

(2):301-303.

[5] 张娟,井坤娟. 罗伊适应模式在我国护理领域中的应用[J]. 齐鲁护理志, 2016, 22(17):106-109.

[6] DENG X, ZHENG Z, LIN B, et al. The efficacy and roles of combining temozolomide with whole brain radiotherapy in protection neurocognitive function and improvement quality of life of non-small-cell lung cancer patients with brain Metastases [J]. BMC Cancer, 2017, 17(1):42.

[7] CHAHINE S, WALSH G, URQUHART R. Factors associated with meeting the psychosocial needs of cancer survivors in Nova Scotia, Canada[J]. Curr Oncol, 2020, 28(1):13-25.

[8] 亢东琴,刘玉芬,薛冬群,等. 癌症患者体力活动测定量表 EPIC-PAQ 中文版的信效度评定[J]. 护理学报, 2017, 24(24):1-4.

[9] GRAHAM-WISENER L, DEMPSTER M, SADDLER A, et al. Validation of the distress thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting[J]. Palliat Med, 2021, 35(1):120-129.

[10] 任似梦,吴晓月,周慧灵,等. 癌因性疲乏患者报告结局评估工具研究进展[J]. 世界中医药,

2021, 16(13):1928-1931.

[11] 刘志喜,石倩萍,杨洪霞,等. 匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人员中的信效度评价[J]. 汕头大学医学院学报, 2020, 33(3):173-176.

[12] 庞晓丽,陈华军,高琳琳,等. 非小细胞肺癌患者术后抑郁状况的影响因素及与生存质量和睡眠质量的相关性研究[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(8):1567-1572.

[13] 陈晨,王敏,朱明珍. 老年肺癌患者化疗期间给予延续性护理对其心理情绪及生活质量的影响分析[J]. 心理月刊, 2020, 15(17):184-185.

[14] 饶井芬,杨春丽,刘艳丽,等. 改善非小细胞肺癌患者睡眠质量和心理状况对化疗后病情恢复的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(7):1750-1752.

[15] CAMPBELL K L, WINTERS-STONE K M, WISKEMANN J, et al. Exercise guidelines for cancer survivors:Consensus statement from international multidisciplinary roundtable[J]. Med Sci Sports Exerc, 2019, 51(11):2375-2390.

(收稿日期:2022-08-01 修回日期:2022-12-30)

• 护理研究 •

## 以护士为主导的护理干预对急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓的影响

苏 瑶,潘 盼,曾令芳

(宜春市人民医院急诊科,江西 宜春 336000)

**[摘 要]** **目的** 探讨以护士为主导的护理干预对急性缺血性脑卒中(AIS)患者静脉溶栓用药时间、依从率及预后的影响。**方法** 选择该院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 AIS 患者 62 例作为研究对象,采用随机数表法将其分为观察组和对照组,各 31 例。2 组患者均在入院后给予静脉溶栓,对照组行常规护理干预,观察组行以护士为主导的护理干预,比较 2 组入院至静脉溶栓用药时间及 1 h 内容栓率,比较 2 组治疗前后的改良 RANKIN 量表评分及美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,比较 2 组患者的依从率,同时比较 2 组患者的症状性脑出血率、病死率。**结果** 观察组入院至静脉溶栓用药时间短于对照组,1 h 内容栓率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。护理后 2 周观察组的 mRS 及 NIHSS 评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组依从率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组脑介入溶栓率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 以护士为主导的护理干预能够缩短 AIS 患者的溶栓时间,提高患者依从率,改善患者预后。

