训质量指标体系构建[J]. 护理研究, 2019, 33(18): 3095-3100.
- [6] 陈俊英, 邓润菊, 黄绪兰, 等. 柯氏模型及肝胆外科管道全程管理的构建研究[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44(10):1426-1429.
- [7] 朱新青. 基于柯氏模型的三级双向六环护理培训方案的构建与应用[J]. 中国护理管理, 2020, 20(1):20-24.
- [8] 崔雪, 王红丽, 徐春艳. 晚期肝癌患者主要照护者需求现状调查及影响因素分析[J]. 新疆医科大学学报, 2019, 42(9):1211-1215.
- [9] 陈斯雯, 刘维维, 刘玉萍. 癌症患者主要照护者的积极感受现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2017, 24(4):55-58.
- [10] 翟茂东, 杨俊, 贾震易, 等. 肝胆胰外科患者营养风险筛查与临床结局分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2012, 24(3):179-182.
- [11] 蔡晓娟, 陆雁, 张兰凤, 等. 个性化系统营养干预在食管癌放疗病人护理中的应用效果观察[J]. 护理研究, 2017, 31(13):1629-1631.

[2022-01-05 收稿]

(责任编辑 陈景景)

无痛分娩联合自由体位助产对初产妇产程及分娩结局的影响

吴婷 马琼 刘佩蓉

【摘要】目的 探讨无痛分娩联合自由体位助产对初产妇产程及分娩结局等的影响。**方法** 选取2021年1—12月医院分娩的初产妇180例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则将产妇分为观察组及对照组,每组90例。对照组行无痛分娩,观察组在对照组基础上联合自由体位助产,比较两组产程时间、分娩结局、分娩疼痛感、催产素使用率、安定使用率、分娩自我效能感、产妇产后满意度等。**结果** 观察组第一产程、第二产程、总产程短于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);两组第三产程比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后观察组自我效能期望、结果期望评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。两组会阴侧切率、产后出血发生率、胎儿宫内窘迫发生率、分娩疼痛感评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组自然分娩率及产妇产后满意度高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组催产素使用率、安定使用率、宫缩乏力发生率及中转剖宫产率低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 无痛分娩联合自由体位助产能有效减轻初产妇宫缩疼痛感,提高产妇产后自我效能感,缩短产程,提高自然分娩率,改善产妇产后结局,进而提高产妇产后满意度。

【关键词】 无痛分娩;自由体位助产;初产妇;产程;分娩结局;分娩满意度

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.024

Effects of painless delivery combined with free position midwifery on labor and delivery outcomes in primipara WU Ting, MA Qiong, LIU Peirong (The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, 330006, China)

【Abstract】 Objective To explore the effects of painless delivery combined with free position midwifery on labor and delivery outcomes in primipara. **Methods** To select 180 primiparas who gave birth in hospitals from January to December 2021 as the study objects. According to the principle of comparability of basic characteristics between groups, the mothers were divided into an observation group and a control group, with 90 cases in each group. The control group underwent painless delivery, and the observation group was combined with free position midwifery on the basis of the control group. The labor process time, delivery outcome, labor pain, oxytocin use rate, stability use rate, childbirth self-efficacy, and maternal satisfaction with childbirth degree, etc, were compared between the two groups. **Results** The first stage of labor duration, the second stage of labor duration and the total labor duration in the observation group were shorter than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). There was no significant difference in the third stage of labor duration between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the self-efficacy expectation and outcome expectation scores of the observation group were higher than those of the control group, and the differences between the groups were statistically significant($P<0.05$). There were no significant differences in episiotomy rate, postpartum hemorrhage rate, fetal distress rate, and labor pain score between the two groups($P>0.05$). The natural delivery rate and maternal delivery satisfaction rate 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 oxytocin usage rate, diazepam usage rate, incidence rate of uterine atony and transfer rate of cesarean section in the observation

作者单位:330006 江西省南昌市,南昌大学第二附属医院
通信作者:马琼,女,本科,副主任护师

group were lower than those in the control group, and the differences between the groups were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Painless delivery combined with free position assistive labor can effectively reduce the pain of uterine contractions in primipara, improve maternal self-efficacy in childbirth, shorten labor process, increase the rate of natural childbirth, improve maternal pregnancy outcomes, and thus improve maternal satisfaction with childbirth.

【Key words】 Painless delivery; Free position midwifery; Primipara; Labor process; Delivery outcome; Delivery satisfaction

初产妇由于经验不足、分娩时间长、分娩疼痛等原因,往往对自然分娩存在着消极和抵抗情绪^[1],影响分娩信心及配合程度,甚至导致产程延长、宫缩乏力,增加不良妊娠结局^[2]。减轻初产妇分娩过程中疼痛感,提高产妇舒适度,将有助于消除不良情绪,改善产妇分娩结局^[3]。无痛分娩能减轻产妇宫缩引起的疼痛感,提高分娩舒适度,从而减轻心理压力,增强产妇分娩效能,使产妇能更好地配合分娩^[4]。自由体位分娩是指产妇分娩过程中可选取任意舒适的体位,包括传统仰卧位,从而提高产妇分娩舒适度^[5]。关于分娩舒适性的提升是否会对初产妇分娩结局有影响,在既往研究中尚没有给出明确的结论,本研究通过对初产妇实施无痛分娩联合自由体位分娩,提升产妇分娩舒适度,从而增强产妇分娩自我效能感,改善产妇分娩结局。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2021年1—12月我院分娩的初产妇180例为研究对象,纳入条件:头位、单胎、活产妊娠;产检无异常;符合阴道分娩指征;对本研究内容知情,愿意配合。排除条件:合并子宫及附件并发症;先兆流产或前置胎盘;合并羊膜腔感染;合并严重产科疾病,如妊娠高血压综合征、子痫前期等。按照组间基本特征具有可比性的原则将产妇分为观察组及对照组,每组90例。观察组:年龄20~35岁,平均 26.28 ± 2.12 岁;孕周为37~42周,平均 38.56 ± 1.23 周;体质指数(BMI)21.02~26.98,平均 22.85 ± 1.23 ;文化程度:初中或以下26例,高中/中专24例,大专或以上40例。对照组:年龄20~36岁,平均 26.32 ± 2.42 岁;孕周37~41周,平均 38.26 ± 1.34 周;BMI为21.11~27.23,平均 22.78 ± 1.36 ;文化程度:初中或以下25例,高中/中专25例,大专或以上40例。两组以上资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 分娩方法

1.2.1 对照组 实施连续硬膜外麻醉的无痛分娩,

产妇进入活跃期,即宫口开至3 cm时,由麻醉师对其行硬膜外穿刺置管,固定,宫缩期间注入0.1%利多卡因5 ml,观察产妇生命体征是否异常,确定无异常后将0.75%罗哌卡因注入100 ml镇痛泵中,背景剂量设为7 ml/h,每次追加6 ml,锁定时间为15 min。对产妇行常规围生期护理干预,告知产妇注意事项,叮嘱产妇放松心情,密切观察宫口情况;产程进展期间,由助产士指导产妇正确屏气、呼气,并给予产妇腹部按摩及鼓励,提高产妇分娩信心,以促进胎儿娩出。

1.2.2 观察组 在对照组基础上助产士一对一陪伴产妇并进行自由体位分娩干预:①宫缩和宫口开至3指情况下,给予心理支持,指导产妇放松心情。②进入活跃期后,增加观察和指导的频率,让产妇感受到自己是有人陪伴的。当产妇有所迟疑时,助产士要在第一时间给予鼓励和支持,帮助产妇消除疑惑,保持信心。③让产妇根据自我舒适度调整体位,比如跪趴、直立、侧躺、侧趴,使用分娩球等,告诉产妇各种体位的作用和注意事项,帮助产妇选择适合自己的分娩体位。

1.3 观察指标

由责任护士记录两组以下指标:

(1)产程时间:包括第一产程、第二产程、第三产程及总产程。

(2)分娩结局:包括阴道分娩、宫缩乏力、会阴侧切及中转剖宫产。

(3)记录两组初产妇产后出血、胎儿宫内窘迫、催产素使用率及安定使用率。

(4)分娩自我效能感:应用分娩自我效能感量表(childbirth self-Efficacy scale, CSECS)^[6]进行评价,量表包括自我效能期望和结果期望2个维度,每个量表各16个条目,合计32个条目,每个条目赋值1~10分,每个维度总评分16~160分,分值越高说明自我效能感越强,量表Cronbach's α 系数为0.855,信度系数为0.892,提示量表信效度理想。

(5)分娩疼痛感:应用视觉模拟评分(visual analogue score, VAS)^[7]对产妇进行评价,VAS评

分 1~10 分，分值越高说明产妇疼痛感越明显。

(6) 分娩满意度：采用自制分娩满意度调查问卷进行评价，包括满足产妇需求、分娩技巧指导、分娩感受、缓解分娩疼痛方法、分娩结局等 5 个维度，合计 25 个条目，每个条目赋值 1~4 分，总评分 25~100 分，>90 分为满意。满意率 = (满意例数 / 总例数) × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，方差齐时组间

均数比较采用 *t* 检验，方差不齐时组间均数比较采用 *t'* 检验；计数资料计算百分率，组间率的比较行 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产程时间比较

观察组第一产程、第二产程、总产程短于对照组，组间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组第三产程比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。见表 1。

表 1 两组产程时间比较 (min)

组别	观察例数	第一产程	第二产程	第三产程	总产程时间
观察组	90	256.12 ± 12.98	41.22 ± 8.96	6.21 ± 1.58	303.55 ± 18.52
对照组	90	321.52 ± 10.45	57.98 ± 10.02	6.58 ± 1.98	386.08 ± 22.36
<i>t</i> 值		37.233*	11.829	1.386	26.967
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.166	0.000

*为 *t'* 值。

2.2 干预前后两组分娩自我效能期望、结果期望评分比较

干预前，两组自我效能期望、结果期望评分比

较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；干预后，观察组自我效能期望、结果期望高于对照组，组间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 干预前后两组分娩自我效能期望、结果期望评分比较 (分)

组别	观察例数	自我效能期望		结果期望	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	90	75.23 ± 6.98	142.22 ± 12.98	68.25 ± 8.02	134.20 ± 9.66
对照组	90	75.30 ± 8.36	121.02 ± 9.98	68.02 ± 8.44	118.52 ± 10.02
<i>t</i> 值		0.061*	12.283*	0.187	10.688
<i>P</i> 值		0.951	0.000	0.851	0.000

*为 *t'* 值。

2.3 两组分娩结局、催产素使用率、安定使用率及产妇分娩满意率比较

观察组自然分娩率及产妇分娩满意率高于对照组，组间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05)；观察组催产素使用率、安定使用率、宫缩乏力发生率及中转剖宫产率低于对照组，组间比较差异有统计

意义 (*P* < 0.05)。两组会阴侧切率、产后出血发生率、胎儿宫内窘迫发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。见表 3。

2.4 两组分娩疼痛感评分比较

两组分娩疼痛感评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。见表 4。

表 3 两组分娩结局、催产素使用率、安定使用率及产妇产后满意率比较

组别	观察例数	自然分娩		产妇产后满意		催产素使用	
		例数	率(%)	例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	90	68	75.55	88	97.78	5	5.55
对照组	90	48	53.33	75	83.33	15	16.67
χ^2 值		9.698		10.978		4.556	
P 值		0.002		0.001		0.018	

组别	观察例数	安定使用		宫缩乏力		中转剖宫产	
		例数	率(%)	例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	90	6	6.67	10	11.11	10	11.11
对照组	90	18	20.00	22	24.44	32	35.55
χ^2 值		5.817		5.473		15.031	
P 值		0.016		0.019		0.001	

组别	观察例数	会阴侧切		产后出血		胎儿宫内窘迫	
		例数	率(%)	例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	90	12	13.33	1	1.11	0	0.00
对照组	90	10	11.11	3	3.33	3	3.33
χ^2 值		0.207		0.256*		1.356*	
P 值		0.649		0.613		0.244	

*为校正 χ^2 值。

表 4 两组分娩疼痛感评分比较(分)

组别	观察例数	分娩疼痛感
观察组	90	5.23 ± 0.98
对照组	90	5.40 ± 1.02
t 值		1.140
P 值		0.256

3 讨论

3.1 无痛分娩联合自由体位助产可缩短初产妇产程
阴道分娩过程中会出现较多不可控的情况,尤其对于初产妇而言,存在很明显的焦虑、紧张和恐惧情绪,甚至会影响产妇的配合程度,导致产程延长,增加产妇痛苦^[8-9]。分娩疼痛是不可避免的情况,剧烈的疼痛不仅会加重产妇的负面情绪,也会影响产妇分娩的信心,一些产妇不得不由自然分娩转为剖宫产^[10]。为了减轻产妇的痛苦,让产程顺利,必须要加强产程控制,减轻产妇分娩过程中的不适感。
无痛分娩是通过使用安全剂量的镇痛药物对产

妇活跃期进行干预,从而减轻疼痛感,避免分娩过程中过度消耗体能,有效缩短产程^[11]。自由体位助产是根据产妇自身的喜好和倾向调整体位,能更好地满足产妇的分娩需求^[12]。本研究结果显示,观察组与对照组比较,第一产程、第二产程、总产程缩短,可能由于,无痛分娩与自由体位助产的联合应用,能最大限度地提高产妇舒适性,减轻初产妇分娩时疼痛感及焦虑情绪,避免产妇由于情绪紧张而导致产程延长。
3.2 无痛分娩联合自由体位助产可提高初产妇分娩自我效能
分娩自我效能是指产妇分娩期间对自己应对分娩疼痛感的信心或信念,其不仅影响产妇应对分娩的积极性,而且可影响应对分娩的行为^[13]。研究显示,产妇分娩效能水平与其分娩信心及分娩配合度呈正相关^[14]。本研究结果显示,观察组干预后与对照组比较,分娩自我效能评分明显提升,说明无痛分娩联合自由体位助产可提高初产妇分娩效能。可能是由于,无痛分娩可减轻初产妇分娩时疼痛感,

提高产妇分娩舒适度,从而消除由于疼痛引起的不良情绪,提高应对分娩的信心^[15]。

此外,自由体位分娩能够帮助产妇通过改变体位来缓解不适感,相较于常规的分娩体位,自由体位能够满足产妇的生理和心理需求,增强了安全感和舒适感,进而增强应对分娩的信心^[16]。

3.3 无痛分娩联合自由体位助产可改善初产妇分娩结局,提高分娩满意率

不良妊娠结局的发生与产妇分娩产程延长有密切的关系,产妇分娩产程延长会导致其体力严重消耗,导致宫缩乏力,影响胎儿娩出,从而增加剖宫产率及胎儿宫内窘迫发生率,因此,缩短初产妇分娩产程对降低不良妊娠结局,提高产妇分娩满意率有积极意义^[17]。本研究结果显示,观察组自然分娩率及产妇分娩满意率高于对照组,而观察组催产素使用率、安定使用率、宫缩乏力发生率及中转剖宫产率低于对照组,表明无痛分娩联合自由体位助产可改善初产妇分娩结局,提高分娩满意率,能最大限度减轻产妇分娩时疼痛感,提高产妇舒适感,避免产妇由于过度疼痛而产生不良情绪,增强产妇分娩自我效能感与积极配合程度,从而缩短分娩产程,降低不良妊娠结局^[18]。

总之,无痛分娩联合自由体位助产能有效减轻初产妇宫缩时疼痛感,提高产妇分娩控制感,缩短产妇第一产程、第二产程、总产程,提高产妇自然分娩率,改善产妇妊娠结局,进而提高产妇分娩满意度。本研究纳入产妇均来自本院产科,缺乏大范围取样,导致样本代表性不足,在日后需要扩大样本量进一步探讨。

4 参考文献

- [1] 康颖旎,吴秀娥.自由体位分娩结合导乐陪伴对无痛分娩初产妇分娩自控感及分娩结局的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(18):3237-3239.
- [2] 孙岳琴,郭益萍.无痛分娩对初产妇的分娩效果、视觉模拟疼痛评分及应激反应的影响[J].中国妇幼保健,2019,34(20):4630-4632.
- [3] 徐贵红,徐桂梅,王永淑,等.会阴无保护联合无痛分娩在促进初产妇自然分娩中的优势分析[J].新乡医学院学报,2017,34(7):615-618.
- [4] 许丽霞.自我效能干预联合导乐陪伴对无痛分娩初

产妇产程进展和妊娠结局的影响[J].河南医学研究,2020,29(1):155-156.

- [5] 周文娟.无痛分娩与自然分娩在初产妇分娩中的应用效果比较[J].河南医学研究,2020,29(7):1192-1194.
- [6] 丁玉兰,吴倩舒.高龄孕妇分娩自我效能感及其影响因素分析[J].检验医学与临床,2020,17(4):481-486.
- [7] 王芳,罗旭平,张佳颖,等.视觉模拟评分量表在流感产妇问诊中的应用[J].中国全科医学,2019,22(20):2472-2475.
- [8] 黄东霞,冯群斐,王梅兰,等.初产妇实施自由体位联合无痛分娩的效果分析[J].吉林医学,2020,41(4):910-911.
- [9] 黄静云,张春秀,张丽明,等.无痛分娩配合自由体位待产对初产妇自我效能及分娩结局的影响[J].中国当代医药,2020,27(11):102-106.
- [10] 刘春风,苏月卿,吴婷婷.无痛分娩认知度对分娩恐惧的影响分析[J].按摩与康复医学,2020,11(3):72-74.
- [11] 梁润容,吴小麦.自由体位分娩模式对持续性枕横位初产妇分娩结局及新生儿的影响[J].护理实践与研究,2020,17(10):85-87.
- [12] 陈春芳,孙海燕.人性化导乐分娩护理对无痛分娩初产妇心理状态及分娩结局的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(10):81-84.
- [13] 孙蓉,陈绍传,王利民.无痛分娩用于初产妇的临床效果观察及对负性情绪的影响[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(10):81-83.
- [14] 王艳霞.无痛分娩用于临床初产妇的效果及对母婴结局的影响[J].内蒙古医学杂志,2020,52(11):1329-1330.
- [15] 金越兰,欧燕兰,贾妮.无痛分娩用于初产妇的效果观察及产程时间与母婴结局影响分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(26):56-57.
- [16] 吕海荣,刘葵,刘晶.自由体位分娩对初产妇分娩结局的影响研究[J].中国计划生育和妇产科,2018,10(5):77-80.
- [17] 白艳瑞,樊少磊,崔红霞.自由体位分娩配合自发性用力对初产妇分娩结局的影响[J].全科护理,2018,16(13):1586-1588.
- [18] 万丽娟,李春梅.自我效能联合自由体位分娩对初产妇的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(10):75-77.

[2022-03-15 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

头面部经络梳理在妇科肿瘤围术期患者中的应用效果

裴梦婷 肖丹

【摘要】 目的 探讨头面部经络梳理在妇科肿瘤围术期患者中的应用效果。方法 选取2020年6月—2021年5月医院拟行手术的妇科肿瘤患者126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63例。对照组给予常规护理措施,观察组在对照组基础上予以头面部经络梳理。比较两组患者焦虑情况、生活质量评分、护理满意度。结果 观察组患者术后麻醉苏醒后6 h焦虑自评量表(SAS)评分低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者术前1 d健康状况调查简表(SF-36)评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组术后1个月SF-36各维度评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意程度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 头面部经络梳理应用于妇科肿瘤围术期患者中效果显著,能改善患者焦虑症状和生活质量,提升护理满意程度。

【关键词】 头面部;经络梳理;围术期;焦虑症状;妇科肿瘤;生活质量;护理满意度

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.025

Application effect of head and face meridian combing in perioperative patients with gynecological tumors

PEI Mengting, XIAO Dan (The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang, 330000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the application effect of head and face meridian combing in perioperative patients with gynecological tumors. **Methods** To select 126 gynecological tumor patients who were scheduled to undergo surgery in the hospital from June 2020 to May 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 data between groups, with 63 cases in each group. The control group was given routine nursing measures, and the observation group was given head and face meridian combing on the basis of the control group. Anxiety, quality of life scores, and nursing satisfaction were compared between the two groups. **Results** The self-rating anxiety scale(SAS) score of the observation group was lower than that of the control group 6 hours after recovery from anesthesia, and the difference was statistically significant($P<0.05$). There was no significant difference in the short form health survey(SF-36) scores between the two groups on the day before operation($P>0.05$). The each dimension scores of SF-36 in the observation group were higher than those in the control group at 1 month after operation, 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** Meridian combing on the head and face is effective in perioperative patients with gynecological tumors, which can improve patients' anxiety symptoms, quality of life, and improve nursing satisfaction.

【Key words】 Head and face; Meridian combing; Perioperative period; Anxiety symptoms; Gynecological tumors; Quality of life; Nursing satisfaction

妇科肿瘤指发生于子宫、卵巢、输卵管、宫颈等处的恶性肿瘤,对女性身体健康危害极大,若不及时治疗,可对患者生命安全构成严重威胁。目前,手术是治疗妇科肿瘤的有效手段,患者在躯体疾病得以救治的同时,由于对手术效果担心及术后疼痛

等因素,极易出现焦虑、抑郁、悲观甚至绝望等心理问题,其中焦虑是围手术期最典型的表现之一^[1]。焦虑可引起机体交感神经活动及神经递质的变化,降低其痛觉阈及耐痛阈,导致术后疼痛加剧,使围术期镇痛药物用量增多,也会使免疫功能下降和内分泌失调,造成诸多不良反应,对患者预后会产生不良影响^[2]。因此,临床上亟需一种有效措施来解决围手术期患者的焦虑状态。近年来研究发现,

基金项目:江西省中医药科研课题(编号:2019A298)

作者单位:330000 江西省南昌市,南昌大学第二附属医院

通信作者:肖丹,硕士

中医技术在缓解围手术期患者焦虑情绪具有独特优势^[3]。头面部经络梳理是一种中医护理技术,可疏通经络、梳理气机,具有操作简单、患者易接受、无副作用的特点^[4]。鉴于此,本研究探讨头面部经络梳理应用于妇科肿瘤围术期患者中的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年6月—2021年5月我院拟行手术的妇科肿瘤患者126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63例。纳入条件:符合妇科肿瘤的诊断标准,具有手术指征;符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版(CCMD-3)中焦虑的诊断标准^[5];年龄30~60岁;首次行妇科肿瘤手术;有基本的交流配合能力,能完成检查与评定;患者自愿参加研究并签署知情同意书。排除条件:合并其他精神疾病;存在严重认知功能不足或交流障碍;甲状腺功能亢进、高血压、冠心病等其他原因引起的继发性焦虑;近1个月服用过抗焦虑类药物或采用其他疗法进行治疗;酗酒史或药物滥用史;合并严重躯体及脑器质性疾病;哺乳期或妊娠期妇女。观察组年龄30~60岁,平均年龄 49.74 ± 6.60 岁;文化程度:小学及以下10例,中学30例,大专及以上23例;婚姻状况:已婚54例,未婚或离异9例;疾病类型:卵巢癌22例,宫颈癌21例,子宫内膜癌20例。对照组年龄31~60岁,平均年龄 48.68 ± 6.53 岁;文化程度:小学及以下12例,中学29例,大专及以上22例;婚姻状况:已婚55例,未婚或离异8例;疾病类型:卵巢癌19例,宫颈癌20例,子宫内膜癌24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 给予常规护理措施,入院后护理人员向患者介绍医院环境及相关注意事项,做好术前心理疏导,向患者讲解治疗成功案例,帮助其树立战胜病魔的信心。另外协助患者完成各项术前检查,并向患者讲解围术期相关注意事项,术前12h禁食禁水,术中严密监测患者病情变化,一旦发现异常立即对症处理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以头面部经络梳理,具体如下:①头部梳理。于术前30 min进行,患者取仰卧位,头放正,全身放松;操作者先以双手指张开轻轻按压整个头部约2 min;选用牛角梳,梳齿间距0.5 cm,沿督脉、肝胆经、膀胱经、三焦经等经络进行梳理,即沿督脉自神庭、上星、囟会、

前顶梳至风府、哑门穴,沿肝胆经自曲鬓、角孙、头窍阴、阳白梳至脑空、风池穴,沿膀胱经自曲差、五处、承光、通天梳至玉枕、天柱穴,沿三焦经自一侧角孙沿率谷、神聪梳至百会,力度以患者能耐受为宜,每条经络8~10次。②面部穴位按摩。于患者术后苏醒后30 min进行,操作者采用一指禅推法进行穴位按摩,先自素髎穴沿印堂穴推至神府穴,重复4~5次;自印堂穴分别沿攒竹、鱼腰、丝竹空和沿睛明、承泣、四白、球后、瞳子髎推至太阳穴,重复4~5次;再取印堂、神府、攒竹、鱼腰、丝竹空、睛明、承泣等穴位,以穴位为中心,用双手拇指对应两侧重点按揉,力度从轻慢慢变重,每穴约10 s;以提拉耳尖法双手捏耳尖向上牵拉约10 s;最后以双手掌心揉搓双耳约10 s。

