

耐多药肺结核及其患者治疗依从性的护理措施研究进展

宋丽君 章琳 郑静

【摘要】 耐多药结核病的出现与流行,危害人类健康的同时,也给社会经济带来了巨大损失,成为全球结核病防控工作最主要的威胁之一,使得结核病防控面临严峻考验。作者从耐多药结核病的流行现状、发生原因及解决患者治疗依从性的护理措施研究等方面进行综述,为加强耐多药肺结核患者的护理研究提供科学的参考依据。

【关键词】 结核; 抗多种药物性; 药物治疗依从性; 疾病流行; 护理研究; 综述

Research progress of the nursing intervention on treatment compliance of patients with multi-drug resistant pulmonary tuberculosis SONG Li-jun, ZHANG Lin, ZHENG Jing. Tubercular Intensive Care Unit, Red Cross Hospital of Hangzhou, Hangzhou 310008, China

Corresponding author: SONG Li-jun, Email: 40624595@qq.com

【Abstract】 The large scale of epidemic rising of multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) is bringing a great threat to human health and causing a heavy socioeconomic loss. It becomes one of the major threats to global TB control and makes that the TB prevention and control is facing a critical challenge. In order to provide more scientific evidences for strengthening the research on nursing of MDR-TB, we did this comprehensive literature review, including the epidemic situation of MDR-TB and its reasons, MDR-TB control strategy, as well as the researches on improving treatment compliance of MDR-TB patients with the effective nursing methods.

【Key words】 Tuberculosis, multidrug-resistant; Medication adherence; Epidemics; Nursing research; Review

近年来,耐多药结核病(multidrug-resistant tuberculosis, MDR-TB)的发病率呈逐年上升的趋势,这给全球的结核病防控工作带来严重威胁,并且成为目前结核病控制的三大挑战之一^[1]。WHO 报告指出,MDR-TB 诊断和治愈率较低,2010 年其治愈率只有 16%^[2]。患者治疗依从性好,才能进一步提高肺结核的治愈率,减少复发率;因此,研究如何提高 MDR-TB 患者的治疗依从性,具有非常重要的临床意义。笔者从 MDR-TB 的流行现状、发生原因出发,对解决患者治疗依从性的护理措施研究进行综述。

一、MDR-TB 的定义

耐多药结核病是指结核病患者感染的 MTB 经体外药物敏感性试验(简称“药敏试验”)证实至少同时对异烟肼和利福平耐药^[3]。

二、MDR-TB 流行现状

2016 年全球结核病报告显示^[4],2015 年有 3.9% 的新发结核病患者为耐多药结核病,在中国约有 6.6% 的初治肺结核患者为耐多药肺结核(MDR-PTB)。可见,我国耐药结核病疫情非常严重,MDR-TB 的流行已经对我国的公共卫生安全构成严重的威胁。

三、MDR-TB 产生的原因

MDR-PTB 是指肺结核患者感染的 MTB 经体外药敏试验证实至少同时对异烟肼和利福平耐药^[4],主要来源于耐多药结核分枝杆菌的传播和获得性耐药,由此可见,MDR-TB 的产生有原发性和获得性耐药两种途径。在我国,一直以来认为不规范治疗导致的获得性耐药是造成我国高 MDR-TB 疫情的主要原因,但高谦和梅建^[5]的研究却指出传播导致的原发性耐药才是造成我国高 MDR-TB 疫情的主要原因,他从不同的数据统计方式、基因型分析及结核病分子流行病学三个层次深入分析了导致我国结核病同时存在高治愈率和高耐药率的原因,得出我国保守估计超过 85% 的 MDR-TB 患者是原发性耐药,其中超过 40% 是近期传播导致的,提出控制传播是我国 MDR-TB 疫情控制工作中的主要矛盾。由于不同的耐药产生途径,导致 MDR-TB 控制措施大不相同,获得性耐药以重点做好患者的规范化治疗和管理为主,而原发性耐药则以重点做好传染源的发现和阻断传播为主。因此,明确 MDR-TB 的产生途径,因地制宜制定我国特有的 MDR-TB 控制策略具有极其重要的意义。刘一典和肖和平^[6]也指出 WHO《耐药结核病治疗指南(2016 年更新版)》对我国结核病防治有重要的指导意义,但仍要结合我国实际情况使其发挥最佳作用。在我国产生 MDR-TB 的主要原因包括:①我国 MDR-TB 患者发现率低;②二线抗结核药物存在不良反应,使用剂量过低或过高及过早使用导致耐药;③缺少统一的 MDR-TB 患者发现及规范化治疗管理模式,

