基于知信行理论护理对维持性血液透析患者血磷控制的影响

方莉　邓弘　朱秀莲

（广东省东莞常安医院血液净化室　东莞 523560）

摘要：目的：评价知信行模式的护理对维持性血液透析患者血磷控制和遵医行为的影响。方法：采用随机数字表法将 2017 年 2 月 ~2018 年 9 月治疗的维持性血液透析患者 70 例，分为干预组和对照组各 35 例。干预组采用基于知信行理论的护理，对照组采用常规护理。评价患者干预前和干预 3、6 个月后血磷、血清清蛋白水平，以及血磷控制自我效能得分和生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）评分，此外评价患者医嘱依从情况。结果：干预组完成随访 34 例，对照组完成随访 33 例，两组一般资料对比，差异无统计学意义（$P>0.05$）。干预 6 个月后，干预组总依从率 97.06%显著高于同时期对照组总依从率 78.79%（$P<0.05$）。干预 3、6 个月干预组血磷控制自我效能得分显著高于对照组，血磷水平显著低于对照组（$P<0.05$）。干预前后两组患者血清清蛋白比较未见明显差异（$P>0.05$）。干预 3、6 个月后干预组 GQOLI-74 各维度评分显著高于对照组（$P<0.05$）。结论：基于知信行理论的护理可以有效控制维持性血液透析患者血磷水平和血磷控制自我效能，提高患者依从性，提升生活质量。

关键词：维持性血液透析；知信行模式；血磷；生活质量；依从性；清蛋白

中图分类号：R473.5　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.15.070

高磷血症是维持性血液透析患者常见并发症，研究显示我国血液透析患者高磷血症的患病率高达约 78%，血清磷达标率约为 50.2%[1]。因磷在体内的分布特性导致透析方式清除血磷有限，维持性血液透析患者低磷饮食控制及服用磷结合剂自我效能和遵医行为是血磷控制的主要影响因素，因此提高维持性血液透析患者血磷控制自我效能和遵医行为具有重要意义。大量研究表明维持性血液透析患者的生活质量显著较低[2]。知信行模式是行为改变应用较完善的模式，其理论是将人类行为的改变分为获取知识、产生信念和形成行为 3 个连续过程，以达到缓解病情、提高生活质量的目的[3]，已广泛应用于临床各类患者的自我管理中，并取得了良好效果。但在维持性血液透析患者的管理中尚未完全展开，因此本研究探讨此模式用于维持性血液透析患者血磷控制和遵医行为的效果，为其血磷管理提供参考。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2017 年 2 月 ~2018 年 9 月在本院治疗的维持性血液透析患者 70 例，采用随机数字表法分为干预组和对照组各 35 例。入组标准：2017 年 2 月 ~2018 年 9 月在我院首次进行维持性血液透析的患者；透析治疗时间≥6 个月，每周透析≥2 次，每月 2 次血液滤过；18 岁以上的患者，男女不限；意识清楚，沟通无障碍，会使用微信软件，有阅读理解能力。排除标准：无法自理的患者；已行甲状旁腺切除术后的患者；病情严重或合并有其他严重疾病，不适合参加临床研究者。最终干预组完成随访 34 例，男 24 例，女 10 例；平均年龄（48.33± 6.34）岁。对照组完成随访 33 例，男 21 例，女 12 例；平均年龄（47.25± 6.42）岁。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。本研究经医院医学伦理委员会批准且患者及家属签署知情同意书。

1.2　*护理方法*　两组均行常规护理，进行健康宣教，内容包括肾病相关知识、透析原理、血磷代谢相关知识、低磷饮食的选择和遵医嘱服用磷结合剂等。干预组在此基础之上进行基于知信行理论的护理。组建护理团队，包括主管护师 1 名、肾病内科副主任医师 1 名、血液透析室专科护士 5 名。团队负责制定宣传和护理内容。建立干预组微信群，将干预组患者拉入群中，护理具体措施包括：知识宣教，每 2~3 天在群中进行疾病和透析的相关知识宣传，每次宣传内容字数在 300 字以内；生活干预，团队人员在群内负责对患者在日常生活中遇到与疾病和透析相关的困惑进行答疑；信念培养：团队与所分管患者进行及时沟通，增强患者血磷控制自我管理的信心。

