

中国医师协会
中国系列期刊



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

ISSN 1672-9676
CN 13-1352/R

护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

2021年7月 第18卷 第14期 July 2021 Vol. 18 No. 14



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 967212

14

14

2021



护理实践与研究

HULI SHIJIAN YU YANJIU

半月刊

2004年8月创刊

第18卷第14期

2021年7月25日出版

主管

河北省卫生健康委员会

主办

河北省儿童医院

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

编辑

《护理实践与研究》杂志编辑委员会

《护理实践与研究》杂志编辑部

050031 河北省石家庄市建华南大街133号

电话: 0311-85911163 85074334

网址: <http://www.hlsjyj.com>

社长

曲艺

主编

尚少梅

执行主编

徐应军 栾奕

副主编

李春燕 张俊敏 应岚 韩琳

李卡 王志稳 庄一渝 方琼

蒋艳 栾晓嵘 张先庚 李伟

出版

《护理实践与研究》杂志社

印刷者

石家庄嘉年印刷有限公司

发行

河北省报刊发行局

发行范围

国内外公开发行

中国标准连续出版物号

ISSN 1672-9676

CN 13-1352/R

订购

全国各地邮政局 邮发代号: 18-112

定价

每期10.00元, 全年240元



欢迎关注微信公众号

2021年版权归《护理实践与研究》杂志社所有

目次

论著

COPD-OSAHS重叠综合征患者自我管理水平

影响因素调查分析…………… 李佳聪 马灵草 (2055)

基于协同护理模式的容量管理对老年慢性心力

衰竭患者的影响…………… 王路遥 张建薇 王旭 (2060)

职业选择焦虑在高职护理专业学生的状态-特质焦虑水平

对职业选择影响中的中介作用

…………… 刘萍 刘婧 潘长玲 (2064)

ACE Star模式的循证护理对非小细胞肺癌¹²⁵I粒子

植入治疗后患者肺功能康复的影响

…………… 武建凤 霍玉青 张晓霞 周静 (2068)

慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并II型呼吸衰竭患者

并发肺部感染的影响因素分析…………… 曾月月 韩杰 (2072)

调查研究

院前急救科护理人员创伤后应激障碍反应的影响

因素分析…………… 严敏怡 (2076)

手术室医院感染风险因素分析…………… 林进源 (2082)

康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧影响因素调查

…………… 董婕 余忠贞 郭娟 陈丹 (2085)

宫颈癌放疗患者并发会阴部放射性皮炎的影响

因素分析…………… 金洋 崔杨 辛璐璐 刘玥 严明珠 (2089)

新疆二级甲等以上综合医院肾病科护士

培训及需求调查…………… 黄蓓 蔡江华 李莉 (2092)

感染性心内膜炎患者术后生活质量影响因素分析

…………… 史丽华 黄芳 (2095)

综述与讲座

我国长期护理保险问题及对策研究状况

…………… 孙悦 陶月仙 (2100)

髋关节置换术后患者功能锻炼依从性的研究进展

…………… 侯晨霞 陈彦玲 黄威威 崔金燕 (2105)

内科护理

- 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…………… 张晓艳 宋志红 许芸 (2108)
- 糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理的临床效果…………… 刘红 韦伟 (2111)
- 呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气对机械通气气管插管患者
气囊滞留物的清除效果…………… 田忠敏 甘艳 (2115)
- 认知疗法结合理性情绪疗法在脑卒中偏瘫患者护理中的应用效果
…………… 刘艳丽 杨彩侠 李萌 刘莹芳 郭园丽 (2118)
- 渐进式上肢功能锻炼在AECOPD有创机械通气患者中的应用
…………… 陈达奇 金晓亮 沈英 钱佳乐 张蓓蕾 (2121)

外科护理

- 肛周脓肿患者术后循证护理的效果观察…………… 郭啊玲 (2125)
- 垂直律动训练联合系统化护理在促进输尿管结石排出中的作用
…………… 曹润敏 白文芳 胡育萍 李珊珊 陈雄芬 杨慧姬 (2129)
- 平衡罐辅助治疗对高龄脊柱骨折微创治疗术后并发症及疼痛程度的影响…………… 王素芳 (2132)
- 中老年女性压力性尿失禁患者生活质量影响因素调查
…………… 毕淑梅 沈美玲 周春喜 王燕 李春梅 (2135)
- 行动导向教学在肾结石经皮肾镜超声碎石术患者健康教育中的应用…………… 林佳音 (2139)
- 集束化护理干预在老年脊柱术后谵妄预防和管理中的应用…………… 杨晓悦 张瑜 陈红梅 (2141)
- 加速康复外科护理联合中药热奄包灸敷在改善胃肠吻合术后患者
肠功能恢复中的应用…………… 张婷婷 王艳春 王雪梅 李聪聪 张红梅 (2145)
- 加速康复外科结合全程管理在乳腺癌患者中的应用效果…………… 谭银欢 林小佳 梁彩云 (2148)

妇产科护理

- 补肾调周法与生长激素对卵巢储备功能减退高龄女性体外受精-胚胎
移植结局的效果观察…………… 汤惠霞 (2151)
- 妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎循证护理效果评价…………… 刘玉灵 宋哲 殷慧香 李秀杰 (2155)

儿科护理

- 互联网+团队式体重目标管理在肾病综合征水肿患儿中的应用…………… 明静祎 (2158)
- 优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后的应用…………… 陆燕萍 张喆立 贾丽娜 (2160)

五官科与皮肤科护理

- 微信群同伴教育对扁桃体切除术患者疾病感知与自我效能的影响…………… 晁利伟 (2163)

基础护理

- 基于知信行模式的护理干预对院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤
认知水平、照顾行为的影响…………… 曾少玲 陈洁云 吴敏芝 林泳图 李清香 (2167)
- 敏感指标监测对降低门诊患儿静脉采血穿刺失败率的效果…………… 李娥 李菁 郑阳梅 秦仕英 (2170)

护理教育

- 建设性反馈教学在护理临床教学中的应用效果评价
…………… 李春芝 夏利敏 贺才榕 阴远远 杨艳明 (2174)

临床护理路径联合PBL教学模式在眼科护理教学中的应用

..... 杨莺 杨颖灵 陈婷 李芳华 方波 王榕婷 (2178)

Kolb体验式教学对产科助产士人文关怀水平与核心胜任力的影响..... 梁昊 (2181)

护理管理

循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用

..... 王晶晶 王燕慧 李钰珊 李函昱 (2185)

基于闭环管理理念的日间手术管理信息系统设计与实践

..... 赵洁 陈振毅 张美琴 赵敏 吴彦 纪阴心 许惠春 张强 (2188)

健康心理与精神卫生

尊严疗法对肿瘤疾病晚期患者心理状况的影响..... 沈叶红 赵连英 何秀邦 (2193)

心理家庭治疗联合职业康复在精神分裂症住院患者中的应用

..... 陈玲 许锦泉 肖瑶 郑桂珍 陈康霞 (2197)

基层实践与探索

知识转化循证实践模式在HPV疫苗适用人群健康教育中的应用

..... 柳画云 陆琳 吴晓璇 吴淑君 (2200)

药物I期临床试验中健康受试者的全程护理管理

..... 扈向润 华烨 张海波 买买提居马·对先 杨建华 (2205)

经验与革新

Ilizarov术后护理脚套的设计与应用..... 王春艳 李叶萍 汪丽 (2209)

新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹的设计与应用..... 翟从芳 (2210)

其他

欢迎订阅 欢迎投稿..... (2166)

《护理实践与研究》杂志严正声明..... (2184)

征稿简则..... (封底)

责任排版 魏劭伟 编务 冯晓倩 纪薇 责任编辑 陈景景 刘学英

期刊基本参数: CN 13-1352/R*2004*s*A4*160*zh*P* ¥10.00*1200*44*2021-14

COPD-OSAHS 重叠综合征患者自我管理 水平影响因素调查分析

李佳聪 马灵草

【摘要】 目的 探讨影响慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 与阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 重叠综合征患者自我管理水平的因素, 制定干预措施。方法 选取 2019 年 1—12 月医院收治的经睡眠中心全夜多导睡眠呼吸监测 (PSG) 确诊为 COPD-OSAHS 重叠综合征患者 276 例为研究对象, 调查患者自我管理能力的水平, 分别采用单因素和多元线性回归分析影响 COPD-OSAHS 重叠综合征患者自我管理水平的因素。结果 276 例 COPD-OSAHS 重叠综合征患者自我管理总评分均分为 65.79 ± 6.40 分, 其中依据问卷评分划分为良好 8 例, 占 2.90%; 中等 94 例, 占 34.06%; 一般 174 例, 占 63.04%, 总体水平处于中等偏下。单因素及多因素分析结果显示, Epworth 嗜睡量表得分、家庭人均月收入、体质量指数、不同压力滴定技术、单纯 COPD 或阻塞性睡眠呼吸暂停 (OSA) 肥胖患者筛查或健康教育培训为影响 COPD-OSAHS 重叠综合征患者自我管理独立危险因素 ($P < 0.05$)。结论 医护人员应根据影响 COPD-OSAHS 重叠综合征自我管理水平的因素制定对应个体化针对性对策, 改善自我管理, 提升疾病疗效与预后。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 阻塞性睡眠呼吸暂停; COPD-OSAHS 重叠综合征; 自我管理; 影响因素; 干预对策

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.001

Investigation and analysis of influencing factors of self-management level in patients with COPD-OSAHS overlap syndrome LI Jiacong, MA Lingcao (People's Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 Objective To explore the related factors that affected the self-management level of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS) overlap syndrome, and formulate intervention measures. **Methods** A total of 276 patients with COPD-OSAHS overlap syndrome who were admitted to the hospital from January to December 2019 and were diagnosed with COPD-OSAHS overlap syndrome through all-night polysomnography (PSG) were selected as the study objects to investigate the level of self-management ability of patients, single factor and multiple linear regression were used to analyze the factors affecting the level of self-management of patients with COPD-OSAHS overlap syndrome. **Results** The total score of 276 patients with COPD-OSAHS overlap syndrome was divided into 65.79 ± 6.40 points. Among them, according to the questionnaire score, 8 cases were good, accounting for 2.90%, 94 cases were moderate, accounting for 34.06%, and 174 cases were general, accounting for 63.04%. The overall level belonged to the middle-lower. The Epworth sleepiness scale score, family monthly income per capita, body mass index, different pressure titration techniques, simple COPD or obstructive sleep apnea (OSA) obesity patient screening or health education training were the independent risk factors that affected the self-management level of patients with COPD-OSAHS overlap syndrome ($P < 0.05$). **Conclusion** Medical staff should formulate individualized and targeted countermeasures based on the influencing factors that affected the level of self-management of COPD-OSAHS overlap syndrome to improve the level of self-management, and improve the efficacy and prognosis of the disease.

【Key words】 Chronic obstructive pulmonary disease; Obstructive sleep apnea; COPD-OSAHS overlap syndrome; Self-management level; Influencing factors; Intervention measures

作者单位: 450000 河南省郑州市, 郑州大学人民医院 (河南省人民医院) 耳鼻咽喉头颈外科

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者与阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 具有某些相同特征, David Flenley 首次将这两种疾病同时或先后发生时称为 COPD-OSAHS “重叠综合征” (OS), 其在 40 岁以上成人患病率约为 0.5%~1%^[1-2]。我国近几年对 OS 研究显示, 约 40% 的 OSAHS 患者合并 COPD, 而 Soler 等利用多导睡眠监测 (PSG) 也报道, 中、重度 COPD 患者 OSAHS 患病率超过 65%^[3-4]。此外, 对 OSAHS 作为肺动脉高压与肺源性心脏病重要因素研究, 普遍支持 OS 多合并肺动脉高压、炎症反应等病症, 与单纯 COPD、OSA 相比, 不仅常伴夜间睡眠呼吸紊乱、焦虑或抑郁症等, 还显著增加心血管事件及死亡风险^[5]。由于人们对 OSAHS 认知度不足, 致使 OS 诊断率低, 超过 80% 高危风险群体未能得到及时诊断和治疗^[6], OSAHS 患者就医延迟现象严重, 对疾病、并发症认知低, 靶器官损伤与治疗依从性较差^[7], 因而积极普及相关知识, 提升患者自我管理行为具有重要意义。查阅各大数据库网站, 无 OS 自我管理水平的特异性量表, 影响临床对 OS 患者自我管理与预后研究, 鉴于此, 本研究旨在探讨影响 OS 患者自我管理因素, 并依此制定对应干预措施, 为医护人员制定疾病干预对策提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 1—12 月在本院呼吸科、ICU 收治经睡眠中心全夜多导睡眠呼吸监测 (PSG) 确诊为 OS 的患者 276 例为研究对象, 且均符合《阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南》中相关诊断标准^[8]。其中男 218 例, 女 58 例; 年龄 24~69 岁, 平均 47.19 ± 10.73 岁; 收缩压 151.90 ± 5.47 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 舒张压 98.80 ± 6.04 mmHg。纳入条件: 患者均表现为呼吸困难、胸闷、水肿、发绀等症状; 在本院首次接受 CT、彩超、PSG 与动脉血气分析等确诊。排除条件: 年龄 >75 岁和 <20 岁患者, 合并严重心肝肾脑等重要器质性功能障碍, 认知功能障碍或精神疾病史患者。

1.2 调查方法

采用自行设计的人口学特征和疾病相关资料调查问卷、OS 知识问卷对纳入患者开展调查^[9-10], 内容包括性别、年龄、Epworth 嗜睡量表得分、家庭人均月收入、文化程度、不同压力滴定技术、呼吸暂停低通气指数 (AHI)、合并症、疾病感知、单纯 COPD 或 OSA 肥胖患者筛查或健康教育培训等。5

名护理人员经统一培训后, 向术后出院患者阐述调查内容与目的, 采取相关量表调查患者疾病自我管理, 由研究对象独立填写, 无法填写者由研究人员提供口头讲解与帮助, 调查时间 25~30 min。本次调查发放 276 份问卷, 收回有效问卷 276 份。

1.3 评价标准

(1) OS 患者自我管理评估: 选择董万里等^[11]编制的自我管理问卷调查表, 内容包括生活管理 (9 条)、知识技能管理 (3 条)、氧疗管理 (6 条)、心理管理 (3 条) 共 4 个维度, 21 个条目, 各条目采取 Likert 5 级评分法, “1~5 分” 分别表示 “完全没有” 至 “完全可以”, 累积总评分 21~105 分, 根据最终评分将自我管理分为良好 (≥ 85 分)、中等 (63~84 分)、一般 (≤ 63 分) 3 个等级。

(2) 嗜睡评估: 采用 Epworth 嗜睡量表 (ESS) 评估^[12]患者日常生活状态下主观嗜睡状况及 8 种情况下发生瞌睡可能性, 累计总评分范围 0~24 分, 评分高低与嗜睡程度成正比, 若 ESS>10 分, 则表明过度思睡。

(3) AHI: 采用多导睡眠监测 (PSG) 监测该项指标^[13], 若夜间 7 h 睡眠中发生低通气或呼吸暂停反复发作 ≥ 30 次或 AHI ≥ 5 次/h, 或并发日间头晕乏力、嗜睡头痛、精神行为异常等表征, 夜间存在憋醒、打鼾等需进行该项指标测定, 将测定结果划分为 AHI 5~15 次/h 为轻度, AHI 16~30 次/h 为中度, AHI > 30 次/h 为重度。

(4) 疾病感知: 采用疾病感知问卷 (IPQ-R) 评估患者疾病感知现状^[14], 该问卷共含自我症状识别、病程、周期性、后果、个人控制、治疗控制、疾病一致性及情感陈述、病因了解等共两大部分 9 个维度等, 其中反向条目反向计分, 并依据评分结果分为正向、负向感知两个方面。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计学软件, 计量资料采用 “均数 \pm 标准差” 表示, 组间均数比较采用两样本 *t* 检验或多样本比较的方差分析; 多因素分析采用多元线性回归分析 (逐步法)。检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 OS 患者自我管理现状

依据患者自我管理问卷调查统计结果显示: 276 例 OS 患者自我管理总评分均分为 65.79 ± 6.40 分, 其中依据问卷评分划分为良好 8 例, 占 2.90%; 中等 94 例, 占 34.06%; 一般 174 例,

占 63.04%，总体水平属于中等偏下^[3]。各维度评分由高到低分别为生活管理、知识技能管理、氧疗管理、心理管理，见表 1。

2.2 影响 OS 患者自我管理水平的个人资料单因素分析

对 OS 患者自我管理水平的影响因素进行单因素分析，结果显示，患者体质量指数、Epworth 嗜睡量表得分、家庭人均月收入、文化程度、不同压力滴定技术、AHI、合并症、疾病感知、单纯 COPD 或 OSA 肥胖患者筛查或健康教育培训差异具有统计

学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 1 OS 患者自我管理各维度评分情况

项目	得分范围(分)	评分
生活管理	9~45	30.71 ± 2.82
知识技能管理	6~30	17.30 ± 3.46
氧疗管理	3~15	9.16 ± 2.15
心理管理	3~15	8.62 ± 1.08
自我管理总评分	21~105	65.79 ± 6.40

表 2 影响 OS 患者自我管理水平的个人资料单因素分析

分析因素	类别	例数	评分	t 值	P 值
性别	男	218	65.75 ± 9.08	0.151	0.880
	女	58	65.94 ± 8.41		
年龄(岁)	19~	56	66.64 ± 8.33	0.438*	0.646
	3~	148	65.35 ± 8.72		
	51~	72	66.04 ± 10.58		
体质量指数	≥ 24	87	60.91 ± 7.15	6.881	0.000
	< 24	189	68.04 ± 8.69		
Epworth 嗜睡量表得分(分)	< 10	112	59.98 ± 8.97	7.930	0.000
	≥ 10	164	69.76 ± 10.74		
家庭人均月收入(元)	< 3000	196	62.43 ± 10.95	8.407	0.000
	≥ 3000	80	74.02 ± 8.86		
文化程度	初中及以下	184	62.93 ± 13.28	5.498	0.000
	高中及以上	92	71.51 ± 9.75		
不同压力滴定技术	手工压力滴定	106	72.75 ± 12.17	8.889	0.000
	自动滴定压力	170	61.45 ± 8.89		
呼吸暂停低通气指数(AHI)(次/h)	5~15	58	74.19 ± 9.54	19.664*	0.000
	15~30	36	63.89 ± 9.29		
	> 30	182	63.49 ± 12.39		
合并症(次)	≤ 1	190	68.3 ± 10.45	6.806	0.000
	> 1	86	60.24 ± 6.72		
疾病感知	负性	80	59.27 ± 9.39	5.916	0.000
	正性	196	68.45 ± 12.51		
单纯 COPD 或 OSA 肥胖患者筛查或健康教育培训	是	92	72.67 ± 9.82	6.837	0.000
	否	184	62.35 ± 12.70		

*为 F 值。

2.3 影响 OS 患者自我管理水平的多元线性回归分析

将单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量,将 OS 患者自我管理评分作为因变量进行多元线性回归分析。多因素分析结果显示,Epworth

嗜睡量表得分、家庭人均月收入、体质量指数、不同压力滴定技术、单纯 COPD 或 OSA 肥胖患者筛查或健康教育培训为影响 OS 患者自我管理独立危险因素 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 影响 OS 患者自我管理水平的多元线性回归分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
常数项	38.905	0.831	-	46.817	0.000
Epworth 嗜睡量表得分	2.405	1.084	0.162	2.219	0.008
氧疗依从性	4.81	1.078	0.217	4.462	0.000
体质量指数	2.693	1.017	0.158	2.648	0.006
不同压力滴定技术	6.187	2.328	0.239	2.658	0.001
单纯 COPD 或 OSA 肥胖患者筛查或健康教育培训	3.192	1.435	0.172	2.224	0.017

3 讨论

COPD-OSAHS 作为高发、顽固的呼吸系统疾病,其发病率和病死率呈现逐年增长的趋势,往往出现全身多器官、多系统功能损害,肺功能下降、认知障碍,需要积极的药物治疗,配合实施氧疗或无创通气、控制体质量,开展系统并发症及康复治疗,非药物康复治疗对于患者的疾病康复、病情稳定及预后具有十分重要的意义。

影响 OS 患者自我管理因素具体分析:

(1) Epworth 嗜睡量表得分:本次调查显示,ESS 评分作为评估衡量日间嗜睡度、OS 病情严重程度重要指标,评分越低,患者日间嗜睡度越轻,OS 病情越轻,自我管理评分越高 ($P<0.05$),这与相关^[15]研究结论相似。这是因为,日间嗜睡度高严重威胁患者日常生活(如驾驶)、工作及学习等,导致其丧失自主改善症状能力,自我管理评分降低。

(2) 氧疗依从性:该类疾患长期处于慢性缺氧状态,缺氧会影响大脑的氧气供应,海马区对于缺血缺氧极为敏感,缺氧容易导致海马区血管收缩出现低灌注,最终导致认知障碍。

(3) 体质量指数:由于我国睡眠医学发展较晚,关于 OS 知识普及率低,导致患者多存在负性感知,消极看待疾病,加上 OS 属于慢性呼吸疾病,就诊前多伴神经、内分泌、循环等全身功能损伤,或打鼾年限 ≥ 5 年,未治疗下诱发嗜睡、疲乏、焦虑等对日常生活影响较大,造成疾病感知该部分条目得

分偏高。本次调查指出,负性疾病感知是降低自我管理水平的独立危险因素 ($P<0.05$),分析其原因,采取沟通交流、教育、自我管理干预,促使患者积极主动解决问题,提升效能,改善应对方式与遵医行为依从性,而负性情绪多对饮食体质量调控、戒烟酒、体位疗法存在阻碍作用,不利于患者认识健康生活、疾病恢复重要性,还会引发不良心理压力、情绪甚至认知障碍。有数据显示,超过 58% 的体型肥胖 COPD 患者未出现 OSA 临床表征但存在 OS,有文献还证实体质量指数增加 10%,OS 发生风险扩大 6 倍,因而临床遇到单纯 COPD 或 OSA 患者,尤其是肥胖者,均应做好 OS 筛查^[16]。这与本次调查结果体质量控制良好者其自我管理评分也更高 ($P<0.05$) 相符,原因可能是体质量过高,增加呼吸暂停可能性,降低依从性。谢江等^[17]通过对体重指数 (BMI) >32 OSA 患者减肥治疗显示呼吸暂停次数减少,日间嗜睡症状减轻。

(4) 不同压力滴定技术:手工压力滴定是在多导睡眠图监测下根据患者睡眠时呼吸事件,采用手工调压的方法将呼吸机压力调至最适治疗压力,并根据后期治疗情况进行压力矫正,确定滴定最适治疗压力。手工压力滴定可实时监测并及时发现和及时处理相关问题,通过健康教育和心理指导,消除患者焦虑恐惧心理,改善首夜压力滴定经历^[18],提高对无创通气治疗的依从性,保证治疗效果。而自动滴定时呼吸机治疗压力的准确性较低,因缺乏实时监测和无法进行有效病情观察及心理指导,患者首

夜压力滴定感受较差,影响其依从性。

(5) 健康教育培训:高血压病情发生概率与 OS 呈正相关,且吸烟、酗酒等不健康生活习惯均为 OS 潜在危险因素。本研究发现,生活管理中部分接受 OS 健康教育培训者自我管理水平明显更高 ($P<0.05$),这是因为该部分患者对早期就诊、规范化疗护、疾病知识普及了解更深刻,促进 OS 确诊后合理运动、热量控制、生活方式调整等,缓解 OSAHS 症状,提升自我管理能力与生活质量,并可尽早接受专业医护人员对呼吸气流阻塞、诱发糖代谢紊乱,规避高碳酸血症或低氧血症指导。

护理人员需依据嗜睡程度或 ESS 评分开展分级健康教育,加强重度嗜睡患者饮食平衡、作息规律、体质量、遵医嘱按时复查等调控,积极鼓励患者提升自我管理水平。医护人员采用健康教育与指导时,需根据不同收入水平制定不同健康教育计划,对低收入患者尽早帮助树立健康理念后,引发长期疾病疗护重视,再开展相关知识宣教。条件允许下,逐一做好单纯 COPD 或 OSA 患者,尤其是肥胖者的 OS 筛查, COPD 患者可口服二甲双胍或通过饮食、锻炼干预调控体质量,提升患者自我管理水平,减少 OS 风险。

做好个体化干预基础上联合团队交流护理,院内组织病友交流会,病友间交流优秀自我管理方法,专业护士及时答疑解惑,纠正不良认知,促使其尽快回归社会;请专业人士,组织有兴趣的患者学习太极拳,太极拳讲究“内外兼修,气与形合”,习练者有意识地利用呼吸去推动形体,并通过其特有的动作,如正反扭转、对拉拔长等,促进机体呼吸机能、心血管机能的提高,大脑供血供氧能力得到改善,最终提高患者的认知功能。

4 参考文献

- [1] 范正阳,谢江,李菲,等.睡眠重叠综合征患者发生肺动脉高压的相关因素调查[J].首都医科大学学报,2020,41(3):482-487.
- [2] 廖丹,吴庆飞,张鹏意.个案护理管理模式对哮喘-慢阻肺重叠综合征患者应对方式及生活质量的影响[J].中国医学创新,2020,17(13):81-85.
- [3] 朱成杰,屈玉兰,商艳,等.微信平台健康管理模式对哮喘-COPD 重叠综合征患者治疗效果的影响[J].国

际呼吸杂志,2017,37(14):1078-1082.

- [4] 杨雅婷,刘菁菁,张洁,等.老年哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征急性加重期临床预后的影响因素分析[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(4):25-29.
- [5] 马畅,吴晓梅,彭京兰.慢性阻塞性肺疾病合并 OSA 的重叠综合征研究进展[J].临床肺科杂志,2020,25(4):625-628.
- [6] 童慧,王迎难.慢性阻塞性肺疾病合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的研究进展[J].沈阳医学院学报,2020,22(2):158-161.
- [7] 徐栋辉,周锋.重叠综合征患者动脉血气分析和肺功能的变化及临床干预的研究[J].中国初级卫生保健,2020,34(3):106-108.
- [8] 刘志标,严婕华,黄洪发.哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征的药物疗效分析[J].北方药学,2020,17(2):157-158.
- [9] 谢浩波.哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征患者 76 例临床特征[J].中国继续医学教育,2020,12(2):94-96.
- [10] 吴玲,梁宗安.支气管扩张症-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征临床特点分析[J].国际呼吸杂志,2020,40(2):87-93.
- [11] 汪亚亚,杜延玲.COPD-OSAHS 重叠综合征的研究进展[J].临床误诊误治,2019,32(7):107-112.
- [12] 胡基粮,胡璿.慢阻肺合并阻塞性睡眠呼吸暂停重叠综合征治疗的临床效果观察[J].航空航天医学杂志,2019,30(5):571-572.
- [13] 林阅生.哮喘-慢阻肺重叠综合征及慢阻肺患者的肺功能及临床特征比较[J].当代医学,2019,25(13):26-28.
- [14] 陈胡丹.OSA 合并 COPD 患者的认知功能损害研究[D].泸州:西南医科大学,2019.
- [15] 许望利,周志文,伍俊.COPD-OSAHS 重叠综合征炎症反应及炎症因子研究进展(综述)[J].黑龙江中医药,2019,48(2):229-230.
- [16] 刘佳.OSAS 合并 COPD 的重叠综合征患者尿微量蛋白改变及其影响因素[D].太原:山西医科大学,2018.
- [17] 谢江,李菲.睡眠重叠综合征与糖尿病发病率的横断面调查研究[J].北京大学学报(医学版),2019,51(2):252-255.
- [18] Means MK, Edinger JD, Husain AM. CPAP compliance in sleep apnea patients with and without laboratory CPAP titration[J].Sleep Breath,2004,22(8):7-14.

[2020-06-11 收稿]

(责任编辑 陈景景)

基于协同护理模式的容量管理对老年慢性心力衰竭患者的影响

王路遥 张建薇* 王旭

【摘要】 目的 研究基于协同护理模式的容量管理对老年慢性心力衰竭(CHF)患者的影响。方法 选取2019年3月—2020年9月医院收治的老年CHF患者120例,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,每组60例。对照组接受常规老年慢性心力衰竭护理干预,观察组在对照组基础上给予基于协同护理模式的容量管理干预,干预时间均为3个月。比较两组干预前后生活质量量表(MLHFQ)评分、自我护理指数(SCHF1),干预后满意率及出院后2个月再入院率。结果 干预后,观察组身体领域评分、情绪领域评分与MLHFQ量表总分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组自我护理维持、自我护理管理、自我护理信心、SCHFI总分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后,观察组总满意率高于对照组,出院后2个月再入院率明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于协同护理的容量管理可有效提高老年心力衰竭患者的生活质量及自我护理能力,还有助于提高干预满意率和降低再入院率。

【关键词】 协同护理;容量管理;慢性心力衰竭;老年患者;生活质量;自我护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.002

Effect of capacity management based on collaborative nursing model on elderly patients with chronic heart failure WANG Luyao, ZHANG Jianwei, WANG Xu (Drum Tower Hospital Affiliated to Medical College of Nanjing University, Nanjing, 210008, China)

【Abstract】 **Objective** To study the effect of capacity management based on collaborative nursing model on elderly patients with chronic heart failure(CHF). **Methods** To select 120 cases of elderly CHF patients admitted to the hospital from March 2019 to September 2020 as the study objects, and they were divided into a control group and an observation group according to the principle of matching basic characteristics between groups, with 60 cases in each group. The control group received conventional elderly chronic heart failure nursing intervention, and the observation group was given capacity management intervention based on the collaborative nursing model on the basis of the control group, and the intervention time was 3 months. The quality of life scale (MLHFQ) scores, self-care index (SCHFI), satisfaction rate after intervention and re-admission rate 2 months after discharge were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** After the intervention, the observation group's body field score, emotional field score and the total score of the MLHFQ were all higher than those of the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). The self-care maintenance score, self-care management score, self-care confidence score, and total score of SCHFI of the observation group were significantly higher than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After the intervention, the total satisfaction rate of the observation group was higher than that of the control group, and the rate of re-admission 2 months after discharge was significantly lower than that of the control group, and the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** The capacity nursing based on collaborative nursing can effectively improve the living quality and self-care ability of elderly patients with heart failure, and also help to increase the rate of intervention satisfaction and reduce the rate of readmission.

【Key words】 Collaborative care model; Capacity management; Chronic heart failure; Elderly patients; Quality of life; Self-care

基金项目:南京大学医院管理研究所课题(编号:NDYG2020053)

作者单位:210008 江苏省南京市,南京大学医学院附属鼓楼医院老年医学科

* 通讯作者

慢性心力衰竭 (CHF) 是由于器质性心血管疾病所致的心室充盈或射血功能受损, 心排血量不足以满足机体代谢需要等复杂的临床症候群, 是各种心血管疾病的最终转归阶段^[1-2]。CHF 患者常伴有呼吸困难、睡眠质量差、食欲缺乏、水肿、活动受限及疼痛等症状^[3], 是 65 岁以上患者住院的主要原因之一^[4]。据国家心血管病中心最新报告显示^[5], 我国各类心血管病现患人数高达 2.9 亿, 其中冠心病 1100 万, 肺源性心脏病 500 万, 心力衰竭 450 万, 而高血压、冠心病已成为目前中国心力衰竭患者的主要病因, 且心力衰竭患病率随年龄增加显著上升, 已成为重大的公共卫生问题。老年 CHF 患者多病程长且迁延不愈, 短期目标是减轻症状及改善生活质量, 长期目标是改善预后及延长生命。为达到这些目标, CHF 患者需要长期规范治疗及护理干预, 而患者容量管理至关重要。研究发现, 有效的容量管理可有效提高 CHF 患者的心脏功能和生活质量^[6]。近年来, 协同护理模式用于改善各类患者的护理干预中均有较好的评价^[7-9], 本研究以患者与家属协同管理模式为指导, 对老年 CHF 患者实施个性化、渐进式、综合性的容量管理, 效果评价较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 3 月—2020 年 9 月医院收治的老年 CHF 患者 120 例, 按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组, 每组 60 例。患者及家属均签署知情同意书并自愿配合。纳入条件: ①患者, 年龄 ≥ 60 岁; 符合心功能 II~IV 级的诊断 CHF 者^[10]; 无精神病史、无认知功能障碍者; 无严重合并症或者并发症者; 无中途退出研究。②家属, 年龄 ≥ 18 岁; 身体状况良好; 均有良好的读写及理解能力; 与患者生活不低于 3 个月; 无中途退出研究。对照组: 男 33 例, 女 27 例; 年龄 68.7 ± 7.2 岁; 病程 3.3 ± 1.4 年; 文化程度: 小学及以下 28 例, 初中及高中 21 例, 大专及以上 11 例; 心功能分级: II 级 18 例, III 级 26 例, IV 级 16 例。观察组: 男 31 例, 女 29 例; 年龄 69.1 ± 6.9 岁; 病程 3.4 ± 1.5 年; 文化程度: 小学及以下 29 例, 初中及高中 19 例, 大专及以上 12 例; 心功能分级: II 级 20 例, III 级 25 例, IV 级 15 例; 两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经南京大学医学院附属鼓楼医院医学伦理委员会批准。

1.2 护理方法

对照组患者给予常规护理干预, 主要是由责任

护士给患者进行常规的疾病相关知识指导、用药指导及饮食指导, 出院后电话随访等, 干预时间为 3 个月。观察组在对照组基础上给予协同护理模式的容量管理, 干预时间为 3 个月。主要有以下流程:

1.2.1 成立协同护理模式小组 小组成员由 4 名老年专科主管护士、2 名老年心脏科医生、1 名营养师、1 名药剂师等成员组成, 所有成员均经培训并考核通过。

1.2.2 制定干预计划 对患者的病情、家庭情况等协同管理必需资料进行搜集与评估并建立电子档案, 初步制订对患者个性化的容量管理方案。

1.2.3 干预方法

(1) 院内培训: 对干预组患者及家属进行 CHF 相关的知识培训, 培训完成后对患者及其家属进行容量管理相关知识问卷考核, 考核不合格则重复培训直至合格。

(2) 患者与家属的协同管理: 向患者及家属讲解协同护理相关概念、目的及方法。了解患者在容量管理中存在哪些问题, 并通过实例演示的方法指导患者及家属通过日常生活进行容量管理, 从而提高家属及患者的认知, 引导患者家属主动参与照护, 提高其照护水平。指导患者及家属详细记录每天的体重、出入量、用药、血压脉搏等情况, 填写《液体管理手册》, 同时嘱咐家属督促患者执行, 以养成良好的自我管理行为。

(3) 督导角色指导: 主要是对家属角色的指导, 强化督导角色, 树立督导观念。

(4) 患者的容量管理: ①饮食管理, 进食低盐低脂清淡易消化食物, 每天摄入钠为 < 6 g, 如心力衰竭急性发作伴有容量负荷过重时, 则要严格限制钠的摄入 (< 2 g/d); 根据体重设定液体摄入量, 体质量 < 85 kg 患者每日摄入液体量为 30 ml/kg, 体质量 > 85 kg 患者每日摄入液体量为 35 ml/kg, 戒烟限酒; ②利尿剂自我管理, 在使用利尿剂治疗时应补充适量微量元素, 并注意血钾和血钠水平的监测, 适当给予补钾治疗以保持电解质的平衡; ③自我体重管理, 进行体重、尿量监测; 每天早上大小便后称体重, 如发现体重持续增加 (如 3 日增加 2 kg), 提示有容量超负荷的情况则进行利尿剂的调整; ④症状管理, 让患者及家属参与制定自我护理计划, 指导患者及家属定期监测血压、心率情况, 查看有无疲乏、呼吸短促、脚踝水肿和体重增加等心力衰竭加重的表现, 告知心力衰竭的诱发因素, 流感流行季节注射流感疫苗以避免感染, 减少心力衰竭发作概率; ⑤药物管理, 让患者及家属知晓所服用药

物的名称、剂量、作用及常见的不良反应,指导其严格遵照医嘱服药;⑥活动管理,指导患者适当进行规律的有氧运动,实行运动方案时应有家属在旁进行监督及照护。

(5)出院指导:追踪了解患者近期病情、自我管理、药物调节情况及长效依从性,如有困难,及时解决问题和给予医护支持。

1.3 观察指标

(1)生活质量:利用明尼苏达心力衰竭患者生活质量问卷(MLHFQ)^[11]对患者入院时、出院随访2个月后的生活质量进行评估。MLHFQ量表包含身体领域、情绪领域和其他领域,共21个条目,用于评价心力衰竭患者的临床症状体征、躯体活动、情绪等。评分越低,生活质量越好。

(2)自我护理状况:利用心力衰竭患者自我护理指数量表(SCHF I)^[12]对患者入院时、出院随访2个月后的自我护理能力进行评价。SCHFI量表包括自我护理维持、自我护理管理和自我护理信心3个亚量表,得分越高则自我护理状况越好。3个亚量表转换为0~100标准分,3个量表总分为300分,每个量表≥70分表示自我护理状况较好。

(3)干预满意率和出院2个月内再入院率:干预结束后就干预相关的部分进行问卷调查,按照满意度分为不满意、满意、很满意3个等级进行评价,其中满意率=(满意+很满意)/组内例数×100%。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0软件进行统计学分析处理,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验,计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者自我护理状况比较

干预前,两组患者自我护理SCHFI指数中自我护理维持、自我护理管理、自我护理信心、SCHFI总分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组自我护理维持、自我护理管理、自我护理信心、SCHFI总分明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者生活质量比较

干预前,两组患者生活质量MLHFQ量表身体领域评分、情绪领域评分与MLHFQ量表总分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组身体领域评分、情绪领域评分与MLHFQ量表总分均高于对照组,且差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者干预满意率与再入院率比较

干预后随访结果显示,观察组干预满意率明显高于对照组,出院后2个月再入院率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组干预前后自我护理SCHFI指数各亚表及总分比较(分)

组别	例数	自我护理维持		自我护理管理	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	41.73 ± 15.56	45.38 ± 14.24	49.31 ± 19.84	54.83 ± 15.12
观察组	60	41.08 ± 15.69	48.46 ± 13.37	48.23 ± 19.35	60.32 ± 14.54
t 值		0.228	2.773	0.302	2.027
P 值		0.820	0.007	0.763	0.045

组别	例数	自我护理信心		SCHFI总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	53.49 ± 21.88	55.03 ± 17.52	144.53 ± 44.76	155.24 ± 41.27
观察组	60	53.03 ± 22.15	61.86 ± 17.45	142.34 ± 46.38	170.64 ± 40.34
t 值		0.114	2.140	0.263	12.067
P 值		0.909	0.035	0.793	0.041

表 2 两组干预前后生活质量比较

组别	例数	身体领域评分		情绪领域评分		MLHFQ 量表总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	21.02 ± 4.77	24.27 ± 4.21	19.23 ± 3.62	22.54 ± 4.48	75.28 ± 14.79	83.16 ± 11.34
观察组	60	20.46 ± 4.63	28.54 ± 3.46	19.12 ± 4.04	27.73 ± 4.29	74.72 ± 15.31	91.23 ± 12.29
<i>t</i> 值		0.653	6.070	0.157	6.481	0.204	3.738
<i>P</i> 值		0.515	0.000	0.876	0.000	0.839	0.000

表 3 两组患者干预满意率及再入院率比较

组别	例数	满意度比较				出院 2 个月内再入院率比较	
		不满意	满意	很满意	满意率 (%)	再入院例数	再入院率 (%)
对照组	60	9	36	15	85.00	6	10.00
观察组	60	1	24	35	98.33	0	0.00

满意率比较: $\chi^2=6.982, P=0.008$; 再入院率率比较: $\chi^2=4.386, P=0.036$ 。

3 讨论

CHF 在进展过程中, 患者始终存在着体液容量增加, 液体潴留、容量负荷过重的问题, 从而加重心力衰竭症状, 增加入院率。慢性心力衰竭疾病大多数都是老年人, 通常还合并其他慢性疾病或综合征。随着年龄与病情发展, 患者症状负担更加严重, 且多数患者出院后缺少医护人员指导, 这些显著降低了患者的自我护理能力和生活质量。因此, 科学有效的容量管理对于老年 CHF 患者至关重要, 如何提高老年 CHF 患者容量管理知识及行为水平也受到业内专家的普遍关注。研究发现, 容量管理可有效提高 CHF 患者的生活质量, 降低再入院率^[13]。但对于多数 CHF 患者来说, 容量管理不仅是医护人员的责任, 更需要患者与家属的密切配合。协同护理模式 (collaborative care mode, CCM) 通过强化医疗护理资源的协同作用, 最大限度地发挥患者及家属的参与护理能力和自主护理意识, 从而提高患者的预后效果和改善生存质量^[14]。故将协同护理模式应用于老年 CHF 患者的容量管理中具有现实可行性与必要性。

本研究结果表明, 对老年 CHF 患者实施基于协同护理模式的容量管理模式后, 生活质量各维度如身体领域评分、情绪领域评分与生活质量总分均有明显提高, 且自我护理指数各亚量表评分也较常规护理管理模式有明显提高, 结果与楚鑫等^[15]研究结果基本一致。这是因为以往的护理模式是患者被动地接受照护, 而协同护理模式让患者与家属主动参与到健康决策及自我护理中, 增强了患者与家属的自主护理意识和有效的容量管理行为, 也增加了

患者家庭温暖及战胜疾病的信心, 进而提高了其自我护理能力和生活质量。此外, 协同护理模式在实施过程中, 所有患者及家属均经过系统的考核, 一方面规范了患者及家属的自我护理及居家护理行为知识, 另一方面实施过程中也有意识地强化患者自护能力对生活质量改善的正向意义, 使患者从心理上更加积极地面对疾病与生活。本研究结果表明, 实施基于协同模式的容量管理还有助于提高干预满意率和降低再次入院率, 这是因为实施协同护理模式的容量管理更加注重院内延续性护理知识的宣教与院外延续性护理的实施督导, 增加了患者人文关怀的同时也降低了疾病恶化或加剧的可能性。

综上所述, 基于协同护理模式的容量管理模式可有效提高老年 CHF 患者的生活质量和自主护理能力, 还有助于提高干预满意率和降低再入院率。

4 参考文献

- [1] 朱静华, 吕洋, 梁明, 等. 芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭研究进展 [J]. 临床军医杂志, 2019, 47(10): 133-134.
- [2] 杨文涛, 周长喜, 王玉堂, 等. 慢性心力衰竭合并肌少症的研究进展 [J]. 老年医学与保健, 2019, 25(6): 857-860.
- [3] 陶琳, 刘素珍. 慢性心力衰竭患者体质量管理的研究进展 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(16): 53-55, 72.
- [4] 宋淑玲, 石蕊. SERCA2a 基因治疗慢性心力衰竭的研究进展 [J]. 武警后勤学院学报: 医学版, 2019, 28(6): 63-69.
- [5] 胡盛寿, 杨跃进, 郑哲, 等. 《中国心血管病报告 2018》概要 [J]. 中国循环杂志, 2019, 34(3): 209-220.
- [6] 尚伟伟, 岑梅, 金铭, 等. 慢性心力衰竭患者容量管理的研究进展 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2020, 6(6): 222-223.

职业选择焦虑在高职护理专业学生的状态－特质焦虑水平对职业选择影响中的中介作用

刘萍 刘婧 潘长玲

【摘要】 目的 探究高职护理专业学生的状态－特质焦虑，未来职业焦虑对选择未来从事护理相关职业的确切性影响。方法 以广东省高职院校护理专业学生为调查对象，进行问卷调查。结果 状态－特质焦虑，未来职业焦虑，分别和护理相关职业选择的不确定性存在显著的正相关。未来职业焦虑在状态－特质焦虑预测职业选择不确定性中起到完全中介作用，即状态－特质焦虑通过未来职业焦虑影响个体选择从事专业相关工作的坚定程度。紧张的医患关系和重大的公共卫生事件是导致护生产生未来职业焦虑主要原因。结论 个体的焦虑水平会影响对未来职业的认知，进而让个体在职业决策上犹豫不决。通过积极的心理干预，正面的职业教育帮助学生树立正确的职业价值观念和职业心理，进而引导学生做出有效的职业选择。

【关键词】 职业选择；未来职业焦虑；状态－特质焦虑；中介效应；护理学

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.003

The mediating role of career choice anxiety in the influence of vocational nursing students' status -trait anxiety level on career choice LIU Ping, LIU Jing, PAN Changling (Huizhou Health Sciences Polytechnic, Huizhou, 512000, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of the status-trait anxiety of high vocational nursing students and the future occupational anxiety on the certainty of choosing nursing-related occupations in the future was set as the study subject. **Methods** The nursing students from higher vocational colleges in Guangdong Province were select as the survey object to conduct a questionnaire survey. **Results** The state-trait anxiety and future occupational anxiety were significantly positively correlated with the uncertainty of nursing-related career choices. Future occupational anxiety played a completely mediating role in predicting the uncertainty of occupational choice by state-trait anxiety, that was, state-trait anxiety affected the determination of individuals to choose professional-related jobs through future occupational anxiety. The tense doctor-patient relationship and major public health

基金项目：广东省教育科研“十二五”规划2012年度研究项目（编号：2012JK318）；湛江市非资助科技攻关项目成果（编号：20123C105029）

作者单位：512000 广东省惠州市，惠州卫生职业技术学院

- [7] 尤晓玲, 胡淑芬, 孙凌, 等. 协同护理对血液透析患者自我护理能力及治疗依从性的影响 [J]. 护理学报, 2017, 24(14): 52-55.
- [8] 王兴华. 协同护理模式对慢性乙肝患者自我效能感及治疗依从性的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(6): 36-38.
- [9] 林英, 白亦光, 朱亚辉, 等. 协同护理模式联合 CPM 对高龄膝关节置换术后患者功能康复的影响 [J]. 广西医科大学学报, 2020, 37(2): 178-182.
- [10] 陈广辉. 瑞舒伐他汀对慢性心力衰竭患者心功能的影响 [J]. 中国医药导报, 2013, 10(30): 101-103.
- [11] 李莎莎, 陈琛. 协同护理模式对慢性心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(7): 989-991, 992.
- [12] 史云霞, 张杨, 田竟. 自我效能感和应对方式对慢性心力衰竭患者自我护理行为的影响路径 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(23): 1-5.
- [13] 孙倩. 对基层医院慢性心力衰竭患者实施容量管理的效果分析及生活质量的影响 [J]. 心理医生, 2019, 25(1): 347-349.
- [14] 王平, 丁萍, 马冬花, 等. 协同护理模式临床应用的研究进展 [J]. 护理研究, 2018, 32(10): 34-37.
- [15] 楚鑫, 蒋运兰, 易银萍, 等. 基于聚焦解决模式的容量管理对慢性心力衰竭患者依从性及生存质量的影响 [J]. 成都医学院学报, 2018, 13(5): 581-585.

[2021-02-25 收稿]
(责任编辑 刘学英)

incidents were the main reasons for the anxiety of nursing students in their future occupations. **Conclusion** The individual's anxiety level would affect the cognition of the future occupation, and then make the individual hesitate in career decision-making. Through positive psychological intervention, positive vocational education can help students establish correct career values and career psychology, and then guide students to make effective career choices.

【Key words】 Career choice; Future occupational anxiety; Status-trait anxiety; Mesomeric effect; Nursing

焦虑是个体主观预测可能会面临的危机和不良后果时出现的不安、恐惧、紧张等复合情绪状态,会影响个体的决策^[1]。焦虑可以分为状态焦虑和特质焦虑。状态焦虑是指由特定事件引起的暂时性的不安情绪。特质焦虑是指在面对在多种情境中普发性的不安,是一种长期的,稳定的人格倾向,不局限于具体的某个事件^[2]。已有研究表明,大学生状态-特质焦虑水平和择业效能感之间存在显著的负相关,即焦虑水平越高,择业效能感越低^[3],个体更难做出职业选择^[4]。虽然已有不少研究探讨大学生焦虑水平和职业效能感的关系,然而在全球疫情的压力下,全国护理人员都面临着巨大的压力与挑战,而护理专业的学生作为即将从事这一职业的群体,其状态以及特质焦虑水平仍不清楚。另外,在该特殊时期下,护理专业学生的状态-特质焦虑水平是否会影响他们未来的职业选择以及如何影响未来的职业选择仍不清楚。

护士是卫生人才的重要组成部分,护理学生(护生)的职业选择情况将直接影响我国护理人力的有效保障。长期以来我国面临护理人力资源短缺的局面^[5]。因此,了解高等职业学校医护学生的状态-特质焦虑水平及其对职业选择的影响具有必要性。本研究考察焦虑水平对护生选择从事护理专业相关工作坚定程度的影响。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2019年1月—2020年1月广东省高职院校护理专业学生为调查对象,共发放问卷1071份,剔除反向问题答案冲突以及不完整的问卷209份,剩余有效问卷862份,862名护生中男37名,女825名。本研究数据分析均基于有效问卷的数据。

1.2 调查内容及方法

本研究使用了网络问卷调查方法,在全球疫情爆发阶段(2020年3—4月)采集完成。该问卷共包含3个量表,分别为状态-特质焦虑量表、未来职业焦虑量表以及职业目标量表,以及两个开放式

问题,具体信息如下。

(1) 状态-特质焦虑量表:由Spielberger和Gorsuch编制的状态-特质焦虑量表(State-Trait Anxiety Inventory, STAI-Form Y)^[6],其中第1~20项为状态焦虑量表,用来评价人们“这一刻”的感受。第21~40项为特质焦虑量表,评估人们“通常”的感受,采用Likert式5点评分。针对反向问题,在计分过程中采用反向计分方法,总分越高说明焦虑程度越高。

(2) 未来职业焦虑量表:该量表主要根据Linden等^[7]编制的职业焦虑量表改编而成,本研究选择了该职业焦虑量表中中和护理专业学生职业焦虑最相关的子量表2和8。这两个子量表测量的内容分别是期望焦虑和疑病性焦虑。其中期望焦虑是指想象在未来工作场所,并评价在该过程中的焦虑程度。疑病性焦虑是指未来工作场所会影响身体健康而产生的焦虑。在改编后的问卷中,我们将未来工作场所改为护理工作场所。该量表共有11个项目,采用Likert式5点评分,分数越高表明对未来从事护理相关职业的焦虑程度越高。

(3) 职业目标量表:该量表是根据李璐良等^[8]编制的专科护生职业成熟度量表改编而成。该量表共有8个项目,采用Likert式5点评分考察护生对于护理相关职业选择的不确定程度。分数越高表明护生越不确定未来是否选择本专业相关的职业。

(4) 开放式问题:近三个月来,我的职业规划发生了动摇;在职业规划上,我希望得到帮助。这两个开放式问题用于探究未来职业焦虑产生的原因和可能的解决方法。

1.3 统计学处理

采用MATLAB2017b对数据进行统计学分析。计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。采用皮尔逊相关分析,计算不同维度的焦虑分数和职业选择之间的关系;采用中介效应分析考察未来职业焦虑是否在状态-特质焦虑对未来职业选择的影响中产生中介作用。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 高职护生状态-特质焦虑水平分析

将高职护生的状态焦虑与特质焦虑得分与普通大学生常模进行比较^[9], 结果发现护理专业学生的状态焦虑分数及特质焦虑分数都明显低于大学生常模, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表1。

2.2 高职护理专业学生职业选择状况分析

在被调查的862名高职护生中, 有92名护生职业选择已经发生动摇。进一步分析职业选择不变和动摇的学生, 在职业目标量表中其他7项问题中的分数发现, 动摇的护生职业选择不确定程度评分(18.90 ± 5.56 分)高于选择不变组(12.16 ± 4.97 分),

差异有统计学意义($t=12.134, P<0.001$)。

2.3 状态-特质焦虑对职业选择的影响分析

为了考察状态-特质焦虑是否和职业选择存在关联, 本研究将状态-特质焦虑和职业选择不确定性得分进行皮尔逊相关分析, 结果发现状态-特质焦虑和职业选择不确定之间存在正相关(图1), $r=0.797, P<0.001$ 。

2.4 未来职业焦虑在状态-特质焦虑预测职业选择不确定性中的中介效应分析

中介效应分析的三步骤模型结果见表2。结果显示, 未来职业焦虑在状态-特质焦虑预测未来职业不确定性中起到完全中介作用(图2)。

表1 护理专业学生状态-特质焦虑分数与大学生常模比较

项目	护理专业学生 ($n=862$)	大学生常模 ($n=1180$)	t 值	P 值
状态焦虑	39.05 ± 9.96	45.31 ± 11.99	12.499	0.000
特质焦虑	39.36 ± 8.84	43.31 ± 9.20	9.742	0.000

表2 中介效应模型及分析结果

模型	回归系数	标准误	t 值	P 值
$Y = cX + e1$	0.23(c)	0.023	10.077	0.000
$M = aX + e2$	0.29(a)	0.022	13.141	0.000
$Y = c'X + bM + e3$	-0.00(c')	0.016	-0.049	0.989
	0.81(b)	0.023	35.303	0.000

注: Y: 职业选择不确定性; X: 情绪状态焦虑; M: 未来职业焦虑; e1, e2, e3: 误差估计。

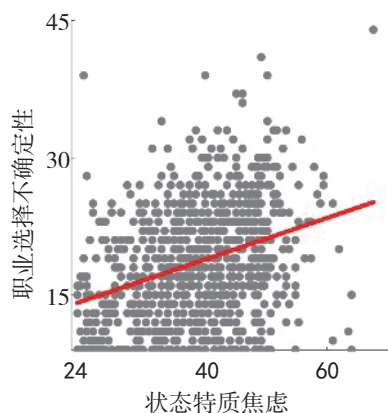


图1 状态-特质焦虑与职业选择不确定性之间的相关关系

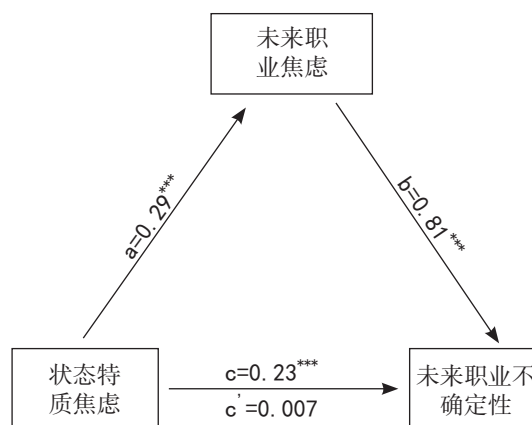


图2 中介效应结果示意图

3 讨论

本研究通过系统分析高职院校护理学生的焦虑水平对其选择从事护理相关工作的确定性的影响, 发现未来职业焦虑在状态-特质焦虑预测未来职业不确定性中起到完全中介作用, 表明护生的状态-

特质焦虑程度越高, 其未来职业焦虑程度就越高, 进而导致其选择护理职业的不确定性越高。导致护生产生未来职业焦虑的主要原因包括紧张的医患、护患关系, 医患、护患纠纷, 近期全球突发的公共卫生事件-新冠肺炎疫情, 家庭社会支持缺乏等。有研究表明, 暴力伤医事件不仅影响护生的专业思

想稳定性和职业认同度,还会造成对专业信心、职业信心、从医决心的动摇^[10]。突发的公共卫生疫情对医学生心理、学医态度、对医疗工作的看法及就业选择都有明显的负面影响^[11]。针对本研究发现的未来职业焦虑将影响护生职业选择的不确定性,及护生希望得到的职业选择相关的帮助,为防止我国护理人力资源的流失,就今后高职院校对护理专业学生进行职业教育实践提出几点建议:

3.1 理性认识当前的医患、护患关系,提升学生医患关系处理的能力

本研究发现护生未来职业焦虑直接预测未来职业不确定性,紧张的医患关系是最主要的原因。因此,应鼓励学生充分了解网络报道的医患、护患纠纷事件的真实性和客观性,做到理性认识当前的医患、护患关系,不被网络上的不实或者夸大性的报道影响对未来职业的信心。另外,邀请已从事护理相关工作的前辈开展职业规划讲座,让护生了解护理实际工作过程中的医患关系以及实际工作过程中如何维系健康良好的医患、护患关系。

3.2 加强专业思想教育

可以通过加强护生专业思想教育,对护生进行引导,帮助护生了解护理学科的科学动态,增强护生对护理专业的认识,提高对护理专业的承诺水平,提升护生职业认同感,从而降低护生对未来职业的焦虑程度,最终达到提高护生择业的稳定性。

3.3 重视心理健康教育

已有研究表明积极应对方式可以降低个体的焦虑水平^[12]。学校为学生建立完善的心理档案,针对焦虑程度较高的学生进行心理访谈,教会他们缓解焦虑的方法,针对引起未来职业焦虑的相关因素进行具体的指导与咨询。为他们提供个性化职业指导,帮助他们树立正确的择业观,对择业困难的学生积极进行心理干预。学校在开展心理健康教育及职业指导过程中,应积极与护生家庭建立良好的联系,联合为护生提供良性有效的支持。学校与家庭应统一战线,共同为护生提供精神上的支持与鼓励,改善其心理素质,减少诱发未来职业焦虑的因素,降低护生对未来职业的焦虑。

3.4 创新职业教育形式

除了日常的理论课程及专题讲座以外,还可以通过个别辅导、心理访谈、团体辅导、各类职业相关测试以及邀请业内专家进行行业前景介绍等方式,帮助护生合理定位明确职业发展方向,增加信

心。

高职护理专业学生能否坚定从事护理专业相关工作是关乎我国护理人力资源充沛的重要课题,也是高职院校心理辅导中心和职业教育的核心内容之一。本研究分析了焦虑对高职护生职业选择不确定性的影响,及导致未来职业焦虑的原因,对高职院校职业教育,尤其是护理专业学生的职业教育具有重要的参考意义。

4 参考文献

- [1] Endler,N.S.,Kocovski,N.L.State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*,2001,15(3):231-245.
- [2] Spielberger CD, Gorsuch RL,Lushene R E.Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Z].Palo Alto,CA:Consulting psychologists Press,1970.
- [3] 周欢,陈玉兰,杨晓明.大学生择业效能感与焦虑的关系研究[J].*教育现代化*,2016,3(25):194-196,207.
- [4] 张树凤,丁玲,胡冬梅,等.大学生自立人格与职业决策困难的关系:状态-特质焦虑的中介作用[J].*中国临床心理学杂志*,2016,24(4):684-688.
- [5] 孙辉,赵颖波.我国执业注册护士资源配置现状分析及思考[J].*中国医院*,2019,23(6):42-45.
- [6] Spielberger CD,Gorsuch RL, Lushene RE,et al.Manual for the state-trait anxiety inventory[J].Palo Alto California,Consulting Psychologists Press,1983.
- [7] Linden M, Muschalla B, Olbrich D. Die Job-Angst-Skala (JAS): Entwicklung eines neuen Fragebogens zur Erfassung arbeitsplatzbezogener Ängste[Z].*Arbeits-und Organisationspsychologie*,2008,52(3):126 - 134.
- [8] 李璐良,刘美玲.专科护生职业成熟度量表的编制及信效度检验[J].*当代护士(下旬刊)*,2020,27(10):8-10.
- [9] 李文利,钱铭怡.状态特质焦虑量表中国大学生常模修订[J].*北京大学学报(自然科学版)*,1995,31(1):108-112.
- [10] 张丽娜,马晓玲,高云山.略论暴力伤医事件对医学生专业学习及择业观的影响[J].*学校党建与思想教育*,2017(5):68-71.
- [11] 赵建芳,刘秀荣,张本金,等.新冠肺炎感知严重性对焦虑的影响:安全感的中介作用和自我控制的调节作用[J].*中国特殊教育*,2020(9):81-87.
- [12] 邢怡伦,王建平,尉玮,等.社会支持对青少年焦虑的影响:情绪调节策略的中介作用[J].*中国临床心理学杂志*,2016,24(6):1079-1082.

[2020-04-10 收稿]
(责任编辑 刘学英)

ACE Star 模式的循证护理对非小细胞肺癌¹²⁵I 粒子植入治疗后患者肺功能康复的影响

武建凤 霍玉青 张晓霞 周静

【摘要】 目的 探究基于 ACE Star 模式的循证护理用于非小细胞肺癌¹²⁵I 粒子植入治疗后肺功能康复的实践效果。方法 选取 2018 年 1 月—2020 年 1 月医院就诊的非小细胞肺癌行¹²⁵I 粒子植入治疗患者 98 例, 本院于 2019 年 1 月行循证护理, 将行循证护理前后患者分别纳入对照组 ($n=46$) 和观察组 ($n=52$)。对照组实施常规肺功能康复护理, 观察组实施基于 ACE Star 模式的循证护理, 比较两组患者术后 28 d 的 6 min 步行距离、BODE 指数、改良英国呼吸困难指数 (mMRC) 评分、呼吸功能、肺癌预后因子水平。结果 观察组患者最大通气量 (MVV)、FEV₁/FVC、用力肺活量 (FVC)、肺一氧化碳弥散量 (DLCO)、6 min 步行距离均高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者 BODE 指数、mMRC 评分、血管内皮生长因子 (VEGF)、血管内皮细胞生长因子受体 2 (VEGFR2) 均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 非小细胞肺癌患者行¹²⁵I 粒子植入治疗期间行基于 ACE Star 模式的循证护理, 能够有效改善患者肺功能, 减轻呼吸困难风险, 促进预后因子下调。

【关键词】 非小细胞肺癌; ¹²⁵I 植入治疗; 肺功能; 循证护理; 康复

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.004

Effect of evidence-based nursing in ACE Star mode on the pulmonary functional rehabilitation of patients with non-small cell lung cancer after ¹²⁵I seed implantation WU Jianfeng, ZHAI Yuqing, ZHANG Xiaoxia, ZHOU Jing (Affiliated Hospital of Binzhou Medical University, Binzhou, 256600, China)

【Abstract】 Objective To explore the practical effects of evidence-based nursing based on the ACE Star model for pulmonary function rehabilitation after ¹²⁵I seed implantation treatment for non-small cell lung cancer.

Methods A total of 98 patients with non-small cell lung cancer who were treated with ¹²⁵I seed implantation were selected from January 2018 to January 2020. The hospital performed evidence-based care in January 2019, and we included patients before and after the evidence-based care into a control group ($n=46$) and an observation group ($n=52$). The control group received routine pulmonary function rehabilitation care, and the observation group received evidence-based care based on the ACE Star model to compare the 6 min walking distance, BODE index, modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC) score, respiratory function, and lung cancer prognostic factor levels between the two groups at 28 days postoperatively. **Results** The maximal voluntary ventilation (MVV), FEV₁/FVC, forced vital capacity (FVC), diffusion capacity for carbon monoxide of lung (DLCO), and 6 min walking distance 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 BODE index, mMRC score, vascular endothelial growth factor (VEGF), and vascular endothelial growth factor receptor 2 (VEGFR2) in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$).

Conclusion Evidence-based care based on the ACE Star model during the ¹²⁵I seed implantation treatment of non-small cell lung cancer patients can effectively improve the patient's pulmonary function, reduce the risk of dyspnea, and promote the down-regulation of prognostic factors.

【Key words】 Non-small cell lung cancer; ¹²⁵I implantation treatment; Pulmonary function; Evidence-based nursing; Rehabilitation

非小细胞肺癌是肺癌的最主要类型, 多数肺癌确诊时处于中晚期, 行根治性手术机会渺茫^[1]。放

化疗是替代和辅助手术治疗非小细胞肺癌的有效手段。放射性¹²⁵I 粒子植入治疗作为组织间近距离放射治疗手段, 由于¹²⁵I 具有半衰期长、能量低、组织穿透性好的特点, 适宜进行间质放疗^[2]。将放射

性¹²⁵I粒子植入肿瘤组织及周围浸润组织内后,通过放射源持续低能量放射 γ 射线,使得肿瘤组织遭受破坏,且对正常组织仅存在轻微损害^[3]。放疗期间容易出现肺通气功能指标异常,诱发呼吸困难,肺康复训练有助于纠正错误呼吸,改善放疗后肺功能及生活质量^[4]。因此,本院于2019年1月构建基于ACE Star模式的循证护理方案,为明确该方案对肺功能康复的改善效果,进行本研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2020年1月就诊本院的非小细胞肺癌行¹²⁵I治疗患者98例为研究对象,2019年1月行循证护理,将实施循证护理前的46例患者纳入对照组,将实施循证护理后的52例患者纳入观察组。纳入条件:经气管镜或穿刺活检可明确诊断为非小细胞肺癌患者;行¹²⁵I粒子植入治疗;预期生存期>6个月,卡氏评分 ≥ 70 分;TNM分期处于Ⅲ~Ⅳ期;行肺功能动态监测治疗。排除条件:放疗前行化疗治疗者;伴发其他部位肿瘤患者;复发性肺癌患者;肺移植或全肺切除患者。对照组中男28例,女18例;平均年龄 65.56 ± 5.18 岁;病理类型:鳞状细胞癌32例,腺癌12例,混合细胞癌2例;TNM分期处于Ⅲ期27例,Ⅳ期19例。观察组中男30例,女22例;平均年龄 65.78 ± 5.34 岁;病理类型:鳞状细胞癌36例,腺癌12例,混合细胞癌4例;TNM分期处于Ⅲ期29例,Ⅳ期23例。两组患者性别、年龄、病理类型、TNM分期比较差异无统计学意义($P>0.05$)。纳入患者对本研究知情同意并签订知情同意书,本研究经本院医学伦理委员会审议并批准,符合《赫尔辛基宣言》伦理学需求。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规肺功能康复护理。予以心理干预、放疗前健康宣教。强化腹式呼吸、缩唇呼吸法进行肺康复训练。

1.2.2 观察组 观察组实施基于ACE Star模式^[5]的循证护理。依据美国循证实践学术中心著名学者史蒂文斯提出的ACE Star循证模式步骤,分为问题确立、证据综合、转译评鉴、整合实践、效果评价5个环节。

(1)问题确立:建立肺功能康复循证护理小组,以肺癌患者放疗后呼吸功能改善为主线构建循证问题,即肺癌¹²⁵I粒子植入治疗后气流受限改善策略?肺癌放疗后肺通气异常改善策略?患者放疗后肺功

能锻炼如何有序进行?

(2)证据综合:参与研究人员对本院既往行¹²⁵I植入治疗后患者加以调查,确定围放疗期出现气道受限、肺通气异常及肺功能下降者的影响因素,并通过文献检索法,以“非小细胞肺癌、肺功能、放疗、¹²⁵I植入治疗、肺康复、功能锻炼”为中文关键词,将“Nonsmall-cell lung cancer, pulmonary function, radiotherapy, ¹²⁵I implantation therapy, Lung rehabilitation, dirigation, breathe”作为英文关键词。

(3)转译评鉴:经文献质量及证据等级评估,共检索并分类出相关文献7篇,其中随机对照试验4篇,证据A类,推荐等级B级;2篇指南类文献,证据A类,推荐等级A级;1篇系统评价,证据A类,推荐等级A级。

(4)整合实践:①肺功能监测与评估,入院后即进行呼吸功能综合健康评估,记录患者的基础肺功能、吸烟史、肿瘤部位。并于¹²⁵I植入治疗前、治疗5~14d进行肺功能动态监测,应用超声肺功能监测仪进行测查,结合患者年龄、身高、体质量推算出各参数的预测值,取一秒钟用力呼气容积(FEV₁)较大的1次检出各项肺功能数值,记录最大肺活量(VCmax)、FEV₁、用力肺活量(FVC)、肺一氧化碳弥散量(DLCO)值^[6]。②气流受限改善策略:于患者首次出现VCmax减少且DLCO下降时开始进行,伴有吸烟史者行戒烟指导,以尼古丁替代疗法、厌恶疗法、耳穴压豆作为戒烟的主要方法^[7]。进行缩唇呼吸训练,一手放置于胸部、一手置于腹部,吸气时用鼻腔,呼气时缩小口唇成口哨样,吸呼比设置为1:3.8次/min,3次/d,缩唇呼吸训练同时取轻薄餐巾纸1张放置在距离口唇15cm处,指导患者感受纸巾随呼吸倾斜角度变化^[8]。③肺通气异常改善策略:当患者肺功能动态监测的FEV₁实测值百分比低于放疗前实测值百分比的25%时进行,制定有氧运动、抗阻力运动计划,每周3~5次有氧运动(中高强度>60%最大做功能力),抗阻力运动每周进行6组,每组8~12次,以双手推举哑铃(1、2、5kg循序渐进)方式进行^[9]。④肺功能锻炼改善管理:当患者DLCO较治疗前显著升高时,进行肺功能锻炼改善策略。行全身呼吸操锻炼^[10],指导患者取坐位或卧位,行屈膝抬腿锻炼,每日3组,每组锻炼10次,配合缩唇呼吸法,指导患者呼吸同时于空中画米字,缓解颈椎压力,放松颈部肌肉,然后,行肩背部活动、扩胸运动、含胸运动,左脚向左侧迈1步,右手搭在左肩部,左手置于右肘上,向左侧

转体运动,恢复站立位,同理向右侧转体运动,达到肋间肌锻炼目标^[11]。效果评价:以肺功能水平、6 min 步行距离、肺癌预后因子水平作为肺康复效果评价指标。

1.3 观察指标

(1) 肺功能水平:采集患者超声肺功能动态检测仪于治疗后 28 d 所测得的最大通气量(MVV)、FEV₁/FVC、FVC、DLCO 值,并测定 BODE 指数^[12]及 mMRC 评分^[13],BODE 指数能够对呼吸困难、肺功能、BMI、运动能力个方面进行评估,mMRC 评分与患者的呼吸困难程度成正比。

(2) 6 min 步行距离:于患者治疗后 28 d 进行测定,依据美国胸科协会所设计并制定的 6 min 步行实验指南,以要求患者在长 30 m 的走廊尽快以步行方式行走,中途可以休息,以 6 min 为限,测试时每分钟提醒患者 1 次,测定患者 6 min 内所行走的最大距离,距离越大患者的心肺功能越好^[14]。

(3) 肺癌预后因子:采集患者治疗后 28 d 的血管内皮生长因子(VEGF)、血管内皮细胞生长因子受体 2(VEGFR2)水平。取空腹肘静脉血 5 ml,20 min 离心,分离血清后以酶联免疫吸附法进行测定。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据处理,计量数据以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较进行 *t* 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后 28 d 的肺功能比较

干预后,观察组患者 MVV、FEV₁/FVC、FVC、DLCO 均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者 6 min 步行距离、BODE 指数及 mMRC 评分比较

干预后,观察组患者 6 min 步行距离高于对照组,观察组患者 BODE 指数、mMRC 评分均低于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 治疗后肺癌预后因子水平比较

干预后,观察组患者 VEGF、VEGFR2 均低于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者治疗后 28d 的肺功能比较

组别	例数	MVV (L/min)	FEV ₁ /FVC (%)	FVC (L)	DLCO [ml/(min · mmHg)]
对照组	46	20.25 ± 3.16	48.72 ± 5.31	1.52 ± 0.16	25.12 ± 3.95
观察组	52	25.34 ± 3.25	52.14 ± 4.96	1.70 ± 0.12	29.19 ± 2.47
<i>t</i> 值		7.839	3.296	6.344	6.189
<i>P</i> 值		0.000	0.001	0.000	0.000

表 2 两组患者 6 min 步行距离、BODE 指数及 mMRC 评分比较

组别	例数	6 min 步行距离 (m)	BODE 指数	mMRC 评分 (分)
对照组	46	182.17 ± 56.22	2.71 ± 0.81	2.28 ± 0.46
观察组	52	224.17 ± 49.72	2.21 ± 0.64	2.03 ± 0.44
<i>t</i> 值		3.925	3.409	2.748
<i>P</i> 值		0.000	0.001	0.007

表 3 两组患者治疗后肺癌预后因子水平比较

组别	例数	VEGF (pmol/L)	VEGFR2 (pmol/L)
对照组	46	571.25 ± 5.41	1212.34 ± 20.22
观察组	52	317.34 ± 4.16	816.39 ± 16.79
<i>t</i> 值		262.063	105.869
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

非小细胞肺癌进行放射性¹²⁵I 粒子植入治疗具有局部治疗彻底,生物效应改善快,辐射源距离肿瘤组织更近,病灶部位放射剂量更高,更容易实现肿瘤病灶的根治剂量放疗,适用于不能切除的非小细胞肺癌患者^[16]。虽然,¹²⁵I 粒子植入治疗仍属放射治疗领域,会继发放射性肺炎、胸膜炎、肺纤维

化等并发症。非小细胞肺癌患者的肺组织受到¹²⁵I粒子照射,血管内皮细胞及肺Ⅱ型上皮细胞出现损伤,表面活性物质水平降低,肺泡张力异常,产生一定的肺间质充血、水肿、肺泡内渗出增加,产生呼吸困难,肺功能受损。为扭转呼吸困难症状,机体常以代偿性变化来顺应呼吸需求,尤其是辅助呼吸肌的代偿增加,出现异常呼吸方式,引起呼吸肌疲劳。因此,非小细胞肺癌患者行¹²⁵I粒子植入治疗期间需保护肺功能^[17]。

本研究以 ACE Star 模式为框架,遵循循证医学理论,经问题确立、证据综合、转译评鉴、整合实践和效果评价 5 个步骤,对多个系统指南或标准化建议加以梳理,用于指导临床实践。研究认为,ACE Star 模式的循证护理更具临床实用性。本研究结果证实,观察组患者 MVV、FEV₁/FVC、FVC、DLCO、6 min 步行距离均明显优于对照组 ($P<0.05$);可见,以 ACE Star 模式为框架的循证护理能够有效改善非小细胞肺癌患者行¹²⁵I粒子植入治疗的肺功能。治疗期间采用肺功能动态监测,能够早期识别患者治疗期间出现单纯气流受限、肺通气异常以及肺功能不足状态。当患者出现气流受限时,观察组进行戒烟指导、缩唇呼吸训练,有效缓解气流受限症状。当患者出现肺通气异常时,通过及时有效的有氧运动、抗阻力运动缓解患者呼吸肌疲劳症状,然后配合呼吸操锻炼,进一步改善患者肺功能水平。

低氧环境会促进肿瘤血管形成,侵袭转移,增加癌细胞对放疗的抗拒性,诱发复发风险。VEGF 属于抗血管生成的预测因子,是肺癌患者预后的评价因子。VEGFR2 是肺癌术后生存及获益的预测因子。研究认为,肺癌围术期应用加强呼吸锻炼,有助于改善 VEGF、VEGFR2 水平^[18]。本研究同时发现,观察组患者 BODE 指数、mMRC 评分、VEGF、VEGFR2 水平更低。可见,行 ACE Star 模式为框架的循证护理能够抑制 VEGF、VEGFR2 水平,降低呼吸困难风险。考虑与循证护理改善机体肺功能,促进低氧环境改善有关。

综上所述,非小细胞肺癌患者行¹²⁵I粒子植入治疗期间行基于 ACE Star 模式的循证护理,能够有效改善患者肺功能,减轻呼吸困难风险,促进预后因子下调。

4 参考文献

[1] 龙文兴,周定中,邹曦,等. ¹²⁵I 粒子植入治疗非小细胞肺癌放疗后复发的疗效观察 [J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(2):238-240.

[2] 中华医学会放射肿瘤治疗学分会,中国医师协会放射肿瘤治疗医师分会,中国抗癌协会放射治疗专业委员会,等. 中国非小细胞肺癌放射治疗临床指南(2020版)[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2020, 29(8):599-607.

[3] 王元艳,杨泽,韦翔耀,等. 非小细胞肺癌放疗抵抗相关因素研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019,28(36):4099-4101.

[4] 龙文兴,周定中,邹曦,等. ¹²⁵I 粒子植入治疗非小细胞肺癌放疗后复发的疗效观察 [J]. 医学影像学杂志, 2019, 29(2):73-75.

[5] 王大权,毕楠,王绿化. 局部晚期非小细胞肺癌放疗剂量提升研究进展 [J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2019, 28(10):788-791.

[6] 高照,闫文星,刘林林. 非小细胞肺癌放疗的进展与价值 [J]. 国际肿瘤学杂志, 2019, 46(4):248-252.

[7] 邓淑坤,周敏,周海琴,等. 肺移植术后早期康复治疗对患者心肺功能的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(10):899-902.

[8] 潘雁,王韡旻,张铭,等. 八段锦康复训练对肺叶切除术后患者的肺功能康复作用 [J]. 临床肺科杂志, 2020, 25(3):361-364.

[9] 黄春丽,刘文伟,张琰,等. 基于心肺适能评估的护理干预对胸腰段脊髓损伤患者心肺功能的影响 [J]. 广西医学, 2020, 42(7):922-924, 封 3.

[10] Chua IS, Zachariah F, Dale W, et al. Early Integrated Telehealth versus In-Person Palliative Care for Patients with Advanced Lung Cancer: A Study Protocol [J]. J Palliat Med, 2019,22(1):7-19.

[11] Duggan KJ, Wiltshire J, Strutt R, et al. Palliative care and psychosocial care in metastatic non-small cell lung cancer: factors affecting utilisation of services and impact on patient survival [J]. Support Care Cancer, 2019,27(3):911-919.

[12] Jiang AG, Lu HY, Ding ZQ. Implantation of (¹²⁵I) radioactive seeds via c-TBNA combined with chemotherapy in an advanced non-small-cell lung carcinoma patient [J]. BMC Pulm Med, 2019,19(1):205.

[13] Zhang W, Li J, Li R, et al. Efficacy and safety of iodine-125 radioactive seeds brachytherapy for advanced non-small cell lung cancer-A meta-analysis [J]. Brachytherapy, 2018,17(2):439-448.

[14] Zhang Y, Yin S, Jia Y, et al. Safety and efficacy of apatinib combined with iodine-125 in chemotherapy-refractory advanced lung cancer: A case report [J]. Medicine (Baltimore), 2020,99(33):21600.

[15] Agusti A, Faner R. Lung function trajectories in health and disease [J]. Lancet Respir Med, 2019,7(4):358-364.

[16] Sebio Garcia R, Y áñez Brage MI, Gim é nez Moolhuyzen E, et al. Functional and postoperative outcomes after

慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染的影响因素分析

曾月月 韩杰*

【摘要】 目的 调查慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染的独立危险因素,并讨论其针对性防护策略。方法 选取 2018 年 10 月—2019 年 11 月医院慢性阻塞性肺疾病(COPD)呼吸衰竭患者 118 例,将其中并发肺部感染的 32 例患者纳为病例组,未发生肺部感染的 86 例纳为对照组;收集 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者临床资料,采用多元 Logistic 回归方程分析其并发肺部感染独立危险因素。结果 单因素及多因素分析显示,合并糖尿病、低白蛋白血症、抗菌药物联合使用时间 ≥ 14 d、住院时间 ≥ 20 d 为 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染独立危险因素($P < 0.05$)。结论 针对影响 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者发生肺部感染的独立危险因素,施以相应防护性措施,预防控制肺部感染,以改善疾病预后。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病;呼吸衰竭;肺部感染;危险因素;防护措施

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.005

Analysis of influencing factors of pulmonary infection in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and type II respiratory failure ZENG Yueyue, HAN Jie (Beijing Tsinghua Changgung Hospital, Beijing, 102218, China)

【Abstract】 Objective To investigate the independent risk factors of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease(AECOPD) patients with type II respiratory failure complicated by pulmonary infection and discuss its targeted protection strategies was set as the study subjects. **Methods** A total of 118 patients with chronic obstructive pulmonary disease(COPD) respiratory failure in hospitals from October 2018 to November 2019 were selected, 32 patients with concurrent lung infection were included in a case group, and 86 patients without lung infection were included in a control group. The clinical data of patients with AECOPD combined with type II respiratory failure were collected, and the independent risk factors for pulmonary infection were analyzed by the multivariate Logistic regression equation. **Results** Univariate and multivariate analysis showed that the combined with diabetes, hypoalbuminemia, combined use of antibiotics for ≥ 14 days, and hospital stay ≥ 20 days were the independent risk factors for AECOPD and type II respiratory failure patients with pulmonary infection($P < 0.05$). **Conclusion** In view of the independent risk factors that affected the occurrence of pulmonary infection in patients with AECOPD and type II respiratory failure, corresponding protective measures shall be taken to prevent and control pulmonary infection in order to improve the prognosis of the disease.

【Key words】 Chronic obstructive pulmonary disease; Respiratory failure; Pulmonary infection; Risk factor; Protective measures

作者单位: 102218 北京市, 北京清华长庚医院呼吸与危重症学科

* 通讯作者

preoperative exercise training in patients with lung cancer: a systematic review and meta-analysis [J]. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, 2016,23(3):486-497.

[17] Kerti M, Balogh Z, Kelemen K, et al. The relationship between exercise capacity and different functional markers in pulmonary rehabilitation for COPD [J]. *Int J Chron*

Obstruct Pulmon Dis, 2018,13:717-724.

[18] 叶琴, 惠蔚, 张佩英. 肺癌合并慢性阻塞性肺疾病患者肺康复训练的研究进展 [J]. *护理实践与研究*, 2019, 16(10):23-25.

