

“正”复位手法可减轻疼痛,提高腰椎活动度及腰椎功能,且安全性高,具有较高临床应用价值。

参考文献

- [1] 刘晓雪,张彦军,邓强,等. 杜仲腰痛丸联合腰椎牵引治疗早期腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 西部中医药,2022,35(10):97-99.
- [2] 李旻,刘英杰,王娜,等. 身痛逐瘀汤加减方联合腰椎牵引疗法治疗腰椎间盘突出症急性期的临床观察[J]. 中国中医急症,2022,31(5):833-836.
- [3] 屈志强. 不同强度腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症的随机对照研究[J]. 山西医药杂志,2021,50(17):2548-2550.
- [4] 金宝利. 颈腰椎整脊手法对腰椎间盘突出症的腰部功能、伸肌群生物力学特性及疼痛程度的影响[J]. 颈腰痛杂志,2022,43(5):769-770.
- [5] 陈灏珠,钟南山,陆再英. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:731-735.
- [6] WATERFIELD J, SIMM J. Clinical assessment of pain by the visual analogue scale[J]. Br J Ther Rehabi, 2013, 3(2):94-97.
- [7] 孙兵,车晓明. 日本骨科协会评估治疗(JOA 评分)[J]. 中华神经外科杂志,2012,28(6):623.
- [8] 孔博,颜威,刘素君,等. 腰椎间盘突出症非药物保守治疗

的研究进展[J]. 上海中医药杂志,2022,56(4):97-101.

- [9] 朱干,李明明,陈东军,等. 短杠杆手法配合牵引对腰椎间盘突出症患者疼痛、椎间孔横径的影响[J]. 湖北中医药大学学报,2021,23(1):89-91.
- [10] 黄丹,赖居易,何升华. 动筋针法联合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报,2022,39(9):2048-2052.
- [11] 邹先福,肖胜全,薛会勋. 中药穴位贴敷结合腰椎牵引疗法在腰椎间盘突出症急性疼痛患者的应用[J]. 四川中医,2021,39(9):138-142.
- [12] 钟远鸣,叶伟权,邱伟,等. 腰椎间盘突出症的中医药治疗进展[J]. 海南医学院学报,2022,28(6):471-475.
- [13] 张横滔,任燕,陆华,等. 整脊手法结合核心肌群训练治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(1):115-118.
- [14] 蒿飞,杨晓梅,范文海,等. 针刺夹脊穴结合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症疗效及对腰椎功能、炎性因子的影响[J]. 中医学报,2022,37(7):1535-1540.
- [15] 李道通,鲍铁周. 三维脊脊疗法整脊治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 颈腰痛杂志,2021,42(1):109-111.

(收稿日期:2023-02-28 修回日期:2023-10-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.035

腰椎间盘突出症患者疾病不确定感及其相关影响因素分析

肖莹,王思敏,徐金艳,夏琴,黄丽君[△]

江西中医药大学附属医院护理部,江西南昌 330006

摘要:目的 探讨腰椎间盘突出症(LDH)患者疾病不确定感,并分析其影响因素。方法 选择2020年5月至2022年5月该院收治的LDH患者84例进行前瞻性研究,采用以中文版疾病不确定感成人量表(MUIS-A)评估其疾病不确定感,设计基线资料调查表,统计所有患者的临床资料,采用多元线性回归分析影响LDH患者疾病不确定感的相关因素。结果 84例LDH患者疾病不确定感得分平均为(85.11±8.69)分。社会支持低下、文化程度初中及高中、自我效能低下和家庭月收入<6 000元的LDH患者疾病不确定感得分均高于社会支持良好、文化程度大专及以上、自我效能良好和家庭月收入≥6 000元的患者($P<0.05$)。多元线性回归分析显示,社会支持、文化程度、自我效能以及家庭月收入是LDH患者疾病不确定感的影响因素($P<0.05$)。结论 LDH患者疾病不确定感处于中等水平,社会支持、文化程度、自我效能以及家庭月收入对LDH患者疾病不确定感的影响较大。

