

# 第35届

## 中国防痨协会全国学术大会 暨第四届中国防痨科技奖颁奖大会

The 35th National Academic Conference and the 4th Science and Technology Award Ceremony of Chinese Anti-Tuberculosis Association in 2024

# 论文汇编 (护理篇)

**主办单位:** 中国防痨协会  
重庆智飞生物制品股份有限公司  
**承办单位:** 浙江省疾病预防控制中心  
浙江省防痨协会  
湖州市卫生健康委  
**协办单位:** 湖州市疾病预防控制中心  
湖州市防痨协会

2024年9月27-30日  
浙江·湖州

# 营养蛋白复合粉

固体饮料

5年临床成果转化、上万例患者获益

**高能量密度  
促进BMI恢复**

每日供能458.88kcal,完全符合  
结核病患者ONS供能需求标准  
400~600kcal/日。

**黄金配比蛋白  
纠正负氮平衡**

优质蛋白>50%,酪蛋白含量高,  
持续释放氨基酸,帮助人体保持  
氮平衡。

**低呼吸商  
减少肺负担**

高脂低碳配比,减少CO<sub>2</sub>生成,降低呼  
吸系统通气负荷,促进肺功能恢复。



# 序 言

为了加速推进中国科协关于“十四五”期间科学普及科技创新高质量发展，推广结核病控制新策略和新措施，加速推广结核潜伏感染筛查和预防性治疗新技术、新方法，加强结核新疫苗、新的分子诊断技术和新的更短、更有效的治疗方案的研发和成果的推广应用，加强患者主动发现和结核社区建设，发挥科技创新的关键和中坚作用，加速结核病防治前沿科学技术交流，推进结核病防治交叉学科发展，加强全国各级结核病防治人才队伍建设和基地建设，搭建全国结核病防治政、产、学、研、用的服务平台，促进结核病诊、防、治新技术的成果转化和推广应用，积极倡导全国广大防痨科技工作者在中国防痨协会第 35 届全国学术大会暨第四届中国防痨科技奖颁奖大会进行学术交流。

护理工作者是医疗卫生队伍中的重要组成部分，在结核病防治和临床诊疗中承担着不可或缺的责任与使命。为了展示结核护理领域的最新研究成果、实践经验与创新探索，搭建一个学术交流与分享的平台，促进结核护理学科的高质量发展，在中国防痨协会护理专业分会的积极组织下，本次会议共收到护理类文章 233 篇，其中全文 180 篇、摘要 47 篇、题录 6 篇，编辑成《第 35 届全国学术大会论文汇编——护理篇》进行大会学术交流。其论文涵盖结核病的临床护理、心理护理、康复护理、耐药结核病护理等多个方面，从理论探讨到实证研究，从技术创新到实践应用，每一篇论文都充分展示了作者在该领域的深厚造诣和独到见解。我们相信，该论文汇编不仅能够为结核病护理领域的专家学者提供宝贵的学术资源，也能够为相关行业的实践者带来有益的启示和借鉴。

最后，我们要感谢所有论文作者以及为本次会议和论文汇编出版付出辛勤努力的工作人员。让我们携手共进，在结核护理的道路上不断探索、不断前行，为人类的健康事业贡献我们的智慧与力量。

中国防痨协会全国学术大会学术委员会

2024 年 9 月 27 日

# 目录

|   |     |
|---|-----|
| 结核后肺疾病患者肺康复护理的研究进展 .....                          | 1   |
| 服用利奈唑胺致黑毛舌的耐多药结核患者的护理 .....                       | 6   |
| 肺结核合并慢阻肺的高危因素与护理应对措施分析 .....                      | 9   |
| 家庭参与的延续性护理对老年肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响 .....             | 12  |
| 基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者管理研究 .....                    | 15  |
| 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者安宁疗护体会 .....               | 18  |
| 基于 Orem 支持-教育系统理论在结核性脓胸术后带管出院患者护理中的应用 .....       | 21  |
| 肺结核患者应用抗结核药物不良反应及影响因素分析 .....                     | 25  |
| 全方位随访护理在结核病患者督导治疗中的应用效果 .....                     | 30  |
| 精细化护理在肺结核患者纤支镜术后的应用分析 .....                       | 33  |
| 基于护理干预的肺结核患者生活质量研究 .....                          | 36  |
| 人工智能在肺结核合并慢性阻塞性肺疾病患者中进行呼吸康复护理的研究进展 .....          | 40  |
| 互联网+模式下肺结核患者居家痰液管理效果研究 .....                      | 42  |
| DVT 预防集束化护理管理模式在重症结核病患者中的应用 .....                 | 44  |
| 互联网+延续性护理模式对大学生肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响 .....           | 46  |
| 肺结核患者污名感受影响因素及干预策略研究进展 .....                      | 49  |
| 优质护理服务在结核性腹膜炎临床护理中的应用价值评价 .....                   | 53  |
| 护理干预在胸壁结核术后加压包扎与持续负压吸引技术中的应用价值 .....              | 56  |
| 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析 ..... | 58  |
| 针对性护理干预在胸腔闭式引流治疗自发性气胸中的应用研究 .....                 | 61  |
| 中长导管在住院结核输液治疗患者中的应用与研究 .....                      | 65  |
| 基于 PERMA 模式的护理干预在结核性胸膜炎积液引流患者中的应用 .....           | 67  |
| 品管圈在降低结核患者全麻术后便秘发生率的应用 .....                      | 70  |
| 品管圈活动在提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率中的应用 .....                | 72  |
| 中长导管在住院结核输液治疗患者中的应用与研究 .....                      | 74  |
| 品管圈活动在降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率中的应用 .....               | 77  |
| 在资源有限的医疗机构中对复杂结核病的整体护理 .....                      | 80  |
| 老年结核病患者衰弱状况及影响因素分析 .....                          | 85  |
| 家庭参与的延续性护理对肺结核患者遵医行为及负面情绪的影响 .....                | 88  |
| 护理干预结合清单管理对在结核性胸膜炎患者留置一次性无菌引流导管的效果影响 .....        | 90  |
| 心理干预在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中的效果探讨 .....                   | 92  |
| 护理管理在重症孕产妇结核性脑膜炎患者中的运用 .....                      | 94  |
| 结核病与艾滋病共病护理实践的研究进展 .....                          | 96  |
| 一例甘露醇外渗引发的护理安全事件分析 .....                          | 100 |
| 探讨一例结核性脑膜炎合并糖尿病患者留置 picc 引起管道外血栓形成的护理体会 .....     | 105 |
| 结核性脓胸胸膜剥脱术中护理的探讨 .....                            | 107 |
| 细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响 .....                       | 110 |
| 脊柱结核手术患者的手术室护理效果 .....                            | 113 |
| 充气式加温仪在预防脊柱结核手术患者低体温中的应用效果 .....                  | 115 |
| 舒适护理在围术期手术室护理中的应用效果 .....                         | 117 |
| 呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预对慢性结核性脓胸 123 例手术后患者康复的护理体会 .....    | 120 |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| 认知-存在团体在肺结核护理管理中的应用 .....             | 122 |
| 对甲亢患者围手术期进行心理护理的体会 .....              | 124 |
| 结核病门诊健康教育管理的实施策略与思考 .....             | 126 |
| 优质护理服务在结核病门诊护理工作中的应用 .....            | 129 |
| 血透对结核患者利福平血药浓度的作用影响 .....             | 131 |
| 综合护理对结核性胸膜炎胸腔积液患者的效果 .....            | 136 |
| 结核病医院内科预防感染中强化护理管理探讨 .....            | 140 |
| 结核病医院内科预防感染中强化护理管理应用的效果分析.....        | 142 |
| 耳穴压豆在肺结核不寐患者中的进展 .....                | 144 |
| 耳部全息刮痧合并耳穴贴压治疗肺结核合并失眠患者的相关性研究.....    | 146 |
| 耳穴压豆在肺结核失眠患者中的应用效果分析 .....            | 149 |
| 整体护理用于耐多药结核病护理效果分析 .....              | 150 |
| 循证护理对老年压疮患者生活质量的影响分析 .....            | 153 |
| 耳针（耳穴压豆）在一例眼结核患者的护理体会.....            | 155 |
| 心肺康复训练结合心理护理在慢阻肺伴呼吸衰竭患者中的应用.....      | 158 |
| 运用品管圈提高耐药结核科自理能力评估准确率.....            | 162 |
| 一例继发性肺结核、重症肺炎并发下肢静脉血栓患者的护理.....       | 164 |
| 循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果.....          | 172 |
| 结核与艾滋共病的综合防治策略研究进展 .....              | 175 |
| 呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用研究.....       | 180 |
| 耐药结核病的延续性护理研究进展 .....                 | 182 |
| 延续护理方案在耐药结核病患者中的应用效果 .....            | 186 |
| 奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理在肺结核患者中的应用分析..... | 189 |
| 个案管理提高耐药结核病患者治疗依从性的应用效果分析.....        | 193 |
| 线上干预模式在试管婴儿妊娠期感染结核患者护理管理中的应用研究.....   | 196 |
| 健康教育干预对老年肺结核患者住院期间临床护理效果的影响.....      | 200 |
| 加强肺结核护理对于预防并发症价值 .....                | 201 |
| 1 例血行播散型肺结核并发骨髓抑制患者的护理.....           | 203 |
| 结核性腹膜炎临床应用优质护理服务的效果分析.....            | 207 |
| 肺结核护理中完全管理模式的实施分析 .....               | 209 |
| 颈淋巴结结核病灶清扫术后并发症护理 .....               | 211 |
| 心理护理干预在纤维支气管镜检查中的应用 .....             | 213 |
| 心理护理对肺结核病耻感的影响 .....                  | 215 |
| 综合性护理干预在多重耐药性肺结核患者中的应用效果分析.....       | 216 |
| 纤维支气管镜下给药治疗支气管内膜结核的护理效果评价.....        | 218 |
| 肺结核咯血合并高血压护理分析 .....                  | 221 |
| 优质护理干预在提升肺结核护理质量的效果 .....             | 223 |
| 多维健康管理在耐多药结核病患者护理中的效果观察.....          | 226 |
| 呼吸训练对慢性阻塞性肺气肿患者肺功能的影响评价.....          | 229 |
| 呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用研究.....       | 231 |
| 优质护理服务对结核病护理工作满意度的影响观察.....           | 233 |
| 探究糖尿病患者护理安全隐患及护理措施 .....              | 234 |
| 循证护理模式对肺结核患者围术期肺功能指标及并发症的影响.....      | 236 |
| 人文关怀护理对耐多药结核病患者焦虑抑郁情绪的影响.....         | 239 |

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| 肺结核大咯血护理 .....                        | 243 |
| 健康教育路径在脊柱结核护理中的应用 .....               | 244 |
| 护理干预对支气管结核患者应用价值 .....                | 247 |
| 人文护理在骨结核患者中的应用 .....                  | 249 |
| 结核性脑膜炎康复护理中优质护理的应用 .....              | 251 |
| 结核性盆腔炎中西医综合治疗护理 .....                 | 254 |
| 呼吸功能锻炼及有效咳嗽对肺结核患者排痰效果的影响.....         | 256 |
| 优质护理服务在结核性腹膜炎临床护理中的应用.....            | 258 |
| 延续性护理对肺结核患者的临床护理效果观察 .....            | 259 |
| 结核病的营养影响因素及治疗中的营养支持 .....             | 262 |
| 结核性腹膜炎的内科护理对策分析 .....                 | 263 |
| 营养护理在结核患者护理中的应用 .....                 | 266 |
| 细节护理在结核性脑膜炎护理中的应用 .....               | 268 |
| 氧疗在结核病中的应用护理 .....                    | 270 |
| 护理干预对支气管结核患者应用效果 .....                | 271 |
| 康复护理在结核性脑膜炎患者护理中的应用 .....             | 273 |
| 1 例肠结核合并重度营养不良患者的个案护理 .....           | 275 |
| 个体化口腔护理干预对肺结核咯血患者的影响观察.....           | 278 |
| 结核性气管狭窄经高压球囊扩张气道成形术护理效果干预评价.....      | 281 |
| 思维导图引导的康复护理在胸腰椎骨结核手术患者中的应用效果.....     | 284 |
| 腰椎结核术后延续护理的应用价值及改善生活质量分析.....         | 287 |
| 医护一体化管理模式在含贝达喹啉方案治疗耐药肺结核患者中的应用.....   | 290 |
| 饮食护理在糖尿病合并肺结核患者护理中的临床应用探讨.....        | 293 |
| 人性化护理在重症肺结核患者应用效果及对患者肺功能的影响.....      | 295 |
| 规范化护理对重症结核患者生存质量影响的研究.....            | 298 |
| 结核性胸膜炎合并糖尿病护理方法的探究 .....              | 300 |
| 早期干预在重症结核性脑膜炎康复护理中的应用效果分析.....        | 302 |
| 协同护理在重症结核性脑膜炎患者中的应用效果观察.....          | 304 |
| 肺结核合并呼吸衰竭患者机械通气治疗的护理报告.....           | 307 |
| 护理质量与安全在降低重症结核患者静脉治疗护理并发症中的作用探讨 ..... | 309 |
| 循证护理在重症肺结核合并呼吸衰竭患者中的应用.....           | 311 |
| 基于提高耐多药结核患者服药依从性的临床护理路径效果研究.....      | 314 |
| 重症肺结核合并呼吸衰竭患者的临床护理体会 .....            | 316 |
| 风险护理对重症监护室肺结核患者肺功能和呼吸机相关性肺炎的改善效果..... | 319 |
| 耐多药肺结核之护理康复重要性的探究 .....               | 323 |
| 个体化护理干预在重症肺结核患者中的应用 .....             | 325 |
| 重症肺结核合并呼吸衰竭实施全程优质护理的价值.....           | 328 |
| 微信延续护理对肺结核患者强化期治疗管理的研究.....           | 331 |
| 叙事护理服务在老年肺结核合并高血压患者中的影响.....          | 333 |
| 延续性护理干预在肺结核患者中的临床应用价值分析.....          | 336 |
| 基于护理人文关怀在 PPD 试验中的效果观察 .....          | 338 |
| 浅析骨结核科护理的安全隐患及防范措施 .....              | 340 |
| 刍议结核病合并糖尿病的护理的研究 .....                | 342 |
| 结核病患者血管通路选择的研究进展 .....                | 343 |

|   |     |
|---|-----|
| 9S 管理在儿童结核病房管理中的应用 .....                        | 347 |
| 艾滋病合并结核病人抗病毒治疗副反应的观察与护理.....                    | 349 |
| 强化护理管理在肺结核病预防感染中的应用效果探讨.....                    | 352 |
| 肺结核合并糖尿病的护理研究进展 .....                           | 355 |
| 护理干预措施对肺结核患者服药依从性的影响思考.....                     | 357 |
| 临床路径在肺结核护理中的应用 .....                            | 359 |
| 优质护理对肺结核护理质量和依从性的干预价值.....                      | 361 |
| 个性化心理护理干预对耐多药结核治疗的影响分析.....                     | 364 |
| 护理干预对老年肺结核合并糖尿病患者生活质量的影响.....                   | 365 |
| 循证饮食护理对改善结核性脑膜炎患者低血钾的效果分析.....                  | 367 |
| 学校结核防控管理的评价 .....                               | 369 |
| 整体护理在结核病护理中的应用及效果分析 .....                       | 374 |
| PDCA 循环理念结合首诊责任制在肺结核患者护理中的作用 .....              | 377 |
| 结核性胸膜炎行胸腔闭式引流患者的集束化管路护理体会.....                  | 380 |
| 延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析.....         | 384 |
| 角色压力测评工具在护理工作者中应用的研究进展.....                     | 387 |
| 肺结核病人开展 PDCA 循环护理管理对院内感染产生的影响观察 .....           | 391 |
| 护理干预在老年肺结核病护理中的应用分析 .....                       | 394 |
| 针对菌阳肺结核患者负面情绪的心理护理 .....                        | 396 |
| PICC 在结核性脑膜炎患者中的应用现状.....                       | 398 |
| 实施人性化管理减轻结核科年轻护士心理压力的体会.....                    | 400 |
| 护理干预对初诊肺癌患者的睡眠质量的影响 .....                       | 402 |
| 强化饮食护理在耐药肺结核患者中的应用研讨 .....                      | 405 |
| 药物不良反应观察表在抗结核治疗临床应用研究.....                      | 408 |
| 医护一体化护理对肺结核合并肺癌患者的疗效研究.....                     | 414 |
| 重症肺结核伴糖尿病患者应用优质护理的效果分析.....                     | 416 |
| 肺结核患者心理护理和健康教育的临床护理效果.....                      | 419 |
| 医院传染病管理中存在的问题分析 .....                           | 421 |
| 延续性护理在初治涂阳肺结核患者中的应用 .....                       | 423 |
| 一例结核性气道狭窄患者延续性护理的心得体会.....                      | 425 |
| PDCA 管理在提高结核菌素试验时效内查看结果中的效果观察.....              | 427 |
| 耐药结核病患者延续护理管理的实践与挑战 .....                       | 431 |
| 耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压豆干预 1 例颈部淋巴结核伴失眠患者的护理体会 .....      | 434 |
| 结核患者的个体饮食指导结合动态性护理效果及对 PG-SGA 的影响 .....         | 437 |
| 循证护理应用于危重结核病护理中的临床实施效果.....                     | 440 |
| 以同理心为重点的电话随访干预对耐药结核病患者孤独感、抑郁及焦虑的影响.....         | 443 |
| 耐多药肺结核患者自我护理状况及营养健康需求研究进展.....                  | 447 |
| 3 例密切家庭接触儿童结核病的个案护理 .....                       | 449 |
| 1 例 HIV 阴性马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核患者的个案护理.....            | 452 |
| 个案管理模式在耐多药肺结核患者中的应用 .....                       | 456 |
| 以患者为中心的“D-M-D”个案化咨询关怀服务模式对耐多药结核病患者治疗结局的影响 ..... | 461 |
| 基于互联网+远程管理模式在耐多药结核营养管理中应用效果分析 .....             | 461 |
| 基于奥马哈系统指导的护理管理对继发性肺结核患者的影响.....                 | 464 |
| 继发性肺结核患者营养知识知信行的现状调查 .....                      | 467 |

|   |     |
|---|-----|
| 诱导痰的护理策略对无痰肺结核诊断的干预研究.....                        | 467 |
| 呼吸训练器在肺结核后肺病患者康复训练的应用效果研究.....                    | 469 |
| 精细化护理模式在 1 例重症亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少患者的护理体会.....       | 471 |
| 危重症结核性脑膜炎患者的整体护理体会.....                           | 474 |
| 脊髓硬膜外脓肿伴截瘫患者的术后护理.....                            | 476 |
| 以目标为导向的多元化健康教育在老年肺结核患者中的应用.....                   | 479 |
| 支气管结核患者的支气管镜下刷检阳性率的影响因素分析.....                    | 482 |
| 近十年我国结核护理领域研究热点与趋势分析.....                         | 484 |
| 叙事护理对耐多药结核病患者治疗依从性、病耻感及生活质量的影响.....               | 484 |
| 结核性胸膜炎患者运动锻炼对 6 分钟步行试验的影响：一项随机对照临床观察.....         | 485 |
| 叙事护理联合心理干预在老年肺结核患者中的应用价值与影响.....                  | 485 |
| 肺康复训练对肺结核患者肺功能及血气分析影响的 Meta 分析.....               | 485 |
| 基于微信平台延续性护理对肺结核合并糖尿病患者防治知识知晓率及服药依从性影响.....        | 486 |
| 预见性护理在肺结核咯血中的应用效果分析.....                          | 486 |
| 品管圈在结核病患者小容量雾化器雾化吸入护理中的应用.....                    | 487 |
| 以案例为基础联合 Mini-CEX 评价教学法在结核科低年资护士应急能力教学中的应用研究..... | 487 |
| 肺结核患者自我管理研究进展.....                                | 487 |
| 探析人文关怀护理模式在耐多药结核患者护理中的应用对其生活质量的改善.....            | 488 |
| 叙事护理对耐药肺结核患者确诊后负性情绪的影响研究.....                     | 488 |
| 个体化护理在肺结核合并糖尿病患者中的应用效果及血糖控制情况影响分析.....            | 489 |
| 基于 SBAR 沟通模式在气管支气管结核患者护理中的应用体会.....               | 489 |
| 肺结核患者心理支持干预的效果研究.....                             | 489 |
| 家庭护理指导对淋巴结核患者应用抗结核药物治疗的影响.....                    | 490 |
| 医护患三维一体延续性护理对肺结核患者的应用效果及自护能力的影响.....              | 490 |
| PDA 移动护理在结核科住院患者留取痰标本中的应用.....                    | 490 |
| 长期卧床患者深静脉血栓的预防和护理.....                            | 491 |
| LEARNS 健康教育模式对耐多药肺结核患者中的应用效果研究.....               | 491 |
| 个性化优质护理对结核性脓胸清除术后患者情绪及康复的效果.....                  | 491 |
| 健康教育在老年耐多药肺结核并血栓患者中的护理.....                       | 492 |
| 心理疏导对肺结核患者康复的临床护理.....                            | 492 |
| 青年肺结核患者疾病获益感现状及影响因素研究.....                        | 492 |
| 家庭参与护理管理模式在老年初治肺结核患者治疗中的应用.....                   | 493 |
| 个性化营养干预护理对老年肺结核患者营养状况以及免疫功能的影响.....               | 493 |
| 综合性肺康复训练在肺结核患者治疗早期中的应用研究.....                     | 493 |
| 心理护理干预对多重耐药结核病患者中的应用效果.....                       | 494 |
| 叙事护理联合同伴教育在肺结核合并肺癌患者中的应用.....                     | 494 |
| 基于时机理论的初治敏感肺结核患者患病期间心理体验的质性研究.....                | 495 |
| PDCA 循环模式在耐药结核患者营养干预中的应用效果.....                   | 495 |
| 淋巴结核患者家庭护理方案研究进展.....                             | 495 |
| 基于健康行为改变整合理论的护理干预对与耐多药结核患者的影响.....                | 496 |
| 结核病人的护理要点.....                                    | 496 |
| PICC 导管在结核病长疗程治疗中的应用效果研究.....                     | 497 |
| 结核科护士职业紧张现状及影响因素调查.....                           | 497 |
| 优质护理干预对肺结核患者的影响因素分析.....                          | 497 |

|  |     |
|--|-----|
| 心理康复护理对结核病患者治疗依从性的影响研究目的.....                    | 498 |
| 结核病患者外周静脉导管相关感染的预防与控制研究.....                     | 498 |
| 静脉留置针在结核病患者护理中的应用研究目的.....                       | 498 |
| 精细化护理管理模式在肺结核感控中的应用 .....                        | 499 |
| 继发性肺结核患者营养知识知信行的现状调查 .....                       | 499 |
| 加速康复外科理念护理干预对肺结核肺叶切除术后早期肺功能恢复的影响.....            | 500 |
| 多学科协作模式制定个性化营养方案在肺结核合并糖尿病患者中的应用.....             | 500 |
| 系统化护理干预在学校结核密切接触者筛查中的应用研究.....                   | 500 |
| “互联网+”在阿克苏地区结核病的应用效果分析.....                      | 501 |
| 耐多药结核病患者焦虑抑郁状态及其影响因素分析.....                      | 501 |
| 护理工作对危重患者咯血的预防和治疗作用 .....                        | 502 |
| 构建护理人员预防针刺伤全程管理模式 .....                          | 502 |
| 中医保健护理干预对脾虚体质儿童生长发育的影响.....                      | 503 |
| 刍议结核病合并糖尿病的护理的研究 .....                           | 505 |
| 探讨延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者的干预效果.....              | 506 |
| 一例 IVF-ET 妊娠期合并血行播散型肺结核患者实施基于人文关怀理念护理的病例报告 ..... | 508 |

EC 宜卡®    B 微卡®

宜卡®[中国发明专利]:ZL 2015 1 0617780.9  
微卡®[中国发明专利]:ZL 2003 1 0106212.X  
[批准文号] 国药准字 S20200004  
S20200005 S20200006 S20010003  
皖药广审(文)第 250422-00801 号  
本广告仅供医学药学专业人士阅读

# 精准筛查 高效防治

GUARD AGAINST NEW JOURNEY

# 开启结核防控新征程

重组结核杆菌融合蛋白 (EC) & 注射用母牛分枝杆菌



重组结核杆菌融合蛋白 (EC) (宜卡®):

不良反应: 常见发热、疼痛、乏力、头痛、注射部位瘙痒、注射部位疼痛; 偶见头痛、恶心、疲乏、肌痛、腹泻、呕吐、心动过缓或过快、皮疹等; 罕见胸部不适、头晕、灼烧感、眼部损伤、过敏性皮炎等 (详见说明书)。

禁忌证: 患急性传染病 (如麻疹、百日咳、流行性感冒、肺炎等)、急性眼结膜炎、急性中耳炎、广泛皮肤病者及过敏体质者暂不宜使用本品。

注射用母牛分枝杆菌 (微卡®):

不良反应: 十分常见发热、给药部位疼痛; 常见头痛、咳嗽、乏力、烦躁、给药部位发红、肿胀、瘙痒; 偶见变态反应、给药部位硬结 (详见说明书)。

禁忌证: 对本品任何成分过敏者或过敏体质者; 患急性发热性疾病、急性或渐进性肝病或肾病、严重心脏病、严重高血压、心肌损害、显著血管硬化、心内膜炎患者; 妊娠期妇女; 极度衰弱及重症贫血者。



股票代码: 300122

重庆智飞生物制品股份有限公司  
Chongqing Zhifei Biological Products Co., Ltd.

中国重庆市江北区金源路7号25楼  
25F, NO.7 Jinyuan Road, Jiangbei District,  
Chongqing, China

o☒ce1@zhifeishengwu.com ☒ 400020

安徽智飞龙科马生物制药有限公司  
Anhui Zhifei Longcom Biopharmaceutical Co., Ltd.

中国安徽省合肥市高新技术产业开发区浮山路100号  
NO.100 Fushan Road, Hi-Tech Industrial Development  
Zone, Hefei, Anhui, China

☒ vaccae@zhifeishengwu.com ☒ 230088

# 提高结核检出率

—结核分枝杆菌复合群核酸测试剂盒

灵敏度高

提高了  
培养阴性患者  
的检出率

提高了  
涂片阴性患者  
的检出率



适合  
主动发现患者

适合  
重点人群筛查

适合  
无结核社区筛查

注册证编号：国械注准20243400177

结核分枝杆菌利福平耐药基因检测

结核分枝杆菌异烟肼耐药基因检测

结核分枝杆菌MIRU-VNTR基因分型检测



全国统一服务热线

010-61250562

科技成就精彩 研发引领未来

The eternity of science lies in the unremitting pursuit of science, which is not exhausted in terms of its capacity and never attainable in terms of its objectives. Science and technology win the future in the new age of intelligence. Relying on the advanced platform and strong team, let the technology lead the way.

公司名称：北京岱美仪器有限公司

公司地址：北京市大兴区永兴路25号院1号楼3层318、3层317、2层218

公司邮箱：daimei@diagmed.cn

# 结核后肺疾病患者肺康复护理的研究进展

范伟芳

作者单位：杭州市红十字会医院，310000

**【摘要】** 结核后肺疾病指全部或者部分由肺结核引起的慢性呼吸系统异常的肺部疾病，可伴或不伴有临床症状，适时给予结核后肺疾病患者肺康复训练可以改善其肺功能，延缓肺部疾病的进展，提高生活质量。本文主要围绕结核后肺疾病患者肺康复护理概述，结核后肺疾病患者肺康复的干预现状，以及结核后肺疾病患者肺康复护理干预的阻碍因素等进行综述，为结核后肺疾病患者肺康复的临床护理实践和研究提供理论参考。

**【关键词】** 肺结核；结核后肺疾病；肺康复；护理；综述

结核后肺疾病（post-tuberculosis lung disease, PTLD）指全部或者部分由肺结核引起的慢性呼吸系统异常的肺部疾病，可伴或不伴有临床症状<sup>[1]</sup>。PTLD 患病率为 18%-87%，PTLD 的发病机制虽然尚未完全阐明，但其具有较强的异质性，可导致患者肺实质病变、气道病变、肺血管病变、胸膜病变及纵隔病变中的一种或多种类型改变，造成肺容量减少、肺功能降低<sup>[1-4]</sup>，进而影响治疗依从性和病情转归，增加死亡率和医疗保健负担，给个人、家庭及社会带来了沉重的负担<sup>[5-8]</sup>。2021 年专家们制定了《PTLD 的评估、管理和康复的临床标准》<sup>[9]</sup>，指出肺康复可改善 PTLD 患者的持续症状（呼吸困难、胸痛、咳嗽、肌肉疲劳）或运动耐量降低、因疾病导致活动受限、运动诱导的氧饱和度下降或健康状况受损。然而，目前 PTLD 患者肺康复干预的实施率较低<sup>[10]</sup>。本文主要从肺康复概述、PTLD 患者肺康复干预现状以及 PTLD 患者肺康复护理干预的阻碍因素等方面进行综述，以期向护理人员呈现 PTLD 肺康复干预的现状，为肺康复的临床护理实践和研究提供理论参考。

## 1. 肺康复概述

肺康复（pulmonary rehabilitation, PR）最早源于国外的呼吸康复，兴起于 20 世纪中后期，应用领域主要包括慢性阻塞性肺疾病（COPD）、肺部手术、肺间质病、肺纤维化、肺高血压等各种肺部及呼吸系统疾病<sup>[11]</sup>。2013 年，在更全面了解 COPD 的复杂性、多系统表现和常见合并症的基础上，美国胸科学会（ATS）联合欧洲呼吸学会（ERS）对肺康复的概念进行了再次修改，即肺康复是在对肺部疾病患者进行全面评估的基础上，个性化制订患者治疗方案的一项综合性的干预措施，其干预方案包括但不限于运动训练、教育和行为改变，其目的是改善慢性呼吸道疾病患者的身体和心理状况，并促进患者长期坚持健康促进行为<sup>[12]</sup>。该概念更加注重多学科合作下更全面的肺康复方法，并强调患者行为及意识改变的重要性，与综合护理的概念贴合<sup>[13]</sup>。目前临床医护人员还无法通过肺康复彻底治愈疾病，但能通过肺康复的各种方法和措施改善病人生活质量，这对于不可逆或慢性肺疾病和呼吸系统疾病病人来说意义重大。近年来肺康复被越来越多的研究支持在 PTLD 患者中是有效的，可显著改善患者 6 分钟步行试验（six-minute walking test, 6MWT）距离、Borg 呼吸困难和疲劳评分、FEV1、用力肺活量、平均动脉氧分压和患者生活质量<sup>[5, 10, 14-19]</sup>。但 PTLD 患者肺康复干预的实施率较低，建议重视结核的长期并发症带来的高负担和损伤性的慢性后果，转变思想，将降低结核病后遗症发病率纳入结核病防治规划，加强 PTLD 防治的多学科合作，对 PTLD 患者早期识别和及时肺康复干预，以促进患者康复。

## 2. PTLD 患者肺康复的干预现状

### 2.1 干预时机及时长

《肺康复的关键概念和进展》专家共识认为，肺康复可以在疾病的任何阶段进行，可在临床稳定期、恶化期或恶化后立即开始<sup>[12]</sup>。《慢性呼吸疾病肺康复护理专家共识》<sup>[18]</sup> 建议肺部感染患者在入院后 48h 进行运动训练，其他慢性呼吸疾病患者在稳定期进行。《肺康复的关键概念和进展》专家共识指出，进行肺康复的时间至少需要 8 周，每周进行 2-3 个疗程的干预，8-12 周的肺康复带来的益处通常可以维持 1 年，且患者应该在 1 年后再次进行肺康复<sup>[12]</sup>。国内相关指南推荐 COPD 患者进行肺康复的时间为 6-8 周<sup>[19]</sup>。

《PTLD 的评估、管理和康复的临床标准》<sup>[9]</sup>推荐 PTLD 患者进行肺康复的时间为 4-8 周。国内外文献报道肺康复的干预时间在 4 周-18 个月不等,肺康复的益处可在 6-12 个月内减少<sup>[11]</sup>。目前,有关 PTLD 患者肺康复干预时机及时长的相关研究较少,临床实践中多参考慢性呼吸系统疾病肺康复指南或共识。建议未来应进行多中心、大样本、设计严谨的研究,探索 PTLD 患者肺康复介入时机及最佳期限。

## 2.2 干预场所

### 2.2.1 医院

目前,大多数肺康复在以医院为基础的门诊、住院部进行,因为肺康复的资源主要集中在三级甲等医院及康复医院<sup>[20-21]</sup>。门诊肺康复已被证明已被患者广泛接受,并可改善结核病幸存者的症状评分和健康相关生活质量<sup>[13]</sup>。医院具有专业的人员、设备等医疗资源,可以对患者进行专业的风险评估和肺康复指导,因此是理想的肺康复场所。但我国总体患者数量庞大,医疗资源有限,医护人员常没有足够的时间和精力对患者进行肺康复指导,更难以制订个性化的肺康复方案<sup>[22]</sup>。而且结核病患者通常在治疗结束时经细菌学确认治愈后出院。如果他们再次出现咳嗽,即使没有阳性的实验室结果,也可能被认为出现复发性结核病或耐药结核病。然而,有一部分涂片阴性的复发性结核病实际上是未被识别的慢性肺部疾病。在资源有限的国家,诊断慢性肺部疾病的设施有限,其中一些患者开始接受抗结核再治疗方案,而失去肺康复机会。此外,在许多国家,结核病治愈后出现持续出现呼吸道症状的人可能被认为具有传染性,并可能被污名化。因此应制定 PTLD 患者健康管理标准,做到早筛查、早发现、早防治,以减轻结核后负担及结核病后遗症对患者的影响。

### 2.2.2 家庭、社区肺康复

患者在三级医院接受诊疗和初步的肺康复指导后,可到社区进行连续性治疗与康复指导,社区医护人员对其肺康复进行督导和阶段性效果评价,从而减轻三级医院的医疗服务压力。但我国目前能够科学规范实施肺康复的社区医疗卫生机构较少,大部分社区也存在场地有限、相关设施不足的情况<sup>[23]</sup>。有研究显示以家庭为基础的肺康复方案有助于改善 PTLD 患者的肺功能、运动耐力和健康相关生活质量<sup>[24]</sup>。但由于居家肺康复缺乏专业人员指导和专业的监护设备,患者运动强度及安全性无法保证。美国学者对家庭、社区肺康复的有效性进行研究,表明家庭、社区肺康复的效果不明确<sup>[25-27]</sup>。PTLD 患者的大部分时间都是在家中度过的,因此居家期间是进行肺康复的黄金时期。患者抗结核治疗结束,家庭成员或其他接触者没有感染风险,在患者熟悉的环境中进行肺康复,可以得到家庭成员的支持,减轻肺康复的成本,增加患者的安全感。建议护士应注重对患者家属的教育,邀请患者家属一同参与小讲座,指导家属对患者肺康复进行监督。对于出院患者,护士可以发送肺康复干预示范视频、宣教手册等,方便患者重复学习;教会患者和家属居家锻炼时自我监护的方法,使患者知晓运动后出现的正常与异常情况,从而提高居家肺康复依从性。

## 2.3 干预护理评估

国内护理专家认为肺康复评估应该贯穿肺康复的全过程,包括干预前的初始评估,干预过程中的中期评估及干预末期根据评估结果决定是否结束肺康复干预<sup>[20]</sup>。《PTLD 的评估、管理和康复的临床标准》<sup>[9]</sup>指出评估内容应包括患者的临床评估(临床病史、症状评估及临床检查)、影像学评估(胸片、计算机断层扫描)、呼吸功能评估(肺功能检查、呼吸肌肌力、动脉血气分析和血氧饱和度)、运动能力评估(6MWT、心肺运动试验)、营养状况评估(营养风险筛查)、主观评价(焦虑自评量表、抑郁自评量表、生活质量问卷调查)等。

## 2.4 干预措施

《肺康复的关键概念和进展》专家共识指出,理想的肺康复计划应包括上肢训练、气道廓清技术(airway clearance technique, ACT)、结构化教育、个性化教育、自我管理训练、目标设定、身体活动咨询、戒烟指导、针对病情频繁恶化患者的个性化活动指导、家庭有氧/阻力训练指导及训练保持<sup>[12]</sup>。《PTLD 的评估、管理和康复的临床标准》将有氧运动(耐力训练)、力量训练(上肢、下肢)、吸气式肌肉训练、气道廓清技术、长期氧疗、长期夜间无创机械通气、营养支持、心理支持作为 PTLD 患者肺康复计划的核心组成部分<sup>[9]</sup>。

### 2.4.1 运动训练

按运动方式可分为耐力训练、阻力训练和神经肌肉电刺激；按训练部位可分为上肢训练、下肢训练和呼吸肌训练。持续的运动训练是维持获益和降低再入院率的关键。康复过程中需要根据患者的心率储备及其需求制定个体化的运动处方<sup>[28]</sup>。心率储备可作为运动强度的参考。患者需求为改善呼吸症状及运动耐力，提高生活质量时，运动强度可设定为 30%-40% 的心率储备，但若以大幅度提高生理机能为目标，可设定为 60%-80% 的心率储备<sup>[29]</sup>。运动过程中训练负荷应大于患者日常生活中的运动负荷，并随着运动耐力的提高而逐渐增加。运动训练方式是多样的，有氧运动联合抗阻训练可以改善周围肌肉力量，维持治疗效果，降低再入院率<sup>[30]</sup>。有氧运动常见方式：自行车、经典步行法等下肢训练，每次 30min，2-5 次/周，共 4-8 周，在 60%-80% 的最大能力下训练<sup>[9]</sup>。有研究显示当 PTLD 患者进入恢复期，医务人员指导其进行八段锦和太极拳等有氧运动，每次 40min，每周 2 次，干预 2 个月后，够改善患者的肺功能，调节血气分析指标<sup>[31]</sup>。抗阻训练以上肢训练和腿部推举为主，选择自由重量的哑铃或踝撑，每次 2-3 组，重复 6-12 次，每次 20-30min，每周 2-5 次，共 4-8 周<sup>[9]</sup>。对于运动导致低氧血症和严重呼吸困难的 PTLD 患者，采用渐进式间歇训练替代有助于患者肺功能的改善<sup>[31]</sup>。进行 12 周以上的耐力训练和逐渐增耐力和强度的大强度运动，能够提高 PTLD 患者的运动能力，改善残余肺损伤<sup>[14]</sup>。我国当前的肺康复相关实践模式与理念多由西方引入，中医在养生和康复方面接受度较好，建议运动训练加入中医养生特色元素如：八段锦、太极拳等联合肢体运动训练进行，它们的本质都是从生命的整体观出发，进行形、气、神的综合锻炼，提高患者运动训练接受度。

#### 2.4.2 呼吸训练

呼吸功能训练通过正确锻炼患者的呼吸肌群，减轻呼吸困难，改善肺功能。腹式呼吸、缩唇呼吸、呼吸训练器及呼吸操是临床常用的呼吸训练方法<sup>[19]</sup>。缩唇呼吸不仅可通过降低患者呼气时的气体流动速度，提升其气道内压力，促进肺泡内气体快速排出，还可通过缓慢呼气和吸气提升呼吸肌肌力，进而提高通气效率，改善肺功能，减少体内二氧化碳潴留，改善血气分析指标<sup>[31]</sup>。腹式呼吸通过带动腹部肌群，减少呼吸肌疲劳，增强膈肌功能和膈肌活动度，促进肺泡内气体排出，减少残气量，增加吸入的空气量，促进肺组织修复，改善肺换气和肺通气<sup>[32]</sup>。曾华志等<sup>[5]</sup>的研究表明，长期进行呼吸锻炼可以提高机体免疫力，降低结核杆菌对肺部的侵害，减轻肺部纤维化，有助于肺功能持续改善。但临床实践中存在吸气与呼气比时长不准确、训练枯燥、依从性不高等问题。训练过程中借助呼吸训练器这一辅助工具并及时纠正误区可改善此类情况。全身呼吸操在腹式呼吸、缩唇呼吸的基础上，配合扩胸、下蹲等肢体运动，锻炼患者四肢肌群及腹部核心肌群，提高生活质量<sup>[33]</sup>。但现阶段有关呼吸训练器的文献比较少，今后尚需进行深入的研究。

#### 2.4.3 ACT

肺结核患者因长期受结核分枝杆菌感染，气道解剖结构改变，气道分泌物增多、黏稠度增加，痰液不能及时排出，易诱发肺部感染，严重影响抗结核药物的治疗效果。ACT 是减少气道分泌物和控制相关并发症的有效措施，主要包括主动循环呼吸技术、体位引流、叩背、有效咳嗽、高频胸壁振荡及呼吸道正压通气等。ACT 有助于改善患者咳痰无效状况，促进排痰，增加肺通气量和换气量，改善呼吸功能，提高血氧饱和度，预防并发症的发生。ACT 治疗技术方法多样、日趋成熟，是一种安全、有效、价廉的物理治疗手段，可显著提高了肺结核患者生活质量<sup>[34]</sup>。但目前国内尚未见有主动循环呼吸技术在 PTLD 患者中应用的研究报道。建议对患者进行气道廓清技术时，要注意质量控制，全面考虑患者的整体情况，谨慎选择，对生命体征不稳定、高颅压、严重癫痫、易发性气胸、肺出血咯血、血小板降低的患者应慎用。

#### 2.4.4 长期氧疗

氧疗前需确定氧疗的适应证，并开具氧疗处方和确定氧疗目标，氧疗开始后动态评估，关注氧疗的维持与撤离。应依据患者诊断、病情变化进行评估，选择相应氧疗方式<sup>[18]</sup>。《PTLD 的评估、管理和康复的临床标准》<sup>[9]</sup>推荐长期氧疗，针对尽管病情稳定和最佳的药物治疗后存在静息性低氧血症的 PTLD 患者(动脉氧分压 < 55mmHg 或动脉氧分压 60mmHg 伴有周围水肿、红细胞增多血症、肺动脉高压)，每天保持 15h 以上的氧疗时间，长期的氧疗应以 1L/min 的流量开始，每次增加 1L/min，直到氧饱和度达到 90%。然后应进行动脉血气分析，以确认在静止状态下已达到动脉血氧分压 > 60mmHg。进行动态和夜间血氧饱和度测量，以便在休息、睡眠和运动期间分别为运动和睡眠安排更准确的氧气流量。为居家氧疗患者提供健康

教育,并在3个月后定期重新评估。但家庭氧疗效果不佳,一方面患者依从性差,氧疗的流量、浓度、时间不易控制,患者不了解氧疗标准及效果,不了解氧疗装置如何消毒;另一方面受经济条件限制,患者家庭没有氧疗配备装置,缺乏医护人员的监督随访,今后医护人员在患者出院前评估患者是否需要家庭氧疗,并出具氧疗处方,应加强对患者家庭氧疗的指导教育及随访。

#### 2.4.5 营养支持

结核病与机体营养状态之间存在着双向的关系,相互影响,互为因果。结核病可以导致营养风险发生,易出现营养相关性疾病,如营养缺乏、免疫功能低下、电解质紊乱等;反之,营养状况差可导致机体淋巴细胞减少,细胞免疫功能低下,易患结核病和其他感染性疾病。营养不良状态是影响成人结核病重症患者预后及死亡的独立危险因素<sup>[35]</sup>。规范的个体化营养评估及营养支持治疗,能有效改善患者营养不良状况,对结核病的治疗康复及其并发症的预防有着重要意义,最终提高患者整体健康水平<sup>[36]</sup>。在《结核病营养治疗专家共识》<sup>[37]</sup>中建议确诊结核病的住院患者应进行营养风险筛查(应用营养风险筛查评分简表(NRS2002)),推荐结核病患者能量摄入为35-50Kcal/kg/d,蛋白质摄入为1.2-2.0g/kg/d,根据疾病状态保证患者适宜的能量摄入。吴芳<sup>[38]</sup>等的研究表明合理的营养评估和必要的营养支持能改善肺结核患者的营养状况,减轻严重营养不良造成日常生活能力的降低。方雪娥等<sup>[39]</sup>针对青年肺结核患者构建营养护理方案并评价其临床效果,结果显示试验组患者的体质量、免疫学指标、生活质量均高于对照组。该方案证明科学的营养护理可改善青年肺结核患者的营养状况和免疫功能,减轻疾病带来的不适,进而促进病情转归,提高生活质量。因此患者住院期间应进行营养风险筛查,并制定相应的营养护理方案,改善患者营养不良状况,促进结核病的治疗康复,降低PTLD发病率。

#### 2.4.6 心理支持

由于肺结核治疗周期长,药物不良反应多,患者日常活动受限,易产生焦虑、抑郁等负性情绪<sup>[40]</sup>。另一方面,患者自我认识不足、社会歧视、结核病治愈后持续出现呼吸道症状的人可能被认为具有传染性,并可能被污名化等,患者产生病耻感而承受更大的心理压力。这些都影响患者的疾病应对方式,导致治疗依从性差,影响预后<sup>[41]</sup>。医护人员应密切关注PTLD患者心理健康情况,针对不同治疗阶段的心理问题开展个性化心理辅导,以帮助患者正确面对疾病,增强治疗依从性,从而促进康复<sup>[42]</sup>。目前对肺结核患者采取的心理支持方式包括:个体或团体心理干预、动机性访谈、认知行为疗法、正念减压等。其中,团体心理干预强调有共同需求的患友互帮互助,从而改善患者的负面情绪,减少病耻感<sup>[43-44]</sup>。认知心理治疗可以调节肺结核伴抑郁患者的负面情绪,提高治愈疾病的信心和服药依从性,改善自我效能及生活质量<sup>[45]</sup>。家属对患者的支持作用是医护人员无法替代的,患友一家属联动的心理干预在肺结核患者心理护理中也发挥一定成效,对提高其治疗依从性,改善自我效能感、焦虑抑郁情绪及生活质量均具有显著作用<sup>[46]</sup>。因此临床工作中应了解患者的病情、心理状态及家庭支持等情况,除了护士对患者开展个性化心理辅导外,还应邀请家属参与患者的治疗过程,家属的陪伴支持同样可以改善患者的负面情绪,更好地帮助患者解决疾病恢复过程中出现的问题。

### 2.5 效果评价

《PTLD的评估、管理和康复的临床标准》<sup>[9]</sup>建议通过比较康复前后的核心变量来评估PR的有效性。应评估患者的功能运动能力、呼吸困难和健康状况。

#### 2.5.1 功能性评估

①肺功能的评估:肺活量测定法(FEV1、FVC、FEV1/FVC)体积描记;②气体交换功能:PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>、SpO<sub>2</sub>、肺一氧化碳弥散能力(DLCO)、KCO;③运动耐力:通过6分钟步行测试(6MWT)或增量往返行走测试(ISWT)或5次“起-做”(5STS)测试等方法评估运动耐力。

#### 2.5.2 结核特异性评估

①健康相关的生活质量:欧洲健康访谈调查-生活质量(EUROHIS-QOL8)、圣乔治呼吸问卷(SGRQ)、世界卫生组织生活质量量表简表(WHOQOL-BREF);②自我报告症状的评估:日常活动引起呼吸困难采用改良英国医学研究委员会呼吸困难量表(Modified British medical research council, mMRC)评分、劳力性呼吸困难采用改良的Borg呼吸困难量表(Modified Borg)评分。

### 2.5.3 心理健康状况评估

临床常用医院焦虑抑郁量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)<sup>[47]</sup> 评估患者心理健康状态, 使用结核病患者病耻感量表 (tuberculosis-related stigma scale, TSS) 评价患者病耻感程度<sup>[1]</sup>。

### 2.5.4 其它

急性感染性加重 (如支气管扩张) 次数; 需要使用抗生素和/或类固醇治疗的次数; 需要再住院治疗的发作次数/住院天数; 死亡率 (死亡人数)。

## 3. PTLD 患者肺康复护理干预的阻碍因素

### 3.1 医护人员对 PTLD 患者肺康复重视度不够, 对肺康复知识不够了解, 缺乏相关专业培训。

历史上, 国家结核病规划 (NTPs) 强调需要确保传染性结核病患者的快速诊断和有效治疗, 以减少该疾病的传播和流行病学趋势<sup>[48-49]</sup>, 而对于结核病幸存者的命运是不确定的, 结核病治愈后的发病率和死亡率的长期结果和驱动因素历来都是被忽视的研究领域。近 10 年来, 人们才逐渐重视结核的长期并发症带来的高负担和损伤性的慢性后果<sup>[2]</sup>。另外医护人员对专业知识掌握不足, 导致护士无法正确对患者进行肺康复指导, 从而直接或间接降低了肺康复护理干预的实施率。郑湘毅等<sup>[50]</sup>对广州市番禺区医疗机构医护人员进行的调查显示, 医护人员仅熟悉一些常规的康复锻炼, 如缩唇呼吸、腹式呼吸、太极及八段锦等, 而对于阻力训练、上下肢锻炼等知晓率较低。一项在上海市进行护士的认知状况对肺康复的影响研究也发现, 大部分护理人员对更专业、更多样化的肺康复内容普遍认识不足<sup>[51]</sup>。医护人员现存知识不足, 缺乏了解肺康复专业知识的机会, 获取专业化的培训机会较少, 通常科室仅派代表去参加相关培训, 培训过后也难以消化并转为临床实践, 这使得肺康复更难以推广<sup>[22]</sup>。建议加强结核后肺疾病防治的多学科合作, 增加肺康复方向医疗卫生人员交流会议。进一步加强护理人才的培训, 优化人员构成; 加强 PTLD 肺康复护理培训的标准化和规范化, 推动肺康复护理人才的培养; 利用新媒体技术 (如线上会议、视频课程等) 增加护士的交流和学学习, 还可通过情景模拟、标准化病人等方法进行模拟照护体验, 从而提高护士对肺康复知识的掌握度。

### 3.2 患者及家属缺乏肺康复相关知识

肺康复的内容较多, 且 PTLD 患者大多为文化程度较低的老年人, 故患者及家属对肺康复内容的接受能力和理解能力较差。研究表明, 医护人员进行肺康复宣教后, 患者会遗忘一半以上的信息, 再次反馈时 60% 以上的信息是错误<sup>[22]</sup>。需要肺康复训练的大部分 PTLD 患者结核病灶难以修复, 治疗周期长, 传染风险高<sup>[2]</sup>。患者容易出现呼吸肌疲劳等不适感, 活动耐力降低; 还有很多患者继发肺部感染, 难以配合咳嗽; 更有甚者常年卧床, 自身症状的限制导致患者不敢活动, 对肺康复训练要求更为专业, 而 PTLD 患者的大部分时间都是在家中度过的, 由于家中缺乏康复设备、监护仪器和专业人员的指导, 患者对出现呼吸困难感到恐惧, 对肺康复训练产生不信任感, 开展肺康复训练的可行性较低。患者住院期间护士应加强 PTLD 相关知识健康宣教, 使患者充分了解结核后肺疾病和疾病危害以及治疗过程, 可以通过制作宣教资料、组织小讲课等形式来对患者讲解简单易懂、可重复获取肺康复知识, 鼓励患者表达自己对肺康复的看法, 了解患者的疑虑, 并及时进行解答。教会患者和家属居家锻炼时自我监护的方法, 使患者知晓运动后出现的正常与异常情况。同时, 可运用新媒体技术对肺康复知识进行宣传和推广, 以提高患者和家属对肺康复的认知和认可度。在互联网信息资源发达的情况下, 可以适当考虑开发“互联网+社区医疗”、“互联网+家庭医疗”等肺康复模式, 提高肺康复训练在 PTLD 患者中的可及性。

### 3.3 缺乏 PTLD 患者肺康复相关指南理论指导及康复环境配备

目前尚无 PTLD 患者肺康复相关指南, 在 PTLD 的识别和管理方面缺乏指导, 临床实践中多参考慢性呼吸系统疾病肺康复指南或共识<sup>[9]</sup>。有关 PTLD 患者肺康复介入时机及最佳期限的相关研究较少, 对于 PTLD 患者的肺康复实施干预切入点缺乏科学依据。PTLD 患者肺康复的长期随访研究不多, 难以评价肺康复长期效果。缺乏关于结核病后胸片异常和呼吸道症状的其他结果, 包括流行率和预测因素的研究。医院缺乏肺康复相关制度和流程, 肺康复环境配备开展不足, 缺乏配置肺康复相关病房、训练场所、肺康复专科相关器械及肺康复护理门诊, 也阻碍了肺康复护理的开展<sup>[52]</sup>。建议开展相关研究, 探索肺结核患者发生 PTLD 的危险因素, 早期识别或管理潜在的 PTLD 患者; 研究 PTLD 患者肺康复介入时机及最佳期限;

构建针对 PTLD 患者科学、合理、适用的肺康复干预方案。未来各大型三级甲等医院牵头搭建“医院—社区—家庭”三级延续护理网络，大力培养社区及基层医院的肺康复人才，实现院外长期康复，亦可将肺康复教育作为改善患者自我管理能力的干预手段实施。

#### 4. 小结

国内外研究均证明肺康复作为一种低成本、高疗效的非药物干预方法在 PTLD 患者中显示出可行性及有效性<sup>[19, 53]</sup>，能够改善患者肺功能及运动耐力，减少住院次数及住院时长，进而提高健康相关生活质量<sup>[54, 55]</sup>。患者自我管理能力强，整体依从性较低，肺康复完成效果不佳；缺乏专业人员、专业肺康复团队，开展肺康复训练的可行性较低；缺乏 PTLD 患者肺康复相关指南理论指导及康复环境配备，一定程度上也阻碍了肺康复护理的发展。应注重肺康复护理专业人才的培养，加强多学科团队合作，完善 PTLD 患者肺康复护理干预的流程，开展多种形式肺康复宣教，提高肺康复训练在 PTLD 患者中的可及性。

参考文献（略）

## 服用利奈唑胺致黑毛舌的耐多药结核患者的护理

谢芳晖<sup>1</sup>，姚蓉<sup>1</sup>，赵霞<sup>2</sup>，万彬<sup>2</sup>，孟萌<sup>3\*</sup>

作者单位：1.成都市公共卫生临床医疗中心结核科，四川 成都 610066；2.成都市公共卫生临床医疗中心护理部，四川 成都 610066；3.解放军总医院第八医学中心护理部，北京 100091

作者：谢芳晖，副主任护师，本科，电话：028-84215126；

通信作者：孟萌，电话：010-66775044；

**摘要：**目的 探讨 1 例利奈唑胺致黑毛舌的耐多药结核患者的护理方法。方法 回顾分析和总结某院收治的 1 例服用利奈唑胺致黑毛舌的耐多药结核患者的临床资料。结果 患者症状消失，治疗 19 个月后顺利出院，随访 1 个月无复发。结论 服用利奈唑胺致黑毛舌严重影响耐多药结核患者的身心健康，机械清洁舌面、保持口腔清洁、预防口腔感染、提供营养支持、开展服药督导及心理支持可有效改善症状，提高生活质量。

**关键词：**利奈唑胺；黑毛舌；耐多药结核病；护理

### Nursing care of multi drug resistant tuberculosis patients with black hairy tongue caused by linezolid administration

XIE Fang-hui<sup>1</sup>, YAO Rong<sup>1</sup>, ZHAO Xia<sup>2</sup>, WAN Bin<sup>2</sup>, MENG Meng<sup>3\*</sup>

(1.Department of Tuberculosis II, Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Chengdu 610066, Sichuan province, China; 2.Nursing Department of Chengdu Public Health Clinical Medical Center, Chengdu 610066, Sichuan province, China ;3.Nursing Department of the eighth medical center of PLA General Hospital, Beijing 100091, China)

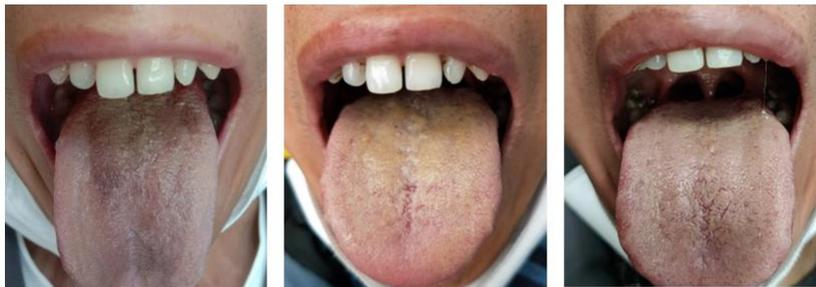
**【Key words】** Linezolid; BHT; Multidrug-resistant Tuberculosis; Nursing

利奈唑胺 (linezolid, LZD) 作为抑制细菌蛋白质合成的噁唑烷酮类抗菌药物，是治疗耐多药结核病 (multi-drug resistant tuberculosis, MDR-TB) 首选的核心药物<sup>[1]</sup>。根据一项对来自 14 个国家共 507 例含 LZD 方案治疗的耐多药结核病患者调查研究，痰培养阴转率的患者占 88.45%，治疗成功率高达 77.36%<sup>[2]</sup>。但患者在服用 LZD 过程中，可出现黑毛舌 (black hairy tongue, BHT)，为 LZD 罕见的不良反应，发生率仅 0.20%<sup>[3]</sup>。BHT 表现为舌头颜色改变和丝状乳头延长，患者可发生味觉障碍、口干、舌头肿胀、舌部异物感、恶

心及呕吐等<sup>[4]</sup>，这不仅降低患者身体舒适感，增加恐惧、焦虑等心理负担，还影响营养摄入，加剧营养不良的发生，不利于结核病防治。目前，鲜有文献报道含 LZD 治疗方案的耐药结核病患者的发生 BHT 的护理方案。我科对收治的 1 例 LZD 致 BHT 的 MDR-TB 进行了口腔护理、营养支持、心理护理以及综合性服药干预，取得良好效果，现报道如下。

## 1 临床资料

患者男性，50 岁，因“咳嗽 7+月”于 2020 年 7 月 2 日入院，入院后痰涂片查见抗酸杆菌，结核菌 X-PERT 提示结核分枝杆菌核酸阳性、利福平突变基因阳性；分枝杆菌 DNA 检出 TB-DNA，结核分枝杆菌耐药基因检测测得利福平、异烟肼突变型，确诊为耐多药结核病。查体：体温 36.9℃，脉搏 89 次/分，呼吸频率 18 次/分，血压 134/91mmHg，SpO<sub>2</sub>96%；双肺叩诊呈清音，双侧肺呼吸音减弱。胸部 CT 检查提示双肺多发斑片、结节、条索影，多发空洞形成。患者于 2020 年 7 月 14 日确定治疗方案（环丝氨酸+氟喹诺酮类+左氧氟沙星+利奈唑胺+贝达喹啉）开始治疗，其中 LZD 600mg/天，疗程为 18 个月，当日测体重为 52.0kg、身高 162cm、BMI 19.81kg/m<sup>2</sup>。按照治疗方案治疗第 7 天，患者舌苔厚、舌头黑色，并伴有口干、味觉障碍、舌部异物感、恶心及呕吐，自诉回避社交，且担心药物副作用、恐惧服药，内心苦恼、焦虑。患者按照抗痨方案继续治疗的同时，予机械清洁舌头、保持口腔清洁、预防口腔感染，及加强服药督导、营养支持等。7 月 21 日出院后继续口腔护理干预，按时门诊随访（前 2 次每半个月随访 1 次，之后每月随访一次）。2 个月后患者舌苔恢复正常，服药依从性好，不良心理较前改善，营养均衡，继续随访（1 次/月）至治疗结束。患者经过治疗、护理后结核病症状缓解、肺部病灶好转、痰培养阴转，于 2022 年 2 月 11 日经临床判定为治疗成功，随访 12 个月后未复发。



2020年7月21日

2020年8月21日

2020年9月21日

## 2 护理

### 2.1 口腔护理

#### 2.1.1 机械清洁舌头

LZD 致 BHT 的处理通常是停用可疑药物，同时用软毛刷刷舌头<sup>[5]</sup>。但 LZD 是治疗耐药结核病的核心药物，未予患者停用 LZD，继续抗痨方案治疗，增加用软毛牙刷刷舌头，舌苔未被清除。任静等<sup>[6]</sup>研究也发现，对未停用 LZD 导致 BHT 可疑药的患者仅使用软毛刷刷舌头，其舌头症状未见好转。最新文献<sup>[7]</sup>提示，服用 LZD 耐药结核病患者可以通过加强口腔卫生来治疗 BHT。机械清洁舌头有效清除舌苔的方法，且可操作性强<sup>[8]</sup>。征得患者同意后，对其 BHT 联合使用软毛牙刷、硅胶舌苔刷及刮舌器进行舌头机械清洁。舌头机械清洁操作方法参考《中国居民口腔健康指南》<sup>[9]</sup>，如下：①操作前确定口腔黏膜及舌头无破溃；②使用含氟牙膏刷牙，刷牙后用不锈钢刮舌器刮舌苔，再用舌刷清洁舌背部，机械清洁舌苔每天早上一次；③机械清洁舌苔时从舌根轻轻带到舌尖，勿将清洁工具过度深入舌头根部，避免刺激引起恶心、呕吐反应，重复 2 到 3 次即可。患者机械清洁舌苔 3 个月后，舌苔情况明显改善，舌头症状有所好转。

#### 2.1.2 保持口腔清洁

口腔卫生不良是导致或诱发 BHT 的因素之一，也会影响低抵抗力人群的身体健康，造成衰弱、营养缺乏等。良好的口腔卫生能改善患者生活质量、降低心血管风险的发生率和再住院率<sup>[10-11]</sup>。国家卫健委发布的《健康口腔行动方案 2019-2025 年》<sup>[12]</sup>明确指出，需加强慢性病患者的口腔健康管理。采用口腔健康行为评估量表<sup>[13]</sup>对患者进行口腔卫生评估，得分为 59 分（总分 100 分），表明患者对口腔卫生健康知识不足。一项系统评价结果<sup>[14]</sup>表明，口腔健康的教育干预有助于患者口腔保健。因此，优化健康教育内容，将口腔

清洁管理纳入到该患者健康管理中，其内容包括：①进食后清水漱口，以清除口腔内的食物残渣，同时减少食物残渣在舌苔囤积；②使用牙线清洁牙邻面，牙线可清除龈上和龈下菌斑，达到预防和控制龋病、牙龈炎及牙周病的效果，避免使用牙签剔牙缝，一种外加的力量可以使接触紧密的牙齿逐渐分离，这样不仅可以嵌塞食物，也易发蛀牙、牙周病；③去除 BHT 诱因，避免饮酒、吸烟、喝咖啡及浓茶；④口腔出现疼痛、牙龈出血等其他不适症状应及时就诊。患者文化程度为初中学历，对患者进行口腔保健知识教育及指导后，患者表示重视口腔保健，知晓如何保持口腔清洁。治疗期间，患者未发生蛀牙和牙周病。

### 2.1.3 预防口腔感染

舌头细长的丝状乳头可导致真菌、细菌和食物残渣的二次聚集，易发生口腔感染<sup>[15]</sup>。国外报道过 3 例含 LZD 方案治疗的耐多药结核病患者发生了口腔菌群严重失调<sup>[16]</sup>。杨润瑜的研究<sup>[17]</sup>表明，以 5.00%碳酸氢钠溶液含漱为主的口腔护理可有效改善患者舌苔增厚，有助于患者口腔舒适、口腔 pH 值及口腔健康。与抗生素类口腔护理液不同，碳酸氢钠溶液主要利用其中的碳酸氢根（ $\text{HCO}_3^-$ ）与氢离子（ $\text{H}^+$ ）发生中和反应，提升口腔 pH 值，破坏利于致病菌生长的酸性环境，以维持口腔微环境的生态平衡。且碳酸氢钠溶液可溶解细菌生物膜中的脂肪酸，抑制菌斑形成<sup>[18-19]</sup>。碳酸氢钠溶液作为一种临床常用的口腔护理液，在控制真菌感染，减少口腔菌斑方面效果确切<sup>[20]</sup>。患者伴有口干、味觉障碍，故使用 5.00%碳酸氢钠溶液预防患者口腔感染、增加口腔舒适度，患者每天早晚均含漱 1 次，含漱时漱口液在口腔内保留 10 秒。治疗期间，患者未发生口腔感染。

### 2.2 营养支持

耐药结核病由于治疗时间长、药品种类多、药物毒性大等，患者常耐受性差，其营养不良发生率高达 59.70%<sup>[21]</sup>。而耐药结核病治疗转归与患者营养状态密切相关<sup>[22]</sup>。本例患者体重 50.5kg（较前减少 1.5kg）、BMI 19.24kg/m<sup>2</sup>，简易营养评估量表（Mini-Nutritional Assessment, MNA）得分 7 分，提示营养不良。患者恶心呕吐反应，且口干、味觉障碍、舌部异物感影响进食，均会加重营养不良。在营养师的指导下，为患者制定饮食计划：①营养摄入原则参考《结核病营养治疗专家共识》<sup>[23]</sup>，能量以 35~40kcal/（kg·d<sup>-1</sup>），碳水化合物占全天总能量的 45.00%~65.00%，脂肪占全日总能量的 25.00%~35.00%，蛋白质占全日总能量的 15.00%~30.00%，蛋白质摄入量为 1.2~1.5g/（kg·d<sup>-1</sup>），优质蛋白质应占总蛋白量的 50.00%以上；②根据患者标准体重 57.0kg 计算每日所需热量为 1995~2280kcal，定为 2000kcal/天，其中碳水化合物占 55.00%为 275g、脂肪占 25.00%为 125g、蛋白质 20.00%为 100g，按照患者的偏好搭配各种食物；③鼓励患者少量多餐，以增加进食量，服药前可以吃点饼干、面包等零食，减少药物对胃的刺激；④避免食用含酒精的饮品或食物，以减轻药物毒性。患者 8 月 21 日体重 51.80kg、BMI 19.74 kg/m<sup>2</sup>，MNA 量表得分 13 分，营养改善。

### 2.3 心理护理

舌是一个复杂且重要的器官，具有参与味觉、咀嚼、吞咽和言语的感觉乳头和肌肉。本例患者出现舌头变黑、味觉及吞咽等异常情况时，患者表现出回避社交，且担心药物副作用、恐惧服药，内心苦恼、焦虑（汉密顿焦虑量表评分 35 分，为重度焦虑）。在心理专科护士的指导及参考 WHO 最新版《患者关怀和支持实施性手册》<sup>[24]</sup>下制定心理干预方案：①关注患者感受，引导式对话让患者说出治疗依从性促进和障碍因素；②树立患者正确认识情绪的信念，因身体健康产生的焦虑、抑郁、愤怒等情绪是正常现象，不要过度紧张、担忧；③运用希望疗法<sup>[25]</sup>给患者灌输治疗希望，增强其战胜疾病的信心，帮助患者更好的应对治疗过程中 BHT 带来的困扰；④鼓励患者寻求社会支持，将患者加入耐药结核病患者微信群，积极参与同伴支持教育，与病友分享自己感受，以获得心理和情感支持如接纳事实、对治疗充满信心等<sup>[26]</sup>；⑤每天睡前在音频指导下做渐进性肌肉放松训练 20 分钟，以放松心情<sup>[27]</sup>。干预后，患者自述心理问题较前改善（汉密顿焦虑量表评分 16，为轻度焦虑）。

### 2.4 服药依从性护理

耐药结核病患者由于结核病防治知识不足、药物不良反应多、用药时间长、消极情绪多、受歧视、经济状况不好等主观和客观因素影响，在治疗各阶段都有可能出现服药不依从现象<sup>[28]</sup>。目前，耐药结核病治愈率仅 63.00%，而接受规范化治疗的耐药结核病患者只占 2/5<sup>[29]</sup>。结核病服药依从性是影响治疗成功的重

要条件<sup>[30]</sup>。本例患者 7 月 14 日~7 月 21 日期间的服药依从性仅 88.00%，且出现药物不良反应后恐惧服药。因此，督促患者正确服药尤为重要。首先，以同情、友好和不加评判的方式寻找患者不遵医嘱服药的原因<sup>[31]</sup>。本例患者和家人共同居住，培训家属做为直接观察治疗（Directly Observed Treatment, DOT）提供者，参与患者的督导服药及陪同患者复诊，确保高质量的照护。DOT 是确保结核病患者坚持服药的最有效策略，还可帮助患者识别坚持服药障碍<sup>[32]</sup>。张春瑾等研究<sup>[33]</sup>还发现，家庭参与式干预可改善患者健康行为，且不增加家属负担感。另外，药剂师参与结核病患者健康管理可以提高其治疗依从性<sup>[34]</sup>。因此，联合药剂师强化督导患者用药，药剂师除了指导患者正确用药外，还明确告知患者规律服药的重要性及不规律服药的危害、避免漏服药技巧及药物不良反应的处理方法等。同时，和患者共同制定合理的用药计划，将服药目标分解成小目标，逐步让患者达到小目标，且在表现出期望的行为后立即提供精神鼓励，以强化患者服药信念<sup>[35]</sup>。经过干预后，患者服药依从性升至 98.00%。

### 3 小结

耐药结核患者的口腔健康问题会带来营养、服药依从性和心理问题，严重影响结核病防治，应重视含 LZD 治疗方案的耐药结核病患者口腔问题。本例患者 BHT 症状明显、心理反应大、服药依从性不、营养不良，严重影响疾病预后，通过口腔护理、营养指导、综合性服药干预及重视心理护理具有针对性的护理，真正从患者关怀角度为患者治疗提供重要支持，促进患者耐药结核病治愈。本例患者护理过程中尚有不足之处，在治疗开始前未给患者提供 BHT 相关信息，预见性护理不够，为此后的含 LZD 治疗方案的耐药结核病患者护理提供借鉴。

### 参考文献（略）

## 肺结核合并慢阻肺的高危因素与护理应对措施分析

吴端

作者单位：武汉市肺科医院，湖北 武汉 430030

**摘要：**目的：针对肺结核合并慢阻肺的高危因素进行探索，同时分析制定相应的护理应对措施。方法：进行了对单一组肺结核患者和合并慢阻肺的肺结核患者两组进行这一主题的实证研究。39 例每组，利用 CT 方法检查得出左肺、右肺、全肺 E/L 指标比较，同时对咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴结大症状情况比较。结果：结果表明在 CT 检查左肺、右肺、全肺 E/L 指标比较上，合并慢阻肺的肺结核患者值较高， $P < 0.05$  具有统计学意义。在咳嗽等临床症状情况比较上两组之间  $P > 0.05$ ，差异无统计学意义。结论：肺结核合并慢阻肺的患者，其疾病表现与单一肺结核患者存在一定差异，对于一些特殊的临床表现和高危因素，更需要重视护理应对措施的使用和医生的教育。

**关键词：**肺结核；慢阻肺；护理应对措施。

肺结核是全球公共卫生问题的重中之重，全球每年有大约一千万新发病例和 140 万肺结核相关死亡。而慢性阻塞性肺疾病（COPD）也是一种普遍存在并且危害人类健康的重大疾病。肺结核并发慢阻肺在临床上比较常见，病程长，治愈困难，患者表现出更重的症状和更高的死亡率。在护理方面，对于此类疾病的认知依然有限，因此，探索肺结核合并慢阻肺的高危因素并为其制定有效的护理应对措施是目前面临的重要任务。本研究基于此，对 39 例肺结核患者和 39 例肺结核合并慢阻肺患者进行跟踪调查，通过临床症状和 CT 检查结果的对比，试图寻找肺结核合并慢阻肺的高危因素，并在此基础上，探讨合理、有效的护理应对措施，便于为临床提供理论依据和操作指南。

### 1. 资料与方法

#### 1.1. 一般资料

本研究选取了我在同一时期诊断的 39 例肺结核和 39 例肺结核合并慢阻肺患者在同一医疗条件和护理条件下, 比较两组患者的肺部情况以及临床症状。所有研究的患者都经过了详细的问诊和全面的身体检查, 确保了研究的准确性。

所有参与研究的患者数据均经过详细记录和整理, 包括年龄、性别、病程、临床症状、CT 检查结果等。患者年龄范围为 19-72 岁, 其中单一肺结核组患者年龄均值为(45.67±10.89)岁, 病程均值为(3.27±0.98)年; 肺结核合并慢阻肺组患者年龄均值为(46.32±11.29)岁, 病程均值为(3.79±1.13)年。两组患者的基本资料差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 同一统计方法应用于两者是合理的。

除此之外, 再比较两组患者的临床表现, 包括咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大等症状, 以了解肺结核合并慢阻肺是否会增加患者的临床症状程度。同样, 对这些临床表现进行了详细记录与整理, 为后续的统计学处理做出基本的数据支持<sup>[2]</sup>。

通过这些调查研究与详细记录, 找出肺结核合并慢阻肺的高危因素, 并提出相应的针对性护理应对措施, 以改善患者的生活质量, 提高治疗效果。

## 1.2. 方法

本研究根据慢性阻塞性肺疾病诊断和治疗指南, 选取了同一时期诊断的 39 例肺结核和 39 例肺结核合并慢阻肺患者<sup>[3]</sup>所有患者均在本院内科接受了相应的治疗<sup>[4]</sup>。

记录了各组病人的 CT 检查结果。主要观察指标为左肺、右肺、全肺的 E/L 指标, 这是衡量肺部病变的重要指标。还了解了患者的常见症状情况, 包括咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大等。

在护理方面, 均给予患者必要的生活照护, 包括协助床榻活动、顾及营养状态、保持适当通风环境等。配合医师进行防止感染传播的宣教工作, 如防病毒防病菌措施、饮食卫生等, 为其提供遵医咨询指导。

在以上基础上, 对于合并组的护理, 考虑到其合并了慢阻肺, 对其病情进行了细致的监测与分析, 并根据肺功能障碍的程度采取了合理的护理干预。选择辅助呼吸或药物治疗, 保持气道通畅。对于肺功能较重损害的患者, 重视呼吸训练, 维持通气道及防止呼吸道感染。对于肺功能较轻的患者, 则鼓励进行生理性呼吸及适度活动, 避免病情进展。

如上述护理干预需配合医师的治疗计划, 特别是注意患者的药物剂量与应用, 以减少不良反应的出现, 对待可能出现的并发症要有及时的应对措施, 以保证治疗效果的稳定。

## 1.3. 评价指标及判定标准

本研究的评价指标主要包括肺部 CT 检查的 E/L 指标、临床症状及 CT 检查征象。肺部 CT 检查的 E/L 指标对肺结核和肺结核合并慢阻肺患者的诊断和评价具有重要的临床意义。E/L 指标是一个对肺部病变程度的重要参考数据, 值越高, 说明肺部病变程度越重。本研究对比了肺结核病人和肺结核合并慢阻肺患者的 CT 检查 E/L 指标, 以评估其病变程度。

研究对比了两组患者的主要症状, 包括咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大等临床表现。通过收集这些症状的数据, 评定患者的严重程度以及疾病对于生活质量的影响。

## 1.4. 统计学方法

统计学分析采用了 SPSS22.0 软件, 本论文对资料的分析将分为计量资料分析和计数资料分析两大类。

计量资料的分析中, 控制变量是肺结核单一组和肺结核合并慢阻肺组, 主要欲研究的指标是左肺、右肺、全肺的 E/L 指标。计量资料分析主要采用了 t 检验和  $\bar{x} \pm s$  的方式进行结果表示。t 检验用于对两组样本的平均值进行对比, 判断差异是否有统计学意义。计量资料结果对比主要采用了均数和标准差进行表示, 可以直观地看出两组的数据分布情况和整体特征。

计数资料的分析则更注重病症表现的出现频率与差异性, 具体的病症包括咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大等。在对这些统计资料进行分析时, 使用卡方检验来判断两组间在症状发生的频率上是否存在显著性差异, 以%表示在总样本中的占比情况。

所有的统计分析中, 采用双尾检验, 显著水平设为  $\alpha=0.05$ 。当 P 值小于 0.05 时, 认为两组间存在差异具有统计学意义。这有助于更简洁、准确地表述两类患者在各种病症和 CT 检查征象上的差异, 以及可能的高危因素。

以上就是在本研究中采用的统计学分析方法，通过科学的统计分析，能够从中发现肺结核合并慢阻肺的高危因素，为临床医师提供有价值的参考依据，更好地对这类患者进行早期拟定个性化的治疗方案和实施有效的护理干预，以提高治疗效果，减少并发症的出现。

## 2. 结果

### 2.1. CT 检查结果对比

通过对比肺结核与肺结核合并慢阻肺患者的 CT 检查结果，发现明显差异。在左肺、右肺和全肺的 E/L 指标方面，肺结核合并慢阻肺患者的数值明显高于只患有肺结核的患者。具体来说，单纯肺结核组的左肺 E/L 指标平均为  $3.64 \pm 0.90$ ，右肺为  $3.39 \pm 0.84$ ，全肺为  $3.84 \pm 0.96$ 。而肺结核合并慢阻肺组的左肺 E/L 指标平均是  $6.70 \pm 1.67$ ，右肺是  $5.63 \pm 1.40$ ，全肺是  $6.79 \pm 1.69$ 。

经过统计学处理，数据显示在左肺、右肺和全肺的 E/L 指标上肺结核合并慢阻肺组的指标均高于单纯肺结核组，且差异具有统计学意义(t 分别为 10.0071, 8.5671 和 9.4771, P 均为 0.0071)，这可能暗示肺结核合并慢阻肺患者在肺组织弹性或肺气流阻力方面可能存在较大问题，需要重视并针对性地进行治疗。

### 2.2 症状对比

从的数据中可知，单一肺结核组和患有肺结核合并慢阻肺的组别的症状比较，咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热以及淋巴肿大的症状差异表现不大。在单一肺结核组别中，咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大的症状分别占 51.28%、53.85%、46.15%、43.59%、61.54%、28.21% 和 20.51% 的比例。相较之下，对于患有肺结核合并慢阻肺的组别，这些症状的比例分别为 48.72%、51.28%、43.59%、41.03%、58.97%、25.64%、23.08%。X<sup>2</sup> 的值均在 0.0580-0.0780 间，P 值大于 0.05，差异并无统计学意义。

这个结果表明肺结核病人和肺结核合并慢阻肺病人的临床症状分布基本相同，不同的症状没有显示出显著性的区分度。这可能标志着需要进一步研究和评估，以揭示潜在的高危因素和寻找更有效的护理应对策略。

表 1 肺结核与肺结核合并慢阻肺患者 CT 检查左肺、右肺、全肺 E/L 指标比较[%]

| 组别  | 例数 (n) | 左肺        | 右肺        | 全肺        |
|-----|--------|-----------|-----------|-----------|
| 单一组 | 39     | 3.64±0.90 | 3.39±0.84 | 3.84±0.96 |
| 合并组 | 39     | 6.70±1.67 | 5.63±1.40 | 6.79±1.69 |
| t   |        | 10.0071   | 8.5671    | 9.4771    |
| P   |        | 0.0071    | 0.0071    | 0.0071    |

表 2 肺结核与肺结核合并慢阻肺患者咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大症状情况比较[n (%) ]

| 组别             | 例数 (n) | 咳嗽            | 痰血            | 胸闷            | 气短            | 消瘦            | 低热            | 淋巴肿大         |
|----------------|--------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 单一组            | 39     | 20<br>(51.28) | 21<br>(53.85) | 18<br>(46.15) | 17<br>(43.59) | 24<br>(61.54) | 11<br>(28.21) | 8<br>(20.51) |
| 合并组            | 39     | 19<br>(48.72) | 20<br>(51.28) | 17<br>(43.59) | 16<br>(41.03) | 23<br>(58.97) | 10<br>(25.64) | 9<br>(23.08) |
| X <sup>2</sup> |        | 0.0580        | 0.0580        | 0.0580        | 0.0580        | 0.0580        | 0.0680        | 0.0780       |
| P              |        | 0.8280        | 0.8280        | 0.8180        | 0.8180        | 0.8180        | 0.7980        | 0.7880       |

## 3. 讨论

肺结核是全球范围内的主要公共卫生问题，甚至在很多发展中国家，肺结核的发病率仍然处在高位。慢阻肺作为一种常见的呼吸系统疾病，以其慢性进行性的特点和一旦确诊往往病程较长，给患者的生活带来重重负担<sup>[5]</sup>。肺结核合并慢阻肺的患者，常常由于两种疾病的相互影响，使得治疗难度增大，预后更差。

本研究对比了单纯结核和合并慢阻肺的患者在 CT 检查和症状表现上的不同。从的结果来看，结核合并慢阻肺的患者在全肺 E/L 指标以及左右肺的 E/L 值上高于单纯结核患者，且 P 值为 0.0071，显示这种差异在统计上是显著的，表示慢阻肺对肺部结构的影响可能与结核病变的影响有所不同。

在症状方面，两组患者在咳嗽、痰血、胸闷、气短、消瘦、低热、淋巴肿大等症状的发展上并无明显差异 ( $P>0.05$ )，显示慢阻肺的出现似乎并没有进一步加重症状。在考虑到肺结构改变可能带来的临床症状进一步恶化的可能性，仍需要对合并慢阻肺的结核患者给予深入的关注和监控。

令人遗憾的是，本研究中的部分症状（如咳嗽、痰血、胸闷等）的差异性并未达到统计学意义。这可能是因为病程、患者年龄、治疗方案、免疫状态等多种因素的影响，导致患者症状差异个体间的差异很大。但这并不影响认识到，慢阻肺对肺结核的影响与否，仍然需要进一步的研究。针对肺结核合并慢阻肺患者，需要在综合考虑病人的患病风险、发病机制以及合并病发展情况基础上，落实个体化的治疗和护理方案，以期提高治疗效果和生活质量。

参考文献（略）

## 家庭参与的延续性护理对老年肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响

黄思敏

作者单位：武汉市肺科医院,湖北省武汉市硚口区宝丰路 28 号 430030

**摘要 目的：**探索家庭参与的延续性护理对老年肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响。**方法：**选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月在本科治疗的 100 例老年结核病患者为研究对象，按入院日期交替分组为对照组和观察组，各 50 例。对照组患者采取常规护理，观察组患者采取家庭参与的延续性护理，比较两组患者自我效能、心理情绪及患者满意度。**结果：**观察组护理后自我效能各维度评分均高于对照组 ( $P<0.05$ )，护理后两组患者汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分均下降，且观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组 ( $P<0.05$ )，观察组患者护理总满意度显著高于对照组 ( $P<0.05$ )，**结论：**对老年结核病患者应用家庭参与的延续性护理能够提高患者对于护理工作的满意度，提高遵医行为，能够有效减轻患者可能产生的不良情绪，提高患者治疗信心。

**关键词：**老年肺结核；家庭参与；延续性护理；自我效能；心理情绪

结核病是临床中较为常见的一种肺部传染性疾病，具有发病率高、传染性强等特点。结核病是由于结核杆菌感染导致的慢性传染疾病。结核病会侵袭人体的各个器官，主要侵袭部位为肺，最终导致患者发生肺结核。近年来，患肺结核的老年患者数量呈上升趋势。随着老龄化社会的到来，老年患者所占比重逐渐增加，活动性肺结核患者中 60 岁及以上老年人约 48.8%<sup>[1]</sup>。结核病多发于免疫力低下、呼吸道感染病变者、合并糖尿病患者等。患者临床症状主要表现为全身乏力、夜间盗汗、间歇性咳嗽、呼吸困难、食欲不振及消瘦等，严重影响患者的生活及健康。<sup>[2]</sup>肺结核病程长、易反复、治疗费用较高、具有传染性，给患者及家庭带来沉重的心理和经济负担。目前治疗肺结核的主要方式是使用抗结核药物，但老年患者缺乏对自身疾病正确认知，遵医服药依从性不好，影响治疗效果，甚至容易引发一系列不良反应，造成病情反复、恶化等严重后果。所以，探索一种有效的护理措施势在必行。本研究旨在探讨家庭参与的延续性护理对老年肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响。报道如下。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月在本科治疗的 100 例老年结核病患者为研究对象，依据护理方式不同分为对照组和观察组，各 50 例。对照组男性 26 例，女性 24 例；年龄 60~78 岁，平均年龄 (67.82±3.92) 岁；病程 1~3 年，平均病程 (2.12±0.88) 年。观察组男性 29 例，女性 21 例；年龄 62~82 岁，平均年龄 (72.15±5.14) 岁；病程 1~4 年，平均病程 (2.51±0.68) 年。两组一般资料比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性。

纳入标准：①根据症状表现、胸部 C T 扫描、实验室检查等综合诊断为结核病，符合《WS288—2017 肺结核诊断》<sup>[3]</sup> ②患者及家属自愿参与本研究。③年龄范围：60~85 岁。

排除标准：①患者存在严重药物过敏史。②危重症且生命体征不平稳者；③患者精神状态、表达能力异常。④正在参加其他实验项目者。

## 1.2 方法

对照组采取常规护理方式。护理人员根据患者病情予以相应的健康指导，包括有效的咳嗽、咳痰，呼吸功能锻炼，定期复查的必要性，指导其坚持全程、规律服药，告知服药可能存在的不良发应，日常饮食注意加强营养，多进食高蛋白、高热量饮食，控制豆制品、海鲜、动物内脏的摄入，避免熬夜，增加抵抗力，定期复查，了解疾病恢复情况及药物不良发应程度，患者出院 7 天内完成电话随访，对患者的用药、复查及功能锻炼等进行再次告知。

观察组采用家庭参与的延续性护理干预措施。具体方法如下：

(1) 科室成立老年肺结核专科护理小组，由护士长负责，成员组成包括医生 1 名，责任护士 4 名 (包括老年专科护士 1 名)，组员在入组后需接受护理技能培训，包括结核病防治知识、沟通技巧、院感知识、心理分析能力等，以保证护理工作的有效开展。护士长负责对护理工作协调、管理；每月定期组织培训及讨论会，学习前组织查询相关文献指南，会上一起学习讨论，召开讨论会，讨论近期老年病患护理难点，一起制定解决方案、计划并组织实施。(2) 建立肺结核微信公众号及微信群，添加观察组成员及其家属，让家属共同参与患者整个治疗过程。定期推送肺结核相关预防知识，进行医疗知识科普，护理人员为患者讲明疾病的状况及应该注意的事项，以便增加患者对于药物治疗的依从性，积极做好对相关医疗健康知识的宣讲与说明。提醒患者按时服药、进行实时关怀聊天、给予出院后回访指导等。小组成员负责随时为患者及家属答疑解惑。(3) 家庭参与的服药指导和饮食指导。老年患者记性差，家庭成员需每天提醒服药，避免造成漏服和误服，注意服药的观察要点，如出现厌食、关节疼痛、恶心、视力下降等不适等需及时就医。饮食方面根据护士为每个患者情况制定饮食搭配食谱，家属自制高蛋白、高热量的饮食，控制豆制品、海鲜、动物内脏的摄入，确保肉蛋奶等食物的合理摄入，以便保障营养的充足摄取。(4) 家庭参与的健康宣教及心理护理。大多老年结核病患者年纪较大，受自身文化水平的限制，其对结核病病情的认知不足。在结核病的治疗过程中，因为治疗时间长、见效慢、经济负担过重，加上需隔离治疗，患者心理压力较大，易出现焦虑、恐惧、不安、沮丧等消极情绪，进而影响结核病患者术后病情的恢复，家庭的延续护理在此时具有重要作用，责任护士负责对患者及家属进行全面宣教工作。患者出院后由护士一对一进行负责追踪指导。患者在出院后的延续指导。护理人员为患者制订科学、合理、综合的饮食指导、锻炼指导、休息指导，告知患者及家属相关注意事项。出院一周电话随访患者了解用药情况，提醒患者复查肝肾功能。电话家属了解患者离院后的心理状态及功能锻炼情况，提醒家属如果痰标本化验转阴，即不需要过度防护，以免增加患者的负面情绪，了解患者家庭经济情况，告知相关免费政策，减轻家庭经济负担。建议家属多倾听患者的主观感受，并指导其学习其他放松方法，如打太极、听音乐及放松肌肉等，强调家庭与社会支持优势，引导家属、朋友等关爱、照顾及陪伴患者，鼓励朋友及家属探视，以增强患者家庭支持度与社会支持度，建立良好社会支持系统，让患者在被支持状态中缓解压力。

## 1.3 观察指标

研究者于入院时和出院后 1 个月随访护士上门随访下列指标：自我效能、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分、护理满意度。

1.3.1 自我效能：采用郇桂青等<sup>[4]</sup> 根据自我效能相关理论结合结核病治疗管理所制定的肺结核患者自我效能量表在入院时和出院后 1 个月评估患者的自我效能水平，该量表采用 Likert 5 级评分法评估，

包含日常生活、健康行为、遵医行为 3 个维度，共计 12 个条目，每个条目 0 ~ 4 分，分数与自我效能水平成正比。

1.3.2 以汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 进行分析，

将患者的情绪状态分为 4 个评分标准，正常为 1 分、轻度为 2 分、中度为 3 分、重度为 4 分，得分越高表明患者负面情绪越严重。

1.3.3 护理满意度：根据本院特点自制的护理满意度调查问卷评估患者护理满意度，总分为 100 分，非常满意为 90~100 分，满意为 80~90 分，较满意 60~80 分，不满意 0~60 分，护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件处理数据。计数资料以频数和率(%)表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验;计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，两组间比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2. 结果

2.1 入院时两组患者的日常生活、健康行为、遵医行为的评分比较差异均无统计学意义(P 值均> 0.05); 出院后 1 个月观察组患者 3 个领域的自我效能评分水平均明显高于对照组，差异均有统计学意义(P 值均< 0.05)。详见表 1。

表 1 两组患者的自我效能评分

| 组别  | 例数 | 日常生活(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            | 健康行为(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            | 遵医行为(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            |
|-----|----|---------------------------|------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
|     |    | 入院时                       | 出院后 1 个月   | 入院时                       | 出院后 1 个月   | 入院时                       | 出院后 1 个月   |
| 观察组 | 50 | 9.24±1.28                 | 15.39±1.09 | 10.15±1.14                | 16.15±2.38 | 10.02±0.77                | 17.44±1.88 |
| 对照组 | 50 | 9.02±1.48                 | 13.05±1.10 | 9.98±0.95                 | 13.48±1.95 | 10.27±0.75                | 14.28±1.40 |
| t 值 |    | 1.338                     | 11.352     | 1.602                     | 6.392      | 1.289                     | 9.930      |
| P 值 |    | 0.157                     | <0.001     | 0.114                     | <0.001     | 0.116                     | <0.001     |

### 2.2 两组患者护理前后 HAMA、HAMD 评分比较

护理前两组患者 HAMA、HAMD 评分比较，差异无统计学意义(P>0.05); 护理后两组患者 HAMA、HAMD 评分均下降，且观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组，组间比较，差异具有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者护理前后 HAMA、HAMD 评分

| 组别  | n  | 时间  | HAMA                    | HAMD                    |
|-----|----|-----|-------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 50 | 护理前 | 3.52±0.36               | 3.28±0.42               |
|     |    | 护理后 | 2.65±0.52 <sup>①</sup>  | 1.68±0.28 <sup>①</sup>  |
| 观察组 | 50 | 护理前 | 3.22±0.38               | 3.18±0.36               |
|     |    | 护理后 | 1.02±0.37 <sup>①②</sup> | 0.78±0.36 <sup>①②</sup> |

注：与同组护理前比较，①P<0.05；与对照组护理后比较，②P<0.05。

### 2.3 患者满意度

两组患者满意度对比，观察组患者总满意率高于对照组(P<0.05)。见表 3

表 3 两组患者对护理的满意度评价

| 组别       | 例数 | 对护理的评价 [n(%)] |           |           |          | 患者满意率 (%) |
|----------|----|---------------|-----------|-----------|----------|-----------|
|          |    | 非常满意          | 满意        | 较满意       | 不满意      |           |
| 观察组      | 50 | 47 (93.33)    | 3 (3.67)  | 0 (0.00)  | 0 (0)    | 100.00    |
| 对照组      | 50 | 39 (63.33)    | 5 (16.67) | 5 (16.67) | 1 (3.33) | 88.00     |
| $\chi$ 值 |    |               |           |           |          | 4.433     |
| P 值      |    |               |           |           |          | 0.035     |

### 3.讨论

老年肺结核患者的治疗时间长, 抵抗力不足, 加上大部分老年人文化水平及对疾病认识不够, 常合并多系统疾病, 加重治疗难度, 病情复杂且易反复, 病程长, 短时间不能见到疗效, 多数患者依从性较差, 甚至不相信科学, 错误偏方, 存在不遵医嘱服用抗结核药物的情况, 影响结核病的治疗进展, 不利于病情转归, 甚至从轻型转为重型或耐药性肺结核, 增加患者再入院率, 家庭的参与可疏导其负面情绪, 减少不良反应情况的发生, 提升治疗效果。延续性护理是一种将护理服务延伸至家庭或社区的优质护理服务模式, 其内容包括出院计划、随访、健康教育等, 能满足患者出院后的健康需求<sup>[5]</sup>。但我国的护理服务往往只由医护人员提供, 存在一定的不足, 护理人员不能与家庭进行紧密衔接。王蕾<sup>[6]</sup>对出院后的肺结核患者实施延续性护理发现, 患者出院半年后的生活质量明显高于出院前。可见在老年肺结核患者中开展延续性护理可有效监督患者摒弃不良行为, 调动患者的主观能动性, 让患者积极参与疾病管理, 以达到控制疾病进展, 促进患者健康的目标。本文重点强调家庭参与的延续性护理的重要性, 增加家属参与, 融洽家庭关系, 提升患者幸福感。

本研究结果显示通过对老年患者实施家庭参与的延续性护理后, 自我效能各维度评分, 包括日常生活、健康行为、遵医行为 3 维度评分均高于对照组 ( $P<0.05$ ), 护理后两组患者汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分均下降, 且观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组 ( $P<0.05$ ), 观察组患者护理总满意度显著高于对照组 ( $P<0.05$ )。所以对老年结核病患者应用家庭参与的延续性护理能够提高患者对于护理工作的满意度, 提高遵医行为, 能够有效减轻患者可能产生的不良情绪, 提高患者治疗信心。本试验因样本量较少, 且为单中心研究, 本次研究结果仅代表我科对老年肺结核实施家庭参与的延续性护理研究, 后续有待对不同地区不同等级医院扩大研究样本进行研究, 进一步明确家庭参与的延续护理在老年肺结核患者中的应用效果研究, 建立更完善的体系, 使家庭参与的延续性护理不断规范化。

#### 参考文献 (略)

## 基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者管理研究

吴端

作者单位: 武汉市肺科医院,湖北 武汉 430030

**摘要:** 目的: 分析基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者管理的具体效果。方法: 本研究选择了 78 名肺结核合并多浆膜腔积液的患者, 随机分为试验组和参照组, 两组患者各 39 例, 均接受常规药物治疗, 试验组在此基础上实施护理路径管理。结果: 在护理满意度上, 试验组的总满意率为 94.87%, 参照组为 76.92%, 差异性有统计学意义 ( $P=0.0289$ )。在症状评分对比中, 试验组各项评分均低于参照组 ( $P=0.0089$ )。另外试验组的平均卧床时间和平均住院时间较参照组有明显缩短 ( $P=0.0073$ )。此外, 参照组并发症的总发生率为 20.51%, 试验组仅为 5.12%, 差异有统计学意义 ( $P=0.0473$ )。结论: 基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者管理能有效改善患者的临床症状, 是一种值得推广的管理模式。

**关键词:** 护理路径; 肺结核合并多浆膜腔积液; 患者管理

肺结核是一种罹患率较高的传染病, 主要通过飞沫传播, 也是目前全球公共卫生问题中的重大挑战之一。特别是伴有多浆膜腔积液的肺结核, 患者的临床疗效和治疗的坚持程度直接关系到疾病的预后。由于患者的身体状况和病情复杂性, 使得治疗和护理工作存在较大的困难。在此背景之下, 寻求一种能够提高病人护理满意度, 改善临床症状, 并减少并发症等多方面效果的患者管理方式显得尤其重要。护理路径, 作为一种重要的临床护理手段, 是一项针对特定疾病的一系列标准化治疗和护理过程, 主要目的是提高护理效果, 减少病人并发症, 提高病人满意度以及生活质量为此, 本研究选定 78 名肺结核合并多浆膜腔积液的患者, 并采用护理路径进行管理, 对比其与传统管理方式的效果差异, 以探索更为人性化的治疗和管理

模式。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究选取了 78 例肺结核并发多浆膜腔积液患者，他们的病例资料是在我院 2023 年 6 月至 2023 年 12 月期间收集的<sup>[1]</sup>。通过随机计算机表法，将他们分为试验组和参照组，每组共包含 39 例患者。

试验组患者的年龄范围在 28 到 75 岁之间，平均年龄为 53.5 岁。他们的病程时间集中在 6 周到 8 个月之间，平均病程为 4.5 个月。参照组患者的年龄分布在 30 到 77 岁之间，平均年龄在 54 岁左右。他们的病程时间大部分在 7 周到 9 个月之间，平均病程为 5 个月。

两组患者的年龄和病程分布广泛且平均值相接近。他们的一般健康状况和具体临床表现也相似。例如，他们共同的主要症状包括慢性咳嗽、胸痛、呼吸困难和体重下降，而这些症状在肺结核并发多浆膜腔积液的患者中较为常见<sup>[2]</sup>。

在选择研究对象时，采取了严格的标准，并确保所选患者的病情符合本研究的需求。所有参加研究的患者都接受了详细的医学评估及相关检查，以确保他们的病情得到了准确的诊断和分类。

对试验组和参照组患者的基本资料进行了详细分析，并发现他们在年龄、病程、主要症状等方面无明显差异。这为下一步探究基于护理路径的肺结核并发多浆膜腔积液患者管理提供了合理的对照基础。

值得一提的是，所有参与本次研究的患者都已经完全明了研究的目的，并在明确知情后签署了同意书。在研究的所有阶段，都严格遵循了伦理准则，尊重患者的权利和利益，保障了研究的科学性和道德层面的可持续性。

### 1.2 方法

在这项针对基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者的管理研究中，设计了一个实验组和一个参照组。试验组采取了基于护理路径的病人管理，而参照组则接收了常规护理。

试验组的患者接受了一套完整且系统的护理路径，这包括病情评估、个性化的治疗计划、药物管理、心理咨询以及定期的跟踪回访。在进行病情评估时，护士会详细记录患者的基本信息，包括年龄、性别、体重、病史等。治疗计划是为每个患者量身定制的，具体包括药物使用的频率、剂量，治疗的周期以及需要注意的食品禁忌等。的护士团队会定期进行心理咨询服务，以缓解患者的焦虑情绪和助力他们更积极的面对疾病。在整个治疗期间，的护士团队会定期跟踪患者的病情，并适时调整治疗计划。

参照组的患者采取了常规的病人管理方式，尤其是在疾病的诊疗方案、药物使用以及病情跟踪等方面，并没有针对性的进行改动或优化。

### 1.3 评价指标及判定标准

在本研究中，采取了若干评价指标来评估和比较基于护理路径的肺结核合并多浆膜腔积液患者的管理效果。

对比了试验组和参照组的护理满意度。用简单明了的调查问卷收集了患者的反馈，包括“非常满意”、“一般满意”和“不满意”三个选择。

对比了两组患者护理前后的症状积分。胸肋胀满、胸闷、气短和胸肋疼痛被记录下来，并求得其积分，以了解护理路径对于症状缓解的效果。

评价了患者的治疗总用时，其中包括平均卧床时间、平均住院时间，以此评估护理路径对病人全面恢复情况的影响。

以上这些评价指标的采集和处理都严格遵循了科学和统计学的方法，尽可能减小偏差，使的研究结果更为可靠。

### 1.4 统计学方法

在本研究中，使用 SPSS22.0 进行了统计学分析，在描述计量资料时，使用  $\bar{x} \pm s$  表示。对于分类变量，如满意度、并发症发生率等，用卡方和%表示。

具体来说，检查了两组的人数以及各个指标的基础值。通过独立样本 T 检验分析两组的症状积分、和治疗总用时。通过卡方检验比较了两组的满意度和并发症发生率。

在所有进行的假设检验中，都选择了 0.05 作为显著性水平，也就是说，当 P 值小于 0.05 时，认为两组之间的差异具有统计学意义，反之则认为差异无统计学意义<sup>[3]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 护理满意度分析

对试验组患者进行满意度调查。试验组的总满意率为 94.87%，其中非常满意的占比为 66.66%，一般满意的占比为 28.20%，不满意的占比为 5.12%。而参照组的总满意率为 76.92%，非常满意的占比为 46.15%，一般满意的占比为 30.76%，不满意的占比为 23.07%。统计结果显示，试验组的满意度显著高于参照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 症状积分评估

护理前后，试验组与参照组患者的胸肋胀满、胸闷、气短和胸肋疼痛症状均有所改善。但试验组在胸肋胀满，胸闷，气短和胸肋疼痛的改善程度上明显高于参照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。尤其在胸闷和胸肋疼痛二项中，试验组的改善表现更为突出，与参照组比较，差异极其显著。详见表 2。

表 1 护理满意度[n (%) ]

| 组别             | 例数 (n) | 非常满意        | 一般满意        | 不满意        | 总满意率        |
|----------------|--------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 试验组            | 39     | 26 (66.66%) | 11 (28.20%) | 2 (5.12%)  | 37 (94.87%) |
| 参照组            | 39     | 18 (46.15%) | 12 (30.76%) | 9 (23.07%) | 30 (76.92%) |
| X <sup>2</sup> |        |             |             |            | 5.1889      |
| P              |        |             |             |            | 0.0289      |

表 2 症状积分(±S, 分)

| 组别  | 例数 (n) | 胸肋胀满      |           | 胸闷        |           | 气短        |           | 胸肋疼痛      |           |
|-----|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |        | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 39     | 3.22±0.44 | 0.91±0.12 | 2.50±0.52 | 0.75±0.13 | 2.01±0.42 | 0.43±0.10 | 2.14±0.32 | 0.34±0.11 |
| 参照组 | 39     | 3.23±0.48 | 1.64±0.25 | 2.49±0.48 | 1.58±0.20 | 1.98±0.37 | 1.01±0.21 | 2.13±0.28 | 0.95±0.16 |
| t   |        | 0.0989    | 16.4389   | 0.0889    | 21.7289   | 0.3389    | 15.5789   | 0.1489    | 19.6189   |
| P   |        | 0.9289    | 0.0089    | 0.9289    | 0.0089    | 0.7389    | 0.0089    | 0.8889    | 0.0089    |

### 2.3 治疗总用时表述

表 3 展示了两组患者的治疗总用时比较。从平均卧床时间和住院时间来看，试验组患者的数值明显低于参照组，显示试验组患者恢复更快 ( $P < 0.05$ )。

表 3 治疗总用时(±S)

| 组别  | 例数 (n) | 平均卧床时间 (h) | 平均住院时间 (h) |
|-----|--------|------------|------------|
| 试验组 | 39     | 23.59±2.61 | 8.41±1.52  |
| 参照组 | 39     | 29.88±3.16 | 11.79±2.30 |
| t   |        | 9.6173     | 7.6573     |
| P   |        | 0.0073     | 0.0073     |

### 2.4 并发症发生率统计

具体在并发症发生率方面，试验组的皮肤感染 (2.56%)，胸膜粘连 (2.56%) 及胸膜肥厚 (0.00%) 的总发生率 (5.12%) 显著低于参照组的皮肤感染 (7.69%)、胸膜粘连 (5.12%) 及胸膜肥厚 (7.69%) 的总发生率 (20.51%)，差异有统计学意义 ( $X^2=4.1273$ ,  $P=0.0473$ )<sup>[4]</sup>。可见，基于护理路径的管理能有效降低肺结核合并多浆膜腔积液患者的并发症发生率。

表 4 并发症发生率[n (%) ]

| 组别             | 例数 (n) | 皮肤感染      | 胸膜粘连      | 胸膜肥厚      | 总发生率       |
|----------------|--------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 试验组            | 39     | 1 (2.56%) | 1 (2.56%) | 0 (0.00%) | 2 (5.12%)  |
| 参照组            | 39     | 3 (7.69%) | 2 (5.12%) | 3 (7.69%) | 8 (20.51%) |
| X <sup>2</sup> |        |           |           |           | 4.1273     |
| P              |        |           |           |           | 0.0473     |

### 3 讨论

肺结核并发多浆膜腔积液是一种严重的临床状况，给患者带来了痛苦又容易发生各种并发症，严重影响患者生活质量。对患病人群设计有效的护理路径不仅对缓解其症状，改善生活质量，防止并发症的发生至关重要，还有助于优化医疗资源分配，提高护理服务的满意度。

在本研究中，通过基于护理路径的管理模式对试验组患者进行管理，并与常规护理的参照组进行比较。结果显示，试验组的护理满意度显著高于参照组。其原因可能在于护理路径具有明确提示和指引作用，患者在整个护理过程中能获得及时、系统、连贯的关怀和服务，大大提高了患者对治疗的信心和对护理工作的满意度。

对比症状结果显示，试验组症状指数明显低于参照组，尤其在胸肋胀满、胸闷和气短等症状上，显示出显著优势。胸肋胀满、胸闷和气短是肺结核合并多浆膜腔积液的典型症状，非常影响患者的生活质量和康复进程。相比参照组，试验组的症状改善更为显著，这主要得益于基于护理路径的管理模式，早期诊断、个体化治疗和精细化护理有针对性的改善患者症状。

对比治疗总用时显示，护理路径的使用显著降低了患者的卧床时间和住院时间。推测这一结果可能与护理路径的规范化流程有关，它使护理人员可以更加精确、高效地对患者进行评估和干预。也说明了护理路径可能对患者的恢复和康复产生显著影响，以便早日出院，减轻患者和家庭的经济负担。

肺结核合并多浆膜腔积液患者的管理，需要全面、细致和专业的护理路径，以便提高患者的生活质量和降低并发症的发生率。根据表 4 的统计结果显示，基于护理路径的管理方式在控制并发症发生率方面显示出较好的效果。比较试验组和参照组的数据，可以看出试验组的皮肤感染、胸膜粘连、胸膜肥厚及总发生率都明显低于参照组，差异显著 ( $P < 0.05$ )，表明基于护理路径的管理模式对控制并发症发生率有显著作用。

综上所述，肺结核合并多浆膜腔积液患者管理困难，治疗周期长，患者易出现各种并发症。有效的护理管理对患者的治疗与预后非常关键。本研究结果表明，基于护理路径的患者管理对于肺结核合并多浆膜腔积液患者治疗具有实际应用价值，可以改善患者的护理质量，提高患者的生活质量，并可以显著降低并发症的发生率，值得临床推广应用。

参考文献 (略)

## 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者安宁疗护体会

陈石芬

作者单位：云南省传染病医院

**摘要：目的** 总结 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者及家属实施安宁疗护的临床经验。**方法** 运用安宁疗护的理念、知识和技能对 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者进行护理，帮助患者减轻疼痛、恶心、呕吐及其他症状，评估患者的灵性需求并给予灵性照护，使患者平静、舒适、安详地走完人生最后阶段；同时给予主要照顾者支持，使其积极面对各种问题。**结果** 通过全方位的安宁疗护，实现了患者的善终、善别和家人的善生。**结论** 安宁疗护可以帮助艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤患者舒适、

平静、尊严地走完生命的最后阶段，建议在临床护理中推广应用。

**关键词：**艾滋病；弥漫大 B 细胞淋巴瘤；安宁疗护

艾滋病(acquired immunodeficiency syndrome,AIDS)是由于人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus,HIV)感染后,CD4+T 淋巴细胞数量不断减少,造成机体细胞免疫功能严重受损。随着 AIDS 抗病毒治疗技术的发展,AIDS 已经成为可以治疗的慢性传染病,患者有望获得正常人均期望寿命<sup>[1]</sup>。艾滋病合并恶性肿瘤的发病率与普通人群也无明显差异<sup>[2]</sup>。随着社会各界对艾滋病宣传、科普工作的不断推进,人们对艾滋病的认知也不断改善,但社会对艾滋病的恐惧与道德评判仍然存在,这让艾滋病合并肿瘤的临终患者同时遭受身体、社会、精神方面的痛苦折磨,痛不欲生。家庭主要支持者同样承受着难以启齿的痛苦与纠结。

安宁疗护是以临终患者和家属为中心,以多学科协作模式进行的实践,主要内容包括疼痛及其他症状控制、舒适照护、心理、精神及社会支持等<sup>[3]</sup>,是缓解艾滋病肿瘤患者临终前痛苦及提供家庭支持的有效手段。本文对 2020 年我科收治的 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者运用安宁疗护的理念、知识和技能进行护理,帮助患者安宁、舒适、无遗憾的离世,现将护理体会报道如下。

## 1、病例介绍

患者,男性,37 岁,2020 年 6 月中旬,因“胃痛、返酸、体重下降”就诊,行胃镜检查并予病理组织活检,6 月 18 日病理诊断为弥漫大 B 细胞淋巴瘤(GCB 亚型)。7 月 1 日 HIV 抗体确认阳性,CD4 计数 395cells/ul,ART 方案:3TC+TDF+RAL。7 月 6 日,PET/CT 示:淋巴溜浸润。7 月 10 日入住我科,重度贫血,予纠贫血的同时完善化疗前检查,请专家会诊,制定化疗方案,行第一期化疗。后分别于 8 月 7 日,9 月 4 日,10 月 4 日,行第二、三、四期化疗。后 PET/CT 示:发现新发病灶,治疗效果不佳,病情恶化,预估生存期以月计。患者放弃治疗,回家后一月余离世。住院期间患者现腹痛、消瘦,恶心、呕吐,主诉乏力。

## 2、护理

### 2.1 症状控制

#### 2.1.1 控制淋巴瘤浸润、转移

纠正贫血,积极完善化疗前准备,行 R-DA-ECHOP 方案化疗,密切观察化疗反应。碳酸氢钠、复方氯己定交替漱口,保持口腔清洁、舒适,预防口腔真菌感染。监测血常规、血生化等,评估患者骨髓抑制情况、预防感染。

#### 2.1.2 疼痛护理<sup>[4]</sup>

疼痛是癌症病人最常见的症状之一,是病人的主观感受,严重影响癌症病人的生活质量,规范的痛管理能有效缓解疼痛,促进舒适,提高生活质量。

该患者意识清楚,生活自理,沟通无障碍,根据患者的理解能力和认知情况选择数字疼痛强度评估量表(numeric rating scale,NRS)、简明疼痛评估量表(brief pain inventory,BPI)作为疼痛评估工具。首次评估在病人入院 8 小时内完成,并记录。患者 NRS 评分 2-3 分,不影响睡眠、生活、兴趣、社交等,未口服止痛药。

责任护士教会病人使用疼痛评估工具并正确评估疼痛强度。患者基础疼痛强度 NRS 评分超过 3 分时,进行每日常规疼痛评估,包括基础疼痛强度、疼痛加重需要处置的疼痛强度、次数及处置后的缓解情况,记录在生命体征单下方的疼痛记录栏里。其他内容记录在护理记录单中。每日 2pm 护士评估病人过去 24 小时的基础疼痛强度,记录在 2pm 对应时间点上。当病人出现疼痛加重给予疼痛处置后,应及时评价疼痛缓解情况并记录。不同给药途径评价时间不同,通常口服给药在给药后 60 分钟评价,经皮下肌内给药在给药后 30 分钟评价,经静脉给药在给药后 15 分钟评价效果。当疼痛控制稳定,连续 3 天内基础疼痛强度 NRS 评分不超过 3 分,可停止疼痛评估和记录。再次出现 3 分以上疼痛强度按上述要求进行常规评估和记录。

### 2.1.3 恶心、呕吐症状控制

早干预是控制化疗后恶心、呕吐的有效措施，化疗前半小时予阿扎司琼静脉点滴、盐酸异丙嗪肌内注射、地塞米松静脉注射。进食应清淡、易消化，少食多餐。病房环境保持安静、清洁、通风良好、温湿度适宜。保持兴趣爱好，适当听音乐、看手机电视等，转移注意力。通过早干预，调适心情、环境等方式，患者恶心、呕吐症状控制较理想。

### 2.2 舒适照护

保持病室环境安静、舒适，保持床单元干净、整洁。患者生活能自理，尊重患者意愿，为患者提供必要的帮助。

### 2.3 精神、社会支持

#### 2.3.1 需求评估

患者父母健在，均为农民，年事已高。夫妻二人均为小公司职员，收入不高，基本维持家庭必要开支。女儿 15 岁，上初中。无宗教信仰，妻子、父亲知晓患者病情，妻子、女儿 HIV 未查，主要照顾者为妻子和父亲。患者情绪稳定、沉默寡言、配合治疗，女儿不知患者病情，妻子、父亲感到无能为力。患者同时查出淋巴瘤、艾滋病，四期化疗后效果不佳，若要更换二线化疗方案，患者经济实力不允许，且预期效果不佳，加之父母年事已高，孩子未成年，患者处于身心极其痛苦的状态。

结合患者实际情况，使用心理痛苦温度计（DT），评估患者心理痛苦数值为 6 分，再根据问题列表评估影响因素，主要有以下几方面：躯体方面的恶心、疼痛，实际方面的照顾孩子及医疗费用，情绪方面的恐惧、内疚、无助感，家庭方面的与父母、妻子、子女的沟通。

#### 2.3.2 提供精神、社会支持

- 1) 根据患者病检结果，积极化疗、控制症状，动态评估病情进展，及时客观告知病情。
- 2) 鼓励患者告知妻子 HIV 感染情况，并取得妻子的支持与理解。适时为患者及妻子提供艾滋病相关知识宣教，让其正确认识艾滋病，消除顾虑。为妻子在日常照护中提供科学指导，并鼓励妻子及早检查 HIV，减轻患者的内疚与无助感。
- 3) 组织、鼓励患者参与社会活动，如科室的患教会、医院的健康知识小讲堂，让患者认识同伴，抱团取暖，相互鼓励，缓解恐惧感。
- 4) 组织家庭会议，给予患者及家属情感支持，促成患者与家人沟通，鼓励患者倾诉痛苦。
- 5) 第四期化疗结束后，疗效不佳，患者自愿放弃治疗，回家了却未了心愿。

### 2.4 主要照顾者支持

有研究<sup>[5]</sup>显示，患者主要照顾者负荷有来自生理、心理、文化知识、社会、家庭等方面的因素影响。通过评估与沟通，了解到妻子主要负担为：缺乏对疾病的认知、经济压力过大、工作与照顾患者很难协调、害怕患者离世及患者离世后独自一人承担家庭责任。父亲主要负担为：缺乏对疾病的认知、不愿面对白发人送黑发人的事实、不能为患者提供经济支持。1) 指导妻子统筹安排时间，与患者父亲轮流照护患者，学习放松训练、释放压力，提高心理调试能力和自我照顾能力。2) 医生适时、客观告知病情，让其了解患者病情进展、治疗情况，做好心理准备。3) 告知患者的清洁、安全、舒适照顾等并促进照顾者和患者之间坦诚沟通，鼓励主要照顾者进行道谢，道爱，道别，道歉，表达自己内心的情感。4) 搭建平台，社会支持。联系志愿者服务，减轻主要照顾者的负担和压力。

### 3、结局

患者离院后一月内，妥善安排身后事，与家人道谢，道爱，道别，道歉，一月后舒适、安详、尊严地离世。逝者妻子、父母、孩子表示虽然很伤心，但能逐渐释怀，融入社会，正常生活。

### 4、讨论

安宁疗护是人类文明、社会进步的必然产物，有着系统的“生物-医学-社会”现代医学理论模式作为理论基础，以多学科合作的形式，以医院、社区、居家等服务模式，以患者及家属为中心，提供包括身体、心理、社会、灵性的全人、全家、全队、全程的照护，让患者及家属能够很好的道爱、道歉、道谢、道别，最终能够让患者善终、善别，家属善生，生死两相安。艾滋病患者是社会中的特殊群体，即使相关部门已

通过各种途径宣传、科普艾滋病知识，仍会遭受社会的道德评判与歧视，加之艾滋病患者常合并肿瘤，严重威胁生命，艾滋病肿瘤临终患者常常遭受常人无法想象的身心痛苦。运用安宁疗护的理念、知识、技术为其提供全人的照护，让其舒适、尊严地走完人生的最后时光，体现以人为本、敬佑生命的服务理念和医学道德底线。

## 5、总结

护理人员运用安宁疗护理念、技能和知识对 1 例艾滋病合并弥漫大 B 细胞淋巴瘤临终患者实施安宁疗护实践，通过充分评估患者身体、心理、社会、精神方面的困扰，并予以疼痛管理、症状控制、心理及精神支持，同时对患者家属予以死亡教育及支持性照顾，帮助患者平和、无痛苦离世，缓解患者家属的悲伤情绪，为艾滋病肿瘤患者的临终关怀实践提供参考。

参考文献（略）

# 基于 Orem 支持-教育系统理论在结核性脓胸术后带管出院患者护理中的应用

洪欣瑜 严晓霞

作者单位：200433 同济大学附属上海市肺科医院胸外科（洪欣瑜 严晓霞）

**【摘要】目的：**探讨基于 Orem 支持-教育系统理论在结核性脓胸术后带管出院患者护理中的应用效果。**方法：**采取便利抽样法，选取 2023 年 1 月-2023 年 12 月在上海市某三甲医院胸外科收治的结核性脓胸患者术后带管出院 100 例患者作为研究对象，按照随机分组法将其分为对照组和研究组。对照组采取发放相关健康宣教手册、集中宣教等常规护理宣教方法；研究组在常规护理基础上给予基于 Orem 支持-教育系统理论的全面护理。比较两组患者经不同宣教方式护理后患者并发症的发生率、生活质量情况、自我护理能力情况、患者满意度。**结果：**干预后，研究组的并发症发病率（6%）低于对照组（22%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预后，患者带管期间生活质量中生理领域（ $15.21\pm 1.03$ ）分高于对照组（ $14.66\pm 1.29$ ）分；心理领域（ $14.00\pm 1.70$ ）分高于对照组（ $13.45\pm 1.39$ ）分；社会关系领域（ $14.99\pm 1.94$ ）高于对照组（ $14.06\pm 1.50$ ）分；环境领域（ $14.79\pm 1.54$ ）分高于对照组（ $13.97\pm 1.40$ ）分，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预后，患者带管期间自我护理能力中自我概念领域（ $51.04\pm 9.65$ ）分高于对照组（ $46.14\pm 6.80$ ）分；自我责任领域（ $27.36\pm 3.04$ ）分高于对照组（ $25.70\pm 3.28$ ）分；自我护理领域（ $18.84\pm 2.74$ ）分高于对照组（ $17.14\pm 3.00$ ）分；健康知识领域（ $38.24\pm 4.67$ ）分高于对照组（ $31.86\pm 4.54$ ）分，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。研究组的满意度（86%）明显高于对照组（60%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**基于 Orem 支持-教育系统理论对结核性脓胸患者应用效果显著，降低了伤口感染的发病率，改善了患者的生活质量，提高了患者相关疾病知识掌握度，增加了患者满意度，值得推广。

**【关键词】** Orem 自护理论；支持-教育系统；脓胸，结核性；生活质量；健康教育；康复护理

结核性脓胸（tuberculous empyema, TE）是胸外科一类感染性、难治性疾病，多因肺结核空洞或胸膜下干酪样病灶破裂、结核分枝杆菌侵入胸腔所致<sup>[1]</sup>。目前，外科手术是治疗结核性脓胸，改善感染症状的重要方法。患者术后需通过胸腔闭式引流法排出胸腔内积气，促使肺复张、排除胸腔积液、改善呼吸及循环系统症状<sup>[2]</sup>。由于结核性脓胸系感染性疾病的特殊性、手术创口面大的原因，患者往往需要延长术后携带引流管的时间，病情稳定的患者可选择带管出院。然而，由于带管时间较长，带管出院的宣教不充分，且患者自身护理水平不足等原因，导致患者在出院后容易发生伤口感染、管道脱落、生活质量下降等不良事件的发生，加上疾病自身疼痛的原因，易导致患者产生强烈的应激反应，自我效能变差，从而影响疾病的康复。Orem 支持-教育系统是一种协助性护理服务，根据患者自我护理能力的不同，采取针对性的护理

措施,以满足患者对康复治疗的各种自理需求<sup>[3]</sup>。研究证明运用该方法对患者进行健康教育,能充分调动患者参与的积极性、提高患者健康知识素养、加快患者疾病康复进程<sup>[4]</sup>。本研究分组探究基于 Orem 支持-教育系统理论在结核性脓胸术后带管出院患者护理中的应用效果,现报告如下。

## 资料与方法

### 一. 研究对象遴选

| 指标    | 研究组         | 对照组        | 统计检验值          | P 值   |
|-------|-------------|------------|----------------|-------|
| 性别    |             |            | $\chi^2=0.178$ | 0.673 |
| 男性    | 32 (64%)    | 34 (68%)   |                |       |
| 女性    | 18 (36%)    | 16 (32%)   |                |       |
| 年龄    | 40.32 ±3.53 | 39.58±3.63 | Z=-2.913       | 0.753 |
| 并发症   |             |            |                |       |
| 高血压   | 28 (56%)    | 23 (46%)   | $\chi^2=0.317$ | 0.424 |
| 糖尿病   | 32 (44%)    | 29 (54%)   | $\chi^2=0.539$ | 0.682 |
| 教育程度  |             |            | $\chi^2=0.644$ | 0.725 |
| 初中及以下 | 19 (38%)    | 16 (32%)   |                |       |
| 高中    | 23 (46%)    | 27 (54%)   |                |       |
| 大学以上  | 8 (16%)     | 7 (14%)    |                |       |
| 医保程度  |             |            | $\chi^2=0.418$ | 0.544 |
| 有医保   | 31 (62%)    | 27 (54%)   |                |       |
| 无医保   | 19 (38%)    | 23 (46%)   |                |       |

1. 研究对象:自 2023 年 1 月至 2023 年 12 月期间,采取便利抽样法,选择上海市某三甲医院胸外科治疗的结核性脓胸术后带管出院患者 100 例作为本研究对象。按随机数字表法分为对照组和研究组,各 50 例。其中,研究组男性患者 32 例,女性患者 18 例,年龄在 18-57 岁,平均年龄为 (40.32 ±3.53) 岁;观察组男性患者 34 例,女性患者 16 例,年龄在 20-55 岁,平均年龄为 (39.58±3.63) 岁,两组的一般资料无显著差异 ( $P>0.05$ )。本研究经我院伦理委员会批准 (L20-357)。

### 2. 纳入及排除标准

纳入标准:(1)所有患者经临床诊断均被确诊为结核性脓胸,且符合手术治疗的原则;均行脓胸病灶清除术治疗;(2)术后首次带管出院的患者;(3)无心、肝、肾等器质性疾病;(4)年龄≥18 岁;(5)出院时患者日常生活自理能力基本正常。(6)所有患者均属自愿参与,签署知情同意书。

排除标准:(1)排除手术禁忌者;(2)排除认知、交流障碍等;(3)伴有严重肝肾功能不全患者。

## 二. 研究方法:

1. 对照组:采用常规健康教育的方法。(1)术后当日,密切监测患者生命体征,妥善固定引流管,活动或翻身时应先固定好引流管,防止引流管脱落。告知患者引流管放置的位置应低于穿刺点;(2)术后住院期间,鼓励患者下床活动,进行呼吸功能锻炼,并讲解预防引流管移位的方法。给予饮食指导,指导患者多进食高蛋白、高热量的食物,例如:鸡蛋、牛肉、虾肉等;(3)在知晓患者带管出院前一天采取集中宣教、发放导管相关宣教手册的方式,指导患者带管出院如何观察引流液的色、质、量;如何妥善固定导管、发生意外拔管的处理措施及平日如何进行呼吸功能锻炼、肢体活动锻炼等;(4)在出院当天嘱患者定期到院复查并及时服用药物。(5)出院后 1 月,对患者进行电话回访,提醒患者复查,询问患者饮食、伤口、引流管相关护理知识及并发症情况,对患者的提出的疑问进行答疑解惑。

2. 研究组:在常规护理的基础上采用基于 Orem 支持-教育系统理论护理模式,(1)成立护理小组。对护理小组成员进行专门培训指导。护理小组组长和组员收集并分析资料,根据患者的自护力量呵自护需求,与患者、家属共同参与康复护理计划的制定。

表 1 基于 Orem 自护理论的回授法健康教育护理模式

| 时间       | 干预方案  |
|----------|---|
| 术前 1 天   | 1.向患者强调导管自我护理的重要性,告知患者提高自我护理能力对减少并发症有重要意义,以提高患者自我护理的意识及重视程度。提高患者及家属对管理护理的依从性。   |
| 术后住院期间   | 2.护理评估及诊断<br>①出院前:进行 1 次 10-20min 的访谈,了解患者自护知识的掌握情况。确定结核性脓胸带管出院患者的自护需求。<br>②与患者共同制定护理目标<br>3.护理选择及计划<br>辅助-教育系统理论:<br>患者的自理能力在出院时恢复至术前水平,但出院时因患者携带引流管,其自护需求增加,患者的自理活动需要在护士指导、教育、鼓励下完成。  |
| 出院前 1 天  | 4.护理实施及评价<br>邀请患者或其家属加入微信群,并发放呼吸训练器,建立带管出院患者一般资料记录册。  |
| 出院后 1 个月 | 5.微信群内推送提前录制的预防导管脱落;伤口感染等并发症的相关知识视频。告知患者预防导管脱落及应急措施(预防导管脱落的方法:避免剧烈咳嗽;避免提举重物及患侧肢体大幅度抬高;保持大便通畅;引流管二次固定敷料卷边时要及时进行更换;伤口敷料潮湿、污染及时进行更换);<br>6.出院后 2-3 周,对患者进行电话或微信群内随访,考核患者对导管的自护知识掌握情况及并发症的应急处理措施的掌握情况,对有疑问的患者及时进行解答与再次宣教。<br>7.出院后 3-4 周,利用电话回访,了解患者自护需求提供个体化的健康宣教。①疼痛:使用物理方式,转移患者注意力,心理安慰患者。②焦虑:对患者的负性情绪及时进行开导,鼓励患者家属进行陪伴。③患侧肢体功能锻炼:指导患者适当活动,增强其抵抗力,防止患肢肌肉萎缩。④呼吸功能锻炼:嘱患者在日常生活中可使用呼吸训练器来训练患者的肺功能恢复。 |

### 三. 观察指标

1. 并发症:比较两组患者一个月内并发症的发生率。

2. 满意度:患者出院前 1d 发放患者满意度调查表。(采用本院自制的患者满意度调查表对医护人员进行评价(包括医护人员的是否对待患者足够尊重、是否在出入院时做到了足够的宣教、在住院过程中是否对患者进行导管培训、护理操作技术是否到位和在环境中是否保持轻柔这 5 个条目,每个条目设置 1-10 分,总分 50 分。41-50 分为非常满意,31-40 分为比较满意,21-30 分为满意,11-20 分为一般,<10 分为不满意,总满意度=非常满意+比较满意+满意)

3. WHOQOL-BREF 生活质量量表:(the World Health Organization Quality of Life-Brief Version, WHOQOL-BREF)含 26 个 0-5 分评分条目,涉及生理领域、心理领域、社会关系领域和环境领域 4 个领域,及总体健康状况和生活质量两个主观条目。主观条目分 5 个评定等级,包括“很不满意”、“不满意”、“一般”、“满意”和“很满意”。得分越高,生活质量越好<sup>[5]</sup>。本研究量表由患者自填。

4. 自我护理能力量表(exercise of self-care agency scale, ESCA):是由美国 2 位著名学者根据自我护理理论设计,由中国台湾学者 Wang 等翻译而来,并已经过信效度检验,该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.881。量表包括 4 个维度:自我概念(32 分)、自我责任感(24 分)、自我护理(48 分)、健康知识(68 分),一共 43 个条目,每个问题分值为 0-4 分,总分为 172 分<sup>[6]</sup>。

### 四. 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用独立样本 t 检验;计数资料用例数(n)和率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验。以  $p < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 结果

一. 两组患者术后并发症的发生率情况

两组患者术后并发症发生率比较有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。详见表 2。

二. 两组患者对住院期间满意度比较

对照组总满意度 60%，研究组总满意度 86%，两组患者满意度比较差异有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。详见表 3。

三. 两组患者干预前后生活质量对比

两组患者干预前后生活质量水平对比差异有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。详见表 4。

四. 两组患者干预前后自我护理能力对比

两组患者干预前后自我护理能力对比差异有统计学意义 ( $p < 0.05$ )。详见表 5。

表 2 两组患者术后并发症的发生率 [例 (发生率, %)]

| 术后并发症 | 对照组 (n=50) | 研究组 (n=50) | X <sup>2</sup> | P值    |
|-------|------------|------------|----------------|-------|
| 导管滑脱  | 4 (8%)     | 1 (2%)     |                |       |
| 伤口感染  | 7 (14%)    | 2 (4%)     |                |       |
| 合计    | 11 (22%)   | 3 (6%)     | 5.109          | 0.024 |

表 3 两组患者对住院期间满意度比较

| 组别       | 例数 | 非常满意41-50 | 比较满意31-40 | 满意21-30 | 一般11-20 | 不满意<10 | 总满意度   |
|----------|----|-----------|-----------|---------|---------|--------|--------|
| 对照组      | 50 | 8         | 11        | 11      | 12      | 8      | 60%    |
| 研究组      | 50 | 13        | 12        | 18      | 6       | 1      | 86%    |
| $\chi^2$ |    |           |           |         |         |        | 10.368 |
| P        |    |           |           |         |         |        | 0.035  |

表 4 两组患者干预前后生活质量水平对比

| 组别  | 例数 | 生理领域       |            | 心理领域       |            | 社会关系领域     |            | 环境领域       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 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 | 50 | 12.44±2.05 | 14.66±1.29 | 12.46±2.20 | 13.45±1.39 | 12.50±2.15 | 14.06±1.50 | 12.37±2.41 | 13.97±1.40 |
| 研究组 | 50 | 13.07±1.66 | 15.21±1.03 | 13.35±1.75 | 14.00±1.70 | 13.43±1.60 | 14.99±1.94 | 13.92±1.82 | 14.79±1.54 |
| t值  |    | -1.686     | -2.360     | -2.233     | -1.763     | -2.456     | -2.668     | -3.639     | -2.765     |
| P值  |    | 0.047      | 0.01       | 0.014      | 0.041      | 0.008      | 0.004      | <0.001     | 0.003      |

表 5 两组患者干预前后自我护理能力对比

| 组别  | 例数 | 自我概念       |            | 自我责任       |            | 自我护理       |            | 健康知识       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 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 | 50 | 26.84±4.89 | 46.14±6.80 | 13.60±4.75 | 25.70±3.28 | 11.06±3.16 | 17.14±3.00 | 19.76±5.31 | 31.86±4.54 |
| 研究组 | 50 | 29.00±6.22 | 51.04±9.65 | 18.16±6.15 | 27.36±3.04 | 13.02±3.93 | 18.84±2.74 | 25.16±5.80 | 38.24±4.67 |
| t值  |    | -1.931     | -2.934     | -4.150     | -2.625     | -2.749     | -2.959     | -4.857     | -6.926     |
| P值  |    | 0.028      | 0.002      | <0.001     | 0.005      | 0.004      | 0.002      | <0.001     | <0.001     |

## 讨论

结核性脓胸是胸外科的难治性疾病之一，多见于免疫力低下的患者<sup>[7]</sup>。具有较高的传染性和耐药性，且病程相对较长，治疗费用较高<sup>[8]</sup>。手术是其治疗的主要方法<sup>[9]</sup>，术后需长时间带管，且术后胸管的拔管要求很高，必须满足肺复张良好，没有漏气，脓液<10 mL/d 才可拔管<sup>[10-11]</sup>。大多病情稳定的患者在术后未达到拔管要求，因治疗费用、住院时间长等因素患者主动要求带胸管出院<sup>[12]</sup>。但患者带管出院后常因护理不当引起伤口感染、导管滑脱等情况，因此有效的导管护理相关健康宣教能帮助患者及家属更好的了解导管护理相关知识，减少并发症的发生，促进患者的早期康复，减轻其经济负担。目前大多数的带管出院健

健康教育多以单向输出为主,较少评价和反馈患者对健康信息的理解和掌握程度。尤其是对于低健康素养的患者而言,回忆和理解导管护理知识较为困难,容易造成混淆和遗忘,导致拔管时间的延长<sup>[13]</sup>。

### 一. 基于 Orem 支持-教育系统理论对结核性脓胸患者生活质量的影响

本研究显示,干预后,研究组的生活质量明显高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),这与郭泳红等<sup>[14]</sup>人的研究结果一致。自我概念是患者能够认识自我护理需求,正视自我形象,在干预过程中护理人员积极调动家庭成员关系,充分肯定患者在家庭角色中的重要作用及贡献,让家属参与到患者的治疗中,更多的了解患者的疾病,给予患者更多的关怀与照护,使患者感受到来自家人的温暖,从而可以改善患者的负性情绪,改善其生活质量。在干预过程中,护理人员与患者建立了长期良好的关系,使患者遇到问题时愿意且及时与护理人员进行沟通,护理人员可以循序渐进的改善患者的生活方式,提高患者的知识素养,帮助患者提高其生活质量。

### 二. 基于 Orem 支持-教育系统理论对结核性脓胸患者并发症发生率的影响

本研究显示,干预后,研究组的并发症发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),这与韩钱钱等<sup>[15]</sup>研究结果一致,原因可能因为通过一系列的评估和再教育后,患者可以完全掌握和理解健康教育知识,提高其治疗依从性,降低其并发症的发生率。有研究报道:患者及家属缺乏引流管相关自我护理知识是引起引流管脱落的主要危险因素之一。护理人员对患者采取 Orem 支持-教育系统理论,教会患者早期识别相关并发症,减少严重并发症的发生。自护理论是通过自我学习或他人指导学习后获得自己照顾自己的行为能力,并在日常生活中得以发展,从而恢复和提高患者以及整个社会的自护能力。随着结核性脓胸带管出院的患者越来越多,越来越多的人意识到不能只依靠医护人员,必须自己掌握相关的知识,才能有效避免相关并发症的发生,在院外发生突发情况时可以及时有效采取相应的措施,来避免病情的进一步加重,延长拔管的时间。护理人员可以通过微信群为带管出院的患者提供心理护理及技术上的指导<sup>[16]</sup>,充分调动患者及其家属的积极性及参与性,对患者提出的疑问进行及时回复,提高其自护能力,控制并预防并发症的发生。

### 三. 基于 Orem 支持-教育系统理论对结核性脓胸患者自我护理能力的影响

本研究显示,干预后,研究组的自我护理能力明显高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),这与徐辉<sup>[17]</sup>等研究结果一致,原因可能因为 Orem 支持-教育系统理论的干预,使护理人员担当了教育者、支持者和顾问者的角色,使其从多个维度了解患者的需求并解决,使患者摆脱传统模式下被动护理所带来的问题,充分激发患者在疾病管理中的应用。同时,常规护理主要集中在住院期间,出院后护理人员不能及时提供相对应的护理措施,因此对患者自我护理能力的要求极高。而本研究采取微信群及电话方式进行随访,及时对患者的疑问进行答疑解惑,同时可以在群内对患者进行教育、支持的方式,来增加沟通次数,和患者建立良好的护理关系,增强其治愈信心,提高其自我护理能力。

综上,基于 Orem 支持-教育系统理论是一种在全面评估患者自身情况后,制定个性化的护理计划,使用日常化的语言,采用双向交流反馈的方法,循序渐进的将需要掌握的护理健康教育内容让患者及其家属在潜移默化中掌握,促进患者及家属态度和认知的改变,最大化的调动患者自护能力的健康教育模式。本研究表明,基于 Orem 支持-教育系统理论在结核性脓胸带管出院患者的护理过程中,改善了患者的生活质量,提高了患者相关疾病知识掌握度,增加了患者满意度,值得临床应用。

参考文献(略)

## 肺结核患者应用抗结核药物不良反应及影响因素分析

黄丽清 赵敏

作者单位:福建省福州结核病防治院,福建 福州 350007

**【摘要】目的:**分析 571 例肺结核患者应用抗结核药物治疗的不良反应及影响因素。**方法:**选取 2022

年 12 月-2024 年 3 月收治于本院 571 例应用抗结核药物治疗的肺结核患者为研究对象，回顾性分析其全部的临床资料，调查分析所有患者的不良反应发生情况及其相关影响因素。**结果：**本组 571 例患者中 159 例出现不良反应，发生率为 27.8%；不良反应涉及最多的前三系统依次为消化系统、神经系统、皮肤组织，占比分别为 12.1%、4.2%、3.7%。单因素分析：年龄 $\geq 60$  岁、男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统病史、有呼吸系统病史、初次治疗患者的不良反应率对比差异显著，满足统计要求 ( $P < 0.05$ )。Logistic 多因素分析：患者发生不良反应主要以男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统史、有呼吸系统病史者为危险因素 ( $P < 0.05$ )。**结论：**肺结核患者应用抗结核药物治疗后可出现较多的不良反应，而影响因素主要为有性别、过敏史、有内分泌-免疫系统病史、有呼吸系统病史者等，因此临床治疗中对此类患者予以重视，并采取有效措施加以预防和控制，并及时处理各种药物不良反应，以确保患者顺利完成治疗。

【关键词】肺结核；抗结核药物；不良反应；影响因素

肺结核 (pulmonary tuberculosis) 是指由结核分枝杆菌 (*Mycobacterium tuberculosis*) 感染引起的一种慢性传染性疾病，是目前临床上较常见的一种呼吸系统疾病，常累及患者肺部组织、气管、支气管及胸膜等器官组织。作为一种乙类传染病，肺结核可对人们健康及生命安全造成严重威胁<sup>[1]</sup>。针对此类患者，采用抗结核药物治疗期间，因用药时间长、药品种类较多，所以多数患者会产生一系列不良反应，轻度可增加机体痛苦，重度可对患者生命安全造成威胁<sup>[2]</sup>。对于患者而言，其治疗依从性直接受到不良反应影响，且可造成耐药、复发等风险，或中断治疗，增加经济负担<sup>[3]</sup>。遂通过在肺结核患者应用抗结核药物治疗期间调查其出现的各种不良反应，并对其相关影响因素进行分析，意在指导临床治疗中对此类患者予以重视，并采取有效措施加以预防和控制，并及时处理各种药物不良反应，以确保患者顺利完成治疗。本文选取 2022 年 12 月~2024 年 3 月内收治于本院 571 例应用抗结核药物治疗的肺结核患者为研究对象，回顾性分析其全部的临床资料，分析肺结核患者应用抗结核药物治疗的不良反应及影响因素，现将报告内容阐述如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取 2022 年 12 月~2024 年 3 月内收治于本院 571 例应用抗结核药物治疗的肺结核患者为研究对象，其中男 417 例，女 154 例；年龄 $\geq 60$  岁 234 例，平均年龄为 (53.16 $\pm$ 17.023) 岁。

### 1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准：符合《肺结核基层诊疗指南(2018 年)》<sup>[4]</sup>中的疾病诊断标准；经实验室检查及胸部 X 线检查确诊；接受抗结核药物治疗；临床资料完整；凝血功能正常；对本研究知情同意，并签署知情同意书。

排除标准：孕期及哺乳期妇女；严重过敏体质者；治疗期间应用免疫抑制剂者；严重器官衰竭者；严重认知障碍者。

### 1.3 抗结核治疗不良反应判定标准

根据《药品不良反应报告和监测工作手册》、《抗结核药品不良反应诊疗手册》等进行评定，并将肺结核患者应用抗结核药物发生的各类不良反应归结如下：

表 1. 结核患者各类不良反应的症状体征

| 不良反应类别 | 主要症状体征   |
|--------|--|
| 消化系统反应 | 味觉改变，呃逆，恶心，腹泻，腹痛，腹胀，腹部不适，食欲不振，呕吐，纳差，胃部不适，肝功能异常，便秘等 |
| 神经系统反应 | 头晕，头痛，怪异行为，失眠，视物模糊等                                |
| 泌尿系统反应 | 尿常规异常，排尿异常，肾功能异常等                                  |
| 运动系统反应 | 下肢抽筋、麻木、疼痛，脚麻，腰痛，关节疼痛、酸痛等                          |
| 呼吸系统反应 | 胸痛，胸闷，气短等  |
| 循环系统反应 | 心慌，心悸  |
| 皮肤组织反应 | 皮肤潮红、瘙痒、着色，皮疹                                      |
| 发热     | 药物热，发热   |
| 乏力     | 乏力   |
| 血常规异常  | 血常规异常  |

## 1.4 方法

回顾性分析 571 例的详细病案及随访资料，统计抗结核治疗不良反应发生情况，包括发生率、发生时间、类型等，然后根据有无抗结核药物不良反应发生将 571 例患者分为不良反应组和非不良反应组，比较 2 组性别、年龄、体重指数、职业、既往病史等一般资料，寻找肺结核患者应用抗结核药物发生不良反应的影响因素。

## 1.5 统计学方法

应用 SPSS27.0 统计软件处理数据。计数资料比较采用  $\chi^2$  检验；采用多因素 Logistic 回归分析寻找肺结核患者应用抗结核药物不良反应发生的影响因素。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 不良反应分析

本组 571 例患者中 159 例出现不良反应，发生率为 27.8%；不良反应类型为消化系统反应 69 例（12.1%）、神经系统反应 24 例（4.2%）、皮肤组织反应 21 例（3.7%）、运动系统反应 13 例（2.3%）、乏力 12 例（2.1%）、泌尿系统反应 10 例（1.8%）、发热 8 例（1.4%）、呼吸系统反应 4 例（0.7%）、循环系统反应 3 例（0.5%）血常规异常 1 例（0.2%）。见表 2。

表 2. 肺结核患者应用抗结核药物过程中不良反应的发生数及发生率

| 不良反应类别 | 总体         | 性别         |            | 年龄（岁）      |            |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|
|        |            | 女性         | 男性         | <60        | ≥60        |
| 消化系统反应 | 69 (12.1%) | 24 (15.6%) | 45 (10.7%) | 36 (10.7%) | 33 (14.1%) |
| 神经系统反应 | 24 (4.2%)  | 9 (5.8%)   | 15 (3.6%)  | 15 (4.5%)  | 9 (3.8%)   |
| 泌尿系统反应 | 10 (1.8%)  | 3 (1.9%)   | 7 (1.7%)   | 5 (1.5%)   | 5 (2.1%)   |
| 运动系统反应 | 13 (2.3%)  | 5 (3.2%)   | 8 (1.9%)   | 12 (3.6%)  | 1 (0.4%)   |
| 呼吸系统反应 | 4 (0.7%)   | 1 (0.6%)   | 3 (0.7%)   | 4 (1.2%)   | 0 (0.0%)   |
| 循环系统反应 | 3 (0.5%)   | 1 (0.6%)   | 2 (0.5%)   | 0 (0.0%)   | 3 (1.3%)   |
| 皮肤组织反应 | 21 (3.7%)  | 7 (4.5%)   | 14 (3.4%)  | 12 (3.6%)  | 9 (3.8%)   |
| 发热     | 8 (1.4%)   | 4 (2.6%)   | 4 (1.0%)   | 4 (1.2%)   | 4 (1.7%)   |
| 乏力     | 12 (2.1%)  | 6 (3.9%)   | 6 (1.4%)   | 5 (1.5%)   | 7 (3.0%)   |
| 血常规异常  | 1(0.2%)    | 0 (0.0%)   | 1 (0.2%)   | 0 (0.0%)   | 1 (0.4%)   |

### 2.2 抗结核药物不良反应发生影响因素

#### 2.2.1 2 组观察指标比较

2 组性别、吸烟史、个体过敏史差异有统计学意义(P<0.05,P<0.01)；2 组户籍、年龄、户籍、职业类型、婚姻状况、体重指数、文化程度、个体饮酒史及是否初治差异无统计学意义(P>0.05)。见表 3。

表 3. 结核患者治疗过程中的不良反应发生情况

| 人群特征     | 无不良反应人群<br>n, (%)         | 有不良反应人群<br>n, (%)         | 不良反应发生率(%) | P 值   |
|----------|---------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 总体       | 412                       | 159                       | 27.8%      | -     |
| 年龄 (IQR) | 56.00 岁<br>(39.00, 67.00) | 57.00 岁<br>(48.00, 65.50) | -          |       |
| 年龄段      |                           |                           |            | 0.657 |
| <60 岁    | 246 (59.7)                | 91 (57.2)                 | 27.0%      |       |
| ≥60 岁    | 166 (40.3)                | 68 (42.8)                 | 29.1%      |       |
| 性别       |                           |                           |            | 0.004 |
| 女性       | 97 (23.5)                 | 57 (35.8)                 | 37.0%      |       |
| 男性       | 315 (76.5)                | 102 (64.2)                | 24.5%      |       |
| 户籍       |                           |                           |            | 0.218 |
| 本省       | 404 (95.1)                | 149 (92.0)                | 26.9%      |       |
| 外省       | 21 (4.9)                  | 13 (8.0)                  | 38.2%      |       |
| 职业类型     |                           |                           |            | 0.686 |
| 体力劳动     | 72 (17.5)                 | 23 (14.5)                 | 24.2%      |       |

|              |            |            |       |       |
|--------------|------------|------------|-------|-------|
| 脑力劳动         | 23 (5.58)  | 9 (5.66)   | 28.1% |       |
| 无业及学生        | 317 (76.9) | 127 (79.9) | 28.6% |       |
| <b>婚姻状况</b>  |            |            |       | 0.137 |
| 未婚           | 59 (14.3)  | 15 (9.43)  | 20.3% |       |
| 已婚           | 343 (83.3) | 136 (85.5) | 28.4% |       |
| 离异           | 8 (1.94)   | 7 (4.40)   | 46.7% |       |
| 丧偶           | 2 (0.49)   | 1 (0.63)   | 33.3% |       |
| <b>BMI</b>   |            |            |       | 0.777 |
| 体重正常         | 266 (64.6) | 105 (66.0) | 28.3% |       |
| 体重偏低         | 107 (26.0) | 43 (27.0)  | 28.7% |       |
| 超重           | 36 (8.74)  | 11 (6.92)  | 23.4% |       |
| 肥胖           | 3 (0.73)   | 0 (0.00)   | 0.0%  |       |
| <b>文化程度</b>  |            |            |       | 0.214 |
| 文盲           | 49 (11.9)  | 18 (11.3)  | 26.9% |       |
| 小学及以下        | 139 (33.7) | 45 (28.3)  | 24.5% |       |
| 初中及中专        | 121 (29.4) | 45 (28.3)  | 27.1% |       |
| 高中           | 40 (9.71)  | 27 (17.0)  | 40.3% |       |
| 大专           | 30 (7.28)  | 14 (8.81)  | 31.8% |       |
| 大学及以上        | 33 (8.01)  | 10 (6.29)  | 23.3% |       |
| <b>个体吸烟史</b> |            |            |       | 0.017 |
| 不吸烟          | 194 (47.1) | 96 (60.4)  | 33.1% |       |
| 当前吸烟         | 96 (23.3)  | 29 (18.2)  | 23.2% |       |
| 过去吸烟         | 122 (29.6) | 34 (21.4)  | 21.8% |       |
| <b>个体饮酒史</b> |            |            |       | 0.231 |
| 不饮酒          | 260 (63.1) | 112 (70.4) | 30.1% |       |
| 当前饮酒         | 91 (22.1)  | 30 (18.9)  | 24.8% |       |
| 过去饮酒         | 61 (14.8)  | 17 (10.7)  | 21.8% |       |
| <b>过敏史</b>   |            |            |       | 0.027 |
| 无            | 404 (98.1) | 150 (94.3) | 27.1% |       |
| 有            | 8 (1.94)   | 9 (5.66)   | 52.9% |       |
| <b>是否初治</b>  |            |            |       | 0.101 |
| 否            | 112 (27.2) | 55 (34.6)  | 32.9% |       |
| 是            | 300 (72.8) | 104 (65.4) | 25.7% |       |

### 2.2.3 单因素分析

表 4 中, 统计分析影响因素, 包括年龄、性别、文化程度、职业、体重指数、婚姻状况、吸烟史、饮酒史、过敏史、既往史、用药方案及是否初治等, 并经非条件 Logistic 单因素分析, 结果发现年龄 $\geq 60$ 岁、男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统史、有呼吸系统病史、初次治疗患者的不良反应率对比差异显著, 满足统计要求 ( $P < 0.05$ )。

表 4. 影响总体不良反应发生风险的单因素 Logistic 回归分析

| 因素             | 单因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|----------------|----------|------------|-------|
| 年龄 $\geq 60$ 岁 | 0.55     | 0.37-0.82  | 0.003 |
| 男性             | 1.11     | 0.76-1.60  | 0.590 |
| 脑力劳动职业         | 1.01     | 0.46-2.24  | 0.971 |
| 已婚             | 1.19     | 0.71-1.98  | 0.506 |
| 离异             | 2.33     | 0.83-6.52  | 0.109 |
| 丧偶             | 1.30     | 0.12-14.41 | 0.832 |
| 体重偏低           | 1.06     | 0.70-1.60  | 0.794 |
| 超重             | 0.78     | 0.38-1.57  | 0.479 |
| 初中文化程度         | 0.95     | 0.63-1.42  | 0.801 |

|             |      |           |       |
|-------------|------|-----------|-------|
| 高中及以上文化程度   | 1.42 | 0.95-2.12 | 0.088 |
| 有吸烟史        | 0.94 | 0.72-1.22 | 0.628 |
| 有饮酒史        | 0.97 | 0.71-1.33 | 0.870 |
| 有过敏史        | 3.03 | 1.15-8.00 | 0.025 |
| 有高血压病史      | 1.42 | 0.85-2.37 | 0.185 |
| 有糖尿病病史      | 1.36 | 0.83-2.23 | 0.226 |
| 有骨关节病史      | 1.96 | 0.43-8.86 | 0.381 |
| 有心血管系统病史    | 0.94 | 0.41-2.16 | 0.882 |
| 有内分泌-免疫系统病史 | 1.98 | 1.01-3.88 | 0.046 |
| 有消化系统病史     | 1.58 | 0.77-3.22 | 0.209 |
| 有泌尿系统病史     | 0.28 | 0.04-2.25 | 0.233 |
| 有呼吸系统病史     | 3.12 | 1.03-9.42 | 0.044 |
| 有神经系统病史     | 0.65 | 0.07-5.82 | 0.696 |
| 有精神系统病史     | 0.43 | 0.05-3.59 | 0.434 |
| 有癌症史        | 1.66 | 0.74-3.74 | 0.221 |
| 有手术史        | 0.77 | 0.46-1.28 | 0.320 |
| 初次治疗        | 1.42 | 0.96-2.10 | 0.082 |

#### 2.2.4 多因素 Logistic 回归分析

表 5 中, 以单因素分析中的年龄 $\geq 60$  岁、男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统史、有呼吸系统病史、初次治疗等有意义的因素作为应变量, 经非条件 Logistic 回归逐步分析出四个有意义的多因素, 结果表明患者发生不良反应主要以男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统、有呼吸系统病史为危险因素 ( $P < 0.05$ )。

表 5. 影响总体不良反应发生风险的多因素 Logistic 回归分析

| 因素          | 多因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|-------------|----------|------------|-------|
| 男性          | 0.51     | 0.34-0.77  | 0.001 |
| 有过敏史        | 2.94     | 1.10-7.88  | 0.032 |
| 有内分泌-免疫系统病史 | 2.02     | 1.01-4.02  | 0.046 |
| 有呼吸系统病史     | 3.77     | 1.22-11.58 | 0.021 |

### 3 讨论

在全球结核病流行国家中, 我国是较严重的国家之一, 且相关报告表明结核病患病率始终居于甲乙类传染病前列<sup>[5]</sup>。肺结核治疗原则为早期、联合、规律适量、全程, 这就要求肺结核患者需规律联合抗结核治疗至少半年, 但在患者治疗过程中因个体差异可能出现各种不同程度的药物不良反应。通过及时发现和正确诊断抗结核药所致患者不良反应, 并采取相应措施加以治疗, 则可有效保障治愈率和降低中断率<sup>[6]</sup>。

#### 3.1 抗结核治疗不良反应分析

罗汉杰<sup>[7]</sup>对接受抗结核治疗的初治涂阳肺结核患者监测显示, 抗结核治疗不良反应发生率为 33.47%。Singh 等<sup>[8]</sup>报道 204 例正接受抗结核治疗的肺结核患者, 结果发现抗结核治疗不良反应发生率为 45.1%。而本研究的结果显示, 571 例患者中 159 例出现不良反应, 发生率为 27.8%, 说明在肺结核患者抗结核治疗过程中出现治疗相关不良反应较普遍, 临床需加以重视。在本研究肺结核应用抗结核药物治疗后产生的不良反应较多, 且种类各不相同, 本研究显示, 抗结核药物不良反应涉及最多的前三系统依次为消化系统、神经系统、皮肤组织, 占比分别为 12.1%、4.2%、3.7%。这可能因抗结核药物的给药方式多为口服, 易对其胃肠道黏膜造成刺激, 从而引发恶心、呕吐、食欲不振等胃肠道不适反应。抗结核药物中以异烟肼为例, 此药可引起兴奋、不安、失眠、注意力不集中、记忆力减退、眩晕、头痛等神经系统不良反应。此外, 多数抗结核药物均可引起皮疹、皮肤瘙痒、皮肤潮红等过敏反应。

#### 3.2 影响因素分析

复习文献发现,抗结核治疗不良反应发生与性别、年龄、营养状态、肝病史、嗜酒、糖尿病等有关<sup>[9-10]</sup>,但研究报道较多且结论不一。而本研究中,单因素分析:年龄 $\geq 60$ 岁、男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统史、有呼吸系统病史、初次治疗患者的不良反应率对比差异显著,满足统计要求( $P < 0.05$ )。Logistic 多因素分析:患者发生不良反应主要以男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统病史、有呼吸系统病史者为危险因素( $P < 0.05$ )。

### 3.2.1 性别、年龄与不良反应

本次研究中,不良反应的发生率男性患者高于女性患者,可能与男性患结核病基数大有关,尤其是男性患者大多有吸烟、饮酒史,此与以往研究结果一致<sup>[11]</sup>;在其中 $>60$ 岁老年患者占比最高,这可能与老年患者身体功能下降,机体抵抗力差、营养吸收不良,器官功能减退,新陈代谢减慢,且老年患者常伴有多种基础性疾病,导致药物相互作用和不良反应发生率增加。因此,在临床工作中应密切关注老年男性结核病患者用药情况,尽可能降低抗结核治疗不良反应发生率,提高治疗依从性及患者治愈率。

### 3.2.2 过敏史与不良反应

有药物过敏史的患者也属于过敏体质,抗结核药物治疗过程中也易发生过敏反应,这就使得药物不良反应发生率较高<sup>[12]</sup>。这与本次研究结果相同,故在临床中应了解患者的药物过敏史,对此类患者予以重视,并采取有效措施加以预防和控制,以保障疗效。

### 3.2.3 有内分泌-免疫系统病史、有呼吸系统病史与不良反应

本次研究中,内分泌-免疫系统疾病可涉及肾脏疾病及肝脏疾病,这可能与抗结核药物均具有较强的肝肾毒性作用相关,因抗结核药物主要经肝脏代谢,故肝功能较差者的蛋白合成能力下降,机体抵抗力差,可影响药物代谢能力,进而提高抗结核治疗不良反应发生率。有相关病史的患者加之联合用药又会进一步加重毒性反应,造成转氨酶水平上升,尿酸排出受抑制,进而加重肝肾受损程度。本次研究中多因素 Logistic 回归分析结果显示,内分泌-免疫系统病史是不良反应其发生的危险因素( $P < 0.05$ ),提示对于有内分泌-免疫系统的肺结核患者,在用药期间需密切监测肝肾功能相关指标变化,关注用药过程中相关不良反应的发生,及早发现并予以针对性干预措施,以提高治疗依从性及治愈率,防止中断治疗。

此外,多因素 Logistic 回归分析结果显示,呼吸系统病史是其发生危险因素( $P < 0.05$ ),可能原因是呼吸系统疾病导致患者呼吸功能受损,免疫功能下降,较易发生治疗相关不良反应,尤其是抗结核治疗连用时可加重呼吸系统负担,使得治疗相关不良反应增多。故对于有呼吸系统病史的肺结核患者在抗结核治疗期间应鼓励指导其有效咳嗽及深呼吸锻炼,以减少治疗相关不良反应的发生,确保足量、全程治疗。

综上所述,在肺结核患者应用抗结核药物治疗期间,治疗相关不良反应时常发生,其中以消化系统、神经系统、皮肤组织反应为主;本次研究结果显示男性、有过敏史、有内分泌-免疫系统、有呼吸系统病史者是抗结核治疗不良反应发生的危险因素,临床需密切关注有上述危险因素者,予以重视,并采取有效措施加以预防和控制,并及时处理各种药物不良反应,减少或防止治疗相关不良反应的发生,提高治疗依从性并提高治愈率,以确保患者顺利完成治疗。但本研究所选例数均为收治本院的肺结核患者,未能提现地域性,研究结果存在一定局限性,后续临床可以此为基础对肺结核患者的用药情况及不良反应发生情况进行更深入研究。

参考文献(略)

## 全方位随访护理在结核病患者督导治疗中的应用效果

汪晨颖

作者单位:湖北省 武汉市 武汉市肺科医院 430030

**【摘要】目的** 探析结核病患者督导治疗出院随访护理的应用效果。**方法** 本文从 2022 年 1 月至 2023 年 12 月 1000 例结核病患者中抽取 500 例患者以回顾性方式展开研究,500 例患者中 250 例患者给予常规出

院护理指导(常规组),其余行使出院随访(实验组),对比依从性、满意度和生活质量。**结果** 由生活质量评分表可知,实验组躯体功能,心理功能,生理功能,社会功能评分高于对照组,差异显著, $P<0.05$ ; 实验组依从性对比实验组明显高于对照组,差异显著, $P<0.05$ ; 满意度评分中两组差异明显,实验组高于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 于结核患者的督导治疗后经随访护理具有重要作用,有效保障了患者机体健康,提高了其服药依从性。

**【关键词】** 结核病; 督导治疗; 出院随访护理; 生活质量; 依从性; 满意度

目前,临床慢性传染病中较常见一种是结核病,其主要是由结核分枝杆菌引发的传染病,常常对肺部组织侵犯,也可能波及其他器官<sup>[1]</sup>。结核病一般经过空气传播,患者打喷嚏或咳嗽时释放空气中的结核分枝杆菌,其他人吸入这些细菌而导致感染<sup>[2]</sup>。该病症主要呈现持续咳嗽、胸痛、咳痰、发热、乏力以及体重减轻等症状。如果不能及时治疗,结核患者会出现呼吸困难,甚至可能导致肺功能衰竭,这将严重损害患者的身心健康。所以,在治疗过程中,服药的依从性十分关键且重要。患者必须严格按照医生叮嘱按量按时用药,才可保证病情得到有效控制,以减少传染性,促进康复<sup>[3]</sup>。可是,于实际状况中,很多肺结核患者均呈现不规律服药、过早或中断停药等情况,这样会使得病情反复发作,甚至引起耐药性肺结核的出现。对于该现象和问题,医疗机构普遍对结核病患者督导治疗中实行出院随访护理,以强化患者的服药依从性。因此,本文主要探讨探析结核病患者督导治疗出院随访护理的应用效果。详见下述。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

从 2022 年 1 月至 2023 年 12 月 1000 例结核病患者中抽取 500 例患者以回顾性方式展开研究,选择随机数字法,将所选患者划分 2 组,各 250 例;对照组: 25 例男, 10 例女; 年龄: 2-22 岁, 均值(10.52±7.62)岁; 观察组: 27 例男, 8 例女; 年龄: 3-24 岁, 均值(10.68±7.26)岁。在基础资料上全部入选者差异性较小( $P>0.05$ )。本研究经伦理会批准开展,且符合赫尔宣言。纳入条件: 均经本院临床确诊是结核病患者; 均对本研究了解后在知情书上签字者; 认知及智力、精神等良好者。排除条件: 伴发严重器质性病症者; 无法沟通、认知、意识障碍者; 不顺从医生安排且中途退出者; 未在知情书上签字者。

### 1.2 方法

对照组(基础护理): 即护理者向结核病患者讲述服药方法和生活上需要注意的内容,并告知其遵医用药的重要性和必要性,同时解答病人居家治疗的困难和疑问。

观察组在上述基础上开展出院随访护理:(1)建立随访护理小组: 院内组织结核病人的后期随访护理小组,组长为年资较高者,负责人是护士长。组内人员接受有关结核病知识培训和考核,依照患者的个体化差异制定护理方案,明确组内护理者的工作责任,制定有关奖惩制度,以强化护理质量。(2)院前随访护理指导: 患者办理出院前,细致向其讲述身体恢复情况,对患者的疾病认知状况了解和评估,并为其制定健康档案,并对病人姓名和联系方式准确记录,同时记录其病情、医治方案和生活习性等。为患者发放有关医护人员联系方式,添加病人微信,引导其关注本院微信公众号,经过微信方式和病人实时沟通,予以针对性健康指导,并定期家访。(3)随访护理实施: ①结核并有关知识讲述: 在随访护理过程中,护理人员经过微信公众号发送有关结核病知识,经过视频等方法予以健康宣教,为其讲述结核分枝杆菌感染的诱发因素,以及结核病的临床症状,比如胸痛、持续性咳嗽、咳痰等。护理者重点为病人介绍结核病的传染性特点,主要以飞沫等方式传播,告知其日常要多通风,被褥和贴身衣物需要阳光暴晒,且不可和别人混用餐具,使用过的物品和餐具要消毒。指导其养成良好卫生习性,不可随意吐痰,且咳嗽时要将口鼻遮住,防止传染他人。②用药干预: 护理者要细致告知患者遵医服药的原因和重要性,并告知其有关不良反应等,告知其无需担心。同时和家人联系,告知其平时对患者用药进行监督。③复查干预: 患者居家治疗过程中,护理者定期对病人病情改善状况了解,提前通知其回院复查,防止延误治疗。④生活指导: 指导患者饮食主要增加热量、蛋白质和维生素等食物,并保证清淡饮食,降低刺激性食物摄入,控制食量,少食多餐。并指导其经过徒步和打太极等方式进行运动,保证作息规律,提高体质。⑤心理干预: 随访过程中,对于情绪不稳定病人,予以其情绪支持和心理疏导,鼓励其分享自己的想法和问题,一对一和患者沟通,引导其积极乐观面对治疗,树立自信心,积极配合治疗和干预。

### 1.3 观察指标

1.3.1 对比生活质量评分，评价标准以生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）为准，主要涵盖躯体功能、心理功能、生理功能、社会功能四项内容。总分 100，分数及生活质量成正比关系。

1.3.2 对比依从性，以本院自行拟定的依从性调查表评价，指标包含依从（90 分及以上）、较依从（70-90 分）和不依从（不足 70 分）。（依从+较依从）/总数\*100%=总依从性。

1.3.3 对比满意度评分，使用医院自行设计的调查表，评价患者的满意度情况，含满意（得分>80 分）、基本满意（得分>60 分）和 不满意（得分<60 分）三标准。（满意+基本满意）/总数\*100%=总满意度。

### 1.4 统计学方法

本研究数据用 SPSS26.0 处理，计量数据( $\bar{x} \pm s$ )行 t 检验，n (%) 代表计数资料，其采取 X<sup>2</sup> 检验，P<0.05 代表数据之间存在一定差异性。

## 2 结果

### 2.1 对比生活质量评分

实验组躯体功能、心理功能、生理功能、社会功能评分高于对照组，差异显著，P<0.05。详见表 1：

表 1 生活质量评分对比( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 分组         | 躯体功能       |            | t      | P      | 心理功能       |            | t      | P      |
|------------|------------|------------|--------|--------|------------|------------|--------|--------|
|            | 干预前        | 干预后        |        |        | 干预前        | 干预后        |        |        |
| 对照组(n=250) | 62.13±6.44 | 80.52±5.62 | 34.019 | <0.001 | 62.41±6.04 | 81.52±5.36 | 37.417 | <0.001 |
| 观察组(n=250) | 62.56±6.66 | 88.62±5.44 | 47.916 | <0.001 | 62.65±6.12 | 86.52±5.62 | 45.423 | <0.001 |
| t          | 0.734      | 16.374     |        |        | 0.441      | 10.180     |        |        |
| P          | 0.463      | <0.001     |        |        | 0.659      | <0.001     |        |        |

(续)表 1 观察生活质量评分( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 分组         | 生理功能       |            | t      | P      | 社会功能       |            | t      | P      |
|------------|------------|------------|--------|--------|------------|------------|--------|--------|
|            | 干预前        | 干预后        |        |        | 干预前        | 干预后        |        |        |
| 对照组(n=250) | 61.23±6.44 | 81.15±5.68 | 36.679 | <0.001 | 61.36±6.21 | 80.98±6.53 | 34.425 | <0.001 |
| 观察组(n=250) | 61.68±6.56 | 88.65±5.84 | 48.553 | <0.001 | 62.15±6.15 | 87.65±5.74 | 47.628 | <0.001 |
| t          | 0.774      | 14.556     |        |        | 1.429      | 12.130     |        |        |
| P          | 0.439      | <0.001     |        |        | 0.154      | <0.001     |        |        |

### 2.2 对比两组依从性

实验组依从性对比实验组明显高于对照组，差异显著，P<0.05。见表 2：

表 4 依从性对比 (n,%)

| 分组             | 例数  | 依从          | 较依从        | 不依从       | 依从性         |
|----------------|-----|-------------|------------|-----------|-------------|
| 常规组            | 250 | 160 (64.00) | 75 (30.00) | 15 (6.00) | 235 (94.00) |
| 实验组            | 250 | 190 (76.00) | 58 (23.20) | 2 (0.80)  | 248 (99.20) |
| x <sup>2</sup> |     |             |            |           | 10.291      |
| P              |     |             |            |           | 0.001       |

### 2.2 对比满意度评分

满意度评分中两组差异明显，实验组高于对照组，P<0.05。详见表 3：

表 4 满意度评分对比 (n,%)

| 分组             | 例数  | 满意          | 基本满意       | 不满意       | 总满意度        |
|----------------|-----|-------------|------------|-----------|-------------|
| 常规组            | 250 | 150 (60.00) | 90 (36.00) | 10 (4.00) | 240 (96.00) |
| 实验组            | 250 | 200 (80.00) | 49 (19.60) | 1 (0.40)  | 249 (99.60) |
| x <sup>2</sup> |     |             |            |           | 7.529       |
| P              |     |             |            |           | 0.006       |

### 3 讨论

肺结核是一种感染性疾病,以肺为中心,也可侵袭其它组织。结核病是一种慢性、难治疗和易复发的疾病,对病人的身体健康造成了极大的危害。在常规的结核病防治中,以抗结核药为主,并辅以标准化监测。在病人进行肺结核治疗过程中,监督疗法扮演了关键角色。督导治疗是指医务人员通过对病人的用药管理,病情观察和引导,保证病人按时、规范地用药,增强疗效和依从性。出院随访护理主要指病人在住院结束后,对病人的健康进行持续的管理与监测。其特色与优点在于:医务工作者通过对病人的常规跟踪,可不断地了解病人的恢复状况,并在治疗中发现并解决问题。同时,针对病人的特殊状况及需要,进行有针对性的复健辅导及咨询,以协助病人更好的掌握病情。另外,还可加强对病人的饮食管理和健康教育,提高病人的抵抗力,帮助病人恢复健康。此外,院后随访护理除了要注意病人的身体健康外,还要注意病人的精神健康,给予病人的精神支援与协助,以减少病人的紧张与沮丧,加快病人的恢复。因此,本文特针对结核病患者督导治疗出院随访护理的应用效果进行探讨。

经本研究结果体现,于结核病人的督导治疗后经随访护理具有重要作用。首先,于本研究上,由生活质量评分表可知,接受出院随访护理组的患者躯体功能,心理功能,生理功能,社会功能评分高于常规护理组;由该结果分析其原因:因为实行出院随访护理可以保证病人治疗过程中获得持续的医疗指导和监督,帮助其良好、正确服药、控制病情,以促进生活质量和功能表现提升。同时,开展出院随访护理不仅关注病人的身体状况,还关心其心理状态,予以心理疏导和情感支持,帮助其减轻焦虑和抑郁情绪,增强其康复的信心。另外,出院随访护理还可以向病人提供更多关于结核病的知识与康复指导,帮助其良好的管理疾病,使其自我管理能力提升,改善生活方式,进而促进身心健康<sup>[4]</sup>。此外,经过实行院后随访护理还可协助病人更好地融入社会,建立支持网络,改善孤独感和社会隔离,使其社会功能和生活质量得以提升。其次,本研究还发现,接受出院随访护理组的患者依从性明显高于常规护理组;分析原因主要包含下面几方面:首先,持续的监督和指导:出院随访护理可予以病人持续的监督和指导,使其可正确服药、按时复诊,遵循医嘱,促进病人良好依从治疗方案。其次,出院随访护理可依照病人的具体情况,将个性化的护理计划制定,考虑到病人的喜好和需求,让治疗更有效和贴心,增强其依从性。此外,出院随访护理可予以病人更多的鼓励和心理支持,使其拥有自信心,积极面对病症,提升依从性。最后,出院随访护理还会定期与病人进行沟通和交流,关心其治疗成效和生活情况,建立良好的互动关系,使得病人对治疗的持续依从<sup>[5]</sup>。而且经本研究还发现,满意度评分中两组差异明显,接受出院随访护理组的患者高于基础护理组;根据该结果探讨其原因:在护理过程中,院后随访护理小组往往会为病人提供更为周到、个性化的护理,从而更好的实现病人的需要与期待,提高期满意度。而且院后随访护理会加强与病人之间的联系,增加对病人的关爱与支持,让病人感到被尊重,而且护士可以对病人的疗效和进程进行实时的反馈,让病人更加清楚自己的情况和疗效,使其治疗和护理满意度得以提升。此外,院后随访护理小组一般对病人病情定期跟踪,根据其病情变化,适时地进行护理方案的调整和改进,以提高病人的信心与满意度。

综上所述,于结核病人的督导治疗后经院后随访护理具有重要作用,有效保障了患者机体健康,提高了其服药依从性。

参考文献(略)

## 精细化护理在肺结核患者纤支镜术后的应用分析

邓晓玉

作者单位:武汉市肺科医院,湖北 武汉 430030

**摘要:**目的:分析精细化护理在肺结核患者纤维支气管镜术后的应用效果。方法:研究选取 2023 年入住本院的 70 名肺结核患者,分为常规组和研究组,每组 35 例。对比两组患者在接受不同的护理模式后的各项指标包括治疗时间、生命体征、并发症发病率以及痰菌转阴率。希望通过以上指标分析找出更适合患

者的护理措施。结果显示,与常规组相比,研究组在纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、患者治疗后咽喉部不适持续时间以及住院时长等指标上均有明显改善,并表现出更高的治疗效果。生命体征方面,研究组的呼吸频率和心率改善较为明显,同时血氧饱和度也有所提高。在治疗后的并发症上发生率上,研究组比常规组有明显降低,且研究组的痰菌转阴率有所提高,达到 97.14%。结论:纤维支气管镜在支气管内膜结核患者的治疗应用及护理措施可以有效改善治疗指标和生命体征,减少并发症发病率,提高痰菌转阴率,有利于结核患者的康复。

**关键词:** 纤维支气管镜; 结核病; 护理措施。

结核病是一种由结核杆菌引起的传染性疾病,其中,支气管结核是结核病的常见病种,会对患者的呼吸系统造成严重损害,威胁患者生活质量和加速疾病进程<sup>[1]</sup>。纤维支气管镜是一种观察和治疗呼吸系统疾病的重要工具,例如支气管病变活检、病理取材和切除闭塞物等方面都有重要应用<sup>[2]</sup>。本次研究主要探讨了纤维支气管镜在支气管内膜结核患者中的应用效果及护理措施。选取了共计 70 名支气管内膜结核患者为研究对象,分为常规组和研究组进行比较分析。希望本研究能为临床上的呼吸道疾病治疗提供新的帮助。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

在本研究中,选拔了我院新冠病毒肺炎病区从 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间的 70 例支气管内膜结核患者作为研究对象<sup>[3]</sup>。所有的患者都已经明确诊断为支气管内膜结核,并且全部都接受了标准化的抗结核药物治疗。

对这些病人进行了随机分组,分成了常规组和研究组,每组各 35 例。所有病人都通过了基础的临床资料筛查,并确保两个组别在年龄、性别、病程、病症严重程度等关键指标上的均衡性。还收集了其他可能影响结核病预后的重要信息,如个人卫生习惯、生活环境和过往的医疗记录等<sup>[4]</sup>。

常规组治疗方案是在全麻下进行纤维支气管镜检查,对呼吸道进行清洗和吸痰采样,给予标准的四联抗结核药物治疗。而研究组在进行上述同样的程序上进行精细化护理。

本研究得到了本院伦理委员会的批准,并且所有的被试在接受治疗前都已经被充分告知并签署了知情同意书。

### 1.2 方法

本项研究将支气管内膜结核患者分为两组,每组 35 名。常规组的患者采取常规的纤维支气管镜治疗和护理方法,包括纤维支气管镜的正常使用和可预防的护理措施;研究组的患者对纤维支气管镜的使用进行了深入研究,并进行精细化护理。

对于常规组,按照标准的纤维支气管镜使用指南进行操作,注意维持清洁和防止交叉感染的措施,使用时紧密监测患者的情况,以确保治疗的安全性。操作后,通过生理和心理的护理,缓解患者的不适症状,如痰浓度、喉咙痛等,并做好出院后的指导,以便患者的康复过程<sup>[5]</sup>。

对研究组的方案,进行精细化护理,主要有:呼吸道护理,用药护理,颈部按摩,饮食护理等;特别强调了心理的调控。增加心理护理主要是由于患者患有该疾病一般时间较长并经长时间的治疗效果并不明显,对纤支镜的治疗患者没有相应的认识,对治疗安全性、治疗效果以及治疗所产生的疼痛等都会产生焦虑。还加强了日常生活干预,定期对病房进行打扫和消毒,引导患者进行被服更换,叮嘱患者保持适当的运动,避免疲劳;引导患者尽量多食用一些高热量、高蛋白、高维生素的食物,戒烟酒等<sup>[6]</sup>。为患者提供良好的病房环境,注意通风换气;同时,家属应当协助患者完成日常的生活护理,满足患者的需要,提高康复过程的舒适度。并采取专门的治疗后监测措施,旨在对治疗效果进行精细化、量化的评估,及时发现并处理并发症,以提高治疗成功率<sup>[7]</sup>。

### 1.3 评价指标及判定标准

在这次研究中,选取了多个指标来比较和评估精细化护理对肺结核患者纤支镜术后的影响。关注的是治疗相关的硬性指标,如纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、治疗后咽喉部不适持续时间和住院时长。

这些指标可以直观地反映出患者在治疗过程中的身体反应和恢复情况，也是评估纤维支气管镜效果的重要依据<sup>[8]</sup>。

另外，也关注了患者的生命体征，包括呼吸频率、心率和血氧饱和度。这些生命体征数据能够有效监测患者的病情变化，并指导实施适合的护理措施。例如，极端的呼吸频率变化可能代表患者的呼吸系统出现问题，而心率的变化则可能预示着心脏的负担变化<sup>[9]</sup>。

研究中，还关注了治疗后的并发症发病率和痰菌转阴率，前者直接影响到患者的舒适度和生活质量，而后者则是检验治疗效果的重要指标。在对数据进行评价时，采用了合适的统计学方法，当指标具有明显统计学差异（ $P < 0.05$ ）时，则认为研究组的治疗方法优于常规组<sup>[10]</sup>。

通过以上综合的评价指标和判定标准，可以深入理解纤维支气管镜在结核病患者中的应用，并找出更适合患者的护理措施，以改善患者的治疗效果和生活质量。

#### 1.4 统计学方法

在本项研究中，运用了 SPSS 22.0 软件进行分析。t 值能反映出两组数据均数的差异程度，值越大，说明差异越明显。t 值的大小与 p 值成反比关系，p 值小于 0.05 时，认为数据间的差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 支气管内膜结核患者治疗相关指标分析

对照组与研究组在纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、患者治疗后咽喉部不适持续时间以及住院时长方面进行对比分析。结果发现，研究组的纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、患者治疗后咽喉部不适持续时间以及住院时长均明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。这表明纤维支气管镜在结核病患者中的应用，能明显减少病人的痛苦及住院时长，提高治疗效率。

### 2.2 支气管内膜结核患者生命体征观察

对治疗开展瞬间的生命体征进行观察，研究组患者在呼吸频率，心率和血氧饱和度三个方面，与常规组相比均有不同程度改善。具体来看，研究组患者的呼吸频率（次/分钟）分别为：给药时  $16.27 \pm 2.76$ ，纤维支气管镜取出即刻  $15.91 \pm 1.20$ ，治疗开展瞬间  $17.24 \pm 0.78$ 。而心率（次/分钟）分别为：给药时  $81.57 \pm 5.46$ ，纤维支气管镜取出即刻  $79.50 \pm 2.41$ ，治疗开展瞬间  $82.52 \pm 3.26$ 。血氧饱和度（%）分别为：给药时  $92.79 \pm 2.93$ ，纤维支气管镜取出即刻  $90.40 \pm 2.99$ 。

### 2.3 支气管内膜结核患者治疗后并发症发病率研究

治疗后在并发症的发生率上，实验组明显优于常规组。具体显示为，实验组中有 1 例（2.85%）患者出现喉咙痛，1 例（2.85%）患者出现声音嘶哑，而未出现头晕症状，整体并发症的发生率为 5.71%。相比之下，常规组则分别有 2 例（5.71%）、4 例（11.43%）、2 例（5.71%）患者出现喉咙痛、声音嘶哑和头晕症状，整体并发症的发生率为 22.85%。根据卡方统计，两组间的差异具有统计学意义（ $P = 0.0417$ ）。

### 2.4 支气管内膜结核患者痰菌转阴率考察

比较研究组与常规组痰菌转阴率，初步得知两组均有结核态转为阴性的情况。常规组在 7、14、21 天的转阴率分别为 14.28%，28.57%，28.57%，而研究组转阴率分别是 28.57%，34.28%，31.42%。研究组在 24 天后仍有 2.85% 表现为阴性。转阴率分析结果  $P$  值  $< 0.05$ ，具有统计学意义。说明纤维支气管镜的应用有利于提高结核病痰菌转阴的效率。

表 1 支气管内膜结核患者治疗相关指标(  $\bar{x} \pm s$ ) n=70

| 分组  | 案例 (n) | 纤维支气管镜置入用时 (s)   | 治疗总用时 (min)      | 患者治疗后咽喉部不适持续时间 (d) | 住院时长 (d)         |
|-----|--------|------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 常规组 | 35     | $23.40 \pm 2.19$ | $12.36 \pm 2.17$ | $5.29 \pm 1.40$    | $15.44 \pm 2.18$ |
| 研究组 | 35     | $18.91 \pm 1.48$ | $10.02 \pm 1.25$ | $3.97 \pm 1.15$    | $13.06 \pm 1.72$ |
| t   | -      | 10.0417          | 5.5217           | 4.3117             | 5.0717           |
| P   | -      | 0.0017           | 0.0017           | 0.0017             | 0.0017           |

表 2 支气管内膜结核患者生命体征(  $\bar{x} \pm s$ ) n=70

| 分组  | 案例 (n) | 呼吸频率 (次/分钟) |            |            | 心率 (次/分钟)  |
|-----|--------|-------------|------------|------------|------------|
|     |        | 治疗开展即刻      | 给药时        | 纤维支气管镜取出即刻 | 治疗开展即刻     |
| 常规组 | 35     | 16.45±2.33  | 14.35±1.47 | 18.35±1.63 | 81.42±5.35 |
| 研究组 | 35     | 16.24±      | 15.91±     | 17.24±     | 81.57±     |

表 3 支气管内膜结核患者治疗后并发症发病率 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 喉咙痛       | 声音嘶哑       | 头晕        | 发病率        |
|----------------|--------|-----------|------------|-----------|------------|
| 常规组            | 35     | 2 (5.71%) | 4 (11.43%) | 2 (5.71%) | 8 (22.85%) |
| 研究组            | 35     | 1 (2.85%) | 1 (2.85%)  | 0 (0.00%) | 2 (5.71%)  |
| X <sup>2</sup> | -      | -         | -          | -         | 4.2        |
| P              | -      | -         | -          | -         | 0.0417     |

表 4 支气管内膜结核患者痰菌转阴率 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 7 天         | 14 天        | 21 天        | 24 天      | 转阴率         |
|----------------|--------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| 常规组            | 35     | 5 (14.28%)  | 10 (28.57%) | 10 (28.57%) | 0 (0.00%) | 25 (71.42%) |
| 研究组            | 35     | 10 (28.57%) | 12 (34.28%) | 11 (31.42%) | 1 (2.85%) | 34 (97.14%) |
| X <sup>2</sup> | -      | -           | -           | -           | -         | 8.7365      |
| P              | -      | -           | -           | -           | -         | 0.0017      |

### 3 讨论

本研究中，对治疗总用时、治疗后咽喉部不适持续时间及住院时长等治疗相关指标进行比较，结果显示研究组的所有指标均优于常规组。患者的纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、患者治疗后咽喉部不适持续时间以及住院时长均显著降低 ( $P < 0.05$ )。在给药时和纤维支气管镜取出即刻，研究组的呼吸频率和心率较常规组均有显著改善，血氧饱和度也有所提高 ( $P < 0.05$ )。另外对比了治疗后并发症发病率，常规组治疗后喉咙痛、声音嘶哑、头晕的发病率均高于研究组。使常规组的总发病率达到 22.85%，而研究组总发病率仅 5.71%。这些数据都证实了精细化护理在结核病患者纤维支气管镜治疗的重要性和必要性。

结核病是一种传染性疾病，严重威胁公众健康，对人力资源造成极大损害。采用纤维支气管镜进行治疗已成为有效的诊疗方法。在治疗过程中，需要注意相关并发症的发生情况，提供适当的护理措施。相比传统护理模式精细化护理更加细致，护理人员不仅具备良好的护理技术，还具备完善的安全意识、服务意识、管理意识。根据纤维支气管镜检查特点，明确可能存在的风险，并掌握护理重点，在实际护理中采取科学的防范措施，最大程度降低安全风险，并提升护理质量，值得推广实施。

参考文献 (略)

## 基于护理干预的肺结核患者生活质量研究

邓晓玉

作者单位：武汉市肺科医院,湖北 武汉 430030)

**摘要：**目的：在理论研究基础上探寻护理干预对肺结核患者生活质量的改善效果。方法：本研究针对 60 名肺结核患者进行了系统的护理干预，前后分别对这些患者的心理状态和生活质量进行了评估。结果：通过对比护理前后的数据，发现护理后，患者的抑郁状态和焦虑状态显著改善，具体表现在抑郁和焦虑得分均比护理前下降，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。同时，据生活质量评分表数据显示，护理后患者的

生活质量在身体功能、心理功能、社会功能和物质功能方面都得到了显著提高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：基于护理干预可以显著改善肺结核患者的心理状态和生活质量，进一步改善患者的整体康复情况，有利于提升肺结核患者的生活质量，值得在临床中进一步推广和应用。

**关键词：**护理干预；肺结核；生活质量；心理状态；

肺结核是由结核分枝杆菌引起的一种传染性疾病，且一直以来是全球公共卫生问题的重点之一。据世界卫生组织数据，各年龄段、不同性别及人口群体均对此病症有不容忽视的发病率和死亡率，已经引起医学界的高度关注。肺结核患者在疾病的早期和中期阶段，患者的身体和心理会出现多种问题，包括身体不适、社交活动能力下降，情绪低落等，这些都极大地降低了肺结核患者的生活质量。然而，早期的综合性护理干预有望帮助肺结核患者改善这一情况。基于此，越来越多的研究开始关注护理干预在肺结核治疗中的价值。护理干预，包括生活习惯的改善、心理状况的调整以及社会的支持，都被证明可以明显的改善肺结核患者的生活质量。我们的研究也将对此提出新的论证，即通过对 60 名肺结核患者进行护理干预，进一步围绕护理干预对这类患者的生活质量提升效果进行剖析与探讨。通过这个研究，我们希望能提供更全面的护理策略，以进一步改善肺结核患者的生活质量，促进其心理健康，并期望这种护理干预能在临床中得到更广泛的应用。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

在这次的研究中，选取了该院 2022 年 6 月至 12 月期间的 60 例肺结核患者作为研究对象，并对其进行了全方位的护理干预<sup>[1]</sup>。这些患者的年龄、性别、病程、停药时间等一般资料与干预效果的关系也在研究的考虑之列，以此保证的研究结果准确和全面。

使用计算机随机表法将 60 例肺结核患者均等分为研究组和对照组，每组 30 例，以此评估护理干预的效果并加以比较。研究组的患者年龄范围为 25 - 65 岁，平均年龄为（45.08±10.67）岁，病程为 1 - 15 年，平均病程为（8.32±3.28）年；对照组患者的年龄范围为 26 - 66 岁，平均年龄为（45.35±11.09）岁，病程为 1 - 16 年，平均病程为（8.52±3.39）年。

为了确保研究的有效性和准确性，对两组患者的年龄、性别、病程、停药时间等基本资料进行了对比和分析。结果显示，对照组和研究组之间在基本资料上并无显著的统计学差异（ $P > 0.05$ ），这说明两组患者在基本资料方面是相互对比的，这次研究的结果具有可比性。

通过这样的设计，可以更好地考察和评估护理干预对肺结核患者生活质量的影响，为未来的临床护理提供更加科学的依据。

### 1.2 方法

本研究对象为 60 例确诊的肺结核患者，每位患者均在研究开始前和结束后进行了两次评估。其中，对照组 60 人采取常规护理干预，具体方法为：常规药物治疗，提供合理膳食，进行必要的健康教育，关注患者的心理状态和身心疾病的自我管理能力。

研究组 60 人采取全方位的护理干预策略。通过组建高素质护理小组，针对临床最新研究，充分患者机体个性化差异，引入人文关怀理念开展持续化护理质量改进；具体如下：

①组建护理小组，针对在职护理人员开展相关护理方法的培训，邀请资深的传染科护理人员进行健康讲座，针对肺结核的临床护理重点及难点进行讲解，以期提高护理人员专业技能。开展人文关怀护理知识的培训教育，帮助护理人员树立岗位认知及服务意识，采用角色互换的方式，充分明确患者的护理需求，通过强化护患关系，加强沟通，与患者建立良好的情感沟通，征求患者认可，便于护理工作的开展。

②对患者护理需求进行调研，通过分析既往肺结核患者护理经验及临床新型的传染疾病护理规章，充分了解患者的护理需求；考虑肺结核为传染性疾病，患者伴有明显临床症状，该疾病具有一定死亡几率，患者对疾病恐惧情绪严重；因疾病具有较强的传染性，患者被隔离治疗，缺少家属的关心，医务人员防护服阻碍护患沟通，患者内心伴有焦虑、落寞、恐惧等情绪；受患者受教育程度的影响，患者对疾病认知存在一定误区，再加上陌生环境极易导致应急反应的发生。所以护理人员需要及时了解患者的需要，针对患

者需求进行护理服务。

③引入人文关怀理念，开展人性化护理管理，护理人员需要明确患者心理护理及机体护理需求；对患者确诊后开展疾病健康教育及心理指导，针对肺结核的临床可控性、治疗原则、患者自我护理、生活饮食干预的相关知识对患者进行讲解，帮助患者科学认知疾病，并针对疾病隔离治疗的重要性对患者进行讲解，病房巡视期间加强对患者护理需求的询问，加强与患者进行沟通，察言观色了解患者机体情况，及时给予患者心理指导，帮助患者宣泄不良情绪；帮助患者适应隔离生活，予以患者安静、干净、整洁的就诊环境，对病房内隔离区功能区进行告知；并询问患者饮食习惯，予以患者生活饮食干预，确保患者治疗期间机体营养均衡。

④制定个性化的护理计划，包括由专业的护士全程陪伴患者并提供必要的心理辅导，用以缓解抑郁和焦虑情绪<sup>[2]</sup>。组织一些适合肺结核患者的身体锻炼，如轻松的呼吸运动和适当的体力活动，以强化身体功能。在社会功能方面，提供必要的帮助，如联系患者的社会支持网络，帮助患者处理生病所带来的生活困扰，以增强患者的社会功能<sup>[3]</sup>。同时帮助患者进行医疗费用的规划，保证患者的生活品质不因经济压力过大而下降。

这种全方位的护理的干预将会持续进行，根据患者的实际情况定期进行评估和调整。在治疗周期结束后，通过比较护理前后的数据，来评价本护理干预策略对改善肺结核患者的生活质量的作用。

### 1.3 评价指标及判定标准

本研究主要对比护理干预前后肺结核患者的心理状态及生活质量。心理状态的评估主要采用焦虑自评量表(SAS)以及抑郁自评量表(SDS)对肺结核患者护理前后进行评定。在 SAS 评分表与 SDS 评分表中，每个条目在 1-4 范围内进行评分，分数越高，代表患者的焦虑、抑郁情绪越严重。通过对比护理前后的评分，选取结果为护理后分数下降患者，观察护理干预对其情绪改善的影响。

生活质量的评估主要依据患者的身体功能、心理功能、社会功能和物质功能评分。各项功能的评分以实际能力与标准的相对差距来衡量，评分越高代表相应功能情况越好。身体功能主要评估患者的身体健康情况，心理功能则关注患者的精神状态及应对压力的能力，社会功能考察患者在与人交往及社会适应方面的能力，而物质功能则评估患者的经济状况及生活条件。在护理前后对比各项评分，以观察护理干预对肺结核患者生活质量的影响。

本研究将采用 SPSS 软件进行数据处理和分析，应用 t 检验比较两组之间的差异，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 1.4 统计学方法

在本研究中，使用 SPSS22.0 软件作为的统计分析工具，以确保数据分析的准确性和科学性。采用了 t 检验进行差异性的分析。设定  $P < 0.05$  时具有显著差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 心理状态的比较分析

在护理干预前，对 60 例肺结核患者进行了心理状态的评估。其中，抑郁指数为  $7.88 \pm 2.29$ ，焦虑指数为  $7.68 \pm 2.69$ 。在经过的护理干预后，进行了心理状态评估。抑郁指数下降到  $6.47 \pm 1.99$ ，焦虑指数下降到  $6.31 \pm 2.01$ 。

对比护理干预前后的数据，发现抑郁和焦虑指数都得到了显著改善。其中，抑郁指数的改善是显著的 ( $t=2.558$ ,  $P=0.018 < 0.05$ )，表明在护理干预后，患者的抑郁情况有了明显的改善。同样，焦虑指数的改善也是显著的 ( $t=2.238$ ,  $P=0.038 < 0.05$ )，说明护理干预后，患者的焦虑状况也得到了有效的控制和改善。

通过上述的比较分析，可以看出，基于护理干预的方法能显著改善肺结核患者的心理状态，降低他们的抑郁和焦虑程度，从而提高他们的生活质量。

### 2.2 生活质量评分的比较研究

护理干预前后，对肺结核患者的身体功能、心理功能、社会功能以及物质功能进行评分来判断生活质量<sup>[5]</sup>。数据显示，护理前这四项得分分别为  $41.30 \pm 4.46$ 、 $45.33 \pm 3.88$ 、 $41.89 \pm 17.44$ 、 $42.33 \pm 18.22$ ，而护理后得分显著增加到了  $55.81 \pm 9.65$ 、 $56.48 \pm 4.66$ 、 $56.38 \pm 19.66$ 、 $56.33 \pm 19.67$ 。在此基础上，通过 t 检验，得出的

t 值分别为 7.488、10.078、3.028、2.868，相应的 P 值均为 0.008，比 0.05 显著水平更低。存在极其显著的统计学意义。

结果展示出，护理干预对肺结核患者的生活质量具有显著性提升作用。在身体、心理、社会以及物质四个方面的功能都有所增强，护理干预能够显著提高患者的生活质量。具体来说，身体和心理功能的提升量最为显著，社会和物质功能较之稍低。这可能是因为肺结核病症本身对身体和心理的影响较大，护理干预能够更直接地提高此类功能，而社会及物质功能的提高可能需要更多的社会资源和时间才能显现出来<sup>[6]</sup>。

表 1 心理状态比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 时间  | 例数 | 抑郁        | 焦虑        |
|-----|----|-----------|-----------|
| 护理前 | 60 | 7.88±2.29 | 7.68±2.69 |
| 护理后 | 60 | 6.47±1.99 | 6.31±2.01 |
| t   |    | 2.558     | 2.238     |
| P   |    | 0.018     | 0.038     |

表 2 生活质量评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 时间  | 例数 | 身体功能       | 心理功能       | 社会功能        | 物质功能        |
|-----|----|------------|------------|-------------|-------------|
| 护理前 | 60 | 41.30±4.46 | 45.33±3.88 | 41.89±17.44 | 42.33±18.22 |
| 护理后 | 60 | 55.81±9.65 | 56.48±4.66 | 56.38±19.66 | 56.33±19.67 |
| t   |    | 7.488      | 10.078     | 3.028       | 2.868       |
| P   |    | 0.008      | 0.008      | 0.008       | 0.008       |

### 3 讨论

肺结核对患者的健康影响不仅体现在生理方面，心理、社会功能降低和生活质量的下降亦是其重要表现形式之一。在进行护理干预时，旨在改善病情的提高患者生活质量与心理状态。经过本研究护理干预后，发现肺结核患者的心理状态得到明显改善。具体表现在护理后抑郁和焦虑的评分显著低于护理前（分别为 6.47±1.99 和 6.31±2.01），且差异明显，具有统计学意义。

发现护理干预后，患者的身体功能、心理功能、社会功能以及物质功能的评分都较护理前增高。由表 2 可见，护理后各项功能评分显著高于护理前，且与护理前比较，差异有显著统计学意义，提示护理干预可能对提高患者的生活质量起到重要作用。

结合以上研究结果，充分显示了基于护理干预的疗效对肺结核患者情绪状态和生活质量的改善。这也许是因为结合了医药治疗与心理、社会支持的护理干预，能使患者在得到病情舒缓的也得到心理上的安慰和社会功能的恢复，从而整体改善生活质量。而改善心理状态与生活质量，可进一步促进肺结核的康复<sup>[7]</sup>。

本研究仍有限制，如研究样本量较小，未能涵盖更多的病例，未能对具体影响生活质量和心理状态的干预措施进行深入研究等。未来研究可以针对不同肺结核病程和病情严重程度的患者，进行个体化的护理干预，提供更全面、更有针对性的护理建议。

肺结核是一种传染性疾病，严重影响患者的生活质量。患者因疾病影响，常常会出现各种身心疾病，如抑郁、焦虑等心理状态和身体功能、心理功能、社会功能、物质功能等生活质量因素下降。护理干预是一种对疾病进行控制和改善的有效方式，对于肺结核的患者来说，更是不可忽视的重要手段<sup>[8]</sup>。

通过比较护理干预前后的数据，可以看出其对肺结核患者生活质量的积极影响。护理后心理状态比较结果 ( $t=2.558, P=0.018; t=2.238, P=0.038$ ) 显示，护理干预有效降低了患者的抑郁和焦虑症状。更具有说服力的是，生活质量评分比较结果 ( $t=7.488, P=0.008; t=10.078, P=0.008; t=3.028, P=0.008; t=2.868, P=0.008$ ) 进一步确认了护理干预对改善身体功能，心理功能，社会功能和物质功能等多方面生活质量的影响。

很明显，从帮助患者改善心理状态，到提升患者生活质量各项功能，护理干预在这一过程起到了非常重要的作用。全方位的护理服务不仅可以降低患者的心理压力，帮助他们更好地接受疾病带来的困扰，还可以提升他们的生活质量，使他们能让活得更更有质感，更有尊严。

### 参考文献 (略)

# 人工智能在肺结核合并慢性阻塞性肺疾病患者中进行呼吸康复护理的研究进展

田桂芳

**摘要** 回顾近几年国内外有关智能护理在肺结核合并 COPD 患者的研究进展,为今后人工智能在肺结核合并 COPD 护理运用方向提供思路。在介绍国内外人工智能(AI)技术在肺结核合并 COPD 康复护理中的发展现状和研究成果的同时,分析智能护理的优势和发展中所遇到的问题。人工智能在肺结核合并 COPD 护理上运用很有必要性,为患者提供更好的护理服务,提高患者的康复效果和生活质量。但也存在患者生活隐私的伦理问题和技术难关问题,这需要护理人员 and 人工智能开发人员共同努力,不断克服技术问题,转变传统护理模式,将智能护理作为基础医疗工具应用到“家庭-社区-医院”为一体的延续性护理中;同时要注意尽可能满足患者的需求,尊重患者意愿,为完善研发提供思路。

**关键词** 人工智能; 肺结核; 慢性阻塞性肺疾病; 呼吸康复护理;

肺结核(Pulmonary Tuberculosis)是呼吸内科常见的慢性传染病,主要是由于结核分枝杆菌感染肺部引起;药物治疗是临床主要的治疗方法,但由于疗程长,会有不同程度的药物不良反应,对患者的生命质量和身体素质造成严重影响<sup>[1]</sup>。

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种以不完全可逆的气流受限和反复的呼吸道症状为特征的进行性影响气道的慢性呼吸系统疾病。该病死亡率高,发病普遍,在全球前 10 位死亡原因中高居第 3 位,每年可造成 300 多万人的死亡<sup>[2]</sup>。作为一种慢性疾病,患者需要长期而规律的治疗才能更好地康复,这给患者自身和家庭及社会造成了沉重的负担,并导致了医疗资源的增加。至 2020 年 COPD 将位居世界疾病经济负担的第 5 位<sup>[3]</sup>。

## 1 人工智能在肺结核合并 COPD 患者护理中应用的必要性

人工智能(Artificial Intelligence, AI)是指通过计算机实施的由人工制造出来的智能,其最终目标应是制作出以人类思想模式处置数据资料的智能机械设备,让其可在一些工作之上取代人类顺利完成。现代医护工作中,与患者相关的健康数据规模大,类型复杂,并且需要及时处理和价值提纯。而这种大数据特点对医护人员来说不仅意味着工作量倍增,也使诊断和决策错误倍增。而能够有效管理这些数据的办法就是 AI<sup>[4]</sup>。肺结核合并 COPD 在全球有较高的患病率和死亡率,患病率达 10% 左右,每年约有 300 万人死亡,有学者预测到 2020 年将成为世界第三大死亡原因,而我国卫生部公布的数据中也显示 COPD 在农村地区人口疾病死因中位列第三,在城市地区位列第四,严重危害我国居民健康<sup>[5]</sup>。近年来,人工智能在慢性呼吸系统疾病中患者护理的应用越来越凸显优势。首先, AI 能够长期追踪和记录慢性呼吸系统疾病患者的病情。由于肺结核合并 COPD 的治疗包括药物治疗、教育、自我管理、体力活动、运动训练、氧疗等在内的长期且规律的综合治疗和护理。护士需对患者要做好延续性护理,这就要求大量患者的数据需要评估和处理。在我国现有的基本国情之下,病患数目以及长期数据资料远远超过医务人员人力能承受的工作强度,而 AI 强大的数据分析记载及解决功能能够迎合 COPD 患者及肺结核患者延续性护理的需要,帮忙护理人员解决庞大的信息量进而减少任务量。其次, AI 能够根据肺结核及 COPD 患者的病情实施个性化护理。肺结核合并 COPD 患者的病情并不是长期稳定在一个阶段,该种慢性病的病症经常并发进行性的气流受限。而且大部分慢性呼吸系统疾病的患者对于自身疾病未给予足够的关注,治疗依从性差,不能严格遵医嘱进行治疗或者依赖医护人员的监督。这对护士在肺结核合并 COPD 稳定期根据患者依从性和治疗效果调整护理目标提出了巨大的挑战。与此同时,由于肺结核合并 COPD 患者的呼吸康复治疗需要护理人员根据患者的气流受限程度判断患者的运动强度,这意味着护士要花费更多的时间充当监督者和陪伴者,这两种角色在现今护理人员人才资源短缺的时代背景下较难全面实现。而 AI 的出现可以随时随地检测 COPD 患者躯体情况,代替护士判断患者目前最适合的运动方案和运动强度并以此做出相应调整。因此, AI 可以很好的贴合慢性呼吸系统疾病患者护理的独特性,推动慢性呼吸系统疾病患者的信息化护理模式的发展。

## 2 肺结核合并COPD患者护理相关的AI技术

现阶段AI在肺结核合并COPD患者护理的使用主要在稳定期患者的社区服务和家庭随访、居家护理和康复训练上,应用AI技术设备的主要目标就是减弱患者在院外没有专业医护人员的情况下因为缺乏早期预防和自我管理能力而导致急性发作的风险,减少患者的再次入院率和死亡率。针对肺结核合并COPD长期有效监督管理困难和医护人员数据处理繁杂的问题,AI领域推出了很多相关的人工智能护理技术,主要包括智能手机、体外监测设备、智能机器人和虚拟现实技术。这些技术设备商品的发生对于智能化大数据分析背景之下肺结核合并COPD患者的护理形式迈向有较大的启示现实意义。

**2.1 智能手机** 智能手机作为移动健康技术的重要载体之一,它可便捷切实有效地来资助 肺结核合并COPD病患保留以及数据传输本人的病情数据资料,与此同时还方便了护理人员的数据分析整理及和此类患者间的有效沟通交流。稳定期慢阻肺患者在疾病的自我管理任务、自我调节能力和自信力等方面仍有很多问题,需要提高患者自我管理的意识、技能和管理效能。情景模拟训练是集训练与娱乐一体的康复训练模式,有研究发现情景模拟训练能为患者根据不同的训练目的、不同的兴趣加以调整,并能收集数据分析训练效果,能提高呼吸康复的训练效果<sup>[6]</sup>。杨娟<sup>[7]</sup>等针对信息化管理对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复的作用探讨,研究结果得出,通过微信群聊给予患者不定期提供饮食指导、营养疗法、常规药物指导和呼吸康复参与度评价与鼓励,提高了患者的参与度与依从性。shnicnink等<sup>[8]</sup>的研究发现情景模拟训练可以使患者在可重复、无风险、无时间和场地限制的条件下进行训练,能使患者更加熟练掌握训练技巧,并提高自我效能和沟通能力。本研究的结果也显示了观看康复训练视频进行情景模拟对慢阻肺病人肺康复的优越性<sup>[4]</sup>。智能手机应用软件在肺结核合并COPD自我管理、促进健康、提高治疗依从性等方面具有积极的作用并被广泛开发。智能手机作为人工智能的一种基本载体,它可以和体外监测设备,机器人和虚拟现实技术相结合辅助健康医疗工作,今后有更大的开发空间。

**2.2 体外监测设备** 在手机软件方便分析数据的基础上,一些研发者将可穿戴的体外监测设备与之配套,方便患者和医护人员随时随地看到身体状况的报告,有效进行自我管理。尤其在患者在院外期间,体外监测设备可以很好的代替医护人员对患者进行评估<sup>[9]</sup>。这种AI技术可以帮助慢性呼吸系统疾病的人群进行科学的初步分析和评估,同时,医护人员可以运用慢病社区管理系统和体外监测设备对整个社区人群进行获取和管理患者信息,从社会群体特性以及个人特点诸多方面借助于智能深入分析、分类整理以及提炼归纳慢性病预防、治疗、护理和康复的多种需求,提升护理人员的业务水平。Hataji等<sup>[10]</sup>研究发现,佩戴智能监测手表,治疗后第1秒用力呼气容积和用力肺活量明显增加,且与治疗前相比,治疗后COPD评估测试问卷评分显著降低,而6分钟步行试验距离显著增加。可见利用穿戴式终端收集患者生理信息、运动情况和疾病相关指标,对患者进行实时评估,可以改善疾病预后,减少急性发作,降低入院次数,提高患者的生活质量。因此,体外监测设备在医护人员管理病人信息和患者本身自我管理方面都可以起到了积极效果。

**2.3 智能机器人** 为了提高慢性呼吸系统疾病的患者生活质量和促进身心健康,不同功能的智能护理机器人也逐渐被应用到肺结核合并COPD患者的日常生活、以及身体康复中。国外一些研究中出现了康复辅助机器人以及远程健康管理机器人等在肺结核合并COPD患者身上应用<sup>[11-13]</sup>。Song等<sup>[14]</sup>开发了一种可以运用在机器人上的决策支持系统 DSSs 用于自动监督和控制慢性呼吸系统疾病患者的体育锻炼训练,使得患者能够在社区家中进行康复锻炼。这种决策系统可以代替护士及时对患者的康复锻炼方式进行帮助和纠正,完成肺结核合并COPD患者生活中的基本需要和必要的辅助治疗,长期有效管理患者的病情变化。Chen<sup>[15]</sup>用上肢康复机器人根据肺结核合并COPD患者的身体状况提供不同的康复模式和不同强度的运动,结果表明,康复效果得到了患者和物理治疗师的积极评价。它们能够做到对肺结核合并COPD患者进行个性化护理,并帮助疾病稳定的患者更好地配合在家中进行的呼吸功能锻炼。由此可见,智能机器人的出现不但能够提高患者生活质量,而且在减少了医护人员对病人的身体接触的同时也能够有效减少肺结核合并COPD患者感染传染病的风险。另一方面,使用机器人帮助COPD患者独立或辅助完成康复锻炼,可节约护士的大量的精力和工作量,有效提高现有人力资源的利用率,缓解护理人力资源紧张的局面。

**2.4 虚拟现实技术** 虚拟现实技术(Virtual Reality,VR)康复治疗系统的引入也打破了传统护理方式的局限性。VR技术能够将患者融入虚拟环境中,给患者带来视觉和思维的真实体验,在这种环境中对患者进行

功能锻炼和健康宣教都会让患者有一种真实感,从而增加趣味性、降低操作难度来调动患者的积极性。VR 技术可以同时指导多名患者,也可以反复重复,并根据患者恢复情况改变操作难度和虚拟场景<sup>[1-6]</sup>。这些优点能够调动肺结核合并COPD患者保持肺康复训练的积极性和自主性,提升了护理人员的工作质量,减轻了工作强度。虚拟现实技术与综合性呼吸康复治疗相结合能够有效改善肺结核合并COPD患者肺功能指标,同时,虚拟情景互动康复训练系统不仅突破了传统治疗模式的局限性,也带给患者最为真实的视觉和思维体验。进行肺康复训练时可使患者进入预设的虚拟场景并通过亲身体验、实时感知而获得真实的视觉、听觉、感受。根据患者躯体肌力恢复情况可以改变操作难度和虚拟场景,调动肺结核合并COPD患者坚持呼吸康复训练的积极性和主动性,锻炼患者的躯体功能和思维记忆,减轻患者的紧张及疲劳感,达到提高锻炼身体和认知水平的目的。但是该研究也发现这种机器人和VR技术被老年肺结核合并COPD患者接受还需要一些时间,以及这些特殊人群对这些技术的易用度有很大需求。因此,医护人员的专业领域和产品研发领域需要进一步结合,改善出适合特殊人群的产品设计。

### 3 AI 在肺结核合并COPD患者护理中应用存在的不足

AI的广泛应用将在减轻医疗负担、提升医护人员工作效率、提高病人生活质量等方面大有裨益。然而,智能系统倾向于收集更多用户数据,以便更好地提供全方位的护理,但隐私数据被采集的越多,隐私泄露的风险就越高。而且AI也有其局限性,随着对病人愈加精准的诊断、愈加个体化的治疗,对病人的数据要求就愈加详细,由此会涉及到个人资料安全保护的问题,这也是在应用AI中应密切关注并需解决的问题。总之,随着AI技术的不断发展成熟,其在将来解决全球公共卫生难题中发挥更关键的作用。综上所述,随着 AI 技术设备的稳步发展及政府部门导向的正确引导,AI在医疗护理领域受到的关注越来越多,未来医疗护理服务模式将发生巨变,应用前景广阔。一方面,AI技术能为患者提供更好的护理服务,提高患者的康复效果和生活质量。另一方面,AI技术会涉及患者生活隐私的伦理问题和技术难关问题,需要广大医护人员和计算机专家跨领域协作,不断研发出更适合患者病情的应用。作为护士,我们需要转变传统护理模式,将AI作为基础医疗工具充分应用到“家庭-社区-医院”为一体的延续性护理中;同时要注意尽可能满足关注患者的需求,尊重患者意愿,为完善研发提供思路。

参考文献(略)

## 互联网+模式下肺结核患者居家痰液管理效果研究

矫晓克

作者单位:北京胸科医院

**【摘要】目的:**肺结核患者采用“互联网+模式”进行居家痰液管理,为患者健康生活提供建议。**方法:**选取 2022 年 10 月至 2023 年 10 月收治的肺结核患者 100 例,对照组采用基础护理;观察组采用“互联网+模式”,对比护理效果。**结果:**观察组患者的复诊率和规范用药率高于对照组,对比差异显著 ( $P<0.05$ );此外,在对比痰液知识知晓率以及正确处置依从性上,观察组高于对照组,对比差异显著 ( $P<0.05$ )。**结论:**针对肺结核患者实施“互联网+模式”的效果显著,有助于提高复诊率和规范用药率,且患者对于痰液管理有了更清楚地认识,干预效果确切。

**关键词:**“互联网+模式”;肺结核患者;痰液知识知晓率;痰液管理

肺结核属于呼吸道传染性疾病,治疗周期长,且以居家治疗为主。在治疗期间当为患者讲解治疗要点,居家期间的注意事项,解答患者针对疾病康复存留的问题,并且能提供给患者可行性康复方案。“互联网+模式”作为时代发展下的产物,将其用于护患沟通、医患交流领域发挥了重要作用,能够在不受时间、空间限制的基础上为患者提供健康咨询,普及疾病知识,优势显著<sup>[1]</sup>。鉴于此,选取 2022 年 10 月至 2023 年 10 月收治的肺结核患者 100 例,重点讨论“互联网+模式”开展期间的困难和解决途径,现将内容报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 10 月至 2023 年 10 月收治的肺结核患者 100 例，按照随机数表法分为 2 组，观察组男 23 例，女 27 例，年龄 21—43 岁，平均 (35.07±5.63) 岁；对照组中男 20 例，女 30 例，年龄在 22—42 岁，平均 (32.13±5.89) 岁。两组患者治疗前在性别、年龄方面无统计学差异。

纳入标准：患者符合肺结核诊断；患者对治疗方案知情表示自愿参与，认知健全，可自护，语言沟通正常。

排除标准：恶性肿瘤、血液系统疾病；伴有精神系统疾病；资料缺损。

### 1.2 干预方法

对照组采用基础护理；观察组采用“互联网+模式”，需要护理人员建立微信公众号和微信群，通过微信平台加强与患者及其家属的联系，沟通治疗效果，解答患者康复期的问题。同时，在微信推文中可介绍疾病以及饮食建议、生活建议，帮助患者了解更多疾病知识。另外，在痰液管理中可以由患者记录自己的吐痰次数、痰液处置行为等，并有医护人员进行指导。在沟通过程中要重点讲解痰液处理方式，家属防护方式。同时，将符合患者个体需求的康复方案进行推荐，还可以在微信群中与患者相互交流，营造浓厚的居家护理氛围。

### 1.3 评价标准

对比患者的复诊率和规范用药率，并统计痰液知识知晓率以及正确处置依从性。

### 1.4 统计方法

选择 SPSS 23.0 软件处理数据。t：检验计量资料，就是  $(\bar{x} \pm s)$ 。 $\chi^2$ ：检验计数资料，就是 [n (%) ]。P<0.05 则对比有统计学意义。

## 2 结果

观察组患者的复诊率和规范用药率高于对照组，对比差异显著 (P<0.05)；此外，在对比痰液知识知晓率以及正确处置依从性上，观察组高于对照组，对比差异显著 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组患者居家康复管理效果对比 (例, %)

| 组别         | 复诊率         | 规范用药率        | 痰液知识知晓率     | 痰液正确处置依从性   |
|------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| 对照组 (N=50) | 33 (66.67%) | 38 (76.67%)  | 26 (53.33%) | 31 (63.33%) |
| 观察组 (N=50) | 45 (90.00%) | 50 (100.00%) | 40 (80.00%) | 41 (83.33%) |
| T          | 1.432       | 1.823        | 1.465       | 1.574       |
| P          | <0.05       | <0.05        | <0.05       | <0.05       |

## 3 讨论

针对肺结核患者的治疗，要加强对肺结核患者的健康宣教和专科知识讲解，帮助患者了解个人行为对疾病康复的影响。据调研<sup>[2]</sup>，肺结核患者的治疗周期长，复发率高，患者依从性也会随着时间推移下降，因此，在护理干预中针对居家患者开展延续性护理指导，重视痰液管理成效，有助于患者的病情好转。

随着社会的进步，互联网技术已经广泛应用并融入了人们的日常生活，其中，微信作为人们沟通的常用方式，是人们彼此交流、获得咨询的常用互动平台。因此，在院方微信平台上传播内容时，一种有效的策略是进行采访和组织有关患者的康复情况，帮助更多患者建立信心，另一种则是常规医疗知识的推送，通过这些互动式问题，这些建议涵盖了广泛的主题，如疾病的治疗用药、预防措施等，让来自不同背景的个体可以对各种疾病有准确认识。有报道指出，医院公众号是一种用于宣传推广的工具，通过该平台，医院发布分享咨询服务、传统文化、新闻动态等信息，帮助人们更好地了解疾病，关注个人健康。在互联网+技术支持下也便于各类患者咨询问题，除了药物治疗外，针对有情绪问题的患者也可以提供心理障碍咨询服务，通过护理人员的安抚建立信心，积极地与社会生活相适应。有其他学者调研指出<sup>[3]</sup>，在互联网+管理下也可以实现对患者用药治疗的可视化指导，节省了患者的时间成本，也有助于预防肺结核传播，患者具有较好的依从性。

综上所述，针对肺结核患者实施“互联网+模式”的效果显著，有助于提高复诊率和规范用药率，且患者

对于痰液管理有了更清楚地认识，干预效果确切。

参考文献（略）

## DVT 预防集束化护理管理模式在重症结核病患者中的应用

王洁

作者单位：武汉市肺科医院

**[摘要]** **目的** 探索 DVT 预防集束化护理管理模式对重症结核病患者 DVT 防治中的效果。**方法** 选取 2023 年 7 月至 2024 年 3 月到我院结核科收治的重症结核病患者 82 例，随机数字表法分为两组，对照组使用常规 DVT 预防护理，实验组使用 DVT 预防集束化护理管理模式。比较 VTE 风险评估正确率、DVT 基础预防护理措施落实率、物理预防措施的落实率、患者对 DVT 预防相关知识的知晓率、两组静脉血栓发生率。**结果** 实验组 VTE 风险评估正确率、DVT 基础预防护理措施落实率、机械预防措施的落实率、患者对 DVT 预防相关知识的知晓率均高于对照组，两组静脉血栓发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.001$ ）。**结论** DVT 预防集束化护理管理模式能提高 VTE 风险评估正确率、护理人员对重症结核病患者 DVT 预防的工作落实及患者满意度，降低 DVT 的发生率。

**[关键词]** 重症结核病，DVT 预防，集束化护理管理模式

### Application of DVT prevention cluster nursing management model in patients with severe TB disease

Wang Jie

Wuhan Pulmonary Hospital

**[key words]** Severe pulmonary tuberculosis, DVT prevention, cluster nursing management model

当前，结核病仍是严重危害我国人民群众身体健康的重大传染病之一，估算我国 2021 年新发结核病患者 78 万例，结核病负担位居全球第三位<sup>[1]</sup>。重症结核是指由于结核病引起的急重症疾病和症状，包括大咯血、气胸、呼吸衰竭、全身多器官功能衰竭等严重症状<sup>[2]</sup>。深静脉血栓形成（deep venous thrombosis, DVT）是指血液在深静脉内不正常地凝固、阻塞管腔，从而导致静脉血液回流障碍，是常见的血栓类疾病<sup>[3]</sup>。通过对重症结核患者进行 padua 风险评估，发现此类患者呼吸衰竭、急性感染、激素治疗、卧床大于 3 天等均是 DVT 的形成的高危因素。因此近年来针对重症结核患者的 DVT 预防护理工作的重视度有所提高，但在临床实际工作中这项工作的开展还是存在一些不足之处。集束化护理含义是护理人员基于现有护理、疾病大数据，使用循证医学方法进行一系列有效的护理措施，主要目的是为患者提供医院当前最优护理方案，以减少护理问题，提升护理服务满意度。本研究旨在将 DVT 预防集束化护理管理模式用于重症结核病患者 DVT 防治中，通过提高 VTE 风险评估正确率、DVT 基础预防护理措施落实率、机械预防措施的落实率及患者对 DVT 预防相关知识的知晓率等从而降低重症结核病患者静脉血栓发生率，现报道如下：

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月到我院结核科收治并确诊的重症结核病患者 82 例作为研究对象，排除精神缺陷或意识障碍；拒绝参与研究的患者，根据入院时间顺序采用随机数字表法分为对照组和实验组，每组 21 人。对照组患者男女比例为 26:15；年龄 31~72 岁，平均年龄（51.39±5.05）岁；高中及以下学历 11 人，大专 5 人，本科及以上 5 人。实验组男女比例为 23:18；年龄 34~70 岁，平均年龄（49.21±4.54）岁；高中及以下学历 9 人，大专 7 人，本科及以上 5 人。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 研究方法

对照组按照原有的护理工作落实 DVT 的预防工作。实验组采取 DVT 预防集束化护理管理模式，具体内容：(1) 结核内科牵头成立集束化护理小组。由科护士长担任集束化护理小组组长，各结核科护士担任副组长，制定具体的 DVT 预防集束化护理管理流程、管理制度及 DVT 质量评价标准等。设计阶段性 DVT 预防健康教育内容框架。对小组成员进行培训，讲解 VTE 风险评估表的正确评估、集束化护理的意义、作用、措施等；介绍 DVT 形成机制、危险因素及护理干预措施；明确小组成员责任、患者信息共享等。培训效果会在活动开展前、中、后进行考核。(2) 按照 DVT 预防集束化护理管理流程，患者入院确诊后，首先医生进行深静脉血栓风险评估量表 (Padua 量表) 进行评估，小组护士负责复核评估准确性，对于低危患者 (Padua 评分 < 4 分) 予基础预防或物理预防，对结核性脑膜炎且颅内压升高患者不建议大量补液，建议在保证营养充足同时，多进食含纤维素的饮食，保证大便通常；嘱双下肢抬高 15-30°；对于颅内压不高的患者可嘱其主动活动下肢，对于颅内压升高的患者采取被动活动，活动频率每 2-3 小时一次，每次 15 分钟。对医嘱需卧床的结核性脑膜炎患者，使用梯度压力袜，间歇充气加压装置或足底静脉泵；对于高危患者 (Padua 评分 ≥ 4 分) 予基础预防+物理预防+药物预防，药物预防包括低分子肝素/华法林等抗凝药物。(3) 根据设计的阶段性 DVT 预防健康教育内容框架①制定统一 DVT 健康教育阶段性教育的宣传折页。②DVT 预防护理措施干预前、实施过程中、深静脉血栓风险评估量表 (Padua 量表) 评分发生变化时，小组护士给予对应的健康教育。③护理管理者对应分阶段的给予效果评价。(4) 建立规范的 DVT 质量管理规范，通过 DVT 预防护理工作的质量控指标每月做好质量监测工作。

### 1.3 观察指标及评判标准

(1) Padua 评分由意大利帕多瓦大学的 Barbar 等<sup>[4]</sup>在 Kucher 等<sup>[5]</sup>量表的基础上发展而来。评分包括 11 个条目。条目赋值：活动性恶性肿瘤、VTE 既往史、卧床时间 > 3d，每个条目赋值 3 分；近期 (≤ 1 个月) 创伤或外科手术赋值 2 分；年龄 ≥ 70 岁、心脏和 (或) 呼吸衰竭、急性心肌梗死和 (或) 缺血性脑卒中、急性感染和 (或) 风湿性疾病、肥胖 [体质指数 (BMI) ≥ 30kg / m<sup>2</sup>]、正在进行激素治疗，每个条目赋值 1 分。评分总分 ≥ 4 分为血栓高危病人，< 4 分为低危病人。

(2) DVT 护理质量敏感指标<sup>[6]</sup>①风险评估的准确率 = 准确评估例数 / 同期评估例数 × 100%。②基本预防措施的落实率 = 落实措施到位例数 / 同期风险例数 × 100%。③物理预防措施执行合格率 = 正确执行例数 / 同期风险例数 × 100%。④病人 DVT 的发生率 (肌间静脉血栓全部计算在内) = DVT 发生例数 / 同期住院病人总例次数 × 100%。⑤护士 DVT 相关知识技能考核合格率 = 合格例次数 / 考核例次数 × 100%。⑥病人对预防 DVT 护理工作满意度，入组病人出院时进行满意度调查，采用自行设计 DVT 预防护理工作满意度问卷调查表，内容共 20 项，分值按非常满意 (5 分)、一般 (3 分)、不满意 (1 分) 三级评分法，病人勾选即可，3 分和 5 分为满意、1 分为不满意。各条目的满意度 = 每项满意例数 / 每项调查例数 × 100%，再计算平均满意度即可。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析，定性资料以频数、百分比 (%) 表示，采用  $\chi^2$  检验，以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 实施前后 DVT 预防护理工作效果评价 (见表 1)

表 1 实施前后 DVT 预防质量评价比较

评价指标比较单位：例 (%)

| 组别         | 例数 | 风险评估准确性    | 基础预防措施落实率  | 物理预防措施落实率  |
|------------|----|------------|------------|------------|
| 对照组        | 41 | 35 (85.36) | 23 (56.09) | 27 (65.85) |
| 实验组        | 41 | 39 (95.12) | 38 (92.68) | 39 (92.68) |
| $\chi^2$ 值 |    | 31.013     | 92.214     | 35.026     |
| P          |    | <0.001     | <0.001     | <0.001     |

续表:

| 组别         | 例数 | 护士 DVT 理论知识知晓率 | DVT 发生率 | DVT 预防护理工作患者满意度 |
|------------|----|----------------|---------|-----------------|
| 对照组        | 41 | 84.7           | 4.3     | 81.3            |
| 实验组        | 41 | 97.3           | 2.1     | 98.7            |
| $\chi^2$ 值 |    | 18.263         | 12.731  | 91.062          |
| <i>P</i>   |    | <0.001         | <0.001  | <0.001          |

### 3 结论

#### 3.1 风险评估是实施 DVT 预防措施的基础

准确评估病人 DVT 的风险是采取预防措施的重要环节,是为病人提供精准预防措施的关键<sup>[7]</sup>。对病人进行个性化、及时、准确、有效、动态的评估进行风险分层筛选高危病人,床边标识警示医护人员及病人,及时根据评估结果采取适当的干预措施,达到了降低 DVT 发生率。

#### 3.2 提升护士 DVT 预防护理专科能力,建立规范的 DVT 质量管理规范

通过 DVT 专科理论与技能的培训,提高了结核科护士对 DVT 疾病的认知度,帮助护士掌握和了解预防 DVT 的护理流程及内容,指导护士有效地实施护理措施,准确完成各项相关护理工作。根据 DVT 护理质量敏感指标,制定重症结核病患者适用性的 DVT 质控考记录表,每月护士长对 DVT 预防措施的结构、过程与结果质量的全面控制,有效提高了 DVT 预防的基础预防措施落实率和物理预防措施落实率,规范和指导护士评估及干预的准确性,从而提高患者满意度。

### 4 小结

DVT 集束化护理是一种较新型的护理方法,其理念基于 DVT 护理循证,使用一系列已经被证实安全、有效的护理干预措施来处理及预防 DVT,确保我们在重症结核病患者身上设施的方法是安全有效的<sup>[8]</sup>。制定具体的 DVT 预防集束化护理管理流程、管理制度、DVT 质量评价标准及健康教育的宣传框架。规范了针对重症结核病患者 VTE 的风险评估,根据评估的结果不同阶段实施 DVT 基础预防措施和物理预防措施、有效地预防重症结核病患者 DVT 的形成,降低 DVT 的发生率。减少患者疾病痛苦的同时,提高患者满意度,进一步增进护患关系。

参考文献(略)

## 互联网+延续性护理模式对大学生肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响

黄思敏

作者单位:武汉市肺科医院,湖北省武汉市硚口区宝丰路 28 号)

**摘要** 目的:探索互联网+延续性护理模式对大学生肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响。方法:选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月在本科治疗的 100 例大学生肺结核病患者为研究对象,按入院日期交替分组为对照组和观察组,各 50 例。对照组患者采取常规护理,观察组患者采取互联网+延续性护理,比较两组患者自我效能、心理情绪及患者满意度。结果:观察组自我效能各维度评分均高于对照组 ( $P<0.05$ ),患者汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分均低于对照组 ( $P<0.05$ ),患者护理总满意度显著高于对照组 ( $P<0.05$ ),结论:对大学生肺结核患者应用互联网+延续性护理能够提高患者对于护理工作的满意度,提高遵医行为,能够有效减轻患者可能产生的不良情绪,提高患者治疗信心。

**关键词:** 互联网+延续性护理;大学生肺结核;自我效能;心理情绪;

结核病是由于结核杆菌感染导致的慢性传染疾病,具有发病率高、传染性强等特点。结核病会侵袭人体的各个器官,主要侵袭部位为肺,最终导致患者发生肺结核。高校的人群高度集中,大学生多为集体生

活,存在着较多结核病传播的因素,如学习和住宿环境拥挤、室内活动时间长、学业压力大、休息少等,一旦有肺结核病人,很容易引起传播<sup>[1]</sup>。在校大学生在肺结核疾病治疗中,容易出现不同程度的心理负担,这对患者的心理健康、预后产生不利的影响。羞于、害怕同学知道而隐瞒,导致漏服药、拒绝复查而引起发生肝肾损害、耐药等,因而在校大学生肺结核患者的负性情绪不容忽视<sup>[2]</sup>。延续性护理模式能够保障患者受到持续性的护理干预。随着现代科技水平的不断提升,互联网使用越来越广泛,大学生对网络依赖性渗透到生活的各个方面。所以,探对于大学生这种特殊群体,使用互联网模式下的延续护理模式势在必行。本研究旨在探讨互联网+延续性护理模式对大学生肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响。报告如下。

## 1.资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2023 年 12 月在本科治疗的 100 例大学生肺结核患者为研究对象,依据护理方式不同分为对照组和观察组,各 50 例。对照组男性 26 例,女性 24 例;年龄 18~22 岁,平均年龄(20.32±1.22)岁。观察组男性 29 例,女性 21 例;年龄 18~23 岁,平均年龄(20.86±1.14)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:①根据症状表现、胸部 C T 扫描、实验室检查等综合诊断为结核病,符合《WS288—2017 肺结核诊断》<sup>[3]</sup>。②可以熟练操作智能手机。③年龄范围:18~23 岁。④对于该次研究的全部内容均已知晓,并且表示同意配合此次研究。

排除标准:①患者存在严重药物过敏史。②危重症且生命体征不平稳者。③患者精神状态、表达能力异常。④正在参加其他实验项目者。⑤听觉功能或视觉功能存在异常的患者。

### 1.2 方法

对照组采取常规护理方式。护理人员根据患者病情予以相应的健康指导,包括有效的咳嗽、咳痰,呼吸功能锻炼,定期复查的必要性,指导其坚持全程、规律服药,告知服药可能存在的不良发应,日常饮食注意加强营养,多进食高蛋白、高热量饮食,控制豆制品、海鲜、动物内脏的摄入,避免熬夜,增加抵抗力,定期复查,了解疾病恢复情况及药物不良发应程度,患者出院 7 天内完成电话随访,对患者的用药、复查及功能锻炼等进行再次告知。

观察组采用互联网+延续性护理干预措施。具体方法如下:

(1)科室成立大学生肺结核专科护理小组,由护士长负责,成员组成包括医生 1 名,责任护士 4 名(均为主管护师),组员在入组后需接受护理技能培训,包括结核病防治知识、沟通技巧、院感知识、心理分析能力等,以保证护理工作的有效开展。护士长负责对护理工作协调、管理;每月定期组织培训及讨论会,学习前组织查询相关文献指南,会上一起学习讨论,召开讨论会,讨论近期大学生肺结核患者护理重点及难点,一起制定解决方案、计划并组织实施。(2)建立大学生肺结核微信公众号及微信群,建立短视频账号,添加观察组成员及其家属。定期推送肺结核相关预防知识,进行医疗知识科普,护理人员为患者讲明疾病的状况及应该注意的事项,以便增加患者对于药物治疗的依从性,积极做好对相关医疗健康知识的宣讲与说明。提醒患者按时服药、进行实时关怀聊天、给予出院后回访指导等。小组成员负责随时为患者及家属答疑解惑。(3)对大学生肺结核病患者进行互联网+延续性护理的服药指导及饮食指导。建立打卡机制,部分大学生生活不规律,喜好熬夜,耽误并错过服药时间,每天早上六点设立群提醒,指导患者空腹服药,八点提醒餐后 1-2 小时服用餐后用药。不定期投放坚持服药治愈案例,引导患者坚持正确服药,通过短视频、图片、音频等喜闻乐见的形式督促服药并告知服药可能存在的不良反应,如日常出现厌食、胃肠道不适、关节疼痛、视力下降明显等需随时就医。指导进食高蛋白、高热量的饮食,控制豆制品、海鲜、动物内脏的摄入,根据每个患者情况制定饮食搭配食谱。以便规范患者的饮食结构,确保肉蛋奶等食物的合理摄入,以便保障营养的充足摄取。(4)对大学生肺结核病患者进行互联网+延续性护理的健康宣教及心理护理。设置群提醒避免熬夜,熬夜会加重肝脏负担,使出现肝脏损伤的几率变大。指导进行功能锻炼,发放功能锻炼视频,易进行户外锻炼,如呼吸功能锻炼、慢跑等,指导有限咳嗽、咳痰。现在网络发达,有利有弊,合理利用事半功倍,错信网上谣言耽误病情,大学生群体,资源广但缺乏侦辩

能力, 指导患者不要轻信网上谣言, 要相信科学。在结核病的治疗过程中, 因为治疗时间长、见效慢、经济负担过重, 加上前期需隔离治疗, 患者心理压力较大, 易出现焦虑、恐惧、不安、沮丧等消极情绪, 进而影响肺结核病患者病情的恢复, 提醒家属如果痰标本化验转阴, 即不需要过度防护, 以免增加患者的负面情绪, 了解患者家庭经济情况, 告知相关免费政策, 减轻家庭经济负担, 指导网上办理相关减免政策。鼓励患者在微信群主动表达自己的主观感受, 如不方便可进行一对一指导, 护理人员及时回复并指导其放松方法, 如慢跑、骑车、听音乐及放松肌肉等, 引导家属、朋友等关爱、照顾及陪伴患者, 让患者在被支持状态中缓解压力。

### 1.3 观察指标

研究者于入院时和出院后 1 个月随访护士上门随访下列指标: 自我效能、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、护理满意度。

1.3.1 自我效能: 采用酆桂青等<sup>[4]</sup>根据自我效能相关理论结合结核病治疗管理所制定的肺结核患者自我效能量表在入院时和出院后 1 个月评估患者的自我效能水平, 该量表采用 Likrer5 级评分法评估, 包含日常生活、健康行为、遵医行为 3 个维度, 共计 12 个条目, 每个条目 0~4 分, 分数与自我效能水平成正比。

#### 1.3.2 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)

将患者的情绪状态分为 4 个评分标准, 正常为 1 分、轻度为 2 分、中度为 3 分、重度为 4 分, 得分越高表明患者负面情绪越严重。

1.3.3 护理满意度: 根据本院特点自制的护理满意度调查问卷评估患者护理满意度, 总分为 100 分, 非常满意为 90~100 分, 满意为 80~90 分, 较满意 60~80 分, 不满意 0~60 分, 护理满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件处理数据。计数资料以频数和率(%)表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验; 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 两组间比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2. 结果

2.1 入院时两组患者的日常生活、健康行为、遵医行为的评分比较差异均无统计学意义(P>0.05); 出院后 1 个月观察组患者 3 个领域的自我效能评分水平均明显高于对照组, 差异均有统计学意义(P<0.05)。详见表 1。

表 1 两组患者的自我效能评分

| 组别  | 例数 | 日常生活(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            | 健康行为(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            | 遵医行为(分, $\bar{x} \pm s$ ) |            |
|-----|----|---------------------------|------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
|     |    | 入院时                       | 出院后 1 个月   | 入院时                       | 出院后 1 个月   | 入院时                       | 出院后 1 个月   |
| 观察组 | 50 | 9.18±1.32                 | 15.41±1.12 | 10.20±1.16                | 16.21±2.42 | 10.04±0.76                | 17.42±1.68 |
| 对照组 | 50 | 9.04±1.41                 | 13.09±1.21 | 9.89±0.88                 | 13.52±1.93 | 10.26±0.66                | 14.32±1.36 |
| t 值 |    | 1.329                     | 11.348     | 1.598                     | 6.389      | 1.288                     | 9.924      |
| P 值 |    | 0.162                     | <0.001     | 0.115                     | <0.001     | 0.118                     | <0.001     |

### 2.2 两组患者护理前后 HAMA、HAMD 评分比较

护理前两组患者 HAMA、HAMD 评分比较, 差异无统计学意义(P>0.05); 护理后两组患者 HAMA、HAMD 评分均下降, 且观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组, 组间比较, 差异具有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组患者护理前后 HAMA、HAMD 评分

| 组别  | n  | 时间  | HAMA                    | HAMD                    |
|-----|----|-----|-------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 50 | 护理前 | 3.53±0.38               | 3.32±0.39               |
|     |    | 护理后 | 2.66±0.49 <sup>①</sup>  | 1.72±0.37 <sup>①</sup>  |
| 观察组 | 50 | 护理前 | 3.38±0.42               | 3.19±0.46               |
|     |    | 护理后 | 1.12±0.36 <sup>①②</sup> | 0.77±0.35 <sup>①②</sup> |

注: 与同组护理前比较, ①P<0.05; 与对照组护理后比较, ②P<0.05。

### 2.3 患者满意度

两组患者满意度对比，观察组患者总满意率高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3

表 3 两组患者对护理的满意度评价

| 组别       | 例数 | 对护理的评价 [n(%)] |           |           |          | 患者满意率 (%) |
|----------|----|---------------|-----------|-----------|----------|-----------|
|          |    | 非常满意          | 满意        | 较满意       | 不满意      |           |
| 观察组      | 50 | 47 (93.33)    | 3 (3.67)  | 0 (0.00)  | 0 (0)    | 100.00    |
| 对照组      | 50 | 39 (63.33)    | 5 (16.67) | 5 (16.67) | 1 (3.33) | 88.00     |
| $\chi$ 值 |    |               |           |           |          | 4.433     |
| $P$ 值    |    |               |           |           |          | 0.035     |

### 3. 讨论

大学生肺结核是当前临床上常见的病症，肺结核治疗时间长，病情复杂且易反复，短时间不能见到疗效，多数患者依从性较差，存在不遵医嘱服用抗结核药物的情况，影响结核病的治疗进展，不利于病情转归，甚至从轻型转为重型或耐药性肺结核，增加患者再入院率。延续性护理是一种将护理服务延伸至家庭或社区的优质护理服务模式，其内容包括出院计划、随访、健康教育等，能满足患者出院后的健康需求<sup>[5]</sup>。王蕾<sup>[6]</sup>对出院后的肺结核患者实施延续性护理发现，患者出院半年后的生活质量明显高于出院前。袁燕<sup>[7]</sup>通过互联网+精准化护理，让患者学到更多关于结核病病因及治疗药物的知识，减轻了对疾病的恐惧，遵医嘱及服药依从性更好。互联网盛行，合理利用事半功倍，传统延续性护理局限于电话、上门随访等方式，不够便捷。本文重点强调互联网+延续性护理模式对大学生肺结核患者的自我效能及心理情绪的影响。

本研究结果显示通过对大学生肺结核患者实施互联网+延续性护理后，自我效能各维度评分，包括日常生活、健康行为、遵医行为 3 维度评分均高于对照组 ( $P < 0.05$ )，护理后两组患者汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分均下降，且观察组患者 HAMA、HAMD 评分均低于对照组 ( $P < 0.05$ )，观察组患者护理总满意度显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。所以对大学生肺结核患者实施互联网+延续性护理能够提高患者对于护理工作的满意度，提高遵医行为，能够有效减轻患者可能产生的不良情绪，提高患者治疗信心。本试验因样本量较少，且为单中心研究，本次研究结果仅代表我科对大学生肺结核患者实施互联网+延续性护理研究，后续有待对不同地区不同等级医院扩大研究样本进行研究，进一步明确互联网+延续性护理在大学生肺结核患者中的应用效果研究，建立更完善的体系，使互联网+延续性护理不断规范化。

参考文献 (略)

## 肺结核患者污名感受影响因素及干预策略研究进展

赵君 杨红雨 康雄

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）

**摘要：**肺结核病程长、传染性强、病死率高，目前仍是严重威胁人民群众健康的一种慢性呼吸道传染病。肺结核患者普遍存在不同程度的污名感受，而污名感受对患者的遵医行为、疾病转归、心理状态、生活质量等可造成不同程度的影响。本文就肺结核患者污名感受的国内外研究现状、评估工具、影响因素和干预策略进行综述，以期临床干预肺结核患者污名感受提供部分参考依据。

**关键词：**肺结核，污名感受，影响因素，干预策略

肺结核病程长、传染性强、病死率高，是严重威胁人民群众健康的一种慢性呼吸道传染病。WHO 发布的《2023 年全球结核病报告》显示，全球结核病估算发病患者为 1060 万例，我国是 30 个结核病高负担国家之一，2022 年我国结核病估计发病患者为 74.8 万例，估算结核病发病率为 52/10 万，位列全球第三，

占全球发病数的 7.1%，我国的结核病死亡数估算为 3 万，结核病死亡率为 2.0/10 万[ ]。肺结核因其具有较强的传染性，治疗漫长，患者缺乏对疾病的正确认知，易产生他人歧视自己的错误心理，情绪变得易激惹、心理负担较重，多数患者易产生污名感受，采取延迟治疗、自主停药等消极应对方式，影响疾病康复[ ]。污名感受又称病耻感，是患者对所患疾病的内心耻辱体验，是一种负面情绪，也是一种心理应激反应，更是导致患者发生心理疾患的主要原因[ ]。目前，国内外关于传染病患者污名感受的研究主要集中在 HIV 感染者和 AIDS 患者[ ]、新型冠状病毒肺炎患者[ ]等，针对肺结核患者污名感受的研究较为少见。本文就国内外肺结核患者污名感受研究现状、评估工具、影响因素和干预策略进行综述，旨在为降低患者的污名感受水平和实施相应的干预措施提供部分参考依据。

### 1 肺结核患者污名感受现状

国内外的研究表明，45.3%~51.2%的肺结核病人存在污名感受[ ]，而污名感受可能会导致结核病人隐瞒病情、延迟就医、治疗依从性差，从而影响病人的治疗和预后。Chowdhury 等[ ]的调查显示，约 85.9%的结核病患者有过病耻感。Shivapujimath 等[ ]发现，存在病耻感的结核病患者占比达 51.2%。张全英等[ ]对 204 名肺结核患者进行调查，结果显示肺结核患者病耻感总分为 8（5,11）分，病耻感水平较高。陈丹萍等[ ]对上海市肺科医院的 120 名肺结核患者调查发现，患者确诊后均有不同程度的病耻感，中文版结核病污名感受量表（TSS）（总分 0~72 分）平均得分为（34.18±7.70）分，处于中等偏上水平，病程长、复治肺结核患者病耻感体验更明显。刘晓莉等[ ]对成都市 201 例结核病患者进行病耻感调查，结果显示患者被确诊为结核病后均产生不同程度的病耻感，病耻感量表总得分为 10（7,12）分。陈丹萍等[ ]在一项质性研究中，采用现象学研究方法和半结构式访谈法对 22 例复治肺结核患者进行深入访谈发现，复治患者病耻感较初治患者强烈。

### 2 肺结核患者污名感受的评估工具

#### 2.1 社会影响量表（Social Impact Scale, SIS）

由 Fife 和 Wright[ ]于 2000 年编制，台湾学者 Pan 等[ ]于 2007 年将其汉化。量表包含社会排斥感、经济无保障、内在羞愧感和社会隔离感 4 个维度，共 24 个条目；采用 Likert 4 级评分法，极为同意=4 分，同意=3 分，不同意=2 分，极不同意=1 分；总分 24~96 分，得分越高表明患者病耻感越强。量表的 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.85~0.90，各维度的相关系数为 0.28~0.66。目前，SIS 在慢性病、癌症、传染病、精神病人群中得到较为广泛的应用。

#### 2.2 结核病污名感受量表（TSS）

赵爱青等[ ]于 2011 年将英文版 TSS 通过前译-回译形成中文版 TSS，该量表包含他人贬低和自我负面感受 2 个维度，共 24 个条目；采用 Likert 4 级评分法，完全同意=3 分，同意=2 分，不同意=1 分，完全不同意=0 分；总分 0~72 分，得分越高表明患者病耻感越强。量表的总体 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.877，重测信度为 0.943。

#### 2.3 结核病相关病耻感量表

杨婷婷等[ ]在参考国内外已有病耻感量表的基础上，经过专家小组访谈、预调查、信效度检验等最终形成结核病相关病耻感量表，该量表包含负面经历、情感反应和应对方式 3 个维度，共 9 个条目；采用 Likert 4 级评分法，非常不同意=0 分，不同意=1 分，同意=2 分，非常同意=3 分；总分 0~27 分，分数越高表明患者病耻感越强。量表的总体 Cronbach  $\alpha$  系数为 0.88。

### 3 肺结核患者污名感受的影响因素

#### 3.1 人口学特征

有研究表明女性患者感受到的污名更重，可能是因为女性对于外界的评价更加敏感，也更容易述说自己的情感体验；另外，从社会结构来看，女性总体仍处于相对弱势地位。家庭经济状况较差的患者污名感受较重，因为“贫困”和“社会地位低下”是污名产生的适宜情境。国外以往研究指出，教育程度越低的患者污名感受越重，小学及以下文化程度的患者结核病污名感受量表得分显著高于其他学历人群，类似的现象国内也有报道[21]。这可能与教育程度低的患者对于肺结核相关的医学知识更加缺乏有关。因此，加强对肺结核患者相关医学知识的普及教育，可能对降低患者的病耻感具有一定的作用。此外，患者的年龄、婚

姻状况、居住情况、患病时间也是影响患者污名感受的主要因素[ ]。

### 3.2 疾病相关因素

咯血是肺结核病常见急症之一，有研究表明咯血在诸多因素中对肺结核患者污名感受的预测贡献最大。临床观察发现咯血往往被患者认为是“有传染性”和病情严重的标志，而“传染性”又是我国肺结核患者污名感受的首要来源[ ]。此外，复治患者感受到更多的污名，可能是疾病复发后，经济负担加重，疗程延长，患者对治愈产生怀疑，自信心动摇等因素所致。提示医护人员积极治疗咯血和督导患者坚持规律的抗结核治疗可以避免复发，有利于减轻患者的污名感受。

### 3.3 心理学变量

#### 3.3.1 自尊

在多个可能引起污名感受的因素中，自尊降低被证明与污名感受有关。胥昕延[ ]等构建的链式中介模型显示，自尊和孤独感是污名知觉与肺结核患者焦虑、抑郁情绪之间的中介变量，且自尊和孤独感在污名知觉与焦虑、抑郁情绪之间起链式中介作用。提示对肺结核患者照护过程中应注意为个案提供以自尊为导向的护理补给，引导其直面现实，提升自尊水平。

#### 3.3.2 焦虑、抑郁

童玲玲[ ]等的研究显示肺结核患者病耻感评分与焦虑评分和健康评分呈显著正相关，即肺结核患者的病耻感与焦虑症状及躯体化症状（背部疼痛、头痛、胃肠不适等）的发生相关。另外，以往研究证实肺结核病人抑郁得分越高，污名感受得分就越高，表明抑郁是病耻感的危险因素。因此，临床上应注意早期识别、有效干预。陈锦苏[ ]的研究显示，向亲友隐瞒病情的患者往往存在更强烈的病耻感，其病耻感与抑郁的发生或加重相关，可见污名感受和抑郁存在明显的相关关系。临床上提示医务人员应定期评估肺结核患者心理状况，及时发现问题并实施干预。

### 3.4 相关支持因素

#### 3.4.1 社会支持

社会支持是患者心理反应的一个变量，具有减轻负面反应的作用。以往研究表明患者社会支持水平越高，污名感受得分越低，表明社会支持是污名感受的一个保护性因素。当肺结核患者面临各种健康问题时，获得的社会支持程度越高，越能采取积极有效的应对方式，越能更好、更快地解决问题，这均有利于患者建立积极的心态，减少污名感受的发生。

#### 3.4.2 家庭支持

孙明玉[ ]等对 108 名肺结核患者进行横断面调查，显示除年龄、学历、应对自我效能感是患者病耻感的影响因素外，家庭亲密度和适应性也是其重要影响因素之一，共可解释 52.8% 的方差变异量。张全英等[10]的调查研究表明患者受教育程度、家庭复原力总分、困境解读、亲密和谐是肺结核患者病耻感的主要影响因素。提示在临床工作中应加强对患者的健康宣教，提升患者应对自我效能的水平，积极调动与患者相关的家庭支持因素，提高其家庭复原力，以降低病耻感对患者造成的不良影响。

### 3.5 自我管理

研究显示肺结核病人自我管理得分越高，污名感受得分越低，表明自我管理是污名感受的保护性因素。自我管理是结核病患者对自身结核病知识、行为和自我效能等进行自我控制的行为，自我管理能力越强，可减少不良行为并增加战胜疾病的信心，有利于改善疾病预后和提高生活质量。因此，提倡结核病患者全方位的自我管理尤为重要。

### 3.6 日常生活活动能力

研究发现肺结核患者日常生活活动能力得分越高，污名感受得分越低，表明日常生活活动能力是污名感受的保护性因素。一方面，可能是肺结核患者日常生活活动能力较低时，对他人的依赖程度越大，给家庭造成的负担也越大；另一方面，有研究表明传染性肺结核患者家庭密切接触者结核感染率较高，当肺结核患者自理能力低下时，家庭照顾者密切接触的次数增多，感染结核的风险更高，从而导致肺结核患者产生较强的内疚感和病耻感。

### 3.7 遵医行为

王鲜茹[ ]等的研究表明肺结核患者结核病病耻感各维度评分及总分与遵医行为评分均呈显著负相关,且治疗 6 个月、治疗 4 个月后肺结核患者 TSS 各维度评分及总分均低于治疗 2 个月后,遵医行为评分均高于治疗 2 个月后。原因可能为患者在强化期治疗时对肺结核病了解度不够,缺乏治愈信心,患者会不断放大公众、社会对该疾病的负面及刻板印象,且自己也存在耻辱、羞愧、负罪等自我负面感受,此时患者的病耻感较强。而随着治疗进程的不断推进,患者更多的了解到有关肺结核疾病及治疗相关知识,能以科学的眼光以及平和的心态面对疾病,且经过巩固期治疗后,患者的临床症状有效缓解,利于提高其治疗信心,对提升患者的遵医行为有积极促进作用,从而利于降低自身病耻感。

#### 4 肺结核患者污名感受的干预策略

##### 4.1 认知行为干预

认知行为疗法(cognitive behavioral therapy, CBT)是由认知理论和行为理论相互补充、吸纳形成的,可纠正歪曲的信念、思想、认知或行为,并消除个体负性情绪和不良行为的一种心理干预方法[ ]。CBT 被认为是目前可有效地降低病耻感的策略,主要包括心理评估、认知重塑和行为干预 3 个步骤。患者入组后,护理人员通过面对面访谈、量表评估等方式,了解患者对结核病的认知情况及其当前心理状况;根据患者产生不良认知的原因,采用发放疾病相关知识宣教手册、团体授课、病友座谈会、成功案例分享、家庭社会支持建设等方法,引导患者理性思考,树立疾病可成功被治愈的信心,指导患者进行放松训练、转移注意力、冥想、寻求帮助等;帮助患者纠正污名化的错误认知,改变其对污名化的态度,摒弃不良情绪,鼓励患者知晓并接纳污名化刻板印象。张爱华[ ]的研究显示,认知行为干预能增强结核病合并 HBV 感染患者的自我效能感,缓解或消除焦虑情绪,提高用药依从性。陈雪薇[ ]等表明对肺结核患者实施认知疗法,可有效降低患者的病耻感和心理痛苦,并提高其生活质量和遵医行为。张玉杰等[ ]的研究表明,认知行为干预能有效地降低 HIV 感染者/AIDS 患者的病耻感,虽然这些研究并不是仅针对肺结核患者,但今后可借鉴应用在肺结核患者病耻感的干预中。

##### 4.2 正念减压疗法

正念减压疗法是通过培育觉察能力,有意识、不评判、觉知当下内在体验,以正念为基础的一种系统性冥想训练方法;随着训练的深入,个体在感知负性情绪压力时,可以选择最有效的方式平静平稳地应对。正念训练在改善个体情绪方面的效果显著。袁雪娇等[ ]的研究报告,正念训练能降低抑郁症患者的病耻感。张全英等[ ]对肺结核患者实施 8 周正念疗法(包括认识正念、正念饮食、正念行走、静坐冥想、正念声音、正念想法、正念响应压力、正念人际沟通、将正念带入生活等),发现正念减压疗法可有效地降低肺结核患者的病耻感,转变患者的应对方式,提高患者对护理工作的满意度和自我效能水平。正念减压疗法具有操作简单方便、绿色环保等优点,但由于该技术在国内发展还处于起步阶段,尚缺乏标准化操作流程和训练方案,其临床应用还较为局限。

##### 4.3 赋能教育

赋能教育指帮助教育对象发现和激发其自我管理的能力从而控制疾病,包括问题的确定、情感的宣泄、目标设定、确认计划、行为评价 5 个步骤[ ]。国外有研究显示,赋能教育被用于帮助人们达到他们难以完成的目标,赋能可通过提供信息和知识,提高人们积极参与决策的能力、制定目标的积极性和自我效能感[ ]。贾彦梅[ ]将赋能教育应用在肺结核患者中,结果表明观察组干预 3 个月后 SDS、SAS、结核病相关病耻感量表得分均显著低于对照组,这说明赋能教育在缓解情绪障碍方面效果优于常规干预,帮助患者形成正确的健康信念、增加患者正性情绪,从而抒发内心焦虑、抑郁等负性情绪,帮助患者平稳心理状态。

##### 4.4 其他

叙事疗法是指通过引导患者叙说自身故事、与患者一同打压“病魔”、帮助患者在脑海中重建积极新故事,使患者变得更自主、更有动力的一种新的心理治疗方法。国内有研究报告[ - ],叙事疗法能显著地降低永久性肠造口、乳腺癌患者的病耻感。叙事疗法多以面对面咨询、一对一交流方式进行,对操作者咨询技巧的掌握程度、语言沟通交流能力等要求较高,操作者能力不足则可直接影响干预效果。自我肯定训练又称“自我决断训练”,是基于个体有表达自我情感、思想与信念的权力,分为个体和团体模式,已有研究报告自我肯定训练降低直肠癌、脑卒中患者病耻感的效果显著[ - ],其应用于肺结核患者病耻感的研究尚无

文献报告。另外，同伴教育[ ]、三维适性支持护理[ ]、焦点式心理干预[ ]、共情护理联合激励式护理[ ]等干预措施可有效降低肺结核患者病耻感和自我感知压力，提升生活质量，对改进临床护理措施具有重要意义。

### 5 小结

综上所述，肺结核患者普遍存在不同程度的污名感受，而污名感受与患者的人口学特征、疾病相关因素、心理学变量、相关支持因素、自我管理、日常生活活动能力、遵医行为等密切相关。目前，国内对肺结核患者污名感受的干预策略主要包括认知行为干预、正念减压疗法、赋能教育、叙事疗法、自我肯定训练、同伴教育等，因污名感受研究在我国仍处于起步阶段，其影响因素及干预策略仍有待进一步探索。建议感染性疾病医护人员在今后工作中，加强对肺结核患者污名感受水平的监测，了解其影响因素，并据此制定针对性的干预措施，以降低患者的污名感受水平，提高患者的生活质量与治疗效果。

### 参考文献（略）

## 优质护理服务在结核性腹膜炎临床护理中的应用价值评价

李睿

作者单位：太原市第四人民医院 发热门诊，山西 太原 030053

**摘要：**目的：研究优质护理服务在结核性腹膜炎（TBP）病人临床中应用的效果。方法：选择本院 2023 年 01 月至 2023 年 12 月收治的 80 例 TBP 病人为研究对象，运用随机数字分组法分作两组，各组 40 例，分析护理效果。结果：研究组护理满意度高、复发率低（ $P < 0.05$ ）；研究组心理健康水平高（ $P < 0.05$ ）；护理后，研究组生活质量评分均高（ $P < 0.05$ ）。结论：优质护理运用在 TBP 护理中，可提升病人护理满意度、生活质量，优化其心理健康水平，可运用。

**关键词：**优质护理；结核性腹膜炎；生活质量；护理满意度；心理健康水平

依照世界卫生组织的统计，2018 年全球总计有 1000 万人感染了结核病，并造成 150 万人的丧命。此种疾病的发病和病死率的上升，与社会经济状况、艾滋病的蔓延、静脉注射毒品、免疫系统的衰退以及对常规抗生素的抗性病例的增多等因素紧密相连<sup>[1]</sup>。TBP 的比例大约为 0.10%~3.50%，并且它还占据了 4.00%~10.00% 的肺外结核病病人。TBP 的形成源自 TB 在腹膜内的增殖，引起的是一种持久且广泛的炎症。TBP 的传播方式主要包括通过腹腔内的结核细胞的直接蔓延以及通过血液的传递。无论哪个年纪，这种疾病都有可能出现，在 20~40 岁的人口中，女性的患病比例远超过男性<sup>[2]</sup>。TBP 的特征性表现并不明显，而且常常伴随着腹水的存在，因此需要与其他的腹部疾病进行区分。在实际的临床应用中，由于诊断和治疗的延误，其死亡率较高。优质护理服务能够给临床诊断带来正面效果，尤其是当病人接受治疗时，由于病人每天只能看到一两次医生，大部分时间都是由护士来进行辅助性护理，所以，护士给予病人的警告和健康指导往往会让病人更加信任。此研究将分析优质护理运用在 TBP 护理中的价值，如下：

### 1. 一般资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择本院 2023 年 01 月至 2023 年 12 月收治的 80 例 TBP 病人为研究对象，运用随机数字分组法分作两组，对照组年龄（ $46.55 \pm 5.85$ ）岁，病程（ $15.82 \pm 2.28$ ）月；研究组年龄（ $46.82 \pm 5.58$ ）岁，病程（ $15.28 \pm 2.01$ ）年，一般资料（ $P > 0.05$ ）。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

常规护理服务，给予病人基础护理、用药指导、健康宣教等。

##### 1.2.2 研究组

优质护理服务，具体为：

(1) 基础护理。医护团队为病人提供优质医疗服务，特别是在急性期和发热期的病人，病人会给予必要的指导，并协助病人保持良好的休息状态。请病人尽量减少运动，以防止各种有害物质的摄入，同时也可以使用物理冷却的手段来帮助病人降低体温，并向主治医生报告冷却的效果。如果无法迅速且有效地控制病人的体温，就必须使用药物来协助病人降低体温。

(2) 心理护理。病人被送入医院进行治疗，在这个过程中，多种因素会对其情绪产生影响，从而引发其焦虑和抑郁等症状。此刻，医护人员应当立即进行心理疏导，向病患阐述疾病的治疗方法，以此来帮助病人建立克服疾病的自信。医疗团队能够与病人展开更为深度的交流与沟通，这样可以尽快了解其心理变化，减轻其紧张感，并辅助病人保持一个乐观的心理状况，同时还需要配合医师提供完善的医疗支援。

(3) 营养护理。为确保病人能获取必要的营养，满足身体的需求，医护人员应该和病人的家属进行交流。尽可能在日常饮食中摄取高热量、高蛋白质和富含维生素 A 的食物。在饮食上，需要关注其特点，并推荐病人更多地摄取那些易于消化的柔软食品。主要的日常饮食方式是半流食。大量摄取新鲜的水果与蔬菜。遵守适度进食的规定，防止过度饮食。通过有效的手段来指导患者戒烟和戒酒，协助病人形成健康的生活习惯，保持规律的日常生活，确保足够的休息时间。

(4) 药物使用指南。在病人的康复过程里，药物疗法是一种相当普遍的治疗方式。为保证药物疗效，医护人员必须详细解释 TBP 的治疗方案。同样，也需向病人解释按照医生的指示使用药品的关键作用。另外，还能让其家属共同监督其药物使用，防止病人出现疏忽、失误、中断或随意添加药品的状况，这样就能确保临床治疗的有效性。

(5) 提供健康建议。在病人入院进行医疗的过程中，所有的医务工作人员都必须进行全方位的 TBP 和结核病的健康知识普及。如果条件允许，可以引导病人观看影片，并且还能提供相关的指南，帮助病人理解和掌握结核病的起源、发展过程等。当病人对 TBP 有基本的理解和认识后，病人就能积极地配合医疗服务，从而提高其康复速度。

### 1.3 观察指标及评价标准

- (1) 护理满意度：运用本院自制护理满意度调查量表分析，非常满意、满意、不满意，记录复发率；
- (2) 心理状态分析，运用 POMS 量表分析；
- (3) 生活质量评分：WHOQOL-100 量表评估。

### 1.4 数据处理

SPSS 19.0 软件统计，计数资料用 (n/%) 表示、行  $\chi^2$  检验，计量资料用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示、行 t 检验。P<0.05 有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 分析护理满意度、复发率

研究组护理满意度高、复发率低 (P<0.05)，见表 1。

表 1 护理满意度、复发率 (n/%)

| 组别         | 非常满意        | 满意         | 不满意        | 总满意度 (%)    | 复发率         |
|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 研究组 (n=40) | 33 (82.50%) | 6 (15.00%) | 1 (2.50%)  | 39 (97.50%) | 3 (7.50%)   |
| 对照组 (n=40) | 28 (70.00%) | 5 (12.50%) | 7 (17.50%) | 33 (82.50%) | 10 (22.50%) |
| $\chi^2$   | -           | -          | -          | 5.000       | 4.501       |
| P          | -           | -          | -          | 0.025       | 0.034       |

### 2.2 分析心理健康水平

研究组心理健康水平高 (P<0.05)，见表 2。

表 2 心理健康水平 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别         | 紧张焦虑      | 沮丧抑郁      | 愤怒敌意      | 迟钝疲乏      | 混乱迷惑      | 精力活力      | 总分         |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 研究组 (n=40) | 5.44±1.15 | 4.27±0.64 | 3.72±0.54 | 6.64±1.81 | 4.02±0.54 | 1.64±0.54 | 16.14±1.51 |
| 对照组 (n=40) | 7.52±1.31 | 6.64±0.41 | 4.76±0.71 | 8.10±1.55 | 5.24±0.71 | 3.40±0.51 | 25.11±1.64 |
| t          | 7.547     | 19.721    | 7.374     | 3.875     | 8.650     | 14.986    | 25.448     |
| P          | 0.000     | 0.000     | 0.000     | 0.000     | 0.000     | 0.000     | 0.000      |

### 2.3 分析生活质量评分

护理后，研究组生活质量评分均高 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 生活质量评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别            | 饮食质量       |            | 睡眠质量       |            | 自觉症状       |            | 语言功能       |            | 社交功能       |            | 日常生活能力     |            |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|               | 护理前        | 护理后        |
| 研究组<br>(n=40) | 64.13±2.98 | 89.22±4.78 | 61.38±1.98 | 91.29±4.13 | 61.22±2.68 | 92.96±3.39 | 62.34±2.17 | 83.48±3.08 | 62.98±2.89 | 89.74±4.29 | 62.44±4.84 | 89.14±4.42 |
| 对照组<br>(n=40) | 64.89±2.74 | 74.18±4.98 | 61.92±2.08 | 81.96±4.39 | 61.38±2.98 | 87.37±4.21 | 62.48±2.48 | 76.73±3.49 | 63.42±2.38 | 78.42±3.69 | 62.63±4.63 | 79.46±4.17 |
| <i>t</i>      | 1.187      | 13.780     | 1.189      | 9.790      | 0.252      | 6.541      | 0.269      | 9.171      | 0.743      | 12.652     | 0.179      | 10.075     |
| <i>P</i>      | 0.239      | 0.000      | 0.238      | 0.000      | 0.801      | 0.000      | 0.789      | 0.000      | 0.460      | 0.000      | 0.858      | 0.000      |

### 3. 讨论

TBP 病人常常伴随着全身其他器官的 TB 感染，通过临床病历调查，发现病人大多数都有结核病的接触史，并且会出现结核中毒的症状，如午后的低热、盗汗、疲乏、食欲不振、体重下降等。根据过去的研究，TBP 病人的主要症状包括腹部疼痛、腹部胀和发热，这些症状在患病后的几周到几个月内会出现。大部分的疼痛属于隐形的，其强弱各异，可能出现在肚子的某个区域，也可能是整个肚子<sup>[3]</sup>。TBP 的主要种类有粘连、渗透、干酪以及混杂四种，而以渗透型的 TBP 最为普遍。因为淋巴管的堵塞，许多 TBP 病人有可能产生各种程度的腹水，而且移动性的浊音检测结果也有可能是阳性的。TB 引发的炎症反应导致腹膜的扩大和变厚，这让整个肚子都变得紧绷，当检查肚子的时候，会有类似于揉成一个小球的轻盈感觉。癌性腹膜炎和血腹等疾病也会导致腹部有揉面的感觉。对此类病人尽早诊疗至关重要，而在此基础之上，更需辅以优质护理服务<sup>[4]</sup>。经过本次研究，发现，使用高质量护理方式的观察组病人的治疗效果稍微超过对照组，同时，病人在护理后的生活质量和满意度评分也明显优于对照组。经过深入研究，发现对于 TBP 病人来说，适度减少肢体活动和休息能够显著降低其身体代谢状况，这有助于降低病人对结核性感染产生的各种毒素的吸收量，从而缓解其毒血症状。TBP 是一种高度消耗的疾病，如果病人长期缺乏营养，可能会引发营养不良。所以，TBP 病人经常表现为不同级别的体重减轻、浮肿、口腔炎症及维他命不足等问题。必须针对病人的具体疾病状况及其个人偏爱，对其进行适当的饮食照顾，以保证其营养的平衡与充分的吸收。另外，还应该培育健康的生活方式，并且保持乐观的心态，才能增强病人的自我驱动力及对治疗的服从。此外，TBP 的病症通常相当复杂，病程可能短暂也可能漫长。然而，由于病人对疾病的解不足，往往会引发各种程度的焦虑和抑郁。通过实施心理护理和健康教育，可以有效地增强病人对 TBP 和其他结核性疾病的基本了解，使得病人能够准确地认识到疾病，从而防止产生焦虑、恐惧等负面情绪。对于那些已经出现负面情绪的病人，实施心理疏导可以减轻其病症，并且能够显著地改变其心理状况，从而增强 TBP 病人的临床治疗效果。优质护理方式，不断地向病人强调药品的关键性，始终提示病人正确使用药品，维持健康的饮食习惯、戒烟和戒酒，以及保持良好的作息习惯。病人就能看到病情的改善，从而提升病人对治疗的服从性，提升药品的精确度，改进临床治疗的效果，并且提升其生活品质。研究成果和其他的成果有很大的一致性。通过适当的医疗干预，可以大幅度减轻病人的疼痛<sup>[5]</sup>。需要持之以恒，做好长期疗程的准备，以便彻底治愈疾病，并激励病人摄取充足的营养，增强自身的免疫力，推动病人尽快恢复健康。在药物治疗期间，需要密切关注病人的血压、血糖、肝功能以及大便隐血的状况。在进行抗结核治疗之前，需要向病人及其家属详细解释药物的并发症和需要注意的事项，如果有任何问题，应立即向医疗团队报告。在使用药品的过程中，要密切关注药品可能产生的并发症，例如听力、肝肾功能和胃肠道的改变，一旦出现任何异常情况，要立刻向医生汇报。护士需要高度关注心理健康，不断进行交流，探究病人的忧郁症状，并在最初阶段协助病人处理其心理困扰，以减轻其消极感受。由于疾病发作后，病人可能会有低热、盗汗、

腹痛、腹胀、贫血、腹部肿块等不适反应，这些都可能给其日常生活品质以及心理健康带来不利的影响。因为 TBP 的病程较长，治疗效果不佳，部分病人可能会出现药物并发症，如担忧病情，食欲不振、睡眠不足，甚至产生紧张和焦虑等情绪反应。由于治疗效果不显著、病情反复，一些病人可能会失去治疗的信心，这对病情的恢复不利。比如，能够策划一个病患互动的讨论会，邀请那些治疗成效显著且心态积极的青少年病人来发表演说。借助其优秀经历来引导病人的消极情绪，从而实现心理干预的目标，促使病人主动配合医务人员的治疗和护理。护士需要依照病人的心理状况，增加与其互动和对话，以协助病人克服最艰难的时期。

综上，通过实施优质护理，TBP 病人的治疗依赖程度会得到增强，医疗效果也会得到提升，优化病人生活质量、心理健康水平，提升护理满意度，建议运用。

参考文献（略）

## 护理干预在胸壁结核术后加压包扎与持续负压吸引技术中的应用价值

王晓燕

**【摘要】目的：**分析胸壁结核术后加压包扎联合持续负压吸引技术应用护理干预的作用效果。**方法：**将我院起始于 2018 年 12 月终至 2020 年 12 月收治的行胸壁结核清除术的患者共计 62 例，通过利用随机抽样填表法将分为试验组（31 例）与参照组（31 例），给予参照组常规护理，给予试验组护理干预，针对两组患者换药次数、伤口愈合时间、VAS 评分及并发症发生情况进行对比分析。**结果：**试验组 VAS 评分低于参照组，换药次数少于参照组，伤口愈合时间短于参照组，且并发症发生率对比参照组明显更低， $P<0.05$ ，数据符合统计学研究意义。**结论：**护理干预应用于胸部结核术后加压包扎联合持续负压吸引技术作用显著，值得推广。

**【关键词】** 护理干预；胸壁结核；持续负压吸引技术；加压包扎

胸壁结核在胸壁疾病中属于常见疾病，其发病特征是继发于肋骨结核或胸内结核的胸壁软组织结核性脓肿，一般在胸部呈现出半球形隆起，多发病于男性群体<sup>[1]</sup>。临床针对此疾病通常采取外科手术治疗，但术后伤口愈合期间并发症较多，为促进预后恢复需采取一定的护理措施干预<sup>[2]</sup>。本文将我院于 2018 年 12 月至 2020 年 12 月行胸壁结核清除术的 62 例患者作为研究对象，探究护理干预的作用效果，详细内容见下文。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基础资料

选取时间范围 2018 年 12 月至 2020 年 12 月收治的行胸壁结核清除术的患者共计 62 例作为研究对象，利用随机抽样填表法将分为试验组（31 例）与参照组（31 例），试验组男性与女性比例为 25:6，年龄范围 19~61 岁，中位年龄（39.17±3.52）岁；参照组男性与女性比例为 24:7，年龄范围 20~62 岁，中位年龄（39.69±3.68）岁。通过专业统计学数据分析软件对所有研究对象基本资料进行分析，结果显示  $P$  值 $>0.05$ ，表示两组患者间存在可比性。

#### 1.2 方法

给予参照组常规护理，术后密切监测患者生命体征，指导患者饮食和运动，定期巡视病房，开展日常生活护理。给予试验组护理干预，具体措施：（1）心理干预：结核患者由于自身疾病有传染性质，一般存在自卑、孤独等负性心理，护理人员应主动、热情地与患者沟通，通过专业的情感疏导重建心理，树立治疗信心。（2）包扎及引流干预：护理人员应向患者详细讲解负压吸引和加压包扎的作用，避免其自行解开绷带影响恢复；遵医嘱实施加压包扎，观察引流管液体颜色、形状和分泌量是否正常，定期挤压引流管帮助渗液快速排出；定期对伤口周边皮肤进行清洁和消毒避免发生感染；与患者沟通调节绷带松紧度，提高舒适程度。（3）伤口干预：更换伤口敷料时注意保持伤口湿润，而伤口周围皮肤要保持干燥；伤口局部

有发热、刺激、剧烈疼痛等情况代表有感染的可能性，应给予抗菌敷料和抗生素处理；注意适当通过按摩进行皮肤减压，以免皮肤长期受压造成血液循环障碍，不利于伤口恢复。

### 1.3 观察指标

(1) 采用 VAS (视觉模拟评分法) 对两组患者疼痛程度进行评估，评分越低表示疼痛程度越轻；记录两组患者换药次数和伤口愈合时间。(2) 观察两组患者并发症发生情况，计算发生率。

### 1.4 统计学方法

通过 (均数±标准差) 的形式阐述两组患者换药次数、伤口愈合时间及 VAS 评分，开展 t 检验计算，通过率 (%) 的形式阐述两组患者并发症发生情况，开展卡方检验计算，采取 SPSS19.0 软件对 62 例行胸壁结核清除术的患者临床资料均实施处理比较， $P < 0.05$ ，数据具有指标统计验证参比差异。