患者治疗依从性较差,用药不规律、失访、拒绝治疗^[7-12]。其中患者的依从性差是导致结核分枝杆菌对多种药物产生耐药性的重要危险因素^[13]。治疗依从性通常指一个人的行为与治疗、健康指导保持一致的程度^[14],包括遵医嘱服药、定期复查、改变不良生活方式等。临床研究发现,患者正确、规律、持续性用药是治疗结核病的关键,用药依从性好坏直接影响结核病的治疗和转归,不规则用药更易造成治疗失败,产生耐药性^[15]。研究表明,结核病患者因药物不良反应而导致的漏服药比例较高,其次是因工作忙、遗忘等多种原因^[16]。何平平和李东霞^[17]研究还证实住院 MDR-PTB 患者服药依从性与医疗费支付方式、对疾病知晓情况、社会压力等有关。也有很多患者因怕泄露隐私而拒绝医生家访,认为直接面视服药麻烦且有负担等原因使得督导服药措施实施困难,从而影响肺结核患者服药依从性,因此推荐使用电子药盒技术、手机短信等新方法督导患者^[18];另外,实施更加积极的护理干预也能提高患者对服药依从性和相关知识的知晓率^[19]。

四、解决 MDR-TB 患者治疗依从性的护理措施研究

1. 临床护理路径(clinical nursing path-way, CNP)的应用: CNP 是为患者制定的在住院期间采用个体人性化的护理计划;由此发展的优质护理服务、创建中国防痨协会结核病临床分会护理学、基于 Barthel 指数评定量表的临床分层管理等变革模式在提高护理质量、提高患者家属满意度方面收获成效^[20-21]。目前 CNP 在国内已经广泛应用于多个系统、多个领域,其中较典型的有脑梗死患者的健康教育^[22]、腹腔镜胆囊切除术患者的护理^[23]、急性心肌梗死急诊临床的护理^[24]等;研究均表明 CNP 对护理工作质量和效率具有积极意义。苏丽芳等^[25]研究表明在 MDR-PTB 患者健康教育中实施临床路径管理,可有效提高患者对治疗依从性、护理工作满意度和认知行为的改变。CNP 的优势在于能避免护理人员由于个人业务能力或知识水平问题造成的护理缺陷,使护士在实际的护理工作中,能尽早地发现潜在并发症,并且及时采取有效的护理措施^[26],从而降低术后并发症的发生率。另一方面,与传统的健康教育相比,基于 CNP 的健康教育拥有全面的教育内容、规范的实施途径、标准的执行方法,能帮助患者提高治疗依从性。

2. 互动达标理论的应用:互动达标理论是由美国著名护理学家伊莫詹姆·M·金(Imogene·M·King)首先提出的,该理论强调个人系统、人际系统、社会系统的相互作用,强调护理的重点是促进护士与患者在护理活动的过程中共同参与、相互作用,通过有效沟通,以获得最佳的健康状态,认为良好的护患关系是制订目标和达到目标的基础^[27]。互动达标理论护理方法与常规护理方法在研究范畴宽度、参与角色关系及护理目标方面有着本质区别。黄利雪等^[28]研究表明:互动达标理论护理方法比常规护理方法更详细、更具体、更深入,具有更好的科学性与实用性。在 MDR-PTB 患者护理中的应用效果明显,能改善患者心理状态,提高患者服药依从性和满意度。目前,国内多数是将该理论应用于神

