

[5] 陈主英,明瑜珊,邹显玲,等. 医护一体化模式在肝硬化食管静脉曲张套扎术后患者中的应用[J]. 现代临床护理, 2014,13(3):67-68.

[6] 罗显克,谭建英,王大东,等. 内镜下 3 种方法治疗食管静脉曲张破裂出血临床效果比较[J]. 现代生物医学进展, 2014,14(10):1919-1922.

• 临床探讨 •

[7] 李茂贞,李良平,张初民. 急诊内镜下套扎应用于肝硬化食管静脉曲张破裂出血的疗效及安全性评价[J]. 实用医院临床杂志, 2012,9(6):55-57.

(收稿日期:2017-02-22 修回日期:2017-04-20)

• 临床探讨 •

精细化管理在肿瘤住院患者跌倒风险管理中的应用*

赵玉兰,皮远萍,唐 玲,高翠娥,徐灵莉[△]
(重庆市肿瘤医院/重庆市肿瘤研究所/癌症中心 400030)

摘 要:目的 探讨精细化管理对肿瘤住院患者的跌倒风险发生情况。方法 选择该院 2015 年 1 月至 2016 年 6 月 28 338 例肿瘤住院患者进行跌倒风险管理,通过患者跌倒评估表,建立跌倒管理质量评价敏感指标和完善患者跌倒防范体系。结果 实施精细化管理策略前后进行比较,护士跌倒评估及时性由 98.8% 上升到 99.4%;准确性由 98.5% 上升到 99.5%;高危患者护理措施落实率由 94.1% 上升到 98.7%;肿瘤患者跌倒发生率由 0.12% 下降至 0.05%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 精细化跌倒风险管理,可提高护士跌倒风险管理能力,降低患者跌倒发生率,保障住院安全,是临床较为规范、有效的管理方法。

关键词:精细化管理; 肿瘤患者; 跌倒; 风险管理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.14.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)14-2121-04

精细化管理是由泰勒提出的一种管理理念,通过各种管理方法和手段将管理工作的每一个环节做到精确化、数据化,提高组织的执行力和效率^[1-2]。精细化管理模式的特征,概括为“精”、“准”、“细”、“严”4 个方面^[3]。随着社会人口老龄化及疾病谱的变化趋势,跌倒被定义为一种公共流行病,跌倒是住院患者常见的安全不良事件^[4]。肿瘤患者是特殊群体,年老是第一发病因素,受手术打击、放化疗、癌性疼痛、镇静镇痛药应用、颅内转移等因素的影响,发生跌倒的风险更高^[5-6];如果肿瘤患者住院期间跌倒,有可能发生更为严重的损伤,甚至危及生命^[7-8]。防范与减少住院患者跌倒是原卫生部十大安全目标之一,也是评价医院护理质量的一项重要内容。现探讨适合肿瘤专科医院的跌倒管理方法,通过医院精细化管理整体思路,根据该院近 3 年的跌倒不良事件,建立以问题为核心,以结果为导向的精细化跌倒专项管理策略^[9]。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1—6 月和 2016 年 1—6 月该院 15 个科室 26 个病区的 28 338 例符合标准的住院肿瘤患者,进行精细化跌倒管理应用研究。纳入标准:住院 24 h 以上,思维正常、无沟通障碍且自愿参加本研究者;排除标准:住院不足 24 h、意识不清、不合作或语言交流障碍者及非肿瘤住院患者。选取 2015 年 1—6 月的 13 468 例肿瘤患者为对照组,按常规方法进行管理(如常规评估、健康宣教等);2016 年 1—6 月收治的 14 870 例肿瘤患者为观察组,进行精细化跌倒风险管理。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 数据收集 2013—2015 年 62 例跌倒不良事件,剔除 1 例糖尿病患者,1 例冠心病患者,共 60 例肿瘤住院患者跌倒,从跌倒事件发生前高危风险评估是否高危、发生时间及地点、发生疾病及科室、护士的能级、所处的治疗阶段、跌倒环境、跌

