

- associated with genetic and metabolic defects[J]. J Neurosurg Sci, 2012, 56(1): 49-53.
- [6] HAN L, WANG F, WANG Y, et al. Analysis of genetic mutations in Chinese patients with systemic primary carnitine deficiency[J]. Eur J Med Genet, 2014, 57(10): 571-575.
- [7] OHASHI R, TAMAIL I, INANO A, et al. Studies on functional sites of organic cation/carnitine transporter OCTN2 (SLC22A5) using a Ser467Cys mutant protein [J]. J Pharmacol Exp Ther, 2002, 302(3): 1286-1294.
- [8] 黄新文. 应用串联质谱技术进行新生儿遗传代谢病筛查 [J]. 中国儿童保健杂志, 2011, 19(2): 99-100.
- [9] 麻宏伟. 出生缺陷及常见遗传代谢性疾病的筛查及干预 [J]. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(4): 337-338.
- [10] 黄新文, 杨建滨, 童凡, 等. 串联质谱技术对新生儿遗传代谢病的筛查及随访研究 [J]. 中华儿科杂志, 2011, 49(10): 765-770.
- [11] 韩炳娟, 韩炳超, 邹卉. 串联质谱技术在新生儿遗传代谢性疾病筛查中的应用 [J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(29): 4907-4909.
- [12] 李烟, 赵鼎, 李林飞. 危重患儿质谱技术应用的研究 [J]. 实验与检验医学, 2018, 36(5): 655-656.
- [13] 周斌, 杨玉, 杨利, 等. 串联质谱检测在新生儿疾病筛查的应用价值 [J]. 南昌大学学报(医学版), 2015, 55(5): 69-70.

(收稿日期: 2021-01-07 修回日期: 2021-07-17)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 031

基于 Pender 模式的健康教育对脑梗死合并高血压患者预后的影响*

吴晓芬

九江市第一人民医院神经内二科, 江西九江 332000

摘要:目的 研究基于 Pender 模式的健康教育对脑梗死合并高血压患者心理状态、自我管理行为及生活质量的影响。方法 将 2020 年 1—12 月该院收治 88 例脑梗死合并高血压患者分为观察组和对照组, 各 44 例。对照组者采用常规护理干预, 观察组采用基于 Pender 模式的健康教育干预。观察两组患者血压、心理状态、自我管理行为、生活质量及脑神经功能情况。结果 干预后, 观察组收缩压(SBP)、舒张压(DBP)及焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组自我管理行为、生活质量各项评分高于对照组, 美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于 Pender 模式的健康教育可明显改善脑梗死合并高血压患者的血压、心理状态和脑神经功能, 提高患者自我管理行为和生活质量。

关键词: Pender 模式; 健康教育; 高血压; 脑梗死; 心理状态; 自我管理行为; 生活质量

中图分类号: R473.5

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)20-3033-04

随着我国人口老龄化的加剧, 脑血管疾病成为临床常见的慢性疾病之一, 发生率呈增高趋势。脑梗死是最常见的脑血管疾病之一, 具有发病率高、致残率高、致死率高及复发率高等特点, 威胁患者生命安全^[1]。高血压是脑梗死的常见并发症, 作为以血液持续高压状态为特点的慢性疾病, 由于血液长期处于高压状态, 导致血管内皮细胞受损, 促进血管粥样硬化, 进一步引起脑梗死病情的发展, 造成严重危害^[2]。因此, 对于脑梗死合并高血压患者进行有效的干预治疗成为临床关注的重点。本研究对本院脑梗死合并高血压患者进行基于 Pender 模式的健康教育干预, 分析其对患者预后的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2020 年 1—12 月本院收治的 88 例脑梗死合并高血压患者分为对照组和观察组, 各 44 例。对照组男 28 例, 女 16 例; 年龄 50~80 岁, 平均(65.95±7.13)岁。观察组男 26 例, 女 18 例; 年龄 45~78 岁, 平均(64.34±8.34)岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准: (1)经检查符合脑梗死诊断标准^[3]; (2)经检查符合高血压诊断标准^[4]; (3)自愿参加本次研究。排除标准: (1)妊娠、哺乳期女性; (2)合并其他严重疾病者; (3)精神异常无法配合研究者。

