

慢性乙型肝炎患者抗病毒治疗依从性的护理干预策略研究

汤陈成

荆州市第一人民医院 湖北 荆州 434000

摘要：目的：探讨多维度护理干预对慢性乙型肝炎（CHB）患者抗病毒治疗依从性的影响，通过对照研究验证干预策略的有效性。方法：选取2023年1月—2024年12月某院CHB患者200例，按随机数字表法分为观察组（100例）和对照组（100例）。对照组接受常规护理，观察组在常规护理基础上实施多维度护理干预（健康教育、心理支持、用药管理、家庭协同），干预周期6个月。比较两组患者干预前后的治疗依从性、病毒学应答率及生活质量评分。结果：干预前，两组依从性、HBV-DNA转阴率及SF-36评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后，观察组依从性达标率（89.0%vs68.0%）、HBV-DNA转阴率（78.0%vs59.0%）及SF-36评分（ 78.6 ± 7.5 vs 67.2 ± 8.1 ）均显著高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：多维度护理干预较常规护理更能显著提升CHB患者抗病毒治疗依从性及治疗效果，为临床护理提供了更优策略。

关键词：慢性乙型肝炎；抗病毒治疗；依从性；多维度护理干预；临床效果

引言

慢性乙型肝炎是由乙型肝炎病毒持续感染引起的肝脏慢性疾病，全球约有 2.96 亿慢性感染者^[1]。抗病毒治疗是延缓疾病进展的关键，但长期治疗要求患者具备高度依从性。研究表明，依从性不佳会增加病毒学突破、耐药性产生及疾病进展风险。目前，患者治疗依从性受疾病认知、心理状态等多种因素影响，而常规护理在提升依从性方面存在局限^[2]。因此，本研究探讨多维度护理干预对慢性乙型肝炎患者抗病毒治疗依从性的影响，为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 基本资料

在 200 例慢性乙型肝炎（CHB）患者的研究中，按 1:1 比例随机分为观察组和对照组，每组各 100 例。两组患者的基线资料经统计分析显示具有良好的可比性，具体如下：观察组患者的年龄为（ 42.5 ± 8.3 ）岁，对照组为（ 41.8 ± 7.9 ）岁，两组年龄差异无统计学意义（ $P = 0.48$ ）。性别分布：观察组中男性 65 例、女性 35 例，对照组中男性 62 例、女性 38 例，性别构成比差异无统计学意义（ $P = 0.61$ ）。病程：观察组患者的病程为（ 5.2 ± 2.1 ）年，对照组为（ 5.5 ± 1.9 ）年，病程长短差异无统计学意义（ $P = 0.23$ ）。抗病毒药物类型：观察组使用恩替卡韦的患者有 70 例，使用替诺福韦酯的有 30 例；对照组使用恩替卡韦的患者有 68 例，使用替诺福韦酯的有 32 例。两组在抗病毒药物选择上的差异无统计学意义（ $P = 0.79$ ）。

1.2 方法

采用随机数字表法将 200 例患者分为观察组（100 例）和对照组（100 例），由专人负责分组并密封分组结果，确保分组过程的随机性和盲法原则。

1.2.1 对照组干预方法

接受感染科常规护理，包括：入院时进行标准化疾病宣教（口头讲解疾病知识及用药注意事项）；发放《慢性乙型肝炎用药指南》^[3]纸质版手册；每 3 个月进行 1 次门诊随访，记录用药情况及肝功能指标。

1.2.2 观察组干预方法（在常规护理基础上实施多维度护理干预）

（1）系统化健康教育干预

教育内容与形式：制作图文并茂的《CHB 抗病毒治疗全程管理手册》（含 HBV 复制机制图解、耐药突变案例、规范用药流程图），每位患者入院时发放，并由责任护士一对一讲解核心内容（如“擅自停药可导致病毒反弹风险增加 2.3 倍”）。每周开展 1 次专题讲座，采用“PPT 讲解 + 动画视频（5 分钟 / 集）+ 互动问答”形式，内容包括：抗病毒药物作用机制、漏服药物的危害、定期监测的意义（如 HBV-DNA 检测频率建议）。建立微信公众号“CHB 健康管理平台”，每日推送科普短文（如“恩替卡韦最佳服药时间：空腹睡前”），每月更新 1 期耐药案例视频访谈（邀请临床治愈患者分享经历）。教育频率与时长：住院期间每日 1 次床旁教育，出院后每周通过电话或微信随访强化教育，持续 6 个月。

（2）个性化心理支持干预

心理评估与分层干预：入院时采用焦虑自评量表

(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行心理状态评估,对SAS ≥ 50分或SDS ≥ 53分的患者标记为高风险人群,制定个性化干预方案。实施“认知行为疗法+放松训练”:认知干预:通过“负性思维记录表单”帮助患者识别“长期服药无用论”等错误认知,结合实验室指标(如HBV-DNA下降趋势)进行证据强化。放松训练:每周2次指导患者进行渐进式肌肉放松训练(配合呼吸冥想音频),每次15分钟。群体支持干预:每月组织1次线下病友互助会,采用“医护讲解+患者经验分享”模式(如成功停药患者分享“规范用药5年历程”),建立患者互助微信群,鼓励日常交流。

(3) 智能化用药管理干预

技术辅助工具:发放具备定时提醒功能的智能药盒(支持早/晚两次服药提醒,漏服时自动向患者及责任护士发送警报),指导患者及家属设置服药时间(如恩替卡韦建议空腹服用,提醒时间设为早餐前1小时)。建立微信用药打卡系统:患者每日服药后需拍摄药盒照片上传至打卡群,护士每日18:00前核对打卡记录,对漏服者及时电话提醒并记录原因。

