

网络互动式干预对居家腹膜透析患者服药及生活质量的影响

武汉大学人民医院 凌娜 何德娇 吴洪 王婷*, 武汉 430060

关键词 网络互动式干预; 居家; 腹膜透析; 服药; 生活质量

中图分类号 R459.5

文献标识码 A

DOI 10.11768/nkjwzzzz20180227

腹膜透析是利用人体自身的腹膜作为透析膜的一种透析方式,具有操作简单、经济有效、可在院外进行,已成为尿毒症患者的优选治疗之一,但由于部分患者缺乏疾病治疗知识和自律性差等,易导致患者不能正确有效依从治疗,甚至导致多种并发症发生,严重影响患者的身体健康和生活质量^[1]。而近年来,随着网络技术的发展和成熟,飞信、微信等平台使人与人之间的沟通互动突破时空的限制,已逐渐被应用于医疗领域中,有利于提高患者的护理质量^[2,3]。本研究通过给予患者网络互动式干预,探讨其对患者服药、生活质量的影响,以为临床提供科学的依据,现报道如下。

资料与方法

一般资料 选取 2013 年 12 月~2016 年 12 月武汉大学人民医院确诊治疗的居家腹膜透析患者 100 例,纳入标准:①均为慢性肾衰竭(尿毒症期);②年龄 18~55 岁、无精神病史、患者或家属能熟练使用微信、飞信等移动平台;③患者签署知情同意书;④非妊娠期、哺乳期女性且无恶性肿瘤。排除标准:①有严重残疾、精神失常、严重听力和视力障碍;②有心、脑、肺等严重性疾病。依据干预方法分为常规组和网络组,每组 50 例,常规组(男 34、女 16),初中 24 例、高中 18 例、高中以上 8 例,年龄 27~53 岁,平均(40.2±10.9)岁,透析时间 12~46 个月,平均(26.7±6.3)个月,血红蛋白(Hb)78~110 g/L,平均(90.64±10.3)g/L,血清白蛋白(ALB)20~31 g/L,平均(26.6±4.6)g/L。网络组(男 32、女 18),初中 22 例、高中 19 例、高中以上 9 例,年龄 26~55 岁,平均(40.6±10.9)岁,透析时间 13~47 个月,平均(26.9±6.3)个月,Hb 79~112 g/L,平均(91.0±10.4)g/L,ALB 20~33 g/L,平均(26.8±4.7)g/L。本次研究已经医院伦理委

员会审批,2 组在性别、年龄、文化程度、透析时间、血 Hb 及 ALB 水平等比较无显著差异($P>0.05$)。

方法

1. 常规干预:常规组患者结合《腹膜透析标准操作规程》要求采取门诊+电话+家访的随访,出院后 2 周~1 个月后返回医院完成首次随访,之后每 1~3 个月门诊随访 1 次,每月至少电话随访 1 次,并发症频发者进行家访或建议住院治疗,并开通 24 h 热线咨询。

2. 网络互动式干预:网络组患者在常规干预基础上采取:(1)网络平台建立,由科室护士长和其他医护人员(护士 6 名,医师 3 名,营养师 1 名)构建网络平台管理小组,在取得患者同意后协助其添加微信、飞信并建立群组、关注“居家腹透”公众号,实现手机(组员)+电脑(医院)对手机(患者)的信息互动传输;(2)飞信互动,飞信主要应用其短信功能,由 1 名负责热线咨询护士根据季节情况和患者出现非常规问题或较普遍问题发送问候短信及提示、健康知识等,同时通过飞信互动平台,患者可以通过网络远程访问完善自己的健康档案,医务人员以系统管理员的身份直接调用患者的健康档案,并依此为患者提供全方位的健康服务;(3)微信互动,微信主要应用其聊天、公众号、朋友圈功能,由护士长和其他医护人员动态了解患者的病情、上传腹膜透析相关知识和检查结果并予以互动交流,如①聊天互动,在微信好友、群组中,通过文字、语音、图片、小视频等功能进行互动,好友聊天主要指导和评估患者个人实际情况、个人感受等较为私密的问题,了解患者腹膜透析过程中个人心情、问题,协助其建立信心,及时指导或解决期间遇到的问题和困惑,互动时间为 8:30~22:30(非强制性,但尽量保持微信在线),在微信群组中,主要了解本组患者病情及治疗动态情况并鼓励帮助进行正确腹透,鼓励肾友之间相互交流经验,并于 19:00~20:00 举行网络讲座,由 4 名护士和 1 名医师轮班分享经典案例、讲解用药、透

