

延续性护理干预对糖尿病视网膜病变填充术后患者生存质量的影响

曾乃仁

基金项目：广西卫健委科研课题(编号:Z20170385)

作者单位：530021 南宁,广西壮族自治区人民医院眼科

作者简介：曾乃仁(1987-),女,大学本科,医学学士,主管护师,研究方向:糖尿病视网膜眼底病变术后护理。E-mail:zengnairen@163.com

[摘要] **目的** 探讨延续性护理干预对糖尿病视网膜病变行玻璃体腔硅油填充术后患者生存质量的影响。**方法** 将100例(100眼)行玻璃体腔硅油填充术的糖尿病视网膜病变患者,随机分为观察组和对照组各50例,对照组接受常规护理和随访,观察组患者在出院7 d、1个月、3个月和6个月时通过随访、健康讲座、多媒体教育、微信平台交流等方式对患者和家属进行强化式延续护理指导。6个月随访结束时比较两组患者的治疗依从性、自我管理能力和生活质量水平。**结果** 实行延续性护理干预后,观察组患者术后视力、治疗完全依从性、自我管理能力和生活质量评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 延续性护理干预可提高玻璃体腔硅油填充术后糖尿病视网膜病变患者治疗依从性、自我管理能力和生活质量。

[关键词] 延续性护理; 糖尿病视网膜病变; 生活质量

[中图分类号] R 473.77 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)12-1342-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.12.23

糖尿病视网膜病变(diabetic retinopathy, DR)是糖尿病(diabetes mellitus, DM)最严重的微血管并发症之一^[1],具有进行性视力下降、视力永久性损害等特征,已成为工作人群(20~64岁)的主要致盲性疾病^[2],严重影响患者的生存质量。目前该症在临床上主要采用玻璃体切割+硅油填充术进行治疗,患者术后恢复是一个漫长的过程。患者出院后往往治疗依从性不高,若不能够为出院患者提供相应的延续护理措施,它可能导致术后并发症发生和视力恢复不满意,从而影响患者的生活质量。本研究旨在探讨应用延续性护理干预对玻璃体腔硅油填充术后DR患者出院后生存质量的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2017-07~2018-07在我科进行玻璃体切割+硅油填充术的100例患者(100只眼)作为受试者。研究对象为符合DR的国家临床分级诊断标准^[3],需行玻璃体切割手术的Ⅱ期、Ⅲ期DR住院患者。纳入标准:(1)年龄18~60岁;(2)文化程度为初中及以上学历;(3)DR发病为单眼,健眼视力 ≥ 0.1 ;(4)玻璃体切割术后眼内填充硅油的患者;(5)无精神病史、认知障碍及沟通障碍者;(6)患

者对本研究知情同意。排除标准:(1)单纯玻璃体切割术或玻璃体切割术后眼内填充惰性气体的患者;(2)有认知障碍及神志不清的患者;(3)有其他严重疾病的患者(一年内的心肌梗死、心力衰竭、严重肝病、中风、慢性酒精中毒、肾功能衰竭、凝血功能障碍等);(4)随访期间出现再发网脱需要住院的患者;(5)不能坚持随诊者。将100例符合条件的患者随机分为观察组和对照组,每组50例。所有患者均在局麻下完成玻璃体切割、剥膜、光凝、电凝视网膜出血点后行硅油填充。两组的基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者基线资料比较[n, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	性别		年龄(岁)	DM病程(年)	糖化血红蛋白(%)	术前视力
		男	女				
观察组	50	26	24	53.6 ± 9.18	3.87 ± 7.76	7.16 ± 1.26	0.04 ± 0.06
对照组	50	30	20	54.8 ± 8.85	4.65 ± 7.56	6.89 ± 1.61	0.07 ± 0.13
χ^2/t	-	0.649	-0.665	-0.509	0.934	-1.480	
P	-	0.420	0.254	0.306	0.176	0.071	

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采取常规护理。(1)入院教育:环境指导,疾病知识宣教,卫生指导,检查指导。(2)

术前健康宣教:心理指导,术后特殊体位训练,以及术日进入手术室的相关护理。(3)术后教育:体位指导,眼部注意事项,饮食指导,安全防范措施的指导及并发症的处理。(4)出院教育:药物指导,门诊复查及预约指导,饮食和生活指导,眼睛健康指导,随访指导。

