论著

DOI:10.16016/j.1000-5404.201410170

基于赋权理论的家庭访视对艾滋病患者生活质量的影响

李贞贞,周 露,李现红,王红红 (410013 长沙,中南大学护理学院基础护理学教研室)

[摘要] **目的** 探讨基于赋权理论的家庭访视在改善艾滋病患者生活质量、抑郁方面的效果。**方法** 选取2013年6-9月衡阳市第三人民医院血液门诊的82例艾滋病患者为研究对象,利用随机数字表法将纳入的研究对象分为干预组和对照组,每组41例,对照组进行常规的门诊健康宣教,干预组在此基础上实施基于赋权理论的家庭访视活动,内容包括并发症的自我管理、压力的自我管理及目标的自我管理等,比较干预后研究对象的生活质量、抑郁水平。**结果** 干预后,干预组流调中心抑郁量表(center for epidemiologic studies depression, CESD)得分由(28.51±11.89)下降到(17.13±6.33),生活质量得分由(605.66±106.35)上升到(776.60±75.20);对照组CESD得分由(25.38±10.70)下降到(21.85±7.62),生活质量得分由(656.46±132.59)上升到(730.60±78.51),2组患者干预前后差异有统计学意义($F_1=24.62$,$P_1<0.01$;$F_2=16.30$,$P_2<0.01$)。但是干预后,干预组生活质量和抑郁的变化幅度明显高于对照组($t_1=5.10$,$P_1<0.01$;$t_2=4.04$,$P_2<0.01$)。**结论** 基于赋权理论的家庭访视能显著提高艾滋病患者的生活质量,降低艾滋病患者的抑郁水平。

[关键词] 获得性免疫缺陷综合征;家庭访视;赋权;生活质量;抑郁
[中图法分类号] R395.1; R492; R512.91 [文献标志码] A

Impact of family visit intervention on quality of life in patients with HIV/AIDS: based on the theory of empowerment

Li Zhenzhen, Zhou Lu, Li Xianhong, Wang Honghong (Department of Basic Nursing, School of Nursing, Central South University, Changsha, Hunan Province, 410013, China)

[**Abstract**] **Objective** To evaluate the effect of the family visit based on the empowerment theory on the quality of life and depression in patients with human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Methods** Eighty-two cases of HIV/AIDS receiving antiretroviral treatment were selected during June to September of 2013 in the third people's hospital of Hengyang city. and randomly divided into an intervention group and a control group ($n=41$) with a random number table method. The control group was assigned to routine health education in the clinics, while the intervention group received the family visit activities based on the theory of the empowerment plus routine health educations including self-management of complications, self-management of pressure and self-management of goal. The quality of life and depression in the patients with HIV/AIDS before and after the intervention were compared. **Results** After intervention, the center for epidemiologic studies depression (CESD) scores of the intervention group descended to 17.13±6.33 from 28.51±11.8, while the quality of life scores rose to 776.60±75.20 from 605.66±106.35. The CESD scores of the control group descended to 21.85±7.62 from 25.38±10.70, while the quality of life scores rose to 730.60±78.51 from 656.46±132.59. The quality of life and depression in both the control group and the intervention group were significantly changed after intervention ($F_1=24.62$, $P_1<0.01$; $F_2=16.30$, $P_2<0.01$), but the intervention group was improved more than the control group ($t_1=5.10$, $P_1<$

[基金项目] 2012中国全球基金艾滋病项目(CSO-2012-研06);中南大学研究生自主创新项目(2013zzts302)
[通信作者] 王红红,E-mail: honghong_wang@tom.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20150310.1653.012.html(2015-03-10)

0.01; t_2 =4.04, P_2 <0.01). **Conclusion** Family visit based on the theory of empowerment has obvious effects on improving the quality of life and reducing the depression level in the patients with HIV/AIDS.

