

[J]. Ann Clin Biochem, 2015, 52(Pt 5): 550-561.

[11] 梁德贤, 李庆军, 陈康荣. 缺血修饰白蛋白对急性冠脉综合征的早期诊断价值[J]. 海峡药学, 2017, 29(5): 67-69.

[10] 曾跃红, 胡景云, 周勇军, 等. 缺血修饰白蛋白在冠状动脉综合征中肌钙蛋白阴性患者中的应用研究[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(9): 1626-1627.

(收稿日期: 2018-08-13 修回日期: 2018-11-24)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 05. 031

## 实施自我护理培训对肠造口患者情绪及生活质量的影响

聂 洁, 李光焰<sup>△</sup>

(陆军军医大学第三附属医院胃结直肠肛门外科, 重庆 400042)

**摘要:**目的 探讨自我护理培训对肠造口患者情绪及生活质量的影响。方法 将 120 例肠造口患者随机分为对照组和试验组, 对照组给予常规术后护理, 试验组患者采取有针对性的造口指导和护理培训等。以自我护理能力测定量表、焦虑自评量表、世界卫生组织生活质量测定量表为评价工具, 对两组患者入院时、培训后进行资料收集。结果 培训后试验组与对照组自我护理能力测定量表总分及各维度评分比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 试验组进行造口护理培训后焦虑及抑郁自评量表评分均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 培训后试验组患者 WHOQOL-100 评分除个人信仰维度外, 其余各维度评分及总分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 培训后, 试验组内 WHOQOL-100 各维度评分与入院时比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 医护人员根据患者不同生理、心理、家庭、社会等情况而进行的自我护理培训, 能提高患者自我护理意识和水平, 调整患者负性情绪, 变被动护理为主动护理, 提高患者心理健康水平及生活质量。

**关键词:**自我护理; 培训; 肠造口; 情绪; 生活质量

**中图分类号:** R473.6

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2019)05-0684-04

直肠癌是一种常见的消化系统恶性肿瘤。直肠癌根治术是当前治疗低位直肠癌的主要手术方式, 肠造口是低位直肠肿瘤的常用治疗手段<sup>[1]</sup>。由于肠造口改变了正常排便途径, 使得这一特殊群体既要面对来自疾病的困扰, 又要承担巨大的精神压力和生活不便, 大大降低了患者的生活质量。相关研究显示, 永久性肠造口患者生活质量普遍偏低, 缺乏相关知识和技能是影响患者生活质量的重要因素<sup>[2]</sup>。由于疾病的原因, 造口患者术后的造口护理工作基本由护士和家属承担, 患者自我护理动手能力较差。而鉴于我国社区护理尚不健全以及永久性结肠造口的特殊性, 患者出院后主要依靠自我护理来维持日常生活<sup>[3]</sup>。术后造口护理是一个长期的过程, 若护理不当, 极易引发并发症, 造成心理及生活困扰。因此, 自我护理是肠造口患者必须掌握的一项重要技能。本研究将探讨自我护理培训对肠造口患者情绪及生活质量的影响, 旨在为肠造口患者院外自我护理提供指导。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用便利取样方法, 选取 2017 年 1 月至 2018 年 3 月本院 120 例肠造口患者为研究对象。入选标准: (1) Miles 术后处于恢复期患者; (2) 患者及家属均自愿参与研究, 无语言或文字沟通障碍, 能独立或在指导下完成调查问卷; (3) 年龄  $< 75$  岁, 无严重心、肺、肾等重要器官功能障碍; (4) 无肿瘤复发或转移。将患者分为试验组和对照组各 60 例。试验

组参加造口自我护理培训, 其中男 32 例, 女 28 例; 年龄( $52.3 \pm 5.1$ )岁; 文化程度: 小学 8 例, 初中 25 例, 高中 19 例, 大专及以上 8 例。对照组未参加造口自我护理培训, 其中男 35 例, 女 25 例; 年龄( $54.5 \pm 4.6$ )岁; 文化程度: 小学 9 例, 初中 27 例, 高中 17 例, 大专及以上 7 例。两组患者的年龄、性别和文化程度比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 给予常规术后护理, 包括术后活动、饮食指导、心理护理, 由责任护士介绍造口类型及造口产品, 进行造口护理操作示范, 发放造口护理宣传手册, 指导家属和患者参与造口更换过程, 并嘱患者出院后定期回院复查及造口随访。

