

全程个体化心理干预对脾切除术患者 围术期焦虑抑郁影响的研究

吴建中, 张爱萍, 李 静

(解放军第三零二医院 肝胆外科一中心, 北京, 100039)

摘要: 目的 分析全程个体化的心理干预对脾脏切除患者术前后焦虑抑郁的影响。方法 将95例拟行脾脏切除术患者随机分为对照组(45例)和实验组(50例), 对照组接受常规护理, 实验组接受全程个体化心理干预, 用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评定比较患者在确定手术之日(术前4~5 d)、术前1 d、术后第4天的心理状态。结果 实验组的SAS和SDS评分均较对照组低, 2组术前1 d及术后第4天的评分比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论 全程个体化心理干预可显著改善脾脏切除患者围术期的焦虑抑郁情绪。

关键词: 焦虑; 抑郁; 心理干预

中图分类号: R 473.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-2353(2013)02-092-03 **DOI:** 10.7619/jcmp.201302035

Research of whole range individual mental intervention on perioperative anxiety and depression emotions in patients with splenectomy

WU Jianzhong, ZHANG Aiping, LI Jing

(Centre of Hepatobiliary Surgery, 302 Hospital of People's Liberation Army, Beijing, 100039)

ABSTRACT: Objective To analysis the influence of whole range individual mental intervention on perioperative anxiety and depression emotions in patients with splenectomy. **Methods** 95 patients with planned splenectomy were randomly divided into control group ($n = 45$) and experimental group ($n = 50$). Control group was conducted with usual nursing, while experimental group was conducted with whole range individual mental intervention. Self-rating Anxiety Scale (SAS) and Self-rating Depression Scale (SDS) were used for assessment of patients' mental conditions in different time points such as four to five days before operation, one day before operation and the fourth day after operation. **Results** SAS and SDS scores in experimental group were lower than the control group. There were significantly differences between two groups in SAS and SDS scores in the time points of one day before operation and the fourth day after operation ($P < 0.05$). **Conclusion** Whole range individual mental nursing intervention can significantly improve perioperative anxiety and depression emotions in patients with splenectomy.

KEY WORDS: anxiety; depression; mental intervention

脾脏是人体最大的免疫器官,是机体细胞免疫和体液免疫的中心,具有过滤和储存血液及免疫等重要功能。肝硬化门脉高压所致脾大伴脾功能亢进在肝胆外科最常见,此类疾病患者的共同特点是肝功能较差,肝脏合成凝血因子不足及脾功能亢进吞噬大量血小板造成的凝血功能障碍^[1]。符合手术指征时,患者需行脾脏切除术。

而外科手术对于患者而言是有创性的治疗手段,可影响患者的生理及心理状况,对手术存在一定的不利,因此控制好患者心理及生理的波动对于改善患者的治疗效果作用重大^[2]。脾切除术属于创伤较大的开腹手术,术后初期患者免疫力低下,手术平均花费在5万左右(统计本科),加上术后出现疼痛、腹胀等,都会对患者造成心理及情绪

上的影响。对于不同的患者,具体的手术病程及转归因素对其心理的影响又各有不同。本科从2010年开始对收治的脾切除术患者的心理状态进行调查分析,同时针对脾切除患者围术期的不同阶段予以心理干预并观察效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年1月—2011年1月在本科行脾脏切除术的患者95例,其中男60例,女35例,年龄23~58岁,平均45.5岁;其中乙肝肝硬化致脾大65例,丙肝肝硬化25例,酒精性肝硬化5例;术前检查均无精神病史和认知功能障碍,近期无重大情感伤害事件,在围术期的处理基本相同。将95例患者随机分为对照组45例和实验组50例,2组患者在年龄、性别及文化程度方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理干预方法

对照组护理方法:患者在术前1d接受常规的术前宣教,包括饮食要求、术前深呼吸与有效咳嗽咳痰的练习、术后早期活动及切口保护的方法、床上大小便的训练和一般的心理护理等。

