

变已往的生活方式从而适应透析治疗,减少透析相关并发症发生,提高患者依从性及生活质量,减少住院率及病死率;同时调动护理人员学习的积极性与主动性。创造良好的护患关系。

参考文献

[1] Sinha AD, Agarwal R. Can chronic volume overload be recognized and prevented in hemodialysis patients? The pitfalls of the clinical examination in assessing volume status[J]. Semin Dial, 2009, 22(5): 480-482.

[2] 燕莺. 护理干预对血液透析患者干体重的影响[J]. 中国社区医师, 2009, 9(2): 11-12.

[3] 肖静. 维持性血液透析患者干体质量的护理[J]. 全科护理, 2011, 9(3): 694-695.

[4] 肖观清, 黄英伟, 邵咏红, 等. 维持性血液透析患者营养状况的评价[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(9): 523-525.

[5] 陶利杰. 维持性血液透析患者营养需要与饮食指导[J]. 吉林医学, 2011, 32(1): 156-157.

[6] 张立国, 吴艳青, 宋延峰, 等. 对维持性血透患者血压与透析间期体重质量增长关系的研究及护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(21): 1977-1978.

[7] 马福莲, 周雯, 马晶. 饮食治疗干预对维持性血液透析患者生活质量的影响[J]. 卫生与健康, 2013, 10(2): 121-123.

[8] 冯凯芬, 古婉仪, 李爱华. 血透患者干体质量的影响因素[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(10): 65-66.

[9] Johnstone S, Halshaw D. Making peace with fluid. Social workers lead cognitive-behavioral intervention to reduce health-risk behavior[J]. Nephrology News and Issues, 2003, 17(13): 20-27.

[10] Meeus F, Kourilsky O, Guerin AP, et al. Pathophysiology of cardiovascular disease in hemodialysis patients[J]. Kidney Int, 2000, 58(Suppl76): 140-147.

(收稿日期: 2015-04-15

修回日期: 2015-05-15)

• 临床探讨 •

亲属纳入健康教育路径在异位妊娠围术期的应用研究

唐健梅(首都医科大学附属北京友谊医院妇产科, 北京 100050)

【摘要】 目的 探讨亲属纳入健康教育路径在异位妊娠女性围术期的临床价值。**方法** 选取该院 2009 年 6 月至 2013 年 6 月进行治疗的 200 例异位妊娠女性, 按照随机数表法分为观察组(100 例)与对照组(100 例)。对照组患者采取常规健康教育手段, 观察组患者在对照组的基础上, 对亲属实施健康教育路径。采用 SCL-90 量表观察比较 2 组患者术前不良情绪, 比较 2 组患者术后并发症发生率, 以及治疗依从性和术后生活质量评分。**结果** 2 组患者的孤独、焦虑、担忧等术前不良情绪评分, 观察组低于对照组($P<0.05$); 术后并发症发生率也显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。问卷结果显示, 观察组患者的治疗依从性和生活质量评分都低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将亲属纳入健康教育路径有利于缓解患者术前不良情绪及术后并发症, 提高患者治疗依从性和术后生活质量, 促进患者治疗和恢复效果。

【关键词】 亲属; 健康教育路径; 异位妊娠
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.053 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)18-2768-03

异位妊娠(EP)是妇科临床最常见和多发的急腹症, 是指受精卵在运动过程中未按照预定路线进入子宫, 并着床于输卵管部位^[1-2]。该情况下受精卵无法正常发育, 同时会严重威胁到患者的生命安全, 是导致早孕期孕妇发生病死的重要原因^[3]。健康教育路径是临床路径在健康教育中的应用^[4]。将健康教育程序化、标准化, 使健康教育更全面、更科学^[5-6]。本研究探讨将异位妊娠患者亲属纳入健康教育路径, 对患者术前不良情绪时期应激反应、术后并发症情况的影响。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2009 年 6 月至 2013 年 6 月收治的 200 例异位妊娠女性作为研究对象, 年龄 22~45 岁, 平均年龄(31±5.4)岁。按照随机数表法随机分为观察组(100 例)和对照组(100 例), 2 组产妇的年龄、受教育水平等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: 确诊为异位妊娠; 患者无器质性疾病; 无精神疾病和沟通交流障碍; 患者及其家属知情并同意。排除标准: 患有认知行为障碍, 难以配合研究; 同期正在参与其他研究实验。

1.2 方法

1.2.1 常规健康教育路径 对照组患者采用常规健康教育路径, 做好入院宣教, 平时由责任护士随机进行宣教, 说明手术目的、注意事项、可能产生的并发后遗症及相应的处理措施等各项工作。观察组在常规护理方案的基础上, 实施将亲属纳入健康教育的路径。