[**Key words**] acquired immune deficiency syndrome; family visit; empowerment; quality of life; depression

Supported by the 2012 China Global Fund for AIDS Project (CSO-2012-06) and the Independent Innovative Project for Postgraduate From Central South University (2013zzts302). Corresponding author: Wang Honghong, E-mail: honghong_wang@tom.com

艾滋病患者作为社会的一个特殊群体,除了面临疾病的传染性、进展性、无法根治、抗病毒治疗的不良反应等困扰,还需面对社会上的偏见、歧视与恐惧等各种压力,生存质量普遍偏低[1]。研究表明,人类获得性免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者和艾滋病患者的总体生活质量显著下降,明显低于正常人群[2],尤其是那些卧床、出现药物的不良反应、出现机会性感染、疾病晚期的患者[3-5]。家庭访视是将对患者及家庭成员进行相关疾病知识教育和由医务人员定期家访进行干预性训练两者相结合的一种干预方法。目前,在国外家庭访视护理已广泛应用于艾滋病患者的干预工作中[6-8],但是在国内多局限于精神病、一些常见的慢性病,如高血压、糖尿病、心脏病、慢性阻塞性肺疾病(COPD)等[9-12],很少对HIV感染者和艾滋病患者进行家庭访视护理。赋权是个人、组织与社区借由一种学习、参与、合作等过程或机制,使自己获得掌控本身相关事务的力量,以提升个人生活、组织功能与社区生活品质[13],赋权强调改变自我,其核心是自我意识和自我决策的改变[14],赋权理论正逐步成为健康促进和慢性病自我管理的主要范式[15]。但是目前很少有学者将赋权理论应用到家庭访视中来,尤其是在艾滋病的综合防治工作中。本研究旨在探讨基于赋权理论的家庭访视护理在改善艾滋病患者生活质量方面的作用,为以后开展艾滋病家庭访视护理提供一定的依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究现场选取衡阳市第三人民医院,研究对象入组时间为2013年6-9月,利用HIV感染者和艾滋病患者去治疗点咨询或检查的机会,干预人员向他们介绍本研究的研究目的、方法及过程,获得患者的同意后将其纳入本研究,共82例,其中男性42人,女性40人,年龄17~64岁,平均年龄为(38.91±10.01)岁,学历以初中及以下为主,共47人,年家庭收入小于1万元的27人,1万元~3万元的31人,3万元以上的24人,在感染途径中,以性传播为主要途径。经检验,2组患者在性别、年龄、年家庭收入、受教育水平、感染途径等方面无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。利用随机数字表法将纳入的研究对象分为干预组和对照组,各41例。

1.2 方法

1.2.1 研究设计 采用类实验性研究设计,对照组进行常规的门诊健康宣教,干预组在此基础上实施基于赋权理论的家庭访视,访视由一个访视组完成,包括一名护士和一名艾滋病同伴宣传员。干预共持续6个月,在干预前后对患者生活质量、抑郁的变化进行测量,比较2组干预前后的差异。

1.2.2 干预方法 对照组在定点医院血液门诊接受常规的医疗服务和健康教育,主要包括制订治疗方案/用药指导、药依从性的培训。干预组患者除了接受门诊常规的医疗服务和健康教育外,还接受为期6个月的基于赋权理论的家庭访视访视活动,第1个月每2周家访1次,后5个月每月家访1次,每位对象共接受7次家访。

1.2.2.1 基于赋权理论的家庭访视的3个阶段 ①评估阶段:首次访视时,重点做好结构式系统家庭评估评估,充分了解患者的家庭环境、家庭功能结构以及家庭文化理念。其他时间的家庭访视要重点了解患者在过去短时间内的生理、心理及社会适应方面的状态,初步评估患者的生活质量。③参与对话阶段:通过对话,使患者及家属充分认识到当前自己面临的最大问题,充分发挥患者及家庭成员的主体作用,使他们积极主动的参与到问题的讨论,主动找出积极的、适宜的应对方式。③自我赋权阶段:通过赋权使患者掌握同伴宣传员的示范行为和相关的心理应对技能,学会自我管理和自我决定,能积极面对生活中存在的问题。协助患者针对自身存在的问题作出综合的自我管理与应对的计划。

1.2.2.2 家庭访视护理的基本内容 ①艾滋病相关知识:针对不同患者的知识水平及对艾滋病的了解情况,采取发放宣传材料、面对面讲授、指导实际操作等方式,重点使患者掌握艾滋病并发症的相关知识及日常生活中的注意事项。②情绪的自我管理:评估患者自身存在的一些负面情绪及严重程度,与患者进行深入的讨论,使其认识到负面情绪对病情及生活质量的消极作用,同伴宣传员分享自己的生活经历,引导患者积极学习,通过现场操作指导教会患者掌握一些自

