

责任个体化护理模式对血液透析患者肾功能及生活质量的影响

邹丽敏, 郑毅娜, 陈丽云, 施素华, 梁 萌[△]

(厦门大学附属成功医院肾病中心, 福建厦门 361002)

摘要:目的 探讨责任个体化护理模式在血透内科患者透析中的护理效果及对生活质量的影响。方法 以 2014 年 1—12 月该院肾病中心收治的透析患者 200 例为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 100 例。对照组采用常规方法护理, 观察组采用责任个体化护理模式, 对 2 组护理前、后的尿素氮(BUN)、空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)及血清肌酐(Scr)水平, 平均血细胞比容、平均尿素清除指数、尿素降低率水平, 以及生活质量量表(QOL)评分进行比较。**结果** 观察组护理管理后治疗后 HbA1c、BUN、FBG、Scr 水平, 均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组护理管理后平均血细胞比容、尿素降低率高于对照组, 尿素清除指数低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组护理管理后 QOL 评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 血透内科患者采用血液透析治疗时采用责任个体化护理模式效果理想, 有助于改善患者生活质量, 值得推广应用。

关键词: 责任个体化护理模式; 常规护理; 终末期肾病; 血液透析

中图法分类号: R473.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)09-1312-03

终末期肾病多发生于中老年人群, 由于患者年龄相对较大, 再加上患者伴有不同程度的肾功能异常, 增加了患者痛苦, 影响患者健康^[1]。目前, 临床上对于终末期肾病以血液透析治疗为主, 治疗时需要对患者进行血液检验、血液分离等, 保证血液透析的充分、净化。但是, 该方法虽然能改善患者症状, 减轻患者疼痛, 但长期疗效欠佳, 再加上患者缺乏理想的护理方法, 导致患者预后较差^[2]。责任个体化护理模式是临床上常用的护理方法, 该护理模式根据每一例患者实际情况制订针对性的护理方案, 有助于提高患者护理满意度, 促进患者康复^[3]。本研究以 2014 年 1—12 月本院肾病中心收治的透析患者 200 例为研究对象, 分析了责任个体化护理模式在血透内科患者中的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1—12 月本院肾病中心收治的透析患者 200 例为研究对象, 纳入标准: (1)符合终末期肾病临床诊断标准; (2)均经尿培养、尿常规及肾功能等检查确诊; (3)符合血液透析治疗适应证。排除标准: (1)不符合血液透析临床诊断标准及纳入标准者; (2)无法坚持透析、患有严重心脑血管疾病、原发性或继发性痴呆患者; (3)资料不全或难以配合治疗者。本课题在伦理委员会批准、监督下进行, 患者对诊断方法等知情同意。按照随机数字表法将 200 例患者分为对照组和观察组。观察组 100 例, 其中男 55 例, 女 45 例; 年龄 63~75 岁, 平均(70.1±0.2)岁; 疾病类型包括慢性肾衰竭 36 例, 急性肾衰竭 42 例, 急性中毒 22 例。对照组 100 例, 其中男 55 例, 女 45 例; 年龄 64~76 岁, 平均(71.3±0.5)岁; 疾病类型

包括慢性肾衰竭 35 例, 急性肾衰竭 41 例, 急性中毒 24 例。

1.2 方法 2 组患者均给予血液透析治疗, 对照组采用常规方法护理: 向患者宣传教育急性肾衰竭、血液透析等相关知识, 告知患者即将进行的治疗方法、治疗过程中的注意事项等, 充分发挥患者的主观能动性, 提高患者治疗配合度。观察组采用责任个体化护理模式: (1)一对一沟通。根据责任个体化护理模式选择相应的护士与患者进行一对一沟通、交流, 了解患者的病情、生活习惯及个性特征, 对患者进行综合分析、评估, 根据每一例患者实际情况制订相应的干预措施, 实施针对性的护理干预。(2)药物及并发症预见性干预。维持性血液透析相对复杂, 治疗时间相对较长, 治疗期间需指导患者按时、按量用药, 对可能出现的并发症进行预见性干预。同时, 患者积极主动到医院进行复查, 了解患者自身的恢复情况, 对于未知使用方法的药物需及时咨询医生, 避免延误最佳治疗时机^[4]。(3)血液透析患者能否在休息活动这个环节做好, 或者是医护人员能否把握住这个环节, 让血液透析患者在休息与活动方面的平衡效果达到最佳, 对患者的健康起着巨大作用^[5]。维持性血透析治疗期间, 医护人员要及时叮嘱患者进行休息, 避免其出现疲劳、消极等负面情绪, 保证他们的睡眠充足^[6]。(4)根据责任个体化模式管理, 责任护士应该做好消毒、隔离措施, 在对患者病情及时评估的基础上, 根据每一例患者家庭、经济条件等, 及时帮助患者改善日常饮食和生活习惯。

1.3 观察指标 (1)生化指标。2 组护理管理前、后次日早晨空腹抽取 4 mL 静脉血。离心 10 min, 速度

[△] 通信作者, E-mail: 1125806780@qq.com.

