

本文引用:冯新霞,赵巍峰.精细化临床护理路径在抗病毒药物治疗慢性乙型肝炎
医学院学报,2022,39(6):583-588. DOI:10.7683/xyxyxb.2022.06.017.

【护理研究】

精细化临床护理路径在抗病毒药物治疗慢性乙型肝炎患者中的应用价值

冯新霞，赵巍峰

(新乡医学院第三附属医院感染性疾病科,河南 新乡 453003)

摘要: 目的 探讨精细化临床护理路径(CNP)在抗病毒药物治疗慢性乙型肝炎(CHB)患者中的应用价值。
方法 选择2019年1月至2021年1月新乡医学院第三附属医院收治的122例CHB患者为研究对象,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组61例。所有患者给予抗病毒药物治疗,观察组患者在抗病毒药物治疗过程中给予精细化CNP干预,对照组患者给予常规护理干预,2组患者均干预6个月。干预前后,采用Mishel疾病不确定感量表(MUIS-A)评估患者的疾病不确定感,采用Zung焦虑量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者的心理状态,采用一般自我效能量表(GSES)评估患者的自我效能,采用Morisky药物依从性量表(MMAS-8)评估患者的服药依从性,采用慢性肝病问卷(CLDQ)评估患者的生活质量。**结果** 干预前2组患者MUIS-A评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者干预后MUIS-A评分显著低于干预前($P<0.05$),且干预后观察组患者MUIS-A评分显著低于对照组($P<0.05$)。干预前2组患者SAS、SDS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者干预后SAS、SDS评分显著低于干预前($P<0.05$),且干预后观察组患者SAS、SDS评分显著低于对照组($P<0.05$)。干预前2组患者GSES评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者干预后GSES评分显著高于干预前($P<0.05$),且干预后观察组患者GSES评分显著高于对照组($P<0.05$)。干预前2组患者MMAS-8评分、服药依从性比较差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者干预后MMAS-8评分、服药依从性显著高于干预前($P<0.05$);干预后,观察组患者MMAS-8评分、服药依从性显著高于对照组($P<0.05$)。干预前2组患者CLDQ评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),2组患者干预后CLDQ评分显著高于干预前($P<0.05$)。干预后,2组患者系统症状、腹部不适得分比较差异无统计学意义($P>0.05$),但观察组患者疲劳、活动能力、焦虑、情感功能得分及CLDQ总分显著高于对照组($P<0.05$)。**结论** 精细化CNP可以有效减少抗病毒药物治疗CHB患者的疾病不确定感和不良情绪,提高患者的自我效能和服药依从性,改善患者的生活质量。

关键词: 慢性乙型肝炎;抗病毒药物;临床护理路径;精细化护理;服药依从性

中图分类号: R473.73 文献标志码: A 文章编号: 1004-7239(2022)06-0583-06

Application value of refined clinical nursing pathway in the antiviral therapy of patients with chronic hepatitis B

FENG Xinxia, ZHAO Weifeng

(Department of Infectious Diseases, the Third Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University, Xinxiang 453003, Henan Province, China)

Abstract: **Objective** To investigate the application value of refined clinical nursing pathway (CNP) in the antiviral therapy of patients with chronic hepatitis B (CHB). **Methods** A total of 122 CHB patients admitted to the Third Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University from January 2019 to January 2021 were selected as the research subjects, and the patients were divided into the observation group and control group by random number table method, with 61 cases in each group. All patients were treated with antiviral drugs, and the patients in the observation group were treated with refined CNP intervention during the course of antiviral drug treatment, while the patients in the control group were treated with routine nursing intervention. All patients in both groups were intervened for 6 months. Before and after the intervention, the disease uncertainty of the patients was evaluated by Mishel's uncertainty in illness scale-adult (MUIS-A), the psychological state of the patients was assessed by Zung self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS), the self-efficacy of the patients

DOI:10.7683/xxvxyxb.2022.06.017

收稿日期:2021-08-11

基金项目: 国家科技部科技计划重大专项课题(编号: 2017ZX10203202-005)。

作者简介:冯新霞(1978-),女,河南新乡人,学士,主管护师,主要从事感染性疾病护理工作。

通信作者:赵巍峰(1977-),男,河南辉县人,硕士,主任医师,研究方向:肝硬化、肝纤维化的发病机制;E-mail:womobaobao@163.com。

was assessed by the general self-efficacy scale (GSES), the medication adherence was assessed by Morisky medication adherence scale(MMAS-8), and the patients' quality of life was assessed by the chronic liver disease questionnaire (CLDQ).

