

2639.

[11] Berg R C, Page S, Øgård-Repål A. The effectiveness of peer-support for people living with HIV: a systematic review and meta-analysis [J]. PLoS One, 2021, 16 (6): e252623.

[12] Boucher L M, Liddy C, Mihan A, et al. Peer-led self-management interventions and adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: a systematic review [J]. AIDS Behav, 2020, 24(4): 998-1022.

[13] Han S, Zhang Y, Yang X, et al. The effectiveness and sustainability of peer support interventions for persons living with HIV: a realist synthesis [J]. BMJ Global Health, 2023, 8(2): e010966.

[14] Burgoyne R, Renwick R. Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era [J]. Soc Sci Med, 2004, 58(7): 1353-1366.

[15] 肖水源, 杨德森. 社会支持对身心健康的影响 [J]. 中国心理卫生杂志, 1987(4): 183-187.

[16] Sowell R L. Stigma and discrimination: threats to living positively with human immunodeficiency virus [J]. Nurs Clin North Am, 2018, 53(1): 111-121.

[17] Yoshimura K. Current status of HIV/AIDS in the ART era [J]. J Infect Chemother, 2017, 23(1): 12-16.

[18] Kalichman S C, Katner H, Banas E, et al. Cumulative effects of stigma experiences on retention in HIV care among men and women in the rural southeastern United States [J]. AIDS Patient Care STDS, 2020, 34(11): 484-490.

[19] Webel A R. Testing a peer-based symptom management intervention for women living with HIV/AIDS [J]. AIDS Care, 2010, 22(9): 1029-1040.

[20] 邱燕. 《艾滋病同伴培训活动指导手册》的构建和应用 [D]. 上海: 复旦大学, 2017.

(本文编辑 韩燕红)

高三酰甘油血症性急性胰腺炎复发患者 血脂控制困境的质性研究

靳瑾, 杨洋, 张晓雪, 王文爽, 崔一凡, 桑红凤, 王欣然

摘要:目的 了解高三酰甘油血症性急性胰腺炎复发患者血脂控制面临的困境, 为开展健康教育以满足患者需求提供参考。方法 采用现象学研究方法, 对 15 例高三酰甘油血症性急性胰腺炎复发患者进行半结构化访谈, 运用 Colaizzi 七步分析法对访谈资料进行分析。结果 提炼出 4 个主题: 疾病相关知识缺乏(对血脂控制的长期性认知不足, 对用药认知存在误区, 对定时监测存在认知误区), 支持系统不足(家庭饮食与建议饮食之间失衡, 难以获得专业性、有实际指导意义的信息), 社会约束(重返工作后血脂控制难度增加, 就医成本影响治疗监测), 长期饮食限制加重对限制饮食的渴望。结论 需合理评估高三酰甘油血症性急性胰腺炎复发患者需求, 帮助患者正确认识疾病, 引导其积极寻找解决血脂控制不良问题的方法, 以控制血脂水平。

关键词:高三酰甘油血症; 急性胰腺炎; 复发; 血脂控制; 困境; 质性研究

中图分类号:R473.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.16.042

Lipid control dilemma in patients with recurrent hypertriglyceridemic acute pancreatitis: a qualitative study

Jin Jin, Yang Yang, Zhang Xiaoxue, Wang Wenshuang, Cui Yifan, Sang Hongfeng, Wang Xinran. Department of General Surgery, Xuanwu Hospital Capital Medical University, Beijing 100053, China

Abstract: **Objective** To understand the dilemma faced by patients with recurrent hypertriglyceridemic acute pancreatitis in the process of lipid control, and to provide a reference for meeting the needs of patients. **Methods** Using a phenomenological research method, 15 patients with recurrent hypertriglyceridemic acute pancreatitis were interviewed in a semi-structured manner, and the interview data were analyzed using the Colaizzi seven-step analysis. **Results** Four themes were extracted: lack of disease-related knowledge (inadequate knowledge of the need for long-term control of lipids, misconceptions about medication, and misconceptions about regular monitoring), inadequate support systems (imbalance between home diet and healthy diet, difficulty in obtaining professional, practically guided information), social constraints (increased difficulty in control upon return to work, cost of medical visits affecting treatment monitoring), and long-term dietary restrictions exacerbate cravings for restricted diets. **Conclusion** Patients' needs should be reasonably assessed to help them properly understand the disease and to guide them to actively seek solutions to poor lipid control in order to control lipid levels.