经系统^[29]、泌尿系统^[30]及内分泌系统^[31]等疾病的护理研究,并且已取得良好的效果,研究表明运用达标理论对患者进行健康教育,能够提高患者对疾病知识的知晓率及治疗的依从性。但该理论因包含的概念较多且抽象,在实际运用过程中会显得复杂而有局限性,同时也要求护士具有较高的综合素质^[32]。国内对该理论的研究多数是量性研究方法,质性研究很少,而且应用于传染病的护理研究也不多,需要研究人员继续探讨。

3. 完全管理模式的应用:完全管理模式是一种新的护理管理模式。该模式在国外已经取得了较好的应用效果,但目前国内相关研究报道较少^[33]。与肺结核传统护理模式相比,完全管理模式具有以下几个特点:①阶段性。分为院内和院外两个阶段,确保患者坚持规律用药,监督其按时完成计划的疗程。②延续性。整个护理过程均由入院时即成立的管理小组执行。无缝对接使得护理服务延续而有效,减少了交接过程中可能发生的信息遗漏。③丰富性。该模式在护理基础上增加了个人档案建立、用药指导、定期评估、健康教育等内容。④形式多样性。随访形式包括电话或上门随访和门诊检查等多种途径。健康教育采用多媒体、小手册、床旁宣传教育等多种形式。运用短信提醒、电话询问和现场监督等方式监督患者服药。曹茂桃和徐飏^[34]、罗世珍^[15]、张华艳^[35]的研究均显示完全管理模式可有效规范 MDR-PTB 患者的治疗习惯,提高患者健康知识水平及服药依从性,进而促进预后改善,疗效显著,值得临床进行推广。

4. 格林模式的应用:格林模式是一种发展成熟并在多个领域得到广泛应用的计划干预模式。该模式具有全面、系统、有效的特点,注重知识的补充,同时又注重在信念和行为上的干预,可以给临床和科研提供持续动态的指导^[36]。该模式的干预过程非常系统,包含社会学、流行病学、行为环境、教育组织、管理政策诊断、实施、经过评价、影响评价、结果评价这 9 个步骤,其中教育和组织诊断是模式的核心,诊断的全面性是模式的亮点,倡导以目标为导向,从期望的结果中设计干预措施,系统考虑群体和环境的特征需求后,再实施干预措施^[37]。目前,格林模式主要应用于社区健康促进和公共卫生干预,涉及的病种包括糖尿病^[38]、高血压^[39]、冠心病^[40]等,疾病的预防研究包括疼痛的管理^[41]、低年资护士胰岛素规范化注射行为^[42]、手术室医务人员手卫生管理^[43]等。国内外大量研究方向在于探讨格林模式在健康的知行信改变中的有效应用,但对于以疾病高危人群为干预对象的研究还很欠缺^[44],以 MDR-TB 为对象的研究更是少之又少。虽然李冰和鲍丰瑜^[45]研究表明格林模式能充分发挥社会支持系统的作用,同时运用该模式进行健康教育,可提高 MDR-TB 患者结核病防治知识的知晓水平和治疗依从性,但仍需要大样本多中心研究数据支持。

小 结

综上所述,良好的治疗依从性是保证 MDR-TB 患者战胜疾病的重要前提。如何提高患者治疗的依从性,护理起着

关键性的作用,我们要指导患者按医嘱正规、合理用药;给予患者充分的心理支持,做好健康教育,使其对疾病有正确的认识;做好出院指导工作,促进患者建立科学的生活方式,依靠政府、社会、家庭、医疗机构及患者本人共同配合,从而控制 MDR-TB 的传播。上述 4 种途径与模式的护理措施为 MDR-TB 患者健康干预研究提供了新思路、新视角,今后将各个模式与我国国情相结合,开发适应中国文化的干预框架并应用于 MDR-TB 患者的健康干预,提高患者治疗依从性。

