

建档管理对 2 型糖尿病患者营养不良、负性情绪及并发症的影响

于海英¹, 杨一唯^{2△}1. 陕西省友谊医院社区卫生服务中心, 陕西西安 710068; 2. 陕西省宝鸡市中心医院
心血管内科, 陕西宝鸡 721008

摘要:目的 探讨建档管理对 2 型糖尿病患者营养不良、负性情绪及并发症的影响。方法 分别于 2015 年、2016 年选取医院 2 型糖尿病患者各 100 例, 分别设为观察组和对照组。对照组应用常规健康教育, 观察组应用建档管理模式。分别于干预前、干预后 1 年的随访中评估两组患者的依从性、营养状况、心理状况、自我护理能力及并发症发生率。结果 干预后观察组患者的各项总依从率高于对照组($P < 0.05$); 干预后观察组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组($P < 0.05$); 干预后观察组患者的营养不良发生率低于对照组($P < 0.01$); 干预后观察组患者的自护能力评分优于对照组($P < 0.05$); 干预后观察组患者的糖尿病并发症发生率少于对照组($P < 0.01$)。结论 采用建档管理模式对 2 型糖尿病患者进行干预后可有效加强患者遵医行为, 调节患者负性情绪, 改善患者的营养指标, 提高患者自护能力并减少患者并发症的发生。

关键词:建档管理; 2 型糖尿病; 营养不良; 负性情绪**中图分类号:**R473.5**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2019)21-3214-04

2 型糖尿病是一种慢性疾病, 若治疗不当可能会引起严重的心脑血管病变、视网膜病变、肾脏病变等, 极大影响了中老年患者的生活质量^[1]。健康教育在一定范围内可提高患者的自我护理水平, 但这种干预方式不具有连续性, 短期效果好, 但从远期目标来评估, 作用效果相对较差。建档管理是近年来新兴的一种管理模式, 通过将患者的个人情况、病情信息、健康水平等建立电子和纸质档案, 对糖尿病患者实行连续的管理与监护, 以此制订健康管理计划与措施, 增强对糖尿病的认知程度, 提高患者对自我健康的维护意识, 防止疾病快速发展^[2]。如何提高患者对自我健康的维护、预防糖尿病并发症是防止糖尿病恶化的重点, 本次采用建档管理对糖尿病患者进行监督与指导, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1—12 月在陕西省宝鸡市中心医院就诊的 2 型糖尿病患者 100 例作为对照组; 选取 2016 年 1—12 月在陕西省宝鸡市中心医院就诊的 2 型糖尿病患者 100 例作为观察组。观察组: 男 60 例, 女 40 例; 年龄 48~80 岁, 平均(65.58±10.05)岁; 病程 1~10 年, 平均(6.84±2.21)年。对照组: 男 55 例, 女 45 例; 年龄 49~78 岁, 平均(63.79±9.82)岁; 病程 1~9 年, 平均(5.65±1.28)年。纳入标准: 依据美国糖尿病协会制定的诊断标准确诊为 2 型糖尿病; 年龄 > 40~< 85 岁; 有糖尿病家族遗传史; 无精神性疾病; 依从性好并能主动配合者; 患者或家属会使用手机; 能接受随访; 家属知情同意并签订协议书; 有完整疾病相关的检查与治疗资料^[3]。排除标准: 有糖尿病严重

并发症者; 意识不清者; 严重焦虑、抑郁者; 癌症患者; 合并有心、脑、肝、肾等严重疾病者; 聋哑人; 有胃肠道疾病者。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规的健康教育管理, 包括控制患者每日总热量的摄入, 制订合适的运动计划, 进行用药指导, 讲解糖尿病的发病原因与日常护理, 糖尿病的演变与预防, 发生低血糖时的紧急处理措施等。讲解定期检测血糖与定期复诊的重要性, 护理人员应制订健康宣传手册, 发放给患者, 在此过程中记录干预后的临床效果并做好随访记录。

