

家庭健康对话在家庭护理中的研究进展

郭红玉¹, 孙雪²

摘要: 对家庭健康对话的概念、理论基础、实施方案、应用效果及评价进行综述, 了解该干预方法在家庭护理中的应用现状, 为我国更好地开展以家庭为中心的系统化护理提供参考。

关键词: 家庭健康对话; 家庭护理; 以家庭为中心; 家庭系统; 家庭干预; 家庭功能; 护理干预; 综述文献

中图分类号: R471 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.01.121

A review of family health conversations in home care Guo Hongyu, Sun Xue. Nursing Department of Tianjin Eye Hospital, Tianjin 300020, China

Abstract: This paper summarizes the concept, theoretical basis, intervention scheme, application effect and evaluation of family health conversations, and explores the implementation of family health conversations in home care, so as to provide reference for advancing family-centered nursing in China.

Keywords: family health conversations; home nursing; family-centered; family systems; family intervention; family functioning; nursing intervention; review

家庭作为人类社会最基本的生活单元, 在患者护理中发挥着独特作用并影响其他家庭成员的健康发展。从系统角度看, 一个成员生病时, 整个家庭都会受到影响^[1], 特别当家庭中有成员遭遇危重疾病或长期经受慢性疾病的折磨时, 其他家庭成员面临着压倒性情感上的挑战^[2], 因此家庭需要外界支持以制定切实可行的应对策略^[3]。越来越多研究的焦点从“以病人为中心”向“以家庭为护理单元”转变, 大量研究文献也表明以家庭为中心的医疗照护模式可有效改善患者健康结局, 提升患者及家属满意度^[4-6]。其中家庭健康对话(Family Health Conversations)^[7]由护士主导实施, 是一种通过识别利用家庭的优势和资源, 为家庭提供支持的干预方法, 代表以家庭为中心的关怀照护, 主要形式是与家庭进行非等级、非评判性的互动对话。家庭健康对话旨在建立家庭对现有信念的认识, 为家庭健康相关问题创造可改变的环境, 创造新的信念、新的意义和新的可能性^[8]。该干预方法可有效帮助护士感知和理解家庭的需求和愿望, 促进积极的家庭关系, 且简便易行、成本低廉, 潜在推广性高。本文对家庭健康对话相关研究进行综述, 为我国更好地开展以家庭为中心的系统化护理提供参考。

1 家庭健康对话的理论基础

Benzein 等^[7]于 2008 年提出家庭健康对话, 该干预方法以卡尔加里家庭评估和干预模型(Calgary Family Assessment and Intervention Model, CFAM)^[9-10]以及疾病信念模型(Illness Beliefs Model)^[11]为理论基础, 在瑞典文化背景下开发, 并在加

拿大、丹麦、挪威等国家应用。

1.1 卡尔加里家庭评估和家庭干预模型 卡尔加里家庭评估模型是一种以系统控制论、沟通和改变理论为基础, 用于帮助家庭解决问题或困难的临床模型^[9]。通过评估让护士和家庭共同确定家庭最优先考虑的问题, 分析家庭动态和健康问题之间的关系, 检查家庭已经尝试的解决方案, 并探索家庭在该问题上的目标。卡尔加里家庭干预模型是一种基于力量弹性的家庭干预模型, 关注促进、改善或维持家庭的认知、情感和行为功能, 通过系列干预措施使家庭朝着解决影响健康问题的方向发展^[10]。在家庭健康对话中, 评估和干预相互联系和交织, 构成了护士和家庭之间接触的核心。

1.2 疾病信念模型 疾病信念模型由 Wright 等^[11]提出, 该理论模型认为信念由生活中的经验建立, 通常无意识且无反应, 但通过反思, 可成为意识的一部分。Sternberg^[12]认为, 信念以不同的方式影响人的思想、情感和行为, 具有促进和阻碍双重作用, 因此也被分为约束性信念和促进性信念。疾病信念模型在家庭健康对话中关注的是将家庭作为一个护理单位, 通过护士与家庭的共同反思, 挖掘潜在信念, 强调促进性信念, 修正约束性信念, 从而更好地处理问题。