用药行为干预:制定《用药日记手册》,记录每日服药时间、有无不良反应、饮食情况等,每2周由护士通过门诊或视频随访审核日记,针对漏服高频时段(如周末)制定替代提醒方案(如设置手机闹钟+家属提醒双保险)。设立“用药咨询专线”,由感染科专科护士每日9:00-11:00接听患者用药疑问(如“服药后恶心是否需要停药”),并建立常见副作用处理指南(如轻度恶心可建议睡前服药)。

(4) 家庭协同强化干预

家属培训体系:开展“家庭护理课堂”,对家属进行3次集中培训(每次1.5小时),内容包括:抗病毒药物正确储存方法(如替诺福韦酯需避光保存);识别药物副作用的简易方法(如乏力、尿量减少需及时就诊);服药提醒技巧(如将药物与日常事件绑定:“早餐后服药”)。发放《家属监督手册》,内含“每周服药监督表”,家属需每日记录患者服药情况,每周随患者门诊随访时提交护士审核。

家庭功能干预:每2个月开展1次家庭随访(入户或视频形式),评估家庭支持力度,对存在家庭矛盾的患者(如家属不支持长期用药)进行沟通协调,建立“患者-家属-医护”三方沟通微信群,实时解决家庭监督中的问题。鼓励家属参与“家庭健康契约”签署,承诺“每日提醒服药、监督定期复查”,对执行良好的家庭给予健康教育资料奖励。

1.3 观察指标

① 治疗依从性:采用Morisky用药依从性量表(MMAS-8)评估,≥6分为依从性达标;② 病毒学应答率:检测HBV-DNA载量,以转阴率(HBV-DNA < 500 IU/mL)为指标;③ 生活质量:采用SF-36量表评估,包括生理功能、心理状态等8个维度,总分越高提示生活质量越好。分别于干预前、干预6个月后采集数据。

1.4 统计学分析

采用SPSS 26.0软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。治疗依从性采用Morisky用药依从性量表(MMAS-8)评估,以得分≥6分为依从性达标;病毒学应答率以HBV-DNA转阴率为指标;生活质量采用SF-36量表评分。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后治疗依从性比较

干预前,两组治疗依从性达标率无显著差异($P > 0.05$);干预后,观察组依从性达标率显著高于对照组($P < 0.01$),具体见表1。

表1 两组患者干预前后治疗依从性达标率对比
($n = 100, \%$)

组别	干预前	干预后	χ^2 值	P值
观察组	66.0	89.0	21.35	< 0.01
对照组	64.0	68.0	1.21	0.27

2.2 两组患者病毒学应答率比较

干预前,两组HBV-DNA转阴率无显著差异($P > 0.05$);干预后,观察组转阴率显著高于对照组($P < 0.01$),见表2。

表2 两组患者干预前后 HBV-DNA 转阴率对比
($n = 100, \%$)

组别	干预前	干预后	χ^2 值	P值
观察组	53.0	78.0	11.27	< 0.01
对照组	51.0	59.0	0.36	0.55

2.3 两组患者生活质量评分比较

干预前,两组SF-36量表总分无显著差异($P > 0.05$);干预后,观察组总分及各维度评分均显著高于对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患者干预前后 SF-36 量表评分比较
($n = 100, \bar{x} \pm s$)

指标	观察组	对照组	t值
干预前	63.2±7.9	62.5±8.3	0.58
干预后	78.6±7.5	67.2±8.1	9.85

2.4 安全性指标比较

干预期间，两组均未出现严重药物不良反应，轻度恶心等常见副作用发生率无显著差异（ $P > 0.05$ ），提示多维度干预未增加安全风险。

3 结论

本研究通过对照实验证实，多维度护理干预可显著提升慢性乙型肝炎（CHB）患者抗病毒治疗的依从性及临床效果。干预6个月后，观察组依从性达标率从66.0%提升至89.0%，显著高于对照组的68.0%；HBV-DNA转阴率从53.0%升至78.0%，生活质量评分（SF-36）从（ 63.2 ± 7.9 ）分提高至（ 78.6 ± 7.5 ）分，各项指标均显示多维度干预较常规护理具有明显优势。

多维度干预的核心优势在于整合“教育-心理-技术-家庭”多重资源，形成全周期支持体系。系统化健康教育通过图文手册、微信科普等多元形式，强化患者对规范用药的认知，纠正擅自停药等误区；智能化用药管理借助智能药盒提醒、微信打卡等技术手段，构建外部监督机制，减少漏服行为；个性化心理支持通过焦虑评估与病友互助会，缓解长期治疗的心理压力；家庭协同干预则通过家属培训与家庭随访，将护理延伸至院外场景，形成“患者-家属-医护”三方监督网络^[4]。

临床实践中，建议将多维度护理干预纳入CHB标准化管理流程。对认知不足患者强化案例教学，对经济负担重的患者协助申请医保支持，对心理高风险人群联合心理科分层干预。同时，研究中“互联网+护理”的应用经验表明，远程监督可突破地域限制，为基层医疗机构提供可复制的干预范式。

参考文献

- [1]魏君雄,周翔,董先红.中药穴位贴敷联合抗病毒治疗早期乙肝肝硬化的疗效观察[J].浙江中医杂志,2025,60(06):500-501.
- [2]王佳,李月,高力宏,等.慢性乙肝一线抗病毒药物临床综合评价指标体系的构建[J].药学与临床研究,2025,33(02):177-180.
- [3]唐成信.肝爽颗粒对乙肝失代偿期肝硬化患者抗病毒指标及肝纤维化指标的影响[J].现代诊断与治疗,2025,36(01):8-10.
- [4]陈玉珠,廖育荣.综合性护理在抗病毒治疗慢性乙肝患者中的应用分析[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(06):650-651.