

四项行动法基础上的延伸护理对慢性肾功能衰竭伴高血压患者的影响

张彩凤 王飞飞 李 娇 杨玉霞

(新乡市中心医院 新乡医学院第四临床医院, 河南 新乡 453000)

[摘要] 目的: 分析四项行动法基础上的延伸护理对慢性肾功能衰竭伴高血压患者的影响。方法: 选取2021年1月至2023年3月新乡市中心医院收治的114例慢性肾功能衰竭伴高血压患者, 按随机分组原则分为对照组和观察组, 各57例。对照组应用常规出院指导, 观察组在对照组的基础上应用四项行动法基础上的延伸护理。比较两组患者血压达标情况、生活质量、自我管理行为。结果: 护理后, 两组患者收缩压、舒张压达标率高于护理前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。护理后, 两组患者各项世界卫生组织生活质量测定简表(WHOQOL-BREF)评分高于护理前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。护理后, 两组患者各项自我管理行为量表评分高于护理前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 四项行动法基础上的延伸护理可提高慢性肾功能衰竭伴高血压患者的血压达标情况, 改善其自我管理行为及生活质量。

[关键词] 慢性肾功能衰竭; 高血压; 四项行动法; 延伸护理

[中图分类号] R 473.5 **[文献标识码]** B

慢性肾功能衰竭是慢性肾脏疾病进入失代偿期时的常见表现, 常会引起机体出现水、电解质代谢、酸碱平衡紊乱等情况^[1]。当患者合并高患病率的心血管疾病后, 其死亡风险明显增加, 其中高血压是慢性肾功能衰竭患者常见合并症^[2]。而高血压与患者长期存活率以及生活质量关系密切, 患者长期治疗期间, 疾病知晓率低、健康行为差, 造成患者出院后整体健康状态水平较低。四项行动法是临床护理中新型护理理念, 将个体行为分为计划、行动、观察及反思四个阶段, 将其用于延伸护理当中, 以此规范个体健康行为, 提高患者遵医行为^[3]。基于此, 本研究以慢性肾功能衰竭伴高血压患者为例, 分析基于四项行动法的延伸护理应用情况, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2023年3月新乡市中心医院收治的114例慢性肾功能衰竭伴高血压患者, 按随机分组原则分为对照组和观察组, 各57例。对照组中男性32例, 女性25例; 年龄40~73岁, 平均(62.86±5.18)岁; 高血压病史1~8年, 平均(4.58±2.08)年; 肾脏病变类型: 慢性肾小球肾炎34例, 糖尿病肾病12例, 其他

11例; 学历: 小学及初中38例, 高中及以上19例。观察组中男性30例, 女性27例; 年龄40~74岁, 平均(63.08±5.24)岁; 高血压病史1~8年, 平均(4.64±2.02)年; 肾脏病变类型: 慢性肾小球肾炎30例, 糖尿病肾病15例, 其他12例; 学历: 小学及初中40例, 高中及以上17例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经新乡市中心医院伦理委员会批准(2019-033)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 纳入患者均符合慢性肾功能衰竭标准^[4]; (2) 均有高血压病史; (3) 意识清醒; (4) 患者或家属对本研究均知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 伴有恶性肿瘤、免疫缺陷及严重感染者; (2) 有其他重要脏器病变者; (3) 有精神障碍性病变、认知异常者; (4) 依从性差; (5) 病情不稳者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 应用常规出院指导, 即在出院前, 由护理人员向患者讲解疾病知识、用药指导, 出院后饮食计划、并发症鉴别及处理措施等; 出院后通过电话随访、门诊随访持续进行疾病、合理饮食、坚持用药等知识宣教。

[收稿日期] 2023-12-07

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划(联合共建)项目(LHGJ20191316)