关键词:疾病不确定感; 影响因素; 腰椎间盘突出症; 自我效能; 文化程度

中图分类号:R473.6

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)24-3727-04

腰椎间盘突出症(LDH)是临床骨科常见疾病,可导致患者慢性腰背痛、下肢放射痛等,且病情迁延难愈、易反复,治疗周期较长,影响患者正常工作,并且对患者心理及社会功能也存在负面影响,降低生活质量^[1]。手术是治疗LDH的有效方式,疗效确切,但患者因受病情影响,自身抵抗能力较低,对病情的反应

更为剧烈,对手术和预后情况的担忧程度更高,具有较高的疾病不确定感^[2]。既往研究指出,疾病不确定感是影响患者治疗、康复的重要因素^[3]。所以,及早掌握LDH患者疾病不确定感的可能因素,对改善患者预后具有积极意义。鉴于此,本文将调查影响LDH患者疾病不确定感的相关因素。

[△] 通信作者, E-mail:13726485@qq.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2020 年 5 月至 2022 年 5 月该院收治的 LDH 患者 84 例进行前瞻性研究。纳入标准:符合 LDH 诊断标准^[4];均为初次发病;于本院接受治疗措施。排除标准:合并精神分裂症、抑郁症等精神疾病;合并骨质疏松症、骨关节炎等其他骨科疾病;存在认知功能障碍,不能独立完成调查问卷;存在凝血机制障碍;因合并严重并发症,无法继续研究;个人原因中途退出;本研究未结束参加其他研究。本研究经本院医学伦理委员会审批通过(JZFYLL 20220727022)。所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 疾病不确定感评估 所有患者接受中文版疾病不确定感成人量表(MUIS-A)^[5]调查。该量表包括 4 个方面,即明确性、复杂性、信息缺乏性以及不可预测性,共 33 个条目,总分为 32~160 分,分数越高表示患者疾病不确定感越强烈。总分 32~74 分为低水平,总分 75~117 分为中水平,总分 118~160 分为高水平。

1.2.2 一般资料调查 收集患者性别、年龄、社会支持、婚姻状况、文化程度、自我效能、家庭月收入情况。社会支持:采用领悟社会支持量表(PSSS)^[6]评估,该量表由 12 个条目 3 个分量表组成,总分 12~84 分,总分≤36 分为社会支持低下,>36 分则为社会支持良好。自我效能:采用一般自我效能感量表(GSES)^[7]评估,该量表共 10 个条目,总分 10~40 分,总分≤20 分为自我效能低下。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以 *n*(%)表示,比较采用 χ^2 检验;采用线性回归分析 LDH 患者疾病不确定感的相关影响因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疾病不确定感得分 84 例 LDH 患者疾病不确定感得分为 59~107 分,平均(85.11±8.69)分。

2.2 不同临床资料的 LDH 患者疾病不确定感得分比较 社会支持低下、文化程度初中及高中、自我效能低下以及家庭月收入<6 000 元的 LDH 患者疾病不确定感得分高于社会支持良好、文化程度大专及以上、自我效能良好以及家庭月收入≥6 000 元的患者($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 多元线性回归分析影响 LDH 患者疾病不确定感的相关因素 将患者疾病不确定感得分作为因变量,将表 1 中 $P < 0.05$ 的文化程度、社会支持、自我效能以及家庭月收入作为自变量,分别用哑变量 X_1 、

X_2 、 X_3 、 X_4 表示并赋值(表 2),进行多元线性回归分析。结果显示社会支持、文化程度、自我效能和家庭月收入是 LDH 患者疾病不确定感的影响因素($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 不同临床资料的 LDH 患者疾病不确定感比较

资料	<i>n</i>	MUIS-A($\bar{x} \pm s$,分)	<i>t</i>	<i>P</i>
性别				
男	43	84.20±8.60	0.871	0.386
女	41	85.84±8.65		
年龄(岁)				
≥60	40	84.05±8.47	0.974	0.333
<60	44	85.86±8.54		
文化程度				
初中及高中	39	89.80±8.87	5.641	<0.001
大专及以上	45	79.08±8.14		
社会支持				
低下	37	88.97±8.67	4.702	<0.001
良好	47	80.17±8.24		
婚姻状况				
已婚	40	83.75±8.26	1.296	0.199
未婚/离异	44	86.13±8.54		
自我效能				
低下	43	88.98±8.16	4.438	<0.001
良好	41	80.83±8.67		
家庭月收入(元)				
<6 000	39	89.05±8.47	5.177	<0.001
≥6 000	45	79.71±8.05		