[2021-02-01 收稿]
(责任编辑 陈景景)

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 临床特征为不完全可逆、持续气流受阻, 且呈进行性加重, 常伴有严重呼吸衰竭、肺源性心脏病等并发症^[1]。另外, COPD 患者往往合并营养不良、缺氧、电解质紊乱、多种基础病, 反复性感染及长时间应用激素类药物等导致肺部纤维结构异常, 出现呼吸机耐力、有效通气量与换气量下降, 加重气道阻力、呼吸机疲劳, 进而造成呼吸衰竭^[2]。多见于体质差、免疫力低下老年人群^[3]。为提高本病的治疗效果, 改善疾病预后, 本研究通过病例对照研究, 探讨慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染的独立危险因素。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择 2018 年 10 月—2019 年 11 月我院慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 呼吸衰竭患者 118 例作为调查对象, 将其中 32 例并发肺部感染的患者纳为病例组, 未并发肺部感染者 86 例纳为对照组。纳入条件: 符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭的诊断标准; 符合呼吸衰竭诊断标准, 且表现为呼吸困难、发热等, 床旁 X 射线机检查胸部有明显阴影; 患者的临床资料均完整, 患者及其家属均自愿参与本研究, 并签署知情同意书。排除条件: 精神障碍或认知功能障碍; 合并恶性肿瘤; 因其他疾病诱发肺部感染或其他肺部疾病导致的 COPD; 近半年内伴外科手术史者。

1.2 肺部感染标准^[3]

患者伴有咳嗽、咳痰、气促、胸闷等典型症状; 肺部听诊可闻及干湿啰音; 收集患者痰液, 并进行分离培养, 采用全自动微生物分析系统进行病原菌鉴定, 痰培养病原菌 $\geq 10^5$ CFU/ml, 经重复培养可见同样致病菌。符合肺部感染标准者纳入感染组, 否则纳入未感染组。

1.3 调查内容

调查内容包括患者的年龄、病程、合并基础病症 (高血压、冠心病、糖尿病、脑血管病等)、吸烟史、是否机械通气、各项侵入性操作、抗生素及糖皮质激素使用情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.0 统计学软件, 单因素分析中计数资料构成比较采用 χ^2 检验, 多因素分析采用 Logistic 回归模型。检验水准 $\alpha = 0.05$, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭并发肺部感染的单因素分析

结果显示, 两组之间不同合并冠心病、合并糖尿病、合并脑血管病、合并肾功能不全、吸烟史、2 种或以上病原菌感染、机械通气、低白蛋白血症 (< 6.0 g%)、抗菌药物联合使用、抗菌药使用时间、糖皮质激素使用时间、住院时间各项比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭并发肺部感染的多因素分析

以 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者是否并发肺部感染为因变量, 以单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量, 进行多因素 Logistic 回归分析。结果显示, 合并糖尿病、低白蛋白血症、抗菌药联合使用时间 ≥ 14 d、住院时间 ≥ 20 d 为 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染独立危险因素的多因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者常伴有慢性咳嗽、胸闷、喘息、咳痰、呼吸困难等症状, 其发生与有害气体及颗粒的异常炎症有关, 可能引发肺心病、心力衰竭等, 甚至造成患者死亡^[3]。具体分析如下:

3.1 合并糖尿病

高血糖会降低机体免疫力, 同时对单核巨噬细胞系统的功能性产生抑制, 进而降低机体清除肺部致病菌的能力^[4]。除此之外, 合并糖尿病, 患者肺部组织微血管病变、药物代谢酶功能异常致使肺组织缺氧, 降低粒细胞趋化作用及黏附功能, 进而增加肺部感染率^[5]。防护对策: 合并糖尿病的患者, 合理控制其饮食结构, 遵循 2013 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》中糖尿病食物交换份法, 控制食物中的含糖量, 确保营养均衡。遵医嘱按时服药, 并行健康宣教, 将糖尿病相关知识加以整理以多种形式宣讲, 提升患者临床依从性, 降低感染概率。

3.2 低白蛋白血症

血清白蛋白是人体营养水平表达的重要客观性评价指标, 且与机体免疫力呈正性相关, 一旦其表达水平降低, 表示患者机体营养不良, 免疫力减弱, 肺组织免疫防御下降, 增加肺部感染概率^[6-7]。防护对策: 患者因疾病会出现营养失衡, 需重视各种

表1 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染单因素分析

分析因素	类别	病例组 (n=32)	对照组 (n=86)	χ^2 值	P 值
性别	男	18	34	2.644	0.104
	女	14	52		
年龄 (岁)	≥ 60	13	33	0.050	0.823
	< 60	19	53		
病程 (年)	< 10	9	26	0.050	0.975
	10~	10	26		
	15~	13	34		
合并冠心病	是	19	33	4.174	0.041
	否	13	53		
合并糖尿病	是	24	41	7.038	0.008
	否	8	45		
合并脑血管病	是	23	39	6.581	0.010
	否	9	47		
合并肾功能不全	是	16	25	4.506	0.034
	否	16	61		
吸烟史 (年)	≥ 5	21	35	5.812	0.016
	< 5	11	51		
2 种或以上病原菌感染	是	17	28	4.181	0.041
	否	15	58		
机械通气	是	15	19	6.983	0.008
	否	17	67		
低白蛋白血症 ($< 6.0g\%$)	有	22	36	6.747	0.009
	无	10	50		
抗菌药物联合使用 (种)	≥ 2	25	32	15.635	0.000
	< 2	7	54		
抗菌药物联合使用时间 (d)	≥ 14	26	37	13.695	0.000
	< 14	6	49		
糖皮质激素使用时间 (d)	> 7	20	34	4.956	0.026
	≤ 7	12	52		
住院时间 (d)	> 20	18	30	4.412	0.036
	≤ 20	14	56		

表2 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者并发肺部感染多因素 Logistic 分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2 值	OR 值	P 值	95%CI
合并糖尿病	1.829	0.463	15.605	6.228	0.000	2.513~15.433
低白蛋白血症	1.405	0.352	15.932	4.076	0.000	2.044~8.125
抗菌药物联合使用时间 ≥ 14 d	0.982	0.311	9.970	2.670	0.002	1.451~4.911
住院时间 ≥ 20 d	1.527	0.482	10.037	4.604	0.002	1.790~11.843

营养的补充,通气期间调整其饮食结构,多以高维生素、高纤维素、低血糖生成指数、矿物质多且易于消化的食物为主。也可通过补充抗炎 ω -3 脂肪酸营养物质起到促进抗炎的功效,如沙丁鱼、鲑鱼、鲭鱼、金枪鱼、青口贝等,同时避免摄入过多的 ω -6 脂肪酸,如坚果、家禽、葵花籽油等。

3.3 抗菌药物联合使用时间 ≥ 14 d

长时间应用抗菌药物会破坏正常菌群平衡,甚至严重菌群失调,增加真菌耐药性,致肺部感染^[8]。除此之外,可能与使用广谱抗菌药之后,中性粒细胞合成分泌过氧化物的量下降,无法有效破坏真菌菌丝属细胞壁及 DNA 序列相关^[9-10]。防护对策:采集清晨呼吸道深部新鲜痰液,行痰涂片培养,明确肺部感染情况;用药前了解患者的肝肾功能、基础代谢情况、禁忌证、过敏史等,遵医嘱科学合理地选择抗菌药物的种类、剂量、给药途经、间隔时间及疗程等。如若必须联合用药,需严格掌控药物的配伍禁忌,以免出现不可挽回的后果。

3.4 住院时间 ≥ 20 d

COPD 患者因气道损害,机体处于缺氧状态,溶酶体单层膜受损,致使机体抵御致病菌的能力减弱,而伴随住院时间延长,致病菌多来源于外界,进而大大增加肺部感染概率^[11-12]。防护对策:医院加强对护士 ICU 无菌操作基础知识、技能的培训,促使其严格按照医院无菌操作制度执行。对病房定期清洁消毒;ICU 需禁止非医护人员随意出入;定期对 ICU 使用的器械及物品进行清洁、消毒,并定时清理一次性医疗垃圾;定期清洁消毒呼吸机的管道、空气过滤网,以免发生交叉感染。护理人员在日常护理工作中需按照七步洗手法做好手卫生管理,以此降低院内感染率。

针对上述危险性因素护理人员可通过建立危险因素评估表单方式,结合上述护理干预对策,制订 COPD 合并呼吸衰竭患者呼吸功能训练方案:吹气球、缩唇或者吹蜡烛等呼吸锻炼,首先指导患者全身放松后,用鼻子吸气后屏气,缩口唇呈口哨状进行呼气,初始锻炼以 6 次/min 为宜,循环训练 10~20 min 为 1 组,3~4 组/d;采用雾化方式,药液可细化成颗粒,靶向抗炎效果好。以此降低患者肺部感染概率,改善预后。

综上所述,合并糖尿病、侵入性操作 ≥ 3 种、低白蛋白血症、 ≥ 2 种抗菌药联合使用、抗菌药使用时间 ≥ 14 d 是 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者发生肺部感染的独立危险因素,因此针对上述因素,

施以相应防护性措施,预防控制肺部感染,以期能改善患者预后。

4 参考文献

- [1] 李文峰,杨轲,邓兴臣,等.无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作合并 II 型呼吸衰竭的疗效及影响因素[J].海南医学,2018,15(13):1787-1789.
- [2] 马恩茂,郭桂林,张玺.基于肺部感染窗为切换点的序贯机械辅助通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭 Meta 分析[J].甘肃医药,2019,25(5):389-392.
- [3] 张秋月.探讨老年 COPD 急性加重合并 II 型呼吸衰竭患者肺部真菌感染的危险因素分析[J].系统医学,2019,4(18):4-6.
- [4] 陈栋玉,何磊,周亮亮,等.有创机械通气-高流量氧疗序贯治疗慢性阻塞性肺疾病所致急性呼吸衰竭的临床研究[J].中华重症医学电子杂志,2019,5(3):219-224.
- [5] 虞燕霞,陈世祺.临床药师参与一例呼吸衰竭患者并肺部感染及血流感染治疗的病例分析[J].国际医药卫生导报,2018,24(10):1563-1565.
- [6] Kim S. Betts, Ricardo J. Soares Magalhães, Rosa Alati. The role of neonatal pulmonary morbidity in the longitudinal patterns of hospitalisation for respiratory infection during the first year of life[J]. epidemiology & infection, 2018, 146(9):1-8.
- [7] Alain Varray, N. H é raud, F. Durand, et al. Exercise-induced hypoxemia correction in COPD patients: Response variability, issues and problems in the context of respiratory rehabilitation[J]. science & sports, 2018, 26(4):220-224.
- [8] 黄霞,周彪,龙虎.噻托溴铵与无创正压通气对老年 COPD 合并呼吸衰竭患者血气分析、炎症因子及 APN、SOD、PAB 水平的影响[J].国际呼吸杂志,2019,39(5):345-349.
- [9] 孟世芳.专职护理干预在慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中的应用[J].中国医药指南,2019,17(16):189-190.
- [10] 彭红华.无创呼吸机治疗 COPD 合并呼吸衰竭的护理要点分析[J].中国医学创新,2019,16(19):96-99.
- [11] 吴丽美,陈花.循证护理在加重期 COPD 并发呼吸衰竭中的应用[J].中外医学研究,2019,17(19):67-69.
- [12] 李杰,左露,孔欣怡,等.中医定向透化治疗慢性阻塞性肺疾病并发 II 型呼吸衰竭的临床疗效研究[J].中国全科医学,2019,22(30):3717-3722.

[2020-06-19 收稿]

(责任编辑 陈景景)

院前急救科护理人员创伤后应激障碍反应的影响因素分析

严敏怡

【摘要】 目的 探讨影响院前急救科护理人员创伤后应激障碍反应的主要因素及相关性分析。方法 选取2020年3—4月我中心急救科护理人员30名为研究对象,使用创伤后应激障碍量表、职业倦怠感量表、应对方式量表及社会支持量表分析院前急救科护理人员创伤后应激反应相关影响因素。结果 30名院前急救护理人员创伤性事件调查表各维度得分比较中,除积极应对、家庭内外支持、个人成就感外,其余维度均高于国内常模,差异有统计学意义($P<0.05$),其中,急救应激性事件各维度、情感耗竭、去人格化、消极应对方式以及创伤性应激障碍各维度得分均高于国内常模($P<0.05$)。救治场所暴力应激、应对方式及家庭内支持均为院前急救科护理人员创伤后应激反应的独立影响因素($P<0.05$)。结论 应激性事件、应对方式及社会支持均为影响急救科护理人员创伤后应激发生的主要因素。应结合实际情况采取针对性措施,如认知行为干预法、完善排班制度、组织抗压训练、家庭访谈及森田疗法等,降低其创伤后应激反应,提高护理服务质量和工作效率。

【关键词】 院前急救科护理人员;创伤后应激反应;主要因素;相关性分析

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.006

Analysis of factors influencing post-traumatic stress disorder response of nurses in pre-hospital emergency department YAN Minyi (Shenzhen Center for Prehospital Care, Shenzhen, 518035, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the main factors affecting the post-traumatic stress disorder response of nurses in the pre-hospital emergency department and their correlation analysis. **Methods** A total of 30 nurses in the emergency department of our center from March to April 2020 were selected as study subjects. The post-traumatic stress disorder scale, job burnout scale, coping style scale and social support scale were used to analyze the factors related to the post-traumatic stress response of nurses in the pre-hospital emergency department. **Results** In the comparison of the scores of 30 pre-hospital emergency nurses in the traumatic event questionnaire, the other dimensions were higher than the domestic norm except for active response, support within and outside the family, and personal accomplishment, and the differences were statistically significant($P<0.05$). Among them, the scores of all dimensions of emergency stress events, emotional exhaustion, depersonalization, negative coping styles, and traumatic stress disorder were all higher than the domestic norm($P<0.05$). The violent stress, coping styles and family support in treatment settings were all independent factors influencing the post-traumatic stress response of nurses in the pre-hospital emergency department($P<0.05$). **Conclusion** The stressful events, coping styles and social support were the main factors affecting the occurrence of post-traumatic stress among nursing staff in the emergency department. Targeted measures should be taken based on the actual situation, such as cognitive behavioral intervention, perfecting the scheduling system, organizing anti-stress training, family interviews and Morita therapy, etc., to reduce their post-traumatic stress response and improve the quality of nursing service and work efficiency.

【Key words】 Nurses in the pre-hospital emergency department; Post-traumatic stress response; Main factors; Correlation analysis

创伤后应激反应是指个体经历了超过正常人所能承受的创伤性事件或几乎对所有人都会带来明显痛苦的事件后所引发的精神性障碍^[1]。院前急救具有突发性、紧迫性及复杂性,对院前急救护理人员心理具有长期刺激作用,导致心理应激反应强烈,极易引发创伤后应激反应,尤其对于长期从事急救的护理人员,其发生可达16.85%~22%^[2]。应激障碍反应受个体性别、性格特征、不良刺激、自我认知评价、遗传、躯体和精神疾病等因素的影响,若持续存在,会以病理性重现、持续异常警觉及持续的病理性回避为特征,严重影响个体正常的社会功能^[3-4]。为此,本研究探讨影响院前急救科护理人员创伤后应激障碍反应的影响因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年3—4月院前急救科护理人员30名为研究对象,男17名,女13名;年龄22~45岁,平均 31.59 ± 5.28 岁;学历:中专5名,大专15名,本科10名;工作年限:3~20年,平均 7.62 ± 2.18 年;婚姻状况:未婚14名,已婚16名;职称:护士16名,护师8名,主管护师5名,副主任护师1名。纳入条件:在职护理人员且从事院前急救工作满1年;1年内未遭遇重大家庭变故者;近期无影响创伤后应激反应事件;对该研究知情并自愿参与。排除条件:院前急救实习及进修护士;外出进修或事假护士;非急救科室护士;在职不在岗护士,如产假、病假等;参与过类似研究或不愿参与该研究者。

1.2 调查方法与内容

用自制一般资料调查问卷对研究对象进行资料收集,包括性别、年龄、婚姻状况、学历、工作年限、专业职称、每周工作时间、工作性质、工作满意度、家庭支持、身体状况、婚姻情况、正念水平等。

(1)院前急救应激性事件调查:调查表内容包括救治场所暴力应激、死亡应激、工作负荷应激和护理特殊患者应激4个维度,共计13个条目,采取1~5分5级评分制,得分越高则表明院前急救压力越大^[4]。

(2)职业倦怠感调查:采用职业倦怠感量表(MBI)^[5],包括情感耗竭、去人格化和个人成就感3个维度,共计22个条目,采取0~6分6级评分制,其中情感耗竭维度分值为0~54分,得分越高则表明职业倦怠感越强;去人格化维度分值为0~30分,得分越高则表明职业倦怠感越强;个人成就感维度分值为0~48分,得分越低则表明职业倦怠感越强。

(3)应对方式调查:采用应对方式量表(SCSQ)调查患者的应对方式^[6],包括消极应对和积极应对2个维度,共计20个条目,采取0~3分4级评分制,其中消极应对分值为0~24分,得分越高则表明心理症状问题越严重;积极应对分值为0~36分,得分越高则表明心理症状问题越轻。

(4)社会支持调查:采用社会支持量表(PSSS)进行评价^[7],包括家庭内支持和家庭外支持2个维度,共计12个条目,采取1~7分7级评分制,其中家庭内支持分值为0~28分,得分越高则表明支持程度越高;家庭外支持分值为0~56分,得分越高则表明支持程度越高。

(5)创伤后应激障碍调查:采用创伤后应激障碍自评量表(PCL-C)^[8],包括重新体验、回避/麻木、警觉性增高3个维度,共计17个条目,采取1~5分5级评分制,总分为17~85分,其中总分>38分为创伤后应激反应阳性。

1.3 统计学处理

选用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验或方差分析;多因素分析采用线性回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 院前急救科护理人员与国内常模^[9]各维度得分情况

30名院前急救护理人员创伤性事件调查表各维度得分比较中,除积极应对、家庭内、外支持、个人成就感外,其余维度均高于国内常模,差异有统计学意义($P<0.05$),其中,急救应激性事件各维度、情感耗竭、去人格化、消极应对方式以及创伤性应激障碍各维度得分均高于国内常模($P<0.05$)。国内常模数据来源于周边地区随机调查结合全国调查数据,见表1。

2.2 院前急救科护理人员创伤后应激反应单因素分析

单因素分析结果显示:年龄、每周工作时间、正念水平、工作满意度、MBI评分、家庭支持度、PSSS评分、应对方式、急救应激性事件等均为院前急救科护理人员创伤应激反应相关影响因素($P<0.05$),见表2。

2.3 院前急救科护理人员创伤应激反应多元线性回归分析

将急救科护理人员创伤应激障碍评分作为因

变量,将单因素分析($P<0.05$)得出的相关因素作为自变量进行多重线性回归分析,结果显示:救治场所暴力应激、应对方式及家庭内支持均为院前急救科护理人员创伤后应激反应的独立影响因素($P<0.05$),见表3。

表1 院前急救科护理人员与国内常模各维度得分情况比较(分)

维度	院前急救护理人员($n=30$)	国内常模($n=683$)	t 值	P 值
急救应激性事件调查				
死亡应激	3.05 ± 1.18	2.14 ± 1.69	4.046	0.000
救治场所暴力应激	3.32 ± 1.13	1.61 ± 1.62	7.938	0.000
护理特殊患者应激	3.19 ± 1.30	1.95 ± 1.93	4.988	0.000
工作负荷应激	3.15 ± 1.12	2.01 ± 1.38	4.460	0.000
MBI 评分				
情感耗竭	31.69 ± 12.54	28.15 ± 10.37	15.128	0.020
去人格化	11.25 ± 4.81	9.52 ± 3.89	2.359	0.019
个人成就感	35.29 ± 5.23	38.43 ± 5.76	2.933	0.003
SCSQ 评分				
消极应对	14.16 ± 5.98	11.54 ± 5.56	2.518	0.012
积极应对	10.71 ± 9.32	13.95 ± 8.27	2.089	0.037
PSSS 评分				
家庭内支持	12.31 ± 6.40	15.37 ± 7.67	2.152	0.032
家庭外支持	28.35 ± 11.42	31.83 ± 11.39	1.638	0.102
PCL-C 评分				
重新体验	13.54 ± 3.51	11.03 ± 1.69	7.473	0.000
回避/麻木	21.62 ± 3.21	13.27 ± 3.57	12.588	0.000
警觉性增高	13.56 ± 1.43	11.02 ± 1.28	10.584	0.000
PCL-C 总分	47.54 ± 7.26	35.24 ± 5.34	12.14	0.000

表2 急救科护理人员创伤应激反应单因素分析

分析因素	类别	例数	PCL-C 得分	t 值	P 值
性别	男	17	44.52 ± 6.52	0.347	0.731
	女	13	40.34 ± 5.24		
年龄(岁)	< 30	7	38.43 ± 5.84	3.925*	0.032
	30~	19	47.34 ± 6.31		
	45 ~	4	47.34 ± 6.31		
最高学历	中专	5	47.42 ± 7.46	0.064*	0.938
	大专	15	46.34 ± 7.35		
	本科及以上	10	44.20 ± 7.42		

续表

分析因素	类别	例数	PCL-C 得分	t 值	P 值
身体状况	良好	13	45.34 ± 7.04	0.010*	0.990
	一般	9	45.07 ± 7.39		
	较差	8	45.64 ± 7.35		
婚姻情况	已婚	14	45.09 ± 6.82	0.298	0.768
	未婚	16	44.34 ± 6.92		
职称	护士	16	43.48 ± 5.73	0.580*	0.634
	护师	8	45.48 ± 6.30		
	主管护师	5	47.48 ± 7.64		
	副主任护师	1	43.52 ± 5.17		
每周工作时间 (h)	> 45	20	47.34 ± 7.23	2.647	0.013
	≤ 45	10	44.49 ± 5.34		
工作性质	临时编制	8	47.34 ± 7.92	0.001*	0.999
	正式编制	12	47.34 ± 7.42		
	合同编制	10	47.47 ± 7.32		
工作年限 (年)	< 5	11	47.42 ± 7.34	0.167*	0.847
	5~	12	47.48 ± 7.41		
	15 ~	7	45.62 ± 5.48		
正念水平	非常好	7	41.47 ± 4.74	3.394*	0.048
	一般	14	42.34 ± 5.08		
	较差	9	47.54 ± 6.08		
工作满意度	满意	9	41.48 ± 5.32	3.954*	0.031
	一般	11	40.08 ± 5.09		
	不满意	10	47.34 ± 7.84		
职业倦怠	高	8	46.44 ± 7.33	3.757*	0.036
	中	13	43.98 ± 5.56		
	低	9	39.14 ± 4.01		
家庭支持	家庭内支持	19	46.12 ± 6.74	2.357	0.026
	家庭外支持	11	40.49 ± 5.43		
应对方式	消极	16	46.82 ± 7.09	2.207	0.036
	积极	14	41.19 ± 6.83		
急救应激性事件	救治场所暴力应激	13	47.43 ± 7.42	3.105*	0.044
	死亡应激	5	42.16 ± 5.32		
	工作负荷	8	46.25 ± 6.42		
	护理特殊患者	4	40.13 ± 5.42		

* 为 F 值。

表3 院前急救科护理人员创伤应激反应多元线性回归分析

分析因素	偏回归系数	SE	标准化回归系数	t 值	P 值
常数	446.231	627.034		0.712	0.483
救治场所暴力应激	0.050	0.017	0.154	2.999	0.006
积极应对	0.016	0.006	0.119	2.604	0.015
家庭内支持	1.902	0.153	0.740	12.938	0.000

3 讨论

本研究数据表明,院前急救科护理人员发生创伤后应激反应障碍比一般人群高,此结果与既往文献相一致^[9-10]。分析原因可能是急救科护理人员工作环境更为恶劣,工作负荷强度大,医患关系复杂,历史文化差异使得院前急救护理人员自我保护意识不足,社会支持欠缺,导致院前急救护理人员更易发生创伤后应激反应^[11]。应加强急救科护理人员出诊时安全意识防范教育,规范管理,不断改进工作模式,严格规范操作,减少医患纠纷隐患,加强护患沟通频次,积极营造良好护患关系;加强医护人员的心理疏导和压力释放管理,合理利用人力资源,避免超强度的高负荷工作;开展优质护理评选活动,完善绩效考核制度,采取激励机制,提高护理人员职业认同感和价值感^[12],降低创伤后应激障碍反应。

影响院前急救科护理人员创伤后应激反应因素:①救治场所暴力应激。创伤性事件是最为直接的创伤后应激反应的刺激源,不仅对躯体损伤带来物理反应,也会给精神层面产生不良影响,在自制力不强的个体中产生级联放大反应,使得其陷入恶性循环,影响工作和生活^[13]。本研究结果显示,救治场所暴力应激是影响院前急救科护理人员创伤后应激反应的独立影响因素,其水平越高,院前急救科护理人员越容易产生创伤后应激反应,此结果与既往文献研究结果相符^[14]。救治场所的暴力应激属于工作外的附加应激源,包括患者或家属的投诉、责骂、殴打等,存在一定程度的累积效应,除了直接对身体损伤造成物理反应外,还会进一步产生精神层面的不良反应,产生级联放大的连锁恶性反应,导致失眠、烦躁、恐惧及各种不适。有研究表明,院前急救科护理人员工作中常受混合暴力侵害,使得其在身体受创的同时,出现严重精神失衡^[15]。针

对遭遇暴力应激事件的护理人员,可采取短程表达书写法帮助其进行心理疏导和调适不良情绪。如第一步,写下遭受工作场所暴力后的内心感受及情绪;第二步,书写过程中要尽情宣泄情绪;第三步,写下面对应激事件时的处理方法;书写过程要保持独立的思考和感受,每次书写时间不少于30 min。同时可定期组织抗压训练,增强心理弹性水平和自我调适能力,降低创伤后应激反应的发生。②应对方式。应对方式是指个体为适应能力资源范围内外部环境需求,而作出的不断改变行为和认知的努力,积极应对方式可有效缓解紧张情绪,直面压力接受现实,积极寻求帮助和解决问题,消极应对则具有相反作用^[16]。本研究发现积极应对方式和消极应对方式均为影响院前急救科护理人员创伤后应激反应的独立影响因素($P<0.05$),积极的应对方式有利于增强院前急救科护理人员心理自我调适能力,降低创伤后应激反应;消极应对方式可能会加重院前急救科护理人员的心理应激反应^[17]。积极心理反应能够适度的唤醒皮层及情绪,有利于机体对传入信息的正确认知和评价;消极应对心理则会过度唤醒焦虑、紧张等情绪,妨碍个体正确评价现实情境,当应激超过一定阈值后,就会发生应激相关障碍,采用混合型或不成熟型应对方式的护理人员,心理健康状况普遍较差,采取积极应对方式的护理人员,心理韧性显著增强,可采取系统脱敏、角色扮演等手段,充分体会内心感染,共同探讨调整和掌握积极应对方式和心理防御机制^[18];采取团体干预方式,将遭受过创伤后应激反应的急诊护理人员进行分组,进行为期3个月的培训交流,鼓励参训人员采用联想、回忆及言语描述等方式进行梳理创伤经历,动员团队资源进行相互支持,减轻应激反应。③家庭内支持。创伤后应激反应与家庭内支持呈显著负相关,家庭内支持水平越高,心理健康水平越高^[19]。婚姻

是社会支持的主要来源,是反映个体社会支持结构是否完整有效的重要指征,尤其是未婚人士心理健康更易受到外界影响^[20]。本研究结果显示,家庭内支持是影响院前急救科护理人员创伤后应激反应的独立影响因素,表明家庭内支持水平越低,越容易发生创伤后应激反应,良好的家庭支持对院前急救科护理人员的心理健康起到保护作用,使其心理压力得到释放和排解,避免创伤后应激反应的发生。对院前急救科护理人员工作负荷大、压力大及不规律生活等因素,制定针对性改善措施,合理安排轮班轮岗,定期采用家访和电话访谈形式与家庭内支持评分较低的护理人员家属进行沟通,通过聊天娱乐活动、家访交流、晋升机会及增加培训等改善工作待遇,以减少院前急救护理人员应激压力。

总之,创伤性事件、应对方式及社会支持均为影响急救科护理人员创伤后应激发生的主要因素。应结合实际情况采取针对性措施,如认知行为干预法、完善排班制度、组织抗压训练、家庭访谈及森田疗法等,降低其创伤后应激反应,提高护理服务质量和工作效率。

4 参考文献

- [1] 包正红,林晨,陈闯.急诊科护士创伤后应激障碍的发生情况及睡眠质量的问卷调查[J].中国中西医结合急救杂志,2019,26(1):105-108.
- [2] 董立焕,王倩,裴荷珠,等.脑卒中患者急性应激障碍及影响因素研究[J].护理学杂志,2019,34(16):80-83.
- [3] 许超,张迪.住院早产儿母亲的创伤后应激障碍症状阳性率及影响因素分析[J].武汉大学学报(医学版),2018,39(6):974-977,981.
- [4] 王冬梅,周仁菊,孙青.胶质瘤患者术后照顾者创伤后成长的相关因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(17):1-3.
- [5] 孙刚,申丽君.基于MBI-HSS量表的医生职业倦怠与过度检查相关性研究[J].中国社会医学杂志,2020,37(1):66-68.
- [6] 张群,杨玲,刘俊,等.医务人员职业压力、应对方式与主观幸福感的相关性[J].中国健康心理学杂志,2019,27(11):1627-1631.
- [7] 王国民,郑利锋,周波,等.社会支持与失独者抑郁、孤独感及生活质量的关系分析[J].中华全科医学,2019,17(4):622-624,640.
- [8] 王慧凤,孟德敏,赵阳阳.遭受医疗暴力事件急诊ICU护士的护理伦理决策能力与创伤后应激障碍的相关性[J].临床研究,2019,27(12):162-165.
- [9] 严美华,陈泽芳.探讨院前急救护士职业倦怠的原因及对策[J].当代护士:专科版(下旬刊),2018(2):34-36.
- [10] 韩瑜,金广超,孙继伟,等.医务人员血源性职业暴露后心理应激预测因素的纵向研究[J].中国实用护理杂志,2018,34(26):2005-2011.
- [11] 张伊,伏干,姜慧丽,等.专业救援人员的正念对创伤后应激障碍的影响:侵入反刍和社会支持的作用[J].中国临床心理学杂志,2019,27(2):311-315.
- [12] 陈芹,王新燕,张桂青,等.支持性心理干预和综合干预方法对PTSD患者的疗效观察[J].中国健康心理学杂志,2019,27(7):961-965.
- [13] 段元秀,姜玫.外来务工人员急性创伤截肢后希望水平与人格特征、家庭支持及生存质量的相关性研究[J].护理实践与研究,2019,16(21):4-6.
- [14] 孙翔云,达娃卓嘎,普布德吉.高原山区低年资护士灾害现场院前急救护理的内心理体验[J].安徽卫生职业技术学院学报,2019,18(1):152-154.
- [15] 曹梦如,贺海丽,武超.护士对不同传染病职业暴露后创伤应激障碍的表现及其相关因素的调查[J].国际护理学杂志,2018,37(22):3044-3047.
- [16] 姜娜.肝癌放射性介入治疗消极应对方式的影响因素分析与预防对策[J].护理实践与研究,2019,16(16):13-15.
- [17] 杨文亮,李莉.健康管理对急诊科护士焦虑情绪、工作压力及应对方式的影响[J].中国健康心理学杂志,2018,26(7):1086-1090.
- [18] 赵露露.临床实习护生心理韧性和工作应激的关系:应对方式的中介作用[J].心理月刊,2019(11):13-14.
- [19] 刘文敬,尤美娜,张芳,等.上海市在校中学生心理健康状况调查及家庭环境的影响因素[J].中国儿童保健杂志,2019,27(9):945-948.
- [20] 代勇真,方鸿志.中国人社会支持与心理健康关系的元分析[J].中国健康心理学杂志,2020,28(4):16-20.

[2020-07-09 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

手术室医院感染危险因素分析

林进源

【摘要】 目的 探讨手术室医院感染危险因素。方法 将2016年1月—2019年12月阳江市人民医院住院系统数据库中手术室手术患者2416例作为研究对象,根据是否发生医院感染分为感染组116例、非感染组2300例。采用单因素和多因素Logistic回归分析手术室医院感染危险因素。结果 经过单因素筛选和多因素Logistic回归分析,年龄 ≥ 60 岁、手术时间 ≥ 3 h、意识障碍、置管、基础疾病数量 ≥ 3 种、长期卧床、NRS2002评分 ≥ 3 分和免疫缺陷是手术室医院感染的危险因素($P < 0.05$)。结论 年龄 ≥ 60 岁、手术时间 ≥ 3 h、意识障碍、置管、基础疾病数量 ≥ 3 种、NRS2002评分 ≥ 3 分和免疫缺陷是手术室医院感染的独立危险因素,应根据这些危险因素制定手术室预防医院感染护理干预措施,降低手术室医院感染发生概率,为提高疾病治疗效果提供保障。

【关键词】 手术室; 医院感染; 危险因素; 干预措施; 护理质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.007

Analysis of risk factors of nosocomial infection in operating room LIN Jinyuan (Yangjiang People's Hospital, Yangjiang, 529500, China)

【Abstract】 Objective To explore the risk factors of nosocomial infection in operating room. **Methods** To select 2,416 patients with surgery in the operating room in the inpatient system database of Yangjiang People's Hospital from January 2016 to December 2019 as the study objects. According to whether nosocomial infection occurred, they were divided into 116 cases in an infected group and 2,300 in a non-infected group. Univariate and multivariate Logistic regression were used to analyze the risk factors of nosocomial infection in the operating room. **Results** After univariate screening and multivariate Logistic regression analysis, we found that the age ≥ 60 years old, operation time ≥ 3 hours, disturbance of consciousness, catheterization, the number of underlying diseases ≥ 3 , long-term bed rest, NRS2002 score ≥ 3 , points and immunodeficiency were the risk factors for nosocomial infection in the operating room($P < 0.05$). **Conclusion** Age ≥ 60 years old, operation time ≥ 3 hours, disturbance of consciousness, catheterization, the number of underlying diseases ≥ 3 , NRS2002 score ≥ 3 points, and immunodeficiency were all the independent risk factors for nosocomial infection in the operating room. According to these risk factors, nursing intervention measures to prevent nosocomial infection in the operating room should be formulated to reduce the incidence of nosocomial infection in the operating room and provide a guarantee for improving the effect of disease treatment.

【Key words】 Operating room; Nosocomial infection; Risk factors; Intervention measures; Quality of nursing

随着医疗设备的发展与进步,一次性医疗用品、外来手术器械应用较为普遍,如果管理不当,其很可能成为医院感染源。由于手术室连台手术越来越多,手术患者流动频繁,加之手术的侵入性操作等因素,增加了手术室医院感染概率^[1-3]。最常见的是手术切口感染,可造成全身炎症反应,诱发切口疝、脓毒血症等严重并发症,严重影响疾病预后,甚至导致手术失败^[4],还增加患者住院时间和经济负担,为更好地预防和控制手术室医院感染发生,

本研究采用病例对照研究,分析筛选手术室医院感染的危险因素,为临床预防和控制手术室医院感染提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2016年1月—2019年12月阳江市人民医院手术室手术患者2416例作为研究对象,排除存在其他重症疾病、濒死的患者。将其中116例发生了手术室医院感染的患者作为感染组,未发生感染的患者2300例作为非感染组。本研究获得阳江市

人民医院伦理审查委员会的批准，研究过程未收集或分析患者的受保护健康信息。

1.2 手术室医院感染判断标准^[5]

术后3 d内，手术切口出现持续疼痛且没有缓解，甚至疼痛加重，局部出现明显的红、肿、热、痛等炎症反应；患者出现发热，血常规提示白细胞计数升高、中性粒细胞比例升高等。

1.3 资料收集

收集患者的性别、年龄、手术时间、基础疾病、侵入性操作和易感因素等资料。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析。观

察资料中的计量数据均通过正态性检验，以“均数±标准差”表示，两组间均数比较采用t检验。计数资料两组间构成比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用非条件Logistic回归模型。检验水准 $\alpha=0.05$ ，双侧检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术室医院感染的单因素分析

单因素分析结果表明，感染组和非感染组间的年龄、手术时间、意识障碍、置管、基础疾病数量、长期卧床、NRS2002评分和免疫缺陷比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 手术室医院感染的单因素分析

分析因素	类别	感染组 (n=116)	非感染组 (n=2300)	χ^2 值	P 值
性别	男/女	62/54	1207/1093	0.042	0.838
年龄(岁)		52.3±13.4	41.9±12.5	8.712*	0.000
手术时间	≥3 h	81	893	44.109	0.000
意识障碍	有	40	207	78.130	0.000
急诊入院	是	20	457	0.481	0.488
置管	是	66	814	22.054	0.000
基础疾病数量	≥3种	25	199	21.844	0.000
放化疗	是	19	316	0.644	0.422
长期卧床	是	63	859	13.464	0.000
NRS2002 评分	≥3分	73	1038	14.711	0.000
免疫缺陷	有	50	320	72.553	0.000

*为t值。

2.2 手术室医院感染的多因素 Logistic 回归分析

以手术室医院感染状况为应变量(1=感染,0=未感染)，以前述单因素分析中 $P<0.10$ 的因素为自变量，进行多因素 Logistic 回归分析(采用逐步后

退法)。结果显示，年龄≥60岁、手术时间≥3 h、意识障碍、置管、基础疾病数量≥3、NRS2002评分≥3分和免疫缺陷是手术室医院感染的独立风险因素($P<0.05$)。见表2。

表2 手术室医院感染多因素 Logistic 回归分析

分析因素	B	SE	Wald	P 值	OR	OR 95%CI
常数	0.099	0.053	3.551	0.059	-	-
年龄	0.216	0.107	4.084	0.043	1.241	1.007~1.530
手术时间	0.887	0.359	6.113	0.013	2.427	1.202~4.902
意识障碍	1.110	0.298	13.874	0.000	3.033	1.692~5.438
置管	0.606	0.216	7.876	0.005	1.834	1.201~2.801
基础疾病数量	0.326	0.137	5.652	0.017	1.386	1.059~1.814
长期卧床	0.271	0.153	3.118	0.077	1.311	0.971~1.771
NRS2002 评分	0.487	0.219	4.938	0.026	1.627	1.059~2.499
免疫缺陷	1.259	0.341	13.658	0.000	3.521	1.806~6.864

3 讨论

手术室医院感染已发展成为医疗机构最为重要的公共卫生问题,既增加了患者疾病进展和死亡的风险,又增加了患者的医疗费用,对社会资源造成严重浪费。据相关研究统计,欧美国家每年发生的感染事件高达百万例,造成超过10亿元的医疗费用损失^[6]。随着我国医疗卫生事业的发展,患者对于医疗机构服务质量的要求逐渐提高,虽然通过多种措施显著降低了手术室医院感染的发生率,但我国医疗机构感染发生率依然较高,使患者的平均住院时间延长6.89~35.11 d,医疗费用增加0.68万~3.19万元^[7-9]。手术室因感染因素复杂,目前临床上缺乏统一的干预措施,加强手术室医院感染预防和控制成为目前医院感染预防的发展方向。

本研究中,年龄 ≥ 60 岁、手术时间 ≥ 3 h、意识障碍、置管、基础疾病数量 ≥ 3 种、NRS2002评分 ≥ 3 分和免疫缺陷是手术室医院感染的独立危险因素($P < 0.05$)。诸多研究^[10-12]显示,患者年龄、手术时间、昏迷、合并基础病等均是手术室医院感染发生的影响因素,不同年龄阶段的人群抵抗能力不同,老年人由于器官组织老化、生理代谢功能衰退、免疫功能低下,属于易感人群;60岁以上患者手术感染发生率为60岁以下患者的2倍,也与本研究结果相对一致。手术时间越长增加了患者感染的机会,而手术室环境相对于病房而言,是非常局限的环境,长时间位于其中可使得患者产生焦虑等负面情绪,导致机体应激反应加重,易发生感染^[13]。意识障碍患者由于神经中枢功能障碍,多需要胃肠营养辅助,且长时间卧床,自身抵抗力明显不足,难以清除病原菌,因此感染风险升高^[14]。此外,合并多种基础疾病患者、长期卧床患者,手术操作会导致患者机体产生应激反应,导致并发症的发生,切口感染的概率较高,故在预防手术室医院感染发生时,需要重点关注^[15-17]。另外,随着医疗技术的发展,置管作为一种侵入性操作,容易破坏皮肤和黏膜屏障,并损害宿主的防御系统,把致病菌带入机体的同时还可使体内细菌移位,增加了感染的风险^[18]。NRS2002评分 ≥ 3 分提示存在营养风险,若营养不良可能影响患者免疫功能,增加感染风险;另外,免疫缺陷患者自身免疫力低下,更易受到病原菌的侵入,对于此类患者可适当进行营养支持,给予帮助免疫提升的药物,以降低感染的发生^[19]。

本研究的局限性:本研究所构建的手术室医院感染护理干预措施对于降低手术室医院感染风险具

有积极意义,然而由于客观条件限制,研究人群均来自于阳江市人民医院,因不同地区的致病菌分布及耐药性有所不同,可能会影响样本的代表性。今后将进一步对本研究效应进行外部验证评估,以期提高其使用的广泛度。

4 参考文献

- [1] 王延延,姬广丽.手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理干预措施分析[J].心理月刊,2018,19(10):88-89.
- [2] 戴宁,李丹,乐汉娥,等.老年全髋关节置换术手术室医院感染危险因素分析及护理干预[J].中华现代护理杂志,2016,22(15):2117-2121.
- [3] 李珊,陈雪贞,邓瑞婷,等.手术室相关感染因素分析与护理干预对策[J].护理实践与研究,2015,13(6):86-87.
- [4] Munoz-Price LS, Bowdle A, Johnston BL, et al. Infection prevention in the operating room anesthesia work area[J]. Infection Control & Hospital Epidemiology,2019,40(1):1-17.
- [5] Gordon PS, Kalaidjian R, Wright S. Creation of an Evidence-based Operating Room Observation Tool to Improve Infection Prevention Perioperative Practices[J]. American Journal of Infection Control,2019,47(6):42-43.
- [6] 周青,黄江燕,王凤英,等.血液透析室医院感染的预防及控制[J].临床合理用药杂志,2016,9(5):141-142.
- [7] 赵媛媛.手术室护理感染危险因素分析与对策[J].护理实践与研究,2017,14(12):103-105.
- [8] 孟宪惠,左志刚,宋德刚,等.手术室导致骨科无菌切口手术感染的影响因素及干预对策[J].中华保健医学杂志,2016,18(4):327-328.
- [9] 高翔,周生敏,王娟.手术室护理管理与医院感染水平控制的相关性研究[J].实用临床医药杂志,2015,19(10):128-130.
- [10] 卢华萍,毛慧萍,叶靓.某医院儿科病房发生院内感染的危险因素分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(16):2040-2042.
- [11] Wheelock A, Suliman A, Wharton R, et al. The Impact of Operating Room Distractions on Stress, Workload, and Teamwork [J]. Ann Surg, 2015, 261(6): 1079-1084.
- [12] 张刚毅.骨科手术切口感染发生率及相关危险因素分析[J].数理医药学杂志,2015,28(8):1162-1163.
- [13] 张思懿.手术患者发生切口感染的手术室相关因素及护理策略研究[J].现代医药卫生,2020,36(10):1553-1556.
- [14] 宋莉.医院感染监测体系在手术部位感染中的应用研究[J].河北医科大学学报,2015,36(10):1218-1220.
- [15] 王益丽,洪春霞,章学媛,等.神经外科患者术后医院

康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧影响因素调查

董婕 余忠贞* 郭娟 陈丹

【摘要】 目的 调查康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧(FCR)的影响因素,讨论护理应对策略。方法 选择医院2017年1月—2019年12月收治的180例康复期青年乳腺癌患者为研究对象,利用癌症恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)调查FCR现状。将86例存在FCR的患者纳为病例组,无FCR的纳为对照组。收集相关数据进行统计学处理,确定FCR的独立影响因素,总结护理应对策略。**结果** 单因素分析结果显示,康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧的影响因素有年龄、家庭人均月收入、婚姻状况、医疗社会支持、自我效能、疾病分期、职业状态、疗效评价($P<0.05$);多因素Logistic回归分析显示,康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧的独立影响因素有年龄22~30岁、家庭人均月收入<3000元、未婚离异或丧偶、医疗社会支持一般、自我效能一般、疾病分期Ⅲ~Ⅳ期、无职状态、疗效评价(PD+SD)($P<0.05$)。**结论** 康复期青年乳腺癌患者FCR影响因素包括疾病分期、婚姻状况、自我效能等,护理人员应加强相关危险因素的防护意识,及早预防,以减轻癌症恐惧情绪,提高生命质量。

【关键词】 癌症复发恐惧;康复期;护理应对策略;青年乳腺癌;影响因素

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.008

Investigation the influencing factors of fear of cancer recurrence in young breast cancer patients during rehabilitation DONG Jie, YU Zhongzhen, GUO Juan, CHEN Dan (Tongji Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430000, China)

【Abstract】 Objective To investigate the influencing factors of fear of cancer recurrence(FCR) in young breast cancer patients during rehabilitation, and discuss nursing coping strategies. **Methods** A total of 180 convalescent young breast cancer patients admitted to hospital from January 2017 to December 2019 were selected as the study objects, and the FCR status was investigated by using the cancer fear of progression questionnaire-short form(FoP-Q-SF). We included 86 patients with FCR in a case group, and those without FCR were included in a control group. We collected relevant data for statistical processing, determined the independent influencing factors of FCR, and summarized nursing coping strategies. **Results** Univariate analysis showed that the factors affecting the fear of cancer recurrence in young breast cancer patients during the rehabilitation period included age, family monthly income, marital status, medical and social support, self-efficacy, disease staging, occupational status, and efficacy evaluation($P<0.05$). Multivariate Logistic regression analysis showed that the independent influencing factors for the fear of cancer recurrence in young breast cancer patients during the rehabilitation period were 22-30 years old,

作者单位:430000 湖北省武汉市,华中科技大学同济医学院附属同济医院综合肿瘤科

* 通讯作者

感染的临床特点与影响因素及对策分析[J].中华医院感染学杂志,2018,28(9):108-111.

[16] 关心,任慧,潘宇,等.基于logistic回归分析的医院感染风险评估模型应用研究[J].中国医院管理,2018,38(10):54-56.

[17] 张洁,张云,刘茜.唐山市37所医院医院感染与社区感染横断面调查分析[J].实用医学杂志,2019,35(4):645-648.

[18] 齐志丽,刘培,庄海舟,等.重症监护病房院内获得性感染的临床分析[J].首都医科大学学报,2018,39(1):41-43.

[19] 张莹,韩东冬,王华光,等.肝移植患者术后感染相关危险因素分析[J].中华临床感染病杂志,2016,9(6):496-501.

[2020-06-29 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

family monthly income<RMB3000, unmarried divorced or widowed, general medical and social support, general self-efficacy, disease stage III-IV, none Job status, evaluation of curative effect(PD+SD) ($P<0.05$). **Conclusion** The FCR influencing factors of young breast cancer patients during rehabilitation included disease stage, marital status, self-efficacy, etc. Nursing staff should strengthen the awareness of related risk factors and prevent them early to reduce cancer fear and improve the quality of life.

【Key words】 Fear of cancer recurrence; Rehabilitation period; Nursing coping strategies; Young breast cancer; Influencing factors

近年国内乳腺癌患者发病有年轻化趋势, ≤ 35 岁青年乳腺癌患者逐渐增多。乳腺癌具有侵袭性强, 预后差的特点, 可能与青年乳腺癌就诊时分期偏晚, 多伴淋巴结转移、激素受体阴性比例高有关^[1]。研究显示, 低于 35 岁乳腺癌患者, 年龄每减少 1 岁其死亡风险便会增加 5%, 预后更差^[2]。癌症复发恐惧 (fear of cancer recurrence, FCR) 是癌症幸存者常见心理反应, 即患者对癌症复发的担忧、恐惧心理^[3]。明确 FCR 的相关影响因素, 采取积极有效的护理干预措施对患者的身心康复有积极作用, 为此, 本文就康复期青年乳腺癌 FCR 影响因素、护理应对策略进行探究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本组病例均为本院 2017 年 1 月—2019 年 12 月收治的 180 例康复期青年乳腺癌患者, 将 FoP-Q-SF 评分 >34 分的 86 例患者作为病例组 (FCR 组), 其他 94 例为对照组。纳入条件: 经手术病理学检查均确诊为乳腺癌; 年龄 22~40 岁; 病程均 >1 年, 处于恢复期; 患者知晓病情, 交流、表达能力正常。排除条件: 合并有其他恶性肿瘤; 严重肺、心、肝、肾病变; 精神疾病; 认知功能障碍; 血液系统疾病; 妊娠期女性。本次研究获得本院医学伦理委员会批准, 患者均签署知情同意书。

1.2 调查内容及方法

(1) 癌症复发恐惧: 采用癌症恐惧疾病进展简化量表 (FoP-Q-SF)^[3-4], 通过社会家庭、生理健康 2 个维度共 12 个条目评估患者 FCR 程度, 采用 Likert 5 级评分法进行评估, 评分范围 12~60 分, >34 分即存在 FCR, 得分越高, 表示患者恐惧程度越严重。

(2) 疗效评价: 根据 WHO 制定的^[4] 实体瘤疗效评价标准将疗效分为疾病进展 (PD)、疾病稳定 (SD)、部分缓解 (PR)、完全缓解 (CR)。

(3) 医疗社会支持: 采用医疗社会支持 (MOS-SSS) 量表, 该量表是用于测量社会支持的工具,

包括 4 个维度: 实际性支持、讯息与情绪性支持、社会互动性合作和情感性支持, 共 20 个条目。该量表采用 Likert 5 级评分, 总分越高, 社会支持越高。中文版 MOS-SSS 的 Cronbach's α 为 0.98, 具有较好的信度^[5]。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 21.00 统计学软件实施处理, 单因素分析中计数资料构成比较采用 χ^2 检验, 多因素进行 Logistic 回归分析。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 FCR 影响因素的单因素分析

单因素分析得到, 康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧的影响因素有年龄、家庭人均月收入、婚姻状况、医疗社会支持、自我效能、疾病分期、职业状态、疗效评价 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧影响因素的多因素分析

通过多因素 Logistic 回归分析得到, 康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧的独立影响因素有年龄 22~30 岁、家庭人均月收入 <3000 元、未婚离异或丧偶、医疗社会支持一般、自我效能一般、疾病分期 III~IV 期、无职状态、疗效评价 (PD+SD) ($P<0.05$), 见表 2。

3 讨论

乳腺癌居女性恶性肿瘤的第一位, 每年以 3% 的速度上升, 发病年龄逐渐年轻化, 而低年龄青年乳腺癌患者病情相对隐匿, 预后差^[6-7]。目前临床采用手术、放化疗、内分泌治疗、靶向治疗等综合治疗, 乳腺癌生存周期明显延长, 但其复发率仍然较高^[8]。

本研究通过多因素 Logistic 回归分析得到, 康复期青年乳腺癌患者癌症复发恐惧的独立影响因素有年龄 22~30 岁、家庭人均月收入 <3000 元、未婚离异或丧偶、医疗社会支持一般、自我效能一般、

表 1 FCR 影响因素的单因素分析

分析因素	类别	病例组	对照组	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	22~	59	28	27.099	0.000
	30~40	27	66		
家庭人均月收入 (元)	≥ 3000	30	68	25.405	0.000
	< 3000	56	26		
婚姻状况	正常	26	80	55.859	0.000
	未婚、离异或丧偶	60	14		
医疗社会支持	良好	23	71	42.844	0.000
	一般	63	23		
自我效能	良好	19	53	22.003	0.001
	一般	67	41		
疾病分期 (期)	I ~ II	17	39	9.888	0.002
	III ~ IV	69	55		
职业状态	无职	28	10	12.957	0.000
	在职	58	84		
疗效评价	PR+CR	56	80	9.717	0.002
	PD+SD	30	14		

表 2 康复期青年乳腺癌患者 FCR 影响因素的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
家庭人均月收入 < 3000	1.586	0.323	24.090	0.000	4.882	2.592~9.196
年龄 22~30 岁	1.639	0.324	25.625	0.000	5.151	2.731~9.716
未婚、离异或丧偶	2.579	0.373	47.839	0.000	13.187	6.349~27.388
医疗社会支持一般	2.135	0.342	38.981	0.000	8.456	4.326~16.527
自我效能一般	1.517	0.333	20.766	0.000	4.558	2.374~8.753
疾病分期 III ~ IV 期	1.057	0.342	9.540	0.002	2.878	1.472~5.629
职业状态 (无职)	1.400	0.406	11.889	0.001	4.055	1.830~8.987
疗效评价 (PD+SD)	1.119	0.368	9.264	0.002	3.061	1.489~6.292

疾病分期 III ~ IV 期、无职状态、疗效评价 (PD+SD) ($P < 0.05$)。乳腺癌幸存者普遍存在 FCR, 主要是由于青年患者社会心理需求未得到满足, 生活工作压力大、社会阅历少、事业家庭处于起步阶段, 经济负担重、生存欲望强、心理承受力差, 在康复期更容易产生 FCR。年轻患者承受孩子、家庭、事业、经济压力与思想负担重相吻合。年龄越小预后效果越差, 因为年龄较低患者往往具有较为复杂的

临床症状, 且容易发生淋巴结转移, 也是导致患者预后差及死亡的主要原因^[8]。表 1, 表 2 显示, 年龄 ≤ 30 岁与 30~35 岁患者数据比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 与张军强等^[9]学者研究结果一致。

康复期青年乳腺癌患者主要在家中疗养, 针对 FCR 较为普遍存在的现象, 院外护理、家庭护理、良好的医疗社会支持与自我效能对降低患者 FCR 发生率尤为重要, 这是因为, 有效的医疗社会支持能

够改善个体的负性情绪,提高其疾病认知能力,形成对抗疾病的良好行为,同时能够感知到复发的危险因素,从而以更好的医疗行为维持自身健康,提高生活满意度,尤其是在心理社会领域和人口学领域资源较少的青年乳腺癌患者中,对其幸福生活信念、治疗依从性起着重要的正向作用,自我效能良好者抗压能力强、依从性好;社会支持度越高,患者对康复的信心越强,负面情绪越少。

疾病分期为Ⅲ~Ⅳ期、疗效评价为PD+SD的患者病情严重,预后差,患者自感身体状况每况愈下,诱发FCR出现,对于采取根治性手术因切除乳房会有自我形象紊乱、自尊受损、社交障碍现象,更需要家庭成员的关心、爱护,尤其是配偶的态度。鼓励家属、配偶和工作单位在生活、学习、工作上多帮助、关心患者,多参加户外活动,做喜欢的事情,愉悦身心;通过视频教育、举办学习班矫正患者行为、认知,树立积极正确的信念,用信念指导行动,不断提高自我护理能力;通过视频、文字、健康手册、图片等多种形式,让患者了解乳腺癌饮食调节、药物、睡眠知识,反复讲解疾病相关知识,提高患者对并发症防范处理能力;成立微信群,患者扫码进群。小组成员轮流进行线上指导,出院后第1周重点推送饮食、用药知识;第2周推送药物不良反应防范、居家维护知识;第3周讲解心理支持、社会支持、运动康复锻炼知识;第4周推送乳房检查知识,逐渐增加指导内容,定时线上指导,有问题及时处理,提高电话随访了解患者康复情况,纠正患者错误意识习惯,改善睡眠质量,增强康复信心^[10-12];微信管理方便快捷、功能齐全,小组成员可轮流进行线上指导,让患者能随时接收到专业医护人员的指导,微信传播迅速化,满足患者对疾病信息的需求,可以及时推送国内外先进护理经验,具有及时性、全民性、协调性特点^[13-14]。家庭、社会支持对FCR有直接影响,加大社会支持、家庭成员支持可提升患者安全感,获取正能量,意识到自身的价值,积极与病魔抗争,不退缩,有效降低FoP-Q-SF、HADS评分。护理应对策略需整合医疗团队资源,让患者在院外也能享受到全面、精致的护理服务^[15]。

综上所述,年龄、疾病分期、婚姻状况、疗效评价等是康复期青年乳腺癌患者发生的独立影响因素,护理人员根据以上因素,给予针对性护理应对策略,满足患者护理需要,以良好的心态面对疾

病的挑战,提高治疗、康复锻炼依从性,积极与病魔抗战,有效降低疾病复发恐惧的发生概率。

4 参考文献

- [1] 尹春岚,曲慧利,杨富国,等.青年乳腺癌术后患者心理社会适应现状及影响因素[J].护理管理杂志,2019,19(7):457-461.
- [2] 马建萍,马芬兰.不同分子分型乳腺癌的临床病理特征及预后的关系[J].实用癌症杂志,2017,32(12):2041-2044.
- [3] 孙恒文.癌症复发恐惧心理现状调查及其影响因素分析[J].循证医学,2018,18(5):298-303.
- [4] 张蓉,张静.乳腺癌术后化疗病人恐惧疾病进展心理及其影响因素分析[J].蚌埠医学院学报,2019,44(11):1545-1548.
- [5] Yu DS, Lee DT, Woo J. Psychometric testing of the Chinese version of the medical outcomes studies social support survey [J]. Res Nurs Health, 2004,27(2):135-143.
- [6] 张阳.乳腺癌患者癌症复发恐惧现状及其影响因素分析研究[J].中国全科医学,2018,21(20):2479-2483.
- [7] 袁雪林.国内乳腺癌术后患者护理应对策略的现状[J].中国康复医学杂志,2019,34(10):1254-1257.
- [8] 曹玉洁.个性化护理干预对乳腺癌放疗患者癌因性疲乏的影响研究[J].山西医药杂志,2019,48(24):3123-3124.
- [9] 张军强,孙智国,王登强,等.青年乳腺癌患者的临床病理特征、分子分型及预后情况分析[J].实用癌症杂志,2015,30(4):527-530.
- [10] 张贤贤.夫妻自我表露在青年乳腺癌患者癌症复发恐惧干预中的应用研究[J].中华护理杂志,2019,54(11):1610-1614.
- [11] 欧庆连.同伴支持教育联合护理对乳腺癌根治术患者病耻感及癌因性疲乏的影响[J].护理实践与研究,2020,17(8):89-91.
- [12] 李媛媛,毛鑫.心理弹性对乳腺癌患者癌症复发恐惧的作用:领悟社会支持的调节效应[J].中国实用护理杂志,2019,35(24):1846-1853.
- [13] 黄家莲.针对性信息支持对乳腺癌术后患者癌症复发恐惧及疾病不确定感、应对方式的影响[J].广西医学,2019,41(2):272-274,278.
- [14] 徐曼,贡树基.乳腺癌术后患者自我形象的Stepwise多元回归分析调查[J].护理实践与研究,2020,17(9):63-65.
- [15] 王冰冰,王晓晓.乳腺癌术后式健康教育的构建与应用效果[J].护理实践与研究,2020,17(3):11-14.

[2020-07-23 收稿]

(责任编辑 陈景景)

宫颈癌放疗患者并发会阴部放射性皮炎的影响因素分析

金洋 崔杨 辛璐璐 刘玥 严明珠*

【摘要】 目的 探讨宫颈癌放疗患者并发会阴部放射性皮炎(RD)的相关因素及其防控护理对策。方法 选取2019年1月—2020年1月116例接受宫颈癌放疗患者的临床资料,跟踪观察90 d,评估其会阴部皮肤状况。收集其相关资料,采用单因素分析和多因素Logistic回归分析,筛选宫颈癌放疗并发会阴部RD的影响因素。结果 116例接受宫颈癌放疗患者中,随访有33例(28.45%)患者并发会阴部RD,其中,放疗时23例,放疗结束后10例。单因素分析显示,放疗方式、FIGO分期、年龄、肿瘤直径、体质指数、糖尿病史、肿瘤浸润深度为宫颈癌放疗并发会阴部RD的相关因素($P<0.05$)。多因素分析显示,体质指数 >28 、FIGO分期为II a期、常规放疗方式、有糖尿病史为放射性皮炎发生的影响因素($P<0.05$)。结论 宫颈癌放疗患者并发会阴部RD是多因素相互作用结果,调强放射治疗(IMRT)会阴部RD发生率明显低于常规放疗放射,严格掌握补偿膜使用指征,积极处理肥胖、有糖尿病病史患者的会阴部清洁,可降低会阴部RD发生风险。

【关键词】 宫颈癌;会阴部;放疗;放射性皮炎;影响因素

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.009

Analysis of influencing factors of perineal radio-dermatitis in patients undergoing cervical cancer radiotherapy JIN Yang, CUI Yang, XIN Lulu, LIU Yue, YAN Mingzhu (Henan Cancer Hospital, Zhengzhou, 450000, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the related factors of perineal radio-dermatitis (RD) in patients undergoing cervical cancer radiotherapy and their prevention and control measures. **Methods** The clinical data of 116 patients receiving cervical cancer radiotherapy from January 2019 to January 2020 were selected and we followed up for 90 days to assess their perineal skin conditions. The relevant data were collected, and univariate analysis and multivariate Logistic regression analysis were used to screen the influencing factors of cervical cancer radiotherapy with perineal RD. **Results** Among 116 patients who received radiotherapy for cervical cancer, 33 patients(28.45%) were followed up with perineal radio-dermatitis, of which 23 cases were during radiotherapy and 10 cases were after radiotherapy. Univariate analysis showed that the radiotherapy methods, FIGO staging, age, tumor diameter, body mass index, history of diabetes, and depth of tumor invasion were the related factors for cervical cancer radiotherapy with perineal RD($P<0.05$). Multivariate analysis showed that the body mass index >28 , FIGO staging was II a, conventional radiotherapy, and history of diabetes were the influencing factors of radio-dermatitis($P<0.05$). **Conclusion** The concurrency of perineal RD in cervical cancer radiotherapy patients was the result of multi-factor interaction. The incidence of intensity modulated radiotherapy(IMRT) perineal RD was significantly lower than that of conventional radiotherapy. Strictly grasp the indications for the use of compensation film, and actively deal with the perineal cleansing of obese patients with a history of diabetes, which can reduce the risk of perineal RD.

【Key words】 Cervical cancer; Perineum; Radiotherapy; Radio-dermatitis; Influencing factors

放疗是宫颈恶性肿瘤病变的常用治疗手段,可有效控制肿瘤局部症状,但射线导致的正常组织损伤也难以避免,机体受放射线照射面积较大,且强

度较高,尤其两侧肛周区、会阴区,再加上会阴部皮肤末梢神经丰富,放射性皮炎(RD)给患者带来剧烈疼痛,活动量下降,极易并发会阴部RD^[1]。早期表现为红斑、干性及湿性脱皮、水肿、疼痛,严重者可引发溃疡、坏死^[2],增加患者痛苦,影响放疗效果^[3]。本研究探讨宫颈癌放疗会阴放射性皮

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省肿瘤医院妇科七病区(郑州大学附属肿瘤医院)

*通讯作者

炎的危险因素,以便制定针对性防控护理策略。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2019年1月—2020年1月116例接受宫颈癌放疗患者为调查对象,纳入条件:经病理检查确诊为宫颈癌;放疗前具备完整会阴皮肤,手术切口瘢痕达到完全愈合程度。排除条件:放射野会阴皮肤既往有皮炎病史;有红斑狼疮、免疫疾病史。

1.2 调查内容及方法

由课题组收集患者相关资料,内容包括:

(1)人口学资料:宫颈癌放疗患者年龄、入院时的体质量、婚姻状况、受教育水平。

(2)疾病相关资料:宫颈癌的病理分期、大小、同步化疗。

(3)阴道放射性损伤:参照美国国立癌症研究所(NCI)评价标准。I度:宫颈癌患者阴道有轻度萎缩,长度>正常长度 $\times 2/3$,未出现干燥、出血以及溃疡等症状,坏死浅表面积 $\leq 1\text{ cm}^2$;II度:阴道严重萎缩,长度为正常长度 $\times 1/3 \sim 2/3$,患者化疗后出现接触性出血以及溃疡等症状,坏死浅表面积 $>1\text{ cm}^2$;III度:阴道存在弥漫性萎缩,长度为正常人群长度的 $1/3$,患者同时出现干燥、间断性出

血以及深溃疡等症状;IV度:患者出现阴道闭锁或者是成瘘、出血。

1.3 随访内容及方法

采用门诊、电话随访,随访内容包括患者年龄、治疗时间;FIGO分期;治疗前血常规;治疗前影像学检查等;治疗结束后,嘱患者每月随诊1次,随访3个月,包括妇科检查、肿瘤标记物、复发转移情况等。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据处理。单因素分析,计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验,多因素分析应用Logistic回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 影响宫颈癌放疗患者会阴部RD的单因素分析

本组患者在放疗后90d内共33例(28.45%)患者发生RD,其中放疗过程中发生23例,放疗结束后发生10例;单因素分析显示,放疗方式、年龄、FIGO分期、肿瘤直径、体质量指数、糖尿病史、肿瘤浸润深度为宫颈癌放疗患者并发会阴部RD的相关因素($P<0.05$)。见表1。

表1 影响宫颈癌放疗患者会阴部RD的单因素分析

分析因素	类别	例数	放射性皮炎	χ^2 值	P值	分析因素	类别	例数	放射性皮炎	χ^2 值	P值
年龄(岁)	≤ 50	62	10	9.930	0.002	血管淋巴管浸润	是	37	10	0.054	0.816
	>50	54	23				否	79	23		
糖尿病	是	19	14	22.842	0.000	T分期	1~2	92	25	0.355	0.551
	否	97	19				3~4	24	8		
高血压	是	35	9	0.184	0.668	宫颈淋巴结转移	有	23	8	0.566	0.452
	否	81	24				无	93	25		
体质量指数	≤ 28	106	26	9.282	0.002	肿瘤直径(cm)	≤ 4	30	10	0.206	0.650
	>28	10	7				>4	86	23		
FIGO分期	I b期	69	10	16.294	0.000	放疗方式	常规放疗	53	25	16.804	0.000
	II a期	47	23				IMRT	63	8		
肿瘤浸润深度	浅1/3层	38	7	6.920	0.031	新辅助化疗	是	10	2	0.384	0.536
	中1/3层	45	11				否	106	31		
	深1/3层	33	15								

2.2 宫颈癌放疗会阴放射性皮炎的多因素分析

以是否发生放射性皮炎为因变量,上述单因素分析有统计学意义的因素为自变量,多因素 Logistic

回归分析结果显示,体质量指数 > 28、FIGO 分期为 II a 期、常规放疗方式、有糖尿病史为放射性皮炎的影响因素 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 宫颈癌放疗患者会阴部 RD 的多因素分析

分析因素	β	Wald χ^2	P 值
体质量指数 ≤ 28	-3.249	7.590	0.006
FIGO 分期为 Ib 期	-2.183	10.307	0.001
有糖尿病史	2.557	10.563	0.001
放疗方式	1.763	8.060	0.005

3 讨论

宫颈癌是一种对女性健康造成严重威胁的多发恶性肿瘤疾病,病灶发生远处转移后,手术治疗效果将会明显降低^[4],辅助性全身放疗可有效延长生存周期,但其引发的会阴部放射性皮炎会影响疾病治疗效果,增加患者痛苦,甚至中断放疗^[5-6],分析会阴部放射性皮炎的危险因素,并针对性干预对于减少放射性皮炎发生,保障放疗顺利实施具有积极意义。

有报道^[7-8]显示,放射性皮肤的发生受患者年龄、种族、基础疾病、放疗剂量、同步化疗与治疗部位的影响。本研究对放疗剂量、化疗药物进行有效控制,将重点放在其自身因素与放疗剂量以外的其他因素分析,结果显示,体质量指数 > 28、合并糖尿病史为影响放射性皮炎发生的独立危险因素,与之前研究报道基本相符,糖尿病、肥胖引发机体代谢性异常,影响皮肤对放射损伤修复能力,容易发生放射性皮炎。现在公认的与宫颈癌放疗并发症相关危险因素最高为放射剂量,宫颈癌放疗放射剂量越大,出现放疗并发症越多,病情越重^[9]。调强放射治疗 (IMRT) 是近年发展的新型放疗新技术,并发展出图像、剂量引导 IMRT,能对肿瘤靶区制定精确的高剂量照射,且能最大限度保护放疗患者周围正常组织以及癌旁器官^[10-11],在寻求疗效最大化和会阴部 RD 最小化中,采用 IMRT 放疗方式是降低并发症的有效方法。

综上所述,肥胖、糖尿病史为 RD 发生的影响因素,宫颈癌放疗实施前评估患者 RD 发生的危险因素,并进行积极处理,制定防控护理对策,制定防控护理对策降低 RD 发生风险。

4 参考文献

- [1] 王盈,强万敏,李静,等.皮肤清洁对癌症患者放射性皮炎影响效果的系统评价[J].护士进修杂志,2020,35(5):426-432.
- [2] 余家瑶.对接受放疗的食管癌患者进行肠内营养支持对其营养状况和放射性损伤发生情况的影响[J].当代医药论丛,2020,18(3):85-86.
- [3] 汤玲玲.初筛在减轻乳腺癌放疗患者放射性皮炎症状中的作用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(1):112.
- [4] 王瑛嫦,李莉,王春兰,等.湿润烧伤膏预防宫颈癌急性放射性皮炎的临床研究[J].中国现代医生,2019,57(35):31-34.
- [5] 赵喜,姚炜,刘静.早期乳腺癌保乳术后 3D-CRT 和 IMRT-SIB 治疗的近期美容疗效和急性放射性不良反应比较[J].实用肿瘤杂志,2019,34(4):358-361.
- [6] 徐宇轩,范卫新,夏济平.放射记忆性皮炎[J].临床皮肤科杂志,2018,47(12):823-825.
- [7] 张翠梅,马英,杜新香.乳腺癌术后放射治疗中发生皮炎的预防与护理[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(95):294,298.
- [8] 吴燕.乳腺癌保乳术后不同放疗方式的疗效及不良反应[J].医学理论与实践,2019,32(03):379-380.
- [9] 王丹惠.强化营养护理干预对放疗患者放射性皮炎的预防效果[J].实用临床医药杂志,2016,20(22):169-170.
- [10] 周晓春,李清娟,陈丽宜,等.宫颈癌放射性皮炎的护理体会[J].医学信息,2015,28(43):240.
- [11] 覃英,潘丹燕,彭伟萍,等.氧疗配合重组表皮生长因子治疗宫颈癌放射性皮炎的效果观察及护理[J].现代临床护理,2017,16(4):55-58.

[2020-04-26 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

新疆二级甲等以上综合医院肾病科护士培训及需求调查

黄蓓 蔡江华 李莉*

【摘要】 目的 了解新疆二甲以上综合医院肾病科护士培训情况。方法 研究采用自制问卷对新疆 16 所二级甲等以上综合医院的 264 名在职肾病科护士的培训情况进行调查。结果 新疆二甲以上综合医院肾病科既往参加专科护士培训护士中本科学历接受培训人数 27 名 (占本科人数的 40.3%)，高于大专 58 名 (34.5%) 和中专 9 名 (31%) 人数占比。高级职称参与专科培训人数 13 名 (占高级职称人数 46.4%)，高于中级 42 名 (39.5%) 和初级 39 名 (30.7%) 人数占比。不同职称、工作年限的护士参加省外进修或培训比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；期望的培训方式中，以参加专科护士培训、到上级医院进修所占比例最大。结论 探索并完善针对肾病科护士的专科培训势在必行，对于初级职称和工作年限较短的护士应给予更多的机会。

【关键词】 肾病科护士；培训；二级甲等以上综合医院；调查；需求

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.010

Investigation on the training and demand of nurses in nephrology department of general hospitals Grade 2 and above in Xinjiang HUANG Bei, CAI Jianghua, LI Li (The Open University of Corps, Urumqi, 830001, China)

【Abstract】 Objective To learn about the training of nurses in the nephrology department of general hospitals above Grade 2 in Xinjiang. **Methods** In this study, a self-made questionnaire was used to investigate the training status of 264 nurses in the nephrology department in 16 general hospitals above Grade 2 in Xinjiang. **Results** In the nephrology department of Xinjiang general hospitals above Grade 2, the number of nurses who have participated in the training of specialist nurses has 27 undergraduates (40.3% of the undergraduates), which was higher than 58 (34.5%) junior colleges and 9 technical secondary schools (31%). The number of nurses with senior titles participated in specialized training was 13 (accounting for 46.4% of senior titles), which was higher than the proportion of 42 intermediate nurses (39.5%) and 39 junior nurses (30.7%). There were statistically significant differences among nurses with different professional titles and working years in participating in further education or training outside the province ($P < 0.05$), and among the expected training methods, participation in specialist nurse training and advanced hospital training account for the largest proportion. **Conclusion** It was imperative to explore and improve the specialized training for nephrology nurses. Nurses with junior professional titles and shorter working years should be given more opportunities.

【Key words】 Nurses in nephrology department; Training; General hospitals Grade 2 and above; Investigation; Demand

肾病科病种多样，临床表现复杂，患者大多具有高龄、病程长、慢性病多、合并症多的特点，导致护理工作涉及面较广，护理难度相对较大^[1]。有

研究显示，早期发现和有效管理危险因素可延缓慢性肾脏疾病 (CKD) 患者发展为终末期肾脏疾病，降低其心血管疾病的死亡率和发病率^[2]。肾病科的专科护理是体现护理质量的一项重要内容，也是确保患者医疗质量的基础，但以往对于肾病科病房护理工作的重要性认识不足，肾病科培训主要侧重于对透析室护士、护理的培训，影响了病房护士的工作积极性，限制了其业务水平的提升，长此下去可能对肾脏疾病整体护理质量的提高产生负面作用，也

基金项目：新疆维吾尔自治区自然科学基金资助项目 (编号：2018D01C196)

作者单位：830001 新疆乌鲁木齐市，新疆生产建设兵团开放大学 (国家开放大学成边教育研究中心) (黄蓓)；阿勒泰市妇幼保健计划生育服务中心 (蔡江华)；新疆医科大学第一附属医院肾病二科 (李莉)

* 通讯作者

难以满足人们日益增长的健康服务需求。尤其近年来我国慢性肾脏病发病率呈逐年上升趋势^[3-4],给肾病科病房护理工作带来新的挑战,因此针对肾病科病房护士的培训需要给予重视。笔者对新疆二级甲等以上综合医院肾病科护士培训情况进行调查,为其培训方式的制定提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2019年1月选取新疆南北疆16所二级甲等以上综合医院在肾病内科从事临床护理工作的264名护士为调查对象,均为女性,其中本科67名,大专168名,中专29名。护士127名,护师109名,主管护师28名。具体情况见表1。

1.2 调查方法

采用问卷调查法,问卷参照国内有关文献^[5],结合实际自行设计而成。问卷内容包括一般资料、近三年是否参加专科护士培训、参加培训时长、主要的培训方式、近三年外省进修或培训经历、希望采取的培训方式。采用问卷星发放问卷,表头用统一的语言解释测试目的和注意事项,为了确保结果的真实性,采用不记名方式由调查对象独立填写。

共发放问卷279份,回收有效问卷264份。

1.3 统计学处理

采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析。计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肾病科临床护士参加培训情况

不同学历、职称、工作年限的护士是否参加过专科护士培训比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。不同学历护士近3年参加省外进修或培训比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。不同职称护士参加省外进修或培训比较差异有统计学意义($P < 0.05$),其中高级职称护士参加省外进修或培训所占比例最高。不同工作年限护士参加省外进修或培训有统计学意义($P < 0.05$),其中工作年限 ≥ 21 年的护士参加省外进修或培训所占比例最高,见表1。

2.2 肾病科临床护士期望的培训方式

被调查护士期望的培训方式中以参加专科护士培训、到上级医院进修所占比例最大,均超过了调查人数的50%以上,见表2。

表1 肾病科临床护士参加培训情况

参加培训情况	类别	学历			χ^2 值	P值		
		中专	大专	本科				
参加专科护士培训	是	9	58	27	0.994	0.608		
	否	20	110	40				
近三年参加省外进修或培训	是	3	21	8	0.111	0.946		
	否	26	147	59				
参加培训情况	类别	职称			χ^2 值	P值		
		初级职称	中级职称	高级职称				
参加专科护士培训	是	39	42	13	3.166	0.205		
	否	88	67	15				
近三年参加省外进修或培训	是	9	14	9	13.613	0.001		
	否	118	95	19				
参加培训情况	类别	工作年限					χ^2 值	P值
		≤ 1	2~5	6~10	11~20	≥ 21		
参加专科护士培训	是	3	27	37	19	8	3.689	0.45
	否	15	51	65	27	12		
近三年参加省外进修或培训	是	0	7	13	5	7	13.141	0.011
	否	8	71	89	41	13		

表2 期望的培训方式 (n=264)

项目	选择人数	占调查人数百分比(%)
参加专科护士培训	185	70.1
到上级医院进修	168	63.6
上一级医院来我院讲座	50	18.9
参加普通继续教育培训	68	25.8
参加科室业务讲座	62	23.5
参加院内培训	66	25
接受远程网络培训	41	15.5
出国研修	24	9.1

3 讨论

3.1 加强对肾病科临床护士的培训势在必行

肾病科患者多反复住院,尤其后期肾功能衰竭出现尿毒症这类患者,在长期血液透析或腹膜透析下身心都受到严重打击,加上透析不彻底所引起的毒素残留等造成患者生活质量欠佳,心理压力大,脾气暴躁,这对临床护理工作质量提出更高要求,包括护士对病情的熟练掌握程度、应急能力、工作责任心等等。而临床护士的素质在直接影响护理质量的同时也反应了护理队伍的整体素质^[6],其中,护士培训作为护理人员管理的重要措施,也是人力资源管理的重要内容之一,对护理人才的培养起到了积极的作用^[7]。经过监护室轮转的护师在科室护理工作中能更敏锐地发现护理问题及患者病情变化,在配合抢救方面也更加迅速,提示给予具有针对性的专科护理培训在提高护士解决复杂疑难护理问题上具有促进作用。本次对肾病科护士的调查显示,被调查护士中,以往未参加过任何层面的系统专科护士培训人数多于参加过专科护士培训人数,同时结合文献及实际临床情况,如徐飒等对我国慢性肾脏病护理领域研究现状的文献计量学分析显示,文献出现频率最高的是血液透析、护理、腹膜透析等^[4],可见肾病科整体偏向于对透析护理的重视与研究,对于血液透析室护士的培训从2006年就已展开,到现在已建立了从国家层面、省级层面、医院层面较完善的培训体系,对比而言慢性肾脏病专科护士培训到现在仍旧处于探索阶段,进行的专科护士培训也以透析室护士专科培训内容为主,只有少数医院借鉴国内外慢病管理经验结合本院专科发展需求开展了慢性肾脏病专科护士工作实践^[8],但难以满足临床需求。同时,我国护士专业技术资格主要以初级为主^[9],其在日常护理工作中承担着重要的责任,本次调查的初级职称护士中有88名(69.3%)没有接受过各层面系统的专科护士培训。这可能会影响患者护理质量,也给科室工作带来不

确定的风险。系统性的培训能够提高新护士的专科护理能力水平和自信,协调发展综合素质,对于老护士来说是获得工作认可,提升自身能力的途径,对医院来说起到降低医疗风险,保障临床护理质量安全的作用,因此对肾脏病专科护理整个学科发展而言,培养适应社会发展要求的慢性肾脏病专科护士势在必行。

3.2 培训方式应具有针对性、层次性,授课形式应丰富多样

对新疆二级甲等以上综合医院肾病科护士参加省外培训调查结果显示不同职称、不同工作年限护士在参加省外进修或培训有差异,高级职称护士、工作年限 ≥ 21 年的护士参加省外进修或培训所占比例最高,这可能一方面与医院在人员培训规划上的考量有关,初级职称的护士通常工作年限较短,大部分仍处在护士职业生涯规划的早期^[10],因此他们参加的在职培训仍以院内为主有关,职称高、工龄长的年长护士在科室承担危重病人的护理较多,另一方面与资历有关,年长护士相对于年轻护士可能具有更多的话语权。而培训是护理质量与个人能力不断提升的有效推动力,因此护理管理者在决定培训方式上可结合层级、年资,培训目的,选取适合本院的不同的培训方式^[6,11]。比如,低年资护士需先拿下工作,培训侧重于专科疾病基本知识与技能,对于他们可以专科知识讲座与科室轮转为主。对于具有一定临床经验的护士,其既是护理发展的重要人才也是科室的中坚力量,应多提供一些外出学习交流的机会,开阔其眼界和思维,让其有对学科对单位的归属感。本研究中对被调查护士期望的培训方式中以参加专科护士培训、到上级医院进修所占比例最大,均超过了调查人数的50%以上,显示了被调查护士的积极性较高,希望能参加系统的专科护士培训,到上级医院进修,通过系统的专业化培训来提高自己的护理技能,也表明对专科培训以及上级医院护理专业性的认可。我国的专科护士培训与管理正处于起步探索阶段,目前国内具有统一的专科护士培训大纲仅限于重症监护、急诊、手术室等专科领域,三级培养专科护士的方式,分别是各省专科护士培训、医院内专业护士的培训以及临床护理专家的培训,总体来说培训方法未形成体系和标准,自编教材也多有一定的地域性^[6,12],因此可在借鉴国内外专科护士培训的经验下充分发挥本省、本医院的自主性,明确当下专科护士培训目标、专科护士的岗位和职责要求,制定专科护士培训计划,以点带面,优势互补,从而进一步完善我

感染性心内膜炎患者术后生活质量影响因素分析

史丽华 黄芳*

【摘要】 目的 调查 101 例影响感染性心内膜炎患者术后生活质量的因素,并探讨其应对策略。方法 选择 2019 年 1—12 月医院收治的感染性心内膜炎手术患者 101 例作为调查对象,采用自拟一般资料调查问卷及 WHOQOL-100 量表,对患者基本特征及术后生活质量现状进行调查,采用单因素分析和多因素线性回归模型,对影响感染性心内膜炎患者的术后生活质量进行分析。结果 单因素分析显示,年龄、发病时发热情况、术后营养水平、心功能分级、并发症、疾病认知水平均为影响感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的相关因素;多因素分析显示,年龄、心功能分级、疾病认知水平、并发症均为感染性心内膜炎患者术后生活质量的独立影响因素 ($P < 0.05$)。结论 影响感染性心内膜炎患者术后生活质量的相关因素诸多,与患者的年龄、心功能、并发症及疾病认知水平呈现相关性,因此,临床应针对以上因素及早防范,从而改善疾病预后。

【关键词】 感染性心内膜炎; 术后生活质量; 影响因素分析; 护理对策; 预后

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.011

Analysis of influencing factors of postoperative living quality of patients with infective endocarditis SHI Lihua, HUANG Fang (Guangdong People's Hospital, Guangzhou, 510000, China)

【Abstract】 **Objective** To investigate the influencing factors of postoperative living quality of patients with infective endocarditis, and explore their coping strategies was set as the study subjects. **Methods** A total of 101 cases of infective endocarditis surgery patients admitted to the hospital from January to December 2019 were

作者单位: 510000 广东省广州市, 广东省人民医院(广东省医学科学院)综合二区

* 通讯作者

国专科护士的培养体制与培养模式。

综上所述,医院应根据层次、需求,有针对性地制定培训计划,覆盖培训对象的多层次性,使肾内科从事临床护理护士的知识和技能不断得到更新、补充、拓展和提高,也增加其工作归属感。

4 参考文献

- [1] 董晓珍. 肾内科开展新护士专科知识系统化培训的措施与成效 [J]. 中医药管理杂志, 2017, 25(16): 99-100.
- [2] Rachael C Walker, Mark R Marshall, Nick R Polaschek. A prospective clinical trial of specialist renal nursing in the primary care setting to prevent progression of chronic kidney: a quality improvement report [J]. BioMed Central, 2014, 15(1): 98-99.
- [3] 张景凤, 关爽, 刘树军, 等. 6170 例慢性肾脏病肾穿刺活检病理分析 [J]. 中国实验诊断学, 2018, 22(7): 1188-1190.
- [4] 徐飒, 孙莉莉. 慢性肾脏病护理领域研究现状的文献计量学分析 [J]. 护理管理杂志, 2017, 17(4): 250-253.
- [5] 杨静怡, 李莉, 王梅新. 新疆伊犁地区三所医院护士培训需求调查 [J]. 新疆医学, 2014, 44(1): 118-121.
- [6] 姜小鹰, 刘敦. 临床护士规范化培训现状与需求分析 [J]. 中国护理管理, 2012, 12(1): 50-52.
- [7] 张艾灵, 石英, 袁薇, 等. 老年病房护理人力资源培训现状调查与分析 [J]. 护理实践与研究, 2015, 12(8): 1-3.
- [8] 林静霞, 彭鹿, 刘惠, 等. 慢性肾脏病管理专科护士在疾病管理中的实践 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2016, 18(6): 985-988.
- [9] 孙辉, 赵颖波. 我国执业注册护士资源配置现状分析及思考 [J]. 中国医院, 2019, 23(6): 42-45.
- [10] 徐奕旻, 吴瑛, 张艳, 等. 全国医院护士人力资源现状的调查 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(7): 819-822.
- [11] 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.
- [12] 黄金, 张艳, 李乐之, 等. 我国目前专科护士培训管理中存在的问题与思考 [J]. 中国护理管理, 2015, 15(2): 243-245.