为 4 000 r/min,采用生化检测仪测定尿素氮(BUN)、空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)及血清肌酐(Scr)水平,有关操作严格遵循仪器、试剂盒操作说明进行。(2)血液透析指标。观察 2 组护理管理后平均血细胞比容、平均尿素清除指数、尿素降低率水平。(3)生活质量量表(QOL)评分。对 2 组护理管理前、后 QOL 评分进行评估,包括:认知、社会、躯体、角色、情绪等因子,每个因子总分 10 分,得分越高,生活质量水平越好^[7]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数

据处理及统计学分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者护理管理前、后生化指标水平比较 2 组护理管理前 HbA1c、BUN、FBG、Scr 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组护理管理后 HbA1c、BUN、FBG、Scr 水平,均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组患者护理管理前、后生化指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	Scr(μ mol/L)	BUN(mmol/L)	FBG(mmol/L)	HbA1c(%)
观察组	100	护理前	841.3 $\pm$ 186.0	21.2 $\pm$ 3.6	10.6 $\pm$ 2.2	9.7 $\pm$ 2.2
		护理后	316.1 $\pm$ 123.6* [#]	15.6 $\pm$ 3.5* [#]	6.2 $\pm$ 1.9* [#]	6.5 $\pm$ 1.9* [#]
对照组	100	护理前	840.1 $\pm$ 185.2	20.3 $\pm$ 3.5	10.7 $\pm$ 2.3	9.6 $\pm$ 2.3
		护理后	514.4 $\pm$ 114.4 [#]	18.1 $\pm$ 3.7 [#]	6.9 $\pm$ 3.4 [#]	7.8 $\pm$ 1.6 [#]

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与护理前比较,[#] $P < 0.05$

2.2 2 组护理管理后透析效果比较 观察组护理管理后平均血细胞比容、尿素降低率均高于对照组,护理管理后平均尿素清除指数低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 2 组护理管理前、后 QOL 评分比较 2 组护理管理前 QOL 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组护理管理后 QOL 评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 2 组护理管理后透析效果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	平均血细胞比容(%)	平均尿素清除指数	尿素降低率(%)
对照组	100	26.8 $\pm$ 3.4	1.3 $\pm$ 0.4	68.9 $\pm$ 4.2
观察组	100	30.1 $\pm$ 4.2	0.9 $\pm$ 0.3	90.2 $\pm$ 3.4
<i>t</i>		11.293	10.392	12.127
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

表 3 2 组护理管理前、后 QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	认知	社会	躯体	角色	情绪
观察组	100	护理前	5.2 $\pm$ 0.3	4.7 $\pm$ 0.7	4.9 $\pm$ 0.2	6.1 $\pm$ 0.3	5.5 $\pm$ 0.6
		护理后	8.9 $\pm$ 0.6* [#]	6.5 $\pm$ 0.6* [#]	8.7 $\pm$ 0.6* [#]	10.1 $\pm$ 0.5* [#]	9.8 $\pm$ 0.9* [#]
对照组	100	护理前	5.3 $\pm$ 0.5	4.9 $\pm$ 0.7	5.1 $\pm$ 0.9	6.6 $\pm$ 0.6	5.1 $\pm$ 0.3
		护理后	1.9 $\pm$ 0.2 [#]	1.8 $\pm$ 0.7 [#]	1.7 $\pm$ 0.3 [#]	1.5 $\pm$ 0.3 [#]	16.2 $\pm$ 0.8 [#]

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与护理前比较,[#] $P < 0.05$

3 结 论

伴随着血液透析技术的不断发展、完善,目前,其已成为治疗终末期肾病的重要治疗手段之一,该技术能有效延长患者存活寿命,提高患者生活水平。血液透析的缺点同样令人苦恼,在于其是创伤性的终生治疗技术。血液透析的目的是清除患者体内血液的毒性成分,但是,患者治疗过程中如果缺乏有效的护理,则容易增加血源性感染发生率,影响治疗效果。近年来,责任个体化护理模式在血液透析患者中得到应用,且效果理想。本研究中,观察组实施责任个体化护理管理后平均血细胞比容和尿素降低率明显高于对照组,尿素清除指数明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。以上结果提示,维持性控制护理能够明显提高该病患者的透析效果。出现这种现象的原因是多方面的,由于责任个体化护理模式的实施能根据每一例患者情况制订一套标准化的流程方案,更有患者自身的身心需求及多年求医经验为治疗

提供了强有力的帮助,再加上本院专家结合把关各种有利情况,护理人员在护士长的带领下进行严格培训从而确保每个人的操作都达到规范标准,护理技能得到不断提升,手术流程更加顺利,医生的治疗更加得心应手,血液透析的效果自然得到提高。本研究中,2 组患者护理管理前 HbA1c、BUN、FBG、Scr 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组护理管理后 HbA1c、BUN、FBG、Scr 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示责任个体化护理模式能改善患者肾功能水平,有利于提高血液透析效果,促进患者早期恢复。