表 2 自变量说明与赋值

因素	变量名	赋值情况
文化程度	X_1	初中及高中=1,大专及以上=0
社会支持	X_2	低下=1,良好=0
自我效能	X_3	低下=1,良好=0
家庭月收入	X_4	<6 000 元=1,≥6 000 元=0

表 3 多元线性回归分析影响 LDH 患者疾病不确定感的相关因素

因素	<i>B</i>	β	<i>B</i> 的 95%CI	<i>t</i>	<i>P</i>
文化程度	1.555	1.576	0.488~5.676	6.546	0.011
社会支持	0.557	0.366	0.086~7.238	2.797	0.007
自我效能	1.344	1.425	1.027~8.857	6.523	0.003
家庭月收入	0.559	0.267	0.146~7.465	2.654	0.021

3 讨 论

LDH 是指在腰椎间盘突出退行性病变的基础上,受外力作用纤维环破损,继而压迫神经根引发腰腿痛和神经功能障碍,患者常伴有不同程度的放射性疼痛^[7]。目前,手术是治疗 LDH 的主要手段,可有效纠正畸形阶段,缓解患者病情,但因患者对疾病的认知程度普遍较低,存在不确定感,影响临床治疗效果^[8]。并且,有研究指出疾病不确定感对患者的心理调节能力存在影响^[9]。所以,及早明确 LDH 患者疾病不确定感的相关影响因素,并制订预见性干预措施调节患者疾病不确定感有重要意义。

本研究结果显示,社会支持、文化程度、自我效能以及家庭月收入是 LDH 患者疾病不确定感的影响因素。其原因在于:(1)文化程度较高者受教育程度良好,此类人群的自我评价较高,认为自己拥有足够能力面对疾病,在面对困境时主张积极面对,寻求疾病知识,个人认知结构更为清晰,可以改善疾病不确定感。相反,文化程度低者个人资源较为匮乏,且自我学习能力相对较差,自我评价较低,认为自己不具备抵抗疾病的能力,疾病不确定感较高^[10-11]。对此,医护人员可采取针对性教育,引导患者主动阅读疾病相关知识图册,观看视频资料等,拓宽学习渠道,完善对疾病的认知水平,改善疾病不确定感。(2)社会支持良好者得到内部、外部的帮助较多,可有效强化患者的内心抵抗能力,弱化心理负担,疾病不确定感较低。而社会支持低下者可获得的社会和外界资源相对较差,难以获取足够的情感、经济支持,患者往往陷入孤独、悲观等情绪状态当中,缺乏足够精力抵抗疾病,导致疾病不确定感升高。对此,鼓励患者家属参与到疾病控制当中,给予患者足够的情感支持,主动分担疾病治疗过程中的压力,给予患者鼓励,以调节患者疾病不确定感^[12-13]。(3)自我效能良好者对疾病控制充满信心,可主动调节自身情绪,而自我效能感低下者则认为自身缺乏疾病治疗信心,负面情绪较多,缺乏宣泄对象,控制能力较差,不愿主动配合临床治疗,担忧自身成为家庭负担,进而增加自身对疾病的不确定感。对此,建议临床可采取专业性的自我效能干预措施,以提高患者的自我效能感水平,提高患者面临困难、挫折以及困境的能力,改善疾病不确定感。(4)家庭月收入是评估个体经济条件的客观指标,月收入较低者经济条件较差,生活质量相对较差,患者心理负担较重,并且因受疾病折磨,对疾病的走向产生负面心理,自认为成为家庭拖累,对未来充满不确定感^[14]。对此,建议临床可对家庭月收入较低者适当给予经济补助,并建议患者充分利用个人资源发动社会募捐,减轻经济负担。