[2021-02-05 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

selected as the survey objects. A self-developed general information questionnaire and WHOQOL-100 scale were used to survey the basic characteristics of patients and the status of postoperative living quality. Investigation, and univariate analysis and multivariate linear regression models were used to analyze the postoperative quality of life of patients with infective endocarditis. **Results** Univariate analysis showed that the age, fever at the onset, postoperative nutritional level, cardiac function classification, complications, and disease cognition level were all related factors that affected the postoperative living quality of patients with infective endocarditis surgery; multivariate analysis showed that the age, cardiac function classification, disease cognition level, and complications were all independent factors influencing the postoperative living quality of patients with infective endocarditis surgery ($P < 0.05$). **Conclusion** There were many related factors that affected the living quality of patients with infective endocarditis, which were related to the patient's age, cardiac function, complications and disease awareness. Therefore, the above factors should be prevented in clinical practice in order to improve the disease prognosis.

【Key words】 Infective endocarditis; Postoperative living quality; Analysis of influencing factors; Nursing strategy; Prognosis

感染性心内膜炎是由于心脏瓣膜、心室壁内膜或动脉内膜结构直接受到真菌或细菌等其他病原微生物的感染^[1],引起局部炎症及持续性菌血症,最终使自身免疫系统被激活的全身性疾病^[2]。据研究统计,感染性心内膜炎的年发病率为10~15人/10万人,发病后半年病死率高达15%~20%,在感染性疾病中位居前三^[3]。感染性心内膜炎患者发病后均伴有不同程度的瓣膜损坏、心律失常、血回流障碍等,故临床单纯抗生素药物治疗感染性心内膜炎的效果甚微,且易反复发作,尽管感染性心内膜炎的临床治疗水平不断提高。但多项研究^[4-7]显示,多数感染性心内膜炎患者的院外生存率及生活质量仍处于较低水平。基于此,本研究对我科收治的感染性心内膜炎手术患者作为研究对象,回顾性调查分析影响其术后生活质量的因素。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2019年1—12月本院收治的感染性心内膜炎手术患者101例为调查对象,纳入条件:符合改良版Duke的感染性心内膜炎诊断标准;均为首次手术;无沟通障碍者;术前意识清晰;对本研究知情且自愿参与。排除条件:既往有精神疾病史;患有严重焦虑抑郁症、自闭症;临床资料不齐且无法随访者。

1.2 调查内容与方法

通过问卷调查,收集患者的相关信息,内容包括年龄、性别、文化程度等,具体见表2。

1.3 生活质量评定

采用WHOQOL-100量表^[8]对患者的院外生活

质量进行评定,该量表包含生理、心理、独立性、社会关系、环境、精神支柱/宗教/个人信仰6个维度,各维度分别由4个条目组成,共有24个条目,总分为0~140分,结果分值越高,则表明患者的生活质量越好。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件,单因素分析中计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验或方差分析;多因素采用多元线性回归分析。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 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量现状

通过对101例感染性心内膜炎患者术后生活质量现状进行调查,结果显示,感染性心内膜炎手术患者术后生活质量总平均分为 89.12 ± 17.23 分,患者术后生活质量处于低下水平,见表1。

表1 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量现状 ($n=101$)

生活质量	条目数	平均分
生理维度	1~4	15.89 ± 4.59
心理维度	5~8	14.23 ± 3.24
独立性维度	9~12	16.38 ± 5.20
社会关系维度	13~16	15.54 ± 4.23
环境维度	17~20	13.52 ± 3.89
精神/宗教/信仰	21~24	16.86 ± 5.82
WHOQOL-100总分	24	89.12 ± 17.23

2.2 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的单因素分析

对感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的相
关影响因素进行单因素分析,结果显示,年龄、发

病时发热情况、术后营养水平、心功能分级、并发症、
疾病认知水平均为影响感染性心内膜炎手术患者院
外生活质量的相关因素 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的单因素分析 (分)

相关因素	类别	例数	生活质量评分	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
性别	男	56	90.28 ± 16.35	1.454	0.149
	女	45	85.36 ± 17.57		
年龄 (岁)	< 35	41	92.16 ± 18.29	6.475*	0.002
	36~	35	86.56 ± 13.62		
	51~	25	78.39 ± 10.45		
文化程度	初中以下	36	84.36 ± 11.25	1.579*	0.211
	高中	37	88.58 ± 16.29		
	大专以上	28	90.26 ± 13.59		
家庭月收入 (元)	≥ 3000	59	91.25 ± 18.39	1.046	0.298
	< 3000	42	87.52 ± 16.57		
婚姻情况	已婚	62	87.24 ± 15.38	0.157*	0.855
	未婚	25	88.52 ± 18.72		
	其他	14	89.76 ± 16.87		
瓣膜类型	自体瓣膜	49	88.21 ± 18.62	0.621	0.536
	人工瓣膜	52	90.56 ± 19.35		
发病时发热情况 (℃)	≥ 39	63	84.57 ± 19.84	2.130	0.036
	< 39	38	92.91 ± 17.68		
肾脏损伤程度	轻度	45	86.71 ± 15.39	0.210*	0.811
	中度	32	89.26 ± 17.56		
	重度	24	87.59 ± 19.26		
术后营养水平	缺乏	47	81.53 ± 17.63	4.105*	0.019
	正常	34	86.54 ± 21.59		
	良好	20	95.46 ± 12.59		
心功能分级	I 级	38	93.47 ± 15.67	5.312*	0.002
	II 级	29	89.27 ± 16.57		
	III 级	21	84.32 ± 19.28		
	IV 级	13	73.38 ± 11.59		
社会支持度	高	39	91.12 ± 19.52	0.706*	0.496
	中	22	87.35 ± 17.63		
	低	40	86.25 ± 18.64		
并发症	有	41	83.69 ± 17.67	2.570	0.012
	无	60	93.58 ± 19.84		
疾病认知水平	高	30	94.54 ± 17.25	5.444*	0.006
	中	28	86.46 ± 12.45		
	低	43	81.15 ± 19.34		

* 方差分析的 *F* 值。

2.3 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的多因素回归分析

多重线性回归分析结果显示,年龄、心功能分级、

疾病认知水平、并发症均为感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的独立影响因素 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 感染性心内膜炎手术患者术后生活质量的多重线性回归分析

分析因素	偏回归系数	SE	标准化回归系数	t 值	P 值
常数	263.497	573.093	-	0.460	0.649
年龄	0.054	0.015	0.168	3.711	0.001
心功能分级	0.990	0.435	0.117	2.275	0.031
疾病认知水平	0.012	0.006	0.100	2.072	0.048
并发症	1.627	0.168	0.633	9.682	0.000

3 讨论

感染性心内膜炎在风湿性、先天性心脏病人群中多发,其病情复杂,进展迅速,且院内的病死率高,术后生活质量主要指患者在手术治疗结束及出院后个体的自我主观评价,与患者的文化、社会环境密切相关。通过调查院外的生活质量,不仅可以充分掌握疾病对患者带来的躯体不适及对生活的影响,从而及时调整和指导疾病的治疗和护理^[13]。因此,提供积极合理的护理干预,改善患者的预后,提高其院外整体生活质量意义重大。

感染性心内膜炎一般以伴有心脏瓣膜病变为发病基础,在正常心瓣膜表面发生率较低,主要分布在心脏瓣膜和心脏内膜^[9],在感染性心内膜炎患者的心脏内膜或瓣膜表面,多伴有大小形状不一的血小板或纤维素团块等赘生物,其内含有大量的微生物及炎症细胞^[10]。现有的外科手术通常以彻底清除赘生物与消除炎症病灶,为患者延缓病原菌、毒素及免疫复合物对瓣膜的侵袭,并置换或修复机体受损的瓣膜,重建或疏通左心室的流出道以及矫正心内膜畸形等为主要治疗原则^[11],提高了患者的生存率。加之抗生素药物的发展以及治疗方式的增加,感染性心内膜炎患者的预后理应得到明显的改善,但据临床实践表明^[12],感染性心内膜炎患者的临床治愈率仍处于中等水平,并且多数患者术后仍出现相关并发症的风险,对患者的生活质量仍带来不利的影响。

年龄和疾病认知水平是可以预测人们在生理健康总分及机体受损预后的重要指标之一。患者的身

体活动、日常生活行为与心理情绪等因素均会受到年龄与疾病认知的影响^[14],年龄越大的患者,其生活质量较比年轻的患者明显低下,对疾病知识的掌握程度越好,生活质量水平越高。其原因在于住院期间均有专业的医护人员对其各方面进行指导和照顾,而出院后主要依靠自身或家属进行护理,年龄大与对疾病认知缺乏的患者出院后由于对疾病缺乏正确认知,可能意识不到积极配合治疗的重要性,使其对生活行为与作息缺少重视。加上年龄较大的患者其心功能的耐受能力也越差,较容易引起心功能再次损伤,导致病情复发,从而影响患者的整体生活质量。因此,对所有高中及以上老年患者发放健康宣教手册并以集中 PPT 讲座形式讲解感染性心内膜炎的危害、治疗意义及院外的相关事宜;对初中及以下患者发放图文并茂、通俗易懂的宣教手册,以一对一形式为其耐心讲解,以问答互动形式进行内容巩固;鼓励所有年轻的感染性心内膜炎手术患者利用私信及微信交流群在线问题咨询,全面提高患者的疾病认知度与生活质量。

心功能衰竭是感染性心内膜炎患者围术期乃至院外的主要致死因素,也是预测手术治疗预后效果和生活质量的独立因素。有研究认为^[15],随着感染性心内膜炎的病情发展,其瓣膜结构逐渐受损,使得主动脉瓣膜功能不全而增加心功能衰竭的风险。此外,病原菌与其他毒素侵袭瓣膜或其他心肌,亦会引起瓣膜脓肿或瓣膜反流,致使心律失常和心肌收缩能力下降^[16]。加上生活中护理不当,则还易引发充血性心力衰竭、肝脾肿大、胸痛、偏瘫等一系列并发症,严重影响患者的日常生活及健康。可

见心功能的损伤程度对抗菌治疗效果与预后有些直接的联系,而本次研究结果显示,心功能损伤程度越轻的患者,其术后的生活质量越好;心功能损伤程度越严重的患者,其生活质量与预后情况就越不理想。因此,术前应加强对感染性心内膜炎患者的心功能支持治疗,对于心功能不全或损伤的患者,及时给予利尿、强心等药物,以改善心功能;适当使用心肌营养药物增加心肌能量储备功能,适当补充白蛋白或新鲜血浆等输入支持,缓解心脏前后的负荷,促进心功能的改善,在患者病情允许的情况下,可待超声心电图结果理想后,再决定开展手术治疗;另外在术后应及时为其检测凝血酶原时间(PT)和国际标准化比值(INR),以利于及时调整抗凝药物的剂量,降低术后出血的风险。其次,术后继续使用大剂量的抗生素以防止感染复发风险,同时还应及时为患者补充钾镁等元素,重点防治心律失常,维持水电解质及酸碱的平衡。最后,术后应时刻注意患者的血压水平,避免心肌过度水肿与组织脆弱而引起瓣周漏,降低相关并发症风险,提高患者预后与生活质量。

综上所述,影响感染性心内膜炎患者术后生活质量的相关因素诸多,本研究分析发现,与患者年龄、心功能、并发症及疾病认知水平呈现相关性,因此,临床应针对以上因素为患者及时提供合理的治疗措施与护理干预,从而改善疾病预后,提高生活质量。

4 参考文献

- [1] 雷锐,李志.感染性心内膜炎患者临床特征与预后影响因素分析[J].医学信息,2018,31(8):94-95,98.
- [2] 邓明彬,廖斌,杨齐,等.先天性心脏病合并感染性心内膜炎的外科治疗[J].西南医科大学学报,2018,41(3):231-233.
- [3] 许环亲,郭照军,黄茂芹,等.感染性心内膜炎患者医院感染的病原学及相关因素探究[J].中华医院感染学杂志,2018,28(2):199-202.

- [4] 张英敏.感染性心内膜炎围治疗期综合护理干预的效果观察[J].中国医药指南,2020,18(31):219-220.
- [5] 赵菲菲,陆杨,叶慧,等.157例感染性心内膜炎患者的病原菌构成及临床特点分析[J].四川大学学报(医学版),2018,49(1):136-139.
- [6] 接丽莉,杨跃辉.感染性心内膜炎的分类及其药物治疗现状[J].中国临床药理学杂志,2018,34(19):2355-2358.
- [7] 邢燕姬,林海丽,王海珠,等.感染性心内膜炎老年患者的临床表现与死亡影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(19):2948-2952.
- [8] 黄敏,高伟,浦雪荣,等.冠心病心脏介入术患者心脏康复护理模式的建立及效果评价[J].安徽医学,2019,40(1):107-110.
- [9] 赵娟,李艳明,刘宁,等.感染性心内膜炎患者心脏赘生物培养病原菌分布及耐药性[J].中国感染控制杂志,2018,17(6):31-35.
- [10] 余春辉,胡雁南,邵鑫,等.感染性心内膜炎术后院内死亡危险因素分析[J].国际心血管病杂志,2018,45(5):296-300.
- [11] 喻丹.心脏瓣膜病术后声门下吸引技术在预防呼吸机相关性肺炎中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(8):62-64.
- [12] 陈宗辉,励峰,赵金龙,等.感染性心内膜炎手术危险因素分析[J].中国胸心血管外科临床杂志,2019,26(6):558-564.
- [13] 朱喜亮,有远兵,张杰.感染性心内膜炎并脑梗死患者手术时机的选择[J].中华实用诊断与治疗杂志,2019,33(3):235-238.
- [14] 宋晓娟.综合护理模式在急性感染性心内膜炎中的价值探讨[J].数理医药学杂志,2018,31(5):785-786.
- [15] 郑伟城,肖卫民.感染性心内膜炎相关脑卒中的危险因素及预后分析[J].广东医学,2018,39(18):73-76.
- [16] 于仲雪,白洋,杨军.超声心动图评价感染性心内膜炎累及二尖瓣-主动脉瓣纤维连结[J].中国临床影像学杂志,2020,31(1):45-48.

[2020-06-12 收稿]
(责任编辑 陈景景)

我国长期护理保险问题及对策研究状况

孙悦 陶月仙*

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.012

人口老龄化程度加剧已经成为一种全球化的现象。据测算,截至2018年底,我国65岁以上的人口超过1.58亿,占总人口的11.9%^[1]。预计到2050年,我国60岁以上人口将增至4.8亿人,其中80岁以上老年人将超过1亿^[2]。我国人口老龄化不仅体现在数量上,更体现在老龄人口的结构上。全国老龄委发布的《第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查成果》显示,中国部分或全部失能老人的数量飞速增长,达4063万人,占老年人口总数的18.3%^[3];人口快速老龄化和医疗技术的发展使得心血管疾病、恶性肿瘤等慢性疾病变成影响晚年生活质量和失能老人增加的主要原因;与此同时,家庭的日益小型化、女性就业结构职业化和护理费用逐年上涨也导致子女负担加重,最终导致建立长期护理保险制度的需求明显上升以分散未来社会风险^[4]。长期护理保险制度的出台,将为老龄化社会提供更完善的公共保障。随着长期护理保险制度的试点,关于其运行模式、筹资机制、参与意愿、护理服务等方面学者都进行了许多研究,在不断探索中推进了长期护理保险制度的发展,但实施效果有待商榷。本文针对试点地区长期护理保险制度的护理服务实践问题进行综述,力图为长期护理保险制度的有效实施提供有益参考。

1 我国长期护理保险制度的发展历程

长期护理保险又称为社保“第六险”,它是指因为年老、意外伤残或疾病等导致身体上的某些功能全部或部分丧失而失去了日常生活自理能力,需要接受他人的长期护理服务或者提供护理费用的保险^[5]。

21世纪初,我国长期护理保险还处在萌芽阶段,商业性的长期护理保险开始出现。对比国外长期护理保险的发展进程,尽管我国的商业护理保险起步较晚,但随着我国经济的飞速发展和老龄人口的健

康问题逐渐得到政府的重视,社会性的长期护理保险已经快速发展起来了。2016年6月,人力资源和社会保障部印发《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》,提出了开展长期护理保险制度试点工作的原则性要求,并明确规定了河北省承德市等15个城市作为试点城市开展长期护理保险试点,这标志着国家层面推进全民护理保险制度建设与发展的启动。2020年9月,国家医保局会同财政部印发的《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》(下称《意见》)公布,长期护理保险制度试点城市名单中新增北京市石景山区等14个试点城市和地区,将试点范围扩充为49个城市。相较2016年发布的文件,除了试点范围扩大,《意见》更提出了新的目标,通过两年左右的时间,进一步探索和完善长期护理保险运行机制,争取在“十四五”期间基本形成适应经济发展水平和老龄化发展缺失的长期护理保险制度政策框架,从而有效缓解人口老龄化对我国社会经济发展产生的冲击与影响。相关数据表明,长期护理保险制度在此前试点推行的过程中,已经给许多家庭带来了实惠^[6],但各地在分级标准和服务内容等方面还未形成统一的制度框架,需要进一步完善。

2 长期护理保险服务的发展瓶颈

2.1 长期护理等级划分缺乏统一制度

我国目前关于长期护理保险的相关法律主要针对的是商业保险模式,缺乏社会保险模式下的相关法规,在护理服务涵盖对象、失能等级评估评级、护理服务频率和时间等方面存在漏洞和空白,缺乏普遍化、个性化和具有时效性的弹性机制。德国、韩国、日本等国都对护理等级有一些明确的规范(见表1)。德国长期护理保险使用ADLs和IADLs为工具对被评估者进行测试,根据其所需的护理程度将长期护理等级分为三级,针对每一级别的老人制定了相应的护理标准^[7]。日本主要从日常活动、运动与平衡、人际交流与行为问题等7个维度进行评价,换算出介护认定时间,以此确定护理等级,

作者单位:311121 浙江省杭州市,杭州师范大学医学部

* 通讯作者

包括 2 个要支援服务的等级和 5 个要介护服务的等级，针对不同级别的照护对象提供详细的护理服务内容^[8-9]。韩国的护理等级是以身体功能、认知功能和肢体活动等 5 个领域的综合认定分数为标准分为 5 个等级^[10]。上海、青岛、长春、南通作为我国第一批试点城市，这四个城市的长期护理保险分级标准已经相对完善，但仍然存在一定的问题。上海市的分级标准划分明确，评估工具具有自主创新性，但在自理能力维度缺乏细化的标准^[11]。青岛市的评

估领域较为全面，但只有评估等级为三、四、五级的失能老年人可以申请相应的护理服务，导致一部分有潜在失能隐患的老年人无法第一时间获得相应的护理服务^[12]。长春市和南通市在评估工具方面比较守旧单一，缺乏规范化、多元化的分级标准^[13]。尚未统一的分级划分依据、评估工具、护理服务标准等问题，会引发实物给付的模糊和争议，继而引起后续失能老人对服务效果评价的不准确。

表 1 德国、韩国、日本的护理分级标准

国家	护理等级	认定标准	等级状态
德国护理分级	等级 1	照护时间 ≥ 90 min	卫生护理、营养膳食与个人移动协助 (ADLs) 中多个项目每天至少进行 1 次协助; 每周提供多次家务协助 (IADLs)
	等级 2	照护时间 ≥ 3 h	多个 ADLs 项目每天至少进行 3 次协助; 每周提供多次 IADL
	等级 3	照护时间 ≥ 5 h	多个 ADLs 项目需 24 h 协助; 每周提供多次 IADLs
日本护理分级	要支援 1	支援时间 25~32 min	能完成日常生活基本动作, 工具性日常生活能力受限, 需要部分帮助
	要支援 2	支援时间 32~50 min	工具性日常生活能力比支援状态 1 低下, 需要帮助
	要介护 1	介护时间 32~50 min	工具性日常动作比支援状态 2 低下, 需要部分介护
	要介护 2	介护时间 50~70 min	比介护状态 1 严重, 日常生活动作需要部分介护
	要介护 3	介护时间 70~90 min	日常生活动作和工具性日常生活都显著低下, 需要全面介护
	要介护 4	介护时间 90~110 min	比介护状态 3 严重, 没有介护维持日常生活有困难
	要介护 5	介护时间 >110 min	比介护状态 4 严重, 没有介护不能维持日常生活
韩国护理分级	等级 1 (最重症)	分数 >95 分	基本卧床, 身心功能障碍, 日常生活完全需要他人帮助
	等级 2 (重症)	分数 76~95 分	身心功能有障碍, 日常生活中大部分需要他人帮助
	等级 3 (中等)	分数 61~75 分	身心功能部分有障碍, 日常生活中部分受他人帮助, 做家务或其他活动时需要他人帮助
	等级 4*	分数 51~60 分	日常生活特定部分需要他人帮助
	特殊等级*	分数 45~50 分	痴呆患者

资料来源: 德国长期照护保险法, 2008; 日本厚生劳动省, 《厚生白書》部分; 韩国保健社会研究院, 《老年长期护理保险制度第二次示范事业评估》, 2007。*2014 年 7 月增设的等级。

2.2 长期护理服务项目规范化程度不够

老年人护理需求与服务形式之间一直是供不应求的关系。今年 9 月国家医保局、财政部关于扩大长期护理保险制度试点的《意见》提出, 要“从职工基本医疗保险参保人群起步, 重点解决重度失能人员基本护理保障需求。有条件的地方可随试点深

入, 逐步扩大参保对象范围, 调整保障范围”, 明确了护理对象和护理范围, 但对服务内容未进行明确界定, 使得各试点制度功能定位不统一。王群等^[14]指出大部分的试点城市只是简单地列出服务项目, 没有提出相应的服务标准; 相比较而言, 广州和上海的服务内容陈述的最全面, 提出了服务的时间、

频次和操作要求。南通市开展长期护理保险较晚, 在市场化进程和经验方面都有所欠缺, 护理服务供给总量和结构与青岛市相比存在一定的差距^[15]。在石景山长期护理保险试点方案中, 并未对具体护理项目做出详细说明, 护理服务的随意性大, 容易造成服务差异化^[16]。制定规范的、相对统一的长期护理项目内容, 有利于推动护理服务行业的可持续发展。有研究表明, 大部分的病症是不一定要在医院治疗的, 只有1/10的疾病需要去大医院才能诊治^[17]。所以如果能够充分发挥居家养老的预防性护理功能和基本照护功能, 对于医院和个人会实现双赢的局面。国际经验也表明, 预防性照护、康复护理和心理护理项目是发达国家长期护理服务项目的重要组成部分^[18]。卢婷研究指出^[19], 重庆等地仅提供基本生活照料, 而康复训练、健康保健、营养指导等服务项目长期缺失。这种单一服务内容有待于当下所倡导的积极老龄化和健康老龄化理念。

2.3 服务供给主体缺乏

养老护理机构和医疗护理机构是长期护理服务的基石, 如果没有这些机构提供基础硬件设施或者远远供不应求, 那么作为实物给付方式的护理服务将无法实现。据统计, 我国目前约有9%的老年人需要长期照护, 那么预计到2050年全国将有0.4亿以上的老年人需要长期照护^[20]。截至2019年底, 全国共有注册登记的养老机构3.4万个, 比去年增长19.9%^[21]。虽然我国的养老产业一直都在发展, 但目前专门为老年人提供服务的设施严重不足, 养老机构的床位缺口还很大。依据国外经验, 民营机构的参与是养老服务产业的一大特色。美国的非营利性的社区老年服务组织早在20世纪末就达到了150多万个, 政府大力培育这类组织来承担居家老人的生活照料和医疗保健等方面的社会事务^[22]。不同于经济体高度发达的欧洲国家, 中国社会缺乏非营利性的社会第三方组织, 除了政策支持力度不够, 民办养老机构发展“步履维艰”的原因外, 我国大部分民营机构的服务能力还没有达到《社会养老服务体系建设规划》所提出的“机构养老服务要为人住老人提供生活照料、康复护理、紧急救援等多项服务”的要求; 中小型规模的机构在硬件设施简陋; 对于老人采用统一的服务内容与时间, 未考虑到个体差异; 监督和质量评估体系不完善等^[23-25]。这些现状意味着我国的民营养老护理机构的发展之路任重道远。

结合我国“十四五规划”的要求和国外养老服务经验, 为避免机构化使老年人丧失自主性, 强调

就地老化原则, 鼓励形成居家社区机构相融合、医养康养相结合的养老服务体系。有研究表明, 社区养老老年人生存质量显著优于机构养老老年人, 可能与老年人远离熟悉的生活环境有关^[26]。但赵楠等^[27]的研究认为, 机构养老老人在生活活力与生活质量方面优于居家养老老人, 考虑与机构内的活动项目更丰富有关^[28]。由此可以看出, 机构养老和社区养老各有利弊。社区养老的本质是给居家养老和机构养老一个结合过渡的平台, 更能满足老年人的实际需求, 所以政府也应该重视社区养老建设。

2.4 养老护理人力资源问题

根据邓靖等^[29]的数据, 在护理员群体中, 初中以下文化的占83.8%; 41~50岁的占44.2%; 从事年限为1~3年的占27.6%, 因此养老护理人员存在年龄偏大、文化程度低的情况。护理人员是长护险实物给付的载体, 调查表明, 只有一小部分人享受到了长期护理保险所提供的待遇, 大部分护理机构都存在护理人员十分紧缺的问题, 目前长期护理保险机构的护理人员流动率为45%~75%, 普遍高于医院^[30]。失能老人的居住地点比较分散, 护理时间较为随机, 既要满足失能老人关于医疗护理方面的需求, 也要满足老人的生活照顾需求, 所以对于护理人员的要求相对较高。有研究表明, 年龄越小, 尤其是无子女的护士, 她们更容易出现职业倦怠感, 不仅会出现负性态度和行为, 还会影响护理质量^[31-32]。与护士相同, 养老护理员也存在较强的离职意愿^[33-34], 且与职业倦怠呈正相关。所以随着养老市场的不断扩大, 作为养老护理主力军的年轻护士应该受到更多的专业培训和支撑, 避免人才的流失。

3 长期护理保险制度下提高护理服务质量的发展对策

3.1 规范长期护理服务内容

总结国内外经验, 我国的长期护理保险制度必将是渐进性发展的。在服务内容方面, 要充分考虑护理对象的需求, 适度扩大长期护理保险的服务内容, 关注到失能老人在情感上、精神上、心理上的需求。在“互联网+”的时代, 充分利用微信等网络平台可提高照护者的护理能力^[35], 有条件的地区可通过智能机器人、远程监控与通话技术等科技优势提高老人的活动安全性和满足其社交联络的需要^[38]。在服务等级划分方面, 除了根据照护时间和功能状态划分之外, 还应将服务内容归入服务分级管理, 精准划分服务对象, 建立符合我国现实情况

的一体化分级管理服务链。此外,还需强化护理功能定位,厘清与医疗保险的界线,以免之后会加重基金缠绕,增加支出赤字的风险。除了国家应制定出全国统一的规章制度和标准外,商业保险公司也应该从自身出发,不断创新和完善护理保险产品的设计与服务,更好地满足参保老人的各项需求。

3.2 优化养老护理人员的培养机制

在完善老年护理服务体系的过程中,提高长期护理人员的照护能力是关键。首先,政府部门可以设定一系列有吸引力的职业发展规划,鼓励机构和中高等院校开展合作,建立职高、大专、本科各层面的养老护理人员以及养老管理人员的培养体系,开展老年护理志愿培训课程,引导营养学和心理学等专业的人才进入护理行业,同时发展专业护理人员和非正式护理人员,形成科学的培养体系,以满足不同需求的长期护理。其次,改善护理人员的工作环境等硬件设施是降低职业倦怠感、提升长期护理服务质量的重要条件^[37-38],建议相关机构合理配置食堂、康复室、医务室等功能室。最后,应加快形成合理的薪酬体系,规范持证上岗,稳定和壮大长期护理人员的队伍,减少人才的流失。

3.3 完善长期护理保险的顶层设计

目前,我国长期护理保险制度只有试点文件,法律文件还未正式出台。在长期护理保险发展初期,商业保险的运营模式由于高昂的保费渗透力不足,社会保险的运营模式更能够被大众所接受。建议政府采用社会性保险为主,商业性保险为辅,公私合作的方式为经济困难的高龄失能老人建立护理津贴制度,按照失能程度提供个性化的补贴,并且能够根据老人病情动态、政府的财政能力、社会的经济基础等变化实施动态管理机制,不断调整津贴水平。政府在做好顶层设计的同时应加大长期护理保险政策的宣传力度,提高人们对失能风险的认识,普及护理保险知识,利用其公信力减少居民对长期护理保险制度的抵触情绪,提高民众参保率并逐步调整发展战略,最后能够普惠人民,形成良性循环。

3.4 建立“居家社区机构三位一体”养老服务体系

积极构建以居家为基础、社区为依托、机构为补充、医养相结合的养老服务体系是我国养老体系建设规划的要求。居家养老离不开社区养老,社区养老的根本目的是服务于居家养老,它为居家养老提供必要的依托和辅助;而机构养老是居家养老的支撑,它应该是在居家服务和社区服务无法实现老人的基本需求时提供的特殊服务补充。养老服务应

该根据老年人的健康状况和需求寻求个性化的医疗护理资源,实现资源的合理配置与利用^[39]。首先,社区养老服务除了满足基本的生活照护之外,还应该满足老年人运动和娱乐的需求,鼓励他们进行自我护理和管理,形成自助、互助和公助相结合的社区养老环境;其次,政府可以制定合理的优惠政策,放宽民营机构的准入标准,委托或鼓励有资质的民间机构来丰富老年护理服务体系,也要因地制宜,建设不同等级的养老机构,实现均衡发展;再次,要积极引入监管机制,建议采用随机抽查和定期检查相结合的方式加强对护理行为、护理服务效果和护理费用使用的监管,发现问题及时调整;最后,各部门之间要建设互联互通的信息网络,用更加智能化的医疗设备方便对老人的心跳、血压等进行实时记录,并在网络平台上为每位失能老人建立电子档案,实现各个养老机构、医院和社区间的信息共享,增强患者看病延续性以及促进护理资源的合理配置。

4 参考文献

- [1] 迟福林.以结构性改革破解老龄化矛盾 需要在“建制度、保基础、严监管”的同时,有效发挥社会与企业作用[J].财经界,2019,512(5):36-38.
- [2] 毛佩瑾.新时代我国养老服务体系创新发展研究[J].行政管理改革,2019,11(11):63-70.
- [3] 民政部.三部门发布第四次中国城乡老年人生活状况抽样调查成果[EB/OL].(2016-10-09)[2020-10-08].<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201610/20161000001974.shtml>.
- [4] 王维,唐幼纯,武学慧.上海市长期护理保险制度需求影响系统结构分析[J].改革与战略,2011,27(1):33-35,73.
- [5] 吕学静.日本长期护理保险制度最新改革的启示[J].中国人力资源社会保障,2016,(4):23-25.
- [6] 杨菊华,王苏苏,杜声红.中国长期照护保险制度的地区比较与思考[J].中国卫生政策研究,2018,11(4):1-7.
- [7] 杨成洲,余璇.德国长期照护保险制度:缘起、规划、成效与反思[J].中国卫生政策研究,2015,8(7):36-42.
- [8] Olivares-Tirado P, Tamiya N. Development of the Long-Term Care Insurance System in Japan[M]// Trends and Factors in Japan's Long-Term Care Insurance System. Springer Netherlands, 2014:15-42.
- [9] 刘昌平,毛婷.长期护理保险制度模式比较研究[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2016,46(6):112-119.
- [10] 林宝.对中国长期护理保险制度模式的初步思考[J].老龄科学研究,2015,3(5):13-21.

- [11] 李雨轩,李洪峰.我国长期护理保险制度试点城市护理分级标准比较分析[J].全科护理,2019,17(18):2189-2192.
- [12] 高玉芳,张学长,粘文君,等.青岛长期护理保险实施现状与思考[J].中国护理管理,2018,18(5):581-586.
- [13] 雷鹏,吴擢春.我国长期照护制度建设现状与思考——基于青岛、南通和长春的实践探索[J].中国医疗保险,2016,89(2):23-26.
- [14] 王群,汤未,曹慧媛.我国长期护理保险试点方案服务项目的比较研究[J].卫生经济研究,2018,379(11):38-42.
- [15] 杨桂彬,谢宏忠.我国长期护理保险制度试点服务项目的比较分析——基于上海、南通、青岛三个城市的比较[J].西安建筑科技大学学报(社会科学版),2020,39(3):35-41,71.
- [16] 孙洁,孙跃跃.长期护理保险扩大试点的瓶颈与政策建议——基于北京石景山的试点经验[J].卫生经济研究,2020,37(5):35-38.
- [17] 维克托·R.福克斯.谁将生存?健康、经济学和社会选择[M].上海:上海人民出版社,2000:1-288.
- [18] 周加艳,沈勤.日本长期护理保险2005—2017年改革述评与启示[J].社会保障研究,2017(4):101-112.
- [19] 卢婷.我国长期护理保险发展现状与思考——基于全国15个城市的实践[J].中国卫生事业管理,2019,36(1):23-28.
- [20] 朱浩.赋权和自我独立:中国老年社会工作的目标、策略及其政策反思[J].中国农业大学学报(社会科学版),2019,36(6):75-84.
- [21] 民政部.2019年民政事业发展统计公报[EB/OL].(2020-09-08)[2020-10-08].<http://www.mca.gov.cn/www2017/file/202009/1601261242921.html>.
- [22] 黎熙元,童晓频.社区建设:理念,实践与模式比较[M].上海:商务印书馆,2006:47.
- [23] 梁祝昕,陈涛.民营养老机构服务质量现状分析与完善——基于RATER指数的视角[J].中国老年学杂志,2014,34(7):2014-2015.
- [24] 王凤,叶国英,徐萍,沈开忠,赵春阳.宁波市养老机构养老护理员培训现状及需求[J].中国老年学杂志,2018,38(18):4555-4557.
- [25] 王军强.北京市中心城区机构养老服务[J].中国老年学杂志,2018,38(19):4786-4789.
- [26] 杨士来,杨贵芳,肖惠敏.机构养老和社区养老老年人生活生存质量比较[J].中国老年学杂志,2016,36(18):4598-4600.
- [27] 赵楠,景鹏宇.不同养老模式下老年人健康状况分析[J].山西医药杂志,2015,44(7):821-823.
- [28] 刘伟,于连科,杨守红.镇江市家庭养老与老年公寓养老生存质量比较[J].中国老年学杂志,2008,28(2):167-168.
- [29] 邓靖,黄桃,彭美华.成都市长期照护保险定点照护机构发展困境研究[J].卫生经济研究,2020,37(6):62-64,67.
- [30] 周岚,章雅青,王琳.长期照护机构护士离职意愿影响因素的研究进展[J].解放军护理杂志,2018,35(3):31-34.
- [31] 尹亚妮,李新影.养老机构护理人员职业倦怠现状及相关因素分析[J].中国护理管理,2020,20(2):215-221.
- [32] Lwi Sandy J, Ford Brett Q, Casey James J, et al. Poor caregiver mental health predicts mortality of patients with neurodegenerative disease. [J]. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2017, 114(28):7319-7324.
- [33] 吴文辉,饶艳,陈联,等.杭州市养老护理员离职意愿与心理资本及职业倦怠的关系研究[J].中国卫生事业管理,2018,35(9):697-700.
- [34] 田义华,赵庆华,肖明朝.重庆市养老机构护理员工作认知与离职意愿的相关性研究[J].中华护理杂志,2013,48(7):612-614.
- [35] 俞红丽,王敏凤,林卫,等.长期护理保险制度下应用微信平台改善老年脑卒中病人家庭照顾者照护能力的效果[J].护理研究,2020,34(7):1246-1249.
- [36] Donofrio G, Sancario D, Raciti M, et al. MARIO Project: validation and evidence of service robots for older people with dementia [J]. J Alzheimers Dis, 2019, 68(4):1587-1601.
- [37] 赵春江,孙金霞.日本长期护理保险制度改革及启示[J].人口学刊,2018,40(1):79-89.
- [38] Chamberlain SA, Gruneir A, Hoben M, et al. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: a cross-sectional survey of care aides in Western Canada. International Journal of Nursing Studies, 2017, 71(6):60-69.
- [39] 唐钧.“十三五”需要什么样的老年服务机构[J].中国党政干部论坛,2015(10):76-77.

[2021-02-19 收稿]

(责任编辑 刘学英)

髋关节置换术后患者功能锻炼依从性的研究进展

侯晨霞 陈彦玲* 黄威威 崔金燕

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.013

髋关节置换术(THR)是指用人工材料做成的假体替换病变的髋关节,以移除病变,减轻大多数患者的疼痛并改善其功能的一种治疗方法^[1-2]。目前该技术已经成熟,但仍存在假体脱位、假体周围感染、下肢深静脉血栓等并发症。研究^[3]表明,有效的功能锻炼有利于THR术后患者关节功能恢复,预防并发症的发生。有调查^[4-5]发现,THR术后患者功能锻炼依从性差,康复状况不乐观。依从性是个人行为与医疗或健康建议的一致程度^[6],是一个活跃的、有目的的、负责任的过程,它依赖于患者的承诺和医生的目标一致。缺乏依从性将会导致THR术后患者关节功能障碍,病程延长,严重影响患者的治疗、预后,浪费不必要的卫生资源。为提高患者功能锻炼依从性,本文就THR术后患者功能锻炼依从性的研究进展进行综述。

1 评价方法

对于THR术后患者下肢功能锻炼的依从性,目前多采用客观指标、医务人员评价或患者自我报告来评价患者功能锻炼的依从性^[7-9],客观指标包括髋关节活动度、步态分析、6 min步行测试、爬楼梯测试、骨关节炎等相关并发症的发生情况。主观测量有Tegner评分、Baecke问卷、Harris髋关节评分等;客观测量采用加速度计、测力仪等^[10-11]。通过医务人员的定期监督和远程指导获取患者的运动记录或自我报告,对患者的功能锻炼依从性进行评价^[12-14]。而国内关于患者远程指导和患者自我报告的研究较少,可能受到患者接受程度、经济条件和地域等因素的限制。上述评价方法虽然可以了解到患者功能锻炼的效果,但由于疾病本身及相关并发症对评价方法的影响,可能使研究结果受到一定的影响。

THR术后患者功能锻炼依从性评价方法分为:

①完全依从,即患者按时按量锻炼完成指定动作;

②部分依从,即患者家属或医务人员督促完成所要求的动作;③不依从,即患者自愿减少指定的动作或不活动。甘玉云等^[15]采用自制问卷对THR术后患者功能锻炼的依从性进行评估。共10个项目,每项按0~5分评,部分项目为逆行评分,评分越高,患者依从性越好。问卷的效度为0.89,Cronbach's系数为0.79。该问卷项目数量适中,操作性好,适合在THR人群中使用。李信欣等^[16]使用自制的依从性问卷调查THR术后患者功能锻炼的依从性。问卷内容包括:身体锻炼依从性维度,运动监测依从性维度,主动咨询建议依从性维度,当应用于该人群时,效度为0.92,Cronbach's系数为0.82。

2 研究现状

Thomas等^[17]使用加速计测量患者对功能锻炼的依从性程度,结果显示,患者依从性几乎没有明显变化,这可能与患者久坐的生活方式难以改变有关。Robert等^[18]对653名参与者采用问卷方式调查患者康复训练依从性,参与者依从性只有67%。在英国的一项队列研究中,采用EPIC身体活动问卷调查THR术后患者功能锻炼的依从性,结果显示,参与者锻炼依从性没有增加,在某些情况下反而下降^[19]。周娟^[20]对THR术后患者的功能锻炼进行了“完全性依从、部分性依从和不依从性”三个层次的评价,结果显示,完全性依从者仅为34%。采用上述评价方法调查该人群术后功能锻炼的依从性,结果显示依从性30%~60%^[21-22]。由于上述研究纳入的样本量较少,问卷的信度和效度未见报道,该研究结果的可靠性有待进一步讨论。

3 影响因素

3.1 不可干预因素

(1)年龄:年龄是患者术后功能锻炼依从性的重要影响因素之一,THR术后患者多为老年人口,>70岁是功能锻炼依从性的最佳预测因子^[5],参与者年龄越小锻炼依从性水平越高^[18]。分析原因可能与患者对康复的心理预期有关,年龄越大越容易接受较差的结果,而年龄越小越愿意以积极的态度面

作者单位:010110 内蒙古自治区呼和浩特市,内蒙古医科大学研究生学院(侯晨霞,崔金燕),内蒙古医科大学附属医院(陈彦玲,黄威威)

*通讯作者

对疾病。

(2) 性别: 性别与 THR 术后锻炼依从性无统计学差异^[16]。男性的锻炼依从性高于女性^[18], 女性是功能锻炼依从性受限的预测因子^[23], 研究结论的差别可能与源地域文化、样本量较少, 研究设计的不同等相关。

(3) 体质指数 (BMI): THR 术后患者体质指数越低预示患者功能锻炼依从性越好^[18]。BMI 是 THR 术后患者功能锻炼依从性受限的显著预测因子^[23]。原因可能与患者体质越重, 活动上受限程度较大, 锻炼依从性越差。

(4) 文化程度: AE 等^[13]对 THR 术后患者功能锻炼依从性进行干预性研究, 结果显示, 干预期间患者锻炼依从性为 75.8%, 在缺乏监督时依从性下降到 62.4%, 出现这种现象可能与参与者受教育程度有关。司祺等^[24]研究显示, 受教育水平越高, 患者依从性越好。其原因可能是受教育程度越高的患者重视康复运动, 其功能运动知识越丰富, 运动依从性越好^[22]。

(5) 经济状况: 李信欣等^[16]研究显示, 来自高收入家庭的患者比来自低收入家庭的患者在运动依从性方面表现的更好。原因可能与低收入家庭患者回家后更关心家庭的生计和债务, 忽视了功能锻炼的重要性。

3.2 可干预因素

(1) 自我效能感: 广义的自我效能感是一种缓冲痛苦体验的信念资源因素, 体现在患者对康复运动的可控制性上。患者自我效能感越高, 其髋关节功恢复越好^[25]。在挪威地区 223 名 THR 术后患者的前瞻性多中心研究结果也表明, 自我效能感可以预测患者术后肢体康复状况^[26]。

(2) 心理状态: THR 患者一般年龄偏大, 患者出院后, 由于下肢功能恢复不足, 自我照顾能力差, 害怕影响家人, 在康复运动中容易产生焦虑、抑郁等不健康的心理问题。THR 术后患者功能锻炼后焦虑和抑郁自评量表总分与 Harris 评分呈显著负相关, 且相关程度随着时间增加而增加, 患者的心理状态严重影响其锻炼依从性^[27]。因此, 在康复运动过程中, 需要随时关注患者的心理状态, 给予干预措施, 以减轻患者的心理不适, 提高其锻炼依从性。

(3) 社会支持: 是指一个人在其所处的环境中能够应对生活中的生理和心理压力的资源^[28]。它是 THR 术后患者最具潜力的功能锻炼资源。Espen 等^[26]在 THR 治疗患者的研究显示, 社会支持可以预测患者的预后。THR 术后患者的锻炼依从性与社会支持

呈正相关, 当患者自感健康受到威胁时可寻求帮助就越多, 锻炼依从性就越好^[29]。因此, 在整个康复过程中应充分利用有效的资源。

综上所述, 本文总结了 THR 术后患者锻炼依从性的定义、评价方法、研究现状及影响因素。早期功能锻炼的益处已被证实, 但由于多种原因, 导致患者运动依从性不佳。国内多数研究采用自制调查表来评估患者的锻炼依从性, 但多数未阐述其信效度, 因此, 不能客观地反映患者的依从性。目前, 国内对 THR 术后患者功能锻炼依从性影响因素的研究还存在一些不足, 如缺乏对影响因素的预测研究; 对性别、BMI 因素的研究较少。原因可能与研究设计的不完善, 样本量较小、潜在影响因素的回归分析较少有关。在未来的研究中, 可以通过改进研究设计, 扩大样本容量、采用结构方程模型等方法来验证或消除潜在的因素。医务人员在临床工作中可以从影响患者功能锻炼依从性的相关因素入手, 对患者实施干预, 如利用网络平台和多团队合作为出院后居家患者制订系统的康复训练计划, 健康宣教、心理咨询, 提高患者的自我效能感, 从而提高其康复锻炼依从性。

4 参考文献

- [1] Ninomiya James T, Dean John C, Incavo Stephen J. What's New in Hip Replacement. [J]. The Journal of bone and joint surgery, 2017, 99(18): 1591-1596.
- [2] Klugarova J, Klugar M, Mareckova J, et al. The effectiveness of inpatient physical therapy compared to outpatient physical therapy in older adults after total hip replacement in the post-discharge period: a systematic review [J]. JBI Database System Rev Implement Rep, 2016, 14(1): 174-209.
- [3] Dorsey J, Bradshaw M. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Lower-Extremity Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review [J]. Am J Occup Ther, 2017, 71(1): 1-11.
- [4] 陈晓玲, 黄天雯, 刘巧梨, 等. 日记式康复指导对髋关节置换术后患者功能锻炼依从性的影响 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(20): 8-10.
- [5] Oosting E, Hoogbeem TJ, Appelman-de Vries SA, et al. Preoperative prediction of inpatient recovery of function after total hip arthroplasty using performance-based tests: a prospective cohort study [J]. Disability and Rehabilitation, 2016, 38(13): 1243-1249.
- [6] H.L. Ormel, G.G.F. Schoot, W.J. Sluiter, et al. Predictors of adherence to exercise interventions during and after cancer treatment: A systematic review [J]. Psycho -

- Oncology,2018,27(3):713-724.
- [7] George RH Lee,James R Berstock,Michael R Whitehouse,et al.Recall and patient perceptions of hip precautions 6 weeks after total hip arthroplasty[J].Acta Orthopaedica,2017,88(5):496-499.
- [8] Winther Siri B,Foss Olav A,Husby Otto S,et al.A randomized controlled trial on maximal strength training in 60 patients undergoing total hip arthroplasty[J]. Acta Orthopaedica,2018,89(3):295-301.
- [9] Hoogland J,Wijnen A,Munsterman T,et al.Feasibility and Patient Experience of a Home-Based Rehabilitation Program Driven by a Tablet App and Mobility Monitoring for Patients After a Total Hip Arthroplasty[J].JMIR mHealth and uHealth,2019,7(1):e10342.
- [10] Kristi E Heiberg,Wender Figved.Physical Functioning and Prediction of Physical Activity After Total Hip Arthroplasty: Five-Year Follow up of a Randomized Controlled Trial[J].Arthritis care & research,2016,68(4):454-462.
- [11] Hawke LJ, Shields N, Dowsey MM, et al. Physical activity levels after hip and knee joint replacement surgery: an observational study[J].Clinical rheumatology, 2019,38(3):665-674.
- [12] Sabrina Grant, Blom AW, Whitehouse MR, et al. Using home sensing technology to assess outcome and recovery after hip and knee replacement in the UK: the HEmiSPHERE study protocol[J].Bmj open,2018,8(7):e21862.
- [13] Geraedts Hilde AE,Zijlstra Wiebren,Zhang Wei,et al.A Home-Based Exercise Program Driven by Tablet Application and Mobility Monitoring for Frail Older Adults:Feasibility and Practical Implications[J]. Preventing chronic disease, 2017,2(14):E12.
- [14] Nelson M, Bourke M, Crossley K, et al. Telerehabilitation is non-inferior to usual care following total hip replacement—a randomized controlled non-inferiority trial[J].Physiotherapy,2019,107(10):19-27.
- [15] 甘玉云,李伦兰,代极静,等.电话干预对人工髋关节置换术后患者出院后功能锻炼依从性的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(18):1392-1395.
- [16] 李信欣,吕启圆,李江圳,等.髋关节置换术后患者锻炼自我效能对院外功能锻炼依从性的影响研究[J].中国护理管理,2019,19(9):1371-1375.
- [17] Hammett T, Simonian A, Austin M, et al. Changes in Physical Activity After Total Hip or Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Six-and Twelve-Month Outcomes[J].Arthritis Care & Research, 2018,70(6):892-901.
- [18] Robert Wagenmakers,Stevens Martin,Groothoff JW,et al.Physical activity behavior of patients 1 year after primary total hip arthroplasty:a prospective multicenter cohort study[J].Physical Therapy,2011,91(3):373-380.
- [19] Toby Smith,Withers Thomas,Luben Robert,et al.Changes in physical activity following total hip or knee arthroplasty:a matched case-control study from the EPIC-Norfolk cohort[J].Clinical Rehabilitation,2017,31(11):1548-1557.
- [20] 周娟.延续性康复护理对老年骨折病人出院后康复锻炼依从性、跌倒风险事件及日常生活能力的影响[J].护理研究,2020,34(24):4491-4493.
- [21] 杜静静,杨慧敏,赵丹.髋关节置换术后患者不同阶段院外功能锻炼依从性与健康信念的动态变化及其相关性[J].齐鲁护理杂志,2020,26(22):4-7.
- [22] 代淑影,曹亚君,吴志萍,等.协同护理团队干预对老年骨质疏松性髋关节置换术患者术后锻炼依从性及生活质量的影响[J].当代护士(上旬刊),2020,27(7):5.
- [23] Meessen JM,Peter WF,Wolterbeek R,et al.Patients who underwent total hip or knee arthroplasty are more physically active than the general Dutch population [J].Rheumatology International,2017,37(2):219-227.
- [24] 司祺,赵岩,李颂,等.髋关节置换术后功能锻炼依从性的分析[J].医学临床研究,2017,34(2):352-354.
- [25] 刘雨研,陈娜娜,朱红燕.同伴教育对髋关节置换术患者自我效能及康复效果的影响[J].医学临床研究,2019,36(12):2478-2480.
- [26] Espen-Andreas Brembo,Kapstad Heidi,Van Dulmen Sandra,et al.Role of self-efficacy and social support in short-term recovery after total hip replacement:a prospective cohort study[J].Health and Quality of Life Outcomes, 2017,15(1):68.
- [27] 李乐翔,袁伟,刘宁,等.全髋关节置换术后焦虑抑郁与功能锻炼情况的相关研究[J].中华骨与关节外科杂志,2017,10(2):126-131.
- [28] Klassen RM,Klassen JRL.Self-efficacy beliefs of medical students:a critical review[J].Perspect Med Educ,2018,7(2):76-82.
- [29] 李信欣,吕启圆,李江圳,等.髋关节置换术后患者院外功能锻炼依从性与健康信念的纵向研究[J].中华护理杂志,2019,54(8):1180-1184.

[2020-06-19 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

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

张晓艳 宋志红* 许芸

【摘要】 目的 探讨家庭赋权结合云随访在慢性心力衰竭患者居家容量管理中的作用及效果。方法 选择2018年3月—2020年10月医院收治的90例慢性心力衰竭患者为研究对象,按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上增加家庭赋权及出院后云随访。对比两组干预前后的容量管理措施依从性、生活质量、护理满意度。结果 干预前两组患者容量管理措施依从性及生活质量评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组容量管理措施依从性与各项生活质量评分均高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意度高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对慢性心力衰竭患者实施家庭赋权结合云随访可以提高患者容量管理措施依从性、生活质量及护理满意度。

【关键词】 慢性心力衰竭;容量管理;家庭赋权;云随访;效果研究

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.014

慢性心力衰竭是各种心脏疾病的严重表现或晚期阶段。根据《中国心血管病报告2018》数据显示:中国心力衰竭患者达450万,其住院病死率为4.1%;出院后前3个月病死率和再入院率分别达到15%和30%;预计在未来20年内,心力衰竭的患病率将增加25%^[1]。心力衰竭不仅降低患者生活质量,而且给家庭和社会带来极大的经济负担。

心力衰竭患者的管理不仅需要医生制订合理的治疗方案,同时也需要护士、营养师、物理治疗师等专业技术人员的共同参与,特别是患者出院后,保证居家照顾的有效性尤为重要。患者的居家护理中,最容易导致患者再住院率增加的原因之一就是容量管理不当,患者及家属不了解容量管理的相关知识,不知晓维持体重恒定的重要性,甚至自行停用利尿剂等行为均可造成患者容量负荷过重而再住院。家庭赋权是对家庭主要照顾者赋予部分干预权利,鼓励家庭成员共同参与患者的治疗、护理过程,为患者提供良好的个性化护理的方式之一^[2]。我科从2018年以来在智慧病房建设中引入了“云随访”平台,为患者出院后延续性护理提供了良好的技术支持,因此,家庭赋权结合云随访就成为解决慢性心力衰竭患者居家容量管理的重要方法。本研究对

慢性心力衰竭患者在常规护理基础上增加家庭赋权及出院后云随访,旨在通过运用新型随访工具结合家庭支持探索出适用于临床的慢性心力衰竭患者管理新方法。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年3月—2020年10月我院收治的90例慢性心力衰竭患者为研究对象,所有患者的临床诊断均符合慢性心力衰竭相关标准,且自愿加入本次研究并签署知情同意书;同时排除文盲,合并精神疾病者,合并严重肝、肾功能障碍者,血流动力学不稳定者。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,每组45例。观察组男25例,女20例;年龄52~78岁,平均 64.27 ± 7.12 岁;心功能分级:Ⅲ级23例,Ⅳ级22例;对照组男26例,女19例;年龄54~77岁,平均 64.18 ± 6.87 岁;心功能分级:Ⅲ级24例,Ⅳ级21例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

对照组给予常规护理,即健康宣教、饮食、活动指导等。观察组在对照组基础上增加家庭赋权和出院后云随访,具体方法如下:①由心血管专科护士运用主要照顾者赋权力量表(Main Caregivers' Empowerment Measurement, MCEM)对患者家属进行评估,了解患者主要照顾者的照顾能

基金项目:深圳市卫生计生系统科研项目(编号:20150618)
作者单位:518035 广东省深圳市第二人民医院心内科
*通讯作者

力, 并经其同意, 签署参与同意书^[3]。②使用问卷星了解患者及主要照顾者对心力衰竭的认识, 容量管理工具的使用情况及是否能够准确地进行出入量的观察和记录, 确定患者存在的问题。③制定护理措施: 为患者提供健康教育, 鼓励主要照顾者参与患者的护理, 提高主要照顾者对心力衰竭的认知, 通过出院后云随访与患者主要照顾者建立良好的关系, 并为其提供持续的信息支持^[4]。云随访时间安排为出院后前3周每周1次, 之后每月1次。

1.3 观察指标

(1) 服药依从性: 采用1~4分四级评分法对两组患者干预前后的服药依从性、出入量记录的准确性、测量工具使用正确性进行评估, 服药依从性及测量工具使用正确性、出入量记录准确性与评估分数呈正相关。

(2) 生活质量: 参考生活质量调查简表(SF-36)并结合患者个人情况拟定生活质量调查表进行评估, 包含生理、心理、社会及总体健康4个维度, 生活质量评分与患者的生活质量呈正相关。

(3) 护理满意度: 采用我院客服中心统一的护理满意度调查表进行评估, 评估内容包括护理方法、服务态度等, 评估结果包括满意、一般与不满意, 护理满意度 = 满意率和一般率之和。

1.4 统计学分析

采用SPSS 19.0统计学软件对数据进行分析, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用t检验; 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 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 表示差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后容量管理措施依从性比较

干预前, 两组患者服药依从性、容量管理工具使用的正确性、出入量记录的准确性评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组上述各项指标评分均有所升高, 且观察组各项评分均高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组干预前后生活质量评分比较

干预前两组患者生活质量各项评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后, 两组各项生活质量评分均上升, 观察组评分高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表2。

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组护理满意度高于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

表1 两组干预前后容量管理措施依从性比较(分)

组别	服药依从性		容量管理工具使用的正确性		出入量记录的准确性	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=45)	2.63 ± 0.49	2.83 ± 0.42	2.35 ± 0.52	2.81 ± 0.50	2.52 ± 0.45	2.88 ± 0.52
观察组 (n=45)	2.56 ± 0.52	3.41 ± 0.65	2.31 ± 0.49	3.34 ± 0.57	2.47 ± 0.40	3.33 ± 0.53
t 值	0.657	5.028	0.376	5.079	0.557	4.066
P 值	0.513	0.000	0.708	0.000	0.579	0.000

表2 两组患者干预前后生活质量评分比较(分)

组别	生理		心理		社会		总体健康	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=45)	57.24 ± 8.12	63.80 ± 9.17	55.10 ± 10.25	62.86 ± 10.30	58.39 ± 9.12	65.30 ± 8.76	57.12 ± 9.72	64.10 ± 9.33
观察组 (n=45)	56.10 ± 9.33	72.10 ± 9.80	54.37 ± 9.30	74.40 ± 9.30	57.10 ± 10.32	73.39 ± 9.12	56.03 ± 9.65	73.58 ± 9.52
t 值	0.618	4.149	0.354	5.578	0.628	4.292	0.534	4.771
P 值	0.538	0.000	0.724	0.000	0.531	0.000	0.595	0.000

表3 两组护理满意度比较

组别	例数	满意	一般	不满意	总满意率(%)
对照组	45	18	18	9	80.00
观察组	45	37	8	0	100.00

校正 $\chi^2=7.901, P=0.005$ 。

3 讨论

慢性心力衰竭是全球面临的临床和公共卫生问题,也给患者家庭和社会带来很大的负担^[5]。慢性心力衰竭患者人群特点以老年患者为主,生活自理能力差、对疾病的认知不足,没有固定的人员对患者进行家庭照顾等,使得患者服药依从性低,漏服药现象时常出现,特别是利尿剂的停服直接导致患者心脏负荷加重^[6-8]。本研究显示:观察组服药依从性、容量管理工具的应用及出入量的记录的正确性三方面评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者在生理、心理、社会及总体健康评分都优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),主要原因是观察组患者容量控制良好,舒适感增加,活动耐力提高,护理问题能够得到及时的解决,患者安全感增加,总体生活质量也得到提高。在患者满意度方面,观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),家庭赋权结合云随访使患者的居家管理更加科学化、精细化。赋权及随访的过程中护士与患者及家属之间反复沟通,加深了护患之间的相互了解,增强了患者对护士的信任。另一方面,参与家庭赋权的护士均为经过粤港联合培养的专科护士或国家级心脏中心培养的专科护士,专科护理知识丰富,综合素质较强,特别是处理复杂护理问题时的能力比较突出,能够帮助患者解决实际问题,使患者得到良好的就医体验,对于护理满意度的提升也有明显的作用。

通过研究可以看出家庭赋权结合云随访在慢性心力衰竭患者延续性护理中起到了积极的作用。但在实施的过程中应注意护理人员应具有良好的沟通能力^[9],并在患者住院期间完成患者及主要照顾者的评估,并给予个性化的护理措施,如指导患者认识干体重、水潴留的症状和体征、正确测量和观察体重、出入量的方法等。指导主要照顾者参与护理活动,为患者出院后的云随访打好基础。另一方面,家庭赋权的实施需要主要照顾者能够持续关注患者的情况,并及时帮助患者改进自我管理中的缺陷^[10],目前,患者家庭的现状是老年患者子女工作忙,无法连续性地照顾患者,照顾责任落在雇佣者身上,

家庭雇佣者的文化程度,责任心及雇佣者的流动性等都会影响到患者的居家护理结局^[11-13]。因此,在选择主要照顾者进行赋权时应与家属成员进行充分的沟通,并争取到能够持续照顾患者的合适人选将有助于患者延续性护理。

云随访是现代医学模式结合新兴科技的成果,随着患者对医疗服务品质要求的不断提高,患者及家属对于出院后延续性护理的需求也不断增加,对于慢性心力衰竭患者来说,云随访能够让患者在居家护理过程中的不当行为得到及时的纠正。慢性心力衰竭患者的云随访中首先应由专科护士制定好随访流程,在实施中,护士首先要了解患者出院时的一般状况,包括症状、体征、实验室检查、出院带药等,并且通过医院网络查看是否有近期新的检查和化验结果,特别是NT-pro BNP的趋势、电解质的情况等,然后再与患者或赋权者通过云随访进行沟通,了解患者居家容量管理状况,如体重变化、出入量的平衡情况、是否出现水肿、有无相应症状等并记录患者的具体数据,帮助患者分析存在的问题,给予相应的指导。由于慢性心力衰竭的病因复杂,患者合并其它疾病的情况比较多,因此,在随访人员的选择中需选择有丰富临床专科工作经验的护士来完成,护士应能够识别出患者需及时就医或调整药物剂量的情况,避免患者发生容量管理不当导致的急性心力衰竭的发生。

综上所述,在国家提倡医院-社区-家庭三位一体的慢病管理模式及赋权教育方式的前提下,家庭赋权与云随访的结合为慢性心力衰竭患者居家容量管理提供了切实可行的方法,同时,这一方法也可以推广到其他疾病的延续性护理中,具有可复制性^[14-15]。随着科技的发展,人工智能及移动护理平台的不断进步,家庭赋权与其它移动护理平台的结合有望成为未来延续性护理的方式,护理人员需不断提高自身专业素养,为患者提供更加优质的护理服务。

4 参考文献

- [1] 中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心力衰竭和心肌病杂志编辑委员会.心力衰竭容量管理中国专家建议[J].中华心力衰竭和心肌病杂志,2018,2(1):8-16.
- [2] 刘幼华,袁咏娥,刘桂英,等.脑卒中家庭照顾者赋权能力现状及影响因素[J].护理研究,2020,34(7):1150-1156.
- [3] 褚玲毅,雷奕.家庭赋权在临床护理工作中应用的研究进展[J].广西医学,2020,42(8):1031-1033.
- [4] 董忻悦,张贤,陆飞歆.基于COM-B模型的心力

糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理的临床效果

刘红 韦伟

【摘要】目的 探讨糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理的临床效果。方法 选择2018年1月—2019年8月医院收治的92例糖尿病肾病患者为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,每组46例。对照组患者采用常规护理干预,观察组则在对照组基础上采用健康教育结合延续性护理干预,干预时间为6个月。比较两组患者干预后治疗依从性,采用糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)评价患者的自我管理能力;干预前后采用SAS、SDS量表评定两组患者的焦虑、抑郁情况,采用SF-36量表评定患者的生活质量。**结果** 干预后,观察组患者治疗依从率及SDSCA评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,两组患者SF-36量表中PF、RP、BP、RE、MH、VT、SF及GH各维度评分均有明显提高,且观察组明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理可以有效提高患者的治疗依从性及自我管理能力和生活质量,改善焦虑、抑郁情绪及提高生活质量有利。

【关键词】 糖尿病肾病;健康教育;延续性护理;自我管理;负性情绪;生活质量

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.015

糖尿病肾病是糖尿病患者最严重的慢性并发症之一,临床上可出现高血糖、水肿、蛋白尿、低蛋白血症及肾功能减退等一系列症状,进一步发展可进展到终末期肾病而需要肾脏替代治疗,严重影响患者的身体健康和生活质量^[1],同时也给患者家庭

及社会带来了巨大的负担。糖尿病肾病的主要特点包括病程长、进行性进展以及常合并心脑血管并发症等特点,因而临床上往往需要长期甚至终身服药治疗,这也对患者的治疗依从性提出了较高的要求。健康教育指的是医护人员对患者通过信息传播和行为干预等方式,使患者更加深入了解自身疾病掌握相关的卫生保健知识,从而自愿采取对健康有利的生活和行为及生活方式教育活动过程^[2]。延续性护

作者单位:450000 河南省郑州市,河南省人民医院内分泌科

衰竭患者移动健康平台的构建与应用[J].护理学杂志,2019,34(23):75-78.

[5] 李云婧,刘一存,于常英,等.社区管理-自我管理对老年慢性心力衰竭患者依从性及预后的干预效果研究[J].中国全科医学,2018,21(4):1275-1279.

[6] 贾辛未.慢性心力衰竭患者体液容量管理[J].临床荟萃,2017,32(3):193-196.

[7] 曾燕敏.心力衰竭容量管理护理对心力衰竭患者自我管理行为的影响及心功能指标评估[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(20):170.

[8] 张明娟,宋长平.慢性心力衰竭患者容量管理研究进展[J].糖尿病天地,2018,15(3):265.

[9] 邓晓明.家庭赋权护理在神经外科危重患者中应用的效果观察研究[J].心血管外科电子杂志(电子版),2019,8(3):173-174.

[10] 杨阳,曾铁英.老年慢性病患者健康赋权理念的质性研究[J].护理学杂志,2017,32(7):14-17.

[11] 周晓飞,周兰,俞萍.家庭赋权方案联合综合评估对

老年吞咽障碍患者效果分析[J].国际医药卫生导报,2020,26(2):187-190.

[12] 刘薇,郭爱敏.居家失能老年人照顾者赋权能力现状及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2017,23(20):2619-2623.

[13] 宋倩.家庭赋权护理对动脉瘤性蛛网膜下腔出血病人预后及生活质量的影响[J].全科护理,2018,16(29):3588-3591.

[14] 王年,刘启玲,蒋静涵.家庭赋权-督导跟进护理模式在COPD患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(9):77-79.

[15] 招彩玲,梁瑞霞.医院-社区-家庭三位一体健康赋权教育对改善老年心血管病患者出院后自我管理行为的应用研究[J].岭南急诊医学杂志,2017,22(2):197-199.

[2021-04-25 收稿]
(责任编辑 陈景景)

理是一种新型的优质护理服务方法,其优势在于患者出院后继续提供有效的系统性干预指导^[3]。健康教育和延续性护理联合应用的研究临床上并不多见,因而本研究探讨了糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2018年1月—2019年8月医院收治的92例糖尿病肾病患者为研究对象,纳入条件:年龄 ≥ 18 岁;既往有明确的2型糖尿病病史,符合糖尿病肾病的相关诊断标准^[4];对本研究知情同意。排除条件:糖尿病肾病处于终末期行肾脏替代治疗(透析、肾移植)的患者;合并糖尿病高渗性昏迷及酮症酸中毒等急性并发症,以及合并心肌梗死、脑梗死、恶性肿瘤的患者;合并其他肾脏病如IgA肾病、梗阻性肾病、高血压肾病、狼疮性肾炎患者;合并精神疾病、认知功能障碍或其他原因不能配合问卷调查者;妊娠期女性及哺乳期女性。按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,每组46例。对照组:男26例,女20例;年龄 48.9 ± 8.5 岁;BMI 23.7 ± 1.8 ;糖尿病病程 9.4 ± 2.4 年;肾小球滤过率(eGFR) 71.9 ± 19.1 ml/(min \cdot 1.73 m²)。观察组:男29例,女17例;年龄 48.4 ± 7.2 岁;BMI 24.2 ± 2.1 ;糖尿病病程 8.9 ± 2.6 年;eGFR 68.5 ± 22.4 ml/(min \cdot 1.73 m²)。两组患者基线资料包括年龄、性别、体质量指数(BMI)、病程、估算的肾小球滤过率(eGFR)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 患者采用常规护理措施如住院常规护理、病情观察及健康宣教,其中健康宣教主要在住院期间采用口头表达的形式进行教育指导。此外,出院时口头告知注意事项、遵医嘱用药及定期复诊等。

1.2.2 观察组 患者在对照组基础上应用健康教育结合延续性护理模式。具体方法:①健康教育。患者入院后护理人员针对患者的年龄、文化程度、生活习惯、病情严重程度等情况制定教育内容。健康教育的内容包括糖尿病及糖尿病肾病的疾病知识、预防方法,糖尿病饮食、低蛋白饮食实施方法,药物治疗包括常用口服降糖药的服用方法,胰岛素的使用、保存等;血压、血糖等的监测方法;其他尚包括低血糖等急性并发症的识别、处理;出院后的复诊方案、避免肾毒性药物的使用等。方式包括

一对一个别交谈、宣传手册、病房小讲课等,出院后则将健康教育应用到延续性护理中,重点包括养成良好的饮食、生活习惯,合理作息及合理运动、控制体重等。②延续性护理。首先建立干预小组,全部成员均需要掌握沟通技巧、糖尿病肾病专科护理知识以及延伸护理模式的相关知识等。收集患者的临床资料(包括性别、姓名、民族、文化程度、住址以及联系方式、院外用药情况)等,建立健康档案、制定计划。患者出院后每周由责任护士进行电话随访1次,其他形式如集中授课及患者家庭访视则隔月依次进行;同时发放宣传图册,建立微信公众号及微信群,定期推送糖尿病肾病相关知识供患者及患者家属学习;同时在微信群里面由专人解答患者及患者家属的问题;内容除了健康教育外,尚需要加强对患者的心理干预,疏导患者的不良情绪,使患者树立健康积极的心态;其次,加强对服药依从性、随访依从性的监督,尤其强调不能随意增减药量及换药、停药,定期门诊随诊。干预时间为6个月。

1.3 观察指标

(1)治疗依从性及自我管理能力的变化:干预后,两组患者均由护理人员进行治疗依从性评价,评价工具采用服药依从性量表^[5],该量表由服药相关的四个问题组成,有一个回答为“是”即判定为治疗不依从。干预后采用糖尿病自我管理行为量表(SDSCA)^[6]对患者的自我管理能力进行评价,该量表总分为77分,分数越高则说明患者的自我管理能力强。

(2)干预前后负性情绪及生活质量的变化:干预前后两组患者均分别采用Zung焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[7]对焦虑、抑郁情况进行评定,两个量表的组成部分均是20个条目,总分为100分,分数越高则说明患者的焦虑、抑郁情况越重。同时采用SF-36量表进行评分以反应患者的生活质量,该量表由生理功能(PF)及活力(VT)、情感职能(RE)、躯体疼痛(BP)、生理职能(RP)及社会功能(SF)、精神健康(MH)、总体健康(GH)8个维度组成,每一个维度总分为100分,分值越高则说明患者的生活质量越好。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0统计学软件进行数据的统计分析,计量资料以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后治疗依从性及自我管理能力的比较

干预后, 治疗依从率及SDSCA评分比较观察组均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者干预前后焦虑、抑郁情绪的比较

干预前, SAS、SDS评分在观察组与对照组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两

组患者的SAS、SDS评分明显降低, 但是观察组明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组患者干预前后生活质量的比较

干预前, 观察组与对照组患者SF-36量表各维度比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者SF-36量表PF、RP、BP、RE、MH、VT、SF及GH各维度评分均有明显提高, 且观察组明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表3。

表1 两组患者干预后治疗依从性及自我管理能力的比较

组别	例数	治疗依从性		SDSCA 评分
		依从例数	依从率 (%)	
观察组	46	41	89.1	65.5 ± 5.8
对照组	46	33	71.7	60.2 ± 8.4
	χ^2 值	4.420		3.521*
	P 值	0.036		0.001

*为 t 值。

表2 两组患者干预前后焦虑、抑郁情绪的比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	46	46.8 ± 3.7	42.3 ± 3.2	45.6 ± 3.7	41.8 ± 2.5
对照组	46	47.2 ± 4.1	44.1 ± 4.4	46.9 ± 4.5	43.7 ± 2.9
	t 值	0.491	2.244	1.513	3.366
	P 值	0.625	0.027	0.134	0.001

表3 两组患者干预前后生活质量的比较

观察时点	组别	观察例数	PF	RP	BP	RE	MH	VT	SF	GH
干预前	观察组	46	60.6 ± 5.5	59.8 ± 4.3	67.5 ± 3.8	65.7 ± 5.4	65.3 ± 5.2	63.2 ± 4.8	63.4 ± 5.4	64.8 ± 5.0
	对照组	46	61.2 ± 8.3	58.4 ± 6.5	66.3 ± 4.1	64.6 ± 3.1	66.2 ± 4.8	62.1 ± 3.3	62.5 ± 4.5	64.2 ± 4.3
	t 值		0.409	1.218	1.456	1.198	0.863	1.281	0.868	0.617
	P 值		0.684	0.226	0.149	0.234	0.391	0.204	0.388	0.539
干预后	观察组	46	74.6 ± 6.8	71.2 ± 5.7	76.2 ± 5.2	74.8 ± 6.9	79.8 ± 7.2	71.5 ± 5.6	73.5 ± 7.1	74.2 ± 6.4
	对照组	46	71.4 ± 5.1	65.2 ± 7.1	71.4 ± 6.7	67.2 ± 4.6	70.2 ± 7.1	66.5 ± 5.4	67.3 ± 6.4	68.7 ± 4.9
	t 值		2.533	4.469	3.839	6.216	6.439	4.359	4.399	4.628
	P 值		0.012	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前糖尿病肾病已经位居我国终末期肾病病因的第2位, 对于该病应进行早期识别、积极干预治疗及护理, 以尽可能地控制血糖平稳、保护患者的肾功能^[8]。临床发现多数糖尿病肾病患者仍然存在

疾病知识的缺乏, 饮食及生活习惯不良, 且部分患者自我管理能力和治疗依从性较差; 此外, 糖尿病肾病患者由于长期患病、长期用药, 且对终末期肾病的担忧等一系列因素的影响, 患者往往存在不同程度的焦虑、抑郁等负性情绪, 生活质量水平降低^[9]。糖尿病肾病患者在住院期间往往可以得

到较好的护理服务,但是传统护理模式的不足在于患者出院后则进入了护理干预的“断层”。因此,患者对于疾病相关知识掌握的程度、出院后的自我管理能力及遵医行为直接影响到血糖水平及肾功能的控制程度。

健康教育指护理人员对患者进行疾病相关专业知识教育的护理方法,其目的在于提高患者对疾病相关知识的掌握能力及认知能力,在提高患者治疗依从性及治疗效果方面已经被大量研究所证实^[10]。糖尿病肾病患者的健康教育被认为是患者管理中的重要组成部分,研究表明健康教育可以使糖尿病肾病患者掌握的疾病相关知识增加,提高其遵医行为和自我管理能力^[11]。延续性护理是起源于国外的一种新型护理模式,其最大的特点在于使住院期间的护理措施在患者出院后依然得到延伸,在患者的居家、社区中继续进行护理干预^[12]。本研究对观察组在常规护理基础上,应用健康教育结合延续性护理的干预模式。首先在住院期间加强对患者的健康教育,其内容针对患者的个体情况制定,内容全面、个体化,健康教育形式多样,促进患者对疾病知识的掌握、对遵医嘱用药重要性的理解,同时有利于良好、健康生活方式的形成以及乐观心理状态的保持^[13]。同时,患者出院后进行健康教育时结合延续性护理,通过集中授课、宣传手册的发放、微信等新媒体平台信息的推送和沟通,使患者的健康教育具有持续性特点。另一方面,延续性护理还将住院期间的护理措施进行了延伸,责任护士定期上门访视、电话及微信互动沟通,及时了解患者的血糖、蛋白尿、肾功能情况,重点监督药物服用情况;同时了解患者的心理状态,进行积极的心理干预,使患者树立战胜疾病的信心,缓解不良情绪^[14]。本研究结果显示,干预后患者治疗依从率及SDSCA评分比较观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明对于糖尿病肾病患者应用健康教育结合延续性护理干预可以明显提高患者的自我管理能力和治疗依从性。此外,干预后SAS、SDS评分比较两组患者均明显降低,但是观察组降低更加明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。而干预后,两组患者SF-36量表PF、RP、BP、RE、MH、VT、SF及GH各维度评分均有明显提高,且观察组明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。进一步说明了健康教育结合延续性护理干预对改善糖尿病肾病患者的负性情绪、提高其生活质量。原因在于治疗依从性好及自我管理能力强患者,其饮食、生活习惯及运动情况更加合理、健康,患者

的血糖及肾功能控制也势必更加平稳,各种并发症发生率减少、程度减轻,患者的心态良好。

综上所述,糖尿病肾病患者采用健康教育结合延续性护理可以有效提高患者的治疗依从性及自我管理能力和生活质量,对焦虑、抑郁情绪的改善及生活质量的提高有利。

4 参考文献

- [1] 陈关芬,辛丽芹.糖尿病肾病与合并糖尿病的非糖尿病肾病患者临床特征及预后比较[J].山东医药,2016,56(46):59-61.
- [2] 符宇,甘芳.健康教育和优质护理服务在基层医院妇产科患者护理中的应用[J].海南医学,2016,27(18):3095-3096.
- [3] 赵雅琴,朱慧鹏,王冉.延续性护理对老年慢性心力衰竭患者遵医行为与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2020,17(3):93-95.
- [4] 李静,梁田田,王文健.糖尿病肾病的早期诊断[J].中华肾脏病杂志,2017,33(6):470-475.
- [5] 许卫华,王奇,梁伟雄.慢性病患者服药依从性测量表的编制[J].中国慢性病预防与控制,2008,16(6):558-560,567.
- [6] 嵇加佳,刘林,楼青青,等.2型糖尿病患者自我管理行为及血糖控制现状的研究[J].中华护理杂志,2014,49(5):617-620.
- [7] 付艳艳.糖尿病肾病患者治疗依从性调查分析[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(6):50-52.
- [8] 李小勇,沈鹏,林鸿波,等.宁波社区2型糖尿病患者发生糖尿病肾病危险因素调查[J].浙江大学学报(医学版),2018,47(2):163-168.
- [9] 袁圆,汤一君.糖尿病肾病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(14):53-54.
- [10] 鹿慧慧.心理护理及健康教育对糖尿病肾病患者治疗依从性及生活质量的影响[J].医药前沿,2018,8(32):243-244.
- [11] 邹云莲,徐亚青,郑建娣,等.心理护理及健康教育在糖尿病肾病患者中的效果观察[J].中国现代医生,2019,57(19):154-157.
- [12] 吴小燕,余巧文,吴雪玉.不同延续护理对糖尿病肾病患者生活质量干预的影响[J].糖尿病新世界,2016,19(10):155-156,160.
- [13] 韩敏敏.糖尿病肾病患者疾病管理能力与应对方式及生活质量关系研究[J].全科护理,2019,17(35):4398-4400.
- [14] 余蕾,孙小莉,黄聘欢,等.延续性护理对老年糖尿病肾病患者治疗依从性、负性情绪和生活质量的影响[J].海南医学,2019,30(3):406-408.

