要通过检测视网膜到枕叶皮层视通路的完整性来反映颅内压的改变[1-2]。当颅内压升高时,神经元及纤维缺血缺氧,代谢障碍,代谢产物堆积,神经电信号传导阻滞,使诱发电位发生改变,FVEP波峰潜伏期延长。理论上,FVEP- NIICPM,既能满足连续动态观察的需要,又能够避免有创监测而带来的损伤,在颅内压变化迅速的重型颅脑损伤中极具价值,但其实际效果有待深入评估。

本研究中对常规监测和FVEP- NIICPM条件下重型颅脑损伤的救治效果进行了分析,发现两组虽受伤背景无差异,但在FVEP- NIICPM监测条件下救治效果明显较佳,表明FVEP- NIICPM的运用对于重型颅脑损伤的救治具有重要的意义。重型颅脑损伤后,常可由脑水肿、血肿的形成或扩大等继发性改变引起颅内压急剧增高,以至于药物治疗无效,导致脑疝形成,而后者被认为是影响伤者预后的主要因素[3-4]。因此,在发生脑疝前适时进行手术减压是改善救治效果的关键措施之一。而传统对颅内压的观察,主要依赖于临床表现、头部影像学改变以及间断性腰穿,虽有很大的可靠性,但由于不便于动态监测,势必遗漏了许多颅内压变化的信息,导致手术时机的选择具有很大的延迟性,常常是脑疝后才进行手术干预。加入FVEP-NIICPM后,可极大地弥补常临床观察的非及时性,为减压术的积极实施提供了客观依据,从而改善伤者的预后。在本组观察中,FVEP- NIICPM监测组脑疝发生率明显较低为其佐证。此外,依据FVEP- NIICPM及时结果,适时对药物治疗的效果进行判定并调整,可在最大程度减少药物副反应的条件下最大限度地降低颅内压,可能也是FVEP- NIICPM组预后较好的原因之一。

对于FVEP- NIICPM的脑疝预警值,目前尚未见统一标准。许勇等[5]认为,颅内达2.9~4.0 kPa,持续30 min就可发生脑疝。能分别检测两侧诱发电位传导、从而确定断大脑两侧的压力梯度是FVEP- NIICPM具有独特优势。由于脑疝本质是脑组织顺压力差向低压分腔位移的过程,以大脑两侧的压力梯度对脑疝进行预警更可靠。有报道表明,当分压差达到150 mmH_2O,形成脑疝的机会极大[6]。本组设定了ICP≥400 mmH_2O或分压差≥150 mmH_2O、持续30 min作为脑疝预警值及实施减压术的标准,FVEP- NIICPM组的脑疝发生率明显较低,支持文献报道。

总之,FVEP-NIICPM技术具有方便、无创、可靠、能连续动态监测等优点,对于指导重型颅脑损伤的救治、改善其预后具有一定的意义。不过,在应用FVEP-NIICPM结果时,应充分结合病史特点和影像资料加以考虑,对脑疝预警值标准也尚需更深入的系列梯度研究。

参考文献:

[1] 吴西, 季忠. 利用视觉诱发电位实现无创颅内高压监测[J]. 生物医学工程学杂志, 2007, 24(5): 1015-1018.

[2] Kesler A, Vakhapova V, Korczyn A D, *et al*. Visual evoked potentials in idiopathic intracranial hypertension[J]. Clin Neurol Neurosurg. 2009, 111(5): 433-436.

[3] 段国升,朱诚. 神经外科手术学[M]. 2版. 北京: 人民军医出版社,2004: 81-124.

[4] Lescot T, Abdennour L, Degos V, *et al*. Management of severe traumatic brain injury[J]. Presse Med, 2007, 36(7/8): 1117-1126.

[5] 许勇,江晓春,李监松,等. FVEP无创颅内压监测的临床应用现状及展望[J]. 中华全科医学, 2011, 9(4): 619-621.

[6] 黄全, 杨建茹. 闪光视觉诱发电位无创颅内压监测在40例颅脑损伤中的应用[J]. 广东医学院学报, 2009, 27(6): 645-646.

