

液供应和营养物质输送,刺激肠道黏膜细胞分泌,增加肠道内液体分泌和水分含量,软化大便,降低大便硬度,改善便秘患者症状评分。

综上所述,采用穴位贴敷联合耳穴压丸治疗老年髋部骨折术后便秘可取得显著治疗效果,对患者症状评分、大便性状改善具有积极作用。

参考文献

[1] 张志刚,王雨来,孔赛. 四磨润肠方联合穴位贴敷治疗混合痔术后气滞型便秘临床观察[J]. 中国药业,2023,32(4):91-94.

[2] Su Y,Zhu R,Pang C,et al. Laxative effect of Wenyang Yiqi Decoction on loperamide-induced astriction model mice[J]. Ann Transl Med,2023,11(4):170.

[3] 柳冬兵,刘加新,徐甦,等. "肠通贴"穴位贴敷对便秘患者肠镜检查肠道准备的干预作用研究——附80例临床资料[J]. 江苏中医药,2023,55(1):41-44.

[4] 中华医学会消化病学分会. 慢性便秘的诊治指南[J]. 中华消化杂志,2004,24(1):39-40.

[5] Yamada E,Tsunoda S,Mimura M,et al. Positioning of Bristol Stool Form Scale type 3 in constipation treatment satisfaction: A multicenter study in Japan[J]. J Gastroenterol Hepatol,2021,36(8):2125-2130.

[6] Sharma A,Rao S S C,Kearns K,et al. Review article:diagnosis, management and patient perspectives of the spectrum of constipation disorders[J]. Aliment Pharmacol Ther,2021,53(12):1250-1267.

[7] 王金平,童春梅. 穴位贴敷联合穴位推揉干预老年慢性心力衰竭合并便秘疗效观察[J]. 安徽中医药大学学报,2023,42(3):63-66.

[8] 李晶,杨亚峰,王晓燕. 三黄承气膏穴位贴敷治疗小儿功能性便秘的疗效观察[J]. 中医药导报,2023,29(6):98-100,105.

[9] 华校琨,张衡,韩旭,等. 芪术养胃方联合穴位贴敷治疗化疗相关性便秘脾肾亏虚证40例[J]. 环球中医药,2023,16(1):171-174.

[10] 陈娇娇,陈炜雄,柯舒雅,等. 补中益气汤联合益气通便膏穴位贴敷改善老年气虚型功能性便秘的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗,2022,27(3):326-329.

[11] 陆影,李巧香,詹红艳,等. 穴位贴敷联合推拿治疗小儿功能性便秘脾虚肝旺证疗效观察[J]. 河北中医,2022,44(4):651-655.

收稿日期:2025-01-21

责任编辑:陆玉炯

基于跨理论模型护理干预对维持性血液透析患者治疗依从性的影响

尚会强,冯伍强,张静,郑杰,王虹,曾慧
(遵义医科大学第二附属医院,贵州遵义563003)

【摘要】目的:探讨基于跨理论模型(transstheoretical model,TTM)护理干预对维持性血液透析(maintenance hemodialysis,MHD)患者治疗依从性的影响。**方法:**选取本院2023年5月至2024年5月收治的MHD患者122例,依据随机数表法分为对照组(61例,实施常规护理)、干预组(61例,基于TTM护理干预),比较两组治疗依从性、生活质量及并发症发生情况。**结果:**护理3~6个月后,两组治疗依从性评分、简明健康调查量表(medical outcomes study short form 36,SF-36)、肾脏疾病相关生存质量(kidney disease-targeted areas,KDTA)评分较护理前升高,且干预组较对照组更高,差异有统计学意义($P<0.05$);护理6个月内,干预组并发症总发生率为11.48%(7/61),低于对照组的26.23%(16/61),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**基于TTM护理干预可有效提高维持性血液透析患者治疗依从性,改善患者生活质量,减少透析治疗并发症的发生。

【关键词】维持性血液透析;跨理论模型;护理干预;治疗依从性;生活质量

【中图分类号】R473.6 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-4983(2025)03-0362-04

维持性血液透析(maintenance hemodialysis,MHD)作为慢性肾功能衰竭尿毒症患者治疗的主要手段,通过部分替代肾脏功能,辅助清除患者体内的代谢产物,以延缓病情进展。但因终末期肾脏病病情的不可逆性,MHD虽然能有效延续生命,但患者多存在生活质量下降、

并发症增加等问题,此外因长期接受治疗,医疗费用较高,导致患者心理压力较大,影响治疗依从性^[1]。因此,仍需加强临床护理,通过科学干预,减轻患者自我负担。跨理论模型(transstheoretical model,TTM)作为一种理论框架,将患者健康行为改变过程划分为不同阶段,并针