1.3 观察指标

(1) 焦虑:两组患者于术前1 d晚和术后麻醉苏醒后6 h采用焦虑自评量表(SAS)评定焦虑情绪,该量表包括15项负性词、5项正性词共20个条目,每项评分1~4分,总分80分,分数越高焦虑症状越严重。

(2) 生活质量:两组患者于术前1 d、术后1个月采用健康状况调查简表(SF-36)评定生活质量,该量表包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况等8个维度,每个维度总分100分,分值越高表明生活质量越好。

(3) 护理满意程度:采用纽卡斯尔护理满意度量表(NSNS)评价,包括护士工作能力、护理服务态度等19个条目,用5级评分法,总评分范围19~95分,分为非常满意(≥ 77 分)、满意(58~76分)、一般满意(39~57分)、不满意(≤ 38 分)。

1.4 统计学方法

采用SPSS 19.0统计学软件处理数据,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;等级资料组间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 两组患者焦虑评分比较

两组患者术前1 d晚SAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者术后麻醉苏醒后6 h SAS评分低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 术前1d、术后1个月两组患者生活质量评分比较

两组患者术前1 d SF-36各维度评分比较差异

无统计学意义 ($P>0.05$)；观察组患者术后 1 个月 SF-36 各维度评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者护理满意程度比较

观察组患者护理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 1 两组患者焦虑评分比较 (分)

组别	例数	术前 1 d 晚	术后麻醉苏醒后 6 h
观察组	63	58.31 ± 6.22	34.72 ± 4.89
对照组	63	59.65 ± 7.08	45.38 ± 5.14
<i>t</i> 值		1.129	11.926
<i>P</i> 值		0.261	0.000

表 2 术前 1d、术后 1 个月两组患者生活质量评分比较 (分)

组别	例数	生理功能		社会功能		生理职能		情感职能	
		术前 1 d	术后 1 个月	术前 1 d	术后 1 个月	术前 1 d	术后 1 个月	术前 1 d	术后 1 个月
观察组	63	41.15 ± 5.22	64.23 ± 7.65	30.51 ± 4.36	52.64 ± 6.78	45.79 ± 6.65	64.03 ± 7.93	34.62 ± 4.20	57.93 ± 6.13
对照组	63	41.10 ± 5.31	55.76 ± 6.58	31.44 ± 4.47	42.19 ± 5.62	44.84 ± 6.71	53.53 ± 5.87	35.64 ± 4.19	43.81 ± 4.16
<i>t</i> 值		0.053	6.663	1.182	9.419	0.798	8.447	1.365	15.128
<i>P</i> 值		0.958	0.000	0.239	0.000	0.426	0.000	0.175	0.000

组别	例数	精神健康		活力		躯体疼痛		总体健康	
		术前 1d	术后 1 个月	术前 1d	术后 1 个月	术前 1d	术后 1 个月	术前 1d	术后 1 个月
观察组	63	33.51 ± 4.48	54.09 ± 7.24	43.04 ± 6.71	65.69 ± 8.20	44.74 ± 6.60	66.68 ± 7.53	40.43 ± 5.92	63.38 ± 7.81
对照组	63	34.69 ± 4.13	41.54 ± 5.92	42.53 ± 5.87	51.54 ± 6.36	43.51 ± 5.48	52.69 ± 7.13	39.09 ± 4.24	47.54 ± 5.23
<i>t</i> 值		1.537	10.651	0.454	10.823	1.138	10.708	1.461	13.376
<i>P</i> 值		0.127	0000	0.651	0.000	0.257	0.000	0.147	0.000

表 3 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	63	37	24	2	0
对照组	63	28	21	7	7

秩和检验： $u=2.359$ ， $P=0.018$ 。

3 讨论

近年来医疗技术水平不断提高，手术已成为临床治疗疾病的主要手段，但由于手术创伤较大、术后痛感严重、麻醉风险、术后并发症等因素，使患者普遍出现不同程度的生理和心理应激反应，导致各种负性情绪发生，其中以焦虑最为突出 [6]。研究证实，手术患者的焦虑水平明显上升，导致机体交感神经活动及神经递质的变化，使患者心率、血压、呼吸频率上升，并增加术中麻醉药物及术后镇痛药物用量，还可导致麻醉苏醒延迟、拔管时间延长，

引起各类术后并发症，最终对手术愈后造成影响，降低患者生活质量 [7-8]。因此，在积极专科治疗的同时，还应尽早、及时地对围术期患者提供必要的干预，以消除或减轻其焦虑、抑郁等负性情绪，对改善其预后具有重要意义 [9-10]。

中医学中，焦虑属“郁证”“不寐”“惊悸”“怔忡”“脏躁”等范畴，其病因多为脏腑虚弱或气机失常，因此其治疗宜清火消虑、调节脏腑功能及阴阳气血 [11]。经络学说是祖国医学基础理论的核心之一，经络是运行气血、联系脏腑和体表及全身各部的通道，其中头部为诸阳之会，14 条经络中有 7 条

经络通过头部,对控制和调节机体的生理活动具有主导作用^[12-13]。大量文献证实^[14-16],从脏腑和经络间关系的角度出发,通过合理的经络、配穴施以梳理、推拿、针灸等中医疗法,可有效调节手术患者的神经、内分泌、免疫等多种功能,从而缓解焦虑症状。本研究将头面部经络梳理应用于妇科肿瘤患者的围术期护理中,结果显示,观察组术后麻醉苏醒后6 h SAS评分低于对照组,观察组术后1个月SF-36各维度评分高于对照组,观察组护理满意程度高于对照组,表明相比于常规护理,头面部经络梳理应用于妇科肿瘤围术期中获得了较好效果,患者术后疼痛程度得到有效缓解,能够改善患者不良情绪,提高患者生活质量,以获得更高的护理满意度。分析其原因可知,头面部经络梳理以中医理论为基础,通过梳理头部经络、按摩头面部穴位,达到温经通络、调和气血、醒脑定志、宁心安神的作用^[17-18]。同时梳理可刺激头面部穴位产生兴奋作用,并通过传入神经达到大脑皮质或延髓,通畅头部经络气血,有助于缓解患者的负性情绪^[19-20]。此外,头面部经络梳理还可调畅全身气血,理阴阳之失调,从而调节情志、醒脑开窍、安神定志,对促进患者术后病情恢复具有重要作用^[21-22]。

综上所述,头面部经络梳理应用于妇科肿瘤患者围术期护理中效果显著,能改善患者焦虑症状和生活质量,提升护理满意程度。但受到研究时间、样本量、科研设备等因素的限制,本研究仍然存在较多不完善的地方,为了保障研究结果的客观性,期待后续更大样本、更长时间的研究,以观察更加详细的远期疗效变化,从而进一步完善妇科肿瘤围术期的护理方案。

4 参考文献

- [1] 罗天燕,张英.术前焦虑抑郁对围术期神经认知障碍影响研究进展[J].西南医科大学学报,2020,43(3):318-322.
- [2] 林雪梅,符梅华,黄丽娜,等.药枕联合耳穴贴压缓解胃肠道恶性肿瘤患者围手术期焦虑、抑郁的临床研究[J].北京中医药,2019,38(10):968-973.
- [3] 高兰,牟善芳,闫淑珍,等.耳穴贴压联合五音疗法缓解全膝关节置换术患者术前焦虑的效果观察[J].湖南中医药大学学报,2019,39(1):117-120.
- [4] 任智慧,雒永生,贾潇.循经通络穴位按摩对膝关节置换术患者围手术期负性情绪的疗效分析研究[J].甘肃科技,2020,36(7):113-115.
- [5] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:108-113.

- [6] 李皓,米卫东.ERAS理念在围术期医学的应用进展围术期焦虑抑郁与手术预后[J].北京医学,2019,41(8):629-631.
- [7] 杨芳,孙健瑞,郑元,等.放松训练联合心理干预对手术麻醉患者应激反应及焦虑抑郁情绪的影响[J].国际精神病学杂志,2019,46(6):1130-1133.
- [8] 李秀丽,李莉,尤玉莲.健康教育对妇科腹腔镜手术患者焦虑抑郁情绪及疼痛的影响[J].临床心身疾病杂志,2018,24(5):210-212.
- [9] 林雪梅,符梅华,黄丽娜,等.药枕联合耳穴贴压缓解胃肠道恶性肿瘤患者围手术期焦虑、抑郁的临床研究[J].北京中医药,2019,38(10):968-973.
- [10] 谢琰,饶菊芳,熊汉鹏.经络梳理护理对脑卒中患者血液流变学及运动功能影响[J].光明中医,2017,32(20):3016-3018.
- [11] 曹红,胡学华,龚兴瑞.基于微信平台的信息化护理对腹腔镜手术患者围手术期抑郁焦虑及术后疼痛的影响[J].武警后勤学院学报,2021,30(10):183-184.
- [12] 梁杰,孟小娟,陈艺丹.围手术期患者术前焦虑严重程度及其影响因素[J].华南预防医学,2021,47(1):113-116.
- [13] 何志兰,曾剑慧,邹慧.“开天门”穴位按摩对缓解血液透析患者轻度焦虑的效果观察[J].中医临床研究,2019,11(32):69-71.
- [14] 陈莹,何玥,彭淑燕,等.中晚期妇科恶性肿瘤患者的围手术期人文关怀[J].中华现代护理杂志,2019,25(10):1303-1304.
- [15] 朱欣,张瑜.老年妇科肿瘤患者围手术期管理及手术加速康复[J].实用妇产科杂志,2019,35(8):576-577.
- [16] 刘君.耳穴压豆配合穴位按摩缓解胆道手术患者围术期焦虑效果[J].内蒙古中医药,2019,38(4):91.
- [17] 张明霞,何丽,张祥华.头部经络梳理加穴位按摩运用于骨科围术期患者焦虑失眠的临床研究[J].临床医药实践,2021,30(7):537-539.
- [18] 陶南娟,王志妹,胡燕玲.头部经络梳理改善女性围绝经期失眠的临床研究[J].临床护理杂志,2021,20(2):40-42.
- [19] 孙运俊.中药药枕结合穴位按摩施护改善焦虑患者睡眠障碍的护理观察[J].中医临床研究,2018,10(9):102-103.
- [20] 陈欢,田莉,谭洁,等.头颈部面部穴位按摩为主对脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J].湖南中医杂志,2019,35(11):65-68.
- [21] 胡利娟,侯静,谢琰.耳穴压豆联合头面部经络梳理治疗肝阳上亢型高血压伴焦虑患者的效果[J].广东医学,2018,39(2):304-306.
- [22] 刘亚楠.穴位按摩对胸腰椎骨折患者围术期焦虑情绪、便秘的影响[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(15):102-103.

[2022-01-19 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

改良分组充气啫喱气垫的研制与术中应用

高园艳 刘佳 郑丽芳 李珍 杨琼 蔡婕 黄彩虹 付文娟

【摘要】目的 研制改良分组充气啫喱气垫在3/4垂肩侧俯卧位手术患者术中预防压力性损伤的应用效果。**方法** 选取2020年1月—2021年6月医院神经外科收治的术中实施摆放3/4垂肩侧俯卧位手术的患者46例为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,每组23例,观察组使用分组充气啫喱气垫,对照组使用凝胶垫。手术结束30 min时,比较两组术中压力性损伤发生率及手术时间。**结果** 两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。手术结束30 min时,观察组术中压力性损伤发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);手术结束24 h,两组术中压力性损伤发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 使用分组充气啫喱气垫在手术体位不改变、不影响手术进行的前提下,可以前瞻性地预防神经外科3/4垂肩侧俯卧位手术患者术中压力性损伤的发生。

【关键词】 术中压力性损伤;分组充气;凝胶垫;手术;预防

中图分类号 R472.3 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.026

Development and intraoperative application of improved grouped inflatable gel air cushion GAO Yuanyan, LIU Jia, ZHENG Lifang, LI Zhen, YANG Qiong, CAI Jie, HUANG Caihong, FU Wenjuan (The First Affiliated Hospital of Gannan Medical University, Ganzhou, 341000, China)

【Abstract】 Objective To develop the application effect of improved grouped inflatable gel air cushion in the prevention of pressure injury in patients undergoing 3/4 shoulder-side prone position surgery was set the study subject. **Methods** A total of 46 patients who underwent surgery with 3/4 shoulder lateral prone position who were admitted to the neurosurgery department of the hospital from January 2020 to June 2021 were selected as the research objects. According to the principle of comparability of basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 23 cases in each group. The observation group used group inflatable gel air cushions, and the control group used gel cushions. At 30 minutes after the operation, the incidence of intraoperative pressure injury and operation time was compared between the two groups. **Results** There was no significant difference in the operation time between the two groups($P>0.05$). At 30 minutes after the operation, the incidence of intraoperative pressure injury in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$); 24 hours after the operation, there was no significant difference in the incidence of intraoperative pressure injury between the two groups($P>0.05$). **Conclusion** The application of grouped inflatable gel air cushion can prospectively prevent the occurrence of intraoperative pressure injury in neurosurgery patients undergoing 3/4 prone position surgery on the shoulder side under the premise that the surgical position did not change and does not affect the operation.

【Key words】 Intraoperative pressure injury; Grouped inflatable; Gel pad; Surgery; Prevention

压力性损伤是指位于骨隆突处、医疗护理器械下的皮肤和/或软组织的局部损伤,是由于长期存在的压力和/或剪切力导致,而软组织对压力和/或剪切力的耐受性可能会受到微环境、营养、灌注、

合并症以及软组织情况的影响,23%的院内压力性损伤与手术时间有关^[1]。术中压力性损伤是指患者术后72 h内受压部位皮肤发生的损伤^[2],最重要的原因是因为垂直压力,并且与压力持续时间有必然联系^[3]。神经外科3/4垂肩侧俯卧位手术患者长时间处于被动体位,与创面接触的腋下、髂前上棘、外踝等部位皮肤垂直受压,容易导致术中压力性损伤的发生^[4-5]。在诸多干预措施中,最有效的方法

基金项目:江西省卫生计生委科技计划(编号:20195387)
作者单位:341000 江西省赣州市,赣南医学院第一附属医院手术室
通信作者:李珍,女,本科,主任护师

是每 2 h 变换体位 1 次, 去除受压部位的压力, 降低其垂直压力。目前, 术中受压部位常规使用凝胶垫, 但由于手术时间长, 侧俯卧位, 受压皮肤压力大, 垂直压力持久, 易使受压部位皮肤处于潮湿温热的环境, 影响预防效果^[6]。鉴于此, 我们设计研究一款分组充气啫喱气垫用于 3/4 垂肩侧俯卧位手术患者, 可在不改变体位的前提下, 分散、去除受压部位的垂直压力, 缩短受压时间, 预防术中与创面接触的腋下、髂前上棘、外踝等受压部位压力性损伤的发生。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入条件: 均为神经外科手术治疗患者; 均在全身麻醉插管下实施 3/4 垂肩侧俯卧位摆放, 头架固定; 患者对本试验知情, 且签署同意书。排除条件: 手术前, 皮肤已有压力性损伤的患者; 消瘦、水肿、糖尿病患者; 患有影响皮肤评估的疾病。

按照以上纳入与排除条件, 选取 2020 年 1 月—2021 年 6 月赣南医学院第一附属医院神经外科手术患者 46 例为研究对象, 按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组, 每组 23 例。观察组中男 9 例, 女 14 例; 年龄 28~75 岁, 平均 49.82 ± 6.37 岁; 手术时间 3~20 h, 平均手术时间 10.40 ± 5.19 h; 体质指数 (BMI) 20~35, 平均 23.47 ± 1.25 ; 疾病类型: 听神经鞘瘤 10 例, 三叉神经痛 4 例, 桥小脑角占位 3 例, 面肌痉挛 2 例, 桥小脑角神经鞘瘤伴囊性变 1 例, 桥小脑角胆脂瘤 1 例, 桥小脑角桥前池区占位 1 例, 三叉神经神经鞘瘤 1 例。对照组中男 8 例, 女 15 例; 年龄 28~75 岁, 平均 50.22 ± 6.14 岁; 手术时间 3~20 h, 平均手术时间 10.44 ± 4.32 h; BMI 20~35, 平均 23.35 ± 1.16 ; 疾病类型: 听神经鞘瘤 9 例, 三叉神经痛 5 例, 桥小脑角占位 3 例, 面肌痉挛 2 例, 桥小脑角神经鞘瘤伴囊性变 1 例, 桥小脑角胆脂瘤 1 例, 桥小脑角桥前池区占位 1 例, 三叉神经神经鞘瘤 1 例。两组以上资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 压力性损伤预防措施

1.2.1 对照组 按常规摆放 3/4 垂肩侧俯卧位来预防压力性损伤, 具体措施如下: ①术前对患者进行体质量、血流动力学及受压部位皮肤评估, 去除安全隐患^[7]。②受压部位皮肤涂抹液体敷料, 对与床面接触的腋下、髂前上棘、外踝等垂直受压的部位粘贴泡沫敷料、睡凝胶体位垫等保护^[8]。③术中严

密观察受压部位皮肤有无红肿, 为患者保暖, 保持皮肤、床单清洁干燥。

1.2.2 观察组 术中使用医院研制的分组充气啫喱气垫。①气垫选用具有耐脏防水、易清洗、经久耐用、透气舒适等性能的医用级高分子 PVC 面料。②气垫长 1.8 m、宽 0.5 m, 充气后高 0.1 m, 共有 18 个气囊组成, 单个气囊长 0.1 m, 与手术床长度、宽度相同, 奇数组与偶数组分组串联在一起, 分别用橡胶管连接在双路气泵上, 气泵置于床尾侧, 同大小的啫喱垫平铺于气垫上, 用清洁布套将啫喱垫与气垫平整套好, 将患者妥善安置在充好气的啫喱气垫上。③手术过程中分别为奇数组气囊和偶数组气囊充气, 奇数组气囊充气时, 偶数组气囊的气囊不充气, 此时睡在偶数组气囊上的身体及皮肤基本处于悬空的状态, 从而促进血液的流畅, 如图 1。每 2 h 换 B 组偶数组气囊充气 1 次, 奇数组气囊放空, 此时睡在奇数组气囊上的皮肤处于悬空的状态。手术过程中持续交替循环充气, 使皮肤可分别减少受压时间, 达到波动按摩的效果。

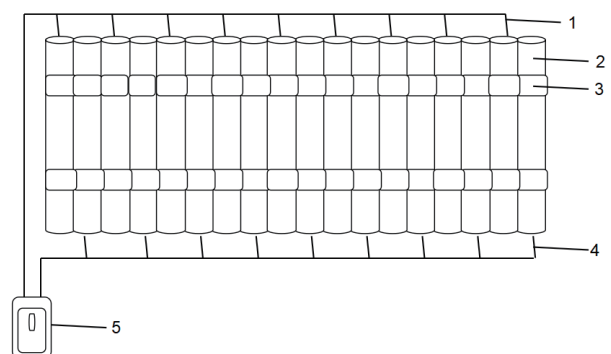


图 1 改良分组充气垫结构示意图

1. 奇数气囊充气管; 2. 为柱状气囊; 3. 为气囊固定带; 4. 偶数气囊充气管; 5. 双路充气泵。

1.3 评价指标

使用 NPUAP2016 年公布的压力性损伤分期标准^[9], I 期: 指压不变白红斑, 皮肤完整 (压红); II 期: 部分皮层缺失伴真皮层暴露 (水泡); III 期: 全层皮肤缺失; IV 期: 全层皮肤和组织缺失。由手术室巡回护士分别于手术结束后 30 min、术后 24 h 评价患者与床面接触的腋下、髂前上棘、外踝部位皮肤的受压情况, 对手术中受压部位的皮肤进行分析, 从而准确判断术中压力性损伤发生率。

1.4 统计学方法

运用 SPSS 24.0 统计学软件对数据进行处理。计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用校正 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间比较

两组手术时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

2.2 两组手术结束 30 min、24 h 时压力性损伤发生率比较

除对照组出现 1 例 II 期压力性损伤外,其余均为 I 期,未出现 III~IV 期压力性损伤。手术结束 30 min 时,观察组术中压力性损伤发生率低于对照组,

差异有统计学意义($P<0.05$)；手术结束 24 h,两组术中压力性损伤发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表1 两组手术时间比较(min)

组别	观察例数	手术时间
观察组	23	10.40 ± 5.19
对照组	23	10.44 ± 4.23

$t=0.107$, $P=0.916$ 。

表2 两组手术结束 30 min、24 h 时压力性损伤发生率比较

组别	观察例数	手术结束 30 min		手术结束 24 h	
		例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	23	1	4.35	1	4.35
对照组	23	8	34.78	4	17.39
校正 χ^2 值		4.973		0.898	
P 值		0.026		0.343	

3 讨论

现代手术室护理模式不断发展,以“患者为中心”“以人为本”的护理理念不断深入人心,手术室舒适护理也逐渐贯穿于整个手术过程中,减少术中压力性损伤、提高手术过程的舒适度成为衡量手术室护理质量的一项评价指标。本次研究结果显示,手术结束 30 min 时,观察组皮肤压力性损伤发生率低于对照组,手术结束 24 h 两组皮肤压力性损伤发生率比较差异无统计学意义,表明观察组在前瞻性预防术中压力性损伤中的效果优于对照组。分析原因认为,凝胶垫由于重复使用,每次清洁只能擦拭其表面,由于手术时间长、侧俯卧位受压皮肤压强较大,垂直压力持久,易使患者皮肤一直处于潮湿温热的环境中,且术中手术不宜变换体位,从而影响了预防效果。分组充气啫喱气垫的外层使用棉布缝制而成,一患者一使用,一干燥一灭菌,吸湿性能比较好,对患者的皮肤刺激小,手术过程中持续交替循环充气,使皮肤可分别减少受压时间,达到波动按摩的效果,使受压皮肤不发生压红、压力性损伤,保护了患者皮肤安全,提供了舒适护理。

目前,国际公认,压力、剪切力、摩擦力及潮湿是术中压力性损伤发生的 4 种外在重要因素,其中首要因素为垂直压力,并且与皮肤受压时间长短

成正比^[10],而摩擦力与皮肤潮湿程度也有着密切关联。摩擦力、剪切力、潮湿刺激相互关联,互为影响,增加术中皮肤压红、压力性损伤的发生率^[11-12]。本试验所应用的分组充气垫通过间歇性充放气,可以有效地缩短受压部位皮肤的持续受压时间。同时,由于气囊之间存在一定的间隙,利于术中受压部位皮肤透气,促进血液循环,降低受压皮肤的温度,缓和皮肤的潮湿,减少摩擦力^[13]。利用气体的循环流动性,分组充气后气囊与手术患者健侧受压的皮肤接触,实现局部皮肤压力再次分配,从而前瞻性地预防术中压力性损伤。该分组充气啫喱气垫同时也可运用于其他手术时间 ≥ 4 h 各种体位的手术中,产生了比较好的实践效果^[14]。

综上所述,分组充气啫喱气垫可在不变换患者手术体位的前提下,向气囊内分组替换充气,使受压的健侧皮肤分时间段悬空,除去受压部位皮肤的垂直压力,且由于气体具有循环可流动性,充气后气囊与患者健侧受压的皮肤接触,实现区域性压力再次分配,可有效、前瞻性的预防术中受压部位皮肤压力性损伤的发生。本研究虽取得一定效果,但纳入样本例数较少,且未对改良分组充气啫喱气垫的应用效果进行长期跟踪,尚需在今后研究中增加纳入样本量,并延长观察时间,进行多中心深入研究,以进一步探讨分组充气啫喱气垫的远期应用效果。

4 参考文献

[1] 程柳榕,柯雅娟,朱宏颖,等.手术室体位护理对脑瘤患者长时间手术压力性损伤形成的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(2):246-248.

[2] 谭静,谢婵英.高分子凝胶体位垫在手术患者压力性损伤预防中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(19):122-123.

[3] 陈红,吴波,刘静,等.神经外科患者术中获得性压力性损伤的多学科团队链式管理[J].护理学杂志,2021,36(21):43-46.

[4] 郑丽芳,高园艳,杨琼,等.脑外科侧卧、侧俯卧位“Z”字托、手、腋一体垫的研制及应用[J].中国当代医药,2020,27(5):200-202.

[5] 侯晓敏.神经外科手术患者医疗器械相关性压力性损伤的发生原因分析及对策[J].中华现代护理杂志,2017,23(1):57-59,60.