1.2.2 亲属纳入健康教育的路径 (1) 制定亲属纳入健康教育路径: 本研究决定按照时间指标进行策划, 制定亲属纳入健康教育路径表。具体时间段包括: 入院前, 手术前, 手术后, 出院前。包括内容介绍、心理疏导、教育方式等几个主要方面。(2) 患者健康教育路径: ①入院前, 首先向患者及其家属介绍负责治疗期间的主治医师、责任护士、医院环境、管理措施等, 让患者对医疗环境有清晰的认识, 增加熟悉度, 减轻术前恐惧。②针对不同文化水平的患者, 采用通俗易懂的交流方式讲解病症的相关知识、手术流程、治疗时间周期、不良反应及各种检查的重要性与必要性。叮嘱患者注意减少活动, 尽量卧床休息, 不能随便离院。③术后进行患者集中交流分享会, 邀请术后恢复良好的患者进行分享指导, 必要时由责任护士对患者进行“一对一”的心理问题疏导。④教育方式: 责任护士口头讲解、

动作示范、提供书面文字或图文资料。(3)亲属健康教育路径:①入院前,组织家属健康教育指导会。加强与患者家属的交流沟通,并进行相关注意事项的培训。确保患者家属摆正心态,积极同患者一起面对并进行正面引导,形成医院教育与亲属疏导相结合的联合教育,引导患者自身正确认识治疗手段。②指导亲属了解出院手续的办理流程及出院后注意事项。③安排亲属配合学习术后患者的锻炼方式,饮食搭配,日常护理等内容。④教育方式:责任护士口头讲解、动作示范、提供书面文字或图文资料、请术后康复效果良好的患者进行讲解开导。(4)健康教育路径的实施:当班护士或责任护士根据制定好的健康教育路径表对患者及其亲属实施健康教育,每次宣教后通过反问式提问的方式考核患者及其亲属对宣教内容掌握情况,直至其理解内容的意思,宣教护士在相应内容栏内签字,护士长定期抽查护士实施健康教育情况和患者及其亲属掌握健康教育内容的情况。

1.3 观察标准 (1)观察 2 组患者手术前 SCL-90 量表评分水平,比较 2 组患者的不良情绪评分。(2)记录术后患者有无腹胀、尿潴留、腹痛、便秘、感染等并发症。(3)通过自制调查问卷观察 2 组患者治疗依从性及术后患者的生活质量,计算方法:自制治疗依从性量表分值为 25~50 分;自制患者生活质量量表分值为 12~60 分。选项按照依从性从好至差依次排列,选择 1 得 1 分,选择 2 得 2 分,得分越低的依从性越好,生活质量越高。经相关专家证明,本问卷的 Cronbach's α 系数为 0.81,具有良好的内容效度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计软件进行分析,计数资料使用频数表示,比较采用 χ^2 检验;计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者术前不良情绪评分结果比较 根据术前 SCL-90 量表评分结果显示,观察组患者在孤独、焦虑、担忧等不良情绪的评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术前不良情绪评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)				
组别	<i>n</i>	孤独	焦虑	担忧
观察组	100	0.98±0.85	0.91±0.87	0.65±0.66
对照组	100	1.60±0.61	1.45±0.55	1.50±0.42
<i>t</i>		2.137	2.402	2.384
<i>P</i>		0.027	0.012	0.017

2.2 2 组患者术后并发症发生率结果比较 观察组患者发生术后并发症 8 例,并发症发生率为 8%;对照组患者发生术后并发症 24 例,并发症发生率为 24%。2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者术后并发症发生率结果比较[<i>n</i> (%)]				
组别	并发症	尿潴留	便秘	切口感染
观察组	8(8.0)	3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)
对照组	24(24.0)	7(29.2)	11(45.8)	6(25.0)
χ^2	4.215	4.339	3.924	4.368
<i>P</i>	0.022	0.020	0.027	0.019

2.3 2 组患者治疗依从性及术后生活质量评分结果比较 问卷调查结果显示,观察组患者的治疗依从性和术后生活质量评分都低于对照组,2 组患者评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗依从性及术后生活质量评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)		
组别	治疗依从性	术后生活质量评分
观察组	29.57±2.35	18.21±2.68
对照组	38.68±5.21	31.59±5.74
<i>t</i>	2.967	2.137
<i>P</i>	0.002	0.027