* 通信作者:王婷, E-mail:1467766@qq.com

析等知识及其注意事项等,并对患者在自我照护过程出现的问题进行规范化回答问题和正确指导,每周 3、5 各 1 次;②公众号和朋友圈互动,平台公众号和组员朋友圈每天推送 1~3 条腹膜透析相关知识或相关链接,主要展示新动态、新技术介绍和经典技术、案例等,形式涵盖文字、语音、图片、小视频等,对评论朋友圈的患者予以及时有效的回复;③质量控制,飞信和微信公众号、朋友圈等资料均为科室或医院负责人进行审核或修改通过后方可发布,群组由护士长、医师作为主指导者,以避免产品推销等商业化活动和保证互动的有效性、专业性及惠民理念。

观察指标和标准 所有患者均通过电话、复诊等方式随访 6 个月,于干预前、干预后 3、6 个月采用 Morisky 服药问卷(MMAS-8)评估服药、采用肾病相关生存质量量表(KDQOL-SFTM)评估生活质量,统计分析所有患者并发症和干预前后服药、生活质量情况;其中并发症包括透析导管相关腹膜炎、移位、渗漏、梗阻等,MMAS-8^[4]采用 5 级评分法(0~1 分),共 8 项合计 8 分,得分越高表示服药越良好,Cronbach α 信度系数为 0.890,效度系数为 0.842;KDQOL-SFTM^[5]包括 36 项世界卫生组织确定的健康相关内容和 11 项肾病和透析相关生存质量内容,经数据转换计算量表的原始得分,再计算最终得分,合计 0~100 分,得分越高表示生活质量越良好,Cronbach α 信度系数为 0.896,效度系数为 0.851。

统计学处理 采用 SPSS 22.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用百分数(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

MMAS-8 得分 干预前 2 组 MMAS-8 得分基本相同($P > 0.05$),干预后网络组 3、6 个月 MMAS-8 得分明显高于常规组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组 MMAS-8 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例	干预前	干预后	
			3 个月	6 个月
常规组	50	5.7 $\pm$ 0.5	6.0 $\pm$ 0.5	6.4 $\pm$ 0.5
网络组	50	5.7 $\pm$ 0.5	6.5 $\pm$ 0.5*	7.0 $\pm$ 0.6*

注:与常规组比较,* $P < 0.05$

并发症 网络组并发症发生率明显低于常规组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组并发症比较

组别	例	腹膜炎 [例(%)]	移位 [例(%)]	渗漏 [例(%)]	梗阻 [例(%)]	发生率 (%)
常规组	50	5(10)	8(16)	4(8)	3(6)	40.0
网络组	50	2(4)	3(6)	1(2)	0(0)	12.0*

注:与常规组比较,* $P < 0.05$

KDQOL-SFTM 得分 干预前 2 组 KDQOL-SFTM 得分基本相同($P > 0.05$),干预后网络组 3、6 个月 KDQOL-SFTM 得分明显高于常规组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 2 组 KDQOL-SFTM 得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例	干预前	干预后	
			3 个月	6 个月
常规组	50	53.6 $\pm$ 6.0	58.1 $\pm$ 5.2	63.1 $\pm$ 5.3
网络组	50	53.0 $\pm$ 6.0	64.5 $\pm$ 5.7*	71.4 $\pm$ 7.2*