[6] 张诗怡,赵体玉,乐霄,等.术中压力性损伤与受压部位微环境关系的研究[J].护理学杂志,2021,36(4):40-42,61.

[7] 魏彦姝,武沛璋,刘晓华,等.基于敏感风险指标的术中压力性损伤链式管理策略[J].护理研究,2019,33(6):966-969.

[8] 马月娟.护理干预在降低术中压力性损伤发生率的临床运用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(9):70.

[9] 宋辉,王悦,郑晨,等.手术患者压力性损伤信息化风险评估模式的临床应用[J].护士进修杂志,2021,36(17):1621-1623,1631.

[10] 吴燕丽,蓝翠珍.重症监护病房患者压力性损伤发生的危险因素及SOFA评分联合Braden量表评分对压力性损伤的预测价值[J].海南医学,2019,30(16):2102-2106.

[11] 高兴莲,熊璨,杨英,等.术中压力性损伤患者围手术期特征的回顾性分析[J].护理学杂志,2020,35(3):42-45.

[12] 黄旭辉,李楠.适度集束化护理对预防神经外科侧卧位手术中压力性损伤的临床效果观察[J].中国保健营养,2021,31(5):32.

[13] 郭莉,高兴莲,赵诗雨,等.手术患者术中获得性压力性损伤发生特征及危险因素的多中心研究[J].护理学杂志,2021,36(22):31-34.

[14] 高爱华,吴春燕,马艳.特制交替充气式床垫预防颅脑术中压力性损伤的优势研究[J].中外医疗,2020,39(4):124-126.

[2021-05-17 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

疫 情 报 道 高 频 术 语(二十三)

序号	学科	规范 用词	英文	定义	来源	公布 年份
01.0256	感染病学_总论_宿主防御机制	主动免疫	active immunity	机体对抗原刺激而产生的特异性应答。	感染病学名词	2019
01.0257	感染病学_总论_宿主防御机制	被动免疫	passive immunity	机体通过获得外源性免疫效应分子(如抗体等)或免疫效应细胞而获得的相应免疫。	感染病学名词	2019
06.0035	核医学_核医学研究_分子生物学基础	核酸	nucleic acid	一种核苷酸聚合而成的生物大分子。包括脱氧核糖核酸(DNA)和核糖核酸(RNA)。主要位于细胞核内充当生物体遗传信息的携带和传递功能,储存和传递遗传信息。	核医学名词	2018
05.0065	核医学_核医学治疗_内照射治疗	免疫抑制治疗	immunosuppressive therapy	用免疫抑制药物或其他措施人工减弱或阻断机体免疫应答能力的辅助治疗方法。常用于防治器官移植排斥反应、治疗各种免疫性疾病。常用的免疫抑制剂有抗生素类(环孢素)、皮质甾类(糖皮质激素)、细胞毒类药物(烷化剂和抗代谢剂)和抗淋巴细胞抗体。	核医学名词	2018
01.006	呼吸病学_概论	呼吸系统	respiratory system	执行机体与外界进行气体交换的器官总称。由呼吸器官及其调节系统组成,包括呼吸道(鼻腔、咽、喉、气管、支气管)和肺。其主要功能是输送气体和进行气体交换,此外还有湿化、温化、净化气体,以及嗅觉、发音、免疫、代谢等功能。	呼吸病学名词	2018
01.020	呼吸病学_概论	血气分析	blood gas analysis	对血液中不同类型气体和酸碱物质进行分析的技术。主要测定指标有三类:氧合指标、二氧化碳指标和酸碱物质。由此对呼吸、氧合功能和酸碱平衡进行判断。	呼吸病学名词	2018

(全国科学技术名词审定委员会提供)

改良体位联合精细化护理对胃镜检查患者配合度、心理状态及不适症状的影响

钱秋萍 朱明花 张晶

【摘要】目的 探讨改良体位联合精细化护理对胃镜检查患者不适症状、配合度以及心理状态的影响。**方法** 选取2017年6月—2020年6月在医院门诊进行胃镜检查的患者100例为研究对象,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50例。对照组患者取侧卧位,同时进行常规健康宣教;观察组在对照组基础上采用改良体位联合精细化护理。比较两组患者配合度、心理状态、胃镜检查过程中的不适症状发生情况及护理满意度。**结果** 观察组配合度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。干预前两组患者焦虑和抑郁评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组患者焦虑、抑郁评分均低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者胃镜检查过程中不适症状发生率低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组胃镜检查中满意程度高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 胃镜作为一项侵入性操作,使患者出现害怕、紧张的情绪,通过改良体位联合精细化护理有助于减少患者在检查过程中的不适感,使患者处于一个良好的心理状态,增强患者的配合度,进而大大提升患者的依从性和护理满意度,有效提升护理质量,促进和谐的护患关系。

【关键词】 胃镜;改良体位;精细化护理;心理状态;不适症状;满意度;配合度

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.027

Effects of improved posture combined with refined nursing on cooperation, psychological state and discomfort symptoms of patients undergoing gastroscopy QIAN Qiuping, ZHU Minghua, ZHANG Jing (Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changzhou, 213000, China)

【Abstract】Objective To explore the effects of improved posture combined with refined nursing on cooperation, psychological state and discomfort symptoms of patients undergoing gastroscopy. **Methods** To select 100 patients who underwent gastroscopy in hospital outpatient clinics from June 2017 to June 2020 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of comparability of basic data between groups, with 50 cases in each group. The patients in the control group were placed in the lateral recumbent position and received routine health education at the same time; the patients in the observation group were treated with improved posture combined with refined nursing on the basis of the control group. The degree of cooperation, psychological state, discomfort symptoms during gastroscopy and nursing satisfaction were compared between the two groups. **Results** The degree of cooperation in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the scores of anxiety and depression between the two groups($P>0.05$). After the intervention, the scores of anxiety and depression in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The incidence of discomfort symptoms during gastroscopy in the observation group was lower than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The satisfaction during gastroscopy in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Gastroscopy was an invasive operation, which made patients feel afraid and nervous. We can help reduce the discomfort of patients during the examination process through postural care combined with refined nursing, which can make patients in a good psychological state, and enhance the degree of cooperation of patients. This can greatly improve patient compliance and nursing satisfaction, effectively improve

基金项目:江苏省自然科学基金面上项目(编号:BK20181235)

作者单位:213000 江苏省常州市中医医院消化内镜中心

nursing quality, and promote a harmonious nurse-patient relationship.

【Key words】 Gastroscope; Improved posture; Refined nursing; Psychological state; Discomfort symptoms; Satisfaction; Degree of cooperation

近年来我国人民生活水平逐渐提高,饮食结构出现明显的变化,胃部疾病的发病率以及消化道疾病的发病率正在逐渐增长^[1]。在临床实践过程中,针对消化科的疾病主张早诊断早治疗,对患者的预后以及对疾病的确诊有着十分重要的意义^[2]。胃镜是重要的诊断和治疗方式,出现消化道症状时可对患者进行胃镜检查,明确病变,也可以直接在胃镜下进行治疗,该检查诊断率高、准确性强,安全性高、效果好、检查时间短,能帮助医生避免漏诊和误诊的发生^[3]。但在进行胃镜检查时,患者难免会出现恶心呕吐、血压升高等不适反应,还会产生紧张、害怕的情绪,无法更好地配合医护人员完成胃镜检查。有研究表明合适的体位和良好的心理疏导可以帮助患者提高胃镜检查的配合度^[4]。因此,本研究探讨改良体位联合精细化护理对胃镜检查患者不适症状、配合度、护理满意度以及心理状态的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年6月—2020年6月在我院门诊行胃镜检查的患者100例为研究对象,纳入条件:患者均符合胃镜检查的适应证;均首次进行胃镜检查;排除合并食管疾病无法进行胃镜检查的患者;排除合并中枢系统疾病,无法有效配合和沟通的患者;排除合并严重脏器功能不全,机体状况较差的患者;排除不愿参与本次研究的患者。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50例。对照组中男26例,女24例;年龄29~71岁,平均 58.90 ± 2.40 岁。观察组中男28例,女22例;年龄31~70岁,平均 57.60 ± 3.40 岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 嘱患者取侧卧位,双侧上肢放置在身体两侧,稍弯曲,双下肢稍弯曲,双肩略向前倾,同时进行常规健康宣教。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用改良体位联合精细化护理,具体内容如下。

(1)对患者做好健康宣教:胃镜检查前由胃镜检查室的护理人员详细询问患者的主要症状,排除胃镜禁忌证患者,了解患者的生命体征,确保患者生命体征平稳,同时详细告知患者胃镜检查过程

中的配合要点和注意事项,指导患者如何更好地通过吞咽配合胃镜检查。

(2)心理护理:患者由于消化道症状的不适,再加上对胃镜缺乏了解,易在检查过程中出现紧张、焦虑不安等情绪,护理人员与患者保持良好的关系,与患者沟通时保持亲切和蔼的态度,主动关心患者,充分取得患者的信任,在此基础上根据患者特点给予个性化心理护理,与患者沟通了解其不良情绪产生的原因,再结合患者的家庭背景或文化背景开展护理措施。胃镜检查前护理人员与患者进行沟通了解其主要的心理活动,鼓励患者主动描述自己的身心问题,告知患者胃镜检查后可解决的问题以及带来的好处,使患者增强对胃镜检查的信心。另外对患者进行有效的健康宣教,向其解释说明胃镜检查的必要性,纠正错误认知,使其以正确的心态配合胃镜检查。

(3)交代胃镜检查中要点:胃镜检查过程中护理人员应逐步引导患者,告知其如何吞咽,帮助顺利入境,对患者出现的恶心症状要及时安慰、鼓励,防止其因恶心等症状,不愿意配合检查或放弃拒绝检查。

(4)改良体位:患者进入检查室后由检查室护理人员指导患者进行体位护理,指导并协助患者双肩略向前倾,左下肢保持垂直,右下肢屈曲,将右大腿和躯干呈 80° 夹角,再用右脚勾住左脚的小腿,注意患者的头部不要过高,指导患者将左上肢肘部屈曲,再放在右手腋下,将右上肢平放,为患者解开衣领和腰带,帮助其呈左侧卧位。部分患者不能完全配合完成该检查体位,由护理人员联合医生协助患者完成该体位的摆放。

(5)胃镜检查后注意事项:胃镜检查结束后,护理人员要对患者检查过程中的配合给予肯定,表扬患者做得好的地方,告知患者如何取得胃镜结果以及在胃镜检查过程中看到的主要病变或者问题,使其对自身疾病有一定的认知,同时告知患者病情时要注意用词,避免患者惊慌。胃镜检查后1天随访,了解患者情况,并嘱其进食清淡、易消化的食物,饮温水。

1.3 观察指标

(1)配合度:采用我院自制的配合度量表评价两组患者的配合度,结果分为十分配合、基本配

合和不配合 3 项。

(2) 心理状态: 干预前后分别采用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)^[5] 和汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)^[6] 评估两组患者的焦虑和抑郁状态, HAMA 有 14 个方面, 各项评分相加即为总分, 无焦虑: 评分 ≤ 7 分; 可能焦虑: 8~14 分; 焦虑: 15~21 分; 明显焦虑: 22~29 分, 严重焦虑: >29 分。HAMD 有 17 个方面, 各方面评分相加即为总分, 正常: ≤ 7 分; 可能抑郁: 8~17 分; 肯定有抑郁症: 18~24 分; 严重抑郁: >24 分。

(3) 操作过程中的不适症状: 记录两组患者胃镜检查过程中的不适症状, 包括恶心、躁动、呕吐、呛咳等。

(4) 满意程度: 采用我科自制的护理满意度评分表评价两组患者胃镜检查中的满意程度, 满分 100 分, 90~100 分为非常满意, 80~89 分为满意, <80 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, 等级资料组间构成比较采用秩和检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验; 计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者配合度比较

观察组患者配合度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 干预前后两组患者心理状态评分比较

干预前, 两组患者焦虑和抑郁评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预后, 观察组患者焦虑、抑郁评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者配合度比较

组别	例数	十分配合	基本配合	配合
观察组	50	27	22	1
对照组	50	19	22	9

秩和检验: $u=2.193$, $P=0.028$ 。

表 2 干预前后两组患者心理状态评分比较 (分)

组别	例数	HAMA 评分		HDMA 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	17.34 $\pm$ 1.23	6.96 $\pm$ 1.16	18.75 $\pm$ 6.36	7.25 $\pm$ 3.33
对照组	50	16.87 $\pm$ 1.37	8.34 $\pm$ 1.14	20.26 $\pm$ 5.47	10.79 $\pm$ 4.83
t 值		1.805	6.000	1.273	4.267
P 值		0.074	0.000	0.206	0.000

2.3 两组患者胃镜检查过程中不适症状发生情况比较

观察组患者胃镜检查过程中不适症状发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者胃镜检查中的满意程度比较

观察组患者胃镜检查中的满意程度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 3 两组患者胃镜检查过程中不适症状发生情况比较

组别	例数	恶心	躁动	呕吐	呛咳	总发生例数	发生率 (%)
观察组	50	1	0	1	0	2	4.00
对照组	50	3	4	2	2	11	22.00

$\chi^2=7.162$, $P=0.007$ 。

表 4 两组患者胃镜检查中的满意程度比较

组别	例数	非常满意	满意	不满意
观察组	50	32	14	4
对照组	50	20	18	12

秩和检验: $u=2.641$, $P=0.008$ 。

3 讨论

胃镜检查可以清晰地显示病灶, 但胃镜检查属于侵入性操作, 再加上患者对胃镜缺乏一定的认知, 易在检查过程中因害怕、紧张出现一些不适症状, 甚至使患者产生抵触和放弃检查的想法^[7-8], 这些

不良情绪可直接影响患者在胃镜检查中的配合度,同时也会对患者的内分泌系统造成影响,使患者对检查的耐受性降低,大大增加了胃镜检查过程中的不适感。建立良好护患关系基础上,与患者进行有针对性的护理可以改善其在检查过程中的不良情绪,使患者在保持最佳的心理状态下进行胃镜检查,另外合适的检查体位也是影响患者胃镜效果和配合度的重要原因之一^[9],在检查过程中使患者右腿屈曲可以降低患者的重心,让患者的双腿保持分开姿势,可使患者的身体与床的接触面积增大,防止患者发生倾倒综合征,另外指导患者左上肢肘部屈曲,再放在右手腋下,可以保持患者身体的稳定性,避免患者在胃镜检查过程中因体位的影响脱离床面,妨碍检查。

3.1 改良体位联合精细化护理能减少胃镜检查患者的不适症状

本研究结果显示,观察组患者胃镜检查过程中不适症状发生率低于对照组,证实采用改良体位联合精细化护理可以大大减少患者检查过程中不适症状,保证检查顺利进行。胃镜检查过程中除了要关注医生技术的同时也要提升患者的生理和心理舒适度,这也是保证胃镜顺利检查的前提和基础^[10-11]。胃镜作为一种外来异物刺激,如果第1次入镜不成功,那么可能会导致各种不良的生理反应,而根据研究指出^[12],合适的体位可以提升胃镜检查过程中的成功率,大大减少并发症的发生,分析原因主要是采用改良的体位护理,可以防止患者在检查过程中出现反流误吸,引起呛咳,通过左侧卧位可以避免胃液反流,减轻呕吐,有效缩短检查时间,从而提升检查效率,另外也可以避免上消化道蠕动的收缩幅度过大,减少检查过程中产生的不适反应。

3.2 改良体位联合精细化护理能提高胃镜检查患者的配合度

胃镜检查时指导患者使用左侧卧位,双肩略向前倾,左下肢保持垂直,右下肢则屈曲,将右大腿和躯干呈80°夹角,患者左上肢的肘部保持屈曲,使患者在胃镜检查过程中处于舒适状态,从而增加患者胃镜检查的配合度及依从性。

3.3 改良体位联合精细化护理能改善胃镜检查患者的心理状态,提高患者满意程度

本研究采用改良体位联合精细化护理,患者在胃镜检查中舒适度增加,护理人员在胃镜检查前、检查后均对患者进行充分沟通,大大减轻了患者的思想负担,患者的焦虑情绪得到明显缓解。研究发现患者的恐惧和焦虑情绪减轻,能明显改善患者的

心理状态^[13],与本研究结果类似。胃镜检查是一项侵入性操作,患者配合不好会引起人体应激反应,同时由于患者在检查期间害怕疼痛和出现不良反应,会出现明显的心理排斥,进一步加重患者的应激反应,过度应激反应会使患者神经系统紊乱,身体出现明显的不适症状^[14-15]。为此本研究在常规护理的基础上实施改良体位联合精细化护理,结果显示,干预后观察组患者焦虑和抑郁评分低于对照组,观察组胃镜检查中的满意程度高于对照组,表明在常规护理的基础上实施改良体位联合精细化护理,缓解了患者的焦虑和抑郁情绪,患者在胃镜检查过程中保持镇定,对护理人员的抱怨减少,胃镜检查的配合度增加,从而提高了胃镜检查过程的满意度。

综上所述,以往胃镜检查过程中患者不适感较强烈,使其害怕进行胃镜检查,但我国医疗技术的不断发展在胃镜检查过程中增加改良体位联合精细化护理,大大减少了胃镜操作过程中的不适感,改善了患者的心理状态,提高了治疗配合度及满意度。

4 参考文献

- [1] 赵莉,李文彬,罗庆锋,等.健康体检人群胃肠镜检查结果分析[J].中华消化内杂志,2021,38(4):315-318.
- [2] 孙倩,蒯景华,佟海青,等.优质护理模式对行胃镜治疗的上消化道出血病人焦虑及抑郁情绪的影响[J].全科护理,2020,18(6):731-734.
- [3] 孙方丽,席惠君,李兆申.个性化心理干预对胃镜检查患儿配合度的效果研究[J].解放军护理杂志,2018,35(9):59-60.
- [4] 丁晓梅,李茂芝,米雪,等.体位护理联合心理干预对无痛胃镜检查患者的生理和心理状态的影响[J].国际精神病学杂志,2017,44(3):567-569,576.
- [5] 郑宇,张学军,石宝琪,等.高龄晚期胃癌患者不同姑息性介入治疗前后生活质量及焦虑状态的临床观察[J].介入放射学杂志,2020,29(2):149-153.
- [6] 胡雪萍,周媛婷,单廷.ERAS理念下的胃癌围术期前移护理模式对临床指标、负性情绪及并发症的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(6):820-824.
- [7] 黄永幸,郝丽,李小芹.心理支持干预在小儿床旁胃镜放置鼻空肠管中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(18):51-53.
- [8] 齐玮,姜璐,陈树伟.健康信念模式干预联合情志护理对胃镜检查患者依从性、检查效率及心理状态的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(6):1013-1016.
- [9] 刘华敏,王芳军,杨燕娟,等.体位改变在行放大内镜结合窄带成像技术检查患者的应用[J].护理学报,2018,25(8):42-44.
- [10] 马丽,胡春霞,蒿玉敬.心理护理结合舒适护理对行无痛胃镜检查患者应激反应和舒适度的影响[J].中

体位干预对管饲饮食患者并发反流与误吸 干预效果的 Meta 分析

任羽雯 顾娇娇

【摘要】目的 系统评价管饲时床头抬高角度与管饲并发症反流与误吸之间的关系, 以期为更好地进行管饲时的体位管理提供证据。**方法** 检索 PubMed、Web of Science、Embase、CINAHL Complete 护理学全文数据库、中国知网、万方数据库、维普网、中国生物医学文献服务系统数据库, 收集不同体位对胃肠内营养支持误吸及反流发生率影响的对照研究, 检索时限为建库至 2021 年 11 月 30 日。文献导入 EndNote 去重后由两名研究者独立筛选文献、提取资料后, 使用 Revman 进行纳入文献 Meta 分析。**结果** 最终纳入 Meta 分析文献 29 篇, 2788 例患者。与床头抬高 $<30^{\circ}$ 相比, $\geq 30^{\circ}$ 能够明显降低反流、误吸及其他管饲并发症的发生率。**结论** 床头抬高角度 $\geq 30^{\circ}$ 能够预防管饲时误吸、反流、吸入性肺炎、呕吐、呛咳等管饲的发生; 左侧卧位能够预防管饲时误吸的发生。

【关键词】 肠内营养; 反流; 误吸; 体位干预; Meta 分析

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.028

Meta-analysis of the effect of postural intervention on tube feeding patients complicated with reflux and aspiration REN Yuwen, GU Jiaojiao (Nursing College of Zhejiang University of Chinese Medicine, 310053, China)

【Abstract】Objective To systematically review the relationship between the angle of bed head elevation during tube feeding and tube feeding complications, reflux and aspiration, in order to provide evidence for better position management during tube feeding. **Methods** We searched PubMed, Web of Science, Embase, CINAHL Complete Nursing Full-text Database, China National Knowledge Infrastructure, Wanfang Data, VIP, and China Biomedical Literature Service Database, and collected controlled studies on the effects of different body positions on the incidence of aspiration and regurgitation in gastrointestinal nutrition support. , the retrieval time was from the establishment of the database to November 30, 2021. After the literature was imported into EndNote, two researchers independently screened the literature, extracted the data, and used Revman to conduct a Meta-analysis of the included literature. **Results** Twenty-nine articles with 2788 patients were included in the Meta-analysis. Compared with bed head elevation $<30^{\circ}$, $\geq 30^{\circ}$ can significantly reduce the incidence of regurgitation, aspiration and other tube feeding complications. **Conclusion** The bed head elevation angle $\geq 30^{\circ}$ can prevent the occurrence of aspiration, regurgitation, aspiration pneumonia, vomiting, choking and other tube feeding during tube feeding; the left lateral position can prevent the occurrence of aspiration during tube feeding.

【Key words】 Enteral nutrition; Reflux; Aspiration; Body position; Meta-analysis

基金项目: 浙江中医药大学校级科研项目人才专项 (编号: 2020ZR21)

作者单位: 310053 浙江省杭州市, 浙江中医药大学护理学院

通信作者: 顾娇娇, 博士, 讲师

西医结合护理 (中英文), 2021,7(2):21-24.

[11] 王丽, 戴雪松, 翟晓静. 心理护理干预在消化内镜检查患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2018,24(18):49-51.

[12] 贺迎春, 刘秋美, 李芳, 等. 舒适护理联合心理护理干预在无痛消化内镜检查患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021,27(12):96-98.

[13] 郭燕环, 叶晓丹, 罗东霞, 等. 超声胃镜检查患者清醒镇静期间护理需求的影响因素 [J]. 中国医药导报, 2021,18(15):61-65.

[14] 陈新妹, 黄明玉, 俞朝霞. 胃镜检查患者中运用针对性健康教育的价值 [J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(19):2679-2681.

[15] 李雁飞, 张萍, 吴爱娟, 等. 综合护理干预在老年患者纤维胃镜检查中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(17):2096-2099.