实验组护理方法:是从确定手术时间之日起(通常在术前4~5d)至术后第4天,进行全程的心理干预。具体措施除了与对照组同样的常规护理外,还包括:①知识宣教,除了常规术前谈话外,针对不同文化程度及认知水平的患者给予相关知识宣教,如脾脏的基本生理知识及病理变化的危害、手术的重要性和术后可能出现的发热、疼痛及腹胀等不适反应的讲解,以缓解患者的疑惑与焦虑;②支持性心理干预,即以耐心细致的态度给予患者及家属真诚的关心和支持,联合术后已恢复的病友及家属予患者精神鼓励,病友可介绍自己的心理感受及经过,相互交流体会,以疏导患者的紧张情绪,使患者轻松积极的迎接手术,同时也不可忽略陪护及家属的情绪,这对患者的围术期情绪至关重要,因为家庭是患者重要的支持系统,故在护理上要注意干预家属的不良情绪,以便更好地发挥家庭系统对于患者的支持作用^[3-4];③根据患者不同的心理压力点,予以个体化的干预或疏导,如针对部分女性患者担心疤痕引发的美观问题,应予以心理引导,使其正确面对手术带来的这类问题和明白手术的重要性,可告知其游泳时穿连体泳衣,也可介绍相关去疤的

精油或药膏,但不作为首选,随着本科微创外科的发展,如腹腔镜切脾,将在很大程度上解决这类问题。

1.3 评定方法

于确定手术之日(通常于术前4~5d)、术前1d及术后第4天,发放焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)^[5]。表格由患者自行填写,对文化程度较低及有视力障碍者则予阅读解释后代填。SAS与SDS均为20项条目,根据症状出现的频度分4级评分,受试者在符合自己的程度下打“√”,其中有4项为反向计分题,则意义相反,要予特别强调。以我国常规的上限为界,SAS标准分 >50 分为达到焦虑状态;SDS标准分 >53 分为达到抑郁状态。采用SPSS 18.0软件对数据进行分析,2组率的比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本研究共发放问卷95份,回收有效问卷95份,问卷有效回收率100%。2组患者SAS、SDS评分结果见表1、表2。结果显示,实验组SAS、SDS评分均低于同期对照组,2组评分配对比较,术前第1天及术后第4天评分有显著差异, $P<0.05$,差异具有统计学意义。

表1 2组患者术前术后SAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	确定手术日	术前第1天	术后第4天
对照组	54.81 ± 4.01	57.20 ± 5.59	34.94 ± 2.66
实验组	52.98 ± 8.05	53.24 ± 6.01*	30.24 ± 1.28*

与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表2 2组患者术前术后SDS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	确定手术日	术前第1天	术后第4天
对照组	48.74 ± 4.58	46.06 ± 3.06	45.50 ± 3.69
实验组	47.80 ± 5.70	43.05 ± 5.07*	42.42 ± 4.87*

与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

全程个体化心理干预比一般护理干预更有优势。有文献报道临床上绝大部分躯体疾病所伴发的焦虑和抑郁均未获得及时的诊断和治疗^[6]。心理干预在整体护理中已经处于至关重要的位置,相关研究现在并不罕见^[7-9]。本科采用全程个体化心理护理对患者进行护理,更能体现整体护理的精髓。脾脏是人体最大的免疫器官,调查中发现大部分患者对于脾脏切除后机体免疫功能

存有疑虑,其实脾脏切除后可由全身的淋巴组织来进行机体的免疫代偿,对患者机体免疫状况的影响不大^[10-11]。但脾脏切除术后早期有一定的免疫紊乱,即体液免疫增强、细胞免疫低下,此时要采取防止感染的措施,如限制探视及陪护、消毒病室空气及通风和护理操作严格无菌等^[12-13]。当患者了解免疫相关知识后,疑虑即有所缓解。在调查术后的情绪影响因素时发现,除了术后的疼痛、发热等不适外,80%患者对胃管的不适也表示难以适应,甚至有患者自行拔除胃管的情况发生。术前置入胃管作为腹部手术常规胃肠准备的措施,可进行胃内积液积气的抽吸,主要是为了防止麻醉术后患者胃肠胀气及误吸的发生。以上2类导致焦虑抑郁的因素是调查中最多见的。所以,针对患者术前术后导致不良情绪的具体因素,可对患者进行相关知识的讲解和宣教。