我放松的方法,如深呼吸、听音乐、象放松法、渐进式肌肉放松法等。③生活事件的自我管理:评估患者家庭基本结构以及家庭功能是否健全,通过与患者交谈,使其了解家庭的支持状况以及主要的负面家庭事件,充分发挥患者的积极性,与访视人员探讨解决问题的方案,掌握一些情绪自我宣泄途径。为患者以家庭成员营造良好的交谈氛围,必要时协助患者做好家属的思想工作等。④目标的自我管理:评估患者目前生活状况,鼓励患者积极主动树立现阶段的主要目标以及人生的长远目标,同伴宣传员以自身的经历向患者介绍经验,充分发挥患者自身的主观能动性,寻求目标的实现途径,另外教会患者及时衡量现阶段目标的实现情况,并且进行自我反思,不断向人生长远目标靠近。

1.3 评价指标

1.3.1 简体中文版MOS-HIV量表 简体中文版MOS-HIV量表(Medical Outcomes Study-HIV)是专门针对艾滋病患者的生活质量测量量表[16]。根据特定的计分规则可计算出生活质量的生理健康总分(physical health and mental health summary scores, PHS)、心理健康总分(mental health summary scores, MHS)以及各领域得分[17]。评估发现[14],简体中文版MOS-HIV量表有良好的效度和信度,各领域Cronbach's α范围为0.69~0.87,有较好的内部一致性[18]。

1.3.2 流调中心抑郁量表 流调中心抑郁量表(the Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)为美国国立精神卫生研究院(NIMH)的Radloff于1977年编制,最初为了研究抑郁症状的相关因素以及发展规律[19]。测量内容包含4个因素:抑郁情绪、积极情绪、躯体症状与活动迟滞、人际[19]。Cronbach α系数为0.90[20],因子分析显示量表具有较好的效度[20-21]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 18.0软件进行处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用重复测量方差分析对不同组、不同时间生活质量的差异进行分析,结果有交互作用时,主效应的差异与相应水平总体均数之间的差异是不对应的,应进一步作简单效应分析来推断相应均数之间是否有差异[22-23],用两样本差值的 t 检验分析2组生活质量的变化幅度[24]。

2 结果

2.1 干预前2组患者生活质量及抑郁得分情况的比较

干预前2组患者生活质量[CESD得分:(28.49±11.67) *vs* (25.83±10.70)]及抑郁得分[MOS得分:(605.66±106.35) *vs* (656.46±132.59)]情况无统计学差异($P>0.01$)。

2.2 2组患者干预前后生活质量变化以及变化幅度的比较

随访6个月,2组患者的生活质量均明显提高($P<0.01$),但是干预后,2组患者生活质量的变化幅度不同,干预组生活质量的变化幅度明显高于对照组,差异有统计学意义($t=5.10$, $P<0.01$),见表1、2。

表1 2组患者干预前后生活质量变化幅度的比较
(分, $n=41$, $\bar{x} \pm s$)

项目	干预后得分-干预前得分		t	P
	对照组	实验组		
总分	73.72±92.10	170.94±102.49	5.10	0.00
总体健康	10.38±14.34	27.92±20.22	4.50	0.00
躯体健康	3.45±5.62	9.97±9.37	3.78	0.00
角色功能	10.25±25.77	11.22±36.21	0.14	0.89
社交功能	5.19±18.54	14.15±20.61	2.10	0.04
认知功能	7.12±9.53	16.10±13.30	3.48	0.00
疼痛	19.44±18.44	19.70±19.79	-0.18	0.86
心理健康	2.20±8.87	16.22±11.05	6.28	0.00
精力疲劳	11.75±10.47	20.61±14.54	3.14	0.00
健康压力	9.75±9.32	23.41±15.95	4.62	0.00
生活质量	3.13±19.20	4.26±16.68	4.03	0.00
健康转变	-1.78±28.19	22.56±27.84	5.14	0.00

表2 2组患者干预前后生活质量的得分情况(分, $n=41$, $\bar{x} \pm s$)