参 考 文 献

- [1] Bhembé NL, Nwodo UU, Govender S, et al. Molecular detection and characterization of resistant genes in *Mycobacterium tuberculosis* complex from DNA isolated from tuberculosis patients in the Eastern Cape province South Africa. BMC Infect Dis, 2014, 14: 479.
- [2] World Health Organization. Towards universal access to diagnosis and treatment of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization, 2015.
- [3] 中国防痨协会. 耐药结核病化学治疗指南(2015). 中国防痨杂志, 2015, 37(5): 421-469.
- [4] World Health Organization. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization, 2016.
- [5] 高谦, 梅建. 传播才是造成我国结核病高耐药率的主要原因. 中国防痨杂志, 2015, 37(11): 1091-1096.
- [6] 刘一典, 肖和平. WHO《耐药结核病治疗指南(2016 年更新版)》的特点与思考. 中国防痨杂志, 2016, 38(12): 1016-1020.
- [7] 徐飏. 强化耐药患者诊治管理 控制耐药结核病流行. 中国防痨杂志, 2016, 38(4): 245-247.
- [8] 王建云, 贾忠, 魏宝楚, 等. 耐药药肺结核采用含阿米卡星或卷曲霉素化疗方案治疗的结果分析. 中国防痨杂志, 2017, 39(7): 779-783.
- [9] 唐怡敏, 邓国防, 叶涛生, 等. 利奈唑胺治疗耐药结核病的现状及认识. 中国防痨杂志, 2017, 39(6): 659-663.
- [10] 石文卉, 初乃惠. 抗结核药物的应用与研发. 中国防痨杂志, 2015, 37(11): 1156-1159.
- [11] 周美兰, 杜义祥, 王坚杰, 等. 武汉市耐药肺结核患者防治模式效果分析. 中国防痨杂志, 2016, 38(11): 918-924.
- [12] 吕德良, 谭卫国, 张乐平, 等. 深圳市耐药结核病治疗效果及影响因素分析. 中国防痨杂志, 2017, 39(2): 184-190.
- [13] 王胜芬, 赵冰, 宋媛媛, 等. 我国耐药结核病的危险因素——2007 年全国结核病耐药基线调查资料分析. 中国防痨杂志, 2013, 35(4): 221-226.
- [14] 柴志英, 于成安. 综合护理干预对结核病患者药物治疗依从性的影响. 中国实用护理杂志, 2010, 26(4): 189-190.
- [15] 罗世珍. 完全管理模式在耐药药肺结核患者护理中的应用. 护理学杂志, 2014, 29(10): 12-14.
- [16] 姚嵩, 方雪晖, 陈根旺, 等. 安徽省流动人口结核病防治干预措施的效果评价. 中国防痨杂志, 2014, 36(4): 244-247.
- [17] 何平平, 李东霞. 52 例住院耐药药肺结核患者服药依从性影响因素分析. 中国临床医生, 2013, 41(3): 45-46.
- [18] 姜世闻. 应用创新方法管理肺结核患者治疗 提高服药依从性. 中国防痨杂志, 2017, 39(7): 673-676.
- [19] 孟桂云, 杨风勤, 李彦春. 护理干预方法和程度不同对肺结核患者服药依从性的影响. 中国防痨杂志, 2015, 37(8): 815-818.
- [20] 雷国华, 王秀华. 结核病护理学科建设的发展现状及展望. 中国防痨杂志, 2016, 38(12): 1024-1025.
- [21] 王海洋, 纪雪芹, 李靛. 基于 Barthel 指数评定量表的临床分层管理在结核病病房中的应用效果. 中国防痨杂志, 2017, 39(7): 775-779.
- [22] 柏晓玲, 王天兰, 石国风, 等. 临床护理路径在脑梗死患者健康教育中应用效果的 Meta 分析. 中华医院管理杂志, 2016, 32(2): 158-160.