1.2.2 观察组 为患者建立电子档案的同时建立相应的纸质档案。(1)首先了解患者的一般情况: 年龄、身高、体质量、家庭状况、饮食习惯、日常锻炼、家庭支持度、精神状态、心理状况、家族史及对疾病的了解程度; 合并症, 如高血压、高血脂等; 评估糖尿病并发症; 疾病的治疗情况; 做好随访记录, 包括胰岛素应用剂量及类型; 血糖波动情况、饮食、运动。将以上情况建立归档。(2)根据档案内容及随访情况及时对治疗方案进行调整。护士向患者和家属讲解目前现存的问题, 在护理工作者的指导下共同制订健康计划和健康目标。具体包括①健康教育管理: 由护士制订 PPT 每周开展一次糖尿病健康知识讲座, 发放糖尿病宣传册并建立微信群。增强患者对糖尿病相关知识的了解, 方便患者有问题咨询时可及时对其进行解答, 也可促进患者之间的交流, 提高患者对前期糖尿病健康护理的意识, 预防并发症的发生。②饮食指导: 指导

△ 通信作者, E-mail: 156525134@qq.com.

患者严格限制总热量,让患者及家属根据自身体质量和工作量制订每日饮食量及合理饮食结构,以防总热量过多或过少而引起血糖控制不佳或营养不良,做好记录以便及时调整。③运动指导:指导患者制订合适的有氧运动计划,督促肥胖者减肥,可进行骑车、慢跑、做家务等运动。每周 3~4 次,每次 35 min 左右。④心理指导:针对档案中患者存在的不同心理问题或者普遍共有的心理问题进行集中或单独的疏导,护士可以组织心理讲座或单独与其交流了解现存的心理问题,并引导患者排除消极情绪。⑤用药指导:记录患者的用药情况及对用药的了解程度,针对性地对其进行用药知识宣教,向患者讲解遵医嘱用药的重要性,用药的剂量及类型不可随意调换。低血糖是用药最常见的不良反应,应向患者讲解清楚不良反应的症状及紧急处理措施,告诉患者可以随身携带糖果、饼干之类的以防发生低血糖。⑥家属干预:评估家属对糖尿病的了解程度及对患者的约束情况后实施干预计划,可以举行健康知识讲座向其讲解疾病相关知识及护理措施,并告知家属们监督患者饮食、运动,让患者保持乐观心理的重要性,比如家属可以和患者共同进行运动,既监督了患者运动又可以增进与患者的交流。

1.3 随访 对出院患者及时进行电话随访 1 年,随访内容包括:血糖控制情况、药物应用、运动及饮食日记、患者的依从性,做好并发症的评估并监督患者及时复查,完善建档记录。

1.4 观察指标 (1)评估两组患者的总依从率。根据顾竞春等^[4]学者制订的遵医行为调查问卷和临床经验自制《糖尿病患者依从性评估量表》,评估内容包括定期运动、合理用药、检测血糖、定期复查、并发症预防 5 项,每项包含 4 个问题,各项评分为 0~5 分,共 100 分,80 分以上为依从,50~80 分为中等依从,50 分以下为不依从。总依从率=(依从例数+中等依从例数)/总例数×100%。(2)分别采用抑郁(SDS)、焦虑量表(SAS)评估患者的抑郁和焦虑情绪^[5]。SDS 和 SAS 各含有 20 个项目,每项 1~4 分,总得分越高,说明患者心理状态越差。(3)采用微营养量表(MNA-SF)评估患者的营养不良发生率^[6]。内容包括:体质量、活动、体质量指数(BMI)、进食、小腿围(cc)等,

12~14 分为营养良好,8~11 分为有营养不良的风险,0~7 分为营养不良。营养不良发生率=营养不良例数/总例数×100%。(4)采用自护量表(ESCA)评估患者的自护能力,内容包括^[7]:自我概念、自护责任感、自护技能、健康知识水平 4 个维度,共 32 个条目,采用各维度累积得分法,得分越高说明自护能力就越好。(5)观察两组患者并发症发生率。

1.5 统计学处理 采用统计学软件 SPSS19.0 处理数据,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;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预后的总依从率比较 观察组干预后患者的各项总依从率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者干预后各项总依从率比较(%)

| 项目 | <i>n</i> | 定期运动 | 合理用药 | 检测血糖 | 定期复查 | 并发症预防 |
|----------|----------|-------|--------|-------|-------|-------|
| 观察组 | 100 | 88.0 | 90.0 | 88.0 | 86.0 | 95.0 |
| 对照组 | 100 | 75.0 | 72.0 | 73.0 | 72.0 | 85.0 |
| χ^2 | | 5.604 | 10.526 | 7.16 | 5.907 | 5.556 |
| <i>P</i> | | 0.017 | <0.01 | <0.01 | 0.01 | 0.01 |