Results There was no significant difference in the MUIS-A score of patients between the two groups before intervention ($P > 0.05$). The MUIS-A scores of patients in the two groups after intervention were significantly lower than those before intervention ($P < 0.05$). The MUIS-A scores of patients in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the SAS and SDS scores of patients between the two groups before intervention ($P > 0.05$). The SAS and SDS scores of patients in the two groups after intervention were significantly lower than those before intervention ($P < 0.05$). The SAS and SDS scores of patients in the observation group were significantly lower than those in the control group after intervention ($P < 0.05$). There was no significant difference in the GSES score of patients between the two groups before intervention ($P > 0.05$). The GSES score of patients in the two groups after intervention was significantly higher than that before intervention ($P < 0.05$). The GSES score of patients in the observation group was significantly higher than that in the control group after intervention ($P < 0.05$). There was no significant difference in the MMAS-8 score and medication compliance of patients between the two groups before intervention ($P > 0.05$). The MMAS-8 score and medication compliance of patients in the two groups after intervention were significantly higher than those before intervention ($P < 0.05$). The MMAS-8 score and medication compliance of patients in the observation group were significantly higher than those in the control group after intervention ($P < 0.05$). There was no significant difference in the CLDQ scores between the two groups before intervention ($P > 0.05$). The CLDQ scores of patients in the two groups after intervention were significantly higher than those before intervention ($P < 0.05$). After intervention, there was no significant difference in the scores of system symptoms and abdominal discomfort of patients between the two groups ($P > 0.05$), but the scores of fatigue, activity, anxiety, emotional function and CLDQ total score of patients in the observation group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion The refined CNP can effectively reduce the disease uncertainty and negative emotions, enhance the self-efficacy and medication compliance, and improve the quality of life in CHB patients treated with antiviral drugs.

Key words: chronic hepatitis B; antiviral drug; clinical nursing pathway; reined nursing; medication compliance

慢性乙型肝炎(chronic hepatitis B, CHB)是由乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)感染引起的传染性疾病。据统计,2017 年全球 HBV 感染者达 2.57 亿,且每年可致约 88.7 万患者死亡^[1]。我国为 HBV 感染主要高发地区,我国居民 HBV 携带率为 5%~6%,其中 CHB 患者数量为 2 000 万~3 000 万^[2]。CHB 患者常需要接受抗病毒治疗,以抑制 HBV 复制并减轻干细胞炎性坏死,延缓肝组织纤维化和功能损伤进展,常用药物有核苷酸类似物和干扰素,但疗程较长,患者长期治疗依从性较差,影响治疗效果。随着医疗体系的发展,护理在疾病临床治疗中的地位逐渐提升,护理水平和技术也得到不断发展。临床护理路径(clinical nursing pathway, CNP)是以循证医学证据为基础,根据不同疾病的诊疗流程为患者制定的预见性护理计划。研究显示, CNP 可以显著提升 CHB 患者的治疗依从性和满意度^[3]。精细化 CNP 即按照医院管理相关要求及治疗和护理程序,将护理工作明确化和具体化,从而提升护理质量和治疗效果^[4]。本研究旨在探讨精细化 CNP 在 CHB 患者中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 1 月至 2021 年 1 月

