

化护理将传统分散的护理措施归纳起来,在传统健康教育的基础上增加了护理评估、生活护理指导、患者糖尿病足知识考核和糖尿病足自我护理技能考核等环节,比传统护理更系统,多项措施的共同执行比传统单个措施更能提高患者的结局^[11]。临床经验表明,量表中各个环节的评分和考核制度具有可评估性、可追溯性,更为科学;将患者进行分级,具有针对性^[12]。本研究在护理过种中制订的各种护理方法(如洗脚、剪趾甲)实施细则,有参考标准和护士示范,能够将传统理论转化为考核患者的实际执行,并可制订检查频率;透过考核对掌握程度进行正反馈,避免了传统方式只指导无反馈,有效提高了糖尿病患者对糖尿病足知识与足部护理操作的掌握情况,使其能够更好地对自身实施护理,有避免病情的发展及恶化。

综上所述,集束化护理用于住院期间糖尿病患者中的效果显著,不仅能有效预防糖尿病足意外发生,还能提高患者对糖尿病足的认识及足部护理操作的能力,有效改善患者的生命质量。

参考文献

[1] 胡鹏,张静,徐蓉. 集束化护理在预防糖尿病足意外发生中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(4): 417, 419.
 [2] Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2012, 28(Suppl 1): 225-231.
 [3] 邹倩,李登凤. 综合护理干预对预防糖尿病足效果的研究现状[J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(4): 154, 155.

[4] 周娜,侯爱红,刘丽,等. 保护动机理论在糖尿病高危足患者护理干预中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(4): 6-10.
 [5] 张卫星,张蔚蓝,杜红莲. 临床护理路径联合集束化护理提高护理管理质量的研究[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(13): 1564-1566.
 [6] 胡鹏,于效霞. 糖尿病足高危因素评分量表的信效度研究[J]. 护理学报, 2013, 20(5A): 1-4.
 [7] 李静,张月华,王美君,等. 2 型糖尿病足高危患者的足部护理行为现状及影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(18): 1357-1360.
 [8] 曾洁,裴锐,田素萍. 延续护理在糖尿病足高危患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(19): 2349-2351.
 [9] 陆晴,王娜,许红. 国内糖尿病足护理的研究进展与前沿分析[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(33): 4179.
 [10] Nirantharakumar K, Saeed M, Wilson I, et al. In-hospital mortality and length of stay in patients with diabetes having foot disease[J]. J Diabetes Complicat, 2013, 27(5): 454-458.
 [11] 王丽芹,李思慕,徐乃伟,等. 糖尿病足早期预防护理干预的研究进展[J]. 护理研究, 2015, 29(10): 3457-3459.
 [12] 戈越红. 强化护理教育干预预防糖尿病足的中远期效果评价[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(24): 200-201.

(收稿日期:2016-12-21 修回日期:2017-01-12)

• 临床探讨 •

循证护理模式与传统护理模式在老年消化性溃疡合并糖尿病患者中的对比研究

周 洪¹, 刘 阳²

(四川省遂宁市中心医院:1. 消化五病区;2. 内分泌代谢科 629000)

摘要:目的 探讨老年消化性溃疡合并糖尿病的循证护理方法。方法 选取该院就诊的老年消化性溃疡合并糖尿病 258 例作为研究对象,将其分成常规组和循证护理组,每组各 129 例,2 组分别采用常规护理方法和循证护理方法。循证护理采用提出问题、循证支持、护理干预的顺序进行,最后评估 2 组的疗效、护理满意度和住院天数。结果 循证护理组的总有效率为 88.37%,显著高于常规组的 78.29%,血糖平稳率为(86.37±15.21)%,显著高于常规组的(62.31±11.5)%,而住院天数则是循证护理组(19.62±5.31)d,低于常规组的(23.15±6.19)d,循证护理组满意度为(92.31±5.14)分,高于常规组的(75.36±8.16)分,差异均有统计学意义(P<0.05)。结论 循证护理可有效提高老年消化性溃疡合并糖尿病患者的疗效、血糖稳定性和护理满意度,缩短患者住院天数。

关键词:老年; 糖尿病; 消化性溃疡; 循证护理; 疗效

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.07.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)07-1026-03

消化性溃疡是消化内科最常见的疾病之一,而糖尿病是老年人的多发病和常见病^[1-2],因此常有老年消化性溃疡患者在入院时就已患有糖尿病。事实上,老年消化性溃疡合并糖尿病并不少见,有研究认为,这是因为糖尿病患者糖代谢异常,使局部消化道黏膜受到损伤^[3],从而更容易患消化性溃疡等疾病。然而,老年消化性溃疡合并糖尿病者的溃疡症状并不典型,很容易被忽视,导致溃疡愈合慢,血糖控制不稳,患者心理问题。因此,本研究就老年消化性溃疡合并糖尿病者的循证护理进行探讨,以增加其治疗效果,减少其高危因素。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2014 年 1 月至 2016 年 1 月住院的