[2022-03-10 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

管饲饮食是临床重要的肠内营养支持方式，指通过管道将流质食物、水分及药物灌入患者胃或肠内，以提供营养支持，适用于昏迷、口腔疾患、早产儿及危重患者等难以经口进食的患者。反流与误吸是管饲营养支持最常见的并发症之一，且其发生率及严重程度通常可以通过护理干预进行控制^[1-2]。2019年，欧洲肠内营养学会(ESPEN)发布的《ESPEN家庭肠内营养指南》推荐：抬高床头是减少家庭肠内营养(HEN)发生反流与误吸的方法之一^[3]。临床工作中，护士也可以通过改变患者管饲体位来降低反流与误吸的发生率。但是目前对于管饲时床头抬高角度及患者体位未见明确的循证证据。因此，有必要寻求适合中国人群管饲饮食的体位管理方案，以期为临床实践中管饲饮食的合理体位选择提供一定依据。

1 研究方法

1.1 纳入条件

- (1) 研究类型：对照试验研究。
- (2) 研究对象：研究对象为人类；给予管饲饮食，包括胃管喂养与肠管喂养。
- (3) 干预措施：对照组管饲饮食床头抬高角度 < 30°，干预组管饲饮食床头抬高角度 ≥ 30°；对照组管饲饮食行左侧卧位，干预组管饲饮食行右侧卧位。

(4) 结局指标：主要结局指标包含管饲并发症反流（包括反流次数及反流率）、误吸（包括误吸次数及误吸率）

1.2 排除条件

重复发表的文献；未公开发表的文献；数据相同或无法获取数据的文献；不以体位管理为单一干预措施的文献。

1.3 检索策略

计算机检索 PubMed、Web of Science (WoS)、Embase、CINAHL Complete 护理学全文数据库、中国知网 (CNKI)、万方数据库 (Wanfang Data)、维普网 (VIP)、中国生物医学文献服务系统 (Sinomed) 8 个数据库，检索建库至 2021 年 11 月 30 日公开发表的临床实验研究。

中文检索式为“SU=(鼻饲+管饲+肠内营养+营养支持)*(反流+误吸)*(体位+姿势+预防+护理)”；英文检索为 MeSH 主题词加自由词检索，其中 MeSH 主题词为“Laryngopharyngeal Reflux, Heartburn, Rumination Syndrome, Bile Reflux, Gastroesophageal Reflux, Duodenogastric Reflux, Pneumonia, Aspiration, Respiratory Aspiration, Respiratory Aspiration of Gastric Contents, Posture, Prone Position, Supine Position, enteral nutrition”（以 Pubmed 为例见表 1）。

表 1 Pubmed 检索策略

步骤	检索策略
1	MeSH descriptor: [Laryngopharyngeal Reflux, Heartburn, Rumination Syndrome, Bile Reflux, Gastroesophageal Reflux, Duodenogastric Reflux]explode all trees
2	MeSH descriptor: [Pneumonia, Aspiration, Respiratory Aspiration, Respiratory Aspiration of Gastric Contents]explode all trees
3	#1 OR #2
4	MeSH descriptor: [Posture, Prone Position, Supine Position]explode all trees
5	Postures OR Position, Prone OR Positions, Prone OR Prone Positions OR Position, Supine OR Positions, Supine OR Supine Positions OR Dorsal Position OR Dorsal Positions OR Position, Dorsal OR Positions, Dorsal
6	#4 OR #5
7	MeSH descriptor: [enteral nutrition] explode all trees
8	Nutrition, Enteral OR Enteral Feeding OR Feeding, Enteral OR Force Feeding OR Feeding, Force OR Feedings, Force OR Force Feedings OR Tube Feeding OR Feeding, Tube OR Gastric Feeding Tubes OR Feeding Tube, Gastric OR Feeding Tubes, Gastric OR Gastric Feeding Tube OR Tube, Gastric Feeding OR Tubes, Gastric Feeding
9	#7 OR #8
10	#3 AND #6 AND #9

1.4 文献筛选与资料提取

将检索所得文献导入至 EndNote 软件，去除重复文献。依据文献纳入排除条件，由 2 名研究员独立进行文献筛选与资料提取，存在争议的文献由第

3 名研究员进行判断。提取资料包括第一作者、发表年份、文章题目、样本量、研究对象主要特征（年龄、鼻饲适应证类型）、干预措施及时间、结局指标，见图 1。

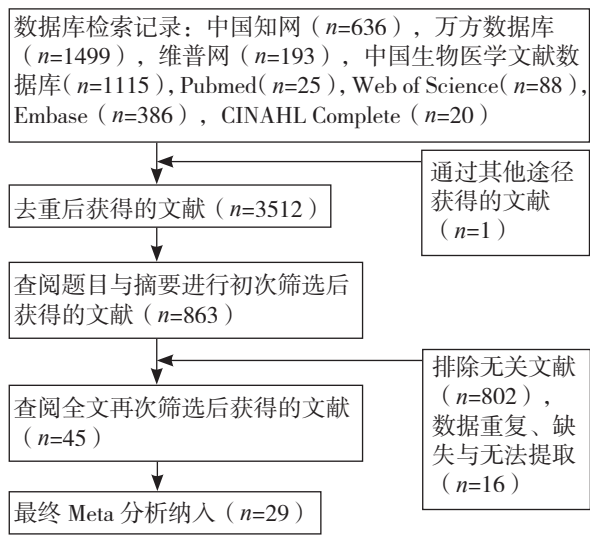


图1 文献筛查流程图

1.5 文献质量评价

使用 Revman 软件内置的 Cochrane 偏倚风险评估工具 RoB2 对最终纳入的对照试验研究进行文献质量评价。评价内容包括随机序列的产生和分配隐藏、研究者与受试者施盲、研究结局盲法评价、结局数据完整性、选择性报告研究结果及其他偏倚来源。对以上 6 个方面的偏倚风险逐一以“高偏倚风险”“低偏倚风险”和“不清楚”来表示^[4]。

1.6 统计学方法

本研究应用 Rve Man 5.3 进行分析，首先进行各研究间异质性分析，若 $I^2 < 50\%$ ， $P > 0.01$ ，则采用固定效应模型进行 Meta 分析；若 $I^2 \geq 50\%$ ， $P \leq 0.01$ ，则采用随机效应模型进行 Meta 分析。当明确研究异质性来源为结局指标不同时，则进行描述性分析和比较。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 文献检索结果

以建立的检索式进行初步检索后共获得 3962 篇文献，其中英文 519 篇，中文 3443 篇，另有 1 篇英文文献通过滚雪球方法纳入，用 EndNote 去重后得到 3512 篇，查阅题目与摘要进行初次筛选后获得文献 863 篇，查阅全文再次筛选后获得文献 45 篇，最终纳入 Meta 分析文献 29 篇，其中英文 4 篇^[5-8]，中文 25 篇^[9-33]。文献基本资料见表 2。

2.2 纳入文献质量评价

使用 Cochrane 风险偏倚评估工具对纳入的 29 项对照试验研究进行质量评价。共计 3 篇 A 等，18 篇 B 等，8 篇 C 等，见表 2。

表2 纳入研究基本资料及质量评价

作者与年份	国家 / 地区	患者 例数	例数		干预方式		结局 指标	文献 质量
			对照组	干预组	对照组	干预组		
Ibáñez 1992	西班牙	50	26	24	<30°	≥ 30°	⑤	B
Drakulovic 1999	西班牙	86	47	39	<30°	≥ 30°	③	A
刘丽萍 2003	河北	382	199	183	<30°	≥ 30°	⑤	B
赵晓辉 2003	北京	16	480*	480*	<30°	≥ 30°	②⑤	B
黄彤 2004	广东	30	300*	300*	<30°	≥ 30°	②	B
			300*	300*	<30°	≥ 30°	②	
何艳玲 2004	河南	58	28	30	<30°	≥ 30°	③	B
郑丽珊 2005	浙江	36	480*	480*	<30°	≥ 30°	①	B
van Nieuwenhoven 2006	荷兰	221	109	112	<30°	≥ 30°	③	A
施海红 2006	深圳	40	2400*	2400*	<30°	≥ 30°	⑤	B
王晓慧 2007	青岛	25	1102*	1060*	<30°	≥ 30°	①	B
张迎伟 2007	浙江	428	208	220	<30°	≥ 30°	③	B
代怀静 2007	江苏	180	3780*	3780*	<30°	≥ 30°	⑤	C
			90	90	<30°	≥ 30°	③	
冯丽琴 2008	广东	45	1260*	1260*	<30°	≥ 30°	⑤	B
常美兰 2009	山西	40	2400*	2400*	<30°	≥ 30°	⑤	C
叶淑莹 2010	福建	60	4130*	3840*	<30°	≥ 30°	②④	B
陈 鸿 2010	浙江	80	19	21	<30°	≥ 30°	⑤	B
			19	21	<30°	≥ 30°	⑤	
杨海霞 2011	北京	60	1434*	1466*	<30°	≥ 30°	②④	B
			30	30	<30°	≥ 30°	③	
吴小梅 2012	江苏	25	1250*	1250*	<30°	≥ 30°	①	C
程霞 2013	山东	20	600*	600*	<30°	≥ 30°	②⑤	B

续表								
作者与年份	国家 / 地区	患者 例数	例数		干预方式		结局 指标	文献 质量
			对照组	干预组	对照组	干预组		
王凤菊 2013	河南	80	40	40	<30°	≥ 30°	①②⑤	C
孙春玲 2014	山西	40	1162*	1249*	<30°	≥ 30°	①	B
			1162*	1160*	<30°	≥ 30°	①	
陈丽莉 2014	河南	44	44	44	<30°	≥ 30°	⑤	C
			1980*	1980*	<30°	≥ 30°	②④	
高雪梅 2014	河北	90	30	30	<30°	≥ 30°	⑤	C
			30	30	<30°	≥ 30°	⑤	
张韶红 2014	上海	90	2300*	4200*	<30°	≥ 30°	⑤	B
			2300*	3800*	<30°	≥ 30°	⑤	
			30	30	<30°	≥ 30°	③	
			30	30	<30°	≥ 30°	③	
童丽灵 2014	海南	120	30	30	<30°	≥ 30°	③	B
			30	30	<30°	≥ 30°	③	
			30	30	<30°	≥ 30°	⑤	
			30	30	<30°	≥ 30°	⑤	
吴毅婷 2021	福建	324	162	162	<30°	≥ 30°	①③⑤	B
Blumenthal 1982	英国	18	18	18	右侧卧位	左侧卧位	⑤	A
王红 2019	苏州	60	30	30	右侧卧位	左侧卧位	①	C
郑晓燕 2020	江苏	40	20	20	右侧卧位	左侧卧位	①③⑤	C

注：①误吸发生率，②呛咳发生率，③吸入性肺炎发生率，④呕吐发生率，⑤反流发生率。* 以实验次数作为例数。

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 床头抬高大于等于 30° 与小于 30°

2.3.1.1 反流发生率 本研究纳入对照试验研究中，共 15 项研究报道了反流发生次数或发生率^{[6,9-}

10,14,17-19,21,24-25,27-30,33]，研究间异质性较大 ($I^2=54%$, $P=0.007$)，因此，合并效应量 OR 采用随机效应模型。结果显示，两组患者反流发生率差异有统计学意义 [$OR=0.43$, $95\%CI(0.37\sim0.50)$, $P<0.00001$]。见图 2。

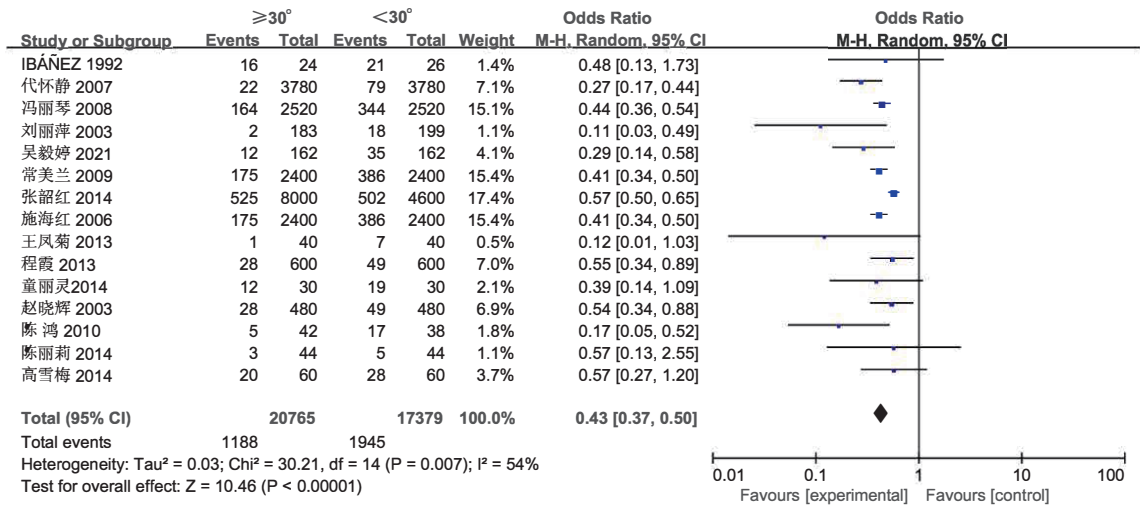


图2 反流发生率的比较

2.3.1.2 误吸发生率 本研究纳入对照试验研究中，共 7 项研究报道了误吸发生次数或发生率^[13,15,20,23,25-26,33]，研究间异质性较大 ($I^2=81%$, $P<0.00001$)，因此，合并效应量 OR 采用随机效应模型。结果显示，两组患者反流发生率差异有统计学意义 [$OR=0.17$, $95\%CI(0.07\sim0.39)$, $P<0.00001$]。见图 3。

2.3.1.3 吸入性肺炎发生率 本研究纳入对照试验研究中，共 10 项研究报道了吸入性肺炎发生次数或发生率^[7-8,12,16-17,22,24,29,30,33]，研究间异质性较小 ($I^2=42%$, $P=0.08$)，因此，合并效应量 OR 采用固定效应模型。结果显示，两组患者反流发生率差异有统计学意义 [$OR=0.35$, $95\%CI(0.25\sim0.50)$, $P<0.00001$]。见图 4。

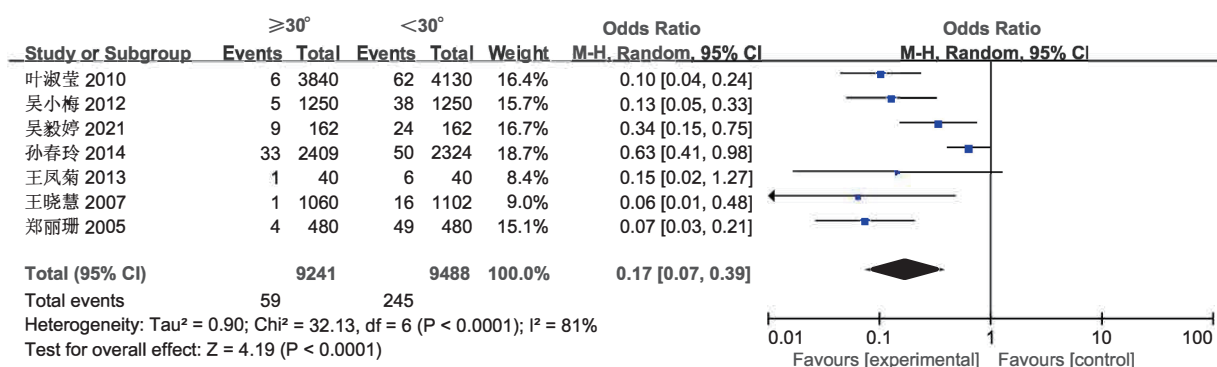


图3 误吸发生率的比较

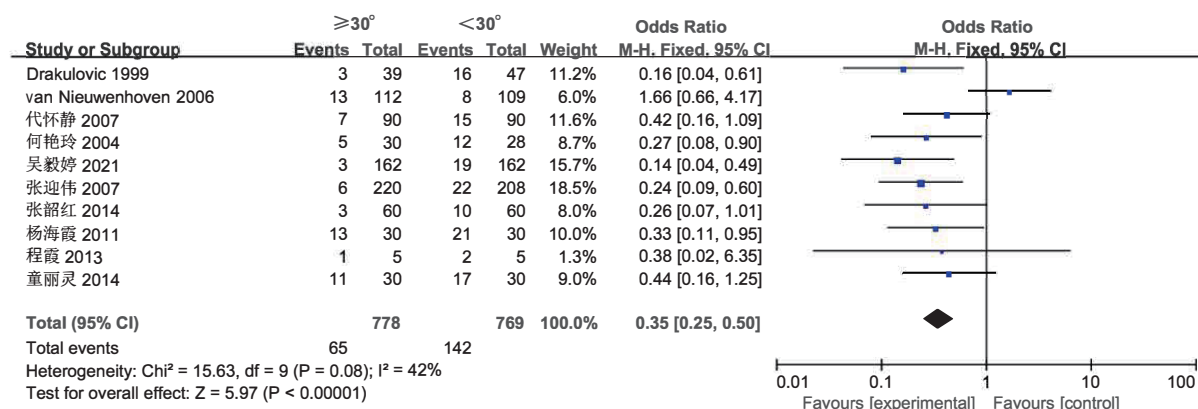


图4 吸入性肺炎发生率的比较

2.3.1.4 呛咳发生率 本研究纳入对照试验研究中,共7项研究报道了呛咳发生次数或发生率^[10-11,20,22,24-25,27],研究间异质性较大($I^2=82\%$, $P<0.00001$),因此,合并效应量OR采用随机

效应模型。结果显示,两组患者反流发生率差异有显著统计学意义 [$OR=0.26$, $95\%CI(0.15\sim0.46)$, $P<0.00001$]。见图5。

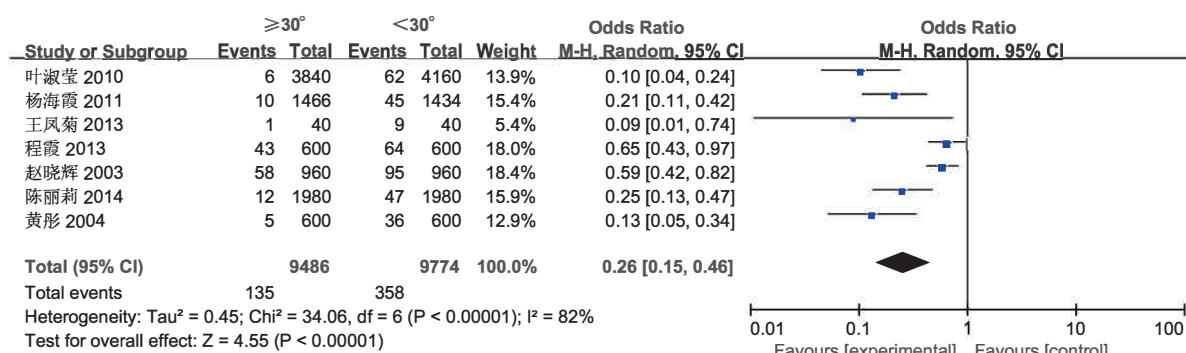


图5 呛咳发生率的比较

2.3.1.5 呕吐发生率 本研究纳入对照试验研究中,共3项研究报道了呕吐发生次数或发生率^[20,22,27],研究间异质性较小($I^2=0\%$, $P=0.53$),因此,合并

效应量OR采用固定效应模型。结果显示,两组患者反流发生率差异有统计学意义 [$RR=0.22$, $95\%CI(0.14\sim0.34)$, $P<0.00001$]。见图6。

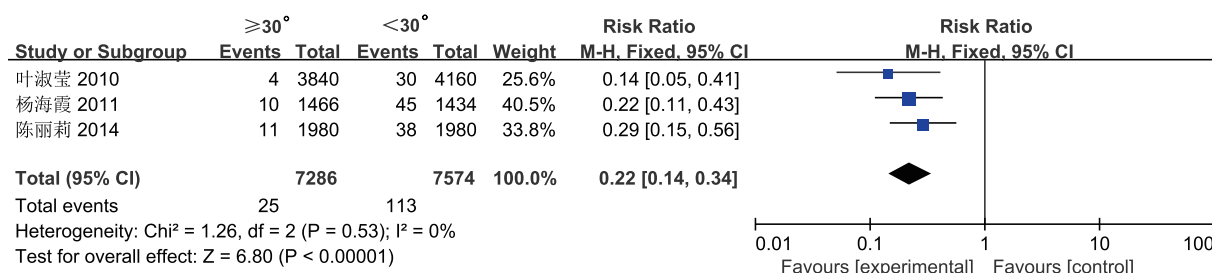


图6 呕吐发生率的比较

2.3.2 左侧卧位与右侧卧位 本研究纳入 RCTs 中,共 3 项 RCTs 报道了并发症发生次数或发生率^[5,31-32],因纳入文献结局指标不同,故采用描述性分析。Blumenthal 等^[5]于 1982 年对 18 例患者进行了管饲左右侧卧位干预实验,研究表明,左侧卧位反流发生数($n=4$)大于右侧卧位反流发生数($n=3$)。王红等^[31]于 2019 年对 60 例患者进行了管饲患者左右侧卧位干预实验,研究表明,左侧卧位误吸发生数($n=4$)小于右侧卧位误吸发生数($n=11$)。郑晓燕等^[32]于 2020 年对 20 例患者进行了管饲患者左右侧卧位干预实验,研究表明,左侧卧位反流误吸发生数($n=0$)小于右侧卧位反流误吸发生数($n=1$);左侧卧位与右侧卧位吸入性肺炎发生差异无统计学意义($n=0$)。

3 讨论

3.1 反流及误吸与吸入性肺炎、呛咳及呕吐的关系

研究发现,在对误吸进行统计研究时出现了大量呛咳与吸入性肺炎的数据。误吸是胃内容物经食管逆流至咽喉会厌腔,流入或吸入了气管内,而呛咳与吸入性肺炎则是误吸的并发症^[34-35]。反流物刺激咽喉部引起呛咳,而若进入下呼吸道,则可诱发吸入性肺炎。若能够控制误吸的发生率,则同时也能够降低呛咳与吸入性肺炎的发生率。同样,反流与呕吐也存在相关性,反流根据消化道内容物反流高度可分为胃食管反流与反流(反流至口腔或咽部)两种,当反流达到口腔或咽部时,消化道内容物刺激口咽部可诱发呕吐。若能够控制反流的发生率,同时也能够降低呕吐的发生率。

3.2 床头抬高 $\geq 30^\circ$ 与管饲并发症关系

Meta 分析研究表明,管饲体位床头抬高 $\geq 30^\circ$ 能够有效降低误吸、反流、吸入性肺炎、呕吐、呛咳等管饲并发症的发生率。可能是由于当床头抬高 $\geq 30^\circ$ 时,食管开口与咽喉部的食管开口高于胃平面,并且有利于食物向下运动到空肠,减轻胃部负担,降低了胃内容物到达咽喉部的机会。同时,2021 年发布的《中国卒中肠内营养护理指南》^[36]推荐,肠内营养时不仅应抬高床头 $\geq 30^\circ$,且应在肠内营养后继续维持该体位 > 30 min。同时,本研究进一步对不同年龄划分人群进行了亚组 Meta 分析,发现青壮年及中年患者与老年患者在管饲时同样适用床头抬高 $\geq 30^\circ$ 的体位($P<0.00001$)。管饲时床头抬高 $\geq 30^\circ$ 在不同年龄划分人群间的适用性并无差异。

3.3 左侧卧位与误吸的关系

研究纳入的文献中,有两项 RCTs 表明,左侧卧位能够降低患者误吸发生率^[31-32]。正常人的支气管左右支存在形态上的差异,右主支气管粗而短,走向较垂直,左主支气管细而长,走向较平行,当发生反流时,反流物则更容易进入到右主支气管。故左侧卧位能够使右主支气管处于高位,能够降低误吸的发生率。

3.4 老年患者易发生管饲并发症

本研究通过对纳入文献的一般资料进行汇总分析后,发现目前对于体位干预用于管饲饮食并发症反流与误吸效果的研究人群集中于老年患者(纳入 2099 例患者,占总患者数的 75.29%)与神经系统疾病患者(纳入 1532 例患者,占患者总数的 54.95%)。当患者由于各种原因发生外周与中枢神经系统损伤时,常会影响吞咽功能^[37],大幅提升了患者管饲并发症的发生率。老年患者随着消化系统的退化,会发生胃肠道黏膜和平滑肌萎缩,弹性降低,肠上皮细胞减少,小肠绒毛膜增宽、变短,结缔组织增多,纤毛活动减弱,腺体萎缩肠液分泌减少,肠壁血管硬化,从而引起胃肠蠕动减慢,排便过程延缓,导致老年患者进行管饲时更容易发生管饲并发症。

3.5 本研究对临床及未来研究的启示

2015 年,王银云等^[38]对 15 项关于成人喂养体位与相关并发症影响的研究进行了 Meta 分析,本研究在此基础上进行了更新,扩大了纳入人群的同时增加了 2016 年至今的研究。本研究通过 Meta 分析方法,对纳入的 29 篇文献进行了分析。结果提示,在进行临床管饲护理时,建议患者取体位为床头抬高 $\geq 30^\circ$ 的半卧位,并且保持该卧位 >30 min。而对于误吸发生风险高的患者,建议采取右侧卧位。未来研究可以开展更多大样本、多中心的 RCTs,加大对于不同侧卧位影响管饲并发症的研究力度,以期在临床实践中管饲饮食的合理体位选择提供更多循证证据。

4 参考文献

- [1] Metheny NA, Clouse RE, Chang YH, et al. Tracheobronchial aspiration of gastric contents in critically ill tube-fed patients: frequency, outcomes, and risk factors[J]. Crit Care Med, 2006, 34(4): 1007-1015.
- [2] Collard HR, Saint S, Matthay MA. Prevention of at or as sociated pneumonia: An evidence based syatie review[J]. Ann Intern Med, 2013, 138(6): 494-496.
- [3] 游倩,胡雯,石磊. 2019 年《ESPEN 家庭肠内营养指南》解读[J]. 中国全科医学, 2020, 23(5): 505-510.