2 家庭健康对话的实施方案

2.1 干预步骤 与其他特定目的对话(如健康教育、心理治疗)相比, 家庭健康对话是关注家庭能力和健康的结构型对话。通过文献回顾^[7, 12-15], 家庭健康对话的结构包括 3 次对话和 1 封结束信。3 次面对面的对话每次持续 60~90 min, 间隔通常为 1~2 周, 每次对话关注点不同。第 1 次对话, 讨论对话的目标和家庭成员对该干预的期望, 因为对话的成功取决于双方对所能达成目标的期望。邀请所有家庭成员叙述他们目前的情况, 分享他们的经历, 鼓励成员彼此倾听,

作者单位: 1. 天津市眼科医院护理部(天津, 300020); 2. 首都医科大学附属北京天坛医院护理部

郭红玉: 女, 硕士, 护师, 984381645@qq.com

收稿: 2023-08-30; 修回: 2023-10-24

主要围绕家庭认为重要的话题来讨论,经常讨论的问题是“在目前情况下,对你来讲最困难的事情是什么”。第2次对话旨在集中讨论第1次谈话中提到的问题,阐明家庭成员的信念,强化促进信念,修正约束信念,进一步减轻家庭的痛苦。第3次对话将重点扩展到如何处理未来,话题集中于对家庭力量及未来资源的反思,并为结束对话作准备。3次对话都与家庭所发现的问题有关,因此可以看作是一个整体。最后一次对话的2~3周后由护士发放1封结束信,信中提供护士基于3次对话的思考,承认家属的痛苦,肯定其日常生活管理,并再次强调家庭的力量和资源,但不包含个人评判。由于每个家庭的需求都是独特的,每次对话的形式和结构可能会有所不同。

2.2 实施人员 这项干预由护士主导实施,由于在生病住院期间护士是与家庭接触最多的卫生保健服务提供者,占据特殊的位置,因此护士可以显著帮助家庭适应健康问题^[16]。干预护士需要通过家庭健康对话培训,培训内容侧重于家庭系统护理,以及计划和实施家庭健康对话的技巧^[17]。一项家庭支持服务计划中,由接受过培训的护理研究生为存在健康问题或难以适应某些过渡的家庭提供健康对话^[18]。干预过程一般有2名护士参与,1名护士负责主导谈话过程,另1名护士也是谈话的共同参与者,适当补充,进行反思。2名护士参与可以相互补充,推动对话向前发展^[7]。

2.3 干预时间 研究显示,干预时间可选择在患者出院后4~8周家庭健康问题最严重的时候,也可以选择患者在从医院向家庭过渡的阶段^[19]。确定健康对话干预的最佳时间是一个挑战,如果对话进行得太晚,成员情绪已得到处理,对话效果可能会因为再次唤醒不良情绪而受到干扰^[20]。研究表明,家庭成员通常希望在诊断或发病后不久或者在患者疾病波动期间进行家庭健康对话,在这些关键时刻,家庭处于不确定状态,需要得到支持^[21-22]。适宜的对话可帮助家庭成员获得力量和资源,意识到自我与其他成员的信念,从疾病中获益更多,然而,也有些家庭成员表示当处于情绪混乱时,提供对话干预为时过早。不同类型疾病家庭最佳对话时间也各不相同,需要家庭成员共同确定^[19]。

2.4 干预地点 干预地点可根据家庭需求灵活性地选择医院或家里,有些家庭成员由于行动不便或距离太远选择对话在家中,认为在舒适熟悉的居家环境中,可以产生创造美好家庭环境的想法^[23],且更能识别约束性信念。一些家庭参与者则更倾向于医院的谈话室或示教室,认为在这些环境中对话更容易保持客观和冷静。