3 讨 论

EP 是妇产科常见的急腹症,指受精卵着床于子宫腔以外,可分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及子宫残角妊娠等,其中输卵管妊娠最多见^[7-8]。检测血清 PHCG 是早期诊断异位妊娠的重要方法。目前异位妊娠的发生率占妊娠总数的 2%左右,但病死率占孕产妇病死总数的 9%~10%^[9-10]。由于异位妊娠可引起严重的不良后果,大部分患者对异位妊娠的认识不足,且患者常恐惧家属指责,因此其常伴发心理问题^[11]。关注患者心理感受,将亲属共同纳入健康教育路径尤为重要。且患病时,从熟悉的社会环境进入陌生的医院,从家庭社会的多种角色转变为患者,会产生一系列的护理需求^[12]。患病后,心理方面会产生焦虑、恐惧、孤独等心理问题,从而产生一系列的心理需求。因此应尊重、理解、关怀患者,给予其足够的技术支持与心理疏导。由于异位妊娠对患者的心理、神经和内分泌系统造成一定刺激,促使机体发生应激反应,从而影响手术效果^[13]。亲属纳入能帮助患者缓解压力,给予精神支持,使患者以最佳身心状态渡过手术期。注重患者身心感受,减轻患者的焦虑、恐惧等消极情绪,帮助患者保持良好的心理状态,增强抵抗疾病能力和手术治疗信心。患者由于对疾病知识不够了解,未确诊病例存在侥幸心理,不相信疾病的发展,主观认为医护人员故意夸大疾病的严重性^[14]。针对这样的病例,护理人员首先要介绍疾病的有关知识,并介绍以往发生不听劝告自动离院而导致不良后果的发生,使患者对疾病充分认识,提高其自身的保健能力。另一方面,确诊病例存在恐惧心理,害怕手术,又担心影响生育和生活质量^[15]。针对这些问题,护理人员及亲属要耐心说明疾病发展有一个过程,在输卵管未破裂的情况下,不是异位妊娠一定要进行手术,可进行保守治疗。药物治疗中,病程发展不一,用药情况也不一样。病程较长患者,心理负担较重,会产生焦虑情绪,担心治疗效果不满意。针对这类患者,护理人员及亲属要耐心开导,说明保守治疗时间虽长,但痛苦较小,机体损伤较轻,生育和生活质量影响也小,消除患者顾虑,使其以最佳的心理状态接受治疗。

本研究根据术前 SCL-90 量表评分结果显示,将亲属纳入健康管理路径后,观察组患者的孤独、焦虑、担忧等不良情绪评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本组结果表明,2 组患者术后并发症情况,观察组患者有 8 例术后并发症,并发症发生率为 8%;对照组有 24 例发生术后并发症,并发症发生率为 24%,观察组患者明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究自制治疗依从性及生活质量调查问卷结果显示,观察组患者的治疗依从性和术后生活质量评分都低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示观察组患者的治疗依从性和生活质量均较高。

综上所述,将亲属纳入健康教育路径有利于缓解异位妊娠患者术前不良情绪,降低术后并发症发生率,提高患者治疗依从性和生活质量。对促进患者治疗及恢复具有良好的疗效,值得临床应用并推广。

参考文献

[1] 贾桂英. 中西医结合保守治疗异位妊娠的临床观察及护理[J]. 西部医学, 2008, 20(3): 657-658.

[2] 郑桃晓, 钟渠, 邱芬, 等. 异位妊娠相关因素分析与护理对策[J]. 西部医学, 2009, 21(8): 1403-1404.

[3] 杨琳, 周遵伦. 不同时期异位妊娠发病因素变迁及当下两类特殊异位妊娠诊疗研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(3): 405-406.

[4] 龙福真. 护理干预对降低异位妊娠术再次异位妊娠的影响[J]. 中外健康文摘, 2014, 8(11): 77.

[5] 王艳铭, 朱艳. 异位妊娠发生的相关危险因素及诊治分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(5): 552-554.

[6] 马金凤, 张文馥. 异位妊娠保守治疗的临床观察[J]. 国际妇产科学杂志, 2010, 37(4): 294-295.

[7] 邹玉芬. 心理护理在异位妊娠保守治疗中的应用[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(12): 1130.

[8] 李均, 祝艳, 高树生, 等. 持续性异位妊娠两种治疗方法的

比较[J]. 西部医学, 2009, 21(9): 1546-1547.

[9] 钱珊珊. 异位妊娠患者保守治疗的观察及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(11): 47-48.

[10] 冯友银. 人性化护理对腹腔镜异位妊娠患者围术期应激反应的影响[J]. 护士进修杂志, 2014, 26(18): 1683-1685.

[11] 廖爱娇. 异位妊娠患者临床护理分析[J]. 国际护理学杂志, 2014, 31(10): 2720-2722.