(**收稿**:2012-05-09;**修回**:2012-06-11)

(编辑 王小寒)

经验交流

文章编号:1000-5404(2012)18-1916-03

某军医大学硕士新生心理健康与个性特征调查分析

苏 倩[1],王书孝[2],郭海涛[1],向国春[1],刘 刚[1] (400038 重庆,第三军医大学西南医院临床教学管理中心[1];250001 济南,山东大学医学院神经外科教研室[2])

[**关键词**] 军医大学新生;个性特征;心理健康

[**中图法分类号**] R395.6;R821.2 [**文献标志码**] B

症状自评量表(self-reporting inventory-90,SCL-90)和艾森克人格问卷(Eysenck's personality theory,EPQ)是有效反映受试群体心理健康状况和人格的两种量表,在心理健康调查中应用较为广泛。军医大学研究生肩负着重要的使命,是军队医学的高层次人才,研究军医大学研究生个性特征与心理状况,对军队发展及军队医学高层次人才的培养有重要的意义[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对某军医大学新入校硕士研究生进行整群抽样,样本总量为578人,其中男生394人,年龄(29.9±4.1)岁,女生184人,年龄(29.9±4.0)岁。

1.2 方法

确定规范统一的量表指导语,在规定的时间内要求新生统一完成SCL-90和EPQ的问卷。其中SCL-90根据分数的不同显示不同的心理症状[2],该量表共有90个项目,包含精神病症状学内容,从比如感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等,同时采用10个因子分别反映10个方面的心理症状情况。

EPQ问卷共88个题目,被试以"是"或"否"作答,通用的EPQ是1975年制定的,是一种自陈量表,有成人和少年两种形式,各包括4个量表:内外向(extraversion,E);神经质(neuroticism,N),又称情绪性;精神质(psychoticism,P),又称倔强、讲

[**通信作者**] 刘 刚, E-mail: liugang6399@sohu.com

求实际；谎造或自身隐蔽(lie,L),计分的不同显示不同的个性。具体见参考文献。EPQ结果采用标准T分表示[T=50+10X(受测人的原始分-该人所在组的平均分数)/所在组的分数的标准差],一般认为,如果某个被试的标准分<60或>40,就可认为该被试在某量表上具有高分或低分的特征[3]。

问卷在调查人员监督下完成,由调查对象自填,当场发卷当场收回。

1.3 统计学方法

本次研究所采集数据均通过统计软件SPSS 17.0进行分析,其中计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,组间比较行独立样本t检验;计数资料行χ^2检验。

2 结果

2.1 不同性别与年龄的军校硕士新生心理状况比较

通过对军校不同性别与年龄的硕士新生心理状况进行比较分析发现,男生相对女生心理状况相对较好,年龄大的学生相对年龄小的学生心理状况较好($P<0.05$,$P<0.01$)。见表1。

表1 不同性别与年龄的军校硕士新生心理状况比较

因子项	性别		年龄	
	男性($n=394$)	女性($n=184$)	≤25岁($n=392$)	>25岁($n=186$)
躯体化	1.19±0.30[a]	1.24±0.43	1.22±0.42	1.17±0.29[a]
人际关系敏感	1.39±0.46[b]	1.62±0.63	1.47±0.58	1.36±0.42[b]
强迫症状	1.53±0.43[a]	1.61±0.55	1.56±0.47	1.50±0.43[a]
抑郁	1.35±0.39[b]	1.45±0.48	1.44±0.41	1.33±0.36[b]
焦虑	1.24±0.37[a]	1.36±0.40	1.34±0.39	1.22±0.35[a]
恐怖	1.10±0.26[b]	1.21±0.47	1.20±0.42	1.09±0.28[b]
敌对	1.30±0.41[b]	1.45±0.49	1.42±0.43	1.29±0.40[b]
偏执	1.28±0.37[b]	1.42±0.53	1.40±0.48	1.27±0.35[b]
精神病症状	1.23±0.34[a]	1.29±0.45	1.27±0.42	1.21±0.32[a]
其他	1.26±0.40[a]	1.24±0.39	1.26±0.35	1.23±0.31[a]
总分	116.46±27.92[a]	122.95±34.51	120.58±32.17	115.82±26.79[a]

a:$P<0.05$, b:$P<0.01$,与女性或≤25岁比较

2.2 不同来源军校硕士新生SCL-90因子分分布比较

来自部队硕士新生的恐怖、抑郁、强迫、焦虑、阳性项目及总分均明显低于来自地方的硕士新生($P<0.05$、$P<0.01$),见表2。另外性别影响因素中,女生恐怖因子分数明显高于男生($P<0.05$),其他因子与男生相比差异不显著($P>0.05$)。

表2 不同来源军校医学硕士新生SCL-90因子分比较($\bar{x}\pm s$)