消化性溃疡合并糖尿病老年患者 258 例作为研究对象。纳入标准:(1)糖尿病的诊断标准符合参考文献[4-5];(2)患者接受电子胃镜检查 and 幽门螺杆菌检查,消化性溃疡的诊断标准符合参考文献[6];(3)年龄在 60 岁及以上。排除标准:(1)病理诊断为恶性溃疡者;(2)合并感染、心肝肾功能不全、脑卒中等其他疾病者;(3)既往有胃癌病史、应激性溃疡、吻合口溃疡、肝硬化食管胃底静脉曲张破裂出血、消化道肿瘤出血及血液疾病所致出血者;(4)有排除降糖药外使用阿司匹林、抗凝剂等易引发消化性溃疡者;(5)有精神病者;(6)不同意本次研究者。

1.2 分组方法

将 258 例患者按就医的序号进行随机分为常规组和循证护理组,每组各 129 例。2 组的一般资料与临床溃

疡表现特点,见表 1、2。

表 1 2 组一般资料

组别	n	性别(n)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	糖尿病病史($\bar{x}\pm s$,年)	合并消化性溃疡病史($\bar{x}\pm s$,年)
		男	女			
常规组	129	79	50	67.38±15.31	15.27±10.2	5.21±2.06
循证护理组	129	78	51	66.28±14.95	15.31±9.98	5.06±1.98
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表 2 2 组临床表现特点(n)

组别	n	反酸	节律性疼痛	溃疡检出	十二指肠溃疡	胃溃疡	复合溃疡	幽门螺杆菌感染
常规组	129	28	14	37	20	64	42	78
循证护理组	129	25	16	39	24	62	43	75
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.3 护理方法 常规组护理方法按照常规的护理措施,如心理、饮食、运动护理及用药指导等。循证护理组在常规护理的基础上采取循证护理。

1.3.1 成立循证小组 根据本科室的人员情况成立循证小组,选出 1 名循证小组的组长、2 名副组长、9 名组员,组长由护士长担任,副组长则以本科室资历和学历均较高的护理人员担任,其余 9 名组员为本科室的护理骨干。

1.3.2 提出问题 根据临床中遇到问题提出问题。提出的问题:(1)如何解决患者的心理问题;(2)患者出现疼痛如何护理;(3)如何指导患者的饮食营养;(4)如何让进行健康科学的体育锻炼;(5)应如何增强患者的用药依从性。

1.3.3 循证支持 以“老年、糖尿病、消化性溃疡、护理”为关键词在 Pubmed、万方、知网等数据库进行搜索,通过阅读、讨论、分析等,对文献的真实性进行查证,并收集所需要的“循证支持”。

1.3.4 护理干预 根据之前提出的问题和所搜到文献支持,进行护理干预。具体方法包括 5 个方面。(1)心理护理。糖尿病与消化性溃疡属于身心疾病范畴^[3],单纯的糖尿病患者抑郁症发生率高于一群人,而老年人群发病率更高^[7],表现为多愁善感、思维迟缓,有的甚至悲观绝望。而单纯的老年消化性溃疡在焦虑、抑郁和躯体化表现最为显著^[8]。因此,老年糖尿病患者合并消化性溃疡后,抑郁、焦虑和躯体化表现更为严重。根据此心理特点进行针对性地心理护理,可收到较好的效果。其具体措施包括:①建立良好的护患关系。建立良好的护患关系是取得患者信任、配合的基础,只有患者对护理人员有信任度,才可能将心里的郁积倾诉或表现出来而寻求帮助。建立良好的护患关系包括在患者入院时热情接待,消除患者顾虑,设身处地为患者着想,提高专业修养和加强语言交流。②对患者进行认知、情绪干预。认知干预主要是帮助患者对自己病况有一个较为满意的了解。相关措施是鼓励患者说出心中对疾病的疑问,通过聆听并回答患者的疑问,在解释的时候以耐心、疏导的方式进行。为患者营造出“只要有疑问,医护人员都会以最大的努力给予解释”的氛围。而当患者出现不良情绪时候,以理解、鼓励态度去接受患者的不良情绪,利用病友、家属、医师等团体情感支持,提高患者的自信心。而对疾病存在否认、侥幸的心理的患者,则应一对一地进行健康教育,将不重视疾病治疗和康复的不良后果讲解给患者,提高患者重视程度。③培

