

护理干预对角膜移植术后随访及用药依从性的影响^{*}

刘学勤,甘秀妮[△],傅钰仙,鲜 萍(重庆医科大学附属第二医院眼科,重庆 400010)

【摘要】 目的 探讨角膜移植术后护理干预对患者随访及用药依从性的影响,以提高角膜移植成功率。**方法** 将 2011 年 4 月至 2013 年 2 月行角膜移植术的 46 例出院患者随机分为试验组和对照组各 23 例。试验组根据自制的医患沟通联系表进行护理干预,包括电话随访、健康教育,必要时给予经济支持;对照组按常规程序护理干预。在出院后不同时期对两组患者随访率及用药依从性进行对比。**结果** 试验组和对照组在出院后 3 个月、半年及 1 年的用药依从性比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。且出院后 3 个月、半年、1 年,植片透明率比较差异有统计学意义($P<0.01$),试验者视力恢复好。**结论** 及时有效的护理干预,可提高角膜移植术后患者随访率及用药依从性,减少术后排斥反应的发生,提高了角膜移植术的成功率,值得临床推广应用。

【关键词】 角膜移植术; 术后随访; 护理干预; 用药依从性
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1469-03

角膜移植术是器官和组织移植成功率最高的手术,但术后免疫排斥反应仍是手术失败的主要原因^[1-2]。目前免疫抑制剂是降低移植排斥最有效的方法^[3],但长期使用一方面让患者承受着经济压力,另一方面也存在着一定的不良反应。坚持随访,可及时发现和减少免疫排斥反应的发生^[4-5];重视护理干预,可加强患者对疾病及用药的认识,从而提高患者自觉用药的依从性^[6-7]。所以加强随访,给予有效的护理干预,对提高角膜移植术后患者的用药依从性、减少患者不适有重要意义。本研究对 23 例角膜移植术后患者实施护理干预,进行全程电话回访和用药监督,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 4 月至 2013 年 2 月本院行角膜移植手术患者 46 例 46 眼,随机分为试验组和对照组各 23 例。

1.2 方法 对两组患者建立详细的医患沟通联系表,其内容包括患者姓名、性别、年龄、诊断、地址、联系电话、家庭经济状况、患者既往病史、移植时间、移植类型、出入院时视力、角膜植片状况、免疫抑制剂用药情况。对试验组及对照组患者在出院时行出院宣教,强调角膜移植术后随访的重要性。试验组在出院后 1 周、半个月、1 个月、3 个月、半年、1 年有护士电话提醒及回访,并对经济困难患者使用专项资金进行经济援助,同时根据回访记录中的个体情况给予不同的干预方式。如:疾病与药物相关知识讲解法、心理疏导法、相同病史举例法、鼓励法、电话监督法,对一些反复强调却不予重视的患者可采取施压法、说教法。

1.3 观察指标 在出院后不同时期将两组患者用药依从性和

术眼角膜植片透明率、视力恢复情况作对比。用药依从性包括能否按照医生要求的每天服药次数、用量、用药时间以及能否按照医生的要求长期坚持用药等四项内容,根据问卷调查,每项按医生要求计为 1 分,反之计为 0 分。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件对数据进行统计学分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组出院后不同时期随访率比较 试验组和对照组在出院后 1 周,随访率比较差异无统计学意义($P>0.05$),在出院后半个月、1 个月、3 个月、半年、1 年两组比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 1。

2.2 两组出院后不同时期用药依从性比较 试验组和对照组在出院后 1 周、半个月、1 个月,用药依从性比较差异无统计学意义($P>0.05$),而在出院后 3 个月、半年及 1 年,用药依从性比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 2。

2.3 两组出院后不同时期植片透明率比较 试验组和对照组在出院后 1 周、半个月、1 个月,植片透明率比较差异无统计学意义($P>0.05$),而在出院后 3 个月、半年、1 年,植片透明率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 3。

2.4 两组出院后不同时期术眼视力比较 试验组与对照组在出院后 1 周、半个月、1 个月,视力比较差异无统计学意义($P>0.05$);而出院后 3 个月、半年、1 年,试验组随着出院时间延长,视力维持较好,而对照组随着出院时间延长,视力呈下降趋势,两组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表 4。