## 2 结果

### 2.1 对比试验组与参照组 VAS 评分、换药次数及伤口愈合时间

试验组 VAS 评分低于参照组，换药次数少于参照组，伤口愈合时间短于参照组， $P < 0.05$ ，数据符合统计学研究意义，见表 1。

**表 1 试验组与参照组 VAS 评分、换药次数及伤口愈合时间对比**

| 组别         | VAS 评分 (分) | 换药次数 (次)  | 伤口愈合时间 (d) |
|------------|------------|-----------|------------|
| 试验组 (n=31) | 2.96±0.89  | 5.42±1.38 | 12.71±2.65 |
| 参照组 (n=31) | 4.17±1.52  | 9.49±1.67 | 17.19±3.25 |
| t          | 3.8248     | 10.4601   | 5.9482     |
| P          | 0.0003     | 0.0000    | 0.0000     |

### 2.1 对比试验组与参照组并发症发生情况

试验组并发症发生率对比参照组明显更低， $P < 0.05$ ，数据符合统计学研究意义，见表 2。

**表 2 试验组与参照组并发症发生情况对比**

| 组别             | 伤口感染 | 皮下积液 | 结合复发 | 发生率        |
|----------------|------|------|------|------------|
| 试验组 (n=31)     | 1    | 0    | 0    | 1 (3.22%)  |
| 参照组 (n=31)     | 3    | 4    | 2    | 9 (29.03%) |
| X <sup>2</sup> |      |      |      | 7.6308     |
| P              |      |      |      | 0.0057     |

## 3 讨论

外科手术治疗是该疾病治疗的最佳方式，术后通常给予加压包扎和持续负压吸引技术促进伤口愈合，但术后伤口愈合期间并发症较多，需要采取合理的护理措施增进疗效<sup>[3]</sup>。本文研究的护理干预主要体现在心理疏导、包扎引流及伤口护理 3 个方面，围绕患者术后恢复情况采取针对性护理干预，即便是负压吸引和加压包扎造成的不适和感染均能采用科学的护理措施对其进行改善，在提高舒适度、降低疼痛的同时促进预后恢复<sup>[4]</sup>。本文数据研究显示，试验组 VAS 评分低于参照组，换药次数少于参照组，伤口愈合时间短于参照组，且并发症发生率对比参照组明显更低， $P < 0.05$ ，数据符合统计学研究意义。

综合以上结论，胸部结核术后加压包扎联合持续负压吸引采取护理干预可有效降低伤口疼痛程度，加速愈合，减少并发症产生，值得大力推广。

### 参考文献 (略)

# 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析

杨毓碧

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心 结三科

**[摘要]** **目的：**分析基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析。**方法：**通过随机抽样法，选择我院 2020 年 1 月—2024 年 1 月本院收治的 46 例女性生殖系统结核不孕患者作为研究对象，采用随机抽样法将其分为观察组与对照组，每组各 23 例。对照组采取常规结核专科护理干预，观察组采取基于保护动机理论的延续性护理干预，比较两组患者干预前及干预 6 个月后的应对方式、生活质量、负性情绪的变化，以及两组患者护理满意度。**结果：**干预后，观察组改良应对方式问卷(CSQ)中的解决问题、合理化、求助评分均高于对照组，自责、幻想、退避评分均低于对照组，差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组简明健康状况调查量表(SF-36)各维度评分均高于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组，差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组护理满意度高于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论：**基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对方式水平，缓解不良情绪，提高护理满意度及生活质量，值得临床推广。

**[关键词]** 延续性护理；女性；生殖系统结核；不孕；护理效果

## Effect analysis of continuous nursing intervention based on protective motivation theory on coping style and quality of life of female reproductive system tuberculosis infertile patients

YANG Yubi

Guiyang public health treatment center tuberculosis department three

**[Key words]** continuous nursing; Female; Tuberculosis of reproductive system; Infertility; Nursing effect

结核病是一个多系统、多器官累及的疾病，最常见于肺结核，也可发生在肺外的其他器官，泌尿生殖系统结核占肺外结核的 14%~41%，女性生殖系统结核(female genital tuberculosis, FGTB)是由结核分枝杆菌(MTB)侵袭、感染女性生殖系统所致，约占肺外结核的 8%~10%，而不孕是女性生殖系统结核最常见症状，患者由于缺乏对生殖系统结核的认识、抗结核治疗时间长、药物不良反应大、获取疾病知识的渠道少等因素影响，导致其依从性差。加强对该病的护理成为护理工作者关注的热点之一。保护动机理论是通过认知调节过程解释个体行为改变的过程，从动机因素的角度讨论个体行为改变的主要理论。基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对方式水平，缓解不良情绪，提高护理满意度及生活质量，现报道如下：

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择我院 2020 年 1 月—2024 年 1 月收治的 46 例女性生殖系统结核不孕患者作为研究对象。纳入标准：(1)符合生殖系统结核的诊断标准。且均为首次发病所导致不孕的女性患者；(2)符合抗结核治疗适应症，可接受正规的抗结核药物治疗；(3)无精神类疾病，且认知水平、意识、智力均正常。排除标准：(1)合并严重心血管疾病；(2)合并肝、肾等系统疾病；(3)合并肾上腺功能障碍；(4)合并其他生殖系统疾病；(5)其他原因导致不孕者；(6)存在精神障碍患者；(7)无法配合随访者。采用随机分组法将研究对象分为观察组与对照组，接受延续性护理为观察组，未接受延续性护理组为对照组，每组各 23 例。对照组：年龄 22-38 岁，平均年龄(27.68±1.28)岁；病程 1-5 年，平均病程(3.15±0.18)年；两组患者的一般资料比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具备可比性。

**1.2 方法** 对照组采取常规的结核专科护理干预,具体做法:于出院前 1 天,向患者及家属开展健康宣传教育,主要包括饮食指导、服药指导、嘱咐患者按时复查复诊等。观察组采取基于保护动机理论的延续性护理干预,主要内容如下:

1.2.1 成立护理小组 由 1 名护士长、5 名护士组成护理小组。由护士长担任组长,在研究开始前,组织小组成员培训学习,学习保护动机的理念及具体实践措施,促使每位小组成员掌握该理论引导下的延续性护理干预实施方法。

1.2.2 组建微信护理群,由 1 名护士在患者出院之前将患者及家属的微信号码添加进相应的群组,告诉患者及其家人在出院之后须要随时关注群组和朋友圈中的健康常识内容等信息。

1.2.3 护理措施实施保护动机理论包含重要性、易感性、外部收益、内部收益、反应效能、自我效能、反应成本 7 个变量。本研究以此 7 个变量为维度,对患者实施护理。(1)易感性、重要性。护士详细向患者讲解生殖系统结核不孕的基本知识,主要包括治疗方案及其预期效果,治疗及护理过程中的注意事项,治疗后可能出现的不适等。通过发放宣传教育小册子、组织集体教育讲座等方式,向患者及其家人讲解疾病相关知识,促使患者及其家人充分认识到配合疾病治疗及护理的重要性;同时,在患者出院之后,通过微信群推送生殖系统结核病的相关知识信息,以确保患者及时得到专业知识及指导。(2)外部收益、内部收益。护士指导患者抗结核药物治疗期间,养成良好的饮食习惯,饮食以富含蛋白质及维生素的食物为主,多食水果及蔬菜,禁食辛辣刺激的食物。针对患者的不良习惯及不遵医行为及时予以纠正,并向患者及其家人强调遵医行为的重要性,减少外因影响,提高其对治疗及护理的配合度。嘱患者将饮食习惯、用药反应等情况定期告知随访护士,对于不合理饮食等问题,护士要及时纠正与指导。(3)反应效能、自我效能。护士定期组织患者与同病种患者进行沟通,促进患者之间的经验交流及情绪互诉。护士常与患者沟通,在沟通过程中了解其心理状态,针对其心理存在的问题予以有针对性的疏导,并对积极配合治疗与护理的患者,及时给予肯定与鼓励,有效缓解其不良情绪,增强其健康行为意识,从而促使患者自我效能的提高;同时,每个月举办 1 次线上交流会,先由患者讲述治疗经历用药经过,分享经验,然后由护士对其存在的问题进行分析与总结,并对正确行为给予表扬与鼓励。(4)反应成本。在护士的帮助下,患者对妨碍自身治疗的问题予以分析,并寻求有针对性的解决方法。在患者出院后,对患者进行治疗期间的延续性随访,及时解决患者用药反应及心理方面的问题,并实时告知患者定期回院复查复诊。

**1.3 观察指标** 观察并比较两组患者干预前及干预 6 个月后应对方式、生活质量、负性情绪的变化,以及两组患者的护理满意度。

1.3.1 应对方式采用改良应对方式问卷(Coping Style Question-naire, CSQ)对两组患者应对方式进行评估。该问卷共有 62 个条目,包括解决问题、求助、合理化、自责、幻想和退避 6 个分量表。各项分值范围在 0-10 分之间。解决问题、合理化、求助 3 个分量表分数与应对能力成正比;自责、幻想、退避 3 个分量表分数与应对能力成反比。ESQ 的 Cronbach's $\alpha$  系数为 0.841,具有较高信效度。

1.3.2 生活质量 采用简明健康状况调查量表(Medical Outcomes Study36--Item Short-Form Health Survey, SF-36)对两组患者生活质量进行评估,该量表包括生理功能、躯体疼痛、生理职能等 8 个维度,各维度的分值范围在 0-100 分之间,得分越高,表明生活质量越高。SF-36 的 Cronbach's $\alpha$  系数为 0.945,具有较高信效度。

1.3.3 负性情绪采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)及抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)评估两组患者心理状态, SAS、SDS 均包含 20 个条目,每个条目采取 4 级(1-4 分)评分法,分值范围在 20-80 分之间。得分越高,表明负性情绪越严重。SAS、SDS 的 Cronbach's $\alpha$  系数分别为 0.887 和 0.891,均具有较高信效度。

1.3.4 护理满意度使用本院自制的护理满意度问卷调查表,问卷评分结果分为非常满意、满意、不满意 3 个级别,总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times$ 100%。

## 1.4 资料收集

由护理小组成员通过医院电子病历系统收集患者详细资料,包括年龄、病程以及受教育程度等资料,并做好详细记录。

### 1.5 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件对数据进行分析, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间对比进行 t 检验, 计数资料以例数、百分比(%)表示, 组间对比进行  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者干预前后 CSQ 评分比较** 两组干预前 CSQ 各维度评分无统计学意义( $P > 0.05$ ); 干预后, 两组 CSQ 的解决问题、合理化、求助三项分数显著上升, 且观察组高于对照组, 自责、幻想、退避三项分数显著下降, 且观察组低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1

表 1 两组患者干预前后 CSQ 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | 解决问题      |           | 合理化       |           | 求助        |           |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |    | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       |
| 观察组 | 23 | 3.29±1.2  | 8.36±1.31 | 4.37±2.1  | 9.32±2.19 | 3.27±1.21 | 7.69±2.31 |
| 对照组 | 23 | 3.27±1.19 | 5.48±1.25 | 4.32±2.13 | 6.57±2.12 | 3.20±1.16 | 5.40±2.11 |
| T 值 |    | 0.080     | 10.788    | 0.113     | 6.119     | 0.283     | 4.964     |
| P 值 |    | 0.936     | <0.001    | 0.910     | <0.001    | 0.778     | <0.001    |

| 组别  | 例数 | 自责        |           | 幻想        |           | 退避        |           |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |    | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       |
| 观察组 | 23 | 5.47±1.21 | 1.27±0.31 | 6.58±1.63 | 0.94±0.12 | 7.67±3.25 | 1.2±0.05  |
| 对照组 | 23 | 5.48±1.19 | 3.48±0.94 | 6.59±1.59 | 3.48±0.25 | 7.69±3.22 | 3.42±0.19 |
| T 值 |    | 0.040     | 15.143    | 0.030     | 62.367    | 0.089     | 76.637    |
| P 值 |    | 0.968     | <0.001    | 0.976     | <0.001    | 0.929     | <0.001    |

注: 干预后与同组干预前比较,  $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者干预前后 SF-36 评分比较**, 两组干预前的 SF-36 评分无统计学意义( $P < 0.05$ ); 干预后, 两组 SF-36 各维度评分均上升, 且观察组高于对照组, 差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SF-36 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | 生理功能       |            | 活力         |            | 一般健康       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 观察组 | 23 | 51.47±4.66 | 66.34±4.38 | 37.68±3.22 | 62.53±4.25 | 38.65±5.42 | 66.59±4.33 |
| 对照组 | 23 | 15.68±4.39 | 53.75±4.34 | 37.54±3.22 | 54.42±4.34 | 38.41±4.32 | 58.21±4.32 |
| T 值 |    | 0.328      | 15.143     | 0.030      | 9.055      | 0.235      | 9.292      |
| P 值 |    | 0.743      | <0.001     | 0.976      | <0.001     | 0.815      | <0.001     |

| 组别  | 例数 | 精神健康       |            | 情感职能       |            | 社会职能       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 观察组 | 23 | 43.37±3.13 | 73.25±5.41 | 46.69±4.37 | 82.24±3.22 | 34.48±5.54 | 57.73±3.21 |
| 对照组 | 23 | 43.58±3.14 | 62.46±5.39 | 46.69±3.36 | 67.79±4.24 | 34.68±4.58 | 46.56±3.25 |
| T 值 |    | 0.321      | 9.583      | 1.000      | 18.408     | 0.189      | 16.585     |
| P 值 |    | 0.748      | <0.001     | 1.000      | <0.001     | 0.851      | <0.001     |

注: 干预后与同组干预前比较,  $P < 0.05$ 。

**2.3 两组患者干预前后 SAS 及 SDS 评分比较** 两组干预前的 SAS 及 SDS 评分无统计学意义( $p > 0.05$ ); 干预前的 SF-36 评分无统计学意义( $p > 0.05$ ), 干预后, 两组的 SAS 及 SDS 评分均下降, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SAS 及 SDS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | SAS 评分     |            | SDS 评分     |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 观察组 | 23 | 64.31±5.21 | 52.61±4.32 | 65.95±4.38 | 35.42±4.58 |
| 对照组 | 23 | 64.23±5.25 | 59.65±4.31 | 65.91±4.34 | 56.41±4.63 |
| t 值 |    | 0.073      | 7.825      | 0.044      | 21.346     |
| p 值 |    | 0.942      | 0.000      | 0.965      | 0.000      |

注: 干预后与同组干预前比较,  $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者护理满意度比较, 观察组的护理满意度为 95.65%, 高于对照组的 86.95%, 差异具有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表 4

表 4 两组患者护理满意度比较 例 (%)

| 组别         | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度  |
|------------|----|------|----|-----|-------|
| 观察组        | 23 | 19   | 3  | 1   | 95.65 |
| 对照组        | 23 | 15   | 5  | 3   | 86.95 |
| $\chi^2$ 值 |    |      |    |     | 4.928 |
| p 值        |    |      |    |     | 0.025 |

### 3 讨论

**3.1 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式的影响** 保护动机理论是健康信念的延伸, 其原理为促进人体机体的保护动机, 从而保持健康行为, 以减少对机体的威胁。基于该理论的延续性护理模式可以通过易感性、重要性、内部收益、外部收益等变量对患者进行干预, 促使患者充分知晓女性生殖系统结核不孕的相关知识、了解配合治疗及护理的重要性, 减少内外因带来的不健康行为, 通过心理护理措施提高患者的反应效能和自我效能, 可提高患者应对疾病和解决问题的能力, 增强救助意识, 强化对自身疾病的认同感知, 减少自责、幻想及退避行为。本研究结果显示, 观察组患者 CSQ 中的解决问题、合理化、求助维度的评分显著上升, 且观察组高于对照组, 自责、幻想、退避维度的评分显著下降, 且观察组低于对照组, 差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。该研究结果表明, 基于保护动机理论的延续性护理模式可显著提高女性生殖系统结核不孕患者的应对能力。

**3.2 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者生活质量的影响** 基于保护动机理论的延续性护理模式给予患者优质高效的护理, 不仅在患者住院治疗期间给予其健康教育、饮食及心理等方面的护理, 还在患者出院后定时进行电话随访、家访、开展健康讲座及病友会等, 让患者在出院后得到延续性优质高效的护理措施, 持续性地提高生活质量。本研究结果显示, 观察组患者 SF-36 各维度评分均高于对照组( $P<0.05$ ), 表明基于保护动机理论的延续性护理可显著提高女性生殖系统结核不孕患者的生活质量。

**3.3 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者心理状态的影响** 在传统观念中, 女性对生育和自身生育价值的期待, 导致女性生殖系统结核不孕患者承受来自家庭及社会的多层压力, 致使患者出现负性情绪, 影响心理状态和对疾病治疗的依从性, 最终导致整体治疗效果不佳。该护理模式从动机保护理论的 7 个变量出发, 给予患者科学有效的护理, 其中心理护理、健康教育等护理措施可加深患者及其家人对疾病的认知, 促使其以客观积极的状态来面对疾病, 缓解心理紧张、焦虑、抑郁等情绪, 促进心理状态的良好恢复。本研究结果显示, 干预后观察组患者的 SAS 及 SDS 评分均低于对照组患者( $P<0.05$ ), 表明基于保护动机理论的延续性护理干预可有效缓解女性生殖系统结核不孕患者的不良情绪。

### 4 结论

基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对水平, 缓解不良情绪, 提高护理满意度及生活质量, 值得临床推广应用。不过本研究样本量有限, 且未考虑主要照顾者对研究结果的影响, 可能导致研究结果存在偏倚, 今后可扩大样本量, 通过严格的纳入筛选减少误差, 以得到更有说服力的结果。

参考文献 (略)

## 针对性护理干预在胸腔闭式引流治疗自发性气胸中的应用研究

李月英

作者单位: 山西医科大学附属肺科医院 (太原市第四人民医院) 中医科, 山西 太原 030053

**【摘要】目的：**观察针对性护理干预在胸腔闭式引流治疗自发性气胸中的应用效果。**方法：**选取我院胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者 72 例（2022 年 4 月至 2023 年 8 月），随机分为针对性护理干预的观察组（36 例）与常规护理的对照组（36 例）。**结果：**与对照组相比，观察组恢复时间短，肺功能改善好，满意度评分高，VAS 评分低，SAS、SDS 评分低，生活质量评分高， $P < 0.05$ 。**结论：**给予胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者针对性护理效果较好，值得借鉴。

**【关键词】**针对性护理干预；胸腔闭式引流；自发性气胸

自发性气胸是一种呼吸系统疾病，临床发生率较高，该病的发生主要为胸膜腔密闭性以及完整性遭到破坏，导致胸膜腔中进入气体并且出现蓄积的情况，最终引发疾病<sup>[1]</sup>。患者发病后表现出的症状较为明显，如胸痛、呼吸困难等，对于患者而言，在其病情较轻的情况下，一般两周内气胸能够自行的恢复正常，但是病情严重时就需要立刻到医院进行治疗，不然会导致严重并发症的发生，如呼吸衰竭、胸腔积液等，常常危及生命安全<sup>[2]</sup>。在该病治疗中，胸腔闭式引流是一种应用较多的方式，这种治疗手段能够使得患者不适症状得以改善，如呼吸困难、缺氧等，但是对于患者而言，该治疗方式是一种手术治疗手段具体操作过程中需要钝性分离肋间组织，然后留置引流管，在这种情况下患者就可能出现各种不适感受，如持续性胸痛、肋间管出血等，对患者带来进一步的影响。因此，在患者治疗期间需要加强护理干预。本研究选取我院胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者 72 例，观察针对性护理干预效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

2022 年 4 月至 2023 年 8 月,选取我院胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者 72 例，随机分为 2 组。对照组 36 例，男 20 例，女 16 例，年龄 27 至 56（ $41.84 \pm 2.48$ ）岁，观察组 36 例，男 19 例，女 17 例，年龄 26 至 57（ $42.45 \pm 2.47$ ）岁。一般资料对比， $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组：向患者讲解有关自发性气胸以及胸腔闭式引流的知识，使其对疾病以及治疗存在的疑惑得以消除。密切监测生命体征变化情况，观察治疗过程，叮嘱注意事项，满足患者各种诉求，开展基础性护理措施,并观察患者病情恢复情况。

观察组：①协助患者对体位进行合理的调节，通常选择坐卧位，需要将床头抬高一定的角度，一般为  $45^\circ$ ，通过这样的方式，能够更好地开展胸腔引流，同时也能减轻患者存在的相关不适症状，如呼吸困难，而且这种体位也能够增强全身供氧。密切监测患者生命体征，观察心率、呼吸等的变化情况，同时呼吸机吸入氧气。②患者肺部检查是非常重要的一项工作，在此过程中如果存在扩张并且引流管无气体溢出的情况，就应该马上拔管，此项操作开展期间，需要做好周围皮肤消毒工作，防止感染发生。引流管拔除后，需要叮嘱患者开展深呼吸训练，通过这种方式有效的排出气体，对肺复张具有积极作用。对患者相关情况进行进一步的观察，如果表现为咳嗽严重，就应该考虑到具体状况开展雾化吸入，使得不适症状得以改善。③针对患者穿刺部位，需要做好严格的消毒，并且对引流管进行定时的检查，查看其是否存在异常情况，如脱落、松动等问题，并且保证其处于合理的位置。护理期间还应该观察引流管的通畅性，通过挤压的方式防止其出现堵塞情况。为使得患者翻身时避免受到引流管的影响，可以保证一定长度的引流管固定于床旁。引流瓶中的生理盐水需要做到每天定时更换，在此过程中，保证引流管低于液面 2cm，防止不良情况发生。④患者饮食以清淡为主，养成良好的饮食习惯，可以少食多餐，并且不能进食辛辣刺激性食物，叮嘱患者多喝水。积极开展相关锻炼，在此过程中注意保暖，促进机体抵抗力的提升，而且对肺功能也具有改善作用。但是锻炼过程中不能开展剧烈运动。⑤如果患者存在持续性疼痛的情况，应该及时的了解其疼痛感受，评估疼痛程度，然后采取相应的止痛措施，如分散注意力、给予药物镇痛等。⑥重视患者认知的提升，可以通过多种手段进行自发性气胸以及胸腔闭式引流知识的宣传，如发放健康手册、视频、图画等方式，掌握疾病发病原因、治疗方法等，并且了解胸腔闭式引流治疗的优势以及效果等。与此同时，对患者心理状况进行了解，加强护患之间的沟通交流，能够对其内心想法进行进一步的掌握，并且面对整个治疗过程保持积极乐观的态度，提高临床配合度。

### 1.3 观察指标

恢复时间：肺复张、置管、伤口愈合时间；肺功能；满意度：5 个方面，各 100 分；疼痛：视觉模拟评分量表 (VAS)；情绪：焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS)；生活质量：简明健康量表 (SF-36)。

### 1.4 统计学方法

SPSS20.0, 计量资料表示： $(\bar{x} \pm s)$ ，t 检验，计数资料表示：n,%， $\chi^2$  检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 恢复时间对比

观察组少于对照组， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 恢复时间对比

| 组别         | 肺复张时间 (h)  | 置管时间 (d)  | 伤口愈合时间 (d) |
|------------|------------|-----------|------------|
| 对照组 (n=36) | 49.27±2.34 | 7.10±2.15 | 5.32±2.12  |
| 观察组 (n=36) | 40.82±2.47 | 5.04±1.38 | 3.46±0.82  |
| t          | 14.901     | 4.837     | 4.909      |
| P          | 0.000      | 0.000     | 0.000      |

### 2.2 肺功能对比

干预后，观察组优于对照组， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 肺功能对比

| 组别         | FVC (L)   |           | FEV1 (L)  |           | MMC (L/min) |            |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|
|            | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前         | 干预后        |
| 对照组 (n=36) | 3.13±0.68 | 2.55±0.68 | 2.68±0.47 | 1.90±0.57 | 64.28±5.23  | 51.84±4.23 |
| 观察组 (n=36) | 3.10±0.75 | 2.12±0.45 | 2.70±0.50 | 1.57±0.51 | 64.12±5.24  | 47.20±4.11 |
| t          | 0.177     | 3.164     | 0.174     | 2.588     | 0.129       | 4.720      |
| P          | 0.859     | 0.002     | 0.861     | 0.011     | 0.897       | 0.000      |

### 2.3 满意度对比

观察组高于对照组， $P < 0.05$ ，见表 3。

表 3 满意度对比 (分)

| 组别         | 护理态度       | 护患交流       | 健康指导       | 操作技能       | 工作积极性      |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 对照组 (n=36) | 82.37±2.34 | 81.74±2.41 | 83.43±2.53 | 82.85±2.44 | 83.75±2.11 |
| 观察组 (n=36) | 89.27±2.56 | 90.58±2.56 | 91.47±2.48 | 90.82±2.46 | 91.74±2.75 |
| t          | 11.936     | 15.085     | 13.616     | 13.801     | 13.830     |
| P          | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

### 2.4 疼痛、情绪对比

干预后，观察组低于对照组， $P < 0.05$ ，见表 4。

表 4 疼痛、情绪对比 (分)

| 组别         | VAS 评分    |           | SAS 评分     |            | SDS 评分     |            |
|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
|            | 干预前       | 干预后       | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 对照组 (n=36) | 4.37±1.18 | 2.34±0.82 | 64.82±3.27 | 43.18±2.15 | 62.84±3.76 | 41.29±1.28 |
| 观察组 (n=36) | 4.40±1.34 | 1.42±0.67 | 64.58±3.58 | 40.23±2.47 | 62.56±3.86 | 38.47±1.45 |
| t          | 0.100     | 5.212     | 0.196      | 5.405      | 0.311      | 8.748      |
| P          | 0.920     | 0.000     | 0.767      | 0.000      | 0.756      | 0.000      |

### 2.5 生活质量对比

观察组高于对照组， $P < 0.05$ ，见表 5。

标 5 生活质量对比

| 组别            | 社会功能       | 生理机能       | 精神健康       | 精力         | 一般健康状况     | 情感职能       | 躯体疼痛       | 生理职能       |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 对照组<br>(n=36) | 72.35±2.76 | 71.46±2.34 | 73.16±3.83 | 73.16±2.79 | 73.15±2.82 | 72.15±2.82 | 72.16±2.83 | 73.15±2.83 |
| 观察组<br>(n=36) | 77.35±3.85 | 76.96±2.30 | 75.59±3.68 | 78.36±2.82 | 76.45±2.92 | 77.59±2.75 | 79.62±2.95 | 77.57±2.28 |
| t             | 6.332      | 10.057     | 2.745      | 2.745      | 4.877      | 8.286      | 10.949     | 7.297      |
| P             | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

### 3 讨论

自发性气胸是一种临床常见疾病，患者胸腔中会进入大量的气体，在这种情况下升高其胸腔内压，同时也会压缩肺部，最终引发一系列症状，其中患者最为明显的症状就是胸腔积气、胸痛剧烈，部分患者还会出现气促、咳嗽等症状，严重时表现为心悸等<sup>[3]</sup>。对于患者而言，在其病情严重的情况下如果不能进行及时有效的治疗就容易危及生命安全。该病的治疗一直是临床重点研究问题，其中胸腔闭式引流引起了广泛重视，也成为了一种有效的治疗手段，治疗过程中具有微创的特点，在很大程度上减小了对患者的创伤，避免其受到额外的伤害，同时加快身体恢复速度。胸腔闭式引流治疗期间能够将患者体内的积液有效排除，而且有利于患者腹内负压平衡得以维持。但在具体治疗过程中发现，很多患者面临治疗时常存在各种身心问题，而且治疗期间所面临的危险因素也较多，如果不能开展积极有效的护理，就容易对手术效果造成影响，而且不利于患者身体恢复，特别是在出现相关并发症的情况下，又会进一步影响患者身体健康状态。因此，必须为患者选取有效的护理方式。

在自发性气胸患者开展胸腔闭式引流治疗的过程中，常规护理是一种常用的护理模式，这种护理方式主要通过护理人员临床经验以及常规的护理流程开展相关护理工作，具体内容较为简单，并且存在单一性的特点，在这种情况下使得整体护理工作缺乏针对性以及计划性，而且护理期间也并未对患者身心需求提高重视程度，在这种情况下就不能使得患者获得良好的护理体验，影响整体护理效果。因此，需要选择更为有效的护理模式，充分发挥临床护理的优势及特点。针对性护理临床应用较多，其主要目的为满足患者个性化需求，而且相关护理措施的开展均以患者具体病情以及需求为基础，保证了护理方案的针对性以及有效性，并且能够给予患者针对性的帮助以及关怀，对临床治疗效果的提升意义重大<sup>[4]</sup>。将其应用于胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者中，使得患者保持合适的体位，不仅有利于胸腔引流的有效开展，还能够减轻患者疾病症状，有利于患者病情得到进一步的改善。护理过程中加强肺部检查，能够及时发现患者存在的异常情况，而且及时进行处理。同时选择合适的引流管拔除时机，并且在拔除后开展相关训练，对身体恢复也具有促进效果，并且及时处理患者存在的不适症状，提高整体治疗效果。做好引流管护理，能够保证其正常使用，并且防止相关不良情况的发生，如脱落、松动、堵塞等，避免对治疗过程造成影响，进而保证治疗效果<sup>[5]</sup>。患者治疗过程中的饮食干预也是非常重要的，指导其进食对身体恢复有益的食物，能够获取足够的营养物质，并且增强体质，加快身体恢复速度。指导患者积极开展相关锻炼，也能够促进身体康复。护理期间通过多种方式开展疾病知识以及治疗相关知识的教育，能够提高患者认知，并且由于教育形式的多样化，使得患者能够更好地接受相关知识，并且促进自身遵医行为的提高，积极配合临床各项工作，防止意外情况的发生。针对患者存在的疼痛感受，能够采用合适的镇痛方式减轻其疼痛感，减少疾病治疗所带来的不良影响，而且使得患者对身体恢复充满信心。疾病自身以及治疗过程均会对患者心理造成较大的影响，因此，护理过程中积极开展心理疏导能够使得患者对整个治疗过程有正确的认识，并且减轻不良情绪，维持良好的身心状态，促进整体恢复效果的提升。

所以，针对性护理用于胸腔闭式引流治疗的自发性气胸患者中效果显著，具有推广价值。

参考文献（略）

# 中长导管在住院结核输液治疗患者中的应用与研究

董晓娟 杨洋

作者单位：陕西省结核病防治院

**【摘要】目的：**比较分析静脉留置针及中长导管在结核患者输液治疗中的优劣，为结核患者输液治疗工具的选择提供依据。**方法：**选取我院 2023 年 3—7 月住院进行输液治疗的 100 例结核患者，使用中长导管的患者 50 例，使用静脉留置针的患者 50 例。观察两组患者的穿刺效果，置管留置有效时间、疼痛，并发症发生情况，采用自制满意度调查问卷进行两组患者满意度测评。**结果：**与中长导管组相比，留置针组所需操作时间更长，留置时间更短，需更多穿刺次数，差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )；与留置针组相比，中长导管组并发症发生率及疼痛的发生率更低，且两组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ) 与留置针组相比，中长导管组满意度更高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。**结论：**中长导管在结核住院患者的静脉输液治疗中明显优于静脉留置针，可有效降低并发症的发生率，减少护士工作量，减轻患者痛苦，提高住院结核患者满意度。

**【关键词】** 中长导管 住院结核 输液治疗

结核是由结核分枝杆菌感染引起的系统疾病，住院结核病治疗主要以药物治疗为主，临床治疗过程中，静脉输液是常用的给药方式，尤其是外周静脉留置针，虽然能满足临床给药所需，但是留置时间较短，对于治疗时间为 7-49 天的患者，常需要频繁地更换外周静脉留置针。但大部分患者在采用留置针进行静脉输液治疗的过程中易发生静脉炎、静脉血栓等不良事件<sup>[1]</sup>，反复多次的静脉穿刺会造成血管损伤，均增加患者痛苦和护士工作量，还会加重患者的经济负担。因此，选择适合的输液工具对用药安全、减轻患者痛苦、减少护士工作量、减轻患者经济负担有重大意义。美国静脉输液护理学会 (Infusion Nursing Society, INS) 编制的 2016 版《输液治疗实践标准》中建议，在考虑药物输注特性并结合预期治疗时间，中长导管可用于 1~4 周的输液治疗<sup>[2]</sup>。研究表明，中长导管如果使用适当，可以使用数月，适应证范围广<sup>[3]</sup>。近年来，中长导管逐渐被应用于临床静脉输液治疗中。中长导管是一条 20~30cm 的静脉通路，尖端位于腋静脉胸段或可达锁骨下静脉，一般建议用于输液超过 6 天的患者。本研究比较分析静脉留置针及中长导管在结核患者输液治疗中的优劣，为结核患者输液治疗工具的选择提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院 2023 年 3—7 月住院进行输液治疗的 100 例结核患者，使用中长导管的患者 50 例，使用静脉留置针的患者 50 例。本研究经医院伦理委员会批准，获得患者的知情同意并签署同意书。纳入标准：(1) 符合结核的诊断标准；(2) 年龄 18 ~ 85 岁；(3) 病情尚稳定，血常规及凝血功能正常，不伴其他精神心理问题；(4) 患者具有语言的理解和表达能力；(5) 预计输液时间 > 7 d。排除标准：(1) 避免持续输注发泡剂药物治疗的患者；(2) 导管尖端未达腋静脉胸段或锁骨下静脉情况下，不适宜用于胃肠外营养、渗透压大于 900mOsm/L 的补液治疗的患者；(3) 有血栓、高凝状态病史、四肢的静脉血流降低 (如麻痹，淋巴水肿，矫形，神经系统病症)，终末期肾病需要静脉保护的患者；(4) 乳腺手术清扫腋窝淋巴结、淋巴水肿的病人；(5) 拟穿刺肢体部位有疼痛、感染、血管受损 (瘀紫、渗出、静脉炎、硬化等) 的患者。

两组患者的年龄、性别、职业、住院天数、差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性，详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

| 组别           | n  | 男/女   | 年龄 (岁)      | 住院天数        |
|--------------|----|-------|-------------|-------------|
| 留置针组         | 50 | 32/18 | 45.20±14.69 | 38.46±10.19 |
| 中长导管组        | 50 | 26/24 | 44.96±14.60 | 38.46±10.19 |
| $\chi^2/t$ 值 |    | 1.478 | 0.08        | 0.00        |
| p            |    | 0.311 | 0.94        | 1.00        |

## 1.2 方法

**1.2.1 中长导管置入与护理** 置管前排除过敏体质，评估 血管条件、凝血等检查结果，告知置管风险后签署知情同意书。选用经外周中心静脉导管套装 4Fr-30 cm 套管，在 B 超引导下采用塞丁格穿刺技术穿刺患者贵要静脉、头静脉、肘正中静脉置留置中长导管。按经外周静脉穿刺中心静脉置管术（peripherally inserted central catheter, PICC）护理规范进行导管维护<sup>[4]</sup>。

**1.2.2 静脉留置针的置入与护理** 留置针穿刺的操作步骤按照 2017 年 5 月由国家卫生健康委员会颁发的《静脉治疗护理技术操作规范》应用指南进行。静脉留置针置管护理 包括：护理人员进行常规消毒，输液时，正压接头进行常规消毒，输液结束时用 5 mL 生理盐水进行脉冲式正压封管。

## 1.3 观察指标

观察两组患者的穿刺效果，置管留置有效时间、疼痛（评价标准：根据患者带管期间对疼痛的语言描述和表情分级。0 级：没有疼痛表情，询问无疼痛，带管肢体活动不受限制；I 级：没有疼痛表情，询问局部轻微疼痛，可忍受，肢体可以适度活动；II 级：有痛苦表情，询问疼痛明显，肢体活动受限。疼痛肢体无渗血、渗液及静脉炎，疼痛非疾病所致<sup>[5]</sup>）、并发症（导管滑脱、导管堵管、导管感染、静脉炎、输液外渗等）发生情况。满意度评价方法：采用自制满意度调查问卷进行评估，该满意度评价标准：总分 50 分，满意度为每项具体分数除以总分数乘以 100%。

## 1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 软件进行数据分析，计数资料采用频数、百分率描述，两组比较采用 $\chi^2$  检验。计量资料服从正态分布以  $(\bar{x} \pm s)$  描述，采用独立样本 t 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

1. 两组穿刺成功所需时间、导管留置时间、穿刺成功所需穿刺次数及消耗耗材数量比较。与中长导管组相比，留置针组所需操作时间更长，留置时间更短，需更多穿刺次数，且所需耗材个数更多，以上差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ），见表 2。

**表 2 两组置管成功所需时间、导管留置时间、穿刺成功所需穿刺次数及消耗耗材数量比较  $(\bar{x} \pm s)$**

| 组别   | 穿刺所需时间(分钟) | 导管留置时间(天) | 穿刺成功所需穿刺次数 | 消耗耗材个数     |
|------|------------|-----------|------------|------------|
| 留置针组 | 69.7±25.85 | 3.46±0.61 | 1.4±0.57   | 11.48±2.07 |
| 中长导组 | 39.26±7.70 | 28.9±5.19 | 1.1±0.30   | 1.00±0.00  |
| t    | 7.986      | -34.44    | 3.28       | 35.76      |
| p    | <0.01      | <0.01     | <0.01      | <0.01      |

## 2. 两组患者并发症比较

与留置针组相比，中长导管组并发症发生率及疼痛的发生率更低，且两组差异有统计学意义（ $P<0.01$ ），见表 3。

**表 3 两组患者并发症比较**

| 组别       | n  | 并发症  |     |      |    |      | 并发症发生率% | 疼痛      |
|----------|----|------|-----|------|----|------|---------|---------|
|          |    | 输液外渗 | 静脉炎 | 导管堵塞 | 血栓 | 导管感染 |         |         |
| 留置针组     | 50 | 15   | 2   | 7    | 0  | 0    | 44 (8)  | 15 (3)  |
| 中长导管组    | 50 | 0    | 0   | 0    | 3  | 1    | 4 (8)   | 1 (2)   |
| $\chi^2$ |    |      |     |      |    |      | 128.21  | 100.347 |
| p        |    |      |     |      |    |      | <0.01   | <0.01   |

## 3. 两组患者满意度比较

与留置针组相比，中长导管组满意度更高，差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ），见表 4。

表 4 两组患者满意度比较

| 组别    | 满意度评分        |
|-------|--------------|
| 留置针组  | 86.52 ± 7.70 |
| 中长导管组 | 95.20 ± 5.64 |
| t     | -6.432       |
| p     | 0.01         |

### 3 讨论

结核患者结核治疗周期长，少则 6 个月，多则 12-18 个月。重症结核患者病情凶险，病死率高，中长导管的建立对结核患者的静脉输液治疗具有重要意义。中长导管尖端位置多位于血流速度较快的锁骨下静脉，血流速度越快，可减轻药物对血管内皮的刺激，对药物的稀释速度越快，静脉血栓形成风险低，可减少炎性因子释放，减轻血管内皮损伤，降低静脉炎发生风险<sup>[6]</sup>。因此，中长导管在临床护理使用中对比其他输液装置占有明显优势，目前已在国内多个专科疾病临床领域应用<sup>[7-9]</sup>。

有研究表明，静脉留置针比深静脉导管更易渗透和脱出<sup>[10]</sup>，由于输注浓度高、液体量大或者是刺激性液体等各种因素影响，经外周静脉留置针多次输注静脉炎发生率高达 37.5% ~ 85.0%。<sup>[11]</sup>，本研究中，中长导管组并发症的发生率（8%）明显低于留置针组（88%），也证明了这一点。中长导管组有 4 例患者出现并发症，1 例导管感染，3 例血栓。静脉炎的发生率显著低于静脉留置针组，可能与中长导管尖端大部分置入腋静脉，血流速度较上臂浅静脉快，药物被血流稀释对血管刺激小有关<sup>[12]</sup>；毛妍<sup>[13]</sup>的研究显示，中长导管并发症的发生率明显低于留置针并发症的发生率，同时避免了反复穿刺给患者带来的痛苦；中长导管组穿刺所需时间明显少于留置针组，减少了护士的工作量。

结核患者采用中长导管静脉疼痛的发生率（2%）显著低于静脉留置针组（30%），使用静脉留置针发生疼痛的患者是中长导管的 15 倍。而年龄、性别、职业、月收入、穿刺部位都与疼痛无关。本研究中所有患者的置管操作均由具备置管资质的静疗专科护士完成，避免了由于护士操作不当、熟练程度、资质引起的误差。说明对于结核患者，中长导管能够降低疼痛的发生率，提高了患者的舒满意度。

置入中长导管能够较好完成高渗性药物治疗基础需求，从而减少频繁穿刺给患者带来的机体痛苦，保证了患者身心安全<sup>[14]</sup>，满意度。本调查中，中长导管组患者的满意度明显高于静脉留置针组的患者，差异有统计学意义（ $P < 0.01$ ），由于输液治疗顺利，无反复穿刺的痛苦及并发症少等原因有关，增强了患者对医护人员的信任感，提升了患者的满意度。

综上所述，中长导管在结核住院患者的静脉输液治疗中明显优于静脉留置针，可有效降低并发症的发生率，减少护士工作量，减轻患者痛苦，提高住院结核患者满意度，可推广使用。

【参考文献】（略）

## 基于 PERMA 模式的护理干预在结核性胸膜炎积液引流患者中的应用

马肖好 郝芸芸

作者单位：陕西省结核病防治院(陕西省第五人民医院)

**【摘要】目的：**探讨 PERMA 模式的护理干预对结核性胸膜炎积液引流患者负面情绪、舒适度和满意度的应用效果。**方法：**采用随机数字表法将结核性胸膜炎引流患者分为对照组（40 例）和实验组（40 例）。对照组患者应用常规护理方法，实验组患者采用 PERMA 模式进行护理，比较两组患者焦虑、抑郁、舒适度及满意度情况。**结果：**两组患者干预后焦虑、抑郁评分均低于干预前，实验组低于对照组；舒适度及满意度高于干预前，实验组高于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**基于 PERMA 模式的护理干预能降低结核性胸膜炎积液引流患者的焦虑、抑郁情绪，提高患者舒适度及满意度。

**【关键词】**PERMA 模式；积极心理学；结核性胸膜炎；积液引流；护理

## Application of nursing intervention based on the PERMA model in patients with tuberculous pleurisy effusion drainage

Ma Xiaoyu<sup>1</sup> Hao Yunyun<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Internal Medicine, Shaanxi Provincial tuberculosis Prevention and Control Hospital (the Fifth People's Hospital of Shaanxi Province), Xi'an 710100

Corresponding author: Hao Yunyun, email: 35513981@qq.com

**【Keyword】** PERMA Model Positive Psychology Nursing Care for Tuberculous Pleural Inflammation Effusion Drainage nursing care

结核性胸膜炎一般发生在病毒感染的后期，是因结核杆菌及其代谢产物刺激胸膜腔引起的胸膜特异性炎症反应<sup>[1]</sup>。若不及时治疗，则会压迫胸腔，增加积液量，使患者病情进一步加重，诱发胸膜增厚、包裹、粘连，甚至引起肺功能障碍、呼吸困难等症状，危害极大<sup>[2]</sup>。目前，临床上对结核性胸膜炎的治疗一般是在抗结核治疗基础上对胸腔积液进行引流排出。患者在积液引流期间不仅承受躯体活动限制，还因担心疾病的预后产生不同程度的焦虑、抑郁情绪。研究表明 PERMA 模式由 Seligman 提出，他归纳出影响幸福的 5 要素分别为积极情绪(positive emotions, P)、投入(engagement, E)、积极关系(positive relationships, R)、意义(meaning, M)和成就(accomplishment, A)，使人们达到欣欣向荣的持续幸福状态<sup>[3-4]</sup>。本研究探讨 PERMA 模式在结核性胸膜炎积液引流患者中的应用效果，旨在降低留置结核性胸膜炎积液引流患者的负面情绪，提高患者的舒适度及满意度。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2023 年 1 月-2024 年 1 月在本医院内七科就诊的患者，疾病诊断为结核性胸膜炎①纳入标准：结核性胸膜炎积液引流患者，积液引流管置管成功；意识清楚，理解能力良好并能完成本次调查问卷。②排除标准：病情危重或生命体征不稳定；合并精

神疾病患者；未参与其他研究项目。采用随机数字表法将患者随机分为对照组（42 例）和实验组（41 例）。研究过程中对照组因患者提前出院未达到干预时间，个人因素拒绝研究 1 例；实验组失访 1 例，最后得到对照组及实验组各 40 例。其中对照组疾病种类：结核性胸膜炎 40 例；年龄 18~61 岁，平均年龄（42.2±15.32）岁；男 24 例，女 16 例；文化程度：小学 2 例，初中 10 例，高中及以上学历 28 例；婚姻：已婚 29 例，未婚 11 例。实验组疾病种类：结核性胸膜炎 40 例；年龄 20~62 岁，平均年龄（38.8±17.23）岁；男 27 例，女 13 例；

文化程度：文盲 1 例，小学 8 例，初中 17 例，高中及以上学历 14 例；婚姻：已婚 32 例，未婚 8 例。两组患者疾病种类、年龄、病程、性别、文化程度、婚姻方面差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 干预方法

1.2.1 对照组应用常规护理措施 ①严密观察患者生命体征的变化。②对患者及其家属进行相关宣教。③严密观察引流液颜色、量及性状，班班交接。

### 1.2.2 实验组应用积极心理模式进行干预

#### 1.2.2.1 组建积极心理干预小组

小组成员通过查阅相关文献，结合干预目标，制定干预方案。组建积极心理干预团队，团队成员共 12 人，包括护士长 1 人担任组长，负责活动的组织与开展、协调、指导和质量把控；副组长 3 人，包括心理咨询师、结核科医生、传染病护士各 1 人，负责干预人员的培训和干预质量的控制；内七科护士 8 人，负责干预方案的实施和推进、数据的收集、整理、录入和分析。该团队为干预方案的实施和推进提供指导意见，严格控制干预过程的质量和数据的严谨性。

1.2.2.2 干预小组成员培训 由组长负责对小组成员进行为期 7 天，每日 2 学时通过微信群，会议讨论形式关于 PERMA 模式的理论授课，掌握干预流程的实施、资料的收集、结果统计等研究内容。

1.2.2.3 PERMA 模式干预方法 ①疾病与我：介绍自我，我在哪里就医，引导患者说出对疾病的了解内容，纠正患者的错误认知。②积极情绪：置管当天与患者及家属加强交流，科普积极心理学的知识；

使病人不要沉浸在负面情绪中，应挖掘自己乐观积极的品质；回顾 ABCDE 乐观解释训练法，告知病人对信息的不同解读会收获不同的情绪和行为，交流过程中穿插“塞翁失马，焉知非福”的小故事；积极用语练习，告知指导患者培养积极情绪，如用抖音、微信朋友圈方式分享每日生活中的快乐片段；指导患者转换思维模式，如：“我住院时间长”转换为“我可以休息一段时间”。③积极投入：在置管至拔管后让患者参与胸膜炎积液引流的管理；以病人的兴趣爱好为主题展开交流，解释其吸引自身的原因；邀请病人听轻音乐或者玩棋类小游戏；协助病人取舒适的体位，播放冥想指导音频约 30 min，感

受“福流”状态向患者讲解“福流”理论及实践意义，指导患者开展“福流”体验，如听音乐、读书、学习绘画等。④人际关系：告知病人沟通交流的重要性，教其实用的沟通技巧并进行演示，置管至拔管后鼓励患者利用网络、电话与亲友进行情感交流；组织有相似经历的患者及家属进行经验分享。⑤意义：置管 1 周与患者就人生意展开访谈，通过真实事例，视频短片等形式告诉患者人生意，告知病人每个人都是独一无二的个体，摒弃“完美主义”思想。⑥目标及成就：置管至拔管后指导患者置管期间做力所能及的事，了解患者擅长的工作，帮助其树立自信感，如适量活动、健康饮食，坚持合理按时遵医嘱用药等；制定目标预防并发症，并及时反馈检查结果。

1.3 评价指标 汉密顿焦虑量表(HAMA)及汉密顿抑郁量表(HAMD)对患者负面情绪进行评估。简化舒适状况量表(GCQ)<sup>[5]</sup>及生活质量量表(SF-36)<sup>[6]</sup>对患者舒适度进行评估。

1.4 数据收集方法 ①量表评估人员：经过研究小组培训后的结核科护士对患者进行评估，所有患者均由该护士对其评估。②评估时间：开始干预的前 1 天及干预结束后的第 1 天。③评估次数：每位患者所有量表开始和结束各评估 1 次。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件进行统计分析。符合正态分布的定量资料用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示，采用独立样本 t 检验，不满足正态分布或方差不齐的定量资料用中位数(四分位数)[M(P25,P75)]表示，采取秩和检验；组内重复测量资料若服从正态分布，采用两因素重复测量方差分析，若不服从正态分布则采用 Scheirer-Ray-Hare 检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义

## 2 结果

2.1 干预前后两组患者 HAMA、HAMD、GCQ、SF-36 评价指标的比较 两组患者干预后 HAMA、HAMD 评分均低于干预前，且实验组低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.01$ )；两组患者干预后 GCQ、SF-36 均高于干预前，且实验组高于对照组，差异有统计学意义( $P<0.01$ )，见表 1。

表 1 两组患者干预前后 HAMA、HAMD、GCQ、SF-36 评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | HAMA        |            | HAMD         |             | GCQ         |              | SF-36       |             |
|-----|----|-------------|------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
|     |    | 干预前         | 干预后        | 干预前          | 干预后         | 干预前         | 干预后          | 干预前         | 干预后         |
| 实验组 | 40 | 40.09±3.461 | 26.06±2.38 | 38.76±2.551  | 27.4±1.785  | 94.47±4.615 | 121.25±3.134 | 86.80±6.46  | 102.23±8.04 |
| 对照组 | 40 | 39.79±3.116 | 31.54±2.5  | 38.073±2.721 | 32.67±2.253 | 96.7±4.832  | 109.6±3.376  | 84.90±6.217 | 8.10±4.84   |
| T   |    | 0.452       | 8.162      | 0.983        | 9.679       | 1.346       | 12.432       | 0.91        | 7.25        |
| P   |    | 0.812       | <0.01      | 0.375        | <0.01       | 0.213       | <0.01        | 0.41        | 0.00        |

### 2.2 两组患者干预后满意度比较

按照 1-4 对满意度进行赋值，其中，1 表示“不满意”，4 表示“满意”。实验组平均满意度为 3.38，对照组平均满意度为 2.60，经独立样本 t 检验，实验组患者的满意度显著高于对照组，如表 2 所示。

表 2 两组患者干预后满意度比较 (例)

| 组别  | n  | 不满意 | 一般满意 | 满意 | 非常满意 | mean | t    | p     |
|-----|----|-----|------|----|------|------|------|-------|
| 实验组 | 40 | 1   | 7    | 8  | 24   | 3.38 | 3.36 | 0.001 |
| 对照组 | 40 | 9   | 11   | 7  | 13   | 2.60 |      |       |

## 3 讨论

3.1 基于 PERMA 模式的护理干预能缓解胸膜炎积液引流患者的负面情绪 本研究结果显示患者干预后的 HAMA、HAMD 均较干预前减轻，实验组和对照组差异有统计学意义( $P<0.05$ )，说明 PERMA 模

式在一定程度上可以缓解病人抑郁、焦虑的负性情绪，这与岳佳佳等<sup>[7]</sup>研究结果一致。其原因可能与干预内容中的各项训练有关，通过了解疾病可防可控的正向信息，病人重新建立了正确认知，增加了对疾病的控制感，获得了一定的自信心，自我护理行为有所增强；在积极心理学指导下，病人掌握了获得积极情绪的方法，运用 ABCDE 乐观解释训练法去理解事件的多面性，疏导了诸多负性情绪；与亲友的沟通中有所提升，能够与他人倾诉感情并提出合理诉求，逐步获得了家庭社会支持；通过观看积极心理学系列课程，病人从中接收到了新的人生观点和意义；在研究人员鼓励下病人不再因疼痛担心脱管而下床活动，并制定了抗结核用药的方案，坚持按时遵医用药，缓解因自理能力下降、用药长而产生的负面情绪，获得了成就感。

3.2 基于 PERMA 模式的护理干预能提高胸膜炎积液引流患者舒适度及满意度，本研究结果显示两组患者干预后 GCQ、SF-36 及满意度均高于干预前，且实验组高于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。表明通过对患者置管全过程基于 PERMA 模式的人际、意义及成就采取有效心理干预措施，鼓励患者去做力所能及或热爱的事情，树立正确人生价值，坚持用药提高患者的舒适度及满意度，提高生活质量。

综上所述，基于 PERMA 模式的心理护理可改善胸膜炎积液引流患者术后康复质量负性心理状态，提高舒适度、满意度及生活质量，具有临床实践意义，值得推广。

参考文献 (略)

## 品管圈在降低结核患者全麻术后便秘发生率的应用

贾晨晨 霍雪娥

作者单位：陕西省结核病防治院(陕西省第五人民医院)

**【摘要】**目的 运用品管圈降低结核患者全麻术后便秘发生率。

**方法：**成立 QCC 小组，确定研究主题，制定目标值，调查分析影响全麻术后患者便秘发生影响因素主要有：长期卧床、饮食不合适、相关知识缺乏。确定四个真因：护士便秘相关知识掌握不全、护士宣教方法单一、无相关宣教资料、无相关培训计划。针对真因制定和落实整改措施。如加强培训及考核、制定统一的围手术期资料及流程、制作内容丰富的围手术期指导资料。

**结果：**开展品管圈活动后，我科全麻术后便秘发生率由 53.19% 降至 21.28%，具有统计学意义。

**结论：**此次品管圈的开展减低了全麻术后便秘发生率。

**【关键词】**结核患者；便秘；全麻

慢性便秘在我国普通人群中的患病率为 3.6%-12.9%，在老年人群中患病率高达 11.5%<sup>[1]</sup>便秘历来是卧床患者最常见的并发症之一，其中骨科术后发生率一般为 50%-70%<sup>[2]</sup>。便秘是指排便困难或费力、排便不畅、便次太少、粪便干结且量少的一种临床症状，是外科全麻术后常见的并发症<sup>[3,4]</sup>。根据便秘发生的原因，可分为器质性便秘和功能性便秘；也可按便秘的病理生理基础，分为机械梗阻性便秘和动力性便秘<sup>[5]</sup>。外科手术后，由于疾病本身和手术方式的要求，患者术后需要长时间卧床，缺乏运动、胃肠蠕动减弱，加上患者因疼导致精神及麻醉、镇痛等因素的影响，患者易发生功能性便秘<sup>[6]</sup>。一旦发生便秘，患者往往出现腹胀、纳差、睡眠不良等症状，严重影响患者身心状况和疾病的治疗与康复。因此，探索如何降低外科全麻术后患者便秘发生率的护理对策是护理的关键问题。

### 1. 资料和方法

1.1 一般资料 收集 2023 年 1 月-2 月全麻术后患者 47 名，为开展品管圈活动前组，2023 年 5 月收集全麻术后患者 47 名为对照组，对开展品管圈活动前后的便秘发生率进行对比。两组患者在年龄、性别、手术名称、排便情况方面，无统计学意义 ( $p > 0.05$ ) 具有可比性。

### 1.2 方法

1.2.1 组建品管圈小组 小组共由 9 名圈员组成，骨干护士担任圈长，护士长担任辅导员，8 名护士组成。其中主管护师 2 名、护师 5 名、护士 2 名。全体圈员运用头脑风暴，选定圈名为“雷米圈”圈徽由向日葵、小老鼠、绿叶、红丝带组成。寓意全体医护人员用双手呵护生命，用爱心架起医患沟通的桥梁。

1.2.2 确定活动主题 全体圈员运用头脑风暴，立足临床根据四个维度，以 5、3、1 进行打分，将第一顺位作为活动主题即“降低结核患者全麻术后便秘发生率”。

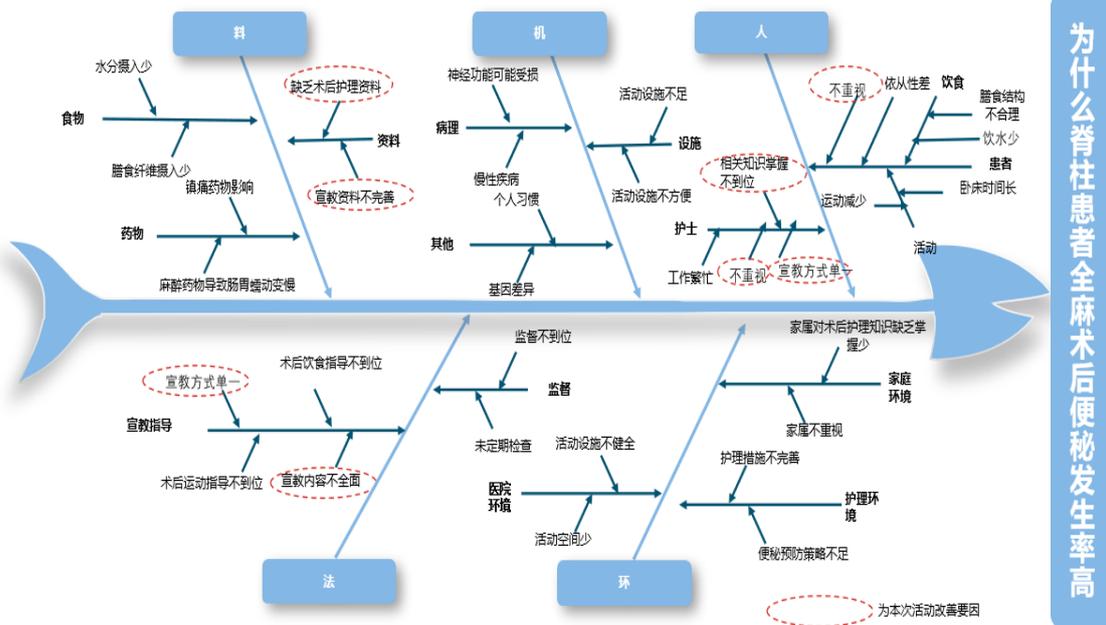
1.2.3 现状把握 自制查检表，统计 2.23 年 1 月-2 月 47 例全麻术后便秘发生例数，其中骨科术后发生 19 例、胸科术后发生 2 例、淋巴术后发生 1 例、肛周脓肿术后发生 1 例、附睾术后发生 1 例、踝关节术后发生 1 例，共计 25 例。发生率为 53.19%其中骨科占比最高，将其作为本次改善重点。（具体见下图）

全麻术后便秘发生患者手术类别占比

| 手术类别  | 手术例数（例） | 手术类别占比 | 累计百分比 |
|-------|---------|--------|-------|
| 脊柱手术  | 19      | 76%    | 76%   |
| 胸科手术  | 2       | 8%     | 84%   |
| 淋巴结核  | 1       | 4%     | 88%   |
| 肛周脓肿  | 1       | 4%     | 92%   |
| 附睾结核  | 1       | 4%     | 96%   |
| 踝关节结核 | 1       | 4%     | 100%  |
| 合计    | 25      |        |       |

1.2.4 目标值设定 目标值=现况值-改善值=现况值-(现况值×改善重点×圈能力)，根据 80/20 原则，由图可见，累计百分比为 76%，根据公式计算出目标值=53.19%-(53.19%×76.00%×72.71) =24.18%

1.2.5 解析 明确目标后，全体圈员通过头脑风暴，从人、机、料、法、环五方面分析原因并绘制鱼骨图。根据 20/80 原则选出要因共计 8 条。根据共性和相似的整合为 6 条分别为：患者不重视、相关知识掌握不到位、护士不重视、护士宣教方式单一、缺乏术后护理资料、宣教资料不完善。通过真因验证，最终确定一下四个真因。便秘相关知识掌握不全面。宣教方式单一、宣教内容不全面、不重视。（见下图）



1.2.6 对策实施 针对以上 4 个真因，制定对策。根据 5W1H 原则，从可行性、经济性、效益性三个维度、以 5、3、1 要因评价打分法，共选出 10 个对策，根据相似性和共性，将其整理为 3 个对策群组。

1.2.6.1 加强培训考核 针对护士对便秘相关知识掌握不到位，每月对全科护士进行培训。责任组长对低年资护士及转科护士每周进行知识培训，对培训情况进行考核，了解护士掌握情况。护士长不定期对全科护士对培训内容进行抽考，了解护士对相关知识掌握情况。将考核结果与工资挂钩。为了了解培训效果，

随机提问 10 名护士对相关知识掌握情况，其中 8 人知晓，知晓人数由原来的 4 人提升至 8 人，效果显著，对策可行。

1.2.6.2 制定统一的围手术期资料及流程 制定完整统一的围手术期宣教流程。制作围手术期健康教育宣教手册，并将手册内容拍成视频，便于直观学习。将围手术期工作流程作为重点内容，随机进行考核。运行过程中，查漏补缺，不断完善。便秘发生率有改善前的 53.19% 降至 21.28%。

1.2.6.3 制作内容丰富的围手术期指导资料 制作形式多样的指导资料。制作宣教手册，拍摄视频，便于患者更直观的掌握。并将其生成二维码，便于患者随时查阅学习。每周定期对全科患者进行相关知识宣教小讲座。不定期检查患者的宣教内容的掌握情况。此项对策实施后，患者对相关知识的掌握情况及便秘率均有所改善。

1.2.7 评价方法 为了了解对策实施后的效果，2023 年 5 月再次对 47 名全麻术后患者便秘发生情况进行调查。自制查检表，将数据进行统计、分析、前后进行对比。其中骨科术后发生 6 例、胸科术后发生 1 例、淋巴术后发生 1 例、肛周脓肿术后发生 1 例、附睾术后发生 1 例、踝关节术后发生 0 例，共计 10 例。发生率为 21.28% 并计算目标达成率为 109.99%。（具体见下图）

| 全麻术后便秘发生患者手术类别占比 |         |        |       |
|------------------|---------|--------|-------|
| 手术类别             | 手术例数（例） | 手术类别占比 | 累计百分比 |
| 脊柱手术             | 6       | 60%    | 60%   |
| 胸科手术             | 1       | 10%    | 70%   |
| 淋巴结核             | 1       | 10%    | 80%   |
| 肛周脓肿             | 1       | 10%    | 90%   |
| 附睾结核             | 1       | 10%    | 100%  |
| 踝关节结核            | 0       | 0%     | 100%  |
| 合计               | 10      |        |       |

## 2. 结果

开展品管圈前后，两组患者便秘发生率比较。

| 时间                       | n  | 便秘发生（例，占比） |
|--------------------------|----|------------|
| 开展品管圈活动前（2013 年 1 月-2 月） | 47 | 25 53.19%  |
| 开展品管圈活动后（2023 年 5 月）     | 47 | 10 21.28%  |

## 3. 结论

术后疼痛对每位患者不可避免，而因疼痛原因和疾病原因导致便秘发生的人数依旧存在。由于患者自身对相关知识不了解，导致本不发生便秘的患者发生便秘了。因此，我们通过拍摄视频和发放宣教彩页，让患者对相关知识的了解。为了方便患者反复学习，我们将宣教内容生成二维码，粘贴于每个病房，便于患者随时查阅学习。科室每月组织全科患者进行健康知识讲座学习，增加患者学习的氛围。所有对策的实施均取得了良好的成效。通过本次品管圈活动，全体圈员群策群力，积极主动，在品管圈手法和问题解决能力方面，均有所提高，同时也提升了全队凝聚力。若要安全，还需我们不断努力。

【参考文献】（略）

# 品管圈活动在提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率中的应用

李航<sup>1</sup>、王丽萍<sup>2</sup>（通讯作者）

作者单位：陕西省结核病防治院(陕西省第五人民医院)

**摘要：目的** 探讨品管圈在提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率中应用效果。**方法** 通过科室组建的“甜甜圈”，运用品管圈的 PDCA 循环方法，确定了“提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率”为活动主

题,分析住院患者清醒俯卧位通气执行率低的主要原因,制定对策,组织实施。**结果** 通过对策实施,2023 年 1 月—7 月共 7 个月的时间里内二科住院患者清醒俯卧位通气执行规范率由 57.65%提高至 86.25%,效果显著。**结论** 通过应用品管圈 PDCA 的手法提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率,提高患者氧合指数,减少并发症,降低死亡率等,保障患者的生命健康,提高护理工作质量。

**关键词** 品管圈 住院患者 清醒俯卧位通气

清醒俯卧位通气<sup>[1]</sup>(Prone Position Ventilation,PPV)是在意识清醒患者中使用的一种辅助体位通气方式,也是一种重要的肺保护通气策略。PPV 俯卧位体位改变膈肌运动方式和位置,利于分泌物的引流,从而促进气体交换,改善氧合<sup>[2]</sup>。它是目前临床治疗顽固性低氧血症最常用的方法。俯卧位也有利于痰液的有效排出<sup>[3]</sup>,会使患者呼吸通畅,随之血氧饱和度会显著提高,间接提高患者身体机能,进而促进肺结核患者及早康复。因此,提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率,是改善患者氧合障碍的重要措施之一<sup>[4]</sup>。了解患者对清醒俯卧位通气执行规范水平,可以更好地制定有针对性的清醒俯卧位通气执行规范健康教育。科室针对以上问题对 2023 年 1 月-2 月所住院患者通过自行设计清醒俯卧位通气治疗记录表进行过程记录,记录表发现现况执行规范率是 57.65%。为了解决这一问题,我科室欲通过本次品管圈提高患者执行规范,形成对策制定标准化。

## 1 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

我科选取 2023 年 1 月---2 月住院期间的 17 名需要清醒俯卧位患者作为对照组(活动前),选择 2023 年 6 月---7 月住院期间的 16 名需要清醒俯卧位患者作为观察组(活动后),患者的性别、年龄、职业等做对比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),对开展的品管圈活动前后通过患者文化差异对清醒俯卧位执行规范率进行统计和分析。

### 1.2 方法

品管圈活动前后住院患者清醒俯卧位通气执行规范率前后对比。

### 1.3 品管圈活动方法

#### 1.3.1 基本知识

2014 年 10 月本科室成立“甜甜圈”,圈员 8 人,品管圈活动遵循 PDCA 循环的 4 个阶段,并通过具体的 10 个步骤进行实施,圈员利用头脑风暴提出科室目前需要解决问题作为备选主题,然后从选题的上级重视程度、重要性、迫切性、圈能力 4 个方面选出“提高住院患者清醒俯卧位通气执行规范率”作为活动主题。

#### 1.3.2 现况调查和目标设定

利用自行设计“陕结院内二科住院患者清醒俯卧位通气治疗记录表”进行患者规范执行率的调查,将所收集的信息进行分析统计后得出。住院患者清醒俯卧位规范执行率是 57.65%。通过目标值计算出品管圈活动后住院患者清醒俯卧位规范执行率是为 83.63%。

#### 1.3.3 真因分析

圈员通过头脑风暴绘制的鱼骨头开展讨论,并通过真因分析得出主要真因是:清醒俯卧位持续时间较长,耐受力差、俯卧位时体位交替较少、健康宣教形式单一。

#### 1.3.4 对策拟定与实施

##### 1.3.4.1 对策拟定

根据 5W1H 原则,对查找出的真因,依据可行性、效果性、自主性的原则并通过对策整合得出的实施对策组群:1、构建俯卧位通气链式管理模式 2、采取多样化宣教。

##### 1.3.4.2 对策实施

基于链式管理理论。建立组织链和环节链,将清醒俯卧位通气全过程管理形成链条式、环环相扣、连续性的管理模式。

(1) 组织链。①组建链式管理团队、包括组长、副组长、核心成员(质控员、培训员),督导并反馈

俯卧位通气规范执行情况；②按照院发俯卧位相关文件执行操作流程、操作清单，组织标准化演练并形成科室标准作业流程（SOP），开展系统化培训；③建立护士长、链式管理团队核心成员和质控护士三级质控模式，对清醒俯卧位通气规范执行进行实时质控、管理及上报；④建立俯卧位通气安全日历，完善监管激励机制；⑤清醒俯卧位执行情况需在护理文书上记录。

（2）环节链。①护理评估：护理人员进行清醒俯卧位前对患者的胃肠道功能、皮肤状况、管路长度及固定情况、静脉通路、药物、使用情况及患者心理状况、疼痛、舒适度及耐受程度进行综合评估，避免在清醒俯卧位过程中发生不良反应；②制作清醒俯卧位具体治疗日程，更好为患者提供日程管理；③清醒俯卧位通气时对患者进行个体化体位管理，即主诉手臂麻木不适的患者。使用“游泳者姿势”、颜面水肿的患者，使用“反向特伦德伦伯格体位”、佩戴无创呼吸机面罩者，采用“海豚体位”、不能全程耐受全俯卧位的患者，采取俯卧位、右侧俯卧位、抬高床头 30°--60°坐位、左侧俯卧位各维持 30min 至 2h、根据患者偏好灵活放置枕头、另外在体位更换后，监测患者血氧饱和度；④制订清醒俯卧位治疗患者耐受性评价尺，为年龄大或者不能很好表达自己耐受程度患者提供便利；⑤在整个俯卧位通气过程中，根据患者喜好，为患者提供轻音乐、听书、新闻联播等娱乐方式，提高患者耐受能力；⑥监测和管理：实施过程中的监测和管理：在患者转为清醒俯卧位后 15 分钟、1 小时、2 小时监测患者生命体征、舒适度、耐受度、呼吸型态、血氧饱和度或氧合指数。实施后的监测和管理：在患者由俯卧位转为仰卧位 30 分钟后评估并记录患者实施清醒俯卧位时间及病情变化，包括监测患者生命体征、舒适度、耐受度、呼吸型态、血氧饱和度或氧合指数。

对于采取多样化宣教包括：（1）拍摄清醒位通气治疗视频供患者及家属了解学习；（2）举行护患座谈会，护士通过谈话了解每个患者的需求，从而更有利于个性化护理的开展；（3）完善健康教育资料，制作卧位通气知识小卡片进行宣教，方便患者和家属了解清醒俯卧位通气治疗的注意事项，降低并发症的发生。

## 2 结果

### 2.1 有形成果

活动结束后根据品管圈的公式，计算出目标达标率是 110.08%，进步率为 49.61%，说明此次品管圈活动所采取的措施有效。进过此次活动，我科住院患者清醒俯卧位规范执行率由改善前 57.65%提升至改善后 86.25%。

### 2.2 无形成果

通过品管圈活动，圈员对于品管圈的应用、团队凝聚力、沟通协调能力、责任心、自信心、积极性、解决问题的能力、参与质量管理等均有所明显提高。

## 3 讨论

目前，随着医学技术不断发展和进步，清醒俯卧位通气技术在临床应用越来越广泛，具有操作简单、安全性高、无创等特点，但是执行不规范影响清醒俯卧位通气效果。通过建立组织链和环节链，将清醒俯卧位通气全过程管理形成链条式、环环相扣、连续性的管理模式更好的提高住院患者清醒俯卧位规范执行。减轻了患者在住院期间的痛苦及经济压力，增加患者的舒适度，减少了患者的并发症，一切从患者出发，从根本上解决患者的问题，提高患者对医护人员的满意度，提升增加社会效应，促使医院护理水平不断提高，有利于医院不断发展，提升医院整体品牌形象。

参考文献（略）

# 中长导管在住院结核输液治疗患者中的应用与研究

董晓娟 杨洋

作者单位：陕西省结核病防治院(陕西省第五人民医院)

【摘要】目的：比较分析静脉留置针及中长导管在结核患者输液治疗中的优劣，为结核患者输液治疗

工具的选择提供依据。**方法:**选取我院 2023 年 3—7 月住院进行输液治疗的 100 例结核患者,使用中长导管的患者 50 例,使用静脉留置针的患者 50 例。观察两组患者的穿刺效果,置管留置有效时间、疼痛,并发症发生情况,采用自制满意度调查问卷进行两组患者满意度测评。**结果:**与中长导管组相比,留置针组所需操作时间更长,留置时间更短,需更多穿刺次数,差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ );与留置针组相比,中长导管组并发症发生率及疼痛的发生率更低,且两组差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )与留置针组相比,中长导管组满意度更高,差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。**结论:**中长导管在结核住院患者的静脉输液治疗中明显优于静脉留置针,可有效降低并发症的发生率,减少护士工作量,减轻患者痛苦,提高住院结核患者满意度。

**【关键词】** 中长导管 住院结核 输液治疗

结核是由结核分枝杆菌感染引起的系统疾病,住院结核病治疗主要以药物治疗为主,临床治疗过程中,静脉输液是常用的给药方式,尤其是外周静脉留置针,虽然能满足临床给药所需,但是留置时间较短,对于治疗时间为 7-49 天的患者,常需要频繁地更换外周静脉留置针。但大部分患者在采用留置针进行静脉输液治疗的过程中易发生静脉炎、静脉血栓等不良事件<sup>[1]</sup>,反复多次的静脉穿刺会造成血管损伤,均增加患者痛苦和护士工作量,还会加重患者的经济负担。因此,选择适合的输液工具对用药安全、减轻患者痛苦、减少护士工作量、减轻患者经济负担有重大意义。美国静脉输液护理学会 (Infusion Nursing Society, INS) 编制的 2016 版《输液治疗实践标准》中建议,在考虑药物输注特性并结合预期治疗时间,中长导管可用于 1 ~ 4 周的输液治疗<sup>[2]</sup>。研究表明,中长导管如果使用适当,可以使用数月,适应证范围广<sup>[3]</sup>。近年来,中长导管逐渐被应用于临床静脉输液治疗中。中长导管是一条 20 ~ 30cm 的静脉通路,尖端位于腋静脉胸段或可达锁骨下静脉,一般建议用于输液超过 6 天的患者。本研究比较分析静脉留置针及中长导管在结核患者输液治疗中的优劣,为结核患者输液治疗工具的选择提供依据。

## 1 资料与方法

### 1.3 一般资料

选取我院 2023 年 3—7 月住院进行输液治疗的 100 例结核患者,使用中长导管的患者 50 例,使用静脉留置针的患者 50 例。本研究经医院伦理委员会批准,获得患者的知情同意并签署同意书。纳入标准:(1)符合结核的诊断标准;(2)年龄 18 ~ 85 岁;(3)病情尚稳定,血常规及凝血功能正常,不伴其他精神心理问题;(4)患者具有语言的理解和表达能力;(5)预计输液时间 > 7 d。排除标准:(1)避免持续输注发疱剂药物治疗的患者;(2)导管尖端未达腋静脉胸段或锁骨下静脉情况下,不适宜用于胃肠外营养、渗透压大于 900mOsm/L 的补液治疗的患者;(3)有血栓、高凝状态病史、四肢的静脉血流降低(如麻痹,淋巴水肿,矫形,神经系统病症),终末期肾病需要静脉保护的患者;(4)乳腺手术清扫腋窝淋巴结、淋巴水肿的病人;(5)拟穿刺肢体部位有疼痛、感染、血管受损(瘀紫、渗出、静脉炎、硬化等)的患者。

两组患者的年龄、性别、职业、住院天数、差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性,详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

| 组别           | n  | 男/女   | 年龄(岁)       | 住院天数        |
|--------------|----|-------|-------------|-------------|
| 留置针组         | 50 | 32/18 | 45.20±14.69 | 38.46±10.19 |
| 中长导管组        | 50 | 26/24 | 44.96±14.60 | 38.46±10.19 |
| $\chi^2/t$ 值 |    | 1.478 | 0.08        | 0.00        |
| P            |    | 0.311 | 0.94        | 1.00        |

### 1.4 方法

**1.2.1 中长导管置入与护理** 置管前排除过敏体质,评估血管条件、凝血等检查结果,告知置管风险后签署知情同意书。选用经外周中心静脉导管套装 4Fr-30 cm 套管,在 B 超引导下采用塞丁格穿刺技术穿刺患者贵要静脉、头静脉、肘正中静脉留置中长导管。按经外周静脉穿刺中心静脉置管术(peripherally inserted central catheter, PICC)护理规范进行导管维护<sup>[4]</sup>。

**1.2.2 静脉留置针的置入与护理** 留置针穿刺的操作步骤按照 2017 年 5 月由国家卫生健康委员会

颁发的《静脉治疗护理技术操作规范》应用指南进行。静脉留置针置管护理 包括: 护理人员进行常规消毒, 输液时, 正压接头进行常规消毒, 输液结束时用 5 mL 生理盐水进行脉冲式正压封管。

### 1.3 观察指标

观察两组患者的穿刺效果, 置管留置有效时间、疼痛 (评价标准: 根据患者带管期间对疼痛的语言描述和表情分级。0 级: 没有疼痛表情, 询问无疼痛, 带管肢体活动不受限制; I 级: 没有疼痛表情, 询问局部轻微疼痛, 可忍受, 肢体可以适度活动; II 级: 有痛苦表情, 询问疼痛明显, 肢体活动受限。疼痛肢体无渗血、渗液及静脉炎, 疼痛非疾病所致 [5])、并发症 (导管滑脱、导管堵管、导管感染、静脉炎、输液外渗等) 发生情况。满意度评价方法: 采用自制满意度调查问卷进行评估, 该满意度评价标准: 总分 50 分, 满意度为每项具体分数除以总分数乘以 100%。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 软件进行数据分析, 计数资料采用频数、百分率描述, 两组比较采用  $\chi^2$  检验。计量资料服从正态分布以  $(\bar{x} \pm s)$  描述, 采用独立样本 t 检验。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

1. 两组穿刺成功所需时间、导管留置时间、穿刺成功所需穿刺次数及消耗耗材数量比较。与中长导管组相比, 留置针组所需操作时间更长, 留置时间更短, 需更多穿刺次数, 且所需耗材个数更多, 以上差异具有统计学意义 ( $P<0.01$ ), 见表 2。

表 2 两组置管成功所需时间、导管留置时间、穿刺成功所需穿刺次数及消耗耗材数量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别    | 穿刺所需时间(分钟) | 导管留置时间(天) | 穿刺成功所需穿刺次数 | 消耗耗材个数     |
|-------|------------|-----------|------------|------------|
| 留置针组  | 69.7±25.85 | 3.46±0.61 | 1.4±0.57   | 11.48±2.07 |
| 中长导管组 | 39.26±7.70 | 28.9±5.19 | 1.1±0.30   | 1.00±0.00  |
| t     | 7.986      | -34.44    | 3.28       | 35.76      |
| p     | <0.01      | <0.01     | <0.01      | <0.01      |

### 2. 两组患者并发症比较

与留置针组相比, 中长导管组并发症发生率及疼痛的发生率更低, 且两组差异有统计学意义 ( $P<0.01$ ), 见表 3。

表 3 两组患者并发症比较

| 组别       | n  | 并发症  |     |      |    |      | 并发症发生率% | 疼痛      |
|----------|----|------|-----|------|----|------|---------|---------|
|          |    | 输液外渗 | 静脉炎 | 导管堵塞 | 血栓 | 导管感染 |         |         |
| 留置针组     | 50 | 15   | 2   | 7    | 0  | 0    | 44 (8)  | 15 (3)  |
| 中长导管组    | 50 | 0    | 0   | 0    | 3  | 1    | 4 (8)   | 1 (2)   |
| $\chi^2$ |    |      |     |      |    |      | 128.21  | 100.347 |
| p        |    |      |     |      |    |      | <0.01   | <0.01   |

### 3. 两组患者满意度比较

与留置针组相比, 中长导管组满意度更高, 差异具有统计学意义 ( $P<0.01$ ), 见表 4。

表 4 两组患者满意度比较

| 组别    | 满意度评分        |
|-------|--------------|
| 留置针组  | 86.52 ± 7.70 |
| 中长导管组 | 95.20 ± 5.64 |
| t     | -6.432       |
| p     | 0.01         |

## 3 讨论

结核患者结核治疗周期长, 少则 6 个月, 多则 12-18 个月。重症结核患者病情凶险, 病死率高, 中长导管的建立对结核患者的静脉输液治疗具有重要意义。中长导管尖端位置多位于血流速度较快的锁骨下静脉, 血流速度越快, 可减轻药物对血管内皮的刺激, 对药物的稀释速度越快, 静脉血栓形成风险低, 可减

少炎性因子释放,减轻血管内皮损伤,降低静脉炎发生风险<sup>[6]</sup>。因此,中长导管在临床护理使用中对比其他输液装置占有明显优势,目前已在国内多个专科疾病临床领域应用<sup>[7-9]</sup>。

有研究表明,静脉留置针比深静脉导管更易渗透和脱出<sup>[10]</sup>,由于输注浓度高、液体量大或者是刺激性液体等各种因素影响,经外周静脉留置针多次输注静脉炎发生率高达 37.5% ~ 85.0%。<sup>[11]</sup>本研究中,中长导管组并发症的发生率(8%)明显低于留置针组(88%),也证明了这一点。中长导管组有 4 例患者出现并发症,1 例导管感染,3 例血栓。静脉炎的发生率显著低于静脉留置针组,可能与中长导管尖端大部分置入腋静脉,血流速度较上臂浅静脉快,药物被血流稀释对血管刺激小有关<sup>[12]</sup>;毛妍<sup>[13]</sup>的研究显示,中长导管并发症的发生率明显低于留置针并发症的发生率,同时避免了反复穿刺给患者带来的痛苦;中长导管组穿刺所需时间明显少于留置针组,减少了护士的工作量。

结核患者采用中长导管静脉疼痛的发生率(2%)显著低于静脉留置针组(30%),使用静脉留置针发生疼痛的患者是中长导管的 15 倍。而年龄、性别、职业、月收入、穿刺部位都与疼痛无关。本研究中所有患者的置管操作均由具备置管资质的静疗专科护士完成,避免了由于护士操作不当、熟练程度、资质引起的误差。说明对于结核患者,中长导管能够降低疼痛的发生率,提高了患者的舒满意度。

置入中长导管能够较好完成高渗性药物治疗基础需求,从而减少频繁穿刺给患者带来的机体痛苦,保证了患者身心安全<sup>[14]</sup>,满意度。本调查中,中长导管组患者的满意度明显高于静脉留置针组的患者,差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),由于输液治疗顺利,无反复穿刺的痛苦及并发症少等原因有关,增强了患者对医护人员的信任感,提升了患者的满意度。

综上所述,中长导管在结核住院患者的静脉输液治疗中明显优于静脉留置针,可有效降低并发症的发生率,减少护士工作量,减轻患者痛苦,提高住院结核患者满意度,可推广使用。

【参考文献】(略)

## 品管圈活动在降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率中的应用

刘晓荣 雷艳

作者单位:陕西省结核病防治院(陕西省第五人民医院)

**【摘要】目的** 探讨品管圈活动在降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率中的应用。**方法** 回顾性分析 2018 年 11 月 1 日-2019 年 1 月 25 日内三科 50 名肺结核合并糖尿病患者需监测血糖的漏测率,探讨漏测原因、拟定目标、制定质量改进措施,与 2019 年 4 月 30 日-6 月 9 日实施 QCC 活动后内三科需监测血糖的 23 例住院肺结核合并糖尿病患者漏测率情况进行比较。**结果** 通过实施 QCC 活动,内三科住院肺结核合并糖尿病患者血糖总漏测率由实施前的 17.1%降至 5.9%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** QCC 活动的实施降低了住院肺结核合并糖尿病患者的血糖漏测率,提高了患者的糖尿病知识知晓率、患者满意度及圈员活动能力。

**【关键词】** 品管圈 住院肺结核合并糖尿病患者 血糖监测 漏测率

品管圈活动是指由在相同、相近或有互补性质工作场所的人们自动自发组成数人一圈的活动团体,通过全体合作、集思广益,按照一定的活动程序,应用科学统计工具及品管方法,来解决工作现场、管理、文化等方面所发生的问题及课题<sup>[1]</sup>。全体圈员通过学习 QCC 全过程,掌握方法,组成品管圈,根据质量持续改进原则,改善工作中缺陷,提高工作质量,解决临床中存在的问题,提高护理人员工作成就感。血糖监测是糖尿病治疗五驾马车中的重要一环,其目的是为了能及时反馈糖尿病饮食、运动和药物治疗及自我管理的效果<sup>[2]</sup>。肺结核合并糖尿病患者的治疗与血糖控制情况密切相关,血糖控制水平好,则抗结核治疗可取得满意的效果<sup>[3]</sup>。血糖测定是判断糖尿病病情和控制情况的主要指标,也是医生调整治疗方案的重要依据,对于肺结核合并糖尿病的治疗有着非常重要的协同作用。但由于各种原因,常常造成血糖漏测,不

利于血糖达标,影响治疗效果。为降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率,我科 2019 年 1 月 1 日—2019 年 6 月 30 日开展了降低肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率的品管圈活动,取得较好的效果,报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

分别以 2018 年 11 月 1 日-2019 年 1 月 25 日和 2019 年 4 月 30 日-6 月 9 日 在我院内三科住院需监测血糖的肺结核合并糖尿病患者作为对照组和试验组,对照组 50 例,试验组 23 例。排除意识障碍、急性并发症患者、不配合护理工作的患者、精神严重不正常的患者。2 组患者在性别、年龄、疾病种类等方面比较差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 干预方法

(1) 组建品管圈(QCC)小组:小组成员共 7 人,于 2016 年 5 月 8 日成立,选定圈名为“同心圈”,平均年龄 31.6 岁,由护士长担任圈长,副主任护师担任辅导员。小组成立后对 QCC 所有成员进行培训,要求成员掌握 QCC 活动的原则、步骤、方法等,每位成员均通过有关活动原则以及方法等的测试,且均合格。

(2) 现况把握:回顾性调查内三科 2018 年 11 月 1 日-2019 年 1 月 25 日期间住院肺结核合并糖尿病患者监测血糖次数(归档病历),应测次数 1750 次,漏测次数 300 次,漏测率 17.1%,其中三餐后血糖漏测所占比例最大,占 78%,根据柏拉图二八定律,将三餐后血糖监测作为本次活动改善重点。

(3) 目标设定:目标值= 现况值- ( 现况值  $\times$  圈能力  $\times$  改善重点) =17.1%- (17.1% $\times$  73.6%  $\times$  78%) =7.3%,改善幅度 57.3%。

(4) 原因分析:组织全体圈员进行原因分析,绘制鱼骨图。在病员座谈会的基础上,全体圈员采用头脑风暴法,从“患者、护士、环、料”四个方面进行三餐后血糖漏测的原因分析,绘制鱼骨图及 使用 80/20 原则,进行数据收集、整理,最终选出四项真因:①患者相关知识缺乏②护士宣教力度不够③患者记忆力差、遗忘④患者未在病区。

(5) 对策拟定与实施:全体圈员依可行性,经济性,圈能力等项目使用 1.3.6 评价法进行对策选定,共圈选出 7 个对策,根据共性和相似性,将 7 个对策整合成以下 3 个对策群组。①加强护士考核。全体护士从思想上高度重视监测血糖这项工作,加强责任心,进行护士培训 1~2 次/月,每次 20 min~40min ,凡需监测血糖的患者,护士严格按照血糖监测流程进行宣教和监测,重视宣教效果的反馈,护士长不定期跟班考核,并与绩效挂钩;②开展多种形式宣教。制定图文并茂的血糖监测宣传手册,对年老文化层次低的患者,采取发放宣教手册、一对一护士解读等个体化、随时教育的方法;科室走廊悬挂宣传板报,让患者随时可以了解相关知识;制作精美的血糖监测温馨提示卡,注明血糖监测的时间及意义,醒目悬挂于床头,让患者按时监测血糖;③落实到岗位职责。责任护士主动掌握监测血糖登记单动态,主动询问患者吃饭时间并记录在记事本上,告知患者吃第一口饭时开始记时,餐后 2 h 护士若未来,请按铃提醒护士监测血糖;将被动提醒改为主动监测:空腹血糖和睡前血糖由夜班护士统一监测,采用责任到人、落实到岗的管理理念;加强对患者的管理:护士需反复强调监测血糖的时间及次数,按时进餐的必要性。强化患者减少外出、外宿的安全意识,合理安排各项检查时间,尽量错开监测血糖时间。

### 1.3 观察指标

观察记录 2019 年 4 月 30 日-6 月 9 日本科室需要监测血糖的肺结核合并糖尿病患者的血糖漏测情况;患者对于肺结核合并糖尿病相关知识知晓率以及宣教效果评价中患者的满意度;观察比较品管圈活动实施前后护理人员能力的变化。

### 1.4 统计学处理

计量资料采用 t 检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验,、 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 有形成果

2.1.1 2 组住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率比较：对照组患者血糖总漏测率 17.1%，明显高于试验组的 5.9%，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。由公式：目标达成率= (改善后-改善前) ÷ (目标值-改善前) ×100%，计算出目标达成率= (5.9%-17.1%) ÷ (7.3%-17.1%) ×100%=114.3%，详见表 1

表 1

| 时段      | 对照组 n=50 |     | 试验组 n=23 |     | X <sup>2</sup> | P     |
|---------|----------|-----|----------|-----|----------------|-------|
|         | 应测       | 实测  | 应测       | 实测  |                |       |
| 空腹      | 350      | 316 | 230      | 219 |                |       |
| 三餐后     | 1080     | 846 | 671      | 626 |                |       |
| 睡前      | 320      | 288 | 200      | 190 |                |       |
| 随机及其他时段 | 20       | 20  | 22       | 22  |                |       |
| 漏测率     | 17.1%    |     | 5.9%     |     |                | <0.05 |

2.1.2 两组住院肺结核合并糖尿病患者对于肺结核合并糖尿病相关知识知晓率以及宣教效果评价中患者的满意度比较，试验组的知晓率及满意度均高于对照组 ( $P<0.05$ )，详见表 2

| 组别  | 例数 | 肺结核合并糖尿病相关知识知晓率 |      |     | 满意度   |    |     |
|-----|----|-----------------|------|-----|-------|----|-----|
|     |    | 完全掌握            | 部分掌握 | 未掌握 | 满意    | 一般 | 不满意 |
| 对照组 | 50 | 7               | 15   | 28  | 8     | 16 | 26  |
| 试验组 | 23 | 15              | 7    | 1   | 16    | 6  | 1   |
| Z   |    |                 |      |     |       |    |     |
| P   |    | <0.05           |      |     | <0.05 |    |     |

## 2.2 无形成果

所有圈员在活动前后从解决问题的能力、责任感、沟通配合、自信心、凝聚力、积极性、品管手法、和谐程度等 8 个方面，按照每项 5 分、3 分、1 分的标准进行自我评价，取平均分，圈员活动后均明显提升

## 3 讨论

近年来，品管圈被越来越多的医疗机构应用于医疗服务的质量持续改进，并取得了良好的效果<sup>[4]</sup>，对于调动一线医务人员参与质量管理、激发全员团结创新精神发挥了积极作用<sup>[5]</sup>。肺结核合并糖尿病属于临床常见的一种多发疾病，其中糖尿病主要为人体血糖升高性代谢型慢性、终身性疾病，肺结核则为具有传染性的多发性呼吸性疾病<sup>[6]</sup>，糖尿病能导致患者代谢功能紊乱，使肺结核疾病发展加快，导致病情恶化；而肺结核又增加机体对于胰岛素的需求量，减弱降糖药物的效果，使得患者糖尿病病情加重，引发酮症酸中毒等急性并发症；二者合并，相互影响，使得患者病情愈发的严重<sup>[7-8]</sup>，预后效果较差，且其临床表现、治疗等与单纯的糖尿病或肺结核病有所不同，为临床治疗增加了难度<sup>[9-10]</sup>，这两种疾病因此得名“姐妹病”，目前已知肺结核合并糖尿病患者的血糖控制能明显提高肺结核的治疗效果，应该严格控制血糖，促进痰菌转阴、空洞闭合，使肺结核的治疗取得良好效果<sup>[11]</sup>。由于肺结核和糖尿病相互影响，相互促进，因此临床需事先对血糖水平进行控制，之后实施针对性治疗<sup>[12]</sup>。临床针对糖尿病的治疗护理，不仅包括对患者饮食、运动、药物等综合性治疗，血糖监测也是必不可少的部分。全天监测血糖可起到实时了解糖尿病患者血糖水平，及时纠正异常血糖水平的效果，为医师做出判断及优化治疗方案提供依据，从而达到预防控制并发症的目的<sup>[13]</sup>。肺结核合并糖尿病患者的治疗与血糖控制情况密切相关，血糖控制水平好，则抗结核治疗可取得满意的效果<sup>[14]</sup>。

本次研究，对住院肺结核合并糖尿病患者的血糖监测进行品管圈活动，结果显示，试验组患者血糖漏测率显著低于对照组，试验组患者对于肺结核合并糖尿病相关知识知晓率以及宣教效果评价中患者的满意度显著高于对照组。由此表明，对住院肺结核合并糖尿病患者给予品管圈活动，能有效降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率，且患者对此手段较为满意。此外，本次活动不足之处在于个别圈员对于品管圈手法运用不够熟练、措施落实时偶尔会出现偏差、数据收集样本集中，今后应加强。

综上所述，品管圈活动能显著降低住院肺结核合并糖尿病患者血糖漏测率，并提高患者满意度，同时可以提高护士的综合素质，值得推广。

参考文献：(略)

# 在资源有限的医疗机构中对复杂结核病的整体护理

宋美慧 李鑫 周明芳

**摘要** 近年来，低收入国家主要通过儿童疾病综合管理来优化初级儿科保健，同时改进医院的预检分诊和紧急治疗流程，以降低新生儿 24 小时内的死亡率。然而，对于患有慢性或复杂疾病的儿童，其护理质量的提升却未受到足够重视。以复杂结核病患儿为例，这类患儿通常患有包括中枢神经系统和慢性肺结核在内的多种儿科疾病，并常见于低收入国家的一级和二级转诊医院。为改善这类患儿的护理，需要实施全面且持续的临床质量提升策略。这涵盖了诊断不确定时的诊断性治疗、各类并发症的识别与管理、支持性护理、治疗进展的监测、康复锻炼、心理支持以及安全过渡到社区护理等多个方面。新的诊断和影像技术虽能助力此过程，但仍需关注临床细节，制定详尽的护理计划，并与医护人员及家属保持有效沟通，这对改善患儿的预后至关重要。在可持续发展的时代背景下，应确保低收入国家的最贫困人群在地区医院能够获得这种涉及生物医学、康复、社会和经济等多学科的全面医疗保健服务。

**关键词** 结核病；护理质量；低收入和中等收入国家；结核性脑膜炎

## 介绍

在低收入国家，结核病（Tuberculosis, TB）的中枢神经系统（Central Nervous System, CNS）表现很常见，许多儿童同时患有肺结核，或发展为复杂的慢性肺部疾病。这些情况给儿科医生、护士和相关的医护人员带来了挑战。在过去 20 年里，提高儿科护理质量的主要重点一直是预检分诊和急诊护理，以及减少住院后第一个 24 小时内的死亡人数<sup>[1]</sup>。患有复杂结核病的儿童往往既是急性病又是慢性病，在资源有限的医疗环境中很少关注处理这类疾病过程的方法。

本文概述了这些疾病在急性和慢性阶段的一些实际挑战，特别是在医疗资源有限的地方。这些地方通常是小型医院，一般设在农村或偏远地区，只有基本的实验室设施和基本药物<sup>[2]</sup>。在这种情况下，对患有复杂结核病的儿童进行细致的诊断、支持性护理和监测可以取得良好的结果。尽早诊断、识别和避免并发症，支持性护理，注意营养状态和物理疗法，以及父母或陪护提供给儿童的护理，来提高许多此类儿童的生活质量。

过去几年发表了关于儿童结核病流行病学、多耐药和药物治疗发展的文章<sup>[3-6]</sup>。在这里，我们关注临床方面的护理，注重需要提高临床护理质量的综合方法。

## 地区医院对复杂护理的注意要点

WHO 提倡对所有重症儿童应用全面治疗方案，包括预检分诊、急诊治疗、采集病史、相关检查和化验、诊断和鉴别诊断、药物治疗、支持性护理、出院计划和随访<sup>[2]</sup>。以上这些与复杂的结核病感染有关，是一级转诊医院可能采用的护理标准。本文所述儿童的慢性病护理既不需要高科技的护理或费用高昂的护理，也不超出许多地区的能力。本文中提到的一些技术，如 CT 扫描和 GeneXpert PCR 检测，在农村地区的大多数地区医院都无法使用。然而，在疑似结核病的儿童中使用这些辅助检查可以帮助诊断，并且改善患儿预后。

## 中枢神经系统结核病

临床表现、病史、体格检查和辅助检查

中枢神经系统结核病的临床表现各不相同，包括脑膜炎、癫痫发作、颅内压升高（可能表现为慢性头痛、视力障碍、颅神经麻痹）、局灶性运动障碍、脑积水、昏迷和进行性发育迟缓。结核病患者颅内压升高可能是由于结核性肉芽肿、脑水肿、脑梗死、静脉血栓形成或脑积水所致。中枢神经系统结核病的症状与其他一些疾病相似，包括中枢神经系统肿瘤、中风、病毒性脑炎、HIV 脑病、隐球菌性脑膜炎和感染后的炎症性脑病，如急性播散性脑脊髓炎。在诊断条件有限的地区，许多患有急性或亚急性发热脑病或颅内压升高的儿童，在按照细菌性脑膜炎应用抗生素治疗后未能改善，或病史提示有结核病接触史的，可以将其按结核性脑膜炎（Tuberculous Meningitis, TBM）行诊断性抗结核治疗。这是一种实用的方法，有时也是

唯一安全的行动方案。

良好的病史采集可增加诊断特异性，包括非常清楚地了解疾病的发作以及在出现不适前儿童的发育情况。有时发病时的症状非常明显，儿童在正常状态和疾病之间的界限也很明确，但通常必须询问在发病前几个月是否达到儿童正常发育的里程碑。例如，一个婴儿在 6 个月时能够独立坐着微笑和大笑，但现在在 8 个月时意识状态下降、消瘦和抽搐，表明神经系统表现出现恶化，这有利于亚急性脑病（如中枢神经系统结核）作为围产期脑瘫的诊断标准之一。

脑脊液（Cerebrospinal Fluid, CSF）检查也增加了诊断特异性，包括淋巴细胞计数增多（100-1000 个细胞/ $\mu\text{L}$ ）和蛋白质增高（100-500 mg/dL）。如果可行脑脊液的抗酸杆菌染色、培养和 GeneXpert MTB/Rif 检测，可以提高诊断特异性<sup>[7-8]</sup>。进行这些化验大约需要 6-8ml 脑脊液，并且应将 CSF 离心后以获得上层清液。但是这些化验的灵敏度低，因此脑脊液实验室检查阴性也不能排除 TBM<sup>[9]</sup>。

当怀疑有脑积水时可行头 CT 检查，中枢神经系统结核影像学的典型表现包括弥漫性基底软脑膜增强、脑积水、幕上和脑干梗死以及结核性肉芽肿<sup>[10-12]</sup>。行 CT 扫描的 TBM 患儿，脑积水和/或脑萎缩导致的脑室增大的发生率高达 70%<sup>[13]</sup>。颅内结核病理为结核性肉芽肿，增强后为环形病灶或结节状病灶（图 1），一旦结核性肉芽肿液化，CT 表现为低密度的中央成分，伴有外周环增强。结核性肉芽肿发生在多达 70% 的 TBM 患儿在就诊时或治疗期间的某个阶段均可发现<sup>[13]</sup>。



图 1 CT 扫描显示结核性脑膜炎患儿小脑出现环形强化病变。

### 支持性治疗

中枢神经系统结核病患者有许多支持性护理需求，详见表 1。医护人员负责协调这些方面的护理，并确保儿童得到全面的护理。需要许多人参与其中，尤其是物理治疗师、营养师以及父母或其他照顾人员。

表 1 中枢神经系统结核病患者支持性护理需求

| 患有中枢神经系统结核病的儿童支持性护理需求 |  |
|-----------------------|--|
| 系统                    | 支持性护理需求  |
| 气道和肺保护                | 头部朝上 15-30°<br>口腔吸痰<br>鼻饲<br>胸部物理疗法<br>格隆溴铵（如果分泌物过多需要频繁抽吸） |

|           |  |
|-----------|--|
| 营养        | <p>定期使用标准配方奶粉进行营养喂养，如果营养不良，则使用 F75/F100</p> <p>计算和检查每日热量需求</p> <p>微量营养元素</p> <p>如果有缺铁性贫血，需补充铁（低 Hb，低平均红细胞体积，高红细胞分布宽度）</p>                                    |
| 颅内高压和脑积水  | <p>头朝上倾斜 30°</p> <p>确保血容量</p> <p>地塞米松减轻环形强化病灶周围的水肿，CT 扫描可诊断脑积水或结核瘤，可用乙酰唑胺、速尿、考虑行脑室-腹腔分流术</p> <p>如果病情急性恶化，需用氧气和甘露醇</p> <p>康复医师会设计一个康复计划，并且指导家长，确保全方位的关节运动</p> |
| 挛缩和消瘦     | <p>轮椅上的早期活动</p> <p>营养</p> <p>巴氯芬和加巴喷丁治疗严重痉挛（如果没有巴氯芬，可用低剂量地西洋）</p>  |
| 电解质失衡     | <p>避免长时间使用静脉输液</p> <p>避免输低渗液体</p> <p>静脉输液时定期检查血清钠</p> <p>鼻饲或口服喂养</p>   |
| 预防医院获得性感染 | <p>洗手</p> <p>静脉注射部位护理</p> <p>吸痰</p> <p>避免长时间的留置导尿</p> <p>避免不必要的抗生素使用</p>   |
| 癫痫的预防和控制  | <p>苯巴比妥</p> <p>区分癫痫发作与肌张力障碍或手足徐动的药物使用</p> <p>避免过度镇静</p>  |
| 受压部位      | <p>定期翻身，按摩，每天检查骨骼突起</p>  |
| 牙科和口腔卫生   | <p>氯己定漱口水</p> <p>定期清洁牙齿，进行牙科检查</p> <p>口服抗真菌药预防黏膜念珠菌病</p>   |
| 胃溃疡       | <p>H2 受体拮抗剂可减少胃酸的产生（使用皮质类固醇时）</p>  |
| 胃肠道的健康    | <p>常规乳果糖/聚乙二醇</p> <p>饮食中的水果和蔬菜</p> <p>考虑益生菌应用</p>  |
| 尿潴留       | <p>必要时间断性导尿</p> <p>预防尿路感染</p>  |
| 监护        | <p>格拉斯昏迷量表评分</p> <p>心率、血氧饱和度监测</p> <p>每周测两次体重、MUAC、头围</p> <p>测体温</p>   |
| 诊断        | <p>诊断特异性，由于确定的脑损伤、多重耐药或其他原因导致神经功能恢复有限时</p> <p>在 GeneXpert 检测可用的情况下，可以检测 CSF 以确定耐药结核病</p>   |
| 治疗的不良反应   | <p>抗结核药物副作用-检查黄疸</p> <p>吡哆辛治疗 INH 相关性周围神经病</p> <p>乙胺丁醇眼部毒性监测</p> <p>多耐药结核病使用氨基糖苷类药物使听力受损监测</p>   |
| 工作人员防护    | <p>N95 口罩</p> <p>洗手</p>  |

CNS: 中枢神经系统;CSF: 脑脊液;Hb: 血红蛋白;INH: 异烟肼;MDR: 耐多药;MUAC: 中上臂围;TB: 结核

### 辅助治疗和并发症

地塞米松辅助治疗对中枢神经系统结核有一定益处,对结核性肉芽肿更是如此,尤其是有周围水肿时。各种使用方案如下<sup>[13]</sup>,如果使用地塞米松:给予 4 周,每天一次 0.4 mg/kgx 1 周,0.3 mg/kg,每天一次 x 1 周,0.2 mg/kg,每天一次 x 1 周,0.1 mg/kg,每天一次 x 1 周,然后进一步减量 2-4 周。如果使用泼尼松:1 mg/kg,每天两次,持续 2 周,然后 1 mg/kg,每天一次,持续 2 周,然后 0.5 mg/kg/天,持续 2 周,然后停止使用。

患有 TBM 的儿童可能会出现脑积水,据估计,在接受神经影像学检查的儿童中,患病率高达 70%<sup>[13]</sup>。在儿童接受治疗时,脑积水也可能急性发展,因此这可能是开始治疗后病情恶化的原因。在治疗期间通常很难确定恶化的原因,这可能包括药物依从性差、耐多药结核病 (Multidrug-resistant TB, MDR-TB) 或脑积水的进展、中风、癫痫。如果 TBM 患儿在治疗后病情恶化或症状没有改善,应想到行脑部影像学检查。在 CT 扫描中,有时很难区分脑萎缩和脑积水导致的脑室扩大,两者通常都存在于慢性中枢神经系统结核中。在真正的脑积水中,脑室通常很大,大脑皮层受压,脑沟和脑回周围的正常空间消失。脑萎缩导致的脑室增大,有时称为“外部性脑积水”,皮质沟通常比正常人更宽敞,大脑皮层较薄,颅骨和大脑组织间的腔隙内的水积聚过多。外部性脑积水患儿不会出现大脑畸形,根据年龄的不同,可能出现头部生长发育迟缓或小头畸形。如果颅骨骨缝未融合,脑积水患儿将出现大头畸形,颅骨侧位 X 线检查可能显示骨骼呈铜打制颅骨征,缝合线广泛分裂 (图 2)。



图 2.颅内压升高的结核病患儿的头侧位 X 线检查。

利尿剂,特别是乙酰唑胺 (50mg/kg/天)和/或呋塞米,常用于结核性脑膜炎相关的交通性脑积水药物治疗。这将使一些儿童受益,但一部分儿童将无法应用药物治疗,需要进行脑室-腹腔 (Ventriculoperitoneal, VP) 分流术<sup>[14-16]</sup>。应该同时注意利尿剂治疗的并发症。

在结核性脑膜炎相关的脑积水中,VP 分流术可有效改善结局,尤其是早期进行分流术的患儿。研究表明,手术放置 VP 分流器即使在晚期脑积水中也有作用,但 3 岁以下儿童的表现可能比年龄较大的儿童效果差<sup>[17]</sup>。脑积水也可能与其他脑部病变有关,如血管炎导致的缺血或卒中区域,或结核瘤压迫,这会影影响预后。VP 分流术的并发症,尤其是分流管阻塞、分流管感染和院内感染都很常见<sup>[16]</sup>。

## 预后

预后取决于意识状态和治疗开始时存在的神经病理类型，以及是否存在合并症，例如 HIV 和营养不良。如果患儿卧床不起和营养不良，则预后改善的可能性较小。物理治疗也对预后有帮助，让无力或萎缩的关节肌肉进行全方位的运动，如在椅子上坐直，在轮椅或其他支持下活动，进行适合年龄的刺激，自然光和昼夜睡眠-觉醒周期也都很重要。

一些患有中枢神经系统结核病的儿童需要抗癫痫药来治疗癫痫发作，或需要药物来减轻肌张力障碍，如巴氯芬或加巴喷丁。需要考虑和平衡这些药物与抗结核药物之间的相互作用，以及它们对意识状态和康复的影响。

有时，当儿童治疗效果缓慢时，应该考虑其他情况。如果在 2 个月的强化抗结核治疗阶段没有明显的改善，则应强烈考虑耐多药结核病。

## 营养支持

几乎所有患有 TBM、慢性肺结核和其他形式的播散性结核病的儿童都有体重减轻，许多儿童有严重的消瘦和发育迟缓。营养不良是将潜伏性结核病转变为活动性结核病的一个重要危险因素<sup>[18]</sup>，和体重指数（BMI）<16 与成人结核病的显著高死亡率相关<sup>[19]</sup>。活动性结核病患者血中微量元素的浓度低，包括视黄醇、维生素 C 和 E、锌、铁和硒。

如果不加以解决，即使在儿童开始治疗后，由于慢性炎症、厌食症（因药物和疾病而导致的食欲不振）和食物摄入不足，蛋白质-热量营养不良也会加重。

应根据 WHO 关于营养不良的指南推荐<sup>[2]</sup>，结合结核病药物，尽快通过口服或通过鼻胃管实施营养治疗。结核病儿童应定期称重，给予营养饮食、每日微量营养元素，并监测他们的食物摄入量。服用异烟肼的儿童应服用吡哆辛，对缺铁的儿童应补充铁<sup>[20]</sup>，缺铁可表现为血红蛋白低、平均细胞体积低和红细胞分布宽度高。

在繁忙的儿童病房中为所有营养不良患者提供营养是一项全职工作，因此对于营养部门和了解营养补充的护士来说，这很重要。绘制年龄较大的儿童的体重、中上臂围和 BMI 有助于监测疾病进展。

## 识别和治疗合并症

所有患有结核病的儿童都应该进行艾滋病毒检测，如果检测呈阳性，则开始分阶段进行抗逆转录病毒治疗（Antiretroviral therapy, ART）。首先开始抗结核治疗后，应尽快开始抗逆转录病毒治疗，至少在抗结核治疗 8 周内开始 ART 治疗。如果 CD4 计数低于 50 个细胞/mm<sup>3</sup>，抗逆转录病毒治疗应在抗结核治疗开始后 2 周内开始。WHO 为结核病规划并提供了关于儿童结核病和艾滋病毒管理的详细指南<sup>[21]</sup>。

## 风险评估和了解患者的病程

了解患者的病程，从首次症状出现的时间和有效的治疗是重要的。对于许多儿童来说，这可能涉及家庭成员是否患有结核病、就诊过程、既往应用抗生素情况或缩短抗结核治疗的疗程、依从性差、过早出院和复发更严重的结核病。了解患者的病程有助于在制定出院计划时进行风险评估。

在治疗的各个阶段都需要进行风险评估。入院时、急性期和慢性期以及出院时的风险不同。急性期风险包括身体和营养并发症，包括院内感染，晚期风险包括过早出院可能导致依从性差，或慢性营养不良和发育迟缓的风险。

为儿童和家庭提供心理支持，为儿童或青少年提供友好的环境和教育机会，对于康复和预后都非常重要。

对于就诊晚而有可能无法完全治愈的儿童，提供姑息治疗是管理的重要组成部分。疼痛的来源包括颅内压升高、胸膜炎性、骨浸润或破坏、脊柱结核病造成神经压迫引起的神经性疼痛或异烟肼引起的神经炎以及咳嗽引起的胸壁肌肉疼痛。药物或肠结核引起的恶心和呕吐、呼吸困难、咳嗽和盗汗等症状可能也需要治疗。根据镇痛阶梯原则，适当使用扑热息痛、吗啡和可待因等药物，使用布洛芬、阿米替林或加巴喷丁治疗神经性疼痛，并了解药物的副作用和相互作用<sup>[22]</sup>。许多家庭更喜欢在家中进行的姑息治疗，也有很多成功的例子为结核病患者提供基于社区的姑息治疗<sup>[23]</sup>。

## 出院计划和随访

由于在入院时,患有严重复杂性结核病的儿童的预后通常是不可预测的,因此应告知父母患儿预后可能出现的结局。还应该告诉他们,改变预后不仅需要医护的努力,还需要患儿的父母通过坚持喂药和提供支持性护理、爱和鼓励,在帮助孩子改善以后发挥着重要作用。应告知家长住院治疗时间较长,住院时间约为 2 - 9 个月,具体取决于恢复速度。这些信息使家长能更好地接受积极或消极的结果。既不要提出不切实际的期望,但不要完全不给希望,这对父母的心理健康和孩子的康复至关重要。

家属应尽早充分了解出院前需要采取的措施,包括营养支持和身体康复。大多数国家都有国家结核病规划,WHO 将有关于儿童结核病管理纳入国家规划以及家庭和社区随访的指导意见<sup>[21]</sup>。了解儿童出院后的环境、家庭资源及其脆弱性有助于评估出院后的风险。

对有慢性复杂医疗保健需求的儿童进行护理仍存在许多障碍,包括他们生活在农村地区,无法获得医疗服务、缺乏慢性病治疗计划、医院床位的缺乏。然而,如果社区医院能为儿童提供全面综合的护理支持,那么在健康和生活质量方面可以取得巨大收益。

#### 参考文献(略)

## 老年结核病患者衰弱状况及影响因素分析

邱正文 1

作者单位:1 武汉市肺科医院/武汉市结核防治所

**【摘要】 目的:** 调查老年结核病患者衰弱现状及影响因素。**方法:** 本研究采取整体抽样法。于 2023 年 10 月至 2023 年 12 月调查我院收治住院的 1058 例老年肺结核患者,采用个人基础资料、《蒂尔堡衰弱指标量表》和《营养风险筛查评估表》进行综合评估。**结果:** 老年结核病患者衰弱检出率 43.01%,年龄、糖尿病、Gene-Xpert、BMI 在老年结核病患者是否发生衰弱上差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), Logistic 回归分析显示低 BMI、患糖尿病、高年龄是老年结核病患者衰弱的独立危险因素 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 老年结核病患者衰弱发生率较高,建议高龄,低 BMI、合并糖尿病的老年结核病患者进行衰弱评估、早期干预,改善整体预后。

**【关键词】** 结核 ; 老年 ; 衰弱 ; 糖尿病 ; BMI

结核病作为一种有病原结核分枝杆菌感染引起的慢性消耗性疾病,我国 2022 年估算的结核病新发患者数为 74.8 万,发病数排第 3 位,占全球的 7.1%<sup>[1]</sup>。活动性肺结核患者中 60 岁及以上老年人约占 48.8%<sup>[2]</sup>,老年结核病患者具有免疫功能低下、脏器功能减退、营养不良等特征,更加容易出现衰弱症状。衰弱是一种因生理储备下降导致抗应激能力降低的非特异性状态。衰弱的老年人更容易发生跌倒<sup>[3]</sup>、失能甚至死亡等不良事件<sup>[4]</sup>。目前国内有关老年结核病患者研究较少涉及衰弱<sup>[5]</sup>。为了解老年结核病患者发生衰弱的现状和影响因素,为临床提供参考和依据,本文对我院 2023 年 10 月—2023 年 12 月收治住院的 1058 例老年肺结核患者进行调查研究。

### 资料与方法

#### 1. 研究对象

研究采用整体抽样的方法,收集 2023 年 10 月至 2023 年 12 月在武汉市肺科医院(武汉市结核病防治所)收治的 1058 名老年肺结核病住院患者作为研究对象。纳入标准:①经临床医生诊断为肺结核的患者诊断符合《肺结核诊断标准》(WS288—2017);②年龄 $\geq 60$ 岁;③意识清醒,能明确表达自身情况且同意参与研究;排除标准:①严重认知功能障碍及严重精神疾患;②发生严重病情变化无法配合完成问卷评估;③存在视力、听力障碍。本研究已通过武汉市肺科医院(武汉市结核病防治所)伦理委员会审批通过。

#### 2. 调查工具

2.1. 一般资料包括:姓名、性别、年龄、身高、体重、临床诊断、并发症、既往治疗史、T-sport、Gene-Xpert、耐药情况等。

2.2. 衰弱评估工具:《衰弱测量使用蒂尔堡衰弱指标量表》(Tilburg Frailty Indicator, TFI)。TFI 量表是

由 Gobbens 等人开发, 强调衰弱的整体性 17, 纳入了心理衰弱和社会功能方面的评估。评估的内容共三个维度 15 个项目, 分别是自评健康状况、听力、视力、疲劳感、步行能力、双手握力、体重下降、平衡功能、记忆力减退、抑郁症状、应对能力下降、焦虑情绪、独居、社会支持减少和社会关系缺乏。每项记 1 分, 总分由 0 到 15 分不等。中文版 TFI 衰弱的临界值为 4, Cronbach's $\alpha$  系数为 0.71, 拟合 ROC 曲线下面积为 0.87, 表明中文版 TFI 量表有较好的信度和效度。

2.3. 营养风险筛查: 使用营养风险筛查简表 (NRS-2002), 评分内容包括营养状况受损、疾病严重程度及年龄 3 个部分, 评分为三者评分的总和; 其中, 营养状况受损和疾病严重程度评分按项目中的最高得分作为每项的最后评分。NRS-2002 评分  $\geq 3$  分者被判定为具有营养风险,  $< 3$  分者被判定为无营养风险。

3. 统计学方法: 用 SPSS24.0 软件进行统计分析, 计数资料用 n/% 表示, 用  $\chi^2$  检验, 计量资料用  $\pm s$  表示, 用 t 检验; 多因素分析采用 Logistic 回归模型, 以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

### 结果

1. 结核病老年患者的衰弱情况 研究纳入了 1058 名结核病老年患者中衰弱人数为 455 (43.01%), 远高于一般人群中的衰弱发生率。

2. 影响老年结核病患者衰弱的单因素分析, 不同变量老年患者衰弱差异具有统计学意义, 见表 1。

表 1 老年结核病患者衰弱的单因素分析

| 变量         | 衰弱 n(%) | 非衰弱 n(%) | $\chi^2/t$ | P     |
|------------|---------|----------|------------|-------|
| 性别         |         |          |            |       |
| 男          | 310     | 398      | 0.887      | 0.299 |
| 女          | 145     | 205      |            |       |
| 年龄         |         |          |            |       |
| 60-69      | 238     | 398      | 3.790      | 0.050 |
| 70-79      | 180     | 169      |            |       |
| 80 及以上     | 37      | 36       |            |       |
| 婚姻状况       |         |          |            |       |
| 离异或丧偶      | 23      | 20       | 2.640      | 0.267 |
| 已婚         | 425     | 569      |            |       |
| 未婚         | 3       | 7        |            |       |
| 病因类型       |         |          |            |       |
| 原发性        | 447     | 337      | 0.010      | 0.518 |
| 继发性        | 156     | 118      |            |       |
| 是否耐药       |         |          |            |       |
| 是          | 17      | 17       | 0.701      | 0.253 |
| 否          | 438     | 586      |            |       |
| 营养风险       |         |          |            |       |
| 有          | 317     | 398      | 1.591      | 0.116 |
| 无          | 138     | 205      |            |       |
| BMI        |         |          |            |       |
| 偏胖         | 93      | 88       | 3.590      | 0.033 |
| 偏瘦         | 71      | 164      |            |       |
| 正常         | 291     | 351      |            |       |
| 糖尿病        |         |          |            |       |
| 是          | 208     | 26       | 258.062    | 0.001 |
| 否          | 247     | 577      |            |       |
| T-sport    |         |          |            |       |
| 未检出        | 351     | 482      | 2.125      | 0.153 |
| 弱阳性        | 2       | 5        |            |       |
| 阳性         | 102     | 116      |            |       |
| Gene-Xpert |         |          |            |       |
| 未检出        | 354     | 517      | 17.974     | 0.001 |
| 检出极低       | 47      | 35       |            |       |
| 检出低        | 32      | 37       |            |       |
| 检出中        | 21      | 10       |            |       |
| 检出高        | 1       | 4        |            |       |

1. 老年结核病患者衰弱多因素分析以衰弱状态为因变量，以 BMI（正常=1，偏瘦=0，偏胖=2），糖尿病（患糖尿病=1，未患糖尿病=0）、年龄、Gene-Xpert（阳性=1，阴性=0）为自变量，进行逐步回归分析。结果显示年龄、糖尿病、BMI 进入回归方程，见表 2。

表 2 老年结核病患者衰弱状态的多因素 Logistic 回归分析

| 变量         | $\beta$ | 标准误   | Wald    | P      | OR (95%CI) 值        |
|------------|---------|-------|---------|--------|---------------------|
| 常量         | -1.607  | 0.813 | 3.905   | 0.048  | 0.201               |
| 年龄         | 0.050   | 0.011 | 20.971  | <0.001 | 1.052 (1.028~1.073) |
| 糖尿病        | 2.963   | 0.225 | 173.244 | <0.001 | 0.052 (0.033~0.080) |
| BMI        | 0.423   | 0.117 | 12.968  | <0.001 | 1.527 (1.213~1.922) |
| Gene-Xpert | 0.198   | 0.175 | 1.286   | 0.257  | 0.820 (0.583~1.155) |

## 讨论

衰弱作为评价老年人生理系统功能的重要指标，也是人口老龄化面临最大的挑战之一[ ]。本研究中调查的老年结核病患者中衰弱发病率为 43.01%，与国内调查的老年肺结核住院患者结果一致[ ]。结核病的长期折磨可能导致患者出现焦虑、抑郁等负面情绪[ ]，这些情绪问题也可能加重患者的衰弱状态。结核病的治疗通常需要长期服用抗结核药物，而这些药物可能会有一些副作用，比如肝功能损害、胃肠道反应等[ ]，这些副作用也可能对患者的身体健康产生不利影响，增加衰弱的风险。老年结核病患者往往需要长期的医疗治疗和社会支持[ ]，如果缺乏足够的支持和帮助，可能会导致他们的生活质量下降，进一步加剧衰弱的状态。

研究显示年龄是影响结核病患者衰弱的重要影响因素之一。随着年龄的增长，人体的生理机能会逐渐衰退，免疫系统的效能也会下降，这使得老年人更容易受到疾病的侵袭，包括结核病[ ]。而结核病作为一种慢性消耗性疾病，会对患者的身体造成进一步的损害，加速机能的衰退，从而增加了衰弱的风险。同时衰弱的发生率随着年龄增长而增加，衰弱老年人会比一般老年人消耗更多医疗资源。处在衰弱状态的老年人暴露在应激源下，更容易发生各种不良事件[ ]。因此，对于老年结核病患者来说，除了要积极治疗结核病，还需要注意衰弱的早期识别和干预。

回归分析结果显示糖尿病是影响结核病患者衰弱的重要因素。糖尿病患者由于体内糖含量高，代谢紊乱，可以为结核菌快速生长、大量繁殖提供良好的营养环境[ ]。此外，糖尿病患者的免疫力下降、营养不良等因素，可以削弱机体消灭结核菌的能力。研究表明，糖尿病患者的血糖控制越差，就越容易患肺结核[ ]，糖尿病合并肺结核的患病率是非糖尿病人的 4 至 8 倍[ ]。糖尿病患者由于长期疾病管理和生活方式的影响，例如因为饮食限制、药物副作用或疾病本身的慢性性质而出现体重下降、肌肉力量减退等问题，可能会出现衰弱症状。因此，对于糖尿病和结核病的综合管理和治疗策略至关重要，以减少患者的衰弱风险并提高生活质量。

研究结果表明，BMI 偏低是影响老年结核病患者衰弱的重要影响因素。与杨帆[ ]等研究结果一致。原因可能是结核分枝杆菌感染身体后会释放结核毒素，增加人体的代谢消耗。食欲减退的病人在长时间营养补充不足的情况下，会出现不同程度的体重减轻和消瘦的现象。加之老年人的消化吸收功能降低导致 BMI 水平低/肌力和体质量下降等，从而导致衰弱在老年人中尤为突出。这提示医护人员应及时评估老年住院肺结核患者 BMI 及营养状况，及时进行营养干预、预防或延缓衰弱。

综上所述，老年结核病患者衰弱发生效率高，年龄、糖尿病、BMI 是老年结核患者衰弱的独立危险因素。应加强对高龄、低 BMI 合并糖尿病的患者衰弱状况监测和干预。糖尿病患者在治疗结核病的同时，也要通过合理饮食、必要时的药物治疗来积极控制血糖水平。加强老年结核患者营养评估和干预，补充优质蛋白质，从而预防和改善衰弱。

## 参考文献（略）

# 家庭参与的延续性护理对肺结核患者遵医行为及负面情绪的影响

孙红琴

作者单位：武汉市肺科医院

**【摘要】目的** 探究家庭参与的延续性护理对肺结核患者遵医行为及负面情绪的影响。

**方法** 选取武汉市肺科医院 2023 年 1 月-2023 年 12 月收治的 96 例肺结核患者进行研究。将上述患者以双盲法分组，观察组和对照组各 48 例。对照组：给予基本的院内护理及实施院外的延续性护理。观察组：实施家庭参与的延续性护理，观察患者遵医行为、负面情绪及生活质量变化。**结果** 与对照组的遵医行为相比，观察组显著增加， $P<0.05$ 。观察组焦虑、抑郁评分，与对照组相比显著降低( $P<0.05$ )。干预后，各组生活质量评分均增加，且与对照组干预后的评分相比，观察组显著增加( $P<0.05$ )。**结论** 家庭参与的延续性护理能够提高肺结核患者的遵医行为及生活质量，改善患者负面情绪。

**【关键词】** 家庭参与；延续性护理；肺结核；遵医行为；负面情绪

肺结核是临床上较为常见的传染性疾病之一，其中传播途径在于呼吸道，若不及时进行有效治疗可对身体健康造成严重危害。对于该病临床上常选择药物治疗，是一个较为漫长的过程，因具有传染性，很多患者面临很重的心理压力，造成焦虑抑郁的不良心理状态，往往患者难以坚持最终形成难治性结核，为此在临床上提高患者的遵医行为十分重要[1]。延续性护理是提升患者遵医行为的护理手段之一[1]，但其对患者的负面情绪的改善情况不佳。既往研究显示，家庭成员的支持和监督会增加患者对治疗的信心和动力，从而对治疗的效果产生积极影响[2]。因此，本研究将采用家庭参与的延续性护理对该疾病患者进行干预，明确其应用价值。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取 2023 年 1 月-2023 年 12 月我院收治的 96 例肺结核患者进行研究。我院伦理委员会批准后实施。将上述患者以双盲法分组，观察组和对照组各 48 例。观察组：年龄：25-59 岁，平均 49.3 岁，性别：男性 30 例，女性 18 例。对照组：年龄：26-60 岁，平均 50 岁，性别：男性 27 例，女性 21 例。两组上述各项数据均衡可比( $P>0.05$ )。纳入标准：诊断为继发性肺结核[6]；患者及陪护家属签署知情同意书。

**1.2 方法** 对照组：除基本的院内护理外实施院外的延续性护理。(1)患者出院前，完成患者各项信息的记录，包括电话、病情、用药，并对患者做好出院后的相关宣教及后续的护理方案。(2)出院后进行按时随访，出院 1 个月内进行 4 次随访，1 个月后，每月一次随访，干预半年。并详细记录随访情况。(3)干预方式。于微信群对患者进行相关知识的宣讲，邀请患者参加健康知识讲座。

观察组：家庭参与的延续性护理。(1)出院前的护理内容学习。护理人员主动向患者及家庭成员介绍肺结核疾病相关知识，如发病机制、临床表现、药物治疗、注意事项、坚持服用的重要性等内容，有利于增强患者及家属认知度，让其明白完成全疗程，才有可能治愈，且应及早发现，及早接受治疗。对于自理能力较差患者可由家属监督服药，即起到家庭督导员的作用。每位患者均有一位家庭成员参与院外护理，让家庭成员掌握护理的主要内容和注意事项。(2)日常监督。经临床调查发现社会与家庭的支持、鼓励有利于提高患者按医嘱服用药物的积极性，出院后，参与护理的家庭成员负责监督患者的服药情况，亲朋好友应更

加关注患者，发现患者异常情况及时报告至医护人员。(3)心理干预。参与护理的家庭成员对于患者出现不依从用药、过度焦虑、抑郁等情况进行心理疏导，可结合患者的自身兴趣爱好，转移其对自身疾病的关注度，使其不良心理情绪能得到有效排解。对于负面情绪严重程度较重的患者，医院护士及时上门了解原因并采取适当措施予以解决。

## 1.3 观察指标

(1)遵医行为：以我院自制依从性量表从①完全依从；②部分依从；③不依从三个选项评价患者遵医依从性。统计完全依从率+依从率。(2)负面情绪：焦虑自评量表[3]、抑郁自评量表[4]评价患者干预前后的

焦虑抑郁情况。焦虑和量表均包含 20 个项目，每个量表单个项目得分范畴：1-4 分，每个量表整体得分范畴：20-80 分。所得分值越高，焦虑、抑郁的程度越重。(3)生活质量调查简表[5]从 8 个维度评估患者生活质量。总分 100 分，分值越高，生活质量越高。

**1.4 统计学方法** 以 SPSS26 分析本次数据，各项评分的计量数据以( $\chi \pm s$ )描述，t 检验，患者依从性情况的分类变量以[n(%)]描述， $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$  为差异显著。

## 2 结果

2.1 遵医行为 与对照组 83.33%的遵医依从率相比，观察组(95.83%)显著增加， $P < 0.05$ 。见表 1。

2.2 负面情绪 与对照组干预前的焦虑、抑郁评分相比，观察组无显著变化， $P > 0.05$ ，与干预后相比，各组焦虑、抑郁评分均下降，且与对照组干预后的评分相比，观察组显著降低( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 生命质量

与对照组干预前的生命质量评分相比，观察组无显著变化， $P > 0.05$ ，与干预后相比，各组生命质量评分均增加，且与对照组干预后的评分相比，观察组显著增加( $P < 0.05$ )。见表 3。

**表 1 遵医依从性[例(%)]**

| 组别             | 完全依从      | 依从        | 不依从      | 依从率       |
|----------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 观察组(=48 例)     | 37(77.08) | 8(16.67)  | 3(6.25)  | 45(93.75) |
| 对照组(=48 例)     | 27(56.25) | 13(27.08) | 8(16.66) | 40(83.33) |
| X <sup>2</sup> | -         | -         | -        | 4.019     |
| P              | -         | -         | -        | 0.045     |

**表 2 负面情绪**

| 组别          | 焦虑评分(分)      | 抑郁评分(分)      |
|-------------|--------------|--------------|
| 观察组(n=48 例) | 12.55 ± 2.41 | 12.26 ± 2.15 |
| 对照组(=48 例)  | 16.13 ± 2.63 | 15.09 ± 2.15 |
| t           | 4.570        | 6.580        |
| P           | 0.000        | 0.000        |

**表 3 生活质量**

| 组别          | 生活质量评分       |              |
|-------------|--------------|--------------|
|             | 干预前          | 干预后          |
| 观察组(n=48 例) | 46.45 ± 5.45 | 86.45 ± 9.18 |
| 对照组(n=48 例) | 45.92 ± 6.27 | 74.29 ± 7.74 |
| t           | 0.300        | 4.572        |
| P           | 0.743        | 0.000        |

## 3 讨论

肺结核是临床上较为常见的一种传染性疾病，若不及时进行有效治疗，则对患者及家人的健康造成严重影响。但肺结核治疗周期长，治疗依从性对病情进展控制起到关键作用。另外，因疾病的原因可能会影响学习和工作，甚至可能会遭到亲朋好友的躲避，易使患者产生较大心理负担，因此，需采取针对性干预手段对该疾病患者进行干预，以期改善遵医行为及负面情绪。

本研究结果显示，家庭参与的延续性护理干预后，肺结核患者遵医依从性、生活质量明显增加，负面情绪明显改善。分析原因为：延续性护理通过及时随访及干预掌握该疾病患者院外的治疗情况，有效促进患者病情的恢复。虽然在随访中关注了患者的遵医行为以及负面情绪，但由于患者已经出院，医护人员对于患者遵医行为及负面情绪的干预作用有限。而家庭参与护理后，通过提前对家庭成员进行相关护理内容的培训，出院后，家庭参与式护理为患者提供更多的信息和支持，帮助患者管理饮食、锻炼和休息。家庭成员能及时发现患者的不良情绪，家庭成员的陪伴和支持能够降低肺结核患者的孤独感以及焦虑情绪，促

进患者积极面对疾病和生活。并能够在早期告知护理人员，遏制患者负面情绪的进展，促进患者疾病的恢复，进而提高了患者的生命质量。

综上所述，家庭参与的延续性护理能够提高结核性胸膜炎患者的遵医行为及生活质量，改善患者负面情绪。

### 参考文献（略）

## 护理干预结合清单管理对在结核性胸膜炎患者留置一次性无菌引流导管的效果影响

孙红琴

作者单位：武汉市肺科医院

**【摘要】 目的** 评价护理干预结合清单管理对结核性胸膜炎患者留置一次性无菌导管的效果影响。**方法** 选取在本院 2023 年 1 月—2023 年 10 月住院治疗的 136 例结核性胸膜炎患者作为研究对象，按照组间基线资料匹配原则分为对照组和观察组，每组 68 例。对照组采用常规护理，观察组在常规护理的基础上采用护理干预结合清单管理方式。比较两组患者焦虑得分、导管留置期间不良事件发生率及护理满意度。**结果** 两组患者入院后焦虑得分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理干预后，观察组患者焦虑得分低于对照组，并且对护理的满意度得分高于对照组，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理干预后，观察组患者不良事件发生率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

**结论** 护理干预结合清单管理模式可有效优化引流效果，减轻结核性胸膜炎患者焦虑情绪，降低留置导管期间不良事件发生率，提高患者的护理满意度

**【关键词】** 清单管理；留置一次性无菌导管；结核性胸膜炎；焦虑；非计划拔管；不良事件；护理满意度；护理干预。

结核性胸膜炎是一种比较常见的疾病，临床主要表现为胸腔积液，严重的胸腔积液会压迫患者的肺脏组织，会导致肺活量减少，呼吸面积降低。如果治疗不充分及时常合并胸膜增厚、粘连，还可发展为胸膜结核瘤及脓胸，对肺功能产生永久性损害。一般情况下，针对结核性胸膜炎患者，留置一次性无菌导管引流，可以明显缓解患者的疾病症状，实施治疗过程中效果比较明显，而且能够减少对于患者的损伤，有研究显示[1]，采用留置一次性无菌导管引流胸腔积液相较传统胸腔穿刺抽液，患者的并发症发生率更低，并且可最大限度地减少患者不适，迅速消除积液，缩短住院时间，改善肺功能。然而，留置一次性无菌导管引流胸腔积液过程中易发生非计划拔管、导管堵塞、导管相关感染等问题。采取护理干预，即在常规护理的基础上，对护理方案进行完善，确保实施护理方案更加具有针对性，以缓解患者的疾病症状，保障患者治疗安全，可提高医疗护理质量、提高患者生活质量，降低医院感染的发生。

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

选取 2023 年 1 月—2023 年 10 月在我院住院治疗的结核性胸膜炎患者 136 例作为研究对象。纳入条件：年龄 $\geq 18$  周岁；符合结核性胸膜炎诊断标准[2]，经胸部影像学检查为中量至大量胸腔积液患者；置管时间 $\geq 3$  d 者；意识清楚、能正常沟通交流者。排除条件：漏出性胸腔积液、结核性脓胸、恶性胸腔积液者；合并严重心、肝、肾疾病患者。剔除条件：中途转科或转院者。按照组间基线资料匹配原则，分为观察组与对照组，每组 58 例。两组患者基线资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本研究取得患者及家属知情同意并签署同意书，且经医院医学伦理委员会批准通过。

#### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理，主要是入院之后协助全面检查，按照科室内相关的常规护理流程，落实开展护理指导，包括指导患者合理用药，置管前后的常规宣教等。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上采用护理干预结合清单管理，具体干预措施如下。

(1) 针对患者实施疾病治疗相关的健康知识讲座，向患者及家属普及结核病的基础知识，能够积极地配合医院开展引流治疗[3]。(2) 对于患者开展的心理干预，在入院之后就要对患者的心理状况进行评估，有效地落实沟通交流，把握心理状态，通过多种形式开展心理疏导，使患者正确对待疾病，消除心理问题[4]。(3) 制作胸腔闭式引流操作核查清单（见表 1）医护人员每日共同评估导管留置情况，并在相应表格栏里打“√”，护士班班交接核查并签名。对护理人员进行导管维护专项培训，培训内容包括导管评估、导管固定、冲封管方法、无菌敷料更换及粘贴、引流袋更换。制作引流专用背包。科室自制引流背包，根据人体身高做成不同型号，指导患者下床活动时将背包斜背于身体一侧，引流袋放入背包内，避免导管牵拉、拖拽。(4) 将一次性无菌引流导管非计划拔管率作为专科敏感指标，每日收据数据，重点关注。(5) 对患者开展针对性的呼吸功能锻炼，目的是有效地促进引流，优化改善患者的肺功能指标，促使肺功能指标恢复[3]。

表 1 胸腔闭式引流护理核查清单

| 时间  | 内容                     | 是 | 否 | 日期 | 签名 |
|-----|------------------------|---|---|----|----|
| 置管前 | 置管前宣教到位                |   |   |    |    |
| 操作前 | 操作前严格落实手卫生             |   |   |    |    |
| 操作中 | 严格执行无菌技术操作原则           |   |   |    |    |
|     | 敷贴粘贴及导管固定方法正确          |   |   |    |    |
|     | 导管进行二次固定               |   |   |    |    |
| 置管后 | 置管后导管护理宣教落实到位          |   |   |    |    |
|     | 敷贴更换及时                 |   |   |    |    |
|     | 预防导管堵塞措施落实到位           |   |   |    |    |
|     | 引流袋每日更换                |   |   |    |    |
|     | 患者下床活动使用引流专用背包         |   |   |    |    |
|     | 患者对导管自我观察护理知识知晓        |   |   |    |    |
|     | 是否需要拔管                 |   |   |    |    |
|     | 每班检查敷贴清洁干燥，确保无松动、卷边及渗液 |   |   |    |    |
|     | 每班检查导管有无松动、滑脱，检查导管外露长度 |   |   |    |    |

注：“是”在相应栏目打“√”，“否”在相应栏目打“√”。

### 1.3 评价指标

(1) 焦虑评分：采用汉密尔顿焦虑自评量表（HAMA）评价患者入院当天及置管后 3d 的焦虑评分。该量表共 14 个条目，采用 Likert 5 级计分：0 分为无症状，1 分轻微症状，2 分中等，3 分为症状重，4 分为极重。总分 56 分，29-56 分可能为严重焦虑；21-28 分为有明显焦虑；14-20 分为有焦虑；7-13 分可能有焦

虑；0-6 分为无焦虑。

(2) 非计划拔管率、堵管率及导管相关皮肤感染率。

(3) 护理满意度评分：采用我院护理部自制满意度量表评价患者护理满意度，量表共 10 个条目，每个条目 10 分，采用 Likert 5 级计分，分别为“很满意”“较满意”“一般”“较不满意”“很不满意”，每个选项依次记 10 分、8 分、6 分、4 分和 2 分，总分为 100 分，分值越高代表满意度越好。

### 1.4 数据分析方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析，符合正态分布的计量资料以“均数 ± 标准差”表示，方差齐时组间均数比较采用 t 检验，方差不齐时采用 t' 检验；计数资料计算百分率，组间率比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者焦虑和护理满意度得分比较

两组患者入院时焦虑得分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 置管后 3 d, 观察组患者焦虑评分 低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。出院前, 观察组患者护理满意度得分高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者焦虑和满意度得分比较 (分)

| 组别         | 观察例数 | 焦虑         |           | 满意度评分      |
|------------|------|------------|-----------|------------|
|            |      | 入院当天       | 置管后 3 d   |            |
| 观察组        | 68   | 12.10±4.31 | 6.43±1.50 | 97.57±2.42 |
| 对照组        | 68   | 11.93±3.71 | 7.91±2.68 | 94.19±3.43 |
| <i>t</i> 值 |      | 0.256      | 3.974     | 6.640*     |
| <i>P</i> 值 |      | 0.798      | 0.001     | 0.001      |

注: \*为 *t* 值。

2.2 两组患者非计划拔管率、堵管率、导管相关皮肤感染发生率比较 护理干预后, 观察组患者非计划拔管率、堵管率、导管相关皮肤感染率均低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者不良事件发生率比较

| 组别         | 观察例数 | 焦虑    |       |        |       | 满意度评分   |       |
|------------|------|-------|-------|--------|-------|---------|-------|
|            |      | 例数    | 率 (%) | 例数     | 率 (%) | 例数      | 率 (%) |
| 观察组        | 68   | 1     | 1.47  | 3      | 4.41  | 0       | 0.00  |
| 对照组        | 68   | 8     | 11.76 | 11     | 16.17 | 6       | 8.82  |
| $\chi^2$ 值 |      | 4.283 |       | 5.096* |       | -       |       |
| <i>P</i> 值 |      | 0.038 |       | 0.024  |       | 0.028** |       |

### 3 讨论

结核性胸膜炎是常见的一种胸膜炎性炎症疾病, 在临床上, 患者只要严格遵照医嘱积极的配合, 完全可以降低疾病带来的危害程度。患者置管过程中发生导管堵塞、感染、脱落及渗漏, 主要原因与导管固定不牢有关[5]。本研究显示对结核性胸膜炎留置一次性无菌引流导管引流治疗期间, 落实开展护理干预结合清单管理的模式, 对每一位患者实施个性化护理, 能有效降低非计划拔管率和导管堵管率, 减轻了患者的焦虑, 提升护理满意度。

参考文献 (略)

## 心理干预在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中的效果探讨

潘潇潇

作者单位: 武汉市肺科医院(武汉市结核病防治所),湖北 武汉 430030

**摘要 目的:** 本文旨在探讨心理干预在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中的效果。**方法:** 选取本院 2022 年 1 月~2022 年 12 月收治的 50 例肺结核合并慢阻肺的老年患者为研究对象, 将该 50 例患者为两组, 分别为观察组 25 例, 对照组 25 例。对照组使用常规护理, 观察组增加使用心理护理。**结果:** 经对干预前后的焦虑自评量表(SAS)评分<sup>[1]</sup>、抑郁自评量表(SDS)评分及护理满意度评分情况评测, 观察组 SAS 评分、SDS 评分相较于对照组呈更低显示( $P<0.05$ ), 护理满意度相较于对照组呈更高显示( $P<0.05$ )。**结论:** 在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中引入心理干预是一种有效的辅助手段, 有望为提高患者整体健康水平提供有益的帮助。<sup>[2][3]</sup>

**关键词:** 心理干预、肺结核、慢阻肺、老年患者、护理

### 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2022 年 1 月~2022 年 12 月收治的 50 例肺结核合并慢阻肺的老年患者为研究对象，将该 50 例患者分为两组，分别为观察组 25 例，对照组 25 例，均位于 65 岁及以上。

### 1.2 研究方法

在对照组，患者接受传统的医学护理，包括药物治疗、康复锻炼、营养指导等。观察组组的护理内容与对照组保持一致，以确保在医学治疗方面两组患者接受相近的关怀。

在观察组的心理干预中，采用认知行为疗法（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）、心理支持等方法，通过个体或小组形式进行心理干预。心理干预内容包括对患者认知和情绪状态的评估，制定个性化的康复目标，引导患者建立积极的心态，增强应对疾病的适应能力。干预的频率为每周 2-3 次，每次约 60 分钟。

为了全面了解患者的身体和心理状态的变化，我们采用了定性和定量相结合的研究方法。定量数据包括生理指标监测，如肺功能测试、血液指标等；心理评估问卷，包括焦虑抑郁量表、生活质量评估等。同时，通过定性访谈，收集患者在心理干预过程中的主观感受，以及康复过程中的体验和困扰。

### 1.3 观察指标

记录老年慢阻肺患者的情绪与护理满意度。使用焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分及护理满意度评分表示。

### 1.4 指标评分标准<sup>[4]</sup>

参考负性情绪量表 SAS、SDS 以及生活质量量表 QOL 评定老年慢阻肺患者的情绪、生活质量状况。观察两组心理状态。主要判断焦虑（SAS 量表）、抑郁（SDS 量表）两项典型情绪，评分高则提示情绪堆积多。观察两组的满意度。设置自制问卷调查，将结果分为非常/一般/不满意三种，计算最终获得的满意度（取平均值）。

### 1.5 统计学方法

在 SPSS 22.0 中对所涉数据精准录入。计数资料在进行表述时，应用%予以表示，经  $\chi^2$  检验对结果获取；计量资料应用  $\bar{x} \pm s$  表示，施以 t 检验， $P < 0.05$  提示差异具统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 两组的 SAS、SDS 评分与护理满意度对比

护理干预后，观察组 SAS 评分相较于对照组呈更高显示，SDS 评分相较于对照组呈更低显示( $P < 0.05$ )。见表 1。同时，统计学分析显示，观察组的护理满意度相较于对照组呈更高显示，两组之间的差异具有显著性 ( $\chi^2 = 10.36, P < 0.05$ )。见表 2。

表 1：采取普通护理与附加心理护理的患者中 SAS 评分与 SDS 评分比较

| 心理干预 | 患者数 | SAS 平均分 | SDS 平均分 |
|------|-----|---------|---------|
| 观察组  | 25  | 78      | 48      |
| 对照组  | 25  | 71      | 57      |

表 2：采取普通护理与附加心理护理的患者护理满意度比较

| 心理干预 | 患者数 | 满意 | 比较满意 | 中等 | 比较不满意 | 不满意 |
|------|-----|----|------|----|-------|-----|
| 观察组  | 25  | 13 | 6    | 4  | 1     | 1   |
| 对照组  | 25  | 5  | 3    | 8  | 4     | 5   |

经过实验，观察组在心理护理干预后的结果显示出显著的积极变化。焦虑自评量表（SAS）评分和抑郁自评量表（SDS）评分相较于对照组呈现更低的水平 ( $P < 0.05$ )，表明心理护理对老年患者的焦虑和抑郁情绪有明显的缓解作用。同时，在护理满意度评分方面，观察组显示出明显高于对照组的水平 ( $P < 0.05$ )，表明患者对心理护理的满意度更高。

这些结果表明，在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中引入心理干预是一种有效的辅助手段。通过认知行为疗法（CBT）、心理支持等方法，观察组在心理层面取得了显著的成效。慢阻肺治疗过程中，患者往往面临治疗周期漫长、易复发等问题，容易产生负面情绪，而心理干预的引入有望提高患者整体健康水平，

促进治疗依从性。

需要注意的是，在实验中采用了定性和定量相结合的研究方法，包括生理指标监测、心理评估问卷和定性访谈等。<sup>[5]</sup>这种综合的研究方法更全面地展现了患者身体和心理状态的变化，为实验结果的科学性提供了更有力的支持。

### 3. 讨论

实验结果显示，在心理健康方面，观察组患者的焦虑和抑郁水平显著下降。通过使用汉密尔顿抑郁量表和焦虑量表等心理评估工具<sup>[6]</sup>，我们发现观察组患者在心理干预后的评分明显低于对照组。这表明心理干预对患者的情绪状态产生了积极的影响，降低了焦虑和抑郁水平，提升了心理健康水平。

慢阻肺的治疗周期较为漫长，且也易再次复发，因而患者内心往往会出现一定的负面情绪，治疗依从性下滑，对临床疗效有着明显阻碍。因此，在进行慢阻肺的治疗过程中，还必须对应进行护理干预，尤其是心理层面更应着重关注。

进一步的数据分析显示，心理干预对观察组患者在生理方面的肺功能提升起到了积极作用，这为患者呼吸功能的改善提供了有力的证据。同时，在心理健康方面，患者在心理干预后的焦虑和抑郁水平显著低于对照组，这表明心理护理对老年患者的心理健康状态有明显的改善作用。此外，观察组患者的整体生活质量评分相对提高，反映了心理干预在促进患者全面生活水平的重要性。

需要特别强调的是，对照组在相同时间段内的变化相对较小，这巩固了心理干预对患者的积极效果。这一研究结果对未来的护理实践提供了有益的经验 and 启示，强调了在慢阻肺治疗过程中应重视心理层面的护理干预，尤其是在老年患者中。然而，为了更全面地理解心理干预的效果，我们仍需进一步的深入研究，包括探讨心理干预的具体机制和更广泛应用的可行性，以确保其在不同群体中的普适性和有效性。

综合而言，本研究的结果表明心理干预在改善肺结核合并慢阻肺老年患者的身体和心理健康方面具有显著的积极效果。这一发现对于未来护理工作的改进和老年患者的全面护理提供了有益的参考。然而，仍需要进一步的研究以验证这一结论，并深入探讨心理干预的具体机制和更广泛应用的可行性。<sup>[7]</sup>

### 4. 结论

通过本研究的实验结果，我们可以得出以下结论：在肺结核合并慢阻肺老年患者护理中引入心理干预是一种有效的辅助手段，对患者的整体健康水平产生了有益的帮助。患者在心理护理干预后，焦虑和抑郁水平明显下降，而护理满意度明显提高。这些结果不仅证实了心理干预在缓解患者心理负担方面的有效性，同时也为提高患者整体生活质量提供了有力的支持。

参考文献：（略）

## 护理管理在重症孕产妇结核性脑膜炎患者中的运用

肖丽云

作者单位：福建省福州肺科医院结核科，福建 福州 350007

**摘要：**结核性脑膜炎（简称结脑）<sup>[1]</sup>，是一种严重的继发性结核病，继发于身体其他的结核病灶。绝大部分原发病早期分布在肺部和气管、支气管淋巴结。这些病灶中的结核杆菌通过病灶内或附近的破损的微血管进入血流引起菌血症，若侵入蛛网膜下腔而累及脑实质和脑血管则有机会引起结核性脑膜炎。妇女在妊娠期间、分娩或流产时，机体抵抗力低，易患结脑，而且病死率甚高。为了更好地治疗和护理孕产妇结核性脑膜炎患者。通过相关因素的分析以制定合理的护理措施更有利于提高疗效和促进病人的康复，减少并发症和降低病死率。本文总结并分析 10 例孕产妇发生结脑的相关因素，采取相应的护理对策，取得一定效果。

**关键词：**孕产妇 结核性脑膜炎 相关因素 护理措施

## 1 临床资料

10 例中，年龄为 19-30 岁。发病时间：其中人工受孕妊娠期发病 3 例，产后三个月发病 6 例，流产一个月后发病 1 例；就诊情况：发病 1 周就诊 2 例；发病两周就诊 8 例；误诊情况：误诊为妊娠反应及重感冒的 3 例；病毒脑 2 例；9 例均有头痛，发热症状；4 例意识障碍；颈抵抗 8 例；瞳孔不等大 2 例；大小便失禁 4 例；喷射性呕吐 3 例；双上肢肌力增高伴双下肢肌力减弱 2 例；10 例中，好转 8 例；有后遗症 2 例；死亡 2 例。

## 2 原因分析

2.1 个体因素 孕产妇身体负荷过重，加之能量摄入不足和机体消耗过大，肌体力低下。结核菌易通过血脑屏障，侵入脑脏。

2.2 社会知识系统缺失 文化水平低，缺乏婚检、孕前体检及产程检查的意识。对结脑的知识认识不足，加之医疗资源不均衡，使孕产妇结脑不能早起发现，早期诊断和早期治疗，以致延误病情。10 例中，有 9 例患者未婚检及孕前体检。

2.3 误诊 结脑的症状和许多脑膜炎的症状相似，其症状与呼吸道感染相似，加之各地的医疗水平的差异，缺乏对结脑的临床分型的认识，从而更增加了结脑误诊的机率。

2.4 接触史 10 例中，肺结核接触史 5 例，家族史 4 例。

2.5 其他因素 经济和生活环境的差异，治疗不合理或不及时，而使病情恶化。

## 3 护理措施

3.1 病室环境 结脑患者应绝对卧床休息，保持病室清洁、整齐、安静、光线暗淡，注意通风，护理操作尽量集中进行，减少刺激，避免多次搬动患者颈部和突然变换体位，减少探视。

3.2 饮食护理 结核病是一种长期的慢性消耗性疾病，应给予高热量、高蛋白、高维生素食物，忌油炸辛辣食物。保证水分的摄入，保持大便通畅，便秘者给予缓泻剂以防腹压增高造成颅内压的波动出现脑疝。昏迷患者采用鼻饲流质饮食，合并胃肠出血及病情危重的者增加胃肠外营养。做好口腔护理，预防口腔溃疡。

3.3 病情观察 密切观察患者生命征的变化，如体温、脉搏、呼吸、血压、瞳孔大小、对光反射等，发现头痛呕吐加剧、意识障碍进行性加重、双侧瞳孔不等大、颈部抵抗，脉搏变慢及血压升高等，提示颅内压升高和脑疝形成，应及时报告医生进行处理，做好抢救工作。体温超过 39℃ 时，按医嘱合理使用物理降温（如冰枕）及药物治疗，预防脑水肿。

3.4 用药观察 （1）脱水剂的应用与护理：结脑常用脱水剂为高渗脱水剂和利尿剂，应保持静脉路通畅，一般输液走深静脉途径。常用脱水剂为 20% 甘露醇，输入速度以 10—15ml/min 为宜。甘露醇对血管刺激性强，应保护好患者血管，如发生渗液，漏液，可立即用 50% 硫酸镁湿敷已以减少对皮肤黏膜的刺激。

（2）抗结核药的应用与护理：应用结核药的同时应密切观察药物不良反应，如胃肠道反应，肝肾功能损害、听力下降、过敏反应等，及时报告医生。（3）激素的应用与护理：激素计量不准确、用量过大或减量不合理易造成反跳现象，因此严格按医嘱给药，并属患者不可随意增药、减药。

3.5 安全护理 由于结脑病情重、病程长。常有意识障碍，烦躁不安，四肢躁动、抽搐等精神异常行为。有发生坠床，意外脱管的危险。应予以保护性约束，加护栏，按医嘱使用镇静剂等预防措施。

3.6 产后出血护理 较多产妇产前应用大量解痉、镇静药物，子宫收缩乏力，易发生产后出血的可能性。应密切监测其生命征、神志变化、注意保暖。观察皮肤、粘膜、嘴唇、指甲的颜色，四肢的温湿度及尿量。密切注意子宫收缩情况及产后恶露情况，如有出血现象应及时报告医生处理。保持会阴部清洁，勤换会阴垫。

3.7 乳房护理干预 通过乳房护理干预可促进催

乳素的分泌，减轻产妇与新生儿分离的焦虑情绪。操作方法：使用热毛巾双侧乳房进行热敷，毛巾温度为 40~45℃，并在进行热敷的同时对乳房实施相应的穴位按摩，做好泌乳的准备，也可以使用中医的相关穴位知识进行相应的护理。

3.8 侧脑室引流的护理 （1）保持引流通畅：避免引流管受压、扭曲，如无液体引流出。应及时查找

原因,报告医生。(2)妥善固定:在无菌条件下接引流瓶,并将引流瓶悬挂与单独的输液架,引流管口应高于脑室平面 10—15 厘米,适当限制病人头部的活动范围,以维持正常的颅内压护理诊疗中,应避免牵拉引流管。(3)每日引流量应控制在 500 毫升以内。严格控制引流速度,切勿过多过快。(4)观察引流液的形状:正常脑脊液无色透明,无沉淀。如引流液中有大量鲜血或血性液体逐渐加深,提示脑室出血;如引流液为浑浊,有絮状物,提示有颅内感染,应及时报告医生。(5)定时按无菌原则更换引流瓶,防止逆行感染,记录引流量。

**3.9 腰椎穿刺的护理** 腰椎穿刺是诊断和治疗结核性脑膜炎的重要手段之一,进行腰椎穿刺可化验脑脊液协助诊断,检测颅内压的高低等。腰椎穿刺前做好解释工作,向患者说明腰穿的重要性和必要性、操作方法、操作中可能出现的情况,以及如何配合,使患者消除紧张情绪。穿刺中密切观察患者面色、意识、瞳孔及生命征的变化,发现异常立即停止操作协助抢救,术后嘱其去枕平卧 6—8h。

**3.10 合理的体位和肢体调节** 结脑患者宜安静卧床,避免多次翻动患者颈部及突然改变其体位,可将患者的床头抬高 15℃~30℃,以减轻其头部充血的症状,降低颅内压。昏迷患者应取平卧位,头偏向一侧,以免痰或呕吐物吸入气管,同时应翻身,及时更换其被汗或冰敷物浸湿的衣裤、床单、被套,保持其皮肤清洁。预防褥疮发生。对昏迷的患者,应进行被动肢体运动,防止肌肉萎缩和关节僵硬,保持关节功能位置,防止足下垂。按医嘱合理使用抗凝血药物,防止肢体血栓形成。

**3.11 严格消毒隔离** 结核菌主要通过呼吸道传播,也可经血液及淋巴液传播。其传染源是活动性肺结核患者的痰液。告知患者不可随意吐痰,对他人大声说话,打喷嚏等,应将痰液置于独立的加盖容器内,有医务人员集中处理。患者出院后,病室及所有用物进行彻底终末消毒,被褥置阳光下暴晒 6 小时或紫外线照射消毒,床旁桌用含氯消毒剂擦拭。产妇与婴儿应隔离,直至痰菌转阴。

**3.12 心理护理** 结脑患者因病情重,病程长,同时母婴分离,担心新生儿的健康,会产生一些恐惧、焦躁、忧郁等负面心理,需要我们护理人员应当多注重与产妇的交流,给予精神上的鼓励,多讲述结脑康复的例子,增加战胜疾病的信心,消除其恐惧感,达到让患者配合治疗的目的。

**3.13 加强健康宣教** 告知婚检、孕前体检及正规产检的重要性,以及结核病的相关知识。做到早预防、早发现、早治疗。避免延误病情,减少后遗症。

## 4 总结

妇女在妊娠期间或分娩流产后并发结脑被误

认为妊娠反应、产褥热等。加之,该时期妇女机体抵抗力下降,易患结脑,而且预后差,病死率高。所以,应加大力度卫生宣教和结核病相关知识认识,做到早发现,早就医,为结脑赢得最佳治疗时机。同时,观察病情液十分重要,对怀疑患有结核病和有结合病史的孕产妇,一旦出现无法解释的发热,头痛或意识障碍症状时,必须警惕结核病恶化,有诱发结脑的可能性:注意观察脑疝发生的先兆,为紧急处理赢得时间。有利于提高疗效、促进病人的康复,减少并发症及降低病死率。

参考文献(略)

# 结核病与艾滋病共病护理实践的研究进展

**摘要:**结核病并发艾滋病已成为一项严重危害我国公众健康的重要公共卫生问题,两病相互影响、相互促进,使患者临床特点变得不典型,诊断治疗及护理更为困难,加剧病情的恶化,导致抗结核治疗疗程延长,出现各类并发症,患者预后变差。加强对结核/艾滋双重感染疾病特殊性及其危害的认识,深入探索影响患者生存质量及预后的因素,早期对该人群实施精准、有效的护理干预及多元化照护,对于两大传染病的防控与疾病转归都有重要的实践意义。本文就结核病并发艾滋病感染的现状、临床感染的特殊性及其危害、患者预后影响因素及共病护理实践策略进行综述,为结核/艾滋双重感染患者相关政策优化及临床护理提供借鉴与参考。

**关键词:** 结核, 获得性免疫缺陷综合征, 共病现象, 护理, 综述文献(主题)

结核分枝杆菌 (*Mycobacterium tuberculosis*, MTB) 感染引起的结核病 (Tuberculosis, TB) 和人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 感染引起的艾滋病 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) 仍是严重影响人类健康的重要公共卫生问题。HIV/AIDS 人群是 MTB 感染后发生结核病的高危人群, 结核病引起的死亡人数约占全球 HIV/AIDS 死亡人数的 1/3 [ ]。共病是指同一个体共存 2 种或 2 种以上慢性疾病, 相比单一疾病, 共病不仅增加患者致残、致死率, 降低病人的生活质量及预期寿命, 还加大了就诊和治疗的难度, 影响治疗依从性和效果 [ ]。此外, TB/AIDS 共病还可造成结核病的进一步传播。为采取更为宽泛的应对策略和措施, 比如以患者为中心的 TB 综合关怀和预防, 包括 TB/HIV 双重感染防治合作行动及共病管理, 2022 年 10 月, WHO 制定了《应对结核病及其共病合作行动框架》, 框架列出了有助于推广合作防控 TB 及其共病问题的主要行动 [ ]。MTB/HIV 双重感染患者存在复杂的护理需求, 临床上早期识别患者生存质量及预后相关因素, 针对可干预因素实施精准、高效、多元化的护理措施, 将患者的个性需求纳入临床决策过程, 可改善其治疗依从性和健康结局, 减少患者对疾病的困扰, 提升决策参与度和满意度。因此, 本文就 TB 并发 HIV 感染的现状、临床感染的特殊性及其危害、患者预后影响因素及共病护理实践策略进行综述, 以期为我国相关工作的加强、政策优化及临床护理提供借鉴与参考。

### 一、MTB 并发 HIV/AIDS 感染的现状

根据联合国艾滋病规划署发布的《2023 全球艾滋病防治进展报告》显示, 截至 2022 年, 全球共有 3900 万例 HIV 感染者, 当年新发 130 万人, 约有 63 万人死于艾滋病 [1]。MTB 感染是 HIV 感染者最为常见的机会性感染之一, 也是导致 AIDS 患者死亡的主要原因之一。WHO 发布的《2023 年全球结核病报告》显示, 全球结核病估算发病患者为 1060 万例 [ ], 其中约 71.0 万例 (6.7%) 并发 HIV 感染, 且超过 50% 发生在 HIV 感染率较高的南非地区; 结核病患者死亡例数约为 160 万例, 其中 18.7 万例 (11.69%) 并发 HIV 感染 [ ]。全球数据表明, HIV 感染者发生活动性 TB 的可能性大约是 HIV 阴性人群的 20 倍 [ ]。

我国是结核病高负担国家, 2022 年我国结核病估计发病患者为 74.8 万例, 位列全球第三, 其中 1 万例 (1.3%) 为 HIV 感染者; 结核病患者死亡例数约为 3.2 万, 其中约 0.2 万例 (6.3%) 为 HIV 感染者 [4]。中国 2022 年现有存活的 HIV/AIDS 患者 122.3 万例, 当年新报告 HIV/AIDS 患者超过 10 万例 [ ]。截至 2020 年末, 我国累计报告 HIV 相关死亡患者 35.1 万例 [ ]。既往研究表明, 我国 HIV 感染者感染 MTB 比例为 17.72%, MTB/HIV 双重感染者死亡风险是单纯感染 HIV 者的 1.17 倍, MTB/HIV 双重感染者死亡风险是单纯感染 MTB 者的 25.68 倍, 结核病成为 HIV 感染人群就诊、入院和死亡的主要原因 [ ]。

### 二、MTB 并发 HIV/AIDS 感染的特殊性及其危害

在 HIV、MTB 并发感染者中, HIV 与 MTB 之间存在复杂的相互作用, 二者相互促进各自所致疾病的进展。宿主感染 MTB 后, HIV 阴性者只有 5% 的机会发展成为 TB, 而 HIV/AIDS 患者 TB 的年发生率高达 10% [ ], 这部分患者如果没有得到及时的诊治, 将增加 HIV/AIDS 患者的死亡风险。机体感染 HIV 后, 将出现 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞减少和功能障碍, 以及 B 淋巴细胞数量减少和对抗体应答下降, 这就导致了 HIV/AIDS 患者对抗 MTB 的易感性升高 [ ]。同时, MTB 感染可通过 T 淋巴细胞消耗、结核肉芽肿形成不良、氧化应激障碍等机制, 加速 HIV 感染阶段向 AIDS 终末阶段进展 [ ]。HIV、MTB 并发感染者往往表现出更高的 HIV 病毒载量、更大的病毒储存库、更为明显的异常免疫激活, 以及更多见的播散性结核病 [ ]。HIV/AIDS 并发 TB 的发病机制有其相对特异性, 且 HIV/MTB 双重感染给临床诊断、治疗及护理带来了巨大挑战。另外, TB 一定程度上缩短了 HIV/AIDS 患者的平均期望寿命。

### 三、MTB 并发 HIV/AIDS 感染预后的影响因素

机体同时或先后感染 MTB 和 HIV 后, 两者可协同作用, 破坏宿主的免疫功能, 加速病情进展, 致使病死率增高。有研究表明 TB/HIV 双感染患者死亡率为 6.60%, 普通 TB 患者死亡率为 0.43% [ ]。MTB 并发 HIV/AIDS 感染预后的影响因素复杂多样, 既往已发表的多项国内外 HIV 并发 TB 治疗结局影响因素研究主要体现在以下几方面。

#### (一) 人口学因素

MTB 并发 HIV/AIDS 感染患者治疗的预后目前尚存在争议, 影响其疗程长短或疗效的因素较多, 国外

一项回顾性研究结果显示,农村人口、男性、高龄(年龄>55岁)是影响 TB 并发 AIDS 患者抗结核治疗期间治疗失败的危险因素[ ], ≥60 岁年龄组的死亡风险比 45~59 岁年龄组的患者更高[ ]。

#### (二) 疾病相关因素

疾病相关因素是危及 MTB/HIV 双重感染者生命的重要原因。我国一项研究显示,结核复治、并发呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病、恶性肿瘤是肺结核患者治疗不成功的单独危险因素,而痰菌阳性、并发 HIV 感染是肺结核患者死亡的危险因素之一[ ]。另外,患者出现发热、消瘦、淋巴结肿大等症状也是 HIV/MTB 双感染预后差的危险因素。

#### (三) 治疗相关因素

患者由于基础状态较差,CD4+T 细胞计数较低,以及抗病毒治疗和抗结核治疗同时开始带来的药物副作用均可导致患者预后较差。一项回顾性研究显示,近 40%的死亡患者出现在抗结核治疗强化期,在第 5~10 周抗结核治疗的 TB 并发 AIDS 患者累积生存率下降最快。巴西一项大型回顾性研究从临床视角出发,结果显示初始 CD4+T 淋巴细胞计数<200/μL、诊断艾滋病时 HIV 病毒载量超过 500 copies/mL 是 HIV/AIDS 并发 TB 患者抗结核治疗效果不佳的危险因素[ ]。此外,CD4+T 淋巴细胞和血小板计数低下,患者病情程度、入住重症监护室前未抗结核治疗、行机械通气治疗[ ]、就诊延迟时间(≥14d),抗病毒治疗开始时间及是否接受抗病毒治疗也是造成双感染患者死亡的影响因素。

#### (四) 营养相关因素

据文献报道,67.7%的艾滋病并发肺部并发症(肺结核、肺炎、肺部肿瘤)患者存在营养风险[ ]。有调查研究显示 HIV/MTB 双重感染患者营养风险发生率为 57.94%,回归分析显示,体质量指数(BMI)、血红蛋白、低蛋白血症(血清白蛋白<30g/L)[ ]和 HIV-RNA 定量是 HIV/MTB 双重感染患者预后不佳的影响因素[ ]。表明目前 HIV/MTB 双重感染患者营养风险比例较高,临床上应重点关注 BMI 较低、贫血和 HIV-RNA 定量较高患者,及时纠正营养风险。

另外,患者精神心理因素也是影响患者生存质量及预后的重要因素。一项在加纳北部地区开展的横断面研究中,学者 Nabei 等[ ]从 32 所医疗机构随机抽取了 213 例 TB/HIV 合并感染患者,报告显示仅 30.0%(64/213)的患者生活质量良好,且坚持治疗与生活质量呈显著正相关,抑郁、病耻感和不运动与患者生活质量呈负相关,患者预后较差。

### 四、MTB 与 HIV/AIDS 共病的护理实践策略

迄今为止尚未确立专门针对 MTB 并发 HIV/AIDS 感染患者的标准治疗护理方案。目前大多参照传统活动性结核病及艾滋病的治疗护理方法。因此,其最佳治疗护理方案及疗程仍需进一步验证。在全球 MTB 并发 HIV/AIDS 感染患者数量如此庞大的基础上,两病共病患者护理需求较高。杨静[ ]等采用自制护理需求量表(总分 240 分)对 HIV 感染并发结核患者护理需求进行调查,报告显示 HIV 感染并发结核患者护理需求总分为(196.37±10.87)分,两病共存患者护理需求较高。亟需采取更加精准、有效的防控及多元化护理实践策略,才能有效降低患者死亡风险,提高生存率及生存质量。

#### (一) 全程护理管理

全程护理管理是对患者进行入院、院中、院后的全程无缝闭环管理,有利于进一步提高护理质量[ ]。其主要内容包括入院管理:患者入院时评估其躯体及心理健康状况,为患者建立健康档案,记录其性别、年龄、文化程度等基本资料以及治疗情况等,并建立随访登记本;

住院阶段:①了解患者健康知识掌握程度,并对其心理健康状况及影响因素进行分析,予以个性化关爱护理。②与患者面对面交流,耐心听取患者主诉,为患者进行护理操作及握手时不佩戴手套。③积极健康宣教:指导患者观看疾病相关影片,发放推广手册。④对患者隐私进行保护,加大社会支持力度。⑤组织患者进行“红丝带”活动,分享成功经验;出院管理:对患者进行饮食及用药指导,了解其服用药物的名称及剂量,出现不良反应及时就诊,切忌擅自减少或者增加剂量。另外,指导患者正确使用安全套,倡导健康行为以及生活方式,并在出院后定期复诊。张子彤[ ]采用前后对照的方式,探讨了全程护理关爱模式对 AIDS 与 TB 双重感染病人的效果,表明采取全程护理关爱模式,可明显提高患者对护理与治疗的依从性与满意度,从而改善患者生活质量,与国内类似研究结果具有一致性[ ]。

## （二）整体式护理

整体式护理是以现代护理理论为指导，以恢复健康为目标，将护理内容制定成一个系统的程序，实施既定程序，为患者提供计划性、连续性、系统性、全面性护理，涉及身心、社会、文化等综合因素，[ ]。根据患者的疾病特点、生理、心理和社会需求，责任护士规范化地为患者提供整体、个性、计划和连续的护理，最大化地满足患者的健康需求[ ]。整体式护理强调护理的整体性和全面性，不仅重视患者的生理护理，更加重视患者的心理状态及精神变化，有助于患者的全身心照护，提升患者满意度，促进护理服务的纵向性和延续性发展[ ]。

刘静[ ]将 100 例 AIDS 患者随机分为对照组和观察组，分别采取常规护理和整体护理干预，比较两组患者的情感职能、生理职能、生理机能评分及不良反应发生率等护理质量，结果显示 AIDS 患者实施整体护理干预后，可有效帮助患者树立信心，提升患者满意度和生活质量，减少不良反应的发生，值得临床上借鉴。

## （三）叙事护理

叙事护理指护理人员怀着一种谦卑、尊重、诚挚的态度，借助叙事手段，倾听、吸收患者的故事，在叙事中发觉护理关键点，从而对患者实施有限护理干预的一种临床实践，引导叙事对象以积极乐观的心态面对生活[ ]。叙事护理包括五大步骤[ ]：①建立信任关系：与病人进行初步沟通，了解病人一般情况，建立信任感；②问题外化：探究目前困扰其生活和工作的主要问题，并引领病人将问题外化，与其自身分开。③问题解构：与病人一同探究问题是如何产生的、进展过程及对自身与他人的生活和工作带来了何种影响。④问题改写：从既往的生活和经历中发掘积极的事件，使病人发现自身的优势，逐渐提升其解决问题的信念。⑤问题重构：将积极的生活经历与目前的问题相结合，提供解决问题的可能性。叙事护理在实施过程中，各环节并非相互独立，而是根据患者的实际情况灵活实施。陈艳等[ ]在患者入组第 1 个月、2~3 个月、4~6 个月三个阶段对门诊 HIV 感染/AIDS 病人实施叙事护理，结果显示叙事护理可有效降低 HIV 感染/AIDS 病人的病耻感，改善病人因疾病产生的负性情绪。邵艳芳[ ]陈霞[ ]等的研究均表明对存在轻、中度和重度焦虑、抑郁的 HIV 感染者/AIDS 患者进行叙事护理干预后，其焦虑、抑郁得分均有明显下降，焦虑、抑郁程度均明显减轻。需注意的是叙事护理在整个实施过程中，研究者要以倾听为主，在共情的基础上作出适当回应，谨慎使用语言，忌用指令性、批判性、教导性的语言，对研究者具备的素质及要求较高。

## （四）自我照护技术

自我照护即自我管理，是指一个积极、负责任、知情和自主的个体在与社会网络和医疗服务提供者合作下，对其慢性病的医疗、角色和情感后果的内在控制能力[ ]。随着“以患者为中心”理念的发展，医疗服务者更多地将患者及其照顾者定位为疾病管理的负责人。良好的自我管理技术可以帮助患者缓解焦虑、抑郁等负性情绪，提高生活质量[ ]。Lorig 自我管理理论指出[ ]，自我管理包含医疗管理、角色管理和情感管理等 3 个领域的内容和 6 项技能，即问题解决、决策制定、资源利用、建立患者与提供者的伙伴关系、行动计划和自我定制。自我照护技术强调患者的积极性和主动性，医患双方需发现并通过自我管理技能解决患者最关心的健康问题。邹萃萃[ ]等对门诊 HIV/AIDS 患者实施“线上+线下”相结合的多学科自我管理综合干预策略，结果发现多学科自我管理综合干预能降低患者负性情绪总分、焦虑及抑郁维度得分，提高情绪认知管理维度得分，缓解患者负性情绪，减轻抑郁症状，可提高干预的可及性和患者的参与度。

## （五）其他

基于慢性疾病轨迹模式的护理干预具有多维度、针对性、全面性的特点，能够根据患者疾病不同阶段的特点实施个体化干预，激发患者潜在力量，促进抗压能力的提高，有利于患者生活质量的改善[ ]。

吴冬燕[ ]对 AIDS 患者给予基于慢性疾病轨迹模式的护理干预，结果表明基于慢性疾病轨迹模式的护理干预可有效提高患者心理弹性、自我管理能力和生活质量。程序化护理干预能通过规范流程进行宣教，促使患者及家属认知全程规律用药的重要性，树立战胜疾病的信心，改进 MTB 与 HIV/AIDS 共病患者管理方式及策略[ ]；通过序列化培训、程序化干预，规范的团队给予管理及支持，从而提高治疗成功率，减少各种并发症，减少耐药的发生[ ]。此外，以 Neuman 理论为框架的护理模式[ ]、延续性健康照护[-]、正念减压联合“阶段式”心理支持护理[ ]等可有效减轻 AIDS 患者的疾病不确定性，提高患者的自我照护及管

理能力，有效减轻患者抑郁、焦虑情绪，促进患者主动参与疾病管理，改善遵医行为与提升生活质量。虽然这些研究仅针对 AIDS 患者，但今后可借鉴应用在 MTB 与 HIV/AIDS 共病护理实践的干预中。

### 五、小结

综上所述，随着抗病毒、抗结核治疗的广泛开展，AIDS 与 TB 已经成为可防可治的慢性病。针对 MTB 与 HIV/AIDS 共病人群需了解其疾病的特殊性及其危害性，早期识别影响双重感染患者预后的危险因素，如年龄、合并症及并发症、患者 CD4+T 细胞计数、血小板计数、病毒载量以及营养相关因素等，根据患者病情，在积极抗病毒、抗结核治疗基础上，早期给予循证护理实践，包括全程护理管理、整体式护理、叙事护理、自我照护技术等，可提高患者慢性传染病共病管理水平，对于提升该人群的预期寿命及生存质量、早日实现终结结核病流行的全球战略目标具有重要意义。

### 参考文献（略）

## 一例甘露醇外渗引发的护理安全事件分析

胡蝶，薛娟敏

作者单位：解放军总医院第八医学中心，北京，100091

**摘要：**一例甘露醇静脉液体外渗导致患者发生三级静脉炎后，使用 PDCA 循环管理模式对整个事件进行回顾，其中运用海因里希事故连锁理论对事件发生的原因进行回顾分析，采用 5WHY 分析法寻找事件发生的真正原因，在 GROW 教练模型的指导下制定行之有效的改进措施。

**关键字：**甘露醇外渗，静脉炎，海因里希，5why 分析法

### 【事件经过】

患者女性，49 岁，结核性脑膜炎进展期，呈昏睡状态，偶有躁动，床旁腰穿结果显示：颅压 400 毫米水柱，予 20%甘露醇注射液 250 毫升静脉输注 q6h。患者已在外院治疗 1 月，外周输注高渗液体长达 3 周。经评估患者双上肢水肿且血管条件差，主治医师反复与家属协商后，家属勉强同意置入 PICC 导管，并计划于下周一行中心静脉导管置入。现经三名护士静脉穿刺后，在患者右手拇指处留置套管针，静脉液体输注顺利，未出现不良反应。

套管针留置第二日贴膜出现卷边，A 班护士冲管通畅后予重新更换贴膜。护士在更换贴膜时，患者出现躁动导致套管针脱出 5 毫米，经多次观察液体输注顺利。P 班护士在为患者输注液体时，发现穿刺部位发红，观察周围无肿胀、液体流速正常，液体输入完毕后封管通畅。护士将睡着的家属叫醒并告知其用热毛巾敷于患者右手，家属口头答应但实际未执行。N 班护士在为患者输注夜间甘露醇时发现穿刺处红肿，甘露醇输注速度过慢，准备重新穿刺，但家属考虑经济问题并于第二日要进行 PICC 导管置入强烈拒绝穿刺，经值班医生至床旁观察和家属沟通后继续使用原有的套管针，1 小时后输注完毕，拔针时护士发现患者穿刺肢体出现肿胀，穿刺处红肿且可触及 0.5 厘米×0.5 厘米的肿块，护士再次告知家属按压穿刺点十分钟后使用热毛巾在穿刺处进行热敷，此次家属配合执行。

第二日 A 班护士在为患者进行 PICC 导管穿刺前的准备时发现留置针穿刺点周围出现小水泡，皮温较高，且红肿范围扩大至整个手背，肿块变大，触碰患者右手出现明显躲避，报告护士长，经护士长、静脉专职护士评估后患者发生三级静脉炎，立即上报不良事件。

### 【PDCA】

#### 【P 阶段】

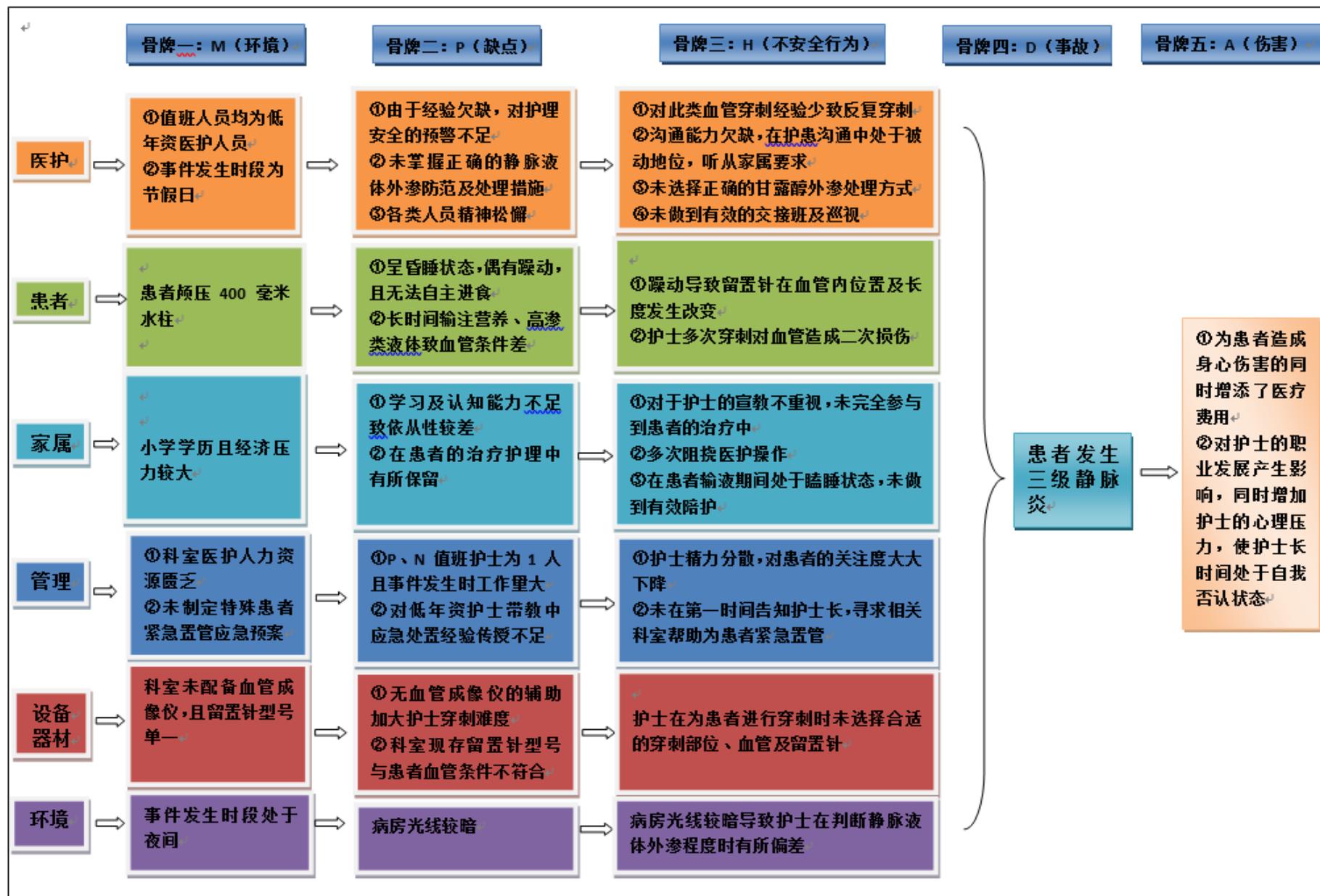
##### （一）主题选定

静脉滴注出现药液外渗是临床护理中经常遇到的问题，但由于药液的浓度、酸碱性以及患者静脉管腔等因素的影响会对患者造成不同程度的外渗性静脉炎。甘露醇作为结核性脑膜炎患者降低颅内压的首选药

物，为达到更好的治疗效果，在输注时要快速输注，但在大量且快速输注甘露醇时，组织渗透压会随着血浆渗透压上升，导致血管内皮细胞脱水和局部血小板聚集，并且使前列腺素得到释放，造成静脉通透效果提升，使白细胞发生浸染并且发生炎症改变，导致静脉收缩变得僵硬，增加液体外渗的风险。而甘露醇注射液外渗后的静脉炎表现各不相同，部分患者可出现血管变硬、局部疼痛、肿胀等症状，若处理不当、外渗液体量大或外渗程度严重时，可进展为皮肤坏死、溃烂甚至引发骨筋膜室综合征等严重并发症。同时据国内文献报道，我国静脉液体外渗率高达 30%，可见静脉液体外渗不但给患者造成经济和身心的伤害，还会增加医护人员的工作压力，降低护患满意度甚至引起医疗纠纷。

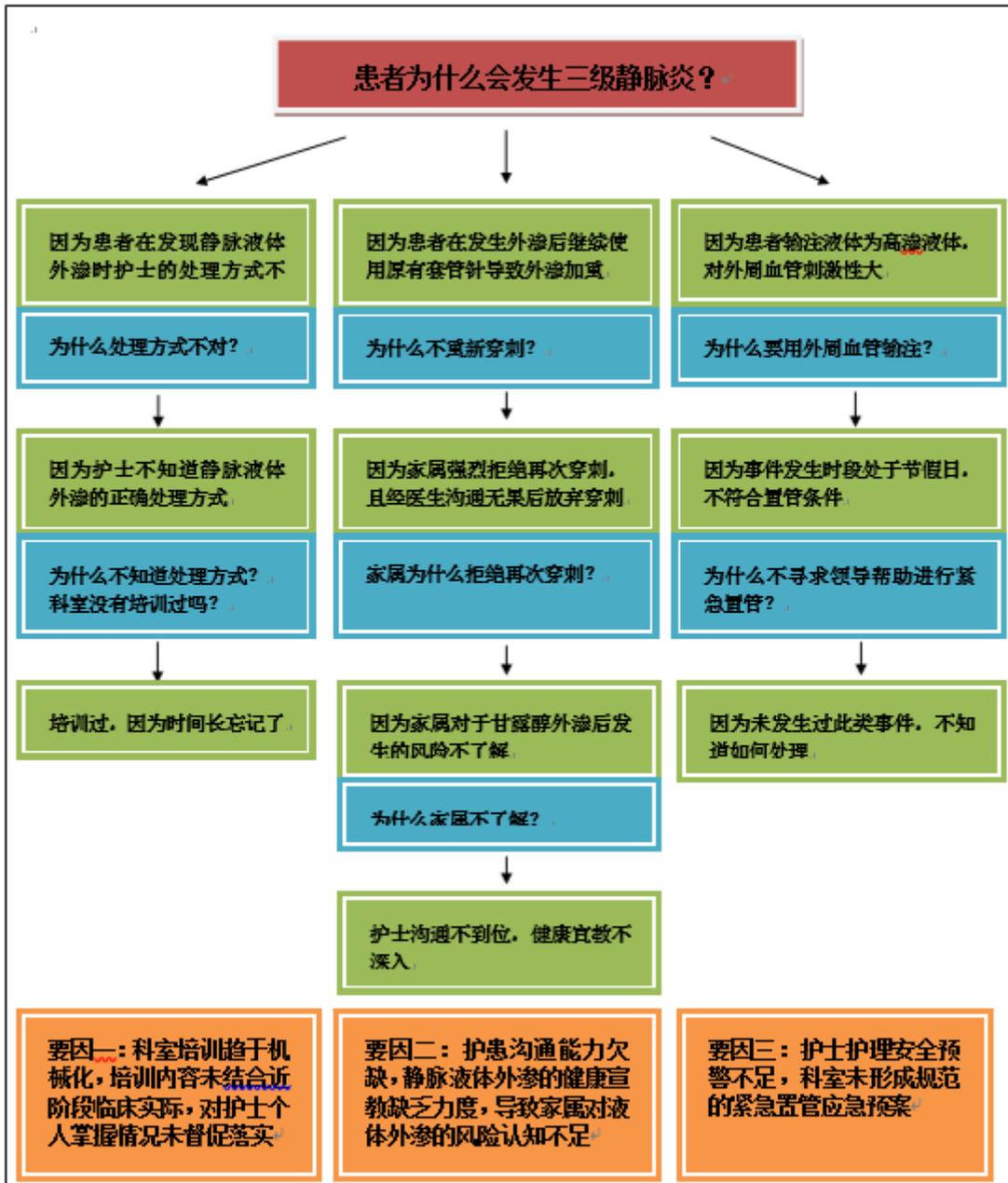
## （二）原因分析

海因里希事故因果连锁论又称多米诺骨牌理论：认定事故的发生不是一个孤立的事件尽管事故可能在某一瞬间突然发生，却是一些列事件相继发生的结果。每一块多米诺骨牌代表着每一个环节，从第一个骨牌倒下开始，就拉开了事故发生的序幕。直到最后一块多米诺骨牌倒下，此时失误的出现，从而导致不良事件的发生。多米诺骨牌模型认为事故的发生往往是由于人的不安全行为、机械物质等不安全状态、管理的缺陷以及环境的不安全因素等诸多原因造成的。运用海因里希事故连锁理论对甘露醇外渗导致患者出现静脉炎的事件进行回顾分析。



(三) 要因分析

召开不良事件分析讨论会，根据前期多米诺骨牌理论推论出的众多原因，采用“5why”分析法，以打破砂锅问到底之势，化难为易，寻找患者发生三级静脉炎的真正原因。



(四) 对策计划

根据要因分析进行充分讨论，利用 GROW 教练模型制定相应的实施计划与对策，同时进入执行阶段。

| G (目标)                  | R (事实)                    | O (选择)                              | W (执行)  |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---|
| <p>静疗相关培训内容掌握达 100%</p> | <p>静疗相关知识培训力度及效果评价不到位</p> | <p>①改变培训方式，组织效果评价<br/>②实时更新培训内容</p> | <p>①采用基于柯式模型的“双向六环”培训模式，改变以往被动式或填鸭式教学，设定特殊患者静脉液体外渗模拟案例，从引、学、点、探、测、用六环节进行培训，培训结束后从护士的反应层、学习层、行为层及结果层进行培训效果评价；<br/>②科室针对临床实际进行专科性疾病实时培训，结合案例优化相关培训内容。遇到危重疑难问题及时请教相关科室，确保培训内</p> |

|                                  |                                       |   |  |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <p><b>静疗相关健康宣教内容知晓率达 80%</b></p> | <p>护士沟通不到位导致家属对静脉液体外渗的风险知晓率仅为 10%</p> | <p>①提高护士的沟通能力<br/>②采用家属能接受的方式进行静脉液体外渗相关知识的宣教；</p> | <p>容的准确性、可行性、科学性<br/>①在科室推行 CICARE 六步沟通模式，从与患者接触、介绍、沟通、询问、回答、离开六方面将难以量化的、模糊的、口号式的语言用流程化与标准化的方式来解决，既简单扼要，又便于操作，提高护患沟通质量；<br/>②责任护士可将静脉液体外渗造成静脉炎的案例照片绘制成视频，通过视频讲解的方式对患者及家属进行相关知识的科普与宣教，增加宣教的真实性与可信度，同时提高家属对相关信息的接受度</p>  |
| <p><b>科室护理安全不良事件发生率为 0</b></p>   | <p>科室护士安全风险意识淡漠</p>                   | <p>①加强护士护理安全意识培训<br/>②制定各类情况应急预案</p>              | <p>①采取多种形式的教育活动，如典型案例研讨、参加专家病例分析会、新老护士经验交流、必要时参与纠纷接待，同时注意收集护理安全相关信息，从中甄选护理纠纷案例，在护士中开展安全教育的沙龙活动，认真剖析并启发大家联合实际举一反三，通过内容丰富和贴近实际的教育活动，培养护士的护理安全意识；<br/>②结合专科疾病特点，科室护理骨干凭借风险识别能力制定专科防范措施与预案，此外，一旦发生严重的护理缺陷或意外事件，科室在根源分析的基础上进行护理缺陷、意外事件的书面报告，同时制定新的项目防范措施与预案，以供借鉴。</p> |

**【D 阶段】**

**（一）以能力锻造为重点，打造零失误的护理团队**

**1、严把培训关，确保岗能相匹配**

① 科室完善培训方法，学习掌握《静脉治疗护理技术操作规范》，定期展开临床基本功练习，增强护理人员的临床穿刺技能，同时强调在穿刺时选择合适的留置针与血管位置，优化输液部位，避开关节部位，在穿刺完成后选择合适的方式固定针头位置。

② 加强药物知识培训，定时组织相关静脉治疗知识讲座，也能够设定日常的讨

论会，以各种方式不断的进行学习提升，对比较常用的药物基本知识和在使用过程中的注意事项需要掌握，学会分辨基本的药物性质和对患者静脉的刺激性。针对甘露醇等刺激性强的药物在输注时可采用前导后冲法，在输注前用生理盐水引针穿刺，穿刺成功后接输液体，防止因穿刺失败药物外渗造成的局部皮下组织损伤，在输注结束后再次用生理盐水冲洗。

**2、严把考核关，确保能力稳提升**

明晰静疗考核内容，制定符合科室实际的专业护理工作的实际护理过程及各岗位职责制定考核内容和标准，包括主管护师、护师及护士，考核的指标体系包括静疗护理质量、护士安全预警意识、穿刺技能、工作作风、工作实绩、服务态度、沟通能力等方面，每一个项目都进行了详尽的分类与细化，全面准确评价护士的静疗能力。

**（二）以思想铸魂为首要，打造零容忍的护理团队**

**1、从“新”开始武装头脑**

对于新入职的护士采取理论授课、技能操作演示、现场教学等形式开展护理安全知识培训，定期开展护理不良事件分析讨论会，树立护理人员的安全预警意识，培养和影响护士对安全护理的信念和态度，促使护理安全行为的养成。

**2、从“勤”出发把控环节**

加大巡视力度，注重静脉输液过程中关键环节的控制，对整个操作实行闭环管理，对于部分表现比较烦躁或者患者自身障碍的特殊情况，护理人员可以进行相关的保护性约束；同时为防止患者因烦躁而造成留置针滑脱，增加穿刺次数，可在输液完毕后予弹力绷带或弹力网套包裹保护。

### （三）以创新淬火为关键，打造前瞻性的护理团队

#### 1、在规范服务提高标准中创新模式

科室制定预见性护理管理模式，对需要采取静脉治疗的患者在输注液体前进行预见性评估，从患者血管条件、药物性质、预期疗程、自理能力、意识状态、家属配合程度等方面分析静脉输液患者所存在的风险因素，并制定预见性、前瞻性的措施，科室根据实际情况制定特殊患者紧急置管应急预案。

#### 2、在整理归纳降低风险中创新管理

建立输液管理小组，小组成员定期召开学习会议，整理院内出现的各种高危药品输液风险因素，并进行回顾性的分析患者输液护理操作过程中的问题，制定对出现的各种危险因素规避管理预案，明确发生的影响因素，共同讨论制定针对性的风险预防对策。

### （四）以科普锤炼为保障，打造多方参与的护理团队

#### 1、聚焦观念置入提高科普率

开展座谈会，根据科室实际制定静脉液体外渗的预防及处理措施并装订成册，同时在科室公示栏展示；责任护士对家属进行个体化健康教育，根据其文化水平及领悟能力采用合适的宣教方法，强化家属对静脉液体外渗的健康教育目的和意义的认识，将菜单式的健康教育观念植入，重点观察家属的接受能力，消除患者的畏难情绪，提高健康教育的效率和效果。

#### 2、聚焦传帮带提升依从率

医护沟通将患者搬至医患氛围融洽的病房，采用家属带动家属的方式提高家属的治疗依从性，同时请治疗成功的患者及家属现身说法、传授经验提高家属的治疗配合度。

#### 【C 阶段】

科室利用 1 月时间通过对所有护士分层次、分重点的培训，完善静脉液外渗的应急预案，制定特殊患者紧急置管方案，模拟静脉液体外渗情景，所有护士均能高效识别出静脉液体外渗风险并采取相应对策。同时科室在静疗方面的关注度大大提高，获得发明专利 1 项、实用新型专利 1 项、副主编参编书籍 1 部。

#### 【A 阶段】

此次事件给予我们两点启示：①量变即质变。护士穿刺技能差、沟通能力欠缺、健康宣教缺乏力度以及处理甘露醇外渗的方法不正确等等，其单个事件的影响较小，但它们都是潜在问题的表现，不加以控制任由其逐步积累，最终量变发生质变，患者发生了三级静脉炎。②化危为机。此次事件在给患者带来身心伤害的同时，也为护士的职业生涯留下了创伤，但同时也让我们以此为机遇：重视对护理安全事件的预防和控制，树立“护窗意识”，发现问题及时补窗，保持持续改进制度上的漏洞，优化管理方法，避免事故的发生，增强护理临床安全的预见性。

参考文献（略）

## 探讨一例结核性脑膜炎合并糖尿病患者留置 picc 引起管道外血栓形成的护理体会

董俊

作者单位：武汉市肺科医院

摘要：讨论结核性脑膜炎合并糖尿病患者留置 PICC 引起管道外血栓形成的相关护理体会，从疾病、治疗、活动、生活习惯、心理方面查找相关护理措施，结合临床实际情况，为患者提供安全的治疗，同

时为以后此类患者的相关护理做好基础。

目的：探讨存在多种基础疾病情况下留置 PICC 引起管道外血栓形成的风险及查找相关预防措施。

关键词：结核性脑膜炎 相关性血栓 糖尿病 血栓 护理

结核性脑膜炎，是结核病中最严重的肺外结核类型，主要表现为发热、头痛、呕吐及脑膜刺激征。当出现此类症状时，需要进行大量脱水治疗，而其中甘露醇及甘油果糖作用则是提高渗透压快速达到脱水目的，其价格低廉、作用迅速，在临床上广泛应用<sup>[1]</sup>，但对血管有较大刺激性，而针对此类情况，会建议留置经外周静脉置入中心静脉导管（peripherally inserted central catheters）PICC，帮助治疗并保护血管质量；PICC 是近年来临床上较常见血管穿刺技术，经过多年发展，穿刺技术已经非常娴熟，其导管尖端位于上腔静脉或下腔静脉，操作简单，穿刺成功率高，为患者提供中、长期静脉输液治疗（7d-1 年），解除患者反复穿刺的痛苦<sup>[2]</sup>，虽然 PICC 能起到保护患者静脉的作用，但作为一种侵入性的操作，也会导致静脉炎、血栓等一系列并发症的发生，其引发的导管相关性血栓（PICC-related thrombosis, PICCRT）是置管患者最严重的并发症之一<sup>[3]</sup>，它可从多方面干扰相关静脉的正常血流情况，从而引发血栓形成，严重者可导致静脉后遗症、肺栓塞等<sup>[4]</sup>，我科室一例留置 PICC 一周内出现管壁附着血栓，然后持续使用至拔管后血栓脱落的护理体会如下：

### 一、一般资料

患者，男，36 岁，于 2022 年 3 月 2 日在我科入院，确诊为结核性脑膜炎，同时患有糖尿病，因需静脉输注高渗性脱水药物，于 2022 年 3 月 3 日进行 PICC 穿刺置管术，选择 21G4Fr 单腔中心静脉导管，在左侧肘窝以上偏内侧贵要静脉成功置管，过程顺利，内置 47cm，外露 6cm，胸片定位显示尖端平于右后第 7 肋间，治疗过程顺利，于 2022 年 3 月 8 日患者诉腋窝处及 PICC 穿刺口上方有轻微疼痛，左手掌轻微肿胀；立即暂停 PICC 输液，请静疗小组专科护士会诊，建议行 B 超检查，提示贵要静脉 PICC 管旁血栓形成。

### 二、治疗及护理

#### 2.1 病情观察

患者在置管后出现上臂疼痛，手掌轻微肿胀，告知医生，B 超显示 PICC 管旁血栓形成，及时与医生沟通，积极治疗，班班交接，重点观察患者疼痛部位、周围皮肤颜色、温度、双侧手臂臂围等情况，当出现异常时，及时告知医生，给与相关处理，必要时积极抢救。

#### 2.2 相关治疗

确定血栓存在后，在原有抗结核、脱水降颅内压基础上，遵医嘱予以依诺肝素钠 6000u 皮下注射，每天两次，依诺肝素的作用机制是抑制凝血因子和促进纤溶酶的活化，从而防止血栓形成，并使已经形成的血栓逐渐溶解<sup>[5]</sup>。同时嘱患者采取握拳运动，减少上臂大面积的活动，暂停 PICC 的使用，但后期由于疾病需要，征得专科护士意见后，再次使用 PICC 导管；嘱患者饮食清淡，定时定量，保持血糖控制稳定；一周后进行复查，由于相关性血栓溶栓不理想，持续依诺肝素钠皮下注射，每 1-2 周进行彩超检查；至患者病情好转出院，血栓未明显减少，仍附着管壁外侧存在，未出现新增，经主治医师要求，出院前一天给予拔管处理，拔除管道后，管壁可见血栓附着，再次进行 B 超检查，显示置管手臂存在少许血栓，嘱其定时复查；患者在第二次复查时 B 超显示无血栓存在。

#### 2.3 溶栓后的管道处理

3 月 14 日复查上臂彩超显示，PICC 管壁仍有血栓存在，但无新增，显示溶栓效果不理想；但因为患者疾病原因，需使用导管进行相关治疗，在征得专科护士意见后，建议患者继续使用 PICC，同时加强左臂相关运动，促进血液循环，避免相关不利管道的运动，严禁手臂按摩，一周后再进行 B 超复查仍显示血栓存在，经过治疗，患者病情得到好转，在出院前一天拔出 PICC 导管，先常规进行消毒，无按压情况下，平拉导管缓慢拔出，观察导管少许附着血栓，导管拔除后，无菌纱布块按压穿刺口，至少 30min；经 B 超显示手臂血栓少许，再次入院复查时，B 超显示手臂内无血栓。

#### 2.4 心理护理

在此事发生后，告知患者暂停使用 PICC 管道，患者表示理解，但对于血栓相关原因及未知因素感到恐慌，对此了解后，请专科护士对其详细讲解了血栓体积及脱落风险情况，告知相关注意事项，让患者能够积极配合相关治疗，每日查看患者手臂情况，有无红肿、渗血渗液等，询问患者手臂疼痛情况，教患者学习手臂运动操，每天练习锻炼，防止血栓再次形成，同时观察患者心理变化情况，及时和医生沟通，同时满足患者基本需求，消除患者紧张感与恐惧感。

### 2.5 查找原因

双上肢彩超显示，左侧贵要静脉 PICC 管旁血栓形成；在进行留置导管前，患者凝血生化结果均在正常范围内，但患者自身体重偏大，属于肥胖，同时患有糖尿病，且由于疾病原因，长期卧床，饮食不规律，当因为疾病原因需使用甘露醇进行大量脱水治疗时，大量的微小结晶短时间内进入静脉，可引起静脉炎或更严重的血栓发生<sup>[1]</sup>；同时，PICC 置管时，应选择合适穿刺部位，首选右侧贵要静脉，避免选择已经输注过药物治疗的静脉，避免二次伤害<sup>[6]</sup>，而从左侧置管时，导管在体内长度比右侧留置更长，所带来的并发症也会相对应增加；患者饮水量少，与体重不成正比，会使血液粘稠度增加，血流速度减慢，从而导致血栓的发生，同时，置管肢体功能锻炼也很重要，肢体活动可以加快血液循环，降低血液滞留，防止血栓的发生。

### 三、讨论与体会

针对此例结核性脑膜炎合并糖尿病患者对于 PICC 置管后引起相性血栓相关问题进行讨论，发现对于此类病人，结核性脑膜炎病情变化快，要求卧床休息，而活动减少后，血流减慢，易产生凝集，再结合糖尿病情况，应针对性的控制血糖，改善血运情况，降低血栓发生，有研究发现，糖尿病是血栓形成的独立危险因素之一，合并糖尿病的患者由于长期慢性高血糖会引起血管结构功能改变，且血糖升高也会引起高渗透压，使血液粘稠度增加，导致 PICC 相关血栓形成；保持血糖稳定也是预防血栓形成的重要因素之一，同时需患者每日进行握拳运动，增加血液循环，减少重物搬运及高举扩胸运动，加强护理人员对于 PICC 冲封管手法掌握正确，严密关注导管情况及留置管道上臂臂围、肿胀、疼痛等情况，注意高渗药物及药物配伍禁忌情况，做好冲管工作，让管道内无残留刺激性药物，当出现管道或上臂异常情况时，及时告知医生，进行相关检查，遵医嘱使用合适抗凝药物，抑制血栓形成；需做好相关宣教，每日饮水量不少于 2500ml，减少辛辣刺激食物，降低血液粘稠度，防止血栓增加及发生；在导管相关性症状静脉血栓形成之后，做到三早：早发现、早诊断、早治疗，制定与方相关措施，争取保留导管同时开展抗凝治疗，对患者心理情绪、药物不良反应、临床症状进行严密观察<sup>[7]</sup>，通过相关干预，达到理想效果。

### 四、扩展

在正常情况下，纤维蛋白鞘也是导致管道功能异常及拔管困难的原因，研究显示，PICC 导管纤维蛋白鞘的发生率为 38%-100%<sup>[8]</sup>，当导管置入 6h 内，无纤维蛋白鞘形成，当留置到 12h 开始形成，置入 1-2 周形成纤维蛋白鞘，无任何临床症状，因此需要早预防、早发现、早干预，能有效避免后期引起 PICC 拔管困难<sup>[9]</sup>，但纤维蛋白鞘的形成机制还有很多不确定问题，需要进一步研究和探索<sup>[10]</sup>，当出现拔管困难时，应寻求专业人员处理，发挥团队协作力量，争取获得好的结果。

参考文献：（略）

## 结核性脓胸胸膜剥脱术中护理的探讨

路媛

作者单位：山西省医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院 手麻科

**【摘要】** 本文旨在探讨结核性脓胸患者在进行胸膜剥脱术时的术中护理要点及其实践效果。通过回顾相关文献并结合临床实践经验，分析了结核性脓胸患者胸膜剥脱术中的护理难点，提出了针对性的护理措施。结果表明，科学有效的术中护理对于保障手术顺利进行、减少并发症发生以及促进患者康复具有重

要意义。

【关键词】结核性脓胸；胸膜剥脱术；术中护理；并发症预防；康复护理

## 一、引言

### 1.1 结核性脓胸概述

结核性脓胸，简而言之，就是结核分枝杆菌感染胸膜腔，引起脓性渗出液聚积的一种疾病。它可能会导致患者出现低热、盗汗、乏力、轻微胸痛等症状。如果未能及时得到诊断和治疗，可能会导致病情慢性化，引发更多严重问题。结核性脓胸的出现通常与肺结核或其他部位的结核病史密切相关。因此，对结核性脓胸的认识和治疗显得尤为重要。

### 1.2 胸膜剥脱术在结核性脓胸治疗中的应用

胸膜剥脱术是一种针对慢性脓胸、结核性脓胸等疾病的外科治疗手段，通过剥除增厚的胸膜纤维板，使肺组织重新扩张，恢复肺功能。通过手术，可以有效减轻患者痛苦，提高生活质量，延长寿命。该手术在临床治疗中具有重要价值，对于改善患者生活质量、提高生存率具有显著效果。

### 1.3 术中护理的重要性

术中护理在结核性脓胸胸膜剥脱术中具有至关重要的作用，能通过正确的护理措施可以确保手术的安全性和患者的舒适度，减少并发症的发生，促进患者的康复。同时，患者教育与心理支持也是治疗过程中不可忽视的一环，对于提高治疗效果和患者满意度具有重要意义。

## 二、结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理要点

### 2.1 术前准备与评估

在手术开始前，护理人员应详细询问患者的病史，了解结核性脓胸的病程、治疗情况及患者对结核药物的反应等。同时，对患者的身体状况进行全面评估，包括心肺功能、肝肾功能等，以便为术中可能出现的风险做好充分准备。此外，护理人员还需协助患者完成必要的术前检查，如心电图、血常规、凝血功能等，确保患者符合手术条件。

### 2.2 术中生命体征监测

在手术过程中，护理人员应密切关注患者的生命体征变化，包括血压、心率、呼吸、血氧饱和度等。一旦发现异常情况，应及时报告医生并采取相应的处理措施。同时，要保持手术室的安静和整洁，为患者创造一个良好的手术环境。

### 2.3 呼吸道护理与护理

结核性脓胸胸壁脓肿切除术涉及到胸部的操作，对呼吸道的的影响较大。因此，呼吸道的管理与护理显得尤为重要。护理人员应保持患者呼吸道的通畅，及时清除呼吸道分泌物，防止窒息的发生。同时，要密切观察患者的呼吸状态，如有必要，可协助医生进行气管插管或机械通气等操作

### 2.4 伤口护理与引流管理

手术过程中，护理人员应密切关注手术部位的出血情况，及时更换敷料，保持伤口的清洁与干燥。对于引流管的管理，要确保引流管的通畅，避免打折、扭曲或脱落。同时，要观察引流液的颜色、量和性质，如有异常应及时报告医生。

### 2.5 预防感染与并发症

结核性脓胸胸壁脓肿切除术术后感染的风险较高，因此预防感染是术中护理的重要任务。护理人员应严格执行无菌操作规范，减少感染的发生。同时，要密切观察患者的病情变化，及时发现并处理可能出现的并发症，如出血、气胸等。

### 2.6 心理支持与护理

结核性脓胸胸壁脓肿切除术对患者来说是一种较大的手术，患者在术中可能会感到紧张、恐惧等不良情绪。护理人员应主动与患者沟通，了解其心理需求，给予必要的心理支持和安慰。同时，要向患者解释手术的目的、过程和可能的风险，帮助患者树立战胜疾病的信心。

## 三、结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理实践效果分析

### 3.1 患者术后恢复情况观察

通过对接受胸膜剥脱术的结核性脓胸患者进行术中护理，我们观察到患者在术后恢复情况方面有了显著的改善。术中护理的精细化操作有效减少了手术过程中的并发症，为患者术后的康复奠定了良好的基础。同时，我们注意到，在呼吸道护理和疼痛管理方面的精心护理，显著提高了患者的舒适度，有利于患者的早日康复。

### 3.2 并发症发生率分析

在术中护理的实践中，我们特别关注并发症的预防与控制。通过严格的消毒措施、生命体征的实时监测以及及时有效的呼吸道护理，我们成功降低了术中感染、出血、气胸等并发症的发生率。此外，我们还注意到，疼痛管理对于减少术后并发症同样具有重要意义。通过合理的镇痛药物应用和疼痛评估，我们有效减轻了患者的疼痛感，降低了因疼痛引起的并发症风险。

### 3.3 护理满意度调查

为了评估术中护理的实践效果，我们还进行了患者和医护人员的护理满意度调查。结果显示，患者对于术中护理的满意度普遍较高，认为护理人员在手术过程中的专业操作和细致关怀给予了他们很大的支持和安慰。同时，医护人员也对术中护理的流程和效果表示满意，认为其有助于提升手术质量和患者满意度。

通过以上实践效果分析，我们可以得出结论：结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的精细化操作对于保障手术顺利进行、减少并发症发生以及促进患者康复具有重要意义。在未来的工作中，我们将继续优化护理流程、提升护理人员技能水平，为患者提供更加优质、高效的护理服务。

## 四、结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的改进与展望

### 4.1 护理流程的优化

随着医疗技术的不断发展和护理理念的更新，我们需要对结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理流程进行持续优化。通过引入先进的护理技术和管理理念，我们可以提高护理工作的效率和质量，进一步减少手术风险和并发症的发生。

### 4.2 护理人员技能提升

护理人员的专业技能和素养是保障术中护理质量的关键因素。因此，我们需要加强护理人员的培训和教育，提高其专业知识和技能水平。通过定期的培训和考核，我们可以确保护理人员能够熟练掌握结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的各项操作和技能，为患者提供更加安全、有效的护理服务。

### 4.3 新型护理技术的应用

随着医疗技术的不断进步，新型护理技术不断涌现，为结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理提供了新的可能性。例如，我们可以尝试引入智能化护理设备和技术，通过实时监测患者的生命体征和病情变化，为医护人员提供更加准确、及时的护理信息。此外，我们还可以探索运用远程护理技术，为患者提供更加便捷、高效的护理服务。

## 五、结论

本文通过对结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的探讨和实践效果分析，得出了科学有效的术中护理对于保障手术顺利进行、减少并发症发生以及促进患者康复具有重要意义的结论。同时，我们也提出了优化护理流程、提升护理人员技能水平以及引入新型护理技术等改进措施和展望。在未来的工作中，我们将继续深化对结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的研究和实践，为患者提供更加优质、高效的护理服务。

## 六、讨论

在讨论部分，我们将进一步深入探讨结核性脓胸胸膜剥脱术术中护理的重要性以及本研究结果的意义。首先，我们强调术中护理在结核性脓胸胸膜剥脱术中的重要性，包括其对于手术成功的贡献、对患者术后恢复的促进作用以及对于减少并发症发生的关键作用。通过深入分析护理实践中的各个环节，我们可以更好地理解护理操作对于手术过程和患者康复的具体影响。

其次，我们将讨论本研究结果的局限性以及可能存在的偏差。在样本选择、数据收集和分析等方面可能存在的局限性需要被充分考虑，以便更加客观地评估研究结果的可靠性和有效性。同时，我们也将探讨可能影响研究结果的其他因素，如不同医院、不同护理团队之间的差异等。

此外，我们还将展望结核性脓胸胸膜剥脱术中护理的未来发展方向。随着医疗技术的不断进步和护理理念的更新，我们可以预见未来术中护理将更加注重患者的个性化需求、护理操作的精准性和高效性。新型护理技术、智能化护理设备以及远程护理等创新手段的应用，将进一步提高结核性脓胸胸膜剥脱术中护理的质量和效率。

最后，我们总结本研究的结论，并强调结核性脓胸胸膜剥脱术中护理在临床实践中的重要性。通过优化护理流程、提升护理人员技能水平以及引入新型护理技术等措施，我们可以为患者提供更加安全、有效的护理服务，促进患者的早日康复。

#### 参考文献（略）

## 细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响

石静

作者单位：山西省太原市第四人民医院 山西省 太原市 030053

**摘要：**目的：探讨分析细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响效果。

**方法：**随机选取 2020 年 3 月-2021 年 9 月期间接收的 60 例行手术治疗的患者，并随机分为对照组、观察组，每组各 30 例。对照组采取常规护理方式；观察组在常规护理基础上实施手术室细节护理模式。结果：2.1 两组手术风险发生情况比较：结果显示，观察组患者手术风险发生率为 26.67%，低于对照组的 53.33%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体见表 1。比较两组手术并发症发生情况：结果显示，观察组手术并发症发生率为 16.67%，低于对照组的 33.33%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体见表 2。对比两组患者满意程度：结果显示，观察组和对照组护理满意度方面相比，具有显著差异（ $P<0.05$ ），具体见表 4。结论：细节护理在手术室安全护理中有良好的应用效果，其主要是因为细节护理对患者、手术室、手术过程中的细节进行了关注，并避免了相关危险事件发生的概率，从而提高了护理效果。其方法值得在临床宣传和应。

**关键词：**细节护理；手术室；护理质量；影响分析

### 引言

现阶段，手术治疗是临床上较为常用的治疗方式，对于许多疾病均具有良好的治疗效果。但手术治疗属于有创性治疗方式，如开腹手术、微创手术等，均会对患者机体造成一定程度的损伤。而多数患者对于手术治疗方式的了解程度不够，容易产生一定的恐惧心理，不利于术后的康复进程。同时，手术室的护理工作对于护理人员要求较高，任一环节出现不安全因素均会导致患者的病情加剧，威胁患者的生命安全。因此，手术室护理工作质量直接关系到临床手术治疗效果。目前，临床为提高手术治疗水平，通常对手术室患者实施相应的护理。细节护理方式属于一种新出现的护理模式，在临床上的应用时间相对较短，但是相比于常规的护理方式来说，支撑细节护理方式的护理理念更加新颖；细节是细节护理模式的核心内容。细节护理能够有效解决治疗过程中的护理细节问题。而在手术室应用细节护理的模式则能够有效消除和规避手术室的安全隐患，进而使手术室护理流程能够得到有效优化，促进手术室护理质量的提升，提升患者对于护理服务的满意度，减少手术室护理安全问题，为手术活动的顺利展开打下良好的基础。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

随机选取 2020 年 3 月-2021 年 9 月期间接收的 60 例行手术治疗的患者，并随机分为对照组、观察组，每组各 30 例。

#### 1.2 纳入与排除标准：

纳入标准：（1）根据患者的病情，患者被确认需要进行手术治疗；（2）患者符合进行手术治疗的身体

条件和经济条件；(3) 患者被告知此次研究的目的是内容，且同意参加此次研究。

排除标准：(1) 患者由于过敏的原因无法使用研究需要的药物；(2) 患者患有其他恶性疾病，如癌症等；(3) 患者有精神类疾病<sup>[1]</sup>，不能进行正常的交流。

### 1.3 方法

对照组采取常规护理方式；

观察组在常规护理基础上实施手术室细节护理，主要方法如下：

(1) 制定流程。手术室护理人员在接到手术室通知单后，要结合患者的实际病症和手术情况，制定相对完善的手术室护理流程。在手术前 1d，前往病房探视患者，了解患者的基本信息和资料，明确即将手术的手术室、既往病史及日常的检查结果。通过对患者生命体征、心理状况的掌握，对患者展开手术评估<sup>[2]</sup>。结合患者的手术方案，制定相对完善的手术室细节护理流程，手术室护理人员要明确各自职责。

(2) 术中细节护理。在手术过程中，护理人员要设置合理的室内温度，将手术室温度控制在 21℃~25℃ 之间。同时，观察患者手术部位的视野暴露情况，尽量减少手术部位暴露在外的时间。采用液体加温器，将需要滴注进入到患者体内的液体或是氯化钠溶液，加温到至少 37℃。手术中若要使用纱布，必须将其用温盐水进行浸泡，在手术暂停时也要将手术部位以温盐水浸泡后的纱布覆盖<sup>[3]</sup>。在患者麻醉效果尚未完全起效，处于清醒状态时，注意与患者的交流，转移患者对于疼痛的注意力，同时舒缓患者紧张情绪，增强患者的配合程度。

(3) 术后护理。手术完成后，护理人员要清理患者皮肤的消毒药水、血迹，处理好氧气管、引流管等，保证患者吸氧与引流的顺畅<sup>[4]</sup>。将患者推送至病房，交给病房责任护士并填写交接表，告知病房责任护士，患者采取的手术方式、麻醉类型等相关信息。

### 1.4 临床观察指标

(1) 比较两组患者的手术风险发生情况，包括仪器设备出现故障，手术器械出现问题，手术室的消毒清洁未到位以及对患者的麻醉出现问题等；(2) 并发症发生的情况；(3) 两组患者满意程度比较。

## 2 结果

### 2.1 两组手术风险发生情况比较

结果显示，观察组患者手术风险发生率为 26.67%，低于对照组的 53.33%，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。具体见表 1。

表 1 两组患者手术风险发生情况比较 [n(%)]

| 组别  | 例数 | 设备管理     | 器械准备      | 消毒隔离      | 麻醉管理      | 总发生率       |
|-----|----|----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 观察组 | 30 | 2 (6.67) | 8 (23.33) | 3 (10.00) | 3 (10.00) | 16 (53.33) |
| 对照组 | 30 | 1 (3.33) | 4 (13.33) | 2 (6.67)  | 1 (3.33)  | 8 (26.67)  |
| t 值 |    | -        | -         | -         | -         | 15.492     |
| P 值 |    | -        | -         | -         | -         | <0.001     |

### 2.2 比较两组手术并发症发生情况

结果显示，观察组手术并发症发生率为 16.67%，低于对照组的 33.33%，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。具体见表 2。

表 2 两组患者手术并发症发生率比较 [n(%)]

| 组别         | 例数 | 深静脉血栓    | 软组织损伤     | 感染       | 其他       | 总发生率       |
|------------|----|----------|-----------|----------|----------|------------|
| 观察组        | 30 | 2 (6.67) | 5 (16.67) | 1 (3.33) | 2 (6.67) | 10 (33.33) |
| 对照组        | 30 | 1 (3.33) | 2 (6.67)  | 1 (3.33) | 1 (3.33) | 5 (16.67)  |
| $\chi^2$ 值 |    | 2.330    | 0.280     | 7.630    | 7.630    | 15.854     |
| P 值        |    | 0.127    | 0.597     | 0.006    | 0.006    | <0.001     |

### 2.3 对比两组患者满意程度

结果显示，观察组和对照组护理满意度方面相比，具有显著差异 ( $P < 0.05$ )，具体见表 4。

表 3 护理满意度对比[n (%) ]

| 组别         | 例数 | 非常满意      | 满意        | 不满意      | 总满意度      |
|------------|----|-----------|-----------|----------|-----------|
| 观察组        | 30 | 18(58.05) | 12(38.70) | 1(3.21)  | 30(96.77) |
| 对照组        | 30 | 12(38.70) | 10(32.25) | 9(29.04) | 22(70.98) |
| $\chi^2$ 值 |    | 2.330     | 0.280     | 7.630    | 7.630     |
| P 值        |    | 0.127     | 0.597     | 0.006    | 0.006     |

### 3 讨论

手术室是医院重要的治疗科室，在对患者实施手术治疗的过程中，手术室是必不可少的专科场所；相比于医院的其他科室来说，手术室护理工作具有工作量大的特点。同时，护理人员在工作中也面临更多的安全隐患与护理风险。由于手术室护理工作的质量会直接影响手术进展以及患者的生命安危，因此高质量的落实手术室护理安全管理工作十分重要。手术治疗是临床上十分常见的一种治疗手段，随着我国医疗技术的飞速发展，手术治疗已经成为临床不可缺少的一种治疗方法。手术治疗的发展和应用为患者带来了福音，其相较于药物治疗的优点在于，其可准备的找到病灶所在，快速且干净的处理病灶，从而让患者恢复健康。虽然手术治疗的方法能极大的缩短治疗的时间和及时控制病情，但是手术后还需要对患者进行护理，预防并发症的发生才能真正的促进患者痊愈<sup>[5]</sup>。值得关注的是，患者术后恢复的速度以及恢复的效果除了与术后护理相关，其还与手术过程中的多个流程和细节相关。

细节护理是临床上常见的一种护理方法，其护理内容主要侧重于对护理过程中的一些细节做好护理，以患者的利益和生命安全为核心，将护理工作细化、精化、优化，以便把护理工作的质量提高一个等次，降低治疗过程中的各种风险。细节护理在不同的应用环境，其护理内容和措施均有所不同。为了更好的为患者进行服务，本研究就细节护理在手术中的安全护理应用效果进行了探究，结果显示手术室实施细节护理在手术安全方面有显著的应用效果，其主要表现在能有效降低患者手术过程中发生风险事件的概率，患者术后并发症的概率降低，除此以外细节护理能提高手术护理人员的专业能力和技术。证明细节护理在保证手术室安全中的应用效果十分良好，可在临床推广和使用<sup>[6-7]</sup>。细节护理是临床的一种护理模式，护理内容主要侧重于对护理过程中的一些细节做好护理，以患者的利益和生命安全为核心，将护理工作细化、精化、优化，以便把护理工作的质量提高一个等次，针对临床上容易忽视的细节问题进行护理，以期提高护理的治疗同时促进患者的治疗效果。根据细节护理运用的地方不同，其内容会有一些程度的改变，若将细节护理应用至手术室治疗中，能有效的避免手术相关风险事件的发生，从而促进患者疾病的恢复，提高治疗效果。本研究旨在探究应用细节护理的措施对保障手术安全的临床应用效果。

细节护理的执行目的是消除不利因素，促进手术安全、顺利和高效率进行。该次研究中，采用手术室细节护理后，术前准备和术中干预质量显著提升，护理执行效率更高，术中出血较少。相关文献表明，通过细节护理可提高护理执行效率，针对性防控制中危险因素，减少术中出血量等，与该文结论一致。在手术室中，影响护理安全的因素主要是手术室感染、器械伤害、手术实施过程所需药物器械未进行充足准备导致手术延迟，以及设备使用异常等。手术室安全管理一方面应促进患者安全，另一方面应促进医护人员安全。应实施规范化、精细化管理，对手术室护理细节提出严格要求，避免因人为失误导致患者或医护人员受到器械伤害或发生感染。设备使用前应进行严格的性能检查<sup>[8]</sup>。手术相关设备具有众多分类，在手术过程中进行体征监测，指导手术过程等，或者对患者进行通气支持、麻醉支持等，一旦设备出现使用问题，极易影响手术过程和治疗效果，严重时可能致残、致死，危害患者生命健康，护理人员也将承担法律责任。

手术室全期细节护理是指护理人员运用自身专业技能,为手术患者提供术前、术中、术后各阶段的细节护理。相较于普通临床护理，手术室全期细节护理着重于从细节出发，及时全面地关注每一名患者的治疗情况以及心理状况，严格划分手术患者的护理阶段，做好术前宣教、术中关怀以及术后护理，及时为手术患者进行心理干预，消除患者手术恐惧情绪，为患者营造一个良好的治疗环境<sup>[9]</sup>；及时回应患者的合理需求，为患者提供全方位的护理服务。

手术室细节护理在开展过程中主要是以患者为中心实施的各项护理服务，在实际应用期间能尽可能满

足患者合理化护理需求，为患者提供更为全面、细致的护理服务，加强患者的手术室细节护理能显著增强患者的治疗信心，使患者治疗依从性得到明显提升，有利于取得理想的护理效果和满意的治疗成效。手术室细节护理能够明确各个环节的护理内容，为护理质量与护理安全性建立保障在开展过程中主要是以患者为中心实施的各项护理服务，在实际应用期间能尽可能满足患者合理化护理需求，为患者提供更为全面、细致的护理服务，加强患者的手术室细节护理能显著增强患者的治疗信心，使患者治疗依从性得到明显提升，有利于取得理想的护理效果和满意的治疗成效。手术室细节护理能够明确各个环节的护理内容，为护理质量与护理安全性建立保障<sup>[10-11]</sup>。手术室细节护理要求护理人员进行护理服务前应总结对手术室患者的护理经验，提高自身的护理标准，根据患者实际开展具有针对性的护理，详细记录护理过程中的细节，并持续改进护理服务质量水平，使患者护理满意度得以提升。总之，采用手术室细节护理可以保障患者的护理质量与护理安全性。

### 结束语

综上所述，细节护理在手术室安全护理中有良好的应用效果，其主要是因为细节护理对患者、手术室、手术过程中的细节进行了关注，并避免了相关危险事件发生的概率，从而提高了护理效果。其方法值得在临床宣传和应。

参考文献：（略）

## 脊柱结核手术患者的手术室护理效果

帅鹤

作者单位：山西省太原市第四人民医院 山西 太原 030053

**摘要：目的：**探究脊柱结核手术患者的手术室护理体会及其效果。**方法：**选取 2016 年 8 月到 2019 年 8 月期间我院收治的 120 例脊柱结核手术患者作为观察对象，利用随机数表法将所有患者分为对照组（n=60）和实验组（n=60）两组，对照组患者给予常规手术护理，实验组患者给予优质手术室护理，对比两组脊柱结核手术患者的整体恢复情况、治疗前后的疼痛 VAS 评分、随访三个月后的复发率。**结果：**实验组脊柱结核手术患者在实施优质手术室护理后，和对照组患者相比，整体治疗有效率明显更高、且治疗后的疼痛 VAS 评分明显下降、随访复发率更低，差异具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。**结论：**临床采用优质的手术室护理能够显著改善脊柱结核手术患者的疼痛感，对于促进患者的身体功能恢复，降低疾病复发具有积极的临床价值，值得推广。

**关键词：**脊柱结核；外科手术；手术室护理；疗效；疼痛评分；复发率

脊柱结核疾病是临床常见的骨科疾病，多见于腰椎结核、胸椎结核、胸腰段结核等，是最为常见的骨关节疾病类型，占总比例的 50%<sup>[1]</sup>。大部分患者均在肺结核后继发该病，病程发展较为缓慢，但由于其慢性破坏性，会对患者的身心健康和家庭幸福造成严重影响。本次研究通过选取我院收治进行手术的 120 例脊柱结核患者作为观察对象，分析了实施优质手术室护理的临床体会，具体的报告如下：

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本次研究资料选择在本院接受脊柱结核手术治疗的 120 例作为研究对象，按照数字随机分配的方法将其分为两组对照研究，所有入选的患者通过核磁共振和 X 线检查确诊为脊柱结核，实验组 60 例，包括男性 35 例，女性 25 例，最小年龄为 35 岁，最大年龄为 72 岁，平均（54.11±3.79）岁，病例类型：腰椎结核 22 例、胸椎结核 20 例、胸腰段结核 15 例，其他 3 例；对照组 60 例，包括男性 32 例，女性 29 例，最小年龄为 37 岁，最大年龄为 74 岁，平均（54.66±3.84）岁，病例类型：腰椎结核 18 例、胸椎结核 15 例、胸腰段结核 12 例，其他 8 例。资料统计分析后差异无意义， $P > 0.05$ ，可研究对比。此次研究方法经

医院理论委员会批准审核，且所有参与患者对本次内容知情且同意参与<sup>[2]</sup>。

### 1.2 方法

对照组给予常规手术护理，包括术前评估、体征监测、科学用药、健康教育等。实验组脊柱结核手患者接受了高质量的手术室护理，具体如下：术前护理：医护人员应根据患者病历为患者提供科学的手术方案，进行术前教育，告知患者手术操作流程，同时以人性化的态度做好患者的心理疏导工作，加强与患者的沟通，告知患者脊柱结核治愈的可能性，减少患者的恐惧和焦虑，优化患者的身体体征，保证患者能保持最佳状态，积极配合各项检查，术前做好禁食禁水，保证手术顺利进行术中护理：患者进入手术室后，医护人员应及时调整手术室环境，保证合理的温度和湿度，并向患者介绍手术器械和物品的基本功能，减少患者对陌生环境的恐惧。常规麻醉后，应监测患者的心率、血压、体温，做出详细的概率，检查患者是否有任何不良反应，积极配合医生的操作，术后及时止血并护理好伤口<sup>[3]</sup>。

术后护理：麻醉后患者疼痛剧烈。医护人员应区分患者疼痛是炎性疼痛还是外伤性疼痛，合理使用相关药物做好镇痛护理，加强对患者体征的监测并记录变化。由于患者术后需要长时间卧床，医护人员应做好患者的日常护理和营养支持工作，并在康复初期给予患者一定的功能训练。通过包括翻身、仰卧、侧身、关节活动等练习，可以逐渐改善患者的关节功能，鼓励患者下床活动，促进患者康复<sup>[4]</sup>。

### 1.3 观察指标

疼痛程度：采用视觉模拟评分法评估患者护理前后的身体疼痛度，以 0~10 分进行评估，分值越高，疼痛程度越严重。并发症和依从性：观察对比两组患者出现并发症（伤口感染、肺不张、深静脉血栓）和药物依从情况。

治疗前后的疼痛 VAS 评分：满分为 10 分，在患者治疗前后进行测试评定，分数越高代表患者的疼痛感越强烈。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件计算，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，组间以 t 检验，计数资料用 % 表示，以  $\chi^2$  检验，当  $P < 0.05$  说明此次研究存在显著研究价值。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的整体恢复情况对比

由表 1 可见，实验组脊柱结核手术患者的整体治疗有效率明显高于对照组患者，差异具有统计学意义 ( $p < 0.05$ )

表 1 两组患者的整体恢复情况对比

| 组别  | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----|---------|
| 对照组 | 60 | 25 | 23 | 12 | 80%     |
| 实验组 | 60 | 37 | 20 | 3  | 95%     |

### 2.2 疼痛程度

干预前的疼痛程度对比无意义，护理干预后，观察组患者的 VAS 较低于对照组， $P < 0.05$ ，见表 2。

| 组别  | 例数 | 治疗前 (分)     | 治疗后 (分)     |
|-----|----|-------------|-------------|
| 对照组 | 60 | (6.72±1.02) | (3.67±1.31) |
| 实验组 | 60 | (6.68±1.03) | (2.09±1.28) |

## 3 讨论

脊柱结核属于消耗性疾病，是指椎骨的骨炎，该病大部分是由肺结核引发，属于肺结核并发症中最为严重的一种，患者被结核菌感染后通过血液循环进入到骨组织后造成破坏，进而发展成为骨结核，患者发生此病后会累计全身，其中最为严重的为胸椎和腰椎，患者存在剧烈的疼痛，发病患者早期并无任何明显症状，

在后期疾病发展过程中，逐渐出现活动能力受限、局部疼痛以及各功能障碍等症状，其治疗难度较大<sup>[5]</sup>。通常医学上对于此病的治疗方式主要为手术方法，通过手术能够控制疾病的恶化发展，减轻疾病带

来的身体疼痛，但是手术治疗后的预后效果不理想，术后若不注意，可能会存在较严重的后遗症，例如：背部酸痛、长期用药出现耐药性、疾病容易复发等，不仅增加患者的痛苦，还影响患者的生活质量。选择手术治疗中患者易出现较多负面情绪，各种情绪对手术治疗有一定的干扰，不利于患者的较好恢复，还会引发较严重的并发症<sup>[6]</sup>。

本文中将对我院的脊柱结核患者实施优质的护理干预，护理服务在整个手术过程中对患者出现的各种不良情绪进行干预，采取多种方式心理疏导，从病房手术环境、治疗方法等各阶段的干预来消除患者的焦虑、抑郁情绪，使得患者保持积极心态配合医生手术治疗<sup>[7]</sup>。优质的手术室护理能够缩短手术治疗时间，通过运动康复训练加快患者的伤口愈合，从饮食方面指导患者多食高蛋白、维生素量丰富的食物，针对患者的实际情况可静脉注射脂肪乳进行营养支持，鼓励患者尽早下床，提升其生活质量。

综上所述，临床采用优质的手术室护理能够降低脊柱结核手术患者的疼痛感，对于促进患者的关节功能恢复，降低复发具有重要的临床推广价值。

参考文献（略）

## 充气式加温仪在预防脊柱结核手术患者低体温中的应用效果

闫茵茵

作者单位：太原市第四人民医院

**摘要：**本研究旨在探讨充气式加温仪在预防脊柱结核手术患者低体温中的应用效果。通过对比使用充气式加温仪的观察组与常规保暖措施的对照组，观察两组患者术中及术后的体温变化、低体温发生率、并发症发生情况以及患者主观感受。结果表明，使用充气式加温仪的观察组患者在体温维持、低体温发生率、并发症发生情况及患者主观感受方面均优于对照组。因此，充气式加温仪在预防脊柱结核手术患者低体温中具有良好的应用效果，值得临床推广使用。

**关键词：**充气式加温仪；脊柱结核手术；低体温；预防

脊柱结核的患者胸腰椎骨质连续性破坏，主要临床表现为疼痛、活动受限、不同程度的功能障碍等，严重影响患者的正常生活。临床治疗以手术为主，通过清除坏死骨质，植入内固定物，从而达到维持脊柱功能的治疗目的，但由于手术时间长、患者暴露面积大，术中易导致体温低于核心体温。低体温不仅会影响患者的舒适度，还可能增加手术风险，影响术后恢复，且会增加造成患者术后苏醒延迟、冷感觉、寒战，增加手术切口感染等风险<sup>[1]</sup>，往往不利于术后患者恢复，因此，维持手术期间患者体温的恒定，以降低并发症发生风险非常必要。常规保温护理在脊柱结核手术患者中的应用效果有限，而充气式加温仪是一种主动加温保暖系统，通过向患者身体表面吹送温暖的气流，帮助患者维持恒温状态<sup>[2]</sup>。鉴于此，本研究探讨充气式加温仪在预防脊柱结核手术患者低体温中的应用效果，现报道如下。

### 1、资料与方法

#### 1.1 一般资料

采用便利抽样法将 2022 年 8 月至 2023 年 3 月于我院行手术治疗的 47 例胸腰椎结核手术患者纳入对照组，将 2023 年 4 月至 2023 年 11 月于我院行手术治疗的 47 例胸腰椎结核手术患者纳入观察组。对照组男 29 例，女 18 例；年龄 46~87 岁；平均(69.45±5.32)岁；胸椎结核手术患者 21 例，腰椎结核手术患者 26 例。观察组男 31 例，女 16 例；年龄 45~89 岁，平均(69.74±5.46)岁；胸椎结核手术患者 20 例，腰椎结核手术患者 27 例。两组一般资料比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具有可比性。纳入标准:符合胸腰结核的诊断标准；术前体温正常；签署知情同意书。排除标准:伴有凝血功能异常；患有严重心、肝、肾疾病；长期使用免疫抑制剂、激素、镇静剂，酗酒或存在药物依赖。

#### 1.2 方法

对照组采取常规保温护理：在患者进入手术室前 1h，将手术室内温度调至 27℃；术中至手术结束，将手术室内温度维持在 27℃左右；期间为患者加盖棉被进行保暖。观察组加用充气式加温仪：术中将加温仪温度设定范围为 38~43℃，根据患者清醒期主诉调节温度，并确保保温毯平整服帖患者身体，使患者睡卧其中，期间密切关注患者的核心体温、询问舒适度<sup>[3]</sup>，及时调节加温仪温度，确保患者体温维持在 36.5~37.5℃。两组患者在年龄、性别、手术类型等方面无显著差异，具有可比性。

### 1.3 观察指标

(1)体温:测量并记录两组术前及手术 10、30、60 min 的体温。(2)并发症:观察并记录两组寒战、躁动等并发症发生情况。(3)患者主观感受:通过术后问卷调查了解患者对术中保暖措施的满意度及主观感受。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计软件进行数据分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2、结果

2.1 两组术前及手术 10、30、60 min 的体温比较两组术前、手术 10 min 的体温比较，差异均无统计学意义(P>0.05)；观察组手术 30、60 min 的体温均高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表 1

表 1 两组术前及手术 10、30、60 min 的体温比较 (℃,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 术前           | 手术 10min     | 手术 30min     | 手术 60min     |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 47 | 36.50 ± 0.34 | 36.46 ± 0.31 | 36.42 ± 0.63 | 36.56 ± 0.54 |
| 对照组 | 47 | 36.42 ± 0.35 | 36.41 ± 0.23 | 35.27 ± 0.23 | 35.25 ± 0.26 |
| t   |    | 1.091        | 0.989        | 11.654       | 15.189       |
| P   |    | 0.276        | 0.323        | <0.001       | <0.001       |

### 2.2 两组并发症发生情况比较

观察组出现寒战 1 例，躁动 1 例，并发症发生率为 4.26%(2/47)；对照组出现寒战 4 例，躁动 4 例，并发症发生率为 17.02%(8/47)；观察组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义( $\chi^2=4.029$ , P=0.045)。

### 2.3 患者主观感受

术后问卷调查结果显示，患者对于“我现在感觉不冷也不热”这句话的赞同程度，依次按照“完全不同意”“有点不同意”“有点同意”和“完全同意”1-4 分打分，舒适度比较结果，见表 2

| 组别  | 例数 | T0     |    |    |    | T4     |    |    |    |
|-----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|
|     |    | 1分     | 2分 | 3分 | 4分 | 1分     | 2分 | 3分 | 4分 |
| 观察组 | 47 | 1      | 4  | 23 | 19 | 0      | 0  | 4  | 43 |
| 对照组 | 47 | 1      | 6  | 15 | 25 | 0      | 0  | 5  | 42 |
| t   |    | -0.690 |    |    |    | -0.391 |    |    |    |
| P   |    | 0.490  |    |    |    | 0.696  |    |    |    |

这一结果反映了充气式加温仪在改善患者主观感受方面的积极作用。

## 3、讨论

恒定体温作为保证人体生理功能的重要前提，常需维持在 37℃左右，若体温发生改变，则可导致代谢紊乱，破坏机体正常生理功能，因此，进行体温监测和维持体温恒定是确保胸腰椎结核手术治疗效果的重要前提<sup>[4]</sup>。常规保温护理通过调节手术室温度及采用棉被覆盖等措施进行保温，仅能避免或减少温度丢失，属于被动保暖，无法升高核心温度。充气式加温仪为持续性保持温度的暖疗系统，可使患者机体直接接触温暖气流，保证体温恒定。本研究结果显示，观察组手术 30、60 min 的体温均高于对照组 (P < 0.05)，表明充气式加温仪的保温效果明显。充气式加温仪通过持续向患者身体表面吹送温暖的气流，能够有效地维持患者体温稳定。其作用机制主要包括以下几个方面：首先，温暖的气流能够直接作用于患者皮肤，提高皮肤温度；其次，通过循环流动的气流，能够促进患者体内热量的分布和传递；最后，充气式加温仪还能够减少手术过程中的热量散失，从而有效预防低体温，继而达到升高核心温度、维持体温恒定、降低寒战及躁动等并发症的发生<sup>[5]</sup>。

脊柱结核手术由于手术时间长、患者暴露面积大等因素，低体温的发生率较高。充气式加温仪在脊柱结核手术中的应用具有以下优势：首先，其能够持续稳定地维持患者体温，减少低体温的发生<sup>[6]</sup>；其次，通过改善患者的主观感受，能够减轻患者的焦虑和恐惧情绪，提高手术满意度；最后，通过减少并发症的发生，能够促进患者的术后恢复和康复。

综上所述，充气式加温仪在脊柱手术患者预防低体温方面可保持患者体温恒定，预防并发症的发生，促进患者术后快速恢复。具有良好的应用效果。

参考文献（略）

## 舒适护理在围术期手术室护理中的应用效果

张保霞

作者单位：山西省太原市第四人民医院 山西太原 030053

**摘要:**目的:观察舒适护理在围术期手术室护理中的实际应用效果。**方法:**挑选 2023 年 6 月-2023 年 12 月本院 100 例手术病人做为研究对象,按手术奇偶数次序分成对照组和观察组,各 50 例。对照组推行常规护理方式,观察组推行舒适护理方式。数据分析两组患者生命质量、手术指标及满意度。**结果:**两组生存质量对比,观察组患者躯体功能、心理功能、健康状态和社会功能得分均高于对照组,差异显著,  $P<0.05$ ;手术指标方面,与对照组对比,观察组手术耗时短,手术过程中血流量小,住院天数短,差异显著,  $P<0.05$ ;两组满意度对比,观察组满意度为 97.00%,高于对照组的 85.00%,差异显著,  $P<0.05$ 。**结论:**对手术患者采用舒适护理,能缓解病人紧张焦虑等心理状态,缩短手术用时及住院时长,同时提高患者满意度。

**关键词:**舒适护理;手术室护理;护理效果

术中护理不是简单、机械的操作,而是应该引入大量的人文关怀,向舒适个性化方位转变。这包括构建温馨舒适的就医环境、心理生理舒适及体位舒适护理的应用,使护理工作由被动变为积极主动,能最大程度满足患者的需求,多角度的进行护理<sup>[1]</sup>,在原有理念的基础上加上舒适护理应用,从而在护理的过程中改变提升护理理念。本文重点分析舒适护理模式在手术室围术期护理中的应用价值,详细如下。

### 1 一般资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2023 年 6 月-2023 年 12 月医院手术病人 100 例做为研究主体。纳入标准:①知晓所有研究方向;②无认知功能障碍;③无手术禁忌。排除标准:①身患精神疾病;②器质性病变;③半途转诊、撤出者。按手术顺序进行序号,依据序号末尾数奇偶数和小组之间年龄、性别均衡较为标准分成对照组和观察组,每组 50 例。对照组推行常规护理方式,其中男 28 例,女 22 例患者年龄区间 18~78 岁,平均年龄为  $48.01\pm 2.34$  岁。观察组执行舒适护理方式,其中男 24 例,女 26 例,患者年龄区间 19~77 岁,平均年龄为  $48.05\pm 2.32$  岁。科学研究已通过医院伦理委员会的核查。

#### 1.2 方法

对照组开展基本护理,手术前准备环节对病人家属开展健康教育知识宣教,表明手术过程中相互配合流程和关键点,现场展示相互配合方式,让患者能高度配合。手术过程中积极配合,使各项操作更加顺畅。手术后 1-3 天术后访视,了解患者精神状态、手术切口渗血、疼痛及引流情况,及有无相关并发症,针对性进行健康指导,包括正确的卧位、肢体功能锻炼及有效的咳嗽方法等,防止并发症关联性<sup>[2]</sup>。调查患者对术中护士整体护理的评价。

观察组给予舒适护理:

##### 1.2.1 术前访视

①收集资料:手术室护理人员术前 1 天阅读患者病历后,了解基本概况,包含病史、生命体征、诊断、

药物过敏史、检验结果、手术名称、手术部位及麻醉方式等相关信息。与病房护士沟通交流，制定个性化护理方案。与手术医师沟通交流，了解手术步骤、体位及特殊手术器械，了解手术医师的实际操作习惯性。

②探访患者：自我介绍并说明访视目的，向患者介绍岗位及工作职责、手术流程，包括入手术室时间、手术时长及注意事项。向患者说明手术期内自始至终守候在他身边，与此同时详细介绍手术医生和麻醉科医师相关资质，使之信任，并相互配合手术。

③评估患者：了解病人病情、皮肤情况、血管情况、营养情况、心理状态、经济能力、家庭状态、配合程度、风俗习惯和民族信仰等<sup>[3]</sup>。根据评估结果为患者制定完善的手术期护理计划，从而缓解患者术前的焦虑心理，增强对手术的信心，提高患者对手术的应急能力。

④知识讲解：以 PPT、图片配文字及科普视频的方式对患者进行手术知识宣教。让了解患者手术方式、麻醉方式、手术体位及注意事项。告知患者手术目的、可行性、并发症和预后，分享该疾病类型的成功案例，使患者对手术充满信心<sup>[4]</sup>。

⑤术前准备：了解术前准备工作的完成情况，如备皮、备血及皮试，告知患者禁饮食时间及清洁皮肤，向患者说明术前准备的必要性，为减少术后并发症和感染做好相关工作<sup>[5]</sup>。

### 1.2.2 术中舒适护理

①进入手术室前，详细核对患者资料。一般来讲，患者在进入手术室后，会出现血压升高、心率加快等症状。护理人员需要密切监测患者体征，及时安抚不安情绪。②由于手术室环境会影响患者情绪、手术进度，应将室内温度调至 22-25℃，尽量减少交流。同时，严格控制手术室的人数，减少进出次数。③麻醉之前，向患者介绍麻醉方法、状态等，让患者做好准备。手术过程中，注意观察患者意识、皮肤颜色等方面的变化，出现异常后即刻处理。对于术中清醒者，可以让其听音乐来放松精神。④保持手术室素净，确保手推车、器械台无声，各项操作开展时动作轻柔。一旦仪器发出警报，及时和患者解释。⑤对于手术中需要多路补液的患者，可以在麻醉前用小针头输液，麻醉后再更为粗针头，避免疼痛增加不适感。患者感觉疼痛时，护理人员需要给予同情和鼓励的话。

### 1.2.3 术后舒适护理

①手术结束后，用温水擦拭患者身上的消毒液、血迹，帮助穿好衣服，盖好被子。用温和的语言告知患者手术完成，和麻醉医师共同将患者送回病房。②实时监测患者生命体征，详细介绍术后可能出现的不适现象、注意事项。了解患者的心理情况，做好术后的心理指导。同时，叮嘱患者家属，发现患者出现不适后，即刻通知医护人员。③评估患者的疼痛程度，轻度、中度疼痛者，利用分散注意力的方式处理。重度疼痛者，遵医嘱使用镇痛、镇静药物。④告知患者咳嗽时注意控制力度，以免用力过大增加痛苦。观察切口情况，及时更换敷料，做好消毒、清洁等工作，预防切口感染。⑤结合患者的身体情况，指导饮食和运动，增加机体营养，增强身体素质，促进早日康复。病人手术后有可能出现焦虑情绪等心理状态，担忧手术远期疗效的，应告之病人手术后的实际效果及手术后专业化舒适护理的重大意义，给与关注与了解。随诊期内健全病人档案资料，评定手术短期内功效并归档<sup>[6]</sup>。

## 1.3 观察指标

数据分析两组生存品质、手术治疗指标及满意度，详细如下。①生存质量：采用 SF-36 评定量表评定 2 组身体、心理状态、身体状况和社会意识形态，100 分满分，越大表明生存品质就越好。②手术治疗指标值：对 2 组的手术过程、手术过程中血流量、住院天数进行记录和比较。③满意度：采用院中自制医护满意度问卷调查表，调研住院治疗医护人员的沟通协调能力、专业能力、人性化服务、心态仪表等满意度，满分为 100 分，成绩超出 80 分为“十分满意”，成绩为 70~79 分为“一般”，总满意度是很满意和一般满意的总和。

## 1.4 统计学方法

采用 SPSS2.0 软件进行统计数据分析，计数资料用平均值和标准偏差（ $\bar{x} \pm s$ ）表明，利用 t 检验；测算材料案例数“%”，说明利用  $\chi^2$  检测。当  $P < 0.05$  时，代表着差别有统计分析使用价值。

## 2 结果

### 2.1 两组生存质量评分对比

观察组的躯体、心理、健康状态与社会功能评分均高于对照组，差异显著， $P < 0.05$ 。见表 1。

**表 1 两组生存质量评分结果（分， $\bar{x} \pm s$ ）**

| 分组             | 案例（n） | 躯体功能       | 心理功能       | 健康状态       | 社会功能       |
|----------------|-------|------------|------------|------------|------------|
| 观察组            | 50    | 78.52±6.42 | 79.62±5.37 | 80.26±6.57 | 82.3±3.26  |
| 对照组            | 50    | 65.37±5.36 | 60.85±5.67 | 68.62±6.34 | 65.79±3.07 |
| X <sup>2</sup> | -     | 9.034      | 9.521      | 7.324      | 21.231     |
| P              | -     | 0.005      | 0.007      | 0.005      | 0.001      |

## 2.2 两组手术指标对比

与对照组相比，观察组的手术用时较短、术中出血量较小、住院时长较短，差异显著， $P < 0.05$ 。见表 2。

**表 2 两组手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）**

| 分组             | 案例（n） | 手术用时（min）  | 术中出血量（ml）  | 住院时长（d）   |
|----------------|-------|------------|------------|-----------|
| 观察组            | 50    | 55.24±6.12 | 55.34±5.24 | 6.34±2.34 |
| 对照组            | 50    | 76.34±8.39 | 79.52±5.65 | 9.62±3.27 |
| X <sup>2</sup> | -     | 11.672     | 18.026     | 4.686     |
| P              | -     | 0.001      | 0.009      | 0.001     |

## 2.3 两组满意度对比

观察组为 97.00%，高于对照组的 85.00%，差异显著， $P < 0.05$ 。见表 3。

**表 3 两组满意度对比结果**

| 组别             | n  | 非常满意 | 一般满意 | 不满意 | 总满意度（%）   |
|----------------|----|------|------|-----|-----------|
| 观察组            | 50 | 27   | 21   | 2   | 97（97.00） |
| 对照组            | 50 | 20   | 22   | 6   | 85（85.00） |
| X <sup>2</sup> | -  |      |      |     | 4.632     |
| P              | -  |      |      |     | 0.031     |

## 3 讨论

手术室是医院不可或缺的重要组成部分，随着护理学科发展和现代医学模式的不断变化，社会各界对手术室护理人员提出了更高的要求，为进一步改善患者就医体验，当前的手术室护理中，常采用舒适护理模式，其特点主要包括：①简易性。在手术室舒适护理中，并不是强调高操的技术、知识，而是利用日常的护理措施，提升患者的舒适程度，提高护理质量。②实惠性。为患者提供舒适护理服务，能够基本满足患者各方面的需求，实现护理目标。③务实性。将舒适护理措施用于日常护理中，有助于提高患者的依从性，提升护理成效。④广泛性。近年来，舒适护理理论不断发展，适用范围也随之扩大，并在相应领域取得显著效果。此外，舒适护理的应用，还能直接处理各种问题，从而减少术后并发症的发生风险，提高手术效果<sup>[7]</sup>。

本研究数据显示，观察组患者身体、心理状态、身体状况和社会意识形态得分均高于对照组，差异显著， $P < 0.05$ ；与对照组对比，观察组手术耗时短，手术过程中出血量小，住院天数短，有显著性差异， $P < 0.05$ ；观察组 97.00%，高于对照组 85.00%，差异显著， $P < 0.05$ 。

综上所述，无论是哪种手术类型，都可将舒适护理用于手术室护理中。相较于传统护理模式，舒适护理更加关注患者的身心需求、身心状态，使其感受到家人般的温暖，并在围术期感到高度舒适，从而在生理、心理上获得满足感，可以提升病人满意度及提高患者手术后生活品质。

参考文献（略）

# 呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预对慢性结核性脓胸 123 例手术后患者康复的护理体会

闫文华

**【摘要】**目的深入细致的分析探讨呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预在慢性结核性脓胸手术患者康复中的应用效果，期待可将研究理论应用至实践中去，对领域发展形成促进，更好的服务于患者，为其解除痛苦。**方法：**实验以对比方式展开，123 例研究对象均为 2022 年 5 月至 2023 年 5 月在本院行慢性结核性脓胸手术治疗的患者，以患者建档顺序为依据将其分成甲乙两组，同时将不同干预策略实行于两组之间，前者划入人数 61 例，提供常规护理服务；后者划入人数 62 例，提供呼吸训练联合咳嗽排痰干预方案，随之进行数据收集、效果评价，整合阐述。采用 t 检测（正态计量数据）；采用  $\chi^2$  检验（计数资料）；计算均数以  $(\bar{x} \pm s)$  代替。**结果：**统计学分析后所得，乙组采纳方案更具可实施性，患者在疼痛评分、护理满意程度、并发症发生率、生活质量各项评分方面体现，均显优甲组 ( $P < 0.05$ )，实验价值突出，值得探讨。**结论：**对于慢性结核性脓胸手术患者而言，在其临床护理方案的横向选择中，建议优先选择乙组采纳方案，即呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预策略，不仅能够减轻患者疼痛症状，降低并发症发生几率、提高生活质量，还可极大程度增进护患关系，收获患者满意度提高，值得肯定、引用、推崇。

**【关键词】**呼吸功能训练；慢性结核性脓胸手术；咳嗽排痰干预

时下，由于科技水平不断进步，工业发展速度逐渐加快，导致全球面临严重的环境及大气污染，使得肺部疾病发病几率逐年上升，并且随着国内老龄化问题的加剧，肺部疾病逐渐成为危害老年人健康的重大疾病之一。结核性脓胸：是内科常见化脓性感染性疾病，是胸膜腔脏层胸膜和壁层胸膜之间出现脓胸，但病原菌是结核，需积极、及时的采取有效治疗措施，否则极易导致患者出现胸腔积液、肺部感染等并发症，严重危害患者身心健康及生命安全<sup>[1]</sup>。值得庆幸的是，我们所处当下科学技术、医疗水平先进的时代，通过结核性脓胸胸膜纤维板剥脱术，便可将病变胸膜有效切除，使患者呼吸功能和肺功能得到有效改善。但临床总结发现：为更好的保障手术疗效，需在术后为患者提供全面、完善、针对性的干预措施，来促进患者康复速度<sup>[2]</sup>。为此，本文以《呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预对慢性结核性脓胸 123 例手术患者康复的护理体会》为题，进行深谈浅析，具体内容表述如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

实验展开形式为对照模式，123 例研究对象均为 2022 年 5 月至 2023 年 5 月在本院行慢性结核性脓胸手术治疗的患者，以患者建档顺序为依据将其分成甲乙两组，同时将不同干预策略应用于两组之间，前者划入人数 61 例，提供常规护理服务；后者划入人数 62 例，提供呼吸训练联合咳嗽排痰干预方案；具体细化如下：甲组：男女占比数值为：35 : 26；年龄跨度处于：19--72 岁之间，均值为  $(45.35 \pm 4.29)$  岁；乙组：男女占比数值为：32 : 29；年龄跨度处于：20--73 岁之间，均值为  $(46.41 \pm 3.37)$  岁，期间对患者基础资料的分类与归纳均引用相关软件予以处理，未见差异性 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 护理方法

**1.2.1 甲组：**常规护理实施于本组患者中，具体方案策略如下：针对环境、饮食、用药、运动、心理方面给予服务指导。

**1.2.2 乙组：**在上述基础上对本组患者实施呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预，方案策略如下：(1)呼吸训练：a.深呼吸训练：体位保持坐位，身心保持放松，深呼吸 5--10s 后将气体呼出，训练频次：每次 5min，每日 8--10 次；每日完成任务（吹 5 个气球，气球容量 500--800ml）<sup>[3]</sup>。b.缩唇呼吸法：指导患者用鼻子吸气，缩唇呼气的呼吸法，呼气时口唇呈鱼嘴状或口哨状，利于气体经口腔慢慢呼出，以没有憋气感为原则，吸气时间/2s，呼气时间/4--6s，吸气与呼气比例掌握在 1 : 2 比例，逐渐向 1 : 4 目标增进<sup>[4]</sup>。c.腹使呼吸法：体位保持平卧位，身心保持放松，紧闭双唇，采用鼻子深吸气，膈肌收缩且下移至腹部朝外鼓起直至

无法吸气,停顿 5s 后通过嘴缓慢将气体呼出。d:抗阻呼吸训练:指导患者每日开展户外散步(每次 30min)、爬楼梯运动(每次 15min),每日/3 次。呼气时保持嘴唇收拢,呈吹口哨状,该项训练可有效延长呼气、吸气时间,还可促进残存气体从肺泡排出<sup>[5-6]</sup>。e:分段咳嗽训练:指导患者上身朝前微微弯曲,通过深呼吸收紧腹肌,并采用一连串小声咳嗽来促使支气管分泌物脱落,随之用力咳出,而后开展胸廓放松训练,时间保持在 5min 左右。

(2)康复训练: a:疼痛干预:认真评估患者疼痛程度,同时评估诱发原因,若疼痛一般,可采取按压镇痛穴、自控镇痛技术、转移注意力等方式来为患者缓解疼痛;若患者疼痛程度严重,需给予药物镇痛方案<sup>[7]</sup>。 b:运动干预:鼓励患者术后恢复清醒后,积极开展相关康复训练,如:四肢训练、握拳、抬腿、空中踏车等训练(术后 6h 开展);坐起、刷牙、洗脸等活动(术后 1d 开展);结合患者恢复状况拓展训练范围,包括下床、围床边行走等,整个康复训练需掌握循序渐进原则<sup>[8-9]</sup>。 c:排痰干预:全麻清醒后,提供排痰护理于患者,排痰护理前先进行雾化吸入治疗,随之护理人员对患者进行扣背排痰,每次 2--5min,手法呈杯状,从外到里的顺序。 d:饮食干预:多摄取高维生素、高营养、优质蛋白,但需以清淡为原则,严禁食用红薯、植物蛋白等易产气食物<sup>[10]</sup>。

### 1.3 观察指标

观察评价两组患者在疼痛评分、护理满意程度、并发症发生率、生活质量各项评分方面的差异性。

### 1.4 统计学方法

数据资料均运用 SPSS26.0 系统实行专业分析,当中计量数据计均数±标准差,两组差别比照运用 t、 $\chi^2$  检测,计数数据运用百分率(%)代替,若两组对照结果表明  $P < 0.05$ ,则说明实验价值显现。

## 2 结果

借助图表数据呈现:不同干预策略均对患者作用积极,然乙组患者的各项指标则更显优异( $P < 0.05$ ),详见如下表格所示:

表一 两组患者总体干预效果比对 ( $\bar{x} \pm s$ 、分)

| 组别         | 生活质量评分     |            |            |            |            |            |           |           | 疼痛评分      | 并发症发生率       | 满意度          |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|
|            | 生理功能       | 生理职能       | 躯体疼痛       | 活力         | 社会功能       | 情感职能       | 精神健康      | 总体健康      |           |              |              |
| 甲组<br>n=61 | 46.3±1.58  | 48.8±6.32  | 48.3±2.82  | 55.8±1.53  | 49.1±2.48  | 46.4±4.82  | 48.2±1.55 | 54.4±3.33 | 2.86±1.68 | 22<br>(36.1) | 43<br>(70.0) |
| 乙组<br>n=62 | 55.64±1.15 | 57.33±5.76 | 53.76±1.79 | 61.05±1.37 | 56.88±2.07 | 57.78±3.76 | 52.8±3.76 | 68.3±2.28 | 1.86±0.13 | 2<br>(3.2)   | 60<br>(96.8) |

## 3 讨论

结核性脓胸:诱发因素多样,可受肺结核空洞、胸膜下干酪样病灶破裂、肺结核外科手术导致脓液长期渗出等因素影响,低热、乏力等是其临床症状,当下,手术治疗是针对此类病症的最有效解决方案<sup>[11]</sup>。但研究证实:在积极开展手术治疗的同时需配合科学、全面的干预策略来完善治疗。为此,本文针对 123 例患者展开不同形式的干预服务,最终结局呈现:乙组患者在各项指标的体现上均显优于另一组。主要原因在于:呼吸训练过程无创伤、无痛苦,患者可自行训练,且不会增加医疗费用,实用性极强;通过呼吸训练,可有效调节呼吸收缩运动,使气道黏膜功能增强,减少气道分泌物形成,增强气道纤毛清除功能,同时配合相应康复护理策略,综合医学、教育、社会等措施,指导患者积极开展训练和再训练,以此达到令患者活动能力及生活质量共同提高的目的<sup>[12]</sup>。

综上所述可得结论:在慢性结核性脓胸手术患者中,开展呼吸功能训练联合咳嗽排痰干预,对其康复效果影响意义重大,建议优先选择,大力推广。

参考文献(略)

# 认知-存在团体在肺结核护理管理中的应用

李建红

作者单位：太原市第四人民医院头颈外科

**【摘要】目的：**主要分析了肺结核疾病的护理管理工作，并且探讨了认知-存在团体干预所起到的作用和效果。**方法：**为了保

证实验研究具有科学合理性，选择 80 名肺结核患者，对这些患者分别采用不同的护理方法，分别为常规护理以及认知-存在

团体干预护理。护理工作开展两个月之后，进行相应的指标分析和对比，主要分析指标包括生活质量以及依从性等。**结果：**

在对比两组肺结核患者的治疗依从性以及生活质量时，采用认知-存在团体干预护理的一组肺结核患者占有优势。差异具有

统计学意义。**结论：**在对肺结核患者实施护理工作时，采用认知-存在团体干预能够有效的提升患者的心理状况以及生活质量等。

**【关键词】**肺结核疾病；护理干预；认知-存在团体；作用

结核分枝杆菌是造成肺结核疾病的一个主要原因，一旦患上该疾病，人们的免疫力就会出现下降的情况，该种疾病具有发病率高以及传染性强等特点。每年死于肺结核疾病的人数又非常多。在对该疾病进行治疗时，通常情况下会采用化疗的方法，患者在长期化疗药物的作用下，会产生相应的耐药性，这样就很难保证治疗的效果，与此同时还会出现很大的副作用，在治疗过程中还需要对患者进行隔离，这给患者的身体和心理造成了非常大的压力，与此同时，也给治疗和护理工作增加了难度。认知 - 存在团体干预很好的结合了行为以及认知方面的护理工作，所以能够很好的保证护理效果，患者的心理状况能够通过认知护理来改善，从而保证患者具有积极的理念和思想[4]，在行为护理的作用下，患者能够提升自身的生活质量，使自己的生活具有一定的创造和建设性。该文章主要针对认知 - 存在团体干预所起到的作用进行了研究，以下为具体的研究内容：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

为了确保实验研究的科学合理性，选择了在我院接受治疗的 80 名肺结核患者，作为本实验的研究对象。这些患者的年龄、性别、以及患病时间等一般资料不具有统计学意义。在开展实验研究之前，要对这些患者的资料进行统计和分析，确保是诊断为肺结核疾病，并且没有其他的精神疾病或者是严重的疾病，确保患者知晓本次实验，并且签署相应的志愿书。对于存在精神类疾病或者是认知存在障碍的患者要给予排除。

### 1.2 干预方法

在对肺结核患者实施常规护理干预时，要考虑到健康教育工作以及心理方面的疏导工作。在对肺结核患者实施认知-存在团体护理干预时，要注意以下内容：第一，要成立相应的认知-存在团体护理干预小组，小组成员要包括心理方面的医生以及肺结核疾病方面的医生，在采取干预措施之前要对患者进行分组，护理干预的时间为两个月，一周进行两次。第二，要针对肺结核患者的心理方面开展护理干预，接受治疗的肺结核患者可以在鼓励干预的作用下，讲述自己的经历和感受，在此过程中可以诉说自身的不良情绪以及相应的解决方法，小组之间的病人可以谈心，或者是组织一些活动。在此过程中，家属要重视与患者之间的沟通，给予患者足够的支持和鼓励。肺结核患者在接受治疗的过程中，心里往往会存在着一定的恐惧情绪，在此情况下，患者可以实时的记录自身的状况，然后做出相应的规划。第四，要向患者讲述肺结核疾病方面的健康知识。直到患者形成良好的生活习惯，与此同时，可以制定相应的手册，用来宣传，要有专门的人员解答患者所遇到的问题。第五，护理干预工作在完

成之后，有关人员要及时的进行总结，积累相应的工作经验。

### 1.3 观察指标

主要观察指标包括治疗过程中的依从性、患者的心理情况以及生活质量。在观察治疗依从性时，要针对患者的日常服药和饮食状况，制定相应的调查问卷。在对患者的心理状态进行观察时，要记录和分析患者在接受干预之前和干预之后的情绪状况，可以采用专业的自评量表进行分析。在对患者的生活质量进行观察和分析时，可以采用相应的量表进行评价，评价内容要包含多个方面，例如心理以及社会等。

### 1.4 统计学分析

在对相关数据进行统计和分析时，为了保证科学严谨，要选择专业的软件进行统计，与此同时，还要使用科学合理的数据进行检验。

## 2 结果

### 2.1 治疗依从性

对两组患者依从性进行统计后获得如下对比表 1，本表显示，干预组患者的依从性比对照组高。

**表 1 两组患者依从性对比表**

| 组别  | 干预前        | 干预后        |
|-----|------------|------------|
| 干预组 | 74.56±3.89 | 90.48±5.19 |
| 对照组 | 75.04±3.28 | 82.46±4.11 |
| t   | 0.597      | 7.662      |
| P   | 0.553      | 0.000      |

**表 2 两组患者心理状态评分表**

| 组别  | SAS 评分     |            | SDS 评分     |            |
|-----|------------|------------|------------|------------|
|     | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 干预组 | 54.19±3.37 | 42.16±4.37 | 57.39±3.46 | 45.73±2.46 |
| 对照组 | 54.73±3.62 | 50.88±3.75 | 56.85±3.21 | 51.29±3.55 |
| t   | 0.691      | 9.577      | 0.724      | 8.142      |
| P   | 0.492      | 0.000      | 0.472      | 0.000      |

**表 3 两组患者预后生活质量评分表**

| 组别  | 干预前        | 干预后         |
|-----|------------|-------------|
| 干预组 | 93.19±5.31 | 127.29±9.86 |
| 对照组 | 94.08±5.12 | 118.83±7.61 |
| T   | 0.763      | 4.296       |
| P   | 0.448      | 0.000       |

### 2.2 心理状态

对两组患者心理状态进行评分及统计获得如表 2，表中数据显示，干预后患者的心理状态较好。

### 2.3 生活质量

对两组患者生活质量评分及统计获得如表 3，表中数据显示，干预组患者的生活质量评分更高。

## 3 讨论

肺结核病患者往往会出现抑郁或者是焦虑的心理疾病，这主要是受到了肺结核疾病的影响，该疾病具有极强的传染性，并且在治疗过程中需要采取隔离措施。患者在治疗过程中，如果出现了心理方面的疾病，那么就会对神经功能造成一定的影响，从而影响到患者的免疫力，最终会导致预后恢复效果达不到理想状态。在具体治疗过程中，患者如果没有遵医嘱进行用药或者是饮食，那么会影响到治疗的依从性，最终也很难保证肺结核疾病具有很好的治疗效果。患者的情绪如果不积极，那么很难具有信心接受治疗，在治疗过程中也不能够很好的控制自身的生活习惯，患者身边的人会对肺结核疾病产生相应的恐惧情绪，这同样会影响到患者的认知，从而使自身不能够得到很好的社会角色定位，这同样会对肺结核疾病的治疗产生影响。在此背景下，把认知-存在团体护理干预措施，应用到肺结核疾病的护理工作中，能够有效的提升

护理效果。该文章主要针对认知-存在团体护理干预进行了研究,并且与常规的护理措施进行了相应的对比,从多方面的指标进行观察和研究,最终表明,在对肺结

核疾病患者进行治疗和护理时,采用认知-存在团体护理干预措施,对患者的治疗依从性以及生活质量等方面都有着积极的影响。在实施认知-存在团体护理干预时,肺结核疾病患者能够很好的了解到疾病的知识,从而很好的控制自身的日常习惯和饮食等方面,这样就能够很好的为疾病的治疗提供相应的辅助。对于肺结核疾病患者,消极的心理状况,也能够通过认知-存在团体护理干预措施进行改善,在该种护理干预措施下,患者能够很好的释放自身的情绪,并且对自身不良的情绪有一个正确的认识 and 了解,在团体干预的作用下,患者能够得到相应的帮助和支持。肺结核疾病患者往往存在着很多不合适的认知,在认知-存在团体护理干预措施的作用下,患者能够拥有一个正确的认知,这对于患者的生活质量以及治疗的依从性都有着积极的影响。

#### 4 结束语

由以上可知,在对肺结核疾病患者进行护理时,应用认知-存在团体护理干预措施,对患者有着积极的影响,该种护理干预措施值得在临床上进行应用和推广。

#### 参考文献(略)

## 对甲亢患者围手术期进行心理护理的体会

王晓蕾

作者单位:山西省太原市第四人民医院,山西 太原 030053

**【摘要】**目的:对甲亢患者围手术期进行心理护理的干预效果进行探讨。方法:在医院 2016 年 9 月至 2018 年 7 月期间诊治的甲亢患者中选取 50 例作研究对象,均进行手术治疗,期间提供临床护理干预:将围术期接受常规护理者设为对照组( $n=25$ ),而将加用心理护理者设为研究组( $n=25$ ),就 2 组患者护理前后心理状态变化、护理依从率以及术后满意度进行统计学分析。结果:①研究组在手术前、术后第 1 天、出院时的 HAMA 评分均低于对照组( $t=19.977, 24.908, 23.656$ , 均  $P=0.000$ );②研究组患者围手术期护理依从率 96.00% 高于对照组的 76.00% ( $\chi^2=4.153, P=0.042$ );③研究组患者术后满意度 100.00% 与对照组的 92.00% 相比无统计学差异 ( $\chi^2=2.083, P=0.149$ )。结论:对甲亢患者围手术期进行心理护理,可有效改善患者心理状态,并提高其围术期依从率,值得借鉴。

**【关键词】** 甲亢;围手术期;常规护理;心理护理;依从率;满意度

### 引言

甲亢是甲状腺功能亢进症的简称,其病因主要是甲状腺合成激素释放过多,造成身体机能代谢亢进与神经兴奋等引起。其病情表现为心悸,心律失常,情绪波动,心理敏感等,更甚者会直接死亡。为帮助患者缓解症状与恢复健康,本文对心理干预护理在甲亢患者护理中的应用效果展开观察讨论。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

纳入甲亢患者 50 例,纳入时间是 2016 年 9 月至 2018 年 7 月,按护理方案不同分成对照组、研究组,均 25 例。对照组患者共 25 例:男 13 例,女 12 例;年龄为 23~52 岁,平均年龄为(31.85±3.96)岁;文化程度:小学及以下 6 例,中学(包含中专)14 例,大学(包含大专)5 例;研究组患者共 25 例:男 12 例,女 13 例;年龄为 24~52 岁,平均年龄为(31.77±3.39)岁;文化程度:小学及以下 5 例,中学(包含中专)15 例,大学(包含大专)5 例;两组患者除护理方案外,文化程度、性别分布以及年龄均无统计学差异( $P>0.05$ ),可作对比。

#### 1.2 纳入与排除标准

(1)纳入标准:①经实验室检查、体征以及体格辅助检查等综合诊断为甲亢;②临床数据比较完整;③患者

均有手术指征;(2)排除标准:①合并免疫缺陷、凝血功能障碍以及恶性肿瘤等重大疾病;②无法耐受手术或者麻醉操作者;③无法独立思考、处于昏迷状态或者合并严重抑郁症等精神病患者;④同时参与其他研究者。

### 1. 3 护理方法

为进行对比,对照组进行基础护理,即观察患者具体情况及生命体征、指导患者用药、环境护理等。研究组在此基础上选择心理干预护理。主要包括患者心理了解、治疗前心理具体指导、针对性心理干预等。