2.2 两组患者干预前后抑郁、焦虑评分比较 两组患者干预前 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后观察组患者 SDS、SAS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者自护能力评分比较 干预前两组患者 ESCA 量表亚型评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后观察组患者的健康知识水平、自我概念、自护技能、自护责任感评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组患者干预前后抑郁、焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 项目 | <i>n</i> | SDS(分) | | SAS(分) | |
|----------|----------|------------|------------|-------------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 100 | 52.65±9.21 | 32.45±6.35 | 60.42±10.53 | 36.54±7.35 |
| 对照组 | 100 | 51.65±8.68 | 39.86±7.54 | 61.23±10.86 | 41.36±8.56 |
| <i>t</i> | | 1.117 | 10.630 | 0.757 | 5.979 |
| <i>P</i> | | 0.264 | <0.01 | 0.449 | <0.01 |

表 3 两组患者自护能力评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 项目 | <i>n</i> | 健康知识水平 | | 自我概念 | | 自护技能 | | 自护责任感 | |
|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 100 | 20.57±3.45 | 30.23±4.55 | 21.65±4.53 | 30.66±6.53 | 18.96±2.12 | 31.45±6.64 | 21.23±3.88 | 28.78±3.11 |
| 对照组 | 100 | 20.13±3.41 | 24.63±5.42 | 22.56±5.53 | 24.52±5.86 | 18.89±2.21 | 24.65±5.63 | 21.45±3.44 | 24.63±4.35 |
| <i>t</i> | | 1.282 | 9.332 | 1.800 | 9.896 | 0.323 | 11.046 | 0.173 | 8.015 |
| <i>P</i> | | 0.200 | <0.01 | 0.072 | <0.01 | 0.746 | <0.01 | 0.862 | <0.01 |

2.4 两组干预后营养不良发生率比较 干预后观察组患者营养不良发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 4。

2.5 干预后两组并发症发生率比较 干预后观察组患者并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 5。

表 4 两组患者干预后营养不良发生率比较

| 项目 | <i>n</i> | 营养正常 (<i>n</i>) | 有营养不良 的风险(<i>n</i>) | 营养不良 (<i>n</i>) | 营养不良 发生率(%) |
|----------|----------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------|
| 观察组 | 100 | 50 | 35 | 15 | 15.0 |
| 对照组 | 100 | 40 | 25 | 35 | 35.0 |
| χ^2 | | | | | 10.667 |
| <i>P</i> | | | | | 0.001 |

表 5 干预后两组患者并发症发生率比较

| 项目 | <i>n</i> | 糖尿病肾病(<i>n</i>) | 糖尿病眼部疾病(<i>n</i>) | 糖尿病足(<i>n</i>) | 脑血管病变(<i>n</i>) | 神经性病变(<i>n</i>) | 总发生率(%) |
|----------|----------|-------------------|---------------------|------------------|-------------------|-------------------|---------|
| 观察组 | 100 | 6 | 5 | 2 | 4 | 5 | 22.0 |
| 对照组 | 100 | 8 | 8 | 5 | 7 | 10 | 38.0 |
| χ^2 | | | | | | | 13.763 |
| <i>P</i> | | | | | | | <0.01 |

3 讨 论

常规健康教育只能对糖尿病患者的健康维护起到短期的作用,不能对患者的具体情况有全面且连续性的了解^[8]。建档管理模式是利用医疗机构在诊疗和管理过程中形成的具有保存价值的电子病历,为临床诊疗和开展管理工作提供客观信息,为方便制订护理干预措施,对患者进行健康指导并监督,可以更好地维护患者身心健康的一种管理模式。陈兰等^[9]学者指出,通过建档管理根据患者的相关信息制订健康干预计划,通过规范记录对患者进行长期的健康管理工作,并实施相应干预措施,可控制糖尿病症状的发展,提高患者的生存质量。

