

参考文献

- 1 A clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project[J]. Blood, 1997,89(11):3809-3918.
 - 2 中华医学会血液学分会,中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会. 中国滤泡性淋巴瘤诊断与治疗指南(2013 年版)[J]. 中华血液学杂志, 2013,34(9):820-824.
 - 3 Jaroch MT, Broughan TA, Hermann RE. The natural history of splenic infarction[J]. Surgery, 1986,100(4):743-750.
 - 4 O'Keefe JH Jr, Holmes DR Jr, Schaff HV, et al. Thromboembolic splenic infarction[J]. Mayo Clin Proc, 1986,61(12):967-972.
 - 5 Schattner A, Adi M, Kitroser E, et al. Acute Splenic Infarction at an Academic General Hospital Over 10 Years: Presentation, Etiology, and Outcome[J]. Medicine, 2015,94(36):e1363.
 - 6 求伟玲,王颖硕,陈志敏.肺炎支原体肺炎合并脾梗死一例[J]. 中华儿科杂志, 2017,55(9):705-706.
 - 7 Khan S, Saud S, Khan I, et al. Epstein Barr Virus-induced Antiphospholipid Antibodies Resulting in Splenic Infarct: A Case Report [J]. Cureus, 2019,11(2):e4119.
 - 8 Ghersin I, Leiba A. An unusual cause of acute abdomen: splenic infarction[J]. Arq Bras Cir Dig, 2017,30(4):289-290.
 - 9 康磊,付占立,范岩,等. 肝脾 T 细胞淋巴瘤伴脾梗死的¹⁸F-FDG PET-CT 表现 1 例[J]. 中国肿瘤临床, 2018,45(17):915-916.
 - 10 Antopolsky M, Hiller N, Salameh S, et al. Splenic infarction: 10 years of experience[J]. Am J Emerg Med, 2009,27(3):262-265.
 - 11 夏绍友,李荣,李晨,等. 脾梗死的基础解剖与临床研究[J]. 中华肝胆外科杂志, 2013,19(10):738-741.
 - 12 魏伟荣,雷梦觉,涂燕平,等. 老年心房颤动并发脾梗死误诊为肠梗阻 1 例[J]. 实用老年医学, 2014,28(3):260.
 - 13 李秀芹,郝军强,王建军,等. 脾梗死误诊为急性心肌梗死[J]. 临床误诊误治, 2007,20(8):106-107.
 - 14 段晓晖,王健红,郝彩霞,等. 滤泡型淋巴瘤患者临床特征及预后因素分析[J]. 现代肿瘤医学, 2018,26(23):3841-3845.
 - 15 Caruso V, Di Castelnuovo A, Meschengieser S, et al. Thrombotic complications in adult patients with lymphoma: a meta-analysis of 29 independent cohorts including 18 018 patients and 1149 events[J]. Blood, 2010,115(26):5322-5328.
- [收稿日期 2019-07-16][本文编辑 刘京虹 韦所苏]

护理研讨

聚焦解决模式对耐多药肺结核病患者心理状态及服药依从性的影响

韦燕芳, 谭肖燕, 岑瑞贤, 廖雅怡, 邝浩斌

基金项目: 广州市医药卫生科技重大项目(编号:2015A031002)

作者单位: 510095 广东,广州市胸科医院肺内结核科

作者简介: 韦燕芳(1971-),女,大学本科,主任护师,研究方向:临床护理。E-mail:weiyangfang1971@163.com

通讯作者: 邝浩斌(1966-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:耐药结核病的诊治。E-mail:kuanghaobin@163.com