新乡医学院第三附属医院感染性疾病科收治的 CHB 患者为研究对象。病例纳入标准:(1)符合 CHB 诊断标准^[2];(2)年龄 18~65 岁;(3)接受抗病毒药物治疗 ≥ 6 个月;(4)具有良好的沟通能力。排除标准:(1)合并酒精性肝炎、肝硬化或肝癌等其他肝脏疾病;(2)有肝脏手术史、肝外伤史及肝移植史;(3)合并严重的心、脑血管疾病;(4)合并自身免疫性疾病及其他感染性疾病;(5)合并精神疾病;(6)妊娠期或哺乳期女性。本研究共纳入 CHB 患者 122 例,采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组 61 例。观察组:男 35 例,女 26 例;年龄 28~64(49.32 \pm 5.87)岁;CHB 病程 2~14(6.25 \pm 1.09) a。对照组:男 31 例,女 30 例;年龄 23~62(49.08 \pm 6.13)岁;CHB 病程 2~15(6.49 \pm 1.17) a。2 组患者的性别、年龄及 CHB 病程比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会审核批准,所有患者及其家属签署知情同意书。

1.2 护理措施

1.2.1 对照组 患者给予 6 个月的常规护理干预。入院时由责任护士向患者介绍病房环境、制度及主管医生等基本信息,指导患者填写《患者入院评估单》,告知患者当天及第 2 天需要开展的检查项目

内容、时间和地点。住院期间按照护理级别提供相应的护理措施,每日测量生命体征并观察病情,协助患者完成检查项目,指导患者用药并观察疗效和不良反应,嘱患者科学饮食、规律作息,并保持良好的卫生习惯。治疗期间观察患者心理状态,对有不良情绪的患者进行引导,采用团体讲座、多媒体视频和宣传手册等方式向患者介绍 CHB 和治疗相关的知识,增强患者的治疗信心和依从性。出院时向患者介绍相关流程,协助患者做好报销手续,嘱患者出院后按时服药并定期复查;出院后每月电话随访 1 次,询问用药情况和病情变化,并强调坚持治疗和复查的重要性。

1.2.2 观察组 患者给予 6 个月的精细化 CNP 干预。成立由医生和护士共同组成的精细化 CNP 干预小组并设立责任组长,按照“以患者为中心”和“以质量、效益、控制”为目标的原则,制定精细化 CNP 表单,以时间为横轴,护理措施为纵轴,制定 CHB 治疗不同阶段的护理内容,包括病情评估、健康宣教、用药指导和饮食干预等,并注明每项内容详细的护理措施,然后对护士进行培训和考核。具体干预内容如下:(1)入院当天除介绍病房环境、制度及主管医生等基本信息外,将精细化 CNP 的相关内容和目标告知患者,同时向患者介绍 CHB 发病机理、治疗方案及注意事项,培养患者长期治疗的意识,减少治疗过程中不良情绪的产生;根据患者具体情况完善病房标识,例如:输液治疗时贴管路滑脱标识、存在肢体功能障碍者贴跌倒高危标识、床头物品按照标识进行摆放和整理等。(2)住院期间指导患者完成各项检查,每日提前告知检查时间和地点,对行动不便者协助家属进行转运,检查后交代相关注意事项;每日按照护理级别巡视病房并填写记录单,对患者的生命体征、肝功能和精神状态进行监测;介绍 CHB 治疗所用药物的作用和注意事项,例如:抗病毒药物虽然能有效地抑制病毒复制,但无法彻底清除病毒,因此需要坚持长期治疗;用药前仔细核对药物名称、剂型和有效期等信息;服药后采用打卡的方式记录用药情况,告知患者常见药物的不良反应,发生不适时及时与医护人员沟通,不能自己随意停药或调换药物等。以口味清淡和营养丰富为原则为患者制定个体化科学饮食方案,以禽蛋、鱼类和豆类等富含优质蛋白的食物为主,同时补充蔬菜和水果,减少热量和脂肪摄入;另外,需禁烟禁酒,规律作息并适量运动。定期评估患者精神心理状态,发现不良情绪及时与患者和家属沟通,了解不良情绪产生的原因并提出解决方案,帮助患者排解不良情绪,治