- [4] 谷鸿秋,王杨,李卫.Cochrane 偏倚风险评估工具在随机对照研究 Meta 分析中的应用[J].中国循环杂志,2014,29(2):147-148.
- [5] Blumenthal I,Lealman GT,Effect of posture on gastro-oesophageal reflux in the newborn[J].Arch Dis Child,1982,57(7):555-556.
- [6] Ibáñez J,Peñafiel A,Raurich JM, et al. Gastroesophageal reflux in intubated patients receiving enteral nutrition: effect of supine and semirecumbent positions[J].J Parenter Enteral Nutr,1992,16(5):419-422.
- [7] Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, et al. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A randomised trial[J].Lancet,1999,354(9193):1851-1858.
- [8] van Nieuwenhoven CA, Vandenbroucke-Grauls C, van Tiel FH, et al. Feasibility and effects of the semirecumbent position to prevent ventilator-associated pneumonia: a randomized study[J].Crit Care Med, 2006, 34(2):396-402.
- [9] 刘丽萍,庞彦梅.老年病人鼻饲方法的改进[J].护理学杂志,2003,18(5):356-357.
- [10] 赵晓辉,刘晓联,阎书展.老年卧床病人不同鼻饲方法的比较[J].实用护理杂志,2003,19(13):11-12.
- [11] 黄彤,杨运娟.肠内营养患者鼻饲体位与误吸关系研究[J].中华临床医药与护理,2004,2(3):22-23.
- [12] 何艳玲.重度吞咽困难患者鼻饲后体位与吸入性肺炎的关系[J].中国乡村医药,2004,11(11):59.
- [13] 郑丽珊.脑卒中病人鼻饲体位与误吸的关系[J].中国实用护理杂志,2005,21(14):77.
- [14] 施海红,郝奉菊,龚绍荣.体位改变对鼻饲病人胃内容物反流发生率的影响[J].护理研究(中旬版),2006,20(10):2698-2699.
- [15] 王晓慧.鼻饲体位与误吸之研究[J].科技咨询导报,2007,15:156.
- [16] 张迎伟.脑卒中患者鼻饲体位与吸入性肺炎关系的探讨[J].护理与康复,2007,6(5):344-345.
- [17] 代怀静,金跃华,朱传贤,等.侧卧位鼻饲法应用于脑卒中病人的效果观察[J].护士进修杂志,2007,22(15):1421.
- [18] 冯丽琴,叶平香,姚国仙,等.鼻饲体位对昏迷气管切开病人胃内容物反流的影响[J].中国实用医刊,2008,35(11):63-64.
- [19] 常美兰.机械通气患者鼻饲时体位改变的比较[J].基层医学论坛,2009,13(32):1004-1005.
- [20] 叶淑莹.鼻饲体位对重型颅脑创伤患者鼻饲并发症的影响[J].医学信息:下旬刊,2010,23(10):1.
- [21] 陈鸿,兰美娟.颅脑外伤昏迷患者鼻饲量及体位对返流误吸的影响[J].中国高等医学教育,2010(6):131-132.
- [22] 杨海霞.昏迷患者鼻饲体位与误吸相关分析[J].中国误诊学杂志,2011,11(12):2842.
- [23] 吴小梅,王微,奚艳,等.不同鼻饲方法对机械通气长期肠内营养老年患者误吸的影响[J].现代临床护理,2012,11(2):29-30.
- [24] 程霞.脑卒中吞咽障碍患者不同鼻饲方法的效果评价[J].医药前沿,2013,30(8):77.
- [25] 王凤菊.气管切开患者鼻饲时发生反流误吸的原因及体位摆放[J].中国当代医药,2013,20(30):166-167,169.
- [26] 孙春玲,陈晨.脑卒中后误吸与床头抬高不同角度的效果评价[J].中国药物与临床,2014,14(5):637-638.
- [27] 陈丽莉.长期卧床老年肿瘤患者鼻饲体位与反流、误吸发生的关系[J].江苏医药,2014,40(10):1161-1162.
- [28] 高雪梅,李淮安.体位与食管反流的相关性分析[J].中国医刊,2014,49(12):62-63.
- [29] 张韶红,王颖,盛叶红.体位变化对脑卒中鼻饲患者食物返流的影响[J].护士进修杂志,2014,29(19):1769-1770.
- [30] 童丽灵,王曙红,王伟,等.鼻饲管置入深度及鼻饲时患者体位与食物反流及并发症的关系[J].世界华人消化杂志,2014,22(18):2588-2592.
- [31] 王红,柏慧华,景新华,等.左右侧卧位鼻饲对气管切开病人误吸的影响[J].护理研究,2019,33(1):177-178.
- [32] 郑晓燕,顾永梅,康小玲.不同体位对气管切开患者鼻饲并发症的影响研究[J].医学食疗与健康,2020,18(6):142,144.
- [33] 吴毅婷,邱淑琴,郭兆峰,等.体位监测在神经外科鼻饲患者风险管理中的应用研究[J].中国卫生标准管理,2021,12(8):162-165.
- [34] 周瑜,米元元.ICU 患者误吸研究进展[J].护理学报,2018,25(9):39-43.
- [35] 汪玲玲.优化误吸干预对防治老年吸入性肺炎的意义[J].当代护士(下旬刊),2021,28(6):159-161.
- [36] 四川大学华西循证护理中心,中华护理学会护理管理专业委员会,中华医学会神经外科学分会.中国卒中肠内营养护理指南[J].中国循证医学杂志,2021,21(6):628-641.
- [37] 赵力乔,牛小媛.神经系统疾病伴发吞咽障碍的临床进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(16):92-93,96.
- [38] 王银云,程云,胡延秋.喂养体位对成人鼻饲患者相关并发症影响的系统评价[J].护理学杂志,2015,30(14):100-103.

[2022-02-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

医护一体化模式应用于留置改良型中长导管患者中的效果观察

万蓉 顾丽磊 朱康平 袁圆 杨卫林

【摘要】 目的 探讨医护一体化模式对开展改良型中长导管置入术患者的影响。**方法** 选取2020年1—10月在医院肿瘤科接受治疗且符合留置改良型中长导管的患者200例设为研究对象,遵循组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组,各100例。对照组实施常规护理,由责任护士全程管理;观察组采用医护一体化模式,即医护协调配合、共同参与管理的模式。比较两组患者依从性、护理满意度、携管期间并发症发生率。**结果** 观察组患者接受改良型中长导管置入率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组留置改良型中长导管患者置管侧肢体功能锻炼依从性优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组留置改良型中长导管患者护理满意率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组留置改良型中长导管患者相关并发症的发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对留置改良型中长导管的患者应用医护一体化模式,能有效提高患者的依从性和满意度,降低相关并发症发生率。

【关键词】 医护一体化模式; 中长导管留置; 依从性; 满意度; 并发症

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.029

Effect observation of medical and nursing integration mode in patients with indwelling modified medium and long catheter WAN Rong, GU Lilei, ZHU Kangping, YUAN Yuan, YANG Weilin (The 904 Hospital of PLA Joint Logistic Support Force, Wuxi, 214044, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of medical-care integration mode on patients undergoing modified mid-length catheter placement. **Methods** A total of 200 patients who received treatment in the oncology department of the hospital from January to October 2020 and were eligible for indwelling modified medium and long catheters were selected as the research objects. According to the principle of comparability of basic data between groups, they were divided into control group and observation group, with 100 cases in each group. The control group was given routine nursing care, which was managed by the responsible nurse; the observation group adopted the medical-nursing integration model, that is, the mode of medical-nursing coordination and joint participation in management. The compliance, nursing satisfaction, and the incidence of complications during tube-carrying were compared between the two groups. **Results** The patients in the observation group received a higher rate of modified mid-length catheter placement than that in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The patients in the observation group with indwelling modified medium-length catheters had better compliance with the limb function exercise on the side of the catheter than in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The patients in the observation group with indwelling modified medium-length catheters had higher nursing satisfaction rate than in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). The patients in the observation group with indwelling modified medium-length catheters had lower incidence of related complications than in the control group, and the difference was statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The application of the medical-care integration model for patients with indwelling modified medium-length catheters can effectively improve patients' compliance and satisfaction, and reduce the incidence of related complications.

【Key words】 Integrated medical care model; Medium-length catheter indwelling; Compliance; Satisfaction; Complications

基金项目: 无锡市卫生健康委科技成果与适宜技术推广项目(编号:T202018)

作者单位: 214044 江苏省无锡市, 中国人民解放军联勤保障部队第九〇四医院质量管理科

万蓉: 本科, 主任护师, 主任

通信作者: 杨卫林, 本科, 副主任护师, 护士长

美国静脉输液护理学会 (Infusion Nursing Society, INS) 编制的 2016 版《输液治疗实践标准》中建议, 在考虑药物输注特性并结合预期治疗时间, 中等长度导管可用于 1~4 周的输液治疗^[1]。专家共识^[2]中指出, 中等长度导管如果使用适当, 可以使用数月, 适应证范围广, 可用于预计治疗时间 1~4 周的患者、持续输注等渗或接近等渗药物的患者、短期静脉注射万古霉素的患者 (少于 6 d 的治疗)、需要持续镇静与镇痛的患者、间歇性或短期内可输注高渗透压和腐蚀性药物等 (因存在未被检测的外渗风险, 需谨慎)。随着技术的发展, 改良型中长导管尖端位置由腋静脉胸段改良到锁骨下静脉, 因位置改变其导管适应范围更广。因此, 中等长度导管在临床使用中对比其他输液装置占有明显优势, 目前已在国内多个疾病临床领域应用^[3-4]。为了实现中长期输液患者的“一针化”治疗, 减轻患者痛苦, 提高患者满意度, 本研究将医护一体化模式应用于改良型中长导管置入术患者中, 探讨该模式对留置改良型中长导管患者的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 1—10 月在我院肿瘤科接受治疗且符合留置改良型中长导管的患者 200 例为研究对象, 纳入条件: 持续药物输注时间均在 1 周以上; 均具备良好的认知能力及一定的阅读能力; 均能遵照医嘱持续接受治疗; 对本研究知情。排除条件: 存在精神及沟通交流障碍; 因病情严重长期处于昏迷; 治疗期间死亡者。遵循组间基本资料具有可比性的原则分为对照组和观察组, 各 100 例。对照组中男 65 例, 女 35 例; 年龄 20~74 岁, 平均 49.55 ± 7.24 岁。观察组中男 66 例, 女 34 例; 年龄 19~75 岁, 平均 49.62 ± 7.35 岁。两组患者基本资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。中等长度导管 (MC) 采用佛山特种医用导管有限责任公司生产的舒贝康单腔三向瓣膜一体化式导管 (型号 PD-4Fr-1, 30 cm) 及相关套件, 高级医用硅胶材质, 质地柔软。两组均采用超声引导下改良塞丁格技术置入。本研究经医院伦理委员会审核批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理。根据患者的病情、治疗所用药物及时间, 责任护士向患者及家属常规讲解静脉安全用药的相关事项、置入改良型中长导管的重要性及置入后的护理内容, 患者有置管意愿后, 再由科室专业置管资质者进行全面沟通签署知

情同意后后置入导管, 导管置入后严格落实导管维护工作, 携管期间导管维护、健康教育、用药护理、心理护理及拔管等均由责任护士完成。

1.2.2 观察组 实施医护一体化护理模式, 具体内容如下。

(1) 建立医护一体化置管团队: 由床位护士、经治医师、专业置管护士、医院静疗专项技术组骨干及邀请携管成员组成。团队成员共同为有置入改良型中长导管适应证的患者进行多方位全面评估, 与患者及家属有效沟通。团队成员在协作中有分工, ①经治医师讲解治疗方案与静脉用药目的。②床位护士讲解静脉治疗的途径与安全输注要求。③专业置管护士讲解改良型中长导管穿刺过程、配合事项、日常维护及相关并发症。④邀请携管者讲解亲身感受与治疗的安全性、舒适性。⑤医院静疗专项技术组骨干参与难穿刺者的置管, 为专业置管护士提供技术支持。患者签署知情同意后由专业置管护士完成置管。

(2) 建立医护一体化查房制度: ①医院静疗专项小组成员参加科主任每周组织的查房 1 次, 共同全面了解中长导管留置患者的治疗情况及留置情况, 及时了解留置导管患者的需求, 对护理要点与注意事项予以针对性指导。②小组成员每日与医生共同参加晨间查房与交接班, 及时全面动态掌握患者的病情与治疗方案。③医护间保持有效沟通, 实时动态跟进, 不断改进护理方案。

(3) 开展医护一体化工作交流会: ①针对患者的家庭、社会和心理等影响因素进行讨论, 及时掌握对患者疾病治疗效果造成不良影响的因素。②探讨改良型中长导管留置期间的各种问题, 医院静疗专项小组成员参加并及时予以干预。③重视改良型中长导管留置对患者日常生活造成的不良影响, 结合患者的实际情况进行综合考虑, 医护配合做好患者的日常生活护理。

(4) 组织医护一体化护理模式的培训: 以改良型中长导管留置患者日常治疗及护理工作中存在的问题为基础, 由医院静疗专项小组成员或专业置管护士有计划地对置管小组成员进行培训, 内容包括改良型中长导管的临床应用及其相关知识、中长导管留置期间的注意事项及异常情况的处理。开办专项维护技能培训, 演示置管过程, 制作视频进行教学, 让医护人员更加全面了解并掌握改良型中长导管的留置与维护知识, 共同提升改良型中长导管应用价值。

1.3 评价指标

对两组患者留置改良型中长导管的依从性、护理满意程度及并发症发生情况进行比较。

(1) 留置改良型中长导管的依从性：记录两组患者接受改良型中长导管置入情况及置入后置入侧肢功能锻炼依从性。患者置入侧肢体活动次数大于或等于每日规定次数为有效锻炼，即遵医行为良好；小于规定次数为遵医行为差。

(2) 满意情况：采用自拟问卷由患者出院时填写完成，项目共包含7个方面，总分100分，≥70分为满意，<70分为不满意。

(3) 并发症发生率：收集两组患者留置改良型中长导管期间并发症的发生率，并发症包括感染、静脉炎、皮肤过敏、导管堵塞、非计划性脱管等。

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。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者改良型中长导管置入情况及依从性比较

观察组患者接受改良型中长导管置入率高于对照组，置入侧肢体功能锻炼依从性高于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表1、表2。

表1 两组患者改良型中长导管置入情况比较

组别	例数	接受置管例数	接受置管率(%)
观察组	100	96	96.00
对照组	100	80	80.00

$\chi^2=12.121, P=0.001$ 。

表2 两组患者置入侧肢体功能锻炼遵医行为良好情况比较

组别	例数	遵医行为良好例数	率(%)
观察组	96	92	95.83
对照组	80	65	81.25

$\chi^2=9.637, P=0.002$ 。

2.2 两组留置改良型中长导管患者护理满意率比较

观察组留置改良型中长导管患者满意程度高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表3。

表3 两组留置改良型中长导管患者护理满意率比较

组别	例数	满意	满意率(%)
观察组	96	90	93.75
对照组	80	64	80.00

$\chi^2=7.543, P=0.006$ 。

2.3 两组留置改良型中长导管患者相关并发症发生率比较

观察组感染、静脉炎、皮肤过敏、导管堵塞、非计划性脱管等相关并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表4。

表4 两组留置改良型中长导管患者相关并发症发生率比较

组别	例数	感染	静脉炎	皮肤过敏	导管堵塞	非计划性脱管	总并发症发生例数	发生率(%)
观察组	96	0	0	1	1	0	2	2.08
对照组	80	6	9	8	7	5	35	43.75

$\chi^2=45.628, P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 医护一体化模式能全面了解患者治疗需求，为其合理应用输液工具

静脉输液是临床上最常用的治疗手段之一，传统静脉穿刺方法会给患者带来一定的痛苦^[5]，随着输液工具的不断发展和选择的多样化趋势，合理选择输液工具可以减轻患者反复穿刺的痛苦和减少输液并发症的发生^[6]，继而显著提高患者的生活质量。

MC与外周静脉留置针、经外周置入中心静脉导管(PICC)、中心静脉导管(CVC)及植入式静脉输液港(PORT)相比，具有穿刺速度快、安全性高、维护成本低等优势，能为患者提供了一条经济、安全的静脉输液方式^[7]。根据临床实践，中长导管的

留置对患者正常生活限制较大，加上患者对中长导管的自我护理了解不足，容易引发各种不良事件，患者在长期治疗过程中容易产生抵触情绪，导致其治疗依从性下降，影响疾病治疗效果^[8]。临床护理中常规的护理模式能在一定程度上让患者的导管留置得到有效维护，减少导管相关不良事件的发生，但患者的治疗依从性难以得到提升，不利于其治疗方案的顺利实施^[9]。本研究应用医护一体化模式，小组成员对改良型中长导管的留置及其作用进行详细说明，患者对中长导管的临床应用有深入认知，大大提高了置管依从性。

3.2 医护一体化模式能提升患者就医体验，提高置管依从性

医护一体化模式是临床护理模式中的一种，其

要求医生与护士协同为患者提供个体化医疗服务, 以此让医疗服务质量得到提升, 为患者的治疗效果提升奠定良好的基础。对于中长导管留置患者, 其治疗期间需要注意的事项较多, 医护人员在开展治疗及护理工作时, 难以有效完成对各种注意事项的处理, 容易导致患者的医疗服务体验下降而出现依从性下降的情况^[10]。本研究应用医护一体化模式, 能有效加强医护人员的相互配合, 更好地完成各种注意事项的处理, 减少患者治疗期间的影响因素, 提升了患者的医疗服务体验, 促使其置管依从性与应用效果的提升。

3.3 医护一体化模式能改善医护患关系, 提高患者护理满意度

医护一体化管理模式属于新型护理模式之一, 主要是由医生护士共同对患者实施相关治疗护理, 医护一体化管理模式打破了原有的医生与患者、护士与患者两条固定的平行线格局, 重新建立医生、护士和患者之间三位一体的崭新格局^[11]。无论在置管前、置管中或是置管后, 均有较为固定的医护团队成员共同做沟通、解释、指导工作, 过程中出现任何问题, 都能得到及时有效的解决, 医护团队全程跟进为患者整个带管过程提供了方便, 置入改良型中长导管能够较好完成高渗性药物的基础治疗需求, 继而减少频繁穿刺对患者带来的机体痛苦, 保证了患者的身心安全^[12], 增强了对医护人员的信任感, 因此大大提高了患者的满意度。

3.4 医护一体化模式可降低留置改良型中长导管相关并发症, 提高护理质量

患者在院期间, 医护联合查房对患者信息掌握较为全面, 能根据患者不同的文化程度、家属与患者对疾病的认知程度、社会支持系统等进行个性化健康宣教, 全程管理中有利于及时发现存在的潜在并发症, 便于及时干预解决; 带管期间反复叮嘱注意事项, 对于已经出现置管后相关并发症的患者, 能得到及时处理; 通过医护患全力合作, 对置管者进行科学的护理干预, 增加导管的使用寿命, 降低患者置管并发症的发生率。本研究与姚勤学者^[13]相似, 由此可见, 医护一体化护理模式的应用可以提高改良型中长导管留置患者的依从性、满意度, 降低相关并发症。

综上所述, 使用改良型中长导管对患者进行静脉输液, 具有安全性高、减少反复穿刺、导管留置

时间长等优点, 在进行静脉治疗时工具的选择显得尤其重要。“以病人为中心”的医护一体化护理模式, 其本质就是医护共同管理患者, 医护间密切协作有效沟通, 实现了对患者全方位治疗和护理管理, 及时共同解决患者的问题, 减少并发症发生, 缩短住院时间, 提升治疗护理成效, 达到信息共享, 减少医、护、患矛盾和纠纷, 使患者更加满意。

4 参考文献

- [1] 胡爱珍, 喻燕敏. 改良型三向瓣膜式中等长度导管在老年患者中的应用 [J]. 中国老年保健医学杂志, 2019,17(4):120-122.
- [2] 许志娟, 李秀轻, 孔晔宏, 等. 成年患者中线导管留置与维护的最佳证据总结 [J]. 护理学报, 2022,29(1):41-46.
- [3] 许娣, 吴梦茹, 曹利娟. 中长导管静脉输液方法在消化科危重病人中的应用及护理 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020,5(2):30-31.
- [4] 王亚琳. 中长导管静脉置管在急诊临床的应用现状和展望 [J]. 护理研究, 2018,6(6):138-139.
- [5] 纪鑫, 高俊芳, 刘秀静, 等. 中等长度导管在儿科静脉输液中的应用研究 [J]. 滨州医学院学报, 2017, 40(5):354-356.
- [6] 刘宗淑, 宋秀荣, 孔林芳, 等. 超声引导下改良赛丁格技术植入改良外周静脉中长导管的临床应用效果 [J]. 中外医学研究, 2019,17(35):173-174.
- [7] 邹晓春, 何金爱, 宋燕伶. 252 例留置静脉中长导管病人调查分析 [J]. 护理学报, 2016,23(20):48-50.
- [8] 孙庆妍. 对使用中长导管进行静脉输液的神经内科患者实施综合护理的效果评价 [J]. 当代医药论丛, 2019,17(3):243-244.
- [9] 王小清, 王金莲, 杨育蓉, 等. 探讨医护一体化在乳腺癌患者 PICC 管理中的应用 [J]. 中外女性健康研究, 2017(18):8,15.
- [10] 周红艳, 黎瑞贞, 游嘉玲, 等. ICU 护理风险控制中医护一体化查房模式的应用分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018,5(11):102,104.
- [11] 何少丽, 张莉, 魏伟宏, 等. 医护一体化管理模式在门诊肿瘤放疗患者中的应用效果 [J]. 护士进修杂志, 2019,34(24):2247-2249.
- [12] 张娟, 何景屹. 改良型中等长度导管在临床静脉输液中的应用满意度 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(1):139,141.
- [13] 姚勤. 医护一体化对留置中长导管患者的依从性及治疗效果的影响 [J]. 中外医学研究, 2018,16(32):177-179.

[2022-01-08 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

FOCUS-PDCA 循环管理程序对内镜检查患者肠道准备质量的影响

符嘉喻 周薇 曾祥娥

【摘要】 目的 探讨 FOCUS-PDCA 循环管理程序对内镜检查患者的肠道准备质量的影响。方法 选择 2020 年 1 月—2021 年 10 月于医院就诊拟行结肠镜检查的 170 例患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组(实施常规的肠道准备)和观察组(实施 FOCUS-PDCA 循环管理程序的肠道准备),每组 85 例。比较两组患者肉眼肠道准备合格率、镜下肠道准备合格率、肠道清洁度以及医护人员与患者满意度情况。结果 观察组内镜检查前肉眼肠道准备合格率和镜下肠道准备合格率均高于对照组,差异有统计意义($P<0.05$)。观察组肠道清洁度评分、医护人员与患者满意度评分高于对照组,差异有统计意义($P<0.05$)。结论 FOCUS-PDCA 循环管理程序用于内镜检查患者的肠道准备质量管理中,充分体现了提升肠道准备合格率的优点,改善了肠道清洁度,获得医护人员与患者满意。

【关键词】 FOCUS-PDCA 循环管理程序; 内镜检查; 肠道准备; 质量管理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.030

Effects of FOCUS-PDCA cycle management procedure on the quality of bowel preparation in patients undergoing endoscopy FU Jiayu, ZHOU Wei, ZENG Xiang'e (The Second Affiliated Hospital of University of South China, Hengyang, 421001, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effects of FOCUS-PDCA cycle management procedure on the quality of bowel preparation in patients undergoing endoscopy. **Methods** To select 170 patients who were admitted to the hospital for colonoscopy from January 2020 to October 2021 as the study subjects. According to the principle of comparability of basic characteristics between groups, they were divided into control group (implementing routine bowel preparation) and observation group (implementing bowel preparation with FOCUS-PDCA cycle management procedure), with 85 cases in each group. The qualified rate of gross bowel preparation, the qualified rate of microscopic bowel preparation, bowel cleanliness, and the satisfaction of medical staff and patients were compared between the two groups. **Results** The qualified rate of gross bowel preparation before the endoscopy and the qualified rate of microscopic bowel preparation scores in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The scores of bowel cleanliness and the satisfaction of medical staff and patients in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The FOCUS-PDCA cycle management program was used in the quality management of bowel preparation for patients undergoing endoscopy, which fully reflected the advantages of improving the qualified rate of bowel preparation, improved the cleanliness of the bowel, and was satisfied by medical staff and patients.