3 影响家庭健康对话的重要因素

3.1 护士与家庭建立伙伴关系 对话取得积极成果

的先决条件是护士与家庭建立伙伴关系,也是建立信任关系和平静放松气氛的必要前提,这种关系建立在相互的、谦逊的、尊重家庭成员及其想法基础上。建立家庭—护士伙伴关系,增加了家庭自由谈论问题的机会,然而需要护士具备一定的沟通技能才能达预期效果,如用心倾听、肯定情绪、创建关系图像和计划实施^[24-25]。Gervais等^[18]认为护士的态度和技能对于参与者的对话体验至关重要,其中护士应对家庭成员表示欢迎,表现出开放、感兴趣和好奇的态度。一项分析护士对家庭健康对话看法的研究中,参与对话的护士意识到沉默的力量,沉默使护士和家庭双方有时间进行梳理和思考,并为新想法的产生提供空间;也强调护士的非语言交流,注意倾听和放慢谈话的节奏^[26]。护士适当提出不同寻常的问题,被认为是叙述和对话更详尽更具反思性的关键,这些问题帮助家庭看到了不同视角,促进了理解^[19]。

3.2 保持客观立场 原则上不允许将先入为主的理解决或信念强加于家庭,而是通过对话反思意识形态、价值观和其他观点。由于每个家庭的工作方式或适应情况各不相同,因此问题没有标准的解决办法,尽管护士是主导对话的专家并预先掌握丰富知识,然而家庭成员总是优先明白哪些可能性最贴近生活。Rober^[27]强调护士保持客观立场反映了对家庭的尊重,只有这样才能实现真正意义上的共同创造。另外,护士在参与对话时不偏袒任何一方对参与者是重要的,需要倾听每个人的感受。Maturana^[28]认为,世界是多元宇宙,每个人看待世界的方式是平等的,要尊重每个人看待世界的方式,这些想法也是家庭系统护理和家庭健康对话的核心。

3.3 对家庭成员给予赞扬与承认苦难 每个家庭都具有自身的优势和资源,只是疾病的经历可能会阻碍其识别资源,护士通过列举在对话中听到的资源和优势来给予肯定,这种做法在每次对话接近尾声时更普遍^[8]。家庭的苦难并不经常被承认,语言和文化可能会对该行为的实施产生影响,因此要以适合家庭情感的方式承认痛苦的存在^[29]。其中,结束信被认为是一封治疗性信件,是护士对谈话中的想法和反应的一种重要的、完全透明的描述。Moules^[30]提出治疗性信件是强有力承认家庭痛苦的方式,是护士对“伤者呐喊”的回应。家庭管理生活的技能得到赞扬与肯定,遭遇的苦难得到承认与共情,是健康对话过程中护士与家庭互动的重要目标。

4 家庭健康对话的应用效果

越来越多的研究将家庭健康对话应用于慢性疾病(帕金森病、脑卒中、精神疾病)患者家庭^[30]、肿瘤患者^[31]、危重症幸存的患者家庭^[32]及由于成员入住养老院遭遇家庭适应困难的家庭^[13],在众多研究中,参与者均报告了积极的家庭健康对话体验。积极体

验可以总结为以下 3 个方面。

4.1 改善家庭功能 家庭功能的定义是复杂的,侧重于整个系统而不是个人,包括角色(家庭结构)、情感关系、家庭发展、幸福和归属感以及应对外部事件的有效性,是综合评价家庭的重要指标^[33]。良好的家庭功能可在与健康相关的很多方面发挥重要作用^[34-36]。Ahlberg 等^[37]对接受家庭健康对话的家庭进行半结构式访谈,重点关注哪些家庭功能受到影响,结果显示健康对话干预是“解决问题”过程的起点,增进了家庭成员之间的了解,使其更关心彼此,提高了对家庭功能的认识。一项为期 6 个月的随访研究结果显示,经过家庭健康对话,家庭坚韧指数总分及家庭内部力量得分明显提高,改善了家庭坚韧性、对意外状况的控制能力和合作能力^[38]。Ågren 等^[39]研究表明,家庭健康对话可在 ICU 环境下改善家庭福祉,促进家庭功能,其中谈论危重疾病的含义让人感到平和,参与者称即使疲惫的感觉会再次浮现但关爱和平静的对话仍令人感激。Hollman 等^[33]的研究同样显示,健康对话的结果是通过加强团结,增强家庭凝聚力和家庭功能,当家庭功能、关系和个人幸福得到平衡时,家庭成员就会适应疾病带来的改变。