本研究也存在一定不足之处,如选取的样本量相对较小,其得出的统计学结果可能存在一定偏倚,建议未来扩大样本量的选取,以进一步明确 LDH 患者疾病不确定感的影响因素。

综上所述,本研究中 LDH 患者疾病不确定感总体处于中等水平,文化程度、社会支持、自我效能以及家庭月收入可能是其影响因素,临床可基于患者个人情况制订针对性的护理干预措施,以此改善其疾病不确定感。

参考文献

- [1] 张改,陈玉梅,李淑芳,等.腰椎间盘突出症患者自我感受负担与疾病不确定感、心理弹性的相关性研究[J].西北国防医学杂志,2021,42(6):457-461.
- [2] 李保健,李庆富,侯英茹,等.经皮脊柱全内镜下经椎间孔入路手术联合电磁场治疗腰椎间盘突出症临床疗效分析[J].颈腰痛杂志,2021,42(4):573-575.
- [3] 王荣娜,高骥,郑晓燕,等.消极认知情绪调节在头颈癌患者疾病不确定感与吞咽困难间的中介作用[J].护理学杂志,2022,37(2):78-80.
- [4] 陈孝平,汪建平,赵继宗.外科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2017:731-735.
- [5] 叶增杰,邱鸿,钟余颖,等.中文版 Mishel 疾病不确定感量表的重新修订及其在中国恶性肿瘤患者中的信效度检验[J].中国全科医学,2018,21(9):1091-1097.
- [6] SARMASTI N, AYOUBI S H, MAHMOUDI G, et al. Comparing perceived social support and perceived stress in healthy pregnant women and pregnant women with preeclampsia[J]. Ethiop J Health Sci, 2019, 29(3): 369-376.
- [7] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [8] 侯兵兵,钟梅,孙仲文,等.ICU 肺癌术后患者家属疾病不确定感状况及其影响因素的现况研究[J].现代临床护理,2021,20(10):8-13.
- [9] ZHANG J, LI Y, GU Y, et al. Status and influencing factors of disease uncertainty among family caregivers of patients with moderate and severe craniocerebral injury: a quantitative and qualitative study [J]. Acta Neurochir (Wien), 2022, 164(12): 3119-3131.
- [10] 袁梦洋,薛海娜,朱丽丽,等.先天性心脏病患儿父母感知脆弱在疾病不确定感与出院准备度中的中介效应[J].护士进修杂志,2022,37(16):1441-1452.
- [11] 岳洁,刘艳,李玉,等.脑卒中患者照顾者照顾能力在疾病不确定感与益处发现间的中介效应[J].护理学报,2022,29(16):17-21.
- [12] 杨玲,俞群,王秋萍.发绀型先天性心脏病患儿父母焦虑与疾病不确定感水平及其相关性[J].护理研究,2022,36(11):2027-2030.

- [13] 申捷,申文玲,于小免. 尿毒症高通量血液透析患者疾病不确定感的影响因素及与 SSRS 评分的相关性研究[J]. 海南医学,2023,34(9):1322-1325.
- [14] 许丽,李萌,南士英. 肝硬化住院患者及家属疾病不确定感现状及影响因素的研究[J]. 中华护理杂志,2020,55(8):1206-1211.
- 临床探讨 · DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.24.036
- (收稿日期:2023-03-27 修回日期:2023-10-25)

急性心肌梗死患者急诊快速时效管理体系的构建及应用效果

祝丽华¹,王强^{2△},赖红梅¹,刘珍¹,李文琴¹,鲁丽峰¹

中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院:1. 医保科;2. 心内科,江西鹰潭 330001