【Key words】 FOCUS-PDCA cycle management procedure; Endoscopy; Bowel preparation; Quality management

结肠镜检查是目前国内外肠道疾病早期筛查和确诊的最可靠方法。由于饮食结构与生活方式的转变,结直肠癌发病率上升至消化系统疾病第 2 位,是患病率居首位的恶性肿瘤,内镜深度检查项目中结肠镜诊断的准确率、镜下治疗安全性取决于肠道准备质量^[1-2]。成功的肠道准备不仅利于清晰观察

黏膜表面,还会提升工作效率、检查效果与患者舒适度。文献报道^[3],内镜检查患者的肠道准备中口服给药法不正确、饮食不当等问题仍存在,从而造成手术时间延长、病变遗漏或成本费用增加等不良事件。虽然进行了常规宣教,护患的执行准确率依旧较低。美国医院组织在 20 世纪 90 年代提出了 FOCUS-PDCA 循环管理程序 (find-organize-clarify-understand select-plan-do-check-antion)^[4],即焦点管理循环,旨在通过发现问题 (find)、成立改进

小组 (organize)、明确现行流程和规范 (clarify)、分析问题的根本原因 (understand)、选择可改进的流程 (select)、制订改进计划 (plan)、分析 (do)、检查评估实施结果 (check)、确保新流程实施并进行持续改进 (action) 9 个步骤, 重视问题的澄清与分析, 总结问题, 制订改进方案。医院已经成功将 FOCUS-PDCA 循环管理程序用于无抽搐电休克治疗室高危药品管理, 但其对内镜检查患者肠道准备质量管理的报道尚不多见。因此, 本研究将其应用于内镜检查患者, 最终取得令人满意的结果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2020 年 1 月—2021 年 10 月于医院就诊拟行结肠镜检查的 170 例患者为研究对象。纳入条件: 首次接受结肠镜检查。排除条件: ①存在肠道占位性病变史、肠道手术史或者肠道大出血病史; ②听说读写功能障碍、认知障碍或精神障碍无法配合研究者。按照组间基本特征具有可比性的原则, 将 170 例患者分为观察组与对照组, 每组 85 例。对照组中男 53 例, 女 32 例; 年龄 21~69 岁, 平均 45.79 ± 9.84 岁; 慢性便秘 20 例, 腹泻 20 例, 肠易激综合征 21 例, 消瘦待查 12 例, 健康体检 12 例。观察组中男 51 例, 女 34 例; 年龄 22~70 岁, 平均 45.85 ± 9.33 岁; 慢性便秘 23 例, 腹泻 19 例, 肠易激综合征 20 例, 消瘦待查 12 例, 健康体检 11 例。两组患者以上资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 肠道准备方法

两组患者结肠镜检查前均行肠镜检查。

1.2.1 对照组 接受常规的肠道准备。由责任护士指导检查前 3 d 进食半流质或流质食物, 前 1 d 低渣饮食, 检查当天早晨禁食, 严格遵遗嘱在检查当日 7:00 服用聚乙二醇电解质散 (PEG) 2 L。

1.2.2 观察组 在对照组基础上, 同时应用 FOCUS-PDCA 循环管理程序。按照 FOCUS-PDCA 循环管理程序 9 个步骤, 分析既往肠道准备不充分或存在的缺陷。成立肠道准备持续质量改进团队, 结肠镜检查前 4~6 h 分 2 次口服 3 L PEG, 第 1 次为 1 L, 第 2 次为 2 L, 强化患者与家属宣教等改进对策。具体实施步骤如下:

(1) F (发现问题): 对近 3 年来 1029 例接受肠内镜检查的患者进行分析, 其中不合格患者 144 例, 合格 885 例, 肠道准备合格率约为 86.01%。

(2) O (组织团队): 成立 FOCUS-PDCA 团队,

要求科室主任 1 名、护士长 1 名以及高年资 (N2 及以上) 护士 5 名共同入组, 负责计划、组织、控制与反馈工作, 协调、分配、汇总针对性质量改进内容。

(3) C (确定现状): 科室主任与护士长联合组织召开团队会议, 以“肠道准备不充分的关键影响因素与环节改进”为主题, 查阅文献资料, 阅读肠内镜检查不合格病历, 达成意见共识, 将科室内镜检查患者肠道准备质量差的实际状况归为 4 个方面: ①服药时机; ②肠道清洁剂剂量; ③患者与家属认知; ④肠道准备的操作流程, 明确后商讨进一步完善对策。

(4) U (原因分析): 从人、机、料、法、环剖析确定肠道准备不充分现状的关键环节, 如下:

①责任医师。医嘱未强调二次 PEG 剂量的肠道清洁或未执行; 检查前未对肠道准备不充分患者的危险因素及时实施干预对策。②护理人员。服药方法宣教不足或依赖患者与家属; 肠道清洁效果评价不到位或反馈不及时。③患者。口服肠道清洁剂量不足; 未按规定要求饮食; 依从性差。④患者对宣教资料或肠道清洁前后状况的图文、视频认识不到位; 250 ml、1000 ml 等量杯准备不充足。⑤操作流程部分环节因素。服药时间 (通常是检查前 1 d 15:00) 到检查间隔时间 (通常是检查日 7:00) 过长; 少数环节细节不明确或不具体。

(5) S (方案选取): 按照上述要因拟定改进内容, 添加 PEG 剂量, 对便秘史患者检查前 2~3 d 实施个性化干预; 肠镜室肠镜检查时间由线上系统安排、线下再次核对, 最优化服药至检查间隔时间; 依据患者特点完善宣教、精简肠道准备质量评价各项内容, 提供充足量杯; 充分参考患者与家属意见下修订、细化肠道准备操作流程。

(6) P (计划): 参考《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南》^[5]、权威肠道准备质量危险因素及防护对策文献, 拟定肠道准备质量改进方案并经过 3 轮修订; 检查前设计打卡清单, 要求医护人员至少检查前 4~6 h “√” 出 2 次 3 L PEG 口服情况, 特别关注便秘人员, 预先 2~3 d 采取运动、药物或饮食干预; 修订肠道准备操作流程; 每位患者病房与检查室及卫生间张贴“肠道清洁 VS 未清洁”图片比对; 确保 250 ml、1000 ml 量杯准备充足。

(7) D (实施): 依照计划逐条改进流程项目, 由团队负责人组织肠道准备质量专项培训, 内容严格遵循拟定的《肠道准备操作流程与质量标准》; 护士监测患者在检查前 1 日晚 20:00 口服 1 L PEG, 检查前 4~6 h 再口服 2 L, 按照每 10~15 min 频次服

用 250 ml, 2 h 内结束; 检查前, 再次向患者强调吃、喝注意要点, 发放纸质宣教资料, 对年轻群体发放动态视频宣教资料, 床头悬挂肠镜检查提醒卡, 每日早晚 2 次指导患者识别张贴“肠道清洁 VS 未清洁”, 提升认知; 责任护士指导患者认知药液配制、服用特殊情况; 病房护士在患者口服肠道清洁剂后 2 h 及时向内镜护士获取肠道清洁评价效果、肠道准备不合格潜在风险, 若发生排便性状不符, 立即向责任医师汇报采取相应干预措施, 同时予以登记、汇总。

(8) C (检查): 每周定期安排固定护士负责查阅肠道准备不合格信息登记表, 不定期抽检, 然后依据月、季度汇总, 召开质控团队商讨会, 再次对主要问题进行讨论、改进与实施。

(9) A (处理): 严格按照整个 FOCUS-PDCA 循环管理程序, 标准化肠道准备操作并积极推广, 部分仍无法立刻解决问题放入下一个 PDCA 循环, 培养医护人员持续改进意识。

1.3 评价指标

(1) 肉眼肠道准备合格率^[6]: 对内镜检查患者服药 2 h 后肠道准备情况予以评价。肉眼肠道准备可以分为 I 级、II 级、III 级和 IV 级, 其中 IV 级为肠道准备不合格; 其他为合格。I 级 (肠道准备满意): 观察到肠液清亮、视野清晰, 肠腔无粪便渣、少许粪水潴留, 操作顺利; II 级 (肠道准备满意): 观察到肠液清亮, 肠腔少量粪便渣、粪水潴留, 操作顺利; III 级 (肠道准备较满意): 观察到视野基本清晰, 肠腔有粪便残渣、污浊粪水, 操作较顺利; IV 级 (肠道准备不满意): 操作不顺利, 观察到肠腔粪便残渣或粪块, 或者肠道准备不足而中止检查。

(2) 镜下肠道准备合格率^[7]: 将结肠分为左、中、右 3 段, 专业人员依据查检表评分, 内容包括: 若微量或无固态粪便残存计 3 分, 若少量粪便残存计 2 分, 若部分肠段存在液体或半固体粪便计 1 分, 若大量固体粪便残存, 重新准备肠道计 0 分。平均每段结肠评分 ≥ 2 分, 则肠道准备充足 (合格)。合格率 (%) = 合格例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 肠道清洁度^[8]: 选择波士顿肠道准备评分量表 (Boston bowel preparation scale, BBPS) 对肠道清洁度进行评估, 内容包括: 肠道是否有粪便或消化液, 有无明显气泡, 视野是否清晰, 累计总分 9 分, 评分高低与清洁效果好坏成正比。

(4) 医护人员与患者满意度^[9]: 调查肠镜检查过程中医护人员满意情况, 采取 0~10 分评分法, 评分高低与满意度成正比; 电话随访患者对肠镜检查的满意度, 也同样采取 0~10 分评分法, 评分高低与患者满意度成正比。经过检验上述评分标准, 均具有良好信效度。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据处理。计数资料组间率的比较采取 χ^2 检验; 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 t' 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组内镜检查前肠道准备合格率比较

观察组内镜检查前肉眼肠道准备合格率和镜下肠道准备合格率均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组内镜检查前肠道准备合格率比较					
组别	例数	肉眼肠道准备		镜下肠道准备	
		合格	率 (%)	合格	率 (%)
观察组	85	79	92.94	81	95.29
对照组	85	68	80.00	70	82.35
χ^2 值		6.084		7.170	
P 值		0.014		0.007	

2.2 两组肠道清洁度、医护人员与患者满意度评分比较

观察组肠道清洁度评分、医护人员与患者满意度评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组肠道清洁度、医护人员与患者满意度评分比较 (分)				
组别	例数	肠道清洁度	医护人员满意度	患者满意度
观察组	85	7.84 $\pm$ 0.89	9.55 $\pm$ 0.41	9.60 $\pm$ 0.39
对照组	85	6.37 $\pm$ 0.64	6.72 $\pm$ 0.50	6.57 $\pm$ 0.64
t 值		12.363*	40.351	37.273
P 值		0.000	0.000	0.000

*为 t' 值。

3 讨论

FOCUS-PDCA 是基于 PDCA 循环模式的进一步发展而创造的一类持续性质量改进模型,旨在更加详细了解和程序分析中各环节,具有运转严谨、管理层次多样等优势^[10]。结肠镜检查是国内早期结肠癌及癌前病变首选检查手段,良好的肠道准备决定了检查效果。吴瑞等^[11]指出,不同个体差异患者在经过门诊结肠镜检查后,居家自行肠道准备质量参差不齐,多数患者缺乏专业指导;术前 24 h 是否低渣饮食、用药情况、服药依从性和排清水便,及有无服用硫酸镁、聚乙二醇电解质散等药物后短时间大量饮水稀释等,均是影响肠道准备清洁率的重要因素。内镜检查患者肠道准备质量不佳的原因诸多^[12],可以归纳为以下 4 项:①肠道准备宣教不足;②清肠液饮用轻度不适等情况发生时无法及时收到医护人员指导;③肠道准备未在规定时间内完成;④患者肠道清洁度自我评估不到位。

结合以上主要原因,基于《医院肠镜检查规范管理规范》、临床权威文献,充分发挥持续质量改进理论优势,查找、讨论和分析阻碍肠道准备质量的原因,全面剖析、总结影响因素,获取改进方案,制定了解决对策,应用 FOCUS-PDCA 循环管理程序,如:肠道准备宣教材料制作精心(图文并茂);规范并监督饮用清肠液;科学化不适症状干预方案;改善不达标者的肠道清洁评估方式,再将改进后的标准用于内镜检查患者的肠道准备质量管理中。研究结果显示,观察组内镜检查前肉眼肠道准备合格率和镜下肠道准备合格率均高于对照组,表明该模式有效提升患者肠道准备合格率,这与全过程处理密不可分。本研究中 FOCUS 阶段就需改进的焦点问题,从人、机、料、法、环等方面寻求原因与解决方案,对饮食、服药、宣教、评价等多个环节予以指导,环环相扣,层层递进,进而有效把控肠道准备质量各环节。另外,FOCUS-PDCA 管理模式开展过程中,对消化科内预备肠镜检查的患者进行病情和康复状况的指导、评估与教育,并对分配各阶段的护理人员重点培训,解决了以往被忽视的专业知识,规范肠道准备过程中的护士环节,实现了每一个步骤的全面认知。其次,在形成的全面环节质控环中,检查前设计打卡清单,要求医护人员至少检查前 4~6 h “√”出 2 次 3 L PEG 口服情况,查看清单动态,不仅可以实施应对措施,还对便秘者、需长期口服药物或服药后不活动等特殊情况酌情增加活动量、宣教力度,为及时调整肠道准备方案提

供了依据。在开展管理的过程中,持续优化护理过程及解决方案,搭建了专业化、系统化肠道准备工作动态的循环闭环,从而促进肠道准备合格率^[13]。

此外,本研究结果还显示,通过 FOCUS-PDCA 循环管理程序,观察组肠道清洁度评分、医护人员与患者满意度评分高于对照组,说明了对肠道准备焦点问题设立明确的改进目标,对症下药,有效减少了医护人员的多余和重复劳动以及不必要程序,干预措施逐渐规范化,可以提升肠道清洁度^[14]。并且医护人员工作积极性、团队合作性、凝聚力及责任感等也得到提升,如:病房马桶旁粘贴肠道准备合格与否比较图,医护、患者同时获得及时观察学习评价的机会,再如规定护士定时定点记录肠道清洁度,按照评估级别汇报责任医师及时采取补救措施,减少因肠道准备不充分带来的再次肠道准备痛苦等问题,也增加患者的满意度,这与有文献^[15]指出护士主动服务及预见性护理能力可以有效减少医疗纠纷相吻合。

综上所述,FOCUS-PDCA 循环管理程序应用于内镜检查患者的肠道准备质量管理中,充分体现了提升肠道准备合格率的趋势,改善了肠道清洁度,提高了医护人员与患者满意度。

4 参考文献

- [1] 蒋桂香,李立平,冯程程.图文沟通宣教模式对内镜检查患者肠道准备依从性及清洁度的影响[J].护理实践与研究,2021,18(13):2014-2016.
- [2] 张新艳,郑小微.基于微信指导的健康宣教在内镜检查患者肠道准备中的应用效果[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(12):192-194.
- [3] 李欢,吴清明,龙辉,等.PDCA 循环对大肠腺瘤检出率的影响[J].现代医院,2021,21(6):982-984.
- [4] 吕天羽,王玉新,叶婧,等.运用 FOCUS-PDCA 程序提高透析患者透析间期水分增长达标率[J].吉林医学,2021,42(2):495-497.
- [5] 韩旭,郭亚慧,时晓冬,等.2019 版《中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南》解读[J].临床荟萃,2020,35(1):72-75.
- [6] 中国医师协会内镜医师分会消化内镜专业委员会,中国抗癌协会肿瘤内镜学专业委员会.中国消化内镜诊疗相关肠道准备指南(2019,上海)[J].中华内科杂志,2019,58(7):485-495.
- [7] 高燕,张厚德,林木贤,等.Boston 肠道准备量表应用的信度评估[J].中华消化内镜杂志,2012,29(2):79-80.
- [8] Belsey J, Halphen M, Clayton L. Comparison of Harefield Cleansing Scale (HCS) and Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) for Assessment of Cleansing Prior to

“三位一体”团体缅怀疗法对老年精神分裂症患者康复的影响

齐桂花 盛红艳 朱庆翠 吴一姿

【摘要】 目的 分析“三位一体”团体缅怀疗法在长期住院的老年精神分裂症患者认知功能、智能状态、社会功能、抑郁状态中的应用效果。方法 选取2020年6月—2021年6月医院60~85岁轻度认知障碍的老年精神分裂症患者80例为研究对象,按照组间资料具有可比性的原则分为观察组和对照组,每组40例。对照组给予精神科常规护理,同时按照医院康复计划实施抗精神病药物治疗、心理治疗及常规精神康复活动;观察组在对照组基础上加入由医务社工、护士、康复治疗师团队组成的“三位一体”模式的团体缅怀疗法活动。两组患者于干预前、干预12周后采用简易智力检查量表(MMSE)、领悟社会支持量表(PSSS)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、老年抑郁量表(GDS-15)评价智能状态、社会能力、认知功能、抑郁状态。结果 干预前,两组患者MoCA、MMSE评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预12周后与对照组相比,观察组MoCA、MMSE评分均升高,经比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者PSSS、GDS-15评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预12周后与对照组相比,观察组PSSS评分升高,GDS-15评分降低,经比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 将“三位一体”团体缅怀疗法应用于长期住院的老年精神分裂症患者中,能有效改善患者的认知与抑郁,改善住院生活质量,提高患者康复效果。

【关键词】 三位一体;缅怀疗法;医务社工;老年精神分裂症;康复

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.031

Effect of "Trinity" group remembrance therapy on the rehabilitation of elderly patients with schizophrenia

QI Guihua, SHENG Hongyan, ZHU Qingcui, WU Yizi (Nanjing You'an Hospital, Nanjing, 211123, China)

【Abstract】 **Objective** To analyze the application effect of "Trinity" group remembrance therapy in the cognitive function, intelligence state, social function and depression state of elderly patients with schizophrenia who have been hospitalized for a long time. **Methods** A total of 80 elderly schizophrenia patients with mild cognitive impairment aged 60-85 years in the hospital from June 2020 to June 2021, were selected as the study objects,

基金项目:南京市卫生科技发展专项资金项目(编号:YKK18274)

作者单位:211123 江苏省南京市佑安医院

Colonoscopy: An Analysis Based on 1,865 Patients in 6 Clinical Trials: Presidential Poster:668[J]. Am J Gastroenterol,2014,109(2):194-198.

[9] 赵香凤,王利枝,王瑶,等.护士对FOCUS-PDCA的认知及持续开展需求的调查分析[J].广东医学,2020,41(8):859-861.

[10] 王鸟,刘红林,王小利,等.FOCUS-PDCA质量管理工具在提升病案归档率中的应用[J].中国病案,2021,22(1):13-16.

[11] 吴瑞,王骥,季文雅,等.结肠镜检查质量的影响因素及其控制[J].胃肠病学,2019,24(12):758-761.

[12] 丁晓娟,唐春丽,范淑娟.FOCUS-PDCA循环管理程序对结肠镜检查前肠道准备质量的影响[J].护理实

践与研究,2019,16(22):75-77.

[13] 边巧维,秦光明,丁敏.运用PDCA提高住院患者肠镜检查前肠道准备清洁度合格率的应用研究[J].临床消化病杂志,2019,31(4):236-239.

[14] 李艳红,刘宇英,张海英.PDCA法干预结肠镜检查的体检客人肠道准备依从性的效果评价[J].广东医学,2019,40(14):2032-2036.

[15] 周敏,官小莉,雷勤丰,等.FOCUS-PDCA循环管理程序在耳鼻喉科择期手术患者术前准备中的应用研究[J].护理管理杂志,2019,19(4):297-301.

[2022-02-14收稿]

(责任编辑 肖向莉)

and they were divided into an observation group and a control group according to the principle of comparability of data between groups, with 40 cases in each group. The control group was given routine psychiatric nursing, and at the same time, antipsychotic drug treatment, psychotherapy and routine mental rehabilitation activities were implemented according to the hospital rehabilitation plan; The observation group joined the "Trinity" model group memory therapy activity consisting of a team of medical social workers on the basis of the control group, nurses, and rehabilitation therapists. Before intervention and after 12 weeks of intervention, mini-mental state examination(MMSE), perceived social support scale(PSSS), Montreal cognitive assessment(MoCA) and geriatric depression scale(GDS-15) were used to evaluate the intelligence state, social ability, cognitive function and depression state of the two groups of patients. **Results** Before the intervention, there was no significant difference in the scores of MoCA and MMSE between the two groups($P>0.05$). After 12 weeks of intervention, compared with the control group, the PSSS and GDS-15 scores of the observation group were increased, and the differences were statistically significant($P<0.05$). Before the intervention, there was no significant difference in the scores of PSSS and GDS-15 between the two groups($P>0.05$). After 12 weeks of intervention, compared with the control group, the PSSS score of the observation group was increased, and the GDS-15 score was decreased, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** "Trinity" group memory therapy can effectively improve the cognition and depression of long-term hospitalized elderly patients with schizophrenia, improve the quality of life in hospital, and improve the recovery effect of patients.

[Key words] Trinity; Remembrance therapy; Medical social worker; Elderly schizophrenia; Rehabilitation

老年精神分裂症是指年龄在 60 岁以上的精神分裂症患者, 大多表现为社会功能明显下降, 记忆、注意、执行功能均有不同程度的损害^[1]。该病病程长、差异性大、孤独抑郁, 存在心理和认知障碍, 导致治疗困难^[2-4]。我国老年精神分裂症患病率为 9.88%^[5]。以往的治疗重视消除症状, 忽视社会功能的恢复。近年来相关研究发现社会功能差的患者复发风险增加, 回归家庭、社会严重困难, 给患者、家庭、机构及社会都带来了沉重负担^[6-7]。缅怀疗法也称为怀旧疗法, 怀旧能够对患者产生安慰的作用^[8], 因这种缅怀是叙事式的, 能够重述令人感到快乐的事件, 有助于实现自我整合^[9]。“三位一体”缅怀疗法是在缅怀疗法的基础上, 建立由医务社工、护士、康复治疗师组成团队, 开展一种有组织性的团体活动过程, 以小组方式进行, 通过回顾过去的事件、想法及感情, 帮助人们提升幸福感, 提高生活质量^[10]。本研究在长期住院的老年精神分裂症患者中应用“三位一体”团体缅怀疗法, 以进一步改善老年精神分裂症患者的康复效果提供相关依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 6 月—2021 年 6 月在院 60~85 岁轻度认知障碍的老年精神分裂症患者 80 例为研究对象, 纳入条件: 符合国际疾病分类 ICD-10 的老年精神分裂症诊断标准; 病程大于 10 年, 且近 3 年

病情相对较稳定; 精神科药物近 3 个月未调整, 以阴性症状为主; 阳性和阴性症状量表 (PANSS) 评分 ≤ 60 分; 简易智力状态检查量表 (MMSE) 评分 24~30 分; 蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 评分 <26 分; 意识清楚, 语言交流基本正常; 患者均知情同意。排除条件: 存在听力问题及严重躯体疾病患者; 参与其他同类研究或同类项目教育者; 存在脑器质性精神障碍、躯体疾病所致精神障碍、心境障碍等其他精神疾病; 患者及家属拒绝参与研究者。退出条件: 本研究观察期内死亡的患者; 干预期间出现疾病复发的患者; 中途以任何原因要求退出的患者。按照组间基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 每组 40 例。观察组中男 30 例, 女 10 例; 年龄 61~76 岁, 平均 71.23 ± 3.26 岁; 病程 26~42 年, 平均 34.26 ± 1.52 年。对照组中男 29 例, 女 11 例; 年龄 61~75 岁, 平均 71.31 ± 3.12 岁; 病程 25~44 年, 平均 34.20 ± 1.61 年。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审批同意, 免签署知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予精神科常规护理, 同时按照医院康复计划实施抗精神病药物治疗、心理治疗及常规精神康复活动, 例如协助日常起居、生命体征测量、集体进餐、个别及集体心理疏导、中医养身保健操、睡眠巡视等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施由医务社工、

护士、康复治疗师“三位一体”主导的团体缅怀疗法活动,具体实施如下。

(1) 成立干预者小组: 由本院医务社工、护士、康复治疗师组成小组, 小组成员统一参加培训, 培训内容主要包括团体心理咨询知识、怀旧治疗系统相关知识、老年心理学等, 并通过理论和实践考核合格, 具备上岗资质。

(2) 场地: 活动场地固定在康复科活动厅, 场地空气流通、宽敞明亮、安静, 安排桌椅围圈而坐, 方便每位患者都有面对面交流的机会。

(3) 物品准备: 准备怀旧治疗的引导物品, 包括老钟表、老茶杯等老物件、老照片等, 搜集患者的成长经历、喜好与特长, 与家属交流, 对患者的喜好做深入了解。

(4) 确立团体缅怀疗法方案: 方案为期 12 周, 每周 2 次, 每次 40 min。初步确定 12 个主题, 分别是“你不知道的我”“回忆老歌曲、电影”“分享童年老照片”“我的工作”“我爱我家”“世纪婚礼”“难忘之旅”“美味的小吃”“最喜欢的节日”“幸福人生”“我的最爱”“最美不过夕阳红”, 主题均符合中国文化传统、老年时代背景、引发愉快回忆的要求。