Key words: hypertriglyceridemia; acute pancreatitis; relapse; lipid control; dilemma; qualitative study

作者单位:首都医科大学宣武医院普外科(北京, 100053)

靳瑾:女,硕士,主管护师

通信作者:王欣然, Xwsicu2011@163.com

科研项目:首都医科大学宣武医院院级课题(HLQN2022002)

收稿:2023-03-16;修回:2023-05-16

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)是一种由多种病因引起的胰酶激活,继以胰腺局部炎症为主要特征,伴或不伴有其他器官功能衰竭的腹部急性炎症性疾病^[1]。随着急性胰腺炎流行病学依据的不断完

善,高三酰甘油血症(Hypertriglyceridemia, HTG)引起急性胰腺炎机制不断阐明,HTG 已经成为引起急性胰腺炎的第二大病因^[2]。高三酰甘油血症性急性胰腺炎(Hypertriglyceridemic Acute Pancreatitis, HTG-AP)发病趋于年轻化,患者淀粉酶通常轻度升高,甚至不升高(小于正常值的 2 倍),容易漏诊,更易出现重症胰腺炎^[3],给患者带来更加严重的心理和经济负担。患者的复发风险与三酰甘油水平紧密相关^[4]。轻度 HTG 诱发急性胰腺炎的风险较低,但当 HTG 超过 5.6 mmol/L,该风险进行性增加;超过 11.3 mmol/L 发生急性胰腺炎的风险约为 5%;超过 22.6 mmol/L 风险为 10%~20%^[5-6]。因此,积极采取措施控制三酰甘油水平尤为重要。合理饮食、按时服药和定时监测三酰甘油水平能够降低 HTG-AP 的发病风险和复发率^[5],但 HTG-AP 患者并未严格执行医护人员给予的建议^[7]。HTG-AP 复发患者在血脂控制过程中遇到什么困难或有哪些未满足的需求,目前无相关研究报道。因此,本研究通过质性研究探讨 HTG-AP 复发患者血脂控制面临的困境,为开展健康教育以满足患者需求提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样法,选择 2021 年 1—12 月在我院胰腺外科住院治疗的 HTG-AP 复发患者作为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁,符合 HTG-AP 诊断且至少复发过 1 次;②具有良好的语言表达能力和理解能力;③知情,同意参加本研究。排除标准:①合并严重心、肝、肾等其他器官功能异常;②精神异常或认知功能障碍。样本量以信息饱和为原则,最终纳入 15 例 HTG-AP 患者,以 P1~P15 编码。其中男 9 例,女 6 例;年龄 21~55(39.2 \pm 9.11)岁。未婚 1 例,已婚 14 例;学历为高中 2 例,大专 9 例,本科 4 例;复发 1 次 5 例,2 次 8 例,3 次 2 例。

1.2 方法

1.2.1 确定访谈提纲 采用现象学研究方法。根据研究目的查阅相关文献,经课题组成员充分讨论后初步拟订访谈提纲。选择 2 例患者进行预访谈,根据访谈结果再次修订,形成正式访谈提纲:①请您简单介绍 HTG-AP 复发的过程或经历;②您平时都是采取哪些措施控制血脂,怎样评价这些措施?③您对血脂需要长期控制是如何看待的?④您在控制血脂的过程中遇到了哪些困难?您希望从医护人员和家人那里得到哪些支持来控制血脂?

1.2.2 资料收集方法 采用半结构访谈方法收集资料。第一作者为访谈者,在胰腺病区工作,在充分了解患者病情的基础上与患者接触建立信任关系。访谈开始前,访谈者向患者详细介绍本研究的目的,签署知情同意书。约定访谈时间、地点,访谈时间均为治疗结束后,线下(5 例)访谈选择较为安静的示教

室,线上(10 例)访谈采用腾讯会议的形式,征得对方同意后开始录音和笔录。研究者根据访谈提纲提出问题,并根据情况调整访谈顺序,在访谈过程中注意观察受访者表情和肢体动作,感受受访者的情绪,适时作出不带评判的回应,出现模糊信息进一步追问澄清,避免诱导性提问,访谈时间 40~60 min。

1.2.3 资料分析方法 访谈结束后 24 h 内,研究者将访谈录音资料转录成文字并进行逐字核对,结合访谈情境对非语言信息进行补充,借助 Nvivo11 软件对文本进行控制并逐句编码,严格按照 Colaizzi 七步分析法^[8]分析资料。