**1.2.2 试验组** 除给予常规护理外, 还建立个人及家庭档案, 由指定医护人员专门负责, 给予患者有针对性的造口指导和护理培训, 帮助解决其个性化造口护理问题, 具体措施如下。

**1.2.2.1 成立造口护理管理小组, 提供针对性专业化指导** 由科室国际伤口造口治疗师担任小组组长, 带领本组护理成员针对患者自身情况提供护理指导。研究表明, 肠造口治疗师在肠造口护理专科领域中, 对预防及处理造口相关并发症、提高患者自我管理能力和提高患者生活质量等方面起到了重要的作用<sup>[4]</sup>。通过造口门诊随访, 电话、微信、QQ 等现代化通讯手段回访, 加强对患者的日常生活指导, 如穿衣、运动、

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 317975112@qq.com.

饮食、淋浴、工作、性生活等;了解患者的自我护理情况,对其及家属进行造口相关知识健康教育,以及造口护理技巧的继续培训,指导患者正确掌握造口袋的更换时机和方法,如何选择适合自己的造口袋及相关产品,如何观察预防及护理造口并发症等等。通过以上措施以提高患者健康知识水平和自我护理技能,减少并发症,提高患者生活质量<sup>[3]</sup>。

**1.2.2.2 组织造口人联谊会,建立微信平台,交流自我护理经验** 研究显示,造口访问,参加造口联谊会是一种树立患者生活信心,提高患者生活质量的有效方法<sup>[5]</sup>。原静民等<sup>[6]</sup>也认为,参加造口人活动,造口患者不仅可以向有经验的病友咨询造口护理技巧及日常生活中的注意事项;更为重要的是患者会感受到众多有同样病情的人相互倾诉、鼓励并为之携手共同前行,患者不再感到孤单和被嫌弃。科室每月举办一次“阳光之家”造口人联谊会,由医护人员讲解造口相关知识,分析造口护理中的常见问题及解决办法;请自我护理效果好的出院患者分享自己的护理经验,总结日常生活中的护理小技巧;建立微信群及微信公众平台,鼓励患者在群内交流自身遇到的造口问题及并发症,并由医护人员发布更新造口及疾病相关知识,丰富患者获取健康知识的渠道。通过这些平台措施,不仅可以促进医护患之间的相互交流,提高满意度,还可以帮助患者交流信息,传递知识,共建战胜疾病的信心,提高自我认同感,达到使造口人主动学习自我护理知识,尽快融入社会,逐步适应造口生活的目的。

**1.2.2.3 进行积极的情绪干预,加强心理康复指导** 由于疾病本身和造口的原因,会给患者带来不同程度的负性心理反应,主要表现为抵触、恐惧、焦虑、抑郁、自卑、依赖等心理状态。相比其他癌症患者,此类患者消极情绪更为明显。许兴芳<sup>[7]</sup>研究认为,通过积极的心理干预改变患者对疾病的歪曲认知和消极态度,引导患者积极应对,增强自信心和自尊感,重新体会生活的意义,以健康、正确的认知促进生活质量的提高。因此,医护人员更应重视造口患者的心理问题,密切关注患者情绪上的波动,与之进行积极、有效的沟通,给予更多的关心、安慰和鼓励,指导其放松、调整情绪的方法,积极、勇敢面对疾病与生活,改变患者的自卑心理,重塑正确的自我理念,增强自我护理能力。

**1.2.2.4 重视提高社会支持水平及家庭照护能力** 社会支持是指个体感到在社会被尊重、被支持、被理解的情绪体验或满意程度<sup>[8]</sup>。社会支持作为一种正性的相关刺激因素可中和主要刺激,被认为是影响肠造口患者术后生活质量的重要因素<sup>[9]</sup>。家庭成员的支持能够减少患者不良情绪的发生、促进疾病的康复<sup>[10]</sup>;亲属、朋友、医务人员等的情感和信息支持是个体创伤后成长的重要促进者<sup>[11]</sup>。引导家属认识到家庭照护及照顾对患者康复的重要作用;提高社会支

持,亲属、朋友及医护人员以乐观、积极的情绪感染患者,给予患者更多的尊重、理解和关心,让患者感受到来自家庭及社会的温暖,增强归属感,有利于患者适应改变和树立新的自我形象,从而更好地自我护理,回归社会生活。