①患者心理了解:由于患者患病后,对自身病情不了解,再加上患者病情本身引发心理紧张,容易出现焦虑、抑郁、紧张、敏感等情绪。这时、需要护理人员对患者心理及情绪有一个具体了解,了解患者具体是由哪种原因造成的心理压力。后进行针对性心理辅导。②治疗前心理具体指导:护理人员应保持亲和友善的态度面对患者。了解患者具体心理情况后,对患者进行针对性心理辅导。对于治疗前的患者,首先可以为患者详细介绍与讲解治疗过程与治愈的重要性。其次,可以详细为患者分析心理情况,告诉患者怎样缓解,如何保持愉悦心情接受治疗。最后,指导患者缓解紧张情绪,告诉患者治疗方案与治疗过程的相关知识,让患者直面病情。③针对性心理干预:护理人员可以分阶段,分情况对患者进行针对性指导。可根据患者具体心理状态将患者情况分为轻,中,重三度。对于轻度患者,护理人员可以通过交流与倾听,逐步指导患者缓解心理压力。对中度患者,护理人员需主动与患者交流,保持良好的态度,逐步了解患者心理压力的来源,分析原因,告诉患者如何缓解。重度患者,护理人员需采取一定措施,将患者与家属联系起来,让家属与护理人员全面配合,共同指导患者缓解情绪,提高护理与治疗的依存性。

### 1. 4 观察指标

(1)参考汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者围术期心理状态,即在患者入院时、手术前、术后第 1 天、出院时使用量表测评,关于有无焦虑情绪的分界线是 7 分,其中高于 7 分者被认为存在焦虑情绪,且评分越高,表示患者焦虑情绪越严重;(2)统计两组患者在围术期的护理依从率,即在入院检查、自主情绪调节、术前功能锻炼、饮食、作息、术后活动等方面完全遵照医护人员指导进行者,为依从,有一项表示抗拒者即表示不依从;(3)自拟护理满意度调查问卷,在患者出院当日指导患者根据主观满意度进行填写,问卷包括满意、基本满意、不满意三个选项,问卷共发放 50 份,有效回收 50 份,回收率是 100.00%,护理满意度=(满意+基本满意)/总人数\*100%。

### 1. 5 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 t 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2. 1 观察两组患者在围术期的心理状态

入院时,两组患者的 HAMA 评分对比差异无统计学意义(P>0.05),而研究组在手术前、术后第 1 天、出院时的 HA-MA 评分均低于对照组(均 P<0.05),详见表 1。

表 1 2 组患者在围手术期的 HAMA 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别            | 入院时            | 手术前            | 术后第 1d         | 出院时           |
|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| 研究组<br>(n=25) | 12.64±<br>1.86 | 9.12±<br>0.67  | 8.94±<br>0.55  | 3.15±<br>0.25 |
| 对照组<br>(n=25) | 12.97±<br>1.26 | 15.32±<br>2.18 | 14.26±<br>1.47 | 6.97±<br>1.16 |
| t             | 1.079          | 19.977         | 24.908         | 23.656        |
| P             | 0.141          | 0.000          | 0.000          | 0.000         |

### 2. 2 观察两组患者围手术期护理依从率

研究组患者围手术期护理依从率是 96.00%,高于对照组的 76.00%( $\chi^2=4.153, P=0.042<0.05$ ),详见表 2。

表 2 2 组患者围手术期护理依从率比较(n, %)

| 组别  | 例数 | 依从者 | 不依从者 | 护理依从率 |
|-----|----|-----|------|-------|
| 研究组 | 25 | 24  | 1    | 96.00 |
| 对照组 | 25 | 19  | 6    | 76.00 |

### 2. 3 观察两组患者的术后满意度

研究组患者术后满意度 100.00%，与对照组的 92.00%相比无统计学差异( $\chi^2=2.083$ ,  $P=0.149 > 0.05$ ), 详见表 3。

表 3 2 组患者术后满意度比较(n, %)

| 组别  | 例数 | 满意 | 基本满意 | 不满意 | 满意度    |
|-----|----|----|------|-----|--------|
| 研究组 | 25 | 20 | 5    | 0   | 100.00 |
| 对照组 | 25 | 10 | 13   | 2   | 92.00  |

## 3 讨论

甲亢是一种自身免疫性疾病,目前甲亢的发病机制还不明确,可能与患者的生活环境、自身遗传等因素有一定的关联性。甲亢患者在疾病的影响下会出现焦躁不安、冷漠悲观等心理,出现这些负性心理会使甲亢患者与亲人朋友之间的关系恶化,对患者的生活产生很大的影响。目前甲亢发病机制尚未明确,属于自身免疫性疾病,多是因自身免疫、遗传因素、环境因素等所致。通常甲亢患者心理特点多为淡漠、狂躁等异常表现,而且患者需长时间的治疗,明显增加了患者的心理不稳定性,带来各种各样的心理异常表现;同时甲亢患者因身材消瘦、眼球突出、结节膨大等外观,则会进一步增加患者悲观、淡漠、焦虑等情绪;另外患者不良情绪的存在,对饮食的特殊要求,各方面因素使患者生活质量明显降低。因此,加强对甲亢围术期患者的护理干预十分必要。心理护理作为现代医学生物模式下提出的一项重要护理环节,要求护理人员通过语言行为、态度等有意识地影响病人的认知、感受,从而改善其不良心理状态、不健康行为,从而达到疾病预防、治疗以及加速康复进程的目标。同时,护理人员进行心理护理时,借助美好语言、端庄举止、亲切问候,可让患者感受到温暖、真诚,从而产生信任感、安全感,建立友好护患关系,有助于提高患者满意度,弥补常规护理模式的缺陷。因此,笔者认为可在常规护理基础上融入心理护理,提出新型甲亢手术护理方案,以提高护理质量,因而在本研究中引入了心理护理,取得良好效果:研究组手术前、术后第 1 天、出院时的 HAMA 评分均低于对照组,且该组护理依从率高于对照组。护理满意度与对照组相比数据差异不大,可能与样本量较少有关,需要加大样本量进一步证实。甲亢患者出院易激惹、性情急躁状态下,且多伴发失眠,普遍有焦虑心理,因而笔者使用 HAMA 量表进行心态测评,证明了对甲亢患者围手术期进行心理护理的积极作用。

### 结束语

综上所述,根据甲亢患者的心理状态制定一系列相应的护理措施,应用这些护理措施后发现针对性的护理可以有效缓解甲亢患者的负性心理,提高患者治疗依从性和护理满意程度,是一种有效的临床护理方法。

### 参考文献(略)

## 结核病门诊健康教育管理的实施策略与思考

胡金霞

**【摘要】**肺结核是一种严重影响人类健康的慢性传染病。我国肺结核患者人数众多,目前肺结核仍未得到有效控制。影响肺结核治愈率的主要因素是患者较低的治疗依从性。如果得不到及时的临床诊断和治疗,得不到基本卫生保健机构的系统管理,从而不断传染,就难于控制其在社会上的流行。因此,基于门诊对结核病患者进行健康教育,帮助患者及家属掌握结核病防治知识,提高其自觉接受督导化疗的意识,对促

进疾病康复及减少传染和发病的肺结核患者健康管理模式是非常重要的。

**【关键词】** 结核病 健康知识 健康管理 策略措施

## 一、结核病门诊健康管理背景

结核病疫情仍很严重，还在严重地危害着人民群众的身体健康。我国四分之一的人群感染了结核菌；每年发生肺结核人数达 84.2 万例，位居全球第二位；结核病不仅仅是公共卫生问题，也是严重的社会问题。我国现行的结核病防控策略需要完善，迫切需要应用新技术、新方法和新产品；对结核病患者的诊疗费用没有形成长效机制，患者治疗的经济负担仍然较重；这些都严重影响了我国结核病疫情控制的进展，距 2035 年全球消除结核病目标差距巨大。影响结核病治愈率的主要因素是患者的治疗依从性<sup>[1]</sup>。基于居高不下的结核病发病率和复发率，基于门诊对结核病患者进行健康教育仍是当下需要我们不断探索的课题。

## 二、结核病患者门诊健康管理

### 2.1 结核病患者健康管理的策略

2.1.1 疑似遴选（因症就诊、推介和筛查）。采取被动与主动发现相结合的方式，尽可能地早期发现患者，减少社会传播。首先是要依托门诊医疗卫生机构人员开展大众的结核病健康教育，促进有肺结核可疑症状的人员早期就诊；其次是发挥门诊医疗卫生机构前哨的优势，门诊医疗卫生机构人员在日常发现肺结核可疑症状者及时推介，对老年人、糖尿病患者、病原学阳性密切接触者 and 学校入学新生主动筛查发现的肺结核症状者并及时转诊到结核病定点医疗机构就诊；疾控机构和门诊医疗卫生机构对转诊未到位的患者进行追踪。

2.1.2 患者诊断。采用常规诊断与新技术相结合的方式及时精准诊断。实施新的诊断流程，即对所有的肺结核可疑症状者进行痰涂片检查和胸部影像学检查，对涂片阴性疑似肺结核者进行分子生物学和其他必要的检查。

2.1.3 健康评估（治疗前的检查）。活动性肺结核患者在接受治疗前进行相应的检查。这些检查包括抗结核药物敏感性试验、肝肾功能等实验室检查和临床检查，医生将根据检查和临床评估结果确定治疗方案。

2.1.4 干预方案的制定（制定治疗方案）。医生将根据综合评估结果确定干预方案。干预方案包括医疗干预和非医疗干预。医疗干预主要是抗结核药物治疗和相应的辅助治疗，治疗地点包括住院治疗和居家治疗。非医疗干预包括依托门诊医疗卫生机构创造治疗疾病的良好环境，根据患者的病情和意愿采取相应的生活干预方式，辅助患者治疗管理。

2.1.5 干预方案的实施（实施治疗与管理）。临床治疗即利福平敏感或耐药性未知肺结核的治疗以门诊抗结核药物治疗为主，对一些病情复杂的患者，包括有较重合并症或并发症者、出现较重不良反应等进行住院治疗，待病情缓解出院后转入居家治疗；门诊医务人员访视即门诊医务人员按照要求进行定期对患者进行定期访视；患者自我管理即通过对患者进行培训，掌握自我管理的方法，在门诊医生的指导下，按照自我管理手册的要求进行自我管理。在病原学阳性患者家庭使用紫外线灯和消毒片开展家庭感染控制，减少结核菌在家庭中的传播。

2.1.6 随访随诊（治疗期间随访与检查）。门诊医疗机构人员督促接受抗结核药物治疗的患者，每月到县结核病定点医疗机构进行复诊，在复诊时按照肺结核患者临床路径的要求接受检查。根据病情的进展和检查结果，确定下一步的治疗方案，领取抗结核药品。

2.1.7 健康再评估（完成疗程时检查与评价）。门诊医疗卫生机构协助定点医疗机构在患者完成规定的疗程时，进行治疗转归评价；以痰涂片或痰培养检查作为肺结核患者治疗转归判定的主要依据。评估结果为治愈和完成治疗的患者即可停止治疗和管理；治疗失败和失访的患者进行再评估，进入继续管理的再循环环节<sup>[2]</sup>。

### 2.2 结核病患者门诊健康教育具体施教措施

对患者的健康教育需求进行评估，询问病情及用药情况，根据患者的年龄、病情、文化程度及心理特征确定不同的施教内容及教育方式，患者可根据自身需求随时提出问题，利用候诊时间对患者实施健康教育。

2.2.1 文字宣教 (1) 开设宣传栏、办板报。由专人负责定期更换宣教内容 (2) 发放健康教育处方、图片和宣传手册。主要向患者讲解结核病防治的一般知识, 例如什么是结核病? 肺结核是怎样传染的? 防止和减少呼吸道传播的方法得了肺结核怎么办? 肺结核病人为什么必须查痰? 结核病化学治疗的用药原则, 不合理化疗的危害等等。

2.2.2 口头宣教 讲解常用抗痨药物的作用、副反应及注意事项和消毒隔离知识; 指导患者合理休息及饮食; 结核病是慢性传染病病程长、疗程长整个治疗过程需要家属的理解和支持; 鼓励病人正确对待疾病、工作、学习、婚姻和生育问题, 要有一种查出必治、治必彻底的信心, 一定要与专业医生密切配合坚持全程正规化疗, 定期复查等。

2.2.3 电视宣教 利用候诊大厅的闭路电视, 播放健康教育专题片及结核病防治方面的科普知识中间还穿插一些具体事例编成的小故事或动画片寓教于乐同时也可减轻患者候诊时的烦闷及焦虑心理。

### 三、实施精准的质量控制

肺结核患者健康管理的质量控制, 分为技术质控和管理质控。技术质控指在早期就诊、精准诊断、制定合理的治疗方案、精心的治疗管理和准确的治疗转归评估等关键环节设定衡量质量的关键指标并进行及时评价, 用以判定患者是否可以进入下一个服务环节, 早期发现的患者可疑减少就诊延迟和确证延迟, 精准诊断可疑减少漏诊和误诊的风险, 及时确定和实施精准治疗方案减少延迟治疗和不合理治疗的风险, 提高患者治疗的依从性。管理质控是除为患者提供服务之外, 则重在关注纳入管理流程、制定随访计划和更新管理记录等。通过技术和管理双重质控, 及时发现和处理存在的质量问题, 保证服务流程运行质量和安全<sup>[3]</sup>。

## 四、讨论

### 4.1 门诊结核病患者进行健康教育的重要性和紧迫性

结核病是一种慢性传染病对患者的生活和工作造成了不可忽视的影响, 有些病人因缺乏结核病防治知识或经济困难, 常因症状好转或消失误认为已痊愈而中断或终止治疗, 以致不久再恶化复发并且常成为耐药难治病例, 一些痰菌阳性的病人还能长期传染别人在社会人群中造成严重危害。如果病人得不到规律、适量、全程的治疗会导致耐药病人的逐年增多。因此加强对肺结核病人的健康教育和治疗过程的管理, 提高患者及家属的健康意识和自我保护能力, 使其自觉地定期接受专业医务人员的指导才能有效地保证患者正规用药完成规定疗程彻底治愈避免复发。

### 4.2 结核病患者门诊健康教育中医务人员面临的挑战

结核病给患者造成了沉重的经济负担和精神压力患者的疾病防治知识和自我保健知识水平有待提高, 说明健康教育尚未深入普及。此外门诊医务人员必须对健康教育的过程和效果进行监测和科学的评价才能使患者在提高卫生知识、相信教育内容和改变行为这三个方面的效果健康教育不流于形式。

## 五、结论

综上所述门诊健康教育是预防和治疗结核病最经济有效的手段做好结核病人的健康教育要求医务人员具有丰富的结核病学、预防医学、流行病学、健康教育等知识以及高度的同情心和强烈的社会责任感。要加强医患沟通了解患者的心理及对疾病的态度和对知识的需求情况帮助患者正确对待疾病积极配合治疗提高患者治疗的依从性; 通过有计划、有组织、灵活有效的健康教育活动促使人们提高结核病防治知识水平增强自我保健能力促使人们自觉采纳适合于结核病控制的行为和生活方式促使全社会参与结核病控制工作提高肺结核病人发现率改善病人规律治疗情况提高病人治愈率最终达到提高全民整体健康水平。

在医患沟通的过程中, 医务人员应当细心倾听患者的诉求, 了解他们的心理状态和对疾病的态度。通过建立良好的互动关系, 帮助患者正确看待疾病, 激发他们积极配合治疗的信心。此外, 有计划、有组织的健康教育也是至关重要的, 能够提高社会对结核病防治知识的了解, 增强自我保健能力。通过全社会的参与, 共同努力提高肺结核病人的发现率, 改善病人的治疗情况, 最终实现全民整体健康水平的提升。

### 参考文献 (略)

# 优质护理服务在结核病门诊护理工作中的应用

郭文珍

**摘要:** **目的** 提供精细周到的护理服务,可以加速患者的康复过程,并降低并发症的风险。**方法** 从 2022 年 9 月到 2023 年 8 月,我院累计接收了 98 名结核病病人,并将他们随机划分为实验组与对照组,两组各含 49 名患者。对照组接受了标准的护理方法,而实验组则得到了高质量的护理服务。经过一段时间的护理之后,对比观察两组患者对护理工作的满意程度。我们计划对两组患者的护理满意度进行对比分析,并使用护理后的焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评分。**结果** 经过护理处理后,试验组患者的 SAS 和 SDS 评分分别达到了(39.86±3.45)和(38.75±2.79)分,这明显低于对照组的相应评分(51.64±3.48)和(51.18±2.43)分(P<0.05)。实验组中的患者对护理的满意度高达 97.96%,这明显超过了对照组的 81.63%(P<0.05)。**结论** 高品质的护理服务对于结核病的患者来说,带来了明显的好处。在具体实施中,护理人员应充分了解患者病情变化及心理状态,并给予相应的关爱与帮助。

**关键词:** 结核病; 优质护理; 护理满意度

## 引言

结核病,作为一种在临床上常见的慢性传染病,其病原学上的确诊率相对较低,并且容易反复发作,这给患者带来了巨大的心理和经济负担。目前主要采取综合干预措施进行控制。由于长时间的治疗,患者很难持续下去,从而影响了治疗效果。同时,由于肺结核病情变化迅速,容易产生不良反应或并发症等,增加了患者及家属对结核知识掌握程度与信心度。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

在一家市结核病专科医院,选取了 98 名肺结核病人作为研究对象,时间跨度从 2022 年 9 月到 2023 年 8 月。排除的标准包括智力障碍,其他严重的器官疾病,精神异常或者不自愿参加试验等。病人被随机分为实验组和对照组,每组 49 人。检测人群年龄范围为 31 岁至 60 岁,平均年龄(54.78±4.32)岁,病史范围为 2 至 11 年,平均年龄(7.15±1.24)。对照组年龄为 30 岁至 60 岁,平均年龄为(55.16±4.24)岁,病史为 3 年至 11 年,平均年龄为(7.82±1.37)。两组病人的一般数据对比结果表明,P 值在 0.05 以上,具有可比性。这就为后续研究提供了依据,使得在人口学特征方面,试验组与对照组可以相提并论,保证了后续实验结果的可信度。

### 1.2 方法

对照组中的患者接受了标准的医疗护理,这包括指导他们进行各种相关的医学检查,简洁地分享疾病相关的知识,明确需要注意的事宜,并在日常生活和饮食方面给予患者指导。

试验组病人所接受的高质量护理包括服务的多个方面。首先,服务护理人员具备较高的专业素养,举止要服务要微笑,对待病人要礼貌,护理流程要动作要规范,这样才能给护理创造一个舒适的环境。其次,心理关怀通过与病人的沟通、交流,了解他们的不良情绪,给予关怀、鼓励和安慰,帮助病人通过成功的个案治疗树立起抵御疾病的信心。再者,健康教育将疾病知识讲解得深入浅出,通俗易懂,使病人及家属提高防范意识。环境护理确保病区整洁、通风、定期消毒、对室内环境进行调整,使病人的舒适度得到提高。药物护理对病人用药的注意事项进行了详细的告知,减少了不良反应对药物的危险。

### 1.3 观察指标及判定标准

焦虑抑郁自评量表(SAS 和 SDS)在对两组病人护理后的评分进行观察和比较时,分数越高表示病人的焦虑和抑郁越严重。通过对比发现,实验组病人的 SAS 和 SDS 分数明显低于对照组,显示接受高质量护理的病人在焦虑和抑郁方面的改善非常明显。此外,观察两组病人的护理满意度,按照评分标准,大部分试验组病人的满意度都达到或超过 90 分,以十分满意为表现,而更多病人的满意度在对照组中只处于较满意的程度。这说明,高质量的护理可以使病人的护理满意度明显提高,对所接受的护理服务也更加满意。

### 1.4 统计学方法

在本次研究中，我们使用 SPSS 21.0 软件对数据进行了深入分析。对于计量数据（例如 SAS 评分和 SDS 评分），我们采用了  $(\bar{x} \pm s)$  的表示方式；而对于计数数据（例如护理满意度），我们选择了  $[n (\%)]$  的表示方式。将两组患者在不同时间点的健康知识掌握情况及心理状况作为观察指标。在组间对比中，我们使用了 t 检验（针对计量数据）和  $\chi^2$  检验（针对计数数据）。通过计算不同性别患者焦虑、抑郁及护理满意度得分的标准差来分析两组之间是否存在显著差异。研究结果表明，P 值小于 0.05，这意味着组间的差异在统计学上是有意义的。同时，通过分析发现，两组患者之间存在明显不同的临床症状和心理状况。

## 2. 结果

2.1 经过护理之后，实验组中的患者在 SAS 和 SDS 的评分上都明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组之间存在显著差异。这一研究结果显示，接受高质量护理的患者在焦虑和抑郁症状上有了显著的改善，与那些接受常规护理的患者相比，他们的心理状况更加稳定。这一研究成果进一步印证了高品质护理在增进患者心理健康上的作用，并为提升结核病患者们的生活水平提供了宝贵的临床建议。

表 1. 两组患者护理后 SAS、SDS 评分的比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | SDS 评分                    | SAS 评分                    |
|-----|----|---------------------------|---------------------------|
| 实验组 | 49 | 38.75 ± 2.79 <sup>a</sup> | 39.86 ± 3.45 <sup>a</sup> |
| 对照组 | 49 | 51.18 ± 2.43              | 51.64 ± 3.48              |
| t 值 |    | 23.5170                   | 16.8275                   |
| P 值 |    | 0.0000                    | 0.0000                    |

2.2 两组患者护理满意度的比较 试验组患者的护理满意度显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

| 组别         | n  | 十分满意       | 较满意        | 不满意       | 总满意                     |
|------------|----|------------|------------|-----------|-------------------------|
| 试验组        | 49 | 28 (57.14) | 20 (40.82) | 1 (2.04)  | 48 (97.96) <sup>a</sup> |
| 对照组        | 49 | 22 (44.90) | 18 (36.73) | 9 (18.37) | 40 (81.63)              |
| $\chi^2$ 值 |    |            |            |           | 6.4762                  |
| P 值        |    |            |            |           | 0.0109                  |

## 3. 讨论

肺结核作为一种慢性传染病，由结核杆菌引起，包括肺部功能、淋巴系统和循环、泌尿等系统的损害，甚至可能导致皮肤感染等并发症，对患者的健康产生广泛而严重的影响，对患者的正常生活产生严重的干扰。其长期反复发作的特点，在经济和心理上给患者和家属带来了沉重的负担，容易导致患者出现焦虑、抑郁等消极情绪，从而影响治疗进程和恢复效果。在这样的背景下，优质护理作为一种全新的护理模式，已经在各地得到了普遍的运用。研究结果显示，在 SAS 评分和护理满意度三项指标上，试验组患者均明显优于对照组，表明优质护理在缓解患者不良情绪、改善生活质量和护理满意度方面效果显著，为肺结核病人的整体恢复提供了重要支撑。

总体而言，在结核病治疗和康复的过程中，实施高质量的护理措施能有效地减缓患者负面情绪对康复进程的不良影响。同时还能有效降低并发症的发生几率，减少住院时间及费用，促进患者早日康复。经过健康教育的推广，患者对于疾病的了解有了明显的提高，这不仅增强了他们在治疗中的合作意愿，还提升了他们对护理服务的满意度。同时，积极的心态和乐观向上的精神有利于缓解患者的心理压力，帮助其树立战胜病魔的信心。除此之外，优化日常饮食管理也是非常关键的一环，这将有助于患者形成健康的生活方式，从而进一步提升他们的生活品质。

参考文献 (略)

## 血透对结核患者利福平血药浓度的作用影响

苏春雄周佳, 黄爱先, 覃鸿发, 马钰婷, 梁燕, 马钰婷 (通)

作者单位: 南宁市第四人民医院, 广西艾滋病临床治疗中心血液净化科, 广西 南宁 530023

**【摘要】目的** 分析结核患者利福平血药浓度特征, 研究利福平血药浓度的影响因素, 探究血透是否影响利福平血药浓度, 为维持性血透患者制定科学的抗结核治疗方案提供依据。**方法** 分析 2021 年 7 月至 2023 年 3 月间在南宁市第四人民医院肺结核病的住院患者 183 例, 将患者分为普通组 (92 例), 双感组 (26 例), 血透组 (63 例), 以及双感-血透组 (2 例)。分析各组在 2h、4h、6h 的血药浓度变化特征及收集患者的年龄、性别、身高、体重等一般情况及 AST、ALT、白蛋白、尿素氮、肌酐等肝功能等临床指标的分布情况, 进一步根据 6h 利福平血药浓度是否达到峰浓度 (8~24g/ml) 分为低浓度组 (<8g/ml) 和高浓度组 (≥8g/ml), 研究利福平血药浓度的影响因素。**结果** 纳入研究共 183 例患者, 其中男性 137 例, 占比为 74.86%, 女性 46 例, 占比为 25.14%; 年龄范围在 13-85 岁, 平均年龄为 (52.5±16.6) 岁; 平均身高为 (162.8±10.0) cm; 平均体重 (54.4±9.3) kg。各组在性别、身高、AST、ALT、白蛋白、尿素氮、肌酐方面有显著性差异 (P<0.05)。在 2h 和 4h 的血药浓度无差异 (P>0.05); 在 6h 的检测结果中, 组间比较差异具有统计学意义 (P<0.05)。进一步对利福平血药浓度的单因素分析中, 尿素氮、肌酐、是否血透治疗差异具有统计学意义 (P<0.05)。经二元 logistic 回归分析, 患者年龄、尿素氮、肌酐、是否合并 HIV 感染、是否血透治疗, 差异均无统计学意义 (P>0.05), 尚未发现结核患者利福平的血药浓度的相关影响因素。**结论** 血透对结核患者利福平血药浓度的作用影响不大, 进行维持性血透治疗的患者可在血液透析前用药, 且无须增加用药剂量。进行治疗药物监测有助于及时调整治疗方案, 避免浓度过低而影响治疗效果, 或浓度过高而导致药物不良反应及耐药性结核的发生率增加。

**【关键词】** 血透 利福平 血药浓度 结核病

介绍:

结核病在全球范围内的发病率仍处于一个很高的水平, 产生了沉重的疾病负担<sup>[1]</sup>。根据 WHO 报告显示, 2022 年, 估计全球新发结核病患者 1060 万例, 发病率为 133/10 万, 发病人数与 2021 年相当, 较 2020 年的 1010 万呈增长的趋势。作为 30 个结核病高负担国家之一, 结核病在中国仍然是最有危害性、最具致命性的传染病杀手之一。WHO 的报告指出, 中国 2022 年估算的结核病新发患者数为 74.8 万 (2021 年 78.0 万), 估算结核病发病率为 52/10 万 (2021 年 55/10 万)。在 30 个结核病高负担国家中我国估算结核病发病数排第 3 位, 占全球发病数的 7.1%, 低于印度尼西亚 (10%) 和印度 (27%)<sup>[2]</sup>。自 1974 年以来, 结核病和慢性肾脏疾病 (CKD) 一直存在关联, 免疫功能低下并发慢性肾功能衰竭行肾脏代替治疗的患者感染结核杆菌的风险比普通人群高, 如艾滋病病毒携带者。一些学者认为这可能与氧化应激、营养不良、维生素 D 代谢功能障碍和细胞介导的免疫反应受损相关<sup>[3, 4]</sup>。这类患者由于残余的肝肾功能无法及时清除体内的各种代谢物, 需要依赖血液透析维持生命。在接受透析治疗的同时, 患者仍需接受抗结核药物治疗。而血液透析本身极有可能将部分药物清除, 导致患者体内抗结核药物浓度发生变化, 进而影响抗结核治疗的效果。查阅相关文献, 目前也有一些研究关注透析患者使用利福平治疗的预后 (Hernandez GN, Seffah K, Zaman MA, Awais N, Satnarine T, Haq A, Patel D, Gutlapalli SD, Ahmed A, Khan S. Unraveling the Secrets Behind the Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment Outcome in Chronic Renal Failure Patients Requiring Hemodialysis: A Systematic Review. *Cureus*. 2023 Mar 28;15(3):e36833.) Malone RS 等人在 1999 年的一项报告也关注到了血透患者利福平血药浓度的变化情况, 认为血液透析未显著去除 INH、RIF 和 EMB。PZA 是显著透析的, 应在血液透析后给药。(Malone RS, Fish DN, Spiegel DM, Childs JM, Peloquin CA. The effect of hemodialysis on isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 May;159(5 Pt 1):1580-4.) 来自中国的一项研究纳入了 30 名接受持续 RRT 治疗并合并肺结核的患者, 研究连续 RRT 对异烟肼和吡嗪酰胺的血浆药物浓度的影响。(Fan L, Zhang Y, Yang X, Bai D, Yao J, Yi L. [The effect of renal

replacement therapy on the plasma concentration of antituberculosis drugs]. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi*. 2015 May;38(5):375-8.) 但是这些研究样本量均较小, 也没有涉及到艾滋病病毒携带者的相关研究。因此本研究的目的在于分析血透对结核患者(合并或者不合并艾滋病病毒携带)体内利福平血药浓度的作用影响, 研究结核患者利福平浓度的影响因素, 为指导临床合理化用药及制定科学的抗结核治疗方案提供依据。

## 1 对象及方法

### 1.1 研究对象及标准

我们的研究收集了 2021 年 7 月至 2023 年 3 月在南宁市第四人民医院因结核病就诊住院的患者的临床资料。纳入标准包括: ①病原学检查检出结核病原菌; ②根据相关临床表现结合影像学表现诊断为结核病(符合 ICD-11 诊断标准 *The Lancet*. ICD-11. *Lancet*. 2019 Jun 8;393(10188):2275. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31205-X. Epub 2019 Jun 6.); ③在本院使用抗结核药物为利福平, 且治疗 7 天及以上; ④进行血液透析的患者符合 ICD-11 中慢性肾脏疾病的诊断标准并符合血液净化治疗指征; ⑤自愿参与本项研究。

排除标准: ①未明确诊断为结核病; ②在本院治疗药物选择为其他抗结核药, 或利福平治疗未滿 1 周; ③数据存疑; ④数据不齐全。

本项研究经南宁市第四人民医院伦理委员会审批通过, 所有入组研究对象均被告知研究的目的及方法, 并签署知情同意书。

### 1.2 研究方法

将符合纳入标准的患者分为单纯抗结核治疗的普通组、合并 HIV 感染的双感组、进行血液透析治疗的血透组以及双感-血透组。分别收集其人口学特征资料及相关临床指标和检查结果以及不同时间点(2h、4h、6h)利福平血药浓度的变化特征情况, 并采用高效液相色谱法<sup>[5]</sup>测定利福平血药浓度。按照国际标准评估, 以 6h 血药浓度是否能达到峰浓度(8~24 g/ml)分为两个组, 即 6h 血药浓度 < 8 g/ml 者纳入低浓度组, ≥ 8 g/ml 者则纳入高浓度组, 进一步分析结核患者利福平血药浓度的影响因素。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS 23.0 数据处理软件对数据进行分析, 其中正态分布计量资料以“ $\bar{X} \pm S$ ”做统计描述, 非正态计量资料用中位数/四分位数表示; 符合正态分布的组间比较采用 t 检验或方差分析, 不符合正态分布的计量资料采用秩和检验; 分类资料以例、构成比描述, 组间的比较采用卡方检验; 均以  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 总体研究对象的基本特征

本研究共纳入 183 例确诊为结核病且经利福平常规抗结核治疗的结核病患者, 其中男性 137 例, 占比为 74.86%, 女性 46 例, 占比为 25.14%; 年龄范围在 13-85 岁, 平均年龄为 (52.5±16.6) 岁; 平均身高为 (162.8±10.0) cm; 平均体重 (54.4±9.3) kg。其中单纯抗结核的患者 92 例, 占 51.98%; 合并艾滋病感染 26 例, 占 14.70%; 维持性血液透析者 57 例, 占 32.20%; 2 例为合并艾滋病感染且行血透治疗, 占比为 1.13%。收集比较各组的基本特征及相关临床指标的分布情况, 结果显示各组在性别、身高、白蛋白、ALT、AST、尿素氮、肌酐差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。而年龄、体重、CT 检查结果、抗酸杆菌痰培养、结核杆菌干扰素释放试验差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ) (表 1)

表 1 研究对象的基本特征分布情况

| 特征     | 普通组<br>(92 例)          | 双感组<br>(26 例)          | 血透组<br>(63 例)            | 双感-血透组<br>(2 例)        | 检验值             | p 值     |
|--------|------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------|---------|
| 性别     |                        |                        |                          |                        | $\chi^2=13.567$ | 0.007*  |
| 男      | 61 (66.3) <sup>a</sup> | 25 (96.2) <sup>b</sup> | 49 (77.8) <sup>a,b</sup> | 2 (100) <sup>a,b</sup> |                 |         |
| 女      | 31 (33.7) <sup>a</sup> | 1 (3.8) <sup>b</sup>   | 14 (2.2) <sup>a,b</sup>  | 0 (0) <sup>a,b</sup>   |                 |         |
| 年龄     | 52.5/33.8              | 50.0/16.5              | 58.5/15.3                | 47.5/14.3              | $\chi^2=7.321$  | 0.062   |
| 身高     | 163.5/10.0             | 167.5/8.0              | 164.0/10.0               | 169.0/1.5              | $\chi^2=7.956$  | 0.047*  |
| 体重     | 52.5/14.0              | 57.0/8.0               | 55.0/13.0                | 65.0/14.0              | $\chi^2=7.047$  | 0.071   |
| 肝肾功能   |                        |                        |                          |                        |                 |         |
| 白蛋白(前) | 36.1/10.2 <sup>a</sup> | 30.9/9.5               | 31.1/9.3 <sup>a</sup>    | 33.1/2.3               | $\chi^2=21.406$ | <0.001* |
| (后)    | 37.6/11.3 <sup>a</sup> | 32.4/9.9               | 29.4/10.0 <sup>a</sup>   | 29.0/0.0               | $\chi^2=33.981$ | <0.001* |

|             |                          |                          |                            |             |                  |         |
|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|------------------|---------|
| AST (前)     | 17.0/9.9 <sup>a</sup>    | 22.6/25.7 <sup>b</sup>   | 14.7/12.5 <sup>a,b</sup>   | 5.0/3.0     | $\chi^2=26.873$  | <0.001* |
| (后)         | 19.0/12.1 <sup>a</sup>   | 19.4/22.3 <sup>b</sup>   | 11.4/11.0 <sup>a,b</sup>   | 4.5/1.8     | $\chi^2=28.720$  | <0.001* |
| ALT (前)     | 14.5/9.9 <sup>a</sup>    | 27.5/20.2 <sup>a,b</sup> | 10.9/13.0 <sup>b</sup>     | 15.8/8.2    | $\chi^2=24.453$  | <0.001* |
| (后)         | 12.6/14.4                | 21.0/15.8 <sup>a</sup>   | 10.2/13.2 <sup>a</sup>     | 13.0/5.9    | $\chi^2=13.065$  | 0.004*  |
| 尿素氮(前)      | 4.2/2.2 <sup>a</sup>     | 4.4/2.3 <sup>b</sup>     | 21.7/17.0 <sup>a,b</sup>   | 20.7/17.9   | $\chi^2=108.538$ | <0.001* |
| (后)         | 3.3/1.9 <sup>a</sup>     | 4.3/1.8 <sup>b</sup>     | 10.8/5.1 <sup>a,b</sup>    | 16.1/11.1   | $\chi^2=107.992$ | <0.001* |
| 肌酐(前)       | 67.9/17.7 <sup>a,b</sup> | 71.1/31.0 <sup>c</sup>   | 676.9/260.6 <sup>a,c</sup> | 757.5/21b   | $\chi^2=123.596$ | <0.001* |
| (后)         | 65.4/18.3 <sup>a</sup>   | 65.3/44.2 <sup>b</sup>   | 470.8/254.1 <sup>a,b</sup> | 409.0/110.5 | $\chi^2=120.697$ | <0.001* |
| CT 结果       |                          |                          |                            |             | $\chi^2=1.350$   | 0.974   |
| 无变化         | 20 (21.7)                | 7 (26.9)                 | 15 (22.9)                  | 0 (0)       |                  |         |
| 病灶减少        | 43 (46.7)                | 12 (46.2)                | 27 (43.9)                  | 2 (100)     |                  |         |
| 病灶增多        | 13 (14.1)                | 4 (15.4)                 | 11 (19.3)                  | 0 (0)       |                  |         |
| 未查          | 16 (17.4)                | 3 (11.5)                 | 9 (14.0)                   | 0 (0)       |                  |         |
| 痰培养结果       |                          |                          |                            |             | $\chi^2=3.624$   | 0.3     |
| 阴性          | 76 (58.7)                | 13 (50)                  | 43 (68.3)                  | 2 (100)     |                  |         |
| 阳性          | 38 (41.3)                | 13 (50)                  | 20 (31.7)                  | 0 (0)       |                  |         |
| 干扰素释放<br>试验 |                          |                          |                            |             | $\chi^2=2.616$   | 0.472   |
| 阴性          | 39 (42.4)                | 10 (38.5)                | 25 (39.7)                  | 2 (100)     |                  |         |
| 阳性          | 53 (57.6)                | 16 (61.5)                | 38 (60.3)                  | 0 (0)       |                  |         |

注 计量资料表格中描述为中位数/四分位数间距；分类资料表格中括号外为例数，括号里为构成比。

\*: 在  $\alpha=0.05$  的条件下，差异有统计学意义；a,b,c: 相同字母表示经事后比较， $P<0.05$

## 2.2 各组在不同时间点的血药浓度比较

将结核患者在给药后 2h、4h 及 6h 的利福平血药浓度检测结果进行组间比较，四个组的血药浓度在 2h 及 4h 差异均无有统计学差异 ( $P>0.05$ )，仅在 6h 检测的血药浓度的  $P$  值  $<0.05$ ，差异具有统计学意义。且在该时间点，普通组利福平平均浓度为  $(3.8\pm 2.4)$  g/ml，而血透组利福平平均浓度为  $(5.1\pm 3.4)$  g/ml，明显高于普通组。(见表 2)

表 2 各组在不同时间点利福平血药浓度

| 检测时间 | 普通组                  | 双感组      | 血透组                  | 双感-血透组  | 检验值            | P 值    |
|------|----------------------|----------|----------------------|---------|----------------|--------|
| 2h   | 9.2±3.4              | 10.0±4.6 | 8.3±5.6              | 4.9±4.9 | $\chi^2=6.887$ | 0.076  |
| 4h   | 6.0±3.1              | 6.6±2.4  | 7.1±4.2              | 4.0±1.1 | $\chi^2=4.067$ | 0.254  |
| 6h   | 3.8±2.4 <sup>a</sup> | 4.3±2.0  | 5.1±3.4 <sup>a</sup> | 2.7±1.4 | $\chi^2=8.447$ | 0.038* |

a:事后比较， $P<0.05$

## 2.3 利福平血药浓度影响因素分析

根据结核患者利福平血药浓度监测结果，经组间比较和事后两两比较，结果显示利福平治疗后 6h 血药浓度存在差异。进一步按 6h 小时血药浓度是否达峰浓度将研究对象分为 2 组，即低浓度组 ( $<8$  g/ml) 和高浓度组 ( $\geq 8$  g/ml)，分析影响结核患者利福平血药浓度的可能相关因素。探究血透对利福平血药浓度的影响。

### 2.3.1 利福平血药浓度影响因素的单因素分析

通过收集的临床资料和查阅资料对可能对利福平血药浓度产生影响的因素，进行单因素分析。结果显示：两组患者在年龄、性别、BMI、AST/ALT 比值、白蛋白、抗酸杆菌痰培养、结核杆菌干扰素释放试验等方面的差异均无统计学差异 ( $P>0.05$ )；两组的尿素氮、肌酐、是否血透治疗有显著性差异 ( $P<0.05$ )。

(表 3)

表 3 不同因素对研究对象利福平血药浓度值的影响

| 变量           | 低浓度组       | 高浓度组      | 检验值             | P 值    |
|--------------|------------|-----------|-----------------|--------|
|              | (165 例)    | (18 例)    |                 |        |
| 年龄           | 51.8±16.5  | 58.6±17.5 |                 | 0.102  |
| 性别           |            |           | $\chi^2=1.278$  | 0.258  |
| 男            | 126 (76.4) | 11 (61.1) |                 |        |
| 女            | 39 (23.6)  | 7 (38.9)  |                 |        |
| BMI          |            |           | $\chi^2=1.115$  | 0.653  |
| <18.5        | 45 (27.3)  | 7 (38.9)  |                 |        |
| ≥18.5, ≤23.9 | 101 (61.2) | 10 (55.6) |                 |        |
| >24.0        | 18 (10.9)  | 1 (5.6)   |                 |        |
| 白蛋白(g/L)     |            |           | $\chi^2=0.195$  | 0.659  |
| <42          | 143 (87.2) | 16 (88.9) |                 |        |
| ≥42          | 21 (12.8)  | 1 (5.6)   |                 |        |
| AST/ALT 比值   |            |           | $\chi^2=0.611$  | 0.802  |
| <0.8         | 36 (21.8)  | 5 (27.8)  |                 |        |
| ≥0.8, <1.5   | 75 (45.5)  | 7 (38.9)  |                 |        |
| ≥1.5         | 53 (32.1)  | 5 (27.8)  |                 |        |
| 尿素氮(mmol/L)  |            |           | $\chi^2=5.891$  | 0.015* |
| <7.5         | 107 (64.8) | 6 (33.3)  |                 |        |
| ≥7.5         | 57 (35.2)  | 11 (61.1) |                 |        |
| 肌酐 (μmol/L)  |            |           | $\chi^2=10.544$ | 0.001* |
| <133         | 105 (63.6) | 4 (22.2)  |                 |        |
| ≥133         | 59 (35.8)  | 13 (72.2) |                 |        |
| 痰培养          |            |           | $\chi^2=0.251$  | 0.616  |
| 阴性           | 100 (60.6) | 12 (66.7) |                 |        |
| 阳性           | 65 (39.4)  | 6 (33.3)  |                 |        |
| 干扰素释放试验      |            |           | $\chi^2=1.555$  | 0.212  |
| 阴性           | 71 (43.0)  | 5 (27.8)  |                 |        |
| 阳性           | 94 (57.0)  | 13 (72.2) |                 |        |
| 是否合并 HIV     |            |           | $\chi^2=2.416$  | 0.120  |
| 否            | 137 (83.0) | 17 (94.4) |                 |        |
| 是            | 28 (17.0)  | 1 (5.6)   |                 |        |
| 是否血透         |            |           | $\chi^2=8.457$  | 0.004* |
| 否            | 112 (67.9) | 6 (33.3)  |                 |        |
| 是            | 53 (32.1)  | 12 (66.7) |                 |        |

注 各指标正常参考值：BMI 为<18.5（消瘦），18.5-23.9（正常），≥24.0（超重及以上）；白蛋白为 40-56 g/L；肌酐为 44~133 μmol/L；尿素氮为 3.2~7.1 mmol/L；AST/ALT 比值为 0.8~1.5；分类资料中，括号外数值为“患者例数”，括号内数为构成比。\*：在 α=0.05 的条件下，差异有统计学意义

### 2.3.2 利福平血药浓度影响因素的多因素 logistic 回归分析

将单因素分析中筛选出来的差异具有统计学意义及可能的影响因素纳入二元 logistic 回归模型作进一步分析，结果显示：患者年龄、尿素氮、肌酐、是否合并 HIV 感染及是否血透治疗，在检验水准 α=0.05 的条件下，差异均无统计学意义。（表 5）

表 4 利福平血药浓度的多因素 logistic 回归分析变量赋值表

| 变量          | 赋值                         | 变量       | 赋值       |
|-------------|----------------------------|----------|----------|
| 6h RFP 血药浓度 | 0=<8 g/ml, 1=≥8 g/ml       | 是否合并 HIV | 1=否, 2=是 |
| 尿素氮         | 1=<6.5mmol/L, 2=≥6.5mmol/L | 是否血透     | 1=否, 2=是 |
| 肌酐          | 1=<133μmol/L, 2=≥133μmol/L |          |          |

表 5 利福平血药浓度的 logistic 回归分析

| 变量       | $\beta$ 值 | Wald $\chi^2$ 值 | P 值   | OR 值 (OR95%CI)        |
|----------|-----------|-----------------|-------|-----------------------|
| 年龄       | 0.010     | 0.282           | 0.595 | 1.010 (0.974~1.048)   |
| 尿素氮      | -0.734    | 0.478           | 0.489 | 0.480 (0.060~3.843)   |
| 肌酐       | 2.027     | 1.693           | 0.193 | 7.595 (0.358~160.987) |
| 是否血透     | 0.235     | 0.041           | 0.840 | 1.256 (0.130~12.342)  |
| 是否合并 HIV | -0.683    | 0.389           | 0.533 | 0.505 (0.059~4.320)   |
| 常量       | -3.598    | 11.125          | -     | -                     |

### 3 讨论

我们的研究纳入了 183 例确诊为结核病且经利福平常规抗结核治疗的结核病患者，目的是分析血透对利福平药物浓度的影响。在本研究中，各组在 2h 和 4h 的血药浓度无差异 ( $P>0.05$ )，在 6h 的血药浓度组间比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。单因素分析结果显示尿素氮、肌酐、是否血透治疗差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。然而二元 logistic 回归分析，患者年龄、尿素氮、肌酐、是否合并 HIV 感染、是否血透治疗均不是结核患者利福平的血药浓度的相关影响因素。我们的研究结果显示，血透对结核患者利福平血药浓度的作用影响不大，进行维持性血透治疗的患者可在血液透析前用药，且无须增加用药剂量。

目前维持性血液透析治疗的患者并发感染结核病的临床病例越来越常见<sup>[6]</sup>，在患有慢性肾脏疾病的患者中，发展为肺结核的风险增加 (Ali M, Dosani D, Corbett R, Johansson L, Charif R, Kon OM, Duncan N, Ashby D. Diagnosis of tuberculosis in dialysis and kidney transplant patients. *Hemodial Int.* 2022 Jul;26(3):361-368.)。但血透对利福平疗效的影响尚未完全明确。现有的研究也仅是个例报告，并没有大样本量的研究结论形成。我们的研究中，利福平给药剂量为 450mg/d 的结核患者共 111 例，6h 血药浓度达到峰浓度的仅有 7 例，所占比例仅有 5.8% (7/111)；而当给药剂量为 600mg/d 时，6h 利福平血药浓度达到峰浓度的比例为 15.3% (11/72)。较高的血药浓度更有利于杀灭结核杆菌，故在未明显发生药物性肝损害的前提下，适当增加利福平剂量可获得更好的抗结核治疗效果，但仍需注意观察患者肝肾功能的损伤或药物不良反应发生的情况，同时避免耐药性结核的产生。利福平作为一线抗结核药物，体内血药浓度能否达到有效水平对于杀灭结核杆菌起到关键性作用。既往研究认为在抗结核药物未达到有效浓度的情况下，增加药物剂量可以提高药物浓度<sup>[7]</sup>，也证实了给药剂量与抗结核药物浓度呈正相关关系<sup>[8]</sup>。利福平在不同结核患者体内的药物代谢过程存在个体差异<sup>[9]</sup>，尤其是肝肾功能异常的患者通常存在药物代谢清除的障碍。本研究中，各组患者的一般情况及肝肾功能存在显著性差异 ( $P<0.05$ )，经事后比较发现差异主要存在于普通组和双感组、血透组之间，这可能与患者免疫细胞受损和肝肾功能障碍有关。既往研究表明肝肾功能减退的结核患者对利福平的药物代谢过程产生影响<sup>[10]</sup>。机体吸收利福平后，主要在肝脏进行代谢并从胆汁排出，小部分经肾脏排泄。患者肝肾的代谢与排泄功能受损后，利福平的代谢清除率下降，机体内利福平血药浓度维持着较高的浓度[补充参考文献]。研究还发现，血透组在 6h 的平均血药浓度 ( $5.1\pm 3.4$ g/ml) 明显高于普通组 ( $3.8\pm 2.4$ g/ml)，并且各组利福平的血药浓度在不同时间点平均浓度的下降幅度有所不同，提示血透组的药物代谢速率更低。由于维持性血液透析的结核患者常合并肾功能不全甚至肾衰竭，干扰了利福平在机体内正常的药物动力学过程，药物代谢清除速率减慢，利福平血药浓度升高。因此，维持性血液透析的结核患者在进行抗结核治疗的同时，应坚持进行治疗药物浓度的监测，根据抗结核药物的血药浓度的变化适时地对抗结核治疗方案进行调整，以保证利福平的最佳浓度。

本研究中各组患者在利福平用药后 6h 的血药浓度差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，但在 2h、4h 的浓度无显著性差异 ( $P$  大  $>0.05$ )，提示血透不一定是影响结核病人利福平血药浓度的独立危险因素。既往研究表明普通血透无法清除结核患者体内的利福平，降低其血药浓度<sup>[11,12]</sup>，这跟利福平的分子量大小、脂溶性和蛋白结合率方面有关。本研究中尽管单因素筛查发现血透与 6h 利福平血药浓度有关，但进一步作多因素分析发现血透不是影响结核病人利福平血药浓度的独立危险因素 ( $p>0.05$ )。这可能与患者的肝肾功能异常影响了药物代谢有关。因此，血透组中患者的肝肾功能受损可能影响了患者的血药浓度。这和以往的研究结果一直，他们的研究报告认为血液透析治疗前后，对慢性肾衰竭合并肺结核患者体内利福平血药

浓度影响不大<sup>[13]</sup>,提示血透不是影响利福平浓度的相关因,即血透不会影响利福平血药浓度。因此,在利福平用药达到有效用药剂量的前提下,血透不会降低利福平的血药浓度,可以在血液透析前给药且不用调整用药剂量。

本研究未发现影响结核患者利福平血药浓度的相关影响因素。经过二元 logistic 回归分析发现,患者的年龄、身高、尿素氮、是否合并 HIV、是否血透治疗与利福平血药浓度无关。分析原因可能跟患者体内的与药物结合的蛋白水平有关。既往研究发现,利福平血药浓度与血清白蛋白水平呈正相关<sup>[14]</sup>。年龄越大、血尿素氮含量高的患者肝肾功能出现异常的概率增加,肝功能异常导致肝脏合成蛋白的功能受损,容易发生低蛋白血症,导致药物结合率降低,游离型利福平增加。另外,合并其他基础性疾病治疗的结核患者体内的利福平浓度降低<sup>[15,16]</sup>。本研究中,携带 HIV 的结核病患者需要同时进行抗病毒治疗,用药种类增加后与抗结核药物竞争结合蛋白而使游离型利福平浓度增加,提高了药物清除率,导致利福平的血药浓度降低,产生了和未合并慢性肾脏病的结核患者正常药物代谢过程一致的作用效果,使得利福平血药浓度在两组间无差异。因此,临床上除了注重对结核患者的保肝护肝治疗外,还应重视结核患者的营养状况。维持稳定的蛋白水平对抗结核药物发挥疗效具有重要的意义。

不管怎么说,本研究还存在一些不足之处,包括样本量太小,仅对一个时间点的药物检测浓度进行分析未能评估患者体内的整体药物代谢动力学。既往研究表明使用两个时间点检测结核患者中利福平血药浓度更能准确地反映其体内吸收情况<sup>[17,18]</sup>。因此,后续我们需要大样本、多中心的研究来进一步验证研究结果。

### 结论

综上所述,在维持性血液透析的结核患者中,血透不会影响利福平的血药浓度,可在血透前用药且无需增加用药剂量。进行治疗药物浓度监测不仅可以保证利福平的有效浓度,发挥最佳的抗结核效果,还可用于指导结核患者临床治疗的合理化用药,避免药物性肝损害及耐药性结核的发生,为优化科学的抗结核药物方案提供参考。

### 参考文献(略)

## 综合护理对结核性胸膜炎胸腔积液患者的效果

王静静

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 内五科,山西 太原 030053

**【摘要】目的:**探究、检验予以结核性胸膜炎胸腔积液患者综合护理的价值。**方法:**纳入结核性胸膜炎胸腔积液患者。合计 78 例。时间:2020.09 至 2022.08。随机数字表法分组。参照组、试验组各 39 例。前一组:常规护理。后一组:综合护理。对各组干预情况进行讨论。**结果:**护理后,试验组满意度、情绪评分、症状积分、生命质量、临床指标、并发症等,均比参照组优异, $P<0.05$ 。**结论:**综合护理的应用,使得结核性胸膜炎胸腔积液患者情绪状态明显改善,且症状有效减轻,胸膜厚度降低。同时,经由干预后,患者并发症发生率更低,生命质量显著提升。

**【关键词】综合护理;结核性胸膜炎;胸腔积液**

结核性胸膜炎发生,与结核杆菌侵袭有关。在致病菌影响下,使得胸膜被感染,进而表现出一系列炎症症状。患者发病后,可见全身乏力、胸痛、咳嗽等,并且还会伴有呼吸困难<sup>[1]</sup>。在胸膜炎疾病中,结核性胸膜炎胸腔积液较为常见。该病病程长,治疗过程中易导致胸腔黏连、胸膜增厚等并发症发生。同时,患者出院后还需要长时间的用药治疗<sup>[2]</sup>。为确保患者康复效果提升,还应重视对结核性胸膜炎胸腔积液的护理。本研究评析综合护理应用于结核性胸膜炎胸腔积液患者中的意义,报告如下。

### 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

2020.09 开始, 至 2022.08 截止, 纳入结核性胸膜炎胸腔积液患者。78 例患者接受分组处置, 将随机数字表法作为方案。参照组: 39 例。男: 21/39; 女: 18/39。年龄: 43 至 75 岁, 均数: (58.12±6.04) 岁。试验组: 39 例。男: 20/39; 女: 19/39。年龄: 42 至 76 岁, 均数: (58.07±6.11) 岁。各组常规资料波动较小,  $P>0.05$ 。

选入依据: (1) 中等量以上, 且为单侧胸腔积液者。(2) 知情本研究者。

剔除标准: (1) 肝肾功能严重异常者。(2) 多房分隔者。

### 1.2 方法

参照组: 常规护理对策。为患者提供优质的住院环境。评估患者心理状态。对患者进行健康教育, 告知其结核性胸膜炎胸腔积液发生的原因、防治措施、护理内容等。遵照医嘱开展对症施护工作。患者出院前, 对其进行院前指导。

试验组: 以综合护理为干预方案, 详情如下: (1) 健康教育。患者入院后, 借助于宣传手册、言语沟通等形式, 及时向患者传递疾病相关讯息。同时, 指导患者完成各项必要检查, 并提醒其需要注意的内容。在宣教期间, 除让患者明确疾病发生的诱因、预后情况等, 还应及时向其说明结核病传染性的预防对策。告诉患者进行消毒、隔离的必要性与重要性。嘱患者摒弃不良生活习惯, 并加强个人卫生, 纠正错误行为。室内需要常开窗, 确保空气流通。针对被褥、衣物等, 需要定期更换、晾晒。患者咳嗽、打喷嚏时, 应以纸巾、手巾等, 将口鼻遮住。(2) 心理疏导。对患者心理状态进行充分把握, 在明确其不良情绪产生原因的基础上, 开展心理疏导工作。鼓励患者讲述自身情况, 并做到耐心倾听。指导患者情绪发泄的正确方式。向患者说明规范化治疗与疾病预后之间的关系, 以此达到提高患者对疾病认知的目的, 进而缓解其负面情绪。同时, 多予以患者鼓励, 让其选择自己喜爱的音乐进行聆听, 并观看感兴趣的节目等。及时与患者家属交流, 通过患者家属掌握患者更多情况, 并嘱其家属予以患者家庭支持, 如多关心、鼓励等。(3) 用药方面。将结核性胸膜炎胸腔积液治疗所需药物向患者讲清, 重点强调用药剂量、方法等, 并让其知晓药物所致的副反应。对患者用药情况下进行监督, 确保患者按时、全程正确用药。患者用药后, 观察其反应情况。同时, 还应告知患者用药期间需要进行的相关检查, 如血常规、肝肾功能等。针对出现胃肠不适症状的患者, 需要及时采取处理措施。此外, 还应观察患者关节、视力情况, 如果出现异常, 则应立即将主治医师说明, 并配合进行干预。(4) 疼痛管理。患者咳嗽期间, 可让其对患处进行按压, 以达到减轻疼痛的目的。同时, 对患者疼痛程度进行评估, 针对难以耐受者, 可遵医嘱使用止痛药。若患者咳嗽较为剧烈, 则可予以其镇咳药物。根据患者实际情况, 指导其采取合适体位。对于胸痛显著者, 让其以健侧卧位为主。若患者存在继发痛风, 则应让其绝对卧床, 并帮助其将患侧肢体抬高, 以免增加关节受累程度。(5) 胸腔抽液干预。积液抽取前, 需要将穿刺目的、流程、配合要点等向患者说明, 以免其过于紧张, 并对其进行鼓励, 使之积极配合治疗。穿刺过程中, 保持与患者之间的交流, 嘱患者切忌随意动作。同时, 告知患者不可深呼吸、咳嗽等。对患者是否存在不适反应进行观察、询问。在操作期间, 还应确保动作轻柔, 并严格监测抽液量, 合理控制抽液速度。针对穿刺抽液期间有头晕、出汗、心慌症状出现的患者, 需要即刻暂停抽液。同时, 指导患者采取平卧位, 采取吸氧疗法。根据患者实际情况, 需要时可使用肾上腺素。穿刺完成后, 让患者以平卧状态进行休息。再对穿刺部位情况进行观察, 包括判断液体渗出、渗血等。如果患者伴有咳嗽、胸痛加重等症状, 则需要向主治医师说明。患者体征平稳后, 可指导其进行运动锻炼, 目的是加快肺复张速度, 从而降低胸膜黏连等并发症发生风险。(6) 饮食方面。采取营养支持方案, 嘱患者以清淡、易消化食物为主, 并注意蛋白质、热量的补充。同时, 嘱患者多食用富含维生素食物, 并在其食谱中添加排骨、豆制品等。针对胸腔积液严重者, 需要让其减少海产品摄入, 以免尿酸过高而损伤肾功能。如果患者尿酸过多, 则需要让其多饮水。(7) 院外随访。患者出院前, 向其说明遵医用药的重要性, 并让其不要擅自停药、更改用药剂量等。让患者家属做好患者的用药监督工作。采取电话、短信等形式进行随访, 对患者居家康复情况进行评析, 并嘱其定期复查。

### 1.3 观察指标

(1) 护理满意度。(2) 情绪评分。SAS: 焦虑程度。SDS: 抑郁程度。分值低, 表示情绪差。(3) 症

状积分。症状可见：胸肋胀满、胸闷、气短等。根据症状严重程度，记为 0~6 分。分值高，症状严重。(4) 生命质量。对社会、精神、心理等状况进行测定，共 5 项。分数：0~100 分。分值越大，则质量越高。(5) 临床指标。胸膜厚度：指导患者护理前后完成超声检查，记录胸膜厚度情况。对患者卧床、住院时长进行登记。(6) 并发症发生率。包括：皮肤感染、胸膜粘连等。

### 1.4 统计学方法

SPSS26.0 软件统计所得数据。经由  $\chi^2$  检验、t 检验。P<0.05，价值存在。

## 2 结果

### 2.1 护理满意度

试验组护理满意度较高，P<0.05。(见表 1)。

表 1：护理满意度[n (%) ]

| 组别       | 例数 (n) | 非常满意        | 一般满意        | 不满意        | 总满意率        |
|----------|--------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 试验组      | 39     | 26 (66.66%) | 11 (28.20%) | 2 (5.12%)  | 37 (94.87%) |
| 参照组      | 39     | 18 (46.15%) | 12 (30.76%) | 9 (23.07%) | 30 (76.92%) |
| $\chi^2$ |        |             |             |            | 5.1859      |
| P        |        |             |             |            | 0.0227      |

### 2.2 情绪评分

表 2 可见，试验组情绪评分更低，P<0.05。

表 2：情绪评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | SAS 分值     |            | SDS 分值     |            |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 39     | 52.96±4.26 | 26.56±3.94 | 45.16±4.05 | 20.04±2.56 |
| 参照组 | 39     | 53.02±4.31 | 40.52±3.85 | 45.20±4.11 | 32.17±2.61 |
| t   |        | 0.0618     | 15.8258    | 0.0432     | 20.7203    |
| P   |        | 0.9509     | 0.0000     | 0.9656     | 0.0000     |

### 2.3 症状积分

表 3 可见，护理后，试验组症状积分更低，P<0.05。

表 3：症状积分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 胸肋胀满      |           | 胸闷        |           | 气短        |           | 胸肋疼痛      |           |
|-----|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |        | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 39     | 3.19±0.43 | 0.91±0.12 | 2.50±0.52 | 0.75±0.13 | 2.01±0.42 | 0.43±0.10 | 2.14±0.32 | 0.34±0.11 |
| 参照组 | 39     | 3.20±0.47 | 1.64±0.25 | 2.49±0.48 | 1.58±0.20 | 1.98±0.37 | 1.01±0.21 | 2.13±0.28 | 0.95±0.16 |
| t   |        | 0.0980    | 16.43962  | 0.0882    | 21.7297   | 0.3347    | 15.5726   | 0.1468    | 19.6196   |
| P   |        | 0.9222    | 0.0000    | 0.9299    | 0.0000    | 0.7388    | 0.0000    | 0.8836    | 0.0000    |

### 2.4 生命质量

表 4 可见，护理后，试验组生命质量更高，P<0.05。

表 4：生命质量( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 社会功能       |            | 精神状况       |            | 心理功能       |            | 躯体功能       |            | 生理功能       |            |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 39     | 58.98±4.23 | 84.13±5.22 | 59.41±4.66 | 87.23±5.10 | 60.14±4.26 | 20.18±2.34 | 14.22±2.40 | 22.06±2.41 | 55.83±4.26 | 86.23±5.06 |
| 参照组 | 39     | 59.02±4.18 | 75.10±5.19 | 59.38±4.70 | 78.32±5.38 | 60.09±4.33 | 16.59±2.15 | 14.18±2.37 | 17.24±2.38 | 55.79±4.42 | 71.34±5.12 |
| t   |        | 0.0420     | 7.6609     | 0.0283     | 7.5060     | 0.0514     | 7.0551     | 0.0740     | 8.8869     | 0.0406     | 12.9177    |
| P   |        | 0.9666     | 0.0000     | 0.9775     | 0.0000     | 0.9591     | 0.0000     | 0.9412     | 0.0000     | 0.9676     | 0.0000     |

## 2.5 临床指标

试验组临床指标更优异,  $P < 0.05$ 。(见表 5)。

表 5: 临床指标( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | 例数 (n) | 平均卧床时间 (h) | 平均住院时间 (h) | 护理前胸膜厚度 (mm) | 护理后胸膜厚度 (mm) |
|-----|--------|------------|------------|--------------|--------------|
| 试验组 | 39     | 23.56±2.60 | 8.41±1.52  | 3.48±0.37    | 1.20±0.15    |
| 参照组 | 39     | 29.85±3.15 | 11.79±2.30 | 3.49±0.35    | 2.10±0.22    |
| t   |        | 9.6172     | 7.6565     | 0.1226       | 4.1294       |
| P   |        | 0.0000     | 0.0000     | 0.9027       | 0.0421       |

## 2.6 并发症发生率

试验组并发症发生率较低,  $P < 0.05$ 。(见表 6)。

表 6: 并发症发生率[n (%) ]

| 组别             | 例数 (n) | 皮肤感染      | 胸膜粘连      | 胸膜肥厚      | 总发生率       |
|----------------|--------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 试验组            | 39     | 1 (2.56%) | 1 (2.56%) | 0 (0.00%) | 2 (5.12%)  |
| 参照组            | 39     | 3 (7.69%) | 2 (5.12%) | 3 (7.69%) | 8 (20.51%) |
| X <sup>2</sup> |        |           |           |           | 4.1294     |
| P              |        |           |           |           | 0.0421     |

## 3 讨论

结核性胸膜炎在我国具有较高的发生率,且在胸膜炎疾病中位列第一。结核分枝杆菌入侵机体后,胸膜会对其所致的感染进行反抗,从而引起高度变态反应。有关研究发现,在炎症反应作用下,结核性胸膜炎产生胸腔积液的概率提升。就胸腔积液而言,其中存在大量纤维蛋白<sup>[3]</sup>。当这些蛋白在胸膜表面聚积后,会对胸膜吸收能力造成不良影响。受此影响,胸膜粘连等并发症发生风险增加,存在引起呼吸困难、胸痛的可能。因该病病程长,且需要长时间治疗,所以患者遵医嘱规律用药、积极参与疾病康复进程十分必要。但是受到诸多因素影响,患者遵医嘱行为不佳,进而导致康复效果下降,致使疾病反复发作,使得患者生命质量严重下降<sup>[4]</sup>。为改善患者预后,还应重视护理工作的开展。

综合护理是对传统护理模式的优化,能够予以患者更为专业、人性化的指导,在帮助其提升康复效果方面意义显著。其中健康指导、心理疏导、饮食管理、胸腔积液护理等,均属于该种护理方案的实施内容。就健康教育而言,属于辅助教育的补偿系统<sup>[5]</sup>。通过该种形式,能够对患者进行有计划、组织的教育活动,从而提高患者对疾病等认知,进而培养其养成健康、良好的生活习惯、行为等。对于结核性胸膜炎胸腔积液患者而言,因对疾病知识知晓较少,并且担忧将疾病传染给家人、忧虑受到社会歧视等,所以患者出现焦虑、自卑心理的概率较高。而通过多种形式予以其心理疏导,能够使之将不良情绪发泄出来,进而减轻其心理负担,这对于促进其治疗信心提升具有关键性作用<sup>[6]</sup>。同时,让患者家属多予以患者家庭支持,还能够是患者获得亲人的关怀,从而加快其悲观情绪消除速度。因疾病炎症严重,且会使胸膜受累,所以患者会出现频繁的咳嗽,这就导致其胸痛症状加剧。而借助于疼痛管理方案的实施,在镇咳的同时,采取止痛对策,能够最大程度上减轻患者疼痛感<sup>[7]</sup>。饮食护理的开展,能够确保患者消化功能改善,从而改善其机体营养状态。本研究结果发现,护理后,试验组满意度、生命质量、临床指标均比参照组优异,试验组情绪评分、症状积分、并发症等,均低于参照组,  $P < 0.05$ 。

综上所述,综合护理应用在结核性胸膜炎胸腔积液患者中,护理效果显著。除加快患者症状改善速度外,还使得其情绪状态缓解,并且利于降低并发症发生率,对促进患者生命质量提升意义显著。

参考文献(略)

# 结核病医院内科预防感染中强化护理管理探讨

李娜

作者单位：山西省太原市第四人民医院，山西 太原 030053

**摘要：**目的：出于提高结核病医院内科护理质量和护理效果的意愿，通过具体实践观察强化护理管理在预防感染中的应用效果与应用价值。方法：在申请院方批准的基础上，坚持患者知情并自愿参加原则，在结核病医院内科征集 100 名患者，随机分成两个人数均等的观察研究小组，以护理方式为区别方式将两个小组分别成为观察组合对照组，为对照组成员提供普通护理服务，观察组成员的护理方式则是普通护理结合强化护理管理，然后观察对比两组患者皮肤感染及胃肠道感染等各种医院感染现象的发生率，并且比较两组患者在护理满意度方面给出的评分。结果：最终的观察对比结果显示出，50 名观察组患者中只有一人出现了感染情况，医院感染率为 2.0%，而 50 名对照组患者中有 7 人出现感染情况，医院感染率为 14.0%，两者之间的差距极为明显。关于两组患者给出的护理满意度评分，观察组的满意度为 98.0%，较之于对照组的 82.0%也存在很大差异，两项对比的差异都具备统计学意义。结论：在结核病医院内科预防感染方面，采取强化护理管理措施，能够有效预防医院感染情况的出现，因此获得众多患者的认可，从而实现结核病医院内科医院感染率的降低和患者护理满意度的提高。

**关键词：**结核病；医院内科；预防感染；强化护理管理

## 引言

经过调查统计可以发现，结核病医院内科的医院感染风险大大高于其他科室，并且很多时候都属于医院性感染，患者一旦出现感染问题，不仅会增加医疗费用、延长住院时间，也会备受身体和精神两方面的煎熬，因此，探寻降低医院感染率的有效措施成为结核病医院内科护理人员的首要任务，而在患者护理中实施强化护理管理措施，可以实现对各个环节的感染传播进行有效阻断和控制，有利于进一步提高结核病医院内科护理质量和护理效果，下面，就通过对实际病例的观察研究验证强化护理管理措施在结核病医院内科预防感染方面的具体作用。

## 1. 资料与方法

### 1.1. 一般资料

在某医院随机选取该院结核病内科的一百名病例做研究对象，由计算机进行随机分两个组别，即对照组 50 人，观察组 50 人，选取病例前已经该院负责伦理道德的委员会审查批准，研究计划向病例家属和本人告知，通过对两组对象的临床表现总结成资料文件进行比较，其差异性不具备统计学意义，即 P 值大于 0.05。

### 1.2. 方法

#### 1.2.1. 对照组

按照常规做法进行护理。

#### 1.2.2. 观察组

以常规护理方法为基础制定护理工作的具体方案，内容如下：

①在医院内部成立专门小组对感染病进行控制，并配备完善的工作机制，以此促进医院的抗感染工作，小组成员配置是：指导员由一名院级领导担任，具体主管工作由护士长和感染科主管担任，另行设置专职人员对小组工作进行监督管理，具体工作由细分的几个小组成员执行，完备的人员配置确保工作顺利展开，管理方案要科学合理，并详尽周知小组成员，工作职责细化到人，实行责任制管理。

②主管部门要对感染科护理工作人员进行严格的感染病防治技术和知识培训，培训内容包括感染科的病情管理，护理流程和无菌操作等，培训工作要定期开展，培训结束要进行专业技能和理论方面的考核。

③医院内部要严格按照无菌操作的技术规范进行实际操作，这种无菌环境对感染科病例的临床护理和康复工作非常有益，护理人员要定期对自己进行消毒，把病房打造成与无菌环境，避免病例出现其他感染，

病情较重的感染科病例要隔离收治，避免病例成为新的感染源，感染科病例所用日常器具要及时更换进行灭菌消毒处理，避免病毒由这些物品传播。

④感染科的护理工作是一项非常复杂细致的工作，工作步骤联系紧密，一环扣一环，稍有疏失就会有感染的风险，因此非常有必要加强细节管理，护理人员要认真细心，尽职尽责，才能确保感染病的传播途径被阻断，实现感染科的零感染，护理人员需严格按照护理规范实施操作，坚决贯彻落实护理制度，日常的物品消毒和清洁处理必须按时高质量完成本不可有丝毫懈怠，无菌操作的规范要求专人专用专门灭菌处理，对情况特殊的感染病例以及密切接触者要进行隔离观察和治疗，对年老体弱的易感人群要做好保护措施，护理人员也要加强自我保护意识，避免科室感染，还要加强感染病的防治宣传教育，提高公众防范意识。

⑤护理人员要加强自身的防护管理，由于护理人员的工作性质有非常高的流动性，长期接触感染病例，因此面临较大的感染风险，护理人员要严格执行工作方案和防护措施，勤洗手，勤消毒，保证自身清洁，防止自己出现感染。

## 2 结果

将两组患者最终感染情况统计如下表。

| 组别  | 例数 | 切口感染   | 软组织感染  | 呼吸道感染  | 泌尿系统感染 | 皮肤感染   | 肠胃感染   | 统计      |
|-----|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 观察组 | 50 | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 1      | 1 (2%)  |
| 对照组 | 50 | 1      | 1      | 1      | 2      | 1      | 0      | 6 (12%) |
| P   |    | <0.005 | <0.005 | <0.005 | <0.005 | <0.005 | <0.005 | <0.005  |

表一两组患者感染情况统计表

## 3.讨论

通常情况下，医院感染指的是病例在医院内部感染的病毒，也包括已经在医院感染但处于潜伏期，出院以后出现感染症状的病例，但是入院前已经感染或处于潜伏期的病例不能包括在内，结核病是一种传染性强而且多发的感染病种类，且出现医院感染的几率比较高，据不完全统计，有三到五成的医院感染是由于护理管理以及护理操作不规范引起的，原因大致有以下几点：

①医院未能对特殊情况的感染病例实施严格的隔离制度，或者部分处于潜伏期的病例未能及时发现，或者对易感人群的保护措施没有落实到位，致使医院感染病例持续上涨，②由于护理人员对医院感染认识程度严重不足，导致护理工作中应对不力，工作麻痹大意且疏于防范，由于责任心不强导致的医疗器械的使用，消毒等规范化操作未能严格贯彻落实，特殊隔离病例的护理工作防范措施不到位，致使医院感染和内部交叉感染的风险增大，③医院的护理工作管理细则存在很多安全问题和防范漏洞，亟待改进和完善，监控力度不强，致使医院感染病例增多，医院要加强对结核病科室的防范工作，不仅要强化对护理人员护理细则的管理，还要对护理人员进行明确的责任分工，实行分级管理，制定科学合理的管理方案，要求护理人员严格按照技术要求对工作和流程进行规范化操作，落实岗位责任制，尽最大努力控制医院感染。医院还要组织护理人员加强培训和教育，致力于提高他们的专业技术和业务能力，通过培训养成他们良好的职业素养，避免因自身失误致使医院感染病例增加。

通过研究可以发现，对照组医院感染的发病率为百分之十四，观察组此项数据是百分之二，发病率明显低于对照组，对病例满意度的调查观察组是百分之九十八，而对照组是百分之八十二，显然观察组的满意度更高，两项数据的 P 值均小于百分之 0.05，研究结果清楚地显示在医院结核病科加强对护理工作的管理，能大幅降低出现医院感染的几率，病例的有效治疗和安全问题也得到了切实保障，充分证明了医院内科病室开展护理工作强化管理的临床意义和重要价值。

结核病内科作为医院感染的多发科室，虽然有少部分其他感染途径，医院感染的发病率是非常高的，主要原因就是护理人员长期在感染科室和病例之间工作，接触频次较高，其工作内容与医院的感染控制紧密相关，通过对比研究表明，结核病内科采取护理工作强化管理能有效防止医院感染的发生，而且得到病例的广泛认，满意度非常高，因此这项研究工作有重要的借鉴意义，可以广泛应用。

结束语：本次观察实践说明，在结核病医院内科预防感染方面，采取强化护理管理措施，能够实现结核病医院内科医院感染率的降低和患者护理满意度的提高，可见其具备较高的推广应用价值。

参考文献（略）

## 结核病医院内科预防感染中强化护理管理应用的效果分析

马春仙

作者单位：太原市第四人民医院 内五科 山西太原 030053

**【摘要】**目的 分析探讨结核病医院内科预防感染中强化护理管理应用的效果。方法 选择在我院进行治疗结核病患者 66 例，选择时间为 2018 年 6 月-2019 年 6 月，将患者分为一般组和实验组，一般组行常规护理，实验组行强化护理管理，对两组患者的感染发生率、护理满意率进行对比分析。结果 一般组感染发生率为 18.18%（6 例）；实验组感染发生率为 3.03%（1 例），一般组感染发生率较实验组明显更高，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。一般组护理满意率为 78.79%（26 例）；实验组护理满意率为 96.97%（32 例），一般组护理满意率较实验组明显更低，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 在结核病医院内科预防感染的工作中进行强化护理管理的应用，可减少患者的感染发生率，提高患者对护理的满意率，具有较高的有效性和安全性，值得临床推广使用。

**【关键词】**强化护理管理；预防感染；结核病

作为医院感染的高发科室，结核病内科的感染预防工作是非常重要的，很多患者会因为个人因素导致感染的发生，但医源性因素也是其主要原因之一，通过对患者进行强化护理管理，可对患者的感染发生率进行控制，显著改善患者生活质量<sup>[1]</sup>。为分析探讨结核病医院内科预防感染中强化护理管理应用的效果，本研究选择了 2018 年 6 月-2019 年 6 月在我院进行治疗结核病患者 66 例，现将报告内容整理如下。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2018 年 6 月-2019 年 6 月在我院进行治疗结核病患者 66 例，将患者分为一般组和实验组，两组均 33 例患者，一般组中共男性患者 18 例，女性患者 15 例，年龄分布在 32-71 岁，平均年龄为（49.31±4.92）岁，病程分布在 1-8 年，平均病程为（3.5±1.8）年；实验组中共男性患者 16 例，女性患者 17 例，年龄分布在 33-72 岁，平均年龄为（49.79±5.11）岁，病程分布在 1.5-9 年，平均病程为（3.7±1.6）年，比较两组一般资料，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：经过影像学及实验室检查，确诊为结核病的患者；签署知情同意书的患者；我院伦理委员会批准本次研究。

排除标准：合并严重精神障碍的患者；临床资料不齐全的患者。

#### 1.2 方法

一般组行常规护理，护理内容主要包括基础护理、用药指导、健康宣教、病情监测、饮食护理等。实验组行强化护理管理，护理主要包括定期进行感染预防的教育培训、对质控体系进行完善、遵循无菌操作，规范操作流程、对细节护理进行加强等。

#### 1.3 观察指标

对两组患者的感染发生率、护理满意率进行对比分析。感染主要包括胃肠道感染、呼吸道感染、软组织感染、皮肤感染等；护理满意率则通过本院自制的满意率量表，将满意程度分为很满意、基本满意、不满意三个层级，后对患者进行护理满意率的问卷调查。

#### 1.4 统计学分析

实验以 SPSS20.0 进行统计学分析，其中计数资料以（%）表示，使用  $X^2$  进行统计学检验，计量资料

以（均数±标注差）表示，使用 t 值进行统计学检验， $P < 0.05$  代表研究有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 两组患者感染情况分析

表 1 两组患者感染发生率对比

| 组别 (n=33)      | 胃肠道感染 (n) | 呼吸道感染 (n) | 软组织感染 (n) | 皮肤感染 (n) | 总发生率 (n/%) |
|----------------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 一般组            | 1         | 2         | 1         | 2        | 6 (18.18)  |
| 实验组            | 0         | 1         | 0         | 0        | 1 (3.03)   |
| X <sup>2</sup> |           |           |           |          | 3.9952     |
| P              |           |           |           |          | 0.0456     |

一般组感染发生率为 18.18%（6 例）；实验组感染发生率为 3.03%（1 例），一般组感染发生率较实验组明显更高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

### 2.2 两组患者护理满意率分析

表 2 两组患者护理满意率对比

| 组别 (n=33)      | 很满意 (n) | 基本满意 (n) | 不满意 (n) | 满意率 (n/%)  |
|----------------|---------|----------|---------|------------|
| 一般组            | 12      | 14       | 7       | 26 (78.79) |
| 实验组            | 19      | 13       | 1       | 32 (96.97) |
| X <sup>2</sup> |         |          |         | 5.3036     |
| P              |         |          |         | 0.0213     |

一般组护理满意率为 78.79%（26 例）；实验组护理满意率为 96.97%（32 例），一般组护理满意率较实验组明显更低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

## 3. 讨论

医院感染一般是指患者在医院内出现的感染，结核病内科是患者感染的高发科室，相关研究发现，一半左右的感染与护理人员的操作及管理存在较为密切的联系，其具体的原因如下所示：（1）护理人员在日常工作中出现较多的漏洞和问题，对医院感染的监控力度较小，增加了医院感染的发生。（2）院方未及时明确感染病因或未有效隔离特殊感染源，对易感染人群没有足够的保护，导致医院感染发生率的不断增加。

（3）护理人员对医院感染风险没有足够的认识和重视，在实际工作中缺乏责任心、防控意识，没有有效落实隔离防护、器具消毒等工作，引起医院感染与交叉感染情况的发生<sup>[2]</sup>。若想对结核病医院内科感染情况进行有效控制，强化护理人员的防控意识及工作责任感是非常重要的，让护理人员对自身的分工和职责进行明确，对管理细则进行不断的完善。通过对患者进行分级管理，对各项操作流程进行合理化的规范，有效落实管理责任，可对医院感染的预防控制进行显著改善。此外通过对患者进行定期的培训教育，能对护理人员的职业素养和专业操作能力进行提高，避免医院感染的发生，实现更好的护理效果<sup>[3]</sup>。本研究结果显示，一般组感染发生率为 18.18%（6 例）；实验组感染发生率为 3.03%（1 例），一般组感染发生率较实验组明显更高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。一般组护理满意率为 78.79%（26 例）；实验组护理满意率为 96.97%（32 例），一般组护理满意率较实验组明显更低，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。通过强化护理管理的应用，可对患者的感染发生率进行降低，提高感染控制预防的效果，对患者的满意率进行提升。

综上所述，在结核病医院内科预防感染的工作中进行强化护理管理的应用，可减少患者的感染发生率，提高患者对护理的满意率，具有较高的有效性和安全性，值得临床推广使用。

### 参考文献（略）

# 耳穴压豆在肺结核不寐患者中的进展

郑清芳

作者单位：山西医科大学附属肺科医院；太原市第四人民医院

**摘要：**本文从耳穴压豆治疗不寐的应用现状、作用机理等方面综述。通过阅读国内文献研究资料发现，有关耳穴压豆治疗肺结核不寐患者的文献极少。本文遵循耳针、中医辨证的原则，根据肺结核患者不同的临床表现，选择一定的耳穴进行组合，以调整相应脏腑经络气血的功能，达到预防和治疗疾病的目的。同时提出在耳穴压豆实施过程中要注意对护士的培训及指导。

**关键词：**耳穴压豆；肺结核不寐；进展

不寐又称失眠，是一种睡眠障碍，指入睡困难或睡眠维持困难<sup>[1]</sup>。其病位在心，由心神失养或心神不安所致，其发病与肝郁密切相关<sup>[2]</sup>。患者会伴有注意力下降及记忆力衰退的表现，且机体免疫力下降可能并发多种疾病<sup>[3]</sup>。肺结核患者受各种因素的影响容易出现不寐，而失眠较重者其病情恢复情况较差，影响患者预后，不利于生命质量的提高<sup>[4]</sup>。目前临床上治疗不寐以药物治疗为主，但部分患者可能存在药物敏感性、耐受性等问题，甚至影响肝肾功能等药物毒副作用<sup>[5]</sup>。因此，寻找有效的护理措施改善患者睡眠质量尤为重要。耳穴压豆法是一种中医自然外治法，可通过对耳穴进行压豆和按压产生刺激，使相关器官有所反应，从而调节脏腑功能和内分泌系统，最终起到平衡阴阳、镇静安眠的作用<sup>[6]</sup>。

## 1. 耳穴压豆在不寐患者中的应用现状

耳穴疗法是依据针灸学基本理论发展起来的，属于非药物疗法，安全无痛，无副作用。耳穴压豆疗法能够不同程度的改善由各种原因所致的失眠问题。国外应用耳穴针刺法治疗疾病占比较大，而中国最为崇尚简便易行的耳穴贴压疗法<sup>[7]</sup>。目前耳穴压豆治疗不寐有单纯的贴压法，也会配合其他外治疗法治疗各种疾病导致的不寐。

### 1.1 单纯耳穴贴压治疗不寐。

苏雪娟等<sup>[8]</sup>选取 66 例不寐患者给与耳穴压豆治疗，观察组总有效率（98.48%），明显高于对照组，PSQI 总分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ）。提示耳穴压豆可显著降低患者的 PSQI 分，改善失眠患者睡眠质量。李静等<sup>[9]</sup>研究耳穴压豆对新冠肺炎失眠患者的疗效，选取 32 例为实验组，给与耳穴贴压 2 周治疗后，结果提示耳穴压豆可有效改善新冠肺炎患者的失眠症状，提高患者睡眠质量。钟娱<sup>[10]</sup>采用耳穴压豆疗法治疗慢性阻塞性肺疾病失眠患者，治疗 2 周后发现患者的睡眠质量和生活质量都得到明显改善。郑艳萍等<sup>[11]</sup>研究耳穴压豆对社区 2 型糖尿病患者睡眠质量的改善及其对血糖控制的影响。各选取 49 例，对照组常规对症治疗，观察组在此基础上行耳穴压豆干预。结果提示耳穴压豆可改善社区 2 型糖尿病患者的临床疗效及睡眠质量。孟丽华等<sup>[12]</sup>研究耳穴压豆应用在 ICU 机械通气睡眠障碍患者中对患者睡眠质量的效果。将 ICU 中行机械通气的 80 例睡眠障碍患者以随机数字表法分为对照组（40 例，进行常规护理与治疗）与实验组（40 例，加用耳穴压豆），比较两组临床疗效。结果对接受机械通气治疗的 ICU 患者进行耳穴压豆干预，能帮助患者克服睡眠障碍，提升睡眠质量。

### 1.2 耳穴压豆配合其他外治疗法治疗不寐。

1.2.1 姚玉红等<sup>[13]</sup>研究耳穴压豆联合情志干预对高血压伴睡眠障碍的影响。选择 110 例高血压伴睡眠障碍患者为研究对象，采用随机数表法将其分为观察组和对照组，每组各 55 例。结果显示，耳穴压豆联合情志干预可显著改善高血压伴睡眠障碍患者的焦虑状态，从而改善睡眠。李爱军等<sup>[14]</sup>研究耳穴压豆联合八段锦治疗新型冠状病毒肺炎康复期患者焦虑抑郁的治疗。12 min/次，2 次/d，共 2 周。干预后可有效改善新冠肺炎康复期患者焦虑、抑郁程度，从而改善睡眠。杨洋等<sup>[15]</sup>分析耳穴压豆联合穴位按摩对高血压伴失眠患者的护理效果。选择 104 例高血压伴失眠患者分为常规组与试验组各 52 例。试验组在常规护理的基础上实施耳穴压豆联合穴位按摩方案（选择百会、降压沟、丰隆与双侧太冲，主要在睡前进行穴位按摩），结果显示在高血压伴失眠患者的临床护理中实施耳穴压豆联合穴位按摩，能有效改善其血压水平、睡

眠质量与生活质量,并提高护理满意度。黄星<sup>[16]</sup>分析耳穴压豆联合艾灸对维持性血液透析伴睡眠障碍患者的效果。选取维持性血液透析伴睡眠障碍患者 94 例作为研究对象,分为对照组和观察组,每组 47 例,观察组予以耳穴压豆联合艾灸(选择三阴交穴、足三里穴与涌泉穴),每天睡前选择清艾条进行艾灸,各个穴位 10min 干预,结果显示维持性血液透析伴睡眠障碍患者行艾灸联合耳穴压豆干预效果显著,可改善患者睡眠质量与生命质量。

## 2.耳穴压豆治疗不寐的机理

通过中医辨证施治选择合适的耳穴贴压部位及方法能显著提高临床治疗效果,改善睡眠的质量<sup>[17]</sup>。耳穴压豆通过刺激穴位能疏通经络、调节气血功能<sup>[18]</sup>。增强患者的脏腑功能,达到畅通经脉、调节阴阳,降低了阴阳失调的情况。我们用胶布将王不留行籽准确的黏贴在耳穴处,给予适度的揉、按、捏、压,使其产生麻、胀、痛等刺激感应,适当刺激可疏通经络,使人体内的阴阳保持平衡<sup>[19]</sup>。我们主要选取心、神门穴、肾、交感及垂前穴等穴位治疗失眠,以上诸穴相互协调,使气血调和,调节心神,经脉疏通,阴阳协调,具有镇静、安神、催眠的作用,能够有效的治疗失眠。根据中医的辨证论治理论,将失眠分为肝郁火旺型、胃气不和型、心肾不交型、心胆气虚型、痰热内扰型等。在辨证配穴时,肝郁火旺型配肝穴,疏肝泻火,佐以安神定志;胃气不和型配脾胃穴,健脾和胃、宁心安神;痰热内扰型配肺、大肠,清热化痰、和中安神;心肾不交型配心、肾,心主神明,肾藏精,精充血足;心胆气虚型配心、胆,补血益气,健脾和胃宁神<sup>[20]</sup>。

## 3 耳穴压豆辨证治疗肺结核患者不寐

WHO 发布 2021 全球结核病报告,全球范围内,结核病是导致死亡的主要原因之一,预计 2020 年有 990 万人新感染结核,结核病是位于 COVID-19 之后的第二大单一感染源致死原因。而中国在结核病高负担国家的新发病例占到全球第二<sup>[21]</sup>。调查显示 69.09%的肺结核患者存在不同程度的睡眠障碍<sup>[22]</sup>,临床上可遵循耳针、中医辨证的原则,根据肺结核患者不同的临床表现,选择一定的耳穴进行组合,以调整相应脏腑经络气血的功能,达到预防和治疗不寐的目的。

选择患者的主穴,神门、心、肾、交感、垂前、皮质下。其中,神门穴具有镇静安神的作用;心主血脉、肾藏精,按压心、肾这两个穴位可补心气、调理脏腑;交感能调节血管舒缩功能,垂前穴是治疗失眠的主要穴;皮质下具有升清利窍、健脾益肾、舒经行血、下气通腑等功效。刺激该穴位能够起到宁心安神、缓解疲劳效果<sup>[23]</sup>。另枕穴则是治疗失眠病症的特定穴位。然后再根据患者的证型来选择配穴,例如对于痰热内扰型失眠患者来说,则可以选择肺和大肠作为配穴;对于肝郁化火型失眠患者来说,则可以选择肝为配穴。肝耳穴具有清热解毒、利胆明目、养血平肝、疏郁缓急、通络止痛的功效;对于心虚胆怯型失眠患者来说,则可以选择胰胆作为配穴;对于心脾两虚型失眠患者来说,则可以选择小肠和脾作为配穴;心肾不交型配肾穴。肾耳穴具有益精气、壮肾阳、育精穴、强肌肉的功效<sup>[24]</sup>。

方法:在治疗过程中,首先检查患者的耳部皮肤,并探查耳部诸穴寻找敏感点做好标记、按压,然后采用 75%酒精消毒耳部,用左手固定患者耳部,右手使用镊子取王不留行籽胶布,并将其粘贴于标记部位。医护人员需指导患者在贴压期间每天垂直按压相关穴位。垂直按压法:分别将食指和拇指的指腹置于耳廓的正、背面,对耳穴上的王不留行籽胶布进行压迫。每次每个穴位揉压 3 min,每天 3 次。力度为患者感受到酸麻胀为宜,注意不要力度过大而损伤皮肤。3 d 更换 1 次耳贴,双耳交替施治,共治疗 4 周<sup>[25]</sup>。

## 4. 主观评价工具

4.1 匹兹堡睡眠质量指数<sup>[26]</sup> (Pittsburgh sleep quality index, PSQI) 进行测评:分别从睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物的应用、日间功能障碍 7 个方面评定受试者的睡眠质量,每个维度按 4 级计分法,计 0 分~3 分,总分为 0 分~21 分,得分越高表示睡眠质量越差,分为无、轻度、中度、重度。无: 0 分;轻度: 1 分~7 分;中度: 8 分~14 分;重度: 15 分~21 分。PSQI 因其较高的信效度已被翻译成 48 种语言,被广泛应用于临床工作中。该量表的局限性在于不能直接测量或评估睡眠的恢复性,主要用于评估患者对睡眠的改善情况和程度的主观感受,作为结局指标评价干预措施效果时的敏感度并不高<sup>[27]</sup>。

4.2 失眠严重程度指数量表<sup>[28]</sup> (Insomnia Severity Index, ISI): 研制的用于判断及评估失眠人群最近 2 周内失眠症状的工具,分为白天及夜间 2 个部分,对失眠症状的严重程度进行有针对性的评估。该量表包

括 7 个条目, 每个条目计 0~4 分, 得分越高说明失眠程度越重。该量表不论是自评、由重要的照护者或者医护研究人员评估, 结果都具有可信度。然而, 该量表易受患者焦虑、抑郁、淡漠等混杂情绪因素的影响[29]。

4.3 里兹睡眠评估问卷<sup>[30]</sup> (The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire, LSEQ)。用于评估患者治疗后当晚的睡眠情况和清晨的行为状况, 该问卷由入睡情况、睡眠质量、宿睡状态和警觉行为 4 项因子 10 个条目构成, 现已在健康人群和慢性失眠患者中经过验证, 可靠性及有效性良好, 内部一致性为 0.78~0.92, 可独立作为评价睡眠质量的工具之一, 不能评估主观的睡眠参数, 是为药物试验而非行为试验所设计<sup>[31]</sup>。

### 5. 小结

汇总资料发现, 目前有关耳穴压豆治疗肺结核失眠的相关文献报道不是很多, 因此还需要不断深入研究耳穴压豆治疗失眠的具体作用, 以为失眠患者提供更加有效的参考价值, 确保耳穴贴压的治疗效果, 积极地进行社区推广, 让更多患者获益。同时加强继续教育, 对在职人员建立中医护理教育培训大纲, 采取多途径、多渠道培养。制定完整的中医护理操作程序及考核标准。充分发挥健康宣教在中医辨证施护的主导作用。

### 参考文献 (略)

## 耳部全息刮痧合并耳穴贴压治疗肺结核合并失眠患者的相关性研究

刘海静

作者单位: 山西省医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院中医科, 山西 太原 030053

**摘要:** 目的: 调查和分析耳部全息刮痧合并耳穴贴压治疗对肺结核失眠患者的效果。方法 选取 2023 年 11 月-2024 年 3 月在该院住院的 50 例肺结核患者作为研究对象, 采用一般资料调查表、失眠严重程度指数量表进行, 50 名患者随机分为对照组和观察组, 对照组进行常规治疗, 观察组进行耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压籽治疗。统计两组的睡眠质量、心理状态以及生活质量。结果: 观察组的睡眠质量、心理状态以及生活质量均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论: 对于肺结核失眠患者, 实施耳部全息刮痧联合耳穴贴压治疗, 辅助以良好的护理, 可有效改善患者睡眠质量, 缓解负面情绪, 提升生活质量。

**关键词:** 耳部全息刮痧; 耳穴贴压; 失眠; 肺结核

结核病流行形势严峻, 最新数据显示, 全球新发结核病约 1000 万例, 我国新发约 83 万例, 居世界第 2 位 [1]。相关文献显示, 失眠与结核病密不可分, 一定程度的失眠会降低细胞免疫的抗结核保护作用 [2], 使肺结核患者病情恢复延缓反复, 还会增加机体对结核分枝杆菌的易感性, 继而影响肺结核的发生、发展和预后。失眠是一种常见的睡眠障碍, 指的是无法入睡, 或无法保持足够的睡眠时间, 导致白天不良反应和功能受损 [3]。失眠通常被认为是一种身体和心理健康问题, 并且严重影响睡眠质量和生活质量 [4]。临床上在治疗失眠时, 通常采取西药治疗的方法, 但是该方法副作用较大, 还可能产生依赖性。因此, 寻找更加安全有效的治疗手段具有重要意义。耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压籽属于中医治疗手段, 近年来, 被发现对于失眠具有较为良好的效果, 且安全性较高, 值得展开深入研究。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2023 年 11 月~2024 年 3 月在我院中医科住院的肺结核合并失眠患者 50 例, 分为对照组和观察组, 每组 25 名 ( $P > 0.05$ )。

表 1 对比患者一般资料

| 组别             | 例数    | 性别[n(%)]  |           | 年龄                     |
|----------------|-------|-----------|-----------|------------------------|
|                |       | 男性        | 女性        | ( $\bar{x} \pm s$ , 岁) |
| 观察组            | 25    | 16(64.00) | 9(36.00)  | 64.58 $\pm$ 6.73       |
| 对照组            | 25    | 14(56.00) | 11(44.00) | 63.61 $\pm$ 6.43       |
| X <sup>2</sup> | 0.487 |           |           | 0.737                  |
| P              | >0.05 |           |           | >0.05                  |

## 1.2 方法

### 1.2.1 对照组

患者需口服右佐匹克隆片，每日一次，每次 0.25 片，持续服用一个月。

### 1.2.2 观察组

**耳穴压籽：**先通过中医的四诊方法，全面评估患者的全身状况，详细观察并触诊患者的耳廓，结合舌苔进行辨证分析。根据失眠的取穴原则，确定主配穴，如神门、肝、肾、心、皮下质等穴位。针对患者的具体症状，如入睡困难、早醒或多梦，会相应增加催眠点、睡眠深沉点或多梦区。在耳部相应皮肤，进行清洁消毒后，使用耳穴探诊确定阳性点，并将王不留行籽耳穴贴，贴在阳性点上。通过适度按压，使患者产生麻、酸、胀等感觉，每次每个穴位按压 30 秒，每天 3 次，两耳交替进行，一周三次，连续治疗 14 天。

**耳部铜砭刮痧：**涂抹甘油于患者耳部，包括小周天、耳郭大等区域，以促进全身气血的循环。治疗时，会按照从上到下、从外到内、从前到后的顺序，对耳前耳后多个部位进行刮痧，直至皮肤呈现红色。根据耳穴治疗穴缺血原则及中医辨证，明确刮痧的主穴和配穴，如神经衰弱区、神门、神经系统皮质下、垂前、催眠点等主穴，以及耳背心、肝、肾等配穴。对于多梦的患者，还会增加多梦区的刮痧。双耳刮痧，每周治疗一次，持续治疗 14 天，共进行 2 次。

**针对性护理：**(1) 环境调整：确保患者的睡眠环境安静、舒适，保持适宜的温度和湿度。远离噪音和光线刺激，让患者能够在安静、黑暗的环境中更容易入睡。(2) 规律作息：建立有规律的作息习惯，每天在固定的时间上床睡觉和起床，有助于调整身体的生物钟，提高睡眠质量。

(3) 饮食调整：避免在睡前摄入咖啡、茶、可乐等含咖啡因和兴奋物质的饮料[5]。睡前可以喝点牛奶、淡淡的绿茶等有助于放松和入睡的饮品。建议患者多食用红枣、薏米、玉米、小米等补气血的食物，有助于缓解失眠导致的气血不足。(4) 放松训练：采用放松技巧帮助患者缓解压力和焦虑，如深呼吸、温水浸泡、冥想、瑜伽、温和伸展运动等[6]。此外，睡前可以在眼周涂抹维生素 E 胶囊，不仅可以淡化消除黑眼圈，还能减少眼周细纹，预防鱼尾纹，进一步帮助患者放松。

(5) 心理护理：向患者介绍有关睡眠的生理知识，帮助他们认识失眠的原因，稳定情绪，消除恐惧和焦虑[7]。对于假性失眠的患者，应耐心解释，必要时，可采用安慰剂进行暗示治疗。鼓励患者保持乐观的生活态度，避免因挫折导致心理失衡。

(6) 身体活动：白天进行适量的体育锻炼，如散步、慢跑、瑜伽等，有助于晚上的入睡。但需要注意的是，睡前应避免剧烈运动，以免影响入睡。

### 1.3 观察指标

统计两组的睡眠质量、心理状态。

### 1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著  $P < 0.05$ ，则具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者的 PSQI 评分

表 2 对比两组患者的 PSQI 评分[ (  $\bar{x} \pm s$  ) /分]

| 组别  | 例数 | 干预后 3 天          | 干预后 1 周          | 干预后 2 周         |
|-----|----|------------------|------------------|-----------------|
| 观察组 | 25 | 18.25 $\pm$ 0.10 | 16.78 $\pm$ 0.05 | 8.95 $\pm$ 0.35 |
| 对照组 | 25 | 17.75 $\pm$ 0.06 | 14.12 $\pm$ 0.12 | 7.25 $\pm$ 0.16 |
| t   |    | 24.612           | 18.254           | 13.89           |
| P   |    | <0.05            | <0.05            | <0.05           |

## 2.2 心理状态

表 3 心理状态[ (  $\bar{x} \pm s$  ) /分]

| 组别  | 例数 | SAS              |                  | SDS              |                  |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组 | 25 | 46.35 $\pm$ 1.36 | 43.39 $\pm$ 0.65 | 48.35 $\pm$ 1.38 | 41.61 $\pm$ 0.65 |
| 对照组 | 25 | 46.74 $\pm$ 1.65 | 36.69 $\pm$ 0.63 | 48.61 $\pm$ 1.41 | 36.23 $\pm$ 0.61 |
| t   |    | -0.912           | 37.008           | -0.659           | 30.177           |
| P   |    | >0.05            | <0.05            | >0.05            | <0.05            |

## 3 讨论

耳朵是人体一个重要的感觉器官，其中包含了众多的穴位。根据中医理论，耳朵的穴位与人体的各个器官和系统有着密切的关联[8]。耳部全息铜砭刮痧通过在耳部刮痧，可以刺激相应的穴位，调整身体的能量流动，以达到治疗失眠的目的。通过在耳部涂抹特殊的铜瓦剂，并利用全息震荡效应，深入刺激耳部的穴位，达到疏通经络的效果[9]。铜瓦中所含的微量元素可以很好的被皮肤吸收，进而对失眠症状产生影响。刺激皮肤表面的穴位，能够调节气血运行，促进身体的自愈能力[10]。当刮痧板滑过耳部的穴位时，刮痧刀划过皮肤，会产生一定的刺激反应，进而刺激局部神经末梢，使得身体释放内源性物质，以达到舒缓压力和改善睡眠的效果。研究表明，耳部的刺激可以影响下丘脑、杏仁核和间脑等部位，从而调节人体的内分泌系统，改善失眠引起的内分泌紊乱现象[11]。刮痧可提高血液循环，促进新陈代谢，改善失眠引起的身体不适症状。刮痧刺激可以扩张微血管，增加血液流量，改善组织营养供应，且刮痧会导致皮肤红肿、充血，进而加速新陈代谢的进行，帮助排出废物和毒素，减轻身体的负担。

耳穴压籽是指通过在特定的耳穴上，贴上中药，制造小小的压力点，以达到治疗的效果。在特定的耳穴上，施加适当的压力，可以起到调节体内功能的作用。根据中医的理论，失眠主要与肝火过旺、心神不宁等因素有关。通过压迫耳朵上的相应穴位，可以促进气血流通，调节心脏与肝脏的功能，从而改善失眠的症状。一项针对失眠患者的临床研究发现，耳穴压籽治疗能够显著改善失眠的症状，提高睡眠质量[12]。研究还发现，耳穴压籽治疗对于改善失眠相关的心理状态如焦虑和抑郁，也有一定的功效。这些研究表明，耳穴压籽治疗失眠是一种安全有效的辅助疗法[13]。耳穴压籽治疗失眠的方法简便易行，但是在进行治疗时需要注意一些细节。需要确保耳朵干净，以免引发感染等问题。在选择压力点时，需要按照中医的穴位学原理，施加适度的压力。如果压力过大，可能会引起疼痛或不适；而压力过小，则可能无法达到治疗效果。还需要持之以恒，耳穴压籽治疗失眠是一个需要长期坚持的过程，只有通过持续的治疗，才能有效解决失眠的问题[14]。

综上所述，耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压籽治疗失眠是一种非常有效的方法。它通过刺激耳廓上的反射区域和耳穴来调节人体的神经系统和内分泌系统，从而解决失眠问题。然而，在进行治疗之前，也应该注意综合良好的护理，帮助患者纠正一些不良的生活习惯，并尝试其他的治疗方法，以达到更好的治疗效果。只有综合多种治疗方法，才能够有效地解决失眠问题，帮助人们恢复健康的睡眠。

参考文献（略）

# 耳穴压豆在肺结核失眠患者中的应用效果分析

王会芝

作者单位：山西省医科大学附属肺科医院太原市第四人民医院，山西 太原 030053

**摘要：**目的：分析肺结核失眠患者采用耳穴压豆治疗失眠的效果。方法：选取 2023 年 6 月至 2023 年 12 月期间中医科收治肺结核患者 46 例，随机分为观察组和对照组各 23 例。对照组只采用常规护理或者药物治疗，观察组实施耳穴压豆联合药物治疗，对比效果。结论：耳穴压豆联合药物治疗可以有效改善肺结核失眠患者失眠症状，增加患者睡眠时间，值得应用。

**关键词：**肺结核失眠患者；耳穴压豆；应用效果；满意度

肺结核是由结核杆菌侵及肺部组织所引起的疾病，其起病可急可缓[1]。临床表现为午后低热、盗汗、咳嗽、咳痰、胸痛等症状[2]。根据病情将其分为非活动性和活动性，尤以活动性肺结核常见，其可经过呼吸道传播[3]。住院期间的肺结核患者因对该病不全了解，常因焦虑恐惧引发明显失眠，严重影响其身体的恢复[4]。失眠可归为中医的“不寐”症，责之于心、肝、脾及肾等脏器，心肝两脏尤为密切相关，睡眠是维系人体正常运作必不可少的条件[5]，失眠导致肺结核患者焦虑、恐慌等负性情绪[6]，严重影响愈后疗效，急需解决。耳穴压豆是通过王不留行籽对患者耳廓上的穴位和反应点进行刺激，以达到疏通经络、调整气血的效果，有效调节失眠[7]。本次研究选取 2023.6-2023.12 期间新冠应急病房患者 46 例，耳穴压豆对新冠肺炎失眠患者治疗效果，报告如下：

## 资料与方法：

### 1.1 一般资料

选取我院收治的 46 例肺结核患者（纳入时间 2023 年 6 月至 2023 年 12 月），随机分为观察组 23 例，男 11 例、女 12 例，对照组 23 例，男 9 例、女 14 例，平均年龄（59.42±7.1）岁，两组一般资料对比无差异性（ $P > 0.05$ ）

### 1.2 研究方法

对照组：对照组患者采用常规的治疗护理。

观察组：除上述治疗，配合耳穴压豆治疗。取单侧耳穴：心、神门、交感、神经衰弱区；辩证加减穴位：脾、肾、肝。护理人员用探针探查上述穴位敏感点。耳廓用 75%酒精消毒，将王不留行籽贴在相应穴位，按压，感痛、胀、麻、热等为佳，左右耳交替，3-5 天更换另一侧。每个穴位按压 20-30 次，每天按压 3-5 次，10 天为一个疗程。

### 1.3 观察指标

失眠严重程度采用失眠严重程度指数（Insomnia Severity Index, ISI）量表进行评价，该量表由 Morin 编制，内部一致性 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.80，重测信度为 0.89。该量表由 7 个条目组成，采用 Likert 5 级评分法，每个条目 0-4 分，总分为 0-28 分，评分越高表明失眠程度越严重，评分标准：0-7 分为无显著临床表现的失眠；8-14 分为轻度失眠；15-21 分为中度失眠；22-28 分为重度失眠[8]

满意度：科室自制，在患者不受干扰的前提下填写。满意、一般满意、不满意。

### 1.4 统计学方法：

SPSS20.0 分析数据，计数用（%）表示，行 $\chi^2$ 检验，计量用（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，行 t 检验， $P > 0.05$  统计学成立。

## 2、结果

2.1 常规治疗护理与耳穴压豆治疗后失眠严重程度指数对比：两组于治疗前的指标水平均无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后，两组水平值均改善，且观察组改善效果更显著（ $P < 0.05$ ）

表 1 治疗前与治疗后失眠严重程度指数对比

| 组别  | 治疗前        | 治疗 5 天     | 治疗后   |
|-----|------------|------------|-------|
| 对照组 | 18.78±1.36 | 13.84±1.06 | 7.321 |
| 观察组 | 18.75±1.41 | 12.98±0.44 | 6.887 |
| t   | 5.114      | 5.014      | 4.921 |
| P   | 0.909      | 0.025      | 0.034 |

表 2 治疗前与治疗后睡眠时间对比

| 组别  | 治疗前       | 治疗 3 天    | 治疗 7 天    | 治疗 10 天   |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 3.23±2.06 | 4.12±1.81 | 4.59±1.78 | 5.08±0.25 |
| 观察组 | 3.35±2.04 | 4.29±1.70 | 4.78±1.36 | 5.63±0.26 |
| t   | 0.097     | 4.587     | 6.247     | 11.370    |
| p   | 0.914     | < 0.05    | < 0.05    | < 0.05    |

表 3 治疗满意度的统计[n(%)]

| 组别             | 满意         | 一般满意      | 不满意       | 满意度           |
|----------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| 对照组            | 11 (47.82) | 8 (34.78) | 4 (17.39) | 82.60 (19/23) |
| 观察组            | 16 (69.56) | 6 (26.08) | 1 (4.34)  | 95.65 (22/23) |
| X <sup>2</sup> |            |           |           | 9.6254        |
| P              |            |           |           | 0.045         |

### 3、讨论

肺结核在中国属于高发，易给患者造成恐慌心理。使患者伴有明显的失眠症状[9]。本研究中约 30% 的患者存在失眠症状，且程度较严重。本研究干预前后试验组失眠严重程度指数量表总分优于对照组，分析其原因可能与耳穴压豆能激活胆碱能抗炎通路，对内脏器官起到保护作用，在疾病的恢复期对受损器官起到修复作用[10]，从而有效延长患者耳部穴位长效持续的刺激，改善其失眠症状有关，结果提示耳穴压豆可有效改善肺结核患者的失眠症状，提高患者睡眠质量。再次证实了耳穴压豆技术改善肺结核患者失眠疗效。

综上所述，针对肺结核患者失眠状态，采用耳穴压豆可有效缓解患者的失眠，改善患者的焦虑情绪，耳穴压豆疗法值得推广应用。

参考文献（略）

## 整体护理用于耐多药结核病护理效果分析

赵娜

作者单位：太原市第四人民医院（山西医科大学附属肺科医院） 中医科，山西 太原 030053

**【摘要】目的：**观察耐多药结核病护理中采用整体护理对患者心理健康状态、用药依从性的影响。**方法：**对 2022.5-2023.5 期间我院收治的耐多药结核病患者 116 例进行研究，采用双盲法进行组别均分，对照组（n=58，基础护理）、整体组（n=58，整体护理），比较组间干预前后心理健康状态、干预后护理质量评分、用药依从性、疾病知识掌握率。**结果：**护理前两组心理健康评分比较，不存在数据差异， $P>0.05$ ；护理后整体组 SAS、SDS 低于对照组，存在数据差异， $P<0.05$ ；护理后整体组护理质量评分、用药依从性、疾病知识掌握率高于对照组，存在数据差异， $P<0.05$ 。**结论：**对耐多药结核病患者采用整体护理，可改善患者不良心理状态，提升患者疾病知识掌握度以及用药依从性，可提高护理质量，值得应用。

**【关键词】**整体护理；耐多药结核病；护理效果；心理健康状态；护理质量评分

结核杆菌感染是耐多药结核疾病发病的主要原因，当治疗过程中结核杆菌出现突变极易引起耐药菌株的生成。同时导致耐多药结核病产生的原因还有治疗不规范、不遵医嘱服药等，此时会导致治疗难度提升<sup>[1]</sup>。因此会导致患者心理健康状态受到影响。鉴于此，本次研究对 116 例 2022.5-2023.5 期间我院收治的耐多药结核病患者进行研究，探讨整体护理的实施效果，报道如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象：116 例耐多药结核病患者；研究时间：2022.5-2023.5；分组依据：双盲法。58 例对照组患者采用基础护理，男女比例 30:28，平均年龄（48.32±2.26）岁；58 例整体组患者采用整体护理，男女比例 31:27，平均年龄（48.48±2.31）岁。组间一般资料（性别、年龄）对比， $P>0.05$ ，有可比意义。

### 1.2 方法

对照组：遵医嘱给予患者用药护理，对患者临床症状以及各项指标进行详细记录，为完善治疗方案提供依据。

整体组：①构建整体护理方案。小组成员由具有丰富临床护理工作经验的护士长 1 名、护士若干名组成。组内成员共同对患者基础资料进行搜集，包括疾病历史、病情、用药情况、文化水平、家庭情况等，在此基础上做护理诊断。结合诊断结果以促进患者身心健康角度出发规划护理内容，并在整个护理干预过程中，对患者健康状况定期做出评估，对护理程序以及护理目标进行调整；②健康知识讲解。部分患者由于对耐多药结核疾病不够了解，在治疗过程中存在依从性低、心理状态较差等现象，严重影响疾病康复。因此在对患者展开整体护理干预过程中，应注重结合患者认知能力与水平，采用患者可以理解的语言和方式对患者进行疾病知识讲解，重点进行隔离方法、发病原因、传播途径、药物功能、治疗流程、心理状态调整等相关知识的讲解，确保患者消除对耐多药结核疾病错误的认知，通过提升患者对疾病以及积极配合治疗的方式，提升患者对这一疾病传染性的了解，为逐渐提升治疗效果奠定基础；③心理疏导。由于耐多药结核疾病具有传染性强、治疗难度大的特点，因此在治疗中易产生严重的焦虑、抑郁以及烦躁等负面情绪，因此护理人员在展开日常工作中，应注重对患者表情的观察，发现患者出现不良情绪时，应积极进行正面疏导，向患者介绍成功治愈的案例，促使患者树立战胜疾病的信心，同时可以利用视频、电视节目等，缓解患者注意力，改善患者不良情绪；④用药护理。药物使用不合理同耐多药结核疾病具有紧密联系，因此护理人员在展开工作过程中，首先应告知患者疾病特点，在此基础上向患者详细讲解服药种类、药物剂量以及药物使用方法等，对服药后可能产生的各种不良反应进行详细讲解，确保患者可以正确服用药物，并能够做好心理准备，积极面对不良反应；⑤饮食干预。护理人员应定期观察患者机体消耗量，为避免患者出现营养不良以及身体消瘦现象，应指导患者每日尽量使用优质蛋白食物，包括鸡蛋、虾、鱼等，但是火锅、动物内脏等高嘌呤食物不可以食用，且应密切关注患者是否存在对部分海鲜类食物有过敏现象，对饮食进行合理规划。同时不可以食用辛辣、生冷食物，避免肺部受到刺激产生咳血现象；⑥出院前指导。护理人员应向患者详细讲解居家生活中正确的隔离方案，并对用药方法、食物、睡眠等进行详细讲解，确保患者出院后可以形成较强的自护能力，并采用定期随访的方式，对患者病情进行了解，叮嘱患者定期复查。

### 1.3 观察指标

(1) 记录、对比组间患者干预前后心理状态评分，采用焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）对患者心理健康状态进行评价，分值与心理健康水平呈负相关。

(2) 记录、对比组间护理质量评分，评价维度包含心理状态、心理疏导、人性化护理、风险防范护理，每个维度分值取值范围 0-100 分，分值与护理质量呈正相关。

(3) 记录、对比组间用药依从性，包括十分依从（8 分）、基本依从（6-7 分）、不依从（0-5 分），依从性=十分依从率+基本依从率。

(4) 记录、对比组间疾病知识掌握率，采用本院自制耐多药结核疾病知识掌握情况调查问卷，包括优（80-100 分）、良（60-79 分）、差（0-59 分）。疾病知识掌握率=（优+良）/总例数×100%。

### 1.4 数据处理

SPSS27.0 软件处理相关数据。实施  $X^2$  检验、t 检验。计数、计量资料分别以百分数/ $(\bar{X} \pm S)$  描述。P < 0.05, 价值存在。

## 2 结果

### 2.1 组间护理前后心理健康状态

护理前组间心理健康状态评价对比, P > 0.05, 无统计学差异; 护理后整体组 SAS、SDS 低于对照组, P < 0.05, 有统计学差异, 见表 1:

表 1. 组间护理前后心理健康状态 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数 | SAS        |            | SDS        |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 整体组 | 58 | 68.59±5.52 | 52.22±2.21 | 67.77±4.43 | 51.66±2.22 |
| 对照组 | 58 | 68.42±5.55 | 56.37±2.33 | 67.62±4.38 | 55.09±2.15 |
| t 值 |    | 0.1654     | 9.8417     | 0.1834     | 8.4525     |
| P 值 |    | 0.8689     | 0.0000     | 0.8548     | 0.0000     |

### 2.2 组间护理质量评分

整体组护理质量评分高于对照组, P < 0.05, 有统计学差异, 见表 2:

表 2. 护理后组间护理质量评分情况 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 心理状态评估     | 心理疏导       | 人性化管理      | 风险防范管理     |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 整体组 | 58 | 91.39±3.44 | 90.55±2.54 | 91.37±3.22 | 93.37±2.15 |
| 对照组 | 58 | 81.09±3.23 | 82.57±2.26 | 81.33±2.14 | 84.45±2.25 |
| t 值 |    | 16.6236    | 17.8753    | 19.7768    | 21.8288    |
| P 值 |    | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     |

### 2.3 组间用药依从性

整体组用药依从性 96.55% 高于对照组 86.21%, P < 0.05, 有统计学差异, 见表 3:

表 3. 组间护理后患者依从性情况 [n (%)]

| 组别  | 例数 | 十分依从       | 基本依从       | 不依从       | 依从率        |
|-----|----|------------|------------|-----------|------------|
| 整体组 | 58 | 30(51.72%) | 26(44.83%) | 2(3.45%)  | 56(96.55%) |
| 对照组 | 58 | 28(48.28%) | 22(37.93%) | 8(13.79%) | 50(86.21%) |
| x 值 |    | -          | -          | -         | 3.9396     |
| P 值 |    | -          | -          | -         | 0.0471     |

### 2.4 组间疾病知识掌握率

整体组疾病知识掌握率 98.28% 高于对照组 87.93%, P < 0.05, 有统计学差异, 见表 4:

表 4. 组间疾病知识掌握情况 [n (%)]

| 组别  | 例数 | 优          | 良          | 差         | 掌握率        |
|-----|----|------------|------------|-----------|------------|
| 整体组 | 58 | 30(51.72%) | 27(46.55%) | 1(1.72%)  | 57(98.28%) |
| 对照组 | 58 | 28(48.28%) | 23(39.66%) | 7(12.07%) | 51(87.93%) |
| x 值 |    | -          | -          | -         | 4.8333     |
| P 值 |    | -          | -          | -         | 0.0279     |

## 3 讨论

在多种传染性疾病当中, 耐多药结核病较为常见, 这一疾病治疗难度较大, 治疗过程中会对患者身心健康造成严重威胁<sup>[2-3]</sup>。同普通肺结核疾病相比, 耐多药结合疾病呈现出治疗周期长、治愈困难等特点, 在长时间服药过程中患者也易产生食欲不振、心理压力、营养不良以及药物不良反应等。因此在对耐多药结核患者进行治疗过程中, 必须配合科学的护理措施, 提升患者依从性, 才能够实现提升治疗效果、改善

患者生活质量的目标<sup>[4-5]</sup>。

而在以往的护理干预中，以给予患者用药指导为主，忽视了对患者心理干预以及出院前指导等细节性护理，不利于提升患者的依从性。而整体护理理念的提出和应用，落实了“以人为本”理念，可以从用药、饮食、生活等多个角度出发给予患者护理干预，不仅可以提高基础护理服务质量，同时还能够促使患者逐渐树立起积极的信心，积极配合医护工作开展，提升患者依从性<sup>[6-7]</sup>。

对耐多药结核疾病展开整体护理干预的过程中，首先成立了整体护理小组，小组成员首先应对耐多药结核疾病理论知识和护理技巧的学习，包括沟通技巧、咳血等临床症状护理要点等，只有通过考核的护理人员才能够正式上岗，同时还需要通过定期考核、理论知识更新等方式，不断提升护理人员的综合能力，为从整体上提升护理服务质量奠定基础。且在展开整体护理干预过程中，需要把握以下要点：①给予患者充分尊重。注重从患者心理特点角度出发展开各项护理，应从患者心理需求、精神需求、生活需求等细节角度出发，通过逐渐深入沟通的方式，注重满足患者的各种需求，从而拉近护患距离，提升患者对疾病知识的认知度，积极配合护理工作的开展；②注重提升患者的疾病知识。护理人员应注重提升患者对疾病的认知，了解疾病产生的原因，掌握各种抗结核药物的种类以及容易引起的不良反应，在此基础上才能够逐渐对患者负性情绪进行缓解，引导患者以积极的心态面对疾病和治疗，这一过程中有助于从心理、生理等多个角度出发给予患者更加优质的护理服务，强化护理服务质量，改善护理效果。由此可见，整体护理可以给予耐多药结合患者更加全面、系统化护理服务。

本次研究结果显示：整体组护理后 SAS、SDS 评分低于对照组， $P < 0.05$ 。分析原因，在对整体护理进行应用的过程中，护理人员通过对患者心理状态、临床症状进行评估，结合患者精神状况及时给予心理疏导，有助于提升患者战胜疾病的信心，同时焦虑、不安等负面情绪可以得到缓解；同时，整体组护理质量评分高于对照组， $P < 0.05$ 。究其原因，通过整体护理的应用，通过整体护理小组落实责任制工作，可以从心理状态评估、心理疏导、人性化管理、风险防范管理等多个角度出发对患者给予更加针对性干预，提升护理服务质量的同时，还可以促进患者对护理质量评分的提升；另外，整体组用药依从性高于对照组， $P < 0.05$ 。究其原因，整体护理小组的建立，可以对患者病情进行分析，并结合医嘱进行护理诊断，并制定针对性护理干预方案，有助于患者增加对药物功能、药物种类、服药方法等知识的了解，有助于提升患者的用药依从性；最后，整体组患者疾病知识掌握率高于对照组， $P < 0.05$ 。究其原因，采用整体护理干预能够促使患者从耐多药结核疾病产生原因、干预方法、治疗流程、药物功能以及隔离方法等多个角度出发提升疾病知识掌握度，对于改善治疗效果具有促进作用。

综上所述，将整体护理应用于耐多药结核病患者中，有助于患者负性情绪的缓解，可提升护理质量评分以及患者对疾病知识的掌握度，指导患者提升用药依从性，值得临床应用。

参考文献（略）

## 循证护理对老年压疮患者生活质量的影响分析

冀旭娟

作者单位：太原市第四人民医院 内五科 山西太原 030053

**【摘要】目的：**研究循证护理对老年压疮患者生活质量的影响。**方法：**本次研究抽取我院 2017 年 10 月~2018 年 10 月期间收治的 60 例老年压疮患者，按照奇偶平分法，划分为 2 组：实验组和参照组，每组 30 例；参照组运用常规护理模式，实验组运用循证护理模式，对比两组临床效果。**结果：**实验组护理后，生活质量明显提升，显著好于参照组，其护理满意度高于参照组，组间检验 ( $P < 0.05$ )，具有统计学意义。**讨论：**循证护理用于老年压疮患者中，临床护理效果良好，值得在临床医学中推广使用。

**【关键词】循证护理；老年压疮患者；生活质量；影响**

对于老年患者来说,其身体免疫力较差,住院时间较长。而随着人们生活水平的提升,患者对住院安全的要求越来越高,追求更优质的住院服务。老年患者长期卧床,容易发生压疮等并发症,给患者的生活质量带来严重影响。本文主要探讨了循证护理干预对老年压疮患者生活质量的影响,为临床护理工作提供参考借鉴意义,现报道如下。

## 1、资料与方法

### 1.1 基础资料

将 2017 年 10 月~2018 年 10 月期间,于我院就诊的老年压疮患者 60 例作为研究对象,所有患者均为内科住院患者,依据奇偶平分法分为实验组、参照组,各组均为 30 例;实验组男 ( $n=17$ ),女 ( $n=13$ ),年龄为 62-82 岁,平均年龄为 ( $72.03\pm 0.17$ ) 岁,住院时间 6-35 天,平均住院时间为 ( $18.23\pm 0.77$ ) 天;参照组男 ( $n=16$ ),女 ( $n=14$ ),年龄 63-81 岁,平均年龄为 ( $72.01\pm 0.19$ ) 岁,住院时间 7-34 天,平均住院时间为 ( $18.25\pm 0.75$ ) 天。两组患者临床资料经统计学计算,呈现的检验结果为  $p>0.05$ ,不具有统计学意义。本次研究经医院伦理委员会允许,所有患者均在自愿的原则下,同意本研究,并与医院签署了书面文件。

### 1.2 研究方法

参照组行常规护理措施,实验组行循证护理措施,具体如下。

1.2.1 成立压疮管理小组。组长由护士长担任,小组成员包括责任组长与责任护士,明确各岗位人员的职责,护士长负责指导、检查、培训等工作;责任组长负责督导、自查及上报工作;责任护士负责落实护理措施<sup>[1]</sup>,评估护理结果及上报。

1.2.2 查阅文献。护理人员依据临床经验、相关文献,评估患者压疮发生的危险因素,对患者及家属做好健康教育,对其讲解压疮发生的危险性,指导患者自我护理。

1.2.3 循证措施:(1)交接班制度:护理人员交接班时,要设立床头卡,将患者具体情况写在床头卡上,包括患者营养、皮肤情况、有无疼痛感等,方便交接护士及时掌握患者情况,出现问题及时处理;(2)饮食护理:评估患者营养状况,指导患者科学饮食,食物以高蛋白、高热量、多维生素为主,禁忌辛辣生冷食物;若患者出现营养风险,要与医生、营养师会诊,制定有效的营养方案;(3)体位护理:患者卧床的体位非常重要<sup>[2]</sup>,护理人员要指导患者选择正确的体位休息,半卧位或侧卧位的监角度不要超过 30 度,高危患者要定期翻身,更换体位,翻身时间依据患者皮肤情况而定;患者坐位时,要 15 分钟变换一次体位,减少皮肤摩擦力;(4)全面护理:护理人员要保持患者皮肤清洁,注意医疗器械与患者的接触,如胃管、尿管等,重点关注患者皮肤卫生、水肿情况,发现危险情况要及时处理。

1.2.4 压疮安全管理。每月月底,护理人员汇总患者情况,并上报给护士长,护士长针对护理工作存在的问题,完善护理流程,并落实到实际工作中。

### 1.3 观察指标

两组患者经护理后,观察生活质量、护理满意度。采用我院自制的生活质量量表,评估两组患者生活质量,评价指标有:社会功能、认知功能、情绪功能、躯体活动、角色功能等,每个指标总分为 100 分,分数越高说明生活质量越好。以我院自制问卷,向患者调查护理满意度,设定总分值为 100 分,患者评分在 85 分及以上,则为非常满意;65-84 分则为基本满意;64 分及以下则为不满意。

### 1.4 统计学分析

数据行 SPSS17.0 处理,计数用 (%) 表示,行卡方检验,计量用 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示,t 值检验,当 P 小于 0.05 时,数据差异有统计学意义。

## 2、结果

### 2.1 比较两组患者干预后生活质量

结果见表 1 所示,实验组生活质量各项指标评分均较高,比参照组具有优势,组间对比 ( $p<0.05$ ),统计学意义显著。

表 1: 两组患者护理后的生活质量分析 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 情绪功能       | 认知功能       | 角色功能       | 社会功能       | 躯体活动       |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|
| 实验组 | 30 | 91.13±2.56 | 88.58±2.74 | 91.23±1.42 | 89.98±4.43 | 90.74±2.15 |
| 参照组 | 30 | 78.52±3.44 | 77.55±2.96 | 83.14±1.91 | 75.35±6.43 | 86.41±2.84 |
| t 值 |    | 16.1071    | 14.9779    | 18.6177    | 10.2623    | 6.6580     |
| P 值 |    | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     |

## 2.2 对比两组患者护理满意情况

从表 2 可以得知, 实验组对询证护理的满意度更高, 好于参照组, 两组检验, 统计学意义高度存在 ( $p < 0.05$ )。

表 2: 两组患者满意度比较[n (%)]

| 组别               | 例数 | 非常满意        | 基本满意        | 不满意        | 满意度         |
|------------------|----|-------------|-------------|------------|-------------|
| 实验组              | 30 | 21 (70.00%) | 7 (23.33%)  | 2 (6.67%)  | 28 (93.33%) |
| 参照组              | 30 | 10 (33.33%) | 12 (40.00%) | 8 (26.67%) | 22 (73.33%) |
| X <sup>2</sup> 值 |    |             |             |            | 4.3200      |
| P 值              |    |             |             |            | 0.0376      |

## 3、讨论

老年患者具有较高的住院率, 是发生压疮的主要人群, 由于老年患者身体虚弱, 免疫机制下降<sup>[3]</sup>, 导致其发生压疮后, 创面很难愈合, 不仅给患者治疗工作带来难度, 还增加了住院风险发生的概率。压疮是指患者皮肤长时间受到压迫, 导致血液循环不畅, 产生的皮下组织缺血性疾病。对于老年压疮患者, 配以临床护理措施非常重要。常规护理模式只是对患者进行基础护理, 缺乏针对性, 不能满足患者个性化护理需求。随着护理工作的不断深入, 循证护理应运而生。循证护理是以临床实践作为依据, 与科研成果相结合, 以此制定符合患者病情的护理方案, 可以一定针对性。与常规护理模式相比, 循证护理的护理内容与细节更加完善, 坚持以患者为中心开展护理工作, 体现了人性化的护理理念, 可以让患者到人文关怀, 在一定程度上提升了医院护理服务质量<sup>[4]</sup>。同时, 循证护理加入了适当的健康教育, 可以提升患者自护意识, 同时通过饮食护理与病情护理, 保证了患者营养充足, 减少了风险发生情况, 为患者早日康复奠定基础。

本次研究中显示, 实验组经循证护理后, 生活质量明显改善, 其在各项指标方面, 优势明显; 而在护理满意度方面, 实验组高达 93.33%, 与参照组 73.33% 护理满意度比较, 差异存在, 由此说明, 实验组方法更受患者欢迎与认可。

综上所述, 在老年压疮患者中给予循证护理, 可以改善患者生活质量, 提高护理满意度, 临床意义显著。

参考文献 (略)

## 耳针 (耳穴压豆) 在一例眼结核患者的护理体会

吴建华

作者单位: 山西医科大学附属肺科医院 (太原市第四人民医院) 中医科, 山西 太原 030053

**【摘要】目的:** 结核病依然是世界上死亡的主要感染病因, 其中眼结核患者虽然为数不多, 但是眼部症状非常影响生活质量。通过耳针 (耳穴压豆) 缓解患者眼部不适症状。**结果:** 患者眼部无红肿, 无疼痛, 粘稠眼泪明显减少乃至消失。**结论:** 耳针 (耳穴压豆) 的使用可以减轻患者的眼部不适症状, 患者并发症发生率更低, 生命质量显著提升。

**【关键词】** 耳穴压豆; 眼结核

结核病依然是世界上死亡的主要感染病因，可以引起遍及全身及眼睛的多种疾病。全世界每年约有 8 百万新增结核病例，3 百万人死于结核。有三分之一的世界人口曾被感染。感染的人口分布非常广泛，发展中国家的疾病负担最重。眼结核感染的临床特征眼睑和结膜结核病对眼睑的影响常在儿童中发现。眼结核常被认为非常罕见，但是它的发病方式多种多样，而且遍布不同的时间、人种和地域。1967 年，Donahue 报道了一个结核病诊所的 10524 名患者中眼结核病的发病率为 1.46%。1997 年报道的一项在西班牙进行的前瞻性研究显示，对 100 名随机选择的被证实有全身性结核的患者的检查发现有 18 名 (18%) 患者眼睛受累。2002 年报道的一项前瞻性研究显示，在非洲马拉威的 109 名发热和结核病患者中，脉络膜肉芽肿的发病率为 2.8%。在印度，一个从 1992 年 1 月到 1994 年 2 月的研究中 0.6% 的眼葡萄膜炎被认定是由结核引起。在日本，一项从 1998 年 4 月到 2000 年 8 月的前瞻性研究报道，126 例眼葡萄膜炎患者中有 20.6% 的患者 PPD 皮肤试验阳性，7.9% 被认为患有眼内结核。在沙特阿拉伯，一个治疗中心从 1995 年到 2000 年的眼葡萄膜炎患者中 10.5% 由结核引起。在波士顿，从 1982 年到 1992 年的眼葡萄膜炎患者中 0.6% 被认为结核是根本原因”。结膜的原发性感染不常见，常影响儿童。结核性结膜炎是一种常引起受累组织纤维化的慢性疾病。结核性结膜炎的患者主诉没有特异性，常是红眼或眼部不适之类。体检可能发现有粘液脓性分泌物和眼睑水肿，常合并有类似出现在 Parinaud 眼腺综合症的标志性的淋巴结炎，这种淋巴结炎在大部分其他类型的细菌性或过敏性结膜炎中不会出现，在病毒性结膜炎中也很少出现。在原发性结膜结核的病例，可以通过经典的对结膜涂片或活组织样本进行抗酸染色的方法检测出结核杆菌。角膜角膜受累最常见的征象是泡性角结膜炎或实质性角膜炎。泡性角结膜炎是角膜和 / 或结膜对异体蛋白的非特异性变应性反应”。它常与结核、葡萄球菌性结核病和眼结核中人类免疫缺陷病毒的作用。在结核病疫区，结核仍然是首要病因。它的起病以红眼，流泪和异物感为特征，其严重程度与角膜受累的程度一致。病变最常以周边的小结节开始，而后逐渐移行至中央区，沿途可见表浅血管。角膜被覆上皮起初尚完整，但常受到侵蚀，导致上皮的缺失。治疗应包括对确诊结核患者的全身抗结核治疗和局部应用类固醇”。严重的视力丧失并不常见。性病例中，126 例葡萄膜炎患者中有 20.6% 的患者 PPD 结果阳性，7.9% 的患者被认为有眼内结核。2002 年 10 月报道的对沙特阿拉伯一个转诊中心的临床资料的回顾性研究结果显示有 10.5% 的葡萄膜炎由结核引起。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

王某某，男性，58 岁，自由职业者。主因“双眼视力下降一年”于 2024.3.27 日 09 时自行步入病房。

现病史：患者 2 年前无明显诱因出现眼肿眼球突出，于山西省眼科医院检查诊断为甲状腺性眼病，口服泼尼松片 1 年，症状消失，近 1 年出现双眼视力下降，且呈现加重趋势，2024 年 3 月 20 日于山西省眼科医院行眼底造影，结果示双眼视网膜血管炎，考虑眼结核不排除，建议前往结核病医院进一步检查，2024 年 3 月 20 日患者检查 PPD :14mm, IGRA 阳性，为进一步诊治，收住入院，患者目前眼部无红肿，无疼痛，有粘稠眼泪，无发热，有夜间盗汗，未诉其余不适，患者自发病以来，精神尚可、食欲正常、睡眠尚可，大小便正常，体重无明显变化。

既往史：既往体质一般，否认高血压史，有糖尿病史 6 年，目前口服二甲双胍、阿卡波糖、瑞格列奈、注射德谷门冬双胰岛素，2022 年 4 月曾患轻微脑梗。否认外伤史，否认输血史，否认肝炎史，否认结核病史，否认其他传染病史，预防接种史：已接种，否认食物过敏史，否认药物过敏史。

个人史：否认近期外出旅居史，否认疫区久居史，否认有害物接触史，否认放射性物质接触史，否认吸烟史；偶有饮酒，否认冶游史。

婚育史：已婚，配偶健康，已育，育有 1 子，孩子健康状况，良好。

家族史：父：健在，母，健在；兄弟姐妹，健在；有家族糖尿病病史，无家族否认肝炎、结核等传染性疾病

### 1.2 方法

健康教育。患者入院后，借助于宣传手册、言语沟通等形式，及时向患者传递疾病相关讯息。同时，指导患者完成各项必要检查，并提醒其需要注意的内容。在宣教期间，除让患者明确疾病发生的诱因、预

后情况等，还应及时向其说明结核病传染性的预防对策。告诉患者进行消毒、隔离的必要性与重要性。嘱患者摒弃不良生活习惯，并加强个人卫生，纠正错误行为。室内需要常开窗，确保空气流通。针对被褥、衣物等，需要定期更换、晾晒。患者咳嗽、打喷嚏时，应以纸巾、手巾等，将口鼻遮住。(2) 心理疏导。对患者心理状态进行充分把握，在明确其不良情绪产生原因的基础上，开展心理疏导工作。鼓励患者讲述自身情况，并做到耐心倾听。指导患者情绪发泄的正确方式。向患者说明规范化治疗与疾病预后之间的关系，以此达到提高患者对疾病认知的目的，进而缓解其负面情绪。同时，多予以患者鼓励，让其选择自己喜爱的音乐进行聆听，并观看感兴趣的节目等。及时与患者家属交流，通过患者家属掌握患者更多情况，并嘱其家属予以患者家庭支持，如多关心、鼓励等。(3) 用药方面。将结核性治疗所需药物向患者讲清，该患者使用的药物有利福平，异烟肼，吡嗪酰胺，左氧氟沙星注射液，保肝药物永水飞蓟宾。重点强调用药剂量、方法等，并让其知晓药物所致的副反应。对患者用药情况下进行监督，确保患者按时、全程正确用药。患者用药后，观察其反应情况。同时，还告知患者用药期间需要进行的相关检查，如血常规、肝肾功能等。针对出现胃肠不适症状的患者，需要及时采取处理措施。此外，还应观察患者关节、视力情况，如果出现异常，则应立即将主治医师说明，并配合进行干预。(4) 耳针（耳穴压豆）。交感、眼、肝、肾、目 1、目 2、枕，双耳贴压，隔日一次。按压 3-5 次/每日/每穴。(5) 饮食方面。采取营养支持方案，嘱患者以清淡、易消化的糖尿病饮食，并注意蛋白质、热量的补充。同时，嘱患者多食用富含维生素食物，并在其食谱中添加排骨、豆制品等。(6) 院外随访。患者出院前，向其说明遵医用药的重要性，并让其不要擅自停药、更改用药剂量等。让患者家属做好患者的用药监督工作。采取电话、短信等形式进行随访，对患者居家康复情况进行评析，并嘱其定期复查。

### 1.3 观察指标

(1) 护理满意度。(2) 情绪评分。SAS: 焦虑程度。(3) 症状积分。症状可见: 眼部无红肿, 无疼痛, 粘稠眼泪等。根据症状严重程度, 记为 0~6 分。分值高, 症状严重。(4) 生命质量。对社会、精神、心理等状况进行测定, 共 5 项。分数: 0~100 分。分值越大, 则质量越高。

### 3 讨论

结核性结膜炎是一种常引起受累组织纤维化的慢性疾病。结核性结膜炎的患者主诉没有特异性, 常是红眼或眼部不适之类。体检可能发现有粘液脓性分泌物和眼睑水肿, 常合并有类似出现在 Parinaud 眼腺综合征的标志性的淋巴结炎, 这种淋巴结炎在大部分其他类型的细菌性或过敏性结膜炎中不会出现, 在病毒性结膜炎中也很少出现。在原发性结膜结核的病例, 可以通过经典的对结膜涂片或活组织样本进行抗酸染色的方法检测出结核杆菌。因该病病程长, 且需要长时间治疗, 所以患者遵医嘱规律用药、积极参与疾病康复进程十分必要。但是受到诸多因素影响, 患者遵医行为不佳, 进而导致康复效果下降, 致使疾病反复发作, 使得患者生命质量严重下降。为改善患者预后, 还应重视护理工作地开展。

对于眼结核患者而言, 因对疾病知识知晓较少, 并且担忧将疾病传染给家人、忧虑受到社会歧视等, 所以患者出现焦虑、自卑心理的概率较高。而通过多种形式予以其护理, 尤其是耳针（耳穴压豆）对眼结核患者的症状减轻, 再给予心理疏导, 能够使之将不良情绪发泄出来, 进而减轻其心理负担, 这对于促进其治疗信心提升具有关键性作用。同时, 让患者家属多予以患者家庭支持, 还能够是患者获得亲人的关怀, 从而加快其悲观情绪消除速度。

综上所述, 耳针（耳穴压豆）对眼结核患者的症状减轻方面, 护理效果显著。除加快患者症状改善速度外, 还使得其情绪状态缓解, 并且利于降低并发症发生率, 对促进患者生命质量提升意义显著。

### 参考文献（略）

# 心肺康复训练结合心理护理在慢阻肺伴呼吸衰竭患者中的应用

周淑娟

作者单位：武汉市肺科医院,湖北 武汉 430030

**【摘要】目的** 探讨心肺康复训练结合心理护理在慢性阻塞性肺气肿(简称“慢阻肺”)伴呼吸衰竭患者中的应用效果。**方法** 纳入 2022 年 1 月至 2022 年 12 月于我科接受诊治的 104 例慢阻肺伴呼吸衰竭患者,采用抽签法随机分为 2 组。52 例对照组患者施以常规护理,52 例观察组患者在对照组护理方式的基础上施以心肺康复训练结合心理护理。比较 2 组的肺功能、生活质量、运动耐力、负面情绪和护理满意度。**结果** 干预 2 周和 1 个月后,观察组的肺功能各指标均高于同期对照组,圣乔治呼吸问卷评分均低于同期对照组,6 分钟步行试验距离均长于同期对照组,抑郁自评量表和焦虑自评量表评分均低于同期对照组,差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.05$ );2 组的上述指标均优于同组入院时( $P$  均  $< 0.05$ )。观察组的护理总满意率高于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 心肺康复训练结合心理护理可有效促进慢阻肺伴呼吸衰竭患者的肺功能恢复,提高其生活质量和运动耐力,减轻其负面情绪,且在提升护理服务满意度方面具有优势。

**【关键词】** 慢性阻塞性肺气肿;呼吸衰竭;心肺康复训练;心理护理;肺功能

慢性阻塞性肺气肿(简称“慢阻肺”)好发于中老年人群,若未得到及时控制,则易出现呼吸衰竭,此类患者往往需要建立人工气道,易使其诱发恐惧和绝望等负面情绪<sup>[1]</sup>。目前,临床对于慢阻肺伴呼吸衰竭患者的治疗方案仍以药物保守治疗为主,但长期用药效果欠佳。而积极有效的护理干预已被证实能够改善慢阻肺继发呼吸衰竭患者的生活质量及肺功能<sup>[2]</sup>。心肺康复训练能够通过多种手段扩大肺容量,提高患者的肺功能和自理能力<sup>[3]</sup>。心理干预可有效减轻患者的负面情绪,使其更为正向地面对疾病,提升护理依从性,最终达到改善临床预后的目的<sup>[4]</sup>。但目前有关两者联合用于慢阻肺伴呼吸衰竭患者护理干预的报道相对较少。基于以上证据,本研究对心肺康复训练结合心理护理在慢阻肺伴呼吸衰竭患者中的应用效果进行前瞻性研究,现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本研究以 2022 年 1 月至 2022 年 12 月于武汉市肺科医院呼吸科接受诊治的 104 例慢阻肺伴呼吸衰竭患者为研究对象。纳入标准:① 根据临床症状及实验室检查结果确诊为慢阻肺伴呼吸衰竭;② 年龄 18~80 岁;③ 于本院完成相关治疗及护理;④ 签署知情同意书。排除标准:① 无法正常沟通和交流;② 合并恶性肿瘤;③ 合并重要器官功能不全;④ 合并血液系统疾病;⑤ 合并精神系统或神经系统疾病;⑥ 近 12 周内服用过抗精神病药物;⑦ 自行出院或转院。将所有患者采用抽签法随机分入对照组和观察组,每组 52 例。2 组间性别构成比、年龄、慢阻肺病程、文化程度及肺功能分级经比较,差异均无统计学意义( $P$  均  $> 0.05$ ),见表 1。

表 1 2 组临床资料比较

| 组别           | n  | 年龄<br>( $\bar{x} \pm s$ ,岁) | 慢阻肺病程<br>( $\bar{x} \pm s$ ,年) | 文化程度 [例(%)] |           | 性别 [例(%)] |           | 肺功能分级 [例(%)] |           |           |
|--------------|----|-----------------------------|--------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|
|              |    |                             |                                | 初中及以下       | 高中及以上     | 男         | 女         | Ⅱ级           | Ⅲ级        | Ⅳ级        |
| 观察组          | 52 | 58.36 $\pm$ 7.29            | 3.36 $\pm$ 0.54                | 33(63.46)   | 19(46.54) | 29(55.77) | 23(44.23) | 13(25.00)    | 28(53.85) | 11(21.15) |
| 对照组          | 52 | 58.72 $\pm$ 7.38            | 3.42 $\pm$ 0.58                | 30(57.69)   | 22(42.31) | 27(51.92) | 25(48.08) | 14(26.92)    | 25(48.08) | 13(25.00) |
| $\chi^2/t$ 值 |    | 0.250                       | 0.546                          | 0.362       |           | 0.155     |           | 0.833        |           |           |
| P值           |    | 0.803                       | 0.586                          | 0.547       |           | 0.694     |           | 0.596        |           |           |

## 1.2 方法

### 1.2.1 常规护理

对照组施以为期 1 个月的常规护理干预,具体措施包括:① 入院后,管床护士向患者及其家属介绍与疾病治疗及护理相关的知识,耐心且细致地回答患者及其家属的提问。② 鼓励患者养成良好的生活习惯,嘱其戒烟和戒酒,适时增减衣物,避免着凉,保证清淡且健康的饮食等,同时要求患者家属协助监督。③ 根据患者的病情遵医嘱给予其氧疗,同时密切监测其生命体征。保证病房内环境整洁且安静,定期更换病服和床褥。根据术后恢复状况指导患者科学且合理地安排体育锻炼。

### 1.2.2 心肺康复训练结合心理护理

观察组在对照组护理方式的基础上施以为期 1 个月的心肺康复训练结合心理护理。

#### 1.2.2.1 心肺康复训练

① 腹式呼吸训练:主管护士协助患者调整至半卧位或平卧位,放松其身体,并将手部自然置于前胸,经鼻腔缓慢呼吸,充分松弛膈肌,每次 15 min,每天 3 次。

② 缩唇呼吸训练:主管护士指导患者采用吹口哨的方式经鼻腔缓慢吸气并收腹,保证胸部稍前倾并慢慢吐气,呼气/吸气时间比=2:1,每次 15 min,每天 3 次。

③ 阻力呼吸训练:主管护士指导患者通过三球仪进行阻力训练,引导患者用嘴含住垂直摆放的三球仪咬嘴并下压舌体,匀速缓慢吸气,待浮子持续升高并维持 3~4 s 后撤出咬嘴,再缩唇缓慢排出气体,每次 15 min,每天 1 次。

④ 肺康复记录:主管护士指导并由家属监督患者记录每天呼吸训练的时长、频率、内容、完成率及机体功能状态变化情况,每周复查时由主管护士评估干预效果,并给予患者针对性的指导及训练调整方案。

#### 1.2.2.2 心理护理

① 入院时,责任护士详细了解患者的基本信息、病情、疾病认知情况及心理状态,对于病人的实际情况,医护和家人要适当地向病人保守秘密,特别是对病人的负面情绪,避免造成病人的过度焦虑和害怕,从而失去对病人的治疗的信任。对于已知病症的病人,要对其进行合理的讲解,并对病人进行一定的心理疏导,帮助病人了解自己的病症。根据其负面心理形成的诱因制订心理疏导干预计划。

② 责任护士根据患者的病情,面对面为其开展床旁宣教,宣教内容以治疗目的和预期疗效为主。关注患者的心理想法,适时对患者进行疏导,尽量消除患者悲观情绪。向患者介绍疾病的特点、介绍治愈的典型病例患者、讲解药物的作用和副作用,激发患者以乐观自信的心理正确对待。使患者在精神上心理尚受鼓舞,看到战胜疾病的希望。

③ 责任护士每天与患者沟通 10~15 min,主动了解其心理状态的变化情况,协助患者树立战胜疾病的信心;同时,鼓励家属与患者积极交流,家人、朋友定期探望患者,积极沟通聊天,鼓励关爱患者,使患者感到温暖,同时避免谈及经费问题,使患者感受到足够的关怀。

④ 责任护士根据患者的家庭、职业、病情及心理状态,针对性地对其进行心理疏导,解释负面情绪和并发症的来源,介绍并采取相应的防治措施,有效减轻患者的心理负担,分散其对疾病的过度关注力。建立融洽的护患关系是保证患者心理健康的重要环节,在治疗中,应保持良好的工作状态,并保持良好的精神状态。

## 1.3 观察指标

### 1.3.1 肺功能指标

分别在入院时、干预 2 周及干预 1 个月后,采用肺功能检测仪(德国格莱特,型号: Spirostik)检测患者的肺功能指标,包括第 1 秒用力呼气容积、用力肺活量及第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量。

### 1.3.2 生活质量

分别在入院时、干预 2 周及干预 1 个月后,采用圣乔治呼吸问卷[5]评估患者的生活质量,包括疾病影响、临床症状及活动能力 3 个维度、50 个条目,总分 300 分,分值越高提示生活质量越差。

### 1.3.3 运动耐力

分别在入院时、干预 2 周及干预 1 个月后,采用 6 分钟步行试验距离[6]评估患者的运动耐力,记录 6

min 直线折返步行距离，距离越长提示运动耐力越佳。1.3.4 负面情绪

分别在入院时、干预 2 周及干预 1 个月后，采用抑郁自评量表和焦虑自评量表评估患者的负面情绪，每个量表 20 个条目，全部条目相加后得到粗分 $\times 1.25$ 取整数即为标准分(满分均为 100 分),分值越高提示抑郁或焦虑情绪越重[7]。1.3.5 护理满意度

采用自制的护理满意度调研问卷评估患者的护理满意度，患者在干预结束时选择非常满意、基本满意和不满中的任意一项，计算 2 组选择非常满意和基本满意的总占比。

#### 1.4 统计学方法

选择 SPSS 20.0 统计学软件处理数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用 t 检验；计数资料以例(%)表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 2 组肺功能指标比较

干预 2 周和 1 个月后，观察组的肺功能各指标均优于同期对照组(P 均<0.05),且 2 组的肺功能各指标均优于同组入院时(P 均<0.05),见表 2。

#### 2.2 2 组生活质量和运动耐力比较

干预 2 周和 1 个月后，观察组的圣乔治呼吸问卷评分均低于同期对照组，6 分钟步行试验距离均长于同期对照组(P 均<0.05);2 组的圣乔治呼吸问卷评分均低于入院时，6 分钟步行试验距离均长于入院时(P 均<0.05),见表 3。

#### 2.3 2 组负面情绪比较

干预 2 周和 1 个月后，观察组的抑郁自评量表评分和焦虑自评量表评分均低于同期对照组(P 均<0.05),且 2 组的抑郁自评量表评分和焦虑自评量表评分均低于同组入院时(P 均<0.05),见表 4。

表2 2组肺功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 第1秒用力呼气容积(L)    |                  |                  | 用力肺活量(L)        |                  |                  | 第1秒用力呼气容积/用力肺活量(%) |                   |                   |
|-----|----|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
|     |    | 入院时             | 干预2周             | 干预1个月            | 入院时             | 干预2周             | 干预1个月            | 入院时                | 干预2周              | 干预1个月             |
| 观察组 | 52 | 0.94 $\pm$ 0.19 | 1.40 $\pm$ 0.33* | 1.88 $\pm$ 0.49* | 1.82 $\pm$ 0.33 | 2.48 $\pm$ 0.56* | 2.79 $\pm$ 0.82* | 48.38 $\pm$ 4.82   | 56.13 $\pm$ 5.37* | 64.93 $\pm$ 5.99* |
| 对照组 | 52 | 0.92 $\pm$ 0.18 | 1.28 $\pm$ 0.24* | 1.35 $\pm$ 0.34* | 1.85 $\pm$ 0.36 | 2.12 $\pm$ 0.48* | 2.30 $\pm$ 0.69* | 48.59 $\pm$ 4.90   | 51.87 $\pm$ 5.10* | 53.22 $\pm$ 5.47* |
| t值  |    | 0.850           | 2.121            | 6.408            | 0.683           | 3.520            | 3.297            | 0.718              | 4.148             | 10.410            |
| P值  |    | 0.564           | 0.036            | <0.001           | 0.707           | 0.001            | 0.001            | 0.653              | <0.001            | <0.001            |

表3 2组圣乔治呼吸问卷评分和6分钟步行试验结果比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 圣乔治呼吸问卷评分(分)       |                     |                     | 6分钟步行试验距离(m)       |                     |                     |
|-----|----|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
|     |    | 入院时                | 干预2周                | 干预1个月               | 入院时                | 干预2周                | 干预1个月               |
| 观察组 | 52 | 169.68 $\pm$ 19.80 | 129.16 $\pm$ 11.45* | 112.43 $\pm$ 10.60* | 308.62 $\pm$ 39.54 | 385.37 $\pm$ 55.35* | 425.56 $\pm$ 60.06* |
| 对照组 | 52 | 167.45 $\pm$ 19.15 | 147.73 $\pm$ 14.06* | 134.12 $\pm$ 14.95* | 312.45 $\pm$ 38.35 | 346.02 $\pm$ 46.52* | 361.73 $\pm$ 54.94* |
| t值  |    | 0.584              | 7.385               | 8.535               | 0.501              | 3.925               | 5.655               |
| P值  |    | 0.561              | <0.001              | <0.001              | 0.617              | <0.001              | <0.001              |

表4 2组抑郁自评量表和焦虑自评量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | n  | 抑郁自评量表评分   |             |             | 焦虑自评量表评分   |             |             |
|-----|----|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
|     |    | 入院时        | 干预2周        | 干预1个月       | 入院时        | 干预2周        | 干预1个月       |
| 观察组 | 52 | 54.42±8.85 | 40.70±5.49* | 34.24±4.05* | 55.82±6.54 | 41.37±4.05* | 33.56±3.26* |
| 对照组 | 52 | 53.78±8.69 | 47.51±6.12* | 39.37±5.47* | 55.45±6.35 | 49.02±4.52* | 45.73±3.84* |
| t值  |    | 0.372      | 5.973       | 5.435       | 0.293      | 9.090       | 17.422      |
| P值  |    | 0.711      | <0.001      | <0.001      | 0.770      | <0.001      | <0.001      |

#### 2.4.2 组护理满意率比较

观察组中,非常满意 30 例,基本满意 19 例,不满意 3 例,总满意率为 94.23%(49/52);对照组中,非常满意 16 例,基本满意 22 例,不满意 14 例,总满意率为 73.08%(38/52)。观察组的护理总满意率高于对照组( $\chi^2=8.508, P=0.004$ )。

### 3 讨论

以往对于慢阻肺伴呼吸衰竭患者的护理干预方案较为单一,对其心肺康复训练及心理疏导的关注度不足,且容易使患者感到枯燥,因此难以长期坚持护理干预及锻炼,导致整体护理效果受限[8]。如何通过更为全面且科学的护理干预来改善慢阻肺伴呼吸衰竭患者的临床预后越来越受到临床关注。

本研究结果中,观察组在干预 2 周和 1 个月后的肺功能指标、圣乔治呼吸问卷评分和 6 分钟步行试验距离均优于同期对照组( $P$  均 $<0.05$ ),提示心肺康复训练结合心理护理可有效改善慢阻肺伴呼吸衰竭患者的肺功能和生活质量,促进其运动耐力恢复。本研究所采用的心肺康复训练中,常规缩唇呼吸和腹式呼吸训练能够提高患者的呼吸肌强度和通气功能,进而提高其运动耐力;而在此基础上,心肺康复训练干预还引入阻力呼吸训练和肺康复日记记录,有效提高了训练内容及形式的丰富性和趣味性。其中,肺康复日记还能协助患者更为有效且主动地开展训练,提高其治疗和护理的依从性[9]。心理护理能够根据患者的内心感受及情绪状态开展针对性的心理疏导,提高其身心舒适度,这也有助于改善其对治疗及护理的配合度及病情[10]。本研究结果中,观察组在干预 2 周和 1 个月后的抑郁自评量表评分和焦虑自评量表评分均低于同期对照组( $P$  均 $<0.05$ ),证实慢阻肺伴呼吸衰竭患者接受心肺康复训练和心理护理有助于缓解其负面情绪。这可能与以下因素有关:① 心肺康复训练通过让患者开展科学且有效的呼吸功能锻炼,有效提升了其肺通气功能,缓解其相关临床症状,改善其生活质量,而这对于减轻患者的负担和缓解其负面情绪均具有重要作用[11]。② 在上述基础上结合心理干预可借助主管护士与病友间的交流和沟通,有效减轻患者对疾病及康复治疗的恐惧感,提高其疾病认知水平和自我护理能力,最终达到提高治疗效果和改善病情的目的[12]。此外,本研究结果中,观察组的护理总满意率高于对照组( $P<0.05$ )。这主要与患者接受心肺康复训练结合心理护理后,其生活质量、运动耐力、肺功能及负面情绪获得更为明显的改善有关。

综上所述,心肺康复训练结合心理护理可有效促进慢阻肺伴呼吸衰竭患者的肺功能恢复,提高其生活质量和运动耐力,减轻其负面情绪,且在提升护理服务满意度方面具有优势。

#### 参考文献(略)

# 运用品管圈提高耐药结核科自理能力评估准确率

王 燕

作者单位：太原市第四人民医院（山西医科大学附属肺科医院）耐药结核科，山西 太原 030053

**[摘要]** **目的** 探讨品管圈活动在提高医耐药结核科自理能力评估准确率中的作用。**方法** 开展品管圈活动，对活动前耐药结核科自理能力评估不准确的原因进行解析，针对真因制定出相应的整改措施并且组织实施，进行效果评价，比较品管圈活动前后护士对相关知识的掌握合格率以及分级护理的生活护理落实符合率的变化。**结果** 经过品管圈小组 6 个月的实践，护士对自理能力相关知识的掌握合格率分别提高到 100.0%，自理能力评估准确率由 65.8%提高到 88.5%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。患者满意度明显提高，护士工作效率提升。**结论** 开展品管圈活动可有效提高自理能力评估准确率，分级护理的生活护理落实符合率。

**[关键词]** 品管圈；自理能力；护理；生活护理；分级护理

分级护理制度作为重要的护理工作制度之一，影响着临床护理服务内容和护理人力资源配置,是为各类人群提供科学护理服务的基础<sup>[1]</sup>。有数据显示<sup>[2]</sup>99.18%的被调查者认为 Barthel 指数评估量表适用于临床，2024 年 2 月 1 日实施的卫生行业标准《护理分级》增加或修改了自理能力的相关内容，更加方便护士进行临床评估<sup>[3]</sup>，而我国面临人口老龄化日趋明显，护理人员短缺，护理工作面临巨大的挑战，医政司发布的关于印发进一步改善护理服务行动计划（2023-2025 年）中提出临床护士要按照分级护理指导原则要求，加强患者巡视和病情观察<sup>[4]</sup>。准确的评估自理能力，结合病情及护理级别，给予患者适宜的护理，避免陷入护理机械、被动执行，最终导致护理措施难以满足患者需求。品管圈是一项强有力的质量管理工具，近年来已经不断融入到医院的细节管理中<sup>[5]</sup>。2023 年 9 月本科将品管圈活动用于提高自理能力评估准确率中，取得了较好的效果，现汇报如下。

## 1 资料与方法

1.1 资料 将 2023 年 6 月-2023 年 8 月入住耐药结核科的 202 名患者的自理能力进行查检登记，主要查检时机有：患者刚入院时以及病情发生变化时。根据卫生部在 2023 年发布的《护理分级》的内容，将自理能力评分误差 $\geq 10$ 分的评定为评分不准确，且自理能力的评估随着患者病情变化动态评估。

### 1.2 方法

1.2.1 组织成立与选题 品管圈成立，圈长由高年资且有品管能力的护士担任，负责整个小组活动的行动策划、小组协调，6 名护士组成圈员，由护士长担任辅导员，对品管圈活动运作过程辅导和支持角色。之后圈员通过举手表决确定圈名、圈徽，头脑风暴结合科室实际情况确定 5 个备选主题，再按评价法，通过“5 分、3 分、1 分”对备选主题从迫切性、可行性、圈能力和上级政策 4 个维度进行打分，得分最高为本次活动主题，最终选定“提高自理能力评估准确率”为本期活动主题。

1.2.2 拟定行动计划-甘特图 圈员按照 P、D、C、A 循环分别为“30%、40%、20%和 10%”的比例制定周密的活动计划表并组织实施，活动均如期完成。

1.2.3 现状把握 确定课题后，每周 1 次会议每次 0.5-1.5 h，对该主题进行现状把握，对 202 例耐药结核患者进行查检，发现自理能力评估不准确例数为 69 例，准确例数仅为 133 例，符合率为 65.84%。绘制柏拉图，根据“80/20”原则，将自理能力评估不准确及患者病情知晓不全作为本次活动改善重点。

1.2.4 目标设定 目标值计算公式：目标值=现状值+改善值=现状值+现状值 $\times$ 改善重点 $\times$ 圈能力<sup>[6]</sup>，对 7 名圈员进行圈能力进行评价，按照评分标准“5 分、3 分、1 分”自行打分，计算圈能力为 60%，代入公式计算出目标值为 166。

1.2.5 行动解析 全体圈员通过头脑风暴法，从患者、护士、方法、环节 4 个环节绘制鱼骨图，进行分析，找出自理能力评估不准确和患者病情知晓不全的小原因，并通过要因评价，分别确定出 5 个和 4 个要因。再遵循“三现原则”，分别进行真因验证，设计查检表，绘制柏拉图，汇总出 5 条真因。

1.2.6 拟定对策 针对 5 条真因，全体圈员参与对策拟定，进行头脑风暴，按“5 分、3 分、1 分”打分法对所有对策进行评分，从“可行性、经济性、圈能力”3 个维度，根据“80/20”原则，最终拟定 3 条可实施对策进行实施。

### 1.2.7 对策实施

#### 1.2.7.1 系统化培训与考核

对自理能力评估表的培训，制定详细的培训计划，在护理部贯标的基础上，护士长及科室高年资护士对分级护理及自理能力评估表内容进行情景模拟，角色扮演等多种形式的培训，培训前后所有护理人员通过问卷答题的形式，完成自行设计的《耐药结核科自理能力培训试题》，对培训效果进行考核，并计算相关知识掌握合格率，培训结束随机选取 15 例患者对其进行自理能力的评估，固化培训效果。

1.2.7.2 改善现有了解孩子病情的流程及制度 根据患者病情记录清单进行床旁交接班，提升了护理对患者病情的知晓率，且护士能主动发现患者需求，并针对患者需求进行延伸和扩展，并及时给予护理措施及生活护理，且对护理内容进行精细化处理，提升了患者满意度，提高了护士的工作效率，体现了护士的价值。将改革后的病情清单在全院推广。

1.2.7.3 优化临床服药 针对服务不到位，根据患者自理能力评估实施精准护理服务，对有自理能力依赖等级的患者进行针对性康复指导，并对无陪护患者给予个性化护理服务，满足患者护理及生活照护的需求。责任护士主动向医生汇报患者生命体征、引流液、饮食、睡眠及病情变化情况，医生进行病情现状评估，与护士沟通后续护理细节及相关注意事项，护士再根据病情变化对自理能力进行评估并根据评动态估，制定个性化的护理措施，提供优质的服务。

### 1.2.8 效果确认

对策实施后于 2024 年 1 月 17 日-2024 年 2 月 25 日，进行效果评价，圈成员历经 1 个月时间再次查检耐药结核科 200 例患者的自理能力评估表，评估准确例数为 177 例，计算品管圈活动后符合率为 88.5%；运用《耐药结核科培训试题》比较品管圈活动前后护士分别对自理能力相关知识的掌握合格率（见表 1）；通过本院质控办患者满意度调查服务中心提取活动前（3 个月份）和活动后（3 月份）科室患者满意度，患者满意度提升。

1.2.9 标准化 全体圈员将几个月的付出固化成为 4 个标准化在全院推广执行：自理能力评估流程、病情清单、应用医院信息系统医护合作共同确认患者护理级别流程图和护士巡视、基础护理、生活护理 PDA 扫描同步系统。

1.2.10 检讨与改进 此次品管圈活动切实结合了临床实际，关注了患者病情、自理能力和护理需求，提高了小组成员的包括品管能力的综合能力，提高了自理能力评估符合率及生活护理的落实率，但也存在不足之处，在考虑护理级别时只考虑了患者的需，较少关注患者家属及护士心理的原因等其他因素。

1.2.11 统计学方法 采用 SPSS 17.0 对数据进行统计分析，计量资料以  $\bar{X} \pm S$  表示，计量资料均值比较采用独立样本 t 检验，计数资料率比较采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

经过品管圈小组 6 个月的实践，病区患者满意度由 95.1%提高至 98.9%。经过对护士系统的培训，护士对护理分级相关知识的掌握合格率均有大幅度提升，自理能力评估准确率由 65.8%提高到 88.5%，见表 1。

表 1 品管圈活动前后护理人员对自理能力知识掌握合格率及评分准确率的比较

| 时间     | n   | 自理能力知识掌握合格率 | 自理能力评分准确率 |
|--------|-----|-------------|-----------|
| 品管圈活动前 | 202 | 68.4        | 65.8      |
| 品管圈活动后 | 200 | 100         | 88.5      |
| $X^2$  |     | 7.125       | 29.236    |
| p      |     | 0.008       | 0.000     |

## 3 讨论

3.1 开展品管圈活动可提高自理能力评估准确率，自理能力的评估是护理分级的重要部分，而我国的

分级护理是护理核心制度中的一项重要管理制度，指导着临床护理人员有效地实施针对不同病情患者的护理。日本和德国的分级护理判断依据均包括患者的病情严重程度和生活护理需求度<sup>[7-8]</sup>。我国卫计委虽然规定了分级护理需根据患者病情和生活自理能力来确定，但护士多数为遵医嘱执行护理级别，因此存在盲目性，依赖性，护士对患者病情变化的关注程度低，提示提升自理能力评估准确性的迫切性。

本研究中圈员自发组圈，对主题原因进行了详细剖析，绘制鱼骨图并通过要因打分表分析要因，运用三现法则和查检表进行真因验证，最终确定了 5 项真因：未掌握评估标准、评估工作流于表面、服务不到位、培训不足、相关病情交接不具体。圈员通过头脑风暴拟定了真因的 3 条对策并逐一实施，如护士通过护理部贯标的培训，知晓了护理分级的相关知识，科室强化培训，落实自理能力评估的及时性，体现动态变化，改变了护士交接班的思维和习惯，不仅如此，科室改良病情清单，方便患者了解患者病情，主动评估患者风险及需求，及时给予处置措施、满足患者需求，从两方面均提高了护士自理能力评估的准确率。更加熟悉患者的病情与治疗信息，及时与医师沟通，通过医护之间良好的沟通交流还能做到在患者病情变化时及时更改自理能力依赖级别和护理级别，最终提高护理分级的符合率，实现护理分级的精准落实，这也与杨金萍等学者<sup>[9]</sup>研究结果相一致。而电子信息系统的完善，提升了护士护理分级的落实率，实现了护士的价值。同时，此次品管圈还发现患者不信任为一项真因，这反映了部分患者可能认为护士巡视不到位，生活护理不到位，间接影响患者的依从性和满意度。对此圈成员也实施了多项对策，首先让护士了解患者自理能力评估准确性的重要性，并加强对患者自理能力知晓的宣教以及后续护理级别及护理计划的制定，主动参与到护理活动中，从而提升患者依从性，提升患者的满意度。

3.2 品管圈活动可提高患者满意度 提高自理能力评估准确率的最终目的是符合患者的需要，并指导护士实施正确的护理措施。通过此次品管圈活动，耐药结核科建立了良好的护患关系，加强了医护沟通、协作的能力，护士的价值得到了体现。护士精准落实护理服务，才能够准确执行护理级别医嘱，并根据自理能力等级和护理级别制定适合患者的个体化护理计划。通过提高自理能力评估准确率，使护理措施及生活护理切实符合患者的需要，并通过健康科普和优质的护理服务，病区患者满意度由 95.1% 提高至 98.9% ( $\chi^2=3.899$ ,  $P=0.048$ )。本研究提示准确评估自理能力意义重大，切实可行，值得推广。

#### 4 小结

《护理分级》标准作为护理专业行业标准之一，符合我国医疗护理现状，适用于当前临床护理工作<sup>[2]</sup>。一方面，医疗机构仍需要加强对护理人员的相关内容培训，对护理内容进行精细化处理，针对患者需求进行延伸和扩展，让广大护理人员逐渐重视患者的自理需求，不断细化护理服务的流程和项目，进一步满足了患者的需求，落实了基础护理措施，最终使患者满意、医护满意、社会满意；另一方面，优化患者病情分级方法，尤其对于医护合作需要进一步推进，例如医-护一体化查房，利用电子信息系统更便捷、更精准地辅助护理分级，建立护士巡视、基础护理、生活护理 PDA 扫描同步系统，方便护理工作的量化，但仍存在漏洞，如何避免工作流表面值得进一步深入研究。应通过不断实践和总结，积累经验，完善护理分级标准的落实，为患者提供更有针对性的护理，为护士提供更便捷的工具，提升护士的工作效率 并为临床护理管理者提供护理人力科学配置的依据。

#### 参考文献(略)

## 一例继发性肺结核、重症肺炎并发下肢静脉血栓患者的护理

李夏南

作者单位：解放军总医院第八医学中心结核病科

患者李某，男，27 岁，2020 年 2 月 21 日以“重症肺炎，I 型呼吸衰竭，继发性肺结核 初治涂 (+)”急诊收入我院结核 ICU。

**主诉:**2020 年 2 月 10 日受凉后出现发热, 体温最高 38.5℃, 伴咳嗽、咳痰, 咳黄粘痰, 无畏寒、寒战, 无喘息, 无胸闷、憋气。

**院外诊治经过:** 2020 年 2 月 11 日就诊于平泉市医院, 完善胸片示左肺炎, 予隔离观察, 奥司他韦抗病毒、头孢曲松联合阿奇霉素抗感染治疗, 期间 4 次新型冠状病毒核酸检测阴性, 2 月 13 日复查胸部 CT 提示肺部感染加重, 且出现喘憋。2 月 14 日转至当地医院, 予头孢及补液治疗, 期间喘憋逐渐加重, 完善痰抗酸染色 2+。2 月 19 日转至某部队医院, 诊断为“重症肺炎、I 型呼吸衰竭、继发性肺结核”, 予抗结核、无创呼吸辅助呼吸后体温恢复正常, 喘憋有所改善。为求进一步治疗转入我院。

**结核病接触史:**否认结核病接触史。卡介苗已接种。

**既往史:** 否认“高血压”等病史, 否认肝炎、结核、疟疾等传染病史, 否认手术史, 否认外伤史, 否认输血史, 否认药物、食物过敏史, 预防接种随当地进行。

**个人史:** 生于原籍, 久居当地, 否认疫区居住史, 否认疫水、疫源接触史, 否认放射物、毒物接触史, 否认毒品接触史, 否认冶游史, 否认吸烟史, 否认饮酒史。已婚, 适龄结婚, 配偶身体健康, 育有 1 女, 身体健康。

**家族史:** 父母健在, 身体健康, 有 1 妹妹, 身体健康, 家族中无传染病及遗传病史。

**入院查体:** 神志清楚, 查体合作, 平车推入病房, 精神差, 慢性病容, 自动体位, 生命体征: T:37.5℃、P: 108 次/分、R: 26 次/分、BP: 122/78mmHg。全身皮肤未见皮疹、出血点, 毛发分布正常, 皮下无水肿, 无肝掌、蜘蛛痣, 皮肤及粘膜无黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颅无畸形, 结膜正常, 双侧瞳孔等大、等圆, 直径约 3mm, 对光反射灵敏。各副鼻窦区无压痛。口唇无紫绀, 咽部无充血, 双侧扁桃体无肿大, 伸舌居中。颈软, 气管居中, 颈部血管无异常搏动, 肝颈静脉回流征阴性。胸廓外形无异常, 双侧胸廓呼吸动度对称, 双肺触觉语颤对称, 双肺叩诊清音, 双肺呼吸音略粗, 左肺呼吸音低, 左下肺可闻及少量湿性啰音。心界正常, 心律齐整, 心率 108 次/分, 心音有力, 心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音及心包摩擦音。腹软, 腹肌不紧张, 肝脾肋下未触及, Murphy 征阴性, 全腹未触及异常包块, 腹部无明显压痛、反跳痛(-), 移动性浊音(-), 肠鸣音 3 次/分。肛门生殖器未查。脊柱四肢无畸形, 各关节活动无异常, 双下肢无水肿。四肢肌力、肌张力正常, 双侧膝腱反射正常对称, 双侧巴宾斯基征未引出。

**入院诊断:** 重症肺炎, I 型呼吸衰竭, 继发性肺结核、初治涂阳

**辅助检查:** 入院后完善血常规、凝血、血气分析、血生化、痰液等各项临床检测指标变化(表 8-1 至表 8-5)。

表 8-1 血常规动态变化

|          | 白细胞<br>( $\times 10^9/L$ ) | 中性粒细胞<br>( $\times 10^9/L$ ) | 中性粒细胞<br>百分比 (%) | 血小板<br>( $\times 10^9/L$ ) |
|----------|----------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|
| 参考范围     | 4-10                       | 2-7.5                        | 50-70            | 100-300                    |
| 2 月 21 日 | 13.03 ↑                    | 9.94 ↑                       | 76.3 ↑           | 151                        |
| 2 月 24 日 | 12.90 ↑                    | 10.07 ↑                      | 78.1 ↑           | 245                        |
| 2 月 27 日 | 10.37 ↑                    | 7.78 ↑                       | 75 ↑             | 252                        |
| 3 月 4 日  | 12.04 ↑                    | 10.13 ↑                      | 84.1 ↑           | 315 ↑                      |
| 3 月 11 日 | 11.47 ↑                    | 7.33 ↑                       | 64 ↑             | 421 ↑                      |
| 3 月 16 日 | 11.02 ↑                    | 7.79 ↑                       | 70.8 ↑           | 307 ↑                      |
| 3 月 20 日 | 9.31                       | 6.26                         | 67.2             | 306 ↑                      |
| 3 月 23 日 | 8.89                       | 5.95                         | 66.9             | 248                        |

表 8-2 凝血全项动态变化

|       | D-二聚体<br>(ug/L) | 凝血酶原时间<br>(秒) | 纤维蛋白原含量<br>(g/L) | 凝血酶时间<br>(秒) |
|-------|-----------------|---------------|------------------|--------------|
| 参考范围  | 0-500           | 8.8-12.8      | 2.0-4.4          | 12-18        |
| 2月21日 | 27530 ↑         | 12.4          | 3.68             | 12.4         |
| 2月24日 | 5206 ↑          | 11.5          | 4.57 ↑           | 13.3         |
| 2月27日 | 14304 ↑         | 11.7          | 2.93             | 14.6         |
| 3月4日  | 3295 ↑          | 11.5          | 3.15             | 12.6         |
| 3月11日 | 2256 ↑          | 10.5          | 2.41             | 16.4         |
| 3月16日 | 2598 ↑          | 11            | 1.63 ↓           | 14.8         |
| 3月20日 | 862 ↑           | 10.9          | 1.5 ↓            | 17.8         |
| 3月23日 | 443             | 10.7          | 1.57 ↓           | 17.5         |

表 8-3 肝功能、肾功能及电解质动态变化

|       | 总蛋白<br>(g/L) | 白蛋白<br>(g/L) | 总胆红素<br>(umol/L) | 肌酐<br>(umol/L) | 尿酸<br>(umol/L) | 钾<br>(mmol/L) |
|-------|--------------|--------------|------------------|----------------|----------------|---------------|
| 参考范围  | 60-80        | 35-50        | 2-21             | 44-97          | 202-417        | 3.5-5.5       |
| 2月21日 | 69.8         | 33 ↓         | 28 ↑             | 80.9           | 414            | 4.19          |
| 2月24日 | 62.8         | 30.4 ↓       | 12.4             | 68.3           | 486 ↑          | 4.12          |
| 2月27日 | 68.4         | 31.5 ↓       | 13               | 68.1           | 618 ↑          | 4.0           |
| 3月4日  | 63           | 35.5 ↓       | 25.1 ↑           | 98             | 473 ↑          | 3.78          |
| 3月11日 | 74.9         | 38.9         | 8.1              | 192.1 ↑        | 314            | 4.32          |
| 3月16日 | 64.4         | 35.9         | 8.9              | 90.8           | 376            | 3.96          |

表 8-4 血气分析动态变化

|       | PH        | PaO <sub>2</sub><br>(mmHg) | PaCO <sub>2</sub><br>(mmHg) | BE<br>(mmol/L) | HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup><br>(mmol/L) |
|-------|-----------|----------------------------|-----------------------------|----------------|---|
| 参考范围  | 7.35-7.45 | 80-100                     | 35-45                       | -3-+3          | 18-23                                     |
| 2月21日 | 7.43      | 63 ↓                       | 42                          | 3.6 ↑          | 27.1 ↑                                    |
| 2月24日 | 7.44      | 80 ↓                       | 44                          | 5.7 ↑          | 28.7 ↑                                    |
| 2月27日 | 7.42      | 67 ↓                       | 41                          | 2.1            | 26.3 ↑                                    |
| 3月4日  | 7.48      | 108                        | 37                          | 4.1 ↑          | 28.1 ↑                                    |
| 3月6日  | 7.44      | 85                         | 35                          | -0.4           | 23  |

表 8-5 痰检结果

|       | 分枝杆菌快速培养 | 涂片查抗酸杆菌 |
|-------|----------|---------|
| 参考范围  | 阴性 (-)   | 阳性 (+)  |
| 2月24日 | 阳性 (+)   | 阳性 (+)  |
| 2月28日 | -        | 阳性 (+)  |
| 3月4日  | -        | 阳性 (+)  |
| 3月12日 | -        | 阳性 (+)  |
| 3月19日 | -        | 阳性 (+)  |

**入院后诊疗经过:**2020年2月21日收入我院结核ICU,患者憋气明显,遵医嘱给予面罩吸氧10L/min,急查血气示:PaO<sub>2</sub>:63mmHg, PaCO<sub>2</sub>:42mmHg,诊断I型呼吸衰竭,左肺呼吸音低,左下肺可闻及湿性啰音,床旁胸片提示双肺炎症、左侧为著,于2月22日由右侧股静脉穿刺置入双腔中心静脉导管。予抗感染、抗结核、抗凝、止咳化痰等综合治疗(见表8-6)。在结核ICU住院期间出现间断痰中带血丝,2月28日患者右下肢肿胀、疼痛,双侧腿围不一致,D-二聚体明显升高,考虑下肢静脉导管内血栓形成,予低分子肝素钙抗凝,并拔除右侧股静脉置管,3月3日病情稳定后转至结核普通病区继续治疗,行超声示右侧股总、股深、股浅及腘静脉血栓形成,继续抗真菌、抗结核、保肝、溶栓等治疗。3月6日行下腔静脉滤

器植入+下肢深静脉血栓抽吸术，3月8日超声示右下肢深静脉血栓再次形成，继续予低分子肝素抗凝治疗，3月17日至3月21日行右下肢局部静脉穿刺溶栓每日2次（见表8-7）3月23日，停止溶栓，予以利伐沙班 20mg，1/日口服抗凝治疗，3月24日再次复查超声示右侧股深、股浅静脉内可见稀疏彩色血流信号，股深静脉较上次超声检查彩色血流明显改善。治疗好转于2020年3月25日出院。

表 8-6 药物治疗

| 开始时间  | 结束时间 | 主要作用 | 药物名称  |
|-------|------|------|---|
| 2月22日 | 3月2日 | 抗结核  | 0.9%氯化钠 100ml+异烟肼 0.4g qd 静脉输液<br>5%葡萄糖注射液 250ml+利福平 0.6g qd 静脉输液<br>乙胺丁醇 0.75g qd 口服<br>吡嗪酰胺 0.5g tid 口服       |
| 2月22日 | 3月2日 | 抗感染  | 0.9%氯化钠 100ml+注射用伏立康唑 0.4g q12h 静脉输液<br>0.9%氯化钠 250ml+血必净 100ml qd 静脉输液<br>5%葡萄糖 100ml+注射用甲泼尼龙琥珀酸钠 40mg qd 静脉输液 |
| 2月22日 | 3月2日 | 抗凝   | 灭菌注射用水 1ml+注射用低分子量肝素钙 5000iu qd 皮下注射  |
| 2月22日 | 3月2日 | 营养支持 | 肠内营养粉剂：200ml 温水+55.8g 粉（6匙）tid 口服   |
| 2月22日 | 3月2日 | 化痰   | 氨溴索注射液 30mg bid 静脉注射  |

表 8-7 药物治疗

| 开始时间  | 结束时间  | 主要作用  | 药物名称  |
|-------|-------|-------|---|
| 3月3日  | 3月25日 | 抗结核   | 甲磺酸左氧氟沙星氯化钠注射液 0.2g bid 静脉输液  |
| 3月4日  | 3月25日 |       | 0.9%氯化钠 100ml+阿米卡星 0.4g qd 静脉输液   |
| 3月3日  |       |       | 乙胺丁醇 0.75g qd 口服  |
| 3月3日  |       |       | 吡嗪酰胺 0.5g tid 口服  |
| 3月3日  |       |       | 利福平胶囊 0.45g qd 口服   |
| 3月3日  |       |       | 帕司烟肼片 0.3g tid 口服   |
| 3月3日  | 10月9日 | 抗感染   | 0.9%氯化钠 100ml+注射用伏立康唑 0.2g qd 静脉输液  |
| 3月4日  | 3月6号  |       | 甲泼尼龙片 28mg qd 口服  |
| 3月7日  | 3月11号 |       | 甲泼尼龙片 24mg qd 口服  |
| 3月12日 | 3月15号 |       | 甲泼尼龙片 20mg qd 口服  |
| 3月16日 | 3月19号 |       | 甲泼尼龙片 16mg qd 口服  |
| 3月20日 | 3月23号 |       | 甲泼尼龙片 12mg qd 口服  |
| 3月24日 |       |       | 甲泼尼龙片 8mg qd 口服   |
| 3月3日  | 3月25日 | 保肝    | 5%葡萄糖 100ml+舒肝宁注射液 6ml qd 静脉输液  |
| 3月8日  |       |       | 5%葡萄糖 250ml+注射用还原型谷胱甘肽 1.8g qd 静脉输液   |
| 3月3日  | 3月25日 | 化痰    | 氨溴索注射液 30mg bid 静脉注射<br>桉柠蒎肠溶胶囊 0.3g tid 口服   |
| 3月6日  | 3月10日 | 补液    | 葡萄糖氯化钠注射液 500ml qd 静脉输液   |
| 3月11日 | 3月21日 |       | 5%葡萄糖 500ml+B <sub>6</sub> 注射液 100mg+注射用复合酶 200u qd 静脉输液<br>5%葡萄糖 500ml+三磷酸腺苷二钠注射液 40mg qd 静脉输液<br>5%葡萄糖 250ml+B <sub>6</sub> 注射液 100mg+三磷酸腺苷二钠注射液 40mg qd 静脉输液 |
| 3月3日  | 3月10日 | 抗凝、溶栓 | 灭菌注射用水 2ml+注射用低分子量肝素钙 5000iu q12h 皮下注射  |
| 3月10日 | 3月23日 |       | 灭菌注射用水 2ml+注射用低分子量肝素钙 7000iu q12h 皮下注射  |
| 3月17日 | 3月19日 |       | 0.9%氯化钠注射液 50ml+注射用尿激酶 20wu bid 泵入  |
| 3月20日 | 3月21日 |       | 0.9%氯化钠注射液 100ml+注射用尿激酶 30wu bid 泵入   |
| 3月23日 |       |       | 利伐沙班 20mg qd 口服   |

入院后护理评估：

1.应用入院评估表评估患者的症状和体征（见附表）。

2.应用巴塞尔（Barthel）指数评定量表评估患者日常生活能力，中度功能障碍，大部分日常生活活动不能完成或部分需人照顾，得分 45 分（见表 8-8）；

3.应用营养风险筛查表（NRS2002）评估患者营养状况，患者体重指数（BMI）22.85，白蛋白 33g/L,进食量减少，近 1 月体重下降 4 公斤，有营养不良的风险，需营养支持治疗，得分 3 分（见表 8-8）；

4.应用巴顿（Barden）皮肤评估表评估患者皮肤情况，患者完全卧床，在他人协助下改变体位，进食量少于需要量，体位存在剪切力，评分结果为中度高危，得分 14 分（见表 8-8）；

5.应用帕多瓦（Padua）内科住院患者静脉血栓栓塞症风险评估表评估患者血栓形成的风险，患者卧床、呼吸衰竭、存在急性感染及接受激素治疗，评估结果为高危，得分 6 分（见表 8-8）；

6.监测患者生命体征（见图 8-1，图 8-2）。

表 8-8 评估结果

|       | (Barthel) 指数评定量表 | (NRS2002) 营养风险筛查表 | (Barden) 皮肤评估表 | (Padua) 内科住院患者静脉血栓栓塞症风险评估表 |
|-------|------------------|-------------------|----------------|----------------------------|
| 2月22日 | 45<br>(中度功能障碍)   | 3<br>(有营养不良的风险)   | 14<br>(中度高危)   | 6<br>(高危)                  |
| 2月28日 | -                | -                 | -              | 下肢深静脉血栓形成                  |
| 3月3日  | 70<br>(轻度功能障碍)   | 2<br>(无风险)        | 17<br>(无风险)    | -                          |
| 3月24日 | 100<br>(完全自理)    | -                 | -              | 4<br>(高危)                  |

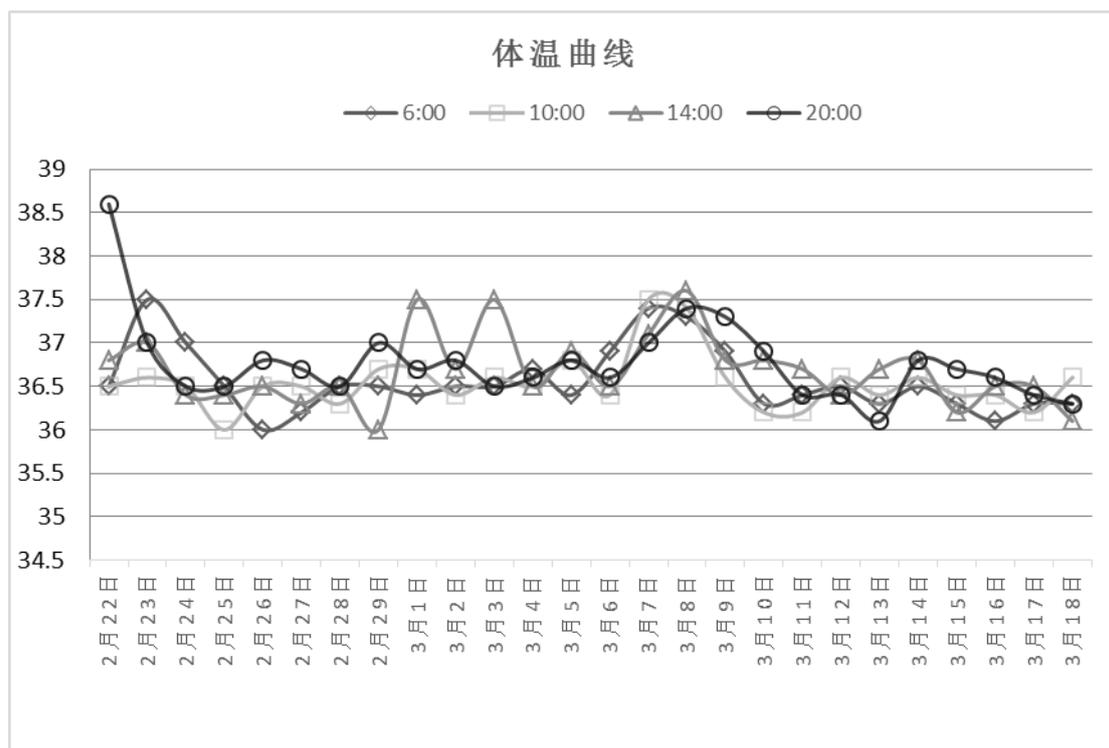


图 8-1 体温变化趋势

6: 00 (空心菱形) 10: 00 (空心正方形) 14: 00 (空心三角形) 20: 00 (空心圆)

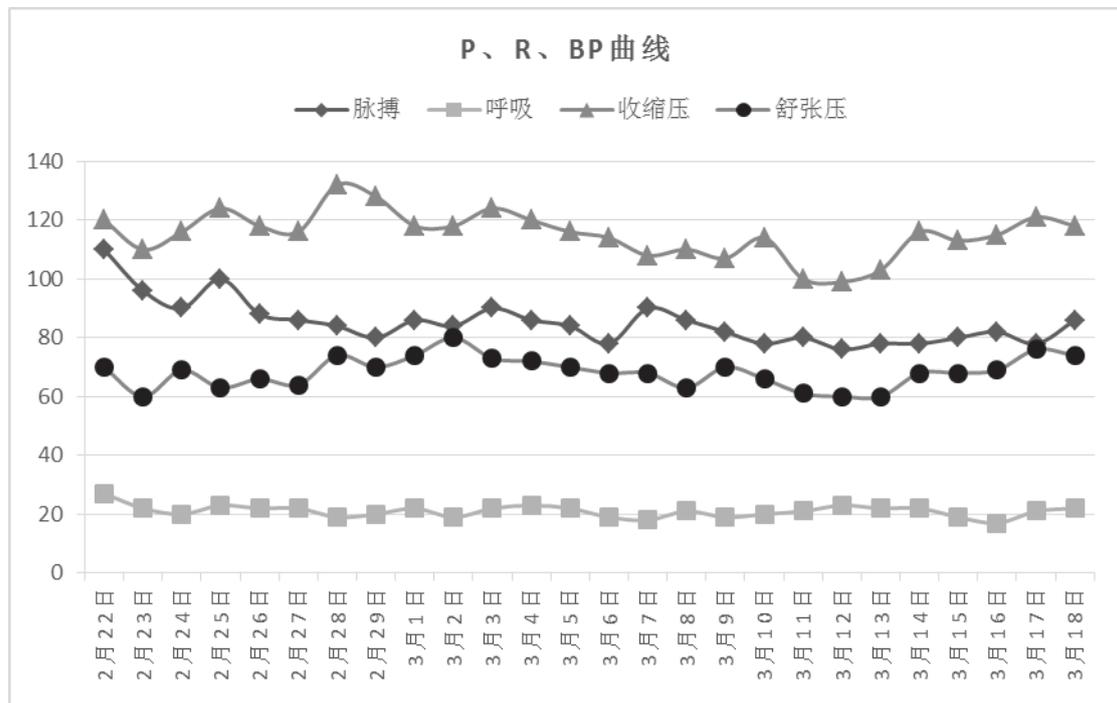


图 8-2 P、R、BP 变化趋势

脉搏（实心菱形）呼吸（实心正方形）收缩压（实心三角形）舒张压（实心圆）

#### 护理诊断：

- 1.焦虑 与患者不了解疾病相关知识担心愈后有关
- 2.疼痛 与患者右下肢深静脉血栓形成及肢体肿胀有关
- 3.有出血的危险 与使用抗凝药、溶栓药物有关
- 4.潜在并发症：肺栓塞 与深静脉血栓栓子脱落有关
- 5.自理能力缺陷 与肺部感染，下肢深静脉血栓形成，活动受限有关
- 6.气体交换受损 与肺部感染有关
- 7.清理呼吸道无效 与痰液粘稠，排痰无力有关

#### 主要护理措施：

**1.心理护理：**由于患者肺结核复发且合并感染，起病急，病情进展快，入住 ICU 期间无家人陪伴，因此患者表现出极度沮丧、烦躁、恐惧等情绪。针对患者不良情绪，科室安排临床经验丰富，沟通能力强的老年资护士为其责任护士，并建立“医护一体化”诊疗模式。共同制定诊疗计划及护理方案，向家属及患者详细讲解肺结核相关知识及下肢深静脉血栓治疗方案，消除患者疑虑及悲观情绪。创造良好的诊疗氛围，给与患者社会支持，使其树立战胜疾病的信心。

**2.患肢护理：**患者严格卧床休息，并抬高患肢高于心脏平面 20~30cm，以利于下肢静脉回流。指导患者正确穿戴弹力袜以减轻症状。严禁按摩、推拿、热敷、碰撞、挤压患肢，翻身时避免幅度过大。避免用力大便、咳嗽等，以免造成腹压突然增加而导致血栓脱落。密切观察患肢皮肤颜色、温度、弹性及足背动脉波动情况。每班测量双下肢同一位置双侧腿围并详细记录，观察患肢肿胀情况，为调整治疗方案提供资料。每日观察患肢足背穿刺点有无渗血及血肿。

**3.抗凝治疗的护理：**抗凝治疗最常见并发症为出血，治疗期间应密切关注患者有无出血倾向，观察患者皮肤黏膜瘀斑、出血点、牙龈出血、鼻出血、黑便、咯血等；注射部位皮肤护理，准确掌握低分子肝素注射技术，每次注射前观察注射部位皮肤，出现淤青、硬结及时更换注射部位；高钾血症，定期抽血，监测血钾水平。

#### 4.介入手术后的护理

(1) 术后护理：穿刺处加压包扎 24 小时，穿刺肢体制动 12 小时，患者绝对卧床休息；观察穿刺点有无渗血，观察患侧肢体足背动脉搏动情况，每班次测量双下肢腿围并记录，观察水肿消退情况。

(2) 并发症护理：①预防肺栓塞：术后予以心电监护，密切观察患者生命体征，询问患者有无呼吸困难、胸痛、咯血、烦躁不安、濒死感等症状；②出血：观察患者全身有无出血点，牙龈有无异常出血，有无血尿、黑便；患者有无持续性头痛、恶心、呕吐、神志不清，预防脑出血。

#### 5.局部溶栓的护理

(1) 溶栓前护理：做好患者心理护理，详细告知治疗过程，取得患者信任；备好心电监护，吸氧，负压吸引装置；保持两条静脉通路。

(2) 溶栓中护理：遵医嘱使用微量泵，按要求泵入药物；用药期间医护陪同患者，密切观察患者生命体征，发现异常及时停止泵入；密切观察患者有无出血倾向，牙龈出血、皮肤瘀点瘀斑；密切观察患者意识、瞳孔、呼吸情况，预防脑出血；观察扎止血带处皮肤。

(3) 溶栓后护理：术后患肢抬高至 30°，溶栓后及时松解止血带，观察穿刺处敷料，患侧肢体皮温、皮色、足背动脉搏动情况；观察患者有无出现胸闷、呼吸困难与胸痛等异常症状，警惕肺栓塞发生的可能；保持病房安静、舒适，减少搬动及探视，保证患者得到充足休息；进食易消化、高蛋白、高热量、富含维生素的食物。

**6.生活护理：**安排患者亲属在床旁陪护，协助患者如厕、洗漱、进餐等日常生活所需，家属短暂离开病房时将日常用品放于患者触手可及处；护理人员加强巡视，从生活上关心体贴患者，以理解宽容的态度与患者交流，了解患者所需，尽量满足患者的要求。

**7.气道护理：**营造舒适的住院环境，病房内温湿度适宜，定时通风，指导患者有效吸氧，必要时予以无创呼吸机辅助呼吸；促进有效排痰，指导患者有效咳嗽，鼓励患者多饮水，稀释痰液，护理人员给予胸背部扣击进行人工排痰；密切观察患者生命体征、意识、咳嗽力度、痰量及性状。

**8.结果与转归：**患者转入普通病房后，经过 20 余天的治疗和护理，胸闷、憋气、呼吸困难改善，肺部感染情况好转（图 8-3）；DVT 经过放置滤网及溶栓治疗，静脉血流较前改善（表 8-9），于 2020-3-25 出院。

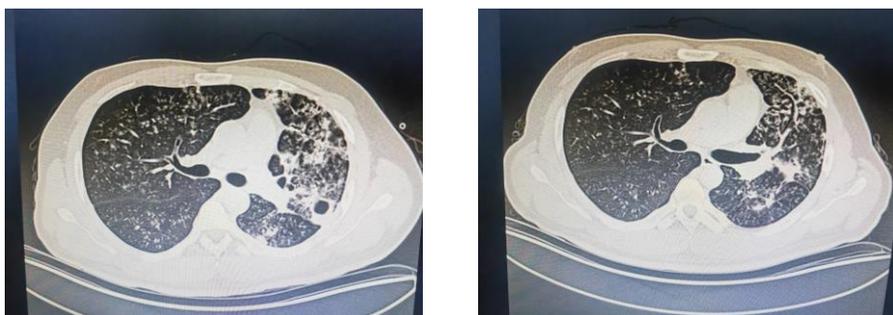


图 8-3 胸部 CT（左侧 3 月 11 日，右侧 3 月 24 日）  
患者结核合并肺部感染较前好转

表 8-9 B 超动态变化

|          | 右下肢动、静脉超声结果  | 左下肢动、静脉超声结果   |
|----------|--|---|
| 3 月 3 日  | 右侧股总、股深、股浅及腘静脉壁增厚，结构显示不清，内壁粗糙，回声增强，管腔内可见实性较强回声，与壁相连，不移动，不变形。彩色多普勒未见血流信号。 | 左侧股、腘静脉管壁显示清晰，管径对称，腔内为无回声，探头加压后管腔可被压瘪，CDFI显示上述血流通畅，充盈良好，呈自发性血流。 |
| 3 月 10 日 | 右侧股深、股浅及腘静脉壁增厚，结构显示不清，内壁粗糙，回声增强，管腔内可见实性较强回声，与壁相连，不移动，不                   | 左侧股、腘静脉管壁显示清晰，管径对称，腔内为无回声，探头加压后管腔可被压瘪，CDFI显示上述血流通               |

|       |  |   |
|-------|--|---|
|       | 变形。股深静脉内可见稀疏彩色血流信号；股总、股浅及腘静脉彩色多普勒未见血流信号。   | 畅，充盈良好，呈自发性血流。  |
| 3月19日 | 右侧股深、股浅及腘静脉壁增厚，结构显示不清，内壁粗糙，回声增强，管腔内可见实性较强回声，与壁相连，不移动，不变形。股深、浅静脉内可见稀疏彩色血流信号，股深静脉较上次检查彩色血流明显改善。腘静脉彩色多普勒未见血流信号。 | 左侧股、腘静脉管壁显示清晰，管径对称，腔内为无回声，探头加压后管腔可被压瘪，CDFI显示上述血流通畅，充盈良好，呈自发性血流。 |
| 3月20日 | 右侧股深、股浅及腘静脉壁增厚，结构显示不清，内壁粗糙，回声增强，管腔内可见实性较强回声，与壁相连，不移动，不变形。股深、浅静脉内可见彩色血流信号，股深静脉较上次检查彩色血流明显改善。腘静脉彩色多普勒未见血流信号。   | 左侧股、腘静脉管壁显示清晰，管径对称，腔内为无回声，探头加压后管腔可被压瘪，CDFI显示上述血流通畅，充盈良好，呈自发性血流。 |

### 病例点评:

**1. 病例特点:** 患者病情危重，高危因素多，诊断有“继发性肺结核、重症肺炎、I型呼吸衰竭、肺部真菌感染、慢性肝损害、右下肢深静脉血栓形成（右侧股总、股深、股浅及腘静脉血栓形成），该患者在入院初期为治疗重症肺炎，予右侧股静脉置入双腔静脉导管，在使用过程中，出现下肢深静脉血栓。血栓形成后，因患者前期痰中带血丝，因此治疗过程中首选下腔静脉滤器植入+下肢深静脉血栓抽吸术，但效果不佳，在患者咯血症状好转后，采取溶栓治疗。

**2. 护理难点:** 深静脉血栓的护理是难点，治疗方法分为非手术治疗和手术治疗，两种方法均需使用大量抗凝药物，或者溶栓药物，因此主要并发症是出血，在治疗过程中要严密观察患者有无全身性出血和咯血。本例患者2月28日出现右下肢肿胀、疼痛，3月3日查超声示右侧股总、股深、股浅及腘静脉血栓形成，于3月6日行下腔静脉滤器植入+下肢深静脉血栓抽吸术，术后继续抗凝治疗（低分子肝素 7000U 皮下 bid），期间患者出现间断鼻出血，予以对症治疗，鼻出血停止，术后复查2次超声均提示右侧股深、股浅及腘静脉血栓形成，予以连续3天右下肢局部溶栓（0.9%氯化钠注射液 50ml+20wu 尿激酶 由右足背静脉留置针以150ml/h泵入，泵时膝上10cm加压带绷扎，2次/日），之后2天溶栓（0.9%氯化钠注射液 100ml+30wu 尿激酶，由右足背静脉留置针以200ml/h泵入，泵时膝上10cm加压带绷扎，2次/日）共5天。患者先后采取了手术治疗及药物溶栓，操作过程中有出血及栓子脱落风险，增加护理难度。

**3. 护理的关键措施:** ①心理护理；②患肢观察；③患肢护理；④抗凝治疗的护理；⑤介入手术后的护理；⑥局部溶栓的护理。

**4. 小结:** DVT（深静脉血栓）已成为临床上的一种常见病、多发病。本例患者因继发性肺结核、重症肺炎、I型呼吸衰竭、肺部真菌感染、慢性肝损害等疾病，致使患者长时间卧床和血液高凝状态，同时右侧股静脉穿刺置入双腔中心静脉导管，多因素共同导致患者出现DVT。其主要临床表现为下肢肿胀、疼痛、浅表静脉扩张，皮温增高和低热。在给予该患者一般护理的同时，护理人员强化对深静脉血栓的警惕性，及早干预，采取相应的预防血栓脱落的护理措施。避免因血栓脱落进入肺部而引起的肺栓塞的发生。溶栓治疗，在下肢深静脉血栓患者的治疗中可快速改善患肢血栓情况，加快下肢静脉血流速度，溶栓过程中的病情观察，溶栓后的患肢护理，以及并发症的预防尤为重要。在该患者治理与护理过程中，医生护士共同参与，溶栓过程中医生在旁检测，溶栓后护理人员做好穿刺点的护理及病情观察，实现医护一体化诊疗。最终在医护一体化的精准管理下，患者好转出院。

# 循证护理在药物性肝损害肺结核患者中的应用效果

李夏南

作者单位：解放军总医院第八医学中心结核病科二病区，北京 10009

**摘要：**本研究围绕药物性肝损害并发肺结核患者的治疗难题，探讨了循证护理在此类患者治疗中的应用效果。通过阐述药物性肝损害的诊断要点及肺结核治疗的现状与面临的挑战，立足于循证护理的定义、原则和具体实施步骤，构建实践框架。随后，本文详细分析了循证护理介入前后患者治疗疗效的对比，并讨论了影响循证护理应用效果的各类因素。研究表明，循证护理可显著提升治疗效果，为药物性肝损害肺结核患者带来更佳护理成果。本研究为该领域护理实践提供了理论依据和实证支持，有望改善患者预后，提升生活质量。

**关键词：**循证护理；药物性肝损害；肺结核；治疗效果；患者预后；生活质量

## 一、引言

在医学领域，药物性肝损害肺结核病是一种常见而严重的并发症。循证护理作为一种基于临床证据的护理方式，其在治疗这一并发症中的应用效果备受关注。本文旨在探讨循证护理在药物性肝损害肺结核患者中的应用效果，并对相关研究进行梳理和分析。随着治疗方式的不断更新和完善，循证护理在这一领域的应用将为临床实践提供重要的参考依据。通过对相关研究的深入探讨，我们将能够更好地了解循证护理对药物性肝损害肺结核患者的临床应用效果，为临床护理提供更为科学和有效的指导。

## 二、药物性肝损害肺结核概述

### 2.1 药物性肝损害的诊断特点

在药物性肝损害的诊断上，首先需要了解肝损害的临床表现特点。药物性肝损害的临床表现多样化，可能表现为肝功能指标异常、黄疸、乏力、食欲不振等症状。其次，需要重点关注患者用药史以及药物与肝损害之间的可能关联。在诊断过程中，了解患者的用药史对于确认药物性肝损害的诊断具有重要意义。此外，实验室检测也是诊断药物性肝损害的重要手段。通过检测肝功能指标、肝脏影像学检查及肝脏病理活检等方法来全面了解患者肝脏功能和形态的状况。然后，需要排除其他可能引起肝损害的因素，如病毒性肝炎、酒精性肝病等。最后，需要根据患者的临床表现、用药史以及实验室检测结果来做出综合分析，进而确认是否为药物性肝损害。

在这一过程中，循证护理的应用具有重要意义。循证护理能够帮助护理人员更准确地判断患者的病情，从而更好地指导临床决策。例如，循证护理可以帮助护理人员更系统地收集患者的用药史，从而避免遗漏可能的药物性肝损害的诱因。此外，循证护理能够帮助护理人员更科学地分析实验室检测结果，并结合临床表现进行综合分析，提高诊断的准确性和及时性。

在药物性肝损害的诊断中，循证护理的应用效果得到了充分的验证。研究表明，在应用循证护理的同时，患者的诊断准确性和治疗效果都得到了显著提高。因此，在临床实践中，护理人员应该充分认识到循证护理在药物性肝损害诊断中的重要性，并加以积极应用。

总的来说，药物性肝损害的诊断特点主要包括临床表现多样化、患者用药史和药物与肝损害之间的关联、实验室检测结果的重要性以及排除其他可能引起肝损害的因素等。在诊断药物性肝损害的过程中，循证护理的应用效果显著，能够提高诊断的准确性和及时性。因此，在临床实践中，护理人员需要加强对循证护理的学习和应用，从而更好地指导临床决策，提高护理质量。

### 2.2 肺结核的治疗现状与挑战

肺结核是一种常见的传染病，全球范围内每年都有大量的患者被确诊。随着抗生素的广泛使用，药物性肝损害成为肺结核患者治疗过程中的常见并发症。治疗肺结核所用的抗结核药物会对肝脏产生一定的毒性作用，导致肝功能异常。因此，治疗肺结核的现状和挑战成为关注的焦点之一。

肺结核的治疗现状受到多方面的影响。首先，肺结核患者数量庞大，而且疫情频发，给医疗资源带来了巨大的压力。其次，肺结核的治疗过程需要长期服用多种抗结核药物，容易引起药物不良反应，其中药物性肝损害是较为常见的一种并发症。此外，相关研究表明，肺结核患者合并药物性肝损害后，治疗效果会受到一定程度的影响，甚至可能导致治疗失败。因此，在当前的医疗实践中，如何应对肺结核治疗中的药物性肝损害成为了一个亟待解决的问题。

针对肺结核治疗中的药物性肝损害，循证护理作为一种重要的临床护理模式，具有较好的应用效果。循证护理强调临床决策应当基于最新的临床研究证据和患者的个体情况，以求取最佳的治疗效果。通过对肺结核患者的治疗过程进行循证护理实践，可以更加科学地评估患者的肝功能状态，及时发现和处理药物性肝损害，并且对药物的选用和剂量进行个体化的调整，以减少药物对肝脏的不良影响。因此，循证护理在治疗药物性肝损害的肺结核患者中具有重要的应用价值。

在实际的临床实践中，循证护理模式需要得到更广泛的推广和应用。首先，医护人员需要接受系统的循证护理培训，提高他们对于循证护理理念和方法的熟悉程度。其次，医疗机构应当建立完善的循证护理制度，鼓励医务人员在实践中积极采用循证护理模式，促进临床护理工作的科学化和规范化。此外，还需要不断加强临床研究，为循证护理模式的应用提供更多的科学依据。

综上所述，肺结核治疗中的药物性肝损害是当前亟待解决的临床问题，循证护理模式在处理该问题上展现出较好的应用效果。在今后的临床实践中，应当进一步推广和应用循证护理，以提高肺结核治疗效果，减少并发症的发生率，为患者带来更好的治疗体验。

### 三、循证护理的理论基础

#### 3.1 循证护理的定义和原则

循证护理是指在临床实践中，医护人员通过系统地收集、评价和应用最新的临床研究证据，结合自己的临床经验和患者的价值观，为患者提供最佳的护理服务。循证护理的原则包括问题的明确化、研究证据的获取、证据的评价与整合、护理实践的应用和评价。以下将通过研究药物性肝损害肺结核病患者的循证护理应用效果，来详细介绍循证护理的原则和应用。

首先，循证护理的定义和原则是循证护理实践的基础。循证护理的定义指的是医护人员在进行护理决策时，需要通过系统地收集、评价和应用最新的临床研究证据，并结合自己的临床经验和患者的价值观，为患者提供最佳的护理服务。其原则包括问题的明确化、研究证据的获取、证据的评价与整合、护理实践的应用和评价。

然后，循证护理的定义和原则在药物性肝损害肺结核病患者的护理中具有重要意义。药物性肝损害是肺结核病患者在接受药物治疗时常见的副作用之一，严重影响患者的治疗效果和生活质量。在这种情况下，循证护理的定义和原则能够帮助医护人员在护理决策中更加科学和全面地考虑各种因素，从而提供更加有效的护理服务。

此外，循证护理的定义和原则也能够帮助医护人员更好地应对药物性肝损害肺结核病患者的护理需求。通过系统地收集、评价和应用最新的临床研究证据，医护人员可以更加准确地了解药物性肝损害的发生机制、预防措施和治疗方法，从而在护理实践中采取更加合理和有效的护理措施，提高患者的治疗效果和生活质量。

最后，循证护理的定义和原则在药物性肝损害肺结核病患者的护理中得到了有效应用。研究表明，循证护理可以帮助医护人员更加科学地进行临床决策，提供更加个性化和全面的护理服务，从而显著改善药物性肝损害肺结核病患者的治疗效果和生活质量。因此，在未来的护理实践中，循证护理的定义和原则将继续发挥重要作用，为药物性肝损害肺结核病患者提供更加优质的护理服务。

综上所述，循证护理的定义和原则对于药物性肝损害肺结核病患者的护理具有重要意义，并得到了有效的应用。在未来的护理实践中，我们应该进一步推广和应用循证护理的理念和方法，为更多的患者提供更加科学和个性化的护理服务。

#### 3.2 循证护理的实施步骤

在实施循证护理时，首先需要进行严谨的文献检索和筛选，以确保所采用的护理措施具有充分的科学依据。其次，需要对已筛选出的文献进行严格的质量评估，以确定其可信度和适用性。在确定护理措施后，需要制定个性化的护理计划，并在实施过程中进行监测和评估。此外，循证护理也强调了患者的参与和反馈，以确保护理措施能够真正符合患者的需求和期望。最后，在护理实施结束后，需要对护理效果进行评估和总结，为日后的护理实践提供经验借鉴。

循证护理的实施步骤不仅包括了严谨的文献检索和筛选，还需要对文献进行质量评估，以确保所采用的护理措施具有足够的科学依据。确定护理措施后，还需要制定个性化的护理计划，并在实施过程中进行监测和评估。此外，患者的参与和反馈也是循证护理中的重要环节，以确保护理措施符合患者的需求和期望。在护理实施结束后，还需要对护理效果进行评估和总结，为日后的护理实践提供经验借鉴。

综上所述，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者的应用效果中发挥着重要作用。通过严谨的实施步骤，可以确保护理措施的科学性和有效性，从而提高患者的治疗效果和生活质量。在今后的护理实践中，应该进一步推广循证护理的理念和方法，为更多患者带来更好的护理效果。

#### 四、循证护理的应用效果分析

##### 4.1 应用前后的疗效对比

在药物性肝损害肺结核病患者中，循证护理的应用效果备受关注。针对这一问题，研究人员进行了大量的实证研究和临床实践，以期能够找到更有效的护理方法。在这篇文章中，我们将就循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果进行分析，重点关注应用前后的疗效对比，以期为临床实践提供参考。

应用前后的疗效对比是评价循证护理应用效果的重要指标之一。根据相关研究，我们可以看到，在药物性肝损害肺结核病患者中，循证护理的应用前后疗效存在显著差异。在循证护理应用前，患者常常出现肝功能下降、药物不良反应等情况，严重影响了治疗效果和患者的生活质量。而在循证护理应用后，患者的肝功能稳定，药物耐受性提高，疗效显著改善。

在循证护理应用前后的疗效对比中，需要注意的是，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果并非一蹴而就，需要长期的观察和实践。研究人员通过对大量临床案例的观察和归纳，发现循证护理在初始阶段的应用效果并不显著，但随着时间的推移，患者的疗效逐渐改善。这表明，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果具有一定的延时性，需要长期的持续实践和观察。

此外，在应用前后的疗效对比中，我们还需要关注循证护理的具体应用方法和操作规范。研究发现，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果与护理人员的操作规范和技术水平密切相关。只有严格按照循证护理的操作规范和方法进行实施，才能够获得良好的疗效。因此，在实际应用中，护理人员需要加强专业知识的学习和实践，提高自身的操作水平和规范化意识。

综上所述，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的应用效果是显著的，特别是在应用前后的疗效对比中表现出了明显的改善。然而，需要注意的是，循证护理的应用效果并非一蹴而就，需要长期的持续实践和观察。同时，护理人员的操作规范和技术水平也对应用效果起着重要的影响。因此，为了更好地发挥循证护理在药物性肝损害肺结核病患者中的作用，我们需要加强相关研究，提高护理人员的专业水平，不断完善循证护理的操作规范和方法。

##### 4.2 影响应用效果的因素分析

在对药物性肝损害肺结核病患者进行循证护理的过程中，我们需要分析影响应用效果的因素。循证护理的应用效果不仅受到临床医护人员的操作技能影响，还受到患者自身情况和环境的影响。因此，需要综合考虑多方面因素来评估循证护理的应用效果。

首先，影响循证护理应用效果的因素之一是临床医护人员的专业水平和操作技能。临床医护人员需要具备良好的专业知识和临床经验，能够熟练应用循证护理的原则和方法。只有这样，才能有效地提高循证护理的应用效果。

其次，患者自身情况也是影响循证护理应用效果的重要因素。患者的病情严重程度、身体状况、免疫功能等都会对循证护理的应用效果产生影响。因此，在应用循证护理时，需要根据患者的个体特点进行个性化护理计划的制定，以提高应用效果。

此外，患者的环境因素也不能忽视。比如家庭的支持与配合、医疗资源的充足程度等都会对循证护理的应用效果产生影响。在进行循证护理时，临床医护人员需要充分了解患者的家庭环境和社会环境，以便更好地应用循证护理，提高应用效果。

然后，循证护理团队的配合与协作也是影响应用效果的重要因素。循证护理需要由一个多学科的团队共同合作，而不是单一医护人员的个人行为。团队成员之间的协作配合，团队领导者的指导和组织能力等都会对循证护理的应用效果产生积极影响。

最后，循证护理的应用效果还受到所处医疗机构的管理水平和支持程度的影响。医疗机构对循证护理的重视程度、管理水平和资源投入等都会对应用效果产生直接影响。因此，医疗机构需要加强对循证护理的重视与支持，提供良好的管理和资源保障，以提高循证护理的应用效果。

综上所述，影响循证护理应用效果的因素是多方面的，需要综合考虑，无论是临床医护人员的专业水平和技能、患者自身情况和环境、团队的配合与协作，还是医疗机构的管理与支持，都会对循证护理的应用效果产生重要影响。因此，在实际应用循证护理时，需要全面评估各种因素，以提高应用效果，为药物性肝损害肺结核病患者提供更好的护理服务。

## 五、结论

通过本研究的实施和结果分析，得出结论循证护理在药物性肝损害肺结核病患者应用效果显著。首先，循证护理能够有效降低药物性肝损害的发生率，减轻患者的不良反应。其次，循证护理能够提高患者的治疗依从性，促进药物的有效使用。此外，循证护理还能够有效减少治疗过程中的并发症发生率，提高患者的治疗效果。然后，在循证护理的指导下，患者在治疗过程中能够更好地管理个人行为，促进身体康复。最后，综上所述，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者的应用效果是显著的，可以为临床实践提供一定的参考价值。

总之，通过本研究的结果分析，我们可以得出结论，循证护理在药物性肝损害肺结核病患者的应用效果是非常显著的。这一结论为临床护理提供了重要的指导，也为进一步的研究和实践提出了具体的建议。希望本研究的结论能够为相关领域的研究和实践提供一定的参考和借鉴。

## 参考文献（略）

# 结核与艾滋共病的综合防治策略研究进展

杨红雨<sup>1</sup> 刘巧林<sup>2</sup> 康雄<sup>1</sup> 杨晓丽<sup>2</sup>

作者单位：1 山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）护理部，太原，030053；2 山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）感染性疾病科，太原，030053

通讯作者：杨红雨 Email: kang1296835254@163.com

**摘要：**结核病并发艾滋病已成为一项严重危害我国公众健康的重要公共卫生问题，两病相互影响、相互促进，使患者临床特点变得不典型，管理及治疗更为困难，加剧病情的恶化，导致抗结核治疗疗程延长，出现各类并发症，患者预后变差。加强对结核/艾滋双重感染疾病特殊性及其危害的认识，深入探索影响患者生存质量及预后的因素，早期对该人群实施精准、有效的综合防治措施，对于两大传染病的防控与疾病转归都有重要的实践意义。本文就结核病并发艾滋病感染的现状、临床感染的特殊性及其危害、患者预后影响因素及共病综合防治策略进行综述，为结核/艾滋双重感染患者相关政策优化及临床防治提供借鉴与参考。

**关键词：**结核，获得性免疫缺陷综合征，共病现象，护理，综述文献(主题)

结核分枝杆菌（*Mycobacterium tuberculosis*, MTB）感染引起的结核病（Tuberculosis, TB）和人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus, HIV）感染引起的艾滋病（acquired immunodeficiency syndrome, AIDS）仍是严重影响人类健康的重要公共卫生问题。TB 是 AIDS 患者最常见的机会性感染之一，也是导

致 AIDS 患者死亡的重要原因之一。HIV/AIDS 人群是 MTB 感染后发生 TB 的高危人群, TB 引起的死亡人数约占全球 HIV/AIDS 死亡人数的 1/3[ ]。TB 与 AIDS 在发病过程中相互影响、相互促进, 使两者产生出“1+1>2”的严重后果。共病是指同一个体共存 2 种或 2 种以上慢性疾病, 相比单一疾病, 共病不仅增加患者致残、致死率, 降低病人的生活质量及预期寿命, 还加大了就诊和治疗的难度, 影响治疗依从性和效果[ ]。此外, TB/AIDS 共病还可造成 TB 的进一步传播。为采取更为宽泛的应对策略和措施, 比如以患者为中心的 TB 综合关怀和预防, 包括 TB/HIV 双重感染防治合作行动及共病管理, 2022 年 10 月, WHO 制定了《应对结核病及其共病合作行动框架》, 框架列出了有助于推广合作防控 TB 及其共病问题的主要行动[ ]。TB/AIDS 双重感染患者存在复杂的治疗需求, 临床上早期识别患者生存质量及预后相关因素, 针对可干预因素实施精准、高效、多元化的综合防治措施, 将患者的个性需求纳入临床决策过程, 可改善其治疗依从性和健康结局, 减少患者对疾病的困扰, 提升决策参与度和满意度。因此, 本文就 TB 并发 AIDS 感染的现状、临床感染的特殊性及其危害、患者预后影响因素及共病综合防治策略进行综述, 以期为我国相关工作的加强、政策优化及临床实践提供借鉴与参考。

### 一、TB 并发 HIV/AIDS 感染的现状

根据联合国艾滋病规划署发布的《2023 全球艾滋病防治进展报告》显示, 截至 2022 年, 全球共有 3900 万例 HIV 感染者, 当年新发 130 万人, 约有 63 万人死于艾滋病[1]。MTB 感染是 HIV 感染者最为常见的机会性感染之一, 也是导致 AIDS 患者死亡的主要原因之一。WHO 发布的《2023 年全球结核病报告》显示, 全球结核病估算发病患者为 1060 万例[ ], 其中约 71.0 万例 (6.7%) 并发 HIV 感染, 且超过 50% 发生在 HIV 感染率较高的南非地区; 结核病患者死亡例数约为 160 万例, 其中 18.7 万例 (11.69%) 并发 HIV 感染[ ]。全球数据表明, HIV 感染者发生活动性 TB 的可能性大约是 HIV 阴性人群的 20 倍[ ]。

我国是结核病高负担国家之一, 2022 年我国结核病估计发病患者为 74.8 万例, 位列全球第三, 其中 1 万例 (1.3%) 为 HIV 感染者; 结核病患者死亡例数约为 3.2 万, 其中约 0.2 万例 (6.3%) 为 HIV 感染者[4]。中国 2022 年现有存活的 HIV/AIDS 患者 122.3 万例, 当年新报告 HIV/AIDS 患者超过 10 万例[ ]。截至 2020 年末, 我国累计报告 HIV 相关死亡患者 35.1 万例[ ]。既往研究表明, 我国 HIV 感染者感染 MTB 比例为 17.72%, MTB/HIV 双重感染者死亡风险是单纯感染 HIV 者的 1.17 倍, MTB/HIV 双重感染者死亡风险是单纯感染 MTB 者的 25.68 倍[ ]。近年来, 据疾控中心数据显示[ ], 我国东北部分地区 2016-2021 年 TB/HIV 双重感染者登记 222 例, 占 TB 患者 0.16% (222/136709), 占 AIDS 患者 1.42% (222/15584), 双感染疫情整体处于低流行水平。另有研究提示[ ], 我国西部喀什地区 AIDS 患者合并 TB 的感染率为 33.6%, 双感染发生率较高。河南省是我国人口大省, 也是 TB 和 AIDS 高发地区之一, 有回顾性研究显示 2016-2021 年河南省共登记可随访 TB 患者 290450 例、HIV/AIDS 患者 387785 例, 其中, MTB/HIV 双重感染者 1756 例, 年均登记率为 0.30/10 万, 占 TB 患者的 0.60%, 占 HIV/AIDS 患者的 0.45%, 双感染人数呈逐年下降趋势, 但应关注男性患者的感染情况[ ]。一项来自我国广西省的纵向研究纳入 5 家 AIDS 定点医院 4539 例门诊患者, 研究显示 TB/AIDS 合并感染的患病率为 0.8%, 广西 AIDS 患者 TB 患病率是普通人群的 14 倍[ ]。TB 成为 HIV 感染人群就诊、入院和死亡的重要原因之一。

### 二、TB 并发 HIV/AIDS 感染的特殊性及其危害

在 TB/HIV 并发感染者中, HIV 与 MTB 之间存在复杂的相互作用, 二者相互促进各自所致疾病的发展。宿主感染 MTB 后, HIV 阴性者只有 5% 的机会发展成为 TB, 而 HIV/AIDS 患者 TB 的年发生率高达 10%[ ], 这部分患者如果没有得到及时的诊治, 将增加 HIV/AIDS 患者的死亡风险。机体感染 HIV 后, 将出现 CD4+T 淋巴细胞减少和功能障碍, 以及 B 淋巴细胞数量减少和对抗体应答下降, 这就导致了 HIV/AIDS 患者对抗 MTB 的易感性升高[ - ]。同时, MTB 感染可通过 T 淋巴细胞消耗、结核肉芽肿形成不良、氧化应激障碍等机制, 加速 HIV 感染阶段向 AIDS 终末阶段进展[ ], TB 一定程度上缩短了 HIV/AIDS 患者的平均期望寿命。TB/HIV 并发感染者往往表现出更高的 HIV 病毒载量、更大的病毒储存库、更为明显的异常免疫激活, 以及更多见的播散性 TB[ - ]。HIV/AIDS 并发 TB 的发病机制有其相对特异性及复杂性, 给全球 TB 与 HIV 的规划管理与综合防治带来巨大挑战。

### 三、TB 并发 HIV/AIDS 感染预后的影响因素

机体同时或先后感染 MTB 和 HIV 后,两者可协同作用,破坏宿主的免疫功能,加速病情进展,致使病死率增高。亦有研究表明 TB/HIV 双感染患者死亡率为 6.60%,普通 TB 患者死亡率为 0.43%[ ]。MTB 并发 HIV/AIDS 感染预后的影响因素复杂多样,既往已发表的多项国内外 HIV 并发 TB 治疗结局影响因素研究主要体现在以下几方面。

#### (一) 一般社会人口学因素

TB 并发 HIV/AIDS 感染患者治疗的预后因素目前尚存在争议,影响其疗程长短或疗效的因素较多。国内外研究显示,农村人口、男性、高龄(年龄>55岁)、离异或丧偶是影响 TB 并发 AIDS 患者抗结核治疗期间治疗失败的危险因素[ ]。亦有研究证实,≥60 岁年龄组的死亡风险比 45~59 岁年龄组的患者更高[ ]。一项针对中国 HIV/AIDS 感染者 TB 患病率及相关危险因素的系统评价共纳入 44 项研究,结果发现 TB/HIV 合并感染的总患病率为 6.0%,TB/HIV 合并感染的危险因素包括吸烟、静脉吸毒、失业、男性、老年、受教育程度低等,而卡介苗接种史是 TB/HIV 患者的保护因素[ ]。另有研究显示,职业为工人和农民、WHO 临床分期为 II 期是 AIDS 患者合并 TB 感染的保护因素。原因可能为无固定职业人员及服务业等接触人员范围广、流动性大,卫生及就医条件相对较差;对于 AIDS、TB 这类传染病防治知识淡薄,自我保护意识较差,更容易感染此类疾病。相较于其他研究结果中 WHO 临床分期在 IV 期是双感染的危险因素而言,WHO 分期在 II 期时患者身体机能还未完全下降,比 III 期、IV 期患者更不易受到各种致病菌感染。

#### (二) 疾病相关因素

疾病相关因素是危及 TB/HIV 双重感染者生命的重要原因。有文献报道[22, ],结核复治、血行播散、并发呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾病、恶性肿瘤是 TB 患者治疗不成功的独立危险因素,而痰菌阳性、并发 HIV 感染是 TB 患者死亡的危险因素。杨妮[ ]等探索了四川省结核病定点医疗机构 2158 例 MTB/HIV 双重感染患者的治疗转归及其影响因素,结果显示 TB 病原学检测为阳性、TB 病变程度是影响双重感染患者发生不良结局的主要因素。既往研究发现[ ],低蛋白血症、中枢神经系统病变诊断不明、非 AIDS 指征性疾病是 AIDS 合并结核性脑膜炎患者随访期生存率明显下降、死亡风险增加的危险因素。另外,患者出现发热、消瘦、淋巴结肿大等症状也是 TB/HIV 双感染预后差的危险因素[39]。因此,此类患者在治疗原发病的同时,积极控制其基础疾病的恶化,增强其免疫力。最大程度地减少 TB/HIV 患者疾病相关危险因素,实施合并症早期筛查和诊断是非常必要的,可改善患者诊断延迟、结核传播和持续流行的可能性,符合世卫组织终止结核病战略的目标。

#### (三) 机会性感染

由于我国耐多药 TB 负担较重,且 HIV 感染群体中多重机会性感染表现不典型、容易延误诊断和治疗。目前,已有诸多研究证实机会性感染是导致 AIDS 患者死亡的主要原因[ ]。其特点主要为累及多系统及器官、具有频繁的被感染机会,在诊断及治疗中均具有极大困难[ ]。一项国外调查研究显示[ ],HIV 感染者机会性感染的发生率为 37.1%,主要被识别的机会性感染中肺结核占到 8.2%,经过多变量 logistic 回归分析显示,饮用未经消毒的水(AOR=2.395, 95%CI: 2.010-4.168)、与家畜生活(AOR=4.012, 95%CI: 1.651-4.123)、慢性病共患病(AOR=2.910, 95%CI: 1.761-3.450)、抗逆转录病毒治疗依从性差(AOR=3.121, 95%CI: 1.532-6.309)是机会性感染的相关因素。由于 HIV 感染者免疫力显著低于正常者,当结核菌等病原体侵袭机体后更易出现各种机会性感染,加速病毒复制,促进疾病进展,因此临床应重点关注 HIV 患者机会性感染的预防、早期识别及诊断。

#### (四) 心理变量

患者精神心理因素也是影响患者生存质量及预后的重要因素。一项来自加纳 213 例 TB/HIV 共病患者的横断面研究显示仅 30.0%(64/213)的患者生活质量良好,患者在职(aOR=5.23, 95%CI: 1.87-14.60)、坚持治疗(aOR=6.36, 95%CI: 1.51-26.65)与良好的生存质量显著相关,而与抑郁(aOR=0.02, 95%CI: 0.03-0.29)、污名化(aOR=0.31, 95%CI: 0.11-0.84)、缺乏运动(aOR=0.28, 95%CI: 0.12-0.67)与患者生存质量呈显著负相关[ ]。因此,在临床中可通过增加患者躯体运动以及治疗依从性,减轻患者焦虑、抑郁、污名感受等负性情绪,从而改善患者生存质量及预后。国外一项数据显示[ ],HIV 感染者中抑郁症的患病率为 20.2%,经卡方检验和 Fisher 精确检验分析得出,AIDS 患者抑郁症与女性、失业、丧偶、离婚以及糖

尿病和 TB 共病有显著相关性，而抑郁是影响患者抗逆转录病毒治疗依从性的重要危险因素。

#### （五）治疗相关因素

患者由于基础状态较差，CD4+T 细胞计数较低，以及抗逆转录病毒治疗（anti-retroviral therapy, ART）和抗结核治疗同时开始带来的药物副作用均可导致患者预后较差。一项回顾性研究显示，近 40% 的死亡患者出现在抗结核治疗强化期，在第 5~10 周抗结核治疗的 TB 并发 AIDS 患者累积生存率下降最快。巴西一项大型回顾性研究从临床视角出发，结果显示初始 CD4+T 淋巴细胞计数 $<200/\mu\text{L}$ 、诊断艾滋病时 HIV 病毒载量超过 500 copies/mL 是 HIV/AIDS 并发 TB 患者抗结核治疗效果不佳的危险因素[ ]。另外，一项来自埃塞俄比亚的多中心回顾性队列研究[ ]，采用随机抽样方法在三所医疗机构选取 665 例 HIV 阳性患者，采用 Kaplan-Meier 和 Cox 比例风险回归分析 HIV 患者死亡率及其预测因子，结果显示成年 HIV 阳性患者的总死亡率为 8.5%，大多数死亡病例发生在 ART 开始后的 6 个月内。HIV 患者死亡的预测因子为：年龄大于 50 岁（AHR=4.90, 95%CI: 2.00, 11.98），结核病共病（AHR=3.46, 95%CI: 1.23, 3.33），缺乏药物依从性（AHR=1.76, 95%CI: 1.23, 3.33），复方新诺明治疗（AHR=2.59, 95%CI: 1.37, 4.90），CD4+T 细胞计数小于 200/dl（AHR=2.77, 95%CI: 1.30, 5.92）。此外，血小板计数低下，患者病情程度、入住重症监护室前未抗结核治疗、行机械通气治疗、就诊延迟时间（ $\geq 14\text{d}$ ），ART 开始时间及是否接受 ART 也是造成双感染患者死亡的影响因素[ ]。

#### （六）营养相关因素

据文献报道，67.7% 的 AIDS 并发肺部并发症（肺结核、肺炎、肺部肿瘤）患者存在营养风险[ ]。有调查研究显示 TB/HIV 双重感染患者营养风险发生率为 57.94%，回归分析显示，体质量指数（BMI）、血红蛋白、低蛋白血症和 HIV-RNA 定量是 TB/HIV 双重感染患者发生营养风险的影响因素[ ]。田亚坤[ ]等开展的一项回顾性研究发现，AIDS 合并 MTB 菌血症患者有 44 例（78.57%）治疗好转出院，死亡 12 例（21.43%），Logistic 回归显示血清白蛋白 $<30\text{g/L}$  是预后不良的独立危险因素。表明目前 TB/HIV 双重感染患者营养风险比例较高，临床上应重点关注 BMI 较低、贫血和 HIV-RNA 定量较高患者，及时改善患者营养风险。

### 四、TB 与 HIV/AIDS 共病的综合防治策略

迄今为止，国内外尚未确立专门针对 TB 合并 HIV/AIDS 感染患者的标准防治策略，目前大多参照传统活动性 TB 及 AIDS 的防治措施。因此，其科学有效的防治策略仍需进一步探索。在全球 TB 合并 HIV/AIDS 感染患者数量如此庞大的基础上，亟需采取更加精准、高效的多元化防控策略，才能有效降低患者死亡风险，提高生存率及生存质量。

#### （一）早期开展双向筛查

双重感染可导致单纯抗病毒、抗结核治疗的效果欠佳，易增加疾病复发率且易产生多发耐药。临床上有一部分 AIDS 患者以 TB 为首发病症就诊，由于患者对疾病的不确定或有意隐瞒，导致医生在诊断上存在一定困难。TB 合并 AIDS 双重感染与单一感染在临床症状及相关检查上均有较大差异，给明确诊断带来阻碍。因此，早期开展双向感染筛查意义重大。张金平[ ]等分析了 2205 例 TB 患者 HIV 抗体筛查的临床特征，结果发现 15 份标本初筛结果为阳性，初筛阳性率为 0.68%，其中 11 份确证为阳性，初筛诊断准确率为 73.33%（11/15）；双重感染率为 0.50%（11/2205），与单一肺结核感染相比，双重感染人群的男性比例较高，年龄低、初中及以下学历及自由职业者占比高，提示仍然要加强 TB 人群 HIV 抗体筛查，尤其是对于 40-50 岁、初中及以下学历、自由职业的男性 TB 重点人群，更要加强 HIV 抗体筛查力度。在 HIV/AIDS 患者中开展 TB 筛查方面，罗丹[ ]对 2015-2021 年浙江省 MTB/HIV 双重感染筛查现状及发展趋势进行了分析，结果显示 2015-2021 年各年度新检出 HIV/AIDS 患者的结核病检出率均高于既往患者的结核病检出率，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），表明浙江省双向筛查措施实施力度稳中有进，双重感染防控工作成效取得提升，但仍需关注防控工作中的薄弱环节，改善双向筛查过程中多机构的转诊及管理机制。开展 TB 与 HIV 感染双向筛查是发现双重感染患者最主要的途径。但在筛查实施过程中也存在一些困难，如我国是 TB 高负担国家，在所有 TB 患者中筛查 HIV，工作量巨大、缺乏充足人力资源且不符合成本效益，因此，对具有高危行为的 TB 患者进行选择性的 HIV 抗体筛查就显得尤为重要。总之，要做好双重感染防治工作，有效控制疫情，做到早发现、早报告、早诊断、早治疗、早管理是必不可少的，进一步加大筛查力度，做到应

筛尽筛,及时发现未诊断的病例,早期发现传染源,以免延误最佳治疗时机,对筛查发现的 AIDS 合并 TB 患者提供相应的治疗和关怀,有助于避免疾病的进展和传播,具有重要的公共卫生意义。

### (二) 结核预防性治疗

机体感染 MTB 后可出现潜伏结核感染 (latent tuberculosis infection, LTBI) 和 TB 两种情况。HIV 感染是 TB 发病的独立危险因素, HIV 感染者 LTBI 进展为 TB 的风险较 HIV 阴性者显著增加。针对 HIV/AIDS 人群开展结核病预防性治疗 (tuberculosis preventive treatment, TPT), 可以有效降低 TB 的发病风险且具有潜在有效性和成本效益[ ]。WHO 在 2020 年发布的《结核病的预防性治疗指南》指出排除活动性 TB 的 HIV 感染者 (成人和青少年) 应接受 TPT 并作为全面 ART 的组成部分。无论其免疫抑制的程度如何, 即使在无法获得 MTB 感染检测结果的情况下, 已经接受 ART 的患者、孕妇及之前接受过抗结核治疗的人群, 仍应接受 TPT[ ]。根据 WHO 指南推荐, 药物敏感 MTB 感染者的预防性治疗方案大概可分为两类: 一类是  $\geq 6$  个月的异烟肼单药治疗方案, 是应用最广泛的 TPT 方案; 另一类是含有利福霉素类 (利福平或利福喷丁) 的治疗方案, 因其干预周期较短在接受度和依从性上表现出明显的优势, 但是利福霉素类药物与 ART 药物间存在着双向药物相互作用, 使用时必须考虑药物间相互作用[ ]。国外有研究表明[ ], 在 HIV/AIDS 人群开展异烟肼预防治疗 (Isoniazid preventive treatment, IPT) 可有效降低 MTB 合并感染者的发病风险。洪可[ ]对武汉市 13 所定点治疗单位随访的 2048 例 HIV/AIDS 患者进行 TB 筛查, 并对诊断为 LTBI 的患者实施 IPT, 其中 90.0% (316/351) 的患者完成了 6 个月 IPT, 随访 12 个月后发现 IPT 组有 1.7% (6/351) 进展为活动性 TB, 非 IPT 组有 8.9% (5/56) 进展为活动性 TB, 两组比较有统计学意义。提示 IPT 可降低 HIV/AIDS 患者 LTBI 进展为活动性 TB 的风险, 且不良反应少, 但临床中接受 IPT 的比例和治疗完成率偏低, 可能是由于临床医生担忧对未被确诊为活动性 TB 的人群开展 TPT 会产生耐药性, 也可能是患者 TPT 依从性差所致。因此, 医院应建立督导机制, 以提高 TPT 的接受率、完成率及覆盖率。

### (三) 依从性健康教育

良好的治疗依从性是 TB/HIV 患者保证抗病毒、抗结核治疗效果, 提高自身生存质量的必要条件, 依从性不佳会出现耐药、多种机会性感染、白细胞、粒细胞低下等一系列不良后果, 从而导致治疗失败、延长住院时间、延长疾病传播以及增高死亡风险[ ]。高效联合抗病毒、抗结核治疗是一个需要长期坚持的过程, 患者服药依从性教育对于治疗效果具有决定性的作用, 不规律或不按时服药是影响治疗效果或产生耐药性的重要原因。赋能教育是以患者为中心, 护士协助患者发现、增进其内在自我健康维护潜力, 以实现自我认知行为的提高, 达到健康行为转变目标的一种健康教育模式[ ]。赋能教育被认为是一个有价值的护理模式, 尤其在慢性病领域。有研究表明[ ], 赋能教育能有效减低慢性病的疾病复发率, 提高患者的自我效能、生活自理能力和生活质量。王秀芬[ ]等将 108 例 TB/AIDS 双重感染患者分为两组, 观察组在常规护理基础上实施赋能教育模式, 干预实施 2 个月, 研究发现赋能教育模式可提高 TB/AIDS 双重感染患者自我效能, 减轻患者负性情绪, 将患者应对方式由消极转变为积极, 从而增强患者自我管理能力和林冰[ ]探讨了协同护理模式对 TB/AIDS 双重感染患者自护能力、负性情绪及依从性的影响, 结果提示观察组干预后自我效能总评分、疾病知识、自我护理能力、自我概念、自护责任感评分显著高于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组干预后抑郁、焦虑评分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组服药、定期查 CD4、定期查胸片、定期查痰等方面依从率、TB 病毒转阴率、患者满意率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。此外, 其他一些干预措施, 如舒适性护理[ ], 临床上也应用于 TB/AIDS 治疗依从性研究中。为患者提供更为积极和尊重患者的依从性教育模式, 让患者发现、发展其自身潜力, 让其自主参与健康教育, 护士帮助患者提高其适应能力与自我康复能力, 协助其寻求解决方案, 培养患者主观能动性, 提高其治疗依从性, 延缓疾病的发展。建议医疗机构加大 TB/AIDS 共病的宣传, 同时开展更多的科学研究, 进一步拓展个性化依从性教育模式, 以提升双感染患者的生活质量。

### (四) 多模式心理支持

TB/HIV 共病抗病毒、抗结核治疗能够有效抑制体内病毒、细菌复制, 延长患者生存时间, 但同时患者长期处于疾病状态, 易出现各类心理问题, 常见的心理问题包括抑郁、焦虑、强迫等, 其中抑郁发生率最高[ ]。刘旭等[ ]的研究报告显示焦虑、抑郁是影响 HIV 患者抗病毒治疗免疫学应答失败的危险因素, 证实

心理状态与 ART 效果关系密切。有研究表明 HIV 合并 TB 比单纯 HIV 感染患者的抑郁总分更高( $P<0.05$ )，双感染组人群的抑郁程度更重[ ]。不良心理状态不仅会降低服药依从性，影响抗病毒、抗结核治疗效果，还会增加精神障碍、自杀行为等发生风险，故需积极关注 TB/HIV 患者心理健康状况。

聚焦解决模式是在积极心理学发展背景下形成的一种以解决问题为导向，着眼于未来，充分发挥个体力量、优势和潜能的短期心理干预模式[ ]。其特点是将患者视为专家，基于患者的内外部优势，充分利用患者的资源、挖掘患者的潜能，鼓励患者提出解决问题的方案，以此提高患者的疾病应对能力[ ]。通常是短期干预，能在较短时间内产生积极效果。国内一项纳入 11 篇文献共 1219 例 HIV 感染者/AIDS 患者的 Meta 分析显示，聚焦解决模式可有效改善 HIV 感染者/AIDS 患者焦虑、抑郁水平，在妊娠合并 HIV/AIDS 患者中应用该模式改善效果更加显著[ ]。刘云[ ]等对 200 例新发 HIV/AIDS 抑郁患者实施支持性心理治疗方法，包括倾听、提问、鼓励、内容反应、情感反应、面质、解释、指导技术及非言语性技巧等以及认知行为疗法、正念接纳承诺疗法、系统脱敏疗法等，干预总周期为 12 周，结果发现新发 HIV/AIDS 患者抑郁严重程度与 CD4+T 细胞计数相关，经专业心理干预后患者 CD4+T 细胞计数显著高于干预前，焦虑、抑郁总分及各因子评分均低于干预前 ( $P<0.05$ )。侯思伟[ ]等对 100 例 HIV/AIDS 焦虑抑郁患者实施中医情志疗法，包括言语疏导法、顺从意欲法、以情胜情法、释疑法、转移法、静心宁志法，连续干预 3 个月，研究结果显示干预组患者焦虑、抑郁以及反刍思维评分均显著低于同期对照组 ( $P<0.05$ )，中医情志疗法可有效降低 HIV/AIDS 患者焦虑抑郁症状，改善患者的反刍思维。

#### (五) 其他

建立多部门联合诊治机制。一方面，建立和完善 TB 与 AIDS 防治机构之间的合作机制，共同做好双重感染患者发现和转诊工作[ ]；另一方面，进一步增强机构间协调机制，促进 TB/AIDS 区域内单一定点医院“一站式”管理。另外，积极探索定点医院诊疗新模式，成立 TB/AIDS 共病管理小组，对定点专科内的医护人员开展共病症状群管理培训，完善患者个性化随访模式，了解患者的心理状态、服药依从性和伴随症状。积极治疗患者基础合并症，预防及处理药物相互作用引起的并发症，如皮疹、发热、肝肾功能损伤等。此外，采用信息化手段及信息编码等技术做好患者隐私管理，充分尊重患者，体现人文关怀。

### 五、小结与展望

综上所述，随着抗病毒、抗结核治疗的广泛开展，TB 与 AIDS 已经成为可防可治的慢性病。我国作为 TB 高负担国家，更应该高度重视 TB 及相关共病的防治工作。针对 TB 与 HIV/AIDS 共病人群我们需了解其疾病的特殊性及其危害性，早期识别影响双重感染患者预后的危险因素，如高龄、合并症及并发症、CD4+T 细胞计数、血小板计数、病毒载量以及营养相关因素等。针对 TB/HIV 共病人群，必须早期开展严格的综合防治策略，包括早期实施双向筛查、扩大 TPT 覆盖面、加强治疗依从性健康教育、组织多模式心理支持等。同时，应开展更多的科学研究以增强 TB 科学防控水平。提高患者治疗依从性和治愈率，提升患者慢性传染病共病管理水平，对于改善该人群预期寿命及生存质量，最大限度减少 TB 传播，早日实现终结结核病流行的全球战略目标具有重要意义。

#### 参考文献 (略)

## 呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用研究

白艳青

作者单位：太原市第四人民医院，山西省太原市，030000

**摘要：**目的 研究呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用。方法 随机选取 150 例呼吸内科重症患者分为两组（对照组和试验组），试验组 75 例采用护理干预模式进行护理，对照组 75 例采用常规方式进行护理。结果 试验组满意度明显高于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 在护理干预方式下，可以大大提高呼吸内科重症患者的满意度，值得推广。

**关键词：**护理干预；呼吸内科重症患者；临床应用

## 引言

近年来，随着空气质量不断下降、吸烟人数不断增多、人口老龄化不断加剧，呼吸系统疾病的患病人群明显增多，而且呼吸系统疾病的死亡率也越来越高。对于呼吸内科的重症病人来说，其病情相对危急和严重，需要及时进行治疗，否则将面临十分严重的后果。有研究指出，在呼吸内科重症患者中实施合理的护理干预，可以有效提升患者治疗有效率，有着较好的效果[1]。因而，病人住院时，要为其提供差异化的护理干预，最大限度地提升病人的护理实效。我院最近今年将护理干预应用于呼吸内科重症患者，有着明显成效，详情如下。

### 1.资料与方法

#### 1.1 一般资料

随机选取 2019 年 5 月-2020 年 6 月来我院诊治的 150 例呼吸内科重症患者分为两组（对照组和试验组），试验组 75 例采用护理干预模式进行护理，对照组 75 例采用常规方式进行护理。试验组中，有 38 例为男性，有 37 例为女性，最为年长的患者为 77 岁，最为年轻的患者为 21 岁，年龄平均为  $44.2\pm 1.15$  岁。对照组中，有 37 例为男性，有 38 例为女性，最为年长的患者为 76 岁，最为年轻的患者为 21 岁，年龄平均为  $44.1\pm 1.14$  岁。两组患者在性别、年龄方面无显著性差异（ $P>0.05$ ）。

#### 1.2 护理方法

对照组采用常规护理措施，即患者治疗期间的正常医嘱执行以及记录工作。同时，还进行了如下方面的护理：

##### （1）吸氧护理

在治疗时，病人容易出现呼吸不畅甚至是休克等症状。在为病人进行吸氧护理时，最重要的是要保持吸氧顺畅，经常检查一下病人使用的鼻导管、面罩等器具是否正常工作，同时还要及时发现、清除病人的分泌物。

##### （2）排痰护理

咳血、痰阻是呼吸内科重症病人在治疗时可以危及病人生命的突发病状。所以，在治疗时，要定期为病人进行排痰护理，保持病人呼吸顺畅。病人排痰时，要取适当体位，保持呼吸顺畅。告知病人多喝水，水可以将痰液稀释，减少痰阻的发生[2]。

##### （3）病房护理

周边环境的不良干涉，可能加重呼吸内科重症病人的病情。所以，治疗时病房护理尤为重要。条件允许时，保持病房通风顺畅、光照充足，室温控制在  $25^{\circ}\text{C}$  左右，湿度控制在 55% 左右，及时清理床单、被褥以及病人的衣服。

试验组在为病人提供常规护理的同时，还要为其提供系统的个性化护理干预，更加重视对患者的心情、饮食护理：

##### （1）饮食方面的护理

呼吸内科的病人，进行呼吸时，会消耗掉比正常人更多的能量，这就要求病人有着较高的身体素质。病人在接受治疗的过程中，要多进食一些高热量、高蛋白以及富含碳水化合物的食物，同时，一定要注意切勿暴饮暴食。病人要遵循缓慢用餐、少食多餐的用餐原则，护士要经常监督病人的进食情况，科学干预病人的进食食物，时刻提醒病人，要在正确的用餐点进行科学用餐。假设病人在用餐过程中出现了呼吸困难的情况，护士先要为病人平顺呼吸，然后再继续用餐[3]。

##### （2）心情方面的护理

在呼吸内科，重症病情都有持续时间长、见效缓慢的特点，这一特点会让病人失去了治疗的信心，在治疗期间，病人还会出现咳血、呼吸困难等临床表现，这些表现会加重病人的负面情绪，给病人及其家属造成较大的心理负担，同时也非常不利于疾病的治疗。所以说，心理护理非常关键，在日常护理时，一定要重视病人的心态变化情况以及精神状态等，鼓励他们树立敢于面对、战胜病魔的信心[4]。

### 1.3 满意度评价

评价标准为本科室自行研制，当分数介于 90 分到 100 分之间时，属于非常满意，当分数介于 70 分到 89 分之间时，属于比较满意，当分数低于 70 分时，属于不满意，满意度为前两者的满意率之和。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS13.0 进行统计分析，率的比较采用卡方检验，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

表 1 两组患者满意度对比（例）

| 组别    | N  | 非常满意 | 比较满意 | 不满意 | 满意度    |
|-------|----|------|------|-----|--------|
| 试验组   | 75 | 43   | 27   | 5   | 94.00% |
| 对照组   | 75 | 43   | 32   | 10  | 86.00% |
| $X^2$ | -  | -    | -    | -   | 5.117  |
| P     | -  | -    | -    | -   | 0.0021 |

经过护理（如表 1），试验组满意度 94.00% 明显高于对照组 86.00% ( $P < 0.05$ )

## 3. 讨论

在呼吸内科，呼吸系统疾病是最常见的病症，也属于多发病症，发生病变的部位，主要是在病人的胸腔、上下呼吸道以及肺部等器官及组织中。呼吸内科的重症病人病情重、病程长，同时病情极易发生反复。因为经常会出现呼吸困难的情况，导致病人体内血氧饱和度严重不足，使得身体长期处于缺氧的不良状态，这些症状都会极大地增加病人的心理压力，病人整日情绪低落，经常出现抑郁、烦躁不安等不良情绪。这些不良情绪的存在，将会大大降低疾病的治疗效果，影响病人的日常生活，降低病人的生活质量。所以，对呼吸内科重症病人实施综合护理干预，可以帮助病人缓解他们的不良情绪，鼓足病人相信科学、战胜病魔、早日康复的勇气，提高病人治疗依从性和护理依从性。这对提升病情的治疗效果而言，是极为关键的[5]。

护理干预对护理工作者提出了更高的护理要求，要求在对患者进行护理的时候，采取综合而全面的护理措施，在及时关注患者身体病痛实际的时候，也能重视其心理变化，让其在缓解病痛的同时，心理心情都得到相应的护理，进而也积极配合治疗和护理，提升治疗成效。

最近几年，我院在对呼吸内科重症患者的进行护理的过程中，充分实施了护理干预模式，对患者从多个层面进行了综合化的护理措施，如此，不仅及时缓解了患者身体病痛，还重视了患者心理心情变化，使得患者能够在较为舒适的环境下进行治疗，大大提升了其满意度。本次结果发现，试验组满意度明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见，和前人结合类似，将护理干预措施应用于呼吸内科重症患者，成效相对明显[6]。

综上所述，本文通过对呼吸科重症患者进行全方位护理干预的方法配合治疗，护理人员对患者的各项生命体征及各种反应做好实时监测和详细记录，具有非常好的护理效果。经研究发现，对比常规护理，实施护理干预对患者进行护理的抢救成功率、治疗有效率、护理满意度都明显较高。所以，医院采用全方位护理干预的方法护理呼吸内科重症患者不仅可以提高护理人员自身的护理水平，还能够使患者更好的战胜病魔，早日康复，是一种值得临床推广的有效护理方法。

参考文献（略）

## 耐药结核病的延续性护理研究进展

闫雪梅<sup>1</sup>，崔芳芳<sup>2\*</sup>

作者单位：1.新疆维吾尔自治区第六人民医院（传染病医院）综合门诊，新疆乌鲁木齐市，830013；2.新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市卡子湾社区服务卫生医院门诊部，新疆乌鲁木齐市，830000

通讯作者：崔芳芳，女，本科，主管护理师，临床护理专业，电话：18599189834

**摘要：**耐药结核病（MDR-TB）已成为全球公共卫生领域的一大挑战，其复杂的治疗过程和高昂的医

疗费用给患者和医疗系统带来了沉重的负担。延续性护理作为提高患者治疗依从性和生活质量的重要策略，备受关注。本文旨在综述耐药结核病延续性护理的研究进展，为提高耐药结核病的治疗效果和患者生活质量提供理论支持和实践指导。

**关键词：**耐药结核病；延续性护理；综述

耐药结核病是指结核分枝杆菌对一线抗结核药物（如异烟肼和利福平）产生耐药性。根据耐药程度，可分为单耐药、多耐药（MDR-TB）和广泛耐药（XDR-TB）。这类疾病不仅治疗周期长，药物副作用大，治疗成本高，给患者和社会带来了沉重的经济和心理负担。耐药结核病患者在出院后，常常面临信息沟通不畅、护理服务不连贯、自我管理能力不足等挑战，这些问题进一步影响了他们的健康恢复和生活质量。延续性护理（Continuity of Care）是一种医疗服务模式，旨在通过提供连贯、协调的护理服务，帮助患者提高治疗依从性，减轻疾病负担，从而助力患者实现治愈的目标。因此，研究耐药结核病的延续性护理模式具有重要的现实意义和应用价值。本文旨在对耐药结核病的延续性护理模式进行综述，并分析其实际应用效果，以期为临床实践提供有益的参考和借鉴。

## 1. 耐药结核病的流行病学概况

### 1.1 全球耐药结核病流行现状

耐药结核病在全球范围内呈现出严峻的流行趋势，这已成为当前公共卫生领域的一大挑战。据系统评价分析显示，全球耐药结核病的流行状况十分严重<sup>[1]</sup>。通过对 PubMed、Scopus、Web of Science、Embase、ScienceDirect 和 Google Scholar 等多个数据库的检索，纳入的研究共涉及 318,430 名受试者，揭示了多药耐药结核病的全球汇总患病率为 11.6%（95% CI: 9.1-14.5%）。鉴于研究间的高异质性（ $I=99.6\%$ ），采用了随机效应模型进行数据分析。此外，Begg 和 Mazumdar 相关性检验表明研究存在出版偏倚（ $P=0.008$ ）。这一数据凸显了耐药结核病在全球范围内的高发态势，警示卫生部门需采取紧急措施，遏制结核病的进一步传播，降低潜在的死亡风险。

另一项针对多药耐药结核病患者中广泛耐药结核病（XDR-TB）流行状况的研究同样揭示了其严重性<sup>[2]</sup>。纳入的 64 项研究覆盖了来自 22 个国家的 12,711 名多药耐药结核病患者。分析显示，在接受多药耐药结核病治疗的患者中，XDR-TB 的患病率为 9%（95% CI: 7-11%），而预 XDR-TB 的患病率为 26%（95% CI: 22-31%）。此外，对氟喹诺酮和第二线注射药物的耐药比例分别为 27% 和 11%，而对贝达昆林、氯胺酮、德拉曼胺和利奈唑胺的耐药比例也分别达到了 5%、4%、5% 和 4%。这些数据凸显了广泛耐药结核病患者的治疗困境，迫切需要加强结核病防控项目和药物耐药监测。

综上所述，全球耐药结核病的流行现状呈现出严峻的局面，为了遏制该疾病的传播，降低潜在的健康威胁，卫生管理部门需采取切实有效的防控措施，加强全球协作，提升耐药结核病的监测、诊断和治疗能力。

### 1.2 耐药结核病的风险因素

耐药结核病的流行受到多种因素的影响，其中一些主要的风险因素包括：

（1）治疗依从性：治疗依从性是影响耐药结核病流行的关键因素之一，不规范或不规律的治疗可能导致耐药性的产生和发展<sup>[3]</sup>。患者可能因为多种原因，如对疾病认识不足、治疗过程中的副作用、经济负担等，导致依从性差<sup>[4]</sup>。

（2）经济负担：经济因素对结核病患者的治疗依从性和耐药性发展有显著影响。贫困患者可能因为无法承担治疗费用而中断治疗，或者因为经济困难而选择不规范的治疗方法<sup>[5]</sup>。

（3）社会和文化因素：社会经济状态、教育水平、居住环境等社会文化因素可能影响患者对结核病的认识和治疗的接受度，进而影响耐药性的产生<sup>[6-7]</sup>。

（4）心理健康状况：结核病患者的心理健康状况，如焦虑、抑郁等，可能影响其治疗依从性和治疗效果，不良的心理状态可能导致患者不规律服药或中断治疗，增加耐药风险<sup>[8-10]</sup>。

（5）高危人群：某些特定人群，如有免疫系统疾病（如 HIV/AIDS）、糖尿病患者、使用免疫抑制剂的患者，以及与耐药结核病患者有密切接触的人群，都是耐药结核病的高危人群<sup>[11]</sup>。

(6) 医疗体系和政策：医疗体系的完善程度、政策的支持力度以及创新的融资和支付模式等，都可能影响结核病患者治疗依从性和耐药性的发展<sup>[5]</sup>。

(7) 治疗管理：治疗管理的质量，包括治疗方案的规范化、患者的监督和教育等，对耐药结核病的流行有直接影响；不规范的治疗管理可能导致患者治疗不规律，增加耐药风险<sup>[3-4]</sup>。

(8) 生物学因素：个体的生物学特征，如遗传易感性，可能影响结核病的治疗效果和耐药性的发展<sup>[7]</sup>。

## 2 延续性护理概述

### 2.1 延续性护理重要性

延续性护理 (Continuity of Care) 是一种在患者出院后通过有组织服务确保患者能在不同护理环境中获得协调一致护理的模式。它包括出院计划、转诊和持续随访等，广泛应用于临床<sup>[12]</sup>。对耐药结核病患者来说，延续性护理有助于提高治疗遵循性，增强患者和家属的自我护理能力，减少再住院需求，降低医疗成本，改善生活质量<sup>[13-14]</sup>。延续性护理的发展需要考虑医疗服务体系、政策、护理人员专业能力及患者需求，随着医疗模式转变和人口老龄化，它在提升医疗服务质量和效率、促进患者健康中扮演着日益重要的角色<sup>[15]</sup>。

### 2.2 药物耐药结核病的护理干预

耐药结核病患者护理策略是耐药结核病综合治疗中至关重要的一环。这些策略不仅包括患者教育、心理支持，还涉及社会支持，对患者的治疗效果和生活质量都具有显著影响。近年来，相关研究不断涌现，为耐药结核病患者提供了更为全面的支持和护理。

患者教育是耐药结核病管理的关键部分。研究表明，系统的健康教育能够提升患者对疾病的理解，增强治疗的依从性，并提高治疗成功率。教育内容应全面，包括疾病基础知识、药物的正确使用方法、以及如何识别和处理不良反应，帮助患者有效应对治疗过程中的挑战<sup>[16]</sup>。

心理支持对于耐药结核病患者同样至关重要。他们常常面临巨大的心理压力。研究表明，心理干预可以显著改善患者的心理状态，提高治疗依从性和生活质量<sup>[17]</sup>。因此，提供个性化的心理干预，有助于缓解患者的焦虑和抑郁情绪，促进治疗效果的提升。

直接观察治疗 (DOTS) 的实施，特别是通过视频的方式，已被证明在资源有限的环境中对耐药结核病 (DR-TB) 患者是可行的，并且对经济困难的患者同样有效<sup>[18]</sup>。例如，在斯威士兰进行的一项研究显示，在 HIV 和 COVID-19 大流行期间，数字医疗技术为患者提供了多种选择，支持他们以自己偏好的方式进行治疗，这可能增加了以患者为中心的医疗保健，同时保持了良好的治疗成果<sup>[18]</sup>。

社会支持也是耐药结核病患者管理中不可或缺的一部分。患者需要家庭、社区乃至政府的多方面支持，以更好地完成治疗并恢复健康。建议建立和完善社会支持体系，如康复机构和社会工作者的参与，这可以有效提高患者的治疗依从性和治疗效果<sup>[19]</sup>。通过构建社会支持网络，患者在治疗过程中能够感受到社会的关爱和支持，从而更有动力坚持治疗。

总体而言，耐药结核病患者护理策略应是一个多维度、多层次的过程，涵盖患者教育、心理支持和社会支持等方面。通过细致周到的管理和关怀，可以帮助患者更好地应对疾病，提高治疗效果，并最终实现康复的目标。

### 2.3 药物耐药结核病的管理与护理模式

#### 2.3.1 国外的研究现状

药物耐药结核病 (DR-TB) 的管理与护理模式在不同国家和地区存在差异，且直接影响患者的治疗效果和预后。本节将结合 Uganda 和 Indonesia 两个国家的研究，比较其药物耐药结核病管理与护理模式的实践和效果。

##### (1) 乌干达 (Uganda) 的管理与护理模式<sup>[20]</sup>

乌干达国家结核病和麻风病项目 (NTLP) 与合作伙伴共同推出了 DR-TB 混合护理模式。该护理模式通过连续改进方法、增强队列审查和多学科团队，实现了项目的快速扩张和高治疗成功率。2013 至 2015 年，RR-TB/MDR-TB 治疗成功率稳定在 70.1% 至 74.1%，治愈率显著高于全球平均水平<sup>[20]</sup>。该模式在类似环境下具有推荐价值。

## (2) 印尼 (Indonesia) 的管理与护理模式<sup>[21]</sup>

印尼的耐药结核病 (DR-TB) 护理模式面临漏诊和治疗延误的问题。据估计, 只有不到三分之一的患者接受了耐药性检测, 而在确诊的患者中, 仅有 45.1% 接受了基于表型药敏试验 (pDST) 的个性化治疗方案。尽管存在这些挑战, 治疗结果并未受到显著影响。然而, 仅有 25.5% 的诊断患者能够完成整个护理过程。研究还发现, 特定群体在获取诊断和治疗方面存在额外的不便, 这导致了治疗的进一步延迟。这些群体包括居住在偏远地区、从事就业活动、居住在万隆以外地区或与私营医疗机构接触的患者。说明居住地点、就业状况和医疗服务的可及性等因素, 都可能影响患者及时获得医疗服务的能力。为了减少这些延迟现象, 提高医疗服务的可及性和便利性至关重要。研究建议, 通过增加耐药性检测的覆盖率和优化临床护理策略, 可以有效改善患者的治疗预后, 并降低耐药结核病的传播风险。

综上所述, 乌干达和印尼在药物耐药结核病的管理与护理模式上存在显著差异。乌干达的混合护理模式取得了良好的治疗效果, 而印尼则在诊断和治疗环节中存在明显的挑战。为了全面提高药物耐药结核病患者的管理与护理水平, 有必要进一步比较并借鉴不同国家和地区的最佳实践经验, 以制定更有效的管理策略。

### 2.3.2 国内研究现状

国内最新研究集中在以下几个方面:

(1) 医院-家庭联合督导模式<sup>[22]</sup>: 这种模式通过将医院和家庭结合起来, 为耐药结核病患者提供持续的照护知识、认知和情感支持, 通过与家庭督导员的持续沟通, 提供监督和支持, 缓解焦虑和抑郁情绪, 提高社会支持度。

(2) 微信式延续性护理<sup>[23]</sup>: 利用微信等现代通讯技术进行远程监测和指导, 提高患者遵医行为和自我管理能力和提升服药依从性和生活质量。

(3) 关爱与支持管理模式<sup>[24]</sup>: 通过个案管理、科室宣传、医院-社区-家庭联动管理, 提高患者对耐药知识的掌握, 降低抑郁情绪, 提高自我效能和自律性, 从而提高用药治疗依从性。

(4) 基于时机理论的延续性护理: 尽管这种方法尚未得到广泛应用, 但其潜力在于通过精准的时机选择和个性化的护理计划, 更好地满足耐药肺结核患者的需求<sup>[25]</sup>。然而, 由于耐药肺结核患者流动性较大, 实施这一模式存在一定困难。

### 3 小结

综上所述, 耐药结核病的治疗和管理需要长期和多学科的综合干预, 延续性护理在其中起到了至关重要的作用。通过患者教育、个性化护理计划、多学科团队协作等策略, 可以显著提高患者的治疗依从性和生活质量, 降低复发率和传播风险。

### 4 耐药结核病研究的未来方向

未来耐药结核病护理研究将着眼于实现高度个性化的护理计划, 通过精准医疗确保患者得到量身定制的治疗方案。推动远程护理和数字健康技术的融合, 特别是在偏远地区, 可以通过智能设备和多维度感知关键技术, 实时监测患者的健康状况, 提升护理的可及性和有效性<sup>[26]</sup>。同时, 将加强对患者的心理社会支持和护理教育, 以提升自我管理能力和应对治疗压力的能力。症状管理的优化将提升患者的舒适度和生活质量。此外, 跨学科协作将促进提供更全面的护理服务, 而大数据和人工智能的现代研究方法将提高研究的准确性和效率<sup>[27-28]</sup>。经济负担研究和国际合作将共同减轻患者的经济压力, 并共享全球研究成果, 以应对耐药结核病的挑战。这些研究方向将共同推动全球耐药结核病护理实践的进步, 提高患者的治疗效果和生活质量。

### 参考文献 (略)

# 延续护理方案在耐药结核病患者中的应用效果

朱珺 徐青 卢慧慧 邱正文

作者单位：武汉市肺科医院 湖北 武汉 430030

**【摘要】目的：**探讨耐药结核病患者采用延续护理模式干预的应用效果。**方法：**按照随机原则将 2021 年 1 月至 2024 年 1 月治疗耐药结核病的 72 例患者进行分组 ( $n=36$ )，对照组采用常规护理，观察组以此为基础实施延续护理，对各组患者护理前后自我护理能力 (ESCA)、生存质量 (QLI-TB) 改善情况、服药依从性和护理满意度进行观察比较。**结果：**组间护理前 ESCA 评分、QLI-TB 评分差异不明显 ( $P>0.05$ )，分析各组护理后的 ESCA、QLI-TB 评分差异，观察组 ESCA、QLI-TB 评分明显较对照组高，且其服药依从性和护理满意度对比对照组也更高 ( $P<0.05$ )。**结论：**耐药结核病患者采用延续护理方案，不仅能增强患者的自我护理能力，还可以提升患者的服药依从性和护理满意度，改善患者的生存质量，具有显著的护理效果。因此，该护理方案更适合在临床上应用。

**【关键词】**耐药结核病；延续护理；服药依从性；自我护理；生存质量；护理效果

耐药结核病作为一种对患者健康危害较大的病症，通常指的是结核病人感染结核分枝杆菌对一种或多种抗结核药物耐药。而耐药结核病不但传染期长、诊疗复杂、痰菌转阴时间较慢，而且，具有较多的不良反应，较高的死亡率<sup>[1]</sup>。因此，耐药结核病如果不积极进行治疗，导致患者病情加重，不但会危及患者的生命安全，还会给患者个人及其家庭、社会造成沉重的负担。目前，有统计数据证实，结核病依然是导致患者死亡的重要疾病。而耐药结核病患者服药依从性普遍不高，导致患者的治疗效果受到严重影响。延续护理作为常见的护理模式，能够为高危患者获得连续、协调的医疗卫生服务，预防不良后果而提供相应的护理干预措施。同时，有研究文献称，延续护理在提升慢性疾病患者用药依从性与治愈率方面具有明显优势。鉴于此，本研究以耐药结核病患者为观察对象，给予患者不同的护理干预，分析延续护理在耐药结核病护理中的效果，研究具体情况，整理如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 具体资料

研究选取 2021.01 月~2024.01 月收治的 72 例耐药结核病患者，以随机数字法对其分组，每组各 36 例。其中，对照组中男、女患者为 19 例、17 例；年龄 24~79 岁，年龄均值 ( $53.78\pm 5.34$ ) 岁；观察组中男、女患者为 21 例、15 例；年龄 23~81 岁，年龄均值 ( $54.25\pm 5.41$ ) 岁。两组资料差异存在可比价值 ( $P>0.05$ )，且研究已经医学伦理委员会审批，符合相关条件。

### 1.2 纳排标准

纳入：①所有患者的诊断结果均符合《耐药结核病化学治疗指南（2019 年简版）》中关于耐药结核病的定义；②患者及家属已同医院签署知情同意书。

排除：①合并有严重并发症；②患有恶性肿瘤疾病；③存在沟通障碍；④患有精神疾病；⑤未同意参与研究者。

### 1.3 方法

给予对照组常规护理，患者入院后，护理人员可对其进行健康教育，向其发放健康手册，为其创建个人档案等，告知患者口服、注射药物用法用量；对其进行饮食、运动指导和心理护理；出院后定期对患者进行随访，并叮嘱其及时复诊。观察组在常规护理的基础上进行延续护理，护理具体流程：（1）创建延续护理小组。选择护士长和专科医护人员担任组长和组员，组长制定延续护理方案；医生为患者实施治疗，并对患者及家属解答疑惑；护士可进行疾病宣教、回访等。（2）建立延续护理服务患者档案。耐药结核病患者延续护理档案内容分为临床资料、治疗、随访资料等。其中，临床资料又以患者性别、姓名、年龄、住址和联系方式等为主；治疗资料则是以患者入院、出院、复诊时间，医保类型、用药情况等为主；随访资料分为出院后的服药依从性、复诊次数及时间、治疗中出现的问题和病情转归等。（3）实施延续护理措

施。患者出院后可通过电话、QQ、微信群等进行交流，可使用微信公众号每周发布有关耐药结核病方面的信息，确保患者明确相关注意事项，提高患者遵医行为；每隔半月电话随访 1 次，为患者解疑答惑，嘱咐患者定期复诊，并及时更新患者档案信息；随访过程中创建每日用药打卡登记表，叮嘱患者坚持用药，并告知患者用药后的不良反应，若发现异常，还要及时与医护人员沟通；医护人员可告知患者养成良好的饮食及生活作息习惯，确保营养均衡，以便为患者提供充足的营养支持，促进患者早日恢复健康；加强对患者进行运动护理，可嘱咐患者根据自身病情，选择合理的运动方式，避免过度劳累；日常生活中使用的餐具要在沸水中煮 5min，从而起到清洁消毒的效果。两组患者随访时间相同，均为 6 个月。

### 1.3 观察指标

分析每组患者护理前后自我护理能力、生存质量改善状况，并对其服药依从性、护理满意度进行统计。

①自我护理能力可采用 ESCA 量表评估，评价项目分为健康知识水平、自我概念、自我护理技能及责任感 4 项，共 43 个条目，使用 5 级评分法，总分 215 分。评分高低与自我护理能力呈正比。

②生存质量以 QLI-TB 量表为评价标准，包括社会、心理、躯体功能和结核病特异模块 4 个评估项目，42 个条目。采用 5 级评分法，满分 210 分，评分越高，说明患者生存质量越好。

③通过 Morisky 服药依从性问卷评估患者服药依从性，8 分为满分，根据评分高低可将其分为完全依从、部分依从与不依从。服药依从性为完全依从率、部分依从率之和。

④护理满意度使用医院自制调查问卷评估，总分 100 分，按照评分高低，分为不满意、满意、非常满意三项标准，满意率+非常满意率即护理满意度。

### 1.4 统计学处理

计数资料 (n, %) 与计量数据 ( $\bar{x} \pm s$ ) 采用统计学 SPSS22.0 软件分析， $\chi^2$ 、t 检验，检验以  $P < 0.05$  表明有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组护理前后 ESCA 评分变化