手术日临近时,患者日益出现紧张焦虑状况,直至术前1d最明显。经调查得出原因,在确定手术日时,患者更多呈现出矛盾心理,一方面是因排上手术而踏实的心态,一方面又担心手术能否成功的焦虑状态。而到术前1d,患者主要是担心手术能否成功,并且由于术前准备如皮试、灌肠及置胃管时带来一些不适,使患者更担心术后可能带来的疼痛、发热、活动和饮食受限及愈合等问题,故面对手术表现出恐惧、害怕心理。对此,护理干预措施主要有:培养护理人员掌握娴熟的护理操作技术及一些减轻灌肠、置胃管时不适的技巧,如深呼吸、置胃管时让患者口含温水使置管与吞咽水的动作同步进行等,以缓解患者不适。最重要的则是给予患者鼓励,如称赞患者“你很棒”、“你很不错,配合很好”、“给你置管非常轻松顺利”,患者受到鼓舞后,会采取积极心态配合。

术后第4天患者焦虑抑郁的状况较之前明显缓解。在这个时期,患者经历了手术完成和术后疼痛、发热、腹胀的过程,并且患者基本已经拔除胃管,能进流质或半流质饮食,从生理上已经适应或解除了一些不适,可在心理上给予安慰和鼓励,并予相关知识指导。指导患者转移疼痛的方法如

与病友聊天、看电视等。给发热患者行温水擦浴时应动作轻柔,并注意保护其隐私,同时向其讲解术后吸收热是种常见表现,可遵医嘱给予止疼药、退热药等。

分析脾切除患者焦虑抑郁的原因并对其进行有针对性的全程个体化心理护理,能帮助患者树立信心,使其调整心态以应对手术应激反应带来的不适。因此在实施整体护理的过程中,心理护理应提升到重要位置,且应针对不同患者的不同影响因素,提供全程个体化的心理干预,以确保患者以积极主动的心态面对手术和配合医护工作,从而促进康复。

参考文献

- [1] 江勇,秦锡虎,钱惠玉,等. 原位脾脏切除在择期脾脏切除术中的应用[J]. 肝胆胰外科杂志, 2005, 17(1): 65.
- [2] 夏海鸥. 乳腺癌患者对乳腺癌早期检测真实体验的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(9): 641.
- [3] 胡书芳,李忠梅,王长芹. 亲情护理在原发性肝癌患者动脉导管栓塞化疗中的应用[J]. 护理研究, 2008, 22(9A): 2303.
- [4] 颜红英,潘晓华,陈丽玉. 42例抑郁症患者行无抽搐电休克治疗的人性化护理[J]. 全科护理, 2010, 8(4A): 884.
- [5] 张明圆. 精神科评定量表手册[M]. 第2版. 长沙: 湖南科技出版社, 1998: 35.
- [6] 黄向平,林红华,王丽静,等. 综合护理干预对消化溃疡伴焦虑抑郁患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(9): 24.
- [7] 李松梅,王文林,王晓梅. 脑卒中伴抑郁焦虑患者的综合性心理干预[J]. 新乡医学院学报, 2009, 26(4): 383.
- [8] 李晓仙,栾春. 心理干预对慢性酒精中毒患者情绪及生活质量的影响[J]. 海南医学院学报, 2010, 16(6): 804.
- [9] 潘丹丹,艾戎,童雪涛,等. 心理干预对婴幼儿就医依从性的影响[J]. 贵阳医学院学报, 2011, 36(3): 312.
- [10] 宋朝阳,吕运海,张宪华. 脾切除对肝硬化患者免疫功能的影响[J]. 河南职工医学院学报, 2002, 2: 153.
- [11] 曹丽芬. 腹腔镜脾切除患者围术期的整体护理体会[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(9): 85.
- [12] 周少波,褚亮,蒋磊. 腹腔镜与传统开腹脾切除术的比较[J]. 蚌埠医学院学报, 2012, 37(8): 893.
- [13] 陈姝妮. 86例全腹腔镜脾切除术的护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(4): 319.