1.3　*观察指标*　评价患者干预前及干预 3、6 个月后血磷和血清清蛋白水平，以及血磷控制自我效能得分[4]和生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）评分[5]。此外采用自制《维持性血液透析依从性调查量表》（该问卷重测信度为 0.813，Cronbach's α 系数为 0.838），采用 Likert 4 分级评定法完全做到、基本做到、有时做到、做不到分别评定为 4、3、2、1 分，分值越高，提示治疗依从性越佳。分值范围为 4~16 分，其中＜6 分评定为不依从；6~12 分评定为部分依从；13~16 分评定为完全依从。总依从率＝完全依从率＋部分依从率。

1.4　*统计学方法*　采用 SPSS22.0 统计学软件分析，计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验，计数资料用[例（%）]表示，采用 χ^2 检验，判断组间差异是否

有显著性，所有统计 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组患者依从性情况比较　两组干预 3 个月后依从性对比，差异无统计学意义（$P>0.05$）；干预 6 个月后，干预组总依从率 97.06%显著高于同时期对照组总依从率 78.79%（$P<0.05$）。见表 1。

表 1　两组患者依从性情况比较[例（%）]

组别	n	时间	完全依从	部分依从	不依从	总依从
干预组	34	干预3个月后	19(55.88)	8(23.53)	7(20.59)	27(79.41)
对照组	33	干预3个月后	11(33.33)	10(30.30)	12(36.36)	21(63.64)
χ^2						2.051
P						0.152
干预组	34	干预6个月后	23(67.65)	10(29.41)	1(2.94)	33(97.06)
对照组	33	干预6个月后	12(36.36)	14(42.42)	7(21.21)	26(78.79)
χ^2						5.317
P						0.021

2.2　两组患者干预前后血磷控制自我效能得分、血磷和血清清蛋白比较　干预 3、6 个月后，两组患者血磷控制自我效能得分显著提高（$P<0.05$），且干预组显著高于对照组（$P<0.05$）；两组患者血磷水平显著降低（$P<0.05$），且干预组显著低于对照组（$P<0.05$）；两组患者血清清蛋白未见明显变化（$P>0.05$）。见表 2。

表 2　两组患者干预前后血磷控制自我效能得分、血磷和血清清蛋白比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	时间	血磷控制自我效能得分（分）	血磷（mmol/L）	血清清蛋白（g/L）
干预组	34	干预前	27.32± 2.51	2.13± 0.18	41.45± 2.28
		干预 3 个月后	31.56± 2.34	1.67± 0.12	41.33± 2.12
		干预 6 个月后	35.42± 2.84	1.35± 0.11	40.57± 2.02
对照组	33	干预前	27.26± 2.63	2.08± 0.16	41.62± 1.25
		干预 3 个月后	29.01± 1.28	1.86± 0.14	40.77± 2.06
		干预 6 个月后	31.22± 2.31	1.79± 0.12	41.18± 1.38
$t_{干预前}$			0.095	1.203	0.380
$P_{干预前}$			0.924	0.234	0.706
$t_{干预 3 个月后}$			5.555	5.957	1.097
$P_{干预 3 个月后}$			0.000	0.000	0.277
$t_{干预 6 个月后}$			6.650	15.632	1.447
$P_{干预 6 个月后}$			0.000	0.000	0.153

2.3　两组患者干预前后 GQOLI–74 各维度评分比较　干预 3、6 个月后两组患者 GQOLI-74 各维度评分均有所升高，其中干预组升高更加明显（$P<0.05$），且显著高于对照组（$P<0.05$）。见表 3。

表 3　两组患者干预前后 GQOLI-74 各维度评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	n	时间	物质生活状态	躯体功能	心理功能	社会功能
干预组	34	干预前	46.22± 2.33	48.24± 4.18	51.29± 5.22	49.16± 5.27
		干预3个月后	49.49± 2.71	54.35± 4.23	55.28± 5.23	56.74± 5.68
		干预6个月后	51.23± 2.34	59.94± 4.09	65.35± 5.15	61.62± 4.77
对照组	33	干预前	46.17± 2.45	48.32± 3.22	51.42± 4.35	48.17± 4.97
		干预3个月后	47.33± 3.32	49.59± 4.25	52.27± 5.01	49.89± 5.01
		干预6个月后	49.63± 3.15	51.79± 3.11	57.64± 4.12	51.38± 4.67
$t_{干预前}$			0.086	0.088	-0.111	0.791
$P_{干预前}$			0.932	0.930	0.912	0.432
$t_{干预 3 个月后}$			2.913	4.594	2.406	5.239
$P_{干预 3 个月后}$			0.005	0.000	0.019	0.000
$t_{干预 6 个月后}$			2.355	9.198	6.777	8.879
$P_{干预 6 个月后}$			0.022	0.000	0.000	0.000