倒伤害严重程度(分级标准依据 3 级肿瘤医院评审标准参考内容)等方面进行资料收集。

1.2.2 控制小组及发生科室原因分析 (1)66.67% 跌倒患者为大于或等于 60 岁,80% 跌倒为如厕、化疗所致(疲乏、恶心呕吐、化疗水化、虚弱等)、疾病因素(如肺癌上腔静脉压迫综合征等所致咳嗽、头晕等),而非高危跌倒达 56.7%,主要原因为跌倒量表特异性不高、跌倒专项培训不够、动态评估不足、疾病因素、地面不平及湿滑等因素。(2)高危患者跌倒仅占 43.3% (26 例),而非高危患者达 56.7% (34 例),可能与跌倒风险评估量表特异性不高有关;也可能与护理人员未做好动态评估,风险评估欠准确、或对非高危跌倒患者的个别单项因素重视不足有关。近半数患者(27 例)因如厕发生跌倒(床边至卫生间区域),跌倒发生的高危时段为 4:00—8:00、10:00—12:00,第 1 个时段主要为患者早醒,如厕时间的早高峰,患者不便/不愿打扰休息的家属/陪护,同时也是病室保洁时间点,患者行为能力相对较低、地面湿滑及不平等危险因素;第 2 个时间段为患者治疗高峰,如厕频率增加,护士工作量繁忙时段。胸外科为跌倒发生第一的科室。肺癌患者,特别是合并上腔静脉压迫综合征者,通常咳嗽引发头晕进一步增加跌倒风险。11 例患者跌倒发生在化疗期间(包括用药后 1 周内),可能与使用化疗药物有关,化疗后药物引起恶心呕吐;化疗药物需要水化,小便次数增多;化疗方案含有镇静成分;活动减少,便秘增加等,容易导致患者跌倒^[8,10]。护士能级为 N0~N2(N0:7.69%,N1:53.85%,N2:38.46%),N1 护士比例较大,工作经验相对缺乏,风险预见能力不强,缺乏防范跌倒技能组合,健康教育不到位等。5 例患者因请假或未假自行回家,家中沐浴、卫生间等发生跌倒;3 例办理出院后在回家途中发生跌倒,与患者及家属跌倒防范知识掌握不全及大安全体系不健全有关。

1.2.3 提高跌倒风险评估量表的准确性 在国内外跌倒研究的基础上,结合肿瘤的特殊性、临床实际情况和专业解释,修订

* 基金项目:重庆市沙坪坝区科委课题资助项目(SF-201502)。
[△] 通信作者:E-mail:15823276672@163.com。

肿瘤住院患者的跌倒风险评估量表。涉及年龄、现病史、既往史、使用药物、家庭支持系统、排泄等 9 个维度,有无上腔静脉压迫综合征、颅内转移、骨质破坏、便秘、尿频,是否使用镇痛药等 26 个条目的评估量表。该量表更体现肿瘤的特殊性,如增加上腔静脉压迫综合征、是否使用镇静镇痛、化疗药等。经预实验量表的 Cronbach, s α(克隆巴赫)系数为 0. 86,量表内容效度 0. 74,重测信度为 0. 73~0. 89,有较高的信效度,跌倒高危评分达 91. 67%。该量表采用分数叠加制,1 个条目中如果有多因素,分数可叠加,分数越高代表跌倒风险越高。评估结果判定:总评分 1~2 分为低度危险,>2~5 分为中度危险,>5 分为高度危险^[8]。

1. 2. 4 质量评价标准 设立全院及各科跌倒管理控制线及预警线。控制线:近 3 年全院跌倒发生率平均值 0. 62%设为控制基线。预警线:近 3 年跌倒发生率(年)最低值 0. 43%设为预警线。计算公式为:单位时间内跌倒/坠床发生率(‰)=单位时间住院跌倒或坠床例数/收治住院患者总例数×1 000%。