### 1.3 评价工具

**1.3.1 自我护理能力测定量表(TESCA)** 该量表是美国学者 KEAMEY 和 FLEISCHE 在 1979 年根据 Orem 的自我护理理论设计的,包括 43 个条目,分为 4 个维度,即自我护理技能、自我护理责任感、自我护理概念和健康知识水平<sup>[12]</sup>。总分 172 分,得分越高,自我护理能力越强。根据总分将自我护理能力分为 3 个等级,即低等水平(0~57 分)、中等水平(58~115 分)、高等水平(116~172 分)。该量表 2000 年由台湾学者翻译成中文引进,被国内各学者广泛应用,具有良好的信度和效度。

**1.3.2 焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)** 此量表由 ZUNG 编制,是较早引入国内的情绪自评量表。SAS 量表与 SDS 量表均包含 20 个项目,分为 4 级评分,SAS 量表评分:50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑, $\geq 70$  分为重度焦虑;SDS 量表评分:53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁, $> 72$  分为重度抑郁<sup>[13]</sup>。

**1.3.3 世界卫生组织生活质量测定量表(WHO-QOL-100)** 该量表评分包括:躯体功能、心理状态、医患关系、独立性、社会关系、个人信仰等 6 个维度 24 个条目,每个条目 4 个问题,另加 4 个有关总体健康和总体生活质量的问题,共 100 个问题<sup>[14]</sup>。每个维度得分均为正向得分,得分越高,生活质量越好。每个问题采用 5 级评分,5 分最好,1 分最差,逐项打分,一次评分后计算总分。

**1.3.4 资料收集** 由专门负责的医护人员对入组患者发放调查表,住院患者填写完成后及时收回,出院患者采取门诊或电话随访、微信或 QQ 等联系方式进行调查填写。TESCA 量表分别在患者入院时、培训后 6 个月各测评 1 次;SAS 自评量表及 SDS 自评量表在患者入院时、培训后 3 个月各测评 1 次;WHO-QOL-100 测定量表在患者入院时、培训后 6 个月各测评 1 次。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用例数和百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 两组患者自我护理能力比较** 两组患者入院时 TESCO 测定量表各维度评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );进行造口护理培训 6 个月后 TESCO 测定量表各维度评分均有所提高,且试验组明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 入院时及培训后两组患者自我护理能力测定量表总分及各维度评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间	项目	n	自我护理能力总分	自我护理技能	自我护理责任感	自我护理概念	健康知识
入院时	试验组	60	104.74±13.85	26.54±2.71	14.62±3.24	18.12±4.22	45.46±3.68
	观察组	60	102.77±12.80	25.77±2.63	13.82±3.09	17.58±3.84	45.60±3.24
	t		0.57	0.43	0.41	0.52	0.32
	P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
培训后	试验组	60	130.46±17.90	35.61±5.38	20.26±3.35	20.37±3.43	54.22±5.74
	观察组	60	107.36±14.93	26.43±3.28	14.76±4.19	18.88±4.42	47.29±3.04
	t		5.36	2.12	3.28	2.33	2.57
	P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者焦虑、抑郁情绪比较 试验组进行造口护理培训后 SAS、SDS 评分均低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者入院时及培训后 SAS、SDS 评分对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

项目	n	SAS		SDS	
		入院时	培训后	入院时	培训后
试验组	60	67.25±5.47	51.28±4.31	72.16±6.48	52.81±5.39
对照组	60	68.30±4.56	61.17±5.62	72.25±6.59	61.44±6.23
t		-0.363	-6.342	0.411	-6.108
P		0.659	<0.01	0.665	<0.01

2.3 两组患者入院时及培训后 WHOQOL-100 各维度评分比较 入院时两组 WHOQOL-100 各维度评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 培训后试验组患者 WHOQOL-100 评分除个人信仰维度外, 其余各维度及总生活质量评分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。培训后, 试验组内 WHOQOL-100 各维度评分与入院时比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 培训后对照组组内 WHOQOL-100 各维度评分与入院时比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者入院时及培训后 WHOQOL-100 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