3　讨论

磷是组成人体的必需元素之一，血磷及其循环调控激素——甲状旁腺激素、1,25- 羟维生素 D_3 等多种体液因素的共同交互作用，共同维持体内矿物质代谢平衡。肾功能减退，排磷作用显著下降，可导致磷潴留[6]。长期高磷刺激可引起继发性甲状旁腺功能亢进，肾性骨营养不良以及心血管系统并发症和肾功能恶化等，降低了患者的生活质量，增加了病死率[7~9]。目前高磷血症的防治主要手段包括健康教育和限制磷的摄入等。因此对患者进行及时有效的宣传教育和行为干预对于控制疾病进展，提高依从性和生活质量具有积极意义。知信行理论模式，对患者的宣教健康知识及改变其健康信念入手，以帮助服务患者形成正确的认知，增强其健康的信念，从而主动采取积极的预防性措施[10~12]。目前知信行模式已广泛应用于临床各类患者的自我管理中，但在维持性血液透析患者的管理中尚未完全展开，因此本研究探讨此模式用于维持性血液透析患者血磷控制和遵医行为的效果。研究发现基于知信行模式的护理可以有效提高患者依从性，显著提升患者生活质量，有效降低维持性透析患者血磷水平[13~14]。

基于知信行模式的护理可以综合干预患者日常生活中的环境因素和心理因素，提高患者对高磷血症和透析的正确认识程度，因此可以有效提高患者依从性，显著提升患者生活质量，有效降低维持性透析患者血磷水平。随着患者的依从性提高，其对医嘱中生活因素的关注也会提高，可以进一步提高生活质量，进而进一步提高患者依从性，开启护理的良性循环。因此，基于知信行模式的护理，对于维持性透析患者提高依从性，提升患者生活质量，以及有效控制血磷水平具有重要意义。

综上所述，基于知信行理论的护理可以有效控制维持性血液透析患者血磷水平，提高患者依从性，提升生活质量。

参考文献

[1]李美秀,冯芸,丁奕.多元化健康教育对维持性血透患者生存质量的影响[J].中国老年保健医学,2020,18(5):138-139.
[2]顾萍燕.综合性健康教育对维持性血液透析患者依从性的影响[J].中国保健营养,2018,28(25):320.
[3]柳惠玉,李月明,李英娜,等.护理程序健康教育对维持性血液透析患者血管通路依从性的影响[J].透析与人工器官,2020,31(3):81-83.
[4]王笑丽.维持性血液透析患者的健康教育方式及施行意义探析[J].中国实用医药,2018,13(24):154-155.
[5]王捷.个性化护理在维持性血液透析患者健康教育中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(37):188.
[6]蒋鹏燕.强化健康教育对维持性血液透析患者护理质量的影响探究[J].中国社区医师,2018,34(23):141-142.
[7]杨晓娜.强化健康教育对维持性血液透析患者护理质量的影响[J].中国医药指南,2020,18(23):197-198.

（下转第 146 页）

统计学意义。

2　结果

2.1　两组生活质量评分比较　观察组躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能评分以及总评分均较对照组更高，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表 1。

表 1　两组生活质量评分比较(分,$\bar{x}\pm s$)

组别	n	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能	总评分
观察组	43	79.2± 5.2	58.8± 6.3	79.8± 6.3	75.2± 7.6	77.2± 8.6	79.8± 8.7
对照组	43	63.9± 6.4	46.3± 4.4	67.3± 5.6	63.0± 8.9	69.0± 7.1	65.6± 8.8
t		12.17	10.67	9.74	6.84	4.82	7.54
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2　两组术后尿潴留发生率和首次自行排尿时间比较　观察组患者术后尿潴留发生率显著低于对照组，术后首次自行排尿时间显著短于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表 2。

表 2　两组术后尿潴留发生率和首次自行排尿时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	尿潴留[例(%)]	首次自行排尿时间(d)
观察组	43	2(4.65)	1.72± 0.76
对照组	43	9(20.93)	3.18± 1.11
χ^2/t		5.11	7.12
P		<0.05	<0.05

