造成体液及细胞性免疫缺陷;缺少尿液的冲洗、毒素的长期刺激等都会促进肿瘤的发生。

肿瘤发生类型具有种族、地域差异性。欧美以皮肤癌和淋巴瘤最为多见;日本以肾细胞癌、甲状腺癌高发;我国则以泌尿系肿瘤报道最多[1]。

在我国,肾移植术后并发泌尿系肿瘤最常见的病理类型是移行细胞癌。胡小鹏等[3]报道发病率为1.6%。发生部位以膀胱最为多见,全程无痛肉眼血尿为主要的初发症状,也有因慢性泌尿系感染而就诊者;输尿管癌、肾盂癌亦可见。其共同特点是进展快,多呈浸润性生长、易扩散、复发、转移、恶性程度高,预后不佳。各部位发病率、发生时间还有待通过大病例、长时间随访而获得。肾细胞癌则报道不多[3]。前列腺癌发生数量明显减少,可能与这些患者中激素水平减少有关。本组8例患者皆为移行细胞癌,共10处,膀胱7处,输尿管2处,肾盂1处,肿瘤发现时间术后4~32个月,平均15.8个月。

根治性外科手术是首选的治疗方案。对于确诊病例,如有可能,宜及早手术。根据病变部位、程度、个体情况来制定治疗方案。对上尿路的肿瘤行标准的肾输尿管切除术同时作膀胱袖状切除;对浅表性膀胱肿瘤行经尿道切除;对浸润性膀胱肿瘤作膀胱部分切除或根治性全切除[4];对肾细胞癌行根治性肾切除。降低免疫抑制剂的剂量,可以降低恶性肿瘤的发生率,术后应根据血CsA的浓度、患者移植的时间等减少免疫抑制剂的剂量或选用毒性小的免疫抑制剂。我们一般以维持良好的肾功能为前提,减至原来剂量的1/4~1/2。移行细胞癌需定期膀胱灌注卡介苗或丝裂霉素等药物,以降低肿瘤复发率。

肾移植术后患者是泌尿系肿瘤高发人群,尤其是高龄和长期生存患者。由于肿瘤发生与免疫抑制剂关系密切,故调整免疫抑制剂的剂量是预防肾移植术后肿瘤发生的金标准[5],不同患者需制定个体化用药方案。同时,应定期行泌尿系统B超检查,对出现血尿的患者要高度重视,除应注意排斥反应可能外,还要排除肿瘤的可能,必要时行膀胱镜、尿脱落细胞、CT检查等,了解肿瘤的类型、部位、分期,做到早发现、早诊断,并给予积极、恰当的治疗,争取良好预后。Diller等[1]报道1组1 804例患者经历2 068次肾移植,术后34例患者发生39处泌尿系肿瘤诊治资料,早期诊治的患者预后明显好于晚期患者,5年生存率达到91%。本组8例均得到及时的诊治,随访1~56个月,平均16.3个月,患者均健在,生存良好。

关键词:肾移植;泌尿系肿瘤;免疫抑制
中图法分类号:R699.206 文献标识码:B

参考文献:

[1] Diller R, Gruber A, Wolters H, *et al*. Therapy and prognosis of tumors of the genitourinary tract after kidney transplantation[J]. Transplant Proc, 2005, 37(5): 2089-2092.
[2] Vernon M, Puhaith C, Fiamingo P, *et al*. Early de novo malignancies after kidney transplantation[J]. Transplant Proc, 2004, 36(3): 718-720.
[3] 胡小鹏,马麟麟,张小东,等.肾移植术后恶性肿瘤的临床分析[J].临床外科杂志,2006,14(8):504-505.
[4] Lang H, de-Petricoun B, Wenderoth U, *et al*. Orthotopic ileal neobladder reconstruction in patients with bladder cancer following renal transplantation[J]. J Urol, 2005, 173(3): 881-884.
[5] Andres A. Cancer incidence after immunosuppressive treatment following kidney transplantation[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2005, 56(1): 71-85.