2 结果

2.1 疾病相关知识缺乏

2.1.1 对血脂控制的长期性认知不足 多数复发患者认为当症状得到控制或随着时间的延长身体各项机能恢复后,就不需要加强对血脂水平的控制。P1:“第 1 次住院时告诉我是急重病,我觉得好了就没事了,又不是高血压什么的,不需要长期注意。”P6:“住院时医生说不能吃高脂食物,但是病好了就慢慢觉得好像我可以了,那时候就管不住自己了,好了伤疤忘了疼。”有的患者存在对三酰甘油的控制与年龄有关的错误认知。P3:“我有高血脂家族史,可能会有意识地避免一下(重油重辣),但是自己还年轻,30 岁这个年龄三酰甘油可能不会特别高,我觉得这是个累积的过程,不会突然一下子爆发,如果我是个四五十岁的人,我可能会注意到这个问题了。”P5:“一直让我坚持应该是不可能的,毕竟这才 20 来岁嘛,以后肯定会好的,一两年之后肯定还是得该吃吃该喝喝。”

2.1.2 对用药存在认知误区 大部分 HTG-AP 复发患者由于缺乏对药物信息的了解或害怕在服药过程中出现不良反应而自行停药、减药。P10:“我就是觉得吃这个药可能会对我的肝肾功能有些损害,所以我就把药停了 1 个月,然后血脂(三酰甘油)就升高了。”P2:“因为它(血脂)刚刚高出范围外,还不是太离谱,然后我就想着自己控制饮食,看看有没有成效,这药吃上就不能停了吧,尽量不吃。”P13:“我现在(血脂)有点儿高了,也不想马上就服用药物,我还是想着自己再控制一下,毕竟是药三分毒。”

2.1.3 对定时监测存在认知误区 由于患者不了解定时监测三酰甘油对控制疾病复发的重要性,影响其按时监测行为。P9:“我其实觉得查不查(血脂水平)无所谓,即便做了检查还得吃药,反正我不想吃药,我还监测它干啥。”由于负面的疾病信息带来心理负担,部分患者产生自欺欺人、逃避心理,不愿意定时去监测。P3:“这个病不犯病的时候不疼不痒,即便是血脂高我也看不见,不去检验血脂我也不知道……”还有的患者选择错误的替代方式。P10:“听说醋泡花生可以降低脂,我就停了药吃这个……这次一查血脂就 50

多了,差点儿要了命!”

2.2 支持系统不足

2.2.1 家庭饮食与建议饮食之间失衡

控制血脂水平要求患者坚持清淡饮食。饮食的诸多限制打破了家庭原有的生活方式,而家庭生活方式很大程度会影响患者是否能坚持饮食建议。P6:“一家人跟我吃了一个多月素,孩子受不了,就慢慢吃回来了。”P7:“老妈觉得我工作辛苦,总想做好的让我补补,也不能总辜负她不是?”P5:“我家就好吃肉,也不能为了我大家都不吃呀!”

2.2.2 难以获得专业性、有实际指导意义的信息

HTG-AP 患者对饮食建议的需求强烈,与饮食相关的知识主要来自医护人员,但由于医护人员工作繁忙或营养相关知识较为匮乏,患者无法获取具体有效的饮食信息。P11:“我觉得医生和护士的回答也不是很明确,出院时只是告诉我吃饭要少油少盐,但是并没有具体告诉我什么能吃什么不能吃,出院后我不敢吃,但凡肚子有一点不好受,我就害怕、焦虑。”P13:“也没什么,他们(医生护士)都挺忙的,出院的时候就给我简单说说然后就走了,我以前 200 斤,你看我现在……(痛苦),天天白菜豆腐……”有的患者表示更愿意通过一些社交媒体(微信群、QQ 群等)或从病友群获得信息支持。HTG-AP 患者觉得病友与自己的经历相似,在情感上能获得共鸣,信息获得比较及时,但是病友并非专业医务人员,对于疾病的认知和理解会出现偏差,给患者带来一些负面影响。P7:“我在胰腺炎群里呢,都是病友,他们都可有经验了,他们就给介绍出院后要吃什么,但是也会有一些问题,上次本来是用大黄灌肠的,但是有的病友说是要喝掉的,我就挺担心的。”P2:“群里病友都是在介绍自己的经验,大家都是来自不同医院,介绍的内容什么都有,也很散,不知道要相信哪个。”

2.3 社会约束

2.3.1 重返工作后血脂控制难度增加

部分复发患者表示重返工作后由于繁重的工作日程和人际交往的需求,使患者很难遵从规律清淡饮食、运动等健康行为。P8:“前半年一直在家休息,生活比较规律,九月份我去上班,工作压力大,每天基本不吃早饭,中午就是工作餐,晚上十一二点下班,吃得多又不运动,造成脂肪堆积……”P12:“肯定坚持不了,时间长了然后回归一日三餐,偶尔还可以,比如说一周有个两三天(按照目前的饮食或者运动)就已经很不错了,大家都是上班的(也需要应酬),也不是每天待着,是不是?”P6:“要上班要工作,就得出去应酬,这是没办法的事,人家不可能总照顾我,非得给我弄没油的……”

