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

比较有统计学意义($P<0.05$);而对照组HAMD评分有逐渐增高的趋势,且在出院后1个月时较入院时比较有统计学差异($P<0.05$)(表1)。

表1 两组患者在各时期的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院时	出院时	出院后1个月
干预组	33	20.2±6.7	16.9±6.2 ac	13.8±6.0 abc
对照组	33	19.8±7.5	21.0±8.4	23.7±8.0 a

a:$P<0.05$,与入院时比较;b:$P<0.05$,与出院时比较;c:$P<0.05$,与对照组比较

2.2 患者6 min步行距离

心理干预组与对照组在入院时、出院时6 min步行距离相比较无明显统计学差异,而在出院后1个月时比较有统计学差异($P<0.05$);经治疗后,干预组出院时6 min步行距离较入院时明显增加,且在出院后1个月时较出院当时的6 min步行距离进一步增加($P<0.05$);而对照组出院时的6 min步行距离较入院有明显增加,但这种增加趋势在出院后1个月时不明显(表2)。

表2 两组患者在各时期的6 min步行距离 (m,$\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院时	出院时	出院后1个月
干预组	33	339.1±119.8	411.8±106.5 a	466.2±105.2 abc
对照组	33	345.9±118.7	423.6±97.0 a	434.2±91.7 a

a:$P<0.05$,与入院时比较;b:$P<0.05$,与出院时比较;c:$P<0.05$,与对照组比较

2.3 患者明尼苏达心力衰竭生活质量(Minnesota living with heart failure questionnaire, MLHFQ)评分

心理干预组与对照组在入院时及出院时MLHFQ评分相比较无统计学差异,而在出院后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MLHFQ评分较入院时明显升高,且在出院后1个月时继续升高,与出院当时的MLHFQ评分比较有统计学意义($P<0.05$);而对照组MLHFQ评分在出院后1个月时较入院当时比较无明显统计学差异($P>0.05$)(表3)。

表3 两组患者在各时期的明尼苏达心力衰竭生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	入院时	出院时	出院后1个月
干预组	33	65.5±16.6	75.3±17.9 a	83.3±13.5 abc
对照组	33	66.9±16.5	75.1±16.2 a	74.7±14.9 a

a:$P<0.05$,与入院时比较;b:$P<0.05$,与出院时比较;c:$P<0.05$,与对照组比较

3 讨论

在住院期间行护理心理干预组的患者在出院时及出院后1个月时的抑郁程度减轻,心功能改善及生活质量得到提高,且其抑郁程度在出院后1个月时明显小于对照组,而心功能及生活质量高于对照组。所以,对于慢性心力衰竭的患者,住院期间给予常规护理心理干预对其心功能及生活质量的改善有着重要作用。该研究还发现,干预组患者的HAMD评分在出院时明显低于对照组,但其对心功能及生活质量的改善在出院后1个月时才明显。对照组未经心理干预治疗,其HAMD评分有逐渐增加的趋势,这可能是由于对照组缺乏心理干预因素,抑郁状态随着出院这个环境的改变而改变。但其心功能指标却较入院时和出院时明显改善,出院后1个月的生活质量评分也较入院时好,和出院时比则稍低,从这些数据可以看出患者抑郁状态对心功能的影响并不是即刻见效的。而本研究只选用了3个时间点,可能不够,因此有必要增加几个时间点如出院后2个月甚至3个月,以便进一步明确指标变化的趋势。

目前心衰合并抑郁症的机制尚不明确,主要认为与心衰患者因心功能减退导致机体的生理功能损害,劳动力丧失,社会活动受限而引起的心理社会应激所致,而抑郁导致机体内环境的改变而加重心衰导致不良临床事件的发生[4]。此外,抑郁症患者的不太容易遵守有关的食物、运动及药物服用的建议以及健康习惯不良等也会导致其心血管不良事件。本研究中发现未经心理干预的心衰患者其抑郁评分逐渐升高,并在出院后1个月达到统计学意义,这对其不良事件的发生可能存在着推动作用。而心衰的治疗包含多方面,随着医学模式的转换,我们护理工作重点除了常规护理,还需要人文关怀甚至心理干预,而这些对患者的预后有着重要作用。既往研究也证实对心衰合并抑郁患者进行认知行为治疗可以减少临床事件的发生[4-6],而对该类患者行抗抑郁的药物治疗结果报道不一[3,7]。

心力衰竭治疗应是多种方式的综合治疗,特别是合并抑郁的患者,如果只重视药物治疗及常规护理,忽视心理治疗及心理护理,会影响身体的康复甚至造成不良后果。医护人员及患者家属应对慢性心力衰竭患者的抑郁重视,并采取积极应对措施。由于本研究所选择的患者病程较长,长期忍受病痛的折磨,心理抑郁状态都比较严重,因此尽管实施了心理干预措施,患者仍处于不同程度的抑郁状态。想要进一步明确护理心理干预能否有效改善患者的心功能和生活质量及其与抑郁状态的关系需要更大样本和更长时间的研究来进一步证实。

参考文献:

[1] Sherwood A, Blumenthal J A, Hinderliter A L, *et al*. Worsening depressive symptoms are associated with adverse clinical outcomes in patients with heart failure[J]. J Am Coll Cardiol, 2011, 57(4): 418-423.

[2] Shimizu Y, Yamada S, Miyake F, *et al*. The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure [J]. J Card Fail, 2011 , 17(6): 503-510.

[3] O'Connor C M, Jiang W, Kuchibhatla M, *et al*. Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial[J]. J Am Coll Cardiol, 2010, 56(9): 692-699.

[4] 赵书娥, 赵莉, 苏瑞瑛, 等. 心力衰竭合并抑郁症研究进展[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(6): 505-508.

[5] 张朝香, 李萍. 心力衰竭后抑郁症的发病及其治疗[J]. 中国循环杂志, 2006, 21(3): 227.

[6] 李晓毛. 慢性心衰患者抑郁情况及心理护理研究[J]. 中国临床医药研究杂志, 2006, (6): 76-77.

[7] 徐晶, 李雪锋, 金龙云, 等. 黛力新治疗老年心衰并焦虑-抑郁症的临床疗效及对血浆AngⅡ的影响[J]. 中国老年学杂志, 2008, 28(5): 477-478.

(**收稿**:2012-05-30;**修回**:2012-07-02)

(编辑 张 维)