4.2 增强心理健康,减轻痛苦体验 研究显示,当某一家庭成员患病时,其他成员往往承受更大的心理压力和痛苦,主要表现为无法控制病情或阻止疾病进展时的无力感,面对家人的病痛束手无策的愧疚感^[22]。家庭健康对话干预为家庭成员提供了机会和空间来宣泄绝望、孤独、担忧、恐惧以及未来不确定感等不良情绪,帮助家庭成员卸下心理负担,接受家庭存在疾病成员的事实。一项姑息护理中健康对话的研究表明,经过家庭健康对话的家庭发生了从无法忍受痛苦、不能理解生活到可以忍受痛苦的转变^[21]。另一项研究表明,参与家庭健康对话的家庭提高了洞察力、理解能力和沟通能力,主要是在对话过程中,每位成员的负性情绪可以公开表达,并在家庭内部得到反思^[40]。家庭健康对话对脑卒中家庭应用效果的研究显示,该干预方法提高了家庭成员的情绪健康,减少了孤独感^[31]。该方法同样适用于其他脆弱情况下的家庭^[10]。还有些家庭描述,对话后获得了更健康的生活状态,更快乐的心情和更乐观的看法,甚至有些家庭认为家庭健康对话具有治愈的潜力,这种治愈体验经常被比喻为“像药一样”,或是“像是一场心灵的沐浴”^[16]。

4.3 改善护士与家庭的协作关系,拓宽护士角色

家庭健康对话是一种专业的工具,帮助护士感知和理解家庭的需求和愿望,有些护士之前没有看到家庭的需求,也从不谈论患者家庭的问题和想法,护士体验到需要与家庭成员在改善彼此关系的系统中相互影响,更倾向于将家庭视为一种资源而不是麻烦,对家

庭参与照顾患者持积极的态度^[40]。家庭健康对话强调非等级方式的合作,揭示了家庭的经验和生活状况,这些知识对护士的日常护理工作非常有价值^[41]。家庭与保健提供者之间的友好关系不仅可以增强亲属的支持态度,拥有良好相互沟通、充足信息,还会培育新型合作形式。随着医疗卫生系统的改革,医疗保健从医院转移到家庭,强调专业人员与患者家庭的合作是新形势所提倡的。这一变革对护士的要求会越来越高,通过家庭健康对话,护士角色得到成长,主要表现在进行家庭活动时增强了信心,对话沟通能力得到提升。接受教育并对话后,可将对话知识技能应用到日常工作,提出更多反思性的问题^[26]。

5 小结

家庭健康对话是护士与家庭沟通的有效工具,其作为一种简单有效的干预措施可成为以家庭为中心系统护理中的组成部分。然而在不同文化背景下广泛实施干预前,需要更多严谨设计的干预研究来加强护理实践的证据。目前国内尚未开展家庭健康对话相关的研究,未来可开发适合本土文化的实践干预模型,并分析其应用效果。

参考文献:

- [1] 王雨晴,张慧超,孙绪晗,等. 家庭系统理论视角下慢性心力衰竭患者家庭照护的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2023,58(13):1659-1664.
- [2] Ohtake P J, Coffey S J, Hinman R S, et al. Impairments, activity limitations and participation restrictions experienced in the first year following a critical illness: protocol for a systematic review[J]. BMJ Open, 2017,7(1):e13847.
- [3] Ownsworth T, Goadby E, Chambers S K. Support after brain tumor means different things: family caregivers' experiences of support and relationship changes [J]. Front Oncol, 2015,5:33.
- [4] Duhamel F, Dupuis F, Turcotte A, et al. Integrating the Illness Beliefs Model in clinical practice: a Family Systems Nursing Knowledge Utilization Model [J]. J Fam Nurs, 2015,21(2):322-348.
- [5] 乔彩虹,陈一萍,李琳波,等. 以家庭功能为导向的首发脑卒中患者照顾者支持干预方案实施[J]. 护理学杂志, 2022,37(17):13-17.
- [6] 郭晓萍,刘会,贺芳. 新生儿日间光疗病房以家庭为中心的护理实践[J]. 护理学杂志, 2021,36(5):40-41.
- [7] Benzein E G, Hagberg M, Saveman B I. 'Being appropriately unusual': a challenge for nurses in health-promoting conversations with families [J]. Nurs Inq, 2008,15(2):106-115.
- [8] Östlund U, Bäckström B, Lindh V, et al. Nurses' fidelity to theory-based core components when implementing Family Health Conversations: a qualitative inquiry [J]. Scand J Caring Sci, 2015,29(3):582-590.
- [9] Wright L M, Leahey M. The three most common errors