养兴趣爱好。由于消化性溃疡合并糖尿病患者的焦虑、躯体化较严重,因此,培养兴趣爱好可以分散焦虑。兴趣爱好广泛,在院内可以采取读书看报、听音乐、看电视等方式,出院后可让患者种植花草、养动物、习书画、练舞蹈等。④加强与家属的沟通。家属作为长期陪伴和照顾患者主体人物,其言行对患者的心理影响极大。因此,要加强对家属进行健康教育,以探讨如何应对并化解患者出现的不良情绪。(2)疼痛护理。单纯的糖尿病患者多无疼痛方面的困扰,当合并有消化性溃疡后,就会出现疼痛问题。虽然老年糖尿病合并糖尿病患者相对年轻人,其疼痛敏感性低,疼痛发生率较低^[9],但依然有部分患者存在疼痛的困扰。本次循证护理组有 16 例出现节律性疼痛,59 例均为非节律性疼痛。疼痛所占比率为 58.14%。疼痛的出现会加重心理负担,降低机体免疫力,影响整个病况的发展。因此,有必要对疼痛进行有效的护理。其相关措施包括:对于节律性疼痛患者,了解患者疼痛的部位、时间,根据诊断结果向患者解释疼痛机制,同时根据医嘱为患者去除疼痛的各种因素;对于非节律性疼痛患者,每次疼痛时,护理人员可对其进行心理安抚,消除因疼痛而引发的焦虑情绪。对于疼痛严重者,必要时根据医嘱给予镇痛措施。(3)饮食指导。饮食控制既是糖尿病治疗的重要措施之一,也是缓解消化性溃疡的重要方法。老年人由于味觉减退、食欲下降等多种因素影响,形成对不好的饮食习惯^[10-12]。因此,如何进行良好的饮食指导成为此类患者需要重点解决的问题。首先,需要让患者了解能量总摄入的计算方法、食物的升糖指数,共同制订适合患者的健康食谱,并建立定时、定量、规律的饮食习惯,如有必要,在固定总摄入量的同时尽量少量多餐^[13]。(4)体育锻炼。消化性溃疡合并糖尿病患者需要增加运动量,并避开胃肠不适的时段。因此,不仅要增加有氧运动量,还需要进行合理的时间安排。此外,由于老人本身骨质疏松、骨关节问题,还需要选择运动的类型,如散步、做操、太极拳等。运动量及强度必须因人而异,循序渐进地从低强度到高强度。运动时间方面,应在餐后、餐前 2 h 进行^[14]。(5)用药依从性。几乎所有的老年糖尿病患者都需要终身服药,且服药均有时间、剂量等的严格要求,而消化性溃疡虽然不会终身用药,但也需要长期、规律服药^[15-16]。因此,老年消化性溃疡合并糖尿病需要按时、按量并坚持长期联合用药。老年人由于记忆力衰退和不良情绪的影响,很容易出现用药依从性差的状况。依从性降低将直接影响疗效。因此,提高

用药依从性对疗效影响非常大。相关措施为:院内时,护理人员要严格遵医嘱,按时、按量、按正确的种类给患者发药,并指导正确服药,为患者养成用药习惯,如教会患者使用闹钟,和日记表格形式,以正确服用药物的种类和剂量;教会患者观察用药后的反应,观察是否出现低血糖、消化道出血等情况,并在出现异常情况时进行正确处理。这一系列事情,也需要家属全程参与。事实上,老年人用药的依从性是否良好与家属的配合相关。

1.4 效果评估指标 (1)消化性溃疡疗效评估。痊愈:症状消失,溃疡愈合;好转:症状好转,溃疡面缩小 1/2;无效:症状改善不显著,溃疡未缩小或增大^[17]。(2)糖尿病疗效评估。以血糖控制平稳度来对糖尿病进行疗效评估。每天对患者检测 3 次血糖,若 3 次血糖均在正常范围之内(空腹血糖控制在 4.4~7.0 mmol/L,餐后血糖小于 10 mmol/L),则计为血糖稳定 1 d,

反之则不计入,最后计算血糖平稳天数占住院天数的比率,比率越高,血糖控制越好。(3)以满意度调查。通过本科室自制的护理满意度调查表进行,以 100 分为非常满意,0 分为不满意。分数越高,满意度越高。

1.5 统计学处理 将所有数据录入 Excel 并保存,需要统计分析时导入 SPSS19.0。计数资料采用例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