- [23] 方婷婷, 侯铭, 郑艳, 等. 国内临床护理路径在腹腔镜胆囊切除术患者中应用效果的 Meta 分析. 中国实用护理杂志, 2015, 31(5): 341-347.
- [24] 冯金星, 戴新娟, 施琪, 等. 急性心肌梗死急诊临床护理路径的研究概况. 中国全科医学, 2016, 19(B12): 454-456.
- [25] 苏丽芳, 李进升, 陈恩泰. 应用临床护理路径对耐多药肺结核患者实施健康教育的效果分析. 中国防痨杂志, 2013, 35(6): 456-459.
- [26] 李欣欣. 临床护理路径在胃癌患者围术期健康教育中的应用. 上海预防医学, 2011, 23(12): 644-645.
- [27] 牟善芳, 邹静, 冯凤. 护理理论精要. 天津: 天津科学技术出版社, 2010: 112-119.
- [28] 黄利雪, 李志锋, 韦柳迎, 等. 互动达标理论在耐多药肺结核患者护理中的应用. 中华现代护理杂志, 2014, 20(22): 2775-2778.
- [29] 单岩, 刘晓辉, 张振香. 互动达标理论在脑卒中患者早期康复中的应用. 护士进修杂志, 2011, 26(17): 1572-1574.
- [30] 莫伊雯, 王洁, 徐雯, 等. 达标理论在慢性肾病患者健康教育中的应用和效果评价. 护士进修杂志, 2012, 27(18): 1707-1710.
- [31] 朱海萍, 章玉玲, 钱思兰. 达标理论在糖尿病患者健康教育中的应用及效果评价. 实用护理杂志, 2006, 22(12): 45-46.
- [32] Clinton EL, Vickie AL, 李俊. King 的目标达标理论介绍. 上海护理, 2008, 8(1): 81-83.
- [33] 蒋璐. 肺结核患者用药依从性的国内研究进展. 传染病信息, 2012, 25(1): 55-57.
- [34] 曹茂桃, 徐飏. 完全管理模式在耐多药肺结核患者护理中的应用. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(9): 1547-1550.
- [35] 张华艳. 完全管理模式在耐多药肺结核病人护理中的应用. 全科护理, 2015, 13(15): 1427-1429.
- [36] Castellanos DC, Abrahamsen K. Using the PRECEDE-PROCEED model to assess dietary needs in the Hispanic population in northeastern Pennsylvania. Hisp Health Care Int, 2014, 12(1): 43-53.
- [37] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass Public Health, 2008: 406.
- [38] 杨秋. 格林模式健康教育对 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白、血压、脂肪、体重指数变化及其控制的影响. 中国现代医学杂志, 2016, 26(21): 50-54.
- [39] 方一芳, 邱德枝. 运用格林模式对高血压患者饮食情况的调查. 中国继续医学教育, 2015, 32: 27-28.
- [40] 王颖, 姜小平. 格林管理模式对冠心病 PCI 术后患者服药依从性的影响. 河南医学研究, 2016, 25(10): 1901-1902.
- [41] 余婕, 李小燕, 周阳, 等. 基于格林模式构建以护士为主导的疼痛管理模式. 护理学杂志, 2015, 30(19): 20-23.
- [42] 梁志金, 刘晓芳, 黄艳, 等. 格林模式培训促进低年资护士胰岛素规范化注射行为. 护理学杂志, 2014, 29(23): 55-57.
- [43] 郭华. 格林模式在手术室医务人员手卫生管理中的应用. 当代护士(下旬刊), 2016, 10: 172-173.
- [44] 魏国芳, 郭小璐, 曹梅娟. 格林模式在健康干预中的应用与研究进展. 护理学杂志, 2014, 29(13): 85-88.
- [45] 李冰, 鲍丰瑜. 格林模式干预对耐多药肺结核患者治疗依从性的影响. 结核病与肺部健康杂志, 2015, 4(2): 116-120.

(收稿日期: 2017-09-05)

(本文编辑: 王然 薛爱华)