- in family nursing: how to avoid or sidestep[J]. *J Fam Nurs*, 2005, 11(2): 90.
- [10] Östlund U, Bäckström B, Saveman B I, et al. A family systems nursing approach for families following a stroke: family health conversations [J]. *J Fam Nurs*, 2016, 22(2): 148-171.
- [11] Wright L M, Bell J M. Beliefs and illness. A model for healing[M]. Calgary: 4th Floor Press, Inc, 2009, 3-12.
- [12] Sternberg E. A self-fulfilling prophecy: linking belief to behavior[J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2011, 1234: 98-99.
- [13] Dorell Å, Sundin K. Becoming visible: experiences from families participating in Family Health Conversations at residential homes for older people [J]. *Geriatr Nurs*, 2016, 37(4): 260-265.
- [14] Sundin K, Bäckström B, Lindh V, et al. Responses after participating in Family Health Conversations in families with a family member who has suffered a stroke: a mixed methods research study[J]. *Clin Nurs Stud*, 2016, 4(4): 46-57.
- [15] Persson C, Benzein E. Family health conversations: how do they support health? [J]. *Nurs Res Pract*, 2014, 2014: 547160.
- [16] Marklund S, Sjödin E E, Lindh V, et al. Family Health Conversations at a pediatric oncology center: a way for families to rebalance the situation[J]. *J Pediatr Nurs*, 2018, 38: e59-e65.
- [17] Viveca L R, Chatrin P V, Inger S B, et al. An initiative to teach family systems nursing using online health-promoting conversations: a multi-methods evaluation[J]. *J Nurs Educ Pract*, 2012, 3(2): 54-66.
- [18] Gervais C, Verdon C, Demontigny F, et al. Creating a space to talk about one's experience of suffering: families' experience of a family nursing intervention [J]. *Scand J Caring Sci*, 2020, 34(2): 446-455.
- [19] Benzein E, Olin C, Persson C. 'You put it all together': families' evaluation of participating in Family Health Conversations[J]. *Scand J Caring Sci*, 2015, 29(1): 136-144.
- [20] Pusa S, Dorell Å, Erlingsson C, et al. Nurses' perceptions about a web-based learning intervention concerning supportive family conversations in home health care[J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(7-8): 1314-1326.
- [21] Benzein E G, Saveman B I. Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care[J]. *Int J Palliat Nurs*, 2008, 14(9): 439-445.
- [22] Dorell Å, Sundin K. Expressed emotions and experiences from relatives regarding having a family member living in a nursing home for older people [J]. *SAGE Open Med*, 2019, 7: 2105895414.
- [23] Bäckström B, Sundin K. The meaning of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 month after discharge from a rehabilitation clinic[J]. *Nurs Inq*, 2007, 14(3): 243-254.
- [24] Dorell Å, Bäckström B, Ericsson M, et al. Experiences with family health conversations at residential homes for older people[J]. *Clin Nurs Res*, 2016, 25(5): 560-582.
- [25] Lethin C, Hallberg I R, Karlsson S, et al. Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease[J]. *Scand J Caring Sci*, 2016, 30(3): 526-534.
- [26] Dorell Å, Östlund U, Sundin K. Nurses' perspective of conducting family conversation [J]. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 2016, 11: 30867.
- [27] Rober P. The therapist's self in dialogical family therapy: some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation [J]. *Fam Process*, 2005, 44(4): 477-495.
- [28] Maturana H R. Reality: the search for objectivity or the quest for a compelling argument [J]. *Irish J Psychol*, 1988, 9(1): 25-82.
- [29] Sveinbjarnardóttir E K, Svavarsdóttir E K, Wright L M. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study[J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50(5): 593-602.
- [30] Moules N J. Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice[J]. *Nurs Inq*, 2002, 9(2): 104-113.
- [31] Sundin K, Pusa S, Jonsson C, et al. Envisioning the future as expressed within family health conversations by families of persons suffering from stroke[J]. *Scand J Caring Sci*, 2018, 32(2): 707-714.
- [32] Faarup I, Lauridsen J T, Lütgen K, et al. Do family health conversations impact patients with glioblastoma multiforme and their family members? [J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(9-10): 1695-1707.
- [33] Hollman F G, Wåhlin I, Orvelius L, et al. Health-promoting conversations: a novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment[J]. *J Clin Nurs*, 2018, 27(3-4): 631-639.
- [34] Epstein N B, Bishop D S, Levin S. The McMaster model of family functioning [J]. *J Marital Fam Ther*, 2010, 4(4): 19-31.
- [35] Dinglas V D, Chessare C M, Davis W E, et al. Perspectives of survivors, families and researchers on key outcomes for research in acute respiratory failure[J]. *Thorax*, 2018, 73(1): 7.
- [36] 陈羽双, 杨斯钰, 张叶霞. 2010-2019年基于PubMed数据库家庭参与式护理研究热点的共词聚类分析[J]. *护理学报*, 2021, 28(9): 14-18.
- [37] Ahlberg M, Hollman F G, Berterö C, et al. Family Health Conversations create awareness of family functioning[J]. *Nurs Crit Care*, 2020, 25(2): 102-108.
- [38] Dorell Å, Isaksson U, Östlund U, et al. Family health conversations have positive outcomes on families: a mixed method research study[J]. *Open Nurs J*, 2017, 11: 14-25.
- [39] Ågren S, Eriksson A, Fredrikson M, et al. The health promoting conversations intervention for families with a

critically ill relative: a pilot study[J]. Intensive Crit Care Nurs, 2019, 50:103-110.

[40] La Mas K, Sundin K, Jacobsson C, et al. Possibilities for evaluating cost-effectiveness of family system nursing: an example based on Family Health Conversations with families in which a middle-aged family member had

suffered stroke[J]. Nord J Nurs Res, 2016, 36(2):74-81.

[41] Nelms T P, Eggenberger S K. The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings[J]. J Fam Nurs, 2010, 16(4):462-486.