[2020-07-21 收稿]

(责任编辑 刘学英)

呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气对机械通气气管插管患者气囊滞留物的清除效果

田忠敏 甘艳*

【摘要】 目的 探讨呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气清除机械通气患者气管插管气囊滞留物应用效果。方法 选取2018年1月—2019年6月医院收治的156例机械通气患者为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为观察组与对照组,每组78例。对照组患者进行简易呼吸气囊联合人工清除气囊上滞留物操作,观察组患者进行呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气清除滞留物操作,比较两组操作前后生命体征情况、操作时两组患者72 h清除分泌物含量及呛咳情况及VAP发生率。结果 观察组的生命体征各项指标改善情况除血压外明显优于对照组($P<0.05$);观察组患者72 h清除分泌物总量和呛咳情况均明显优于对照组($P<0.05$);观察组的VAP发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论 呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气可有效清除机械通气患者的气管插管气囊滞留物,利于患者恢复。

【关键词】 呼吸机吸气屏气键;气囊充放气;气管插管;气囊滞留物;清除效果

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.016

机械通气已经成为危重患者一项重要的救治技术,由此而建立人工气道使患者会厌处于半开放状态,声门暴露在外,吞咽功能受到抑制,患者自身无法将口咽分泌物排出体外,尤其是镇静或意识障碍的患者,导致口咽分泌物或胃肠道反流物滞留于声门下气囊上方,口咽部胃肠道有大量定植细菌,翻身、咳嗽、气囊压力一过性降低时,细菌会顺着气道壁进入下呼吸道,引起肺部感染,增加呼吸机相关性肺炎(VAP)的发生概率^[1-2]。有报道显示,VAP患者病死率约为24%~54%^[3]。而吸痰不能将气囊上方的滞留物完全吸除^[4-5],本研究选择气管插管患者进行临床实验研究,观察呼吸机吸气屏气键联合气囊充气清除气囊上滞留物的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1月—2019年6月本院收治的156例气管插管患者为研究对象,纳入条件:患者均为需经口行气管插管者,机械通气时间 ≥ 48 h;APACHE-II评分 ≥ 15 分;氧合指数($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) ≤ 26.7 kPa;患者及家属对本研究知情并积极配合相关检查并签署知情同意书。排除条件:进RICU之前已经存在肺部感染;急性呼吸窘迫综合征患者

或呼气末正压 ≥ 10 cmH₂O(1 cmH₂O=0.098 kPa)且吸入氧浓度 $\geq 80\%$;血流动力学不稳定;严重肺大泡;依从性差或精神异常。按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组,每组78例。观察组男41例,女37例;年龄44~70岁,平均 58.33 ± 6.57 岁;气管插管时间51 h~3 d,平均 1.75 ± 1.14 d;机械通气原因:呼吸衰竭52例,全麻手术9例,心肺复苏术后8例,多器官衰竭6例,脑出血3例。对照组男40例,女38例;年龄42~69岁,平均 56.84 ± 7.06 岁;气管插管时间53 h~3 d,平均 1.73 ± 1.28 d;机械通气原因:呼吸衰竭创伤49例,全麻手术11例,心肺复苏术后9例,休克7例,脑出血2例。两组患者性别、年龄及机械通气原因比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

两组均对患者经鼻肠管行营养支持、定期监测气囊压力、口腔护理,以及手卫生等。两组患者均使用仪器为德国西门子迈柯唯MAQUET与德尔格DRAGER XL呼吸机。

1.2.1 对照组 给予简易呼吸气囊联合人工清除气囊上滞留物,操作步骤:常规清除患者气道、口腔内分泌物,呼吸囊连接氧气瓶(流量10 L/min),连接患者气管插管,患者达到肺部气体充盈最大化(吸气末呼气初)时,快速挤压呼吸囊的同时将气囊放气,观察肺部气体情况,气体即将排完时为气囊充气,应用集痰器收集冲击到口咽部气囊上分泌物,并重新调整气囊压力,直到完全清除

作者单位:277599 山东省滕州市中心人民医院呼吸与危重症医学二科

*通讯作者

气囊滞留物。注意在行此操作时密切观察患者生命体征,上述操作可重复 1~2 次。

1.2.2 观察组 给予呼吸机吸气屏气键联合气囊充气清除气囊上滞留物,操作步骤:常规清除患者气道、口鼻腔内分泌物,设置容量通气模式,潮气量参数 10 ml/kg,设置压力通气模式,压力 <35 cmH₂O,根据患者实际体重调节参数,上述 2 种模式调节呼气末正压(PEEP) 5 cmH₂O。此时开启纯氧功能,待呼吸机容量或压力波形上升到预设值时,按下吸气暂停按键,此时波形在高位段上显示为一条水平线,2 s 后进入下一个呼吸周期,同时在 2 s 内使用注射器完成气囊充放气。应用集痰器收集冲击到口咽部气囊上分泌物,使用气囊压力表将气囊压力调整到安全范围。

1.3 观察指标

操作前后生命体征情况:应用飞利浦 MP60 监护仪监测两组患者相关操作前后心率、呼吸、脉搏、血氧饱和度、收缩压、舒张压的变化。操作时两组患者 72 h 清除分泌物含量及呛咳情况(于操作结束后 1 min 内发生)。比较两组患者 VAP 发生情况,VAP 诊断标准^[6]:①经 X 线检查可见胸部新发或进展性浸润阴影,肺实变体征和/或可闻及湿啰音。②患者体温 36~38℃;患者气管、支气管内出现脓

性分泌物;外周血白细胞总数在 $4 \times 10^9/L \sim 10 \times 10^9$ 之间;体温 >37.5℃,上述 3 项情况满足 2 项即可考虑 VAP。排除病症:肺水肿、急性呼吸窘迫综合征、肺结核、肺栓塞等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验;计数资料率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 操作前后两组患者生命体征情况比较

经清除气囊滞留物,观察组各项指标除血压外优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 操作前后两组患者清除分泌物及呛咳情况

经清除气囊滞留物,两组患者的 72 h 清除分泌物总量较之前均有所提升,呛咳情况较之前均有减少,观察组的两种情况均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者 VAP 发生情况比较

经清除气囊滞留物,观察组 VAP 发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 操作前后两组患者各项生命体征情况比较

观察时点	组别	观察例数	心率 (次/min)	呼吸 (次/min)	血氧饱和度 (%)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
干预前	观察组	78	90.26 ± 12.88	16.71 ± 4.06	95.47 ± 5.03	118.62 ± 25.41	73.64 ± 12.94
	对照组	78	89.87 ± 11.95	16.81 ± 3.99	95.23 ± 4.68	120.68 ± 26.04	72.41 ± 13.06
	<i>t</i> 值		0.196	0.155	0.309	0.500	0.591
	<i>P</i> 值		0.845	0.877	0.758	0.618	0.556
干预后	观察组	78	96.45 ± 13.56	19.47 ± 4.51	99.61 ± 5.87	129.84 ± 27.66	76.24 ± 13.37
	对照组	78	102.86 ± 14.07	22.85 ± 4.76	97.35 ± 5.09	125.18 ± 27.02	74.28 ± 12.84
	<i>t</i> 值		2.897	4.552	2.569	1.064	0.934
	<i>P</i> 值		0.004	0.000	0.011	0.289	0.352

表 2 操作前后两组患者 72 h 清除分泌物总量及呛咳情况比较

组别	观察例数	清除分泌物总量		呛咳情况	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	78	31.87 ± 2.68	38.84 ± 5.94	7.71 ± 2.31	4.62 ± 0.57
对照组	78	32.05 ± 3.06	35.65 ± 4.88	7.82 ± 2.43	6.17 ± 1.12
	<i>t</i> 值	0.391	3.665	0.290	10.893
	<i>P</i> 值	0.697	0.000	0.772	0.000

表3 两组患者 VAP 发生情况比较

组别	观察例数	VAP 感染例数	感染率 (%)
观察组	78	5	6.41
对照组	78	14	17.95

$\chi^2=4.854, P=0.028$ 。

3 讨论

细菌沿机械通气设备的气管导管内外壁进入下呼吸道,机械通气患者大多免疫功能下降,防御功能差,当患者出现声门下分泌物沿气管导管气囊渗漏及误吸口咽部细菌等情况,极易出现 VAP^[7]。研究^[8-9]表明,VAP 感染致病菌种类与机械通气时间相关、吸入细菌数量及细菌毒力等有关,革兰阴性杆菌是 RICU 中导致 VAP 的主要病原菌,且具有较强的耐药性,随着机械通气时间逐渐增加,患者下气道分泌物培养与生物被膜内病原菌培养病原菌趋于一致,提示气管导管壁生物被膜的形成是 VAP 发病机制的重要因素,且多数情况下将导致难治性感染^[10-13]。

呼吸机吸气屏气键联合气囊充气应用气流冲击法由于无需断开呼吸机,保证了对患者的不间断供氧,在呼气末支持呼气末正压,保证了肺泡张力,增加氧气弥散,相比对照组患者应用的简易呼吸囊而言,可更高效地保证呼吸囊通气频率与患者呼吸相同步,不会导致人机不协调的情况出现,减少或避免因患者咳嗽、呛咳以致反流误吸及胸腔内压力带动气囊压力变化^[14-15]。通过气流冲击法清除气管插管患者气囊上滞留物,改善患者机械通气期间的生命体征,促进治疗及预后,降低 VAP 感染概率,相比呼吸囊联合人工清除滞留物,呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气清楚滞留物操作过程具有更高的安全性,对患者生命体征影响更小,且操作时间更短,便于患者接受,避免出现无法耐受的情况^[16]。结果显示,两种操作方法对清除机械通气患者气囊滞留物均具有较明显的效果,两组患者的生命体征相关指标均有改善,观察组患者的心率、呼吸及血氧饱和度等生命体征各项指标除血压外优于对照组 ($P<0.05$); 两组患者在 72 h 的清除分泌物总量较前均有所提升,呛咳情况较前均有减少,观察组的变化情况明显优于对照组 ($P<0.05$); 观察组的 VAP 发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,呼吸机吸气屏气键联合气囊充放气可有效清除机械通气患者的气管插管气囊滞留物,

同时有效改善患者的生命体征,提高清除分泌物含量,降低操作期间的呛咳次数,显著降低患者感染 VAP 的概率,利于患者恢复。

4 参考文献

- [1] Kiyoshi-Teo H, Cabana MD, Froelicher ES, et al. Adherence to institution-specific ventilator-associated pneumonia prevention guidelines [J]. *Am J Crit Care*, 2014, 23(23): 201-215.
- [2] 李伟, 李莉. 重症医学科呼吸机相关性肺炎的影响因素及病原学特点分析 [J]. *实用心脑血管病杂志*, 2019, 27(1): 78-82.
- [3] 袁燕波, 颜明. 气管插管后行过度通气对后腹腔镜手术患者术中肺功能的影响 [J]. *医学研究杂志*, 2018, 47(9): 147-150.
- [4] 李杰, 徐英, 江金桐. 持续人工气道气囊压力控制联合声门下吸引预防呼吸机相关性肺炎 53 例 [J]. *安徽医药*, 2019, 23(9): 1838-1841.
- [5] 万娜, 张春艳, 王淑芹. 声门下分泌物引流预防呼吸机相关性肺炎研究进展 [J]. *检验医学与临床*, 2018, 15(16): 2514-2517.
- [6] 刘凤鸣, 覃慧婵, 陈远鹏, 等. 多学科协作诊疗下 IL-32、PCT 在呼吸机相关性肺炎 RICU 患者肺泡灌洗液中的表达及临床价值 [J]. *广东医学*, 2018, 39(7): 1063-1065.
- [7] 刘卫平, 郭天慧, 李昊雪, 等. RICU 呼吸机相关肺炎患者的影响因素及病原学特点分析 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2018, 28(8): 1191-1194.
- [8] 席建宏, 虞彬, 彭晓红. RICU 患者下呼吸道菌群与呼吸机相关性肺炎相关性分析 [J]. *中国微生态学杂志*, 2018, 30(6): 710-713.
- [9] Li J, Zong Y, Zhou Q, et al. Evaluation of the safety and effectiveness of the rapid flow expulsion maneuver to clear subglottic secretions in vitro and in vivo [J]. *Respiratory Care*, 2017, 62(8): 1007-1013.
- [10] 沈萍, 翟盼盼, 刘畅, 等. 重症脑卒中患者呼吸机肺炎发生相关因素分析 [J]. *中华医院感染学杂志*, 2018, 28(3): 340-343.
- [11] 赖荣昌, 邓彦雯, 魏九金. 胃食管反流病患者精神心理状态及其对质子泵抑制剂治疗的影响 [J]. *海南医学*, 2019, 30(1): 35-37.

认知疗法结合理性情绪疗法在脑卒中偏瘫患者护理中的应用效果

刘艳丽 杨彩侠 李萌 刘莹芳 郭园丽

【摘要】 目的 探讨认知疗法结合理性情绪疗法对脑卒中偏瘫患者自我护理能力及疾病康复知识掌握情况的影响。方法 选取2017年11月—2019年10月脑卒中偏瘫患者112例为研究对象,依据组间基线资料匹配原则等分为观察组与对照组。对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上采取认知疗法结合理性情绪疗法。比较两组患者干预前后自我护理能力、疾病康复知识掌握率。结果 干预后,观察组健康知识水平、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分高于对照组,疾病康复知识掌握率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 认知疗法结合理性情绪疗法可明显提升脑卒中偏瘫患者自我护理能力,以及对疾病认知及康复相关知识的掌握程度,利于患者康复。

【关键词】 认知疗法; 理性情绪疗法; 脑卒中偏瘫; 自我护理能力

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.017

脑卒中为临床多发脑血管疾病,随疾病诊疗技术不断提升,其病死率持续降低,受脑卒中偏瘫患者自理能力较差、康复时间较长等影响,患者多存在不同程度抑郁、焦虑、恐惧、悲观等负性情绪,加之患者多对疾病缺乏正确认知,可加剧上述不良心境状态^[1]。认知疗法是一种通过提高患者知识储备,改变患者思维信念,纠正不良认知,从而促进患者行为改善的短程治疗方法,能有效提高患者认知水平^[2]。理性情绪疗法为常用心理干预手段,是利用合理信念代替不合理信念,通过转变个体心理状态调节疾病病理过程,以此提高疾病康复效果^[3]。基于此,本研究对脑卒中偏瘫患者采用认知疗法结合理性情绪疗法,探讨其在提高患者自我护理能力及康复相关知识掌握方面的临床价值。

作者单位:450052 河南省郑州市,郑州大学第一附属医院神经内三科

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年11月—2019年10月脑卒中偏瘫患者112例,纳入条件:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[4]中脑卒中诊断标准;单侧偏瘫;年龄 < 80 岁;知晓本研究,签署同意书;生命体征平稳,意识清楚;住院康复治疗时间 > 1 个月。排除条件:完全失语;存在神经系统病变、认知功能障碍;依从性差,无法配合完成调查研究;脑卒中发病前存在肢体功能障碍。依据组间基线资料匹配原则等分为观察组与对照组。对照组中,男36例,女20例;平均年龄 61.99 ± 6.02 岁;学历:初中及小学26例,高中及大专21例,本科及以上9例;疾病类型:脑出血35例,脑梗死21例。观察组中男34例,女22例;平均年龄 62.32 ± 5.66 岁;学历:初中及小学24例,高中及大专20例,本科及以上

[12] Mahmoodpoor A, Hamishehkar H, Hamidi M, et al. A prospective randomized trial of tapered-cuff endotracheal tubes with intermittent subglottic suctioning in preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill patients[J]. J Crit Care, 2017, 38(12):152-156.

[13] 朱芝静,郭利涛,刘昱,等.提高集束化预防措施依从性对重症患者呼吸机相关性肺炎发生率的影响[J].中国医药,2019,14(4):58-61.

[14] 姜静,黄悦.呼气末正压通气对机体的影响和设定方法[J].上海医学,2017,40(3):66-69.

[15] Zosa BM, Golob JF, Conrad-Schnetz KJ, et al. Current Pneumonia Surveillance Methodology: Similar Underestimation in Trauma and Surgical Patients in the Intensive Care Unit[J]. Surgical infections, 2017, 18(5):558-562.

[16] 樊华,宋瑰琦,陈霞,等.口腔护理联合气流冲击法对气管插管机械通气患者呼吸机相关性肺炎的影响[J].安徽医学,2018,39(5):606-609.

[2020-06-29 收稿]
(责任编辑 刘学英)

12例；疾病类型：脑出血29例，脑梗死27例。两组性别、年龄、受教育程度、疾病类型比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取常规护理，包括健康宣教、心理疏导；给予本体感神经肌肉训练、坐位平衡训练、肢体各个关节被动与主动活动、步行训练、站立平衡训练、体位转移训练等运动指导。

1.2.2 观察组 采取认知疗法结合理性情绪疗法。

1.2.2.1 认知疗法 挑选经验丰富护理人员成立干预小组，入组后进行培训考核，讲解脑卒中偏瘫疾病知识、治疗知识、术后康复知识、护理知识等相关内容及护理方法、技巧。①纠正错误认知。通过知识问卷了解患者知识不足地方，讲解相关内容，涉及有关护理方法、步骤时可进行演示，便于患者记忆学习；与患者沟通交流，了解自护能力下降的原因，使患者明确自我护理对康复的必要性。②知识讲解。包括疾病知识、治疗知识、术后康复知识、护理知识等基础内容和护理技巧，每周组织讲座，结合微信平台、微信群等手段实现知识讲解的连续性，每天推送脑卒中偏瘫康复小知识图片、链接或小视频。

1.2.2.2 理性情绪疗法 每周1次分阶段完成理性情绪疗法。①心理诊断。通过询问或倾听，了解患者及家属关心的问题、确定非理性情绪反应，针对出现的原因，告知其思维方式与信念方面的不足，讲解出现非理性情绪的原因在于自身存在非理性信念。②领悟。通过聊天等形式，对患者的优点、能力作出正面评价，说明负性情绪对康复训练依从性的影响；与患者探讨自身不良行为及情绪的表现及可能出现的原因，引导患者感受非理性信念对自身行为及情绪等造成的不良影响。③修通。根据患者

存在的不良心理情绪、行为，通过音乐疗法、转移疗法等专业心理学方法，结合患者自身特点，给予理性情绪干预和信念支持，鼓励其以自强、自立态度面对生活，激发其自我承担意识。④再教育。协助患者摆脱原有非理性信念，指导其通过合理方式宣泄内在负性情绪，加强患者自理能力的培养。

1.3 观察指标

①依据自我护理能力测定表 (ESCA) 对患者干预前后自我护理能力进行评估，包括健康知识、自我责任感、自我概念、自我护理技能，分值为0~172分，分值越高，说明自我管理能力强^[5]。②拟定疾病康复知识掌握情况问卷，统计两组患者疾病康复知识掌握率，包括良好心态在疾病康复中作用、功能训练对疾病康复的作用、健康饮食及规范作息重要性等，共100分，90~100分为完全掌握，70~89分为部分掌握，不足70分为未掌握，疾病康复知识掌握率 = (完全掌握 + 部分掌握) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据处理，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料组间构成比较采用 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 ESCA 评分比较

干预后，观察组健康知识、自我概念、自我责任感、自我护理技能评分高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者疾病康复知识掌握率比较

干预后，观察组疾病康复知识掌握率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表2。

表1 两组 ESCA 评分比较 (分)

时间	组别	例数	健康知识	自我概念	自我责任感	自我护理技能
干预前	观察组	56	30.05 ± 5.44	19.68 ± 3.02	17.23 ± 4.04	21.77 ± 4.56
	对照组	56	29.59 ± 5.13	20.12 ± 2.87	16.96 ± 3.91	22.10 ± 5.23
	<i>t</i> 值		0.460	0.790	0.359	0.356
	<i>P</i> 值		0.646	0.431	0.720	0.723
干预后	观察组	56	41.34 ± 4.56	25.99 ± 3.18	27.95 ± 3.10	35.45 ± 3.14
	对照组	56	33.67 ± 5.33	21.64 ± 3.07	22.35 ± 2.56	26.60 ± 3.48
	<i>t</i> 值		8.183	7.365	10.424	14.129
	<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组疾病康复知识掌握率比较

组别	例数	完全掌握	部分掌握	未掌握	掌握率(%)
观察组	56	34	19	3	94.64
对照组	56	28	17	11	80.36

$\chi^2=5.224, P=0.022$ 。

3 讨论

脑卒中偏瘫康复时间较长,受肢体功能障碍、社会功能丧失及康复治疗费用等影响,极易对康复治疗产生错误认知及强烈的负性情绪,降低自我管理积极性,进而影响疾病康复^[6]。传统健康宣教和心理疏导中,患者多居于被动接受状态,主动参与意识薄弱,认知疗法则强调通过积极沟通交流、有针对性地讲解,结合微信平台等现代化交流方式完成患者对疾病康复知识的正确理解,促进行为、情绪等外在表现的变化,激发患者学习积极性,强化对康复知识的掌握^[7]。

理性情绪疗法认为,个体行为障碍及情绪异常并非某一应激事件直接引起,而是个体对事件不正确认知和评价而形成的信念,最终于特定情境下出现的行为及情绪的异常后果。同时,理性情绪疗法以理性治疗非理性,协助患者改变认知,以此采取理性思维方式代替非理性思维方式,有效减少非理性信念造成的负面影响。理性情绪疗法能显著改善腹主动脉瘤患者自尊状况及负性情绪,提升睡眠质量^[8]。本研究采用认知疗法结合理性情绪疗法进行干预后,ESCA 分值评分高于对照组,疾病健康知识掌握情况均优于对照组,提示联合理性情绪疗法及认知疗法可提高疾病康复知识掌握情况和自我护理能力。分析其原因在于:认知疗法通过集中培训进一步提高了护理人员康复知识、技能及沟通技巧,通过多种方式完成相关知识的讲解,保证了认知疗法的规范性,增强了患者参与的积极主动性^[9]。结合理性情绪疗法可协助患者建立理性思维模式,减少负性情绪造成的不良影响^[10],鼓励、完善家庭社会支持系统,给予心理支持及安慰,协助患者明确不良情绪来源,具体问题具体分析,据此进行针对性疏导,可有效改善患者非理性信念。

综上所述,认知疗法结合理性情绪疗法可明显

提升脑卒中偏瘫患者自我护理能力,改善对疾病认知及康复相关知识的掌握,利于患者的康复。

4 参考文献

- [1] 张立,辛志芳,苗慧,等.早期康复护理干预在脑卒中偏瘫患者护理中的应用效果观察[J].实用中西医结合临床,2019,19(5):168-169.
- [2] 伍琳,张雷鸣,张剑宁,等.认知疗法在椎间孔镜手术病人护理中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2019,25(2):157-160.
- [3] David D,Cotet C,Matu S,et al.50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis[J].J Clin Psychol,2018,74(3):304-318.
- [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华医学信息导报,2010,25(14):16-19.
- [5] 李燕.延续性护理对人工髋关节置换术后患者关节功能和自我护理能力的影响[J].川北医学院学报,2020,35(1):163-165.
- [6] 王敏,顾志娥,季亚芹,等.影响老年脑卒中患者血管性认知功能障碍的相关因素分析与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(4):22-24.
- [7] 傅旭旦,张海峰.正念认知疗法对急性期卒中后抑郁的影响[J].浙江临床医学,2020,22(7):1000-1002.
- [8] 姚红璐,王海洋,孙辉.理性情绪疗法联合音乐干预对腹主动脉瘤患者术后恐惧情绪、自尊状况及睡眠质量的影响[J].中国医药导报,2019,16(20):168-171,176.
- [9] 何重燕,张微微,李宁宁,等.认知行为干预在缺血性脑卒中恢复期患者中的应用效果观察[J].中国基层医药,2019,26(24):3061-3063.
- [10] 侯慧卿,王新玲,杨凯悦,等.理性情绪疗法结合情志护理对脑卒中患者焦虑情绪疗效观察[J].河北医药,2020,42(2):311-313,317.

[2020-04-25 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

渐进式上肢功能锻炼在 AECOPD 有创机械通气患者中的应用

陈达奇 金晓亮 沈英 钱佳乐 张蓓蕾*

【摘要】 目的 探讨渐进式上肢功能锻炼对慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD) 有创机械通气患者早期康复的影响, 为今后更好地开展患者早期康复活动流程提供借鉴。方法 选取 2018 年 12 月—2019 年 11 月入住医院 RICU 且接受有创机械通气的 AECOPD 患者 54 例为研究对象, 按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组, 各 27 例。对照组实施常规护理和随意运动锻炼, 观察组在常规护理的基础上, 针对患者个体情况制订渐进式上肢功能锻炼方案, 比较两组患者出院或转出 RICU 前的相关临床指标。结果 干预后, 患者出院或转出 RICU 前, 观察组患者的 6 分钟移圈数量和握力明显优于对照组 ($P < 0.05$), 而总机械通气时间和 RICU 住院时间均明显短于对照组 ($P < 0.05$); 观察组实施渐进式上肢功能锻炼期间未发生严重不良事件。结论 渐进式上肢功能锻炼能改善 AECOPD 有创机械通气患者的预后, 缩短机械通气时间和 RICU 住院时间, 提高患者的生活质量。

【关键词】 渐进式功能锻炼; 慢性阻塞性肺疾病急性加重期; 有创机械通气; 早期康复治疗

中图分类号 R473.56 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.018

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是一种不完全可逆的气流受限进行性发展的慢性疾病, 急性加重期的主要临床特征为低氧和二氧化碳潴留, 10%~68% 的 AECOPD 患者需机械通气治疗^[1-2]。在机械通气期间, 持续卧床和制动的状态会导致患者肌肉萎缩甚至病情恶化, 而进行早期肺康复可显著提高患者的肌力、耐力, 改善预后^[3-5]。在国内 ICU 护理过程中, 重症机械通气患者早期活动的执行率与预期还有一定差距, 对患者上肢功能锻炼可缩短机械通气时间、提高脱机成功率鲜有报道, 康复研究的临床数据也较少。文献表明^[6-7], 从 ICU 出院 1 年后的机械通气患者, 日常活动能力和呼吸功能仍会出现不同程度的下降, 增加了患者的死亡风险。为了促进机械通气患者尽早康复, 提高其生存率和生存质量, 本研究对 AECOPD 有创机械通气患者实施渐进式上肢功能锻炼。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 12 月—2019 年 11 月在我院 RICU 接受有创机械通气的 AECOPD 患者 54 例为研究对象, 纳入条件: 符合 GOLD 指南 AECOPD 的诊断标准^[8]; 正在进行有创机械通气且预期机械通气

时间 ≥ 24 h; 神志清楚, 能配合指导或 RASS 评分为 0~-1 分; 血流动力学稳定 $EF \geq 40\%$ ^[9]; 签署知情同意书, 自愿参加本研究并能配合完成后续功能锻炼者; 居住地为苏州市。排除条件: 上肢缺陷、有活动性出血或骨折未固定者; 心肺复苏术后; 重大脏器功能衰竭、恶性心律失常者; 颅脑疾病; 迅速进展性神经肌肉疾病; 神经系统疾病及精神疾病, 存在认知、精神、心理障碍, 不能配合完成指令者。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组和观察组, 各 27 例。对照组男 18 例, 女 9 例; 年龄 63.81 ± 12.45 岁。观察组男 17 例, 女 10 例; 年龄 63.70 ± 9.33 岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法

对照组按 RICU 护理常规实施治疗与护理, 包括严密监测病情变化、气道管理、体位管理等; 给予肌肉按摩, 实施被动及主动的四肢关节活动, 如屈伸、外展内收、旋转以及内外翻等, 2~3 次/d, 以 20 min/次为宜^[10]。观察组在对照组的基础上根据患者个体情况制订早期渐进式上肢功能锻炼方案。具体实施如下:

1.2.1 上肢功能锻炼人员培训 成立包括 1 名管床医师、1 名康复治疗师和 7 名责任护士组成的多学科康复小组, 其中组长由 1 名高年资呼吸专科护士担任, 负责评估患者及规划、安排和监督患者每日的功能锻炼内容和完成情况。管床医师和康复治疗师制订针对性的渐进式上肢功能锻炼方案。组内

基金项目: 苏州市科技局民生科技计划指导性项目 (编号: SYSD2018082)

作者单位: 215006 江苏省苏州市, 苏州大学附属第一医院
* 通讯作者

所有人员进行被动全范围关节肌力活动(ROM)训练、全身肌力与关节松动及机械通气患者早期规范化四级康复训练等知识技能培训,并对患者在上肢功能锻炼过程中可能出现的意外事件给予有效预防措施和情景模拟演练^[11-13]。

1.2.2 渐进式上肢功能锻炼方法 采用6级肌力分级标准评估患者的上肢肌力,依据 Critical Care 杂志《重症机械通气患者早期活动安全性的专家共识》和患者的肌力分级制定四阶梯(渐进式)上肢功能锻炼方案^[4,14-16]。

(1) 肌力0~2级:以被动上肢关节松动为主,辅以肌肉收缩及沿床面伸屈水平运动,包括每2h翻身拍背,协助患者握拳、屈伸肘关节、肩关节外展等,每天锻炼2次,5~15 min/次,或根据患者的疾病严重程度、临床症状和耐受情况控制锻炼时间。

(2) 肌力2~3级:以有支撑上肢功能锻炼为主。手摇自行车法:患者取半卧位,将床上手摇自行车固定在与患者胸部齐平的位置或将患者双手置于传动柄上,固定好后启动,使患者的两臂做类似蹬自行车的动作,期间可设置适宜的阻力,增加患者上肢锻炼的强度。每天锻炼2次,10~15 min/次。

(3) 肌力4~5级:每日需保持坐位至少20 min,上肢训练以无支撑上肢功能锻炼为主。举瓶法:患者取平卧位,双手各持一瓶500 ml矿泉水,手臂伸直,轮流向上抬起,推举水瓶,每组10~15次,重复做3组,组间休息1 min,每天锻炼2次;拉伸起坐法:患者双手撑住床垫,利用上肢力量将腰部抬起,维持5 s后缓慢平躺,每组6~10个,重复做3组,组间休息1 min,每天锻炼2次。病情处于恢复期的患者可协助其练习站立、独立洗脸刷牙、穿衣等日常生活活动,站立和行走从1 min开始逐渐增加,直至不能耐受,每日2次。

1.3 观察指标

记录并比较两组患者的机械通气时间、RICU住院时间及出RICU时的握力和6分钟移圈试验结果。6分钟移圈试验由Celli等1986年研制,通过对其信度和效度的检验显示6分钟移圈试验用于评估COPD患者的上肢耐力是可靠的^[17-18]。患者握力

采用WCS-100型电子握力计测量,重复测量2次,两次间隔休息30 s,取平均值用于数据分析。

1.4 中止指标

患者在进行上肢功能锻炼时应以轻度疲劳为宜,全程持续心电监护,密切关注患者的生命体征^[4]。为保障患者安全,当锻炼过程中出现以下情况时应立即停止干预:血氧饱和度(SpO_2)下降 $>4\%$,或 $SpO_2<88\%$,且持续时间 >5 min;呼吸频率每分钟 >30 次;收缩压 >180 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)或下降20%;心率 >140 次/min或下降20%;不稳定快速型心律失常;处于谵妄状态或使用镇静剂(RASS评分 ≥ 2 分或 ≤ -2 分)^[19-20]。

1.5 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件,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 两组患者出RICU时机械通气时间、RICU住院时间比较

干预后,观察组患者的通气时间及RICU住院时间均短于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组患者出RICU时机械通气时间、RICU住院时间比较

组别	例数	机械通气时间(d)	RICU住院时间(d)
对照组	27	15.70 \pm 3.85	23.26 \pm 4.50
观察组	27	12.41 \pm 3.54	18.48 \pm 4.20
t 值		3.269	4.035
P 值		0.002	0.000

2.2 两组患者干预前及出RICU时握力和6分钟移圈试验比较

干预前两组患者握力和6分钟移圈试验比较差异均无统计学意义,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组握力和6分钟移圈试验均优于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者出RICU时握力和6分钟移圈试验比较

组别	观察例数	6分钟移圈试验(个)		握力(kg)	
		干预前	出RICU时	干预前	出RICU时
对照组	27	102.81 \pm 17.27	123.26 \pm 21.54	12.84 \pm 3.64	16.97 \pm 5.65
观察组	27	101.67 \pm 13.70	139.41 \pm 21.36	12.80 \pm 3.05	20.43 \pm 5.96
t 值		0.271	2.766	0.044	2.189
P 值		0.789	0.008	0.965	0.033

2.3 两组患者不良事件发生情况比较

对照组因采用 RICU 护理常规实施治疗与护理,在患者疾病症状控制稳定后开始实施被动或主动的全身肌肉和关节活动,故在本研究过程中未发生不良事件。观察组有 3 例患者在锻炼时出现呼吸困难加重,SpO₂下降,最低为 84%,予以立即暂停干预,经卧床休息和吸氧后生命体征恢复平稳。干预过程中未发生非计划性拔管、跌倒等严重不良事件。

3 讨论

3.1 AECOPD 患者机械通气期间行渐进式上肢功能锻炼安全有效

AECOPD 患者机械通气期间,大多需要卧床,部分还会给予镇静治疗,长期的卧床休息与制动可加速骨骼肌蛋白的分解和萎缩,减少肌蛋白含量,导致肌无力^[13]。机械通气超过 4~7 d 的患者 ICU 获得性无力的发生率达 33%~82%,且常伴随患者认知功能障碍和精神症状,可加重患者病情、延长机械通气时间、增加呼吸机相关性肺炎发生的风险,影响患者的康复^[21-23]。有研究表明^[7,13,24-25],进行早期康复活动可减少机械通气患者 ICU 获得性无力的发生、增加肌肉力量,减少氧化应激和炎症反应,有助于机体的功能恢复且早期康复活动的时间越早,功能恢复越好。本研究通过多学科康复团队的评估,根据患者意识、生命体征及活动耐受能力等有针对性地实施上肢功能锻炼,循序渐进地提高机械通气患者的活动能力^[16]。在患者进行渐进式上肢功能锻炼的过程中,未发生非计划性拔管、跌倒等严重不良事件,锻炼终止最常见的原因是患者疲劳,表明早期规范化循序渐进的康复锻炼是安全可行的,这与张川林等^[26]和 Moss 等^[27]的研究结果一致,且观察组住院时间明显短于对照组,有 4 例患者在机械通气期间即可下床活动,这对其早日回归家庭或社会具有重要推动作用。

3.2 渐进式上肢功能锻炼可提高 AECOPD 机械通气患者的肌力和耐力

渐进式上肢功能锻炼符合循序渐进的生理规律,锻炼方案结合了患者的意识、各项生理指标和活动耐受能力,锻炼时间为每天 2 次,均安排在日间,避免影响患者晚间的睡眠质量,减少了谵妄发生的风险,每次锻炼强度以患者能耐受为宜^[28]。研究表明,患者保持低强度锻炼并长期坚持下去对机体的全面恢复有重要意义,在锻炼过程中采用 Borg 量表对患者进行评分,Borg 量表呼吸困难评分≤2 分时为低强度锻炼,评分>5 分为高强度锻炼,以此监

测患者的锻炼强度并为制订下一阶段的锻炼方案提供参考^[29]。为机械通气患者实施早期康复锻炼可有效增加患者的血液循环速度,患者的运动耐力、机体的氧合能力以及心肺功能在活动过程中也能有效增强,从而帮助患者尽早脱机^[1]。通过对机械通气患者应用早期四级康复训练,黄海燕等^[13]研究结果显示,提高了患者的脱机成功率,同时两组干预后 Barthel 指数评分比较差异具有统计学意义,对照组为中度依赖,而观察组属于轻度依赖,说明早期康复干预后患者生活自理能力水平提高较对照组明显。在本研究结果中,观察组在出院或转出 RICU 前 1 d 的握力和 6 分钟移圈试验结果高于对照组($P<0.05$),表明早期渐进式上肢功能锻炼可有效提高 AECOPD 机械通气患者的肌力和耐力,为患者转出 ICU 后日常生活能力的恢复做好前期准备。

3.3 AECOPD 患者机械通气期间行渐进式上肢功能锻炼可缩短机械通气时间

长期机械通气的患者因呼吸肌活动呈持续缺如或无负荷状态而逐渐失去作用,膈肌作为主要的呼吸肌,在机械通气时也会出现废用性萎缩,从而导致不同程度的收缩功能障碍,产生呼吸机依赖,降低一次性脱机拔管的成功率^[13]。研究证实^[1,30-31],早期康复活动可提高 ICU 患者的一次性脱机成功率,缩短机械通气时间、ICU 住院时间,减少机械通气并发症,有助于患者机体的功能恢复。在康复活动中,随着活动幅度、强度的增加,膈肌活动、胸廓扩张范围也会随之增加,提高肺通气量,利于患者排出呼吸道分泌物,有效降低了呼吸机相关性肺炎的发生率。同时,患者通过锻炼臂肌群,可使肩带肌肌力得以增强,可进一步辅助呼吸效能增强,减少患者呼吸短促的症状^[1]。本文研究结果显示,观察组机械通气时间与 ICU 住院时间明显短于对照组($P<0.05$),表明 AECOPD 患者在接受机械通气治疗期间实施早期渐进式上肢功能锻炼可促进患者肺功能的恢复,有效缩短机械通气时间。

综上所述,为 AECOPD 有创机械通气患者实施渐进式上肢功能锻炼可有效提高患者的上臂肌力和运动耐力,缩短机械通气时间及 RICU 住院时间。本研究因条件限制,结论具有一定局限性,今后研究可扩大样本量,同时增设院外康复方案,进一步探讨 AECOPD 患者早期康复的安全性和有效性,为重症早期康复治疗提供科学依据与实践指导。

4 参考文献

[1] 蒋玉兰,倪慧,谢立琴,等.机械通气期间早期康复活

- 动应用于重度 AECOPD 病人的疗效分析 [J]. 护理研究, 2017,31(16):1994-1996.
- [2] Green M, Marzano V, Leditschke IA, et al. Mobilization of Intensive Care patients: A multidisciplinary practical guide for clinicians [J]. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2016, 25(9):247-256.
- [3] 姚文飞, 屠春林, 付玉华, 等. 肺康复对慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院患者的疗效 [J]. *中国康复理论与实践*, 2017,23(1):101-105.
- [4] 刘文静. 1 例机械通气患者早期功能锻炼的循证护理实践 [J]. *护理实践与研究*, 2018, 15(20):157-159.
- [5] 姚丽, 常亚丽, 韩春彦, 等. 早期活动治疗 ICU 病人谵妄效果的 Meta 分析 [J]. *护理研究*, 2019,33(15):2600-2605.
- [6] Herridge MS, Chu LM, Matte A, et al. The RECOER program: Disability risk groups and 1-year outcome after 7 or more days of mechanical ventilation [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 2016, 194(7):831-844.
- [7] 毛晶, 吴建贤, 张金牛, 等. 机械通气患者早期运动康复研究进展 [J]. *中华全科医学*, 2018,16(9):1545-1549.
- [8] 宋鹏飞. 血浆 ADAM 水平在 COPD 分期及严重评估中临床意义 [D]. 苏州: 苏州大学, 2018.
- [9] 胡惠娟, 魏红云, 徐杰, 等. 早期活动干预对 ICU 获得性肌无力病人的影响 [J]. *护理研究*, 2014,28(9): 3378-3379.
- [10] 胡安丰, 彭晓, 李婷. 早期康复护理对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响 [J]. *护理实践与研究*, 2019,16(2):75-77.
- [11] 蒋玉兰, 禹斌, 代友华. ICU 机械通气患者早期阶段性康复护理程序的实施 [J]. *护理学杂志*, 2017,32(21):97-102.
- [12] 戴雪梅, 窦英茹, 潘春芳, 等. 机械通气患者早期运动规范化流程管理的实践 [J]. *中华急危重症护理杂志*, 2020,1(1):64-68.
- [13] 黄海燕, 王小芳, 罗健, 等. ICU 机械通气患者早期四级康复训练效果 [J]. *护理学杂志*, 2016,31(15):1-5.
- [14] 付贞艳, 张霞, 胡雁, 等. ICU 成人机械通气患者早期康复运动最佳证据总结及临床评价 [J]. *中国护理管理*, 2020,20(5):724-730.
- [15] 耿梦雅, 陈美华, 苏思敏, 等. ICU 机械通气患者早期运动干预研究进展 [J]. *护理学报*, 2014,21(10):36-38.
- [16] Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults [J]. *Critical Care*, 2014, 18(6): 658.
- [17] Costi S, Crisafulli E, Antoni FD, et al. Effects of unsupported upper extremity exercise training in patients with COPD: A randomized clinical trial. *Chest*, 2009, 136(2): 387-395.
- [18] Zhan S, Cemy FJ, Gibbons WJ, et al. Development of an Unsupported Arm Exercise Test in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease [J]. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2006, 26(3): 180-187.
- [19] 丁楠楠, 姚丽, 张志刚, 等. ICU 机械通气患者早期目标导向康复锻炼安全标准的系统评价 [J]. *中华危重病急救医学*, 2019,31(1):91-97.
- [20] Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU [J]. *Critical Care Medicine*, 2018, 46(9): e825-e873.
- [21] Kress JP, Hall JB. ICU-acquired weakness and recovery from critical illness [J]. *New England Journal of Medicine*, 2014, 370(17): 1626-1635.
- [22] Zaal IJ, Devlin JW, Hazelbag M, et al. Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults [J]. *Intensive Care Medicine*, 2015, 41(12): 2130-2137.
- [23] Salluh JI, Wang H, Schneider EB, et al. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis [J]. *BMJ*, 2015(350): h2538.
- [24] 胡细玲, 陈妙霞, 吴本权, 等. 早期康复活动对重症监护病房呼吸衰竭患者康复的影响 [J]. *现代临床护理*, 2015,14(3):26-28.
- [25] Dong ZH, Yu BX, Sun YB, et al. Effects of early rehabilitation therapy on patients with mechanical ventilation [J]. *World Journal of Emergency Medicine*, 2014, 5(1): 48-52.
- [26] 张川林, 张泽菊, 米洁, 等. ICU 专科护士对机械通气患者早期活动知识-态度行为的调查研究 [J]. *中国护理管理*, 2019,19(3):364-368.
- [27] Moss M, Nordon-Craft A, Malone D, et al. A randomized trial of an intensive physical therapy program for patients with acute respiratory failure [J]. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2016, 193(10): 1101-1110.
- [28] 王宇娇, 高岚, 王永红. ICU 机械通气患者早期主动活动最佳证据的应用研究 [J]. *中华护理杂志*, 2018,53(11):1285-1291.
- [29] 李艳娇, 史铁英. 慢性阻塞性肺疾病患者上肢康复锻炼的研究现状 [J]. *中华护理杂志*, 2015,50(7):873-877.
- [30] 俞萍任, 任国琴, 陆小敏, 等. 早期活动与康复计划在 ICU 机械通气患者中的应用 [J]. *护士进修杂志*, 2016,31(2):161-164.
- [31] Barber EA, Everard T, Holland AE, et al. Barriers and facilitators to early mobilization in Intensive Care: A qualitative study [J]. *Australian Critical Care*, 2015, 28(4): 177-182.

[2020-07-06 收稿]

(责任编辑 陈景景)

肛周脓肿患者术后循证护理的效果观察

郭啊玲

【摘要】目的 探讨肛周脓肿患者术后循证护理的方法及其应用效果。方法 选择2019年3月—2020年3月医院84例肛周脓肿患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组,各42例。对照组进行常规护理,观察组通过各大数据平台,获取肛周脓肿术后护理最佳证据,结合患者个体差异,应用于临床工作中。比较两组术后1 d、3 d、5 d时五点口述分级(VRS-5)疼痛评分、创面愈合时间、换药次数以及住院期间并发症发生情况。结果 观察组术后1 d VRS-5评分与对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$),术后3 d、5 d VRS-5评分低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组创面愈合时间短于对照组,换药次数低于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 运用肛周脓肿患者术后护理最佳证据能够有效减轻患者术后疼痛症状,缩短创面愈合时间,降低换药次数以及并发症发生率。

【关键词】肛周脓肿;术后护理;循证护理;最佳证据;疼痛;创面愈合

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.019

肛周脓肿是发生于直肠或肛管周围软组织的慢性或急性化脓性感染,是较常见的肛肠科疾病,在肛肠疾病住院病例中占到30%。外科手术是其治疗的“金标准”,首选肛周脓肿切开挂线引流一次性根治术^[1]。为了获得有效的引流效果,术中会将脓肿及腐败组织全部清除,形成的手术创面较大,加之手术部位特殊,术后创面愈合慢,换药时间长,给患者身心带来极大痛苦。目前肛周脓肿的术后护理多采取对症护理措施,缺少循证支持,术后疼痛,创口久不愈合等时有发生。为进一步提高肛周脓肿术后护理效果,本研究通过临床实践,探索循证护理的方法,并观察其护理效果,为护士施护提供科学的循证支持。

1 对象与方法

1.1 研究对象 纳入条件:肛周脓肿患者;接受肛周脓肿切开挂线引流一次性根治术;无心脑血管疾病、肝肾功能障碍;患者或家属对本研究知情同意。排除条件:合并血液性疾病、免疫性疾病等影响创面愈合。本研究经医学伦理委员会审核批准。选择2019年3月—2020年3月我院84例肛周脓肿患者为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组与观察组,各42例。观察组:男35例,女7例;年龄17~63岁,平均 39.14 ± 10.83

岁。对照组:男36例,女6例;年龄19~57岁,平均 38.38 ± 11.30 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 进行常规护理,每日采用碘伏棉球消毒创面,创面嵌入无菌凡士林纱布,采用无菌纱布包扎或以创口敷贴覆盖固定;定期换药,观察创面周围皮肤情况。嘱咐患者饮食清淡,多食粗纤维丰富的蔬菜、水果等,调整排便习惯、作息时间。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上,实施循证护理。具体做法如下:

1.2.2.1 查阅文献,获取护理最佳证据 在中国生物医学文献数据库、万方数据库、中国临床指南文库国内医学数据库检索“肛周脓肿、切开引流、一期挂线术、疼痛、创面愈合、换药”等关键词。在PubMed、NGC、BMJ Best Practic等国外医学数据库检索同样内容的英文关键词,即“Perianal abscess, incisional drainage, first-stage thread hanging operation, pain, wound healing, drug change”。参照朱妍昕等^[2]的纳入、排除条件,总结肛周脓肿患者术后护理的科研报道,包括指南、随机对照试验、系统评价、专家共识。对获取文献进行质量评价^[3]:指南,采用临床指南研究与评估系统II(AGREE-II);系统评价,采用系统评价测评工具(AMSTAR);专家共识,采用澳大利亚JBI中心的质量评价工具(2016);随机对照试验,采用澳大

利亚 JBI 中心 (2016) 相关标准, 证据总结追溯至原证据 9 条, 其中 4 条 A 级推荐, 5 条 B 级推荐, 见文献再进行质量评价。共纳入文献 9 篇, 获得最佳表 1。

表 1 肛周脓肿术后护理证据汇总

作者	文献类型	文献来源	证据条目	推荐等级
Zhu 等 ^[4]	专家共识	PubMed	术后采用 AIDET 沟通程序进行住院沟通	B 级
Rabia 等 ^[5]	指南	PubMed	以长海痛尺为主结合五点口述分级 (VRS-5) 进行疼痛评估	B 级
Tanase 等 ^[6]	专家共识	NGC	采用 SY 营养软件计算每日膳食摄入量及比例	A 级
董自庆等 ^[7]	随机对照试验	知网	低位浅层脓肿采用红光治疗仪照射	B 级
Wang 等 ^[8]	专家共识	NGC	高位深层脓肿采用光子治疗仪照射	A 级
Aslan 等 ^[9]	证据总结	CCGC	渗液较多者采用藻酸盐敷料	A 级
Mehta 等 ^[10]	指南	PubMed	感染较重者采用磺胺嘧啶银脂质水敷料	B 级
赵侃等 ^[11]	随机对照试验	知网	敷料均浸泡重组人表皮生长因子	A 级
Maconi 等 ^[12]	指南	NGC	患者每 4 h 自评疼痛程度, 并记录“疼痛日记”	B 级

1.2.2.2 证据的利用及落实 ①术后待患者生命体征稳定, 采用 AIDET 沟通程序进行住院沟通, 步骤为问候-介绍-过程-解释-致谢; 责任护士主动交流, 面带微笑, 使患者感到亲切及心情舒畅, 获取信任, 减少陌生感, 构建良好的护患关系; 主动向患者、家属介绍自己及同事身份, 重点介绍工作经验、专业技能、团队优势等; 引导患者说出内心感受、心理变化、思维活动, 了解患者的生理及心理需求, 责任护士针对患者提出的疑问给予解答, 并提出可行性建议; 结合口头讲解、多媒体宣教等方式向患者解释肛周脓肿手术及治疗护理的内容、目的以及意义; 最后就患者的积极配合表示感谢。②采用长海痛尺为主结合五点口述分级 (VRS-5) 等数字模拟评分法进行肛周疼痛评估, 了解患者疼痛现状。③采用 SY 营养软件计算每日膳食摄入量及比例, 将患者性别、年龄、体质指数、血清学指标等录入 SY 营养软件, 进行营养分析并制订食谱。④低位浅层脓肿患者采用红光治疗仪照射, 波长 600~700 nm, 功率 3W, 调节红光治疗仪光源距离肛周创面 10~20 cm 处后进行照射, 一般设置照射时间 20 min, 每日 2 次, 连续治疗 5~7 d。⑤高位深层脓肿采用光子治疗仪照射干预, 光子治疗仪激光发射波长 650 nm、激光最大输出功率 ≤ 5 mW、工作电压 3.7 V、工作电流 40~80 mA, 调节照射距离为 10~20 cm, 照射时间 20 min, 每日 2 次, 连续治疗 5~7 d。⑥渗液较多者采用藻酸盐敷料, 待创口清洁完毕后将敷料修剪成适宜形状, 接触到创口渗出液后形成柔软的凝胶。⑦无论是渗液较多者

采用的藻酸盐敷料还是常规敷料, 均浸泡重组人表皮生长因子后覆盖于创面上。⑧患者每 4 h 采用 VRS-5 自评疼痛程度, 并记录“疼痛日记”, 责任护士负责查看评分记录情况, 当患者对评分有疑问要及时给予指导并纠正模糊的行为。

1.3 观察指标

比较两组术后 1 d、3 d、5 d 时 VRS-5 疼痛评分, 0 分为无痛, 5 分为无法忍受的疼痛。比较创面愈合时间、换药次数以及住院期间并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计学软件, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用两独立样本的 *t* 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用两独立样本的 χ^2 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 VRS-5 评分比较

观察组术后 1 d VRS-5 评分与对照组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 术后 3 d、5 d VRS-5 评分低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

2.2 两组创面愈合时间、换药次数比较

干预后, 观察组创面愈合时间、换药次数均低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

2.3 两组患者并发症发生率比较

干预后, 观察组并发症发生率低于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 2 两组 VRS-5 评分比较 (分)

组别	观察例数	术后 1 d	术后 3 d	术后 5 d
观察组	42	2.69 ± 0.56	1.62 ± 0.58	1.14 ± 0.35
对照组	42	2.79 ± 0.61	1.98 ± 0.72	1.40 ± 0.50
<i>t</i> 值		0.783	2.523	2.761
<i>P</i> 值		0.436	0.014	0.007

表 3 两组创面愈合时间、换药次数比较

组别	观察例数	创面愈合时间 (d)	换药次数 (次)
观察组	42	9.56 ± 2.40	6.86 ± 2.13
对照组	42	10.80 ± 3.09	8.96 ± 2.89
<i>t</i> 值		2.054	3.791
<i>P</i> 值		0.043	0.000

表 4 两组患者并发症发生率比较

组别	观察例数	创面出血	水肿	尿潴留	总发生率 (%)
观察组	42	0	2	1	7.14
对照组	42	4	3	3	23.81

$\chi^2=4.459, P=0.035$ 。

3 讨论

由于病变部位的解剖位置特殊,手术治疗肛周脓肿后具有较高的并发症,疼痛是术后的主要不良感受,大部分患者因疼痛剧烈而害怕排便,引发其他并发症或加重肛门负担,直接影响其治疗及康复效果。临床发现,肛周脓肿术后优质护理工作是提高手术疗效的关键因素,因此需要明确、审慎、明智地将既往科研结论与临床经验相结合,获取护理证据,为护理决策提供依据^[13]。本研究共纳入文献 9 篇,获得最佳证据 9 条,其中 4 条 A 级推荐,5 条 B 级推荐,观察组患者进行肛周脓肿患者术后护理最佳证据实践,其创面愈合时间、换药次数均明显低于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),说明基于最佳证据的循证护理能够有效促进切开引流联合挂线术后创面愈合,同时减少换药次数,降低患者治疗痛苦。

由于肛周脓肿的护理部位较为隐私,换药、清创时要加强与患者的沟通,消除其思想顾虑,积

极配合,有助于保证护理效果。因此推荐术后采用 AIDET 沟通程序与患者沟通,该沟通模式包括 A (主动问候)、I (自我介绍)、D (护理过程讲解)、E (详细解释)、T (感谢配合),以此拉近护患距离,获取患者信任,以便护理措施的顺利实施^[14]。由于疼痛是患者术后最主要的不良感受,因此准确评估疼痛尤为重要,建议以长海痛尺为主结合 VRS-5 评分进行疼痛评估,前者将数字评分法 (NRS) 与口述评分法 (VRS) 相结合,不同刻度进行解释、限定,发挥两者的优点;后者疼痛分级更少,较一般视觉模拟 (VAS) 评分更加准确。同时推荐患者自行记录“疼痛日记”,能够帮助护士掌握患者疼痛程度及变化规律,以便及时采取针对性镇痛措施,因此观察组术后 3 d、5 d VRS-5 评分低于对照组 ($P<0.05$)。术后患者应多食粗纤维丰富的蔬菜、水果等食物,促进消化。营养搭配不良可能影响患者的能量供应,甚至影响创面愈合,推荐使用 SY 营养软件,该软件录入血糖、血脂、体重、体质指数等计算最佳膳食摄入比例,基于此再进行食物

选择既能促进消化还能保证营养供给。

创面护理方面共获得了 5 条证据。创面采用红光照射治疗,红光治疗是通过物理学方法滤去其他光线,包括对皮肤有损害的紫外线以及具有热效应的红外线部分,仅保留 600~700 nm 波段的红光照射人体,被人体细胞线粒体强烈吸收的红光,通过光化学作用,促进物质代谢,使细胞活性加强,并提高机体免疫力和创面内吞噬功能,促进上皮细胞、成纤维细胞的再生与损伤毛细血管的修复,能够加速创面愈合,缩短创面愈合时间,减轻愈合过程中的疼痛。渗液较多者推荐使用藻酸盐敷料,敷料接触创面渗出液时即产生离子交换作用,生成藻酸钠并有钙离子释放,既能发挥止血作用,还能吸收纱布 5~7 倍重量的渗出液^[15]。感染较重者推荐使用磺胺嘧啶银脂质水敷料,银离子与细菌 DNA 碱基结合,导致其变性,无法复制,银离子还能结合细菌病原体蛋白质生成银蛋白,使细菌失活,其高效、迅速的灭菌效果建议用于感染较重的患者。无论采用哪种敷料,均建议浸泡重组人表皮生长因子,能够促进上皮细胞增殖,促进成纤维细胞的胶原纤维合成过程,上述效应均能够促进创面愈合^[16]。同时本研究发现,观察组创面出血、水肿、尿潴留并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$),这均与上述措施加快创面愈合有直接关系。

综上所述,运用肛周脓肿患者术后护理最佳证据能够有效降低患者术后疼痛症状,缩短创面愈合时间,降低换药次数以及并发症发生率。

4 参考文献

- [1] 赵勇来. 切开挂线术与切开引流术治疗肛周脓肿的疗效分析 [J]. 中国处方药, 2018, 16(1):122-123.
- [2] 朱妍昕, 王霞, 徐维. 循证医学数据库信息模型中证据强度模块的构建及验证 [J]. 中华医学图书情报杂志, 2019, 28(6):35-41.
- [3] Chen SS, Cheng TC, Chiu LP, et al. Predictors for lower urinary tract symptoms and the urinary specific quality of life in prostate cancer patients: One-year follow-up [J]. Journal of the Chinese Medical Association, 2019, 82(6):482-487.
- [4] Zhu Y, Xu F. The pathogens and curative effects analysis of perianal abscess of infants under 3 months [J]. Turkish Journal of Pediatrics, 2019, 61(1):40.
- [5] Rabia MKE, Balç, Sibel, Bisgin A, et al. Hyper-immunoglobulinemia D syndrome with recurrent perianal abscess successfully treated with canakinumab [J]. Scottish Medical Journal, 2019, 64(3):103-107.
- [6] Tanase A, Badenoch T, Alexander R. Retrospective analysis of fistula in-anore rates and antibiotic use after perianal abscess drainage [J]. International Journal of Surgery, 2018, 55:S51.
- [7] 董自庆, 雷霆, 陈华. 红光照射对促进肛周脓肿术后创面愈合和缓解疼痛的效果观察 [J]. 中国医学创新, 2017, 14(30):26-29.
- [8] Wang JP, Cai C, Du JL, et al. Role of interleukin-17 in the pathogenesis of perianal abscess and anal fistula: a clinical study on 50 patients with perianal abscess [J]. ANZ Journal of Surgery, 2019, 89(3):244-247.
- [9] Aslan N, Rossel JB, Pittet V, et al. P238 Natural history of perianal fistulizing Crohn's disease in the Swiss IBD cohort [J]. Journal of Crohns & Colitis, 2020, 14:S262..
- [10] Mehta M, Shah S, Ranjan V, et al. Comparative study of silver-sulfadiazine-impregnated collagen dressing versus conventional burn dressings in second-degree burns [J]. Journal of Family Medicine & Primary Care, 2019, 8(1):215.
- [11] 赵侃, 徐向. 重组人表皮生长因子联合挂线疗法治疗高位肛周脓肿的临床疗效观察 [J]. 中国现代普通外科进展, 2019, 22(3):213-215.
- [12] Maconi G, Greco M, Asthana A. Transperineal Ultrasound for Perianal Fistulas and Abscesses - A Systematic Review and Meta-Analysis [J]. Ultraschall med, 2017, 38(3):265-272.
- [13] 孙玉香. 循证护理模式在普外科护理中的应用 [J]. 中国医药指南, 2018, 16(11):258-259.
- [14] 邹文珍, 马春美, 何秀梅. AIDET 沟通对前列腺癌腹腔镜根治术患者围术期焦虑抑郁和满意度的影响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(17):76-77.
- [15] 马雪玲, 王玉珏, 庄淑梅. 藻酸盐敷料应用于肿瘤术后伤口脂肪液化的效果观察及其影响因素 [J]. 广东医学, 2018, 39(19):2995-2998.
- [16] 刘燕. 美皮康敷料在中毒性表皮坏死松解症患者中的应用效果 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(14):150-151.

[2020-06-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

垂直律动训练联合系统化护理在促进输尿管结石排出中的作用

曹润敏 白文芳* 胡育萍 李珊珊 陈雄芬 杨慧姬

【摘要】 目的 研究垂直律动训练联合系统化护理促进输尿管结石排出运用效果。方法 选取2019年1—10月医院98例小体积(直径 ≤ 6 mm)输尿管结石患者为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为对照组和观察组,每组49例。对照组采用系统化护理,观察组在对照组基础上运用垂直律动训练。比较两组患者结石排尽率、镇痛药物使用率、疼痛视觉模拟评分(VAS)、首次排石时间、结石排净时间。结果 护理干预后,观察组结石排尽率明显高于对照组,镇痛药物使用率均明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组疼痛VAS评分低于对照组,首次排石时间、结石排净时间明显短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 垂直律动训练联合系统化护理有助于促进小体积输尿管结石排出,降低镇痛药物使用率、缓解治疗期间疼痛症状。

【关键词】 垂直律动训练;系统化护理;输尿管结石;疼痛;站立振动;坐位振动

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.020

泌尿系统结石是常见的结石病,我地区处于石灰岩山区,受饮水、饮食的影响输尿管结石发病率明显高于全国水平。目前我院对小体积(直径 ≤ 6 mm)输尿管结石首选保守排石法,效果不佳或结石体积继续增加者再进行手术干预。邵轶群等^[1]报道通过增加饮水、运动等系统性护理后直径1~4 cm、4~6 cm排石率达到80%、59%。有报道认为,肌筋膜紧张,筋膜间滑动障碍是引发输尿管结石疼痛的主要原因之一,在康复医学中运用大量物理干预缓解肌筋膜紧张,因此也有观点认为降低结石急促移动、突发嵌顿,缓解肌筋膜紧张有助于加快小体积结石排出^[2]。全身垂直振动是律动疗法的重要组成部分,其原理为通过机械力发出一种对抗地心引力往上的推力,结合下拉的地心引力作用,形成一种快速上下来回的冲击力量,既往在脑卒中、帕金森的康复治疗中具有良好运用前景^[3]。我院将垂直律动训练用于保守输尿管结石排石治疗的系统化护理中,旨在促进排石效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1—10月医院98例小体积(直径 ≤ 6 mm)输尿管结石患者为研究对象,纳入条件:

均经多普勒超声或腹部CT确诊为输尿管结石;输尿管单侧、单发结石;小体积结石,直径 ≤ 6 mm,形态相对光滑;初次就诊,建议保守方法排石;输尿管无狭窄或畸形;无输尿管手术史或肿瘤、囊肿等疾病史。排除条件:合并严重心、脑血管疾病、四肢骨折等不适宜开展垂直律动训练者;合并其他泌尿系统疾病;合并骨质疏松症;年龄低于18岁或 > 60 岁。按组间基本特征匹配原则分为对照组与观察组,每组49例。观察组男30例,女19例;年龄22~57岁,平均 40.55 ± 6.43 岁;结石最大径4~5.8 mm,平均 4.96 ± 0.62 mm;对照组男32例,女17例;年龄21~56岁,平均 41.04 ± 6.40 岁;结石最大径3.6~5.7 mm,平均 4.87 ± 0.66 mm。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用系统化护理。嘱咐患者应用抗炎、解痉药物,口服尿石通颗粒、尿石通丸等排石药物;肾绞痛严重者给予药物镇痛或渐进性肌肉放松;每日饮水2000~3000 ml,增加排尿量,减少晶体沉积;严密观察排石情况,注意碎石颗粒排除,保留标本;注意调节饮食,避免高钙食物,少饮酒,晚餐宜早吃,预防复发;增加日常跳动、慢跑等促进结石排出,连续干预1个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上运用垂直律动训练,包括3个步骤^[4]:

(1) 站立振动:采用广州嘀嗒科技SONIX全身垂直律动机-型号:VM-10,保持正立位,频率设置为7~30 Hz,腹部振动强度以患者自感腹部节

基金项目:2019年度广东省医学科研基金立项项目(编号:A2019575)

作者单位:513000 广东省清远市,广东省英德市人民医院泌尿外科

* 通讯作者

段振动为宜,且不引起胸部明显振动,每次治疗时间 20 min,每天 2 次。

(2) 坐位振动:患者坐于全身垂直律动机机板上,双手抓扶手,频率设置为 7~30 Hz,每次时间 20 min,每天 2 次。

(3) 垂直律动操:①摇摆运动:两臂下垂,重心先向左下方,伸直左膝、左髋上提,屈右膝,右足尖触地,自然摆动;②屈膝提髋运动:两臂下垂,左足原地小跳 1 次,右膝屈曲 90°,同时左臂并上举,右臂自然向后摆动,右足相同方式摆动;③左右蹬腿运动:取仰坐位,左右腿膝关节屈曲 90°后交替向前蹬;④左右踏点跳运动:膝关节屈曲约 120°,左右交替点跳。每天 30 min 以上,居家完成。连续干预 1 个月。

1.3 观察指标

记录镇痛药物使用率、首次排石时间;1 个月后进行彩色多普勒超声检查比较两组结石排尽率,并记录结石排净时间;比较干预后疼痛视觉模拟评

分(VAS)^[5],共计 10 分,0 分表示无痛,10 分表示难以忍受的疼痛。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.00 统计学软件,正态分布计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验;计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组结石排尽率、镇痛药物使用率比较

护理干预后,观察组结石排尽率明显高于对照组,镇痛药物使用率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组 VAS 评分、首次排石时间、结石排净时间比较

护理干预后,观察组疼痛 VAS 评分低于对照组,首次排石时间、结石排净时间明显短于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组结石排尽率、镇痛药物使用率比较

组别	例数	结石排尽		镇痛药物使用	
		例数	率(%)	例数	率(%)
观察组	49	45	91.84	17	34.69
对照组	49	38	77.55	31	63.27
	χ^2 值	3.851		8.003	
	<i>P</i> 值	0.049		0.005	

表 2 两组疼痛 VAS 评分、首次排石时间、结石排净时间比较

组别	例数	疼痛 VAS 评分	首次排石时间(d)	结石排净时间(d)
观察组	49	1.02 ± 0.32	2.01 ± 0.56	12.81 ± 2.82
对照组	49	1.39 ± 0.40	3.89 ± 0.91	18.03 ± 4.02
	<i>t</i> 值	5.056	12.316	7.441
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

输尿管结石患者因其血尿、突发性肾绞痛等主要临床表现对患者的生活质量带来严重影响,也造成一定的心理负担。同时,输尿管结石导致的肾积水会引起肾小囊内、肾盂、肾小管压力上升,使肾小球滤过率降低,血流量下降,最终可能造成严重肾功能损害。目前激光碎石、内镜手术取石是治疗输尿管结石最有效的方法,但对于小体积结石通过

经济、简单、有效的物理方法进行排石已成为该领域的研究热点^[6-7]。本研究对照组通过药物促排石、增加饮水、加强运动、饮食干预等系统化护理后结石排净率达到 77.55%,与既往报道小体积结石物理干预结果相一致。但组间比较显示,观察组结石排净率明显高于对照组,首次排石时间、结石排净时间短于对照组($P<0.05$),提示联合垂直律动训练能够促进结石排出,缩短排石时间。

本研究所采用的垂直律动训练是全身垂直振动

以及律动训练的结合,通过物理振动的方式促进小体积结石排除。前者分为站立振动训练以及坐位振动训练两个步骤,其原理为利用全身律动机所发出的机械力产生一种与地心引力对抗的往上推力,再结合地心引力作用对输尿管结石形成一种上下快速来回的冲击力量^[8-10];垂直律动操包括摇摆运动、屈膝提髌运动、左右蹬腿运动、左右踏点跳运动等,起到了对输尿管结石上下左右四个方向的振动作用。最终配合大量饮水、饮食干预等系统化护理促进结石排出^[11-12]。疼痛是物理排石失败的重要原因之一,目前输尿管结石痛的产生主要有以下观点^[13-14]:即结石在排出过程中急促移动或突发嵌顿引起疼痛;输尿管壁水肿和平滑肌缺血使炎症递质增加,激活了更多疼痛感受器,进一步加重疼痛;输尿管周围肌筋膜的紧张、牵拉疼痛。全身垂直律动训练在人体透过肌肉、骨骼与脊椎来传导推力,因此会对全身的骨骼肌肉神经系统产生刺激作用。其在不增加心肺负荷的状况下,将垂直律动刺激力透过盘面直接以正弦波的速度与加速带动人体上下律动,当垂直律动波转移到患者腹部时,可引发肌肉筋膜等频收缩、舒张,达到缓解结石疼痛的目的,对神经系统及肌肉放松与疲劳恢复等都具一定的效果^[15-16]。因此观察组镇痛药物使用率均明显低于对照组,疼痛VAS评分明显低于对照组($P<0.05$),说明持续垂直律动训练能够缓解输尿管结石疼痛,减少镇痛药物的使用。

综上所述,垂直律动训练联合系统化护理有助于促进小体积输尿管结石排出,降低镇痛药物使用率、缓解治疗期间疼痛症状。

4 参考文献

- [1] 邵轶群,达骏,朱文静,等.体外冲击波碎石术治疗泌尿系结石的现状及技术发展[J].上海医药,2019,40(17):7-10.
- [2] 向安平,王荣江,方志海,等.体外物理振动排石辅助体外冲击波碎石治疗输尿管结石的疗效分析[J].浙江医学,2018,40(21):2365-2366.
- [3] 袁艳,苏彦炬,吴贻刚.负重振动训练对下肢快速力量的影响及其神经适应的特征[J].北京体育大学学报,2016,39(11):62-67.

- [4] 司会群,卜淑敏,赵俊勇,等.全身垂直振动对去卵巢骨质疏松大鼠胫骨和子宫血管内皮生长因子蛋白表达的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(18):4423-4425.
- [5] 肖庆旺,张伟,毕玉芬,等.瑞芬太尼复合丙泊酚用于患者清醒状态下输尿管支架取出的可行性研究[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(1):88-91.
- [6] 刘凡,原小斌,张敏,等.泌尿系结石钬激光碎石热效应研究进展[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(2):351-353.
- [7] 黄晨,盛明,徐煜宇,等.输尿管软镜下钬激光治疗2~4 cm肾结石的新进展[J].现代泌尿外科杂志,2017,22(11):882-885.
- [8] 岳骊彩,彭俊雄,赵涛.输尿管软镜在复杂性上尿路结石治疗中的应用进展[J].安徽医药,2017,21(10):1768-1771.
- [9] 许清江,叶烈夫,朱庆国,等.输尿管壁厚度对嵌顿性输尿管结石的预测价值[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(3):210-214.
- [10] 吴佳成,姜力,陆雅君.经尿道输尿管镜治疗输尿管结石后发生输尿管狭窄的危险因素分析[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(3):505-509.
- [11] 高丙鹏,李超,王岩.泌尿系结石的治疗方法及其最新进展[J].临床与病理杂志,2017,37(12):2726-2731.
- [12] 虞晓明.多层螺旋CT平扫联合尿路重建诊断输尿管结石的效果及其征象用于指导临床治疗的价值[J].中国医师杂志,2019,21(7):1071-1073.
- [13] 张涛,杨平.肾积水程度对输尿管结石患者冲击波碎石术成功率的影响[J].国际泌尿系统杂志,2019,39(1):64-67.
- [14] 孙良文,刘淼,卢敏,等.交替垂直振动训练对脑卒中偏瘫患者平衡功能及移动能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(7):520-522.
- [15] 谭雪梅.六西格玛护理管理模式对输尿管镜取石术后患者再入院情况的影响[J].护理实践与研究,2019,16(10):93-94.
- [16] 陆燕娜,林小玲.PDCA循环护理在输尿管镜下气压弹道碎石术患者中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(10):132-134.

[2020-06-22 收稿]
(责任编辑 刘学英)

平衡罐辅助治疗对高龄脊柱骨折微创治疗术后并发症及疼痛程度的影响

王素芳

【摘要】 目的 探讨平衡罐辅助治疗对高龄脊柱骨折微创治疗术后并发症及疼痛程度的影响效果。方法 选取医院2018年1月—2020年1月收治行微创手术治疗的141例高龄脊柱骨折患者为研究对象,按组间基本特征匹配原则将其分为观察组72例与对照组69例。对照组采取常规护理,观察组在对照组基础上予以平衡罐治疗,比较两组患者治疗3个月后并发症发生情况、疼痛程度及疗效。结果 观察组术后压力性损伤、静脉血栓栓塞症(VTE)、肺部感染以及泌尿系统感染发生率明显低于对照组($P<0.05$);观察组视觉模拟(VAS)评分低于对照组($P<0.05$);观察组治疗效果优于对照组($P<0.05$)。结论 平衡罐辅助治疗可有效减少高龄脊柱骨折患者术后并发症发生率,缓解疼痛,改善疗效。

【关键词】 平衡罐辅助治疗;集束化护理;高龄脊柱骨折;术后并发症;疼痛程度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.021

高龄脊柱骨折患者多无明确外伤史,易发生脱位、椎体再骨折、腰背急性疼痛等并发症,内固定手术是目前临床较常见手术疗法^[1-2]。但高龄脊柱骨折术中复位及固定相对困难,若植入材料出现松脱、脱位,则严重损伤脊髓及周围神经,阻碍供血,甚至出现截瘫^[3-4]。有研究^[5-7]显示,高龄脊柱骨折患者多处椎体再骨折的发生概率是普通骨折的5~12倍,加上大多数老年患者合并心脑血管病,术后诱发脑梗死、肾功能不全、急性疼痛的概率增大。中医学将高龄脊柱骨折患者引发腰背等疼痛归属于“骨萎、痹症”范围^[8]。拔罐疗法基于阴阳学说,融合闪罐、抖罐、揉罐、推罐、坐罐等形式,有消肿止痛、疏通经络、行气活血功效^[9-10]。有协调椎体及其四周软组织,改善肌肉顺应性与脊柱平衡感作用^[11]。鉴于此,为降低高龄脊柱骨折患者术后并发症发生率,减少疼痛,本研究将平衡罐辅助治疗应用于高龄脊柱骨折患者,临床效果满意。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2018年1月—2020年1月收治行微创手术治疗的141例高龄脊柱骨折患者为研究对象,纳入条件:年龄60~90岁;发生骨折前无行走障碍,有一定生活自理能力,BMI等指标正常;首次在我院接受X线/MRI等影像学检查确诊为脊柱骨折患者^[12];无微创手术治疗禁忌证;患者与家属自愿参与本次调查研究。排除条件:受伤至手术时长 ≥ 2 周;

合并肝肾心肺严重器质衰竭;严重贫血;血液系统疾病、肿瘤疾病者;语言认知功能障碍;疗护配合度依从度低;中途各种原因退出调查者。按组间基本特征匹配原则分为观察组72例与对照组69例。对照组:男38例,女31例;年龄62~86岁,平均 74.52 ± 3.90 岁;骨密度T值 ≥ -1.0 者3例, $-2.5 < T$ 值 < -1.0 者10例,T值 ≤ -2.5 者56例;病程2~74 h,平均 26.74 ± 3.19 h。观察组:男38例,女31例;年龄62~86岁,平均 74.52 ± 3.90 岁;骨密度T值 ≥ -1.0 者3例, $-2.5 < T$ 值 < -1.0 者10例,T值 ≤ -2.5 者56例;病程2~74 h,平均 26.74 ± 3.19 h。两组患者基线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,即对症护理、健康教育、心理疏导、病情观察、常规饮食指导、功能锻炼以及感染预防等干预;预防压力性损伤、肺部感染、下肢深静脉血栓、泌尿系感染;每日评估皮肤情况,结合气垫床与翻身,分别在术后12 h、24 h、48 h、72 h、3 d、7 d评估患者压力性损伤风险,持续压力性损伤管理监控;评估营养状况,实施个体化营养膳食方案,及时反馈营养护理效果,增进皮肤抵抗力;密切观察病情,按照肺部感染与误吸相关风险因素列表评估,指导患者有效咳痰、体位引流与振动排痰;加强口腔护理;遵医嘱口服低分子肝素皮下注射或阿司匹林等抗凝药物;每日饮水计划2000 ml以上;术后尽早拔除尿管并鼓励排尿。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以平衡罐治疗。操作顺序:闪罐→揉罐→推罐→抖罐→坐罐。具体方案如下:①闪罐。2个火罐分别为自患者背部右

上方(附分穴)及下(秩边穴);自患者背部左下方自下顺时针及上,来回操作3次。②揉罐。使用温热火罐底,自患者背部上方(大椎穴)及下(腰阳关穴);自远侧膀胱经上方(附分穴)及下(秩边穴);自近侧膀胱经上方(大杼穴及下(白环俞穴)揉罐,循环操作3次。③推罐。我院自制伤科油均匀涂抹于患者背部,使用火罐底自上方督脉大椎穴及腰阳关穴向下推罐,再及膀胱经自上及下,反复操作3次,力度适中。④抖罐。2个火罐分别自患者背部两侧,自远侧膀胱经上部及下;自近侧膀胱经上部及下抖罐,反复操作3次,结束后纸巾擦背。⑤坐罐。大椎穴留罐1个,两侧膀胱经自上及下(腰阳关穴)坐罐2~4个,留罐5 min。结束后双手向下拔罐,随时观察罐口吸附及局部皮肤状况,必要时及时起罐。每隔3 d治疗1次,持续3周。

1.3 评价指标

(1) 并发症发生率:分别记录两组患者压力性损伤、静脉血栓栓塞症(VTE)、肺部感染以及泌尿系统感染发生率情况。

(2) 疼痛评分:采用疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale,VAS)^[14]量表对治疗前后疼痛等级评分,分值0~10分,分别代表“无痛”至“最剧烈疼痛”,分值高低与疼痛严重度成正比。

(3) 疗效评定标准:参考有关文献^[15]拟定时,按将其分为显效、有效与无效。显效,症状及体征完全或基本消失,活动功能完全或基本恢复;有效,症状及体征所有减轻,活动功能有所改善,遗留轻度疼痛;无效,症状或体征与治疗前无改变甚至加重,活动功能仍受限。

1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0统计学软件,计量资料以“均数±标准差”表示,组间均数比较采用t检验;计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验;等级资料组间比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

护理干预后,观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者疼痛评分比较

护理干预后,观察组患者VAS评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者疗效比较

护理干预后,观察组患者疗效高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组患者术后并发症发生率比较

组别	例数	压力性损伤	肺部感染	VTE	泌尿系统感染	发生率(%)
对照组	69	3	6	4	6	27.54
观察组	72	1	1	0	0	2.78

$\chi^2=17.039, P=0.000$ 。

表2 两组患者VAS评分比较

组别	例数	VAS评分
对照组	69	4.19±1.16
观察组	72	1.84±0.83

$t=13.879, P=0.000$ 。

表3 两组患者疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效
对照组	69	28	26	15
观察组	72	43	21	8

秩和检验 $z=2.391, P=0.017$ 。

3 讨论

脊柱骨折是骨折创伤中常见类型之一,如:胸腰段、脊髓骨折等,脊髓骨折致神经、血管损伤等,

发生率约为5%~6%,极易造成下肢或四肢暂时性功能障碍、丧失自理能力及其他并发症^[16]。高龄脊柱骨折术后风险因素除骨组织几何结构等生物力学因素外,还受吸烟、酗酒、骨折史、缺钙等因子影响,同时患者自身疼痛神经迟钝,骨折发生后无法立即觉察,延误治疗致术后椎管压迫神经康复缓慢,加重疾病痛苦^[17-19]。此外,高龄脊柱骨折由细小创伤即可引起,如:常见的骨质疏松椎体压缩性骨折,其与机体支撑力、应力感应,及脊柱失衡有关^[20]。

平衡火罐是基于阴阳学说与神经传导学说,为将多种罐法作用患者的非药物自然平衡疗法,融合闪罐、揉罐、推罐、抖罐、坐罐的5类拔罐方式,借助老年骨折术后机体神经末梢、血管与皮肤等综合传递火罐温热效应,反射性引发中枢神经应激,修复机体,使其处于平衡。多种拔罐分别具备局部

组织被动牵拉,促气血运行,缓解局部肌肉紧张,疏通二经等功效,进而扩张血管,促进代谢与机体功能恢复等。背部穴位左、右、上、下交叉使用,可有效改善肌肉顺应性与挛缩组织松紧状态,促使脊柱恢复平衡。与有关文献提到的高龄骨折患者术后肌肉反射性抑制与长期疼痛相互作用,易导致不同程度肌肉萎缩相吻合,进一步证实本次研究方法可行性与有效性。闪罐利用反复吸拔促使局部组织被动牵拉运动,可有效改善缺血、水肿等所致的肌肉紧张;揉罐借助火罐温热刺激,促使局部气血运行、疏通经络,揉罐过程采取类似推拿刺激,有缓解改善局部肌肉紧张;推罐广泛作用,可疏通膀胱经、督脉经气、促气血循行、达“通则不痛”作用,推罐会机械刺激触发轴突反射,致使组织胺循经运动、扩张毛细血管、改善血运,进而增进血液灌注;最后抖罐中牵、抖、提、拉等手法,可激发经气、运行气血;坐罐持续性负压吸引,亦可平衡阴阳、疏通经络、调节气血,增加血流灌注等。国内研究报道也提及上述结合形式,可达到改善脊柱四周软组织紧张,松弛挛缩组织,维持脊柱平衡效果。结果显示,观察组术后压力性损伤、VTE、肺部感染以及泌尿系统感染发生率明显低于对照组($P<0.05$);观察组VAS评分低于对照组($P<0.05$);观察组治疗效果优于对照组($P<0.05$)。

综上所述,平衡罐辅助治疗可有效减少高龄脊柱骨折患者术后并发症发生率,缓解疼痛,改善疗效。

4 参考文献

- [1] 侯平选.后路手术内固定融合术对脊柱骨折患者脊髓神经功能及并发症的影响[J].临床医学工程,2020,27(2):211-212.
- [2] 李庆晓.医护一体化在脊柱骨折患者术后快速康复中的应用效果分析[J].黑龙江中医药,2020,49(1):48-49.
- [3] 王兴,阿尔宾.前、后路手术内固定融合术对脊柱骨折患者脊髓神经功能及疼痛程度的影响分析[J].国际医药卫生导报,2020(4):551-554.
- [4] 黄丽容,杨原芳,谢春艳.平衡罐辅助治疗对新鲜骨质疏松性椎体压缩性骨折病人疼痛及关节功能的影响[J].护理研究,2020,34(3):539-541.
- [5] 刘鸿博.后路手术内固定融合术对脊柱折患

者脊髓神经功能及并发症的影响[J].淮海医药,2020,38(1):69-70.