注:与常规组比较,* $P < 0.05$

讨 论

腹膜透析是治疗尿毒症常用的方法之一^[6]。近年来,随着透析技术的提高,可通过有效的知识宣教,指导患者在家中进行治疗,实现从住院治疗到回归社会,提高患者生活质量的作用^[7]。

传统随访干预为电话、复诊、家访等形式,易受患者依从性、社会经济、交通等因素影响,易引起多种透析导管相关并发症,对患者的生活质量甚至生存产生不利影响^[8]。同时,有研究表明,腹膜透析患者在居家治疗过程中,缺乏住院时医护人员对其专业的医疗监管照护,且其对疾病及相关治疗知识缺乏,导致患者依从性普遍差,易影响其疗效和预后^[9];因此,如何将住院时专业的医疗监管照护延伸至患者居家治疗中具有重要的临床价值。本研究发现网络组干预后 3、6 个月 KDQOL-SFTM、MMAS-8 得分明显高于常规组,网络组干预后并发症发生率明显低于常规组,表明该干预可有效改善患者服药依从性,减少并发症的发生。网络能早期发现、及时反馈患者实际病情及透析情况,进而能干预有效协助患者校正服药、透析等过程中的不良行为,从而有利服药依从性较高,减少腹膜炎、移位、渗漏、梗阻等透析导管相关并发症发生的风险。网络互动式干预,可使医患人员实时了解患者个人实际情况、感受等私密问题^[10],并进行个性化的指导干预,通过群组聊天和网络讲座,积极调动和激发患者自我管理^[11],使患者更积极、更良好地获得相关的疾病

及腹膜透析知识、技能。因此,网络互动式干预有利于提高患者对居家腹膜透析的认知,并主动、积极、正确、有效地予以执行,从而达到改善患者服药依从性和减少并发症发生的作用。

参考文献

- 1 史兰英,芮静娟,许建国. 延续性护理在腹膜透析病人护理中的应用[J]. 全科护理,2016,14(2):140-142.
- 2 谢于鹏,陈成水,刘灵活,等. 伐尼克兰联合飞信平台在戒烟门诊宣教及随访中的应用[J]. 中国全科医学,2015,18(5):606-608.
- 3 吴伟珍,梁丽霞,李湘元,等. 微信平台在妊娠期糖尿病医学营养健康教育中的应用. [J]. 护理实践与研究,2016,13(2):65-67.
- 4 付晓丽,牛卫理,杨淑敏,等. Morisky 问卷测量 AIDS 患者服药依从性的信度和效度[J]. 郑州大学学报:医学版,2016,31(3):421-423.
- 5 翁敏,曹杰贤,李红梅,等. 采用 KDQOL-SF™ TM 1.2 量表对终末期

肾病患者生存质量的研究[J]. 昆明医科大学学报,2013,34(12):53-55.

- 6 黎慧冰,莫燕平. 延续性自我管理教育对腹膜透析 35 例生活质量的影响[J]. 中国民族民间医药杂志,2015,24(21):115-116.
- 7 杨聪,梁玉婷,周宏珍,等. 改进延续护理模式对外地持续性腹膜透析病人护理质量的影响[J]. 护理研究,2015,29(9):3376-3378.
- 8 陈文祥,李明. 高钠透析液对糖尿病肾衰竭血透患者的临床应用[J]. 内科急危重症杂志,2016,22(6):440-442.
- 9 邱晶,王丽莹,张清霞,等. 延续性护理对腹膜透析出院患者自我管理行为的影响[J]. 山东大学学报(医学版). 2014,52(z2):156-157.
- 10 刘丽娜,李秋妍. 电话随访及飞信指导 COPD 患者家庭氧疗的应用[J]. 中国医药指南,2013,11(19):387-388.
- 11 戴姜,贾黎英,李晓雅,等. 孕妇学校多样化互动式健康教育对母乳喂养的影响[J]. 河北医药,2016,38(20):3194-3196.