**[关键词]** 以护士为主导; 护理; 急性缺血性脑卒中; 静脉溶栓; 依从率; 预后

**DOI:**10.3969/j.issn.1009-5519.2023.07.031

**中图法分类号:**R471

**文章编号:**1009-5519(2023)07-1228-05

**文献标识码:**B

急性缺血性脑卒中(AIS)起病急骤,占致残率、致死率高,是一种可导致严重神经功能障碍的神经系统

疾病。我国数据显示, AIS 患者发病后 3 个月内, 致死率/致残率约为 9%, 发病后 1 年上升至 33%<sup>[1]</sup>。AIS 约占脑卒中患者数量的 70%<sup>[2]</sup>, 早期对患者进行治疗, 能够极大改善患者预后, 降低致死率及致残率。目前, 静脉溶栓作为 AIS 的主要治疗方法, 美国卒中协会指南指出<sup>[3]</sup>, 溶栓治疗的时间窗约 4.5 h, 快速的急诊治疗可显著缩短溶栓时间, 提高抢救成功率, 改善患者预后。相关研究显示, 美国开始溶栓率在 50% 以上, 而中国约 20%, 因此存在一定差距。分析其原因主要与院内延误, 开始溶栓时间延长有关<sup>[4]</sup>。此外, 有研究指出, 脑卒中患者的早期康复是整体治疗不可缺少的一部分, 与患者病情发展及预后密切相关, 同时也是体现卒中单元护理质量的重要指标<sup>[5]</sup>。建立健全的卒中患者血运重建及康复护理成为目前临床关注的热点。以护士为主导的护理干预是一种将被动护理转化为主动护理的模式, 根据患者疾病轻重及护理要求制定相应的护理方案, 使护理措施更人性化、更合理可靠。本研究中对 AIS 患者采用以护士为主导的护理干预, 探讨其对患者静脉溶栓用药时间、依从率及预后的影响, 取得满意效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 AIS 患者 62 例作为研究对象。采用随机数表法将其分为观察组和对照组, 各 31 例。观察组患者中男 17 例, 女 14 例; 年龄 49~77 岁, 平均 (58.02±4.52) 岁; 发病至入院时间 1.2~4.4 h, 平均 (2.15±0.42) h; 合并糖尿病 6 例, 高血压 11 例。对照组患者中男 16 例, 女 15 例; 年龄 47~78 岁, 平均 (58.42±3.04) 岁; 发病至入院时间 1.3~4.3 h, 平均 (2.21±0.42) h; 合并糖尿病 5 例, 高血压 13 例。纳入标准: (1) 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 (2018 年版)》中相关标准<sup>[6]</sup>, 根据影像学结果确诊为 AIS; (2) 年龄 18~80 岁; (3) 参考美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)<sup>[7]</sup>, 评分 6~20 分; (4) 发病后 4.5 h 内入院, 有静脉溶栓指征; (5) 家属及患者知情同意。排除标准: (1) 经评估入组前存在严重神经功能缺陷者; (2) 合并颅内动静脉畸形、动脉瘤者; (3) 入组前 3 个月内接受手术治疗者; (4) 存在静脉溶栓治疗禁忌证者; (5) 合并肝肾功能不全者; (6) 妊娠期或哺乳期女性。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