(本文编辑 宋春燕)

儿童大便评估工具的研究进展

张昕悦^{1,2}, 王颖¹, 杜政洁¹, 鲁志卉¹, 崔梦影^{1,2}, 蔡悦^{1,2}

摘要: 早期评估并识别儿童异常大便情况对于疾病诊断、治疗效果评估和改善患儿健康结局至关重要。从儿童大便评估现状及评估工具等方面进行综述,对各类儿童大便评估工具进行比较分析,以期能为研制本土化儿童大便评估工具提供借鉴,并为临床识别和管理儿童胃肠道相关疾病提供参考。

关键词: 儿童; 大便; 评估工具; 腹泻; 便秘; 儿科; 综述文献

中图分类号: R473.72 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.01.125

Research progress in stool assessment tools for children Zhang Xinyue, Wang Ying, Du Meijie, Lu Zhihui, Cui Mengying, Cai Yue. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Early assessment and identification of abnormal stool in children is very important for disease diagnosis, efficacy evaluation and improvement of health outcomes. This paper reviews assessment of defecation function, summarizes some commonly used pediatric stool scales, and compares these scales, aiming to provide reference for the development of pediatric stool scales suitable for Chinese context, and for identification and management of pediatric gastrointestinal diseases.

Keywords: child; feces; assessment tools; diarrhea; constipation; pediatrics; review

大便形状、量和频率的改变与许多胃肠疾病有关,如炎症性疾病、功能性胃肠道疾病等^[1]。大便的特征也可以用于胃肠道疾病诊断及治疗效果评估^[2]。由于儿童肠道功能未发育完全、消化吸收功能相对较弱等,其功能性腹泻、便秘等情况发生较多。以腹泻为例,据 WHO 报道,腹泻病是 5 岁以下儿童死亡的第二大原因,全球每年有近 17 亿例次儿童腹泻病例,约 52.2 万例 5 岁以下儿童死亡,其中 2019 年造成 37 万名儿童死亡^[3]。因此,正确评估患儿大便并早期识别异常情况对改善患儿健康结局至关重要。本文对国内外儿童大便评估工具进行综述,为临床评估儿童大便特征及管理相关症状提供参考。

1 儿童大便评估概述

约 90% 的新生儿在出生后 24 h 内排出胎粪。在出生后第 1 周,婴儿平均每日排 4~8 次大便;母乳喂养的婴儿通常比配方奶粉喂养的婴儿有更多的粪便。

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北 武汉,430030);2. 华中科技大学同济医学院护理学院
张昕悦:女,硕士在读,学生,1371729850@qq.com

通信作者:王颖,752460170@qq.com

科研项目:2022 年华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金护理专项重点项目(2022C08);2022 年中华护理学会科研课题(ZHKY202204)

收稿:2023-08-20;修回:2023-10-11

在出生后 1 年内,母乳喂养的婴儿排便次数由 6~12 次/d 减少至 1~6 次/d,而配方奶粉喂养的婴儿排便次数由 1~8 次/d 减少至 1~3 次/d。18 个月时,大便变软成型^[4]。2 岁时,排便次数略微减少至 2 次/d 左右。4 岁以后,约为 1 次/d^[5]。一项基于 12 984 名 1~42 个月儿童的横断面研究表明,大便颜色在 4 周时通常呈黄色;至 6 个月时逐渐变为棕色,只有不到 10% 的儿童会出现黄色或绿色的大便;18 个月后很少观察到绿色粪便;黑便在所有年龄段都不常见^[6]。

目前,儿童大便评估尚没有一个阶段性的标准。在腹泻评估中,仍以 WHO 的腹泻标准作为患儿排便情况的评估依据,即腹泻是指每天排出 ≥ 3 次稀便或液体大便,或比个体正常情况更频繁^[3]。西雅图儿童医院以 WHO 的腹泻标准作为判断 1~12 月婴儿腹泻与否的依据,并将严重程度划分为 3 个等级,即轻度腹泻为每天 3~5 次水样便、中度为每天 6~9 次水样便、重度为每天 10 次及以上水样便。

在便秘评估中,通常以每周排便少于 3 次作为标准^[7-8]。也有诊疗标准^[5]将儿童便秘定义为排便延迟或困难,同时指明幼儿单纯性排使用力的体征通常并不代表便秘,婴儿只是逐渐发展肌肉以协助排便。

2 儿童大便评估工具

2.1 儿童大便相关特征评估工具

2.1.1 改良的布里斯托大便分类法 2010 年