常规组总有效率为 78.29%,循证护理组为 88.37%,2 组比较,循证护理组疗效更好,差异有统计学意义($P < 0.05$);循证护理组的血糖平稳率和满意度均高于常规组,且住院天数少于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组疗效和满意度结果

组别	n	消化性溃疡疗效评估(n)			血糖平稳率($\bar{x} \pm s, \%$)	满意度($\bar{x} \pm s, \text{分}$)	住院天数($\bar{x} \pm s, \text{d}$)
		痊愈	好转	无效			
常规组	129	62	39	28	62.31 ± 11.50	75.36 ± 8.16	23.15 ± 6.19
循证护理组	129	78	36	15	86.37 ± 15.21	92.31 ± 5.14	19.62 ± 5.31
P		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

循证护理是护理人员在计划护理活动过程中,审慎、明确、明智地将科研结论与临床经验、患者愿望相结合,获取证据,作为临床护理决策依据的过程,虽然循证护理后于循证医学的研究,但它也是循证医学和循证保健必不可少的环节^[18-19]。本次循证护理用于老年消化性溃疡合并糖尿病,其最主要在 4 个方面,即提出问题、循证支持、护理干预、结果评估,其中前面 3 个方面环环相扣:问题的提出是后面 2 个的先决条件,而循证支持是找问题解决方法的必经之路,护理干预是实现解决问题的施行阶段,在结果评估中起着关键性作用。本研究通过临床资料提出 5 个护理问题,通过文献支持,找出解决 5 个问题的护理方法,结果评估表明,循证护理与常规护理比较,无论是疗效还满意度方面,均有着显著优势。

由于本次研究时间跨度较大,受医师、护理人员、患者、家属等等各方面各种因素影响,虽然最大限度排除差异性,但有可能有失偏颇,提出的问题不够全面。相信随着研究的不断深入,让循证护理在老年消化性溃疡合并糖尿病中的应用越来越好。

参考文献

[1] 陈娟,徐梅玉,梅小美,等.循证护理对老年消化性溃疡患者治疗依从性及生活质量的影响[J].世界华人消化杂志,2015(13):2180-2184.
 [2] 田慧.老年糖尿病的流行趋势和治疗策略[J].实用医院临床杂志,2014,11(1):1-4.
 [3] 卜文红.消化性溃疡合并糖尿病患者综合护理干预效果观察[J].糖尿病新世界,2015,35(7):230-231.
 [4] 中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版)[J].中国糖尿病杂志,2011,20(1):1227-1245.
 [5] 中国 1 型糖尿病诊治指南制定委员会.中国 1 型糖尿病

诊治指南[M].北京:人民卫生出版社,2013:21-23.
 [6] 中华消化杂志编委会.消化性溃疡病诊断与治疗规范建议(2008,黄山)[J].中华消化杂志,2008,28(7):447-450.
 [7] 罗晓玲,余丽芳,郭昆全.老年糖尿病患者心理状况分析及护理干预策略[J].职业与健康,2014,30(6):855-857.
 [8] 王权华,唐梅文,梁饶,等.老年消化性溃疡的临床特点及心理问题分析[J].首都医药,2013(6):32-33.
 [9] 范敏,杨超.浅谈老年消化性溃疡的临床特点及病理改变[J].中国老年学杂志,2009,29(4):486-488.
 [10] 熊玲.老年消化性溃疡患者的饮食护理[J].中国老年保健医学,2007,5(3):108.
 [11] 张金晶,林艳容.老年糖尿病患者饮食护理难点及对策[J].医学信息旬刊,2011,26(6):3546-3547.
 [12] 刘涛.对我国老年人饮食与健康问题的研究(一)[J].玉林师范学院学报(自然科学版),2008,29(3):152-156.
 [13] 胡鹏,徐文聪.少食多餐制对脆性糖尿病患者血糖的影响[J].护理学报,2009,16(21):34-36.
 [14] 沙莎.老年 2 型糖尿病运动疗法的护理探讨[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(16):87-88.
 [15] 李静.老年糖尿病患者服药依从性原因分析[J].医药论坛杂志,2006,27(2):76.
 [16] 刘永秀.护理干预对消化性溃疡患者治疗依从性及疗效的影响[J].吉林医学,2012,33(18):4022.
 [17] 黄小民.老年人消化性溃疡合并糖尿病的临床特点和治疗[J].中华老年医学杂志,2002,21(3):227.
 [18] 冯先琼,成翼娟,李继平,等.循证护理:护理发展新动向[J].实用护理杂志,2001,17(6):1-2.
 [19] 胡雁.正确认识循证护理推动护理实践发展[J].中华护理杂志,2005,40(9):714-717.