

多模式护理干预对消化内科患者口服药物依从性及治疗效果的影响

袁 媛

三明学院附属医院, 福建 三明 365004

摘要: 随着现代医学模式的转变, 患者的药物依从性成为影响治疗效果的重要因素。特别是在消化内科中, 慢性疾病患者对药物治疗的持续性和规范性尤为关键。本文通过实施多模式护理干预方案, 探讨其对提高患者口服药物依从性和治疗效果的实际作用。研究采用对比实验法, 将 90 例患者分为干预组和常规组, 干预组接受结构化教育、心理疏导、家庭随访及信息化提醒等综合护理措施。结果显示, 多模式护理可显著提升依从性和治疗效果。研究为优化护理路径、提升患者预后提供了参考依据。

关键词: 多模式护理; 药物依从性; 治疗效果; 消化内科; 护理干预

在现代医疗服务不断发展的背景下, 患者的治疗依从性问题日益受到临床关注, 尤其在消化内科, 因疾病周期长、症状反复、药物种类多等特点, 患者在治疗过程中常出现漏服、减量、自行停药等现象, 严重影响了疗效与预后。传统的护理方式多以宣教和日常管理为主, 缺乏针对性和系统性, 难以有效提升患者的服药依从行为。近年来, 多模式护理干预作为一种融合健康教育、心理支持、家庭配合及信息化手段的综合护理策略, 被认为能从多维度改善患者行为认知、增强治疗意愿和主动性。本文以消化内科住院患者为对象, 通过设计并实施一套系统的多模式护理干预措施, 探讨其对患者口服药物依从性及治疗效果的具体影响, 旨在为提高慢性病治疗质量、优化护理实践路径提供实证参考与理论支持。

1 多模式护理干预的设计与实施

1.1 研究对象与分组方法

本研究纳入 2024 年 6 月至 2025 年 1 月在某三甲医院消化内科住院治疗的 90 例患者, 所有患者均明确诊断为需长期口服药物治疗的消化系统疾病患者, 包括胃溃疡、慢性胃炎及结肠炎等。纳入标准包括患者意识清晰、无严重认知障碍、具备一定自我管理能力。将符合条件者按照随机数字表法分为对照组和干预组, 每组各 45 人。两组在性别、年龄、受教育程度及疾病类型等方面经统计学检验无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。对照组接受常规护理, 包括基础生命体征监测、一般健康宣教及必要的用药指导; 干预组则在此基础上实施多模式护理干预, 覆盖入院到出院全过程, 干预期间不少于 7 天。

1.2 多模式护理干预内容

在干预设计上, 本研究结合患者的认知特征和消化内科疾病特点, 构建了“健康教育+心理干预+家庭协同+信息技术”四位一体的多模式护理体系。健康教育方面, 责任护士每日对患者开展一对一药物宣教, 讲解药理机制、常见不良反应及应对策略, 并定期组织小型健康讲堂, 采用多媒体课件、互动问答等形式增强知识吸收。宣教内容以患者最关注的“药物服用正确时间”“长期服用副作用”及“治疗后复发可能性”等为重点, 确保患者理解并能主动提出问题。

心理干预方面, 入院当日由专业心理咨询师对患者进行初筛评估, 使用简易情绪评估量表 (如 PHQ-9 和 GAD-7), 发现中度及以上情绪问题的患者, 由心理护理人员进行谈话干预。干预内容侧重于鼓励表达、减轻焦虑、增强治疗信心。同时, 护理团队设置匿名意见箱和夜间访谈环节, 及时获取患者心理动态变化, 从而调整干预策略。

家庭协同机制则通过建立“家庭照护责任清单”, 鼓励患者家属主动参与治疗过程。护士在与家属沟通中强化其对患者依从性影响的重要性, 帮助其掌握基本的药物管理和心理疏导技巧。研究团队还组织了两次家庭护理座谈会, 邀请患者代表与家属共同参与, 分享成功经验, 提升家庭支持质量。

1.3 护理团队与信息化干预实施

为保障干预措施的高效运行, 医院组建了一支专业多学科护理干预团队, 由 1 名主管护师负责协调, 2 名责任护士执行个案管理, 1 名心理咨询师及 1 名信息员分别负

责情绪干预与信息化支持。干预团队按照“个案评估—计划制定—干预执行—评估反馈”的闭环管理流程进行,每位患者均建立独立护理档案,干预记录实时上传至科室管理系统。

在信息化手段方面,本研究借助微信小程序平台搭建患者用药提醒和健康互动系统。每位患者入院后扫码注册,通过平台接收每日服药提醒、护理提醒视频、饮食建议推送等。患者可通过“服药打卡”功能记录用药时间,系统后台自动生成依从性趋势图,并对长期漏服者发出护士提醒。为增强患者参与感,系统还设计了积分激励功能,患者完成每日健康任务可获得虚拟积分换取实用护理用品,激发持续参与积极性。