表 1 两组在不同时期的随访情况[n(%)]

组别	1 周	半个月	1 个月	3 个月	半年	1 年
试验组	23(100.0)	23(100.0)	22(95.7)	21(91.3)	21(91.3)	19(82.6)
对照组	22(95.7)	20(87.0)	18(78.3)	15(65.2)	14(60.9)	11(47.8)
P	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

^{*} 基金项目:重庆市卫生局面上项目(2010-2-138)。

[△] 通讯作者,E-mail:ganxn@163.com。

表 2 两组用药依从性评分比较[n(%)]

项目	1 周		半个月		1 个月	
	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组
按医嘱每天用药次数	23(100.0)	22(100.0)	23(100.0)	20(100.0)	22(100.0)	18(100.0)
按医嘱每天用药量	23(100.0)	22(100.0)	23(100.0)	20(100.0)	22(100.0)	17(94.4)
按医嘱每天用药时间	23(100.0)	22(100.0)	23(100.0)	20(100.0)	21(95.5)	17(94.9)
按医嘱长期坚持用药	23(100.0)	22(100.0)	23(100.0)	20(100.0)	22(100.0)	17(94.4)

续表 2 两组用药依从性评分比较[n(%)]

项目	3 个月		半年		1 年	
	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组
按医嘱每天用药次数	21(100.0)	12(80.0)	21(100.0)	6(60.0)	19(100.0)	3(42.9)
按医嘱每天用药量	21(100.0)	11(73.3)	20(95.2)	6(60.0)	18(94.7)	2(28.6)
按医嘱每天用药时间	20(95.2)	11(73.3)	18(85.7)	5(50.0)	14(73.7)	2(28.6)
按医嘱长期坚持用药	21(100.0)	12(80.0)	20(95.2)	7(70.0)	17(89.5)	3(42.9)

表 3 两组出院不同时期植片透明率[眼数(%)]

组别	时期					
	1 周	半个月	1 个月	3 个月	半年	1 年
试验组	23/23(100.0)	23/23(100.0)	22/22(100.0)	21/21(100.0)	20/21(95.2)	17/19(89.5)
对照组	22/22(100.0)	20/20(100.0)	18/18(100.0)	13/15(86.7)	9/14(64.3)	6/11(54.5)
P	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01

表 4 试验组与对照组术眼视力情况比较[n(%)]

视力	1 周		半个月		1 个月		3 个月		半年		1 年	
	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组	试验组	对照组
LP or FC	1(5.3)	1(4.5)	1(5.3)	1(5.0)	2(9.1)	2(11.1)	2(9.5)	3(20.0)	2(9.5)	4(28.6)	1(5.3)	4(36.4)
0.02~0.1	5(21.7)	5(22.7)	5(21.7)	4(20.0)	5(22.7)	3(16.7)	5(23.8)	5(33.3)	5(23.8)	5(35.7)	6(31.6)	4(36.4)
0.2~0.4	12(52.2)	11(50.0)	12(52.2)	10(50.0)	11(50.0)	9(50.0)	10(47.6)	4(26.7)	11(52.4)	3(21.4)	9(47.3)	2(18.1)
≥0.5	5(21.7)	5(22.8)	5(21.7)	5(25.0)	4(18.2)	4(22.2)	4(19.1)	3(20.0)	3(14.3)	2(14.3)	3(15.8)	1(9.1)

3 讨 论

角膜移植是治疗不可逆角膜盲的最重要手段,尽管在所有固体器官移植中,角膜移植成功率最高,但术后免疫排斥反应,仍是导致手术失败的主要原因^[8]。所以重视角膜移植术后免疫排斥反应的防治,减少因免疫排斥反应导致再盲是摆在我国广大眼科工作者面前亟待解决的问题^[9-10]。现阶段仍以免疫抑制剂预防和治疗角膜移植术后排斥反应为主。经研究证明排斥反应多发生在角膜移植术后 1 年内^[11]。由于免疫抑制剂需长期使用,其本身具备一定不良反应的特性,所以加强患者随访与用药依从性的管理,是极为重要的。