2.3.2 就医成本影响治疗监测

HTG-AP 复发患者认为控制血脂存在一定负担和压力(时间成本),无法克服从而阻碍治疗监测。P9:“去复查血脂,一般都得早上去,平时上班儿,没时间去。”P5:“你不知道现

在去医院检验血脂(三酰甘油)多麻烦,你得办个卡,还得找医生给你开单,还得排队太麻烦了……而且当时还拿不到结果,让你下午几点去拿,一天都忙这个了,所以说去一两次就不愿去了。”

2.4 长期饮食限制加重对限制饮食的渴望

大部分处于疾病恢复期的 HTG-AP 患者存在长期饮食限制,但长期饮食限制会加重患者对限制饮食的渴望。P4:“第 1 次出院吃拉面吃肉,当时就是嘴馋,2 个月看不见肉,吃玉米粒那么大的肉觉得挺香,真的挺香,那可能是我这一辈子吃的最香的一次,真是……(开心,哈哈大笑)”P7:“我知道炖排骨属于高脂食物,但是有时候太长时间不吃就馋……”P8:“有些东西本身就喜欢吃,很多情况就是不自觉的,就是忍不住,就像你渴得不行,你喝一口水都觉得好喝,那种甜滋滋的满足感。”

3 讨论

3.1 评估患者需求,引导患者积极有效管理血脂

HTG-AP 患者血脂控制不佳与疾病相关知识缺乏、信息混淆、支持系统不足有关。因此,加强患者疾病相关知识的掌握,增强家庭及社会支持系统是提高血脂管理效果的关键。现有的证据证明护理人员提供的指导与患者及照顾者的需求存在差距,且患者有选择性地遵循医护人员提供的疾病信息和建议^[9-10]。结构化评估计划增加患者自我评估方面的内容,能降低患者 30 d 内再入院率^[11]。因此,医护人员要积极引导患者评估自身的知识、信息需求,针对患者的需求实施多元化支持,采用面对面或与信息化联合的方法及时给予帮助和反馈,从而提高疾病知识和管理能力^[9]。此外,Boije 等^[12]提出,即便存在恢复的动力,急性胰腺炎患者依然希望家庭主要照顾者可以适当参与患者的疾病管理过程中。因此,医护人员也要将家庭主要照顾者作为重点指导对象,评估其需求,包括对居家护理相关知识和技能的全面评估和指导^[13],建立远程护理和交接系统以提供指导和咨询,从而增强患者的血脂管理能力和社会支持力度^[14]。

3.2 降低血脂管理对患者的影响,提高自我效能

恢复期的 HTG-AP 患者需遵循膳食计划、参与适当的体育活动、按时服用药物以及定时监测等建议。由于要将这些行为任务整合到患者的日常生活中并使之有序化,使患者改变原有的生活方式和社会角色^[15]。日常生活习惯是复杂的,总是会有不断变化的优先事项,当就医和工作发生冲突时,大多数患者会优先安排工作。自我效能感是个体对自己有能力完成任务的信念,是行为的前因,是预测患者成功控制疾病的重要因素^[16]。加强医护人员与患者的沟通是提高患者自我效能的有效策略^[17]。因此,医护人员可以从患者立场出发,倾听其想法,了解患者在生活和健康方面遇到的困难,协助其进行批判性思

考,让患者认识到自己的问题,并发展解决问题的能力,提高自我效能^[18]。

3.3 关注长期饮食限制,提供饮食支持 饮食限制是指为了控制疾病症状和复发而减少特定食物或营养素摄入的饮食行为^[19]。HTG-AP 复发患者长期饮食限制普遍存在,这可能与饮食方面的错误信息或缺乏个性化的饮食建议有关^[20]。长期饮食限制会导致肌少症、营养不良以及铁、钙等微量元素缺乏,还会导致患者对不良饮食过度渴望,当患者认为疾病症状已经缓解或痊愈时,就会过多摄入限制饮食,这样又会引起疾病新一轮复发,形成恶性循环。因此,临床医护人员应与营养师协商,帮助患者进行排除性饮食治疗的同时,还要筛查引起饮食紊乱的风险因素,根据疾病的活动期、症状的严重程度以及当前的营养状况提供明确、简单、可行的个性化饮食建议,并确保适当监测,以避免长时间饮食限制^[22]。此外,长期饮食限制会引起焦虑抑郁,影响患者的生活质量^[23]。Lores 等^[24]认为,综合心理护理在治疗与胃肠道症状相关的饮食限制行为方面具有重要作用,并可能提供补充或替代方法来控制焦虑,改善生活质量。虽然类似的干预研究并未在 HTG-AP 群体进行,这也可能是未来的研究方向。