疗过程中对患者病情改善情况给予鼓励,增强患者治疗的信心和依从性。(3)出院时根据患者具体情况做好相应指导,采用图文结合的方式制定出院信息指导卡,注明出院后服药、饮食、锻炼及复查相关信息。建立微信群和微信公众号,定期发布 CHB 治疗和护理方面的科普知识,方便患者出院后自我管理,同时为患者反馈病情提供便利条件,及时了解患者治疗过程中遇到的问题并提供个体化解决方案。此外,鼓励患者在微信群内相互交流,分享自己用药、饮食和运动等方面的心得和体会,相互鼓励,共同进步,形成稳定的社会支持网络,减少不良情绪的产生,增强治疗信心。干预时间为 6 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 疾病不确定感 分别于干预前后采用 Mishel 疾病不确定感量表(Mishel's uncertainty in illness scale-adult, MUIS-A)^[5] 评估患者疾病不确定感,内容包括不明确性(13 项)、复杂性(7 项)、信息缺乏性(7 项)和不可预测性(5 项)等 4 个维度共 32 个项目,其中第 6、7、10、12、21、25、27、28、30、31、32 和 33 项反向计分,其余项目均正向计分,采用 Likert 5 级评分法按照“非常同意”、“同意”、“一般”、“比较不同意”到“非常不同意”分别计 1~5 分,总分 32~160 分,评分越高表示患者疾病不确定感程度越严重,其 Cronbach'α 系数为 0.900。

1.3.2 心理状态 分别于干预前后采用 Zung 焦虑量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[6] 评估患者的心理状态,每个量表分别包括 20 个项目,采用 Likert 4 级评分法按照“很少有或从来没有”、“偶尔有”、“多数时间有”和“绝大部分时间有”分别计 1~4 分,其中 SAS 量表第 5、9、13、17、19 项和 SAS 量表第 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 项为反向计分,其余均为正向计分,每个量表的 20 个项目得分相加为粗分,然后乘以 1.25,取整数即为总分,总分 25~100 分,得分越高表示患者焦虑或抑郁程度越严重,SAS 和 SDS 的 Cronbach'α 系数分别为 0.845 和 0.836。

1.3.3 自我效能 分别于干预前后采用一般自我效能量表(general self-efficacy scale, GSES)^[7] 评估患者的自我效能,量表包括 10 个项目,按照“完全不正确”、“少数正确”、“多数正确”及“全部正确”,采用 Likert 4 级评分法分别计 1~4 分,总分 10~40 分,得分越高说明患者自我效能越好,其 Cronbach'α 系数为 0.871。

1.3.4 服药依从性 分别于干预前后采用 Morisky 药物依从性量表(Morisky medication adherence

scale,MMAS-8)^[8]评估患者的服药依从性,其内容包括 8 个条目,其中第 1~7 项按“是”或“否”分别计 0 分或 1 分,第 8 项按“从不”、“偶尔”、“一般”、“经常”到“总是”分别计为 1.00、0.75、0.50、0.25、0 分,总分为 8 分,得分<6 分为依从性差,6≤得分<8 分为依从性中等,8 分为依从性好,其 Cronbach'α 系数为 0.640~0.776。

1.3.5 生活质量 分别于干预前后采用慢性肝病问卷(chronic liver disease questionnaire,CLDQ)^[9]评估患者的生活质量,内容包括疲劳、系统症状、活动能力、腹部不适、焦虑和情感功能等 6 个维度共 29 个项目,每个项目采用 Likert 评分法正向计分为 1~7 分,各维度得分=该维度各项目得分之和/项目数量,得分越高说明患者生活质量越高。