1.2 方法 对照组患者采用常规护理干预, 包括日

* 基金项目: 江西省卫生健康委科技计划项目(202140280)。

本文引用格式: 吴晓芬. 基于 Pender 模式的健康教育对脑梗死合并高血压患者预后的影响 [J]. 检验医学与临床, 2021, 18(20): 3033-

常血压监测、生命体征监测、常规用药指导、抗感染、抗凝及静脉溶栓等。观察组患者采用基于 Pender 模式的健康教育干预,具体内容如下。(1)针对性干预措施。①曾经相关行为:干预前评估患者曾经相关行为,包括饮食习惯、锻炼情况、血压等,对患者正确的方面给予鼓励和肯定,不正确的方面帮助患者分析原因并纠正。②个人因素:主要包括生物、心理和社会因素。生物因素为患者的性别、年龄等一般资料,心理因素包括患者对疾病相关知识的了解等,社会因素包括患者的文化程度、经济水平等。结合患者个人因素进行针对性健康教育。(2)根据患者特定的行为、认知和情感等给予干预。①行为:通过发放健康手册、视频、调查报告等告知患者健康饮食和锻炼的重要性及好处。②认知:询问患者不愿改变行为的原因,并给予一些可替代的行为进行替换;对认为经常监测费用较高的患者进行宣教,告知患者一旦出现危险住院则治疗花费更高,说服患者进行血压监测。③自我效能:干预患者过程中多鼓励患者,对患者做得好的方面予以肯定,增加患者的成功体验;向患者介绍成功案例,使患者获得克服困难的信心。④行为相关情感:与患者多沟通多交流,加强心理护理干预,缓解患者不良心理情绪。⑤人际影响:组建脑梗死合并高血压患者微信群,鼓励患者间相互交流,帮患者结识群内可督促、陪伴行为改变的病友。⑥情景影响:在医院病房或走廊上粘贴宣传栏,介绍脑梗死合并高血压的注意事项;尽量将脑梗死合并高血压患者安排至同一病房。(3)根据行为结果给予干预。①临时需求和爱好:告知患者及家属避免使用对健康有害的食品,做好功能锻炼时间安排;将血压仪放在明显处,让患者家属和亲友提醒患者随时监测血压。②允诺行动计划:为患者制订计划表,包括饮食、血压监测、功能锻炼计划等。两组患者均干预 6 个月。

1.3 观察指标 观察两组患者血压、心理状态、自我管理行为、生活质量及脑神经功能情况。血压:观察收缩压(SBP)和舒张压(DBP)。心理状态^[5]评定:采用焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)评分评估。SAS 评分<50 分为正常,50~59 分为轻度焦虑;60~69 分为中度焦虑;≥70 分为重度焦虑。SDS 评分<53 分为正常,53~62 分为轻度抑郁,63~72 分为中度抑郁,≥73 分为重度抑郁。采用高血压患者自我管理行为测评量表暂定版(HPSMBRS-II)评估患者自我管理行为,包括 6 个方面^[6],分别为用药管理行为(4 个条目)、运动管理行为(3 个条目)、饮食管理行为(11 个条目)、工作与休息管理行为(5 个条目)、病情监测行为(4 个条目),以及情绪管理行为(7 个条目),各个条目以“从不、较少、有时、常常、总是”5 个等级,依次评

为 1~5 分,得分越高表示患者自我管理水平越好。采用健康状况调查量表(SF-36)评估患者生活质量^[7],包括生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(CH)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH),以及活力(VT)8 个方面,每个方面满分均为 100 分,分值越高表示生活质量越好。采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIH-SS)评估患者脑神经功能,满分 42 分,分值越高表示患者脑神经功能损伤越严重^[8]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理,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;计数资料以率或构成比表示,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 SBP、DBP 比较 干预前两组患者 SBP、DBP 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后观察组 SBP、DBP 水平低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者血压比较($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	SBP		DBP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	44	152.82±16.27	137.12±15.43	96.28±11.43	88.24±10.69
观察组	44	153.26±16.45	122.84±13.79	96.37±11.52	79.45±10.37
<i>t</i>		0.126	4.577	0.037	3.915
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者心理状态比较 干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后观察组 SAS、SDS 评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者心理状态比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	44	64.65±5.42	55.37±5.28	63.79±5.68	56.27±5.44
观察组	44	64.68±5.37	46.92±5.15	63.82±5.64	46.59±5.26
<i>t</i>		0.026	7.599	0.025	8.485
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者自我管理行为比较 干预前两组患者自我管理行为各项评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后观察组自我管理行为各项评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者生活质量比较 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($P > 0.05$);干预后观察组生活质量各项评分高于对照组,差异均有