4 结论

本研究采用半结构访谈方法了解 HTG-AP 复发患者在血脂控制过程中所面临的困境,包括对疾病认知不足、支持系统不足、社会约束及长期饮食限制行为加重对限制饮食的渴望。在临床实践中医护人员要合理评估患者的需求,可提供关于如何控制血脂水平的指导,帮助患者认识疾病带来的改变,并寻找解决血脂控制不良问题的方法,促使患者的意向转变为实际行动,以有效控制血脂水平。

参考文献:

- [1] Mederos M A, Reber H A, Girgis M D. Acute pancreatitis: a review[J]. *JAMA*, 2021, 325(4): 382-390.
- [2] 杜奕奇. 2019 年版《中国急性胰腺炎诊治指南》解读[J]. *医学研究生学报*, 2020, 33(3): 234-237.
- [3] Wan J, He W, Zhu Y, et al. Stratified analysis and clinical significance of elevated serum triglyceride levels in early acute pancreatitis: a retrospective study[J]. *Lipids Health Dis*, 2017, 16(1): 124.
- [4] Hansen S E J, Madsen C M, Varbo A, et al. Low-grade inflammation in the association between mild-to-moderate hypertriglyceridemia and risk of acute pancreatitis: a study of more than 115000 individuals from the general population[J]. *Clin Chem*, 2019, 65(2): 321-332.
- [5] Rashid N, Sharma P P, Scott R D, et al. Severe hypertriglyceridemia and factors associated with acute pancreatitis in an integrated health care system[J]. *J Clin Lipidol*, 2016, 10(4): 880-890.
- [6] Yang A L, McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis[J]. *Pancreatol*, 2020, 20(5): 795-800.
- [7] 王琼瑶. 高脂血症性急性胰腺炎的临床特征及血脂管理[D]. 西安: 西安医学院, 2019.
- [8] 刘明. Colaizzi 七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(11): 90-92.
- [9] 纪翠红, 于红静, 郭慧玲, 等. 基于患者需求和德尔菲法构建三甲医院延续性护理模式[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(7): 57-60.
- [10] 王培影, 诸纪华, 唐晓敏, 等. CICU 过渡期患儿家长需求的混合研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(23): 22-25.
- [11] Weiss M E, Yakusheva O, Bobay K L, et al. Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital: the READI randomized clinical trial[J]. *JAMA Netw Open*, 2019, 2(1): e187387.
- [12] Boije K, Drocic A, Engstrom M, et al. Patients' perceptions of experiences of recovering from acute pancreatitis: an interview study[J]. *Gastroenterol Nurs*, 2019, 42(3): 233-241.
- [13] Harrison R, Raman M, Walpole R L, et al. Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of family-based caregivers[J]. *BMC Health Serv Res*, 2021, 21(1): 620.
- [14] Kim J, Pacino V, Wang H, et al. System redesign: the value of a primary care liaison model to address unmet social needs among older primary care patients[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(21): 11135.
- [15] Lambrinou E, Hansen T B, Beulens J W. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care[J]. *Eur J Prev Cardiol*, 2019, 26(2_suppl): 55-63.
- [16] Marsh A, Kinneally J, Robertson T, et al. Food avoidance in outpatients with inflammatory bowel disease: who, what and why[J]. *Clin Nutr ESPEN*, 2019, 31: 10-16.
- [17] 王昱, 徒文静, 张萍, 等. 炎症性肠病患者饮食限制现状及饮食限制种类影响因素的多中心研究[J]. *中国全科医学*, 2022, 35(6): 663-668.
- [18] Limdi J K. Dietary practices and inflammatory bowel disease[J]. *Indian J Gastroenterol*, 2018, 37(4): 284-292.
- [19] Casanova M J, Chaparro M, Molina B, et al. Prevalence of malnutrition and nutritional characteristics of patients with inflammatory bowel disease[J]. *J Crohns Colitis*, 2017, 11(12): 1430-1439.
- [20] Lores T, Goess C, Mikocka-Walus A, et al. Integrated psychological care is needed, welcomed and effective in ambulatory inflammatory bowel disease management: evaluation of a new initiative[J]. *J Crohns Colitis*, 2019, 13(7): 819-827.

(本文编辑 韩燕红)