1. 2. 5 评估环节 患者入院 2 h 内完成首次评估,床旁进行,且评估表挂于床旁;低危每周评估 1 次,中危每 3 天评估 1 次,高危每天评估 1 次,病情变化随时动态评估。

1. 2. 6 高危患者及高危科室 3 级跟踪管理 >5 分的高危患者应建立科室-片区-护理部 3 级跟踪管理,科护士长(每周 2~3 次检查)、大科护士长(每周 1 次督导)、护理部(每周 1 次随机巡查)动态管理跟踪,评价措施落实效果进行专项检查。对跌倒发生高危科室做专项分析及质量改进计划并落实,片区及护理部对改进效果进行追踪评价。在跟踪管理过程中,除对科室风险评估、防范、健康教育等进行重点督导之外,还加强对科室人力资源配置、科室排班、重点时段高危患者陪护在位情况、科室相关设施设备的完善等进行督查。

1. 2. 7 专题培训及警示教育 护理部每季度进行不良事件案例分享与警示教育,科室之间进行经验交流;科室发生后 3 d 内进行讨论;制作医院预防跌倒视频,实施应急演练,定期组织护士跌倒评估、预防措施、健康教育等知识培训;组织全院护士业务学习,解读跌倒敏感指标评价的构建与实施。每月对跌倒事件数据进行整理、分析、讨论^[11]。季度进行住院患者跌倒等风险防范及质量安全文化培训,责任护士对跌倒风险进行正确识别,制定个性化的照护方案并实施有效。

1. 2. 8 完善跌倒防范体系和奖惩制度 安全管理小组成立,护理部主任为组长、护理部干事、大科护士长、科护士长、病区安全管理员等组成,科室则由科护士长为第一责任人,跌倒管理

制度修订,跌倒应急处理(应急流程、应急演练);通过制度的完善,提高执行率,确保流程中各个环节的落实^[12]。发现漏报或未及时上报,安全管理小组就情况严重程度组织讨论分析,确定事件性质、责任人等。如直接造成不良后果者,扣除当月考核分并与奖金挂钩;半年及全年达到医院及科室的控制目标(控制线及预警线),给予相应的绩效奖励。

1. 2. 9 建立防跌倒团队 建立后勤、设备、宣教、质管部、医疗、护理等跨学科防跌倒伤害团队,全员参与质量管理,创建预防跌倒安全文化氛围,创新医疗管理与医疗服务模式。对医院影响患者安全的区域进行改进,医院质量管理部进行协调安排,定期在医院“OA”质量管理进行跌倒等专题风险预警。对全院医师及行政后勤人员进行预防跌倒的教育及技能的培训,医院办公室宣传科组织开展科普讲座,提高患者及家属健康教育效果,增强依从性等,建立以全员参与预防跌倒的安全文化。

1. 3 评价方法 比较精细化管理前后患者住院期间跌倒的发生率(住院期间跌倒发生例数/住院期间入组病例数);比较跌倒精细化管理前后护士实施跌倒风险管理相关行为执行情况(每月护理部不定期组织专人对每个病区 3~4 名责任护士管理肿瘤住院患者按护理部跌倒质量检查标准进行评价,主要评价护士对跌倒的评估率(首次评估情况)、及时性(低危每周评估 1 次,中危每 3 天评估 1 次,高危每天评估 1 次情况)、动态性(病情变化时的评估情况)、准确性(项目是否评估全面与准确等)、高危上报率(高危 OA 上报情况),以及高危患者护理措施落实情况(按检查项目逐条检查)。

1. 4 统计学处理 采用 SPSS18. 0 统计软件进行数据分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,使用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,应用 χ^2 检验, $P < 0. 05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2. 1 患者一般资料结果比较 见表 1。