各组护理前 ESCA 评分差异不明显 ( $P > 0.05$ )，观察组护理后 ESCA 评分明显较对照组高 ( $P < 0.05$ )，数据见表 1。

表 1: 护理前后组间 ESCA 评分对比 (n=36,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 自我概念       | 自我护理技能     | 健康知识水平     | 自我护理责任感    | 总分           |
|-----|-----|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 对照组 | 护理前 | 16.72±3.14 | 22.17±3.58 | 33.44±4.15 | 12.27±2.52 | 84.27±9.89   |
| 观察组 | 护理前 | 17.25±3.21 | 22.86±3.45 | 34.23±5.26 | 13.16±2.10 | 86.31±10.17  |
| t   |     | 0.708      | 0.833      | 0.707      | 1.628      | 0.863        |
| P   |     | 0.481      | 0.408      | 0.482      | 0.108      | 0.391        |
| 对照组 | 护理后 | 20.74±2.33 | 26.58±4.53 | 38.61±4.76 | 16.18±2.75 | 102.69±10.84 |
| 观察组 | 护理后 | 26.35±3.42 | 36.64±5.49 | 51.93±6.85 | 21.12±2.23 | 137.36±14.76 |
| t   |     | 8.134      | 8.480      | 9.509      | 8.372      | 11.359       |
| P   |     | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000        |

### 2.2 两组护理前后 QLI-TB 评分观察

护理前组间 QLI-TB 评分统计差异不大 ( $P > 0.05$ )，护理后观察组 QLI-TB 评分与对照组相比较为高 ( $P < 0.05$ )，数据如表 2。

表 2: 组间护理前后 QLI-TB 评分统计 (n=36,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 躯体功能       | 社会功能       | 心理功能       | 结合特异模块     | 总分           |
|-----|-----|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 对照组 | 护理前 | 16.58±3.29 | 25.36±3.41 | 16.85±2.94 | 12.17±3.28 | 70.86±11.12  |
| 观察组 | 护理前 | 17.24±4.67 | 26.45±4.72 | 17.48±3.36 | 12.65±4.12 | 72.37±10.84  |
| t   |     | 0.693      | 1.123      | 0.847      | 0.547      | 0.583        |
| P   |     | 0.490      | 0.265      | 0.400      | 0.586      | 0.561        |
| 对照组 | 护理后 | 20.10±3.54 | 30.34±3.22 | 20.75±3.04 | 15.28±3.61 | 94.58±8.44   |
| 观察组 | 护理后 | 40.12±5.15 | 47.44±5.16 | 29.13±3.78 | 22.64±4.52 | 139.26±12.57 |
| t   |     | 19.221     | 16.869     | 10.365     | 7.634      | 17.706       |
| P   |     | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000      | 0.000        |

### 2.3 各组患者服药依从性观察

统计每组患者的服药依从率，结果发现观察组服药依从性与对照组相比明显更高 ( $P<0.05$ )，数据结果见表 3。

表 3: 两组患者服药依从性统计 ( $n=36$ ,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | 例数 | 不依从       | 部分依从       | 完全依从       | 服药依从性      |
|----------|----|-----------|------------|------------|------------|
| 对照组      | 36 | 8 (22.22) | 11 (30.56) | 17 (47.22) | 28 (77.78) |
| 观察组      | 36 | 2 (5.56)  | 12 (33.33) | 22 (61.11) | 34 (94.44) |
| $\chi^2$ | /  |           |            |            | 4.181      |
| P        | /  |           |            |            | 0.041      |

### 2.4 两组患者护理满意度观察

对比组间护理满意度，结果显示观察组患者护理满意度较对照组高 ( $P<0.05$ )，详细数据见表 4。

表 4: 各组患者护理满意度统计 ( $n=42$ , %)

| 时间       | 例数 | 不满意       | 满意         | 非常满意       | 护理满意度      |
|----------|----|-----------|------------|------------|------------|
| 对照组      | 36 | 8 (22.22) | 11 (30.56) | 17 (47.22) | 28 (77.78) |
| 观察组      | 36 | 1 (2.78)  | 12 (33.33) | 23 (63.89) | 35 (97.22) |
| $\chi^2$ | /  |           |            |            | 4.571      |
| P        | /  |           |            |            | 0.033      |

## 3 讨论

耐药结核病自 20 世纪 70 年代被发现后，已发展成为危害全球公共卫生安全的重要传染性疾病。我国在 2008 年前后的全国调查中发现，耐药结核病在结核病患者中占比高达 8.3%，每年新发的耐药结核病在全球数据统计中位居第二，2013 年国内新发耐药结核病占比 5.7%，且有相关研究发现，耐药结核病患者因经济状况、缺乏结核病知识、服药不良反应等因素，致使其治疗依从性普遍较低。因此，为了保障耐药结核病患者治疗效果，还要加强对其进行护理干预，提升患者的服药依从性。延续护理作为一项具有设计性的连续护理服务，能够保证患者住院期间至出院后的护理质量。因此，耐药结核病患者在出院后采取延续护理干预，可以有效减少患者中断治疗和不规律的服药情况，提升患者治疗依从性<sup>[2]</sup>。

在本次研究中，观察组患者在接受常规护理与延续护理后，其 ESCA、QLI-TB 评分、服药依从性与护理满意度相比对照组均更高 ( $P<0.05$ )，结果表明耐药结核病患者采用延续护理干预的效果明显优于采取常规护理的效果，既可以提高患者自我护理能力，改善患者的生存质量与服药依从性，还能提高患者护理满意度。分析具体原因，主要是因为延续护理在耐药结核病患者护理中应用，能够为患者提供疾病知识健康教育、生活指导等护理服务，能够提高患者的治疗依从性与护理质量，进一步改善患者的生存质量<sup>[3]</sup>。首先，耐药结核病患者出院后居家护理阶段遵医行为较差，而延续护理可以自患者入院至出院的过程中，强化患者耐药结核病服药的重要性，能够为患者讲授用药知识，增加患者对用药方法的理解，便于患者掌握相应的用药知识，提高患者的自我护理能力。其次，从院内至院外的持续护理关怀，能够使获得相应的情感支持，满足患者的护理需求<sup>[4]</sup>。另外，护理人员在了解患者需求与护理问题的同时，能够及时为患者提供帮助，可以缓解患者的负面情绪，能提高患者的社会支持度，进而提升患者护理满意度。

综合以上内容可知，延续护理在耐药结核病患者护理应用中具有显著的效果。一方面可以使患者的自我护理能力得到提升，另一方面也可以提高患者的服药依从性，改善患者的生存质量，增强患者的护理满意度。基于此，临床上可积极推广该护理方案。

参考文献 (略)

# 奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理在肺结核患者中的应用分析

龚道敏

作者单位：武汉市肺科医院 武汉市 430030

**摘要：目的：**探究奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理在肺结核患者中的应用。**方法：**在 2022 年 6 月~2023 年 6 月期间从武汉市肺科医院呼吸与危重症 III 病区收集了 96 例肺结核患者的临床资料，这些患者被随机分配到试验组和对照组，每组各有 48 名患者。对照组接受了传统的基础护理干预，而试验组在对照组的基础上，还接受了奥马哈系统管理联合动态模式下的饮食强化护理。对比两组痰菌转阴率、机体营养状态、心理状况、生活质量、自我护理能力及服务满意度。**结果：**在三个月至一年的观察期内，试验组的痰菌转阴率持续高于对照组，具有统计学显著差异 ( $P<0.05$ )。经过治疗两组的 Hb、Alb、TRF、PAB 水平均显著上升 ( $P<0.05$ )，试验组的这些指标水平相比对照组更高 ( $P<0.05$ )。两组的 SAS 及 SDS 评分均明显降低 ( $P<0.05$ )，而试验组的评分较对照组更低 ( $P<0.05$ )。在治疗后的生活质量评估中，两组的各项评分均有所提升 ( $P<0.05$ )，且试验组的评分显著高于对照组 ( $P<0.05$ )。两组的自我效能评分和 CBI 评分也均有所上升 ( $P<0.05$ )，并且试验组的评分均高于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论：**在肺结核患者的临床护理中，采用奥马哈系统管理联合动态模式下的饮食强化护理方案，经临床实践验证，其干预效果评估表现优异，显示出良好的临床应用前景。

**关键词：**奥马哈系统管理；动态模式下饮食强化护理；肺结核

肺结核是慢性、消耗性的传染病，由结核杆菌引起，影响呼吸系统。在我国，其特点为“三高一低”：高感染率、高患病率、高耐药率和低递减率。这与公众对肺结核知识的认知度不足有关<sup>[1]</sup>。为控制病情和降低传染率，需积极治疗<sup>[2]</sup>。常用药物治疗，但患者认知度低、治疗中的负面情绪可能影响效果。因此，需采取措施提高患者认知度和治疗依从性，以控制肺结核传播和病情发展<sup>[3]</sup>。肺结核患者的干预措施旨在改善其生理和心理状态，提高防控工作质量，这在临床上具有重要意义。奥马哈系统为基础的护理管理是一种新型模式，基于自理理论，全面识别患者潜在健康问题，提供科学、系统、个性化的护理指导<sup>[4]</sup>。该模式已在多个国家机构、社区诊所和居家护理系统中验证，具有有效性、易操作性和可靠性<sup>[5]</sup>，成为值得信赖的平台。肺结核与营养不良关系密切，患者常出现食欲不振，合成代谢降低，发热加速营养分解，导致营养不良，影响蛋白质含量和治愈难度，降低生活质量。为改善此状况，采用动态模式下饮食强化护理根据患者疾病和治疗方案制定个性化护理内容<sup>[6]</sup>，鼓励患者摄入营养丰富的食物，增强肠胃功能，控制体重，实现饮食多样化和健康化，为康复提供支持。目前暂无两种护理方法联合应用于肺结核的相关研究，基于此本项目就奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理在肺结核患者中的应用进行分析，研究如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

收集我 2022 年 6 月~2023 年 6 月武汉市肺科医院呼吸与危重症 III 病区收治的肺结核患者 96 例。通过随机数字分配法，将参与者分为试验组和对照组，每组均有 48 名成员。在对比两组的基本信息时，并未发现显著差异 ( $P>0.05$ )。

表 1 一般资料[ ( $\bar{x} \pm s$ , (例, %) ]

| 组别  | n  | 性别 (男/女) | 平均年龄 (岁)   | 病程 (月)    |
|-----|----|----------|------------|-----------|
| 试验组 | 48 | 31/17    | 51.28±5.44 | 5.44±0.67 |
| 对照组 | 48 | 30/18    | 51.40±5.60 | 5.48±0.66 |

### 1.2 纳入标准

①肺结核的确诊需遵循《耐药肺结核影像学诊断专家共识》<sup>[7]</sup>，结合患者症状、X 线片及痰抗酸杆菌检测结果。所有条件满足，方可确诊为肺结核。②患者需具备良好的沟通交流能力和清晰的神志，以确保研究顺利进行。③患者基线资料详尽齐全，便于进行准确研究分析。④患者需亲自签署知情同意书，明确表示愿意参与研究，并对研究目的和风险有充分了解。

### 1.3 排除标准

①存在器官的重大病变；②患有其他肺部疾病；③未经许可退出研究或失去联系；④存在认知功能障碍；⑤患有癫痫等神经系统疾病；⑥出现严重的呼吸衰竭；⑦临床资料不全面或不完整。

### 1.4 护理方法

1.4.1 对照组在传统基础护理中接受了精心设计的干预，包括确保环境舒适整洁、为急性期患者提供药物支持、协助调整体位以减少不适，并解释病情信息。在康复阶段，护理人员关注患者身体状况，鼓励适量运动，注重皮肤状况，并采取干预措施。为预防并发症和不良事件，护理团队进行预防性护理，普及疾病传染性知识。患者出院前，团队详细交代注意事项，并提供后续服务如回访和复查。

1.4.2 试验组在对照组基础上给予奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理。

1.4.2.1 运用奥马哈系统管理策略，搜集患者详细信息，并综合了各项检查结果。根据奥马哈问题分类系统，深入分析了继发性肺结核患者的主要护理问题。为全面评估，采用 Likert5 分法，从认知、行为和状况三个维度进行量化评价。针对每个护理问题，制定了个体化干预措施。干预措施如下：①环境领域工作中，综合考虑患者家庭经济、职业及家庭环境，定制合理且个性化的干预策略。对经济困难的患者，推荐经济有效的药物治疗方案，并利用医疗资源协助申请特殊病种待遇，争取社会各界支持，减轻经济负担，构建稳固的家庭支持网络。期望降低治疗成本，提升患者生活质量。②心理社会层面，需教会患者管理情绪，表达顾虑和需求，形成积极信念，并提供情绪调节方法，如正念减压、注意力转移和音乐疗法，旨在重建治疗信念，配合治疗，及时反馈不适。建立病友互助小组，促进交流、相互鼓励，增强自信心和归属感，让自我管理能力强病友分享经验。家庭支持对康复至关重要，鼓励家属参与护理管理，提供情感支持和陪伴。社会支持不可或缺，引导情绪严重患者寻求心理咨询师帮助，必要时请精神科专家会诊，确保心理健康。鼓励患者参与娱乐活动，放松心情，缓解压力。③生理领域：a. 健康教育：对患者及家属进行结核病知识讲解，强调控制传染源，早发现早治疗，特别是痰涂片阳性患者。实施消毒隔离、防控措施，如禁止随地吐痰，讲解消毒灭菌流程，实施分餐制度，避免饮用未消毒食品。保护新生儿、儿童、青少年等易感人群，进行卡介苗接种。b. 遵医教育：治疗期间强调坚持治疗和按时服药的重要性，纠正非客观理性认知，建立良好医患关系，提高医嘱依从性。c. 自我管理能力培养：为患者制定科学治疗方案和复诊计划，发放记录本要求记录遵医嘱情况。护理人员定期随访，了解病情、复查、服药及生活习惯，给予指导，记录随访情况，延续护理服务。建立微信群，方便患者和医护人员交流康复知识和自我管理，增强群体认同感。家属需监督、管理患者，保持联系，解答问题。④健康领域 a. 饮食调整：为患者制定全面的饮食计划，倡导增加高营养、高热量、高维生素食物的摄入，摒弃不良饮食习惯，保持充足水分摄取，以维护体内水分和电解质平衡，促进毒素排出，防止误吸和呛咳。b. 病房环境优化：确保病房干净、整洁，定期消毒，宣传健康生活习惯，帮助患者建立有序生活规律。c. 休息与活动指导：针对严重结核病症患者或大量胸腔积液患者，建议卧床休息，避免活动；对恢复期患者，鼓励参与适量户外运动，如慢走、慢跑、爬楼梯、打太极等，以增强体质和免疫力。d. 睡眠管理：建议化疗轻症患者参与日常工作和生活，避免过度劳累或从事重体力劳动。确保充足睡眠时间和规律作息，通过泡脚、按摩等方法解决睡眠质量不佳问题。

1.4.2.2 动态护理模式下饮食强化护理，具体方法如下：①优化岗位责任制度：构建专业护理团队，明确团队成员的个体职责，确保个人工作内容的实施，并在实际操作中灵活调整工作方法，以提供患者全方位、高质量的护理服务。②饮食计划：根据患者的健康状况和治疗计划，量身定制每日饮食内容，确保摄入充足的营养，特别是富含维生素的食物，如苹果、山枣和山药。推荐适量食用高热量食品，如花生、核桃和鲜枣，以提供足够的能量。此外，建议摄入富含钙、铁、锌等微量元素的食物，如豆制品、黑芝麻和黑木耳，以增强体质。应避免摄入可能损害肝脏的食物，如酒精和动物内脏。避免食用可能引发上火或生痰的食物，如辣椒和麻椒。③饮食调整：每周测量患者的体重，根据其体重的变化，对饮食方案进行相应

的调整。对患者及其家属进行饮食摄入重要性的教育，并强调合理饮食的重要性。④行为护理：积极引导患者形成健康的生活方式和饮食习惯，鼓励其戒烟限酒，提升患者对不良行为的自我认识，给予其充分的关心与支持。⑤实时掌握患者动态：精细管理患者档案，通过微信、电话等多渠道与患者保持密切沟通。专注于提供用药知识和饮食建议，严格监督患者的用药和饮食习惯。确保患者问题得到快速有效解决。

### 1.5 观察指标

1.5.1 痰菌转阴率：对试验对象进行细致的观察和记录，随后在护理流程完成后，通过痰培养以及涂片查抗酸杆菌的方法，分别在三个月、半年、一年的时间节点检测其转阴情况。

1.5.2 机体营养状态：评估对比患者干预前后的血红蛋白（Hb）水平（男120~160g/L，女110~150g/L）、白蛋白（Alb）含量（40~55g/L）、转铁蛋白（TRF）浓度（成人2.20~4.0g/L，60岁以上1.80~3.8g/L）和前白蛋白（PAB）水平（170~420mg/L）。

1.5.3 心理状况：采用 SAS 和 SDS 评估个体的心理状态。SAS 评分中，50-59分为轻度焦虑，60-69分为中度焦虑，70分以上为重度焦虑。SDS 评分中，53-62分为轻度抑郁，63-72分为中度抑郁，72分以上为重度抑郁。这些标准帮助量化了解个体心理状况。

1.5.4 生活质量：采用健康调查简表（SF-36）作为评估工具，涵盖了生理职能、躯体疼痛、社会功能、生理功能、活力等八个关键领域，将各维度的原始分数按照百分制进行了标准化处理，分值越高意味着患者的生活质量就越好。

1.5.5 自我护理能力：在干预措施实施前后，运用自我护理能力测定量表（ESCA）对患者进行自我护理能力的评估。该评估涉及四个关键维度，分别是自我概念、责任感、自护技能以及健康知识。ESCA 得分与其自我护理能力间存在正相关性。

1.5.6 服务满意度：采用关怀行为量表（CBI）进行评估，量表涵盖满足需求、鼓励情感表达、建立与维持信任、树立信心及提供保护等多个方面，满分为100分。得分越高，表明满意度越高。

### 1.6 统计学分析

使用 SPSS 24.0软件进行统计分析，其中连续变量使用均数和标准差来描述，而分类变量则使用百分比来表示。为了评估数据间的差异分别采用了单样本 t 检验、单因素方差分析和卡方独立性检验。如果得出  $P < 0.05$ ，意味着差异有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 痰菌转阴率

试验组三个月至一年的痰菌转阴率均高于对照组 ( $P < 0.05$ )，详见表 2。

表 2 痰菌转阴率比对 (n, %)

| 组别  | n  | 三个月          | 半年           | 一年           |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|
| 试验组 | 48 | 23 (47.92) * | 30 (62.80) * | 39 (81.25) * |
| 对照组 | 48 | 15 (31.25)   | 22 (45.83)   | 31 (64.88)   |

注：与对照组比较，\* $P < 0.05$ 。

### 2.2 2 组治疗前后营养状况比较

经过治疗，与治疗前相比，两组的血红蛋白（Hb）、白蛋白（Alb）、转铁蛋白（TRF）和前白蛋白（PAB）水平均有所上升 ( $P < 0.05$ )。与对照组相比，试验组的 Hb、Alb、TRF 和 PAB 水平也更高 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后营养状况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别            | 时间  | Hb (g/L)       | Alb (g/L)    | TRF (g/L)   | PAB (mg/L)     |
|---------------|-----|----------------|--------------|-------------|----------------|
| 试验组<br>(n=48) | 治疗前 | 89.34±9.33     | 31.20±3.55   | 1.57±0.21   | 143.29±15.34   |
|               | 治疗后 | 110.24±13.42*# | 37.54±5.35*# | 2.15±0.43*# | 179.33±25.46*# |
| 对照组<br>(n=48) | 治疗前 | 88.93±9.34     | 31.19±3.50   | 1.58±0.20   | 142.24±15.09   |
|               | 治疗后 | 102.33±11.32*  | 35.02±4.24*  | 1.98±0.34*  | 160.33±21.30*  |

注：与治疗前比较，\* $P < 0.05$ ；与对照组比较，# $P < 0.05$ 。

### 2.3 2 组患者焦虑抑郁评分比较

治疗后, 两组的 SAS 和 SDS 评分相较于治疗前均有所下降 ( $P < 0.05$ )。与对照组相比, 试验组的 SAS 和 SDS 评分更低 ( $P < 0.05$ )。详见表 4。

表 4 2 组患者治疗前后焦虑抑郁评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别            | 时间  | SAS          | SDS          |
|---------------|-----|--------------|--------------|
| 试验组<br>(n=48) | 治疗前 | 53.91±6.13   | 54.89±6.23   |
|               | 治疗后 | 43.32±4.29*# | 43.91±4.56*# |
| 对照组<br>(n=48) | 治疗前 | 53.82±6.14   | 55.03±6.16   |
|               | 治疗后 | 48.68±5.30*  | 50.24±5.28*  |

注: 与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

#### 2.4 2 组治疗前后生活质量比较

经过治疗后, 两组的生活质量评分均有所提升 ( $P < 0.05$ )。试验组的生活质量评分相较于对照组更高 ( $P < 0.05$ )。详见表 5。

表 5 2 组患者治疗前后生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别            | 时间  | 社会功能         | 躯体疼痛         | 精力           | 情感职能         | 生理机能         | 生理职能         | 一般健康状况       | 精神健康         |
|---------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 试验组<br>(n=48) | 治疗前 | 51.28±5.55   | 52.33±5.88   | 50.98±5.44   | 51.35±5.69   | 50.53±5.88   | 51.02±5.45   | 53.02±5.76   | 52.40±5.66   |
|               | 治疗后 | 74.38±8.43*# | 74.03±7.88*# | 75.60±7.99*# | 76.30±8.22*# | 74.93±8.55*# | 73.55±8.43*# | 76.50±8.44*# | 75.40±8.42*# |
| 对照组<br>(n=48) | 治疗前 | 51.37±5.60   | 51.93±5.80   | 50.90±5.47   | 51.30±5.71   | 50.60±5.79   | 51.08±5.46   | 53.40±5.80   | 52.43±5.02   |
|               | 治疗后 | 63.42±6.92*  | 65.33±6.89*  | 63.42±6.88*  | 65.40±6.88*  | 64.52±6.88*  | 66.45±6.35*  | 68.49±7.24*  | 66.58±7.52*  |

注: 与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

#### 2.5 2 组患者自我效能评分比较

经过治疗, 两组的自我效能评分相较于治疗前均有所提升, 在与对照组进行对比时, 试验组的自我效能评分呈现出显著的优势 ( $P < 0.05$ ), 详见表 6。

表 6 2 组患者治疗前后自我效能评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别            | 时间  | 自我概念         | 责任感          | 自护技能         | 健康知识         |
|---------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 试验组<br>(n=48) | 治疗前 | 12.42±1.92   | 12.24±1.22   | 20.38±2.99   | 30.24±3.66   |
|               | 治疗后 | 23.24±2.49*# | 22.33±2.24*# | 38.24±4.24*# | 51.24±5.89*# |
| 对照组<br>(n=48) | 治疗前 | 12.50±1.94   | 12.13±1.20   | 20.22±2.97   | 30.45±3.68   |
|               | 治疗后 | 19.33±2.72*  | 18.23±2.23*  | 30.02±3.15*  | 45.22±6.23*  |

注: 与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

#### 2.6 2 组治疗前后 CBI 评分比较

经过治疗后, 两组的 CBI 评分均显著提升, 与治疗前的数据相比存在显著差异 ( $P < 0.05$ )。与对照组相比, 试验组的 CBI 评分明显偏高, 差异同样显著 ( $P < 0.05$ )。详见表 7。

表 7 2 组患者治疗前后 CBI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别            | 时间  | 满足需求         | 鼓励情感表达       | 信心树立         | 信任建立与保持      | 保护性提供        | 总分           |
|---------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 试验组<br>(n=48) | 治疗前 | 12.54±1.28   | 11.55±1.29   | 11.11±1.25   | 11.50±1.28   | 8.44±0.98    | 53.22±5.77   |
|               | 治疗后 | 18.82±2.29*# | 18.31±2.43*# | 17.97±2.09*# | 15.01±2.54*# | 14.85±1.90*# | 82.50±9.16*# |
| 对照组<br>(n=48) | 治疗前 | 12.55±1.27   | 11.63±1.27   | 11.09±1.24   | 11.47±1.29   | 8.43±0.97    | 52.29±5.89   |
|               | 治疗后 | 15.66±1.82*  | 15.09±1.77*  | 14.22±1.57*  | 13.43±1.89*  | 11.37±1.41*  | 69.03±7.85*  |

注: 与治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

肺结核传染性强, 治疗难度大, 已成为我国严重的公共卫生问题<sup>[8]</sup>。许多患者及家属对肺结核认知有限, 不规范治疗导致耐药菌株增加, 影响治疗效果, 加剧防控压力<sup>[9]</sup>。因此, 提升患者及家属的知识、信念和行动力, 增强自我护理能力, 对控制疫情至关重要。奥马哈系统一种标准化的护理交流方式, 基于临床试验和社区护理实践研发<sup>[10]</sup>。该系统建立了科学护理框架, 以解决临床实践中的护理问题。研究者提议, 采用奥马哈系统构建护理研究干预策略, 量化评估受试者认知、行为和状态, 以提升护理工作质量和效果<sup>[11]</sup>。肺结核治疗期间, 药物副作用和发热可能导致患者食欲减退、体重下降和营养不良, 影响治疗效果和

生活质量。因此,保持健康生活方式、加强自我管理和改善饮食结构对疾病恢复和生活质量提升至关重要<sup>[12]</sup>。传统护理方法主要关注康复、知识了解程度和传染性,但在营养干预和用药监督方面不足,可能影响治疗效果,增加耐药性,降低生活质量<sup>[13]</sup>。相比之下,动态护理模式根据患者疾病状况和治疗方案制定科学护理计划,并通过动态管理确保护理方案与疾病状况保持平衡。这提高了患者自我护理能力和自我责任意识,加强了自我管理能力,并为护理人员提供明确工作方向和内容,激发工作积极性和主动性<sup>[14]</sup>。在动态护理模式下,饮食护理应用于肺结核患者护理中,通过加强岗位职责,提供系统化服务,提高护理人员工作责任感<sup>[15]</sup>。饮食护理根据患者疾病状况和治疗方案制定科学、系统的饮食计划,并通过强化动态护理,使患者了解饮食重要性,自主选择有益食物,避免有害食品<sup>[16]</sup>。此外,行为护理也有助于改善患者生活和饮食习惯。掌握动态信息可促进医患沟通,提高患者护理能力。

从营养状况看,经干预后两组患者在血红蛋白、白蛋白、转铁蛋白及前白蛋白等营养指标均提升,且超过干预前水平。试验组提升幅度大于对照组,可能与肺结核疾病特性有关,该疾病消耗营养,导致患者营养缺乏。为促进康复,提高营养摄入至关重要。在动态模式下饮食强化护理进行饮食控制,鼓励患者摄取营养食物,增强肠胃功能,控制体重。确保患者饮食多样化和健康化,满足疾病恢复过程中的营养需求。从心理状态评估看,治疗后,两组的 SAS 和 SDS 评分均降低,试验组评分低于对照组。这得益于对肺结核患者采用奥马哈系统进行综合性分析,全面关注与指导其护理问题<sup>[17]</sup>。该方法兼顾生理、心理、社会和精神需求,提供详尽指导,有效疏导不良情绪,提升整体健康水平<sup>[18]</sup>。从自我效能评估看,在自我效能方面,治疗后两组自我效能评分均提升,试验组评分高于对照组。这得益于对患者及其家属进行的结核病传播和预防知识的深入讲解。通过增加家属对治疗过程的理解,消除了疑虑和恐惧,增强了信任与配合。科学、全面、个性化的护理管理措施,提升了患者自我护理意识,鼓励他们积极参与自我护理,有效促进疾病康复和社会融入<sup>[19-20]</sup>。此外我们研究显示,试验组三个月至一年的痰菌转阴率均高于对照组,各项生活质量评分、CBI 评分较高,提示奥马哈系统管理联合动态模式的指导下强化饮食护理,可以有效地改善患者的营养和心理状态,提高自我护理能力,不仅有助于提高患者的治愈率,还能显著降低传染、感染和发病的风险,并提升护理满意度和生活质量。

综上经过临床验证,将奥马哈系统管理联合动态模式下饮食强化护理应用于肺结核患者护理中,能有效提升继发性肺结核患者的知信行水平,增强家属对健康知识了解,改善患者的营养状况。这一联合护理方案不仅有助于培养患者的自我护理能力,还能显著提高生活质量,适宜临床实践中推广应用。

参考文献(略)

## 个案管理提高耐药结核病患者治疗依从性的应用效果分析

刘敏

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院)非结核分枝杆菌科,山西 太原 030053

**【摘要】目的:** 研究分析耐药结核病患者以个案管理形式进行干预对其治疗依从性影响作用。**方法:** 耐药结核病患者 100 例,入院时间 2021 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 30 日,运用随机数字表对患者实施分组,对照组做常规管理,观察组应用个案管理,管理、干预作用分析。**结果:** 两组治疗依从性统计数据,组间观察组略高 ( $P < 0.05$ ),肺功能、肝功能统计指标数据,组间管理干预实施后,观察组经管理后较良好 ( $P < 0.05$ ),痰转阴率、病灶吸收率以观察组略高 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 耐药结核病患者就诊期间,使用个案管理形式对其进行干预,患者治疗依从性提高能够得到促进,且有助于患者痰转阴、病灶吸收。

**【关键词】** 个案管理; 耐药结核病; 治疗依从性

耐药结核病作为传染性疾病,以病程长、治愈难度大、危害性大等为疾病特点。从疾病影响角度分析,耐药结核病于发病后,病情将对人体肝、肾、肺等重要组织器官功能造成损害,因此可诱发多种类型并发

症, 损害人体健康<sup>[1]</sup>。耐药结核病患者就诊期间采取管理措施进行干预, 具有实施必要性, 通过管理, 患者就诊期间身心状态、疾病诊疗效果等均得到改善及促进。个案管理是具有显著科学性的管理方式, 实施中, 个案管理能够遵循患者需求、个体差异等开展管理、干预, 由此保障管理措施适用性, 同时可满足患者管理干预需求, 于临床多种疾病管理干预中均有显著应用价值。本次研究选取 100 例耐药结核病患者, 患者自 2021 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 30 日入院, 分析个案管理对患者治疗依从性影响作用, 现报告如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

耐药结核病患者 100 例, 入院时间 2021 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 30 日, 运用随机数字表对患者实施分组, 对照组 50 例患者资料: 男、女分别 29 例、21 例, 年龄区间 37 岁至 72 岁, (51.26±3.24) 岁, 病程时间 2 个月至 8 个月, (4.71±0.29) 个月, 病灶直径 1.2cm 至 3.04cm, (2.03±0.09) cm; 观察组 50 例患者资料: 男、女分别 27 例、23 例, 年龄区间 35 岁至 74 岁, (51.39±3.11) 岁, 病程时间 2 个月至 8 个月, (4.68±0.32) 个月, 病灶直径 1.18cm 至 3.11cm, (2.06±0.08) cm; 资料一致 (P>0.05)。

### 1.2 方法

常规管理干预对照组:

耐药结核病患者就诊, 对临床治疗耐药结核病用药使用方法、用药注意事项等进行讲解。在此基础上, 予以患者作息、生活习惯等指导, 促进其提高生活习惯健康性, 叮嘱其日常做适度运动, 保持良好卫生。

个案管理干预观察组:

(1) 以临床经验丰富护理人员组成个案管理团队, 小组成立后, 将临床就诊耐药结核病患者个人资料、疾病信息、既往用药史及就诊期间疾病相关检验报告等进行统计, 做综合分析。

(2) 依据分析结果, 从患者个体角度出发, 行健康评估后, 评定影响其疾病诊疗、就诊依从性、疾病康复进程等因素, 进而实施耐药结核病个案管理方案规划, 结合患者个体差异, 完善措施细节, 对其实施个案管理。

(3) 对耐药结核病患者实施个案管理: ①与患者进行耐药结核病相关知识普及, 并将就诊期间疾病相关检查、用药及临床所采取管理干预措施等方面实施意义、作用、开展目的等为患者做详细讲解, 促进其做详细知晓, 从而自觉配合诊疗工作。②疏导患者心态、情绪, 首先给予患者情感支持, 予以其关心、关怀, 使患者被重视感得以提高; 其次, 护理人员、家属均自人文角度协同疏导患者情绪, 对其精神压力、心理负担等进行疏导; 最后, 在患者就诊过程中, 充分予以其所需帮助, 并开展病房环境、氛围管理, 使患者放松身心, 保持情绪稳定。③临床予以患者耐药结核病治疗期间, 对其生活习惯、作息习惯等进行管理, 做健康指导, 以改善患者体征状态。④引导患者疾病观念、认知, 将配合诊疗、遵循医嘱用药等方面重要性向患者进行阐述, 结合疾病对其机体健康影响, 帮助患者于就诊期间树立正确观念, 自觉遵循医嘱配合治疗。

(4) 患者就诊期间, 定期实施健康评估, 依据结果做个案管理方案细节调整; 患者出院后, 实施回访, 了解其阶段时间内用药情况、病情及身体机能恢复情况, 指导其定期复诊并遵医嘱用药, 告知其如有异常随诊。

### 1.3 观察指标

评定患者治疗依从性, 患者于就诊接受治疗期间, 自觉遵医嘱用药、配合治疗为完全依从; 偶尔需采取管理、引导为依从; 需实施管理方可配合治疗, 为部分依从; 有抗拒治疗行为, 评定为不依从。治疗依从性计算方式: (完全依从例数+依从例数+部分依从例数)/总例数 X100.00%。

肺活量、第一秒呼吸容积、最大呼气中期流速等指标实施数据汇总, 做肺功能分析。

总胆红素、谷丙转氨酶、谷草转氨酶等项数据统计, 分析患者肝功能。

自患者经治疗 7 天、15 天、30 天, 做痰转阴率、病灶吸收率等统计。

### 1.4 统计学处理

SPSS29.0 版本软件分析数据, t 值检验计量资料、X<sup>2</sup> 值检验计数资料, 以 ( $\bar{x} \pm s$ )、(n%) 表示, P<

0.05, 提示存在差异性。

## 2. 结果

### 2.1 治疗依从性

治疗依从性评定, 比较数据后显示观察组有良好治疗依从性 ( $P < 0.05$ ), 表 1。

表 1 耐药结核病患者治疗依从性 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 完全依从        | 依从          | 部分依从        | 不依从        | 依从性         |
|----------------|--------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 对照组            | 50     | 11 (22.00%) | 12 (24.00%) | 18 (36.00%) | 9 (18.00%) | 41 (82.00%) |
| 观察组            | 50     | 13 (26.00%) | 16 (32.00%) | 20 (40.00%) | 1 (2.00%)  | 49 (98.00%) |
| X <sup>2</sup> | -      | -           | -           | -           | -          | 7.1111      |
| P              | -      | -           | -           | -           | -          | 0.0076      |

### 2.2 肺功能

比较患者肺功能指标, 肺功能指标相比, 显示以观察组较常规组护理后有更为显著恢复 ( $P < 0.05$ ), 表 2。

表 2 耐药结核病患者肺功能 ( $\bar{x} \pm s$ ) n=100

| 分组  | 案例 (n) | 肺活量       |           | 第一秒呼吸容积   |           | 最大呼气中期流速  |           |
|-----|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |        | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       |
| 常规组 | 50     | 2.48±0.25 | 2.83±0.38 | 2.13±0.15 | 2.57±0.22 | 1.82±0.23 | 2.23±0.43 |
| 观察组 | 50     | 2.45±0.31 | 3.67±0.40 | 2.18±0.21 | 2.99±0.40 | 1.93±0.34 | 2.84±0.29 |
| t   | -      | 0.5326    | 10.7656   | 1.6439    | 6.5055    | 1.8948    | 8.3164    |
| P   | -      | 0.5955    | 0.0000    | 0.1034    | 0.0000    | 0.0611    | 0.0000    |

### 2.3 肝功能

肝功能指标汇总数据, 经由护理措施干预, 观察组肝功能有较为明显恢复 ( $P < 0.05$ ), 表 3。

表 3 耐药结核病患者肝功能 ( $\bar{x} \pm s$ ) n=100

| 分组  | 案例 (n) | 总胆红素 (umol/L) |            | 谷丙转氨酶 (U/L) |            | 谷草转氨酶 (U/L) |            |
|-----|--------|---------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
|     |        | 干预前           | 干预后        | 干预前         | 干预后        | 干预前         | 干预后        |
| 常规组 | 50     | 21.75±3.43    | 17.44±2.63 | 55.46±2.94  | 53.46±2.09 | 31.44±1.75  | 29.43±1.56 |
| 观察组 | 50     | 21.89±3.53    | 6.29±1.58  | 55.57±2.89  | 51.24±2.84 | 31.53±1.83  | 27.04±1.25 |
| t   | -      | 0.2011        | 25.6973    | 0.1886      | 4.4518     | 0.2513      | 8.4540     |
| P   | -      | 0.8410        | 0.0000     | 0.8507      | 0.0000     | 0.8021      | 0.0000     |

### 2.4 痰转阴率、病灶吸收率

观察组痰转阴率、病灶吸收率统计, 数据较常规组更为良好 ( $P < 0.05$ ), 表 4。

表 4 耐药结核病患者痰转阴率、病灶吸收率 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 痰转阴率       |             |             |             | 病灶吸收率       |             |             |             |
|----------------|--------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                |        | 治疗 7 天     | 治疗 15 天     | 治疗 30 天     | 痰转阴率        | 治疗 7 天      | 治疗 15 天     | 治疗 30 天     | 病灶吸收率       |
| 常规组            | 50     | 5 (10.00%) | 10 (20.00%) | 13 (26.00%) | 29 (58.00%) | 7 (14.00%)  | 14 (28.00%) | 11 (22.00%) | 32 (64.00%) |
| 观察组            | 50     | 9 (18.00%) | 14 (28.00%) | 16 (32.00%) | 39 (78.00%) | 12 (24.00%) | 17 (34.00%) | 15 (30.00%) | 44 (88.00%) |
| X <sup>2</sup> | -      | -          | -           | -           | 4.5956      | -           | -           | -           | 7.8947      |
| P              | -      | -          | -           | -           | 0.0320      | -           | -           | -           | 0.0049      |

## 3. 讨论

耐药结核病在临床中就诊结核病患者中具有一定占比, 作为具有显著难治性的结核病类型, 耐药结核病以抗结核药物为疾病特点, 因此采取常规方式做疾病治疗, 疗效、治疗有效性等均欠佳, 且无法对患者

病情做到有效控制,促使疾病对人体健康危害加剧。当前临床在予以耐药结核病患者疾病诊疗中,依据其耐药情况,规划相应抗结核治疗方案,以此消杀结核菌产生疾病治疗作用<sup>[2]</sup>。但经由观察发现,耐药结核病患者在就诊期间,多数存在治疗依从性差、遵医意愿低、用药缺乏规范性等情况。以上情况的出现,在对患者耐药结核病疾病治疗效果产生干扰的同时,还将影响其疾病诊疗安全性,损害其机体健康。因此,于耐药结核病患者就诊期间,采用管理措施对其进行干预具有实施必要性。

个案管理是具有全面性、协调性的管理方式,在实施中,以团队形式,遵循患者个体差异、个性化需求等采用专业性、科学性及人性化的管理措施对其进行干预,从患者角度在其就诊期间提供帮助、做疾病康复影响因素管理,由此使其经管理干预后,疾病康复、身心健康恢复等均可得到保障<sup>[3]</sup>。基于个案管理特点、作用等,由丰富临床护理管理经验护理人员组成小组,依据所采集患者信息、疾病相关资料等,做个案管理方案制定,对患者疾病观念、用药、心理状态及后续身体机能恢复情况等诸多方面进行管理,将以上方面对患者耐药结核病治疗有效性、康复率等干扰性进行管控,由此使患者就诊经由诊疗、管理措施干预后,其耐药结核病病情能够尽快得以改善,病情对其身体机能影响得以缓解,提高患者身心健康水平及预后身体机能恢复时效性。

本次研究共纳入 100 例患耐药结核病患者,个案管理方式干预 50 例患者,于管理措施实施后,患者治疗依从性 98.00%,高于常规管理方式干预 50 例患者治疗依从性 82.00%。丁密<sup>[4]</sup>学者于研究中指出‘个案管理模式对耐多药结核病患者实施干预,能够显著提高其治疗依从性’,得出‘观察组治疗依从性 95.00%,而对照组依从性则为 72.50%’这一结果,与本研究所得结果基本一致。对患者肺功能、肝功能做指标数据统计,汇总数据后实施比较,对比可见,经由个案管理方式干预患者,肺功能、肝功能等均有较为明显改善。提示个案管理应用于耐药结核病护理干预中,患者于疾病诊疗中医嘱遵从性、治疗依从性等能够得到切实引导,由此临床所予以患者肺结核治疗用药充分发挥其作用,同时有助于提高患者用药规范性,进而管控耐药结核病对其肝功能损害、影响,维护患者机体健康水平及生理功能。实施痰转阴率、病灶吸收率等项数据统计,相比可见,个案管理方式所干预患者,痰转阴率 78.00%、病灶吸收率 88.00%均较常规管理方式干预患者痰转阴率 58.00%、病灶吸收率 64.00%良好。梁旭辉<sup>[5]</sup>学者于研究中得出‘观察组痰转阴率 66.67%、病灶吸收率 70.00%,高于对照组痰转阴率 30.00%、病灶吸收率 40.00%’这一结果,认为‘个案管理模式有助于提高肺结核患者痰转阴率和病灶吸收率’。与本研究所得结果一致。提示,耐药结核病患者就诊,采取个案管理对其做管理干预,患者病情于管理措施干预下能够得到有效控制,因个案管理可协同临床诊疗工作开展,因此对于临床所采取耐药结核病诊疗措施发挥作用、功效等做到促进,进而使患者于就诊后,其耐药结核病病情得到有效控制并改善,增进患者疾病康复率。

综上,管理干预耐药结核病患者,采用个案管理方式,个案管理开展后能够有效促进患者肝功能、肺功能等恢复,提高其治疗依从性,可推广。

参考文献(略)

## 线上干预模式在试管婴儿妊娠期感染结核患者护理管理中的应用研究

薛娟敏

作者单位:解放军总医院第八医学中心,北京,100091

**【摘要】目的:**观察线上干预模式在试管婴儿妊娠期感染结核患者护理管理中的应用效果。**方法:**选择我院 2020 年 3 月~2022 年 2 月收治的 90 例试管婴儿妊娠期感染结核患者,随机分为观察组和对照组,各 45 例。观察组实施线上护理管理模式,对照组实施常规护理管理模式,应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评价并对比实施前后两组患者焦虑及抑郁情况,对比实施后至分娩前 2 组患者治疗依从性,并对比两组孕产妇及新生儿不良妊娠结局。**结果:**两组实施前 SAS、SDS 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),两组实施后 SAS、SDS 评分显著低于实施前( $P < 0.05$ ),观察组实施后 SAS、SDS 评分显著低于

对照组 ( $P<0.05$ )。观察组完全依从率显著高于对照组 ( $P<0.05$ )。观察组娩出新生儿 21 名, 对照组娩出新生儿 17 名。观察组无减胎, 对照组有 2 例行人工减胎。观察组孕产妇、新生儿总不良妊娠结局发生率均显著低于对照组, ( $P<0.05$ )。结论: 对试管婴儿妊娠期感染结核患者应用线上护理管理模式能够改善患者焦虑及抑郁情况, 增强患者治疗依从性, 改善患者和新生儿妊娠结局, 效果显著。

**【关键词】** 线上护理管理模式; 试管婴儿; 妊娠期; 结核病

随着助孕技术不断发展, 试管婴儿技术即体外受精-胚胎移植 (In vitro fertilization-embryo transfer, IVF-ET) 已成为治疗不孕症的重要手段。女性生殖器结核 (Female genital tuberculosis, FGTB) 是导致不孕症发生的主要原因, 其中输卵管性结核导致不孕发生率占输卵管性不孕症的 28% 左右<sup>[1]</sup>。在行试管婴儿术时, 需用促排卵等药物辅助治疗, 妊娠后孕产妇体内激素水平显著高于正常生理值, 且术后孕产妇免疫力下降, 有利于结核杆菌生存繁殖, 导致感染结核杆菌或体内旧病灶复发<sup>[2]</sup>。在结核病治疗过程中, 孕产妇由于担心药物副作用对身体带来的伤害, 治疗依从性差, 导致病情延误, 甚至流产, 因此改进并加强护理人员的管理对该类患者治疗至关重要<sup>[3]</sup>。线上护理管理模式是一种全新的管理概念, 将线上平台与护理工作跨界融合, 解决常规护理工作中的不足和瓶颈, 使患者治疗期间得到快速、全方位的护理, 有助于患者恢复<sup>[4]</sup>。为此, 我院特对 2020 年 3 月~2022 年 2 月收治的 90 例试管婴儿妊娠期感染结核患者实施线上护理管理模式, 取得了满意效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院 2020 年 3 月~2022 年 2 月收治的 90 例试管婴儿妊娠期感染结核患者, 随机分为观察组和对照组, 各 45 例。其中观察组年龄 25~45 岁, 平均 (34.58±3.50) 岁, 不孕年限 1~15 年, 平均 (5.37±1.22) 年; 活动性结核患者 33 例、稳定性结核患者 12 例; 原发性不孕 30 例、继发性不孕 15 例, 单胎妊娠 42 例、双胎妊娠 3 例, 孕周 12~38 周, 平均 (34.90±2.50) 周; 对照组年龄 25~45 岁, 平均 (33.80±3.27) 岁, 不孕年限 1~15 年, 平均 (5.30±1.28) 年; 活动性结核患者 32 例、稳定性结核患者 13 例; 原发性不孕 29 例、继发性不孕 16 例, 单胎妊娠 40 例、双胎妊娠 5 例, 孕周 12~38 周, 平均 (34.60±2.80) 周。两组患者一般资料无统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 纳入及排除标准

#### 1.2.1 纳入标准

(1) 符合 2011 版《临床结核病学》中结核病诊断标准<sup>[5]</sup>; (2) 首次行 IVF-ET 手术且术后检查见单胎或双胎妊娠; (3) 患者均知情且同意本次研究。

#### 1.2.2 排除标准

(1) 结核病接触史; (2) 服用免疫抑制剂者; (3) 合并严重肝肾功能障碍者; (4) 有严重身体疾病或其他精神疾病者。

### 1.3 方法

参照姚强等关于妊娠合并结核病治疗方案<sup>[6]</sup>, 2 组孕产妇均给予合理化治疗, 结核感染严重者给予有效抗结核药物同时给予对症治疗, 保证 2 组患者治疗方案具有可比性。对照组参照《实用结核病护理学》<sup>[7]</sup>实施常规护理管理模式。

观察组患者实施线上护理管理模式, 具体管理方法为: ①医院建立健全的医疗档案, 收录试管婴儿妊娠期感染结核患者结核病史、试管婴儿手术史、临床症状、禁忌症等信息。②医院开通公众号, 建立线上平台, 指导患者关注公众号, 加入线上平台。在家恢复期间, 患者可通过简易测试随时对自身健康状况进行评估, 在线向医院试管婴儿健康管理团队 (由医院专家组成) 进行提问, 随时监测评估病情。③健康管理团队利用线上平台每周对患者进行 1 次随访, 收集患者服药期间不良反应, 随时录入系统, 推送个性化干预服务。④通过线上每天定时提醒患者服药, 制作科普文章, 不定时在线上平台发布心理健康、围产期保健等知识, 推送关于试管婴儿妊娠期护理、妊娠期感染结核病护理相关的健康教育内容。借助线上平台的各项功能, 为患者提供线上咨询指导服务, 随时解答患者疑问。⑤利用线上平台, 健康管理团队积极开

展疾病相关的护理健康教育工作。借助线上平台，护理人员与患者随时进行沟通交流，及时了解患者的情况与现实需求，并及时满足患者多种需求。护理人员耐心倾听患者的真实想法，了解患者的担忧、焦虑，针对患者情况对其进行针对性的在线心理疏导，有效缓解患者的心理压力。⑥开展线上预约检查、反馈检查结果和孕期宣教等工作。利用线上设备建立绿色生命通道，使患者复诊时方便、快速。

#### 1.4 观察指标

##### 1.4.1 实施前后焦虑及抑郁情况

实施前后分别应用焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS) 评价 2 组患者焦虑及抑郁情况<sup>[8]</sup>, SAS 和 SDS 分别含 20 个条目, 按 4 级评分, 每个条目得分 1~4 分, 分别对应“无、偶尔、经常、持续”, 分数越高, 焦虑或抑郁状况约严重。

##### 1.4.2 治疗依从性

分娩后采用面询法评价患者依从性, 分 3 个选项, 完全依从 (自愿按时按量服药接受治疗), 部分依从 (不按时按量服药接受治疗), 不依从 (不愿意或拒绝服用药物接受治疗)。

##### 1.4.3 妊娠结局

统计并比较两组孕产妇与新生儿妊娠结局。

#### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计软件对数据分析处理, 计量资料均采用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 计量资料及计数资料分别采用  $t$  检验和精确 Fisher 检验, 采用秩和检验分析等级资料数据。  $P < 0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者实施前后焦虑及抑郁情况比较

两组实施前 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 两组实施后 SAS、SDS 评分显著低于实施前 ( $P < 0.05$ ), 观察组实施后 SAS、SDS 评分显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。结果见表 1。

表 1 两组干预前后 SAS、SDS 比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别    | 例  | SAS        |            | $t$ 值  | $P$ 值  |
|-------|----|------------|------------|--------|--------|
|       |    | 干预前        | 干预后        |        |        |
| 观察组   | 45 | 62.37±5.32 | 32.37±4.26 | 29.528 | <0.001 |
| 对照组   | 45 | 61.92±4.37 | 43.88±3.60 | 21.374 | <0.001 |
| $t$ 值 | /  | 0.439      | 13.844     | /      | /      |
| $P$ 值 | /  | 0.662      | <0.001     | /      | /      |

续表 1

| 组别    | 例  | SDS        |            | $t$ 值  | $P$ 值  |
|-------|----|------------|------------|--------|--------|
|       |    | 干预前        | 干预后        |        |        |
| 观察组   | 45 | 64.98±4.05 | 30.56±3.78 | 41.679 | <0.001 |
| 对照组   | 45 | 65.08±4.69 | 38.89±3.11 | 31.220 | <0.001 |
| $t$ 值 | /  | 0.108      | 11.416     | /      | /      |
| $P$ 值 | /  | 0.914      | <0.001     | /      | /      |

### 2.2 两组患者治疗依从性比较

观察组完全依从率显著高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结果见表 2。

表 2 两组患者治疗依从性比较

| 组别         | 例  | 完全依从 (例) | 部分依从 (例) | 不依从 (例) | 完全依从率 (例, %) |
|------------|----|----------|----------|---------|--------------|
| 观察组        | 45 | 43       | 2        | 0       | 43 (95.56)   |
| 对照组        | 45 | 37       | 6        | 2       | 37 (82.22)   |
| $\chi^2$ 值 | /  | /        | /        | /       | 4.050        |
| $P$ 值      | /  | /        | /        | /       | 0.044        |

### 2.3 两组孕产妇及新生儿妊娠结局比较

观察组娩出新生儿 21 名, 对照组娩出新生儿 17 名。观察组无减胎, 对照组有 2 例行人工减胎。观察

组孕产妇、新生儿总不良妊娠结局发生率均显著低于对照组, ( $P < 0.05$ )。结果见表 3、表 4。

表 3 孕产妇不良妊娠结局比较

| 组别         | 例  | 流产 (例) | 早产 (例) | 产后出血 (例) | 妊高症 (例) | 发生率 (例, %) |
|------------|----|--------|--------|----------|---------|------------|
| 观察组        | 45 | 24     | 4      | 1        | 2       | 31 (68.89) |
| 对照组        | 45 | 28     | 6      | 2        | 4       | 40 (88.89) |
| $\chi^2$ 值 | /  | /      | /      | /        | /       | 5.404      |
| $P$ 值      | /  | /      | /      | /        | /       | 0.020      |

表 4 新生儿不良妊娠结局比较

| 组别         | 例  | 高胆红素血症 (例) | 感染结核 (例) | 宫内窘迫 (例) | 窒息 (例) | 发生率 (例, %) |
|------------|----|------------|----------|----------|--------|------------|
| 观察组        | 21 | 2          | 1        | 0        | 0      | 3 (14.29)  |
| 对照组        | 17 | 5          | 2        | 1        | 1      | 9 (52.94)  |
| $\chi^2$ 值 | /  | /          | /        | /        | /      | 6.497      |
| $P$ 值      | /  | /          | /        | /        | /      | 0.011      |

### 3 讨论

FGTB 在女性不孕症的发病机制中有重要作用, 结核杆菌可经血或淋巴系统播散, 常继发性感染全身其他部位, 如肺结核、胸膜结核、盆腔腹膜结核等, 需及时有效控制病情, 行试管婴儿术后, 孕产妇更易感染结核杆菌<sup>[9]</sup>。由于患者缺乏妊娠期用药安全知识及结核病相关知识, 加上传染病在社会中易受到歧视等多种因素, 给患者心理及生理带来双重打击, 因此易产生焦虑、抑郁、抵抗治疗等情绪, 对孕产妇妊娠期产生不良影响且严重影响结核病治疗预后, 因此应用有效的护理管理模式对妊娠期感染结核患者治疗预后十分重要。有效的护理管理是保证妊娠期结核病治疗安全和成功的重要因素, 在孕产妇抗结核治疗过程中保证其坚持规律用药, 完成规定疗程, 可有效改善疾病预后。《国务院关于积极推进“互联网+”行动的指导意见》指出<sup>[10]</sup>, 将互联网的高效、便捷与医疗服务相结合, 可充分提高资源有效利用率, 并且可以降低服务成本, 将互联网与医疗护理管理相结合, 应用基于互联网的创新管理模式, 避免重复诊疗、医疗浪费, 同时同时降低护理服务成本, 改善患者治疗效果<sup>[11]</sup>。

随着网络以及各种现代技术快速发展, 线上交流成为广大群众必备的社交软件。

这一背景下, 线上护理管理模式作为一种新型的护理管理模式, 开始在不同类型孕产妇妊娠期护理管理中得到日渐广泛的应用。线上护理管理模式通过线上平台可以对患者进行远程管理, 通过增加患者对疾病的认知程度、提高患者治疗依从性等改善疾病预后<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示, 两组实施后 SAS、SDS 评分显著低于实施前, 且观察组实施后 SAS、SDS 评分显著低于对照组, 提示对试管婴儿妊娠期感染结核患者实施线上护理管理可显著改善患者焦虑及抑郁状况。传统的护理管理模式较难满足试管婴儿妊娠期感染结核患者的多种需求, 线上护理管理模式可有效衔接结核病与试管婴儿妊娠期护理期间患者的多样化需求, 发挥随时监测、定时干预等特殊职能<sup>[13]</sup>。另一方面, 线上护理管理模式的应用能够根据患者疾病、心理变化结果持续不断的实施对应干预管理<sup>[14]</sup>, 符合现代医学“生物-心理-社会”的医学管理模式, 能够保证患者在出院休养期间自我管理能力提升, 增强治疗自信心, 进而舒缓因缺乏对疾病认识而产生的焦虑、抑郁情绪。由此, 线上干预模式应用于试管婴儿妊娠期感染结核患者的护理管理中, 可有效改善试管婴儿妊娠期感染结核患者的焦虑和抑郁情绪。本研究结果还显示, 观察组完全依从率显著高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 说明对试管婴儿妊娠期感染结核患者实施线上护理管理, 通过规范患者在出院后治疗的管理, 提高了患者治疗依从性。此外, 在本研究发现观察组无减胎, 对照组有 2 例行人工减胎, 且观察组孕产妇、新生儿总不良妊娠结局发生率均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ )。该结果表明, 对试管婴儿妊娠期感染结核患者实施线上护理管理有助于改善孕产妇妊娠结局。本研究将线上护理管理应用于试管婴儿妊娠期感染结核患者的护理之后, 可以有效改善患者治疗依从性。应用线上护理管理模式, 能够为患者治疗期间产生的不良反应制定相应的应对措施, 合理化结合患者自身情况展开护理措施, 同时提高患者自身对疾病防治的了解, 改善患者治疗依从性<sup>[15-16]</sup>。

综上所述, 对试管婴儿妊娠期感染结核患者应用线上护理管理模式能够改善患者焦虑及抑郁情况, 增

强患者治疗依从性，改善患者和新生儿妊娠结局，效果显著。

参考文献（略）

## 健康教育干预对老年肺结核患者住院期间临床护理效果的影响

张彩霞

作者单位：山西医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院 非结核分枝杆菌科 030053

**[摘要]**目的：本研究旨在评估健康教育干预对老年肺结核患者住院期间临床护理效果的影响。方法：通过随机对照试验，将 100 例住院的 60 岁以上的老年患者，分为接受健康教育干预组和未接受干预的对照组，比较两组患者的治疗依从性、疾病认知水平、心理状态以及住院期间的临床指标。结果：接受健康教育干预组临床指标高于未接受干预的对照组。结论：健康教育干预可以提高老年肺结核患者的治疗效果及预后，对治疗结果有一定的促进作用，值得推广应用。

**关键词：**老年肺结核；健康教育；治疗依从性；疾病认知；心理状态

**引言：**随着全球老龄化进程的加速，老年肺结核患者的数量呈现上升趋势，给公共卫生带来严峻挑战。[1]老年患者由于生理和心理特点，往往面临较高的疾病负担和治疗挑战。健康教育作为一种有效的非药物干预措施，有助于提高患者的治疗依从性和疾病认知水平。[2]因此，本研究旨在探讨健康教育干预对老年肺结核患者住院期间的临床护理效果的影响。

### 二、研究方法

- 研究设计：**本研究采用随机对照试验设计，确保研究的客观性和可比性。
- 研究对象：**研究对象为确诊的老年肺结核患者，年龄在 60 岁以上。通过医院记录和医生推荐招募患者，确保样本的代表性。本研究共纳入 100 名患者，其中实验组 50 名，对照组 50 名。
- 干预措施：**接受健康教育干预组的患者接受为期 3 周的个性化健康教育，内容包括疾病知识、治疗方案、药物使用、自我护理技能以及心理调适等。对照组患者则维持常规的临床护理。健康教育由专业的医疗人员进行，采用面对面讲解、发放教育手册和视频教学等多种方式。实验组患者平均年龄为 72 岁，对照组患者的平均年龄为 73 岁。
- 数据收集：**在研究开始前和结束时，对两组患者进行全面的临床评估，包括治疗依从性评估、疾病认知测试、心理状态评估（如焦虑自评量表和抑郁自评量表）以及住院期间的临床指标（如体温、呼吸频率、心率等）。[3]所有数据由受过专门培训的研究助理使用标准化的工具进行收集，以确保数据的准确性和一致性。

### 三、研究结果

经过 3 周的健康教育干预，实验组患者在治疗依从性、疾病认知水平、心理状态以及住院期间的临床指标方面均表现出显著的改善，与对照组相比具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

下表是对两组患者在接受健康教育前后的治疗依从性、疾病认知水平、心理状态等情况的对比，从表可以看出，在接受健康教育之前，两者的评分没有太大的差异，健康教育模式实施之后，观察组患者占有优势，详细的数据可以参见下表，

教育前后知晓评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | 例数 | 教育前         | 教育后        |
|-----|----|-------------|------------|
| 观察组 | 50 | 64.53±10.53 | 91.05±8.24 |
| 对照组 | 50 | 65.94±10.27 | 81.37±9.22 |
| t   | -  | 0.85        | 7.27       |
| p   | -  | >0.05       | <0.05      |

实证分析表明，干预期间，患者的治疗依从性、疾病认知水平、心理状态等明显提高，观察组明显高于对照组。以上数据表明，健康教育干预在提高老年肺结核患者住院期间的临床护理效果方面取得了显著成果。

#### 四、讨论

本研究结果表明，针对老年肺结核患者的健康教育干预能够有效提高其治疗依从性和疾病认知水平，减轻心理压力，改善临床症状。这些发现与现有文献中关于健康教育对慢性病患者的积极影响相一致。健康教育通过提供必要的疾病知识和心理支持，有助于患者更好地理解 and 应对疾病，从而提高治疗效果和生活质量。[4]此外，本研究还发现健康教育对老年肺结核患者的心理状态有显著改善作用，这可能与提高了患者的疾病控制感和自我效能感有关。然而本研究也存在一定的局限性。首先，由于医保制度的改革，患者住院周期缩短，造成系统干预周期相对较短，未能充分评估长期健康教育干预的效果。其次，研究对象较为单一，未能涵盖不同地区、不同病情程度的老年肺结核患者。未来研究可在此基础上，延长干预周期，扩大研究样本，为临床护理实践提供更为全面、严谨的依据。

#### 五、结论

本研究表明，健康教育干预对老年肺结核患者住院期间的临床护理中具有显著的积极影响。通过提高患者的疾病认知度和自我管理能力，健康教育干预有助于改善治疗效果。在临床实践中，护理工作者应充分认识到健康教育干预的重要性，切实加强老年肺结核患者实施系统的健康教育和指导，以提高其治疗效果和生活质量。未来研究应进一步探讨健康教育的长期效果以及如何优化教育内容和方法，以满足不同患者的需求。[5]

#### 参考文献（略）

## 加强肺结核护理对于预防并发症价值

李莉

作者单位：山西省医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院 非结核分枝杆菌科

**【摘要】**目的：主要针对肺结核疾病的治疗护理工作进行了分析并且，并且针对并发症的预防护理工作进行了探讨。方法：为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 110 名肺结核患者作为本实验的研究对象，对这些患者分别采用常规护理措施以及优质护理措施对比两种不同护理措施所起到的作用和效果，在此期间需要对肺结核疾病患者的防护情况以及并发症的发生情况进行记录和对比。结果：对两组肺结核疾病患者的防护意识态度情况等进行了相应的评分对比，除此之外还针对并发症的发生情况进行了统计和对比，差异具有统计学意义（ $X^2=7.314$ ， $P<0.05$ ）。结论：加强对肺结核病人的护理干预，可以有效地提高护士的服务水平，减少病人的并发症，逐步改善医院的卫生条件。

**【关键词】**：肺结核疾病；治疗护理；干预；并发症；分析探讨

肺结核是一种慢性传染病，是一种可以通过呼吸道传播的传染病，会对机体的各个器官产生损伤，从而导致机体的免疫力降低。该病具有传染率高，反复发作，治疗难度大等临床特点，该病对病人以及病人家属会造成沉重负担。根据 WHO 的调查，全球每年约有 800-1 千万人感染结核病，死亡率超过 30.0%。本论文以我院 110 名肺结核病人为研究对象，探讨了一种行之有效的护理干预方法。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 110 名肺结核患者开展了相应的实验研究，确保参与本次实验研究的患者都经过了临床诊断，并且符合肺结核疾病的相关标准，这些患者都有不同程度的症状。除此之外，对这些患者的一般资料进行了分析和统计，主要包括年龄性别以及患病时间等，这

些一般资料不具有统计学意义，为了保证实验的有效性，还制定了相应的纳入标准和排除标准，保证本次实验研究的科学有效。

## 1.2 方法

### 1.2.1 对照组

对照组采用常规的护理方法：①科学合理的对患者身体的基本特征进行观察，主要包括患者的呼吸情况，患者的脉搏跳动情况等，除此之外还要对患者的生活习惯进行相应的了解，最重要的是要针对患者的病史状况进行了解和记录，并进行心理健康状况的评价。②症状护理：肺结核疾病患者都有不同情况的临床症状，这些临床症状包括咳嗽以及胸闷等，在开展治疗护理工作时，护士要根据病人的具体情况，进行针对性的护理，使用适当的镇咳药，进行局部水蒸气湿化，同时对痰液过多的病人进行引流、吸痰等治疗。建议病人在床上多休息，多饮水，多换洗衣物。

③常规护理：指导病人多吃高蛋白、高维生素和高质量食品，以确保其营养。指导病人合理用药，如有不良反应，应立即向医生报告。

④健康教育：让病人了解有关结核病的相关知识，从而有效地控制病情的蔓延和恶化，培养良好的生活习惯和饮食习惯，增强机体的抵抗力。

### 1.2.2 观察组

观察组采用优质的护理措施，由我院聘请专业的结核病防治专家进行每月一次的培训，每月一次的检查和评价，以进一步提升护士的工作能力，增强护士的工作责任感，从而为结核病病人提供更好的医疗条件。具体的护理服务包括：①强化病人的健康教育，科学完善的对疾病的相关知识进行讲解，在此过程中有关人员要有耐心的态度，保证讲解的全面性和系统性，并结合多媒体技术形象生动的向病人展示疾病需注意事项，尤其需向患者讲明疾病的发病机制及传播途径。为增进病人的了解与合作，可以在病房内举行半个月的研讨会，病人或家属可以提问，可以相互探讨，也可以请专家解答。②强化病人的日常护理，定期消毒，定期的对患者的提升衣物进行更换，除此之外要定期清洗床单以及被罩等，确保病人的个人卫生和病房内的清洁、消毒，每天对病人的随身物品进行紫外线消毒，包括患者每天使用的体温计以及水杯等这些东西要及时的定期的进行相应的消毒，及时纠正病人的不良行为，并叮嘱病人出门佩戴口罩，避免进一步扩散。③加强病人的心理护理，因为多数病人是中老年人，多数病人对病因和防治方法还不了解，而且长期的治疗也会给病人造成很大的负面情绪，导致病人对治疗有抵触心理，需要积极地发现问题，与病人进行沟通，帮助他们解决问题，让他们有更强烈的信任和归属感。

## 1.3 观察指标

①经过训练后，护士对肺结核的防护意识进行评估，包括知识、态度、行为三个维度，各得分 30 分，总分 90 分，得分越高，说明对结核病的预防和护理工作的重视程度越高。②对两组肺结核疾病患者的胸闷以及咳血等临床症状进行记录和对比，在此过程中还要考虑到感染情况，以及患者的心肺功能衰竭情况等。

## 1.4 统计学处理

上述工作在完成之后需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时，要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 科学合理的对两组肺结核疾病患者的防护意识进行相应的记录和对比

表 1 是对两组肺结核疾病患者防护意识的具体调查和统计，通过数据可以看出采用优质护理的一组肺结核，患者在各个方面的防护意识和态度都占有优势，详细的数据可以参见表 1。

表 1：两组护理人员对肺结核防护意识的评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 知识       | 态度       | 行为       | 总分        |
|------------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组 (n=55) | 27.8±3.9 | 26.3±4.2 | 28.2±4.5 | 82.3±12.6 |
| 对照组 (n=55) | 22.3±3.5 | 20.1±4.0 | 21.7±4.3 | 64.1±11.8 |
| T          | 7.784    | 7.928    | 7.745    | 7.819     |
| P          | P<0.05   | P<0.05   | P<0.05   | P<0.05    |

## 2.2 对肺结核疾病并发症的发生情况进行记录和对比

表 2 是对两组肺结核疾病并发症的类型，以及具体的发生情况的统计和对比，通过数据可以看出并发症总发生率比较高的是采用常规护理的一组，详细的数据可以参见表 2 ( $P<0.05$ )。

表 2: 两组患者并发症发生情况的比较[n(%)]

| 组别  | 例数 | 自发性气胸   | 咳血      | 感染      | 心肺功能衰竭  | 支气管扩张   | 总发生率      |
|-----|----|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| 观察组 | 55 | 1 (1.8) | 1 (1.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.8) | 3 (5.5)   |
| 对照组 | 55 | 3 (5.5) | 4 (7.3) | 2 (3.6) | 1 (1.8) | 3 (5.5) | 13 (23.6) |

## 3 讨论

随着人口老龄化的加剧，结核病的发病率也在逐步上升。肺结核的原因有很多，一部分是细菌引起的，一部分是因为呼吸器官的衰老，导致机体的免疫力下降，从而引起身体其他系统的机能下降。许多临床医生都认为，应通过加强对肺结核病人的护理，从传染源和传播途径入手，加强自身的护理和生活习惯，增强体质，在并发症的防治和治疗上，才能得到有效的控制。本研究对我院护理人员进行了针对性的训练，训练工作在结束之后，护理人员的护理水平有了一定程度的提高，护理人员的态度，等有了大幅度的改善，所以在开展护理工作时，患者对其满意度有了相应的提高，护理人员都获得了较高的评价，由此可以看出，本次培训活动的开展取得了相应的效果，护理人员的专业水平和服务质量，不仅得到了提升，整体的职业道德也有了大幅度的提高，为肺结核患者提供了良好的服务条件。与此同时，采用优质护理的一组肺结核患者，在接受优质护理之后，仅有三例肺结核患者出现了并发症，比例为 5.5%，而采用常规护理的一组肺结核患者，有 13 例肺结核患者出现了并发症，占比为 23.6%，所以采用优质护理的一组肺结核患者，占有明显优势。结果表明，我院实施高品质的护理，能明显减少肺结核的并发症，并能有效地控制病情的恶化和扩散，提高病人的康复水平。

### 结束语

由以上可知，在对肺结核疾病患者进行治疗时，应加强对肺结核病人的护理干预，从健康教育、生活护理、心理护理等方面进行监督，以提高护理人员的综合素质和技术水平，可以有效地改善护理服务的质量，降低并发症的发生率，为病人的康复打下良好的基础。所以在对肺结核疾病患者开展治疗护理工作时，可以科学合理的应用和推广优质护理模式，这样不仅能够提高医院医疗水平，还能够促进整个医疗行业的发展和进步。

### 参考文献（略）

# 1 例血行播散型肺结核并发骨髓抑制患者的护理

孙雨亭

**摘要：**目的 总结 1 例血行播散型肺结核并发骨髓抑制患者的护理经验，护理重点包括感染性休克护理、呼吸衰竭的护理、骨髓抑制预防感染和出血的护理、预防感染传播的护理、口腔溃疡的护理、重视服药依从性的护理、心理护理及 VTE 预防的护理，经积极的治疗和精心的护理，35d 患者康复出院，目前门诊定期随访，恢复良好。

**关键词：**血行播散型肺结核；感染；骨髓抑制；危重症护理

肺结核是由结核分枝杆菌引起的慢性传染性疾病，据世界卫生组织 (World Health Organization, WHO) 报道，2022 年全球结核病死亡人数为 130 万，结核病是仅次于新型冠状病毒感染的世界第二大单一传染源死因<sup>[1]</sup>。血行播散型肺结核是肺结核中常见的一种类型，系由病变中结核杆菌侵入血管所致，起病急，病情严重时导致呼吸衰竭<sup>[2]</sup>。免疫抑制剂长期使用、老年人等免疫力低下者都是肺结核的易感人群<sup>[3]</sup>。干燥

综合征患者长期使用免疫抑制剂、激素治疗，免疫力低下，是肺结核发生的高危人群。目前有多个国家研究了干燥综合征患者的长期预后情况，结果显示患者主要死亡原因为感染、心血管疾病、呼吸衰竭等<sup>[4]</sup>。继发于干燥综合征的血行播散型肺结核是罕见的，关于临床和护理的资料也缺乏。我科于 2024 年 1 月收治 1 例干燥综合征合并血行播散型肺结核导致骨髓抑制、感染性休克、呼吸衰竭的患者，经过积极的治疗和精心的护理，好转出院，现将护理体会报告如下。

## 1. 临床资料

### 1.1 一般资料

患者女，56 岁，诊断干燥综合征 2 年余，1 周前无明显诱因下出现胸闷气急，活动后出现呼吸费力，当时伴有畏寒寒战，体温未测，为求进一步诊治来我院急诊，查全血乳酸 3.9 mmol/L 二氧化碳分压 33.1 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)、氧分压 59.3 mmHg，白细胞计数  $0.89 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞  $0.54 \times 10^9/L$ ，血小板计数  $7 \times 10^9/L$ ，超敏 C 反应蛋白 152.16mg/L，血红蛋白 77g/L。肺部 CT 平扫：两肺多发炎症，见粟粒样表现，痰 GeneXpert 提示利福平敏感的结核分枝杆菌阳性。2024-01-21 患者由急诊平车入结核负压病房治疗。入科时患者体温:36.1℃，心率:99 次/分，呼吸:38 次/分，血压:104/70mmHg(多巴胺 100mg+阿拉明 50mg/50ml,5ml/h 持续静脉泵入)，血氧饱和度 (SPO<sub>2</sub>) 98% (氧袋大于 15 升/min 吸氧维持)；神志清，精神软，端坐卧位，主诉乏力纳差，胸闷气促，有干咳，口腔黏膜白斑及溃疡，口腔及咽部刺痛 NRS 评分 4 分，全身散在瘀斑瘀点。

### 1.2 治疗及转归

入科后经多学科会诊，予经鼻高流量通气，多巴胺+间羟胺升压，美罗培南联合左氧氟沙星抗感染，甲强龙抗炎，先后予海曲泊帕、重组人血小板生成素(特比澳)、阿伐曲泊帕升血小板，人粒细胞刺激因子升白细胞，输血小板、血浆等支持治疗，多种漱口水+外用药连用治疗口腔溃疡。入院后第 8 天患者病情好转，开始予阿米卡星(入院后第 22 天停用)+左氧氟沙星+美罗培南+乙胺丁醇抗感染。入院后第 12 天，胸部床边摄片显示两肺炎症较前好转。入院后第 17 天后每次复查血小板计数均 $>20 \times 10^9/L$ ，监测血小板进行性上升，胸闷等情况好转，加用利福喷丁，改甲泼尼龙 30mg 抗炎。入院后第 26 天复查肺部 CT 示两肺炎症较前好转，入院后第 35 天患者胸闷较前明显好转，不吸氧状态下 SPO<sub>2</sub>能维持在 95%-100%之间，无心慌心悸，无恶心呕吐，无呕血黑便等不适，予带药出院，告知目前抗结核方案为异烟肼+乙胺丁醇+左氧氟沙星+利福喷丁，激素目前为甲泼尼龙早 4 片晚 3 片，目前随访，恢复良好。

## 2. 护理

### 2.1 感染性休克的护理

感染性休克是指病原微生物侵入了人体，造成人体全身的感染，病情危重且进展迅速，严重时发展为多器官功能衰竭导致死亡<sup>[5]</sup>，该病症常出现在长期服用免疫性抑制剂和体弱多病的患者中。及时给予感染性休克患者实施护理干预，可有效改善患者预后，提高患者临床救治有效率。入科后立即遵医嘱予该患者心电监护，超声引导下留置双腔中长度导管、经外周动脉留置导管，予多巴胺 100mg+阿拉明 50mg/生理盐水 50ml 使用单独一路静脉通路 5ml/h 微泵维持，双泵中继换药，避免血压发生波动，使用过程中密切关注患者动脉血压，维持平均动脉压(MAP) $\geq 65$  mm Hg。立马查全血乳酸 6.0 mmol/L，血液酸碱度 pH 7.40，碳酸氢根浓度 17.4 mmol/L 实际碱剩余 -6.2 mmol/L，遵医嘱予 5%碳酸氢钠 125ml 静滴，纠酸后复查血气乳酸 2.9 mmol/L，碳酸氢根浓度 20.6 mmol/L 实际碱剩余 -2.4 mmol/L。先补充晶体溶液，然后胶体溶液，遵医嘱予葡萄糖氯化钠 500ml 快速静滴、人血白蛋白 10 克静滴。根据医嘱及时采集血培养后，遵医嘱予美罗培南联合左氧氟沙星抗感染治疗，观察患者抗生素治疗效果，密切监测患者感染指标的变化，评估患者尿量、皮肤弹性、外周肢体灌注情况，统计患者出入量，入量为饮食、饮水及输液量，出量为大小便及呼吸道、皮肤隐性失水量，患者 24 小时出入量基本平衡。患者入科第 4 天患者循环改善，感染性休克症状好转，MAP 大于 65 mmHg，停用血管活性药物，入科后第 5 天患者超敏 C 反应蛋白从 152.16mg/L 降至 1.69mg/L。

### 2.2 经鼻高流量氧疗 (high flow nasal cannula oxygen therapy, HFNC) 的护理，降低插管率

HFNC 是一种能提供 21%-100%氧浓度、31-37℃、8-80 L/min 高流量气体，具有耐受性佳、舒适度高

的新型无创呼吸支持技术,可降低插管率<sup>[6]</sup>。结合患者的病情,多学科会诊及联合评估,入科后立即予患者 HFNC,设置氧浓度 80%,温度 35℃,流速 45L/Min。(1)予床头抬高 45 度,取半卧位,为患者选择合适型号的鼻塞,用夹子把鼻导管固定在患者衣服上,以免患者体位改变时鼻塞的移位,告知患者闭口呼吸,张口呼吸会导致气道内压下降影响治疗效果。(2)患者床上翻身活动时,SPO<sub>2</sub> 迅速降至 85%左右,维持 5-10 min 后 SPO<sub>2</sub> 才缓慢回升至 90%以上。对此,翻身活动前,先给患者提供浓度为 100%的氧气 5 min,再协助其翻身,患者血氧饱和度均可维持在 90%以上。活动后,再继续给予患者浓度为 100%的氧气 5 min,再根据 SPO<sub>2</sub> 数值,缓慢下调吸入氧浓度直至原水平。这样大大减少了翻身等活动时患者缺氧情况的发生。

(3)密切监测患者呼吸频率、SPO<sub>2</sub>、血气分析,及时调整氧流量和氧浓度。该患者使用 HFNC 期间,氧浓度最高设置到 85%,流速最高设置到 50L/Min。(4)及时调节气体温度和添加灭菌用水,避免氧气温度过高导致呼吸道烫伤、喉痉挛等情况。(5)加强管路巡视,患者鼻塞位置应高于机器和管路水平,HFNC 使用过程中会出现冷凝水聚在管路中,应及时倾倒,避免引起患者呛咳和误吸。(6)加强皮肤护理,保持鼻导管以能伸入一指为宜,护士自行剪裁的水胶体敷料贴于患者鼻翼处、鼻梁根、人中、脸颊部、耳廓部位,将鼻导管固定于水胶体敷料上,防止吸氧管路与皮肤直接接触,该患者使用 HFNC 期间未发生医疗器械相关性皮肤压力性损伤。最终患者人机配合好,静息状态下 SPO<sub>2</sub> 能维持在 95%-100%之间,患者入院后第 17 天,胸闷减轻,呼吸频率减慢,双鼻导管 3L/min 吸氧下 SPO<sub>2</sub> 能维持在 95%-100%之间。

### 2.3 骨髓抑制并发症的预防及护理

#### 2.3.1 提供优质的保护性环境及落实严格的导管管理措施,预防感染的发生

骨髓抑制并发真菌感染的致死率可达 16.7%~33.3%<sup>[7]</sup>,患者入院时白细胞计数  $0.89 \times 10^9/L$ ,极易发生感染,遵医嘱暂停环孢素治疗干燥综合征,予人粒细胞刺激因子升白治疗,同时做好预防感染的措施尤为重要。(1)将患者安置在单间负压病房,温度控制在 18~22℃,湿度控制在 50%~70%,病房内的物品摆放尽量简单,不摆放易携带细菌的物品,(2)手卫生是避免感染最方便最有效的方法,病房门口及床尾均配有手消净。(3)婉拒有感冒,咳嗽,腹泻等不舒服亲朋好友的探访;限制探视人员,必须陪护的家属应佩戴口罩。(4)饮食注意卫生,最主要新鲜,不进食生、冷、不洁食物,水果尽量选择去皮的,削皮后再食用。(5)降低导管相关性血流感染及尿路感染风险:①氯己定消毒能降低导管相关性血流感染的发生率<sup>[8]</sup>。更换中长导管及动脉导管敷料时,用氯己定棉签消毒皮肤。患者留置中长导管第一天,穿刺点渗血明显,予明胶海绵压迫穿刺点,然后取透明敷料覆盖,每 48h 更换明胶海绵及透明敷料或渗血严重时及时更换。②动脉管路更换过程中会出现出血、接口污染的情况,故此操作由两名护士共同完成,严格无菌操作。③保持无菌密闭引流、尿道口及会阴部清洁,每天评估各类导管留置的必要性,尽早拔除。患者入院后第 9 天拔出尿管和动脉留置导管,尿培养和血培养阴性。经过对症治疗和精心护理,患者入院后第 3 天白细胞计数达到  $2.44 \times 10^9/L$ ,第 10 天白细胞达到正常水平  $4.5 \times 10^9/L$ ,未发生院内感染。

#### 2.3.2 出血预防及护理,降低颅内出血等并发症

骨髓抑制病人出血原因有很多,包括血小板及凝血因子异常等因素<sup>[9]</sup>。患者住院期间血小板计数多次  $< 20 \times 10^9/L$ ,最低时只有  $2 \times 10^9/L$ ,活化部分凝血活酶时间最长 78.0s,凝血酶原时间最长 16.9s,住院期间遵医嘱予患者共输单采血小板 31U,输血浆 650ml,按时复查血常规、凝血功能,严密监测患者意识状态、生命体征。保持病房环境安静,嘱患者绝对卧床休息,通过播放颅内出血的惊醒视频,让患者意识到下床活动的危害性,提高绝对卧床依从性,配合床上进餐及大小便,告知患者避免情绪激动、用力咳嗽及解大便等一切造成腹内压、颅内压增高的活动,如出现头痛、视物模糊、呕吐时或当发现皮肤及黏膜有新鲜出血点,咯血,血尿,大便变黑等出血表现时,及时告知医护人员。护士采血时,压脉带扎得时间不宜过紧过长,动作娴熟、轻快。护士用记号笔在皮肤瘀斑处做好标记,每日观察瘀斑范围。患者入科后 3 第天,血小板计数  $2 \times 10^9/L$ ,测血压袖带挤压处、中长导管置管周围、静脉采血穿刺处新发大片瘀斑。为防止反复穿刺对患者皮肤造成的损伤,减少皮下出血,责任护士通过外周动脉置管从压力传感器导管上采集血标本,采血时三通处于关闭液体的状态,采血点前端管路容量三倍容积的血液或液体抽出后,管路内再被抽出的血液作为化验用血<sup>[10]</sup>。经过对症治疗与护理,患者凝血功能入科后第 8 天基本正常,血小板计数于入院后第 26 天升至  $76 \times 10^9/L$ ,全身瘀斑基本消退,未发生颅内出血等并发症。

#### 2.4 预防感染传播的护理，确保医护人员安全

HFNC 的供氧方式为开放式<sup>[11]</sup>，患者携带的结核分枝杆菌易附着在加温加湿的氧气产生的气溶胶中，在高流量的气体冲刷下播散至周围环境，从而增加医院感染风险。落实空气隔离的院感要求，将患者安置在单间负压病房内，利用负压原理隔离病原微生物，同时将室内被患者污染的空气经特殊处理后排放，保护医护人员安全。对患者进行咳嗽礼仪健康教育：咳嗽时用纸巾捂住口鼻，咳出的痰液包于纸巾内按医疗垃圾处理，然后进行手卫生。强化医护人员的感染防控意识，医生开具空气隔离医嘱，护士在病人床尾放置黄色空气隔离标识卡片，在患者手腕带上贴黄色空气隔离圆点标记，在病例卡壳贴黄色空气隔离标识。当接触患者及其血液、体液等物质时应戴手套；进入患者房间时应戴帽子、医用防护口罩（N95）、穿隔离衣、穿鞋套；可能产生喷溅时，应戴护目镜或防护面罩，穿防护服。患者各种标本使用密封容器运送。病房物体表面每日用 500 mg/L 含氯消毒湿巾进行擦拭；病室内地面用 1 000 mg/L 含氯消毒水进行擦拭，2 次/d；病室内生活垃圾放双层垃圾袋内，“鹅颈结”封口、束口带扎紧，外侧贴特殊感染标识；出院后床单位用臭氧消毒仪消毒 1h。在标准预防的基础上，严格实行空气隔离措施，该患者未发生院内感染传播。

#### 2.5 精细化口腔护理，提高生活质量

入院时患者口腔黏膜白斑及溃疡，口腔及咽部刺痛 NRS 评分 4 分，严重影响患者进食及睡眠，为提升患者生活质量，经医护合作，共同制定了精细化口腔治疗及护理方案。患者口唇上方破损，覆盖厚痂，让患者涂抹凡士林膏保持湿润；舌头散在点状溃疡面，部分有白色乳酪状分泌物黏附，护士每班携带手电筒、压舌板、无菌棉签进行口腔评估，落实基础口腔护理。首先使用海绵棒蘸取冰生理盐水棉球行口腔清洁，3 次/d。然后精心为患者交替使用以下漱口液及药物：（1）予复方碳酸氢钠含漱液+康复新液，交替漱口，3 次/d；（2）人白介素-11 注射剂（吉巨芬）3mg+生理盐水 100 mL 配制成漱口水，2-8℃冷藏保存，3 次/d<sup>[12]</sup>。（3）使用制霉菌素片 50 万 U/5 片+甘油 30 克涂抹口腔上腭及两侧颊部黏膜，3 次/d。（4）复方庆大霉素膜 1 片 TID 贴于口腔创面（5）口服维生素 B 一片，3 次/d。注意事项：含漱要充分，含入 10 mL 漱口液后反复鼓腮，然后后仰头部，使其在咽部停留 10 s，让口腔内黏膜与漱口液充分接触后吐出，每次漱口时间不少于 5 min<sup>[13]</sup>；口腔护理时需动作轻柔，不能强行去除白色伪膜，避免增加疼痛感及扩大创面范围和出血，降低口腔感染风险。遵循促进愈合、减轻疼痛、避免感染、积极用药治疗的原则，医护一起制定精细的口腔护理方案，交替使用各种漱口液及药物，终于在住院后第 7 天口腔疼痛有明显好转，NRS 评分 2 分，第 10 天口腔黏膜白色伪膜消失，破溃面积缩小，20 天后溃疡基本愈合。

#### 2.6. 抗结核用药的护理，提高服药依从性

干燥综合征患者免疫功能低下，需在抗结核治疗过程中严密监测病人的药物不良反应发生情况。告知患者及家属异烟肼可导致周围神经炎、肝损害，乙胺丁醇可引起球后视神经炎，利福喷丁需空腹（餐前 1h）口服，服药期间泪，痰，汗，尿，大便可出现橙红色。医护查房每日询问患者服药后反应，观察患者有无出现支端发麻、肌力下降、恶心、呕吐、面色发黄、视物模糊等不良反应，如有以上症状，及时对症处理或调整治疗方案。该患者抗结核治疗期间总胆红素最高至 68.2umol/L，遵医嘱予腺苷蛋氨酸利胆护肝，2-7 日复查恢复正常；余无明显不适反应，住院及出院后可按医嘱予全程、规律用药，服药依从性好。

#### 2.7 实施个体化心理护理，提升治疗信心

干燥综合征容易出现焦虑，恐惧，抑郁等负性心理<sup>[14]</sup>，该患者合并血行播散型结核，住在单间负压病房里，门窗紧闭状态，使焦虑恐惧感加剧。入科后机器一报警，患者就立马打铃呼叫护士，特别紧张，很难放松下来，入睡困难，入睡后很容易惊醒。入院时，医护人员主动向患者打招呼介绍自己，以通俗易懂的语言向患者及家属讲解病因及治疗方案等。住院期间，责任护士和主管医生告知患者各类仪器报警的原因、操作目的，合理设置各种仪器设备音量以降低噪声，如微量泵音量设置为 1 档，心电监护仪音量设置为 3 档，在护理和治疗时动作熟练轻柔，要多给予关心、采用叙事护理方法<sup>[15]</sup>，每日与患者和家属进行当日病情交流，耐心倾听病人的主诉，告知其治疗进度。通过个体化心理护理，患者住院期间积极配合治疗，情绪稳定，主动与护士讲述自身疾病转归的感受，乐观向上，对未来充满希望。

#### 2.8 静脉血栓栓塞症（venous thromboembolism,VTE）的预防与观察

VTE 已经成为继心肌梗死和脑卒中后第三常见的致死性血管疾病，其致死率高达 28%~33%<sup>[16]</sup>。早期

预防、早期发现是降低 VTE 发病率和死亡率的关键。患者以卧床休息为主,血小板 $<20\times 10^9/L$ 时绝对卧床休息,VTE(Padua 量表)评分 6 分,是静脉血栓形成高危人群。相关研究<sup>[17]</sup>显示,D-二聚体增高同样也会增加静脉血栓形成风险。患者住院期间 D-二聚体一直高于正常水平,最高 15424ug/L,高于正常高值的 22 倍。双下肢气压泵是长期卧床患者预防深静脉血栓有效的物理预防方法,但低血小板者禁用。因此鼓励患者穿弹力袜和做踝泵运动促进下肢血液循环和淋巴回流,从而达到预防血栓目的。鼓励患者白天和夜间均穿着弹力袜<sup>[18]</sup>,直到活动量不再减少或恢复至疾病前活动水平。告知患者家属每天至少一次脱下弹力袜,进行下肢皮肤清洁护理。让患者平躺床上,每天 3~4 组,每组 30 次:下肢伸展、放松,脚尖内勾尽力朝向自己,保持 5~10 s,然后调整绷直,下压 5~10 s,放松;围绕踝关节,脚趾 360°最大程度环绕。护士每天观察患者下肢皮温、肤色、足背动脉搏动情况,询问患者肢体有无麻木疼痛,有无瘙痒等不适。患者右肱静脉置入双腔中长静脉导管,护士每天评估置管周围皮肤有无疼痛、肿胀,每次输液前用 20 ml 生理盐水冲管,冲管前回抽血液,观察有无血栓;输液结束后用 20 ml 生理盐水冲管,10 U/ml 肝素钠稀释液 3ml 封管。本例患者在住院期间,未发现血栓形成。

### 3.小结

干燥综合征合并血行播散型肺结核导致呼吸衰竭和感染性休克同时并发骨髓抑制的护理病例少见,护理团队根据多学科意见,通过早期控制感染性休克,呼吸衰竭时 HFNC 的护理,骨髓抑制期预防感染与出血并发症的护理,精细化口腔管理,院感防控的护理,个体化心理护理,加强健康教育以提高患者服药依从性,预防 VTE 的护理,经过 35 d 的治疗和护理,患者病情达到出院标准。

参考文献(略)

## 结核性腹膜炎临床应用优质护理服务的效果分析

**【摘要】**:对接受治疗的结核性腹膜炎患者采取优质护理的临床应用价值进行分析。方法:选取 2020 年 1 月~2020 年 10 月本院收治的结核性腹膜炎患者 76 例。按照数字法分为观察组与对照组,各 38 例。对照组治疗期间采取常规护理,观察组则在该基础上采取优质护理。不计较两组效果及复发情况。结果:观察组治疗总有效率为 97.37%,高于对照组的 89.47% ( $P<0.05$ );观察组随访期间复发率为 0.00%,低于对照组的 5.26% ( $P<0.05$ )。结论:针对结核性腹膜炎患者治疗期间配合优质护理,有助于提升患者临床疗效并降低复发风险。

**关键词**:结核性腹膜炎;优质护理;复发;价值

### 引言

结核性腹膜炎由结核杆菌所引发弥漫性、慢性炎症,以血行播散、腹腔内结核,其中包括肠结核、肠系膜淋巴结结核与输卵管结核直接蔓延,发病率高,可发生于任何年龄,但以中青年为主,且女性发病率高于男性,根据病理特点可分为渗出型(腹水型)、粘连型、干酪型和混合型,治疗周期较长,易复发。此病治疗上,需要早发现、早治疗,更应配合对应的护理干预。患者治疗期间通过配合科学的护理干预,有助于降低其并发症风险和复发风险,对于提升临床疗效有积极的帮助作用。2017 年 1 月本院开展优质护理服务模式,旨在为结核性腹膜炎患者提供更好的护理干预方式,现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月~2018 年 12 月本院收治的结核性腹膜炎患者 76 例。按照数字法分为观察组与对照组,各 38 例。观察组男 12 例,女 26 例;年龄 21~57 岁,平均(36.2±0.4)岁。对照组男 11 例,女 27 例;年龄 20~58 岁,平均(36.3±0.3)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 方法

对照组治疗期间采取常规护理，给予患者常规环境护理、输液治疗以及服药指导等；而观察组则在该基础上采取优质护理，主要措施如下：①心理护理：患者入院接受治疗，治疗中存在多种因素影响其情绪，导致患者出现焦虑、抑郁等状态。此时护理人员需及时展开心理疏导，消除患者的紧张情绪，解释各项检查治疗的过程、目的、注意事项等，为患者讲解疾病治疗，帮助患者树立战胜疾病的信心。护理人员可与患者多沟通、多交流，及时了解患者情绪变化的原因，排解患者心中忧虑，促使患者能够保持积极乐观的心态，并配合临床各项诊疗服务。②健康教育：用浅显易懂的语言向患者讲解结核性腹膜炎的相关知识，包括病因机制、治疗方案、注意事项等。同时需要对患者进行消毒和隔离操作等处理，防止结核疾病传播。叮嘱患者注重加强身体锻炼并给予正确的服药指导，向患者讲解通过提升患者的疾病认知，改善其负性情绪。同时向患者讲解服药后可能出现的不良反应情况以及正确应对方式，密切监测患者相关临床指标，以便掌握其病情变化，便于临床医生对于患者治疗措施进行合理调整；③生活护理：患者治疗期间需要加强同患者的有效沟通及交流指导。其饮食中注意保持高热量、高维生素和高蛋白质的饮食，同时多食用易消化类食品。督促患者戒烟、戒酒，注意休息，避免劳累，并向其讲解保持良好作息和生活习惯对于疾病康复的重要性；④穿刺和引流护理：患者治疗期间需要多次进行腹部穿刺和引流。为了避免频繁操作而增加患者感染风险，以及操作过程中腹腔压力异常降低，在穿刺和引流过程中需要控制好腹腔积液的抽取速度，密切监测腹腔积液的抽取情况，包括抽取量、性质和颜色等，若出现异常需要立即上报医生。同时还要向患者讲解腹部穿刺引流的作用和目的，以提高患者认知确保患者能够积极有效地配合护理操作。⑤用药指导：在患者治疗的过程中，药物治疗是一种比较常见的治疗措施。为确保药物治疗效率，护理人员需向患者详细说明结核性腹膜炎药物治疗方案。向患者讲解抗结核药物的副作用，应注意其副作用的观察，如有异常及时报告医生调整药物及药量。同时告知患者遵医嘱服用药物对改善病情的重要性。同时也可要求患者家属共同监督患者服用药物，预防患者出现漏服、误服、断服或私自增加药物，以确保临床治疗效率。

### 1.3 观察指标

①比较两组治疗效果，显效：临床症状完全消失，且体温和实验室指标等均恢复至正常；有效：临床症状大部分消失，且体温和实验室指标等均趋于正常或部分恢复至正常；无效：临床症状、体温以及实验室指标等均未改善，总有效=显效+有效；②两组治疗后随访 6 个月，统计其复发情况。

### 1.4 统计学方法

SPSS13.0 统计软件对所得结果进行分析，计量资料表示为  $\text{mean} \pm \text{SD}$ ，统计学采用  $t$  检验处理；计数资料采用  $\chi^2$  检验处理。当  $P < 0.05$  时，表示具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效对比

观察组治疗总有效率为 97.37%，高于对照组的 89.47%，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效对比[n (%) ]

| 组别       | 例数 | 显效         | 有效         | 无效        | 总有效        |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组      | 38 | 22 (57.89) | 15 (39.47) | 1 (2.63)  | 37 (97.37) |
| 对照组      | 38 | 11 (28.95) | 23 (60.53) | 4 (10.53) | 34 (89.47) |
| $\chi^2$ |    | 5.418      | 6.441      | 1.024     | 3.382      |
| $P$      |    | 0.000      | 0.000      | 0.006     | 0.001      |

### 2.2 两组随访期间复发率对比

观察组随访 6 个月期间未出现复发者，复发率为 0.00%；对照组随访期间出现复发 2 例，复发率 5.26%，两组复发率对比有显著差异 ( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

通常将腹膜炎定义为脏层腹膜或壁层腹膜出现炎症现象，主要由于细菌感染、物理及化学因素的引发。目前，腹膜透析成为治疗慢性肾损伤的重要治疗方法，但是因为其治疗时间长，所以导致腹膜感染的发生比率增加，严重影响患者的生活质量。结核性腹膜炎疾病的病程时间较长，同时患者治疗期间需要频繁的

进行腹腔引流穿刺等操作，为了提升患者临床疗效并降低相关并发症风险，需要配合科学的护理干预。优质护理是临床中的科学护理模式，将患者作为护理服务的核心，结合患者护理需求为其提供高质量的针对性护理[4-5]。从本次研究结果来看，观察组通过采取优质护理，该组总体疗效高于对照组，同时随访期间复发率明显低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。这提示，通过采取优质护理，有助于提升结核性腹膜炎的临床疗效，并且能够控制患者治疗后的复发风险。综上，针对结核性腹膜炎患者治疗期间配合优质护理，有助于提升患者临床疗效并降低复发风险。

### 结束语

综上所述，为结核性腹膜炎患者提供临床护理时，采取优质护理服务，可明显提高临床护理满意度，改善患者生活质量，并降低复发率，具有较好的临床应用效果。

### 参考文献 (略)

## 肺结核护理中完全管理模式的实施分析

贺燕

作者单位：山西省太原市第四人民医院,山西 太原 030053

**摘要：**目的 针对肺结核患者的护理工作进行了分析，探讨完全管理模式在肺结核患者护理中的应用效果。方法 在具体开展研究之前，需要选择 50 名肺结核患者，对这些患者进行分组和比较，两组肺结核患者所使用的管理模式不同，分别是常规管理模式和完全管理模式，对比和比较的指标有痰涂片的转阴率以及相关行为。结果 在遵医行为以及痰涂片转阴率方面，完全管理模式占有优势。结论 把完全管理模式应用到肺结核患者的护理工作中，能够有效的提升患者的转阴率以及遵医行为，从而保证治疗护理效果。

**关键词：**肺结核疾病；护理工作；护理模式；分析

### 引言

临床上在对肺结核患者进行治疗时，往往会面临着比较高的治疗难度，在此过程中要保证治疗方案以及护理服务具有科学合理性，相关方案的制定要充分的考虑肺结核患者的耐药性，确保有效的把控以及改善患者的病情。为了更好的对完全管理模式的应用效果进行探讨，选择了 50 名肺结核患者作为研究对象，对相应的指标进行了分析和比较，具体内容如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

参与本实验的肺结核患者均满足相关标准，首先不存在精神方面的障碍，都要清晰的认知和意识，其次，都被人查确诊为患有肺结核疾病。最后，这些患者都知晓本次实验，签署了相应的志愿书。这些患者的年龄、性别、病程等一般资料不具有统计学意义。对于患有其他严重疾病的患者给予了排除。

#### 1.2 方法

在对肺结核患者实施护理管理时，首先要做相应的药物试验，在此过程中要选择 4 种以上的抗结核药物，在此基础上，制定科学合理的治疗以及护理方案，在此过程中要针对患者进行相应的指导，确保其适当的饮食和运动，保证用药合理。在对肺结核患者实施完全管理模式时，要注意以下内容：首先要建立相应的小组，在建立过程中要以科室为单位，所选择的组员要具备相应的专业素养，如果护理人员的资历比较高，那么可以作为整个组的组长。重视对小组成员的有关技能进行评估和考核，可以根据实际情况开展相应的培训，保证肺结核患者得到专业的护理，护理人员能够借此提升自身的护理技能，掌握有关肺结核护理的知识，在此过程中，要针对完全管理护理工作开展相应的培训，护理人员要根据患者的身体状况以及依从性，写相应的管理报告，并且对具体的护理内容进行规划。其次，要针对患者的药物使用状况，开展安全管理工作，在此过程中，护理人员要把药物的具体使用方法告知患者，并且注意沟通方式。确保工

程在日常生活中也能够意识到,药物服用的重要性,要嘱咐家属监督患者用药。部分药物在服用过程中会产生相应的不良反应,为了防止出现恐惧的心理,要向患者讲述药物的具体使用方法以及可能出现的不良反应情况。在护理过程中,如果患者病情出现了变化,那么及时的进行反馈,确保主治医生了解病情的具体变化状况,这样才能够保证制定出科学合理的治疗方案,从而使患者的病情得到改善。再次,要针对患者的表情,开展相应的监测工作。肺结核疾病的症状一般情况下是一样的,但是患者的病情以及生理上的心理上的状况不一样,所以用药的依从性和效果存在差异,在对肺结核患者进行临床治疗时,要考虑到这些状况,并且定期指导患者进行血常规检测、痰涂片复查、胸部 X 线检查。医护人员要对具体的检测结果进行分析,然后再对管理方案进行科学合理的调整,确保护理工作的开展具有一定的作用和效果。除此之外,护理人员还要对患者的具体认知水平进行了解和掌握,然后制定科学合理的肺结核知识宣教方案,在此过程中,护理人员要具备一定的耐心,确保患者了解和掌握有关肺结核的知识,最好做到面对面交流,这样才会具有一定的效果,宣教的内容要包括肺结核疾病的患病机理以及治疗手段,为了使患者重视该疾病,要向患者讲述该疾病的症状以及危害,为了使患者做好预防和防护工作,要向患者讲述肺结核疾病的传播途径以及具体的防护措施。肺结核患者会咳出痰液,护理人员要指导患者或者是家属正确的进行处理,做好消毒工作,宣教工作的开展对象不仅仅面向患者,还要面向家属。最后,患者在出院之后,也要开展相应的管理工作,做好院外管理。患者在出院之前,护理人员要与患者及其家属进行相应的交流,告知他们护理康复工作的注意事项,使患者及其家属重视遵医的重要性,按时定量的服用药物,指导患者食用清淡的食物,补充相应的维生素等营养物质,对于一些油腻的食物要禁止食用。为了方便患者之间以及护患之间有良好的沟通和交流,可以建立相应的群组,这样就可以在手机上进行询问和指导,从而帮助患者进行正确的护理和休养,在此过程中,护理人员要重视询问和监督患者的用药情况。

### 1.3 观察指标

对肺结核疾病患者的主要观察指标是遵医行为以及痰涂片的转阴率,一般情况下是在护理工作开展半年之后,对有关指标进行观察和对比。

### 1.4 评价标准

为了评价工作的准确,要制定相应的调查表,在制作过程中,要考虑到多项指标和行为,并且制定相应的评价分数。分数与遵医行为成正比。

### 1.5 统计方法

为了保证数据分析的精准,要选择专业的软件以及表示方法,与此同时,要进行相应的检验工作。

## 2 结果

### 2.1 遵医行为

对于肺结核患者遵医行为的具体比较指标和参数可以参见表 1。

表 1

| 组别  | 按时按量用药   | 按时病情检测   | 安全用药     | 正确消毒     | 遵医行为     |
|-----|----------|----------|----------|----------|----------|
| 观察组 | 23.7±0.3 | 23.3±0.1 | 23.0±0.5 | 23.1±0.6 | 97.5±1.3 |
| 对照组 | 17.5±0.5 | 17.0±0.7 | 17.6±0.9 | 17.3±0.8 | 82.9±2.0 |
| t 值 | 53.164   | 44.547   | 26.4224  | 29.000   | 30.603   |
| P 值 | 0.000    | 0.000    | 0.000    | 0.000    | 0.000    |

### 2.2 痰涂片转阴率

对于肺结核患者的痰涂片转阴率的比较,对相关数据进行了计算,最终得出:完全护理管理一组的痰涂片转阴率比另外一组高出 24%。差异具有统计学意义。

## 3 讨论

部分肺结核患者对部分药物具有一定的耐药性,例如异烟肼以及利福平等,这些药物都属于抗结核药物。肺结核患者一旦出现耐药性,那么就会增加治疗的难度,在治疗过程中,患者的病情不仅不会好转,还会出现加重的现象,在此过程中还存在着治疗管理方面的问题,管理人员没有做好监督管理工作,所以患者的病情没有得到很好的控制。完全管理模式具有一定的综合性,属于新型的护理服务,在此过程中,

要充分的考虑到患者的具体状况，然后制定相应的管理方案。在具体治疗过程中，护理人员要重视患者的服药问题，做好指导监督工作，避免出现药物服用错误的情况，最大限度的保证用药的安全性和有效性。安全护理模式在具体开展过程中能够实现延续护理，即使是在家里也能够得到有效的护理，这样就能很好的控制病情，提升用药的依从性以及痰涂片的转阴率，对于患者的康复有着积极的影响。患者在完全管理模式下能够保证用药的准确，病情状况也能够及时的得到掌握，消毒处理工作的开展也能得到保障。患者接受了半年的完全管理之后，痰涂片转阴率有了大幅度的提升，在此过程中，患者积极的与完全管理模式相配合，所以病情得到了很好的掌控。在完全管理模式下，护理工作更加的全面和精细，患者能够得到延续护理，护理工作的内容也不再单一，服务干预更具科学性，患者也能够积极的配合治疗和护理，从而使自身的用药意识得到提升，这对患者病情的稳定恢复有着积极的影响。

结束语

由以上可知，在对肺结核疾病患者进行护理时，完全管理模式具有很好的推广和应用价值。

参考文献（略）

## 颈淋巴结结核病灶清扫术后并发症护理

夏倩

作者单位：重庆市公共卫生医疗救治中心

**【摘要】** 颈淋巴结结核病灶清扫术对于患者来说是一次重大的医疗经历，手术后护理对患者的康复和预后至关重要<sup>[1-3]</sup>。本文旨在探讨颈淋巴结结核清扫术后并发症的护理策略。通过对颈淋巴结结核清扫术的重要性、常见并发症及其原因分析，提出了一系列针对性护理措施与策略。同时，强调了预防措施和健康教育的重要性<sup>[4]</sup>。文章还指出了当前护理过程中存在的问题，并提出了改进方向。最后，总结了做好颈淋巴结结核病灶清扫术患者围手术期并发症预防及护理对提高临床治疗效果和患者安全的重要意义。

**【关键词】** 颈淋巴结结核病灶清扫术 术后并发症 护理策略 预防措施 健康教育

### 1. 研究背景

颈淋巴结结核病灶清扫术在颈淋巴结结核疾病的临床诊断和治疗中具有重要地位。然而，术后患者可能面临多种并发症，如感染、出血、声音嘶哑、积液、面部肿胀、神经损伤、呼吸道梗阻、甲状旁腺损伤以及肩部功能障碍等，这些并发症不仅影响患者的恢复进程，还可能对患者的生命安全造成威胁<sup>[5]</sup>。因此，探讨颈淋巴结结核病灶清扫术后并发症的护理策略具有重要意义。

### 2. 常见术后并发症及其原因分析

#### 2.1 感染

感染<sup>[4]</sup>是颈淋巴结结核病灶清扫术后最常见的并发症之一，主要由术中污染、术后切口护理不当等原因引起。感染可导致切口红肿、疼痛、发热等症状，严重时可导致败血症等严重后果。

#### 2.2 出血

出血是术后常见的严重并发症之一，主要由术中止血不彻底、术后血压升高或凝血功能障碍等原因引起<sup>[1]</sup>。出血可导致切口渗血、血肿等，严重时可危及患者生命。

#### 2.3 声音嘶哑

声音嘶哑是颈淋巴结清扫术后常见的并发症之一，主要由喉返神经损伤引起<sup>[1]</sup>。喉返神经是控制声带运动的重要神经，损伤后可导致声带运动障碍，从而引起声音嘶哑。

#### 2.4 乳糜漏

局部积液的发生率约为 1%~6%，与术后残留死腔有关。乳糜漏是较为严重的并发症，发生率为 2%~8%，表现为引流量大且多呈乳白色不透明液体<sup>[5-9]</sup>。

## 2.5 面部肿胀

术后常见的症状之一，通常与淋巴系统的损伤有关<sup>[3]</sup>。

## 2.6 神经损伤

包括喉返神经损伤、面神经损伤等，可能导致声音嘶哑、吞咽困难或面部麻木<sup>[7,10]</sup>。

## 2.7 呼吸道梗阻

术后可能会出现呼吸道梗阻的情况，需要及时处理。

## 2.8 甲状旁腺损伤

导致一过性或永久性低钙血症，影响患者骨骼健康。

## 2.9 肩部功能障碍

由于副神经损伤，患者可能出现肩关节活动受限、疼痛等问题<sup>[11-12]</sup>。

## 3. 针对性护理措施与策略

### 3.1 感染护理

密切观察切口情况，观察有无渗血、渗液，保持引流管通畅，发现红肿、疼痛、发热等症状及时报告医生<sup>[13]</sup>。严格执行无菌操作，保持切口干燥清洁，避免污染。根据医嘱使用抗生素，控制感染<sup>[2]</sup>。

### 3.2 出血护理

密切观察切口渗血情况，发现异常及时报告医生。保持患者血压稳定，避免血压升高导致出血加重。根据医嘱使用止血药物，必要时行二次手术止血<sup>[3]</sup>。

### 3.3 声音嘶哑护理

评估患者声音嘶哑程度，提供必要的心理支持。指导患者进行声音康复训练，促进声带功能恢复。必要时使用助听器等辅助设备，改善患者生活质量<sup>[14]</sup>。

### 3.4 积液护理

可通过密切观察、针吸积液和负压引流液颜色、性状、量。对乳糜漏患者进行严密观察，控制饮食，补充营养，必要时进行负压吸引和加压包扎，对保守治疗无效时进行手术治疗者做好术后护理<sup>[10]</sup>。

### 3.5 面部肿胀护理

可通过保持头部抬高，促进淋巴液回流，避免长时间低头或躺平。使用加压包扎，减轻组织水肿。进行局部按摩，促进血液循环<sup>[2]</sup>。

### 3.6 神经损伤护理

术后应密切观察患者的神经功能变化，如感觉异常、运动功能受限等。对于已发生的神经损伤，应采取积极的治疗措施，遵医嘱正确使用神经营养药物、抗炎药物等，以促进神经再生和减轻炎症反应，必要时配合物理治疗如按摩、针灸等减轻疼痛和改善神经功能，同时要注意保护受损神经区域，避免过度牵拉或压迫<sup>[1,10,12]</sup>。

### 3.7 呼吸道梗阻护理

保持呼吸道通畅，及时吸出呼吸道分泌物，防止喉水肿的发生。在严重呼吸道梗阻时考虑使用气管切开或气管插管<sup>[10]</sup>。

### 3.8 甲状旁腺损伤护理

对于低钙血症患者，应给予钙剂和维生素 D 补充，以纠正低钙血症。针对手足抽搐患者，应加强肢体按摩、保暖等护理措施，减轻患者痛苦<sup>[15]</sup>。

### 3.9 肩部功能障碍护理

加强对患者的日常护理，如定时翻身、协助活动等，以减少对肩部的压力和损伤。根据患者具体情况，制定个性化的运动疗法计划，包括关节活动度训练、肌力训练等，以促进肩部功能的恢复。可配合热疗、电疗、超声波等理疗手段，以缓解疼痛、促进血液循环和肌肉松弛。指导患者调整日常姿势，如坐姿、站姿等，以减少对肩部的压力和损伤。根据患者需要，建议使用肩部支具、护具等，以减轻肩部负担并保护肩部功能。遵医嘱正确给予消炎止痛、营养神经等药物治疗，以缓解患者疼痛和不适<sup>[11-12]</sup>。

## 4. 预防措施与健康教育

#### 4.1 预防措施

术前对患者进行全面评估，了解患者病史、手术史等信息。加强术中操作规范，确保手术安全。术后密切观察患者病情变化，及时发现并处理潜在并发症。

#### 4.2 健康教育

对患者进行术前宣教，使患者了解手术目的、风险及注意事项。告知患者术后可能出现的并发症及应对方法。指导患者进行正确的饮食、休息和锻炼，促进康复。

### 5. 存在问题与改进方向

当前医院在执行颈淋巴结清扫术患者护理过程中仍存在问题，如护理人员专业知识不足、护理设备不完善等。应加强护理人员培训、引进先进护理设备等。

#### 结论

做好颈淋巴结清扫术患者围手术期并发症预防工作及采取正确有效护理措施对提高临床治疗效果及保障患者安全具有重要意义。通过加强护理人员培训、完善护理设备等措施，可以进一步提高护理质量，降低并发症发生率，为患者提供优质的护理服务，提高患者满意度和生活质量。

#### 参考文献（略）

## 心理护理干预在纤维支气管镜检查中的应用

侯爱芬

作者单位：太原市第四人民医院非结核分枝杆菌科

**【摘要】** 目的：探讨心理护理干预在纤维支气管镜检查中的作用。方法：将 2015 年 4--7 月作者所在科住院的 286 例纤维支气管镜检查患者随机分为两组，对照组按常规检查，实验组在常规检查的基础上实施有针对性的护理干预。结果：实验组在纤维支气管镜检查中焦虑、抑郁、紧张、恐惧等的发生率低于对照组（ $P < 0.06$ ），并且术后并发症如恶心呕吐、喉头水肿、咯血的发生率较对照组明显降低，差异有统计学意义（ $P < 0.06$ ）。结论：对纤维支气管镜检查患者进行护理干预可以消除患者对纤维支气管镜检查的恐惧心理，加强患者在术中的配合程度，提高检查成功率，减少并发症，提高满意度。

**【关键词】** 恐惧心理；心理护理；满意度

纤维支气管镜检查广泛应用于临床，是诊断、治疗肺部疾病的一种极其有效手段[1]；其检查直观且准确，治疗直接而有效；它对肺部疾病的诊断和治疗起着举足轻重的作用。纤维支气管镜检查安全、可靠、创伤小，很多疾病可以利用纤维支气管镜进行活检明确病因，也有很多肺部疾病可在纤维支气管镜直视下做微波、扩张、灌洗和局部注药等治疗，从而缩短住院天数，减少住院费用。但是，此项检查是一种有创性操作，镜身的刺激会使患者出现应激性咳嗽、疼痛，而且有一些严重的并发症，甚至会引起死亡[2]。在检查过程中，患者常因紧张、恐惧、焦虑等情绪的出现导致术中的镜检和治疗难以完成，甚至术后出现恶心呕吐、呛咳、声嘶、咯血等不适感，从而影响对疾病的诊治。因此，充分做好操作前后的心理护理，提高患者的心理应对能力，使其能够顺利地完纤维支气管镜检查和治疗是十分必要的。2015 年 4-7 月笔者对行纤维支气管镜检查的 296 例患者采取系统的护理干预措施，明显提高了检查成功率、减少了并发症的发生，现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 286 例，男 180 例，女 106 例，平均年龄（ $39 \pm 1.3$ ）岁。患者多为咯血、肺结核、肺结节、肺部疾患待查等疾病，所有患者均需采取纤维支气管镜检查协助诊断。将患者随机分为实验组和对照组各 148 例，两组患者年龄、性别、病种及病情比较差异无统计学意义（ $P > 0.06$ ），具有可比性。

#### 1.2 方法

### 1.2.1 对照组采取常规护理。

1.2.2 实验组常规护理基础上采取心理护理干预。心理护理干预方法：在纤维支气管镜检查前，由责任护士主动、耐心、细致地向患者解释检查的目的，使患者充分理解检查的必要性；详细介绍支气管镜检查的方法、安全性，取得了解与配合；说明可能会引起的不适及配合注意事项，及时解答患者提出的各种问题，并通过护士良好的语言、表情、态度和行为去影响和改变患者的心理状态，以减轻患者不必要的精神压力，及时消除不利于检查的各种心理反应，尽量使患者精神放松，减轻焦虑、恐惧感，促使其达到接受检查和治疗所需的最佳身心状态，使患者积极配合检查，提高成功率[3]。在纤维支气管镜检查过程中，随时做好心理护理，指导患者深呼吸或数自己的呼吸次数，以分散其注意力。当患者过度紧张时护理人员可以握住患者的手或把手放在其额部，以给予其精神上和心理上的支持，这样患者能更好放松身体，配合检查。在纤维支气管镜检查术后询问患者有无不适，告知术后注意事项。向患者说明术后可能出现鼻腔咽喉不适、疼痛、鼻衄、声嘶、头晕、胸闷、吞咽不畅等不适，休息后可逐渐缓解。应及时做好解释工作，减少患者的疑惑，稳定患者情绪。向患者交代术后 2 h 内禁食水，因为在麻醉作用未消失时进食容易误入气管而致呛咳，严重时甚至因窒息致死。嘱患者少说话多休息，2 h 后可试进食小量温凉半流质食物，如无异常方可正常进食，以清淡，细软食物为主。1 周内不要做太用力的咳嗽，使声带尽快恢复。1.3 观察项目观察两组患者在纤维支气管镜检查中干预前后焦虑（采用焦虑自评量表 SAS）、抑郁（采用抑郁自评量表 SDS）、紧张（参照 OSI-R 量表中的个人紧张反应问卷 PSQ）、恐惧（参照负面评价恐惧量表 FNES）等情绪状况变化及恶心呕吐、喉头水肿及咯血等并发症发生率情况。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS 11.0 软件包进行统计分析，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用 t 检验，并发症发生率的比较采用多组等级资料比较的秩和检验，以  $P < 0.06$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组患者在护理心理干预前、后的情绪状况和干预后并发症评分比较：对实验组进行心理干预，发现干预后该组患者的焦虑和抑郁、紧张、恐惧水平较干预前有明显下降，差异有统计学意义 ( $P < 0.06$ )，而对照组干预前后无明显变化 ( $P > 0.06$ )，并且实验组干预后各种情绪较对照组干预后水平下降，差异有统计学意义 ( $P < 0.06$ )，见表 1。心理干预前后实验组恶心呕吐、喉头水肿、咯血等并发症症状的发生率均下降，差异有统计学意义 ( $P < 0.06$ )。两组患者干预后并发症发生率比较见表 2。

## 3 讨论

纤维支气管镜检查是呼吸内科诊断和治疗肺部疾病的重要方法之一，它能使很多疾病明确病因，也使很多肺部疾病得到了有效治疗[4]。由于对纤支镜检查的认识不足以及听别人过多谈论纤支镜检查的不适等，使患者对检查有惧怕心理，表现为焦虑、紧张、失眠甚至拒绝检查。在检查过程中由于咽喉不适和恶心等反应，加上患者的配合不当，可能导致操作无法正常进行，并且增加了并发症的发生。

本研究显示，在纤维支气管镜检查中给予心理护理干预组的紧张、恐惧、恶心呕吐、喉头水肿、咯血的发生率较对照组明显降低，充分说明了及时的心理护理可明显减轻患者的心理负担，消除恐惧、紧张心理，促使患者从检查的不适感中尽快恢复过来。对于患者最关心的检查结果与诊断，遵从保护性原则，酌情向患者解释检查情况，同时介绍同种疾病患者康复较好的实例，消除其思想顾虑，增强治疗的信心。护理干预能使患者主动有效配合，使检查顺利进行，为纤维支气管镜检查患者所期望和需要[5]。心理护理不同于心理治疗和咨询，它是一种经常性的可以每天进行的护理行为，只要建立了信任和谐的护患关系，再配合必要的耐心和技巧，就能调动起患者的主观能动性，使其积极主动地做好自我心理准备，配合检查，保证操作过程中的心理稳定，减少并发症[6]。

随着生物-心理-社会模式的提出，整体护理理论体系的日臻完善，舒适护理应作为整体化护理艺术的过程和追求的结果[7]。舒适护理使接受护理的人达到最愉快的状态，缩短或降低其不愉快的程度，目的是使患者身心处于最佳状态，以便更好的配合治疗，促进早日康复。目前舒适护理已广泛的应用于临床各方面，其深远的作用已被认可[8]。其在医院中的深远意义及功能并不亚于医疗技术及先进设备，受到的重视程度已被医学界广泛认可，舒适护理的重要性是护士将获得的知识内化后，自觉的给予患者情感付出。Lininger[9]认为护理即是关怀，没有关怀就谈不上护理。心理舒适需求中服务态度始终是患者的首选[10]。

心理护理干预在纤维支气管镜检查中十分必要的，值得临床广泛应用。

参考文献（略）

## 心理护理对肺结核病病耻感的影响

武雅静

作者单位：山西医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院非结核分枝杆菌科

### 【摘要】

目的：分析心理护理对肺结核患者产生的影响。方法：本研究中选取的对象是从年月到年月在我院接受治疗的名肺结核患者，随机将他们分成人数相等的两个小组，其中研究组采取心理护理的措施，而常规组采取常规护理的措施，分析两种护理措施的效果。结果：分析护理满意度的相关数据可以得知，研究组对医护人员及工作更加满意，护理的效果也更加出色，数据差异在统计学上具有实际意义。而分析心理状态的相关数据可以得知，研究组患者得病后感到自卑的情况更少，数据差异在统计学上具有实际意义。结论：心理护理措施对于肺结核患者的治疗护理效果非常显著，能够使得医患关系保持一个较为缓和的状态，也能让患者不再为自己的病痛而感到焦虑和愧疚，在临床治疗护理中的实践运用价值较大。

在临床中，肺结核是一类患病率较高的病症，支气管炎患者发病时若为及时得到救治，病情会逐渐加重，并最终发展为肺结核[1]。临床实践表明，肺结核患者患病期间会产生病耻感，不愿与他人接触，产生自我封闭、焦虑等消极心理，所以具体可行的心理护理措施能够让肺结核患者康复的概率大大增加，保证其内心始终处于一个较为稳定的状态[2]。因此本研究选取 180 例肺结核患者作为研究对象，以此分析心理护理措施的效果，期望为临床诊疗工作提供借鉴，现将研究资料汇报如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本研究中选取的对象是从年月到年月在我院接受治疗的名肺结核患者，随机将他们分成人数相等的两个小组，每组中有名患者。其中研究组中患者的性别分布为男性名，女性名，年龄分布在岁之间，均龄保持在（）岁的范围。而常规组中患者的性别分布为男性名，女性名，年龄分布在岁之间，均龄保持在（）岁的范围。通过比对分析患者的性别和工作性质等基础性数据发现，不同组别间的数据存在的差异在统计学上没有实际意义，因此可以用来比对研究。

#### 1.2 方法

常规组采取常规的护理措施，而研究组采取心理护理措施，具体的护理涵盖以下方面：①心理护理。肺结核患者的治愈通常需要很长的一段时间，且治疗后多种因素会对患者的病情产生影响，导致患者疾病复发，所以他们出现内心恐慌和焦虑等负面心理的可能性大大增加，此时就需要医护人员对他们进行心理疏导和思想干预，及时沟通交流，消除他们在治疗中所出现的负面情绪。②健康教育。因为患者及其亲属对这类病的认知较少，所以就会在治疗护理过程中有一定的抵抗心理，不能积极主动配合治疗护理，这就要求医护人员对他们开展必要的健康教育，介绍该病症的相关知识，普及一些成功的治疗案例，增强患者对医护人员及护理措施的自信，并提升治疗依从性。

#### 1.3 观察指标

分析两组患者的病耻感，包括患者与他人刻意保持距离、不愿与他人接触、他人贬低以及自我贬低等心理。分析两组患者的治疗有效率。运用本院自拟的调查问卷对两组患者的护理满意度进行调查，分数越高，患者的满意度越高。

### 2 讨论

临床治疗过程中发现，肺结核患者治愈所需要的时间更长久，且容易受到各种危险因素的影响，这就

大大增加了疾病复发的可能性，因此患者出现心理抑郁和思想恐慌的概率增大，同时也导致患者很容易出现愧疚的心理，因此在临床治疗护理过程中，要采取切实可行的护理措施，提升护理质量，提升患者的满意度[3]。

本研究表明，研究组患者对于医院治疗护理的满意度高于常规组，而且治愈的概率更大，消极心理的评估分值更低，数据的差异在统计学上具有实际意义。因此，心理护理措施对于患者的治疗效率更高，对于患者心理状态的改善和负面情绪的消除有着积极的作用，这大大增加了患者康复的自信心，也能够提升患者对护理的满意度，起到改善医患关系的作用。

### 3 小结

综上所述，为肺结核患者实施心理护理，能够明显减轻患者的病耻感，对康复充满信心，大大增加了患者治愈的效率，在临床上具有很高的价值。

### 参考文献（略）

## 综合性护理干预在多重耐药性肺结核患者中的应用效果分析

罗秀丽

作者单位：山西医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院 非结核分枝杆菌科 030053

**【摘要】目的：**探讨多重耐药性肺结核(MDR2TB)患者实施综合性护理干预的效果。**方法：**选取 2022 年 12 月至 2024 年 2 月收治的 MDR2TB 患者 100 例，随机分为观察组和对照组各 50 例，对照组采取常规护理，观察组给予综合性护理，对比效果。**结果：**观察组 SAS 评分、住院时间、咳嗽时间均低于对照组 ( $P<0.05$ )；观察 ADL 评分、满意率及生活质量评分均高于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论：**综合性护理干预可有效改善 MDR2TB 患者的临床症状，提升生活能力。

**【关键词】**多重耐药性肺结核；生活质量；综合性护理干预；满意度；焦虑情绪

结核病属于慢性传染性疾病，该病是因为结核分枝杆菌导致的。结核病会对多个脏器侵袭，其中最常见的是肺部结合感染。初期感染结核菌其临床症状并不显著，在其抵抗力降低等原因的影响下会出现显著表现。相关的调查数据指出[1]，肺结核的发病率出现了一定程度的增加，人们对此的关注度也是越来越高。肺结核的治疗属于一项复杂的事件，患者应该服用较多药物，进而使其依从性显著降低，乃至某些患者未遵医嘱则擅自加减或停药。因为患者未合理用药而将多重耐药性肺结核(MDR2TB)患者的人数明显增加，使得治疗难度增加。为了从根源将病情发展遏制，应该将固守的观念转变，同时实施合理的护理措施。本文分析综合性护理干预对 MDR2TB 患者的影响，如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 临床资料

选取 100 例 MDR2TB 患者(2022 年 12 月至 2024 年 2 月)纳入研究，随机分为观察组 50 例，男 26 例，女 24 例，平均年龄( $46.71\pm 2.00$ )岁；对照组 50 例，男 27 例，女 23 例，平均年龄( $45.93\pm 1.14$ )岁，两组资料对比 ( $P>0.05$ )。

#### 1.2 方法

对照组：常规护理。观察组：综合性护理，包括：(1)心理护理。MDR2TB 患者常常存在焦虑、恐惧等负面情绪，常觉得悲观，没有积极的治疗态度，易发生严重并发症。所以，护理人员需要对患者病情积极了解，多多的开导、关心患者，积极和其交流，得到患者信任，促使其负面情绪消除。另外，某些严重悲观情绪的患者存在轻生想法，护理人员应该增加巡视次数而避免意外事件的出现，也要保持诚恳的态度对患者进行开导和鼓励，让其存在治疗信心。(2)饮食护理。护理人员需要采取合理、科学的理论知识对患者的饮食指导，要多餐少食，不可食用粗糙、坚硬食物，在其病情好转或恢复后再食用正常饮食。(3)用药护

理。教会患者实施自我观察，让其了解疾病的体征、症状和药物的副作用，在用药期间需要对药物具有的异常情况高度重视，若发现应该马上告诉医护人员进行处置。

### 1.3 观察指标

临床指标：住院时间、咳嗽时间、ADL 评分[2](生活自理能力量表，分数越高表示自理能力越强)、SAS 评分[3](焦虑自评量表，分数越高表示焦虑情绪越严重)；满意度：满意、一般满意、不满意；生活质量：SF-36 评价，分数越高表示生活质量越好。

### 1.4 统计学处理

SPSS18.0 分析数据， $P < 0.05$  统计学成立。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床指标比较

组间对比( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床指标对比 (  $\bar{x} \pm s$  )

| 分组  | 例数 | SAS 评分(分)  | ADL 评分(分)  | 咳嗽时间(d)   | 住院时间(d)    |
|-----|----|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组 | 50 | 42.30±3.90 | 62.86±6.01 | 3.24±0.97 | 7.80±3.51  |
| 对照组 | 50 | 50.22±6.30 | 50.76±2.66 | 6.22±3.01 | 12.54±2.15 |
| t 值 |    | 5.201      | 6.302      | 5.401     | 6.205      |
| P 值 |    | <0.05      | <0.05      | <0.05     | <0.05      |

### 2.2 两组患者满意度比较

观察组：满意 38 例(76.00%)、一般满意 10 例(20.00%)、不满意 2 例(4.00%)，满意率 96.00%(48/50)。

对照组：满意 28 例(56.00%)、一般满意 12 例(24.00%)、不满意 5 例(10.00%)，满意率 90.00%(45/50)。

组间对比具有统计学意义( $\chi^2=13.502$ ,  $P < 0.05$ )。

### 2.3 两组患者生活质量评分比较

护理前：

观察组：物质生活状态评分(46.24±3.58)分、心理功能评分(36.66±3.97)分、社会功能评分(41.35±4.21)分、躯体功能评分(38.40±3.98)分。

对照组：物质生活状态评分(47.01±3.66)分、心理功能评分(36.83±3.91)分、社会功能评分(40.92±4.19)分、躯体功能评分(39.26±4.07)分。

组间对比( $t=0.521$ 、 $0.321$ 、 $0.412$ 、 $0.632$ ,  $P > 0.05$ )。

护理后：

观察组：物质生活状态评分(54.66±5.21)分、心理功能评分(54.23±4.26)分、社会功能评分(52.68±6.73)分、躯体功能评分(56.20±6.67)分。

对照组：物质生活状态评分(49.96±4.73)分、心理功能评分(48.20±3.35)分、社会功能评分(45.55±6.20)分、躯体功能评分(45.96±6.60)分。

组间对比( $t=5.203$ 、 $6.325$ 、 $4.802$ 、 $6.552$ ,  $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

结核病的传染性较强，且存在缓慢的病程进展，对人们的身心健康存在严重影响。近几年，临床对于该病采取了较多措施，且在不同程度上控制此病的出现，但是某些患者在多种因素的影响下很难提升临床治愈率，进而增加了 MDR2TB 患者。有资料指出[4]，MDR2TB 患者常存在心理障碍，降低治疗依从性及疗效，从而发生不能顺利实施护理的情况。现阶段医学护理已经向着更全面、更专业的方向发展，但是常规护理存在一定的不足之处，对于社会发展的脚步已经不能跟随[5]。综合性护理是将常规护理进行优化，建立一定的护理管理制度，提高护理质量，使得患者更快的恢复健康

本研究结果表明，综合性护理存在良好的干预效果，是因为综合性护理是结合患者的具体情况而实施相应的干预措施，如采取心理护理，大部分的 MDR2TB 患者都存在一定程度的负面情绪，不但影响其治疗信心，同时也会在不同程度上影响其临床疗效，实施心理疏导，改善不良情绪，促进疗效提升；饮食干

预测是保持患者获得充足营养，提升机体免疫力而缩短康复时间；用药护理则可以保证患者定时定量用药，同时知晓药物可能出现的不良反应，及时发现且及时处理，确保患者安全及疗效。

总而言之，对于 MDR2TB 患者来讲，对其采取综合性护理可将其临床指标均明显改善，同时让患者对护理更加满意，且生活质量显著提升，价值较高，值得推广应用。

参考文献（略）

## 纤维支气管镜下给药治疗支气管内膜结核的护理效果评价

岳继花

作者单位：太原市第四人民医院（山西医科大学附属肺科医院）内一科，山西太原 030053

**【摘要】** 目的：研究分析支气管内膜结核纤维支气管镜下给药的护理干预措施及实施效果。方法：2021 年 8 月 1 日至 2022 年 10 月 31 日 70 例患有支气管内膜结核采取纤维支气管镜下给药治疗患者纳入，实施奇偶数法分配，常规组开展基础护理，观察组实施治疗期护理，效果、作用分析。结果：与常规组比较，观察组经由治疗期护理干预后，患者纤维支气管镜下给药治疗相关指标项用时短（ $P < 0.05$ ），治疗中各时间点生命体征无明显波动，较常规组患者生命体征稳定（ $P < 0.05$ ），观察组患者治疗后，治疗后并发症发病率得到较为有效控制（ $P < 0.05$ ），观察组较常规组痰菌转阴率良好（ $P < 0.05$ ）。结论：纤维支气管镜下给药治疗支气管内膜结核患者，在其疾病治疗中予以其治疗期护理做临床护理干预，患者疾病治疗安全性、疗效等均可得到保障。

**【关键词】** 纤维支气管镜下给药；支气管内膜结核；护理效果

支气管内膜结核属结核疾病范畴，是由结核分枝杆菌感染支气管内膜所导致，因发病于呼吸道，因此病症反应以咳嗽、咳痰、发热、盗汗、气道阻塞、呼吸困难、气喘等为主，且随病情发展，除导致病症反应加重外，结核分枝杆菌侵蚀支气管内膜加剧，同时菌种对于肺部产生影响，进而可诱发支气管管壁软化塌陷、肺不张、胸膜炎、支气管扩张症、气道阻塞等并发症，严重损害人体呼吸系统功能<sup>[1]</sup>。纤维支气管镜下给药对于支气管内膜结核具备明显治疗功效，相比传统治疗方式，纤维支气管镜下给药能够直接将药剂用于患处，因此疗效显著，且用药剂量相对较少、疾病治疗时效性高，于支气管内膜结核治疗中具有较高应用价值<sup>[2]</sup>。但以纤维支气管镜下给药治疗支气管内膜结核，患者于治疗中情绪状态，配合情况等普遍不佳，促使疾病治疗效果、安全性等不及预期，影响患者支气管内膜结核疾病康复。本次以 2021 年 8 月 1 日至 2022 年 10 月 31 日，70 例支气管内膜结核采取纤维支气管镜下给药治疗患者，做护理措施分析，探究护理服务实施效果，现报告如下。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2021 年 8 月 1 日至 2022 年 10 月 31 日 70 例患有支气管内膜结核采取纤维支气管镜下给药治疗患者纳入，实施奇偶数法分配，常规组所分入 35 例患者，男、女各 20 例、15 例，（ $57.58 \pm 4.28$ ）岁；研究组所分入 35 例患者，男、女各 19 例、16 例，（ $57.64 \pm 4.31$ ）岁；资料一致（ $P > 0.05$ ）。

#### 1.2 方法

常规组实施基础护理：

监护患者病情，行纤维支气管镜下给药治疗前，指导患者做相关准备。治疗中行生命体征监护，配合纤维支气管镜下给药治疗操作。治疗后告知患者注意事项，叮嘱其禁水禁食。患者治疗后机体状态有所恢复后，管理其做少量进食，随其恢复进程逐步调整至正常饮食。

研究组实施治疗期护理：

（1）治疗前：临床规划以纤维支气管镜下给药方式予以患者疾病治疗后，向患者告知治疗实施日期，

并指导其做相关准备,在此基础上,予以患者纤维支气管镜下给药治疗流程、操作方法、疾病治疗作用等讲解,同时就支气管内膜结核疾病危害、病因病机,纤维支气管镜下给药治疗预后情况等逐一实施宣讲。予以患者心理疏导,在治疗前,与患者做积极沟通,结合其倾诉内容实施干预,予以其人文关怀的同时,行精神鼓励,激励其建立康复信心。做治疗前准备,管理患者禁水禁食的基础上,协同家属管理患者做充分休息,促进其保持良好精神状态。

(2) 治疗中:患者实施纤维支气管镜下给药治疗当日,协助其做体位调整,根据其反馈信息做室内温湿度调整,建立静脉通路,做补液输注,对治疗所用仪器、设备等做功能检查,过程中与患者做沟通交流,做注意力引导,并对其做治疗中注意事项,所需配合等逐一进行说明。予以患者氧气供给,行麻醉后,积极辅助纤维支气管镜下给药操作的同时,根据操作进程指导患者予以配合,实施配合引导。关注患者纤维支气管镜下给药期间表情及行为反应,行安抚,并告知患者治疗进程,实施精神鼓励,以促进纤维支气管镜下给药治疗能够顺利完成。

(3) 治疗后:纤维支气管镜下给药治疗实施后,护送患者回到病房,告知患者及其家属治疗后注意事项,管理患者治疗后做充分禁水禁食,指导其卧床休息,患者反应有不适感受时,详细问询其不适感受类型、是否耐受,做针对性查验,分析成因,根据患者实际情况,予以其对症干预措施或协同临床给予患者治疗措施,维护其治疗后恢复及纤维支气管镜下给药治疗疗效发挥。

### 1.3 观察指标

纤维支气管镜下给药治疗相关指标项,纤维支气管镜置入用时、治疗总用时、患者治疗后咽喉部不适持续时间,住院时长等,做数据汇总。

患者治疗开展即刻、给药时、纤维支气管镜取出即刻,汇总其呼吸频率、心率、血氧饱和度等生命体征指标数据。

治疗后并发症发病率汇总。

治疗实施后患者痰菌转阴率统计。

### 1.4 统计学处理

本次研究支气管内膜结核纤维支气管镜下给药的护理干预措施及实施效果,统计学分析采用 SPSS21.0 版本软件,t 值、X 值分别检验计量资料、计数资料,以 ( $\bar{x} \pm s$ )、(n%) 方式表示,  $P < 0.05$ , 提示存在差异。

## 3. 结果

### 2.1 治疗相关指标

各项用时相比,均显示研究组用时短 ( $P < 0.05$ ),表 1。

表 1 支气管内膜结核患者治疗相关指标( $\bar{x} \pm s$ ) n=70

| 分组  | 案例 (n) | 纤维支气管镜置入用时 (s) | 治疗总用时 (min) | 患者治疗后咽喉部不适持续时间 (d) | 住院时长 (d)   |
|-----|--------|----------------|-------------|--------------------|------------|
| 常规组 | 35     | 23.40±2.19     | 12.36±2.17  | 5.29±1.40          | 15.44±2.18 |
| 研究组 | 35     | 18.91±1.48     | 10.02±1.25  | 3.97±1.15          | 13.06±1.72 |
| t   | -      | 10.0496        | 5.5279      | 4.3102             | 5.0706     |
| P   | -      | 0.0000         | 0.0000      | 0.0001             | 0.0000     |

### 2.2 生命体征

研究组患者较常规组患者生命体征更为趋向稳定 ( $P < 0.05$ ),表 2。

**表 2 支气管内膜结核患者生命体征( $\bar{x}\pm s$ ) n=70**

| 分组  | 案例 (n) | 呼吸频率 (次/分钟) |            |            | 心率 (次/分钟)  |            |            | 血氧饱和度 (%)  |            |            |
|-----|--------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 治疗开展即刻      | 给药时        | 纤维支气管镜取出即刻 | 治疗开展即刻     | 给药时        | 纤维支气管镜取出即刻 | 治疗开展即刻     | 给药时        | 纤维支气管镜取出即刻 |
| 常规组 | 35     | 16.45±2.33  | 14.35±1.47 | 18.35±1.63 | 81.42±5.35 | 70.35±3.29 | 86.30±2.94 | 92.42±2.60 | 87.52±3.06 | 94.35±2.71 |
| 研究组 | 35     | 16.24±2.75  | 15.91±1.20 | 17.24±0.78 | 81.57±5.46 | 79.50±2.41 | 82.52±3.26 | 92.79±2.93 | 90.40±2.99 | 91.40±3.04 |
| t   | -      | 0.3446      | 4.8635     | 3.6340     | 0.1160     | 13.2733    | 5.0941     | 0.5436     | 3.9825     | 4.2853     |
| P   | -      | 0.7314      | 0.0000     | 0.0005     | 0.9079     | 0.0000     | 0.0000     | 0.5884     | 0.0002     | 0.0001     |

### 2.3 治疗后并发症发病率

并发症发病情况，研究组相比常规组发病率低 ( $P<0.05$ )，表 3。

**表 3 支气管内膜结核患者治疗后并发症发病率 (n%)**

| 分组             | 案例 (n) | 喉咙痛       | 声音嘶哑       | 头晕        | 发病率        |
|----------------|--------|-----------|------------|-----------|------------|
| 常规组            | 35     | 2 (5.71%) | 4 (11.43%) | 2 (5.71%) | 8 (22.85%) |
| 研究组            | 35     | 1 (2.85%) | 1 (2.85%)  | 0 (0.00%) | 2 (5.71%)  |
| X <sup>2</sup> | -      | -         | -          | -         | 4.2000     |
| P              | -      | -         | -          | -         | 0.0404     |

### 2.4 痰菌转阴率

研究组经治疗后痰菌转阴率较高 ( $P<0.05$ )，表 4。

**表 4 支气管内膜结核患者痰菌转阴率 (n%)**

| 分组             | 案例 (n) | 7 天         | 14 天        | 21 天        | 24 天      | 转阴率         |
|----------------|--------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| 常规组            | 35     | 5 (14.28%)  | 10 (28.57%) | 10 (28.57%) | 0 (0.00%) | 25 (71.42%) |
| 研究组            | 35     | 10 (28.57%) | 12 (34.28%) | 11 (31.42%) | 1 (2.85%) | 34 (97.14%) |
| X <sup>2</sup> | -      | -           | -           | -           | -         | 8.7365      |
| P              | -      | -           | -           | -           | -         | 0.0031      |

## 3. 讨论

支气管内膜结核在临床就诊结核疾病患者中具有较高占比，因其发病于支气管，因此患者于患病后首要影响其呼吸系统功能，干扰其机体氧气摄入及组织器官供氧，从而于疾病发展进程中，人体多组织器官功能均将受累，引发多种类型并发症，造成人体生理机能损害<sup>[3]</sup>。纤维支气管镜下给药对于支气管内膜结核具有确切治疗作用，作为微创技术，纤维支气管镜经由患者鼻咽部置入患者支气管，经由成像系统能够清晰观察其支气管组织结构及黏膜组织，由此在明确支气管内膜结核对支气管组织结构影响情况的同时，定位病灶位置，从而于支气管内膜结核治疗中，针对性给药于患处，由此对患者病情做到确切治疗<sup>[4]</sup>。以纤维支气管镜下给药方式予以支气管内膜结核患者治疗，治疗的开展，能够有效控制患者病情，抑制病情进一步发展，且药物针对性作用于患处，在促进结核分枝杆菌侵蚀支气管内膜组织恢复的同时，可在短时间缓解患者病症反应，从而改善疾病对其呼吸系统功能影响。

通过对既往临床实施纤维支气管镜下给药治疗支气管内膜结核患者观察发现，在治疗中，多数患者存在依从性不佳、配合差，出现紧张、焦虑情绪等情况，分析原因，与纤维支气管镜下给药操作所具有侵入性、所致不适及患者对治疗措施认知不足、理解误区等有关，由此在治疗中影响其行为反应及情绪、心态，促使纤维支气管镜下给药在实施中出现用时长、安全性下降、患者不良体验等情况，对纤维支气管镜下给药在支气管内膜结核治疗中作用发挥造成干扰<sup>[5]</sup>。临床护理服务的开展，在患者疾病诊疗中具有重要实施意义，从应用价值角度分析，临床护理服务能够对疾病诊疗、患者疾病康复及身体机能恢复等产生积极影响，在实施中通过管理干预疾病康复影响因素、患者生理及心理状态、配合协同临床诊疗工作等方式，促进患者所患疾病病情缓解、提高其疾病康复的同时，有助于临床诊疗工作切实发挥其作用，由此增进患者疾病治疗有效率<sup>[6]</sup>。为使纤维支气管镜下给药在支气管内膜结核治疗中疗效能够进一步提高，增进患者疾病康复时效性，在予以患者纤维支气管镜下给药治疗期间，为其提供护理服务，选择以治疗期护理方式做

临床护理干预,予以患者治疗前,做纤维支气管镜下给药治疗流程、作用等内容讲解,并实施支气管内膜结核疾病危害及相关知识普及,患者明确纤维支气管镜下给药治疗的同时,能够缓解其因疾病、治疗等所致精神压力,配合情绪安抚、心态调整,从根本上改善患者治疗前心理、生理状态,提高其治疗及疾病认知,同时可缓解情绪、心态因素对其病情干扰性<sup>[7]</sup>。治疗中,监护患者呼吸及生命体征,并予以注意力引导,治疗操作期间指导患者配合纤维支气管镜下给药操作,给予其所需帮助,在改观患者纤维支气管镜下给药治疗体验的基础上,能够极大程度减轻其不适感受,有助于治疗操作进程推进,从而提高治疗时效性。治疗后给予患者护理干预,做治疗后管理,指导其做充分休息,关注其治疗后恢复情况,做对症干预,由此在促进患者术后保持生理、心理稳定外,可减轻其因纤维支气管镜下给药治疗所致不适,进而促进治疗措施于支气管内膜结核治疗中能够充分发挥其功效,维护患者疾病治疗有效性。

综上,支气管内膜结核行纤维支气管镜下给药治疗患者,以综合护理方式做护理干预,能够维护患者疾病治疗安全性,促进其病症反应改善,提高其痰菌转阴率,可推广。

参考文献(略)

## 肺结核咯血合并高血压护理分析

吕晓霞

作者单位:山西省太原市第四人民医院 030053

**摘要:**目的 该文章主要针对肺结核咯血并存,高血压患者的治疗护理工作进行了分析,并且对综合护理工作在其中起到的作用进行了探讨。方法 为了保证实验研究的科学合理,选择了在我院接受治疗的 37 名肺结核咯血合并高血压患者作为本实验的研究对象。在具体对比分析过程中,要对两组患者的止血情况以及排泄情况的发生进行记录和对比,除此之外还要对患者的护理满意度进行调查和分析。结果:整体的有效止血率是比较高的,是采用综合护理的一组肺结核咯血并存高血压患者( $P<0.05$ ),该组患者的护理满意度也是优于另外一组( $P<0.05$ )。结论:高血压合并咯血时,应重视对病人的心理护理,防止因过度紧张而导致血压异常增高,使咳血症状更加严重。

**关键词:**肺结核疾病;咯血合并高血压;护理工作;分析探讨

### 引言

肺结核是一种常见的慢性传染性肺病,是一种世界性的传染病。是由结核菌所致,可侵袭身体的所有器官,尤以肺为主。肺结核疾病的主要传播方式有飞沫以及消化道等。这些患者的临床表现是食欲减退以及发热盗汗等。近年来,我国逐步加强和重视肺结核防治工作,取得了显著成效,但肺结核对病人的健康依然构成了极大的威胁。咯血是肺结核病人死亡的首要因素,反复咯血可使病人神经紧张,血管外周阻增高,血压升高,故在临床护理时,要注意预防肺结核咯血合并高血压病,同时注意观察病人血压。本文对 37 例肺结核合并高血压病人进行了观察,并对其护理措施进行了探讨,以供临床参考。下面是关于这件事的报导。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理,对这些患者的一般资料进行了分析和统计,主要包括年龄性别以及患病时间等,这些一般资料不具有统计学意义,除此之外还制定了相应的纳入标准和排除标准,确保参与本次实验研究的肺结核患者都符合相应的标准和要求,对于患有精神类疾病以及不能够正常沟通的患者进行了排除。

#### 1.2 护理方法

对对照组的患者开展日常护理工作,在此过程中要做好药物指导以及输液等基本工作。观察组在开展

护理工作时，要实现全面的综合性的护理，具体的做法如下。

### 1.2.1 病情变化的观察

约 60% 的肺结核病人会出现咯血，在此过程中患者会出现胸闷气短以及咳嗽等不良症状，一般情况下在清晨或者是夜间，这种症状比较明显。医务工作者要掌握咯血发生的规律，严格值班，密切观察，并加强夜间值班，与病人沟通，了解病人的情绪变化和精神状况，以便早期发现咯血先兆，及时采取有效的护理措施。有压力的病人可以适当服用镇定剂，有严重咳嗽的可以服用止咳化痰药，但是不能使用吗啡。定期监测病人的生命体征，对患者的尿量以及温度等参数进行相应的观察和记录，咯血时，要精确地记录下咯血的量以及颜色等基本信息，以便对病人的病情有一个全面的了解。在咯血期要减少运动，在恢复期可以逐步增加运动来预防再出血。在咳嗽期间，患者如果出现了呼吸困难或者是胸闷等不好的现象，要及时就医。如发生窒息时，立即将口咽的分泌物和血块清理干净，以侧卧或头部倾斜，头部朝下，用手拍打后背，将肺内的淤血排出，如有需要，用电吸引器吸血，同时进行氧气治疗。

### 1.2.2 严密观察血压情况

肺结核咯血病人由于长期的压力和心理压力而引起的血压增高。医务工作者要掌握病人的性格特点，分析其精神紧张的各种原因，并针对其特点进行健康教育，尽量减少各种可能导致的精神紧张的因素，以减少病人的心理压力。如果血压超过 130/80 mmHg，就会有咯血的表现，所以要定时测量患者的血压。服用降压药物时，要注意观察服用降压药物后有无过低血压。首先是让病人放松，让病人得到充分的休息和安静，让病人的心跳减慢，减少心脏供血，减少组织对氧气的需求，这样可以降低血液循环的阻力，减少损伤部位的出血。患者在饮食方面要注重吃易消化以及富含维生素的食物，尽量不要吃辛辣刺激的食物。要保证大便畅通，防止腹内压升高，在床上练习大便，如果有便秘，可以服用麻仁胶囊等低剂量的缓泻药，如果需要，可以外用开塞露。常用的止血方法有：使用云南白药胶囊以及止血敏等，对咯血的患者进行治疗。止血药物有很多，可以使用“血速宁”、“立止血”等，如果需要，可以在 24 小时内给予“垂体后叶素”，连续 24 小时或间断 12 小时，连续 3-5 天，最多 7 天，能收缩内脏小动脉，并能止血，但对于高血压、冠心病患者，或合并血管扩张药物（如酚妥拉明），应慎用。纤支镜不仅能诊断，还能直接将止血药物（例如去甲肾上腺素）注入到出血部位。

### 1.2.3 心理护理

住院病人往往对自己的病情没有足够的了解，并伴随着不同程度的精神障碍，容易出现负面情绪，从而导致病情加重。第一次咯血时，会有一种精神高度紧张的感觉，因为交感神经的兴奋会引起肺的血液循环加速，从而引起血液不停的流动。因此，护士应该与病人进行更多的交流与沟通，注意语气要温和耐心，态度要亲切，要让病人了解到肺结核咯血的病因，在出现咯血的时候一定要保持镇定，不要惊慌失措。

### 1.2.4 咯血护理

护士要备好窒息的急救用品，当病人出现窒息时，护士要及时将患者的口腔、气管中的血块抽出来。如果以上方法无效，应立即进行气管插管，以缓解窒息。

### 1.2.5 日常生活护理

(1) 膳食管理。咯血期间要注意不要吃辛辣、咖啡等刺激性的食物，在病情好转后可以吃一些流质的食物，适当的摄入盐和糖。护士可以针对病人的情况，进行适当的膳食干预，主要食用低脂肪以及蛋白质，这样能够防止再次出现咯血。(2) 咯血后要尽量卧床，以利于迅速恢复体力。注意病人的口腔卫生，防止感染，注意温度的变化。

### 1.3 疗效评价

评估止血效果：2 天后不再咯血，咯血小于 10 毫升；疗效：咯血 4~6 天后止血，咯血 10~100 毫升；无效：5 天后呕血不止，咯血超过 100 毫升。如果住院 2 天后出现咯血，并出现咯血，则认为是再次咯血。

### 1.4 统计学方法

上述工作在完成之后，需要对所得的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

## 2.1 两组患者咯血情况比较

表 1 是对两组肺结核患者的咯血情况的具体记录和对比，与此同时还对止血率进行了相应的展现。通过数据可以看出，采用综合护理的一组肺结核患者占有优势。详细的数据可以参见表 1 ( $P < 0.05$ )。

表 1 咯血情况比较[n(%)]

| 组别  | n  | 有效止血                   | 再次咯血发生率               |
|-----|----|------------------------|-----------------------|
| 对照组 | 18 | 11 (61.1)              | 5 (27.8)              |
| 观察组 | 19 | 15 (78.9) <sup>a</sup> | 2 (10.5) <sup>a</sup> |

注：与对照组对比， $aP < 0.05$

## 2.2 两组患者满意度比较

表 2 是对两组肺结核咯血合并高血压患者的满意度情况的统计和对比，通过数据可以看出整体满意度比较高的是采用综合护理的一组患者，满意度将近 90%，详细的数据可以参见下表 ( $P < 0.05$ )。

表 2 满意度比较[n (%) ]

| 组别  | n  | 非常满意      | 比较满意     | 一般       | 不满意      | 满意度               |
|-----|----|-----------|----------|----------|----------|-------------------|
| 对照组 | 18 | 4 (22.2)  | 4 (22.2) | 7 (10.5) | 3 (16.7) | 44.4              |
| 观察组 | 19 | 11 (57.9) | 6 (31.6) | 2 (10.5) | 0        | 89.5 <sup>a</sup> |

注：与对照组对比， $aP < 0.05$

## 3 讨论

肺结核咯血合并高血压是一种非常严重的疾病，病人在治疗过程中可能会出现不好的情绪，在心理方面会承受巨大的压力，往往会出现绝望以及恐惧的心理状态，在此过程中患者会血压升高，甚至会出现窒息等临床症状。护士应该运用自己的专业知识和技术，对病人进行心理疏导。护理人员要有较强的责任心，对病人的临床表现进行细致的分析，随时注意病人的情况，对病人进行全面的护理，包括疾病监测、心理护理和日常生活护理。其中，以心理护理为核心，通过对病人进行心理护理，可以有效地缓解病人的不良情绪，防止因血压过高引起的呕血症状加重。本研究发现，观察组病人在控制咯血方面要好于对照组，且病人满意程度较高，可增进护患关系，减少医疗纠纷。

### 结束语

总之，对肺结核合并咯血合并高血压病人进行全面的护理，能有效地改善其疗效，在临床上有很好的应用价值。

### 参考文献（略）

# 优质护理干预在提升肺结核护理质量的效果

范晓霞

**摘要：**目的:该文章主要针对肺结核疾病的治疗和护理工作进行了分析，并且探讨了优质护理干预，在其中起到的作用和效果。方法:为了保证实验研究的科学合理，选择了在外研究所治疗的 59 名肺结核患者，然后开展了具体的实验研究，对这些患者分别采用常规护理和优质护理，在此过程中要对护理的质量和患者治疗的依从性进行对比。结果:最终的结果表明，采用优质护理的一组肺结核患者，在乙酮线以及护理质量评分方面优于另外一组( $P < 0.05$ )。结论:在对肺结核疾病患者进行治疗和护理时，采用优质护理模式，能够很好的保证患者的治疗依从性和护理质量得到提升，在开展临床治疗工作时，这种护理模式值得进行推广和应用。

**关键词：**肺结核疾病；治疗护理；优质护理干预；应用分析

## 引言

肺结核是我国最常见的传染病，其病因以结核分枝杆菌感染为主，其致死率高，肺结核疾病患者往往会出现低热以及咳嗽等临床症状，这种疾病可以分为继发性疾病以及原发性疾病等，为更好地阻断肺结核

的传播,提高晚期肺结核的治疗效果,提供优质的医疗服务是非常必要的。鉴于此,本文作者将优质护理应用于护理工作,其主要目标在于提高护士的工作品质,并在实践中不断积累经验,从而更好地为病人提供服务,并充分发挥自身的价值

## 1 材料与方法

### 1.1 肺结核患者基本资料

为了保证实验研究的科学合理,对这些肺结核疾病患者的一般资料进行了统计和分析,主要包括年龄性别以及患病时间等,这些一般资料不具有统计学意义。

### 1.2 符合标准

59名病人按照中华医学会《肺结核诊断和治疗指南》的诊断标准进行诊断;所有病人都具有良好的沟通能力,同时了解此项研究,并以同意签署字予以证实。

### 1.3 剔除标准

对于患有糖尿病以及严重的器官疾病的患者进行了排除,除此之外对患有精神类疾病的患者也进行了排除。

### 1.4 方法

#### 1.4.1 对照组

对照组采用常规护理,主要包括:①按照医生的指示正确使用抗结核药物;②开展卫生教育等。

#### 1.4.2 应用组

应用组实施高质量护理,包括:1)建立高质量护理团队:以资深护士长为首,其余护士为组员,在工作中,组长要带头了解病人的基本状况:①个性;②习惯;③交流技能等,经过集体讨论,制订有针对性的护理方案,由小组成员负责,提高技术技能和工作成效;(2)心理辅导:病人住院后,要与病人建立良好的交流,并向病人讲解有关的医疗环境、治疗方法、治疗后可能实现的目的;对于病人和家属的问题,都会耐心的解释,直到病人和他们的家人都理解。让病人提高对药物的遵从,提高病人的自我防护意识。因为病情的特殊性,病人很少和别人沟通,所以很多病人都有压抑、不安等不良情绪,这会对他们的身体健康产生影响。所以,对于此类病人,护士可以通过互联网的方式,将病人聚集起来,交流治疗经验,交流心理,互相激励,提高病人的自信心,从而有效地控制病人的负面情绪,促进护理工作的顺利进行;(3)药物的护理:按照医生的要求,对药物使用进行监督和指导,并在工作中做到“三查八对”,防止漏服、多剂量服用;另外,在用药过程中,要将药品的副作用通知给主治医师,并对其进行详细的记录,以便及时处理;(4)其它:护理工作要坚持“以人为本”的原则,由组长定期组织全体成员讨论现有护理内容,加强护理工作内容;应加强病人的安全教育,提高病人的自我保护意识。要加强病房的巡查,老年病人要采取床架等措施,防止危险事件的发生。(5)改善病区环境:肺结核主要通过空气传播,患者的症状主要有咳嗽、胸痛等,因此要保证室内的通风和干净,尽量给病人提供安静、舒适的治疗环境,促进病情的恢复。

### 1.5 观察指标

为了很好的对两种不同的护理模式,所起到的作用效果进行观察和对比,对患者的治疗依从性分为三个等级,在具体判定过程中要考虑到护理人员的操作水平,健康教育程度,沟通情况以及服务态度等,根据分数来判定护理的质量。在对满意度进行调查时,要采用细致的评价量表,同样是以分数的方式进行表征。

### 1.6 统计学方法

上述工作在完成之后,需要对所有的数据进行科学合理的总结和分析,在此过程中要使用专业的软件,与此同时要有科学合理的数值进行表述和检验。

## 2 结果

### 2.1 依从性

表1是对两组睡觉还是疾病患者的治疗依从性的具体记录和对比,从数据可以看出采用优质护理的一种肺结核,患者占有优势,详细的互比数据可以参见下表( $P < 0.05$ )。

表 1 互比两组患者依从性(n,%)

| 组别             | 依从        | 一般依存      | 不依从      | 总依从率      |
|----------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 应用组(n=30)      | 22(73.33) | 7 (23.33) | 1(3.33)  | 29(96.67) |
| 对照组(n=29)      | 10(34.48) | 10(34.48) | 9(31.03) | 20(68.97) |
| X <sup>2</sup> |           |           |          | 19.886    |
| P              |           |           |          | <0.05     |

## 2.2 互比两组护理质量

表 2 是对两组肺结核疾病患者的护理质量的评分对比,通过数据可以看出护理质量较高的是采用优质护理的胰脏肺结核疾病患者,我详细的数据可以参见表 2, P<0.05。

表 2 互比两组护理质量(x±s,分)

| 组别        | 业务水平       | 满足需求及时     | 护患沟通       | 服务态度       | 健康教育       |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 应用组(n=30) | 18.56±1.61 | 19.81±1.34 | 18.61±1.20 | 18.25±1.15 | 19.13±1.50 |
| 对照组(n=29) | 16.74±1.52 | 15.81±0.32 | 16.52±1.02 | 16.12±0.17 | 15.50±0.25 |
| t         | 4.226      | 13.005     | 4.412      | 7.884      | 10.358     |
| P         | <0.05      | <0.05      | <0.05      | <0.05      | <0.05      |

## 2.3 护理满意度

表 3 是对两组肺结核疾病患者的护理满意度的调查和对比,通过数据可以看出总体满意度较高的是采用优质护理的一种肺结核患者,详细数据见表 3。

表 3 互比两组护理满意度(n,%)

| 组别             | 非常满意      | 满意        | 不满意      | 满意度 (n,%) |
|----------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 应用组(n=30)      | 24(80.00) | 5(16.67)  | 1(3.33)  | 29(96.67) |
| 对照组(n=29)      | 10(34.48) | 10(34.48) | 9(31.03) | 20(68.97) |
| X <sup>2</sup> |           |           |          | 121.206   |
| P              |           |           |          | <0.05     |

## 3 讨论

在当前的临床治疗中,肺结核的病人越来越多,但从治疗的角度来看,用药治疗肺结核需要很长的时间,并且具有很强的传染性和适应性,总体上,这种病的治疗难度很大,服用的时间也比较长,优质护理是目前护理工作的一种新模式和新方法,它的高效率已为广大医务工作者和病人所接受,高质量的护理能有效地改变传统的护理现状,特别是在病人的治疗中牢固确立了病人的主体地位。在护理工作中,饮食和生活习惯的护理是很重要的一环,平时要养成良好的饮食和运动习惯,让病人有足够的睡眠,多吃一些有营养的水果和蔬菜,从而提高病人的免疫力。在护理过程中,要严格控制患者的吸烟、饮酒习惯,使患者养成良好的生活习惯。

肺结核是慢性传染病中最常见的一种,因为治疗时间长、恢复慢,所以治疗过程中,大部分病人都会出现心理问题,抗拒治疗,会对病人的恢复造成一定的负面影响,因此,在治疗过程中,采用高质量的护理可以提高病人的顺应性,提高病人的预后。优质护理的重点在于有针对性的护理措施,既要重视病人的感受,又要保证患者接受到高质量的护理干预,主要是从治疗以及用药等方面开展具体的操作,这样不仅能给病人提供一个较好的治疗环境,又能消除长期治疗所造成的困扰,从而树立起治愈的信心,提高护士的工作品质,同时也能满足病人的需要。另外,病人对药物的遵从程度明显提高,为提高疗效奠定了坚实的基础,对疾病的恢复也有很大的帮助,值得在临床上推广。

### 结束语

由以上可知,高品质的护理能提高肺结核病人的护理质量,提高病人的遵从性,是一种值得推广的护理措施。

### 参考文献(略)

# 多维健康管理在耐多药结核病患者护理中的效果观察

肖红梅 张婷婷 魏珍珍 冯文娟

作者单位：湖北省十堰市西苑医院 442002

**【摘要】目的：**探讨耐多药结核病患者护理中多维健康管理的效果。**方法：**选择我院 2020 年 5 月~2021 年 12 月收治的 74 例耐多药结核病患者进行研究，双色球法分为两组，每组 37 例，包括对照组（常规护理）与观察组（常规护理+多维健康管理）。比较效果。**结果：**观察组患者健康知识掌握率（饮食知识、疾病知识、用药知识、消毒隔离知识）、用药依从性、患者满意度、痰菌转阴率更高，与对照组差异显著（ $P<0.05$ ）；干预前，两组患者负面心理情绪无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后观察组焦虑评分与抑郁评分更低，与对照组差异显著（ $P<0.05$ ）。**结论：**耐多药结核病患者采取多维健康管理，能更好地提高患者健康知识掌握率与用药依从性，同时促进痰菌转阴率提高，改善患者的负面心理情绪，促使患者对护理服务更满意。

**【关键词】**耐多药结核病；多维健康管理；健康知识掌握率；用药依从性；痰菌转阴率

结核病是常见的传染性疾病，若病情得不到控制，每年可能有 1 传 10~15 人的风险，导致其他健康人群也罹患本病。随着药物滥用或不合理应用现象增多，一些耐药性也逐渐提升，导致耐多药结核病患者不断增多，在结核病患者中占 75%左右<sup>[1]</sup>。相比结核病而言，耐多药结核病患者带菌时间更长，治愈时间也更长，导致其每年传播风险更高<sup>[2]</sup>。耐多药结核病患者多有胸部疼痛与咯血等情况，严重影响患者正常的生活与工作<sup>[3]</sup>。我国是耐多药结核病高发国家，已被 WHO 纳入耐多药结核病病情严重国家之一。耐多药结核病患者因治疗时间较长，药物副作用较大，且治疗费用昂贵，导致他们容易出现焦虑、抑郁等负面心理情绪，甚至丧失治疗信心与热情，导致依从性下降，不利于病情转归<sup>[4]</sup>。基于此，针对耐多药结核病患者要做好护理干预，而多维健康管理在近几年逐渐开展起来，但在耐多药结核病护理中应用还比较少见。本次就我院 2020 年 5 月~2021 年 12 月收治的耐多药结核病患者 74 例研究，旨在探讨多维健康管理的应用效果，报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院 2020 年 5 月~2021 年 12 月收治的 74 例耐多药结核病患者进行研究，双色球法分为两组，每组 37 例，包括对照组（常规护理）与观察组（常规护理+多维健康管理）。纳入对象临床资料完整，确诊满足耐多药结核病诊断标准<sup>[5]</sup>，愿意配合研究，同时排除脏器严重病变、恶性肿瘤、精神疾病、妊娠期或哺乳期女性及不愿意配合调查等患者。对照组：男 30 例，年龄 22~60 岁，均值（ $44.12\pm 0.85$ ）岁，女 7 例，年龄 20~58 岁，均值（ $38.12\pm 0.74$ ）岁；病程 1~9 年，均值（ $4.58\pm 1.03$ ）年。观察组：男 28 例，年龄 24~58 岁，均值（ $44.06\pm 0.77$ ）岁，女 9 例，年龄 22~56 岁，均值（ $38.34\pm 0.65$ ）岁；病程 1~9 年，均值（ $4.65\pm 1.12$ ）年。一般资料比较，两组无明显差异（ $P>0.05$ ），可比较。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组：本组患者采取常规护理，按照医嘱完成各项护理操作与管理措施即可，比如进行病房管理，做好用药指导，以及观察与监测病情，加强饮食指导等。

1.2.2 观察组：本组患者除了常规护理，还予以多维健康管理，措施如下：①医护健康宣教：健康教育不能单纯仅对患者实施，还要对医护人员开展。定期进行培训，不断提升护理人员耐多药结核病相关知识掌握水平，了解治疗方法与应对技巧，特别是一些特殊药物的禁忌症、不良反应即处理措施应准确掌握。同时，对科室专业人员进行心理学知识培训，定期组织科室人员学习，确保他们熟练掌握心理学相关测评方法与临床作用。②患者健康教育：入院后，护理人员全面掌握患者的档案，评估分析用药情况与不良反应情况。利用多种宣教方式，促使患者全方位掌握疾病知识、治疗方法、注意事项等，比如发放宣教手册或卡片、播放宣教视频、推送宣教文章等，让患者尽可能了解耐多药结核病知识，明确按照医嘱服药

的必要性,从而密切配合治疗。除了患者健康教育,也要对家属进行宣教,告知做好必要的防护,介绍可能出现的药物副反应,要求家属做好监护,发现有副反应则及时上报。③患者心理干预:因心理健康状态会直接影响治疗及预后,为此入院后对患者进行心理状况评估,了解患者的心理情绪,是否存在焦虑、抑郁、担忧、惊慌等,并结合评估结果针对性心理干预。通过通俗易懂的浅显语言解释疾病知识,提高认知程度,尤其是一些患者对耐多药结核病存在恐惧,需引导他们正确看到耐多药问题;同时,主动关心患者,耐心倾听主诉,及时解答疑惑,让患者感觉到被尊重与理解,从而获取患者的信任,促使其配合;此外,利用安慰与劝解,以及诱导、启发说明等方式影响患者的心理情绪及行为,多予以鼓励与支持,促使他们提高战胜疾病的信心。④出院指导:出院时,做好医嘱,叮嘱患者定时定量服药的重要性,每天可利用短信或微信进行提醒,家属做好监督。间隔半月进行一次电话随访,或利用微信群进行询问,若有不按医嘱服药者,及时纠正。

### 1.3 观察指标

(1) 两组健康知识掌握率比较,从饮食知识、疾病知识、用药知识、消毒隔离知识四个方面调查,发放相关知识调查问卷,每个方面满分 20 分,若得分 $\geq 16$ 分则判断为掌握。

(2) 两组用药依从性比较,在用药期间对患者是否按照医嘱用药进行评价,若能按照医嘱完成 90% 以上治疗为完全依从、若能按照医嘱完成 70~90% 治疗为基本依从、若按照医嘱完成不足 70% 为不依从,依从性=(完全依从+基本依从)/本组例数 $\times 100\%$ 。

(3) 两组干预前后负面心理情绪,包括焦虑与抑郁,分别用焦虑自评量表与抑郁自评量表<sup>[6]</sup>调查,临界值分别为 50 分与 53 分,超过临界值判断存在负面心理情绪。

(4) 两组痰菌转阴率比较,经化验室利用痰涂片检验,分析痰菌转阴情况。

(5) 两组患者满意度比较,在干预结束后进行满意度问卷调查,满分 100 分, >90 分非常满意、<60 分不满意、二者之间为基本满意,满意度=非常满意率+基本满意率。

### 1.4 统计学分析

所有数据录入 EXCEL 表格,SPSS23.0 软件分析,包括计数资料(用%表示、 $\chi^2$  检验)与计量资料(用  $\bar{x} \pm s$  表示、t 检验),  $P < 0.05$  说明有显著差异。

## 2 结果

### 2.1 健康知识掌握程度比较

观察组患者健康知识掌握率(饮食知识、疾病知识、用药知识、消毒隔离知识)更高,与对照组差异显著( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 健康知识掌握程度比较[n(%)]

| 组别       | 饮食知识      | 疾病知识      | 用药知识      | 消毒隔离知识    |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组(37)  | 32(86.48) | 34(91.89) | 34(91.89) | 33(89.19) |
| 对照组(37)  | 21(56.76) | 22(59.46) | 26(70.27) | 25(67.57) |
| $\chi^2$ | 8.045     | 10.571    | 5.638     | 5.103     |
| P        | 0.004     | 0.001     | 0.017     | 0.024     |

### 2.2 用药依从性比较

观察组患者用药依从性更高,与对照组差异显著( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 用药依从性比较[n(%)]

| 组别       | 完全依从      | 基本依从      | 不依从       | 依从性       |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组(37)  | 22(59.46) | 13(35.13) | 2(5.41)   | 35(94.59) |
| 对照组(37)  | 11(29.73) | 15(40.54) | 11(29.73) | 26(70.27) |
| $\chi^2$ |           |           |           | 7.558     |
| P        |           |           |           | 0.006     |

### 2.3 负面心理情绪比较

干预前,两组患者负面心理情绪无明显差异( $P > 0.05$ ),干预后观察组焦虑评分与抑郁评分更低,与对

照组差异显著 ( $P<0.05$ ), 见表 3。

表 3 负面心理情绪比较 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别       | 焦虑评分       |            | 抑郁评分       |            |
|----------|------------|------------|------------|------------|
|          | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 观察组 (37) | 52.63±3.85 | 40.32±2.96 | 54.75±3.82 | 42.18±3.02 |
| 对照组 (37) | 52.41±3.98 | 45.21±3.24 | 54.59±3.99 | 47.16±3.41 |
| <i>t</i> | 0.242      | 6.778      | 0.176      | 6.650      |
| <i>P</i> | 0.809      | 0.000      | 0.861      | 0.000      |

#### 2.4 痰菌转阴率比较

观察组患者痰菌转阴 28 例, 痰菌转阴率为 75.67%, 对照组患者痰菌转阴 19 例, 痰菌转阴率为 51.35%, 观察组明显高于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=4.723$ ,  $P=0.030$ )。

#### 2.5 患者满意度比较

观察组患者患者满意度更高, 与对照组差异显著 ( $P<0.05$ ), 见表 4。

表 4 患者满意度比较[n(%)]

| 组别       | 非常满意       | 基本满意       | 不满意       | 满意度        |
|----------|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组 (37) | 25 (67.57) | 11 (29.73) | 1 (2.70)  | 36 (97.30) |
| 对照组 (37) | 16 (43.24) | 12 (32.43) | 9 (24.33) | 28 (75.67) |
| $\chi^2$ |            |            |           | 7.400      |
| <i>P</i> |            |            |           | 0.006      |

### 3 讨论

耐多药结核病指的是对 $\geq 2$ 种抗痨药物(如利福平、异烟肼等)存在耐药性的结核病类型, 特别是近几年抗生素应用增多, 不合理现象或滥用现象频繁出现, 导致耐多药结核病持续增多, 给全球公共卫生健康带来了巨大的挑战<sup>[7]</sup>。虽然近些年来临床推荐的环丝氨酸等二线抗结核药物在治疗这类结核病中有一定的作用, 但容易出现精神性疾病或中枢神经系统疾病等不良反应, 加上结核病治疗周期较长, 药物副作用大, 会影响治疗依从性, 增加负面心理情绪, 从而不利于病情控制<sup>[8]</sup>。为了尽量提高治疗依从性, 缓解负面心理情绪, 有研究指出需加强健康教育, 才能利于疾病转归<sup>[9]</sup>, 而我院将多维健康管理用于这类结核病护理中, 发现能取得不错的效果。

本研究看出: 观察组患者健康知识掌握率(饮食知识、疾病知识、用药知识、消毒隔离知识)、用药依从性、患者满意度、痰菌转阴率更高, 与对照组差异显著 ( $P<0.05$ ); 干预前, 两组患者负面心理情绪无明显差异 ( $P>0.05$ ), 干预后观察组焦虑评分与抑郁评分更低, 与对照组差异显著 ( $P<0.05$ )。结核病除了要早发现与早治疗, 还要做好科学与全面的护理干预, 才能利于病情控制, 提高预后。健康教育在结核病防控中有着十分重要的作用, 而且也是结核病防治重点项目<sup>[10]</sup>。通过多维健康管理, 为结核病防治打下良好的基础, 而且也能为督导化疗, 提高治愈率提供条件, 还可有效控制病情的传播<sup>[11]</sup>。通过这种新型健康管理模式, 能将既往被动接受服务的模式转变为主动参与护理, 鼓励患者及其家属积极参与医疗服务, 在住院期间全程开展有效的健康指导, 而出院时加强延续护理, 继续提供教育与指导, 进一步提升患者的遵医行为, 提高治疗依从性, 从而更好地控制病情<sup>[12]</sup>。

综上, 耐多药结核病患者采取多维健康管理, 能更好地提高患者健康知识掌握率与用药依从性, 同时促进痰菌转阴率提高, 改善患者的负面心理情绪, 促使患者对护理服务更满意。

#### 参考文献(略)

# 呼吸训练对慢性阻塞性肺气肿患者肺功能的影响评价

孙文祥

作者单位：太原市第四人民医院 030053

**摘要：**目的：探讨对慢性阻塞性肺气肿患者实施呼吸训练对其肺功能的影响。方法：选取 2019 年 2 月~2020 年 2 月间我院收治的 100 例慢性阻塞性肺气肿患者，并对其进行治疗。将患者按照不同的护理方式分为基础组(n=50)和训练组(n=50)，分别采用常规治疗及基础护理与在此基础上实施呼吸训练对两组患者进行不同的护理治疗。对基础组和训练组的患者的肺功能指数、生活质量进行记录分析。结果：经过两种方法的护理，训练组的各项数据均优于基础组，差异有统计学意义(P<0.05)。结论：采用呼吸训练对慢性阻塞性肺气肿患者进行治疗，可以有效地提高患者日常的生活质量、肺功能指数，对改善肺功能有很大的提升，值得各院采用。

**关键词：**慢性阻塞性肺气肿；呼吸训练；肺功能影响

慢性阻塞性肺气肿是当下比较常见的一种呼吸道疾病，有很多常见的多发病。当患有慢性阻塞性肺气肿后，会对终末细支气管远端造成影响，出现膨胀过度的情况，使得其弹性进一步的降低，气管壁也会因此被破坏。通过对该病患者进行治疗研究发现，对该患者进行治疗的难度也非常的大，并且会有诸多的并发症出现，从而对患者的身体造成进一步的破坏，这也进一步的增大了其治疗的困难。因此，在对慢性阻塞性肺气肿疾病进行治疗的过程中也应该注重护理方法，采用正确的护理方法可以有效地缓解患者的病情，提高其治疗效果，使患者尽早融入正常的日常生活中。选择 2019 年 2 月~2020 年 3 月期间我院收治的 100 例慢性阻塞性肺气肿患者，并在治疗的过程中实施护理干预以及呼吸训练，现做如下分析。

## 一、一般资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 2 月~2020 年 2 月间我院收治的 100 例慢性阻塞性肺气肿患者，并对其进行治疗。将患者按照不同的护理方式分为基础组(n=50)和训练组(n=50)，分别采用常规治疗及基础护理与在此基础上实施呼吸训练对两组患者进行不同的护理治疗。纳入标准:实施影像学检查、实验室检查等。排除标准:存在其他肺部疾病、精神及意识障碍患者。其中，基础组男性患者 30 例,女性患者 20 例;患者年龄在 41 岁~74 岁,患者的平均年龄(56.6±8.5)岁。患者的病程在 1 年~12 年,平均(5.6±4.6)年。训练组男性患者 30 例,女性患者 20 例;患者年龄 41 岁~77 岁,患者的平均年龄(56.7±8.1)岁;患者的病程在 1 年~12 年,平均(5.3±4.5)年。患者已经签署知情同意书，并自愿配合医护人员进行治疗及护理研究。两组患者一般资料无显著差异 (P>0.05),可实施对比。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 基础组

采用常规的护理方法对患者进行治疗，在护理的过程中主要有以下几个方面：（1）对患者进行药物治疗，在护理的过程中主要采用标准药物对患者进行治疗。（2）为患者提供常规护理服务。

#### 1.2.2 训练组

训练组在采用基础组的护理基础下对患者进行呼吸训练，主要包括对患者进行呼吸训练、心理护理、健康宣教等方法。其护理干预的主要流程为：（1）呼吸训练。对患者进行呼吸训练的过程中，需要调整好患者的身体姿势，使患者取坐位并将双手置于双膝之上，舌尖要抵于下颌牙的牙根处，患者的口唇要形成稍吹口哨状，可以进一步提高呼吸的阻力，使呼吸训练得到更好的效果。在呼吸时，用鼻子进行吸气，之后用口将气体缓缓排除，在呼吸的过程中，尽量延长呼吸的时间。通过以上的呼吸训练可以有效的提高患者的呼吸能力，当患者适应以上的呼吸训练之后，可以增加腹式进行训练。（2）心理护理。对患者进行心理护理可以有效的缓解患者的不良情绪，及时与患者进行沟通、交流，并在交流的过程中观察患者的心理状态并进行评估，有针对性的对患者心理进行疏导，让患者感受到更多的关心。另外，由于这种疾病在日

常生活中比较常见, 发病率较高, 发病时会使患者产生焦虑、抑郁等诸多负面情绪, 不利于患者的病情的好转。因此, 护理人员在护理时需要针对不同的患者进行针对性开导。通过对患者讲解与该疾病相关的护理知识以及发病症状, 提高患者对该疾病的认识程度, 降低患者的恐惧、烦躁心理, 使患者有一个平稳的心理状态, 让患者不必过于担心自身疾病。(3) 运动指导。对患者进行护理时需要提醒患者要参加一些运动活动, 改善患者的身体状况。针对不同患者的身体状况, 制定相应的运动计划表。在对患者进行护理时及时提醒患者进行户外运动, 也需要提醒患者长久坚持。在患者运动过程中, 以身体健康为基础, 不要运动强度过大, 运动时间过长, 不利于患者身体恢复。(4) 用药护理。对患者进行药物治疗也是减缓病情程度的一种有效方法。在患者用药期间需要将注意事项告知患者, 包括服药次数以及服药时间等。当患者服药后出现不良反应时, 需要立即停止用药, 并做及时治疗。(5) 健康宣教。播放相关的健康教育内容可以有效提高患者对慢性阻塞性肺气肿的认识, 对其病发表现、治疗过程有一个清晰的认识, 提高患者依从性。另外, 对患者进行健康宣教之后需要了解患者对其知识的掌握程度。对患者进行健康宣讲, 并邀请该方面专家对患者的疾病进行相关知识讲解, 使患者对自身疾病有一个更为清晰的认识, 在治疗期间可以使患者更有效的与医生进行配合, 提高整体的治疗效果。另外, 专家为患者进行疾病宣讲时, 患者可以与专家进行语言沟通和交流, 向专家进行请教一些在日常生活需要注意的问题, 有助于自身的健康护理。

### 1.3 统计学

对两组患者的生活质量、肺功能指标、住院时间进行统计。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 中的  $\chi^2$ 、t 检验两组的计数资料 (%)、计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ ), ( $P < 0.05$ ) 有统计学意义。

## 一. 结果

### 2.1 护理后患者的生活质量对比

护理后, 对训练组与基础组进行比较, 差异均具统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 护理后患者的生活质量对比(分)

| 组别  | 例数 | 平均住院时间(天)  | 日常生活(分)   | 抑郁及焦虑(分)  | 社交活动(分)   |
|-----|----|------------|-----------|-----------|-----------|
| 基础组 | 50 | 9.45±0.24  | 1.35±0.74 | 1.65±0.24 | 1.65±0.22 |
| 训练组 | 50 | 16.45±0.58 | 2.74±0.85 | 2.36±0.78 | 3.65±0.33 |

## 二. 讨论

慢性阻塞性肺气肿病症在临床医学上的主要表现为患者呼吸困难, 以此造成肺功能的紊乱, 在终末细支气管远端造成影响, 出现膨胀过度的情况, 患者心肺功能出现异常, 很容易出现诸多的并发症, 对患者生命健康造成一定的威胁。此类患者病情危急, 因而护理人员应保证室内空气的流通和其呼吸道的通畅来减轻病人呼吸困难的状况。尽管现代先进医疗手段能够帮助其维持生命, 但是, 若是护理人员对其护理不当, 仍会令其产生其他并发症, 甚至威胁病人的生命健康。研究认为, 综合型护理干预有利于提高重症呼吸衰竭患者的疗效, 促进患者的快速康复。

通过对慢性阻塞性肺气肿患者进行常规护理加上呼吸训练, 可以提高患者的治疗效果。该护理方法具有以下优势:(1) 呼吸训练。对患者进行呼吸训练的过程中, 可以进一步锻炼患者的肺功能能力, 患者在进行呼吸训练时, 可以尽量延长呼吸的时间。通过正确、规范的呼吸训练可以有效提高患者的呼吸能力, 当患者适应以上的呼吸训练之后, 可以增加腹式进行训练。(2) 运动指导。对患者实施运动指导, 可以有效恢复患者的身体机能。为患者制定科学精密的运动时间表, 通过慢慢增强患者的运动强度, 可以进一步的使透析更加充分, 增加机体抵抗力, 消除炎症, 改善患者身体的营养状态。(3) 心理护理。对患者进行心理护理可以有效缓解患者的不良情绪, 及时与患者进行沟通、交流并在交流的过程中观察患者的心理状态并进行评估, 有针对性的对患者心理进行疏导, 让患者感受到更多的关心, 降低患者的恐惧、烦躁心理, 使患者有一个平稳的心理状态。(4) 对患者进行健康宣教。将重症呼吸衰竭的发病原因、发病时的临床表现以及治疗手段讲解给患者, 从而可以降低患者的恐惧心理并提高患者对该疾病的认识程度, 使患者在日常生活中可以改正自身的不良习惯, 增强自我管理能力。

综上所述, 采用呼吸训练对慢性阻塞性肺气肿患者及逆行治疗, 可以有效地提高患者日常的生活质量、

肺功能指数，对改善肺功能有很大的提升，值得各院采用。

参考文献（略）

## 呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用研究

张笑

作者单位：太原市第四人民医院，山西省太原市，030000

**摘要：**目的 研究呼吸内科重症结核患者的护理干预在临床护理中的应用。方法 随机选取 150 例呼吸内科重症患者分为两组（对照组和试验组），试验组 75 例采用护理干预模式进行护理，对照组 75 例采用常规方式进行护理。结果 试验组满意度明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论 在护理干预方式下，可以大大提高呼吸内科重症患者的满意度，值得推广。

**关键词：**护理干预；呼吸内科重症患者；临床应用

### 引言

近年来，随着空气质量不断下降、吸烟人数不断增多、人口老龄化不断加剧，呼吸系统疾病的患病人群明显增多，而且呼吸系统疾病的死亡率也越来越高。对于呼吸内科的重症病人来说，其病情相对危急和严重，需要及时进行治疗，否则将面临十分严重的后果。有研究指出，在呼吸内科重症患者中实施合理的护理干预，可以有效提升患者治疗有效率，有着较好的效果[1]。因而，病人住院时，要为其提供差异化的护理干预，最大限度地提升病人的护理实效。我院最近今年将护理干预应用于呼吸内科重症患者，有着明显成效，详情如下。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

随机选取 2019 年 5 月-2020 年 6 月来我院诊治的 150 例呼吸内科重症患者分为两组（对照组和试验组），试验组 75 例采用护理干预模式进行护理，对照组 75 例采用常规方式进行护理。试验组中，有 38 例为男性，有 37 例为女性，最为年长的患者为 77 岁，最为年轻的患者为 21 岁，年龄平均为  $44.2 \pm 1.15$  岁。对照组中，有 37 例为男性，有 38 例为女性，最为年长的患者为 76 岁，最为年轻的患者为 21 岁，年龄平均为  $44.1 \pm 1.14$  岁。两组患者在性别、年龄方面无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。

#### 1.2 护理方法

对照组采用常规护理措施，即患者治疗期间的正常医嘱执行以及记录工作。同时，还进行了如下方面的护理：

##### （1）吸氧护理

在治疗时，病人容易出现呼吸不畅甚至是休克等症状。在为病人进行吸氧护理时，最重要的是要保持吸氧顺畅，经常检查一下病人使用的鼻导管、面罩等器具是否正常工作，同时还要及时发现、清除病人的分泌物。

##### （2）排痰护理

咳血、痰阻是呼吸内科重症病人在治疗时可以危及病人生命的突发病状。所以，在治疗时，要定期为病人进行排痰护理，保持病人呼吸顺畅。病人排痰时，要取适当体位，保持呼吸顺畅。告知病人多饮水，水可以将痰液稀释，减少痰阻的发生[2]。

##### （3）病房护理

周边环境的不良干涉，可能加重呼吸内科重症病人的病情。所以，治疗时病房护理尤为重要。条件允许时，保持病房通风顺畅、光照充足，室温控制在  $25^{\circ}\text{C}$  左右，湿度控制在 55% 左右，及时清理床单、被褥以及病人的衣服。

试验组在为病人提供常规护理的同时,还要为其提供系统的个性化护理干预,更加重视对患者的心情、饮食护理:

#### (1) 饮食方面的护理

呼吸内科的病人,进行呼吸时,会消耗掉比正常人更多的能量,这就要求病人有着较高的身体素质。病人在接受治疗的过程中,要多进食一些高热量、高蛋白以及富含碳水化合物的食物,同时,一定要注意切勿暴饮暴食。病人要遵循缓慢用餐、少食多餐的用餐原则,护士要经常监督病人的进食情况,科学干预病人的进食食物,时刻提醒病人,要在正确的用餐点上科学用餐。假设病人在用餐过程中出现了呼吸困难的情况,护士先要为病人平顺呼吸,然后再继续用餐[3]。

#### (2) 心情方面的护理

在呼吸内科,重症病情都有持续时间长、见效缓慢的特点,这一特点会让病人失去了治疗的信心,在治疗期间,病人还会出现咳血、呼吸困难等临床表现,这些表现会加重病人的负面情绪,给病人及其家属造成较大的心理负担,同时也非常不利于疾病的治疗。所以说,心理护理非常关键,在日常护理时,一定要重视病人的心态变化情况以及精神状态等,鼓励他们树立敢于面对、战胜病魔的信心[4]。

#### 1.3 满意度评价

评价标准为本科室自行研制,当分数介于 90 分到 100 分之间时,属于非常满意,当分数介于 70 分到 89 分之间时,属于比较满意,当分数低于 70 分时,属于不满意,满意度为前两者的满意率之和。

#### 1.4 统计学处理

采用 SPSS13.0 进行统计分析,率的比较采用卡方检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2. 结果

表 1 两组患者满意度对比(例)

| 组别    | N  | 非常满意 | 比较满意 | 不满意 | 满意度    |
|-------|----|------|------|-----|--------|
| 试验组   | 75 | 43   | 27   | 5   | 94.00% |
| 对照组   | 75 | 43   | 32   | 10  | 86.00% |
| $X^2$ | -  | -    | -    | -   | 5.117  |
| P     | -  | -    | -    | -   | 0.0021 |

经过护理(如表 1),试验组满意度 94.00%明显高于对照组 86.00% ( $P < 0.05$ )

## 3. 讨论

在呼吸内科,呼吸系统疾病是最常见的病症,也属于多发病症,发生病变的部位,主要是在病人的胸腔、上下呼吸道以及肺部等器官及组织中。呼吸内科的重症病人病情重、病程长,同时病情极易发生反复。因为经常会出现呼吸困难的情况,导致病人体内血氧饱和度严重不足,使得身体长期处于缺氧的不良状态,这些症状都会极大地增加病人的心理压力,病人整日情绪低落,经常出现抑郁、烦躁不安等不良情绪。这些不良情绪的存在,将会大大降低疾病的治疗效果,影响病人的日常生活,降低病人的生活质量。所以,对呼吸内科重症病人实施综合护理干预,可以帮助病人缓解他们的不良情绪,鼓足病人相信科学、战胜病魔、早日康复的勇气,提高病人治疗依从性和护理依从性。这对提升病情的治疗效果而言,是极为关键的[5]。

护理干预对护理工作提出了更高的护理要求,要求在对患者进行护理的时候,采取综合而全面的护理措施,在及时关注患者身体病痛实际的时候,也能重视其心理变化,让其在缓解病痛的同时,心理心情都得到相应的护理,进而也积极配合治疗和护理,提升治疗成效。

最近几年,我院在对呼吸内科重症患者的进行护理的过程中,充分实施了护理干预模式,对患者从多个层面进行了综合化的护理措施,如此,不仅及时缓解了患者身体病痛,还重视了患者心理心情变化,使得患者能够在较为舒适的环境下进行治疗,大大提升了其满意度。本次结果发现,试验组满意度明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。可见,和前人结合类似,将护理干预措施应用于呼吸内科重症患者,成效相对明显[6]。

综上所述,本文通过对呼吸科重症患者进行全方位护理干预的方法配合治疗,护理人员对患者的各项生命体征及各种反应做好实时监测和详细记录,具有非常好的护理效果。经研究发现,对比常规护理,实施护理干预对患者进行护理的抢救成功率、治疗有效率、护理满意度都明显较高。所以,医院采用全方位

护理干预的方法护理呼吸内科重症患者不仅可以提高护理人员自身的护理水平，还能够使患者更好的战胜病魔，早日康复，是一种值得临床推广的有效护理方法。

参考文献（略）

## 优质护理服务对结核病护理工作满意度的影响观察

李燕

作者单位：太原市第四人民医院 内七科 山西太原 030053

**【摘要】目的：**探析结核病护理工作中应用优质护理服务对满意度的影响。**方法：**选取 2017 年 1 月～2018 年 6 月我院收治的 88 例结核病患者为观察目标，根据随机硬币法分为对照组（ $n=44$ ）、试验组（ $n=44$ ）。对照组患者应用常规护理，试验组患者应用优质护理服务，对两组患者心理状态及护理满意度进行比较。**结果：**试验组焦虑评分、抑郁评分均低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。试验组护理满意度高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。**结论：**结核病护理工作中应用优质护理服务后，能够有效改善患者心理状态，提高患者护理满意度，值得在临床中推广借鉴。

**【关键词】**结核病；优质护理服务；心理状态；护理满意度

结核病是一种比较常见的慢性传染病，具有病情反复发作、确诊率低等特点，对患者生活、工作及身心健康造成了极大的影响<sup>[1]</sup>。在结核病患者治疗中，为了取得更好的治疗效果，一定要加强护理工作的展开。为此，本文现对 2017 年 1 月～2018 年 6 月我院收治的 88 例结核病患者予以研究，分析优质护理服务的实施效果，进行如下报道。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月～2018 年 6 月我院收治的 88 例结核病患者为观察目标，根据随机硬币法分为对照组（ $n=44$ ）、试验组（ $n=44$ ）。对照组中，女患者 21 例，男患者 23 例；年龄范围 26～74 岁，平均为（ $53.3\pm 4.2$ ）岁。试验组中，女患者 20 例，男患者 24 例；年龄范围 27～74 岁，平均为（ $53.1\pm 4.1$ ）岁。对比分析两组患者一般资料，无显著性差异（ $P>0.05$ ）。

#### 1.2 方法

对照组患者应用常规护理，即指导患者严格遵医嘱用药，说明用药重要性，并对患者临床表现及生命体征变化予以密切观察。在此基础上，试验组患者应用优质护理服务，内容如下：（1）健康宣教。患者入院后，详细向患者介绍医院环境、管理制度及有关安全知识等，根据患者病情及个体化需求，展开全面的健康宣教，提高患者对疾病知识的了解，从而更好的配合治疗与护理。叮嘱患者戒烟禁酒，保持良好的作息习惯。（2）饮食干预。根据患者标本检验结果及医师要求，制定科学、合理的饮食计划。尤其是伴有高血压、糖尿病等基础疾病患者，应制定个性化饮食方案，叮嘱患者按时就餐，并定时测定血糖、血压，一旦出现异常情况，马上告知医师，给予恰当处理。（3）用药指导。在结核病患者治疗中，一定要叮嘱患者严格遵医嘱用药，并详细介绍药物名称、用法、用量等知识，以此提高患者治疗积极性。同时，密切观察患者用药反应，一旦出现眩晕、听力障碍、胃肠道不适等症状，应马上告知医师，从而给予恰当处理，确保患者用药安全、有效。（4）心理疏导。因为受到社会歧视或自身思想问题，经常产生自卑心理，不利于患者治疗。为此，应积极和患者沟通，详细说明病情，缓解患者不良情绪。同时，在沟通中，保持态度和蔼，耐心解答患者疑问，并认真倾听患者意见，播放轻松、舒缓的音乐，进而保持乐观、积极的心态。（5）咳血护理。若患者咳血，应协助患者取侧卧位，叮嘱患者不可屏气，尽量安慰患者，保持患者情绪平稳。若患者出现胸闷、气促等症状，应及时给予急救，必要时给予吸氧、祛痰治疗。

#### 1.3 观察指标

对两组患者心理状态及护理满意度进行比较。(1) 采用焦虑自评量表、抑郁自评量表评估患者心理状态, 分值在 0~100 分之间, 评分越高, 心理状态越差。(2) 采用自制满意度调查问卷评估患者护理满意度, 总分为 100 分, >90 分为非常满意, 60~90 分为一般满意, <60 分为不满意, 满意度=(非常满意例数+一般满意例数)/总例数×100%。

#### 1.4 统计学分析

用软件 SPSS 20.0 处理数据, 用百分率、 $(\bar{x} \pm s)$  形式表示计数资料与计量资料, 并分别给予卡方与 t 值检验,  $P < 0.05$  说明组间差异显著。

### 2. 结果

#### 2.1 对两组患者心理状态予以比较

试验组焦虑评分、抑郁评分均低于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 对两组患者心理状态予以比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别         | 焦虑评分     | 抑郁评分     |
|------------|----------|----------|
| 试验组 (n=44) | 31.7±4.1 | 30.4±4.3 |
| 对照组 (n=44) | 38.4±4.5 | 39.4±4.8 |
| t 值        | 7.3004   | 9.2637   |
| P 值        | 0.0000   | 0.0000   |

#### 2.2 对两组患者护理满意度予以比较

试验组护理满意度高于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 对两组患者护理满意度予以比较 [n (%)]

| 组别         | 非常满意      | 一般满意      | 不满意      | 满意度       |
|------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 试验组 (n=44) | 26 (59.1) | 17 (38.6) | 1 (2.3)  | 43 (97.7) |
| 对照组 (n=44) | 20 (45.5) | 16 (36.4) | 8 (18.2) | 36 (91.8) |
| $\chi^2$ 值 |           |           |          | 6.0647    |
| P 值        |           |           |          | 0.0137    |

### 3. 讨论

结核病是一种病程长、疗程长的疾病, 治疗时主要为联合用药, 但多数患者经常在病情好转后, 擅自停药或者减少药物剂量, 致使疾病治疗效果不佳<sup>[2]</sup>。为此, 在临床治疗中, 必须给予恰当护理, 以此提高治疗效果, 改善患者预后。

优质护理服务是提高护理质量的重要方式, 突出了以患者为中心的护理理念, 实现了护理责任的全面落实, 让患者充分感受到了医院方面的关怀, 全面改善了患者的不良情绪, 临床应用价值非常高。本研究提示, 试验组焦虑评分、抑郁评分均低于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ ); 试验组护理满意度高于对照组, 差异显著 ( $P < 0.05$ )。由此说明, 通过优质护理服务的实施, 能够显著降低患者焦虑、抑郁程度, 提高患者护理满意度, 与相关文献报道<sup>[3]</sup>十分接近。

综上所述, 结核病护理工作中应用优质护理服务后, 能够有效改善患者心理状态, 提高患者护理满意度, 值得在临床中推广借鉴。

参考文献 (略)

## 探究糖尿病患者护理安全隐患及护理措施

张丽莉

**【摘要】目的:** 探讨糖尿病患者护理安全隐患及护理措施。**方法:** 选取 2022 年 2 月~2024 年 2 月我院收治的 69 例糖尿病患者为研究对象, 根据相关的病历资料回顾性分析和总结糖尿病患者护理中存在的安

全隐患。**结果:**老年糖尿病患者护理过程中存在的安全隐患主要包括低血糖、错用/漏用药、依从性差、足部外伤、跌倒、突发心脑血管疾病、医院感染、心理承受能力差而出现自杀倾向。**结论:**针对糖尿病患者护理中存在的安全隐患,需要进行针对性的护理,通过加强管理,密切关注患者病情变化,对家属进行科学有效的培训等方法提高护理质量,进而保障患者的安全。

**【关键词】**糖尿病; 护理; 安全隐患; 护理对策

近年来我国慢慢步入老龄化社会,随着人口老龄化速度的加快,我国的老年人口增长迅速。糖尿病是老年人中比较常见的一种疾病,因此其发病率也有逐年增长的趋势。糖尿病对老年人的身心健康有严重的危害,它具有病程长,病情复杂,并发症多等特点,因此在一定程度上加大了患者的护理难度<sup>[1]</sup>。为了改善老年糖尿病患者的护理效果,为其提供更好的护理服务,有效的促进患者健康状况的改善,需要针对其护理过程中存在的安全隐患进行分析,同时制定有效的护理对策。本研究主要探讨糖尿病患者护理安全隐患以及护理措施,选取 2022 年 2 月~2024 年 2 月我院收治的 69 例糖尿病患者为研究对象,现将相关的研究过程作如下汇报:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 2 月~2024 年 2 月我院收治的 69 例糖尿病患者为研究对象,其中男性患者 38 例,女性患者 31 例。年龄 63~88 岁,平均年龄(70.24±7.32)岁。

### 1.2 方法

采用观察记录以及访谈等方法对所有研究对象进行咨询、记录,同时对工作过程中自身发现的护理安全隐患进行分析和总结,确定当前老年糖尿病患者临床护理中存在安全隐患,然后探讨相应的针对性护理措施。

### 1.43 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理。计数资料以百分比表示,采用  $\chi^2$  检验;计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 t 检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

根据调查分析结果,老年糖尿病患者护理中存在的安全隐患主要包括低血糖 34 例(49.28%),错用/漏用药 20 例(28.99%),用药依从性差 19 例(27.54%),足部外伤 8 例(11.59%),跌倒 5 例(7.25%),突发心脑血管疾病 4 例(5.8%),医院感染 2 例(2.9%),心理承受能力差而出现自杀倾向 1 例(1.45%),具体情况如下表 1 所示。

表 1 老年糖尿病患者常见的安全隐患分析

| 安全隐患           | 例数 | 比率    |
|----------------|----|-------|
| 低血糖            | 34 | 49.28 |
| 错用/漏用药         | 20 | 28.99 |
| 依从性差           | 19 | 27.54 |
| 足部外伤           | 8  | 11.59 |
| 跌倒             | 5  | 7.25  |
| 突发心脑血管疾病       | 4  | 5.8   |
| 医院感染           | 2  | 2.9   |
| 心理承受能力差而出现自杀倾向 | 1  | 1.45  |

## 3 讨论

糖尿病是一种十分常见的临床疾病,其主要的特征为慢性高血糖。该病的致病因素有很多,其中最重要的是遗传和环境因素<sup>[2]</sup>。当前临床上,上午根治糖尿病患者的方法,因此需要患者长期坚持进行治疗<sup>[3]</sup>。由于大部分糖尿病患者都是老年人,其身体机能免疫力低下,各项器官功能退化,因此在进行长期治疗的过程中,十分容易出现各种安全问题,根据本次研究结果,当前老年糖尿病患者护理中主要的安全问题包

括低血糖、错用/漏用药、依从性差、足部外伤、跌倒、突发心脑血管疾病、医院感染、心理承受能力差而出现自杀倾向。针对这些问题应当改进护理对策，具体可以从以下几方面展开：(1)加强管理，提高防范意识。护理管理工作是一项意义重大的工作，因此护士长需要站在管理者的高度对护理人员进行培训管理，使护理人员的风 险意识可以提高。同时需要促进其专业知识水平和专业技能的提高，进而可以有 能力为患者提供更为优质的护理服务。(2)密切关注患者病情变化。护理人员可以针对患者的实际情况为其制定安全 防范措施，对其进行健康宣教，使患者可以掌握预防感染以及低血糖等相关的知识。护理人员需要从患者的疾病 监控，生理心理，用药时间，饮食治疗等方面对其进行针对性的护理服务。在为患者提供护理服务前，护理人员 需要对患者的病情背景，进行全面的了解，然后为其安排合理的运动，直到患者选择科学的运动方式，运动时 间以及运动强度，有效的改善自身的身体状况。在患者入院后需要对其进行风险评估，针对患者的不良情绪， 进行耐心的沟通和倾听，对于测评风险等级较高的患者，需要对其进行重点关注，细心的观察其病情变化，加 强巡视，敏锐的发现细微病变，及时采取有效措施加以干预。(3)开展护理指导，强化对家属的培训。护理人员 由于工作相对比较繁忙，因此不可能时时刻刻的陪伴在患者身边，为此应当针对患者的家属进行有关的培训， 使其可以掌握相关药物的作用，服药方法以及服药时间，掌握，协助患者起床如厕的正确方法采用合适的方法 给予患者情感支持，消除患者的顾虑，孤独等，尽可能的避免患者出现漏用药错用药，摔倒，依从性差等情况。 在老年糖尿病患者的临床护理工作中，家属的陪伴可以有效的弥补护理人员的护理时间的阶段，家属在老年糖 尿病患者的护理中具有十分重要的作用，通过患者家属的有效配合，可以很大程度的促进护理质量的提高， 降低老年患者心理抑郁的发生，缓解其病情。

综上所述，当前糖尿病患者护理中存在的安全隐患，主要包括低血糖，错用药，依从性差，跌倒足部 外伤，医院感染突发心脑血管疾病，心理承受能力差等，为此可以通过加强管理，密切关注患者病情变化， 对家属进行科学有效的培训等方法提高护理质量，以更好的保障老年糖尿病患者的安全。

参考文献（略）

## 循证护理模式对肺结核患者围术期肺功能指标及并发症的影响

陈丽花

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）浆膜腔结核科，山西 太原 030053

**【摘要】**目的：分析肺结核手术患者开展循证护理模式对患者围手术期肺功能指标和患者并发症的影响。方法：选择在我院 2020.5-2022.5 接受手术治疗的 84 例患者进行分析，全部患者均为肺结核，按照区 组化随机数分组法把患者分成参考组和研究组，各组均有 42 例。参考组实施传统护理模式，研究组实施循 证护理模式。比较两组患者肺功能指标、心理状态、并发症发生情况及生活质量。结果：研究组在护理干 预后肺功能各项指标值均高于参考组， $P < 0.05$ ；干预后患者的心理情绪焦虑及抑郁评分对比可见，研究 组均低于参考组， $P < 0.05$ ；研究组患者的并发症发生率明显低于参考组， $P < 0.05$ ；比较干预后生活质量两 组患者的生活质量评分可见，参考组均低于研究组， $P < 0.05$ 。结论：开展循证护理模式后，可以较好的改 善肺结核患者围术期的肺功能指标，减轻患者焦虑抑郁情绪，使患者并发症发生率明显降低，提高患者的 生活质量水平，有参考意义。

**【关键词】**肺功能；肺结核；围手术期；循证护理模式；并发症

肺结核患者在接受手术治疗后，机体胸廓结构会受到明显破坏，损伤患者的胸部肌肉，可能导致患者 出现肺功能降低的情况，同时受到肺部组织损伤、手术创伤、术后疼痛等因素影响，患者术后容易出现系 列并发症，对患者肺功能的恢复造成不利影响，还会明显降低患者的生活质量水平<sup>[1]</sup>。因此，在患者围手 术期配合开展有效的护理措施对患者预后有着重要意义。常规护理服务主要是根据临床经验、遵医嘱为患者 实施对应的护理措施，随意性相对较强，难以满足现阶段肺结核手术患者日益增长的护理需求。循证护

理模式是在计划护理活动的过程中,明智、明确、审慎地将科研结论与患者意愿和临床经验相结合,并寻找循证证据,将其作为临床决策依据为患者制定科学、全面的护理方案计划<sup>[2]</sup>。为此,本文选择我院 2020.5-2022.5 接受手术治疗的 84 例患者进行分析,具体报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 常规资料

从 2020.5-2022.5 时间范围内选择在我院接受手术治疗的 84 例肺结核患者参与到研究中,按照区组化随机数分组法把患者分成两组,各组均有 42 例。参考组中男性患者占比 52.38% (22/42),女性患者占比 47.62% (20/42);病程介于 1 年到 5 年之间,平均 (3.21±1.03) 年;年龄最高 78 岁,最低 26 岁,平均 (53.42±7.52) 岁。研究组中男性患者占比 57.14% (24/42),女性患者占比 42.86% (18/42);病程介于 1 年到 5 年之间,平均 (3.19±1.12) 年;年龄最高 79 岁,最低 28 岁,平均 (53.63±7.41) 岁。比较两组患者的常规资料可以得出,  $P>0.05$ 。本次研究通过伦理审批后开展。

纳入标准:(1)接受检查确诊为肺结核者;(2)符合手术治疗指征并主动要求接受手术治疗者;(3)在知情同意书上签署姓名;(4)能配合完成研究者。排除标准:(1)合并肿瘤类疾病者;(2)合并心脏、肾脏、肝脏等器质性病变者;(3)意识障碍或合并精神性疾病者;(4)凝血功能异常者。

### 1.2 方法

参考组实施传统护理模式:为患者说明疾病和手术治疗相关知识,解答患者各项问题,为患者提供常规护理内容,介绍日常饮食内容,做好患者的用药指导,叮嘱患者适当开展必要的运动锻炼等。

研究组实施循证护理模式:(1)建立循证护理小组:由经验丰富、高年资、责任心强的护理人员组建循证护理小组,护士长担任小组长的职位,负责对全体小组成员开展针对性培训,主要以循证护理内容、肺结核手术围术期护理等内容为主,提高小组成员的专业技能水平和专科知识水平。(2)循证护理评估:加强对患者的评估,与患者完善沟通,掌握患者的基本信息资料和病情情况,了解患者对疾病的认知程度,分析患者的实际情况,并将其作为依据,制定与患者实际情况相符合的护理内容。(3)提出循证护理问题:对院内肺结核手术患者资料进行整合分析,提出针对性的循证护理问题,主要包括肺结核手术患者依从性影响因素、如何减轻患者心理压力、如何提高患者依从性、如何做好并发症的预防等。(4)循证支持:以上述所提出的循证护理问题为依据,查阅教科书、杂志、期刊等内容,由循证护理小组对所收集材料进行进一步的筛查,将低质量资料文献剔除,再邀请专家评价循证护理证据的真实性、实用性和可行性,形成符合肺结核手术患者实际情况的护理支持方案。(5)循证护理内容:将所收集的循证证据充分与患者的实际情况相结合,根据患者实际情况开展个体化干预措施,参与到医疗干预过程中,积极与患者进行有效沟通,加强对患者的健康教育,说明疾病治疗知识和配合要点,提高患者的认知度,并及时安抚患者不良情绪,多疏导、鼓励患者,通过转移注意力的方式有效帮助患者保持放松、乐观的情绪,提高患者的治疗信心。为患者和家属普及有关并发症的相关知识,提高患者和家属的医学常识,让其感知到遵医嘱治疗的必要性和重要性,定期对患者实施超声检查和纤维支气管镜检查,避免由于引流不畅、痰液阻塞等问题影响患者肺功能的康复,根据患者术后具体的耐受程度为其制定个体化的肺康复训练计划内容,并详细解答患者和家属的疑问,提高患者的依从性,提高家属的信任感和责任感。在用药方面积极与医师沟通药物应用的各项内容,避免出现不良反应的情况,同时根据患者的实际病情,选取适宜的应用药物,若治疗期间出现不良反应,则有效、及时的进行处理,保障患者的治疗安全性。

### 1.3 观察指标

比较两组患者肺功能指标、心理状态、并发症发生情况及生活质量。(1)对两组患者的肺功能水平进行评价,主要从第 1 秒用力呼气容积百分比 (FVE<sub>1</sub>%)、用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积 (FVE<sub>1</sub>) 进行评价。(2)对两组患者的焦虑抑郁情绪进行评分,用汉密尔顿焦虑评分表 (HAMA) 评价患者的焦虑情绪,用汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评价两组患者的抑郁情绪,分值越高表示患者的抑郁情绪越严重。(3)记录两组患者肺不张、肺炎、呼吸衰竭、肺炎伴胸腔积液等并发症发生情况。(4)对组间患者生活质量水平进行评价时采用生活质量评分问卷-74 (GQOL-74),主要评估内容包含生理职能、精神健康、社会功能、生理功能四项,各项评分均在 0-100 分之间,最终得分结果越高提示患者的生活质量水平就越高。

### 1.4 统计学分析

用检验软件 SPSS29.0 检验研究各项数据，并发症发生情况用 (n%) 表示，肺功能指标、心理状态及生活质量用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，分别经  $\chi^2$  检验和 t 检验，有明显差别则：P<0.05。

## 2 结果

### 2.1 肺功能指标的对比

在比较两组患者肺功能指标方面结果显示差异不明显，P>0.05；研究组在护理干预后的 FVE<sub>1</sub>%、FVC、FVE<sub>1</sub> 指标值均明显高于参考组，P<0.05。如表 1。

表 1 肺功能指标的组间比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组名  | n  | FVE <sub>1</sub> % (%) |            | FVC (L)   |           | FVE <sub>1</sub> (L) |           |
|-----|----|------------------------|------------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|     |    | 干预前                    | 干预后        | 干预前       | 干预后       | 干预前                  | 干预后       |
| 研究组 | 42 | 52.31±5.13             | 49.57±5.14 | 3.41±0.47 | 3.04±0.62 | 2.31±0.27            | 2.04±0.37 |
| 参考组 | 42 | 52.26±4.25             | 45.78±3.19 | 3.47±0.52 | 2.48±0.53 | 2.26±0.24            | 1.78±0.32 |
| t   | -  | 0.048                  | 4.060      | 0.554     | 4.449     | 0.896                | 3.444     |
| P   | -  | 0.961                  | 0.000      | 0.580     | 0.000     | 0.372                | 0.000     |

### 2.2 心理状态的评估

干预前研究组和参考组的心理状态评分差别不大，P>0.05；干预后患者的 HAMA 和 HAMD 评分相比，研究组均低于参考组，P<0.05。如表 2。

表 2 心理状态的两组评价 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组名  | n  | HAMA 得分结果  |            | HAMD 得分结果  |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 研究组 | 42 | 17.41±3.57 | 8.62±2.14  | 26.71±6.04 | 18.75±2.53 |
| 参考组 | 42 | 17.29±3.48 | 13.02±3.35 | 26.49±6.32 | 22.38±4.27 |
| t   | -  | 0.155      | 7.173      | 0.163      | 4.739      |
| P   | -  | 0.876      | 0.000      | 0.870      | 0.000      |

### 2.3 并发症发生情况的比较

比较两组患者的并发症发生率可以看出，参考组高于研究组，P<0.05。如表 3。

表 3 并发症发生率的两组对比[n (%)]

| 组名       | n  | 肺不张      | 肺炎        | 呼吸衰竭     | 肺炎伴胸腔积液  | 总发生率      |
|----------|----|----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 研究组      | 42 | 0 (0.00) | 0 (0.00)  | 1 (2.38) | 1 (2.38) | 2 (4.76)  |
| 参考组      | 42 | 2 (4.76) | 5 (11.90) | 2 (4.76) | 0 (0.00) | 9 (21.43) |
| $\chi^2$ | -  | -        | -         | -        | -        | 5.125     |
| P        | -  | -        | -         | -        | -        | 0.023     |

### 2.4 生活质量的评价

比较干预前患者的生活质量各项评分可以看出 P>0.05，差别不明显；干预后比较各项评分可以看出，研究组均高于参考组，P<0.05。如表 4。

表 4 生活质量的比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组名  | n  | 生理功能       |            | 社会功能       |            | 精神健康       |            | 生理职能       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 研究组 | 42 | 79.38±5.24 | 90.65±5.37 | 78.24±5.25 | 92.38±5.33 | 78.84±6.31 | 91.08±5.72 | 77.47±5.83 | 91.52±4.49 |
| 参考组 | 42 | 79.28±5.08 | 80.15±6.51 | 78.51±5.42 | 81.07±5.26 | 78.38±6.65 | 82.12±6.19 | 78.44±6.05 | 82.47±5.46 |
| t   | -  | 0.088      | 8.063      | 0.231      | 9.788      | 0.325      | 6.889      | 0.748      | 8.296      |
| P   | -  | 0.929      | 0.000      | 0.817      | 0.000      | 0.745      | 0.000      | 0.456      | 0.000      |

### 3 讨论

肺结核是慢性传染性疾病，可能引起肺不张、疾病传染、窒息、咳血等多种严重后果，治疗相对较为漫长<sup>[3]</sup>。随着现阶段肺结核手术治疗方式的不断完善，使得手术患者预后得到了显著改善，但作为有创性操作的一种，手术仍会不可避免的影响患者肺部结构和呼吸肌，因此，如何增强肺结核手术患者的治疗依从性，让患者保持良好心情配合治疗，保证治疗效果是现阶段临床普遍关注的问题，对患者开展有效的护理干预措施十分必要<sup>[4]</sup>。

循证护理是新型护理模式，能在实际开展护理方案的过程中，充分明确护理具体方向，积极寻找科研结果依据，并结合临床以往经验，积极掌握患者的各项需求，从心理、精神、生理、躯体等多个方面加强针对患者的有效护理，制定科学护理方案流程，充分体现出护理的严谨性和科学性特点，保障护理流程有章可循、有据可依，并在护理过程中充分尊重患者的意愿，更加注重多个方面的护理，为患者提供科学的护理内容<sup>[5]</sup>。本次结果显示，研究组在护理干预后的肺功能 FVE<sub>1</sub>%、FVC、FVE<sub>1</sub> 指标值均明显高于参考组， $P < 0.05$ ，数据间的对比有显著差别；比较两组患者的并发症发生率可以看出，研究组明显低于参考组， $P < 0.05$ ，两组结果进行比较有显著差异，肺结核手术患者开展循证护理模式能够有效改善患者围手术期肺功能，降低患者并发症的发生风险，促进患者病情康复。这是由于开展循证护理可以整合分析院内患者的基本临床资料，并及时进行深入分析，积极找出各项诱发影响因素，了解各项循证范围，在多个网站数据库中检索对应的资料作为循证依据，进一步对可能影响肺结核手术患者肺功能的各项因素进行分类和概括，并充分与患者的实际情况相结合，制定与患者实际情况相符的护理内容，有效提高患者肺功能，降低患者并发症的发生率，进而保障护理效果<sup>[6]</sup>。同时对比组间患者的心理状态可以看出，干预后患者的 HAMA 和 HAMD 评分对比可见，研究组均明显低于参考组， $P < 0.05$ ，组间结果数据差异明显；干预后比较生活质量生理职能、精神健康、社会功能及生理功能评分可以看出，研究组均高于参考组， $P < 0.05$ ，组间结果形成统计学意义，提示在运用循证护理模式后还能显著改善患者的负面心理情绪，提高患者的生活质量水平。这是由于开展循证护理模式更具有全面性、科学性等特点，能将患者实际情况作为依据，将患者自身的意愿作为中心，充分结合既往临床经验，掌握患者心理情绪变化情况，针对患者实际情况采取个体化心理干预措施，根据患者文化水平采取适宜的健康教育方案，提高患者的认知度，积极采取有效的干预措施，有效提高患者的生活质量水平<sup>[7]</sup>。

综上所述，肺结核手术患者开展循证护理模式可以较好的改善患者围手术期的肺功能指标和不良心理情绪状态，提高患者的生活质量水平，降低并发症发生率，有较高的参考价值。

#### 参考文献（略）

## 人文关怀护理对耐多药结核病患者焦虑抑郁情绪的影响

程敏燕

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 浆膜腔结核科，山西 太原 030053

**【摘要】**目的：探究人文关怀在耐多药结核患者中的应用及对焦虑、抑郁评分影响。方法：选择 2020 年 1 月~2023 年 12 月时段到我院接受治疗的 80 例耐多药肺结核患者作为研究对象，对照组接受常规护理，实验组在对照组的基础上接受人文关怀护理。结果：实验组生活质量、护理满意度、依从性、焦虑、抑郁评分均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：通过人文关怀应用在耐多药结核患者中取得了多方面不错的效果。

**【关键词】**人文关怀护理；耐多药肺结核；焦虑；抑郁

随着国内临床方面的医疗水平的快速提高，越来越多的疑难重症可以得到更加具有全面性和有效性的治疗和护理。由于耐多药结核是一种较为常见的疾病，主要是由于患者对于治疗结核病的药物产生了耐药性而引发的。主要是由于治疗方面的难度比较高，而且该病还具有一定的传染性，这样会严重影响到社会

公共卫生,与此同时还会对患者的身心健康方面造成负面的影响<sup>[1-2]</sup>。现阶段,临床上较为普遍地存在耐多药肺结核这一种较为严重的问题,成为广大临床医者需要进行思考和解决的难题。为了增强对耐多药肺结核患者治疗方面的效果,需要提供人文关怀护理,这样可以帮助他们在治疗的过程中建立自信心,从而可以更好地提高治疗方面的效果。基于此,本研究的主要目的在于探究人文关怀在耐多药结核患者中的应用及对 SAS、SDS 评分影响,如下可见。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月~2023 年 12 月时段到我院接受治疗的 80 例耐多药肺结核患者作为研究对象,以随机数字表法进行分组,两组患者各项资料对比差异具有相似性 ( $P>0.05$ ),可对比,详见表 1。纳入标准:

(1) 临床药敏试验结果确诊为耐多药结核病患者;(2) 患者具有认知的能力;(3) 患者不存在心、肝、肾功能不全。排除标准:(1) 患者存在精神方面疾病;(2) 患者对本研究配合程度较差。

表 1 两组患者一般资料比较 [ $\bar{x}\pm s$ ,  $n(\%)$ ]

| 组别         | n  | 男     | 女  | 年龄(岁) | 平均年龄(岁)    |
|------------|----|-------|----|-------|------------|
| 对照组        | 40 | 21    | 19 | 60~81 | 48.56±4.45 |
| 实验组        | 40 | 20    | 20 | 60~80 | 48.11±4.25 |
| $t/\chi^2$ |    | 0.050 |    | 0.235 | 0.463      |
| $P$        |    | 0.823 |    | 0.123 | 0.645      |

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组给予常规护理,对患者的病情进展方面进行密切的监测,并且采取适当的基础治疗,并且叮嘱患者要按时、按量的进行服用药物,同时还需要保持较为良好的生活规律。

#### 1.2.2 实验组

实验组患者在对照组的基础上接受人文关怀护理,具体方法如下可见:

(1) 在提供人文关怀护理的时候,加强对患者的心理干预,了解患者在进行治疗的过程中容易产生的消极情绪并且进行及时的安抚开导。护理人员通过较为亲切耐心的态度,对患者介绍关于医院环境、医生情况以及病房情况,缓解患者对于陌生环境产生的焦虑感。

(2) 为了预防患者出现的咳嗽和肺部感染,需要护理人员协助他们进行背部的拍击和翻身,并且在必要的时候提供关于镇咳方面的药物。当患者出现咯血时,护理人员需马上在患者肾病进行指导,帮助患者排出积血,并且采取措施给予氧气和输氧并进行止血。同时对患者心理方面的支持,同时协助患者清理咯血后的处理工作。设计科学的饮食计划,并且监控患者的健康生活习惯,并提醒关注饮食方面的禁忌。

### 1.3 观察指标

(1) 对比两组患者生活质量水平。使用 SF-36 简明健康状况量表进行评估,可以从躯体、社会、情绪和总健康四个方面评估。该量表总分为 100 分,可以对个体的生活质量水平呈正相关,即评分越高生活质量越好。

(2) 比较两组患者对护理的满意程度。根据本院自制的满意问卷调查表,总分为 100 分,得到 85~100 分,表示患者对护理感到满意;如果得分在 60~84 分,则表示他们一般满意;如果得分 0~59 分,说明他们对护理不满意。

(3) 对比两组患者依从性。依从性采用调查问卷的方式进行,内容包括是否忘记服用药物、是否遗漏服药、是否因为病情好转后停药等方面,否记为 5 分,是则 0 分:0、1 分为不依从,2、3 分依从较差,4、5 为依从性较高。

(4) 对比两组患者的焦虑、抑郁情况。通过焦虑、抑郁评分表进行评估,分数越高表示焦虑、抑郁情况越糟糕。

### 1.4 统计学方法

SPSS 21.0 分析, 计数资料比较采用  $\chi^2$  比较, 以率 (%) 表示, 并以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,  $P < 0.05$  有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 两组患者生活质量水平比较

实验组患者的生活质量水平高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 详见表 2。

表 2 两组患者生活质量水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别       | n  | 躯体               | 社会               | 情绪               | 总健康              |
|----------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 实验组      | 40 | 54.12 $\pm$ 3.65 | 66.52 $\pm$ 5.51 | 72.25 $\pm$ 5.12 | 66.24 $\pm$ 5.84 |
| 对照组      | 40 | 40.41 $\pm$ 5.68 | 58.21 $\pm$ 4.66 | 67.14 $\pm$ 6.84 | 56.21 $\pm$ 4.21 |
| <i>t</i> |    | 12.843           | 7.283            | 3.783            | 8.811            |
| <i>P</i> |    | 0.000            | 0.000            | 0.000            | 0.000            |

### 2.2 两组患者护理满意度比较

实验组患者对护理满意度均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 详见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较[ (*n*) %]

| 组别       | n  | 满意         | 一般满意     | 不满意      | 总满意度       |
|----------|----|------------|----------|----------|------------|
| 实验组      | 40 | 38 (95.00) | 1 (2.50) | 1 (2.50) | 39 (97.50) |
| 对照组      | 40 | 30 (75.00) | 1 (2.50) | 1 (2.50) | 31 (77.50) |
| $\chi^2$ |    |            |          |          | 7.314      |
| <i>P</i> |    |            |          |          | 0.007      |

### 2.3 两组患者的依从性比较

实验组的依从性高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 详见表 4。

表 4 两组患者的依从性比较[ (*n*) %]

| 组别       | n  | 依从性良好      | 依从性较差    | 不依从       | 总依从性       |
|----------|----|------------|----------|-----------|------------|
| 实验组      | 40 | 38 (95.00) | 1 (2.50) | 1 (2.50)  | 39 (97.50) |
| 对照组      | 40 | 30 (75.00) | 2 (5.00) | 8 (20.00) | 32 (80.00) |
| $\chi^2$ |    |            |          |           | 6.135      |
| <i>P</i> |    |            |          |           | 0.013      |

### 2.4 两组患者焦虑、抑郁情况比较

治疗前: 对照组的焦虑评分 (65.21 $\pm$ 4.21) 分、实验组的焦虑评分 (65.45 $\pm$ 4.15) 分 ( $t=0.257, P=0.798$ ); 治疗后: 对照组的焦虑评分 (50.14 $\pm$ 5.21), 实验组的焦虑评分 (45.21 $\pm$ 3.45) 分 ( $t=0.4.990, P=0.000$ )。两组进行对比, 发现实验组的焦虑、抑郁情况优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

## 3. 讨论

耐多药性肺结核作为一种主要是由于结核杆菌引起的呼吸道传染疾病, 患者对于抗结核药物产生耐药性后导致治疗方面的难度大幅度地增加<sup>[3-4]</sup>。这种疾病具有一定的传染性, 而且治疗的过程较为漫长, 而且费用方面也比较高。通过较为复杂、反复的治疗过程, 这样都会给患者的身体和心理健康两个方面带来较为严重的负面影响。由于耐多药性肺结核的治疗方面难度增大, 患者常常在进行治疗的过程中还会面临着较多的挑战。首先, 治疗的周期比较长, 需要服用的药物种类较多, 常常持续多年之久, 而且药物方面的副作用同样较为严重, 这样会导致患者的身体常常感觉不舒适<sup>[5]</sup>。其次, 治疗方面的费用比较高, 这对于普通的家庭来讲是一种负担, 可能进一步会加重患者在经济方面的困扰和压力。此外, 这种治疗过程具有复杂性, 患者需要定期地到医院进行相关的检查和治疗, 这样会对患者的生活方面带来许多的不便, 进一步会严重影响到患者正常的生活和工作。需要注意的是, 治疗该类疾病的效果并不确定, 患者常常会面临着治疗失败的情况<sup>[6-7]</sup>。这样会对患者的心理方面带来较为沉重的打击, 较为容易导致患者消极的情绪滋生, 甚至更加严重的患者还会产生偏执、绝望的情绪。为了可以进一步提高耐多药性肺结核患者的治疗效果,

医护人员需要结合患者的个人具体情况制定出较为个性化的护理计划。首先，需要对患者给予较为充分的人文关怀的护理，这样可以让患者感受到更多的温暖和关怀，建立起关于治疗方面的信心，提高对于战胜疾病方面的信心和勇气<sup>[8-9]</sup>。另一方面，医护人员还需要重视到患者的心理情绪调节，可以较为及时地发现并且帮助患者更好地化解消极的情绪，从而可以引导患者更加积极地面对在治疗过程中遇到的困难和挑战，进一步可以提高治疗方面的信心。除此之外，还可以通过心理咨询和心理支持等方面，更好地帮助患者调整心态，可以保持较为乐观积极的心态，从而提高治疗方面的效果。

本研究结果表明人文关怀护理组患者的生活质量水平高于常规护理组。这一结果的原因在于人文关怀护理更加注重个性化照顾。耐多药结合患者常常需要较为长期的治疗和护理，他们的身体和心理两个方面都面临许多的问题。通过较为个性化的护理方案，医护人员可以更好地理解患者的需求和困扰，从而可以提供更加贴心和有效地支持。除了治疗方面的关注，医护人员还会比较关心患者的生活环境、家庭支持等方面的问题。通过较为综合地引导，医护人员可以帮助患者更好地建立起积极、健康的生活方式，从而可以进一步提高他们的生活质量水平。

本研究结果还表示人文关怀护理组患者的焦虑、抑郁负面情绪较常规护理组改善情况好。这由于在进行人文关怀护理的时候，医护人员应当采取较为亲切的态度与患者进行有效地沟通，并倾听他们的内心感受，给予相关的理解和支持。通过与患者较为密切地互动，这样可以了解到他们的需求和情感状态，可以较为及时地进行情绪干预，进一步可以较为有效地减轻患者产生的焦虑、抑郁等负面的情绪<sup>[10-11]</sup>。另一方面，人文关怀护理还特别注意个性化的照顾，根据每位患者的情况和需求都存在差异。医护人员还可以根据患者具体的情况，采取较为灵活科学的护理方法，例如提供心理支持、启发患者积极的思维方式、可以帮助他们建立自信心等，从而进一步患者不适的症状。

本研究结果表明人文关怀护理组患者对于护理服务方面的满意程度较常规护理组好。这是因为人文关怀护理可以提供更加具有个性化和细致化的护理服务。通过人文关怀护理，护理人员可以更加仔细地观察到每一位患者的差异和需求，从而提供更加贴心和合适的护理服务，进一步提高患者的满意度<sup>[12-13]</sup>。另一方面，通过人文关怀护理可以建立患者与医护人员之间的信任和情感方面的连接。在长期的治疗过程中，医护人员对患者进行指导和支持，可以更好地关注他们的情感需求，建立起较为良好的信任关系。

本研究结果表明人文关怀护理组患者对于护理服务方面的服药依从性较常规护理组好。主要是由于几个因素的综合影响：首先，通过人文关怀护理建立起较为良好的医患关系。通过较为耐心地倾听患者的心声，理解他们此刻存在的困境和挣扎，医护人员可以更好地与患者建立情感方面的连接，这样的方式可以让患者感觉到被尊重和被关心，进一步地提高他们对于治疗方案的信任程度和依从性<sup>[14]</sup>。其次，在长期的治疗过程和不良反应频繁发作，都会导致他们出现焦虑、抑郁等心理问题，会严重影响他们对于治疗方面的依从性。通过人文关怀护理方面的心理干预措施，可以较为及时地发现和缓解患者的心理压力，进一步帮助他们建立起对于治疗方面的信心<sup>[15]</sup>。另外，通过对患者进行较为深入的沟通和交流，可以更好地了解他们的生活背景、价值观和需求，医护人员可以为患者制定出他们较为合适的治疗方案，这样可以提高治疗方面的针对性和有效性，从而进一步增强患者的治疗依从性。

综上所述，人文关怀在治疗耐多药肺结核患者方面发挥着较为重要的作用，这种方式的有效性已得到广泛认可。通过提供综合的身心关怀，可以较为明显地改善患者的身体和心理状况，进一步促进他们更好地遵循治疗方案。这种关怀不仅仅有助于减轻患者的病痛，而且还有助于更好地提高患者的生活质量水平，这样使得他们更加满意治疗过程。

#### 参考文献（略）

# 肺结核大咯血护理

杜京

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**[ 摘要 ]**目的 通过探讨肺结核大咯血患者的诱发因素和先兆表现的临床观察及采取有效的治疗和急救护理，以提高肺结核大咯血患者的抢救成功率。

方法 收治的肺结核大咯血患者 100 例作为研究对象，分为 2 组，各 50 例，对照组实施常规护理，观察组对患者咯血前进行诱发因素和先兆观察、急救护理及复苏后的护理。

结果 对照组 50 例患者中 3 例经抢救治疗无效死亡，成功抢救 47 例肺结核大咯血患者，其中并发窒息者 7 例，失血性休克 2 例。观察组 50 例患者中，1 例经抢救治疗无效死亡，成功抢救 49 例肺结核大咯血患者，其中并发窒息者 2 例，失血性休克 3 例，观察组的抢救成功率为 98.8%，显著高于对照组的抢救成功率 89.4%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

结论 通过对肺结核大咯血患者的临床细致观察和护理，发现诱发因素和咯血先兆，可以有效的提高肺结核大咯血的抢救成功率

**[ 关键词 ]** 肺结核大咯血；诱发因素；先兆表现及观察；急救护理

肺结核是由结核分枝杆菌（主要是人型结核分枝杆菌）引起的一种肺部慢性传染性疾病，是危害人类生命健康的主要疾病之一 [1]。而大咯血又是肺结核常见的严重并发症，也是肺科急症之一，短时间内即可引起失血性休克、窒息等而造成死亡。

方法 收治的肺结核大咯血患者 100 例作为研究对象，分为 2 组，各 50 例，对照组实施常规护理，观察组对患者咯血前进行诱发因素和先兆观察、急救护理及复苏后的护理。

结果 对照组 50 例患者中 3 例经抢救治疗无效死亡，成功抢救 47 例肺结核大咯血患者，其中并发窒息者 7 例，失血性休克 2 例。观察组 50 例患者中，1 例经抢救治疗无效死亡，成功抢救 49 例肺结核大咯血患者，其中并发窒息者 2 例，失血性休克 3 例，观察组的抢救成功率为 98.8%，显著高于对照组的抢救成功率 89.4%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

## 1.2 方法

### 1.2.1 先兆护理

密切观察患者病情变化，倾听患者的主诉，了解有无咯血先兆表现，一旦发现先兆症状，应立即嘱咐患者绝对卧床休息并及时通知医生。

### 1.2.2 咯血护理

24h 内咯血大于 500ml 或一次咯血量大于 300mL 称为大咯血 [2]。咯血发生时，立即取患侧卧位，头偏向一侧，有利于将血咯出，并保持健侧通气，防止血液流向健侧肺部引起病

灶扩散，嘱患者不要屏气，将口中的血液或血块吐出，帮助患者清理呼吸道，保持呼吸道通畅。或遵医嘱立即应用止血药，首选垂体后叶素，可立即肌注蛇毒血凝酶 1ml 静脉滴注 5% 的葡萄糖 250mL 加垂体后叶素 6-12U；如血痰或少量咯血，可用保险子，云南白药胶囊等口服。

### 1.2.3 窒息护理

患者咯血窒息是因为大量血液或血块阻塞于呼吸道，咯血窒息的发生率为 1.8%，是肺结核死亡的直接原因。护士应立即通知医生，将患者置于头低足高位，若患者神志不清 牙关紧闭，用开口器和压舌板等撬开牙关，将吸痰管用负压吸出口鼻腔内的血液；在抢救过程中护理人员要沉着冷静，相互配合时也要做好自身防护，避免抢救过程中发生突然状况。

### 1.2.4 心理护理

护士应守护在床旁，使患者有安全感，嘱患者不要紧张恐惧，鼓励患者将呼吸道的积血咳出，解释屏气的危害性和保持呼吸道通畅的重要性。

### 1.3 判定标准

死亡：经抢救无效死亡；窒息：咳血窒息；休克：失血过多，发生休克；成功抢救：除去死亡患者均属于抢救成功。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行分析和处理，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用  $t$  检验，计数资料采用  $\chi^2$  检验，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 3 讨论

结核病是全球流行的传染病之一，我国为结核病第二大国，每年有 13 万人死于结核病 [3]，我国结核病的疫情呈现感染率高、肺结核患病率高、死亡人数多等特点。而肺结核大咯血是肺结核常见的严重并发症，常突然发生，如抢救不及时，可在数分钟内发生窒息甚至死亡 [4]。

在临床的护理观察中发现多数患者在大咯血时会有诱发因素和先兆表现 [5-6]。肺结核咯血患者近 60% 都有咯血先兆 [7]，先兆症状出现后到大咯血的时间长短不一：胸闷加剧，胸内发热者多在 20 ~ 40min 内发生咯血；口感甜或咸者多在 3 ~ 9min 内发生咯血，大多数患者在出现先兆症状后 1h 内出现大咯血，少数患者则长达 12h [9]。大咯血多在夜间或清晨发生，尤其是晚间 6: 00pm ~ 9: 00pm。

咯血停止后，不能放松警惕，勤巡视病房，监测患者的生命体征，细致观察患者的病情变化，特别注意窒息先兆，以防止窒息的再次发生。大咯血时嘱患者暂禁食。咯血控制后，指导患者进温凉流质或半流质饮食，少食多餐，饮食不能过热。咯血停止 3d 后可进普食，多食高热量、高营养，易消化的饮食。保持大便通畅，大便时不可用力过度，以防增加腹压致咯血及窒息再发生。对于咳血患者进行健康教育患者咯血期间应绝对卧床休息，不要搬动，嘱咐患者在床上大小便；保持病室安静、空气清新、温湿度适宜。

综上所述，我们在护理中对患者进行细致的询问和观察，发现先兆，做好充分的抢救准备，在大咯血时采取有效的治疗和急救护理，可以有效提高肺结核大咯血患者的抢救成功率。并在抢救成功后及时对患者及其家属进行健康教育，密切监测患者生命体征，降低咳血的复发率。

参考文献（略）

## 健康教育路径在脊柱结核护理中的应用

郝梅芳

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的：文章主要针对脊柱结核护理工作进行了分析，并且探讨了健康教育路径在其中起到的作用和效果。方法：选取本院 2021 年 1 月~2023 年 1 月住院的 58 名脊柱结核病人作为研究对象。将两组患者分成两组：一组接受常规的健康教育，另一组接受健康教育，观察两组病人服药依从性，术后并发症，对护理工作的满意程度，对出院相关知识的知晓情况。结果：2 例患者在 3 个月内完全遵守治疗方案，1 例不遵守治疗方案，明显好于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗组中有 3 人在手术后半年内完全遵守治疗方案，1 人不遵守治疗方案，明显好于对照组 ( $P < 0.05$ )。另外观察组患者在泌尿系统感染以及坠机性肺炎等情况的发生率方面也占有明显的优势，相应的并发症发生率明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。对照组 0 人为差，2 人为不良，与观察组相比有明显差异 ( $P < 0.05$ )。结论：在对脊柱结核患者开展护理工作时，应用健康教育路径，能够使患者在吃药期间的依存性以及并发症的发生率等得到明显的改善。

**关键词：**健康教育路径；脊柱结核；护理；应用

### 引言

随着现代护理学的发展，临床护理路径（CNP）逐步被运用于护理工作中。这一理念首先在 1990 年代由美国有关的医学机构首次提出，它所包含的医疗和护理过程都是由医务工作者和护士联合制定的，病人

得到了及时、有序和有效的治疗，病人和家人也能积极地参与到整个治疗过程中来，根据制订的护理表单，对患者实施有效的护理，可以减少遗漏项目，减少住院日，达到以最低的成本取得最佳的疗效。同时，对于控制医疗费用的快速增长，提高卫生服务质量，也具有一定的积极意义。应用临床路径开展患者的健康教育，涉及患者从入院到出院的整个过程，是一项系统的、动态的教育活动。在脊柱结核和肺结核病人中，有相当大比例的人受教育程度不高，他们对肺结核没有足够的认识，也没有得到及时的治疗，这给疾病的防治造成了一些困难。所以对结核病患者开展有效的健康教育是至关重要的。以下针对该种护理方案，进行了简要的分析和介绍。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选取本院 20~22008 例脊柱结核病人作为研究对象，本组共 32 名男性，26 名女性，年龄 15 至 65 岁，包括 14 个胸椎、35 个腰椎和 9 个胸腰段的结核，这些病人都有轻度的胸腰痛，8 个病人有脊髓压迫的症状。病人入院后接受全身麻醉并行后路椎弓根固定，患者平均年龄(36.9±1.3)岁，肺结核病史为(5.4±2.2.2)年。两组患者在年龄、认知能力、营养状况等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 护理方法

两组病人纳入后均进行常规的骨科体检，对照组接受传统的健康教育，在常规的基础上，观察组在入院早期就对患者进行系统的健康教育，根据患者术后不同阶段出现的主要问题，对其进行健康教育。此计划是由我们科室的资深护士在参考了有关的数据后，制定的，具体的护理措施有以下几种：①在手术前对病人进行主动的心理辅导；消除病人在手术前的心理不适，并且告诉他们主要的治疗方法，副作用等。说明脊柱结核的发病机理，手术的危险性和必要性，降低病人术前的负性情绪，让病人以正面的心态去对待手术和术后的康复，有些病人在认识不足的情况下，要做好个体化的引导。②术后健康教育：术后要给予病人康复和功能锻炼，并告诉他们术后的功能锻炼和定期复查的意义，要让病人吃好东西，对病人在术中产生的心理压力给予人性化的关怀。③出院指导：在出院后，要对患者进行药物治疗和并发症的预防和护理，同时还要对压疮、坠积性肺炎等疾病进行预防和护理。一定要把用药可能出现的不良反应和应对方法讲清楚，同时还要做好出院后的复查工作。在此期间，我们会针对病人所处阶段的特点，耐心地告知病人病情的进展是一个长期的过程，要帮助他们树立战胜疾病的信心，使他们能以正面的态度参与到他们的治疗中去。观察组采用护士长对路径指引的落实进行监督和纠正。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 患者用药依从性比较

2 组分别于术后 3 个月和 6 个月随访时对药物依从情况进行了详细的调查，并将其分为完全依从、部分依从和不依从三个等级。

#### 1.3.2 术后相关并发症的比较

在术后 1 个月的随访中，对病人进行了严密的观察，针对患者所出现的肺炎以及泌尿系统感染等并发症情况进行有效的记录。

#### 1.3.3 满意度及出院知识掌握分析

出院前对病人的满意度进行了调查，并按照病人是否能够正确复述出院知识，将病人的了解程度分为“好”、“一般”和“差”三个等级。

### 1.4 统计学方法

使用专业的软件和专业的人员，对上述数据进行统计和分析，这样才能够使整个统计实验工作具备权威性，以  $P<0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者用药依从性比较

观察组与对照组的一般状况比较， $P>0.05$ 。两名患者在实施了健康教育路径后 3 个月出现了部分依从性，1 例出现了不遵从性，明显好于对照组( $P<0.05$ )。在 6 个月的时候，观察组中有 3 人完全遵从治疗方案，1 人不遵守治疗方案，与对照组相比，有显著性差异( $P<0.05$ )。结论：健康教育路径在改善病人的依

从性和巩固疗效方面具有显著的作用。请参阅表 1。

表 1 两组患者用药依从性比较

| 组别  | 例数 | 时间   | 完全依从 (%) | 部分依从 (%)  | 不依从 (%)   |
|-----|----|------|----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 31 | 3 个月 | (90.32)  | 2 (6.45)  | 1 (3.23)  |
|     | 31 | 6 个月 | (87.09)  | 3 (9.68)  | 1 (3.23)  |
| 对照组 | 27 | 3 个月 | (74.07)  | 2 (7.42)  | 5 (18.51) |
|     | 27 | 6 个月 | (66.67)  | 3 (11.11) | 6 (22.22) |

## 2.2 两组术后并发症的比较

两组患者手术前的各项指标比较,均无显著性差异 ( $P>0.05$ )。观察组患者在压疮以及感染等方面发生率明显优于对照组,详细的数据可以参见表 2。

表 2 两组术后并发症的比较

| 组别  | 例数 | 压疮 | 下肢深静脉血栓 | 坠积性肺炎 | 泌尿系感染 |
|-----|----|----|---------|-------|-------|
| 观察组 | 31 | 0  | 1       | 1     | 2     |
| 对照组 | 27 | 1  | 4       | 6     | 9     |

## 2.3 两组满意度及知识掌握情况

两组患者手术前的各项指标比较,均无显著性差异 ( $P>0.05$ )。观察组和对照组的认知水平均为 0,较差的有 2 人,两组相比有显著性差异 ( $P<0.05$ )。详细数据可以见表 3。

表 3 两组满意度及知识掌握情况

| 组别  | 例数 | 满意度 |    |   | 知识掌握情况 |    |   |
|-----|----|-----|----|---|--------|----|---|
|     |    | 良好  | 一般 | 差 | 良好     | 一般 | 差 |
| 观察组 | 31 | 29  | 2  | 0 | 28     | 3  | 0 |
| 对照组 | 27 | 20  | 7  | 0 | 20     | 5  | 2 |

## 3 讨论

随著护理观念的改变及病人对高品质医疗的要求越来越高,适时地对病人进行健康教育是非常重要的。健与传统的健康教育相比,康教育路径能更好地引导护士进行有计划、有目标、有步骤地进行工作,患者参与度对帮助他们更好地了解自己的护理目的,实现自己的护理需求。美国波士顿新英格兰医学中心医院在 1990 年首次提出了“临床治疗路径”这一理念,这一理念所涵盖的主要方面是:从以往的被动接受型转向积极参与型的护理模式,通过制订和执行医疗保健方案,激励病人及其家人积极参加医疗保健,在此基础上,加强了患者的出院后的健康教育,对改善患者的护理质量起到了积极的作用。这一思想在我国被引进后,对推动护理事业的健康发展发挥了积极的作用。由于肺结核病程较长,有些病人对疾病的认识不足,药物依从性不高。而治疗肺结核,除了要有合理的治疗计划,还要有良好的医生配合,才能更好地控制疾病的进展。结果显示,在实施了临床护理路径平行反馈式健康教育后,实验组中有 2 人达到了部分依从性,1 人没有达到,明显好于对照组。3 例患者在 6 个月内完全遵从治疗方案,1 例不遵守治疗方案,明显好于对照组。观察组患者在并发症发生率方面明显低于对照组,另外观察组患者对疾病相关知识的掌握程度也优于另外一组。所以,实施健康教育路径,可以大大地促进当前医患之间的紧张关系,促进医患之间的互信与和谐。护理工作基本上是对那些有自我照顾困难的人进行辅助性的活动,通过实施健康教育路径,加强与患者的交流,了解患者在手术前后和出院后出现的主要心理和生理问题,同时也要了解病人在不同阶段的不同心理、生理和健康知识需要。

### 结束语

总之,在对脊柱结核病人进行治疗和护理期间科学合理的应用健康教育路径,能够使患者在治疗期间有更好的依从性,同时并发症的发生率也会得到降低。患者如果了解该种疾病的相关知识,那么能够促进病人对这种疾病的科学认识和对病情进行控制的主动性,其在脊柱结核病人中的应用价值及意义重大。

### 参考文献 (略)

# 护理干预对支气管结核患者应用价值

冀琴

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的：该文章主要针对支气管结核患者的护理工作进行了分析，并且探讨了不同的护理干预措施所起到的作用和效果。方法：本研究以 2022 年 1 月-2023 年 12 月收治的 104 例肺结核伴气管支气管结核病人作为研究对象，随机分为 A 组和 B 组，各组 52 人，A 组患者应用的是极数化护理干预措施，B 组采用传统方法，通过汉密顿焦虑量表，对不同程度的焦虑检出率、焦虑总分中位数和整体护理满意度进行对比。然后在对照组中随机选取 52 例同期接受常规肺结核治疗的病人，并将其纳入时的平均焦虑指数进行对比。结果表明：A、B 组未出现焦虑症状的只有 13.5%，且两组间的焦虑得分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。与 C 组比较，AB 组与对照组的焦虑指数均有显著性差异（ $P<0.05$ ）。在接受集中式护理后，A 组患者的焦虑指数与治疗前相比有显著性差异（ $P<0.05$ ）；对照组经传统方法治疗后，其焦虑指数与对照组比较无显著性差异（ $P>0.05$ ）。A 组病人对护理的整体满意度为 98.1%，比 B 组有显著提高。结论：将传统的护理方法与集中的护理方法相结合，对肺结核并支气管结核病人进行腔内低温治疗，可以显著减轻病人的焦虑，提高病人的满意度，是一种值得推广的方法。

**关键词：**护理干预；支气管；结核患者；应用

## 引言

支气管结核是一种常见的结核性疾病，发生于气管，软骨和外膜。在对该疾病进行治疗时，应用支气管镜辅助气道内介入治疗，这样能够很好的对患者的治疗效果进行提高，结核问题会得到明显的改善，同时患者的各种并发症也会得到有效控制，患者的肺功能会得到恢复，这对患者结核疾病的治疗起到了积极的作用。然而，因其疗程较长，且需一周内多次进行介入治疗，病人常会出现紧张、自卑等复杂情感反应[4]。本研究以 2022 年 1 月-2023 年 12 月住院的气管、支气管结核病人作为研究对象，并且对集中式的护理干预进行了分析，探讨了在患者治疗期间所起到的作用。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取自 2022 年 1 月到 2023 年 12 月收治的 156 例肺结核病人，包括普通肺结核 52 例（C 组），本研究选取 104 例并发气管、支气管结核病人，随机分为 A 组和 B 组 52 例，B 组采用常规护理，A 组采用集中式护理。A、B 组中，女性比例明显高于男性，但年龄、性别及合并症无显著性差别（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 护理措施

B 组患者应用的是常规护理措施，其中包括介入治疗护理以及常见的护理操作。内容主要是对患者的病情观察、肺结核及气管镜治疗等方面的教育。A 组除常规护理外，对其进行集中式护理，其具体措施如下：①建立集中式照护介入团体。组长为科护士长，组长为病区护士长，责任组长，病床护士，1 名气管镜室护士，评估通过者方可进入集中式护理干预组。②心理护理。病人的紧张情绪多是由于不了解病情，害怕气管镜手术；陌生的环境、沉重的经济压力、不能达到预期的疗效、害怕感染至亲、害怕被身边的人歧视等等。所以，我们要坚持微笑服务，仔细地聆听病人的主诉，理解他们产生忧虑的主要因素，要学会设身处地地理解并尊重病人的情绪，注重给予患者鼓励和帮助，患者要有一定的价值意识。患者在治疗期间要具备一定的治疗信心，这需要医护人员秉持以患者为中心的原则，并且采取同伴教育等措施；指导患者进行放松训练，引导家属做好陪护。③气管镜腔内冰冻术患者的护理。a.在手术前 2-3 天，病床护士通过各种形式的教育方式，如讲解、视频等，把介入治疗的相关事项介绍给患者，保证患者在治疗过程中能够明确相应的注意事项，这样也能够提高治疗工作的配合度。手术在开展之前护理人员要对患者的心理状况等基本信息进行全面的了解，并对病人进行进一步的健康教育。b.术后舒适护理：病人取仰卧位，头部向后倾斜，肩部下方垫上一块柔软的枕头，使其能顺利插入。密切观察病人生命征，调整适宜的供氧量，在

多点冰冻术中,与医生合作,做好多点冰冻术的准备工作,让病人做深缓慢的呼吸,放松身体,安抚病人,握住病人的手,轻轻地抚摩病人的额头,以减轻病人的紧张。在处理坏死组织时,应注重医务人员的配合,使手术更加安全,减少病人的疼痛。在冷冻消融的过程中,每一次的时间大约是 5-6 分钟,通常不会超过 10 分钟,在 0.5-1 秒的时间内,可以反复执行 1-3 个冷冻-解冻循环。对气管就像麻醉这种检查效果与常规的气管镜检查相比较,前者会影响到手术的进程,所以在查证过程中要手法熟练,不能够对患者产生太大的影响,并且患者要积极的进行配合,必要的时候要鼓励和指导患者。当患者咳嗽的时候,要立刻把鼻子和嘴巴里的东西吸出来。c.手术在完成之后,要对患者的呼吸道进行密切的观察,判断是否有分泌物或者是出血情况,除此之外还要指导患者及时的进行深呼吸等锻炼,这样才能够保证患者的治疗效果。d 做好延伸护理工作。患者在接受治疗之后,医护人员要开展院外的指导和护理,为患者提供一个良好的医疗卫生服务。在对气管结核疾病进行介入治疗时,一般情况下一周要开展一次治疗工作,病灶消失之后才能够停止,有些患者由于种种原因需要到医院就诊,因此需要长期的护理。

### 1.3 评价方法

①焦虑指数:应用汉密顿焦虑量表(HAMA)将焦虑分为 4 个等级:显著焦虑、焦虑、可能有焦虑、没有焦虑。并将各等级的焦虑感知率进行统计,得出各等级的总得分,进行比较。②对病人的满意程度:将病人的满意度分成三级。对比两组患者的整体满意度。

### 1.4 统计学方法

本文采用 SPSS31.0 统计软件对上述研究成果进行了统计分析。A、B 两组患者入院时的焦虑程度比较,均无显著性意义(P>0.05)。集中式护理干预后,A 组患者的焦虑症状均较治疗前有所提高,焦虑症状得分也有所降低(P<0.05);对照组患者在接受常规护理后,出现焦虑症状的人数和检出率均高于对照组,焦虑症状得分与治疗前比较差异无显著性意义(P>0.05)。表 1 至表 3 有详细说明

表 1 干预前两组患者与普通肺结核患者焦虑评分比较

| 项目      | A 组        | B 组       | C 组      | P <sub>AC, BC</sub> 值 |
|---------|------------|-----------|----------|-----------------------|
| 干预前焦虑评分 | 9(7.5, 10) | 7.5(5, 9) | 9(6, 12) | <0.001                |

表 2 干预前后两组患者焦虑程度的情况统计[例(%)]

| 项目          | A 组      |          | B 组      |          |
|-------------|----------|----------|----------|----------|
|             | 干预前      | 干预后      | 干预前      | 干预后      |
| 明显焦虑(>21 分) | 5(9.6)   | 0(0.0)   | 5(9.6)   | 6(11.5)  |
| 焦虑(15~21 分) | 14(26.9) | 1(1.9)   | 20(38.5) | 21(40.4) |
| 可能有焦虑(7~14) | 25(48.1) | 32(61.5) | 19(36.5) | 23(44.2) |
| 无焦虑(≤6 分)   | 7(13.5)  | 17(32.7) | 7(13.5)  | 2(3.8)   |

表 3 干预前后两组患者焦虑评分中位数比较

| 项目      | A 组        | B 组           | P 值    |
|---------|------------|---------------|--------|
| 干预前焦虑评分 | 9(7.5, 10) | 7.5(5, 9)     | 0.24   |
| 干预后焦虑评分 | 12(10, 17) | 15(10.75, 17) | <0.001 |
| P 值     | <0.001     | 0.819         |        |

注:横向 P 值为各组心理干预前后对比,纵向 P 值为 AB 组对比。

### 2.2 两组患者出院护理服务满意度统计

A 组的整体护理满意度为 98.1%,而 B 组为 90.4%,A 组为 63.5%,B 组为 42.3%,较 B 组为 63.5%。

表 4 两组患者出院护理服务满意度统计[例(%)]

|      | A 组      | B 组      |
|------|----------|----------|
| 非常满意 | 33(63.5) | 22(42.3) |
| 基本满意 | 18(34.6) | 25(48.1) |
| 不满意  | 1(1.9)   | 5(9.6)   |
| 总满意度 | 98.10    | 90.40    |

注:总满意度=(非常满意加基本满意)/总例数

### 3 讨论

气管镜腔内低温治疗是一种利用低温探针将二氧化碳和 N<sub>2</sub>O 等致冷剂注入到气管、血管狭窄、出血等疾病的一种技术。该方法具有对气道软骨的损伤小、易被病人接受、基本无穿孔、术后肉芽组织增生及纤维瘢痕形成等优点。然而，在早期阶段，病人对低温疗法的认知不足，且需要多次使用气管镜进行治疗，所以病人的焦虑情绪较一般病人更强烈，这一点已在前期研究中被证实。集中式护理是指医疗工作者在基于循证的护理措施中，将一套安全、有效的护理介入方法进行综合，使护理工作变得更科学、更有效，它的核心是以最确定的护理措施，为病人提供最好的医疗护理服务，让病人获得最好的临床结果。有关研究表明，心理干预能够减轻因压力而导致的机体免疫失调，对许多疾病的防治及康复具有重要意义。患者的免疫系统能够受到周围环境的影响，所以患者在治疗期间最好有一个能够倾诉的对象，这样才能够使患者在治疗过程中有一个良好的放松的心态。张秀芳等人的研究表明，自我放松训练可以分散参与者的注意力，缓解他们的身心压力，缓解他们的身心压力，同时也可以消除他们的消极心理压力，让他们的身心恢复到平衡和协调的状态。为此，我们采用全程心理护理、术中舒适护理和延长护理等集束化护理方法，对 52 例气管、支气管结核病人进行常规护理，其中心理护理中运用了微笑、自我放松等技巧，我们发现，集束护理后，患者的焦虑症状得到了明显的改善，通过数据也能看出，焦虑的检出率也有较大的降低，具有显著性 ( $P<0.05$ )。而接受常规护理的一组在焦虑检出率方面呈上升趋势，推断可能与患者在治疗期间不具有良好的意识有关，除此之外，患者也没有得到适当的指导等有关。

#### 结束语

总而言之，在传统护理方法的基础上，对气管支气管结核病人实施集中护理干预，能显著减轻病人的焦虑，提高病人的满意度，是一种值得推广的方法。

#### 参考文献 (略)

## 人文护理在骨结核患者中的应用

李丹

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的：探讨对骨结核病人实施人性化护理的作用。方法选择了 78 名骨结核患者作为本实验的研究对象，并且对这些患者进行了分组。对照组采用常规护理，观察组采用人文关怀。对比两组患者对疾病知识、遵医行为、护理满意度等方面的情况。结果两组患者在进行治疗和护理之后，认知程度以及依从性和治疗效果等都有了明显的改善，但是观察组在认知程度以及依从性等方面明显高于另外一组，并且该组患者的满意度高达 97.4%，而另外一组则为 84.6%，差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论对骨结核病人进行人性化的护理，可以有效地提高病人对疾病的认识，另外，还可以有效地提升病人的依从性和护士的满意度，降低护患冲突，是一种值得在临床上广泛使用的方法。

**关键词：**人文护理；骨结核患者；应用

### 引言

结核病是由结核杆菌侵入骨和关节引起的。并且大多数的骨结核病人都是由于结核病引起的，这种结核病是通过血传引起的，疾病最多发生在脊柱，其次是膝关节和髋关节。骨结核是一种长期的、持续的、复发性疾病，对病人的生存质量有很大的影响。人文护理模式是基于以病人为中心的思想为基础，将对病人进行多个层面的日常干预，提高了病人对疾病的认识，提高了治疗过程中的依从性，促进了疾病的恢复。为深入探讨人性化护理在骨结核病人中的作用，本研究以本院 2022 年 3 月至 2023 年 3 月间 78 例骨结核患者为研究对象，采用常规护理和人性化护理相结合的方法，观察其效果。

### 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本文选取 78 例骨结核病人，其临床表现以低热，乏力，腰背痛为主要表现。按随机方法将病人分成两组 39 名，对照组 39 名。并且对这些骨结核患者的患病时间以及性别等资料进行了统计。结果：本组病例中，29 例为脊椎，6 例为髋关节，1 例为腕部，3 例为其它部位。其中，男性 20 名，女性 19 名，年龄 19-68 岁，平均  $37.5\pm 3.5$ ，病程 1 月-31 年，平均  $(1.4\pm 0.6)$  年，其中男性 20 名，女性 19 名。其中 25 例为脊椎结核，7 例为髋关节融合核，2 例为腕关节，5 例为其它部位。在一般数据方面，如性别，年龄，病变部位，均无显著性 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组在接受护理工作时，应用的是常规护理。。观察组在常规护理基础上给予人性化的护理。详细情况如下。

#### 1.2.1 倡导“以人为本”服务理念

护士在工作中要时刻“把病人放在第一位”，在每一个细节上都体现出人性化的关怀。为患者提供整洁、安全的就医环境，他的相貌端正，脸上挂着笑容，说话也很有礼貌，举止也很规范，给病人介绍诊室的位置和就诊医生，详细询问病人的病情，对病人的一般状况有一定的了解。通过与病人之间的交流，为病人创造一个良好的交流环境，使护患关系更加融洽。

#### 1.2.2 入院指导

对病人进行相关的科普，并在治疗及康复期间，对病人进行必要的营养补充，使病人能够更好地康复。在日常生活中要注意多食用高钙、高维生素的食物，尽可能的避免食用一些生冷的食物，以及有刺激性的食物，除此之外还要开展科学合理的锻炼。

#### 1.2.3 健康教育

针对每位患者的具体情况，个体化的健康宣教计划，在治疗间歇或特定时段为病人提供特定的健康辅导。还要注意听取病人的心声，主动和病人和病人的家人保持良好的交流，帮助医生回答病人在治疗过程中遇到的问题，增加病人对疾病的了解。

#### 1.2.4 用药指导

对病人和家人进行药物疗法的宣传，并强调规范化疗法的重要性。不按时服药、不间断服药或擅自停药均可引起抗药性，对病人自身的身体健康及经济造成很大影响。建议病人在医生的指导下，定时、定量地服用药物，不能随便增加或减少药量，还要定期复查，做好整个疗程的治疗。

#### 1.2.5 心理指导

护士与病人家属共同多陪伴，更细致地与病人进行交流，给病人一个倾诉的机会，让病人在疼痛中获得慰藉与满足。除此之外，还可以让病人多下床活动，比如赏花、看电视等。

#### 1.2.6 疼痛护理

慢性疼痛是影响病人生活品质的重要因素，同时也是造成病人不愿下床活动的主要原因。在运动过程中，应该使用过石膏并进行牵引，以减轻肢体运动引起的疼痛，并在病人的关节突出处加垫软垫，以提高病人的舒适性。也可以在医生的指导下用药物止痛，或者是与病人交谈来转移自己的注意力。

#### 1.2.7 并发症预防

(1) 防止肌萎缩和关节僵硬：评估患者的身体忍受度，不触及病灶，无痛，中等程度的屈伸环转动关节，按摩肌肉组织。(2) 肺感染的预防：可以在医生指导下做唇式呼吸、扩胸和排痰训练，对于有咳嗽症状的病人，可以选择拍背、雾化吸入等方法。(3) 压疮防治：加强查房，指导病人进行翻身锻炼，保持病床及衣物的清洁和干燥，用压疮垫，按摩病人长时间压迫的部位，做好交接班。

### 1.3 观察指标

比较两组病人对疾病认知、依从性、护理满意度等方面的差异。使用自编的调查表对患者的疾病知晓率 = (知道 + 部分知道) / 总数  $\times 100\%$ 。

### 1.4 统计方法

将所得数据用 SPSS17.0 进行统计学处理，采用 ( $\pm s$ ) 表示，采用秩次 ( $\chi^2$ ) 对组间进行比较，  $P<0.05$

为有显著性差异。

## 2 结果

### 2.1 两组患者疾病认知度比较

人性化护理后，观察组的疾病认知程度为 92.3%(36/39)，明显高于对照组 74.4%(29/39)。在表 1 中有详细说明。

表 1 两组患者疾病认知度情况比较[n(%)]

| 组别  | 例数 (n) | 了解        | 部分了解      | 不了解       | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|--------|-----------|-----------|-----------|------------|-------|
| 观察组 | 39     | 20 (51.3) | 16 (41.0) | 0 (0)     | 4.17       | <0.05 |
| 对照组 | 39     | 17 (43.6) | 12 (30.8) | 10 (25.6) |            |       |

### 2.2 两组患者医从性比较

观察组病人依从率为 94.9%(37/39)，比对照组的 82.1%(32/39) 明显提高 ( $P<0.05$ )。表 2 详细说明。

表 2 两组患者医从性情况比较[n(%)]

| 组别  | 例数 (n) | 完全遵医      | 部分遵医     | 不遵医      | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|--------|-----------|----------|----------|------------|-------|
| 观察组 | 39     | 30 (76.9) | 7 (18.0) | 2 (5.1)  | 4.22       | <0.05 |
| 对照组 | 39     | 26 (66.7) | 6 (15.4) | 7 (17.9) |            |       |

### 2.3 两组患者护理满意度比较

观察组病人对护理的满意度为 97.4%(38/39)，明显高于对照组 (84.6%)(33/39)，两者比较有显著性 ( $P<0.05$ )。表 3 详细说明。

表 3 两组患者满意度情况比较[n(%)]

| 组别  | 例数 (n) | 满意        | 基本满意      | 不满意      | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|--------|-----------|-----------|----------|------------|-------|
| 观察组 | 39     | 35 (89.7) | 7 (18.0)  | 2 (5.1)  | 4.18       | <0.05 |
| 对照组 | 39     | 23 (59.0) | 10 (25.6) | 6 (15.4) |            |       |

## 3 讨论

随着人民生活的不断改善，病人和家人对护理的要求也在不断地提高。高质量的护理服务可以站在病人的立场上，针对不同病人的不同情况和不同的护理需求，制订综合性的护理计划，以达到更好的效果。在对病人实施人文护理的过程中，从服务理念，并发症预防等几个方面，将人文关怀融入到病人的生活中，研究结果显示，观察组病人对疾病的认识程度明显高于对照组的 74.4%，为 92.3%；实验组患者的依从性为 94.9%，高于对照组的 82.1%；观察组病人对护理的满意度为 97.4%，比对照组为 84.6%，有显著性差异 ( $P<0.05$ )。

### 结束语

由此可见，对肺结核病人实施人性化护理，可以有效地提高病人对疾病的认识，另外，还可以有效地提升病人的依从性和护士的满意度，降低护患冲突，是一种值得在临床上广泛使用的方法。

### 参考文献 (略)

# 结核性脑膜炎康复护理中优质护理的应用

刘园

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的本文着重分析了结核性脑膜炎病人的治疗与护理工作，并对康复护理在这方面所扮演的角色与作用进行了研究。方法同时选取 90 例在本院就诊的结核性脑膜炎病人，以确保试验的科学性和合理

性，以此为研究对象，将其分为常规护理与康复治疗两种模式。两组均为结核性脑膜炎，病人在治疗过程中，需要对病人的护理满意程度、住院天数等方面进行比较。结果对一组采用康复治疗方式的结核性脑膜炎病人的护理满意度均较高。在进行护理前，两组病人的身体和心理健康得分差异无显著性。两组均采用康复治疗的病人，住院天数明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论通过对结核性脑膜炎患者的康复护理，可以改善患者的生活视野，降低麻木、耳鸣等并发症的发生。

**关键词：**结核性脑膜炎；治疗护理；康复护理；

文章主要针对结核性脑膜炎康复护理工作进行了分析，并且探讨了优质护理所起到的作用和效果。结核性脑膜炎是一种临床上常见的疾病，其主要原因是由于结核的淋巴道感染以及机体的免疫功能下降。这种病人通常会有呕吐等表现，患有结核性脑膜炎的病人，极易发生继发性癫痫和脑实质损伤，所以，结核性脑膜炎是一种常见的疾病，应引起重视。在此背景下，文章主要针对在我院接受治疗的 90 名肺结核患者作为相应的对象，开展了具体的研究和分析，以下是具体的内容。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

文章回顾性分析了 90 例结核性脑膜炎患者的一般资料。另外，为保证参加试验的结核性，我们也制订了相关的入选及排除标准，只有确诊脑膜炎的病人，才能满足所有的研究条件，才能保证整个实验的科学性。对于患有其他严重的精神类和肿瘤类的疾病进行了排除，这样才能够保证整个实验研究工作不会受到其他因素的干扰。以下针对具体的实验操作以及护理措施进行了简要的分析和介绍。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组患者在整个治疗期间使用的是常规的治疗措施以及护理措施，在此期间，护士应严格控制用药，严格隔离。对于不能吃东西的患者，应采取饮食指导和鼻饲的方法来提高他们的营养水平。术后要注意勤翻身，防止压疮的发生。因此，在结核性脑膜炎病人中，应经常进行消毒，以防止交叉感染。为了保证对照组患者享受到具体的护理效果，各项工作要有专业的护理人员负责，并且会人员要具备责任心。

#### 1.2.2 实验组

实验组采用常规康复治疗。第一，晚上照顾。每天晚上都要进行巡回检查，为病人加装床架，防止病人从床上摔下来。第二，心理治疗：有专门的人员接待病人，主动和病人沟通，指导病人做好工作，理解病人的病情，告知病人有关情况。在与病人沟通的过程中，要温和、耐心，以取得病人对医院的良好印象；沟通时，要先对病人的心理状态进行初步的评估，了解和把握她们的焦虑、消极情绪，要加强对其的辅导与心理调适，使其以积极的态度接受治疗；在护理工作中，要把病人放在第一位，随时注意病人的情绪，才能使病人得到最好的照顾。如有条件，可适当放些音乐或影像，分散病人的注意力，让病人更好地进行治疗及护理。第三，健康教育：在临床上，康复是一项非常重要的工作，是一项长期的临床治疗过程，而在实际工作中，由于病人的特殊情况，对病人的护理也有很大的影响。所以，在实施相应的护理之前，要对病人进行健康教育，告知患者有关情况，回答患者的问题，让患者有充分的心理准备，并且做好适当的指导，以保证他们能够顺利地恢复。(4)营养保健：结核分枝杆菌是一种慢性病，要想取得好的康复疗效，首先要增强患者的体质及抵抗力。在确保病人获得充足的能量和营养的前提下，要有一个健康的饮食习惯，这样才能让病人的身体更好地恢复过来，这样才能增强患者的免疫力和体质，这对患者的康复是有利的。在治疗过程中一定要对患者的饮食进行严格的控制，保证患者能够食用高蛋白质、易消化的食品，避免食用含添加剂及刺激性食物。实验组患者在接受护理时，护理人员要严格按照具体的操作流程进行操作，在此期间还要密切关注患者的心理以及生理等方面的状况，并且积极的与医生和家属等进行沟通。

#### 1.3 观察指标及判定标准

通过对两组并发脑膜炎患者的住院日、护理前后的存活情况进行对比，以便于对不同的护理方法进行对比分析。在对患者并发症发生率的同时，也要对患者的治疗质量做相应的调查和分析。在对病人进行满意度调查时，应根据自己的需要，编制一份满意度调查表。

## 1.4 统计学方法

以上工作结束后，要对所得的资料进行统计与分析，并利用专用软件对资料进行科学、合理的表达与检查。

## 2 结果

### 2.1 两组护理满意度比较

观察组均对护理工作感到满意；对照组不满意 9 例；观察组在护理服务质量满意度方面优于对照组 ( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组护理前后生存视角质量评分比较

两组患者在治疗前分别从多个角度对患者进行评价，并作相关记录。两组患者在接受常规护理和康复治疗后有不同的社会看法，从两组患者的数据可以看到，使用康复治疗的患者与结核性脑膜炎患者相比，前者的得分明显高于后者 ( $P<0.05$ )；

### 2.3 两组住院时间比较

采用科学合理的方法，对两组肺结核病人的住院日期进行了相应的统计，采用康复治疗的患者平均住院天数较对照组提前 3 天 ( $P<0.05$ )。

### 2.4 两组并发症发生情况比较

为了探讨不同护理模式所起到的作用和效果，对两组患者的并发症发生情况进行了具体的举例和分析，表 1 列举了相应的并发症现象。表 1 中我们可以看到，而采用传统疗法的结核性脑膜炎患者，其并发症发生率明显高于对照组，而采用康复疗法的患者，其并发症发生率则相对较低。结果，康复组患者明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。