- [6] 鲍小刚,刘佳,牛东阳,等.高龄、跌倒、骨密度对老年脊柱骨折预测的价值分析[J].中国骨质疏松杂志,2019,25(12):1696-1699.
- [7] 李佳.快速康复外科护理对行微创手术的脊柱骨折患者的影响研究[J].山西医药杂志,2019,48(10):1240-1242.
- [8] 付海平,王飞.经皮微创治疗胸腰段脊柱骨折的临床效果[J].中国医药导报,2019,16(14):104-108.
- [9] 牛鸣纲.后路与前路手术内固定融合术对脊柱骨折患者术后疼痛及伤椎影像学参数的影响[J].中国疗养医学,2019,28(5):544-546.
- [10] 成霞,王翠娟,吴丹,等.基于护理程序的整体护理干预对胸腰段脊柱骨折患者内固定术后的干预效果[J].中华全科医学,2019,17(4):686-689.
- [11] 祝晓云.优质护理在脊柱骨折内固定术中的护理效果及并发症发生情况研究[J].中国实用医药,2019,14(6):160-161.
- [12] 朱新亮,苏雄.复元活血汤加减治疗对脊柱骨折患者术后炎症因子、凝血功能及疼痛程度的影响[J].中医临床研究,2019,11(5):7-9.
- [13] 韩利朵,杜苗.综合康复护理对预防脊柱骨折术后患者下肢疼痛和深静脉血栓形成的影响[J].血栓与止血学,2019,25(1):151-152.
- [14] 张阿鸣.经皮微创椎弓根螺钉内固定术治疗胸腰段脊柱骨折的效果及对患者术后疼痛的影响[J].中国医疗器械信息,2019,25(2):73-74.
- [15] 肖隆艺,文晖龙,曹正霖,等.胸腰段脊柱骨折伴脊髓损伤术后下肢深静脉血栓形成的临床分析[J].赣南医学院学报,2018,38(11):1085-1088.
- [16] 安洪.重视高龄骨质疏松性脊柱骨折患者的治疗[J].西南医科大学学报,2018,41(6):491-493.
- [17] 马伟涛,张富运.微创经皮椎弓根螺钉 Sextant 内固定术治疗高龄骨质疏松性脊柱骨折的疗效观察[J].微创医学,2018,13(2):174-176.
- [18] 曹印福.骨质疏松性脊柱骨折保守治疗的效果及危险因素分析[J].中国医药指南,2018,16(8):107-108.
- [19] 包利帅.椎体内局部浸润麻醉下行经皮椎体后凸成形术的疗效观察[D].大连:大连医科大学,2018.
- [20] 彭晓燕.平衡罐结合温针灸治疗慢性腰肌劳损的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2017.

[2020-07-03 收稿]

(责任编辑 刘学英)

中老年女性压力性尿失禁患者生活质量影响因素调查

毕淑梅 沈美玲 周春喜 王燕 李春梅*

【摘要】 目的 探究中老年女性压力性尿失禁患者生活质量影响因素,并讨论护理对策。方法 选择2016年8月—2019年8月收治的中老年压力性尿失禁患者100例,分析患者临床资料,借助尿失禁生活质量量表(I-QOL)评价患者生活质量,通过多因素Logistic回归分析,筛选其生活质量的影响因素。结果 经I-QOL量表评价得到,生活质量良好患者(≥ 75 分)78例,生活质量较差患者(< 75 分)22例;单因素分析得到,中老年压力性尿失禁女性患者生活质量的影响因素有年龄、文化程度、疾病认知水平、盆底锻炼依从性、压力性尿失禁程度、绝经状态、自我效能水平、家庭关怀度($P < 0.05$);经多因素Logistic回归分析显示,中老年压力性尿失禁女性患者生活质量的影响因素有年龄 > 60 岁、盆底锻炼依从性差、中重度压力性尿失禁、已绝经、自我效能水平低、家庭关怀度 ≤ 6 分($P < 0.05$)。结论 中老年压力性尿失禁女性患者生活质量影响因素有年龄 > 60 岁、盆底锻炼依从性差、中重度压力性尿失禁、已绝经、自我效能水平低、家庭关怀度 ≤ 6 分,需施以针对性护理干预。

【关键词】 压力性尿失禁;生活质量;盆底锻炼;影响因素

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.022

压力性尿失禁(SUI)多发于女性群体,约有35%~45%的女性伴有不同程度的尿失禁,其中严重尿失禁约占7%,SUI约占50%^[1-2]。中老年女性中,压力性尿失禁的发生与尿路感染史、盆腔手术史、阴道分娩、憋尿习惯等因素有关,且随年龄增大,SUI发生率越高。临床治疗压力性尿失禁常见措施有盆底康复训练、物理治疗、手术治疗,超过96%的SUI患者经治疗后症状能得到缓解,但其生活仍受到影响^[3-5]。本研究借助尿失禁生活质量量表(I-QOL)评价患者生活质量,分析筛选其生活质量的影响因素,为制定护理对策提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2016年8月—2019年8月收治的中老年女性SUI患者100例为调查对象,纳入条件:年龄 ≥ 40 岁;符合压力性尿失禁临床诊断标准;初次就诊,且已完成院内治疗;认知、沟通能力正常;签署知情同意书。排除条件:居家长期卧床;伴有恶性肿瘤、脏器功能异常;既往有精神病史。

1.2 调查内容及方法

主要内容包括患者年龄、体质指数(BMI)、产次、

分娩方式、文化程度、绝经状态、压力性尿失禁程度、疾病认知水平、盆底锻炼依从性、自我效能水平、家庭关怀度。

(1)尿失禁生活质量评价:采用中文版尿失禁生活质量量表(I-QOL)实施评价,量表Cronbach's α 为0.963,包括逃避/限制性行为、心理社会影响、自我困扰3个维度,22个条目,采取Likert 5级评分法,包括“完全如此、常常如此、有时如此、很少如此、从未如此”,分值1~5分,总分0~100分,即(合计分-22)/88 \times 100,如总分 < 75 分,则生活质量差, ≥ 75 分,则生活质量良好^[6]。

(2)盆底锻炼依从性评价:选择盆底肌训练依从性问卷实施调查,问卷Cronbach's α 为0.80,问卷包括3个问题,分别为日锻炼时间、重复锻炼次数、视觉模拟量表评分,总分0~20分,如 < 6 分,则依从性差,6~13分,则依从性一般, ≥ 14 分,则依从性良好^[7]。

(3)家庭关怀度评价:选择家庭关怀度指数量表实施评价,量表包括5维度,分别为适应度、合作度、情感度、成熟度、亲密度,每个维度包括“几乎从不、有时、经常”,分值0~2分,总分0~10分。0~3分,则家庭功能严重障碍;4~6分,则中度障碍; ≥ 7 分,则功能良好^[8]。

(4)自我效能水平评价:选择一般自我效能量表(GSES)实施评价,共10个条目,采取Likert 4

基金项目:上海市松江区科学技术攻关项目(编号:19SJKJGG43)

作者单位:201600 上海市松江区中心医院泌尿外科

*通讯作者

级评分法, 分值 1~4 分, 总分 10~40 分, 如 GSES 评分 ≤ 20 分, 则自我效能水平低; >20 分, 则自我效能中、高水平^[9]。

1.3 统计学处理

选用 SPSS 21.0 统计学软件, 尿失禁生活质量影响因素的单因素分析中, 计数资料组间构成比的比较采用 χ^2 检验, 多因素分析采用 Logistic 回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 尿失禁生活质量影响因素的单因素分析

单因素分析显示, 中老年压力性尿失禁女性患者生活质量的影响因素有年龄、文化程度、疾病认知水平、盆底锻炼依从性、压力性尿失禁程度、绝经状态、自我效能水平、家庭关怀度 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 尿失禁生活质量影响因素的单因素分析

分析因素	类别	生活质量良好 (n=78)	生活质量较差 (n=22)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	≤ 60	54	4	18.358	0.000
	>60	24	18		
BMI	<25	34	9	0.050	0.823
	≥ 25	44	13		
产次	1 次	43	13	0.109	0.741
	≥ 2 次	35	9		
分娩方式	阴道分娩	45	15	0.787	0.375
	剖宫产	33	7		
文化程度	高中及以下	26	16	10.932	0.001
	大专及以上	52	6		
绝经状态	未绝经	54	4	18.358	0.000
	已绝经	24	18		
压力性尿失禁程度	轻度	56	6	14.438	0.000
	中重度	22	16		
疾病认知水平	低水平	31	20	17.977	0.000
	中高水平	47	2		
盆底锻炼依从性	差	28	19	17.545	0.000
	良好	50	3		
自我效能水平	低水平	30	18	12.924	0.000
	中高水平	48	4		
家庭关怀度 (分)	≤ 6	27	19	18.499	0.000
	>6	51	3		

2.2 尿失禁生活质量影响因素的多因素分析

因变量为压力性尿失禁生活质量, 自变量为两组比较差异有统计学意义的因素, 多因素 Logistic 回归分析得到, 中老年压力性尿失禁女性患者生活

质量的影响因素有年龄 >60 岁、盆底锻炼依从性差、中重度压力性尿失禁、已绝经、自我效能水平低、家庭关怀度 ≤ 6 分 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 尿失禁生活质量影响因素的多因素 Logistic 回归分析结果

分析因素	β	SE	Wald	P 值	OR	95%CI
年龄 >60 岁	2.315	0.605	14.653	0.000	10.125	3.095~33.126
盆底锻炼依从性差	2.426	0.665	13.321	0.000	11.314	3.075~41.629
中重度压力性尿失禁	1.915	0.541	12.540	0.000	6.787	2.352~19.588
已绝经	2.315	0.605	14.653	0.000	10.125	3.095~33.127
自我效能低水平	1.974	0.600	10.833	0.000	7.199	2.222~23.325
家庭关怀度 ≤ 6 分	2.482	0.665	13.916	0.000	11.965	3.248~44.083

3 讨论

3.1 危险因素分析

本研究经 I-QOL 量表评价得到, 患者尿失禁生活质量评分为 78.02 ± 2.16 分, 其中生活质量良好 (≥ 75 分) 78 例, 生活质量较差 (< 75 分) 22 例。中老年人群应对与耐受健康问题的能力显著下降, 加之 SUI 影响, 极易引起皮肤不适, 且频繁更换衣物会增大患者生活负担, 夜尿增多易对睡眠质量产生影响, 故其生活质量堪忧。具体分析如下:

①年龄 >60 岁。随着年龄增大, 组织弹性显著降低、神经支配能力不足, 平滑肌张力偏低, 导致尿道闭合功能差; 其他文献^[10]报道显示, 高龄女性机体激素水平偏低, 盆底肌松弛严重, 更易出现 SUI, 对其生活质量影响极大。②盆底锻炼依从性差。文献^[11]报道显示, 通过有意识的重复锻炼盆底肌、选择性自主收缩, 促进功能恢复, 可强化排尿控制, 延长排尿间隔, 进而减少尿失禁事件发生; 而多数中老年患者对盆底锻炼重要性缺乏认知, 且因工作压力、生活繁忙、自身体力等因素影响, 缺乏盆底锻炼时间, 或难以实现持续性盆底锻炼。③自我效能水平低。自我效能水平反映了中老年 SUI 患者的疾病康复及康复锻炼信心, 而中年 SUI 患者因工作、生活压力影响, 自我效能显著不足, 老年 SUI 患者生活自理能力不足, 逃避、限制性行为突出, 且自

我困扰严重, 对其生活质量影响较大^[12-13]。④中重度 SUI。根据尿失禁病情将尿失禁患者分为轻度、中度、重度, 其中, 中重度 SUI 是指变换体位、站立、下蹲等基本日常活动下即可诱发尿失禁, 此类患者生活受到极大困扰, 导致其心理负担加重, 多倾向于逃避康复锻炼, 且抵触社会活动^[14]。⑤家庭关怀度 ≤ 6 分。中年 SUI 患者是家庭经济和生活负担的主要支撑者, 也是最易缺乏家庭关注的对象, 而老年压力性尿失禁患者子女因工作繁忙, 缺乏对老年患者的关注, 其行为、心理表现难以为家庭其他成员所理解, 家庭适应度、情感度均偏低, 患者负性情绪难以得到及时、有效疏导, 自我困扰严重。⑥绝经。绝经后女性雌激素水平下降, 尿道黏膜与黏膜下结缔组织、血运较少, 膀胱支托力降低, 控尿能力显著下降, 更易出现尿失禁, 对患者生活质量影响极大^[15]。

3.2 提升中老年女性 SUI 患者生活质量的护理对策

(1) 现实写照式教育: 护理人员以数据、案例 2 种形式描述中老年压力性尿失禁患者生活, 包括: 盆底锻炼依从性良好、差 2 类患者月尿失禁发生率; 不同盆底锻炼方式下患者月尿失禁发生率; 不同程度的压力性尿失禁患者生活质量比较; 盆底锻炼依从性良好病例等。护理人员整理上述数据并以图表形式呈现, 采用对应图表向患者展示中老年

压力性尿失禁患者生活现实,如“盆底锻炼依从性良好患者月尿失禁发生率小于20%;盆底锻炼依从性差患者月尿失禁发生率大于40%”等,以强化患者对SUI现实的认知;护理人员与已康复的盆底锻炼依从性良好病例开展访谈,引导其从“盆底锻炼、康复自护、心理调节”3个方面介绍盆底锻炼经验,录制访谈音频,并发送至患者,以供其学习盆底锻炼经验,健康教育分2次实施,每次30~40 min。

(2) 超激光穴位照射:确定照射部位有星状神经节、下腹部,照射穴位有血海、中极、关元、足三里、归来、肾俞等穴位;采用Super Liz-er HA 550点式治疗仪对上述部位及穴位进行照射,星状神经节采用SG型照射镜组件,照射功率80%,开关频率3:2,照射时间每次5 min,下腹部及穴位采用C型照射镜组件,开关频率3:1,照射功率100%,下腹部照射每次10 min,每穴位每次15 s,连续干预8周,并配合提肛、缩肛训练。

(3) 神阙穴隔姜灸:护理人员切取厚度0.2~0.3cm的鲜生姜片,直径大小2~3 cm,并采用缝针在鲜生姜片中间刺扎8~10下,将姜片贴放于患者神阙穴,点燃艾炷,将其至于姜片中间部位施灸,艾炷燃尽后更换再次施灸,每次5柱,施灸完成后,取陈醋、五倍子细末,调和成糊状,填脐并采用医用胶布固定,每日更换。

综上所述,部分中老年SUI女性患者生活质量影响因素有年龄>60岁、盆底锻炼依从性差、中重度SUI、已绝经、自我效能水平低、家庭关怀度≤6分,需施以针对性护理干预。

4 参考文献

- [1] 车新艳,吴士良,陈宇珂,等.女性医务人员尿失禁及其对生活质量影响的现况调查[J].北京大学学报(医学版),2019,51(4):706-710.
- [2] 中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J].中华妇产科杂志,2017,52(5):289-293.
- [3] 郑娇雪,郑峥,庄燕群.中老年女性发生压力性

尿失禁的危险因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(18):111-113.

- [4] 杨明丽,王青,于晓杰,等.5143例产后早期妇女的盆底功能状况及其影响因素分析[J].中华妇产科杂志,2019,54(8):522-526.
- [5] 蔡建军,张操,丁青.影响女性压力性尿失禁近远期疗效及性生活质量的相关因素分析[J].中国性科学,2019,28(1):96-101.
- [6] 杨帆,张瑞丽,李慧娟,等.影响社区中老年女性尿失禁患者生活质量的疾病因素[J].中国老年学杂志,2017,37(9):2294-2296.
- [7] 谷瑞芮,吴丽萍.产后妇女盆底肌训练依从性的研究进展[J].山东医学高等专科学校学报,2019,41(2):129-131.
- [8] 杜吉利,齐冲,邵艳萍,等.围绝经期女性睡眠质量与家庭关怀度、焦虑及抑郁的相关性分析[J].中国妇幼保健,2017,32(4):772-774.
- [9] 李娟,赵雪姣,田芳,等.脑卒中后尿失禁患者自我效能感与抑郁、生活质量的相关性研究[J].重庆医学,2019,48(8):1386-1390.
- [10] 常婷婷.不同因素对产妇产后尿失禁及生活质量的影响[J].临床医学工程,2019,26(2):167-168.
- [11] 陆雅君,吴佳成,程大丽.TVT-O治疗女性压力性尿失禁对患者性生活及社交质量的影响[J].现代妇产科进展,2018,27(7):539-541,544.
- [12] 关绍晨,吴晓光,王淳秀,等.北京社区老年人尿失禁患病率及其对生活质量自评的影响[J].中华老年医学杂志,2018,37(3):330-334.
- [13] 蒋小慧,刘青,毛宝宏,等.盆腔器官脱垂患者生活质量的影响因素研究现况[J].国际妇产科学杂志,2018,45(4):431-434.
- [14] 陈爱中.90例女性尿失禁患者的生活质量调查[J].中国妇幼保健,2017,32(13):3019-3021.
- [15] 崔小娟,范湘玲,李华.盆底功能障碍患者绝经后的盆底肌力状况和生活质量分析[J].医学临床研究,2018,35(3):587-589.

[2020-04-26 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

行动导向教学在肾结石经皮肾镜超声碎石术患者健康教育中的应用

林佳音

【摘要】目的 探讨行动导向教学在肾结石经皮肾镜超声碎石术患者围手术期健康教育中的应用。方法 选取2019年1—12月肾结石经皮肾镜超声碎石术患者110例,按照组间基线资料匹配原则分为观察组及对照组,每组55例。对照组行常规健康指导,观察组应用行动导向教学法进行健康指导,比较两组干预前后疾病知识、遵医行为、自护能力、并发症发生率及预后情况。结果 干预后,观察组疾病肾结石成因、肾结石临床表现、肾结石危害、经皮肾镜超声碎石术原理、术后并发症预防、饮食注意事项、复发预防等知识知晓例数多于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 行动导向教学能提高肾结石经皮肾镜超声碎石术患者疾病知识及自护能力,从而提高患者术后遵医行为率,降低并发症及术后复发率,提高患者护理满意度。

【关键词】行动导向教学;肾结石;经皮肾镜超声碎石术;疾病知识;自护能力

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.023

肾结石是泌尿系统常见的多发性疾病,其成因较复杂,临床表现为下腹部疼痛不止^[1]。经皮肾镜超声碎石术能将结石取出,从而改善临床症状^[2],但术后可能出现尿路感染及血尿等并发症,影响疾病预后^[3]。加之,肾结石与不良生活习惯有关,术后有复发风险^[4]。自护能力是指患者维护自身健康的技能及信念,提高自护能力,将有助于建立健康的行为,降低相关并发症,改善预后^[5]。健康教育在一定程度上能提高患者对疾病的认知,从而提高自护能力^[6]。行动导向教学法是对存在的健康问题进行评估及分析,以平板电脑或智能手机为载体,引导患者学习疾病相关知识及护理技能^[7]。因此,本研究对肾结石经皮肾镜超声碎石术患者运用行动导向教学法行健康宣教,提高了患者疾病知识水平及自护能力。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1—12月110例肾结石经皮肾镜超声碎石患者为研究对象,纳入条件:经彩色超声诊断及实验室相关指标确诊为肾结石;符合经皮肾镜超声碎石手术指征;精神状态良好且能够完成自主交流;临床资料完整,能接受术后随访。排除条件:肾功能不全或丧失;精神疾病;主动脉关闭,二尖瓣狭窄者;凝血功能异常;认知障碍、意识模

糊等;肝肾等器官发生病变。按照组间基线资料匹配原则分为观察组及对照组,每组各55例。对照组:男30例,女25例;年龄22~70岁,平均 46.4 ± 7.4 岁;病程1~8年,平均 4.82 ± 1.12 年;学历:小学8例,初中22例,高中14例,大专或以上11例;观察组男28例,女27例;年龄22~70岁,平均 46.8 ± 6.5 岁;病程1~8年,平均 4.96 ± 0.96 年;学历:小学8例,初中20例,高中17例,大专或以上10例。两组患者基线资料对比差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 健康教育方法

1.2.1 对照组 患者行常规护理健康指导,即术前1d由责任护士行经皮肾镜超声碎石术相关知识宣教;术后每天1次疾病知识宣教,时间为30min,内容包括造瘘管移位或脱落预防、引流管固定技巧;指导患者及其家属密切监测生命指征;指导患者取仰卧位,嘱患者术后多饮水等。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用行动导向教学方式展开健康教育,通过真实或者模拟职业活动的方式进行各种健康教育活动,通过平板电脑等智能设备终端进行视频的播放。期间,护理人员重视实际问题的解答和分析,提高患者自我管理能力和学习积极性。对存在的问题进行讲解,对学习情况做出评估。具体如下:

(1) 提出任务:护士应用肾结石自我护理能力表进行对患者自护能力进行评估,评分 <10 分,表明肾结石患者术后自我护理能力较低,患者绝大多数的护理内容都是护士协助下完成的。针对患者自

护水平偏低,提出如下任务:促进健康教育质量水平提升,让患者具备肾结石术后自我护理能力。

(2) 制定计划:责任护士学习当前我国已经实施的干预措施,在手术前后的2个阶段对患者进行健康教育,确定最佳实施方案。按照术前、术后护理要求分别制作3个微视频,上传至科室健康教育平台中,患者根据自身需要随时点播查看相关视频。健康教育视频以肾结石术前宣教为主。宣教内容包括肾结石成因、肾结石临床表现、肾结石危害、经皮肾镜超声碎石术原理、术后并发症预防、饮食注意事项、复发预防,并向患者列举成功的案例,以增强患者治疗信心。对于患者、家庭的基本情况进行了解和分析,比如身体情况、病情发展、文化程度、职业等等;积极和患者进行沟通和交流,向患者讲解肾结石经皮肾镜超声碎石术相关知识,让患者对该操作有充分的认识,利用模型给患者直接的展示肾结石解剖结构,以便于学习;让患者观看视频,然后通过问题教学方式引导其思考,了解患者对肾结石术后护理知识及技能掌握情况;通过病友交流增强治疗信心;利用角色扮演等方式,让患者和家属作为宣教人员,给护士或者其他病友讲解肾结石经皮肾镜超声碎石术治疗原理及术后注意事项,增强对疾病的认识。

(3) 实施计划:将护理计划分2个阶段实行。术前1d需每日进行1次术前宣教;术后第2天开始每日进行1次术后宣教内容。把实施方案与宣教效果评价的结论打印出来,放置在患者床尾资料夹中,为后续的护士管理提供基础。

(4) 自我检查:护士每天对患者进行1次自查,下班前护士在课题研究微信群内上报患者基础护理情况及患者疾病知识及护理技能掌握情况,汇总所存在问题,总结出解决相关的措施,为后续调整方案提供基础。早期,患者不能抓住微视频教学内容的重点。课题小组研究讨论,确定调整视频宣教方式,在视频前段罗列出患者需要掌握的内容,视频结束后通过动画的方式提问,检查确定掌握情况。

1.3 观察指标

(1) 疾病知识知晓情况:疾病知识采用课题组自行编制的《肾结石疾病知识调查问卷》进行问卷调查,包括肾结石成因、肾结石临床表现、肾结石危害、经皮肾镜超声碎石术原理、术后并发症预防、饮食注意事项、复发预防等条目,患者答对为“知晓”,患者放弃回答或回答错误为“不知晓”。

(2) 并发症:包括尿路感染、血尿、尿潴留等;复发指患者取石成功后1年内再次出现结石。

1.4 统计学处理

数据分析采用SPSS 21.0统计学软件,计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

观察组疾病肾结石成因、肾结石临床表现、肾结石危害、经皮肾镜超声碎石术原理、术后并发症预防、饮食注意事项、复发预防等知识知晓例数多于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组疾病知识知晓情况比较(例)

组别	例数	肾结石成因	肾结石临床表现	肾结石危害	经皮肾镜超声碎石术原理	术后并发症预防	饮食注意事项	复发预防
观察组	55	54	53	53	54	53	54	53
对照组	55	44	43	43	42	42	43	42
χ^2 值		9.354	8.185	8.185	11.786	9.340	10.555	9.340
P 值		0.002	0.004	0.004	0.001	0.002	0.001	0.002

3 讨论

传统健康宣教由于护士传输健康知识形式单一,内容枯燥无味,加之临床健康宣教时间有限,护士能力参差不齐,导致健康宣教效果不理想,影响患者对疾病知识的掌握。行动导向教学能弥补传统宣教存在的问题,能为患者提供全面的健康教育信息,从而提高患者健康宣教效果,改善患者自护能力,提高患者疾病知识^[8]。

行动导向教学以视频的形式对患者进行健康宣

教,使宣教内容变得形象、直观、生动,激发患者学习兴趣,提高患者学习效果、参与学习的主动性及积极性,有助于患者获得全面的疾病信息,提高患者对疾病的认知^[9]。尿路感染、血尿是肾结石经皮肾镜超声碎石术患者术后常见的并发症,而并发症的发生与患者遵医行为水平偏低有关^[10]。另外,术后复发是经皮肾镜超声碎石术患者术后常见的问题,对患者加强健康指导将有助于预防肾结石复发。结果显示,观察组疾病知识知晓率高于对照组,术后并发症发生率、术后1年内复发率低于对照组,

集束化护理干预在老年脊柱术后谵妄预防和管理中的应用

杨晓悦 张瑜* 陈红梅

【摘要】 目的 探讨集束化护理干预在老年脊柱术后谵妄预防和管理中的应用效果。方法 以医院2018年6月—2019年12月骨科收治的120例老年脊柱骨折患者为研究对象,按照组间基线资料匹配原则均分为对照组和观察组,对照组采用常规护理,观察组采用集束化护理干预措施,比较两组患者干预后谵妄发生率、术后住院时间、干预前后睡眠质量。结果 观察组术后谵妄发生率明显低于对照组,术后住院时间明显短于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);干预前,两组患者睡眠质量均较差,且差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组睡眠质量评分明显低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 集束化护理干预应用于术后谵妄护理中,可降低术后谵妄发生风险,缩短患者住院时间,明显改善睡眠质量。

【关键词】 脊柱术后;老年;谵妄;预防;管理

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.024

谵妄(delirium)是一种以意识障碍、行为无章、认知记忆障碍为主要表现的急性脑综合征,发病机制尚未明确,其在老年手术患者中最为多见,发生率高达5%~61%^[1],会延长住院时间,严重影响术后恢复和疾病预后,甚至增加病死率^[2]。我国2016

年颁布的《老年患者术后谵妄防治中国专家共识》^[3]中提到,对老年手术患者谵妄的重点在于预防诱因和高危因素,进行多学科非药物干预。集束化护理以循证医学理论为指导,将已被证实有效的、科学的治疗与护理策略有机结合,合理运用于临床,实现提升医疗护理质量的目的^[4]。本研究旨在探讨集束化护理干预在老年脊柱术后谵妄预防和管理中的应用效果。

作者单位:200081 上海市,长海医院虹口区骨科
*通讯作者

满意率高于对照组($P<0.05$)。

综上所述,行动导向教学能提高肾结石经皮肾镜超声碎石术患者疾病知识及自护能力,从而提高患者术后遵医行为率,降低并发症及术后复发率,提高患者对护理的满意度。

4 参考文献

- [1] 买真.微创经皮肾镜钬激光碎石术的手术护理配合体会[J].河南外科学杂志,2020,25(1):181-183.
- [2] 宁岩,肖凌凤.经皮肾镜碎石取石术围手术期护理进展[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2020,14(1):68-72.
- [3] 童珠红,孙志军,赖学佳.预见性护理管理在预防微创经皮肾穿刺取石术后并发尿路感染的应用研究[J].中国药物与临床,2019,19(7):1190-1192.
- [4] 孙艳,樊艳宏,苏进秀,等.临床护理路径在经皮肾镜气压弹道碎石联合超声碎石术患者健康教育中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,24(20):107-109.
- [5] 李子申,傅龙龙.知信行健康教育模式对输尿管软

镜取石患者自我护理能力的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(20):2460-2461.

- [6] 骆良文.阶段性健康教育结合心理护理在可视穿刺经皮肾镜肾结石碎石术患者中的运用[J].当代护士(下旬刊),2020,27(4):103-105.
- [7] 李金蓉,傅桂芬,蒙有轩,等.行动导向教学法在尿路造口住院患者中的应用[J].中华护理杂志,2020,55(10):1526-1530.
- [8] 赵莹.情景式健康教育在微创经皮肾穿刺碎石手术治疗肾结石护理中的应用及对患者QOL评分的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(17):3139-3142.
- [9] 商之涵,夏丽燕,卢岳青.应用微视频对术后携带腹腔引流管患者实施延续性健康教育的实践与效果[J].护理管理杂志,2020,20(8):605-608.
- [10] 程孝惠,丁红,李露露,等.行动导向教学法对直肠癌造口患者健康教育效果的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2017,24(3):352-355.

[2021-01-28 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

1 对象与方法

1.1 研究对象

在患者及其家属知情同意并签署知情同意书的前提下,以医院2018年6月—2019年12月骨科收治的120例老年脊柱骨折患者为研究对象,纳入条件:行手术治疗的患者;术后恢复期生命体征平稳,可配合护理措施的实施。排除条件:预计患者生命存在倒计时 ≤ 24 h或生命体征不平稳;存在精神系统疾病;合并重要脏器器质性损伤;中途退出的病例。按照组间基线资料匹配原则均分为对照组和观察组,对照组中男32例,女28例;年龄63~75岁,平均 66.73 ± 5.26 岁。观察组中男34例,女26例;年龄64~76岁,平均 66.53 ± 5.37 岁。本研究符合《赫尔辛基宣言》的要求,且经医院伦理委员会批准同意。两组患者基本资料比较,组间差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 住院期间进行常规护理干预:入院时对患者和家属进行入院宣教,讲解医院探视制度和病区环境;术前协助患者完成各项检查和饮食、肠道、皮肤准备;心理疏导,树立战胜疾病信心;术后心电监护,观察手术切口有无渗血、渗液,定时评估疼痛情况;遵医嘱用药,预防切口感染、压力性损伤、下肢深静脉血栓等并发症;病情稳定后指导患者行康复锻炼;饮食指导;出院指导。

1.2.2 观察组 观察组实施集束化护理干预措施。实施过程如下:

(1)成立专项集束化护理小组:组建由2名骨科医生、3名骨科专科护士、1名麻醉医生构成的集束化管理小组。在查阅大量文献,尤其是2016年颁布的《老年患者术后谵妄防治中国专家共识》的基础上,基于科室护理常规,结合临床护理工作实际,制定科学的护理实施计划,并组织所有医护人员参与流程培训,培训后统一考核。

(2)护理干预方案:包括术前全面评估、术后早期感官刺激和活动指导、围术期补液和营养补充、围术期睡眠指导、术后疼痛管理、减少留置导尿等。

(3)实施护理措施:①术前全面评估。老年脊柱手术患者由于自身机体代谢差,面对手术创伤时,生理和心理应激会远高于其他群体患者^[4],为此,术前给予神经功能和认知损害、感觉障碍、营养不良、高龄、合并基础疾病、围术期营养状况、日常用药(神经类药物)等的专科评估。②术后早期感官刺激和活动指导。术后预防谵妄时,根据患者神

经意识状况进行感觉刺激,通过使用闹钟、播放轻音乐、家属对患者唤醒和肢体接触,缓解患者术后早期的感觉障碍;术后早期进行肢体活动锻炼,由被动锻炼逐渐过度到主动锻炼,如肢体肌肉神经电刺激、四肢按摩、呼吸锻炼、物理疗法和早期床上活动、病室活动等,以促进患者康复,减少谵妄发生^[5]。③围术期补液和营养补充。患者由于术前禁食和术中失血,导致脑血流量减少,术后容易发生谵妄和其他并发症;遵医嘱补液,防止脱水,保持电解质和酸碱平衡,内环境稳定;术后鼓励患者多饮水,保证出入量平衡。老年患者机体状况不良,尤其是营养状况较差,会导致免疫力下降,增加并发症发生风险,延长术后恢复时间,围术期应及时为患者调整饮食,保证营养充足,膳食均衡,预防便秘发生;对于进食状况不佳的患者,可通过静脉输注营养液进行营养补充^[6]。④围术期睡眠指导。老年患者受自身基础疾病、医院内特殊医疗环境以及手术引发的不良心理问题的影响,围术期容易出现焦虑、失眠,术后易发生注意力涣散、意识障碍和谵妄等症状,护理人员应做好患者围术期睡眠指导,对于无法适应医院环境的患者,可调节夜间照明亮度,降低医疗设备声音;减少病室人员流动及噪声;戴耳塞和面罩;睡前可饮牛奶、听轻音乐,以促进入睡^[7]。⑤术后疼痛管理。术后疼痛是大多数手术患者共有的临床症状,对患者造成的不良身心影响容易导致谵妄的发生。护理人员应该高度重视,采用多模式镇痛,包括定时评估疼痛,加强对疼痛教育;优化病室环境,合理安置体位,提高舒适度;使用自控镇痛泵、冰袋冰敷和肌肉按摩等物理疗法止痛;加强心理疏导,指导放松训练,尽量选用非阿片类镇痛药物等^[8]。⑥减少留置导尿。老年患者留置导尿时,应加强导尿管的护理,避免发生泌尿系感染;缩短和减少留置导尿时间和插管次数,尽早拔出尿管,督促患者自行排尿;术后鼓励患者多饮水,预防感染^[9],以降低谵妄发生概率。

1.3 观察指标

(1)比较两组患者术后谵妄发生率及术后住院时间。

(2)睡眠质量:采用匹斯堡睡眠质量指数(PSQI)对患者干预前后睡眠质量进行评价,该量表包括安眠药物、睡眠效率、睡眠障碍等共计7个维度,总分为21分,评分越高,提示患者睡眠质量越差^[10]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 24.0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；计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验。
 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后谵妄发生率和住院时间比较

观察组术后谵妄发生率明显低于对照组，术后住院时间明显短于对照组，组间比较差异有统计学

意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者睡眠质量比较

干预前，两组患者睡眠质量均较差，组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，观察组睡眠质量评分明显低于对照组，睡眠质量优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者术后谵妄发生率和住院时间比较

组别	例数	谵妄		住院时间 (d)
		发生例数	发生率 (%)	
对照组	60	7	11.67	8.93 ± 2.46
观察组	60	1	1.67	6.63 ± 1.47
	χ^2 值		5.093	6.217*
	P 值		0.026	0.019

*为 t 值。

表 2 两组患者干预前后睡眠质量评分比较 (分)

组别	安眠药物		睡眠效率		睡眠障碍		
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	
观察组 (n=60)	1.96 ± 0.27	0.76 ± 0.29	2.35 ± 0.31	0.75 ± 0.45	2.63 ± 0.28	1.12 ± 0.38	
对照组 (n=60)	2.01 ± 0.29	1.41 ± 0.32	2.43 ± 0.29	1.34 ± 0.31	2.71 ± 0.35	1.76 ± 0.41	
	t 值	0.976	11.859	1.460	8.363	1.383	8.868
	P 值	0.330	0.000	0.147	0.000	0.169	0.000

组别	睡眠时间		入睡时间		
	干预前	干预后	干预前	干预后	
观察组 (n=60)	2.39 ± 0.33	1.32 ± 0.31	2.53 ± 0.37	1.38 ± 0.30	
对照组 (n=60)	2.64 ± 0.36	2.14 ± 0.45	2.46 ± 0.38	2.17 ± 0.38	
	t 值	3.965	11.624	1.022	12.639
	P 值	0.000	0.000	0.307	0.000

组别	日间功能		睡眠质量		
	干预前	干预后	干预前	干预后	
观察组 (n=60)	2.35 ± 0.28	1.41 ± 0.36	2.65 ± 0.32	1.29 ± 0.35	
对照组 (n=60)	2.31 ± 0.33	2.17 ± 0.35	2.61 ± 0.29	2.11 ± 0.26	
	t 值	0.716	11.725	0.717	14.568
	P 值	0.416	0.000	0.475	0.000

3 讨论

美国老年医学会发布的防治老年患者术后谵妄临床指南^[10]中提到,根据观察到的个人需求和护理情况制订个体化、多方式预防干预方案,能够有效预防谵妄的发生,医疗团队还应该对老年手术患者进行多学科个性化护理干预,包括医疗、护理、营养、心理、康复等,运用多种干预手段消除患者谵妄危险因素,对患者进行全程护理管理,以降低谵妄发生风险。对存在谵妄高危风险的老年手术患者,手术前,护理人员向患者和家属解释谵妄的概念、临床表现、危险因素、发生后对疾病恢复的危害性,预防谵妄的护理干预方式,减轻患者恐惧,提高患者对该并发症的认知和自我预防能力,避免谵妄的发生^[11]。谵妄在老年患者中的发生率较高,医疗机构应针对高危患者群体和高危疾病相关医护人员进行正规、持续的教育培训,培训内容包括谵妄的流行病学、谵妄的高危因素、临床中使用的各种谵妄评估工具,谵妄的预防措施、治疗和护理方法等,依据临床实际情况对培训的内容和频率进行合理调整^[12]。

本次研究探讨了集束化护理干预在老年脊柱术后谵妄预防和管理中的应用,取得明显效果。

观察组术后谵妄发生率明显低于对照组,术后住院时间明显短于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组睡眠质量评分明显低于对照组($P<0.05$)。提示,对老年脊柱术后患者实施集束化护理干预,能有效降低谵妄发生风险,改善患者术后的睡眠质量。这是因为,术前对老年患者进行全面评估,尤其是对具有谵妄高危因素的患者针对风险因素进行集束化护理干预。在术后对患者进行早期感官刺激和活动指导,指导家属与患者积极沟通和接触,尽早唤醒患者的感知觉,恢复机体神经肌肉活性,预防谵妄发生。围术期加强液体补充和营养指导,保证患者体液平衡,机体内环境稳定,加强营养干预,改善患者机体免疫力。通过围术期多种方式,促进和改善老年脊柱患者睡眠质量,维持患者正常睡眠周期,保证患者精神状况良好,精力充足,减少手术对精神和神经的刺激,降低术后谵妄发生风险,改善了患者的睡眠质量。值得注意的是,对于老年脊柱术后患者加强疼痛管理,加强疼痛评估,通过多种模式、多学科和多方面对患者进行镇痛护理,尤其注意对患者进行非药物镇痛干预,减少镇痛药物对患者精神状况恢复的副作用^[13]。尽早拔出留置尿管,积极预防和治疗尿

路感染^[14]。加强对患者和家属的疾病知识教育,让其充分了解认识术后谵妄这一并发症,提高其识别、预防和自我护理能力。

综上所述,集束化护理干预应用于老年术后谵妄的预防和管理中,可降低术后谵妄发生风险,缩短患者住院时间,明显改善睡眠质量,提升护理质量。

4 参考文献

- [1] 王晓伟,刘智,张建政.老年髌部骨折术后发生谵妄危险因素分析[J].中华创伤杂志,2017,33(6):505-509.
- [2] 崔小平,荆志振,宋洁富.老年患者脊柱手术后谵妄危险因素分析的回顾性研究[J].中国骨伤,2019,32(6):549-554.
- [3] 中华医学会老年医学分会.老年患者术后谵妄防治中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2016,35(12):1257-1262.
- [4] Slade S. Evidence summary. Delirium: prevention[J]. The Joanna Briggs Institute, 2016, 8(10):1-5.
- [5] 王明帅,杨永涛,范正洋等.老年脊柱术后患者谵妄的危险因素分析[J].临床骨科杂志,2019,22(1):15-18.
- [6] 黄清奇,刘少强,梁珪清.脊柱手术患者术后谵妄的危险因素及临床防治研究进展[J].中华外科杂志,2019,57(6):476-480.
- [7] 曹虹,梅晓凤,王云云.老年髌部骨折患者围手术期谵妄预防及护理的文献汇总分析[J].护士进修杂志,2019,34(11):1032-1039.
- [8] 张翠琴,金乾坤.老年髌部骨折患者术后谵妄的危险因素分析及护理策略[J].中华全科医学,2019(8):1427-1429.
- [9] 芦凤娟,吕红,宋玉芝等.预防老年髌部骨折患者围手术期谵妄的文献汇总分析[J].中华护理杂志,2019,54(10):1572-1577.
- [10] 张宁,朱鸣雷,刘晓红.美国老年医学会发布防治老年患者术后谵妄临床指南解读[J].中华老年医学杂志,2015,34(1):1-2.
- [11] 廖海英,宁宁,李佩芳.基于加速康复外科的综合护理模式对腰椎间盘突出症老年患者术后谵妄发生的效果研究[J].华西医学,2017,32(9):1355-1357.
- [12] 中华医学会老年医学分会.老年患者术后谵妄防治中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2016,35(12):1257-1262.
- [13] 闫晓英,刘哲,宋艳,等.A型主动脉夹层术患者术后谵妄的影响因素分析[J].护理实践与研究,2020,17(1):7-10.
- [14] 杨选花,陈丽,周海婷,等.老年髌部骨折患者术后谵妄的影响因素与干预对策[J].护理实践与研究,2019,16(13):69-70.

[2020-07-05 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

加速康复外科护理联合中药热奄包灸敷在改善胃肠吻合术后患者肠功能恢复中的应用

张婷婷 王艳春 王雪梅 李聪聪 张红梅*

【摘要】目的 探讨加速康复外科护理联合中药热奄包灸敷对胃肠吻合术后患者胃肠功能恢复的影响。方法 将医院胃肠外科2019年10月—2021年1月收治的80例腹腔镜下胃肠吻合术的患者,按照组间基线资料匹配的原则等分为对照组和观察组,对照组采用加速康复外科护理,观察组在对照组的基础上采用中药热奄包灸。比较两组术后胃肠功能的恢复情况。结果 观察组术后第1次肛门排气时间、排便时间短于对照组,第1次进食时间、术后住院时间短于对照组,术后腹胀程度轻于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 加速康复外科护理联合中药热奄包灸更有利于胃肠吻合术患者术后胃肠功能的恢复,减少腹胀的发生。

【关键词】加速康复外科护理;中药热奄包;胃肠吻合术;胃肠功能

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.025

加速康复外科是通过一系列优化改进的处理措施,如快速麻醉技术、快速微创技术、快速康复护理技术等,以减少手术创伤引起的应激,促进脏器功能的恢复^[1-2]。目前加速康复外科理念在胃肠道外科中的应用较为广泛,应用效果亦得到认可。中医药在我国有悠久的历史,中西医结合护理集两家之长,发挥了独特优势。有研究认为,一些中医护理手段,如耳穴压贴、穴位按摩、中药灌肠等联合加速康复外科护理,在加速胃肠功能恢复、降低炎症反应、减轻术后疼痛方面意义重大^[3]。中药热奄包作为中医外治法的重要组成部分,与西医护理中热疗作用原理相似,具有活血化瘀、清热解毒的作用,能有效促进血液循环^[4]。本研究旨在探讨加速康复外科护理联合中药热奄包灸对患者术后胃肠功能恢复的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将医院胃肠外科2019年10月—2021年1月收治的80例腹腔镜下胃肠吻合术的患者为研究对象,纳入条件:18岁≤年龄<70岁;均自愿参与研究;经影像学诊断、活检证实为胃恶性肿瘤,符合国际抗癌联合第7版中T₁-3N₁-3M₀期,无明显肿大融合淋巴结转移;术前无营养不良;意识清楚,有一定的读写和理解能力;无手术禁忌证;术前未行放疗;临床资料完整。排除条件:合并全身免疫性疾

病;既往腹部重大手术史;严重的基础疾病;合并出血性疾病或凝血功能障碍;术中发现肿瘤远处转移;术后出现严重并发症。按照组间基线资料匹配的原则等分为对照组和观察组,对照组中男24例,女16例;平均年龄 59.23 ± 13.73 岁;平均体质指数 21.45 ± 3.12 ;肿瘤大小:<5 cm 24例,≥5 cm 16例。吻合方式:毕I式17例,毕II式23例;病理分期I期6例,II期18例,III期16例;手术时间 5.19 ± 2.24 h。观察组中男25例,女15例;平均年龄 58.85 ± 14.23 岁;平均体质指数 21.78 ± 3.34 ;肿瘤大小:<5 cm 22例,≥5 cm 18例;吻合方式:毕I式18例,毕II式22例;病理分期I期5例,II期15例,III期20例;手术时间 5.28 ± 2.46 h。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

两组患者由资质均衡的医护人员配合下完成手术,腹腔镜5孔法,清扫淋巴结后,行胃肠吻合术。对照组围手术期采用加速康复外科护理,观察组在对照组的基础上采用中药热奄包灸,方法如下:

1.2.1 对照组 采用加速康复外科护理。

(1)术前护理:①加强健康教育。采用视频、图文结合的形讲解手术流程,介绍手术室环境。告知患者科室在完成该类手术方面的相关资质,帮助患者建立手术信心。②心理护理。在与患者的沟通中评估患者的心理状态,进行因势利导,利用多种心理学手段缓解患者的不良情绪。③缩短禁食禁饮时间。术前10 h口服10%葡萄糖溶液1000 ml,术前2 h口服10%葡萄糖溶液500 ml。

(2)术中护理:①不提倡常规放置胃管,放置胃管者术后24 h内拔除;②手术室温度湿度适宜,

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(编号:2019ZY03050)

作者单位:450001 河南省郑州市,河南省人民医院中医科
*通讯作者

术中所需要使用的液体提前加温至 36 ~ 38℃；常规保温护理的基础上采用保温毯；③控制输液速度，刚开始 1 h 内 20 ml/kg，之后 6 ml/(kg·h)；④术毕放置胃肠引流管 1 根，术后视情况尽早拔除。

(3) 术后：①加强镇痛。PCA 镇痛 + 疼痛评估 + 非药物干预手段镇痛，避免使用阿片类药物。②控制输血量。无特殊情况输血量控制在 2000~2500 ml。③术后早期进食。麻醉清醒后给予患者口香糖咀嚼，术后 6 h 少量饮水，若未出现不适，鼓励患者进食流质饮食，如米汤、藕粉、葡萄糖水；术后 24 h 进食面条、鸡蛋羹等，逐渐过渡。④术后早期活动。麻醉清醒后取半卧位，并协助患者翻身；术后 12 h 坐床沿，术后 24 h 鼓励患者下床活动，术后 48 h 病房内慢走；术后 72 h 病房走廊活动。⑤术后 12 h。指导患者踝泵运动，有必要者使用下肢静脉泵、低分子肝素等，预防血栓。

1.2.2 中药热奄包灸敷 ①干预前。由专人开展健康教育，介绍有关注意事项。同时向患者说明本研究的目的、实施过程及权益保护，讲解中药热奄包技术的中药成分、干预方法以及作用，告知患者该技术对于促进患者术后胃肠功能恢复有益，取得患者的配合。②热奄包制作。自制中药热奄包，成分包括干姜、吴茱萸各 500 g，采用毛巾包裹。③操作方法。术后 6 h 开始干预，使用前将热奄包洒上少量水，放入微波炉中加热，取出后用温度计测温，外套纯棉保护袋，温度以使患者局部无灼痛感为度。放于患者腹部，注意避开伤口，紧贴皮肤顺时针按压滚动 5 min，再放置在神阙及任脉上 20 min。每天使用 2 次，每次 30 min。

1.3 观察指标

统计患者术后第 1 次肛门排气的时间、第 1 次

排便的时间、第 1 次进食的时间；术后 24 h 内评价患者的腹痛、腹胀情况。腹痛采用 Prince-Henry 评分法^[5]，根据严重程度不同计分 0~4 分，共 5 级。0 分为无任何疼痛；1 分为安静时无疼痛，咳嗽时有疼痛；2 分为安静时无疼痛，但深呼吸有疼痛；3 分为静息状态下有轻度疼痛但能忍受；4 分为静息状态下有不能忍受的剧烈疼痛。

腹胀分为四级^[6]，其中 0 级为无腹胀感觉，计 0 分；I 级为轻度腹胀，腹部轻度隆起，无切口胀痛感，不影响休息和睡眠，计 1 分；II 级中度腹胀，腹部中度隆起，腹壁有张力，有切口胀痛感但能忍受，伴恶心，影响睡眠和休息，计 2 分；III 级重度腹胀，腹部隆起明显，腹壁张力较大，切口处胀痛拒按，呻吟甚至出现呼吸困难，伴呕吐，烦躁不安，严重影响休息和睡眠，计 3 分。

出院的判定标准为^[7]：切口愈合良好，病情稳定，可自主排便，自主进食固体饮食，无腹痛、发热、血象升高等感染症状，每天下床活动时间 4 h 以上，并无明显不适。

1.4 统计学处理

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

2 结果

观察组术后第 1 次肛门排气时间、排便时间短于对照组，第 1 次进食时间、术后住院时间短于对照组，术后腹胀程度轻于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。两组患者术后的腹痛评分比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。见表 1。

表 1 两组患者胃肠功能情况及住院时间比较

指标	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
第 1 次肛门排气时间 (h)	59.43 ± 13.32	73.52 ± 15.64	4.338	0.000
第 1 次排便时间 (d)	3.13 ± 1.62	3.96 ± 1.79	2.174	0.033
第 1 次进食时间 (d)	3.24 ± 1.09	4.56 ± 2.41	3.156	0.002
术后腹痛评分	1.75 ± 1.03	1.82 ± 1.14	0.288	0.774
术后腹胀级别			2.763*	0.006
0 级	4	2		
I 级	22	13		
II 级	12	15		
III 级	2	10		
术后住院时间 (d)	9.65 ± 3.21	11.68 ± 4.35	2.375	0.020

* 为秩和检验的 *u* 值。

3 讨论

本研究在加速康复外科护理的基础上采用中药热奄包灸护理,结果显示,与单纯加速康复外科相比,观察组术后胃肠功能恢复时间缩短、腹胀程度较轻($P<0.05$)。提示中药热奄包灸有利于促进胃肠吻合术患者术后胃肠功能恢复。胃肠吻合术患者受麻醉药物、术中对胃肠脏器的牵拉、手术创伤等因素的影响,术后容易出现胃肠功能障碍,如腹胀、恶心、呕吐等。胃肠功能障碍不仅增加患者的痛苦,而且直接影响患者的术后进食和睡眠,不利于术后康复。患者术后胃肠功能障碍的时间越长,病死率的风险就越高^[8]。尤其是术后腹胀较为严重者可出现呼吸困难,危及患者生命安全。研究认为^[9],术后尽早促进胃肠吻合术患者的胃肠功能恢复,可有效预防各种并发症,促进患者病情恢复。加速康复护理的一系列循证优化护理措施在促进胃肠道手术患者术后胃肠功能恢复中发挥了重要作用。臧义丰等^[10]报道,加速康复外科能够显著缩短胃空肠吻合术患者的术后肛门排气、排便时间,减轻炎症反应,减少术后并发症。

中医药是我国的特色学科,术后胃肠功能障碍属于中医学中肠痹、肠结的范畴,中医学认为其是由手术创伤导致的经络不通、气机逆乱、升降失衡、气血运行受阻所致^[11],可从活血行气、消胀通便入手防治。中药热奄包灸最早记载于《黄帝内经》中,根据内病外治的原理,借其温热的作用,渗透肌肤层,将温热、药物的作用相结合,热力将中草药的药效透入皮肤以至肌肉腠理,可发挥活血化瘀、温经通阳、行气止痛功效^[12-13],对应胃肠功能障碍的中医病机。甘剑萍等^[14]研究显示,中药热奄包灸有利于妇科术后患者胃肠功能的恢复,降低术后疼痛。本研究中所使用的干姜属于一种热性的中药材,能够起到回阳通脉、温中散寒的功效,其含有芳香性挥发油,可刺激胃肠道蠕动,促进患者术后的胃肠功能恢复,缩短了患者术后胃肠功能恢复的时间。吴茱萸是芸香科植物中的一种,取其辛而大热之性,用其温中下气、通络止痛。张晓等^[15]研究发现,采用吴茱萸行中药热奄包灸,能够增强药效,达到行气消胀、温经通络的作用。吴士连等^[16]研究证实,中药热奄包灸作用于患者达腹部通过温热效应和药效应双重叠加,可加快术后胃肠蠕动,消除腹胀。

综上所述,加速康复外科护理联合中药热奄包灸敷更有利于胃肠吻合术患者术后胃肠功能的恢复,减少腹胀的发生,值得临床重视。

4 参考文献

- [1] 李娜,杨静静.加速康复外科理念的临床研究进展[J].重庆医学,2020,49(6):1008-1011,1017.
- [2] 付畅,王国年.加速康复外科在胃癌根治术患者麻醉管理中的应用进展[J].中国现代手术学杂志,2020,24(2):156-160.
- [3] 李金亭,王志敏,崔乃强.中西医结合护理在外科快速康复的研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2019,25(2):241-244.
- [4] 赵楠,王淑阁,关丽,等.六味通络热奄包预防 PICC 术后机械性静脉炎的疗效研究[J].中国中医急症,2019,28(12):2146-2148,2166.
- [5] 何禹成.局部冷疗联合肋间神经阻滞及静脉自控镇痛在胸腔镜术后镇痛的应用[D].泸州:西南医科大学,2018:1-66.
- [6] 庞增粉,闫晓宁.足三里穴位敷贴联合耳穴按压减轻肝癌术后腹胀程度的效果[J].中华养生保健,2020,38(12):112-113.
- [7] 何玉琨,刘权焰,刘志苏.快速康复外科中小茴香热敷对胃肠吻合术后胃肠功能恢复的影响[J].武汉大学学报(医学版),2017,38(5):828-832.
- [8] 柴大林,李光云,闫金亮.腹腔镜下穿孔修补术对胃溃疡合并胃穿孔患者的临床效果及胃肠功能的影响[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(6):753-756.
- [9] 常凯.复方大承气汤保留灌肠对胃肠吻合术后患者快速康复的临床观察[D].贵阳:贵阳医学院,2016:1-51.
- [10] 臧义丰,孟祥瑞,纪志鹏,等.加速康复外科理念在全腹腔镜非离断式胃空肠 Roux-en-Y 吻合术中的应用[J].中国现代普通外科进展,2018,21(1):9-12.
- [11] 郭昊,张勇.中医药干预在胃肠道手术后加速康复中的应用进展[J].山西中医药学报,2020,21(5):384-387.
- [12] 谭健娜,谭玲玲,周佩英.中药热奄包联合穴位按摩对腹部手术后并发腹胀及疼痛干预效果的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(16):2976-2979.
- [13] 李志发,陈戎,吴小兵.中药排气饮配合吴茱萸热熨对微创结肠癌术后胃肠功能恢复及免疫功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(9):984-986.
- [14] 甘剑萍,刘巧琼,甘佩敏.中药热奄包联合艾条灸在妇科术后胃肠功能恢复中的应用[J].内蒙古中医药,2020,39(4):132-133.
- [15] 张晓,廖若夷.吴茱萸热奄包联合艾灸预防腰椎全麻术后胃肠道反应的疗效观察[J].中医药导报,2019,25(7):91-93.
- [16] 吴士连,邱伟,陈思敏.基于快速康复外科模式中中药封包对妇科腹腔镜术后胃肠功能恢复的疗效分析[J].内蒙古中医药,2020,39(6):103-104.

[2021-02-05 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

加速康复外科结合全程管理在乳腺癌患者中的应用效果

谭银欢 林小佳 梁彩云

【摘要】 目的 探讨加速康复外科模式在乳腺癌患者围手术期中的应用效果。方法 选取2018年5月—2020年4月医院住院接受手术治疗的乳腺癌患者100例为研究对象,按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组,每组50例。对照组患者接受常规护理干预。观察组患者接受加速康复外科结合全程管理的护理干预。比较两组患者术后自理恢复的时间、并发症发生情况、引流管拔除时间及住院时间。采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价患者术前和术后1周时的心理状态。结果 两组患者术后情况比较,观察组患者的术后自理恢复时间、引流管拔除时间和住院时间均短于对照组($P<0.05$)。两组术后并发症发生情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者手术前SDS评分和SAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);术后1周,观察组患者SDS评分和SAS评分均低于对照组($P<0.05$)。结论 加速康复外科模式运用到乳腺癌患者的全程管理可以加速患者术后康复,减轻患者焦虑、抑郁情绪。

【关键词】 乳腺癌;加速康复外科;护理;术后康复

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.026

Application effect of accelerated rehabilitation surgery combined with whole-process management in breast cancer patients TAN Yinhuang, LIN Xiaojia, LIANG Caiyun (Jiangmen Central Hospital, Jiangmen, 529000, China)

【Abstract】 Objective To explore the application effect of accelerated rehabilitation surgery model in the perioperative period of breast cancer patients. **Methods** A total of 100 breast cancer patients who were hospitalized for surgical treatment from May 2018 to April 2020 were selected as the study objects. According to the principle of matching basic characteristics between groups, they were divided into an observation group and a control group, with 50 cases in each group. Patients in the control group received routine nursing intervention, and patients in the observation group received nursing intervention that combined accelerated rehabilitation surgery with whole-process management. The postoperative self-care recovery time, complications, drainage tube removal time and hospital stay were compared between the two groups. The self-rating anxiety scale(SAS) and self-rating depression scale (SDS) were used to evaluate the mental state of patients before and 1 week after surgery. **Results** In the comparison of the postoperative situation of the two groups of patients, the postoperative self-care recovery time, drainage tube removal time and hospital stay of the observation group were shorter than those of the control group($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of postoperative complications between the two groups($P>0.05$). There was no statistically significant difference in the SAS score and SDS score of patients before operation between the two groups($P>0.05$). One week after the operation, the SDS and SAS scores of the observation group were lower than those of the control group($P<0.05$). **Conclusion** The application of accelerated rehabilitation surgery model combined with the whole-process management of breast cancer patients can speed up the postoperative recovery of patients and reduce their anxiety and depression.

【Key words】 Breast cancer; Accelerated rehabilitation surgery; Nursing; Postoperative recovery

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤,其对患者身

心都会造成很大影响^[1-2]。加速康复外科理念是指在围手术期采取措施,减轻手术患者生理及心理应激,减少并发症,加速康复^[3]。这一理念已经被应用于各类外科手术中^[4-5]。本研究探讨加速康复外科模式在乳腺癌患者围手术期中的应用效果。

课题项目:江门市医疗卫生领域科技计划项目(编号:2018A063)
作者单位:529000 广东省江门市中心医院甲状腺乳腺外科

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 5 月—2020 年 4 月医院住院接受手术治疗的乳腺癌患者 100 例为研究对象, 年龄 18~70 岁, 平均 53.95 ± 9.81 岁。入选条件: 根据术前活检穿刺结果已确诊为乳腺癌; 有自主行为能力、思维清晰; 具有手术指征, 无明显手术禁忌证, 需行手术治疗。排除条件: 男性; 合并有其他重要器官功能障碍。将患者按组间基本特征匹配原则分为观察组和对照组, 每组 50 例, 两组患者基线资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组接受常规护理干预。观察组患者接受加速康复外科结合全程管理的护理干预, 具体如下:

(1) 术前心理护理: 患者入组后由责任护士详细告知术前术后快速康复模式具体内容及其特点, 以取得配合, 术前进行心理评估, 焦虑情绪严重者由心理咨询师个别疏导。

(2) 术前禁食、禁饮时间: 告知患者术前禁食时间为 6 h, 禁饮时间为 2 h, 术前 2 h 可以口服 250~500 ml 糖水补充水分和热量, 使患者在等待手术过程中减轻因饥饿、口渴等生理因素而加重的紧张、焦虑情绪。

(3) 术后护理: 术后返回病房, 患者神志清醒、无恶心呕吐即可予以饮水、进流质饮食, 逐步给予易消化普通饮食, 手术当天根据患者自身状况, 鼓励下床如厕、轻微活动。

(4) 术后早期患肢功能锻炼: 患者生命体征平稳, 麻醉完全清醒, 可抬高床头或取半卧位, 并进行疼痛评分, ≥ 4 分给予镇痛处理, ≤ 3 分可以指导小幅度活动患侧手指屈伸、握拳、伸指、屈腕活动, 每次活动 10 下左右, 每天不少于 4~5 次。术后第 1 天, 督促患者行 4~5 次自主关节活动。术后第 2 天, 夹紧肩关节, 上下屈伸前臂, 前屈小于 30° , 后伸

小于 15° , 每次 15~20 下, 每天不少于 4~5 次。术后第 3~6 天, 鼓励患者在健侧手的帮助下进行日常活动。术后 7 d 皮瓣基本愈合, 可增加患侧上肢运动幅度, 开始肩关节活动。

(5) 心理干预: 术后第 2 天、出院前分别进行心理评估, 及时进行心理干预。

(6) 建立微信群实施健康教育: 将患者纳入由课题组医护人员、乳腺癌患者及部分家属组成的微信群。群内经常发布健康教育知识内容及图片, 指导康复训练方法, 医师、护士可以通过微信随时了解患者病情和心理状态, 鼓励他们积极配合治疗, 用乐观的心态面对疾病。

1.3 观察指标

比较两组患者术后自理恢复的时间、并发症发生情况、引流管拔除时间及住院时间。采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评价患者术前和术后 1 周时的心理状态。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据统计和分析, 计量资料以“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后情况比较

观察组患者的术后自理恢复时间、引流管拔除时间和住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 两组术后并发症发生情况比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1, 表 2。

2.2 两组患者手术前后心理状态比较

术前两组患者 SDS 和 SAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。术后 1 周, 观察组患者 SDS 评分和 SAS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者术后自理恢复时间、引流管拔除时间和住院时间比较 (d)

组别	观察例数	术后自理恢复时间	引流管拔除时间	住院时间
观察组	50	1.48 ± 0.31	2.33 ± 0.41	6.49 ± 1.43
对照组	50	2.31 ± 0.27	3.62 ± 0.53	7.81 ± 2.04
t 值		14.276	13.613	3.747
P 值		0.000	0.000	0.000

表2 两组术后并发症发生情况比较

组别	观察例数	患侧上肢水肿	皮下积液	皮瓣坏死	发热	发生率(%)
观察组	50	1	3	1	4	18.00
对照组	50	2	1	1	6	20.00

$\chi^2=0.065$, $P=0.799$ 。

表3 两组患者手术前后心理状态比较

组别	观察例数	SDS 评分		SAS 评分	
		术前	术后1周	术前	术后1周
观察组	50	49.59 ± 4.32	39.48 ± 7.52	48.33 ± 5.69	41.42 ± 6.55
对照组	50	48.94 ± 5.03	43.18 ± 6.59	47.82 ± 5.42	44.03 ± 4.78
	<i>t</i> 值	0.693	2.617	0.459	2.276
	<i>P</i> 值	0.490	0.010	0.647	0.025

3 讨论

乳腺癌的发病率位居女性恶性肿瘤之首,且近年来呈年轻化趋势^[6]。乳腺癌患者在确诊后容易产生焦虑、痛苦情绪,担心癌症对生命是否有影响,手术切除乳房是否会对身体和自身形象的影响,以及治疗的经济负担、社会角色、家庭问题等,产生恐惧、焦虑、悲伤、抑郁等各种强烈的心理应激反应^[7-8]。应激原可以是机体损伤、机能失调或生物化学变化,也可以是情感因素,患者的焦虑与恐惧是重要的心理应激因素。应激可以兴奋交感系统,引起机体器官功能障碍、免疫力低下等,导致并发症发生率增加、康复速度变慢等^[9-10]。因此,采取措施降低应激水平是非常重要的。

结果显示,观察组患者术后自理恢复时间、引流管拔除时间和住院时间短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后心理状态评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明加速外科模式运用到乳腺癌患者的全程管理中可以加速患者术后康复减轻其焦虑、抑郁情绪。近年来,加速康复理念已用于各类手术患者^[11-12]。本研究将加速康复外科模式运用到乳腺癌患者的全程管理中,结果发现,虽然两组患者并发症发生率无明显差异,但其可以帮助患者尽快恢复自理能力、缩短住院时间,同时减轻患者焦虑、抑郁情绪。吴仿琴^[13]研究发现,快速康复外科应用在乳腺癌改良根治术时能降低患者的术后并发症发生率,与本次研究结果不一致,可能与本次研究对象数量较少有关,相关结论还需大样本研究进一步证实。

4 参考文献

- [1] 江泽飞,许凤锐.真实世界研究在乳腺癌诊疗中的发展现状与未来[J].中华外科杂志,2020,58(2):91-94.
- [2] 余艳蓉,卢冠铭,张鹃妃,等.综合心理护理干预对乳

腺癌术后患者不良情绪及生存质量影响[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(S1):197,199.

- [3] 沈馨,王富兰,陈柳媚,等.基于Web of Science的中国加速康复外科文献计量学分析[J].重庆医科大学学报,2020,45(2):145-148.
- [4] 褚伯良,陈瑛瑛,姚华琪,等.加速康复外科在妇科腹腔镜围术期的应用[J].重庆医学,2020,49(8):1293-1296.
- [5] 黄陈,杨丽,赵蓉,等.加速康复外科在促进日间手术多维度发展中的应用[J].中国医院管理,2020,46(2):59-61.
- [6] 袁雪林,蒋柳雅,贾杰.国内乳腺癌术后患者延续性护理的现状[J].中国康复医学杂志,2019,34(10):122-125.
- [7] 李璐璐,李小妹,韩冬芳,等.乳腺癌患者心理痛苦轨迹及影响因素的纵向研究[J].中华护理杂志,2020,55(8):22-28.
- [8] 徐静茹,管金梅.乳腺癌患者心理护理中中重度负面情绪倾向发生率指标的应用分析[J].中国肿瘤外科杂志,2020,12(4):106-110.
- [9] 阮小菱,彭程,刘红霞,等.加速康复外科对腹腔镜胃癌根治术患者预后、负面情绪及心理应激的影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2019,11(3):76-80.
- [10] 王丰松,曾琴琴,高山,等.肺癌早期患者术后心理应激现状及应激相关因子HSP70,IFN- γ 关联性[J].中国老年学杂志,2019,39(8):1839-1842.
- [11] 曹玉伦,何国林,洪合,等.快速康复外科理念对肝切除术患者康复及应激的影响[J].中华肝胆外科杂志,2019,25(3):164-167.
- [12] 程康文,王贵和,束宽山,等.加速康复外科在腹腔镜辅助胃癌根治术中的应用及其对患者术后恢复、营养及应激的影响[J].中国普通外科杂志,2019,28(10):1228-1236.
- [13] 吴仿琴.快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术围手术期护理的效果观察[J].中国康复医学杂志,2019,34(3):342-345.

[2021-02-05 收稿]
(责任编辑 刘学英)

补肾调周法与生长激素对卵巢储备功能减退高龄女性体外受精-胚胎移植结局的效果观察

汤惠霞

【摘要】目的 探讨补肾调周法与生长激素对卵巢储备功能减退高龄女性体外受精-胚胎移植(IVF-ET)结局的影响。方法 将医院生殖中心辅助生殖管理系统(CCRM)数据库2018年6月—2019年8月接受体外受精-胚胎移植(IVF-ET)助孕治疗的110例卵巢储备功能减退高龄女性患者为研究对象,按照组间基本特征匹配原则等分为对照组和观察组。对照组予以基础治疗+护理+生长激素(GH)肌内注射,观察组在对照组基础上予以补肾调周法。3个月经周期后,对比两组患者IVF-ET结局、优质胚胎数、获卵数、MⅡ期卵母细胞(MⅡ)数、受精数等情况。结果 两组在Gn用时、Gn用量、人绒毛膜促性腺激素(hCG)日内膜厚度、HCG日E₂等IVF-ET结局比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组优质胚胎数、获卵数、MⅡ数、受精数明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 补肾调周法与生长激素运用于卵巢储备功能减退高龄女性,起到补肾调冲、养血活血重要功效,提升IVF-ET过程对应指标与优质胚胎数获取良好结局。

【关键词】 补肾调周法;生长激素;卵巢储备功能减退;高龄女性;体外受精-胚胎移植

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.027

卵巢储备功能下降(diminished ovarian reserve, DOR)常发生于40岁以下女性^[1],随着我国二孩政策放开,加上社会竞争压力、环境污染、食品安全等多种因素,使得高龄女性内分泌与月经周期紊乱,患者烦躁易怒,性欲减退,失眠健忘,心血管、代谢、神经功能紊乱,甚至发展为卵巢早衰(POF)^[2-4]。有文献报道^[5-6],DOR女性卵母细胞数、胚胎数显著减少,妊娠成功率偏低,成为体外受精-胚胎移植(IVF-ET)治疗高发群体。生长激素(GH)可改善DOR患者卵巢反应,妊娠率和活产率有所提升^[7-8],但体外受精-胚胎移植(IVF-ET)周期中雌激素预处理、改变降调方案、口服避孕药、增大促性腺激素(Gn)用量等较为繁琐,临床效果有待提高^[9-10]。补肾调周法是夏桂成教授经中医妇科的理论临床与实践累积体系,并验之于临床,具有卵巢功能改善与反应性提升功效^[11]。本研究将补肾调周法联合生长激素运用于DOR高龄女性IVF-ET周期中,分析对结局影响,以期临床提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院生殖中心辅助生殖管理系统(CCRM)

数据库2018年6月—2019年8月接受IVF-ET助孕治疗的110例卵巢储备功能减退高龄女性患者为研究对象,纳入条件:符合对卵巢储备功能减退的诊断标准;年龄 ≥ 40 岁;对本研究中使用中西药无禁忌证;患者和家属自愿参与本次调查。排除条件:伴随子宫畸形、多囊卵巢综合征、体重指数异常或其他内分泌疾病;非首次接受IVF-ET助孕治疗;治疗过程配合度与依从性低;重要临床资料缺失。按照组间基本特征匹配原则等分为对照组和观察组。对照组:40~44岁48例,45~58岁7例;体质量指数(BMI)为 23.51 ± 2.08 ;基础FSH值 10.42 ± 3.89 U/L;抗苗勒管激素(AMH)值 0.94 ± 0.08 ng/mL。观察组:40~44岁46例,45~58岁9例;BMI为 23.29 ± 2.14 ;基础FSH值 10.15 ± 3.67 U/L;抗苗勒管激素(AMH)值 0.91 ± 0.06 ng/mL。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

根据《妇产科学》^[12]中对卵巢储备功能减退规定的诊断标准,内容包括月经稀发或过少甚至闭经等,或满足①bFSH范围10~40 mIU/ml;②bFSH ≤ 10 mIU/ml或bE₂ >50 pg/ml;③bFSH/LH >3.6 mIU/ml,其中1条符合,则判定为卵巢储备功能减退或较低。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 予以基础治疗+护理+生长激素(GH)肌内注射,内容包括:①心理护理。医护人员入院时评估患者及胎儿状况、既往史、受孕方式等,讲述成功病例,耐心详细讲解各项检查、疗护目的与注意事项,获取患者与家属配合。②认知疗法。组建“健康微信群”,在患者接受IVF-ET前后由管理护士拉所有患者入群,了解彼此护理需求,每日发布IVF-ET相关注意事项、妊娠期科学因素、妊娠期相关知识等。③月经第2~3天起服用50~100 mg 克罗米芬(CC),持续5 d,口服完后当日或隔日肌内注射人绝经尿促性激素(HMG),阴道B超定期监测卵泡发育情况,并测定血清激素值联合B超结果,确定促性腺激素(Gn)剂量,当主导卵泡直径 ≥ 18 mm,肌内注射5000~10 000 U 人绒毛膜促性腺激素(hCG),同时自月经周期第3天起,肌内注射4.5 U/d至取卵日。④睡眠指导。限制患者卧床时间,护理人员指导进行睡眠卫生教育,提升睡眠效率,避免睡前剧烈运动,定时作息,坚持泡脚。⑤hCG日注射32~36 h后持续阴道B超下行穿刺取卵术,常规体外受精/卵细胞浆内单精子注射(IVF/ICSI)受精,授精第3天选择优质胚胎冻融。⑥家庭支持。自入院起,围术期前后对患者配偶或其他家属加强正确陪护沟通,鼓励其多陪伴患者做其感兴趣事情,保持心情愉悦。

1.3.2 观察组 在对照组基础上予以补肾调周法,口服时间:月经或黄体酮撤药性出血第1天,所有药物由我院中药房统一煎制,每天1剂,2袋/剂,每袋200 ml,真空装袋,早晚各服1袋,饭后温服。对应时期中药服用法如下:①基础处方:生地黄、山茱萸、山药、白芍、茯苓、红曲米、炒苍术各10 g,芥子、郁金各9 g,荷叶6 g。适用对象:多数高龄女性及闭经者。②经前期:加杜仲、续断、补骨脂、桑寄生各10 g。③行经期:去基础上中红曲米10 g,芥子、郁金各9 g;加丹参、赤芍、益母草各10 g,五灵脂9 g,艾叶6 g。适用时期:月经来潮第1天。④经后期:加女贞子、墨旱莲各10 g。适用时期:经净始服至透明锦丝样带出现停药;经后期基础体温(BBT)低温时。⑤经间期:加柴胡10 g,月季花12 g,绿梅花6 g。适用时期:透明锦丝样带出现始服,连服3 d。

1.4 观察指标

(1)比较两组IVF-ET结局指标:受孕促性腺激素(Gn)用时与用量、hCG日内膜厚度、hCG日雌二醇(E₂)及孕激素(P),以及基础窦卵泡(bAFC)

等。具体指标监测步骤:月经期第2天早晨静脉采血收集血清测得基础性激素,包括Gn用时与用量,hCG日激素(E₂、P)水平在扳机日当天测定,所有性激素均统一由试验科检测^[13]。月经期第2天阴道超声监测病例bAFC。

(2)胚胎指标及妊娠结局情况:统一由院内专业医护者对应胚胎实验室相关指标观察检测:获卵数、MII(M2期卵母细胞)数、受精数、优质胚胎数。其中MII卵指处于第二次减数分裂中期卵母细胞;受精数指精子与卵子结合数;优质胚胎数指取卵后第3天含6~10个卵裂球胚胎,评分 ≥ 2 级或第5天胚胎评分 ≥ 3 BB。详细记录患者周期取消率、种植率、临床妊娠率、流产率情况。

1.5 统计学处理

采用SPSS 19.0统计学软件,正态分布计量资料以“均数 \pm 标准差”表示组间均数比较采用 t 检验;计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预后IVF-ET结局比较

观察组在Gn用时、Gn用量、hCG日内膜厚度、hCG日E₂等IVF-ET结局方面与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者胚胎指标及妊娠结局情况比较

观察组优质胚胎数、获卵数、MII数、受精数明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

3 讨论

随着我国现代社会女性面临家庭、职场竞争、心理压力增大,加上二孩政策开放生育年龄延后,DOR发病率不断攀升^[14]。目前DOR发病机制尚未彻底明确,初步认为其与年龄、免疫遗传学、医源性因素、环境和心理等因素关联,而其在IVF-ET中占比达9%~24%,并常表现出卵巢对促性腺激素刺激不敏感病理症状^[15-16]。此外卵巢刺激过程,发育卵母细胞数量较少,雌激素峰值低,Gn用量多,并伴高周期取消率、低质量卵子等,均致使IVF-ET助孕可移植胚胎数与优质胚胎数过少,降低IVF-ET成功率^[17]。因而,如何提升卵巢储备功能,增加优质卵子及胚胎获取率,提升IVF-ET助孕结局,均为临床辅助生殖领域医护者面临挑战。

文献指出^[18],促排卵过程联合应用GH可改善DOR患者卵巢反应,提升临床妊娠及活产率。GH

表 1 两组患者干预后 IVF-ET 结局比较

观察指标	观察组 (n=55)	对照组 (n=55)	t 值	P 值
Gn 用时 (d)	10.99 ± 0.74	11.63 ± 0.81	4.326	0.000
Gn 用量 (IU)	2410.31 ± 198.75	3093.74 ± 216.59	17.242	0.000
hCG 日内膜厚度 (mm)	10.51 ± 1.17	9.48 ± 1.32	4.331	0.000
hCG 日 E ₂ (ng/L)	1769.46 ± 201.83	1493.90 ± 176.37	7.625	0.000
hCG 日 P (nm/L)	2.97 ± 1.09	3.12 ± 0.86	0.801	0.425
bAFC (枚)	4.35 ± 1.92	4.28 ± 2.71	0.156	0.876

表 2 两组患者胚胎指标及妊娠结局情况比较

观察指标	观察组 (n=55)	对照组 (n=55)	t 值	P 值
获卵数 (枚)	6.78 ± 2.13	4.52 ± 1.90	5.872	0.000
MII 数 (枚)	4.17 ± 0.85	3.24 ± 0.69	6.300	0.000
受精数 (枚)	2.90 ± 1.57	2.21 ± 1.64	2.254	0.026
优质胚胎数 (枚)	1.46 ± 0.52	0.75 ± 0.37	8.251	0.000
周期取消	11(20.00)	17(30.91)	1.725*	0.189
种植	37(67.27)	29(52.73)	2.424*	0.120
临床妊娠	43(78.18)	38(69.09)	1.171*	0.279
流产	13(23.64)	20(36.36)	2.121*	0.145

*为 χ^2 值; () 内数据为百分率 (%)。

对 IVF-ET 结局改善主要与对子宫内膜影响相关, 注射后增加子宫内膜腺体密度, 提升卵巢对促性腺激素反应性, 增加子宫乳蛋白分泌并提升子宫内膜容受性, 促使胚胎发育; 另外学者认为 GH 调节下丘脑-垂体-卵巢轴, 进而影响卵泡发育与排卵, 获得促排卵促生育效果。

卵巢储备功能减退依据其临床表现归属为“经

闭—不孕—血枯—经水早断—经断前后诸证”等范畴, DOR 与肾-天癸-冲任生殖轴功能失调有关, 病理机制为肝肾精血不足、肾气亏虚等, 唯有脾气健运、肾精充沛, 才可确保卵泡规律生发排出^[19]。许多临床研究显示, 中医药早期干预对卵巢储备功能疗效改善显著, 可延缓卵巢早衰、避绝经、提升生育能力。

本研究查阅文献^[3,5], 搜集改善卵巢储备功能临床有效中药复发, 并施以补肾调周法, 分为行经期、经后期、排卵期和经前期四个时期予以不同重要方剂。由于 DOR 高龄女性多肾气早衰, 肾精不足, 肾阴更虚致使卵巢无法正常排出发育, 加上持续精神负担产生的肝气郁结、情志不畅、心-肾-子宫轴失调, 本次选取的核心药物以甘温平性味为主, 取生地黄、山茱萸、山药、白芍、茯苓、红曲米、炒苍术等补肾调冲、养血活血功效药物为主, 并对不同时期女性加减红曲米、丹参、女贞子等对应药物, 确保对应发挥行气排浊、阴长阳消、活血通络等药效。结果显示, 两组在 Gn 用时、Gn 用量、hCG 日内膜厚度、hCG 日 E₂ 等 IVF-ET 结局方面比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组优质胚胎数、获卵数、MII 数、受精数高于对照组 ($P < 0.05$)。充分证明, 补肾调周法与生长激素中西疗法结合可增加 DOR 高龄女性卵巢血清和卵泡液生长分化因子 -9 (GDF-9) 等表达, 改善卵巢反应, 提升获卵数与妊娠率。

综上所述, 补肾调周法与生长激素运用于 DOR 高龄女性, 起到补肾调冲、养血活血重要功效, 提升 IVF-ET 过程对应指标与优质胚胎数, 获取良好结局。

4 参考文献

- [1] 蒋燕新, 李文. 早发性卵巢功能不全的生殖治疗现状与展望 [J]. 发育医学电子杂志, 2020, 8(2): 99-105.
- [2] 康卫卫, 梁新新. 生长激素黄体期注射在高龄卵巢储备功能减退 IVF-ET 助孕中的应用 [J]. 海南医学, 2020, 31(7): 875-878.
- [3] 苏琼, 张玉菡, 伍琼芳. 重组人生长激素对卵巢储备功能减退高龄患者 IVF-ET 结局的影响 [J]. 江西医药, 2020, 55(2): 169-171.
- [4] 宋敏. 补肾调周法治疗青春期功能失调性子宫出血肾阴虚证的临床效果 [J]. 中国当代医药, 2020, 27(5): 173-176.
- [5] 彭小鹏, 李庆云, 廖玮. 补肾调周法在围绝经期综合症中的应用效果及机制研究 [J]. 四川中医, 2020, 38(2): 158-161.
- [6] 王靖雯, 夏亲华. 夏亲华教授以补肾调周法行卵巢子宫内膜异位症术后助孕的经验探析 [J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(2): 173-177.
- [7] 马丽爽, 金哲. 基于频次分析探讨金哲教授治疗卵巢储备功能下降的用药经验 [J]. 中国中医药科技, 2020, 27(1): 49-51.
- [8] 兰丽琴, 胡盛书, 马晓炜, 等. 卵巢储备功能下降的中医辨证及其临床特点 [J]. 广西医学, 2020, 42(1): 86-89.
- [9] 韦秀兰, 马建泽, 佟慧, 等. 补肾调周法治疗肾虚型排卵障碍性不孕的研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(12): 137-139.
- [10] 刘小倩. 补肾调周法治疗多囊卵巢综合征 52 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(21): 76-78.
- [11] 陈继兰, 冯彦君. 补肾调周法治疗月经过少 30 例临床疗效分析 [J]. 中医临床研究, 2019, 11(28): 128-129.
- [12] 夏逸飞, 孙子凯. 补肾调周法治疗月经性哮喘探析 [J]. 山东中医药大学学报, 2019, 43(5): 443-446.
- [13] 骆美成, 刘佳倩, 梁雪芳. 补肾调周法治疗内异症术后卵巢低反应临证摘要 [J]. 江苏中医药, 2019, 51(9): 47-50.
- [14] 何碧嫦, 周惠芳. 周惠芳教授以补肾调肝法治疗痛经经验 [J]. 天津中医药, 2019, 36(7): 679-681.
- [15] 王婵丽, 肖天慧, 王中海, 等. 补肾调周法联合清利化痰中药灌肠治疗盆腔炎性疾病后遗症—慢性盆腔痛的疗效及对辅助性 T 细胞 1/ 辅助性 T 细胞 2 平衡的调节作用 [J]. 河北中医, 2019, 41(4): 507-511, 517.
- [16] 陈燕花. 补肾调周法治疗肾虚血瘀型多囊卵巢综合征不孕的临床疗效观察 [D]. 福州: 福建中医药大学, 2019.
- [17] 王嘉. 补肾调周法联合低剂量雌激素序贯治疗肾阴虚型崩漏的临床研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [18] 刘成连. 补肾调周方加减治疗肾虚型多囊卵巢综合征不孕患者的疗效观察 [D]. 乌鲁木齐: 新疆医科大学, 2019.
- [19] 郭莹, 蒋向荣, 杨娜, 等. 生长激素联合不同促排卵方案对卵巢储备功能减退高龄女性 IVF-ET 结局的影响 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2018, 26(6): 132-134.