2. 2 精细化管理前后肿瘤患者跌倒发生率结果比较 2015 年跌倒发生率首位科室胸外科 2016 上半年无跌倒发生;2015 年上半年肿瘤住院患者跌倒发生率为 0. 12%,高危跌倒 37. 50%;实施精细化管理策略后跌倒发生率为 0. 05%,高危跌倒 85. 71%,两者比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4. 483, 0. 034; P < 0. 05$)。见表 2。

2. 3 跌倒质量专项检查结果比较 实施精细化管理后,护士对跌倒的评估率、及时性、动态性、准确性、高危上报率及高危患者护理措施落实情况都优于实施精准化管理前,差异有统计学意义($P < 0. 05$)。见表 3。

表 1 2 组患者一般资料结果比较

组别	例数(n)	男性	女性	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	呼吸系统肿瘤	消化系统肿瘤	血液系统肿瘤	妇科肿瘤	其他
		[n(%)]	[n(%)]		[n(%)]	[n(%)]	[n(%)]	[n(%)]	[n(%)]
观察组	14 870	6 832(45. 9)	8 038(54. 1)	59. 40±15. 48	6 141(41. 3)	2 721(18. 3)	1 338(9. 0)	2 439(16. 4)	2 231(15. 0)
对照组	13468	6 079(45. 1)	7 389(54. 9)	57. 60±12. 12	5 455(40. 5)	2 330(17. 3)	1 360(10. 1)	2 155(16. 0)	2 168(16. 1)
χ^2/t		1. 86		0. 38			2. 618		
P		0. 17		0. 72			0. 106		

表 2 2 组患者跌倒发生率结果比较

组别	例数(n)	高危数[n(%)]	跌倒发生			发生率(‰)
			高危[n(%)]	中危(n)	低危(n)	
对照组	13 468	2 543(0. 19)	6(37. 50)	7	3	0. 12
观察组	14 870	3 147(0. 21)	6(85. 71)	1	0	0. 05

表 3 2 组患者精细化管理前后护士实施跌倒风险管理结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	高危数	跌倒评估及措施落实					
			评估率	及时性	动态性	准确性	高危上报率	高危患者护理措施落实率
观察组	4 147	859(0. 21)	4 147(100. 0)	4 122(99. 4)	4 113(99. 2)	4 125(99. 5)	859(100. 0)	848(98. 7)
对照组	4 069	626(0. 15)	4 023(98. 9)	4 021(98. 8)	3 997(98. 2)	4 007(98. 5)	594 (94. 9)	589(94. 1)
χ^2			47. 146	7. 760	14. 543	20. 021	44. 878	24. 817
P			0. 000	0. 005	0. 000	0. 000	0. 000	0. 000