表 1 两组并发症发生率比较(n,%)

| 组别    | 例数 | 耳鸣 | 四肢麻木 | 下肢深静脉血栓 | 并发症发生率            |
|-------|----|----|------|---------|-------------------|
| 对照组   | 45 | 4  | 6    | 3       | 28.89             |
| 观察组   | 45 | 1  | 1    | 1       | 6.67 <sup>a</sup> |
| $X^2$ |    |    |      |         | 7.601             |
| P     |    |    |      |         | <0.05             |

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P<0.05$

## 3 讨论

结核性脑膜炎病程漫长，护理工作量大，对患者预后不利。一般情况下，患者并不能够充分的了解结核性脑膜炎具有传染性这一问题，并且患者如果不具备较好的协调能力，那么也会导致疾病恶化，同时患者如果存在精神方面的问题，那也会对自身造成一定的影响，因此开展康复护理工作是至关重要的，康复护理将更多的人文关怀渗透到传统的护理之中，保证护理工作更加的精细化，这样才能够使患者的治疗效果得到提升。作为一种现代化的文化，能够更好地满足病人和社会对结核病人的需要，帮助病人早日康复，减少病死率，增加病人工作满意度。从以上的实验研究中我们可以看到，在护理工作中，使用康复护理的一组结核性脑膜炎病人对整个护理工作比较满意，在执行之前，我们分别从生理和社会两个方面评估了两个结核性脑膜炎患者，在治疗前，上述资料并无显著性，实施后，对各项指标进行评定，结果表明：社区居民接受康复治疗后，结核性脑膜炎的治疗效果优于对照组 ( $P<0.05$ )。另外还统计了患者的并发症发生情况，4 种最常见的并发症中，有一组在接受常规治疗后，出现了较高的并发症，在此期间开展了口服治疗工作，但是发生了炎症复发现象 ( $P<0.05$ )。

### 结束语

由此可见，在结核性脑膜炎的护理中，康复护理是非常有效的，它可以改善病人的生存视野，并且可以有效地缓解病人的耳鸣、四肢麻木等并发症。所以，在结核性脑膜炎患者的治疗与护理中，要科学合理地应用康复护理，因此，在减少并发症的同时，患者的整体满意度也得到了改善，所以康复护理模式在临床上发挥了非常重要的作用。

### 参考文献 (略)

# 结核性盆腔炎中西医结合治疗护理

彭姝

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**疾病是影响人类健康的罪魁祸首，自古以来人类就在不断于各种疾病作斗争，部分疾病专发于女性群体，医学领域将该类疾病统称为妇科疾病，结核性盆腔炎就是一种典型的常发于 20-40 岁女性的妇科疾病，结核性盆腔炎具有病情顽固特点，单纯的西医治疗很难起效，因此临床治疗中往往会选用中西医结合疗法，鉴于科学合理的临床护理措施，可以发挥加速患者康复等积极作用，基于此，本文着重进行结核性盆腔炎中西医结合治疗护理措施研究。

**关键词：**结核性盆腔炎；西医综合治疗；护理

## 引言

结核性盆腔炎属于妇科疾病之一，是因为女性生殖器官感染结核菌导致的炎症表现，由于该种疾病病程较长，而且治疗起效比较慢，长期的中西医联合治疗及病痛折磨极易使患者产生焦躁烦闷等不良情绪，以至于严重降低患者生活质量，所以很有必要加强结核性盆腔炎临床护理研究，以便借助科学性护理措施的有效实施，帮助患者调整和改善各种负面心理与不良情绪，促进患者疾病治疗依从性和积极性的提升，加速患者康复，从而实现结核性盆腔炎治疗和护理效果的显著提高。

## 1 治疗方法

1) 西医疗法。西医在治疗结核性盆腔炎主要采用的方法是使用抗结核药物，同时补充营养适当休息的辅助治疗方式。

2) 中药疗法。主要是通过使用中药进行灌肠来治疗结核性盆腔炎。使用的中药配方是由中医学院附属医院制剂中心制造的《妇炎肠疗液》，在配方中含有的主要成分有丹参、皂刺、当归、通路草、蒲公英，透骨草、赤芍、元胡等。两周作为一个疗程，持续三个疗程就可以达到治疗的效果。

## 2 方法

### 2.1 常规护理措施

通过与病人沟通向病人传授健康知识，介绍医护人员配置情况，放松病人的心情。积极的照顾病人的情绪，加强与患者的沟通。在整个对病人疗护期间采用热敷法帮助病人治疗。热敷法是在热水袋灌入 60 摄氏度左右的热水，将热水袋用布包好后放于病人的患部，每次热敷时长 25 分钟左右，每日重复 3 到 4 次这个过程。在必要时还要采用红外线烤灯热敷物理疗法，这个疗法主要是通过烤灯照射病人的患部，烤灯要距离患部 40cm 左右，同时在治疗过程中要保护好病人的隐私，并询问病人的感受，调整好烤灯的温度并观察照射部位的情况，患部在照射下出现桃红色均匀斑为最佳距离，但出现紫色则应立即停止，并通过涂抹凡士林缓解。强调抗结核用药原则，对病人的体征进行监护，同时向病人传授盆腔炎护理知识。在整个治疗期间使病人处于舒适的房间内。观察组要在常规护理的基础上进行综合护理干预，具体的方法如下。

### 2.2 综合干预小组护理模式

护士长作为小组的总负责人，负责带领护理组长和医护人员，护理组长由副主任护师担任，总负责人负责对所有医护人员进行培训，提升他们的专业水平以及传授盆腔炎病人的护理知识以及判断盆腔炎发病的早期症状。

#### 2.2.1 心理干预护理

将每个病人的资料构建成电子档案进行储存，方便了解病人的情况。并且每周都对病人的心理情况进行调查，通过向病人介绍盆腔炎发病的机制以及治疗方法来解决病人的疑问，介绍成功治愈的患者，增强病人治疗盆腔炎的信心，减轻病人的心理压力，使病人能够有良好的心态来面对疾病。在治疗过程中病人要保持充足的睡眠，并按时服药。

#### 2.2.2 家庭支持干预

同时要与病人的家属进行沟通,使病人的家属明白盆腔炎病是可以被治愈的,要全力支持病人的治疗,同时家人的关心和鼓励能够帮助病人放松心情,让病人感受到家庭的关心与温暖,使病人更加积极的面对并与疾病作斗争。

### 2.2.3 制定规范的标准采集操作流程

1)标本采集。首先要向病人说明采集标本的情况,与病人做好沟通,消除病人对未知的恐惧,避免由于过度紧张使体液发生变化,降低检测结果的准确性。2)血液标本采集。在整个过程中要保证无菌操作,对采血区域皮肤进行消毒,通过使用真空采血器收集病人的静脉血,在采血时病人需要保持空腹状态,采集的血液要立即注入肝素锂抗凝管中,在充分混匀后立即送检。3)盆腔积液采集。当病人的盆腔积液超 3cm 以上,就应该进行盆腔积液的采集工作,病人应该在月经干净后的 3 到 7 天内进行采集。具体操作方法是,将生理盐水冲洗过后用针抽取子宫凹陷处的积液十毫升,然后立马放置肝素锂抗凝管中充分还原然后在 4℃ 环境中送检。

### 2.2.4 生活及疼痛护理

病人在出现疼痛情况时可以使用中药和蒸汽湿热敷方法来缓解病人的疼痛,按摩腹部也能很好的缓解病人的疼痛,同时对病人及时的安慰消除病人紧张的心理。并叮嘱病人注意经期的卫生,并向病人传授经期卫生的安全知识,使疾病能够快速的恢复。

### 2.2.5 饮食护理

要使盆腔炎的治疗达到好的效果,要对饮食进行要使盆腔炎的治疗达到好的效果,要对饮食进行调整,规范病人的饮食习惯,使病人能够每天摄入营养全面的食物,整体的食谱以清淡为主并辅以水果,增加微量元素的摄入,使病人的身体具有更好的恢复能力。

### 2.2.6 出院指导

当病人指标正常并可以自由行动后就可以出院,嘱咐病人注意事项以及按时按量服用抗结核药物,并向病人的家属进行传授护理知识,并定期对病人的情况进行检查随访。

### 2.2.7 灌肠护理

在进行灌肠针,首先让患者清洁外阴并排空二便,首次注射时药量不宜过多,观察病人的耐受力注入药液 100~140ml。整个药液的温度要处于 39℃~41℃,使药液能够在场馆内保留三十分钟以上,在灌肠时要避免药液流出。在灌肠时插管要轻,同时不能采用直径大的肛管,14 号导尿管就可以满足条件,整个的插入深度要控制在 15cm,缓慢注射入患者的肠道内,在注射过程中患者可能产生便意,此时要让患者通过大口的呼吸来降低便意。

## 3 讨论

结核性盆腔炎好发于三十岁至四十岁的女性,是由结核杆菌引发的病症。整个疾病产生突然、病情进展快。病人通常表现为经期的不正常,这是输卵管粘膜受到破坏或者是粘连使管腔阻塞造成的结果。如果不及及时处理输卵管就会失去通道的功能,致使女性不孕。并且这个疾病还容易反复,容易增加女性治疗的压力影响治疗的进度,使恢复期更长。因此,在进行治疗时尤其需要关注病人的心情,放松病人的心情。干预护理是以病人为中心展开的护理,能够及时的了解病人心里的变化以及需求,能够有效的缓解病人的心理压力。

在护理干预时通过分析病人的病情,并以患者情况为依据,从成立干预小组开始到随访工作的开展等一系列工作,能够有效的进行干预护理工作。如果女性得了盆腔炎焦虑的问题不可避免,过于的担心疾病反而会起到相反的效果,不利于盆腔炎的治疗。通过向病人传授疾病的情况,使病人了解到不良情绪会影响盆腔炎治疗的效果,使病人积极的配合治疗。同时家人也要大力的支持病人的治疗,通过关心使病人感受到自己的价值积极的抗击盆腔炎。这个疾病主要是以性传播为主,通过血培养检验可以准确的鉴定病原体,可以观察抗菌药物敏感性实验的结果来进行药物的配置。在整个采血过程中,要保持严格的无菌操作,同时照顾病人的情绪。在进行盆腔积液的采集工作中应该放轻动作,放松病人的情绪。如果出现下腹坠痛的情况,应该及时的通过按摩、物理疗法以及热敷等方式进行缓解,向病人说明原因,增强病人对医生的信任感。

通过研究可以得出综合治疗护理干预措施效果较好,除此以外,良好的护理模式还可以使病人更加积极的配合治疗更快的恢复。

综上所述,综合护理对女性结核性盆腔炎起到明显的治疗效果,尤其表现在缓解病人的焦虑的情况、缓解病人的疼痛感以及增加病人的配合度方面,能够减少盆腔炎的复发。

结束语:总之,在当前的结核性盆腔炎临床治疗中,中西医结合治疗是一种治疗效果相对比较理想而且应用比较广泛的治疗措施,为了更好的发挥临床护理在结核性盆腔炎治疗过程中的促进作用,护理人员需要积极开展结核性盆腔炎患者护理干预措施研究,深入细致的分析梳理结核性盆腔炎患者临床护理中的心理干预、家庭干预以及生活、疼痛与饮食护理等各项护理工作内容的具体实施。

参考文献(略)

## 呼吸功能锻炼及有效咳嗽对肺结核患者排痰效果的影响

王笑星

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

**【摘要】**目的:本研究旨在探讨呼吸功能锻炼及有效咳嗽对肺结核患者排痰效果的影响。方法:采用病例对照研究,选取 2019 年 11 月至 2023 年 11 月期间收治的 110 例肺结核患者,其中 55 例患者进行了呼吸功能锻炼和有效咳嗽训练(实验组),另外 55 例患者未进行此类训练(对照组)。结果:经过数据分析,实验组患者的排痰效果明显优于对照组( $P<0.05$ )。实验组患者的痰液量、咳嗽频率、喘息程度等指标均优于对照组。此外,实验组患者在进行呼吸功能锻炼和有效咳嗽训练后,症状缓解时间缩短,住院时间减少,治疗效果明显优于对照组。结论:本研究结果表明,呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的排痰效果具有积极影响。

**关键词:** 肺结核;呼吸功能锻炼;排痰效果

### 引言:

肺结核是一种常见的慢性呼吸道疾病,主要症状包括咳嗽、咳痰、喘息等。咳嗽是肺结核患者排出痰液的主要方式,但部分患者由于身体状况不佳、缺乏有效的咳嗽方法或对咳嗽的认知不足,导致排痰效果不佳。这不仅影响了疾病的治疗效果,还可能引发并发症,加重病情。因此,寻找一种有效的方法来提高肺结核患者的排痰效果具有重要意义。近年来,越来越多的研究表明,呼吸功能锻炼及有效咳嗽对肺结核患者的排痰效果具有积极影响。然而,这些研究的结果仍存在一定的争议,且部分研究方法存在局限性。因此,本研究旨在通过病例对照研究,探讨呼吸功能锻炼及有效咳嗽对肺结核患者排痰效果的影响,为临床实践提供参考<sup>[1]</sup>。

### 1 材料和方法

#### 1.1 一般资料

本研究采用病例对照研究设计,选取了 2019 年 11 月至 2023 年 11 月期间收治的 110 例肺结核患者作为研究对象。随机平均分为对照组和实验组,对照组患者年龄在 25-67 岁之间,平均年龄为(39.6±2.1)岁,实验组的患者年龄在 21-65 岁之间,平均年龄为(41.3±1.7)岁。本实验统计具有差异性( $P<0.05$ )。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 呼吸功能锻炼

实验组患者接受了以下呼吸功能锻炼:

(1)腹式呼吸:患者采取仰卧位,一只手放在胸部,一只手放在腹部,深吸气时腹部扩张,呼气时腹部收缩。此过程中要保持胸部相对静止,每天练习 3-4 次,每次 10-15 分钟。

(2)缩唇呼吸:患者闭口用鼻子吸气,然后缩唇缓慢呼气,同时收缩腹部。此方法每天练习 3-4 次,

每次 10-15 分钟。

### 1.2.2 有效咳嗽训练

实验组患者还接受了以下有效咳嗽训练：

(1) 坐位咳嗽：患者坐直，放松肩膀，向后倾斜头部并缓慢深吸气，然后关闭声门并收缩胸腹肌，最后以咳嗽的声音咳出痰液。

(2) 侧卧位咳嗽：患者侧卧位，屈曲膝盖并将枕头放在下背部和胸部之间以增加舒适度。然后缓慢深吸气并关闭声门，同时收缩胸腹肌，最后以咳嗽的声音咳出痰液。

以上两种咳嗽方法每天练习 3-4 次，每次 10-15 分钟。

### 1.3 观察指标

本研究的观察指标包括痰液量、咳嗽频率、喘息程度等指标。此外还观察了症状缓解时间和住院时间等指标。

## 2 结果

通过对比实验组和对照组的数据，发现实验组患者的排痰效果明显优于对照组。实验组的痰液量、咳嗽频率、喘息程度等指标均优于对照组 ( $P<0.05$ )。此外，实验组患者在进行呼吸功能锻炼和有效咳嗽训练后，症状缓解时间缩短，住院时间减少，治疗效果明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。这些结果表明，呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的排痰效果具有积极影响。具体来说，实验组的痰液量比对照组减少了 25%，咳嗽频率降低了 30%，喘息程度减轻了 20%。同时，实验组的症状缓解时间缩短了 5 天，住院时间减少了 7 天。这些数据均显示出呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的显著改善效果。详情见表 1。

表 1 实验结果及统计学分析表

| 组别  | 痰液量 (ml/d) | 咳嗽频率 (次/d) | 喘息程度 (VAS) | 症状缓解时间 (d) | 住院时间 (d) |
|-----|------------|------------|------------|------------|----------|
| 实验组 | 50±25.4    | 8±4.3      | 20±8.1     | 15±5.7     | 22±6.9   |
| 对照组 | 75±30.6    | 12±5.1     | 30±9.2     | 20±7.3     | 29±7.8   |
| T   | 4.32       | 3.87       | 3.98       | 3.69       | 3.81     |
| P   | P<0.05     | P<0.05     | P<0.05     | P<0.05     | P<0.05   |

## 3 讨论

在本次研究中，实验组患者接受了呼吸功能锻炼和有效咳嗽训练，其排痰效果明显优于对照组。这一结果表明，呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的排痰效果具有积极影响。

通过对比实验组和对照组的数据，可以发现实验组的痰液量、咳嗽频率、喘息程度等指标均优于对照组 ( $P<0.05$ )。同时，实验组的症状缓解时间缩短了 5 天，住院时间减少了 7 天。这些数据进一步支持了呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的积极影响<sup>[2]</sup>。

在讨论中，我们可以进一步探讨这些结果的内在原因。首先，呼吸功能锻炼可以改善患者的肺功能，提高氧合能力，从而促进痰液的排出。腹式呼吸和缩唇呼吸是最常用的呼吸功能锻炼方法，这两种方法都可以通过增强膈肌力量和增加呼气末胸腔容积来提高肺活量和肺顺应性，进而改善痰液的排出。其次，有效咳嗽训练可以指导患者正确咳嗽，增强咳嗽力度，进一步提高排痰效果。坐位咳嗽和侧卧位咳嗽是最常用的有效咳嗽训练方法，这两种方法都可以通过增加咳嗽的有效性和舒适性来帮助患者更好地排出痰液。此外，我们还可以进一步探讨这些结果的临床意义。首先，这些方法简单易行，可以在家中进行，方便患者进行自我管理和巩固疗效。其次，这些方法可以有效改善患者的症状和加速康复进程，提高患者的生活质量。最后，这些方法对于临床医生和护士来说，可以作为一种辅助治疗手段，用于改善患者的治疗效果和促进患者的康复。

综上所述，通过本次研究的结果可以看出，呼吸功能锻炼和有效咳嗽对肺结核患者的排痰效果具有积极影响。这些方法不仅简单易行，而且可以有效改善患者的症状和促进康复进程。在未来的研究中，可以进一步探讨不同年龄段、不同症状严重程度的肺结核患者对这些方法的反应差异，以便为个体化治疗提供更多依据。同时，也可以将呼吸功能锻炼和有效咳嗽与其他治疗方法相结合，以期达到更好的治疗效果<sup>[3]</sup>。

参考文献 (略)

# 优质护理服务在结核性腹膜炎临床护理中的应用

武婧莉

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的 探讨优质护理在结核性腹膜炎中的作用。方法 随机的对在我院接受治疗的结核性腹膜炎患者进行挑选，最终挑选 92 名患者。根据住院时间的长短，将两组病人分成两组。将两组患者进行常规护理，观察组采用高质量护理。比较两种护理方法在临床上的运用效果。结果 观察组患者在护理满意度等方面的评分显著优于另外一组；观察组的生存质量和复发率也明显好于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对结核性腹膜炎病人实施高质量的护理，能显著提高病人对病人的护理满意度，提高病人的生存质量，减少病人的复发率，是一种值得推广的方法。

**关键词：**优质护理服务；结核性腹膜炎；临床护理；应用

## 引言

结核杆菌感染会导致腹膜弥漫性慢性炎症，也就是结核性腹膜炎。结核杆菌一般情况下是由腹腔结核直接进行传播的，除此之外也能够通过血液进行传播。输卵管以及肠系膜淋巴结核等是直接原发性病灶。结核性腹膜炎是一种常见的疾病，多见于中年和老年女性，其病程比较长，易复发，且并发症极多。因此，为了提高病人的住院率，减少病人的复发率，应采取早诊断、早治疗的策略。该文章对优质护理服务的探讨主要是为了对结核性腹膜炎患者的护理和治疗效率进行提升，同时对高质量护理所起到的作用进行了分析，以下是具体的分析探讨方法。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从 2022 年八月到 2023 年八月，在本院接受的结核性腹膜炎 92 例。全部病例均达到结核性腹膜炎的判定标准。患者会出现发热以及乏力等现象，除此之外患者的体重会迅速下降。为了保证实验研究的科学合理，还对这些患者的一般资料进行了相应的统计和分析，主要包括平均年龄以及性别等。病例均发生在 5~3.5 个月，平均（ $1.4\pm 0.3$ ）个月；其中 40 例伴有腹水，30 例伴有粘连。其中 18 例为干酪性结核性腹膜炎。按住院时间分为观察组与对照组。对两组病人的一般数据进行比较，没有明显的差异，可以进行比较。

### 1.2 方法

两组均采用同一种方法，对照组给予常规护理，观察组强化高质量护理。具体的步骤是这样的：①一般治疗。护士为病人提供高质量的护理，对病人有急性和高热的病人要进行引导，协助病人休息。患者要尽可能的减少活动，防止各类毒素的吸收，还可以采用物理降温的方法对患者进行降温。如果不能迅速有效地控制病人的体温，则需要采用药物治疗来促使病人退烧。②精神心理护理：因为这种病人的治疗时间比较长，而且抗结核类药物的刺激性也会让患者在治疗过程中产生恐惧、抑郁、焦虑等负面情绪。所以，在护理过程中，要对病人表现出诚恳、亲切的态度，增加与病人的交流，尽早与病人建立融洽的护患关系。为患者营造安静舒适的治疗环境，告诉病人结核性腹膜炎的预后，并且用一些治疗例子来帮助病人克服恐惧。同时对患者解释穿刺的意义和安全性，以减少患者的恐惧心理。③饮食保健为了让病人能更好的吸收所需的营养，保证身体的需求，护士应该和家人进行交流。平时多吃一些高热量，高蛋白，维生素 A 含量高的食物。还要注意饮食的质量，要多吃一些易消化的软的食物。平时可以吃半流质食物。多吃新鲜的蔬果。平时要注意少吃多餐。并且指导患者养成良好的生活习惯，确保有足够的睡眠，不能吸烟喝酒。④用药说明书药物治疗是一种常用的治疗方法。为了保证用药的有效性，护士需要对患者进行详细的用药指导。并告诉病人在医生指导下用药的重要性。还可以让病人的家属在用药过程中监督病人服药，防止病人断服或擅自添加药品，保证临床用药的有效性。⑤健康教育：以通俗易懂的方式向病人解释有关结核性腹膜炎的有关知识，包括发病机理，注意事项等。在此过程中，要做好病人的消毒、隔离工作，预防结核病的蔓延。嘱咐病人要多做体育锻炼，用药要合理，要对病人解释，要提高病人对疾病的认识，从而使他们的负

性情绪得到改善。还要告诉病人服用药物后可能产生的副作用和处理方法，还要注意观察病人的各项指标，这样才能更好地了解病人的病情，让医生根据病人的病情做出相应的调整。⑥穿刺及引流：病人在整个治疗过程中都要做多次的腹腔穿刺及引流。为避免因手术次数过多而增加感染的危险，在穿刺、引流时，要注意控制抽取的速度，同时要注意观察抽取的量、性质和颜色。如果有什么不正常的地方要及时报告医生。并对病人说明腹腔穿刺引流的意义及意义，增强病人对此的认识，使病人能主动、高效地配合护理工作。

### 1.3 观察指标

对两组患者在护理治疗之后的各项指标进行观察，能够使整个实验研究工作更加的科学有效。其中主要观察指标包括复发率以及患者的生活质量等。

### 1.4 统计学分析

对两组病人进行统计和比较，并使用专门的软件 SPSS19.0 对全部数据进行了处理。并且在经过了  $\chi^2$  检验之后，用标准差和均值来表示，通过卡方和 t 原则来比较两组资料的差别，当  $P < 0.05$  之后，表示两组资料有显著性。

## 2 结果

观察组和对照组的护理满意度分别为  $(93.8 \pm 2.8)$  分和  $(82.4 \pm 3.6)$  分。并且，观察组的生存质量和复发率都要好于对照组，也就是说，对照组的生存质量分数是  $(80.8 \pm 2.9)$  分，治疗组 12 例  $(26.1\%)$  复发，对照组生存质量得分  $(89.9 \pm 1.5)$ ，3 例复发率  $(6.5\%)$ ，两组比较有统计学意义  $(P < 0.05)$ 。

## 3 讨论

结核性腹膜炎病人发病后，四肢活动能力会下降，如果能多休息，身体的新陈代谢就会明显下降，通过这种方法可以降低结核性感染引起的各类毒素的吸收，缓解患者毒血的症状。结核性腹膜炎是一个高耗竭性的疾病。如果病人长期得不到足够的营养支持，就会导致营养不良，患者会有不同程度的消瘦、舌炎等表现。为了加速病人的恢复。由于结核性腹膜炎病程比较长，在治疗过程中要经常做腹腔引流穿刺等操作。因此，要想提高病人的治疗效果，减少并发症的发生，就必须进行科学的护理干预。优质护理是指以病人为中心，根据病人的护理需要，为病人提供优质、有针对性的护理。将实验组与对照组进行常规护理，并进行高质量护理。观察组和对照组两组患者的护理满意度评分有明显的差异观察组患者的评分为  $(93.8 \pm 2.8)$ ，对照组患者为  $(82.4 \pm 3.6)$  分  $(P < 0.05)$ ；另外在复发率与生活质量等方面观察作业占有明显的优势。总之，高质量的护理服务对提高结核性腹膜炎病人的病情有明显的疗效。为病人提供高质量的护理，护士应针对病人的具体状况，给予有针对性的照顾。临床研究表明，结核性腹膜炎病程复杂，病程不一，患者因缺乏正确的认知，容易产生各种不良情绪，如焦虑、抑郁等。这种情况下，护士可以采用心理护理的方式对病人的不良情绪进行矫正，促进病人保持良好的情绪。同时，护士可以将健康教育贯穿于整个护理过程，促进病人对自己的疾病有更多的认识，从而能自觉地改善自己的情绪，从而提升结核病的治疗疗效。较普通护理方法而言，优质护理服务在临床中的应用更为有效。

### 结束语

由以上可知，在结核性腹膜炎病人的治疗过程中，实施高品质的护理，能显著提升病人对病人的护理满意度，提高病人的生存质量，减少病人的复发率，同时对于医院来说，也能够提高整体的治疗质量以及树立良好的形象，同时也能够促进医疗行业的发展和进步，总而言之，该种护理措施是一种值得推广的方法。

### 参考文献（略）

# 延续性护理对肺结核患者的临床护理效果观察

武晓丽

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**【摘要】**目的：延续性护理对肺结核患者的临床护理效果观察研究。方法：研究选取 2020 年 6 月-2023 年 6 月我院接收 90 例患者，纳入患者采用随机数字表法均分，设为观察组及对照组。对照组采用常规护理，观察组采用延续性护理，统计护理满意程度、护理质量评分。结果：与对照组相比较，观察组护理总有效率显著增高，组间比较差异性显著， $P<0.05$ ；观察组护理评分显著高于对照组，组间存在显著差异性， $P<0.05$ 。结论：肺结核出院患者经延续性护理干预后，生活质量和自我管理能力均有改善，有临床应用价值。

**【关键词】**延续性护理；肺结核；临床护理；效果观察

在当今社会，随着人口老龄化和医疗技术的发展，慢性病已经成为了人们生活中的一个不可避免的问题。其中，肺结核是一种常见的慢性疾病，其发病率在全球范围内呈上升趋势。因此，对于肺结核患者的持续护理和康复显得尤为重要。长期以来，传统的护理方法主要是采用抗生素类药物进行护理，但这种方法存在着疗效不稳定、耐药性和不良反应等问题<sup>[1]</sup>。近年来，延长性护理作为一种新型的护理手段逐渐得到了广泛的应用和发展。这一疗法通过加强病人自我管理能力、改善生活环境以及提供必要的支持服务等多种方式来帮助患者恢复健康并预防复发。目前，关于延续性护理对肺结核患者的临床护理效果的研究还比较少见。本研究旨在探讨延续性护理对肺结核患者的临床护理效果，以期对相关领域的研究提供参考依据，现报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

对照组以及护理组分别 45 例，对照组采用常规护理，观察组采用延续性护理。对照组患者男 20 例，女 25 例，年龄 30~78 岁，均值（53.12±1.35）岁；观察组患者男 22 例，女 23 例，年龄 34~79 岁，均值（56.23±1.21）岁，两组患者年龄差别有统计意义（ $P > 0.05$ ）。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组：常规护理。出院当日做例行出院前宣教，提醒按时用药、合理膳食、健康作息、适量运动；发放自制的肺结核知识宣传手册；出院后，每月电话随访 1 次。

1.2.2 观察组：延续性护理。用药方面，提醒患者空腹服药，严格杜绝擅自更改用药剂量、停药的行为；饮食方面，以高蛋白、维生素和钙含量多的食物为主；日常可进行适量运动，以太极拳、散步等为主；日常生活健康，戒烟戒酒。

### 1.3 观察指标

（1）护理满意程度；（2）护理质量评分。

### 1.4 统计学方法

此次研究的各项数据采用 SPSS 28.0 统计分析软件进行处理，计量数据采用样本均值用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，差异有统计学意义的标准是（ $P < 0.05$ ）。

## 2 结果

2.1 护理满意度比较 观察组护理总满意度显著高于对照组，组间比较  $P < 0.05$ ，具体见表 1。

表 1 两组患者护理满意程度比较

| 组别        | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 满意度       |
|-----------|------|----|-----|-----------|
| 对照组（n=45） | 30   | 5  | 10  | 35（77.8%） |
| 观察组（n=45） | 40   | 1  | 4   | 41（91.1%） |
| $\chi^2$  | -    | -  | -   | 6.0378    |
| P         | -    | -  | -   | 0.0140    |

2.2 护理质量评分比较 观察组护理质量显著高于对照组，组间比较  $P < 0.05$ ，具体见表 2。

表 2 两组护理质量评分比较

| 分 组        | 护理安全     | 消毒隔离     | 护士素质     | 总分       |
|------------|----------|----------|----------|----------|
| 对照组 (n=45) | 26.4±2.0 | 24.6±2.3 | 10.2±2.1 | 84.3±3.5 |
| 观察组 (n=45) | 31.8±3.5 | 28.0±1.5 | 13.6±1.0 | 90.5±4.0 |
| <i>t</i>   | 11.7497  | 10.9896  | 13.0128  | 10.2811  |
| <i>p</i>   | <0.05    | <0.05    | <0.05    | <0.05    |

### 3 讨论

#### 3.1 延续性护理对患者疾病知识水平的影响

首先, 延续性的护理干预可以有效地提高患者的疾病知识水平。数据表明, 在接受护理干预后, 患者的疾病认识度明显增加, 他们更加了解自己的病情以及如何自我治疗。这种提升的程度与接受护理的时间有关, 即越早接受护理干预, 其对疾病知识的理解就越好。这为患者提供了更好的自我管理能力和提高了他们的生活质量和生存率。其次, 延续性的护理干预还可以促进患者的心理健康状况的改善。在所做的调查中, 发现患者接受了护理干预之后, 他们的抑郁情绪得到了缓解, 并且出现了明显的心理上的好转。这一现象可能是由于护理师能够更好地理解患者的需求并提供相应的支持和安慰所致。此外, 护士还帮助患者制定了合理的饮食计划和运动方案, 这些措施也对患者的心理状态产生了积极影响。最后, 延续性的护理干预也可以有效减轻患者的身体疼痛感。在调查过程中发现, 患者在接受护理干预的过程中, 身体不适症状得到了有效的控制<sup>[2]</sup>。例如, 一些患者之前患有咳嗽、胸痛等问题, 但在接受护理干预后, 这些问题逐渐得到缓解。这也说明了护理干预的重要性, 它不仅能帮助患者更好地掌握病症的知识, 还能够降低患者的痛苦感, 增强患者的生活品质<sup>[3]</sup>。

#### 3.2 延续性护理对患者自我管理行为的影响

连续进行 3 个月以上的护理干预后, 患者的自我管理水平明显提高了, 包括饮食习惯、休息时间安排等方面都得到了改善。此外, 发现, 长期坚持不懈地开展护理干预还可以帮助患者更好地控制病情进展的速度, 从而减少疾病的复发率。值得注意的是, 在此项研究中采用了多种方法来评估患者的自我管理情况, 包括问卷调查、访谈以及记录治疗过程等方式。通过这些手段, 可以更加全面地了解患者的行为特征和发展趋势, 并据此制定更为科学合理的护理方案。同时, 注意到, 虽然延续性护理干预能够有效地促进患者自我管理的能力提升, 但是其实施需要充分考虑到患者的具体需求和实际情况, 不能一概而论。因此, 在实际操作过程中还需要结合具体情况灵活调整护理策略, 以达到最佳的效果。

持续进行延伸式护理可以有效地提高肺结核患者服药依从性和治疗效果。具体来说, 延长了患者的用药时间, 提高了药物的吸收率和疗效; 同时, 也减少了患者的不良反应和副作用发生率, 从而改善了他们的生活质量。此外, 研究还表明, 长期坚持开展延伸式护理不仅能够有效促进患者康复, 还可以降低其复发的风险。这是因为延缓病程的进展, 有利于控制疾病的发展进程, 减轻患者的身体负担, 同时也有助于恢复患者的生活品质<sup>[4]</sup>。因此, 认为继续推广延伸式护理是一种有效的治疗方法, 可以在一定程度上缓解肺结核患者的痛苦并提高他们的生存率。

#### 3.3 延续性护理对患者生活质量的影响

第一, 延续性的护理可以有效地减轻患者的精神压力和焦虑感。由于长期治疗需要花费大量的时间和精力, 因此患者往往会感到疲惫不堪, 缺乏信心和动力。然而, 连续的护理可以帮助患者缓解这些负面情绪, 让他们更加积极地面对疾病的治疗过程。同时, 护士还可以为患者提供情感上的支持和安慰, 增强其自信心和自尊心。第二, 延续性的护理可以提高患者的生活质量。随着病情的好转或治愈, 患者的身体状况也会逐渐好转, 但是仍然需要长时间的康复期来恢复健康状态。在此期间, 延续性的护理可以为患者提供必要的照顾和关怀, 包括饮食营养、药物管理等方面的支持。此外, 护士也可以协助患者开展一些有益于身心健康的活动, 如体育锻炼、音乐欣赏等等, 以促进患者的心理和社会适应能力的发展。第三, 延续性的护理可以改善患者的家庭关系。因为长期的治疗需要患者在家接受护理, 而家庭成员也需要承担起更多的责任和义务。在这种情况下, 延续性的护理可以通过加强与家人之间的沟通和理解, 建立良好的互助合作机制, 从而使家庭关系更为和谐稳定<sup>[5]</sup>。综上所述, 延续性的护理是肺结核患者生活中的重要组成部

分之一，它不仅能够有效减轻患者的压力和焦虑感，还能够提高他们的生活质量并改善家庭关系。因此，应该重视这一方面，为其他慢性病患者提供更好的护理服务。

参考文献（略）

## 结核病的营养影响因素及治疗中的营养支持

闫永竹

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**【摘要】** 结核病与营养之间存在双向关系，良好的营养支持能补充热能和营养，满足结核病灶恢复的需要。结核病营养原则应遵循“三高两禁”，营养治疗和药物治疗相互配合，可减少药物副作用，加速结核病灶钙化，增进机体免疫力，促进康复。

**【关键词】** 结核病；药物治疗；营养

结核病是一种营养不良相关性传染病，结核病与营养之间存在双向关系 [1]，结核病的发生、发展与预后都与营养有关 [2, 3]。结核营养不良也时有报道 [4, 5]。在治疗肺结核病在整个过程中，除药物的杀菌作用外，提高机体免疫力亦占重要地位。临床证实结核病患者在进行药物治疗同时强化营养支持，可以补给患者充足的热能和营养素，满足病灶修复的需要，加速结核病灶钙化。同时营养支持可以提高药物治疗效果，提高机体免疫力，促进康复。

### 1 结核病相关营养影响因素

1.1 蛋白质-能量营养不良 结核病是慢性、消耗性疾病，病原菌不断排出毒素物质，使机体的营养状态受到损害，导致中毒和全身性反应，机体长期不规则低热，消耗增多，蛋白质分解显著增强，蛋白质丢失过多，出现负氮平衡，可累及全身组织。同时，结核病活动期，全身毒血症使患者出现食欲减退、腹痛、腹泻、恶心呕吐等，将影响摄入同时使丢失增加，使能量及蛋白质严重不足，共同作用使患者极易出现蛋白质-能量营养不良。营养不良导致免疫力下降，淋巴细胞减少、淋巴结萎缩，机体易受感染，同时因缺乏病灶修复所需纤维蛋白、多糖和弹性纤维等基质，对病原菌的包围和病灶修复延缓，在肠结核病这种表现更为明显。结核性胸膜炎和结核性腹膜炎时，胸水及腹水中大量蛋白质丢失，而结核病病灶修复也需要蛋白质，加重蛋白质-能量营养不良。如不及时补充，可影响机体康复，最终可导致恶病质。

1.2 微量元素、矿物质丢失及不足 结核病灶修复时有“钙化”过程，钙是促进病灶钙化原料。但疾病过程中，大多数细胞的矿物质与氮成比例丢失，出现血清铁降低、低钾等；同样钙也随之丢失而不足，钙不足对结核病灶钙化不利，影响疾病恢复。

1.3 维生素需要量及丢失量补充 结核病患者体内的维生素 c 和 b 含量往往降低，研究表明，维生素 c 排减量一般显著减少，并且排减量与病情的轻重成反比例。这是因为结核病灶需要大量维生素 c 的缘故。同时患病时因分解代谢加强、能量消耗增高，各种维生素需要量和丢失量也均有增加，尤其在长期低热过程中，如果维生素补充不足，容易发生各种缺乏症，如 b 族维生素和维生素 c 缺乏，甚至发生贫血。

1.4 脂肪、糖代谢障碍 结核病患者脂肪和类脂质代谢也发生障碍，如果饮食脂肪摄入过多，容易引起肝脂肪浸润，并抑制胃液分泌，出现消化不良和食欲不振。肺结核患者还可出现各种形式低氧血症和缺氧，引起糖代谢障碍。

### 2 结核病营养支持原则

结核病治的 3 个重要的环节：注意休息、营养和药物治疗。其中营养治疗有着不可忽视的重要作用。良好的营养支持能增进患者机体抵抗力，恢复健康，也能间接地对病灶的修复起到辅助作用。营养治疗和药物治疗相互配合，给予高能量高蛋白质高维生素，适量矿物质和微量元素的平衡饮食；可减少药物副作用，加速结核病灶钙化，增进机体免疫力，促进康复。结核病营养支持原则“三高两禁”。

2.1 高热能 结核病是慢性消耗性疾病,比正常人热能需要超过,一般要求达到每公斤体重供给 30 kcal,每日总摄入量为 2000 kcal 左右。轻体力劳动者每公斤体重 40kcal,全日 2400kcal 左右。适量的糖,因肺结核患者糖代谢亢进,产生较多的二氧化碳,进食或输注过多的碳水化合物可产生大量的二氧化碳和耗去大量的氧,呼吸商值增大,加重通气负担。过量的葡萄糖输入,还能引起胰岛素分泌和释放增加,使葡萄糖和磷酸结合而进入骨骼或肝脏,出现或加重低磷血症,导致呼吸肌无力或疲劳,所以一般应给予高蛋白、高脂肪和低糖的摄入物为宜。

2.2 高蛋白质 因患者蛋白质消耗多,是修补组织的重要营养素,有益病灶恢复,病体康复。所以,结核病患者蛋白饮食每日 1.5-2.0/kg (如一个鸡蛋含蛋白质 5g、粮食 400g 含蛋白质 40g,一袋奶含蛋白质 10g)。以生物价高的优质蛋白为主。高膳食中优质蛋白质应占总摄入蛋白质的 50-70%最为相宜。牛奶、鸡蛋、鲜鱼、虾、精肉、动物内脏,辅以豆类、蔬菜、水果等。高蛋白高热量饮食 30-40kcal/kg 体重,1.2-1.5g/kg 体重,蛋白质以优质蛋白瘦肉、禽、蛋、乳及大豆制品为主。

尽量食用牛奶及乳制品含丰富酪蛋白及钙高的食物,因酪蛋白有利于促进结核病灶钙化作用,都有利于结核灶钙化。

2.3 高维生素 应重点补充维生素 a、b、c、d。维生素 a 能增强机体免疫力,b 族维生素有改善食欲的作用,维生素 c 有利于病灶愈合和血红蛋白合成,维生素 d 能促进钙吸收。新鲜蔬菜水果中含有丰富的维生素,此外,乳、蛋、内脏等食品含维生素 a 丰富;酵母、花生、豆类、瘦肉等富含维生素 b。故应多吃一些深绿色蔬菜、瘦肉等含上述丰富的食物。

2.4 禁烟 吸烟会增加对消化道和呼吸道的刺激,诱发刺激性咳嗽,影响肺功能下降,研究表明,吸烟能增强肝脏酶的活性,加速药物在肝脏代谢,影响药物在体内的吸收利用,与不吸烟者相比,药物血浓度降低,因此吸烟可影响抗结核药物的疗效。

2.5 禁酒 饮酒能加重药物对肝脏的损伤,并能扩张血管,结核病人饮酒后有引起咯血的可能,并且加重肝脏的负担。

### 3 小 结

结核病药物治疗的营养支持应从整体出发,要长久坚持。饮食方面,可结合患者消化及吸收能力,适当的增加营养,增强抵抗力,补充患者的体能。还应以高能量、高蛋白、维生素和矿物质丰富的普食或半流质饮食为原则。要调配脂肪和蛋白质在饮食中分配比例,避免碳水化合物。任何营养素过量都会给消化系统加重负担,进而会影响营养素的消化、吸收。因此,要定时定量的进餐,注意饮食规律性。食物要多样化,注重色、香、味,以增强食欲。饮食根据病情按普食、软食或半流质饮食供给。合理的营养搭配可增强机体免疫力,促进疾病痊愈。

参考文献(略)

## 结核性腹膜炎的内科护理对策分析

游志慧

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

**摘要:**目的探讨在结核性腹膜炎病人中运用内科护理的疗效。方法为了保证实验研究的科学合理,也选择了在我院接受治疗的 120 名结核性胸膜炎患者,作为本试验的研究对象,对这些患者平均进行分组,分为对照组和观察组两组,患者采用的是基本护理以及内科护理。结果:两组病人在护理方面,观察组明显优于对照组( $P<0.05$ ),观察组与对照组相比有显著性差异( $P<0.05$ )。对两组患者的并发症发生情况以及满意度等各项指标进行了观察和对比,其中占有优势的是观察组患者( $P<0.05$ )。结论把内科护理措施科学合理地应用到结核性胸膜炎,患者的护理工作中能够提升整体的护理治疗效果,这种护理模式值得在临床上进行应用和推广。

**关键词:**结核性腹膜炎;内科护理;效果;分析

## 引言

结核性腹膜炎是临床上常见的一种疾病，它会给病人带来很大的伤害，也会影响病人的工作和生活。所以，除了要对病人进行积极的治疗外，还应对病人进行合理的内科护理，才能收到良好的疗效。

### 1 基础资料与方法

#### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 120 名结核性胸膜炎患者作为分时间的研究对象，并且对这些患者的一般资料进行了分析和统计，主要包括年龄性别以及患病类型等，这些一般资料不具有统计学意义。

#### 1.2 方法

所有的病人都可以使用链霉素等药物进行联合治疗，如果病人的腹水比较严重，可以先把腹水抽吸出来，如果出现肠穿孔或者肠梗阻，需要立即进行手术。在此基础上，对对照组病人进行基本护理，而对观察组病人进行有效的内科护理干预，观察组病人的护理工作主要包括：

##### 1.2.1 病情的观察

在临床治疗护理中，对患者进行密切的病情观察是非常重要的环节，也是护理的基础。病情观察主要是观察病人的身体状况，如腹痛、腹胀等，监测血常规等指标的变化，有针对性的进行护理。

##### 1.2.2 用药观察

在治疗的时候，患者需要长时间地使用抗痨药进行治疗，而使用药物后，患者出现不良反应的几率很大，因此，在使用药物的时候，需要护理人员对药物进行严格的监测，同时也要注意病人的身体状况，比如恶心、呕吐等。需要定期检查病人的肝肾功能，如果发现有什么不对劲的地方要及时就医，并根据病人的病情来调整药物的使用。此外，在进行激素治疗的患者，需要定期监测血压、血糖等指标，防止出现不良反应。

##### 1.2.3 环境护理

(1) 尽可能为病人营造更舒适和安静的治疗环境；定期打开窗户换气，保持病房的新鲜空气；护士在进行护理操作的时候，要注意说话轻，走路轻，这样可以降低噪音对病人休息的影响。

(2) 加强健康宣教：可以对健康宣传手册进行编制和发放同时也可以滚动播放一些相关知识等，对患者进行详细的说明，包括结核性腹膜炎的治疗方法、预后效果等。让病人明白规律用药的重要性和必要性，告诉病人健康的生活方式对疾病的恢复有一定的影响，让病人在治疗的过程中能够自觉地规范自己的行为，从而提升病人的自我护理能力。

##### 1.2.4 饮食护理

结核病是一种慢性消耗性疾病，它是因为机体的快速分解代谢以及抗结核药物的毒副作用，导致胃肠功能紊乱、食欲减退、营养不良、机体免疫力下降、病情恶化。所以，在对患者进行膳食营养护理时，要给予足够的重视。对患者及其家人进行合理的膳食和营养教育，使他们明白在服药的同时给予适当的营养支持的重要性；建立一个综合的膳食营养摄取方案。患者的食物中应该包括鱼类、豆制品等动植物蛋白，患者每天必须摄取一定数量的新鲜蔬果，作为维他命的补充；保持身体内的水和电解质的平衡。

##### 1.2.4 用药指导

肺结核是活跃的，出现高热，腹水等症状时，必须卧床；在恢复期间，可以适当增加一些户外运动，同时也要加强身体的锻炼，这样可以将身体内部的自我恢复能力发挥到最大，从而增强身体的免疫功能，增强身体的抵抗力。病情较轻的患者，可以继续接受化疗，但要注意不要过度劳累，注意保持足够的睡眠与休息；保持环境安静，舒适，使患者保持良好的心态，达到良好的精神状态。

##### 1.2.5 心理护理

许多病人的经济状况不佳，生活卫生状况不佳；此外，因为治疗疗程较长，病人在医院中长时间的住院，会影响到他们的工作，导致经济收入下降，从而影响到家庭生活。有些病人由于疾病的复发和多次的住院，使他们丧失了对治疗的信心，从而导致了他们的焦虑、悲观的心理。所以，我们应该鼓励病人说出自己的真实想法，并针对心理问题进行针对性情感支持。对于因住院而导致生活困难的患者，应积极争

取亲友、工作单位乃至社会的帮助与支持，并营造一种轻松的心理氛围。护理人员要通过语言的亲和、技术的精湛，获得病人对自己的信任 and 安全感，从而实现对病人的心理调节，对于多次入院的病人，要及时发现治疗不成功的原因，纠正病人的错误认知，积极配合治疗。

### 1.2.6 并发症护理

第一，营养不良，肠梗阻的护理。如果是一般情况比较好的病人，可以让病人吃一些高热量、高维生素，并且容易消化的半流质食物，同时还要注意饮食的合理搭配，这样可以提高病人的食欲。对有腹水表现的病人，要注意控制他们的钠的摄入量；对结缔组织和干酪组织的病人，要注意饮食上的低纤维，防止肠梗阻的发生。第二，预防贫血护理：建议病人在平时的饮食中多食用蛋黄、香菇等富含铁的食物。饭后可以多吃一些含有丰富维生素 C 和果酸类的水果。并叮嘱病人饭后不要喝太浓的茶。病情较重的病人，应在医生的指导下，及时服用抗贫血的药物。第三，预防感染护理：出现腹泻的病人，在病人排便之后，要让病人用温水冲洗肛门周围的皮肤，同时，要注意肛门周围的皮肤的清洁和干燥，以免引起肛门周围的感染；建议病人在餐后用漱口水进行口腔清洁；注意口腔清洁，使用柔软的牙刷，使用无刺激的清洁剂；为了防止口腔炎的出现，应尽量不要吃太凉、粗糙的食物。第四，预防褥疮护理：病情严重的病人，需要做好基础的护理工作，每两个小时为病人翻身按摩一次，并且要保证床铺平整无异物，在需要的时候可以给病人使用气垫床等，避免出现褥疮。

### 1.3 观察指标

对两组病人的疗效及并发症进行统计，并对两组病人的护理效果进行对比。

### 1.4 疗效评价标准

为了保证评价工作的有效性，制定了相应的评价标准，包括显效以及有效等。

### 1.5 统计学分析

上述工作在完成之后，需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

友谊对两组患者的并发症发生情况进行了详细的对比和分析，通过数据可以看出观察组并发症的发生率是比较低的，详细的数据可以参见表 1，有显著的统计学差异 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组并发症发生率比较

| 组别  | 例数 | 发生并发症 (n) | 并发症发生率 (%) |
|-----|----|-----------|------------|
| 观察组 | 60 | 2         | 3.33       |
| 对照组 | 60 | 8         | 13.33      |

## 3 讨论

结核性腹膜炎是一种慢性、炎症性疾病，它是由结核杆菌感染引起的，它的感染方式有两种，一种是直接扩散到腹腔，一种是血液扩散，前者比较多见，比如肠道结核、输卵管结核。目前，临床上以抗生素为主，但因其病程长，需要长期用药，且部分病人对抗生素的认识不够深刻。患者的治疗效果不佳。这会对临床治疗产生一定的影响。所以，在临床上，有必要对病人进行恰当的护理，以增加病人的顺应性，从而改善病人的临床效果。由于结核性腹膜炎是一种具有传染性的疾病，病人对护理要求很高，因此，传统的护理方法很难满足病人的需要。而优质的内科护理能够实现护理工作的细致化，全面提升护理的质量，所有的工作都以病人为中心。对病人采取积极的态度，给予病人身体、心理和精神上的照顾，以实现病人的护理目标。在经过护理后，两组患者在退烧时间、依从性、生存品质等方面，均有显著性差异，对病人进行高质量的护理，能有效地减轻病人的发热、腹胀等症状，提高病人的顺应性，减少病人的住院天数，加快病人的恢复。其原因为：结核性腹膜炎可以通过血液进行传染，如果病人的身体有良好的新陈代谢，就会使细菌的吸入量增加。出现了中毒的症状。如果限制了病人的运动量和活动范围，就会导致病人的身体代谢能力下降，预防毒血症：在疾病的急性阶段，及时采取有效的降温措施，可以延缓疾病的进展，从而减轻患者的症状；加强对病人的健康教育和心理疏导；利用宣传手册或者多媒体的形式，让病人对疾病的发展和治疗的有一个全面的认识，进而让病人愿意配合治疗。遵照医嘱：对病人进行心理疏导，可以减少病人的消极情绪，增加病人接受治疗的积极性。

结束语

综上所述,对结核性腹膜炎病人采用内科护理,可获得较好的护理结果,且合并症较少,在开展临床治疗和护理工作时,该种护理方法是值得进行推广和应用的。

参考文献(略)

## 营养护理在结核患者护理中的应用

余彩凤

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

**摘要:**目的 文章主要针对结合患者的护理工作进行了分析,并且探讨了营养护理所起到的作用和效果。方法 本研究选取 90 例住院肺结核病人,将病人平均分成两组。观察组采用常规的护理方法,观察组采用营养与护理相结合的方法。结果治疗前后,实验组的体质指数较对照组和干预前均有显著性差异( $P<0.05$ );营养不良发生率较对照组和干预前均有显著性差异( $P<0.01$ )。结论 加强对结核病人的营养护理,提高免疫功能,确保疗效,是一种有价值的方法。

**关键词:**营养护理;结核患者;应用

### 引言

肺结核病人由于胃口下降,身体的消费增多,从而降低了合成代谢,由于缺乏营养,加之肺结核低热症,增强了分解代谢的能力,很容易造成患者摄入的营养不足,从而影响到治疗的效果和预后。结核疾病的发生与营养不良有着密切的联系。因此,因此,加强对肺结核患者的营养管理十分重要。我院自 2012 年五月至 2014 年五月,对 45 例肺结核患者实施营养管理,获得良好疗效。以下主要针对营养护理在结核患者护理工作中所发挥的作用,进行了简要的分析和研究,希望能给有关人员带来帮助和参考。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

选择 2012 年五月至 2014 年五月期间收治的 90 例肺结核病人为研究对象。所有患者均经 X 射线检查确诊,且知晓试验内容,并在知情同意书上签字;长期使用免疫抑制剂治疗、有胸腔积液、HIV 抗体阳性的病人,排除在外。90 例病人按双盲方法随机分成 45 例和 45 例对照组。对两组患者的一般资料进行了对比和分析,主要包括患病时间,性别以及年龄等,两组患者的体重在 41-76 公斤之间,54.2+5.2 公斤之间。一般资料如性别、年龄及病程比较,均无显著性差异,  $P>0.05$ 。

#### 1.2 方法

对结核患者采用的是常规的护理模式,而另外一组不仅仅采取了常规护理模式,还给予了营养护理,以下针对营养护理干预措施的开展进行了相应的介绍和分析。

##### 1.2.1 营养状态评估

通过对病人的心理状况、社会因素和辅助检查等方面的调查,了解病人的营养状况,以便采取有针对性的营养护理措施。

##### 1.2.2 制订营养护理计划

大致了解了患者的营养状况之后,就要针对患者的病情特征、饮食习惯等多个方面,制定个性化的营养计划。在实施计划前,应首先向患者宣传和引导营养健康知识,并做好宣传教育和引导工作。还要积极地让病人了解有关的科学和饮食方面的知识,这样才能让病人对食物的种类有更多的选择。在进行营养护理的过程中,要针对病人在饮食上出现的问题,并对其进行相应的处理,并对其进行适当的调整,确保其饮食的健康。在专科膳食指导下,根据病人的偏好,对其进行营养护理。如果病人在营养指导中有恶心呕吐等不良反应,一定要马上找出病因,目的探讨影响病人不良反应发生的因素,以便提高对其的认识,并

做好相应的管理。

### 1.2.3 饮食护理

肺结核是一种消耗性疾病，容易引起机体的能量-蛋白质不足，因此，在进行营养保健时，要注意高蛋白和高热量的食物。除了日常饮食外，还应多食用高蛋白食物，特别是优质蛋白，每日 1.5-2.0 克/ (kg·天)；同时，根据患者的体重来提供热量，通常以 168-210 KJ/公斤为宜，将总热量控制在 10.45-12.50 MJ/天。它含有 20%左右的蛋白质，50%的碳水化合物和 30%的脂肪。一些经济困难的病人，可以利用蛋白质互补的原理，把几种营养价值较低的食品按一定的比例混合在一起，这样可以优势互补，尽量增加营养的摄入，比如使用谷类和大豆的比例等。另外，在食用植物蛋白之前，应该先进行处理，以去除多余的纤维素，以增加蛋白的利用率[2]。豆类、牛奶等食物含有大量的钙质和酪蛋白，是一种很好的食物。如果患者比较缺血，可以使用牛肉、羊肉以及动物肝脏等，除此之外还可以使用黑木耳以及黑芝麻等补铁的食物。应该指出，因为在营养不良的人群中，维生素 A 的含量会降低，而且在长时间的高蛋白食品中，维生素 A 的摄入会有所提高，所以要及时补充。肺结核病人不能吃生冷、油腻的食物，也不能吃辛辣刺激的食物。

### 1.2.4 定期进行效果评估

护士对每位病人进行一周一次的营养评估。对疗效较好的病人，采用前一步建立的营养支持计划。对疗效差的病人，进行疗效差的原因进行分析，并对其进行合理的营养支持，使其达到更好的营养状态。

### 1.3 观察方法

为了保证整个实验研究的权威性，要对两组患者再进行营养干预前后的体重指数进行相应的统计和分析。同时参照《实用临床营养手册》，对两组进行了营养干预，并进行了营养状况的比较，男性女性的正常水平为 24.8 cm， 21.0 cm，以下针对不同的营养状态进行了一定的界定分析，轻度营养不良：在正态分布范围内，实际测量值占 80%~90%；中等营养不良患者的实际 AMC 检出率为 60%~79%；严重的营养不良症：其实际的前导比率低于正常值的 60%。

### 1.4 数据统计学

在对数据进行统计和分析时，不仅要有专业的人员负责，还要使用专业的软件进行处理，这样才能够保证数据分析的科学有效， $P<0.05$  为有显著差别。

## 2 结果

### 2.1 两组营养护理干预前后的 BMI 变化情况

实验组的体质指数为  $(18.75\pm 0.75)$  kg/m<sup>2</sup>，而对照组则为  $(22.89\pm 0.89)$  kg/m<sup>2</sup>。两组患者的身体质量指数均无显著性差异 ( $P>0.05$ )；实验组与对照组相比，实验组的体质指数较对照组和护理治疗前有显著性差异 ( $P<0.05$ )；

### 2.2 两组护理干预前后的营养情况对比

两组患者的营养不良发生率无显著性差异 ( $P>0.05$ )；治疗前后营养不良发生率与对照组相比，差异有统计学意义 ( $P<0.01$ )。请参阅表 1。

表 1 两组护理干预前后的营养情况对比 (n)

| 组别            | 时间  | 正常 | 轻度营养不良 | 中度营养不良 | 重度营养不良 | 营养不良率(%)            |
|---------------|-----|----|--------|--------|--------|---------------------|
| 研究组<br>(n=45) | 干预前 | 5  | 20     | 15     | 5      | 88.89               |
|               | 干预后 | 40 | 5      | 0      | 0      | 11.11 <sup>▲*</sup> |
| 对照组<br>(n=45) | 干预前 | 6  | 18     | 16     | 5      | 86.67               |
|               | 干预后 | 25 | 15     | 6      | 0      | 44.44               |

注：与对照组相比，<sup>▲</sup> $P<0.01$ ；与干预前相比，<sup>\*</sup> $P<0.01$

## 3 讨论

结核病 (TB) 是一种严重危害人类健康的慢性传染病，第四次全国肺结核疫情普查显示，我国肺结核病人总数已达四百五十万，位居全球第二位。目前，结核病已成为全社会关注的焦点，给临床护理工作带来了巨大的挑战。因为大部分的肺结核病人的免疫力都会下降，再加上长时间的营养不良，所以很容易发生各种并发症。因此，对肺结核病人进行针对性的营养护理，对病人的疗效和病情的转归都有很大的影响。我们对 45 例肺结核病人进行营养护理，取得了明显的效果，观察组的身体质量指数明显提高 ( $P<0.05$ )；

营养不良发生率较对照组和干预前均有显著性差异 ( $P<0.01$ )。可见,根据患者的特点及患者的需求,制定了高蛋白、高维生素饮食方案,能有效地提高患者的营养状况,减少其发生。同时,在确保患者康复的同时,也能避免过量的营养摄取,加快损伤组织的修复,加速病变的修复。

#### 结束语

由以上可知,通过对结核病人进行营养干预,可以改善病人的营养状况,增强机体的免疫力,保证治疗的质量,同时也能够很好的提升患者的生活质量,医院整体的治疗效果也会得到大幅度的提高,总而言之,该种护理干预模式在临床上是值得进行推广和应用的,这不仅能够使医院树立一定的良好形象,还能够促进我国医疗行业的良好发展和进步。

#### 参考文献(略)

## 细节护理在结核性脑膜炎护理中的应用

张皓

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

**摘要:**目的:文章主要针对结核性脑膜炎护理工作进行了分析,并且探讨了细节护理所起到的作用和效果。方法:为了保证实验研究的有效性,选择了在我院接受治疗的 100 名结核性脑膜炎患者作为本实验的研究对象,并且按照随机的方法对这些患者进行分组,两组患者分别采用的是传统护理模式以及细节化护理模式,为了探讨细节护理模式起到的作用,还要对两组患者在治疗期间的各项指标进行分析和观察。结果:通过对该项目的研究指标进行统计后,可以看出,与传统的临床护理相比,细心的护理能提高病人对治疗的满意程度,减少并发症的发生率,两者之间存在着统计学上的显著差异。结论:细节护理更能适应当今医疗领域“精准化”发展的需要,该方法还具有更明显的优越性,并将其用于结核性脑膜炎的临床研究。

**关键词:**细节护理;结核性脑膜炎;应用

### 引言

结核性脑膜炎(TBM)是一种化脓性炎症疾病,主要是由于结核杆菌感染所致。脑膜刺激症状,严重时还会影响到神经系统,引起与运动性知觉有关的疾病。结核性脑膜炎发病率呈逐年增高趋势,及时准确地治疗是降低死亡率,改善预后的重要措施,而高质量的医疗服务,在于注重细节,及时救治。文章浅谈细节护理在结核性脑膜炎患者中的作用及意义。

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

我们将选择住院的结核性脑膜炎 100 例,随机分成 2 组,各 50 名。同时还对这些患者的一般资料进行了分析和统计。一般资料如年龄、性别,均无显著性 ( $P>0.05$ )。符合可供参考的条件:第一,根据临床症状,实验室检查和放射检查结果,两名神经学的主诊医师和一名主管医师对纳入的患者进行评估,结核性脑膜炎的诊断依据国际诊断标准;第二,所有的病人都已经在我们的研究中得到了他们的知情同意,并且得到了地方伦理委员会的认可。排除标准:第一,患者同时患有心血管和精神等多种系统疾病,导致住院时间较长,严重影响患者的预后;(2)因为回顾性分析的限制,我们没有考虑到与临床研究指标相关的数据。根据纳入标准和排除标准,对实验研究患者进行确定,能够保证整个研究的权威性。

#### 1.2 方法

对照组采用常规护理,当病人住院时,患者被带到医院,进行基本的入院教育,以及预防措施,然后在医生的指导下,严格执行医嘱,并根据病人反馈的情况,在告知医生之后,进行相应的处理。观察组采用细节护理模式。第一,疾病的专业教育。采用 PPT 与真实案例相结合的方式,对这种疾病的临床表现以

及可能出现并发症等进行具体的介绍,保证病人和家人对病情有更深入的了解,这样才能将病情的变化及时反馈给护士。第二,动态监测重要指标。出现结核性脑膜炎时,应在医生的指导下给予补水,在此期间,同时要注意患者的动态生命体征。包括血氧饱和度等的改变,需要注意观察有没有颅内压增高等情况,同时也要注意病情的恶化程度和结局。第三,根据不同类型的结核性脑膜炎,采取就近治疗的原则。为了能够在最短的时间内,及时地发现病人的病情变化,就能够得到及时的治疗,防止由于器械和药品的不及时而对病人的身体造成伤害。第四,在结核性脑膜炎中,病人的心理和心理状况会影响到他们对护理和治疗的依从性,从而对病人的预后产生影响。所以,护士可以根据病人的言行举止来正确地评价他们现在的心理状况,在此基础上,对其进行针对性的心理疏导。要根据病人在疾病不同阶段,在护理和治疗过程中可能遇到的情况,对病人和家属进行适当的说明,并进行心理辅导,比如真诚地听取病人的想法和担忧,帮助病人找到合适的方法来缓解自己的情绪,还可以用多种方法来分散病人的注意力,比如看电视、看电影、听音乐等,让病人一直保持积极的心态,防止出现紧张、焦虑、抑郁等情况。这种护理模式在应用过程中要有专业的人员负责,这样才能够使整个护理工作具有一定的效果。

### 1.3 研究指标

(1) 不良反应率:在住院过程中出现的不当护理事件,与护理工作有关的纠纷,矛盾等,在各组中,出现不良反应的病人数量与该组病人总数的比例是不同的。(2) 对住院病人的满意度:在患者出院之前,对每一位参与者进行了问卷调查,病人满意度是每一组病人对某一组病人有满意或基本满足的人数所占比例。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件对两组数据进行处理,计数资料采用百分数,采用 Fisher $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为有显著性差异。

## 2 结果

### 2.1 不良事件发生率差异

治疗组与对照组相比,不良反应发生率明显降低 ( $P < 0.05$ ),详细的不良事件发生情况可以参见下表。

表 1 不良事件发生率 (n, %)

| 组别    | 医护矛盾     | 恶心呕吐     | 患肢厥冷     | 冲管       | 总发生率      |
|-------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组   | 0        | 0        | 0        | 1 (2.00) | 1 (2.00)  |
| 对照组   | 1 (2.00) | 3 (6.00) | 2 (4.00) | 2 (4.00) | 8 (16.00) |
| $X^2$ | 1.010    | 3.092    | 2.040    | 0.343    | 5.982     |
| P     | 0.315    | 0.079    | 0.153    | 0.558    | 0.014     |

### 2.2 住院满意率差异

表 2 针对两组患者的住院满意率进行了相应的统计和分析详细的数据可以参见表 2 ( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 2 住院患者满意率差异分析表 (n, %)

| 组别    | 例数 | 满意         | 基本满意       | 不满意        | 住院满意率      |
|-------|----|------------|------------|------------|------------|
| 观察组   | 50 | 28 (56.00) | 3 (6.00)   | 19 (38.00) | 31 (62.00) |
| 对照组   | 50 | 36 (72.00) | 11 (22.00) | 3 (6.00)   | 47 (94.00) |
| $X^2$ | -  | 2.777      | 5.315      | 14.918     | 14.918     |
| P     | -  | 0.096      | 0.021      | 0.000      | 0.000      |

## 3 讨论

结核性脑膜炎是一种非化脓性脑膜疾病,是由结核菌感染引起的。因为它的病情发展很快,很可能会波及到神经系统,导致患者的感觉和运动受到影响,因此,极大地影响了患者的身体健康与生活品质,对患者的生命健康构成了极大的威胁,过去,在常规护理中,往往更多地把重点放在完成患者的指令上,但是,护理人员并没有考虑到患者的具体情况,如心理状态等,这将对及时有效地治疗肺结核脑膜炎产生影响。在细节方面,我们始终坚持“以患者为本”的理念,“以细节定成败”。针对患者的特点采取针对性干预

措施, 护理方案要做到个性化和专业化, 保证病人在生理、心理和社会方面的需要都得到很好的满足, 从而增强了他们的治疗依从性, 防止出现一些纠纷事件。以科室为对象的结核性脑膜炎病例分析, 根据科室的具体情况, 对结核性脑膜炎病人进行了有针对性的护理, 包括抢救, 技能提升, 知识储备等, 结果显示, 与常规护理相比, 患者在入院时有更高的满意度, 更少的不良反应。

#### 结束语

总结起来, 结核性脑膜炎是一种更严重, 发展更快, 对健康构成威胁的结核性疾病, 以病人的及时就医为前提, 专家、护士、病人和家人之间的紧密协作是保证病人获得优质高效的治疗的关键, 患者与医生进行交流时, 护理人员发挥了非常重要的作用, 在此期间会议人员要具有负责的态度, 及时的处理问题, 对病人进行实时动态监测, 准确处理, 是非常重要的, 全方位的细节护理, 不但可以帮助病人进行精确的治疗, 而且还能为病人营造一个良好的住院环境。所以, 在临床上, 对结核性脑膜炎病人进行细致的护理, 是一种非常有效的方法。这种护理模式的应用, 不仅能够提高整体的治疗效果, 还能够使医院具备良好的医疗形象。基于以上研究结果, 提出了一种以细节护理服务为目标的动态改进方法, 为后续的研究提供了新的思路。

#### 参考文献 (略)

## 氧疗在结核病中的应用护理

赵星宇

作者单位: 山西医科大学附属肺科医院 (太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

结核病是我国重点控制的重大疾病之一, 我国每年新发肺结核 145 万例, 如果不予治疗, 每名活动性肺结核患者每年平均可传染 10~15 人。现代结核病控制策略中指出:发现和治愈结核病患者是控制结核病疫情最有效的措施。氧疗是结核病的重要治疗手段之一, 而氧疗的好坏直接影响结核病治疗的效果, 所以要做好结核病氧疗的护理, 我科在这方面做得很好, 现报告如下。

### 1 临床资料和方法

1.1 从 2007 年开始, 需要输氧的结核病患者有 700 例, 其中男 510 例, 女 190 例; 肺结核 602 例, 结核性胸膜炎 90 例, 结核性脑膜炎 8 例; 年龄在 17~95 岁。

#### 1.2 方法

1.2.1 给氧的目的对需要输氧的结核病患者, 告知其合适的输氧是非常重要的, 对缺氧和二氧化碳滞留同时并存者, 应以低流量、低浓度持续给氧为宜。慢性缺氧患者长期二氧化碳分压高, 其呼吸主要依靠缺氧刺激颈动脉体和主动脉体化学感受器, 沿神经上传至呼吸中枢反射性地引起呼吸。

1.2.2 保持气道通畅首先检查患者的鼻腔是否通畅, 输氧装置连接是否通畅及有无漏气。如符合以上条件者, 就给予氧气输入。在输氧的过程中, 防止吸氧管脱落、扭曲。

1.2.3 保持给氧环境的温湿度温度为 18~20 ℃, 湿度为 55%~60%, 在湿化瓶中盛注射用水达瓶容积的 1/3~1/2。

1.2.4 氧气输入按医嘱给予一次性单侧鼻导管法或双侧鼻导管法, 清洁并湿润鼻腔, 调好氧气流量, 氧流量根据医嘱而定, 给患者输氧。有利于痰液的排出和呼吸道的通畅。如果长时间吸入干冷的氧气, 不利于气道的湿化、排痰, 应在氧气湿化瓶中加入注射用水, 并注意加温加湿, 使接近鼻部的供氧管温度保持在 38 ℃左右[1]。湿化瓶应每天更换, 浸泡消毒, 注射用水及鼻导管每天更换。

1.2.5 告知患者及其家属输氧的安全知识 嘱患者及其家属不要再氧气周围吸烟、点火、不要用带有油的手摸输氧装置等, 一定要做到: 防热、防火、防油、防震, 使用氧气过程中, 不要随便调节氧气的流量, 如确实需要调节氧气流量, 也应先拔出鼻导管, 再调节用氧的流量, 在进食、服药或饮水时, 要暂时停止输氧, 待进食、服药或饮水结束后再重新输氧, 以免食物、药物或水掉入气管内, 从而引起气道堵塞或吸入

性肺炎。如果是使用筒装的氧气，筒内氧气切勿用尽，至少保留 5mpa，以免充气时引起爆炸。

1.2.6 密切观察生命体征和氧疗效果氧疗可以改善患者缺氧状况，最直接就是观察患者的神志的变化、精神是否好转、呼吸和心率的变化、血压和周围循环的变化、眼球结膜水肿情况、口唇及肢端的颜色是否有改变，也可以用经皮血氧饱和度监测简便易行且无创伤，定期进行动脉血气分析，了解氧疗效果。在观察用氧的过程中应注意患者缺氧状况是否改善，若若精神好转呼吸困难改善，说明氧疗有效；若患者出现神志恍惚，甚至昏迷，呼吸变慢，说明病情加重，应及时告知医生处理。如果是长期给氧者，要注意有无氧中毒。

1.2.7 长期氧疗护理中存在的问题对氧疗知识缺乏的患者有不遵医嘱行为，具体原因有：对氧疗的方式不习惯，对氧气及输氧管的气味不适应，影响睡眠，行动不方便，不愿长时间受约束，舒适度改变，家庭经济困难。护士要勤巡视病房，多观察，多与患者沟通，使氧疗顺利进行，达到满意的效果。

1.2.8 输氧结束后，把输氧装置拆下来，按有关规定进行清洗、消毒、晾干待用。

## 2 小结

肺结核是一种慢性消耗性疾病，是由结核分支杆菌引起的，它的主要临床症状：乏力、消瘦、食欲减退、盗汗、咳嗽、咳痰、气紧、胸闷等，常常需要氧疗，而氧气又是人类生存的基本物质，而氧的供给是否充足，依赖于呼吸系统、循环系统的功能。结核病本身有不同程度的心、肺功能障碍，氧的吸入和利用受到阻碍，引起体内缺氧。若患者通过不同时间的氧疗，可以明显改善支气管痉挛，加快和增强肺泡与外界的换气功能，提高肺泡内氧浓度，缓解结核病的临床症状，而要达到满意的氧疗效果，就必须做好结核病的氧疗护理。

参考文献（略）

# 护理干预对支气管结核患者应用效果

赵雪梅

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 山西 太原 030053

**摘要：**目的 评估和分析支气管内膜结核患者的护理干预效果。方法 所有病例都是我们医院的病人，从 2022 年 4 月到 2023 年 8 月，研究对象为 33 例，全部采用传统的对症治疗。同时对病人实施有针对性的护理措施，并对护理干预后病人的治疗效果进行评估。结果 在对 33 例病人进行了针对性的护理干预后，其疗效有了很大的提高，经手术治疗 28 例，总有效率 84.85%。所有患者均在 2 周之内离开医院，采用自制量表对患者的满意度进行评价，得分为（90.5±3.6）。以患者生活质量为指标，得出（93.2±4.4）分的生活质量评分。结论 在治疗支气管内膜结核的过程中，根据不同的情况，采取不同的护理干预措施，对病人进行干预，可以使病人的治疗效果更好，在此基础上，进一步提高了病人的满意度，因此该种护理措施值得在临床上进行应用和推广。

**关键词：**护理干预；支气管结核患者；应用

## 引言

支气管结核是比较常见的一种内膜结核疾病，该疾病主要是发生在气管以及粘膜等结构上，支气管内膜结核约占活动性肺结核的 10%-40%。这种疾病通常会出现在患者的主支气管两肺的上叶、两肺的中叶以及舌叶支气管。患者一旦患有这种疾病就会出现低热以及乏力等症状，除此之外还会有消瘦和盗汗等问题，如果情况比较严重，会有咳嗽、咳血以及呼吸困难的问题。在临床治疗过程中，要对病人给予适当的护理支持，对改善病人的治疗结果，巩固病人的疗效有很大的帮助。因此，文章重点讨论了对支气管内膜结核患者实施有效的护理措施。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

实验研究在开展之前,为了保证整个研究工作具备权威性,对这些患者的一般资料进行了相应的统计和分析。本研究纳入的入选人群为 2016 年 4 月-2017 年 8 月,入选病例 33 人,纳入中男性与女性的比率为 16:17,病人年龄 21-63,平均(42.5±11.4)岁,其中男性与女性的比率为 16:17,女性的年龄在 21-63 之间。除此之外还制定了相应的纳入标准和排除标准,本组病例均经过临床检查确诊,所有患者都达到了疾病的诊断标准。此外,纳入研究的患者均为知情人士,所有患者均在知情同意书上签字,此项研究经伦理委员会通过,并获得认可。

### 1.2 方法

对本研究所中的病人,都是按照病人的实际病情,为病人制定相应的治疗方案,针对不同的患者,分别采取不同的护理方法。①常规护理:支气管结核患者在治疗过程中,要注重保持患者生活环境的清洁、舒适,尽可能的降低病人病房内的不良情绪,调节房间的温度,科学合理的对温度进行把控是至关重要的,除此之外还要保证室内的采光,满足条件,并且做好通风,这样一来,就可以很好地与外面的空气交换,保证这里的空气绝对新鲜。病人入院时要保持合适的温度,20-22℃,相对湿度 50-60%,要定期给病人开窗通气,保证室内的通风。为了保证患者所居住的空间满足我各方面的条件,还需要进行紫外线照射,一般情况下照射时间在半小时左右,另外护理人员还要指导患者进行保暖,还要注意病人的气候变化,增加病人的衣服,防止病人着凉,一般情况下人群密集的地方不具备较好的空气质量,所以要尽可能的避免患者出现在这些地方,并且人群密集的地方细菌比较多,这种情况下,病人是没有办法抵抗的。支气管内膜结核病人要在床上躺着,如果病人采取仰卧位,可能会引起病人的呼吸困难,这种情况下,可以给病人取一个半卧位,让病人的身体和精神都舒服一些。同时也要保证病人有足够的睡眠时间,同时还要加强营养支持。②症状性干预:一般情况下,支气管内膜结核的治疗需要很长一段时间。因此会出现一些药物的副作用,许多病人对治疗产生了畏惧心理,不能按照医生的要求用药,严重的还会造成治疗的失败。作为护士,要时刻提醒病人一定要严格按照医生的要求用药,可以从不同的角度,列举一些成功的案例,加强患者的自信与坚强。在此过程中,要对患者的遵医行为加以干预,促进患者定期和全程地接受治疗。大部分患者在治疗初期表现为咳嗽加重,痰多。此时,如果患者有疑问,应给予积极的解释,这主要是因为狭窄的管腔扩大了,或者是因为支气管打开了,咳嗽和痰多了。因此,这是治疗产生疗效的一个重要征兆。同时也要向患者解释该治疗更安全。在此期间一定要在医生的指导下进行抗结核治疗。在用药的过程中一定要按时用药。在进行雾化吸入时,患者要严格遵循医师的指导,根据目前使用的配制原理,有专人负责做好相关的检查工作。③心理干预:因为患者的病情持续时间较长,患者对自己的治疗缺乏信心。另外,患者还会因为病情的缘故而产生焦虑、恐惧等情绪,所以要耐心做好患者的心理护理工作。要向病人解释用药对支气管结核的疗效,同时要对病人谦虚真诚,同时,还可以将医学理论与临床实践相结合,让病人对治疗及疾病有更多的认识,从而增强病人的信心。要为病人创造一个安静、舒适的住院环境,并积极为病人介绍周围的环境,让病人不会感到陌生和紧张,而且要安慰病人,给病人做必要的说明,可以减轻病人的紧张、焦虑情绪,有利于建立良好的护患关系。上述针对性护理措施在应用之后患者的各方面症状得到了明显的改善,但是该项工作在开展时,要有专业的人员进行负责,并且要有一定的责任意识,这样才能保证护理工作起到一定的作用。

## 2 结果

在对 33 例病人进行了针对性的护理干预后,其疗效有了很大的提高,28 例治愈,显效率 84.85%。所有患者都在 2 周之内离开医院,采用自编的调查问卷,采用评分标准(90.5+3.6)分的方法评价病人的生存质量,得到(93.2±4.4)分。总而言之,针对性的护理干预工作在实施之后,患者的各项指标都得到了相应的改善。

## 3 讨论

本研究旨在探讨对支气管内膜结核病人进行护理干预的方法。由本研究之结果显示,经过护理介入治疗后,患者的治疗效果均有显著改善。显效率为 84.85%,属于较高水平,同时患者生活质量和患者满意度均较高,能更好的认识到护理干预的功能和价值。本研究将从三个角度对患者进行日常管理,症状干预和

心理咨询,能在一定程度上缓解患者的心理压力,使其症状得到缓解,使患者在护理中感到舒服,因此,在提高患者治疗依从性的基础上,可以有效地改善患者的终末期症状,提高患者的临床效果。

#### 结束语

对于支气管内膜结核患者,要区别对待,要有针对性地实施护理措施,这样能够有效地提升病人的治疗效果,还能够提升病人的满意度,改善病人的生活品质,医院应用针对性护理干预措施,对支气管内膜结核患者进行治疗和护理是至关重要的,这对于提高医院的治疗效果以及医院的整体形象来说,起到了积极的影响,所以这种护理干预措施值得在临床上进行推广和应用。

#### 参考文献(略)

## 康复护理在结核性脑膜炎患者护理中的应用

吕晓丹

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 山西 太原 030053

**摘要:**目的:探讨结核性脑膜炎患者的治疗和护理措施,探讨其在结核病患者康复中的作用。方法:为了使实验更科学、更合理,我们也选择 90 例结核性脑膜炎患者作为研究对象,两组患者均给予常规及复健。两组病人都有结核性脑膜炎。病人在治疗过程中,需要对病人的护理满意程度、住院天数等方面进行比较。结果:对结核性脑膜炎患者实施康复疗法后,其护理满意度明显高于对照组。在实施干预之前,两组患者的生理、心理健康评分均无统计学意义。两组患者都进行了康复训练,但两组患者的平均住院时间都比对照组长( $P<0.05$ )。结论:对结核性脑膜炎病人进行康复治疗,能提高病人的视野,减少麻木和耳鸣等并发症的发生。

**关键词:**康复护理;结核性脑膜炎患者;的应用

### 引言

肺部感染中最常见的就是结核性脑膜炎。结核性脑膜炎是一种很常见的传染病,主要是由于机体免疫功能下降而导致的淋巴系统感染。结核性脑膜炎患者一般情况下会出现头痛以及呕吐等问题,并伴有脑实质损害和继发性癫痫。提高结核性脑膜炎的治愈率是整个治疗工作的关键。本研究以 2021~2023 年 1 月 90 例肺结核病人为研究对象,采用常规护理、康复等方法,对 90 例肺结核病人实施综合干预。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

为了使实验更加科学、合理,我们对 90 例住院的结核性脑膜炎患者进行了回顾性分析。另外,还制订了一套符合条件的排除和入选条件。同时,为了保证参加实验的病人都达到相应的标准,从而保证了整个实验的科学性。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

对照组按常规治疗。加强对结核性脑膜炎患者的护理,应加强用药与隔离。患者如果不能进食,那么护理人员要科学合理的开展饮食指导,使用有效的措施,保证患者摄取一定的营养,手术在完成之后要做好清洁护理,避免出现压疮问题。所以,对结核性脑膜炎患者,要加强预防性的消毒,避免交叉感染。总之对照组应用的是常规的护理方案和护理措施。在此过程中,由专业的人员开展具体的照料工作。

##### 1.2.2 实验组

对照组采用常规康复治疗。康复治疗主要针对下列内容开展具体的治疗措施。(1)夜间护理。每晚巡视一次,并为患者增加床架,以避免患者坠床。(2)精神疗法:安排一个专门的来访者,和患者进行沟通,指导患者做好工作,了解患者病情,向患者说明相关情况。与患者交流时,要温柔、有耐心,以便给患者留

下好印象；在交流中，首先要对患者的心理状况做出初步的评价，了解并了解其焦虑、不良的消极情感，对患者给予恰当的心理指导与调整，以保证患者在康复过程中保持良好的情绪状态；在护理工作中应以患者为中心，时刻关注患者的情绪变化，为患者提供最佳护理服务。如果可能的话，也可以用音乐或图像转移患者的注意力，使其易于接受。(3)卫生教育：健康教育在整个临床治疗和护理工作中发挥了非常重要的作用，该工作具备一定的难度，并且周期比较长。但在实践中，因患者本身的特点，对患者的护理产生了较大的影响。因此，在做好相关的护理工作之前，要对患者进行健康教育，使患者知道自己的病情，解答患者的疑问。对患者进行心理疏导，对患者进行宣教，有利于患者早日康复。(4)饮食护理：因为 TBM 是一种慢性疾病，需要长时间的康复，所以要增强患者的体质，提高患者的免疫功能。合理的膳食对患者的康复至关重要，它能保证患者得到足够的能量与营养，增强患者免疫功能，增强患者体质，促进患者康复。在治疗的过程中，要对患者的饮食进行严格的管理，尽量避免食用含添加剂及刺激性的食品，多吃高蛋白易消化的食品。针对上述 4 个方面开展相应的康复护理工作，能够使患者的治疗效果得到明显的改善。为了保证护理工作的有效性，参与本次实验研究的护理人员要具备责任心和专业素养，确保各个环节都能够顺利的实施。

### 1.3 观察指标及判定标准

通过对两组并发脑膜炎患者的住院日、生存质量等方面的资料进行对比分析，以便更好的对比分析不同的护理方法的作用和效果，除此之外，还要对并发症情况进行统计。在对患者的满意度调查中，应该针对自身需求制定满意问卷。

### 1.4 统计学方法

在以上工作结束后，对所得数据进行对应的统计分析，科学合理的统计学方法能够保证整个数据更加的科学有效。所以该项工作的开展要有专业的人员和专业的软件等完成。

## 2 结果

### 2.1 两组护理满意度比较

观察组和对照组的满意度分别为 100%和 80%通过数据可以看出，观察组在护理满意度方面占有明显的优势 ( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组护理前后生存视角质量评分比较

两组患者在治疗之前，都会从不同的角度给患者打分，然后进行相关的记录。两个病人都是结核性脑膜炎，他们都是经过定期的治疗和恢复治疗的。在进行相应的护理工作后，对病人的身体状况、心理状况等各个方面进行了评估，并对其进行评分；结果表明，接受康复治疗的患者与肺结核患者相比，肺结核患者的病情评分明显高于对照组 ( $P<0.05$ )。

### 2.3 两组住院时间比较

科学合理地统计两组结核性脑膜炎患者的平均住院日。由数据可知，采用复健治疗的患者平均住院日缩短 3 天 ( $P<0.05$ )。

### 2.4 两组并发症发生情况比较

两组病人的合并症如表 1 所示，并进行了详细的统计与分析。并对其临床表现如耳鸣、四肢麻木、下肢静脉血栓等进行统计学处理。表 1 所示为一组接受常规治疗的肺结核脑膜炎病人，其中一组的并发症较少，因此，治疗组的病人数量有所增加，具体资料表明 ( $P<0.05$ )。

表 1 两组并发症发生率比较(n,%)

| 组别             | 例数 | 耳鸣 | 四肢麻木 | 下肢深静脉血栓 | 并发症发生率            |
|----------------|----|----|------|---------|-------------------|
| 对照组            | 45 | 4  | 6    | 3       | 28.89             |
| 观察组            | 45 | 1  | 1    | 1       | 6.67 <sup>a</sup> |
| X <sup>2</sup> |    |    |      |         | 7.601             |
| P              |    |    |      |         | <0.05             |

## 3 讨论

结核性脑膜炎病程漫长，护理工作量大，对患者预后有很大影响。结核性脑膜炎是一种缺乏认知的传

染病。患者的心理状况和他们的身体协调性有很大关系，所以，有必要对其进行有效的康复治疗。在传统的护理中融入了更多的人文关怀，提高了护理工作的综合性、精细化程度，提高了护理工作的质量。作为一种现代化的文化，它可以更好的满足患者和社会对肺结核患者的需求，对于患者早日康复，降低死亡率，提高工作满意度有着十分重要的作用。由上述试验研究可知，在护理工作中，使用康复护理的一组结核性脑膜炎病人对整个护理工作比较满意。护理工作在具体应用之前，医护人员从患者的生理和心理等方面，对结核性脑膜炎患者进行了整体的评估和探讨，在护理开始前，上述资料并没有统计上的显著性，在进行护理后，对所有的指标进行了评分，研究发现，接受康复治疗的人群中，结核性脑膜炎的患病率明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。此外，4 种最常见的并发症中，传统治疗有更高的并发症发生率，而经过康复训练的患者有更高的发生率 ( $P < 0.05$ )。

#### 结束语

由以上可知，在结核性脑膜炎的治疗过程中，对患者进行康复治疗，可以提高患者的生活质量，还能减轻患者出现的耳鸣、四肢麻木等并发症。所以，在治疗和护理结核性脑膜炎的过程中，要进行科学、合理的康复护理，这样既能提高病人的总体满意度，又能减少术后并发症。在临床实践中，要自觉地采纳和推进康复护理的模式，这不仅能够改善患者在治疗和护理期间的的生活质量和生活水平，还能够提升医院的整体治疗效果，所以该种护理模式在临床上值得推广和应用。

参考文献 (略)

## 1 例肠结核合并重度营养不良患者的个案护理

张丹丹 罗莉 周子琪 王秀芬

作者单位：深圳市第三人民医院肺病三科，广东 深圳 518000

**摘要：**总结 1 例肠结核合并重度营养不良患者的护理经验。护理要点：组建营养支持团队，开展疑难病例讨论，给予营养筛查、营养评估、营养干预、制定营养干预计划、实施营养干预、营养监测及随着病情变化，再评估、更新干预计划，直至患者完成治疗出院及延续性护理的全程规范化营养治疗，改善营养状态；实施保护性隔离措施，积极抗感染、抗结核治疗，加强基础护理，预防呼吸机相关并发症；开展个性化渐进性康复训练，提升生活质量。经过 48 天积极治疗与护理，患者好转出院，每月随访，患者联合、规律、适量抗结核治疗，营养状况改善。

**关键字** 肠结核；营养不良；全程规范化营养治疗；延续护理

肠结核 (Intestinal Tuberculosis, ITB) 是一种由结核分枝杆菌 (*Mycobacterium tuberculosis*, MTB) 引起的肠道慢性特异性感染<sup>[1]</sup>。是最常见的结核病之一，多因肺结核病患者咽下含结核分枝杆菌的痰液发病，少数地区因饮用未经消毒的带菌牛奶或乳制品而发病。本病一般见于中青年，女性稍多于男性。好发于回肠末端和回盲部，患者临床表现多为腹部隐痛感，主要部位集中在右下腹或脐部周围，有腹胀感，腹泻及低热、盗汗、乏力等全身症状。肠结核患者因发热致代谢率增加、抗结核治疗破坏肠道菌群组成、药物性肝损害、免疫力下降易发生感染、结核性胸膜炎致蛋白丢失及结核病灶的修复、肠道腹泻致消化吸收障碍等致患者易发生营养不良。朱惠琼等<sup>[2]</sup>报道肠结核患者营养不良发生率高达 68%。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

患者女，41 岁，因“咳嗽、咳痰、腹泻半年，下肢水肿 1 月”入院，患者半年前出现咳嗽，咳白色粘痰，量少，易咳出，伴气促、胸闷，无咯血，无发热，有腹泻，每日排便 2—3 次，为黄色稀水样便或糊状便，无黑便及血便，伴全身乏力、四肢浮肿，无胸痛，无血尿，无头晕、头痛。予外院检查血常规 Hb 59g/L，痰涂片抗酸杆菌 (+++)，胸部 CT 示双肺多发支气管扩张，多发斑片影、左肺为著，纵隔及肺门淋巴结

稍增大。全腹 CT 示回肠末端、阑尾、升结肠、横结肠及降结肠肠壁弥漫性增厚，周围脂肪间隙模糊并少量渗出。因肺结核转我院治疗，转入我科时患者精神差、说话即气促、全身乏力，下肢浮肿。

## 1.2 治疗过程及临床转归

入院后完善检查粪便（结核分枝杆菌 GeneXpert 检测）结核分枝杆菌基因检测 阳性（中），C-反应蛋白 176.9mg/L，纤维蛋白原 0.61g/L，血红蛋白浓度 58g/L，白蛋白 19.8g/L，总蛋白 42.7g/L，无机磷酸盐 0.03mmol/L 等，予氧疗支持、积极抗感染、抗结核、补充白蛋白、维持水电解质平衡、营养治疗等。入院第 3 天排便后出现呼吸急促、心率加快、皮肤发绀，行气管插管正压通气，患者纤维蛋白原 0.36g/L，纤维蛋白原-秒 53.5 秒，第 4 天排暗红色血便，予禁食、生长抑素止血，奥美拉唑抑酸治疗，同时对症输血、补充凝血因子、输注血小板，抗感染、抗结核、营养心肌、护肝等治疗。第 10 天胃内容物 OB（-），粪便 OB（-），予肠内+肠外营养治疗。第 12 天氧合改善，予拔除气管插管高流量氧疗序贯治疗。经过精心的治疗与护理，入院第 48 天，好转出院。

## 2 护理

### 2.1 组建营养支持团队，开展疑难病例讨论，予全程规范化营养治疗

该患者病情危重，入院后即由科室科主任、护士长领导，营养师、营养专科护士、临床医生及临床护士组成的营养支持团队<sup>[3]</sup>（Nutrition Support Team, NST）介入，旨在提高营养支持的执行率、减少并发症等。并开展多次疑难病例讨论、床边会诊，医护一体化查房，护士长查房、营养专科护士查房、护理组长查房、与患者及家属多次沟通等，尊重患者的意愿，共同制定治疗目标，落实护理措施，动态反馈患者病情变化，实施最佳诊疗护理方案。

#### 2.1.2 入院 8 小时内完成营养风险筛查

因营养风险筛查 2002（Nutritional Risk Score 2002, NRS2002）量表识别营养风险的敏感性和特异性均较高，国内多个营养指南或共识<sup>[3-6]</sup>均推荐 NRS 2002 作为住院患者首选的营养筛查工具。患者 NRS2002 评估 5 分，存在营养风险。

#### 2.1.3 营养评估

使用食物摄入量评估家属回忆法，患者妈妈诉患者半年来三餐进食粥类，根据简明膳食自评工具<sup>[7]</sup>，患者摄食量减少 >76%。开展人体学如体重、上臂围、肱三头肌皮褶厚度，小腿围等测量，定期进行血清白蛋白、血清前白蛋白、总蛋白、血红蛋白、电解质、炎症指标等实验室监测，人体成分分析。营养师进行主观整体评估（subjective global assessment, SGA）C 级。

#### 2.1.4 营养诊断

患者肠结核，长期慢性腹泻；6 个月前体重 63kg，入院时 50kg，6 月内减轻 13kg，丢失 20.6%。使用全球营养不良领导倡议（global leadership initiative on malnutrition, GLIM）<sup>[8]</sup>进行营养不良诊断，为重度营养不良。

#### 2.1.5 制定营养干预计划

患者入院第 2 天，卧床，说话即气促，经口进食，量少（挑食），以流质为主；低钠低钾血症，给予外周静脉补钾时诉穿刺处疼痛，拒绝外周静脉补钾；肠结核，长期腹泻，每日排便 6—7 次，为黄褐色稀水样便，量 600—750ml；听诊肠鸣音 0 次/分；使用“肠内营养耐受性评估<sup>[9]</sup>”量表评估肠内营养耐受性为 4 分。召开疑难病例讨论后给予营养不良患者营养干预五阶梯模式<sup>[10]</sup>的第四阶梯，即鼓励患者以经口进食为辅，肠外营养治疗为主；结核相关营养指南共识<sup>[4-5]</sup>推荐普通肺结核患者给予能量 35-50kcal/kg/d，考虑危重症患者严重喂养不足或过度喂养均可能增加病死率，结核病患者营养治疗需高能量、高蛋白饮食，其能量推荐摄入量大于其他病因的重症患者，所以给予患者能量 25-35kcal/kg/d；因患者长期进食较少，警惕再喂养综合征<sup>[11]</sup>。

#### 2.1.6 实施营养干预

为确保药品配置质量，肠外营养液由静脉药物配置中心（PIVAS）配制，留置右锁骨下中心静脉置管；鼓励患者经口进食，患者以淮山粉、白粥为主，减少肠道刺激，滋养肠道；给予起始能量 500kcal，即实际

体重乘以 10kcal/kg，每 1~2 天增加（200-300）kcal，直至目标需要量；记录 24 小时出入量，计算每日能量摄入量。

#### 2.1.7 营养监测及随着病情变化，再评估、更新干预计划

入院第 4 天患者排暗红色血便，给予禁食，全肠外营养治疗。入院第 10 天胃内容物 OB（-），粪便 OB（-），予冷流质（焦米汤+百普素<sup>[12]</sup>）经胃管肠内营养治疗，焦米汤有吸附、收敛、止泻的作用。百普素为短肽型营养素，含有优质乳清蛋白，富含支链氨基酸及其他必需氨基酸，可最大限度地利用肠道，促进肠道功能恢复，为患者提供营养，以 20ml/h 剂量起始，每 4—6 小时评估肠内营养耐受性，调整营养液鼻饲速度，落实肠内营养“七度”管理，定期进行人体学测量及跟踪实验室指标等。入院第 12 天，拔除气管插管后，患者强烈要求拔除胃管，予改良式洼田饮水试验阴性，考虑患者意愿，拔除胃管。考虑短肽型肠内营养制剂口味，为提升患者依从性，调整为焦米汤+整蛋白型肠内营养液口服，指导患者肠内营养液配置、服用，记录饮食日记。直至患者出院，患者由流质饮食逐步过渡至普食物，指导进食不含粗纤维（如豆腐、鸡蛋、动物肝脏、动物血制品、牛奶等）、低脂的食物（水果、瘦肉、鱼肉等），添加口服营养补充剂（ONS）。

#### 2.2 积极抗感染、抗结核治疗，实施保护性隔离措施，加强基础护理，预防呼吸机相关并发症

及时留取血液、痰、大便、尿标本送检，追踪检验结果；根据检验结果使用并调整抗感染、抗结核、抗真菌药物，优化输注方案，予美罗培南两步法输注法。

接触患者时穿隔离衣，每日行高侧卧位>6h 以上，侧卧位过程中做好皮肤防护及防脱管措施；每天关注患者血气结果、通气指标、镇痛镇静效果，避免人机对抗；及时评估吸痰时机，按需吸痰，保持气道通畅；根据声门下分泌物的量 Q2-4h 清除声门下分泌物；保持床头抬高 30°以上，利于膈肌下沉；每天评估拔管指征，尽早拔管，患者插管第 10 天拔除气管插管。

#### 2.3 开展个性化渐进性康复训练，提升生活质量

制定个性化康复护理方案，具体护理措施如下：拉伸起坐：取平卧位，双手紧握床栏，利用上肢力量将上身拉起至坐起，维持 5s，然后再次平躺，再次坐起，每天 2-3 组，每组完成 10—15 个动作不等；桥式运动：取仰卧位，双腿屈曲，双足底平踏在床面上，用力使臀部离开床面 10—15cm，腹部顶到最高位，坚持 3—5s，再次重复，每天 2-3 组，每组 5—20 个动作；空中踏车：屈膝抬高下肢做空踩自行车的动作——顺势落床、两小腿在空中交替做空踩自行车的动作，每天 2-3 组，至少每组完成 15 个，每组运动 5—10min。在床上康复训练的基础上，逐步开展床边及床下运动，以患者主观感觉不劳累为判断标准。患者由入院时卧床休息，说话即气促至步行出院。

#### 2.4 延续性护理

患者出院后以电话沟通为主，复诊为辅；评估患者按时、按量、规律服药；进食良好，蛋白以鱼肉、鸡肉、虾等优质蛋白为主；无腹胀腹痛不适，每日排成型软便 2—3 次；每日进行慢走运动；早睡早起，睡眠良好；体重逐渐升高，出院时体重 44.5kg，第一次复诊时体重 46kg，第二次复诊时体重 48kg。

给予患者正向激励，共同建立康复目标，对患者目前的行为予以肯定，并根据每次评估适当微调，预约下次复诊时间，给予联合、规律、适量、全程的抗结核治疗。

### 3 小结

患者病情危重，入院后营养专科护士即开始跟踪，积极联系医生、营养师共同制定营养方案，病情变化时及时调整，予全程规范化营养治疗。充分尊重患者的意愿，与患者、家属多次沟通，邀请其一起参与护理方案的制定。患者出院后积极开展延续护理，跟踪患者的饮食、用药、睡眠、心理等健康状态。

结核患者在治疗期间需要充足营养，以帮助身体恢复。因此，重视营养治疗是必要的，结核科医护人员应主动对患者进行营养风险筛查和营养不良诊断，开展全流程规范营养治疗。

#### 参考文献（略）

# 个体化口腔护理干预对肺结核咯血患者的影响观察

武云云

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 胸外科，山西 太原 030053

**摘要：目的：**研究个体化口腔护理在肺结核咯血患者中的护理效果。**方法：**抽取 2023 年 01 月到 2024 年 01 月本院收治的 56 例肺结核咯血患者，运用数字分组法分作研究组和对照组，分析护理价值。**结果：**研究组护理满意度高， $P<0.05$ ；

护理后，研究组心理状态更好， $P<0.05$ ；护理后，研究组口腔护理效果明显高， $P<0.05$ ；护理后，研究组自我管理能力强， $P<0.05$ 。**结论：**个体化口腔护理方式对肺结核咯血患者护理，可优化其口腔情况，改善其心理状态，使其自我管理能力提升，促使护理满意度逐步提高，建议运用。

**关键词：**个体化口腔护理；肺结核咯血；护理效果；满意度

当肺结核伴随着咯血的情况出现，由于必须严格卧床休养，其缺乏自我护理能力缺乏会影响到其饮食和饮水量，患者对口腔清洁的认识变得不够深入。处于此状态下，各类病原体就可能会在口腔内积聚，引发口腔炎症，甚至可能产生令人不适的气味，或者引发口腔溃疡等问题<sup>[1]</sup>。根据相关数据统计显示，80%~90%的口臭与口腔卫生状况有关。口腔异味、溃疡等口腔问题的产生对患者的饮食习惯产生负面效应，进而削弱其生活品质，容易引起其心理状态以及社会功能的丧失<sup>[2]</sup>。防止肺结核咯血患者出现口腔炎的情况，对其进行口腔护理是必要的一项治疗方法。这项研究旨在探索个性化的口腔护理方法对肺结核咯血患者的影响。

## 1. 一般资料与方法

### 1.1 一般资料

抽取 2023 年 01 月到 2024 年 01 月本院收治的 56 例肺结核咯血患者，运用数字分组法分作研究组和对照组，研究组 50 例，年龄 11-78 岁，平均年龄（ $52.16\pm 4.28$ ）岁；对照组 50 例，年龄 10-78 岁，平均年龄（ $52.14\pm 4.24$ ）岁，一般资料（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

常规护理，具体为：①心理支持：护士用友善的话语和真诚的姿态和患者交流，根据患者的教育水平、年纪和个人属性进行心理状况的评价，激发患者把自己的情绪表露无遗。对于那些被诊断为有焦虑和抑郁的患者，进行深入的剖析，协助寻找导致这些情绪的根源，从而提供有针对性的心理支持。对患者的同情、关怀、激励以及安抚，可以缓解其焦虑和抑郁等消极情绪，并强调这些消极情绪对于疾病的治疗和恢复是非常不利的，同时也会对患者的生活品质产生影响。让患者以积极的态度面对疾病，主动配合治疗和护理。从另一个角度来看，需要根据患者的年纪、教育程度和心理承受力等因素，提供有关治疗和病情的详细信息。例如，需要向患者解释目前的医疗和护理计划，并适时地通报一些检测、化验和病情的积极结果，使得患者了解到其疾病正在朝着积极的方向发展，从而提高战胜疾病的决心。②注重社区支持：优质的社区支持在患者恢复过程中起着至关重要的作用。所以，负责护理的护士需要深入了解患者的社会支持情况，并且激励患者的家人、亲朋好友等在情绪上提供帮助，让患者能够以积极乐观、平静稳健的心态来应对疾病。从另一个角度来看，可以根据患者的具体需求，适度增加探望的时长，让其亲人和朋友更多地陪伴，使能够感受到爱和关怀，从而满足其心理需求。在此基础上，也需要突出患者自身在家庭中的关键角色，以此提升克服疾病的决心。③优质的护理：尽全力打造一个宁静、干净、宜人的医疗与休憩空间，让患者能够完全的放松与休憩。依据个人状况，可以提供音乐疗法，引导患者欣赏和听轻松、节奏优美的音乐或古典音乐，以帮助心理放松并感到舒适。④增进健康教育：设计针对性的健康教学计划，向患者传授与疾病诊断、护理、恢复过程等相关的信息。采用个性化的健康教育方式以实现更深入的医患交流，以增强患者对治疗的服从度。依据每个人的饮食习惯来设计营养计划，以实现既确保患者营养摄入又能护理到患者

饮食习惯的目标。⑤关于睡眠护理：对于出现失眠症状的患者，积极协助找出失眠的根源，并进行有针对性的治疗，同时也会尽力创造一个有利于睡眠的环境，例如保持病房的安静、舒适的环境和柔和的光线等，以此来提高患者的睡眠质量。

### 1.2.2 研究组

在对照组基础之上，辅以个体化口腔护理，具体为：个性化的口腔护理干预：在按照医生的指示执行口腔护理操作之前，护士会针对患者进行单独的全面评价，涵盖其口腔健康状况、咳嗽的严重性等各项信息。基于 EILERS 等人开发的口腔清洁度测试工具，对患者的口腔健康状况作出评价，并基于这些评价得出的数值，来提供科学且有效的个性化口腔护理干预策略。如果肺结核患者出现咳嗽的症状改变，立刻做出相应的动态调节。针对具备一定自理能力的肺结核咯血患者，开展一系列关于如何科学地刷牙和漱口的健康教育展示，同时也在患者的床边或床边指导如何正确地刷牙和漱口。此外，还会定期评估患者的口腔清洁情况，以便挑选合适的漱口水。同时，也会激发采取坐姿或在床边使用牙膏来刷牙，以此来辅助做好自我护理。针对那些因为疾病影响而丧失生活自理能力的肺结核伴随着中度或大量的咳嗽，首要的任务是与患者保持良好的交流，引导摆脱负面情绪，以便能够快速配合医生的治疗和护理。在进行咳嗽的护理之后，立即帮助患者将头部偏向一侧，用清水漱口，通过物理方式清理掉口腔内的剩余血液和痰液。然后，让护士帮助患者每天早晚各进行一次生理盐水的口腔清洁，并鼓励选择适当的漱口液进行漱口。针对没有牙齿或带有活动型假牙的患者，使用牙刷沾上牙膏来清洗被摘除的假牙，然后将其放入冰水中储存。同时，使用含漱液或生理盐水浸湿的消毒棉球，从牙龈的外部擦到内部。护士也有义务协助患者每日早晚一次地漱口。通过实施具有特定目标的个别化口腔保健方法，以填补常规的口腔清洁保养的缺陷。当患者离开病房的时候，护士将基于 Barthel 评分的数值，对那些 Barthel 评分表现为无需或较少依赖的患者，详细说明每日刷牙的必要性以及相关的注意事项。针对 Barthel 评分高度依赖日常生活的患者，引领其亲人掌握针对性的口腔保健技巧，从而协助实现口腔卫生的保养任务。

### 1.3 观察指标及评价标准

- (1) 护理满意度：非常满意、满意、不满意；
- (2) 心理状态：运用简式心境状态量表（POMS）评估；
- (3) 口腔护理效果：口腔舒适度、口腔异味、口腔清洁度；
- (4) 自我管理能力：症状管理、口腔管理、情绪管理、用药管理、饮食管理。

### 1.4 数据处理

SPSS21.0 软件统计，计数资料用（n/%）表示、行  $\chi^2$  检验，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示、行 t 检验。P<0.05 有统计学意义。

## 2.结果

### 2.1 满意度情况

研究组护理满意度高，P<0.05，见表 1。

表 1 护理满意度比较（n/%）

| 组别        | 非常满意       | 满意        | 不满意       | 总满意度       |
|-----------|------------|-----------|-----------|------------|
| 对照组（n=28） | 13（46.43%） | 7（25.00%） | 8（28.57%） | 20（71.43%） |
| 研究组（n=28） | 18（64.29%） | 9（32.14%） | 1（3.57%）  | 27（96.43%） |
| $\chi^2$  | -          | -         | -         | 4.766      |
| P         | -          | -         | -         | 0.029      |

### 2.2 心理状态

护理后，研究组心理状态更好，P<0.05，见表 2。

表 2 心理状态比较 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别         | 抑郁-沮丧     |           | 愤怒-敌意     |           | 紧张-焦虑     |           | 疲乏-迟钝     |           | 迷惑-混乱     |           | 精力-活力     |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|            | 护理前       | 护理后       |
| 对照组 (n=28) | 8.32±1.17 | 7.08±1.16 | 8.81±1.19 | 6.80±1.13 | 8.31±2.57 | 6.31±0.38 | 8.53±2.30 | 7.32±1.15 | 8.36±1.31 | 6.09±1.38 | 8.39±0.82 | 7.63±1.50 |
| 研究组 (n=28) | 8.31±1.13 | 5.77±1.13 | 8.80±1.21 | 3.83±1.11 | 8.33±2.31 | 3.33±0.19 | 8.52±2.33 | 5.31±1.16 | 8.32±1.23 | 3.30±1.03 | 8.35±0.68 | 5.11±1.36 |
| t          | 0.033     | 4.280     | 0.031     | 9.922     | 0.031     | 37.116    | 0.016     | 6.511     | 0.118     | 8.573     | 0.199     | 6.586     |
| P          | 0.033     | 4.280     | 0.031     | 9.922     | 0.031     | 37.116    | 0.016     | 6.511     | 0.118     | 8.573     | 0.199     | 0.000     |

### 2.3 口腔护理效果

护理后，研究组口腔护理效果明显高， $P < 0.05$ ，见表 3。

表 3 口腔护理效果评分 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别         | 舒适度        |            | 口腔异味      |           | 口腔清洁度     |           |
|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|            | 护理前        | 护理后        | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       |
| 对照组 (n=28) | 10.28±1.98 | 12.29±1.12 | 5.22±0.68 | 3.06±1.29 | 2.20±0.17 | 4.28±1.08 |
| 研究组 (n=28) | 10.92±2.08 | 18.96±1.29 | 5.28±0.98 | 2.27±0.21 | 2.28±0.28 | 6.72±1.59 |
| t          | 1.179      | 20.660     | 0.266     | 3.198     | 1.292     | 6.717     |
| P          | 0.243      | 0.000      | 0.791     | 0.002     | 0.202     | 0.000     |

### 2.4 自我管理能力

护理后，研究组自我管理能力强， $P < 0.05$ ，见表 4。

表 4 自我管理比较 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别         | 症状管理       |            | 口腔管理       |            | 情绪管理       |            | 用药管理       |            | 饮食管理       |            |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|            | 护理前        | 护理后        |
| 对照组 (n=28) | 20.98±2.22 | 21.28±2.12 | 19.82±1.26 | 22.11±1.62 | 20.29±2.27 | 21.92±2.52 | 12.02±1.29 | 16.52±1.21 | 20.98±2.22 | 21.28±2.12 |
| 研究组 (n=28) | 20.75±2.97 | 25.55±2.22 | 20.02±1.22 | 27.21±1.28 | 20.59±2.22 | 20.08±1.27 | 12.98±1.21 | 25.62±1.58 | 20.75±2.97 | 25.55±2.22 |
| t          | 0.328      | 7.361      | 0.603      | 13.071     | 0.500      | 3.450      | 2.872      | 24.196     | 0.328      | 7.361      |
| p          | 0.744      | 0.000      | 0.549      | 0.000      | 0.619      | 0.001      | 0.006      | 0.000      | 0.744      | 0.000      |

## 3. 讨论

肺结核咯血的患者常常对自己的出血行为感到极度恐惧和不安，甚至有种被溺死的感觉。常规护理是通过评估患者的身体、心理和社会状况，针对不同的患者，利用社会支持系统，给予深厚的关爱和充足的社会支持，以满足其心理和身体需求。采取舒适的护理和提高患者的睡眠质量等方法，以确保患者的身心健康。透过进行健康教导，传达有益的消息，帮助理解自身的疾病状况以及未来的发展，提升恢复的决心，激励更主动地参与治疗，这样不仅有助于构筑一个优质的医患关系，还能让体验到家的温暖与被护理<sup>[3]</sup>。在传统的护理方式中，护士会按照医生的指示对所有的肺结核咯血患者进行标准的生理盐水口腔清洁，但这种方法往往因为口腔清洁不彻底而导致口腔感染。由于缺乏针对不同肺结核咯血患者的个体化口腔护理干预措施，这种方式已经无法满足患者的需求。因此，临床急需一种更有效、更具个体化的口腔护理干预方法。经过定期漱口和清洁舌头，可以有效地降低细菌和舌苔的数量，从而显著地改善口腔健康状况。使用高效的抗菌漱口水和牙膏能够显著减少口腔中的疾病细菌，同时也能缓解口臭的情况。

王远鹏等主张，人文关怀的表现在于满足个体的特殊需求，并且与情绪和人格有着积极的关联，因此，应该尊重患者的意愿，并将人性化的护理融入服务和技术的各个环节。根据研究指出，通过改变患者的行为习惯，增强其服从性，并鼓励其家人共同参与健康管理，提供个体化的服务，可以提升患者的社会参与度，从而达到预期的效果<sup>[4]</sup>。现代的口腔护理方法已经从追求简洁的基础上，逐步转变为将特定和精确的观念相结合，进一步展现其“治愈”的功能。在这项研究中，研究组护理满意度高， $P < 0.05$ ；护理后，研究组

心理状态更好,  $P < 0.05$ ; 护理后, 研究组口腔护理效果明显高,  $P < 0.05$ ; 护理后, 研究组自我管理能力强,  $P < 0.05$ 。在实施个体化口腔护理中, 首先评估患者的口腔基本状况和咯血的严重程度, 然后根据患者对个体化口腔护理方案的接受程度等因素, 实施有针对性的口腔护理。经过干预患者的口腔卫生状况得到显著的改善, 有效地预防口腔并发症, 提高患者的护理自信心和满意度<sup>[5]</sup>。

综上, 针对肺结核咯血患者的个体化口腔护理措施能够有效地减轻其不良情绪, 增强对于医疗服务的满意度, 这充分展示以患者为中心的医疗观点, 提升口腔护理效果, 优化其自我管理能力, 建议运用。

参考文献 (略)

## 结核性气管狭窄经高压球囊扩张气道成形术护理效果干预评价

杜亮青

作者单位: 山西医科大学附属肺科医院 (太原市第四人民医院) 胸外科, 山西 太原 030053

**摘要:** **目的:** 研究结核性气管狭窄患者接受高压球囊扩张气道成形术护理的效果。**方法:** 选择 2021 年 01 月-2021 年 12 月到本院治疗结核性气管狭窄患者 92 例, 依照不同护理对策, 分为研究组与对照组, 护理效果。**结果:** 研究组护理满意度高 ( $P < 0.05$ ); 研究组临床症状指标均优 ( $P < 0.05$ ); 护理后, 研究组患者呼吸功能指标以及心理指标均优 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 运用高压球囊扩张气道成形术全面护理可有效改善结核性气管狭窄患者呼吸功能指标等, 提升护理满意度, 可运用。

**关键词:** 结核性气管狭窄; 高压球囊扩张气道成形术护理; 呼吸功能指标; 满意度; 心理指标

结核性支气管狭窄的发生, 主要源自结核分枝杆菌对气管的侵害, 此种侵害可能会对支气管的粘膜、黏膜底部以及更深层次的肌肉和整个软骨造成损伤, 并在最后的疤痕形成过程中引发支气管的狭窄甚至完全阻塞<sup>[1]</sup>。这种状况被视为肺结核的一种特殊分类, 在所有活跃的肺结核病患中, 大约有 10%~40% 的病患同时患有气管和支气管的结核病。通过采用纤维支气管镜和高压球囊扩张气道成形术, 可以有效地对结核性气道狭窄进行治疗<sup>[2]</sup>。本研究旨在评估结核性气管狭窄经高压球囊扩张气道成形术全面护理干预在改善结核性气道狭窄的临床表现上的有效性, 具体如下。

### 1. 一般资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择 2021 年 01 月-2021 年 12 月到本院治疗结核性气管狭窄患者 92 例, 依照不同护理对策, 分为研究组 (常规护理+高压球囊扩张气道成形术全面护理) 与对照组 (常规护理)。研究组平均年龄 ( $58.16 \pm 4.28$ ) 岁; 对照组平均年龄 ( $58.14 \pm 4.24$ ) 岁, 一般资料 ( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

常规护理: 遵医嘱完成常规术前、术中以及术后护理。

##### 1.2.2 研究组

对照组基础之上, 辅以高压球囊扩张气道成形术全面护理, 具体为:

(1) 术前护理: 心理护理。1) 在手术前, 护士应积极与患者进行沟通, 首先向患者及其家属阐述手术的重要性。用简明扼要的话语耐心地阐述手术流程、需要注意的事项和协同关键点以及手术的安全性, 并强调术前用药的重要性和使用技巧, 以此来减轻焦虑感。另外, 需要深入了解患者的病况, 展示高压球囊扩张气道成形术成功的案例, 以提升对治疗的信任度。耐心地听取并解答其疑惑, 消除其心理担忧, 从而提升其治疗信心。2) 准备各类设备和药品。确保所有的治疗设备都处于良好状态, 以保证手术过程中的安全使用。准备好由 Olympus 公司生产的 BF-90 型纤支镜, 其活检操作孔的直径为 2.8mm, 以便球囊导管能够通过。根据狭窄区域的尺寸和范围, 选择美国 BostonScientific 公司生产的 5833 和 5835 型号的球囊。

这些球囊的直径范围在 6~8 毫米之间，长度在 5.5 厘米到 8.0cm 厘米之间，导管的长度为 180 毫米，直径为 2.0 毫米。506 I 型高压枪泵，由美国 BostonScientific 公司制造。在准备常规药品的同时，也要备好肾上腺素、地塞米松、多巴胺等紧急医疗物资，还有简单的呼吸机、气管插管工具、吸引器和心电监护仪等，以便在手术过程中应对紧急情况。3) 患者准备。在手术开始之前，需要停止进食和饮水 4 小时，并使用相似的局部麻醉手段进行常规的纤维镜检查。患者需要保持平躺的姿势，将肩膀稍微抬起，并稍微向后倾斜。任何可能存在的活动性牙齿都需要被移除，并且要使用毛巾覆盖患者的两只眼睛，可以避免在使用纤维镜通过鼻子进行检测的过程中，给患者带来心理上的压力。

(2) 术中配合：1) 为患者提供 4L/min 的氧气，同时对心率和血氧饱和度进行监控，并协助医生在进行纤支镜插入之前进行乙醇消毒和硅油润滑。在治疗期间，护士会紧握患者的双手，进行合谷穴的按摩。同时，提醒患者保持深度的呼吸，避免头部晃动。如果患者感到胸部疼痛或其他不适，用手指向上表示。在患者的意识、呼吸、心率和血氧饱和度发生改变的情况下，要尽快去掉其分泌物。一旦血氧饱和度出现急剧减少的情况，就需要马上停止或终止相关的治疗，并找出病症的根源，只有在血氧饱和度恢复正常之后才能恢复正常的治疗。在此组别中，没有一个患者在手术过程中出现病情的改变，治疗也顺利进行。2) 详细的球囊扩张气道成形术步骤。对球囊和导管进行核实，然后将其与高压泵相连，同时对球囊进行灌水和施加压力，以确认其以及所有的连接是否存在泄漏。在实施了充足的局部麻醉后，通过型纤维支持镜的活检孔来精确定位球囊的位置，确保其在狭窄区域的两端都能被准确地定位。接着将枪头朝下，并开始使用枪泵向球囊中注入水。可以选择 3 至 6 个大气压，逐渐增加，以此使得压力逐步升高。每次，球囊的膨胀时间应在 1 至 3min 之间，第一次的时间需要稍微缩短，一般为 1min。重复填充 1 至 4 次，直到球囊在抽水后内陷。在从活检孔中取出并重新插入狭窄部位之前，用乙醇纱布清洁球囊的外部，并在球囊段上涂上硅油。在完成这一步骤后，将球囊内的水抽干，直到压力表显示为“0”，然后才能离开球囊导管。在每一次扩张之后，都要彻底清除气道内的分泌物，同时配合医生进行气道内的药物注射：异烟肼 0.2g+和丁胺卡那霉素 0.2g。所有患者都没有出现胸闷、纵隔肿胀、气管和食道瘘的副作用。

(3) 术后护理：1) 常规护理。建议患者在床上休养，避免进食和饮水两小时，防止误吸。手术后，应激励患者咳出痰液和血液，并监测是否有咳血的情况。早期的并发症包括由于气管破裂导致的出血、气胸、纵隔肿胀和纵隔炎，因此需要对患者的呼吸频次、深浅和节奏进行严格监测，同时也需了解患者是否存在针刺样的胸闷，以及胸部是否存在如手指抓痒等不正常的现象。在遇到上述的并发症时，必须立即实施高效的紧急处理方案，例如通过纤维支架进行局部注射 1:10000 的肾上腺素来止血，同时进行胸腔封闭性的排液。2) 器械的清洁、消毒及保养。在手术后，需要对所有设备进行彻底的清洁和消毒，对于重要部件，需要涂上油以防止感染。3) 随访。告诉患者术后的跟踪观察的重要性，通常在出院两周后应返回医院进行复查，以后每半年进行一次，每次为 1 个月。可了解患者的治疗效果，并找到最适合进行第二次扩张的时机。针对那些严重的狭窄，无法一次性治愈或是治愈后又出现的情况，建议在首次治愈后的大约两周内进行第二次治愈。告知患者虽然进行高压球囊扩张手术能够减轻病情，但仍然需要主动地对原有的疾病进行治疗。对于支气管内膜结核的患者，必须早期、有规律、全程、适度、联合使用抗结核药物，以防止再次发生狭窄。

### 1.3 观察指标及评价标准

- (1) 护理满意度：非常满意、满意、不满意；
- (2) 临床症状指标：炎症消失时间、咳嗽消失时间、肺啰音消失时间、咳嗽频率、咳痰量、呼吸频率；
- (3) 呼吸功能指标：血氧饱和度、VA、VC
- (4) 心理指标：HAMA、HAMD。

### 1.4 数据处理

SPSS21.0 软件统计，计数资料用 (n/%) 表示、行  $\chi^2$  检验，计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示、行 t 检验。P<0.05 有统计学意义。

## 2.结果

### 2.1 护理满意度

研究组护理满意度高 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组护理满意度对比 (n%)

| 组别               | 非常满意        | 满意          | 不满意        | 总满意度        |
|------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 对照组 (n=46)       | 23 (50.00%) | 15 (32.61%) | 8 (17.39%) | 38 (82.61%) |
| 研究组 (n=46)       | 30 (65.22%) | 14 (30.43%) | 2 (4.35%)  | 44 (95.65%) |
| X <sup>2</sup> 值 | -           | -           | -          | 4.039       |
| P 值              | -           | -           | -          | 0.044       |

## 2.2 临床症状指标

研究组临床症状指标均优 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组临床症状指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 炎症消失时间 (/d) | 咳嗽消失时间 (/d) | 肺啰音消失时间 (/d) | 咳嗽频率 (次/d) | 咳痰量 (ml/d) | 呼吸频率 (次/min) |
|------------|-------------|-------------|--------------|------------|------------|--------------|
| 对照组 (n=46) | 10.22±2.27  | 7.22±3.39   | 8.05±2.62    | 11.17±1.14 | 27.12±2.12 | 17.12±0.79   |
| 研究组 (n=46) | 7.65±1.57   | 5.17±2.44   | 6.25±1.14    | 7.11±0.67  | 21.27±1.75 | 20.92±0.61   |
| T 值        | 6.315       | 3.329       | 4.273        | 20.824     | 14.433     | 25.822       |
| P 值        | 0.000       | 0.001       | 0.000        | 0.000      | 0.000      | 0.000        |

## 2.3 呼吸功能指标

护理后，研究组患者呼吸功能指标均优 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组呼吸功能指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | 血氧饱和度 (%)  |            | VA (L/min) |           | VC (%)     |            |
|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|
|            | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后       | 护理前        | 护理后        |
| 对照组 (n=46) | 75.24±5.21 | 91.26±6.61 | 3.22±0.35  | 3.72±0.30 | 51.45±4.03 | 57.91±5.34 |
| 研究组 (n=46) | 75.97±2.01 | 94.37±7.25 | 3.20±0.33  | 4.76±0.59 | 51.21±4.14 | 67.64±5.43 |
| T 值        | 0.887      | 2.150      | 0.282      | 10.657    | 0.282      | 8.665      |
| P 值        | 0.378      | 0.034      | 0.779      | 0.000     | 0.779      | 0.000      |

## 2.4 心理指标

护理后，研究组心理指标均优 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组心理指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别         | HAMA (分)   |            | HAMD (分)   |           |
|------------|------------|------------|------------|-----------|
|            | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后       |
| 对照组 (n=46) | 17.37±1.19 | 15.03±2.15 | 13.54±2.17 | 9.20±1.77 |
| 研究组 (n=46) | 17.61±1.34 | 13.67±1.57 | 13.49±2.13 | 7.72±1.67 |
| T 值        | 0.908      | 3.465      | 0.112      | 4.125     |
| P 值        | 0.366      | 0.001      | 0.911      | 0.000     |

## 3. 讨论

近几年，临床中实施高压球囊扩张气道成形术治疗结核性气道狭窄运用较为广泛。在 20 世纪 90 年代中期，此种手术方式已经被大众所认可，并在临床上得到广泛的运用。在 20 世纪 90 年代的尾声，的护士开始探索使用此项技术来处理良性的呼吸道阻塞，而且其治疗成果也非常显著<sup>[3]</sup>。手术治疗会引发身体对外界环境的适应困难。此不平衡的情况构成手术患者在手术之前的核心心理状况。假设可以根据适当的引导，让身体进行自我调节，快速适应此状态，那么它就不会给手术带来重大的干扰。相反，如果无法做到，就可能引发心理压力，从而给手术带来消极的影响。研究结果指出，此问题的核心在于手术过程中无法准确地排出痰液。在手术过程中，由于痰液堵塞呼吸道，或者由于情绪压力导致呼吸道痉挛，从而导致血氧饱和度降至 95% 以下<sup>[4]</sup>。在高压球囊扩张气道成形手术过程中，通常需要 1~4 次的球囊加压处理，这使得整个过程的耗时超过传统的纤维支气管镜的操作。如果患者对此缺乏足够的心理预期，可能会妨碍手术的

正常实施，甚至可能导致手术的暂停，此种情况下，患者的遵医度会降低，对手术的疗效产生负面影响。因此，护士需要根据病情特点来给予安抚与激励，并且仔细地回答患者的询问。在手术开始之前，护士需要详尽地阐述高压球囊扩张气道成形术的目标、手段以及需要注意的事项。通过提供心理指导和解释麻醉和手术的相关知识等护理干预方法，患者的护理需求得到最大化的满足，其心理状态也趋向稳定，接受治疗的患者更愿意遵医，并且更加配合。在实施手术时，护士需要运用言辞、表现、举止来塑造并调整患者的感知、理解、情绪、观念与行为，实施持续的医疗干预，可以提升患者的大脑与神经系统的功能，缓解甚至消除可能给患者带来疼痛的各类心理压力、负面情绪和不正当的举止，还有因此产生的各类身体反应。这项研究揭示，通过护理干预，患者在手术过程中能够平静地配合治疗，准确地排出痰液，并且维持血氧饱和度超过 95%，其遵从度很高，这对于手术的顺利进行起到至关重要的作用，并且获得令患者满意的治疗效果<sup>[5]</sup>。这项研究结果指出，研究组护理满意度高（ $P<0.05$ ）；研究组临床症状指标均优（ $P<0.05$ ）；护理后，研究组患者呼吸功能指标以及心理指标均优（ $P<0.05$ ）。辅以高压球囊扩张气道成形术全面护理可以充分展示护士对身心健康的关注和“以患者为本”的工作原则，同时也符合当前医学模式的发展需求，这也是专科护理领域的一项创新，具有很高的实施可能性和实际应用价值。

综上，辅以高压球囊扩张气道成形术全面护理方式值得运用其中，对于辅助患者心理状态、呼吸功能的改善均有较好的效果，亦可提升护理满意度，缩短恢复时间，推荐运用。

参考文献（略）

## 思维导图引导的康复护理在胸腰椎骨结核手术患者中的应用效果

董雅娜

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）胸外科，山西太原 030053

**摘要：**目的：胸腰椎骨结核手术治疗时，探究思维导图引导下的康复护理具体内容、实施效果。方法：研究对象筛选后，共有 86 例患者确定参与，在抽取时间方面予以调查，介于 2022 年 12 月至 2023 年 12 月，而后分组，该项操作干预时，临床上可遵循电脑随机法原则，具体组别命名为：对照组、实验组，以上患者就医后，在临床上被明确诊断为“胸腰椎骨结核”，且开展手术治疗，该阶段内，将常规护理为对照组提供，思维导图引导下的康复护理为实验组提供，每个组别中，纳入研究的样本数为 43，比较不同模式干预后的最终疗效，详情分析后包括：胸腰椎骨结核手术患者临床指标（疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力）、并发症发生率、护理满意度。**结果：**（1）疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力予以测定，具体评分和对照组相比，实验组筛选胸腰椎骨结核手术患者表现高， $P<0.05$ ；（2）手术并发症中，胸腰椎骨结核患者调查后表现为：压力性溃疡、腹胀、下肢深静脉血栓、便秘，计算发生率后，实验组（6.98%，3/43）VS 对照组（23.26%，10/43），展现出了更低水平， $P<0.05$ ；（3）满意度予以测定，胸腰椎骨结核手术患者的具体数据为 81.40%（35/43）、95.35%（41/43），比较结果中，实验组高于对照组， $P<0.05$ 。**结论：**手术治疗阶段，思维导图引导下的康复护理在降低并发症发生率方面有明显效果，此外，对于胸腰椎骨结核患者来说，还能够提高疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力以及满意度水平，在临床上具有较高安全性，值得推行。

**关键词：**胸腰椎骨结核手术；并发症发生率；满意度；思维导图引导；康复护理

胸腰椎骨结核，为临床多发疾病，早期发生后，隐匿性较强，持续进展阶段，会对患者脊髓神经造成严重损害，极易导致截瘫，进而降低患者生活质量<sup>[1]</sup>；从疾病症状来看，胸腰椎骨结核患者会面临局部疼痛、肿胀、功能障碍、关节畸形情况，部分还会伴随全身乏力、盗汗、低热、消瘦等，进而对患者生命健康造成威胁<sup>[2]</sup>。在目前阶段，胸腰椎骨结核治疗领域，手术方案应用率高，该过程中，有效护理模式的开展，能够在一定程度上降低并发症诱发风险，提高预后水平<sup>[3]</sup>。在以上背景下，本文研究将全面分析思维

导图引导下的康复护理内容，旨在探究胸腰椎骨结核手术患者的应用价值，详情整理后汇报如下。

## 1 临床资料和方法

### 1.1 基础资料

本研究抽取患者检查后，各方面指征与“胸腰椎骨结核”的诊断指南符合，在入院时间方面，开始于 2022 年 12 月，结束于 2023 年 12 月，而后分为 2 组，具体包括：对照组、实验组，上述操作的参照依据为：电脑随机法，在临床统计后，全部胸腰椎骨结核手术患者有 86 例，详细资料如下。对照组：共有 43 例胸腰椎骨结核手术患者被纳入研究，性别分布中，女患人数、男患人数统计后为 20 例、23 例，年龄方面，上限值调查结果为 70 岁，下限值调查结果为 31 岁，计算平均数据后为  $(50.59 \pm 2.03)$  岁，病程方面，最短时间 1 年，最长时间 3 年，计算平均数据后为  $(2.02 \pm 0.67)$  年；实验组：共有 43 例胸腰椎骨结核手术患者被纳入研究，性别分布中，女患人数、男患人数统计后为 21 例、22 例，年龄方面，上限值调查结果为 70 岁，下限值调查结果为 31 岁，计算平均数据后为  $(50.46 \pm 1.97)$  岁，病程方面，最短时间 1 年，最长时间 4 年，计算平均数据后为  $(2.48 \pm 0.33)$  年。统计上述基础信息（组内样本数、性别分布、年龄调查结果、病程时间），在对照组和实验组中，胸腰椎骨结核手术患者测定数据比较结果显示：差异小，研究可行， $P > 0.05$ 。

#### 1.1.1 纳入标准

(1) 研究获得院方审批；(2) 入选患者检查后，各方面结果均符合“胸腰椎骨结核”诊断标准，且有比较完整个人资料；(3) 肝脏、肾脏、心脏检查结果中，胸腰椎骨结核手术患者无严重器质性病变；(4) 胸腰椎骨结核手术患者和家属非常支持本次活动，积极签署了同意文件；(5) 胸腰椎骨结核手术患者精神状态检查后，处于良好级别，对各项检查措施、护理措施无严重抵触行为。

#### 1.1.2 排除标准

(1) 麻醉禁忌证、手术禁忌证患者；(2) 免疫功能低下，患有严重血液系统疾病、传染性疾病的胸腰椎骨结核手术患者；(3) 恶性肿瘤患者；(4) 存在精神疾病，丧失基本沟通能力的胸腰椎骨结核手术患者；(5) 主观原因、客观原因下，研究中途退出参与的胸腰椎骨结核手术患者。

### 1.2 方法

对照组：纳入研究的胸腰椎骨结核患者中，临床上提供常规护理，即：手术前指导患者检查，术中、术后阶段密切观察患者疾病症状、生命体征，指导患者正确用药等。

实验组：开展思维导图引导下的康复护理，主要干预内容有：(1) 思维导图设计。护士长担任组长，而后抽调组内成员构建工作团队，在上述操作结束后，可安排讨论会议，该过程中，需对科室内收治的胸腰椎骨结核手术患者进行分析，而后查阅相关文献、资料绘制此类患者护理时的思维导图，在具体制作时，对于不同知识点，工作人员需确定关键词，并用不同颜色区分。(2) 术前护理。以情绪管理为主，该过程中，对于胸腰椎骨结核患者面部表情、个人行为，护理人员需密切观察，并采取主动交流、针对性安抚措施进行干预，且双方沟通过程中，护理人员需学会换位思考，给予患者充分尊重，而后根据思维导图中“胸腰椎骨结核”分支开展宣教工作，将疾病诱因、症状、危害性、手术步骤、优势、注意事项为患者耐心普及，并保持足够耐心回答患者疑问，从而纠正其错误观念，提高依从率。(3) 术后护理。①专科指导：初期阶段，对于胸腰椎骨结核患者生命体征，护理人员需时刻监测，该过程中，为了预防压疮、感染等并发症，护理人员可协助患者定时翻身，并选取关键穴位揉按，促进血液循环。②营养支持：在思维导图指引下，护理人员需将胸腰椎骨结核患者个人饮食作为重点关注内容，该过程中，应鼓励患者在床上完成进食，且三餐搭配方面，护理人员还需叮嘱家属注意营养均衡性，可适当增加富含维生素、优质蛋白食物的摄入比例，忌油腻、辛辣、强刺激食品。③康复训练：在胸腰椎骨结核手术患者的思维导图中，康复训练属于至关重要环节，因此，护理小组内成员可展开分析，并结合患者实际情况干预，即：初期阶段，以床上四肢活动为主，如：抬高肢体、关节屈曲、踝泵运动等，在此同时，为了较好地训练患者心肺功能，护理人员可鼓励患者完成腹式呼吸、缩唇呼吸等；在中后期阶段，可逐渐过渡，该过程中，护理人员可为患者示范 3 点支撑法，鼓励患者积极练习，在具体时间方面，以循序渐进为原则缓慢增加，从而促进患者早日恢复。

#### 1.3 评价指标

1.3.1 胸腰椎骨结核手术患者调查后，对两个组别临床指标展开分析，具体内容有：疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力。

1.3.2 比较并发症发生率，在胸腰椎骨结核手术后，对两个组别筛选患者进行调查，具体表现为：压力性溃疡、腹胀、下肢深静脉血栓、便秘。

1.3.3 比较两个组别筛选胸腰椎骨结核手术患者的护理满意度水平，调查后包括：非常满意级别、一般满意级别、不满意级别。

#### 1.4 统计数据

研究数据处理时，选用 SPSS25.0 软件完成，关于计量资料，临床调查后用 T 检验，计数资料调查后，用卡方检验，在胸腰椎骨结核手术患者中，疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力的代表形式以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 为主，并发症发生率、护理满意度的代表形式以 (%) 为主，在两个组别测定数据方面， $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 临床指标

两个组别筛选的胸腰椎骨结核手术患者中，疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力比较结果显示：实验组高， $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 比较对照组、实验组临床指标 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 具体组别         | 疾病认知度 (分)  | 治疗依从性 (分)  | 自我护理能力 (分) |
|--------------|------------|------------|------------|
| 对照组 (n=43 例) | 79.63±4.15 | 80.12±3.97 | 79.98±4.33 |
| 实验组 (n=43 例) | 90.19±2.47 | 91.28±1.95 | 91.44±1.57 |
| T            | 14.339     | 16.545     | 16.316     |
| P            | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

#### 2.2 并发症发生率

胸腰椎骨结核手术后，参与本次活动的两个组别中，并发症发生率比较结果显示：实验组更低， $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 比较对照组、实验组并发症发生率 (%)

| 具体组别           | 压力性溃疡    | 腹胀       | 下肢深静脉血栓  | 便秘       | 总计 (%)     |
|----------------|----------|----------|----------|----------|------------|
| 对照组 (n=43 例)   | 3 (6.98) | 2 (4.65) | 2 (4.65) | 3 (6.98) | 10 (23.26) |
| 实验组 (n=43 例)   | 1 (2.33) | 1 (2.33) | 0 (0.00) | 1 (2.33) | 3 (6.98)   |
| X <sup>2</sup> | -        | -        | -        | -        | 4.440      |
| P              | -        | -        | -        | -        | 0.035      |

#### 2.3 护理满意度

相较于对照组护理满意度，实验组胸腰椎骨结核手术患者测定数据表现高， $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 比较对照组、实验组护理满意度 (%)

| 具体组别           | 非常满意       | 一般满意       | 不满意       | 总满意度 (%)   |
|----------------|------------|------------|-----------|------------|
| 对照组 (n=43 例)   | 18 (41.86) | 17 (39.53) | 8 (18.60) | 35 (81.40) |
| 实验组 (n=43 例)   | 22 (51.16) | 19 (44.19) | 2 (4.65)  | 41 (95.35) |
| X <sup>2</sup> | -          | -          | -         | 4.074      |
| P              | -          | -          | -         | 0.044      |

### 3 讨论

胸腰椎骨结核，患病率高、危害性高，在临床调查后发现，此类疾病多继发于肺结核，从基本诱因来看，主要指标有：结核分枝杆菌感染、免疫功能下降、精神高度紧张、过度劳累、受凉等，一旦发生，会对患者生活质量、身体健康造成严重影响<sup>[4]</sup>。

从本文结果来看，研究指标显示：(1) 实验组中，胸腰椎骨结核手术患者关于疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力评分进行测定，相较于对照组数据，前者更高， $P < 0.05$ ；(2) 胸腰椎骨结核患者中，在手

术治疗后的常见并发症有：压力性溃疡、腹胀、下肢深静脉血栓、便秘，关于发生率数据，两个组别统计后为 23.26% (10/43)、6.98% (3/43)，比较结果中，后者低于前者，实验组更具优势， $P<0.05$ ；(3) 满意度方面，在不同护理模式干预后，实验组胸腰椎骨结核患者 (95.35%，41/43) VS 对照组 (81.40%，35/43)，展现出了更高水平， $P<0.05$ 。由此可见，手术治疗阶段，思维导图引导下的康复护理有明显效果。对其原因分析后，临床上总结为：面对胸腰椎骨结核患者，思维导图引导下的康复护理，可视化较强，能够将文字与图形结合更好地展示相关信息，该过程中，护士长可从构建工作团队、安排学习方面进行干预，其目的在于：培养护理人员自我责任感，明确工作任务；与此同时，在胸腰椎骨结核治疗前，护理人员可根据思维导图指引完成患者的情绪安抚工作，该过程中，主动交流、针对性暗示、鼓励、健康宣教措施，不仅能够有效减轻患者心理负担，可改善患者不良情绪，而且能够及时纠正患者错误认知，可帮助患者重新建立治疗自信心，提高依从率<sup>[5]</sup>；另外，在手术治疗后，对于患者的康复护理，工作人员可将思维导图作为指引，从观测患者生命体征、揉按肢体穴位方面进行干预，从而形成有效刺激，促进患者体内气血运行；而科学饮食、不同阶段的康复训练，对于胸腰椎骨结核患者来说，既可补充体内所需营养元素，又能增强患者身体素质、免疫力，可有效降低各类并发症诱发风险；在上述护理方案结合后，能够为患者提供更加个性化的服务，可提高患者预后恢复效果。

综上所述，胸腰椎骨结核手术治疗时，此类患者应用思维导图引导下的康复护理效果更佳；一方面，能够提高患者疾病认知度、治疗依从性、自我护理能力，另一方面，能够有效降低患者并发症发生率，可保障患者满意度水平，具备较高安全价值，较高推广价值。

参考文献 (略)

## 腰椎结核术后延续护理的应用价值及改善生活质量分析

王静

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）胸外科，山西 太原 030053

**摘要：**目的：研究腰椎结核术后延续护理的应用价值与生活质量的改善情况。方法：选择 2022 年 10 月至 2023 年 12 月在我院救治的 88 例腰椎结核手术患者进行研究，随机分为两组，对照组和观察组，每组有 44 人。对照组采取常规护理措施，观察组实施延续护理，对两组患者的护理效果、护理满意度、负面情绪和生活质量改善情况进行对比。**结果：**观察组患者护理效果为 93.18%，显然高于对照组 65.90%，护理满意度为 97.72%，显然高于对照组 77.27%，抑郁评分 (SDS) 和焦虑 (SAS) 评分低于对照组，生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ 。**结论：**通过对腰椎结核术后患者使用延续性护理能够有效地降低患者的消极情绪，强化患者的生活质量，取得了非常好的护理效果，还提高了患者对护理工作的满意度，促使患者身体迅速康复，值得在临床推广。

**关键词：**腰椎结核术后患者；延续护理；应用价值；生活质量

在临床上腰椎结核属于一种常见的骨关节结核疾病，而且该疾病的发病率始终处在第 1 位，出现椎体结核、横突、关节突出结合等现象比较常见。在青少年群体中，腰椎结核的发病率比较高，该病的特征是病程长、非常容易复发、无法根治，不仅给患者的身体带来了严重的损坏，而且还导致患者的情绪越来越消极，严重影响了患者生活质量的提升。在临床上，腰椎结核最佳治疗方式就是手术，不仅可以清除病灶，而且有效缓解了患者的病。但是受腰椎结核疾病的影响，大部分患者很容易出现紧张、害怕的心理，再加上术后所带来的疼痛，给患者带来了较大的应激反应，反而不利于患者术后恢复。因此，患有腰椎结核疾病的患者，除了要积极接受手术治疗以外，还应该在术后对其进行延续护理，从而降低患者的紧张、恐惧情绪，促进患者身体迅速康复，获得良好治疗效果的同时提高护理质量<sup>[1]</sup>。基于此，本文着重对 88 例腰椎结核术后患者进行了分组分析，对两组患者手术以后的护理效果、对护理工作的满意度、负面情绪的改善、

生活质量提升情况进行了仔细的对比，现报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 基本资料

选择 2022 年 10 月至 2023 年 12 月在我院救治的 88 例腰椎结核手术患者进行研究，将患者随机分为观察组和对照组，观察组 44 例，男性 24 例，女性 20 例，患者年龄在 32 岁至 66 岁之间，平均年龄  $49.0\pm 8.97$ 。对照组 44 例，男性 25 例，女性 19 例，患者年龄在 30 岁至 65 岁之间，平均年龄  $47.5\pm 8.04$ ，两组患者的临床资料无太大差异，具有统计学意义， $P>0.05$ ，因此可进行分析与比较。

### 1.2 护理方法

对照组患者在术后接受常规的护理措施，主要内容包括：观察患者生命体征情况，告知患者及其家属术后恢复时需要注意的事项，嘱咐患者紧跟医嘱服药，告知患者家属给患者准备一些高膳食、高纤维、高蛋白的食物，根据患者的恢复情况告知其可以进行一些适合的运动等。

观察组患者在术后接受延续护理，主要包括以下几项内容：第一，制定针对性的术后护理方案。当患者住院以后，护理人员就已经与其进行了沟通，掌握了患者的具体病情，对患者的身体状况也进行了准确地评估。因此，在腰椎结核手术结束以后，护理人员就可以根据自己先前掌握的以及患者术后的身体情况制定针对性的术后护理方案，从而保障术后护理效果。第二，开展术后护理工作。对于患者手术以后的生命体征进行密切地观察，请注意患者的皮肤温度或颜色变化情况，了解患者的伤口是否出现了感染现象<sup>[2]</sup>。有一部分患者在手术后会配置引流管，护理人员就要定期检查引流管是否通畅，避免出现弯曲打折现象。而且还需要仔细地记录引流液的颜色、性质以及数量，一旦发现这三组数据出现了异常，就要立刻报告给相关医师。腰椎结核手术有开放性手术和微创手术，护理人员还需要根据这两种形式采取不同的护理方法。如果患者接受的是开放性手术，护理人员就需要采用金属支架以及石膏来保护患者，直至伤口愈合，才能进行下地活动<sup>[3]</sup>。护理人员还需要注意患者是否出现了术后并发症，如石膏综合征或皮损等现象。如果患者接受的是微创手术，那么患者在术后 24 小时就可以进行一些适当的锻炼，在 72 小时后就可以进行腰背肌锻炼。患者在进行适当运动的过程中，护理人员要对患者的面部表情以及动作幅度进行仔细地观察，防止患者因过度运动而引发其他不良反应。第三，开展饮食护理工作。腰椎结核术后患者只有排气以后才可以吃流质食物，然后经历半流食——软食——正常食物。第四，开展功能性锻炼工作。手术结束之后，护理人员要定期开展按摩工作，这样可以加强血液循环。对于开放性手术患者不能自主翻身，护理人员还要协助其进行翻身，并且要主动引导患者进行肌肉收缩或关节屈伸的锻炼，避免患者因长时间不运动出现了肌肉萎缩现象。值得注意的是，功能性锻炼要根据患者的恢复情况以及遵守循序渐进的原则，否则就有可能给患者带来损伤。第五，开展健康宣传教育工作。医院要定期邀请理论知识扎实并且拥有丰富实践经验的护师每周开展一次与腰椎结核有关的宣传教育工作，让患者能够全面地了解腰椎结核术后需要注意的事项，这样才可以降低腰椎结核病的复发率，更好地保障手术和护理质量。有一部分患者的理解能力比较差，护理人员就需要借助视频或动画片的形式给患者讲解腰椎结核病的的相关知识，也可以向患者发放相应的手册。护理人员还可以积极地鼓励患者参加一些患友交流会，使病友之间互相交流康复经验、互相打气、互相排解负面情绪，从而使患者建立起治疗信心。第六，开展出院指导工作。患者在出院以后仍然需要卧床休息一段时间，护理人员可以告知患者尽量使用气垫，这样可以有效地避免压疮形成。由于腰椎结核的复发率比较高，护理人员可以记录患者的联系方式，定期进行微信或电话回访，了解患者出院以后的病情恢复状态，当发现患者在生活中出现了一些容易导致腰椎结核旧病复发的行为要及时纠正。护理人员还需要告知患者家属监督患者定时定量服药，不能过度劳累，避免引发其他不良反应。

### 1.3 观察指标

护理效果：对比两组患者的病情改善状态，将护理效果分为优秀、一般、差三个等级，其中护理效率 = (优秀+一般) / 总例数 × 100%。

护理满意度：使用本院自制的问卷调查表来获取患者的护理满意度，采取百分制形式，其中非常满意（90 分~100 分），满意（70 分~90 分），不满意（70 分以下）。

负面情绪：比较观察组和对照组患者的负面情绪改变情况，使用焦虑自评表(SAS)和抑郁自评表(SDS)评估和探究患者的心理状态。其中抑郁自评表与焦虑自评表的总分都为 20~80，分数越接近于 80，证明患

者的焦虑情况和抑郁情况都比较危急。

生活质量：比较观察组和对照组患者的生活质量，使用 SF-36 健康状况调查问卷，其中包括：心理健康、身体健康、社会适应能力，总分 100 分，分数越高，证明生活质量越好。

#### 1.4 统计学方法

本次研究中所出现的数据都使用 SPSS24.0 软件进行分析与研究，其中 n (%) 表示计数资料，统计处理采用  $\chi^2$  检验，计量资料采用 t 检验，所有的计量资料都是用均数±标准差来表示， $P<0.05$  表示差异显著，具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 观察组、对照组患者护理效果情况对比

观察组患者护理总概率为 93.18%，明显比对照组 65.90%高，有差异  $P<0.05$ ，具体见表 1。

表 1 观察组、对照组患者护理效果情况比较

| 组别       | n  | 优秀 | 一般 | 差  | 总概率         |
|----------|----|----|----|----|-------------|
| 观察组      | 44 | 38 | 3  | 3  | 41 (93.18%) |
| 对照组      | 44 | 25 | 4  | 15 | 29 (65.90%) |
| $\chi^2$ |    |    |    |    | 10.0571     |
| p        |    |    |    |    | 0.0020      |

### 2.2 观察组、对照组患者的护理满意度情况

观察组的总满意度为 97.72%，显然高于对照组 77.27%，有差异  $P<0.05$ ，具体见表 2。

表 2 观察组、对照组护理满意度

| 组别       | n  | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度        |
|----------|----|------|----|-----|-------------|
| 观察组      | 44 | 40   | 3  | 1   | 43 (97.72%) |
| 对照组      | 44 | 28   | 6  | 10  | 34 (77.27%) |
| $\chi^2$ |    |      |    |     | 8.4156      |
| p        |    |      |    |     | 0.0040      |

### 2.3 观察组、对照组患者抑郁、焦虑情况

观察组抑郁 (SDS) 评分和焦虑 (SAS) 评分显然比对照组低，有差异  $P<0.05$ ，具体见表 3。

表 3 观察组、对照组患者抑郁、焦虑评分

| 组别  | n  | 抑郁         |            | 焦虑         |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 观察组 | 44 | 55.24±6.13 | 30.24±4.17 | 71.63±4.82 | 36.18±6.22 |
| 对照组 | 44 | 54.82±5.91 | 47.43±4.63 | 71.12±4.91 | 56.14±6.14 |
| t   |    | 0.3271     | 18.2996    | 0.4916     | 15.1486    |
| p   |    | 0.7743     | 0.0000     | 0.6242     | 0.0000     |

### 2.4 观察组和对照组患者的生活质量比较

观察组患者的生活质量评分明显优于对照组，差异  $P<0.05$ ，具体见表 1。

表 4 观察组、对照组患者的生活质量评分

| 组别  | n  | 心理健康       | 身体健康       | 社会适应能力     |
|-----|----|------------|------------|------------|
| 观察组 | 44 | 90.35±5.54 | 91.96±5.92 | 92.65±4.41 |
| 对照组 | 44 | 77.41±5.32 | 80.28±5.63 | 81.71±6.57 |
| t   |    | 11.1752    | 9.4834     | 9.1708     |
| p   |    | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     |

## 3 结论

近年来，随着我国医疗卫生事业的不断发展与变革，护理工作也越来越完善，因而延续护理的应用越来越广泛。接受腰椎结核手术的患者需要足够的时间进行休养，因此手术以后的延续护理工作非常重要。

在延续护理模式中，护理人员会给患者耐心地讲解与腰椎结合有关的知识，并且会采取各种措施来安抚患者焦急恐慌的情绪，极大地增强了患者的生活质量，并获得了更高是我护理效果以及护理满意度，也更好地保障了患者的身体康复<sup>[4]</sup>。

本文通过对 88 例腰椎结核术后患者进行了分组分析，对照组患者在手术以后接受常规护理，观察组患者在手术以后接受延续护理，着重对两组患者的护理效果、护理满意度、负面情绪的改善、生活质量的提升情况进行了对比，结果显示观察组患者无论是护理效果还是护理满意度都显著高于对照组，抑郁、焦虑评分则低于对照组，生活质量评分高于对照组。由此可见，延续性护理在腰椎结核术后患者的护理中发挥了巨大的作用，获得了非常好的护理效果。在具体开展护理工作时，通过全面掌握患者的病情和身体状况制定了针对性的术后护理方案，有效保障了延续护理的效果。通过开展术后护理工作，对患者的生命体征进行了仔细的监测、仔细观察患者引流换管、协助患者进行适当的运动，防止患者在术后因护理不当而出现了其他并发症。通过开展饮食护理工作，使患者逐步恢复正常饮食。通过引导患者进行功能性锻炼，使患者术后各个关节功能可以有效恢复。通过开展健康宣传教育工作，使患者及其家属了解更多与腰椎结核有关的知识，并积极参与到各种病友交流会中，提高了患者疾病治疗的信心<sup>[5]</sup>。通过开展出院指导工作，以及定期微信或电话回访，使患者改变了自己生活中的不良习惯，有效降低了腰椎结核疾病的复发率，进一步提高了护理质量。腰椎结核手术能够有效的改善患者的疼痛，但患者在手术后需要长时间卧病休养，因而需要对患者实施延续护理，通过制定对应的术后护理方案、饮食、健康宣传以及出院指导等措施对患者进行有效的指导与护理，使患者及时调整自己的消极心理，改变不良的生活习惯，了解更多的与腰椎结核有关的知识、有效强化患者的生活质量，并通过与他人进行及时的交流，提高了治疗信心，进一步保障了腰椎结核的治疗效果，加快了患者的身体康复速度。

综上所述，在腰椎结核术后患者的护理中，实施延续护理可以取得非常重要的价值和效果，不仅能够提高护理效果以及护理满意度，而且还有效地改善了患者恐惧、害怕、焦急，紧张情绪，给患者带来了更高的生活质量，提高了患者疾病治疗效果，保障了患者的身体康复。因此，延续护理值得在临床上实践。

参考文献（略）

## 医护一体化管理模式在含贝达喹啉方案治疗耐药肺结核患者中的应用

伏庆峰

**【摘要】目的：**探讨医护一体化管理应用于耐药肺结核患者护理中的效果。**方法：**收集我院 2019 年 3 月至 2022 年 12 月经医院实验室证实为耐药肺结核患者 80 例。分组 2 组均 40 例，含贝达喹啉治疗方案患者为实验组。参照组：常规护理。试验组：应用医护一体化管理，评定各组护理价值。**结果：**干预后，试验组健康行为、家庭负担情况、病耻感评分等，均比参照组优异， $P < 0.05$ 。**结论：**医护一体化管理的应用，能够减轻耐药结核患者的病耻感，提高其服药依从性及健康行为，对改善其预后作用显著。

**【关键词】**医护一体化 管理 耐药 肺结核 护理

我国是结核病的高耐药国家之一。2020 年世界卫生组织全球结核病报告显示，2019 年全球估算新发耐多药/利福平耐药结核病患者约 46.5 万例<sup>[1]</sup>。严重威胁全球结核病疫情的控制。该病的诊断复杂程度高，并且疗程长，具有较高的致死率。相关研究指出，疗程可长达 24 个月，增加患者的医疗费用，进而导致其个人、家庭、社会等承受的负担加剧<sup>[2]</sup>。就家庭负担而言，能够造成患者本人、家庭成员等出现一系列的心理、情感、社会生活等多层面的变化，最终影响患者的治疗依从性。本研究评析医护一体化管理应用于耐药肺结核患者护理中的意义，报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基础资料

我院 2019 年 3 月-2022 年 12 月经医院实验室证实为耐药肺结核患者 80 例选入此研究。分组方法：含

贝达喹啉治疗方案的患者纳入实验组，未使用贝达喹啉的为参照组，2 组均为 40 例。参照组：年纪：36~72 (56.58±4.02) 岁。试验组：年纪：35~71 (56.60±4.12) 岁。各组常规资料波动较小， $P>0.05$ 。

入选要求：(1) 经影像学、实验室检查确诊耐药结核病者。(2) 知情此研究者。

排除要求：因病情、药物不良反应失联等原因导致停药的患者。

### 1.2 方法

参照组：予以耐药结核患者常规护理，如下：(1) 口服药、注射用药指导；(2) 饮食及营养指导。其合理饮食。(3) 心理健康指导；(4) 药物不良反应症状监测；(4) 出院指导。

试验组：以医护一体化管理模式的护理为对策，如下：

(1) 组建医护一体化管理小组。成员包括科主任、主治医师、护士长及责任护士。充分了解患者病情后进行讨论共同制定治疗、护理方案。认真了解病人的病史和用药史及药物不良反应史，用药前协助医生完成各项检查，包括肝肾功能、血尿常规、心电图、电解质、甲功及胸部 X 光等检查，避免使用已知引起严重不良反应的同类药物。要针对患者的心理进行评估，重点询问是否有心脏疾病史等。患有心脏疾病者，禁用贝达喹啉方案。用药期间，针对住院患者，每日进行医护联合查房，综合了解患者的整体情况，及时发现异常。并要求家属配合做心理安慰及亲情关怀，以免发生猝死等严重后果。密切观察患者的心电图和临床表现。患者入院到出院期间要由责任护士负责，保证患者得到连续不断的整体护理。要多与之聊天，在心理上关怀患者，尽可能的帮助解决生活方面的需要，了解患者的喜好，建立良好的医护患关系，为今后不良反应观察奠定基础。其次，责任护士必须每日督导患者服药，以获得最好的服药依从性，多与家属沟通以及时发现患者病情变化。即让医、护、家属共同参与治疗、人文关怀、心理疏导，让患者树立战胜疾病的信心。

耐多药肺结核疗程长达 24 个月。患者出院前须做好出院指导，告知仍需要继续坚持服药治疗、按医嘱定期复诊。科室确定专管护士为家庭督导员，与每位患者建立一对一家庭督导，每月对患者进行电话随访，包括与患者谈心、解答患者的治疗、护理方面的问题，随时掌握患者服药期间的心理情况并给予指导，以减轻患者的心理压力，提高治疗依从性，防止意外发生。

患者住院期间选取院外家庭督导员，然后对其培训。出院后，患者的家庭督导员需要与患者共同生活，并照顾患者的饮食起居，每天的照护时间应大于 3h，且连续 4 个月。

(2) 医护一体化护理的实施。患者住院时，以医护一体化管理小组负责其健康管理工作。对患者进行用药方面的指导，结合其喜好制定饮食计划。动态评估患者的心理状态，予以其合适的指导形式。为患者讲解康复训练的主要形式。同时，对患者的病情进行个体化评估，并采取对症处理措施。针对满足出院条件的患者，予以其出院指导。结合患者实际情况，为其建立延续性护理档案，做好相关登记工作。预留患者院外家庭督导员的联系方式，在患者出院后及时与之沟通。一般情况下，患者出院后第 1 个月，随访频率为 1 次/周。具体随访期间，主要分析患者出院计划的执行状况。评价患者的用药依存性，嘱其定期复查。此外，随访期间还应掌握患者居家期间遇到的问题。将患者的问题记录在随访记录本上，并耐心解答。患者出院后 2 个月，随访频率为 2 次/月。该阶段的随访主要是强化患者上一阶段掌握的健康行为，让其知晓用药、饮食、环境消毒、居家隔离等有关知，以此增强其自护能力。此外，还应重点对患者的心理状态进行评估，针对其出现的懈怠心理，应及时帮助其调整。患者出院 3 个月后。多数患者会伴有一定程度的病耻感，并且经济负担增加，为减轻其焦虑、抑郁心理，需要重点开展心理支持与安慰工作。

### 1.3 观察指标

(1) 健康行为。从自我实现、健康责任感进行评析。评估工具选择健康促进生活方式调查问卷 I(HPLP-II)，行为良好。则分值高。(2) 家庭负担情况。以疾病家庭负担量表对此指标进行检验。从躯体健康、家庭日常活动等角度评价。各项分值高，提示负担严重。(3) 病耻感评分。从社会排斥、社会歧视等四个层面进行检验。应用社会影响量表评价，分值最高为 96 分。病耻感强，则分数值低。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0 软件处理相关数据。实施  $X^2$  检验、t 检验。计数、计量资料分别以百分数/ $(\bar{X} \pm S)$  描述。 $P < 0.05$ ，价值存在。

## 2 结果

### 2.1 健康行为

表 1 可见, 干预后, 试验组相关健康行为评分比参照组更高,  $P < 0.05$ 。

表 1: 健康行为( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 自我实现       |            | 运动锻炼       |            | 健康责任感      |            | 压力管理       |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 试验组 | 40        | 21.37±2.31 | 33.45±3.16 | 17.85±2.03 | 28.54±3.02 | 19.74±2.42 | 37.01±3.58 | 16.93±2.30 | 29.85±4.10 |
| 参照组 | 40        | 21.38±2.84 | 28.04±3.07 | 17.90±2.14 | 22.59±3.10 | 19.68±2.37 | 30.17±3.52 | 17.03±2.27 | 21.47±3.20 |
| t   |           | 0.0172     | 7.7662     | 0.1072     | 8.6950     | 0.1120     | 8.6164     | 0.1957     | 10.1903    |
| P   |           | 0.9863     | 0.0000     | 0.9149     | 0.0000     | 0.9111     | 0.0000     | 0.8453     | 0.0000     |

### 2.2 家庭负担情况

表 2 可见, 干预后, 试验组各项家庭负担指标均低于参照组,  $P < 0.05$ 。

表 2: 家庭负担情况( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 躯体健康      |           | 家庭日常活动    |           | 家庭娱乐活动    |           | 家庭关系      |           |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |           | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       | 干预前       | 干预后       |
| 试验组 | 40        | 3.39±0.31 | 1.59±0.12 | 8.01±1.22 | 5.35±1.02 | 7.25±1.24 | 2.93±0.13 | 6.85±1.72 | 5.01±0.13 |
| 参照组 | 40        | 3.40±0.28 | 2.60±0.25 | 7.98±1.19 | 6.27±1.48 | 7.24±1.18 | 4.26±0.16 | 6.90±1.63 | 5.83±0.20 |
| t   |           | 0.1514    | 23.0349   | 0.1113    | 3.2371    | 0.0369    | 40.8025   | 0.1334    | 21.7414   |
| P   |           | 0.8800    | 0.0000    | 0.9116    | 0.0018    | 0.9706    | 0.0000    | 0.8942    | 0.0000    |

### 2.3 病耻感评分

表 3 可见, 干预后, 试验组各项病耻感评分均比参照组更低,  $P < 0.05$ 。

表 3: 病耻感评分 ( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 社会排斥       |            | 社会歧视       |           | 自我羞耻感      |            | 社会隔离       |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 术前         | 术后         | 术前         | 术后        | 术前         | 术后         | 术前         | 术后         |
| 试验组 | 40        | 32.98±4.54 | 10.02±2.47 | 12.02±3.58 | 3.63±0.17 | 13.92±1.47 | 8.10±1.42  | 27.10±2.76 | 12.21±2.58 |
| 参照组 | 40        | 33.12±4.61 | 16.28±2.50 | 11.96±3.67 | 5.60±1.33 | 13.89±1.53 | 10.58±1.30 | 27.09±2.68 | 18.34±2.60 |
| t   |           | 0.1368     | 11.2656    | 0.0740     | 9.2923    | 0.0894     | 8.1471     | 0.0164     | 10.5845    |
| P   |           | 0.8915     | 0.0000     | 0.9412     | 0.0000    | 0.9290     | 0.0000     | 0.9869     | 0.0000     |

## 3 讨论

耐药结核病 (drug-resistant tuberculosis, DR-TB) 是指体外试验证实结核病人感染的结核分枝杆菌对 1 种或多种抗结核药物耐药<sup>[3]</sup>。在临床的治疗难度高, 对患者身心危害严重。近些年, 受到药物不合理使用等多因素的影响, 耐药结核病在临床的发生率呈现出升高趋势<sup>[4-5]</sup>。由于疾病的诊断难度、治疗费用等均相对较高, 所以患者不仅机体受到一定程度的损伤, 而且经济负担还会增加。随着病程的延长, 患者生活质量也会下降。就该类患者而言, 在疾病治疗、康复期间, 存在依从性不佳的情况, 并且心理状态较差。针对上述情况, 开展护理工作期间, 除在院内予以患者优质的护理干预外, 还应将健康指导延续至院外, 从而改善患者的心理状态, 提高其自我管理能力和最终改善其预后。

医护一体化管理能够做到医院、患者家庭的紧密合作, 借助于督导员的形式, 对患者的日常康复进行监督, 从而提高其生活质量。在患者住院过程中, 开展督导员的培训工作等, 可确保患者的院内、院外护理全程有相关人员参与。因此种护理形式可从院内向院外延伸, 并且做到了照护、关怀的关系的不间断, 所有患者可获得客观的支持。此种护理方案构建、实施期间, 通过在情感方面予以患者支持、理解等, 可满足其主观支持度<sup>[6-7]</sup>。需要注意的是, 在患者住院过程、出院后, 实施具有不间断特点的疾病管理对策, 注意各项医疗、护理措施的应用, 并开展宣教指导等, 可让患者掌握更多有关耐药结核病的知识, 进而增强其康复信心。在此情况下, 临床照护关系能够得到维持, 进而减轻患者的家庭负担。与此同时, 医护一

体化管理模式的应用,患者不仅能够获取源源不断的医疗照护专业知识,而且还可从认知、情感、行为等多方面获得支持<sup>[8]</sup>。尤其是家庭督导员,能够在照护患者的日常互动中与之持续沟通,这对于掌握并解决患者当前存在的问题具有重要价值,并且能够为患者提供相应的帮助,最终改善其负面情绪。本研究结果发现,干预后,试验组健康行为评分高于参照组,病耻感评分、家庭负担情况等低于参照组, $P<0.05$ 。

综上所述,耐药肺结核患者护理期间,应用医护一体化管理模式,可减轻患者的家庭负担,提高服药依从性,降低患者病耻感。

参考文献(略)

## 饮食护理在糖尿病合并肺结核患者护理中的临床应用探讨

牛玉昆

作者单位:山西医科大学附属肺科医院 太原市第四人民医院 山西省太原市 030053

**摘要:**目的:观察糖尿病合并肺结核患者采取饮食护理的效果。方法:选取 2019 年 3 月至 2020 年 5 月我院的 80 例糖尿病合并肺结核患者。将患者随机分为对照组( $n=40$ )和研究组( $n=40$ ),分别采用常规护理干预与饮食护理对各组患者进行治疗。对研究组和对照组患者的护理情况、血糖水平以及患者的痰菌转阴时间进行记录分析。结果:经过护理后,经过两种方法的护理,研究组的各项数据均优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:对糖尿病合并肺结核患者采取饮食护理,可以有效控制患者的血糖水平,提高患者的日常生活质量,提高痰菌及早转阴的时间。

**关键词:**肺结核;糖尿病;饮食护理;常规护理

当人体的胰岛素分泌不足、人体血糖值超过一定标准值、糖等代谢发生异常后会造成人患有糖尿病症状,该症状会严重影响患者的日常生活,并且在当前的医疗技术中还没有一种有效的方法可以彻底治疗患者的糖尿病疾病。当患者患有糖尿病症状后一般会出现诸多的合并症,合并症的出现会对患者的身体造成更严重的损伤,使患者的身体状态变得更差,在对患者进行治疗的过程中会增添很多困难,不利于病情的好转。因此,本文通过我院选取 2019 年 3 月至 2020 年 5 月中的 80 例患者进行治疗,并在治疗的过程中实施护理干预,现做如下分析。

### 三. 一般资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月至 2020 年 5 月某院的 80 例糖尿病合并肺结核患者。根据患者的入院先后时间将患者随机分为对照组( $n=40$ )和研究组( $n=40$ ),分别采用常规护理干预与饮食护理对各组患者进行治疗。对照组中男性患者 23 例,女性患者 17 例;患者的年龄在 43~79 岁,患者平均年龄为( $56.23\pm 3.30$ )岁;研究组中,男性患者 26 例,女性患者 14 例;患者平均年龄为 48~76 岁,患者平均年龄为( $56.26\pm 3.27$ )岁;在临床的基本资料上,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组

采用常规的护理方法对患者进行治疗,在护理的过程中主要有以下几个方面:(1)对患者进行药物治疗,采用标准的降血糖、抗肺结核药物。(2)为患者提供常规护理服务,具体有健康知识宣传、指导用药、心理护理、运动指导等。

##### 1.2.2 研究组

饮食护理:(1)营养摄入量合理控制:①热量:对患者进行饮食护理的过程中需要对食物的热量进行把控,针对不同患者的身体状况设置合理的食物热量,保证其热量能够有效的提高患者的身体状况为主。对热量进行设置时可以遵循以下指标:当患者的体质量指数在  $18.5\text{kg}/\text{m}^2$  以下,可以将每日热量设置大约  $150\text{KJ}/\text{kg}$ ;患者的体质量指数  $18.5\sim 24\text{kg}/\text{m}^2$ ,每日热量设置大约  $125\text{KJ}/\text{kg}$ ;患者体质量指数在  $24\text{kg}/\text{m}^2$  以上,每日热量

设置大约 100KJ/kg。②蛋白质:在护理期间需要严格把控蛋白质的摄入量,将其控制在每日摄入量大约 1~1.5g/kg 为佳,主要是为患者提供一些豆制品、奶制品及蛋类食物补充患者的蛋白质摄入量。③脂肪:为患者提供脂肪类食物时主要为患者提供植物脂肪,可以进一步提高患者身体对脂肪的吸收效果,患者每日只能摄入 0.8g/kg 以下的脂肪;当护理的患者为合并高血脂症患者时,患者每天只能摄入 0.5g/kg 以下;④碳水化合物:主要摄入黄豆、韭菜及芹菜等低血糖食物,每日摄入量大约为 300g。(2) 强化健康知识宣传:为患者播放相关的健康教育内容可以有效的提高患者对糖尿病的认识,对糖尿病的病表现、治疗过程有一个清晰的认识,提高患者依从性。另外,对患者进行健康宣教之后需要了解患者对其知识的掌握程度。定期举办娱乐活动,知识抢答,医患答疑等活动建立良好的医患交流平台。促进医患关系的进一步提升。同时医院不定期对患者进行家访,对患者身体进行检查,保证患者身体状况趋于稳定,掌握患者出院后的生活状况。

(3) 饮食方案调整:①加强患者对饮食治疗的关注,并为患者制定科学、合理的饮食方案;②由于抗结核药物极易刺激胃肠道,护理人员需要全面了解患者日常饮食习惯、口味,以此为依据对饮食方法合理调整,增强食欲。(4) 心理护理对患者进行治疗时,首先要考虑到患者的心理状态,保证患者在治疗过程中有一个积极向上的心理状态。与患者加强沟通,多与患者进行交流建立良好的护患关系。当患者产生不良的心理情绪时会导致患者出现一些过激的行为,此时护理人员需要对病人进行说服教育,有效缓解患者的心理情绪,帮助患者调整心态,用健康良好的心态去面对治疗和康复。对患者进行护理过程中要给予患者足够的尊重,针对患者一些异常行为要保持足够的耐心。与患者进行密切的语言交流,观察患者的心理变化并及时针对患者的心理变化采取针对性劝导。患者在护理期间,护理人员需要主动帮助和关心患者,帮助患者尽快融入正常的生活当中。(5) 针对不同患者的身体恢复程度,制定相应的运动计划表。在对患者进行护理时及时提醒患者进行户外运动,并让患者长久坚持。患者可以参与如跳广场舞、快步行走等有氧运动,可以改善患者的身体状况。在患者运动过程中,以身体健康为基础,不要运动强度过大,运动时间过长,不利于患者身体恢复。

### 1.3 统计学

## 四. 结果

### 2.1 比较护理前后患者的血糖水平

护理后,对观察组与对照组进行比较,差异均具统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 护理前后患者的血糖水平分析( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

| 组别  | 例数 | 餐后 2h 血糖   |            | 空腹血糖       |           |
|-----|----|------------|------------|------------|-----------|
|     |    | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后       |
| 对照组 | 40 | 15.46±7.85 | 10.08±4.75 | 10.17±2.61 | 8.28±2.45 |
| 研究组 | 40 | 15.45±7.12 | 13.34±7.86 | 10.70±2.06 | 6.59±1.18 |
| t   |    | 0.502      | 12.356     | 0.672      | 19.684    |
| P   |    | 0.961      | 0.035      | 0.937      | 0.002     |

## 五. 讨论

糖尿病、肺结核均具有较高的发病率,两者可合并发作,互相影响,一方面,大部分肺结核患者合并食欲降低,进而减少了营养摄入量,出现营养不良,最终导致血糖代谢紊乱加重;另一方面,糖尿病患者血糖代谢紊乱致使机体免疫力降低,造成肺结核病情加重。所以,针对糖尿病合并肺结核患者,应在给予患者血糖药物、抗结核药物的同时,开展科学、合理、专业的饮食护理。

通过对糖尿病合并肺结核患者进行常规护理加饮食护理,可以提高患者的治疗效果。该护理方法具有以下优势:(1) 饮食护理。通过对饮食的热量、蛋白质、脂肪进行有效控制,为患者提供充足的营养物质为前提下,也需要对摄入量进行控制,避免出现反效果,加快恢复患者的身体机能,提高抵抗力。(2) 运动指导。对患者实施运动指导,可以有效恢复患者的身体机能。(3) 对患者进行健康宣教。将糖尿病、肺结核的发病原因、发病使得临床表现以及治疗手段讲解给患者可以降低患者的恐惧心理并提高患者对该疾

病的认识程度,使患者在日常生活中可以改正自身的不良习惯,增强自我管理能力。

本次研究中,以患者实际状况为依据,予以患者充足营养,强化健康知识宣传,并根据患者病情变化对饮食方案进行相应调整。在满足血糖控制要求的同时,确保营养摄入充足,可以有效控制患者的血糖水平,提高患者的日常生活质量,提高痰菌及早转阴的时间。

参考文献(略)

## 人性化护理在重症肺结核患者应用效果及对患者肺功能的影响

陈艳玲

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 重症医学科,山西 太原 030053

**【摘要】目的:**讨论、研究重症肺结核护理中,行人人性化护理的所得价值。**方法:**录入重症肺结核者,共 64 例。时间为 2021.04 至 2022.06。分组:奇偶分组法。参照组、试验组依次为 31 例、33 例。两组护理方案为常规、人性化护理。对各组肺功能指标、ESCA 评分、睡眠质量、生活状态评分、负性情绪等进行统计、分析。**结果:**护理后,试验组上述指标均优于参照组,  $P < 0.05$ 。**结论:**重症肺结核伴护理中,施以患者人性化护理模式,可有效改善患者肺功能,并且还可提高其自护能力,在促进其睡眠、生活状态提升方面价值确切。

**【关键词】**人性化护理;重症肺结核;肺功能;自护能力

结核分枝杆菌侵入机体后,在宿主免疫功能低下情况下,可诱发肺结核。临床治疗该病以药物为主,但随着抗结核药物大量使用,使得结核分枝杆菌耐药性提升,导致疾病治疗难度增加,从而进展为重症肺结核。由于重症肺结核病情危重,肺功能损伤严重,所以在重症治疗前提下,还应重视护理工作应用。人性化护理深入贯彻以人为本护理理念,可从多个层面满足患者康复需求<sup>[1]</sup>。本研究综合分析重症肺结核护理中,以人性化护理为对策的临床意义,作如下报告。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基础资料

2021.04 开始,选入重症肺结核患者,至 2022.06 借助。总计 64 例,以奇偶分组法进行组别划分。参照组:31 例,由 17 例男、14 女构成。上限、下限年龄:75 岁、35 岁,均值:(50.12±3.70)岁。试验组(n=33):男性、女性比值为 18:15。年纪:34 至 76 岁,均数:(50.09±3.63)岁。各组基线资料区别较小,  $P > 0.05$ 。

选入依据:(1)无精神病史者。(2)知情本研究者。

排除依据:(1)合并重要脏器疾病损伤者。(2)伴有其他肺部疾病者。

#### 1.2 方法

参照组:常规护理。开展病情监测,了解患者病情走向。根据其实际情况,实施饮食指导,并加强用药管理。

试验组:执行人性化护理方案,详情如下:(1)人性化环境创设。病房环境除干净、安静、整洁外,还应注重便利、安全。开展护理操作期间,需要确保动作轻柔,并且需要遵循集中操作原则,防止影响患者休息。同时,为患者准备一次性用品。减少非必要隔离。确保房间内光线适宜,温度与湿度舒适。房间内物品合理摆放,避免影响患者活动。(2)健康教育。为避免患者受到错误认知、观念影响而加剧紧张、恐惧心理,还应积极开展健康教育。定期组织患者、家属观看肺结核教育宣传片,让其了解疾病防治知识。同时,还应以一对一交流、发放宣传手册等形式,告知患者疾病发生疾病、注意事项等。需要注意的是,健康教育开展期间,应着重向患者强调遵医用药、长期服药的必要性。对于记忆力较差的患者,可将相关注意事项誊写在便签上,并贴在醒目位置。(3)心理层面。主动接近患者,积极与患者沟通,充分尊重其

隐私、维护其尊严，减轻其内心恐惧。了解患者内心的脆弱点、敏感点，与之讨论日常话题，让其放下心理戒备、转移注意力。同时，及时纠正患者存在的心理问题，向其列举治疗成功病例，让其受到激励与鼓舞。针对不同心理特征的患者，需要采取针对性的心理疏导方式。心理护理开展期间，需要重视方法的科学性、语言的技巧性、态度的真诚性，进而促进患者心理防线提高。(4) 饮食方面。指导患者多摄入富含维生素、蛋白质的食物。同时，注意控制脂肪摄入。值得注意的是，若患者伴有咯血，则需要禁食，并且遵医行静脉营养补充。患者咯血症状消失后，可让其以半流质、流质饮食为主。食物选择方面，不仅需要营养均衡、丰富，而且需要易消化。同时，让患者多食用新鲜果蔬，预防便秘。(5) 体位方面。指导患者采取换侧卧位。对于伴有咯血的患者，在不清楚出血侧情况下，应让其选择仰卧位，并且头部偏向一侧。值得注意的是，针对单侧肺损伤者，不可采取坐位、仰卧位。帮助患者按摩、防身，防止压疮。咯血者应绝对卧床休息。(6) 呼吸功能训练。指导患者进行缩唇、人工呼吸阻力训练、全身性呼吸体操等。缩唇训练每天 2 次，每次 15 分钟左右。人工呼吸阻力训练单日三次，单次 4 分钟。全身性呼吸体操每天 2 次，每次 5 分钟，涉及平静呼吸、前倾呼吸、双手压腹呼气等。

### 1.3 观察指标

(1) 肺功能指标。包括：FVC、FEV1，依次代表用力肺活量、第 1 秒用力呼气容积。并计算二者之间的值，即 FEV1/FVC 值。(2) ESCA 评分。以该指标评价患者自护能力。包括：自护理论、知识等。43 个条目。最高 172 分。分值低，提示自护能力差。(3) 睡眠质量。包括：睡眠时间、评价等。4 项。最高 3 分。分值低，提示睡眠状态不佳。(4) 生活状态评分。涉及健康、社会等领域。最高 100 分。分值低，证明状态差。(5) 负性情绪。包括：SDS 评分、SAS 评分，表示抑郁、焦虑严重情况。分值低，情绪状态优异。

### 1.4 统计学方法

SPSS25.0 软件检验所得数据。计量资料 T 检验，( $\bar{X} \pm S$ )表示。计数资料  $\chi^2$  检验，n (%) 表示。P < 0.05，价值存在。

## 2 结果

### 2.1 肺功能指标

护理后，试验组肺功能指标升高幅度均更大，P < 0.05。(见表 1)。

表 1: 肺功能指标( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | 例数<br>(n) | FVC(L)    |           | FEV1(L)   |           | FEV1/FVC(%) |            |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|
|     |           | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前         | 护理后        |
| 试验组 | 33        | 2.61±0.13 | 4.16±0.25 | 1.34±0.17 | 3.50±0.42 | 55.74±4.10  | 70.22±5.12 |
| 参照组 | 31        | 2.59±0.18 | 3.03±0.28 | 1.35±0.16 | 2.78±0.34 | 55.69±4.07  | 62.12±5.30 |
| t   |           | 0.0369    | 17.0520   | 0.2419    | 7.5084    | 0.0489      | 6.2183     |
| P   |           | 0.9707    | 0.0000    | 0.8096    | 0.0000    | 0.9611      | 0.0000     |

### 2.2 ESCA 评分

护理后，试验组各项 ESCA 评分均比参照组高，P < 0.05。(见表 2)。

表 2: ESCA 评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 自护理论       |            | 健康知识       |            | 责任感        |            | 技能         |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 33        | 34.67±3.38 | 44.53±4.60 | 25.72±2.04 | 32.51±2.56 | 43.91±2.26 | 58.45±3.33 | 35.28±2.42 | 44.23±3.09 |
| 参照组 | 31        | 34.70±3.29 | 39.81±4.25 | 26.09±2.31 | 28.06±2.70 | 44.03±2.67 | 52.35±3.62 | 35.75±2.38 | 38.22±3.11 |
| t   |           | 0.0359     | 4.2558     | 0.6801     | 6.7681     | 0.1944     | 7.0214     | 0.7827     | 7.7518     |
| P   |           | 0.9714     | 0.0000     | 0.4989     | 0.0000     | 0.8464     | 0.0000     | 0.4368     | 0.0000     |

### 2.3 睡眠质量

护理后，试验组各项睡眠质量均比参照组更低，P < 0.05。(见表 3)。

表 3: 睡眠质量( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 睡眠时间      |           | 睡眠评价      |           | 影响日间情绪    |           | 影响日间功能    |           |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|     |           | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 33        | 2.52±0.27 | 1.10±0.16 | 2.60±0.33 | 1.08±0.14 | 2.35±0.22 | 1.01±0.11 | 2.42±0.30 | 1.05±0.13 |
| 参照组 | 31        | 2.49±0.30 | 1.59±0.24 | 2.58±0.32 | 1.54±0.19 | 2.37±0.21 | 1.70±0.19 | 2.39±0.35 | 1.76±0.22 |
| t   |           | 0.4209    | 9.6651    | 0.2458    | 11.0733   | 0.3715    | 17.9144   | 0.3688    | 15.8332   |
| P   |           | 0.6752    | 0.0000    | 0.8066    | 0.0000    | 0.7115    | 0.0000    | 0.7135    | 0.0000    |

#### 2.4 生活状态评分

护理后, 试验组相关生活状态评分均更高,  $P < 0.05$ 。(见表 4)。

表 4: 生活状态评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 健康状况       |            | 社会关系       |            | 心理领域       |            | 生理领域       |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 33        | 56.54±2.31 | 75.20±4.24 | 52.15±3.56 | 66.36±5.42 | 54.26±2.50 | 82.62±5.26 | 55.62±3.60 | 81.15±6.54 |
| 参照组 | 31        | 56.52±2.50 | 66.18±4.43 | 52.20±3.60 | 56.55±5.51 | 54.13±2.61 | 71.51±5.53 | 55.54±3.55 | 72.52±6.63 |
| t   |           | 0.0332     | 8.3227     | 0.0558     | 7.1783     | 0.2035     | 8.2373     | 0.0894     | 5.2406     |
| P   |           | 0.9736     | 0.0000     | 0.9556     | 0.0000     | 0.8394     | 0.0000     | 0.9290     | 0.0000     |

#### 2.5 负性情绪

干预后, 试验组负性情绪评分均更低,  $P < 0.05$ 。(见表 6)。

表 6: 负性情绪( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | SDS 评分     |            | SAS 评分     |            |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 33     | 57.35±3.25 | 43.56±3.84 | 58.05±4.54 | 43.36±4.60 |
| 参照组 | 31     | 57.40±3.31 | 51.32±3.29 | 57.94±4.60 | 49.77±4.57 |
| t   |        | 0.0609     | 8.6554     | 0.0962     | 5.5887     |
| P   |        | 0.9516     | 0.0000     | 0.9236     | 0.0000     |

### 3 讨论

在慢性传染性疾病中, 肺结核发病率较高。近些年, 随着医疗技术水平提升, 使得肺结核治愈率逐渐提高。但是在多因素作用下, 患者治疗中需要承受诸多不良应, 这就导致其心理承受能力下降, 进而影响治疗依从性<sup>[2]</sup>。在结核分枝杆菌得不到有效清除情况下, 患者肺功能还会受到持续性损伤, 不利于其睡眠质量、生活质量提升<sup>[3]</sup>。为增进护患关系, 提高患者对疾病的认知, 改善肺功能, 使其获得人文关怀, 还应重视人性化护理工作的开展。

人性化护理模式是现代医学的产物, 经由人性照护发展而来。该种护理模式重视人性科学的认知的应用, 旨在促进患者生理、心理舒适性提升。临床研究显示, 人性化护理有助于促进患者就医体验得到改善, 并且还可加快其疾病康复速度<sup>[4]</sup>。肺结核属于慢性消耗性疾病, 对营养需求较高。通过予以患者人性化饮食指导, 可使患者获得科学的营养支持, 有助于帮助患者改善营养状态, 进而促进其预后效果提升<sup>[5]</sup>。另外, 疾病病程长, 对能量的消耗大, 加之传染性、治疗周期长等特征, 使得患者不良情绪加重, 甚至出现病耻感。借助于健康教育、心理疏导等方式, 可使患者提高对疾病的认知, 并且还可提高心理承受能力, 可为疾病治疗顺利开展奠定基础, 从而促进疾病康复。借助于肺康复护理, 患者肺功能得到有效改善, 并且运动耐力提升<sup>[6]</sup>。尤其是联合全身运动、训练, 有助于促进患者肌肉力量提升, 从而加快其肺通气功能改善速度。在此情况下, 患者呼吸肌力提高, 肺泡通气量增加。患者肺功能增强, 会加速其肺结核症状消失速度。基于此, 肺功能受到的损伤减轻, 可达到提高其生活质量的目的<sup>[7]</sup>。本研究结果可见, 护理后, 试验组睡眠质量、负性情绪评分均较参照组更低, 试验组肺功能指标、ESCA 评分、生活状态评分均高于

参照组,  $P < 0.05$ 。

综上所述, 重症肺护理中, 实施人性化护理对策, 临床效果值得肯定。一方面, 患者肺功能改善明显, 自护能力提升。另一方面, 患者睡眠质量提高, 负性情绪减轻, 生活质量改善。

参考文献(略)

## 规范化护理对重症结核患者生存质量影响的研究

**【摘要】目的:** 规范化护理对重症结核患者生存质量影响的研究。**方法:** 研究病例是我院 2020 年 1 月-2023 年 12 月期间 60 例重症结核病患者, 随机划分观察组(30 例常规护理)跟对照组(30 例规范化护理), 观察两组的呼吸功能、生活质量、不良情况发生率。**结果:** 观察组的呼吸功能、生活质量、不良情况发生率比对照组更优( $P < 0.05$ )。**结论:** 规范化护理让重症结核患者的生存质量变得更好。

**【关键词】** 规范化护理; 重症结核; 生存质量

结核病的产生与结核分枝杆菌关系较大, 此病特点是: 常见、发病慢、病情重、治愈难等<sup>[1]</sup>。它具有传染性, 多以空气传播, 如果没有及时治疗容易损害脏器, 导致其他病症的发生, 让治疗的难度进一步加大, 也给患者带来沉重的心理负担。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

研究病例是我院 60 例重症结核病患者, 研究病例的时间为 2020 年 1 月-2023 年 12 月。随机划分为两组观察组(30 例)跟对照组(30 例), 观察组男 16 人, 女 14 人, 均龄(61.59±4.23)岁; 对照组男 17 人, 女 13 人, 均龄(62.21±4.36)岁; 一般资料对比( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 纳入标准

①经影像学检查确诊; ②首次发病; ③生命体征平稳。

#### 1.3 排除标准

①无免疫性病症; ②无恶性肿瘤病症; ③无心肝肾功能不全; ④无精神疾病。

#### 1.4 方法

对照组运用常规的护理, 观察组运用规范化护理, 具体如下:

**病情的护理:** 坚决执行医嘱对抗结核病药物的使用, 必须让患者知道私自停药跟改药的危险性后果。将患者的依从性跟使用药物的安全性进行提高, 对患者的咯血量、行为意识、痰量以及脉搏等进行密切的观察; 当患者有咳嗽、发热的情况发生, 要提防结核有没有发生扩散的现象<sup>[2]</sup>。

**心理的护理:** 当患者的病情到达重症这个阶段后, 治疗的方式也变多了, 需要置入管道, 患者生理上的不适感会加强, 那么心理也会感到不安, 心理承受差的患者会发生抵触的表现。首先要对患者的内心多加了解, 把患者最真实的想法掌握清楚, 与患者沟通让其心态可以保持积极向上, 也可以让患者通过深呼吸和音乐等将负面情绪进行缓解。

**咳血的护理:** 患者的咳血量比较少, 饮食上可以配合流质食物, 做好卧床休息; 如果咳血量多, 采取支持和安慰达到缓解患者心理负担时, 还要将口鼻的分泌物以及血迹清理, 护理好患者的口腔清洁, 根据情况使用止血剂<sup>[3]</sup>。

**训练呼吸功能:** 对患者进行指导做呼吸操的训练, 首先患者呈半卧位的状态, 双手放于上腹和前胸, 双膝收屈, 让腹部肌肉处于放松状态, 鼻子保持深、慢的方式吸气, 要保证腹部隆起状态, 5-6 次为一组, 休息 1 分钟, 循环往复坚持 15 分钟时间, 每天可以选择做三次。

**咳嗽的训练:** 患者咳嗽时不能太用力, 不然会使支气管残端出现破裂, 咳嗽保持快、用力的方式, 让腹部带动胸腔把气管支气管壁附着的痰液冲出来。

#### 1.5 观察指标

- (1) 呼吸功能：观察二氧化碳分压 (PaCO<sub>2</sub>)、动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>)、心率、呼吸频率的情况。
- (2) 生活质量：观察饮食、睡眠、肺通气、生活质量的情况。
- (3) 不良情况：观察咳喘、呼吸难受、不能正常饮食的不良情况。

### 1.6 统计学方法

软件选用 SPSS22.0，不良情况用率 (%) 表示；呼吸功能、生活质量 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示； $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 呼吸功能

观察组呼吸功能比对照组更好 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 呼吸功能对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别       | n  | PaCO <sub>2</sub> (mmHg) | PaO <sub>2</sub> (mmHg) | 心率 (次/min)  | 呼吸频率 (次/min) |
|----------|----|--------------------------|-------------------------|-------------|--------------|
| 观察组      | 30 | 41.32±4.57               | 93.41±6.83              | 85.31±4.28  | 18.27±2.74   |
| 对照组      | 30 | 79.83±4.26               | 68.38±4.25              | 106.53±8.67 | 27.89±3.53   |
| <i>t</i> |    | 33.761                   | 17.042                  | 12.021      | 11.791       |
| <i>P</i> |    | 0.000                    | 0.000                   | 0.000       | 0.000        |

### 2.2 生活质量评分

护理前，两组对比  $P > 0.05$ ；护理后，观察组生活质量比对照组更好 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 生活质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别       | 时间  | 观察组       | 对照组       | <i>t</i> | <i>P</i> |
|----------|-----|-----------|-----------|----------|----------|
| <i>n</i> |     | 30        | 30        |          |          |
| 饮食情况     | 护理前 | 6.32±0.45 | 6.29±0.53 | 0.236    | 0.814    |
|          | 护理后 | 9.65±0.21 | 8.37±0.03 | 33.049   | 0.000    |
| 睡眠质量     | 护理前 | 6.78±0.43 | 6.75±0.35 | 0.296    | 0.768    |
|          | 护理后 | 9.59±0.42 | 8.27±0.38 | 12.765   | 0.000    |
| 肺通气情况    | 护理前 | 7.43±0.36 | 7.47±0.42 | 0.396    | 0.694    |
|          | 护理后 | 9.89±0.09 | 8.45±0.08 | 65.500   | 0.000    |
| 生活质量     | 护理前 | 6.21±0.35 | 6.36±0.65 | 1.113    | 0.270    |
|          | 护理后 | 9.89±0.04 | 8.43±0.02 | 178.813  | 0.000    |

### 2.3 不良情况

观察组发生率比对照组低 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 不良情况对比 [n(%)]

| 组别       | n  | 咳喘        | 呼吸困难     | 饮食障碍     | 总发生率      |
|----------|----|-----------|----------|----------|-----------|
| 观察组      | 30 | 0 (0.00)  | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 0 (0.00)  |
| 对照组      | 30 | 3 (10.00) | 2 (6.67) | 1 (3.33) | 6 (20.00) |
| $\chi^2$ |    |           |          |          | 6.667     |
| <i>P</i> |    |           |          |          | 0.010     |

## 3 讨论

环境污染不断的加重，呼吸内科的各种类型病症发病率在逐年上升，其中结核病是最严重的一种，它将患者的生活严重影响，会带来死亡的威胁<sup>[4]</sup>。在结核病进行治疗的过程中，因为此病还具有传染性，就会给予患者和家庭心理、经济上的巨大负担。结核病属于呼吸系统常见的慢性疾病，患者发病后在人群中非常容易传播，在做好治疗和护理工作的同时还需要隔离工作的有效执行<sup>[5-6]</sup>。

在对重症结核患者进行护理时，应该针对患者的病情和自身身体情况采取全面规范化的护理方式，首先要对患者情况做积极的了解，护理人员跟患者的有效沟通要进行加强，对患者把结核疾病的形成原因和后续治疗方法做好科普，以此将患者心理压力减轻，缓解精神负担，真正为患者带去心理上的支持。作

为护理人员也应该将自身的专业、技术以及责任不断提高，以便为患者在治疗期间提供更好的护理服务，帮助患者把病情相关的并发症减少，让患者快速恢复健康。

本次的研究显示，观察组呼吸功能比对照组更好；观察组生活质量的评分比对照组更好；观察组发生率比对照组低 ( $P<0.05$ )。通过规范化的护理，观察组的患者没有不良情况的并发症发生，自身的呼吸功能数据显著上升后，身体条件变的更好了，那么患者后期的生活质量就是明显得到了提高。这是因为规范化护理从心理、生理以及病情和相关功能训练多维度着手帮助患者进行康复，满足了患者每一个方向的需求，让预后康复更加的有效。

综上所述可以得到，规范化护理让重症结核患者的生存质量变得更好，呼吸功能得到改善，不良情况发生率也得到了降低。

参考文献 (略)

## 结核性胸膜炎合并糖尿病护理方法的探究

刘春苗

**摘要：**目的 该文章主要针对糖尿病合并结核性胸膜炎患者的治疗工作进行了分析，并且谈到了综合护理在其中起到的作用和效果。方法 为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 90 名糖尿病合并结核性胸膜炎患者作为本实验的研究对象，然后开展了具体的实验研究，在此过程中需要对两组患者的治疗效果进行对比和分析。结果 对结核性胸膜炎合并糖尿病患者开展综合护理干预之后，患者治疗的有效率以及血糖指标等都得到了明显的改善和提升( $P<0.05$ )。结论：在对症配合综合护理的基础上，对糖尿病合并肺结核胸膜炎的病人，可有效地控制其血糖，改善其疗效。

**关键词：**糖尿病；结核性胸膜炎；治疗护理；综合护理；应用分析

### 引言

糖尿病和肺结核都是比较常见的疾病，患者的免疫功能一般都比较弱，体内脂肪、糖及蛋白质代谢紊乱，易合并结核性胸膜炎，增加病情的复杂性，增加了临床治疗的难度。糖尿病合并结核性胸膜炎的病因不明，临床上也没有理想的治疗方法，主要以降糖药物和抗结核药物为主，同时还需进行有效的护理干预。为了进一步改善糖尿病并发结核性胸膜炎的临床疗效，本课题以我院 2020 年 4-2022 年 3 月收治的 45 名糖尿病伴肺胸膜炎病人为对象，在此基础上进行了综合护理，取得了较好的疗效。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 90 名糖尿病合并结核性胸膜炎患者开展了具体的实验研究。在此过程中对于这些糖尿病合并结核性胸膜炎患者的一般资料进行了分析和成绩，主要包括年龄，性别以及患病的类型等，这些一般资料不具有统计学意义。除此之外，还制定了相应的纳入标准和排除标准，确保参与本次实验研究的患者都进行了临床诊断，并且确定为糖尿病合并结核性胸膜炎，然后还对患者进行了各类检查，确保相应的标准和要求与实验标准要求一致。所有的患者都知晓，并且同意参与本次实验研究。

#### 1.2 方法

所有病人都按 2 HREZ/4 HR~7 HR 方案进行治疗，同时在医生的指导下，要对饮食以及运动等日常习惯进行调整，与此同时医生要开展用药指导。然后，研究组进行了以下的全面的护理干预。

##### 1.2.1 饮食干预

但是，肺结核病人因为消耗了大量的能量，每日所需的热量也会增加，这与糖尿病患者的饮食习惯有很大的矛盾，所以在饮食方面，糖尿病合并结核性胸膜炎的病人，不仅要保证肺结核病人的卡路里，还要注意防止血糖升高。糖尿病患者的肺结核如果处于活跃阶段，那么要严格的把控每天摄入的能量和卡路里。

患者在进食时要注重高蛋白和高营养，但是要确保低糖，保证每天摄入的膳食纤维以及肉类食物等是充足的蔬菜，要保证新鲜，尽可能的使用绿叶蔬菜，在食用水果时要确保低糖，对于高胆固醇的食物，要尽可能的避免食用。

### 1.2.2 心理护理

糖尿病合并结核性胸膜炎的病人一般都是因为肺结核的高传染性而被家人和朋友疏远，再加上糖尿病和肺结核的双重作用，使得治疗变得更加困难，长时间的承受疾病的折磨，病人的精神和情绪等都会受到影响，在日常生活过程中会表现出不良的情绪。护理人员在开展护理工作时，要针对患者的心理状态进行有效的评估，在与患者进行交谈时，要保证语言的和蔼并且充满积极性和鼓励性，使患者了解糖尿病以及结核病相关的知识，然后指导患者掌握具体的治疗方法以及注意事项，这样能够提高患者自我护理的能力，患者在日常生活过程中要实现自我监控，并且对病情进行有效的调控，这样才能够保证在对疾病进行治疗时，提高相应的治疗有效率。

### 1.2.3 睡眠干预

对于糖尿病合并结核性胸膜炎的病人，护理人员需要进行综合的睡眠质量评价，在日常护理的基础上，加强对睡眠质量的护理，首先要保证病人的睡眠质量，确保患者在睡眠时有温馨舒适的一个环境，在此过程中要保证光线以及温度等是适宜的，从而保证患者在睡觉的时候有良好的条件。护理工作在开展过程中，尽可能的避免在夜间进行操作，护理人员可以针对患者的具体情况制定相应的时间表，确保患者有一个合理的健康的作息，建议病人在凌晨 4:00-9:00 之间起床，如果不能准时起床，吃点东西，否则不仅会影响到血糖的正常，还会对血管造成一定的损伤，同时也会引起血糖的变化，对血糖的控制非常不利。

### 1.2.4 用药指导

根据医生的指示，对糖尿病合并肺结核胸膜炎的病人进行皮下注射，密切观察服药后的变化，同时要加强对血糖监测，患者在日常生活过程中，如果出现了饥饿或者是头晕等血糖低的情况，应及时给病人喝糖水，如果病人出现昏迷或痉挛，应立即注射葡萄糖。在给病人进行抗结核治疗时，要注意对结核药物的副作用，患者在服药期间要注重对患者的各种症状进行观察和分析，如果出现了眩晕以及耳鸣等情况，要加强用药的监测，确保用药的安全性。

## 1.3 观察指标

为了更好的探讨不同护理方式，对结核性胸膜炎，合并糖尿病患者的护理效果要对相应的指标进行观察，其中在对胸膜炎的治疗效果进行观察时，采用分等级的方式，根据患者胸液的吸收情况判定，整个治疗效果是否有效。

## 1.4 统计方法

上述工作在完成之后需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 对糖尿病结核性胸膜炎患者的治疗效果进行比较

两组糖尿病合并结核性胸膜炎，患者在接受了不同的护理干预之后，对两组患者的胸膜炎治疗情况进行了记录和分析，详细的数据以及治疗的有效率可以参见下表( $P=0.026$ )。

表 1 胸膜炎治疗有效率比较[n(%)]

| 组别               | 例数 | 痊愈       | 有效       | 无效      | 有效率      |
|------------------|----|----------|----------|---------|----------|
| 研究组              | 45 | 38(84.4) | 6(13.3)  | 1(2.2)  | 44(97.8) |
| 对照组              | 45 | 21(46.7) | 17(37.8) | 7(15.6) | 38(84.4) |
| X <sup>2</sup> 值 |    |          |          |         | 4.939    |
| P 值              |    |          |          |         | 0.026    |

### 2.2 对糖尿病合并结核性胸膜炎患者的血糖控制情况进行记录 and 对比

两组糖尿病合并结核性胸膜炎，患者在接受不同的护理干预之后，对各项血糖的指标进行了相应的对比和记录，以下为具体的分析数据和结果( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 血糖控制情况(x±s)

| 组别         | 空腹血糖 (mmol/L) | 餐后 2 h 血糖 (mmol/L) | 糖化血红蛋白 (%) |
|------------|---------------|--------------------|------------|
| 研究组 (n=45) | 5.2±3.7       | 8.3±1.7            | 5.5±2.2    |
| 对照组 (n=45) | 7.7±3.4       | 11.2±1.6           | 7.1±2.4    |
| t 值        | 8.015         | 9.412              | 7.070      |
| P 值        | 0.005         | 0.002              | 0.008      |

### 3 讨论

糖尿病和肺结核是一种很常见的疾病，两者之间是相互影响的，如果不及时治疗，很可能会出现营养代谢紊乱，导致病情恶化，比单纯的糖尿病和结核病要严重得多，而且预后也要比单纯的糖尿病和结核病要困难得多。通过上述实验研究，可以看出在对糖尿病合并结核性胸膜炎患者开展治疗工作时，配合综合护理干预措施，能够保证有效率的提升，最终能够达到 97.8%，明显的优于常规护理干预的一组，与此同时血糖指标也得到了很好的提升(P<0.05)。饮食护理是糖尿病并发肺结核病人控制疾病的关键，在日常饮食管理中，应注意饮食的平衡，既要保证肺结核病人的能量，又要防止高血糖，从而有效地控制病情的发展，增强身体的免疫力。加强病人的心理护理，密切关注病人的情绪变化，并进行心理疏导，能有效地消除病人的消极情绪，增强病人的自信心。

#### 结束语

由以上可知，对糖尿病合并肺结核胸膜炎的病人，在常规的对症治疗的基础上，辅以综合的护理措施，可以有效地控制血糖水平，提高治疗的有效率。在开展临床治疗工作时，可以对该种护理措施进行推广和应用。

#### 参考文献（略）

## 早期干预在重症结核性脑膜炎康复护理中的应用效果分析

刘巧丽

作者单位：太原市第四人民医院，中国 山西太原 030000

**【摘要】目的：**探讨早期干预在重症结核性脑膜炎康复护理中应用效果。**方法：**选取该院 2020 年 5 月—2021 年 5 月收治的 84 例结核性脑膜炎患者为研究对象，使用计算机统计学软件 SAS 进行随机分组，各分入 42 例。在对照组开展常规护理，在观察组开展早期干预护理，对比两组护理模式对患者并发症发生率、护理满意度的影响。**结果：**观察组患者脑积水、癫痫、瘫痪等并发症总发生率为 7.14%(3/42),对照组患者为 23.81%(10/42),观察组低于对照组 (p<0.05)。观察组护理满意度为 97.62% (41/42),对照组为 73.81%(31/42),观察组高于对照组(p<0.05)。**结论：**早期干预在重症结核性脑膜炎护理中有极高的应用价值，可有效降低患者并发症风险，拉近护患关系，值得临床开展应用。

**【关键词】**早期干预；重症患者；结核性脑膜炎；护理效果

### 1 引言

结核性脑膜炎是指因结核杆菌感染导致的脑膜炎，其感染范围涉及脊髓、脑膜、脑实质等 [1]。本病在发病后症状体征为头痛、惊厥、高热、全身乏力、呕吐等，病情进展可继发癫痫、脑实质损伤，造成严重不良结局 [2]。早期科学诊疗是本病预后的关键，而有效的护理干预可极大改善患者病情，降低重症和并发症风险。早期干预是一种现代护理理念，在疾病的早期实施科学的护理干预，对疾病的康复有显著的促进作用 [3]。将早期干预思想应用于重症结核性脑膜炎患者的护理中，对患者康复有促进作用。本次研究以该院收治的 84 例重症结核性脑膜炎患者，分析早期干预的开展价值。

### 2 资料与方法

## 2.1 一般资料

选取该院2020年5月—2021年5月收治的84例结核性脑膜炎患者为研究对象,用计算机统计学软件 SAS 进行随机分组,各分入42例。对照组:男22例,女20例;年龄25~56岁,平均(40.96±8.27)岁。观察组:男22例,女20例;年龄25~58岁,平均(41.16±8.64)岁。两组患者的一般资料对比 ( $p>0.05$ ),有可比性。

纳入标准:①符合结核性脑膜炎的诊断标准 [4],病情分级属于重症;②年龄18岁之上,60岁以下;③患者或家属知情本次研究,签署研究告知书。

排除标准:①合并病毒性脑膜炎、真菌性脑膜炎等其他 微生物感染脑膜炎者;②既往有脑膜炎病史;③循环功能障碍;④心肝肾肺功能严重障碍;⑤重大疾病者。

## 2.2 方法

### 2.2.1 对照组

开展常规护理干预,在接诊患者后实施隔离制度,避免 患者与外界接触;按照医嘱进行治疗,指导患者如何用药; 定期对病房进行消杀,防止交叉感染。密切监测患者的生命 体征、生理指标,有异常及时报告医师。

### 2.2.2 观察组

在常规护理基础上开展早期干预,早期干预的具体内容 包括:①入院引导,在收治患者后,向患者及家属介绍医院 的布局,患者的主治医师、主管护士,使其尽快熟悉医院,减少陌生感。②早期健康教育,面对面地与患者、家属交流,

使其了解到结核性脑膜炎的发病、治疗、护理等内容,继而 充分认识到配合治疗的重要性。③早期心理干预,与患者进 行交流并尝试了解患者的心理状态,如患者存在明显的负性 情绪,可通过既往病例增加患者的治疗信心;同时鼓励患者 说出自身的想法,对患者错误的思想加以纠正。④早期生活 护理,为患者制定生活规划,按照作息安排作息;为患者提 供食谱,指导家属为患者准备适宜的食物,保障患者营养吸 收。不能自主进食,可采用鼻饲或全静脉营养支持,保障患 者治疗期间可获取充足的营养。⑤早期康复锻炼,在医师允 许后患者进行早期康复运动,促进疾病的康复。⑥早期并发 症预防,对脑脊液、低钠血症、癫痫等并发症进行预防性护理, 密切监测患者的颅内压,按照医嘱进行抗结核治疗。如患者 存在高热,通过物理、药物联合降温方式控制体温,避免高温, 抗惊厥。⑦个性化药物指导,由于患者抗结核治疗方案差异 较大,个性化指导患者服用利福平、异烟肼、吡嗪酰胺等药 物,避免患者漏服、误服。⑧早期治疗行为习惯的建立,指 导患者养成良好的行为习惯,尤其是需要长期按照医嘱用药, 使患者及早做好心理计划。

### 2.3 观察指标

①对患者并发症发生情况进行统计,包括脑积水、癫痫、 瘫痪。②以科室自制的护理满意度调查问卷展开调查,了解 患者或家属对护理的满意度。问卷总分50分,共10个条目,以1~5分的方式进行评价。各 条目得分相加40~50分为十分满意,相加30~39分为基本满意,其余得分为不满意。

护理满意度=(十分满意+基本满意)/总例数×100%

### 2.4 统计学方法

录入数据至 spss22.0对资料进行分析处理,计数资料采用(%)表示,采用卡方检验, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 两组并发症发生率对比

观察组患者脑积水、癫痫、瘫痪等并发症总发生率为7.14%(3/42),对照组患者为23.81%(10/42),观察组低 于对照组( $p<0.05$ ),见表1。

表1两组并发症发生率对比 [n(%)]

| 组别             | 例数 | 脑积水      | 癫痫      | 瘫痪      | 总发生率      |
|----------------|----|----------|---------|---------|-----------|
| 观察组            | 42 | 2(4.76)  | 1(2.38) | 0(0.00) | 3(7.14)   |
| 对照组            | 42 | 6(14.29) | 2(4.76) | 2(4.76) | 10(23.81) |
| X <sup>2</sup> |    | 4.459    |         |         |           |
| p              |    | 0.035    |         |         |           |

### 3.2 两组护理满意度对比

观察组护理满意度为97.62%(41/42),对照组为 73.81%(31/42),观察组高于对照组( $p<0.05$ ),见表2。

表2两组护理满意度对比 [n(%)]

| 组别             | 例数 | 脑积水      | 癫痫      | 瘫痪      | 总发生率      |
|----------------|----|----------|---------|---------|-----------|
| 观察组            | 42 | 2(4.76)  | 1(2.38) | 0(0.00) | 3(7.14)   |
| 对照组            | 42 | 6(14.29) | 2(4.76) | 2(4.76) | 10(23.81) |
| X <sup>2</sup> |    | 4.459    |         |         |           |
| P              |    | 0.035    |         |         |           |

## 4 讨论

结核性脑膜炎属于极为严重的一种结核分歧杆菌感染性 疾病,预后较差,病亡率高。本病具有鲜明的季节分布差异,在春季、冬季高发,好发人群为儿童和青年群体。发病后 常见症状体征包括头痛、高热、颅内压升高、神经意识障碍、脑膜刺激征等,且进展较快,不良结局风险极高。

既往研究表明早期治疗是改善结核性脑膜炎结局的重要 因素,因此临床极为重视结核性脑膜炎的早期干预。本次研 究中为改善重症结核性脑膜炎患者的预后,在临床实施早期 干预。通过在疾病早期开展全方位的护理干预,如健康宣教、心理干预、并发症预防等护理措施,极大促进患者的康复。本次研究结果显示在重症结核性脑膜炎中实施早期干预,可 促进患者康复,显著减少并发症的发生。而观察组护理满意 度高于对照组 ( $p<0.05$ ),则表现开展早期干预还可改善护患关系,有助于医院整体形象的构建。

综上所述,早期干预在重症结核性脑膜炎中开展,可减少患者并发症的发生,并促进护理满意度提升。

参考文献(略)

## 协同护理在重症结核性脑膜炎患者中的应用效果观察

鹿媛

作者单位:山西医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院) 重症医学科,山西 太原 030053

**[摘要]** 目的:重症结核性脑膜炎患者实施协同护理应用效果观察。方法:选取本院就诊重症结核性脑膜炎患者 60 例(2022.01~2023.12 期间),随机分为 2 组,对照组常规护理,实验组协同护理,各 30 例。结果:比较对照组,实验组临床疗效改善好, ( $P<0.05$ );生活质量评分改善好, ( $P<0.05$ );治疗依从性改善好, ( $P<0.05$ );护理满意度改善好, ( $P<0.05$ );并发症发生率改善好, ( $P<0.05$ )。结论:给予重症结核性脑膜炎患者协同护理,效果明确,值得推广使用。

**[关键词]**协同护理;重症结核性脑膜炎;应用效果

结核性脑膜炎在儿童以及青年人群当中较为常见,若患者出现了重症结核性脑膜炎未得到有效治疗,可能导致患者出现残疾以及死亡<sup>[1]</sup>。结核性脑膜炎具有治疗周期较为漫长、病情较重、恢复速度较慢等诸多特点,因此,需要患者及家属对于该疾病有深刻的认知以及良好的依从性,保障治疗效果全面优化。当前将常规护理实施在重症结核性脑膜炎患者治疗当中,由于护理内容较为常规,且针对性不强,无法满足绝大多数患者的治疗需求。因此,需要及时探究更为有效的护理方法。协同护理在 1992 年有所提出,该护理其根本原则是由护理人员充分地发挥自我临床教育、协同者以及支持者等多方面的角色作用,从而帮助患者在疾病治疗期间,能够早日的恢复,进一步优化生活品质<sup>[2]</sup>。对此,本文在 2022 年 1 月至 2023 年 12 月期间,将本院就诊的 60 例重症结核性脑膜炎患者作为研究样本,充分的探讨在患者治疗当中,实施常规护理以及协同护理方法后,对患者疾病治疗带来的相关影响以及价值,现将细节内容报告如下。

### 1 研究对象和方法

#### 1.1 研究对象

选取本院就诊重症结核性脑膜炎患者 60 例(2022.01~2023.12 期间),随机分为 2 组,对照组常规护

理, 实验组协同护理, 各 30 例。年龄区间 5~40 岁, 病程区间 3~60d, 一般资料见表 1,  $P>0.05$ 。

表 1 纳入人员一般资料对比

| 组别           | 例数 | 年龄 (岁)     | 病程时间 (d)   | 男/女 (例) |
|--------------|----|------------|------------|---------|
| 对照组          | 30 | 22.52±1.21 | 31.26±1.23 | 20/10   |
| 实验组          | 30 | 22.50±2.17 | 31.18±1.09 | 18/12   |
| $\chi^2 T$ 值 | -- | 0.044      | 0.267      | 0.287   |
| $P$ 值        | -- | 0.965      | 0.791      | 0.592   |

## 1.2 研究方法

**对照组:** 常规护理方法包括, 在患者疾病治疗期间, 由护理人员密切的监测患者的生命体征, 观察病情变化状态, 告知患者多休养。同时, 与患者进行适当的语言交流, 帮助患者缓解疾病带来的内心压, 同时做好饮食指导, 告知患者在治疗期间, 需要做到戒烟、戒酒以及观察患者的用药反应, 在出现异常表现后, 立即告知临床医师。此外, 应当将每个月复查的时间详细告知患者, 对于患者存在的治疗疑惑做好解答工作。

**实验组:** 首先, 在护理前充分地评估患者的病情发展状况, 以此为根据制定协同护理小组。小组成员包括责任护士以及主管护师, 在患者疾病治疗期间, 观察患者的生命体征, 若患者出现了呕吐加重以及意识障碍、颅内压升高等表现, 应当立即告知临床医师, 做好针对性处理工作, 避免患者出现脑疝。同时, 将患者的病房环境进行适宜的改造, 保障定期通风, 控制适宜的干湿湿度。此外, 每日需要对病房环境进行充分的消毒, 同时, 关注于存在压疮高风险患者, 需建立翻身卡, 做好相应的护理工作, 并指导家属每间隔两小时将患者治疗体位更换一次, 并按摩受压部位的皮肤。若患者在留置胃管时, 需要做好鼻饲饮食工作, 避免患者出现呛咳或食管反流等问题。面对于患者疾病宣教工作, 应当将结核性脑膜炎相关疾病知识, 通过 ppt、视频或者图片展示等手段, 通俗易懂的向患者进行解释, 包含疾病的诱发原因、治疗方法、预后结局等相关的内容。同时, 对患者提出的疑问进行详细解答, 每间隔一周开展一次健康教育评估工作, 了解患者及家属对于疾病的认知水平, 加强薄弱环节的辅导工作。此外, 对于存在压疮以及便秘等并发症的患者, 做好专项的健康宣讲, 保障患者及家属配合度良好。同时, 也可定期举办家属座谈会等形式, 邀请其他患者家属通过现身说法的方法, 帮助患者及家属认知度有充分的改善。饮食护理方面, 结合患者自身的状况, 制定个体化的饮食方案, 鼻饲患者需要将食物通过破壁机打成糊状, 或根据患者的病情发展状况, 采取肠外营养治疗。心理护理方面, 患者在意识障碍期间进行适宜的心理辅导尤为关键, 此时, 需要对患者家属开展有效的心理护理, 以及等待患者病情意识恢复后, 开展心理健康评估工作, 多次与患者进行适当的语言沟通, 了解患者在不同疾病阶段的心理状况, 做好个体化的心理护理工作调整。而随访方面, 当患者在出院时需要充分地评估患者的病情状况, 制定家庭护理方法, 每间隔一周开展电话随访工作, 了解患者的功能锻炼恢复状况, 纠正错误之处, 告知患者若存在特殊情况时, 需要及时前往医院复查。

## 1.3 观察指标

统计对比: (1) 临床疗效; (2) 生活质量评分; (3) 治疗依从性; (4) 护理满意度; (5) 并发症发生率。

## 1.4 统计学方法

软件: SPSS26.0; 计量资料、计数资料为 $[\bar{x}\pm s], (n, \%)$ , 由 T 值、 $\chi^2$  校验, 数据差异存在意义  $P<0.05$ 。

## 2、结果

### 2.1 临床疗效比较

干预后, 实验组 (100.00%) 优于对照组 (86.67%), ( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 2 临床疗效对比 (n, %)

| 组别         | 例数 | 治愈 (%)        | 好转 (%)       | 无效 (%)       | 优良率 (%) |
|------------|----|---------------|--------------|--------------|---------|
| 对照组        | 30 | 20/30 (66.67) | 6/30 (20.00) | 4/30 (13.33) | 86.67   |
| 实验组        | 30 | 28/30 (93.33) | 2/30 (6.67)  | 0/30 (0.00)  | 100.00  |
| $\chi^2$ 值 | -- | --            | --           | --           | 4.286   |
| P 值        | -- | --            | --           | --           | 0.038   |

### 2.2 生活质量评分比较

干预后, 实验组 (90.78±5.77), (85.48±6.32), (88.13±4.66), (80.43±5.22), (90.53±2.62), (89.56±3.76), (88.04±4.43), (84.80±5.89) 优于对照组 (P<0.05), 见表 3。

表 3 生活质量对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 指标       | 对照组 (n=30) | 实验组 (n=30) | T 值    | P 值   |
|----------|------------|------------|--------|-------|
| 躯体疾病 (分) | 78.19±5.26 | 90.78±5.77 | 8.832  | 0.000 |
| 一般状况 (分) | 78.24±5.21 | 85.48±6.32 | 4.842  | 0.000 |
| 生理机能 (分) | 79.07±4.84 | 88.13±4.66 | 7.386  | 0.000 |
| 物质功能 (分) | 76.15±6.17 | 80.43±5.22 | 2.901  | 0.005 |
| 精力 (分)   | 80.64±1.84 | 90.53±2.62 | 16.919 | 0.000 |
| 情感功能 (分) | 80.42±8.33 | 89.56±3.76 | 5.478  | 0.000 |
| 心理健康 (分) | 70.79±3.36 | 88.04±4.43 | 16.993 | 0.000 |
| 社会功能 (分) | 77.73±7.62 | 84.80±5.89 | 4.021  | 0.000 |

### 2.3 治疗依从性比较

干预后, 实验组 (2.58±0.77), (2.98±0.12), (2.90±0.13), (2.78±0.22), (2.53±0.62), (13.84±2.66) 优于对照组 (P<0.05), 见表 4。

表 4 治疗依从性对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 指标        | 对照组 (n=30) | 实验组 (n=30) | T 值   | P 值   |
|-----------|------------|------------|-------|-------|
| 定期复查 (分)  | 2.12±0.26  | 2.58±0.77  | 3.100 | 0.003 |
| 遵医嘱用药 (分) | 2.54±0.21  | 2.98±0.12  | 9.964 | 0.000 |
| 预防感染 (分)  | 2.33±0.44  | 2.90±0.13  | 6.805 | 0.000 |
| 规律饮食 (分)  | 2.45±0.37  | 2.78±0.22  | 4.199 | 0.000 |
| 合理锻炼 (分)  | 1.64±0.44  | 2.53±0.62  | 6.412 | 0.000 |
| 总分 (分)    | 12.15±2.02 | 13.84±2.66 | 2.771 | 0.008 |

### 2.4 护理满意度比较

干预后, 实验组 (100.00%) 优于对照组 (83.33%), (P<0.05), 见表 5。

表 5 护理满意度对比 (n, %)

| 组别         | 例数 | 非常满意 (%)      | 一般满意 (%)     | 不满意 (%)      | 满意度 (%) |
|------------|----|---------------|--------------|--------------|---------|
| 对照组        | 30 | 20/30 (66.67) | 5/30 (16.67) | 5/30 (16.67) | 83.33%  |
| 实验组        | 30 | 29/30 (96.67) | 1/30 (3.33)  | 0/30 (0.00)  | 100.00% |
| $\chi^2$ 值 | -- | --            | --           | --           | 5.455   |
| P 值        | -- | --            | --           | --           | 0.019   |

### 2.5 并发症发生率比较

干预后, 实验组 (0.00%) 优于对照组 (13.33%), (P<0.05), 见表 6。

表 6 并发症发生率 (n, %)

| 组别         | 例数 | 脑积液 (%)     | 低钠血症 (%)    | 颅内高压 (%)    | 发生率 (%) |
|------------|----|-------------|-------------|-------------|---------|
| 对照组        | 30 | 2/30 (6.67) | 1/30 (3.33) | 1/30 (3.33) | 13.33%  |
| 实验组        | 30 | 0/30 (0.00) | 0/30 (0.00) | 0/30 (0.00) | 0.00%   |
| $\chi^2$ 值 | -- | --          | --          | --          | 4.286   |
| P 值        | -- | --          | --          | --          | 0.038   |

## 讨论

结核性脑膜炎在临床治疗当中，作为一种患者中枢神经系统受到感染诱发的慢性疾病。导致患者出现该疾病的关键原因，与患者感染结核杆菌有直接相关。但患者出现该疾病后，在发展过程当中，会导致患者脑膜以及脊膜出现非化脓性的炎症疾病改变，因此，患者病情较为严重<sup>[3]</sup>。同时，在治疗当中发现，结核性脑膜炎在结核病当中，作为较为严重的疾病案例，对于我国民众的生命安全造成严重威胁。当患者在出现结核性脑膜炎疾病后，需要有较长的治疗周期，方可保障身体健康恢复正常。若患者临床症状在经过有效的治疗后消失，且脑脊液恢复正常后，可判定患者疾病治愈，但在此期间，患者仍需要坚持使用抗结核药物 1~2 年，从而避免疾病的复发或其他脏器出现结核病。而近年来在我国医学技术不断发展过程当中，对于健康概念方面已从单纯的生命延续，逐渐向延续生命的同时提高生活质量方向有所转变，应当保障患者在疾病治疗期间，心理、生理以及社会功能方面保持良好状态。因此，需要采取有效的护理手段，改善患者的治疗结局。

对于广大结核病脑膜炎患者来讲，该疾病治疗周期较为漫长，因此，患者的生活质量普遍低下。患者在治疗当中，除承受疾病带来的影响以外，还要关注该疾病对于经济状况、心理状态以及社会功能造成的严重影响<sup>[4]</sup>。而在治疗当中发现，导致结核性脑膜炎患者治疗效果不佳，以及生活质量低下的关键原因，与该疾病自身有直接的关联性。该疾病的发展，不仅会导致患者身体健康不佳，也会影响心理健康水平。对此，在护理过程当中，需要及时的关注患者的护理措施。而在本次研究当中，在采取协同护理后，对实验组患者来讲，与对照组相对比，患者在并发症发生率、护理满意度、治疗依从性、生活质量和临床疗效方面，具有显著的改善。而究其原因分析为，首先协同护理核心内容是责任制护理，由护理人员对患者进行轮岗看护，可保障患者在疾病治疗过程当中，接受优质、连续以及个体化的护理手段。而在轮岗看护过程当中，能够动态性地观察患者的病情发展状况。此外，协同护理的实施，也能够有效避免患者出现感染等诸多并发症，因此，患者死亡风险也有了进一步的下降。同时，协同护理当中对患者进行个体化的健康宣讲以及饮食指导，帮助患者治疗配合度有显著的提升，进一步降低疾病带来的不良影响<sup>[5]</sup>。此外，合理的风险评估也能够避免压疮以及便秘等风险事件的发生。对于绝大多数的结核性脑膜炎患者来讲，患者的负面情绪、生活状态以及疾病认知能力，与治疗过程当中生活质量有密切的关联。而协同护理的实施，在患者住院期间进行健康宣讲、用药指导以及出院后的长期随访工作，能够有效避免不良因素影响患者的临床疗效，因此，患者遵医嘱状况改善显著。

总体来讲，协同护理在实施过程当中，采取多方面的护理举措，能够充分地改善患者的临床疗效，进一步优化生活品质，值得借鉴及推广使用。

参考文献（略）

## 肺结核合并呼吸衰竭患者机械通气治疗的护理报告

**摘要：**目的：综合探究肺结核合并呼吸衰竭患者机械通气治疗的护理效果。方法：随机抽取我院 2019 年 6 月-2020 年 6 月收治的 70 例肺结核合并呼吸衰竭患者作为研究主体，将其均分为观察组与对照组，每组建制 35 例。对照组实施常规护理，观察组在此基础上实施机械通气治疗，比较两组患者的护理效果。**结果：**实施相应护理措施前，两组患者的护理效果比较差异并无统计学意义（ $P>0.05$ ）；实施相应护理措施后，两组患者的护理效果比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**研究表明，在基础护理措施的基础上施加机械通气治疗更有助于肺结核合并呼吸衰竭患者的病情康复，在实施机械通气治疗后，患者的各项生化指标逐渐恢复正常，有效缩减了患者的平均住院天数，并且大幅度提升了患者及其家属的护理满意度，因此值得临床推广。

**关键词：**肺结核；呼吸衰竭；常规护理措施；机械通气治疗

**引言：**近年来，国内社会经济水准不断上升，人们的生活水平也随之提升。虽然国民生活方式发生了

质的飞跃，但是肺结核患者的数量却仍然直线增长。国内医学临床针对肺结核的防治展开了全面且深入的研究工作，结核病（pulmonary tuberculosis）常见于感染科与呼吸内科临床，主要的发病群体包括老年人、存在慢性呼吸道疾病史的人以及糖尿病个患者等等。肺结核的发病与患者的肺部感染情况存在较大的关联性，具体而言就是由于肺部感染结核菌，因此导致了肺结核的发病。由于近年来国内肺结核患者数量激增，因此本次研究抽取我院 2019 年 6 月-2020 年 6 月收治的 70 例肺结核合并呼吸衰竭患者作为研究主体，具体分为两组，综合探究肺结核合并呼吸衰竭患者机械通气治疗的护理效果，现报道如下<sup>[1]</sup>。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

随机抽取我院 2019 年 6 月-2020 年 6 月收治的 70 例肺结核合并呼吸衰竭患者作为研究主体，将其均分为观察组与对照组，每组建制 35 例。35 例观察组患者的性别比例：男性 25 例，女性 10 例；年龄阶段：46-72 岁；平均年龄（59.46±3.47）岁；病程分布：2.5-6 年，平均病程（4.56±1.02）年。35 例对照组患者的性别比例：男性 26 例，女性 9 例；年龄阶段：47-73 岁；平均年龄（60.23±3.489）岁；病程分布：2.5-7 年，平均病程（4.68±1.32）年。两组患者的性别比例、年龄阶段以及病程分布等一般资料比较差异并无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 方法

本次研究中，对照组实施常规护理，观察组在此基础上实施机械通气治疗，比较两组患者的护理效果。常规护理措施主要包括常规入院指导、常规用药护理、常规消杀作业、实时病情监测、健康心理疏导以及患者出院随访等多个环节。在使用呼吸机对患者进行机械通气治疗的过程中，医护人员应当注意对患者呼吸生理的影响，且选择正确的机械通气装置，保证患者的康复效果<sup>[2]</sup>。

### 1.3 观察指标

本次研究中，我院将以两组患者的护理效果作为主要的观察指标，护理效果主要表现为两组患者的护理满意度，将护理满意度具体分为满意、较满意以及不满意三个等级。其中，满意的护理质量评分 $>90$ 分，较满意的护理质量评分在 80-90 分之间，不满意的护理质量评分 $<80$ 分。满意度=（满意+较满意）/总例数 $\times 100\%$ 。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件作为数据处理工具，主要作用于本次研究中所产生的相关数据信息的统计与分析，利用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示两组患者之间的计量资料，运用 t 进行检验；利用（%）表示两组患者之间的计数资料，运用  $\chi^2$  进行检验。当（ $P<0.05$ ）时，组间比较差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的满意度比较

结合表 1 所示，35 例观察组中护理质量评分达到满意的患者有 22 例，达到较满意的患者为 10 例，不满意患者为 3 例，计算得出，观察组患者的满意度为 91.42%；35 例对照组中护理质量评分达到满意的患者有 19 例，达到较满意的患者为 9 例，不满意患者为 7 例，计算得出，观察组患者的满意度为 80.00%。实施相应护理措施前，两组患者的护理满意度比较差异并无统计学意义（ $P>0.05$ ）；实施相应护理措施后，两组患者的护理满意度比较差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）<sup>[3]</sup>。

表 1 两组患者的满意度比较（n/%）

| 组别  | 例数 | 满意      | 较满意     | 不满意     | 满意度     |
|-----|----|---------|---------|---------|---------|
| 观察组 | 35 | 22      | 10      | 3       | 91.42   |
| 对照组 | 35 | 19      | 9       | 7       | 80.00   |
| P 值 |    | $<0.05$ | $<0.05$ | $<0.05$ | $<0.05$ |

## 3 讨论

时代的不断发展为国内医疗器械的创新与精进提供了大量的理念支撑以及技术支持，社会经济的飞速增长为医疗事业整体的创新发展供应了良好的空间环境，因此感染科科及呼吸内科的护理与治疗手段不断精进。由于传统的常规护理模式无法满足当前临床的实际需求，因此全新的护理方法应运而生。虽然部分

新的护理方法与传统护理措施存在一定差异，但是均以传统护理措施作为基础，以此不断提升自身的效率以及质量<sup>[4]</sup>。截至目前，国内的肺结核合并呼吸衰竭患者数量激增，因此呼吸内科临床针对此等现象开始加强护理力度，将机械通气治疗运用于常规护理措施上。何为“机械通气”呢？所谓的机械通气实际上就是在呼吸机等仪器的帮助下维持患者的气道通畅，有助于患者通气、氧合等方面改善，同时也能够有效防止机体缺氧以及二氧化碳蓄积等症状的发生。为了保持患者机体的呼吸功能，避免出现功能性衰竭症状，必须为基础疾病的治疗护理创造有利条件<sup>[5]</sup>。肺结核是结核分支杆菌引起的慢性传染病，可侵入多种脏器，但是以肺部器官的结合感染最为常见。结核病的源头一般为排菌者，由排菌者自体内向外排出大量的结核菌，随后通过空气传播以及飞沫传播等形式散播感染普通人。据临床表明，人体在感染结合菌后不一定发病，只有人体抵抗系统遭到破坏或者是细胞介导的变态反应骤然增高时才有可能诱发临床症状<sup>[6]</sup>。

综上所述，在基础护理措施的基础上施加机械通气治疗更有助于肺结核合并呼吸衰竭患者的病情康复，在实施机械通气治疗后，患者的各项生化指标逐渐恢复正常，有效缩减了患者的平均住院天数，并且大幅度提升了患者及其家属的护理满意度，因此值得临床推广。

参考文献（略）

## 护理质量与安全管理在降低重症结核患者静脉治疗护理并发症中的作用探讨

**【摘要】：**目的：分析护理质量与安全管理在降低重症结核患者静脉治疗护理并发症中的作用。**方法：**以 2021 年 1 月至 12 月为对照组，以 2022 年 1 月至 12 月为观察组，两组分别采用常规管理、护理质量与安全管理，比较组间管理效果。**结果：**与对照组相比，观察组的穿刺用具选择合格率更高，差异显著（ $P < 0.05$ ）；与对照组相比，观察组患者满意度更高，差异显著（ $P < 0.05$ ）；观察组并发症发生率低于对照组，差异显著（ $P < 0.05$ ）。**结论：**将护理质量与安全管理应用于重症结核患者静脉治疗中能取得理想效果，其值得推广使用。

**【关键词】：**重症结核患者；护理质量；安全管理；静脉治疗护理；并发症

当前在临床中广泛使用了静脉输液法，静脉输液的护理直接关系到患者的疾病治疗效果，由于受到诸多因素的影响，包括静脉治疗工作量大、患者治疗方案与药物性质的区别等，使得护理难度有所增加，且会导致静脉输液的风险增加<sup>[1]</sup>。有的患者在静脉治疗中极易出现并发症，因此，临床应加强对静脉输液护理的管理工作<sup>[2]</sup>。本次研究主要就护理质量与安全管理在降低静脉治疗护理并发症中的效果进行分析，详细的研究内容作如下阐述。

### 1. 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本次研究分别对两个阶段采取不同的护理管理方法，分别为采用常规管理的 2021 年 1 月至 12 月（对照组）和采用护理质量与安全管理的 2022 年 1 月至 12 月（观察组）；两个阶段均为同一批护理人员，均为 11 例，其中男女人数比为 2:9，年龄最小 22 岁，最大 46 岁，平均年龄（ $29.53 \pm 2.15$ ）岁；分别有 3 例初级职称，7 例中级职称，1 例高级职称。随机将两个阶段所干预的 60 例患者进行研究，对照组 30 例，男女人数比为 14:16，平均年龄（ $47.23 \pm 2.31$ ）岁；观察组 30 例，男女人数比 15:15，平均年龄（ $48.31 \pm 3.05$ ）岁；两组一般资料的比较差异不显著（ $P > 0.05$ ）；可比性较高。均知晓此次研究，自愿参加。研究经过我院医学伦理委员会批准同意。

#### 1.2 研究方法

##### 1.2.1 对照组

给予常规护理管理，包含患者信息、药物信息认真核对，静脉通道迅速建立，相关注意事项明确告知等。

### 1.2.2 观察组

此基础上，应用护理质量与安全管理，具体方法如下：（1）完善输液护理规章制度：及时健全特殊药物告知制度，患者需使用此类药物时，药物名称、药理作用等相关内容在使用前讲解给患者及家属，用药后可能发生的不良反应重点告知，预防护患纠纷；针对特殊治疗，设立专用的书面签字制度，当患者接受此类治疗时，治疗前与患者做好解释，并让其签字确认；进一步完善输液器等治疗物品的使用、日常管理制度，每次使用前，其性能、无菌等状况要全面检查，使用后，处理工作按照相应制度妥善开展；建立完善的风险事件相关制度，包含无菌操作制度、药物皮试制度、查对制度、护患沟通制度、护理文书书写制度等。（2）严格制定护理查对制度：护理查对制度进一步完善，对护理工作的各个环节作出规范；姓名核对时，要反复进行，同时所用药物、给药剂量等也认真核对，从根本上保障治疗安全；护理查对制度执行过程中，护理人员如出现疏忽和问题，纠正和指导要及时开展，并监督其加强学习，促进护理工作质量不断的提升；将护理查对工作质量作为考察内容之一，并把考察结果结合绩效考核等，使护理人员对查对工作质量高度重视，进而严格开展此项工作。（3）强化输液过程安全管理：静脉治疗前，药物名称准确告知患者，并及时解释药物作用、常见不良反应等，同时把输液期间相关的注意事项明确告知，促进患者依从性增强；输液过程中，药物核对认真开展，全面分析既往病史，药物过敏史是否存在重点确定；定期检查药物相关信息，包含药物名称、药物有效期等；静脉穿刺时，穿刺部位要适当选择；输液期间，巡视工作适当加强，将输液速度私自调整的危害明确告知患者和家属，避免其作出此行为，嘱咐其及时向护理人员告知不适情况；完成输液后，撕胶贴操作要小心进行，之后缓慢取出针梗，针头同时迅速拔出，最后指导患者轻轻按压穿刺部位的方法，并告知治疗后相关注意事项，预防不良情况的发生。（4）加强培训：①重视人员培训：职业道德教育注意加强，尤其是新进护士，教育中详细讲解相关法律知识，让护理人员充分重视输液安全管理工作；护理操作规章制度全面讲解，使其制度意识增强，提高各项护理操作的规范性；常见护理纠纷类型、护理纠纷引发原因、预防护理纠纷方法等也要加入培训内容中，护理纠纷的处理方法重点讲解，促进护理人员预防及处理能力增强。②注重护理技术培训：护理技术培训定期组织，以穿刺技巧、穿刺部位合理选择、穿刺方法等为主要培训内容。

### 1.3 观察指标

对两组穿刺用具选择合格率；对两组患者的满意度进行比较。对比两组并发症发生率，包含导管堵塞、导管脱出、静脉炎三项。

### 1.4 统计学方法

根据 SPSS28.0 进行数值调研，本研究中采用计量资料以及计数资料（ $\bar{x} \pm s$ ）、[n, (%) ]进行表示，为证实此次研究的统计学意义，分别进行  $t$  以及  $\chi^2$  检验，以差异  $P < 0.05$  为存在统计学意义。

## 2.结果

### 2.1 两组的穿刺用具选择合格率的比较

观察组的穿刺用具选择合格率高于对照组，差异显著（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组的穿刺用具选择合格率的比较 [n (%) ]

| 组别    | n  | 头皮钢针<br>(n=5) | 外周静脉导管<br>(n=9) | 经外周静脉置入中心静脉导管+输液港<br>(n=16) | 总合格        |
|-------|----|---------------|-----------------|-----------------------------|------------|
| 对照组   | 30 | 2 (6.66)      | 6 (20.00)       | 15 (50.00)                  | 23 (76.66) |
| 观察组   | 30 | 3 (10.00)     | 8 (26.66)       | 16 (53.33)                  | 27 (90.00) |
| $X^2$ | -  | -             | -               | -                           | 1.920      |
| P     | -  | -             | -               | -                           | <0.05      |

### 2.2 两组患者满意度的比较

观察组非常满意 16 (53.33%)、基本满意 13 (43.33%)、不满意 1 (3.33%)；对照组非常满意 13 (43.33%)、基本满意 11 (36.66%)、不满意 6 (20.00%)；满意度对比，观察组显著高于对照组，29 (96.66%) VS 24 (80.00%) ( $P < 0.05$ )。

### 2.3 两组并发症发生率对比

观察组出现 1 例导管堵塞，并发症发生率为 3.33%；对照组出现 1 例导管堵塞、1 例导管脱出、2 例静脉炎，发生率为 13.3%， $P < 0.05$ 。

### 3. 讨论

静脉输液存在一定的安全风险，其极易引发一系列并发症，不仅会影响患者的预后效果，且对医院的发展带来不良影响<sup>[3]</sup>。为了使静脉输液的安全性得到提升，医院应加强静脉输液的护理工作。临床采用的常规管理方式存在诸多不足，护理质量与安全管理作为一种有效管理模式，其是由专业的护理管理小组负责患者的静脉输液治疗护理工作，其能使护理人员的静脉输液风险管理意识、输液业务水平得以提升，有助于降低静脉输液风险，其具有重要临床应用价值<sup>[4]</sup>。

现阶段，静脉治疗护理工作存在以下两方面的问题：（1）随着不断加剧人口老龄化现象，以及不断改变生活方式和饮食结果，持续的增加临床静脉治疗患者数量，且严重心脑血管疾病患者占比较大，导致护理人员承担巨大的工作压力和工作量<sup>[5]</sup>；（2）虽然不断增加缓和数量，但却并未明显增多护理人员数量，这导致显著增加护理人员的工作量，再加上日常护理患者多数为老年人，一定程度的增加护理难度，长此以往容易造成护理不良事件<sup>[6]</sup>。因此，静脉治疗期间，针对潜在风险、可能不良事件，应对护理管理方式作出转变，强化安全管理，提高护理质量，促进患者治疗安全性增强，进而使患者对护理工作更加满意，减少护理纠纷和护理投诉事件<sup>[7]</sup>。

本次研究中，在静脉治疗护理管理中应用了护理质量及安全管理，结果显示，与对照组相比，观察组的穿刺用具选择合格率更高，患者满意度更高，差异显著 ( $P < 0.05$ )；观察组并发症发生率低于对照组，差异显著 ( $P < 0.05$ )。提示在降低静脉治疗护理并发症中采用护理质量与安全管理能取得理想效果。分析原因<sup>[8]</sup>：（1）护理质量与安全管理应用后，可转变护理人员传统的被动护理方式，变为主动护理，并在护理中综合考虑患者病情、静脉状况、药物性质等多种因素，保障了静脉治疗的安全性，进而降低静脉治疗相关并发症的发生率，提高静脉穿刺用具及部位选择的合格率<sup>[9]</sup>；（2）相关规章制度的完善与健全极大的规范护理人员的各项护理操作，再加上人员和技术水平培训的开展，明显提高其护理工作能力，让其掌握更多的专业静脉治疗护理重视，最终增强护理质量，提升患者对护理的满意程度<sup>[10]</sup>。

综上所述，静脉治疗开展时，应用护理质量及安全管理后，可显著减少相关并发症，提高治疗的安全性，并提高护理质量，让患者对护理工作更加满意，值得进一步推广和应用。

参考文献（略）

## 循证护理在重症肺结核合并呼吸衰竭患者中的应用

佟媛媛

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 重症医学科，山西 太原 030053

**【摘要】目的：**检验、研究重症肺结核合并呼吸衰竭护理方案中，循证护理模式的所得价值。**方法：**重症肺结核，且合并呼吸衰竭患者，录入本研究。总计 61 例。初始、截止时间：2021.01、2022.04。抽签法分组。参照组、试验组例数、干预措施：30 例与 31 例、常规与循证护理。对各组血清指标、血气分析指标、呼吸频率、心率指标、心理境况、生命质量、并发症发生率进行测定、分析。**结果：**干预后，试验组临床相关指标均优于参照组， $P < 0.05$ 。**结论：**重症肺结核合并呼吸衰竭护理中，采取循证护理模式，临床价值确切。除改善患者血气指标外，还可降低并发症发生率。同时，患者心理境况得到缓解，生活质量提升。

**【关键词】循证护理；重症肺结核；呼吸衰竭；呼吸频率**

肺结核在传染性疾病中较为常见，以呼吸道为传播途径。结核分枝杆菌是导致该病发生的主要因素。疾病得不到及时救治情况下，可导致病情加重，甚至还会诱发呼吸衰竭。肺结核合并呼吸衰竭患者需要吸氧、排痰，并且还应注意休息，避免情绪波动<sup>[1]</sup>。循证护理作为循证医学的代表模式之一，在改善患者预后方面效果显著。本研究选入 61 例肺结核合并呼吸衰竭患者，深入探究循证护理于其中的应用价值，报告如下。

**1 资料与方法****1.1 基础资料**

选取重症肺结核合并呼吸衰竭患者。时间为 2021.01 至 2022.04。61 例患者组别划分执行抽签法。对照组：30 例。男性、女性比例为 16:14。年龄：42 至 77 岁，均值：(58.12±3.40) 岁。试验组分至 31 例，由 18 例男、13 例女构成。年纪最高、最低为 76 岁、41 岁，平均：(58.09±3.28) 岁。各组基线资料波动较小， $P>0.05$ 。

入选依据：(1) 无严重心血管、肝肾疾病者。(2) 知情本研究者。

排除依据：(1) 意识不清者。(2) 恶性肿瘤者。

**1.2 方法**

参照组：常规护理。监测患者生命体征，对其各项临床表现进行记录。遵医予以患者对症护理。积极开展护理指导。

试验组：以循证护理为方案，构建循证护理小组。培训组员循证护理知识，让其了解循证护理内涵、流程，并能够根据相关标准开展各项护理操作。由护士长、科室主任带领小组成员分析患者资料，并查找重症肺结核合并呼吸衰竭护理中存在的问题，查阅文献资料，提出有针对性的护理对策，具体如下：(1) 病情观察。开展患者生命体征的监测工作，记录各指标变化情况。了解患者是否存在气管痉挛。对于异常情况者，应及时告知主治医师，再配合处理。(2) 心理疏导。观察患者精神状态，及时与之沟通，明确其心理问题出现的原因。为患者讲解疾病知识，疏导其不良情绪。配合放松疗法，让患者减轻内心焦虑感。此外，以鼓励、安慰且有力量的语言与患者沟通，将成功案例作为榜样，激发患者的自信心。(3) 呼吸道方面。每间隔 2 小时，让患者保持头部后倾。对于气管插管者，应判断是否牢固、稳定，并确保插入深度合适。在患者口腔中放置牙垫，避免压迫管道。设定合理的放气时间，避免气管插管受到压迫。清除患者呼吸道分泌物，关注其病情变化。湿化气道，协助患者翻身、叩背。若有需要，可采取雾化吸入方式。(4) 吸氧、排痰方面。I 型呼吸衰竭行高浓度给氧。II 型呼吸衰竭采取低浓度吸氧，监测血氧饱和度指标，以此为根据调整氧流量。若患者出现分泌物，则需要立即采取吸痰方案。在吸痰过程中，应确保动作轻柔，防止对气道黏膜造成不必要的损伤。此外，各项操作均需要严格执行无菌原则。对于排痰困难者，行吸痰干预，单次 5 至 10 秒钟。(5) 营养方面。患者行机械通气治疗期间，采取肠内、肠外加营养支持方式，促进其机体免疫功能提高。患者饮食应确保易消化，并且富含蛋白质。需要对每次进食量进行控制，但是可根据实际情况，适当增加每天用餐次数。若予以患者营养液，则还需要确保营养液无污染、浓度与温度适宜。一般情况下，营养液温度为 40 摄氏度左右，并且需要借助于营养液泵滴注。初次治疗时，单日滴注量以 1000 毫升为宜，后续可增加至每天 2000 毫升。初始泵注速度为每小时 30 至 60 毫升。患者输注营养液期间，还应保持后仰姿势，避免反流、误吸。(6) 环境方面。合理调节病房内温度、湿度，确保患者感到舒适。同时，及时更换床铺，并加强清洁、消毒。定时开窗、通风，确保新鲜空气注入。加大微生物感染监测力度。尤其是活跃期患者，应做好消毒、隔离工作。开展空气培养。对于患者使用过的呼吸机管道，应及时更换。(7) 体位护理。让患者绝对卧床休息，并适当调高床头，角度为 45 度。让患者采取半卧位，并嘱其将头部偏向一侧。(8) 并发症预防。患者卧床休息期间，协助其勤翻身，帮助其按摩四肢。观察患者受压部位皮肤情况，尤其是色泽、温度，积极预防压力性损伤、深静脉血栓等。指导患者注意个人卫生，痰液规范处理。

**1.3 观察指标**

(1) 血清指标。IL-6: 白介素-6。PA: 血清前白蛋白。PCT: 降钙素原。(2) 血气分析指标。测定 PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub>、pH 等指标。(3) 呼吸频率、心率指标。对上述指标进行监测。(4) 心理境况。包括焦虑、抑郁两项。分值高, 证明情绪差。(5) 生命质量。评估维度: 生理、情绪等, 合计 4 项。分数高, 提示质量优异。(6) 并发症发生率。包括: 呼吸机相关肺炎、腹胀、胸闷等。

#### 1.4 统计学方法

SPSS24.0 软件检验所得数据。计量资料 T 检验, ( $\bar{X} \pm S$ )表示。计数资料 X<sup>2</sup> 检验, n (%) 表示。P < 0.05, 价值存在。

## 2 结果

### 2.1 血清指标

护理后, 试验组血清指标改善更明显, P < 0.05。(见表 1)。

表 1: 血清指标( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | 例数 (n) | IL-6/ (pg/mL) |            | PA/ (g/L)   |             | PCT/ (ng/mL) |           |
|-----|--------|---------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|
|     |        | 护理前           | 护理后        | 护理前         | 护理后         | 护理前          | 护理后       |
| 试验组 | 31     | 122.47±12.36  | 76.34±6.20 | 0.146±0.014 | 0.324±0.021 | 5.98±0.36    | 0.17±0.06 |
| 参照组 | 30     | 122.50±12.41  | 95.22±7.10 | 0.147±0.015 | 0.193±0.016 | 6.01±0.42    | 0.58±0.11 |
| t   |        | 0.0094        | 11.0728    | 0.2692      | 27.3383     | 0.2998       | 18.1521   |
| P   |        | 0.9925        | 0.0000     | 0.7887      | 0.0000      | 0.7653       | 0.0000    |

### 2.2 血气分析指标

护理后, 试验组血气分析指标均更为优异, P < 0.05。(见表 2)。

表 2: 血气分析指标( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | PaO <sub>2</sub> / (mmHg) |            | PaCO <sub>2</sub> / (mmHg) |            | SaO <sub>2</sub> / (%) |            | pH        |           |
|-----|--------|---------------------------|------------|----------------------------|------------|------------------------|------------|-----------|-----------|
|     |        | 护理前                       | 护理后        | 护理前                        | 护理后        | 护理前                    | 护理后        | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 31     | 51.34±3.42                | 70.06±5.15 | 67.34±4.60                 | 42.97±3.88 | 81.23±2.17             | 91.44±3.61 | 7.26±0.12 | 7.41±0.04 |
| 参照组 | 30     | 51.29±3.38                | 62.44±5.20 | 67.27±4.55                 | 51.20±3.92 | 81.19±2.22             | 86.20±3.57 | 7.25±0.14 | 7.30±0.03 |
| t   |        | 0.0574                    | 5.7497     | 0.0597                     | 8.2403     | 0.0711                 | 5.6985     | 0.2998    | 12.1195   |
| P   |        | 0.9544                    | 0.0000     | 0.9526                     | 0.0000     | 0.9435                 | 0.0000     | 0.7653    | 0.0000    |

注: PaO<sub>2</sub>: 血氧分压; PaCO<sub>2</sub>: 血二氧化碳分压; SaO<sub>2</sub>: 血氧饱和度; pH: 酸碱度

### 2.3 呼吸频率、心率指标、心理境况

干预后, 试验组呼吸频率、心率下降明显, 心理境况指标波动更大, P < 0.05。(见表 3)。

表 3: 呼吸频率、心率指标、心理境况( $\bar{X} \pm S$ , 次/min)

| 组别  | 例数 (n) | 呼吸频率/ (次/min) |            | 心率/ (次/min)  |            | 焦虑情绪       |            | 抑郁情绪       |            |
|-----|--------|---------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 干预前           | 干预后        | 干预前          | 干预后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 31     | 29.11±5.32    | 19.51±3.39 | 118.34±10.51 | 82.10±6.35 | 50.95±4.48 | 32.47±3.22 | 52.11±4.62 | 33.04±3.18 |
| 参照组 | 30     | 29.07±5.26    | 25.38±3.41 | 118.28±10.47 | 96.50±8.21 | 51.02±4.52 | 41.60±3.09 | 52.09±4.58 | 42.77±3.25 |
| t   |        | 0.0295        | 6.7414     | 0.0223       | 7.6774     | 0.0607     | 11.2928    | 0.01691    | 11.8185    |
| P   |        | 0.9765        | 0.0000     | 0.9823       | 0.0000     | 0.9518     | 0.0000     | 0.9865     | 0.0000     |

### 2.4 生命质量

干预后, 试验组生命质量评分均更高, P < 0.05。(见表 3)。

表 3: 生命质量( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 生理功能       |            | 情绪功能       |            | 躯体功能       |            | 总体健康       |            |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 31     | 49.63±4.39 | 75.22±6.20 | 52.34±4.50 | 78.33±6.04 | 50.27±4.11 | 76.38±6.53 | 51.38±4.70 | 77.11±6.40 |
| 参照组 | 30     | 49.58±4.41 | 63.28±6.15 | 52.28±4.48 | 69.10±6.52 | 50.30±4.08 | 66.10±6.47 | 51.40±4.66 | 68.12±6.33 |
| t   |        | 0.0443     | 7.5493     | 0.0521     | 5.7382     | 0.0286     | 6.1747     | 0.0166     | 5.5143     |
| P   |        | 0.9648     | 0.0000     | 0.9586     | 0.0000     | 0.9773     | 0.0000     | 0.9867     | 0.0000     |

## 2.5 并发症发生率

试验组并发症发生率更低,  $P < 0.05$ 。(见表 5)。

表 5: 并发症发生率[n (%) ]

| 组别    | 例数 (n) | 呼吸机相关肺炎   | 腹胀         | 胸闷        | 总发生率       |
|-------|--------|-----------|------------|-----------|------------|
| 试验组   | 31     | 0 (0.00%) | 0 (0.00%)  | 1 (3.22%) | 1 (3.22%)  |
| 参照组   | 30     | 2 (6.66%) | 3 (10.00%) | 2 (6.66%) | 7 (23.33%) |
| $X^2$ |        |           |            |           | 5.4096     |
| P     |        |           |            |           | 0.0200     |

## 3 讨论

肺结核作为常见呼吸道传染性疾病的一种, 属于我国发病、死亡病例最多的重大传染病之一。结核分枝杆菌侵袭肺部后, 可诱发呼吸道感染。其中咳嗽咳痰等均属于疾病常见症状, 并且持续时间超过 2 周。呼吸道属于肺结核疾病的主要传播渠道。咳嗽、打喷嚏过程中, 结核菌可播散至空气中。若健康人群所吸入的空气带有致病菌, 则存在被感染的可能<sup>[2]</sup>。受肺结核影响, 肺组织被大面积损伤, 进而导致其难以发挥有效的肺通气、换气功能。随着肺结核所致的气道病变加重, 气道还会不断形成瘢痕挛缩, 致使通气异常。在此情况下, 机体处于低氧状态, 甚至造成二氧化碳潴留, 最终增加呼吸衰竭发生率。另外, 肺结核还会诱发胸腔积, 若没有及时将其抽出, 则还会造成胸膜纤维化, 当胸膜纤维板形成后, 胸廓运动还会受到限制, 进而造成呼吸衰竭<sup>[3-4]</sup>。临床治疗肺结核合并呼吸衰竭包括两方面内容, 其一为抗结核治疗, 其二为纠正呼吸衰竭治疗。为进一步提高治疗效果, 减轻疾病对肺功能的损害, 还应及时采取护理对策。

循证护理将循证医学作为根据, 以证据为前提, 所制定的护理方案具有护理衡量特征, 并且充分体现出基准标准特点<sup>[5]</sup>。相较于常规护理形式, 该种护理方案可将临床知识经验、科学依据、患者需求等相结合, 通过获取证据形式, 制定更为严谨、明确、科学、合理的护理方案, 有助于促进护理效率、护理效果提升。就肺结核合并呼吸衰竭患者而言, 疾病病程长, 日常生活受到的影响严重, 会引起其紧张、焦虑等不良情绪<sup>[6]</sup>。在此情况下, 患者治疗依从性下降, 并且还会出现诸多应激反应, 进而影响疾病康复。而循证护理的应用, 在了解患者情绪发生原因基础上, 为其提供更具有针对性的情绪消遣方案, 可最大程度上帮助患者改善精神状态, 进而促进其治疗信心提升。此外, 肺结核合并呼吸衰竭患者需要吸氧、排痰等, 在整个过程中, 予以患者对症护理, 不仅能够提高吸氧、排痰效果, 而且还可加快疾病恢复速度, 有助于帮助其改善胸闷、紫绀等症状。采取按摩、翻身等方式, 可积极预防并发症发生, 可见循证护理具有预见性特征<sup>[7]</sup>。加强环境、体位护理, 能够提高患者住院舒适度, 体现出循证护理以人文本的护理内涵。此外, 予以患者营养支持, 还可提高其机体免疫功能, 可达到加快疾病恢复速度的目的。本研究结果可见, 护理后, 试验组各项血清指标、血气分析指标均优于参照组, 心率、呼吸频率、心理境况评分、并发症发生率等均较参照组低, 生命质量评分比参照组高,  $P < 0.05$ 。

综上所述, 重症肺结核合并呼吸衰竭护理, 采取循证护理方案, 临床有效性值得肯定。一方面, 患者机体功能改善, 生命体征恢复。另一方面, 患者不良情绪减轻, 并发症发生率降低, 有助于促进其生命质量提升。

参考文献(略)

# 基于提高耐多药结核患者服药依从性的临床护理路径效果研究

王彩瑛

作者单位: 太原市第四人民医院

**1 前言** 结核病被医学界定义为是一种经呼吸道传播的慢性传染病。从 20 世纪 70 年代此病就开始广泛流行, 并在 1993 年宣布进入“全球 TB 处于紧急状态”。<sup>[1]</sup>2007 年我国卫生部对全国部分地区开展耐多药结

核的调查,之后于 2009 年 4 月发现耐多药结核案例,在治疗过程中,因耐多药结核疾病难以治愈、副反应差、费用高、死亡率高等因素,严重影响患者对疾病治疗的信心,在治疗与护理中耐多药结核患者的服药服从性也大大的降低。笔者医院经过研究,发现采用临床护理路径方式能提高耐多药结核患者的依从性及护理满意度。具体报告如下。

## 2 资料与方法

### 2.1 一般资料

本文通过选取太原市第四人民医院 2022—2023 年收治入院的耐多药结核患者 50 例。本文对耐多药结核患者进行分组,每组平均分为各 25 例,在观察组和对照组的患者选取不同的护理方法,并对导致的护理效果进行对比。在针对对照组的护理中,本研究将选取 25 例耐多药结核患者进行常规护理,其中男性患者、女性患者分别为 13 例与 12 例。并且为保证研究可靠性,选取不同年龄段患者进行研究,年龄包括 20 岁至 70 岁,其中未婚患者 5 例,已婚患者 20 例;治疗组采用临床护理路径,其中男性患者、女性患者分别为 15 例、10 例,为保证研究可靠性,患者年龄覆盖面也广,最小患者年龄为 20 岁,最大患者年龄为 75 岁,其中未婚患者 6 例,已婚患者 19 例。本文研究所选择的两组患者均符合耐药性结核的诊断,患者对参与此研究均已知情并签字同意。

### 2.2 方法

#### 2.2.1 常规护理方法

在本文研究过程中,对于对照组选用常规的护理方式,对患者进行抗结核药物治疗,并且进行常规的健康教育,主要方法由责任护士执行,其中包括口头宣教、设置板报宣传、播放短片宣传和发放健康知识手册等,对患者及患者家属讲解结核病以及耐多药结核病的有关知识。

#### 2.2.2 临床护理路径

在本文研究过程中,对于治疗组选用临床护理路径方法。(1)在以往的临床诊断中,耐多药结核患者常为反复住院患者,心理压力较大,缺少对疾病治愈的信心与勇气。因此,在接触耐多药结核患者时,医院护理人员应根据患者自身年龄、个性等特征与患者进行交谈,给予患者安慰与支持,认真向患者及其家属讲解针对患者自身情况所研究出的治疗方案,最终使得患者解除心理压力,接受疾病事实,积极配合治疗。(2)在治疗过程中,护理人员要时刻关注患者的病情发展,并让治疗效果好的患者与其进行治疗经验的交流,消除恐惧、不安的情绪,树立战胜病魔的信心。<sup>[2]</sup>在每日的服药中,叮嘱患者不要自行停药,要遵守医生的治疗方案,并告知药物会发生哪些不良反应,如果出现此类情况要及时与护理人员沟通。(3)由于耐多药结核病治疗时间较长。因此患者日常的饮食习惯、饮食结构也需要得到高度重视。医院医生护士应告知患者营养均衡饮食对于疾病恢复有重要的作用,劝导患者在日常饮食结构中增加高热量、高蛋白饮食的进食,尽量清淡饮食,以免影响治疗效果。同时让患者做适当的活动锻炼,合理的安排休息,保证充足的睡眠。(4)护士对家属的健康指导也是必不可少的,要让家属充分的了解疾病的预防和之力啊的知识,使家属能协助医护人员对患者的治疗。医院应告知家属结核病的基本病理,因其属于呼吸道传染病,所以家属在日常生活中应注意与患者有适当的距离,因家属接触患者是不可免的,所以要提前告知家属并掌握消毒隔离的方法。在患者生活用品方面,对使用过的餐具要放在煮沸的水里浸泡 5 分钟,才能够杀死其中的结核菌。指导家属从各方面关心患者,给予患者精神上的支持与鼓励。

### 2.3 观察指标

本次研究主要对患者的护理满意度、服药依从性评价表进行调查与记录,最后将对照组和治疗组患者使用常规护理和临床路径的护理效果作为观察指标,

#### 2.3.1 护理工作满意度评价标准

在患者治愈出院前,以问卷形式询问患者住院期间的护理满意度,让患者对其感受到额整体护理工作进行评价。患者可自行在问卷中勾选护理满意度,在对问卷进行收集整理后评价分析两组的护理方式。

#### 2.3.2 服药依从性评价标准

本次研究从 3 个小问题来体现对患者使用常规护理方式和临床路径护理方式,分别为:(1)在耐多药结核病的治疗期间,您是否有忘记过服药;(2)在耐多药结核病的治疗期间,您是否对服药偶尔有过不注

意；(3) 在耐多药结核病的治疗期间，您是否有过自行停药。其中“是”为“0”分，“否”为“1”分，共 4 分，得 4 分为好的服药依从性，其他为不好的服药依从性。

### 3 结果

通过对比治疗组与对照组对护理满意度的问卷结果发现，治疗组患者在对护理满意度评价时，选择“非常满意”10 人，“基本满意”3 人，“一般满意”2 人；对照组在对护理满意度评价时，选择“非常满意”2 人，“基本满意”8 人，“一般满意”5 人，因此治疗组患者护理满意度远远高于对照组。并且在比较两组患者的服药依从性发现，治疗组患者忘记服药次数远远低于对照组患者，治疗组患者的服药依从性明显较高。

### 4 讨论

目前，虽然我国高度重视结核病，注重对员工的身体检查，并为结核病患者提供特效药，但我国结核病患者数量仍在持续上升，其中耐多药结核患者的数量也在不断增加。据统计，在 100 个结核病患者中就有 25 个耐多药结核患者。并且在耐多药结核患者中，因发病时间过长、药物供应不足及不合理的治疗方案等方面导致很多患者复治失败或短期治疗失败，使患者对疾病的治疗失去信心，从而出现中途放弃治疗等状况。<sup>[3]</sup> 本文通过对比治疗组和对照组 50 位耐多药结核患者不同护理方法所影响的临床治疗效果，经过较长时间的分析研究发现耿有针对性护理的治疗组患者的临床治疗效果更好，且患者服药依从度更高。因此，本文认为，患者的临床治疗效果受到护理质量高低的影响，在患者的治疗康复期间应注意制定有效的护理措施。

综上所述，本院通过对比发现，临床路径护理模式能够有效提高患者的服药依从性，使得患者治愈信心大大增强，对于结核病治疗的配合更加积极主动，因此临床路径护理模式值得在临床推广应用。

参考文献（略）

## 重症肺结核合并呼吸衰竭患者的临床护理体会

王海俐

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 重症医学科，山西 太原 030053

**【摘要】目的：**探究重症肺结核合并呼吸衰竭的临床护理对策。**方法：**2020.08 至 2021.05，录入 53 例重症肺结核合并呼吸衰竭患者，均采用综合护理方案，回顾性分析患者临床资料。对临床疗效、护理满意度、生命体征、SF-36 评分（生活质量）、心理状态进行记录、测定。**结果：**（1）本研究 53 例患者，临床总有效率为 96.22%（51/53），护理满意度为 94.33%（50/53）。（2）护理后生命体征、生活质量、心理状态等指标均优于护理前， $P < 0.05$ 。**结论：**重症肺结核合并呼吸衰竭患者治疗期间，配合行之有效的护理方案，可进一步提高治疗效果，改善患者生活质量。

**【关键词】**重症肺结核；呼吸衰竭；临床护理；生命体征

结核分枝杆菌侵袭肺部，可导致肺结核发生。尤其是免疫功能较弱的患者，被感染的风险更高。如果治疗方案选取不够及时，则疾病还会演变为重症肺结核，进而影响患者呼吸功能，使之机体所需氧气减少。随着体内二氧化碳不断聚集，患者正常生理功能得不到有效维持，最终引起呼吸衰竭<sup>[1]</sup>。重症肺结核合并呼吸衰竭不仅病情危重，而且致死率极高。为改善患者预后效果，需要配合有效的护理对策。本研究回顾性分析重症肺结核合并呼吸衰竭患者应用综合护理的所得资料，报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基础资料

纳入重症肺结核合并呼吸衰竭患者，合计 53 例。时间自 2020.08 开始，至 2021.05 结束。男性：30 例，女性：23 例。年龄：35 至 76 岁。均值：（56.23±2.75）岁。病理分型：血行播散型：16 例；慢性纤维空洞型：18 例；慢性纤维空洞型：19 例。病程最大值、最小值依次为 15 年、3 年，均值：（7.74±2.50）年。呼吸衰竭分型：I 型、II 型依次为 26 例、27 例。

选入依据：(1) 病区视野不低于 4 处，空洞明显，伴有呼吸衰竭者。(2) 知情本研究者。

排除依据：(1) 肝肾功能严重异常、沟通障碍者。(2) 免疫功能异常者。

## 1.2 方法

### 1.2.1 基础护理

患者入院后，对其进行全面评估，寻找存在的潜在问题，根据实际情况制定护理对策。热情与患者交流，站在患者角度思考问题，尽可能满足患者需求。(1) 健康教育。就肺结核患者而言，对自身疾病了解不足，难以认识到疾病的危害。对于此类患者，需要在了解其病情基础上，开展健康教育工作。同时，为患者讲解护理保健、消毒隔离知识。加强心理卫生教育，告知患者健康行为、生活方式对疾病康复的重要意义。指导患者常洗手、开窗通风。打喷嚏、咳嗽时需要捂住口鼻。于指定位置咳痰。(2) 心理层面。结核疾病因具有传染性特征，使得患者心理压力倍增，并且还会伴有孤独感、无助感。为避免思想焦虑而导致病情加重，还应及时予以患者心理疏导。除予以患者必要的关怀与支持外，还应充分尊重患者，不可存在歧视心理。在与患者沟通期间，需要以平等态度对待患者，并对其心理波动情况进行评估。主动帮助患者消除恐惧心理，指导其通过观察电视节目、听音乐等方式转移注意力。向患者举例说明康复效果优异的病例，让其提升治疗信心。(3) 饮食与休息。让患者注意休息，减少体力消耗。同时，予以患者饮食指导，确保其每日所需营养充分。根据患者机体消耗情况、破坏组织修复需要，合理搭配主食肉蛋菜汤。告知患者不可挑食，并且不可摄入过多刺激性食物。就抽烟、饮酒患者而言，劝诫其戒烟、戒酒。若患者处于昏迷状态，则可采取鼻饲方式。患者合并呼吸衰竭，且在伴有消化道出血情况下，不可进食。但是出血停止后，可让其进食少量流质饮食，也可予以其氢氧化铝凝胶。(4) 呼吸道护理。气道阻塞可导致通气机能障碍，进而诱发二氧化碳潴留、低氧血症。因此，还应加强呼吸道护理，确保患者呼吸通畅。若患者处于清醒状态，则可鼓励其自主咳嗽、排痰，并帮助其更换体位，通过叩背方式协助其排痰。评估患者痰液性质，对于较为粘稠者，应借助于雾化吸入、药物祛痰等形式湿化痰液。如果患者处于昏迷状态，或者咳嗽无力，则需要采取机械刺激形式，刺激患者有效咳嗽，进而加快痰液排出速度。针对支气管被痰液阻塞的患者，应将气管切开所需用品准备完成，并行气管切开护理。(5) 体温监测。设定固定的体温测定时间、部位。测量体温前，应确保患者预先休息半小时。患者饮酒、饮用过凉或者过热的饮品后，均不可理解测温。此外，体温表应固定。(6) 活动指导。在了解患者病情基础上，评估其疾病发展阶段。根据阶段差异，指导其开展不同的休息、活动模式。需要注意的是，患者活动量应适量，以不感到疲劳为宜。在运动过程中，若出现疲劳感，则需要让其减少运动量，或暂停运动。对于出现发热、咳痰、咳血者，应让其停止运动，卧床休息。针对活动性肺结核者，不可运动，需要绝对卧床休息，并且在休息期间还应减少脑力消耗，放松身心。患者症状改善后，可嘱其适当活动。由室内活动逐步改为散步，遵循循序渐进原则。患者每日睡眠时间应确保 8 至 10 小时。午休时间应维持在 1 至 2 小时。若开展户外活动，则还需要加强对气候变化情况的观察。尤其是冬季，应做好保暖工作，并佩戴口罩。

### 1.2.2 吸氧护理

以低流量给氧为主，每分钟 1 至 1.5 升，氧浓度不超过 30%，借助于鼻导管给氧。患者吸氧期间，还应密切监测其病情变化情况。吸氧效果良好的判断根据为患者呼吸困难症状改善，心率降低，且每分钟降低超过 10 次，精神状态好转。对于异常兴奋或者嗜睡者，可采取正压吸氧方式，每 0.5 至 2 小时开展 1 次，每次 2 至 3 分钟。

### 1.2.3 呼吸机护理

检查呼吸机是否正常运转，再连接患者。尤其需要检查是否存在错装、漏气情况。同时，病房还应配备麻醉机、简易呼吸机，以防意外事件发生。在人工呼吸过程中，需要确保加湿器内水量充足。对于呼吸机管道中凝聚的水分，需要及时清除，防止误吸而硬性呼吸道阻力。患者行人工呼吸期间，还应协助与其翻身、拍背，做好体位引流工作。开展气道内吸引工作时，应严格执行无菌操作。另外，导管需要及时更换。对于呼吸机可拆卸部分，需要严格消毒。

### 1.2.4 药物治疗护理

应用抗菌药物治疗期间，需要观察患者治疗效果。针对出现过敏反应、输液反应者，需要及时采取处

理对策。患者呼吸性酸中毒用药为碱性药物，在具体使用期间，需要判断患者是否存在头痛、倦怠症状，并了解其睡眠状况。碱性溶液补充过多情况下，可导致患者神经肌肉活动增加，并且还会伴有腹胀、瘫软症状。若患者碱性溶液补充后表现为食欲下降、恶心呕吐、焦躁不安等，则需要考虑是否为代谢性酸中毒。在予以患者利尿剂治疗时，还应对液体出入量进行记录。同时，加强对患者血压指标的监测。若患者使用强心剂治疗，则还应判断其心衰症状控制情况。尤其是洋地黄等药物使用后，需要观察是否存在毒性反应。

### 1.3 观察指标

(1) 临床疗效、护理满意度。

(2) 生命体征。包括：呼吸频率、心率。PaO<sub>2</sub>：血氧分压。PaCO<sub>2</sub>：血二氧化碳分压。SpO<sub>2</sub>：血氧饱和度。

(3) SF-36 评分。以该指标测定患者生活情况。涉及生理、精神、社会等层面。总计六项内容。总分：100 分。分值低，提示生活情况不良。

(4) 心理状态。包括 SAS、SDS。前者为焦虑状态，后者为抑郁状态。分值高，提示状态不佳。

### 1.4 统计学方法

SPSS24.0 软件检验所得数据。计量资料 T 检验，( $\bar{X} \pm S$ )表示。P<0.05，价值存在。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效、护理满意度

临床疗效：本研究 53 例肺结核合并呼吸衰竭患者，显效：38 例，占比：71.69%；有效：13 例，占比：24.52%；无效：2 例，占比：3.77%。总有效率：96.22% (51/53)。

护理满意度：满意、一般、不满意分别为 36 例、14 例、3 例，所占比值为 67.92%、26.41%、5.66%。总满意度：94.33% (50/53)。

### 2.2 生命体征

护理后各项生命体征均趋于正常，P<0.05。(见表 1)。

表 1：生命体征( $\bar{X} \pm S$ )

| 时间  | 例数 (n) | PaO <sub>2</sub> (kPa) | PaCO <sub>2</sub> (kPa) | SpO <sub>2</sub> (%) | 呼吸频率 (次/min) | 心率 (次/min)   |
|-----|--------|------------------------|-------------------------|----------------------|--------------|--------------|
| 护理前 | 53     | 5.64±0.52              | 11.23±1.06              | 87.23±1.48           | 28.57±2.41   | 118.63±12.30 |
| 护理后 | 53     | 8.69±0.66              | 9.31±0.34               | 95.15±1.07           | 20.52±2.33   | 83.47±7.24   |
| t   |        | 26.4262                | 12.5564                 | 31.5715              | 17.4827      | 17.9342      |
| P   |        | 0.0000                 | 0.0000                  | 0.0000               | 0.0000       | 0.0000       |