[12] 廖邦兴, 孔祥花, 张南, 等. 异位妊娠临床诊疗中的策略与决策[J]. 医学与哲学, 2010, 31(14): 53-55.

[13] 周正, 王鑫, 沈旭娜, 等. 异位妊娠 246 例临床资料回顾与分析[J]. 基础医学与临床, 2012, 32(6): 707-708.

[14] 卢起飞. 异位妊娠治疗过程中的护理体会[J]. 山东医药, 2010, 50(4): 114.

[15] 刘心利, 朱付凡. 异位妊娠诊治的临床思考[J]. 医学与哲学, 2010, 31(22): 66-67.

(收稿日期: 2015-03-25 修回日期: 2015-04-15)

• 临床探讨 •

3 种改良殆型的全口义齿在牙槽嵴重度吸收无牙颌患者中的临床应用

王若冰(辽宁省沈阳市第一人民医院口腔科 111036)

【摘要】 目的 探讨牙槽嵴重度吸收在无牙颌患者中全口义齿的殆型临床应用。**方法** 选取该院 2011 年 3 月至 2014 年 12 月就诊的全口无牙颌患者 129 例, 随机分为 3 组, 每组 43 例, 全口义齿分别采用长正中殆型、线性殆型与舌向集中殆型。患者佩戴义齿后 1 个月和 3 个月后分别进行满意度问卷调查和咀嚼效率检测。**结果** 长正中殆型组在面部形态、咀嚼功能 2 个方面满意度显著高于线性殆型组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 线性殆型组固位稳定性的满意度高于舌向集中殆型组, 但在面部形态方面却低于舌向集中殆型组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 长正中殆型组的咀嚼效率显著高于其他 2 种殆型组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。其他方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 长正中殆型在牙槽嵴重度吸收无牙颌患者的全口义齿修复中相对其他 2 种殆型, 临床效果更好。

【关键词】 改良殆型; 线性殆; 舌向集中殆; 长正中殆; 牙槽嵴重度吸收; 全口义齿
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.054 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)18-2770-02

随着我国老龄化进程的加快, 无牙颌者越来越多; 且随着人们对健康生活关注度的提高, 全口义齿种植的需求量越来越大。全口义齿的建立是一个重建生理性咬合的过程, 这个过程涉及多方面, 其中殆型不同, 相应的重建的生理性咬合功能也有一定差异^[1]。殆型中, 目前除传统的解剖殆型外, 还有 3 种改良式殆型, 即长正中殆、线性殆和舌向集中殆^[2-4]。现通过 3 种殆型的满意度和咀嚼效率, 研究 3 种类型之间效果的异同。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2011 年 3 月至 2014 年 12 月就诊的全口无牙颌患者 129 例, 其中男 58 例, 女 71 例, 年龄 50~75 岁, 平均年龄(68.12±12.85)岁。随机分为 3 组, 每组 43 例, 全口义齿分别采用长正中殆型、线性殆型与舌向集中殆型。所有患者的牙槽嵴是重度吸收状, 属于 Atwood DA 与 Cawood JI, Howell RH 牙槽嵴分类法中的Ⅲ级和Ⅳ级^[5-6]。129 例患者健康状况良好, 无精神疾病、传染病、恶性肿瘤等, 无严重心、肝、肾、肺功能不全疾病。无颞下颌关节疾病史以及口腔其他

疾病。患者有接听电话、独立完成问卷调查的能力, 且愿意配合完成本研究。

1.2 方法 采用 2 次印模法制取初印模, 制作个别托盘, 利用个别托盘制取终印模, 然后确定水平及垂直颌位关系, 送技工室完成上殆架, 排列人工牙(依所在组不同分别排成长正中殆、舌侧集中殆及线性殆全口义齿), 调殆, 制作蜡型, 注塑加工完成, 试戴^[7]。

1.3 评估指标 (1) 3 组患者分别在戴义齿 1 个月、3 个月接受问卷调查。问卷调查参照李超宏等《全口义齿满意度调查表的设计与研究》设置^[8], 问卷包括患者一般情况以及满意度有关的面部形态、语言表达、咀嚼能力、固位稳定、舒适程度等 5 项。最高分 10 分, 最低分 0 分。分数越高, 满意度越高。(2) 咀嚼效率: 患者在 30 s 内咀嚼花生 2 g(花生经过去皮、去水分等特殊处理), 然后将咀嚼后的花生吐入特制容器中, 通过稀释、搅拌、静置等工序后, 在波长为 590 nm 的单色光中进行吸光度检测。吸光度值越高, 则咀嚼效率越高。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析, 计量