本研究结果显示,随着出院时间的延长,护理干预的试验组随访率维持较好,而对照组在缺乏护理干预的情况下,随访率逐渐下降,且用药依从性也随着出院时间的延长,越来越差。角膜移植术后患者用药依从性的影响因素主要有以下几点:因经济困难自行减少用药量与次数或暂停用药;因认识不足或工作繁忙减少用药次数;自认为未出现不良反应而自行减少药量或暂停用药;担心药物的不良反应而自行减少药量;因自我感觉不好而自行增加药量。面对这些因素根据个体影响因素的

不同而采取不同的干预方式,如专项基金援助法、疾病与药物相关知识讲解法、心理疏导法、相同病史举例法、鼓励法、电话监督法,对一些反复强调却不予重视的患者可采取施压法、说教法。通过干预,提高患者对用药依从性的重视,使角膜移植术后患者能按照医嘱,坚持每天正确用药次数、用药量及用药时间,坚持长期用药。同时,强调随访,特别是出现眼红、眼痛、视力急剧下降等排斥反应症状时,应立即到医院就诊,绝不能耽误最佳治疗时间。有文献显示,发生排斥反应 8 d 以上未行治疗者治愈率将显著降低^[12]。另一方面,通过随访,也可使医生了解患者病情进展及使用免疫抑制剂产生的不良反应,针对个体情况及时调整用药方案,减少患者的不适,提高手术成功率。患者术后坚持随访,手术效果越好,身体不适越少,越能按医嘱用药。

综上所述,加强健康宣教,强调角膜移植术后患者长期随访的重要性,加强对患者个体针对性的全程护理干预,可有效提高角膜移植术后患者的用药依从性,保证药疗的安全有效,有利于提高角膜植片的透明率,提高角膜移植术后患者视力,提高其生活质量。但鉴于目前角膜供体来源不足,导致样本数

量有限,还需扩大样本进一步研究。

参考文献

[1] Price MO, Thompson RW, Price FW. Risk factors for various causes of failure in initial corneal grafts[J]. Arc Ophthalmol, 2003, 121(8):1087-1092.

[2] Hill JC. Systemic eyelosporine in high-risk keratoplasty: short-versus long-term therapy[J]. Ophthalmol, 1994, 101(1):128-133.

[3] 张弋,付鹏,张怡,等. 50 例器官移植患者免疫抑制剂的用药依从性调查[J]. 中国药师, 2010, 13(11):1646-1648.

[4] 苏庆东,李壮江. 孙 煦勇,王芳芳,李春燕,蓝柳根,覃音红,陈宝玉[J]. 3 岁-6 岁儿童逝世后单只供肾肾移植患者的跟踪随访与护理, 2014, 28(2):588-589.

[5] 曹兴华. 体外受精胚胎移植术后随访护理记录单的设计与应用[J]. 当代医学, 2012, 18(11):114.

[6] 王颖,林美雄,毛莎,等. 健康信念模式在肝移植受者术后

随访中的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(22): 2082-2084.

[7] 贺艳君,夏菊梅,赵庆华. 肾移植术后妊娠患者的随访监护及围生期护理[J]. 护理学杂志, 2011, 26(10):52-53.

[8] Willams KA, Muehlaerg SM, Lewis RF. How successful is corneal transplantation? A report from the Australian Corneal Graft Register[J]. Eye, 1995, 9(2):219-233.

[9] 史伟云,谢立信. 重视角膜移植术后免疫排斥反应的防治[J]. 中华眼科杂志, 2006, 42(1):3-5.

[10] 霍平,张艳鹰,刘福英,等. 深低温保存角膜行角膜移植术的护理[J]. 解放军护理杂志, 2000, 17(1):22-23.

[11] 关娟,王慧霞,盛豫,等. 72 眼穿透性角膜移植术后随访报告[J]. 中国实用眼科杂志, 2001, 19(7):525.

[12] 坑彩霞. 角膜移植术后免疫排斥反应的药物治疗[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2008, 30(5):382-384.