项目	对照组		干预组		干预效应		时间效应		交互效应	
	干预前	干预后	干预前	干预后	F	P	F	P	F	P
总分	656.46±132.59	730.60±78.51	605.66±106.35	776.60±75.20	0.21	0.65	142.68	0.00	26.42	0.00
总体健康	39.40±20.00	50.95±14.10	34.68±20.31	58.53±14.37	0.03	0.86	96.30	0.00	20.22	0.00
躯体健康	82.84±6.98	86.52±5.10	79.76±9.87	88.72±5.19	0.54	0.44	60.76	0.00	14.32	0.00
角色功能	55.95±35.27	64.52±22.76	47.78±32.57	60.00±25.00	1.07	0.30	9.41	0.00	0.02	0.89
社交功能	57.61±21.27	63.80±14.80	54.14±22.01	68.29±14.81	0.01	0.95	19.29	0.00	4.40	0.04
认知功能	67.14±15.97	74.40±12.35	66.51±14.84	80.48±7.14	0.60	0.44	81.22	0.00	12.12	0.00
疼痛	74.33±20.74	93.37±9.83	76.68±19.53	95.38±9.28	0.94	0.34	80.43	0.00	0.03	0.86
心理健康	56.95±17.23	59.80±12.20	49.51±13.74	63.73±8.84	1.16	0.29	68.23	0.00	39.53	0.00
精力疲劳	46.54±17.08	59.16±11.73	43.41±15.01	64.02±8.53	0.08	0.78	125.49	0.00	21.30	0.00
健康压力	64.64±18.32	75.71±13.64	57.56±18.03	77.97±10.32	0.07	0.79	131.50	0.00	9.86	0.02
生活质量	52.38±7.42	55.35±14.11	49.17±11.71	55.43±13.46	3.64	0.06	0.10	0.76	4.41	0.04
健康转变	54.16±25.25	52.38±10.77	46.46±23.45	64.02±14.84	0.02	0.90	10.38	0.02	16.20	0.00

2.3 2组患者抑郁水平的时间效应与交互效应的方差分析

2组患者的抑郁水平均明显降低($P<0.01$)。但是干预前后2组患者的抑郁水平变化幅度不同($P<0.01$),干预组抑郁水平的变化幅度明显高于对照组,差异有统计学意义($t=4.04$,$P<0.01$),见表3、4。

表3 2组患者干预前后抑郁水平变化幅度的比较($分,n=41,\bar{x}\pm s$)

项目	干预后得分-干预前得分		t	P
	对照组	实验组		
总分	3.98±5.25	11.29±10.22	4.04	0.00
抑郁情绪	1.97±2.88	4.98±6.56	2.63	0.01
积极情绪	0.56±2.63	0.56±2.53	0.07	0.95
躯体症状与活动停滞	1.85±2.19	5.07±2.75	5.82	0.00
人际关系	0.08±0.97	0.73±1.66	2.17	0.03

3 讨论

3.1 基于赋权理论的家庭访视干预有利于降低艾滋病患者的抑郁水平

本研究发现,基于赋权理论的家庭访视有利于降低艾滋病患者的抑郁水平。使艾滋病患者及家属正确的认识艾滋病,了解和掌握疾病的相关知识。以患者为中心,充分发挥患者的主观能动性,通过评估、参与、赋权3个阶段可以使患者真正掌握相应的疾病的应对知识和技能,提高其疾病的自我管理能力,使患者树立战胜疾病的信心和希望。另一方面,访视活动鼓励患者家属的积极参与,有助于促进艾滋病患者及家属的相互交流与理解,增强家庭支持水平,使患者在心理上得到安慰,有利于改善艾滋病的治疗结局。研究发现,家庭支持水平和家庭凝聚力水平高的患者,其抑郁的倾向明显降低[25]。Tomlinson等[26]发现通过家庭访视可以显著的增加艾滋病患者的家庭凝聚力,降低艾滋病儿童父母的抑郁水平。