基金项目:2024年度贵州省卫生健康委科学技术基金项目(gzwbj2024-557)。

作者简介:尚会强(1981-),男,主管护师,主要从事血液净化临床工作。

对每个阶段设计个性化干预策略,以促进个体在行为改变过程中的进步与维持,能够提高干预效果的长期性和稳定性^[2]。基于此,本研究选取2023年5月至2024年5月遵义医科大学第二附属医院收治的122例MHD患者展开研究,旨在探讨基于TTM护理干预的应用效果,现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 选取遵义医科大学第二附属医院收治的MHD患者122例。纳入标准:(1)符合慢性肾衰竭尿毒症期的诊断标准^[3],经临床检查确诊者;(2)达到透析指征且在长期规律透析者;(3)透析时间 ≥ 3 个月,每周2~3次规律透析治疗者;(4)患者知情同意。排除标准:(1)护理依从性较差,或无法自主配合研究开展者;(2)有精神性疾病、神经系统疾病或器质性脑损伤者;(3)伴有严重并发症者。以随机数字表法分组,其中对照组男性33例,女性28例;年龄37~78岁,平均(62.65 \pm 4.83)岁;MHD时长3~12个月,平均(6.95 \pm 1.24)个月。干预组男性35例,女性26例;年龄35~76岁,平均(62.56 \pm 5.76)岁;MHD时长3~11个月,平均(6.91 \pm 1.21)个月。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。该研究通过遵义医科大学第二附属医院医学伦理会审批(编号:KYLL-2023-044)后开展。

1.2 方法

1.2.1 对照组(给予常规护理) 在透析治疗前向患者及家属讲解血液透析治疗的相关知识、强调血液透析注意事项,以减轻患者及其家属的心理负担。遵医嘱开展透析治疗,每次透析前详细评估患者各项指标,如:干体重、血管通路情况、凝血功能、超滤剂量等。血液透析治疗期间,监测患者生命体征及体外循环运转情况。透析后护理:告知患者血管通路日常护理、饮食、运动注意事项,按时规律服用药物;离院时护患互相保存联系方式,离院后24h内,护理人员通过电话随访,随后以1次/周的频率随访,1个月后,改为1次/月,随访内容包括用药情况、进食及睡眠状况、血管通路、活动耐力、有无出血情况等,如有异常情况应立即规劝其来院复查。

1.2.2 干预组(采用基于TTM护理干预) (1)构建TTM护理管理小组,成员包括主治医师和副主任护师(各1名)、主管护师(2名)、护师(6名),成员均完成培训、考核成功后上岗。(2)通过访谈全面评估患者,确定其行为改变阶段及健康状况。前意向阶段指无近期行动计划;意向阶段指认识到健康行为的利弊并计划近期行动;准备阶段指计划在1个月内行动并已做准备;行动阶段指过去6个月内已改变行为;维持阶段指行为改变已持续超过6个月。(3)根据患者所处的行为阶段进行护理干预。①前意向阶段:该阶段进行为期1周的干预,重点干预内容是通过健康教育普及疾病及治疗相关知识。引导患者之间沟通交流,并鼓励其就相关疾病问题积极提问,护理人员耐心进行解答,在逐步改变患者固有思

想认识的基础上为其建立正确的治疗动机。②意向阶段:该阶段进行为期3周的干预,患者此时已经产生借助护理干预对自身生活质量加以改善的意向,但还没有十分成熟的计划。该阶段重点干预方向是引导患者对以往生活方式进行回顾,指导患者对透析并发症的危害进行自主分析,帮助患者建立饮食、液体摄入、用药、透析控制计划,鼓励患者表达自身想法,重视患者的社会支持网络,以增强其对治疗遵从性的认识,从而明确其对个人及家庭的积极影响。③准备阶段:建立涵盖医护人员在内的肾友群,组织患者在肾友群内相互监督,并承诺按要求进行饮食、液体摄入、用药、透析方案的自我管理,留存护理人员手机号码或微信,便于患者有疑问时及时询问。④行动阶段:患者具备一定的良好治疗依从性习惯,通过随访及时了解患者遇到的困惑,帮助其解决。⑤维持阶段:持续鼓励患者及患者家属,对治疗依从性表现优秀者给予适当奖励:如在肾友群内予以口头表扬,对模范患者及家属发放奖杯、药盒等小礼品等,以坚定其透析治疗的信心。

1.3 观察指标及评定标准 (1)于干预前、干预3个月、干预6个月后评估治疗依从性,采用我国学者张艳2012年编制的终末期肾病MHD病人治疗依从性量表^[4]评估,包括饮食依从(40分)、液体摄入依从(30分)、药物依从(25分)、透析方案依从(20分)4个维度,得分越高说明治疗依从性越好。(2)于干预前、干预3、6个月后评估生活质量,采用简明健康调查量表(medical outcomes study short form 36, SF-36)^[5]、肾脏疾病相关生存质量(kidney disease-targeted areas, KDTA)^[6]评估,评分范围均为0~100分,评价分值与生活质量成正比。(3)于护理6个月内,统计并比较两组血液透析相关并发症,包括低血压、失衡综合征、内瘘堵塞、顽固性心衰、高钾血症。