(2017-04-07 收稿 2017-11-20 修回)

(上接第 164 页)

高血压脑出血,颅脑内部血管压力就会上升,超过正常承受能力就非常容易出现脑疝甚至死亡,这也是急性颅脑出血死亡的原因^[12]。另外,发生血肿的部位以及因为灌注伤的四周组织,血肿引起的血氧供应不足等会导致脑水肿,进一步导致颅内压升高^[13]。所以,要尽快将颅脑内部的血肿清除,控制脑内部的血管压力,避免发生脑水肿。颅内血肿微创清除手术能够控制凝血酶的释放导致的脑部毒性水肿,进行清除使用的冲洗液能够将细胞毒性物质进行稀释及拮抗;在亚急性发作时还能够控制血红蛋白及其崩解产生的物质毒性。

罗妙泉^[14]认为 CT 以及 MRI 都能够明确将高血压性颅内出血判断出来;能够对脑内血肿进行精确的定位;血肿的理化特性适宜用抽吸术、纤溶剂和排控器等方法治疗。保守治疗仅适用于小型的出血,对于大量的出血,因为吸收较慢而出血较快易造成血肿增大堆积,增高颅脑压造成脑水肿,继而慢慢导致脑疝甚至死亡,一般情况下出血量在 60 mL 以上的患者不建议进行保守治疗^[14]。高翔报告颅内血肿微创清除率达 80%~95%^[15]。

参考文献

- 1 Snyder LA, O'Toole J, Eichholz KM, et al. The technological development of minimally invasive spine surgery[J]. Biomed Res Int, 2014, 6(7): 293582.
- 2 Zhang YH, Zhang CW, Hu ZM, et al. Pancreatic cancer: Open or minimally invasive surgery[J]? World J Gastroenterol, 2016, 22(32):

7301-7310.

- 3 吴长鸿,刘斌,第四届全国脑血管病学术会议[J]. 中华医学信息导报,1996(6):4-4.
- 4 Mu JW, Gao SG, Xue Q, et al. Updated experiences with minimally invasive McKeown esophagectomy for esophageal cancer[J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(45):12873-12881.
- 5 Gamme G, Birch DW, Karmali S. Minimally invasive splenectomy: an update and review[J]. Can J Surg, 2013, 56(4): 280-285.
- 6 Kang CM, Lee SH, Lee WJ. Minimally invasive radical pancreatectomy for left-sided pancreatic cancer: current status and future perspectives[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(9):2343-2351.
- 7 Ahmed M, Moussa M, Goldberg SN. Synergy in cancer treatment between liposomal chemotherapeutics and thermal ablation[J]. Chem Phys Lipids, 2016, 165(4):424-437.
- 8 Bianchi PP, Luca F, Petz W, et al. The role of the robotic technique in minimally invasive surgery in rectal cancer[J]. Ecancermedical-science, 2015, 7(26):357-359.
- 9 Jaillette E, Girault C, Brunin G, et al. French intensive care society, international congress-Réanimation 2016[J]. Ann Intensive Care, 2016, 6(1):50-53.
- 10 丁照义,宁显宾,逢锦峰,等. 少量高血压脑出血微创手术与保守治疗疗效对比研究[J]. 北华大学学报(自然科学版), 2016, 12(06):793-797.
- 11 官测林,周建军. 颅内血肿微创清除术治疗老年性高血压性脑出血的临床可行性及安全性分析[J]. 医学理论与实践, 2016, 25(20):3483-3485.
- 12 潘涛,王旭东,范国峰,等. 微创血肿清除术结合肝素生理盐水持续冲洗治疗高血压脑出血的临床观察[J]. 内科急危重症杂志, 2012, 18(06):364-365.
- 13 白亮,刘新梅,喻为人,等. 个体化微创穿刺清除血肿治疗高血压脑出血[J]. 内科急危重症杂志, 2012, 18(2):104-105.
- 14 罗妙泉. 微创颅内血肿抽吸术对高血压脑出血患者神经功能的影响[J]. 中外医学研究, 2016, 11(17):25-26.
- 15 高翔. 微创颅内血肿抽吸术对高血压脑出血患者神经功能的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, (9):48-49.

(2017-01-22 收稿 2017-06-12 修回)