项目	试验组		对照组	
	入院时	培训后	入院时	培训后
躯体功能	23.25±4.47	73.28±7.48 <sup>ab</sup>	22.16±5.48	58.81±5.39
心理状态	26.39±4.33	69.17±5.62 <sup>ab</sup>	27.25±5.59	57.44±5.23
医患关系	66.30±5.18	86.63±7.25 <sup>ab</sup>	67.52±6.34	70.33±6.18
独立性	41.21±5.99	81.79±6.69 <sup>ab</sup>	42.37±5.38	53.51±5.90
社会关系	40.38±3.81	67.47±7.73 <sup>ab</sup>	37.30±6.61	51.47±7.08
个人信仰	45.47±5.16	54.49±5.28 <sup>b</sup>	46.30±5.58	52.37±4.25
总生活质量	34.29±3.78	75.65±4.70 <sup>ab</sup>	33.43±3.38	41.54±4.08

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.01$ ; 与组内入院时比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

### 3 讨 论

3.1 造口自我护理培训提高了患者自我护理意识和水平 自我护理能力是指个体为维护 and 促进身体健

康和身心发展所掌握的一种复杂的能力<sup>[15]</sup>。肠造口的存在, 改变了从肛门排出大便的正常生理习惯, 给患者生活带来极大的不便。患者需要掌握一定的造口相关知识及技能来进行自我护理。采用 Orem 自我护理理论能使患者认识到健康是自己的责任, 主动参与治疗护理活动, 尽快承担自我照顾的责任, 而且有效的自我护理行为是防止频繁再住院、降低医疗费用及提高生活质量的有效途径<sup>[16]</sup>。本研究中, 两组患者入组时自我护理能力均处于中等水平, 医护人员利用多种渠道对患者进行持续教育培训, 以满足不同患者的需求。进行护理培训后 6 个月再次评估, 试验组患者在自我责任感、更换造口袋与处理造口并发症、调整饮食与运动方案等自我护理能力方面都有不断的提升。

3.2 造口自我护理培训降低了患者的负性情绪 近年来, 随着人们生活水平的不断提高, 越来越多的患者开始重视生命的质与量, 他们不但要求活着, 还要活得有尊严, 活得愉快。肠造口术虽然挽救了癌症患者的生命, 但同时又使患者在生理、心理等方面受到了不良影响, 容易产生严重的焦虑、抑郁情绪, 为其带来巨大的精神压力<sup>[17]</sup>。医护人员通过与患者及其家庭的有效沟通, 针对不同情况提供针对性自我护理培训, 帮助患者树立正面的榜样作用, 并不断进行改进, 对患者的进步及时给予肯定和鼓励。本研究中应用自我护理模式对患者进行帮助和指导, 结果显示试验组 SAS、SDS 评分低于对照组, 表明进行自我护理培训能调节和控制患者的心理状态, 减轻其焦虑、抑郁的负性心理, 增强自信心, 保持健康心理。

3.3 开展自我护理培训能明显改善患者的生活质量 肠造口患者的生活质量是针对肠造口术这一特定因素的影响, 患者的心理、社会健康、功能水平和对疾病(或)治疗相关症状控制水平的满意度<sup>[18]</sup>。造口患者由于排泄功能改变, 自理能力差, 从而影响生活质量。本研究中, 进行护理培训后的试验组患者在躯体功能、心理状态、医患关系、独立性、社会关系等方面评分明显高于对照组。表明进行自我护理培训可以帮助患者更好地掌握造口护理技巧及健康知识, 改

善心理状态,适应造口生活,激发患者主观能动性,提高生活质量。

综上所述,在临床护理工作中,医护人员根据患者不同生理、心理、家庭、社会等情况而进行的自我护理培训,能充分调动社会支持和家庭关爱,提高患者自我护理意识和水平,调整患者负性情绪,变被动护理为主动护理,从而提高患者心理健康水平及生活质量。

### 参考文献

[1] 沈旻静,张鹏年,孙琳,等. 延伸护理对永久性肠造口患者生活质量的影响[J]. 现代临床护理,2015,14(7):10-14.  
 [2] 张铁玲,胡爱玲,徐洪莲,等. 结肠造口患者生活质量与社会关系质量的相关性研究[J]. 护理学杂志,2013,28(2):40-43.  
 [3] 朱珍玲. 永久性结肠造口患者自我护理能力与生活质量的相关性研究[J]. 护理学报,2011,18(8):17-20.  
 [4] PERSON B, IFARGAN R, LACHTER J, et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence[J]. Dis Colon Rectum,2012,55(7):783-787.  
 [5] 胡妍妍. 护理干预对提高肠造口病人康复期生活质量的研究进展[J]. 护理实践与研究,2010,7(22):120-122.  
 [6] 原静民,郑美春,卜秀青,等. 永久性肠造口患者病耻感现状及其影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2016,51(12):1422-1427.  
 [7] 许兴芳. 直肠癌永久性结肠造口患者出院前压力与应对方式、社会支持的相关性研究[D]. 长沙:中南大学,2011.  
 [8] 吴美丹,姜小鹰. 临床护士对艾滋病知识认知及防护行为

的分析[J]. 中国护理管理,2009,9(6):37-40.