[2020-06-30 收稿]

(责任编辑 刘学英)

妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎循证护理效果评价

刘玉灵 宋哲 殷慧香 李秀杰

【摘要】目的 探讨妇科肿瘤放化疗患者构建口腔黏膜炎循证护理实践方案。方法 选取医院2019年1—12月收治的60例妇科肿瘤患者作为观察组,同时按组间基本特征匹配原则选取2018年1—12月收治的60例妇科肿瘤且顺利完成放化疗的患者作为对照组。观察组在各大文献库中检索关于放化疗患者口腔黏膜炎的相关研究成果,对证据进行筛选和评价,构建循证护理方案,并应用于临床实际工作中,评估其应用效果。结果 经过循证护理实践,观察组口腔黏膜炎发生情况和严重程度明显低于对照组,患者口腔疼痛程度也明显低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 将循证证据应用于临床中,通过证据收集和转化构建循证实践方案,为妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎的防护制定有效策略,可明显降低口腔黏膜炎发生风险,改善患者舒适度。

【关键词】 妇科肿瘤;放化疗;口腔黏膜炎;疼痛;循证护理

中图分类号 R473.71 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.028

口腔黏膜炎是指口腔黏膜炎症或溃疡性反应,临床表现为口腔黏膜红斑、水肿、溃疡,并伴有疼痛和出血,是癌症放化疗患者最常见的并发症。有数据^[1]显示,癌症放化疗患者口腔炎发生率15%~40%,增加患者感染风险,严重降低癌症放化疗患者的治疗耐受性和生存质量。循证护理通过科学的方法,将护理科研成果与临床经验、患者实际情况相结合,从而制订出最佳的护理实践方案,是一种较为新颖的护理模式^[2]。本研究通过临床实验,观察循证护理对妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎防护的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2019年1—12月收治的60例妇科肿瘤患者作为观察组,同时按组间基本特征匹配原则选取2018年1—12月收治的60例妇科肿瘤且顺利完成放化疗治疗的患者作为对照组。纳入条件:确诊为妇科肿瘤;接受规范的放化疗治疗;年龄18~75岁;预计生存期限>6个月;具有一定认知水平,无语言沟通障碍;临床资料完整。排除条件:妊娠期、哺乳期女性;合并其他重大疾病者;存在严重认知、心理障碍者;研究前已存在口腔黏膜炎患者。本研究经我院伦理委员会批准同意,入选患者及家属均签署知情同意书。对照组平均年龄 56.41 ± 4.73 岁;卡氏评分(KPS) 65.48 ± 5.26 分;肿瘤类型:宫颈癌28例,子宫内膜癌16例,卵巢

癌16例;Ⅲ期32例;肿瘤分期Ⅱ期28例。观察组平均年龄 57.12 ± 4.68 岁;KPS评分 66.13 ± 5.39 分;肿瘤类型:宫颈癌30例,子宫内膜癌16例,卵巢癌14例;肿瘤分期:Ⅱ期34例,Ⅲ期26例。两组患者年龄、KPS评分、肿瘤类型和分期等比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

对照组采用传统护理措施,即对症护理,给予饮食指导、用药指导、心理护理等。观察组在此基础上建立循证护理团队,实施循证护理,具体过程如下:

1.2.1 确定需要解决的问题 针对本次研究目的“妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎防护”,确定以下需要解决的问题:①如何降低妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎的发生风险;②如何有效减轻口腔黏膜炎患者疼痛;③如何有效对口腔黏膜炎患者进行护理干预。

1.2.2 建立循证护理团队 根据问题建立多学科循证团队,组长由本课题组组长担任,邀请妇科肿瘤专家1名、放化疗主任2名、护理部主任1名,放化疗科室护士长3名作为评审团队,5名研究生以上学历的临床护士参与证据检索和评价,以及研究资料的整理工作,2名临床医师和4名护师负责循证护理方案的实践。

1.2.3 证据检索 在中国知网、万方数据库、美国指南网、JBI数据库、Cochrane图书馆等各大文献库进行全面检索,检索词包括口腔黏膜炎、口腔炎、放化疗、预防、护理,英文文献库检索词为对应的英文,检索时间为2015—2020年,全面查找

作者单位:450003 河南省郑州市,郑州大学附属肿瘤医院(河南省肿瘤医院)妇科

相关文献,初步检索文献 98 篇,阅读文献摘要,剔除不相关文献,对剩余的 24 篇按照 JBI 证据分级标准对文献进行评价,文献证据分级分为 I ~ IV 四级,推荐级别分为 A、B、C 三级,最终获得 12 篇高质量文献进行分级,其中临床实践指南文献 2 篇,对照实验 3 篇,系统评价 6 篇,Meta 分析 1 篇^[3-12]。

1.2.4 证据评价 综合所有证据,可将其总结为口腔黏膜炎评估、放化疗患者口腔护理和口腔黏膜炎症状护理 3 个项目。

1.2.5 证据应用 结合临床患者的实际情况,选择简单易行且有效评估口腔评估指导(OAG)进行评估^[13],首次治疗患者请口腔科全面检查、评估;非住院患者指导其每日自评 1 次,通过随访收集评估结果,至少每周随访 1 次;住院患者在每次放化疗治疗前评估 1 次,在治疗全程持续评估,直至治疗结束 1 个月和口腔黏膜炎痊愈。

1.3 观察指标

对比两组患者口腔黏膜炎的发生情况和口腔疼痛程度。口腔黏膜炎参照 WHO 口腔黏膜炎分级标准进行判定和分级;口腔疼痛程度选用视觉模拟评

分法(visual analogue scales, VAS)评估。该评分方法工具为一张标有 0~10 的标尺,患者根据自己疼痛标出位置,对应位置数值越大,提示疼痛程度越严重,0 分代表无痛,1~3 分代表轻度疼痛,4~6 分代表中度疼痛,7~10 分代表重度疼痛。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件,计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验,等级资料的比较用 Wilcoxon 秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者口腔黏膜炎发生情况比较

实施循证护理后,观察组口腔黏膜炎发生率和严重程度明显低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 患者口腔疼痛程度比较

实施循证护理后,观察组口腔疼痛程度明显低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 患者口腔黏膜炎发生情况

组别	例数	I 度	II 度	III 度	IV 度	总发生率(%)
对照组	60	4	2	1	1	13.33
观察组	60	1	1	0	0	3.33

$\chi^2=3.927, P=0.048$ 。

表 2 患者口腔黏膜炎疼痛程度

组别	例数	无痛	轻度	中度	重度
对照组	60	52	4	3	1
观察组	60	58	1	1	0

秩和检验: $u=1.971, P=0.049$ 。

3 讨论

口腔黏膜炎是肿瘤患者放化疗过程中最常见的并发症之一,国内相关文献统计指出,对肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎的护理管理,护理人员的护理策略具有重要作用,护理任务主要包括口腔黏膜炎的评估、预防、健康教育和发生后的口腔护理^[13],但在妇科肿瘤放化疗口腔黏膜炎护理领域还未形成最佳证据并将其科学应用于临床的循证实践过程,因此,本研究结合临床实际,运用循证模式,找出妇科肿瘤放化疗患者口腔黏膜炎防护的最佳证据,制

订护理实践方案,为临床提供指导。

本循证实践方案的构建通过组建团队,证据检索、证据评价和证据应用等步骤制定出了符合临床实际的循证实践方案和具体护理措施,具有高度的科学性和有效性。循证实践方案的构建过程中,充分考虑了护理人员的专业能力,患者需求和临床实际情况,在方案构建之前通过团队讨论,制定出了清晰明确的循证护理主题,在方案构建过程中,所采集的证据大都来自国内外各大文献库中最新的实践指南和系统评价,文献新颖、内容规范严谨,证据质量高,因此能够形成可靠的结论,符合循证护

理模式中对“最佳证据”的要求。

本研究依据获取的可靠证据,经循证团队小组讨论,评估患者日常口腔卫生习惯和清洁方式;发放健康教育手册,向患者和家属讲解口腔黏膜炎的防护知识,督导患者养成良好的口腔护理习惯;对健康教育效果进行评价,评估患者自我护理能力;讲解口腔黏膜炎危险因素,评估患者口腔自我护理知识掌握情况和行为能力;随时关注患者口腔黏膜变化,加强对患者和家属的健康教育^[13-14]。根据评估结果和患者意愿,制定个体化口腔黏膜炎预防措施;指导患者合理选择牙膏、牙刷和漱口水。为缓解患者水肿、溃疡等临床症状,减轻疼痛,改善患者心理状况。真菌感染时口腔涂抹制霉菌素和碳酸氢钠漱口水,细菌感染时选用浓度低的碘伏溶液漱口;软激光治疗也可缓解患者临床症状;减轻疼痛主要通过口腔冷疗、止痛药物辅助心理护理;患者发生口腔黏膜炎时,首先向其讲解口腔黏膜炎的临床表现、严重程度分期、并发症的预防和预后情况,以改善患者焦虑情绪,提高患者依从性;疼痛患者可口含蜂蜜、冰块,轻度疼痛选用在漱口液中加入利多卡因漱口,重度疼痛遵医嘱服用止痛药物和自控镇痛泵;合理的营养干预有利于调节机体的代谢和免疫功能^[15];指导患者进行肌肉放松、听轻音乐、冥想等方式转移疼痛注意力,降低疼痛阈值。结果证实,该循证护理策略降低了患者放疗期间口腔黏膜炎的发生率,缓解了患者的口腔疼痛,具有明显的应用效果。这是因为基于循证护理构建的护理方案采取了科学的证据查询和证据结合方法,充分听取了临床专家的意见,还结合了临床患者的意愿,进而形成了高效的护理策略^[16]。与传统护理模式相比较,循证护理具有更高的科学性、针对性和有效性,进而提高了肿瘤放疗患者口腔黏膜炎的护理质量和效果。

综上所述,循证护理通过科学严谨的实践方法,可将循证证据有效地应用于临床中,通过证据收集和转化构建循证实践方案,为妇科肿瘤放疗患者口腔黏膜炎的防护制定有效策略,可降低口腔黏膜炎发生风险,改善患者舒适度。

4 参考文献

- [1] 唐抒雅,郝一龙,曾昕,等.化疗性口炎的研究现状及进展[J].中华口腔医学杂志,2018,53(8):566-571.
- [2] 李玉婷,张馨,刘晓舟,等.循证护理对乳腺癌术后患者功能锻炼依从性及恢复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(16):2253-2256.
- [3] Oroviogicoechea C, Carvajal A, Soteras MA, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the oral assessment guide (OAG) in cancer patients[J]. Anales del sistema sanitario de Navarra, 2015, 38(2):225-234.
- [4] 李庆福,李锡清,姜丽等.化疗诱发口腔黏膜炎的危险因素分析[J].口腔医学研究,2019,35(8):810-813.
- [5] 秦晓萌,贾灵芝,王蒙蒙,等.中国人群癌症放疗并发口腔黏膜炎危险因素 Meta 分析[J].中华肿瘤防治杂志,2018,25(14):63-69.
- [6] 张凤玲,刘美,陈凤菊,等.放射性口腔黏膜炎患者的集束化循证护理[J].护理学报,2016,23(1):60-65.
- [7] 中华医学会放射肿瘤治疗学分会.放射性口腔黏膜炎防治策略专家共识(2019)[J].中华放射肿瘤学杂志,2019,28(9):641-647.
- [8] 周琳琳,苏少晨,翟田田,等.蜂蜜预防放疗导致的口腔黏膜炎及相关疼痛的系统评价[J].中国护理管理,2019,19(5):693-700.
- [9] 徐莹,顾平平,从爱华.绿茶冰块含化预防鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎的效果观察[J].中华现代护理杂志,2019,25(33):4387-4391.
- [10] 刘鑫,江锦芳,覃彦珠,等.鼻咽癌放疗患者口腔黏膜炎防护策略的循证实践[J].护理学报,2018,25(11):26-30.
- [11] 谷心灵,郭莹.一例多发性骨髓瘤患者化疗致口腔黏膜炎的循证护理[J].护理管理杂志,2017,17(11):790-792.
- [12] Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials[J]. Clin Nutr, 2003, 22(3):321-336.
- [13] 李凯新,陈媛媛,陈明,等.放射性口腔黏膜炎的研究进展[J].中华放射医学与防护杂志,2016,36(11):875-880.
- [14] 秦秀丽,周俊芳,付茜,等.儿童化疗性口腔黏膜炎测评工具的研究进展[J].护理学报,2019,(16):43-45.
- [15] 吴军,邓翠琴,崔伟燕,等.多学科协作干预防治鼻咽癌患者放疗所致口腔黏膜炎[J].护理学杂志,2018,33(23):14-16.
- [16] 林郁清,周益君,蔡赛红,等.基于循证的放射性口腔黏膜炎防控指引的制订及应用[J].中华现代护理杂志,2016,22(25):3582-3585.

[2020-06-22 收稿]

(责任编辑 刘学英)

互联网 + 团队式体重目标管理在肾病综合征水肿患儿中的应用

明静祎

【摘要】 目的 分析在肾病综合征水肿患儿护理中应用互联网 + 团队式体重目标管理的临床价值。方法 选取 2018 年 8 月—2020 年 10 月肾病综合征水肿患儿 83 例为观察对象,按照组间基线资料匹配的原则分为观察组 41 例和对照组 42 例。对照组给予常规管理,观察组采取互联网 + 团队式体重目标管理,比较两组患儿行为问题评分及并发症发生率。结果 观察组干预后焦虑、品行问题、多动及学习问题评分低于对照组,感染、形成深静脉血栓、肾衰竭等并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 互联网 + 团队式体质量目标管理在肾病综合征水肿患儿中的应用,可改善患儿行为问题,降低并发症发生率。

【关键词】 肾病综合征水肿; 互联网; 团队式体重目标管理; 行为问题

中图分类号 R473.5 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.029

肾病综合征致病因素较多,是以大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症和水肿为特征的临床症候群,也是儿童泌尿系统常见疾病,发病率仅次于急性肾炎,该病治疗棘手,并发症多发且容易反复发作,严重影响患儿的健康成长,还会在行为上和心理上影响到患儿父母^[1-2]。由于肾病综合征可导致患儿伴有不同程度的水肿情况,经长期治疗会影响到患儿的日常生活和学习,无法保证日后发展^[3]。团队式体质量目标管理是一项简式管理项目,侧重于监测与控制患儿体质量,经实行全面的护理干预,可保证健康管理质量,防止体质量异常波动,从而有效控制临床原发病或并发疾病^[4-5]。本研究分析实行互联网 + 团队式体质量目标管理在肾病综合征水肿患儿中的干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 8 月—2020 年 10 月肾病综合征水肿患儿 83 例为观察对象,患儿纳入条件:年龄 14 岁以下;符合肾病综合征疾病诊断标准;患儿家长均知情本试验;具备完整临床资料。排除对本研究不配合、伴有先天性肾脏缺陷、合并其他类型肾脏器质性疾病、伴有严重肾衰竭疾病者。按照组间基线资料匹配的原则分为观察组 41 例和对照组 42 例。观察组中男 21 例,女 20 例;年龄 3~13 岁,

平均 8.25 ± 1.40 岁;病程 4~20 d,平均 12.51 ± 0.24 d。对照组中男 22 例,女 20 例;年龄 4~12 岁,平均 8.43 ± 1.25 岁;病程 5~21 d,平均 13.68 ± 0.40 d。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,由责任护士评估并确定存在的护理问题,并作为护理干预目标,于床边给予口头宣教,告知患儿注意休息,引导其开展适当活动;遵医嘱给予患儿扩容利尿剂治疗,每天测量体质量 1 次,对水肿消长情况做好记录;确保热量充足供给,少食多餐,食用低盐、低脂、低热量食物,注意补充微量元素和维生素;观察有无急性肾衰竭的征象,避免发生栓塞、血栓并发症;患儿出院当天,为其家长发放监测体质量记录本,告知家长检测和记录方式,带领患儿按时复查。

1.2.2 观察组 采取互联网 + 团队式体重目标管理:①为肾病综合征水肿患儿创建健康管理互联网干预小组,小组成员包括肾内科医生、高年资护士、护士长及责任护士,由小组成员共同管理公众号,创建微信管理群,患儿入组后指导其家长扫码加入微信管理群中,识别并关注公众号;针对患儿体重设计电子版表格,指导患儿家长如何填写。②以微信推送的形式向患儿家长宣教关于水肿管理方法,上传的标准模板为文字、图片联合动态视频的格式,以此丰富宣教形式,经动态的水肿宣教方法及丰富的低盐食物一览图像,增加患儿兴趣,提升体重管理依从性。③出院当天,确认管理群与微信公众号

的相关内容，出院后可在微信群中与患儿家长交流，对其提出的问题做出针对性解答。④给予远程持续性团队式体重目标管理和健康宣教信息支持，设计电子体重管理日记，督促家长每天为患儿监测体质量、液体和饮食摄入情况，并记录在电子体重管理日记中，便于随时了解患儿病情；家长互相分享患儿控液和饮食执行情况。经管理群提醒患儿按时复诊。

1.3 观察指标

(1) 行为问题评分：使用 Conners 儿童行为问卷^[6]（父母问卷）调查患儿行为问题，以4级法进行调查，4级：存在较多行为问题；3级：存在行为问题；2级：很多出现行为问题；1级：无行为问题，以焦虑、品行问题、多动及学习问题作为主要调查内容，将评分向百分制划分，评分与行为问题成反比。

(2) 并发症：互联网+团队式体质量目标管

理后3个月，计算两组患儿感染、形成深静脉血栓、肾衰竭等发生率。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 软件处理分析数据。计量资料数以“均数 ± 标准差”描述，组间均数比较使用 *t* 检验；计数资料组间率的比较采取 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿行为问题评分比较

实行互联网+团队式体重目标管理后，观察组焦虑、品行问题、多动及学习问题评分低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表1。

2.2 两组并发症发生率比较

观察组感染、形成深静脉血栓、肾衰竭等并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表2。

表1 两组患儿行为问题评分比较(分)

组别	例数	焦虑	品行问题	多动	学习问题
观察组	41	63.48 ± 5.76	76.17 ± 6.29	68.12 ± 6.20	64.58 ± 5.33
对照组	42	78.26 ± 6.15	80.22 ± 6.83	72.34 ± 6.53	79.41 ± 6.42
<i>t</i> 值		11.294	2.808	3.017	11.435
<i>P</i> 值		0.000	0.006	0.003	0.000

表2 两组患儿并发症发生率比较

组别	例数	感染	形成深静脉血栓	肾衰竭	并发症发生率(%)
对照组	42	4	3	2	21.95
观察组	41	1	1	0	4.76

3 讨论

肾病综合征是由于肾小球滤过膜对血浆蛋白通透性增高，大量血浆蛋白自尿中丢失而导致一系列病理生理改变的临床综合征，可于任何年龄发病，常见群体为小儿，男性发病率高于女性。水肿严重患儿发生感染、低血容量性休克、水钠代谢紊乱等并发症的风险增加，需有效控制水钠摄入量，给予全面、综合的护理干预，确保实现体重目标管理。随着医疗技术和互联网技术不断完善，现阶段实现了专业化健康督导、健康追踪、健康促进、健康评估及健康教育的医疗服务，为规模化、规范化的健康管理服务奠定坚实基础^[7-8]。

本研究将互联网+团队式体重目标管理作为肾病综合征水肿患儿的健康管理，由医护人员经微信群和公众号实行护理干预，以图片、文字及视频等形式发布关于肾病综合征水肿的疾病知识，有利于

患儿家长掌握和学习知识点，并以幼化的图像及视频内容，增加患儿治疗积极性，患儿出院后线上、线下均可与患儿或其家长进行互动，经延续跟踪督导护理，可实现团队式体质量目标管理的全程护理效果，护理内容侧重于控制管理能力和监测患儿体重与日常饮食，从而有效控制原发病和并发症，改善实验室指标^[9-10]。互联网+团队式体质量目标管理是通过给予患儿6个月的护理干预，为患儿提供更加实用、科学的团队式体质量目标管理，引导患儿家长熟练使用体质量管理记录工具和体质量管理辅助工具，减轻患儿肾脏负荷，保证疾控治疗结局^[11-12]。结果显示，观察组行为问题评分及并发症发生率低于对照组，组间比较差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。

总之，互联网+团队式体质量目标管理在肾病综合征水肿患儿中的应用，可改善患儿品行问题和学习问题，提升自我认知，降低并发症发生率。

优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后的应用

陆燕萍 张喆立 贾丽娜

【摘要】 目的 探究优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后创面治疗中的效果。方法 选取2018年1—12月行体表脓肿切开引流术的160例患儿为研究对象,按照组间基线资料匹配原则等分为对照组和观察组。对照组使用爱康肤银,观察组使用优拓结合爱康肤银。比较两组治疗效果、临床指标、Wong-Baker 脸谱疼痛评分。结果 与对照组相比,观察组的治疗效果更好,创面红肿面积、脓腔深度、愈合时间和换药次数都明显减少;Wong-Baker 脸谱疼痛评分明显降低;差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 优拓结合爱康肤银可以提高儿童体表脓肿切开引流术后创面的治疗效果,缩小创面红肿面积、脓腔深度,减少换药次数,加速愈合,减轻疼痛。

【关键词】 优拓;爱康肤银;儿童;切开引流术;创面

中图分类号 R473.6 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.030

体表脓肿是常见的外科急性感染疾病,常见于多个相邻毛囊及其所属皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染,也可见于皮脂腺囊肿感染,淋巴结脓肿、肛周脓肿、皮脂腺囊肿化脓性感染、蜂窝组织炎等是小儿常见的体表脓肿^[1]。脓肿切开引流术后换药常采用碘纱布或凡士林纱布填塞,但该方式可导致敷料和伤口黏连,引起疼痛或出血,而且换药时间长,给患儿带来痛苦^[2]。理想的伤口敷料应既能吸收渗液,有效引流,又有保持创面湿润环境,且不粘连

作者单位:200062 上海市,上海交通大学附属儿童医院普外科

创面基底。爱康肤银在吸收渗液后可以不断释放银离子,抑制细菌生长。优拓是一种水胶体与凡士林相结合的新型敷料,网孔间隙小,可减轻换药时的疼痛和出血^[3]。本研究主要探讨优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后创面治疗中的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2018年1—12月医院行体表脓肿切开引流术的160例患儿为研究对象,纳入条件:年龄1~12岁;创面位于躯干或四肢。排除条件:合并有糖尿

4 参考文献

- [1] 李杰峰, 禚晓燕, 周赛. 血液净化治疗利尿剂抵抗肾病综合征水肿患者的疗效及肾功能影响观察 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(9):1064-1066.
- [2] 陈熋妮, 刘卓勋, 陈乃清, 等. 中药沐足缓解小儿原发性肾病综合征水肿的疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(24):157-160.
- [3] 蔡亚宏, 陈新宇, 冯进, 等. 鲫鱼冬瓜皮汤改善肾病综合征患者水肿及肾功能的临床观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 26(5):77-80.
- [4] 王双连, 吕鸿瑜, 李光民, 等. 原发性肾病综合征患儿激素治疗后高血压对眼轴的影响 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2020, 23(3):105-111.
- [5] 马小媛. 综合护理干预在肾病综合征中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(11):47-48.
- [6] 孙琳, 宋晗. 基于家庭为中心的护理观念在原发性肾病综合征患儿护理中的应用效果 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(18):11-14.
- [7] 于跑, 彭倩倩, 董晨, 等. B 淋巴细胞表型在激素依赖及频繁复发肾病综合征患儿的临床意义 [J]. 实用医学杂志, 2020, 36(7):954-958.
- [8] 梁晓坤, 农玉梅, 廖晓波. 左卡尼汀联合糖皮质激素治疗对伴高血脂肾病综合征患儿脂代谢, 氧化应激反应及尿蛋白定量水平的影响 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21(6):74-76.
- [9] 张妙时, 郑会芬, 丁琳婷. 防己黄芪汤治疗原发性肾病综合征水肿期的临床研究 [J]. 四川中医, 2018, 36(10):153-155.
- [10] 张雪丽, 刘翠华, 厉洪江, 等. 桂枝茯苓汤联合激素治疗小儿原发性肾病综合征疗效及对患者血清炎症因子的影响 [J]. 陕西中医, 2018, 39(11):1609-1612.
- [11] 刘丽丽, 张佳丽, 李秀彦, 等. 肾病综合征患儿心理弹性与家庭管理方式的相关性分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(34):4445-4449.
- [12] 郝洁, 田小军, 毕凌云, 等. 基于护理程序的强化护理干预对学龄期肾病综合征患儿治疗依从性及心理健康行为的影响 [J]. 新乡医学院学报, 2019, 36(5):486-488.

[2021-01-29 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

病或者营养不良等影响伤口愈合的基础性疾病；脓肿腔洞小于1cm；患全身感染性疾病、血液循环系统或免疫系统疾病。按照组间基线资料匹配原则等分为对照组和观察组。对照组：男47例，女33例；平均年龄 6.34 ± 2.28 岁；脓肿部位：背部35例，臀部23例，手臂12例，膝部6例，其他4例。观察组：男45例，女35例；平均年龄 6.42 ± 2.33 岁；脓肿部位：背部34例，臀部25例，手臂11例，膝部5例，其他5例。两组年龄、性别和脓肿部位相比，差异无统计学意义($P>0.05$)。患儿家长同意参加本研究并签署知情同意书。

1.2 干预方法

患儿均进行体表脓肿切开引流术，术后第2天开始换药。使用0.5%的碘伏对创面及周围皮肤消毒，去除创面坏死组织，排除脓液；使用生理盐水对脓腔进行彻底清洗，直到出现新鲜血液，用无菌纱布将伤口和周围的皮肤擦干，然后填塞引流。对照组患儿使用爱康肤银，将敷料修剪为大小合适的条状填充术腔。观察组在此基础上联合优拓，用优拓包裹裁剪合适的爱康肤银填充术腔。患儿均采用无菌纱布进行固定，根据患儿创面的渗液情况换药，换药间隔时长为2~3d，如渗液多时，及时更换，直到创面愈合。

1.3 观察指标

(1) 治疗后2周的治疗效果，分为痊愈、显效、无效。痊愈：伤口有肉芽组织填充，创面愈合完全，伤口上皮细胞向中间移动覆盖创面，局部炎症消失；显效：患儿伤口有肉芽组织填充，创面愈合1/2以上，伤口上皮细胞向中间移动，没有覆盖创面，局部炎症明显改善，无分泌物，疼痛明显减轻；无效：伤口仍有脓性分泌物，水肿，没有肉芽组织生长，疼痛比较剧烈^[4]。记录例数，计算总有效率，总有效

率 = (痊愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

(2) 患儿治疗10d后的创面红肿面积和脓腔深度、创面愈合时间和换药次数。

(3) 治疗前和治疗后10d，采用Wong-Baker脸谱疼痛评分评价其疼痛程度，该评分满分为10分，分数越高表示疼痛程度越剧烈^[5]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件，正态分布计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用t检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率明显高于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

表1 两组治疗总有效率比较

组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效率(%)
观察组	80	51	15	18	82.5
对照组	80	32	18	30	62.5

$\chi^2=4.286, P=0.038$ 。

2.2 两组临床指标比较

观察组创面红肿面积、脓腔深度、愈合时间和换药次数明显优于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

2.3 两组患儿治疗前和治疗后的Wong-Baker脸谱疼痛评分比较

治疗前，两组Wong-Baker脸谱疼痛评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后10d，观察组Wong-Baker脸谱疼痛评分明显低于对照组，差异具有统计学意义($P<0.05$)，见表3。

表2 两组临床指标比较

组别	例数	创面红肿面积(cm^2)	脓腔深度(cm)	愈合时间(d)	换药次数(次)
对照组	80	4.23 ± 1.12	1.13 ± 0.11	24.64 ± 6.63	11.37 ± 1.36
观察组	80	1.36 ± 1.09	0.54 ± 0.08	20.59 ± 3.47	7.53 ± 1.14
t值		16.425	38.798	4.841	19.354
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组患儿治疗前和治疗后的Wong-Baker脸谱疼痛评分比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗后10d
对照组	80	6.13 ± 2.35	4.46 ± 1.64
观察组	80	6.15 ± 2.41	2.87 ± 1.08
t值		0.053	7.242
P值		0.958	0.000

3 讨论

脓肿切开引流术后对腔洞进行填塞，彻底引流脓液是常见的换药方法。但这种方法换药时间长，容易导致伤口感染，延长愈合时间，给家庭带来经济压力^[6-8]。爱康肤银主要成分为羧甲基纤维素钠，具有很好的亲水性，可吸收自身重量22倍的渗液，

并且可防止渗液向伤口周围正常皮肤扩散和回渗,能够持续释放银离子,达到抗菌的效果^[9-10]。优拓由聚酯纤维网、水胶聚合物的凡士林组成,两者接触渗出液后相互作用形成脂质水胶作用于创面,为创面愈合创造最佳的愈合条件,而且不会变形且具有很好的通透性。优拓结合爱康肤银可以帮助加快患儿创面的愈合速度,并且引流效果好^[11]。

本研究主要探讨优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后创面治疗当中的效果。研究结果显示,优拓结合爱康肤银可以提高患儿治疗效果,减少患儿创面的红肿面积和脓腔深度,缩短愈合时间,减少换药次数。原因:优拓结合爱康肤银可以抑制创面细菌、真菌和病毒等多种病原微生物的繁殖,减轻患儿伤口组织的炎症反应,促进巨噬细胞发挥作用,加速溶解坏死组织,帮助恢复基层血管的发育,提高创面表皮细胞的迁移速度,刺激毛细血管再生,形成肉芽组织,促进伤口愈合^[12-13];其持续释放的低浓度银离子不经过体内代谢,无毒害作用,其特有的羧甲基纤维素钠吸收渗液形成凝胶,防止伤口黏连,减少揭除敷料时因黏连引起的疼痛,同时给创面创造湿性的愈合环境^[14]。优拓结合爱康肤银可以紧密地附着在各种形状的创面上,防止死腔的形成,减少细菌滋长,始终保持通畅引流。

研究结果显示,观察组治疗后疼痛评分明显低于对照组,观察组的并发症发生率明显低于对照组,原因可能是:优拓包裹在爱康肤银的外部,其湿性界面不黏连伤口表面,在换药时不会造成组织和敷料黏连,避免出现疼痛和损伤新生组织引起的出血;爱康肤银中含的银离子在吸收渗液以后会形成凝胶,保持创面的湿性环境,保护局部神经,有效减轻疼痛程度^[15]。爱康肤银具有吸附功能,防止渗液向周围正常皮肤扩散,使正常皮肤免受渗液浸渍,降低了皮肤瘙痒和红斑的发生;优拓漏孔网面的设计可以将双面的渗出物通过脂质水胶膜引流,被外部敷料吸收,减少细菌的滋生。两种新型敷料联合使用可以产生有效的抗菌环境,促进伤口的愈合并且防治感染^[16]。

综上所述,优拓结合爱康肤银在儿童体表脓肿切开引流术后创面治疗当中的效果较好,可提高治疗效果,减少患儿创面红肿面积和脓腔深度,缩短愈合时间,减少换药次数,减轻疼痛程度。

4 参考文献

[1] 高优,李金虎,郭志谦,等.亲水纤维含银敷料在小儿头面部深Ⅱ度烧伤创面治疗中的应用[J].中国美容

整形外科杂志,2017,28(8):485-487.

- [2] 过云.外用亲水性纤维含银敷料治疗深Ⅱ度烧伤创面临床分析[J].贵州医药,2016,40(12):1273-1274.
- [3] Glenn I C,Bruns N E,Craner D,et al.Same-day discharge after incision and drainage of soft-tissue abscess in diaper-age children is safe and effective[J].Pediatric Surgery International,2017,33(5):1-4.
- [4] 陈曦.亲水性纤维含银敷料在浅Ⅱ度烧伤创面治疗中的作用分析[J].中国继续医学教育,2017,9(5):142-144.
- [5] 黄良通,袁海源,梁达荣.优拓敷料联合重组人表皮生长因子凝胶治疗儿童Ⅱ度烫伤效果观察[J].现代医学,2017,45(1):55-58.
- [6] 沈胜生.优拓敷料联合重组人表皮生长因子治疗深Ⅱ度烧伤效果研究[J].中国医学创新,2018,15(16):108-111.
- [7] 胡艳,余江,郑慧新.皮肤创面亲水性纤维含银敷料在四肢软组织创伤合并感染护理中应用的价值[J].检验医学与临床,2017,14(1):333-335.
- [8] 曹阳.亲水纤维含银敷料联合封闭式负压引流对四期压疮治疗效果[J].当代护士(中旬刊),2018,25(12):140-142.
- [9] Salfity H V,Valsangkar N,Schultz M,et al.Minimally Invasive Incision and Drainage Technique in the Treatment of Simple Subcutaneous Abscess in Adults[J].American Surgeon,2017,83(7):699.
- [10] 韩伟,欧阳军,叶若水,等.生物敷料加自体皮移植在小儿重度烧伤创面治疗中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(12):57-58.
- [11] R ü hle A,Oehme F,Börnert K,et al.Simple Wound Irrigation in the Postoperative Treatment for Surgically Drained Spontaneous Soft Tissue Abscesses: Study Protocol for a Prospective,Single-Blinded, Randomized Controlled Trial[J].Jmir Research Protocols,2017,6(5):77.
- [12] 孔娟,柏素萍.水胶体敷料对治疗脓肿切开引流伤口的护理效果观察[J].现代医药卫生,2017,33(18):2865-2866.
- [13] 周少婧,吴玲,夏冬云.优拓包裹技术治疗体表脓肿切开引流术后创面的效果观察[J].中国实用护理杂志,2018,34(3):187-191.
- [14] Baker L,Williams L,Winter R,et al.Influence of adjuvant antibiotics on fistula formation following incision and drainage of anorectal abscesses:a systematic review protocol[J].Systematic Reviews,2019,8(1):95.
- [15] 俞积贵,郭耐强,白俊超.水胶体敷料在小儿皮肤擦伤治疗中的应用效果及对创面愈合的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(5):1058-1060.
- [16] 孙晓勤,付丽,谭晓蕾.持续封闭式负压引流联合银离子敷料在慢性难愈性创面中的效果观察及护理[J].护理实践与研究,2017,14(13):117-118.

[2020-04-26 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

微信群同伴教育对扁桃体切除术患者疾病感知与自我效能的影响

晁利伟

【摘要】目的 探讨微信群同伴教育对扁桃体切除术患者疾病感知、自我效能、遵医行为及预后的影响。

方法 2020年2—12月选取医院耳鼻咽喉科收治的扁桃体切除术患者96例,按照性别、年龄、病程、学历匹配的原则分为观察组和对照组,各48例。对照组围手术期行常规健康宣教,观察组围手术期行微信群同伴教育。比较两组患者干预前后疾病感知、自我效能、遵医行为及预后情况。**结果** 干预后,观察组疾病感知能力评分、自我管理效能评分、遵医行为评分高于对照组($P<0.05$)。观察组手术时间、住院时间短于对照组($P<0.05$),观察组术后视觉模拟评分低于对照组($P<0.05$),观察组并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。**结论** 微信群同伴教育能有效提高扁桃体切除术患者疾病感知能力及自我效能感,从而提高患者遵医行为,改善预后。

【关键词】 微信群同伴教育;扁桃体切除术;疾病感知;自我效能;遵医行为;预后

中图分类号 R473.76 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.031

慢性扁桃体炎是临床常见的多发性疾病,患者临床表现为反复咽喉肿痛及发热,并会引起患者免疫应答,严重威胁患者生命安全^[1]。手术是目前治疗慢性扁桃体炎常用的方法,但手术切除会引起患者出血、疼痛等并发症,进而影响患者进食,导致患者出现焦虑、烦躁等情绪,影响预后^[2]。疾病感知是指患者面对疾病时的看法,当疾病威胁身体健康时,患者对疾病认知越全面,具备处理问题的知识越丰富,越有利于其采取积极的方式应对疾病,从而促进预后^[3]。因此围手术期对扁桃体手术患者实施有效的健康宣教可提高其疾病感知能力和疾病知识水平,增强患者治疗信心及遵医行为。同伴教育可以有效改善患者的知识和行为,提高治疗信心,改善预后^[4]。近年随着互联网的发展,互联网被广泛应用于护理服务工作中,利用互联网对患者实施健康宣教可提高其对疾病的感知能力,增强患者治疗信心^[5]。因此,本研究将利用微信群对扁桃体围手术期患者实施同伴教育,并获得理想的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2020年2—12月选取本院耳鼻咽喉科收治的扁桃体切除术患者96例为研究对象,纳入条件:具

备扁桃体切除术指征;患者无沟通功能障碍、认知障碍或老年痴呆症状;对本次研究知情同意。排除条件:合并身体重要器官疾病;6个月内有手术史,凝血功能障碍;合并恶性肿瘤、认知障碍;临床资料不完整。本次研究经过医院伦理委员会审核批准。按照性别、年龄、病程、学历匹配的原则分为观察组和对照组,各48例。观察组:男24例,女24例;年龄18~70岁;平均 51.21 ± 4.69 岁;病程3~28个月,平均 18.96 ± 3.12 个月;学历:小学8例,初中12例,高中16例,大专或以上12例。对照组:男25例,女23例;年龄18~70岁;平均 51.68 ± 4.58 岁;病程3~26个月,平均 18.45 ± 3.56 个月;学历:小学8例,初中11例,高中16例,大专或以上13例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 实施常规护理干预:术前由责任护士向患者及其家属说明扁桃体切除术的原理、过程和术后可能出现的并发症。术后由责任护士监测患者的各项生命指征,当患者恢复正常意识之后,要向患者及其家属说明术后注意事项,叮嘱患者遵医嘱用药,安抚患者情绪。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施微信群同伴教育干预,具体措施:

(1) 成立微信群同伴教育干预小组:由专科护士长担任组长,负责实施、协调小组工作。主管护

作者单位:457000 河南省濮阳市,濮阳油田总医院耳鼻咽喉科

师1名,工作内容是对小组成员开展同伴教育能力的培训与考核。责任护士3名,职称为护师,内容包括护士的选拔、活动实施、监督等。主治医师1名,承担顾问工作。

(2) 选拔同伴教育者:通过科室扁桃体患者俱乐部招募扁桃体手术志愿者。责任护士需要向患者解释这次招募具体意义,参与此次教育研究的具体方法,同时提前说明参与研究可能面临的困难,确保患者对本次研究知情,招募的方式包括自荐和推荐两种。本次研究选择观察组患者的具体标准为:①自愿参与研究,可以担任同伴教育者角色;②可积极主动地协助其他患者接受培训,善于表达且乐意分享自己对抗疾病的经验和过程;③年龄18~60岁之间,扁桃体术后时间 ≥ 3 个月,患者的身体状况良好;④病情稳定并能够进行自我管理;⑤具有强烈的责任感强,参与研究后不会中途退出或者有缺席的情况;⑥具有良好的沟通与表达能力,能够与医护人员进行顺畅沟通。本次研究共筛选了6名同伴教育者。

(3) 开展同伴教育者培训:专科护士采取集体与个人培训相结合的方式对同伴教育者开展培训活动。其中,专科护士负责集体培训,集体培训为术前1d。个体培训由个人提出,培训的内容和时间等都根据同伴教育者的实际情况和需求进行灵活的调整。培训的具体内容有:同伴教育的概念、实施方法、注意事项;人际沟通方法;心理干预技巧;扁桃体术后患者的主要心理问题、不适症状、日常生活指导、咽喉护理等。所有参与研究的同伴教育者需要参与培训,培训结束后统一进行考核,合格后才能参与研究。

(4) 实施同伴教育:①建立同伴教育小组,采取将观察组患者分为6~10人一组的小组,共分成6组。6名同伴教育者通过抽签的方式确定自己参与的小组,并在相应的小组中担任组长的职责,组长需要负责同伴教育的联络和答疑等工作。②每个小组都建立同伴教育微信群,通过微信群实施具体的健康教育,并为小组成员提供相互交流和沟通的平台。为了更好地为同伴教育者答疑,干预小组的专科护士和医生也加入各个微信群中,监督同伴教育者的答疑和小组内的交流情况,若发现错误及时指证,确保微信群中的各项建议科学、可行。③通过微信群实施同伴教育活动。小组成员利用微信的语音功能相互交流,同伴教育现身说法,回顾自己术后的感受及康复期体验,尤其要重点讲解手术后的自我护理经验、使用电子喉的方法等。同伴教

育者分享完毕后,组内成员若有不理解或其他疑问,可利用语音功能提出问题,或利用语音功能谈论自己术后康复及自我护理心得体验,若同伴教育者没能及时回复,组内患者可以通过私信的方式再次提问。同时干预小组专科护士围手术期间以图片、视频、文字方式向微信群中推送扁桃体术后相关知识,如术后咽喉护理方法、电子喉使用方法等;患者也可通过微信群沟通,分享康复期的感受、心得,对家庭护理及自我管理效果进行反馈,与微信群中的其他患者形成一种相互支持和督促的良好关系。同伴教育者和责任护士需保证每天查看群消息1次,确保回复患者信息。

1.3 观察指标

观察并比较两组患者干预前后疾病感知、自我效能、遵医行为及预后情况。

(1) 疾病感知:采用疾病感知问卷简化版(BIPQ)^[6]评估患者对疾病感知能力,共8个条目,每个条目赋值0~10分,总评分0~80分,分值越高提示患者对疾病的感知能力越强,量表Cronbach's α 系数为0.798~0.912,提示量表具有良好信效度。

(2) 自我效能:采用一般自我效能感量表^[7]进行评价,量表包含10个条目,每个条目采用0~4级评分,总评分0~40分,分值越高表示患者自我效能水平越高,量表Cronbach's α 系数为0.805~0.922,提示量表具有良好信效度。

(3) 遵医行为:采用自拟的“患者遵医行为评定量表”进行评价,量表包含患者饮食、用药、日常护理等10个条目,每个条目1~4级评分,总评分10~40分,分值越高提示患者遵医行为越理想。

(4) 预后情况:包括手术时间、住院时间、术后视觉模拟评分法(VAS)、并发症发生率等指标。VAS总评分为0~10分,分值越高提示患者疼痛感越明显。并发症包括切口出血、切口感染、呕吐、恶心等。

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 \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。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 干预前后两组疾病感知、自我效能、遵医行为评分比较

干预前,两组疾病感知能力评分、自我管理

效能评分、遵医行为评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；干预后观察组疾病感知能力评分、自我管理效能评分、遵医行为评分均高于对照组，组间比较差异具有统计学 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组干预前后疾病感知、自我效能、遵医行为评分比较 (分)

组别	例数	疾病感知能力		自我效能		遵医行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	32.15 ± 4.96	65.12 ± 4.99	24.12 ± 4.02	34.12 ± 3.98	21.10 ± 3.98	34.25 ± 4.88
对照组	48	32.09 ± 5.02	52.11 ± 4.56	23.98 ± 4.36	29.44 ± 3.26	21.25 ± 4.78	26.98 ± 4.37
<i>t</i> 值		0.059	13.334	0.163	6.302	0.167	7.689
<i>P</i> 值		0.953	0.000	0.870	0.000	0.867	0.000

2.2 两组患者预后情况比较

观察组手术时间、住院时间短于对照组，组间比较差异具有统计学 ($P<0.05$)；观察组术后 VAS 评分低于对照组，组间比较差异具有统计学 ($P<0.05$)；观察组并发症发生率低于对照组，组间比较差异具有统计学 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者预后情况比较

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	VAS 评分 (分)	并发症
观察组	48	102.12 ± 4.98	5.12 ± 0.98	4.98 ± 0.86	2 (4.17)
对照组	48	172.52 ± 6.98	7.88 ± 1.02	7.45 ± 1.11	9 (18.75)
<i>t</i> 值		56.884	13.518	12.187	5.031*
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.025

表中 () 内数据为百分率 (%)；* 为 χ^2 值。

3 讨论

3.1 微信群同伴教育对扁桃体切除术患者疾病感知及自我效能的影响

临床上大部分扁桃体切除术患者由于对手术缺乏认知及了解，导致其围手术期容易出现焦虑、恐惧情绪，影响治疗信心及遵医行为^[8]。研究指出^[9]，提高围手术期患者疾病感知能力将有助于提高患者对疾病的认知，从而减轻患者不良情绪，增强患者自我效能。本研究对扁桃体切除术患者实施微信群同伴教育，结果显示，干预后观察组疾病感知能力评分、自我管理效能评分、遵医行为评分高于对照组 ($P<0.05$)，表明微信群同伴教育可提高扁桃体切除术患者疾病感知及自我效能水平。这是因为微信群同伴教育可为患者提供及时、准确的健康教育服务，还能通过语音功能对患者的日常护理行为作出管理与督促^[10]。同伴教育者与患者具备相同的经

历，因此他们的观点更容易被患者接受和认同，同伴教育者通过向患者传递、分享更具有价值的护理知识及经验，让患者获得专业性的指导，不断提升自身价值及技能，纠正其对疾病固有负性认知，从而提高患者疾病感知能力，增强自我效能^[11]。

3.2 微信群同伴教育对扁桃体切除术患者遵医行为的影响

遵医行为是患者获得良好治疗效果的前提^[12]。本研究结果显示，观察组患者干预后遵医行为评分较对照组提高 ($P<0.05$)，表明微信群同伴教育能有效提高患者遵医行为。这是由于同伴教育者，采用通俗易懂的语言向患者讲述疾病治疗时的心得体会、分享相关疾病知识，使患者更容易产生共鸣，从而提高其疾病管理信心，改善遵医行为^[13]。此外，利用微信群对患者实施同伴教育，遇到问题时学会在群里寻求帮助，减轻患者围手术期间由于疾病不确定感而产生的不良情绪，提高遵医行为^[14]。

3.3 微信群同伴教育对扁桃体切除术患者预后的影响

本研究结果显示, 观察组手术时间、住院时间短于对照组 ($P<0.05$), 观察组术后 VAS 评分低于对照组 ($P<0.05$), 观察组并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 表明微信群同伴教育能有效促进扁桃体切除术患者预后。这是由于微信群同伴教育利用微信平台定期推送相关知识及同伴病友经历分享, 提高了患者对疾病的认知, 增强其疾病感知能力, 促使患者以积极的方式应对疾病, 有利于病情改善, 促进术后康复^[15]。

综上所述, 微信群同伴教育能有效提高扁桃体切除术患者疾病感知能力及自我效能感, 提高患者遵医行为, 改善预后。

4 参考文献

- [1] 杨佳讯, 王志琴, 吴劲燕. 护理临床路径在低温等离子射频消融术治疗儿童扁桃体和腺样体肥大中的应用 [J/OL]. 中华危重症医学杂志 (电子版), 2020, 13(4): 319-320.
- [2] 耿璨, 秦小夜, 范永华. 信息-动机-行为护理模式在低温等离子扁桃体切除术术前术后的应用效果 [J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(21): 1639-1643.
- [3] 周洁. 乳腺癌术后患者疾病感知、健康信念与健康结局的相关性研究 [D]. 延吉: 延边大学, 2020.
- [4] 陈旭霞. 基于微信群形式的同伴支持教育对骨质疏松性椎体压缩性骨折术患者健康知识和自我管理能力的影 响 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(5): 59-61.
- [5] 陈红涛, 宋小花, 李力. 微信群同伴教育对喉癌术

后患者疾病感知和创伤后成长的影响 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(7): 80-83.

- [6] 马倩雯, 赵静波. 普通患者疾病感知现状及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23(28): 3590-3594, 3599.
- [7] 张玲玲. 社会支持和一般自我效能感对大学生应对方式的影响 [J]. 江苏预防医学, 2020, 31(5): 497-499.
- [8] 杜佳月. 小儿急性化脓性扁桃体炎护理中健康教育的应用分析 [J]. 临床研究, 2020, 28(10): 186-187.
- [9] 吴明花, 王铁艳, 雷乐, 等. 扁桃体手术患者围术期护理的个性化健康教育分析 [J]. 海军医学杂志, 2016, 37(3): 259-261.
- [10] 卢群, 曾莉, 龚美芳, 等. 疾病感知在慢性病管理中的研究进展 [J]. 护理研究, 2016, 30(11): 1288-1291.
- [11] 孙玉玲, 季娟, 陈琛. 基于微信群的同伴支持在中青年患者冠脉介入术后自我管理中的应用 [J]. 当代护士 (中旬刊), 2020, 27(7): 128-130.
- [12] 金文兰, 吴雪, 张百慧. 基于微信群的同伴教育对乳腺癌化疗患者疾病不确定感的影响 [J]. 中国护理管理, 2019, 19(4): 594-597.
- [13] 符名勇, 陈明聪. 基于微信互动的同伴健康教育在慢性阻塞性肺疾病稳定期病人中的应用效果 [J]. 中国健康教育, 2019, 35(6): 550-553.
- [14] 梁首勤, 潘寒寒, 高稳, 等. 微信群同伴支持对乙肝患者焦虑抑郁情绪的影响研究 [J]. 护士进修杂志, 2019, 34(10): 916-918.
- [15] 司涟, 段鹏, 刘佳. 微信群形式的同伴支持教育对糖尿病病人血糖及自我管理能力的影 响 [J]. 护理研究, 2016, 30(27): 3382-3384.

[2021-02-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

欢迎订阅 欢迎投稿

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

《护理实践与研究》杂志为半月刊, 大 16 开, 160 页, 每月 10 日、25 日出版发行。每期定价 10 元, 全年合计 240 元。邮发代号: 18-112。全国各地邮局订阅; 杂志编辑部邮购。

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

《护理实践与研究》杂志社

基于知信行模式的护理干预对院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平、照顾行为的影响

曾少玲 陈洁云 吴敏芝 林泳图 李清香

【摘要】目的 探讨基于知信行模式的护理干预对院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平、照顾行为的影响。方法 选取医院2018年1月—2019年12月收治的院外带入压力性损伤主要照顾者80名为研究对象,按照组间基线资料匹配原则均分为对照组和观察组。对照组给予常规压力性损伤防护教育,观察组在此基础上给予基于知信行模式的护理干预,比较两组干预前后主要照顾者的压力性损伤认知水平、照顾行为。结果 护理干预前,两组相关知识掌握水平比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组照顾者压力性损伤认知水平高于对照组,照顾行为评分高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 基于知信行模式的护理干预能够提升院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平,改善照顾态度,促使其保持正确的照顾行为,提高翻身技能,有利于患者康复。

【关键词】压力性损伤;主要照顾者;压力性损伤;认知水平;照顾行为

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.032

压力性损伤好发于长期卧床瘫痪患者,发生率高达20%~50%,是由于局部组织长期受压致血液循环障碍,造成局部组织持续性缺血、缺氧或营养不良,最终造成皮肤组织溃烂坏死^[1-2]。由于此类患者久病卧床、生活无法自理,主要照顾者与其压力性损伤的发生有着直接关系。主要照顾者是指与患者同住,且长时间照顾或管理患者疾病的家庭成员,如果照顾者缺乏压力性损伤风险相关的护理知识和技能,其照顾行为多带有盲目性和随意性,不当操作是造成压力性损伤发生的主要因素^[3-4],家居照顾者照顾行为对患者预后起到了关键作用。知信行模式是以认知和动机理论为基础的一种改变知识、信念及行为的科学健康教育方法,通过提高知识掌握程度来改变信念,进而改变行为,本研究将其应用于院外带入压力性损伤患者主要照顾者的健康教育干预中,取得良好效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2018年1月—2019年12月收治的院外带入压力性损伤患者的主要照顾者80名为研究对象,按照组间基线资料匹配原则均分为对照组和观察组,对照组:男20名,女20名;年龄36~58岁,平均 42.61 ± 3.94 岁;照顾时间10~40个月,

平均 25.83 ± 5.32 个月;每日照顾时间3~20h,平均 15.42 ± 2.35 h;文化程度:初中及以下10名;高中或中专15名,大专及以上15名。观察组:男19名,女21名;年龄35~59岁,平均 42.67 ± 4.74 岁;照顾时间11~41个月,平均 26.74 ± 4.37 个月;每日照顾时间2~21h,平均 14.73 ± 3.36 h;文化程度:初中及以下9名,高中或中专8名,大专及以上17名。纳入条件:符合压力性损伤的临床诊断标准;意识清楚且认知功能正常;具备一定的文化水平,无沟通、意识障碍。排除条件:收取费用的照顾者,且非患者家属;照顾者有明显残疾;具有医学背景的照顾者;临床资料不齐或中途退出者。主要照顾者自愿参与本研究,签署知情同意书。

1.2 干预方法

对照组给予常规健康教育,主要包括对患者及其主要照顾者讲解进行压力性损伤概念、病因、危害及预防方法,使照顾者掌握基本照护操作技能,如翻身、伤口观察、如何保持清洁与干燥等。观察组在此基础上给予基于知信行模式的护理干预,具体干预如下:

1.2.1 成立知信行干预小组 选取1名护士长及3名责任护士组成知信行干预小组,小组成员在查阅国内外文献、咨询专家并采纳相关建议的基础上,自行设计调查问卷,调查入选对象压力性损伤知识掌握程度、是否接受过压力性损伤防护知识培训、获得压力性损伤防护知识的渠道、是否具有压力性

损伤照护经验等,结合最佳护理实践指南中的压力性损伤预防及处理,制订出给予知信行模式的护理干预方案,应用于临床健康教育中。

1.2.2 基于知信行模式的护理干预

(1)全面提高照顾者先关压力性损伤知识水平:患者住院时对符合条件的主要照顾者进行一对一健康教育。出院后采用社交多媒体平台进行以电话随访为主的照顾者健康教育,主要电话随访照顾者对照顾上的问题反馈,进行指导和处理,给予针对性的意见及健康教育。

(2)照顾者态度、信念的转变:住院期间对照顾者进行知识教育的同时鼓励其提高自我效能,通过访谈的形式来了解照顾者态度、信念,给予正确的引导;出院后,通过电话随访,了解照顾者的照顾态度及信念;访谈频次为入组时1次、干预后1个月1次。

(3)照顾者照顾行为干预:住院期间指导照顾者在日常生活照护过程中,应定时检查皮肤清洁,保持皮肤干爽。指导照顾者掌握翻身的技巧,经常更换体位,减少压力性损伤的发生。营养摄入是伤口愈合的必备条件,适当增加营养能促进压力性损伤伤口的愈合。患者出院后定期进行电话随访,指导照顾者对压力性损伤患者皮肤伤口观察,了解伤口愈合情况。

1.3 观察指标

(1)压力性损伤认知水平:采用主要照顾者压力性损伤认知量表^[5]评估两组干预前后对压力性损伤相关知识认知掌握水平,该量表包括压力性损伤

相关知识、感知到的严重性及感知到的易感性3个维度,共计33个条目,得分越高则表明压力性损伤认知水平越高。该量表Cronbach's α 为0.71,折半信度为0.83,具有良好信效度。

(2)照顾行为:采用照顾行为问卷^[6]对两组干预前后的照顾行为进行比较,包括翻身行为、皮肤护理、营养支持及创面护理4个维度,共计20个条目,采取0~3分4级评分制,总分0~60分,得分越高则表明照顾行为越好。该量表Cronbach's α 为0.97,重测信度为0.79,具有良好信效度。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 干预前后两组主要照顾者对压力性损伤相关知识认知掌握水平

干预前,两组主要照顾者压力性损伤认知水平比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组照顾者压力性损伤认知水平明显高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 干预前后两组主要照顾者的照顾行为情况

干预前,两组主要照顾者照顾行为评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组照顾行为评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表1 干预前后两组主要照顾者对相关知识掌握水平比较(分)

指标	组别	人数	干预前	干预后
相关知识	观察组	40	14.32 \pm 1.03	31.21 \pm 5.44
	对照组	40	14.18 \pm 1.12	26.13 \pm 7.17
	t 值		0.582	3.570
	P 值		0.562	0.001
严重性	观察组	40	12.71 \pm 2.42	31.94 \pm 5.29
	对照组	40	12.67 \pm 2.39	21.14 \pm 3.12
	t 值		0.074	11.122
	P 值		0.941	0.000
易感性	观察组	40	11.32 \pm 3.24	31.32 \pm 5.51
	对照组	40	11.59 \pm 3.03	27.01 \pm 8.23
	t 值		0.385	2.752
	P 值		0.701	0.007

表2 干预前后两组主要照顾者的照顾行为情况比较(分)

指标	组别	人数	干预前	干预后
翻身行为	观察组	40	5.35 ± 1.66	12.72 ± 2.24
	对照组	40	5.56 ± 1.72	10.46 ± 3.45
	<i>t</i> 值		0.556	3.475
	<i>P</i> 值		0.580	0.001
皮肤管理	观察组	40	5.56 ± 0.63	11.25 ± 2.25
	对照组	40	5.73 ± 1.26	9.52 ± 3.13
	<i>t</i> 值		0.763	2.838
	<i>P</i> 值		0.448	0.006
营养支持	观察组	40	5.36 ± 1.35	13.41 ± 2.24
	对照组	40	5.73 ± 1.02	10.73 ± 9.63
	<i>t</i> 值		1.383	2.797
	<i>P</i> 值		0.171	0.006
创面护理	观察组	40	4.67 ± 2.12	11.35 ± 2.35
	对照组	40	4.62 ± 2.15	8.43 ± 1.23
	<i>t</i> 值		0.105	6.963
	<i>P</i> 值		0.917	0.000

3 讨论

3.1 主要照顾者照顾行为存在误区和不足

一般情况下,压力性损伤患者主要照顾者皮肤护理和营养支持照顾护理成效较好,而翻身行为和创面护理成效较差。主要是因为照顾者对照顾行为缺乏深度了解,普遍认为对患者皮肤进行清洁和保障充分的营养支持即可,对翻身行为及创面护理重视程度不够,而且翻身行为和创面护理两项照顾行为技术要求较高,照顾者相对难以掌握和熟练完成。长期卧床患者翻身时应避免拖拉拽,减少皮肤摩擦力和剪切力,但只有20%~30%的照顾者会在翻身时避免拖拉拽^[7]。循证证据表明^[8],护理过程应避免按摩或使用圈型减压设备;对于长期卧床且不能自主翻身的患者,应协助其规律性翻身2 h/次;两膝盖和两足踝间应放置软枕避免受压。因此,应加强对照顾者压力性损伤照顾行为的正确指导,尤其是翻身行为和创面护理两项技能上,详细讲解创面护理方法、注意事项,指导翻身时正确动作及如何有效节省体力等;在社区、家庭推行压力性损伤防治行为延续性护理服务,将相关知识转化为各类宣传单张,在院期间就发放给每位符合条件的照顾者,对照顾者进行相关指导,讲述成功个案,以提升照顾者照顾行为和认知误区。

3.2 知识认知和照顾行为的改变

基于知信行模式的护理干预提升院外带入压力

性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平,改善照顾态度,促使其保持正确的照顾行为。本研究结果显示,实施基于知信行模式的护理干预后,观察组照顾者压力性损伤认知水平明显高于对照组,照顾行为评分高于对照组($P < 0.05$)。主要是因为,对压力性损伤患者主要照顾者实施健康宣教的同时,加强对压力性损伤严重性感知的认知,如讲解压力性损伤并发症、观看重度压力性损伤视频及图片等,增强对压力性损伤风险的警觉性,促进照顾者对正确照顾行为的重要性认识,以降低压力性损伤的发生^[9]。研究显示^[10],照顾者感知到的易感性与照顾行为呈正相关,照顾者易感性认知水平越高,则照顾行为就越好,感知到的易感性与治疗依从性和坚持采取健康行为具有相关性。感知到的易感性是指对疾病新发或复发,可能性的一种感知能力和认知,尤其是对急性易感类疾病比较容易引起警觉^[11]。因此,对照顾者实施健康教育时,应加强其对疾病变化感知的警觉性,促使其采取正确的照顾行为预防和控制压力性损伤新发和复发风险;对其长期照顾行为给予正向引导和正性鼓励,帮助其树立照顾信心,保持照顾行为的持续正确性和坚持性^[12]。

综上所述,基于知信行模式的护理干预能够提升院外带入压力性损伤患者主要照顾者压力性损伤认知水平,改善照顾态度,促使其保持正确的照顾行为,提高翻身技能,为患者获取优质预后具有重要意义。

敏感指标监测对降低门诊患儿静脉采血穿刺失败率的效果

李娥 李菁 郑阳梅 秦仕英

【摘要】 目的 观察实施敏感指标监测对门诊患儿静脉采血穿刺失败率的影响。方法 制定门诊静脉采血穿刺失败率为科室的敏感指标,通过实施敏感指标监测的优质护理服务改善项目,降低门诊患儿静脉采血穿刺失败率。结果 实施敏感指标监测后,我科静脉采血穿刺失败率由实施前的8.03%下降到了实施后的4.72%,患儿家长满意度由实施前的94.25%提高到了实施后的98.63%,护士人均采血时间由实施前3.0 min/人减少到了实施后的1.8 min/人,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 通过实施敏感指标监测的优质护理服务改善项目降低了门诊静脉采血的穿刺失败率,提高了患儿家长满意度,缩短了护士人均采血时间,节约了人力成本,降低让标本比例,提高血标本质量。

【关键词】 敏感指标监测;静脉穿刺采血;失败率;优质护理

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.033

护理质量敏感指标是指用于定量评价和监测影响患者结果的护理管理、护理服务、组织促进等各项程序质量的标准,是对护理质量数据化测定,为客观评价护理质量与护理活动效果的一种科学工具,其具有敏感性、实用性和可操作性^[1]。护理质量敏感指标结果能敏感地反映护理质量水平,是护

理质量评价指标的核心、关键内容^[2]。而优质护理服务是指以病人为中心,在思想观念和医疗行为上,处处为病人着想,一切活动都要把病人放在首位;紧紧围绕病人的需求,提高服务质量,控制服务成本,制定方便措施,简化工作流程,为病人提供“优质、高效、低耗、满意、放心”的医疗服务。随着国家二孩政策的开放,儿科门诊人流量大,病种多,化验检查项目各式各样,病人在医院停留时间短^[3],加之患儿由于心智发育不成熟,使护士在采血中面

作者单位:400000 重庆市,重庆医科大学附属儿童医院门诊注射室(儿童发育疾病研究教育部重点实验室,儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地,儿科学重庆市重点实验室)

4 参考文献

- [1] 刘艳,王丽娟,昂慧,等. ICU患者压力性损伤危险因素Meta分析[J]. 护理学杂志,2018,33(4):84-87.
- [2] 周江星. 长期卧床的老年患者进行综合护理对压力性损伤发生率及压力性损伤持续时间影响分析[J]. 临床检验杂志(电子版),2018,7(4):654-655.
- [3] 倪伟伟,王兆霞. 知行理论模式的健康教育对院外压力性损伤患者照顾者照顾行为的影响[J]. 河北联合大学学报(医学版),2018,20(1):66-70.
- [4] 可易弘,豆欣蔓,李彦俊,等. 对压力性损伤风险患者主要照顾者相关知识及照顾行为的调查[J]. 西部中医药,2018,31(4):78-81.
- [5] 雷琴. 医院临床低年资护理人员压力性损伤护理知行及其影响因素[J]. 大家健康,2018,12(10):1-2.
- [6] 常建芳,张丽,李付华,等. 住院脑卒中患者照顾者照顾负担与照顾行为调查[J]. 中国实用神经疾病杂志,2018,21(2):209-213.
- [7] 普亚晶,谢莉,张丹琦,等. 神经外科重度昏迷患者压力性损伤发生的危险因素及护理干预对策[J]. 护理实践与研究,2019,16(6):14-16.
- [8] 李飞,邓波,朱世琴,等. 压力性损伤危险人群翻身间隔时间最佳证据总结[J]. 护理学报,2018,25(11):21-25.
- [9] 任海霞,李新辉,欧闪,等. 糖尿病主要照顾者健康行为与照顾行为的相关性研究[J]. 全科护理,2019,17(17):2051-2054.
- [10] 代引娟. 照顾者认知水平对居家卧床患者压力性损伤发生率的影响[J]. 养生保健指南,2019,10(17):339.
- [11] 刘庆苗,涂修毅,周秋娴. 慢性病患者疾病感知对健康促进行为及疾病控制状况的影响[J]. 广州医药,2019,50(5):49-53.
- [12] 黄庆玲,乐发国,张婷,等. 应激相关失眠易感性与失眠症患者睡眠感知的关系[J]. 临床精神医学杂志,2018,28(6):40-43.

[2020-07-21 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

临患儿哭闹、扭动、挣扎等，严重影响护士的穿刺成功率^[4-5]。患儿家属对护士是否采血成功也提出了更高的要求。本研究应用敏感指标监测降低门诊患儿静脉采血穿刺失败率。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将实施敏感指标监测前（2018年4—6月）在我科进行静脉采血23 656例为对照组，年龄0~15岁，平均年龄 3.34 ± 2.34 岁。实施敏感指标监测后（2018年10—12月）静脉采血31 440例为观察组，年龄0~16岁，平均年龄 3.42 ± 2.42 岁。计算静脉采血穿刺失败率，调查实施敏感指标监测前、监测后患儿或其家长满意度。静脉采血穿刺失败率 = 患儿静脉采血穿刺失败例数 / 患儿静脉采血总例数 × 100%。

1.2 敏感指标监测方法

在门诊主任及护士长的带领下，科室成立静脉采血质控管理小组，制定明确的工作职责、工作计划及实施方案，每月进行相关敏感指标的监测，查

找静脉采血失败原因，采取干预措施，总结分析，用PDCA质量管理工具进行持续质量改进^[6-8]。

1.2.1 基线调查 小组通过讨论设计制作患儿静脉采血满意度调查表（分别针对采血护士及患儿进行问卷调查），并于2018年5月8—14日期间每天针对采血失败的个例进行问卷调查（护士填写），共发放问卷160份，回收有效问卷160份，有效率100%。采血失败160例，技术不熟练占56例（35.00%），心理情绪因素占48例（30.00%），患儿及家属因素占36例（22.50%），环境因素占12例（7.50%），采血材料因素占8例（5.00%）。

1.2.2 原因分析及目标设定 针对静脉采血失败原因，科内进行讨论分析，根据二八定律^[9]发现，护士技术不熟练，患儿及家属因素，护士心理情绪因素是造成静脉采血失败率高的主要原因，绘制出改善前静脉采血失败影响因素柏拉图（图1），并通过鱼骨图分析静脉采血失败原因（图2），针对这些原因制定对策，并设定科室敏感指标（降低患儿静脉采血失败率）目标值为6%。

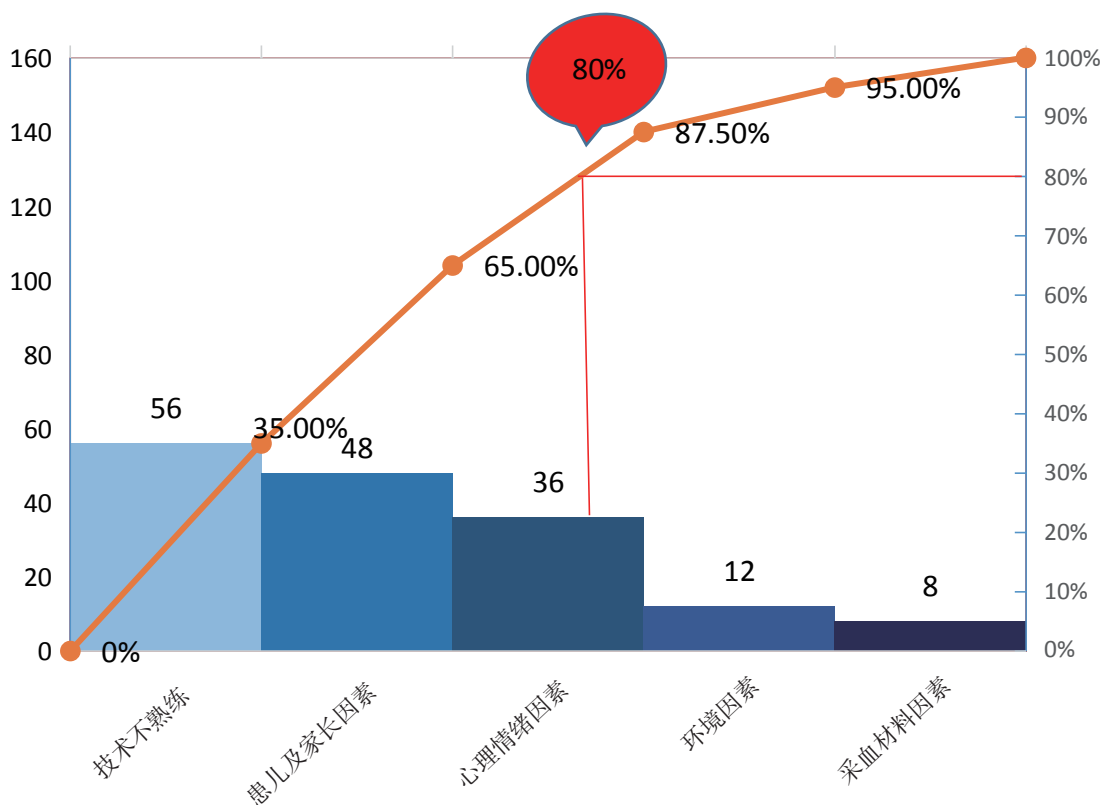


图1 改善前静脉采血失败影响因素柏拉图

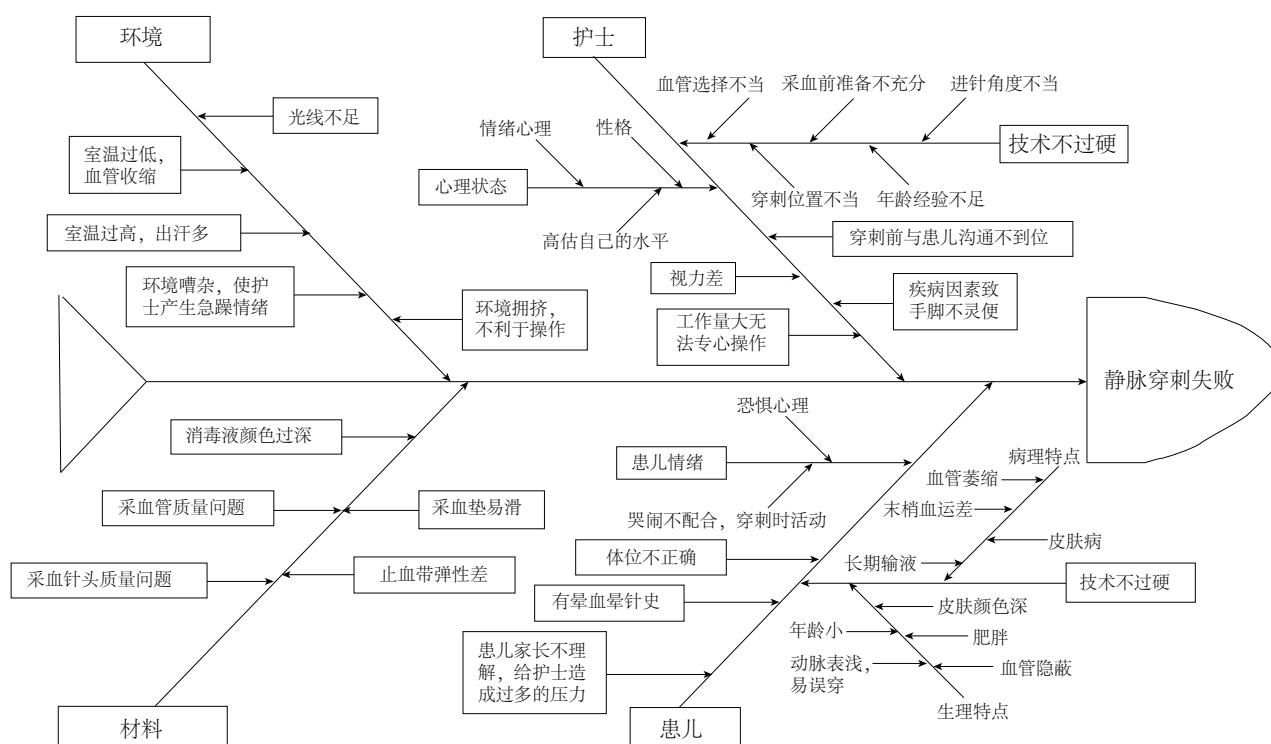


图2 静脉采血失败原因分析鱼骨图

1.2.3 对策实施

(1) 加强培训,提高采血技能:定期组织理论知识及护理技能培训,讨论静脉穿刺技巧,相互交流经验,讨论在静脉采血中可能遇到的问题及处理措施。培训血标本正确的留取剂量和试管的正确选择,学习血标本采集后正确的储存和管理方法。

(2) 采血标准化、流程化、信息化:规范静脉采血流程,制作标准操作 SOP;针对特殊困难采血患儿,制定静脉采血知情同意书;投入使用自动化血液标签机将操作动作、沟通语言标准化,强调流程化管理。

(3) 制作 LED 屏滚动提示和宣教资料:制作各种形式的宣教资料,如 LED 屏形式滚动播放,小卡片等,以浅而易懂的方式告知采血者如何进行正确的采血前准备、采血中配合及采血后正确的按压方式等。

(4) 弹性排班:采血高峰时间段,及时增加采血护士人力,缓解压力。弹性排班,尽可能将工作年限较长或技术纯熟的护士与年轻护士搭配,以增强年轻护士信心,同时也增强采血中遇到的各种问题的解决能力。

(5) 加强护士素质培训:加强服务意识的培训及护士素质培训,与患儿及家属建立良好、有效、和谐的沟通,同时让护士树立正确的自信心,可有效提高穿刺成功率。

(6) 改善环境,调控合适温度:调整穿刺班到岗时间,提前 15min 到岗,操作前仔细检查备用物品,保持采血室光线充足,调节好室温,环境清洁安静,尽可能减少外界刺激因素。循环差者提前给予热敷或饮用热水以改善循环,使血管充分扩张后穿刺。

(7) 定期分析原因,总结经验:每周一下午由质控组长召集小组成员总结数据及分析上周静脉穿刺失败原因,并查找对策,及时改进。

1.3 观察指标

分别观察敏感指标监测前后静脉采血穿刺失败率、患儿家长满意度、护士人均单次采血用时、让步标本比例等,并予以记录。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据统计分析,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。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 实施敏感指标监测前后静脉采血穿刺失败率比较

静脉采血穿刺失败率由实施敏感指标前的 8.03%,下降到了实施后的 4.72%,组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表1 实施敏感指标监测前后静脉采血穿刺失败率

组别	采血例数	失败例数	采血穿刺失败率(%)
对照组	23656	1900	8.03
观察组	31440	1484	4.72

$\chi^2=256.815$ $P=0.000$ 。

2.2 实施敏感指标监测前后患儿满意度比较

患儿满意度由实施敏感指标前的 94.25%，提高到了实施后的 98.63%，组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表2 实施敏感指标监测前后家长满意度

组别	调查人数	满意人数	满意度(%)
对照组	23656	22296	94.25
观察组	31440	31009	98.63

$\chi^2=822.759$, $P=0.000$ 。

2.3 实施敏感指标监测前后护士人均采血时间比较

实施敏感指标监测后护士人均采血时间明显短于实施敏感指标监测前，组间比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表3 实施敏感指标监测前后护士人均采血时间比较

组别	观察采血人数	护士人均采血时间 (min)
对照组	1685	3.0 ± 0.75
观察组	2184	1.8 ± 0.46

$t=61.307$, $P=0.000$ 。

2.4 实施敏感指标监测前后让步标本比例

让步标本^[10]比例由实施前 4.76% 下降到了实施后的 4.08%，组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表4 实施敏感指标监测前后让步标本比例

组别	采血总数	让步标本例数	让步标本率(%)
对照组	23656	1126	4.76
观察组	31440	1283	4.08

$\chi^2=14.889$, $P=0.000$ 。

3 讨论

临床上静脉采血失败受很多因素的影响，重复穿刺既增加了患儿痛苦，浪费了护理人力资源，又降低患儿及家长的满意度。本次活动通过敏感指标的监测来推行门诊静脉采血优质服务改善项目，主

要通过问卷调查及实际操作培训等方式分析问题并进行改进，找出解决问题的方法。结果改善了敏感指标现状，降低静脉穿刺失败率；减轻患儿穿刺痛苦，提高了患儿及家长的满意度；减少让步标本数量，提高血标本质量；节约人力资源，降低运营成本；改善门诊静脉抽血室环境，优化医院门诊诊疗布局；推进医院信息化建设，促进医院迈向智慧医院；流程化标准化静脉采血流程，提高护理质量管理。通过敏感指标监测发现问题、解决问题的模式直接或间接地指导了护理实践过程，有利于护理人员科研意识的培养及进一步提高护士的综合能力，从而促进科室良好发展和长效质量改进机制的形成，为构建和谐医患关系，创立护理服务品牌打下了良好的基础。

4 参考文献

- [1] Heslop L, Lu S. Nursing-sensitive indicators: a concept analysis [J]. J Adv Nurs, 2014, 70(11):2469-2482.
- [2] 匡玲, 温秀贤, 唐颖, 等. 中美护理质量敏感性指标评价研究现状 [J]. 实用医院临床杂志, 2016, 13(2):183-185.
- [3] 刘统银, 吴海波, 陈丽维. 二孩政策背景下的儿科医疗服务供给的现状、困境及改革路径 [J]. 卫生软科学, 2019, 33(6):6-11.
- [4] 方秀娟, 张会. 静脉采血患儿的临床护理体会 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(12):131.
- [5] 刘丽莎, 王琴琴, 陈潇潇, 等. 品管圈活动在降低老年患者静脉采血穿刺失败率中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 34(15):63-66.
- [6] 汪明月, 吴庆华, 和冰, 等. PDCA 循环应用于静脉采血质量管理中的效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2018, 21(15):1935-1936.
- [7] 孙仙兰, 陈云. 对患者进行静脉采血期间应用 PDCA 循环管理模式对其进行护理的效果观察 [J]. 当代医药论丛, 2018, 15(24):249-250.
- [8] 王俊. PDCA 循环管理在血标本采集质量改进中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(6):124-126.
- [9] 李宝华, 刘冬梅. 二八定律在护理绩效考核管理中的应用效果 [J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(25):3087-3089.
- [10] 许桃英, 林琴, 王怡, 等. 儿科血标本分析前的影响因素及干预对策研究 [J]. 临床护理杂志, 2015, 14(3):75-77.