在本研究中,干预后观察组患者的心理状况优于对照组($P < 0.05$),说明根据患者建档管理进行针对性的心理干预,可有效改善患者焦虑、抑郁心态,减轻患者不良心理反应,可能与建档后可以较为直观地评估患者的心理状态,对患者实施个性化的心理指导有关。许文琼等^[10]学者在对老年患者进行心理干预后,有效改善了患者心理问题。本研究干预后观察组患者的营养状况优于对照组($P < 0.01$),观察组患者自护能力优于对照组($P < 0.05$),说明应用建档管理对患者进行健康宣教后,增强了患者自护能力,改善了自身营养状态。因为建档管理模式能对患者的饮食、营养指标、生活习惯有较为全面的了解,制订连续性的护理干预计划,能使患者更好地进行自我健康的维护。李鸿燕^[11]对肾衰竭患者实施连续的护理干预后,不仅加强了患者的营养状况而且也提高了患者自护能力。本研究干预后观察组患者的并发症发生率低于对照组($P < 0.01$),观察组的遵医行为优于对照组($P < 0.05$),说明在建档管理模式下可提高患者的依从性并使并发症得到有效的控制,可能是干预后增强了患者对疾病前期预防的重视,使患者正确并及时用药,合理饮食与运动,规律作息,而使血糖控制较为理

想。阎燕等^[12]认为有效的管理模式有助于监控患者的血糖水平,减少糖尿病患者相关并发症的发生。

综上所述,采用建档管理模式对患者进行护理干预后,可有效增强患者的服药依从性,提高患者的营养状态,减少消极情绪,促进自我健康的维护,进而降低糖尿病患者并发症的发生率,此管理模式值得在临床中应用。

参考文献

- [1] 杨秀颖,张莉,陈熙,等. 2 型糖尿病周围神经病变机制研究进展[J]. 中国药理学通报,2016,32(5):598-602.
- [2] 吕庆瑛,梅新年. 2 型糖尿病的社区健康管理初探[J]. 海军医学杂志,2017,38(3):281-282.
- [3] 田勃,洪天配. 美国糖尿病学会 2017 年版糖尿病医学诊疗标准的解读[J]. 中国糖尿病杂志,2017,25(7):577-581.
- [4] 顾竟春,龚幼龙,吕斌. 社区老年糖尿病患者遵医行为依从性调查[J]. 中国全科医学,2011,14(26):3007-3008.
- [5] 田菊,王久菊,权文香,等. 抑郁症患者的情绪对认知功能的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(4):329-331.
- [6] 曲正,张华明,郭享,等. 修订版微型营养评价简表在内科老年住院病人中的应用评价[J]. 肠外与肠内营养,2018,25(1):20-23.
- [7] 王莲莲,张华,王子卫. 系统化造口教育平台在提高永久性结肠造口患者自我护理能力中的应用[J]. 重庆医学,2016,45(27):3790-3792.
- [8] 崔玉玲,笄大贵,甄祯. 个人健康档案管理对社区糖尿病患者生活质量的影响[J]. 中国保健营养,2017,27(10):403-404.
- [9] 陈兰,俞智燕,陈萍. 糖尿病健康教育档案在糖尿病患者管理中的应用[J]. 中国护理管理,2015,15(z1):65-66.
- [10] 许文琼,程捷,张荣,等. 团体心理干预对老年糖尿病合并抑郁状态患者生命质量及糖代谢的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(23):6796-6798.
- [11] 李鸿燕. 延续性护理干预在肾衰竭血液透析患者中的应

用[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(8): 10-13.

(13): 3173-3175.