因子项	来自地方新生($n=278$)	来自部队新生($n=300$)
躯体化	1.27±0.36	1.20±0.32
人际关系敏感	1.52±0.47	1.46±0.47
强迫症状	1.68±0.52[a]	1.55±0.47
抑郁	1.50±0.50[b]	1.37±0.41
焦虑	1.38±0.38[a]	1.28±0.32
恐怖	1.23±0.36[b]	1.12±0.27
敌对	1.38±0.47	1.33±0.46
偏执	1.37±0.38	1.30±0.38
精神病症状	1.31±0.34	1.24±0.31
其他	1.41±0.43[b]	1.33±0.37
阳性项目数	25.67±18.36[a]	20.69±17.57
总分	127.11±32.18[a]	118.94±28.73

a:$P<0.05$,b:$P<0.01$,与来自部队新生比较

在实际检测过程中,将SCL-90因子分>2定义为阳性症状因子,来自地方与部队的硕士新生总分>160分的人数分布占到15.1%和8.7%;来自部队硕士新生的恐怖、抑郁、偏执因子阳性的人数分布占到2.0%、8.7%、6.0%,均低于来自地方硕士新生(7.2%、17.3%、12.9%),差异显著($P<0.05$);两组新生其他因子阳性人数所占比例差异不显著($P>0.05$)。

2.3 不同来源军校硕士新生个性特征比较结果

来自地方硕士新生的E分(49.62±4.43)相对部队硕士新生(52.82±6.48)明显较低($P<0.01$);而来自地方的硕士新生N分(53.19±5.12)相对部队硕士新生(52.09±4.97)明显较高($P<0.05$)。

2.4 硕士新生个性特征与心理健康指标关系结果

将该校硕士新生根据SCL-90总分≥160分或者有阳性症状出现判断为心理症状阳性,反之为心理症状阴性。总分阳性的新生N分(56.27±5.72)和P分(56.85±4.47)高于阴性新生(51.99±4.15,52.52±4.21)($P<0.05$,$P<0.01$),但E分(49.52±5.92)要低于阴性新生(52.62±5.52)($P<0.05$),L分两组差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

本研究应用SCL-90量表和EPQ量表对某军校新入学医学硕士进行个性特征与心理健康状况测量,根据SCL-90测评结果显示,男生整体心理健康水平要高于女生;年龄越大的(>25岁)学员心理健康水平要优于年龄≤25岁的学员。提示性别,年龄等均是影响学员心理健康水平的重要因素,在进行心理健康指导时应将这些因素加以考虑。以生源不同为分组变量进行分析,结果显示影响来自于部队的军校医学硕士生心理健康状况的心理症状主要表现为人际关系敏感、强迫、抑郁、敌对、偏执等,来自于地方的硕士新生主要阳性心理症状表现为人际关系敏感、强迫、敌对、抑郁、偏执和其他。来自部队硕士生在强迫、抑郁、恐怖、焦虑和其他等因子分数明显低于来自地方的硕士新生,说明来自于部队的军校硕士新生在适应军校生活环境过程中较少出现阳性心理症状,反之来自地方的硕士新生表现为更多的阳性心理症状,需要引起有关管理者的注意,给予来自于地方的研究生更多的帮助,保证他们对军校环境的适应及良好的心理状态[4]。

EPQ量表测试结果显示硕士新生个性特征方面,来自于地方的硕士新生E分明显低于来自部队硕士新生,而N分显著高于来自部队的硕士新生。提示来自地方的军校硕士新生相对来自部队的军校硕士新生性格相对内向,来自地方的军校硕士新生相对来自部队的军校硕士新生情绪更加不稳定。在对个性特征与心理健康状况关系的分析中发现心理症状阴性和阳性的硕士生EPQ中E、N、P维度评分有显著性差异。测试结果发现心理症状显示阳性的新生相对阴性的新生有较高的N分和P分,说明心理症状阳性的新生情绪相对不稳定,或者有精神质的趋势[5]。心理症状阳性的硕士新生较阴性硕士新生有较低的E分,说明心理症状阳性新生个性相对内向[6]。

综上所述,来自地方的军校医学硕士新生相对于来自部队的军校医学硕士新生在心理健康状况方面表现相对较差。军校医学硕士新生的个性特征、入学前生活环境会在一定程度上影响他们入学后心理健康状况,提示有关管理者差别对待,促

进军医大学硕士新生更好地适应新环境,较快的融入到繁忙的工作与学习中。

参考文献:

[1] 刘可愚,宋新涛,李红政,等. 不同心理素质水平军人对恐惧情绪的原因调节和反应调节特点[J]. 第三军医大学学报,2012,34(3):244-249.
[2] 金华,吴文源,张明圆. 中国正常人SCL-90评定结果的初步分析[J]. 中国神经精神疾病杂志,1986,12(5):260-263.
[3] 陈昌惠. 心理卫生评定量表[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1993:31-36.
[4] 陈亭. 终身体育意识的培养对军校学员心理健康的积极作用[J]. 才智,2011,(33):293.
[5] 曾皓. 关于军校学员心理健康教育的几点思考[J]. 高等教育研究学报,2011,34(3):105-107.
[6] 秦超,王海民. 某军校学员心理健康状况的调查与对策[J]. 职业与健康,2009,25(21):2320-2321.