[摘要] 目的 探讨聚焦解决模式对耐多药结核病(multidrug resistant tuberculosis, MDR-TB)患者心理状态及服药依从性的影响。**方法** 选取 84 例 MDR-TB 患者,随机分为对照组和观察组,每组 42 例。对照组患者按常规护理方法进行心理护理和健康教育指导,观察组在此基础上使用聚焦解决模式进行心理护理和健康教育,在护理干预后采取 Morisky 服药依从性量表和凯斯勒心理困扰量表对两组患者的干预效果进行评价。**结果** 护理干预后观察组 Morisky 服药依从性量表评分高于对照组,凯斯勒心理困扰量表评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 聚焦解决模式应用于 MDR-TB 患者能减轻其心理困扰,同时能提高患者的服药依从性。

[关键词] 耐多药肺结核病; 心理状态; 服药依从性; 聚焦解决模式

[中图分类号] R 473.52 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2020)03-0302-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.03.24

《2018 年全球结核病报告》^[1]提示 2017 年全球范围有 1 000 万例新发结核病患者。中国估计有

88.9 万的新发病例,其中约有 55.8 万例为耐福平耐结核病(rifampicin resistant tuberculosis, RR-TB),

而这些人中有 82% 为耐多药结核病 (multidrug resistant tuberculosis, MDR-TB)。耐多药结核病/耐福平耐结核病 (MDR/RR-TB) 治疗成功率仍然很低, 全球平均治疗成功率为 55%。MDR-TB 治疗疗程长, 副反应多。邝浩斌等^[2] 报道不良反应的发生率为 86.5%。62.8% 的肺结核患者存在心理困扰问题^[3]。42.06% 肺结核患者未能按要求服药, 依从性低^[4]。目前临床护理只是被动地应对疾病, 忽视对患者与疾病抗争的能力的挖掘和积极力量的激发, 导致护理的效果不太理想。聚焦解决模式 (solution focused approach) 是在传统的问题解决模式的基础上, 强调将解决问题的关注点集中在人的正向方面, 不仅是解决问题, 还应调动患者的创造力、想象力等能力来维护健康^[5]。为此, 我科尝试把聚焦解决模式应用于 MDR-TB 患者的心理护理和健康教育中, 取得了较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017-05 ~ 2019-03 在我科住院治疗的 84 例 MDR-TB 患者。纳入标准: 符合《肺结核诊断和治疗指南》的诊断标准^[6]。(1) 精神正常的住院 MDR-TB 患者, 自愿参加本次研究, 并签署知情同意书。(2) 经痰培养结核分枝杆菌阳性, 再经菌种鉴定为结核分枝杆菌复合型, 并经过耐药测定为至少同时耐异烟肼和利福平两种一线抗结核药者。研究为随机序贯综合平衡法的临床研究, 将 84 例患者按随机数字表法分为对照组 42 例和观察组 42 例, 对照组中男 27 例, 女 15 例, 平均年龄 (47.00 ± 14.87) 岁; 已婚 36 例, 未婚 6 例; 文化程度大专以下 32 例, 大专及大专以上 10 例; 病程 4 ~ 24 个月。观察组中男 34 例, 女 8 例, 平均年龄 (46.64 ± 15.13) 岁; 已婚 36 例, 未婚 6 例; 文化程度大专以下 31 例, 大专及大专以上 11 例; 病程 3 ~ 27 个月。两组患者在年龄、性别、文化程度、婚姻状况和病程等方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 实施方法 对照组给予常规心理护理和健康教育, 包括 MDR-TB 相关知识、用药和饮食注意事项、健康生活方式等教育。观察组在常规心理护理和健康教育的基础上给予聚焦解决模式的心理护理和健康教育。聚焦解决模式应用前, 对观察组护理人员进行为期 1 个月的培训, 内容包括聚焦解决模式的基本过程和聚焦解决模式的护理原则等。通过描述问题、构建目标、探查例外、给予反馈、评价进步 5 个阶段完成对患者的干预过程, 其中反馈、评价阶段可根据患者情况循环应用于干预全过程。具体干预步骤和方法如下。

1.2.1 描述问题 在此阶段, 责任护士着重了解患者的感受、想法和对待疾病的心态, 了解患者在解决自身问题时所作过的努力以及曾用何种方法减轻疾病痛苦。评估患者的心理状态。