3.2 基于赋权理论的家庭访视有利于提高艾滋病患者的生活质量

3.2.1 有利于提高艾滋病患者积极应对疾病的能力

本项目由专业的干预小组向患者提供有关艾滋病预防、治疗、护理方面最新最权威的信息支持,针对患者最关心的一些问题提供一些专业的解答,如生育、带小孩、用药可以维持多长寿命、常见并发症的处理等,通过对疾病的了解,在护士的专业指导下,认识到疾病的传播方式及目前的治疗进展,逐渐表现出愿意外出参加活动,扩大自己的交友圈,丰富患者的社交活动。有利于解除患者心理上的负担。通过家庭访视可以促使患者掌握一些艾滋病的应对技能,有利于患者应对疾病所带来的冲击,减轻对艾滋病患者生理和心理上的影响,减少艾滋病相关并发症的发生,进而提高艾滋病患者的生活质量。

3.2.2 有利于改善艾滋病患者的心理适应能力

本研究的家庭访视活动由专业的家庭访视小组完成,小组成员包括1名护士和1名同伴宣传员,护士主要为患者提供艾滋病相关方面最新、最专业的信息支持和专业的咨询支持,引导艾滋病专业方面的对话,解答艾滋病患者的一些疑虑,结合患者的实际情况制定相应的干预策略。同伴宣传员主要通过分享自身最真实的经历和感受,引导患者进行观察性学习,给患者及家属树立良好的榜样,艾滋病患者可从同伴宣传员身上学习到积极应对疾病的方式,使患者掌握相应的应对策略以及自我管理疾病的能力,提高综合应对能力,有利于患者树立良好的心态,从而提高艾滋病患者的生活质量。Mitchell等[27]研究表明,由护士和同伴宣传员组成的干预小组对艾滋病患者进行干预,符合中国文化特征,可以显著提高患者的生活质量。

3.2.3 有利于动员艾滋病患者的社会支持力量

本研究的访视活动鼓励患者的结束积极参与,干预小组成员与患者通过深入讨论共同制定个性化的访视计划,促使患者与家属共同参与访视活动,改善患者家庭支持状况的。一方面,通过为患者及家属提供良好的交谈氛围,增加家庭成员彼此之间感情的交流,加强家庭内部成员的互动性。另一方面,家庭成员的参与在提高患者及其家属艾滋病相关知识的同时,有利于患者重新获得家庭支持,进一步增强家庭的力量。国外有研究表明[28],父母亲积极参与的家庭访视活可使动

表4 2组患者干预前后抑郁得分情况($分,n=41,\bar{x}\pm s$)

项目	对照组		干预组		干预效应		时间效应		交互效应	
	干预前	干预后	干预前	干预后	F	P	F	P	F	P
总分	25.83±10.70	21.85±7.62	28.49±11.67	17.20±6.19	0.29	0.59	70.95	0.00	16.30	0.00
抑郁情绪	9.28±4.88	7.36±2.96	10.83±7.58	5.85±2.66	0.01	0.91	37.02	0.00	6.90	0.10
积极情绪	9.70±2.32	9.18±2.80	9.07±2.20	8.51±2.79	1.67	0.20	4.30	0.04	0.06	0.95
躯体症状与活动停滞	5.93±4.18	4.08±3.04	7.46±3.20	2.39±1.92	0.02	0.84	156.50	0.09	33.92	0.00
人际关系	0.88±1.24	0.80±0.99	1.17±1.55	0.44±0.84	0.02	0.88	7.09	0.00	4.70	0.03

青少年患者的消极情绪大幅度下降,生活质量显著提高。家庭是艾滋病患者主要的支持来源,首先充分有效的家庭支持有助于患者宣泄内心的不良情绪,缓解其心理压力,提高患者的治疗依从性。Wang 等[29]有关专家研究表明,对艾滋病患者进行定期家访,可显著提高他们抗病毒治疗的依从性和生活质量。其次,家庭成员通过在生活上精心照顾、向患者提供医疗费用等,可以显著提高艾滋病患者的生活质量。Fllilove 等[30]研究证明具有互动性的家庭干预可以显著地增加家庭凝聚力,改变 HIV/AIDS 的高危行为,提高患者的生活质量。

总之,对艾滋病患者实施基于赋权家庭访视护理是一种良好的干预手段,通过对患者和家属进行共同干预,改善了患者的家庭支持水平,提高了患者的生活质量,为在社区层面开展艾滋病综合干预研究提供研究基础。但是,本研究也存在一定的缺陷,例如缺乏行为学改变的指标等,在一定程度上降低了本研究的可行性,需要我们在以后的工作中不断改进,逐步完善。

参考文献:

[1] 林奕, 李劲, 徐岩, 等. 护理干预对艾滋病患者生存质量的效应研究[J]. 热带医学杂志, 2007, 7(5): 480 - 482.