(编辑 邓强度)

文章编号:1000-5404(2007)19-1921-02

经验交流

运用护理程序提高糖尿病患者教育质量的临床研究

宋 梅,季雪飞 (解放军第305医院内二科,北京 100017)

糖尿病(diabetes mellitus, DM)是继心血管疾病、肿瘤、艾滋病之后的第四大致死疾病。目前全世界DM患者有1.3亿。DM为慢性终身性疾病,可引起多种并发症,导致残疾或过早死亡,而有效地控制DM,需要对患者进行健康教育。我们运用护理程序对DM患者进行健康教育,收到了良好的效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

收集我院2005年2月至2006年10月收治的85例DM患者,其中男性55例,女性30例;年龄最小15岁,最大65岁,平均47.2岁;病程最短1年,最长20年,平均5.5年。患者均住院接受过1次以上治疗,能以普通话沟通。

1.2 方法

运用护理程序分评估-计划-实施-评价4个步骤开展健康教育,解决患者现存或潜在的健康问题。

1.2.1 评估 在教育前了解患者掌握基本卫生常识及糖尿病相关知识程度,评估其基本知识需求和学习态度、能力等。收集与患者相关的信息,采用交谈、观察、问卷、体检等方式,重点收集患者对DM知识的认知情况和关注的内容。DM患者关注的内容提问次数依次为:血糖控制41次;身体健康18次;饮食治疗15次;家居自我检验血糖13次;胰岛素注射12次;DM病因11次;胰岛素作用及副反应8次;口服降糖药物治疗6次;DM与遗传2次;DM并发症2次;运动疗法2次低血糖2次。评估情况见表1,评估结果为制定教育计划提供了依据。

作者简介:宋 梅(1976-),女,四川省宣汉县人,护师,主要从事糖尿病护理及教育方面的研究,发表论文5篇。电话:(010)63097412,E-mail:sm76362001@yahoo.com.cn

收稿日期:2007-03-23;修回日期:2007-06-17

表1 85例患者接受健康教育前后对DM知识的认知情况[例数(%)]

内容	完全掌握		部分掌握		未掌握	
	教育前	教育后	教育前	教育后	教育前	教育后
DM基本知识	0	73(85.8)	30(35.3)	12(14.2)	55(64.7)	0
饮食控制的目的和意义	0	79(92.9)	56(65.8)	6(7.1)	29(34.2)	0
使用胰岛素和降糖药的注意事项	0	77(90.5)	40(47.0)	8(9.5)	45(53.0)	0
运动疗法的实施及注意事项	0	76(89.4)	36(42.3)	9(10.6)	49(57.7)	0
血糖、尿糖监测意义及注意事项	0	70(82.3)	35(41.8)	15(17.7)	50(58.2)	0
高血糖、低血糖的症状	0	73(85.9)	53(62.4)	12(14.1)	32(37.6)	0
预防低血糖的方法及处理措施	0	80(94.1)	46(54.1)	5(5.9)	39(45.9)	0
并发症的表现及护理	0	72(84.7)	28(32.9)	13(15.3)	57(67.1)	0

1.2.2 计划 根据患者需求,选择针对性的教育内容、形式、方法及评价标准。

确立护理诊断:即确立与教育有关的患者现存或潜在的健康问题,这些问题护士能独立识别和处理。如缺乏疾病治疗、预防知识;缺乏饮食治疗知识;缺乏药物应用知识;缺乏自我护理常识;缺乏尿糖、血糖自我监测知识等。确立护理诊断要注意体现个体差异、阶段性及连续性。

制订护理目标:近期目标是使患者了解DM的一般知识、检查治疗的注意事项及护理要点,如通过教育让患者了解DM的定义、分型、症状、并发症及诱因;血糖的控制目标;饮食、运动治疗是最基本的治疗措施;降糖药的作用特点及用法;胰岛素使用注意事项;皮肤、足部护理常识等。远期目标为提高患者自我管理能力,减轻或避免DM患者的急、慢性并发症,提高生活质量。