表 1 2 组患者干预前后 MUIS-A 评分比较

Tab.1 Comparison of the MUIS-A scores of patients between the two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MUIS-A 评分				
		不明确性	复杂性	信息缺乏性	不可预测性	总分
对照组	61					
干预前		43.28±6.85	23.79±3.54	17.82±3.16	10.96±2.17	94.83±11.25
干预后		32.74±5.63 ^a	18.42±3.18 ^a	10.98±2.14 ^a	7.45±1.43 ^a	69.01±9.84 ^a
观察组	61					
干预前		43.91±7.26	24.08±3.72	17.34±2.95	10.49±2.03	96.12±10.56
干预后		28.43±5.12 ^{ab}	15.27±2.96 ^{ab}	9.23±1.70 ^{ab}	6.38±1.26 ^{ab}	58.74±9.37 ^{ab}

注:与干预前比较^a $P<0.05$;与对照组比较^b $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者干预前后 SAS 和 SDS 评分比较 结果见表 2。干预前 2 组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者干预后 SAS、SDS 评分显著低于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组患者 SAS、SDS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组患者干预前后 SAS 和 SDS 评分比较

Tab.2 Comparison of the SAS score and SDS score of patients between the two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS 评分	SDS 评分
对照组	61		
干预前		56.92±8.70	60.73±9.16
干预后		50.49±7.25 ^a	51.23±8.45 ^a
观察组	61		
干预前		58.17±9.34	61.34±9.58
干预后		46.83±7.06 ^{ab}	47.62±8.09 ^{ab}

注:与干预前比较^a $P<0.05$;与对照组比较^b $P<0.05$ 。

2.3 2 组患者干预前后 GSES 评分比较 结果见表 3。干预前 2 组患者 GSES 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者干预后 GSES 评分显著高于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组患者 GSES 评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析。计量资料经 Kolmogorov-Smirnov 检验符合正态分布者以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内两时间点间比较采用配对样本 t 检验;计数资料以例数和百分率表示,2 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

2.1 2 组患者干预前后 MUIS-A 评分比较 结果见表 1。干预前 2 组患者 MUIS-A 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者干预后 MUIS-A 评分显著低于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组患者 MUIS-A 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 2 组患者干预前后 GSES 评分比较

Tab.3 Comparison of the GSES score of patients between the two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	GSES 评分		t	P
		干预前	干预后		
对照组	61	24.16±2.74	28.91±2.78	13.916	<0.05
观察组	61	23.87±3.09	32.48±2.53	22.569	<0.05
t		0.548	7.418		
P		>0.05	<0.05		

2.4 2 组患者干预前后 MMAS-8 评分及服药依从性比较 结果见表 4 和表 5。干预前 2 组患者 MMAS-8 评分、服药依从性比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者干预后 MMAS-8 评分、服药依从性显著高于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,观察组患者 MMAS-8 评分、服药依从性显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 2 组患者干预前后 MMAS-8 评分比较

Tab.4 Comparison of the MMAS-8 score of patients between the two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MMAS-8 评分		t	P
		干预前	干预后		
对照组	61	6.09±1.02	6.57±1.13	3.487	<0.05
观察组	61	6.23±1.05	7.18±0.94	7.457	<0.05
t		0.747	3.241		
P		>0.05	<0.05		

表 5 2 组患者干预前后服药依从性比较

Tab.5 Comparison of the medication compliance of patients between the two groups before and after intervention 例(%)									
组别	n	干预前			干预后			Z	P
		依从性好	依从性中等	依从性差	依从性好	依从性中等	依从性差		
对照组	61	19(31.15)	24(39.34)	18(29.51)	27(44.26)	24(39.34)	10(16.39)	2.743	<0.05
观察组	61	18(29.51)	28(45.90)	15(24.59)	38(62.30)	17(27.87)	6(9.84)	3.631	<0.05
Z		0.224			2.133				
P		>0.05			<0.05				

2.5 2 组患者干预前后 CLDQ 评分比较 结果见表 6。干预前 2 组患者 CLDQ 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者干预后 CLDQ 评分显著高于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$)。干