(收稿日期:2014-10-13 修回日期:2015-01-12)

集束化护理在新生儿雾化吸入中的应用*

黄秀芹,梁丽清,汤菊妹(广东省深圳市龙岗妇幼保健院产科 518172)

【摘要】 目的 探讨集束化护理应用于新生儿肺炎雾化吸入护理的策略与效果。**方法** 选择该院儿科 2013 年 6 月至 2014 年 6 月 120 例肺炎新生儿为研究对象,将其分为对照组和集束化护理组各 60 例,对照组采用常规护理方法,集束化护理组采用集束化护理。比较两组患儿心率、呼吸频率、脉搏血氧饱和度,临床症状改善时间及住院时间。**结果** 雾化吸入过程中和雾化吸入后,集束化护理组的心率、呼吸频率和脉搏血氧饱和度水平均较对照组有明显改善,两组间比较差异有统计学意义($P<0.01$)。集束化护理组患儿中断雾化吸入的发生率为 1.7%,明显低于对照组的 11.7%,差异具有统计学意义($\chi^2=4.821, P<0.05$)。集束化护理组患儿咳嗽明显减轻时间、呼吸困难消失时间、痰鸣音消失时间和住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 集束化护理策略应用于新生儿雾化吸入的临床护理具有较好的应用价值,不仅可快速改善患儿不良症状和体征,还可提高雾化吸入的应用效率,降低中断率,促进药物吸收与药效发挥。

【关键词】 集束化护理策略; 新生儿肺炎; 雾化吸入
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)10-1471-03

雾化吸入已经成为临床一种重要的辅助治疗方法,其原理是将药物及水分通过雾化装置打散成细小的雾滴,悬浮于气体送入患儿呼吸系统,对病灶起到湿化、祛痰、抗炎、解痉等作用^[1]。雾化吸入的用药量少,且可直击病灶部位,药物利用更高效,在儿科已经逐渐成为常见的非注射性辅助治疗方法,尤其在新生儿肺炎的治疗中具有积极作用。但新生儿由于年龄小、认知度低,雾化吸入时冷刺激易引起不适,造成患儿哭闹、摇头、挣扎,严重影响雾化吸入的效果。哭闹等各类不配合行为还可能加快患儿心率,增加耗氧量,甚至引起呼吸困难,增加临床的危险性^[2]。集束化护理是近年来的临床热点,但在新生儿肺炎的护理中比较少见^[3]。现对本院肺炎新生儿雾化吸入实施集束化护理,并探讨其应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院儿科 2013 年 6 月至 2014 年 6 月 120 例肺炎新生儿为研究对象,根据患儿入院时间,前 60 例为对照组,其中男 32 例,女 28 例,平均年龄(13.5±4.3)d;后 60 例为集束化护理组,其中男 33 例,女 27 例,平均年龄(13.1±

3.9)d。两组患儿一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)小儿肺炎诊断标准参照《儿科学》^[4]; (2)胎龄 32~42 周新生儿; (3)入院时间日龄 0~28 d; (4)体质量 2 000~4 500 g; (5)均行止咳、祛痰、平喘、神经营养、抗感染等基础治疗,并实施雾化吸入,治疗方案一致; (6)患儿家长对治疗方案知情并同意。

1.3 方法 研究采用双盲法,即雾化吸入操作由管床护士执行,临床相关数据由主管医师记录,本试验的设计及负责人员不参与临床操作及评价。

1.3.1 雾化方案 5 mg 地塞米松+4 mg 糜蛋白酶+7.5 mg 氨溴索(或 0.5~1.0 mg 布地奈德混悬液)应用氧气驱动雾化吸入装置,经面罩给氧,氧流量为 6~8 L/min,单次吸入时间为 15~20 min,每日 4 次,两次吸入需间隔 4~6 h,均连续治疗 7 d。

1.3.2 干预方法 (1)体位管理。对照组患儿常规取平卧位,头部略抬高;集束化护理组患儿取平卧或坐位实施雾化吸入,

* 基金项目:广东省深圳市龙岗区创新局基金项目(YS2013172)。