3　讨论

尿潴留主要是术后对排尿姿势不适、阵痛、盆腔后遗症以及麻醉等因素影响患者的神经系统或者由于自身心理因素等引起的[4]。妇产科患者尿潴留的发生多数是由剖宫产引起，尿潴留不仅影响患者的生活质量，同时对患者的子宫收缩、母乳喂养等均造成极大的困扰，严重威胁着患者的身体健康。妇产科患者术后尿潴留主要为产后尿潴留、子宫全切术尿潴留、宫颈癌术后尿潴留以及卵巢肿瘤切除术后尿潴留等。中医学将尿潴留归属于“癃闭”范畴，患者临床表现主要为气短乏力和虚弱。中医认为尿潴留主要是由膀胱气机不利所引起，该病的发生与患者脾、肺、肾等脏器密切相关[5-6]。结合我院多年医护经验可知，对于尿潴留患者的治疗，配合护理干预是较为有力的方式。

随着社会的发展，医学技术水平和护理模式的改进，“以人为本”的针对性护理观念在临床上的应用越来越广泛。基于此，我院对剖宫产产妇实施中医综合护理干预，分析探讨该护理模式对产妇术后尿潴留发生情况及生活质量的影响。中医综合护理干预是以中医学理论为指导、以辨证施护为原则，采取系列中医特色护理技术为患者实施科学、有效的护理模式，而针对剖宫产术后产妇尿潴留症状，本研究主要采用艾灸护理、按摩护理，其中艾灸护理是运用艾绒灼烧对体表穴位进行温熨，艾灸的热力与药力可通过经络传导直达病所，并起到温通气血、扶正祛邪的作用，而按摩护理可通过物理刺激达到疏通经络、行气活血、通调水道的作用，二者合同能有效促进膀胱肌张力恢复、增强膀胱功能，从而能促进患者排尿、改善尿潴留症状，进而能提高术后生活质量[7-8]。

本研究结果显示，术后观察组患者尿潴留发生率明显较对照组低，首次自行排尿时间也短于对照组，而生活质量评分明显较对照组高（$P<0.05$）。综上所述，中医综合护理干预有助于减少妇产科手术患者尿潴留发生，提高生活质量。

参考文献

[1]刘燕,曾美男,张茂玲,等.中医综合护理方法对妇科术后尿潴留的体会[J].云南中医中药杂志,2016,37(8):93-94.
[2]刘菊萍,张学晖,冯晶.中医综合护理对宫颈癌术后尿潴留临床疗效观察[J].母婴世界,2016,16(13):121.
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012.35-67.
[4]张军.中医综合护理在宫颈癌术后尿潴留患者中的应用效果[J].按摩与康复医学,2015,31(9):7-9.
[5]过晓力,林春霞,孙晔.中医护理防治椎管内麻醉后尿潴留[J].长春中医药大学学报,2016,32(4):796-798.
[6]庄荔凰,黄少鹏,陈玉娟.中医特色护理预防肛肠科病人术后尿潴留的效果观察[J].全科护理,2016,14(17):1777-1778.
[7]黄华勇.中医护理技术解除肛肠病术后尿潴留的临床研究进展[J].临床护理杂志,2015,14(4):61-63.
[8]王少丽,陈玉娟,黄少鹏.中医护理干预对预防腹股沟疝术后尿潴留的效果观察[J].当代护士(专科版),2014,21(7):97-98.
[9]谭雅琼,武宁,李乐之.产后尿潴留的中医护理临床研究进展[J].全科护理,2017,15(19):2329-2332.

（收稿日期：2020-12-20）

（上接第144 页）

[8]覃艳斯,韦玲慧,梁莹.基于认知负荷理论的维持性血液透析患者限制液体摄入健康教育[J].护理学杂志,2019,34(15):85-88.
[9]梁艳萍,黄映玲,胡美燕,等.知信行模式在维持性血液透析患者自我管理中的应用[J].黑龙江中医药,2019,48(6):198-199.
[10]梁燕娟,王婷婷,赖玉萍,等.基于信息平台实施认知行为管理对维持性血液透析患者自我管理能力的改善效果研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(50):286-287.
[11]阳美芬,朱惠,郭秀静,等.知信行健康教育模式对维持性血液透析患者自我饮食管理质量的影响分析[J].中国卫生事业管理,2018,35(5):391-393.
[12]王勤,张帆,郗君梅,等.知信行模式对维持性血液透析病人血磷控制自我效能和遵医行为的影响[J].护理研究,2019,33(8):1329-1333.
[13]姚志翠,谢颖,杜红珍,等.基于“互联网 +”的维持性血液透析患者精准营养管理模式的构建[J].护理实践与研究,2020,17(14):3-6.
[14]张亚飞,宋明芳,刘玉霞,等.维持性血液透析患者心理、行为、认知体验的质性研究[J].中华现代护理杂志,2020,26(25):3483-3486.

（收稿日期：2021-04-07）