(5) 预实验: 随机选取 10 例老年精神分裂症患者开展 4 次预实验, 总结主题的可行性, 讨论修订形成了严谨、规范的团体缅怀疗法干预方案。将 12 个主题分为 4 个阶段: 第 1 阶段为第 1 周(团体创始阶段), 活动内容为第 1 个主题; 第 2 阶段为第 2 周(团体过渡阶段), 活动内容为第 2 个主题; 第 3 阶段为第 3~11 周(成熟阶段), 活动内容为第 3~11 个主题; 第 4 阶段为第 12 周(尾声阶段), 活动内容为第 12 个主题。

(6) 分组实施: 将观察组 40 例患者采用随机数字表法随机分成 4 组, 每组 10 例, 由医务社工、护士、康复治疗师组成“三位一体”团队, 按计划实施团体缅怀疗法, 每周 2 次, 每次 40 min。干预 12 周共计 24 次活动。

1.3 观察指标

由统一培训的医务社工在干预前、干预 12 周后对两组患者采用 MMSE、领悟社会支持量表(PSSS)、MoCA、老年抑郁量表(GDS-15)进行评定。

(1) 认知功能: 采用 MoCA^[11] 评定两组患者的认知功能, 该量表包含 8 个领域, 即执行能力、视结构技能、定向力、计算、注意与集中、记忆、抽象思维、语言, 总分 30 分, 得分越高表明认知功能越好, 26 分或以上为正常, 测试时间约为 10

min。该量表具有较高的信度和效度。

(2) 智能状态: 采用 MMSE^[12] 评定两组患者的智能状态, 该量表重测信度为 0.959, 具有良好的信度。该量表共包括以下 7 个方面: 延迟记忆、语言、视空间、时间定向力、注意力及计算力、地点定向力、即刻记忆, 共 30 个题目, 评分标准: 回答正确记 1 分, 回答错误或回答不知道记 0 分, 该量表满分 30 分。

(3) 社会能力: PSSS^[13] 由 Zimet 等编制, 姜乾金等引入并做了一定的修订, 反映一个人与社会关系的密切程度和质量, 采用该量表评定两组患者感受到的社会支持情况, 该量表共 12 个自评项目, 每个项目采用 7 级评分法, 极不同意、很不同意、稍不同意、中立、稍同意、很同意、极同意分别赋值 1~7 分, 评分标准: 低支持状态(总分 12~36 分)、中间支持状态(总分 37~60 分)、高支持状态(总分 61~84 分)。

(4) 抑郁状态: GDS-15^[14] 由 Brink 等于 1982 年创制, 是专用于老年人抑郁的筛查量表, 已被广泛应用于中国人, 采用该量表评定两组患者的抑郁状态, 总分 ≥ 8 分被认为存在抑郁症状。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 干预前后两组患者 MoCA、MMSE 评分比较

干预前, 两组患者 MoCA、MMSE 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预 12 周后, 观察组 MoCA、MMSE 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 干预前后两组患者 PSSS、GDS-15 评分比较

干预前, 两组患者 PSSS、GDS-15 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预 12 周后, 观察组 PSSS 评分高于对照组, GDS-15 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

大多数精神分裂症患者是年轻时发病, 具有病程迁延、致残性高等特点^[15-16], 治愈非常困难^[17], 病情反复至老年期, 因长期住院, 被动顺从医务人员的管理, 生活技能出现明显退化, 住院时间越长, 社会功能缺陷越严重, 主要表现为对外界环境的兴趣下降、缺乏责任心与计划性、社会功能退缩等,

表1 干预前后两组患者 MoCA、MMSE 评分比较(分)

组别	例数	MoCA 评分		MMSE 评分	
		干预前	干预 12 周后	干预前	干预 12 周后
对照组	40	19.54 ± 0.94	19.50 ± 0.94	24.45 ± 0.51	24.42 ± 0.50
观察组	40	19.18 ± 0.90	19.96 ± 0.97	24.56 ± 0.50	25.08 ± 0.80
<i>t</i> 值		1.750	2.154	0.974	4.425
<i>P</i> 值		0.084	0.034	0.333	0.000

表2 干预前后两组患者 PSSS、GDS-15 评分比较(分)

组别	例数	PSSS 评分		GDS-15 评分	
		干预前	干预 12 周后	干预前	干预 12 周后
对照组	40	43.44 ± 5.26	43.36 ± 5.26	7.66 ± 1.71	7.68 ± 1.72
观察组	40	43.41 ± 5.25	46.29 ± 5.19	7.67 ± 1.66	6.35 ± 1.50
<i>t</i> 值		0.026	2.508	0.027	3.686
<i>P</i> 值		0.980	0.014	0.979	0.000

回归社会与家庭越发困难,同时给医疗护理工作带来了巨大挑战。精神分裂症患者的核心症状是认知功能损害,且患者的长期预后和社会功能均主要取决于认知受损的程度。而长期住院的老年精神分裂症患者的总住院时间、总病程、工娱活动时间、病情严重程度等与社会功能缺陷程度存在显著相关性。本研究由医务社工、护士、康复治疗师“三位一体”主导的团体缅怀疗法活动,通过社工、护士、康复治疗师“三位一体”的结合,共同合作,借助有形提示,帮助患者回忆过去的生活、经历、情感等找到自我,从中获得喜悦与幸福感,促进患者与家属之间、患者之间、护患之间的相互支持,提高患者沟通水平,避免社会隔离。

大量研究^[18]证实精神分裂症认知缺陷在老年加重,部分会发展为痴呆,到后期发展为痴呆的部分危险因素具有可控性。对老年精神分裂症患者进行全面评估,及时干预认知,可减少痴呆的发生。本研究应用“三位一体”团体缅怀疗法共计12周,对老年精神分裂症患者实施干预活动,通过让患者回忆过去的生活、经历、情感等找到自我,唤起患者对以往幸福事件的回顾,增强患者 positivity 情绪,通过身体接触,营造出了团体融洽欢乐的氛围,改善了抑郁情绪,使患者情绪兴奋,在回忆中获得喜悦与幸福感,提高了其认知,改善了抑郁情绪^[19]。该研究与国内外学者^[20-22]通过怀旧疗法能改善阿尔

茨海默病患者的抑郁情绪相似。

有研究显示^[23],通过12周的活动,增强了患者记忆力,提高了日常活动能力,改善了老年精神分裂症患者的认知障碍,拉近了患者间的身体距离,从而减少了心理防御,满足了患者多元化及个体化的需求,进而密切了医-护-患三者间的关系。本研究通过干预有效减少了医患矛盾,提高了护理满意度,同时增加了患者对住院生活的适应能力,从而有利于康复。此结果与刘艳存等^[24]研究结果相近。

综上所述,对长期住院的老年精神分裂症患者给予有效的抗精神病药物治疗外,开展“三位一体”团体缅怀疗法,改善了患者的认知和抑郁状态,提高了患者的住院满意度,提升了患者康复效果,为患者提供了社交的机会,与同伴发展有意义的关系,构建患者间、治疗者与家属的支持系统,作为非药物治疗,具有易操作、有效、易推广等优势。但本研究时间为3个月,干预后有效果,但时间短,后续可做进一步的观察,以期望观察的效果可更持久、有效。

4 参考文献

- [1] 蒋国庆,曹国兴,李远,等.老年精神分裂症与阿尔茨海默病患者认知功能比较[J].临床精神医学杂志,2015,25(1):16-19.
- [2] 童捷,孙喜蓉,俞玮,等.团体绘画艺术治疗对慢性

- 精神分裂症患者社会功能康复与生活质量的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2019,28(6):532-537.
- [3] 刘多君. 精细化护理对老年精神分裂症患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2019,16(19):158-159.
- [4] 郁京萍, 蒋菊芳, 姚惠珍, 等. 自我角色认同护理对精神分裂症合并糖尿病患者激越行为及社会交往的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2018,24(2):138-142.
- [5] 于欣. 老年精神病学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2008:221-225.
- [6] 吴逢春, 李荷花, 李冰冰, 等. 精神分裂症患者社会功能与复发关系的研究[J]. 临床医学工程, 2019, 26(5):707-708.
- [7] Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubda A, et al. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia[J]. Ann Agric Environ Med, 2018,25(1):50-55.
- [8] 梅陈玉婵, 林一星, 齐敏. 老年社会工作[M]. 上海: 上海人民出版社, 2017:102-103.
- [9] 陈丹. 缅怀往事疗法在老年个案工作中的应用与反思[D]. 沈阳: 沈阳师范大学, 2015.
- [10] 秦思, 刘诗祺, 白慧琼, 等. 怀旧疗法降低养老机构老人孤独感的效果观察[J]. 护理研究, 2017,31(5):590-591.
- [11] 崔利华, 张慧丽, 张小年. 脑卒中恢复期患者简易智能状态检查和蒙特利尔认知评估的对比研究[J]. 中国康复理论与实践, 2014,20(8):749-751.
- [12] 陈小妹, 张余芳. 简易智力状态检查量表评分对不同年龄髋部骨折老年患者术后谵妄的预测价值[J]. 中国医药, 2021,16(7):1065-1069.
- [13] 李娉, 张澜. 领悟社会支持量表在哈萨克族人群中的调查应用[J]. 中国卫生统计, 2014,31(1):96-97,99.
- [14] 陈玲玲, 曾慧. 简版老年抑郁量表(GDS-15)在老年抑郁评估中的应用现状[J]. 当代护士, 2017(12):13-16.
- [15] 董佳, 周郁秋, 孙玉静. 精神分裂症照顾者病耻感测量工具及影响因素研究进展[J]. 中国健康心理学杂志, 2018,26(3): 476-480.
- [16] 吕月娣, 姜杨, 沈校康, 等. 精神康复群组管理对社区精神分裂症患者生活技能的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2017,23(17):2259-2261.
- [17] 韩妙林, 李佳. 长期服用抗精神分裂症药对患者肾功能的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(5):543-546,550.
- [18] 施于超, 胡卫红. 老年精神分裂症与痴呆[J]. 神经疾病与精神卫生, 2016,16(5):606-608.
- [19] 黄丽. 综合护理联合怀旧疗法对老年2型糖尿病伴抑郁症患者血糖水平及抑郁情绪的影响[J]. 中国临床护理, 2020,12(2):128-132.
- [20] 周娟. 回忆疗法治疗阿尔茨海默病患者认知障碍的临床效果观察[J]. 临床合理用药, 2019,12(1):97-98.
- [21] Lokp N, Bademl IK, Sencuk-tosun A. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial[J]. Int J Geriatr Psych, 2019,34(1):47-53.
- [22] Onieva-Zafra MD, Hernandez-Garcia L, Gonzalez-Del-Valle MT, et al. Music Intervention With Reminiscence Therapy and Reality Orientation for Elderly People With Alzheimer Disease Living in a Nursing Home: A Pilot Study[J]. Holist Nurs Pract, 2018,32(1):43-50.
- [23] 陈静雅, 何秀芝, 周爱萍. 护理人文关怀教育和学习动机的激发[J]. 西南国防医药, 2018,28(8):782-784.
- [24] 刘艳存, 吴小佳, 周同. 团体怀旧疗法对老年痴呆患者影响的Meta分析[J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(9):1-7.

[2022-02-28 收稿]

(责任编辑 白晶晶)

《护理实践与研究》杂志严正声明

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

《护理实践与研究》杂志社

青年肝门部胆管癌晚期患者的安宁疗护 1 例

刘慧 刘智利 郑锐华 杨佳钰 应文娟

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.032

青年癌症患者是指 15~39 岁被诊断为癌症的患者^[1]。据报道,青年人群患癌率不断上升^[2]。肝门部胆管癌(hilar cholangiocarcinoma, HCCA)是最常见且严重威胁患者生命的胆道系统恶性肿瘤,发生率约占胆管癌全部类型的 50%~70%^[3]。由于解剖位置特殊及早期症状不明显等特点,绝大多数患者确诊时已错过最佳手术时机,根治手术率低且预后较差^[4]。青年是家庭的支柱和社会的中坚力量,罹患肿瘤的青年癌症患者,面临着包括教育、性与生育等方面特定的社会和心理挑战,其心理痛苦发生率较其他癌症人群更高^[5-6],是抑郁和自杀的高危人群。安宁疗护的目标是提高终末期患者和家属的生活质量,实现“生者善生,逝者安详”。目前,针对青年癌症患者的安宁疗护实践未见详细报道。我院肿瘤科于 2021 年 4 月 8 日首诊收入 1 例青年肝门部胆管癌晚期患者,入院评估生存期为 46 d,心理社会及精神问题突出,在医护团队与家属的悉心照顾下,对患者进行安宁疗护,患者于入院 40 d 后在家属陪伴下安详离世。现报道如下。

1 病例介绍

1.1 一般资料

患者,男,31 岁,2019 年 8 月确诊肝门部胆管细胞癌;先后行 3 次手术治疗。2019 年 11 月 26 日开始化疗;2020 年 10 月 12 日复查提示肿瘤复发、转移,后改为姑息性化疗;2021 年 3 月 5 日开始免疫治疗。2021 年 4 月 8 日,患者因“腹痛呕吐 1 周”首次来诊,入住肿瘤科。主诉:胃纳睡眠差;芬太尼透皮贴剂(4.2 mg/次,1 次/72 h)贴胸前区外用止痛治疗下,右上腹疼痛,持续性腹痛为主;伴恶

心呕吐,大便每天 1 次、黄色、不成型。

1.2 护理评估

查体:患者神志清楚,营养差,四肢无力,精神疲倦。社会支持:已婚,育有 1 女,6 岁。与父母同住,母亲与妻子为主要照顾者。本科学历,患病前从事汽车保险销售工作。心理评估:焦虑自评量表评分为 61 分,轻度焦虑;抑郁自评量表评分为 58 分,轻度抑郁;心理痛苦评估:4 分,存在心理痛苦。具体问题列表如下:进食、恶心、疼痛、身体活动受限制等身体问题;无时间精力照顾孩子/老人、经济方面的实际问题;与孩子/老人相处的交往问题;抑郁、紧张、担忧、对日常活动丧失兴趣、睡眠差的情绪问题。精神评估:待明确。生存期评估为 46 d,疼痛评分为 2 分,24 h 内爆发痛 1 次,疼痛数字评分法(NRS)评分为 6 分。

1.3 治疗与转归

入院检查示:双肺多发转移瘤;大量腹水,贫血征,双侧胸腔少量积液;疾病进入终末期,予吸氧、抗感染、抗炎、止痛、止呕、营养支持等对症支持治疗,4 月 20 日患者出现咳嗽咳痰症状,5 月 11 日出现呼吸困难症状,患者及家属拒绝穿刺引流及其他抗肿瘤维持治疗;5 月 13 日患者出现循环衰竭,再次确认不进行有创性抢救;于 2021 年 5 月 17 日 03:23 在家属陪伴下安详离世。

2 护理措施

患者自入院以来,情绪低落,心情抑郁,不愿与人交谈。拒绝穿刺及抗肿瘤维持治疗,制订以心理社会及精神支持为主的护理方案。

2.1 疼痛及其他症状控制—辅助性疗法的应用

2.1.1 中医护理技术 研究显示^[7-8],中药热敷、针灸等技术结合阿片类药物的使用,可以更好地控制癌性疼痛,提高患者的生活质量。在调整应用阿片类药物(芬太尼透皮贴剂改为 8.4 mg/次,每次 72 h;爆发痛时皮下注射吗啡注射液 10 mg;口服吗啡片 10 mg,需要时)的基础上,经中医师评估,排除内脏出血/穿孔后,采用中药热奄包热敷疼痛

基金项目:中华护理学会 2019 年度立项科研课题项目(编号:ZHKY201927);2020 年李嘉诚基金会交叉研究项目(编号:2020LKSG10B);汕头市科学技术局 2019 年第二批医疗卫生科技计划项目(编号:190430085264349)

作者单位:515041 广东省汕头市,汕头大学医学院附属肿瘤医院(刘慧);汕头大学医学院第一附属医院(刘智利,郑锐华,应文娟);汕头大学医学院第一附属医院龙湖医院(杨佳钰)

通信作者:应文娟,硕士,主任护师

部位(白芥子、山楂子、莱菔子、紫苏子、香附子采用1:1:1:1:1比例装成包,蒸箱熏蒸加热至60℃装入布袋放于患处,来回推熨),每次30 min,每天2次,辅助控制疼痛。其次,考虑在使用阿片类药物过程中,90%以上的晚期癌症患者会出现便秘^[9],且患者存在包括进食量减少、活动量少、陌生环境等便秘危险因素,采用生大黄神阙穴穴位贴敷(生大黄粉加入姜汁调成膏状,夹于双层薄姜片,清洁皮肤后贴敷于神阙穴,每次贴敷时间4 h,每天2次)和耳穴压豆法(每次贴一侧耳穴:大肠、直肠、交感,双侧轮流使用,隔天更换,教会患者自行按压每天3~5次,每次1~2 min)进行干预。经以上处理,患者自4月21日起未再出现爆发痛,NRS评分为1~2分,疼痛不再影响睡眠及日常生活;未出现便秘及其他不良反应。

2.1.2 芳香疗法 芳香疗法又称精油疗法,通过运用精油采取按摩、熏香等方式,缓解终末期患者的焦虑抑郁、恶心呕吐等症状,促进身心舒适,提高生活质量^[10]。研究显示,晚期癌症患者普遍存在睡眠障碍,且与心理困扰密切相关^[11],睡眠时间长短与病死率增加有关^[12]。患者夜间入睡困难且易醒,持续入睡时间2~3 h。考虑患者存在心理痛苦及焦虑、抑郁情绪,白天选用精油(柑橘类、洋甘菊、薰衣草、佛手柑等,根据患者喜好交替使用,分别主有抗焦虑、缓解恶心感、镇静、改善睡眠等作用)为患者按摩双下肢(15~20 min/次,患者自觉舒适为标准)。夜间使用香薰灯和精油枕头滴洒为患者助眠^[13]。针对咳嗽咳痰、呼吸困难症状,考虑肿瘤进展转移至肺部引起呼吸循环衰竭所致,护理目标为缓解症状,提高舒适感。患者呼吸困难时予佛手柑精油每次8~10滴涂抹胸口、胸腔外围、颈部、喉咙部位,严重时随时涂抹;经以上处理,患者夜间持续入睡时长增至5~6 h;恶心呕吐症状好转,未因咳嗽咳痰、呼吸困难焦躁不安,家属对医疗护理表示理解。

2.2 心理社会及精神支持—基于家庭评估与干预

2.2.1 召开家庭会议 家庭会议是安宁疗护团队与患者和家属之间的有效沟通途径,用于传递患者疾病相关信息,评估患者和家属需求,给予情感支持、讨论照护目标和照护策略并达成共识,还可促进患者与照顾者之间的情感交流^[14-15]。患者心理社会及精神问题突出,首次来诊、生存期以天计算,立即组织召开家庭会议。参加人员包括主管医生、护士长、责任护士、患者父母、妻子及儿媳(代丈夫参加),主持人为护士长。未邀请患者参加,因可能阻碍医务人员提及无法控制的症状及家属的情

绪表达^[16]。会议包括以下内容:①护士长介绍参会者、会议目的及流程。②主管医生对患者的病情及后续转归进行说明,了解家属对患者病情的接受程度与治疗期望,家属表示理解,希望能够减轻患者的痛苦,让他舒服离开。③责任护士就主要护理问题加以说明,如右上腹痛,影响睡眠,已调整用药,对用药方式、注意事项、不良反应及用药效果观察进行介绍,督促用药;营养不良、食欲欠佳,按患者意愿准备食物及协助进食,食物应软烂、富含营养,如鸡蛋羹、瘦肉粥等;进食以少食多餐,不觉饱感为宜;情绪低落、不愿与人交流,了解患者出现此状态的时间及原因、告知生存期评估结果,询问心愿与后续安排。家属表示患者自复发以来,寡言少语,未就相关事宜进行沟通。④家属提及4月21日是患者31岁生日,希望能在病房举办生日会,医护团队表示支持。会议历时近1 h,确定照护目标—舒适照护;发现问题—患者与家属间缺乏沟通,精神问题与需求待明确;制订下一步计划(心理医生介入、筹办生日会)。

2.2.2 心理医生介入 家庭会议召开后1 d,开始纳入心理医生进行干预。评估发现,患者清楚自身病情,对家人存在抱歉与不舍情绪;因担心家人无法承受,而少与家属交谈。心理医生先后3次于床边为患者行心理疏导,鼓励其主动与家属沟通。患者表示离世后财产的分配,女儿未来教育、生活的安排令其担忧。医生建议:女儿年幼,可考虑为其留下视频。经以上处理,患者表示放松许多,焦虑、抑郁得分均较前降低,逐渐愿意与人交谈,精神问题得以明确。

2.2.3 举办生日会 4月21日护士与家属在中心休闲区为患者举办生日会。护士以检查为由轮椅携患者至现场,家属在护士长的引导下唱起生日快乐歌,患者闭眼许下心愿。吹灭蜡烛后,患者将女儿拉至身旁,“××想不想吃蛋糕啊”女儿笑着点头,患者眼眶含泪。责任护士见状提出为其拍摄照片,患者消瘦阴郁的脸上难得的出现了微笑。护士引导女儿喂患者吃蛋糕,其妻流下了眼泪,患者拉着妻子的手说道“老婆,你也吃蛋糕啊,一直以来谢谢你”“爸、妈、××、××(弟、弟媳),你们也吃蛋糕,大家辛苦了,以后麻烦你们多多帮忙××(妻女)”,家人们都流下了泪水。“××(弟),这几天帮我拍点视频吧”患者对其弟弟说道。“可以的话,我们找人帮你拍?”护士长说道,患者及家属对此提议表示感谢。生日会的举办让患者完成了道爱、道谢、道歉和初步的道别,促进了患者与

照顾者的沟通。

2.2.4 链接社工服务 生日会后联系宁养院社工团队跟进后续服务：①义工为患者拍摄视频，包括女儿18岁生日祝福、婚礼祝贺视频等，第一时间交于患者查看，并应要求存放于护士长处，家属后续来取；②社工团队与其妻建立联系，将生日会时护士所拍照片制成视频交于患者妻子，嘱咐后续小孩的教育及心理情况可随时联系。患者对视频满意，家属对我们表示感谢。经以上处理，患者完成“四道人生”，部分心愿实现，心理痛苦降至1分，后期与家属的沟通明显变多，部分担忧得以解决。

2.2.5 协调家庭关系，促进沟通 经家庭评估及心理医生干预发现，患者本人个性较强，做事认真负责，常为别人考虑而倍感压抑与疲惫。环境上，为其提供独立、放松、舒适的空间。病房内设独立的洗漱间、会客区和个人物品存放柜，床单位装有黄色隔帘以保护隐私。允许患者穿自己的衣物、使用家用被褥、枕头等，帮助其适应环境。在做好症状管理的同时，通过精油按摩时间与其进行交流，逐步熟悉，建立信任感。透过聊天告知患者：家属可在病房休闲区休息、心理医生与社工团队会关注女儿的教育与心理情况、家人可能因爱顾虑而不知如何表达等。引导其主动与家属沟通，表达爱与担忧。家属方面，告知患者存在的担忧，嘱多倾听、多陪伴。经以上处理，患者在住院后期能与家属坦然沟通，做好后事安排。

2.3 主要照顾者支持

评估发现，照顾者的主要负担包括缺乏治疗与症状管理的相关知识，对患者情绪低落无所适从，疲于照顾。知识宣教：日常治疗护理时对家属进行针对性、示范性指导，通过家庭会议进行系统性宣教。其他方面：为家属提供放松、舒压的空间，走廊心愿区可写下未能说的话；休闲区的沙发可供放松、小憩；沟通时可使用心理咨询室。指导母亲与妻子分时段照顾，适当放松，以缓解自身及患者的压力。添加主要照顾者微信，随时沟通。其妻哀伤程度高，因担心女儿心理状况、患者状态而鲜少沟通，作坚强状。护理团队请心理医生介入：其妻存在强烈的哀伤反应及防御机制，采用沙盘游戏帮助纾解，并留下联系方式以随时沟通。

5月13日，发放慎终手册以协助家属做好患者离世前、时、后的准备。5月16日，邀家属一起为患者进行天使之光精油按摩；引导家属表达爱意。患者离世后第10天，电话联系家属，其妻表示已处理完后事，女儿恢复上学，对我们的关心表示感

谢。后期随访家庭，生活回归正轨。

3 讨论

安宁疗护实践中，中医护理技术、芳香疗法的及时应用可帮助控制与缓解患者不适症状，为后续心理社会及精神问题的评估和干预打下基础。近年来，多项证据提示，中医护理技术、芳香疗法在处理肿瘤患者相关疼痛、便秘等症状及治疗相关副作用等方面具有重要价值^[7,10,17-18]。因具有安全、不良反应少等优势，已越来越被癌症患者所接受。但中医护理技术对操作者的中医护理知识与操作技术要求较高，具体应用还须在中医师的指导下进行。其次，芳香疗法作为辅助性疗法之一，在终末期患者的症状管理中，目前多以个人经验为主，缺乏专业标准^[10]。提高临终患者和家属的生活质量是安宁疗护的目标，满足临终患者的舒适需求，提高其与家属的舒适度是安宁疗护的核心内容^[19]。因此，在终末期患者的具体应用中，应重视患者的主观喜好与感觉，以其舒适为度，以其感受与需求为金标准。