[2020-04-23 收稿]
(责任编辑 陈景景)

建设性反馈教学在护理临床教学中的应用 效果评价

李春芝 夏利敏 贺才榕 阴远远 杨艳明*

【摘要】 目的 评价护理临床教学中应用建设性反馈教学的效果。方法 选取医院2019年9月—2020年10月64名实习护士作为观察对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各32名。对照组实行常规临床教学,观察组实行建设性反馈教学,比较两组实习护士考核成绩、教学方法评价情况及教学满意度。结果 实行建设性反馈教学法后,观察组专业技能、理论知识及实践操作能力评分高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组思维想象能力、提高自学能力、提高判断性思维能力、提高学习兴趣、提高理论、实践能力、便于理解难点、便于掌握重点、提升同学协作能力评分均高于对照组,组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组教学满意度高于对照组,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 护理临床教学中应用建设性反馈教学,有利于提升护生的学习水平,保证教学满意度,提升理论知识及实践操作能力。

【关键词】 护理学;临床教学;建设性反馈;效果评价;理论知识;实践操作能力;满意度

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.034

医学教育质量提高的核心点是反馈,无论是实践教学或护理理论,护生需给予反馈意见或建议,护理教师据此引导护理教学的提升、进步、深化。相关研究^[1]表明,护理教师工作期间感知到的阻力部分为假设性反馈,由此进一步升华到建设性反馈。在理论教学或临床教学中,由于时间限制,缺乏反馈策略,不确定的反馈效果,担忧不恰当反馈等原因,导致护理教学期间建设性反馈不充足^[2]。护生出现错误时大多为负反馈,教师处于较弱反馈意识的主要原因是担忧护生不欢迎反馈,从而对师生关系造成损伤,因此,本研究以实习护士作为研究对象,围绕护理临床教学中应用建设性反馈的效果展开研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取我院2019年9月—2020年10月涉及的64名实习护士为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为观察组和对照组,各32名。对照组均为女性;年龄19~23岁,平均 21.47 ± 1.05 岁。观察组中男1名,女31名;年龄19~22岁,平均 21.03 ± 1.12 岁。两组实习护士性别、年龄比较差异

无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 实行常规临床教学,由带教教师为实习护士讲解相关护理知识,授课期间依据教学程序进行具体实施。

1.2.2 观察组 实行建设性反馈教学,具体措施如下:

(1) 创建可行性的建设性反馈:教师在对建设性反馈提供前,需要护生充分了解自身期望,为反馈和评估提供有力依据。护生所接触的领域较为广泛,所遇到的教师也是不同类型的,在准确实行建设性反馈时,教师需依据自身领域准则,转变各个领域的标准,以便于做好衡量和判断。除此之外,带教老师还需了解护生的实践经历和学习经历,询问护生是否想获取反馈实际方向,以便于教师和护生基于学习成果创建相同的现实目标,推动护生对反馈情况积极回应,展开一系列行动,防止护生对反馈产生负面心理。

(2) 评估护生对建设性反馈的期望:每位护生均是有差异性的,可能呈正性或负性的反馈结局。有研究结果显示,护生的反馈经验若是呈负性,会使护生在面对相同事件时伴有负面情绪。针对现有情况,教师需对护生接受反馈、同意给予和建设性反馈的期望进行衡量,充分理解护生不愿接受反馈的心理,促进护生实行建设性反馈。

作者单位:450000 河南省郑州市,河南中医药大学第一附属医院

* 通讯作者

(3) 护生护理实践信息的收集：提供建设性反馈的前提是收集护生关于护理实践的相关信息，主要从三方面提供护生护理实践信息：①护生由带教老师引导参与到临床工作中，教师在此期间需对护生的具体表现直接或间接的观察。②护生护理实践信息以反思日记和护理笔记作为书面来源。③耐心倾听护生口头回答的相关问题，并与团队共同讨论可提供的信息来源。

(4) 确定建设性反馈机会：护生对教师于短时间内提供接近事件的反馈过于依赖，教师应在短时间内采取即时性反馈，为护生实践活动提供反馈，以便于维持良好效果。及时性反馈的合理实施，能够保证患者安全，支持和监督护生具体实践，使其可以更好的表现。及时性反馈在护理教学期间，所表现的是情境反馈，可直接反馈临床情况，但在临床情境教学中，教师还需对其他反馈的时机进行考量。比如，个别临床情境中护生可能伤害到患者，教师需即刻介入，针对现有情况，很难及时提供建设性反馈，若护生之后仍需面对此种情景，需告知其相关注意事项，于关键时机激发护生观察力，并在结束事情后，给出更加详细的建设性反馈。

(5) 针对性、具体性实行建设性反馈：针对性反馈是护理教师提供建设性反馈的关键特征，实际内容则是用具体的事实向护生讲解哪些属于正确行为，并询问护生的具体感受和是否受到影响。带教老师在积极提出建设性反馈时，若参照护生学习习惯，描述细节，可鼓励更多护生展开相同的行为，促进护生全面发展。教师在开展负面建设反馈时，需对护生给予鼓励，依据具体情况做好自我评估，提供机会，让护生自主发言，以便于对其是否了解实际情况进行判断。带教老师需评估护生进步标准，从而做好相应反馈。建议教师在提供实时信息时，可通过情感色彩进行信息传递，从而提出相关事名，纠正护生的错误方法，以便于护生清晰了解如何具体实现，推动护生行为动力。之后，带教老师需对

护生纠正行为的能力和实际价值进行详细评估，提出鼓励和期望。

1.3 观察指标

(1) 护生考核成绩比较：统计两组护生专业技能、理论知识及实践操作能力的得分情况^[3]。

(2) 教学方法评价：评估教学方法评价情况^[4]，相关项目：提高思维想象能力、提高自学能力、提高判断性思维能力、提高学习兴趣、提高理论、实践能力、便于理解难点、便于掌握重点、提升同学协作能力情况。

(3) 教学满意度调查结果比较：自制调查问卷对两组护生的教学满意度进行调查，非常满意≥90分，基本满意64~89分，不满意<64分。

1.4 统计学处理

采用SPSS 19.0统计学软件处理分析数据，计量资料数以“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，组间率的比较进行 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护生考核成绩比较

实行建设性反馈教学法后，观察组专业技能、理论知识及实践操作能力评分均高于对照组，组间比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组护生对教学方法评价情况比较

实行建设性反馈教学法后，观察组提高思维想象能力、提高自学能力、提高判断性思维能力、提高学习兴趣、提高理论、实践能力、便于理解难点、便于掌握重点、提升同学协作能力情况评分高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组护生教学满意度比较

实行建设性反馈教学法后，观察组学生对教学满意度高于对照组，但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表3。

表1 两组护生考核成绩比较(分)

组别	人数	专业技能	理论知识	实践操作
观察组	32	22.16 ± 2.48	23.69 ± 2.52	32.10 ± 3.49
对照组	32	18.54 ± 1.69	19.64 ± 1.58	26.45 ± 2.10
t 值		6.823	7.702	7.846
P 值		0.000	0.000	0.000

表2 两组护生对教学方法评价情况比较(分)

组别	人数	提高思维想象能力	提高自学能力	提高判断性思维能力	提高学习兴趣
观察组	32	51.23 ± 4.68	47.58 ± 4.79	46.29 ± 4.65	43.17 ± 4.21
对照组	32	23.20 ± 3.17	24.06 ± 3.28	27.21 ± 3.04	28.45 ± 3.22
<i>t</i> 值		28.051	22.918	19.427	15.710
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

组别	人数	提高理论、实践能力	便于理解难点	便于掌握重点	提升同学协作能力
观察组	32	42.19 ± 4.28	48.56 ± 4.29	45.28 ± 4.13	44.05 ± 4.32
对照组	32	25.03 ± 3.16	24.67 ± 3.25	26.22 ± 3.74	27.33 ± 3.18
<i>t</i> 值		18.246	25.109	19.351	17.632
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组护生教学满意度比较

组别	人数	非常满意	基本满意	不满意	满意度(%)
观察组	32	19	12	1	96.87
对照组	32	12	13	7	78.12

$\chi^2=3.571, P=0.059$ 。

3 讨论

有研究结果^[5]显示,教师在护生出现错误时,会习惯性进行反馈,大多为负反馈。对教师来说,由于限制时间、反馈策略缺乏,未确定反馈效果和并未恰当反馈等因素,导致教师和护生在日常实践中常伴有不反馈表现。教师处于较弱反馈意识的主要原因是担忧护生不欢迎反馈,从而对师生关系造成损伤^[6]。教师在护理文化中并未高频率实施建设性反馈,与此同时,现阶段所面对的卫生保健环境相对复杂,且处于多样性的患者群体,因可供反馈的临床特征存在局限性,导致临床护理教师很难提出反馈。有研究结果显示^[7],建设性反馈在护理教学实践期间的障碍包含未恰当选择、不断增加反馈需求、不明确反馈目标及反馈者未给予自身正确评价,针对以上情况,需提出针对性应对措施。

建设性反馈教学于护理临床中的应用可发挥显著效果,需合理利用,保证临床干预意义。创建建设性反馈护理组织氛围,反馈在一般情况下应不受到外界打扰,于私密、安静的外部环境中展开。教师可对护生的表现公开祝贺,而在护理带教期间,

因限制地点,常采用适时、简短的及时反馈^[8-9]。护生在工作期间的主要反馈形式为观察式反馈,缺乏询问式反馈行为,因此可通过创建良好反馈环境,增加非正式反馈次数,让护生积极投入到工作环境中^[10]。与此同时,护理管理人员也应为教师营造良好的建设性反馈,在对反馈知识培训的同时,保证教师与护生处于可供反馈的环境中,并分享交流建设性反馈成功的相关案名,推动护理团队对建设性反馈的调节,增强工作人员反馈意识,愿意接受并加入进来。教师在建设性反馈期间需对护生的薄弱和劣势有所了解,辅助护生合理纠正和解决,教师在评估护生时不应限制于单一的操作和理论,而应对大环境加强关注^[11]。单项成绩仅为表层评估,而促使护生形成劣势的相关因素为护生的学习态度、学习方法、所处环境及价值观。教师需加强关注建设性反馈在临床教学中的反复性、准确性和灵敏性,不仅需对护生的反馈信息精准捕捉,还应分清主次,清晰了解主要问题,教师的切入点可为询问问题,逐步深入考量,引导护生对自身的优势仔细剖析,做好反思,为建设性反馈提供合理基础。教师在实际教学情境中,可通过对护生接收反馈的回应和表

现进行回顾,让护生表达对建设性反馈的意见和感受。与护生共同讨论愿意采取哪种方法获取反馈,从而进一步了解护生反馈期望的相关途径^[12-14],明确建设性反馈的实际目标,一般情况下,该目标是于医院教学部门设定,由护生或代教老师通过书面表达的形式实现。有研究结果^[15]显示,采用目标反馈带教方法,是从各个方面制定目标,鼓励护生由简到繁地完成相应目标,并做好反馈,增强护生教学期间的方向感,在完成教学后保证达标,提升教学质量^[16]。在护理临床教学中合理的反馈频率也是非常关键的,一般情况下持续反馈和定期反馈可有效帮助护生改变不良习惯,但长时间的持续反馈会使护生的创造力和想象力被削弱,有依赖性产生,因此需定期组织深度反馈。在对建设性反馈给予鼓励时,需发扬团队精神,展开行动,便于向患者提供建设性反馈^[17]。结果显示,观察组专业技能、理论知识及实践操作能力高于对照组($P<0.05$);观察组思维想象能力、提高自学能力、提高判断性思维能力、提高学习兴趣、提高理论、实践能力、便于理解难点、便于掌握重点、提升同学协作能力情况评分高于对照组($P<0.05$);观察组教学满意度高于对照组。

建设性反馈的实施应引导护生做好自我评价,应具备深入、客观、及时、公平、积极、明确、真诚的特征,并采取尊重、敏感、冷静的传达,指向行为发生改变,可将反馈者想要给予帮助的想法表达出来,并对学习者的变化情况进行考量,可允许缺陷、优势识别,并提供改进指导,增强信心。护理临床教学中应用建设性反馈,有利于提升护生的综合水准,保证教学满意度。

4 参考文献

- [1] 乐霄,曾铁英,廖宗峰.建设性反馈在护理教学中的应用[J].护理学杂志,2019,34(23):16-19.
- [2] 廖威,陈怡,胡正翠,等.PBL教学法在感染科临床护理教学中的应用效果评价[J].贵州医药,2019,43(3):493-495.
- [3] 楼艳,李彩福,练正梅.基于“雨课堂”的护理学导论课堂教学与实践研究[J].中国实用护理杂志,2018,34(28):2215.
- [4] 余兰,金晓燕,王志稳,等.基于临床情境的翻转课堂

在护理本科生《医院信息系统》教学中的应用与效果评价[J].解放军护理杂志,2020,37(5):86-89.

- [5] 石莉红,骆艳妮,胡敏华.情景案名结合导学互动教学模式在神经内科临床护理教学中的应用效果[J].解放军护理杂志,2019,36(5):65-68.
- [6] 肖树芹,王艳玲,冯新玮.结构化引导性反馈在高仿真情景模拟护理教学中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(9):1247-1250.
- [7] 叶美霞,钟印芹,陈赞.量化绩效考核方案在新入职护士全周期人才培养中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(16):105-107.
- [8] 梁英,廖海涛,余佐亚,等.基于护理临床思维培养的情景教学在综合医学基础实验课中的应用[J].护理研究,2018,32(15):2453-2455,2490.
- [9] 程建云,张莉,冯静,等.综合性模拟产房技能训练在产科护理教学中的应用及效果[J].新疆医科大学学报,2019,42(4):144-146.
- [10] 王卉,李雪,张瑞,等.护理本科生“教师角色”体验式学习在护理教育学中的应用效果[J].中国医学伦理学,2019,32(4):124-128.
- [11] 叶苑,艾美花,王俊蕊,等.护理迷你临床演练评估量表在急诊科护生护理技能教学中的应用[J].现代临床护理,2020,19(2):50-54.
- [12] 郑艳,田云,邓平基,等.阶段式目标培养模式在护理学专业学生临床实习中的效果评价[J].中华医学教育杂志,2018,38(6):893-898.
- [13] 张艳,闫慧君,张翼然,等.PDCA循环法在临床护理带教老师培训中的实践效果评价[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(2):104-106.
- [14] 高文静,田静.问题式学习+临床病名为基础的教学模式在高职高专护理专业健康评估课程教学中的应用[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(2):393-395.
- [15] 李莉,焦静,朱晨,等.柯氏四级评估模式在新护士规范化培训效果评价中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2020,36(15):1140-1144.
- [16] 杨珍,张宝珍,上官美琴,等.结构化沟通模式在急诊抢救室护理人员交接班中的应用及效果评价[J].护理研究,2018,32(11):1770-1773.
- [17] 陶夏,蒋莉,沈文军,等.基于XMOOC教学模式对提高心胸外科重症监护室护理教学效果的研究[J].内蒙古医科大学学报,2019,41(2):341-343.

[2021-02-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

临床护理路径联合 PBL 教学模式在眼科护理教学中的应用

杨莺 杨颖灵 陈婷 李芳华 方波 王榕婷

【摘要】目的 探讨临床路径联合 PBL 教学模式在眼科护理教学中的应用效果。方法 选取 2017 年 4 月—2018 年 2 月医院眼科实习的护生 93 名为研究对象。按组间基本特征匹配原则分为对照组 43 名和观察组 50 名。对照组按照传统的教学方式带教,观察组按照临床路径联合 PBL 教学模式带教。护生实习结束,通过出科理论及操作考核、教学满意度问卷调查进行评价。结果 两组护生出科理论及操作考试成绩比较,观察组均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护生对本科室教学满意度评价,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 临床路径联合 PBL 教学模式应用于眼科护理教学,明显提高了护生的专科理论及专科操作水平,更好地激发了护生的学习兴趣,提高了护生发现问题、分析问题、解决问题的能力。

【关键词】 临床路径; PBL 教学模式; 眼科; 护理教学

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.035

临床实习是护生从课堂向病房过渡、理论联系实践的重要学习阶段,是促进护生成长为合格护士的关键环节。眼科是一个专科性非常强的科室,有许多专科的仪器、检查、操作、用药。护生在眼科实习的时间为 1 个月,但要掌握的内容却很多,如何让护生较短的时间内更好地掌握专科知识、专科操作技能,激发护生的学习兴趣和学习积极性,是带教老师值得思考的问题。基于问题式学习(problem-based learning,PBL)是以问题为基础的学习模式,它是以“提出问题,建设假设,收集资料,讨论假设,总结”5 阶段组成的教学新方式^[1]。临床路径(clinical pathway,CP)目前在全国范围内正在广泛实施,其主要为医务工作人员提供了一套规范的、标准的、科学的、完整的诊断和治疗方式,最终起到规范医疗行为,提高医疗质量的作用^[2]。临床路径教学法是将诊疗理念应用于教学中,按照临床路径构建教学路径对护生进行教学,明确了教学的方向、内容和目标,使教学按照标准化的模式进行^[1]。我科将临床路径联合 PBL 教学模式应用到眼科护理教学改革中,取得较好的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2017 年 4 月—2018 年 2 月实习的护生共 93 名为研究对象,均为女性,大专学历,年龄 20~22 岁,平均 20.9 ± 0.5 岁。按组间基本特征匹配

原则分为对照组 43 名和观察组 50 名,两组护生在眼科实习时间为 4 周。两组护生性别、年龄、在校成绩、学历、教学课程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 教学方法

1.2.1 对照组 实施传统的带教模式,护生入科后由总带教老师集中进行入科宣教。安排本科室工作 3 年以上,护师以上职称老师进行带教。眼科有门诊和病房,每一批护生在眼科的实习时间为 4 周,第一、二周在病房实习,第三、四周在门诊实习。在这期间带教老师根据工作中的实际情况对护生进行“一对一”指导,并予以理论授课 2 次,操作集中示教 2 次,护理教学查房 1 次。出科前进行理论及操作考核。

1.2.2 观察组 实施临床路径联合 PBL 教学模式进行带教。护生入科后由总带教老师集中进行入科宣教。安排本科室工作 3 年以上,护师以上职称教师进行“一对一”带教。眼科有门诊和病房,每一批护生在眼科的实习时间为 4 周,第一、二周在病房实习,第三、四周在门诊实习。带教老师按照眼科教学临床路径表的教学目标和内容,进行教学。护生遵照路径表内容进行学习。护生出科前进行理论、操作考核。

临床路径联合 PBL 教学模式的实施:①由科室护士长、总带教老师、资深带教老师成立 CP 小组,CP 小组成员均由本科及以上学历、护师以上职称、在本科室工作三年以上人员组成。CP 小组成员根据眼科的专科特点共同讨论,制定眼科临床教学路径

表。路径表的内容由教学时间、教学内容、教学目标、教学方式、完成时间、带教老师签名等内容组成^[3]。
 ②护生入科当天，总带教老师向护生介绍临床路径表内容，使护生明确实习的内容及学习的目标。
 ③带教老师根据路径表的教学内容带教护生，并在临床带教过程中根据临床典型病例和专科的知识点，有针对性地向护生提出相关问题，并鼓励护生通过查看专业书籍、查阅电子文献等方法找到解决问题的正确方法。
 ④带教老师对护生学习完成情况进行记录。在路径表安排的时间内，如果没有完全掌握该知识点，带教老师暂不记录完成时间，在后面的实习过程中由带教老师对其进行巩固学习，直至达到教学目标。
 ⑤带教老师每周根据临床教学路径表学生的学习情况，向总带教及护士长反馈教学进度及教学效果。CP小组成员每月根据护生及教师的反馈集中讨论，及时调整、改进教学计划。
 ⑥所有常规操作及专科操作，护生均按照科室制订的实习护生操作次卡完成操作学习。

1.3 评价方法

眼科实习结束，护生在总带教老师统一安排下，理论进行闭卷考试、操作考核、匿名填写问卷调查

表。比较两组护生的理论及操作考核成绩、教学效果评价。考试内容为眼科专科知识及操作。理论及操作考核成绩满分为100分，教学效果评价包括自主学习、查阅文献能力（8个方面，每个方面满分1分）。

1.4 统计学处理

采用SPSS19.0统计学软件，计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用t检验。检验水准 α=0.05，以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护生理论、操作和综合成绩比较

观察组的理论成绩、操作成绩和综合成绩高于对照组。两组比较差异有统计学意义 (P<0.05)，见表1。

2.2 两组护生自主学习、查阅文献等能力比较

观察组的发现问题能力、分析问题能力、解决问题能力、求知欲、文献查阅能力、自主学习能力、语言表达能力和团队协作能力优于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表2。

表1 两组护生理论、操作和综合成绩比较（分）

组别	观察人数	理论成绩	操作成绩	综合成绩
观察组	50	96.79 ± 1.62	95.02 ± 2.40	95.90 ± 1.29
对照组	43	84.77 ± 3.40	79.19 ± 3.86	81.94 ± 2.27
t 值		22.247	24.095	37.094
P 值		0.000	0.000	0.000

表2 两组护生自主学习、查阅文献等能力比较（分）

组别	观察人数	发现问题能力	分析问题能力	解决问题能力	求知欲
观察组	50	0.99 ± 0.01	0.91 ± 0.09	0.86 ± 0.15	0.98 ± 0.02
对照组	43	0.60 ± 0.35	0.58 ± 0.42	0.66 ± 0.32	0.56 ± 0.40
t 值		7.883	5.211	3.838	7.421
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

组别	观察人数	文献查阅能力	自主学习能力	语言表达能力	团队协作能力
观察组	50	0.93 ± 0.06	0.84 ± 0.17	0.88 ± 0.12	0.95 ± 0.02
对照组	43	0.48 ± 0.30	0.54 ± 0.40	0.50 ± 0.42	0.46 ± 0.38
t 值		10.377	4.824	6.119	9.111
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 传统的教学模式的局限性

传统的教学模式是带教老师根据临床工作中的实际情况,对护生进行“一对一”指导。它没有明确的教学目标,没有系统的教学内容,没有完整的记录学习过程,教学过程随意性大,教学缺乏层次递进。使得护生不能全面、系统、有目标学习,导致教学效果不佳,护生对教学的满意度不高。

3.2 临床教学路径表实施的优势

临床教学路径表的实施相对传统的教学法,目的性更明确、针对性更强、富有计划性及时间性^[3]。教学内容全面并结合了眼科的专科特点,由浅入深、由易到难,通过理论授课、操作示教、一对一教学指导、护理查房、PBL教学等形式,使护生能循序渐进、系统地学习眼科的专科知识及基础知识。

3.3 PBL教学法的优点

PBL教学法是由美国 Barrows 教授于 1969 年首次提出,经过多年的发展与完善,逐渐成为国际上流行的一种教学模式^[4]。它的精髓在于学生对学习的指导和引导作用,充分调动学生学习的主动性和积极性^[5]。PBL教学法是先提出问题,让护生通过查阅电子文献、查阅教科书、参与讨论等方式找到解决问题的正确方法。带教老师再根据护生找到的方法给予点评,将教与学有机结合起来,使护生围绕病例资料对问题进行深入的思考,通过讨论交流找出自己在处理问题上的不足之处,并最终将问题完全解决^[6-8]。通过这种学习的过程,护生发现问题能力、分析问题能力、解决问题能力、文献查阅能力、自主学习能力、语言表达能力、团队协作能力明显增强。护生的学习兴趣、求知欲、学习积极性大大增加。

3.4 临床路径联合 PBL 教学模式开展的意义

临床路径联合 PBL 教学模式对带教老师也提出了新的挑战。带教老师除了要有过硬的理论和操作水平,还得不断地学习新知识、拓宽知识面。科室定期对带教老师进行培训,让带教老师掌握实施临床路径联合 PBL 教学所必需的知识、技巧、经验^[9]。使带教老师采取更规范的带教模式,督促带教老师做到为人师表、以身作则、充分体现眼科教学团队的优良品质^[10]。临床路径使教学目标、内容、时间、带教方式等环节更加具体、更加明确。临床

路径联合 PBL 教学模式,引导护生主动学习、加深思考,提高了护生解决问题、团队协作等方面的能力^[11-12]。带教老师通过不断的学习、摸索、总结,自身教学能力、业务水平得到了提高。整个科室教学效果、教学质量得到了显著提升。

4 参考文献

- [1] 孔丽,宋杏花.PBL教学结合临床路径教学法在急诊护理本科实习生带教中的应用[J].护理实践与研究,2017,4(14):103-106.
- [2] 盛汉松,林坚,张弩.PBL教学结合临床路径在神经外科见习带教中的应用[J].继续医学教育,2016,2(30):52-54.
- [3] 唐莉,李贞贞,冯健兰,等.临床路径联合PBL教学模式在急诊科护理教学中的应用[J].国际护理学杂志,2017,6(36):840-843.
- [4] 黄萍珍,颜溶溶,蔡珊红.PBL教学法在ICU护士的在职培训中的应用[J].国际护理学杂志,2017,7(36):990-992.
- [5] 高云,廖金萍,喻花平.“PBL”教学模式在呼吸科护理临床教学中的应用探讨[J].护士进修杂志,2010,24(25):2228-2230.
- [6] 王志松,刘洋.PBL配合“理论-实践”交互式教学模式在骨外科护理教学中实施的效果[J].护士进修杂志,2016,15(31):1386-1389.
- [7] 张媛媛,杨俊.问题导向式学习法联合情景模拟教学在提高护生临床实践技能中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(7):31-32.
- [8] 张莉.视频反馈结合情景模拟教学法在儿科临床护生带教中的运用效果评价[D].济南:山东大学,2019.
- [9] 黄娟,王在霞.PBL结合CBL教学法在眼科临床护理安全教学中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2014(4):157-158.
- [10] 罗放,吴小建,王学虎,等.PBL教学模式结合临床路径在肝胆外科临床教学中的应用[J].西北医学教育,2014,3(22):581-583.
- [11] 张慧.临床路径结合PBL教学法在中医院儿科护生临床带教中的应用体会[J].天津护理,2016,24(3):267-268.
- [12] 赵彤,赵宁.临床路径式联合PBL教学法在护生带教中实施观察[J].数理医药学杂志,2019,32(4):631-632.

[2020-07-07 收稿]

(责任编辑 刘学英)

Kolb 体验式教学对产科助产士人文关怀水平与核心胜任力的影响

梁昊

【摘要】 目的 探究 Kolb 体验式教学对产科助产士人文关怀水平与核心胜任力的影响。方法 选择医院 2019 年 1—12 月实习的产科助产士 80 名为研究对象,按组间基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组,每组 40 名。对照组采取常规带教,观察组在常规带教基础上加以 Kolb 体验式教学,比较两组助产士的人文关怀水平与核心胜任力。结果 观察组助产士人文关怀中高水平所占比率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组助产士核心胜任力中高水平所占比率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 Kolb 体验式教学在产科助产士实习带教中的应用,能提升其人文关怀水平,增强其核心胜任力。

【关键词】 Kolb 体验式教学;产科助产士;人文关怀;核心胜任力

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.036

Effect of Kolb experiential teaching on the humanistic care level and core competence of obstetric midwives

LIANG Hao (Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou, 450003, China)

【Abstract】 Objective To explore the effect of Kolb experiential teaching on the humanistic care level and core competence of obstetric midwives. **Methods** To select 80 obstetric midwives who were selected for internship in the hospital from January to December 2019 was as the study subjects, and they were divided into an observation group and a control group according to the principle of comparability of basic characteristics between groups, with 40 in each group. The control group was given regular teaching, and the observation group was given Kolb experiential teaching on the basis of regular teaching to compare the humanistic care and core competence of the two groups of midwives. **Results** The proportion of medium-high level humanistic care among midwives in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The proportion of medium-high level core competence among midwives in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The application of Kolb experiential teaching in the practice teaching of obstetric midwives can improve their humanistic care level and enhance their core competence.

【Key words】 Kolb experiential teaching; Obstetric midwives; Humanistic care; Core competence

随着国内“二孩政策”颁布实施,孕产妇尤其是高龄产妇数量明显升高,对助产士专业需求明显增大,“‘十三五’推进基本公共服务均等化规划”指出,要加强对助产士、儿科护士等人才的培养,力争实现增加产科医生及助产士 14 万的目标^[1-3]。助产士工作专业性强、风险性大,对其核心胜任力、人文关怀能力提出了较高要求,而“卫生部贯彻 2011—2020 年中国妇女儿童发展纲要实施方案”指出^[4],要大力发展助产高等教育,积极探索建设助产士队伍的有效途径,而实习助产士带教则属于其

中的重要环节。体验式教学通过创设特定情境,引导护生自我经历、亲身感知,并在亲自体验中建构知识、提升能力、运用知识,以实现多向传递互动教学^[5]。本研究在产科助产士实习带教中应用 Kolb 体验式教学,探究其对助产士人文关怀水平及核心胜任力的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2019 年 1—12 月实习的产科助产士 80 名为研究对象,纳入条件:注册护士;全日制助产士专业毕业生;入科实习时已通过在校课程理论考试;未获取母婴保健技术合格证;处于实习阶段;

自愿参与研究,且签署知情同意书。排除条件:进修护士或非在岗人员;带教期间缺勤次数 ≥ 3 次。按照组间匹配的原则分为观察组与对照组,每组40例。对照组年龄 25.33 ± 2.15 岁;入科考试成绩 90.34 ± 3.21 分;学历水平:大专24例,本科及以上学历16例。观察组年龄 25.28 ± 2.20 岁;入科考试成绩 90.47 ± 3.18 分;学历水平:大专25例,本科及以上学历15例。两组助产士年龄、入科考试成绩、学历水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 带教方法

1.2.1 对照组 采取常规带教,即采取跟班制,由带教老师负责理论授课、操作示范,并按时完成带教老师布置的学习任务,定期参与考核,所涉内容有分娩知识、助产操作、产房急救、互动沟通等,实习带教周期8周。

1.2.2 观察组 在常规带教基础上加以Kolb体验式教学,包括“具体检验—观察反思—抽象概念化—积极实验”4个环节,具体如下:

1.2.2.1 具体检验 带教老师回归性分析助产案例,选取3~5个典型案例,包括“分娩球运动助产”“自由体位助产”“拉玛泽呼吸减痛法”等,向实习助产士展示助产案例,并引导分析、学习案例,了解助产实施步骤、与产妇交流技巧、观察要点,明确助产护理重点及难点。以“分娩球运动助产”为例,带教老师分析相关案例后,引导助产士说明实施流程,包括“靠式分娩球运动—坐式分娩球运动—跪式分娩球运动—站式分娩球运动”,护理重点:根据产妇身高选择合适大小分娩球、把握运动时机(宫口扩张2 cm)等。护理难点:训练动作掌控、运动呼吸调节等。与产妇交流技巧包括“问答互动及时、言语轻柔”等,每个案例分析时长30 min^[6-7]。

1.2.2.2 观察反思 通过助产案例分析对助产护理技能进行具体检验,按5人1组对实习助产士进行分组,以小组为单位开交流会,各实习助产士分享助产案例分析中所学到的知识、自身不足及感想,每人5 min;带教老师引导护生展开头脑风暴,以“助产护理”为中心,论述助产护理工作内容及要点,护生先后陈述,其他护生补充说明,包括“物品器械清洁保管、分娩物品准备或补充、无痛分娩操作、产妇引导、新生儿处置”等,以小组为单位总结讨论成果,并选取1名代表汇报,带教老师对各小组成果进行评价,明确其不足,时长20 min。

1.2.2.3 抽象概念化 带教老师引导各小组通过绘制思维导图,实现对助产护理知识的抽象概念化,以构建相应知识体系。

(1) 思维导图绘制流程:助产护理思维导图绘制具体过程如下,拟定“主题”写在A4纸上,可配相关文字或图像表示主题;确定“次级主题”作为一级主题延伸,包括目的、操作流程、注意事项;罗列次级主题对应的详细要点,以关键词描述;使用不同颜色线条连接各级主题。思维导图绘制完成后,各小组将A4纸打印过塑汇报学习成果,带教老师先后展示各小组所绘思维导图,其他小组评价、说明思维导图结构、内容方面存在的不足及优点,并选出最佳思维导图。

(2) 思维导图举例说明:以“初产妇第一产程助产护理”为例,绘制思维导图。①导图主题。为“初产妇第一产程助产护理”(A);②次级主题。包括“产程时长(11~12 h)”(B1)、“临床表现”(B2)、“观察内容”(B3)、“助产护理项目”(B4);③详细要点。B1—潜伏期8 h、活跃期4 h;B2—规律宫缩、宫口扩张、胎头下降、胎膜破裂;B3—子宫收缩、胎心、宫口扩张及胎头下降、胎膜破裂、阴道检查;B4—产程检测(生命体征、胎心监护、破膜羊水检测、阴道检查)、一般护理(环境管理、分娩指导)、疼痛护理(鼓励描述感受、镇痛陪伴分娩)、出入量管理(高热量饮食、2~4 h排尿1次或导尿)。

1.2.2.4 模拟与演练

(1) 正常分娩模拟:带教老师借助上海欣曼生产的XM-ZC助产示教模型开展积极实验,实习助产士以枕左前位演示正常分娩步骤,包括“衔接—下降—俯屈—内旋转—仰伸—复位及外旋转—胎肩娩出等”,分娩机转动过程中配合相应助产动作,使用液体石蜡棉球对胎儿、产道、会阴部进行润滑,带教老师对助产士示范流程完整度、示范动作规范性进行评价,并现场示范规范动作,每人时长10~20 min^[8]。

(2) 产后出血急救演练:助产士5人1组分别饰演“一级医师”“助产士(3人)”“高危产妇”。①情况汇报。“助产士A”观察、汇报阴道出血情况,如“胎盘娩出后阴道出血量增大,达到400ml,呈暗红色且伴有血块”;②与产妇交流。安抚产妇“你好,你现在出血有点多,请保持放松,我给你检查一下”,“产妇”配合开展相关检查“助产士A”按摩子宫以促进子宫收缩,并对软产道完整度进行检查,并通知“一级医师”、启动一级预警。

(3) 急救操作:助产士B负责记录产妇生命体征及出血时间、出血量;一级医师询问患者自我感觉,如心慌气短、咳嗽情况,并创建静脉通道、留置导尿管、持续供氧、检查软产道;助产士C负责

静脉滴注，抽血送检；一级医师检查胎盘、胎膜完整度，如软产道无损伤、宫口存在活动性出血且有血块，则继续按摩子宫。带教老师对各小组助产士演练情况进行观察、评价，明确操作规范性，纠正操作问题，每次 30~40 min。

1.3 评价指标

(1) 人文关怀水平：带教结束后，借助关怀力量表评价助产士人文关怀水平，量表包括认知、勇气、耐心，维度对应条目数分别为 14 个、13 个、10 个，共有 37 个条目，采取 7 级评分法，分值为 1 ~ 7 分，1 分表示完全反对，7 分表示完全同意，其中正向计分条目 24 个，反向计分条目 13 个，总分为 259 分，<111 分，则低水平，111~184 分，则中等水平，185~259 分，则高水平；量表 Cronbach's α 系数为 0.87，维度 Cronbach's α 系数为 0.80~0.88^[9]。

(2) 核心胜任力：带教结束后，借助核心胜任力量表进行调查，量表共有 6 个维度，包括孕前保健能力、孕期保健能力、分娩期保健能力、产后保

健能力、新生儿保健能力、公共卫生保健能力，共有 54 条目，均采用 5 级评分法，分值 1 ~ 5 分，1 分表示无此能力，5 分表示很有能力，总分为 270 分，<162 分，则低水平，162~215 分，则中等水平，216~270 分，则高水平；量表 Cronbach's α 系数 0.979，维度 Cronbach's α 系数 0.840~0.962^[10]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件，计数资料组间率比较采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组助产士人文关怀水平比较

观察组助产士人文关怀中高水平所占比率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 1。

2.2 两组助产士核心胜任力比较

观察组助产士核心胜任力中高水平所占比率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 1 两组助产士人文关怀水平比较

组别	例数	低水平	中等水平	高水平	中高水平率 (%)
对照组	40	11	12	17	72.50
观察组	40	2	15	23	95.00

$\chi^2=7.440, P=0.006$ 。

表 2 两组助产士核心胜任力比较

组别	例数	低水平	中等水平	高水平	中高水平率 (%)
对照组	40	13	17	10	67.50
观察组	40	3	20	17	92.50

$\chi^2=7.813, P=0.005$ 。

3 讨论

实习助产士对助产护理理论知识有一定了解，但助产操作实践经验明显不足，而产科危重孕产病情变化快且不可预见，对助产工作提出了较高要求^[11]。临床助产士传统带教多采取单一理论知识培训或急救技能训练，理论与实践关联性不强，且带教活动内容枯燥，培训效果差，不利于提升助产士核心胜任力及人文关怀能力。

本研究在产科助产士实习带教中应用 Kolb 体验式教学，结果显示，观察组助产士人文关怀中高水

平占比高于对照组 ($P<0.05$)，观察组助产士核心胜任力中高水平占比高于对照组 ($P<0.05$)。Kolb 体验式教学包括“具体检验—观察反思—抽象概念化—积极实验”4 个环节，选取案例，通过头脑风暴、思维导图、模拟演练，能促使所学知识、现实与情感融入相应情境，有助于实现对理论知识的实践应用或检验^[12-13]。以案例分析法进行具体检验，通过分析具体助产护理案例，了解助产护理流程，明确助产护理要点及难点，有助于规范助产士护理操作与语言交流，增强其人文关怀意识，提升其核心胜任力^[14]。通过“头脑风暴”进行观察反思，助产士

通过组内交流、讨论明确孕前保健、孕期保健、分娩期保健、产后保健、新生儿保健所涉内容,有助于了解助产护理责任及任务;借助思维导图对助产护理内容实施概念抽象化,能实现对助产护理内容的总结,有助于构建相应知识体系,便于助产士记忆相关知识,实现对助产护理工作的系统化认识^[15]。以模拟演示形式开展积极实验,包括正常分娩演示、急救演练,能锻炼实习助产士护理操作能力,规范助产护理流程及操作,提高助产士应急、急救能力,进而全面提升其核心胜任力。

综上所述, Kolb 体验式教学在产科助产士实习带教中的应用,能提升其人文关怀水平,增强其核心胜任力。

4 参考文献

- [1] 张媛,马新,计国平,等.安徽省产科服务资源现状分析[J].中国妇幼保健,2019,34(2):244-247.
- [2] 王敏,谢婷,何剑,等.川东北地区助产士的核心胜任力[J].医疗装备,2018,31(5):5-7.
- [3] 高晓琳,庞贵凤,赵晶晶,等.新入职护士规范化培训效果评价指标的构建[J].中国药物与临床,2020,20(9):1548-1550.
- [4] 田丹,李蕊,许琳妍,等.复杂性会阴撕裂仿生模具在助产士会阴撕裂防治培训中的应用[J].中华全科医师杂志,2020,19(7):628-631.
- [5] 王剑英,王晶花,赵淑芹,等.体验式教学在精神科低年资护士保护性约束技能培训中的应用[J].中华护理杂志,2019,54(7):1075-1079.
- [6] 刘宏.自由体位助产配合分娩球运动助产应用于自然分娩中的效果评价探讨[J].中国医药指南,2020,18(20):65-66.
- [7] 曾新梅,刘丽群,曾碧兰,等.分娩球配合助产士一对一导乐陪伴分娩对初产妇分娩方式及分娩结局的影响[J].护理实践与研究,2019,16(4):91-94.
- [8] 杨磊,龙燕,蔺莉.SIMone 胎儿分娩模拟系统在产科异常分娩教学中的应用[J].临床和实验医学杂志,2019,18(22):2463-2464.
- [9] 余飞,肖莎.危重症专科护士人文关怀品质现状调查及影响因素分析[J].蚌埠医学院学报,2020,45(5):672-675,679.
- [10] 李燕,李健,陆虹.临床试验中研究护士核心胜任力指标体系构建的初步研究[J].中国新药杂志,2020,29(11):1270-1275.
- [11] 楼俊,陈婷婷,吴蓉蓉,等.思维导图在助产护生教学中的应用效果[J].重庆医学,2019,48(19):3408-3410.
- [12] 吕海荣,李静.产房急诊5分钟剖宫产模拟急救演练效果评价[J].中国妇幼保健研究,2019,30(11):1404-1408.
- [13] 冯冬梅,李燕.情景模拟演练在提高低年资助产士应急能力和急救技能中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(5):121-122.
- [14] 王佳弘,席文杰,董丽丽,等.虚拟仿真技术在护理教育中的应用与挑战[J].中华护理杂志,2020,55(3):401-404.
- [15] 赵明利,张雪葳,郭静静,等.以核心能力为导向的低年资助产士多元化培训方案的构建与应用[J].中国实用护理杂志,2019,35(12):951-954.

[2021-02-16 收稿]

(责任编辑 刘学英)

《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

循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用

王晶晶 王燕慧 李钰珊 李函昱

【摘要】 目的 探究循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用效果。方法 选择医院 2018 年 4 月—2020 年 4 月收治的静脉输液治疗患者 80 例及对应同一组技术人员 30 名为研究对象，2019 年 4 月实施循证护理，实施前为对照组，实施后为观察组，两组间基线资料具有匹配性，对照组采取常规护理，观察组在常规护理基础上采用循证护理，比较两组静脉输液不良事件、临床医师及护士满意度。结果 观察组静脉输液不良事件发生率为 2.5%，低于对照组的 30.00%；实施后医师及护士满意度为 96.67%，高于实施前的 70%；组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用，能改善静脉输液安全质量，降低不良事件发生率，提升临床医师及护士满意度。

【关键词】 循证护理；静脉用药调配中心；静脉输液；安全质量管理

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.037

静脉用药调配中心 (PIVAS) 是医疗机构中的重要药学部门，负责对静脉用药的混合调配以得到直接静脉输注的成品输液，静脉用药调配中心的出现促使静脉用药实现集中化管理，有助于降低输液反应、减轻临床护士负担^[1]。相关研究^[2]指出，我国超过 80% 的住院患者需行静脉输注，且静脉用药在临床用药中的占比超过了 70%，故静脉用药调配中心工作任务重。静脉用药调配中心工作涉及处方适宜性审核、处方打印、贴签摆药、药品混合调配、成品输液核对分装、成品配送等环节，具有流程复杂、工序繁复的特征，极易引发不良事件，如审方差错、贴签差错等，造成相关医疗事故^[3]。现有研究对静脉用药调配中心静脉输液的研究侧重于流程优化，而缺乏对静脉输液安全质量管理的关注^[4]，本研究在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中应用循证护理，探究其对静脉输液不良事件、临床医师及护士满意度的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2018 年 4 月—2020 年 4 月收治的静脉输液治疗患者 80 例及对应的同一组技术人员 30 名为研究对象，纳入条件：患者均接受静脉输液治

疗；交流、沟通能力正常。排除昏迷、休克、精神疾病、血液系统疾病、凝血功能障碍的患者。2019 年 4 月实施循证护理，实施前为对照组，实施后为观察组，两组基础资料具有匹配性原则均分为对照组与观察组。对照组：男 22 例，女 18 例；平均年龄 34.54 ± 4.13 岁；平均输液持续时间 4.39 ± 1.23 d；文化水平：初中及以下 20 例，高中及以上 20 例。观察组：男 24 例，女 16 例；平均年龄 34.80 ± 4.02 岁；平均输液持续时间 4.74 ± 1.14 d；文化水平：初中及以下 22 例，高中及以上 18 例。技术人员：平均年龄 28.43 ± 2.10 岁；平均工作年限 5.43 ± 1.18 年；学历：均为本科；规范化培训：已接受 23 名，未接受 7 名。两组患者性别、年龄、输液持续时间、文化水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，两组为同一组技术人员。本研究获得医学伦理会审批，患者均签订知情同意书。

1.2 护理方法

对照组采取常规护理，包括通过图文形式开展培训；明确静脉输液安全质量管理风险及其成因；每月召开 1 次静脉输液安全质量管理工作会议，介绍每月不良事件发生情况，反馈医护人员意见，并讨论改进策略及下步工作目标。观察组在对照组基础上增加循证护理，具体如下：

1.2.1 文献查阅 文献检索中文关键词：静脉用药调配中心、静脉输液 / 静脉治疗、安全管理 / 护理管理；英文关键词：Intravenous Medicines Blending

Center, Intravenous Infusion/Intravenous Treatment, Safety Management/Nursing Management Mode。文献检索数据库包括:中国知网、万方数据库、维普数据库、中国生物学文献、中国指南网、美国国立指南网、PubMed等。

1.2.2 护理证据提取与评价 研究人员经检索、筛选得到文献10篇,其中其中临床指南1篇,临床决策3篇,系统评价4篇,证据总结2篇;研究人员通过阅读全文提取文献中相关资料,包括主题、作者、发布时间、类型、研究对象、研究地点、研究方法、研究内容及结果等,并整理、筛选文献所涉护理证据,评价文献及护理证据的质量,据此确定最佳证据,并从护理证据有效性、可行性、适用性及临床价值4方面进行评价,明确护理证据推荐级别(A-强烈推荐, B-弱推荐)^[5-6]。

1.2.3 循证护理措施

(1)静脉用药调配中心规范化培训:相关研究^[7]显示,静脉用药调配中心静脉输液不良事件的发生与操作人员的技术水平相关,而针对静脉用药调配中心技术人员开展规范话培训,能强化其安全意识,有助于提升静脉输液安全管理质量。

(2)静脉用药调配流程信息化管理:静脉用药调配中心工作流程繁复,且所涉药物种类多、药品信息更新快,对构建药品知识库、信息化管理需求极大。

(3)静脉用药调配中心信息追溯:国家食品药品监督管理局发布相关文件,确定了药品追溯体系建设的基本要求,而信息追溯在静脉用药调配中心中的应用,有助于实现对各环节中药品信息的收集,能保证信息化管理的精准度和高效性^[8]。

(4)静脉用药调配中心质量改进管理:失效与影响分析。根据医疗机构失效与影响分析最佳推荐使用策略指南开展工作,包括“绘制工作流程图—风险识别与分析—风险评价—风险应对—干预效果评估”,通过评价明确静脉用药调配中心成品输液破损风险因素,包括配置框清洁、搬运、贴签、成品分装、成品传送、成品核对等,确定了相应的干预措施,有助于完善相应制度,促进静脉输液安全质量改进。六西格玛管理。在静脉用药调配中心静

脉输液安全质量管理中应用六西格玛管理,实现对PIVAS整个流程的监控,分析工作环节潜在或现存风险因素,明确静脉输液安全质量与规范目标间差距,并确定、执行改进对策,定期召开质量分析会议明确问题与改进策略,以促进静脉输液安全质量持续改进。PIVAS数字化质量管理指标体系通过对PIVAS既往数据的分析,明确静脉输液安全质量管理的5大核心指标,分别为审方错误率、贴签错误率、摆药错误率、调配错误率、复核错误率^[9],借助上述数字化质量指标实现对质量管理工作的量化分析,明确各阶段的重点问题,并根据质量标准提出针对性改进策略^[10]。

1.3 观察指标

(1)静脉输液不良事件:静脉用药调配中心常见静脉输液不良事件包括审方打印差错、贴签摆药差错、成品核对分装差错、成品配送差错,干预1个月后,统计静脉输液不良事件发生例数,计算不良事件发生率,不良事件发生率=不良事件例数/静脉输液调配总例数×100%^[11]。

(2)临床医师及护士满意度:采用自制的“临床医师及护士静脉输液调配满意度问卷”面向临床医师及护士30名开展调查,问卷包括审方、贴签、摆药、成品分装、成品配送5个方面,共计12个调查条目,均采用5级评分法,即“完全不满意”、“不满意”“极少满意”“大部分满意”“完全满意”,对应分值1~5分,如评分<36分,则不满意,36~48分,则满意,>48分,则非常满意,统计满意、非常满意人数,计算满意度;问卷Cronbach's α 系数为0.834。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件进行数据处理,计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组静脉输液不良事件比较

实施循证护理后,观察组静脉输液不良事件发生率为2.50%,低于对照组的30.00%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组静脉输液不良事件比较

组别	例数	审方打印差错	贴签摆药差错	成品核对分装差错	成品配送差错	发生率(%)
对照组	40	4	2	2	4	30.00
观察组	40	0	1	0	0	2.50

$\chi^2=11.114$, $P=0.001$ 。

2.2 医师及护士满意度比较

实施循证护理后, 医师及护士满意度高于实施

前, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表2。

表2 两组临床医师及护士满意度比较(名)

时间点	人数	不满意	满意	非常满意	满意度(%)
实施前	30	9	13	8	70.00
实施后	30	1	13	16	96.67

$\chi^2=7.680, P=0.006$ 。

3 讨论

有调查^[12-13]显示, 我国住院患者输液率达到90%, 卫生部门建议各医疗机构大力发展 PIVAS, 增加药学人才的人力投入。PIVAS 是药品调配的重要部门, 其工作量大, 将各病区输液药品配置风险集中在一处, 管理不当会对静脉输液安全产生不良影响, 构建完善的静脉输液安全质量管理迫在眉睫。

本研究在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中应用循证护理, 结果显示, 观察组静脉输液不良事件发生率为2.50% 小于对照组的30.00% ($P<0.05$); 观察组医师及护士满意度为96.67% 大于对照组的70.00% ($P<0.05$)。通过文献检索、文献筛选、文献评价对有关静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理的相关文献进行整理、分析, 对相关护理证据进行评价, 以明确最佳护理证据, 涉及静脉用药调配中心规范化培训、信息化管理、信息追溯、质量改进4方面, 共10条护理证据, 为静脉输液安全质量管理提供了强有力的证据支持。目标管理法带教通过对静脉输液安全质量管理工作的分析, 明确目标并据此确定带教内容、方法, 保证了临床带教的针对性, 模块教学联合微课教学通过对静脉输液安全质量管理工作的模块划分, 细化教学知识点, 据此制作微课教学视频, 有助于受训人员树立静脉输液安全质量管理要点, 而微课视频教学能增强教学趣味性, 改善教学效果, 提升受训人员的操作技能与安全意识。构建静脉用药调配中心信息化管理系统, 借助药品追溯码与掌上电脑扫描实现信息追溯, 提升对静脉输液安全质量管理工作的自动化、智能化程度, 减少各环节差错率, 而通过信息追溯能明确各环节责任主体, 增强工作人员的责任意识, 提升医师与护士的满意度^[14]。针对静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理实施质量改进管理, 失效与影响分析、六西格玛管理能明确静脉输液安全质量管理中存在的风险或问题, 通过对风险的分析, 明确风险应对策略, 可实现对

管理质量的持续改进, 管理指标体系的构建为静脉输液安全质量管理效果评价提供了工具, 可实现对质量管理工作的量化分析, 达到针对性改进目的, 有助于减少不良事件的发生, 提升医师或护士满意度^[15]。

综上所述, 循证护理在静脉用药调配中心静脉输液安全质量管理中的应用, 能改善静脉输液安全质量, 降低不良事件发生率, 提升临床医师及护士满意度。

4 参考文献

- [1] 邱季, 潘爱红, 邓婷婷, 等. 医院静脉用药调配中心成品输液标签的设计升级 [J]. 中国药房, 2020,31(3):368-372.
- [2] 金唐慧, 单倩倩, 王永, 等. 配药机器人在静脉用药调配中心的应用 [J]. 中国现代应用药学, 2020,37(13):1656-1660.
- [3] 吴园园, 叶伟峰, 陆美斐, 等. 静脉用药调配中心药学专业实习带教中目标管理法的构建 [J]. 中华医学教育探索杂志, 2020,19(12):1433-1437.
- [4] 高颖, 刘英慧. 模块教学联合微课教学在静脉用药调配中心员工培训中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020,26(18):131-133.
- [5] 赵建群, 庞国勋, 曹丽. 基于药品知识库的人机交互系统在本院静脉用药调配中心应用的实践 [J]. 中南药学, 2021,19(2):318-322.
- [6] 李新燕, 秦宗玲, 王喆, 等. 医院静脉用药调配中心的自动化系统建设与实践 [J]. 中国医院药学杂志, 2019,39(11):1194-1197.
- [7] 河南省药学会, 河南省药学会静脉用药安全调配专业委员会, 《河南省医疗机构静脉用药调配中心建设技术指南(试行)》编写组, 等. 河南省医疗机构静脉用药调配中心建设技术指南(试行) [J]. 中国药房, 2021,32(9):1025-1031.
- [8] 黄丹, 施孝金, 陈海飞, 等. 药品追溯码在静脉用药调配中心的应用及分析 [J]. 中国药业, 2021,30(7):19-23.
- [9] 耿魁魁, 吴凤芝, 李民, 等. 掌上电脑全程扫描状态

基于闭环管理理念的日间手术管理信息系统设计与实践

赵洁 陈振毅* 张美琴 赵敏 吴彦 纪阴心 许惠春 张强

【摘要】 目的 以闭环管理的理念设计日间手术信息系统并实施。方法 成立多学科合作管理小组,分析日间手术管理流程中存在的问题,以手术室护士为主导设计日间手术闭环信息化管理方案,在信息科的支持下开发日间手术闭环信息化管理系统,实现手术麻醉信息系统与临床医护工作站信息系统共享,保障日间手术安全、高效运行。结果 信息平台上线前日间手术当日临时取消率为 10.63%,上线后日间手术当日临时取消率为 1.16%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。信息平台上线前日间手术随访及时回复率为 57.9%,上线后日间手术随访及时回复率为 94.2%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。日间手术相关医护人员对信息系统运行的便捷性、闭环管理手术模式运行的认可度、关键流程节点的把控对于日间手术安全保障的认可度处于较高水平。结论 基于闭环管理理念的日间手术信息系统设计及实践可规范日间手术照护的有效性,提高日间手术中心工作效率,保障日间手术患者安全。

【关键词】 闭环管理; 日间手术; 信息系统; 多学科合作; 信息共享

中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.038

日间手术指患者在 1 d (24 h) 内入、出院完成的手术或操作,不含门诊手术、日间化学治疗等项目。作为一种新的诊疗模式,日间手术具有充分利用医院床位资源、减少住院时间和降低医疗费用等特点^[1-2]。得益于微创外科、麻醉技术和术后康复技术的发展,近 20 年来日间手术发展迅速。在美国,日间手术模式为患者提供了安全、便捷、有效、廉价的医疗服务。日间手术为解决我国当前患者“看病难、看病贵”的问题提供了一条非常有效的途径^[3]。全国大型医院为充分盘活现有资源,缓解医疗服务供需矛盾,为患者提供更加高效、便捷的医疗服务,正在积极开展日间手术^[4]。由于日间手术患者在术后经过短暂观察和评估便离开医院,失去医务人员

的照护与及时救治的条件,存在一定的安全风险,并且随着日间手术覆盖病种和服务范围的不断扩大,手术级别由易到难,风险系数也将增加^[5]。因此,日间手术需要比传统择期手术具备更科学的管理流程和更规范的管理制度,以及更高效的服务团队。闭环管理是综合闭环系统、管理的封闭原理、管理控制、信息系统等原理形成的一种管理方法,其可有效运用在医疗护理行为的环节管控^[6]。我院自 2019 年以闭环管理理念构建日间手术信息管理系统,旨在规范日间手术运作流程、落实标准作业规章制度、明确工作职责、加强医疗质量指标的监管和考核。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院是一所集医疗、教学、科研于一体的三级

作者单位: 361000 福建省厦门市,厦门大学附属第一医院手术室

* 通讯作者

下静脉用药调配中心工作的转变 [J]. 中国药业, 2019,28(1):93-95.

[10] 李宁,李茂星,闫国英,等. 失效与影响分析方法降低静脉用药调配中心的成品输液破损率 [J]. 药学服务与研究, 2020,20(3):206-209,239.

[11] 陈红霞,郭炎荣,危华玲. 六西格玛管理在静脉用药调配中心中应用的效果评价 [J]. 广西医学, 2020,42(1):103-106.

[12] 毕鹏飞,范静,贾秀玲,等. 静脉用药调配中心数字化质量管理指标体系的构建及应用 [J]. 中国医院药学杂志, 2019,39(2):199-202.

[13] 丁亦凡,金岚,陆晓彤. 医院静脉用药调配中心自动化建设的应用与实践 [J]. 儿科药学杂志, 2020,26(6):48-50.

[14] 金唐慧,单倩倩,王永,等. 配药机器人在静脉用药调配中心的应用 [J]. 中国现代应用药学, 2020,37(13):1656-1660.

[15] 郑高峰,邱瑞,邓云模,等. PDCA 循环在静脉用药调配中心不良事件管理中的作用 [J]. 中国临床医生杂志, 2019,47(5):619-622.

[2020-07-28 收稿]

(责任编辑 肖向莉)

甲等综合性医院,2018年作为福建省5家日间手术试点医院,全力推动日间手术模式,结合医院现有资源条件,采用“分散收治、集中管理”模式(即临床多个科室分散收治日间手术患者,日间手术中心集中安排手术),由麻醉手术科统一负责围术期管理与追踪随访,形成一站式全流程服务的管理平台。麻醉医师、手术医师、护理人员通过该平台,开展“当日入院、当日手术、24 h内出院”的日间手术,为患者提供术前、术中、术后全程无缝衔接的安全高效的医疗服务。

1.2 日间手术管理信息系统

麻醉手术科以闭环管理理念为导向,建立日间手术信息管理系统^[6-7]。以日间手术中心护理团队为核心部门,在医务科的支持下成立多学科合作管理小组,含纳医疗、护理、麻醉、信息科、信息厂家等多学科成员,共同探讨建设。

1.2.1 门诊医疗节点 门诊医师可在门诊端同步完成手术申请、住院申请、床位预约申请三项功能。门诊医师在给患者初次就诊时可判断其是否符合日间手术中心病种要求,如果符合,标识“日间手术中心”,调用模板的方式开具术前检查及术前检验等相关检查项目。待检验检查结果完成,患者再次就诊确定可施行日间手术,门诊医师开具日间手术预约(开具手术申请单时绑定日间手术开具检查相应的就诊号),并且开具住院证,预约住院床位。系统链式信息呈现手术申请、住院申请、床位预约绿色标识,提示信息发送完成。

1.2.2 门诊麻醉节点 日间手术患者根据门诊医师指引至麻醉门诊进行麻醉评估,挂号后系统提示关联日间手术申请提示麻醉医师予以实施麻醉评估并审核,相应检验检查结果系统可查询。审核通过数据回传手麻系统,若审核未通过发送短信告知手术医师并指引患者再次就诊门诊医师。节点完成审核呈现绿色标识,若审核不通过则后续节点不再继续。

1.2.3 日间手术中心术前管理节点 日间手术中心术前管理护士进入系统、核对患者身份信息、审核日间手术信息,实施术前告知、手术排台、术前1 d电话确认、手术信息短信发送提示患者及手术医师。各环节完成系统链式信息呈现绿色标识。

1.2.4 病房护士节点 病房护士登录系统查询多时间节点预约日间手术信息、床位预约信息,便于进行相应床位准备及患者术后照护。

1.2.5 入院办理节点 手术当日日间患者进入日间手术中心再次实施术晨评估、办理入院手续,数据自动传相应科室、手术间提示手术确认实施。

1.2.6 手术实施节点 手术实施并确认,链式信息节点呈绿色标识。

1.2.7 术后照护随访节点 患者术后照护评估符合出院标准,办理出院,系统自动核计出院随访时间节点提示完成后续随访并记录随访信息。

1.2.8 日间手术退出节点 任一节点审核或运行不符合即可终止或转常规住院,数据归结退出节点,系统均可及时反馈并提示。

1.3 信息系统建立关键点

1.3.1 资质准入管控 为严格把控日间手术质量,要求参与相关的医疗人员具有较强的业务能力、医患沟通能力,并有完成相应数量的日间手术术式经历^[8]。由个人提交申请,科室、医务科审核通过后方可进行相关日间手术诊疗并提交手术申请、住院申请。相应的授权内容除包含个人信息(医师资格证、职业资格证、技术职称证、手术能力水平辅助证明材料)外,还与其申请的日间手术病种、术式通过信息系统进行绑定关联。系统内可定期提取数据作为备案资料,也可通过数据管控医师手术相关质控指标,如出现一定数量的手术并发症、违规行为等将重新审核其资质,甚至终止其日间手术诊疗行为。系统内直接管控,该医师则无法进行相应病种术式的诊疗工作,以及手术申请的发送,日间手术中心无相应的手术申请信息则无法进行患者审核、术前评估等后续环节。这即对日间手术患者的安全人为因素进行把控。

1.3.2 患者身份识别 患者身份错误可能发生在诊断、治疗、手术及术后照护等任何环节,特别是日间手术患者在外科门诊、麻醉门诊、日间手术中心、手术室等各环节流转,其相互间身份辨识通过相应就诊资料体现确认。为更好落实相应的身份识别,通过同时使用至少两种方式识别正确的患者。因此通过日间手术管理信息系统读取就诊卡门诊卡号,关联外科医师提交的手术申请,每个环节均核查相应的患者信息与手术申请信息相符,在各服务单元(外科门诊、麻醉门诊、检验检查辅助科室、日间手术中心术前管理部)的地理位置切换,门诊系统与住院系统的切换都以唯一的手术申请单号关联,确保了患者身份信息查核的正确性。无论是就诊外科、签署医疗文书、各项评估、手术操作前均要进行身份查核并在系统内确认,否则无法进行后续的诊疗照护记录、操作。患者手术当日办理入院时,还要依据患者信息打印含有二维码的手腕带作为手术交接身份查核依据,通过不同服务单元(术前评估等候区、手术室、复苏室、病区)地理位置

切换,患者身份予以正确识别及安全核查,确保患者身份确认与核对。

1.3.3 信息互联互通 建立信息集成平台,以基础信息采集为核心,基于电子病历整合医院 HIS、LIS、PACS、EMR 等日间手术患者诊疗的相关信息资源,运用消息引擎等数据传输技术和标准化的消息封装手段实现日间手术相关涉及应用系统(电子病历系统、检验检查系统、病理系统、手麻系统)的互联互通,通过异构系统、异构数据、异构网络、异构协议之间的信息集成和基于规范的数据交换实现共享,从而形成日间手术患者主索引,满足日间手术患者医疗信息集成和共享交换要求,在此基础上使医院信息系统平台形成一个标准化、集成化、智能化的信息平台,并建立对外连接医保、术后随访等多个信息系统,实现医院信息的规范化、一体化管理,进而确保各环节涉及医务人员能及时有效的获取日间手术患者诊疗照护信息,并各自完成相应的医疗护理文书。门诊系统、手麻系统、住院系统的医师端、护理端相应文书记录均可在日间手术集成信息模块中查询,其次还包括其相应的检验检查记录、病理标本送检及报告反馈,历史就诊记录也可在既往就诊记录中查询获取相关信息,为医护人员了解日间手术患者病情及转归提供便利。对各环节关键信息进入信息系统链式呈现节点通过标识,医师、护士通过节点流转记录及时了解患者诊疗进程,也便于预计患者到位时间,进而有序引导患者的整个诊疗过程。

1.3.4 随访系统反馈 不同于传统择期手术的住院患者,日间手术患者术后当天即可出院,脱离严密的医学观察,可能会出现难以预料的问题,因此对患者的术后指导与随访则显得尤为重要,这直接影响患者离院后的康复程度^[9]。在高速运转的医疗行为下,为保障医疗安全和患者权益,中国日间手术联盟规定,开展日间手术的单位必须在术后 72 h 内进行不少于 1 次的随访工作。按照医院“日间手术出院患者随访工作制度”,日间手术中心医护人员要对患者及其家属进行出院指导,包括术后 24 h 内可能出现的症状、术后康复训练、复诊安排、出现紧急情况处置办法、应急联系电话等,鼓励患者就近到社区医疗机构随诊。此外,出院 72 h、出院 7 d、28 d 还要对患者或家属进行随访,强调术后并发症的预防、处理及康复指导、跟踪患者康复期生活,记录随访信息并存档。定期通过随访系统建立,对相应随访信息进行汇总分析及个案追踪,发现问题及时介入,有效促进日间手术患者就医感受的改

善及对日间手术安全性的保障。

1.3.5 指标监测及效益分析 日间手术中心需要建立体现日间手术效率和质量安全的控制指标,强调全员参与和全过程管理。环节质量直接影响终末医疗质量,通过加强对环节的质量管理,有助于及时发现医疗护理全过程中的问题并及时补救。质量评价和持续改进是日间手术取得成功的重要因素。标准参考国际日间手术学会《日间手术手册》和借鉴日间手术相关质控要求,考虑到监测指标的必要性和可操作性,提出了建议医院监测的 17 个指标,包括对运行效率、医疗质量、医疗费用等方面的监测及评价^[9-10]。以日间手术各环节产生节点数据为基础,应用计算机语言开发日间手术质量指标实时监测数据库,实现与日间手术涉及各个数据库对接,通过接口取数形式,将日间手术相关质量指标数据纳入本系统,实现数据的自动获取、分析、展示,完成指标的自动计算与比较。构建日间手术质控专属数据库,保障了数据的及时性、有效性,有效提升了日间手术质量,促进了院前、院中、院后精准管理。同时通过数据汇总分析,日间患者出入院时间长短、术前等候时间长短、手术取消原因、延迟出院患者例数、卫生材料费用占比等关键管控因素进行监控,对日间手术的效果、安全性、满意度进行综合评估,引导进一步改善资源配置、就医感受的提升。

1.4 观察指标

1.4.1 日间手术当日临时取消率 选取我院 2019 年 3—5 月日间手术患者 583 例为系统上线前组,以 2019 年 6—8 月系统上线后日间手术患者 603 例为上线后组,分别统计系统上线前后日间手术当日临时取消率以及日间手术术后随访及时回复率。

1.4.2 医护人员对系统上线后工作体验调查 在运用日间手术信息管理系统后,以信息系统运用便捷性、闭环管理日间手术模式认可度,日间手术流程节点明确度、关键流程节点把控度为衡量要素,对 82 名日间手术信息系统使用医护人员进行调查,了解上线后的工作体验。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件进行统计学分析,计数资料计算率,组间率的比较采用 χ^2 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 日间手术当日临时取消率比较

信息平台上线前日间手术当日临时取消率为

10.63%, 上线后日间手术当日临时取消率为 1.16%, ($P<0.05$)。见表 1。
明显低于上线前, 组间比较差异有统计学意义

表 1 信息平台对日间手术当日临时取消率的影响

时间	手术例数	正常手术例数	临时取消例数	取消率 (%)
上线前	583	521	62	10.63
上线后	603	596	7	1.16

$\chi^2=48.553, P=0.000$ 。

2.2 日间手术术后随访及时回复率比较 57.9%, 上线后日间手术随访及时回复率为 94.2%, 信息平台上线前日间手术随访及时回复率为 57.9%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 信息平台对日间手术随访及时率的影响

时间	手术例数	未及时回访	及时回访数	及时率 (%)
上线前	583	249	334	57.29
上线后	603	35	568	94.20

$\chi^2=221.684, P=0.000$ 。

2.3 医护人员对系统上线后工作体验

对 82 名医护人员进行调查, 内容包括信息系统运用便捷性、闭环管理手术模式认可度、日间手术流程节点明确度、关键流程节点把控度。结果显示, 医护人员对系统上线后工作非常认可率均在 80% 以上。

3 讨论

3.1 闭环管理手术模式对于保障日间手术安全认可度较高

本系统自 2019 年 6 月在我院正式投入使用, 截至 2019 年 12 月, 已服务 3171 例日间手术患者。系统上线后不断收集各方使用的意见及建议, 优化系统缺陷, 提升系统运行感受, 运行至今平稳高效, 并取得一定成效。日间手术总量逐月递增, 占择期手术比例达到 11%。未发生患者死亡, 各项指标一直维持在低位: 患者预约取消率为 1.16%, 中转住院率为 0.15%, 非计划再次手术率为 0.01%, 术后严重并发症(出血、伤口裂开等)发生率为 0.35%。日间手术相关医护人员对信息系统运行的便捷性、闭环管理手术模式运行的认可度、关键流程节点的把控对于日间手术安全保障的认可度处于较高水平。一方面流程节点明确清晰, 能使医务人员准确及时掌握患者信息, 在信息平台上直观查阅患者所

有检查结果, 根据其检查检验、麻醉评估结果进行预判, 实现信息共享; 另一方面信息平台采用标准化随访, 避免了由于人员资质水平不一导致的随访结果差异问题, 保障了患者的医疗安全, 同时随访系统的实时记录也促使日间手术患者的随访及时有效得以回复, 并及时跟进电话未及时接听人员的再随访, 节省了时间、人力、物力等资源, 降低了医疗成本, 能够切实获取患者对日间手术中心各项工作的意见及建议, 促使我们更好地实施日间手术患者照护工作。

3.2 闭环管理可有效梳理关键环节

日间手术信息系统有效实现了日间手术闭环管理, 明确术前准入、麻醉评估、退出机制, 手术医师权限管控, 个人提交申请、科室考核通过、医务科审核备案, 动态管控机制, 退出机制。医师、患者、麻醉“三准入”机制, 信息管控, 流程节点逐一审核方可进入下一环节, 避免疏漏带来的安全隐患。信息手段推行管控机制灵活, 电子病历信息互联互通, 减轻医护人员文书工作量, 同时保证信息正确、有效传递, 便捷高效地获取各项检验检查信息及病史健康档案, 有助于帮助医护人员了解患者。通过各关键环节质控相应的指标反馈, 与目标值进行对比, 寻找差距, 通过探索日间手术效率和安全质量指标建立起“以数据说话”的质量管理体系^[11-12]。

3.3 流程节点信息管控

日间手术服务流程是日间手术区别于住院手术的基本要求, 需要以流程再造为重点, 对患者门诊诊疗至出院随访等环节进行无缝衔接, 为患者提供便捷和高效的日间手术服务。日间手术中心的设置要求及服务流程体现了创新医疗模式和一站式服务理念。与普通住院病区相比, 为了满足患者快速流转的要求及改善服务体验, 需要优化服务流程, 规范设置相应的服务区域。同时, 日间手术中心人员结构包括来自不同专业的手术医师、麻醉医师、护理人员、财务人员、工勤人员等, 涉及多部门多学科协作, 且患者入院后运转快, 因此需强调制度建设、团队协作和流程管理。

3.4 基于闭环管理理念的日间手术管理信息系统的建立, 强化了医护一体化管理, 突出医护团队的整体服务职能

日间手术有 2 个基本特征: 其一, 日间手术患者的术前检查和术前准备移到入院前完成, “删除”了手术前的住院检查和手术等待时间; 其二, 手术后数小时即离开医院, 在“未痊愈”的状态下出院, 手术质量和术后并发症的监测移到出院后^[13-14]。信息系统的建立应用有效覆盖日间手术从预约阶段和延伸到出院后随访, 实现了日间手术全程管理, 从而促进日间手术临床路径化、环节无缝化、结算联动化、服务便捷化、质控常态化、绩效激励化的有效运作, 以夯实日间手术质量和安全基础, 建立符合我国医疗特点和医院学科特色的日间手术发展模式^[15-16]。

综上所述, 基于闭环管理理念的日间手术管理信息系统可规范日间手术照护的有效性, 提高日间手术中心工作效率, 明确工作职责, 保障日间手术患者安全。

4 参考文献

- [1] 国际日间手术学会. 日间手术手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015:1.
- [2] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于加强三级公立医

院绩效考核工作的意见 (国办发〔2019〕4号)[EB/OL]. (2019-01-30)[2020-12-24]. http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-01/30/content_5362266.htm.

- [3] 马洪升. 日间医疗服务的展望 [J]. 华西医学, 2016, 31(4):601-602.
- [4] 陈亚玲, 莫洋, 谭亮, 等. 综合性医院日间手术中心的建设和运营管理 [J]. 华西医学, 2019, 34(2):127-132.
- [5] 袁华娣, 张秀来, 马戈, 等. 基于患者安全的日间手术管理体系构建 [J]. 中华医院管理杂志, 2017, 33(5):352-354.
- [6] 王忠庆, 何苗, 邵尉. 数字化医院日间手术系统设计与应用 [J]. 中国数字医学, 2019, 14(12):42-44.
- [7] 邵维君, 朱, 华, 闻大翔, 等. 日间手术诊疗全过程信息化管理 [J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(4):6-9.
- [8] 胡芳. 基于 JCI 标准构建日间手术管理体系的实践与探讨 [J]. 现代医院, 2019, 19(5):643-648.
- [9] 樊翊凌, 张继东, 贾昊, 等. 人工智能语音系统在日间手术患者术后随访中的应用 [J]. 华西医学, 2019, 34(2):164-167.
- [10] 杨丽, 赵蓉. 上海市日间手术管理的标准化实践及思考 [J]. 华西医学, 2019, 34(2):179-183.
- [11] 沈坚, 吴惠静, 滕知轶. 日间手术质量安全管理: 上海市第一人民医院的实践 [J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(4):4-9.
- [12] 陈相军, 宋应寒, 陈敏, 等. 四川大学华西医院日间手术质量和安全管理规范 [J]. 华西医学, 2019, 34(2):155-158.
- [13] 丁涛, 潘继强, 杨宏伟, 等. 基于信息化的日间手术闭环管理流程探究 [J]. 中国卫生质量管理, 2019, 26(4):91-93.
- [14] 尉雯雯, 赵浩宇, 王红迁, 等. 日间手术管理信息系统建设与应用 [J]. 医学信息学杂志, 2019, 40(10):48-51.
- [15] 王红迁, 汪鹏, 王飞, 等. 日间手术管理服务信息化体系构建研究 [J]. 中国卫生信息管理杂志, 2020, 17(2):211-214, 252.
- [16] 邵维君, 朱, 华, 闻大翔, 等. 日间手术诊疗全过程信息化管理 [J]. 中国卫生质量管理, 2018, 25(4):6-9.

[2020-06-21 收稿]

(责任编辑 陈景景)

尊严疗法对肿瘤疾病晚期患者心理状况的影响

沈叶红 赵连英 何秀邦

【摘要】 目的 探究基于访谈形式的尊严疗法对知情肿瘤疾病晚期患者心理状况的影响。方法 选择医院2018年3月—2020年2月收取的96例癌症晚期患者作为研究对象,按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各48例。对照组采用常规护理,观察组应用尊严疗法护理。比较两组患者的生活满意度、尊严量表评分、抑郁和焦虑情绪评分。结果 干预前,观察组和对照组患者抑郁、焦虑、生活满意度及尊严评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预15 d,30 d后,观察组抑郁、焦虑评分均明显低于对照组,而生活满意度、尊严评分均明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 针对患有肿瘤疾病晚期患者给予尊严疗法护理,特别是已经知情自身疾病的患者,可提高其生活满意度和尊严水平,减少不良情绪的发生。

【关键词】 尊严疗法;肿瘤疾病;晚期患者;心理状况;应对方式

中图分类号 R473.73 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.039

Effect of dignity therapy on mental status of patients with advanced tumor diseases SHEN Yehong, ZHAO Lianying, HE Xiubang (Funing People's Hospital, Yancheng, 224400, China)

【Abstract】 **Objective** To explore the effect of interview-based dignity therapy on the psychological status of patients with advanced cancer diseases who were informed. **Methods** A total of 96 patients with advanced cancer collected from the hospital from March 2018 to February 2020 were selected as the study objects. According to the principle of comparability between the basic characteristics of the groups, they were divided into a control group and an observation group, with 48 cases in each group. The control group was treated with routine nursing care, and the observation group was treated with dignity therapy to compare the life satisfaction, dignity scale score, depression and anxiety scores of the two groups of patients. **Results** Before intervention, there was no significant difference in depression, anxiety, life satisfaction and dignity scores between the two groups ($P>0.05$). After 15 and 30 days of intervention, the depression and anxiety scores of the observation group were significantly lower than those of the control group, the life satisfaction and dignity scores of the observation group were significantly higher than those of the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The dignity therapy care for patients with advanced tumor diseases, especially those who have been aware of their own diseases, which can improve patients' life satisfaction and dignity level, and reduce the occurrence of unhealthy emotions.

【Key words】 Dignity therapy; Tumor diseases; Advanced patients; Mental status; Coping style

晚期癌症患者免疫力差、严重营养不良,恶液质、衰弱无力、身心承受着巨大的痛苦,伴随着严重的焦虑、抑郁、绝望、恐惧等不良情绪,甚至因尊严丧失了生存的意志。尊严疗法是癌症晚期一种个体化的心理干预,其目的并不是为了治愈疾病、

增加生存时间,而是降低患者内心痛苦,提升生命质量,让患者达到身心舒适^[1-2]。世界卫生组织在肿瘤工作的综合规划中确定了预防、早期诊断、根治治疗与姑息治疗四项重点,尊严是癌症姑息治疗的哲学基础,大多数晚期癌症患者在生活质量下降的同时,往往也伴随不同程度的尊严受损^[3],本文针对晚期肿瘤患者的心理状况,采用尊严疗法进行干预,探究其效果及可行性。

作者单位:224400 江苏省盐城市阜宁县人民医院肿瘤科

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择本院自2018年3月—2020年2月收治的96例癌症晚期患者作为研究对象,纳入条件:所有患者均经过组织学或是细胞学诊断确诊为恶性肿瘤晚期;年龄在45岁以上;存在意识清楚,能够正常交流;预期寿命在半年之内;患者均知晓自身疾病情况;患者在参与研究之前均签署了知情书和同意书。排除条件:患者合并其他严重精神疾病或意识不清楚等;存在认知障碍;中途退出或是资料丢失;中途死亡的患者。所有接受研究的患者均符合医院伦理委员会的审批。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各48例。对照组:男28例,女20例;年龄50~80岁,平均 65.38 ± 2.64 岁。观察组:男29例,女19例;年龄49~81岁,平均 65.45 ± 2.72 岁。两组患者基本资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采用常规护理:健康教育和心理指导;普及疾病知识,对患者和家属提出的任何问题都要耐心解答。

1.2.2 观察组 在对照组基础上实施基于访谈形式的尊严疗法。

(1) 建立实施小组:选择具备8年以上的癌症患者护理经验的责任护理人员6名,其中具有心理咨询资格证的专科护士5名,10年治疗经验医生3名组成实施小组,负责个体化的尊严疗法护理。实施前由心理咨询护士、肿瘤科主任、课题设计者对小组成员进行2周培训,内容为谈话技巧和心理疏导以及尊严疗法的实践等^[4]。

(2) 制定访谈大纲:1993年世界卫生组织对生命质量的定义是处于自己生存环境中的个人体验,它因不同的文化和价值体系而不同,尊严水平与生活质量具有显著相关性,晚期癌症患者的尊严受损,生活质量也随之降低^[5]。为此,整体的访问内容如下:a.你对现在的治疗满意吗?目前病情本身及治疗引发的疼痛、疲乏、恶心、呕吐、失眠、手脚麻木等症状负荷情况?其对生活的干扰程度。b.可以讲述一下您的一生当中比较重要的经历吗,特别是让您印象深刻的片段?您觉得您在这一生当中什么阶段是为快乐的?期间可以穿插患者现在的苦恼、绝望、症状负荷的应对情况。c.您现在生活乐趣是什么,有什么事情是最想要家属知道的,或者最希望家人做些什么。d.可以说下您在生活当中都扮演

过什么角色,您认为哪些角色比较重要;为什么您会认为这样的角色是重要的呢;面对疾病导致胃口差、睡眠不安、苦恼、口干、疼痛等躯体症状处于哪种应对角色。e.您这一生最骄傲的成绩是什么? f.您有哪些特别重要的事情想要与爱人分享? g.您这一生最遗憾的事情是什么,或者都关于什么? h.您对您的爱人或者家属都有哪些希望? i.您在生活当中有哪些宝贵的意见可以分享给自己的家人? j.为了家人的未来,您还有什么特别交代的事情? k.在人生剩下的阶段,您还有其他想要完成的事件吗?对上述问的问题,有什么需要补充的吗?