表 6 2 组患者干预前后 CLDQ 评分比较

Tab.6 Comparison of the CLDQ scores of patients between the two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$)									
组别	n	CLDQ 评分							
		疲劳	活动能力	系统症状	腹部不适	焦虑	情感功能	总分	
对照组	61								
干预前		4.85±0.71	4.39±0.53	5.21±0.68	5.34±0.61	4.93±0.59	5.02±0.73	29.41±3.85	
干预后		5.18±0.59 ^a	5.04±0.64 ^a	5.67±0.62 ^a	5.63±0.58 ^a	5.24±0.46 ^a	5.36±0.62 ^a	32.18±3.54 ^a	
观察组	61								
干预前		4.79±0.68	4.52±0.47	5.06±0.72	5.19±0.63	4.87±0.54	4.96±0.75	28.73±4.06	
干预后		5.64±0.52 ^{ab}	5.48±0.60 ^{ab}	5.89±0.65 ^a	5.78±0.54 ^a	5.62±0.48 ^{ab}	5.83±0.67 ^{ab}	35.29±3.62 ^{ab}	

注:与干预前比较^a $P<0.05$;与对照组比较^b $P<0.05$ 。

3 讨论

近年来,随着抗病毒药物的研发,CHB 治疗效果取得了显著提高,甚至可一定程度逆转肝硬化,延长患者生存时间,但抗病毒药物治疗的疗程普遍较长,且由于患者对疾病认知较为有限,缺乏治疗信心,常产生各种不良情绪,导致治疗依从性下降^[10-11]。既往研究显示,良好的护理工作有利于增强 CHB 患者的自我效能,提高治疗依从性和自我护理水平,对促进疾病康复具有积极作用^[12]。

CNP 是美国医疗机构在 20 世纪 80 年代提出的规范化诊疗管理模式,旨在根据某种特定疾病的发生、进展和转归阶段患者的健康需求,按照标准模式提供从入院到出院的持续性、系统性和针对性护理,从而控制医疗成本并提升服务水平,现已广泛应用于国内外各种疾病的干预^[13]。CNP 具有跨学科、综合性和整体性等特征,通过拟定 CNP 表单将护理工作变成主动且有计划的预见性护理,保证护理工作准确、合理和规范开展,减少遗漏或重复发生,不仅可有效提升护理质量,还有利于患者提前明确治疗和护理工作的内容,对诊治流程和预期结果有一定的了解和准备,从而更积极主动地配合医护人员工作^[14]。精细化 CNP 是根据 CNP 护理内容,严格规定护理流程,落实护理工作中的细节,并通过实时评价进行纠正,将护理工作的偏差控制在最小范围内,做到护理工作的精、准、细、严 4 个要素,从而提升护理质量,赢得患者信任。

疾病不确定感是指患者缺乏判断与疾病相关事物的能力,研究表明,无法确定疾病症状、治疗过程

预后,2 组患者系统症状、腹部不适得分比较差异无统计学意义($P>0.05$),但观察组患者疲劳、活动能力、焦虑、情感功能得分及 CLDQ 总分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

复杂、预后无法预测等因素均可导致患者疾病不确定感增加,对患者心理调节和适应能力造成不良刺激,进而导致病程延长和疗效下降^[15]。许丽红等^[16]研究显示,HBV 感染患者普遍存在较高水平的疾病不确定感,需要提高患者对 CHB 不同阶段的认知水平,并形成积极应对方式。王小洪等^[17]研究显示,CHB 患者疾病不确定感明显,提高心理一致感将有利于改善患者的心理健康,使患者以积极的方式面对疾病,从而减轻疾病不确定感。本研究结果显示,干预后,2 组患者 MUIS-A 评分显著降低,且观察组患者 MUIS-A 评分显著低于对照组;提示精细化 CNP 可以显著降低患者的疾病不确定感。精细化 CNP 可有效弥补 CNP 缺乏针对性的问题,使护理内容更为个体化,可为患者提供更为详细和具体的知识信息,较常规“灌输式”健康宣教更能提升患者对 CHB 的认识水平,从而减少患者的疾病不确定感。