## 1.2 方法

**1.2.1 护理方法** 对照组在患者入院后给予常规护

理, 包括建立绿色通道、评估患者病情、建立液体通路、健康宣教等, 在完成急救后, 病情平稳时, 给予常规专科护理及肢体训练, 严密监测患者各项生命体征。

观察组给予以护士为主导的护理干预, 主要措施如下: (1) 建立小组: 由护士长牵头建立以护士为主导的护理干预小组, 共包括 10 名组员, 均为高年资护士, 同时选取急诊科、放射科、神经内科、神经外科、院内质量管理科专家各 1 名, 为各项护理措施的制定提供专业解决方案。 (2) 接诊: 在分诊护士完成分诊后, 由卒中医生接诊, 立刻通知抢救室护士行静脉导管及相关准备, 同时将患者运送至 CT 室准备进行检查。 (3) 转运: 对患者完成评估后, 患者及家属会被告知是否有意向溶栓, 患者及家属在考虑期间将患者运送至抢救室, 且抢救室护士将静脉溶栓药备好, 为溶栓做准备。 (4) 知情同意及溶栓: 在准备期间医师告知家属及患者“时间窗口”的相关处理, 在到达抢救室后, 患者检查期间医师与家属重新沟通, 评估溶栓意图, 在报告后诊断时, 家属立即签署溶栓治疗同意书, 由急救护士在抢救室完成溶栓药物的第 1 次静脉推注。 (5) 二次溶栓: 进行抢救室静脉溶栓药物第 1 次推注后, 急救护士准备进行二次溶栓治疗准备, 待患者影像学检查结果出来后, 将图像上传至小组微信群, 根据患者疾病情况, 决定是否为患者进行介入治疗。 (6) 超早期康复训练: 待患者生命体征平稳后, 小组成员给予患者适度的超早期 (发病后 24 h 内) 康复训练, 首先对患者跌倒、压疮、肢体运动感觉及日常生活能力进行评估, 正确摆放患者的体位, 存在肢体运动障碍的患者, 将其摆放至侧卧位, 避免仰卧位。 (7) 早期康复训练: 在发病后 48 h 且患者生命体征平稳的情况下, 小组成员可对患者开展早期康复训练, 对患者肌力、张力、膀胱及直肠功能进行评估, 对患者开展肢体关节运动康复训练, 包括上肢、下肢及脊柱关节, 由专人指导患者进行关节被动或主动的屈曲练习。 (8) 平稳期康复训练: 在小组成员指导下, 患者进行平稳期 (入院后 1~2 周) 康复训练, 指导患者进行 Bobath 床上拱桥及握拳训练, 待患者病情平稳后进行离床训练, 频率为每天 2 次, 每次时间在 45 min 以上, 离床训练后可给予患者适当的抗阻训练, 针对肌力进行强化训练。

**1.2.2 观察指标及评估方法** (1) 比较 2 组入院至静脉溶栓用药时间及 1 h 溶栓率, 自患者入院后即刻开始计时至患者开始第 1 次静脉溶栓停止计时。 (2) 比较 2 组患者的症状性脑出血率、病死率及脑介入溶栓率。 (3) 比较 2 组治疗前后的改良 RANKIN 量表 (mRS) 评分及 NIHSS 评分, 在溶栓护理前及护理开

始后 2 周对患者进行评估, mRS 根据卒中患者神经功能恢复情况<sup>[8]</sup>, 将其分为 0~6 级, 分级越高表示患者情况越严重, 患者死亡评估为 6 级, 患者可完成健康人经常从事的大部分工作和活动评估为 0 级。NIHSS 评分包括面瘫、视野、凝视、意识、肢体共济失调、上肢运动、下肢运动、语言、忽视、感觉、构音障碍等因素<sup>[7]</sup>, 分值 0~42 分, 分值越高则神经功能缺损程度越严重。(4) 比较 2 组患者的依从率, 参考相关文献<sup>[9]</sup>, 评价患者的治疗依从性, 将其分为完全依从、部分依从及不依从, 依从率 = (完全依从例数 + 部分依从例数) / 总例数 × 100.00%。

**1.3 统计学处理** 应用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用独立样本 *t* 检验; 计数资料以率表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 2 组患者入院至静脉溶栓用药时间比较** 观察组患者入院至静脉溶栓用药时间短于对照组, 1 h 内溶栓率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者入院至静脉溶栓用药时间比较

组别	<i>n</i>	入院至静脉溶栓用药时间 ( $\bar{x} \pm s$ , min)	1 h 内溶栓 [ <i>n</i> (%)]
观察组	31	58.94 ± 9.42	22(70.97)
对照组	31	67.52 ± 8.63	10(32.36)
<i>t</i> / $\chi^2$	—	3.739	9.300
<i>P</i>	—	<0.01	0.002

注: —表示无此项。

**2.2 2 组患者症状性脑出血率、病死率及脑介入溶栓率比较** 观察组患者脑介入溶栓率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者症状性脑出血率、病死率及脑介入溶栓率比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	症状性脑出血	病死	脑介入溶栓
观察组	31	1(3.23)	1(3.23)	29(93.55)
对照组	31	2(6.45)	2(6.45)	21(67.74)
$\chi^2$	—	0.350	0.350	6.613
<i>P</i>	—	0.554	0.554	0.010