1.2.2 构建目标 在上一阶段全面评估的基础上, 责任护士着重了解患者的需求和对治疗疾病的期望, 与患者及家属一起进行奇迹探讨, 假设疾病得到康复, 状况会和现在有什么具体的不同, 以帮助患者构建具体可行的目标。

1.2.3 探查例外 根据患者在治疗过程中出现的副反应, 如胃肠道反应、四肢麻木、关节疼痛等, 引导患者回忆曾偶然解决这些问题时的方法和效果, 帮助患者采取各种可行的方法解除痛苦, 确保患者能正确面对治疗中可能出现的不良反应, 坚持全程治疗。让患者认识不良情绪对疾病治疗的影响, 让患者树立治疗疾病的决心。

1.2.4 给予反馈 此阶段责任护士的主要工作是根据前面的探讨, 让患者发现自身的优势、资源和之前所做的努力, 适时称赞并及时反馈, 以增强其实现目标的信心和动力。

1.2.5 评价进步 这一阶段, 责任护士采用 1 ~ 10 分的刻度条让患者自行打分, 以评价治疗后所获得的进步, 从而让患者保持继续治疗的信心, 促使患者以更积极的心态去进行下一步治疗和康复。

1.2.6 聚焦解决模式干预频次 首周 1 次/d, 之后 3 次/周, 20 ~ 30 min/次, 根据患者需要增加频率, 干预时间安排在病区治疗护理相对较少的时段。干预形式一般采用一对一面谈结合 3 ~ 4 个患者集体分享。干预时要根据问题的进展循序渐进实施, 有必要时也可以让患者家人一起参与。需要注意的是每次干预前都要检验上一次干预效果, 再根据情况进行针对性干预。聚焦解决模式的 5 个阶段可根据患者的自身情况穿插进行。

1.3 评价方法 对所有患者在入院当日及出院前一天给予 Morisky 服药依从性量表和凯斯勒心理困扰量表 (The Kessler Psychological Distress Scale, K10)^[7] 进行自评及护理人员评估, 由 4 名具有大专及以上的护士实施, 规定调查问卷的指导语, 指导患者在规定的时间内完成问卷, 并当场收回, 在患者不能书写的情况下, 由问卷护士口述问题患者回答后, 由问卷护士代写。

1.3.1 Morisky 服药依从性量表^[4]评价 该量表共有 8 个条目, 其中 1 ~ 7 题为二分类, 除第 5 题为反向计分外, 其余 6 题均为“是”计 0 分, “否”计 1 分;

第 8 题为 Likert5 等级计分,即“从来不”、“偶尔”、“有时”、“经常”和“所有时间”,“从来不”计 0 分,其余计 1 分。总分为 0~8 分,得分越高,说明依从性越好。

1.3.2 K10 量表评价 评价患者心理困扰程度,包括 10 个条目,主要评价过去 1 个月内个体受到压力、悲伤等刺激后出现焦虑、抑郁、恐惧等不良情绪的发生频率。采用 5 级评分,1 = “几乎没有”,2 = “偶尔”,3 = “有些时候”,4 = “大部分时间”,5 = “所有时间”。得分范围 10~50 分,得分越高,提示心理困扰越严重。根据 K10 量表总分,可以将心理困扰划分为 4 个等级:10~15 分表示几乎没有心理困扰,16~21 分表示轻度心理困扰,22~29 分表示中度心理困扰,30~50 分表示重度心理困扰。

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

干预前,两组患者服药依从性评分、K10 量表评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05);干预后,观察组服药依从性得分高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05);观察组 K10 量表评分得分低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后 Morisky 服药依从性量表评分和 K10 量表评分比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数	Morisky 服药依从性量表		K10 量表	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	42	5.66 ± 1.81	6.48 ± 1.62	22.19 ± 8.75	20.24 ± 8.21
对照组	42	5.33 ± 2.22	5.45 ± 2.19	25.12 ± 10.48	25.07 ± 10.56
<i>t</i>	—	0.740	2.442	−1.390	−2.342
<i>P</i>	—	0.462	0.017	0.168	0.022