自我效能是个体完成某项活动预期目标的信念,主要由自我评估和自信心 2 部分组成,在慢性疾病治疗过程中,自我效能是影响疗效的重要因素,增强自我效能有利于患者采取积极的应对方式并提升治疗依从性^[18-19]。马冰等^[20]研究显示,提升 CHB 患者自我效能的护理干预可改善其焦虑、抑郁等心理状态,从而提升治疗依从性。本研究结果显示,干预后,2 组患者 SAS、SDS、GSES 评分显著减低,观察组患者 SAS、SDS、GSES 评分显著低于对照组,服药依从性显著高于对照组,且疲劳、活动能力、焦虑、情感功能得分及 CLDQ 总分显著高于对照组;提示精细化 CNP 可以显著改善 CHB 患者的心理状态,提

高患者自我效能和服药依从性,改善患者生活质量。精细化 CNP 不仅流程规范,且注重细节,从患者入院至出院期间,针对饮食、用药和心理等各方面主动提供护理,预见性地为患者解决问题,护理质量得到了患者肯定,患者的焦虑或抑郁等不良情绪减少,自我效能感更强,康复信心、服药依从性提高,这均有利于改善患者的生活质量。

综上所述,精细化 CNP 可以为 CHB 患者提供全面、规范且精确的护理内容,有利于减少患者的疾病不确定感和不良情绪,提升自我效能和治疗依从性,改善生活质量。但是,CHB 患者抗病毒治疗大部分时间是在医院外完成,虽然 CNP 内容中也包含出院后居家护理部分,并采用微信等通讯工具进行远程指导和监督,但患者完成情况无法精准掌握,研究结果可能会存在偏倚,仍需进一步观察。

参考文献:

- [1] WHO. Global hepatitis report, 2017 [EB/OL]. (2017-04-19) [2021-07-15]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565455>.
- [2] 中华医学会感染病学分会,中华医学会肝病学会. 慢性乙型肝炎防治指南(2019年版)[J]. 中华肝脏病杂志,2019,27(12):938-961.
CHINESE SOCIETY OF INFECTIOUS DISEASES OF CHINESE MEDICAL ASSOCIATION, CHINESE SOCIETY OF HEPATOLOGY OF CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. The guidelines of prevention and treatment for chronic hepatitis B (2019 version) [J]. *Chin J Hepatol*, 2019, 27(12):938-961.
- [3] 刘芳,周琴,王印伟. 临床护理路径在核苷类抗病毒药物治疗的慢性乙型肝炎患者护理中的应用[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(14):2073-2075.
LIU F, ZHOU Q, WANG Y W. Application of clinical nursing pathway in nursing of chronic hepatitis B patients treated with nucleoside antiviral drugs [J]. *Lab Med Clin*, 2020, 17(14):2073-2075.
- [4] 曾志童,王朝昕,王慧,等. 基于国内外最新指南的慢性病个体化、精细化健康管理服务分析及我国发展前景:以糖尿病为例[J]. 中国全科医学, 2021, 24(9):1037-1044.
ZENG Z T, WANG Z X, WANG H, et al. Individualized and precision health management for diabetes: evidence from the latest guidelines and development prospects in China [J]. *Chin Gen Pract*, 2021, 24(9):1037-1044.
- [5] 麦嘉轩,邓叶青,谢婉花. 疾病不确定感量表发展现状[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(12):2053-2055.
MAI J X, DENG Y Q, XIE W H. Development status of illness uncertainty scale [J]. *J Pract Med*, 2013, 29(12):2053-2055.
- [6] 段泉泉,胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9):676-679.
DUAN Q Q, SHENG L. Differential validity of SAS and SDS among psychiatric non-psychotic outpatients and their partners [J]. *Chin Ment Health J*, 2012, 26(9):676-679.
- [7] 施俊琦,王垒. 一般性自我效能量表的信效度检验[J]. 中国心理卫生杂志, 2005, 19(3):191-193.
SHI J Q, WANG L. Reliability and validation of the general self-efficacy scale [J]. *Chin Ment Health J*, 2005, 19(3):191-193.
- [8] 侯凯旋,闫素英. 慢病患者药物依从性量表的研究[J]. 中国医

院药理学杂志, 2018, 38(2):192-196.