[2] Eriksson L E, Nordstrom G, Berglund T, *et al*. The health-related quality of life in a Swedish sample of HIV-infected persons[J]. J Adv Nurs, 2000, 32(5): 1213 - 1223.

[3] Friedland J, Renwick R, McColl M. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS[J]. AIDS Care, 1996, 8(1): 15 - 31.

[4] Protopopescu C, Marcellin F, Spire B, *et al*. Health-related quality of life in HIV-1-infected patients HAART: a five-years longitudinal analysis accounting for dropout in the APROCO-COPILOTE cohort (ANRS CO-8) [J]. Qual Life Res, 2007, 16(4): 577 - 591.

[5] 王红红, 周俊, 黄玲 , 等. 艾滋病患者高效抗逆转录病毒治疗依从性及生活质量分[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(9): 776 - 779.

[6] Hays R D, Cunningham W E, Sherbourne C D, *et al*. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV cost and services utilization study[J]. Am J Med, 2000, 108(9) : 714 - 722.

[7] Rochat T J, Mkwanazi N, Bland R. Maternal HIV disclosure to HIV-uninfected children in rural South Africa: a pilot study of a family-based intervention[J]. BMC Public Health, 2013, 13: 147.

[8] Lescano C M, Brown L K, Raffaelli M, *et al*. Cultural factors and family-based HIV prevention intervention for Latino youth [J]. J Pediatr Psychol, 2009, 34(10): 1041 - 1052.

[9] Osawa E, Kodama T, Kundishora E. Motivation and sustainability of care facilitators engaged in a community home-based HIV/AIDS program in Masvingo Province, Zimbabwe[J]. AIDS Care, 2010, 22(7): 895 - 902.

[10] 金钰梅, 朱胜春, 邵翠颖, 等. 家庭干预对高血压患者生活质量的影响[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(9): 671 - 673.

[11] 张跃坤, 张勇辉, 黄芹, 等. 家庭干预对农村居家精神分裂症社会支持及生活质量的影响[J]. 现代预防医学, 2013, 40(22): 4162 - 4164.

[12] 李建云, 沈美玲, 李友瑾, 等. 家庭干预对老年心力衰竭患者生活质量的影响研究[J]. 中国医学创新, 2013, 10(12): 123 - 125.

[13] Zimmerman M A. Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis[M]. Rappaport J, Seidman E. Handbook of Community Psychology. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 2000.

[14] Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? [J]. Patient Educ Couns, 2007, 66(1): 13 - 20.

[15] Anderson R M, Funnell M M. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm[J]. Patient Educ Couns, 2005, 57(2): 153 - 157.

[16] Wu A W, Revicki D A, Jacobson D, *et al*. Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV)[J]. Qual Life Res, 1997, 6(6): 481 - 493.

[17] 喻达, 刘民, 明中强. MOS-HIV 量表简体中文版的翻译修订及信度的效度评价[J]. 中国艾滋病性病, 2008, 14(5): 454 - 456.

[18] Wu A W. MOS-HIV Health Survey Users Manual[M]. Baltimore: Johns Hopkins University, 1999.

[19] Radloff L S. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population [J]. Appl Psychol Meas, 1977, 1(3): 385 - 401.

[20] 章婕, 吴振云, 方格, 等. 流调中心抑郁量表全国城市常模的建立[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(2): 139 - 143.

[21] 陈祉妍, 杨小冬, 李新影. 流调中心抑郁量表在我国青少年中的试用[J]. 中国临床心理学杂志, 2009, 17(4): 443 - 445, 448.

[22] 余松林, 向惠云. 重复测量资料分析方法与 SAS 程序[M]. 北京: 科学出版社, 2004.