3 讨论

3.1 我国结核病耐药性基线调查报告显示 MDR-TB 的疫情不容乐观,每年新发 MDR-TB 患者 11 万例,居全球 MDR-TB 发病人数的第二位,MDR-TB 比普通肺结核传播性强,一旦感染了耐多药结核菌,便成为耐多药患者,这是一个严重的公共卫生问题。有研究^[8]显示 MDR-TB 患者的心理焦虑显著高于初治肺结核患者。本研究结果提示有大部分的 MDR-TB 患者存在心理困扰,从而影响到患者的治疗依从性,同时,MDR-TB 患者在过往治疗时依从性存在问题^[9],以及治疗导致的严重不良反应,均使 MDR-TB 患者的依从性更差。当护理干预程度不足或不及时,患

者便难以坚持全程治疗,从而导致治愈率低。增强 MDR-TB 患者抗结核治疗的依从性是其完成全程治疗的关键,如何让患者能够按时、按量地服药是一个迫切需要解决的问题。由于个体差异,常规的心理护理已经不能满足患者的内在需求^[10]。

3.2 聚焦解决模式由 De Shazer 在 20 世纪 70 年代末提出,是指在积极心理学背景下发展起来的一种相信个体资源和潜能,并充分尊重个体的临床干预模式^[11]。近年来聚焦解决模式已在国内临床护理领域得到越来越多的关注和应用^[12~14]。聚焦解决模式把干预重点集中在与个体共同探讨解决方案以实现个体的期望^[11]。Gingerich 和 Eisengart^[15]证明了在干预效果上聚焦解决模式优于传统模式。本研究显示,观察组 K10 量表得分低于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),观察组的 Morisky 服药依从性量表评分高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),表明应用聚焦解决模式进行健康教育,能有效减轻患者心理困扰,同时提高 MDR-TB 患者的服药依从性。有报道^[12,16,17]指出聚焦解决模式的重点是发现和培养患者的资源或潜力,对患者依从性有不同程度提高,同时改善患者抑郁、焦虑等不良情绪,与本文的研究结果基本一致。良好的心理健康管理能提高结核病患者治疗依从性,可促使患者完成疗程从而提高治愈率^[18]。

综上所述,聚焦解决模式能够充分尊重患者,调动患者的积极性,更充分激发患者主动参与和自我管理,改善和消除患者心理困扰症状,提高治疗依从性,是一种积极有效的干预方式。由于本研究研究时间相对较短,未来尚需对聚焦解决模式干预 MDR-TB 患者的远期效果作进一步研究。

参考文献

- 1 World Health Organization. WHO treatment guidelines for isoniazid-resistant tuberculosis: supplement to the WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis [R]. World Health Organization, 2018.
- 2 邝浩斌,谭守勇,谢育红,等. 耐多药肺结核化学治疗不良反应及处理[J]. 结核病与肺结核健康杂志,2015,4(4):219-222.
- 3 田晓红. 基于心理弹性框架的肺结核患者心理适应状况分析[D]. 济南:山东大学,2016.
- 4 周玲. Morisky 服药依从性量表在肺结核患者中的应用[J]. 实用临床护理学杂志,2019,4(9):19-20.
- 5 黄丽欢,潘晓日,韩叶芬,等. 聚焦解决模式在老年高血压患者健康教育中的应用[J]. 护理学杂志,2007,22(23):1-3.
- 6 张培元. 肺结核诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志,2001,24(2):70-74.

7 田晓红,孙瑶瑶,邹桂元. 话务员心理困扰的有序 logistic 回归分析[J]. 中国心理卫生杂志,2015,29(10):790-794.

8 韦燕芳,谭肖燕,谭守勇,等. 耐多药与初治肺结核患者的健康教育需求比较[J]. 广东医学,2015,36(13):2088-2090.