注: —表示无此项。

**2.3 2 组患者护理前后 mRS 及 NIHSS 评分比较** 护理后 2 周观察组患者的 mRS 及 NIHSS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.4 2 组患者依从率比较** 观察组患者依从率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 3 2 组患者护理前后 mRS 及 NIHSS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	mRS 评分		NIHSS 评分	
		护理前	护理后 2 周	护理前	护理后 2 周
观察组	31	3.95 ± 1.06	1.19 ± 0.13 <sup>a</sup>	11.58 ± 2.42	2.07 ± 0.63 <sup>a</sup>
对照组	31	4.02 ± 0.89	1.95 ± 0.25 <sup>a</sup>	11.74 ± 2.86	2.96 ± 0.59 <sup>a</sup>
<i>t</i>	—	0.282	15.017	0.238	5.741
<i>P</i>	—	0.779	<0.01	0.813	<0.01

注: 与同组护理前比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

表 4 2 组患者依从率比较 [*n*(%)]

组别	<i>n</i>	完全依从	部分依从	不依从	依从
观察组	31	14(45.16)	17(54.84)	0	31(100.00) <sup>a</sup>
对照组	31	11(35.48)	16(51.62)	4(12.90)	27(87.10)

注: 与对照组比较,  $\chi^2 = 4.276$ , <sup>a</sup> $P = 0.039$ 。

## 3 讨 论

AIS 致残率、致死率高, 疾病发生后疾病核心部位周围存在缺血暗带, 若未及时恢复血供, 缺血暗带可变化为梗死区, 导致病情出现加重。目前, 指南推荐, 及时挽救缺血暗带, 恢复血供, 是 AIS 治疗的关键所在, 也对预后产生重要影响<sup>[10]</sup>。静脉溶栓治疗是 AIS 患者恢复血供的重要治疗方法, 目前溶栓治疗的时间窗为 4.5 h, 且治疗效果存在明显的时间依赖性<sup>[6]</sup>, 但目前诊疗过程中实际存在一定的延误就诊现象, 部分患者无法及时得到相应的治疗, 导致预后较差, 遗留多种后遗症甚至死亡<sup>[11]</sup>。关于如何缩短就诊至开始溶栓治疗的时间是临床医师关注的焦点及热点, 在既往的患者入院后流程中, 重视对患者的院内抢救, 按传统流程通常给予 CT 等影像学检查, 具有较长的等待时间, 易出现病情延误等情况。随着近年诊疗流程的逐渐优化, 患者入院后提高各阶段的诊疗效率, 缩短了患者入院后至开始溶栓的时间<sup>[12]</sup>。

**3.1 以护士为主导的护理干预缩短溶栓时间、提高介入溶栓率** 本研究中, 观察组 AIS 患者采用以护士为主导的护理模式, 建立护理小组, 将诊疗过程分为接诊、转运、知情同意及溶栓、二次溶栓、超早期康复训练、早期康复训练及平稳期康复训练七大模块, 每个模块均以患者为中心, 从患者及家属角度提供最便捷的护理服务。从研究结果来看, 观察组入院至静脉溶栓用药时间短于对照组, 且观察组的 1 h 溶栓率及介入治疗率高于对照组。在接诊模块中, 护士及时通知医师进行预检分诊, 通知 CT 室进行扫描准备, 为患者的影像学检查节约了时间。在转运模块, 患者转运至 CT 室过程中告知患者及家属相应的治疗, 同时通知护士进行溶栓治疗的准备。在知情同意及溶栓模块中, 及时评估患者及家属的治疗意图, 缩短了沟通

时间,在签署治疗同意后及时为患者进行静脉溶栓操作,最大限度地节约了患者的准备时间,缩短拿到诊断报告后对患者进行治疗的时间。在二次溶栓模块中,利用微信群等方式及时传递患者相应的疾病信息,并根据患者疾病情况决定是否进行介入治疗。因此,以护士为主导的护理干预在 AIS 患者的溶栓及介入治疗方面有积极意义。