统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

对照组 NIHSS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.5 两组患者脑神经功能比较 干预前两组患者 NIHSS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后观

表 3 两组患者自我管理行为比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	用药管理行为		运动管理行为		饮食管理行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	44	10.68±2.74	13.42±2.85	7.43±1.62	9.27±1.84	31.37±5.64	39.83±5.88
观察组	44	10.62±2.69	16.55±2.88	7.39±1.58	12.15±1.89	31.42±5.71	46.19±5.97
t		0.104	5.124	0.117	7.242	0.041	5.035
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	n	工作与休息管理行为		病情监测行为		情绪管理行为	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	44	11.74±2.89	16.48±3.96	10.42±2.64	13.58±2.74	21.62±3.71	26.94±4.13
观察组	44	11.68±2.82	19.24±4.12	10.45±2.71	16.22±2.85	21.68±3.78	30.65±4.29
t		0.099	3.204	0.053	4.429	0.075	4.133
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	PF		RP		BP		CH	
		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	44	67.42±10.18	74.92±10.26	62.72±9.46	69.74±10.03	64.28±8.48	74.37±9.63	65.12±9.41	73.24±9.66
观察组	44	67.39±10.26	85.19±10.33	63.04±9.29	82.31±10.45	63.96±8.52	85.26±9.87	64.96±9.52	84.62±10.17
t		0.014	4.679	0.160	5.756	0.177	5.238	0.079	5.382
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	n	SF		RE		MH		VT	
		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	44	65.25±8.84	72.38±9.41	63.28±7.14	75.72±8.91	63.05±8.26	73.28±8.43	64.09±8.52	73.14±9.25
观察组	44	65.13±8.56	84.72±9.63	62.96±7.58	83.28±9.36	62.84±8.31	86.17±8.55	63.96±8.58	84.23±9.61
t		0.065	6.079	0.204	3.881	0.119	7.121	0.071	5.515
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 5 两组患者脑神经功能 NIHSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后
对照组	44	19.42±3.67	12.14±2.69
观察组	44	19.58±3.73	6.85±1.67
t		0.203	11.083
P		>0.05	<0.05

3 讨 论

脑梗死主要是由于脑部血管病变导致脑血管狭窄、梗死, 引起脑组织供血不足, 最终致残、致死的严重疾病。高血压是脑梗死常见的并发症, 会加速脑梗死进程, 因此脑梗死合并高血压患者往往预后较差。脑梗死合并高血压好发于中老年群体, 患者往往需要

维持长期的药物治疗, 但老年患者记忆力较差, 依从性较低, 更加剧了疾病的进展, 提高患者遵医行为, 减少不良生活习惯, 是改善患者预后的关键^[9]。

Pender 是期望价值理论和社会认知理论为基础的健康促进模式, 主要是针对影响患者的每个因素进行改善, 帮助患者更好的理解疾病, 增加健康行为, 促进患者健康^[10]。目前, 在国外, Pender 健康促进模式应用广泛, 主要针对影响个人行为因素入手, 指导护士对患者更好地干预, 帮助患者改善健康行为^[11], 但在我国 Pender 应用仍然较少^[12]。为进一步改善脑梗死合并高血压患者的预后, 促进患者遵医行为, 本研究对本院脑梗死合并高血压患者进行基于 Pender 的健康宣教干预, 结果显示, 通过 Pender 宣传

教育,患者对高血压和脑梗死的认知更好,提高了遵医行为,改善了不良生活习惯,因此血压控制效果更佳,且该模式的应用有效改善了患者心理状态、自我管理行为及生活质量,增强患者自我效能,促进神经功能恢复。

综上所述,基于 Pender 模式的健康教育能明显改善脑梗死合并高血压患者的血压、心理状态和脑神经功能,提高患者自我管理行为和生活质量,值得临床应用及推广。

参考文献

[1] 戴逸茹. 基于 Pender 健康促进理论的健康教育对冠心病 PCI 术后患者生活方式与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(21): 56-58.