[9] 陈如男,沈园园,郁晓路,等. 肠造口术后不同时间患者生活质量与社会支持的相关性[J]. 解放军护理杂志,2013,30(6):10-13.  
 [10] 李可,杨艳. 聚焦解决模式对肠造口患者主要照顾者的照顾负担及负性情绪的影响[J]. 中华护理杂志,2016,51(2):225-230.  
 [11] HALLAM W, MORRIS R. Post-traumatic growth in stroke carers: a comparison of theories[J]. B J Health Psychol, 2014,19(3):619-635.  
 [12] KEARNY B Y, FLEISCHER B J. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency[J]. Res Nurs Health,1979,2(1):25-34.  
 [13] 邱纪方,张天友,李建华,等. 功能独立性测量的信度与效度研究[J]. 中国康复医学杂志,1998,13(2):54-57.  
 [14] 赵艳丽. 采用聚焦解决护理模式提高尿路造口患者自我管理的效果[J]. 解放军护理杂志,2015,32(13):15-18.  
 [15] 夏姣燕,李丽,张克娜,等. 延续性护理对结肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 护士进修杂志,2013,28(17):1582-1584.  
 [16] 徐静,奚莉. 自我效能干预在肠造口护理中的应用进展[J]. 护理研究,2013,27(20):2065-2067.  
 [17] 吴利蓉. 自我护理管理能力在提升永久性结肠造口患者生活质量中的效果[J]. 中国医药导报,2014,11(35):91-94.  
 [18] 刘晓黎,王莎,王春燕,等. 肠造口患者生活质量测评工具的研究进展[J]. 中国护理管理,2015,15(11):1386-1389.

(收稿日期:2018-07-29 修回日期:2018-11-24)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.05.032

## 血清 HMGB1 水平联合血管内超声对冠状动脉斑块易损性的评估

苏锦文,李新明

(上海市浦东新区周浦医院 201318)

**摘要:**目的 探讨血清高迁移率族蛋白 B1(HMGB1)水平及血管内超声(IVUS)特征与冠状动脉斑块易损性之间的关系。方法 选取 2016 年 4 月至 2017 年 1 月收治的疑诊为冠心病的患者 100 例,行冠状动脉造影后根据结果分为冠心病组和非冠心病组,冠心病组进一步分为急性心肌梗死(AMI)组、不稳定性心绞痛(UAP)组、稳定性心绞痛(SAP)组;检测所有患者血清 HMGB1 水平,采用 IVUS 观察 AMI 组病情较稳定患者及 UAP 组、SAP 组所有患者冠状动脉斑块性质,分析不同组患者的斑块特点。结果 AMI 组患者血清 HMGB1 水平高于 UAP 组( $P<0.05$ ),UAP 组血清 HMGB1 水平高于 SAP 组( $P<0.05$ ),SAP 组血清 HMGB1 水平高于非冠心病组( $P<0.05$ );AMI 组及 UAP 组以脂质斑块为主,SAP 组以纤维斑块为主;AMI 组与 UAP 组破裂斑块比例高于 SAP 组( $P<0.05$ );AMI 组及 UAP 组血管外弹力膜面积(EEMA)、斑块面积(PA)、斑块负荷(PB)、偏心指数(EI)、重构指数(RI)均高于 SAP 组( $P<0.05$ );AMI 组 RI 与血清 HMGB1 水平呈正相关( $r=0.46, P<0.05$ );UAP 组 PB 与血清 HMGB1 水平呈正相关( $r=0.57, P<0.05$ )。结论 HMGB1 可能参与不稳定斑块的破裂过程,联合 IVUS 可有效评估冠状动脉斑块易损性,预测急性冠脉综合征的发生。

**关键词:**冠心病; 高迁移率族蛋白 B1; 易损斑块; 血管内超声

中图分类号:R541.4

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)05-0687-04

动脉粥样硬化本质是局部血管内皮损伤引起的

炎症反应,炎症反应导致局部血管纤维发生增生性改