心理社会及精神支持是安宁疗护实践的重要组成部分^[20]，影响着临终患者与家属的生活质量，但在临床工作中仍较少涉及。调查显示，居民对于安宁疗护的内容希望能更注重心理和精神抚慰^[21]，慢性终末期患者的心理、社会与精神需求是实现其优逝期望不可或缺的内容，具有个性化、主观性的特点^[22]。因此，个性化帮助患者与家属明确彼此的真实感受和需求，引导双方感知并回应家人间的爱与关怀，在终末期患者的照护中尤为重要。召开家庭会议、及时引入心理医生进行疏导可帮助尽早明确相关问题，在不违反伦理原则、能力所及的前提下，协助举办活动、提供支持，并加以引导，可促进患者和家属之间完成“四道人生”，最终实现“生者善生，逝者安详”。

4 小结

青年癌症患者是焦虑、抑郁及心理痛苦高发的人群。在安宁疗护实践中，辅助性疗法的应用可更好地帮助患者做好躯体的症状管理。及早明确患者存在的心理社会精神问题，开展基于家庭的评估和干预，对提高患者终末期的生活质量和护理满意度具有重要作用^[5,23]。能有效、共情地识别和干预心理社会问题是安宁疗护从业人员必备的核心胜任力之一^[24]，但当前只有少数从业人员接受过心理社会及精神支持知识培训^[25]，对于相应问题的评估和干预尚缺乏标准和规范，实践经验也严重不足。本个

案可为青年癌症患者的安宁疗护实践提供借鉴,但因个案研究的局限性,未来需要更多实例进一步研究论证。

5 参考文献

- [1] Bright CJ, Reulen RC, Winter DL, et al. Risk of subsequent primary neoplasms in survivors of adolescent and young adult cancer (Teenage and Young Adult Cancer Survivor Study): a population-based, cohort study[J]. *Lancet Oncol*, 2019,20(4): 531-545.
- [2] Fidler MM, Gupta S, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality among young adults aged 20-39 years worldwide in 2012: a population-based study[J]. *Lancet Oncol*, 2017,18(12): 1579-1589.
- [3] Capobianco I, Rolinger J, Nadalin S. Resection for Klatskin tumors: technical complexities and results[J]. *Transl Gastroenterol Hepatol*, 2018,3: 69.
- [4] 董家鸿,冯晓彬.精准外科时代的肝门部胆管癌治疗[J]. *中华消化外科杂志*, 2019,18(4): 307-310.
- [5] Xie J, Ding S, He S, et al. A Prevalence Study of Psychosocial Distress in Adolescents and Young Adults With Cancer[J]. *Cancer Nurs*, 2017,40(3): 217-223.
- [6] Lang MJ, Giese-Davis J, Patton S B, et al. Does age matter? Comparing post-treatment psychosocial outcomes in young adult and older adult cancer survivors with their cancer-free peers[J]. *Psychooncology*, 2018,27(5): 1404-1411.
- [7] 蔡敏,高璐璐,陈云,等.中医护理技术联合应用对改善晚期肿瘤患者临床症状的效果[J]. *上海护理*, 2021,21(3): 48-50.
- [8] Cai P, Li L, Hong H, et al. A Chinese medicine warm compress (Wen Jing Zhi Tong Fang), combined with WHO 3-step analgesic ladder treatment for cancer pain relief: A comparative randomized trial[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2018,97(11): e9965.
- [9] 中国抗癌协会肿瘤传统医学专业委员会.阿片类药物不良反应中医诊疗专家共识[J]. *中国肿瘤临床*, 2019,46(7): 321-323.
- [10] 方婷,马红梅,王念,等.芳香疗法应用研究进展[J]. *护理研究*, 2019,33(23): 4093-4095.
- [11] Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al. Sleep disturbances in advanced cancer patients admitted to a supportive/palliative care unit[J]. *Support Care Cancer*, 2017,25(4): 1301-1306.
- [12] Collins KP, Geller D A, Aatoni M, et al. Sleep duration is associated with survival in advanced cancer patients[J]. *Sleep Med*, 2017,32: 208-212.
- [13] 刘小成,应文娟,刘智利,等.一例晚期肝内胆管细胞癌患者接受早期安宁疗护的临床实践[J]. *护士进修杂志*, 2021,36(15): 1406-1409.
- [14] Gruenewald D A, Gabriel M, Rizzo D, et al. Improving Family Meetings in Intensive Care Units: A Quality Improvement Curriculum[J]. *Am J Crit Care*, 2017,26(4): 303-310.
- [15] 刘美,王成爽,王淑静,等.终末期癌症患者照顾者参与家庭会议体验的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2018,33(20): 5-7.
- [16] Meeker MA, Waldrop DP, Seo JY. Examining family meetings at end of life: The model of practice in a hospice inpatient unit[J]. *Palliat Support Care*, 2015,13(5): 1283-1291.
- [17] Lam WC, Zhong L, Liu Y, et al. Hong Kong Chinese Medicine Clinical Practice Guideline for Cancer Palliative Care: Pain, Constipation, and Insomnia[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019,2019: 1038206.
- [18] Farahani MA, Afsargharehbagh R, Marand F, et al. Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review[J]. *Complement Ther Med*, 2019,47: 102169.
- [19] 刘珍,张艳,赵敬.安宁疗护中舒适理论、评估、影响因素研究进展[J]. *护理研究*, 2020,34(8): 1404-1407.
- [20] 国家卫生计生委办公厅.国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)的通知[EB/OL]. (2017-01-25)[2021-7-28]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/83797e0261a94781b158dbd76666b717.shtml>.
- [21] 郑欣瑜,潘舒恒,陈伟强,等.居民对安宁疗护的认知现状及选择意愿调查[J]. *中国医学伦理学*, 2021,34(10): 1003-1009.
- [22] 张锦欣,靳英辉,曹英娟,等.慢性病终末期患者优逝期望与需求质性研究的系统评价[J]. *中华护理杂志*, 2019,54(12): 1788-1794.
- [23] McCarthy MC, Mcneil R, Drew S, et al. Psychological Distress and Posttraumatic Stress Symptoms in Adolescents and Young Adults with Cancer and Their Parents[J]. *J Adolesc Young Adult Oncol*, 2016,5(4): 322-329.
- [24] 秦苑,白露.安宁缓和医疗中的心理及社会评估[J]. *中国临床保健杂志*, 2021,24(1): 14-16.
- [25] Shen Y, Nilmanat K, Promnoi C. Palliative Care Nursing Competence of Chinese Oncology Nurses and Its Related Factors[J]. *J Hosp Palliat Nurs*, 2019,21(5): 404-411.

[2022-01-26 收稿]

(责任编辑 陈景景)

颈椎前路手术迟发性食管瘘患者并发皮下气肿的护理 1 例

李敏 王雅琪 伍红平 涂羽 王芳

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2022.18.033

食管瘘在颈椎前路手术并发症中发生率仅为0.02%~1.52%，但其病死率达19%^[1]。颈椎前路术后造成食管瘘的原因包括创伤、术中操作损伤、内固定安置不合适、内固定材料松动等。由于迟发性食管瘘口周围组织受到慢性炎症侵蚀，瘘口愈合时间较长，导致诊疗及护理更加复杂^[2]。食管瘘以恢复食管连续性、预防和控制感染、保证营养支持为诊疗原则^[3]。2020年我科收治1例颈椎前路手术13年后并发迟发性食管瘘的患者，取出内固定材料后，由于食管瘘口组织变性，不能进行食管修补缝合，从而引发皮下气肿及局部感染，经积极治疗及护理，患者症状可控后转下级医院治疗，2个月后随访，患者可经口进食。现将护理措施总结如下。

1 病例介绍

患者女性，53岁，2020年10月9日以“吞咽困难3年，呛咳伴声音嘶哑，颈椎前路融合术后”转入我院。患者13年前因颈椎骨折行“颈椎骨折复位内固定术”。患者入院时血常规、尿常规及大便常规未见异常。超声胃镜提示食管中上端上皮内瘤样变，食管腔内可见银白色板状物，颈椎CT提示：颈5至胸1椎体前方可见金属内固定影，且内固定稍前移，食管上段后壁似不连续。

2 治疗及转归

10月12日针对该患者组织了多学科会诊，胸外科考虑食管瘘口周围组织非常脆弱，不能作缝合修补，但可以充分引流，使食管瘘口自行愈合，消化科及营养科建议通过PICC置管术及鼻肠管置入术维持术后营养，给食管瘘口自行愈合创造有利时间窗。10月20日患者在全麻下行经前路颈椎内固定材料取出术，食管瘘口未修补。术后第2天患者呼吸频率增至25~30次/min，左面部、左眼睑、左

颈部、胸部出现肿胀，触之皮肤有捻发感，切口引流管引出褐色液体及大量气体；遵医嘱立即予以低流量吸氧（1~2 L/min），密切观察呼吸情况。术后第3天患者左面部肿胀加重，左眼睁眼困难，颈部及胸部大面积皮下气肿伴皮温升高，捻发感。立即行急诊切口清创引流，术后放置乳胶片引流，颈部切口皮肤及皮下组织未缝合，无菌纱布覆盖并包扎；术后遵医嘱给予抗感染、切口换药，避免并发症发生。术后第9天患者生命体征平稳，感染基本控制，食管瘘及切口未完全愈合，保留鼻肠管，转回当地医院继续治疗。2个月后随访，颈部切口已愈合，可经口进食。

3 护理方法

3.1 皮下气肿的护理

3.1.1 皮肤肿胀的护理 术后第2天，患者面部、左眼睑、颈部、胸部出现肿胀，查体胸部肿胀皮肤有捻发感，切口引流液由1d前的暗红色变为深褐色混浊样，引流量由1d前的45 ml增加到150 ml，且引流袋内积聚700 ml左右气体。胸外科会诊考虑皮下气肿。由于患者颈部置有16F硅胶引流管，呼吸25~30次/min，吸氧1~2 L/min，床旁多功能监护仪监护，密切观察呼吸频率、节律，以及皮下气肿的程度及分布，床旁备气管切开包预防颈部肿胀引起的呼吸困难。术后第3天，患者面部、颈部、胸部大面积肿胀，皮下捻发感明显，皮温升高，无胸闷、呼吸困难症状，考虑食管瘘引起局部感染，紧急行切口清创引流术，并放置乳胶片引流，原硅胶引流管保留并进行负压引流。术后颈部切口皮肤及皮下组织开放引流未缝合，予无菌纱布包扎，密切观察切口敷料及引流液的情况，预防切口感染。

3.1.2 皮下气肿消散的护理 持续低流量吸氧法可以帮助患者消散皮下气肿。因患者右侧鼻腔插有鼻肠管，应用单孔吸氧管于左侧鼻腔吸入，插入鼻腔深度约0.5~1cm，应避免插入过深而引起的患者不适及呼气通道过窄。皮下排气法可以在每次换药时进行，利用手部掌面力量按压皮下气肿处，驱赶气

作者单位：400042 重庆市，陆军军医大学大坪医院脊柱外科（李敏，伍红平，涂羽，王芳）；重庆市九龙坡区卫生健康委医政药政科（王雅琪）
李敏：女，硕士，主管护师，护士长

体从切口远端向切口处排除,排气后消毒更换无菌棉垫,保持引流通畅,避免感染。由于患者张口呻吟及开口说话可加重皮下气肿,嘱患者安静卧床休息,避免过度活动和用力呼吸。劝导患者减少经口说话和呼吸,鼓励其通过动作、笔、电子产品等方式进行表达,患者及家属表示理解并积极配合。患者在出院时皮下气肿症状已消失。

3.2 感染控制的护理

术后第2天,患者体温高达39.4℃,心率117次/min,呼吸20次/min;白细胞介素(IL-2)531.9 pg/ml,降钙素原(PCT)5 pg/ml,血沉(ESR)55 mm/h, C反应蛋白148.09 mg/L,白细胞计数 $17.15 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比93.8%,提示局部感染。给予温水擦浴和冰袋贴敷降温后,体温未下降,遵医嘱行血培养,柴胡注射液2 ml肌内注射,布洛芬混悬液10 ml口服降温处理。降温措施尽量在患者舒适状态下进行,操作过程中注意保暖,保持病室温度18~22℃,湿度40%~60%,避免长时间、大面积皮肤暴露,出汗后及时擦拭、更换潮湿的衣裤和棉被,保持患者皮肤的清洁和舒适。术后第3~4天,患者体温波动在36.1~37.7℃。行切口清创引流术后,切口每日换药2~3次,严格无菌纱布覆盖,全程规范操作;密切观察切口情况,妥善固定引流管,保持通畅,观察并记录引流液的颜色、性质、量。术后第3天遵医嘱给予广谱抗生素注射用哌拉西林舒巴坦1.5 g抗感染治疗,每8 h输注1次,连续输注6 d^[4]。术后第5天起患者体温恢复正常,出院前白细胞介素(IL-2)降至15.04 pg/ml,白细胞计数 $6.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比63%。

3.3 营养支持的护理

患者入院时吞咽困难,饮水呛咳,术前禁食21 d,通过PICC通道输注葡萄糖、氨基酸、脂肪乳、维生素等进行营养支持。患者入院营养风险筛查2002(NRS2002)^[5-7]评分4分,有明显营养风险,通过消化科会诊及营养科的营养诊断后,制订了个体化的营养干预方案,并于术前1 d植入三腔鼻肠管,手术当日开始经鼻肠管进行饮食喂养。术后8 h患者进水及全营养液各100 ml,出现上腹饱胀、恶心、呕吐,呕吐物为约100 ml食物残渣。消化科考虑患者因前期禁食和手术应激等原因,出现胃轻瘫症状,遵医嘱予西咪替丁注射液0.2 g稀释后静脉滴注,盐酸甲氧氯普胺注射液10 mg肌内注射。因食管瘘口未缝合,为避免食物反流对瘘口造成再侵蚀,嘱患者禁食,胃肠减压引流出约200 ml深褐色胃内容物,术后第2天继续采用肠外营养支持。由于手术、呕

吐、引流、局部感染等原因,患者每天总热量需达到20~30 kcal/kg,氨基酸1.0~2.0 g/kg,葡萄糖2.0~6.0 g/kg,脂肪1.0~2.0 g/kg,并需重视钙、磷、微量元素及维生素A、维生素B、维生素D、维生素E等的添加,以保证患者充足营养,避免再喂养综合征的发生^[8-9]。在肠外营养实施过程中,每日监测血糖1次,输注速度控制在40~60滴/min,使营养液均速输注体内,防止发生血糖紊乱^[9-10]。患者由于长期禁食、手术、呕吐等原因,术后第1天出现电解质紊乱和低蛋白血症,检测结果提示血钾(K^+)2.69 mmol/L,总蛋白(TP)48.3 g/L,白蛋白(ALB)23.1 g/L。遵医嘱每日静脉补充10%氯化钾、白蛋白,出院时患者电解质恢复正常,白蛋白维持在27.2 g/L,未继续下降。

3.4 体位及支具的护理

术后为了引流通畅,可适当抬高床头,角度不宜超过30°,颈下置一颈部围领,双侧用沙袋保持头部正中位。术后第1天,患者恶心、呕吐时取左侧卧位,侧肩下放置铺有防水垫的软枕,背部垫翻身枕,保持脊柱成一条直线,防止颈椎扭曲,此种体位不仅可以防止误吸,也有利于切口引流。术后第2天,患者佩戴颈椎支具下床,出现皮下气肿后,嘱患者安静休息,佩戴颈椎支具在床上坐位或床旁站立等。由于患者切口未缝合,支具选择前片带孔的型号,便于观察敷料情况,避免压迫切口及引流管,引起切口局部受压出血及引流不畅。支具佩戴的松紧度遵循“勿紧、勿松、不压迫”的原则,过紧易引起患者呼吸不适,甚至造成呼吸不畅;过松则未能起到支撑保护颈椎的作用。

3.5 心理护理

患者因吞咽困难入院,对术后能解决吞咽困难、顺利经口进食的期望值较高,但术后并未快速恢复其经口进食的功能,且由于并发皮下气肿,面部及眼睑肿胀,睁眼困难,颈部及胸部皮下捻发感,给患者造成严重的心理负担,患者焦虑自评量表评分为55分,属于轻度焦虑^[11]。同时,因皮下气肿减少口腔活动而影响了交流,导致患者情绪低落,此时护士察觉患者的心理变化,及时给予心理护理。首先通过术后并发症相关知识及康复护理等内容的宣讲,安抚患者,让其明白术后症状的转归需要一个过程,医、护、患三方积极配合能更快地促进恢复。其次,通过文字、电子产品等方式帮助患者表达出内心的疑惑及担忧。最后,通过看电视、听音乐、冥想等心理疗法转移患者焦虑情绪^[12]。最终患者出院时心理焦虑的症状得到减轻。

4 小结

本文总结了1例迟发性食管瘘并发皮下气肿的护理。发生原因是因为内固定材料松动,向前移动,逐渐侵蚀了食管,进而形成瘘口,且造成局部组织脆弱不宜缝合修补^[2]。术前因食管瘘口后方有内固定材料支撑包裹,未出现皮下气肿,但内固定材料取出后,瘘口成为外界与皮下组织之间的通道,出现皮下气肿。如果围术期医护人员能进行有效沟通,并预见患者因食管瘘口不能缝合易产生皮下气肿等并发症,就可以在病情观察、并发症预防和健康宣教等方面进行预见性护理,降低术后发生皮下气肿的可能性。大部分患者并发食管瘘会表现为咽疼,手术切口红肿、裂开,切口内有食物残渣或液体流出^[13]。本例患者在术后第2天引流液颜色、性状异常,及时报告医生,采取了积极的诊治,避免了手术切口感染的扩大化,因此术后患者病情的观察是护理工作的重中之重。另一方面,医护人员应关注患者禁食多日、既往有慢性萎缩性胃炎的病史,在术后当日经鼻肠管喂养时,循序渐进,观察患者胃肠功能,避免呕吐食物残渣对瘘口造成刺激与污染,进而引起感染。在术后瘘口自然愈合后,建议尽早恢复经口或肠内营养,避免长期全肠外营养治疗,从而预防肠外营养相关性肝功能改变、胆汁淤积、代谢性骨病等的发生^[14-16]。针对迟发性食管瘘的颈椎手术患者,取出内固定材料后,应注重病情观察,医护有效沟通,积极预防并发症。若发生皮下气肿,护理人员应掌握皮下气肿护理、感染控制、营养支持^[17-20]、体位及支具护理、心理护理等重点,根据患者病情,制订个体化护理方案,促进患者早日康复。

5 参考文献

- [1] Hershman SH, Kunkle WA, Kelly MP, et al. Esophageal perforation following anterior cervical spine surgery: case report and review of the literature[J]. *Global Spine J*, 2017, 7(1 Suppl): 28S-36S.
- [2] 杨宝辉,蔡璇,程志坚,等. 颈椎前路手术并发食管瘘的治疗[J]. *中国脊柱脊髓杂志*, 2018,28(2):124-129.
- [3] Cereatti F, Grassia R, Drago A, et al. Endoscopic management of gastrointestinal leaks and fistulae: What option do we have?[J]. *World J of Gastroenterology*, 2020, 26(29): 4198-4217.
- [4] 谭凯璇,李帆,张利娟,等. 根管再治疗并发皮下气肿1例[J]. *国际口腔医学杂志*, 2020,47(5):563-566.

- [5] 许涵,杨剑,康维明,等. 营养风险及营养风险筛查工具营养风险筛查 2002 临床应用专家共识[J]. *中华临床营养杂志*, 2018,26(3):131-134.
- [6] 梁斐,钱惠玉. 消化道肿瘤患者围手术期实施营养风险筛查对患者营养支持的意义[J]. *护理实践与研究*, 2018,15(18):115-116.
- [7] 刘玲,朱丽,陈英. 临床营养支持研究进展[J]. *齐鲁护理杂志*, 2018,24(23):96-99.
- [8] 陈伟. 2016《维生素制剂临床应用专家共识》解读及再喂养综合症的防治[J]. *中华老年医学杂志*, 2017,36(3):242-244.
- [9] 丛明华. 肠外营养安全管理中国专家共识[J]. *肿瘤代谢与营养电子杂志*, 2021,8(5):495-502.
- [10] Martincich I, Cini K, Lapkin S, et al. Central venous access device complications in patients receiving parenteral nutrition in general ward settings: a retrospective analysis[J]. *JPEN J Parenter Enter Nutr*, 2020, 44(6):1104-1111.
- [11] 孙怡然,魏春苗. 人文关怀在肿瘤手术患者家属手术等候期间的应用实践[J]. *安徽医学*, 2021, 20(6):152-154.
- [12] 周中华,郑又祥,刘卫斌,等. 抑郁症伴焦虑症患者采用文拉法辛治疗的效果观察[J]. *中国继续医学教育*, 2020,12(10):127-129.
- [13] 王倩倩,鲍丽丽,蒋真真,等. 颈5、6椎体骨折合并强直性脊柱炎患者术后并发食管瘘的临床护理[J]. *齐鲁护理杂志*, 2021,27(22):181-183.
- [14] Lakananura N, Tienchai K. Incidence and risk factors of parenteral nutrition-associated liver disease in hospitalized adults: a prospective cohort study[J]. *Clin Nutr ESPEN*, 2019, 34:81-86.
- [15] 胡静,李梅. 肠外营养相关代谢性骨病的研究进展[J]. *中国全科医学*, 2020,23(27):3488-3491.
- [16] 樊跃平,张田,曲芊诺,等. 中国恶性肿瘤营养治疗通路专家共识解读——经外周静脉置管部分[J/CD]. *肿瘤代谢与营养电子杂志*, 2019, 6(3):301-304.
- [17] 刘鹏辉,郑燕平,阎峻,等. 颈椎前路术后食管瘘甲状腺及其被膜修补1例报道并相关文献复习[J]. *中华骨科杂志*, 2019,39(22):1399-1404.
- [18] 余城飞. 颈椎前路手术后内固定松动并发食管瘘的护理[J]. *护理与康复*, 2022,21(1):71-72.
- [19] 买尔旦·买买提,阿里木·阿布都热西提,盛伟斌,等. 颈椎前路手术后并发咽后壁及食管瘘的诊治[J]. *中华骨科杂志*, 2016,36(17):1085-1092.
- [20] 陆静瑜. 一例颈椎骨折术后合并食管瘘患者的护理体会[J]. *实用临床护理学电子杂志*, 2019,4(38):114.

[2021-08-11 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 19, Number 18 Sept. 25, 2022

CONTENTS IN BRIEF

- Effect of Tongbi Shujin pill combined with lumbar and abdominal muscle function exercise nursing on patients with discogenic low back pain.....** HUA Haiqian, LI Xianlin, ZHANG Ye (2685)
- Nursing performance reform and practice based on job value assessment.....** SUN Jianfang, MA Xiaorong, LI Wenhua, HAO Fang, ZHANG Hengtao, WANG Xiaodong (2689)
- Application effect of multidisciplinary collaborative emergency nursing process in patients with head, neck and maxillofacial trauma.....** FANG Changjun, WANG Yichun, ZHAO Dejuan, WANG Lulu, ZHANG Biaoxin (2693)
- Effect of group psychological intervention mode on primary family caregivers of advanced cancer patients** XIE Zheng, XIE Yanqiu, XIE Henan, CHANG Shuying, ZHANG Junmei (2699)
- Analysis of the current situation of recognition and influencing factors of knowledge about sexual health among female nursing students in secondary vocational schools.....** DU Wenyu, WU Min, LEI Qirong (2704)
- Analysis of cognitive status and influencing factors of occupational exposure to sharps injuries among surgical interns.....** WU Xiaorong, DU Yuanyuan, LIU Hongmei, QIN Jiarui, FU Jia (2713)
- Analysis of influencing factors on quality of life in adult severe burn patients during rehabilitation.....** LIN Yuejuan, CHEN Yanzhu (2717)
- Analysis of influencing factors on the awareness of core knowledge of cancer prevention and treatment among college students.....** XU Yingting, WANG Guorong, LIU Yao, DENG Xiaoyuan (2721)
- Correlation analysis between job immersion and occupational well-being of clinical nurses.....** XIA Yaoyao, LI Yi, ZHONG Wen, TU Ying, ZHANG Yu (2726)

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。