1.2.2 观察组 给予常规护理与延续性护理相结合的干预措施。(1)成立延续性护理小组:眼科护士长担任组长,组员由具有眼科专业护理经历的护士及护师以上职称的护理人员组成。(2)建立延续性护理信息档案:包括患者基本信息、饮食习惯、生活方式、疾病认知情况、治疗依从性、自我管理能力和生活质量等。(3)做好延续性护理随访工作:每周对出院患者进行电话、短信、微信方式的随访,讲解术后应注意的事项和术后可能出现的并发症,了解患者遵医行为的依从性,并提醒患者及时返回医院复查。(4)开展延续性护理健康讲座:利用患者、家属和护理人员的微信平台,开展文字、语音、图片及视频等健康知识讲座,加强医护人员与患者之间、患者与患者之间的交流。(5)发放延续性护理调查问卷:根据问卷调查结果提出有针对性的护理措施,解答患者和家属护理方面提出的疑问,并进行指导。

1.3 评价指标 (1)治疗依从性:分为完全依从、部分依从、不依从^[4]。(2)自我管理能力和评分:采用冯慧兰等^[5]自我管理量表进行测评,包括药物治疗、行为管理等6个方面共计31个问题,完全做得到为4分,基本做得到为3分,偶尔做得到为2分,根本做不到为1分,总分124分,分数越高,患者的自我管理能力和水平越高。(3)生活质量评分:通过《视功能损害眼病患者生存质量量表》^[6]进行测评。

表4 两组患者干预后自我管理能力评分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	体位护理	饮食控制	血糖监测	情绪管理	药物治疗	行为管理
观察组	50	2.57 ± 0.51	2.56 ± 0.35	2.45 ± 0.57	7.60 ± 1.08	2.07 ± 0.58	1.68 ± 0.06
对照组	50	1.73 ± 0.56	1.72 ± 0.56	1.65 ± 0.70	11.60 ± 1.49	1.19 ± 0.50	1.30 ± 0.53
<i>t</i>	-	7.842	8.994	6.233	15.369	8.126	5.038
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表5 两组患者干预前后生活质量评分比较[($\bar{x} \pm s$),分]

组别	例数	症状与视觉功能		身体机能		社会活动能力		精神心理		总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	9.98 ± 1.64	11.28 ± 1.85*	9.29 ± 1.17	10.24 ± 1.85*	7.64 ± 1.96	12.33 ± 7.31*	7.73 ± 2.06	13.88 ± 2.66*	33.66 ± 3.41	49.92 ± 8.56*
对照组	50	9.48 ± 1.56	10.06 ± 1.81	9.14 ± 1.38	12.05 ± 1.62	8.01 ± 1.26	10.61 ± 1.52	8.01 ± 1.86	11.67 ± 2.10	33.75 ± 3.39	38.54 ± 3.79
<i>t</i>	-	1.562	3.333	0.586	5.205	1.123	1.629	0.713	4.611	0.132	8.596
<i>P</i>	-	0.122	0.001	0.559	0.000	0.262	0.103	0.477	0.000	0.895	0.000

注:与本组干预前比较,**P* < 0.05

包含4个维度20个条目。各条目均采用等级式条目设置,分为不困难(5分)、轻微困难(4分)、中等困难(3分)、比较困难(2分)、非常困难(1分)5个等级,患者根据自己的实际情况进行自我评定,得分越高,生活质量越高^[3]。

1.4 统计学方法 应用SPSS21统计软件对数据进行处理,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,计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料组间比较采用秩和检验。*P* < 0.05为差异有统计学意义。

2 结果

6个月随访观察中,两组患者都能按时复诊,均无严重并发症发生。6个月随访结束时的问卷调查结果显示,实行延续性护理干预后,观察组患者术后视力、治疗依从性、自我管理能力和评分、生活质量评分优于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表2~5。

表2 两组患者术前术后视力比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后
观察组	50	0.04 ± 0.06	0.23 ± 0.18*
对照组	50	0.07 ± 0.13	0.13 ± 0.15*
<i>t/t'</i>	-	1.482	3.018
<i>P</i>	-	0.070	0.002

注:与本组术前比较,**P* < 0.05

表3 两组患者治疗依从性比较(*n*)

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从
观察组	50	44	5	1
对照组	50	36	9	5