9 Mitchison DA. How drug resistance emerges as a result of poor compliance during short course chemotherapy for tuberculosis[J]. Int J Tuberc Lung Dis,1998,2(1):10-15.

10 杨 钰. 阶梯式护理在结核性脑膜炎患者中的应用价值分析[J]. 中国卫生标准管理,2015,6(24):206-207.

11 McAllister M. Doing practice differently:Solution-focused nursing[J]. J Adv Nurs,2003,41(6):528-535.

12 余晓燕,徐凌燕,胡 引,等. 聚焦解决模式在胎儿异常孕产妇心理护理中的应用[J]. 中华护理杂志,2011,46(3):254-256.

13 徐九云,潘陈丽,陈 萍,等. 聚焦解决模式对肺结核住院患者焦虑抑郁的影响[J]. 护理学杂志,2018,33(21):68-70.

14 张文杰,许 勤,郭红梅,等. 聚焦解决模式在 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者随访管理中的应用[J]. 中华护理杂志,2011,46(3):237-240.

15 Gingerich WJ,Eisengart S. Solution-focused brief therapy:A review of the outcome research[J]. Family Process,2000,39(4):477-498.

16 汤菊萍,顾利慧,孙庆玲. 聚焦解决模式在膀胱疼痛综合征/间质性膀胱炎患者护理干预中的应用[J]. 解放军护理杂志,2011,28(1B):12-14,20.

17 蔡 燕,王 惠. 聚焦解决模式在功能性胃肠病患者中的应用[J]. 中国实用护理杂志,2009,25(12):8-11.

18 Pachi A,Bratis D,Moussas G,et al. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients[J]. Tuberc Res Treat,2013,2013:489865.

[收稿日期 2019-10-30][本文编辑 刘京虹 韦所苏]

新进展综述

股骨头缺血性坏死基因治疗的研究进展

韦明照(综述), 李宏宇(审校)

基金项目: 广西自然科学基金面上项目(编号:2014GXNSFAA118186); 广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目(编号:S201643); 广西自然科学基金项目(编号:0832210)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院骨科
作者简介: 韦明照(1991-),男,在读硕士研究生,研究方向:骨创伤及退行性骨关节和骨坏死性疾病的诊治。E-mail:1053031700@qq.com
通讯作者: 李宏宇(1966-),男,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:骨创伤及退行性骨关节和骨坏死性疾病的诊治。
E-mail:lihongyu36@sohu.com

【摘要】 股骨头缺血性坏死(avascular necrosis of femoral head, ANFH) 是因股骨头微循环障碍等一系列病理生理变化而最终导致股骨头坏死的疾病。微循环障碍是 ANFH 的最常见病因,改善股骨头微循环可促进 ANFH 修复与再生,血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF) 基因转染骨髓间充质干细胞在治疗 ANFH 时有显著效果, Foxc2 基因转染骨髓间充质干细胞在植入坏死的股骨头后可促使间充质干细胞及成骨前体细胞向成骨细胞分化,从而修复股骨头坏死,骨桥蛋白基因高表达可促进成骨细胞的增殖分化, p53 基因高表达造成骨细胞生成减少,凋亡增加,而 bcl-2 增高可抑制细胞凋亡。该文就 ANFH 的基因治疗研究进展进行综述。

【关键词】 缺血性股骨头坏死; 基因治疗; 血管内皮生长因子; 细胞凋亡
【中图分类号】 R 684.1 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2020)03-0305-05
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.03.25

Advances in gene therapy for avascular necrosis of femoral head WEI Ming-zhao, LI Hong-yu. Department of Orthopedics, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

【Abstract】 Avascular necrosis of femoral head(ANFH) is a series of physiological and pathological changes induced by blood microcirculation disturbance of femoral head, which eventually leads to diseases of femoral head necrosis. Microcirculation disturbance is the most common cause of ANFH, and improving femoral head microcirculation can promote ANFH repairment and regeneration. Vascular endothelial growth factor(VEGF) gene transfection of