1.4 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验;计数资料以[n(%)]表示, χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗依从性 两组护理前治疗依从性比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理3~6个月后,两组饮食依从、液体摄入依从、药物依从、透析方案依从评分较护理前升高,且干预组较对照组更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 生活质量 两组护理前生活质量比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理3~6个月后,两组SF-36、KDTA评分较护理前升高,且干预组较对照组更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 并发症发生情况 护理6个月内,干预组并发症总发生率为11.48%(7/61),低于对照组的26.23%(16/61),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组治疗依从性比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	饮食依从			液体摄入依从		
	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月
对照组 (n=61)	22.44 ± 4.96	24.40 ± 6.42*	28.49 ± 6.38* [#]	13.98 ± 3.87	17.23 ± 4.30*	21.39 ± 4.39* [#]
干预组 (n=61)	22.31 ± 4.88	28.30 ± 6.34*	32.98 ± 6.91* [#]	14.74 ± 3.61	22.92 ± 4.65*	26.97 ± 4.92* [#]
t	0.146	3.376	3.729	1.122	7.017	6.609
P	0.884	0.001	<0.001	0.264	<0.001	<0.001

注：与各组护理前比较，*P<0.05；与各组护理3个月后比较，[#]P<0.05。

续表一：两组治疗依从性比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	药物依从			透析方案依从		
	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月
对照组 (n=61)	14.10 ± 3.97	17.35 ± 3.30*	20.39 ± 4.39* [#]	10.41 ± 1.13	13.15 ± 2.24*	16.39 ± 1.39* [#]
干预组 (n=61)	14.51 ± 3.09	20.57 ± 3.87*	22.03 ± 4.34* [#]	10.63 ± 1.38	15.50 ± 2.79*	18.04 ± 1.95* [#]
t	0.637	4.945	2.075	0.963	5.130	5.381
P	0.526	<0.001	0.040	0.337	<0.001	<0.001

注：与各组护理前比较，*P<0.05；与各组护理3个月后比较，[#]P<0.05。

表2 两组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SF-36			KDTA		
	干预前	干预3个月	干预6个月	干预前	干预3个月	干预6个月
对照组 (n=61)	55.55 ± 4.63	68.74 ± 6.49*	76.19 ± 8.59* [#]	58.38 ± 5.62	67.59 ± 7.41*	80.38 ± 8.40* [#]
干预组 (n=61)	55.39 ± 4.59	75.95 ± 6.22*	82.42 ± 8.78* [#]	58.36 ± 5.58	76.51 ± 7.30*	85.59 ± 8.28* [#]
t	0.192	6.264	3.961	0.020	6.698	3.450
P	0.848	<0.001	<0.001	0.984	<0.001	0.001

注：与各组护理前比较，*P<0.05；与各组护理3个月后比较，[#]P<0.05。

表3 两组并发症发生情况比较 [n (%)]

组别	低血压	失衡综合征	内瘘堵塞	顽固性心衰	高钾血症	总发生
对照组 (n=61)	4 (6.56)	2 (3.28)	3 (4.92)	3 (4.92)	4 (6.56)	16 (26.23)
干预组 (n=61)	2 (3.28)	1 (1.64)	1 (1.64)	1 (1.64)	2 (3.28)	7 (11.48)
χ^2						3.340
P						0.037

3 讨论

由于MHD漫长的治疗过程、疗效因人而异，患者在承受巨大心理压力的同时还需面对透析产生的各种并发症，导致治疗依从性较差^[7]。相关资料显示^[8]：MHD患者治疗依从性较低，容易并发相关疾病。因此，提高患者透析治疗的依从性，对延长患者生存时间改善患者生存质量具有重要意义。常规护理侧重宣传透析治疗的必要性及常见注意事项等知识，对MHD医疗知识的传递提高患者行为改变的效果有限，此外在治疗过程中，患者的心理状态和行为模式会不断变化，常规护理往往不能适应患者不同阶段的需求。

基于TTM护理干预通过健康教育帮助患者全面了解MHD及其相关的生活方式管理，可有效减少焦虑和不安情绪，提升生活质量。护理人员帮助患者制定自我管理计划，包括透析过程中的饮食、液体摄入、用药和运动等方面的管理。患者通过主动参与管理自己健康的过程，不仅能增强自信心，也可提升日常生活质量^[9]。此外，

护理人员通过与患者的沟通和支持，帮助患者克服治疗中的心理障碍，尤其是通过鼓励患者参与集体讨论或与他人分享治疗经验，缓解患者的孤独感和焦虑感，也为患者提供更多生活建议和健康管理经验^[2]。本研究结果显示，干预组护理3~6个月后SF-36、KDTA评分更高，护理6个月内并发症总发生率更低 (P<0.05)，提示MHD患者应用基于TTM护理干预可提高生活质量，减少并发症。分析其原因，通过健康教育帮助患者认识到血液透析过程中常见的并发症，提高患者风险意识，使其在生活中主动采取预防措施，如按时服药、合理饮食、控制液体摄入等，从而降低并发症发生风险。在干预过程中，护理人员详细指导患者如何保持血管通路的清洁和通畅，定期检查血管通路的状态，以防止血管通路感染或堵塞等并发症^[10]。同时通过定期随访，护理人员可以及时发现并发症征兆，及早调整护理方案，避免并发症发生^[11]。

本研究结果显示，干预组护理3~6个月后饮食依从、