[12] 阎燕, 杨忠伟, 杨进江. 社区慢性病管理对糖尿病前期患者糖代谢指标的改善作用[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36

(收稿日期: 2019-01-10 修回日期: 2019-04-02)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 21. 047

上皮性卵巢癌患者中多种指标联合检查的意义

黎秀梅

湖北省天门市第一人民医院妇产科, 湖北天门 431700

摘要:目的 探讨血清糖类抗原 125(CA125)、人附睾蛋白 4(HE4)、可溶性间皮素相关蛋白(SMRP)、白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-8(IL-8)在上皮性卵巢癌患者中联合检测的意义及价值。方法 选取 2017 年 1 月至 2018 年 12 月该院收治的卵巢肿瘤患者 84 例, 其中良性卵巢肿瘤患者 42 例(良性组), 上皮性卵巢癌患者 42 例(卵巢癌组); 选取同期来该院进行健康体检的女性健康者 30 例作为对照组, 分析各组研究对象 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 的表达情况。结果 卵巢癌组患者 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平明显高于对照组以及良性组($P < 0.05$), 良性组患者 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$); 卵巢癌组患者 I~II 期 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平明显低于 III~IV 期($P < 0.05$); 浆液性病理类型 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平明显高于黏液性以及内膜样性病理类型($P < 0.05$), 内膜样性病理类型 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平明显高于黏液性病理类型($P < 0.05$)。结论 在上皮性卵巢癌患者血清中 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 的表达水平明显升高, 且随患者病理分型加重而呈现上升趋势, 且在不同病理类型中表达有差异, 临床可通过 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 检查进行上皮性卵巢癌的诊断、分型、分期。

关键词:糖类抗原 125; 人附睾蛋白 4; 可溶性间皮素相关蛋白; 白细胞介素-17; 白细胞介素-8; 上皮性卵巢癌

中图分类号: R446.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)21-3217-03

卵巢癌是目前临床上比较常见的女性疾病, 其发病率仅次于子宫内膜癌及宫颈癌, 其中最为常见的肿瘤类型为上皮性卵巢癌^[1]。上皮性卵巢癌的早期症状不明显, 部分患者在确诊时已发展至晚期, 对于此时接受治疗的患者, 临床数据统计显示 5 年生存率不足 50%, 对女性健康造成严重威胁^[2]。针对上皮性卵巢癌的早期诊断是改善患者预后, 提高患者生活质量的关键^[3]。目前临床针对上皮性卵巢癌的诊断常采用检测人附睾蛋白 4(HE4) 以及糖类抗原 125(CA125) 的方式, 但是关于检测炎性因子以及可溶性间皮素相关蛋白(SMRP) 的研究较少^[4]。本研究通过对不同患者 CA125、HE4、SMRP、白细胞介素-17(IL-17)、白细胞介素-8(IL-8) 的表达情况进行分析, 探讨这些指标在上皮性卵巢癌诊断中检测的意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 1 月至 2018 年 12 月本院收治的卵巢肿瘤患者 84 例, 其中良性卵巢肿瘤患者 42 例(良性组), 上皮性卵巢癌患者 42 例(卵巢癌组)。良性组中患者年龄 25~74 岁, 平均(46.4±2.3)岁; 畸胎瘤 5 例, 纤维瘤 4 例, 炎性包块 5 例, 卵巢囊肿 28 例; 本组患者无任何部位恶性肿瘤, 无严重

感染情况。卵巢癌组中患者年龄 24~78 岁, 平均(46.3±2.1)岁; 黏液性腺癌 16 例, 浆液性腺癌 21 例, 子宫内膜样癌 5 例; 病理分级 I 期 1 例, II 期 19 例, III 期 12 例, IV 期 10 例; 该组患者在入组前未接受化疗治疗。选取同期来本院进行健康体检的女性健康者 30 例作为对照组, 年龄 23~76 岁, 平均(45.4±2.3)岁, 本组人员无肿瘤、炎症等对 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平造成影响的相关疾病。入组人员排除标准: (1) 入组前曾服用药物治疗或接受其他方式治疗; (2) 伴有严重感染情况; (3) 合并充血性心力衰竭; (4) 合并有其他脏器器质性病变。所有入组人员对于本次研究内容知情, 并且在同意书上签字。3 组研究对象在年龄方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 本次研究是在获得医院伦理委员会批准的前提下开展。

1.2 方法 对所有研究对象 CA125、HE4、IL-8、SMRP 以及 IL-17 水平表达情况进行检测。取入组人员清晨空腹上肢静脉血, 使用低分子肝素进行抗凝处理, 离心获得血清, 将其放置于 -80 °C 的冰箱中保存待检, 采用化学发光法检测血清 CA125 水平, 采用酶联免疫吸附法检测 HE4、IL-17、IL-8 以及 SMRP, 本