3 讨 论

3.1 精准化管理模式在肿瘤住院患者跌倒风险管理的实施

精细化管理是现代发展的需要,也是医院管理的需要,其公开性高,具有较好的可操控性,是一种先进的管理理念^[13]。实施肿瘤住院患者跌倒风险精细化管理中,“精”即精益求精,整个护理团队尽自己所能把跌倒的有效管理和提升优质服务工作做到最好,保障患者安全。“准”即准确无误,发现找准问题才是解决问题的关键^[14]。通过对近 3 年跌倒不良事件发生情况进行根本原因分析,准确详细找出医院自身特点影响跌倒的因素。“细”指将工作细化,将管理流程及服务措施进行规范细分,落实到人^[15]。通过对跌倒结果质量评价标准细化;评估环节细化;高危患者及高危科室 3 级跟踪管理细化;专题培训及警示教育细化;组织管理细化;奖惩制度细化等环节进行改进与监督,确保跌倒护理安全措施落实有效。“严”即严格管理,对敏感指标的严谨修订、各个环节严格执行、追踪评价严格监管,确保流程严格落实并与绩效挂钩。实施精细化管理后,护士对跌倒的评估率、及时性、动态性、准确性、高危上报率,以及高危患者护理措施落实情况都优于实施精准化管理前,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.2 精细化管理有效提高跌倒风险管理的工作效率 安全是医院管理的重点,精细化管理实质是持续改进,所谓“精细”就是改善,“化”就是持续,“精细化”就是在原来的基础上越来越精细,即持续改进之意^[16]。临床通用的《防范住院患者跌倒/坠床评估表》,是持续改进肿瘤跌倒的评估量表,增加现病史有无颅内转移、骨质破坏、上腔静脉压迫综合征;增加药物使用的镇痛镇静药、静脉化疗药物,删除散瞳药物等,提高量表对肿瘤患者的特异性及敏感性,防跌倒更准确。过去,跌倒管理进行随机巡查,而现在每月不定期对跌倒管理工作进行专项检查,促进科室加强组织跌倒管理、培训、督导,提高护士风险预测能力和措施执行力,促进科室管理的常态规范运行,有利于保障患者安全,体现持续改进。2016 年 1 月实施跌倒精准化管理,有效降低跌倒的发生率,由 0. 12‰下降至 0. 05‰,护士对跌倒的评估率、及时性、动态性、准确性、高危上报率,以及高危患者护理措施落实情况明显提高,提升护理人员跌倒风险管理能力,体现持续质量改进,从而保障患者的安全。

3.3 跌倒精细化管理实现全院各职能部门工作的渗透和结合 为保障肿瘤患者住院安全,减少跌倒事件的发生,精细化管理的过程中建立跨学科防跌倒伤害团队,后勤部门加强了对医院环境的评估及改造;设备部加强了对出行设施的定期检查与维修;对新大楼基础设施的建设进行评估与改进,医院质量管理部门定期在医院“OA”质量管理栏进行跌倒专题风险预警,宣教科组织开展跌倒科普讲座提高患者及家属的健康意识等。精细化管理将跌倒管理精准到科室,细化到措施,深入到改革,规范到临床,实现了组织管理和各职能单元持续、精确、高效、渗透、协同的运行,保证了全院医疗机构设施的完善,构建了以激励愿景和正向强化为引导的质量安全文化。医院跌倒精细

化的管理不仅实现降低跌倒事件,提升护理人员跌倒风险管理能力;实现医疗护理工作,临床与后勤,临床与行政等各部门管理工作相渗透、相结合,构建一种新的医疗管理与医疗服务创新。

3.4 肿瘤患者跌倒的预防大于治疗 患者发生跌倒不仅为患者带来痛苦,还加重病情,增加经济负担,引起医疗纠纷^[17]。采用精细化管理对跌倒风险管理,采取切实有效的办法预防跌倒。实施后仍有 7 例跌倒,其中 1 例“中危”发生跌倒,值得护理管理者进一步思考和改进。有些患者跌倒风险评估量表总分评分未达到高危,但单项因素仍存在很大的跌倒风险,易被低年资的护士所忽略。护理人员比较重视“高危”患者管理,易忽略其他患者跌倒的预防,从而“中危”、“低危”患者也有可能容易发生跌倒。因此,不仅要利用评估工具对患者进行跌倒高危筛查,但同时要加强全民风险防范意识,肿瘤住院患者跌倒的预防大于治疗。

综上所述,预防肿瘤患者跌倒是一项困难而复杂的工作。根据数据找准医院自身特点,对影响患者跌倒的因素进行分析,通过构建以问题为核心,以结果为导向,以评估、预防、干预过程监控为重点的精细化管理模式对肿瘤住院患者进行跌倒风险管理,是临床一套较为规范、有效的管理方法,可供临床广泛使用。但在跌倒的风险管理上,还有很多方面值得不断探索。需更多的医护工作者不断探索跌倒防护措施,将肿瘤患者跌倒的发生率降到最低,从而延长生存期,提高肿瘤患者生活质量。