2 药物依从性及治疗效果评估方法

2.1 药物依从性评估标准与实施方式

在本研究中,药物依从性是衡量护理干预效果的核心指标。为确保评估的科学性和可操作性,研究团队制定了统一的《口服药物依从性评分表》,该评分表设定四个维度:是否按时服药、是否按剂量服药、是否主动报告药物反应以及是否擅自更改用药,每项满分 25 分,总分 100 分,得分越高代表依从性越好。评分标准通过参考《WHO 患者依从性促进指南》并结合临床实际制定,具有良好的信效度。

评估时间设定在患者入院第 2 日、住院中期以及出院当日共三个阶段,由固定责任护士进行面对面评估并填写记录表。所有评分过程均在患者日常病房内完成,避免干扰患者情绪。护士在评估前会再次讲解评分意义,确保患者配合且回答真实,避免因惧怕批评而误导数据。干预组与对照组均在相同时间节点进行评估,以保持结果的可比性。

为了进一步增强评估的全面性,信息员将评分表中的关键数据录入电子系统,通过小程序记录的打卡数据对照分析,判断患者每日是否完成服药任务。系统可自动对打卡缺失次数进行统计,并结合护士评估得分进行双重判断,最大程度上确保药物依从性评价的客观性与连续性。

2.2 治疗效果观测指标与量化方法

本研究同时设置多项临床治疗效果指标,以全面反映患者康复状况和护理干预的真实成效。首先,在主观症状方面,记录患者自觉症状的缓解时间,包括腹痛、腹胀、恶心、反酸等,记录单位为天,由责任护士每天查房时根据患者主诉填写。其次,观察住院天数作为一个直接的恢复效率指标,患者住院时间越短,说明病情控制越好、干

预效果越明显。

此外,出院后复诊情况也被纳入治疗效果的间接观察内容。研究团队在患者出院时发放回访登记卡,要求患者在第 7 天和第 30 天回科室或通过线上平台完成简易症状反馈与用药追踪,以了解其病情稳定程度及是否存在复发。患者复诊数据由信息员统一整理并归档,便于后续分析。

客观检查方面,医生通过内镜检查结果、腹部超声以及实验室指标(如血常规、肝肾功能、电解质水平等)对病情变化进行辅助判断,结合主观评价共同归纳为三类:痊愈(症状消失、检查结果正常)、好转(症状明显减轻、部分检查指标改善)、无效(症状无变化或加重)。该分级结果作为最终治疗效果的重要参考。

同时,患者满意度调查也纳入治疗效果的评价体系。出院前,护士组织患者填写匿名《住院满意度问卷》,从护理态度、药物指导、信息提醒、情绪疏导等六个方面进行打分,总分 100 分,80 分以上视为满意。满意度数据不仅反映干预措施是否贴合患者需求,也间接影响患者是否愿意配合治疗与后续随访。

2.3 数据收集与统计分析方法

所有评估数据均由护理团队与信息员共同完成采集,保证信息的真实与完整性。评分表、满意度问卷、复诊记录等纸质材料均扫描保存,同时在电子信息系统中设置备份。研究结束后,由专人统一将各类数据录入 SPSS 26.0 软件进行统计处理。计量资料如住院天数、依从性得分、症状缓解时间以均数 $\pm$ 标准差形式表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料如治疗有效率、满意率、复诊率等以例数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。所有检验标准以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 干预效果分析与讨论

3.1 药物依从性结果对比分析

通过对干预组和对照组在三个阶段的依从性评分数据进行统计分析,发现两组患者在药物依从性方面存在显著差异。干预组在入院初期得分略高于对照组,但差异不显著;在住院中期及出院前,干预组平均得分分别达到 85.4 分和 89.6 分,而对照组分别为 74.1 分和 72.3 分,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。尤其在“按时服药”和“主动沟通”两个评分维度中,干预组得分提升最为明显,表明多模式护理有效促进了患者的用药规范性和主动性。

打卡记录与护理评分的交叉分析也显示,干预组患者中 88.9% 的患者连续 5 天以上完成用药打卡,而对照组仅为 62.2%。这一结果进一步佐证了信息技术手段在提高患