[23] 董英, 赵耐青. 重复测量资料方差分析中主效应意义的探讨[J]. 复旦大学学报: 医学版, 2005, 32(6): 682 - 686.

[24] 孙振球. 医学统计学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 222.

[25] Demi A, Bakeman R, Sowell R, *et al*. Suicidal thoughts of women with HIV infection: effect of stressors and moderating effects of family cohesion[J]. J Fam Psychol, 1998, 12(3): 344 - 353.

[26] Tomlinson M. Family-centred HIV interventions: lessons from the field of parental depression[J]. J Int AIDS Soc, 2010, 13(2): 9-18.
[27] Mitchell K, Nakamanya S, Kamali A, *et al*. Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective? [J]. Health Educ Res, 2001, 16(4): 411-423.
[28] Williams A B, Wang H, Burgess J, *et al*. Cultural adaptation of an evidence-based nursing intervention to improve medication adherence among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in China[J]. Int J Nurs Stud, 2013, 50(4): 487-494.
[29] Wang H, Zhou J, Huang L, *et al*. Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China[J]. J Clin Nurs, 2010, 19(3/4): 380-388.
[30] Fullilove R E, Green L, Fullilove M T. The Family to Family program: a structural intervention with implications for the prevention of HIV/AIDS and other community epidemic[J]. AIDS, 2000, 14(1): 63-67.

(**收稿**:2014-10-28;**修回**:2014-12-23)
(编辑 张 维)

DOI:10.16016/j.1000-5404.201503016

个案与短篇

阴囊多发纤维增生病变1例

杨兴智[1],熊 伟[1],王 铀[1],王 曦[1],常德贵[2] (400021 重庆,重庆市中医院泌尿外科[1];610041 成都,成都中医药大学第二附属医院男科[2])

[**关键词**] 阴囊;纤维增生
[**中图法分类号**] R697.21 [**文献标志码**] B

1 临床资料

患者,男性,32岁。因"发现双侧阴囊包块1月"于2013年4月26日入我院,既往全身无手术及外伤史,既往无睾丸、附睾及阴囊感染史,否认存在结核病病史。查体:阴囊大小外形无异常,皮肤未见伤口及手术瘢痕。左侧阴囊皮下可扪及一直径约0.5 cm大小的硬结,右侧阴囊可扪及数粒同等大小的硬结,皮下活动度大(图1),无触痛,双侧睾丸、附睾及精索未扪及异常。癌胚抗原、糖类抗原未见异常,结核菌素试验及结核抗体检查阴性,CT平扫:阴囊皮下多发新生物。诊断:阴囊皮下多发性包块待查? 患者于硬膜外麻醉下行阴囊探查术、新生物取出术,切开左侧阴囊皮肤,探查发现1粒新生物位于阴囊皮肤与肉膜之间,游走于上下约5 cm的狭长隧道内,切开右侧阴囊皮肤,进入鞘膜腔内,见阴囊鞘膜腔内游离存在5粒新生物,与睾丸、附睾均无粘连,新生物呈淡黄色,质硬如结石,表面光滑,取出5粒新生物(图2)后,向上探查鞘膜腔可到外环口,内环口未探及,予橡皮引流条低位引流后,逐层缝合阴囊切口。病理检查:见增生的纤维样梭形细胞,同心圆样排列,细胞明显胶原化,透明变性,无异型性,符合软组织来源的良性病变(图3)。术后半年随访未见复发。

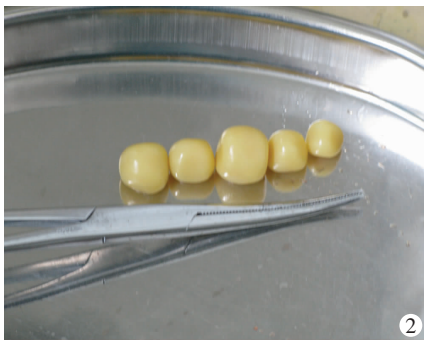




图1 患者术前阴囊皮下可见多发性包块
图2 患者术后阴囊皮下取出多发性包块
图3 阴囊多发性包块组织病理学观察结果 (HE ×40)

[**通信作者**] 熊 伟,E-mail:xiongwei217@sina.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20150703.1449.003.html(2015-07-03)
(下转1589页)