参考文献

[1] 温德诚. 精细化管理[M]. 北京: 新华出版社, 2007: 1-5.
[2] 李惠蓉. 精细化管理在提升护理安全中的运用[J]. 医学美学美容(中旬刊), 2015, 5(5): 383-384.
[3] 闫雪冬, 陈瑛, 张焕萍. 浅谈精细化管理在医学科研管理中的运用[J]. 中华医学科研管理杂志, 2013, 6(1): 31-33.
[4] 徐灵莉, 邓本敏, 蒋娟. 肿瘤患者跌倒防范体系的构建及应用研究[J]. 护理研究, 2016, 30(9): 3091-3095.
[5] 段爱武, 徐雪晴. 优质护理流程管理在预防肿瘤放化疗病人跌倒中的应用[J]. 全科护理 2013, 8(11): 8-11.
[6] 伦学萍, 李小金, 吴云珊, 等. 预见性护理在老年肺癌化疗患者防跌倒中的应用[J]. 健康之路, 2013, 12(10): 329-330.
[7] Carpenter CR, Scheatzle MD, Antonio JA, et al. Identification of fall risk factors in older adult emergency department patients[J]. Acad Emerg Med, 2009, 16(3): 211-219.
[8] 徐灵莉, 皮远萍, 石洋. 肿瘤患者化疗期间跌倒风险评估的结果分析[J]. 中国护理管理, 2016, 16(8): 1106-1111.
[9] 葛文娥. 精细化管理在护士长能力培养中的实践与体会[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 22(15): 175-177.

- [10] 伦学萍, 李小金、吴云珊, 等. 预见性护理在老年肺癌化疗患者防跌倒中的应用[J]. 健康之路, 2013, 12(10): 329-330.
- [11] 唐玲, 徐灵莉, 周娜, 等. 基于实证分析的肿瘤住院患者跌倒管理策略[J]. 中国护理管理, 2016, 16(10): 18-20.
- [12] 邓菲菲, 甘秀妮, 唐玮. 防范住院患者跌倒的管理策略研究及其实效观察[J]. 中国全科医学, 2011, 14(7): 794-796.
- [13] 李菁华. 精细化管理在肿瘤患者化疗护理管理中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2015, 2(13): 226-227.
- [14] 吴宏彪. 医院精细化管理[M]. 北京: 新华出版社, 2015: 3.
- [15] 叶锋, 周影, 池文渊, 等. 刍议医院科研工作的精细化管理[J]. 中华医学科研管理杂志, 2009, 22(4): 253-254.
- [16] 胡英杰, 刘晓芯. 集束化护理策略预防老年患者跌倒的效果[J]. 解放军护理杂志, 2015(18): 64-66.
- [17] 金艳, 黄尉萍, 陈红, 等. 住院患者发生跌倒高危因素分析及护理干预[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(5): 37-38.
- (收稿日期: 2017-03-12 修回日期: 2017-05-20)

• 临床探讨 •

精神分裂症合并糖尿病患者实施护理干预的疗效分析

黄泽慧, 李书琴[△]

(重庆市精神卫生中心 400036)

摘要:目的 探讨精神分裂症合并糖尿病患者进行护理干预的临床效果。方法 收集 2014 年 2 月至 2016 年 2 月该院 196 例精神分裂症合并糖尿病患者, 根据抛硬币法进行分组, 正面为对照组, 反面为实验组, 各 98 例。2 组患者均服用阿立哌唑片治疗, 对照组采用常规护理干预, 实验组则接受综合护理干预。观察并比较 2 组患者的血糖变化情况、依从性, 以及护理前后的生活质量评分。结果 2 组患者护理前空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(2 hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)水平比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 护理后实验组 FBG、2 hPG、HbA1c 水平均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组行护理前依从性比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 护理后实验组依从性(83.67%)显著高于对照组(64.29%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组生活质量评分明显高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 精神分裂症合并糖尿病患者行护理干预后, 不仅能改善患者的血糖水平, 还能提高依从性和生活质量, 可在临床护理中推广和应用。