**3.2 以护士为主导的护理干预改善 AIS 患者神经功能** 本研究结果显示,护理后观察组的 mRS 评分及 NIHSS 评分均低于对照组,说明以护士为主导的护理干预中,设置了超早期康复训练、早期康复训练模块。相关研究显示,超早期对卒中患者行康复训练能够改善卒中患者预后,提高患者的生活质量<sup>[13]</sup>。本研究中超早期康复训练模块利用体位摆放及定时更换体位,能够有效对抗患者的肢体痉挛,促进患者肢体功能康复。此外,侧卧位还利于患者肺功能的康复,为日后训练打下基础。在早期康复训练模块中,对患者进行肢体关节的屈曲练习,范围包括上肢、下肢及脊柱,通过关节屈曲及肌肉的紧绷,使患者的静脉血液回流加速,促进机体新陈代谢<sup>[14]</sup>。在康复期训练模块中,对患者进行适当抗阻训练,促进患者肌力的增加,改善患者的日常活动能力,改善患者预后。同时因缩短了院内救护的时间,积极挽救患者病灶周围的缺血明暗带,提升了患者的神经功能<sup>[15]</sup>,故观察组 mRS 评分及 NIHSS 评分低于对照组。

**3.3 以护士为主导的护理干预提高 AIS 患者依从率** 本研究结果显示,干预期间观察组患者的依从率高于对照组,提示以护士为主导的护理干预更符合患者及家属的临床就诊体验预期,体现了以患者为中心,一切为患者的医疗理念。分析后认为,常规护理干预过程包括建立绿色通道、评估病情、健康宣教、肢体训练等,在以护士为主导的护理干预中,急救模块缩短了患者的溶栓时间,而在康复训练模块中给予患者专业的指导,使患者感受到来自医护人员的关怀,故提高患者的依从率。

综上所述,以护士为主导的护理干预能够缩短 AIS 患者的溶栓时间,提高介入治疗率,提高患者依从率,改善患者神经功能。

## 参考文献

[1] 涂雪松. 缺血性脑卒中的流行病学研究[J]. 中国临床神经科学, 2016, 24(5): 594-599.

[2] 黎建乐, 王莹, 冯慧宇, 等. 广东省脑卒中流行病学调查[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2020, 46(1): 1-7.

[3] POWERS W J, DERDEYN C P, BILLER J, 等. 美国心脏协会/美国卒中协会急性缺血性卒中血管内治疗早期管理指南(2015 年版)[J]. 中国脑血管病杂志, 2015, 20(10): 552-560.

[4] HUHTAKANGA S, JAANA K, SAARESRA NT A, et al. Stroke volume predicts nocturnal hypoxemia in the acute ischemic stroke after intravenous thrombolysis[J]. J Stroke Cerebrovascular Dis, 2019, 28(9): 2481-2487.

[5] 邹钊. 早期作业治疗对脑卒中患者日常生活能力的影响[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(18): 2672-2674.

[6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.

[7] KORI NAJM A, ZAID I, WAN ASYRAF W, et al. A validation study of the bahasa malaysia version of the national institute of health stroke scale[J]. Neurology Asia, 2018, 23(3): 225-231.

[8] STEVEN C, CRAMER V, JEFFREY L S, et al. Intense arm rehabilitation therapy improves the modified rankin scale score association between gains in impairment and function[J]. Neurology, 2021, 96(14): 1812-1822.

[9] 李岩, 佟旭, 吴雅坤, 等. 急性缺血性脑卒中及短暂性脑缺血发作患者口服二级预防药物 1 年复合依从性影响因素分析[J]. 山东医药, 2019, 59(24): 18-22.

[10] 王瑞香, 朱思静, 周丽琼, 等. 缺血性脑卒中二级预防患者指南的构建[J]. 护理研究, 2021, 35(24): 4351-4357.

[11] 常红, 杨莘, 吉训明, 等. 急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗院内延误现状调查分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(26): 3746-3748.

[12] 顾静, 黄蓓蓓, 刘夕珍, 等. 角色定位模式在优化急性缺血性脑卒中患者就诊流程中的应用[J]. 河北医药, 2021, 43(15): 2351-2354.

[13] 董岩, 谭丽双, 刘峻. 眼针联合超早期康复训练对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(5): 9-13.

[14] 付晨, 李薇, 刘晓萱. 运动想象疗法联合视觉反馈训练在脑卒中偏瘫病人早期康复中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(1): 143-149.