(**收稿**:2012-03-26;**修回**:2012-05-15)
(编辑 王小寒)

经验交流

文章编号:1000-5404(2012)18-1918-02

护理心理干预对慢性心力衰竭合并抑郁症患者心功能及生活质量的影响

罗 维,瞿广素 (400010 重庆,重庆医科大学附属第二医院心血管内科)

[**关键词**] 慢性心力衰竭;抑郁症;心功能;生活质量
[**中图法分类号**] R493;R541.6 [**文献标志码**] B

慢性心力衰竭是一种复杂的临床症状群,随着生物心理社会医学模式的转换,心衰患者合并抑郁的情况备受重视,近来研究发现心衰患者合并抑郁状态会加重其临床不良预后,增加心脏相关住院或死亡事件[1-2]。而目前研究[3]发现应用抗抑郁药物可以缓解抑郁的症状,但不能减轻心衰的风险。所以该研究通过护理心理干预教给患者一些技巧来应对一些消极思想,观察其是否能改善心衰患者的心功能及生活质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象

入选2011年3-8月在我科初次明确诊断为慢性充血性心力衰竭合并抑郁症,且纽约心功能分级在NYHA Ⅱ~Ⅲ级,汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD,24项版)评分在8~35分的住院患者共计66例,病程4~20年。用随机数字法将患者分为护理心理干预组及对照组,各33例,患者均知情同意。排除有精神疾病史、有意识、行动障碍、智力缺陷无法独立或顺利完成问卷或调查者及合并其他严重器质性疾病患者。两组患者在年龄、性别、药物治疗、基础心功能等方面没有统计学差异,具有可比性。

1.2 研究方法

所有患者入院后均进行正规抗心衰药物治疗及常规护理,干预组在住院期间行护理心理干预。在患者住院当日、出院当日及出院后1个月时分别对其抑郁程度、心功能及生活质量进行评价。

1.2.1 护理心理干预 对照组给予慢性心衰的各项常规护理,干预组在各项常规护理基础上,由经培训的护士和心理专科医师根据患者不同的教育背景、职业、经历和心理需求,掌握心衰患者的心理特点,给予护理心理干预。第1~3次心理治疗应解决问题和制订治疗性协议,明确治疗师与患者在治疗中的责任。主要采取支持性心理治和心理音乐治疗方式。具体做法:为患者讲解心衰的医学知识,使其对所患疾病有个初步了解,鼓励患者使其感到有人在关心、同情和帮助他,以消除失望、悲观心理,增强其自信心,减轻心理负担,配合治疗。经常听取患者对治疗、护理的意见和要求,积极调动患者的主观能动性,让患者参与治疗和自我护理,促进其康复。让患者家庭成员了解心衰的医学知识,引导家庭成员给予患者心理支持并强调家庭支持对其治疗的重要性,以便营造和谐的家庭氛围,避免心衰诱发因素。促使患者参加各种娱乐活动,使其放松思想,转移注意力,调整心情,以缓和患者的孤独感。此疗法每周进行3次。每次60 min。⑤心理音乐治疗,通过音乐意象联想,对情绪进行疏导。每周5次,每次40~60 min,40 d一个疗程。

1.2.2 患者抑郁程度评价 采用24项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分,由经培训的护理人员进行问卷调查。总分反映抑郁症状的严重程度,总分<8分表示没有抑郁;总分在20~34分可能为轻到中度抑郁;总分>35分可能为严重抑郁。

1.2.3 患者心功能评价 采用6 min步行试验,患者在平直走廊里尽可能快地行走,测定6 min的步行距离,若6 min步行距离<150 m,表明为重度心功能不全;150~425 m为中度;426~550 m为轻度心功能不全。

1.2.4 患者生活质量评价 采用汉化的明尼苏达心力衰竭生活质量问卷表(Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire,MLHFQ)进行量化。量表共有21项,每个选项按0~5(没有~很明显)打分。量表满分是105分,得分越高生活质量越差。

1.2.5 统计学分析 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用SPSS 13.0软件对数据进行 t 检验。

2 结果

2.1 患者汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分

心理干预组与对照组在入院时HAMD评分相比较无统计学差异,而在出院时及出院后1个月时比较有统计学差异($P<0.05$);经治疗后,出院时干预组HAMD评分较入院时明显降低,且在出院后1个月时继续降低,与出院当时的HAMD评分