HOU K X, YAN S Y. A review of medication adherence scale in patients with chronic diseases [J]. *Chin J Hosp Pharm*, 2018, 38(2):192-196.

- [9] 吴创鸿,邓启文,纪晓抒,等. 慢性肝病问卷在慢性乙型肝炎患者中的试用[J]. 中国临床心理学杂志, 2003, 11(1):60-62.
WU C H, DENG Q W, JI X S, et al. Preliminary use of the CLDQ in chronic hepatitis B patients [J]. *Chin J Clin Psychol*, 2003, 11(1):60-62.
- [10] PAPATHEODORIDI M, PAPATHEODORIDIS G. New concepts regarding finite oral antiviral therapy for HBeAg-negative chronic hepatitis B [J]. *J Hepatol*, 2021, 75(6):1495-1496.
- [11] DURASAMY G S, BHOSALE D, LIPENSKÁ I, et al. Advanced therapeutics, vaccinations, and precision medicine in the treatment and management of chronic hepatitis B viral infections. Where are we and where are we going [J]. *Viruses*, 2020, 12(9):998.
- [12] DAIDA Y G, BOSCARINO J A, MOORMAN A C, et al. Mental and physical health status among chronic hepatitis B patients [J]. *Qual Life Res*, 2020, 29(6):1567-1577.
- [13] RISTEVSKI E, LUDWICK T, LEACH M, et al. Implementing optimal care pathways for aboriginal and torres strait islander people with cancer: a survey of rural health professionals' self-rated learning needs [J]. *Int J Integr Care*, 2022, 22(1):27.
- [14] 朱兰,张六一. 临床护理路径应用于冠状动脉粥样硬化性心脏病患者介入治疗效果的 meta 分析[J]. 中国卫生资源, 2021, 24(2):185-189, 198.
ZHU L, ZHANG L Y. Meta-analysis of clinical nursing pathway applied to interventional therapy for patients with coronary atherosclerotic heart disease [J]. *Chin Health Res*, 2021, 24(2):185-189, 198.
- [15] STONE L, OLSEN A. Illness uncertainty and risk management for people with cancer [J]. *Aust J Gen Pract*, 2022, 51(5):321-326.
- [16] 许丽红,王苗苗,李静,等. HBV/HCV 相关肝病住院患者再定义疾病不确定感与应对方式的相关性研究[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(35):4856-4860.
XU L H, WANG M M, LI J, et al. Correlation between redefined disease uncertainty and coping style in hospitalized patients with HBV/HCV-related liver disease [J]. *Chin J Mod Nurs*, 2021, 27(35):4856-4860.
- [17] 王小洪,朱妍,张华,等. 慢性乙型肝炎患者心理一致感、应对方式对疾病不确定感的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(20):47-49.
WANG X H, ZHU Y, ZHANG H, et al. Effect of psychological consistency and coping style on the uncertainty of illness in patients with chronic hepatitis B [J]. *Nurs Pract Res*, 2020, 17(20):47-49.
- [18] PARAGAS E D JR, BARCELO T I. Effects of message-framed informational videos on diabetes management knowledge and self-efficacy [J]. *Int J Nurs Pract*, 2019, 25(4):e12737.
- [19] ALMUTARY H, TAYYIB N. Factors associated with exercise self-efficacy among people with chronic diseases [J]. *Appl Nurs Res*, 2020, 54:151275.
- [20] 马冰,白黎. 提升自我效能的护理干预对慢性乙型肝炎患者治疗依从性、心理状况的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(12):2169-2171.
MA B, BAI L. Effect of nursing intervention of improving self-efficacy on treatment compliance and psychological status of patients with chronic hepatitis B [J]. *Int J Nurs*, 2020, 39(12):2169-2171.

(本文编辑:徐自超)