[作者简介] 张彩凤, 女, 主管护师, 主要研究方向是肾内科护理。

连续干预 6 个月。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上应用四项行动法基础上的延伸护理，(1) 计划阶段。在患者出院前，由护理人员完善患者基本资料信息，确认出院后联系方式，出院后每周通过电话、微信平台对患者进行用药、饮食、运动等基本信息评估。针对患者病情、个人健康信息、身心状况，制定针对性护理目标计划，比如患者合理饮食、提高遵医行为等，并结合循证医学资料总结及制定护理措施。(2) 行动阶段。根据护理计划，运用电话随访、微信平台、知识讲座等方式实施护理方案。①健康宣教。即通过微信平台，以图片、视频、语言等方式进行疾病健康宣教，包括血液透析操作方法，观看血液透析视频，总结患者治疗期间并发症发生情况及应对措施；说明每天血压监测方法及降压药物使用方法。鼓励患者多参与病友交流活动，由治疗成功案例分享治疗经验、康复经验等；在社区定期开展疾病知识集体讲座，监督患者日常饮食、运动、用药、血压监测等管理情况。②饮食计划。根据患者日常饮食习惯，使饮食尽量符合患者喜好，每日磷摄入量在 800 ~ 1000 mg，告知患者、家属不宜食用坚果、蛋黄等高磷食物^[5]；日常饮食以优质蛋白为主，如瘦肉、鸡蛋等；保持优质蛋白、低脂、丰富维生素等饮食。为患者发放盐勺，1 勺在 2 g，控制每日食盐量；制定低磷、高脂食物清单，不可生食蔬菜，纠正患者错误饮食行为。③运动计划。即根据患者身体状况、接受程度，为患者制定日常运动计划，如慢跑、散步、太极拳、八段锦等强度较小的运动，运动时由家属陪同，若出现心悸、头晕等情况要立即停止运动。在运动时，通过微信打卡、拍照等方式监督，每次运动 20 ~ 30 min，每周 3 ~ 4 次。④用药指导。通过发放药物提醒盒，发挥家属监督作用，强调患者需遵医嘱用药，不可私自增减药物剂量或停药；告知患者降压药物应用必要性，每天监测血压。(3) 观察阶段。即根据患者护理计划实施情况，收集患者 1 周内对本次护理干预的反馈信息，调查患者近 1 周的饮食、运动等行为，观察患者护理计划落实及完成情况。(4) 反思阶段。根据患者护理计划落实情况，分析患者出院后护理期间的问题，如患者存在依从性差、对疾病认知不足等情况，结合护理问题进行总结、讨论，完善护理方案，如加强对患者健康宣教，提高患者遵医行为等，持续修订及落实护理方案。连续干预 6 个月。

1.4 观察指标

观察两组患者血压达标情况、生活质量、自我管理行为。

(1) 血压达标情况。即在护理前、护理 6 个月后进行血压测量，当收缩压 ≤ 130 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa)，舒张压 ≤ 80 mmHg，即为血压达标；统计两组患者血压

达标率。(2) 生活质量。护理前、护理 6 个月后采用中文版世界卫生组织生活质量测定简表 (the World Health Organization quality of life-brief version, WHOQOL-BREF)^[6] 进行评估，内容包括生理、心理、社会关系及环境 4 个领域，分别有 7、6、3、8 个条目，每个条目赋值 1 ~ 5 分，分值随生活质量的提高而增加。(3) 自我管理行为。护理前、护理 6 个月采用于萍等^[7] 学者构建的符合慢性肾脏病患者自我管理行为量表，内容包括饮食、治疗、躯体活动、社会心理 4 个管理行为，分别有 12、9、5、5 个条目，每个条目计 1 ~ 4 分，评分越高，患者自我管理行为越好。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后血压达标率比较

护理后，两组患者收缩压、舒张压达标率高于护理前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者护理前后血压达标率比较 [*n* = 57, *n* (%)]

组别	时间	收缩压达标	舒张压达标
对照组	护理前	27(47.37)	24(42.11)
	护理后	37(64.91) ^a	38(66.67) ^a
观察组	护理前	24(42.11)	21(36.84)
	护理后	52(91.23) ^{ab}	51(89.47) ^{ab}

注：与同组护理前比较，^a*P* < 0.05；与对照组护理后比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者护理前后生活质量比较

护理后，两组患者各项 WHOQOL-BREF 评分高于护理前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者护理前后生活质量比较 (*n* = 57, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理	心理	社会关系	环境
对照组	护理前	13.04 ± 2.53	12.10 ± 2.75	6.67 ± 1.31	20.02 ± 4.26
	护理后	21.84 ± 3.05 ^c	18.82 ± 3.42 ^c	8.96 ± 1.38 ^c	26.86 ± 2.72 ^c
观察组	护理前	12.96 ± 2.47	11.85 ± 2.64	6.52 ± 1.28	18.86 ± 4.18
	护理后	28.84 ± 3.16 ^{cd}	23.64 ± 3.52 ^{cd}	11.24 ± 1.41 ^{cd}	32.14 ± 2.84 ^{cd}

注：与同组护理前比较，^c*P* < 0.05；与对照组护理后比较，^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者护理前后自我管理行为比较

护理后，两组患者各项自我管理行为量表评分高于护理前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表3 两组患者护理前后自我管理行为比较 (n = 57, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	饮食	治疗	躯体活动	社会心理
对照组	护理前	20.10±2.36	16.13±2.52	10.01±1.30	8.51±1.56
	护理后	32.48±3.52 ^c	21.20±3.55 ^c	12.04±1.40 ^c	12.18±1.20 ^c
观察组	护理前	19.89±3.24	15.96±2.48	9.89±1.28	8.48±1.52
	护理后	38.84±3.64 ^{cd}	27.56±3.64 ^{cd}	14.24±1.52 ^{cd}	14.50±1.24 ^{cd}

注: 与同组护理前比较, ^aP < 0.05; 与对照组护理后比较, ^bP < 0.05。

3 讨论

高血压是致慢性肾功能衰竭患者肾功能持续性进行性减退以及诱发心血管不良事件的重要原因, 也是影响患者远期预后以及生存质量的主要因素。由于患者需要长期透析治疗, 多数时间处于居家状态, 而患者对疾病认知不足、健康行为缺陷等, 会使患者出现疾病误区, 使其血压控制不佳^[8]。因此有必要对慢性肾功能衰竭合并高血压患者实施合理、科学的延续护理, 从而促进患者健康行为的建立, 改善其生活质量。四项行动法基础上的延伸护理是一种涵盖了计划、行为、观察及反思的延续性护理模式, 可促使整体护理质量持续性改进, 以此能明显提高患者护理水平^[9]。