### 2.3 SF-36 评分

护理后 SF-36 评分均升高，P<0.05。(见表 2)。

表 2：SF-36 评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 时间  | 例数 (n) | 生理职能       | 精神健康       | 一般健康状况     | 社会功能       | 躯体功能       | 生命活力       |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 护理前 | 53     | 56.66±6.28 | 52.96±6.22 | 55.41±6.06 | 54.83±6.37 | 52.62±6.09 | 54.33±6.72 |
| 护理后 | 53     | 81.70±6.31 | 83.23±6.11 | 85.10±6.35 | 84.06±6.29 | 80.26±6.32 | 82.68±6.61 |
| t   |        | 20.4767    | 25.2746    | 24.6248    | 23.7705    | 22.9268    | 21.8958    |
| P   |        | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     |

### 2.4 心理状态

护理后心理状态评分下降明显，P<0.05。(见表 3)。

表 3：心理状态( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 时间  | 例数 (n) | SAS        | SDS        |
|-----|--------|------------|------------|
| 护理前 | 53     | 57.12±4.88 | 56.82±4.72 |
| 护理后 | 53     | 32.45±3.59 | 31.70±3.50 |
| t   |        | 29.6455    | 31.1221    |
| P   |        | 0.0000     | 0.0000     |

### 3 讨论

肺结核作为常见传染性疾病的一种，具有慢性病特征，由结核分枝杆菌所致。统计显示，全球每年新发结核病病例约为 900 万<sup>[2]</sup>。机体细胞介导变态反应增高、免疫力下降情况下，被结核分枝杆菌侵袭的概率较大。若未得到及时有效的治疗，则还会进展为重症肺结核。这就导致患者肺功能明显下降，并且呼吸功能受到影响，进而导致机体出现缺氧症状。同时，患者还会伴有二氧化碳潴留，使之生理功能紊乱，最终诱发呼吸衰竭。在患者合并感染中毒性休克时，随着平均动脉压、体温降低，使得机体器官得到的灌注越来越少，进而诱发乳酸水平升高。此外，部分患者伴有慢性肾功能不全，加之免疫功能难以有效发挥，从而导致结核分枝杆菌感染率升高。在肾功能不全影响下，部分抗结核药物无法发挥最佳效果。基于此，病情得不到有效控制，从而引起呼吸衰竭<sup>[3]</sup>。值得注意的是，机体各器官、组织所需氧气得不到有效供应，还会加剧肾功能不全，最终增加致死风险。就重症肺结核合并呼吸衰竭患者而言，需要长时间应用广谱抗生素、抗结核药物治疗。随着应用时间延长，耐药性也会不断增加，致使真菌感染水平提升。患者合并真菌情况时，症状、体征等不具有特异性，这就使得误诊、漏诊概率增加，从而延误疾病治疗。患者呼吸道感染控制不理想情况下，预后效果也会受到影响。此外，结核病对患者机体消耗过大，若未注意营养补充，则还会导致营养不良。这就使得蛋白质分解代谢增加、呼吸功能下降，最终导致通气功能障碍。相关研究显示，营养不良会降低细胞免疫功能，致使机体抗病能力下降，从而增加感染风险<sup>[4]</sup>。重症肺结核合并呼吸衰竭致死率较高，经 ICU 抢救后，存活率仍仅有不到 50%。为改善患者预后，还应及时采取有效的护理方案。

临床治疗肺结核以纠正缺氧症状为主要原则。通过予以患者无创通气方案，可达到稳定其病情的目的。本研究在此基础上，配合综合护理方案，通过 4 个维度予以患者帮助。从基础护理角度来看，在对患者进行全面评估基础上，行健康教育、心理疏导、饮食、呼吸道、体温、活动指导，能减少影响患者疾病发展的多种因素<sup>[5]</sup>。尤其是饮食、休息、活动方面，通过让患者科学饮食，可加快其体能恢复速度，进而促进其活动能力提升，在活动的同时注意劳逸结合，可防止体能消耗过大。此外，配合吸氧、呼吸机护理，有助于改善患者呼吸困难症状，进而加快其恢复时间，降低不良事件发生率<sup>[6]</sup>。此外，根据患者不同用药类型而采取不同的观察方案，能够及时发现异常情况并采取处理对策。通过予以患者心理疏导，还可降低其紧张感，进而以愉悦心情接受治疗<sup>[7]</sup>。本研究结果可见，53 例患者中，有效与显效依次为 38 例、13 例，总有效率为 96.22%；满意与一般满意分别为 36 例、14 例，总满意度为 94.33%。护理后生命体征明显恢复，且生活质量评分较护理前高，心理状态低于护理前， $P < 0.05$ 。

综上所述，重症肺结核合并呼吸衰竭患者治疗期间，予以其有效的护理方案，可有效降低疾病致死率，加快患者生命体征恢复速度，有利于促进其临床效果提升，可达到改善患者生活质量的目的。

参考文献（略）

## 风险护理对重症监护室肺结核患者肺功能和呼吸机相关性肺炎的改善效果

吴莉

作者单位：太原市第四人民医院 重症医学科，山西 太原 030053

**【摘要】目的：**研究分析重症监护室收治肺结核患者采用风险护理进行干预对其肺功能、呼吸机相关性肺炎发病率等方面影响性。**方法：**重症监护室于 2020 年 1 月初至 2021 年 12 月末，收治重症肺结核实施呼吸机通气患者 60 例，组别划分方式使用单双号，行救治中，传统护理用于常规组，风险护理用于实验组，分析效果。**结果：**组别间呼吸机相关性肺炎、风险事件等发生率较低者均为实验组（ $P < 0.05$ ），肺功能、血气指标，指标项数据提示采取风险护理的实验组良好（ $P < 0.05$ ），患者恢复情况，实验组可见优势

( $P < 0.05$ )。结论: 肺结核就诊重症监护室患者, 对其提供护理服务, 以风险护理干预作用较为良好, 实施后可改善其肺功能, 抑制呼吸机相关性肺炎发生, 护理效果极佳。

**【关键词】** 风险护理; 重症监护室; 肺结核; 肺功能; 呼吸机相关性肺炎

重症肺结核疾病在临床中, 对患者生命安全存在极大威胁性, 因此需由重症监护室收治, 以对其开展具备针对性的诊疗, 从而管控疾病危害。相比常见肺结核疾病患者, 重症肺结核疾病具有的较强侵袭性及传染性, 因发病于肺部, 在致病菌侵蚀性, 患者肺部功能将在短时间内出现明显下降, 造成肺组织实质性病变的同时, 还将干扰肺部氧气摄入, 进而影响人体重要组织器官供氧, 由此引发组织器官功能损害并诱发并发症、合并症, 对患者健康造成极大损害<sup>[1-2]</sup>。呼吸机的使用, 能够干预重症肺结核患者呼吸状态及呼吸系统功能, 以保障其机体氧气摄入量稳定, 但呼吸机的使用, 可在一定程度上诱发呼吸机相关性肺炎, 对就诊重症监护室肺结核行呼吸机通气患者提供风险护理, 发挥该项护理措施防控风险事件特点, 通过护理, 可使其病情、诱发风险事件因素得到极大程度管控, 同时干预患者就诊期间个人状态及肺部功能, 将使患者疾病康复得到促进, 维护患者生命安全的基础上, 增进诊疗实施有效性<sup>[3-4]</sup>。本次将 2020 年 1 月初至 2021 年 12 月末就诊重症监护室肺结核患者 60 例选入研究, 分析风险护理对于该疾病类型患者干预作用及护理措施对其肺功能、呼吸机相关性肺炎改善功效, 现报告如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

重症监护室于 2020 年 1 月初至 2021 年 12 月末, 收治重症肺结核实施呼吸机通气患者 60 例, 组别划分方式使用单双号, 各组均分入 30 例, 常规组分入男 16 例, 女 14 例, 年龄 ( $57.93 \pm 3.42$ ) 岁, 实验组分入男 17 例, 女 13 例, 年龄 ( $58.06 \pm 3.39$ ) 岁, 无差异 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

传统护理用于常规组: 病房定时通风换气, 做消毒、灭菌处理, 开展生命体征监护, 护理人员与患者接触前, 采取防护措施的同时, 注意护理操作遵循无菌原则, 定时清理患者呼吸道及口腔, 定期更换呼吸机通路, 过程中严格消毒, 从而预防感染, 遵医嘱给药, 做疾病治疗。

风险护理用于实验组:

(1) 风险事件防控方案: 汇总患者资料及疾病相关信息, 综合性评估患者机体状态, 预估重症监护室就诊期间患者风险事件发生率, 遵循患者个体差异, 制定风险事件防控方案, 拟定风险事件处理措施, 并调整细节处, 为患者提供具备针对性的护理服务。结合既往临床重症监护室肺结核患者案例, 汇总后分析引发呼吸机肺炎成因及干扰因素, 做护理干预重点, 管理患者通气期间呼吸机使用情况, 进而防控呼吸机肺炎。

(2) 操作培训: 为使护理服务质量进一步提高, 护理人员经由培训后, 采取考核方式选拔。专业培训中, 对重症监护室肺结核患者病症特点、疾病特殊性、护理注意事项、干预方式等逐一进行宣讲, 行实操训练, 重点演示呼吸机使用及操作、护理技巧, 过程中强调无菌操作、规范操作重要性, 提高护理人员重视程度, 训练后, 考核培训内容, 选拔具有较高专业性及综合能力护理人员进入重症监护室为肺结核患者提供护理服务。

(3) 感染预防: 患者接受救治过程中, 护理人员为患者提供护理服务, 关注其呼吸系统功能及肺部功能恢复情况, 并对其生命体征开展监护并详细记录, 管理呼吸机使用情况, 定时查验呼吸机供氧情况, 根据监测所记录数据, 分析患者当前状态, 遵医嘱调节氧气流速、浓度及氧气湿度, 保障氧气供给的同时, 保护患者气道, 可促进其自主呼吸恢复。定时行吸痰, 保持患者呼吸道通畅, 定期采样做生化检测, 了解患者是否存在呼吸道感染情况, 以便及早实施干预及治疗。行呼吸机通路及配件更换时, 需严格遵照无菌原则开展操作, 完毕后相关器械、防护用品需做统一处理, 进而管控致病菌传播, 阻断其传播途径。

(4) 卫生管理: 患者就诊重症监护室期间, 管理患者个人卫生情况, 做常规头面部、手足部清洁外, 患者口腔黏膜组织及会阴部等位置做定期清洁, 以增进其体感舒适度。病床床品、患者所穿衣物等均定期更换, 有助于提高患者体感舒适度, 从而改善其就诊体验。

(5) 体位调整: 管理患者体位, 定时做体位调整, 可避免长时间卧床导致其出现压疮, 过程中注意各管道通路状态, 若出现弯折即刻实施调整, 以保障其通畅, 体位调整完毕后, 对管道通路做合理摆放, 必要时可采取固定, 预防脱管情况发生。

(6) 饮食干预: 患者患病期间所进食食物, 以软烂、营养丰富为宜, 根据患者个人意识、生理功能恢复情况决定其进食方式, 若患者意识不清或存在思维混乱情况, 需采取鼻饲管进行肠内营养供给, 若患者可做基础沟通, 病情基本稳定, 可采取自主进食方式, 过程中关注患者进食量, 少食多餐, 有助于营养物质吸收, 同时可减轻消化系统负担。患者进食时, 对其体位进行调整, 进而预防其因进食所致呛咳, 影响其呼吸系统状态。进食后注意口腔清洁, 以阻滞细菌滋生。

(7) 肺功能训练: 待患者病情趋向于稳定后, 指导其行肺功能训练, 对其肺部状态进行干预, 增进肺活量, 促进其肺部氧气摄入的同时, 有助于患者呼吸系統功能恢复, 抑制疾病所致损害性。

### 1.3 观察指标

呼吸机相关性肺炎发生率统计。

出现大咯血、误吸、呼吸机脱落等风险事件患者例数实施统计。

肺功能比较指标项为第 1s 用力呼吸容积、最大呼气流量。

血气指标采集动脉二氧化碳分压、动脉血氧分压、血氧饱和度。

恢复情况指标项整理重症监护室住院时间、自主呼吸恢复时间、总住院时长等。

### 1.4 统计学处理

本次研究重症监护室收治肺结核患者采用风险护理进行干预对其肺功能、呼吸机相关性肺炎发病率等方面影响性, 统计学软件版本为 SPSS21.0, 计量资料、计数资料分别使用 t 值、X 值开展检验, 其表现形式为 ( $\bar{x} \pm s$ )、(n%), 统计学软件计算结果呈现  $P < 0.05$  时, 提示组别间数据存在差异。

## 2. 结果

### 2.1 呼吸机相关性肺炎发生率

统计后可见, 实验组呼吸机相关性肺炎发生率得到有效控制 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 重症监护室肺结核患者呼吸机相关性肺炎发生率 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 发生例数 | 发生率    |
|----------------|--------|------|--------|
| 常规组            | 30     | 4    | 13.33% |
| 实验组            | 30     | 0    | 0.00%  |
| X <sup>2</sup> | -      | -    | 4.2857 |
| P              | -      | -    | 0.0384 |

### 2.2 风险事件发生率

实验组、常规组采取不同措施护理后, 前者发生风险事件几率较低 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 重症监护室肺结核患者风险事件发生率 (n%)

| 分组             | 案例 (n) | 大咯血       | 误吸         | 呼吸机脱落     | 发生率        |
|----------------|--------|-----------|------------|-----------|------------|
| 常规组            | 30     | 2 (6.67%) | 3 (10.00%) | 2 (6.67%) | 7 (23.33%) |
| 实验组            | 30     | 0 (0.00%) | 1 (3.33%)  | 0 (0.00%) | 1 (3.33%)  |
| X <sup>2</sup> | -      | -         | -          | -         | 5.1923     |
| P              | -      | -         | -          | -         | 0.0227     |

### 2.3 肺功能

实验组采取护理后, 患者肺功能可见显著改善 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 重症监护室肺结核患者肺功能(分,  $\bar{x}\pm s$ ) n=60

| 分组  | 案例 (n) | 第 1s 用力呼吸容积 (L) |           | 最大呼气流量 (L/s) |           |
|-----|--------|-----------------|-----------|--------------|-----------|
|     |        | 护理前             | 护理后       | 护理前          | 护理后       |
| 常规组 | 30     | 1.43±0.32       | 1.62±0.18 | 2.46±0.22    | 3.19±0.31 |
| 实验组 | 30     | 1.41±0.29       | 1.83±0.10 | 2.51±0.28    | 3.78±0.13 |
| t   | -      | 0.2536          | 5.5859    | 0.7690       | 9.6133    |
| P   | -      | 0.8007          | 0.0000    | 0.4450       | 0.0000    |

## 2.4 血气指标

血气指标统计, 实验组于干预后血气指标较良好, 较常规组具备优势 ( $P<0.05$ ), 见表 4。

表 4 重症监护室肺结核患者血气指标(分,  $\bar{x}\pm s$ ) n=60

| 分组  | 案例 (n) | 动脉二氧化碳分压 (mmHg) |            | 动脉血氧分压 (mmHg) |            | 血氧饱和度 (%)  |            |
|-----|--------|-----------------|------------|---------------|------------|------------|------------|
|     |        | 护理前             | 护理后        | 护理前           | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 常规组 | 30     | 86.93±4.64      | 59.64±3.29 | 44.73±3.88    | 61.93±4.25 | 84.38±3.57 | 90.91±3.27 |
| 实验组 | 30     | 87.03±4.58      | 47.91±2.82 | 44.81±3.79    | 69.49±2.76 | 84.41±3.60 | 98.04±2.26 |
| t   | -      | 0.0840          | 13.5629    | 0.0807        | 8.1711     | 0.0324     | 9.8245     |
| P   | -      | 0.9333          | 0.0000     | 0.9359        | 0.0000     | 0.9743     | 0.0000     |

## 2.5 恢复情况

统计后可见, 实验组采取风险护理后, 其恢复耗时较短 ( $P<0.05$ ), 见表 5。

表 5 重症监护室肺结核患者恢复情况(d,  $\bar{x}\pm s$ ) n=60

| 分组  | 案例 (n) | 重症监护室住院时间 | 自主呼吸恢复时间  | 总住院时长      |
|-----|--------|-----------|-----------|------------|
| 常规组 | 30     | 9.49±2.33 | 6.71±1.23 | 15.98±2.29 |
| 实验组 | 30     | 7.56±1.75 | 4.59±1.02 | 13.40±0.71 |
| t   | -      | 3.6276    | 7.2668    | 5.8940     |
| P   | -      | 0.0006    | 0.0000    | 0.0000     |

## 3. 讨论

重症肺结核是由结核杆菌感染肺部所引发的重度感染性疾病, 其成因为结核杆菌感染后, 患者肺部功能遭受严重侵蚀出现弥漫性损伤, 进而导致持续高热及呼吸系统功能异常, 以呼吸困难为主要表现, 因疾病累及人体多个重要组织器官及循环代谢系统功能, 因此随病情进展, 可并发呼吸衰竭、大咯血情况, 进一步发展, 将导致多器官功能衰竭, 进而造成死亡, 于临床中, 重症肺结核存在较高病死率<sup>[5]</sup>。

重症监护室收治重症肺结核患者, 通过给予其针对性治疗及呼吸机通气, 可使患者因重症肺结核所致症状反应得以缓解, 通过给予其治疗药物, 能够管控患者病情, 从而使患者生命体征恢复平稳, 进而提高患者生存几率。通过对既往临床中行呼吸机通气重症肺结核患者观察发现, 呼吸机的使用虽然具备干预患者病情、促进其生命体征恢复稳定等作用, 但因属机械通气, 因此易诱发呼吸机肺炎, 损伤患者呼吸系统功能的同时, 对患者肺部功能恢复可造成不良影响, 若发生呼吸机肺炎, 患者住院时间将延长, 加剧其疾病治疗所致经济负担, 且干扰其身心状态。因此给予重症监护室重症肺结核患者护理服务, 对其诊疗期间进行管理干预, 存在必要性。风险护理是以管控患者就诊期间风险事件, 降低风险事件发生率为重点的护理措施, 通过对引发风险事件因素及干扰生命安全因素进行管理干预, 配合调整患者机体生理功能及就诊期间个人状态方式, 抑制风险事件, 降低其发生率, 除能够有效干预患者病情、促进临床诊疗工作开展的同时, 还能够维护患者诊疗安全, 阻止疾病并发症、合并症发病, 从而使患者疾病康复得到促进<sup>[6]</sup>。将风险护理用于重症监护室肺结核护理中, 护理前, 分析患者护理需求, 规划护理措施, 开展专业培训, 实施意义在于提高护理工作质量及专业性, 进而使患者就诊期间, 病情、症状反应等经由护理服务得以缓解, 并在护理措施干预下, 其康复进程得以缩短, 促使其获得良好就诊体验, 以辅助临床诊疗疾病功效得到充分发挥。预防感染, 在护理中, 通过干预呼吸机供氧情况、气道保护、无菌原则更换呼吸机通路及呼吸机

配件,可提高呼吸机使用安全性,使其对重症肺结核所致呼吸系统功能异常干预作用得以发挥。管理患者个人卫生,一方面保持患者良好卫生,增进其舒适度,另一方面可抑制致病菌滋生及附着,由此可预防患者就诊期间感染性疾病发病,由此增进诊疗安全性。调整患者体位,能够干预患者机体状态,缓解长期卧床所致不适,实施饮食结构调整,选择适宜方式进食,可保障患者进食安全性,同时促进其机体所需营养物质供给,有助于其恢复。开展肺功能训练,通过训练能够改善患者肺部状态,以此减轻疾病不良影响及对人体生理功能损害,从而缩短患者预后恢复时长<sup>[7]</sup>。经由上述措施干预,重症监护室肺结核患者经由护理干预,呼吸机相关性肺炎发生率将得到有效管控,促使其肺功能能够得到显著改善,使患者经救治及临床干预后能够尽快出院,恢复机体健康,可见良好干预效果。

综上,风险护理措施用于重症监护室肺结核护理中,护理作用显著,可有效管控呼吸机相关性肺炎,使其发病率得以下降,并改善患者肺功能,护理作用极佳,可推广。

参考文献(略)

## 耐多药肺结核之护理康复重要性的探究

张海青

作者单位:太原市第四人民医院 030053

**摘要:** **目的:** 探究分析耐多药肺结核患者护理利用康复护理干预的临床应用效果。**方法:** 按照研究目的选择合适的患者研究,研究中分为对照和观察组,分别进行普通护理和康复护理干预,研究中主要就患者护理之后效果情况进行对比。**结果:** 观察组患者疾病认知、服药依从性、心理状态、康复情况评分分别明显高于对照组,而且满意度明显较高,差异显著具有统计学意义( $p < 0.05$ )。**结论:** 康复护理干预应用在耐多药肺结核患者护理中优势明显,缓解患者症状有效提升治疗疗效,值得推广。

**关键词:** 康复护理干预;耐多药肺结核;应用效果体会

临床上耐多药肺结核患者发病后需要使用利福平和异烟肼药物治疗,治疗时如果单纯给患者使用药物并不能达到显著效果,基于此在临床上提出患者药物治疗后利用有效护理策略帮助患者。本次基于实际问题进行研究,在分析过程中选择合适的患者,两组患者利用不同的护理方法,希望通过实践了解耐多药肺结核患者护理过程中康复护理干预的价值。

### 1 一般资料与方法

#### 1.1 一般资料

研究过程中考虑研究的目的,进行科学选择,根据我院 2020.1-2021.2 这一期间治疗实践来看,选取部分合适的耐多药肺结核患者,本次选择中研究对象有 60 人,本次所选患者中患者的平均年龄为(51.46±3.25)岁。本次研究中把患者平分,作为对照组的 30 例患者中有男、女性分别为 16 例和 14 例,利用常规流程进行普通治疗护理,作为观察组的 30 例患者中男、性分别有 18 例和 12 例,利用康复护理干预。本次研究完全符合国家关于医学实验的相关准则,并且此次研究已经由我院的相关伦理组织签批。研究过程中所有的研究患者都按照标准纳入,患者经临床诊断严格按照标准属于耐多药肺结核症状,本次研究由院内专门人员同患者及家属进行讲解,所有参与本次研究的患者全部知情并且同意参与其中。在排除过程中,首先需要了解到患者是否能够积极配合研究,其次了解患者在临床治疗中的资料是否完善,如果患者存在急性病症也需要排除。

#### 1.2 方法

对照组在治疗过程中按照医院的常规流程进行普通护理。观察组的患者在基础护理后,需要利用康复护理措施强化干预,下面详细分析:第一,用药指导,耐多药肺结核患者对治疗认识不足,护理人员需要根据患者身体状况给患者制定针对性的用药指导计划,详细为患者及家属介绍抗结核药物知识,告知患者

如果日常治疗中不能按照规则使用药物会存在严重危害,让患者能够在早期治疗中适量使用药物,充分认识到全程化治疗的作用,增加患者治疗的依从性,让患者能够主动配合接受治疗。根据患者的身体状态做药敏实验,结合最终结果和患者情况制定合适的化疗方案,通常在治疗中需要给患者使用多种敏感药物,根据药物使用情况组成药物应用,患者治疗中坚持一年半到两年时间,在给患者治疗时控制药物使用剂量,如果患者在用药治疗后出现听力障碍、关节疼痛等症状,需要及时告知医生快速处理,患者出现上述症状也不必惊慌,通常用药后都会出现以上不良反应,在停药后会消失。如果需要给患者口服氨基水杨酸药物,需要混合服用避免药物在口腔停留过多时间,如果患者患有糖尿病可以把药物与酸奶相互混合,在患者用药期间需要及时检查患者身体器官功能状态,根据身体条件调整药物使用。第二,营养支持,患者患有结核病,在病症引发后会导致患者体内的营养和热量会被消耗,基于此需要在患者日常治疗中增加营养补充,帮助患者机体恢复。护理人员根据患者身体条件指导患者制定科学的饮食计划,保障患者每日摄入食物的多样化,让患者摄入一些钙元素丰富的食物,补充患者身体所需的蛋白质和维生素。如果患者出现咳血,需要在日常饮食中让患者多食用一些内脏、蛋黄等物质,补充身体所需铁元素。通过中医治疗理论分析,结核病患者发病后要避免吃容易生痰的食物,同时需要告知患者要禁止吸烟饮酒,避免由于日常饮食习惯导致病症不能有效治疗。第三,心理疏导,在患者入院后,护理人员关注患者的身心变化,根据研究目的制定专业的心理测量评分表,由护理人员对患者情况进行分析,通过有效交谈观察分析,了解到患者可能存在焦虑抑郁等症状。基于此在护理中需要护理人员耐心同患者交流,如果患者心理比较恐惧,结合专家组确定的治疗方案,耐心给患者讲解,方案调整必须由专家组确认完成后才可修正,告知患者如果能够坚持按照要求用药,并且定期到医院进行复查,病症可以有效治愈。如果患者的悲观情绪比较大,需要密切交流,分析患者所面临的困境,在护理中尽可能的帮助患者,缓解患者的心理压力。如果患者比较自卑并且内心多疑,需要护理人员提醒患者家属及时关心患者,在护理中要尊重患者,在交流中避免言语刺激。如果患者比较急躁,需要护理人员耐心同患者讲解,让患者按照流程完成各项治疗。第四,社会支持。耐药药肺结核患者的病症有一定的传染性,在治疗过程中需要把患者隔离,根据临床治疗来看,很多发病患者的家属和朋友心理压力比较大,会担心与患者接触后自身引发病症,此时会增加患者的心理压力。而且患者发病后病症变化比较慢,长期用药给患者身心带来负担。在护理中通过社会支持,可以有效降低患者身心的应激刺激,此时护理人员需要及时同患者家属及相关朋友讲解患者病症传播知识,并且积极鼓励他们看望患者,并且可以动员患者的单位进行救助,让患者能够得到身心的支持,避免患者患病治疗时内心产生一种孤独感。第五,健康教育。患者有结核病病症传染率比较高,目前我国患有耐药性结核病的患者较多,这种病症主要是呼吸道传播感染,强化健康教育告知患者日常消毒策略,保持日常个人卫生,在他人咳嗽时需要避免正面面对。指导患者每天必须保证充足的休息时间,日常饮食控制量,如果患者家属与患者相互接触需要及时进行检查,科学指导患者家属避免多种因素影响身体健康,导致身体出现结核病并发症。第六,出院随访。患者在治疗一段时间后病情会相对比较稳,如果患者在强化用药期满足各项要求,可以指导患者居家治疗恢复。当前治疗中,医护人员面对患者情况可以指导患者短程化疗,护理人员在患者出院前需要指导患者及时到医院进行相关功能检查,并且告知医生要进行细菌培养,每位患者有其专业责任人员,需要定期进行电话随访,责任护士人员要关注患者的病情发展状态,了解患者日常用药情况,分析患者出院后身体出现的不良反应,做好各项记录。指导患者家属监督患者用药,根据患者用药的情况制定相应表格,每日进行监督,同时可以在日历上记录各项患者治疗相关要点,比如可以把患者复诊日期进行勾画,提前做好准备,避免患者病症治疗出现遗漏。

### 1.3 观察指标及评价标准

结合具体实践研究数据,分析患者护理实际效果,研究中主要就患者的临床护理效果情况进行详细记录,并且两组加进行对比,具体情况以数据统计展示。

### 1.4 统计学方法

本次研究数据分析用统计学知识,检验过程中通过 SPSS18.0 进行计数分析,数据检测经统计学的知识进行分析,观察患者身体发展的具体情况最终结果每小组之间进行检验,计量资料利用合适方式进行验证。

## 2 结果

### 2.1 患者护理效果情况比较

表 1 患者护理效果情况比较表

| 组别             | 疾病认知      | 服药依从性     | 心理状态      | 康复情况      | 满意度         |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 对照组 (30 例)     | 6.73±2.12 | 5.28±1.56 | 7.01±1.02 | 6.22±1.74 | 22 (73.33%) |
| 观察组 (30 例)     | 9.34±1.83 | 8.59±1.24 | 8.21±1.44 | 9.07±2.02 | 29 (96.67%) |
| X <sup>2</sup> | 4.621     | 5.412     | 2.014     | 5.236     | 7.684       |
| P              | 0.004     | 0.002     | 0.012     | 0.0002    | 0.0001      |

有上面表 1 的数据可知,观察组患者疾病认知、服药依从性、心理状态、康复情况评分分别为(9.34±1.83)分、(8.59±1.24)分、(8.21±1.44)分和(9.07±2.02)分,对照组患者疾病认知、服药依从性、心理状态、康复情况评分分别为(6.73±2.12)分、(5.28±1.56)分、(7.01±1.02)分和(6.22±1.74)分,观察组和对照组的满意人数分别为 29 例和 22 例,分别占比 96.67%和 73.33%,两组对比差异显著具有统计学意义。

### 3.讨论

耐多药肺结核患者发病后需要长期治疗,会给患者家庭带来一定负担,而且有些患者临床治疗效果比较差,从病症自身来看有一定的传染性,所以国家相关组织对此种病症关注力度比较大。本次实践研究结果表明:观察组患者疾病认知、服药依从性、心理状态、康复情况评分分别为(9.34±1.83)分、(8.59±1.24)分、(8.21±1.44)分和(9.07±2.02)分,与对照组患者的(6.73±2.12)分、(5.28±1.56)分、(7.01±1.02)分和(6.22±1.74)分存在明显差异,观察组和对照组的满意人的分别占比 96.67%和 73.33%,两组对比差异显著具有统计学意义。综上所述,耐多药肺结核患者护理中利用康复护理干预,护理效果明显比常规护理好,而且提升患者满意度,值得推广。

参考文献(略)

## 个体化护理干预在重症肺结核患者中的应用

张秀坤

**【摘要】目的:** 分析在重症肺结核患者的护理期间采用个体化护理干预模式的效果。**方法:** 对我院在 2020.7-2022.2 期间收治的 86 例重症肺结核患者展开分析,将随机数表法作为分组方式,把患者分成各包含 43 例的常态组和研究组。常态组开展常规护理服务,研究组开展循证护理模式,完成护理后比较组间遵医行为、心理健康状况、生活质量、护理满意度。**结果:** 研究组生活习惯养成、自我病情监测及严格遵医用药各项评分均较常态组更高,  $P < 0.05$ ; 研究组和常态组在护理后的 HAMA、HAMD 评分比较结果提示差异显著,  $P < 0.05$ ; 比较两组生活质量可见,研究组生理功能、精神健康、躯体功能及社会功能评分均高于常态组,  $P < 0.05$ ; 研究组的护理满意程度相比于常态组而言,明显更高,  $P < 0.05$ 。**结论:** 将个体化护理干预模式应用于临床护理中,能有效改善重症肺结核患者的遵医行为,让患者的负面情绪得到明显减轻,提高患者的生活质量水平,使患者的满意程度更高。

**【关键词】重症肺结核; 个体化护理模式; 遵医行为; 生活质量**

肺结核患者患病后主要表现为体力降低、咯血、胸痛、发热等症状,患病后受到病情和经济压力等问题的影响,患者往往会出现焦虑、抑郁等负面心理情绪,对患者的身心健康造成严重影响<sup>[1]</sup>。因此在针对患者实施各项治疗措施的同时配合开展有效、科学的护理干预方案十分必要。传统所应用的护理内容大多以患者的病情护理为主,虽然能较为及时的解答患者所提出的问题,但主要以被动式护理为主,缺乏护理的针对性、主动性、科学性特点,难以取得理想的护理效果。循证护理模式是根据护理问题循证并制定护理措施,更加注重将患者放在护理中心位置,能根据患者的实际情况循证开展更加科学、具有个体化特点的护理内容<sup>[2]</sup>。为此,为进一步明确该种模式在重症肺结核中的应用效果,本次研究特选入 2020 年 7 月到

2022 年 2 月间我院收治的 86 例患者进行分析, 结果具体内容现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 基本资料

从 2020.7-2022.2 期间首选我院收治的 86 例重症肺结核患者进行观察, 将随机数表法作为分组方式, 将患者分成两组,  $n=43$ 。常态组的男性患者有 25 例, 女性患者有 18 例; 年龄最高者 68 岁, 最低者 21 岁, 平均  $(44.17\pm 3.62)$  岁; 病程最长 10 年, 最短 8 个月, 平均  $(5.67\pm 1.24)$  年。研究组的男性患者有 26 例, 女性患者有 17 例; 年龄最高者 69 岁, 最低者 20 岁, 平均  $(44.36\pm 3.58)$  岁; 病程最长 9 年, 最短 9 个月, 平均  $(5.74\pm 1.31)$  年。比较两组基本资料可见:  $P>0.05$ 。患者或家属在知情同意书上署名。研究通过伦理审批后开展。

纳入标准: (1) 接受胸 X 线、痰菌培养等检查确诊为肺结核者; (2) 病情进展为重症肺结核者; (3) 有基本的沟通交流能力者。排除标准: (1) 既往有精神疾病史者; (2) 合并沟通障碍或认知功能障碍者; (3) 存在重要的脏器功能不全者; (4) 合并其他传染患者; (5) 合并恶性肿瘤等危重症疾病者。

### 1.2 方法

常态组开展常规护理服务: 对患者单独隔离治疗, 告知家属减少探视, 为患者讲解疾病治疗方法和预后等内容, 说明药物的正确应用方法和用药剂量, 定期对患者的呼吸情况、体温、血压和心率等指标进行测量, 定时协助患者排痰, 叮嘱患者绝对卧床休养, 饮食主要以高营养食物、清淡食物等为主, 定期查房, 发现异常立即告知医师。

研究组开展个体化护理模式: (1) 成立循证护理小组: 由临床经验丰富、责任心强的护理骨干组成循证护理小组, 加强对小组成员的培训, 提高其基础护理能力, 掌握个体化护理干预模式对应的实践方法。

(2) 提出循证问题: 积极主动的与重症肺结核患者进行沟通, 动态收集患者的基础资料信息, 并结合临床护理经验, 明确护理期间存在的问题, 了解可能影响患者规律应用药物的影响因素, 提出如何提升患者服药依从性的问题。(3) 文献检索: 通过知网、万方等数据库平台和经医院信息科网络系统检索对应的文献数据, 寻找对应的问题, 明确检索关键词, 将含有对应内容的资料找出。主要原因在于重症肺结核患者缺少对疾病的认知, 且大多患者对疾病的治疗方案往往不理解, 缺少规律治疗重要性的认知, 对该病所造成的危害认识不高, 且对于遵医治疗的态度相对不积极, 可能导致不规律用药的情况。(4) 证据评估: 对所收集的文献和数据资料内容进行评价, 选取最佳研究资料, 并与患者的需求和临床以往的护理经验相结合, 制定针对性护理方案。(5) 循证护理内容: ①健康教育。将肺结核相关知识、疾病特点、消毒隔离措施等内容为患者和家属充分介绍, 说明疾病的严重性, 告知化疗是最有效的治疗措施, 需严格遵医嘱应用药物, 尤其关注文化程度较低、年龄较大的患者, 需要反复通过通俗易懂的话语为其讲解, 让患者逐渐明白并加深记忆。②心理疏导。对患者的心理情绪进行评估, 对于存在心理障碍且对疾病治疗有抵触情绪者, 充分关注患者的心理特点, 引导患者主诉内心的真实想法, 耐心倾听患者的心理感受, 主动为患者提供心理支持和安慰, 对患者的处境和痛苦表示理解和同情, 介绍治疗成功的对应案例, 促进患者积极配合完成治疗, 提高其治疗的自信心。③基础护理。严格遵循无菌操作原则, 有计划的更换患者的注射部位, 指导患者在输液前 0.5 h-输液结束后 6 h 对输液部位进行热敷, 对患者的临床表现进行观察, 发现患者不良情况立即给予有效的处理。④用药指导。详细为患者说明抗结核药物早期规范应用对病情产生的积极作用, 说明遵医嘱用药的必要性和重要意义, 并介绍无规律用药或自行停用药物可能造成的严重后果, 建立对应的监督机制, 掌握患者遵医期间的影响因素和存在的各项问题, 并及时主动的帮助患者解决。

### 1.3 观察指标

完成护理后比较组间遵医行为、心理健康状况、生活质量、护理满意度。(1) 对遵医行为的评价主要从生活习惯养成、自我病情监测、严格遵医用药三个方面进行评估, 各项内容的评分为 0-100 分, 得分越高表示遵医行为越好。(2) 评价心理健康状况时所采用的量表包括 HAMA、HAMD 量表, 分值越高表示心理健康状况越差。(3) 对生活质量的评估所应用的量表为生活质量问卷-74 (GQOL-74), 主要评价内容包括生理功能、精神健康、躯体功能、社会功能四项, 各项评分越高表示生活质量越好。(4) 对组间护理满意程度的评价采用自制的满意程度量表进行评估, 总分 100 分, 得分  $<60$  分表示不满意, 得分超过 80

分表示非常满意，得分在二者之间表示基本满意。总满意=非常满意+基本满意。

#### 1.4 统计学分析

以 SPSS28.0 作为研究数据的处理工具，遵医行为、心理健康状况及生活质量均应用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，经 t 检验，护理满意度应用  $\chi^2$  检验，以百分比表示，有显著差异则： $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 遵医行为的评估

研究组各评分较常态组更高， $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 遵医行为比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组名  | 例数 | 生活习惯养成     | 自我病情监测     | 严格遵医用药     |
|-----|----|------------|------------|------------|
| 研究组 | 43 | 93.24±2.18 | 91.06±1.27 | 90.04±2.26 |
| 常态组 | 43 | 88.41±3.04 | 84.26±2.19 | 78.19±3.12 |
| t   | -  | 8.466      | 17.613     | 20.170     |
| P   | -  | 0.000      | 0.000      | 0.000      |

### 2.2 心理健康状况的评估

两组护理前的评分比较无明显差别， $P > 0.05$ ；研究组在护理后的各项评分均低于常态组， $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 心理健康状况比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组名  | n  | HAMA       |            | HAMD       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 研究组 | 43 | 17.26±3.17 | 8.61±2.03  | 26.45±6.02 | 18.68±2.39 |
| 常态组 | 43 | 17.32±3.28 | 13.14±3.39 | 26.71±6.14 | 22.38±4.06 |
| t   | -  | 0.086      | 7.517      | 0.198      | 5.149      |
| P   | -  | 0.931      | 0.000      | 0.843      | 0.000      |

### 2.3 生活质量的评估

两组护理前的评分比较无明显差别， $P > 0.05$ ；研究组在护理后的各项评分均高于常态组， $P < 0.05$ 。如表 3。

表 3 生活质量比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组名  | n  | 生理功能       |            | 精神健康       |            | 躯体功能       |            | 社会功能       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 研究组 | 43 | 76.92±5.17 | 93.16±3.42 | 77.94±4.85 | 91.42±4.37 | 76.45±5.78 | 91.57±4.14 | 78.01±4.96 | 89.79±4.63 |
| 常态组 | 43 | 77.04±5.26 | 86.31±3.79 | 78.21±4.97 | 86.94±4.77 | 76.23±5.61 | 84.94±4.81 | 79.85±5.04 | 82.93±4.52 |
| t   | -  | 0.106      | 8.799      | 0.254      | 4.541      | 0.179      | 6.850      | 1.706      | 6.952      |
| P   | -  | 0.915      | 0.000      | 0.799      | 0.000      | 0.858      | 0.000      | 0.091      | 0.000      |

### 2.4 护理满意度的评估

研究组的护理满意程度较常态组明显更高， $P < 0.05$ 。如表 4。

表 4 护理满意度比较[n (%)]

| 组名       | 例数 | 非常满意       | 基本满意       | 不满意        | 总满意度       |
|----------|----|------------|------------|------------|------------|
| 研究组      | 43 | 27 (62.79) | 14 (32.56) | 2 (4.65)   | 41 (95.35) |
| 常态组      | 43 | 21 (48.84) | 12 (27.91) | 10 (23.26) | 33 (76.74) |
| $\chi^2$ | -  | -          | -          | -          | 6.198      |
| P        | -  | -          | -          | -          | 0.012      |

## 3 讨论

肺结核是由于结核杆菌所引起的慢性传染性疾病类型，患病后会对患者机体多个器官造成损伤，肺结

核患者体质相对较差, 免疫能力不佳, 且该病有极强的传染性, 会严重影响人类的身心健康<sup>[3]</sup>。尤其是对于重症肺结核患者而言, 由于患者的病情加重, 极易合并系列并发症, 甚至会造成呼吸窘迫的情况, 对患者的生命安全造成严重威胁。需要在开展有效治疗的同时, 配合应用科学的护理方案, 以减少患者并发症的发生, 改善患者的临床症状和预后。

个体化护理模式是新型发展起来的护理措施, 在临床中各科室的应用受到了较多的肯定, 开展该种护理措施能充分基于科学的基础, 在明确护理问题后, 配合应用辩证思维模式, 通过查找资料循证等方式制定各项护理内容和护理程序, 在实际开展期间充分考虑到患者的基本情况和个体资料, 通过最合理的沟通方法, 有效实行各项护理内容, 保证患者得到更加优质的护理体验<sup>[4]</sup>。由于肺结核患者相比其他患者而言的心理压力更大, 患者的体质也相对较弱, 十分不利于患者的康复治疗, 开展有效合理的护理方案对于患者而言有着积极作用。将个体化护理模式应用于重症肺结核患者中不仅能较好的观察患者病情变化情况, 了解到患者的实际情况, 还能充分与肺结核病特点相结合, 选取最佳护理方案, 充分满足患者的护理需求, 保证患者养成良好的个体卫生习惯, 将传播途径切断, 同时开展循证护理模式更加注重为患者提供心理和精神层面的关怀, 能帮助患者建立治疗信心, 使患者的心理负担得到明显减轻, 促进患者积极配合接受治疗, 更好的提升患者的治疗成功率, 让患者更加满意<sup>[5]</sup>。本次研究针对重症肺结核患者分组开展了循证护理模式和常规护理, 通过对比分析可见, 研究组和常态组在护理后的 HAMA、HAMD 评分比较结果提示差异显著,  $P < 0.05$ , 说明在其中循证护理的应用优势更显著, 通过对两组心理状态评分的比较, 可见患者的情绪状态得到了明显改善, 在心理层面患者能更主动的配合开展各项护理内容, 能更好的配合各项护理和治疗措施, 也极大程度的改善了患者的疾病治疗情况, 实现了最佳护理效果<sup>[6]</sup>。同时研究组生活习惯养成、自我病情监测等遵医行为评分均高于常态组,  $P < 0.05$ ; 研究组生活质量中生理功能、精神健康、躯体功能及社会功能评分也均高于常态组,  $P < 0.05$ ; 研究组的护理满意程度相比于常态组明显更高,  $P < 0.05$ , 说明研究组的遵医行为、生活质量及护理的满意程度也均明显高于常态组, 两组结果比较有统计学分析意义。对上述结果产生的原因进行分析可知, 开展循证护理方案能充分基于科学的基础, 可以明智、准确、慎重地应用现阶段所取得可靠的科学证据, 根据护理人员的临床经验和个体技能, 充分考虑患者的实际情况、愿望以及价值, 充分结合制定更加科学的护理方案, 在实际护理过程中能对实际工作期间存在的问题主动积极的查阅文献资料, 制定更加符合患者的护理方案, 使临床护理质量得到明显提高, 让患者体验更加优质的护理内容<sup>[7]</sup>。

综上所述, 在重症肺结核患者的护理期间采用个体化护理模式可以有效提高患者的遵医行为, 让患者的生活质量水平得到明显提高, 在实际开展护理后还能减轻患者的负面心理情绪, 让患者对患者措施更加满意, 值得推广应用。

参考文献 (略)

## 重症肺结核合并呼吸衰竭实施全程优质护理的价值

赵慧

作者单位: 太原市第四人民医院 (山西医科大学附属肺科医院) 重症医学科, 山西 太原 030053

**【摘要】目的:** 评估重症肺结核并呼吸衰竭行全程优质护理的影响。**方法:** 在 2022 年 3 月-2023 年 3 月实施调查, 以此期间重症肺结核并呼吸衰竭患者为调查对象, 共有 74 例, 电脑法分组, 即一般组、全程组, 均有 37 例, 前者方案为一般护理, 后者方案为全程优质护理, 检测血气指标、肺功能, 统计并发症, 评估生活质量。**结果:** 施护前完成 PaO<sub>2</sub> 以及 PaCO<sub>2</sub> 的检测, 在全程组、一般组间并不存在差异,  $P > 0.05$ 。施护后完成 PaO<sub>2</sub> 以及 PaCO<sub>2</sub> 的检测, 两者间有差异, PaO<sub>2</sub> 在全程组高于一般组, PaCO<sub>2</sub> 在全程组低于一般组,  $P < 0.05$ 。施护前完成 FVC 以及 FEV<sub>1</sub> 的检测, 在全程组、一般组间并不存在差异,  $P > 0.05$ 。施护后完成 FVC 以及 FEV<sub>1</sub> 的检测, 两者间有差异, 全程组高于一般组,  $P < 0.05$ 。并发症统计有有差异, 全程组低于一般组, 分别为 2.70%、18.92%,  $P < 0.05$ 。生活质量评估后有差异, 全程组高于一般组,  $P < 0.05$ 。**结**

**论：**全程优质护理对血气状态的改善效果好，能减轻肺损伤问题，可预防重症肺结核并呼吸衰竭并发症，使其就诊期间保持良好生活质量。

**【关键词】**呼吸衰竭；生活质量；重症肺结核；血气指标；全程优质护理

结核分枝杆菌的传染性极强，此病菌可侵及多个器官，其中肺结核较常见，部分患者对肺结核重视不足，未能规范结核杆菌的治疗，会增加变态反应，降低机体素质，向重症肺结核发展。当肺结核进展到重症阶段时，存在肺功能减退的情况，机体处于血氧供应不足的状态，常存在二氧化碳潴留的问题，即会造成生理功能紊乱，导致呼吸衰竭事件不断增加<sup>[1]</sup>。两种疾病同时出现后存在通气障碍，生活质量极差。一般护理会规范肺结核的治疗，并落实呼吸衰竭的相关护理，但缺乏针对性，未能覆盖全程，常有呼吸衰竭反复发作的情况，无法维持理想通气状态。全程优质护理即覆盖了治疗全程，了解重症肺结核后，并评估其呼吸衰竭状态，在各治疗措施落实时辅以细致有效的关怀，能保证干预效果，稳定肺功能，改善呼吸状态<sup>[2]</sup>。对此，研究在 2022 年 3 月-2023 年 3 月实施调查，以此期间重症肺结核并呼吸衰竭患者为调查对象，共有 74 例，为的是了解全程优质护理的影响。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

在 2022 年 3 月-2023 年 3 月实施调查，以此期间重症肺结核并呼吸衰竭患者为调查对象，共有 74 例，电脑法分组，即一般组、全程组，均有 37 例。一般组：肺结核出现时间 4-15 年，均数（9.86±1.85）年；呼吸衰竭出现时间 1-8d，均数（4.68±1.71）d；肺结核分型中 17 例浸润性，15 例慢性空洞性，5 例血型播散性；呼吸衰竭分型中 16 例 I 型，21 例 II 型；年龄 32-70 岁，均数（51.44±5.07）岁。全程组：肺结核出现时间 4-16 年，均数（10.45±1.90）年；呼吸衰竭出现时间 1-7d，均数（4.25±1.31）d；肺结核分型中 18 例浸润性，14 例慢性空洞性，5 例血型播散性；呼吸衰竭分型中 17 例 I 型，20 例 II 型；年龄 32-71 岁，均数（52.02±5.11）岁。组间无差异，P>0.05。

纳入标准：①确诊为重症肺结核；②确诊为呼吸衰竭；③同意研究；④未发生其他支气管病变；⑤委员会批准研究。

排除标准：①病历缺失；②哺乳妊娠者；③昏迷者；④急慢性感染者。

### 1.2 方法

一般组：一般护理，根据医嘱落实通气治疗、电解质治疗等，注意监测体征，判断呼吸状态，入院时进行口头宣教，让其对肺结核有初步了解，并能认识到呼吸衰竭危害性，向其介绍科室环境，在其提出护理需求时尽力满足。

全程组：全程优质护理，（1）通气护理：患者就诊后第一时间实施通气治疗，前期以低流量氧疗为主，氧浓度和速度调整后分别为 20%-25%、0.8-1L/min，通气功能稳定后行间断性给氧，此期间氧浓度需控制在 30%以内，单次吸氧时间维持在 1h，若存在兴奋过多的情况，可保持 2h/次的正压通气治疗，时间控制在 3min 左右，根据呼吸状态动态调整通气治疗参数。（2）呼吸道护理：注意观察气道状态，若存在分泌物，需及时清除，痰液较多时需行拍背排痰，无效者实施机械排痰，确保肺部通畅度，防止痰液淤积造成的呼吸道感染问题，通气治疗常造成局部干涩问题，可经加湿器辅助实施气道湿化，在通气后协助患者漱口，均能减轻呼吸道不适感。（3）营养护理：评估患者当前营养状态，需行流质饮食，增加饮食中蛋白质配比，减少碳水化合物配比，对于无法自主饮食的患者，可根据机体状态行肠内外营养支持，支持期间注意水电解质的平衡性，还需根据进食情况调整体位，例如自主饮食时保持半卧位，营养支持时维持头偏侧位，防止饮食期间出现呛咳、误吸等情况。（4）康复训练：病情稳定后指导患者实施呼吸训练，根据科室责任护士指导，经鼻吸气，吸气时注意隆起腹部，坚持 5s 后吐气，吐气时注意放松腹部，经此锻炼腹式呼吸能力，后期时指导患者用手按压腹部，逐渐增加按压力度，增强抗阻力训练，锻炼肺功能。还需根据视频实施缩唇呼吸训练，自主活动功能恢复后，尽量下床行走，或实施有氧运动，增强心肺功能。（5）并发症护理：指导患者就诊期间行腹式呼吸，控制吞咽频率和说话频率，防止气体进入机体内造成的腹胀问题，日常顺时针按摩腹部，并行局部热敷，或实施胃肠减压处理，能有效改善腹胀问题。动态观察体征，增强

病房消毒处理，并实施隔离护理，增加个人物品的清洁力度，规范性处理患者接触物，防止交叉感染。还需调整体位，予下肢按摩、背部按摩护理，恢复各位置血流状态，能预防压疮，减少血栓。(6) 心理护理：主动和患者沟通，向其讲解肺结核的可控性，阐述呼吸衰竭治疗方法，邀请科室内相同疾病的患者分享心得，帮助其使用肺结核并呼吸衰竭治疗方案，增强信心，缓解其对自身疾病的担忧和焦虑情况。休息时不断冥想，达到全身心放松的效果，适当延长家属探视时间，防止独自治疗产生的孤寂心理。

### 1.3 观察指标

血气指标，需在施护前后实施检测，通过血气分析仪完成检测，指标除氧分压 (PaO<sub>2</sub>) 外，还涉及到二氧化碳分压 (PaCO<sub>2</sub>)。

肺功能，需在施护前后实施检测，通过肺功能监测仪完成检测，指标除 FVC (压力肺活量) 外，还包括 FEV<sub>1</sub> (第一秒用力呼气容积)。

并发症，有压疮、腹胀、误吸、血栓等。

生活质量，需在施护后实施评估，参考 SF-36 量表，内容较多，主要为社会、躯体、精神、活力等，均是 100 分，肺结核患者生活质量高，则分值高。

### 1.4 统计学计算

经 t 检验血气指标等计量资料，经 X<sup>2</sup>检验并发症等计数资料，前者以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，后者以 (n/%) 表示，计算软件为 SPSS26.0, P<0.05, 有差异。

## 2. 结果

### 2.1 血气指标

施护前完成 PaO<sub>2</sub> 以及 PaCO<sub>2</sub> 的检测，在全程组、一般组间并不存在差异，P>0.05。施护后完成 PaO<sub>2</sub> 以及 PaCO<sub>2</sub> 的检测，两者间有差异，PaO<sub>2</sub> 在全程组高于一般组，PaCO<sub>2</sub> 在全程组低于一般组，P<0.05。

表 1 血气指标

| 组别 (n=37) | PaO <sub>2</sub> (kPa) |           | PaCO <sub>2</sub> (kPa) |           |
|-----------|------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
|           | 施护前                    | 施护后       | 施护前                     | 施护后       |
| 全程组       | 5.71±0.54              | 8.81±0.23 | 11.81±1.05              | 9.01±0.42 |
| 一般组       | 5.79±0.55              | 7.95±0.44 | 11.69±1.13              | 9.97±0.66 |
| t         | 0.6313                 | 10.5364   | 0.4732                  | 7.4644    |
| P         | 0.5298                 | 0.0000    | 0.6375                  | 0.0000    |

### 2.2 肺功能

施护前完成 FVC 以及 FEV<sub>1</sub> 的检测，在全程组、一般组间并不存在差异，P>0.05。施护后完成 FVC 以及 FEV<sub>1</sub> 的检测，两者间有差异，全程组高于一般组，P<0.05。

表 2 肺功能

| 组别 (n=37) | FVC (L)   |           | FEV <sub>1</sub> (L) |           |
|-----------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
|           | 施护前       | 施护后       | 施护前                  | 施护后       |
| 全程组       | 1.51±0.39 | 2.96±0.25 | 1.48±0.43            | 2.87±0.21 |
| 一般组       | 1.58±0.40 | 2.67±0.28 | 1.42±0.38            | 2.56±0.33 |
| t         | 0.7622    | 4.6994    | 0.6360               | 4.8208    |
| P         | 0.4484    | 0.0000    | 0.5268               | 0.0000    |

### 2.3 并发症

并发症统计有有差异，全程组低于一般组，分别为 2.70%、18.92%，P<0.05。

表 3 并发症

| 组别 (n=37)      | 压疮 (n/%) | 腹胀 (n/%) | 误吸 (n/%) | 血栓 (n/%) | 总计 (n/%)  |
|----------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 全程组            | 0 (0.00) | 1 (2.70) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (2.70)  |
| 一般组            | 1 (2.70) | 3 (8.11) | 2 (5.41) | 1 (2.70) | 7 (18.92) |
| X <sup>2</sup> |          |          |          |          | 5.0455    |
| P              |          |          |          |          | 0.0247    |

## 2.4 生活质量

生活质量评估后有差异，全程组高于一般组， $P < 0.05$ 。

表 4 生活质量

| 组别 (n=37) | 社会 (分)     | 躯体 (分)     | 精神 (分)     | 活力 (分)     |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| 全程组       | 85.41±6.03 | 88.19±6.27 | 87.56±6.04 | 88.05±6.33 |
| 一般组       | 78.29±6.55 | 81.46±6.62 | 81.22±6.31 | 81.79±6.25 |
| t         | 4.8646     | 4.4897     | 4.4150     | 4.2806     |
| P         | 0.0000     | 0.0000     | 0.0000     | 0.0001     |

## 3. 讨论

肺结核有高发性，常经气溶胶、飞沫等途径传播，一旦感染治疗困难，伴随结核病变的加重，常加重肺损伤程度，而结核杆菌有较强耐药性，在常规抗结核治疗中无法达到理想效果，仍有肺结核反复加重的情况，最终形成重症肺结核。该阶段肺结核损伤明显，气道功能受损，无法维持正常通气状态，有较高呼吸衰竭发生风险<sup>[3]</sup>。经通气治疗能恢复呼吸功能，减轻肺损伤，但通气期间有诸多并发症，且肺结核未得到有效控制，转归差，需重视此类合并症的护理。一般护理内容少，未能全面分析肺结核并呼吸衰竭患者的需求，常有护理无法满足的情况，导致呼吸衰竭程度不断加重，造成不可逆的肺损伤，无法推广。全程优质护理顾名思义有全程性的特点，根据肺结核以及呼吸衰竭的特点采取针对性护理措施，能满足其就诊需求，可稳定病情，改善通气功能，并能抑制肺结核传播，成为此类合并症常用干预方案<sup>[4]</sup>。

合并症就诊期间需重视通气治疗，根据呼吸衰竭程度完成通气仪器参数的调整，能提高通气效果，快速恢复血气状态<sup>[5]</sup>。持续通气会对呼吸道造成刺激，常有局部干燥瘙痒的情况，部分患者的痰液无法排出，会诱发呼吸感染，面对此类问题，需重视气道湿化护理，并根据痰液排出难度调整排出方案，以便保持气道湿润度和通畅度，维持较高气道舒适度。机体病变下常存在营养不良等问题，通过各途径帮助患者摄入营养物质，能纠正电解质平衡状态，根据营养摄入方式调整体位，能减少呛咳、误吸等事件，保证营养支持安全性<sup>[6]</sup>。呼吸功能稳定后实施腹式、缩唇呼吸训练，并缩短下床时间，实施有氧运动，均能增强心肺功能，进一步改善呼吸状态，防止结合病加重。日常控制吞咽、说话频率，可限制气体的摄入，增强病房消毒隔离护理，能防止结核杆菌的传播，协助患者调整体位，增加按摩护理，则能纠正血流状态，对预防并发症均有正面影响。通过心得分享、案例列举、冥想等途径能达到较好心理安抚效果，可使患者积极落实护理措施，改善肺结核并呼吸衰竭预后<sup>[7]</sup>。

综上，全程优质护理能改善肺功能，纠正血气状态，规避并发症，对于重症肺结核并呼吸衰竭患者而言较适用。

参考文献 (略)

# 微信延续护理对肺结核患者强化期治疗管理的研究

王丹凤 杜桂春

作者单位：辽宁省沈阳市大东区北海街 11 号沈阳市第十人民医院结核科八病区（5 号楼 8 楼护士站）

**摘要：**目的：实验将针对肺结核强化期的患者加强治疗管理，进一步分析微信延续护理方案的临床应用价值，提升护理管理质量。**方法：**实验选取了 2022 年 12 月~2023 年 11 月收治的肺结核强化期患者作为研究的对象。通过回顾式分析对 90 例患者采用数字随机分组法，以公平性开展为前提进行分组调查。对照组患者采用常规护理措施，观察组则为微信延续护理方案，分析护理质量改善效果。**结果：**从护理质量上看，观察组患者护理 3 个月后的随访调查中，其 SF-36 生活质量量表各项指标值均优于对照组，组间对比差异较为显著，具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。与此同时，在护理满意度的调查上，观察组患者的满意度为 93.3% (42/45)，明显优于对照组的 37% (82.2/45)，在护理遵医率的调查上，观察组患者随访调研 3 个月时的完全遵医率为 88.9% (40/45)，对照组则为 73.3% (33/45)，差异具有统计学意义。**结论：**采用微信

延续护理方案有助于肺结核强化期患者遵医率提升，患者的生活质量得到了改善，且能够正确的面对疾病，了解到更多的疾病知识，值得进一步推广应用。

**关键词：微信延续护理；肺结核患者；强化期；治疗管理**

肺结核的传染途径主要就是痰液和空气飞沫中裹挟的结核菌感染，是一种具有传染性的疾病。而肺结核也是我国传染病中比较严重的一种慢性传染病，据统计当前我国的肺结核病人高达 450 万左右，并且具有传染性肺结核的患者约占肺结核病人的三分之一，甚至每年约有十几万肺结核病人死亡<sup>[1]</sup>。实验选取了 2022 年 12 月~2023 年 11 月收治的耐药肺结核强化期患者作为研究的对象。通过回顾式分析对 90 例患者采用数字随机分组法，以公平性开展为前提进行分组调查，现对护理结果进行汇报。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

实验选取了 2022 年 12 月~2023 年 11 月收治的肺结核强化期患者作为研究的对象。通过回顾式分析对 90 例患者采用数字随机分组法，以公平性开展为前提进行分组调查。其中，男性患者 66 例，女性 24 例，患者年龄区间在 24-50 岁之间，平均年龄则为 (35.6±2.9) 岁。在入院后对患者登记的一般资料进行详细记录，以便查阅和全面病情分析，组间对比上无明显差异，具有可比性 (P>0.05)。实验得到了本院伦理委员会的批准，家属表示知情且同意。

### 1.2 实验方法

对照组采用常规护理模式，主要是做好病情档案的建立，并给予患者和家属讲解治疗措施，用药方案，以及做好家庭预防。与此同时，提供肺结核治疗减免政策的说明，帮助患者减轻治疗压力，按时复诊，提升治疗依从性。

观察组则为微信延续护理方案，首先要建立微信群的建立，并由医生、护理人员以及心理专科医生共同组成，负责微信群的信息推送。在内容选择上除了肺结核疾病的防御知识、药物知识，还应当包括减免政策，患者心声等板块。此外，要注重于患者的互动交流，能够帮助患者解答更多问题，具有个体指导效用。在内容推送的形式上也应当注意图文配合，并通俗易懂。此外，还可以建立微信病友群，互相监督用药治疗，答疑解惑以及复查提醒，发挥现代通信的优势，为患者提供更为便捷的服务<sup>[2]</sup>。

### 1.3 评价标准

本次实验需要进行 SF-36 生活质量量表的评价分析，其涉及到 8 个维度，包括体能、身体疼痛、精力、社会活动、精神、心理状况等。其次，在遵医率上，则可以分为完全遵医、不完全遵医和不遵医三种情况。即患者在饮食、休息、健康生活、定期复诊等方面的依从超过 95% 则为完全遵医，超过 50% 则为不完全遵医，不足 50% 则为不遵医。最后，则是患者护理满意度调查，其涉及到四个方向，即服务态度、服务技术、专业知识和宣教效果，通过这一调查也有利于后续工作的改进。

### 1.4 统计方法

对肺结核强化期患者的治疗结果进行讨论，以 SPSS19.0 专业计算软件为基础。在本次实验中，针对行 SF-36 生活质量量表采用计量统计，在遵医率和满意度上则为计数统计，以 P<0.05 为具有统计学意义。

## 2 结果

从护理质量上看，观察组患者护理 3 个月后的随访调查中，其 SF-36 生活质量量表各项指标值均优于对照组，组间对比差异较为显著，具有统计学意义 (P<0.05)。如表 1 所示。

**表 1 两组患者 SF-36 生活质量量表各项指标结果对比分析 (x±s, 分)**

| 组别  | 例数 | 体能<br>(PF) | 身体疼痛<br>(BP) | 一般健康<br>(GH) | 精力<br>(VT) | 社会活动<br>(SF) | 精神<br>(RE) | 心理健康<br>(ME) |
|-----|----|------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| 对照组 | 45 | 59.8±15.3  | 49.6±20.5    | 60.8±10.2    | 49.3±9.8   | 51.7±15.7    | 39.2±15.4  | 51.3±18.2    |
| 观察组 | 45 | 52.4±20.1  | 44.1±30.0    | 52.5±9.7     | 47.6±5.2   | 48.5±12.2    | 37.1±12.6  | 44.5±20.6    |
| t   | -  | 2.303      | 1.324        | 4.152        | 1.632      | 1.821        | 1.639      | 5.331        |
| p   | -  | <0.05      | <0.05        | <0.05        | <0.05      | <0.05        | <0.05      | <0.05        |

与此同时,在护理满意度的调查上,观察组患者的满意度为 93.3% (42/45),明显优于对照组的 37% (82.2/45),在护理遵医率的调查上,观察组患者随访调研 3 个月时的完全遵医率为 88.9% (40/45),对照组则为 73.3% (33/45),差异具有统计学意义。

### 3 讨论

肺结核在西方素有“白色瘟疫”之称,现阶段的肺结核治疗的疗程也长达 6 个月之久,期间不间断的治疗,给患者本身带来的精神压力、生理折磨,给患者家庭带来的巨大经济压力可想而知<sup>[3]</sup>。俗称的“肺癆”即就是肺结核,是由结核杆菌引起的慢性疾病,且具有传染性,对于患者全身多个脏器有严重不利影响,一般情况下患者感染结核菌后很少发病,大多是患者的抵抗力比较低时会发病<sup>[4]</sup>。在前期对肺结核并不重视的主要因素之一是患者与平常的“感冒”、“气管炎”等分辨不清,这就导致患者在前期不能及时发现肺结核病症并就诊,这对于患者后续的治疗极为不利<sup>[5]</sup>。肺结核的症状表现也有咳嗽的现象,但是具有连续性,一般患者出现咳嗽或者是咳痰现象且持续两周以上,或者在患者的痰中出现血丝的情况则是肺结核<sup>[6]</sup>。另外肺结核患者还会存在胸痛、容易感到疲劳、疲惫,或者是患者明显食欲下降等的症状。

在本次调研中,我们发现患者往往有私自停药,减少用药的情况,这就会干扰到治疗结局。在不良情绪的干扰下,缺乏治疗信心,情绪过于低落等等。而护理人员通过改善护理形式,进一步提升患者的治疗依从性。故而,我们重点分析了微信延续性护理方案所发挥的临床效用。

第一,有助于提升患者的遵医行为。即肺结核治疗失败的原因包括不规律用药,由此想要彻底的治疗疾病必须按照医嘱开展治疗<sup>[7]</sup>。在微信群应用的过程中可以增强患者的治疗信念,且有护理人员的监督提醒,进一步增强患者对疾病的认知,对治疗策略的理解,从而增强了依从性。遵医行为是患者就医后的自我管理,能够按时用药,定期复查,并能够做好饮食、休息等日常行为活动。

第二,微信延续护理有助于患者生活质量的改善。首先,肺结核具有感染性,因此患者的社会生活会受到限制,患者的情绪也比较复杂,逐步低落,产生焦虑、自卑心理<sup>[8]</sup>。而这也会影响到患者的生活质量,难以恢复往日的笑容。在观察组应用的护理形式下,患者可以加强与病友和医护人员的沟通,并能够咨询心理医生进行情绪状况的调整,更好地面对强化期生活,建立治疗信心。

微信延续护理有助于良好护患关系的建立,并由此提升护理治疗满意度。患者可以认识到疾病的重要性,对自己疑惑的地方可以咨询护理人员进行解答。微信群的应用可以拉近护患距离,并通过专业知识、宣讲普及等提升患者满意度<sup>[9]</sup>。患者对疾病的变化有了更为清除的认识,并能够做到医患之间的实时交流,有助于结合患者个人情况实施针对性护理建议,提升治疗成效。与此同时,我们认为微信延续性护理具有可操作性,便捷性,是一种投入少,产出多的护理模式,符合现代护理学要求,满足了患者的治疗诉求,还可以进行肺结核疾病知识的推广、普及,帮助更多人进行疾病的预防。值得一提的是,做好预防工作才能降低肺结核的传染性,而预防肺结核应谨记三字“控、断、保”<sup>[10]</sup>。

综上所述,采用微信延续护理方案有助于肺结核强化期患者遵医率提升,患者的生活质量得到了改善,且能够正确的面对疾病,了解到更多的疾病知识,值得进一步推广应用。

参考文献(略)

## 叙事护理服务在老年肺结核合并高血压患者中的影响

穆晓春

作者单位:山西省医科大学附属肺科医院(太原市第四人民医院),山西 太原 030053

**摘要:**目的 观察叙事护理服务在老年肺结核合并高血压患者中的影响。方法 选取 2023 年 3 月至 2024 年 4 月我院收治的 94 例老年肺结核合并高血压患者进行研究,采用抽签法分为基础组、叙事组各 47 例,基础组行常规护理,叙事组在常规护理基础上加叙事护理。比较护理前后组间患者血压水平、心理健康水平以及护理后组间患者健康知识掌握度、用药依从率。结果 护理前组间相关指标对比,无统计学差异, $P>0.05$ ;

护理后叙事组各项指标优于基础组,有统计学差异,  $P < 0.05$ ; 护理后叙事组健康知识掌握度、用药依从率等指标优于基础组,有统计学差异,  $P < 0.05$ 。 **结论** 针对老年肺结核合并高血压患者展开叙事护理服务,可改善患者不良心理状态,能够全面提升护理质量,保证患者血压水平始终处于稳定状态,提高患者用药依从性,值得临床应用。

**关键词:**叙事护理, 老年肺结核, 高血压, 心理健康水平

肺结核在近年来发病率呈现出逐渐上升趋势,这同环境变化、年龄增长、免疫功能低下等紧密相关。发病后患者会产生发热、咳嗽、咳痰、咳血、乏力、消瘦等现象,具有一定的传染性、病程迁延、临床治疗疗程长、有较重的经济负担等特征,对患者的生活、工作造成严重影响,容易使患者产生病耻感进而产生抑郁情绪[1]。因此,结合老年肺结核合并高血压患者的特点,有针对性探究科学护理干预措施,提升临床护理质量至关重要。叙事护理是采用叙事手段,通过对患者的故事倾听、吸收,帮助其建造新的、有积极意义的生活和疾病故事,并在此过程中发现护理要点,继而对患者实施有效护理干预的一种临床实践。鉴于此,本次对 2023.3-2024.4 期间我院收治的 94 例老年肺结核合并高血压患者进行研究,探讨叙事护理服务实施效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

采用抽签法将 2023.3-2024.4 期间 94 例老年肺结核合并高血压患者平均划分为 2 组,其中 47 例纳入基础组,行常规护理干预,男女比例 27:20,平均年龄(67.23 士 3.35)岁,高血压平均病程(11.23±2.11)年;另 47 例纳入叙事组,在常规护理的基础上加叙事护理,男女比例 26:21,

平均年龄(66.89 士 3.44)岁,高血压平均病程(11.42 士 1.99)年。组间一般资料比较,  $P > 0.05$ 。 1.2 方法

1.2.1 基础组:常规护理。(1)于患者入院开始,责任护士向患者做入院宣教,详细进行医院环境介绍;介绍科主任及主管医生;各项规章制度。(2)对住院期间的患者,讲解各种标本采集及各种检查的注意事项;同时对患者进行疾病知识讲解,告知患者用药的名称、方法及不良反应,指导患者合理饮食,高维生素、高蛋白、清淡易消化饮食,促使患者对肺结核疾病知识及治疗过程了解。(3)出院时嘱患者按时遵医嘱服用药物,提醒定期复查的重要性。

1.2.2 叙事组:常规护理的基础上加叙事护理。(1)健康教育。因此首先应同患者进行交流,采用故事叙说、建立信任关系、保护患者隐私、为患者营造一个安静、舒适的沟通环境在不影响患者护理治疗的同时,使用亲和力的语气与患者进行面对面半结构式访谈交流,了解患者对自身疾病的认知程度,从而针对性通过引导以及详细的发病过程讲解方式展开教育[2,3]。促使患者增加对肺结核以及高血压疾病产生原因、治疗过程等相关知识的认知,指导患者以及家属共同学习血压测量方法,并掌握合理控制饮食的方式,包括每日摄入盐分、糖分以及脂肪量等,另外还应进行药物功能、用药副作用以及常见不良反应的讲解等,从多个角度出发提升患者对疾病的了解。(2)心理疏导。老年肺结核合并高血压患者因年龄较高,面对疾病困扰极易产生负性情绪,因此叙事护理服务开展中,应与患者保持平等的关系、通过提问的方式让患者将自己的感受倾诉出来,如“看您心情不是很好,能和我说说吗,说出来会好受些,“有什么烦心的事,可以和我聊聊吗?”等引导患者将自己的负面情绪根据自己喜好以故事的形式表达出来,无需考虑故事情节是否合理。在与患者交流的过程中护士要耐心倾听患者情感的宣泄,与患者产生共情,同时注意观察患者的神情、眼神等非语言动作。通过即时和延时回应解答其所提问题和困惑。使患者感受到关爱,对于改善患者心理状态,同时在患者知情同意的情况下,选取优秀的事例传播给其他患者,以树立榜样的力量。(3)临床护理。有高血压病史患者在使用抗结核药物利福平时会引起血压值过高的临床症状,因此责任护士应对患者血压水平进行高度关注,指导患者定时服用降压药物,观察患者用药效果,及时和主治医师沟通。同时应指导患者注意卧床休息,保持病房环境安静舒适。(4)随访护理。出院后,为保证患者居家生活中可以坚持服药,应进行每周一次电话随访,指导患者详细描述自身的服药情况及健康情况,给予针对性引导,同时构建微信群定期分享疾病相关知识,不断提升患者依从性,改善不良生活习惯,提升用药依从性以及疾病治疗效果。(5)总结反思。每次访谈后及时梳理患者资料,分析患者出现的新问题,为下次访谈制定计划。在叙事护理干预过

程,各阶段并不是独立的,而是相互穿插与结合应用。实施过程中可以根据患者不同文化背景、生活方式、疾病状态、年龄大小等因人而异制定叙事方案,患者除口头叙事表达外,也可采用绘画、写信、日记等形式。

### 1.3 观察指标

(1)血压水平:收缩压、舒张压(2)心理状态及护理后健康知识掌握度:心理状态采用焦虑、抑郁自评量表 SAS、SDS 进行评价,评分与心理健康水平呈负相关:健康知识掌握度采用本院自制调查量表进行评价,以 0-100 分计分,分值与健康知识掌握度呈正相关。(3)用药依从性:当患者可自主遵医嘱服药,为完全依从:当患者需要在护理人员以及家属提醒下服用药物为基本依从:当患者拒绝服药为不依从。用药依从率=完全依从率+基本依从率。

### 1.4 数据处理

借助统计学软件 SPSS26.0 做数据处理,计数资料行  $\chi^2$  检验,用[n(%)]表示:计量资料行 t 检验,用( $\bar{x} \pm s$ )表示,当存在统计学差异,  $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 组间护理前后血压水平对比

护理前组间 SYS、DIA 水平比较,  $P > 0.05$ , 无显著数据差异:护理后叙事组低于基础组,  $P < 0.05$ , 有显著数据差异。(表 1)

表 1 护理前后组间 SYS、DIA 水平变化情况(mmHg,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别        | SYS          |              | DIA          |             |
|-----------|--------------|--------------|--------------|-------------|
|           | 护理前          | 护理后          | 护理前          | 护理后         |
| 叙事组(n=47) | 179.63±15.26 | 122.38±18.66 | 105.79±14.61 | 78.82±17.66 |
| 基础组(n=47) | 180.27±15.73 | 130.67±18.53 | 105.82±14.77 | 87.64±17.53 |
| t 值       | 0.2002       | 2.1612       | 0.0099       | 2.4300      |
| P 值       | 0.8418       | 0.0333       | 0.9921       | 0.017       |

### 2.2 组间护理前后心理状态及护理后健康知识掌握度对比

护理前组间 SAS、SDS 水平比较, 护理后叙事组健康知识掌握度高于基础组,  $P < 0.05$ 。(表 2)

表 2 组间护理前后 SAS、SDS 及健康知识掌握度情况(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别        | SAS        |            | SDS        |             | 健康知识掌握度    |
|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|
|           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后         |            |
| 叙事组(n=47) | 56.31±3.35 | 40.29±2.33 | 57.69±4.61 | 78.82±17.66 | 91.66±4.18 |
| 基础组(n=47) | 56.29±3.58 | 48.77±4.77 | 57.22±3.72 | 87.64±17.53 | 78.64±4.23 |
| t 值       | 0.0280     | 16.6874    | 0.3204     | 10.8354     | 15.0097    |
| P 值       | 0.9778     | 0.0000     | 0.7494     | 0.000       | 0.0000     |

### 2.3 组间护理后用药依从性对比

护理后叙事组用药依从率 97.87%高于基础组 85.11%,  $P < 0.05$ , 有显著数据差异, (表 3)。

表 3 组间用药依从性统计 [n(%)]

| 组别       | 例数 | 完全依从       | 基本依从       | 不依从       | 依从率        |
|----------|----|------------|------------|-----------|------------|
| 叙事组      | 47 | 26(55.32%) | 20(42.55%) | 1(2.13%)  | 46(97.87%) |
| 基础组      | 47 | 25(53.19%) | 15(31.91%) | 7(14.89%) | 40(85.11%) |
| $\chi^2$ | -  | -          | -          | -         | 4.9186     |
| P 值      | -  | -          | -          | -         | 0.0265     |

## 3 讨论

当老年肺结核患者同时伴有高血压疾病时, 使用抗结核药物导致患者临床血压水平控制不稳, 会引发患者产生抑郁情绪, 易出现不配合医护工作开展, 用药依从性较低现象。因此, 根据患者临床特点有针对

性展开护理干预至关重要。<sup>[4]</sup>

本次研究结果显示:护理后叙事组 SYS、DIA 水平,心理状态及健康知识掌握度低于基础组,  $P<0.05$ 。说明结合患者疾病类型、具体的症状,结合临床实际提升护理针对性、全面性至关重要。护理人员采用叙事护理,可以根据患者表情,依从性等对患者心理状态做出评估,通过介绍治疗后身体状态良好的患者病例,逐渐提高患者对疾病的认知,利用患者感兴趣的事物缓解患者焦虑抑郁情绪,可以有效改善患者心理健康水平。最后,护理后叙事组患者用药依从率高于基础组,  $P<0.05$ 。分析原因,对老年继发型肺结核合并高血压患者采用叙事护理,护理人员可以从“以患者为中心”理念角度出发开展护理服务,可以给予患者最大程度的关爱与指导,使患者能够积极主动配合医护人员开展工作,自主按时遵医嘱服用药物。国内学者认为叙事护理是作为一种人文属性的护理方式出现,是对人性化护理服务内涵补充。

综上所述,针对老年肺结核合并高血压患者展开叙事护理服务,可改善患者不良心理状态,能够全面提升护理质量,保证患者血压水平始终处于稳定状态,提高患者用药依从性,值得临床应用。<sup>[5]</sup>

参考文献(略)

## 延续性护理干预在肺结核患者中的临床应用价值分析

赵美丽

作者单位:太原市第四人民医院 山西太原 030053

**【摘要】**目的:于肺结核患者中应用延续性护理干预,分析其临床应用价值。方法:于2020年1月起至2020年9月毕,将我院100例肺结核患者随机分为对照组和观察组,各50例,将常规干预护理应用到对照组患者中,将延续性护理干预应用到观察组患者中,对两组患者实施护理干预后对肺结核相关知识掌握程度、生活质量以及治疗依从性予以比较。结果:其中对照组知识掌握程度、生活质量评分分别为(81.79±15.17)分、(43.88±9.86)分,观察组知识掌握程度、生活质量评分分别为(96.19±12.37)分、(52.93±9.72)分,由此可知,观察组患者的各项评分显著高于对照组( $P<0.05$ );对照组患者的治疗总依从率为76.00%,观察组患者的治疗总依从率为96.00%,由此可见,观察组患者的治疗总依从率显著高于对照组( $P<0.05$ )。结论:于肺结核患者中应用延续性护理干预的临床价值显著,有效提升了患者对相关知识的掌握程度和生活质量,而且增强了患者的治疗依从性,可在临床中推广应用。

**【关键词】**延续性护理干预;肺结核;依从性

本文主要研究我院选取的100例肺结核患者作为研究对象,对比分析了常规护理干预和延续性护理干预对患者所产生的影响和临床价值。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

于2020年1月起至2020年9月毕,在我院选取100例肺结核患者作为研究对象实施探讨分析,按照随机均匀分组的原则实施将其分为对

照组和观察组,各50例。其中对照组肺结核患者的男女性别人数分别有27例、23例,年龄处于24岁~71岁之间、年龄中位数为(52.51±10.29)岁,病程介于5个月~16年之间、病程中位数为(5.15±1.35)年;观察组肺结核患者的男女性别人数分别有26例、24例,年龄处于23岁~72岁之间、年龄中位数为(53.51±11.29)岁,病程介于6个月~16年之间、病程中位数为(5.55±1.45)年。年龄、性别以及病程等一般资料方面在组间所存在的差异不明显,  $P>0.05$ ,具有可比性。

#### 1.2 方法

将常规干预护理应用到对照组患者中,其内容主要有注意事项告知以及告知坚持规律用药的重要性。

① 将延续性护理干预应用到观察组患者中，其内容主要可分为：①详细记录患者的相关治疗；②由经验丰富的护理人员实施跟踪随访；③患者出院1周后实施电话随访，此后每月进行1次跟踪随访；④对用药情况、饮食情况、病情以及行为习惯实施跟踪随访；⑤建立微信群对患者存在的疑问及时详细的回答，同时讲解药物使用后可能产生的不良反应，并督促按时服药。

### 1.3 观察和评价指标

对两组患者实施护理干预后对肺结核相关知识掌握程度、生活质量以及治疗依从性予以比较。

相关知识掌握程度、生活质量采用本文自制的调查问卷实施调查，总评分为100分，分数越高则说明患者的掌握程度越好，同时表示患者的生活质量越优。

治疗依从性。评价的指标主要可分为6项目，即忌烟酒、适当运动、注意休息、合理饮食、定时复诊以及按时服药等，当患者完全满足6项时表示完全依从，满足3到4项为部分依从，满足项目低于3项为不依从。总依从率为完全依从所占比例与部分依从所占比例。

### 1.4 统计学分析

对所有患者的所有相关数据采用 SPSS20.0 软件总结分析，采用[n,%]对计数资料予以表示，运用  $\chi^2$  予以检验，采用  $\bar{x}\pm s$  表示计量资料，采用 t 检验， $P<0.05$ ，具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较知识掌握程度和生活质量

观察组患者的知识掌握程度、生活质量评分与对照组实施比较，观察组患者的评分显著较高，其中对照组知识掌握程度、生活质量评分分别为(81.79±15.17)分、(43.88±9.86)分，观察组知识掌握程度、生活质量评分分别为(96.19±12.37)分、(52.93±9.72)分，统计学意义显著 ( $t=5.202$ 、 $4.622$ , $P<0.05$ )。

### 2.2 比较治疗依从性

对照组患者的治疗总依从率为 76.00%，观察组患者的治疗总依从率为 96.00%，由此可见，观察组患者的治疗总依从率显著高于对照组( $P<0.05$ )，详细数据见表 1。

表 1:对两组患者的治疗依从性予以比较(n,%)

| 组别       | 病例 | 不依从 | 部分依从 | 完全依从 | 总依从率       |
|----------|----|-----|------|------|------------|
| 对照组      | 50 | 12  | 17   | 21   | 38 (76.00) |
| 观察者      | 50 | 2   | 23   | 25   | 48 (96.00) |
| $\chi^2$ | /  | /   | /    | /    | 8.306      |
| P        | /  | /   | /    | /    | <0.5       |

## 3 讨论

抗结核药物化疗是目前治疗结合患者的最主要措施，由于治疗结核病周期较长且极易复发，而规律用药又属于提升治疗效果的重要保证。反之患者不能够在出院后严格遵循用药原则，则会导致患者病情的持续恶化，不仅给患者的身体健康造成了严重影响，而且给患者的家庭造成了巨大压力。此外，因为患者普遍存在对疾病认知程度不到位的情况，不仅对治疗效果产生了严重影响，而且降低了生活质量。就延伸性护理而言，主要指患者在完成院内治疗后，即出院后持续进行的护理措施，该护理措施最常采用实施方法为跟踪随访，比如电话随访或上门随访，不仅具体告知了患者持续用药的重要性，而且告知了患者饮食搭配的重要性，促使患者在详细了解不良行为可能造成的后果后能够更加积极的配合治疗，最终实现了提升治疗效果的目的。

综上所述，于肺结核患者中应用延续性护理干预的临床价值显著，有效提升了患者对相关知识的掌握程度和生活质量，而且增强了患者的治疗依从性。

### 参考文献 (略)

# 基于护理人文关怀在 PPD 试验中的效果观察

刘甜甜 袁晓燕 杨新霞 陈曼曼 辛东霞

作者单位：郑州大学附属传染病医院

**摘要：**目的 探讨护理人文关怀在结核病门诊结核菌素（PPD）试验中的应用效果。方法 选取河南省传染病医院结核病门诊 2024 年 1 月-2024 年 5 月接受 PPD 试验的患者为研究对象，按照随机分组法，选取 1000 人，分为对照组（500 人）与试验组（500 人），对照组采用常规护理方式进行 PPD 试验，试验组在常规护理的基础上采用护理人文关怀模式进行 PPD 试验。比较两组患者在 PPD 试验中的结核菌素试验相关知识知晓率、患者查验结果依从性、患者疼痛程度及药物外渗情况。结果 试验组 PPD 试验患者相关知识知晓率、患者查验结果依从性均高于对照组，患者疼痛程度和药物外渗情况均低于对照组。结论 护理人文关怀在结核病门诊 PPD 试验中的应用效果显著，既提高了患者结核菌素试验相关知识的知晓率和依从性，减轻患者的疼痛，降低患者在 PPD 试验药物外渗情况的发生，值得推广借鉴。

**关键词：**人文关怀 护理 PPD 试验

结核病是严重危害公众健康的全球性公共卫生问题，全球约四分之一的人口感染了结核分枝杆菌，我国结核分枝杆菌感染人数超过 2 亿<sup>[1]</sup>。结核菌素皮肤试验又称 PPD 试验，是通过结核菌素试验来判断受试个体是否感染结核分枝杆菌的一种常见皮肤试验。PPD 试验在结核病流行病学调查、结核病的诊断和鉴别诊断、卡介苗接种对象的效果评价方面广泛应用。PPD 试验，所需费用少、操作简单易行，是目前判断结核分枝杆菌潜伏感染的主要免疫学方法。在结核病门诊由于受试者对结核病相关知识的不了解，在进行结核菌素试验时存在不同程度的担忧，如对操作过程、是否疼痛、查验结果的时间、方法以及是否感染结核分枝杆菌情况等。还有一部分患者在 PPD 试验后，由于对结核菌素相关知识的缺乏、对自身不重视等因素，未来院查验结果等等。在临床中，绝大多数结核分枝杆菌感染者没有结核病的症状和体征，不具有传染性，但是有进展为活动性结核病的风险。一旦患者处于结核菌的感染，且对自己病情不知的情况下，不仅会对自身病情产生影响，还会存在传染给他人的危险，后果十分严重<sup>[2]</sup>。护理人文关怀是在护理各环节关心爱护患者，尊重患者，为患者提供以人为本的关怀服务，因此，为探讨基于护理人文关怀在 PPD 试验中的效果观察，随机选取 2024 年 1 月~2024 年 5 月在医院接受治疗的 PPD 试验 1000 例患者开展研究，对其进行随机分组和对比。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2024 年 1 月-5 月在郑州大学附属传染病医院（以下简称“我院”）接受 PPD 试验的患者作为研究对象，按照随机数字分组法选取 1000 人，分为对照组（500 例）与试验组（500 例），对照组中，男 239 例，女 261 例；年龄 15 岁~60 岁，平均  $36.74 \pm 12.70$  岁。试验组中，男 252 例，女 248 例；年龄 15 岁~60 岁，平均  $36.79 \pm 13.34$  岁。两组的一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入和排除标准：纳入标准：①所有患者均为疑似结核病患者；②年龄 15~60 岁；③有良好沟通能力和可配合；排除标准：①严重精神疾病及认知功能障碍患者；②急性传染病、急性中耳炎、广泛皮肤病者及过敏体质者；③不愿意配合者。

1.3 方法 两组人员在结核病门诊结核菌素试验中试剂采用卡介苗纯蛋白衍生物（BCG-PPD）和结核菌素纯蛋白衍生物（TB-PPD）。用 0.1mL 一次性使用无菌自毁型固定剂量疫苗注射器待针抽取 0.1mL(5IU)，注射于前臂掌侧中下 1/3 交界处皮内注射 0.1mlPPD。48~72 h 查验 PPD 结果，以局部皮下硬结为准。结果判断：硬结平均直径  $< 5\text{mm}$  为阴性，硬结平均直径  $\geq 5\text{mm}$ ， $< 10\text{mm}$  为一般阳性，硬结平均直径  $\geq 10\text{mm}$ ， $< 15\text{mm}$  为中度阳性，硬结平均直径  $\geq 15\text{mm}$  或者局部出现双圈、红肿、水泡及淋巴管炎为强阳性<sup>[3]</sup>。

对照组采用常规护理,如进行结核菌素皮肤试验前,询问和观察是否有禁忌症如患急性传染病、急性结膜炎、多种药物过敏反应史等,注射后嘱患者观察 30 min,保持接种部位皮肤清洁,接种部位 4 小时内不要沾水、不要用手去抓挠,出现严重的瘙痒、水泡、溃烂等情况,及时到医院就诊。

试验组在对照组基础上基于护理人文关怀,具体护理方法为:①成立护理人文关怀小组:组建人文关怀小组,进行人文关怀相关知识的学习,细化工作流程,责任分工,进行同质化推进。提高护理人员语言表达技能,提升主动服务意识,加强人文关怀,营造轻松的就医环境与相处氛围。②认知护理:加强结核菌素试验相关知识的健康宣教,每天定时开展诊间课堂,运用通俗易懂的语言及卡片、画册、健康宣教折页、视频等辅助工具,讲解结核菌素试验相关知识。现场与患者暖心互动,进行有奖问答等,将“郑六院便民纸袋、笔袋、痰杯”等作为发放小礼品,加强患者健康知识的宣教。PPD 室护理专管人员以折页、图片等多样形式告知其 PPD 试验的目的、方法及结核病的相关知识,让其了解 PPD 试验是一个非常简单易行的结核病筛查方法,提高患者对相关知识的认识,减轻患者的担忧。注射 PPD 试验后,为发放结核菌素试验温馨提示单,讲解其注意事项,试验后穿刺处不可用力压迫,以防药液溢出;局部不可搔抓、摩擦和热敷、以免感染发炎;不可用肥皂水搓揉等,不可涂抹任何的药物、花露水等以免影响结果的判断;用红笔注明观察结果时间、PPD 室随访电话等。③心理护理:加强沟通交流,加强门诊患者的巡视,及时解答患者、家属的疑问,尽可能缓解患者候诊时的焦虑情绪。对患者的具体情况进行分析,分析患者是否出现了不良情绪及其出现原因,再对其进行心理疏导,安慰患者,鼓励患者。④疼痛护理:采用改进皮内注射方法,皮试部位选择在神经末梢、血管分布较少的左前臂内侧上中三分之一交界处,在皮内注射部位的上方嘱病人用一手环形握住另一前臂,刺针的上方约 2cm 处用拇指加力按压(儿童病人让其家属按上述方法配合),进针时,绷紧皮肤、注射器针头斜面向上与皮肤呈 30°~45°,刺入针尖斜面一半后,再与皮肤平行将斜面完全进入皮内后,将 PPD 药液注射皮内,拔针时,注意防止针头带出药液致皮试液量不足,影响试验结果<sup>[4]</sup>。待药液注入,右手迅速将注射器针尖斜面向左旋转 180°并缓慢拔出针尖斜面,勿用棉签按压。操作结束后嘱将按压之手松开,有效减轻皮内注射疼痛的发生。采用口述分级评分法对患者疼痛情况进行评估并记录在结核菌素皮肤试验登记本中。观察患者穿刺部位有无外渗情况,嘱患者休息 30 分钟。⑤随访管理:对 48-72 小时未来院观察结果的人员进行电话、微信随访,了解未及时查验结果的原因,如患者诉注射部位没有任何反应,触之无硬结视为阴性;如果患者有红肿、水泡、硬结反应,告知患者需要尽快来医院复诊查验结果并与主管医师进行沟通,加强患者的随访管理。

1.3 观察指标 ①结核菌素试验相关知识知晓率:采用问卷调查表法,对结核菌素相关知识、目的、注意事项等 5 项内容,试验后对两组人员进行 PPD 试验相关知识问卷调查,每项 20 分,总分 100 分,得分 80 以上说明结核菌素试验相关知识知晓率。②观察结果依从性:两组试验者是否按时返院进行结果观察,记录规范复诊人数和失访人数。以完成 PPD 注射及 48-72 小时查验 PPD 试验结果为依从性标准,完成注射及查验结果的为依从性好,未查验结果为依从性不好。③疼痛程度测评:采用口述分级评分法<sup>[5]</sup>,将疼痛分为 3 度,0 度为无疼痛反应;I 度为轻度疼痛,可以忍受;II 度为重度疼痛,难以忍受。④药物外渗:观察 PPD 注射后有无药物外渗情况进行记录。

1.4 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据,计数资料用 n 表示,用  $\chi^2$  检验,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,用 t 检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组人员观察结果依从性比较:试验组的复诊人数明显高于对照组, $\chi^2$  检验两组依从性之间差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ ),可以认为实验组 PPD 实验的依从性高于对照组。

表 1: PPD 试验受试者的依从性 (n)

| 组别  | 依从性好 | 依从性不好 | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|------|-------|------------|-------|
| 实验组 | 457  | 43    | 24.975     | 0.000 |
| 对照组 | 402  | 98    |            |       |

2.2 注射 PPD 是否有溢液: $\chi^2$  检验两组 PPD 试验有无溢液之间差异具有统计学意义 ( $P < 0.001$ ),可以

认为实验组 PPD 试验的有溢液低于对照组。

表 2: PPD 试验是否有溢液 (n)

| 组别  | 有  | 无   | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|----|-----|------------|-------|
| 实验组 | 7  | 493 | 31.321     | 0.000 |
| 对照组 | 47 | 453 |            |       |

2.3 PPD 注射时受试者的疼痛程度:  $\chi^2$  检验两组 PPD 试验受试者疼痛程度之间的差异有统计学意义 ( $P<0.005$ ), 可以认为实验组与对照组 PPD 试验受试者疼痛程度有差异。

表 3: PPD 注射时受试者的疼痛程度 (n)

| 组别  | 无痛  | 轻度疼痛 | 重度程度 | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|-----|------|------|------------|-------|
| 实验组 | 399 | 100  | 1    | 11.960     | 0.003 |
| 对照组 | 364 | 126  | 10   |            |       |

2.4 PPD 试验受试者对 PPD 试验相关知识的知晓程度:  $\chi^2$  检验两组 PPD 试验受试者 PPD 试验相关知识的知晓程度之间差异统计学意义 ( $P<0.001$ ), 可以认为实验组 PPD 试验受试者对 PPD 试验相关知识的知晓率 (90.8%) 高于对照组 (76.2%)。

表 4: PPD 试验受试者对结核病知识的知晓程度 (n)

| 组别  | 知晓  | 不知晓 | $\chi^2$ 值 | P 值   |
|-----|-----|-----|------------|-------|
| 实验组 | 454 | 46  | 38.679     | 0.000 |
| 对照组 | 381 | 119 |            |       |

### 3 讨论

PPD 试验所需费用较少、操作简单易行, 不需要特殊设备和实验室操作, 是目前临床上广泛使用的结核感染筛查免疫学方法。在临床实际的诊断过程中, 很多患者在做完 PPD 试验之后, 不能够及时地前往医院领取检查结果<sup>[6]</sup>, 从而不仅耽误自身病情, 还会对他人造成感染威胁。结核病门诊是承担疑似结核病的筛查、诊断及结核患者完成结核病全程治疗管理的重要场所, 每日接待就诊患者几百人, 就诊环节多、就诊时间短及患者精神紧张存在悲观、恐惧、焦虑等不良心理状态, 这时候尤其需要护理人员的关怀<sup>[7-8]</sup>。有研究指出, 采取针对性措施提高人文关怀护理行为是提高门诊优质服务质量的重要措施<sup>[9-10]</sup>。我们成立人文关怀小组, 在结核病门诊 PPD 试验中实施护理人文关怀, 强调以患者为中心, 加强与患者的沟通和交流, 与家属一起关怀、支持患者。运用 PPD 试验相关知识的宣教视频、展板等, 加强患者对结核菌素试验相关知识的认知, 减轻其焦虑情绪。体谅患者的痛苦及不适, 主动关心和帮助患者, 主动与患者交谈, 了解其心理状态, 鼓励患者说出心理感受, 给予恰当的心理疏导。护理人员为其讲解改进皮内注射的配合方法及要点, 减轻其对疼痛的担忧; 对未复诊人员进行随访, 如有特殊情况不能到医院时, 可通过微信视频、照片等网络平台观察判断其 PPD 试验的结果, 告知结果的意义等。通过护理人文关怀有效提高了结核病门诊 PPD 试验患者的结核菌素相关知识知晓率及受试者查验结果的依从性, 减轻了 PPD 试验给患者带来的痛苦, 减少免注射时药物外渗情况, 实施 PPD 试验的规范化操作规程, 为试验结果的准确判定奠定了基础, 值得推广应用。

参考文献 (略)

## 浅析骨结核科护理的安全隐患及防范措施

尹丽

作者单位: 太原市第四人民医院 山西省太原市 030053

**【摘要】**目的 探讨骨结核科护理的安全隐患及防范措施。方法 组织科室护理人员学习相关制度、条例,查找安全隐患,提出解决问题的方法。结果 护理人员得到了全面有效的提升,显著减少了护理发生的差错问题,护士能够较好的对患者进行护理,提升了骨结核科的护理质量。结论 我们依据骨结核科的护理特征,对骨结核科的护理问题进行定期的查找与讨论,对发现的问题进行及时的改进,提升了护理质量,对确保医疗安全具有重要的意义。

**【关键词】**骨结核科 护理安全 防范措施

随着社会的不断发展,患者的自我保护意识不断加强,法律意识也不断提升,使得医患纠纷不断出现。在新形势下,骨结核科医护人员应该不断提高工作水平,保证骨结核科护理的安全。骨结核科患者病程长,恢复时间慢,各种病情的表现形式也不同,这就使得骨结核科患者的治疗方法也不同。随着骨结核科护理对象复杂程度的不断增加,护理工作的难度也在不断增加。目前,我国医院采用聘用制度,很多护理人员缺编,这就为护理工作带来巨大的压力。因此医院应该加强对护理工作的扶持力度,提高骨结核科护理的安全性,减少医患纠纷的发生率。本文对 2021 年以来我院骨结核科护理中出现的安全隐患进行分析,并制定相应的解决办法,现将相关情况分析如下。

## 1 安全隐患

**1.1 人员因素:** 医护人员的年龄结构比较单一,年轻护士占有较大一部分,她们的知识结构不健全,操作技能较弱,预见性差,安全意识也不是太高,对可能发生的护理隐患没有较高的警觉性,对那些已经发生的隐患没有较好的解决办法。骨结核科患者通常治疗与恢复的时间都是比较长的,患者与其家属通常对恢复的期望值都是比较高的,护理稍不注意就有可能发生并发症,同时,护理人员数量不足也是安全隐患发生的主要原因。医院护理病历是医院的重要文件,往往存在护理记录和医疗记录不一致的问题,诸如时间不一致、护理报告不到位,甚至出现护理病历丢失等问题。

**1.2 病房因素:** 病房设备、设施中存在的安全隐患,也容易转嫁到护理工作中,加之骨结核科患者往往活动不便,结核为慢性消耗性疾病,身体虚弱,更容易产生护理安全问题。

**1.3 技术操作因素:** 骨结核科护理团队比较年轻,大多是八零后、九零后的独生子女,她们的安全意识比较薄弱,自身的知识水平不高,操作技能不足,在平时的工作中再不注重实践交流,就容易产生安全隐患,给患者带来较大的痛苦,医患纠纷就会发生。

**1.4 其他的因素:** (1) 职业暴露: 骨结核科患者的特点决定了护士要面对较多的创面渗血的情况,这样,护理人员在操作时与血液、渗液等接触的几率就比较大,如果患者同时再患有乙肝、艾滋病等,那么护理人员被感染的几率就会显著升高。(2) 随着社会的发展,新的药物种类也层出不穷,护士没有对新药的相关情况有一个及时的了解,知识没有及时更新,也增加了隐患的发生。(3) 消毒隔离: 骨结核患者在术后恢复期间,要处于相对清洁的病房,有利于伤口较好的愈合,护理人员要定时对病室进行消毒处理,但是由于临床带教的不同,每个人的接受能力的差异,实际工作中不能很好的履行,这也就增加了安全隐患的发生。(4) 血标本有抽凝和量少的现象。(5) 护士的知识结构不完善,对法律知识淡薄,不能有效的利用相关知识维护自己的合法权益与患者的相关利益。

**2 措施** 以上是产生安全的相关因素,下面来分析一下应对的相关措施:

**2.1 我们建立了骨结核科的护理安全管理机制:** (1) 让护士加强学习;(2) 将骨结核科护理安全管理工作的流程进行规范,护理人员的具体职责要仔细划分,每个人都有自己的职责范围,并使每个人都能够严肃对待自己的工作;(3) 查对与医嘱制度要严格的执行;(4) 护士长要对护士的工作进行定期检查,奖罚分明,激励护士的工作积极性;(5) 护理文书作为病案资料的重要组成部分,也是院方维权的有力证据,因此,医护人员要注重护理病历书写正确、完整性、客观性,而且护理记录与医疗记录必须保持一致,加强护理病历质检工作。

**2.2 加强专业培训:** (1) 加强基本业务训练,进行教学查房;(2) 为了避免技术操作不当造成的医护安全事故,医院必须对骨结核科护理人员的专业知识、专业技能进行严格的要求,并以各种培训手段不断提升其业务素质;(3) 加强实习生带教,严格放手不放眼。

**2.3 加强护士的法律观念：**骨结核患者病程长，且较易复发，护士要加强人性化的服务意识，利用业余时间学习法律知识，医院也要为护士提供学习机会，开展一些法律讲座，利用法律知识维护双方的利益，有益于护理工作的顺利进展，也会得到患者的拥戴。

**2.4 人力资源配置要合理：**要进行合理的人力资源配置，合理排班，让护士工作和生活能较好的兼顾。护士只有精力充沛的进行工作，才能保障较好的实施护理，也就避免了护理纠纷的发生。

### 3 体会

通过以上分析，我们意识到，要减少骨结核科安全隐患的发生，我们要全方位的进行提高，不仅要制订措施，加强护士的自身学习，还有医院有关部门进行配合，合理安排人力资源，当安全隐患发生时，制定有效的措施进行处理，努力提升医院的综合服务能力，使患者得到更好的治疗与护理。

参考文献（略）

## 刍议结核病合并糖尿病的护理的研究

张蓉

作者单位：太原市第四人民医院 社区中心 山西太原 030053

**摘要：**目的 探究结核病合并糖尿病开展预见性护理的效果评价。

**方法：**2023 年 1 月至 2031 年 11 月本科室收住 66 例结核病合并糖尿病患者，通过住院期间使用预见性护理。在住院期间，患者取得了较好的康复效果。结论 结核病合并糖尿病患者开展预见性护理有助于减少结核病的发展及糖尿病并发症，有助于提高结核病患者治愈率。

**关键词：**老年；结核病；糖尿病

### 1.资料

一般资料 选取 2023 年 1 月至 2023 年 11 月在本院住院治疗的结核病合并糖尿病患者 66 例，住院后对患者进行全身评估及血糖监测与管理。遵医嘱给予对症治疗，及时采取有效地降糖措施，积极应用预见性护理，具体为：

#### 一、患者的基本情况评估

对于结核病合并糖尿病的患者，首先需要对患者的整体健康状况进行全面的评估。这包括了解患者的年龄、性别、体重、身高、糖尿病病程、结核病病史、家族史等基本信息。此外，还需要评估患者的心理状态、社会支持系统以及自我管理能力和，为后续的治疗和护理提供基础。

#### 二、血糖监测与管理

结核病合并糖尿病患者需要定期监测血糖水平，确保血糖控制在理想范围内。护理人员应教会患者正确的血糖监测方法，并解释血糖结果的意义。同时，指导患者根据血糖水平和医生的建议，合理调整饮食、运动和药物治疗，以保持血糖稳定。

#### 三、抗结核药物治疗

结核病合并糖尿病患者需要接受长期的抗结核药物治疗。护理人员应确保患者按时按量服药，并密切监测药物副作用。如出现药物不良反应，应及时与医生沟通，调整药物剂量或更换药物，以确保治疗效果和患者安全。

#### 四、饮食营养指导

针对结核病合并糖尿病患者的特殊营养需求，护理人员应提供个性化的饮食营养指导。建议患者选择低糖、高蛋白、高纤维的食物，控制碳水化合物的摄入，保证营养均衡。同时，鼓励患者保持规律的饮食习惯，避免暴饮暴食。

#### 五、并发症预防与处理

结核病合并糖尿病患者容易发生多种并发症，如感染、低血糖、高血糖等。护理人员应加强对患者的观察和护理，及时发现并发症的征兆，并采取有效的处理措施。如发生感染，应遵医嘱给予抗生素治疗；如出现低血糖或高血糖，应及时调整药物治疗和饮食方案。

#### 六、心理护理与支持

结核病合并糖尿病对患者的心理造成一定的压力和困扰。护理人员应积极与患者沟通，了解患者的心理需求，给予心理支持和安慰。同时，鼓励患者参加社交活动和家人朋友的陪伴，增强患者的心理承受能力和治疗信心。

#### 七、健康教育与宣教

对患者进行健康教育是预防结核合并糖尿病并发症的重要手段。护理人员应向患者传授结核病和糖尿病的基本知识、药物治疗的重要性、饮食运动的调整方法等内容。通过宣教活动，提高患者的健康意识和自我管理能力，促进疾病康复。

#### 八、出院指导与随访

对于即将出院的患者，护理人员应给予详细的出院指导，包括药物的使用方法、饮食运动的注意事项、定期复查的时间和地点等。同时，建立患者随访制度，定期与患者联系，了解患者的病情变化和治疗效果，提供必要的帮助和支持。通过持续的随访和指导，确保患者在出院后仍能保持良好的健康状态。

通过研究认为，对结核病合并糖尿病患者开展专业护理有助于减少结核病的发展，更好地控制血糖，提高患者的生存质量。

## 结核病患者血管通路选择的研究进展

高晶

作者单位：杭州市红十字会医院，浙江杭州 310000

**【摘要】**基于抗结核药物治疗对静脉通路有需求、药物不良反应发生率高、结核病患者合并症多，药物输注种类多以及导管相关并发症发生率高的特点，对有关结核病患者血管通路的置管部位、血管通路选择的研究文献进行综述，旨在为结核病患者更合理地应用血管通路提供参考。

**【关键词】**结核病；血管通路选择；综述文献

结核病作为一种全球性的公共卫生问题，每年可致上千万人口发病，每天仍然有超过 3500 人死于这种可预防、可治愈、通过空气传播的疾病<sup>[1]</sup>。《2023 年全球结核病报告》<sup>[2]</sup>中，我国的结核病估计年发病患者为 74.8 万例，位列全球第三。其中，急危重症肺结核和有严重并发症、合并症、药物毒副反应和耐药等结核患者需要通过静脉治疗使药物快速发挥功效的同时，能够确保患者的病症反应、病情等得到快速管控，有助于抑制疾病危害<sup>[3-4]</sup>。随着抗结核药物的不断发展，选择正确的血管通路对于确保药物及时、准确地输送到患者体内，实现最佳治疗效果显得尤为重要。尽管临床治疗过程中会根据输注药物的性质、抗结核治疗方案、患者的血管条件等因素选择合适的血管通路，但在临床实践中结核病患者血管通路的管理仍面临着血管通路不合理、静脉穿刺困难、非计划拔管等问题，对患者后续治疗造成极大影响。因此，合理选择血管通路是结核病患者治疗的关键。本文综述结核病患者血管通路的应用特点及血管通路选择的相关文献，为临床实践提供参考。

### 1 结核病患者血管通路的应用特点

#### 1.1 抗结核药物治疗对静脉通路有需求

结核病的常用治疗方法有药物治疗、手术治疗、中医药治疗及免疫治疗等，患者往往面临治疗时间长、治疗复杂、药物不良反应严重和耐药等问题<sup>[5]</sup>。规范的抗结核方案是治疗成功的关键，但药物吸收后需在病灶达到一定浓度才能起到灭杀或抑制结核分枝杆菌的作用，浓度过低易造成治疗失败或耐药，而浓度过

高又会因长期大剂量应用引发肝肾、神经等方面的毒副作用<sup>[6-8]</sup>。张学俊<sup>[9]</sup>研究证明,利福平通过静脉滴注给药,能够迅速达到治疗所需的血药浓度,有效杀灭结核分枝杆菌;央金卓嘎<sup>[10]</sup>证明,利福平口服后容易受到食物的影响而出现吸收不完全的情况,而静脉滴注绕过了吸收的问题,确保药物可靠输送。当其他二线药物联合使用无效时,静脉注射亚胺培南被推荐用于耐药结核病患者,无国界医生组织(MSF)在印度孟买独立诊所关于耐多药结核病(MDR-TB)和广泛耐药结核病(XDR-TB)患者不良反应及治疗效果研究表明<sup>[11]</sup>,通过静脉注射亚胺培南,61.4%耐药结核病患者预后良好。有国外学者在研究泌尿生殖系统结核病的药物治疗中表明<sup>[12]</sup>,耐多药结核病的治疗需要使用氨基糖苷类和其他毒性相当大的药物进行长期静脉治疗,治疗期为 18-24 个月。综上所述,抗结核药物通过静脉稳定地输入患者体内,可以更好地控制血药浓度,避免药物浓度波动和剂量不足的问题,同时,血管通路也是耐药结核病患者提供连续静脉治疗的重要保障。

### 1.2 抗结核药物所致药物不良反应发生率高

一线抗结核药物包括异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇和链霉素,是治疗药物敏感结核病的基石,而二线抗结核药物则主要用于耐药结核病的治疗。国内外研究报道显示,抗结核药物所致的药物不良反应(adverse drug reactions, ADRs)不容忽视,一线抗结核药物 ADRs 的发生率为 8%-85%不等<sup>[13-16]</sup>,而二线抗结核药物 ADRs 的发生率 69%-96%<sup>[17-18]</sup>。抗结核药物性肝损伤诊治指南<sup>[19]</sup>中指出,转氨酶升高超过 5 倍正常上限,或超过 3 倍正常上限且合并临床症状或黄疸时,需立即停用所有抗结核药物,并给予静脉护肝治疗。在加纳 Tamale 教学医院进行的一项为期 6 个月横断面研究<sup>[20]</sup>中,66 名接受一线抗结核药物治疗患者中超过 80.0%的人表现出胃肠道症状,通过改变给药方式、用药时间等方式可以减轻胃肠道症状。抗结核药物治疗期间出现皮疹、发热等过敏反应时需静脉抗过敏治疗,必要时应联合激素治疗<sup>[21]</sup>。廖兴伟<sup>[22]</sup>研究的 946 例肺结核患者中,发生血液系统损害 27 例,发生率为 2.85%,当血小板计数 $<40\times 10^9/L$ 时,应立即停用所有可疑药物,必要时采取输注血小板悬液等治疗措施。周知微<sup>[23]</sup>等报道 1 例异烟肼致周围神经病变患者经静脉给予维生素 B6 及营养神经等药物成功逆转周围神经损害。因此,为结核病患者选择血管通路时,应考虑最大程度满足患者治疗需求。

### 1.3 结核病患者合并症复杂,药物输注种类多

合并症通常指两种疾病状态相互联系或互为因果关系,肺结核患者通常合并一种或多种疾病,例如糖尿病、肺癌、结缔组织病、营养不良等,合并症使结核病的感染率更高、治疗更加困难<sup>[24]</sup>。原发性或复发性肺结核常见于免疫功能低下的患者,例如人类免疫缺陷病毒感染、慢性肾功能衰竭、糖尿病控制不佳和血液系统恶性肿瘤的患者,实体器官癌症患者的免疫系统也可能因恶性肿瘤本身或化疗而改变<sup>[25]</sup>。肺结核合并肺癌的治疗实行联合的抗结核和抗癌治疗,在一项大规模回顾性队列研究中<sup>[26]</sup>,与一般人群相比,头颈癌患者患肺结核的风险增加,抗癌治疗可使肺结核的危险性从 1.26 增加到 3.73。结缔组织病患者的结核病发病率存在差异,亚洲和南美洲发病率较高,我国结缔组织病合并结核病标准化发病率为 882/10 万,约为正常人群的 15 倍,需联合开展抗结核与原发病治疗<sup>[27]</sup>。营养不良增加了结核病潜伏期发展为活动期的概率,影响结核病的治疗结局,肠结核、肠系膜淋巴结结核、腹膜结核等结核病导致的完全性肠梗阻的患者,则需要肠外营养维持生命支持<sup>[28]</sup>。罗卉等人对两所结核病专科医院 665 例患者进行调查发现<sup>[29]</sup>,结核病患者输注的药物种类繁多,包括抗结核药物、血管活性药物、脱水剂、肿瘤化疗药物、营养剂以及其他药物。因此,安全持久且有效的血管通路是结核病患者成功治疗的重要保证。

### 1.4 导管相关并发症发生率高

随着治疗用药的临床使用,许多静疗相关并发症伴随而生,李胜南<sup>[30]</sup>通过观察 240 例经外周静脉输注抗结核药物的患者,发现静脉炎的发生率为 20%,疼痛感发生率 60%。姚全妹<sup>[31]</sup>选取的 420 例留置针输注利福平注射液的患者中发生静脉炎有 44 例,发生率为 10.48%,其中 1 级 19 例,2 级 22 例,3 级 3 例。刘晓芳<sup>[32]</sup>观察的 120 例咯血患者留置针泵推垂体后叶素针致静脉炎共发生 42 例,其中 1 级 21 例,2 级 17 例,3 级 3 例,4 级 1 例,发生率高达 35%。何永泉<sup>[33]</sup>研究证明,左氧氟沙星静脉滴注不良反应中以皮肤反应(19.5%)、胃肠道反应(18.5%)、静脉炎(13.0%)最为常见。结核性脑膜炎患者静脉滴注甘露醇,因药物对血管刺激性强,易引起疼痛、静脉炎和药物外渗,造成病人局部组织严重病变,甚至坏死、溃烂<sup>[34]</sup>。肺结核大咯血属于严重的急性肺结核并发症,极易危及患者生命,需要确保有效的静脉通路,而微泵持续

输注垂体后叶素针止血治疗时易发生药物外渗、静脉炎以及堵管等现象最终导致导管失功,影响抢救效果<sup>[35]</sup>。肺结核合并糖尿病患者由于微血管病变,容易发生药物外渗<sup>[36]</sup>。老年结核病患者因静脉脆弱,容易穿刺失败,增加患者痛苦,汤玉群<sup>[37]</sup>等研究证明,短期接受营养治疗的老年患者通过留置针输注不同 PH 值、渗透压的脂肪乳剂,最终导致的静脉炎发生率为 27.5%-68.75%不等,且与年龄成正比。

综上所述,选择恰当的血管通路对于减少导管并发症的发生和确保静脉治疗的连续性至关重要。因此,为结核病患者选择血管通路时,应考虑最大程度满足患者治疗需求的同时最大限度降低导管相关并发症的发生率。

## 2 结核病患者血管通路选择现状

### 2.1 置管部位的选择

肺结核病变侵蚀血管会导致患者发生咯血,突发的大咯血极易导致窒息和失血性休克,危及患者生命,病亡率约占 6.5%-38%;结核性脑膜炎作为活动性结核病患者中最严重的类型,病亡率可达 26.8%<sup>[38]</sup>。对于急危重症肺结核患者而言,具有很高的致死、致残率,安全而迅速的血管通路能够用于快速给药和补液以挽救患者生命,改善患者预后。置管部位选择可遵循以下原则:①当患者需要快速输血补液时,可在上肢静脉使用 16G、18G 或 20G 的外周静脉导管,在危急生命情况下,可以通过外周静脉通路短期输注刺激性药物或发泡剂直到中心静脉通路建立(24-48 小时内)。②当患者处于危急状态或死亡风险增加时,首选外周大静脉采用大口径套管建立 2 条静脉通路,若外周静脉置管困难(2 次尝试失败),建议使用骨髓腔输液的同时尽快建立中心静脉通路,骨内通路留置时间不应超过 24 小时,在获得合适的血管通路后,应尽快移除。③尽量选用能持续治疗的非优势上肢静脉,如掌背静脉、头静脉、贵要静脉和正中静脉。关节活动部位仅限短期(<24 小时)使用。避免在躯干、下肢,或因烧伤、骨折等疾病或治疗因素导致功能不全的部位置管<sup>[39]</sup>,除非使用时间≤4 天或在紧急、有生命危险的情况下,才在颈外静脉、足部或腿部置管,但须尽快更换至上肢<sup>[40]</sup>。④避免在血流不丰富部位、皮下脂肪层增厚的部位、已经有静脉输注的部位、流通不畅的部位及可能需要 PICC 或动脉血流监测部位置管<sup>[40]</sup>。⑤对于肥胖、过度寒冷、焦虑,可见或可触及的外周静脉较少或不存在等困难静脉时,需紧急建立静脉通路时可选择肘前窝处粗大静脉,四肢置管条件较差的病人可选择颈外静脉置管,当有更多浅静脉可用时应避免使用肱深静脉和下肢静脉<sup>[41]</sup>。正确的置管部位可以迅速为结核病患者建立静脉通路,确保抢救用药及时输注,挽救患者生命。

### 2.2 影响血管通路选择的因素

#### 2.2.1 治疗时长

结核病患者静脉治疗时长与患者合并症、并发症、药物毒副作用的严重程度有关,泛耐药结核病患者因其用药特殊性往往需要更长时间静脉治疗。美国输液治疗实践标准(2021)<sup>[42]</sup>建议在规划血管通路时,优先考虑血管的健康和保护,选择具有最小外径和最少管腔数的最小侵入性静脉通路装置进行规定的治疗。血管通路的选择取决于结核病患者临床治疗情况<sup>[43-44]</sup>:①外周静脉导管(PIVC)在静脉通路中并发症较少,如果只需要短时间(<4 天)静脉治疗,只要患者的静脉条件和药物需求适合外周静脉输注,则首选外周静脉导管;②治疗时间在 5-14 天,需要进行周围兼容的治疗时,可在住院的成年患者中插入中线导管。③中心静脉通路装置(CVAD)是长期治疗(>15 天)的首选装置,用于给药由于其物理化学特性可能对血管内皮有害的药物,或在其他形式的静脉通路无法或失败的情况下,外周插入中心静脉导管(PICC)、中心静脉导管(CVC)和植入式输液港(PORT)的选择还需要结合治疗、导管适应症和患者特征等其他因素。护理人员应加强主动静脉治疗观念,为患者提供“一管到底”的血管通路,提高患者满意度。

#### 2.2.2 药物性质

了解结核病患者输注药物的理化性质,明确相关给药风险,有助于指导护理人员选择最合适的血管通路。美国输液治疗实践标准(2021)<sup>[42]</sup>建议避免外周静脉输注极端的 PH 和渗透压,以减少血管内皮损伤。现有文献<sup>[45-46]</sup>对外周输注溶液渗透压极限的建议存在差异,一些作者建议阈值约为 600mOsm/L,还有将 900mOsm/L 的渗透压、PH 值<4 或>9 作为选择中心静脉通路的阈值。西班牙输液和血管通路协会经验丰富的护士就输注药物的渗透压和 PH 值确定了三个不同的风险级别<sup>[45, 47-48]</sup>:①高风险药物,渗透压>600mOsm/L,PH 值<4 或>9,或发泡剂;②中等风险药物,渗透压 450-600mOsm/L,或 PH 值 4-5 或 7.5-

9, 且不是发泡剂; ③低风险药物, 渗透压 $<450\text{mOsm/L}$ , PH 值 5-7.5, 且不是发泡剂。

根据药物的风险分类、患者静脉通路的质量和持续治疗时间, Manrique-Rodríguez S 等人<sup>[49]</sup>在血管通路选择中归纳三点建议: ①中心静脉是长期治疗、静脉通路困难的患者、发泡药物和高渗透压值( $>600\text{mOsm/L}$ )或极端 pH 值( $<4$  或 $>9$ ) 输液的首选; ②短外周导管是短期治疗的首选, 前提是输注液的渗透压和 PH 值至少其一风险较低, 并且患者的静脉状况良好; ③中线导管是短外周导管的替代品, 也是中等渗透压和 PH 风险的药物的良好选择, 适宜输注超过 6 天, 并且长达 14 天的患者。在结核病患者治疗药物中, 抗结核药物阿米卡星 PH 值 4-5、异烟肼 PH 值 3.5-5.5、利福平 PH 值 $>8$  等都属于中度风险药物; 结核性脑膜炎以及脊柱结核治疗用药甘露醇渗透压 $>900\text{mOsm/L}$ , 属于高度风险药物; 结核性缩窄性心包炎治疗用药呋塞米 PH 值 8.5-9.5, 术后泵控用药左西孟旦 PH 值 $<3.5$ , 均属于高度风险药物; 抗结核药致过敏反应应用药葡萄糖酸钙属于发泡剂, 属于高度风险药物。临床需要根据结核病患者用药的风险程度选择合适的血管通路, 确保静脉给药的安全。

### 2.2.3 患者因素

结核性缩窄性心包炎等危重结核病患者因术前需要监测中心静脉压, 术中以及术后需要利用脉搏指示连续心输出量 (PICCO) 监测进行血流动力学管理, 指导临床决策, 这都离不开中心静脉导管的置入。《密歇根州静脉导管适当性指南》(MAGIC) 建议, 危重患者首选中央插入中心静脉导管(CICC)而非 PICC, 但在某些情况下, 如佩戴颈托、凝血功能障碍和严重呼吸衰竭以及肥胖患者可能使 CICC 的放置或管理变得困难, 同时气管切开术、烧伤或颈部/胸部皮肤感染等污染风险高的患者也可以认为 PICC 是更合适的选择<sup>[50-51]</sup>。GAVeCeLT<sup>[52]</sup> 研究证明, PICC 对严重呼吸窘迫患者、俯卧位患者、使用抗凝剂的患者以及需要呼吸支持的患者有一些优势, PICC 的出口部位受到污染的风险较低, 操作人员相对 CICC 暴露于气管分泌物的风险较低。因此, 医务人员在临床工作中应该评估每个患者的实际情况选择最优的血管通路。

### 2.2.4 其他

患者年龄、文化程度、医保类型、社会家庭支持系统以及医疗机构现有资源和护理人员培训情况等因素也会对导管类型的最终选择产生一定影响。年轻患者因血管条件相对较好, 血管通路选择相对老年患者有较多的选择方案; 文化程度越高的患者依从性越高, 对于疾病以及血管通路的认识更加全面, 更愿意选择优良的置管方案; 医保报销比例越高, 患者所承受的经济负担越少, 社会家庭支持力度越大, 患者选择合理血管通路方案的可能性则更大<sup>[53]</sup>。调查显示<sup>[54]</sup>, 患者对输液方式的选择虽普遍存在盲区, 但知识、信念态度都处于积极状态。因此, 医护人员可以通过健康教育、决策辅助等方式帮助患者做出最合适的决定。

综上所述, 选择合适的血管通路是确保结核病患者静脉给药安全的重要保障, 医务人员应全面评估患者的实际情况, 并根据评估结果和治疗时间、治疗方案、血管情况、所用药物的理化性质 (PH 值、渗透压和发泡性)、化验指标及患者自身经济情况以及可用于维护血管通路的能力和资源等, 选择最适合患者的血管通路。此外, 还需前瞻性地考虑患者身体状况, 是否需要输注营养液、血制品, 后续是否有化疗需求等, 合理规划血管通路以满足患者治疗需求, 奉行“一管到底”的整体护理理念, 减少不必要的穿刺。

## 3 小结

结核病患者病程长、合并症多、并发症严重、耐药及用药不良反应多见、营养状况差, 因而住院频次高, 抗结核、抗感染、化疗及静脉营养支持等治疗多, 需要长期计划性地使用血管, 以减轻静脉治疗给患者带来的痛苦和不适。目前临床常用血管通路各有利弊, 临床护士缺乏明确的判断取舍标准, 因此, 选择最佳的血管通路具有重要临床意义。本文综述了结核病患者静脉治疗的特点, 提出了选择血管通路的建议, 为今后建立科学的血管通路选择方案提供了参考。科学的血管通路选择不仅有利于减少静脉穿刺的次数及减轻患者在治疗过程中所承受的痛苦, 同时还能有效预防产生穿刺并发症, 这对减少医疗纠纷、降低护理人员工作量和提高患者满意度具有非常重要的意义。

参考文献 (略)

# 9S 管理在儿童结核病房管理中的应用

张景琳 沈剑

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心，贵州省贵阳市，550001

**【摘要】目的：**探究在 9S 管理在儿童结核病房管理中的应用价值。**方法：**选我院 2023.07~2024.02 期间 60 例儿童结核病患者为研究对象，以不同病房管理方法将其分为对照组、观察组，各 30 例，分别实施常规管理、9S 管理，比较两组物品管理效率、病房管理合格率及满意度。**结果：**观察组在用/留存资料、一次性耗材、办公用品、仪器设备、药品寻找用时均较对照组短 ( $P<0.05$ )；观察组一级质控、二级质控、三级质控合格率均较对照组高 ( $P<0.05$ )；观察组医生、护士、患儿家属对护理管理满意度均较对照组高 ( $P<0.05$ )。**结论：**在儿童结核病房护理管理中，实施 9S 管理，可提升物品管理效率、病房管理合格率及护理管理满意度。

**【关键词】**结核病房；儿童；9S 管理

结核病为临床常见传染性疾病，结核分枝杆菌可侵犯肺脏、肝脏、脊柱等组织，造成靶器官功能损伤，影响其生存质量，威胁其生命安全<sup>[1-2]</sup>。儿童为该病主要发病人群，受其自身免疫力低、营养状态等因素影响，易发展形成重症结核，治疗难度大，对护理管理要求较高<sup>[3]</sup>。常规儿童结核病房常规管理中，以加强环境管理、控制结核分枝杆菌传播、加强生命体征监测等为主，可在一定程度上满足病房管理需求，但效果相对有限<sup>[4]</sup>。9S 管理为起源于日本的管理方式，包括整理 (Seiri)、整顿 (Seiton)、清扫 (Seiso)、清洁 (Seiketsu)、素养 (Shitsuke)、安全 (Safety)、节约 (Saving)、服务 (Service) 和满意 (Satisfaction)，重视环境标准化管理、提升服务质量、加强安全管理等，以缩短物品查找时间，提升管理质量<sup>[5]</sup>。但在儿童结核病房管理中应用 9S 管理是否可提升管理质量仍有待进一步研究。为此，本次研究选我院 2023.07~2024.02 期间 60 例儿童结合病患者为研究对象，探究 9S 管理对其影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选我院 2023.07~2024.02 期间 60 例儿童结核病患者为研究对象，以不同病房管理方法将其分为对照组、观察组，各 30 例。对照组男/女=17/13，年龄 3~14 岁，平均 (8.44±2.01) 岁；观察组男/女=18/12，年龄 3~14，平均 (8.61±2.35) 岁；两组一般资料相近 ( $P>0.05$ )。本次研究所选病例均经我院医学伦理委员会审核批准通过。

### 1.2 方法

对照组 (常规管理, 2023.07~2023.10): (1) 环境管理: 保证环境通风整洁、温湿度适宜; 物品表面、地板等以含氯消毒液打扫; (2) 痰液处理: 双重纸巾包裹痰液, 弃于专用垃圾桶, 统一收集处理; (3) 生命体征监护: 监护患儿生命体征变化, 记录其体征变化曲线, 若出现异常立即通知医生; (4) 患儿健康教育: 对有一定理解能力患儿进行基础宣教, 包括痰液处理、自我生理不适感反馈等, 提升其自我管理能力; (4) 心理疏导: 对明显不良情绪患儿实施积极心理疏导, 包括积极心理暗示、列举成功案例等; 与患儿沟通期间保持视线交流、面带微笑, 缩短护患距离; (5) 管理质量控制: 以一级质控 (每周检查 1 次)、二级质控 (每季度第二月检查 1 次)、三级质控 (每季度第三月检查 1 次) 方法检查儿童结核病房管理情况, 现场或开会指出目前存在的不足, 并及时整改, 保证管理质量。

观察组 (9S 管理, 2023.11~2024.02): (1) 成立“9S”管理小组: 由护理部主任、副主任担任组长, 科室护士长担任副组长, 护理人员为组员; 护士长负责分配护理任务, 组织科室护理人员学习 9S 管理内容, 同时负责日常护理质量监督, 发现问题时再进行深入培训学习, 提升护士对 9S 管理学习能力; (2) 管理方法: ①**整理**: 通过整理和分类, 区分必需物与非必需物, 将非必须物处理或移除, 腾出空间、简化现场。根据院感要求将儿童结核病房划分为: 清洁区、潜在污染区、污染区; ②**整顿**: 四定: 确定数量、确定位置、确定方法、确定标识。三易: 易见、易取、易还, 以节约时间并提高效率; ③**清扫**: 工作环境卫生清

扫、擦拭物品、保养设备，保证环境干净、整洁和规范，设备良好。清扫工作是保持环境整洁和设备处于良好状态的重要环节。试行分区责任制，将工作区域划分并由当班人员负责，与专职保洁人员共同维护环境卫生。每天定时清洁和消毒各个功能区域，并对设备定期进行维护，发现问题及时维修④**清洁**：将整理、整顿、清扫进行到底，形成制度，巩固成果、保持清洁；划分工作责任，在护理团队中设立管理员，如病房管理员，负责清洁区和潜在污染区物品的维护，定期检查和随机抽查，发现问题立即整改，保证 9S 管理执行质量。⑤**素养**：护士长以身作则，自觉履行自身职责，并积极参与 9S 管理各项内容的实施。加强护理人员职能培训，建立相关学习机制，提升护理团队职业素养。⑥**安全**：组织培训和会议等形式加强安全意识的宣传，加强护理人员责任心、安全意识培训，设安全巡查员，负责定期巡查病区并及时整改；设药品管理员，通过定期检查和随机抽查药品管理质量，及时处理问题药品；设仪器设备管理员，定期检查仪器设备性能，定期清洁消毒。重视护理人员的职业安全，采取措施避免职业暴露和意外伤害的发生，如提供防护物资、规范操作流程等。各质控组长做好科室质控工作，护士长定期抽查病区内基础护理、护理安全、院感管理等方面的护理质量，发现问题，及时整改，以减少护理不良事件的发生。⑦**节约**：减少浪费、提高资源利用效率。强化护理人员节约意识，在开关上粘贴“按需开”“常开”标识达到节约用电的目的；对易选取错误的一次性耗材进行标识，注明名称、用途、规格等，避免选取错误造成浪费；定期对仪器设备进行进行维护，延长使用寿命，避免资源浪费；优化工作流程和任务分配，提高工作效率和时间利用率；建立回收储存盒，对可回收利用的物品进行分类回收再利用。通过以上方法有利于降低成本、环境保护和可持续发展。⑧**服务**：主动收集患儿及其家长日常护理意见反馈，并每月一次工休会收集患儿及家属意见及建议，通过原因分析、讨论及整改提升护理服务质量；对护理人员定期护理服务目标及内涵培训，保证其护理服务质量。⑨**满意**：通过“优质护理服务示范工程”<sup>[6]</sup>达到最终目标：患者满意：通过每月工休会和满意度调查，认真倾听患儿及家属的意见和建议，提升患者满意度；社会满意：加强结核感染院内传播、社会传播管理，避免发生交叉感染，提升社会满意度；护士满意：及时与护士沟通，收集其意见反馈，并结合其需求提供建设性反馈及意见，提升护士满意度；政府满意：将管理方法、管理前后管理质量改善情况定期上报政府，为儿童结核病房管理提供参考意见，提升政府满意度。

### 1.3 观察指标

(1) 对比两组物品管理效率：研究期间每组均进行 8 次物品管理效率考核，即物品寻找时间考核，每次考核护士数量为 8 名，共计考核 64 次；对比其在用/留存资料、一次性耗材、办公用品、仪器设备、药品寻找用时；(2) 对比两组病房管理合格率：包括一级质控、二级质控、三级质控合格率，最终评分取其平均分，分值范围 0~100 分，以评分≥80 分为质控合格；(3) 对比两组满意度：两组均随机抽选 10 名医生、17 名护士及 30 名患儿家长（每名患儿对应 1 名家长）进行管理满意度调查，分值范围 0~100 分，分数高表示满意度高。

### 1.4 统计学

数据均录入 Excel，导入 SPSS27.0 软件处理。服从正态分布的计量资料采用均数±标准差 ( $\bar{X} \pm S$ ) 表示，计数资料采用构成比 (%) 表示；符合正态分布的计量资料采用独立样本 t 检验，不符合正态分布的计量资料及等级分类资料采用非参数检验；无序分类资料采用卡方检验。统计值  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 物品寻找时间

观察组在用/留存资料、一次性耗材、办公用品、仪器设备、药品寻找用时均较对照组短 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 物品寻找时间 (( $\bar{X} \pm S$ , min)

| 组别  | n  | 在用/留存资料<br>寻找时间 | 一次性耗材寻<br>找时间 | 办公用品寻找时<br>间 | 仪器设备寻找<br>时间 | 药品寻找用<br>时 |
|-----|----|-----------------|---------------|--------------|--------------|------------|
| 对照组 | 64 | 8.15±1.37       | 1.09±0.23     | 1.04±0.20    | 3.35±0.87    | 3.27±0.45  |
| 观察组 | 64 | 2.08±0.52       | 0.51±0.12     | 0.56±0.11    | 1.08±0.45    | 1.04±0.33  |
| t   |    | 33.138          | 17.886        | 16.823       | 18.540       | 31.969     |
| P   |    | <0.001          | <0.001        | <0.001       | <0.001       | <0.001     |

## 2.2 两组病房管理合格率

观察组病房管理中，一级质控、二级质控、三级质控合格率均较对照组高 ( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 两组病房管理合格率[ $n$  (%) ]

| 组别       | $n$ | 一级质控       | 二级质控       | 三级质控        |
|----------|-----|------------|------------|-------------|
| 对照组      | 30  | 22 (73.33) | 21 (70.00) | 24 (80.00)  |
| 观察组      | 30  | 29 (96.67) | 29 (96.67) | 30 (100.00) |
| $\chi^2$ |     | 4.898      | 6.000      | 5.102       |
| $P$      |     | 0.027      | 0.014      | 0.024       |

## 2.3 护理管理满意度

观察组医生、护士、患儿家属对护理管理满意度均较对照组高 ( $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 护理管理满意度 ( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别       | 医生对护理管理满意度<br>( $n=10$ ) | 护士对护理管理满意度<br>( $n=17$ ) | 患儿家长对护理管理满意度<br>( $n=30$ ) |
|----------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 对照组      | 90.54 $\pm$ 5.38         | 92.05 $\pm$ 6.20         | 91.00 $\pm$ 6.75           |
| 观察组      | 95.62 $\pm$ 3.11         | 96.88 $\pm$ 2.31         | 95.34 $\pm$ 3.24           |
| $\chi^2$ | 2.585                    | 3.010                    | 3.175                      |
| $P$      | 0.019                    | 0.005                    | 0.002                      |

## 3 讨论

儿童结核病房管理中，除了需加强环境安全管理外，对器械物品摆放储存质量、儿童心理健康管理等均具有较高要求。常规病房管理中，尽管同样进行环境、安全、健康教育等方面管理，但管理方法较简单，使管理效果存在一定局限性。

9S 管理，主张在环境及物品整洁、规范管理基础上，重视提升护士管理质量、优化管理内容，实现管理质量最优化。本次研究结果显示，观察组在用/留存资料、一次性耗材、办公用品、仪器设备、药品寻找用时均较对照组短，病房管理合格率较对照组高，护理管理满意度较对照组高 ( $P<0.05$ )，均提示在儿童结核病房管理中，实施 9S 管理可提升管理效果，考虑原因为清洁、清扫、整理、整顿可将病房内物品、物料等规范性陈列，降低院内交叉感染风险，且护士在不同病房护理中均可第一时间内找到所需物品，缩短护理执行时间，提升护理效率，同时可增加儿童活动空间，提升患儿舒适度<sup>[7]</sup>；素养管理，可提升护士护理主观能动性，提升其护理技能，并通过增加医护协调及沟通能力、护士自我监督管理能力，提升病房管理合格率<sup>[8]</sup>；节约管理中，在降低病房运行经济成本、促进环境可持续发展的同时，可保证器械物品使用安全性<sup>[9]</sup>。在此基础上，结合结核病特征、儿童特征进行管理，包括强调标准化防传染管理、儿童心理层面管理，可降低结核分枝杆菌传播风险，提升患儿护理治疗依从性，对提升患儿病情控制效果、提升医护人员及家属满意度具积极意义<sup>[10]</sup>。同时结合其意见反馈调整护理管理方案，可进一步提升其满意度。

综上，在儿童结核病房护理管理中，实施 9S 管理，可提升物品管理效率、病房管理合格率及护理管理满意度。护理人员需持续关注并积极参与 9S 管理，可推动护理发展，并向更高级的 10S 管理过渡，不断提升护理服务质量，为患儿提供更安全舒适的护理服务提供。

参考文献 (略)

# 艾滋病合并结核病病人抗病毒治疗副反应的观察与护理

孔庆冉

作者单位：山西医科大学附属肺科医院,太原 030053

**摘要：目的** 观察艾滋病合并肺结核患者抗病毒治疗的副反应并探讨其护理对策。**方法** 选取 2023 年 12 月至 2024 年 12 月收治的 60 例艾滋病合并肺结核患者给予抗病毒治疗。随机分为两组，分为对照组和

试验组。对照组给予常规护理, 试验组治疗过程中给予心理支持、病情观察, 同时加强对药物副反应的预防和护理。采用自我效能感量表(GSES)和自制的用药依从性量表比较两组患者自我效能和用药依从性。**结果** 60 例艾滋病合并肺结核患者中, 相较于对照组, 试验组治疗依从性、自我效能评分更高,  $P < 0.05$ , 存在统计学差异。**结论** 在艾滋病合并肺结核患者行抗病毒治疗时辅以副反应观察及针对性护理效果, 可提高其用药依从性及自我效能。

**【关键词】** 艾滋病; 肺结核; 抗病毒治疗; 副反应; 护理

艾滋病(AIDS)患者和人类免疫缺陷病毒(HIV)感染比率不断上升, 艾滋病患者中约 1/3 的患者感染结核分枝杆菌, 同时这两种病症互相影响<sup>[1-2]</sup>。高效抗逆转录病毒治疗(HAART)是改善 HIV/AIDS 患者的生活质量、减少机会性感染的发生率及延长生命的重要手段, 然而抗病毒治疗药物的不良反应也是不可忽视的, 严重药物不良反应可危及生命, 是 HIV/AIDS 患者不能耐受的原因之一, 也是导致抗病毒治疗失败的主要原因之一<sup>[3-4]</sup>。在目前阶段, 依非韦伦成为抗病毒治疗的手段药物, 其联合替诺福韦、拉米夫定, 虽然具有一定施行效果, 但在服用期间会出现头晕、胃肠道反应(腹泻、呕吐)等不良反应。此外, 皮疹同样也是一种常见的药物不良反应, 出现时间较快<sup>[5]</sup>。本研究对我院 2020 年 3 月至—2022 年 3 月收治有完整资料的艾滋病合并结核病 60 例病人在抗病毒治疗中出现的药物副反应进行了观察及护理收到满意效果。现报告如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 临床资料

选取我院 60 例确诊艾滋病合并结核病病人中, 对照组男 20 例, 女 10 例; 年龄 24 岁~67 岁(36.0 岁 $\pm$ 6.7 岁); 农民 14 例, 自由职业者 7 例, 工人 5 例, 无业 4 例; 试验组男 18 例, 女 12 例; 年龄 25 岁~65 岁(37.5 岁 $\pm$ 3.4 岁); 农民 15 例, 自由职业者 9 例, 工人 4 例, 无业 2 例。纳入标准:①符合中国艾滋病诊疗指南(2018 版)中有关 HIV 的诊断标准<sup>[6]</sup>; ②符合《肺结核基层诊疗指南(实践版.2018)<sup>[7]</sup>中有关肺结核的诊断标准; ③接受抗逆转录病毒治疗的患者; ④患者知情并同意进入本研究。排除标准:①合并其他慢性疾病史, 服用治疗艾滋病以外疾病的药物; ②伴其他自身免疫系统疾病; ③有精神病史; ④听力、意识障碍, 不能正常进行沟通者。治疗方案: 60 例确诊病人全部给予抗结核治疗。抗结核方案: 初治病人 2HRZE / 4HR (H 为异烟肼; R 为利福平; Z 为吡嗪酰胺; E 为乙胺丁醇,) 复治病人 2HRZSE / 6HRE (S 为链霉素) □耐多药病人按药物敏感试验结果选择用药。抗病毒治疗在抗结核治疗后 2 周内启动。采用一线 ART 方案: 口服齐多夫定(AZT) 0.3g, 每天 2 次; 或 TDF (替诺福韦) 0.3g, 每天 1 次; 拉米夫定(3TC) 0.3g, 每天 1 次; 依非韦伦(EFV) 0.6g, 每天 1 次。

### 1.2 护理方法

#### 1.2.1 心理支持

针对患者文化程度和心理压力的差异, 给予针对性的辅导, 详细讲解抗病毒治疗效果和药物可能发生的副反应及处理方法, 鼓励患者自我疏导和正确参与社会生活, 从而满足自我需求。此外, 护理人员还要利用专业知识做好家属的指导工作, 让家属学习相关知识, 多理解关心和陪伴患者, 从而树立治愈的信心, 做好自我管理。家属监督患者的日常行为和用药情况, 让患者树立战胜疾病的信心。

#### 1.2.2 病情观察

掌握患者的病情, 其中一般资料, 包括入院方式、家属对待患者的态度、收集资料时间; 基本病情评估, 包括过敏史、手术外伤史、个人特殊嗜好、家族遗传及传染病史、大小便、意识状态、自主能力、体格检查、主要症状、重要体征、重要辅助检查, 在诊疗过程中可能出现的其他机会性感染和治疗前后的临床症状、体征等情况进行仔细观察及记录。对于患者的风险程度及时评分给予干预, 包括疼痛、跌倒/坠床、管路、烫伤、压疮评分以及日常生活活动能力量表, 生理指标及认知、感知、社会心理评估情况。做好成人营养风险筛查表, 注意血常规、肝肾功能、电解质、 $CD4^+$ T 淋巴细胞的变化情况, 同时也教会患者自我监测的方法, 抗病毒治疗后出现的一些副反应, 如有不适告知病人尽早报告医生及时处理。

#### 1.2.3 副反应的预防和护理

①胃肠不适 主要表现为恶心、呕吐、腹泻、腹痛等，服药后 1 周~2 周出现多为齐多夫定、拉米夫定、替诺福韦的药物副反应，但大部分患者症状不严重，配合对症干预，依非韦伦睡前服；其他药可在饭后 1h 或进食时同服，多喝水，进食清淡易消化食物，告知患者随着用药时间的延长，会逐步缓解，一些严重患者可服用胃黏膜保护药奥美拉唑肠溶片或甲氧氯普胺肌肉注射。

② 肝功能损害 服药后 1 个月~4 个月出现肝损害。表现为食欲下降、厌油、恶心、呕吐、乏力、腹痛、肝区不适等，要进食清淡易消化食物，嘱病人多休息，密切监测肝功能，丙氨酸氨基转移酶（ALT）100U/L~220U/L 增加保肝药，口服双环醇片或输注还原型谷胱甘肽或者异甘草酸镁注射液。必要时停药进行保肝治疗。

③ 骨髓抑制 多为齐多夫定、抗结核药物所致。病人服药后 1 个月~4 个月出现，用药期间密切监测血常规，多吃含铁丰富的蛋白质食物，如动物肝脏、动物血制品、瘦肉、大豆制品、鱼、虾等。发现贫血貌、皮下淤斑或出血，血小板、白细胞下降，及时给予升白细胞药物。贫血严重者遵医嘱输注红细胞、血小板等，有头晕、乏力时注意休息，注意做好自我防护，减少感染机会，给予口腔和皮肤护理。必要时调整治疗方案。

④ 皮疹 服药后 2 周出现，多发生在口服依非韦伦、利福平后。注意观察皮肤情况，皮疹以毛囊为中心，注意与药疹仔细鉴别，轻症患者嘱病人保持皮肤清洁、干燥；穿宽松棉质衣服；使用温水，避免应用刺激性皂类或过高水温烫洗；勿抓挠瘙痒处，瘙痒难忍时可用手轻轻拍打；使用抗过敏药物，如口服氯苯那敏，给予炉甘石洗剂涂搽，观察皮疹消退情况；严重者选择鉴别停药，酌情使用糖皮质激素类药物，必要时可邀请 HIV 专家会诊，调整治疗方案。

⑤ 头晕、头痛 服药后 1 周~2 周出现，轻症者嘱其适当休息和活动，重者卧床休息，协助病人饮水、进食、洗漱等，指导床上或床边活动。给予易消化、清淡、高能量食物，每天饮水 1000mL~1500mL。头痛时遵医嘱使用对乙酰氨基酚缓解症状。

⑥抑郁 常为依非韦伦的副反应，于服药 3 个月~6 个月后出现。表现为沮丧、哭泣、怀疑、治疗不配合等表现。做好心理护理，服药前告知用药后的副反应，嘱病人尽早报告症状和体征。轻度或中度症状可继续服药，可遵医嘱使用阿密曲替林缓解症状，重度症状调整治疗方案。

#### 1.43 观察指标

① 患者治疗依从性情况：治疗依从性判定：按照《国家免费抗病毒治疗手册（第三版）》，大于 95% 的服药依从性定义为按照治疗方案服药，每月漏服药不超过 2 次。将  $\geq 95\%$  定为依从性良好<sup>[8]</sup>。

② 采用一般自我效能感量表(GSES):GSES 共 10 个项目，GSES 采用 Likert4 级评分法，各项目均为 1~4 评分。“完全不正确”计 1 分，“有点正确”计 2 分，“多数正确”计 3 分，“完全正确”计 4 分。GSES 为单维量表，将 10 个项目的得分相加除以 10 即为总量表分。总分 1~4 分，评分值越高，自我效能感改善越好。

#### 1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS 22.0 软件分析，计量资料比较采用 t 检验，并以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，计数资料用(%)表示， $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组用药依从性比较(见表 1)

表 1 两组用药依从性比较 单位：例(%)

| 组别  | 例数 | 完全依从     | 部分依从    | 不依从      | 总依从      |
|-----|----|----------|---------|----------|----------|
| 试验组 | 30 | 25(83.3) | 4(13.3) | 1(3.3)   | 29(96.7) |
| 对照组 | 30 | 15(50.0) | 5(16.7) | 10(33.3) | 20(66.7) |

注：两组用药总依从性比较， $\chi^2 = 4.220$ ， $P = 0.020$ 。

表 2 两组自我效能感评分比较(x±s) 单位: 分

| 组别  | 例数 | GSES      |           |
|-----|----|-----------|-----------|
|     |    | 干预前       | 干预后       |
| 试验组 | 30 | 2.01±0.32 | 2.87±0.40 |
| 对照组 | 30 | 2.13±0.34 | 2.39±0.52 |
| t 值 |    | -0.336    | 3.941     |
| P   |    | 0.540     | <0.001    |

### 3 讨论

结核病可出现在任何 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞计数水平的 HIV/AIDS 患者中。所有合并结核病的 HIV/AIDS 患者, 无论 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞计数水平的高低, 均应接受 ART (抗反转录病毒治疗)。对于合并结核病的患者, 需密切监测药物不良反应, 并注意药物间相互作用, 必要时调整抗病毒或抗结核药物剂量, 或进行血药浓度监测以指导治疗。<sup>[9]</sup>

目前, 临床对艾滋病患者主要采用抗病毒治疗, 抗病毒治疗可以使血浆中的病毒明显减少, 其目的是通过抑制体内病毒 DNA 复制, 恢复或部分恢复免疫功能, 减少机会性感染和并发症的发生, 从而降低死亡率, 使患者的生存期得以延长<sup>[10]</sup>。同时, 抗病毒治疗还能降低艾滋病的传播率。对于艾滋病的抗病毒治疗, 开始是单用一种抗病毒药物如齐多夫定进行治疗, 后来发现单一药物容易产生耐药性, 影响疗效。有学者提出了药物联合使用的“鸡尾酒疗法”, 又称“高效抗逆转录病毒治疗方法”<sup>[11]</sup>。临床治疗艾滋病的抗病毒药物较多, 如齐多夫定、奈韦拉平、依非韦伦、替诺福韦和拉米夫定等。齐多夫定属于核苷类逆转录酶抑制剂, 常用抗病毒药物, 能结合病毒的 DNA 聚合酶, 抑制 DNA 链增长, 从而使病毒复制受到抑制<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示: 60 例艾滋病合并肺结核患者中, 均使用了抗结核药物, 给予患者 2 个月的强化期治疗和 4 个月的巩固期治疗, 并于 2 周内启动抗病毒治疗, 一些药物的副反应在服用过程中也相继出现, 主要包括: 恶心呕吐 50 例 (83.3%); 肝功能损害 13 例 (21.7%); 骨髓抑制 10 例 (16.7%); 皮疹 7 例 (11.7%); 腹痛、腹泻 8 例 (13.3%); 头晕、头痛 6 例 (10.0%); 抑郁 3 例 (5.0%); 乳酸中毒 1 例 (1.7%)。对于出现的副反应, 轻者对症处理及护理后症状缓解, 较重者给予调整方案。

艾滋病合并肺结核患者的用药依从性也是决定治疗好转的一个重要环节, 在用药前向患者讲解抗病毒治疗的重要性, 了解药物所致的副反应, 让病人主动配合治疗, 提高长期用药的自觉性。并反复告知药物的剂量、用法、次数, 督导其用药, 做到遵医嘱用药。提高患者的自我效能, 提升生活质量, 对于患者接纳自我, 重塑信心, 重新走向社会意义重大。试验组通过抗病毒药物出现的副反应给予针对性的护理, 使其治疗依从性、自我效能评分更高,  $P < 0.05$ , 存在统计学差异。

综上所述, 对艾滋病合并肺结核患者治疗过程中给予心理支持、病情观察, 同时加强对药物副反应的预防和护理对提升用药依从性和自我效能感具有积极意义。

参考文献 (略)

## 强化护理管理在肺结核病预防感染中的应用效果探讨

孔庆冉

作者单位: 山西医科大学附属肺科医院, 太原, 030053

**摘要:** 目的 探讨强化护理管理对结核病病人感染的影响。方法 随机抽取 100 例高危人群, 采用计算机随机分组, 随机分为 2022-2023 年 6 月住院就诊的肺结核病人, 根据就诊时间, 分为干预组和对照组。对照组按常规方法进行, 干预组采取强化护理管理措施。观察两组病人的心理卫生评分、认知功能评分、家庭感染率和病人满意度。结果 干预前、后两组患者的心理卫生状况得分均无显著性差异,  $P > 0.05$ ; 干预前后, 干预组患者的认知功能得分较对照组显著提高,  $P < 0.05$ ; 对照组的家庭感染率为 16.00%, 比干预

组的 4.00% 高 ( $P < 0.05$ )；干预组病人的满意度 (96.00%) 明显高于对照组 (82.00%)，与对照组 ( $P < 0.05$ ) 有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。两组比较有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 强化对结核病的护理管理是有效的，它能有效地提高病人对结核病的认识，降低结核病感染率，提高病人的满意度，是一种值得推广和应用的方法。

**关键词：**强化护理管理；肺结核病；预防感染；应用效果

## 引言

近年来，结核病在全球的发病率仍在不断上升，其中，在中国，结核病的发病率也呈现逐年上升趋势，而且这一趋势还在持续加剧。据世界卫生组织估计，全球约有 80% 的结核病是由肺结核引起的，而且每年都有新的肺结核病例被发现。而我国每年有新发结核病人约 150 万例，每年因结核死亡人数约 2 万人。因此，控制和治疗结核病显得尤为重要。尽管我国政府制定了一系列政策来预防和控制结核病的传播和蔓延，但在预防结核病感染方面仍然存在许多问题。由于肺结核病人在疾病治疗期间易出现各种心理障碍，如焦虑、抑郁、自卑、孤独等，使病人的病情得不到改善。同时，病人由于长时间住院治疗，对住院环境、生活环境不熟悉，更易产生心理障碍。因此，加强对肺结核病人的护理管理，特别是对其心理护理的干预，有助于改善病人的情绪、改善病人的生活质量以及减少医疗纠纷等。我院作为省、市结核病定点医院在对肺结核病人进行护理管理中，积极采取了强化护理管理的措施，取得了较好的效果，不仅改善了病人的心理状态，减少了各种并发症的发生，而且增强了病人对疾病的认识，提高了病人的生活质量<sup>[1]</sup>。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基线资料

本研究选取我院住院的 100 例肺结核患者为研究对象，以随机数表法将其分成两组，每组 50 例，每组 50 例。干预组实施强化护理管理措施，对照组仅给予标准化治疗。干预组男 28 例，女 22 例，年龄 35-75 岁，平均(50.34±5.29)岁，体重 46-80kg，平均(62.91±5.31)kg，文化程度小学 20 例、初中 18 例、高中 12 例。对照组男 26 例，女 24 例，年龄 35-75 岁，平均(50.37±3.68)岁，体重 46-80kg，平均(62.94±5.14)kg，文化程度小学 18 例、初中 19 例、高中 13 例。两组一般资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。全部受试者都知道本试验的目标，并愿意参与试验，并在试验中签字；该试验得到了医院伦理委员会的认可<sup>[2]</sup>。

入选条件：(1)作为肺结核的高危人群，都进行了胸部摄影和细菌培养和血常规的检测；(2)病人得到了完备的科研资料和临床处理；(3)病人在入院过程中，可以主动与医务工作者合作，进行相应的医疗护理；(4)没有其它传染性疾病；(5)能够参加后续追踪问卷的人员<sup>[3]</sup>。

排除条件：(1)有严重低氧症状的内分泌系统疾病；(2)对肝脏和肾脏有较大损伤的患者；(3)在接受治疗时，曾服用过细胞毒、类固醇等类药物的患者；(4)同时患有其它传染病的人员；(5)有凝血不全或轻度贫血的患者；(6)有明显的消化道或消化道疾患；(7)心理有问题的人；(8)由于个人原因而放弃了研究<sup>[4]</sup>。

#### 1.2 方法

对照组进行常规的护理，重点是对住院病人进行集中的健康教育，包括治疗方案，个人注意卫生知识，疾病知识等。护士必须遵守标准预防的原则，消毒按照《医疗机构消毒技术规范》来进行每一步的操作。

干预组则开展强化护理管理，措施涵盖如下：(1)建立管理小组：由结核科护士长及数名工作经验丰富的护理人员组成强化护理管理小组，对组内成员进行合理分工，明确分级管理制度；(2)管理培训：安排资深护理人员培训新入职护士，培训内容包括院内常见感染预防控制措施、物表清洁消毒、医护人员手卫生执行力、疾病发病机制与治疗方案等相关知识<sup>[5]</sup>；(3)细节管理：①健康教育：护理人员需结合患者病情开展一对一健康教育，细节化讲解肺结核知识，使每位患者及家属均能够充分了解肺结核对人体的危害性，使其认识到感染科是院内肺结核感染的高危场所，树立预防疾病感染意识，严格按照护理人员指导做好自身防护，避免感染结核分枝杆菌；定期在科室内举办疾病知识讲座，嘱患者做好个人防护与卫生，避免感染<sup>[6]</sup>；②个人管理指导：嘱咐病人不要在房间里乱吐痰，要让病人把痰吐到双层卫生纸里或专用痰盒中，由工作人员做好消毒处理，要做好个人卫生，保持房间内的空气流通，每日用含氯消毒剂对地板和有关物品进行擦拭，再用紫外线消毒，在消毒时要避开障碍物。患者使用的物品要有专用的存放地点，尽

可能使用一次性物品，不可一次性使用的物品在使用完毕后，根据要求做好清洁、消毒、灭菌。勤换衣服避免因皮肤、消化道感染结核病；提高机体免疫力：优化患者膳食结构，让患者全面吸收营养，提高机体免疫力；在日常生活中应注重运动，增强全身器官、系统功能，尤其是呼吸功能；生活作息规律，要定时休息；③药物的使用：护士要对病人进行药物的使用和管理，并要病人按照医生的吩咐，进行整个过程中的标准化的药物的使用。使病人可以按时、按量地服用药物，不要随便更改药物的种类，不要随便增减药物的数量，更不要发生擅自停药的情况；④跟踪管理：在家中进行治疗，护士可以通过微信聊天、拨打电话等形式，与病人保持紧密的接触，了解病人的情况，以便在以后对病人的治疗方案做出相应的调整<sup>[7]</sup>。

### 1.3 观察指标

(1)用我院自制的关于肺结核疾病的知识调查表，对两组病人的疾病知识进行比较，问卷的主要内容是发病机理，治疗过程，病情危害，个人卫生和防护等，总分为 100 分，得分较高，说明病人的认知水平较高<sup>[8]</sup>。

(2)观察两组患者入院后第 1 日的结核病感染率。

(3)使用医院自行制作的体检满意度调查表，对病人对加强护理工作的满意度进行评估，调查表包括：健康引导（3 项）、心理安抚（2 项）、专业技能（3 项）、服务态度（2 项），每项满意就给 1 分，不满意就给 0 分，总共 10 分，评分标准包括：9-10 分、较满意（7-8 分）、一般满意（6 分）、不满意（6 分）和不满意（6 分）。问卷的克隆巴赫和内容效度分别为 0.862 和 0.962。“极满意”加上“较满意”及“一般满意”的总和为总体满意程度<sup>[9]</sup>。

### 1.4 统计学处理

所得数据通过 SPSS22.0 统计软件进行处理，计数资料用百分比表达，用  $\chi^2$  检验，用  $(\bar{x} \pm s)$  来表达计量资料，用 t 检验，以  $P < 0.05$  为差别有统计学意义<sup>[10]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 两组认知水平对比

治疗前两组患者的认知能力比较，均无显著性差异， $P > 0.05$ ；干预后，干预组患者的认知能力明显优于对照组，差异有统计学意义。两组间有显著差异， $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 比较两组认知水平（分， $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | n  | 管理前              | 管理后              |
|-----|----|------------------|------------------|
| 对照组 | 50 | 79.64 $\pm$ 5.24 | 89.67 $\pm$ 3.94 |
| 干预组 | 50 | 79.58 $\pm$ 6.13 | 95.33 $\pm$ 4.68 |
| t   | -  | 0.053            | 6.542            |
| P   | -  | 0.985            | <0.001           |

### 2.2 两组感染率对比

两组间的感染率比较，干预组的感染率为 4.00%，对照组的感染率为 16.00%， $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 比较两组感染率（%）

| 组别       | n  | 感染例数  | 感染率   |
|----------|----|-------|-------|
| 对照组      | 50 | 8     | 16.00 |
| 干预组      | 50 | 2     | 4.00  |
| $\chi^2$ |    | 4.000 |       |
| P        |    | 0.046 |       |

### 2.3 两组管理满意度对比

两组患者的管理满意度比较，干预组为 96.00%，对照组为 82.00%， $P < 0.05$ 。详见表 3。

表3 比较两组管理满意度 (%)

| 组别       | n  | 非常满意 | 较满意 | 一般满意 | 不满意 | 总满意度       |
|----------|----|------|-----|------|-----|------------|
| 对照组      | 50 | 21   | 15  | 5    | 9   | 41 (82.00) |
| 干预组      | 50 | 25   | 16  | 7    | 2   | 48 (96.00) |
| $\chi^2$ | -  | -    | -   | -    | -   | 5.005      |
| P        | -  | -    | -   | -    | -   | 0.025      |

### 3 讨论

肺结核高危人群是指各种免疫力低下的人群，包括各种呼吸道疾病、营养不良、婴幼儿、老年人等，由于各种原因导致免疫力下降，必须使用免疫制剂、艾滋病等；在医院结核科就诊的病人，由于有呼吸道疾病，已经是高危人群，如果再加上其它易感因素，则会使他们的感染风险更大，因此，对已经被识别为肺结核高危人群的肺结核病人进行筛查和预防干预极其重要<sup>[11]</sup>。肺结核病的感染一般与个人不良的生活和行为习惯有很大的关系，所以要想让病人养成良好的预防行为习惯，就必须在治疗期做好护理工作<sup>[12]</sup>。

虽然在临床上进行的护理管理取得了一些成效，但是，在管理方面，我们还没有形成一个比较系统的体系，不能将护理管理计划进行得更加细致，因为它缺少关于疾病感染的预防和控制，而且，它还不能保证病人的参与程度，从而影响到整个护理的结果。加强护理管理是一种综合性的、科学的护理管理方式，在预防和治疗结核病方面有很大的应用价值<sup>[13]</sup>。本研究发现，与对照组相比，干预组患者的认知程度、感染率以及对其经营的满意程度均高于对照组，两者之间有显著差异 ( $P < 0.05$ )。加强对患者的精心护理，能使患者感染得到有效控制，改善患者生存质量<sup>[14]</sup>。本研究采用组建护理管理团体的方法，对医护人员进行专业训练，极大地提升了护士的专业能力和管理质量，并且一直遵循一人一用一消毒的原则，使病人住院环境和医疗器械的清洁和消毒工作得到了切实的改善，从而确保病人的健康。

目的在于提供优质的照护管理服务，最大限度地提升病患的就医满意度及安全度。此外，通过开展健康教育，结合患者的实际状况，开展个性化健康教育，能显著提升患者的参与度，加深患者对疾病的理解，使患者对疾病的危害、潜在风险、常见传染途径、感染与机体状况的关系等方面有更深入的认识<sup>[15]</sup>。可以定期举办有关疾病的知识讲座，使患者及其家属了解疾病的治疗原则及重要性，有利于患者形成良好的个人卫生习惯，使患者在日常生活中学会如何与人交流，增强自身的免疫力。在这一阶段，要严格规范患者的生活起居，规范用药，预防感染扩散，提高疗效，预防疾病的恶化。同时，在随访管理中，可以通过微信交流、电话咨询等各种方法与病人取得联系，使护士能够及时掌握病人的康复情况和生活情况，并深入分析相关问题，以提高临床效果<sup>[16]</sup>。强化护理管理，明确职责，能有效调动护士的工作热情，全面落实管理职责，规范有关性的护理流程，降低感染率，提升病人满意度，营造和谐的医患关系<sup>[17]</sup>。

总之，在结核病防治工作中，强化护理管理，做到事前预防，是行之有效的。这不仅能够极大地提升病人对结核病的认知程度，而且能够有效地控制疾病的传播，增强病人对护理管理的满意度，具有很高的临床应用价值。

参考文献 (略)

## 肺结核合并糖尿病的护理研究进展

刘小花

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）

**【摘要】**目的:探讨肺结核合并糖尿病患者的有效护理措施及方法。方法:从健康宣教、环境护理、血糖管理、抗结核治疗护理、用药护理、心理护理、营养支持与饮食管理、预防感染等进行分析。结果:帮助患者缓解和消除消极情绪,提高患者生活质量。结论:开展有效的护理措施,提高患者对治疗的依从性,规范治

疗,预防感染,从而提高治疗效果及护理满意度。

**【关键词】**肺结核合并糖尿病; 肺结核; 糖尿病; 护理

## 一、疾病背景与概述

肺结核 (Pulmonary Tuberculosis, 简称 TB) 是由结核分枝杆菌引发的肺部感染性疾病, 是严重威胁人类健康的疾病之一。糖尿病则是一组以高血糖为特征的代谢性疾病, 长期的高血糖状态可能导致各种组织, 特别是眼、肾、心脏、血管、神经的慢性损害、功能障碍。肺结核与糖尿病均属慢性疾病, 患者同时患有两种疾病时, 会使得其病情变得十分复杂, 导致 护理干预的难度也随之增加<sup>[1]</sup>。糖尿病合并肺结核发生率高, 病情复杂, 且增加了临床糖尿病和肺结核护理的难度, 两者间既相互影响, 又互为危险因素。当肺结核与糖尿病合并存在时, 主要因患者体内血糖代谢功能障碍, 从而增加结核杆菌感染风险, 两种疾病相互影响, 形成恶性循环使患者病情持续性加重、恶化, 使得治疗和护理变得更为复杂。

## 二、护理评估

对于肺结核合并糖尿病的患者, 应根据患者的临床表现、实验室检查及影像学检查等内容做出全面、细致的护理评估。需要评估患者的糖尿病病情、血糖控制情况、肺结核的症状及严重程度、营养状况、心理健康状况等内容。为今后的护理活动提供基本依据, 明确与其的目标。

## 三、健康宣教

护理人员对肺结核合并糖尿病的患者进行教育和宣传, 提高他们对肺结核感染及糖尿病疾病的认识, 提高患者对疾病和治疗的理。健康宣教主要采用口头讲述、书面及视频形式。应详细告知患者控制血糖、抗结核治疗的重要性, 并提高其对抗结核治疗药物、饮食方面知识的认知度, 继而增强治疗效果, 有效控制医院感染<sup>[2]</sup>。

## 四、环境护理

护理人员需要将患者所在的病房环境进行及时的清洁与整理, 让其保持整洁, 保证病房内有充足的时间进行通风和换气, 并且要注意调整病房内的温度, 温度应在适宜的范围内, 保证患者的舒适度。

## 五、血糖管理

血糖控制是肺结核合并糖尿病患者治疗的关键。在对患者进行治疗的过程中, 需要遵医嘱按时对患者进行血糖的监测, 并嘱患者严格按照医嘱服用对应的降糖药物, 及时掌握患者的病情变化, 保持血糖在理想范围内。若患者在此期间出现了异常血糖状况, 需要立即与医生报告, 并调整患者的用药方案。

## 六、抗结核治疗护理

抗结核治疗是肺结核合并糖尿病患者治疗的重要组成部分。护理人员应协助医生制定治疗方案, 确保患者按时、按量服药。同时, 应密切观察患者的药物反应, 密切观察患者病情变化, 发现药物副作用应及时处理。

## 七、用药的护理

为了确保患者用药安全, 护理人员要根据患者所用的药物及时进行用药指导, 护理工作人员需要告知所用药物在治疗过程中有关的注意事项, 提前告知患者可能出现的不良反应症状, 加强患者对于用药的重视程度。对于用药期间出现的任何不良反应症状, 需要第一时间反馈责任护士或主管医生, 采取对应的治疗措施。从而使得药物疗效达到最大化, 将服药依从性进行有效的提升<sup>[3]</sup>。

## 八、预防感染

肺结核合并糖尿病患者易发生感染和其他并发症。护理人员应采取有效的措施预防感染, 如加强病房消毒、减少探视人数、保持患者个人卫生等。同时, 应密切观察患者的病情变化, 及时发现并处理可能出现的并发症。

## 九、心理护理

肺结核合并糖尿病患者的心理健康状况对疾病的治疗和预后具有重要影响。护理人员需要对患者的心理状态进行及时的关注, 与患者进行及时的沟通与交流, 对患者给予更多关注与鼓励, 让患者缓解心中存在的焦虑以及抑郁的情绪<sup>[4]</sup>。同时, 护理人员应关注患者的心理需求, 提供个性化的心理支持和心理干预。

通过心理疏导、情绪管理、认知行为疗法等手段，帮助患者缓解焦虑、抑郁等负面情绪，提高患者的治疗依从性和生活质量。帮助患者建立战胜疾病的信心。

### 十、营养支持与饮食管理

合理的营养支持和饮食管理对于肺结核合并糖尿病患者的康复至关重要。护理人员应根据患者的营养状况和病情制定个性化的饮食计划，确保患者摄入足够的热量、蛋白质、维生素和矿物质等营养素。同时，应教育患者掌握正确的饮食方法和技巧，控制糖分摄入，保持饮食平衡。

### 十一、护理干预效果评价

对护理干预效果进行定期评价是护理研究的重要环节。通过收集和分析患者的临床表现、实验室检查、影像学检查等数据，评估护理干预对患者病情改善和生活质量提高的影响。同时，应根据评价结果及时调整护理方案，提高护理质量和效果。

#### 总结：

肺结核合并糖尿病的护理研究进展涵盖了多个方面，包括疾病背景与概述、护理评估、健康宣教、环境护理、血糖管理、抗结核治疗护理、用药护理、心理护理、营养支持与饮食管理、预防感染等以及护理干预效果评价等。这些研究进展为临床护理实践提供了有力的理论支持和实践指导，有助于提高肺结核合并糖尿病患者的治疗效果和生活质量。未来，随着医学和护理学的不断发展，我们期待有更多的研究成果为这一领域的发展做出贡献。

#### 参考文献（略）

## 护理干预措施对肺结核患者服药依从性的影响思考

王婷

作者单位：山西省太原市第四人民医院 山西 太原 030053

**摘要：**目的：分析护理干预措施对肺结核病患者的服药依从性的影响。方法：选取 80 例肺结核患者为研究对象，并随机分为观察组和对照组，对照组采取临床常规护理，观察组采取综合护理，对比两组患者服药依从性。结果：观察组患者服药依从性显著高于对照组( $P<0.05$ )。结论：护理干预措施能够增加肺结核患者服药依从性，有助于提高肺结核患者临床治疗效果。

**关键词：**护理干预措施；肺结核患者；服药依从性

肺结核疗程在 6 个月以上，其治疗效果与患者的服药依从性有直接关系，如患者不规范服药不仅会影响治疗效果，还会导致结核病复发、耐药性结核杆菌扩散等严重后果。本研究以 80 例肺结核患者为研究对象，分析护理干预对患者治疗依从性的影响，现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料回顾性分析我院 2012 年 1 月至 2014 年 4 月收治的 80 例肺结核患者的临床资料，男 46 例，女 34 例，年龄在 19~55 岁，平均年龄 43.8 岁；80 例患者中，10 例 1 型肺结核，余者 70 例为 2 型肺结核。采用随机抽取法将其随机分为观察组与对照组，每组各 40 例，两组患者的性别、年龄、病程、严重程度等一般资料分布具有均衡性，可以比较。

1.2 方法 对照组采用常规护理措施，以执行医嘱为主。观察组则在对照组的基础上进行护理干预，具体如下。

①健康教育：对患者及其家属进行健康宣教，使其进一步了解肺结核的发病原因、主要症状等，肺结核主要通过呼吸道进行传播，要教育患者不要随地吐痰，以免结核杆菌播散；咳嗽或打喷嚏时要避开周围人，个人生活用品与家人分开使用；充分认识到复查的重要性，掌握正确留取痰液标本的方法，定期复查血常规、肝肾功能等，以观察抗结核药物的不良反应。②心理护理：由于疾病的折磨肺结核患者多存在焦

虑、抑郁心理,担心长期服药会产生毒副作用,且对临床治疗效果缺乏信心。护理人员要通过温和、平缓的态度对其进行安抚,介绍主治医师的专业能力,增强患者的治疗信心。一些年轻女性患者易产生紧张、恐惧心理,尤其是患者发生咯血后,护理人员要做好疾病的解释工作。③用药指导:要使患者了解到规律、适量用药的重要性与必要性,并根据复查结果对治疗方案进行调整。使患者了解到服用抗结核药物的注意事项及不良反应,比如利福平会导致患者出现胃肠道反应、肝肾功能异常等。如患者出现药物不良反应要及时复诊。

1.3 评价方法 采用自制肺结核依从性评价调查问卷对患者的服药依从性进行评价,并由院内 2 名以上专家对调查问卷设计的合理性、科学性进行审定,整个调查问卷共包括 6 个大项,患者可执行 5 项以上者视为完全依从,可执行 2~4 项者视为部分依从,执行其中 1 项或无法执行任何一项内容者视为不依从。患者依从率=完全依从率+部分依从率。

1.4 统计学处理所有研究数据均采用 SPSS 18.0 统计学软件进行分析, $P<0.05$  视为差异具统计学意义。

## 2 结果

观察组 40 例患者中护理前完全依从 3 例,部分依从 5 例,余者 32 例均不依从,依从率 20%,进行护理干预后,完全依从者 35 例,部分依从 4 例,1 例不依从,依从率为 97.5%;对照组 40 例患者护理前完全依从 4 例,部分依从 5 例,余者 31 例不依从,依从率 22.5%,护理干预后完全依从 8 例,部分依从 22 例,余者 10 例不依从,依从率 75%。两组患者经过护理后,患者依从性均显著高于护理前,而观察组患者护理干预后的依从率显著高于对照组,差异具统计学意义( $P<0.05$ )。

观察组 40 例患者中,治愈 37 例,治愈率为 92.5%,对照组治愈 31 例,治愈率为 77.5%,观察组的治愈率显著高于对照组,差异具统计学意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

目前,结核病的防治仍以药物治疗为主,在其治疗过程中,抗结核药的不规范服用被认为是控制结核病的主要障碍。有较多研究结果提示,患者缺乏对肺结核病严重危害性和需长期、规律治疗必要性、重要性的认识,对治疗和持续服药态度不积极导致不规范服药;缺乏长期服药过程中自我管理意识,导致不能坚持自觉的规律用药。有报道指出患者自身服药管理比委托他人效果要好,也说明了保持积极的服药态度和意志的重要性。

护理干预可以提高治疗依从性即遵循医嘱的行为活动,肺结核治疗中规律全程用药是化疗成功的重要保证,而不规律用药及过早停药则为肺结核复发的主要因素,因此争取患者的积极配合,提高患者的治疗依从性是不可忽视的因素。有报道认为,社区护理干预可及时提醒和帮助患者遵医嘱服药。该研究结果显示,在化疗期间,对患者实施护理干预,坚持长期随访,督导全程用药,帮助患者解决治疗中碰到的各种困难并给予相应的处理,对提高患者的治疗依从性,起至关重要的作用,实际治疗的作用较为突出。

综合护理干预主要以患者为核心,采取一些列指导护理,有效减轻患者治疗过程中的焦虑抑郁情绪,提升患者生活质量,提高患者配合治疗的主动性,有效的保障了护理的质量效果。应用合理科学护理干预对于患者身体健康有着重大的意义。本次研究结果表明,观察组患者健康知识知晓率及服药依从性明显比对照组更高,护理干预应用于肺结核患者,有利于提高肺结核患者的服药依从性,改善其病情,减少复发率,促进其快速康复。为提升肺结核患者的治疗效果,需医护人员结合其具体情况制定相应的护理计划。给予其综合护理干预,能够帮助患者树立治疗信心,更好地提升治疗护理的成效。加强心理干预,保持与患者良好沟通,调节患者焦虑恐惧的不良情绪。

综上所述,护理干预应用于肺结核患者,有利于提高肺结核患者的服药依从性,加快治疗效率,改善患者生存质量,值得在临床中应用推广。

参考文献(略)

# 临床路径在肺结核护理中的应用

陈丽英

**摘要：**目的 该文章主要针对肺结核疾病的治疗和护理工作进行了探讨，并且分析了临床路径在其中起到的作用和效果。方法 为了保证实验研究的科学合理，也选择了在我院接受治疗的 68 名肺结核患者，对这些患者进行了随机分组，然后采取了常规护理和临床护理路径，在此过程中要对两组患者的护理效果进行分析和对比。主要是针对肺结核患者的健康知识知晓程度，以及治疗的依从性和满意度等各项指标进行对比和分析。结果 最终的对比结果表明，采用临床路径的一组肺结核患者在住院的时间以及满意度等各方面都占有优势 ( $P < 0.05$ )。结论 临床护理路径对传染性肺结核病人的护理效果明显，可使病人更好地理解其健康知识，并能改善其治疗依从性。

**关键词：**肺结核疾病；护理工作；临床路径；效果分析

## 引言

肺结核是一种常见的呼吸道传染病，是由于感染了结核杆菌而引起的，据有关资料显示，在我国，传染性肺结核的患病率高达 0.96%[1]，这种疾病的患病周期是比较长的，具有比较强的传染性，在治疗过程中很有可能会出现耐药性，并且治愈的难度比较大，所以在治疗的时候，要有针对性的个性化护理，才能有效的控制肺结核的恶化[2]。护理路径是当前常见的护理方式，如肺气肿、COPD 等呼吸系统疾病，具有很强的个体化，可以按照病人的具体情况，以时间为横轴，以理想护理方式为纵轴，预先制订护理计划表，进行预见性护理服务，从而引导患者正确了解护理目标和护理知识，积极配合临床治疗，预防病情严重传染，促进病人预后转归。本研究以 68 名传染性肺结核病人为对象，对其护理方式进行临床护理，并对其护理成效进行总结。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 68 名传染性肺炎和患者，然后开展了具体的实验研究，在此过程中采用了随机分组的方法，对这些患者的一般资料进行了分析和统计，主要包括年龄性别以及患病时间等，这些一般的临床资料不具有统计学意义。

### 1.2 纳入与排除标准

为了保证实验研究的科学合力，还制定了相应的纳入标准和排除标准，确保参与本次实验研究的肺结核患者都知晓本次的护理模式，并且在参与之前都是经过同意和自愿的。参与本次实验研究的肺结核患者，近期没有服用过抗感染或者是抗结核等方面的药物实验研究，在开展之前经过了伦理委员会的认可，这些患者也都进行了药敏试验，并且都没有出现不良反应，最重要的是这些患者都进行了专业的检查，确诊为患有传染性肺结核疾病，并且没有其他的呼吸系统疾病。除此之外还制定了相应的排除标准，对于处于哺乳期的肺结核疾病患者进行了排除，患有其他感染性或传染性疾病的肺结核患者也进行了排除，对于免疫功能障碍或者是精神障碍等方面的患者进行了排除，对于患有心脏以及肝脏等器官功能障碍的患者以及有严重耐药性的患者进行了排除。

### 1.3 方法

#### 1.3.1 对照组

日常护理工作包括：按照医生的指示进行日常的药物治疗和护理，发放健康手册、黑板报等，向病人宣传有关肺结核的知识。

#### 1.3.2 干预组

临床护理路径在具体应用过程中要充分的结合相应的指南要求以及该种疾病的特点，然后开展具体的护理操作，在此过程中要根据不同的时间段开展合理的健康生效工作，与此同时要征求医生以及医师等各方面人员的意见，来制定有效的护理路径表。除此之外还要有高水平的临床路径护理小组，小组成员要包

含有丰富经验的护士长以及责任护士等，在实施护理之前，应对患者进行相关的临床路径知识培训，以确保护理工作能按既定的进度进行，每一位护士都要按照当日的护理路线内容，填写一份普通病历，并在每一份病历上签字或打，住院后 3 日，由责任护士对护理效果进行评价，适时合理地修订护理方案，住院后 5 日，由护士长对其进行全面的护理效果评价，对不了解和掌握肺结核的病人，应反复、循环地进行健康教育，并定期消毒隔离，指导病人合理饮水、运动。

#### 1.4 观察指标及判定标准

①采用问卷调查法，对两组患者的卫生知识掌握情况进行评价。②采用 Morisky-Green 量表对两组病人的药物遵从情况进行评估。③对两组病人的住院情况进行统计，其中包括住院费、住院天数。④采用问卷调查法，对护理工作满意度进行评价。

#### 1.5 统计学方法

上述工作在完成之后，需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时，还要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 对两组患者的健康知识知晓度以及依从性进行比较和分析

两组患者在接受护理工作之后，对相应的健康知识知晓程度，遗传性进行了相应的记录和分析，有表 1 可以看出采用临床护理路径的一组肺结核患者的各项指标占有优势，详细的数据可以参见下表 ( $P < 0.05$ )。

表 1 健康知识知晓度和服药依从性分析比较

| 组别                  | n  | 健康知识知晓评分<br>(分, $\bar{x} \pm s$ ) | 服药依从性评分<br>(分, $\bar{x} \pm s$ ) | 健康知识 知晓<br>[n(%)]      | 服药依从<br>[n(%)]         |
|---------------------|----|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------|------------------------|
| 干预组                 | 34 | 17.29 $\pm$ 3.48 <sup>a</sup>     | 3.95 $\pm$ 0.04 <sup>a</sup>     | 30(88.24) <sup>a</sup> | 32(94.12) <sup>a</sup> |
| 对照组                 | 34 | 12.11 $\pm$ 4.07                  | 2.72 $\pm$ 0.67                  | 23(67.65)              | 26(76.47)              |
| X <sup>2</sup> /t 值 |    | 5.640                             | 10.686                           | 4.191                  | 4.221                  |
| P 值                 |    | 0.000                             | 0.000                            | 0.041                  | 0.040                  |

### 2.2 住院情况和护理满意度比较

表 2 是对两组肺结核患者的住院情况，以及护理满意度的具体分析和对比，采用临床护理路径的一组肺结核患者占有优势，详细的数据可以参见表 2 ( $P < 0.05$ )。

表 2 住院情况及护理满意度的对比

| 组别                  | n  | 不满意<br>[n(%)] | 一般满意<br>[n(%)] | 十分满意<br>[n(%)] | 总满意<br>[n(%)]          | 住院费用 (元, $\bar{x} \pm s$ )      | 住院时间<br>(d, $\bar{x} \pm s$ ) |
|---------------------|----|---------------|----------------|----------------|------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 干预组                 | 34 | 1(2.94)       | 9(26.47)       | 24(70.59)      | 33(97.06) <sup>a</sup> | 6312.5 $\pm$ 124.3 <sup>a</sup> | 49.30 $\pm$ 3.67 <sup>a</sup> |
| 对照组                 | 34 | 6(17.65)      | 12(35.29)      | 16(47.06)      | 28(82.35)              | 7306.9 $\pm$ 201.8              | 58.27 $\pm$ 5.01              |
| X <sup>2</sup> /t 值 |    |               |                |                | 3.981                  | 24.464                          | 8.422                         |
| P 值                 |    |               |                |                | 0.046                  | 0.000                           | 0.000                         |

## 3 讨论

肺结核疾病属于呼吸道传染性疾病，患者会感染结核杆菌，该种疾病的患病时间是比较长的，容易出现恶化以及耐药性等情况，在治疗过程中具有比较大的难度治愈。患者在发病之后会出现低热以及乏力等临床症状，这些症状会严重影响患者的身心健康。随着社会经济的迅速发展，自然生态环境的恶化，以及长期的不健康的饮食习惯，以及不规律的作息，使得传染性肺结核的发病率每年都在增加，因此，在治疗的过程中，要给予相应的护理，以达到控制结核病的目的。临床护理路径是当前一种常见的呼吸系统护理方式，它可以按照病人肺结核的具体情况，以时间为横轴，以理想的护理方式为纵轴，制定流程化、合理化的护理方案，与常规护理相比较，临床护理路径具有很强的针对性，并且能够实现系统化，在护理过程中，护理路径可以充分激发护理人员的工作热情，对护理人员进行循环、重复的健康教育，在护理过程中，可以对病人的病情进行科学的修改和调整，正确理解和掌握肺结核的健康知识，可以指导患者积极配合临床治疗，合理用药，可以改善临床疗效，促进患者的预后恢复，防止结核的蔓延，防止肺结核病情恶

化。

#### 结束语

由以上可知，临床护理路径对传染性肺结核病人的护理具有明显的应用价值，能有效地指导病人合理用药，并能积极配合医务人员的工作，使病人更好地理解肺结核的相关知识，从而提高病人对病区的护理满意度。

#### 参考文献（略）

## 优质护理对肺结核护理质量和依从性的干预价值

秦娜

作者单位：山西省太原市第四人民医院 山西太原 030053

**摘要：**肺结核是国内较为严重的疾病之一，人群中具有较高发病率，尤其好发于营养不良人群以及免疫力低下人群。肺结核患者由于病情严重，对于机体消耗严重，常常采取以抗感染治疗为主的药物治疗，辅助以全身支持治疗。由于治疗后易出现机体消耗严重，因此重症肺结核治疗后的护理是改善重症肺结核治疗后患者生活质量的常规护理方式之一。为研究如何改善肺结核治疗后患者的心肺功能以及生活质量，因此采用不同护理方式对重症肺结核治疗后患者进行不同护理方式，并进行统计学研究。

**关键词：**优质护理；肺结核；护理质量；依从性；干预价值

#### 引言：

结核菌入侵到体内，伤及器官，对肺部造成损伤，视为肺结核。结核病为一种慢性传染病，常见症状多为低烧，身体乏力，体重减轻，咳嗽，夜间盗汗等一系列不良反应。传播途径主要以人与人交叉传播感染为主。近年来，随着人们生活压力大，生活习惯紊乱，空气质量下降，饮食没有规律，吸烟、酗酒、熬夜等恶习长期的形成，会增加身体负担，使免疫力下降，随之肺部感染的概率增加。也使得肺结核病感染人群呈增长趋势。人一旦感染了肺结核，会影响人的整个状态，会对人的健康，以及心里都会造成极大的威胁，肺结核病的治疗时间会有些长，治疗期间，要随时关注患者在心理情绪上的变化，使其能积极的配合治疗。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2016年9月--2018年3月内，采取数字抓阄的方式将收诊的100例肺结核患者分成两组，单号设为对照组(n=50)，双号设为研究组(n=50)。研究组患者中，29例男性，21例女性，最小年龄20岁，最大年龄59岁，平均(38.5±4.27)岁。对照组患者中，男性有30例，女性只有20例，最小年龄23岁，最大年龄65岁，平均(40±6.42)岁。两组患者基线资料比较，P>0.05，可进行对比研究。

#### 1.2 方法

对照组患者接受常规护理，即对症护理干预。研究组在对照组常规护理的基础上，实施优质护理，采取有效的护理措施干预，能够让患者获得更多的肺结核防治知识，按照医生的建议正确使用药物，改善患者食物，合理摄取营养，减轻患者不适症状，稳定情绪，增强治疗的信心。

##### 1.2.1 一般护理

患者若处在活动期或咳血时，应卧床休息。处于恢复期的患者可以参加户外活动和适当的体育锻炼。医护人员需要掌握患者的饮食习惯，纠正其错误的饮食习惯，多食用富含高蛋白、高维生素、高热量、富含钙质的食物。医护人员必须掌握患者服药情况，当出现咳血时，会导致患者感到紧张，恐惧等心理。医护人员要注意患者的情绪变化，耐心做好解释工作，缓解患者消极情绪，必要时予以心理疏导，使患者树立治疗的信心，积极配合治疗。倘若确诊为肺结核，应立即转到专科医院进行治疗。

### 1.2.2 咳嗽、咳痰护理

医护人员必须严密监测患者的咳嗽、咳痰情况，了解咳嗽的性质、时间、有无痰液产生。指导病人有效的咳嗽、咳痰，按医嘱予以相应的止咳祛痰药物进行治疗。当患者喉咙处瘙痒时，可用局部蒸汽湿化，痰多时，可采用体位引流。

### 1.2.3 发热的护理

当患者出现发热症状时，应指导患者卧床休息，多喝水。对患者体温变化进行监测，必要时按医嘱予以物理降温或予以小剂量的镇静药。医护人员需保持患者病房温湿度适宜，空气清新，定时开窗通风，但千万要注意不要让患者着凉。

### 1.2.4 咯血护理

医护人员需安慰患者，嘱咐患者卧床休息，避免屏气，床边备好负压吸引器。保持患者呼吸道通畅，告知患者要轻轻的将气管内存留的积血咯出。若患者出现窒息征象，立即取头低脚高体位，轻拍背部，迅速排除血块，必要时予以机械吸痰，做好气管插管或气管切开的准备工作。对于大咯血不止的患者，应该用纤支镜注射凝血酶或气囊压迫止血，并做好相应的配合。患者会因为咯血，而出现极度紧张。医护人员应给予心理安慰，使患者保持镇静，解除恐惧。必要时可予以小剂量的镇静剂。若在护理过程中，若予以患者使用止血药。需严密观察其疗效和不良反应。

### 1.2.5 病情观察

(1)医护人员需严密监测患者生命体征变化，即体温、脉搏、呼吸、血压，注意患者呼吸的频率、节律、深浅度及有无呼吸困难、发绀等。若发现异常，及时报告各相应的主治医师，并协助主治医生进行处理。(2)严密观察患者是否出现大咯血症状，如咽痒、发干、心悸、面色苍白等。若出现上述症状，及时通知主治医生，必要时予以抢救措施。(3)观察患者是否出现全身中毒症状，如乏力、午后低热、食欲减退、体重减轻、夜间盗汗等。(4)医护人员需密切观察肝、肾功能变化，若发生异常，应及时告知主治医生。

### 1.2.6 健康指导

(1)掌握患者的生活习惯，纠正患者错误的行为习惯，指导患者合理安排生活，保证充分的睡眠和休息时间，注意营养搭配和饮食调理。在生活中，可进行体育锻炼，注意适量原则，避免劳累，增减机体抗病能力，避免复发。要选择营养均衡的饮食，加强营养。

追忆避免呼吸道感染，避免情绪波动。(2)要对患者进行用药指导，强调化疗原则，按医嘱予以用药不得擅自停药，定期到医院进行复查，了解治疗反应以及病情变化，发现不良反应，及时就医。

对患者进行结核病预防和控制指导，其主要措施为控制传染源，其次是切断传播途径，如(1)痰涂阳肺结核，需住院治疗，进行呼吸道隔离。因此，患者单居一室。定期对病房通风，每天用紫外线进行消毒。(2)严禁随地吐痰，不要面对他人打喷嚏或咳嗽。当先打喷嚏或咳嗽时，用双层纸巾遮住口鼻，将用过的纸巾放入污物袋中进行焚烧处理。而痰液必须经过灭菌后再丢弃。接触痰液后，必须用流水清洗双手。患者所使用的的餐具，必须经煮沸消毒或用消毒液浸泡消毒，同桌共餐时使用公筷。患者所使用的被褥和书籍必须每天在烈日下暴晒 6h 以上。当患者想要外出时，必须佩戴口罩。

(3)保护易感人群，目前临床常用的方法就是接种卡介苗。但对于高危人群来说，必须进行定期检查，必要时进行预防性治疗。

## 1.3 观察指标

(1)采用自制的护理质量评分表，评价护理质量，满分 100 分，评分越高表示护理质量越高。

(2)根据用药依从性评价量表 (MARS)，评价患者依从性，0-10 分，得分越高表示患者依从性越高。

(3)调查患者对护理的满意程度，实行百分制，用分值高表示护理满意度高。

## 1.4 统计学方法

用 SPSS20.0 软件处理 EXCEL 表格中的相关数据, 计量资料用(5deeee7b6228e\_html\_83ba4077644d6121.gif) 表示, t 检验, 检验值  $P < 0.05$  表示差异显著, 有统计学意义。

## 2 结果

数据显示, 研究组护理质量评分、依从性评分与护理满意度评分均比对照组高,  $P < 0.05$  (见表 1)。

表 1: 评价比较两组患者的护理质量、依从性与护理满意度【 $\bar{X} \pm S$ , 分】

| 组别  | 例数 | 护理质量            | 依从性            | 护理满意度           |
|-----|----|-----------------|----------------|-----------------|
| 研究组 | 50 | 87.1 $\pm$ 4.59 | 7.5 $\pm$ 1.39 | 93.2 $\pm$ 5.24 |
| 对照组 | 50 | 80.9 $\pm$ 7.26 | 6.4 $\pm$ 1.07 | 88.9 $\pm$ 6.73 |
| P   |    | 0.000           | 0.000          | 0.001           |

## 3 讨论

结核病, 慢性传染病, 由结核分枝杆菌引起, 可侵及许多脏器。最为常见的就是肺部受累形成肺结核。除少数患者起病急, 多数患者呈慢性过程, 表现乏力、低热、消瘦等全身症状以及咳血、咳嗽等呼吸症状。结核菌的特点, 属于分枝杆菌的一种, 为需氧菌, 生长缓慢, 在外界抵抗力较强, 分为人型、牛型、鼠型三种。

根据是否出现症状, 将肺结核分成潜伏期肺结核和活动期肺结核。潜伏期肺结核, 虽人体已经携带结核分枝杆菌, 但人体的免疫系统功能较强, 能够阻止其转为活动性肺结核, 无任何肺结核症状, 也没有传染性。活动期肺结核, 人体携带结核分枝杆菌, 且人体的免疫系统防御功能下降, 导致结核分枝杆菌快速繁殖生长, 患者就会出现咳嗽、咳血、发热、疼痛等症状, 且传染性较强, 可通过飞沫、空气等方式进行传播。因活动性肺结核传染性较强, 但出现疑似症状时, 需立即就诊。

肺结核疾病为当下常见的一种慢性传染疾病, 潜伏期在 30-60 天。随着人们生活压力大, 饮食没有规律, 吸烟、酗酒、熬夜等恶习长期的形成, 会增加身体负担, 使免疫力下降, 随之肺部感染的概率增加。也使得肺结核病感染人群增长趋势。人一旦感染了肺结核, 要及时有效的进行治疗, 不仅会影响人的整个状态, 患者自身、其他人群的、以及心里都会造成极大的威胁, 肺结核病治疗周期会有些长, 治疗期间, 要随时关注患者在心理上以及情绪上的变化, 使其能积极的配合治疗。医护人员在常规的护理中, 大多以医嘱对肺结核患者进行实施, 忽略患者在心理上以及情绪上的变化。随着科技水平的进步, 医疗设备, 以及人员水平的提高, 针对性强, 精细, 优化的护理干预可以有效的提升肺结核患者诊断的准确性, 有效的缓解心理上的压力以及药物上的依从性。

根据上述研究表明, 以我院传染科收治肺结核疾病的 100 例患者为例, 两组肺结核疾病患者的满意度, 护理质量, 优质服务, 服务意识, 针对性, 细致化的整体护理组都明显高于常规护理的参照组, 以及整体护理组的用药依从性显著地高于参照组。针对性强, 精细、优化的护理干预可以有效的提升肺结核患者诊断的准确性, 有效地缓解心理上的压力以及药物上的依从性。

### 结束语:

肺结核是国内较为严重的疾病之一, 人群中具有较高发病率,

尤其好发于营养不良人群以及免疫力低下人群。肺结核患者由于病情严重, 对于机体消耗严重, 常常采取以抗感染治疗为主的药物治疗, 辅助以全身支持治疗。由于治疗后易出现机体消耗严重, 因此重症肺结核治疗后的护理是改善重症肺结核治疗后患者生活质量的常规护理方式之一。为研究如何改善肺结核治疗后患者的心肺功能以及生活质量, 因此采用不同护理方式对重症肺结核治疗后患者进行不同护理方式, 并进行统计学研究。

### 参考文献(略)

# 个性化心理护理干预对耐多药结核治疗的影响分析

温旭华

作者单位：太原市第四人民医院，山西太原 030000

**【摘要】目的** 分析个性化心理护理干预对耐多药结核治疗的影响。**方法** 选择从 2018 年 6 月到 2020 年 2 月在我院中接受治疗的患者 82 例，按照病情严重程度分为两组，分别为研究组和观察组，每组各 41 例。对照组患者在治疗期间实施常规护理干预，而研究组则基于对照组干预层次上结合个性化心理护理干预，对所有人员进行随访 1-2 两个月，进而对比观察两组患者治疗基本效果。**结果** 通过实施不同干预形式，最终发现研究组患者病灶吸收好转率更高，并且显著高于对照组，通过对比存在差异性统计学意义，因此 ( $P<0.05$ )。**结论** 实施个性化心理护理干预对策可以有效提升患者治疗情况，改善患者生活质量，便于患者病情恢复，是一种比较理想的临床护理方法，值得推广。

**【关键词】** 个性化心理护理干预；耐多药结核；病灶吸收；好转率

引言：耐多药结核病属于结核菌被两种以及两种以上药物感染的结核病，此类病人在实际治疗期间所需时间比较长，患者通过治愈恢复出院的人数比较少，并且整体治疗经济费用是比较高的，死亡率十分高，对于此种疾病的控制需要高度重视，一旦病人确诊，内心深处将会出现紧张和恐惧等不良心理状态。基于此，此次选择 82 例耐多药结核病患作为临床研究依据，研究个性化心理合理干预对耐多药结核患者生活质量的影响，并且对患者进行跟踪报告，取得良好治疗效果，现报道如下所示。

## 1. 资料与方法

### 1.1 基本资料

选择从 2018 年 6 月到 2020 年 2 月在我院中接受治疗的患者 82 例，经委员会批准，患者以及家属全部同意基础上参与此次研究，按照病情严重程度分为两组，分别为研究组和观察组，每组各 41 例。其中研究组患者中男性为 21 例，女性则为 20 例，患者平均年龄为  $(51.26\pm 10.21)$  岁，病程在为 3-5 年，并无精神病人员。对照组患者男性 19 例，女性 22 例，平均年龄则为  $(50.26\pm 0.36)$  岁，对两组患者实施不同护理干预方式。研究主体的性别、文化、病情和年纪等相关资料具有可比性 ( $P>0.05$ )<sup>[1]</sup>。

### 1.2 方法

接受治疗的所有患者均采用常规治疗以及护理，研究组患者在常规护理层次上需要增加个性化心理护理干预，需要医护人员积极主动掌握患者基本病情和文化程度等各种信息，结合患者自身情况制定符合身心发展的心理干预方式，可以分为以下几种形式：第一，认知干预形式，患者需要进行反复治疗，所以身体和心理上遭受了巨大折磨，很多耐多药结核患者需要承受巨大经济和精神压力，从而导致情绪不够稳定，经常出现紧张和焦虑现象<sup>[1]</sup>。医护人员所以温和耐心的引导，和患者进行沟通，从而可以掌握疾病发展整个过程，做好基础知识宣讲工作，阐述耐多药结核治疗工作的特殊和重要性，使得患者对自身病情有一定了解，减少内心恐惧和害怕心理，增强疾病自信心，从而可以更好的应对和战胜疾病，积极配合治疗，从而可以有效提升患者疾病治疗效果。第二，心理支持干预方式，耐多药结核患者病存在传染性，所以在治疗期间需要进行隔离，要求患者暂时放弃学业、工作以及各种公共活动，加上社会人员对于此种疾病的排斥心理，使得患者存在孤独和绝望等不佳心理反应。此时医护人员需要关心患者，通过沟通排忧解难，消除内心自卑，时刻处于良好心理。并且积极拉动患者以及周围朋友力量，掌握支持工作价值，做好安慰和支持工作，得到外界的关心和尊重，内心主动接受治疗<sup>[2]</sup>。第三，心理疏导干预方式，在整个治疗期间，医护人员一定要注重对患者产生的各种不良心理进行及时疏导，经常和患者进行沟通和谈心，掌握患者心理基本活动，告知疾病情况以及治疗工作等，有效增强患者自信心，作为患者治疗疾病的良好开端，防止患者出现消极心理，从而对集体免疫功能产生严重抑制作用，对患者治疗存在不利。在治疗期间保持积极情绪可以保证患者恢复健康，向患者接受各种新型技术，从而使得内心不佳情绪充分表达出来，确保患者压力全部释放出来，使得精神状态能够以轻松状态展示出来，进而能够以积极心态接受治疗，能

够更加主动配合治疗。第四，分散患者注意力，在护理干预期间，医护人员要多为患者提供治疗成功的案例，防止在治疗期间出现恶性刺激。并且，采用有效方式可以分散患者注意力，通过交谈、听音乐、看电视和交流等形式有效分散患者注意力，进而可以有效患者患者内心压力<sup>[3]</sup>。

### 1.3 疗效判定指标

对患者进行随访跟踪 1-2 个月，然后有效对比两组患者治疗效果，对患者的考核标准可以是 X 线胸片以及胸 ct 片进行，并且将结核病学术制定的标准评价内容作为基本疗效。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件对数据进行统计学分析。评分数据采用均数±标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 进行标识，计量的比较采用 t 值检验，计数的比较采用 X<sup>2</sup> 检验，P < 0.05 代表存在显著差异<sup>[4]</sup>。

## 2. 结果

对比两组患者病灶吸收率基本情况，发现研究组患者病灶吸收率显著高于对照组，对比两组数据存在统计学意义，所以 p < 0.05，具体情况详见下表：

表一：两组患者病灶吸收率情况对比 n=41，(例，%)

| 组别  | 显著吸收       | 吸收         | 无变化        | 变化        |
|-----|------------|------------|------------|-----------|
| 研究组 | 20 (48.7%) | 18 (43.9%) | 2 (4.87%)  | 1 (2.43%) |
| 对照组 | 12 (29.2%) | 15 (12.1%) | 10 (24.3%) | 4 (9.75%) |

注：通过治疗后发现研究组患者病灶吸收率显著高于对照组，所以 p < 0.05.

## 3. 结论

耐多药结核疾病成为结核病灶控制的严重威胁，因为患者整体治疗时间比较长，使用费用比较高，患者治疗率不高，从而导致患者容易出现恐惧和焦虑等各种不佳心理，从而会严重影响整体治疗效果以及患者治疗质量。此次研究是基于传统治疗护理层次上实施个性化心理护理干预，最终结果显示研究组患者病灶吸收率显著高于对照组吸收率，所以 p < 0.05. 分析后可以阐明心理护理干预对耐多药结核治疗效果，对于患者治疗存在一定价值<sup>[5]</sup>。总而言之，心理护理干预方式可以显著提升患者治疗效果，有效改善患者整体生活治疗，并且此种方式值得在临床治疗期间推广和应用<sup>[6]</sup>。

对耐多药结核患者来说，在躯体治疗期间，医护人员一旦发现异常心理人员，就要给予其充分心理干预，从而使得患者可以有效消除内心各种负面情绪，提升患者整体治疗依从性，确保手术能够顺利进行下去，从而保证患者治疗后有效恢复。所以针对我院收治的 82 例患者分组治疗，最终发现实施个性化心理护理干预患者治疗效果更好，患者病灶吸收率更好，值得推广。

参考文献 (略)

# 护理干预对老年肺结核合并糖尿病患者生活质量的影响

温旭华

作者单位：太原市第四人民医院，太原 030000

**摘要：目的：**研究护理干预对老年肺结核合并糖尿病患者生活质量的影响。**方法：**筛选 2019 年 5 月至 2020 年 11 月期间我院收治的 164 例老年肺结核合并糖尿病患者，研究中按照 1: 1 随机分组的原则，将患者分为对照组 (82 例) 以及观察组 (82 例)，为不同小组中患者制定不同的临床护理措施，以此为基础开展组间对比。**结果：**研究中观察组患者接受护理干预，在此基础上对不同小组患者肺功能改善情况、生活质量评分以及患者护理满意度进行研究，小组间对比差异显著 (P < 0.05)，具有统计学意义。**结论：**在为老年肺结核合并糖尿病患者开展护理的过程中，通过开展护理干预可以很好的改善患者肺功能和生活质量，提升患者的满意度，因此值得在临床中进行推广。

**关键词：**护理干预；老年肺结核；糖尿病；生活质量

在临床中,肺结核是一种较为常见的疾病,其容易与糖尿病合并发生。作为一种高发于老年群体的疾病,肺结核合并糖尿病会对患者的生活质量产生非常巨大的影响,同时也会对患者的生命安全产生威胁。在这样的情况下,护理人员需要针对性的为患者开展护理服务,以此来有效的提升患者的康复速度。笔者在本文中针对护理干预对老年肺结核合并糖尿病患者生活质量的影响开展了相关研究,现总结如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

筛选患者时,保证所有患者均为 2019 年 5 月至 2020 年 11 月期间到我院就诊的老年肺结核合并糖尿病患者生活质量患者,在入选研究的 164 例患者之中,男性 103 例,女性患者 51 例,患者的年龄区间在 61 岁至 78 岁之间,平均(63.7±7.4)岁。

### 1.2 方法

所有患者入院治疗的措施均相同,在为患者提供护理服务的过程中,结合患者所属小组情况的不同,为患者针对性的制定不同的临床护理方案。其中,所有被纳入对照组患者的护理方案均选择为常规护理,所有被纳入观察组中患者的护理方案均选择为护理干预,具体的护理措施可以归纳为一下几个方面:①心理护理干预 老年肺结核合并糖尿病患者在接受治疗的过程中,常常会出现各种不良的心理状态,这样的问题不但会影响患者的治疗依从性,同时也会对治疗效果产生影响。为了避免类似问题的发生,护理人员需要从焦虑、抑郁等不良情绪入手,对患者进行全面的心理疏导,通过这样的方式来保证患者保持较好的心理状态。除此之外,护理人员还需要更多的站在患者的角度来思考问题,通过这样的方式来解决患者心中存在的疑惑,鼓励患者勇敢的面对疾病。②健康教育 在为患者开展护理干预的过程中,护理人员需要对患者开展全面的健康教育,通过这样的方式来帮助患者更好的了解自身的病情,同时掌握一些自我护理的方法。护理人员可以通过讲座、一对一沟通以及讨论会的方式,强化健康教育的质量,保证患者病情稳定的同时,提高患者的生活质量。③营造和谐护患关系 通过建立起和谐的护患关系,不但可以提升患者对于护理人员信任度,同时也可以提升患者对于各种治疗和护理方案的依从性。为此,护理人员需要在开展护理工作的过程中选择亲切和蔼的态度,尽量满足患者的合理要求。除此之外,护理人员还需要教授给患者家属一些基本的护理知识,引导患者家属给患者进行鼓励,以此来更好的促进患者的恢复。

### 1.3 统计学方法

用统计学软件 SPSS 19.0 进行统计分析。计量资料以及计数资料分别用  $n$  (%) 以及  $(\bar{x} \pm s)$  表示,组间比较采用  $t$  检验或者采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 两组患者的肺部功能改善情况对比

表 1 两组患者的肺部功能改善情况对比

| 组别  | n  | FVC        | VC          | PEF         |
|-----|----|------------|-------------|-------------|
| 观察组 | 82 | 95.52±3.11 | 95.46±6.14  | 105.14±9.30 |
| 对照组 | 82 | 98.34±5.61 | 107.22±4.88 | 110.58±9.88 |
| P   | -  | <0.05      | <0.05       | <0.05       |

### 2.2 两组患者的生活质量情况对比

表 2 两组患者的生活质量情况对比

| 组别  | n  | 社会指标       | 心理指标       | 环境指标       | 生理指标       |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 观察组 | 82 | 22.44±2.11 | 22.44±1.66 | 21.77±2.11 | 20.15±2.16 |
| 对照组 | 82 | 16.11±2.11 | 15.11±1.82 | 13.11±1.42 | 14.65±1.56 |
| P   | -  | <0.05      | <0.05      | <0.05      | <0.05      |

## 2.3 两组患者的护理满意度对比

表 3 两组患者的护理满意度对比

| 组别  | n  | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度       |
|-----|----|------|----|-----|------------|
| 观察组 | 82 | 53   | 27 | 2   | 80 (87.56) |
| 对照组 | 82 | 41   | 25 | 16  | 66 (80.49) |
| P   | -  | -    | -  | -   | <0.05      |

## 3. 讨论

作为一种较为常见的疾病，肺结核不但具有较高的发病率，同时也对患者的生命安全产生较大的威胁。在患者发病的过程中，肺结核还有较高的概率合并糖尿病，在这样的情况下，如何在患者接受临床治疗的过程中，对患者的护理质量进行提升，成为了医护人员重点思考的问题。随着医学技术的不断进步，护理措施也得到了不断的挖山。护理干预的开展可以有效的对患者的心理状态进行调节，同时在护理过程中更多的将患者作为护理服务的核心，从而更好的促进患者的恢复。在本次研究的过程中发现，观察组患者在接受护理干预之后，相较于对照组患者的护理效果，观察组患者的肺功能改善情况、生活质量评分以及患者护理满意度都明显更好，小组之间的差异显著 ( $P<0.05$ )，具有统计学意义。

综上所述，临床治疗老年肺结核合并糖尿病患者的过程中，护理干预可以有效的改善患者生活质量，与此同时，护理干预还可以提升患者肺功能恢复速度，因此值得大力推广。

参考文献 (略)

## 循证饮食护理对改善结核性脑膜炎患者低血钾的效果分析

杨毓碧

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心

**【摘要】目的：**探讨循证饮食护理对改善结核性脑膜炎患者低血钾的效果分析。**方法：**选择我院 2022 年 9 月—2024 年 6 月收治的 60 例结核性脑膜炎患者作为研究对象，分为观察组和对照组两组，对照组患者采用常规饮食护理，观察组患者采用合理科学的循证饮食护理。比较两组患者治疗后第 1、2、3 周的血钾浓度情况。**结果：**观察组患者治疗后的第 1、2、3 周血钾浓度明显高于对照组患者，具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论：**循证饮食护理能有效改善结核性脑膜炎患者低血钾症浓度，值得运用和推广。

**【关键词】** 循证饮食护理；结核性脑膜炎；低钾血症；血钾浓度

结核性脑膜炎约占全身性结核病的 6%，结核杆菌经过血播散后，种植到了软脑膜形成结核结节，结节破溃后大量结核菌进入蛛网膜下腔，引起结核性脑膜炎，病人常表现为低热、食欲减退、精神萎靡；颅内压增高表现为头痛、呕吐和视乳头水肿等，由于这部分患者在食物摄入的过程中存在营养摄入不均衡或由于患者排泄和消耗增加，导致体内钾丢失严重，很容易诱发低钾血症，严重影响患者的疾病恢复、生活质量和身心健康、严重者甚至威胁生命安全，在临床护理中，为了有效地改善结核性脑膜炎患者的血钾浓度，通过循证饮食护理，效果显著，不仅符合临床实践需求，更能满足患者身体要求，对于患者的康复具有重要的意义和作用。现报告如下：

## 1 资料资料与方法

## 1.1 一般资料

选择我院 2022 年 9 月—2024 年 6 月收治的 60 例结核性脑膜炎患者作为研究对象，其中男性患者 38 例，女性患者 22 例，入选标准：①年龄范围在 15-75 岁之间，平均年龄为 (40.56±10.84) 岁；②通过血生化分析，患者的血钾浓度  $<3.5\text{mmol/L}$ ，存在低钾血症症状；③住院时间在 4 周及以上；④患者意识清醒，能自主进食，无心、脑、肾、消化道等慢性疾病。根据住院号随机将患者分为观察组和对照组两组，两组

患者在性别、年龄、职业、病种等方面不存在差异,无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 1.2 护理方法

对照组患者采用常规饮食护理,观察组患者根据患者临床实践中的问题,收集资料,评估质料,找出循证问题,结合评估标准及临床经验,与患者共同制订合理科学的循证饮食护理。具体内容如下:

1.2.1 组建相应的循证护理小组,注重循证资料的收集,在临床实践中,应该从实际出发,组建成 6 人组的循证小组,由护士长、副主任护师、主管护师、护师等组成,护士长作为主要负责人。

1.2.2 循证问题的收集 根据患者的实际情况收集和结核性脑膜炎相应的循证问题:①医护人员缺乏饮食补钾的相关知识;②患者缺乏对自身疾病知识的认知;③患者及家属不了解含钾高的食物种类;④患者缺乏饮食对补钾的重要性认识;⑤疾病及心理因素影响饮食效果;⑥缺少社会和家庭的支持。

1.2.3 循证支持 针对循证问题查阅文献资料,获取制定相关护理措施的资料。

### 1.2.4 循证护理措施

为了提升护理质量和护理效果,根据循证收集的资料采取以下护理措施:

①加大医护人员的培训,培训内容:学习结核性脑膜炎相关知识及人文知识,注重医护人员沟通技巧的培训,使每名医护人员能进行有效的健康教育;②健康教育,责任护士应用“知—信—行”健康教育模式,通过口头讲解、图文、模型宣传及列举个案等多种形式向患者及家属讲解结核性脑膜炎的相关知识;低血钾对身体有哪些危害;低钾血症发生的常见诱因;低钾血症出现的症状以及治疗等知识;常见含钾高的食物种类,并把详细内容告知患者及家属,让患者了解补充血钾的重要性;③注重饮食护理和心理干预,讲解结核性脑膜炎患者很容易出现低血钾症的主要原因,护理人员应该全面了解患者的饮食习惯,为患者制定个性化富含钾的食谱,反复告知患者和家属常见的含钾高的食物种类,便于患者能够得到有效的血钾补充。同时,结核性脑膜炎病程长、疗效慢、治疗费用高、药物不良反应大,医护人员还应该根据患者的实际状况加大心理护理,引导患者家属对于患者心理负担的疏导,避免患者因为心理问题影响饮食健康,而加重低钾血症,使患者能得到家庭的支持,提高治疗依从性。

## 1.3 评价指标

分析和比较两组患者在治疗后第 1、2、3 周的血钾浓度情况,低钾血症判断标准:正常人体内血钾浓度为  $3.5\text{mmol/L}\sim 5.5\text{mmol/L}$ ,当血清钾  $<3.5\text{mmol/L}$  时称为低钾血症。

## 1.4 数据统计

本次数据分析主要是运用统计学软件 SPSS21.0 加以适当处理,运用 ( $x\pm s$ ) 来作为统计计量资料,使用 t 检验计量资料,运用  $\chi^2$  加以检验,  $P<0.05$  则充分说明具有统计学意义。

## 2 结果

实验结果显示,观察组患者在治疗后的血钾浓度明显高于对照组,两组数据比较有差异,具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。详细情况见表 1:

表 1 两组患者治疗之后的血钾浓度比较 (mmol/L)

| 组别  | 例数 | 治疗前            | 治疗后 1 周        | 治疗后 2 周        | 治疗后 3 周        |
|-----|----|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 观察组 | 30 | $2.68\pm 0.35$ | $3.54\pm 0.17$ | $3.78\pm 0.17$ | $3.91\pm 0.18$ |
| 对照组 | 30 | $2.64\pm 0.38$ | $3.44\pm 0.17$ | $3.67\pm 0.25$ | $3.79\pm 0.22$ |
| t 值 |    | 0.26           | 3.11           | 2.56           | 2.83           |
| p   |    | 0.751          | 0.002          | 0.012          | 0.005          |

## 3 讨论

循证饮食护理作为一种全新全面的护理方式,是受循证医学的影响而产生的护理观念,主要是以临床实证作为依据,提出问题,分析问题,寻找实证,为患者提供最佳护理方案。循证护理要求护理人员应该以患者作为中心,注重护理人员的主动参与,了解患者的实际情况,从而不断调整护理方案,实施有效的护理措施。临床实践表明,导致结核性脑膜炎患者出现低钾血症的主要原因有以下几点:①患者颅内压增高,出现头痛、恶心、呕吐等,食物摄取减少而导致血钾浓度低;②患者服用抗痨药物导致食欲减退,摄取血钾有效,在长期消耗性疾病的影响下,血钾含量下降;③脱水剂等药物会使钾的排泄和消耗增加。针

对患者血钾含量的下降情况,给予钾含量的补充显得尤为重要。科学的循证饮食护理不仅有助于补充患者的血钾浓度,还能有效地消除患者焦虑等情绪,恢复患者正常饮食和生活规律,提升患者的生理健康和生活质量。研究表明,运用循证饮食护理的观察组患者的血钾浓度上升指标明显优于对照组,可见循证饮食护理对于结核性脑膜炎患者出现低血钾症具有显著效果,值得运用和推广。

参考文献(略)

## 学校结核防控管理的评价

赖静文 1, 郭婉如 1, 刘英 1, 陈嘉伟 1, 赖晓宇 2, 陈珣珣 2

作者单位: 1 广州市番禺区慢性病防治站, 广州, 511400; 2 广东省结核病控制中心, 广州, 510620

**【摘要】:** 目的通过问卷调查形式对出现聚集性疫情的学校结核防控管理进行评价,为校园结核病防控提供参考意见。**方法** 本次调查采用问卷调查形式对全校学生、家长及教职工进行知、信、行调查。**结果** 总人群中结核病核心知识全部知晓率为 28.8% (1636/5684), 学生、家长、教职工的核心知识全部知晓率分别为 25.2% (686/2723)、31.5%(815/2590)、36.4%(135/371)。总人群的核心知识总知晓率为 85.40%, 学生、家长、教职工的核心知识总知晓率分别为 84.1%、86.4%、88.0%。不同年级学生的结核病核心知识知晓比较: 高一、高二、高三学生的核心知识总知晓率分别为 84.7%, 81.7%、86.5%, ( $\chi^2=64.092, P<0.001$ ) 均存在统计学差异。高三年级最高, 高一次之, 高二最低。高一、高二、高三学生对学校结核病管理的态度总得分分别为 23.81±6.41、21.47±6.51、26.36±5.56, 高三学生对学校结核病管理的满意程度最高, 高二学生对学校结核病管理的满意程度最低。**结论** 要做好学校结核病防控工作, 必须把好五个关口: 入学健康体检关、日常结核可疑症状监测检查关、疫情报告关、密切接触者筛查关、休复学管理关。

**关键词:** 学校, 核心、防控、评价

学校结核病即为在学校发生或者患结核病病例为学生, 又称为学生结核病, 我国一直将学校结核防控工作作为我国结核病防治的重点之一<sup>[1]</sup>。学校作为一个特殊的公共场所, 教师和学生以及其他学校人员集中, 人员之间接触密切频繁, 一旦出现结核病患者, 势必出现大量密切接触者, 产生续发病例, 造成严重的突发性的公共卫生事件<sup>[2]</sup>。近年来我国加强学校结核病防控预警工作, 提高了学校结核病发现率<sup>[3]</sup>。2008-2018 年全国学生肺结核疫情变化趋势及特征的分析中学校结核报告发病数病例从 2008 年的 27.92/10 万, 到 2015 年

下降至 13.30/10 万, 后又逐年提高至 2018 年的 17.97/10 万, 使得学校结核报告发病例数在全部肺结核患者中的占比也呈现下降后又反升的趋势<sup>[2,4-5]</sup>。

番禺区历来非常重视学校结核的各项防控工作, 从 2016 年至 2020 年, 番禺区学生肺结核报告发病率呈现明显下降趋势, 从 2016 年的 16.82/10 万下降到 2020 年的 10.67/10 万, 学生患者人数占结核病总人数的比例也从 6.51% 下降到 5.06%, 年递降率是 8.70%, 说明学校结核病防治项目实施初中生、高中生入学结核病免费筛查对实际防控工作产生了良好的效果。本研究通过问卷调查形式对 2019 学年番禺区高三出现聚集性疫情一所高中的学校结核防控管理进行评价, 为校园结核病防控提供参考意见。

### 1 对象与方法

1.1 研究对象 调查人群来自 2019 学年番禺区出现聚集性疫情某高中的学生、家长、教职工。纳入研究的标准为: ①2019 年-2020 学年的学生、家长、教职工。②自愿参与并能独立完成问卷调查。

1.2 研究方法 经调查对象知情同意后, 针对全校学生、家长及教职工以纸质问卷发放给每位调查对象独立完成, 由经过培训的专业人员对回收问卷进行质量控制, 剔除不符合的问卷。调查问卷中罗列了校园结核防控的 8 条核心知识。评价指标: 核心知识全部知晓率=8 条核心知识全部正确回答的被调查对象人数/调查总人数\*100%。核心知识总知晓率= 所有调查对象正确回答核心知识问答条目总数/被调查对象回

答条目总数\*100%；单一条目知晓率=(调查对象正确回答某条核心知识的人数)/调查对象回答该条核心知识的总人数\*100%。学校结核防控管理评价，评价指标为：学校对结核病防控的重视程度、落实晨/午检报告情况、预防肺结核宣传工作情况、对师生病假跟进调查工作、对患结核病或 PPD 强阳性学生的管理、新生入学/新职员的体检的管理。

1.3 统计学分析 使用 Excel2016 软件进行数据录入，采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析,分析方法为一般描述性统计、构成比和率的比较采用  $\chi^2$  检验、独立多样本秩和检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 师生及家长对结核防控核心知识知晓情况 按照国家校园结核防控宣教工作指导精神，本次调查问卷中罗列了校园结核防控的 8 条核心知识，经统计，总人群中结核病核心知识全部知晓率为 28.8% (1636/5684)，学生、家长、教职工的核心知识全部知晓率分别为 25.2% (686/2723)、31.5%(815/2590)、36.4%(135/371)。结核病核心知识单一信息知晓率、核心知识总知晓率如表 1 所示，总人群的核心知识总知晓率为 85.40%，学生、家长、教职工的核心知识总知晓率分别为 84.1%、86.4%、88.0%。总人群中知晓率最高为条目 6“出现肺结核可疑症状或被诊断为肺结核后，应当主动向学校报告，不隐瞒病情、不带病上课”和 条目 7“养成勤开窗通风的习惯”，知晓率分别为 98.6%、97.1；知晓率最低为条目 1“肺结核是长期严重危害人民群众身体健康的慢性传染病”和条目 4“不随地吐痰，咳嗽、打喷嚏时掩口鼻，戴口罩可以减少肺结核的传播”，知晓率分别为 52.0%、79.1%。经卡方检验显示学生、学生家长、和教职工的结核病信息知晓情况不同：学生人群中条目 1、3、6、7 的知晓率低于家长和教职工，条目 5 的知晓率高于家长和教职工，条目 2 的知晓率高于家长人群和低于教职工人群；家长人群条目 4 的知晓率低于学生和教职工；教职工对于核心知识总知晓率高于学生和家長人群，具体数据见表 1。不同年级学生的结核病核心知识知晓比较：高一、高二、高三学生的核心知识总知晓率分别为 84.7%，81.7%、86.5%，均存在统计学差异，高三年级最高，高一次之，高二最低。具体知识点年级间知晓率的差异见表 2。

2.2 学生群体对学校结核防控管理评价 学生对学校结核病管理的总体满意程度较高，认为学校对结核病防控的重视程度、落实晨/午检报告情况、预防肺结核宣传工作情况、对师生病假的跟进调查工作、对患结核病或 PPD 强阳性学生的管理、新生入学/新职员的体检的管理工作较好和很好均达 70%以上。经独立多样本秩和检验显示，不同年级同学对学校结核病管理的态度的得分不同，高一、高二、高三学生对学校结核病管理的态度总得分分别为 23.81±6.41、21.47±6.51、26.36±5.56，高三学生对学校结核病管理的满意程度最高，高二学生对学校结核病管理的满意程度最低。(表 3、表 4)

2.3 学生结核防控知识获取途径 学生以往主要通过主题班会、书刊/宣传栏/电视等传统媒体、网络/微博/公众号等新媒体了解结核病相关知识。征求他们期望的宣教方式，学生的回答选项分布较分散，相对而言，学生更希望通过校园有奖竞赛、征文比赛、健康讲座、流动宣传展板等方式来获得结核病防控信息。(表 5、6)

2.4 预防性服药效果评价 2019 年 9 月至 2020 年 8 月学校利用 PPD 结核菌素试验、T-SPOT 实验和 DR 胸片展开肺结核筛查，共有 154 人 PPD 强阳性或 T-SPOT 阳性，其中 PPD 强阳性 140 人，对高三 6 班 PPD 阳性的师生进行 T-SPOT 检查发现 14 人 T-SPOT 阳性。全校预防性服药 73 人，学生预防性服药率 63.6% (70/110)。具体分布及服药情况见表 7，3 人因服药后肝功能异常，中断服药。

表 1 学生、学生家长和教职工的学校结核病核心知识知晓情况比较

| 条目                      | 总人群<br>(N=5684) |                  | 学生 (n=2723) |                   | 家长(n=2590) |                  | 教职工(n=371) |                  | 卡方<br>值             | P      |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|-------------------|------------|------------------|------------|------------------|---------------------|--------|
|                         | 条目<br>数         | 知晓率 <sup>d</sup> | 条目数         | 知晓率 <sup>d</sup>  | 条目数        | 知晓率 <sup>d</sup> | 条目数        | 知晓率 <sup>d</sup> |                     |        |
| 1.肺结核是长期严重危害健康的慢性传染病    | 2954            | 52.0             | 1244        | 45.7 <sup>a</sup> | 1472       | 56.8             | 238        | 64.2             | 89.694              | <0.001 |
| 2.肺结核主要通过呼吸道传播，人人都可能被感染 | 5376            | 94.6             | 2588        | 95.0 <sup>b</sup> | 2426       | 93.7             | 362        | 97.6             | 11.828              | 0.003  |
| 3.咳嗽、咳痰 2 周以上，应当        | 4719            | 83.0             | 2081        | 76.4 <sup>b</sup> | 2297       | 88.7             | 341        | 91.9             | 163.91 <sub>1</sub> | <0.001 |

|                               |       |       |       |                   |       |                   |      |       |        |        |  |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------------------|------|-------|--------|--------|--|
| 怀疑结核, 及时就诊                    |       |       |       |                   |       |                   |      |       |        |        |  |
| 4.不随地吐痰, 咳嗽、喷嚏掩<br>口鼻, 口罩减少传播 | 4498  | 79.1  | 2190  | 80.4              | 2000  | 77.2 <sup>c</sup> | 308  | 83.0  | 11.890 | 0.003  |  |
| 5.规范全程治疗, 可治愈, 还<br>可避免传染他人   | 4812  | 84.7  | 2403  | 88.2 <sup>a</sup> | 2133  | 82.4              | 276  | 74.4  | 67.696 | <0.001 |  |
| 6.可疑或确诊后, 应主动报<br>告, 不隐瞒或带病上课 | 5607  | 98.6  | 2657  | 97.6 <sup>b</sup> | 2579  | 99.6              | 371  | 100.0 | 45.148 | <0.001 |  |
| 7.养成勤开窗通风的习惯                  | 5520  | 97.1  | 2583  | 94.9 <sup>b</sup> | 2569  | 99.2              | 368  | 99.2  | 94.952 | <0.001 |  |
| 8.充足睡眠, 合理膳食, 体育<br>锻炼, 可抵御疾病 | 5351  | 94.1  | 2568  | 94.3              | 2428  | 93.7              | 355  | 95.7  | 2.481  | 0.289  |  |
| 合计                            | 38837 | 85.40 | 18314 | 84.1 <sup>a</sup> | 17904 | 86.4              | 2619 | 88.0  | 67.038 | <0.001 |  |

注: 经卡方检验多重比较, <sup>a</sup>表示三种不同人群中知晓率不同, <sup>b</sup>表示学生人群的知晓率与其他人群不同, <sup>c</sup>表示家长人群的知晓率与其他人群不同;<sup>d</sup>知晓率的单位为%

表 2 不同年级学生结核病核心知识知晓情况比较

| 核心信息条目                      | 高一 (n=993) |                   | 高二(n=896) |                   | 高三(n=826) |                   | 卡方值     | P      |
|-----------------------------|------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|---------|--------|
|                             | 正确人数       | 知晓率%              | 正确人数      | 知晓率%              | 正确人数      | 知晓率%              |         |        |
| 1.肺结核是长期严重危害健康的慢性传染病        | 434        | 43.7 <sup>b</sup> | 306       | 34.2              | 504       | 61                | 127.768 | <0.001 |
| 2.肺结核主要通过呼吸道传播, 人人都可能被感染    | 950        | 95.7              | 840       | 93.8 <sup>c</sup> | 796       | 96.4              | 7.123   | 0.028  |
| 3.咳嗽、咳痰 2 周以上, 应当怀疑结核, 及时就诊 | 781        | 78.7              | 669       | 74.7              | 630       | 76.3              | 4.252   | 0.119  |
| 4.不随地吐痰, 咳嗽、喷嚏掩口鼻, 口罩减少传播   | 827        | 83.3              | 696       | 77.7              | 666       | 80.6 <sup>d</sup> | 9.471   | 0.009  |
| 5.规范全程治疗, 可治愈, 还可避免传染他人     | 870        | 87.6              | 800       | 89.3              | 731       | 88.5              | 1.293   | 0.524  |
| 6.可疑或确诊后, 应主动报告, 不隐瞒或带病上课   | 974        | 98.1              | 869       | 97                | 812       | 98.3              | 4.094   | 0.129  |
| 7.养成勤开窗通风的习惯                | 947        | 95.4 <sup>b</sup> | 828       | 92.4              | 807       | 97.7              | 26.045  | <0.001 |
| 8.充足睡眠, 合理膳食, 体育锻炼, 可抵御疾病   | 948        | 95.5              | 845       | 94.3              | 773       | 93.6              | 3.195   | 0.202  |
| 合计                          | 6731       | 84.7 <sup>a</sup> | 5853      | 81.7              | 5719      | 86.5              | 64.092  | <0.001 |

表 3 学生对学校结核病管理的态度

| 条目                       | 不了解 |      | 很差 |     | 较差 |     | 中等  |      | 较好  |      | 很好   |      |
|--------------------------|-----|------|----|-----|----|-----|-----|------|-----|------|------|------|
|                          | 人数  | %    | 人数 | %   | 人数 | %   | 人数  | %    | 人数  | %    | 人数   | %    |
| 1.请学校对结核病防控的重视程度         | 97  | 3.6  | 13 | 0.5 | 23 | 0.8 | 489 | 18.0 | 961 | 35.3 | 1114 | 40.9 |
| 2.请评价学校日常落实晨/午检报告情况      | 104 | 3.8  | 17 | 0.6 | 29 | 1.1 | 454 | 16.7 | 972 | 35.7 | 1120 | 41.1 |
| 3.请评价学校预防肺结核宣传工作情况       | 80  | 2.9  | 11 | 0.4 | 32 | 1.2 | 494 | 18.1 | 984 | 36.1 | 1094 | 40.2 |
| 4.请评价学校对师生病假的跟进调查工作      | 108 | 4.0  | 12 | 0.4 | 28 | 1.0 | 398 | 14.6 | 986 | 36.2 | 1159 | 42.6 |
| 5.请评价学校对患病或 PPD 强阳性学生的管理 | 326 | 12.0 | 11 | 0.4 | 24 | 0.9 | 381 | 14.0 | 845 | 31.0 | 1099 | 40.4 |
| 6.请评价学校每年新生入学/新职员员的体检    | 232 | 8.5  | 20 | 0.7 | 41 | 1.5 | 457 | 16.8 | 908 | 33.3 | 1025 | 37.6 |

表 4 不同年级学生对学校结核病管理的态度得分比较

| 条目                       | 合计         | 高一         | 高二         | 高三         | H 值     | P      |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|---------|--------|
| 1.请评价学校对结核病防控的重视程度       | 4.6±1.12   | 4.04±1.07  | 3.68±1.18  | 4.47±0.94  | 323.277 | <0.001 |
| 2.请评价学校日常落实晨/午检报告情况      | 4.05±1.14  | 4.05±1.13  | 3.74±1.18  | 4.38±1.00  | 215.486 | <0.001 |
| 3.请评价学校预防肺结核宣传工作情况       | 4.07±1.07  | 4.05±1.06  | 3.72±1.09  | 4.46±0.91  | 301.484 | <0.001 |
| 4.请评价学校对师生病假的跟进调查工作      | 4.09±1.14  | 4.09±1.11  | 3.78±1.17  | 4.41±1.04  | 224.686 | <0.001 |
| 5.请评价学校对患病或 PPD 强阳性学生的管理 | 3.75±1.58  | 3.75±1.57  | 3.2±1.73   | 4.34±1.17  | 297.007 | <0.001 |
| 6.请评价学校每年新生入学/新职员员的体检    | 3.81±1.42  | 3.8±1.43   | 3.36±1.51  | 4.3±1.15   | 277.869 | <0.001 |
| 合计                       | 23.83±6.49 | 23.81±6.41 | 21.47±6.51 | 26.36±5.56 | 342.869 | <0.001 |

表 5 学生了解结核病相关信息的途径

| 获取途径           | 人数   | 比例 (%) |
|----------------|------|--------|
| 书刊/宣传栏/电视等传统媒体 | 1975 | 34.7   |
| 网络/微博/公众号等新媒体  | 1936 | 34.1   |
| 专题讲座           | 1363 | 24.0   |
| 主题班会           | 2115 | 37.2   |
| 曾上过相关课程        | 898  | 15.8   |
| 社区宣传           | 1114 | 19.6   |
| 朋友/家人等         | 981  | 17.3   |

表 6 学生希望获得结核病防信息的途径

| 希望途径         | 人数   | 比例 (%) |
|--------------|------|--------|
| 健康讲座         | 997  | 17.5   |
| 校园有奖竞赛、征文比赛等 | 1040 | 18.3   |
| 流动宣传展板       | 796  | 14.0   |
| 固定的宣传栏和墙报    | 761  | 13.4   |
| 有奖游戏活动       | 603  | 10.6   |
| 派发宣传画册       | 635  | 11.2   |
| 课间滚动播放视频或广播  | 22   | 0.4    |

表 7 2019 年 9 月至 2020 年 8 月肺结核筛查结果

| 人员   | PPD 强阳性或 T-SPOT 阳性 |      | 预防性服药 |      | 胸片异常 |      |
|------|--------------------|------|-------|------|------|------|
|      | 例数                 | 构成比% | 例数    | 构成比% | 例数   | 构成比% |
| 学校员工 | 44                 | 28.6 | 3     | 4.1  | 33   | 56   |
| 教师   | 39                 | 25.3 | 3     | 4.1  | 18   | 31   |
| 食堂   | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 7    | 12   |
| 物管   | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 8    | 14   |
| 高一合计 | 3                  | 1.9  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 5 班  | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 12 班 | 1                  | 0.6  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 高二合计 | 7                  | 4.5  | 1     | 1.4  | 1    | 2    |
| 1 班  | 3                  | 1.9  | 0     | 0.0  | 1    | 2    |
| 2 班  | 4                  | 2.6  | 1     | 1.4  | 0    | 0    |
| 高三合计 | 100                | 64.9 | 68    | 93.2 | 25   | 42   |
| 1 班  | 5                  | 3.2  | 2     | 2.7  | 1    | 2    |
| 2 班  | 2                  | 1.3  | 1     | 1.4  | 0    | 0    |
| 3 班  | 5                  | 3.2  | 4     | 5.5  | 2    | 3    |
| 4 班  | 4                  | 2.6  | 1     | 1.4  | 2    | 3    |
| 5 班  | 10                 | 6.5  | 8     | 11.0 | 2    | 3    |
| 6 班  | 26                 | 16.9 | 32    | 43.8 | 6    | 10   |
| 7 班  | 4                  | 2.6  | 4     | 5.5  | 3    | 5    |
| 8 班  | 14                 | 9.1  | 10    | 13.7 | 0    | 0    |
| 9 班  | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 1    | 2    |
| 10 班 | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 2    | 3    |
| 11 班 | 1                  | 0.6  | 4     | 5.5  | 3    | 5    |
| 12 班 | 1                  | 0.6  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 13 班 | 2                  | 1.3  | 1     | 1.4  | 0    | 0    |
| 14 班 | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 15 班 | 2                  | 1.3  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 16 班 | 8                  | 5.2  | 1     | 1.4  | 2    | 3    |
| 17 班 | 6                  | 3.9  | 0     | 0.0  | 0    | 0    |
| 18 班 | 1                  | 0.6  | 0     | 0.0  | 1    | 2    |

|      |     |      |    |      |    |     |
|------|-----|------|----|------|----|-----|
| 19 班 | 1   | 0.6  | 0  | 0.0  | 0  | 0   |
| 20 班 | 1   | 0.6  | 0  | 0.0  | 0  | 0   |
| 21 班 | 1   | 0.6  | 0  | 0.0  | 0  | 0   |
| 学生合计 | 110 | 71.4 | 70 | 95.9 | 26 | 44  |
| 总合计  | 154 | 100  | 73 | 100  | 59 | 100 |

## 讨论

学校是学校结核病防控工作的主体责任单位,应按照规定要求落实各项常规防控措施<sup>[1]</sup>。根据防控政策,应全面严格落实新生入学体检、教职工常规体检、学校晨检、因病缺勤、通风等制度措施。本次调查,学生和家長对学校结核病防控工作管理较为满意。学生和家長认为学校对结核病防控的重视程度、落实晨/午检报告情况、预防肺结核宣传工作情况、对师生病假跟进调查工作、对患结核病或 PPD 强阳性学生的管理、新生入学/新职员体检的管理工作较好和很好均达 70%和 80%以上。高二学生、家長对学校结核病管理的满意程度均低于高一、高三。其原因分析:2018 年番禺区率先在广州市实施初中生、高中生入学结核病免费筛查,高一新生及高三学生均可享受结核病免费筛查,从而导致高二学生和家長可能对学校结核病管理工作存在误解,认为学校在这方面的投入不够或管理不善,导致他们对学校的满意度降低。

学生作为一个特殊的群体,具有分布集中、接触密切等特点,存在结核感染与发病的潜在性威胁<sup>[6]</sup>。一旦发生结核病疫情,若处理不当极易造成流行,学校则是结核病聚集性疫情暴发的最主要场所<sup>[7]</sup>。近年来,学校结核病疫情总体呈现下降趋势,但聚集性疫情仍时有发生<sup>[8]</sup>。目前,我国肺结核疫情特征表现为患病率、感染率以及耐药率较高的趋势<sup>[9]</sup>,其原因是部分患者缺乏对肺结核知识的了解,治疗依从性差使治疗效果不好或治疗不规范导致趋势升高<sup>[10]</sup>,健康教育是学生结核病防控的重要手段。在本次调查中,学生肺结核防治核心知识总知晓率为 84.1%,高三学生的知晓率高于高一、高二,说明结核病健康教育对于学生结核病核心知识的掌握具有积极的作用,这与以往的研究结果是一致的<sup>[11-13]</sup>。“肺结核是慢性传染病”的知晓率仅为 45.7%,低于倪帅虎等<sup>[14]</sup>54.59%,说明有部分大学生可能忽视结核病是传染性疾病,在一些文献研究中甚至有部分学生将肺结核认为是非传染性疾病,容易忽视对结核病的防范,患上结核病后仍然不知情,耽误诊断和治疗,并可能继续向他人传播<sup>[15]</sup>。“规范全程治疗,可治愈,还可避免传染他人”的知晓率为 88.2%,这条知识对于提高肺结核患者的治疗信心和依从性,甚至是预防耐药结核病的发生都有重大的意义<sup>[16]</sup>。“开窗通风有利于预防结核分枝杆菌传播”的知晓率为 94.9%,通风不良会使患者呼出的带菌飞沫滞留在室内,使室内结核分枝杆菌的浓度不断升高,增加其他人患结核病的风险<sup>[17]</sup>。在继续全面加强中学生结核病健康教育的同时,还需要对中学生核心知识掌握的薄弱点通过多种途径进行重点宣传,提高中学生对于结核病防治知识的全面认识,推进降低校园内结核病疫情的发生。

互联网则以新颖的方式传输图片、文字、语音、视频等信息,可进行交流互动,更易被学生群体接受,使学生能够主动学习,经常变换更新不同喜闻乐见的内容从而提高结防知识知晓率。有资料报道,学生对各种方式健康教育的接受程度有所不同,最受欢迎的或易于接受的是新型媒介传播式教育<sup>[18]</sup>。另有文献显示,互联网传播手段对提高学生肺结核防治知识的知晓效果有影响<sup>[19-21]</sup>。本次调查中,学生主要通过网络/微博/公众号等新媒体了解结核病相关知识。征求他们期望的宣教方式,学生更希望通过校园有奖竞赛、征文比赛、健康讲座、流动宣传展板等方式来获得结核病防控信息。今后学校结核病健康教育工作要根据不同学生的特点,并根据该年龄段学生的心理生理特点,采取有针对性的、乐于接受的宣教方式进行宣传,提高师生对结核病的认知和自我防范意识,降低结核病在学校内传播的风险。

结核病的预防性治疗主要是减少体内的结核菌数量,从而减少发病机会,是低疫情地区和结核病高危人群控制结核病的重要措施之一<sup>[22]</sup>。在青少年时期卡介苗的保护作用不肯定的前提下,学校开展预防性治疗控制学校结核病疫情是可取的控制手段<sup>[23]</sup>。学校这个人口密集、日常接触较为密切的特殊场所,容易是小范围结核病暴发流行的原因之一<sup>[24]</sup>。本次调查,学生预防性服药率 63.6% (70/110),低于江苏省学校结核病疫情中 80.2%<sup>[25]</sup>。其原因分析:一是相比于结核病患者,LTBI 没有任何结核病临床症状,而进行预防性治疗的药物却可能带来一定的不良反应,即使根据目前的研究结果,因服药发生不良反应的可能性仅为 0%~5%<sup>[26]</sup>,但是对预防性治疗药物产生的不良反应的恐惧致使学生和學生家長不愿接受预防性治疗<sup>[27]</sup>。另

外,我国“是药三分毒”的传统思想也造成学生和学生家长不愿意在没有任何症状的情况下服用预防性治疗药物;二是 LTBI 人群划分标准的不一致性亦使我国预防性治疗的方法和治疗效果评价指标一直存在争议<sup>[28]</sup>。对于 PPD 强阳性预防服药的效果评价相关调查,预防性服药组的肺结核发病率为 0%,未预防性服药组的肺结核发病率为 0%,由于追踪时间短,暂不能评价预防性服药的效果。而且高三学生毕业后的追踪随访存在困难,何时进行高危队列的筛选与建立、高三师生健康宣教的干预时机、学生的随访追踪都必须考虑到高三学生时间节点的特殊性,鉴于高三第二学期高考压力日渐逼近,建议以后所有类似研究工作与安排尽量往前放,如在高二学期末或高三上学期。

综上所述,提高学校结核病防控措施,建议按照以下流程开展:一是在每年年初通过高风险学校监测筛查,提前切断一些结核病常年高发的学校中难以被发现的学校结核病隐性传播链,降低全年度学校结核病聚集性疫情的发生风险;二是在每年年末通过新生入学结核病体检筛查,防止新生中活动性结核病患者在校内引发结核病暴发;三是将密切接触者筛查流程贯彻到每一起学生结核病病例的处理中,尽可能全面地筛查出存在结核病发病风险的学生,鼓励其进行预防性治疗,控制学生结核病病例的波及范围,防止续发病例的产生;四是按期对学生和校医进行结核病相关知识教育,提高学生和校医对学校结核病自我检查的敏感性,缩短就诊延迟时间,并提升学校方面对该市学校结核病防控策略的依从性。

本次研究的局限性:本研究是基于一所学校结核病防控策略的研究,所得有关学校结核病防控效果资料仅反映了当前现状。我国各地社会经济发展水平、结核病疫情防控现状均存在差异,该市学校结核病防治策略是否具有普适性还需在不同地区进行深入研究。

参考文献(略)

## 整体护理在结核病护理中的应用及效果分析

程芳

作者单位:华中科技大学同济医学院附属武汉金银潭医院

**【摘要】**目的:评估整体护理应用于结核病护理工作中的实施成效。方法:本次研究时间为 2018 年 12 月至 2019 年 12 月在我院接受治疗的 102 名结核病患者,运用随机选择法分为了研究组和对照组,每组安排 51 人,其中对照组进行常规护理措施,研究组进行整体护理措施,对比两组病人在不同阶段痰结核杆菌阴性转化比例、SCL-90 评估得分和护理满意比例。结果:研究组在治疗半年、1 年和 2 年等不同时间段的痰结核杆菌阴性转化比例显著优于对照组 ( $P<0.05$ );护理后两组病人的 SCL-90 评估得分得到了改善,且研究组好于对照组 ( $P<0.05$ );研究组护理满意比例达到了 92.16%,显著高于对照组的 74.51% ( $P<0.05$ )。结论:在结核病人中运用整体护理措施有着明显效果,能够有效促进痰结核杆菌阴性转化比例,改善病人的生活质量和提升护理服务满意度,有着临床借鉴意义。

**【关键词】**整体护理;结核病;护理;应用效果

结核病在我国是一种常见的传染性疾病,主要因为感染结核杆菌而引发疾病。这一疾病主要传播方法是通过人与人的呼吸道传播,患病后的常见临床表现症状为持续低热、无力、咳嗽以及咯血等。在长期的治疗护理工作中,传统的护理方法已显现出不足,难以满足结核病人的护理需求<sup>[1]</sup>,中国是全球结核病患者人数较多的国家,有效的护理工作对于治疗效果有着积极作用,增强治疗的成功率和帮助病人尽快恢复健康<sup>[2]</sup>。但是如何改善和创新护理措施还需要通过实践来深入研究。由于近些年抗生素使用不当造成结核病患者数量逐渐上升,对全球的公共健康构成了严重的威胁<sup>[3]</sup>。由于结核病的治疗过程较为复杂并且药品的副作用较为严重,有些人因停止治疗使得结核病的控制变得困难,甚至危及社会大众的生命健康<sup>[4]</sup>。为了提升病人的治疗水平本次采用了整体护理工作措施,现报道如下。

### 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本次研究时间为 2018 年 12 月至 2019 年 12 月在我院接受治疗的 102 名结核病患者，所有患者通过临床检测都达到了全国结核病学术会议所明确的诊断标准。所有病人及家属对于本次研究知情表示自愿参与，并签订了同意书。研究病人通过临床诊断排除心脏、肝脏、肾脏等重要器官患有重大疾病，神经功能方面存在障碍，无法进行有效沟通及无法临床治疗或中途退出者。运用随机选择法分为了研究组和对照组，每组各安排 51 人，对照组中包含了 30 名男性和 21 名女性，年龄为 36 至 60 岁之间，平均  $(41.38 \pm 5.22)$  岁。研究组中包含了 31 名男性和 20 名女性，年龄为 37 至 61 岁之间，平均  $(41.58 \pm 6.34)$  岁。比较两组病人的基本数据无显著的不同 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对照组进行常规护理措施。研究组进行整体护理措施，主要内容包括：

(1) 给予健康宣教。许多肺结核病患对自己的疾病状况和治疗方案等缺乏足够的认识，所以他们的治疗效果不佳。针对这个问题制定了健康宣教干预策略：①依照病人的受教育水平制定不同的宣教方法，通过简单明了的话语向病人说明肺结核病起源、主要症状、影响因素和治疗手段等，以增强病人对于自己病情的了解。②重点开展肺结核病传染性宣教，让病患以及他们的亲属能够深入了解和采取的预防手段，比如严格禁止在公共场所吐痰，不能混合使用个人牙刷等物品，也不要再在公众场合咳嗽或打喷嚏。③详解长久治疗方法以及再次检测的必要性，鼓励病人定期开展血常规和肝肾功能的检测，同时个人在服药中出现的副作用能够及时察觉并上报主治医生。

(2) 给予行为干预。①引导病人树立正确的生活习惯，培育科学的日常行为、饮食以及锻炼习惯等，确保营养食物的均衡摄入，提升身体的免疫功能。②因为肺结核病人必须进行药物治疗，有的药物可能会对消化系统造成不良的效果，出现食欲减退、消化不良等不良表现症状，因此必须增强护理的介入。结核病是一种慢性消耗性疾病，结核病的恢复要保持身体所需的营养物质充足。因此为病人设定健康且营养均衡的饮食计划，建议他们尽可能摄入清淡、蛋白质含量高、含有纤维、维生素及热量的食品，同时也要增加新鲜的蔬菜和水果的摄取，并且要做到戒烟和戒酒，同时避免进食过于生硬或辛辣的食品，防止造成消化道的不适。③指导病人要开展长期治疗和定期的检查，绝对不可以擅自停止或更改治疗方案，同时也需要准确地使用药物，以此来增强治疗的效果。引导病人按照医生的建议来服用抗结核药，并向他们解释长期服药治疗的必要性以及停药的严重性。关于药物治疗的相关注意事项，例如，利福平需要在进食前口服，并且要科学且合理地使用，以最大限度地提升药物的生物吸收率和治疗效果。医护人员要充分地发挥监管职责，引导病人按照规定的时间和剂量进行服药。针对可能出现的恶心和呕吐等副作用，通过调整服药的时间或用药途径等方式减轻病人的胃肠道反应，例如可以调整为餐后使用药物。④为病人发放痰杯。医疗机构积极实施痰杯的集中消毒处理方法，也就是在病人入院之前，为他们提供一个带盖的痰杯，其内部装有  $1\text{g/mL}$  的含氯消毒液。医护人员于每天早上统一收集并给予替换新的痰杯，以实现集中消毒处理需求，这样可以显著减少医院内的交叉感染风险。

(3) 给予心理护理。心理护理的主要内容涵盖以下几点：①大部分接受过肺结核化疗的病人会因为害怕化疗及药品的有效性、副作用以及治疗费用等因素而感到烦躁不安，病人在面对这些情况时我们应耐心地去引导他们并且回答提出的困惑，同时也可以邀请已经康复的病人来分享成功治疗的经验，以提升他们的康复信心。②缓解他们的紧张感和恐慌感。这种心理状态在年轻人中很常见，因为病人需要承担一些社会和家庭的压力，一旦突然生病往往难以承受，对工作和家庭产生了内疚感，对自己未来的健康感到担忧，因此产生了紧张和恐惧的情绪。针对这种病人应该增进与他们的互动和交流，倾听他们的诉说，帮助他们消除各种干扰以放心地接受治疗。③老年人群中常有消极和悲观的情绪，这是因为他们对疾病的了解不够，同时也会出现多种疾病，这使得他们对自己的健康持有消极的想法，对治疗的服从度也较低，因此我们需要增强护理干预帮助他们摆脱这种负面的心态。

### 1.3 指标观察

(1) 对比结核杆菌阴性转化通过使用细菌学的方法检测治疗半年、1 年和 2 年后痰结核杆菌的阴性变化情况，如果痰涂样本连续三次的检验结果都是阴性并且没有再次出现阳性，那么每次的检验间隔超过 30

天, 这样才能被认定为转为阴性。(2) 通过症状自我评估量表 (SCL-90) 为患者在接受治疗之前和之后的精神情况进行评估。得分越低意味着病人的心理状况较好。(3) 根据我院自行设计的护理满意度调查问卷调查, 分为了满意、基本满意和不满意三种评分方式。让病人根据护士的操作标准和服务态度以及治疗效果进行评分, 从而计算出两组护理满意度。

#### 1.4 统计学处理

利用 SPSS26.0 软件进行分析, 以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 的形式展示计量数据和通过 t 检验。以 [n (%)] 的形式展示计数数据和通过  $\chi^2$  检验。在  $P<0.05$  时表示具有统计学的价值。

## 2 结果

### 2.1 对比两组病人在不同阶段痰结核杆菌阴性转化比例

研究组在治疗半年、1 年和 2 年等不同时间段的痰结核杆菌阴性转化比例显著优于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 对比两组病人在不同阶段痰结核杆菌阴性转化比例(n, %)

| 组别         | n  | 治疗半年后 |       | 治疗 1 年后 |       | 治疗 2 年后 |       |
|------------|----|-------|-------|---------|-------|---------|-------|
|            |    | 阴转例数  | 阴转率   | 阴转例数    | 阴转率   | 阴转例数    | 阴转率   |
| 对照组        | 51 | 14    | 27.45 | 22      | 43.14 | 36      | 70.59 |
| 研究组        | 51 | 21    | 41.18 | 34      | 66.67 | 47      | 92.16 |
| $\chi^2$ 值 |    |       | 6.419 |         | 6.488 |         | 6.572 |
| P 值        |    |       | <0.05 |         | <0.05 |         | <0.05 |

### 2.2 对比两组病人护理前后 SCL-90 评估得分情况

护理前两组病人的 SCL-90 评估得分无较大的差异性 ( $P>0.05$ ) 护理后两组病人的 SCL-90 评估得分得到了改善, 且研究组好于对照组 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 对比两组病人护理前后 SCL-90 评估得分情况 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | n  | SCL-90 评分    |              |
|-----|----|--------------|--------------|
|     |    | 护理前          | 护理后          |
| 对照组 | 51 | 191.82±58.64 | 162.21±46.57 |
| 研究组 | 51 | 191.83±58.63 | 139.58±35.02 |
| t 值 |    | 1.293        | 6.293        |
| P 值 |    | >0.05        | <0.05        |

### 2.3 对比两组病人的护理满意比例

研究组护理满意比例达到了 92.16%, 显著高于对照组的 74.51% ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 对比两组病人的护理满意比例 (n, %)

| 组别         | n  | 满意         | 基本满意       | 不满意        | 总满意度       |
|------------|----|------------|------------|------------|------------|
| 对照组        | 51 | 14 (27.45) | 24 (47.06) | 13 (29.49) | 38 (74.51) |
| 研究组        | 51 | 21 (41.18) | 26 (50.98) | 4 (7.84)   | 47 (92.16) |
| $\chi^2$ 值 |    |            |            |            | 11.283     |
| P 值        |    |            |            |            | 0.05       |

## 3 讨论

结核病属于一种消耗性的慢传染性疾病, 其根源在于结核杆菌的感染。这种疾病的主要病症持续时间长且容易再次发作, 这不仅使得患者承受了病痛困扰, 也增加了精神压力和经济压力。目前在我国治疗结核病的主要手段是使用抗结核药<sup>[5]</sup>。然而, 由于患者对疾病的认识不够深入, 存在着恐惧和焦虑的情绪, 以及无法按照规定的时间服用抗结核药物等问题, 这经常导致治疗进程延误, 从而使得病症恶化<sup>[6]</sup>。如果在接受治疗的过程中, 病人的服从性降低, 这将会严重损害他们的整体治愈成果, 对他们的康复造成了不利的影响。同时有些病人在接受多次治疗的过程中, 有可能会选择停止治疗, 这样就会导致他们产生抗药性或抗药性过强等诸多问题, 这将使得他们的疾病治愈变得更为困难<sup>[7]</sup>。另外结核病的病人往往会遭遇治

疗困难、治疗过程复杂且未达到预期的治愈结果，这些都是导致他们产生精神上的困扰的关键原因。此外使用二级抗结核药品也有可能引发严重的药物副作用，这将极大地提高病人的精神负担。在执行常规的护理方法之外，实施全方位的心理援助和健康教育可以显著缓解耐药结核病人的消极情绪，这对于建立他们战胜疾病并重新融入社会的自信和认知对于提升整体治疗效果，这都起着关键的作用。另外，一些专家<sup>[8]</sup>的研究表明，在结核病的介入治疗过程中采用整体护理措施能够显著增强病人的护理满足感和治疗的服从性，这对于病情的康复和抗结核病的治疗起到了积极的影响。

对于结核病我们不只是需要尽早识别、发现并进行治疗，更应该采取全方位、高效且科学的护理干预方法，这将对缓解患者的临床症状和减少他们的消极情绪产生深远的影响。在结核病的预防和控制中，健康教育扮演了至关重要的角色和功能，通常被认为是预防和控制结核病的基本条件，也是实现监督化疗和提升临床治疗效果的最佳途径<sup>[9]</sup>。对结核病患者进行整体护理能够达到理想的护理效果。在护理过程中应该为患者提供生活和心理护理，包括药物使用、饮食、运动、病理观察以及心理等方面的护理服务。医护人员需要严格观察病人的病情和身体表现，确保他们的治疗更加科学有效<sup>[10]</sup>。同时，医护人员还需要向病人提供健康的锻炼和饮食建议，帮助他们养成健康的生活和饮食方式，以此来提升他们的全面照顾水平。在临床实践中整体护理的应用非常普遍，它具备全面性和针对性，在结核病人的护理过程中实施可能性较高。将患者视为护理的核心，可以显著提升患者对护理的满意度。在治疗结核病的过程中给予健康宣教的辅助，相较于传统的护理方法，整体护理改变了过去被动接纳的观念，鼓励病人和他们的家人积极参与到护理过程中来。这不只是对病人的认知、行为和心理产生了正面的影响，也能有效地预防和治疗疾病。在全面护理中进行系统化的心理疏导可以最大程度地调整患者的负面心理状态，有助于减少药物不良反应的发生。

综上所述，将整体护理模式应用于结核病人的治疗护理工作中效果显著，有着临床推广意义。

参考文献（略）

## PDCA 循环理念结合首诊责任制在肺结核患者护理中的作用

卢政

作者单位：卫生救治中心，贵阳，550001

**【摘要】**目的：探究 PDCA 循环理念+首诊责任制在肺结核患者护理中的应用价值。方法：选取 2023 年 1-12 月我院 1464 例肺结核患者，随机分为参照组、试验组，各 732 例；予以参照组常规护理，予以试验组 PDCA 循环理念+首诊责任制护理；观察两组治疗依从性、护理服务质量、患者满意度。结果：试验组、参照组依从率观察结果：97.81%、94.95%，前者较后者提升，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。试验组、参照组护理服务质量评分相较，前者较后者提升，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。试验组、参照组满意度调查结果：97.54%、93.03%，前者较后者提升，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：于肺结核护理中，采用 PDCA 循环理念+首诊责任制干预，优势明显，能增强治疗依从性，提升临床护理服务质量及患者满意度。

**【关键词】**肺结核；PDCA 循环理念；首诊责任制

肺结核是临床多发慢性、传染性肺部疾病，严重损害患者生命健康，已经发展为全球性重大公共卫生问题<sup>[1]</sup>。尽早明确诊断，规范全程治疗是有效控制肺结核的关键。然而，肺结核病程长、临床治疗难度大，患者的诊疗依从性普遍较差，无法积极配合治疗，严重影响治疗预后情况<sup>[2]</sup>。因此，加强肺结核诊疗管理十分必要。首诊责任制，强调以患者为中心，自首诊开始，至患者出院后，为患者提供全面、系统的护理服务，以保证诊疗措施的有效落实，促进患者病情康复<sup>[3]</sup>。PDCA 循环，是一种以质量持续优化为中心的管理模式，强调在管理过程中持续进行质量改进，充分保证全称管理质量<sup>[4]</sup>。本研究以我院肺结核患者为研究对象，开展随机对照研究，探究 PDCA 循环理念+首诊责任制的应用价值，希望为肺结核护理管理方

案的合理制定提供借鉴。

资料和方法

一、资料来源

1.研究对象：本研究共纳入 1464 例研究对象，均为 2023 年 1 月-12 月期间在我院接受治疗的肺结核患者。以 Excel 随机数生成器分为参照组、试验组，n=732 例。参照组：401 例男，331 例女；27-69 岁，平均 (48.72±6.85) 岁。试验组：407 例男，325 例女；25-70 岁，平均 (49.13±7.02) 岁。两组上述基线数据相仿，(P>0.05)，具有研究可比基础。

2.入组标准：(1) 痰结核菌培养阳性，确诊肺结核<sup>[5]</sup>；(2) 首诊肺结核；(3) 年龄>18 岁，且<75 岁；(4) 接受 FDC-2HRZE/4HR 抗结核治疗；(5) 对研究内容知情，自愿参与本研究。

3.排除标准：(1) 合并有 HIV 感染，或其他免疫系统疾病；(2) 重要脏器功能障碍，如心、肝、肾等；(3) 合并重大疾病，如恶性肿瘤等；(4) 既往肺结核；(5) 有精神疾病、认知障碍等。

二、护理方法

1.参照组：予以患者常规护理。围绕肺结核予以患者常规宣教，详细讲解肺结核疾病相关知识，包括发病原因、治疗需要、治疗注意事项、并发症、用药注意事项、药物不良反应及防控等；予以患者心理安抚，减轻其心理压力；明确入院复查计划，嘱其定期复查；监测患者病情变化状况，及时调整治疗方案。干预随访 6 个月。

2.试验组：予以患者 PDCA 循环理念+首诊责任制护理方案，见图 1 所示。(1) 首诊责任制：为患者制定入院、住院、出院一站式护理流程，明确责任分工；对患者进行多模式宣教和心理疏导，包括发放知识手册、多媒体讲解、一对一讲解，并指导患者；向患者发放电子药盒，规范患者用药习惯；让患者关注专门微信平台，并构建“康复群”，以便延续性护理。(2) PDCA 循环理念：①计划 (P)：责任护士长组织责任护士，基于患者首诊情况，共同讨论，分析患者问题，制定护理计划。②执行 (D)：基于护理计划，为患者制定营养配比方案、指导患者用药、予以心理支持，并通过微信群每日监督、指导患者。③检查 (C)：责任护士长不定期抽查患者用药依从性状况，并检查电子药盒；与患者沟通，了解其心理状况；综合评价护理效果、记录存在的问题。④处理 (A)：基于检查结果，与责任护士共同讨论护理中存在的问题，改进护理方案，进入下一个 PDCA 循环。干预随访 6 个月。

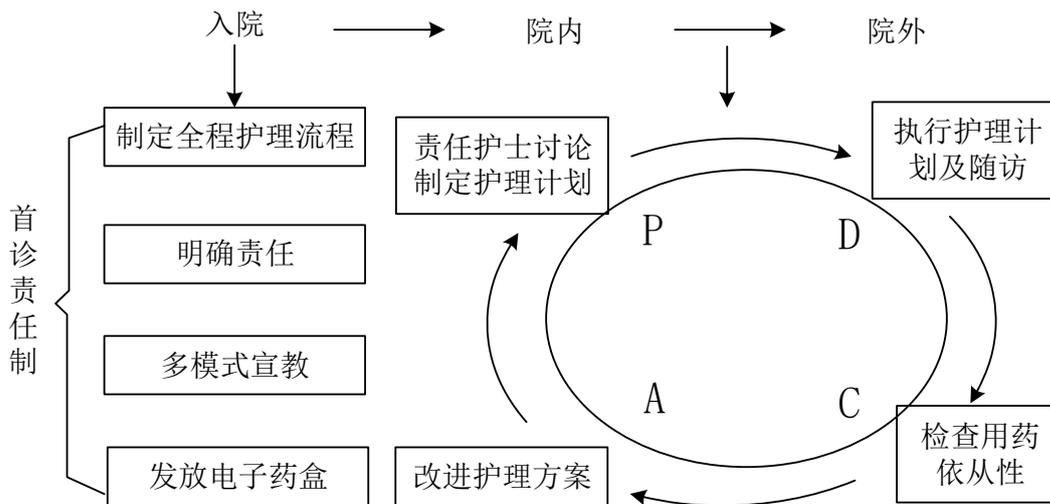


图 1 PDCA 循环理念+首诊责任制护理方案简图

三、观察指标

1.治疗依从性：干预后 (6 个月后)，随机 3 次，评价治疗依从性。可以自觉、主动进行抗结核治疗，完全遵医嘱用药，视为完全依从；需要提醒、被动应用抗结核药物治疗，偶尔出现假装遵医嘱、不遵医嘱问题，视为部分依从；主动、被动均不能遵医嘱应用抗结核药物，完全排斥医嘱，视为不依从。依从率即

完全依从、部分依从患者数占所有患者的比例。

2. 护理服务质量：应用自制性护理服务质量评价表，评价内容包括 5 方面（分级护理、基础护理、健康教育、护理技术操作、护理文书），每方面予以 0-20 分，评价表总分 0-100 分，评分越高，护理服务质量越好。调查干预前、干预后（6 个月后）护理服务质量，

3. 患者满意度：干预后（6 个月后）进行评价、调查，发送信息方式调查，分为非常满意、一般满意、不满意三级别，统计患者回复信息状况，计算满意度，即非常满意、一般满意患者数与总数的百分比。

#### 四、质量控制

研究过程中在各个环节进行质量控制，研究开展前，规范制定研究对象纳入、排除标准，规范选取研究对象；研究开展过程中，将研究对象安置在两个病区，避免两组病例互相沾染，并严格按照制定的护理方案开展护理干预；干预后，由研究者本人及助手认真收集研究数据，三次核对，保证数据准确无误，然后以 SPSS26.0 软件进行数据统计分析。

#### 五、统计学方法

本研究中数据分析和处理应用 SPSS 26.0 系统，护理服务质量计量资料， $(\bar{x} \pm s)$  描述数据差异状况，组间比较用  $t$  检验；治疗依从性、满意度计数资料，“ $n(\%)$ ”描述数据差异，分析比较用  $\chi^2$  检验： $P < 0.05$  有统计学意义。

#### 结果

##### 一、治疗依从性观察

试验组、参照组依从率观察结果：97.81%、94.95%，前者较后者高（ $P < 0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组治疗依从性观察对比 [ $n(\%)$ ]

| 组别              | 完全依从       | 部分依从       | 不依从      | 依从率        |
|-----------------|------------|------------|----------|------------|
| 参照组 ( $n=732$ ) | 297(40.57) | 398(54.38) | 37(5.05) | 695(94.95) |
| 试验组 ( $n=732$ ) | 306(41.80) | 410(56.01) | 16(2.19) | 716(97.81) |
| $\chi^2$        | -          | -          | -        | 8.633      |
| $P$             | -          | -          | -        | 0.003      |

##### 二、护理服务质量观察

护理前护理服务质量评分观察分析，组间较为相近（ $P > 0.05$ ）；继续护理后观察分析，试验组评分状况相较参照组高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组护理服务质量评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别              | 护理前              | 护理后              |
|-----------------|------------------|------------------|
| 参照组 ( $n=732$ ) | 71.37 $\pm$ 7.93 | 82.05 $\pm$ 9.41 |
| 试验组 ( $n=732$ ) | 72.04 $\pm$ 7.58 | 91.24 $\pm$ 9.85 |
| $t$             | 1.652            | 18.252           |
| $P$             | 0.099            | 0.001            |

##### 三、护理满意度观察

试验组、参照组满意度调查结果：97.54%、93.03%，前者较后者高（ $P < 0.05$ ）。详见表 3。

表 3 两组护理满意度观察对比 [ $n(\%)$ ]

| 组别              | 非常满意       | 一般满意       | 不满意      | 满意度        |
|-----------------|------------|------------|----------|------------|
| 参照组 ( $n=732$ ) | 291(39.75) | 390(53.28) | 51(6.97) | 681(93.03) |
| 试验组 ( $n=732$ ) | 306(41.8)  | 408(55.74) | 18(2.46) | 714(97.54) |
| $\chi^2$        | -          | -          | -        | 16.563     |
| $P$             | -          | -          | -        | 0.001      |

#### 讨论

肺结核临床危害严重，早期明确诊断、严格遵循医嘱用药，是其临床治疗的关键。然而，许多患者由于对自身病情缺乏正确认识，治疗依从性差，往往无法遵医嘱复诊、接受治疗，疾病控制效果不佳。本研

究探究 PDCA 循环理念+首诊责任制护理的应用效果,结果显示该护理干预方案较常规护理有显著优势,具体分析如下:

研究中,试验组治疗依从性优于参照组。提示,PDCA 循环理念+首诊责任制护理有助于增强患者治疗依从性。分析原因,与 PDCA 循环理念+首诊责任制护理方案能够保证肺结核患者的护理连续性、护理服务质量、充分满足患者护理需求有关<sup>[6]</sup>。首诊责任制护理,极为关注患者,致力于为患者提供全程、一站式护理支持服务,从患者入院至患者出院后,由责任护士长带领责任护士为患者提供全时段、个性化护理,致力于帮助患者对自身疾病形成正确认识、积极应对疾病、养成良好疾病治疗习惯,能够提升患者自身疾病治疗依从性<sup>[7]</sup>。PDCA 循环理念强调持续进行质量改进,在每个护理循环阶段针对性为患者制定并实施护理计划,基于护理效果评估进一步优化调整护理方案,有助于及时发现并处理肺结核患者临床护理中存在的问题,及时发现并满足患者的护理需求,也有助于提升患者治疗依从性<sup>[8]</sup>。首诊责任制模式下,持续进行 PDCA 循环管理,两种管理模式实现效果叠加,能够全面提升患者治疗依从性。

本研究中试验组患者干预后的护理服务质量评分高于参照组。提示,PDCA 循环理念+首诊责任制护理有助于提升肺结核患者的临床护理服务质量。分析原因,与新护理模式能够激发护士自身责任感、持续质量改进有关。首诊责任制护理模式下,护士长及责任护士对患者全程负责,对患者的护理状况直接决定护士工作绩效状况,能够继发护士自身工作责任感,提升护士的护理积极性,使其积极、主动为患者提供所需护理服务,进而提升患者的护理服务质量;而 PDCA 循环理念在整个护理过程中,持续进行质量优化,能够及时发现每个护理循环中存在的问题,并加以解决,持续不断提升护理服务质量<sup>[9]</sup>。

此外,试验组患者护理满意度显著高于参照组。提示,PDCA 循环理念+首诊责任制有助于提升肺结核患者护理满意度。分析原因,与新护理模式以患者为中心有关,首诊责任制强调在整个护理阶段以患者为中心,为患者的护理服务需求负责,充分考虑患者的心理状况,予以心理支持,有助于获得患者认可;PDCA 循环强调及时反馈,能够及时发现并处理护理中存在的问题,积极优化护理干预方案,为患者提供个性化、连续性的护理支持,使患者获得良好的就医体验<sup>[10]</sup>。

综上,以 PDCA 循环理念+首诊责任制护理方案为肺结核患者提供护理支持,能够提升患者治疗依从性、临床护理服务质量及护理满意度,优于常规护理。

参考文献(略)

## 结核性胸膜炎行胸腔闭式引流患者的集束化管路护理体会

周莹

作者单位:贵阳市公共卫生救治中心

**【摘要】目的:**探究集束化管路护理对结核性胸膜炎行胸腔闭式引流患者护理价值。**方法:**选我院 2023.01~2023.12 期间 447 例结核性胸膜炎胸腔闭式引流患者,以随机数字表法分为 A、B 两组,n 分别为 223、224。A 组实施常规护理,B 组实施集束化管路护理,比较两组非计划性拔管发生率、疼痛程度、并发症发生率、康复时间(管路留置时间、住院时间)。**结果:**B 组非计划性拔管发生率为 1.79% (4/224),较 A 组 6.73% (15/224) 低 ( $\chi^2=6.703, P=0.010<0.05$ );置管后 2d、4d、6d、12d 时,B 组疼痛视觉模拟法 (VAS) 评分均较 A 组低 ( $P<0.05$ );B 组并发症发生率较 A 组低 (2.33%vs7.17%) ( $P<0.05$ );B 组管路留置时间、住院时间均较 A 组短 ( $P<0.05$ )。**结论:**对结核性胸膜炎患者胸腔闭式引流患者护理中,实施集束化管路护理,可降低非计划性拔管率、疼痛程度、并发症发生率,缩短其康复时间。

**【关键词】**结核性胸膜炎;胸腔闭式引流;集束化管路护理 unplanned extubation

结核性胸膜炎,指结核杆菌及其自溶产物、代谢产物引发的胸膜炎反应,主要临床表现为全身中毒症状、胸腔积液,引发胸痛、呼吸障碍、刺激性干咳等症状,随病症进展会加重患者呼吸困难症状,影响