关键词:精神分裂; 糖尿病; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.14.045 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)14-2124-03

精神分裂症是临床较为复杂的精神疾病, 造成患者不同程度的思维障碍、认知异常, 以及社会功能缺失等临床症状, 严重影响患者身体健康和生活质量^[1-2]。糖尿病作为临床常见的慢性疾病, 具有病程时间长、长期用药的特点^[3-4]。目前, 治疗糖尿病最有效的方式是通过药物控制联合饮食干预, 但精神分裂症患者存在严重的认知障碍和自控性差等特点, 患病期间对药物干预和护理干预的依从性较差, 饮食习惯并不合理和规范, 严重影响预后效果^[5-6]。现通过护理干预改善精神分裂症合并糖尿病患者的血糖水平, 提高预后效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究在患者知情同意下开展, 选择 2014 年 2 月至 2016 年 2 月该院收治的 196 例精神分裂症合并糖尿病患者, 根据抛硬币法进行分组, 正面为对照组, 反面为实验组, 各 98 例。实验组男 48 例, 女 50 例, 年龄 24~70 岁, 平均年龄(55.6±12.1)岁, 病程 3~18 年, 平均病程(6.3±2.1)年; 对照组男 46 例, 女 52 例, 年龄 26~74 岁, 平均年龄(56.2±12.8)岁, 病程 4.5~19.5 年, 平均病程(6.9±2.8)年。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法 所有患者均服用阿立哌唑片(浙江大冢制药有限公司, 批准文号: 国药准字 H20061304)治疗, 初始服用剂量为 5 毫克/天, 用药 1 周后, 每间隔 7 d 增加服用剂量 5 mg, 最大服用剂量小于或等于 30 mg/d。(1)对照组采用常规护理干预。(2)实验组则接受综合护理干预: ①饮食护理。患者在患病期间需严格按照护理人员所制定的饮食方案进食, 同时,

护理人员需要向患者及家属详细讲解有关饮食干预对控制血糖的重要性和必要性, 不仅能有效控制低血糖和高血糖水平, 还能够帮助患者形成正确的饮食习惯, 并积极寻求患者家属的配合和理解。护理人员每周对患者进行体质量测量 1 次, 并根据患者的实际病情和体质情况制定针对性的饮食方案, 正确指导患者严格控制摄入营养、热量, 遵循低脂、低盐的进食原则, 多食用富含维生素和易消化的高纤维食物为主, 若患者出现饥饿等现象, 可以适当添加蔬菜等。此外, 对外来访问和探望人员、家属, 明确告知严禁携带含糖量和含油量过高的食物。患者各项血糖指标得到良好控制后, 可以在两餐之间适当增加含糖量较低的水果, 如桃子、西瓜、梨子等。由于精神分裂症患者的依从性较差, 为避免患者过量食用水果, 应该由护理人员定时、定量发放。患者的服用药量和饮食含量应该控制在平衡状态下, 每一餐的饮食量相对平稳和固定, 同时需密切观察患者的每餐饮食量, 相应减少或增加服用药量。②心理护理。糖尿病是长期性疾病, 加之精神分裂症疾病的困扰, 患者通常会呈现不同程度的焦虑和抑郁等不良情绪, 护理人员需采取耐心的态度和温柔的语言进行积极的交流和沟通, 深入了解患者的内心困惑和不良情绪, 适当给予一定的心理疏导, 每周 2 次, 可根据实际情况采取单一疏导和集体疏导。向患者及家属详细讲解有关该类疾病的发生机制和相关注意事项, 寻求患者家属的配合和理解, 积极树立对抗疾病的信心和勇气, 进而达到消除患者不安心理情绪的目的。③运动护理。护理人员需要根据患者的身体情况, 适当安排一些运动和锻炼活动, 教学唱歌、节假日文艺汇演及下棋等活动, 使患者长时间处于一个较为愉悦

[△] 通信作者: E-mail: 1253623047@qq.com。