摘要:目的 探讨急性心肌梗死(AMI)患者急诊快速时效管理体系的构建及其应用效果。方法 将中国人民解放军联勤保障部队第九〇八医院 2021 年 1—12 月收治的 62 例 AMI 患者作为对照组,将 2022 年 1—12 月收治的 60 例 AMI 患者作为观察组。对照组接受急诊常规急救护理,观察组通过构建急诊快速时效管理体系对患者实施救治。比较两组患者救治效率、救治效果及患者对救治的满意度。结果 观察组救护车出车时间、实验室及影像学检查时间、患者送达医院时间、心脏球囊扩张时间、导管室激活时间及急诊停留时间均较对照组明显缩短($P < 0.05$)。观察组绕行 CCU 率、不良心脏事件发生率、院内 AMI 复发率均低于对照组($P < 0.05$)。观察组对预约挂号过程、急诊初诊程序、预检结果准确度、就诊等待时间、就诊次序安排、候诊室环境维护、交费等待时间等方面满意度均高于对照组($P < 0.05$)。结论 建立急诊快速时效管理体系可成功提升 AMI 患者的救治效率及救治效果,提高患者对急诊救治工作的满意度。

关键词:急诊快速时效管理体系; 急性心肌梗死; 救治成功率; 满意度

中图分类号:R542.2+2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)24-3730-04

急性心肌梗死(AMI)是由于动脉闭塞、血流运行受阻,所引起的局部心肌缺血性坏死^[1]。AMI 具有发病突然、病情进展快的特点。有研究指出,快速开通闭塞血管,恢复心肌细胞有效血流供应将有助于减少心肌细胞凋亡数量,对挽救濒死的心肌细胞有积极的意义^[2]。急诊快速时效管理体系是指为了提高急诊服务的快速性和时效性,建立的一套管理体系^[3];通过对整个急诊流程进行优化,可有效缩短候诊时间,提高服务效率。此外,建立一套完善的应急处置方案,可提高医护人员应对突发事件的能力^[4]。有研究认为,建立快速时效管理体系将有助于优化急诊患者救治流程,提高患者救治效率^[5]。为了更好地提高急诊 AMI 患者救治效率,本院于 2022 年 1—12 月建立了急诊快速时效管理体系,且达到了预期成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2021 年 1—12 月收治的 62 例 AMI 患者作为对照组,2022 年 1—12 月收治的 60 例 AMI 患者作为观察组。纳入标准:(1)符合 AMI 相关临床诊断标准^[6];(2)心电图显示与相邻导联的 ST 段抬高超过 0.1 mV。排除标准:(1)由于恶性肿瘤、外伤或其他脏器功能异常所致的心脏疾病;(2)伴发精神或认知障碍,或者由于行动受限而难以配合检查。对照组中男 33 例,女 29 例;年龄 22~75 岁,平均(58.7±3.7)岁;梗死部位:前壁 19 例,下壁 10 例,前间壁 18 例,高侧壁 10 例,下后壁 5 例。观察组中

男 33 例,女 27 例;年龄 23~75 岁,平均(58.4±3.3)岁;梗死部位:前壁 16 例,下壁 14 例,前间壁 16 例,高侧壁 10 例,下后壁 4 例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。所有患者均知晓本研究,且自愿参与。本研究已获得本院医学伦理委员会批准(S2020-050-022)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取急诊常规管理措施。(1)确认诊断:患者入院后接受心电图检查,如果检查结果显示 ST 段抬高,出现 Q 波或者 T 波倒置等异常情况,通常可以初步诊断为 AMI。(2)氧气供应:AMI 患者多数情况下伴有缺氧,此时应给予足够的氧气供应,维持血氧饱和度在 94%以上。(3)疼痛缓解:AMI 患者常伴有严重胸痛,应及时给予镇痛处理,常用药物有吗啡、硝酸甘油等。(4)抗凝治疗:AMI 发生后,血管内往往会出现血栓,可以采用抗凝治疗,如肝素等,帮助溶解血栓。(5)血管再通:AMI 最重要的救治方法是血管再通,可以采用溶栓药物使血栓溶解,常用的溶栓药物有阿司匹林、尿激酶等。此外,也可以采用介入治疗的方法,如冠状动脉球囊扩张术、支架植入术等。(6)监测及处理并发症:在 AMI 治疗过程中,需要密切监测患者的心电图、血氧饱和度等,及时处理并发症。

1.2.2 观察组 建立急诊快速时效管理体系,严格控制各个时间点并对患者实施持续质量改进。(1)院