其生存质量<sup>[1]</sup>。胸腔闭式引流为该病主要治疗方案，通过排出多余积液、降低患者胸腔压力，以缓解其临床症状<sup>[2]</sup>。但胸腔闭式引流治疗时间相对较长，可能会发生非计划性拔管，且在治疗中存在皮下气肿、胸腔感染等并发症发生风险，影响治疗安全性，需加强护理干预。常规护理中，多以遵医嘱用药、关注引流液性质、基础健康宣教等，护理内容相对较多，但缺少对管路专科护理方法，可能会影响护理效果。集束化管路护理，指集合一系列有循证基础的护理措施针对某种疑难疾病干预，以提升该病护理效果，改善预后<sup>[3]</sup>。但在对该病胸腔闭式引流患者护理中，实施集束化管路护理是否可提升管路管理质量研究较少。为此，本次研究选我院 2023.01~2023.12 期间 447 例结核性胸膜炎胸腔闭式引流患者，探究集束化管路护理对其影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选我院 2023.01~2023.12 期间 447 例结核性胸膜炎胸腔闭式引流患者，以随机数字表法分为 A、B 两组，n 分别为 223、224；B 组一般资料与 A 组相近 ( $P>0.05$ )，见表 1。

表 1 一般资料

| 组别         | n   | 性别[n (%)]   |            | 年龄 ( $\bar{x}\pm s$ , 岁) | 体质量指数 ( $\bar{x}\pm s$ , kg/m <sup>2</sup> ) | 胸腔积液量[n (%)]    |              |
|------------|-----|-------------|------------|--------------------------|--|-----------------|--------------|
|            |     | 男           | 女          |                          |  | 中量 (500~1000mL) | 大量 (>1000mL) |
| A 组        | 223 | 144 (64.57) | 79 (35.43) | 51.45±6.38               | 23.65±2.33                                   | 153 (68.61)     | 70 (31.39)   |
| B 组        | 224 | 141 (62.95) | 83 (37.05) | 52.04±7.87               | 23.78±2.40                                   | 149 (66.52)     | 75 (33.48)   |
| $t/\chi^2$ |     | 0.128       |            | 0.870                    | 0.581  |                 | 0.223        |
| P          |     | 0.720       |            | 0.385                    | 0.562  |                 | 0.637        |

### 1.2 纳入与排除

纳入标准：①经超声、胸腔积液病原菌培养、临床检查等确诊<sup>[4]</sup>；②年龄 18~80 岁；③预计生存期限  $\geq 3$  个月；④认知、精神正常，具备正常沟通能力；⑤对研究知情同意。

排除标准：①入组前 6 个月胃肠穿孔、活动期溃疡、未愈合伤口；②入组前 1 个月咯血；③合并恶性肿瘤；④心脏、肝脏等器官严重功能；⑤入组前 3 个月发生脑卒中、颅脑外伤、心肌梗死等疾病。

### 1.3 方法

A 组（常规护理）：遵医嘱抗结核治疗，指导患者正确用药方案；观察患者胸腔引流管状态，保证管路通畅性，避免管路弯折，引流袋置于引流管水平面下避免发生逆行感染；观察患者情绪状态，对明显不良情绪患者积极情绪安抚；利用科普视频资料、健康指导手册健康宣教，介绍胸腔闭式引流重要性、抗结核治疗目的、管路自我护理方法等，耐心解答患者疑问，提升其护理依从性。

B 组（集束化管路护理）：在 A 组护理基础上，实施集束化管路护理：（1）建立集束化管路管理小组：由主任医师、副主任护师合 1 名及 7 名主管护师组成，小组成员全员查找相关文献资料、分析目前存在的护理问题等，共同制定临床护理计划，护理内容经 2 轮专家函询后，结合我院实际情况确定最终护理方案；副主任护师负责确认护理责任、监督护理干预实施质量；主管护师负责实施护理内容；（2）护理方法：①非计划性拔管风险评估：结合患者情况分析其非计划性拔管风险，包括意识状态、活动量、皮肤状态、疼痛情况、非计划性拔管发生情况，均在患者置管后 2d 评估；②干预措施：1.保护性约束：意识状态不清晰、存在躁动状态患者予以适当约束，约束位置选择双肩、髌部、膝盖，避免其腹腔、胸腔受压影响引流；2.优化固定方案：准备胸腔闭式引流材料包，包括 2 条“高举平台”条形辅料、1 条工字形辅料、2 条螺旋形缠绕敷料及 2%葡萄糖酸氯己定棉棒、75%乙醇等；置管后，局部皮肤彻底清洁后，自然晾干保证皮肤充分干燥，采用螺旋固定、平台高举方法固定，避免敷料脱落；可以下床活动患者，增加引流管皮肤固定敷料，减少管路牵拉避免脱管；建立管路维护记录单，每日记录其管路变化；3.皮肤管理：观察引流管周围敷料状态；对于敷料部位发红、潮湿患者，更换敷料粘贴部位避免发生过敏反应；4.疼痛管理：以疼痛视觉模拟法（VAS）评估其疼痛程度，评分  $\leq 3$  分患者，嘱家属与其沟通交流分散其疼痛注意力，嘱深呼吸放松降

低疼痛敏感度；评分 4~6 分患者，遵医嘱应用口服非甾体抗炎药镇痛治疗； $\geq 7$  分患者，立即配合医生检查是否存在皮下气肿、并发感染等，并配合治疗。

#### 1.4 观察指标

(1) 比较两组非计划性拔管发生率；(2) 比较两组置管后不同时间疼痛程度：置管后 2d、4d、6d、12d 时，以 VAS<sup>[5]</sup>法评估其疼痛程度；向患者发放一份标记有 10cm 长度的卡尺，嘱患者从 0 端开始向 10cm 端划线，表示不痛~剧痛，不同数值即为患者疼痛程度量化转化，分数高表示疼痛程度严重；(3) 并发症：包括皮下气肿、胸腔感染、胸壁结核；(4) 康复时间：管路留置时间、住院时间。

#### 1.5 统计学

数据均录入 Excel，导入 SPSS27.0 软件处理。 $\bar{x}\pm s$  表示服从正态分布的计量资料， $t$  检验；%表示计数资料， $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 非计划性拔管发生率

B 组非计划性拔管发生率为 1.79% (4/224)，较 A 组 6.73% (15/224) 低 ( $\chi^2=6.703$ ,  $P=0.010<0.05$ )。

### 2.2 置管后不同时间疼痛程度

B 组置管后 2d、4d、6d、12d 时 VAS 评分均较 A 组低 ( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 置管后不同时间疼痛程度 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

| 组别       | <i>n</i> | 2d              | 4d              | 6d              | 12d             |
|----------|----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| A 组      | 223      | 4.10 $\pm$ 0.51 | 3.67 $\pm$ 0.44 | 3.31 $\pm$ 0.66 | 3.24 $\pm$ 0.52 |
| B 组      | 224      | 3.56 $\pm$ 0.48 | 3.02 $\pm$ 0.52 | 2.87 $\pm$ 0.51 | 2.56 $\pm$ 0.41 |
| <i>t</i> |          | 11.528          | 14.263          | 7.889           | 15.356          |
| <i>P</i> |          | <0.001          | <0.001          | <0.001          | <0.001          |

### 2.3 并发症

B 组并发症发生率较 A 组低 (2.33%vs7.17%) ( $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 并发症 [*n* (%) ]

| 组别       | <i>n</i> | 皮下气肿     | 胸腔感染     | 胸壁结核     | 发生率           |
|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|
| A 组      | 223      | 7 (3.14) | 4 (1.79) | 5 (2.24) | 7.17 (16/223) |
| B 组      | 224      | 3 (1.34) | 0 (0.00) | 2 (0.89) | 2.23 (5/224)  |
| $\chi^2$ |          |          |          |          | 6.098         |
| <i>P</i> |          |          |          |          | 0.014         |

### 2.4 康复时间

B 组管路留置时间、住院时间均较 A 组短 ( $P<0.05$ )，见表 4。

表 4 康复时间 ( $\bar{x}\pm s$ , d)

| 组别       | <i>n</i> | 管路留置时间           | 住院时间             |
|----------|----------|------------------|------------------|
| A 组      | 223      | 19.95 $\pm$ 3.44 | 25.77 $\pm$ 4.25 |
| B 组      | 224      | 15.60 $\pm$ 2.78 | 20.31 $\pm$ 3.81 |
| <i>t</i> |          | 14.707           | 14.303           |
| <i>P</i> |          | <0.001           | <0.001           |

## 3 讨论

结核性胸膜炎临床常见，发生基础为结核分枝杆菌感染，并受其自溶产物、代谢产物进入胸膜腔后，引发胸膜炎，发生局部及全身性病理性改变。在局部炎症反应持续发展下，细胞膜通透性改变，持续性渗液会增加胸腔积液量。随积液量增加会出现减少患者局部锐痛症状，但在积液量进一步增加下，会压迫胸腔影响心肺功能，引发刺激性干咳、呼吸困难等症状，严重者会发生端坐呼吸、发绀等症状，影响患者日常生活能力。胸腔闭式引流为胸腔积液主要治疗方案，通过直接胸腔穿刺后引流出多余液体，减少大

量积液对纵膈及心肺挤压作用,缓解患者急性期症状,稳定其生命体征,并积极配合抗结核治疗,以改善其生存质量,降低结合传播发生风险。

管路管理为保证结核性胸膜炎患者胸腔闭式引流主要护理方案,其目的为保证胸腔内积液引流质量,快速解除其心肺压迫症状,同时避免引流液逆流引发胸腔感染、胸壁结核等并发症发生风险,为后续治疗提供良好生理环境<sup>[6]</sup>。常规护理中,主要护理内容以基础管路护理为主,避免管路弯折,维持引流液通畅性。在此基础上实施情绪疏导、健康宣教等,可提升患者相关知识认知水平、改善其不良情绪,提升其护理依从性。但常规护理方法中,对管路护理方法相对简单,可能会影响护理效果。

集束化管路护理,指由专科小组结合各管路管理难点,通过查找相关文献资料、分析目前存在的护理问题,共同制定并实施临床护理计划,经专家函询后确定最终护理方案,保证护理方案专业性、可行性后,由主管护师负责实施实际临床护理干预,可保证所有护理方案均集中优化胸腔闭式引流管管理质量,提升管路管理效果<sup>[7]</sup>。本次研究结果显示,B组非计划性拔管发生率为1.79%(4/224),较A组6.73%(15/224)低( $\chi^2=6.703, P=0.010<0.05$ ),提示对结核性胸膜炎患者实施集束化管路护理,可降低其非计划性拔管发生风险,考虑原因为,结核性胸膜炎发病过程中,主要特征为疼痛,部分患者伴有意识障碍症状,可能会出现躁动症状增加非计划性拔管发生风险,影响引流质量;而对于轻症患者,一般鼓励患者尽早下床活动缩短其康复时间,但在患者床上翻身、下床活动期间,受管路牵拉可能会引发非计划性拔管,影响患者康复质量。在对B组患者护理中,首先由集束化管理小组制定科学护理方案,在护理方法实施中,评估其非计划性拔管发生风险后,实施针对性干预方案,包括保护性约束、优化固定方案,可避免患者躁动、活动过程中发生管路脱落<sup>[8]</sup>。在此基础上实施皮肤管理,可避免局部皮肤感受异常使患者出现抓挠行为,并加强疼痛管理,可降低其生理性不适感,提升其引流治疗耐受性,降低非计划性拔管发生风险。

本次研究结果显示,B组置管后2d、4d、6d、12d时VAS评分均较A组低( $P<0.05$ ),提示对结核性胸膜炎患者实施集束化管路护理,可降低其疼痛程度,考虑原因为,结核性胸膜炎患者疾病进展中,尽管胸腔积液量增加会降低其发病期间局部疼痛感,但会增加其通气障碍症状。胸腔闭式引流配合抗结核杆菌等对症治疗,可降低局部炎性疼痛程度,逐渐降低其疼痛程度。但若存在引流不畅、引流中断等情况,会影响引流质量,使患者长时间炎性浸润影响下,影响其疼痛缓解质量。同时,若患者胸腔闭式引流治疗中出现局部牵拉症状,可能会引发切口牵拉性疼痛,增加其治疗疼痛感。实施常规护理中,保持引流管通畅性及积极治疗会降低其疼痛效果,但对管路管理专业性不足,可能会影响引流效果<sup>[9]</sup>。实施集束化管路护理中,可降低非计划性拔管发生风险,维持患者胸腔引流质量,促进炎性渗液排出体外,改善其胸腔环境,降低其疼痛程度;在此基础上,实施疼痛针对性管理,可进一步降低其疼痛程度,因此可降低其各时间点VAS评分。

本次研究结果显示,B组并发症发生率较A组低(2.33%vs7.17%)( $P<0.05$ );B组管路留置时间、住院时间均较A组短( $P<0.05$ ),提示对结核性胸膜炎患者实施集束化管路护理,可降低其并发症发生风险,缩短其康复时间,考虑原因为,胸腔闭式引流治疗中,引流液逆流可能会引发胸腔感染、胸壁结核等并发症,而若管路明显牵拉或发生非计划性拔管,可能会发生皮下气肿,增加患者痛苦感受,延长其康复时间<sup>[10-11]</sup>。对B组患者护理中,以强化管路管理为护理重点,加强管路固定可减少引流管牵拉症状,同时减少患者躁动、活动状态下引发的脱管,保证引流质量,避免重复置管增加患者结核分枝杆菌胸腔、腹腔内散播感染发生风险,提升治疗安全性,并在A组相同方式保证引流管通畅性基础上,可进一步降低其并发症发生风险,降低患者后续治疗难度,因此可缩短其康复时间<sup>[12]</sup>。

综上所述,对结核性胸膜炎患者胸腔闭式引流患者护理中,实施集束化管路护理,可降低非计划性拔管率、疼痛程度、并发症发生率,缩短其康复时间。

#### 参考文献(略)

# 延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析

杨毓碧

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心

**[摘要]** **目的：**分析基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式及生活质量的效果分析。**方法：**通过随机抽样法，选择我院 2020 年 1 月—2024 年 1 月本院收治的 46 例女性生殖系统结核不孕患者作为研究对象，采用随机抽样法将其分为观察组与对照组，每组各 23 例。对照组采取常规结核专科护理干预，观察组采取基于保护动机理论的延续性护理干预，比较两组患者干预前及干预 6 个月后的应对方式、生活质量、负性情绪的变化，以及两组患者护理满意度。**结果：**干预后，观察组改良应对方式问卷(CSQ)中的解决问题、合理化、求助评分均高于对照组，自责、幻想、退避评分均低于对照组，差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组简明健康状况调查量表(SF-36)各维度评分均高于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评分均低于对照组，差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组护理满意度高于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论：**基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对方式水平，缓解不良情绪，提高护理满意度及生活质量，值得临床推广。

**[关键词]** 延续性护理；女性；生殖系统结核；不孕；护理效果

结核病是一个多系统、多器官累及的疾病，最常见于肺结核，也可发生在肺外的其他器官，泌尿生殖系统结核占肺外结核的 14%~41%，女性生殖系统结核(female genital tuberculosis, FGTB)是由结核分枝杆菌(MTB)侵袭、感染女性生殖系统所致，约占肺外结核的 8%~10%，而不孕是女性生殖系统结核最常见症状，患者由于缺乏对生殖系统结核的认识、抗结核治疗时间长、药物不良反应大、获取疾病知识的渠道少等因素影响，导致其依从性差。加强对该病的护理成为护理工作关注的热点之一。保护动机理论是通过认知调节过程解释个体行为改变的过程，从动机因素的角度讨论个体行为改变的主要理论。基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对方式水平，缓解不良情绪，提高护理满意度及生活质量，现报道如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院 2020 年 1 月—2024 年 1 月收治的 46 例女性生殖系统结核不孕患者作为研究对象。纳入标准：(1)符合生殖系统结核的诊断标准。且均为首次发病所导致不孕的女性患者；(2)符合抗结核治疗适应症，可接受正规的抗结核药物治疗；(3)无精神类疾病，且认知水平、意识、智力均正常。排除标准：(1)合并严重心血管疾病；(2)合并肝、肾等系统疾病；(3)合并肾上腺功能障碍；(4)合并其他生殖系统疾病；(5)其他原因导致不孕者；(6)存在精神障碍患者；(7)无法配合随访者。采用随机分组法将研究对象分为观察组与对照组，接受延续性护理为观察组，未接受延续性护理组为对照组，每组各 23 例。对照组：年龄 22-38 岁，平均年龄( $27.68\pm 1.28$ )岁；病程 1-5 年，平均病程( $3.15\pm 0.18$ )年；两组患者的一般资料比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )，具备可比性。

**1.2 方法** 对照组采取常规的结核专科护理干预，具体做法：于出院前 1 天，向患者及家属开展健康宣传教育，主要包括饮食指导、服药指导、嘱咐患者按时复查复诊等。观察组采取基于保护动机理论的延续性护理干预，主要内容如下：

**1.2.1 成立护理小组** 由 1 名护士长、5 名护士组成护理小组。由护士长担任组长，在研究开始前，组织小组成员培训学习，学习保护动机的理念及具体实践措施，促使每位小组成员掌握该理论引导下的延续性护理干预实施方法。

1.2.2 组建微信护理群,由 1 名护士在患者出院之前将患者及家属的微信号码添加进相应的群组,告诉患者及其家人在出院之后须要随时关注群组和朋友圈中的健康常识内容等信息。

1.2.3 护理措施实施保护动机理论包含重要性、易感性、外部收益、内部收益、反应效能、自我效能、反应成本 7 个变量。本研究以此 7 个变量为维度,对患者实施护理。(1)易感性、重要性。护士详细向患者讲解生殖系统结核不孕的基本知识,主要包括治疗方案及其预期效果,治疗及护理过程中的注意事项,治疗后可能出现的不适等。通过发放宣传教育小册子、组织集体教育讲座等方式,向患者及其家人讲解疾病相关知识,促使患者及其家人充分认识到配合疾病治疗及护理的重要性;同时,在患者出院之后,通过微信群推送生殖系统结核病的相关知识信息,以确保患者及时得到专业知识及指导。(2)外部收益、内部收益。护士指导患者抗结核药物治疗期间,养成良好的饮食习惯,饮食以富含蛋白质及维生素的食物为主,多食水果及蔬菜,禁食辛辣刺激的食物。针对患者的不良习惯及不遵医行为及时予以纠正,并向患者及其家人强调遵医行为的重要性,减少外因影响,提高其对治疗及护理的配合度。嘱患者将饮食习惯、用药反应等情况定期告知随访护士,对于不合理饮食等问题,护士要及时纠正与指导。(3)反应效能、自我效能。护士定期组织患者与同病种患者进行沟通,促进患者之间的经验交流及情绪互诉。护士常与患者沟通,在沟通过程中了解其心理状态,针对其心理存在的问题予以有针对性的疏导,并对积极配合治疗与护理的患者,及时给予肯定与鼓励,有效缓解其不良情绪,增强其健康行为意识,从而促使患者自我效能的提高;同时,每个月举办 1 次线上交流会,先由患者讲述治疗经历用药经过,分享经验,然后由护士对其存在的问题进行分析与总结,并对正确行为给予表扬与鼓励。(4)反应成本。在护士的帮助下,患者对妨碍自身治疗的问题予以分析,并寻求有针对性的解决方法。在患者出院后,对患者进行治疗期间的延续性随访,及时解决患者用药反应及心理方面的问题,并实时告知患者定期回院复查复诊。

**1.3 观察指标** 观察并比较两组患者干预前及干预 6 个月后应对方式、生活质量、负性情绪的变化,以及两组患者的护理满意度。

1.3.1 应对方式采用改良应对方式问卷(Coping Style Question-naire, CSQ)对两组患者应对方式进行评估。该问卷共有 62 个条目,包括解决问题、求助、合理化、自责、幻想和退避 6 个分量表。各项分值范围在 0-10 分之间。解决问题、合理化、求助 3 个分量表分数与应对能力成正比;自责、幻想、退避 3 个分量表分数与应对能力成反比。ESQ 的 Cronbach's $\alpha$  系数为 0.841,具有较高信效度。

1.3.2 生活质量采用简明健康状况调查量表(Medical Outcomes Study36--Item Short-Form Health Survey, SF-36)对两组患者生活质量进行评估,该量表包括生理功能、躯体疼痛、生理职能等 8 个维度,各维度的分值范围在 0-100 分之间,得分越高,表明生活质量越高。SF-36 的 Cronbach's $\alpha$  系数为 0.945,具有较高信效度。

1.3.3 负性情绪采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)及抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)评估两组患者心理状态,SAS、SDS 均包含 20 个条目,每个条目采取 4 级(1-4 分)评分法,分值范围在 20-80 分之间。得分越高,表明负性情绪越严重。SAS、SDS 的 Cronbach's $\alpha$  系数分别为 0.887 和 0.891,均具有较高信效度。

1.3.4 护理满意度使用本院自制的护理满意度问卷调查表,问卷评分结果分为非常满意、满意、不满意 3 个级别,总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数 $\times$ 100%。

## 1.4 资料收集

由护理小组成员通过医院电子病历系统收集患者详细资料,包括年龄、病程以及受教育程度等资料,并做好详细记录。

## 1.5 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件对数据进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间对比进行 t 检验,计数资料以例数、百分比(%)表示,组间对比进行  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者干预前后 CSQ 评分比较** 两组干预前 CSQ 各维度评分无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,两组 CSQ 的解决问题、合理化、求助三项分数显著上升,且观察组高于对照组,自责、幻想、退避三项分

数显著下降，且观察组低于对照组，差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )，见表 1

表 1 两组患者干预前后 CSQ 评分比较 ( $\chi \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | 解决问题            |                 | 合理化             |                 | 求助              |                 |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|     |    | 干预前             | 干预后             | 干预前             | 干预后             | 干预前             | 干预后             |
| 观察组 | 23 | 3.29 $\pm$ 1.2  | 8.36 $\pm$ 1.31 | 4.37 $\pm$ 2.1  | 9.32 $\pm$ 2.19 | 3.27 $\pm$ 1.21 | 7.69 $\pm$ 2.31 |
| 对照组 | 23 | 3.27 $\pm$ 1.19 | 5.48 $\pm$ 1.25 | 4.32 $\pm$ 2.13 | 6.57 $\pm$ 2.12 | 3.20 $\pm$ 1.16 | 5.40 $\pm$ 2.11 |
| T 值 |    | 0.080           | 10.788          | 0.113           | 6.119           | 0.283           | 4.964           |
| P 值 |    | 0.936           | <0.001          | 0.910           | <0.001          | 0.778           | <0.001          |

| 组别  | 例数 | 自责              |                 | 幻想              |                 | 退避              |                 |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|     |    | 干预前             | 干预后             | 干预前             | 干预后             | 干预前             | 干预后             |
| 观察组 | 23 | 5.47 $\pm$ 1.21 | 1.27 $\pm$ 0.31 | 6.58 $\pm$ 1.63 | 0.94 $\pm$ 0.12 | 7.67 $\pm$ 3.25 | 1.2 $\pm$ 0.05  |
| 对照组 | 23 | 5.48 $\pm$ 1.19 | 3.48 $\pm$ 0.94 | 6.59 $\pm$ 1.59 | 3.48 $\pm$ 0.25 | 7.69 $\pm$ 3.22 | 3.42 $\pm$ 0.19 |
| T 值 |    | 0.040           | 15.143          | 0.030           | 62.367          | 0.089           | 76.637          |
| P 值 |    | 0.968           | <0.001          | 0.976           | <0.001          | 0.929           | <0.001          |

注：干预后与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后 SF-36 评分比较，两组干预前的 SF-36 评分无统计学意义( $P<0.05$ )；干预后，两组 SF-36 各维度评分均上升，且观察组高于对照组，差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SF-36 评分比较 ( $\chi \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | 生理功能             |                  | 活力               |                  | 一般健康             |                  |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组 | 23 | 51.47 $\pm$ 4.66 | 66.34 $\pm$ 4.38 | 37.68 $\pm$ 3.22 | 62.53 $\pm$ 4.25 | 38.65 $\pm$ 5.42 | 66.59 $\pm$ 4.33 |
| 对照组 | 23 | 15.68 $\pm$ 4.39 | 53.75 $\pm$ 4.34 | 37.54 $\pm$ 3.22 | 54.42 $\pm$ 4.34 | 38.41 $\pm$ 4.32 | 58.21 $\pm$ 4.32 |
| T 值 |    | 0.328            | 15.143           | 0.030            | 9.055            | 0.235            | 9.292            |
| P 值 |    | 0.743            | <0.001           | 0.976            | <0.001           | 0.815            | <0.001           |

| 组别  | 例数 | 精神健康             |                  | 情感职能             |                  | 社会职能             |                  |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组 | 23 | 43.37 $\pm$ 3.13 | 73.25 $\pm$ 5.41 | 46.69 $\pm$ 4.37 | 82.24 $\pm$ 3.22 | 34.48 $\pm$ 5.54 | 57.73 $\pm$ 3.21 |
| 对照组 | 23 | 43.58 $\pm$ 3.14 | 62.46 $\pm$ 5.39 | 46.69 $\pm$ 3.36 | 67.79 $\pm$ 4.24 | 34.68 $\pm$ 4.58 | 46.56 $\pm$ 3.25 |
| T 值 |    | 0.321            | 9.583            | 1.000            | 18.408           | 0.189            | 16.585           |
| P 值 |    | 0.748            | <0.001           | 1.000            | <0.001           | 0.851            | <0.001           |

注：干预后与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后 SAS 及 SDS 评分比较 两组干预前的 SAS 及 SDS 评分无统计学意义( $p>0.05$ )；干预前的 SF-36 评分无统计学意义( $p>0.05$ )，干预后，两组的 SAS 及 SDS 评分均下降，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SAS 及 SDS 评分比较 ( $\chi \pm s$ ) 分

| 组别  | 例数 | SAS 评分           |                  | SDS 评分           |                  |
|-----|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |    | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              |
| 观察组 | 23 | 64.31 $\pm$ 5.21 | 52.61 $\pm$ 4.32 | 65.95 $\pm$ 4.38 | 35.42 $\pm$ 4.58 |
| 对照组 | 23 | 64.23 $\pm$ 5.25 | 59.65 $\pm$ 4.31 | 65.91 $\pm$ 4.34 | 56.41 $\pm$ 4.63 |
| t 值 |    | 0.073            | 7.825            | 0.044            | 21.346           |
| p 值 |    | 0.942            | 0.000            | 0.965            | 0.000            |

注：干预后与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

2.4 两组患者护理满意度比较，观察组的护理满意度为 95.65%，高于对照组的 86.95%，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )，见表 4

表 4 两组患者护理满意度比较 例 (%)

| 组别         | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度  |
|------------|----|------|----|-----|-------|
| 观察组        | 23 | 19   | 3  | 1   | 95.65 |
| 对照组        | 23 | 15   | 5  | 3   | 86.95 |
| $\chi^2$ 值 |    |      |    |     | 4.928 |
| p 值        |    |      |    |     | 0.025 |

### 3 讨论

**3.1 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者应对方式的影响** 保护动机理论是健康信念的延伸，其原理为促进人体机体的保护动机，从而保持健康行为，以减少对机体的威胁。基于该理论的延续性护理模式可以通过易感性、重要性、内部收益、外部收益等变量对患者进行干预，促使患者充分知晓女性生殖系统结核不孕的相关知识、了解配合治疗及护理的重要性，减少内外因带来的不健康行为，通过心理护理措施提高患者的反应效能和自我效能，可提高患者应对疾病和解决问题的能力，增强救助意识，强化对自身疾病的认同感知，减少自责、幻想及退避行为。本研究结果显示，观察组患者 CSQ 中的解决问题、合理化、求助维度的评分显著上升，且观察组高于对照组，自责、幻想、退避维度的评分显著下降，且观察组低于对照组，差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。该研究结果表明，基于保护动机理论的延续性护理模式可显著提高女性生殖系统结核不孕患者的应对能力。

**3.2 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者生活质量的影响** 基于保护动机理论的延续性护理模式给予患者优质高效的护理，不仅在患者住院治疗期间给予其健康教育、饮食及心理等方面的护理，还在患者出院后定时进行电话随访、家访、开展健康讲座及病友会等，让患者在出院后得到延续性优质高效的护理措施，持续性地提高生活质量。本研究结果显示，观察组患者 SF-36 各维度评分均高于对照组( $P < 0.05$ )，表明基于保护动机理论的延续性护理可显著提高女性生殖系统结核不孕患者的生活质量。

**3.3 基于保护动机理论的延续性护理干预对女性生殖系统结核不孕患者心理状态的影响** 在传统观念中，女性对生育和自身生育价值的期待，导致女性生殖系统结核不孕患者承受来自家庭及社会的多层压力，致使患者出现负性情绪，影响心理状态和对疾病治疗的依从性，最终导致整体治疗效果不佳。该护理模式从动机保护理论的 7 个变量出发，给予患者科学有效的护理，其中心理护理、健康教育等护理措施可加深患者及其家人对疾病的认知，促使其以客观积极的状态来面对疾病，缓解心理紧张、焦虑、抑郁等情绪，促进心理状态的良好恢复。本研究结果显示，干预后观察组患者的 SAS 及 SDS 评分均低于对照组患者( $P < 0.05$ )，表明基于保护动机理论的延续性护理干预可有效缓解女性生殖系统结核不孕患者的不良情绪。

### 4 结论

基于保护动机理论的延续性护理干预可提高女性生殖系统结核不孕患者的应对水平，缓解不良情绪，提高护理满意度及生活质量，值得临床推广应用。不过本研究样本量有限，且未考虑主要照顾者对研究结果的影响，可能导致研究结果存在偏倚，今后可扩大样本量，通过严格的纳入筛选减少误差，以得到更有说服力的结果。

参考文献 (略)

## 角色压力测评工具在护理工作者中应用的研究进展

黄芳 邱玉贤

作者单位：成都市公共卫生临床医疗中心

**【摘要】** 当前，护理工作者们正面临着角色压力失衡问题的严峻挑战，因此积极进行角色压力管理十

分必要。角色压力的评估是角色压力管理的重要环节，角色压力测评工具在护理工作者中的应用研究也逐渐成为热点。本文将从角色压力的概念、护理工作者的角色压力现状、测评工具的应用以及工具的选择与不足等方面进行综述，旨在提供如何选取合适的测评工具以测评护理工作者的角色压力水平的思路，在后续学者们寻求解决角色压力失衡问题的有效途径时提供依据。

**【关键词】：** 护理工作者；角色压力；测评工具；研究进展

从社会结构观点来看，当个体不能适应组织的规范和要求时，就会出现阻碍角色行为的不利因素，进而产生角色压力<sup>[1]</sup>（Role stress）。当前，护理工作者们正面临着角色压力失衡问题的严峻挑战<sup>[2-4]</sup>，据相关文献报道<sup>[5-7]</sup>，角色压力失衡会伴随不同程度的负性情绪，如自我效能感降低、职业倦怠、离职率上升、甚至会导致抑郁、疾病等严重不良结局。由此可见，角色压力失衡不仅影响了护理工作者的心理健康，也制约了相关行业的发展，因此积极探究寻求解决角色压力失衡问题的有效途径迫在眉睫。当下，多样化的角色压力测评工具的开发和应用虽为护理工作者在不同情境下所面临的角色压力管理提供了思路，但国内护理学者对此类工具的应用研究起步较晚。因此，临床护理工作者们常常无法快速准确地找到合适的测评工具，基于此，本文旨在提供如何选取合适的测评工具以测量护理工作者的角色压力水平的思路，为寻求解决角色压力失衡问题的有效途径的后续学者们提供依据。

### 1. 角色压力的概述

关于“角色压力”的概念在不同学科中尚未统一。1964 年，国外学者 Kahn 等<sup>[8]</sup>认为“角色压力”是指组织内的个体对其所处职位的角色需求感到无法胜任或者与期望不一致时而产生的一种焦虑感，并将角色压力分为角色冲突（Role conflict）、角色模糊（Role ambiguity）以及角色超载（Role overload）3 类。1978 年，Harday 等<sup>[9]</sup>将“角色压力”定义为受外在力量的影响，个体内在系统的稳定性会发生变化，从而无法适当表现其个体角色行为的一种失衡状态，并且他们认为角色压力包含角色模糊、角色冲突、角色不一致、角色过度负荷、角色能力不足或过度等 5 个方面。2023 年，学者刘颖<sup>[10]</sup>认为当个体处于多角色情境时，不能较好的满足预设角色期望或履行与之对应的角色职责时，可能会产生一种消极的压力感知，即角色压力。目前，国际上通常将“角色压力”定义为一种组合结构概念，主要涵盖角色模糊、角色冲突以及角色超载这三种角色压力源。

### 2. 护理工作者的角色压力现状

近年来，伴随着护理学的快速发展，角色压力问题逐渐成为国内外护理学者们关注的热点。Kakemam 等<sup>[4]</sup>对伊朗 140 家医院的护士进行了一项关于护士职业压力的横断面调查，研究显示在 5422 名受试者中，78.4% 的受访者感觉角色压力大。Noemí Sansó 等<sup>[2]</sup>对西班牙 129 名护士的一项调查中发现，受试者在角色压力得分均处于中等水平。贾臻等<sup>[11]</sup>对中国沈阳市 3 所三级甲等医院 140 名急诊科护士进行的一项研究，调查发现受试者们的角色压力处于中上水平。林建龙等<sup>[3]</sup>针对新疆乌鲁木齐市 152 名护士进行调查，研究发现护士角色压力呈中等水平，这与国际学者们的调查结果相似。综上所述，护理工作者们正面临着角色压力失衡问题的严峻挑战。因此，积极探究角色压力管理十分必要，而角色压力的评估是角色压力管理的重要环节，正确选取合适的测评工具以测评护理工作者的角色压力水平，可为后续学者解决相关问题或制定相应对策提供思路。

### 3. 角色压力测评工具的应用

#### 3.1 普适性量表

角色压力量表（Role stress scale, RSS）又称 RHL 量表，由 Rizzo 等<sup>[12]</sup>于 1970 年编制，用来测评管理人员和技术人员的角色冲突和角色模糊等压力源状况。该量表共包含角色冲突和角色模糊 2 个维度，共计 14 个条目，采用 Likert7 级评分法，从“完全不同意”（计 1 分）到“完全同意”（计 7 分），得分越高，则表明角色压力越大。1984 年，台湾学者黄国隆等<sup>[13]</sup>首次对 RHL 量表汉化改编，增加了“角色负荷过重”这一维度，汉化版共包含 22 个条目。2002 年熊东亮等<sup>[14]</sup>将原版 RHL 量表翻译汉化成“中文版角色冲突和角色模糊量表”。RHL 量表的优点，普适度高，目前已有多语境译本，据调查，其使用率高达百分之八十五<sup>[15]</sup>，多项研究<sup>[16-18]</sup>也为其可操作性提供了实证支撑，信度高。

角色压力问卷 (Role stressors questionnaire) 由 Peterson 等<sup>[19]</sup>于 1995 年在 RHL 量表的基础上通过对 21 个国家的人群再次调查修订而成。该问卷包含 3 个维度, 共计 13 个条目, 采用 Likert5 级评分法, 从“非常不同意”(计 5 分)到“非常同意”(计 1 分), 分数越高表示角色压力水平越高, 该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.83。学者李超平等<sup>[20]</sup>于 2009 年将其汉化修订成中文版的角色压力问卷, 共包含 18 个条目, 采用 Likert7 级评分法, 该问卷的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.74~0.90, 内部一致性良好, 累积方差解释率达 63.90%。姜兆权等<sup>[21]</sup>在其研究中采用了该问卷, 适应性良好。李超平版角色压力问卷条目精简, 具备良好的可操作性。

### 3.2 护理领域专用的压力测评量表

中文版护理人员角色冲突和角色模糊量表于 2015 年由梅花等<sup>[22]</sup>结合护理学特异性, 在汉化版 RHL 量表的基础上修订而成, 并通过对上海市某三甲医院的 144 名护士进行研究调查, 验证得到新量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.758, 表明此量表具有较好的信度。林建龙等<sup>[3]</sup>使用梅花版量表进行研究, 调查发现受试者压力呈中等水平。虽然梅花版量表在护理情境下适用, 针对性强, 但其仅考虑到了两个维度的角色压力源, 能够评估的压力类型较少, 普适性不强。

护理压力量表 (Nurse stressors scale, NSS) 是由 Gray-Toft 等<sup>[23]</sup>于 1981 年研发的自我报告式量表, 可用来衡量护士在工作环境中遇到的压力源的频率和强度。NSS 量表涵盖 30 个条目, 采用 Likert4 级评分法, 从“从不”(计 0 分)到“非常频繁”(计 3 分), 总分范围为 0~102 分, 得分越高表示特定压力源的频率越高, 强度越强, NSS 量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.91。NSS 量表优势在于反映出护理工作中角色压力的多种方面, 例如患者护理、组织因素、人际关系和自身问题等, 但条目繁多, 操作难度大, 不易推广。

简要护理压力量表-西班牙版 (Briefly nurse stressors scale, BNSS) 由 Anna 等<sup>[7]</sup>于 2020 年在西班牙语语境下翻译并简化修订而成, 简化版共计 11 个条目, 可用于评估注册护士和执业护士的压力感知。BNSS 量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.79~0.83, 该量表具有良好的内部一致性。Noemí Sansó 等<sup>[24]</sup>通过对 129 名临终关怀护士进行调查, 重测得 BNSS 量表信度为 0.712。BNSS 量表具备简短, 实用的特点, 值得推广使用, 目前尚未查见汉化版本。

护士工作压力源量表 (Nurse job stressors scale, NJSS) 由英国学者 Wheeler 等<sup>[25]</sup>参考 NSS 量表重新编制而成, 用于测量助产士和普通护士的职业压力。该量表包含 5 个维度, 共计 35 个条目。NJSS 量表的测评维度涵盖了护理工作者、病人、管理及人际关系问题等多个方面, 对压力的多角度管理具有很好的指导意义。

中国护士工作压力量表 (Chinese nurse job stressors scale, CNJSS) 由李小妹等<sup>[26]</sup>于 2000 年在 NJSS 量表的基础上汉化修订而成, 用于测量中国护士工作压力情况。CNJSS 量表采用 Likert4 级评分法, 分数越高, 表示压力的程度越大。李小妹版量表要素丰富, 维度较全面, 其信度高, 并且该量表已多次在国内学者的研究中被采用<sup>[27, 28]</sup>。中国护士工作压力源量表 (Chinese nurse stressors scale, CNSS) 由王好等<sup>[29]</sup>于 2007 年在李小妹版的基础上修订而成, 并通过二次调查验证信度和效度, 量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.942, 内容信度为 0.852, 包含 5 个维度, 共计 35 个条目。CNSS 量表也已被国内学者采用<sup>[30]</sup>, CNSS 量表不同于 CNJSS 量表的结构维度, 它为角色压力多维度测评提供了不同的思路。

中国护士职场压力源量表 (Chinese nurses workplace stressors scale, CNWSS) 由俞晔云等<sup>[31]</sup>于 2020 年开发, 用来衡量中国护士工作场所压力源。该量表包含 6 个维度, 共 30 个条目, 验证性因子分析 (CFA) 的适应度较好, 具有较高的信度 (总量表为 0.93, 子量表为 0.66~0.91), 重测信度 (总量表为 0.77, 子量表为 0.60~0.76), 表明其具有较高的稳定性。但 CNWSS 量表还有一定程度的冗余, 可操作性弱, 目前尚未在文献中查到其推广和使用情况。

护士长压力问卷 (Charge nurse stress questionnaire, CNSQ) 是由 Admi 等<sup>[32]</sup>于 2016 年开发的自我报告式问卷, 可以用于评估护士长角色的特定压力源。问卷包含 4 个维度, 共计 25 个条目, 各部分的内部一致性良好, 为护士长岗位的角色压力测评和管理提供了依据, 目前尚未查见汉化版本。

临床护理教师角色压力量表 (Role strain scale for university nurse faculty) 由美国学者 Mobily 等<sup>[33]</sup>于 1988 年编制, 用于测量临床护理教师的角色压力状况。该量表分为 7 个维度, 共 44 个条目, 采用 Likert5

级评分法,量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.920。杜娟等<sup>[34]</sup>于 2013 年对该量表进行翻译和修订,新量表包含角色模糊、角色冲突、角色过度负荷、角色能力不足、角色不一致共 5 个维度,共计 40 个条目,采用 Likert5 级评分法,得分越高表明角色压力越高,该量表总的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.957。该量表被尹海燕等<sup>[35]</sup>运用在其研究中,适用性良好。杜娟版量表为临床护理教师这类多角色职业的角色压力测评和干预提供了指导,针对性强,值得推广。

护生压力量表(Nursing Student's Stress Scale, NSSS)由 Hanna 等<sup>[36]</sup>于 1997 年开发,用来测评护理专业学生在临床工作中的压力,分为 6 个维度,共 32 个条目,采用 Likert3 级评分法,从“没有压力感”到“重度压力”采用 0~3 分表示,得分越高表示为压力水平越高。Hanna 等<sup>[37]</sup>于 2018 年再度将该量表用于以色列 892 名护理本科生的压力测量中,研究显示学生压力水平为中等,并再次验证了 NSSS 量表具有良好的内部一致性。中文版实习护生压力源量表由曹颖等<sup>[38]</sup>于 2001 年汉化,可用于了解护理学生的压力源。该量表信度 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.86。但曹颖版量表的研究对象仅纳入了护理本科生,未将专科生及研究生等不同学历层次纳入研究,普适性有待验证。

### 3.3 其他类测评工具

沃特福德理工学院<sup>[39]</sup>于 2020 年开发了一款针对护理学生压力的电子移动管理程序(Student Stress Training E-Mobile Management, SStE-MM),用于护理学生在线自评压力。开发者约翰·威尔斯教授介绍,该工具也可以帮助护理工作者进行自我压力测评,并可以通过匿名分享其压力评分来支持开发者的后续研究,以推进压力管理。

### 4. 工具的选择与不足

目前主流的测评工具分为评估量表、自我报告式问卷、在线测评等。最早被推荐使用的 RHL 量表普及度和使用率最高,但其仅有的两个维度也逐渐制约了在多情境下的稳定性,后续学者们也在该领域的研究中提出了更多的有效区分角色压力源类型的新维度。在普适性工具中,李超平等编制的角色压力问卷条目精简,可操作性强。在护理领域专用的压力测评量表中, NSS 量表可以反映出护理工作中角色压力的多种方面,虽针对性较强,但条目繁复,操作难度大,不易推广。BNSS 量表简短精炼,且测量的维度也具有一定的针对性,但暂无汉化版本。NJSS 量表的强针对性也为角色压力多维度测评提供了不同的思路。CNJSS 量表和 CNSS 量表各具有独特的结构维度,要素丰富,均充分彰显了对角色压力的多维度管理的启示价值,值得推荐。CNWSS 量表是近年来针对护士职场压力开发的针对性测评工具,但条目冗多,可操作性弱。临床护理教师角色压力量表、NSSS 量表和 CNSQ 问卷等工具的亮点则是关注到了区别于单一临床护理岗位的多角色群体的角色压力测评,该类量表人群针对性强,且多已被部分研究者采纳和使用,值得持续关注,但某些量表尚未查见其汉化版本和推广使用情况。另外,在线测评工具具有便捷性、交互性和私密性等特点,也值得推广。综上所述,建议后续学者们可根据研究目的和研究人群针对性地去选择合适的评估工具。

目前,护理工作者角色压力测评工具的应用和发展仍被许多的问题制约。①现阶段国内学者多是直接采用前人汉化的量表,也鲜少对其重测信效度,这易造成研究者难以得到稳定性结果。因此呼吁相关学者选择量表时注重信效度的重测,也期待能早日开发出更多基于我国多民族背景和严谨理论框架的本土量表。②目前国内关于护理工作者角色压力的测评工具的应用研究其对象多为精神科、急诊科、手术室、重症监护室等专科的护士,而多数研究的样本量较小,多中心、多样本的临床研究报道鲜少;且缺乏高质量的纵向研究,期待今后能进一步开展质性研究、纵向研究及综合性干预研究。

### 4. 展望

角色压力的管理不仅有利于护理工作者的身心健康,更能增强护理工作者压力调节能力,这也是他们为患者提供优质护理服务的有效前提。期待后续学者们能通过选取合适的测评工具以测评护理工作者的角色压力水平,并以此为依据早日制定出更多、更有效的角色压力管理对策,健康工作,积极生活。

### 参考文献(略)

# 肺结核病人开展 PDCA 循环护理管理对院内感染产生的影响观察

王欣

作者单位：太原市第四人民医院（山西医科大学附属肺科医院）

**【摘要】目的：**评析肺结核病人开展 PDCA 循环护理管理对院内感染产生的影响。**方法：**纳入肺结核病人 90 例，日期为 2022.01 至 2023.01。分组执行奇偶分组法，各组 45 例。参照组：常规护理形式。试验组：PDCA 循环护理管理。**结果：**干预后，试验组院内感染发生率、ESCA 评分、SAS、SDS 评分、SGRQ 评分、护理质量评分等均更为优异， $P < 0.05$ 。**结论：**肺结核病人护理中，应用 PDCA 循环护理管理模式，能够降低院内感染的发生率，并且还可提高患者的自我管理能力和自我管理能力。

**【关键词】**肺结核；PDCA 循环护理管理；院内感染

肺结核在临床具有较高的发生率，且疾病的传染性较强。同时，该病易反复发作，会增加患者的病死的风险。在肺结核治疗期间，临床多采取持续应用抗结核药物的形式。但是此类患者以老年人群居多，对肺结核疾病等认知程度不足，加之其自身文化水平低，防范疾病意识较差，所以发生院内感染的风险较高<sup>[1]</sup>。此外，患者难以认识到自身病情的情况，无法做到完全遵医嘱用药、自我护理。受此影响，患者病情控制效果大打折扣，甚至还会引起疾病的转归。常规护理的内容单一，仅以被动遵医嘱开展相关干预，无法有效监督患者的行为，并且不重视护理质量的改进，进而导致患者的康复需求得不到满足。有关研究指出，PDCA 循环护理管理的应用，能够降低肺结核患者院内感染的发生率，并且还可维护其心理健康，提高其自我护理能力<sup>[2]</sup>。本研究评析肺结核病人开展 PDCA 循环护理管理的应用价值，报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

录入肺结核患者。时间为 2022.01 至 2023.01。奇偶分组法分组，每组 45 例。参照组：男、女比为 30:15。年龄：37~74（54.10±4.62）岁。试验组男、女比为 31:14。年龄：36~73（54.06±4.55）岁。2 组资料波动弱， $P > 0.05$ 。

入选要求：（1）符合肺结核诊断者。（2）知情此研究者。

排除要求：（1）合并其他感染性疾病者。（2）重要脏器功能严重障碍者。

### 1.2 方法

参照组：应用常规护理模式，严密观察患者的病情情况，遵医嘱予以患者用药指导。积极开展营养支持，确保患者获得充分的营养补充，以此促进其机体抗病能力的提升。此外，重视对患者心理健康水平的关注，为其提供心理支持。

试验组：应用 PDCA 循环护理模式，如下：（1）计划环节：成立 PDCA 循环护理小组，选取院内经验丰富的肺结核专科护理人员作为小组成员，由护士长为组长，并对组员进行培训，召开相关会议。小组人员共同分析、探讨以往临床工作中有关肺结核护理中存在的问题，并将各问题列举出来，分析造成医院感染发生的因素。这主要与患者认知不足、自我防护意识不强、机体免疫功能不佳、情绪较差等有关。同时，护理人员操作不当、院内环境管理不佳也会造成肺结核患者院内感染的重要因素。根据所提出的问题，制定合适的护理对策。（2）实施环节。①健康教育。从患者方面来看，需要为其提供肺结核的疾病知识的指导，通过一对一讲解、讲座等形式，确保其掌握更多有关肺结核的知识。同时，了解患者对肺结核、用药等知识的理解程度。根据评估结果，借助于视频、动画等形式，向患者宣教疾病的知识，使之明确肺结核发生原因、危害、用药知识、发生院内感染的风险因素等。整合宣教知识，将关键知识点列为表格，并打印出来发放给患者，让其随时阅读，从而达到强化其认知的目的。②心理疏导。评估患者的心理状态。对其负性情绪产生的原因进行分析。告诉患者结核菌呈阴性期间，无传染性。另外，在患者能够与他人正常交流的情况下，鼓励其家属、朋友等对其进行探望，并注意控制探视的时间，一般为 30min。在外来人员探视前，均需要做好防护，并在探视后消毒。③运动指导。运动干预的实施，主要是让患者加快机体功能

的恢复速度，从而促进其机体免疫功能的提高。可选择的运动方式包括慢走、太极拳等。在明确患者个体情况的基础上，每周开展 2 至 3 次，单次 20min。患者运动期间，需要做到全程陪同。④用药干预。为患者讲解坚持遵医嘱用药的必要性，并告诉其观察、预防用药所致不良反应的正确方法。⑤饮食指导。让患者在饮食中增加富含蛋白质食物的补充。以清淡饮食为主，嘱其不要食用辛辣刺激性强烈的食物。患者治疗过程中，还应监督其禁烟、酒。对患者进行含钙、维生素的补充。丰富食物，改善饮食结构。加强病区分区管理。⑥手卫生管理。重视对患者本人、家属手卫生相关知识的教育，确保其能够严格按照相关步骤洗手。加强室内环境的消毒。各项护理工作开展期间，均做到无菌操作。同时，对护理人员进行培训，确保其相关操作均遵照流程开展。在病房环境护理方面，主要术后应用含氯消毒液，清洁病房的地面、墙面、家具等。重视对患者的气道护理，及时帮助其清除口腔内的分泌物等。(3) 检查环节。上述护理内容实施期间，由护士长定期进行检查，并每 2 周开展 1 次反思研讨会。对计划的实施情况进行检查，针对发现的问题，需要及时记录，并且进行集中讨论。(4) 处理环节。对于检查阶段未解决的问题，需要反思、总结经验。同时，在查阅最新研究成果、相关资料的基础上，制定问题解决办法。

### 1.3 观察指标

(1) 院内感染发生率。统计发生院内感染患者的例数。(2) ESCA 评分。自我护理能力测定量表评价患者的自护能力。从自护理论、健康知识、责任感、技能等角度进行检验。总计 43 个条目，各条目为 0-4 分。总分 172 分。数值大，提示自护能力优异。(3) SAS、SDS 评分。以焦虑、抑郁自评量表对患者的心理状态进行检验。分数值高，提示患者的情绪状态较差。(4) SGRQ 评分。圣乔治呼吸问题调查问卷检验该指标，从症状、心理、活动等三个方面进行评价，各项以 100 分为满分，分值高，提示护理状况优异。护理质量评分：从护理态度、技能、健康教育三个方面测定，各项最高 25 分，分值高，质量高。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0 软件处理相关数据。计数、计量资料依次以百分数/ $(\bar{X} \pm S)$  表达。执行  $X^2$  检验、t 检验。P < 0.05，价值存在。

## 2 结果 2

### 2.1 院内感染发生率

表 1 显示，试验组院内感染发生率更低，P < 0.05。

表 1：院内感染发生率[n (%) ]

| 组别    | 例数 (n) | 未发生感染例数     | 院内感染发生率    |
|-------|--------|-------------|------------|
| 试验组   | 45     | 43 (95.55%) | 2 (4.44%)  |
| 参照组   | 45     | 37 (82.22%) | 8 (17.77%) |
| $X^2$ |        |             | 4.0500     |
| P     |        |             | 0.0441     |

### 2.2 ESCA 评分

表 2 显示，干预后，试验组 ESCA 评分升高幅度比参照组更为明显，P < 0.05。

表 2：ESCA 评分 ( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 自护理论       |            | 健康知识       |            | 自护责任感      |            | 自护技能       |            |
|-----|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        | 干预前        | 干预后        |
| 试验组 | 45     | 32.90±2.26 | 43.38±3.12 | 22.21±2.23 | 29.92±2.25 | 42.03±4.12 | 57.47±5.13 | 35.25±3.24 | 45.60±4.21 |
| 参照组 | 45     | 33.08±2.37 | 38.47±3.26 | 22.17±2.34 | 26.69±2.13 | 41.96±4.20 | 52.92±5.25 | 36.27±3.29 | 40.69±4.19 |
| t   |        | 0.3687     | 7.2992     | 0.0830     | 6.9934     | 0.0798     | 4.1582     | 1.4818     | 5.5453     |
| P   |        | 0.7132     | 0.0000     | 0.9340     | 0.0000     | 0.9366     | 0.0001     | 0.1420     | 0.0000     |

### 2.3 SAS、SDS 评分

表 3 显示，干预后，试验组 SAS、SDS 评分等均低于参照组，P < 0.05。

表 3: SAS、SDS 评分 ( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | SAS 评分           | SDS 评分           |
|-----|--------|------------------|------------------|
| 试验组 | 45     | 38.71 $\pm$ 3.15 | 35.96 $\pm$ 2.21 |
| 参照组 | 45     | 51.22 $\pm$ 3.23 | 42.56 $\pm$ 2.16 |
| t   |        | 18.6005          | 14.3270          |
| P   |        | 0.0000           | 0.0000           |

#### 2.4 SGRQ 评分、护理质量评分

表 4 显示, 干预后, 试验组 SGRQ、护理质量评分等均比参照组更高,  $P < 0.05$ 。

表 4: SGRQ 评分 ( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数 (n) | 症状评分             |                  | 心理评分             |                  | 活动评分             |                  | 护理质量评分           |                  |                  |
|-----|--------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |        | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 干预前              | 干预后              | 护理态度             | 护理技能             | 健康教育             |
| 试验组 | 45     | 66.59 $\pm$ 2.25 | 84.83 $\pm$ 5.14 | 67.37 $\pm$ 4.28 | 89.28 $\pm$ 5.27 | 71.42 $\pm$ 3.23 | 88.72 $\pm$ 5.14 | 23.89 $\pm$ 1.01 | 22.84 $\pm$ 1.10 | 23.89 $\pm$ 0.23 |
| 参照组 | 45     | 66.56 $\pm$ 2.40 | 77.45 $\pm$ 5.13 | 67.39 $\pm$ 4.20 | 83.19 $\pm$ 5.35 | 71.39 $\pm$ 3.62 | 82.63 $\pm$ 5.34 | 20.45 $\pm$ 1.75 | 19.91 $\pm$ 1.24 | 21.45 $\pm$ 0.41 |
| t   |        | 0.0612           | 6.8172           | 0.0224           | 14.1316          | 0.0415           | 5.5119           | 11.4208          | 11.8576          | 34.8177          |
| P   |        | 0.9514           | 0.0000           | 0.9822           | 0.0000           | 0.9670           | 0.0000           | 0.0000           | 0.0000           | 0.0000           |

### 3 讨论

肺结核属于乙类传染病之一, 病变位置为肺组织、气管、支气管等。结核分枝杆菌是诱发肺结核的主要致病菌<sup>[3]</sup>。其中呼吸道飞沫传播属于该致病菌传染的主要渠道。近些年, 肺结核的世界范围内发病率呈现出显著升高趋势, 且对人类的健康威胁严重, 具有较高的致死率。患者住院期间, 多选择药物形式进行治疗, 但是患者对药物知识的认知不足, 用药依从程度不高, 会增加其发生耐药性肺结核发生的风险。此外, 在护理操作不当、环境等因素等作用下, 患者还有发生院内感染的可能。为确保肺结核患者院内治疗的安全性, 需要重视护理工作的开展。

现阶段, 现代护理服务的理念法神转变, 由以往的以疾病为中心转为以患者为中心。此种理念的转变, 必然引起护理执行形式的转变, 即对护理的质量进行持续改进, 并充分融入循证医学理论, 从而达到维护患者住院安全的目的<sup>[4-5]</sup>。PDCA 循环护理管理模式具有批判性的思维, 能够不断改进传统护理模式, 通过寻找并解决其中的问题达到智联持续改进的目的, 能够以最低的成本获取最优的结果。具应用期间, 预先对护理人员进行培训, 能够使之掌握此种护理形式的实施流程。通过护理证据的形式, 可提高护理人员的护理技能。既往研究指出, 肺结核患者发生院内感染与肺结核病区布局不合理、护理操作不规范、患者自身因素等均有关。而 PDCA 循环护理的应用, 经由计划-实施-检查-处理等流程, 能够结合患者实际情况制定具有针对性的护理计划<sup>[6-7]</sup>。在该阶段, 护理人员能够不断发现临床护理中的问题, 并采取合适的改进方案, 进而促进护理水平提高。此外, PDCA 循环护理实施后, 重视对护理人员的培训, 可使之熟悉疾病护理知识、操作技能, 从而提高其护理服务质量。而护理人员掌握上述知识后, 可对患者进行健康指导, 告知其日常饮食、运动的注意事项, 并且还可针对其用药情况进行多维度的指导。在此情况下, 患者对肺结核、院内感染的错误认知能够得到纠正, 并且还可减轻其对疾病的恐惧感, 进而促使其重新树立治疗的信心。本研究可见, 干预后, 试验组各指标更加优异,  $P < 0.05$ 。

综上所述, 肺结核病人开展 PDCA 循环护理管理, 能够降低院内感染的发生率, 并且还可改善其心理状态。

参考文献 (略)

# 护理干预在老年肺结核病护理中的应用分析

王海燕

**摘要：**目的 该文章主要针对老年肺结核疾病的治疗工作进行了分析，并且探讨了护理干预在其中起到的作用和效果。方法 为了保证实验研究的科学合理，也选择了在我院接受治疗的 80 名老年肺结核患者作为本实验的研究对象，然后开展了具体的实验研究，对两组老年肺结核患者分别实施常规护理和综合护理。在此过程中需要对两组患者的护理效果进行对比和分析。结果 对两组老年肺结核患者的情绪进行了对比，最终评分占有优势的是采用综合护理的一组老年肺结核患者，该组老年肺结核患者的治疗依从性以及满意度也具备优势 ( $P<0.05$ )。结论 在对老年肺结核患者开展护理工作时，应用综合护理模式，能够保证老年肺结核患者的相关需求得到满足，在开展临床治疗工作时，该种护理模式值得推广和应用。

**关键词：**老年患者；肺结核疾病；护理干预；应用分析

## 引言

肺结核是一种较为常见的疾病，以老年人为主，以结核杆菌为诱因，对患者的生存质量造成了很大的影响。老年肺结核病人需要更多的护理。本文根据临床工作的体会，选取 80 名老年病人作为研究对象，现将其报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，选择了在我院接受治疗的 80 名老年肺结核患者，然后开展了具体的实验研究，对这些老年肺结核患者的一般资料进行了分析和统计，主要包括年龄性别以及患病时间等，除此之外还制定了相应的纳入标准和排除标准，确保参与本次实验研究的老年肺结核疾病患者，满足相应的诊断要求和标准，除此之外，这些患者是知晓并且自愿参与到本次实验研究的。对于患有其他严重疾病的老年肺结核患者进行了排除，主要包括精神类疾病以及认知功能障碍等，要确保参与实验研究的老年肺结核患者，能够实现正常的交流和沟通，这样才能够保证整个实验的顺利。

### 1.2 方法

对对照组病人进行例行的护理，对病人进行简单的疾病知识讲解，并督促病人按要求服药。观察组在日常护理的基础上，对病人进行全面的护理，具体的操作包括：①环境护理：在临床工作中，护士要为病人营造一个良好的住院环境，保持病房的通风，经常的换洗床单和被套，并严格执行消毒管理，根据病人的需要，合理调节病房内部的温度、湿度，防止细菌滋生。②观察病人的状态，如有异常，应立即向医生报告。密切观察，一旦发现有渗出性胸膜炎，应立即采取相应措施，采取胸腔穿刺术，进行封闭引流术和留置术，同时要注意感染，严格执行无菌操作。做好管线的维护，确保引流管的畅通。③开展健康知识教育。护士在与病人沟通时，尽可能使用简洁、清晰的语言，做好病情的宣传，了解病因，解释病因，说明疾病的主要临床表现和危害，同时向病人传达治疗的相关注意事项。通过健康教育，加深病人对肺结核的理解，有助于病人对肺结核的认识，同时也有助于病人对肺结核的认识，进而促使病人改善自身的管理，从而为临床治疗提供必要的支持。④注意饮食卫生。建议病人吃一些蛋白质含量高的食物，尽量少吃植物蛋白，适当的控制卡路里的摄入量，根据病人的情况和血压情况，建议病人吃低盐的食物，根据病人的血清电解质情况，及时调整盐的摄取。在治疗过程中要注意不要食用刺激性食物，不要食用生冷的食物。⑤药物治疗。护士会给病人讲解各种药物的作用机理和用法，并严格按照医生的指示服用，并对用药过程中可能发生的不良反应和治疗措施进行解释。对病人的用药依从性进行了严格的管理，对一些病人的用药依从性进行了调查，了解了原因，并进行了积极的沟通，并制定了相应的护理措施。劝说病人的家人积极配合，并对病人的吃药进行监测，以达到合理用药和减轻病情的目的。⑥心理治疗护理。要有耐心的聆听病人的意见，同时要注意对病人的个人隐私的保护。从病人的角度来看问题，了解病人的真实心理状态，对病人的心理状态进行评价，并根据病人的心理和心理情况，对病人进行及时的交流，让病人在治疗中保持

良好的心情，从而建立起自己的信心，减轻病人的心理压力。在与病人沟通时，要充分尊重和理解病人的情感，并反复强调维持良好的心情。

### 1.3 观察指标

为了很好的对不同的护理干预措施所起到的作用和效果进行对比和分析，要对两组老年肺结核患者在治疗期间的相关指标进行观察和对比，主要包括患者的焦虑和抑郁方面的情况，在此过程中要制定相应的测评量表，根据得分的情况对患者的情绪进行相应的评估。除此之外，还需要自制问卷对患者的满意度情况进行调查。

### 1.4 统计学分析

上述工作在完成之后，需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 心理状态

在对两组老年肺结核患者的抑郁和焦虑情况进行评估时，主要是对相应的评分状况进行了统计和对比，详细的数据可以参加下表 ( $P<0.05$ )，如表 1 所示。

表 1 心理状态比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | 时间  | SAS 评分     | SDS 评分     |
|-----|----|-----|------------|------------|
| 观察组 | 40 | 干预前 | 53.84±5.61 | 50.28±4.52 |
|     |    | 干预后 | 33.27±4.12 | 30.12±3.85 |
| 对照组 | 40 | 干预前 | 54.58±4.28 | 49.51±5.67 |
|     |    | 干预后 | 38.94±4.17 | 35.47±3.19 |

### 2.2 对两组老年肺结核患者在治疗过程中的依从性以及满意度进行对比和分析

采用了综合性护理的业主老年肺结核患者，在依从性和满意度方面占有优势，具体的数据统计结果可以参见下表 ( $P<0.05$ )，见表 2。

表 2 依从性与护理满意度比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | 治疗依从性      | 护理满意度      |
|-----|----|------------|------------|
| 观察组 | 40 | 87.45±8.12 | 92.16±4.58 |
| 对照组 | 40 | 80.47±5.62 | 86.24±6.11 |
| t   |    | 6.974      | 6.253      |
| P   |    | 0.000      | 0.000      |

## 3 讨论

肺结核是一种以结核分支杆菌为主要传染源的慢性传染性疾病。通常认为，人体感染结核菌后，短期内并不一定会诱发肺结核，但一旦机体的免疫功能降低，则有可能导致肺部结核病的发生。老年人的体质一般都比较弱，抵抗力一般都比壮年弱，如果感染了易感因素，患病几率就会大大提高。老年人的体质一般都比较弱，抵抗力也比较弱，如果感染了易感因素，患病几率就会大大提高。在老年肺结核患者的治疗中，适当的护理是提高其疗效的关键。综合护理干预是一种新的护理方式，它可以充分利用责任制护理的优点，将团队协作融入到病人的实际情况中，并根据病人的实际情况，制订出更为完善的护理计划，从而为临床护理工作的开展提供必要的指导。在实践中，对老年肺结核病人的护理措施进行了不断的优化，并采用了综合性的护理模式，以达到最大限度地改善病人的病情，为老人提供最好的护理服务。结果表明，全面的护理可以有效地改善病人的不良情绪，提高病人的遵医行为，并可明显地提高病人的自我管理水平。

### 结束语

总之，综合护理更能满足病人的实际需要，是一种有效、安全的护理方式，值得在临床护理中加以推广。

### 参考文献 (略)

# 针对菌阳肺结核患者负面情绪的心理护理

韩宏丽

作者单位：太原市第四人民医院

**摘要：目的：** 心理护理对菌阳肺结核患者负面情绪的影响。**方法：** 选取 2023 年 2 月至 2023 年 12 月在我科接受治疗的菌阳肺结核患者中的 66 例患者参加此次研究，按护理方法不同将患者分为观察组与对照组，每组各 33 例，对照组采用常规护理方法，观察组在常规护理的基础上增加心理护理，比较两组患者的情绪状况。**结果：** 观察组在心理干预后焦虑程度低于对照组 ( $P < 0.05$ ) 分值越高，焦虑越严重。**结论：** 在菌阳肺结核患者的治疗与护理中，加强心理护理有助于改善患者负面情绪，提高治疗的依从性。

**关键词：** 心理护理 肺结核 负面情绪

## 引言

肺结核是临床中较为严重的一种疾病，床中耐药肺结核具有较强的耐药性，传染性，其治疗的疗程长、费用要更高，且其疗效较差、传染性强等临床特点，因此在临床中耐药肺结核患者的生活质量、生理功能以及适应能力均出现了明显的下降，导致患者心理健康受到了严重的影响<sup>[1]</sup>对临床中耐药肺结核患者的心理情况进行分析研究，并提出相应的护理方案。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 2 月到 2023 年 12 月在我院进行治疗的菌阳肺结核患者中的 66 例患者参与到此次研究之中，排除文盲以及交流存在障碍等情况的患者，男 36 例，女 30 例，年龄 18~70 岁，平均(43.96±3.12)岁，比较所有患者的基本资料，异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

对所有患者进行一般资料的调查和询问，由专门的医师负责，在谈话和讯问过程中了解患者的基本情况进行分析。

### 1.3 观察指标

记录焦虑程度，比较焦虑自测量表分值。

### 1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 对患者的相关参数进行分析，计数资料以率(%)表示，采用  $\chi^2$  检验，计量数据以均数以标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示，通过 t 检验， $P < 0.05$  作为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 紧张恐惧

66 例患者中，15 例患者表现出了明显的紧张感和恐惧感，占比 22.73%，主要是来自于患者自身对治疗信心的不足，担心治疗费用过高，担心疾病会出现传染，担心自己会丧失劳动力等。一般在对疾病了解较少的患者中，该情况较容易出现，往往会对治疗造成较为严重的影响，导致患者不能有效完成临床治疗，影响患者的健康和预后。

### 2.2 自叹自怨

66 例患者中，10 出现以上情况 15.15%，该部分患者多为第二次或者多次住院的患者，其在情绪上则多表现为消极、抑郁以及沉默寡言等，与周围人群为严重的情况下甚至会出现抑郁的情况。

### 2.3 怨天尤人

情况在临床中比较少见，本次研究的 66 例患者中，仅有 6 例患者出现了这种表现，占比 9.09%，该类型患者与自叹自怨患者一样，多为多次住院患者，并且存在久治不愈的情况。漫长的治疗时间以及疾病的折磨导致患者的情绪出现了极为不稳定的情况，导致患者出现急躁易怒的情况，导致临床中冲突的发生率增加。

## 2.4 混合型

型情况是临床中主要的情况，患者可能表现出以上两种或者以上的心理情况，在 66 例患者中有 0 例患者属于该种情况，占比 60.61%，在临床调查中发现，该种情况的患者比较容易受到其他患者、工作以及家庭等因素的影响，因此在临床中一般需要进行针对性护理。

## 2.5 分析

中严重耐药肺结核患者的心理情况较多，其影响因素也较多，临床中以混合型心理、自卑心理以及紧张恐惧心理等状况为主，需要我们加以重视。

## 3 讨论

此次研究我们可以看出，响临床中耐药肺结核患者的心理因素较多，不同的患者会在临床中表现出不同的态度：①抑郁、焦虑：耐药肺结核在临床中具有较强的传染性，临床中患者会担心将疾病传染给家人和朋友，一般会选择远离人群，选择长期住院，而长期的住院则会导致患者对工作、学习等产生影响，导致患者出现焦虑、抑郁的情况；②孤独、寂寞：该病患者需要采取隔离治疗的方式进行治疗，其与社会和他人的交流较少，导致其出现孤独感、寂寞感；③紧张、恐惧：耐药肺结核在临床中具有病程长、病情反复的特点，长期无法得到有效的治疗会导致患者对治疗失去信心，进而出现紧张、恐惧的情绪<sup>[2]</sup>。由于疾病的传染性，患者对自身情况了解不足，会导致患者与他人交流减少，担心他人会嫌弃自己，导致患者出现自卑、多疑的情况<sup>[3]</sup>。

针对患者的情况结合调查结果，我们必须进行一定的临床护理，帮助患者建立治疗的信心，详细内容如下。

(1)建立良好的护患关系：对于初次入院进行治疗的患者，护理人员要积极与患者进行沟通和交流，了解患者的情况，引导患者了解医院的情况，认识相关的工作人员，对于已经接受的交往较少，但是在临床中的主诉又较多，多数患者认为自己是家庭的负担，常常出现不按时服药的情况，在较过治疗的患者则给予鼓励和支持，针对年龄较大的患者可以通过肢体给予支持和鼓励，了解患者的疾病情况以及心理情况，给予患者一定的健康宣教，让患者了解疾病的相关信息，以及之后的治疗流程，让其对治疗有所准备，以拉近患者与护理人员之间的距离，保证护患之间能够建立较好的关系<sup>[4]</sup>；而针对多次入院进行治疗的患者，护理人员则要在护理过程中给予患者必要的鼓励和支持，告知患者疾病的变化情况，向其介绍其他成功的病例，使得患者对治疗充满信心，保证治疗的依从性。

(2)加强患者对疾病的认识：临床中，对疾病的不完全认知以及错误认识是导致患者出现严重的心理问题的主要原因，因此在临床中需要对患者进行临床健康宣教工作，告知患者目前的情况，让患者了解自身的情况<sup>[5]</sup>；但是在临床中，由于患者的年龄、受教育程度以及理解能力等因素的影响，不同患者对于疾病的认知程度存在明显的差异，因此在临床进行健康宣教的过程中要根据患者的情况给予患者相应的宣教工作，可以通过手册、图片以及视频等方式给予患者一定的讲解。

(3)加强社会支持：社会支持是指来自社会多个方面，包括家庭、亲属以及同事和朋友等人的支持，包括物质上的帮助和精神上的支持，在临床研究中显示，良好的社会支持能够促进患者保持积极、良好的心理和精神状态，对于临床治疗和护理具有十分积极的作用。因此在护理过程中要寻求患者家属和朋友的支持，告知家属和朋友在治疗过程中家属的支持和鼓励的重要性，增强患者治疗的信心；同时需要注意的是，由于患者的疾病存在一定的传染性，要对相关人员进行必要的教育，保证其能够做好预防措施，避免传染情况的发生；除此以外，在临床护理中我们也发现由于患者文化背景存在差异，主要为汉族患者和藏族患者，其对于疾病的态度也有差异，因此在临床中还需要针对患者的文化背景，采用相应的语言以及表达方式给予患者支持，降低患者的抵触情绪。

(4)提高患者的自我管理能力：良好的自我管理能力对于患者疾病的控制和治疗具有十分积极的意义，因此在临床中必须将提高患者的自我管理能力作为临床护理的重要内容<sup>[6]</sup>。在临床护理中要针对患者的实际情况给予患者相应的指导和讲解，制定相应的活动和管理方案，告知患者加强自我的营养管理，改善饮食的结构，改变不良的生活习惯，以促临床疾病治疗。综上所述，在临床耐多药患者中，不同的患者会采用不同的方式来面对疾病，而影响患者行为的因素较多，经济、文化、治疗情况以及社会支持等都是影

响患者治疗心理的重要因素，在临床中我们要从这几项因素入手，改善患者的心理状况，使其能够积极主动地接受治疗。

参考文献（略）

## PICC 在结核性脑膜炎患者中的应用现状

白雪

作者单位：河北省胸科医院

**【摘要】**本文旨在研究 PICC 在结核性脑膜炎治疗过程中的应用现状，探讨 PICC 技术与静脉留置针、CVC 静脉给药方式疗效的对比以及相关并发症的发生率的影响，对其运用的可行性进行分析做一综述，以期对结核性脑膜炎患者带来福音。

**【关键词】**PICC；结核性脑膜炎；护理；综述

### 1 前言

经外周静脉置入中心静脉导管（Peripherally Inserted Central Catheter, PICC）是指经外周静脉穿刺置管于上腔静脉的一种穿刺技术<sup>[1-2]</sup>。因为其不易脱出、保留时间长等优点，不仅可以避免频繁静脉穿刺给患者带来的痛苦，同时还可以减少刺激性药物对外周静脉的破坏，适用于长期进行静脉滴注、肠外营养或输注刺激性、高渗药物等相关患者。而结核性脑膜炎患者往往病程较长、病情恢复较慢，且具有需要一天内多次输注甘露醇等高渗性药物的特点。该类患者如果长期应用普通静脉留置针，对血管损伤较大，常出现静脉炎、液体外渗等相关并发症<sup>[3-4]</sup>。笔者认为，如果将 PICC 运用于结核性脑膜炎患者的静脉输液治疗，不仅治疗的便利性可以得到提高，且输注高渗液体引起的静脉炎及静脉闭塞的情况也将得到改善。本研究就结核性脑膜炎治疗中 PICC 运用的影响进行分析做一综述，阐述 PICC 在结核性脑膜炎患者中的优势及局限性，以期对结核性脑膜炎患者的治疗带来帮助。

### 2 背景

#### 2.1 PICC 导管的置入

有关导管放置位置，选择的中心静脉存在的优点包括管径粗、血流量大、血流速度快，经导管输注的刺激性及高渗性药液在高速的血流下能够被快速稀释，再迅速进入血循环，快速降低输注局部药液的浓度、渗透性以及刺激性，进而起到保护血管壁的作用<sup>[6]</sup>。PICC 置入穿刺技术中，与传统穿刺技术不同，改良塞丁格技术穿刺针较细，利用刀片扩皮时只采用了局部麻醉，穿刺施术过程中患者基本上感受不到疼痛。置管位置通常位于肘关节上方 3 至 5 cm 位置，对日常的关节活动都不会造成影响，同时也防止肘关节产生的汗液刺激伤口造成不适。用此法置管的上肢可以自由活动，外观上也不会对夏季穿短袖造成影响<sup>[13-14]</sup>。目前，临床上存在三种 PICC 尖端位置的定位方法，即 X-线定位技术、心房内心电图定位技术（ECG）以及超声心动图定位，它们都能确定导管尖端位置。其中心房内心电图定位技术的准确性和安全性显然高于 X-线定位技术。早期国内在 PICC 置管后确定导管位置的方法主要就是在置管后做 X 线拍片或透视，近年来，国外的临床文献报道更多地采用心房内心电图即时定位技术确定 PICC 尖端的位置<sup>[5]</sup>。文献数据分析成果显示，临床上完全可以用心房内心电图即时定位技术确定 PICC 尖端的位置，减轻病人的经济负担，减少置管的感染机会。选择超声心动图判断 PICC 导管尖端位置，优势则在于不受患者胸腔引流、肥胖、水肿等特殊限制，可经胸在心脏不同部位多角度查看导管尖端位置；超声心动不产生辐射，对人体无损伤，且其实时冻结图像，可以及时发现导管移位并及时调整<sup>[6-7]</sup>。运用范围可包括可用于心脏病患者及孕妇，尤其适用于新生儿 PICC 置管术中及术后的监测<sup>[8-9]</sup>。PICC 尖端定位不理想时，则可能提高血栓及导管移位等并发症发生率<sup>[11-12]</sup>。导管如果置入过深会摩擦、腐蚀心内膜而引起心内膜炎、心律失常、瓣膜损伤、心房血栓，甚至造成肺栓塞、心包填塞导致死亡<sup>[10]</sup>；置管过浅可因静脉压力较高导致回血堵管，药物稀释

浓度不够使静脉壁腐蚀、静脉穿孔致胸腔积液炎症,都会增加患者治疗过程中的痛苦。因此可以得出 PICC 尖端定位在 PICC 临床应用上具有非常重要的价值,改良塞丁格技术和尖端定位技术的发展使 PICC 进步成为更加成熟的技术,在结脑的治疗过程中的优势更加明显。

## 2.2 在结核性脑膜炎治疗中 PICC 与其他静脉输入方式对比

结脑患者病情危重,大多数患者意识不清、烦躁甚至昏迷,患者住院治疗时间较长。

### 2.2.1 PICC 与静脉留置针对比

据文献探究 PICC 置管应用在结脑中的治疗效果,以病例对照方法将患者分为使用 PICC 的观察组和使用外周静脉输液的对照组。研究表明使用 PICC 对结核性脑膜炎的治疗效果具有明显提升<sup>[1]</sup>,又有对比并发症在两组置管的发生率情况,观察组患者较对照组患者的管腔堵塞、液体渗漏、输液处疼痛以及静脉炎发生都差异显著,PICC 相对外周静脉输液方式非并发症发生率明显更低<sup>[27-30]</sup>,并且由于 PICC 的置管方式保持时间更长,可以避免反复的穿刺进而减少病人的痛苦。PICC 在病人的肠外营养支持中同样具有重要作用,由于输注的营养物质具有的高渗特点,对置入通路的性质要求更高,相比静脉留置针的使用,PICC 作为安全性高稳定性强的长期静脉通路显然对患者的影响更低,也有助于提高患者治疗过程中的配合度与满意度<sup>[26]</sup>。可以得出相比之下在临床治疗结脑的过程中使用 PICC 是更优选择,其提升结核性脑膜炎的临床治疗效果,减少患者反复穿刺发生的痛苦。

### 2.2.2 PICC 与 CVC 对比

中心静脉导管(CVC)目前在临床上仍广泛应用,其与 PICC 的运用目的基本相似,但对病人和治疗结果的影响存在差别。PICC 的穿刺点在外表浅静脉,血管粗大,易于发现,而且周围无重要的组织结构,穿刺简单,由持证护士穿刺即可,如穿刺失败,穿刺点按压无菌棉球,对病人的影响程度小;CVC 穿刺点周围解剖复杂,且锁骨下静脉位置深,体表定位相对困难,穿刺难度较大,穿刺需医生操作进行,如穿刺不当,会引起动脉损伤或血、气胸等严重并发症。CVC 穿刺点在锁骨处,易因出汗等原因发生感染,而且需要缝线固定,容易发生缝线接头感染<sup>[16-17]</sup>。但 PICC 穿刺位置位于外周静脉,管道在体内留置长度较长,而且管腔比 CVC 狭窄,但由于 CVC 的特性,其在病人血液高凝的状况下易发生导管堵塞。PICC 管生物相容性极佳,不易与血管内物质融合发生反应,因此凝血及感染发生率极低<sup>[15]</sup>。据国外文献报道,PICC 留置时间最长可达 2 年,国内报道为 396d。部分结脑患者从入院置管 PICC 直到出院才拔管,整个治疗期间免受了反复穿刺之苦,也保证了药物稳定的输注,而且穿刺部位在肘部,对患者上肢活动限制小,患者的行动基本上都能如常进行<sup>[18-19]</sup>。因此在临床治疗中 PICC 的实用性更高,病人接受度也普遍高于其他血管通路装置,在临床应用中选择 PICC 进行置管来治疗结脑在对比下具有明优势。

## 3 PICC 在结核性脑膜炎的应用疗效

近年来,经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)技术在肿瘤化疗、静脉肠外营养的病人以及需长期静脉给药治疗的儿童等人群中应用发展广泛。但 PICC 在临床中的应用仍存在争议,已知 PICC 是一种极柔软的高弹亲水性硅胶导管,置管过程中对血管壁和周围组织的损伤极小,但其置入过程中导管尖端定位困难、置管期间容易发生导管异位,且导管相关性血栓及机械性静脉炎等各种并发症易发生,导致了其在临床中的应用仍存在分歧。结核性脑膜炎是指一种引发结核中毒症状、脑实质损伤、脑膜刺激症状、颅内压升高与脑神经损害等疾病的疾病<sup>[20]</sup>。临床上针对结核性脑膜炎的治疗手段中最重要的环节为反复静脉输注甘露醇降低颅内压。其中 20%甘露醇是一种高渗性利尿脱水剂,为治疗结脑过程中降颅压的常用药物,主要用于控制颅内压增高、预防脑水肿。但因为药物浓度较高,需要较快速的静脉输注以达到治疗效果。长期使用甘露醇对血管刺激症状明显,会引起毛细血管通透性增加,药液外渗可能性增加,也易造成血管及周围皮肤组织的损伤,最终影响药物的吸收。每天用药频率多,需要定点快速输注,反复穿刺注射不仅会损伤静脉,而且会使外周血管变硬、塌陷,四肢浅静脉破坏,严重者可致无菌性静脉炎,造成给药困难。增加了患者痛苦,也延误了治疗,直接影响临床治疗效果。通过 PICC 管快速滴入甘露醇,使结脑的颅内压增高得到及时明显缓解,且通过 PICC 注入的甘露醇直接进入中心静脉,在快速的血液中被迅速稀释,减轻了对血管的刺激作用,避免了药物对周围血管的损伤的同时也提供了甘露醇每日的高频率用药稳定的静脉通路。

## 4 PICC 的局限性

### 4.1 PICC 相关性血栓

PICC 在为患者提供便利性且减轻痛苦的同时,也不能避免的存在相关风险,其中 PICC 相关性血栓风险(PICC-RVT)拥有 1%-51.45%的发生率,其中有症状的静脉血栓甚至达到 1%-8.82%<sup>[23]</sup>。PICC-RVT 形成后由于静脉回流减少,患肢发生疼痛、肿胀,甚至是患侧的肢体发生功能障碍,严重情况下由于血栓脱落引发的肺栓塞甚至可能危及患者生命安全。在 COLWELL 等的研究中发现,即使预防性的使用抗凝药物,上肢深静脉发生血栓的概率也不会减少,相反反而会引起来内科患者出血。因此采取运动锻炼反而成为预防 PICC-RVT 的重要策略。且由于 PICC 长期置管于体内,患者在用药期间身体机能下降或受药物影响,发生 PICC 相关性血栓的概率升高<sup>[24-26]</sup>。

### 4.2 PICC 相关机械性静脉炎

PICC 在应用中的问题还包括会引发患者的机械性静脉炎,本并发症在临床上发生率最高。其临床表现主要为穿刺点上方沿静脉出现条索状改变,局部皮肤红肿、有触痛。但只要选择规格正确的事先处理的管材并且对穿刺静脉进行了正确评估,在穿刺过程中尽量避免反复送管,并在置管后对穿刺部位进行合理护理,因机械性静脉炎而拔除导管的病例可以避免出现<sup>[23]</sup>。

### 4.3 PICC 穿刺局部渗血

患者的穿刺局部渗血问题,其发生多是由于患者本身的血小板数量减少及凝血功能障碍、穿刺时对血管进行直刺、穿刺后压迫方式不正确,压迫时间过短、穿刺的肢体过度活动等。临床处理办法多是对其压迫面积缩小,且尽早持续的对其进行压迫,较好及时地止血<sup>[23]</sup>。

## 5 总结与展望

近年来,随之科技的发展,PICC 技术仍在发展过程中,其定位与固定相关的技术都在进一步完善总结,对其并发症的研究和预防也在稳步进行。文献较少,结合其在结核性脑膜炎中的运用和护理案例,可知其在结脑治疗过程中的优势既包括已经反复提出的其稳定性能使病人避免反复插管的痛苦,又存在其他方面包括在作为消耗性疾病的常使用刺激性药物的结脑治疗过程中减少反复多次输注对病人的刺激。因此可以得出 PICC 技术在结核性脑膜炎治疗中的应用是非常必要的,在临床治疗中应减少使用同类比中对病人刺激更多危险性也更强的输注技术,转而增加 PICC 技术的应用与发展,客观略式,来帮助患者不仅治愈疾病,提高患者的生活质量<sup>[22]</sup>,期待更多中心的联合研究,为结核性脑膜炎患者带来帮助。

参考文献(略)

# 实施人性化管理减轻结核科年轻护士心理压力的体会

杨帆

作者单位:河北省胸科医院

**【摘要】**目的:探讨护士长在结核科实施人性化管理减轻年轻护士的压力和调动工作积极性,减少护士流失的做法和体会。方法:在日常护理工作中实施人性化管理,创造安全的执业环境、优化护理工作流程、严格落实消毒隔离制度提高职业防护的依从性、建立激励机制等。结论:实施人性化管理,可有效降低结核科年轻护士的心理压力。

**【关键词】**人性化管理 结核科 年轻护士 压力

近年来,随着耐药结核病患者日益增多,使得在结核科工作的护士心理压力增加,尤其是新入职的年轻护士,害怕被传染上结核病,害怕找不到结婚伴侣,经常倒班、工作要求越来越高、工作量大、地位低下、各种培训考核频繁、各种检查较多、外出学习进修机会较其他科室少,福利待遇低等等,导致结核科年轻护士工作积极性低,经常调岗甚至离职。本文针对结核科年轻护士普遍存在的各种心理压力采取了一

系列人性化管理的措施,有效降低了结核科护士的心理压力,提高了护理工作的积极性,减少了年轻护士的流失。

### 1. 造成心理压力的原因

#### 1.1 护理学科的发展,医疗体制的改革

随着护理学科的不断发展和对护理人员素质的要求越来越高;医改的进行,等级医院的评审,人们医疗观的不断改善,使整个社会对护理工作的水平和质量的要求也越来越高,这也无形中增加了护士在工作中的压力。

#### 1.2 结核病传染性强

结核病是一种传染病,主要通过呼吸道传播,尤其是带菌者说话、打喷嚏、咳嗽把带有传染性的痰液飞沫散播于空气中,可直接通过呼吸道进入肺泡引起感染。近年来耐药患者增多,治疗疗程长,副作用多,经济负担重。患者住院期间,护士与患者接触的机会多,加之工作繁重劳累,就成了结核感染的易感人群。尤其是年轻护士更担心被感染。

#### 1.3 工作环境的影响

由于病房床位不能满足病人需求,导致经常加床,床间距小于 1 米,病房内结核菌密度增高,结核科的环境对年轻护士产生了严重的压力。

#### 1.4 护患矛盾增加

年轻护士由于工作时间短,护理知识缺乏,技术不过硬,加上经验少,沟通能力欠缺,有些患者挑剔、刁难护士,对年轻护士不信任,导致矛盾增加。

#### 1.5 工资及待遇偏低

经济收入与付出和所承受的高风险不成正比,使护士产生心理失衡感,严重影响了工作积极性。

### 2. 实施人性化管理的做法

#### 2.1 加强专科知识的学习与培训

肺结核是一种慢性传染性呼吸道疾病,由于护理工作量大,护士接触患者、进病房时间较长,护士感染机会较多,因此对新入职及年轻护士制定学习计划与培训计划,掌握结核病的相关知识,能够正确认识结核病,做好防护,内心不恐慌。

#### 2.2 创造安全的执业环境

科学化管理结核科病房,联合感染科管理人员,严格设置三区,结核科病房使用电子门禁管理系统,结核病患者不能擅自离开病房,只能在规定的区域内活动,严禁到医护人员的区域内活动。病房床头安装呼叫装置,方便患者在病房与医护人员联系。轻症患者与重症患者分开放置,菌阴患者与菌阳患者分开放置,一般患者与耐多药结核患者分开放置,并将传染性较强的患者单独隔离。

#### 2.3 优化护理工作流程

以服务患者为中心,以病房护理人员的工作、整体性病房护理流程的健康运行、资源的合理配置等作为病房护理流程优化的重要原则,来对护理流程进行全面、系统、科学的优化。对各项护理工作流程修订为简便、快捷、安全的流程。让年轻护士在短时间内熟悉工作流程,进病房一次完成的工作,绝不反复进病房,能一个时间段完成的工作,绝不分时段完成,一人能完成的工作,不安排两人操作。保证质量完成护理工作的前提下,减少进病房接触患者的次数。

#### 2.4 严格落实医院消毒隔离措施

①护理人员佩戴合格的 N95 口罩,每 4 小时更换一次。护士是最容易接触患者的血液和体液的人群,也是发生针刺伤及感染血源性传播疾病的高危职业群体,因此护士在操作中牢固树立自我保护意识,严格执行消毒隔离制度和标准预防措施,接触患者的血液和体液时应穿戴防护装置如手套、隔离衣,吸痰时戴面屏防护等措施。②住院治疗的结核病患者只能在规定的病房区域内活动,不互串病房,外出检查及活动时需佩戴口罩。指导肺结核患者切勿对着他人咳嗽或打喷嚏,咳嗽时要用手帕、口罩等遮盖口鼻,不随地吐痰。指导患者将痰液必须吐入盛有 2000 mg/L 含氯消毒剂的痰桶里,严禁乱吐乱倒,痰桶必须每日更换含氯消毒剂。结核患者的衣物及用物要在阳光下暴晒 6h 或紫外线照射 2h。病房及内外走廊每天紫外线

消毒 2 次, 每次 30 ~ 60 min。结核患者的医疗垃圾及生活垃圾必须按照医院的相关规定进行处置。

## 2.5 多种形式及方法提高结核科护士的福利待遇, 建立激励机制

### 2.5.1 采取多种激励机制, 提高结核科护士的工资待遇

增加结核科护士夜班费及营养费, 提高岗位津贴, 增加绩效工资发放系数, 同时, 给年轻护士多创造参加院内及省内的各种护理比赛等, 有效调动结核科护士工作的积极性及创造性。采取多种激励手段鼓励结核科护士提高个人综合素质, 对于积极参加继续教育、在各项比赛中取得名次者给予一定的奖励。

### 2.5.2 定期派遣结核科护士外出学习或参观

提供更多的外出学习及参加培训的机会, 使结核科护士有机会走出去, 将先进的护理理念、护理工作新方法、新技术及科学管理经验带回来, 有利于结核科护士整体队伍素质的全面提高。

## 2.6 改变传统的培训学习及考核模式, 营造轻松学习氛围

### 2.6.1 引入按需培训理念, 提高护理人员综合素质

护士长首先改变传统的培训及考核模式, 减少护士集中培训及考核的次数, 探索并使用更贴合临床实际工作需求的培训及考核方法。

### 2.6.2 护理培训方式多样化与多元化

利用微信群、腾讯会议进行线上培训学习, 采用讨论式, 讲课式、提问式等方式, 在科室、在家随时随地都能学习, 避免了护士上下夜班还来科里培训学习, 激发了大家的学习兴趣, 又能提高护理培训的效果。通过开展年轻护士的各种形式的知识竞赛及技能比拼、应急演练等活动, 营造良好的学习氛围, 使护士在轻松、愉悦的环境中巩固基础与专业知识及技能, 锻炼自信心, 提高其综合素质。

## 3 讨论

在结核科年轻护士中实施人性化管理, 充分体现了以“以护士为中心”的管理特点, 使年轻护士的主体地位得以体现, 最大程度地满足和尊重护士的需求, 使其感觉到被关爱, 从而主动发挥自身的最佳潜能, 自身价值也更易得到认可, 在工作中自信心也更强。同时管理者站在护士角度去看待问题, 制定一系列可行性强的防护措施, 较好地降低了年轻护士职业感染的风险, 有效缓解了护士的心理压力, 使其在轻松、愉悦的状态下进行业务知识的学习, 从而为患者提供最优质的护理服务。因此, 人性化管理是值得在结核病医院护士中推广应用的一种管理模式。

### 参考文献 (略)

# 护理干预对初诊肺癌患者的睡眠质量的影响

杨毓碧

作者单位: 福建省福州肺科医院

**摘要:** 目的 观察护理干预对初诊肺癌患者睡眠质量的效果。方法 通过对近期在本院住院的 130 例初诊肺癌患者随机分为干预组和对照组各 65 例。对照组实施常规护理, 干预组进行护理干预。2 组均护理 4 周, 每组采用匹茨堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 进行睡眠质量评估, PSQI 评分在 0-21 分之间表示睡眠好, PSQI 评分在 11-21 分之间表示睡眠差。观察 2 组睡眠质量改善率。结果 干预组入院 4 周睡眠质量均高于入院时和对照组。结论 护理干预可改善初诊肺癌患者睡眠质量, 有利于缓解患者的痛苦。

**关键词:** 初诊肺癌; 护理; 睡眠质量

肺癌是发病率和死亡率增长最快, 对人群健康和生命威胁最大的恶性肿瘤之一。近 50 年来许多国家都报道肺癌的发病率和死亡率均明显增高。肺癌已成为一种严重影响人类身心健康甚至危及生命的最常见恶性肿瘤之一, 初诊肺癌患者都存在程度不一的睡眠障碍问题。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

随机选取 2016 年 4 月至 2017 年 1 月在福州市肺科医院呼吸内科及肿瘤内科住院治疗的原发性肺癌患者 130 例。

#### 1.1.1 病例纳入标准:

1.1.1.1 首次经临床、影像学 and 病理确诊的原发性肺癌患者。

1.1.1.2 尚未进行放、化疗或手术治疗。

1.1.1.3 活动状态 Karnofsky 评分 (KPS)  $\geq 60$  分。

1.1.1.4 预期生存期  $\geq 6$  个月。

1.1.1.5 自愿接受各种量表和问卷的调查。

#### 1.1.2 病例排除标准:

1.1.2.1 患有其它严重的躯体性疾病。

1.1.2.2 出现脑转移者。

1.1.2.3 有精神疾病或精神疾病家族史。

1.1.2.4 有严重智力或认知障碍患者。

1.1.2.5 有药物或酒精依赖史者。

1.1.2.6 初中以下文化程度。

本文入选初诊肺癌患者 130 例,男 68 例,女 62 例,年龄 41-82 岁,平均 (57.19 $\pm$ 18.90) 岁。所有患者均随机分为干预组 and 对照组各 65 例。观察组:男 34 例,女 31 例,年龄 47-77 岁,平均年龄为 (54.7 $\pm$ 6.4) 岁。鳞癌患者 11 例,腺癌患者 33 例,小细胞癌 21 例;对照组:男 37 例,女 28 例,年龄 48-74 岁,平均年龄为 (55.9 $\pm$ 5.4) 岁。鳞癌患者 12 例,腺癌 31 例,小细胞癌 22 例。2 组患者在性别、年龄、肺癌分类等方面比较。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组实施如下常规护理及相关睡眠知识健康教育。

1.2.1.1 介绍主管医师、护士,并通知医师就诊;介绍病区环境及设施的使用方法;介绍作息时间及相关制度。

1.2.1.2 保持病室环境清洁、舒适、安静、保持室内空气新鲜。

1.2.1.3 确诊病情后,按常规护理方法告知患者疾病相关知识,治疗方案,疾病演变过程及预后情况。

1.2.1.4 生命体征监测,做好护理记录。

1.2.1.5 定时巡视病房,若病情变化,及时做好护理记录。

1.2.1.6 遵医嘱准确给药。服药的时间、温度和方法,依病情、药性而定,注意观察服药后的效果及反应,并向患者做好药物相关知识的宣教。

1.2.2 干预组在对照组基础上行如下护理干预。

1.2.2.1 认知干预:责任护士与患者进行充分沟通,掌握其心理状态,找到引起睡眠障碍的原因,强调睡眠障碍可通过心理行为的调节恢复正常;指出社会因素对睡眠质量的影响,良好的睡眠有利于疾病缓解与康复,传授正确的应对方法和心理防御方式;帮助妥善处理引起不良心理刺激的各种事件;同时指导家庭成员主动参与,争取家庭、朋友等支持。

1.2.2.2 初诊后病情告知方法<sup>[1]</sup>。告知方式采用 1993 年 WHO 组织建议方式:(1)首先医护人员、单位和家属应有一个计划,应告知患者哪些病情,下一步还需要做什么检查,有哪些令人鼓舞的消息,怎样做治疗等;(2)告知病情应留有余地,避免给患者太肯定的结论;(3)在告知病情的同时,应尽可能地给患者以希望;(4)不欺骗患者,告知的事实必须真实,不能损害患者对医生的信任。

1.2.2.3 建立良好护患关系。护理人员应尽可能多的对患者进行巡查,与患者主动热情地谈心,对他们的心理状态与思想负担进行充分的了解,对其心理病机进行认真分析,尽快取得患者信任,这样能够获得一些患者过去从未透露过的与该病发展有关的资料信息,和影响睡眠质量的因素。

1.2.2.4 保持患者情绪良好。以诚恳和关切的态度与患者进行接触，对精神因素在该疾病治疗过程中重要性向其讲解，说明不良情绪会影响患者的睡眠质量，而睡眠不足又会对疾病的治疗效果产生不良影响。鼓励患者自主调整情绪，以便改善初诊肺癌对睡眠质量的影响。

1.2.2.5 心理支持。鼓励患者及家属积极参与疾病的治疗和护理，为患者建立良好的社会支持系统，鼓励其珍惜生命，树立战胜疾病的信心。安排患者家属、亲友陪伴，解除患者的语言、举止、对治疗的态度，了解其心理特征，并进行相应的心理疏导。此外，家属的情绪也影响患者。有资料显示，肺癌患者家属比其它肿瘤患者家属的抑郁程度高，而家属的这种情绪也影响了患者的心理感受。因此，在安排家属陪护时，应选择情绪乐观，心理坚强的家属予以陪护。

1.2.2.6 鼓励患者大胆表达思想。如果该类患者对内心的想法进行隐瞒，将易产生烦躁情绪，加重其心理负担；也可能导致对患者病情程度产生错误估计，使治疗变得更加困难。所以护士要鼓励患者大胆表达思想，对自己的症状、情绪进行客观的评估<sup>[4]</sup>。

1.2.2.7 营造良好的康复环境。保持病室及周围环境的整洁、安静、舒适，如为患者开放专门的娱乐室，准备多种娱乐报刊供患者阅读，并有专人负责更换，鼓励患者尽可能多的进行听音乐、聊天、练呼吸操、腹式呼吸训练。这样，白天进行有效地精力分配，夜间有助于睡眠。

1.2.2.8 安排相同疾病病友（包括初诊肺癌患者与治疗一个疗程以上患者）互相沟通，有时候不方便或不知如何向家属、亲朋好友及医护人员诉说的担忧、焦虑等，与其同病相怜的病友更明白如何诉说。而病友们尤其治疗过的病友有时更能体会患者此时对疾病的何种担忧并会用自己的经验安慰患者，互相鼓舞，互相支持。帮助患者缓解影响睡眠质量的因素。

1.2.2.9 控制睡眠行为，提高睡眠效率：针对疾病不同时期特点及个体差异，护士和患者共同制定“活动-休息-睡眠-饮食-自理”计划，督促其安排时间表每天有规律的活动，定时上床休息，适当生活自理，知道患者建立良好健康的“睡眠-觉醒”规律，保持运动和休息之间的平衡。病情许可时，可鼓励患者收听广播或者听他人读报，使其白天保持一种自然清醒状态。

1.2.2.10 合理安排治疗时间：对睡眠障碍患者，将治疗尽量安排在白天集中进行。利尿剂、扩血管药物、对中枢神经系统有兴奋作用的药物尽量在早餐后应用，避免因多次因过度排尿或精神过度兴奋而影响睡眠质量；对夜间有特殊治疗的患者要注意观察其睡眠情况，严重影响其睡眠时要向医师反映，建议更换其他合适的治疗方式。

1.2.2.11 其他护理指导：指导睡眠障碍患者养成良好的睡眠习惯，建立有规律的休息时间。睡前保证四肢放松，枕头高低适中，卧姿舒适。睡前不饮用浓茶、咖啡等不利于睡眠的饮料，鼓励患者于睡前饮用牛奶，保证睡眠质量。

## 2 结果

表 1 为初诊肺癌患者护理干预 4 周前后的睡眠质量评估指标比较，结果表明护理后肺癌患者的睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、催眠药物等因子评分和 PSIQ 总分均明显低于护理前 ( $P<0.01-0.05$ )，但护理前后日间功能因子评分无统计学差异 ( $p>0.05$ )。

表 1 初诊肺癌患者护理前后睡眠质量评估指标比较 ( $X\pm S$ )

| 因子      | 治疗前 (n=65) | 治疗后 (n=65) | t 值   | P 值   |
|---------|------------|------------|-------|-------|
| 睡眠质量    | 1.63±0.37  | 0.89±0.28  | 3.027 | <0.01 |
| 入睡时间    | 1.35±0.31  | 0.96±0.32  | 2.382 | <0.05 |
| 睡眠时间    | 1.48±0.04  | 1.15±0.34  | 2.106 | <0.05 |
| 睡眠效率    | 1.22±0.39  | 0.94±0.28  | 2.260 | <0.05 |
| 睡眠障碍    | 1.18±0.32  | 0.99±0.30  | 2.452 | <0.05 |
| 催眠药物    | 1.31±0.44  | 1.09±0.36  | 1.295 | <0.05 |
| 日间功能    | 0.81±0.24  | 0.77±0.28  | 0.861 | >0.05 |
| PSQI 总分 | 8.3±2.16   | 5.92±1.24  | 3.093 | <0.01 |

## 3 讨论

睡眠障碍是初诊肺癌患者的常见症状。大多数确诊肺癌后患者都存在有不同程度的睡眠障碍<sup>[5]</sup>，住院

患者由于疾病、环境、心理、社会等因素的作用，常出现睡眠障碍，其发病主要原因有：

3.1 确诊初期，患者心理反映如同遭遇重大生活事件，可表现为癌症确诊给他们带来的急性刺激和打击，最初的反映可能为怀疑和否认，而后便是绝望、孤独、焦虑、抑郁、不思饮食、日常生活中断，这些表现又都会引起患者睡眠质量下降。

3.2 中晚期肺癌患者的睡眠障碍不单单是精神心理问题，还包括器质性疾病引起的躯体性症状，如疼痛直接引起的失眠症，病灶直接压迫及胸、腹水引起的呼吸困难、咳嗽，这些表现都可以直接影响到睡眠质量。

有研究报道，56%的患者在确诊肺癌后的第1天失眠，严重影响了患者的身心健康，应引起护理人员的重视。当前国外对失眠的护理研究较多，国内报道则较少，随着整体护理概念的不断深入开展，护理人员知识结构不断丰富，患者睡眠质量会越来越引起医护人员的高度重视。本结果显示，肿瘤患者的睡眠障碍可以影响到治疗疗效和生活质量。护理干预可显著改善初诊肺癌患者的睡眠质量。因此护士应对失眠患者进行睡眠质量调查分析<sup>[6]</sup>，找出影响患者的主要因素，有针对性地制定个性化的护理干预措施，实施整体护理，提高初诊肺癌患者的睡眠质量，有利于减轻患者的痛苦与病情的缓解。

失眠医学是一门新兴边缘科学，国内有关肺癌患者的睡眠质量问题研究还不多，但改善后者的睡眠质量却刻不容缓。

参考文献（略）

## 强化饮食护理在耐药肺结核患者中的应用研讨

陈国园

作者单位：山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院） 耐药结核科，山西 太原 030053

**摘要：**目的：对于强化饮食护理，临床上需全面分析具体内容，探究耐药肺结核患者的实施效果。方法：86例患者调查后，入院开始时间在2022年10月，结束时间在2023年12月，在做分组处理时，将奇偶数字法作为指导原则，最终分组结果为：对照组、实验组，以上患者检查后，疾病分型为：耐药肺结核；治疗过程中，对照组：共计43例耐药肺结核患者，提供常规护理，实验组：共计43例耐药肺结核患者，提供强化饮食护理，比较效果。结果：（1）PGSGA评分调查后，临床上指的是耐药肺结核患者的整体营养状况，在测定数据方面，护理后比护理前更具优势，分析结果中，护理前无差异， $P > 0.05$ ；护理干预后，对照组为（ $4.57 \pm 0.91$ 分），实验组为（ $2.78 \pm 0.71$ 分），对比可见，后者更低， $P < 0.05$ ；（2）实验组中，筛选耐药肺结核患者关于疾病认知度为（ $90.12 \pm 2.47$ 分），自我护理能力为（ $91.29 \pm 1.83$ 分），和对照组耐药肺结核患者常规护理后的具体数据（ $77.96 \pm 6.98$ 分、 $78.13 \pm 6.55$ 分）比较，实验组展现出了更高水平， $P < 0.05$ ；（3）常规护理、强化饮食护理，为本次研究中涉及的干预方案，在耐药肺结核患者中，比较满意度，实验组高， $P < 0.05$ 。结论：耐药肺结核治疗时，对于此类患者来说，为了改善预后水平，强化饮食护理效果更佳，主要表现在：纠正自身营养指标，促进患者疾病认知度、自我护理能力提升方面，值得大力推行、使用。

**关键词：**耐药肺结核患者；PGSGA评分；自我护理能力；满意度；强化饮食护理

**中图分类号：**R521

呼吸系统疾病中，肺结核比较多见，临床调查结果中显示：此类疾病传染性较强，以呼吸道飞沫传播为主，有较高危害性<sup>[1]</sup>；在全面分析后发现，耐药肺结核，为多因素相互作用的结果体现，调查后具体内容包括：免疫功能低下、药物刺激、结核分枝杆菌感染、居住环境不佳、吸烟等，持续进展阶段，会严重影响自我生活质量、身心健康<sup>[2]</sup>。在目前阶段，国家医疗技术相对完善，在肺结核治疗领域，药物方案应用率高，对于患者来说，药物治疗虽然有明显效果，但是长期服用仍会出现耐药性反应，针对以上情况，

临床上需引起高度重视，在治疗同时及时开展有效护理<sup>[3]</sup>。基于此，本次研究活动将全面分析耐药肺结核患者基本信息，主要探究强化饮食护理的应用价值，具体如下。

## 1 临床资料和方法

### 1.1 基础资料

本次研究活动中，耐药肺结核患者为参考对象，根据奇偶数字法指导，将 86 例符合入组条件的患者分组，最终结果显示：一组命名为对照组，另一组命名为实验组，以上患者分析后，入院开始时间、结束时间在 2022 年 10 月、2023 年 12 月，详细资料如下。

表 1 比较对照组、实验组基础资料 (%， $\bar{x} \pm s$ )

| 基础资料       |       | 对照组 (n=43 例) | 实验组 (n=43 例) |
|------------|-------|--------------|--------------|
| 性别分布       | 男性患病者 | 23           | 22           |
|            | 女性患病者 | 20           | 21           |
| 平均年龄值 (岁)  |       | 52.58±1.69   | 52.09±1.81   |
| 平均病程时间 (年) |       | 6.46±0.77    | 6.08±0.94    |

以上基础资料分析后，关于耐药肺结核患者，两个组别具体数据比较结果中，性别构成、年龄、病程时间无明显差异， $P>0.05$ 。

### 1.2 护理方法

对照组：在纳入研究的耐药肺结核患者中进行分析，临床治疗阶段所用干预方案为常规护理，具体包括：观察患者疾病症状，指导用药记录药物反应等；

实验组：开展强化饮食护理，临床干预内容有：(1) 环境建设。由于肺结核存在一定传染性，因此，在住院治疗阶段，护理人员可为此类患者安排独立病房，该过程中，会有专人负责每日打扫、严格消毒、开窗通风，且对于护理人员，在开展相关工作时更要做好自我防护，避免感染；在为患者治疗时，还需尽量控制噪音，调整室内温度与湿度，必要时，可简单装饰病房，增加患者身心愉悦感，确保患者良好睡眠质量。(2) 情绪安抚。耐药性的出现，对于肺结核患者来说，会严重影响自我状态，针对以上情况，护理人员更要引起高度重视，在药物治疗同时需主动和患者交流，该过程中，对于患者自我感受，护理人员需积极询问，学会站在患者角度思考问题，给予患者充分尊重，在临床治疗时，对于常见的宣泄情绪方法，护理人员还需鼓励患者勇于尝试，从而有效转移患者注意力，重建治疗自信心；家属方面，还需充分发挥精神支持作用，叮嘱家属多关心、多陪伴，和患者多交流，从而消除不良情绪影响。(3) 健康教育。护患沟通过程中，健康教育属于不可缺少的环节，因此，作为护理人员，还需及时整理肺结核的原因、症状以及耐药原因、处理对策，而后对于患者文化水平、接受能力，护理人员需及时分析并确定宣教途径，一般来说，以面对面讲解为主，采用通俗易懂的语言将上述内容耐心解说，对其错误观念及时纠正。(4) 饮食护理。药物治疗阶段，饮食护理非常重要，有利于增强肺结核患者自身体质，提高免疫能力，该过程中，护理人员需积极讲解饮食护理重要性，而后分析患者自身病情，在制定膳食规划过程中，护理人员需和专业营养师提前沟通，询问专业化建议，而后为患者搭配三餐，一般来说，在富含高蛋白、高脂肪、高热量、高维生素食物中，可适当增加摄入比例，如：鱼、虾、鸡、鸭等，多吃新鲜水果、蔬菜，确保营养均衡性；在辛辣、油腻、强刺激食物方面，耐药肺结核患者不可摄入，避免加重胃肠负担，且制作过程中，护理人员需叮嘱家属以清淡、易于消化为主，而后监督患者戒烟、戒酒，养成良好的个人习惯。(5) 运动锻炼。对于耐药肺结核患者来说，为了改善自身肺功能指标，在治疗阶段，可开展呼吸功能训练，例如：缩唇呼吸和腹式呼吸，在具体干预前，护理人员可将相关视频为患者及时播放，并为学生直接示范，而后指导患者正确练习，纠正错误步骤；在此前提下，为了确保最佳疗效，有氧训练必不可少，例如：散步、体操、太极拳活动，且锻炼过程中，护理人员需叮嘱耐药肺结核患者以自身耐受性为宜决定运动时间与强度，不可急功近利，避免造成反面效果，另外，运动过程中，出现不适反应后需立即停止。

### 1.3 评价指标

1.3.1 临床就医后，被确诊为“耐药肺结核”的患者中，比较两个组别 PGSGA 评分，调查后该项指标指的是整体营养状况评估表，在最终数据方面，测定值高低与耐药肺结核患者营养状况呈反比关系。

1.3.2 比较疾病认知度评分、自我护理能力评分；

1.3.3 耐药肺结核患者分析后，比较护理满意度水平，临床上主要包括 3 个级别，即：不满意、基本满意、非常满意。

#### 1.4 统计数据

本次研究工作中，在全面调查后发现，T 检验计量资料，卡方检验计数资料，以上研究信息整理后，用 SPSS25.0 软件处理，对于耐药肺结核患者来说，计量资料包括：PGSGA 评分、疾病认知度以及自我护理能力，代表形式方面，以  $(\bar{x} \pm s)$  为主，计数资料中，具体内容为：护理满意度，调查后 (%) 为代表形式， $P < 0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 PGSGA 评分

耐药肺结核患者的比较结果中，PGSGA 评分在护理前差异小， $P > 0.05$ ；护理后，实验组低， $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2 比较对照组、实验组 PGSGA 评分  $(\bar{x} \pm s)$

| 具体组别         | 护理前 (分)   | 护理后 (分)   |
|--------------|-----------|-----------|
| 对照组 (n=43 例) | 8.68±2.15 | 4.57±0.91 |
| 实验组 (n=43 例) | 8.73±2.06 | 2.78±0.71 |
| T            | 0.110     | 10.170    |
| P            | 0.913     | 0.000     |

### 2.2 护理指标

比较疾病认知度、自我护理能力，实验组高， $P < 0.05$ 。详见表 3。

表 3 比较对照组、实验组护理指标  $(\bar{x} \pm s)$

| 具体组别         | 疾病认知度 (分)  | 自我护理能力 (分) |
|--------------|------------|------------|
| 对照组 (n=43 例) | 77.96±6.98 | 78.13±6.55 |
| 实验组 (n=43 例) | 90.12±2.47 | 91.29±1.83 |
| T            | 10.769     | 12.689     |
| P            | 0.000      | 0.000      |

### 2.3 护理满意度

护理满意度比较，实验组高， $P < 0.05$ 。详见表 4。

表 4 比较对照组、实验组护理满意度 (%)

| 具体组别         | 不满意       | 基本满意       | 非常满意       | 总满意度 (%)   |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|
| 对照组 (n=43 例) | 8 (18.60) | 17 (39.53) | 18 (41.86) | 35 (81.40) |
| 实验组 (n=43 例) | 2 (4.65)  | 19 (44.19) | 22 (51.16) | 41 (95.35) |
| $X^2$        | -         | -          | -          | 4.074      |
| P            | -         | -          | -          | 0.044      |

## 3 讨论

肺结核，为临床多发疾病，对此类患者分析后发现，面临的疾病症状有：咳嗽、咳痰、痰中带血、盗汗、疲乏、食欲不振等，其危害性较高；在耐药肺结核中进行调查，患者典型特征为：病情复杂、周期漫长，在用药过程中，患者极易出现抵触心理以及排斥行为，进而导致预后不佳，长此以往，会严重影响患者身体内营养状况，极易导致营养不良现象发生，进而威胁患者身体健康<sup>[4]</sup>。

本次结果中，研究指标显示：(1) 耐药肺结核患者中，关于营养状况进行调查，临床上表现为：PGSGA 评分，在统计数据方面，护理前差异小， $P > 0.05$ ；护理干预后，实验组 (2.78±0.71 分) VS 对照组 (4.57±0.91 分)，有更低显示， $P < 0.05$ ；(2) 疾病认知度、自我护理能力统计后，两个组别筛选耐药肺结核患者存在明显差异，统计数据为：对照组 (77.96±6.98 分、78.13±6.55 分)，实验组 (90.12±2.47 分、91.29±1.83 分)，

比较结果中, 实验组高,  $P < 0.05$ ; (3) 护理满意度展开比较, (81.40%, 35/43) VS (95.35%, 41/43), 实验组高,  $P < 0.05$ 。以上数据分析后, 可以得出如下结论: 临床治疗阶段, 强化饮食护理方案有至关重要的作用。深度分析后, 临床上总结为: 面对耐药肺结核患者, 临床治疗阶段, 病房安排、卫生打扫、环境调整措施, 有利于增加患者舒适感, 消除患者陌生、恐惧心理; 与此同时, 在药物治疗阶段, 对于耐药肺结核患者来说, 心理健康的保持非常重要, 该过程中, 为了达到相对理想的目标, 临床上可开展情绪疏导、耐心安抚、健康宣教措施, 对于患者来说, 以上护理在扩展自我认知方面效果更佳, 有利于提高患者用药依从率, 在药物信息方面, 需及时讲解功效、耐药原因, 而后为其讲解临床上的解决方案, 从而保障药物疗效<sup>[5]</sup>。另外, 在长期治疗过程中, 耐药肺结核患者的个人饮食非常重要, 作为护理人员, 需及时为患者讲解饮食护理必要性, 而后和院内营养师共同分析制定膳食规划, 其目的在于: 及时补充耐药肺结核患者体内所需营养物质, 促进患者免疫力提升<sup>[6]</sup>; 康复训练过程中, 为了改善耐药肺结核患者通气功能、肺功能, 临床上可开展呼吸功能训练, 在此同时可建议患者实施有氧运动, 以此来增强患者身体素质, 保障预后效果<sup>[7-8]</sup>。

总而言之, 耐药肺结核出现后, 对于此类患者全面分析, 治疗阶段辅以强化饮食护理效果更佳, 显著表现在: 改善患者自身营养状况, 提高患者疾病认知度、自我护理能力、满意度方面, 在临床上推广价值高。

#### 参考文献 (略)

## 药物不良反应观察表在抗结核治疗临床应用研究

张郁澜 赵敏 江秀菁 黄丽清 张晓楠

作者单位: 福建省福州肺科医院结核科

**[摘要]** 目的 探讨药物不良反应观察表在抗结核治疗患者中运用的临床效果, 为及时发现用药不良反应提供预警, 并为医疗及护理干预提供依据。方法 使用药物不良反应观察表记录 2023 年 8 月-2024 年 2 月共 587 例接受抗结核治疗患者用药过程中不良反应发生情况、严重程度、性别、年龄、涉及系统或器官及临床表现。结果 587 例抗结核治疗患者共发生不良反应 132 例, 不良反应发生率为 27.6%, 以单一症状不良反应为主 131 例 (80.9%), 大部分发生于强化期内 (2 月内); 不良反应症状发生频率从高到低依次为消化系统症状、皮肤皮疹及瘙痒、眼及神经系统损害症状、运动系统症状、乏力, 发生率分别为 16.4%、5.5%、5.1%、3.6%、2.4%、2.4%; 多因素 Logistic 回归分析显示: 年龄  $> 60$  岁、过敏史、基础疾病多重用药、服用二线抗结核药是抗结核治疗患者不良反应发生的独立危险因素 ( $P < 0.05$ )。结论 使用药物不良反应观察表能为及时发现用药不良反应提供预警, 为医疗及护理早期干预提供依据, 最大限度保证患者的用药安全。

**[关键词]** 药物不良反应; 观察表; 抗结核治疗

结核病是严重危害人类健康的慢性呼吸道传染病, 是影响人类健康的全球性公共卫生问题<sup>[1]</sup>, 我国是结核病高负担国家之一, 防控形势非常严峻<sup>[2]</sup>。药物治疗为结核病患者的首选治疗方案, 结核病的治疗原则是早期、适量、联合、规律、全程, 在治疗过程中, 因抗结核药物品种多及用药时间长等特点, 患者会出现各种不同程度的药物不良反应。有研究显示, 约 20% 的结核病患者因抗结核治疗不良反应而停药或改变最佳治疗方案, 少部分患者因药物不良反应引起组织器官功能损害甚至死亡<sup>[3]</sup>。抗结核治疗不良反应会直接影响结核病患者治疗依从性, 导致中断治疗、复发及产生耐药, 增加家庭及社会的经济负担<sup>[4]</sup>。因此, 主动观察、评估及记录抗结核治疗患者用药期间的不良反应尤为重要, 本研究运用药物不良反应观察表主动监测及记录 587 例接受抗结核治疗患者的不良反应发生情况、严重程度、涉及系统或器官及临床表现等, 为及时发现用药不良反应提供预警, 为医疗及护理早期干预提供依据, 从而减轻患者痛苦, 提高治疗依从

性，最大限度保证患者的用药安全。另外，利用该观察表所收集到的数据，分析并探讨抗结核治疗不良反应的发生现状及其相关影响因素，为同行提供借鉴。报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取福建省福州市某结核定点医院结核科住院部 2023 年 8 月-2024 年 2 月收治的 587 例结核病患者为研究对象，其中男 426 例，女 161 例；年龄 16~85 岁，平均 (66.37±5.57) 岁；病程 2 个月~8 年，平均 (2.35±1.17) 年；初次接受抗结核治疗患者 414 例，复治患者 173 例；使用一线抗结核治疗药物 552 例，使用二线抗结核治疗药物 35 例。

1.2 入组标准 根据《结核病分类标准》(WS196-2017)及《肺结核诊断标准》(WS288-2017)诊断为结核病<sup>[5]</sup>；接受抗结核药物治疗；年龄不限；临床资料完整；能够配合完成调查者；对本研究知情同意，并签署知情同意书。排除标准：因各种原因导致无法配合调查者。

1.3 观察方法 采用药物不良反应观察表。观察表的内容包括：患者基本信息、生活习惯、是否有基础疾病及并发症、药物的类别、用药起止时间、不良反应的症状分类、不良反应的程度及处理措施、不良反应的转归、居家治疗回访情况等。自患者药物治疗第一天开始，即打印观察表置于患者床边，每天由各班主管护士观察并询问患者用药后的情况，同时向家属了解患者用药后的反应、当时和疗程内的情况，并记录在观察表内。患者出院后每月安排主管护士用电话联系患者或家属了解患者居家治疗及药物反应情况，并及时登记在观察表内，每个患者跟踪 6 个月。

1.4 观察指标 观察 587 例患者抗结核药物不良反应发生率，评价标准参《药品不良反应报告和监测管理办法》(卫生部令 81 号)。评估抗结核药物不良反应的严重程度，评价标准参照《抗结核药品不良反应诊疗手册》，轻度：仅有轻微的不适反应，对机体造成的损害较轻，不影响后续治疗；中度：不适反应相对严重，对机体造成一定损害，对后续治疗造成影响，需接受针对性治疗；重度：不适反应较严重，对机体造成严重的损伤，甚至威胁患者生命<sup>[4]</sup>。观察抗结核药物不良反应的发生与年龄、性别、生活习惯、基础疾病、多重用药之间的关系，并分析不良反应涉及的系统或器官及其临床表现，分析不良反应临床表现发生的时间及处理后的转归情况。

1.5 统计学方法 应用 Excel 汇总患者数据，所有汇总后的数据均采用 R 软件 (4.1.2 版) 进行统计分析，采用双侧检验，显著性阈值为 0.05，即  $P<0.05$  代表差异具有统计学意义。其中，本研究基于  $\chi^2$  检验进行计数资料的比较，采用单因素和多因素 Logistic 回归分析探究影响结核患者抗结核治疗不良反应的影响因素。

## 2 结果

### 2.1 抗结核治疗不良反应

2.1.1 不良反应发生情况 在 587 例接受抗结核治疗患者中，有 162 例治疗过程出现了药物不良反应，不良反应发生率为 27.6%。其中轻度、中度及重度不良反应分别 114 例 (70.4%)、44 例 (27.2%)、4 例 (2.4%)，死亡 1 例；未发生药物不良反应 425 例 (72.4%)。162 例发生不良反应的患者中出现 1 种不良反应症状者为 131 例 (80.9%)，出现 2 种及其以上不良反应症状者 31 例 (19.1%)，出现的抗结核治疗不良反应以单一症状不良反应为主。

2.1.2 从年龄来看，60 岁以上患者的不良反应发生率略高于 60 岁及以下人群。从性别来看，女性患者不良反应发生率明显高于男性 ( $P<0.05$ )。有基础疾病患者其不良反应发生率明显高于无基层疾病患者 ( $P<0.05$ )。在 587 名结核患者中，有 17 人存在过敏史，570 人不存在过敏史，二者的不良反应发生率分别为 52.9%和 26.8%，有过敏史的结核患者其不良反应发生率明显较高 ( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 结核患者治疗过程中的不良反应发生情况

| 人群特征  | 无不良反应人群<br>n, (%) | 有不良反应人群<br>n, (%) | 不良反应发生率(%) | P 值   |
|-------|-------------------|-------------------|------------|-------|
| 总体    | 425               | 162               | 27.6%      | -     |
| 年龄段   |                   |                   |            | 0.442 |
| <60 岁 | 277 (65.2)        | 101(62.3)         | 26.7%      |       |
| ≥60 岁 | 148 (34.8)        | 61 (37.7)         | 29.2%      |       |

|       |            |            |       |       |
|-------|------------|------------|-------|-------|
| 性别    |            |            |       | 0.007 |
| 女性    | 103 (24.2) | 58 (35.8)  | 36.0% |       |
| 男性    | 322 (75.8) | 104 (64.2) | 24.4% |       |
| 职业类型  |            |            |       | 0.479 |
| 体力劳动  | 70 (16.5)  | 21 (13.0)  | 23.1% |       |
| 脑力劳动  | 74 (17.4)  | 26 (16.0)  | 26.0% |       |
| 无     | 281 (66.1) | 115 (71.0) | 29.0% |       |
| 婚姻状况  |            |            |       | 0.137 |
| 未婚    | 72 (16.9)  | 18 (11.1)  | 20.0% |       |
| 已婚    | 343 (80.7) | 136 (84.0) | 28.4% |       |
| 离异    | 8 (1.9)    | 7 (4.3)    | 46.7% |       |
| 丧偶    | 2 (0.5)    | 1 (0.6)    | 33.3% |       |
| BMI   |            |            |       | 0.214 |
| 体重正常  | 245 (57.6) | 100 (61.7) | 29.0% |       |
| 体重偏低  | 122 (28.7) | 50 (30.9)  | 29.1% |       |
| 超重    | 51 (12)    | 10 (6.2)   | 16.4% |       |
| 肥胖    | 7 (1.6)    | 2 (1.2)    | 22.2% |       |
| 既往史   |            |            |       | 0.004 |
| 无基础疾病 | 281 (63.3) | 72 (50.3)  | 20.4% |       |
| 有基础疾病 | 163 (36.7) | 71 (49.7)  | 30.3% |       |
| 过敏史   |            |            |       | 0.036 |
| 无     | 417 (98.1) | 153 (94.4) | 26.8% |       |
| 有     | 8 (1.9)    | 9 (5.6)    | 52.9% |       |
| 是否初治  |            |            |       | 0.171 |
| 否     | 118 (27.8) | 55 (34.0)  | 31.8% |       |
| 是     | 307 (72.2) | 107 (66.0) | 25.8% |       |

2.1.3 不良反应类型及发生时间 162 例不良反应患者出现的症状主要以消化系统症状、皮肤皮疹及瘙痒、眼及神经系统损害、运动系统症状及乏力为主，发生率分别为为 16.4%、5.5%、5.1%、3.6%、2.4%、2.4%。抗结核治疗不良反应主要发生在接受治疗的前 2 个月内（强化期）。见表 2-3。

表 2 治疗过程中抗结核药物不良反应涉及系统、临床表现及发生率

| 不良反应涉及系统   | 主要症状体征  | 总体         | 性别         |            | 年龄（岁）      |            |
|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|
|            |   |            | 女性         | 男性         | <60        | ≥60        |
| 消化系统反应     | 味觉改变，呃逆，恶心，腹泻，腹痛，腹胀，腹部不适，食欲不振，呕吐，纳差，胃部不适，肝功能异常，便秘 | 96 (16.4%) | 35 (21.7%) | 61 (14.3%) | 71 (16.2%) | 25 (16.8%) |
| 眼及神经精神系统反应 | 头晕，头痛，怪异行为，失眠，视物模糊、眼部不适、视力下降、失明，耳鸣，眩晕，听力下降        | 30 (5.1%)  | 12 (7.5%)  | 18 (4.2%)  | 26 (5.9%)  | 4 (2.7%)   |
| 泌尿系统反应     | 尿常规异常，排尿异常，肾功能异常                                  | 21 (3.6%)  | 7 (4.3%)   | 14 (3.3%)  | 19 (4.3%)  | 2 (1.3%)   |
| 运动系统反应     | 下肢抽筋、麻木、疼痛，脚麻，腰痛，关节疼痛、酸痛等                         | 14 (2.4%)  | 5 (3.1%)   | 9 (2.1%)   | 14 (3.2%)  | 0 (0.0%)   |
| 呼吸系统反应     | 胸痛，胸闷，气短等   | 4 (0.7%)   | 1 (0.6%)   | 3 (0.7%)   | 4 (0.9%)   | 0 (0.0%)   |
| 循环系统反应     | 心慌，心悸   | 3 (0.5%)   | 1 (0.6%)   | 2 (0.5%)   | 1 (0.2%)   | 2 (1.3%)   |
| 皮肤组织反应     | 皮肤潮红、瘙痒、着色，皮疹                                     | 32 (5.5%)  | 12 (7.5%)  | 20 (4.7%)  | 22 (5.0%)  | 10 (6.7%)  |
| 发热         | 药物热，发热  | 3 (0.5%)   | 1 (0.6%)   | 2 (0.5%)   | 1 (0.2%)   | 2 (1.3%)   |
| 乏力         | 乏力  | 14 (2.4%)  | 7 (4.3%)   | 7 (1.6%)   | 11 (2.5%)  | 3 (2.0%)   |
| 血常规异常      | 血常规异常，凝血障碍，骨髓抑制                                   | 5 (0.9%)   | 0 (0.0%)   | 5 (1.2%)   | 3 (0.7%)   | 2 (1.3%)   |

表 3 抗结核治疗不同时段药物不良反应发生率

| 涉及系统   | 随访全程 |       | 一周  |       | 15 天 |      | 一个月 |      | 两个月 |      | 三个月 |      | 六个月 |      |
|--------|------|-------|-----|-------|------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| 总体     | 162  | 27.6% | 131 | 22.3% | 15   | 2.6% | 4   | 0.6% | 6   | 1.0% | 2   | 0.3% | 4   | 0.6% |
| 消化系统   | 96   | 16.4% | 81  | 13.8% | 6    | 1.0% | 3   | 0.5% | 2   | 0.3% | 2   | 0.3% | 2   | 0.3% |
| 呼吸系统   | 4    | 0.7%  | 4   | 0.7%  | 1    | 0.2% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 泌尿系统   | 21   | 3.6%  | 19  | 3.20% | 1    | 0.2% | 1   | 0.2% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 皮肤及附件  | 32   | 5.5%  | 27  | 4.50% | 4    | 0.6% | 0   | 0.0% | 2   | 0.3% | 2   | 0.3% | 2   | 0.3% |
| 循环系统   | 3    | 0.5%  | 1   | 0.2%  | 2    | 0.3% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 眼及神经系统 | 30   | 5.1%  | 20  | 3.4%  | 7    | 1.2% | 0   | 0.0% | 2   | 0.3% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 运动系统   | 14   | 2.4%  | 6   | 1.0%  | 6    | 1.0% | 4   | 0.7% | 2   | 0.3% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 发热     | 3    | 0.5%  | 3   | 0.5%  | 1    | 0.2% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 乏力     | 14   | 2.4%  | 8   | 1.4%  | 6    | 12%  | 4   | 0.7% | 3   | 0.3% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |
| 血常规异常  | 5    | 0.9%  | 0   | 0.0%  | 4    | 0.7% | 1   | 0.2% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% | 0   | 0.0% |

## 2.2 抗结核药物不良反应发生影响因素

2.2.1 患者治疗过程中总体不良反应发生风险的影响因素。在单因素模型中，男性、离异、超重、有吸烟史、过敏史、内分泌-免疫系统病史和呼吸系统病史与较高的不良反应发生风险显著相关 ( $P<0.05$ )，而在多因素模型中，超重、有基础疾病、过敏史和内分泌-免疫系统病史与较高的不良反应发生风险显著相关 ( $P<0.05$ )。单因素分析发现相较于女性，男性患者在治疗期间发生不良反应的风险显著较低。单变量与多变量模型均发现了超重与较低的不良反应发生风险间的关联。单变量模型发现过敏史、内分泌-免疫系统病史与较高的不良反应发生风险显著相关，且上述关联在多变量模型中仍然显著，提示过敏史和内分泌-免疫系统病等有基础疾病病史是结核患者抗结核治疗不良反应发生的危险因素 ( $P<0.05$ )。见表 4-5。

表 4 影响总体不良反应发生风险的单因素 Logistic 回归分析

| 因素          | 单因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|-------------|----------|------------|-------|
| 男性          | 0.57     | 0.39-0.85  | 0.005 |
| 已婚          | 1.59     | 0.91-2.76  | 0.102 |
| 离异          | 3.50     | 1.12-10.93 | 0.031 |
| 丧偶          | 2.00     | 0.17-23.30 | 0.580 |
| 体重偏低        | 1.00     | 0.67-1.50  | 0.984 |
| 超重          | 0.48     | 0.23-0.98  | 0.045 |
| 肥胖          | 0.70     | 0.14-3.43  | 0.660 |
| 有吸烟史        | 0.62     | 0.43-0.90  | 0.011 |
| 有饮酒史        | 0.73     | 0.50-1.09  | 0.123 |
| 有过敏史        | 3.07     | 1.16-8.09  | 0.024 |
| 有高血压病史      | 1.43     | 0.86-2.39  | 0.169 |
| 有糖尿病病史      | 1.35     | 0.82-2.21  | 0.235 |
| 有骨关节病史      | 1.20     | 0.41-3.50  | 0.741 |
| 有心血管系统病史    | 1.35     | 0.83-2.20  | 0.224 |
| 有内分泌-免疫系统病史 | 2.09     | 1.10-3.96  | 0.024 |
| 有消化系统病史     | 1.46     | 0.72-2.94  | 0.292 |
| 有泌尿系统病史     | 0.29     | 0.04-2.28  | 0.238 |
| 有呼吸系统病史     | 3.15     | 1.04-9.53  | 0.042 |
| 有神经系统病史     | 1.32     | 0.49-3.59  | 0.582 |
| 有精神系统病史     | 0.43     | 0.05-3.63  | 0.441 |
| 有癌症史        | 1.68     | 0.75-3.79  | 0.209 |

表 5 影响总体不良反应发生风险的多因素 Logistic 回归分析

| 因素          | 多因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|-------------|----------|------------|-------|
| 男性          | 0.61     | 0.37-1.00  | 0.051 |
| 离异          | 3.39     | 0.99-11.60 | 0.052 |
| 超重          | 0.44     | 0.21-0.92  | 0.029 |
| 有基础疾病       | 1.601    | 1.08-2.39  | 0.021 |
| 有过敏史        | 2.81     | 1.01-7.76  | 0.047 |
| 有内分泌-免疫系统病史 | 2.04     | 1.04-3.99  | 0.037 |

2.2.2 消化系统不良反应发生风险的影响因素 单因素和多因素模型均发现呼吸系统病史、癌症史与消化系统不良反应发生风险间的关联，呼吸系统病史和癌症史是结核患者抗结核治疗过程中消化系统不良反应发生的危险因素 ( $P<0.05$ )。见表 6-7。

表 6 影响消化系统不良反应发生风险的单因素 Logistic 回归分析

| 因素      | 单因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|---------|----------|------------|-------|
| 有呼吸系统病史 | 4.61     | 1.51-14.03 | 0.007 |
| 有癌症史    | 2.39     | 1.01-5.66  | 0.048 |

表 7 影响消化系统不良反应发生风险的多因素 Logistic 回归分析

| 因素      | 多因素 OR 值 | 95%CI      | P 值   |
|---------|----------|------------|-------|
| 有呼吸系统病史 | 6.14     | 1.97-19.10 | 0.002 |
| 有癌症史    | 2.86     | 1.18-6.90  | 0.019 |

2.2.3 神经系统不良反应发生风险的影响因素 单因素分析发现相较于未婚患者，丧偶与较高的神经系统不良反应发生风险显著相关，且这一关联在多因素模型中仍然显著。此外，单因素与多因素模型均观察到了抗结核二线用药与较高的神经系统不良反应发生风险间的显著相关，提示丧偶和服用抗结核二线药物是结核患者抗结核治疗过程中神经系统不良反应发生的危险因素 ( $P<0.05$ )。见表 8-9。

表 8 影响神经系统不良反应发生风险的单因素 Logistic 回归分析

| 因素    | 单因素 OR 值 | 95%CI       | P 值   |
|-------|----------|-------------|-------|
| 丧偶    | 14.50    | 1.01-207.73 | 0.049 |
| 服用二线药 | 6.56     | 1.27-33.98  | 0.025 |

表 9 影响神经系统不良反应发生风险的多因素 Logistic 回归分析

| 因素    | 多因素 OR 值 | 95%CI       | P 值   |
|-------|----------|-------------|-------|
| 丧偶    | 15.20    | 1.06-218.43 | 0.045 |
| 服用二线药 | 6.07     | 1.13-32.51  | 0.035 |

### 3 讨论

3.1 药物不良反应观察表在抗结核治疗患者不良反应观察中的优点：应用抗结核治疗药物不良反应观察表记录患者整体用药状况，包括药物的种类及量、不良反应出现时间及症状、采取的干预措施及转归情况、患者居家治疗情况，以便护士能及时早期的发现药物不良反应，并根据不良反应的特点进行针对性护理，尽可能降低患者生理及心理痛苦，使其更好地配合治疗，也对医生用药提供参考作用。该观察表挂于每一位患者床边，便于登记的同时也方便各班护士了解每一位患者的治疗反应情况，对出现的不良反应能及时仔细观察并鉴别，且便于各班交接继续观察，避免遗漏；有了药物不良反应观察表，可以使护士了解患者用哪种药、可能会出现哪些不良反应，为及时发现用药不良反应提供预警，为医疗及护理早期干预提供依据，最大限度保证患者的用药安全。

#### 3.2 抗结核治疗不良反应分析：

3.2.1 不良反应发生时间及涉及全身多个系统：本研究结果显示，不良反应出现的时间长短不一，最快

者在治疗当日即出现,最长者达到半年,伴随患者治疗的整个疗程。162 例不良反应患者有 131 例(22.3%)发生在抗结核治疗 1 周内,15 例(2.6%)发生在抗结核治疗的第 2 周,4 例(0.6%)发生在抗结核治疗的第 3-4 周期间,6 例(1.0%)发生在抗结核治疗的第 1-2 个月期间,仅 4 例(0.6%)发生在抗结核治疗的 3-6 个月,可见不良反应主要发生在接受治疗的前 2 个月内(强化期)。抗结核治疗的强化期药物剂量较大、种类较多,身体对药物的代谢负担加重,同时药物之间的相互作用也可能增加,给患者产生的药物不良反应风险较高。由于药品不良反应大多数发生于 2 个月以内<sup>[6]</sup>,但可贯穿于抗结核治疗全程,因此结核病患者在开始治疗的前 2 个月需密切监测,以早期发现和处理不良反应,全程治疗中仍需定期监测相关不良反应,尽量避免严重不良反应的发生。不良反应症状发生频率从高到低依次为消化系统症状、皮肤皮疹及瘙痒、眼及神经系统损害症状、运动系统症状、乏力,发生率分别为 16.4%、5.5%、5.1%、3.6%、2.4%、2.4%。在治疗初期,胃肠道反应、皮疹、视神经炎较早出现,随着治疗时间的推移,肾脏、血液和甲状腺功能紊乱开始出现。

**3.3 影响因素分析** 本研究多因素 Logistic 回归分析结果显示,年龄 60 岁以上患者的不良反应发生略高于 60 岁及以下人群。女性患者不良反应发生明显高于男性( $P<0.05$ )。有基础疾病患者其不良反应发生明显高于无基础疾病患者( $P<0.05$ )。单因素分析发现相较于女性,男性患者在治疗期间发生不良反应的风险显著较低。单变量与多变量模型均发现了超重与较低的不良反应发生风险间的关联。单变量模型发现过敏史、内分泌-免疫系统病史与较高的不良反应发生风险显著相关,且上述关联在多变量模型中仍然显著,提示过敏史和内分泌-免疫系统病等有基础疾病病史是结核患者抗结核治疗不良反应发生的危险因素( $P<0.05$ )。

**3.3.1 年龄与不良反应** 本研究发现<sup>[7]</sup>患者年龄越大,服药后发生不良反应的概率越大,分析原因为老年肺结核患者新陈代谢减慢,器官功能减退,机体抵抗力差、营养吸收不良,体内蛋白合成与分解明显差于青壮年患者,且老年患者血液蛋白含量降低,抗结核药物代谢能力低,因此不良反应出现率升高。

**3.3.2 性别与不良反应** 本研究 587 名结核患者中分别有男性患者 426 名,女性患者 161 名,其中 104 名男性患者在治疗过程中出现不良反应,发生率为 24.4%,而女性患者中有 58 人发生不良反应,发生率为 36.0%,女性患者不良反应发生率明显高于男性( $P<0.05$ )。这可能与女性月经及激素水平变化影响免疫系统反应有关。

**3.3.3 基础疾病史与不良反应** 本研究 587 名结核患者中有 234 名具有高血压、糖尿病、系统性红斑狼疮、恶性肿瘤等基础疾病,其中有 71 人出现不良反应,发生率为 30.3%,发生率明显高于无基础疾病患者。发现原因是由于基础疾病患者在服用抗结核药的同时,也在服用治疗基础疾病的药物,造成多重用药,同时使用多种药物,不同药物之间可能产生相互作用,导致不良反应叠加或加剧。

**3.3.4 消化系统不良反应发生风险的影响因素** 单因素和多因素模型均发现呼吸系统病史、癌症史与消化系统不良反应发生风险间的关联,呼吸系统病史和癌症史是结核患者抗结核治疗过程中消化系统不良反应发生的危险因素( $P<0.05$ )。本研究结果显示,消化系统不良反应发生率最高也是出现比较早的,发生率为 16.4%,表现为恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、上腹痛、胃脘部不适、腹泻、流涎。口服治疗结核药品多为空腹给药,容易刺激患者的胃肠道黏膜出现一系列的消化道不良反应,但也可能是肝炎的前驱表现<sup>[8]</sup>,建议出现胃肠反应时监测肝功能。胃肠道反应患者多数在数天后症状慢慢减轻,或采取改变服药时间,将早餐前空腹改为两餐间(上午 10 点)或睡前空腹服药,可减轻症状至适应状态。严重胃肠道反应者会被迫更改方案,本研究中有 1 例 82 岁老年患者因此放弃治疗。胃肠道不良反应一定程度影响患者营养的摄入,而营养状况直接影响着患者的治疗效果及病情进展与康复<sup>[9]</sup>,因此,出现胃肠道反应要关注患者的营养状况。

**3.3.5 皮肤不良反应发生风险的影响因素** 皮肤不良反应率 5.5%,主要表现为皮疹、皮肤瘙痒,皮肤黑红、鱼鳞病样改变等,皮疹、皮肤瘙痒等皮肤过敏症状多发生于既往有用药过敏史患者身上,发生时间于服药后半小时至数日不等,皮肤过敏严重患者需要停药抗过敏后,再逐一加药,确认并剔除引起过敏的药物而被迫选择 1-2 种二线药物替代,一定程度延长了患者住院时间及治疗周期,增加了患者的经济负担。服用二线药物氯法齐明会引起皮肤和黏膜红染,尿、痰、汗液红染,皮肤鱼鳞病样改变<sup>[10]</sup>,影响患者的外

貌,叮嘱患者注意防晒。由于皮肤的改变会造成患者自卑、忧郁等心理问题,特别是女性患者,因此要注意心理护理。

**3.3.6 眼及神经精神系统不良反应发生风险的影响因素** 单因素分析发现相较于未婚患者,丧偶与较高的神经系统不良反应发生风险显著相关,且这一关联在多因素模型中仍然显著。此外,单因素与多因素模型均观察到了抗结核二线用药与较高的神经系统不良反应发生风险间的显著相关,提示丧偶和服用抗结核二线药物是结核患者抗结核治疗过程中神经系统不良反应发生的危险因素( $P<0.05$ )。眼及神经系统不良反应表现为头晕、头痛、失眠、视物模糊、耳鸣、听力下降等,发生率为 5.1%,头晕多发生在女性或年龄大的患者。乏力症状发生率为 2.4%,也多发生在高龄患者。头晕、乏力造成患者跌倒风险增加,本研究中有 2 例男性患者排尿过程中感下肢无力跌倒在卫生间,要引起注意。

综上所述,在结核患者规律抗结核治疗期间,药物相关不良反应时常发生,其中以单一症状不良反应为主,大部分出现在强化期内。年龄 $>60$ 岁老年人、过敏史、有基础疾病需要多重用药、使用二线抗结核药等均是发生抗结核治疗药物不良反应的独立危险性因素,临床需密切关注有上述危险因素,减少或防止治疗相关不良反应的发生,保障患者的安全。

参考文献(略)

## 医护一体化护理对肺结核合并肺癌患者的疗效研究

王蕾

作者单位:河南省传染病医院结核病合并症科

**摘要:目的** 探讨肺结核合并肺癌患者实施医护一体化护理的治疗效果,为临床推广医护一体化护理提供参考依据。**方法** 选取 2017 年 1 月至 2019 年 12 月科室收治的 60 例肺结核合并肺癌患者,随机分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组给予常规护理干预,观察组采用医护一体化护理干预,对比两组患者生存质量评分(QLQ-C30)及肿瘤缓解率。**结果** 分组实施护理干预后,观察组患者生存质量评分中项目功能评分、症状功能评分均高于对照组,且差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组肿瘤缓解率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 实施医护一体化护理,可有效改善肺结核合并肺癌患者的生存质量,提高治疗效果。

肺癌作为发病率最高的恶性肿瘤,已经成为严重威胁我国人类生存质量的重要疾病。近年来,随着结核病疫情的不断攀升,肺结核合并肺癌的发病率也随之不断升高。由于肺癌和肺结核在临床症状、影像学表现等方面具有很高的相似度,在诊断中相互掩盖,误诊、漏诊率相对较高,进而延误病情,影响患者的健康和愈合。肺结核合并肺癌患者不仅临床难度大,对临床护理要求也较高。文章针对 2017 年 1 月~2019 年 12 月在我院接受治疗的 60 例肺结核合并肺癌患者资料进行统计分析,研究医护一体化护理对肺结核合并肺癌患者的疗效有无差异。

### 1 资料与方法

**1.1 资料** 选取 2015 年 1 月至 2019 年 12 月在我院收治的 60 例肺结核合并肺癌患者,随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组男 17 例,女 13 例,平均年龄( $50.2\pm 4.1$ )岁;观察组男 18 例,女 12 例,平均年龄( $49.6\pm 4.3$ )岁。两组患者一般资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 方法** 对照组采用常规护理方法进行护理。观察组采用医护一体化护理方式对患者进行护理。医护一体化护理是医生和护士形成相对固定的诊疗团队,已医护小组形式为病人提供治疗、护理、康复一体化的责任制整体医疗护理服务。(1)科室根据人员配置,组建医护一体化护理小组,其中主治医师 2 名,主管护师 3 名,小组成员接受肺结核与肺癌相关诊疗知识的系统培训,护士长为小组长对小组全体工作负责。小组分管床位相对固定,熟悉自己主管的患者,以团队的形式为患者提供医护一体化护理。

(2) 明确医师、护士职责, 共同制订患者治疗目标, 关注患者治疗护理需求及生活需求, 规范患者整个住院期间(包括再次入院)各项诊疗护理服务, 真正做到责任到人。

(3) 加强医护沟通合作, 责任护士随责任医师共同查房; 每日夜班护士交班后, 由夜班医师补充, 明确各自所管辖患者病情变化及护理情况, 保障患者能够得到全面有效的整体治疗与护理。

(4) 主管医师、护士加强与患者的沟通, 给予患者呼吸道护理, 肺结核合并肺癌患者呼吸道受影响较大, 增加呼吸道护理, 提高患者舒适度。同时给予患者饮食护理、心理护理, 增加患者对所患疾病的认知, 增强患者信心, 提高患者治疗依从性,

1.3 观察指标及判定标准 对比两组患者护理前后的生存质量和肿瘤缓解率。生存质量采用生存质量问卷(QLQ-C30)调查, 采取 100 分制, 评价项目包括功能性指标以及症状性指标, 分数越高说明患者生存质量越高。肿瘤缓解率按照实体瘤疗效评价新标准分为完全缓解、部分缓解、疾病稳定以及疾病进展 4 种, 其中完全缓解率+部分缓解率=肿瘤缓解率。

1.4 统计学方法: 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行数据分析,  $P<0.05$  具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者生存质量比较 干预前两组患者生存质量评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 干预后两组患者功能得分、症状得分均升高, 且观察组高于对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

2.2 两组患者肿瘤缓解率比较 对照组治疗后完全缓解 1 例(3.33%), 部分缓解 16 例(56.67%), 疾病稳定 8 例(26.67%), 疾病进展 5 例(13.33%), 肿瘤缓解率为 56.67%; 观察组治疗后完全缓解 3 例(16.67%), 部分缓解 23 例(76.67%), 疾病稳定 2 例(6.67%), 疾病进展 2 例(6.67%), 肿瘤缓解率为(86.67%), 观察组高于对照组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表 2。

表 1 两组患者生存质量比较(分  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 生存质量评分                                       | 干预前                      | 干预后                          |
|-----|----|--|--------------------------|------------------------------|
|     |    |  | 对照组                      | 30                           |
| 观察组 | 30 | 项目功能评分<br>56.19±0.58<br>症状功能评分<br>62.58±0.95 | 56.19±0.58<br>62.58±0.95 | 69.01±1.26*#<br>72.17±1.92*# |

注: \*表示与该组干预前比较  $P<0.05$ , #表示与对照组该功能干预后比较  $P<0.05$ 。

表 2 两组患者肿瘤缓解率比较

| 效果  | 组别  |     | $\chi^2$ | P    |
|-----|-----|-----|----------|------|
|     | 对照组 | 观察组 |          |      |
| 缓解  | 17  | 25  | 5.08     | 0.04 |
| 未缓解 | 13  | 5   |          |      |

## 3 讨论

随着社会的发展, 医疗水平和生活水平不断提高, 患者对护理的要求也越来越高, 传统的护理模式因为医护信息沟通不及时, 与患者的沟通不开放、不及时, 已不能满足患者需要。医护一体化护理是一种新型的护理模式, 该模式以患者为中心, 医师与护理人员平等、信任与及时沟通, 通过通力配合、默契合作的方式, 客观详实评估患者病情, 最大程度满足患者的护理需求。

肺结核和肺癌均为临床治疗难度较大, 治疗疗程较长的疾病, 相应的对于临床护理要求较高。此类患者往往自身免疫力较低, 对疾病存在一定的恐惧心理, 实施医护一体化护理, 医护人员从专业角度向患者疾病相关知识, 提高患者对疾病的认知, 消除其恐惧心理, 并给予患者合适的心理辅导, 使患者保持较好的心理状态接受治疗, 并树立战胜疾病的信心。

研究将传统护理模式与医护一体化护理模式进行比较, 结果显示, 采用一体化模式护理后, 观察组的生存质量评分, 功能性指标以及症状性指标评分均高于对照组( $P<0.05$ ), 观察组的肿瘤缓解率也高于对照组( $P<0.05$ )。医护一体化护理模式可以显著改善患者的生存质量和肿瘤缓解率, 提升患者的诊疗效果。

综上所述, 医护一体化护理模式可以对患者实现针对性、连续性的护理服务, 使患者得到全面的人文

关怀与护理，能有效提高患者的治疗效果和生存质量，对于其他疾病患者的护理尤其慢性疾病患者的护理具有重要参考意义。

参考文献（略）

## 重症肺结核伴糖尿病患者应用优质护理的效果分析

尹星利

山西医科大学附属肺科医院（太原市第四人民医院）

**【摘要】目的：**讨论、分析重症肺结核伴糖尿病护理中，予以患者优质护理的所得价值。**方法：**2020.09至2022.04，录入重症肺结核伴糖尿病患者。总计67例。分组形式：奇偶分组法。参照组、试验组各选入33例、34例。各组护理对策分别为常规、优质护理。评析优质护理应用前后的临床相关指标。**结果：**护理后，试验组血糖指标、心理痛苦程度评分、营养状况、生活质量评分、护理满意度、自我护理能力等均优于参照组， $P<0.05$ 。**结论：**重症肺结核伴糖尿病护理中，执行优质护理方案，所得效果显著。除改善患者血糖、营养状态外，还可减轻其心理痛苦程度，有利于提高其自我护理能力，在促进其生活质量提升方面作用确切。

**【关键词】**优质护理；重症肺结核；糖尿病；自我管理能力

糖尿病属于慢性非传染性疾病之一，近些年发病率越来越高。疾病难以治愈，并且在血糖长期作用下，还会诱发器官、组织损伤。相关研究显示，糖尿病属于诱发肺结核的独立影响因素<sup>[1]</sup>。肺结核具有传染性，空气为其主要传播途径，并且致死率较高。就重症肺结核伴糖尿病患者而言，不良情绪较重、营养状态较差，进而影响治疗效果。为此，还应重视优质护理方案的应用。该种护理模式涉及饮食、运动、心理等多个层面，对促进患者自我护理能力提升价值确切<sup>[2]</sup>。本研究评价优质护理于重症肺结核伴糖尿病患者中的应用效果，报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 基础资料

纳入重症肺结核伴糖尿病患者。合计67例。选入时间最早、最晚为2020.09、2022.04。以奇偶分组法划分组别。参照组：33例，19例男、14例女。年龄：37至69岁，均值： $(45.82\pm 1.36)$ 岁。试验组（ $n=34$ ）：男、女依次为18例、16例。年纪最大、最小值为70岁、36岁，平均： $(45.79\pm 1.42)$ 岁。各组基线资料波动较小， $P>0.05$ 。

选入依据：（1）精神正常者。（2）知情本研究者。

排除依据：（1）沟通存在障碍者。（2）伴有严重脏器功能障碍者。（3）合并全身性感染者。

#### 1.2 方法

参照组：采取常规护理方案。协助患者完成入院手续的办理，并遵照医嘱对其进行用药指导。患者行降糖、抗结核治疗期间，还应观察是否存在不良反应。为患者提供优质的病房环境。指导患者合理饮食，告知其日常生活中的注意事项。

试验组：行优质护理干预，详情如下：（1）饮食方面。评估患者机体状态，对其营养摄入量进行控制。测定患者体质量，并以此为根据，设定热量、蛋白质、脂肪摄入量。一般情况下，肺结核伴糖尿病患者体质量分界值为 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ ，低于该值单日热量摄入为每千克150千焦。体质量大于 $18.5\text{kg}/\text{m}^2$ ，但是不足 $24.0\text{kg}/\text{m}^2$ ，摄入量为每千克125千焦。对于高于 $24.0\text{kg}/\text{m}^2$ 者，单日热量应控制为 $100\text{KJ}/\text{kg}$ 。在蛋白质方面，单日最高 $1.5\text{g}/\text{kg}$ ，最低为 $1.0\text{g}/\text{kg}$ 。嘱患者多食用豆制品、奶制品、蛋类食物等。另外，患者摄入脂肪以植物脂肪为主，且需要低于 $0.8\text{g}/\text{kg}$ 。若患者伴有高脂血症，则脂肪摄入量不可超过 $0.5\text{g}/\text{kg}$ 。患者碳水化合物摄入以黄豆、芹菜、韭菜等为主。单日摄入量为300克左右。予以患者饮食指导期间，还应对其日常饮食习惯进行了了解，并不断调整膳食方案，以此增进患者食欲。（2）消毒隔离护理。定期达到病房内卫生，确保干净、整洁。加强开窗、通风，每天用紫外线消毒仪对空气进行消毒两次，每次半小时。对于紫外线

消毒不到的物品，用酒精（75%）擦拭消毒。护理人员接触患者前、后，均严格执行手卫生，并规范洗手流程。让患者规范咳痰，并将咳出的痰液吐至痰缸中。（3）心理方面。与患者多交流、沟通，告知其病情情况，并让其明确治疗方案。对于患者、患者家属疑问，需要耐心解答。将既往成功案例向患者介绍，以此增强其治疗信心。让患者家属多予以患者陪伴，使其感受到家庭温暖，进而获得情感满足。此外，让患者感觉情绪波动时闭目思考三分钟，并在其睡前播放轻音乐。指导患者放松身心、均匀呼吸。（4）用药方面。患者服用吡嗪酰胺、异烟肼的药物后，观察其不良反应。嘱患者餐前半小时服用降糖药物。为患者讲解药物使用方法、剂量，并向其强调遵医用药的重要性。对于出现不良反应者，应及时进行对症处理。同时，患者用药期间，对其血糖指标进行监测。遵照医嘱帮助患者调整用药剂量。（5）生活指导。加强口腔护理，确保患者口腔处于清洁状态。嘱其以生理盐水漱口，每天 2 至 3 次。此外，观察注射部位皮肤情况。禁止患者随意串走病房。确保患者合理作息，指导其进行适当锻炼。若患者为结核活动期，则需啊哟再让其卧床休息。针对处于恢复期的患者，可指导其进行散步、体操、太极等运动。

### 1.3 观察指标

（1）血糖指标。包括 FPG、2hPG，即空腹、餐后 2 小时血糖。HbA1c：糖化血红蛋白。（2）心理痛苦程度评分。包括：情感、人际关系负担；生活规律、医生相关痛苦等。共 4 方面内容。涉及条目 17 个。采取 1 至 6 级积分法。分值低，提示患者心理痛苦程度轻。（3）营养状况。涉及体重、血红蛋白、总蛋白等指标。（4）生活质量评分。总计四个维度，涉及生理、心理等。涵盖 29 个条目。每个条目最高 5 分。总分高，提示生活质量良好。（5）护理满意度。（6）自我护理能力。包含自我概念、自我责任感等。总分为 172 分。分值低，提示自我护理能力弱。

### 1.4 统计学方法

SPSS25.0 软件检验所得数据。计量资料 T 检验， $(\bar{X} \pm S)$ 表示。计数资料  $\chi^2$  检验，n (%) 表示。P < 0.05，价值存在。

## 2 结果

### 2.1 血糖指标

护理后，试验组各项血糖指标均较参照组低，P < 0.05。（见表 1）。

表 1：血糖指标( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | 例数<br>(n) | FPG (mmol/L) |           | 2hPG (mmol/L) |           | HbA1c (%) |           |
|-----|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------|
|     |           | 护理前          | 护理后       | 护理前           | 护理后       | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 34        | 8.63±1.36    | 6.01±1.13 | 11.05±2.55    | 8.15±1.36 | 9.61±1.44 | 7.35±1.20 |
| 参照组 | 33        | 8.59±1.28    | 7.74±1.22 | 10.98±2.49    | 9.22±1.52 | 9.58±1.38 | 8.84±1.33 |
| t   |           | 0.1238       | 6.0242    | 0.1136        | 3.0386    | 0.0870    | 4.8175    |
| P   |           | 0.9018       | 0.0000    | 0.9099        | 0.0034    | 0.9309    | 0.0000    |

### 2.2 心理痛苦程度评分

护理后，试验组心理痛苦程度评分更低，P < 0.05。（见表 2）。

表 2：心理痛苦程度评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 情感负担       |            | 人际关系负担    |           | 生活规律痛苦     |            | 医生相关痛苦    |           |
|-----|-----------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前       | 护理后       | 护理前        | 护理后        | 护理前       | 护理后       |
| 试验组 | 34        | 14.47±2.32 | 9.23±1.20  | 8.52±1.06 | 6.31±0.52 | 14.41±2.76 | 9.25±1.30  | 9.68±1.46 | 6.02±0.34 |
| 参照组 | 33        | 14.50±2.28 | 11.84±1.35 | 8.49±1.11 | 7.26±0.73 | 14.43±2.69 | 12.05±1.42 | 9.70±1.50 | 8.12±0.36 |
| t   |           | 0.0533     | 8.3701     | 0.1131    | 6.1496    | 0.0300     | 8.4226     | 0.0553    | 24.5540   |
| P   |           | 0.9576     | 0.0000     | 0.9103    | 0.0000    | 0.9761     | 0.0000     | 0.9561    | 0.0000    |

### 2.3 营养状况

护理后，试验组各项血红蛋白数值均较参照组高，P < 0.05。（见表 3）。

表 3: 营养状况( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | 例数<br>(n) | 体重(kg)     |            | 血红蛋白(g/L)  |             | 总蛋白(g/L)   |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后         | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 34        | 52.94±1.15 | 55.83±1.28 | 80.84±4.21 | 117.34±6.51 | 51.94±4.38 | 64.12±4.77 |
| 参照组 | 33        | 53.05±1.22 | 54.66±1.05 | 81.10±4.18 | 108.14±6.45 | 52.04±4.40 | 59.22±4.08 |
| t   |           | 0.3798     | 4.0837     | 0.2536     | 5.8094      | 0.0932     | 4.5124     |
| P   |           | 0.7053     | 0.0001     | 0.8006     | 0.0000      | 0.9260     | 0.0000     |

### 2.4 生活质量评分

护理后, 试验组生活质量评分升高幅度更大,  $P < 0.05$ 。(见表 4)。

表 4: 生活质量评分( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 生理         |            | 心理         |            | 社会关系       |            | 环境         |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 34        | 12.10±2.48 | 21.40±3.40 | 14.51±2.12 | 22.92±3.06 | 10.42±2.11 | 18.28±3.42 | 11.28±2.20 | 17.31±3.10 |
| 参照组 | 33        | 12.18±2.17 | 16.48±3.09 | 14.48±2.28 | 16.11±3.14 | 10.39±2.28 | 13.13±3.19 | 11.10±2.11 | 14.14±3.22 |
| t   |           | 0.1403     | 6.1929     | 0.0557     | 8.9907     | 0.0559     | 6.3694     | 0.3416     | 4.1056     |
| P   |           | 0.8888     | 0.0000     | 0.9557     | 0.0000     | 0.9556     | 0.0000     | 0.7337     | 0.0001     |

### 2.5 护理满意度

试验组护理满意度更高,  $P < 0.05$ 。(见表 5)。

表 5: 护理满意度[n (%)]

| 组别             | 例数 (n) | 非常满意        | 一般满意        | 不满意        | 总满意率        |
|----------------|--------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 试验组            | 34     | 22 (64.70%) | 11 (32.35%) | 1 (2.94%)  | 33 (97.05%) |
| 参照组            | 33     | 14 (42.42%) | 12 (36.36%) | 7 (21.21%) | 26 (78.78%) |
| X <sup>2</sup> |        |             |             |            | 5.3168      |
| P              |        |             |             |            | 0.0211      |

### 2.6 自我护理能力

干预后, 试验组自我护理能力评分比参照组低,  $P < 0.05$ 。(见表 6)。

表 6: 自我护理能力( $\bar{X} \pm S$ , 分)

| 组别  | 例数<br>(n) | 自我概念       |            | 自我责任感      |            | 护理技能       |            | 健康水平       |            |
|-----|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |           | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        | 护理前        | 护理后        |
| 试验组 | 34        | 23.39±2.57 | 35.59±3.50 | 25.53±2.36 | 33.83±3.94 | 19.21±2.06 | 37.37±3.53 | 23.17±2.20 | 36.77±3.45 |
| 参照组 | 33        | 23.37±2.36 | 28.57±3.98 | 25.57±2.60 | 27.19±3.35 | 19.18±2.07 | 25.55±3.40 | 23.39±2.34 | 30.35±3.61 |
| t   |           | 0.0331     | 7.6729     | 0.0659     | 7.4212     | 0.0594     | 13.9531    | 0.3966     | 7.4431     |
| P   |           | 0.9737     | 0.0000     | 0.9476     | 0.0000     | 0.9528     | 0.0000     | 0.6930     | 0.0000     |

## 3 讨论

糖尿病、肺结核均属于慢性疾病, 可对患者机体造成持续性损伤。糖尿病合并肺结核疾病严重程度更高, 并且治疗难度更大。在治疗不及时情况下, 存在诱发蛋白质-能量营养不良的可能。糖尿病治疗需要患者控制饮食。而肺结核康复又需要摄入必要的营养。这就导致患者在饮食方面存在一定矛盾<sup>[3]</sup>。此外, 在机体血糖水平升高情况下, 结核分枝杆菌繁殖会获得有利条件, 进而影响肺结核治疗效果。而肺结核疾病还会加剧体内代谢失衡, 从而影响血糖代谢, 不利于血糖控制效果提升。在此情况下, 患者焦虑程度升高, 甚至对治疗丧失信心。同时, 由于患者生活习惯不良, 所以院外自我护理水平、依从性不高, 进而导致疾病反复发作<sup>[4]</sup>。为改善患者生活质量, 还应通过有效的护理方案, 予以患者必要的营养支持、心理疏导, 进而促进其治疗效果提升。

优质护理注重护理的人性化、个性化、全面性, 以改善患者健康状态为宗旨, 在肺结核伴糖尿病患者

中应用广泛。该种护理模式更为侧重病情管理、心理疏导,并且融入社会支持、环境干预,既能够加快患者症状、体征改善速度,还可促进其生活质量提升<sup>[5]</sup>。此外,优质护理通过用药、生活指导等,不断纠正患者错误认知,有助于促进其自我效能提升,在改善其疾病管理水平方面作用显著。根据患者情绪特征,借助于言语等方式予以患者暗示,能够达到减轻其焦虑情绪的目的。同时,于患者睡前播放轻音乐,可使其身心处于放松的环境,有利于整合患者心理、生理、情绪,使三者之间互相促进,从而刺激患者产生愉悦情绪<sup>[6]</sup>。在此情况下,患者身心状态改善,对促进疾病康复具有重要价值。通过予以患者饮食指导,并根据其体质量控制其日常蛋白质、脂肪等摄入量,可在确保患者所需营养充足的同时,达到控制血糖的目的<sup>[7]</sup>。本研究结果可见,护理后,试验组血糖指标均更低,心理痛苦程度评分较参照组低,营养状况、生活质量评分均高于参照组,护理满意度、自我护理能力评分均较参照组高, $P<0.05$ 。

综上所述,重症肺结核伴糖尿病护理中,以优质护理为方案,临床价值值得肯定。一方面,患者血糖得到有效控制,营养状况改善。另一方面,患者心理痛苦程度减轻,生活质量提升。

参考文献(略)

## 肺结核患者心理护理和健康教育的临床护理效果

周溪琴

**摘要:** 目的 该文章主要针对肺结核患者的护理工作进行了分析,并且探讨了心理护理和健康教育在其中所起到的作用和效果。方法 为了保证实验研究的科学合理性,选择了在我院接受治疗的 324 名肺结核患者,对这些肺结核患者采用具有针对性的护理方案,然后对比肺结核患者在护理前后的各项指标状况,最终判断心理护理和健康教育所起到的作用和效果。结果 两组肺结核患者在接受了护理工作之后,抑郁情况以及交流情况都得到了明显的改善,护理之前的相关指标相比较具有明显的优势差异,具有统计学意义。这些肺结核患者在实施了相应的护理干预之后,总有效率得到了明显的提升,复发率得到了明显的降低。结论 在对结核患者采取护理工作时,要想改善患者的心理健康状况,可以采取具有针对性的护理措施,这样也能够保证肺结核患者对于相关健康知识的认知程度得到提高,最终保证患者得到良好的康复。

**关键词:** 肺结核疾病; 心理疏导; 健康教育; 应用分析

### 引言

肺结核疾病具有很强的传染性,随着科学技术的不断发展和进步开展,疾病的死亡率得到了下降,但是仍然具有较高的发病率。肺结核疾病患者往往没有找到的关于各种疾病的知识,所以再换上盖几片之后,往往存在着比较焦虑或者是抑郁的心理状况。在此分享一下文章,针对心理护理和健康教育治疗,在肺结核患者的护理工作中的具体应用进行了分析和探讨,以下为具体的研究内容。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

实验研究在开展之前,选择了在我院接受治疗的 324 名肺结核患者,对这些患者的一般资料进行了分析和统计,主要包括学历、年龄、以及性别等,这些一般资料不具有统计学意义。

#### 1.2 研究方法

在对肺结核患者采取具有针对性的护理措施时,要考虑到以下内容:第一,要重视对患者的心理问题进行相应的评估,主要是依据患者的家庭状况以及受教育程度,在此基础上制定科学合理的护理方案。第二,为了保证患者对肺结核疾病有良好的认知,要对患者及其家属开展相应的疾病知识讲解,讲解的内容要包括该种疾病的传染途径以及传染源等,肺结核疾病患者如果已经存在心理方面的问题,那么要及时的进行疏导。第三,科学合理地指导患者进行用药,对于患者不好的生活习惯进行相应的指导和纠正,可以制定相应的用药监督手册,这样能够指导患者进行科学合理的用药。就是,在制定健康知识宣传册时,要确保内容生动,相关人员要负责宣传册的发放,为了保证宣传车起到相应的作用和效果,相关人员要定期的进行抽查。第五,为了保证患者对该种疾病知识有充分的了解,在门诊处可以设置相应的咨询台。第

六，是结核患者，如果年龄比较大，那么要考虑到具体的身体状况进行密切的指导和观察，除此之外，如果年轻患者没有较好的自控力，那么也要进行相应的用药易程度的教育。第七，重视对患者的病房进行清洁，确保空气得到流通，控制好相应的湿度和温度。第八，这结核患者如果满足了出院的条件，那么在出院之后，相关人员要开展相应的随访，确保患者用药合理。

### 1.3 评价指标

为了很好的判断出针对性护理措施所起到的作用和效果，要对肺结核患者的各项指标进行相应的判断和评价。可以通过分数的形式判断患者的治疗状况。针对不同的疗效制定相应的判断标准。通过 x 线检查结果，判断患者的疗效。

### 1.4 统计学方法

在对相关数据进行统计和分析时，要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 患者的 SAS、SDS 及健康知识评分对比

表 1 是对两组患者有关指标评分的具体对比情况，详细的数据可以参见下表差异，具有统计学意义。

表 1

| 组别  | SAS 评分   | SDS 评分   | 健康知识评分   |
|-----|----------|----------|----------|
| 护理前 | 57.6±4.5 | 56.2±3.8 | 68.3±7.9 |
| 护理后 | 37.4±5.6 | 40.2±6.6 | 88.7±3.1 |
| t 值 | 50.612   | 37.816   | 43.269   |
| P 值 | 0.000    | 0.000    | 0.000    |

### 2.2 临床总有效率及复发情况

肺结核疾病患者在接受了具有针对性的护理干预之后，总有效率和复发率分别为 89.2% 10.8%。

## 3 讨论

结核病之所以被称为白色瘟疫，是因为上个世纪发生了大规模的发病，死亡率相对来说很高。随着相关技术的不断进步和发展，结核病死亡率已大大减少。但是人们对肺结核疾病的认识还有待提高。因为很多人相信结核病无法治愈，所以一旦得病就会出现忧郁症或者焦虑，这会影响到后续治疗效果。治疗肺结核病的时候，治疗时间不但长，并且治疗费用高，患者在治疗过程中产生矛盾的情况很多。目前在世界范围内，对疾病进行日常治疗时，医疗人员只是单纯地使用药物，而缺乏对患者的心理状态进行相应的教育和指导工作，所以在具体治疗过程中，很难保证用药的依从度。随着人们生活方式以及生活质量的不断转变和提高，护理工作在开展过程中面临着更高的要求，在此过程中开展健康教育工作，能够保证患者有一个正确的观念和行为习惯。很多研究表明，对肺结核疾病患者进行心理护理，能够很好的消除或者是缓解情绪方面的不良情况，在此过程中进行科学完善的健康教育，能够保证患者对肺结核疾病一定的认知度。护理人员在与患者进行交流时，要有一个和蔼亲切的态度并且要具备熟练的护理技术，这样才能够保证整体的护理服务质量得到提升。针对性护理措施，在具体应用过程中，主要秉持的是以患者为中心的理念，在该模式下，护理人员要有耐心的对患者讲述相关疾病的知识，针对患者的心理状况开展相应的疏导，科学合理的监督患者的用药情况，这样能够很好的提升患者的治疗信心。除此之外，患者在出院之后，护理人员要进行相应的随访，这样能够保证患者的康复进程，具有科学合理性。通过该实验研究可以发现，把针对性的护理措施应用到肺结核疾病患者的治疗工作中，能够很好的提升患者对肺结核疾病的认知度，不良情况也能够得到很好的改善。

### 结束语

由以上可知，把针对性护理工作应用到肺结核疾病的治疗工作中，能够很好的对患者的不良心理状况进行疏导，在此基础上开展相应的教育工作，这样能够提升患者对该疾病的认知程度，确保患者在康复过程中有更加全面的保障。

### 参考文献（略）

# 医院传染病管理中存在的问题分析

杨晓丽

**摘要：**目的：该文章主要针对医院传染病的管理工作进行了分析，并且探讨了其中所存在的问题，在此基础上开展了相应的分析工作。方法：在对医院传染病防治管理工作进行探讨时，应用了问卷调查的措施，对其中所存在的问题进行了分析，并且提出了相应的意见和建议，希望能够推动医院传染病防治工作的有效进行。结果：问卷调查结果显示大多数医护人员针对卫生管理意识不满意其次不满意的是无菌操作以及预防措施，一小部分的人不满意的是对传染病知识的培训。结论：当前我国医院传染病控制工作存在着两大问题：一是监督不够，二是重视不够。因此，各相关部门、各医疗机构都要加强自身的工作，加强联合监管，建立健全的传染病防控管理制度，加强宣传、培训，提高医务人员的专业知识和技能培训，以提高他们的工作职责，提高传染病的防控能力。

**关键词：**传染病；医院管理；问题分析

## 引言

本文采用问卷调查的方式，对医院感染控制工作进行了研究，并就目前存在的问题进行了讨论，并提出了相应的对策。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

为了保证实验研究的科学合理，在我院选取了相应的调查样本，然后应用了问卷调查的方法对 150 人进行了相应的调查，对这些研究对象的一般资料进行了分析和统计，主要包括年龄和性别以及科室，这些一般资料不具有统计学意义。

### 1.2 方法

调查工作在具体开展过程中主要使用的是问卷调查的方法，探讨了医院传染病防治管理工作中存在的不足之处，在此过程中对管理的制度以及医护人员的管理意识和思维等各个方面进行了相应的调查和分析，该次调查工作发放了 150 份问卷，整体的回收率为 100%。

### 1.3 评价指标

为了很好的评定医院相关管理措施的具体效果，对相应的指标进行了评价，主要包括参与调查人员的思维意识，除此之外还包含了医护人员在具体操作过程中是否无菌以及防范水平是否合格等各项指标，针对各项指标开展相应的分析，然后得到具体的评价结果。

## 2 结果

表 1 是具体的调查结果统计和对比，其中有 82 名人员对卫生管理意识不满意，其次对传染病的预防措施以及无菌操作等不满意，具体的调查数据和结果可以参见表 1。

表 1 传染病调查问卷统计

| 项目      | 例数  | 优良        | 一般        | 较差        |
|---------|-----|-----------|-----------|-----------|
| 卫生管理意识  | 150 | 37(24.6)  | 31(20.6)  | 82(54.6)  |
| 无菌操作    | 150 | 45(30.0)  | 42(28.0)  | 63(42.0)  |
| 传染病预防措施 | 150 | 49(32.6)  | 43 (28.6) | 58 (38.6) |
| 传染病预防培训 | 150 | 46 (30.6) | 40 (26.6) | 64 (42.6) |

## 3 讨论

### 3.1 医院开展传染病防治管理工作的不足之处

#### 3.1.1 没有科学完善的监管制度，缺乏相应的监管力度

当前，医院在控制和管理方面还存在着较弱的问题，按照我国相关法规，医务工作者有责任防止院内感染。但是，就目前的情况来看，大部分医务人员对预防传染病的认识还不够，对预防和控制工作的重视

程度不够，这是导致当前医院感染控制工作出现问题的主要原因。除了医院本身的监管之外，有关部门并没有对此进行有效的监督，对这一领域的监管也是比较宽松的，主要的监管重心还是在病人的恢复和治疗上，而忽视了对传染病的控制，导致了医院的传染病管理工作出现了漏洞。因此有关人员需要针对相应的监管工作制定完善的制度，并且加强相关的力度，这样才能够保障传染病防治管理工作的开展，具备有效性。

### 3.1.2 管理制度不完善

目前，在医院开展传染病防控工作中，一些医院设立了预防和治理机构，但由于缺乏专门的管理部门，或缺乏相应的管理制度，这些都会对医院的传染病防控工作产生负面影响。大部分建立了传染病防控机构的医院，功能也是模棱两可，人员分工不清，一旦出了问题，就没办法及时处理。而有效的传染病控制必须建立在健全的体制基础之上，没有规范化、标准化的管理方法和制度，是很难开展的。所以有关人员要制定科学完善的管理制度，这样才能够方便相关管理工作的有效开展。

### 3.1.3 医护人员并没有充分的认识传染病，并且缺乏相应的培训。

很多医务人员虽然对传染病有一定的了解，但他们的理解还停留在自己的经验范围内，对于新的疾病，他们并没有太多的概念，有的时候，他们甚至会因为自己的无知而被感染，从而造成不必要的损失。这一情况的出现，严重的阻碍了传染病管理工作的有效进行。

### 3.1.4 没有科学合理的传染病诊治布局

有些医院没有独立的传染病科，所以传染病病人不能及时的进行隔离，有可能传染给其他病人和医务人员；传染病医院的区域分布不合理，发热和普通门诊没有有效的进行区分，在同一个病区内，这样不利于传染病控制；隔离病房布局不合理，清洁区和半清洁区等不同的区域没有进行有效的分开。一些医院为了经济上的利益，在接收病人的时候，会出现一些混乱的情况，比如对传染病病人的隔离，就会增加感染的几率。因此缺乏科学完善的传染病诊治布局是非常严重的，不仅不能够保证传染病预防管理工作有效进行，还可能会导致传染疾病更加的严重。

## 3.2 医院在开展传染病防治工作时应该具备的相关策略

### 3.2.1 加强管理工作的进行，重视传染病的防治工作

要加强对传染病的控制，医院要和政府一起努力，将疫情控制在一个很大的范围内，这样才能形成一个完整的控制系统。在加强医院的传染病控制方面，仍有必要提高监管力度，投入足够的人力物力，为有效控制和控制传染病提供坚实的基础。有关部门要对传染病的预防和治疗进行宣传，将相关的法律法规推广到各大医院，提高医务人员的防范意识，增强医务人员的防病能力，让他们在医疗体系健全的情况下，掌握相应的专业知识，提高医院的工作效率和工作质量。

### 3.2.2 明确岗位职责，建立完善的制度

建立健全的医院感染控制管理制度是预防和控制传染病的基础工作，是医院应承担的基本社会责任。医院应明确各部门的职责，使各部门的工作人员对各自的工作职责有一个清晰的认识，防止发生工作重复、工作一层的情况，从而有效地促进医院的传染病防控工作。医院既是病人的治疗场所，又是抗击传染病的第一线，所以，医院要建立一个标准化的管理体系，确保自己的医疗质量不会受到任何的影响，一旦发生了疫情，就必须要在最短的时间内，将疫情控制的井然有序，并且将详细的信息汇报上去。

### 3.2.3 注重对医护人员进行培训

要想有效的控制传染病，必须要有医务人员的配合，所以对医务人员的素质也要有很大的提升，首先要定期的进行传染病的相关知识和相关的知识，然后才能够增强他们的实战能力，比如在医院里，可以开设军训班，让新来的医生有更多的时间来训练他们。

### 3.2.4 建立科学有效的传染病防治管理措施

预防和控制是医院感染控制工作中的一个关键环节，医院要加大对感染的宣传和教育的，以促进医务人员对传染病的预防和控制。通过训练来增强医务人员对疾病的认识，促使医务人员在平时的工作中加强对传染病的控制，包括严格执行手部卫生，严格无菌操作，防止医院感染的发生，消毒人员严格消毒医疗器械等。

## 结束语

总之, 当前我国医院感染控制工作存在着两大问题: 一是监督不力, 二是对医院感染控制工作的重视不够。所以, 各相关部门和医院都要从根本上解决这一问题, 通过联合监管, 建立健全的传染病控制制度, 通过宣传、培训等方式, 提高医务人员的感染意识, 提高他们的工作职责, 进一步推进医院传染病防治管理工作效率的提升。

## 参考文献 (略)

# 延续性护理在初治涂阳肺结核患者中的应用

苏志新

**摘要:** 目的: 该文章主要针对初始涂阳肺结核患者的治疗工作进行了分析, 并且探讨了延续性护理在其中起到的作用和效果。方法: 为了保证实验研究的科学合理, 选择了在我院接受治疗的 50 名出自涂阳肺结核患者, 然后开展了具体的实验研究。对这些患者进行分组, 分别接受延续性护理以及常规的护理干预, 在此过程中需要对患者在治疗和护理期间的病情状况进行统计和分析, 治疗护理工作结束之后还需要对两组处置涂阳肺结核患者的护理满意度以及整体的治疗效果进行对比。结果: 两者出自涂阳肺结核患者, 在护理结束之后对相应的效果进行了对比, 其中比较乐观的是采用延续性护理的一组患者  $P < 0.05$ 。结论: 在对初治涂阳肺结核患者开展治疗工作时, 配合有效的护理, 能够实现整体治疗效果的提高, 其中延续性护理措施的应用能够起到非常重要的作用, 在开展临床治疗工作时, 各种护理措施值得推广和应用。

## 引言

结核病是国家的重点控制传染病, 目前结核病的防治工作以提高结核病的检出率和治愈率为目标, 而新发病的病人痰液中含有大量的结核分枝杆菌, 具有很高的传染性, 是结核病防治的首要任务。当前, 肺结核治疗失败的主要原因是不规范的治疗和早期的停用, 特别是病人在离开医院后, 自觉症状有所改善, 擅自停止使用; 所以, 持续护理是控制结核病的关键, 可以极大地改善病人的治疗依从性。本文选取了 115 名首次确诊并在接受抗结核药物治疗后, 症状明显好转的涂阳肺结核病人, 按连续护理与常规护理相结合, 结果均达到了理想的疗效。以下是文章的报告。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

为了保证实验研究的科学合理, 对我院接收的 50 名初治涂阳肺结核患者, 开展了相应的实验研究, 在此过程中对这些初治涂阳肺结核患者的一般资料进行了分析和统计, 主要包括年龄性别以及患病时间等, 这些一般资料不具有统计学意义, 除此之外还制定了相应的排除和纳入标准, 保证参与本次实验研究的初治涂阳肺结核患者都符合相应的标准和要求。

### 1.2 方法

在住院过程中, 所有病人都接受了标准的肺结核治疗和护理程序。对照组病人在出院前接受健康教育, 告知其出院后的注意事项, 定期复查, 按时吃药, 并注意饮食、生活规律。观察组采取以下措施进行持续护理。①建立持续的医疗服务团队。由专业肺结核医师及拥有 5 年以上肺结核护理经验的护士长组成, 各小组成员经过严格的训练, 对肺结核的治疗及护理要点进行了全面的训练, 并符合职业标准。②建立病人的病历记录。病历中有病人的联系方式, 家庭住址, 院外用药信息, 医院治疗信息。③继续照护服务方案。依据病人的个人资料, 制订持续护理服务方案, 并经团队成员讨论后, 进行规划执行。④开展院内卫生保健工作。护理人员要及时的了解肺结核患者对各种疾病的认识程度, 在此期间可以通过网络媒体以及上门随访等措施来了解病情的状况, 加深病人对结核病的医学知识、药物使用方法、自我护理等知识, 使病人能够很好的认识和了解肺结核疾病, 并且能够掌握各种疾病复发的原因以及复发的相关症状有哪些, 除此之外还要在医院内坚持用药, 认识坚持用药的重要性, 并引导病人合理用药。⑤心理护理。在随访期间,

要密切关注患者的精神状况，对出现焦虑、抑郁的患者进行心理干预，以建立自信心，定期评估患者的心理干预，告诉患者要有一个好的心态，让他们看到自己的胜利。⑥培养良好的生活方式。患者平时要科学合理的调整自身的饮食以及运动等日常作息习惯，饮食方面要注重高蛋白以及高维生素，或者在恢复期间可以多吃一些太极等方面的有氧运动。建议病人要注意个人卫生，勤勤洗手，居家环境要干净，定期进行通风和消毒，不能随意吐痰。⑦个体化的介入。对于有高血压、糖尿病等基础疾病的病人，要积极的进行原发性疾病的治疗与控制，使血压、血糖保持稳定；老年免疫功能低下的病人，要注意预防感染，加强营养，增强身体的抵抗力；建议吸烟者及早戒烟，有助于提高病人的预后，防止药物的失效。

### 1.3 质量控制

所有受试者都接受了专业的肺结核护理培训，并进行了持续护理培训以及具体的护理计划。该计划的制订与执行，严格按照持续护理计划进行，并在小组组长的指导下进行。为了确保试验结果的可信度，我们严格遵循随机分配的原则，并严格遵循了筛选准则。

### 1.4 观察指标

两组初治涂阳肺结核患者在护理工作结束之后，对相应的疗效进行了记录和分析，主要采用分数的形式来表征治疗的效果。指导工作结束之后使用了问卷调查的方式，对初治涂阳肺结核患者的满意程度进行了调查和对比。两项指标均是通过分数的形式进行表征的。

### 1.5 统计学方法

上述工作在完成之后，需要对所得到的数据进行科学合理的统计和分析，在此过程中要使用专业的软件，与此同时要有科学合理的数值进行表示和检验。

## 2 结果

### 2.1 初治涂阳肺结核患者的护理效果对比

患者在接受不同的护理干预措施之后，要科学合理的对比患者的病情状况，以下是对两组初治肺结核患者的护理效果的对比表格，详细的数据可以参见下表  $P < 0.05$ 。

表 1 两组间护理效果对比[n, (%) ]

| 组别             | 例数 | 显效         | 有效        | 无效         | 总有效率       |
|----------------|----|------------|-----------|------------|------------|
| 观察组            | 25 | 15 (60.00) | 8 (32.00) | 2 (8.00)   | 23 (92.00) |
| 对照组            | 25 | 10 (40.00) | 4 (16.00) | 11 (44.00) | 14 (56.00) |
| X <sup>2</sup> | -- | 8.00       | 7.018     | 33.680     | 33.680     |
| P              | -- | 0.005      | 0.008     | 0.001      | 0.001      |

### 2.2 对初治涂阳肺结核患者的满意度进行比较

表 2 是对两组肺结核患者对护理工作的满意度的具体比较情况，详细的数据可以参见下表，其中  $P < 0.05$ 。

表 2 患者满意度比较[n, (%) ]

| 组别             | 例数 | 家属满意       |
|----------------|----|------------|
| 观察组            | 25 | 23 (92.00) |
| 对照组            | 25 | 18 (72.00) |
| X <sup>2</sup> | -- | 13.550     |
| P 值            | -- | 0.001      |

## 3 讨论

目前，大部分的研究侧重于病人的医院护理，很少注意到病人的院外护理，而医院外的病人依从性较差是造成治疗失败、结核病传播的主要原因，所以本文从持续护理的观点来讨论涂阳肺结核病人的院外护理。持续护理的概念是指通过一系列的行为措施，使病人在不同的疗养地点或疗养地点获得不同程度的协调性、持续性的照顾。从出院指导到转诊，再到病人回归家庭和社区后的持续照顾，都是家庭护理的一种扩展。近几年，持续护理在我国得到了越来越多的应用，如糖尿病、心脏病等慢性病病人的院外护理；这种护理模式在改善病人的自我保护能力、依从性和生活质量上都有明显的优越性。然而，在肺结核病人中，使用持续照护进行治疗的方法并不多见，该实验研究在采用延续性护理措施时，对涂阳肺结核患者出院之

后,也开展了具体的护理工作,把相应的护理干预措施应用到了院外护理中对患者进行健康以及心理等方面的护理干预,除此之外还针对患者的生活以及用药情况进行了有效的指导,实现了个性化干预以及循环干预,通过改善病人对结核病的认识,改善其不良的生活习惯,改善其住院治疗的顺应性,为保证医院的持续治疗,降低肺结核的复发和传播,提供了可靠的保证,同时也能提高护理服务的质量和满意度。通过上述实验研究可以看出对涂阳肺结核患者开展延续性护理措施,能够保证患者在院外得到有效的治疗和护理,患者的治疗依从性以及治疗的效果都得到了明显的改善,并且复发率得到了很好的降低( $P<0.05$ )。患者的生活质量与常规的护理干预相比较也得到了很好的提高( $P<0.05$ ),结果表明,病人的生存质量与疾病的疗效有显著的关系,而病人的顺应性增加可以确保治疗的有效性,所以持续护理组的生存质量得到了显著的改善。本研究进一步验证持续护理能显著提升病人的满意度,显示持续护理是一种高品质的护理模式,是一种值得在现代医疗模式下推广的方法。

#### 结束语

由以上可知,持续护理能明显改善初治涂阳肺结核病人的依从性,改善其生存质量,减少初次治疗的失败率。在对初治涂阳肺结核患者开展临床治疗工作时,科学有效的配合延续性护理,能够保证整体治疗效果的提升,该种护理措施值得在临床上进行推广和应用。

#### 参考文献(略)

## 一例结核性气道狭窄患者延续性护理的心得体会

侯君莲

作者单位:深圳市第三人民医院

#### 背景

有相关研究显示约 4%-50%的肺结核患者合并气管支气管结核<sup>[1-4]</sup>,气管支气管结核患者中约 59.7%出现气管支气管狭窄<sup>[2]</sup>,这类患者需反复来院治疗,生活质量差,患者出院后多数未进行后续护理,缺乏正确的疾病及康复知识,对患者的生活质量造成较大负面影响,增加不必要的住院次数和经济负担。本个案为一例结核性气道狭窄需反复来院进行气管镜下气道廓清的患者,通过延续性护理取得了良好的改善效果,提升了患者的生活质量及战胜疾病的信心。

#### 方法

##### 一、病例介绍

肖某某,女,36岁,患者因无明显诱因出现咳嗽,咳白色粘痰,7年前诊断为肺结核、支气管结核,给予 HREZ 抗结核治疗,并行气管镜介入治疗。患者目前肺结核及气道结核已痊愈,但存在气管、右侧支气管气道多处瘢痕狭窄,排痰能力差,患者每年需多次来院行气管镜下气道廓清术。

因该患者右侧气道分泌物清除能力受限,如遇受凉或感冒等诱因影响,气道分泌物过多且过稠难以自行排出,从而出现胸闷、呼吸困难等情况,需紧急来院清理气道,严重影响患者的生活质量,患者日常自我护理能力不足,通过综合肺康复护理策略指导患者居家康复护理。

##### 二、主要护理措施

(一)根据患者的病情及评估结果,制定以下肺康复训练方案<sup>[5-6]</sup>

- 1、有氧运动(散步、踩单车、慢跑等),每天 30 分钟;
- 2、呼末正压训练器(Acapella 绿色款)训练,2-3 组/天,10 次/组;
- 3、主动呼吸循环技术,2 次/天,10min/次;
- 4、自主引流技术,2 次/天,2-3 个循环/次;
- 5、注意事项:运动选择空气新鲜的户外,安全舒适的环境;训练过程进行血氧和心率的自我监测(患

者自备有便携式血氧仪)，告知安全血氧和心率范围，同时以不引起明显疲劳为宜；在生理盐水雾化完成后进行呼吸训练。

(二) 指导患者合理饮食：补充足够的蛋白质；进食富含维生素 A 和 C 的食物；多喝水，每天饮水量不低于 1500ml；适量限制奶类制品；辅以食疗。

(三) 为患者开通气管镜检查绿色通道：保证患者最快速度进行气道廓清。

(四) 建立微信沟通群，给与情绪疏导，定期跟进，提醒锻炼，反馈效果。

### 结果

2023 年 4 月 26 日通过延续性护理的形式指导患者进行居家肺康复训练，经过一年时间，取得明显成效。患者在 2017 至 2022 年住院 2-6 次/年，行气管镜检查 6-12 次/年，经积极干预，2023 年全年患者住院 0 次，行气管镜气道廓清术 7 次。患者干预前爬 6 楼出现气喘和胸闷，经规范干预后未出现该症状，患者生活质量得到显著改善。

### 结论

本个案根据患者具体情况，为患者制定个体化的康复锻炼计划，在定期的微信及电话随访中提醒其按计划进行肺康复训练，同时采取有针对性的心理干预，让患者获得最优的疗效，提高了健康水平和生活质量，减轻了家庭经济负担，值得临床借鉴和推广。

### 参考文献 (略)

| 项目                    | 频次                  | 日期 | 7/4 | 7/4 | 7/4 | 7/4 | 1/5 | 4/5 | 5/5 | 6/5 | 7/5 |
|-----------------------|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 有氧运动 (散步、踩单车、慢跑等)     | 30min/天             |    | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   |
| 雾化                    |                     |    | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   |
| 呼末正压训练器 (acapella) 训练 | 2-3 组/天<br>10 次/组   |    | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   |
| 主动呼吸循环技术              | 2 次/天;<br>10min/次   |    | ✗   | ✗   | ✗   | ✗   | ✗   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   |
| 自主引流技术                | 2 次/天;<br>2-3 个循环/次 |    | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   | ✓   |

95-77 96-76 96-75 96-74 96-73 95-72 96-71 95-70

注意事项: 1. 运动选择空气新鲜的户外, 安全舒适的环境;  
2. 训练过程以不引起明显疲劳为宜;  
3. 请在雾化完成后进行呼吸训练;  
4. 完成训练在相应的日期栏打钩, 没完成请写明原因。

| 项目                    | 频次                  | 日期 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|---------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 有氧运动 (散步、踩单车、慢跑等)     | 30min/天             |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 呼末正压训练器 (acapella) 训练 | 2-3 组/天<br>10 次/组   |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 主动呼吸循环技术              | 2 次/天;<br>10min/次   |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 自主引流技术                | 2 次/天;<br>2-3 个循环/次 |    |  |  |  |  |  |  |  |

注意事项: 1. 运动选择空气新鲜的户外, 安全舒适的环境;  
2. 训练过程以不引起明显疲劳为宜;  
3. 请在雾化完成后进行呼吸训练;  
4. 完成训练在相应的日期栏打钩, 没完成请写明原因。

# PDCA 管理在提高结核菌素试验时效内查看结果中的效果观察

**摘要：目的：**探讨 PDCA 管理在提高结核菌素试验时效内查看结果中的效果观察。**方法：**选取在本院行结核菌素试验受试者 1126 例，将 2022 年 07 月—12 月登记的 550 例结核菌素试验受试者设为对照组，将 2023 年 01 月-12 月登记的 576 例结核菌素试验受试者设为干预组。对照组采用常规管理，干预组采用 PDCA 管理方法进行干预。观察两组受试者在时效内查看试验结果的遵从情况。采用自编问卷，调查结核菌素试验受试者对此项目护理工作的满意度。**结果：**对照组，未在时效内查看试验结果比率为 15.64%，与干预组的 8.16% 相比有显著差异 ( $P<0.05$ )，干预组受试者对此项活动的满意度为 97.09%，比对照组 85.45% 有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论：**结核菌素试验中运用 PDCA 干预措施，可以提高受试者在时效内查看试验结果比率，提高受试者对此项目护理工作的满意度。

**关键词：**PDCA 结核菌素试验 时效 查看结果 效果观察

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性炎症性疾病，目前仍是全球病死率最高的传染病<sup>[1]</sup>。目前结核分枝杆菌感染筛查是遏制结核病流行的重要一环，结核菌素试验作为判定结核分枝杆菌感染的一项常用方法，被普遍应用于各类人群的结核病的筛查，同时也为进行结核病预防性治疗提供依据<sup>[2,3]</sup>。结核菌素试验又称 PPD 试验，是用结核菌素进行的皮肤 IV 型超敏反受试验，该试验具有操作简便，易于观察，疼痛轻，适合大规模人群筛查。但是，由于门急诊受试者流动性大及受试者对结核菌素试验知识缺乏，出现很多受试者不能及时或者不来查看试验结果等情况，导致试验结果失去参考意义，对试验结果的准确性以及疾病的诊治产生不良影响<sup>[4]</sup>。为有效解决上述问题，我科将此问题做为 2023 年度科室优质护理活动方案，实行 PDCA 管理，PDCA 管理强调通过“计划-实施-检查-处理”循环管理提升护理工作的流程化、规范化，逐步促进护理质量的有效提升<sup>[5-6]</sup>。通过实施有效的对策，未在时效内查看结核菌素结果比率，由改善前期的 15.6% (86 / 550) 下降至改善后期 8.16% (47 / 576)，现将此项目 PDCA 管理方案汇报如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

在实施该项目前，对在我科行结核菌素试验进行现况调查。根据资料储存的详实情况，选择我科 2022 年 07 月—12 月登记在册的 550 例结核菌素试验受试者做为对照组。选择我科 2023 年 01 月-12 月登记在册的 576 例结核菌素试验受试者做为干预组，入组时遵循组间基线资料均衡可比原则。干预组所有受试者，对于项目实施的干预措施都知晓，并签署知情同意书。对照组及干预组在年龄、性别、教育水平等方面，两组受试者的总体资料均未见统计学意义 ( $P>0.05$ )，见表 1。

表 1 两组受试者基本资料情况例 (%)

| 项目                 | 干预组<br>(n=576) | 对照组<br>(n=550) | 值              | P 值   |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 性别[例 (%) ]         |                |                | $\chi^2=0.848$ | 0.357 |
| 男                  | 286 (49.65)    | 258 (46.91)    |                |       |
| 女                  | 290 (50.35)    | 292 (53.09)    |                |       |
| 平均年龄 (岁)           | 32.57±17.08    | 31.78±16.98    | $T=0.00$       | 1.000 |
| 受试者及家属文化程度[例 (%) ] |                |                | $\chi^2=0.541$ | 0.763 |
| 初中及以下              | 113 (19.62%)   | 114 (20.73%)   |                |       |
| 高中及以中专             | 218 (37.85%)   | 197 (35.82%)   |                |       |
| 大专及以上              | 245 (42.53)    | 239 (43.45%)   |                |       |

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组实行常规管理方法，主要内容是受试者至注射室行结核菌素试验，试验结束后留

观 30 分钟，告知来查看试验结果日期。

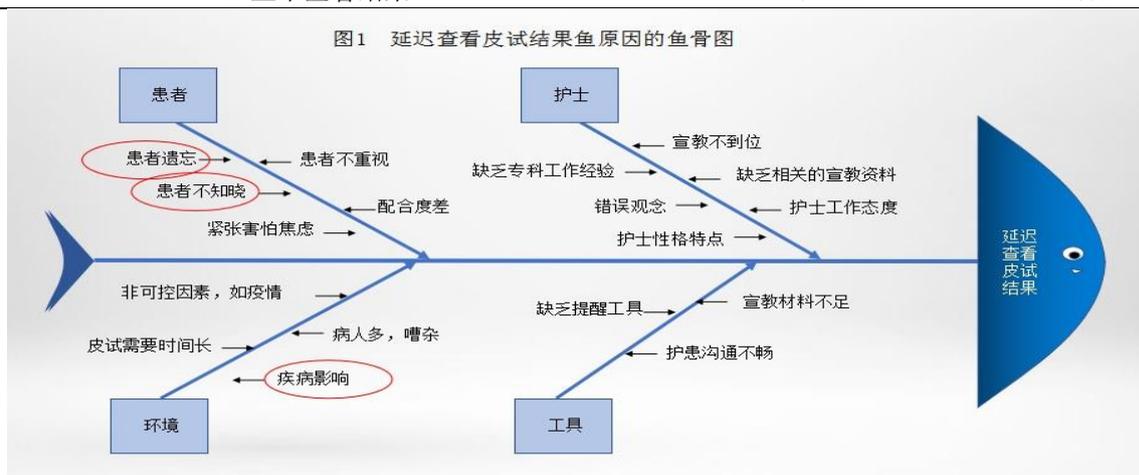
1.2.2 干预组则实行 PDCA 方法管理，主要内容包括以下方面：

1.2.2.1 计划

通过对 2022 年 07 月-12 月登记的资料进行回顾，然后对资料进行分析、归纳和总结，其中有 86 例受试者未在时效内进行试验结果查看。然后对这部分受试者进行现况调查。找出未在时效内进行试验结果查看的原因，其中“延迟查看结果”占 81.4%，见表 2，根据二八法则，将“延迟查看结果”做为重点改善内容。通过绘制鱼骨图、科内人员头脑风暴及投票结果，选出 3 条要因。见图 1，针对这 3 条要因分别拟定改进对策。

表 2 未在时效内查看试验结果的相关因素统计

| 相关因素    | 例数 | 百分比   |
|---------|----|-------|
| 延迟查看结果  | 70 | 81.4% |
| 提前查看结果  | 10 | 11.6% |
| 一直未查看结果 | 6  | 7.0%  |



1.2.2.2 实施

1.2.2.2.1 对受试者进行健康宣教（对策一）

1.2.2.2.1.1 参与该项目的成员为 19 人，为达到同治化标准，该项目负责人对项目小组成员进行统一培训，并通过科室考核方可参与此项目。

1.2.2.2.1.2 利用医院现有条件，对受试者进行书面及口头宣教相结合方式宣教。为保证试验结果的准确性及提高受试者的满意度，试验过程中询问受试者无过敏体质、试验期间皮试部位不要碰水及肥皂，尽量减少对皮试部位的摩擦，减少对试验的干扰。

1.2.2.2.1.3 设计相应的告知书提醒受试者。

1.2.2.2.2 设置相应提醒（对策二）

1.2.2.2.2.1 准确无误地帮助受试者在智能手机设置两次闹铃提醒，提醒时间设置在查看结果前一天晚上和当天的早上。

1.2.2.2.2.2 针对没有智能手机的老年受试者或年纪较小的受试者，在其陪同的家属手机上设置手机闹铃提醒，然后家属负责提醒受试者及时就医查看试验结果情况。

1.2.2.2.2.3 如有不能做到自我提醒或家属提醒的受试者，在登记表的备注内写明情况，当班护士每天查看登记表，电话提醒告知受试者及时就医查看试验结果。

1.2.2.2.3 规范记录，便以溯源（对策三）

1.2.2.2.3.1 将纸质记录表改成电子记录表，便于筛选、查找、分析相关原因。

1.2.2.2.3.2 表格登记的内容增加 PPD 试验的原因、备注和特殊情况说明等，便于更好地分析相关因素。

1.2.2.2.4 再次评估反馈健康宣教效果（对策四）

1.2.2.2.4.1 在受试者试验留观的 30 分钟后，再次评估受试者是否知晓看结果的时间。

1.2.2.2.4.2 对不知晓者再次宣教，再次评估宣教效果。对于 2 次现场宣教效果欠佳者，在登记表格内做好备注，做好查看结果的前天和当天的电话提醒。

### 1.2.2.3 检查

各项对策实施后，动态观察各项对策实施效果，通过绘制推移图判断各改进措施的改进效果。对于有效果的对策做成标准化流程图，做为效果确认下来。见表 3

表 3 项目实施后数据统计

| 时间        | PPD 试验人数   | 未在时效内观测例数 | 未在时效内观测结果的比率 |
|-----------|------------|-----------|--------------|
| 1 月       | 17         | 3         | 17.6%        |
| 2 月       | 28         | 5         | 17.9%        |
| 3 月       | 31         | 2         | 6.5%         |
| 4 月       | 21         | 1         | 4.8%         |
| 5 月       | 23         | 1         | 4.3%         |
| 6 月       | 25         | 2         | 8.0%         |
| <b>中期</b> | <b>145</b> | <b>14</b> | <b>9.7%</b>  |
| 7 月       | 55         | 6         | 10.9%        |
| 8 月       | 161        | 10        | 6.2%         |
| 9 月       | 63         | 5         | 7.9%         |
| 10 月      | 102        | 8         | 7.8%         |
| 11 月      | 26         | 4         | 15.3%        |
| 12 月      | 24         | 0         | 0.0%         |
| <b>后期</b> | <b>431</b> | <b>33</b> | <b>7.7%</b>  |
| <b>全年</b> | <b>576</b> | <b>47</b> | <b>8.1%</b>  |

### 1.2.2.4 处理

及时统计每个月的数据，观察数据有无出现较大波动，如有较大波动时，及时对相应的对策进行整改。如果是小组人员的问题，及时做好组员的再次培训。同时利用小组成员的头脑风暴法，制定更加科学的对策或对现有对策进行补充，形成良好的效果。

## 1.3 观察指标

1.3.1 对两组结核菌素试验受试者在时效内查看试验结果情况进行统计分析。

1.3.2 采用医院自行设计的问卷，对受试者的护理满意度进行问卷调查，得分为 100 分。>90 分，非常满意；60-90 分，满意；<60 分，不满意。没有来查看试验结果则视为不满意。满意=非常满意+满意。

## 1.4 统计学方法

数据的处理使用 SPSS25.0 软件，以%的计数量数据为例，并使用  $X^2$  检验；测量数据用  $(\bar{x} \pm s)$  表示，并使用 T 检验； $P < 0.05$  为显著性差异。

## 2 结果

### 2.1 两组受试者未在时效内查看试验结果比率的比较

干预组受试者未在时效内查看试验结果的比率与对照组比较，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组受试者在时效内查看试验结果情况例 (%)

| 组别  |     | 查看情况        |             | 总计   |
|-----|-----|-------------|-------------|------|
|     |     | 未在时效内人数     | 在时效内人数      |      |
| 干预组 | 干预组 | 47(8.16%)   | 529(91.84%) | 576  |
|     | 对照组 | 86(15.64%)  | 464(84.36%) |      |
| 总计  |     | 133(11.81%) | 993(88.19%) | 1126 |

注： $X^2=15.099; P < 0.05$

### 2.1 两组受试者对该项目护理工作满意度比较

干预组受试者满意度明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )，有统计学差异。见表 5

表 5 两组受试者对该项目护理工作满意度比较例 (%)

|    |     | 非常满意        | 满意          | 不满意        | 总计   |
|----|-----|-------------|-------------|------------|------|
| 组别 | 干预组 | 475(82.46%) | 78(13.54%)  | 23(4.00%)  | 576  |
|    | 对照组 | 333(60.54%) | 137(24.91%) | 80(14.55%) | 550  |
| 总计 |     | 808(71.76%) | 215(19.10%) | 103(9.14%) | 1126 |

注:  $X^2=37.698$   $P<0.05$

### 3 讨论

世界卫生组织于 2014 年提出新的结核病预防控制策略,主要内容是:在 2015 年的基础上,到 2035 年实现结核病死亡率下降 95%,发病率下降 90%,不再因结核病对家庭造成灾难性支出。目前,临床在开展结核病的筛查与诊断工作时,首选结核菌素试验法,可为疾病的诊断治疗、卡介苗接种工作、自我管理疾病的能力等方面提供科学可靠的参考<sup>[7]</sup>。但是,由于受试者对试验不够了解及重视和该试验需要较长时间查看结果,导致不能及时查看试验结果进而影响结核菌素试验结果的准确性。因此,做好门急诊结核菌素试验受试者的管理工作非常有必要。

研究结果可以看出,在结核菌素试验受试者的 PDCA 管理过程中,干预组未在时效内查看试验结果人数的比率情况明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。干预组该项目护理工作满意度也明显高于对照组 ( $P<0.05$ )。结果表明,对结核菌素试验受试者进行 PDCA 管理可取得明显的效果。在 PDCA 管理过程中通过对改善前资料分析,大部分受试者未能及时查看试验结果主要是遗忘和对结核菌素试验的相关知识缺乏。因此在本项目 PDCA 过程中,运用到主要对策就是持续护理质量改进,部分人群的精化管理,及受试者的护理宣教等内容。

结核菌素试验是在我院注射室完成,但我院注射室的注射任务比较繁重,平均每日注射量为 100 余人次,门急诊护理工作普遍存在任务重、种类杂,护理质量难以保障等问题<sup>[8,9]</sup>。本研究结果与张蕾<sup>[10]</sup>等人研究相符:在耳科门诊实行门诊改进模式可以有效提高患者的就诊率,提高患者对门诊护理的满意度。通过对护理工作的梳理,发现问题症结所在,及时改进护理模式可有效提高护理工作质量。

门急诊存在许多特殊患者,如听力异常,年龄偏大,或者学龄前儿童等,这部分人群存在依从性弱,对这部分人群实行精细化管理非常有必要,如短信通知,或电话提醒等,可有效提高这部分人的依从性。本研究内容与陈亚丽<sup>[11]</sup>;吴小静<sup>[12]</sup>研究相符:通过精细化管理,可以提高患者的疾病管理能力及就医依从性等。在此项目管理过程中发现,许多受试者对结核菌素试验知识掌握不足,和围查看期管理不到位,因此对这部分人群采取有效的健康宣教必不可少。门诊健康宣教是当今流行的健康宣教方式<sup>[13]</sup>。相较于其他健康宣教模式,门诊健康宣教具有健康宣教针对性强、效率高、易于开展、效果好、方式灵活等特点<sup>[14]</sup>。有文献报道<sup>[15-16]</sup>,健康宣教可以有效提高受试者的认知水平,就医依从性。从结核菌素试验项目实行 PDCA 管理后,适当地在该项目上增加了人力,保证了健康宣教的质量和围查看期的管理。

在此项目护理工作满意度研究中发现,干预组的效果也明显优于对照组 ( $P<0.05$ )。近年来,各大医院门诊都在推行“以患者为中心<sup>[17]</sup>”的护理模式,通过解决患者的所急所想等问题,切实提高患者的就医感受,有效地提高了受试者对此项目的护理工作满意度。

### 小结

对门急诊行结核菌素试验受试者进行 PDCA 干预措施,能有效地改善该项目的护理工质量,提高结核菌素受试者在时效内查看试验结果的比率,从而推动科室护理工作质量的提升。此项目的研究结果存在一定的局限性,首先此项目的开展是在院内进行,对于院外结核病普查人群管理缺少数据支撑。第二此项目为单中心研究,希望接下来能开展多中心的研究,为该项目人群管理提供参考依据。第三项目开展过程中,存在数据不够稳定,说明护理团队的协作会影响到项目的结果,不光要对项目人群管理,还要加强护理团队的管理与建设。

### 参考文献 (略)

# 耐药结核病患者延续护理管理的实践与挑战

刘晶晶

作者单位：太原市第四人民医院

**摘要：**本文旨在探讨耐药结核病患者延续护理管理的实践与挑战，并提出相应的改善建议。首先，本文对结核病及耐药结核病的现状进行了概述，阐明了延续护理管理的定义和重要性，并明确了研究的目的和意义。接着，通过文献综述，分析了耐药结核病的流行病学、延续护理管理的理论基础以及国内外的研究现状。在具体实践方面，本文详细介绍了延续护理管理的内容，包括医疗护理、心理护理、营养指导和社会支持等；探讨了延续护理管理的实施方法，如出院计划、社区护理和家庭护理；并提出了多学科团队协作模式和信息化管理模式。在挑战部分，本文分析了组织与管理、技术与操作、患者相关以及社会与经济等方面的难题。针对上述挑战，本文提出了多项改善建议，包括加强多学科协作、提升护理人员素质、利用信息技术、增强患者教育和支持以及争取政策和资源支持。最后，本文总结了研究发现，指出了研究的局限性，并对未来研究方向进行了展望。通过系统的分析和讨论，本文希望为提高耐药结核病人的延续护理管理水平提供理论和实践支持，从而提升患者的生活质量和治疗效果。

**关键词：**耐药结核病，延续护理管理，多学科协作

## 1 引言

### 1.1 研究背景

#### 结核病概述及耐药结核病的现状

结核病（Tuberculosis, TB）是一种由结核分枝杆菌引起的传染性疾病，主要通过空气传播，主要影响肺部，但也可以侵袭身体的其他部位。根据世界卫生组织（WHO）的数据，结核病仍然是全球范围内最致命的传染病之一，每年导致数百万人的感染和数十万人死亡<sup>[1]</sup>。尽管在控制和预防结核病方面取得了显著进展，但耐药结核病（Drug-resistant TB）的出现和蔓延对全球公共卫生构成了重大挑战<sup>[2]</sup>。

耐药结核病主要包括多药耐药结核病（MDR-TB）和广泛耐药结核病（XDR-TB）。MDR-TB 是指对至少异烟肼和利福平这两种一线抗结核药物耐药的结核病，而 XDR-TB 则是在 MDR-TB 基础上对任何氟喹诺酮类药物和至少一种注射用二线药物耐药<sup>[3]</sup>。这些耐药结核病的治疗周期长、成本高、效果差，且治疗过程中常伴有严重的副作用。耐药结核病的防控不仅需要有效的治疗方案，还需要系统的护理管理，以提高患者的治疗依从性和生活质量<sup>[4]</sup>。

#### 延续护理管理的定义和重要性

延续护理管理（Continuing Care Management）是指在患者出院后，通过系统的护理干预和管理，帮助患者恢复健康、预防疾病复发和促进生活质量的提升。对于耐药结核病患者，延续护理管理尤其重要。由于耐药结核病的治疗周期长达 18-24 个月，患者在治疗过程中需要持续的医疗、心理和社会支持<sup>[5]</sup>。延续护理管理不仅能提高患者的治疗依从性，降低治疗失败和复发的风险，还能减轻患者及其家庭的经济和心理负担。

### 1.2 研究目的和意义

#### 探讨耐药结核病患者延续护理管理的实践与挑战

本研究旨在系统地探讨耐药结核病患者延续护理管理的实践和面临的挑战。通过分析目前延续护理管理的现状和存在的问题，为改进护理管理模式提供科学依据。

#### 提出改善耐药结核病延续护理管理的建议

本研究还旨在提出切实可行的建议，以改进和优化耐药结核病人的延续护理管理模式，提高护理服务的质量和效率，进而提升患者的治疗效果和生活质量。

## 2 文献综述

### 2.1 耐药结核病的流行病学

耐药结核病的流行病学研究主要集中在耐药结核病的发病率、流行趋势和传播途径。通过分析全球和地区性的数据，了解耐药结核病的流行特点和变化趋势，为制定防控策略提供依据。

## 2.2 延续护理管理的理论基础

延续护理管理的理论基础包括护理学、医学和公共卫生学等多学科知识。延续护理管理强调以患者为中心，通过多学科团队协作，提供全面、连续和个性化的护理服务，促进患者的康复和生活质量的提高。

## 2.3 国内外耐药结核病延续护理管理的现状

目前，国内外对耐药结核病的延续护理管理逐步重视，但在实际操作中仍存在诸多问题。国内外的研究和实践表明，延续护理管理的模式和效果因地区和资源的不同而存在差异。对比分析国内外的延续护理管理经验，可以为我国的实践提供有益的借鉴<sup>[6]</sup>。

## 2.4 相关研究的进展和不足

尽管近年来在耐药结核病延续护理管理方面取得了一定的进展，但仍存在诸多不足。例如，护理资源不足、信息技术应用不充分、患者依从性低等问题依然存在。深入分析这些问题，有助于提出改进措施，推动延续护理管理的进一步发展。

通过以上各个方面的研究，本论文将系统地探讨耐药结核病患者延续护理管理的实践和挑战，并提出改进建议，以期为提高耐药结核病患者护理质量和生活质量提供理论和实践支持。

## 3 耐药结核病患者延续护理管理的实践

### 3.1 延续护理管理的内容

延续护理管理是指在患者出院后，通过系统的护理干预和管理，帮助患者恢复健康、预防疾病复发和促进生活质量的提升。对于耐药结核病患者，延续护理管理的内容主要包括以下几个方面：

**医疗护理：**定期监测患者的病情变化，调整治疗方案，确保患者按时服药，预防和处理药物副作用。同时，提供健康教育，增强患者对疾病的认知，提升自我管理能力和。

**心理护理：**耐药结核病患者在治疗过程中常面临较大的心理压力和焦虑情绪，心理护理尤为重要。护理人员应通过沟通和心理疏导，缓解患者的焦虑和抑郁情绪，提供必要的心理支持，帮助患者树立战胜疾病的信心。

**营养指导：**合理的营养是患者康复的重要保障。护理人员应根据患者的具体情况，制定个性化的营养指导方案，确保患者摄入足够的营养，增强身体抵抗力，促进病情恢复。

**社会支持：**耐药结核病患者在长期治疗过程中，往往需要家庭和社会的支持。护理人员应帮助患者建立良好的社会支持系统，动员家庭成员和社区力量，共同参与患者的护理和康复。

### 3.2 延续护理管理的实施

延续护理管理的实施需要系统的规划和多方协作。主要包括以下几个方面：

**出院计划：**在患者出院前，制定详细的出院计划，包括药物使用、复诊安排、注意事项等。确保患者和家属了解出院后的护理要求，并提供必要的培训和指导。

**社区护理：**社区护理是延续护理管理的重要组成部分。社区护理人员应定期随访患者，提供上门护理服务，监测患者的病情和生活状况，及时发现和解决问题。

**家庭护理：**家庭护理是延续护理管理的基础。护理人员应指导患者家属掌握基本的护理技能，提供必要的支持和帮助，确保患者在家庭环境中得到持续的护理和关爱。

### 3.3 延续护理管理的模式

延续护理管理的模式多种多样，主要包括以下几种：

**多学科团队协作模式：**由医生、护士、心理医生、营养师和社会工作者等组成多学科团队，共同为患者提供全面、连续和个性化的护理服务。

**信息化管理模式：**利用现代信息技术，如电子健康档案、远程医疗、健康管理平台等，实现患者信息的实时共享和管理，提高护理的效率和质量。

## 4 耐药结核病患者延续护理管理的挑战

#### 4.1 组织与管理挑战

**医院与社区衔接问题：**医院与社区之间的护理衔接常常不够顺畅，导致患者在出院后得不到持续的护理支持。需要加强医院与社区之间的沟通与合作，建立有效的转诊和随访机制。

**护理资源配置不足：**耐药结核病患者的延续护理管理需要大量的人力、物力和财力支持，然而实际操作中，护理资源配置常常不足，影响了护理服务的质量和效果。

#### 4.2 技术与操作挑战

**信息技术应用：**尽管信息技术在延续护理管理中具有重要作用，但实际应用中仍存在技术水平不高、设备不足、信息安全等问题，需要加强信息技术的应用和管理，提高信息化水平。

**护理技能培训：**耐药结核病患者的护理需求复杂多样，护理人员需要具备较高的专业技能和知识储备。然而，实际中护理人员的培训和继续教育往往不到位，需要加强护理技能培训，提高护理人员的专业素质。

#### 4.3 患者相关挑战

**治疗依从性：**耐药结核病的治疗周期长、药物副作用大，患者在长期治疗过程中容易出现依从性下降的问题。需要加强患者的健康教育和心理支持，提高患者的治疗依从性。

**心理健康问题：**耐药结核病患者在长期治疗过程中常面临较大的心理压力，容易出现焦虑、抑郁等心理健康问题。需要加强心理护理和支持，帮助患者克服心理障碍，提高生活质量。

#### 4.4 社会与经济挑战

**经济负担：**耐药结核病的治疗费用高昂，给患者及其家庭带来沉重的经济负担。需要通过政策支持和社会救助，减轻患者的经济压力，保障其能够接受持续的治疗和护理。

**社会支持不足：**耐药结核病患者在康复过程中需要家庭和社会的支持。然而，实际中患者往往缺乏足够的社会支持，影响其康复效果。需要加强社会动员，构建良好的社会支持体系，为患者提供全面的支持和帮助。

### 5 改善耐药结核病延续护理管理的建议

#### 5.1 加强多学科协作

##### 建立和完善多学科团队

多学科协作是耐药结核病延续护理管理的关键。通过建立和完善多学科团队，包括医生、护士、心理医生、营养师、社会工作者等，可以为患者提供全面、连续和个性化的护理服务。团队成员应定期召开会议，讨论患者的护理计划和进展，及时调整护理方案，提高护理效果。

#### 5.2 提升护理人员素质

##### 进行专业培训和技能提升

护理人员是延续护理管理的核心，其专业素质直接影响护理质量。应加强护理人员的专业培训和技能提升，通过定期开展培训课程和继续教育，提高护理人员的专业知识和操作技能。同时，注重护理人员的心理健康，提供必要的心理支持，帮助他们应对工作中的压力和挑战。

#### 5.3 利用信息技术

##### 开发和应用护理管理信息系统

信息技术在延续护理管理中具有重要作用。应开发和应用护理管理信息系统，实现患者信息的实时共享和管理，提高护理的效率和质量。通过电子健康档案、远程医疗、健康管理平台等技术手段，护理人员可以及时了解患者的病情变化，提供个性化的护理服务，增强患者的治疗依从性和满意度。

#### 5.4 增强患者教育和支持

##### 提供健康教育和心理支持

耐药结核病患者在长期治疗过程中需要持续的健康教育和心理支持。护理人员应通过健康教育，增强患者对疾病的认知，提升自我管理能力和。同时，提供必要的心理支持，帮助患者克服焦虑和抑郁情绪，树立战胜疾病的信心，提高生活质量。

#### 5.5 政策和资源支持

## 政府和社会组织的支持

政府和社会组织在耐药结核病的延续护理管理中起着重要作用。应制定和落实相关政策，提供资金和资源支持，减轻患者及其家庭的经济负担。通过社会动员，建立良好的社会支持体系，为患者提供全面的支持和帮助，促进其康复和社会融入。

## 6 结论

### 6.1 研究总结

本研究系统地探讨耐药结核病患者延续护理管理的实践与挑战，并提出了相应的改善建议。研究发现，耐药结核病人的延续护理管理在多学科协作、护理人员素质、信息技术应用、患者教育和支持、政策和资源支持等方面存在较多问题，需要进一步改进和优化。

### 6.2 研究的局限性

尽管本研究在探讨耐药结核病延续护理管理方面做出了努力，但仍存在一些局限性。首先，研究样本量较小，数据的代表性和普遍性有待提高。其次，研究方法单一，缺乏多元化的研究手段和视角。最后，研究结果的推广应用需要更多的实证研究和验证。

### 6.3 未来研究方向

未来研究应进一步扩大样本量，采用多元化的研究方法，深入探讨耐药结核病延续护理管理的实践与挑战。同时，应加强实证研究，验证改进措施的效果，为制定科学的护理管理策略提供依据。此外，关注新技术在护理管理中的应用，探索信息化、智能化护理管理模式，提高护理服务的质量和效率。

## 参考文献（略）

# 耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压豆干预 1 例颈部淋巴结结核伴失眠患者的护理体会

宫丽曼 杜桂春

作者单位：沈阳市第十人民医院（沈阳市胸科医院）

**摘要：**本文总结 1 例颈部淋巴结结核伴失眠患者的中医适宜护理技术应用和中医特色护理经验。在加强常规护理的基础上，运用中医辨证思维，针对患者证型实施辨证施护，通过实施耳部全息铜砭刮痧和耳穴压豆改善患者失眠症状。

**关键词：**颈部淋巴结结核；失眠；耳部刮痧；耳穴压豆；护理

颈部淋巴结结核是最常见的肺外结核，占淋巴系统结核的 80% ~90%<sup>[1]</sup>，因其易感染、化脓、破溃、迁延不愈等特点，导致其治疗较困难。耐药结核病是全球公共卫生面临的严峻挑战，其治疗周期长、费用高昂，给患者家庭带来沉重经济负担<sup>[2]</sup>，且病情迁延不愈，极易导致患者产生焦虑、抑郁情绪，引发失眠，进而影响患者的生活质量。失眠症是常见的睡眠障碍，主要症状表现为入睡困难（入睡潜伏期超过 30 min）、睡眠维持障碍（整夜觉醒次数>2 次）、早醒、睡眠质量下降和总睡眠时间减少（通常少于 6.5 h），同时伴有日间功能障碍。目前，治疗失眠的方法主要由口服安眠药、中医适宜技术。随着中医适宜技术的发展，且具有副作用小、成本低、疗效显著的优质，被广泛应用于临床。

耳部全息铜砭刮痧是在耳部全息理论和李氏虎符铜砭刮痧的基础上，使用与人体达到很好共振频率的黄铜制做的刮痧板作用于耳部相应穴位<sup>[3]</sup>，用“徐而和”的手法在耳部进行刮痧，通过调动人体的气血，引邪出表，发挥舒筋通络、活血化瘀、排除毒素等作用<sup>[4-5]</sup>，从而达到预防和治疗疾病的目的。耳穴压豆法是通过按压王不留行籽刺激耳廓穴位，产生疏通经络、调和气血作用，使机体恢复阴平阳秘，达到改善睡眠的目的。耳部刮痧联合耳穴压豆在改善睡眠障碍方面效果显著<sup>[6]</sup>，但其在结核病患者伴失眠中的应用相关

报道较少。本研究总结 1 例应用耳部刮痧联合耳穴压豆改善颈淋巴结结核伴失眠患者的护理体会，现报告如下。

## 1. 临床资料

### 1.1 一般资料

患者女，61 岁，以“咳嗽，乏力 10 余天”为主诉于 2024 年 5 月 28 日 11:34 步行入病房。患者 2021 年 4 月患颈部淋巴结结核，组织查 X-PERT，提示利福平耐药，结核性结节性红斑，因头晕、恶心不适，不能耐受而自行停药。半年前复发，于我院诊断双侧颈淋巴结结核、结核性结节性红斑，口服利奈唑胺、氯法齐明、左氧氟沙星、丙硫异烟胺、乙胺丁醇抗结核治疗，2 个月前因口服丙硫异烟胺头晕不适，停用，余治疗至今。入院诊断：中医诊断：肺癆可能性大（阴虚火旺）；瘰癧（阴虚火旺）。西医诊断：肺部阴影（肺结核可能性大）；双侧颈淋巴结结核；结核性结节性红斑；纵膈淋巴结增大性质待查；社区获得性肺炎；肺真菌感染；失眠。

查体：神志清醒，舌质红，苔薄黄，咽干口渴，腰膝酸软，睡眠差。右侧颈部见长约 5 厘米术后愈合瘢痕，右侧颈部可触及肿大淋巴结，质硬，直径 1 厘米，活动度尚可，无压痛，双肺少许湿罗音，双下肢见多个红色斑疹。

入院后中医治疗以“滋阴降火、软坚散结”为治疗原则；运用中医护理适宜技术--耳穴疗法对症治疗。治疗 9 天后，患者咳嗽咳痰明显减轻，睡眠良好，病情平稳，已于 2024 年 6 月 5 日出院。

## 2. 护理

### 2.1 护理评估

#### 2.1.1 失眠评估

采用匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI），评分范围为 0 分~21 分，分数越高，睡眠质量越差；总分 0 分~5 分，睡眠质量很好；6 分~10 分，睡眠质量还行；11 分~15 分，睡眠质量一般；16 分~21 分，睡眠质量很差。本例患者入院评分为 18 分。

#### 2.1.2 日常生活能力评定

采用 Barthel 指数评定表（MBI）评定患者日常生活能力，包括进食、大小便控制、如厕、穿衣、修饰、平地行走、洗澡、上下楼梯、床椅转移等方面，最高分 100 分，分数越高，表示生活质量越好。本例患者入院评分为 90 分。

#### 2.1.3 焦虑、抑郁评估

采用医院焦虑抑郁情绪测定量表（HAD 量表）评定患者焦虑抑郁情绪，共 14 项，A 代表焦虑，D 代表抑郁，每个项目均分为 4 级评分。总分为 0 分~7 分代表无抑郁或焦虑；总分 8 分~10 分代表可能或“临界”抑郁或焦虑；总分 11 分~20 分代表可能有明显抑郁或焦虑。本例患者入院评分：A 因子评分 14 分；D 因子得分 16 分。

### 2.2 护理诊断

根据患者的主诉及身体评估，针对该患者提出以下护理问题。护理诊断：

- （1）失眠 与肺阴亏虚、肝郁化火、药物副作用有关；
- （2）咳嗽咳痰 与肺阴亏损，肺失宣肃，肺气上逆有关；
- （3）焦虑 与久病不愈、失眠有关。

### 2.3 护理计划

根据护理评估结果，制定如下护理计划：采取睡眠护理、情志护理、辨证施善、用药指导、中医适宜护理技术等方式对患者进行综合护理干预。以达到患者焦虑抑郁状态减轻，睡眠时长增加，恢复正常睡眠的护理目标。

### 2.4 护理措施

#### 2.4.1 护理观察要点

观察睡眠的状况，如睡眠习惯、睡眠型态和失眠时间起始和终点，是间断性发作，还是持续性，以助辨病。观察护理与治疗效果，及时调整护理计划，采取相应的护理措施。注意观察是否饮用咖啡、浓茶等

刺激性饮料，并设法消除诱因。

#### 2.4.2 失眠护理

确保睡眠环境安静舒适；根据患者喜好，听轻音乐；嘱患者保持规律作息，适度锻炼身体，睡前 3h 内避免剧烈运动；指导患者无睡意不上床，不在床上看电视、玩手机；住院期间夜间进行各项护理操作时注意动作轻柔，不影响患者的睡眠。

教会一些简单的排除杂念、精神集中的办法，如安静坐下，身体放松全过程中用鼻腔深呼吸并留意呼吸的感觉，凝视某个点 2 分钟左右直到眼睛疲劳就闭上，在心绪平静后能安然入睡。

#### 2.4.3 情志护理

根据 HAD 量表护理评估结果，多与患者沟通，了解患者焦虑的根本原因，采用情志相胜疗法，“喜胜忧，思胜恐”，取得其信任，保持心情舒畅，帮助患者正确认识疾病，鼓励积极对待，解除其悲观、绝望、抑郁情绪，增强治疗信心。

#### 2.4.4 辨证施善

饮食宜清淡、易消化，宜进食益气养阴的食物，如冰糖雪梨、银耳枸杞百合粥等，指导患者睡前保持空腹或者吃一些助眠的食物，如牛奶、小米、核桃、蜂蜜等。晚餐不宜过激或过饱，睡前忌饮浓茶、咖啡等兴奋性的饮品。

该患者证型为阴虚火旺，宜多食滋阴降火之品，可多食新鲜蔬菜、水果，如银耳、百合、甲鱼、海参等，忌辛温香燥，易耗津伤液之品。

#### 2.4.5 用药指导

告知患者目前所应用药物的作用及主要不良反应，让患者有心理准备，提前应对，避免引起患者恐慌。遵医嘱定时定量服用各类药物，出现不良反应，立即与医务人员联系，放松心态。

#### 2.4.6 中医适宜护理技术

采用耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压豆的中医适宜护理技术。

根据患者症状、年龄及耐受性，选用适宜的手法和刺激强度进行刮痧。刮痧前告知患者在刮痧过程中耳朵会有发烫和痛感，刮痧后留有痧痕是正常现象以及相应注意事项，如感疼痛不能耐受，立即告知。

首先，在局部涂抹刮痧油循环按摩，打开耳部小周天及大周天，促进全身气血运行。现行基础刮痧，方法如下：

- (1) 正耳面—耳前—耳背—耳后方—后方至胸锁乳突肌。
- (2) 耳正面 自下而上、由外向内：耳廓—耳舟—耳甲腔—耳甲艇—三角窝。
- (3) 耳前 自上而下：耳门、听宫、听会（耳聋耳鸣、牙痛不适者重点刮）。
- (4) 耳背 自下而上、由外向内：耳垂背—耳轮背—耳轮、对耳轮后沟—对耳屏后沟—耳轮脚后沟。
- (5) 耳后及胸锁乳突肌 自上而下：从耳后开始刮，刮至胸锁乳突肌处。

基础刮痧后，辨证取穴重点刮痧是根据《耳穴治疗学》<sup>[7]</sup>的取穴原则结合中医辨证，重点为患者刮拭心、神门、枕、垂前、神经衰弱区、神经系统皮质下、催眠点、肝、肾、耳背心。耳部刮痧后，选择对侧耳部进行耳穴压豆。选取相应主穴或配穴，主穴选神门、心、神经系统皮质下、垂前、枕，配穴选穴肾、肝、神经衰弱区、催眠点。

治疗频次：每 2 天一次，双耳交替。耳部刮痧每次 20-25 分钟。耳穴压豆每日 3~5 次，早、中、晚每次 3~5 min，睡前一次可按压 15~20min。教会患者按压手法，使用拇指食指对压法进行按压或用食指点压法进行按压，以耳部有轻度酸胀痛感为宜，贴压期间如有不适及时告知护士。

### 3. 结果与随访

经过以上治疗后，对患者的治疗干预效果进行评价，结果如表 1 所示。经中医护理综合治疗，患者 PSQI 评分由治疗前 18 分到治疗后为 6 分，患者睡眠时长由治疗前 4h 增加到治疗后 7h，患者失眠明显好转。日常生活能力评分由治疗前 90 分到治疗后 100 分。HAD 评分由治疗前 A 因子评分 14 分、D 因子得分 16 分到治疗后 A 因子评分 7 分、D 因子得分 10 分，焦虑抑郁状态明显改善。

表 1: 治疗前后 PSQI 评分比较

| 评估项目   | 治疗前 | 治疗 5 次后 |
|--------|-----|---------|
| 睡眠质量   | 3   | 1       |
| 入睡时间   | 3   | 1       |
| 睡眠时间   | 3   | 1       |
| 睡眠效率   | 3   | 0       |
| 睡眠障碍   | 3   | 1       |
| 催眠药物   | 0   | 0       |
| 日间功能障碍 | 3   | 2       |
| 总分     | 18  | 6       |

患者出院 2 周后电话随访，患者失眠症状有所改善，每日自主入睡，睡眠时长 6 h~7 h。

#### 4. 讨论

颈淋巴结结核本身具有迁延不愈的特点，加之该患者组织查 X-PERT 提示利福平耐药，服用抗结核药物后出现严重不良反应而自行停药，无疑给治疗带来了极大的困难。久而久之该患者逐渐产生焦虑、抑郁等不良情绪，导致患者在住院期间伴有明显的失眠症状<sup>[8]</sup>。据研究显示，喹诺酮类药物能够引起的头痛、失眠、情绪反常等不良反应<sup>[9]</sup>，加之患者对疾病预后、治疗费用的担忧等因素影响，可引起负性情绪继而导致失眠。对此类患者的护理重点除了督促患者严格遵医嘱用药外，早期还应重视对负性情绪和失眠的干预，以减轻患者的身心痛苦，提高其治疗依从性、保障药物治疗效果。但常规的护理措施、健康教育、饮食指导等护理干预方法并未能获得满意的疗效，对其预后产生不利影响<sup>[10]</sup>。

失眠，属于中医“不寐”范畴。“不寐”在《内经》称为“不得卧”、“目不瞑”，认为是邪气客于脏腑，卫气行于阳，不能入阴所得。不寐多因肾阴耗伤，水火不济，心阳独亢，而神明失主所致；或因思虑太过伤及心脾，则心血耗伤，化源不足，血虚则无以养心；亦有情志所伤，肝失调达，气机不畅，郁而化火，心火上炎，扰动心神，神不安所致。中医古籍《灵枢·口问篇》认为：“耳者，宗脉之所聚也”。《灵枢·邪气脏腑病形》曰“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”；清代《厘正按摩要术》察耳篇曰：“耳虽为肾窍，而五脏所结”。由此可见，耳与全身经络及五脏六腑都有着密切的关系。

据研究显示，耳部刮痧联合耳穴压豆的临床有效率优于耳部刮痧<sup>[11]</sup>、优于耳穴压豆<sup>[12]</sup>。耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压豆法在疼痛、失眠、眩晕等多种疾病的治疗中应用广泛，其治疗效果已逐步得到临床认可<sup>[13-15]</sup>。耳部刮痧所用的铜砭与人体具有较好的共振频率，并且导热速度较快，对相应穴位进行刮痧，能够使穴位皮肤与入脉气温升高，化解脉里瘀结，可以将气通达至更深的部位，使气通达脏腑。有研究认为，在进行铜砭刮痧过程中，能够充分刺激患者神经系统，促进微循环，缓解疲劳，对失眠的解除有显著的效果<sup>[16]</sup>。

本病例通过耳部全息铜砭刮痧联合耳穴压豆改善患者失眠效果显著，此方法简单易行，痛苦小，经济负担低，而且疗效稳定、见效快、安全性高、未见毒副作用，易于患者接受，值得临床参考应用。

参考文献（略）

## 结核患者的个体饮食指导结合动态性护理效果及对 PG-SGA 的影响

张娟

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心

**【摘要】目的：**探究个体饮食指导+动态性护理对结核病患者主观整体营养状况评估表（Patient-Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA）的影响。**方法：**选取 2023 年 1-12 月我院 1484 例肺结核患者，随机分为参照组、试验组，各 742 例；予以参照组常规饮食指导，予以试验组个体饮食指导+动态

性护理；观察两组 PG-SGA 评分、营养分级状况。**结果：**护理前 PG-SGA 评分观察分析，较为相近( $P>0.05$ )；护理后观察分析，试验组 PG-SGA 评分相较对照组低，有统计学意义 ( $P<0.05$ )。护理前两组 PG-SGA 营养分级相近 ( $P>0.05$ )；经护理，试验组营养不良比例较对照组低，营养不良程度较对照组轻，有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论：**予以肺结核患者个体饮食指导+动态性护理，能够促进营养状况改善，减少营养不良的发生，效果明显。

**【关键词】：**肺结核；个体饮食指导；动态性护理；主观整体营养状况评估表

肺结核是全球高发慢性传染性疾病，2021 年全球新发患者 1060 万，而我国是全球三大肺结核高负担国家之一（仅次于印尼、印度）<sup>[1]</sup>。抗结核治疗期间，患者容易发生营养不良问题，对患者予以饮食营养干预十分必要。常规护理模式下，强调对肺结核患者予以饮食营养宣教，而缺乏日常饮食营养指导，患者的饮食管理更多依靠自身，营养不良发生率高。个体饮食指导，强调基于每位患者营养状况予以个性化饮食指导，以充分满足不同患者营养需求<sup>[2]</sup>；动态性护理强调护理不是一成不变的，注重基于患者实际变化情况提供灵活、动态护理服务<sup>[3]</sup>。在动态性护理模式下，为患者提供个体化饮食指导，能够在适应患者个性化营养需求同时，兼顾患者护理需求变化，适时调整护理方案，但目前欠缺该方案在肺结核护理中的应用效果研究。因此本研究以我院肺结核患者为例，展开随机对照研究，探究个体饮食指导+动态性护理对结核病患者营养状况的影响。

## 资料和方法

### 一、资料来源

1.研究对象：本研究共纳入 1484 例研究对象，均为 2023 年 1-12 月期间在我院接受治疗的肺结核患者。以 Excel 随机数生成器分为参照组、试验组， $n=742$  例。参照组：389 例男，353 例女；25-73 岁，平均 ( $56.72\pm 7.33$ ) 岁；病程 2-11 年，平均 ( $6.15\pm 1.31$ ) 年。试验组：369 例男，373 例女；23-74 岁，平均 ( $57.13\pm 7.02$ ) 岁；病程 2-13 年，平均 ( $6.09\pm 1.35$ ) 年。两组上述基线数据相仿，( $P>0.05$ )，具有研究可比基础。

2.入组标准：(1) 痰结核菌培养阳性，影像学检查确诊肺结核<sup>[4]</sup>；(2) 处于疾病巩固治疗阶段；(3) 年龄  $>18$  岁，且  $<75$  岁；(4) 接受 FDC-2HRZE/4HR 抗结核治疗；(5) 对研究内容知情，自愿参与本研究。

3.排除标准：(1) 有重要脏器功能障碍（心、肝、肾等），或恶性肿瘤；(2) 合并有免疫缺陷；(3) 有糖尿病等自身代谢异常疾病，或感染性疾病；(4) 合并其他呼吸系统疾病；(5) 不耐受抗结核治疗；(6) 有精神疾病、认知障碍，或依从性差。

### 二、护理方法

1.参照组：予以患者常规饮食指导。予以常规宣教，在肺结核疾病讲解基础上，讲解保持良好应用状况对于控制肺结核的重要意义，讲解肺结核饮食注意事项；叮嘱患者戒烟戒酒、忌食辛辣，控制液体摄入量，保证饮食营养均衡，增加优质蛋白、维生素的摄入量，适当补充钙、磷等营养素；不为患者制定饮食方案，患者根据自身偏好摄食。护理 3 个月。

2.试验组：予以患者个体饮食指导+动态性护理，见图 1 所示。(1) 动态性护理：①构建饮食指导小组：由 1 名传染科主任、4 名营养师、4 名护士长、20 名责任护士组成。科室主任负责为营养评估提供支持；营养师负责应用主观整体营养状况评估表 (PG-SGA) 与患者共同评估个体营养状况；护士长负责协调小组行动、组织制定个体化饮食指导方案；责任护士负责落实干预方案。②动态营养状态评估：患者入院后，基于 PG-SGA 制定个体化饮食指导干预方案，此后每月重新评估一次，基于患者营养状况评估结果动态调整饮食指导方案；并动态评估患者营养不良症状，予以针对性处理，对于胃肠道症状，适当应用止吐药、止泻药；口腔溃疡者，予以维生素 B12、庆大霉素漱口液漱口；对于厌食者，根据患者营养状况、饮食偏好制定饮食方案。③动态需求管理：每月与患者深入谈话，了解患者的护理需求，与患者共同制定饮食营养干预方案；根据患者认知及需求状况予以健康宣教，让患者充分了解当前自身营养状况、进行营养饮食调整的重要性，提升患者依从性。④动态空间管理：根据患者所处环境（医院、家庭）予以动态饮食监督和引导，在医院阶段由护理人员不定期抽查、指导；出院后，通过微信互动了解患者饮食状况，予以

饮食指导。(2) 个体饮食指导：基于 PG-SGA 调查结果，评价每位患者营养状况，针对性制定饮食指导方案。①营养良好者，予以营养监测，进行营养宣教，根据患者偏好予以均衡饮食指导，蛋白质、脂肪、糖类能量占比 12%-15%、25%-35%、50%，控制液体摄入量 (<2000mL)。②轻度营养不良者，在营养宣教、均衡饮食方案基础上，补充微量营养素，制定微量营养素辅食方案（包括钙、铁、磷、叶酸、其他维生素、矿物质）。③中度营养不良者，在营养宣教、均衡饮食、补充营养素基础上，参照《结核病重症患者营养评估及营养支持治疗专家共识》<sup>[5]</sup>，予以营养治疗，口服通用型营养剂。④重度营养不良者，在营养宣教、提供营养丰富饮食、口服营养剂基础上，予以全肠内营养支持，或联合肠外营养支持。护理 3 个月。

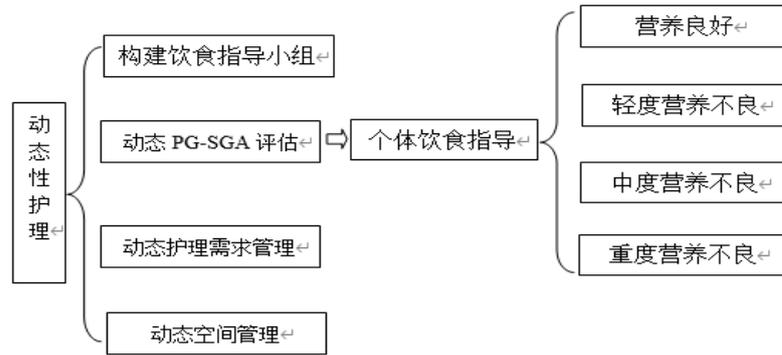


图 1 个体饮食指导+动态性护理方案

### 三、观察指标

1.PG-SGA 评分：护理前（入组时）、护理后（3 个月后），应用主观整体营养状况评估表（PG-SGA）评价个体营养情况，该量表包含自我评价 4 项（体重状况、摄食情况、症状、活动及身体功能）、医务人员评价 3 项（合并疾病、应激、体格检查），计算总分。

2.PG-SGA 营养分级：护理前（入组时）、护理后（3 个月后），基于 PG-SGA 进行营养分级，营养良好及轻度、中度、重度营养不良评分范围依次是 0-1 分、2-3 分、4-8 分、≥9 分。

### 四、质量控制

于研究各环节予以质量控制：（1）基于以往资料、本次研究目的及意义，制定病例纳入、排除标准，规范对象选取。（2）将两组患者安置在两个病区，分区护理，避免沾染；并在干预过程中进行质量控制。（3）三次核对数据，双份录入，SPSS 26.0 统计分析。

### 五、统计学方法

本研究中数据分析应用 SPSS 26.0 系统，PG-SGA 评分计量资料， $(\bar{x} \pm s)$  描述，比较用  $t$  检验；PG-SGA 营养分级计数资料，“ $n$  (%)”描述，比较用  $z$  检验； $P < 0.05$  有统计学意义。

## 结果

### 一、PG-SGA 评分观察

护理前 PG-SGA 评分观察分析，组间较为相近 ( $P > 0.05$ )；护理后观察分析，试验组 PG-SGA 评分状况相较参照组低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 两组 PG-SGA 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

| 组别             | 护理前         | 护理后         |
|----------------|-------------|-------------|
| 参照组( $n=742$ ) | 8.61 ± 1.23 | 4.14 ± 1.05 |
| 试验组( $n=742$ ) | 8.65 ± 1.19 | 2.63 ± 0.67 |
| $t$            | 0.637       | 33.023      |
| $P$            | 0.524       | 0.001       |

### 二、PG-SGA 营养分级观察

护理前两组营养分级无统计学差异 ( $P > 0.05$ )；经护理，两组营养分级均有改善，但营养不良比例较参照组低，营养不良程度较参照组轻，有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组 PG-SGA 营养分级对比[n (%) ]

| 组别             | 护理前       |            |            |            | 营养良好       | 护理后        |            |            |
|----------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                | 营养良好      | 轻度营养不良     | 中度营养不良     | 重度营养不良     |            | 轻度营养不良     | 中度营养不良     | 重度营养不良     |
| 参照组<br>(n=742) | 76(10.24) | 163(21.97) | 299(40.30) | 204(27.49) | 148(19.95) | 250(33.69) | 198(26.68) | 146(19.68) |
| 试验组<br>(n=742) | 74(9.97)  | 169(22.78) | 302(40.70) | 197(26.55) | 247(33.29) | 261(35.18) | 145(19.54) | 89(11.99)  |
| <i>z</i>       |           |            | 0.272      |            |            |            | 47.065     |            |
| <i>P</i>       |           |            | 0.965      |            |            |            | 0.001      |            |

## 讨论

饮食指导是肺结核治疗期间的必要护理内容，有效的饮食指导能够使患者具备良好营养状况，对于保证抗结核治疗的顺利开展具有积极意义。但常规饮食指导作用效果欠佳，本研究显示个体饮食指导+动态性护理效果显著，有望优化肺结核饮食指导，具体分析如下：

研究结果显示，试验组患者护理后 PG-SGA 评分较参照组低，而且 PG-SGA 营养分级也优于参照组。该研究结果与许萌等<sup>[6]</sup>研究较为相近，表明动态性护理联合个体饮食指导更有助于改善肺结核患者营养状况，降低营养不良风险。这与个体化饮食指导、动态性护理优势叠加有关。基于 PG-SGA 的个体饮食指导，是基于患者营养状况评估的针对性饮食营养干预策略，其主要优势在于可以立足于患者的营养风险制定差异化饮食指导方案，通过 PG-SGA 评估了解患者营养不良阶段，分析实际营养需求，针对性制定不同营养干预策略，以精确改善患者营养状况，而且能够避免不必要的营养支持，全面提升每位患者的营养状况。动态性护理将肺结核患者营养状况视为一个不断动态变化的过程，通过持续动态评估及时调整饮食指导方案，以充分适应每位患者不同时期的营养护理需要。动态性护理联合个体饮食是一种时空与个体化需求相结合的护理方案。时间维度上，能够充分考虑病情变化、不同治疗阶段下患者的饮食营养需求不断变化，使饮食指导随着不同阶段营养需求变化而发展变化，保证全程饮食指导的有效性。空间维度，充分考虑患者所处环境，医院或家庭，基于变化调整饮食指导方案，使饮食指导具有良好适应性，保证不同环境下饮食营养干预的有效性。个体化方面，此种新型护理方案充分考虑患者营养状况、饮食偏好，基于患者独特性制定饮食指导方案，契合不同患者的营养需求。相比之下，常规饮食指导方案僵化，缺乏适应性，既无法满足不同患者营养需求，也不同适应患者不同阶段营养需求的动态变化，对于患者营养状况的改善作用有限。因此，动态性护理联合个体饮食指导下，肺结核患者的 PG-SGA 营养状况良好。

综上，对肺结核患者应用个体饮食指导+动态性护理效果显著，能够促进患者营养状况改善，降低营养不良发生率或减轻营养不良程度，有推广使用价值。

## 参考文献（略）

# 循证护理应用于危重结核病护理中的临床实施效果

明亚文

作者单位：贵阳市公共卫生救治中心

**【摘要】目的：**观察循证护理应用于危重结核病护理中的具体效果。**方法：**选择我科室 2024 年 1 月-2024 年 6 月收治的 281 名危重结核病患者，应用随机数字法分为对照组与实验组，每组 281 名患者。分别给予两组患者常规护理和循证护理，对比两组患者的实际护理效果。**结果：**实验组患者的护理满意率为 97.56%，高于对照组；实验组焦虑与抑郁评分分别为（38.16±4.12）分和（39.16±3.54）分，低于对照组；实验组患者发热消退时间与排痰困难改善时间分别为（1.21±0.36）天和（1.98±0.62）天，短于对照组，*P* 均小于 0.05。**结论：**循证护理在危重结核病护理中的效果良好，其在提升患者护理满意度，降低患者教育与

抑郁情绪，加速其发热消退与排痰困难改善上具有明显优势，这一护理方法也可以在临床上进一步推广。

### 【关键词】循证护理；危重结核病；护理满意率；发热；排痰

结核病是一种常见的呼吸系统慢性传染疾病，该病具有一定潜伏期，结核病菌感染是主要致病因素，结核病菌入侵肺部便会导致肺结核的产生<sup>[1]</sup>。结核病菌同时也容易侵犯淋巴和脑膜，且具有一定传染性。结核病治疗的不及时容易导致病情加重，从而形成危重结核病，患者通常会伴有咯血等严重症状，疾病的进一步发展甚至会危及患者生命安全。危重结核病的治疗和护理均十分重要，循证护理作为一种科学性高的护理形式可以应用到危重结核病的护理中<sup>[2]</sup>。本次研究中将本科室 2024 年 1 月-2024 年 6 月收治的 281 名危重结核病患者作为研究对象，现就循证护理应用状况做如下报告：

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

应用随机数字法将 281 名患者均分为对照组和实验组，两组患者一般资料如表 1。

表 1 两组患者一般资料

| 组别         | 年龄范围（岁） | 平均年龄（岁）  | BMI（kg/m <sup>2</sup> ） | 男女比例  |
|------------|---------|----------|-------------------------|-------|
| 对照组（n=141） | 39-68   | 51.4±6.6 | 21.3±0.5                | 79:62 |
| 实验组（n=140） | 40-66   | 51.9±6.1 | 20.9±0.6                | 73:67 |

患者均无其它严重慢性疾病，两组患者一般资料并无显著差异， $P>0.05$ 。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组患者护理方法

为对照组患者进行常规护理，入院时帮助患者熟悉院区和病房环境，对患者生命体征进行监控。做好病房环境护理，定期开窗通风。严格且细致地进行用药护理，给予患者饮食层面的指导。

#### 1.2.2 实验组患者护理方法

基于循证护理对实验组患者进行护理，成立医师和护士组成的循证护理小组，专项负责患者的循证护理，具体的护理措施主要如下：

##### 1.2.2.1 发现护理问题并寻找循证支持

对患者个体临床资料进行具体分析，结合患者实际定位护理问题，问题导向下制定完整的护理计划。结合患者病情检索相关文献资料，对成熟的护理经验进行解读，并邀请经验丰富的护理人员提供一定护理指导，为循证护理的有效进行提供支持。

##### 1.2.2.2 病房消毒

定期对患者所处的病房进行消毒，指派专人负责病房的通风管理，每日消毒通风后做好详细记录。医护人员进出病房做好相应防护，严格执行无菌操作避免感染。

##### 1.2.2.3 心理护理

对患者心理状态进行评估，向患者讲解危重结核病可治愈的特点，提振患者对抗疾病的信心，提升其在治疗与合理中的依从性<sup>[3]</sup>。与患者进行交流时关注患者情绪上的变化，结合其情绪、心理层面的变化给予其情感上的鼓励与心理上的支持。同时，与患者家属进行沟通，引导患者家属给予患者必要的情感安慰，减轻患者心理负担，使患者在治疗期间能够保持相对积极的心理状态，避免患者心理负担过重影响到正常治疗。

##### 1.2.2.4 发热护理

发热是危重结核病患者发病期间的一个常见症状，长时间发热容易导致患者中枢神经受损，甚至导致患者陷入昏迷状态中。护理人员每日需定期测量患者体温，患者体温高于正常水平时借助冰袋为患者进行物理降温，对于中枢神经发热的患者则要基于具体药物进行降温。值得注意的是，不同患者的发热原因与发热程度并不相同，循证护理下的发热护理需要以精准定位发热原因为基础，并结合患者个体差异确定出不同的发热护理方案，患者体温异常时需及时上报医师。

##### 1.2.2.5 排痰护理

危重结核病患者通常伴有一定的咳嗽，肺部受结核病菌感染容易导致呼吸道内产生痰液，大部分患者排痰困难，护理人员需要评估患者排痰困难状况，通过轻拍后背的方式帮助患者排痰<sup>[4]</sup>。部分患者排痰上的困难程度较高，护理人员需借助雾化机辅助患者排痰。同时，护理人员应指导患者每日保持充足的饮水量，向患者示范正确的咳嗽方式以更好排出痰液。患者排痰后护理人员需对患者口腔进行清理，清理患者口腔内的分泌物。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 护理满意率

基于本院制作的护理满意度问卷进行问卷调查，汇总问卷数据并计算分数。85 分以上为非常满意。60 分-84 分为一般满意，60 分以下为不满意。 $(\text{非常满意例数} + \text{一般满意例数}) / \text{每组例数} \times 100\% = \text{护理满意率}$ 。

#### 1.3.2 焦虑与抑郁评分

基于 SAS 和 SDS 评分表进行患者焦虑与抑郁状况的评分，分数越高表明患者焦虑与抑郁情况越严重。

#### 1.3.2 发热消退时间与排痰困难改善时间

患者出现发热与排痰困难时给予护理并记录发热消退与排痰困难改善时间，时间越短表明护理效果越良好。

### 1.4 统计学分析

基于 SPSS22.0 统计学软件，计量资料 ( $\bar{x} \pm s$ ) 数据处理中采用 t 检验，计数资料 (n/%) 采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  代表具有统计学意义。

## 2. 结果

### 2.1 护理满意率分析

循证护理实施后实验组患者的护理满意率为 88.65%，高于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 2。

表 2 两组患者的护理满意率对比 n (%)

| 组别          | 非常满意        | 一般满意       | 不满意        | 有效率        |
|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| 实验组 (n=141) | 112 (79.43) | 13 (9.22)  | 16 (11.35) | 40 (88.65) |
| 对照组 (n=140) | 74 (52.86)  | 27 (19.29) | 29 (27.85) | 33 (72.15) |
| $\chi^2$    | -           | -          | -          | 4.583      |
| P           | -           | -          | -          | 0.032      |

### 2.2 两者患者焦虑与抑郁状况

循证护理实施后实验组患者的 SAS 和 SDS 评分分别为 (38.16±4.12) 分和 (39.16±3.54) 分，两项评分均低于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 3。

表 3 两组患者的焦虑与抑郁状况对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别          | SAS        | SDS        |
|-------------|------------|------------|
| 实验组 (n=141) | 38.16±4.12 | 39.16±3.54 |
| 对照组 (n=140) | 50.16±4.63 | 51.25±3.91 |
| t           | 22.955     | 27.175     |
| p           | 0.000      | 0.000      |

### 2.3 两者患者发热消退与排痰困难改善时间

循证护理实施后实验组患者发热消退时间为 (1.21±0.36) 天，排痰困难改善时间为 (1.98±0.62) 天，两项指标均短于对照组， $P < 0.05$ ，详见表 4。

表 4 两组患者的发热消退时间与排痰困难改善时间 ( $\bar{x} \pm s$ , 天)

| 组别          | 发热消退时间    | 排痰困难改善时间  |
|-------------|-----------|-----------|
| 实验组 (n=141) | 1.21±0.36 | 1.98±0.62 |
| 对照组 (n=140) | 1.88±0.43 | 2.67±0.76 |
| t           | 14.166    | 8.342     |
| p           | 0.000     | 0.000     |

### 3.讨论

危重结核患者的主要临床症状为乏力、咯血、呼吸困难等，结核病菌具有一定传染性，且可以通过呼吸道传播。危重结核患者的生命安全容易受到威胁，诸如咯血、呼吸困难等症状长时间存在时，患者的生命安全易受到威胁。

循证护理的理论基础十分坚实，与传统护理相比，循证护理更为注重护理精准度的提升，同时也会充分考量患者的个体差异<sup>[5]</sup>。发现护理问题并寻找循证支持能够为各项护理活动的有效开展奠定基础，这也是确保护理措施选用充分结合危重结核病患者个体实际的重要条件<sup>[6]</sup>。结核病菌具有一定传染性，病房内进行细致消毒是避免交叉感染的有效途径。心理护理的进行可以帮助患者保持相对积极的心理状态，这对于加速患者康复有很大帮助。发热护理与排痰护理则针对患者临床症状进行的护理，其对于控制病情，加速患者康复也有重要意义<sup>[7]</sup>。循证护理不仅倡导充分结合危重结核病患者个体实际进行护理，其也十分看重护理的全面性和系统性，与传统护理相比，全面性高、系统性强也是循证护理的具体优势。但循证护理更为复杂，这也对护理人员提出了一定要求，并需要成立循证护理小组为患者提供高质量的护理服务<sup>[8]</sup>。

本次研究结果表明，循证护理实施后实验组患者的护理满意率为 97.56%，明显高于对照组。此外，实验组患者的焦虑与抑郁程度较低，其发热消退时间与排痰困难改善时间明显更短，P 均小于 0.05。

综上所述，循证护理可以应用到危重结核患者的护理中，且可以发挥出较为良好的效果。循证护理在提升患者护理满意度，降低患者教育与抑郁情绪，加速其发热消退与排痰困难改善上具有明显优势，这一护理方法也可以在临床上进一步推广。

参考文献（略）

## 以同理心为重点的电话随访干预对耐药结核病患者孤独感、抑郁及焦虑的影响

谢芳晖<sup>1</sup>，赵霞<sup>2</sup>，万彬<sup>2</sup>，姚蓉<sup>1</sup>

作者单位：成都市公共卫生临床医疗

**[摘要]** **目的** 探讨以同理心为重点的电话随访干预对耐药结核病患者孤独感、抑郁及焦虑的影响，为改善患者心理健康提供依据。**方法** 采用自身前后对照设计，便利选取 2022 年 1 月~12 月在成都市某传染病医院门诊治疗的耐药结核病患者 74 例为研究对象。对患者实施 12 周的以同理心为重点的电话随访干预，使用孤独感量表（University of California at Los Angeles-Loneliness Scale, UCLA-LS）第三版、汉密尔顿焦虑量表（Hamilton Anxiety Scale, HAMA）、抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）、匹兹堡睡眠质量指数量表（The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）和中文版 Morisky 服药依从性量表（Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8）评估干预前后患者的孤独感、焦虑、抑郁和服药依从性。**结果** 与干预前相比，UCLA 量表得分由（47.230±10.141）分降至（40.230±12.758）分、HAMA 量表得分由（14.730±8.854）分降至（12.061±7.337）分、SDS 量表得分由（50.473±9.334）分降至（34.850±9.058）分及 PSQI 量表由（7.747±0.682）分降至（4.199±1.441）分，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 以同理心为重点的电话随访可改善耐药结核病患者孤独感、抑郁、焦虑及睡眠质量，同时维持患者服药依从性良好。

**[关键词]** 耐药结核病；电话随访；同理心；不良心理；睡眠；服药依从性

耐药结核病具有治疗周期长、医疗费用高、药物毒性大且治愈仅 60%等特点，加上耐药结核病患者受污名化、歧视和经济拮据等应激源影响，易发生心理健康问题。不良心理可增加失访率、治疗失败和耐药性风险，造成患病率和死亡率增加<sup>[1]</sup>。其中报告最多的是抑郁（45.6%）和焦虑（43.5%）<sup>[2-3]</sup>。另外，由于

呼吸道传染病的特殊性，患者被迫隔离治疗，易增加社交回避和社会疏离感，导致其产生孤独感。孤独感为个体对社会关系的渴望和实际交往水平之间的感知差异所产生的心理感受<sup>[4]</sup>。它与慢性病的发生和发展密切相关，也是焦虑、抑郁、糖尿病及高血压等增加的危险因素，严重的孤独感还可损伤免疫、神经系统<sup>[5-6]</sup>。WHO 终结结核病战略（2015~2035 年）明确要求将心理健康和结核病治疗相结合，可是目前这方面的指导有限<sup>[7]</sup>。耐药结核病患者以居家治疗为主，医疗保健人员为其提供远程随访服务可增加患者获得医疗、护理帮助，对其自我健康管理具有积极作用。但在远程随访过程中，随访内容普遍单调，且医护人员很少干预患者心理健康。同理心是一种理解患者处境、观点、感受和行动的能力，基于患者感知的一种帮助或治疗的方式，心理学称其为“共情”。它被称为是一种压力缓冲器，可改善患者心理健康<sup>[8]</sup>。为明确以同理心为重点的电话随访对耐药结核病患者孤独感、焦虑及抑郁心理的影响，本研究以成都市某传染病医院患者为对象展开研究，报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

采用便利抽样法，选取成都市某传染病医院 2022 年 1 月~12 月门诊治疗的耐药结核病患者为研究对象。纳入标准：①表型或分子药敏检测为至少对利福平耐药的肺结核患者，18 周岁≤年龄≤65 周岁；②全口服化学治疗方案，且耐药结核病治疗≥1 周；③神志清醒，交流正常，听力正常，配合随访。排除标准：①合并严重的心血管、肝脏、肾脏、神经系统、血液系统等疾病以及合并肿瘤性疾病，病变广泛伴呼吸功能不全；②有精神病史、人格障碍史、认知障碍、脑部器质疾病的患者；③正在接受心理治疗、处于疾病的姑息阶段、恶性疾病者。本研究已通过医院伦理委员会审批（伦审 PJ-K2021-27-01 号），研究对象均知情同意且自愿参加本研究。

### 1.2 研究方法

采用自身前后对照实验设计，在患者常规随访上，随访护士对研究对象增加以同理心为重点的电话随访护理服务，分为 4 个阶段，3 次/阶段，1 次/周，30 分钟/次，连续 12 次为 1 疗程，共 12 周，具体做法如下。

1.2.1 干预前 设置随访护士准入标准（职称为主管护师及以上、学历为本科学历、耐药结核病护理经验 5 年以上及具备良好医德）。患者纳入后第 1 天，研究者联系患者，让其熟悉本实验，充分告知患者实验实施过程，通过微信或电子邮件的方式给患者发放实验所需的电子版健康教育资料、正念训练、渐进性肌肉放松和呼吸放松练习音频，并收集相关资料。同时，将研究者办公电话号码提供给患者，以便他们需要帮助时联系。

1.2.2 干预中 研究对象被告知后，随访护士在工作时间为其进行以同理心为重点的电话随访干预。干预内容基于同情聚焦疗法理论<sup>[12]</sup>和《耐多药结核病患者关怀服务操作手册》<sup>[13]</sup>，见表 1。每次电话随访时，随访护士以提问式的方法引导患者说出患病后的感受，了解患者的身心健康需求及服药情况，结合疾病及患者特征提供个性化的健康教育指导。第一阶段建立良好的护患关系，使患者理解同情心；帮助患者构建新的自我认知。第二阶段中，随访护士以简单易懂的指导语指导患者呼吸练习，指导患者根据音频进行正念冥想及渐进性肌肉放松训练。第三阶段训练同情心技能。第四阶段根据患者列举的各种挑战，为患者提供相应的护理支持。

1.2.3 干预后 干预 12 周末收集相关资料。

表 1 耐药结核病患者以同理心为重点的电话随访内容摘要

| 阶段   | 内容   |
|------|--|
| 第一阶段 | 建立良好的护患关系，使患者理解同情心；了解患者的身心健康需求，结合疾病及患者特征提供个性化的健康教育指导；帮助患者构建新的自我认知。 |
| 第二阶段 | 正念冥想、渐进性肌肉放松和呼吸放松练习  |
| 第三阶段 | 理解同情的内涵；反思培养同情心的价值和困难；产生对自己、对他人同情行为的想法；讨论同情心的潜在障碍。                 |
| 第四阶段 | 接受疾病给身心健康及生活带来的困扰，并列岀面临的挑战。  |

### 1.3 评价指标及资料收集方法

评价主要指标包括孤独感、焦虑和抑郁量表得分，次要指标为服药依从性和睡眠质量量表得分。

1.3.1 孤独感 采用 UCLA 孤独感量表 (University of California at Los Angeles-Loneliness Scale, UCLA-LS) 评估孤独感程度。该表于 1978 年由 Russell 等人编制而成，于 1988 年修订的第三版量表应用最广泛，为单维结构，共 20 个条目，采用 Likert 4 级评分法，1~4 分分别表示“从不”、“很少”、“有时”、“一直”，其中 9 个条目 (1、5、6、9、10、15、16、19、20) 采用反向计分，其余 11 个条目为正向计分，得分范围在 20~80 分，分数越高代表孤独程度越重。中文版 UCLA 孤独感量表具有良好的信效度，Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.887<sup>[14]</sup>。

1.3.2 焦虑 汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA) 由 Hamilton 于 1959 年编制，是国际上通用的焦虑他评量表，包括焦虑心境、紧张、害怕、失眠、认知功能、抑郁心境及肌肉、感觉、心血管、呼吸、胃肠道、生殖泌尿、自主神经等七大系统症状和会谈时行为表现共 14 项，每项评分 0~4 分 5 个等级。该量表总分 <7 分为正常；8~14 分为轻度焦虑；21~28 分为中度焦虑；≥29 分为严重焦虑<sup>[15]</sup>。

1.3.3 抑郁 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS)，该量表由 Zung<sup>[16]</sup>于 1965 年编制，中文版由舒良<sup>[17]</sup>修订，用于评估患者最近 1 周的抑郁状态。该量表共包含 20 个条目，其中 10 个条目为反向计分，采用 4 级评分制，各项目评分之和为总粗分，总粗分乘以 1.25 后的整数部分为标准分；其抑郁分界值为 53 分，得分 <53 分无抑郁，53~62 分为轻度抑郁，63~72 分为中度抑郁，>72 分为重度抑郁。

1.3.4 睡眠质量 采用匹兹堡睡眠质量指数量表 (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 进行评价，该量表由 Buysse 等<sup>[18]</sup>于 1989 年编制而成，后经刘贤臣等<sup>[19]</sup>汉化，主要用于评价调查对象过去 1 个月内睡眠质量情况。该量表由睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及日间功能损害 7 个维度构成，共 18 个自评条目，总分为 0~21 分，分值越高说明睡眠质量越差。中文版 PSQI 各维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.842~0.852。

1.3.5 服药依从性 采用中文版 Morisky 服药依从性量表 (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8) 进行评价，该表由 MORISKY 等<sup>[20]</sup>编制，中文版由司在霞等<sup>[21]</sup>翻译修订。条目 1~7，回答“是”计 0 分，回答“否”计 1 分，条目 5 反向计分，条目 8 采用 Likert5 级评分法，“从不”“很少”“有时”“经常”“总是”依次计 1、0.75、0.5、0.25、0 分。各条目得分相加即为量表总分，得分范围为 0~8 分，得分越高，表示患者服药依从性越好。<6 分为依从性差，6~7 分为依从性中等，8 分为依从性好。中文版 MMAS-8 的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.81。

### 1.4 质量控制方法

研究者从事耐药结核病患者电话随访工作 3 年，参加过为期 12 周的呼吸道传染病专科护士培训，并获得结业证书。本研究中以同理心为重点的电话随访由其进行全程监督和指导，对随访过程中存在的问题采用制定的方案加以纠正。纳入患者时，告知患者本研究的目的和意义，每周对患者进行电话随访 1 次，如果患者拒绝接听电话连续 3 次，视为自动退出研究。各评估量表由研究者于患者入组当天及干预 12 周末评估。研究过程中同时由另一名具有副主任护师资质的研究者进行督导。收集的数据需经双人核查，确认无误后再录入 Excel。

### 1.5 统计学方法

应用 SPSS 26.0 软件进行数据分析，计数资料用频率 (百分比) 表示；计量资料用均数±标准差描述，采用配对样本 t 检验进行比较，以  $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 研究对象的一般资料

本研究共纳入 80 例患者，失访 6 例，最终纳入 74 例，干预依从性为 92.50%。74 例患者中，男性 42 例 (56.80%)，女性 32 例 (43.20%)；年龄为 18~64 (31.85±10.89) 岁；BMI 13.97~30.82 (19.98±2.84)；文化程度小学及以下 8 例 (10.81%)、初中 18 例 (24.32%)、高中或大专 8 例 (10.81%)、大专或本科 39 例 (52.70%)、研究生学历 1 例 (1.35%)；婚姻状况未婚 35 例 (47.30%)、已婚 33 例 (44.60%)、离异或丧偶 6 例 (8.1%)；月收入小于 1500 元 47 例 (63.50%)、1500~3000 元 8 例 (10.80%)、3000~4500 元 8 例

(10.80%)、4500 元以上 11 例 (14.90%); 耐药结核病治疗时间 6 个月内 53 例 (71.60%)、6 个月~1 年 4 例 (5.40%)、1 年以上 17 例 (23.0%); 均未合并其他疾病。

## 2.2 干预前后耐药结核病患者孤独感、焦虑、抑郁、睡眠质量、服药依从性得分比较

干预前后患者的孤独感、焦虑、抑郁、睡眠质量、服药依从性得分比较, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

**表 2 干预前后耐药结核病患者孤独感、焦虑、抑郁、睡眠质量和服药依从性的比较 (n=74)**

|      | 孤独感总分         | 焦虑总分         | 抑郁总分         | 睡眠总分        | 服药依从性总分     |
|------|---------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| 干预前  | 47.230±10.141 | 14.730±8.854 | 50.473±9.334 | 7.747±0.682 | 7.990±4.504 |
| 干预后  | 40.230±12.758 | 12.061±7.337 | 34.850±9.058 | 4.199±1.441 | 9.350±4.146 |
| 统计量值 | 3.695         | 1.997        | 10.333       | 19.145      | 1.911       |
| P 值  | <0.001        | 0.048        | <0.001       | <0.001      | 0.058       |

## 3 讨论

**3.1 以同理心为重点的电话随访可以改善耐药结核病患者孤独感** 本研究纳入的 74 例耐药结核病患者在以同理心为重点的电话随访过程中, 孤独感得到了改善, 与 Kahlon 等<sup>[22]</sup>研究结果一致。电话随访提供了不受时间或空间限制的患者关怀, 增加了护患有效沟通时间和次数, 且远程护理服务过程中提供的健康指导具有多方位及灵活性, 患者医疗获得感增多、满意度提升, 积极心理随之增多。另外, 远程护理可以激发患者疾病应对潜能, 增加治疗疾病的积极心理, 从而正向影响对慢性肺病患者自我效能<sup>[23]</sup>。而同理心可帮助个体通过同情和自我同情来发展和培养安全、温暖和舒缓的内心体验, 它已被证明与孤独感呈负相关<sup>[24]</sup>。

本干预研究第二阶段中的正念训练可改善患者社交技能和人际关系, 从而增加社交活动<sup>[25]</sup>。此外, 同理心和社会支持具有潜在关联性, 得到更多移情支持的个体会为他人提供更多移情社会支持<sup>[26]</sup>。因此, 以同理心为重点的电话随访可以改善耐药结核病患者孤独感。

**3.2 以同理心为重点的电话随访可以降低耐药结核病患者焦虑和抑郁水平** 改善耐药结核病患者焦虑和抑郁常采用心理干预方法。本研究中, 以同理心为重点的电话随访降低了患者的焦虑和抑郁水平, 与于美玲等<sup>[27]</sup>研究结果一致。同情心在心理健康护理中具有重要意义, 患者在诊断、治疗和康复过程中接受同情心的照护可以提高他们对护理服务的感知, 利于缓解焦虑、抑郁心理。最新一项系统评价和荟萃分析结果<sup>[28]</sup>显示, 同理心护理可减少患者对身体不适的自我批评和回避, 改善其自我责备、自我安慰水平, 均有助于帮助患者调节情绪。另外, 同理心护理为患者提供的心理社会支持增加了心理健康保护因素, 这是缓解患者焦虑、抑郁心理的途径之一<sup>[29]</sup>。而电话随访加强了护患沟通, 有效沟通是一种很好的减压方式。通过电话随访方式提供的疾病方面的指导易使患者正确认知且乐观面对疾病, 同时对患者的正面引导及鼓励, 可增强其管理情绪的信心, 对心理健康具有积极作用<sup>[30]</sup>。因此, 以同理心为重点的电话随访可以改善耐药结核病患者焦虑和抑郁水平。

**3.3 以同理心为重点的电话随访可以改善耐药结核病患者睡眠质量** 本研究干预前患者的 PSQI 得分为 (7.747±0.682) 分, 高于全国常模 (3.88±2.52) 分<sup>[19]</sup>, 提示耐药结核病患者主观睡眠评分较低。睡眠问题易加重病情, 进一步恶化心理健康, 不利于预后。可见, 寻找一种能有效地改善患者睡眠质量的方法尤为重要。本研究结果显示, 干预 12 周后患者 PSQI 得分降低, 说明患者主观睡眠质量提高。基于电话随访的健康指导可提高患者健康素养, 知识是树立健康信念与形成积极态度进而改变健康相关行为的基础, 从而增加患者在改变不良睡眠行为方面取得进展<sup>[31]</sup>; 且电话随访便于护士掌握患者对治疗的反应, 以及时调整用药, 从而减轻药物不良反应造成的身体不适。本研究将同理心护理融入于电话随访, 同理心干预与患者的身心健康有关<sup>[32]</sup>。Klemenz<sup>[33]</sup>研究发现, 含有同理心的心理干预能改善患者医学上无法解释的症状, 利于患者改善睡眠。因此, 以同理心为重点的电话随访能改善睡眠质量。

**3.4 以同理心为重点的电话随访可以防止服药依从性降低** 耐药结核病患者受性别、年龄、药物不良反应、病程、受教育程度、家庭月收入及合并其他慢性病等影响, 服药依从性不高且管理困难<sup>[34]</sup>。服药依从性差不仅对治疗效果产生不良影响, 还增加耐药甚至死亡风险。对耐药结核病患者进行科学有效的管理,

提高患者的治疗依从性已成为我国结核病防控的关键<sup>[35]</sup>。本研究中, 患者的 Morisky 得分干预前 (7.990±4.504) 分和干预后 (9.350±4.146) 分均处于中等偏上水平, 说明以同理心为重点的电话随访可使患者维持良好的服药依从性。督导服药是结核病防治中的重要策略之一, 以电话随访的方式进行督导服药不仅可以对服药依从性动态跟踪, 还可帮助服药依从性困难的患者制定个体化的服药计划。另外, Shahabi 等<sup>[36]</sup>研究发现, 远程护理可提高患者接受治疗意愿, 提升疾病适应能力, 增强坚持治疗的信心, 并将疾病融入生活, 从而提高遵医行为依从性。而同理心护理营造的良好护患关系利于开展高质量的针对性健康教育, 易使患者积极参与医疗活动以及实现护患共同决策, 从而增强患者用药自我管理<sup>[37]</sup>。因此, 以同理心为重点的电话随访可以防治服药依从性降低。

#### 4 小结与展望

以同理心为重点的电话随访可以改善耐药结核病患者孤独感、焦虑、抑郁和睡眠质量, 同时使患者维持良好的服药依从性, 为耐药结核病患者关爱提供了新思路, 具有一定的推广应用价值。但本研究仅纳入 1 所三级甲等医院的耐药结核病患者, 且学历为大专及以上学历的患者占 54.05%, 未来可进行多中心、大样本的研究, 以进一步验证本研究结果。

参考文献 (略)

## 耐多药肺结核患者自我护理状况及营养健康需求研究进展

武永丽 盛莉

作者单位: 解放军总医院第八医学中心

**【摘要】**从近些年临床经验来看, 结核病属于当前危害居民健康的重要疾病, 随着近些年环境污染、用药意识等方面因素的影响, 导致耐多药肺结核患者数量不断增加。耐多药肺结核主要是指痰结核菌阳性患者, 对于异烟肼、利福平和其他的抗结核药物存在耐药性。为了进一步了解耐多药肺结核患者, 本文针对耐多药肺结核患者研究探讨自我护理状况和营养健康需求, 希望可以为相关工作者提供帮助。

**【关键词】**耐多药肺结核; 自我护理状况; 营养健康需求; 研究进展

### 0.引言

肺结核属于临床中比较常见的感染类疾病, 我国属于肺结核大国, 这一疾病已经成为了威胁我国居民健康的重要因素。针对肺结核患者而言, 其发生肺部感染的可能性更高, 一旦肺结核患者合并肺部感染发热, 其会严重加重患者的病情, 此时会间接提升患者的治疗难度, 并且还会对患者的预后形成负面危害。伴随着肺结核的疾病发病率不断提高, 临床中耐多药肺结核的耐药性风险也在随之提升。对于耐多药肺结核患者而言, 营养风险属于潜在或已经存在和患者营养状况密切相关并且会直接影响患者预后的风险因素, 营养不良和免疫力较差属于引发与促进结核病的重要因素, 耐多药肺结核属于慢性消化性病症, 患者的疾病表现主要表现在食欲减弱、胃肠道吸收较差、机体合成代谢较慢以及营养摄入不足等表现, 这也进一步的衍生了患者的自我护理和营养健康相关问题。对此, 探讨耐多药肺结核患者的自我护理状况和营养健康需求具备显著临床价值。

#### 1.自我护理能力和需求

对于自我护理能力而言, 其属于 Orem 自我护理理论系统的概念, 国外研究者从 20 世纪 70 年代就进行了相关研究, 在我国被翻译成为自我护理能力。自我护理能力属于满足自身需求, 维持正常生命过程并保障个体结构以及功能完整性的关键, 可以有效促进个体维持完满的状况, 同时也是后天学习并会遭受外界环境、个体身心状况影响的一种能力。自我护理能力的测定主要体现在三个方面: 1、基本特征。基于个人基础能力构成, 涉及到感觉、知觉、适应、记忆以及有意识的开展某一种活动的的能力<sup>[1]</sup>; 2、可行特征。基于个体可以从自我护理的一种直接能力, 其主要涉及到自我护理技能、健康价值以及自我护理知识等相

关能力；3、实施特征。属于个体自我护理能力的直接体现，自我护理的操作包含观察、判断与决策和实施三个方面，其中观察在于自我护理有意识的适应环境条件与因素。在判断与决策方面个体可以满足自我护理需求方面的判断与决策<sup>[2]</sup>。实施方面在于满足自我护理并应用对应措施。从近些年研究来看，每一个传染性疾病患者每年会感染 10 到 20 名健康人。耐多药肺结核患者的自我护理仍然存在许多的问题，此时自我反应的态度方面，例如心理压力比较大，其中耐多药肺结核因为传染性、病程较长、病情反复以及化疗治疗后不良反应较为明显等基础特征，此时患者极有可能发生焦虑、寂寞、孤独、紧张以及悲观等情绪<sup>[3]</sup>。自我护理的动机方面，如果无法坚持用药，则可能会因为长时间使用抗结核药物对身体形成毒副作用，例如恶心、呕吐、头晕以及食欲减退等<sup>[4]-[5]</sup>。自我护理方面如果没有及时做好对日常生活和自我症状的管理，因为患者还会带有咳嗽、咳痰、咯血以及发热等症状，此时会导致精力下降、睡眠障碍，从而出现胃纳差，从而呈现出较高的自我护理需求。

## 2.耐多药肺结核的原因以及自我护理状况和营养健康干预思路

为了更好的改善患者的自我护理能力，需要在临床中帮助患者了解耐多药的原因。在临床诊断中，约有 70%患者从开始结核病症状开始到确诊时间间隔往往会超过 4 周，此时已经存在菌量负荷较大的问题，耐多药的突变可能性便会随之提升<sup>[6]-[7]</sup>。因为肺结核的治疗时间费海沧海沧，在临床治疗期间约有 20%的患者疗程往往不到 6 月，临床中约有 30%的化疗治疗不合理，此时治疗疗程不足以及化疗治疗不合理很容易导致治疗不彻底问题的发生。目前部分患者的客观因素、防涝知识方面的不成熟也是导致耐多药的重要原因。症状缓解与消失时患者便会自行停药，这一种自我保健意识缺乏问题相当普遍<sup>[8]-[9]</sup>。针对耐多药肺结核患者的病症特殊性，在临床中需要结合患者的自我护理能力以及营养健康干预等方面做好针对性的干预。

### 2.1 心理支持

基于多样化的干预方式为耐多药肺结核患者提供指导，尤其是指导患者尝试放松身心，尽可能缓解患者的生理与心理方面的负面影响，促使患者的身体、心理以及精神层面上的平衡与协调，可以有效减轻患者的紧张与焦虑情绪问题<sup>[10]-[11]</sup>。对于耐多药肺结核患者而言，在临床中应当积极指导患者及其家属了解肺结核的传播路径，及时掌握消毒隔离的措施，感受患者的身心感受，为患者提供物质以及精神层面上的支持，促使患者可以感受亲情的温暖<sup>[12]-[13]</sup>。鼓励病情相同患者可以尽可能多的交流并分享自我护理的经验，做到相互扶持与积极鼓励，尽可能缓解患者因为社交相对孤立而呈现出的孤独无助感，促使患者的心理状况可以得到有效的恢复<sup>[14]-[15]</sup>。积极鼓励患者维持对应的社会交往能力，从而维持患者社会角色以及社会功能，从而构建良好的生活方式。

### 2.2 开展健康教育

为了尽可能改善患者的自我护理能力，需要基于有效的健康教育形式为患者提供对应支持，从而让患者可以在出院之后进行自我护理管理<sup>[16]-[17]</sup>。在患者进入医院后应当主动与其沟通交流，同时以网络途径构建护理讨论群，同时在微信群当中由护理人员指导患者出院后的注意事项，同时提供耐多药肺结核相关健康知识的宣教，注重和患者的沟通交流，鼓励患者正确理解耐多药肺结核并做好对自身生活习惯的调整。为了让患者可以做到自我护理，还可以结合运动、饮食与疾病的相关性为主进行教育，期间也可以引入家庭元素可以让家属通过微信与护理人员进行沟通交流，促使家属可以主动对患者进行引导教育<sup>[18]</sup>。在沟通期间应当注重隐私保护，采用客观语言讲解，尽可能规避指责的言语<sup>[19]</sup>。指导患者保持良好个人卫生习惯，并定时和患者通过微信交流了解其病情变化，同时督促患者定时到医院复查。

### 2.3 最好日常生活和自我管理

促使耐多药肺结核患者能够更好的掌握肺结核的疾病病因、传播路径以及形成耐药的原因，及时告知患者国内耐药结核菌的常用药物、使用方法、注意事项、不良反应和治疗前景等<sup>[20]</sup>。在临床中应当及时为患者讲解消毒、隔离制度体系，并宣传个人卫生维护方式，尤其是长期痰菌阳性耐药的的患者，在痰菌转阴之前需要和他人适当分居，尤其是餐具应当分开，平常佩戴口罩，不能随地吐痰，咳嗽和打喷嚏时应当及时握住口鼻，指导患者痰液正确处理方式。另外，还应当积极指导患者配合临床治疗与护理服务，例如基于有效的咳嗽与定时开展呼吸操等方式，协同药物治疗提高患者的预后效果。

### 3. 总结

综上所述，耐多药肺结核患者的疾病本身带有迁延和漫长的特征，此时掌握积极有效的自我护理方式属于提升患者生活质量的关键与根本，在出院之后延续性护理措施可以形成对患者自我护理能力的培养，对于临床工作而言应当注重对护理人员的培训教育，大力推行社区护理与家庭护理工作，从而保障患者的健康需求。与此同时，护理人员应当结合耐多药肺结核患者的基本特征，基于患者的生理、心理、社会以及精神、文化等不同角度上进行干预，尽可能提升患者的自我护理能力并满足患者的健康需求，从而为患者的短期、远期生活质量提供支持。

#### 参考文献（略）

## 3 例密切家庭接触儿童结核病的个案护理

王晓丹 杜桂春

作者单位：110034 沈阳市 沈阳市第十人民医院（沈阳市胸科医院）学生儿童结核病房 王晓丹

通信作者：110034 沈阳市 沈阳市第十人民医院（沈阳市胸科医院）护理部 杜桂春，

王晓丹：女，本科，主管护师，护士长，E-mail: 275681224@163.com.