本研究发现, 护理后, 观察组患者收缩压、舒张压达标率高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。林振^[10]的研究显示基于四项行动法的延伸护理能够明显提高患者血压控制水平, 降低血压。以上结果说明四项行动法基础上的延伸护理可控制患者病情, 阻断疾病持续性进展。分析原因, 通过四项行动法基础上的延伸护理, 可为患者提供个性化护理服务, 使患者出院后依然能得到专业、合理的医疗健康服务, 消除各种不良因素对患者病情的影响, 从而提高患者病情改善程度; 同时加强患者饮食、运动及用药护理, 指导患者每天监测血压, 准确服用降压药物, 增加其遵医行为, 避免不合理用药、错误饮食等因素导致患者血压波动, 从而提高疾病控制效果。

由于慢性肾功能衰竭伴高血压患者治疗时间长、治疗负担重, 在疾病困扰下, 患者日常生活、睡眠、心理、肢体活动等均会受到不良影响, 使其生活质量下降; 同时患者日常饮食、运动等因素与肾功能、血压控制息息相关, 此时需要加强患者自我管理行为, 增加患者对疾病的认知程度, 可明显减少患者病情波动^[11]。本研究发现, 护理后, 观察组患者在生理、心理、社会关系及环境4个领域的生活质量评分均高于对照组, 饮食、治疗、躯体活动、社会心理的自我管理行为评分明显高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。以上结果说明基于四项行动法基础上的延伸护理可提高患者的疾病管理行为, 改善其生活质量。由于既往延续性护理仅是通过电话或门诊随访进行疾病健康宣教, 但护理方法缺乏

指导性及时效性, 导致疾病掌握不足, 管理认知不当^[12]。此时采用四项行动法基础上的延伸护理, 在计划阶段根据患者的需求及特点, 采用更具针对性、有效的护理干预, 通过计划性健康宣教向患者讲解疾病及血液透析的知识, 并制定护理行为目标, 规范护理健康行为, 从而能提高患者健康行为, 改善其生活质量; 同时对患者采用规范、合理的用药、饮食等护理策略, 使患者院外依然能获得良好、专业的护理服务, 增加患者对疾病的认知程度, 规范其健康行为, 提高其自我管理行为, 利于患者生活质量的改善。

综上所述, 基于四项行动法基础上的延伸护理可提高慢性肾功能衰竭伴高血压患者的血压达标情况, 改善其生活质量, 增强患者对疾病、躯体的管理行为。

[参考文献]

- [1] 吴伟莉, 陈月琴, 潘妹. 4R 随访管理在慢性肾衰竭行腹膜透析患者延续护理中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (17): 101-103.
- [2] 许爱群, 余熙萍, 李瑾, 等. 基于 IMB 模型的延续性护理对慢性肾衰竭血液透析患者的干预效果 [J]. 中国医药导报, 2021, 18 (17): 189-192, 196.
- [3] 石娟娟, 杨文静. 基于四项行动法延伸护理对慢性肾衰竭患者肾功能及生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31 (4): 561-564.
- [4] 中国中西医结合学会肾脏病专业委员会. 慢性肾衰竭中西医结合诊疗指南 [J]. 河北中医, 2016, 38 (2): 313-317.
- [5] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 中国慢性肾脏病患者高血压管理指南 (2023 年版) [J]. 中华肾脏病杂志, 2023, 39 (1): 48-80.
- [6] 刘怡均, 林向英, 张燕. 中文版世界卫生组织生存质量测定量表简表用于终末期肾病的信效度验证 [J]. 首都医科大学学报, 2021, 42 (4): 635-641.
- [7] 于萍, 刘纯艳, 施月仙. 慢性肾脏病病人自我管理量表编制的研究 [J]. 护理研究, 2011, 25 (34): 3200-3202.
- [8] 宗文莉, 陈春梅, 吴小芳, 等. 延续性护理干预对老年慢性肾衰竭患者生活质量及心理状态的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29 (17): 5-8.
- [9] 黄维花, 林志华. 四项行动法延伸护理对慢性心力衰竭患者预后改善及睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10 (2): 365-368.
- [10] 林振. 四项行动法的延伸护理在慢性肾衰竭合并高血压患者中的效果 [J]. 心血管病防治知识, 2023, 13 (18): 71-73.
- [11] 徐雪芳, 吴静月, 孙锦珠, 等. 基于微信平台的家庭参与式干预模式对慢性肾衰竭患者自我管理能力的提升 [J]. 国际护理学杂志, 2022, 41 (24): 4595-4599.
- [12] 魏娟, 乔纳. 循证护理对慢性肾衰竭血液透析患者遵医行为、自我护理能力及生活质量的影响 [J]. 临床医学工程, 2022, 29 (9): 1319-1320.