(3) 访谈方法:晚期癌症患者多承受很多不适症状,症状对于患者的整体影响被称为“症状负荷”。在正式访问之前,访问者需先评估病情、治疗阶段以及患者对病情的接受程度等,制定合理化的访问时间表,按照病情来确定好访问次数和访问时间。在访问的过程中汇总访问者可以按照被访问者的情况更改大纲。访问地点可以选择在病房,也可以按照患者意愿更换地点^[6]。访问过程中若是发现患者存在不良情绪,访问者需要及时回应,做好应对措施,同时也可以让患者适当释放自己的情绪。整体的访问包含了三个层次:第一,首次访问,由经过专业培训的护士进行访问,正式访问之前护士要像患者讲述访问的目的和过程以及访问来意,让患者阅读访问大纲以及访问时间,让患者做好相关的心理准备,以此减少患者因为心理因素对该访问题造成的影响^[7];第二,访问录音,患者在第3天进行第2次访问时,时间大概控制在1h,按照访问大纲帮助患者回忆这一生的经历,引导患者勇敢表达自己的真实感受,访问全程录音,待访问结束后将录音整理编辑成条例清晰的文本;第三,确定好文本内容,访问者在第8天将叙述文本交给患者,让患者进行确定或改正,最后将修改好的本文返回给患者以及希望给予的人手中,与此同时收集患者对尊严疗法的评价以及满意度。

1.3 观察指标

(1) 生活满意度:采用生活满意度量表,采取Likert 7级计分法,非常不满意和非常满意计1~7分,分数越高就证明生活满意度越高。分数在31~35分为非常满意,26~30表示满意,21~25分为一般满意,20分表示中立,15~19分为稍许不满意,低于14分表示不满意,然而低于9分是代表非常不满意。该量表的系数为0.78,折半信度为0.70,条目和总分之间的相关系数在0.70~0.80之内^[8]。

(2) 抑郁:采用抑郁自评量表(SDS)对两

组患者干预后的抑郁情绪进行评分, 53分为临界值, > 72分的为重度抑郁, 63~72分为中度抑郁, 53~62分为轻度抑郁。分数越高就证明其抑郁症状严重^[9]。

(3) 焦虑: 采用焦虑自评量表(SAS)对患者护理前后焦虑情绪进行分析, 50分为临界值, 焦虑症状越严重其分数越高^[10]。

(4) 状态自尊: 采用状态自尊量表(SSES)对患者自尊水平进行分析, 其中量表包括行为自尊、社会自尊、外表自尊3个维度共计20个条目, 总分以39分为临界值, 分数越高说明患者自尊水平越高^[11]。

1.4 统计学处理

采用SPSS 20.0统计学软件, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较进行t检验。检验水准 $\alpha = 0.05$, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

干预前, 两组患者焦虑、抑郁、生活满意度、尊严评分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后15、30d, 观察组焦虑、抑郁、生活满意度、尊严评分均优于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者不同时间段焦虑、抑郁、生活满意度、尊严评分比较(分)

观察时点	组别	观察例数	焦虑	抑郁	生活满意度	尊严
干预前	观察组	48	61.97 ± 2.54	65.70 ± 3.17	14.01 ± 3.43	26.37 ± 3.26
	对照组	48	61.89 ± 2.57	65.29 ± 2.50	14.86 ± 3.46	26.41 ± 3.32
	t值		0.153	0.704	1.209	0.060
	P值		0.878	0.483	0.230	0.953
干预15d	观察组	48	30.43 ± 2.44	41.09 ± 2.77	16.05 ± 3.47	43.62 ± 2.16
	对照组	48	41.74 ± 2.53	44.32 ± 2.44	14.61 ± 3.29	42.26 ± 3.05
	t值		22.293	6.062	2.086	2.521
	P值		0.000	0.000	0.040	0.013
干预30d	观察组	48	19.55 ± 2.14	27.01 ± 2.94	16.36 ± 3.29	53.49 ± 3.57
	对照组	48	25.94 ± 2.34	34.42 ± 2.48	12.69 ± 2.67	50.27 ± 3.34
	t值		13.961	13.347	6.009	4.563
	P值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 影响癌症晚期患者抑郁、焦虑情绪

晚期肺癌患者焦虑、抑郁情绪越严重, 尊严受损程度也越严重。疼痛和消极情绪可作为晚期癌症患者独立的生存预后因素, 尊严受损程度可随着疾病的进展而不断加深, 甚至成为患者放弃治疗的主要原因。尊严疗法旨在提升其人生意义等价值感,

降低精神和心理负担, 总体改善患者的生命质量; 是为患者提供表达内心真实感受的机会, 将自己的真实感悟留给最亲近的人, 从而使其真切地感受到生命的价值。有研究显示, 希望是一种人们内心主宰生活的力量, 针对癌症晚期患者, 希望会给他们带来勇气, 让他们可以勇敢的面对疾病, 克服内心的恐惧^[12]。本研究中, 通过访谈, 在访谈中让其感受到生命的价值, 护理人员利用交流与沟通的过程

消除绝望、恐惧等不良情绪,让患者明白作为个体在世界上要实现生命价值,能够帮助患者在绝望中找到希望。当人类的生命即将走到尽头时,就会自然地反省过去的日子,回忆起对自己有着重要影响的人或是经历,尊严疗法也正是利用这点来激发这种渴望,转移注意力,促进生活希望,帮助患者勇敢面对人生的考验。结果显示,观察组抑郁和焦虑情绪评分低于对照组 ($P<0.05$)。

3.2 改善癌症晚期患者尊严水平和生活满意度

据国外文献报道^[13],癌症患者中具有明显的心理应激反应或心理障碍的发生率约34%~44%,我国常规肿瘤筛查尚未普及,初诊时已到晚期患者比例较大,给姑息、尊严疗法带来更多挑战。另外,肺癌治愈率低,复发率、病死率高,晚期患者一般经历了痛苦的手术、放疗、化疗等抗肿瘤治疗,往往伴有疲乏、疼痛、口干、食欲差及躯体功能障碍等不适症状,给患者的身心带来巨大伤害,严重影响其生命质量及尊严,由此,尊严丧失成为晚期癌症患者寻求安乐死的重要原因之一^[14]。本文以访谈的形式,通过尊严护理对晚期癌症尊严状况进行分析,从心理角度安抚患者,降低对肺癌及其所带来“症状负荷”的恐惧,改善晚期生命质量^[15]。另外,访谈过程中,针对抗肿瘤治疗如化疗、放疗可引起疲乏、恶心、腹泻等一系列不良反应,尤其是有创性治疗会加重患者的“症状负荷”,而影响其生命质量及尊严,护理人员在帮助患者制定治疗决策中应权衡利弊,尽量避免因患者耐受性差增加治疗相关的症状负荷。结果显示,观察组干预15 d和30 d尊严评分、生活满意度评分均高于对照组,而30 d更为显著,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),与庄菊萍^[16]研究结果相同。

总之,对肿瘤疾病晚期的患者要给予尊严疗法护理,特别是已经知情自身疾病的患者,其心理情绪会出现很大的变化,尊严疗法护理可以有效提高生活满意度,降低不良情绪。

4 参考文献

- [1] 王希,夏冰.肿瘤相关性贫血研究进展[J].中国肿瘤临床,2018,45(14):759-762.
- [2] 田畅,宋颖,庞微,等.尊严疗法在肿瘤晚期患者中的研究进展及应用启示[J].护士进修杂志,2019,34(19):1761-1765.
- [3] 魏亚红.中晚期癌症患者的尊严受损水平及其影响因素的研究[D].石家庄:河北医科大学,2017.
- [4] 宁晓东,张永炼,杨春,等.尊严疗法对住院晚期癌症患者生活满意度及心理状况的影响[J].中国护理管理,2018,18(3):306-311.
- [5] Chow E, Fan G, Hadi S. et al. Symptom clusters in cancer patients with bone metastases[J]. Support Care Cancer, 2007, 15:1035-1043.
- [6] 刘小红,谢志洁,张晨晨,等.安心卡引导的尊严照护模式在恶性肿瘤临终患者中的应用[J].护理学杂志,2019,34(19):89-91.
- [7] 何嫒.灵性照护在晚期肿瘤患者中的研究进展[J].护理学杂志,2017,32(13):102-105.
- [8] 卢美玲,罗志芹.中青年与老年晚期癌症患者尊严受损水平的比较分析[J].护士进修杂志,2019,34(16):1499-1502.
- [9] 张立侠,赵伍忠,潘广芹.循证式规范化无痛随访对提高癌痛患者心理健康及生命质量的效果[J].广东医学,2020,41(20):60-63.
- [10] 刘梦颖,于文华,闻利红.介入术后肿瘤患者睡眠质量与焦虑抑郁情绪的相关性分析[J].介入放射学杂志,2020,29(4):79-82.
- [11] 宋立业,宋琪,刘霞.青岛市某医院肺癌患者尊严感现状及影响因素[J].医学与社会,2018,31(9):69-71.
- [12] 梁亚丽,孙冰亮.我科老年肿瘤终末期患者家属对安宁疗护的认知及护理需求调查[J].山西医药杂志,2019,48(19):2358-2360.
- [13] Tomatis L. Between the body and the mind: the involvement of psycho-logical factors in the development of multifactorial diseases[J]. Eur J Cancer 2001, 37(8):S148-S152.
- [14] Van Der Maas PJ, Van Delden JJ, Pijnenborg L, et al. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life[J]. Lancet, 1991,338(8768):669-674.
- [15] 姚妮芳,张海云,钱晓岚.晚期癌症患者优逝期望现状调查及影响因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(2):1-4.
- [16] 庄菊萍.尊严疗法在晚期肺癌姑息治疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(29):3826-3830.

[2020-07-13 收稿]

(责任编辑 陈景景)

心理家庭治疗联合职业康复在精神分裂症住院患者中的应用

陈玲 许锦泉 肖瑶 郑桂珍 陈康霞

【摘要】 目的 观察心理家庭治疗联合职业康复在精神分裂症住院患者中的应用效果。方法 选择2019年10月—2020年9月收治于医院的精神分裂症病例80例为研究对象,按照组间病人基本特征匹配的原则分为对照组和观察组,各40例。对照组接受精神分裂症常规文娱康复治疗干预,观察组在此基础上加用心理家庭治疗联合职业康复干预。干预后评价两组患者自尊及心身社会功能恢复评分。结果 观察组干预后自尊评分高于对照组,心身社会功能恢复评价指标分值优于对照组,组间比较差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论 采用心理家庭治疗联合职业康复对精神分裂症住院患者施加干预,可显著提升其自尊水平、改善其心身社会功能恢复效果。

【关键词】 心理家庭治疗; 职业康复; 精神分裂症; 自尊水平; 生活能力; 社会功能

中图分类号 R473.74 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.040

精神分裂症是精神疾病中最为多见的一种,患者预后大多不良,且长期存在明显症状,社会功能受到损害,给家庭带来巨大冲击。精神分裂症呈现出致残率、复发率双高特征及慢性迁延性病程特点,多伴存职业与社会功能的下滑,长期住院治疗患者存在社会功能缺陷问题,影响其个人卫生及生活能力,社会兴趣缺失严重、就业率低下^[1]。采取有效措施恢复精神分裂症患者社会功能成为精神科临床治疗重点工作内容。院内职业康复对于精神分裂症患者而言兼具稳定病情、提升社会功能、奠定社会回归所需职业能力与工作习惯等多种积极效应^[2]。心理家庭治疗指以精神分裂症家庭为核心展开心理治疗活动,有助于患者于正向家庭支持中汲取力量、提升家庭社会有效回归力度。本研究采用心理家庭治疗联合职业康复对精神分裂症住院患者施加干预,效果较好。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年10月—2020年9月收治于我院的精神分裂症病例80例为研究样本,入选条件:年龄18~65岁,满足CCMD-3所述及精神分裂症诊断标准,病情稳定,BPRS评分 ≤ 20 分,患者及监护人知情同意。排除条件:伴存严重躯体疾病,酒精等物质滥用者,躯体残疾严重而不能行技能训练,拒绝参与。按照组间基本特征匹配的原则分为对照组

和观察组,各40例。对照组男23例,女17例;平均年龄 35.65 ± 7.24 岁;文化水平:小学7例,初中17例,中专高中及以上者16例;未婚27例,已婚12例,丧偶/离异者1例。观察组男22例,女18例;平均年龄 35.77 ± 7.10 岁;文化水平:小学8例,初中18例,中专、高中及以上者各14例;未婚25例,已婚14例,丧偶/离异者1例。两组患者年龄、文化层次及婚姻状况的比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 接受精神分裂症常规文娱康复治疗干预,由责任护理人员每日组织护理对象开展病房外文娱康复活动,如做体操、读报写字、散步等,每日2次,上下午各1次,每次为时120 min,连续干预12周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用心理家庭治疗联合职业康复干预,具体实施方式为:

(1) 家庭心理治疗:以护理对象病情及治疗情况为据,合理安排其短时回家与亲人相聚,或安排家属来院行亲情陪伴,责任护士深入家庭或于医院亲情陪伴情境中,以家庭为单元开展认知心理治疗,教会家庭成员温馨、无刺激家庭环境氛围的构建方式,动员家庭成员向精神分裂症患者提供肯定的亲情照护承诺,助力精神分裂症患者与家庭成员间坦诚积极互动沟通通道的形成,授予家庭成员鼓励支持精神分裂症患者正确开展日常生活技能、社会职业技能康复训练的技巧。

(2) 职业康复:①职业康复知识传授。宣讲精神康复医学知识、职业康复意义价值等,助力护理

对象认知职业康复重要性、生发积极的职业康复训练意愿、明确职业康复训练内容方式、激发职业康复积极期待。每周3次,分别安排于周一、周三与周五,每次时长60 min,连续干预12周。②日常生活技能康复。将40例入组病例分为4个小组,每组10例,审慎选择其中病情最轻者设为组长,为护理人员提供生活技能康复训练辅助助力,康复训练项目自起床、整理床铺、洗漱等最简单生活事宜做起,渐次过渡至修剪指甲、剃胡须、剪发洗头、更衣洗澡、室内卫生清扫以及打饭等复杂生活事宜,每日训练。③社会职业技能康复。每周一至周五上下午各行训练一次,每次时长120 min,责任护士引领精神分裂症患者完成编织、绢花制作、手链串珠、院内卫生清洁、洗衣房内晾衣、种菜浇花等简单工作以及购物、问路等基本社会活动。

1.3 评价方法

(1) 自尊水平评价:采用自尊量表^[3]对两组精神分裂症患者自尊水平进行评价,该量表包含10个问题,采用4级评分,总分10~40分,分值愈高提示该精神分裂症病例自尊水准愈高。

(2) 心身社会功能恢复评价:分别选用生活能力评定量表、精神病人疗效评估量表及住院患者观察量表评价心身社会功能恢复情况^[4-6]。日常生活能力评分(ADL):ADL共14项,包括躯体生活自理量表6项,及工具性生活能力量表8项;采用

1~4共4级评分;评定结果为总分,分量表分或单项分进行分析:总分 ≤ 14 分为正常, ≥ 16 分有不同程度的功能下降,最高分56分;单项分1分为正常,2~4分为功能下降;凡有2项或2项以上单项分 ≥ 3 分,或总分 ≥ 22 分为功能有明显下降。量表总得分越低表明功能越好。疗效评估评分愈低,提示社会功能受损度愈轻;住院观察量表中总积极因素分、总消极因素分愈高,提示受测评者愈倾向于该类精神状态。

1.4 统计学处理

采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析和处理,计量资料用“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组精神分裂症患者干预前后自尊评分比较

干预前,两组自评评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组自尊评分高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组干预后心身社会功能恢复评价指标比较

观察组干预后心身社会功能恢复评价指标分值优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组精神分裂症患者干预前后自尊评分比较(分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	40	17.65 \pm 1.64	28.35 \pm 1.69
对照组	40	17.68 \pm 1.54	22.93 \pm 1.38
t 值		0.084	15.711
P 值		0.944	0.000

表2 两组干预后心身社会功能恢复评价指标比较(分)

组别	例数	生活能力评分	疗效评分	总积极因素	总消极因素
观察组	40	20.73 \pm 1.06	20.45 \pm 0.88	69.95 \pm 1.65	19.78 \pm 1.27
对照组	40	23.10 \pm 1.22	22.88 \pm 1.16	61.38 \pm 1.88	22.20 \pm 1.16
t 值		9.274	10.555	21.669	8.898
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

精神分裂症病例的经济收入与其自尊水平相关度直接且密切,生活与职业康复训练是促成该类病

例掌握正确社会交往、工作技能及生活方式的重要举措^[7],王莉等^[8]研究者指出,职业康复训练对于精神分裂症病例社会功能改善的疗效可维持1~2年^[4]。精神分裂症病例自尊水准的高低直接影响其

能否顺利回归正常工作、家庭及社会生活^[9-10]。

梁云飞等^[11]研究发现,认知心理治疗可消除康复期精神分裂症者的自卑心理、提升自尊水准。家庭成员是患者心理状态的重要影响人与日常生活、社会职业功能训练的重要协作者,家庭心理治疗活动的开展,责任护士有意识地创造机会让住院精神分裂症患者不定时重返家庭温馨关爱环境,以家庭为整体治疗单元,借助于专业支持通道进行家庭功能缺陷修复与家庭康复赋权赋能干预,突破常规模式下康复活动与家庭环境割裂的局限性,使整个家庭呈现为正向进取、家庭成员间沟通有效、和谐互助状态,使精神分裂症患者可获取与感知到充分的家庭关爱与安抚^[12],接收到家庭单元对其疾病的良性期待信息、对其家庭社会回归的积极支持信息,为其提供家庭社会回归技术支持与情感后盾,使之对回归之旅目标清晰、信念坚定、信心卓然,提升其自尊水平^[13-14]。与此同时,本研究还面向精神分裂症患者供给了系统性职业康复训练支持,在利用家庭心理治疗重塑精神分裂症患者康复意愿与信念的同时,适时有效开展职业康复价值灌输、日常生活与社会职业技能培训,充分利用专业人员、家属及患者的自身康复动能协作化、高效化开展矫正训练,触发精神分裂症患者对周遭事物与运行状态的兴趣感^[15],缓解其精神症状,形成自尊水平与社会职业回归间的良性互促关系,提高其外界适应回归意识与能力^[16-18],重获并维持于良性心境状态,指向更佳的疗效与生活能力恢复结局。结果所示,干预后观察组自尊水平评分高于对照组,心身社会功能恢复评价指标优于对照组。

综上所述,采用心理家庭治疗联合职业康复对精神分裂症住院患者施加干预,可明显提升其自尊水平、改善其心身社会功能恢复效果。

4 参考文献

- [1] 张少霞,胡庆菊,阮燕山,等.职业技能训练对康复期精神分裂症患者阴性症状及认知功能的影响[J].国际精神病学杂志,2018,45(4):618-621.
- [2] 张奎,闫佳宁,孙爽.职业技能训练在精神分裂症患者康复中的作用效果分析[J].中国康复,2018,33(1):78-80.
- [3] 赵淑娟,赵永红,吕克梅.支持性心理干预对青年精神分裂症患者心理韧性及积极情绪的影响[J].护士进修杂志,2019,34(18):1675-1678.
- [4] 王美,郝军锋.综合干预措施对强制性住院治疗的肇事肇祸精神病患者康复效果的影响[J].广州医科大学学报,2020,48(4):84-89.
- [5] 黄小华,张伟娟,夏志敏,等.医院-家庭延续护理对出院后精神分裂症患者康复效果和心理状态的影响[J].中国当代医药,2019,26(27):238-240.
- [6] 磨丽莉,潘巧淑,周芳珍,等.运动治疗联合心理护理对慢性精神分裂症病人康复和生活质量的影响[J].护理研究,2019,33(17):3067-3070.
- [7] 王莉,吴淑华,王桃,等.职业康复个案管理对社区精神分裂症患者康复效果的影响[J].中国当代医药,2020,27(16):88-91.
- [8] 王莉,朱锦焯,陈春兰,等.职业康复个案管理对慢性精神分裂症患者的临床应用与研究[J].中国医学创新,2019,16(10):101-105.
- [9] 宋慧娟,沈灏,粟幼嵩,等.布南色林联合团体心理治疗慢性精神分裂症的疗效及对认知功能、社会功能和服药依从性的影响[J].现代生物医学进展,2020,20(20):3849-3852,3869.
- [10] 邓少玲,江妙玲,谢翠芬.焦点解决式健康指导联合认知行为疗法对精神分裂症缓解期患者治疗依从性、生活质量的影响[J].中国医学创新,2020,17(16):78-82.
- [11] 梁云飞,郭雪琴,陈健,等.认知知觉功能障碍训练联合心理治疗对精神分裂症患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(24):94-96.
- [12] 卓恺明,李萍,甘鸿,等.多家庭团体治疗对精神分裂症患者生活质量及社会功能的影响[J].长春中医药大学学报,2020,36(5):1056-1059.
- [13] 乔云栓,张士巧,崔卫东,等.心理健康教育多元家庭治疗对精神分裂症患者家属负担情况的影响[J].中国医药导报,2018,15(32):109-113.
- [14] 刘国友,宋君伟,张文佳,等.职业康复训练对住院精神分裂症患者的作用[J].心理月刊,2020,17(15):168-169.
- [15] 须琼英,杨新,何晓艳.开放式职业技能训练对住院慢性精神分裂症病人康复效果的影响[J].护理研究,2018,32(20):3199-3202.
- [16] 李日照,汪云芳,王学林,等.多元化职业康复对精神分裂症住院患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2018,24(4):32-34.
- [17] 赖高平.团体心理治疗联合家庭治疗对康复期精神分裂症患者的疗效分析[J].中国民康医学,2020,32(2):79-81.
- [18] 陈君凤.积极心理学理论在精神分裂症患者康复护理中的应用[J].护理实践与研究,2016,13(23):130-131.

[2021-02-20 收稿]

(责任编辑 陈景景)

知识转化循证实践模式在 HPV 疫苗适用人群健康教育中的应用

柳画云 陆琳* 吴晓璇 吴淑君

【摘要】 目的 基于知识转化循证实践模式(KTA),构建合理的人乳头瘤病毒(HPV)疫苗适用人群的健康教育方案,开展专项健康教育,提升疾病预防能力及认知水平。方法 本课题组采用实验研究的办法,选取来我镇社区卫生服务中心注射或者咨询宫颈癌疫苗的年龄20~45岁妇女200名为研究对象,采用知识转化循证实践模式(KTA),计算机检索Cochrane Library、EMbase、JBI、PubMed、CNKI、CBM、万方等权威中英文数据库中关于HPV疫苗适用人群健康教育的指南、证据总结、专家共识、系统评价、综述、随机对照试验、调查研究、类实验研究等内容,按步骤对文献筛选、评估、证据提取、临床评估实践,最终制定合理的健康教育方案。结果 最终纳入9篇文献,其中系统评价1篇,证据总结1篇,调查研究2篇,随机对照试验3篇,类实验研究2篇。方案对HPV感染相关知识知晓率现状特征,对HPV感染健康教育方式需求,构建宫颈癌健康教育团队,书面健康指导,健康讲课教育,思维导图辅助工具,个性化心理行为干预,社区健康教育以及远程健康教育等干预及实施流程。结论 基于KTA构建的HPV疫苗适用人群的专项健康教育方案对于提升适宜人群的认知与健康促进有非常重要的意义,具备非常大的健教空间与需求。

【关键词】 知识转化循证实践模式; HPV疫苗; 健康教育; 知识转化循证实践模式
中图分类号 R47 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.041

宫颈癌作为全球威胁女性身心健康的第2大恶性肿瘤,通过调查发现^[1-2],其在我国每年新发病例约6.2万及死亡病例约3万。人乳头瘤病毒(HPV)感染与宫颈癌存在病因学联系,100%宫颈癌与95%癌前病变HPV监测结果为阳性^[3]。HPV预防性疫苗成功上市,将宫颈癌预防由二级预防转化为一预防,然而据文献数据显示^[4-5],我国适龄妇女HPV疫苗认知水平整体偏低,大多数女性未能明确HPV感染与宫颈癌之间的关系,提高HPV疫苗的认知将作为我国适龄女性宫颈癌预防水平的重要指标之一。KTA(knowledge to action framework)知识转化模式是循证护理(evidence-based nursing,EBN)重要实践模式,林凤芝等^[6-7]将其翻译为“知识-应用循环圈”,是从知识到实践动态循环过程。

本研究查阅国内外相关文献数据,首次将KTA理论框架指导循证实践模式运用到对HPV疫苗适用人群的接种护理及宫颈癌预防的专项宣教中,量化宣教效果指标,并评价循证理论转为临床实践的推广价值。

基金项目:2019年东莞市社会科技发展(一般)项目(编号:201950715087545)
作者单位:523000 广东省东莞市厚街镇社区卫生服务中心
* 通讯作者

1 对象与方法

1.1 研究对象

本课题组采用实验研究的办法,选取来我镇社区卫生服务中心注射或者咨询宫颈癌疫苗的年龄20~45岁妇女200名,排除无法留存联系方式者;两年内流动性大者;有医学专业背景者。在研究对象的疫苗注射卡片上做好相应标记并登记其联系方式。

1.2 方法

1.2.1 确立问题及成立HPV-KTA小组 课题组通过自行设计的二维码问卷《四价宫颈癌疫苗的相关知晓接受度简易调查问卷》,于2018年7月23日—2018年9月25日,在厚街镇社区中心预防接种门诊随机收取了163份问卷结果,其结果之一显示:结论是只有22.7%的育龄妇女有定期进行宫颈癌筛查。在本地工作中发现了问题:适龄妇女预防宫颈癌的低认识水平。为了改善这一现状,我们成立了HPV-KTA小组,核心成员:组长1名,顾问1名,副组长4名,秘书1名,组员兼评价员4名。核心组高级职称5人,中级职称6人;其中有6名社区全科护士为主导,辅以预防医学专业、妇产医学专业、健康教育与健康促进专业等课题相关学科。组

组织架构：护理部－核心组－研究护士－实践护士等4层。研究和实践护士覆盖了1个中心和4个社区卫生服务站。

核心组的主要职责为发现问题，确立循证方向，创立评价并确认传播的本地证据及评价标准；制定知识转化的护理策略，指导实践护士应用，推动策略的实施；汇总数据，护理策略的反馈修正，进行经验总结，论文撰写，推广成果。

1.2.2 知识合成 进行了预调查，确立了事实问题，然后确定了我们即将循证实践的方向：围绕宫颈癌的大众预防宣传。核心小组依据知识转化的理论环节之一（知识的产生合成），系统检索Cochrane Library、Embase、JBI、PubMed、CNKI、CBM、万方等权威中英文数据库。英文检索主题词含“HPV/HPV vaccine, cervical cancer, applicable people/women, health education/educational education/cognitive improvement, nursing/management/methods/plans”。中文检索主题词含“HPV/HPV疫苗、宫颈癌、适用人群/女性、健康教育/宣教/认知提升、护理/管理/方法/方案”。检索范围涵盖国内外公开发表关于HPV疫苗适用人群健康教育指南、证据总结、专家共识、系统评价、综述、随机对照试验、调查研究、类实验研究等。检索时限：自建库至2020年3月。语种限制为中文或英文。

根据纳入与排除标准对文献初步筛查。纳入标准：研究对象为适龄未接种HPV疫苗的女性群体；年龄20~45岁；研究主题为群体健康教育相关内容。排除标准：与研究主题、语言要求、文献类型不符或无法获取全文内容文献。组建证据转化小组，由2名通过专业循证培训考核组员使用JBI澳大利亚循证卫生保健中心推荐证据级别（A级、B级）与分级方法（I级、II级）评估证据质量水平，归纳汇总，出现意见不一或无法核实文献，咨询第三方专家，初步形成合理的HPV疫苗适用人群的健康教育方案。

1.2.3 知识应用

1.2.3.1 证据引入临床情景 对初步纳入文献相关证据引入我院实际状况，评估各健康教育开展可行、适应性与临床意义，评估多部门医护工作者、个人（大学生、男性、适龄女性）、患者、社区护理宣教人员、政府工作者对该方案准备与接受度。

1.2.3.2 阻碍因素评估 邀请宫颈癌、HPV疫苗宣教领域3名专家对本研究初步方案评估，评估内容：健康教育实施可行性、阻碍因素、转化等，经过专家2轮咨询修改，集中可行性赋值均数(Mj)意

见^[8-9]，其中可行性采取Likert 4级评分，1~4分分别代表“不可行”到“很可行”；熟悉程度评分分为0.9,0.7,0.5,0.3,0.1分代表“很熟悉至很不熟悉”；判断依据分为0.4,0.3,0.2,0.1分代表实践经验、理论分析、参考国内外文献、直觉。

1.2.3.3 确定最终方案 结合所有邀请专家提出建议，整理实施过程阻碍因素，修改与调整后，形成合理的HPV疫苗适用人群健康教育方案。

1.3 统计学处理

采用SPSS21.0统计学软件进行数据处理，定量资料以“均数±标准差”表示，组间均数比较采用t检验；计数资料采用两独立样本的 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 纳入证据

数据库检索联合其他途径获取290篇有关文献，剔除重复、相关度低、低质量文献。最终共纳入9篇文献，其中系统评价1篇^[10]，证据总结1篇^[11]，调查研究2篇^[12-13]，随机对照试验3篇^[14-16]，类实验研究2篇^[17-18]。见表1。

2.2 构建本土化循证实践方案

明确问题，证据转化小组基于KTA循证实践模式，通过对纳入文献质量、实用性、基线审查，最终结合我国医疗机构实际特征、患者意愿、医护人员专业判断力、HPV疫苗适用人群调查结果，编制符合循证证据理论的健康教育方案。通过阻碍/促进因素评估后，方案对HPV感染相关知识知晓率现状特征，对HPV感染健康教育方式需求，构建宫颈癌健康教育团队，书面健康指导，健康讲课教育，思维导图辅助工具，个体化心理行为干预，社区健康教育以及远程健康教育等细化完善，确保科学、可行、严谨、清晰与应用性。

2.3 实施循证实践方案

将汇总证据方案调整、修正、构建最终合理的HPV疫苗适用人群的健康教育方案，该方案应用于健康教育实践。见表2。

3 结果评价

证据转化后实施结果评价以结构－过程－结果为指导，或基于要素－缓解－终末质量框架为指导，全面评估证据转化对系统、实践者、使用人群或患者，明确当前存在问题与新问题，对比实施前后HPV疫苗的认知水平、接受程度、应用水平、预防宫颈癌的知识水平及服务满意度的差异，并进入下

表1 HPV疫苗适用人群的健康教育证据来源及一般情况

证据来源	证据性质	作者	证据名称	发表年份
Europe PMC	调查研究	Chiang V C 等	Attitude, accept ability and knowledge of HPV vaccination among local university students in Hong Kong	2016
Dx.doi.org	随机对照试验	Suryadevara M 等	Student HPV vaccine attitudes and vaccine completion by education level	2016
中国知网	调查研究	丁小萍等	宫颈 HPV 感染相关因素的分析及预防对策	2008
Springer	系统评价	Li J 等	Effect of a group educational intervention on rural Chinese women's knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines	2015
NCBI	证据总结	de Martel C 等	Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type	2017
中国知网	随机对照试验	袁琼等	思维导图式健康教育对 HPV 感染患者的影响	2019
中国知网	类实验研究	王坤等	个体化护理对宫颈癌患者术后不良情绪及应激的影响	2018
万方	类实验研究	Sukasem C 等	Molecular Epidemiology of human papillomavirus genotype in women with high-grade squamous intraepithelial lesion and cervical cancer:will a quadrivalent vaccine be necessary in thailand	2011
中国知网	随机对照试验	王红艳等	微信随访对 CIN 合并高危型 HPV 感染患者健康知识认知及自我管理能力的影	2018

表2 HPV疫苗适用人群合理专项健康教育方案

内容	对应证据等级	推荐等级
HPV 感染相关知识知晓率现状特征		
1. 我国宫颈癌发病高危人群包括: 早期性行为; 多个性伴侣; 性伴侣携带 HPV; 自身感染 HPV; 人类免疫病毒缺陷; 宫颈病变; 其他, 如吸毒、吸烟、免疫抑制剂治疗等	I	A
2. 健康妇女对 HPV 感染部分内容知晓排列次序为与性行为关系、子宫颈癌及癌前病变关系、口服避孕药关系, 而对与分娩次数、文化程度、吸烟关系、HPV 高危型持续感染才会发生宫颈癌等内容知晓极低	II	B
对 HPV 感染健康教育方式需求		
3. 调查证实 HPV 疫苗适用人群不愿接种 HPV 疫苗原因: 对疫苗不了解、自认为无疾病风险; 且更乐意听取医护人员建议而非亲友	I	A
4. 对 HPV 健康教育方式需求调查中, 更易接受一对一健康宣教, 其次为医学专业授课与专题讲座等获取 HPV 知识途径	I	B
构建宫颈癌健康教育团队		
5. 推荐构建宫颈癌健康教育专门队伍, 持续从事 HPV 感染知识宣教; 针对高龄、低文化程度、农村、低收入家庭妇女强化健康教育, 消除妇科检查等羞耻不安情绪。	I	A
书面健康指导		
6. 普及 HPV 感染相关知识健康教育内容主要包括: 宫颈癌及 HPV 介绍、临床分型及高危型 HPV 持续感染危害、病变识别、早期诊断、HPV 检测方法、危险因素、防治手段、日常饮食保健注意事项	I	A
7. 除为受检者建立健康档案, 要求每年 1 ~ 2 次健康体检外, 可制作图文并茂改良宣教册、完善门诊健康教育机制、选取高年资与专业知识丰富及强沟通能力护士担任专职健康教育人员、开通 24 h 电话咨询热线; 利用电视、网络、微信平台宣传等提升 HPV 疫苗适用人群认知与自我保护意识	I	B
8. 健康讲课教育: 对患者或适宜群体予以 1 次 / 月, 60 min / 次, 持续 3 次, 分别进行宫颈癌常见知识 (危险因素、症状等)、HPV 预防、早期筛查与健康生活方式的健康讲课培训	I	A

续表

内容	对应证据等级	推荐等级
9. 院内对受检者在体检前后定期开展 HPV 与宫颈癌相关知识讲座	I	B
10. 思维导图辅助工具: 绘制依据文献资料结合临床实践、护理经验的 HPV 健康教育思维导图, 以“HPV”为中心关键词, “疾病介绍”、“情绪干预”、“社会支持”、“健康行为指导”等为二级分支, 对 HPV 疫苗适宜人群或宫颈癌患者按照逻辑顺序、由简至繁进行模块化教育	I	A
11. 个体化心理行为干预: 药物治疗借助重组人干扰素 a2b 栓抗病毒、细胞繁殖抑制、免疫力提升等原理, 配合心理行为干预可有效降低 HPV DNA 负荷量, 予以积极心理暗示, 使得 HPV 疫苗适用群体或患者积极心态接受治疗, 同时促使养成良好生活习惯	I	A
12. 针对不同人群实施个体化健康教育, 对于初次体检未发现 HPV 感染者, 告知规避危险因素; 对已有 HPV 感染者, 实施感染亚型与宫颈细胞学检查, 评估宫颈癌发生风险; 对高危型 HPV 感染者, 根据病毒 DNA 阳性检出率伴随宫颈病变程度加重升高特点, 积极防癌筛查; 对筛查者提前告知复查间隔时间、HPV 检测采集样本流程与注意事项, 提高检测准确性; 对 HPV 感染者性伴侣健康指导培训	I	A
13. 医护人员对 HPV 疫苗个体化健康教育改进建议: 通过媒体加强宣传和推广, 加强需注射人群注射指导, 指导已注射群体及时评估不良反应与自我处理, 明确可注射 HPV 疫苗群体与可免疫疾病范围, 增加更多种类疫苗供选择, 提供更多 HPV 疫苗相关宣传资料	I	A
社区健康教育		
14. 研究证实社区医疗机构合作, 利用社区标语栏、宣传栏, 组织社区专家宫颈癌及 HPV 感染防治讲座, 鼓励早期症状识别、卫生管理、女性保健要点、定期检查等, 并予以针对性想借解答, 助于疫苗注射	I	A
15. 利用母亲节、妇女节等期间, 由医护人员于社区、商业街等多人流区域免费科普与筛查宫颈癌, 通过动画片、宣传片形式提升宫颈癌认知、早期筛查知识介绍等	II	B
远程健康教育		
16. 建立网络沟通平台, 利用信息化沟通渠道, 包括微博、微信公众号、微信群、QQ 群、网站等, 管理宣传宫颈癌与 HPV 感染相关知识	II	A
17. 指导公众通过 SF-36 健康调查简表、宫颈癌筛查信念量表、健康生活方式行为量表等自评宫颈癌和 HPV 认知、态度、行为, 远程视频及时纠正与指导正确形式	I	A

一轮证据转化循环。

参与本次调查的 200 名适龄妇女, 通过问卷调查形式对比实施前后 HPV 疫苗认知程度发现, 实施后认知优良 (认知水平部分问卷评分 ≥ 80 分) 构成比约为 91.00% (182/200) 高于实施前的 70.00% (140/200) ($P < 0.05$); 实施后, 接受程度与应用

水平评分分别为 89.03 ± 3.72 分、 78.46 ± 4.15 分明显高于实施前的 78.64 ± 3.59 分、 63.90 ± 2.82 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 实施后, 适龄妇女对 HPV 健康教育服务满意度约为 96.50% (193/200) 高于实施前的 79.50% (159/200), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 3。

表 3 实施前后 200 名适龄女性接受程度与应用水平对比

时间	人数	认知优良		健康教育服务满意度		接受程度 (分)	应用水平 (分)
		人数	率 (%)	人数	率 (%)		
实施后	200	182	91.00	193	96.50	89.03 ± 3.72	78.46 ± 4.15
实施前	200	140	70.00	159	79.50	78.64 ± 3.59	63.90 ± 2.82
	χ^2 值	28.094		27.367		29.422*	41.039*
	P 值	0.000		0.000		0.000	0.000

* 为 t 值。

4 讨论

4.1 HPV 疫苗适用人群健康行为及健康教育需求现状

HPV 疫苗适用人群对宫颈癌筛查参与度较低。我国女性现患率与高危型 HPV 感染率峰值多处于 45 ~ 49 岁阶段,证实重视 HPV 检查等健康行为,早期诊断与治疗在预防护理宫颈癌中的价值。有循证调查发现^[15],仅约 1/4 受调查女性存在宫颈癌筛查认知,多数人群默许“HPV 疫苗接种意义不大”;63.64% 接受 HPV 疫苗相关知识健康教育者,对其适用范围、不良反应等知识掌握度存在明显差异,健康行为有待规范。具备非常大的健康教育空间与需求。

4.2 KTA 构建

KTA 框架构建基于循证下知识合成,强调研究证据为依据的临床实践使用,并注重合理的 HPV 疫苗适用人群的健康教育方案构建与实施过程在患者、医护人员、组织形式等层面面临的阻碍因素,清扫障碍后执行办法。本研究知识合成阶段整合的 HPV 疫苗适用人群健康教育方案涉及构建宫颈癌健康教育团队、书面健康指导、健康讲课教育、思维导图辅助工具、个体化心理行为干预、社区健康教育、远程健康教育等内容,为其他医疗机构提供系统、全面的专项健康教育提供借鉴。

4.3 循证护理下最佳健康教育方案证据实践

课题组在 HPV 疫苗的免疫及推广过程中积极、客观、循证地推送关于 HPV 疫苗及预防宫颈癌的相关知识,借此系统开展专项健康教育。提升尚待提升的低水平认知,由循证观点走向循证实践,本课题研究者查阅了国内近十年来相关文献数据,然后选择了 KTA 实践模式的运用,首次将其运用到“新引进事物” HPV 疫苗的接种护理及宫颈癌预防的宣教中。在实施此专项健康教育中,通过“本地证据”的积极有力传播,达到创建居民健康生活方式,实践知识的转化。并尝试对健教效果进行指标量化对比,来评价循证理论的应用及推广价值。基于知识转化的循证实践,大多停留在理论汇总层面,真正转化为临床实践的屈指可数,本课题研究者将尝试促进护理研究成果转为护理实践,提高护理工作的工作质量,促进人口健康。由于纳入证据需符合实践需要,所以应重视所有利益相关者分析,组建专业宫颈癌健康教育团队,并根据患者自身认知差异原因、环境因素等,需要求护士、医生、康复师等多学科团队紧密协作制定个体化策略。对指南、专家共识与类实验研究内容分析^[17],考虑到当前医

疗机构设施差异,书面健康指导、健康讲课教育仍为主要形式,分阶段培训讲解包括宫颈癌的危险因素、宫颈癌的症状等,HPV 流行病学、种类、传播方式、诊断技术以及预防,介绍宫颈癌和早期筛查的重要性、Papanicolaou 测试和健康的生活方式行为等内容对 HPV 疫苗适用人群定期筛查、疫苗接种意识与认知提升行之有效。

但是,仅依赖于院内健康教育与影响是不够的,基层社区健康教育是仅次于院内的又一重要途径,考虑我国医院条件、人力资源匮乏,适用人群数量庞大,基于 KTA 理论构建的 HPV 疫苗适用人群的专项健康教育方案对于提升适宜人群的认知与健康促进有非常重要的意义,我们会继续开展相关的健康教育,最大限度地 will 将医护患实践目标一致化。医护人员在开展相应临床工作时应综合参考自身现状、医疗环境、及时更新上述证据,持续提升适宜人群的认知水平。

5 参考文献

- [1] Small W, J, Bacon M A, Bajaj A, et al. Cervical cancer: a global health crisis [J]. *Cancer*, 2017, 123 (13) :2404–2412.
- [2] 刘景慧,杨姣,蒿艳蓉. 宫颈癌早期预防及疫苗应用的研究进展 [J]. *中国临床新医学*, 2019, 12(4):377–380.
- [3] 张肖. 女大学生 HPV 疫苗知信行及其影响因素的研究 [D]. 武汉: 武汉轻工大学, 2019.
- [4] Navalpakam A, Dany M, Hussein IH. Behavioral perceptions of Oakland University female college students towards human papillomavirus vaccination [J]. *PLoS One*, 2016, 11 (5) :e0155955.
- [5] 丁洁,冯丽梅,曾令珊. 微信公众平台对门诊液基薄层细胞检测、人乳头瘤病毒阳性患者随访依从性及焦虑的影响 [J]. *世界临床医学*, 2016, 10(21):139–140.
- [6] R atanasiripong N. What college women know, think, and do about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccine [J]. *Vaccine*, 2013, 31 (10) :1370–1376.
- [7] Garland S M, Pitisuttithum P, Ngan HYS, 等. 九价人乳头瘤病毒疫苗的保护效力、免疫原性和安全性: 亚洲人群亚组分析 [J]. *中国病毒病杂志*, 2018, 8 (4) :336–342.
- [8] Bruni L, Diaz M, Castellsagu é X, et al. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings [J]. *J Infect Dis*, 2010, 202 (12) :1789–1799.
- [9] 钟晓虹. GSK GZ 的 HPV 疫苗公众认知调查与传播策略研究 [D]. 广州: 华南理工大学, 2019.
- [10] Chiang VC, Wong HT, Yeung PC, et al. Attitude, accept

药物 I 期临床试验中健康受试者的全程护理管理

扈向润 华焯 张海波 买买提居马·对先 杨建华*

中图分类号 R471 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.042

药物 I 期临床试验是初步的临床药理学及人体安全性评价试验,观察人体对于新药的耐受程度和药代动力学,为制订给药方案提供依据。中国参与 I 期临床试验的人群十分复杂,层次多样,身体状况、文化程度、思维模式的不同导致依从性参差不齐,给我国 I 期临床试验的受试者管理工作带来较大难度^[1]。受试者的依从性是决定药物临床试验成功与否的关键因素,也是试验结果真实、科学有效的质量保证^[2]。受试者能否成功配合与受试者的本身因素、研究者、药物不良反应、环境因素等密切相关,作为 I 期临床试验研究室的护理工作,有效地做好受试者全程护理成为 I 期临床试验研究室护士的一项重要工作^[3]。I 期临床试验的受试者大部分是健康人,健康受试者参加试验没有疾病治疗方面的受益,他们是有奉献精神的志愿者,其护理应不同于病房患者,要让受试者感到研究者在关心他们,重视其现实的需要,他们是更应该得到爱与被尊重,故全程护理以减轻受试者的心理负担,满足他们现实需要,确保受试者的人身安全,提高受

试者的依从性为目的,保证试验顺利进行,试验结果真实可靠。我院 I 期临床试验研究室自 2018 年成立以来,共承担了 10 余项健康受试者药物临床试验,全程护理管理工作也在试验开展过程中不断调整与优化,并逐步完善了相关的护理管理制度。

1 I 期临床试验病房的管理

1.1 人员配备与培训

I 期临床试验研究室一般配备主要研究者(PI)、项目管理人员、研究医生、药师、研究护士、质控人员及其他工作人员。所有研究人员均经过系统和严格的《药物临床试验质量管理规范》(GCP)、I 期临床研究相关知识和法规培训,并获得(GCP)证书。研究护士具备高度的责任心、良好的沟通能力和急救知识与技能。在每个试验开始前,研究护士开展关于试验方案、标准操作规程、不良事件识别、应急预案的培训,所有培训、考核均有记录,以保证试验顺利进行,避免执行者的不规范操作对试验造成主观因素影响^[4],以有效应对突发紧急情况,保障受试者安全。

1.2 仪器设备管理

病房内配备一定的仪器设备,包括心电图机、心电监护仪、除颤仪、负压吸引器、抢救车等,所

基金项目:国家科技重大专项课题(编号:2020ZX09201030)
作者单位:830054 新疆乌鲁木齐市,新疆医科大学第一附属医院药学部
* 通讯作者

ability and knowledge of HPV vaccination among local university students in Hong Kong[J]. Int J Environ Res Public Health, 2016, 13 (5):486.

[11] Suryadevara M, Bonvilie J R, Kline R M, et al. Student HPV vaccine attitudes and vaccine completion by education level[J]. Human Vaccines, 2016, 12 (6):1491-1497.

[12] 丁小萍,陶萍萍,张国荣,等.宫颈 HPV 感染相关因素的分析及预防对策[J]. 护理研究, 2008,22(5A):1185-1186.

[13] Li J, Kang LN, Li BY, et al.Effect of a group educational intervention on rural Chinese women's knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines[J].BMC Cancer, 2015, 15:691.

[14] de Martel C, Plummer M, Vignat J, et al.Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type[J].Int J Cancer, 2017, 141 (4):664-670.

[15] 袁琼,吴瑜玲.思维导图式健康教育对 HPV 感染患者的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2019,3(2):111-112.

[16] 王坤,刘庆妍,董丹丹.个体化护理对宫颈癌患者术后不良情绪及应激的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(2):190-193.

[17] Sukasem C, Pairoj W, Saekang N, et al.Molecular Epidemiology of human papillomavirus genotype in women with high-grade squamous intraepithelial lesion and cervical cancer:will a quadrivalent vaccine be necessary in thailand[J].J Med Virology, 2011, 83 (1):119-126.

[18] 王红艳.微信随访对 CIN 合并高危型 HPV 感染患者健康知识认知及自我管理能力的影 响[J].慢性病学杂志,2018,19(8):1116-1118.

[2020-07-20 收稿]
(责任编辑 肖向莉)

有仪器设备由专人管理,固定位置存放,定期检查,定期清洁消毒,定期维护,定期校准,以保证在使用时仪器性能完好。在临床试验开始前研究护士应检查仪器性能是否完好,保证临床试验顺利进行;若受试者发生不良事件时也能及时得到救治,保证受试者的人身安全。仪器设备的检查、使用、消毒、维护与维修都应有详细记录。

1.3 医疗物资管理

病房内所有医疗物资由专人管理,固定位置分类存放,并标识清楚,定期检查有效期及外包装是否完好。在临床试验开始前研究护士根据试验方案预计医疗耗材使用量及种类,请领相关耗材,准备充足的物资,并检查物资的有效期、生产批号、外包装是否完好,并做好相关记录,以保证临床试验顺利进行。

2 试验过程中的全程护理管理和注意事项

2.1 招募期的护理

临床试验的成功首先取决于有效的从公众中招募合适的受试者来实施临床试验。受试者招募是临床研究的重要环节,并且可能是最有难度和最有挑战性的工作^[5]。受试者招募应充分尊重受试者隐私和自主权,应遵循伦理学的公平性及代表性原则^[6]。招募可以委托专业的招募公司,也可自主招募,招募方式有:张贴招募广告、发放宣传册、网络招募、通过微信、短信、QQ群招募等。招募广告必须经过伦理委员会同意后方可使用,避免误导性、鼓励性、诱导性信息。研究护士需评估研究对象的需求,评估招募力度,依据需求适应并实施新的计划,确保招募到合适的研究对象,确保招募的性价比。招募应有专人负责,随时关注招募的进度,并有效控制招募人数及男女比例。当受试者有意向打电话或到I期临床试验研究室报名或咨询临床试验相关问题时,研究者应有效的与受试者沟通,耐心、细心地向受试者介绍试验的目的、相关流程、试验要求、注意事项等,使受试者更多了解临床试验的相关内容,研究者获取更多受试者信息^[7],并登记受试者基本信息(如年龄、身高、体重、既往史等),以减少基础条件不符合的受试者到筛选地,浪费筛选名额,同时提高筛选成功率,并告知其会提前通知知情谈话的时间、地点。

2.2 知情同意期的护理

知情同意是受试者个人权利和利益保护的重要手段,它既规范临床试验参与者、执行者、管理者的医疗行为,又是约束研究行为的伦理原则^[8]。受

试者对知情同意书能充分理解,并在自由和自愿下签字,这才是临床试验的起点。但在临床试验工作中知情同意书普遍过于冗长繁琐,受试者对知情同意书中的试验目的、流程、预期风险、随机化、预期收益、自愿性等项目认知度和理解度较低^[9]。研究护士应创造独立安静舒适的环境,活动区内配有绿植、墙面挂风景画、小点心及茶水,使受试者或其监护人在舒缓情绪、放松心情下认真阅读知情同意书,使其充分理解知情同意书的相关信息,并将知情同意书的副本交给受试者,以便其在决定前进一步考虑,留出足够多的时间给受试者及家属讨论。研究护士应促进倡导受试者开放式的交流,鼓励讨论试验目的、相关流程、潜在风险和获益,协助受试者明确参与的原因,评估受试者对于风险和受益的理解程度,并支持参与者的决定。研究者教育信息应确保准确有效,通俗易懂,对受试者提出的问题应尽可能详细、如实地回答,不得采取隐瞒、欺骗或变相诱导的手段。

2.3 筛选期的护理

受试者筛选是决定药物临床试验中试验进度的一个关键环节^[10]。研究护士可建立受试者微信群,以方便提前通知受试者筛选体检具体时间、流程、注意事项及体检项目。体检前一天告知受试者清淡饮食,忌酒、浓茶、咖啡等,避免熬夜,以免影响检验结果,应提醒女性受试者体检当天做好个人卫生,以避免影响尿常规检验结果。研究者应合理安排受试者筛选体检时间,避免受试者来回奔波,制作筛选体检流程图并人手一份,体检流程尽量简化、一站式化,如胸片、B超等体检项目不在本研究室,可由两名研究人员分队带领受试者前往专室进行检查,以保证受试者顺利完成体检;体检结束后为受试者提供营养美味的早餐。具体的试验筛选流程应根据试验方案制订,研究者应遵循先无创再有创、公平、公正的检查原则对受试者进行筛选^[11]。在受试者筛选体检结束时,研究护士再次核对有无遗漏检查项目,并告知体检报告出来时间,研究医生电话告知体检结果。

2.4 受试者入住期的护理

受试者入组是由研究医生根据方案入选、排除标准判定合格后方可进入试验阶段。可入组的受试者,提前建立入组微信群,通知受试者入住需要携带的生活物品、注意事项、试验日程的安排,以便受试者提前安排工作或家里的事务。受试者入住时,研究护士应主动热情的接待,介绍I期病房环境、入住流程。制作PPT以图文并茂的形式介绍I期病

房的规章制度、入住须知, 试验流程及需配合的注意事项, 使受试者感到研究者对他们重视与尊重。药物临床试验病区采用门禁及监控系统管理, 受试者试验期间不能离开病区, 根据方案要求, 一般入住试验病房 3~10 d 左右, 作息时间都需要配合试验进行。对于这样较长时间封闭式入住、繁琐的试验操作流程, 受试者难免会出现焦虑、烦躁等不良情绪, 因此要为受试者建立安静、整洁、舒适、温湿度适宜的居住环境, 每个房间摆放绿植, 每张床有隔帘, 活动室配备有扑克牌、象棋、图书、电视等, 根据受试者需要放映电影及电视剧等, 以丰富受试者住院期间的精神生活。研究护士在入住期间要细心观察受试者的心理活动, 了解受试者忧虑和担心的情况, 应有计划、有预见性地进行干预, 以缓解受试者的不良情绪^[12]。

2.5 受试者饮食护理

受试者在试验期间禁止吸烟, 避免饮用茶、果汁、碳酸类饮料以及含酒精和咖啡因的饮品, 甚至饮食和饮水等都要配合试验进行, 因此受试者易产生焦虑、烦躁等情绪。研究护士在不违背试验方案的前提下, 应考虑少数民族饮食习惯, 多与受试者沟通, 食物以大众化的口味为主, 为受试者搭配色香味俱全的食物, 尽量使受试者在试验期间吃的舒心, 以减少其不良情绪。开展空腹生物等效性试验时, 在给药前一天晚上禁食前给予受试者加餐, 以避免第 2 天受试者出现低血糖反应。开展餐后生物等效性试验时, 根据《以药动学参数为终点评价指标的化学药物仿制药人体生物等效性研究技术指导原则》, 饮食需高脂、高热量, 由于面包、牛奶、黄油等西式西餐, 大都不符合中国人的饮食习惯, 可能吃不完或乳糖不耐受, 所以我院临床营养科制定了符合中国人饮食习惯的高脂高热食谱, 搭配了豆浆、煎鸡蛋、油炸花生米、卤牛肉等, 并在谈知情同意时仔细询问受试者的饮食习惯, 以了解受试者是否能接受高脂餐及医院统一配餐, 从而提高受试者依从性, 确保试验顺利完成。

2.6 受试者给药护理

由于新药初次应用于人体, 无相关临床使用经验, 对受试者存在一定的潜在、未知风险^[13]。受试者担心试验药物的安全性, 不良反应对身体的伤害, 易产生紧张、恐惧、焦虑等情绪。研究护士应多与受试者沟通, 了解受试者的心理反应, 并告知受试者试验药物的性质、可能出现的不良反应、服药流程及服药注意事项, 告知其研究团队均具有 GCP 证书及丰富的临床工作经验, 掌握试验的标准操作规

程和急救知识与技能, 具有高度的责任心, 并演示服药过程, 以消除受试者的紧张, 以免造成药物掉落等意外发生, 以提高服药时间的精准性及一致性。研究者须在受试者服药后进行手、口检查, 以确保其服下。研究护士应严密观察受试者用药后的反应, 叮嘱受试者若服药后身体不适及时报告, 并及时发现或预见性观察受试者用药后反应, 能随时配合研究医生处理各种不良事件。

2.7 受试者采血护理

I 期临床试验对血样标本采集要求非常高, 用药后必须按试验方案要求定时定量采集血样标本, 否则会出现采血超窗, 导致试验数据的不准确^[14]。给药当天血样采集可达 12~20 次, 由于采血点比较密集, 抽血次数频繁, 难免受试者会有恐惧、紧张等不良情绪, 受试者对试验操作过程中带来的不适使其对临床试验产生恐惧是受试者退出试验的重要因素之一^[15]。为保证血样标本采集顺利, 静脉穿刺时, 应选择型号合适的留置针, 部位尽量首选左前臂粗直且富有弹性的血管, 并避开静脉瓣、关节、血管分叉处等; 穿刺结束时, 留置针透明敷贴固定牢固, 并用胶带蝶形固定^[16]。穿刺前耐心向受试者介绍浅静脉留置针穿刺的目的、保留时间、注意事项、留置针结构原理等, 以消除受试者紧张不安等情绪, 使其在轻松平和的心态下完成静脉穿刺和密集采血。由于反复捆扎止血带会造成受试者采血侧肢体麻木, 为了减轻受试者的不适感, 保证试验顺利进行, 采用无止血带法静脉留置针采集血标本, 以提高受试者的舒适度, 提高受试者的依从性。

2.8 受试者洗脱期的护理

根据研究药物的性质、代谢及半衰期的不同, 试验方案洗脱期时间的长短有所不同, 大部分研究药物洗脱期受试者是离院状态, 但临床试验尚未结束。受试者洗脱期期间依然要遵守临床试验方案的要求, 如不能使用任何药物, 不能抽烟饮酒, 不能摄入含咖啡及黄嘌呤的食物, 不能摄入影响药物代谢的食物, 不能剧烈运动等。研究护士应做好受试者离院前的宣教, 告知其遵守离院须知的重要性, 药物临床试验研究的严谨性, 其肩负医学事业发展和为了人类的健康做贡献的使命感。离院后研究护士在微信群内定期提醒告知离院注意事项, 告知受试者如有任何不适都要第一时间与研究者的联系, 以保证受试者的健康与安全, 从而提高受试者的依从性。洗脱期访视及多周期入住时间研究者应提前一天告知, 如受试者离院较远或遇特殊天气, 为保证受试者按时来院访视或入住等, 研究室应安排受试

者提前一天入住,并提供晚餐,以保证试验顺利进行。

2.9 受试者随访期的护理

受试者出院前,必须完成试验方案规定的体检项目,在无任何不适的情况下方可离院。研究者要根据方案定期对受试者进行随访,随访分为电话随访和来院随访。观察并记录来院随访受试者异常的实验室检查结果、有无不适症状、生命体征、心理活动变化等^[17]。研究护士可制定个性化随访策略,制定随访提醒卡,应用电话或微信提醒受试者随访时间,最大限度地减少受试者反复来往时间及等待时间,方便预约受试者随访时间,并为受试者准备茶点,给予交通补助,保证受试者按时随访,提高受试者的依从性,以便研究者及时发现受试者的任何不适及异常实验室检测值,并对不良事件进行及时处理,以保证受试者的健康与安全。受试者出组随访结束后,即完成整个临床试验。

3 小结

在 I 期临床试验中受试者依从性的影响因素有很多,如病房环境、饮食、研究人员业务能力、服务态度、药物不良反应、以及受试者自身因素都会影响受试者的依从性,任何一种因素的影响都会导致受试者脱落^[18]。I 期临床病房是医院中高风险的科室,因此通过有效全程护理管理以降低风险显得尤为重要^[19]。为了保护受试者的安全,提高受试者的依从性,确保试验顺利完成,保证试验数据的准确性与真实性,研究护士应该遵循试验方案合理做好 I 期临床试验受试者的全程护理。因药物临床试验对每个操作环节要求严谨,每个环节紧密相扣,且均关系到临床试验的质量与成功与否,故从试验招募期到随访期,加强对试验病房、受试者和试验全过程的护理管理,以提高受试者的依从性,对提高药物 I 期临床试验质量有着重要意义。

4 参考文献

- [1] 王帅,毛静远,王贤良,等.中心临床研究中受试者依从性的影响因素及应对措施[J].中国循证心血管医学杂志,2013,5(2):104-106.
- [2] 刘淑英,江子芳,余新燕.HER-2 阳性早期乳腺癌药物临床试验中受试者依从性的护理干预[J].中华现代护理杂志,2013,19(27):3323-3325.
- [3] 陈国霞.浅谈新药 I 期临床试验中心理护理的重要性[J].内蒙古中医药,2015,34(10):162-163.
- [4] 冯丽,顾怡蓉,王泽娟.药物 I 期试验临床管理的研究进展[J].护理管理杂志,2016,16(6):412-414.
- [5] 汪秀琴,熊宁宁,刘沈林,等.临床试验的伦理审查:招募受试者[J].中国临床药理学与治疗学,2004,9(11):1313-1316.
- [6] 谷旭放,仲伟琴,王保和.I 期临床试验受试者招募过程中的伦理问题[J].中国医学伦理学,2016,29(5):801-803.
- [7] 刘琳,何艳,周岩,等.我院药物临床试验受试者筛选失败原因分析及对策[J].中国医药导报,2019,16(6):177-180.
- [8] 朱伟.知情同意:定义、模式和挑战[J].生命科学,2012,24(11):1243-1249.
- [9] 柳沁怡,姜柏生.临床试验中知情同意书的简化问题研究[J].医学与哲学,2017,38(3A):30-33.
- [10] 董瑞华,李丹丹,梁宇光,等.I 期临床试验健康受试者筛选失败原因的分析探讨[J].中国临床药理学杂志,2018,34(8):986-989.
- [11] 陈淑慧,熊欢,程晓华.药物 I 期临床试验受试者全流程规范管理[J].医药导报,2015,34(8):1125-1127.
- [12] 韩颖,赵秀丽.护理质控管理在眼科 I 期药物临床试验健康受试者管理中的应用[J].中国临床药理学杂志,2019,35(23):3115-3117.
- [13] Roberts TG, Goulart BH, Souitieri L, et al. Trends in the risks and benefits to patients with cancer participating in phase I clinical trials [J]. JAMA, 2004, 292(17):2130-2140.
- [14] 邵金萍,吴国华.静脉留置针在 I 期临床试验血样采集中的应用[J].综合护理研究,2008,22(2):518-519.
- [15] 刘英.无止血带静脉留置针采血在药物临床试验中的应用[J].中华损伤与修复志,2015,10(3):276-278.
- [16] 赵彤芳,张雅丽,蒋健,等.药物 I 期临床试验病房管理与受试者护理[J].护理研究,2013,27(12B):4079-4080.
- [17] Gibbs C L, Lowton K. The role of the clinical research nurse [J]. NursStand, 2012, 26(27):37-40.
- [18] 张慧,何晶,赵欣,等.药物 I 期临床试验中研究护士对受试者依从性的护理干预[J].东南国防医药,2016,18(1):86-87.
- [19] 鲁剑萍,夏英.新药 I 期临床试验病房的护理管理[J].解放军医院管理杂志,2019,26(6):591-594.

[2021-02-08 收稿]
(责任编辑 刘学英)

Ilizarov 术后护理脚套的设计与应用

王春艳 李叶萍* 汪丽

中图分类号 R472.4 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.043

糖尿病足主要是初期糖尿病患者没有出现周围神经病变和周围血管病变，却已经出现足部感染的症状，传统外科治疗通常是进行大范围清创和截趾，效果不理想，甚至很多患者在切除破坏组织后，残端处又坏死一圈。Ilizarov 的骨搬移微血管网重建技术开始用于治疗下肢缺血性疾病，为糖尿病足的治疗带来了新的契机^[1]。Ilizarov 技术还适用于肢体延长、骨畸形、骨转位等领域，是用多平面细克氏针贯穿肢体，再连接环形固定器，并用螺栓组装成三维立体结构的外固定器，这种技术既能消除剪力和旋转应力，同时能发挥单纯牵张应力或加压的作用，又能在负重行走时发挥周期性的轴向微动，促进骨的愈合。但是在术后护理的过程中，针道容易发生感染，需要频繁消毒，并保持干燥，在冬季天气寒冷的时候，术后支架因为体积较大，无法穿入裤子中，患者很容易着凉，所以临床护理时多用布料将其裹住保暖，可裹住以后体表散发的水分不能排出，针道容易发生感染。为此，我们设计了一种用于 Ilizarov 术后的护理脚套，能够保持患肢的温度，同时还能保持患肢处干燥，使用方便。

1 设计与制作

Ilizarov 术后护理脚套包括鞋部、腿部、保温单元，鞋部包括鞋底、鞋面，鞋底与鞋面之间是可拆卸连接；腿部包括双层护套围出的圆柱状结构、除湿带、隔离条，通过系带将腿部固定在患肢上，除湿带间隔固定在双层护套之间的间隙中；保温单元包括保温棉、传热网、受热快，传热网位于保温棉内，传热网是由金属制成的细网，传热网与受热块通过金属线连接形成传热通道，受热块与外界热源接触，将外界热源的热量传递到传热网上。Ilizarov 术后护理脚套结构示意图见图 1、图 2。

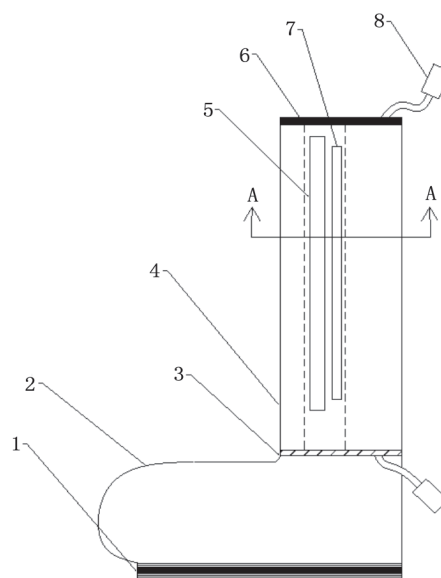


图 1 Ilizarov 术后护理脚套结构示意图
(1.鞋底; 2.鞋面; 3.拉链 a; 4.护套; 5.探窗; 6.系带; 7.色卡; 8.受热块)

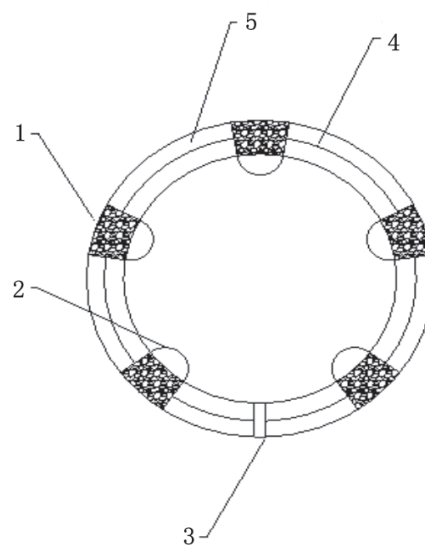


图 2 沿图 1 中 A-A 线剖开的结构示意图
(1.除湿带; 2.隔离条; 3.拉链 b; 4.传热网; 5.保温棉)

2 使用方法

鞋部、腿部，二者通过拉链 A 可拆卸连接在一起，使用时快速拆装，腿部通过护套将患肢包裹，护套上间隔固定有除湿带，除湿袋是变色硅胶，可以通过颜色判断是否应该更换。

作者单位: 621000 四川省绵阳市中心医院骨科脊柱病区
* 通讯作者

新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹的设计与应用

翟从芳

【摘要】 目的 探讨传统弹力绷带环扎压迫法和新型可调档式动静脉内瘘止血夹对动静脉内瘘动脉穿刺点压迫止血的效果。方法 选择2020年1月在本中心以动静脉内瘘为血管通路行血液透析治疗的40例患者为研究对象,对止血压迫方式进行观察,时效3个月。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组,各20例、760例次止血压迫。对照组使用传统弹力绷带环扎压迫法,观察组使用新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹。比较两种方法对于内瘘动脉穿刺点压迫止血的效果。结果 两组患者穿刺点渗血、纱布块移位情况发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$);皮下血肿发生率低于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 血液透析患者使用新型动静脉内瘘穿刺点止血夹止血效果优于传统弹力绷带环扎压迫法止血,可降低穿刺点渗血、纱布块移位、皮下血肿发生率。

【关键词】 动静脉内瘘;穿刺;压迫止血;技术创新

中图分类号 R472 文献标识码 A DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2021.14.044

动静脉内瘘是血液透析患者的“生命线”。在我国,多于80%的慢性肾脏病患者采用动静脉内瘘进行透析治疗^[1]。动静脉内瘘具有容易穿刺、血流量充分、感染率低等优点,是迄今为止应用较广泛、安全也有效的血管通路^[2-3]。动静脉吻合后动脉化的内瘘血管压力增高,每次血液透析须使用16G穿刺针穿刺,且体外循环抗凝剂的使用,

作者单位:230000 安徽省合肥市第一人民医院肾内科

透析后穿刺点止血较困难^[4]。目前对动静脉内瘘穿刺点的止血是通过传统的弹力绷带环扎压迫法,该方式会对整条手臂的血液流通造成阻碍,引起比较强烈的不适感。患者自行松解不易根据实际穿刺情况调节收束力度,且手法繁杂,适用性不够。鉴于此,笔者基于目前存在的内瘘压迫止血护理缺陷,设计了一款新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹,并应用于临床,现将其设计制作与应用介绍如下。

3 优点

3.1 降低Ilizarov外固定架术后患者针眼处感染的风险

Ilizarov外固定架术近几年广泛应用在骨科领域,然而冬季手术后患肢由于支架过大,无匹配鞋袜,导致患者肢体直接暴露于空气中,或者仅能使用单层布套包裹支架环,而自选布类材质及质量参差不齐,因此增加了针眼处感染的风险。使用Ilizarov外固定架术后脚套能够将手术部位完全罩住,不仅保暖美观,而且更有效防止外界细菌灰尘附着,避免了患肢针眼处感染风险。

3.2 使用方便,省时省力

目前患者使用单层布套均由家属协助缠绕包裹,过程复杂且费时费力。Ilizarov外固定架术后脚套使用时可通过鞋部、腿部二者拉链拆卸和连接,简单易操作,患者可自行完成,减轻了家属的劳动力。

3.3 患者体验好

脚套质量较轻,且热源不设置在脚套中,避免

胶套对外固定架压力过大,影响术区预后,除此以外,除湿带能够吸收患肢部分的水蒸气,保持患肢术区的持续干燥,在护套上可以放置保温单元,保温单元用于在寒冷条件下对患肢提供额外热量补充,通过导热性良好的传热网与外界热源连接,将外界热源的热量缓慢传递给患肢,因此,患者冬季使用体验好。

3.4 经济易判断

除湿带采用变色硅胶,可根据颜色判断更换时间,探窗方便医务人员在不拆开脚套的情况下直接观察,探窗边设置有色卡,直观准确判断硅胶使用情况,变色硅胶可在解附后继续使用,成本也较低。

4 参考文献

- [1] 张定伟,秦泗河,臧建成. Ilizarov微循环重建技术治疗Wagner 4级糖尿病足临床疗效分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25(4): 354-356.

[2020-04-12 收稿]

(责任编辑 刘学英)

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 1 月在本中心以动静脉内瘘为血管通路行血液透析治疗的 40 例患者为研究对象。纳入条件：自愿参加本研究，依从性高，认知正常；以前臂自体动静脉内瘘为血管通路，规律透析，每周 3 次，每次 4 h；凝血指标和血小板指标正常。排除条件：合并精神、心理疾病者；凝血指标和血小板指标异常者。按照组间基本特征具有可比性的原则分为对照组和观察组，各 20 例、760 例次止血压迫。对照组采用传统的弹力绷带环扎压迫法，其中男 12 例，女 8 例；年龄 39~80 岁。观察组采用新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹，其中男 10 例，女 10 例；年龄 44~75 岁。两组患者一般资料比

较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本次研究均经医院伦理委员会批准。

1.2 可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹设计与制作

新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹，包括上夹板和下夹板。下夹板的中部固定安装有夹力调节机构，夹力调节机构是由外壳、旋转杆、平面涡卷弹簧、定位弹片、弧形弹片构成。旋转杆转动设置于外壳的中部，旋转杆的侧壁上焊接固定有定位弹片，定位弹片与弧形弹片卡接，弧形弹片固定安装于外壳的内侧壁，外壳的上端与上夹板转动连接，平面涡卷弹簧的两端分别与上夹板和旋转杆焊接固定。可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹结构示意图见图 1，可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹俯视结构示意图见图 2。

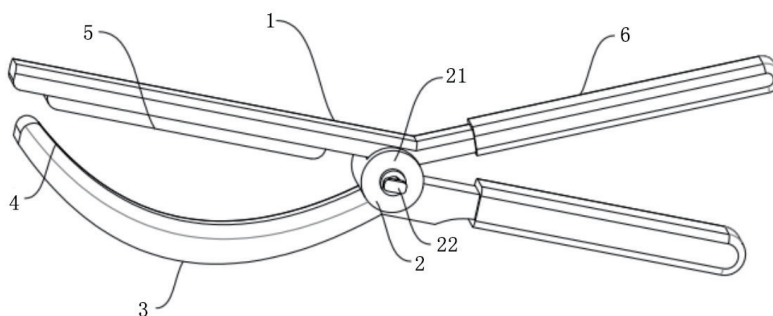


图 1 可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹结构示意图

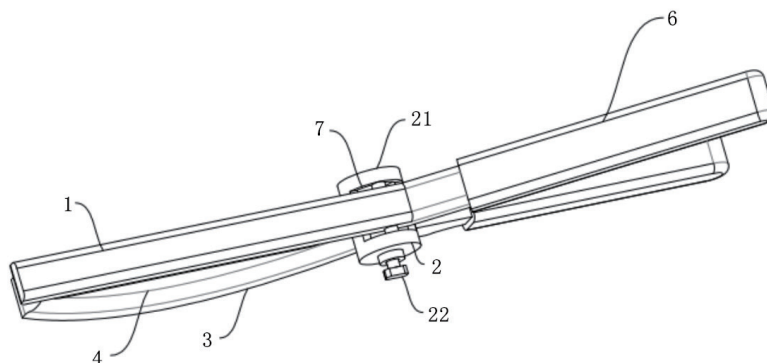


图 2 可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹俯视结构示意图

注：1. 上夹板；2. 夹力调节机构（21. 外壳；22. 旋转杆）；3. 下夹板；4. 硅胶垫；5. 止血棉；6. 磨砂橡胶套；7. 缺口。

1.3 使用方法

血液透析治疗结束后，先用纱布块或棉球按压于穿刺点上方，待穿刺针与皮肤分离后快速拔出，一手拇指立即按压纱布块于穿刺点上方，另一只手取出止血夹，将止血棉对准穿刺点位置夹住。止血夹具有可调档功能，患者根据自身需求调节夹持力度，以有效止血且两端能触摸到震颤为宜。10~15 min 后嘱患者再次调节夹持力度直至彻底去除。该止血夹

止血点定位准确，止血面积大，受压均匀，操作简便。

1.4 评价指标

观察两组患者穿刺点止血中皮下血肿、针眼渗血以及纱布块移位情况。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 18.0 统计学软件，计数资料计算百分率，组间率的比较采用两独立样本的 χ^2 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

观察组穿刺点渗血及纱布块移位率均低于对照

组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 皮下血肿发生率低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组皮下血肿、穿刺点渗血及纱布块移位情况比较

组别	例次	皮下血肿	穿刺点渗血	纱布块移位
对照组	760	6 (0.79)	19 (2.50)	20 (2.63)
观察组	760	1 (0.13)	5 (0.66)	3 (0.39)
χ^2 值		2.296*	8.298	11.301
P 值		0.130	0.004	0.000

* 校正 χ^2 值; 表中 () 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

血液透析患者透析结束后需对穿刺点进行压迫止血, 如压迫止血方法不当, 不但造成血液丢失, 加重贫血, 而且还能引起皮下血肿, 造成血管内膜损伤及内瘘血流量下降, 严重者可导致血管硬化, 周围组织纤维化及血栓形成, 造成内瘘闭塞, 最终导致血管通路丧失功能^[5]。因此有效的压迫止血方法是维护患者内瘘功能的重要手段之一^[6]。目前常用的压迫止血方法为传统弹力绷带环扎压迫法, 此方法对整条手臂的血液流通造成阻碍, 容易造成患者局部肿胀、发绀, 阻碍血液回流, 加速血管瘤的形成。且对于首次内瘘穿刺止血患者而言, 操作繁杂, 不能有效压迫穿刺点, 极易造成皮下血肿, 影响内瘘功能。通过观察证实可调档式动静脉内瘘止血夹可有效避免患者操作不当引起的皮下血肿、穿刺点渗血以及放松止血带时造成的纱布块移位发生率 ($P < 0.05$)。可调档式动静脉内瘘止血夹操作简便, 具有可调档功能, 无需家属协助即可自行进行有效压迫止血。可调档式动静脉内瘘止血夹侧面分别铺设有止血棉和硅胶垫可增加患者舒适度, 避免全部缠绕造成内瘘侧肢体静脉回流受阻, 减少动脉瘤的形成。在透析过程中发生穿刺针脱落、内瘘处血肿等突发情况时, 可解放护士和患者的双手, 减轻护理人员的工作量, 提高护理人员的工作效率、满意度及患者的舒适度^[7]。

综上所述, 新型可调档式动静脉内瘘穿刺点止血夹能够有效、快速止血, 减少内瘘皮下血肿、穿刺点渗血以及纱布块移位, 从而减轻医务人员的劳动强度。止血夹一人一用, 避免交叉感染。

4 参考文献

- [1] 夏婷, 熊艳丽, 袁计彩. 股动静脉压迫器的设计与应用 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(5): 69-86.
- [2] 李新霞, 陈瑞娟, 骆绚芬. 早期护理干预在降低血透患者动静脉内瘘并发症发生率中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2019, 16(2): 51-53.
- [3] 黄晓, 白晓慧, 徐皖东, 等. 超声在血液透析动静脉内瘘术后并发症预防中的应用价值 [J]. 浙江创伤外科, 2019, 24(5): 903-904.
- [4] 金其庄, 王玉柱, 叶朝阳, 等. 中国血液透析用血管通路专家共识 (第 2 版) [J]. 中国血液净化, 2019, 18(6): 365-381.
- [5] 钱鹏. 旋钮式压迫止血器在动静脉内瘘穿刺点止血中的应用效果 [J]. 护理研究, 2019, 33(7): 1260-1262.
- [6] 徐庭洪. 纱布卷指压止血法在血液透析后动静脉内瘘穿刺点出血中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(17): 130-132.
- [7] 朱丽, 丁晓仙, 陈琴珍. 一种实用新型血液透析用镶嵌式止血绷带 [J]. 西南军医, 2017, 19(2): 197-198.

[2020-05-18 收稿]

(责任编辑 陈景景)

NURSING PRACTICE AND RESEARCH

Semimonthly Established in August 2004 Volume 18, Number 14 Jul.25, 2021

CONTENTS IN BRIEF

- Investigation and analysis of influencing factors of self-management level in patients with COPD-OSAHS overlap syndrome.....** LI Jiacong, MA Lingcao (2055)
- Effect of capacity management based on collaborative nursing model on elderly patients with chronic heart failure.....**
..... WANG Luyao, ZHANG Jianwei, WANG Xu (2060)
- The mediating role of career choice anxiety in the influence of vocational nursing students' status -trait anxiety level on career choice** LIU Ping, LIU Jing, PAN Changling (2064)
- Analysis of factors influencing post-traumatic stress disorder response of nurses in pre-hospital emergency department... ..**
..... YAN Minyi (2076)
- Investigation the influencing factors of fear of cancer recurrence in young breast cancer patients during rehabilitation.....**
..... DONG Jie, YU Zhongzhen, GUO Juan, CHEN Dan (2085)
- Analysis of influencing factors of perineal radio-dermatitis in patients undergoing cervical cancer radiotherapy.....**
..... JIN Yang, CUI Yang, XIN Lulu, LIU Yue, YAN Mingzhu (2089)
- Investigation on the training and demand of nurses in nephrology department of general hospitals Grade 2 and above in Xinjiang.....** HUANG Bei, CAI Jianghua, LI Li (2092)
- Analysis of influencing factors of postoperative living quality of patients with infective endocarditis.....**
..... SHI Lihua, HUANG Fang (2095)
- Effect of Kolb experiential teaching on the humanistic care level and core competence of obstetric midwives.....**
..... LIANG Hao (2181)
- Effect of dignity therapy on mental status of patients with advanced tumor diseases.....**
..... SHEN Yehong, ZHAO Lianying, HE Xiubang (2193)

Responsible institution

Health Commition of Hebei Province

Sponsor

Children's Hospital of Hebei
Province 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,
ZHUANG Yiyu, FANG Qiong, JIANG Yan,
LUAN Xiaorong, ZHANG Xiangeng, LI Wei

Publishing

Nursing Practice and Research

Printing

Shijiazhuang Jianian Printing Co.,
Ltd.

Distribution

Hebei Post Newspaper and Journal
Publishing House

Scope of issuing

Overtly Issued at Home and Abroad

CSSN

ISSN1672-9676
CN13-1352/R

Oeder

Post Office All Around China
Code No. 18-112

Price

¥10.00/Number, ¥240.00/Year

Copyright 2021 by the Nursing Practice
and Research

《护理实践与研究》杂志征稿简则

《护理实践与研究》杂志为护理类科技期刊，是河北省卫生健康委员会主管，河北省儿童医院主办的中国医师协会系列期刊。中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库和万方数据——数字化期刊群等全文收录，国内外公开发行；刊号：ISSN1672-9676，CN13-1352/R；半月刊，大16开；邮发代号：18-112。

一、主要栏目

设有：论著，专科护理，基础护理，门诊护理，手术室护理，社区与全科护理，中医护理，心理护理，健康心理与精神卫生，护理管理，护理教育，护理人文，个案分析，调查研究，综述与讲座，经验与革新等栏目。

二、稿件要求

1. 论文务求论点明确、论据可靠、数据准确、论证科学严谨；文字规范、语言练达，内容叙述避免过度自信或模棱两可，但应有作者自己的见解。

2. 论著一般4000字为宜，综述在7000字左右，短篇与个例勿超过1500字。摘要在200字以内。照片和图表应精简，推荐使用三线表。参考文献引用，论著>15条；综述类不应少于30条；短篇与个例5~8条。

3. 论文署名作者应为法定著作权人，文责自负。文稿请附英文题名，3~8个中、英文关键词。本刊只接受电子文件投稿，文稿上请附注第一作者或通讯作者的电话、E-mail及详细通讯地址、邮编。

4. 论文正文中各层次编号采用阿拉伯数字，一般不超过四级。例如一级标题“1”，二级标题“1.1”，三级标题“1.1.1”，四级标题“1.1.1.1”编号顶格书写，分级标题阿拉伯数字间用“.”相隔，末数后不加标点，四级标题以后回段中层次可用(1)、1)、①等排序。

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

6. 医学名词以医学名词审定委员会审定的名词为准，未公布的以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物，按引用的先后顺序列于文末，示例如下：

(1) [专著(书籍)] 序号 作者姓名. 书名[M]. 版本(如果是第1版应略去此项). 出版地：出版单位(国外出版单位可用标准缩写，不加缩写点)，出版年：起页—止页。

例：[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 19版. 北京：人民卫生出版社，1995:1117-1119.

[2] 王庆林. 人体解剖学考试指导[M]. 北京：中国医药科技出版社，1994:116-118.

(2) [连续出版物(期刊)] 序号 作者姓名(3人以内全部写出，3人以上，只写前3人，第3人后加“，等”). 文题[J]. 期刊名(外文期刊可用标准缩写，不加缩写点)，年，卷(期)：起页—止页。

例：[3] 杨苑芳，郭节芳，李健清. 远程指导型家庭病床康复护理对老年腕部骨折患者自理能力及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究，2017,14(14):8-10.

[4] 崔伟燕，吴军，袁小英，等. 医护康一体化管理模式干预鼻咽癌放疗患者张口困难效果研究[J]. 护理实践与研究，2020,17(22):97-99.

9. 论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目，应在文题页左下角注明。

三、注意事项

1. 来稿自留底稿，请勿一稿多投，凡接到投稿回执信2个月，未接到稿件录用通知，该稿可自行处理。稿件一经刊用，同时也被多家数据库收录，不同意者请在投稿时说明。

2. 本刊不收审稿费，稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

3. 投稿者请登陆 <http://www.hlsjyj.com> 注册投稿。

本刊通讯地址：河北省石家庄市建华南大街133号《护理实践与研究》杂志社，邮编：050031；联系电话：0311-85911163，85911463；E-mail：hlsjyjshb@126.com。