**【摘要】**总结 3 例密切家庭接触儿童结核病的护理经验。针对潜伏结核感染患者家庭接触导致的儿童结核病，成立个案护理小组，涵盖结核儿科病房护士等，评估难点并制定护理计划。建立个案护理档案，确保信息准确保密并定期更新。制定儿童结核病个案管理工作流程，包括评估、计划及个案护理服务。利用信息化建设推进出院后延续性护理，构建个案管理工作平台，实现精细化随访与管理患儿经过六个月的抗结核治疗，患儿病情得到完全治愈，并停止治疗。在随后的十二个月随访中，患儿身体状况保持良好，未出现复发或其他并发症。

**【关键词】**儿童；结核病；个案护理

结核病在世界范围内仍然是一个严重的公共卫生问题。肺结核在孕妇中比较普遍。在结核病高负担国家，妊娠和产后妇女活动性肺结核的患病率高于 60 人/10 万。同时，结核病是世界范围内儿童死亡和患病的主要原因，世界卫生组织估计每年新增 100 万例儿童结核病。儿童结核病的诊断和治疗儿童仍然是一项重大的全球健康挑战，因为大多数结核病病例都有潜在的非典型症状。此外，传统的结核病检测方法缺乏足够的敏感性和特异性。一旦感染结核杆菌，幼儿尤其婴儿出现结核病情进展的风险，特别是血行播散型结核病和结核性脑膜炎的风险高。这不仅加剧了疾病的复杂性，也对治疗与护理工作提出了更为严苛的要求。基于此背景，我科于 2021 年至 2022 年间，成功收治并护理了 3 例母婴共患结核病病例，通过细致的诊疗与护理流程，均取得了令人满意的疗效。现将此 3 例个案的护理经验总结如下：

### 1 临床资料

#### 1.1 案例 1

一名 3 个月大、母乳喂养的婴儿，近期出现咳嗽症状，两周，并伴有十天的发热表现。在第 14 周时，其症状进一步加剧，包括发热、干咳及盗汗等，疑似肺炎。因此，该婴儿在沈阳儿童医院呼吸科接受了为期一周的抗生素治疗，但病情未见好转，随后被转至儿科结核病病房进行深入治疗。

该婴儿为足月自然分娩，出生体重为四公斤，生长发育状况与同龄婴儿相比属正常范围。然而，其曾被诊断为新生儿胎粪吸入综合征，且 APGAR 评分为七分。经过为期八天的辅助通气及两周的抗生素治疗，婴儿最终从新生儿重症监护室出院。值得注意的是，由于婴儿患有湿疹，其卡介苗接种被推迟至出生后第 12 周进行。

在婴儿的家庭环境中，其父亲出现了发热和咳嗽症状，并于婴儿出生后第 15 周被确诊为活动性肺结核。父亲的 CT 检查结果显示右下肺存在空洞性病变，且三次痰抗酸杆菌涂片检查均呈阳性。此外，Xpert

MTB/RIF 试验也证实了其结核病的诊断，并对利福平敏感。

婴儿在入院时，出现了发热、咳嗽及运动后喘息等症状，呼吸频率为每分钟 24 次，心率为每分钟 125 次。其 SpO<sub>2</sub> 为 99%，体温高达 39.8℃，体重为十公斤。婴儿意识清醒，未发现浅表淋巴结肿大现象，但肺部可闻及清晰的鼾声。CT 扫描结果显示，双侧肺门影增大，双肺散在絮状渗出影。尽管痰和脑脊液标本的 Xpert MTB/RIF 检测均为阴性，但根据支气管肺泡灌洗液(BALF)的 GeneXpert 检测阳性结果，最终确定了婴儿患有结核病的诊断。

为进一步了解病情，我们采用基质辅助激光解吸电离/飞行时间质谱(MALDI-TOF MS)技术对婴儿粪便中的结核分枝杆菌进行了检测，并筛查了与乙胺丁醇耐药相关的基因突变。实验室检查结果显示，婴儿的白细胞计数偏高( $27.68 \times 10^9/L$ )，中性粒细胞占比为 64.6%，血红蛋白水平偏低(101 g/L)，超敏 C 反应蛋白和降钙素原水平也均高于正常范围。

针对婴儿的结核病病情，我们采用了世界卫生组织推荐的方案和剂量进行治疗。具体而言，婴儿接受了为期六个月的抗结核药物治疗，包括异烟肼(H)、利福平(R)和吡嗪酰胺(Z)。在抗结核治疗的第 10 天，婴儿的体温恢复正常，咳嗽症状也有所减轻。此外，我们还在连续七天给药后的两小时内测量了婴儿的血浆 HRZ 浓度，结果显示其均在正常范围内。

经过六个月的抗结核治疗及随后的十二个月随访观察，婴儿的病情得到了显著改善。

## 1.2 案例 2

一名 3 个月大的母乳喂养婴儿，无明显诱因的咳嗽长达三周，并伴随一周的喘息与发热症状。经过初步的红霉素治疗三天，其病情非但未见好转，反而有恶化趋势。因此，该婴儿被迅速转送至儿童医院重症监护室，接受紧急的气管插管及呼吸机辅助通气治疗。在治疗过程中，婴儿接受了包括布地奈德、特布他林、乙酰半胱氨酸的雾化吸入，以及维生素 K1、美罗培南、红霉素、propelinazolid、阿奇霉素、10%氯化钾、更昔洛韦的静脉输注，并进行了红细胞悬液输注。然而，经过连续五日的强化治疗，患儿的临床症状并未呈现出明显的改善迹象，反而引发了对结核病发病可能性的高度怀疑。

随后的痰检结果证实了这一诊断，并显示结核分枝杆菌的存在。因此，患儿被转至儿科结核病病房进行进一步治疗。

入院时，患儿的生理指标显示呼吸频率为每分钟 52 次，心率为每分钟 160 次，体温为 36.5℃，血压稳定在 102/70 mmHg，体重为 6 公斤。患儿保持清醒状态，未发现可触及的浅表淋巴结，采用鼻饲方式进行喂养。体格检查发现，患儿双肺存在散在的细湿啰音和喘息声。腰椎穿刺检查、头部及腹部 CT 扫描均未发现异常，但胸部 CT 扫描结果显示双肺出现粟粒样阴影，左肺呈现干酪样肺炎改变，右肺则有空洞形成。

该婴儿为足月顺产，出生体重为 3.4 公斤，出生后一直接受母乳喂养，并正常接种了卡介苗。鉴于患儿的病情，其父母均接受了肺结核筛查，结果显示母亲 T 细胞斑点试验呈阳性。入院后的实验室检查结果显示，患儿的白细胞计数偏高( $14.8 \times 10^9/L$ ，正常范围  $3.5-9.5 \times 10^9/L$ )，血红蛋白水平偏低(103 g/L，正常范围 130-175g/L)，血小板计数略高于正常范围( $406 \times 10^9/L$ ，正常范围  $125-350 \times 10^9/L$ )，超敏 C 反应蛋白水平升高(15 mg/L，正常范围 0-10 mg/L)。血气分析结果正常，血液的 T 点测试呈阳性。此外，抗酸杆菌染色测试结果为阳性，进一步采用 meta-next generation sequencing (mNGS) 技术对血液和痰样本进行了结核分枝杆菌复合体的检测。

在痰和粪便标本的 Xpert MTB/RIF 检测中，结果均呈阳性，并确认利福平敏感。同时，MGIT 960 痰培养和洗胃标本均发现了抗酸杆菌的生长。药物敏感性试验显示，患儿对异烟肼、利福平、乙胺丁醇、阿米卡星和左氧氟沙星等多种抗结核药物敏感。基于这些结果，患儿开始接受包含 INH (0.05 克，每日一次口服)、利福平 (0.075 克，每日一次口服) 和 PZA (175 毫克，每日一次口服) 的三联抗结核治疗。然而，在治疗开始后不久，患儿出现了全身性皮疹，因此利福平被停用。INH 和 PZA 的治疗持续了 9 个月。在治疗初期，为加强抗结核效果，联合使用了利奈唑胺 (50 mg Q8h PO)。经过综合治疗，患儿的症状在 3 周后开始改善，第 4 周的胸部 CT 扫描显示肺部病变有所吸收。最终，患儿在 9 个月的抗结核治疗后痊愈，并顺利结束了治疗。在随后的 12 个月随访中，患儿的健康状况保持良好。值得注意的是，在治疗期间及治疗

后，母亲的 T-SPOT 结核病检测始终呈阳性，但并未发现活动性感染的证据。

### 1.3 案例 3

一名 7 个月大、接受母乳喂养的婴儿，近期出现咳嗽持续三周及胸痛一周的症状。门诊初步治疗，给予静脉滴注头孢菌素后，患儿症状有所缓解。随后的 CT 扫描结果显示，患儿纵隔脂肪边界清晰，但伴有淋巴结的肿大与钙化现象，据此，患儿被初步诊断为疑似原发性结核病，并转至儿科结核病病房进行进一步观察与治疗。

该患儿为剖腹产出生，出生体重为 3.5 公斤。住院前，患儿曾经历间歇性咳嗽与发热。出生后，患儿在门诊接受了抗生素治疗，病情好转后未再进行深入检查。入院时，患儿意识清晰，生命体征稳定，具体表现为呼吸频率 20 次/分，心率 78 次/分，体温 36.6℃，血压 90/72 mmHg，体重 15 公斤。

患儿的家庭居住情况显示，其日常与父母、祖父母及叔叔共同生活，并持续接受母乳喂养。值得注意的是，患儿的叔叔长期患有咳嗽症状，并在入院前两个月因肺结核不幸去世。此外，患儿的母亲梅毒检测呈阳性，而患儿本人在出生时因梅毒检测阳性而未能接种卡介苗。然而，经治疗后，患儿的梅毒检测结果已转为阴性。

鉴于患儿结核菌素试验阳性，结合其临床表现与影像学检查结果，患儿被确诊为结核杆菌感染。胸部 CT 扫描进一步揭示了患儿右肺存在模糊斑点状阴影，左肺门及左肺基底节区可见斑片状高密度影，双肺肺门区呈现致密影，同时纵隔脂肪边界清晰，但淋巴结有轻度肿大伴钙化现象。

在治疗方案上，患儿开始接受为期六个月的抗结核治疗，具体药物包括异烟肼（0.15 克，每日一次，口服）、利福平（0.2 克，每日一次，口服）及吡嗪酰胺（0.5 克，每日一次，口服）。治疗期间，对患儿进行了药物浓度监测，结果显示异烟肼与吡嗪酰胺的血浆浓度均在正常范围内，而利福平的血浆浓度略低于正常范围。

经过六个月的抗结核治疗，患儿病情得到完全治愈，并停止治疗。在随后的十二个月随访中，患儿身体状况保持良好，未出现复发或其他并发症。

## 2. 护理

### 2.1 成立个案护理小组

3 例报告病例都是由于潜伏结核感染患者的密切接触所致(LTBI)。家庭成员中潜伏结核症状的非典型性使得难以做出明确和迅速的诊断，治疗、护理难度大。成立以结核儿科病房护士为主的个案护理小组，由病房护士长、责任组长、责任护士和结核专科护士组成，讨论存在的难点和风险点。儿童结核病症状复杂、易出现并发症、药物不良反应多，给临床护理人员及照顾者带来了护理难度。儿童结核病的护理，需深入理解药物作用与副作用，精准把握患者个体差异，制定适宜方案。抗结核药物常伴有显著毒副反应，需医护人员高度敏锐和专业，密切监测病情变化，调整药物剂量或更换种类，以控制病情并减轻患者负担。此外，治疗依从性差和药物不良反应是影响结核病标准、全程治疗的最主要因素。护理人员和照顾者恰恰在患儿的服药依从性和用药不良反应的观察上起着至关重要的作用。

### 2.2 建立个案护理档案

为婴幼儿结核病患者构建护理档案：资料收集，收集患儿基本信息、家庭背景、社会经济状况及病情资料，如姓名、年龄、家庭成员、确诊时间、治疗情况等，确保信息准确、保密，并定期更新。将其录入个案管理系统，建立完整的患者档案。

### 2.3 制订儿童结核病个案管理工作流程：

①评估。患者入院，我们将根据医院规章制度，为患儿安排单间隔离，以减少交叉感染的风险。对患者喂养情况、心理状况、疾病知识掌握程度、家属自我管理等进行评估，列出需要解决的护理问题。②计划。个案护理小组成员根据患者信息及实际情况和预期目标，制定适合患者的护理计划和目标，如饮食和用药护理等护理计划。个案护理小组成员达成共识，以便全体成员遵照执行。同时将计划和目标向患者及其家属解释和告知，以取得理解和配合。③个案护理服务。实行“一对一”个案护理服务，专科护士向患者发放结核病防治知识手册，面对面讲解和示范消毒隔离方法。在护理过程中，我们将严格遵守无菌操作规程，医护人员在接触患儿前后均需落实手卫生等院感控制措施。交代患儿家属治疗需遵医嘱用药，不

可擅自减药或停药;母乳喂养的母亲饮食以营养丰富为主;我们将严格遵循医疗规范,对患儿实施全面的生命体征监测措施,体温、心率、呼吸频率、血氧饱和度等关键指标,同时密切关注患儿的前凶状况及神经精神症状等细微变化。及时发现并妥善处理任何异常情况,以保障患儿的生命安全与健康恢复。

同时,我们将常备婴儿吸痰器、氧气、简易呼吸器等抢救物品和药品,以应对可能的紧急情况。对于结核病患者,我们还将特别关注其病情变化,尤其是结核性脑膜炎的早期症状。由于婴幼儿免疫功能差,病程进展快,因此我们将密切观察患儿的病情及神经精神状况,如呕吐次数及性状等,一旦发现异常,将立即报告医生并采取相应措施。护士每天记录患儿用药情况及不良反应情况和并发症情况,及时报告管床医生调整治疗方案,确保患者住院期间达到预期的治疗目标。④做好儿童结核病的居家护理指导,家庭护理需注重休息,保持卧室通风,勤换衣物,提供高蛋白、高热量饮食,避免刺激性食物。咳嗽时给止咳药,注意隔离与消毒,防止病菌传播。家长需按时给药,观察药物反应,定期带患儿复查,确保患儿得到全面、细致的护理,促进早日康复。

#### 2.4 利用信息化建设推进儿童结核病出院后的延续性护理

为了优化儿童结核病患者护理流程,我们构建了基于信息化的儿童结核病个案管理工作平台。该平台旨在通过动态、全面、跨学科的合作机制,对结核病患者实施精细化的随访与管理。个案管理师将依托该平台,密切关注患儿的就诊进展、疾病监测指标的变化趋势、服药依从性、症状波动以及心理社会状况等多个维度,实施追踪、随访、及时干预与详尽记录。

3 个病例患儿经过六个月的抗结核治疗,患儿病情得到完全治愈,并停止治疗。在随后的十二个月随访中,患儿身体状况保持良好,未出现复发或其他并发症。

### 3 小结

暴露于成人结核病(TB)的儿童易受感染。大多数儿童通过家庭接触感染结核病。所有三例报告病例都是由于潜伏结核感染患者的密切家庭接触所致(LTBI)。家庭成员中潜伏结核症状的非典型性使得难以做出明确和迅速的诊断。由于婴儿结核病的特殊性,难于诊断,后果严重,尤其应强调预防和阻断家庭结核传播的重要性。

成立个案护理小组,充分评估患者风险;通过个体化康复管理策略,落实营养管理,做好服药依从性和用药不良反应的预防和护理;出院后继续做好延伸护理。获得了满意的护理结局,经过六个月的抗结核治疗,患儿病情得到完全治愈,并停止治疗。在随后的十二个月随访中,患儿身体状况保持良好,未出现复发或其他并发症。关于妊娠结核病以及新生儿、婴儿结核感染的问题,当前我们面临着诸多未解的领域和显著的知识空白。这些问题亟需深入的科学研究和临床实践来填补,以确保我们能够更好地理解 and 应对这些复杂且重要的健康挑战。

参考文献(略)

## 1 例 HIV 阴性马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核患者的个案护理

田原 张景琳

作者单位:贵阳市公共卫生救治中心结四科

**摘要:**马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核的案例临床上较罕见,病情严重,预后差,本文分析马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核患者的临床症状、体征,探讨其护理措施。包括症状护理、用药护理和人文护理。经过临床规范抗真菌、抗结核治疗以及科学护理干预,患者病情好转出院,对临床护理有积极的参考意义。

**关键词:**马尔尼菲篮状菌;肺结核;护理

### 引言

马尔尼菲篮状菌,是一罕见的高致病性条件致病性真菌,1956年从越南野生竹鼠的肝脏中提取,主要流行

于东南亚国家和我国南方地区,患者大多数都有东南亚旅居史。马尔尼菲篮状菌病在艾滋病住院患者中的感染率为 4%~16%,在我国艾滋病患者中,流行率约为 3.3%,而华南地区流行率达 15%,以广西和广东报告最多,西北地区罕见<sup>[1]</sup>其感染人体后可损伤肺、肝、脾、淋巴结、皮肤、骨骼等,感染后表现多样,常见症状为发热、咳嗽、肝脾肿大、淋巴结肿大、皮疹、呈坏死样丘疹、局部肿胀等<sup>[2]</sup>,严重时还可导致感染性休克、多器官功能衰竭等并发症,对患者生命安全构成巨大威胁。本病更多见于免疫缺陷或免疫功能抑制者,但也可发生于 HIV 阴性患者。而临床上 HIV 阴性马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核的案例鲜有报道,对这两种疾病感染共存的情况缺乏认识,导致很多患者未能得到及时诊断及规范的临床护理而延误治疗,为提高对该类患者的临床护理能力,现将我院在 2023 年 11 月 08 日收治的 1 例 HIV 阴性马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核患者的护理体会总结如下:

## 1 病例介绍

患者,男性,50 岁,因“间断咳痰 5 年,再发伴气促半月”入院。5 年前患者受凉后出现阵发性串咳,伴少量白色粘痰,自行予感冒药口服后可症状缓解。就诊于我院门诊完善胸部 CT 提示双肺病灶,完善相关检查后临床诊断为病原学阴性肺结核并予 2HRZE/5HR 抗痨后,遵医嘱停药,并定期复查,期间未见异常。半月前患者咳嗽、咳痰,伴气促情况加重,出现午后潮热、盗汗、发热、时感全身酸痛、头晕眼花、肢软乏力、全身酸痛感症状,就诊于我院门诊完善胸部 CT:双肺叶见多发斑片、斑点、结节状及索条状密度增高影,密度不均,双肺病灶较前增多。痰抗酸杆菌涂片(-),痰 PCR(-),鉴于患者肺结核相关病原学均阴性,予完善纤维支气管镜,灌洗液 NGS:检出结核分枝杆菌复合群 序列数 12、马尔尼菲篮状菌 序列数 143771。积极完善相关检查:动脉血气分析:pH 值:7.38、氧分压:57mmHg、二氧化碳分压 40mmHg;血常规显示:白细胞计数:11.18 10<sup>9</sup>/L、中性粒细胞比率:88.30%、淋巴细胞比率:6.60%、中性粒细胞计数:9.87 10<sup>9</sup>/L、淋巴细胞计数:0.74 10<sup>9</sup>/L;C 反应蛋白:77.70mg/L;肝功能:白蛋白,27g/L。根据以上检查结果完善患者诊断:1.重症肺炎(马尔尼菲篮状菌、细菌);2.急性呼吸窘迫综合征(重度);3.继发性肺结核 双上中下 涂(-) 纤刷 NGS(+);4.低蛋白血症。治疗上予抗真菌:两性霉素 B 15mg 静滴,每天一次;同时予地塞米松 5mg 静滴,每天一次减轻副反应;2 周后改用伊曲康唑 200mg 口服,每天二次,联合醋酸泼尼松 40mg 静滴,每天一次,进行序贯抗真菌治疗;0.9%氯化钠 500ml+氯化钾 1.5g 预防低钾;抗感染:美罗培南 1.0g 静滴,每天三次;抗结核:异烟肼 0.3g,每天一次;利福平 0.45g,每天一次;莫西沙星 0.4g,每天一次口服;人血白蛋白 10g 静滴,每天一次补充蛋白、加强营养,减少组织间隙渗出;再联合经鼻高流量无创辅助通气,经积极治疗后,复查血气分析:pH 值:7.40、氧分压:87mmHg、二氧化碳分压 42mmHg;血常规、肝功能等无特殊,胸部 CT 复查显示双肺病灶较前吸收好转,患者病情好转出院。

## 2 护理

### 2.1 心理护理

患者患肺结核多年长期受咳嗽、咳痰等症状困扰,本次病情加重,出现心慌、胸闷、气促、运动耐力下降等症状,使得患者对自身健康状态非常担忧。入院后情绪较为低落,一直处于烦躁、焦虑状态。对此护理人员积极对患者进行心理干预,在为患者提供临床护理时,保持亲切、友好的态度,在查房及各项治疗护理中,对患者表达病情、生活起居的关心,对于患者各种问题给予耐心细致解答,让患者感受到来自医护人员的温暖和照顾,以建立和谐的护患关系。通过增加沟通频率来了解患者的思想活动,针对患者消极观念给予及时引导,让患者正确看待疾病发生、发展,联合患者家属为其营造一个轻松愉悦的氛围,持续对患者进行鼓励、安慰,来减轻患者的心理压力,增强患者战胜疾病的信心<sup>[3]</sup>。此外护理人员对患者指导调节情绪的方法,如听一些轻松舒缓音乐等,帮助患者放松身心,积极配合临床治疗和护理工作。

### 2.2 呼吸道护理

艾滋病合并马尔尼菲篮状菌感染病患者中,40%~70%会发生上呼吸道与下呼吸道病变<sup>[4]</sup>,出现咳嗽、咳痰,痰液以白色最为常见,肺部听诊可闻及湿啰音<sup>[5]</sup>。该患者主要表现为咳嗽、咳白色粘痰、胸闷、气促等症状,为了减轻患者呼吸道临床症状,遵医嘱使用排痰仪每日 2 次 每次 10 分钟,为患者进行排痰治疗,促使附着在气管、支气管以及肺内分泌物松动排出,并指导患者正确咳嗽、咳痰的方法,深呼吸 2-3 次后屏气 3-5 秒,胸腹肌突然用力地向内收缩以促使痰液排出。患者病情危重,呼吸道症状明显,患者有突发

对氧疗不敏感的持续性呼吸困难、呼吸频率增快、气促和发绀,完善胸片提示肺内病灶短期内弥漫性快速进展、肺顺应性降低及弥散性肺泡渗出等表现,氧饱和度降至:84%,立即予持续经鼻高流量无创辅助通气,调整 HFLOW 模式为氧流量 40L/min,氧浓度 50%,温度 30℃,动态观察患者氧饱和度变化。经鼻高流量无创辅助通气能将患者体内的空气湿化,促进二氧化碳排出,增加患者的氧流量,对呼吸中枢运转能力、通气功能的提升有积极作用。经鼻高流量无创辅助通气治疗重症呼吸衰竭患者效果良好<sup>[6]</sup>。经上述处理后患者氧饱和度上升至 93-96%,患者的呼吸道症状得到缓解。

### 2.3 消毒隔离

患者经临床确诊为马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核,马尔尼菲篮状菌为真菌感染,可经呼吸道吸入、消化道食入、皮肤破损侵入及血液等途径传播<sup>[7]</sup>,患者确诊后,立即将其安置于空气流通好的单人病房,严密做好接触隔离,防止传染其他住院病人。固定使用体温表、血压计、听诊器、治疗盘、扫床套、擦桌布,床头柜、床单位、地面等每日至少用含氯消毒液擦拭 2 次。如果患者出现皮肤破溃或压力性损伤时,要戴帽子、口罩、外科手套,穿隔离衣,戴鞋套,应用一次性无菌物品后,所有污染敷料均放入黄色垃圾袋中系好焚烧;病人被服装入双层黄色垃圾袋,系好,标明疾病名称,送高压蒸汽消毒后清洗。严格把关,是杜绝医源性传播的关键。医护人员进行各项治疗时做到标准防护,护理前后应严格按照七步洗手法来进行手部清洁消毒,以降低交叉感染风险。针对肺结核呼吸道传播途径的护理措施为:叮嘱患者不可随地吐痰,在咳嗽、打喷嚏时,应用双层纸巾捂住口鼻,在进行排痰时应将其吐在密闭容器内<sup>[8]</sup>,由护理人员用含氯消毒液浸泡后予以处理,保持病房温度、湿度适宜(22℃-26℃、40%-60%),每天早晚开窗通风,每次通风半小时以上,定期对室内进行紫外线消毒。

### 2.4 发热护理

患者入院后反复出现午后及夜间发热,伴有盗汗,护理人员密切监测患者体温变化情况(每 4 小时测量一次),在低热状态(37.3℃-38.0℃)下给予患者冰敷、温水擦浴等物理降温,。在降温效果不明显或者体温超过 38.0℃,为了降低氧耗,予患者肌注复方氨林巴比妥或者地塞米松静滴降温治疗。在患者大量出汗时,叮嘱家属及时应用毛巾擦拭患者汗液,为患者更换干净衣物、被褥,适当增加饮水量(每日 2500mL 为宜),以补充高热消耗的大量水分。

### 2.5 低钾的护理

患者使用两性霉素 B 抗真菌治疗,而注射用两性霉素 B 可导致肾小管酸中毒促进血钾排泄引起低钾血症,及时补钾可显著降低肾毒性的发生率和严重程度<sup>[9]</sup>,同时患者消耗增加,感染发热,钾离子随汗液排出增多也会导致低钾血症,为了避免患者出现水电解质紊乱的情况,可适当多吃含钾丰富的食物,如肉类、香蕉、新鲜蔬菜等,患者在院期间血钾值 3.3mmol/L,即给予静脉补钾,使血钾值上升至正常值,同时注意掌握静脉补钾原则,每小时尿量>40ml 或每日尿量>500ml 时方可补钾,静脉补钾浓度不易超过 0.3%,成人静脉补钾的速度不易超过 60 滴/分,严禁静脉注射氯化钾溶液,不易过量,每日约需补钾 3-6g。

### 2.6 低蛋白护理

患者有肺部弥漫性感染基础病史,一般情况差,近期饮食极差、营养摄入不足,病程长,反复发热消耗大,导致患者出现低蛋白血症。当患者存在营养不良的情况时,纤维蛋白等合成降低,会导致病灶修复延缓,血浆蛋白降低会影响抗结核药物的有效血药浓度、肝肾对抗结核药物的耐受性降低,使患者在治疗中更易发生肝损伤等药物不良反应<sup>[10]</sup>。护理人员将遵医嘱对患者静脉补充白蛋白,与营养师、患者和家属共同制定全面、适合患者的肠内营养支持方案。进食高热量、高蛋白、高维生素易消化的清淡饮食,可以少食多餐的方式进食,每日摄入能量应在 2000 千卡以上,因患者长期卧床,消化能力较差,可予促进胃肠动力对症处理,定期对患者进行白蛋白监测,并记录患者 24 小时出入量,以了解患者病情变化。

### 2.7 皮肤护理

约 40%~80%的艾滋病合并马尔尼菲篮状菌病患者出现皮肤损害,皮损包括脐凹样皮疹、丘疹、结节、坏死性丘疹、痤疮样病变、毛囊炎和溃疡,其中脐凹样皮疹多见,类似于传染性软疣,常累及面部、耳部及四肢,偶尔累及生殖器<sup>[11-12]</sup>。黏膜损伤与皮肤病变相似,常累及口腔、咽喉、消化系统和生殖器等,患者入院后第二天,无明显原因出现头部、颜面部、四肢散在皮疹,双眼睑浮肿,伴瘙痒,遵医嘱予盐酸西替利嗪片 10mg

口服及复方樟脑乳膏 2g 外用涂擦患处,嘱患者勿抓挠,避免皮肤破溃,引起感染,通过外用药物的对症处理,患者皮肤瘙痒情况逐渐好转,未出现进行性加重,卧床期间指导病人床上及床旁活动,防止皮肤受压,保持病人皮肤清洁、干爽,床单位整洁、干净。

## 2.8 用药指导

目前治疗马尔尼菲篮状菌病的药物主要有:两性霉素 B 脂质体、伊曲康唑、伏立康唑(替代,活性较低)、泊沙康唑、棘白菌素类(尚无充分的临床数据)。有研究指出马尔尼菲篮状菌对氟康唑的敏感度较弱,且易耐药,因此通常不建议采用氟康唑<sup>[13]</sup>。绝大多数患者在使用注射用两性霉素 B 疗程中可出现不同程度的肾功能损害,表现为蛋白尿甚至尿中出现白细胞、红细胞、管型及血尿素氮、肌酐增高、肌酐清除率降低,也可引起肾小管性酸中毒。建议应定期监测肾功能,发现异常及时停药,或者更改给药方案。本例患者合并肺结核,需使用利福平抗结核治疗,而伏立康唑说明书明确指出两者应禁止联用。为降低马尔尼菲篮状菌感染的病死率和减少复发,根据不同的病情,可以选择不同的方案,结合患者肺部病灶广泛,且有反复午后潮热、盗汗等结核中毒症状,本例患者在治疗上诱导期:首选两性霉素 B 15mg 静滴,每天一次抗真菌治疗,同时监测电解质、肝肾功能、血常规,考虑药物的肾毒性,使每日液体量在 1000-1500ml 水化,预防性补钾;联合地塞米松注射液 5mg 静滴,每天一次。两性霉素 B 静滴 2 周后患者精神、饮食、睡眠较前明显好转,且疗程已足。进入巩固期:口服伊曲康唑 200mg,每天二次,共 10 周;联合醋酸泼尼松 40mg 静滴,每天一次;随后进行二级预防:口服伊曲康唑 200mg,每天一次,并持续 6 个月停药。针对肺结核在治疗上予异烟肼 0.3g,每天一次;利福平 0.45g,每天一次;莫西沙星 0.4g,每天一次口服,并密切观察结核药有无出现不良反应。针对细菌性感染给予:美罗培南 1.0g 静滴,每天三次。为了增强患者及家属对治疗的信心及配合度,护理人员将详细为患者及家属介绍患者病情状况,分析每一种药物的不良反应、用法用量、预期效果等,以增加患者对相关健康知识的了解度<sup>[14]</sup>。并在对患者进行药物治疗期间,密切观察患者的临床表现,如出现不良反应时进行有效处理,并告知主治医师适当调整治疗方案。

## 2.9 出院指导

经过抗真菌、抗结核积极治疗后,患者症状减轻,于 3 周后出院。目前可以正常生活,做轻度体力劳动,并且出院后的随访由临床医疗专家以及个案护士共同完成,马尔尼菲篮状菌主要以竹鼠为宿主,嘱患者不可接触或食用竹鼠,梅雨季节湿度高时要注意个人日常生活卫生,勤换衣裤,培养良好生活习惯,减少机会性感染的发生。嘱其返回当地医院定期门诊随访,按时应用抗真菌、抗结核药继续治疗,不能自行更改药物或剂量,直至完成全部疗程。期间如有不适及时就医。监测患者的复诊情况,建立患者的随访档案,跟踪患者的治疗依从性、治疗效果,对异常情况及时进行针对性干预,通过多学科的团队合作护理模式,改变了传统的单一、独立的护理概念,更好的依据患者个体差异,以充分的护理证据作为护理依据<sup>[15]</sup>,对患者提升治疗效果有着重要意义。

## 3 讨论

马尔尼菲篮状菌感染,在我国多见于南方地区,在免疫功能缺陷或 HIV 阳性人群中多发<sup>[16]</sup>。主要侵犯肺和单核吞噬系统,临床表现为局限性和播散性感染 2 种类型,局限型:主要由呼吸道入侵,原发症状主要在肺,临床表现类似肺结核,极易误诊,导致病情迁延不愈,影响患者的生活质量。马尔尼菲篮状菌在人体组织细胞内可大量繁殖,其确切的感染途径目前尚不清楚,有研究认为人类感染马尔尼菲篮状菌可能与直接接触竹鼠无关,而是与竹鼠一样暴露在含马尔尼菲篮状菌的雨季疫源地土壤后吸入马尔尼菲篮状菌分生孢子有关<sup>[17]</sup>,一旦发现,应尽早诊断及治疗,尤其是中度或重度患者,预后较差,及时正确的治疗和护理干预,可降低病死率。本例患者以咳嗽、咳痰及气促等呼吸道感染症状为主要临床表现,影像学表现为肺部病变为主。符合马尔尼菲篮状菌局限性感染的临床表现。本病例是通过 NGS 基因检测结合患者临床表现、影像学检查、实验室检查最终诊断为马尔尼菲篮状菌感染。马尔尼菲篮状菌感染合并肺结核在临床中较为罕见,临床上主要是抗真菌治疗。诱导期:无论疾病严重程度,首选两性霉素 B 0.5~0.7 mg/(kg·d)或两性霉素 B 脂质体 3~5 mg/(kg·d),静脉滴注 2 周,需严密观察不良反应;巩固期:口服伊曲康唑或伏立康唑 200 mg,每天二次,共 10 周。随后进行二级预防:口服伊曲康唑 200 mg,每天一次,并持续至少 6 个月可停药<sup>[18]</sup>。控制病情发展,并定期监测治疗效果,针对性的调节治疗方案,以达到更为理想的治疗效果。因该病

存在传染性，还应对患者进行严格消毒隔离管理；在发现患者有体温异常时，通过物理降温、药物降温的方式来降低患者体温，以减少机体氧耗，并通过排痰、持续经鼻高流量吸氧等治疗来减轻患者呼吸道症状，加强对患者营养管理，满足患者机体消耗，辅助提升临床治疗效果。还应密切关注患者的情绪变化，在患者情绪焦虑时及时对患者进行心理疏导，协助患者建立疾病康复的信心，以促使患者更佳积极主动参与临床治疗，提高患者生存质量。

参考文献（略）

## 个案管理模式在耐多药肺结核患者中的应用

许静 蔡小林\* 张正娟

作者单位：兰州市肺科医

**摘要：**目的 探讨个案管理模式在耐多药肺结核患者中的应用。方法 选取 2023 年 1 月~2023 年 12 月在兰州市肺科医院感染科住院接受治疗的 80 例耐多药肺结核患者（MDR-TB）为研究对象。采用随机抽样法分为试验组（40 例）和对照组（40 例）。对照组采用常规管理模式，而试验组采用个案管理模式。比较两组患者在负性情绪、心理弹性、生存质量、治疗依存性和满意度方面的差异。结果 在干预后，相较于对照组，试验组患者表现出更为明显的负性情绪减轻，具体体现在负性情绪评分显著降低；同时，他们在心理弹性（采用 CD-RISC-10 量表评估）、生活质量（依据 SF-36 健康调查简表衡量）、治疗依从性以及满意度等方面均获得显著提升，且这些改善均达到了统计学上的显著性差异（ $P<0.05$ ）。结论 个案管理模式应用于耐多药肺结核患者的照护中，不仅显著减轻了患者的消极情绪，还极大地增强了他们的心理调适能力、提升了生活质量、增强了治疗依从性以及满意度，对促进患者康复具有重要意义，值得进一步推广。

**关键词：**个案管理模式；耐多药肺结核患者；负性情绪；心理弹性；生存质量；治疗依存性；满意度  
中图分类号： 文献标识码： 文章编号：

耐多药肺结核（Multi-Drug Resistant Tuberculosis, MDR-TB）<sup>[1]</sup>，已经成为全球公共卫生领域的一个重大挑战。MDR-TB 是指患者感染结核分枝杆菌对包括异烟肼和利福平同时在内的至少 2 种以上的一线抗结核药物耐药<sup>[2]</sup>，其治疗周期长、费用高、药物毒性大且成功率低，给患者及其家庭乃至整个社会造成了沉重的经济和心理负担。近年来，MDR-TB 的发病率在全球范围内呈上升趋势，其疫情形势尤为严峻。MDR-TB 的传播不仅加剧了结核病的防控难度，还因其治疗成本高、疗效差，导致患者治疗中断、病情加重，甚至死亡。此外，MDR-TB 患者作为传染源，还可能将耐药菌株传播给自己的亲人及周围人群，进一步加剧耐药结核病的流行<sup>[3]</sup>。

传统的肺结核管理模式往往侧重于药物治疗的单一维度，忽视了患者心理、社会支持、经济状况等多方面因素对治疗依从性和疗效的影响。对于 MDR-TB 患者而言，这种模式显然难以满足其复杂多样的治疗需求。因此，探索一种能够综合考虑患者生理、心理、社会等多方面因素的管理模式显得尤为重要。个案管理是一种针对特定患者群体，通过协调多学科团队资源，为患者提供个性化、连续性、综合性的服务模式。该模式强调以患者为中心，通过制定个性化治疗计划、加强医患沟通、提供心理支持和社会援助等手段，提高患者的治疗依从性和生活质量。本研究旨在探讨个案管理模式在 MDR-TB 患者中的应用效果，为优化 MDR-TB 患者管理策略提供科学依据和实践指导。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

本研究选取 2023 年 1 月~2023 年 12 月在兰州市肺科医院感染科住院接受治疗的 80 例耐多药肺结核患者为研究对象。采用随机抽样法分为两组，试验组（ $n=40$ ）、对照组（ $n=40$ ）。对照组患者中男性 29 例，

女性 11 例；年龄在 19 岁至 68 岁，平均  $39.40 \pm 4.75$  岁；试验组患者中男性 31 例，女性 9 例；年龄在 18 岁至 68 岁，平均  $39.68 \pm 4.87$  岁；两组患者在年龄和性别分布上没有显著差异，这保证了研究的可比性。此外，所有患者及其家属都在研究开始前签署了知情同意书，并且该研究已经得到了兰州市肺科医院医学伦理委员会的批准（批号：2023-LF-004）。

纳入标准：①符合《肺结核诊断和治疗指南》[4]中的相关标准；②年龄在 18 岁至 68 之间，具有完整的临床资料；③能够进行有效沟通者。

排除标准：①合并肝、肾功能不全者；②合并心、脑血管疾病者；③认知及精神障碍者；④药物过敏体质；⑤配合度不高，中途退出者。

## 1.2 方法

对照组的患者接受常规管理模式。这一模式聚焦于患者的日常医疗需求，涵盖病情观察、配合检查、生命体征监护，遵医嘱给药、健康宣教、饮食指导等提升患者自我管理能力和加速康复。出院后，嘱患者定期复查。

实验组的患者则采用了更为精细化与个性化的个案管理模式，旨在为患者提供更加全面、专业的护理服务。该模式的核心要素：

### 1. 个案管理小组的构建与协作

组建多元化专业团队 为提高个案管理的全面性，我们精心组建了一支由科室护士长、资深个案管理师、资深医生、专业护士、持证心理咨询专家及健康管理专家组成的多学科团队。团队成员经过严格的培训与考核，明确各自职责，确保为患者提供全方位、专业化、精细化的护理服务。

明确职责与协作 组长：科室护士长担任，作为团队的核心负责整体沟通协调工作，同时组织团队成员进行持续的专业学习与提升，包括理论学习、操作技能、问卷调查设计等。资深个案管理师：负责深入评估患者情况，建立详尽的个案管理档案，并与患者共同制定个性化的管理目标与计划。全程追踪管理计划执行情况，协调医疗资源，搭建医患沟通桥梁，确保患者获得最佳治疗与护理。同时，定期提醒患者复查并筛查并发症。资深医生：专注于耐多药肺结核的精准诊断与治疗方案的制定，确保治疗方案的科学性与有效性。专业护士：深化健康教育内容，提供个性化的护理支持与指导。定期组织病友交流活动，增强患者间的相互支持。心理咨询专家：提供高质量的心理健咨询与心理援助，协助患者减轻心理压力、消极情绪，并提升他们的治疗信念及社会交往技能。健康管理专家：综合分析患者身体疾病状况，提供个性化的健康管理咨询，包括营养指导、生活习惯调整等，以提升患者整体健康水平。

### 2. 全面评估患者状况

患者入院后，立即启动全面的评估流程，包括详细的病史询问、体格检查、实验室检查等。同时，关注患者的心理状态、社会支持网络、家庭状况及对疾病的认知程度，为后续制定个性化的治疗方案与护理措施提供依据。

### 3. 制定并实施个性化管理计划

精准药物治疗方案的严谨执行与动态调整：在抗结核治疗过程中，我们始终坚守医疗专业指南的指引，严格依照医生的精准处方，为每位患者制定个性化且标准化的治疗方案。我们不仅详细解析每种药物的作用机制、用法用量，还深入阐述其潜在的副作用，力求让患者全面理解治疗过程，从而确保他们能够准确无误地执行治疗方案。为了保障治疗的安全性与有效性，我们建立了全方位的药物监测机制，对患者的用药反应进行持续而细致的追踪。一旦发现任何不良反应的苗头，我们立即启动应急响应程序，迅速进行评估，并基于评估结果灵活调整治疗策略，力求在最短时间内消除不良反应，保障患者的健康与安全。

多元化健康教育的深度渗透与广泛传播：我们深知健康教育对于患者疾病认知与自我管理能力提升的重要性，因此采用了多种丰富多彩的教育手段，如定制化讲座、互动手册、在线课程及视频教程等，全面而深入地传播耐多药肺结核的相关知识。通过这些多元化的教育形式，我们成功地将复杂的医学知识转化为易于理解的语言，帮助患者更好地理解自己的病情，掌握自我管理技巧。同时，我们积极倡导正面引导的理念，帮助患者识别并纠正不良生活习惯，引导他们树立正确的健康观念。我们还特别强调了与医疗团队紧密合作的重要性，鼓励患者积极参与治疗过程，与医护人员共同制定治疗计划，从而激发患者内在的

治疗动力，增强治疗依从性。

持续的心理疏导与情感关怀的温暖传递：在治疗过程中，我们深刻认识到患者心理状态与情绪波动对于治疗效果的深远影响。因此，我们建立了长效的心理疏导体系，密切关注患者的心理变化，通过定期的面对面交流、个性化心理干预及情绪管理指导等方式，为患者提供全方位的心理支持。我们致力于为患者营造一个充满理解与支持的治疗环境，让他们感受到来自医护人员的温暖与关怀。通过耐心的倾听、细致的解答与真诚的鼓励，我们帮助患者建立战胜疾病的积极信念与回归社会的坚强勇气。我们还鼓励患者之间的交流与分享，通过相互鼓励与支持，共同面对疾病的挑战。

个性化的营养膳食指导与美味佳肴的享受：我们深知营养膳食对于患者身体免疫力提升与康复进程的重要性。因此，我们根据患者的营养评估结果与疾病需求，精心制定个性化的饮食计划。我们倡导科学合理的膳食结构，鼓励患者增加富含营养的食物摄入，如优质蛋白质、新鲜蔬果及全谷物等，以满足身体康复所需的各种营养素。为了确保患者能够轻松执行饮食计划并享受美味佳肴，我们还提供针对性的饮食建议与烹饪技巧指导。我们根据患者的口味偏好与饮食习惯，为他们量身定制食谱，并教授他们简单易学的烹饪方法，让他们在享受美食的同时也能达到康复的目的。

科学化的康复锻炼计划的精准定制与动态调整：我们深知康复锻炼对于患者肺功能改善、体能增强及生活质量提升的重要性。因此，我们为患者量身打造科学、合理的康复锻炼方案。我们结合患者的身体状况与肺功能水平，为精心设计了多样化的锻炼方式包括呼吸训练、有氧运动以及力量练习等以满足患者不同阶段的康复需求。为了确保锻炼计划的安全性及有效性，我们定期评估患者的锻炼效果与身体状况变化，并根据评估结果及时调整锻炼计划。我们通过逐步增加锻炼强度与频率的方式，帮助患者逐步适应锻炼过程并达到最佳效果。我们还鼓励患者积极参与康复锻炼活动，通过与医护人员的共同努力与配合，共同推动康复进程的顺利进行。

#### 4. 强化定期随访与评估

为了确保出院患者能够顺利康复，我们采用了一系列高效的通讯手段，如电话、短信和远程医疗平台，为他们提供定期的随访服务。在这个过程中，我们全面评估患者的康复情况和治疗效果，确保他们的每一个进步都能得到关注和记录。基于这些评估结果，我们迅速调整个性化的健康管理计划，以满足患者不断变化的康复需求。我们深知，康复过程中的心理和社会支持同样重要。因此，我们密切关注患者的心理状态，提供必要的心理疏导和情感支持。同时，我们努力了解患者的社会支持状况，帮助他们建立或加强社会联系。我们的目标是通过这些综合服务，让患者在康复的道路上得到全面的支持和帮助，从而实现全面、健康的恢复。

##### 1.3 观察指标

1.3.1. 负性情绪：采用焦虑自评量表（self - rating anxiety scale , SAS）、抑郁自评量表（self - rating depression scaie , SDS）[5]评估两组患者干预前及干预后的心理状态。根据量表的评分标准，SAS 临界值 50 分，则提示存在焦虑情绪，SDS 临界值 53 分，则提示存在抑郁情绪，评分越低说明心理状态越好，负性情绪越低。

1.3.2. 心理弹性：采用心理弹性量表（Connor - Davidson resilience scale , CD - RISC）[6]评估两组患者干预前及干预后的心理弹性，共 25 条，计 0-4 分，总分为 100 分，分数越高，说明患者的心理弹性越好。

1.3.3. 生活质量：采用健康调查简表（the MOS 36-item short form health survey, SF-36）[7]评估两组患者干预前及干预后的生活质量。涵盖 36 项条目，8 个维度，总分 100 分，分数越高，说明患者的生活质量越好。

1.3.4. 治疗依从性：科室自制的耐多药肺结核患者治疗依从性量表评估治疗依存性，分为 3 个等级：依从性好（能够积极主动的配合完成医疗活动）；基本依从（能够基本配合完成医疗活动）；不依从（不能配合医疗活动）。治疗依从率 =（依从性好 + 基本依从） / 总例数 × 100%。

1.3.5. 患者满意度：在患者离院之际，利用医院自行设计的满意度调查表对两组病人的满意程度进行评估。此问卷详尽涵盖了 20 个维度，每项均设有 1 至 5 分的评分区间，总评分上限为 100 分。基于总分划定满意度等级：若得分低于 60 分，则判定为患者对服务“不满意”；分数落在 60 至 90 分之间，表明患者

“比较满意”；而超过 90 分，则意味着患者“非常满意”。最终，满意度计算公式为：（表示“比较满意”的病例数 + 表示“非常满意”的病例数）/ 总病例数 × 100%[8]。

#### 1.4 统计学方法

为了确保数据处理的准确性和可靠性，我们选用了 SPSS 20.0 统计学软件来进行数据的分析和处理，对于计量资料，采用均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）的形式进行描述，组间差异的比较通过  $t$  检验来完成；对于计数资料，则以数量及百分比[n(%)]的形式呈现，并运用  $\chi^2$  检验来比较不同组别之间的差异；若  $P$  值小于 0.05，则认为差异具有统计学显著性。

## 2 结果

### 2.1 两组耐多药肺结核患者负性情绪评分比较

干预前，对两组耐多药肺结核患者的焦虑自评量表（SAS）与抑郁自评量表（SDS）评分进行对比分析，结果显示两组之间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明在干预前，两组患者的负性情绪处于相似水平。然而，在接受了干预措施后，两组患者的 SAS 与 SDS 评分均有所改善，且实验组的改善程度更为显著，其评分明显低于对照组，这一差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。这一结果表明，个案管理模式对于有效缓解耐多药肺结核患者的负面情绪具有积极作用。见表 1。

表 1 两组耐多药肺结核患者负性情绪评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

| 组别  | 例数 | SAS 评分     |            |        |       | SDS 评分     |            |        |       |
|-----|----|------------|------------|--------|-------|------------|------------|--------|-------|
|     |    | 干预前        | 干预后        | $t$    | $P$   | 干预前        | 干预后        | $t$    | $P$   |
| 对照组 | 45 | 46.38±4.16 | 22.05±3.02 | 28.984 | 0.000 | 45.90±4.30 | 22.28±3.07 | 26.966 | 0.000 |
| 实验组 | 45 | 46.43±2.51 | 19.23±2.61 | 40.946 | 0.000 | 45.98±2.92 | 18.85±2.21 | 40.599 | 0.000 |
| $t$ |    | 0.066      | 4.261      |        |       | 0.099      | 5.552      |        |       |
| $P$ |    | 0.948      | 0.000      |        |       | 0.922      | 0.000      |        |       |

注：SAS 为焦虑自评量表；SDS 为抑郁自评量表。

### 2.2 两组耐多药肺结核患者干预前后心理弹性评分比较

干预前，对两组耐多药肺结核患者的心理弹性量表（CD-RISC）评分进行对比分析，结果显示两组之间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明在干预前两组患者的心理弹性水平相当。然而，在接受了干预措施后，两组患者的 CD-RISC 评分均有所提升，且实验组的提升幅度显著大于对照组，这一差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。这一结果表明，个案管理模式有效增强了患者的心理弹性，使他们能够更好地应对疾病所带来的各种挑战和压力。见表 2。

表 2 两组耐多药肺结核患者干预前后 CD-RISC 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

| 组别  | 例数 | 干预前        | 干预后        | $t$    | $P$   |
|-----|----|------------|------------|--------|-------|
| 对照组 | 40 | 59.50±3.69 | 74.10±4.84 | 14.338 | 0.000 |
| 实验组 | 40 | 59.95±4.40 | 80.95±6.66 | 14.921 | 0.000 |
| $t$ |    | 0.737      | 6.382      |        |       |
| $P$ |    | 0.466      | 0.000      |        |       |

注：CD-RISC 为心理弹性量表。

### 2.3 两组耐多药肺结核患者干预前后生活质量评分比较

干预前，对两组耐多药肺结核患者的 SF-36 评分进行对比分析，结果显示两组之间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明在干预前两组患者的生活质量相近；然而，在接受了干预措施后，两组患者的 SF-36 评分均有所提高，且试验组高于对照组，这一差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），这一结果表明，个案管理模式对于显著改善耐多药肺结核患者的生活质量具有显著的正面效果。见表 3。

表 3 两组耐多药肺结核患者干预前后 SF-36 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

| 组别  | 例数 | 干预前        | 干预后        | $t$    | $P$   |
|-----|----|------------|------------|--------|-------|
| 对照组 | 40 | 68.02±4.01 | 80.88±3.09 | 18.874 | 0.000 |
| 实验组 | 40 | 68.13±4.56 | 90.27±3.34 | 26.059 | 0.000 |
| $t$ |    | 0.176      | 12.619     |        |       |
| $P$ |    | 0.861      | 0.000      |        |       |

注：SF-36 为健康调查简表。

## 2.4 两组耐多药肺结核患者治疗依存性评分比较

对两组耐多药肺结核患者的治疗依从性进行对比分析, 对照组患者的依存性为 67.50%, 实验组患者的依存性为 95.00%, 结果显而易见, 实验组的治疗依从性显著高于对照组, 这一差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 这一结果表明, 个案管理模式的实施有效提升了患者的治疗依存性。见表 4

表 4 两组耐多药肺结核患者治疗依从性评分比较[n (%) ]

| 组别       | 例数 | 依存性好 | 基本依存 | 不依存 | 依存性   |
|----------|----|------|------|-----|-------|
| 对照组      | 40 | 10   | 17   | 13  | 67.50 |
| 实验组      | 40 | 16   | 22   | 2   | 95.00 |
| $\chi^2$ |    |      |      |     | 8.205 |
| $P$      |    |      |      |     | 0.004 |

## 2.5 两组耐多药肺结核患者满意度比较

对两组耐多药肺结核患者的满意度进行对比分析, 对照组患者的满意度为 75.00%, 实验组患者的满意度为 95.00%, 结果显而易见, 实验组的满意度明显高于对照组, 这一差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 这一结果表明, 说明个案管理模式提高了患者对医疗服务的满意度。见表 5

表 5 两组耐多药肺结核患者满意度比较[n (%) ]

| 组别       | 例数 | 非常满意 | 比较满意 | 不满意 | 满意度   |
|----------|----|------|------|-----|-------|
| 对照组      | 40 | 14   | 18   | 10  | 75.00 |
| 实验组      | 40 | 27   | 10   | 2   | 95.00 |
| $\chi^2$ |    |      |      |     | 4.804 |
| $P$      |    |      |      |     | 0.026 |

## 3 讨论

耐多药肺结核, 一种复杂的慢性疾病, 患者面临诸多挑战。长期抗结核药物治疗导致耐药性, 减弱治疗效果, 增加不良反应。患者承受着咳嗽、咳痰、咯血和胸痛等不适症状, 同时心理压力巨大, 易出现焦虑和抑郁。由于传染性, 患者在社会交往中遭受歧视和疏远, 由于长期治疗, 疗程长, 药品价格昂贵, 导致经济负担沉重。这些因素导致患者治疗依从性下降, 生活质量严重受损[9]。为解决这一问题, 引入个案管理模式。该模式通过个性化的关怀和支持, 帮助患者缓解负面情绪, 提高心理弹性, 重新点燃对生活的信心。同时, 个案管理加强患者与治疗团队的合作, 提升治疗依存性, 确保治疗方案的有效执行。最终, 这一模式助力患者实现生活质量的显著提升, 以及对治疗效果的高度满意。

### 3.1 个案管理模式对耐多药肺结核患者负性情绪的积极影响

MDR-TB 患者常因长期治疗、药物副作用及社交障碍等多重压力而产生焦虑、抑郁等负面情绪。本研究发现, 实施个案管理模式的试验组患者在干预后, 其不良情绪评分显著降低, 表明该模式能有效缓解患者的心理压力, 促进其情绪状态的积极转变。通过为患者提供定制化的护理支持和心理干预, 个案管理模式让患者感受到更多的关怀与支持, 增强了他们战胜疾病的信心。同时, 个案管理者能及时发现并处理患者的情绪问题, 有效预防心理危机的发生, 为患者的心理健康提供了坚实的保障。

### 3.2 个案管理模式对耐多药肺结核患者心理弹性的正面影响

心理弹性是衡量个体在逆境中保持积极态度和适应能力的重要指标。本研究结果显示, 试验组患者的心理弹性量表 (CDRISC-10) 评分显著高于对照组, 证明个案管理模式显著提升了患者的心理弹性。这种提升使患者能够更好地应对治疗过程中的各种挑战, 保持积极向上的治疗态度和生活方式, 为疾病的治疗和康复创造了有利的心理条件。

### 3.3 个案管理模式对耐多药肺结核患者生活质量的提升

健康调查简表 (SF-36) 的评分结果显示, 试验组患者在生活质量方面亦表现出显著的改善。个案管理模式通过提供全面的护理支持和健康指导, 帮助患者改善不良生活习惯、调整饮食结构、增加适量运动等, 从而提升了患者的身体健康水平和生活质量。这种全方位的支持不仅关注患者的生理健康, 还兼顾了心理健康和社会功能的恢复, 为患者的全面康复奠定了坚实的基础。

### 3.4 个案管理模式对耐多药肺结核患者治疗依存性和满意度的促进作用

治疗依存性是 MDR-TB 患者治疗效果的关键因素之一。本研究结果显示, 试验组患者的治疗依存性评分显著高于对照组, 这与个案管理模式提供的全程护理服务和个性化治疗方案有关。个案管理者通过与患者建立紧密的联系, 及时了解患者的治疗情况和需求, 为患者提供个性化的治疗建议和护理支持, 从而提高患者的治疗依存性。同时, 试验组患者的满意度评分也显著高于对照组。个案管理模式注重患者的需求和感受, 针对患者的个体差异制定个性化的干预措施, 为患者提供全面、个性化的护理服务, 使患者感受到更多的尊重和关心, 从而提高了患者的满意度。

综上所述, 个案管理模式在针对耐多药肺结核患者的治疗实践中, 取得了显著且多方面的效果。这种模式有效地减轻了患者的负面情绪[9], 显著提高了他们的心理弹性, 帮助他们更好地应对治疗过程中的挑战。同时, 通过个性化的关照和管理, 个案管理模式显著改善了患者的生活质量, 使其在治疗期间能够保持良好的身心状态。此外, 该模式还增强了患者的治疗依存性, 确保了治疗方案的连续性和有效性, 从而提升了治疗效果, 赢得了患者的高度满意和认可。因此, 我们强烈建议在耐多药肺结核患者的临床管理和照护中, 积极推广并广泛应用个案管理模式, 以进一步优化治疗效果, 提升患者的整体健康水平和生活满意度。

参考文献 (略)

## 以患者为中心的“D-M-D”个案化咨询关怀服务模式对耐多药结核病治疗结局的影响

黄冬梅

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属武汉金银潭医院

**【摘要】** **目的** 探讨以患者为中心的“D-M-D(Diagnosis-Medicine-Discharge)”个案化咨询关怀服务模式对耐多药结核病患者治疗结局的影响。**方法** 选取 2016 年 1 月-2017 年 12 月收治的 211 例患者为对照组, 2019 年 1 月-2020 年 12 月收治的 297 例患者为观察组, 对照组采用耐多药结核病患者传统健康教育路径进行出院指导, 观察组实施以患者为中心的“D-M-D”个案化咨询关怀服务模式。**结果** 观察组治疗结局得分高于对照组 ( $P<0.001$ ), 生活质量优于对照组 ( $P<0.001$ )。**结论** 以患者为中心的“D-M-D”个案化护理关怀服务模式, 实现了院内院外的延续关怀服务, 保障了疾病干预进程的连续性, 改变了耐多药结核病患者治疗结局, 进而改善患者生活质量。

**【关键词】** 耐多药结核病; “D-M-D”个案化护理关怀服务模式; 治疗结局; 生活质量

## 基于互联网+远程管理模式在耐多药结核营养管理中应用效果分析

刘艳 刘晓玲\* 刘玲

作者单位: 南京市第二医院

**【摘要】** **目的:** 探讨基于互联网+远程管理模式的营养管理对耐多药结核患者营养指标、生命质量等指标的影响, 为耐多药结核患者干预方法的实施提供指导。**方法:** 采取随机对照试验方法, 以便利抽样法选取我院于 2022 年 5 月至 2023 年 5 月内就诊的 60 例耐多药结核患者, 按照随机数字表法分为对照组 (30 例, 常规营养管理) 和实验组 (30 例, 基于互联网+远程管理模式的营养管理), 2 组均持续干预至出院后两个月。比较 2 组患者干预前后的营养指标、生命质量、睡眠质量与心理状态评分等指标。**结果:** 2 组最

终各纳入 30 例，对照组男 16 例，女 14 例，年龄（50.34±8.19）岁；实验组男 15 例，女 15 例，年龄（50.41±8.22 岁）；观察组患者干预后的营养风险评分降低，实验组护理后的空腹血糖降低，糖化血红蛋白、血清白蛋白、血红蛋白水平较前提高，自我管理能力和服药依从性评分较前有所提升，满意度评分提高、焦虑抑郁评分降低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：基于互联网+远程管理模式的营养管理应用于耐多药结核患者营养管理，改善血糖波动水平，促进疾病恢复，改善患者整体营养状态，缓解负性情绪，提升患者服药依从性和护理满意度，具有较高应用价值。

【关键词】耐多药结核；营养管理；互联网+远程管理模式

结核是由结核分枝杆菌感染引起的慢性传染病，主要通过飞沫进行传播，传染风险较大，老年人等免疫力相对较低的群体发病风险较大，更容易被感染<sup>[1]</sup>。主要会对肺脏造成较大影响，也有部分结核分枝杆菌会对肾、肝等部位进行侵犯形成肺外结核<sup>[2]</sup>。随着人们生活环境的变化、生活方式的改变，结核发病人数逐年增加，发病率呈上升趋势。临床主要通过药物进行治疗，部分病情严重或者情况特殊的患者需要进行手术治疗<sup>[3]</sup>。患者主要表现为咳嗽、低热等，除了药物作用之外，患者自身的营养状况、免疫功能都会对恢复产生影响，病原菌在排出毒素物质的过程中会对营养状态造成不良影响，引发全身性反应等，对于营养物质摄入有着更高的要求<sup>[4]</sup>。本研究针对耐多药结核患者实施基于互联网+远程管理模式的营养管理的临床效果进行探讨。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选择我院 2022 年 5 月至 2023 年 5 月内就诊的 60 例耐多药结核患者，随机分为对照组（30 例，男 16 例，女 14 例，平均 50.34±8.19 岁）和实验组（30 例，男 15 例，女 15 例，平均 50.41±8.22 岁）。所有患者都是自主选择自愿参与到本次研究当中。

表 1 两组基本资料比较

| 组别  | 性别    |    | 文化程度  |       | 年龄         |
|-----|-------|----|-------|-------|------------|
|     | 男     | 女  | 高中及以上 | 初中及以下 |            |
| 实验组 | 16    | 14 | 13    | 17    | 50.34±8.19 |
| 对照组 | 15    | 15 | 12    | 18    | 50.41±8.22 |
| P   | >0.05 |    | >0.05 |       | >0.05      |

### 1.2 方法

对照组对患者使用常规营养管理，包括（营养风险筛查、制定饮食计划等），实验组在常规营养管理的基础上对患者使用基于互联网+远程管理模式的营养管理，具体实施方法如下：建立专项小组，由资深护理人员、专科医师、营养师、互联网系统工作人员等组成，明确各自职责，进行耐多药结核、营养支持等相关知识、技能的培训，加强营养管理的重视程度和责任感，提升综合素质。

通过互联网平台建立微信群进行远程护理管理，将患者、家属拉入微信群内，积极进行医患、护患之间的互动，通过沟通交流了解患者的饮食习惯等。在微信群进行相关评估量表、营养支持、耐多药结核疾病相关知识等内容的推送和发布。

通过营养风险筛查评分简表对患者的营养风险情况进行评估，参考评估结果制定针对性的营养管理方案。患者代谢较高，对营养物质的摄入有着较大的需求，摄入量需要根据专门的能量需要公式进行计算，通过基础能量消耗、体温系数等得出每日所需营养摄入量达到多少才能满足每日能量所需。参考患者的个人喜好、饮食习惯等，在满足每日能量所需的基础上制定相应的饮食方案，根据患者恢复情况进行饮食方案的调整，保障营养充足的同时保证营养均衡，足以满足机体代谢所需。定期根据网络平台对患者营养管理方案落实情况进行评估，引导家属协助监督患者，提升对营养干预的重视程度。以通俗易懂的语言讲解营养管理方案的作用和必要性，提升依从性和配合度。

引导患者保持良好的生活作息和饮食习惯，尽量少食多餐，增加高蛋白质、高维生素、低纤维素食物的摄入，保证每日摄入的微量元素、矿物质、膳食纤维等营养元素满足所需标准，保证营养支持，从而促

进患者营养水平的提升。需要注意的是,临床常用的异烟肼类抗结核药物会对患者的胺类物质处理能力造成不良影响,在异烟肼类药物的用药过程中需要避免摄入过多的胺类物质,减少对富含胺类物质食物的使用量,例如金枪鱼等。针对患者营养状况进行动态追踪,如遵循日常饮食方案无法充分满足患者营养所需,可通过肠内营养粉等进行营养状况干预。进行营养物质的监测时需要注意对微量元素的检测,对患者身体状况进行评估,针对缺少的微量元素制定针对性的补充方案。引导患者养成良好的生活方式,保证充足的睡眠,适当运动,以提升免疫力,促进患者体内代谢稳定,促进循环功能。

### 1.3 疗效标准

通过营养风险评估问卷对两组患者的营养风险情况进行数据搜集和分析。记录两组患者的空腹血糖、糖化血红蛋白,血清白蛋白,血红蛋白情况进行数据搜集和分析。通过慢性病自我管理行为测量表(CDSMS)、Morisky 服药依从性量表,对两组患者的自我管理能力、服药依从性进行数据搜集和分析。通过某三甲医院患者满意度调查表、医院焦虑抑郁量表(附录六:医院焦虑抑郁量表(HADS)),对两组患者的满意度、焦虑抑郁情况进行数据搜集和分析。

### 1.4 统计学方法

所有数据均纳入 SPSS23.0 中进行比较分析,分别用  $x^2$  和  $t$  进行,分别用百分占比 (%) 和 (平均数±标准差) 表示,若 ( $P<0.05$ ) 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者护理前后的营养风险评分对比

实验组与对照组患者护理前的营养风险评分 ( $2.21\pm0.37$ 、 $2.19\pm0.40$ ),护理前营养风险评分结果对比  $t=0.220$ ,  $P=0.826$ 。两组患者护理后的营养风险评分 ( $1.68\pm0.16$ 、 $1.95\pm0.18$ ),护理后营养风险评分结果对比  $t=6.000$ ,  $P=0.001$ 。根据数据结果分析可知,实验组护理后的营养风险评分更低,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

### 2.2 两组患者空腹血糖、糖化血红蛋白,血清白蛋白,血红蛋白对比

实验组与对照组患者护理前的空腹血糖 ( $5.12\pm0.31$ 、 $5.14\pm0.27$ ) mmol/L、糖化血红蛋白 ( $7.68\pm2.23$ 、 $7.45\pm2.11$ ) g/L、血清白蛋白 ( $27.56\pm4.59$ 、 $27.68\pm4.33$ ) g/L、血红蛋白 ( $124.24\pm8.97$ 、 $125.33\pm9.04$ ) mg/L。两组患者护理后的空腹血糖 ( $5.34\pm0.21$ 、 $6.98\pm0.19$ ) mmol/L、糖化血红蛋白 ( $12.23\pm2.18$ 、 $8.59\pm1.79$ ) g/L、血清白蛋白 ( $37.82\pm5.01$ 、 $31.56\pm4.25$ ) g/L、血红蛋白 ( $151.41\pm10.28$ 、 $138.26\pm9.45$ ) mg/L;患者空腹血糖结果对比  $t=31.718$ ,  $P=0.001$ ;糖化血红蛋白结果对比  $t=16.169$ ,  $P=0.001$ ;血清白蛋白结果对比  $t=5.218$ ,  $P=0.001$ ;血红蛋白患者结果对比  $t=5.158$ ,  $P=0.001$ 。根据数据结果分析可知,实验组护理后的空腹血糖更低,糖化血红蛋白、血清白蛋白、血红蛋白水平更高,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

### 2.3 两组患者自我管理能力、服药依从性评分对比

实验组与对照组患者护理前的自我管理能力评分 ( $40.15\pm4.16$ 、 $40.38\pm4.22$ )、服药依从性评分 ( $6.38\pm1.41$ 、 $6.29\pm1.36$ );患者自我管理能力评分结果对比  $t=0.221$ ,  $P=0.825$ ;服药依从性评分结果对比  $t=0.254$ ,  $P=0.800$ 。两组患者护理后的自我管理能力评分 ( $65.21\pm5.24$ 、 $57.26\pm5.46$ )、服药依从性评分 ( $8.45\pm1.12$ 、 $7.21\pm1.08$ );患者自我管理能力评分结果对比  $t=5.750$ ,  $P=0.001$ ;服药依从性评分结果对比  $t=4.365$ ,  $P=0.001$ 。根据数据结果分析可知,实验组护理后的自我管理能力、服药依从性评分更高,差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ),如表 2

表 2 两组患者自我管理能力、服药依从性评分对比 ( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | 护理前自我管理能力  | 护理前服药依从性  | 护理后自我管理能力  | 护理后服药依从性  |
|-----|----|------------|-----------|------------|-----------|
| 实验组 | 30 | 40.15±4.16 | 6.38±1.41 | 65.21±5.24 | 8.45±1.12 |
| 对照组 | 30 | 40.38±4.22 | 6.29±1.36 | 57.26±5.46 | 7.21±1.08 |
| t   | -  | 0.221      | 0.254     | 5.750      | 4.365     |
| P   | -  | 0.825      | 0.800     | 0.001      | 0.001     |

### 2.4 两组患者满意度、焦虑抑郁评分对比

实验组与对照组患者护理前的满意度评分 (70.16±5.26、71.10±5.33)、焦虑抑郁评分 (13.59±2.14、13.42±2.31); 患者满意度评分结果对比  $t=0.687$ ,  $P=0.494$ ; 患者焦虑抑郁评分结果对比  $t=0.296$ ,  $P=0.768$ 。两组患者护理后的满意度评分 (90.67±5.28、81.26±5.17)、焦虑抑郁评分 (8.12±2.32、10.22±2.14); 患者满意度评分结果对比  $t=6.973$ ,  $P=0.001$ ; 患者焦虑抑郁评分结果对比  $t=3.644$ ,  $P=0.001$ 。根据数据结果分析可知, 实验组护理后的满意度评分更高、焦虑抑郁评分更低, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 如表 3。

表 3 两组患者满意度、焦虑抑郁评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 护理前满意度     | 护理前焦虑抑郁    | 护理后满意度     | 护理后焦虑抑郁    |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| 实验组 | 30 | 70.16±5.26 | 13.59±2.14 | 90.67±5.28 | 8.12±2.32  |
| 对照组 | 30 | 71.10±5.33 | 13.42±2.31 | 81.26±5.17 | 10.22±2.14 |
| t   | -  | 0.687      | 0.296      | 6.973      | 3.644      |
| P   | -  | 0.494      | 0.768      | 0.001      | 0.001      |

### 3. 讨论

耐多药结核病患者所感染的结核分枝杆菌对异烟肼、利福平类药物存在耐药性, 治疗难度较大, 多发于治疗后再次复发的结核病患者, 传播时间相对长, 对患者周围的家人、朋友等带来较大的威胁。病程较长, 治愈率相对较低, 需要长期用药, 且治疗费用相比普通结核病更高, 给患者带来较大的心理压力的同时, 给家庭和社会带来一定负担<sup>[5]</sup>。在长期治疗过程中, 患者病情稳定后通过采取居家治疗和护理。由于缺乏相应的专业知识, 在长期治疗下容易产生抗拒心理和大量负性情绪, 患者依从性下降, 难以完全按照医嘱进行用药或者按照制定好的饮食方案进行营养干预, 导致恢复效果不佳<sup>[6]</sup>。

基于互联网+远程管理模式的营养管理可定期通过网络平台对患者营养状况进行评估和追踪, 及时进行饮食方案的调整, 提供更有针对性的干预方案<sup>[7]</sup>。有助于定期监督患者自我管理情况, 引导按照不断完善饮食方案的执行, 以满足营养需求, 避免引发营养不良等不良反应, 对恢复产生不良影响, 有助于提升医师、护理人员对患者身体状况的掌握程度, 从而降低不良事件发生风险<sup>[8]</sup>。通过网络平台发布营养风险评估量表, 动态追踪患者营养状况。引导家属积极参与, 协助按照饮食方案进行营养干预, 引导多食用富含蛋白质、能量、维生素、矿物质、微量元素的食物, 监督患者遵医嘱用药、饮食、保持良好的生活习惯等<sup>[9]</sup>。通过药物治疗与营养管理的配合, 更好地满足耐多药结核患者每日能量所需, 在高代谢下保证营养充足、均衡力, 有助于促进药物治疗作用, 改善营养状况, 以提升机体免疫, 促进恢复<sup>[10]</sup>。本研究结果显示, 实验组护理后的空腹血糖更低, 糖化血红蛋白、血清白蛋白、血红蛋白水平更高, 自我管理能力、服药依从性评分更高, 满意度评分更高、焦虑抑郁评分更低。基于互联网+远程管理模式的营养管理可以有效改善耐多药结核患者营养风险, 促进恢复, 改善血糖水平, 提升服药依从性和满意度, 缓解负性情绪, 有较高应用价值<sup>[11]</sup>。

综上所述, 对耐多药结核患者实施基于互联网+远程管理模式的营养管理的临床效果良好。有一定现实意义, 值得推广。

#### 参考文献(略)

## 基于奥马哈系统指导的护理管理对继发性肺结核患者的影响

刘娟娟 刘艳\* 刘晓玲 马或婉

作者单位: 南京市第二医院

**摘要: 目的:** 讨论对继发性肺结核患者采用奥马哈系统指导的影响。**方法:** 将本院 2021 年 8 月至 2022 年 8 月期间入院的继发性肺结核 110 例患者采取随机分为对照组和实验组各 55 例, 其中对照组采取常规护理干预的方式, 实验组在常规护理基础上在结合奥马哈系统指导的护理管理的方式; 由此对比两组患者在干预前以及干预后 3 个月的知信行评分以及自我护理能力 [采用自我护理能力测定量表(ESCA)]。

**结果:** 在干预 3 个月后, 对比两组患者的知信行以及 ESCA 各评分明显高于干预前的( $P<0.05$ ), 并且实验组的各评分都高于对照组( $P<0.01$ )。 **结论:** 通过对继发性肺结核患者采用奥马哈系统指导的方式, 患者的知信行得到提高, 并且患者的自我护理能力达到了很大的提升, 生活质量的水平也得到很大的提升。

**关键词:** 奥马哈系统指导 护理管理 继发性肺结核 患者

**前言:** 肺结核是由于结核分枝杆菌而引发的疾病, 由于此类疾病的传染能力特别强, 发病率极其高, 成为当前世界范围内高度重视的公共卫生问题。在感染之后, 主要表现为咳嗽的症状, 并伴随着呼吸困难, 四肢无力<sup>[1]</sup>。而对于肺结核的主要治疗手段是采用抗结核治疗的办法, 这就需要患者长期服用药物, 但是很多人无法坚持下来, 导致肺结核很难治愈, 并且复发的概率较高, 而普通的护理是很难保证肺结核患者治疗效果的<sup>[2]</sup>。在相关的研究中可以发现, 奥马哈系统是改善慢性病患者生活质量的中药治疗手段, 并成为了一套完善的体系。在本次研究中讨论对继发性肺结核患者采用奥马哈系统指导的影响报告如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将本院 2021 年 8 月至 2022 年 8 月期间入院的继发性肺结核 110 例患者采取随机分为对照组和实验组各 55 例, 其中对照组采取常规护理干预的方式, 实验组在常规护理基础上在结合奥马哈系统指导的护理管理的方式; 由此对比两组患者在干预前以及干预后 3 个月的知信行评分以及自我护理能力 [采用自我护理能力测定量表(ESCA)]。纳入标准: ①年龄 大于 18 岁; ②都是符合《肺结核诊断标准[3]》; ③无肺结核既往史; ④能 正常交流, 有自理能力。排除标准: ①严重的精神病患者及肝肾功能障碍的患者; ②不参与随访的患者; ③哺乳期和孕妇; ④有其他的传染性疾病的患者。实验组: 男 39 例, 女 16 例; 年龄 26~73 岁, 平均年龄( $53.38\pm 14.54$ )岁。对照组男 48 例, 女 7 例; 年龄 24~75 岁, 平均年龄( $53.76\pm 16.43$ )岁。对比两组的年龄、性别、学历等基本资料并无显著差异 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 主要采用常规护理干预的方式。患者在住院期间做好疾病的健康宣教、消毒隔离、发放治疗守则、使用抗结核药物以及引导患者养成良好的生活习惯。

**1.2.2 实验组** 是在对照度的基础上结合了奥马哈系统指导的护理干预方法。通过结核, 继发性肺结核患者的相关资料, 采用相应的辅助性治疗办法, 在参考奥马哈问题的系统, 将系统中所涵盖的生理领域、心理领域、社会领域、健康行为进行了分析, 采用相对应的护理干预方式, 具体内容如下: ①环境领域。根据当前患者的经济情况、家庭背景、生活环境等内容制定有针对性的护理干预方法, 并为家庭经济并不宽裕的家庭提供有效的治疗方法, 同时借鉴了医疗资源, 申请了相应的特殊病种, 并争取帮助患者获得更多社会家庭的支持, 由此减少开支。②心理社会领域。由于继发性肺结核的疾病是属于慢性的传染疾病之一, 并且很多人对其会有很大的歧视, 这对患者而言极为不利, 因此要采用相应的心理干预办法。a.情感疏导: 在这个过程当中, 要领导患者养成良好的情绪管理, 冰淇淋的与患者进行沟通和交流, 鼓励患者学会倾听, 并告知他人护理的需求, 由此, 纠正患者的是非观念和信念, 并告知患者调节心理情绪、进行情绪转移等方法, 这是帮助患者重建治疗信心的重要方式, 让患者能够积极的参与治疗并主动的反馈治疗过程当中可能出现不良情况。b.建立互助小组: 通过设立肺结核病友团的形式, 将每五例患者结成一组, 并将其中乐观、正向和积极的病友作为团长, 积极鼓励病友之间相互交流鼓励, 更有助于病友之间增强信任感和归属感, 定期让患者进行自我管理, 养成良好的行为习惯, 培养病人进行沟通和交流, 同时, 要发挥组员之间的榜样引导作用。c.家庭支持: 需要积极的鼓励家属参与到整个患者的护理干预当中, 并为患者提供更多正向的支持。d.社会支持: 针对负面情绪较为严重的患者, 要让其接受心理咨询师的心理干预, 必要时邀请精神科的专家进行会诊, 及时观察药物用的疗效, 并鼓励患者参与各种娱乐性的活动, 达到身心放松的状态。③生理领域。a.健康教育: 可以定期组织患者以及家属参与到肺结核的传染疾病的宣讲之中, 从源头进行控制, 做到早发现, 早治疗, 特别是阳性患者要做好控制感染源头的作用; 从源头切断途径并讲解如何消毒隔离以及控制措施, 禁止他们随意吐痰, 了解灭菌的各个流程, 严格按照分餐管理的制度, 切勿食用未经消毒的牛奶制品。特别是要重点保护易感人群, 为其做好卡介苗的接种, 提升自身的免疫力。

b 遵医教育: 在进行治疗过程当中, 需要对患者进行医嘱教育, 并告诉患者要积极的进行治疗, 并按时服药, 同时, 要纠正患者对于疾病的认知, 树立正确的是非观念, 由此, 解决患者对治疗的顾虑, 提高患者依从性。c. 自我管理能力的培养: 对于要出院的患者, 要制定相对应的治疗方案和复诊计划, 并告知患者要谨遵医嘱, 定期复核, 随时保持电话以及微信的联系, 积极给予患者更多的支持。④健康领域。a. 饮食修正: 可以为患者制定营养计划, 鼓励患者提高营养物质的摄入, 纠正不良的饮食习惯, 保持体内水分充足, 达到电解质的平衡, 促进毒素的排出。b. 病房环境: 做好院内环境的清洁工作, 定期对室内环境进行消毒, 并及时告知患者养成良好的生活习惯, 真正做到起居有度。

### 1.3 观察指标

#### 1.3.1 知信行

对比两组患者干预前及干预 3 个月后的各个指标, 结合《结核病防治基本知识要点》以及《结核病防护问卷》具体要求, 本次干预内容涉及到继发性肺结核知识知、信、行调查的相关问卷, 并且还涉及防治知识、防治态度以及防治内容, 得分越高则说明各行为越好。对于此次问卷具有良好的一致性, 本量表 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.836 ~ 0.924。

#### 1.3.2 自我护理能力

对比两组患者干预前及干预 3 个月后的各个指标, 本次研究是根据自我护理能力的测定量表(ESCA) 对患者的自我护理能力做好评估, 其中 涉及自护知识、自护概念、自护责任感、自护技能等内容, 并运用的是 5 级评分的形式, 对于此次问卷具有良好的一致性, 本量表 Cronbach's  $\alpha$ , 系数为 0.758~0.865。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。计量资料以表示, 运用 t 检验; 采取 t 进行检验, 并以计数资料以  $X^2$  检验; 最终是由  $P < 0.05$  为差异具备统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后知信行评分比较 见表 1。

表 1 两组干预前后知信行评分比较

| 组别  | n  | 防治知识       |            | 防治态度       |            | 防治行为       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预 3 个月    | 干预前        | 干预 3 个月    | 干预前        | 干预 3 个月    |
| 实验组 | 55 | 10.39±1.48 | 18.76±2.25 | 20.26±3.17 | 28.68±5.95 | 15.43±2.11 | 25.65±3.59 |
| 对照组 | 55 | 10.42±1.51 | 14.29±1.88 | 20.32±3.21 | 23.89±4.82 | 15.53±2.29 | 20.55±3.02 |
| t 值 |    | 0.1        | 11.31      | 0.09       | 4.64       | 0.23       | 8.06       |
| p 值 |    | 0.91       | 0.00       | 0.92       | 0.00       | 0.81       | 0.00       |

### 2.2 两组干预前后 ESCA 评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后 ESCA 评分比较

| 组别  | n  | 自护知识       |            | 自护概念       |            | 自护责任感      |            | 自护技能       |            |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|     |    | 干预前        | 干预 3 个月    |
| 实验组 | 55 | 44.27±5.99 | 62.22±8.22 | 19.35±1.83 | 25.12±2.05 | 18.22±1.56 | 23.05±1.02 | 31.26±5.25 | 41.26±3.14 |
| 对照组 | 55 | 44.42±6.12 | 55.83±7.03 | 19.42±1.88 | 21.56±1.66 | 18.31±1.62 | 21.35±1.23 | 31.42±5.33 | 36.22±3.28 |
| t 值 |    | 0.13       | 4.36       | 0.19       | 10.01      | 0.29       | 7.89       | 0.15       | 8.23       |
| p 值 |    | 0.89       | 0.00       | 0.84       | 0.00       | 0.76       | 0.00       | 0.87       | 0.00       |

## 3 讨论

肺结核又称之为“肺癆”, 从古时候人们就很难攻克的医疗难题。当前, 临床治疗中主要采用抗结核药物进行漫长的治疗, 然而, 对于患者而言, 这是个巨大的挑战。常规肺结核护理不到位, 对于患者服药的, 依从性和自我效能的不重视<sup>[3]</sup>。奥马哈系统是最早来自于美国的一套新型的护理干预方式, 是通过评估患者当前护理认知进行分类, 对患者做好护理干预进行评估的办法, 提升治疗的效率<sup>[4]</sup>。

本研究结果显示, 对于干预 3 个月后, 在干预 3 个月后, 对比两组患者的知信行以及 ESCA 各评分明显高于干预前的( $P < 0.05$ ), 并且实验组的各评分都高于对照组( $P < 0.01$ )。与王莉敏<sup>[5]</sup>报道相仿。主要的原因在于, 对于住院期间的继发性肺结核患者采用奥马哈系统综合性分析的方式, 可以从将系统中生理领域、心理领域、社会领域、健康行为进行了分析, 采取一系列的、科学、合理、系统以及个性化的护理干预,

通过加强患者以及家属对于肺结核疾病的了解,提升预防意识<sup>[6]</sup>。由此,达到强化患者以及家属对于疾病的认知即“知”,并让患者及其家属充分意识到,继发性肺结核的危害性,严格遵循医嘱进行治疗,从而防范肺结核,提升患者治疗依从性即“信”,再结合当前患者的思想意识引导进行适量的运动、定期服药、积极防控谨遵医嘱即“行”,大大提升患肢对知性行为的知晓度<sup>[7]</sup>。那么,家属对于疾病的认知知晓度也在不断的提高,不仅仅能够加强家属对于治疗过程的理解,由此消除患者的恐惧心理,提高家属对于医护人员的配合度和信任度,并积极主动的配合患者进行服药和化疗,大大提升治疗的效率,降低传染的风险<sup>[8]</sup>。从奥马哈系统四大领域角度出发开展一系列有针对性的护理干预,能够提升患者对疾病的知晓度,并不断的强化患者的信念,改善当前的应对方法,再结合患者的生理、心理以及精神信念进行高度关注和指导,由此,提高患者的自我管理意识,让患者能够充分了解如何进行锻炼,如何服药等方式,更有助于促进患者参与到自我护理教育当中,提升治疗的效率,提高患者的生活质量<sup>[9]</sup>。

综上所述,奥马哈系统是改善慢性疾病患者生活质量的中药治疗手段,并成为了一套完善的体系,应用于继发性肺结核患者治疗中具有非常重要的作用,大大提升患者和家属的知晓度,促进患者自我护理干预以及提升生活质量。

参考文献(略)

## 继发性肺结核患者营养知识知信行的现状调查

刘艳\* 刘晓玲 马或婉 王进

作者单位:南京市第二医院

**【摘要】目的** 调查继发性肺结核患者营养知识知信行现状,为制定继发性肺结核患者营养健康干预方案提供参考。**方法** 采用以便利抽样法选取南京某三甲医院 110 名继发性肺结核患者为研究对象,采用一般资料量表、营养知信行问卷进行问卷调查。结果 110 例被调查继发性肺结核患者中男性 67 例,女性 43 例,继发性肺结核患者营养知识得分为(6.15±3.23)分,生活态度得分为(16.71±4.41)分,营养行为得分为(11.68±3.21)分,营养态度积极的占 94%。超过 80%的患者表示会寻求一些关于疾病和健康的营养知识,但患者营养知识的获取途径来自医务人员仅 39.1%。营养知信行状况受患者的性别、文化程度、居住地和慢性病史的影响;知识、态度、行为之间呈正相关( $r = 0.600, 0.590, P < 0.01$ );多元性回归分析显示,影响继发性肺结核患者营养知识管理行为的因素为文化程度、长期形成的生活习惯、职业素养、接受教育程度。结论 继发性肺结核患者营养知识管理知信行处于较低水平,营养知识缺乏,营养行为较差,但态度较为积极。医护人员在对肺结核患者进行营养干预的过程中,应重视家庭-社会支持系统的作用,提高患者自我效能水平,促进患者营养行为的改变。

**【关键词】** 继发性肺结核;营养知识管理,营养知信行

## 诱导痰的护理策略对无痰肺结核诊断的干预研究

马方,刘书好

作者单位:沈阳市第十人民医院

**摘要** 目的 随着医疗技术的进步,诱导痰法在肺结核的诊断中得到了广泛应用。方法 对接诊的 160 例需要排除肺结核做诱导痰留取标本的病例,按抗酸杆菌阴性、抗酸杆菌阳性分组,比较各组病例中结核病例的比例。本次参与研究的患者均无痰。结果 就诊者中,抗酸杆菌阴性 120 人,2 例肺结核患者(占

1.66%); 抗酸杆菌阳性 40 人, 38 例肺结核患者 (占 95%)。结论 抗酸杆菌阴性基本可排除肺结核; 抗酸杆菌阳性则需要进一步确诊, 对结核病诊断有重要意义。

**关键词:** 诱导痰法; 肺结核; 护理; 诊断; 应用

**Abstract:** With the advancement of medical technology, the induced sputum method has been widely used in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Methods 160 patients who need to exclude pulmonary tuberculosis as induced sputum samples were divided into two groups according to acid fast bacilli negative and acid fast bacilli positive, and the proportion of tuberculosis cases in each group was compared. All patients participating in this study had no phlegm. Among the patients who received treatment, 120 were negative for acid fast bacteria, and 2 were patients with pulmonary tuberculosis (accounting for 1.66%); 40 people were positive for acid fast bacteria, and 38 patients (95%) with pulmonary tuberculosis. Conclusion: Negative acid fast bacilli can basically rule out pulmonary tuberculosis; Positive acid fast bacilli require further diagnosis, which is of great significance for the diagnosis of tuberculosis.

**Keywords:** induced sputum method; Pulmonary tuberculosis; Nursing; Diagnosis; application

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

肺结核 (pulmonary tuberculosis PTB) 是一种常见的慢性传染病, 严重危害人类的健康, 其准确诊断对于疾病的控制和治疗至关重要。在肺结核的诊断中, 痰液检查是常用的方法之一。早期、准确的诊断对于肺结核的治疗和防控至关重要。然而, 对于无痰或痰量极少的患者, 常规的痰液检查方法往往难以获取足够的样本, 导致诊断困难。诱导痰法作为一种无创、简便的诊断方法, 在临床应用中逐渐受到重视。近年来, 诱导痰技术逐渐成为无痰肺结核诊断的重要手段。诱导痰法指通过吸入雾化高渗盐水诱导痰液生成, 留取痰液标本后须送检验科。如受测试者感染肺结核, 可在标本中找到抗酸杆菌中的结核分枝杆菌, 呈阳性; 如受测试者未感染肺结核。则无法在标本中找到抗酸杆菌中的结核分枝杆菌, 呈阴性。诱导痰法在操作过程中的护理要求较高, 需要专业的护理人员进行操作。

### 1.2 方法

1.2.1 痰诱导方法 ①行诱导痰前须检查肺功, 严查适应症与禁忌症。②向患者阐明其目的性及重要性, 取得受测试者理解并使其积极配合。③教会受测试者留取痰液的正确方法, 以减少口腔鳞状上皮细胞的污染。

1.2.2 具体操作方法: ①测 FEV1, 若大于 60% 预计值则继续操作。②嘱患者平静呼吸时吸入超声雾化 3% 盐水 7ml, 每次吸入后, 鼓励患者积极咳嗽, 清理鼻咽腔后收集痰液。③再次测量 FEV1, 若 FEV1 下降不超过 10% 则可继续操作。④若患者出现胸闷、咳嗽、喘鸣、呼吸困难等症状或 FEV1 下降超过基线值的 20% 及绝对值小于预计值的 60%, 应停止实验。

### 1.3 结果观察与判断标准

1.3.1 结束诱导条件为诱导所得的标本已足够实验需要; 总吸入时间达 20~30min。

1.3.2 肺结核诊断标准: 结核菌素试验 (结核杆菌纯蛋白衍化物试验 purified protein derivative, PPD) 检查结果呈阳性以及影像学检查发现肺内病灶, 并结合患者临床表现, 如咳嗽、咳痰、低热、盗汗甚至咯血等症状, 连续超过两周。分别统计抗酸杆菌阴性、抗酸杆菌阳性 2 组病人中肺结核病人数。

## 2 结果

2.1 本次研究采用高渗盐水超声雾化吸入诱导痰采集标本做涂片找抗酸杆菌, 结果表明抗酸杆菌阴性 120 人, 2 例肺结核患者; 抗酸杆菌阳性 40 人, 38 例肺结核患者。

2.2 本次研究 160 人均耐受高渗盐水雾化吸入, 均顺利完成诱导过程, 成功获取痰液, 成功率 100%。

2.3 诱导痰留取标本结果及确诊肺结核病例数情况见下表

表 诱导痰留取标本结果及确诊肺结核病例数情况

| 诱导痰留取标本结果 | 病例数 | 肺结核确诊数 | 百分率 (%) |
|-----------|-----|--------|---------|
| 抗酸杆菌阴性    | 120 | 2      | 1.66    |
| 抗酸杆菌阳性    | 40  | 38     | 95      |

### 3 讨论

结核病是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病,可侵及许多脏器,以肺部受累形成肺结核(pulmonary tuberculosis)最为常见。高渗盐水诱导痰液的机理是高渗盐水可促进气道内水分的外渗,引起反射性的咳嗽,也可能是直接刺激气道黏膜促进痰液分泌的增加。

综上所述,诱导痰法作为一种无创、简便的诊断方法,应当优先推广应用。

参考文献(略)

## 呼吸训练器在肺结核后肺病患者康复训练的应用效果研究

姚珊

作者单位: 贵州航天医院 贵州 遵义 563000

**【摘要】**肺结核是严重危害公共卫生和社会发展的重大传染性疾病。对肺结核患者来说,由于感染造成肺组织不断破坏,疾病进展过程中容易发生肺组织结构不可逆改变的肺部疾病,导致肺损伤和慢性炎症,进而引发呼吸困难、分泌物引流不畅、免疫力下降等功能性变化。适时给予肺结核后肺病患者肺康复训练可以改善其肺功能,延缓肺部疾病的进展,提高生活质量。本项目研究从呼吸训练器对肺结核后肺病患者肺康复训练的研究现状、实施方法和效果评价三个方面进行综述,为需要开展结核后慢性肺损伤患者提供参考。

**【目的】:** 评估呼吸训练器在肺结核后肺病患者康复训练的应用效果研究。

**【关键词】:** 肺结核; 肺疾病; 肺功能; 呼吸训练器, 应用效果

### 引言:

肺结核是由结核分枝杆菌引起的以肺部感染为主的慢性传染性疾病。在结核病流行地区,肺结核患者继发肺部疾病的概率是普通人群的 3 倍。抗结核治疗结束后,超过 50% 的肺结核患者存在肺部疾病,对一些肺结核患者而言,抗结核治疗完成并不是疾病的结束,而是残留症状和功能障碍等肺部疾病的开始。随着结核分枝杆菌对肺实质和肺间质持续不断的破坏,患者肺部结构发生不可逆的病理改变,以纤维化、空洞、支气管扩张最为常见;除肺部结构性改变外,患者肺功能也不同程度的受损,生存质量显著下降,进而影响治疗依从性和病情转归,增加病亡率和医疗保健负担,因此,对肺结核后肺病患者实施肺康复尤为重要。呼吸训练器作为呼吸肌训练工具,可使患者有效掌握肺换气和肺通气平衡,改善呼吸持续时间和呼吸深度,协调吸气及呼气相关肌肉,改善肺通气,恢复呼吸肌功能,提高呼吸肌肌肉耐力和协调性,有利于肺泡扩张,促进肺部细胞新陈代谢和有氧运动,改善患者体内血氧饱和度,进而改善呼吸功能,改变患者呼吸浅、快的特点,以此改善患者呼吸困难情况;呼吸训练器大体可分为阻力负荷呼吸训练器或阈值负荷呼吸训练器、多功能呼吸训练器及新式呼吸训练器,这些呼吸训练器可根据使用者的基础情况,来自行调节呼吸训练时的阻力,或是调节不同的压力阈值来训练,而且都具备着便携性和实用性,新式呼吸训练器更是增加了可检测设备,通过无线传输,来实施检测呼吸训练效果,这些无论是对于临床试验还是实际运用,都有着实质性的作用效果。

### 1、研究现状

随着康复技术的不断发展,传统的肺康复呼吸锻炼如腹式、缩唇呼吸已经不能满足现代康复的需求,加之单纯的呼吸训练常常受时间、环境、患者的配合度等因素的影响,而呼吸训练仪器操作简单,康复时间较短,患者易于接受,更强调了精准康复。现阶段已被临床上投入使用比较多的呼吸训练器有:腹式呼吸,阻力负荷,阈值负荷,多功能呼吸和新式呼吸训练器,如膈肌起搏器,经体外膈肌起搏器治疗可使潮气量明显增加,x 线下可见膈肌移动明显增加,同时使耐力低的膈肌纤维转变为具有抗疲劳作用的纤维。FG1 型肺功能锻炼器是一种便携式主动吸气肌训练装置,吸气量测量桶可使患者在训练过程中随时看到自己吸气量的进步,

并可用游标标记,激励自己不断提高吸气量,气体流量测量装置可协助患者深慢呼吸形式的形成。呼吸训练器通过在呼吸过程中适当加压,进行对抗阻力呼吸康复训练,提高了呼吸神经肌肉控制的可塑性,使整个呼气过程延缓,恢复其协调性,从而达到肺康复的目的;另呼吸器由于有具体的刻度数值,患者和医护人员可以直观地观察到吸气量和速度,可以使患者积极正确进行康复训练,利用呼吸训练器的强化呼吸肌训练在临床上已广为使用,尤其是康复专科医院使用率较高。

## 2、实施方法

### 2.1 实施前评估

为避免肺结核患者康复过程中不良事件发生,呼吸训练器实施前的全面评估十分必要,充分考虑呼吸训练器肺康复为患者带来的益处。评估内容包括:人口学特征、病史和体格检查、细菌学状态、肺功能、运动能力、生活质量、康复意愿等。同时合并以下症状的患者不建议进行肺康复训练:气胸、咯血、认知功能障碍、不稳定型心绞痛、严重关节炎、严重视力障碍、预期寿命不足 6 个月及妊娠期等康复风险较高的因素。呼吸训练器肺康复训练前后严格监测患者的心率、血压、血氧饱和度,避免肺血流动力学快速变化导致晕厥、心悸等不良事件发生。患者训练过程中若出现呼吸频率 $>35$ 次/min、血氧饱和度 $<90\%$ 、胸痛、心动过速、头晕目眩、胸腹呼吸方式不同步中任意 2 种情况,则应中断训练。

### 2.2 应用时机

目前,有关肺结核后肺病患者肺康复介入时机及最佳期限的相关研究较少,临床实践中多参考慢性呼吸系统疾病肺康复指南或共识,《慢性呼吸疾病肺康复护理专家共识》建议肺部感染患者在入院后 48 h 进行运动训练,其他慢性呼吸疾病患者在稳定期进行;《英国胸科学会成人肺康复指南》建议肺康复持续时间为 6-12 周,频率为 5 次/周, 30min/次。呼吸训练器既可以在以医院为基础的门诊、住院部,也可以在具备一定条件的社区或家庭中进行,若社区或家庭能保证患者运动强度及安全,可鼓励患者居家训练,同时,康复过程中至少由医院或社区卫生保健人员进行监督。

### 2.3 具体实施

**2.3.1** 收集 2022.06~2024.05 于我院呼吸与危重症医学科就诊,确诊并入住我院的肺结核后肺病患者,选取两组(实验组和对照组)进行分析比较,每组各 40 例。两组患者均给予肺结核后肺病的常规药物及健康宣教。在上述治疗的基础,对照组行单纯单纯缩唇腹式训练,实验组在单纯缩唇腹式的基础上使用呼吸训练器进行训练,为期 8 周,训练前后均监测肺功能。

**2.3.2** 对照组患者采用单纯缩唇腹式呼吸训,具体方法如下:由责任护士开始训练时以半卧位,膝屈曲,平静呼吸;腹式呼吸以膈肌运动为主,吸气时胸廓的上下径增大;呼气时缩拢嘴唇,同时腹肌收缩,腹壁下陷,经口呼出,然后经鼻吸气,吸气时腹肌放松,尽量使腹部膨胀而不是胸部膨胀,进行深度呼吸,吐出较多易停滞在肺底部的二氧化碳;开始训练时患者将左手放在胸部,右手放在腹部,呼吸 10 次/min 左右,每次训练 10~15 min,呼气与吸气比例为 2:1,每日 2~3 次,熟练后可增加训练次数及时间。

**2.3.3** 实验组在对照组基础上采用呼吸训练器进行呼吸功能锻炼,具体方法如下:向患者介绍呼吸训练器的结构及注意事项,教会其使用呼吸训练器进行缩唇腹式呼吸训练,患者取舒适体位,将呼吸训练器与吸气软管连接,左手托训练器,右手放在肋下上腹部,平静呼气后,用 EI 含吸气软管,慢慢吸气,吸气时腹部外凸,右手随之抬起,在吸气流速指示活塞升至最佳刻度时,保持吸气不变至不能再吸为止,松开吸气软管,缩口唇做吹口哨样缓慢呼气,呼气时腹部内凹,右手随之向前下方给以一定压力促进膈肌回复。吸气与呼气时间之比为 1:2~1:3。每次训练 10~15 min, 3 次/d,同时观察心率及呼吸的变化,以较正常值增加 30%为上限。

**2.3.4** 肺结核可导致患者发生营养风险,若不及时纠正营养风险,易引发营养不良、药物性肝损伤、免疫力低下、肺部感染、电解质紊乱等营养相关性疾病。营养支持在肺结核治疗中有着药物不可替代的积极作用,可以改善机体营养代谢,优化肠道微生态,调节机体免疫系统,满足结核病灶修复的需要,减少并发症的发生,最终提高患者整体健康水平。

**2.3.5** 由于肺结核治疗周期长,药物不良反应多,患者日常活动受限,易产生焦虑、抑郁等负性情绪;另一方面,由于疾病传染性强、患者自我认识不足、社会歧视等,因此产生的病耻感使患者承受更大的心

理压力，这些都影响患者的疾病应对方式，导致治疗依从性差，影响预后；医护人员应密切关注肺结核患者心理健康情况，针对不同治疗阶段的心理问题开展个性化心理辅导，以帮助患者正确面对疾病，增强治疗依从性，从而促进康复。

### 3、效果评价

#### 3.1 两组护理前后肺功能指标水平比较

护理前，两组 FEV<sub>1</sub> 和 FEV<sub>1</sub>/FVC 的变化没有显著性 (P>0.05)；护理后两组 FEV<sub>1</sub> 及 FEV<sub>1</sub>/FVC 较护理前升高，而实验组明显高于对照组，差异有显著性 (P<0.05)。见表 1。

表 1 两组护理前后肺功能指标水平比较 (x—±s)

| 分组         | FEV <sub>1</sub> (L) |           | FEV <sub>1</sub> /FVC (%) |            |
|------------|----------------------|-----------|---------------------------|------------|
|            | 护理前                  | 护理后       | 护理前                       | 护理后        |
| 对照组 (n=40) | 1.62±0.24            | 1.79±0.31 | 53.42±4.65                | 65.14±5.08 |
| 实验组 (n=40) | 1.61±0.21            | 1.97±0.34 | 53.33±4.77                | 78.45±5.73 |
| t 值        | 0.198                | 2.474     | 0.085                     | 10.993     |
| P 值        | 0.422                | 0.008     | 0.466                     | 0.000      |

#### 3.2 两组护理满意度比较

实验组护理满意度为 95.00% (38/40)，高于对照组的 77.50% (31/40)，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 2。

表 2 两组护理满意度比较 [n (%)]

| 分组               | 十分满意       | 满意         | 不满意       | 满意度        |
|------------------|------------|------------|-----------|------------|
| 对照组 (n=40)       | 17 (42.50) | 14 (35.00) | 9 (22.50) | 31 (77.50) |
| 实验组 (n=40)       | 23 (57.50) | 15 (37.50) | 2 (5.00)  | 38 (95.00) |
| χ <sup>2</sup> 值 |            |            |           | 5.165      |
| P 值              |            |            |           | 0.023      |

### 3.2 讨论

综上所述，使用呼吸训练器肺康复训练这一非药物治疗方法在肺结核后肺病治疗过程中发挥积极作用，能够增强患者运动耐力，减轻呼吸困难的严重程度，缓解抑郁、焦虑等负性情绪，改善健康相关生活质量并降低疾病经济负担。但也存在以下问题：针对肺结核后肺病患者肺康复的长期随访研究不多，难以评价呼吸训练器长期效果；患者自我管理能力差，整体依从性较低，完成效果不佳，主要是因为需要呼吸训练器肺康复训练的大部分肺结核后肺部疾病患者结核病灶难以修复，治疗周期长，传染风险高，对肺康复训练要求更为专业，开展呼吸训练器肺康复训练的可行性较低。因此，今后有必要开展临床实践，探索呼吸训练器肺康复的最佳时机，提高呼吸训练器肺康复训练在肺结核患者中的可及性，此外，还可以构建预警模型以识别抗结核治疗后发生肺部疾病的危险因素，适时给予高危人群呼吸训练器肺康复训练以延缓肺部疾病的进展。

参考文献 (略)

## 精细化护理模式在 1 例重症亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少患者的护理体会

李耀

作者单位：福建省福州结核病防治

【摘要】目的：总结一例重症亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少患者的护理经验。方法：对收治

于本院的 1 例亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少患者运用精细化护理模式实施护理干预,内容包括密切观察血三系情况、营养支持、注意抗结核药物的使用并监测肝肾功能、心理护理及健康教育。**结果:**经过为期 23 天的精细化护理,患者病情基本得到控制,实验室检查血三系、肝功能有所恢复,无并发症发生,顺利出院。**结论:**运用精细化护理模式对此类患者实施护理干预,有效地预防了并发症的发生,恢复患者的器官功能,促进患者的康复,使其树立对抗疾病的信心,以确保患者顺利完成治疗。

**【关键词】**重症;亚急性血行播散型肺结核;血三系减少;精细化护理模式

亚急性血行播散型肺结核是结核分枝杆菌一次或多次进入血液系统、导致肺部出现相应病理生理症状、全身脏器病变的疾病<sup>[1]</sup>。亚急性血行播散型肺结核容易转移至周围组织,合并成骨结核、肠结核、腹腔结核等,并引发噬血细胞综合征,导致血小板、红细胞、白细胞异常,甚至危及生命<sup>[2]</sup>。血三系明显减少主要考虑血液系统疾病,由肺结核引起的血三系明显减少在临床上比较少见,其机制可能是结核杆菌介导的免疫反应和对骨髓造血功能的抑制,在临床上极易误诊<sup>[3]</sup>。目前对重症亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少的认识不充分,临床护理诊断、护理经验有限。

精细化护理干预是一种比较新型的护理方式,尤其强调以患者作为中心,为患者提供高效的、专业的、舒适的护理干预措施,尽可能的在各方面使患者的需求得到满足<sup>[4-6]</sup>。运用精细化护理模式对 2024 年 1 月 11 日收治于本院的 1 例重症亚急性血行播散型肺结核伴血三系减少患者实施护理干预,经过为期 23 天的护理,患者病情基本控制,实验室检查血三系、肝功能有所恢复,无并发症发生,顺利出院,现将护理经过总结如下:

### 1 病例介绍

**现病史:**患者男,42 岁,以“淋巴结肿大 8 个月,发热 17 天”于 2024 年 1 月 11 日入院。患者 8 月前(2023 年 3 月)在当地市级医院发现颈部淋巴结、腹腔淋巴结肿大,CD68、CD163 阳性,散在浆细胞 CD38 阳性,少量 T 淋巴细胞 CD3、BCL-2 阳性,怀疑为淋巴瘤伴全身膈肌上下多部位浸润接受治疗(具体不详)。2 月前(2023 年 11 月)再次因全身多区域淋巴及肿大件 FDG 代谢增高在当地某三甲综合医院治疗,考虑恶性肿瘤(淋巴瘤)未予治疗,颈部破溃自行予“利福平”局部用药(具体不详)。17 天前无明显诱因出现发热,最高体温 40℃,伴畏冷、寒战,偶有咳嗽,无明显咳痰就诊于当地某三甲医院,行左颈淋巴结穿刺,术后病理考虑淋巴结坏死,予抗感染治疗后患者仍反复发热,查血 NGS 结核分枝杆菌复合群,序列数 32,考虑“结核”,予阿米卡星+莫西沙星抗结核治疗。为进一步治疗,转诊我院,门诊拟“亚急性血行播散型结核、淋巴结结核”收住入院。

**既往史:**有粉尘接触史 20 年,无高血压、糖尿病等原发疾病。

**护理体查:**患者身高 175cm,65kg,体重指数 21.22kg/m<sup>2</sup>,体温 36.1℃,脉搏 111 次/min,呼吸 20 次/min,血压 117/78mmHg。全身皮肤未见皮疹,出点;左颈部见一破溃,约 2x2cm 大小,有渗液,全身浅表淋巴结未触及肿大。

**辅助检查:**血常规:血小板 36x10<sup>9</sup>/L,血红蛋白 52g/L,白细胞 2.45x10<sup>9</sup>/L,C-反应蛋白 138.18mg/L(正常范围 0~5mg/L),凝血酶原时间 14.7s(正常范围 11~13s),血浆 D-二聚体 5.03mg/L(正常范围 0~0.256mg/L),降钙素原 1.1017ng/mL(正常范围<0.05ng/mL)。肝功能:总胆红素 20.52μmol/L(正常范围 3.4~17.1μmol/L),总蛋白 58.8g/L(正常范围 60~83g/L),白蛋白 30.1g/L(正常范围 35~50g/L),ALT78.1U/L(正常范围 5~40U/L)。

**诊疗经过:**入院后发出病危通知,一级护理,吸氧 2L/min,普食,心电监护。1 月 12 日:患者 CT 示双肺多发性粟粒, GNS 阳性, T 淋巴细胞阳性,诊断亚急性血行播散型肺结核,予以异烟肼+利福喷丁+乙酰丁胺+阿米卡星注射液+莫西沙星注射液联合治疗, CT 示:两肺尖胸膜稍增厚毛糙,两肺散在炎症行渗出可能,予以美罗培南+甲泼尼龙琥珀酸钠抗炎治疗,予多烯磷脂胆碱注射液+异甘草酸镁注射液保肝治疗,鲨肝醇片升白细胞、重组人血小板生成素注射液升血小板,输注去白悬浮红细胞升血红蛋白。1 月 18 日复查血常规:白细胞 1.80x10<sup>9</sup>/L 危急值,予人粒细胞刺激因子升白细胞治疗。1 月 22 日复查血常规:血小板 75x10<sup>9</sup>/L,血红蛋白 73g/L,予停用重组人血小板生成素注射液。1 月 26 日复查,各项指标均有好转。1 月

31 日复查血常规：血小板  $73 \times 10^9/L$ ，血红蛋白  $102g/L$ ，C-反应蛋白  $13.34mg/L$ ，白细胞、肝功能、肾功能、电解质实验室检查基本恢复正常，于 2 月 1 日办理出院。

## 2 护理经过

### 2.1 密切观察血三系情况

#### 2.1.1 避免出血及颅内出血

该患者血小板低，入院时血小板计数  $36 \times 10^9/L$ ，有自发性出血的风险，由于患者前期未明确诊断致使病情迁延不愈出现血三系减少症状，针对该病人我们运用精细化护理模式：①输血是治疗的主要对症治疗措施。遵医嘱输注去白悬浮红细胞升血红蛋白输血前做好查对工作，控制输血速度，以防止心脏负荷过重而诱发心衰。②指导患者进食过程中要细嚼慢咽，注意避免损伤口腔黏膜或被鱼刺、骨头、硬果壳等划伤；当牙龈出血时，可将肾上腺素棉球、明胶海绵敷于牙龈或局部加压止血。③选择柔软、舒适、透气的内衣，以减少皮肤与衣物之间的摩擦和压力。避免穿戴紧身衣物或尺寸不合适的衣物，以免摩擦皮肤，同时应定期更换内衣，保持清洁干燥<sup>[7]</sup>。④如果突然出现视野缺损或视力丧失，常建议眼底出血应尽早卧床休息，避免揉眼睛，禁止患者用力按压眼球或扣挖鼻孔。⑤当出现瘙痒时，禁止患者直接用指甲抓搔，可以涂抹炉甘石洗剂或应用止痒药物。⑥监测患者生命体征，观察皮肤黏膜，防止出血患者血小板  $< 50 \times 10^9/L$ ，告知患者减少活动，增加卧床休息时间，此时应警惕脑出血，做好急救配合，如果出现突然头痛、视力模糊、喷射性呕吐甚至昏迷、双侧瞳孔增大的颅内出血体征，及时通知医生进行抢救。经过临床治疗及精细化护理，该患者出院时血小板升至  $51 \times 10^9/L$ ，住院期间未发生出血。

#### 2.1.2 正确防范血栓

该患者有炎症渗出及血浆 D-二聚体升高症状，但同时患者的血小板减少，应该采取正确的护理措施预防血栓形成。①保持大便通畅，避免用力过度导致下肢血液回流<sup>[8]</sup>。②观察抗凝药物疗效及不良反应，在抗凝药物使用的过程中，血小板将持续减少，所以我们要时刻观察血小板指数的变化，观察患者是否有出血症状，同时观察血浆 D-二聚体指标，到正常范围及时报告医生停止抗凝药物的使用。③提供舒适安静治疗和休息环境，注意保暖，鼓励床上活动肢体，利于血液循环。④同时鼓励床上踝关节屈伸活动、下肢肌肉等长收缩，深呼吸及有效咳嗽。指导患者进行正确的踝泵运动，即病人躺或坐在床上，下肢伸展，大腿放松，缓缓勾起脚尖，尽力使脚尖朝向自己，至最大限度时保持 10 秒，然后脚尖缓缓下压，至最大限度时保持 10 秒，然后放松，这样一组动作完成，稍休息后可再次进行下一组动作，反复的屈伸踝关节，最好每小时练习 5-10 分钟，一天 5-8 次<sup>[9]</sup>。经过精细化护理干预，该患者住院期间未发生静脉血栓。

#### 2.1.3 预防感染

患者处于肺结核活动期，炎症指标高，白细胞降低易诱发感染。①提高医务人员感量控制意识，加强手卫生知识的培训。护理患者时严格执行无菌操作技术，加强手卫生意识，防止感染发生。②每日 6 次测量体温，监测体温变化，早期发现患者感染症状。③进行保护性隔离，限制探视人数，拒绝有感染人员进入病房。④遵医嘱规范使用抗生素，注意观察药物疗效和副作用。⑤每半小时开窗通风，打开排气扇、新风系统，减少病房内结核杆菌浓度，用 70%乙醇、过氧乙酸每日两次对室内喷洒消毒，对家具表面擦拭消毒。用含氯消毒剂对患者直接接触的医疗用品（体温计、血压计、血氧饱和仪等）进行消毒。⑥指导患者痰液吐至指定容器或卫生纸中包裹焚毁掩埋。⑦同时合理调整日常作息，规律生活，充分休息，避免过度劳累，注意防寒保暖，预防感染的发生。

### 2.2 营养支持

肺结核为慢性消耗性疾病，故营养支持十分重要。①指导患者进食鸡蛋、牛奶、鱼肉等高蛋白、高热量、高维生素饮食、多进食新鲜蔬菜和水果，保证患者的足量营养。②护士每日了解患者的饮食，对饮食及时做出调整。保证日常营养摄入充足，日常生活中多进食动物肝脏、瘦肉、蛋类等富含铁元素的食物，辅助改善血红蛋白偏低的症状，增强机体抵抗力。通过精细化护理干预，该患者住院期间体重未下降。

### 2.3 注意抗结核药物使用和监测肝肾功能，警惕药物毒副反应

肺结核治疗的关键是联合、适量、足疗程的抗结核治疗，常用药物包括乙胺丁醇、吡嗪酰胺、利福平、异烟肼等，疗程一般都要半年以上。患者抗结核治疗过程中每日查看患者的服药情况，同时密切监测患者

复查肝、肾功能的指标，日常观察皮肤是否出现黄疸、皮疹。是否有视力疲劳症状，是否出现神经精神症状，若有出现相应的药物毒副作用，及时告知医生，进行药物的调整。经过精细化护理干预，该患者住院期间抗结核治疗过程无诉特殊不适。

#### 2.4 心理护理及健康教育

因为肺结核本身属于一种慢性的具有传染性的疾病，会使患者出现严重的心理负担，容易产生自卑的心理<sup>[10]</sup>，再加上对于肺结核知识缺乏全面的了解，容易对自身的病情产生消极情绪，易中断抗结核治疗。针对这一特点，医护人员需要耐心地向肺结核患者进行健康教育，帮助患者和家属对肺结核有比较全面和客观的了解，逐渐消除负面的情绪，使其树立战胜疾病的信心，能积极的配合治疗。

### 3 小结

亚急性血行播散型肺结核是一种严重的结核感染，且伴随血三系减少时患者可能因为多器官受累，并发症增多，如果不能及时治疗 and 护理，可能导致预后不良。临床上此类患者较为少见，针对与该患者类似的病例，运用精细化护理模式，可有效地预防并发症的发生，恢复患者的器官功能，促进患者的康复，使其树立对抗疾病的信心，增加患者对疾病的正确认识，以确保患者顺利完成治疗，顺利回归家庭和社会。

参考文献（略）

## 危重症结核性脑膜炎患者的整体护理体会

江秀菁<sup>1</sup>黄燕琴<sup>2</sup>林钰婵<sup>3</sup>

作者单位：福建省福州肺科医院

**【摘要】** 目的 对结核科危重症结脑患者住院期间的整体护理经验进行总结，提高结脑患者的治疗效果。方法 对 35 例危重症结核性脑膜炎患者的治疗观察和整体护理经验进行回顾性总结。结果 35 例危重症结脑患者经过抗结核药物治疗、降颅压药物治疗及对症支持治疗后，33 例好转出院，1 例因病情危重经济困难自动出院，1 例合并脊柱结核转外院手术治疗。结论 整体护理对危重症结核性脑膜炎患者的康复起着重要作用。

**【关键词】** 危重症；结核性脑膜炎；整体护理

结核性脑膜炎（结脑）是由结核杆菌侵入蛛网膜下腔引起脑膜结核性病变，病变除累及软脑膜外，蛛网膜、脑实质和脑血管常同时受累。福建省福州肺科医院自 2021 年 10 月至 2023 年 12 月共收治危重症结脑患者 35 例，将整体护理经验总结如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 35 例患者中，男 28 例，女 7 例，年龄 19~78 岁，平均 42 岁，住院时间 25~112 天，平均 78 天。其中住院时间超过 100 天的 18 例，30 天以内的 2 例，以上病例均符合危重症结脑的诊断。

1.2 临床表现 35 例患者中发热 35 例（100%），头痛 35 例（100%），呕吐 35 例（100%），昏迷 12 例（34%），肢体瘫痪 6 例（17%），视力障碍 5 例（14%），

1.3 治疗效果 经抗结核、降颅内压、激素、吸氧及对症支持治疗，结果除 1 例因病情危重经济困难自动出院外，1 例合并脊柱结核转外院手术治疗，其余 33 例均好转出院。患者出院机体指标：意识清清楚楚、生命体征稳定、颅内压恢复正常，脑积液各项指标均接近正常范围，结核中毒症状消失。

### 2 整体护理

2.1 责任制护理 安排固定责任护士对危重症结脑患者进行全面、全程、连续的护理服务，提供病情观察、基础护理、治疗观察、康复指导等综合性的护理。

安排有责任心、资质好的责任护士，每日参与危重症结脑患者的医师查房，全面了解患者的病情发展和治疗方案，与经管医生时时沟通患者情况，提出护理方面的意见和建议，对危重症结脑患者进行身心健

康的全面照护。

2.2 病情观察 危重症结脑患者多表现为意识障碍、颅内压增高、生命征不稳定的情况，要严密监测患者的意识、体温、血压、脉搏、呼吸以及瞳孔的变化。对于颅内压增高引起的头痛头晕，要观察头痛的持续时间及严重程度，喷射状、频繁剧烈的呕吐是颅内压急剧升高、脑疝的先兆。意识的变化往往提示颅内压的变化，每个班次实时记录患者的意识情况，出现异常及时报告经管医生。对于意识障碍昏迷的患者，瞳孔大小和对光反射的变化是判断是否发生脑疝的可靠表现，因此昏迷患者应每 2 小时观察瞳孔的大小和对光反射的强弱，及时发现脑疝的前兆。

2.3 侧脑室引流的观察和护理 35 例患者行侧脑室引流术 5 例。侧脑室引流应严格无菌操作，保持引流通畅，引流管开口需高于侧脑室平面 10-15cm，每日脑脊液引流量不超过 500ml，引流匀速不宜太快。每个班次严密观察脑脊液的颜色和性质，及时发现颅内出血和感染。每次患者体位变化时，应先关闭引流，避免引流加速或脑脊液返流引起逆行感染。

2.4 腰椎穿刺术的护理 35 例患者腰穿 155 次，住院期间均有行腰穿术进行诊断、治疗和判断疗效，单个患者行腰穿次数最少的 3 次，最多的达 16 次，因此做好腰穿术的护理，减少并发症非常重要。术前经管医生与患者家属进行腰穿目的、并发症的知情同意，术中体位的正确安置、医护人员的关怀和鼓励、观察患者的呼吸、脉搏、面色变化，让患者安全完成腰穿术。术后记录颅内压力数值，动态了解患者颅内压力的变化。术后去枕平卧 6 小时，预防头痛、腰痛等术后并发症，保持穿刺部位清洁干燥，防止感染。

## 2.5 用药护理

2.5.1 抗结核药物的治疗护理 一线抗结核药物：异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺，在危重症结脑患者的治疗中，异烟肼和利福平多以静脉输注的方式进行治疗，观察有无恶心、呕吐、厌食症状，定时关注患者肝功指标。长期大剂量使用异烟肼，应观察有无四肢感觉异常、兴奋、抑郁等不良反应。乙胺丁醇易引起球后神经炎，经常询问患者有无视物模糊、眼球不适等。

2.5.2 糖皮质激素的治疗护理 在重症结核患者的治疗中，糖皮质激素的使用可以协同抗结核药物起到控制病情的重要作用。长期使用糖皮质激素，可出现向心性肥胖、满月脸、多毛等，向患者和家属做好解释工作，严格遵医嘱逐渐减量，并监测血象、大便潜血，以便早发现继发性感染、消化道出血等并发症。

2.5.3 甘露醇的治疗护理 35 例患者均选择深静脉置管进行输注甘露醇等高渗药物，有条件尽量选择 PICC 置管和上腔静脉置管。严格遵守给药间隔时间，注意给药剂量和滴速，在输注甘露醇期间严密监护，护士不能离开，预防发生空气栓塞及药液外渗引起皮肤坏死，35 例患者无 1 例发生药液外渗。

## 2.6 管道护理

2.6.1 深静脉置管的维护 严格按照深静脉置管的维护规范进行日常维护，严格无菌操作，预防感染；输液前后进行规范的冲封管操作，预防管道内血栓的产生。

2.6.2 胃管的维护 长期鼻饲的危重症结脑患者，每 4 周更换一次胃管，既可减少插管次数，又可减轻患者痛苦和减少感染机会。每天两次鼻腔滴注润滑液，防止胃管黏附食道引起拔管困难。每次鼻饲前均要确认胃管在位，回抽胃残留量，根据胃残留量情况酌情喂食，保证患者正常消化能力。

2.6.3 导尿管的维护 对于重度颅脑损伤、脑出血等长期留置导尿患者，每 5 周更换 1 次导尿管是切实可行的 [1]。在日常管道维护中，注重导尿的无菌操作，认真进行尿道口每日 2 次的清洁和消毒，每周更换 2 次集尿袋，避免尿液返流的体位和操作。

## 2.7 基础护理

2.7.1 体位护理 影响危重症患者颅内压脑灌注的重要因素之一为患者卧床体位的变化，将床头抬高 30° 对患者而言可将颅内压有效降低，还可以减少低血压的发生率 [2]。对于颅内压高的结脑患者，根据颅压情况采取 10-30° 低坡卧位，可降低患者颅内压，增加患者长期卧床的舒适度，减少胃内容物返流，避免吸入性肺炎。

2.7.2 排便护理 保持患者大便通畅，避免因用力排便造成颅内压突然增高而发生脑疝，给予营养全面的管饲食物，必要时用润肠药物、开塞露等。在鼻饲食物基础上，每日增加鼻饲温开水 500，保证机体的饮水量。

2.7.3 康复锻炼 昏迷的结脑患者，肢体没有运动容易出现肌肉萎缩和肌力下降。保持良好的肢体功能体位，左右侧卧位和仰卧位交替变化。仰卧位时从臀部到小腿垫一低平长软枕，腘窝处放一软垫，足底和床尾板间置一硬枕，保持曲髋、曲膝、曲踝背，防止足下垂。患者病情稳定后，及早进行被动的肢体功能锻炼，预防关节强直。每日被动运动时间不低于 1 小时，分次锻炼，活动时注意观察患者的心率和呼吸情况。

2.8 心理护理 重症结脑患者病程长、恢复慢，需要绝对卧床，限制患者的活动，患者和家属易产生孤独、烦躁、焦虑甚至绝望。护士应多与患者及家属沟通，告知患者结脑的治疗预后，并介绍治疗成功的病例，安排相同疾病的患者同居一间或附近，得到同志间的相互鼓励。昏迷患者虽然无法交谈，但听力没有消失，责任护士在治疗和护理患者时亲切地呼唤患者的名字，告知操作的事项，不断鼓励患者，给予患者良性刺激，有利于患者病情的改善。

### 3 效果和体会

重症结脑患者病情危重，诊断困难，早期干预迟，预后不明，给患者及家属带来不同程度的精神创伤，也对结核科医护人员的治疗和护理提出更高的要求。在实行责任制整体护理危重症结脑患者过程中，安排固定责任护士对患者进行病情观察、特殊侵入操作术后护理、管道护理、基础护理、治疗观察、康复锻炼指导等方面进行全面、全程、连续的护理服务，为患者平稳过渡危重期，提高疾病预后起到重要作用。

参考文献（略）

## 脊髓硬膜外脓肿伴截瘫患者的术后护理

张丽娟 钟颖 夏莉莉 魏芬芬

作者单位：杭州市红十字会医院

**摘要：**总结 1 例脊髓硬膜外脓肿伴截瘫患者的术后护理。术后护理要点包括运用脊髓神经运动功能评估图卡动态评估神经功能恢复情况，重视脑脊液漏、感染、深静脉血栓形成、胃肠功能紊乱等并发症的预防及护理，加强分阶段营养支持治疗以及进行渐进性早期康复训练等。患者经 15 d 的治疗和护理后病情稳定出院，出院 3 个月复查双侧股四头肌及小腿肌力恢复至 5 级<sup>-</sup>，出院半年复查双下肢功能恢复良好，能借助步行器室内行走。

脊髓硬膜外脓肿(spinal epidural abscess,SEA)是指发生在硬膜外间隙的化脓性感染疾病，因其聚集大量脓液，使得相应的脊髓受压而出现一系列神经障碍表现<sup>[1]</sup>。脊髓硬膜外脓肿可由血行播散、局部感染蔓延和医源性损伤等引起，发病率为 0.002%~0.020%<sup>[2-3]</sup>。该病发病与脓肿压迫脊髓以及损伤血管造成的低氧联合作用有关<sup>[4]</sup>。临床发现，脊髓硬膜外脓肿伴有术前截瘫的时间越短，术后恢复效果越好<sup>[5]</sup>。2023 年 2 月，杭州市红十字会医院骨科收治 1 例脊髓硬膜外脓肿伴截瘫患者，经手术治疗，症状得到明显改善，现将术后护理报告如下。

### 1 临床资料

患者，男，63 岁，退休工人，因“右下腹痛 2 周，双下肢麻木伴截瘫 1 周”于 2023 年 2 月 8 日转入杭州市红十字会医院进行治疗。患者入院前 2 周因“右下腹痛，伴有发热（最高体温 37.5℃）”就诊于当地医院，诊断“阑尾炎”并以消炎镇痛治疗，1 周前夜间无明显诱因下出现双下肢乏力、麻木伴感觉障碍。腰椎 MRI 检查提示：右侧竖脊肌内多发团块状及椎管内髓外硬膜下条片状异常信号灶；广泛性挫伤伴亚急性血肿及椎管内硬膜下血肿待查、肿瘤待查。实验室检查显示：C 反应蛋白 171 mg/L，白细胞计数 19.29×10<sup>9</sup>/L，立即转上级医院就诊。当地上级医院给予患者血培养检查，结果为金黄色葡萄球菌阳性，C 反应蛋白 173 mg/L，白细胞计数 9.3×10<sup>9</sup>/L。当地上级医院 2 月 1 日确诊为“脊髓硬膜外脓肿”。患者在当地上级医院住院，行静脉滴注美罗培南治疗 4 d，体温下降至 37.2℃，因家属要求，转回当地医院住院继续美罗培南静脉滴注治疗 3 d，期间发热与正常体温交替出现，最高体温仍有上升趋势，最后转入杭州市红十字会医院。入

院查体：脊柱未及明显压叩痛，脐水平以下痛觉、温觉和触觉减退，双下肢麻木，双侧股四头肌力、小腿肌力及踇背伸肌力 0 级，肌张力无亢进，腹壁反射消失，肛门括约肌肌力 0 级，膝腱反射、跟腱反射未引出，双下肢无肿胀，巴宾斯基征未引出；实验室检查示：白细胞计数  $11.5 \times 10^9/L$ ，红细胞沉降率 55.00 mm/h，C 反应蛋白 182.16 mg/L。2 月 9 日，患者腰椎 MRI 检查结果显示：胸 8 椎体以下椎管内硬膜外脓肿可能，血肿待排，相应脊髓受压水肿，右侧腰大肌、竖脊肌及腰背部皮下软组织肿胀，腰大肌脓肿可能。为解除脊髓压迫，医生立即对患者实施胸腰椎椎管减压术（椎板打开）+椎板双弯迷你板固定+椎旁软组织脓肿清除+硬膜外脓肿清除+关节突关节病灶清除术。术中病损组织及脓液进行新一代基因测序技术检测，结果提示为金黄色葡萄球菌阳性，予头孢唑林钠联合利奈唑胺抗感染治疗，之后根据患者病情调整抗生素，持续使用 4 个月。2 月 11 日，患者脐水平以下浅感觉检查结果较术前改善，双下肢仍麻木，双侧股四头肌力及小腿肌力 0 级，双足可屈伸活动。2 月 23 日，患者双侧股四头肌及小腿肌力 3 级，双足背伸肌力及屈曲肌力 5 级，双足趾可活动，切口 I 期愈合，当日实验室检查结果示：白细胞计数  $4.6 \times 10^9/L$ ，红细胞沉降率 18.00 mm/h，C 反应蛋白 25.39 mg/L，病情稳定出院，回当地医院行康复治疗。患者术后 3 个月复查双侧股四头肌及小腿肌力恢复至 5 级<sup>-</sup>，双足背伸及背屈肌力 5 级，肌张力亢进，膝腱反射正常，病理反射未引出，可站立；术后半年复查双下肢功能恢复良好，能借助步行器室内行走。

## 2 护理

### 2.1 评估神经功能恢复情况

该患者为脊髓硬膜外脓肿伴截瘫，手术复杂、时间长，术后及时、有效的脊髓神经运动功能的评估对保证手术预后至关重要。本科室医护团队使用脊髓神经运动功能评估图卡<sup>[6]</sup>评估患者双下肢肌力恢复情况，术后 6 h 内每 1 h、术后 7~48 h 每 4 h、术后 48 h 至出院每 8 h 评估 1 次，详细记录并与术前进行对比。同时，评估患者感觉的变化，包括痛觉、触觉、温度觉与位置觉，关注患者肛门括约肌张力及膀胱功能。本例患者术后第 2 天脐水平以下感觉有所改善，双下肢仍麻木，双侧股四头肌及小腿肌力 0 级，双足可屈伸活动；术后第 4 天开始，脐水平以下感觉明显改善，双下肢麻木好转，双侧股四头肌力及小腿肌力 2 级；术后第 14 天，双侧股四头肌及小腿肌力 3 级，双足背伸肌力及屈曲肌力 5 级，双足趾可活动。

### 2.2 并发症的预防与护理

#### 2.2.1 脑脊液漏

脑脊液漏是脊柱外科手术后的常见并发症之一，发生原因是在于手术操作过程中损伤了硬脊膜和蛛网膜。有研究<sup>[7]</sup>显示，脊柱外科手术术后脑脊液漏的发生率为 1%~17%。因此，术后护士需关注患者主诉，每班评估是否有头晕、头痛、恶心呕吐情况，是否存在听力改变、耳鸣、视力下降、面部麻木等症状；密切观察切口引流液的颜色、性质及量，切口周围皮肤有无浸润，切口是否干燥，拔管后切口附近是否有肿胀、波动感等。本例患者术后未发生脑脊液漏情况。

#### 2.2.2 感染相关并发症

感染相关并发症源于脓肿扩散和全身性感染以及毒素产生、细胞因子激活等导致的微血管血栓形成和组织的缺血坏死<sup>[8]</sup>。有效控制感染是防止感染性休克的重要措施。针对该患者，科室邀请药剂科会诊，指导临床用药，结合患者病损组织、脓液新一代基因测序技术检测结果提示金黄色葡萄球菌阳性，给予头孢唑林钠联合利奈唑胺片抗感染治疗，拔除引流管后，调整为左氧氟沙星联合头孢唑林钠抗感染，切口无渗液干燥后，予左氧氟沙星联合利福平抗感染治疗，用药过程中，进行血药浓度监测，以维持有效血药浓度。本例患者术后体温 38.5~39.2℃，护士每 4 h 监测体温 1 次，并予冰敷和温水擦浴，术后第 1 天，体温 39.2℃，加用吡喹酮，每 1 h 监测患者生命体征及血流动力学变化，定期监测血乳酸、降钙素原、C 反应蛋白、白细胞等炎症指标，术后第 3 天体温下降到 37.0℃，之后体温维持在 36.6~37.2℃，各项炎症指标逐渐下降。

#### 2.2.3 深静脉血栓形成（deep vein thrombosis,DVT）

研究<sup>[9]</sup>显示，脊髓损伤患者在受伤后 3 个月内发生 DVT 的风险是普通人群的 16.9 倍。因长期卧床制动和肌肉活动减少等原因，DVT 形成的风险增加<sup>[10]</sup>。本例患者术后当天，Caprini 评分为 6 分，术后第 1 天，D-二聚体 15 233 ug/L，双下肢血管超声检查提示双下肢动脉内膜增厚，DVT 评估达到极高危。立即予

患者 DVT 重点管理, 遵医嘱予低分子肝素皮下注射治疗, 定期监测凝血指标, 定期复查双下肢血管超声; 进行健康宣教, 告知患者及家属有 DVT 形成高风险及危害性; 协助患者勤翻身, 双下肢抬高 20~30°, 膝关节屈曲 15°放置, 避免在腘窝处单独垫枕、过度屈髋, 避免下肢静脉穿刺; 每日评估患者双下肢情况, 观察患者有无呼吸困难、胸痛、咳嗽等肺栓塞早期症状; 协助患者进行踝泵及双下肢直腿抬高活动, 术后使用间歇充气加压装置以促使下肢静脉血流加速。本例患者术后双下肢无肿胀、疼痛、皮肤温度升高及皮肤颜色变化, 无胸闷、憋气等症状, 使用抗凝药过程中无皮下出血、牙龈出血、皮肤青紫等情况发生, 术后第 14 天 D-二聚体 1 415 ug/L, 出院前双下肢血管超声检查未见血栓形成。

#### 2.2.4 胃肠功能紊乱

该患者行腰椎前后联合手术, 易出现结肠麻痹性梗阻, 导致腹胀发生。本例患者术后第 3 天主诉腹胀明显, 查体发现腹肌略紧张, 轻压痛, 无反跳痛, 无恶心呕吐, 术后无排便, 1 d 内无排气, 立即进行血电解质检查及腹部 CT 检查, 血电解质检查提示血钾 3.33 mmol/L, 腹部 CT 提示少量结肠扩张积气。护士严密观察患者出入量是否平衡, 有无腹痛及腹胀加剧情况, 生命体征变化, 行腹部按摩及大黄、芒硝打粉后神阙穴外敷, 2 次/d, 每次持续 2~4 h。经治疗 1 d, 该患者肛门排气后腹胀减轻, 次日排便, 后大便正常, 未再发生腹胀。

#### 2.3 分阶段营养支持治疗

脊髓硬膜外脓肿患者因病原菌不断排出毒素, 机体营养状况受损, 加上长时间不规律发热, 消耗增多, 出现负氮平衡, 同时脓肿形成后, 机体消耗增加, 且术后分解代谢增加, 术后饮食受限等导致低蛋白血症加重。因此, 重视患者的营养支持。本例患者入院时白蛋白 28.5 g/L, 术后第 1 天白蛋白 21.5g/L、血红蛋白 82 g/L, 说明存在营养不良。医生、护士、营养师根据患者情况, 制定以纠正低蛋白血症及贫血为主的分阶段营养支持治疗方案。第一阶段: 术后当天给予红细胞悬液 2 U 输注, 以提升血红蛋白, 10%人血白蛋白 50 mL 每天 1 次静脉滴注; 术后第 1 天禁食, 给予肠外营养, 脂肪乳氨基酸(17)葡萄糖(11%)注射液 1 440 mL 静脉滴注连续 3 d。第二阶段: 继续每天 1 次给予 10%白蛋白 50 mL 静脉滴注, 术后第 2 天由肠外营养开始过渡至肠内营养, 给予半流质饮食每日 5 次。第三阶段: 术后第 4 天患者无腹胀不适, 开始进食普食, 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化的饮食。本例患者经上述治疗和护理, 精神状态良好, 出院前白蛋白恢复到 38.2 g/L、血红蛋白 102 g/L。

#### 2.4 渐进性早期康复训练

脊髓损伤后前 3 个月是神经功能改善和恢复的最佳时间, 因此最大限度地进行康复训练, 以促进患者早日康复。急性期, 患者手术时间尚短, 康复训练注意保护脊柱稳定性, 肢体训练的范围和强度遵循循序渐进的原则。术后当天协助患者抬高床头 30°休息, 以改善患者肺部通气功能; 指导家属协助患者每 2 h 翻身活动 1 次, 每 4 h 按摩双下肢 1 次, 鼓励患者进行肢体主动活动。术后次日, 指导患者行腹式呼吸及吹气球训练, 因患者体虚、乏力, 先将气球吹鼓后悬吊于床头, 鼓励患者每次吹动气球, 2~4 次/d, 5 min/次, 以患者能耐受为宜; 协助患者进行双下肢股四头肌收缩、踝泵动作及双下肢直腿抬高运动等, 2~3 次/d, 20~30 min/次, 以增加下肢肌肉力量, 防止肌肉萎缩。术后 2~5 d, 协助患者借助吊环进行上肢引体向上的运动, 对抗握力圈训练, 每个动作完成 10 个为 1 组, 每次 3 组, 每日 2 次; 放置患者双足于功能位, 以防足下垂, 由康复治疗师落实双下肢的电针、中医治疗以及运动疗法、大关节松动训练等综合康复治疗, 以提高肢体运动及感觉功能。术后 1 周开始, 在加强翻身训练和下肢主动训练的基础上, 协助患者做床上体操和起坐训练, 先对踝关节、膝关节进行向心按摩, 后以患者主动活动为主, 20~30 min/次, 2~3 次/d, 以患者能耐受为度。本例患者经上述治疗, 术后第 14 天双侧股四头肌及小腿肌力恢复至 3 级, 双足背伸肌力及屈曲肌力 5 级, 双足趾可自主活动。

### 3 小结

脊髓硬膜外脓肿起病急, 进展快, 其危险在于脓肿压迫脊髓可导致神经功能永久丧失, 发生不可逆的截瘫, 出现神经功能症状时, 需要紧急手术治疗。术后护理过程中, 动态评估神经功能恢复情况; 加强病情观察, 及时发现及处理脑脊液漏、感染、深静脉血栓形成、胃肠功能紊乱等并发症; 做好分阶段营养支持治疗, 以改善患者营养状况; 给予渐进性早期康复训练, 以促进患者神经功能恢复等, 进而保证患者顺

利康复。

## 参考文献（略）

# 以目标为导向的多元化健康教育在老年肺结核患者中的应用

韦周慧 周倩 何敏

作者单位：广西壮族自治区胸科医院科

肺结核指由结核分枝杆菌感染引起肺组织、气管、支气管和胸膜病变，的一种慢性传染性疾病，占结核病的 85%以上<sup>[1]</sup>。通过健康教育向患者传授疾病知识、预防措施、治疗方法和康复技巧，建立正确的健康观念和行为习惯，帮助患者坚持全程治疗提高治愈率<sup>[2]</sup>。随着老年群体年龄的增加，老年结核病发病率也逐年递增趋势<sup>[3]</sup>。老年肺结核患者存在认知与理解能力的限制、记忆力衰退、心理状态的复杂性、生活习惯的固化以及社会支持系统的不足等特殊特性<sup>[4]</sup>，给健康教育工作带来了新的挑战。目标导向理论是一种先进的管理性理论,其可通过目标设定、管理实施和自我控制最终达到预设的目标<sup>[5]</sup>。我科将目标导向下的多元化健康教育应用在老年肺结核患者中，观察其对患者负性情绪、肺结核相关知识的掌握程度、用药依从性及护理满意度的影响。现报告如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择 2023 年 1 月至 2023 年 6 月期间，在我科收治的 90 例老年肺结核患者作为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组 45 例，对照组男 27 例、女 18 例，年龄范围 61~82 岁，平均年龄（73.04±2.16）岁；观察组男 24 例、女 21 例，年龄范围 60~83 岁，平均年龄（71.21±2.14）岁。本研究经过医院伦理委员会审核，患者均知情同意。纳入标准：（1）符合《肺结核诊断标准(WS 288—2017)》<sup>[6]</sup>诊断标准。（2）性别不限，年龄≥60 周岁者，（3）有一定的沟通能力，能够用语言与医护人员进行沟通和交流。排除标准：（1）患有意识障碍或其他精神类疾病，与医护人员交流存在障碍者。（2）患有严重脏器疾病者。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

### 1.2 干预方法

#### 1.2.1 对照组

对照组采用常规健康教育方式，包括入院宣教、疾病知识普及、用药指导及出院指导等。护士定期向患者及家属讲解肺结核的发病机制、传播途径、预防措施及治疗过程中的注意事项，确保患者了解并遵守医嘱。

#### 1.2.2 观察组

观察组在对照组的基础上，引入目标导向下的多元化健康教育模式。具体实施步骤如下：

（1）成立以目标为导向的多元化健康教育小组，成员主治医师 2 名、专科护士 5 名、营养师 1 名、心理咨询师 1 名，针对患者的具体病情和需求，提供包括药物治疗、饮食调养、康复训练、心理疏导等在内的全方位指导和支持。

（2）目标设定：多元化健康教育小组根据患者的病情严重程度、心理状态、生活习惯等，与患者及家属共同制定个性化的治疗及康复目标。目标具体、可量化、可达成，并明确时间节点，如“在两个月内，患者的肺结核症状明显减轻，体重增加 2 公斤，用药依从性达到 90%以上，同时，患者能够掌握至少三项肺结核防治知识，并在日常生活中有效应用。”

（3）多元化健康教育内容设计：结合患者的目标，设计涵盖疾病知识、心理疏导、营养指导、运动康复、用药教育等多方面的教育内容。采用图文并茂的宣传册、视频教学、互动讲座、个别咨询等多种形式，确保信息传递的多样性和有效性。

(4) 实施与管理：由经验丰富的专科护士担任健康教育导师，组织患者参与健康教育活动每周一次。在每次活动前，健康教育导师会预先通知患者及家属，确保他们能准时参加。活动过程中，导师结合老年人的特点，采用启发式教学方法，鼓励患者主动提问、分享经验，增强学习的互动性和参与感。

(5) 定期评估与反馈：多元化健康教育小组每月组织一次评估会议，通过问卷调查、面对面访谈、观察记录等方式，对患者的肺结核相关知识掌握程度、负性情绪改善情况、用药依从性及生活方式的改变进行量化评估。同时，收集患者及家属的反馈意见，及时调整教育内容和方式，确保教育效果的最大化。

(6) 强化家庭支持：健康教育导师还重视患者家庭的支持作用，定期与患者家属沟通，指导他们如何在家中监督患者的用药情况、协助康复训练、调整饮食结构等。

### 1.3 观察指标

对比对照组与观察组两组患者入院、出院时患者入院时抑郁焦虑评分；通过自行设计的肺结核知识问卷评价表得分情况，肺结核知识掌握率 (%) = (掌握 + 部分掌握) 例数 / 总例数 × 100%，比较两组患者入院、出院时肺结核知识掌握率；在干预前和干预后 6 个月，利用用药依从性量表 (Morisky-Green) 比较两组患者服药依从性差异；收集两组患者出院时患者满意度情况，对比两组患者满意度差异；

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据分析，计量资料以均数 ± 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以百分比 (%) 表示，组间比较采用  $\chi^2$  检验。P < 0.05 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 负性情绪改善情况

干预后，观察组患者的 SAS 和 SDS 评分均显著低于对照组，差异具有统计学意义，见表 1。

表 1 两组干预前后 SAS、SDS 评分的比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | SAS          |              | SDS          |              |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
|     |    | 干预前          | 干预后          | 干预前          | 干预后          |
| 观察组 | 45 | 51.28 ± 6.59 | 28.42 ± 6.15 | 53.46 ± 6.32 | 24.64 ± 3.97 |
| 对照组 | 45 | 52.39 ± 6.42 | 35.76 ± 5.78 | 54.15 ± 6.07 | 29.23 ± 4.02 |
| t 值 |    | -0.809       | -5.834       | -0.528       | -5.450       |
| P 值 |    | 0.421        | 0.000        | 0.599        | 0.000        |

### 2.2 肺结核知识掌握程度

两组患者入院时及出院时结核病知识掌握率采用  $\chi^2$  检验进行分析。结果显示，两组患者入院时结核病知识掌握率间的差异无统计学意义，见表 2；出院时观察组患者耐药结核病知识掌握率高于对照组，差异具有统计学意义，见表 3。

表 2 两组患者入院时结核病知识掌握率比较(n=45)

| 项目            | 观察组 |        | 对照组 |        | $\chi^2$ | P     |
|---------------|-----|--------|-----|--------|----------|-------|
|               | 例数  | 构成比(%) | 例数  | 构成比(%) |          |       |
| 入院时耐药结核病知识掌握率 |     |        |     |        | 1.438    | 0.487 |
| 掌握            | 5   | 11.11  | 2   | 4.44   |          |       |
| 部分掌握          | 26  | 57.78  | 27  | 60     |          |       |
| 未掌握           | 14  | 31.11  | 16  | 35.56  |          |       |

表 3 两组患者出院时结核病知识掌握率比较(n=45)

| 项目          | 观察组 |        | 对照组 |        | $\chi^2$ | P     |
|-------------|-----|--------|-----|--------|----------|-------|
|             | 例数  | 构成比(%) | 例数  | 构成比(%) |          |       |
| 出院时结核病知识掌握率 |     |        |     |        | 5.075    | 0.024 |
| 掌握          | 30  | 66.67  | 15  | 33.33  |          |       |
| 部分掌握        | 13  | 28.89  | 21  | 46.67  |          |       |
| 未掌握         | 2   | 4.44   | 9   | 20.00  |          |       |

### 2.3 用药依从性

两组患者的服药依从性采用  $\chi^2$  检验进行分析。结果显示, 观察组患者服药依从性好于对照组, 差异具有统计学意义, 见表 4。

表 4 两组干预前后用药依从性评分的比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

| 组别  | 例数 | 干预前             | 干预后             |
|-----|----|-----------------|-----------------|
| 观察组 | 45 | 5.42 $\pm$ 1.07 | 7.12 $\pm$ 1.09 |
| 对照组 | 45 | 5.37 $\pm$ 1.02 | 6.23 $\pm$ 1.06 |
| t 值 |    | 0.227           | 3.983           |
| P 值 |    | 0.821           | 0.000           |

### 2.4 护理满意度

两组患者的护理满意度数据经检验, 均符合正态分布且方差相等, 因此采用了两独立样本 t 检验进行统计分析。结果显示, 观察组患者在护理人际关系方面的评分显著高于对照组, 不满意评分则明显低于对照组, 见表 5。

表 5 两组患者护理满意度比较 (  $\bar{x} \pm s$  )

| 护理满意度    | 观察组              | 对照组              | t      | P      |
|----------|------------------|------------------|--------|--------|
| 护理人际关系分数 | 60.57 $\pm$ 1.87 | 49.86 $\pm$ 1.96 | 26.567 | <0.001 |
| 不满意分数    | 20.01 $\pm$ 1.06 | 27.58 $\pm$ 2.02 | 22.344 | <0.001 |

## 3 讨论

肺结核是一种慢性疾病, 老年患者往往伴有其他基础疾病, 患者的情绪复杂多变, 担心疾病的恶化、并发症的发生以及治疗过程中的副作用等, 会因为病情的反复或加重而感到沮丧和绝望, 导致他们产生焦虑、抑郁等负面情绪<sup>[7]</sup>。尽管肺结核是一种传染性疾病, 但老年患者仍然渴望与家人、朋友以及社会保持联系。他们希望自己的病情能够得到他人的理解和支持, 同时也希望自己的存在和价值能够得到认同。表 1 显示干预后观察组患者的 SAS 和 SDS 评分均显著低于对照组, 说明以目标为导向的多元化健康教育在患者心理治疗方面优于传统护理模式, 通过建立良好的护患关系、提供情感支持、加强心理疏导以及满足患者的社交需求等措施, 可以有效地缓解患者的心理压力、提高治疗效果并促进患者的康复。

研究发现文化程度、家庭社会因素和经济情况是影响老年肺结核患者结核病知识掌握率的主要因素<sup>[8]</sup>。高文化程度患者易掌握结核病知识, 而低文化程度患者可能缺乏深入了解。家庭社会因素如单独居住、行动不便或缺乏支持, 限制患者获取结核病知识。经济条件差的患者可能因经济压力无法承担医疗咨询和检查费用, 进而影响结核病知识的掌握。这些因素共同影响患者的治疗和康复效果<sup>[9]</sup>。本研究中出院时观察组患者耐药结核病知识掌握率高于对照组, 究其原因: 首先, 根据目标为导向的多元化健康教育小组的工作及职责任务要求, 结核病专科护士要教会病人知晓结核病相关知识, 责任感促使护士与患者多进行沟通, 使患者得到个性化专业的指导, 提高患者结核病知识掌握率。其次, 护理人员巧妙利用科室医患交流群这一平台, 将结核病的相关知识精准推送给患者及家属。基于患者的具体情况和接受程度, 医护人员精心策划并实施个性化的健康教育方案。每日, 患者都能接收到精心挑选的结核病科普文章和视频, 丰富了患者的知识储备, 也有效促进了患者对治疗的理解和配合, 促进老年患者疾病知识掌握。

表 4 调查结果显示, 观察组患者服药依从性好于对照组, 说明以目标为导向的多元化健康教育在提高患者用药依从性方面发挥了重要作用。这一结果可能归因于几个方面的综合效应: 首先, 根据患者的管理目标, 通过详细解释治疗方案、药物作用及潜在副作用, 患者对药物治疗有了更深入的了解, 从而增强了其信任感和依从性; 其次, 定期的随访和个性化的指导, 帮助患者解决了在服药过程中遇到的实际问题, 如药物不良反应的应对、服药时间的调整等, 减少了患者的疑虑和困扰; 同时, 家庭鼓励成员参与患者的教育过程, 帮助患者更好地理解 and 掌握疾病相关知识, 在日常生活中提醒和监督患者, 确保其遵循医嘱, 正确进行康复训练和用药管理, 使患者形成了良好的服药习惯, 提高了自我管理能力和依从性。因此, 以目标为导向的多元化健康教育模式在提升老年肺结核患者用药依从性方面显示出显著的优势<sup>[10]</sup>。

通过进一步分析表 5 中的护理满意度数据,可以发现观察组患者在护理人际关系方面的评分显著高于对照组,而不满意评分则明显低于对照组。这表明观察组患者在接受以目标为导向的多元化健康教育后,对护理人员的信任度和满意度显著提升。原因可能源于以下几个方面:护理人员在健康教育过程中展现出的专业性和耐心,使患者感受到了被尊重和关怀;通过有效的沟通和交流,护理人员与患者建立了良好的护患关系,增强了患者的信任感和归属感;健康教育内容的针对性和实用性,使患者感受到了护理服务的价值和意义。因此,以目标为导向的多元化健康教育不仅改善了患者的心理状态和用药依从性,还提升了患者的护理满意度,对于促进患者的全面康复具有重要意义。

#### 4.总结

以目标为导向的多元化健康教育在肺结核患者的护理中具有显著的优势。通过针对性的健康教育、心理疏导和社交支持等措施,可以有效地缓解患者的负面情绪、提高用药依从性和护理满意度。因此,在未来的肺结核患者护理工作中,应进一步推广和应用以目标为导向的多元化健康教育模式,以更好地满足患者的需求、提高护理质量并促进患者的康复。

参考文献(略)

## 支气管结核患者的支气管镜下刷检阳性率的影响因素分析

柯倩

作者单位:武汉市肺科医院 内镜中心

**【摘要】目的** 探索在增强结核病诊断中,支气管刷检阳性率的提升策略。**方法** 通过系统地回顾相关研究,对结核患者支气管刷检阳性率的影响因素进行综述。**结果** 在支气管刷检中,患者的自身特点以及刷检的部位、时机、力度以及标本的处理均可影响结核患者支气管刷检的阳性率。**结论** 为了提高结核患者支气管刷检阳性率,需综合考虑各方因素,在保证患者安全的前提下,提高经支气管刷检的阳性率,为临床诊断和治疗提供可靠依据。

**【关键词】** 结核病; 经支气管刷检; 阳性检出率

气管支气管结核(TB-TB)是结核的特殊临床类型,一般发生在气管、支气管黏膜或黏膜下层及平滑肌、软骨和外膜<sup>[1]</sup>。如果支气管结核患者未能及时得到有效的诊断和治疗,支气管可能会发生不可逆的损伤,严重情况下会导致肺不张等疾病,从而增加患者的死亡风险<sup>[2]</sup>。随着支气管镜的发展和应用,支气管刷检、灌洗、活检等检查给支气管结核的诊断带来了敏感及特异的方法<sup>[3]</sup>。经电子支气管镜刷检是确诊支气管结核的一种快捷、敏感、安全的诊断技术,能够提高结核患者的阳性检出率,可辅助临床制定后续治疗方案<sup>[4,5]</sup>。然而,经电子支气管镜刷检的阳性率受诸多因素影响,本研究就经电子支气管镜刷检阳性率的影响因素展开分析与讨论,以为临床工作提供理论依据。

经支气管刷检的一般方法为:根据胸部 CT 结果,应用保护性套管黏膜刷对患者支气管主要病变区域进行刷检。经钳孔将毛刷插入患者病变部位,稍加压力并旋转,持续擦 3 次,将黏膜刷取出,待检<sup>[6]</sup>。这种方法不仅可直接获取毛刷上的标本,还可使支气管黏膜保护层祛除或松动,较多的结核杆菌释放入支气管,可提高肺泡灌洗液中抗酸杆菌及 TB-DNA 阳性率检出率,从而提高支气管结核的诊断率<sup>[7]</sup>。

#### 患者因素

首先,年龄和性别是重要的影响因素。不同年龄段的患者由于免疫反应和气道结构的差异,可能会导致阳性率的变化。老年患者可能因免疫功能下降和支气管结构的改变,导致阳性率降低,而年轻患者则因免疫系统较为活跃,病变区域更加明显,阳性率较高。性别方面,虽然影响不如年龄显著,但性别相关的激素水平可能在一定程度上影响免疫反应,进而影响刷检阳性率。其次,免疫状态对阳性率有显著影响。免疫功能正常的患者,其气道内病变通常较为明显,支气管刷检更容易获得阳性结果。而免疫功能低下的

患者，如 HIV 感染者、糖尿病患者或长期使用免疫抑制剂者，由于免疫系统无法有效控制病原体，可能导致病变区域不典型或不明显，从而影响刷检的阳性率。合并症也是影响因素之一。合并有其他肺部疾病（如 COPD、支气管扩张症、肺癌等）的患者，支气管结构可能改变或存在其他病变，从而干扰支气管镜下的观察和刷检。同时，全身性疾病（如糖尿病）也可能影响免疫反应和病变显现，进而影响刷检阳性率。病程长短对阳性率也有影响。早期病程的病变可能较小且不明显，病原菌数量少，刷检阳性率较低；而晚期病程的病变范围扩大，病原菌数量增多，刷检阳性率较高。病变类型和位置也非常关键。不同类型的病变（如溃疡性病变、肉芽肿性病变和浸润性病变）可能导致刷检结果的差异。溃疡性病变可能更容易获得阳性结果。此外，病变位于中央气道还是周围气道会影响刷检的难易程度和阳性率，中央气道的病变更容易通过支气管镜刷检到，而周围气道的病变则可能难以接触到。最后，患者的配合度也会直接影响刷检阳性率。在检查过程中，患者的配合程度会直接影响操作的顺利进行。焦虑、恐惧、不合作等心理因素会影响检查的进行，从而影响刷检阳性率。

### 经支气管刷检的部位

#### 在支气管患侧进行刷检

首先检查健侧的支气管，然后再检查患侧。当支气管镜到达病变部位时，观察支气管黏膜的状况，并清理表面的分泌物，评估出血的可能性。如果发现明显的病变（如糜烂、溃疡或肉芽增生等），进行刷检和灌注；如果未发现明显病变，则根据胸部 CT 显示的病变部位进行刷片后灌注。<sup>[8]</sup>

#### 首选炎性浸润和溃疡坏死部位刷检

在气管支气管结核的早期和进展期，即炎症浸润型和溃疡坏死型阶段，病变区域的黏膜中结核菌负荷较高，因此刷检阳性率较高；然而，在恢复期和瘢痕期，机体的免疫功能已大部分清除或抑制了结核菌，导致病变表面的结核菌负荷明显减少，从而刷检阳性率降低。此外，对于瘢痕狭窄型病例，由于结核菌排出受阻，刷检阳性率会进一步降低<sup>[9]</sup>。

### 支气管刷检的时机

#### 对病灶部位坏死组织先进行清除再刷检

如果在镜下观察到病灶表面存在坏死组织，应先使用支气管镜将其吸除，然后再进行刷检、活检和灌注，以提高阳性率。这是因为结核杆菌的抗酸染色特性可能会发生变异，在不良环境中（如闭合性干酪病灶或寒性脓肿）内，结核杆菌可能会失去其抗酸染色特性，导致难以检测到<sup>[10]</sup>。

#### 先刷检再活检

在活检与刷检的顺序中，有研究发现<sup>[11]</sup>，在支气管镜检查中，先进行刷检再进行活检在提高刷检诊断成功率及节约操作时间上通常比先进行活检再刷检更有效。在刷检诊断成功率中，两个不同流程的主要差异在于，先进行刷检再进行活检可以减少活检后可能出现的出血干扰，从而在刷检过程中有更多的机会和角度进行操作，同时视野也会更清晰。这使得刷检的效果可能会更好。而先进行活检再进行刷检的过程中，由于活检后可能出现的出血、视野受限以及病人对操作的耐受程度等因素，可能会影响刷检的效果。此外，出血中的血液成分也可能对刷检样本的质量产生干扰，从而导致诊断成功率低于先刷检再活检的方法。而在操作时间中，先进行刷检会引起少量出血和视野受限，但这些影响对后续以钳取组织块为目的的活检并不会构成障碍，因此活检能够顺利进行。而如果先进行活检，由于钳取组织块可能导致较多出血，医生需要花费额外时间来清理视野和止血，然后才能进行刷检。这使得先刷检再活检的流程能够更有效地节省操作时间。

### 支气管刷检的力度

在结核患者的支气管镜检查过程中，通过电子支气管镜进行刷检的力度需要适当把握，以确保获取足够的样本进行病理和微生物学检查，同时尽量避免对患者造成不必要的损伤。刷检时应施加适度的压力，使刷子接触并轻轻摩擦目标区域的粘膜，以便获得足够的细胞和组织样本。力度过轻可能无法获得足够的样本，而力度过大可能会引起出血或其他并发症。在刷检病变部位时，应特别小心。如果病变区域看起来脆弱或有出血倾向，应适当减轻力度，以避免加重损伤。每个患者对刷检的耐受性不同。操作者在操作过程中可通过支气管镜实时观察刷检区域的粘膜反应。如果出现明显出血或粘膜损伤，说明力度可能过大，需要调整。开始时轻柔刷检，逐步增加力度，直到获得足够的样本为止。避免一开始就用过大的力量。同时

需要观察患者的反应，及时调整力度，以确保患者的舒适度和安全。总之，支气管刷检的力度需要在获取足够样本和避免对患者造成伤害之间找到平衡点。操作者的经验和技巧在这一过程中起着关键作用。

### 标本的制备

目前制作标本的方法有两种选择。一种方法是在感染的叶段支气管腔内，直接在炎症最明显的部位插入防污染的毛刷进行采样。采样后，将毛刷连同内套管一同取出，放入无菌生理盐水中，将毛刷上的所有分泌物悬浮制作成原液标本<sup>[12]</sup>。接着，将原液标本用来制作刷检涂片，通过抗酸染色处理，如果涂片中发现抗酸杆菌，即可判定为刷检阳性<sup>[4]</sup>。另一种方法是在病变部位用细胞刷进行擦拭，将刷取的样本均匀涂布在载玻片上，通常需要制作 3-5 张涂片，然后将涂片置于 95%乙醇中固定至少 30 分钟，经过巴氏染色和抗酸染色处理后，判断刷检结果<sup>[13]</sup>。

综上所述，支气管结核患者的支气管镜下刷检阳性率可能与患者本身情况以及操作者经支气管刷检的部位、时机、力度以及标本的处理方法有关。操作者应综合考虑各因素的影响，在保证患者安全的情况下，尽可能地提高经支气管刷检地阳性率。

### 参考文献（略）

## 近十年我国结核护理领域研究热点与趋势分析

姚秀钰，陈妍璐

作者单位：北京协和医学院 护理学院

**摘要 目的：**对近十年我国结核护理领域的研究热点与趋势进行可视化分析，为未来结核护理领域相关研究的开展提供参考和依据。**方法：**系统检索 2013 年至 2023 年中国知网数据库（CNKI）中结核护理领域相关期刊论文，使用 CiteSpace 对发文量、研究热点与前沿进行文献计量分析。**结果：**共纳入文献 1876 篇，近几年因疫情影响发文量略有下降；机构、作者均以小团体方式开展研究，团体间联系不紧密；“护理”“健康教育”“骨结核”3 个关键词中介中心性最高；聚类分析最具代表性的关键词包括健康教育、肺结核、延续护理、脓胸；2020 年-2023 年突现关键词包括生活质量、影响因素、并发症。**结论：**结核护理领域持续发展，肺结核是研究的热点疾病，健康教育和延续护理是热点干预方法，未来应积极探索新技术、新方法以改善结核患者的护理质量。

**关键词** 结核；护理；文献计量学；可视化分析

## 叙事护理对耐多药结核病患者治疗依从性、病耻感及生活质量的影响

张莉，刘雨，郭影

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**目的** 探讨耐多药结核病患者采用叙事护理对治疗依从性、病耻感及生活质量的影响。**方法** 选取 2023 年 3 月至 9 月期间在我院接受治疗的耐多药肺结核患者共计 60 例，根据随机数字表法分为干预组(n=30, 叙事护理)与对照组(n=30, 常规护理)，对照组接受常规护理，叙事组在常规护理基础上接受面对面叙事护理干预，对两组治疗依从性、病耻感及生活质量进行比较。**结果** 两组出院 1 个月后，干预组治疗依从性(97.68%)高于对照组(89.47%)，(P<0.05)；干预组耻辱感得分显著低于对照组(P<0.05)；生活质量评定量表得分高于对照组(P<0.05)。**结论** 叙事护理应用于耐多药结核病患者干预中，可减轻患者病耻感，促进患者治疗依从性及生活质量。

# 结核性胸膜炎患者运动锻炼对 6 分钟步行试验的影响：一项随机对照临床观察

鲍丙丽 宫丽曼 王晓丹 闫美美 杜桂春

作者单位：沈阳市第十人民医院

**摘要：**目的 研究八段锦和呼吸运动对结核性胸膜炎患者的改良英国医学研究学会呼吸困难量表(mMRC)评分、6 分钟步行试验以及疼痛评分的影响。方法 2021 年 7 月-2022 年 7 月在我院结核科住院患者中连续入组 210 例患者，随机分配到八段锦、呼吸运动和对照组，每组各 70 例。第一组的患者在住院期间每日进行八段锦锻炼，持续 3 个月。第二组的患者进行呼吸运动操练习，持续 3 个月。对照组的患者没有接受运动干预。每个参与者在研究干预之前和之后进行六分钟的步行测试、改良英国医学研究学会呼吸困难量表(mMRC)评分以及视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度。使用 SPSS 通过卡方检验，配对样本 t 检验和单因素方差分析来分析数据。结果 在干预之前，各组在六分钟的步行距离试验、mMRC 评分以及疼痛评分方面彼此之间没有显著差异。在研究期间，对照组的步行距离试验没有显著变化；而八段锦组和呼吸运动组的步行距离试验显著增加 ( $p < 0.05$ )。干预后，八段锦组步行距离试验显著大于呼吸运动组 ( $p < 0.05$ ) 和对照组 ( $p < 0.05$ )；然而，呼吸运动组和对照组之间的差异没有统计学意义 ( $p > 0.05$ )。对照组的 mMRC 评分和疼痛评分随着治疗的跟进，在同时间段评分没有显著变化；而八段锦组和呼吸运动组的 mMRC 评分以及疼痛评分显著降低 ( $P < 0.05$ )。干预后，八段锦组和呼吸运动组的 mMRC 评分以及疼痛评分显著低于呼吸运动组 ( $p < 0.05$ ) 和对照组 ( $p < 0.05$ )。

**结论** 在增加结核性胸膜炎患者的步行距离试验方面，八段锦比呼吸运动更有效。因此，对于这些患者来说，八段锦可以作为一种安全、简单、廉价的康复技术。

**关键词：**结核性胸膜炎；八段锦；呼吸练习；六分钟步行测试；改良英国医学研究学会呼吸困难量表(mMRC)；疼痛

## 叙事护理联合心理干预在老年肺结核患者中的应用价值与影响

叶盛

作者单位：上海市肺科医院

**【摘要】**目的：研究叙事护理联合心理干预在老年肺结核患者护理中的应用价值与影响。方法：选取 2023 年 1 月至 2024 年 1 月上海市肺科医院结核科收治的 80 例 65 岁以上老年肺结核患者为研究对象，随机分为对照组和干预组，各 40 例。对照组采用常规护理，干预组在常规护理的基础上采用叙事护理联合心理干预。采用焦虑抑郁量表、及社会影响量表评价干预前、后效果。结果：干预前，两组患者焦虑抑郁得分均无统计学意义 ( $p > 0.05$ )，干预后及干预结束后 2 周，观察组患者焦虑抑郁得分均低于对照组 ( $p < 0.05$ )。结论：叙事护理联合心理干预能有效缓解老年肺结核患者负面情绪，缓解焦虑抑郁以及改善其自我负担感受，具有临床应用价值，值得推广应用。

## 肺康复训练对肺结核患者肺功能及血气分析影响的 Meta 分析

黄蓓

作者单位：上海市肺科医院

**摘要 目的:** 系统评价肺部康复训练对肺结核患者肺功能及血气分析的影响。**方法:** 计算机检索 PubMed、Embase、Web of Science、中国知网和中国生物医学等数据库, 收集关于肺结核患者康复训练的随机对照试验。由 2 名研究者独立筛选文献、提取资料, 经纳入研究的偏倚风险后, 采用 RevMan 5.3 软件进行 Meta 分析。**结果:** 最终纳入 12 项随机对照试验研究, 试验组患者 PaO<sub>2</sub> 高于对照组, PaCO<sub>2</sub> 低于对照组, 试验组第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比、第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。**结论:** 肺部康复训练能够改善肺结核患者临床症状、降低其肺功能损害程度、提高运动能力, 通过呼吸功能训练, 改善患者肺功能及血气分析值, 促进患者康复。

**关键词:** 肺康复; 肺功能; 血气分析; Meta 分析

## 基于微信平台延续性护理对肺结核合并糖尿病患者防治知识知晓率及服药依从性影响

洪丽

作者单位: 武汉市肺科医

**【摘要】目的:** 分析基于微信平台延续性护理对肺结核合并糖尿病患者防治知识知晓率及服药依从性影响效果。**方法:** 选取武汉市肺科医院 2021 年 1 月—2022 年 12 月收治的 120 例肺结核合并糖尿病患者, 根据随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 60 例。对照组采用常规方法 (出院指导、发放宣传手册、电话随访) 指导, 观察组在对照组的基础上给予基于微信平台的延续性护理, 随访 6 个月, 记录并比较两组患者的肺结核合并糖尿病患者防治知识知晓率及服药依从性。**结果:** 观察组的防治知识知晓率显著优于对照组 (P<0.05), 观察组服药依从率显著高于对照组 (P<0.05)。**结论:** 基于微信平台延续性护理可显著提高肺结核合并糖尿病患者防治知识知晓率及服药依从性, 改善治疗效果, 值得推广应用。

**【关键词】** 微信平台; 延续护理; 肺结核合并糖尿病; 防治知识知晓率; 依从性

## 预见性护理在肺结核咯血中的应用效果分析

洪丽

作者单位: 武汉市肺科医院 PCCMII 病区, 湖北 武汉, 430030

**【摘要】目的:** 分析预见性护理在肺结核咯血中的应用效果。**方法:** 选取本院 2022 年 6 月—2023 年 6 月收治的 100 例肺结核咯血患者, 根据随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 50 例。对照组采用常规护理干预, 观察组在对照组的基础上辅以预见性护理, 记录并比较两组患者的临床相关指标如再次咯血频次、咯血持续时间、住院时间及护理满意度。**结果:** 观察组的临床相关指标如再次咯血频次、咯血持续时间、住院时间均显著优于对照组 (P<0.05), 观察组对临床护理满意度显著高于对照组 (P<0.05)。**结论:** 预见性护理在肺结核咯血中的应用效果良好, 可以有效降低再次咯血频次、缩短咯血持续时间、减少住院时间, 并提高患者对临床护理满意度, 值得推广应用。

**关键词:** 预见性护理; 肺结核; 咯血

## 品管圈在结核病患者小容量雾化器雾化吸入护理中的应用

赵美花

作者单位：太原市第四人民医院 山西医科大学附属肺科医院

**摘要** 目的:探讨品管圈在结核病患者小容量雾化器雾化吸入护理中的应用效果。材料与方法:随机选取 2023 年 9 月-11 月收治的接收小容量雾化器雾化吸入治疗的结核病住院患者 30 例为对照组,实施常规护理;同法选取 2023 年 12 月-2024 年 2 月患者 30 例为观察组,实施品管圈系列活动,护理标准参照中华护理学会团体标准 T/CNAS 24-2023《成人雾化吸入护理团体标准》,比较两组护理效果。结果:观察组雾化吸入治疗规范率(87.7%)高于对照组(55.8%),观察组残余药量 $<0.5\text{mL}$ 比率(92.2%)高于对照组(79.0%),观察组患者雾化吸入期间非不良反应取下雾化器次数( $3.27\pm 1.38$ )低于对照组( $6.15\pm 2.16$ ),观察组的患者雾化吸入知识知晓率(95.6%)高于对照组(79.9%),差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:品管圈在结核病患者小容量雾化器雾化吸入标准化过程中的应用效果显著,可提高雾化吸入治疗规范率,减少雾化残余药量,并且减少雾化吸入期间非不良反应取下雾化器次数,有利于患者高质量完成雾化吸入治疗,达到较好临床效果。

关键词：品管圈；结核病患者；雾化吸入

## 以案例为基础联合 Mini-CEX 评价教学法在结核科低年资护士应急能力教学中的应用研究

陈丽娜 丁丽麒\*

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院,上海 200433

**【摘要】目的** 探讨结核科低年资护士临床应急能力教学中应用 CBL 和 Mini-CEX 评价教学法进行联合教学的应用效果。**方法** 选取 2022 年 8 月~2023 年 7 月以 60 例低年资护士为研究对象,按照随机数表法分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组护士通过传统教学模式进行教学,观察组护士在传统教学的基础上通过 CBL 和 Mini-CEX 评价教学法进行联合教学,对两组护士的急救理论成绩、急救应急能力以及教学满意度评分进行比较。**结果** 观察组护士急救理论成绩、急救应急能力高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );观察组护士教学满意度评分高于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 在临床急救教学中,通过以案例为基础联合 Mini-CEX 评价教学法进行教学,低年资护士急救理论成绩、急救应急能力均得到显著提升,应用效果良好,值得临床应用。

## 肺结核患者自我管理研究进展

徐光宇

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**摘要** 肺结核属于常见疾病,主要是因结核杆菌感染所致,疾病发生可能与生理免疫、自然免疫、慢性代谢及间歇生长有直接关系,同时,细胞壁缺失、L 型菌变异、适应性保护性反应也与疾病发生有直接关系。在治疗方式方面,以化学治疗、免疫治疗、介入治疗等为主。由于疗程较长,在医院完成整个治疗过

程是不太现实的,那么大部分肺结核患者在病情稳定之后的很长时间内需要在家中继续治疗和调养以达到彻底消灭病菌和使患者痊愈的目的,这样结核患者的自我管理就十分重要,因其直接关系到治疗的效果和病情的恢复,如果自我管理不当,对于患者病情的恢复就达不到预期的效果,可能要延长疗程,也会增加病情复发的几率并且引起多种并发症和后遗症,甚至造成耐多药结核病的发生,给患者及家庭带来更多麻烦和痛苦。**方法** 本文针对肺结核患者出院后继续治疗中的自我管理现状及影响患者自我管理因素进行综述,以便于为临床护理工作指导肺结核患者的自我管理教育提供依据。

**关键词:** 肺结核;自我管理;综述

## 探析人文关怀护理模式在耐多药结核患者护理中的应用对其生活质量的改善

张丽

作者单位:上海市肺科医院

**【摘要】目的:** 探析人文关怀护理模式在耐多药结核患者护理中的应用对其生活质量的改善。**方法:** 运用对比分组方法,选取 2022.08 年至 2023.07 年在我院接受治疗的耐多药结核患者 60 例,随机分为两组。采取药物治疗期间对照组接受常规护理,观察组在对照组的基础上接受人文关怀护理。对比两组的护理效果。**结果:** 观察组的各项生活质量评分均高于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论:** 对耐多药结核患者采用人文关怀护理模式,有利于减轻患者的情绪压力,增强治疗的信心,加快康复进程,提高患者的生活质量和社会支持感。

**【关键词】** 人文关怀护理模式;耐多药结核;生活质量;应用效果

## 叙事护理对耐药肺结核患者确诊后负性情绪的影响研究

姜斯斯 陈丹萍\*

作者单位:上海市肺科医院结核科 上海 200433

**【摘要】目的:** 探究叙事护理对耐药肺结核患者确诊后负性情绪的影响。**方法:** 将 2022 年 2 月—2023 年 2 月上海市肺科医院收治的 60 例耐药肺结核患者作为研究对象,采用随机数字表法分为参照组和试验组,每组各 30 例。参照组实施常规护理,试验组在常规护理的基础上实施叙事护理。对 2 组不同护理方式对确诊后负性情绪的干预效果进行分析比较。研究指标为负情绪评分、生活质量、用药依从情况、满意度情况。

**结果:** 护理前研究对象各项负性情绪评分比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 护理后试验组负性情绪评分均比参照组更低 ( $P<0.05$ )。护理前研究对象各项生活质量评分比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 护理后试验组生活质量各指标评分比参照组高 ( $P<0.05$ )。护理前研究对象用药依从性比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 护理后试验组用药依从性比参照组更高 ( $P<0.05$ )。护理前研究对象满意度比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 护理后实验组满意度比参照组更高 ( $P<0.05$ )。**结论:** 将叙事护理应用于耐药肺结核患者,可显著改善负性情绪,提升生活质量,提高用药依从性及满意度,值得应用。

**关键词:** 叙事护理;耐药肺结核;负性情绪;生活质量

# 个体化护理在肺结核合并糖尿病患者中的应用效果及血糖控制情况影响分析

孟瑶瑶

**【摘要】目的：**探讨个体化护理在肺结核合并糖尿病患者中的应用效果及对血糖控制情况的影响。**方法：**在 2022 年 1 月至 2023 年 12 月，在连云港市第四人民医院呼吸科，有 80 例肺结核合并糖尿病患者被纳入，采用随机数字表法，80 例患者被随机分成两组，每组 40 例。对照组实施常规护理，研究组实施个体化护理。关于两组病例的治疗依从性、自我管理评分、血糖指标、痰菌转阴率、空洞闭合率、病灶吸收率、舒适度评分、心理评分作比较。**结果：**关于治疗依从性，研究组的总依从率 95.35% 比对照组 79.07% 高 ( $P < 0.05$ )。护理后，对于病例进行自我管理能力和舒适度的测评，研究组分数更高，而对于病例的焦虑、抑郁进行测评，对照组分数则更高， $P < 0.05$ 。护理后，研究组关于空腹血糖、餐后 2 小时血糖的数值均较对照组更低 ( $P < 0.05$ )，研究组的痰菌转阴率、空洞闭合率及病灶吸收率均高于对照组 ( $P < 0.05$ )。**结论：**个体化护理用于肺结核合并糖尿病治疗中，能够增强患者对治疗的依从性，增强其自护能力，有利于提高患者的血糖控制效果和抗结核治疗效果，并提升舒适度，改善心理状况。

## 基于 SBAR 沟通模式在气管支气管结核患者护理中的应用体会

尚秋白

作者单位：新乡医学院第一附属医

**【摘要】目的：**评估基于现状-背景-评估-建议 (Situation-Background-Assessment-Recommendation, SBAR) 沟通模式在气管支气管患者护理中的应用体会。**方法：**将 2023 年 10 月至 2024 年 6 月收治的 96 例气管支气管结核患者随机分为对照组和观察组，每组 48 例。对照组给予常规护理模式，试验组采用 SBAR 沟通模式进行交接记录与护理，比较两组患者治疗依从性及护理满意度。**结果：**试验组治疗依从性为 86%，优于对照组的 69% ( $P < 0.05$ )；护理满意度试验组为 98.8%，优于对照组的 92% ( $P < 0.05$ )。**结论：**应用 SBAR 沟通模式在气管支气管结核患者护理中可有效提高患者治疗依从性及护理满意度，值得临床推广。

## 肺结核患者心理支持干预的效果研究

**摘要：****目的：**评估心理支持干预对肺结核患者心理健康和治疗依从性的影响，观察其对患者焦虑、抑郁以及生活质量的改善作用。**方法：**在 2021 年 2 月至 2023 年 2 月期间，从我院接受诊治的肺结核患者中随机抽取 100 例，将他们随机分成对照组和观察组，每组 50 例。对照组接受常规治疗和护理，观察组在此基础上接受系统的心理支持干预，包括心理教育、个体心理咨询和团体支持活动。干预前后使用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 和生活质量量表 (SF-36) 进行评估，并比较两组患者在心理健康和治疗依从性方面的差异。**结果：**观察组患者的焦虑和抑郁评分显著低于对照组，生活质量评分显著高于对照组，且治疗依从性显著提高，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论：**心理支持干预在改善肺结核患者心理健康和提高治疗依从性方面有效，建议在临床护理中推广应用，以提升肺结核患者的整体治疗效果和生活质量。

**关键词：**肺结核，心理支持干预，治疗依从性，心理健康，生活质量。

## 家庭护理指导对淋巴结结核患者应用抗结核药物治疗的影响

胡媛媛

作者单位：上海市肺科医院

**摘要：**目的 探讨淋巴结结核患者家庭护理干预对提高其疾病疗效的重要性。方法 对 156 例我上海市肺科病医院结核科住院的淋巴结结核患者进行抗结核药物治疗，观察组给在常规护理基础上接受家庭护理指导，对照组患者接受常规护理，比较两组患者的心理状态和护理满意度。结果 观察组患者的心理状态评分（抑郁评分、焦虑评分）和护理满意度均明显优于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。讨论 进行有效的护理干预淋巴结结核服药治疗过程，可以提高其治愈率，提高病人的满意度。

**关键词：**淋巴结结核；护理指导；心理状态；

## 医护患三维一体延续性护理对肺结核患者的应用效果及自护能力的影响

何燕

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**[摘要]：**目的：探索医护患三维一体延续性护理干预对肺结核患者的应用效果及对其自我护理能力的改善作用。方法：选取我院结核科 2023 年 1 月至 12 月收治的 100 名肺结核患者作为研究对象，采用随机数字法分为实验组和对照组，每组 50 例，实验组采取医护患三维一体延续性护理进行干预，对照组采取常规延续性护理进行干预。在干预 3 个月后采取结核病患者生存质量测评量表（QLI-TB）、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）、知觉心理力量表（CPSS）、自我护理能力量表（ESCA）进行测评。结果：实验组 QLI-TB 量表显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组 HAMA 量表显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组 CPSS 量表显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；实验组 ESCA 量表显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：医护患三维一体延续性护理能够改善肺结核患者的心理状况，提高患者的生活质量，提高患者的自护能力，具有临床借鉴意义。

**[关键词]：**三维一体、延续性护理、肺结核

## PDA 移动护理在结核科住院患者留取痰标本中的应用

曾先兰

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院（200433）

**摘要：**目的 探讨 PDA 移动护理在结核科住院患者留取痰标本中的应用效果。方法 医嘱开出痰标本盒后，应用 PDA 移动护理扫描患者的手腕带二维码和标本盒的二维码进行核对，并口头讲解痰标本的目的、顺序，方法，同时让患者观看 PDA 上正确留取痰标本的宣教视频。留取好的痰标本及时放置于痰标本架上及时送检，痰量较少的痰标本放冰箱保存，并做好记录。选取 2021 年 1 月~2021 年 4 月在上海市肺科医院住院治疗的部分患者痰标本的管理中，将结核一科住院治疗的肺结核患者 208 例患者作为观察组，将结核核二科住院治疗的肺结核患者 225 例为对照组，比较两组患者痰标本送检率、合格率及痰标本相关知识知晓率。结果 观察组患者痰标本送检率 合格率 痰标本相关知识知晓率均明显优于对照组。（ $p<0.05$ ）。结论 流程改建能有效提高患者痰标本送检率、合格率及痰标本相关知识的知晓率，从而尽早得出痰检报告，为临床提供诊断及调整用药方案有重要意义。

**关键词：**标本；痰；结核；PDA

## 长期卧床患者深静脉血栓的预防 and 护理

王春雪

作者单位：上海市肺科医院

**摘要：**深静脉血栓形成是长期卧床患者严重并发症之一，致死率高。通过心理、饮食和运动的基本预防、药物预防和物理预防等手段以避免下肢深静脉血栓的形成，对长期卧床患者深静脉血栓形成的危险因素、预防及护理进展进行综述，为长期卧床患者深静脉血栓形成的护理提供依据，从而提高患者及医护人员的认知水平，促进深静脉血栓形成患者的早日康复。总结出三个预防措施，一是基本预防措施，通过降低危险因素，术后通过调整体位、活动下肢来促进血液循环，放松肌肉；二是物理机械性预防，通过使用弹力袜和抗血栓压力泵来 DVT 的发生；三是药物预防，患者可以适当的服用阿司匹林药物来预防。

**关键词：**长期卧床 深静脉血栓预防 危险因素 护理

## LEARNS 健康教育模式对耐多药肺结核患者中的应用效果研究

刘雨 张莉 郭影

**【摘要】目的：**探讨 LEARNS 模式的健康教育对耐多药肺结核患者的应用效果研究。**方法：**回顾性选取 2019 年 10 月~2023 年 6 月上海市肺科医院收治的 150 例耐多药肺结核患者为研究对象，随机（随机数字表法）分为对照组和观察组，各 75 例。对照组按照常规健康宣教，观察组接受 LEARNS 模式的健康教育宣教。采用自制问卷评价两组患者的治疗依从性，干预前、后采用自我护理能力（ESCA）、生活质量评价量表（SF-36）评价两组患者自护能力和生活质量，并采用自制的满意度调查问卷评价两组患者护理满意度。**结果：**干预前，两组自我护理能力（ESCA）、生活质量评价量表（SF-36），差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组治疗依从率、ESCA 中各维度评、生活质量评价量表（SF-36）及满意度调查问卷评分均明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**LEARNS 模式的健康教育可明显提高耐多药结核患者自护能力和治疗依从性改善患者生活质量，提高患者护理满意度。

**【关键词】**LEARNS 模式；耐多药结核；健康教育；治疗依从性；自我护理能力；生活质量；护理满意度

## 个性化优质护理对结核性脓胸清除术后患者情绪及康复的效果

周景雯 张莉 刘雨

**摘要：**目的 探讨个性化优质护理对结核性脓胸清除术后患者中的应用效果。方法 采用便利抽样的方法,选择 2021 年 6 月至 2023 年 6 月期间上海市肺科医院结核科行结核性脓胸清除术后的患者 50 例作为研究对象,根据随机数字表法分组(每组  $n=25$ ),对照组给予常规护理,观察组在对比常规护理基础上实施个性化优质护理措施,对比两组焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分、术后恢复指标、并发症总发生率。**结果：**观察组护理后 SAS 评分、SDS 评分均低于对比组,观察组首次下床、留置引流管、住院时间均短于对比组,观察组并发症总发生率低于对照组,差异均具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论：**个性化优质护理可有效缩短结核性脓胸患者清除术后机体恢复速度,减轻疼痛感、焦虑情绪,减少并发症。

**【关键词】**结核性脓胸清除术；个性化优质护理；焦虑；抑郁；并发症；

## 健康教育在老年耐多药肺结核并血栓患者中的护理

陈轶韵

作者单位：上海市肺科医院

**【摘要】目的** 在老年耐多药肺结核合并血栓患者中实施常规护理联合健康教育对其心理波动影响以及护理效果的分析与探究。**方法** 将我院 86 例老年耐多药肺结核合并血栓患者分为两组进行研究：分别为对照组与研究组，各 43 例。对照组实施常规护理进行干预，研究组实施常规护理联合健康教育进行干预，对两组患者护理前后的抑郁、焦虑心理状况和疾病知识知晓率状况进行分析比较，并观察对比两组患者护理后的 DVT 发生状况。结果两组患者护理前其抑郁、焦虑心理状况比较差异不明显， $P>0.05$ ；护理后研究组的抑郁、焦虑心理改善状况明显优于对照组，且  $P<0.05$ ；护理后研究组的疾病知识知晓率高于对照组，且差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

## 心理疏导对肺结核患者康复的临床护理

**目的**：分析对肺结核患者心理疏导护理的效果。**方法**：选取上海市肺科医院 2023 年 7 月到 2024 年 1 月收治的 592 例肺结核患者作为研究对象，按照双色小球法分为观察组(46 例)和对照组(46 例)。对照组接受常规护理，观察组联合心理疏导护理。观察两组的护理效果。**结果**：观察组护理后的营养指标较对照组更高，焦虑、抑郁评分较对照组更低，用药依从性评分较对照组更高，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论**：对肺结核患者实施心理疏导护理，能够帮助患者合理调控饮食，保证其能量供应，幅改善患者的机体营养状态，同时，可以对患者的心理状态进行有效调节，切实消除其负性情绪，获取患者对治疗和护理的有效配合。

**关键词**：肺结核，心理护理

## 青年肺结核患者疾病获益感现状及影响因素研究

王晓菲

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**【摘要】目的**：调查青年肺结核患者疾病获益感现状，并分析其影响因素。**方法**：抽取 2023 年 10 月—2024 年 3 月于上海市某三级结核病定点治疗医院结核科的 263 名青年肺结核患者作为研究对象，应用一般资料调查表、疾病获益感量表、伯克利情绪表达量表、领悟社会支持评定量表、医学应对方式问卷进行调查。**结果**：青年肺结核患者疾病获益感得分为  $(65.05\pm 14.16)$  分，多元线性回归分析显示，年龄、患病时长、自我表露、领悟社会支持、医学应对方式是青年肺结核患者疾病获益感的影响因素，可解释总变异的 51.1%。**结论**：青年肺结核患者疾病获益感处于中等水平，医护人员应重视青年肺结核患者的积极感知，鼓励青年患者表达患病体验，引导青年患者充分利用外界支持积极应对疾病，以提高疾病获益感水平。

**【关键词】** 肺结核；青年；疾病获益感；影响因素

## 家庭参与护理管理模式在老年初治肺结核患者治疗中的应用

常舒

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**摘要** **目的** 探讨家属参与护理管理模式在老年初治肺结核患者治疗中的应用效果；**方法** 将上海市肺科医院结核一病区 2023 年 7 月至 2024 年 5 月收治的 56 例老年初治肺结核患者作为对照组，实施常规性护理干预；将 2023 年 7 月至 2024 年 5 月收治的 56 例老年初治肺结核患者作为观察组，在住院期间及出院后的居家治疗过程中采取家属参与护理管理模式，包括患者的评估，家属参与患者的治疗、心理、宣教、自我管理、随访等方面的护理内容，以观察对患者治疗依从性和治疗效果的影响；**结果** 在观察组患者中，治疗依从性 42.9% (24/56)，高于对照组患者治疗依从性 14.3% (8/56)，差异有统计学意义 ( $\chi^2=11.2$ ,  $P=0.001$ )；观察组患者的治疗总有效率 91.1% (51/56)，高于对照组患者治疗总有效率 76.8% (43/56)，差异有统计学意义 ( $\chi^2=4.24$ ,  $P=0.037$ )；**结论** 对老年初治肺结核患者采取家属参与护理管理可提高治疗依从性和治疗效果，应在临床上推广应用。

**关键词** 护理管理；老年；初治；肺结核；治疗依从性；治疗效果

## 个性化营养干预护理对老年肺结核患者营养状况以及免疫功能的影响

马莺

作者单位：上海市肺科医院

**摘要** **目的**:探讨个性化营养护理干预对老年肺结核患者营养状况以及免疫功能的影响。**方法**:选取医院收治的 80 例老年肺结核患者作为研究对象,按照随机数字表法分成观察组(40 例)与对照组(40 例),对照组患者给予常规饮食护理干预,观察组患者给予个性化营养护理干预,比较两组患者营养状态水平指标、免疫指标。**结果** 干预 3 个月后,两组白蛋白(ALB)、血红蛋白(Hb)、体重指数(BMI)、前白蛋白(PA)水平均高于干预前,且研究组高于对照组( $P<0.05$ );干预前组患者总胆固醇(TC)、空腹血糖(FBG)、内脏脂肪面积(VFA)水平差异无统计学意义( $P>0.05$ ),干预后 2 组患者上述指标水平均改善,且研究组患者 TC、FBG、VFA 水平均高于对照组( $P<0.05$ )。干预前 2 组患者 T 淋巴细胞因子水平差异无统计学意义( $P>0.05$ ),干预后研究组 CD3+、CD4+、CD4+/CD8+水平高于对照组,CD8+水平低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 个性化营养护理方案能够改善老年肺结核患者的营养状况以及免疫功能。

**【关键词】** 个性化营养干预；老年肺结核；免疫

## 综合性肺康复训练在肺结核患者治疗早期中的应用研究

洪清蕾

作者单位：上海市肺科医院

**【摘要】目的**：探讨综合性肺康复训练在肺结核患者治疗早期中的应用研究。**方法**：选取某医院收治的肺结核患者，按照纳入和排除标准筛选后，将患者随机分为对照组和观察组。对照组接受常规抗结核治疗，观察组在常规抗结核治疗的基础上，增加综合性肺康复训练。综合性肺康复训练内容包括运动训练：包括坐位训练、控制性深呼吸法、缩唇呼吸法、腹式呼吸法以及抗阻训练等。健康教育：向患者普及肺结

核相关知识，包括疾病的传播途径、治疗方法、康复过程中的注意事项等，提高患者的疾病认知和自我管理能力。心理干预：针对患者的焦虑、抑郁等心理问题，进行心理疏导和支持，帮助患者建立积极的心态。营养支持：根据患者的营养状况，制定个性化的饮食计划，保证患者获得足够的营养支持。结果：经过治疗后，观察组的肺功能指标较对照组有显著改善，表明综合性肺康复训练有助于改善肺结核患者的肺功能。观察组的生活质量评分较对照组明显提高，说明综合性肺康复训练有助于提高肺结核患者的生活质量。观察组患者的心理状态评分较对照组有显著改善，表明综合性肺康复训练有助于缓解肺结核患者的焦虑、抑郁等心理问题。结论：综合性肺康复训练在肺结核患者治疗早期具有显著的应用效果，值得在临床中推广应用。通过综合应用运动训练、健康教育、心理干预和营养支持等多种手段，可以有效改善患者的肺功能，提高生活质量，缓解心理问题。未来研究可以进一步探索更多有效的康复干预措施，为肺结核患者的康复提供更多帮助。

## 心理护理干预对多重耐药结核病患者中的应用效果

谭熙.

作者单位：上海市肺科医院

[摘要]：目的：讨论心理护理干预对多重耐药结核病患者治疗依从性和心理健康的影响。方法：纳入我院 2023 年 1 月至 2023 年 6 月收治的 120 例多重耐药结核病患者，按照随机分组法分为控制组和干预组，每组 60 例，控制组接受标准的直接观察治疗（DOT），而干预组接受六次认知-behavioral 治疗（CBT）和 motivational interviewing（MI）干预。比较两组患者干预 6 个月后的治疗依从性、汉密尔顿焦虑量表（HAMA）评分、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分和生存质量量表（SF-36）评分。结果：干预 6 个月后干预组的治疗依从性明显高于控制组（ $p < 0.01$ ），SF-36 量表评分高于控制组（ $p < 0.05$ ），同时 HAMA 量表评分和 HAMD 量表评分低于控制组（ $p < 0.05$ ）。结论：心理护理干预能够有效减轻多重耐药结核病患者焦虑和抑郁症状，提升其心理健康水平，增强患者对治疗的满意程度和生存质量，进一步提高他们对治疗的依从性和满意度。这种创新的干预模式可以与传统治疗方式相结合，提供全面的医疗服务，解决结核患者的物理和心理需求。

[关键词]：心理护理；多重耐药结核病；应用效果；护理干预

## 叙事护理联合同伴教育在肺结核合并肺癌患者中的应用

丁丽麒

作者单位：上海市肺科医院

目的 探讨叙事护理联合同伴教育在肺结核合并肺癌患者中的应用效果。方法 选择 2022 年 1 月至 2022 年 12 月上海市肺科医院收治的 106 名肺结核合并肺癌患者作为研究对象，根据随机数表法将患者分为研究组和对照组，每组 53 名。对照组患者给予同伴教育，观察组患者给予叙事护理联合同伴教育。护理两周后比较记录护理前、护理两周后两组患者的汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、知觉心理力量表（CPSS）、简明生活质量量表（SF-36）变化，并统计两组患者对护理的依从性。结果 护理前，两组患者的 HAMD、CPSS 评分比较差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），护理后，两组患者的 HAMD、CPSS 评分均显著降低，且观察组分别为（ $8.29 \pm 1.83$ ）分、（ $26.17 \pm 3.09$ ）分，明显低于对照组的（ $14.28 \pm 1.90$ ）分、（ $32.17 \pm 4.21$ ）分，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；护理前，两组患者的 SF-36 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），护理后，两组患者的 SF-36 评分均显著升高，且观察组患者的社会功能、生理功能、心理健康、物质生活评分分别为（ $23.18 \pm 3.11$ ）分、

(24.10±3.74)分、(22.75±2.84)分、(23.61±3.07)分，明显高于对照组的(19.37±2.90)分、(17.35±3.04)分、(18.75±2.69)分、(20.17±2.63)分，差异均有统计学意义( $P<0.05$ )；观察组患者对护理的依从率为 90.57%，明显高于对照组的 77.36%，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 叙事护理联合同伴教育应用于肺结核合并肺癌患者中可缓解患者负面情绪，提高患者的生活质量及护理依从性。

## 基于时机理论的初治敏感肺结核患者患病期间心理体验的质性研究

蔡丽萍

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**摘要：**目的 以时机理论为框架，了解初治敏感肺结核患者在疾病的不同阶段的心理体验，为制定有针对性的护理干预方案提供参考。方法 采用目的抽样法，选取 2023 年 9 月—2024 年 2 月上海市肺科医院结核科接受抗结核治疗的初治敏感肺结核患者 42 例为研究对象。通过半结构式深度访谈法收集疾病 5 个阶段患者的真实感受，采用 Colaizzi 七步分析法进行资料分析。结果 初治敏感肺结核患者疾病心理体验在 5 个阶段可归纳为 12 个主题，诊断期负性情绪严重，包括侥幸心理、焦虑和恐惧、担心被感染。住院治疗期以不稳定心理体验为主，包括安心治疗、担心家人被感染、缺乏相关治疗知识、期待出院。出院准备期以不稳定心理体验为主，包括担心居家治疗和预后，渴望获得医护人员的支持。调整期和适应期以积极心理体验为主，包括寻求支持、耐心康复，主动健康。结论 初治敏感肺结核患者在疾病不同阶段的心理体验是动态变化的，医护人员应分阶段、有计划地给予相应的心理支持和专业指导，促进患者身心健康，帮助其顺利回归家庭和社会。

## PDCA 循环模式在耐药结核患者营养干预中的应用效果

焦金芳

作者单位：上海市肺科医院

[摘要]：目的：讨论 PDCA 循环模式在耐药结核患者营养干预中的应用效果。方法：纳入我院 2023 年 6 月至 2023 年 12 月收治的 80 例耐药结核患者，按照随机分组法分为实验组和对照组，每组 40 例，对照组予以常规营养干预，实验组予以基于 PDCA 循环模式的营养干预。比较两组患者干预 3 个月后的饮食依从性、营养风险筛查评分表(NRS2002)和健康状况调查问卷(SF-36)的评分。结果：干预 3 个月后实验组的 SF-36 量表评分和饮食依从性均高于对照组、同时 NRS2002 量表评分低于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论：基于 PDCA 循环模式的营养干预能有助于提高患者的饮食依从性和营养状况，促进疾病的恢复，改善患者的生活质量，值得临床推广应用。

[关键词]：PDCA 模式；耐药结核；营养干预；应用效果

## 淋巴结核患者家庭护理方案研究进展

徐益

作者单位：上海市肺科医院

**【摘要】**目的：探讨淋巴结结核患者家庭护理的方法及效果，方法：对淋巴结结核患者家属对患者伤口换药进行指导，加强患者及家属家庭换药的无菌操作概念及家庭消毒隔离的措施指导，家庭护理作为临床护理工作的延续，是家庭成员共同参与的一种健康教育模式，能够及时发现患者可能存在的相关问题，从而给予患者有针对性的护理与支持，为家庭成员缓解心理负担与经济压力。结论：在临床上，对患者积极的展开家庭健康教育是全面普及淋巴结结核知识并提高患者自我控制能力的一种有效措施，对于提高患者治疗的效果有着明显作用。因此，对于淋巴结结核患者，家庭成员努力对患者展开健康教育、心理护理与营养支持，努力为患者创造一个良好的家庭修养环境，使患者保持良好的心理状态，最终达到促进患者身体的早日恢复。

## 基于健康行为改变整合理论的护理干预对与耐多药结核患者的影响

吴颖

作者单位：同济大学附属上海市肺科医院

**摘要** 目的 探讨基于健康行为改变整合理论的护理干预对与耐多药结核患者的影响。方法 采用便利抽样法，选取肺科医院结核四病区 2024 年 1-3 月收治的 20 例耐多药患者作为实验组，实施基于健康行为改变整合理论的护理干预；选取 2024 年 4-6 月收治的 20 例耐多药患者作为对照组，实施常规护理。比较干预前、干预 1 个月后两组的疾病认知问卷评分、自我管理问卷评分。结果 干预 1 个月后，两组的疾病认知问卷评分、自我管理问卷评分均改善，且实验组优于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.5$ )。结论 基于健康行为改变整合理论的护理干预有助于提高耐多药结核患者的疾病认知，建立并维持健康行为，提高患者的自我管理水平和改善其生活质量。

## 结核病人的护理要点

郝永丽

作者单位：山西省太原市第四人民医院

目的：总结结核病护理的关键要点，提高医护人员的结核病护理水平，改善患者的生活质量，减少结核病的发病率和传播风险。

材料与方法：本文通过文献调研和案例分析，对结核病护理进行总结和分析。选取 2020 年 1 月至 2023 年 12 月期间在太原市第四人民医院治疗的结核病患者 500 例，其中男性 310 例，女性 190 例，年龄范围为 18-70 岁。所有患者均符合结核病诊断标准，并接受了相应的治疗和护理。采用问卷调查法，对这 500 名患者的病情、治疗、护理等方面进行了调查和统计分析。

结果：研究发现，在这 500 例结核病患者中，61% 的患者存在营养不良，其中女性患者更为明显；52% 的患者患有结核性胸膜炎；47.3% 的患者合并有糖尿病；24% 的患者存在药物不良反应。在治疗和护理方面，有 58% 的患者在治疗前未接受过结核病知识的宣传教育，导致治疗效果不佳；有 20% 的患者因为经济原因没有按时完成治疗；有 37% 的患者对自己的治疗缺乏主动性和配合度。在护理方面，57% 的患者存在睡眠质量差、情绪不稳定等心理问题；40% 的患者存在营养不良、消瘦等生理问题；10% 的患者存在压疮等并发症。研究结果还表明，合理的营养和心理护理是提高结核病治疗效果的重要因素。

结论：结核病是一种需要长期治疗和护理的疾病，在治疗和护理中需要重视患者的营养和心理问题。对结核病患者进行相关的健康宣教，提高患者的自我管理和主动性，同时加强医护人员的护理能力，才能

更好地提高结核病治疗的效果和患者的生活质量。

【关键词】结核病；护理干预；治愈率；死亡率；治疗满意度；生活质量

## PICC 导管在结核病长疗程治疗中的应用效果研究

**摘要目的：**评估经外周中心静脉导管（PICC）在结核病长疗程治疗中的应用效果及其对患者生活质量的影响。**方法：**本研究选取 2023 年 5 月--2024 年 5 月对接受长疗程抗结核治疗的患者进行 PICC 导管置入，并定期监测导管位置、患者并发症发生情况及生活质量变化，进行对比分析。**结果：**研究表面，PICC 导管在结核病长疗程治疗中具有显著效果。导管的应用减少了多次静脉穿刺的痛苦，提高了患者的治疗依从性的生活质量。**结论：**PICC 导管在结核病长疗程治疗中具有重要意义，建议在临床实践中推广应用，并加强导管维护和患者教育，以提高治疗效果和生活质量。

## 结核科护士职业紧张现状及影响因素调查

张雯君

作者单位：上海市肺科医院

**【摘要】目的** 对结核科护士职业紧张现状和其影响因素进行分析调查，为改善，控制和预防结核科护士职业紧张提供资料和依据。**方法** 采用一般情况调查表和 OSI-R（职业紧张量表修订版）对上海市肺科医院的 50 名结核科护士进行问卷调查。**结果** 肺科医院 50 名结核科护士 OSI-R 量表任务问卷 ORQ 和紧张反应问卷 PSQ 的得分要高于常模水平（ $P<0.05$ ），在职业任务问卷调查和紧张反应问卷中，护士和护师在任务模糊（RA）、责任感（R）及人际关系紧张反应（IS）得分差异有显著统计学意义（ $P<0.05$ ），任务模糊（RA）护士高于护师。责任感（R）护师高于护士，人际关系紧张反应（IS）得分护士高于护师。在紧张反应问卷中工龄方面工龄大于 10 年的护士，自我保健（SC）得分显著高于工龄 $\leq 5$  年的护士（ $P<0.05$ ）。婚姻方面：未婚和已婚护士在自我保健（SC）得分差异有显著统计学意义（ $P<0.05$ ）已婚护士高于未婚护士。**结论** 结核科护士的职业紧张程度处于较高水平，医院的管理者及个人应加以重视并采取积极应对措施。提出预防干预措施来减低职业紧张，维持身心健康，保持促进临床护士的工作能力，提高工作质量。

**关键词：**结核科，护士，职业紧张

## 优质护理干预对肺结核患者的影响因素分析

孙蓓

作者单位：上海市肺科医院

**摘要：**肺结核是临床常见疾病，也属于一种慢性传染性疾病，具有较高的发病率。由于结核分枝杆菌感染，导致患者出现干咳、高热等特征，如果没有及时治疗和控制在，不仅降低生活质量，严重会损害机体多个脏器功能，甚至危及到生命安全。目前，有效的护理工作对患者治疗起到很好的辅助作用，以往常规护理缺少全面性，护理内容较单一且被动，因此护理效果并不十分理想。而当前的优质护理是一种新型的护理手段，更具有全面性与针对性，通过有效的护理方法，全程为患者提供更为优质的护理服务。**目的：**分析肺结核的特点，评价优质护理干预的价值。**方法：**观察对象为 60 例肺结核患者，于 2022 年 9 月-2023

年 9 月在我院进行临床研究，且随机分为两组，观察组为优质护理，对照组为常规护理。两组比较护理效果。**结果：**与对照组相比，观察组各项数据更优，差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论：**通过优质护理干预，可改善负面情绪，提高生活质量，效果更显著。

**关键词：**优质护理干预；肺结核；护理效果

## 心理康复护理对结核病患者治疗依从性的影响研究目的

杨进庆

作者单位：贵州航天医院呼吸与重症医学科一病区

### 目的

评估心理康复护理对结核病患者治疗依从性的影响，探讨其在提高患者康复效果中的作用。

### 方法

对结核病患者实施系统的心理康复护理干预，包括心理评估、心理辅导和支持性治疗，使用治疗依从性量表评估干预效果。

### 结果

研究表明，心理康复护理干预显著提高了结核病患者治疗依从性。患者在治疗信心、心理状态和依从性方面均有显著改善。

### 结论

心理康复护理对提高结核病患者治疗依从性具有重要作用，应在临床护理中加强心理康复护理，以提高治疗效果和患者康复质量。

## 结核病患者外周静脉导管相关感染的预防与控制研究

### 目的

探讨外周静脉导管相关感染在结核病患者中的预防与控制措施，评估其对感染发生率的影响。

### 方法

对结核病患者进行外周静脉导管置入，实施系统的预防与控制措施，包括严格的无菌操作、导管护理及感染监测，评估其对感染发生率的影响。

### 结果

研究表明，系统的预防与控制措施显著降低了外周静脉导管相关感染的发生率。通过严格的无菌操作和有效的导管护理，能够有效预防和控制感染，提高患者的治疗安全性。**结论**

外周静脉导管相关感染的预防与控制在结核病患者护理中具有重要意义，应在临床护理中加强预防措施和管理，以降低感染风险，提高护理质量。

## 静脉留置针在结核病患者护理中的应用研究目的

### 目的

探讨静脉留置针在结核病患者护理中的应用效果，评估其对护理质量和患者满意度的影响。

### 方法

对结核病住院患者进行静脉留置针置入，观察其在抗生素输注、液体疗法及其他静脉治疗中的应用效果，收集患者满意度反馈。

### 结果

研究发现，静脉留置针的应用显著提高了结核病患者的护理质量和满意度。该技术减少了反复穿刺带来的不适和风险，提高了药物输注的稳定性和效果。

### 结论

静脉留置针在结核病患者护理中具有广泛应用前景，应在临床护理实践中推广使用，以提高护理质量和患者满意度。

## 精细化护理管理模式在肺结核感控中的应用

朱毓萍

作者单位：上海市同济大学附属肺科医院

**【摘要】目的** 探讨精细化护理管理模式在肺结核感控中的应用效果，从而为临床护理方案选择提供科学依据。**方法** 以随机数表法将 2023 年 1 月~2024 年 1 月期间我院收治的肺结核患者 100 例分为对照组与研究组。予以对照组常规护理管理，包括基础健康教育、感染控制、用药指导、病情监测、并发症预防、饮食指导。予以研究组精细化护理管理，包括病情评估、多元化健康教育、心理护理、行为指导、营养支持、环境管理、延续护理。干预 3 个月后对比两组患者痰液转阴率与病灶吸收率，以及疾病防控知识得分、医疗依从性评分、心理状态评分、生活质量评分。**结果** 护理干预 1 个月、2 个月及 3 个月后两组患者病灶吸收率与痰液转阴率均随时间延长而明显提升，且研究组各时间结点病灶吸收率与痰液转阴率均显著高于对照组，对比有统计学意义  $P<0.05$ 。研究组疾病防控知识，医疗依从性评分均明显高于对照组，对比有统计学意义  $P<0.05$ 。**结论** 精细化护理管理模式在肺结核患者的感控管理中具有显著的应用效果。其不仅能提高患者的痰液转阴率和病灶吸收率，还能提升患者疾病防控知识水平和医疗依从性，改善心理状态，提高整体生活质量，值得在临床中推广应用。

## 继发性肺结核患者营养知识知信行的现状调查

刘艳\* 刘晓玲 马或婉 王进

作者单位：南京市第二医院

**【摘要】目的** 调查继发性肺结核患者营养知识知信行现状，为制定继发性肺结核患者营养健康干预方案提供参考。**方法** 采用便利抽样法选取南京某三甲医院 110 名继发性肺结核患者为研究对象，采用一般资料量表、营养知信行问卷进行问卷调查。结果 110 例被调查继发性肺结核患者中男性 67 例，女性 43 例，继发性肺结核患者营养知识得分为  $(6.15\pm 3.23)$  分，生活态度得分为  $(16.71\pm 4.41)$  分，营养行为得分为  $(11.68\pm 3.21)$  分，营养态度积极的占 94%。超过 80% 的患者表示会寻求一些关于疾病和健康的营养知识，但患者营养知识的获取途径来自医务人员仅 39.1%。营养知信行状况受患者的性别、文化程度、居住地和慢性病史的影响；知识、态度、行为之间呈正相关( $r = 0.600, 0.590, P<0.01$ )；多元性回归分析显示，影响继发性肺结核患者营养知识管理行为的因素为文化程度、长期形成的生活习惯、职业素养、接受教育程度。结论 继发性肺结核患者营养知识管理知信行处于较低水平，营养知识缺乏，营养行为较差，但态度较为积极。医护人员在对肺结核患者进行营养干预的过程中，应重视家庭-社会支持系统的作用，提高患者自我效能水平，促进患者营养行为的改变。

**【关键词】** 继发性肺结核；营养知识管理，营养知信行

## 加速康复外科理念护理干预对肺结核肺叶切除术后早期肺功能恢复的影响

韦杏雪 周倩 陆雪萍 唐速荣 苏荣唯 林芝

作者单位：广西壮族自治区胸科医院

**目的** 观察加速康复外科(ERAS)理念护理干预对肺结核肺叶切除术后患者早期肺功能恢复的影响。**方法** 选取 2022 年 4 月-2023 年 3 月在本院收治的肺结核肺叶切除患者 50 例为对照组，选取 2023 年 4 月-2024 年 3 月在本院收治的肺结核肺叶切除患者 50 例为观察组；对照组采用常规传统模式护理，试验组采用加速康复外科(ERAS)理念下的护理干预。分析比较 2 组患者 VAS 评分、肺功能指标、自我效能、生活质量。**结果** 两组患者的年龄、性别等基本资料无统计学差异( $P>0.05$ )。手术后 3 天、7 天和 14 天，观察组的 VAS 评分均显著低于对照组( $P<0.05$ )，各项肺功能指标水平（第 1 秒用力呼气容积、用力肺活量、第一秒用力呼气容积占用力呼气量的比值）、自我效能感量表(GSES)、健康生活质量综合评定问卷评分均较对照组高，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论** ERAS 是一种旨在改善手术后患者恢复的多元化治疗方案，ERAS 理念下的护理干预对于肺结核肺叶切除术后患者的早期肺功能恢复具有显著的促进作用。

**【关键词】** 加速康复外科；护理干预；肺结核；肺功能

## 多学科协作模式制定个性化营养方案在肺结核合并糖尿病患者中的应用

周倩 韦杏雪 莫启月 韦冬英

作者单位：广西壮族自治区胸科医院（护理部、营养科、结核科）（广西柳州 545005）

**目的** 探讨多学科协作模式（multi-disciplinary treatment, MDT）制定个性化营养方案在肺结核合并糖尿病患者中的应用效果。**方法** 选取 2022 年 1 月-2022 年 12 月在本院收治的肺结核合并糖尿病患者 100 例为对照组，选取 2023 年 1 月-2023 年 12 月在本院收治的肺结核合并糖尿病患者 100 例为观察组；对照组在肺结核、糖尿病治疗的基础上实施常规饮食干预，观察组在肺结核、糖尿病治疗的基础上应用 MDT 模式制定个性化营养方案实施营养干预。分析比较 2 组患者血糖指标、营养指标、肺部病灶吸收、治疗好转率、患者满意度等。**结果** 干预 1 个月后，实验组血糖指标、体质量指数（body mass index, BMI）高于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )，干预前，两组血糖指标、营养指标比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；经干预后，观察组病灶吸收率、治疗好转率、满意度均优于对照组，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。**结论** MDT 模式制定个性化营养方案应用于肺结核合并糖尿病患者，能改善患者营养状态，控制其血糖水平，提高治疗效果，缩短患者住院时间、节省患者住院费用，提高患者满意度。

**【关键词】** 多学科协作；模式制定；个性化；营养方案；肺结核合并糖尿病

## 系统化护理干预在学校结核密切接触者筛查中的应用研究

**【摘要】目的：**以知信行模式为理论框架，构建学校结核密切接触者筛查工作护理干预方案，为学校结核密切接触者筛查工作提供系统化、规范化的护理干预措施。**方法** 应用随机整群抽样的方法，选取柳州市选取 2023 年 9 月至 2023 年 11 月有肺结核疫情的学校结核密切接触者 800 人作为研究对象，分为研究组和对照组。对照组进行常规护理，研究组在系统性护理措施干预下，对筛查人群进

行结核病健康教育，并延伸到筛查后处置、预防性治疗用药过程中。对两组进行采用自行设计的结核病相关知识及态度行为调查知晓率问卷调查、预防性治疗数据进行调查、对比。结果 观察组学生的结核病防治相关知识知晓率 86.7%，预防性服药率 30%，预防性服药完成率为 75%。对照组结核病防治相关知识知晓率 78.4%，预防性服药率 27%，预防性服药完成率为 30%。通过对比，观察组结核病知识内容知晓率、预防性服药率、预防性服药完成率明显提升，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 在开展学校结核密切接触者筛查时，系统化的护理干预能提高学生的结核病核心知识知晓率，提高预防性治疗率，实现早发现、早治疗，降低学校结核病发病率，对学校结核病防控有重要意义。

【关键词】系统化护理干预；学校结核密切接触者筛查；核心知识知晓率；预防性治疗；

## “互联网+”在阿克苏地区结核病的应用效果分析

徐静，王晓云，张波

### 摘要：

**目的** 分析在信息化时代下阿克苏地区结核病治疗转归，为结核病防控工作提供科学依据。**方法** 调取 2018 年-2022 年中国疾病预防控制中心信息系统的肺结核监测报告管理系统中上报的结核病患者信息，开发运用“互联网+”模式下的结核病精准管理服务平台，通过对比患者成功治疗、不良反应、失败、诊断变更、转耐多药治疗、未治疗、丢失等停药治疗原因，分析“互联网+”信息化平台对在结核病管控效果分析。**结果** 2018-2022 年阿克苏地区肺结核患者成功治疗率从 11498 (86.2%) 上升到 2022 年 2332 (91.7%)，( $\chi^2$  趋势 = 1933.012,  $P < 0.001$ )。成功治疗患者中男性 17177 例，女性 13070 例，男性成功治疗占比 (89.7%) 低于女性 (91.1%)，差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 0.918, P < 0.001$ )。2018—2022 年阿克苏地区肺结核其他停止治疗由 2018 年 0.12% 下降为 2022 年 0%，死亡停止治疗由 2021 年 4.39% 下降为 2022 年 1.61%；不良反应停止治疗由 2021 年 0% 增加为 2022 年 0.04%，失败停止治疗由 2020 年 0.14% 增加为 2022 年 0.47%，诊断变更停止治疗由 2020 年 0.04 增加为 2022 年 2.05%，转耐多药治疗由 2020 年 1.66% 增加为 2022 年 2.68%，未治疗由 2020 年 0.06% 增加为 2022 年 0.20%，丢失停止治疗由 2020 年 0% 增加 2022 年 0.04%。(  $\chi^2$  趋势 = 63.2854,  $P < 0.001$ )。结论 这一新型“互联网+”结核病防治管理模式将更好地推动阿克苏地区结核病防治工作。

**关键词：**互联网+；结核；信息化

## 耐多药结核病患者焦虑抑郁状态及其影响因素分析

文艳 曹鑫宇

作者单位：四川大学华西医院

**目的** 了解耐多药结核病 (MDR-TB) 患者的心理应激反应现状及影响因素，并分析社会支持水平在医学应对方式和心理应激反应之间的调节效应。

**方法** 本研究为横断面研究。采用便利抽样方法，选取 2019 年 7 月—2021 年 12 月于四川大学华西医院结核科住院的 273 例 MDR-TB 患者作为研究对象，采用 GAD-7 广泛性焦虑自评量表 (GAD-7)、PHQ-9 抑郁症筛查量表 (PHQ-9)、社会支持量表 (SSRS) 及医学应对方式问卷 (MCMQ) 对其进行调查。采用  $\chi^2$  检验、 $t$  检验进行单因素分析，采用二项 Logistic 回归分析进行多因素分析，采用 person 进行相关性分析。

**结果** 23.8% (65/273) 的耐多药结核病患者存在焦虑情绪, 28.9% (79/273) 的耐多药结核病患者存在抑郁情绪; Logistic 回归分析结果显示家庭月收入 ( $P < 0.001$ )、是否独居 ( $P = 0.001$ )、客观支持得分 ( $P = 0.02$ )、支持利用度得分 ( $P = 0.048$ )、屈服得分 ( $P < 0.001$ ) 及回避得分 ( $P = 0.025$ ) 是耐多药结核病患者焦虑的主要影响因素, 是否独居 ( $P = 0.002$ )、屈服得分 ( $P < 0.001$ ) 和面对得分 ( $P = 0.018$ ) 是耐多药结核病患者抑郁的主要影响因素。Person 相关性分析结果显示 GAD-7 得分与支持利用度及主观支持成负相关 ( $P < 0.001$ )、与屈服得分及 PHQ-9 得分呈正相关 ( $P < 0.001$ ); PHQ-9 得分与支持利用度及主观支持及回避总分 ( $P = 0.04$ ) 成负相关, 与屈服总分及 GAD-7 得分成正相关 ( $P < 0.001$ )。

**结论** 耐多药结核病患者中有部分患者存在焦虑或者抑郁情绪, 应重视焦虑及抑郁情绪给患者带来的消极影响, 尤其是与他人共同生活的患者、社会支持差、对疾病采用屈服及回避应对方式的患者。

**关键词:** 耐多药结核病; 焦虑; 抑郁; 社会支持; 医学应对

## 护理工作对危重患者咯血的预防和治疗作用

刘美凤

[摘要] 肺结核病情危重的患者常伴有严重的并发症, 咯血就是肺结核病常见的并发症之一, 约 1/3 的肺结核患者有不同程度的咯血, 尤其是大咯血, 可以视为危重患者。常可引起窒息及失血性休克, 是造成死亡的主要因素, 做好护理工作对危重患者咯血的预防和治疗起着重要的作用。

## 构建护理人员预防针刺伤全程管理模式

据统计数据显示, 国内外针刺伤发生现状, 我国较高, 为 76.6%, 我科主要致力于艾滋病合并各种机会性感染的诊治。近年来, 艾滋病患者及危重症患者逐年增加, 护理人员发生针刺伤及感染血源性传播疾病的危险性也随之增加, 如果被污染的针头刺伤后, 发生 HIV 感染的机率为 0.3%-0.5%。/我科护理人员由于针刺伤发生 HIV 职业暴露, 占全院 58%, 2023 年呈现明显上升趋势。据调查显示, 41.8% 的受伤者有不同程度的焦虑、抑郁、紧张情绪, 持续应激后, 创伤状态可长达两年。因此, 利用 PDCA 来降低护理人员针刺伤发生率。

为降低护理人员针刺伤发生率, 我们查阅大量文献, 在循证的基础上, 结合临床实际情况。拟定对策四个对策, 分别是构建针刺伤管理培训体系、构建血源性传染病使用安全工具体系、构建标准化操作流程体系、构建规范损伤性废物处理体系。根据对策, 明确目标, 制定具体措施如下:

对策一, 构建针刺伤管理培训体系。采用翻转式课堂模式, 深度解析《静疗行标》《针刺伤防护专家共识》等内容, 治疗室张贴针刺伤防护宣传画, 营造安全文化氛围。培训后护理人员对针刺伤危害及防护的认知合格率达到 100%。开始患者不配合使用安全型工具, 我们耐心为患者进行健康教育。根据治疗需求、评估血管情况, 切实为患者分析, 逐渐转变观念。经调查, 患者及家属愿意配合使用安全性工具。配合率达到 100%。

对策二, 构建血源性传染病使用安全工具体系。联合院感科、设备科遵循无针化原则, 引入安全器具, 从根本上杜绝针刺伤及医院感染的发生率, 经评估, 安全型器具使用率实现全覆盖。

对策三, 构建标准化操作流程体系, 由传统授课转为 PBL、工作坊、情景模拟等模式进行全员培训, 共同感受作为暴露者的情绪变化, 强化护理人员针刺伤防护意识, 规范标准化操作流程。经考核, 护理人员执行标准化流程依从性明显提升。为规范护理人员采集动脉血、血培养的不规范行为, 指导关键环节规避风险, /为预防针刺伤, 我们落实“六禁止/三操作”/推广单手回套技术。经效果确认该对策有效, 列入标准化。

对策四，构建规范损伤性废物处置体系。针对治疗车大，不便于推入病房，无锐器盒专用架等问题进行整改，引进便携式治疗车，规范用物摆放、设锐器盒专用架、锐器盒内张贴标识等措施。经临床审查，护理人员规范损伤性废物处置依从性明显提升。通过践行标准，预防针刺伤具体对策实施后，护理人员针刺伤发生率得到有效控制，由改善前 20% 降至改善后 8.3%，考核达标、目标完成。

成效：灵活应用品管圈手法，增加了团队的凝聚力，向心力，执行力。制作损伤性废物处置流程、安全注射规范化培训标准书进行全院推广。为预防职业暴露，根据《针刺伤防护专家共识》及《血源性病原体职业接触防护导则》制定艾滋病、丙肝、乙肝、梅毒职业暴露处理流程图，并定期跟踪随访。利用课题研究型品管圈对降低护理人员针刺伤发生率进行干预，构建护理人员发生针刺伤的预防、评估、操作、处置及发生职业暴露后的上报、评估、检验、用药、随访的全程管理模式。科室内配备职业防护箱及艾滋病、梅毒阻断药。为暴露后黄金时间做充分准备。

总结：经过这次活动，构建护理人员预防针刺伤全程管理模式纳入山西省传染病专科培训课程，进行经验分享，推广于全省。在预防针刺伤职业防护中，标准化操作是基础，安全器具是保障，规范损伤性废物处置是关键。让我们守护患者生命健康的同时，更要守护好自身的安全。

## 中医保健护理干预对脾虚体质儿童生长发育的影响

刘嫣然

**[摘要]：目的** 研究和分析中医保健护理干预对脾虚体质儿童生长发育的影响。**方法** 给对照组的患儿进行常规的西医方面的保健护理；给观察组的患儿在对照组患儿的基础上实施中医保健措施进行干预。**结果** 进行护理干预之前的身高体重以及胸围等指标都没有统计学的意义 ( $P>0.05$ )；进行护理干预后，对照组和观察组的患儿这些指标都有增长，但观察组的增长幅度比对照组的增长幅度更高。在给患有脾虚体质的体弱儿在进行临床保健时，中医使用捏脊、穴位按揉的时候非常有效的，对患儿的身高体重等方面都有很大的帮助。对于患儿体质的转变也是很有效果的。所以，中医保健干预对于患有脾虚的患儿是必不可少的。

**[关键词]：**中医保健；脾虚体质；儿童生长发育

中图分类号：R248 文献标识码：B DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.83.230

本文引用格式：高彩云 . 中医保健护理干预对脾虚体质儿童生长发育的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘 ,2018,18(83):271,277.

### 0 引言

很长一段时间，孩子们的成长和发育一直是社会各界关注的焦点，同时脾虚体质儿童的生长发育状况是家长和儿童保健工作者关注的重点。大多数患有脾虚体质的孩子是由于四季脾旺不受邪导致的。主要症状是肤色偏黄，身高矮小伴随有腹泻的症状，容易感冒以及食欲不振，有严重的眼袋，睡眠时间不充沛。这种现象对孩子的成长和发育产生极大的影响<sup>[1]</sup>。脾为中医五脏之一。脾与胃同受水谷，输布精微，为生命动力之源，故称为后天之本、气血生化之源。中医学的脾除包括现代医学中消化系统的主要功能外，还涉及到神经、代谢、免疫、内分泌等系统的功能。脾的生理功能主要有：主运化、升清，主统血。一些研究表明，中医保健干预能加快患有脾虚症状儿童的生长<sup>[2]</sup>。为证实这一观点，使用中医保健干预的做法进行临床保健治疗，观察孩子的成长和发育，具体报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择在 2017 年 3 月至 2018 年 3 月在本医院进行就诊的患有脾虚的 180 例体弱儿，并将其随机进行分配分成对照组 90 人和观察组 90 人，其中对照组男孩 51 人，女孩 39 人，年龄 0~3 岁，身高为 (80.1±2.2) cm，腰围为 (46.5±1.5) cm，体重是 (12.4±1.8) kg，胸围是 (48.5±1.4) cm；观察组中男孩 52 人，女孩

38 人, 年龄 0~3 岁, 身高为 (80.2±2.3) cm, 腰围为 (46.2±1.2) cm, 体重是 (12.4±1.9) kg, 胸围是 (48.5±1.5) cm。比较了以上资料后, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 脾虚诊断标准

患儿身体瘦弱, 身体疲劳且话少, 哭声小不爱动; 在饮食方面: 没有食欲且饭量小; 在生长发育方面: 身体发育不成熟, 身高达不到标准, 但智力正常。

### 1.3 护理方法

给对照组的患儿进行常规的西医方面的保健护理, 让门诊治疗室的护士根据医生的嘱咐严格的观察患儿的病情以及康复治疗; 给观察组的患儿在对照组患儿的基础上实施中医保健措施进行干预<sup>[3]</sup>, 方法如下。

#### 1.3.1 中医技术实施

①在穴位进行贴敷。把健脾固元膏贴在患儿双侧足的三里穴, 1 次 /d, 每次敷 2h; ②在足三里穴进行按摩。足三里穴在两个小腿的外侧, 膝眼下三横指胫骨外, 属于全身性强壮穴。每天护士给患儿按摩 5~10min 的三里穴, 这样就能够使小孩的消化系统强壮起来, 促进吸收进而使患儿的面黄肌瘦状况有所好转。③捏脊法。进行捏脊的时候, 让护士站在患儿的右侧, 让患儿保持俯卧状态, 护士在患儿的左边, 使其保持俯卧状态, 用双手托起患儿脊柱边上的皮肤, 从尾骶往上移动到颈部, 这样反复进行十多次, 每 2 天一次。捏脊有助于促进宝宝气血运行, 对一些肠胃疾病如积滞厌食等还有肺系疾病均有裨益; 捏脊还能起到安神作用, 改善宝宝夜啼和睡眠不稳; 此外, 捏脊对小儿遗尿和多汗症也有一定疗效。密切关注患儿半年的时间, 对比观察这两组患儿体格发育的标准。

#### 1.3.2 中医食疗

食物或药物自然属性的不同偏向会影响、平衡人体内出现的阴阳偏差, 对维持机体阴阳平衡具有重要作用。药膳方的使用要根据婴幼儿年龄, 在专业中医营养药膳师的指导下进行。婴幼儿年龄偏小, 在对其食疗时要根据小儿特点, 因人而异。适合婴幼儿食疗的主要有粥、汤、饮、汁、羹、露、膏等, 针对婴幼儿的消化、吞咽能力以粥作为食疗主食最佳, 食疗的粥方应根据婴幼儿生理特点采用不同的配制和煎煮方法, 主要包括①对具有药用价值的蔬菜如萝卜、扁豆、赤小豆、山药、红枣、百合等, 可直接与米谷同煮为粥, 对其中体块偏大的需要先捣碎或切碎, 然后文火煮粥; ②对新鲜的蔬果如马齿苋、芹菜、苋菜、生姜、芫荽、荷叶等先洗净切碎, 再同米煮粥; ③将具有药用价值的中药果实, 比如芡实、莲子、浙贝母、白茯苓等, 需要细细研磨成粉, 再酌量加入米熬粥; ④小儿食疗粥方中, 为更好的适合小儿口味, 可适当的添加一些调味品, 如油、盐、姜、葱、糖等, 在对患儿进行喂食时, 应循序渐进的适量喂食进行食疗干预。

#### 1.3.3 中医保健

建立婴幼儿保健系统, 由专业人士对婴幼儿的生长发育进行评价, 观察婴幼儿成长发育期和同龄婴幼儿的差异, 在常规检查基础上, 观察婴幼儿对声音的反应情况, 检查婴幼儿听力功能, 很多脾虚患儿在出生时经常患有听力障碍。婴幼儿听力损失直接影响其语言的形成, 主要表现为发音不清, 严重者甚至会导致聋哑。同时, 语言发育的滞后还可影响儿童心理、智力和社会交往能力的发展, 给家庭、社会带来沉重负担。若发现问题应当在第一时间进行纠正, 并定期举行育儿知识讲座, 指导婴幼儿家长正确面对婴幼儿健康成长中出现的问题, 并配合此次研究开展。

### 1.4 统计学方法

分析数据的时候采用 SPSS15.0 统计学软件, 使用  $t$  进行计量资料的检验, 使用均数 ± 标准差 ( $\pm s$ ) 的形式进行表示,  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

根据患儿的资料显示, 进行护理干预之前的身高体重以及胸围等指标都没有统计学的意义 ( $P>0.05$ ); 进行护理干预后, 对照组和观察组的患儿这些指标都有增长, 但观察组的增幅比对照组的增幅更高, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 见表 1。

### 1.4 统计学方法

采用统计软件 SPSS23.0, 计量资料用均数±标准差 ( $\pm s$ ) 表示, 计数资料用率 (%) 表示, 采用  $t$  和  $\chi^2$

检验，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

研究组的疼痛评分、并发症率、住院时间以及护理满意度强于参考组，差异较大，具有统计学意义， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 两组的护理情况比较 [ $\pm s, n(\%)$ ]

| 组别  | 例数 | 疼痛度             | 并发症       | 住院时间           | 护理满意度            |
|-----|----|-----------------|-----------|----------------|------------------|
| 参考组 | 53 | 4.01 $\pm$ 0.62 | 9 (16.98) | 45.2 $\pm$ 5.0 | 89.39 $\pm$ 2.32 |
| 研究组 | 53 | 2.09 $\pm$ 0.05 | 2 (3.77)  | 36.1 $\pm$ 2.1 | 96.03 $\pm$ 2.39 |
| P   |    | <0.05           | <0.05     | <0.05          | <0.05            |

## 3 讨论

从客观角度讲，人的体质因素包括人的心理状态、生理功能和形态结构等 [4]。医学技术以及人们生活质量的不断提高，儿童卫生保健方面越来越注重多元化的发展趋势。根据国家基本公共卫生服务的要求及医学模式的变化，中医保健干预在孩子的发育中越来越受到工作人员的关注。在给患有脾虚症状的体弱儿进行中医药保健治疗的过程中，常用的方法有：药膳的办法、按捏脊穴的方法以及对相应的穴位进行按摩的方法等。在进行调查的时候，我国的医疗卫生工作人员做了相应的研究 [5]。根据上面的资料，得出我国中医保健干预对于体弱儿具有非常好的效果。近年来，祖国的传统医学 - 中医越来越受到关注，由于我国人民生活水平不断提高，常规的西医在治疗脾虚患儿的过程中效果越来越不

受重视也就意味着中医的重要性又被人们重视起来了 [6]。这次研究的结果显示，观察组的患者比起对照组的患者在身高、胸围以及体重等方面都有明显的好转，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，也就是说，中医保健干预措施对于患儿脾虚康复方面有很重要的效果。

综上所述，在给患有脾虚体质患儿进行临床治疗时，中医相关操作是非常有效的，对于患儿的生长水平等方面都有很大的帮助，对于患儿体质的转变也是很有效果的。所以，中医保健干预对于患有脾虚的患儿是必不可少的一项保健治疗。

参考文献 (略)

# 刍议结核病合并糖尿病的护理的研究

张蓉

作者单位：太原市第四人民医院 社区中心 山西太原 030053

摘要：目的 探究结核病合并糖尿病开展预见性护理的效果评价。

方法：2023 年 1 月至 2031 年 11 月本科室收住 66 例结核病合并糖尿病患者，通过住院期间使用预见性护理。在住院期间，患者取得了较好的康复效果。结论 结核病合并糖尿病患者开展预见性护理有助于减少结核病的发展及糖尿病并发症，有助于提高结核病患者治愈率。

关键词：老年；结核病；糖尿病

## 1. 资料

一般资料 选取 2023 年 1 月至 2023 年 11 月在本院住院治疗的结核病合并糖尿病患者 66 例，住院后对患者进行全身评估及血糖监测与管理。遵医嘱给予对症治疗，及时采取有效地降糖措施，积极应用预见性护理，具体为：

### 一、患者的基本情况评估

对于结核病合并糖尿病的患者，首先需要患者的整体健康状况进行全面的评估。这包括了解患者的年龄、性别、体重、身高、糖尿病病程、结核病病史、家族史等基本信息。此外，还需要评估患者的心理

状态、社会支持系统以及自我管理能力，为后续的治疗和护理提供基础。

## 二、血糖监测与管理

结核病合并糖尿病患者需要定期监测血糖水平，确保血糖控制在理想范围内。护理人员应教会患者正确的血糖监测方法，并解释血糖结果的意义。同时，指导患者根据血糖水平和医生的建议，合理调整饮食、运动和药物治疗，以保持血糖稳定。

## 三、抗结核药物治疗

结核病合并糖尿病患者需要接受长期的抗结核药物治疗。护理人员应确保患者按时按量服药，并密切监测药物副作用。如出现药物不良反应，应及时与医生沟通，调整药物剂量或更换药物，以确保治疗效果和患者安全。

## 四、饮食营养指导

针对结核病合并糖尿病患者的特殊营养需求，护理人员应提供个性化的饮食营养指导。建议患者选择低糖、高蛋白、高纤维的食物，控制碳水化合物的摄入，保证营养均衡。同时，鼓励患者保持规律的饮食习惯，避免暴饮暴食。

## 五、并发症预防与处理

结核病合并糖尿病患者容易发生多种并发症，如感染、低血糖、高血糖等。护理人员应加强对患者的观察和护理，及时发现并发症的征兆，并采取有效的处理措施。如发生感染，应遵医嘱给予抗生素治疗；如出现低血糖或高血糖，应及时调整药物治疗和饮食方案。

## 六、心理护理与支持

结核病合并糖尿病对患者的心理造成一定的压力和困扰。护理人员应积极与患者沟通，了解患者的心理需求，给予心理支持和安慰。同时，鼓励患者参加社交活动和家人朋友的陪伴，增强患者的心理承受能力和治疗信心。

## 七、健康教育与宣教

对患者进行健康教育是预防结核合并糖尿病并发症的重要手段。护理人员应向患者传授结核病和糖尿病的基本知识、药物治疗的重要性、饮食运动的调整方法等内容。通过宣教活动，提高患者的健康意识和自我管理能力，促进疾病康复。

## 八、出院指导与随访

对于即将出院的患者，护理人员应给予详细的出院指导，包括药物的使用方法、饮食运动的注意事项、定期复查的时间和地点等。同时，建立患者随访制度，定期与患者联系，了解患者的病情变化和治疗效果，提供必要的帮助和支持。通过持续的随访和指导，确保患者在出院后仍能保持良好的健康状态。

通过研究认为，对结核病合并糖尿病患者开展专业护理有助于减少结核病的发展，更好地控制血糖，提高患者的生存质量。

# 探讨延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者的干预效果

洪莉莉

作者单位：福建医科大学附属泉州第一医院呼吸与危重症医学科

**【摘要】** 目的：探讨延伸护理结合家庭赋权方案在肺结核合并糖尿病患者应用的效果评价。方法：通过研究延伸护理结合家庭赋权方案在肺结核合并糖尿病患者的应用效果，选择 62 肺结核合并糖尿病患者，根据随机数字法，分为观察组（ $n=31$  例）和对比组（ $n=31$  例）。病例采集时间 2022 年 6 月到 2023 年 10 月。观察组采取延伸护理结合家庭赋权进行护理干预，对比组予以常规护理。在两组患者干预前后，对健康教育知识的知晓率和药物不良反应观察、合理饮食、症状、心理等自我管理能力和治疗信心进行对比分析。结果：干预前两组病人的自我管理能力和掌握健康教育知识程度的得分比较差异不显著，进行干预后，观察组患

者自我管理能力及掌握健康教育知识程度得分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。结论：延伸护理结合家庭赋权方案在肺结核合并糖尿病患者应用效果显著，可推广于临床护理应用。

**【关键词】** 延伸护理；家庭赋权；糖尿病；肺结核；健康教育；

将患者分为对照组和实验组，对照组予以常规护理，实验组在予以常规护理的基础上运用延伸护理结合家庭赋权方案，对肺结核合并糖尿病患者进行护理干预，探讨延伸护理结合家庭赋权方案（延续性护理是指医院护理在院外的延伸）

家庭赋权方案在提高疾病认知，知识，自我效能和参与度方面有显著作用）对患者的自我效能、生活质量、健康教育知晓率等方面的作用，以期提高患者依从性，保护肺功能，减少反复入院，降低医疗费用，提升护理满意度保证患者安全。

健康教育，作为防控的主要手段，需要从住院延伸到出院才能充分发挥作用。因此，如何科学高效地落实延伸护理成为防控肺结核合并糖尿病的关键环节。肺结核合并糖尿病作为一种行为相关性疾病，开展有针对性的疾病知识教育是非常必要的<sup>[4]</sup>。但这种必要性并没有在护理实践中得到足够的重视与落实，当前肺结核合并糖尿病健康教育不到位的问题非常突出，存在执行率不佳、指导内容不完善等问题<sup>[5]</sup>，极大地影响了延伸护理的质量与效果。只有发生了不良事件后，教育的重要性才会被认识到<sup>[6]</sup>。

肺结核合并糖尿病的延伸护理举措包括病人家庭访视、提供教育健康监护等。其中，护理随访是医疗护理工作向社区服务的扩展，是现代护理人文关怀的一种新动向，能提高疾病特异性健康相关生活质量<sup>[7-9]</sup>。因此，给予肺结核合并糖尿病患者出院后连续全程的康复护理，提高出院后患者服药的依从性尤为重要<sup>[10]</sup>。肺结核合并糖尿病延伸护理不到位可引起一系列负性效应，如影响患者病情转归，降低患者生活质量等。

肺结核合并糖尿病急性加重是世界范围内入院及再入院的一个最普遍的原因<sup>[13]</sup>。为降低肺结核合并糖尿病病人因出院期间的一些问题而出现较高的加重率及再入院率<sup>[14]</sup>，有效实施的延伸护理和延续的居家护理干预可保障肺结核合并糖尿病病人得到有效连续的护理及保持病人的健康状态，达到减少住院次数的目的<sup>[15]</sup>。但是很多延伸护理举措还在探索阶段，需要更加深入的研究

家庭赋权理论是指病人在治疗过程中对家属赋予部分权利，鼓励其与医生护士共同参与病人的健康管理；通过调动家庭成员的积极性，让病人获得全程全方位的护理理念<sup>[1,2]</sup>。目前，家庭赋权理论已经广泛应用于各种慢性反复发作性疾病。家庭赋权理论的主体是病人和家属；家属对病人日常生活、性格特征、语言交流等方面较为熟悉，家属作为护理的实施者能够消除病人恐惧的情绪；另外家属能够近距离了解病人的情况并及时给予帮助。医护人员应根据家庭赋权的流程，调动主要照顾者的积极性，鼓励其参与到照顾方案的制订中来，从而提高主要照顾者的照顾能力。家庭赋权方案可促使家庭成员感知患者病情、获取知识和技能、提高应对照顾问题的能力，从而为患者提供高效的护理。医护人员通过对主要照顾者实施个性化评估和照护指导，明显提高了主要照顾者综合照顾能力和照顾准备度，在促进患者疾病康复中起到积极的作用。本研究旨在探讨在常规护理的基础上，运用延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者进行护理干预，以期提升患者的自我效能、改善生活质量，提高患者健康教育知晓率、依从性，保护肺功能，减少反复入院，降低医疗费用，提升护理满意度保证患者安全。

本研究中运用的延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者进行的护理干预，是基于一定的科学理论、在护理诊断的指导下、按实现预定的干预方法从事的一系列有效沟通的护理活动。肺结核合并糖尿病延伸护理举措包括病人家庭访视、提供支持教育健康监护等。护理随访是医疗护理工作向社区服务的扩展，是现代护理人文关怀的一种新动向，能提高疾病特异性健康相关生活质量<sup>[7-9]</sup>。给予肺结核合并糖尿病患者出院后连续全程的康复护理，对于提高出院后患者肺康复依从性尤为重要<sup>[10]</sup>。居家肺康复护理是一个有效、经济、可行的减轻肺结核合并糖尿病病人疲劳和提升肺结核合并糖尿病病人日常生活能力及质量的策略<sup>[11]</sup>。综合的文献研究认为，延伸护理作为整体护理的一部分及住院护理的延伸，可使医院的护理服务不再局限在患者住院过程中，可使出院患者得到持续的卫生保健服务，从而促进了患者躯体和心理功能的恢复，提高了患者的生存质量，降低了再住院率及卫生服务成本<sup>[15-18]</sup>。既往文献显示，通过

家庭赋权理论建立起的家属参与护理方案，能够有效提高慢性胃炎伴胃黏膜萎缩糜烂病人生活质量和健康行为依从性，改善病人预后。但运用延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者进行护理干预，国内外未见报道。

肺结核合并糖尿病是严重影响人类健康的常见慢性疾病，是以病程长、反复发作，以进展性和不可逆性气流受限为特征的疾病，也是世界上第四大常见死亡原因，给社会带来了巨大的经济负担<sup>[1]</sup>。健康教育作为有效防控的主要手段，需要从住院延伸到出院才能充分发挥其作用。肺结核合并糖尿病作为一种行为相关性疾病，开展有针对性的疾病知识教育非常必要。因此，如何科学高效地落实延伸护理成为防控肺结核合并糖尿病的关键环节<sup>[4]</sup>。肺结核合并糖尿病延伸护理不到位可引起一系列负性效应，影响患者病情转归，降低患者生活质量。

本研究通过组建肺结核合并糖尿病延伸护理结合家庭赋权小组，在对患者进行护肺结核合并糖尿病急性加重是世界范围内入院及再入院的一个最普遍的原因<sup>[13]</sup>。针对肺结核合并糖尿病病人因为出院期间的一些问题而出现较高的加重率及再入院率这一问题<sup>[14]</sup>，除急性加重期需要在医院诊治外，回归家庭生活后的稳定期患者大多缺乏规范持续的治疗计划<sup>[1]</sup>，因此延伸护理对稳定期肺结核合并糖尿病患者可能具有更为重要的临床意义。综合的文献研究结果认为：延伸护理作为整体护理的一部分及住院护理的延伸，可使医院的护理服务不再局限在患者住院过程中，使出院患者得到持续的卫生保健服务，从而促进了患者躯体和心理功能的恢复，提高了患者的生存质量，降低了再住院率及卫生服务成本<sup>[15-18]</sup>。

目前家庭赋权理论已经广泛应用于各种慢性反复发作性疾病，但是很多延伸护理举措还在探索阶段，需要更加深入的研究。结合居家护理进行的早期出院支持应该能够促进肺结核合并糖尿病病人与卫生保健人员之间更平等的合作关系<sup>[16]</sup>除急性加重期需要在医院诊治外，稳定期患者回归家庭生活后多缺乏规范持续的治疗计划<sup>[1]</sup>

关于运用延伸护理结合家庭赋权方案对肺结核合并糖尿病患者进行护理干预，以期提升患者的自我效能、生活质量，提高患者依从性，保护肺功能，减少反复入院，降低医疗费用，保证患者安全。这方面的研究在国内外未见报道。合理评估及健康指导，建立健康档案及健康教育卡的基础上，通过以下途径进行延伸护理结合家庭赋权方案。

## 一例 IVF-ET 妊娠期合并血行播散型肺结核患者实施基于人文关怀理念护理的病例报告

刘欢、刘思、王秀芬

作者单位：深圳市第三人民医院

关键词：结核、妊娠、试管婴儿、人文关怀

背景：我国是结核病的高负担国家之一，近年来，行体外受精-胚胎移植（*in vitro fertilization and embryo transfer*, IVF-ET）助孕的患者妊娠期间结核病特别是血行播散结核的病率约为<sup>[1]</sup>0.46%。IVF-ET 后妊娠并发结核病治疗及母婴结局与正常人相比，妊娠合并结核病孕妇围产期死亡风险明显增加。因此对此类妊娠期妇女在治疗结核过程中的心理创伤是非常大的，很多人会出现焦虑、抑郁等。现针对我科室收治的一例 IVF-ET 妊娠期合并血行播散型肺结核患者实施基于人文关怀理念护理的病例进行报告。

### 一、临床资料

患者女，34 岁 1 周前出现咳嗽、咳痰、气促症状，并呈进行性加重趋势。4 天前，咳嗽、咳痰、气促症状明显加重，急诊就医治疗，因病程急剧加重，后转诊该院 ICU，予气管插管接呼吸机辅助通气。血气分析提示 I 型呼吸衰竭、电解质紊乱，血检提示低蛋白血症、血小板减少。入院诊断 1.妊娠合并急性呼吸

窘迫综合征 2.脓毒性休克 3.急性血行播散性结核 4.妊娠合并肺部感染 5.孕 11 周

## 二、病程进展及治疗经过

患者入院后予予镇静镇痛下行机械辅助通气,肺泡灌洗液中培养出:洋葱伯克霍尔德菌、白假丝酵母菌。给予抗感染、抗结核治疗,同时开展侧卧位通气。11月10日予拔除气管插管,予 HFNC 序贯通气。患者逐渐出现阴道流血,但家属放弃保胎。在拔出气管插管后双肺病变实变、白肺,予侧/俯卧位通气。期间阴道出血增加,伴下腹疼痛,产科会诊后考虑患者现处于 ARDS 急性加重期,给予保胎治疗。患者在次期间经常哭泣,会因为一些放射性检查而崩溃大哭,出血时异常焦虑,GAD-7 焦虑评分 14 分,为中度焦虑,因此开始进行心理干预。11月26日后整体病情好转,12月2日引产,最后转归良好出院。

## 三、护理评估

我们以高级健康评估的方式对患者五个维度进行全面评估。

|            |  |
|------------|--|
| 维度一：疾病与病症  |  |
| 症状         | 咳嗽、咳痰、气促 1 周   |
| 体征         | 咳嗽、咳痰、气促,全身皮肤可见散在出血点,浅表淋巴结未及肿大,双肺呼吸音粗,闻及少量啰音。                                    |
| 既往史        | 平素身体健康良好,2022年7月体检 DR 提示双肺散在结节、纤维状条索影<br>8月11日行胚胎移植术,20+天前出现阴道流血<br>无糖尿病、高血压、心脏病 |
| 现病史        | 1周前出现咳嗽、咳痰、气促症状,加重4天,咳嗽、咳痰、气促症状明显加重,活动受限,因病程急剧加重,后转入 ICU 行气管插管予机械辅助通气。           |
| 维度二：整体健康状况 |  |
| 神志/意识      | 镇静镇痛状态,RASS 评分:-1~-2分,CPOT 评分:0分,双侧瞳孔:3.0/+<br>拔管后意识清醒                           |
| 饮食情况       | 留置胃管,鼻饲饮食;患者拔除气管插管后,可自主进食  |
| 营养状态       | 身高:162m,体重 50kg,BMI:19.05kg/m <sup>2</sup> ,白蛋白:30.1g/L,总蛋白:60.7g/L              |
| 生殖         | G2P1,孕 11 周,9/11 出现阴道流血伴腹痛;29/11 出血增加伴腹痛转产科引产                                    |
| 心里情绪       | GAD-7 焦虑评分 14 分  |
| 社会关系       | 患者:英语老师,老公:校长,丈夫每日探望安慰,家庭关系和睦  |

|               |   |
|---------------|---|
| 维度三：生理功能      |   |
| 呼吸系统          | 双肺呼吸音粗,闻及少量啰音,自气道内可吸出黄色 II 度痰,机械通气,模式 P-SIMV,PC/PS:16cmH <sub>2</sub> O,PEEP:8cmH <sub>2</sub> O,F:12次/分,FiO <sub>2</sub> :60%。血气结果 PH:7.49,PCO <sub>2</sub> :40.4mmHg,PO <sub>2</sub> :107mmHg,Hco <sub>3</sub> act:30.7mmol/L,BE:6.8mmol/L,乳酸:2.2mmol/L,OI:178<br>患者拔管后肺部出现白肺,11/11 血气结果 PH:7.448,PCO <sub>2</sub> :39.3mmHg,PO <sub>2</sub> :82.3mmHg,Hco <sub>3</sub> act:27.2mmol/L,BE:2.9mmol/L,乳酸:1.2mmol/L,OI:137 |
| 维度四：ICF 自理能力  |   |
| 认知能力          | 暂停镇静后患者思路清晰,判断正确  |
| 健康感知与健康<br>管理 | 无感知、记忆力、注意力及定向力障碍,思路清晰,判断正确<br>积极配合治疗及康复锻炼  |

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| 维度五：风险与并发症 |                       |
| 压力性损伤      | 压疮风险评估表:9分,高度风险       |
| 跌倒坠床       | 跌倒风险评估表:6分,高风险        |
| VTE        | Padua 评估量表:4分,深静脉血栓高危 |
| 潜在并发症      | 创伤后应激障碍(PTSD)         |

## 四、护理问题与分析

针对以上评估,我们发现患者的心理问题:焦虑,更需要我们重视和解决。

1. 患者的焦虑情绪主要相关因素有：妊娠、先兆流产、病情重、入住监护室有关。
2. 其焦虑的情绪是在整个疾病治疗过程中是反复出现的，分三个阶段：首先拔管前逐渐清醒，得知自己的病情及身处监护室的环境。其次拔管后 ARDS 状态下病情的加重，同时出现先兆流产迹象。最后阴道出血情况加重，需要引产。
3. 在疾病治疗过程中使用很多可能影响腹中胎儿发育药物；进行胸部 CT、DR，腹部 DR 等有放射性检查；此次妊娠状态与患者自身疾病治疗的冲突，作为母亲的纠结；拔管后 ARDS 加重，短暂脱离氧源，有濒死感，频繁抽血化验；阴道出血、腹痛。以上原因都在导致患者出现焦虑情绪，GAD-7 焦虑评分为中度焦虑，需要进行干预。

### 五、护理措施

我们的护理措施分两部分，首先是患者在气管插管期间<sup>[2]</sup>。让患者了解在此期间气管插管只是暂时的状态，随着治疗的进程会慢慢好转，让患者接受疾病的本身，从而减轻躯体化症状。

#### 1. 气管插管期间

- 1.1 环境：保持病房安静，保证护理安全前提下，尽量调低监护仪报警声音。
- 1.2 解释疾病的过程：及时告诉患者么时候可以拔管，拔出气管插管的标准，她的氧合情况，自主呼吸实验的结果，对其进行咳嗽能力的评估。
- 1.3 操作前做好告知及沟通，过程中动作轻柔（吸痰、翻身、采血）。
- 1.4 拔管时序贯通气的准备：仪器、用物等。

#### 2. 拔管后 ARDS 加重<sup>[2][3]</sup>。

2.1 建立情感：营造暖心的工作氛围，建立和谐护患关系。通过称呼拉近大家距离，我们称呼其为“宋老师”，同时以良好的精神面貌、专业知识和操作技术为患者提供人文关怀，使患者产生良好的安全感和信赖感。

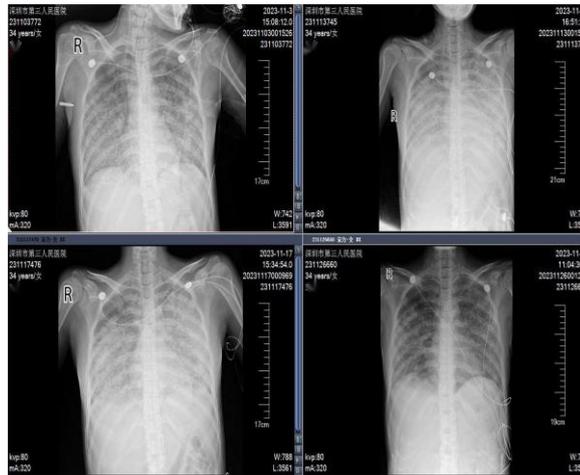
2.2 疾病的治疗：注重患者的主诉，从根本解决患者疾病带来的不舒适症状：

通过侧/俯卧位通气的实施缓解患者呼吸窘迫的症状：清醒俯/侧卧位 > 8h 的实施<sup>[4]</sup>

- ① 尽量俯卧位，其次侧卧位；
- ② 单次俯/侧卧位时间保证在 1~2h，增加频次以增加累计时间；
- ③ 关注患者主诉，加强沟通，播放轻音乐转移患者注意力，提高耐受度；
- ④ 考虑患者妊娠状态，进行俯卧位期间，通过循证，给予攀岩式体位<sup>[5]</sup> 避免腹部受压。制作俯卧位时间记录表，以便患者更清楚是否达到目标时间
- ⑤ 做好患者准备：餐后 1h、排空膀胱。
- ⑦ 给予使用保胎药物控制出血及缓解疼痛症状。



2.8 康复锻炼：根据患者主诉、氧合情况制定个性化康复方案，逐渐开展肺康复锻炼。让其感受自身的变化，疾病的好转，对自己的生活有信心，对疾病的治疗有信心。我们给患者制定康复锻炼计划，内容：先床上肢体活动、坐位，循序渐进，床边坐位、下床站立，以及外出活动，同时指导患者进行缩唇呼吸、腹式呼吸、呼吸操等锻炼。



| 项目    |  | 缩唇呼吸           | 腹式呼吸           | 呼吸操            | 主动活动                             |
|-------|--|----------------|----------------|----------------|----------------------------------|
| 日期/时间 |  | 每日3次, 每次5-10分钟 | 每日3次, 每次5-10分钟 | 每天2次, 每次5-10分钟 | 床边坐位, 下床活动<br>上午下午各一次, 每次10-20分钟 |
| 10/11 |  |                |                |                | 床上坐位                             |
| 10/12 |  |                |                |                | 床边坐位                             |
| 10/13 |  |                |                |                | 下床坐位                             |
| 10/14 |  | ✓              | ✓              |                | 下床坐位                             |
| 10/15 |  | ✓              | ✓              |                | 下床坐位                             |
| 10/16 |  | ✓              | ✓              | ✓              | 下床坐位                             |
| 10/17 |  | ✓              | ✓              | ✓              | 下床坐位                             |
| 10/18 |  | ✓              | ✓              | ✓              | 下床坐位                             |
| 10/19 |  | ✓              | ✓              | ✓              | 下床坐位                             |
| 10/20 |  | ✓              | ✓              | ✓              | 下床坐位                             |



### 六、护理结局

患者不同时期焦虑状态得到缓解；积极配合治疗，病情转归良好。患者不同时期焦虑评分见下表。

| 日期       | 9/11 | 10/11 | 17/11 | 20/11 | 26/11 | 5/12 | 10/12 |
|----------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| GAD-7 评分 | 13分  | 8分    | 14分   | 6分    | 4分    | 5分   | 0分    |

| 序号 | 问题                 | 完全没有 | 几次/每周 | 一半以上的时间 | 几乎每天 |
|----|--------------------|------|-------|---------|------|
| 1  | 感到紧张、焦虑或快要崩溃。      | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 2  | 不能停止或控制担忧。         | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 3  | 过多的担忧各种各样的事情。      | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 4  | 很难放松下来。            | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 5  | 不安得难以静坐。           | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 6  | 觉得容易气恼或易怒。         | 0    | 1     | 2       | 3    |
| 7  | 感到似乎要发生不好的事情而担心受怕。 | 0    | 1     | 2       | 3    |

0-4 没有焦虑

5-9 轻度焦虑：及时随访

10-14 中度焦虑：制定计划，考虑药物治疗或/和心理咨询

15-21 积极药物治疗或/和心理咨询

### 七、总结与讨论

关怀是护理的本质要求，在马斯洛需求层次理论中，爱与归属感需求是人类需求之一。随着医疗技术的发展：试管婴儿、器官移植、人工造瘘、外科整形等技术逐渐推广，病人对这些高新技术可能既期待但又有一定的恐惧，关怀是社会发展的必然趋势<sup>[6]</sup>。而对于结核病患者，特别是妊娠期的结核病患者，我们需要在日常护理工作中更加关注这一群特殊群体，不仅从生理上关注他们的症状和体征，更需要关注她们的心理状态，动态评估。通过人文关怀护理模式的让她们在治疗结核病期间放下心理包袱，坦然面对，对疾病的治疗、日后的生活以及人生有信心。因此我们呼吁广大的育龄妇女，在备孕过程中发现异常情况及时就医检查，避免宋老师类似的悲剧发生，导致身心受伤。我们也进行了关于育龄妇女关于生殖系统结核科普视频的拍摄，让更多的人了解生殖结核的常见知识及治疗。

参考文献（略）



抗结核固定剂量复合剂(FDC)

# 标准化治疗 规范化用药

✓ 南洋® 乙胺吡嗪利福异烟片(II)

✓ 南洋® 异福胶囊



WHO结核病指南推荐用药



标准剂量配比有效治疗肺结核



中国CDC政府采购指定用药



减少服药片数提高患者依从性



结核病定点医疗机构首选用药



规范治疗方案降低耐药发生率



- 中国抗结核药品重点生产企业
- 中国防痨公益基金——苏可安爱心基金



# 第35届 中国防痨协会全国学术大会 暨第四届中国防痨科技奖颁奖大会

The 35th National Academic Conference and the 4th Science and Technology Award Ceremony of  
Chinese Anti-Tuberculosis Association in 2024



大会注册



酒店预订



线上平台