[2] 罗馥斐, 胡焕禅, 骆美英, 等. Pender 健康促进模式对四肢骨折患者术后功能锻炼效果的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(1): 77-79.

[3] 芦秀琼, 周虹, 杜英堂. 基于 Pender 模式的家庭随访教育方案在肺癌患者中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2017, 37(1): 156-163.

[4] 李楠, 何许, 王泽聪. Pender 健康促进模式在急性胰腺炎患者中的应用效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(31): 2423-2428.

[5] 杨三敏. Pender 健康促进模式对社区胰岛素笔自我注射

糖尿病患者自我管理能力的影 响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(25): 131-133.

[6] 娄程程, 崔丽娟. Pender 健康促进模式在糖尿病患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(20): 2597-2600.

[7] 陈海玲, 马茜茜. Pender 健康促进模式对首次 PCI 术患者出院后遵医行为的影响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(1): 150-152.

[8] 帅晶. 家庭雾化吸入联合 Pender 健康促进模式对 COPD 急性加重期再入院率的影响[J]. 中国实用医药, 2019, 14(7): 1-3.

[9] 邢媛媛, 李莹, 杨振. Pender 健康促进模式用于胃癌化疗期间的临床价值[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(18): 2470-2474.

[10] 邹芸, 郑梅. 基于 Pender 健康促进理论下的健康教育对冠心病经皮冠状动脉介入术术后患者生活方式及生命质量的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(20): 1531-1536.

[11] HEYDARI A, KHORASHADIZADEH F. Pender's health promotion model in medical research[J]. J Pak Med Assoc, 2014, 64(9): 1067-1074.

[12] 李曼, 朱慧欣, 孙莹. 基于 Pender 健康促进模式的干预方案在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(8): 1094-1097.

(收稿日期: 2021-02-09 修回日期: 2021-07-11)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 20. 032

ERAS 理念对盆底重建手术患者术后应激反应、康复及并发症的影响

龙卫红¹, 于翠革²

陕西省人民医院: 1. 手术室; 2. 妇科, 陕西西安 710068

摘要:目的 探讨加速康复外科(ERAS)理念对盆底重建手术患者术后应激反应、康复及术后并发症的影响。**方法** 选取 2018 年 10 月至 2020 年 6 月该院收治的因盆底器官脱垂行盆底重建术的患者 96 例, 分为 ERAS 组与对照组, 各 48 例。ERAS 组围术期给予 ERAS 理念指导下的护理干预, 对照组围术期实施常规护理干预, 比较两组主观舒适度、术后应激反应、康复情况及术后并发症发生情况。**结果** 术前 0.5 h 比较, ERAS 组口渴感、饥饿感评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组术后 24、48 h 比较, ERAS 组去甲肾上腺素(NE)、皮质醇(COR)、前列腺素 E2(PGE2)水平均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); ERAS 组恶心呕吐发生率、首次排气时间、首次下床时间、留置尿管时间均低于或短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组手术 6 个月后盆腔器官脱垂分级(POP-Q)比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); ERAS 组水电解质紊乱发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** ERAS 理念指导下的护理干预可提高盆底重建手术患者舒适度, 减轻术后应激反应, 减少术后并发症, 促进术后康复。

关键词:加速康复外科; 盆底重建手术; 应激反应; 并发症

中图分类号:R473.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2021)20-3036-04

加速康复外科(ERAS)以循证医学为依据, 通过与外科、麻醉科、营养科等协作, 制订一系列干预措施

以减少手术心理及生理应激反应, 优化围术期护理服务, 促进患者康复, 缩短住院时间, 减少医疗费用^[1]。