注:*Z* = -7.128,*P* = 0.000

3 讨论

3.1 延续性护理是目前最受关注的一种新型护理干预模式,区别于传统护理,延续性护理的实施能够确保治疗的连续性以及完整性,能够在患者由医院转移到家庭或社区的同时转移相应的护理及治疗,保证了患者治疗和护理的延续性^[7]。由于受医保政策和经济条件的影响,大多数 DR 患者在术后病情稳定后居家护理。文献显示,多数患者缺乏相关护理知识和专业护理技能,对于 DR 术后并发症的认知不足,不能及时采取有效的护理预防措施^[8]。本研究将延续性护理应用于 DR 术后患者中,针对其知识缺乏及认识误区着重进行健康教育,同时发放宣传资料及手册,指导患者实施提高自我管理能力的措施,出院后定期电话随访,对患者进行科学合理的护理干预,确保其出院后护理的延续性,提高疗效和患者生活质量。

3.2 DR 的原因主要是视网膜微血管系统的损害。目前临床上主要采用在局麻下切除混浊的或者积血的玻璃体、剥膜并进行全视网膜光凝术、电凝视网膜出血点后行硅油填充进行治疗。手术后仍需对患者的血糖进行严密监测,若病程出现延长,血糖控制不理想,部分患者会出现玻璃体出血、新生血管性青光眼、牵拉性视网膜脱离等术后并发症,导致不可逆盲的发生。目前,对 DR 术后患者的护理工作重点仍放在院内,症状明显减轻的患者会给予出院休养,忽视了患者出院后的康复护理。因此,对玻璃体切割术后 DR 患者实施延续性护理干预,指导患者严格控制血糖,使其了解术后体位,对患者进行专业教育就显得极为重要。同时也需对患者进行心理护理,以促进患者术后视力稳定恢复。

3.3 应用微信平台和电话随访相结合的方式在延续性护理中具有重要作用。微信兼有文字、语言、图片、视频等功能,信息可以快速准确地传输,内容可以随时查看,提供多人分享学习,弥补了电话沟通信息的一过性不足,有效促使患者采取健康行为,纠正不良习惯和行为,达到高效持续护理的目的^[9]。延续性护理可促使患者定时复查,提高他们的自我护

理能力,降低并发症的发生率和再入院率,减少医疗费用,具有良好的社会效益与经济效益,从而提高患者的生活质量^[10]。在延续性护理过程中鼓励患者及时回归社会,激发患者的主观能动性意识,充分调动患者自我保健的积极性,同时鼓励家庭成员参与,利用社会支持来影响患者的行为,恢复患者的自尊心和自信心,患者的精神面貌得到改变,进一步提高他们的生活质量^[11]。

总之,延续性护理干预可以提高玻璃体腔硅油填充术后 DR 患者的治疗依从性、自我管理能力和生活质量和生活质量,具有一定临床应用与研究价值。

参考文献

- 1 陈丹丹,帅天姣,李娟,等. 糖尿病视网膜病变微血管神经病变发病机制的研究进展[J]. 国际眼科杂志, 2018, 18(5):844-846.
- 2 李洋,李秋明,王梦华,等. 增殖性糖尿病视网膜病变玻璃体切除术前注射雷珠单抗与曲安奈德疗效对比研究[J]. 中国实用眼科杂志, 2016, 34(6):559-563.
- 3 中华医学会眼科学会眼底病学组. 我国糖尿病视网膜病变临床诊疗指南(2014年)[J]. 中华眼科杂志, 2014, 50(11):851-865.
- 4 王莉,金爱萍,孙晓,等. H型高血压延续性护理研究进展[J]. 护理研究, 2016, 30(9):3329-3332.
- 5 冯慧兰,黄冬兰,黄芳,等. 糖尿病视网膜病变患者自我管理量表的设计与研究[J]. 国际医药卫生导报, 2015, 21(14):1974-1978.
- 6 于强,李绍珍,陈和年,等. 视功能损害眼病患者生存质量量表的研究[J]. 中华眼科杂志, 1997, 33(4):307-310.
- 7 郜慧青. 医院-社区-家庭对接的延续性护理在脑卒中康复期患者中的应用[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(10):1537-1540.
- 8 何桂平,柳韦华,张桂芹,等. 出院准备计划应用于延续性护理的研究进展[J]. 护士进修杂志, 2019, 34(5):411-414.
- 9 张兰凤,叶赞,刘敏杰. 延续性护理在癌症出院患者中的实践研究进展[J]. 中国护理管理, 2012, 12(11):91-94.
- 10 黄瑞枝,张瑞娟. 家属参与性延续护理对糖尿病视网膜病变患者健康行为习惯、服药准时率和生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(14):54-56.
- 11 张妍,皮红英. 术后延续性护理服务应用的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(29):3595-3596.

[收稿日期 2019-07-01][本文编辑 刘京虹 潘洪平]