[15] 曾昊, 张幼林, 杨卫兴, 等. 院前转运方式对急性

缺血性卒中静脉溶栓时间效率指标及早期神经功能改善的影响研究[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 94-100.

(收稿日期: 2022-08-05 修回日期: 2022-12-12)

## • 护理研究 •

# KING 互动达标在出院胰岛素泵治疗 2 型糖尿病患者中的应用效果

牛 丹, 李晓梅<sup>△</sup>

(南京市第一医院内分泌科, 江苏 南京 210006)

**[摘要]** 目的 探讨 KING 互动达标在出院胰岛素泵治疗 2 型糖尿病患者中的效果。方法 选取 2021 年 1—6 月从该院内分泌科出院携带胰岛素泵治疗的 2 型糖尿病患者 90 例, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 45 例。对照组采用常规护理模式, 观察组采用 KING 互动达标护理模式, 比较 2 组患者血糖水平、糖尿病自我管理能力和胰岛素泵相关不良事件发生情况。结果 2 组患者干预前空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白及自我管理能力和胰岛素泵相关不良事件发生情况, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。干预后, 观察组患者空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白及自我管理能力和胰岛素泵相关不良事件发生情况均高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 KING 互动达标应用于出院胰岛素泵治疗 2 型糖尿病患者, 能优化血糖, 提高患者自我管理水平和减少胰岛素泵相关不良事件的发生。

**[关键词]** KING 互动达标; 2 型糖尿病; 院外胰岛素泵; 效果评价

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.07.032

中图分类号: R473.5

文章编号: 1009-5519(2023)07-1232-04

文献标识码: B

胰岛素泵皮下持续输注是安全、有效治疗糖尿病的手段<sup>[1]</sup>。随着人们健康管理意识不断上升, 出院携带胰岛素泵治疗糖尿病受到更多 2 型糖尿病患者的青睐。但胰岛素泵仪器精密, 对操作者要求高, 若无专业人员的指导和监督, 一旦操作不当即可导致严重后果, 如: 频发低/高血糖、胰岛素泵相关不良事件等<sup>[2]</sup>。因此, 院外胰岛素泵治疗患者的自我管理过程值得研究。KING 互动达标理论认为, 和谐、互助护患关系可提高患者自我管理能力和水平, 使患者达到最佳的健康状态目标<sup>[3]</sup>, 目前已广泛应用于临床护理中。刘敏云等<sup>[4]</sup>将互动达标理论应用于精神分裂症患者, 报道互动达标干预可提高其对遵医行为的参与度。高冰等<sup>[5]</sup>研究认为, 采用互动达标模式, 有助于提高患者的治疗参与性及生活幸福感, 均能取得较好的干预效果, 但尚未见 KING 互动达标用于出院胰岛素泵治疗的 2 型糖尿病患者。本研究将 KING 互动达标理论应用于出院胰岛素泵治疗的 2 型糖尿病患者中, 取得良好效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2021 年 1—6 月入住本院内分泌科, 血糖平稳出院后继续使用胰岛素泵治疗的 2 型

糖尿病患者 90 例患者作为研究对象。纳入标准: (1) 符合《中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版)》中 2 型糖尿病诊断标准; (2) 院外胰岛素泵治疗时间  $\geq 6$  个月; (3) 自愿参加研究, 能独立完成问卷。排除标准: (1) 合并肿瘤疾病; (2) 合并严重心肺功能疾病; (3) 精神障碍、拒绝接受回访调查者; (4) 各种原因终止继续使用胰岛素泵患者。采用随机数字表法将纳入研究的患者分为 2 组, 每组 45 例。胰岛素泵型号为: 美敦力 712 胰岛素泵、Dana II S 型, 胰岛素为门冬胰岛素注射液 (3 mL: 300 IU 诺和诺德中国制药有限公司生产)。医生根据患者的胰岛功能、身体质量指数、血糖水平, 调节胰岛素泵各个参数, 确定胰岛素泵正常使用。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

项目	对照组	观察组	$\chi^2$	P
	(n=45)	(n=45)		
性别			0.185	0.667
男	28	26		
女	17	19		
年龄(岁)			0.968	0.616

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: lxm2207@163.com。