者依从性中的现实价值。通过智能提醒和实时反馈机制,患者在无须护士反复催促的前提下,自主执行治疗任务的能力明显增强。

此外,护士与患者的访谈记录也表明,干预组患者普遍反馈护理方式“更贴心”“更易记”“不像被命令”,这种护理体验的改善可能是提高依从性的一项心理因素。相比之下,对照组患者中仍有部分表示“偶尔会忘记吃药”“不太清楚药是干嘛的”,说明单纯的常规宣教尚难以建立牢固的服药习惯。

3.2 治疗效果的改善表现

在症状缓解方面,干预组患者平均腹痛缓解时间为2.3天,明显快于对照组的4.1天;腹胀及反酸等症状的缓解时间也呈现相似趋势。住院天数方面,干预组平均住院时间为7.8天,而对照组为10.1天,缩短幅度达2.3天,差异具有统计学意义($P<0.01$)。这些结果显示,依从性的提升与症状控制之间存在紧密联系。

临床疗效分级方面,干预组患者中痊愈与好转的比例为91.1%,显著高于对照组的75.6%。此外,干预组在出院30天后的复诊复发率为11.1%,而对照组为24.4%,提示系统化护理干预对长期疗效具有积极作用。

患者满意度方面,干预组满意度为93.3%,对照组为77.8%,主要差异体现在信息反馈及时性、情绪关怀与护理主动性上。多模式干预不仅改善了治疗体验,也间接推动患者持续配合治疗,形成良性互动。

3.3 结果讨论与应用建议

通过本研究可以看出,多模式护理干预在改善患者药物依从性、提高治疗效果和优化住院体验方面表现出多方面的优势。首先,多元的干预手段覆盖了患者的“认知—行为—情感”全链条,使患者不再是被动接受者,而是主动参与治疗的合作者。其次,护理人员的角色由传统的“照顾者”向“教育者”和“管理者”拓展,使护理行为更具前瞻性和引导性。

然而在实施过程中也暴露出部分问题。一是部分老年患者对微信平台操作仍存在困难,需依赖家属协助,说明信息化干预尚需更多人性化设计;二是部分护士在早期阶段对新干预模式存在执行不熟练的问题,需通过培训提升专业能力;三是护理干预的持续性在患者出院后缺乏延续机制,未来可探索家庭护理随访与社区联合管理的方式进行补充。

基于上述讨论,建议在今后的护理工作中逐步推行多模式干预策略,尤其是在慢性病科室中可形成标准化操作

流程,并建立信息技术支持平台与专业护理团队协同合作机制。同时,可尝试将心理护理、家属教育与社区资源结合,形成更完整的“院—家—社”三位一体护理干预网络,持续提升患者药物依从性与临床治疗质量。

4 结论

本研究通过对90例消化内科住院患者实施多模式护理干预,系统评估了其在提升口服药物依从性和改善治疗效果方面的实际成效。研究表明,与常规护理相比,多模式护理在提升患者用药积极性、缩短症状缓解时间、降低住院天数及提高满意度方面具有显著优势。特别是在信息化提醒与心理干预的加持下,患者治疗参与度明显提高,临床依从行为更趋规范。护理工作从单一执行型转向多元引导型,为今后护理服务的转型升级提供了现实路径。

尽管本研究仍存在如患者个体差异、信息技术使用门槛等局限性,但整体干预效果可验证其在消化内科中的推广价值。未来应进一步优化干预细节、强化护理人员培训,同时拓展至出院后的连续护理系统,推动护理干预从住院期向康复期延伸,真正实现护理服务的系统化、精准化与持续化。

参考文献:

- [1]方丽清,郑红英,李昆祥,等.消化内科患者口服药物治疗期间应用优质护理联合细节护理的效果观察[J].中国药物滥用防治杂志,2024,30(10):1932-1935.
- [2]周燕,陈英.消化内科常用口服药物护理管理研究[J].中国药物滥用防治杂志,2022,28(06):801-804.
- [3]叶磊,张芬娟,童心玲.常用口服药物应用管理指南表在消化内科中的作用研究[J].中医药管理杂志,2021,29(01):122-124.
- [4]许健芬,桑经宝,康幼函,等.口服药物应用管理指南表的作用探讨[J].中医药管理杂志,2021,29(23):120-122.
- [5]方圆,钱潇,徐云云.中医膳食管理联合健康教育在消化内科护理管理中的应用[J].中医药管理杂志,2023,31(20):185-187.DOI:10.16690/j.cnki.1007-9203.2023.20.093.
- [6]黎祖熙.个案工作介入消化内科护士职业压力研究[D].广西科技大学,2023.
- [7]刘道粤.基于循证的消化道出血护理质量评价指标体系的构建[D].石河子大学,2023.
- [8]张薛晴.基于纵向数据的护理工作量预测研究[D].南京中医药大学,2021.DOI:10.27253/d.cnki.gnjzu.2021.000173.