血液透析进行中,下列护理措施也应当做好:(1)透析间的环境氛围尽可能温馨舒适,房间内的用具如沙发、窗帘等应尽量以浅色调、暖色调为主,如乳白色、粉红色、浅蓝色等令人心情愉悦的颜色,硬件设施也要充分考虑到患者需求,椅子的高低、床铺的软硬等^[8]。(2)注重护患沟通。医护人员应该主动、耐心

地为患者及其家属普及透析知识,让他们充分了解手术很有必要,患者及家属了解手术相关知识后,不仅缓解了他们紧张不安的心理,还能让他们向更多人宣传,也有利于提高手术的治疗成功率^[9]。(3)满足患者的亲情需求。血液透析患者透析过程中极有可能出现寂寞、紧张、焦虑、不安的情绪,这些源于他们对陌生环境的戒备及遭受病痛后的低落心情,护理人员应对其进行适度关怀,以积极热情的态度去鼓舞、支持他们,设身处地理解他们,患者的亲人尽可能地在透析前后一直陪伴患者,关爱他们,让患者时刻感受到来自医护人员及家人的关爱^[10-11]。本研究中,2 组患者护理管理前 QOL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组护理管理后 QOL 评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。出现这种现象的原因在于维持性控制护理的宣传工作完成情况较好,患者的不安情绪得到及时缓解,治疗信心得到提高,病情改善优于常规护理。

综上所述,血透透析患者采用责任个体化护理模式效果理想,有助于改善患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王灵芝. 血液透析护理不安全因素分析及防范措施[J]. 中国药物与临床, 2015, 15(12): 1830-1832.
- [2] 杜萍. 舒适护理在老年血液透析患者中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(22): 125-127.

- [3] 徐清秀, 符霞, 邝惠冰, 等. 血液净化中心实施责任个体化护理模式的效果评价[J]. 护理学报, 2013, 20(6A): 20-22.
- [4] CALLAGHAN D M. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency[J]. Nurs Sci Q, 2003, 16(3): 247-254.
- [5] 章丹. 全程无缝隙护理模式用于维持性血液透析患者的效果评价[J]. 中华全科医学, 2015, 13(8): 1371-1373.
- [6] 王晴. 血液透析并发恶性肿瘤患者的预防与护理[J]. 医学综述, 2015, 21(1): 173-174.
- [7] 吕爱娥, 李晓允. 营养护理对维持性血液透析患者生活质量影响分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(6): 23-26.
- [8] WANG H H, LAFFREY S C. Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2000, 16(9): 459-467.
- [9] MOIST L M, TRPESKI L, NA Y, et al. Increased hemodialysis catheter use in Canada and associated mortality risk: data from the Canadian Organ Replacement Registry 2001-2004[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2008, 3(6): 1726-1732.
- [10] 余春菊. 护理干预对慢性尿毒症血液透析患者心脑血管并发症的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(11): 1243-1245.
- [11] 叶蔚. 糖尿病肾病患者血液透析发生低血压原因及护理干预[J]. 河北医药, 2015, 37(16): 2545-2547.

(收稿日期: 2017-10-25 修回日期: 2018-01-12)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.09.032

行游离皮瓣重建术的颌面部恶性肿瘤患者 输血影响因素的 Logistic 回归分析

赵祎莉¹, 王秀菊^{1△}, 梁志清¹, 王建广²

(中山大学孙逸仙纪念医院: 1. 输血科; 2. 口腔颌面外科, 广州 510120)

摘要:目的 探讨行游离皮瓣重建术的颌面部恶性肿瘤患者围术期输血的危险因素。方法 对因口腔颌面部恶性肿瘤在该院口腔颌面外科住院并实施游离皮瓣重建术的 899 例患者的临床资料进行回顾性分析, 并根据围术期输血情况将患者分为输血组和未输血组, 对 2 组患者的性别、年龄、体质量指数(BMI)、是否合并重大基础疾病、肿瘤 T 分期、N 分期、术前是否进行放化疗、ASA 分级、术前血红蛋白水平、游离皮瓣是否包含骨瓣等相关因素进行 χ^2 检验分析。结果 899 例患者中有 338 例患者围术期进行输血, 总体输血率为 37.60%。输血组在不同 BMI、基础疾病、T 分期、N 分期、术前放化疗、ASA 分级、术前血红蛋白、游离皮瓣种类中所占比例与未输血组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 术前 BMI $<18.5 \text{ kg/m}^2$ 、术前合并重大基础疾病、肿瘤 T 分期为 3~4 期、N 分期 >0 期、术前进行放疗或化疗、ASA 分级 $> \text{II}$ 级、术前血红蛋白水平偏低及游离皮瓣包含骨瓣等患者输血概率明显增加, 术前应尽早干预。

关键词: 游离皮瓣重建术; 颌面部恶性肿瘤; 输血

中图分类号: R739.81

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)09-1314-04

输血对于手术患者围术期出血是最行之有效的治疗方法, 但是由于血液传播疾病及输血不良反应的

威胁, 加上近年来血液供应的持续紧张, 临床合理用血的重要性和紧迫性正逐步受到临床医生, 尤其是手