教育内容:根据DM患者存在的普遍共同的问题,进行排序罗列,制定出书面教育资料,根据患者的需求进行增减,根据患者年龄、文化程度等采取切实可行的方式实施针对性宣传教育。在教育过程中注意根据患者的动态需求及反馈的实际情况,不断修订原有教育计划,补充新的教育内容。

实施:由工作5年以上,具备专科经验的主管护师按护理程序实施。采用健康教育卡片、宣传栏、示范训练、观看录像等方法,方式有个人宣传、小组式宣教和座谈会等。选择合适的时间,如晨、晚护理时,治疗时或下午空闲时,灵活运用文字、口头、电子媒介等对患者分阶段反复进行传授,每次讲的内容不宜过多[1]。

评价:于健康教育中和教育后评价患者对于DM相关知识的掌握程度。方法有:①直接观察,如观察患者自己注射胰岛素的过程,日常生活行为的改变等。②直接提问法,以了解患者对学习内容的掌握程度。③与家属交谈,间接评价患者对教育内容的理解情况。④制定健康教育问卷调查表,全面评价DM患者对糖尿病知识的整体掌握情况,发现不足[2]。

2 结果

运用护理程序开展健康教育后,如表1所示完全掌握DM教育内容的患者比例显著增加,部分掌握及未掌握DM教育内容的患者比例下降,未掌握者比例为0,患者对DM知识的掌握程度较教育前明显提高。

3 讨论

3.1 护理程序式健康教育显著提高教育质量

护理程序是一种科学的确认问题和解决问题的方法,是综合的、动态的、具有决策和反馈功能的过程[3,4]。我们在教育前通过了解患者需求,确立教育目标,选择有效的教育方法及内容;教育中不断进行动态评价、反馈,以指导修订原有的计划,改进和补充新的教育内容;教育后通过问卷方式对教育效果做出总体评价。上述模式收到了良好的效果,如表1所示患者对DM知识的掌握程度比教育前明显提高,证明护理程序式针对性健康教育,能更好地发挥护理的独立功能,扩大了护理工作的范围,反映了临床护理工作的整体性。

3.2 根据患者需求针对性设计教育内容是关键

DM教育可改善患者的血糖控制水平、临床症状,延缓并发症的发生。因此,在教育过程中,如果只简单地进行解答,则很难满足患者的复杂需要,针对患者需求设计教育内容至关重要。本研究第一步就是掌握患者关注的内容,进而深入了解患者需求。DM患者最关注的是"治疗"及"恢复健康",故我们选择与之相关的教育内容,运用多种灵活的教育手段,将教育分散地贯穿于患者治疗和生活中,大大提高了患者学习的主动性、积极性,从而提高了教育质量。

3.3 在教育中应注意确定影响患者学习能力的因素

患者知识教育水平、年龄、学习动力、健康状况、学习方式等因素均会对教育效果产生影响。本研究少数患者仅部分掌握DM知识(表1),主要与患者文化水平低,年龄大,对医学知识了解少,难于理解和记忆所教内容,学习兴趣不高,教育形式不适合等有关。

近年健康教育在患者控制血糖、改善DM预后方面起到了重要作用,已日益引起医务人员和广大患者的重视[5]。本研究证明针对性的程序性健康教育模式是一种有效可行的方法,能更好地提高患者对DM相关知识的掌握程度。

关键词:糖尿病;健康教育;护理程序

中图法分类号:R473.5 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 何艳文. 应用护理程序对糖尿病患者实施系统健康教育[J]. 现代护理, 2004, 10(1): 64.

[2] 范丽凤, 陆菊明, 田 慧, 等. 全程DM教育模式的构建、组织与管理[J]. 现代护理, 2005, 11(8): 575.

[3] 包家明, 霍 杰. 整体护理临床问答[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1998: 274.

[4] Johnson E Q, Thomas M. Medical nutrition therapy by registered dietitians improves HbA1c levels (Abstract) [J]. Diabetes, 2001, 50 (Suppl 2): A21.

[5] 陈 蕾, 陈晓芳. 糖尿病患者的健康教育路径[J]. 实用临床医药杂志:护理版, 2007, 3(2): 9-10.

(编辑 龙 亮)