

艾滋病合并抑郁症的临床特点和护理对策

李 幻, 石柳春(广西龙潭医院, 广西柳州 545005)

【摘要】 目的 探讨艾滋病合并抑郁症患者的护理方法与措施。方法 对该院 37 例艾滋病合并抑郁症患者, 针对其临床特点给予积极治疗与心理疏导、精心护理。**结果** 艾滋病并发的抑郁症得到有效控制, 25 例患者抑郁症状消失, 12 例症状明显减轻。出院后随访 12 个月, 无一例复发。**结论** 对于治疗艾滋病合并抑郁症患者, 除了积极治疗, 护理上的积极沟通与心理疏导是必不可少的。

【关键词】 艾滋病; 抑郁症; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)19-2504-02

艾滋病患者是一个特殊的群体, 他们不但要遭受疾病的严重打击, 还要忍受社会歧视及经济负担的压力, 很容易使他们产生抑郁症。抑郁症主要是以明显而持久情绪低落、持续性疲乏、缺乏动力等症状的一种精神障碍性疾病, 常合并有焦虑、躯体不适和睡眠障碍、有较高的致残率及自杀倾向^[1]。通过给患者进行心理疏导、加强巡视、安全护理, 消除患者思想顾虑, 减轻其思想负担, 增加服药依从性, 使患者抑郁症状消失或明显减轻, 提高其生活质量、延长其生存期、降低自杀性死亡, 取得较好的效果, 现分析总结如下。

1 临床资料

2009 年 5 月至 2010 年 3 月本院共收治艾滋病合并抑郁症患者 37 例, 其中男 22 例, 女 15 例, 年龄 26~55 岁, 平均 35.7 岁, HIV 初筛及确认实验阳性。主要临床特点: 普遍存在表情淡漠, 不愿意与人沟通; 其中拒绝与人沟通 17 例, 拒绝进食 3 例, 软困乏力、焦虑不安 2 例, 严重失眠 5 例。27 例有自责和负罪感, 5 例表现出自杀倾向。本组患者均经广西脑科医院精神病医院的多位专家会诊后, 诊断为艾滋病合并抑郁症。

2 结 果

本组患者最短住院时间 32 d, 最长达 76 d, 经过医生的精心治疗, 护理人员的耐心疏导、加强巡视、关心呵护等, 25 例患者抑郁症状消失, 12 例患者症状明显减轻。本组患者出院后都自行来门诊复查随访, 抑郁症状无一例复发。

3 护 理

3.1 加强心理疏导, 解除焦虑

3.1.1 选择具有丰富临床经验、人文社会知识和能进行有效沟通交流、思维敏捷、专门从事艾滋病心理咨询的主管护师(已获得心理咨询师资格证的专职护士)为患者提供艾滋病的相关知识, 采取一对一交谈, 可以真正了解患者产生抑郁症的根源。根据患者具体情况, 进行针对性的护理, 对患者身心的康复起到非常重要的作用。首先要了解患者最纠结的问题, 倾听他们的主诉, 然后根据问题一一疏导。有自责和负罪感的患者, 因为自己得病, 而传染给配偶及孩子, 觉得对不起他们, 自己罪该万死, 对这一类患者, 要动员其家属共同劝导患者, 事情已发生, 自责也无用, 家属也原谅他了, 目前最主要是配合医生治疗, 延长生命。对于害怕社会歧视的患者, 告知患者, 一定为他保密, 不会泄露病情, 医生的疾病证明只写机会性感染, 不会写艾滋病。对于因自己生病, 造成经济负担, 拖累家属顾虑的患者, 告诉患者抗艾滋病药是国家免费的, 国家还对生活困难的患者给予一些补助, 而且吃药控制病情后, 是可以去工作、劳动

赚钱的。本院以前有很多住院好转的患者去打工赚钱, 如果太远, 不能来取药的患者, 本院会按时帮他们寄药。对于有自杀倾向的患者, 告诉患者生命的可贵, 亲人和朋友的思念, 生命的权利只有一次, 虽然目前艾滋病不能根治, 但是抗病毒治疗能提高免疫力, 减低机会性感染, 能长时间很好存活; 人活着不仅仅为了自己, 同时也为了你的亲人, 你有责任去照顾家里的父母及孩子, 他们都需要你, 如果你离开了, 他们会多伤心, 不能以这种不负责任的行为结束生命。对于恐惧的患者, 给予安慰及鼓励, 详细介绍艾滋病的基本知识, 使患者懂得艾滋病的真实情况、流行现状, 艾滋病就像糖尿病一样是一种慢性病。对于绝望的患者, 介绍艾滋病治疗新进展、新动态及取得成果, 随着科学的进步, 新药物的使用, 人类最终能治愈。告知患者不良的情绪可使 CD4⁺ 细胞下降加速, 降低机体免疫力, 增加机会性感染。晓之以理, 动之以情, 通过心理疏导, 会使艾滋病患者摆脱对疾病的恐惧、焦虑及轻生厌世的心理^[2]。

3.1.2 红丝带之家志愿者(本身是艾滋病患者)对他们讲解开始患病时的心理斗争, 经受的社会压力, 如何战胜疾病过程, 抗病毒治疗取得的效果, 现在身体状况, 以现身说法形式教育患者。

3.1.3 做好家属的咨询工作, 加强护患沟通 告知患者家属艾滋病的传播途径及隔离措施, 并且动员亲属及朋友加强对患者关爱和精神交流, 并鼓励患者参加一些力所能及的活动, 如散步、骑车、跳舞等, 每天至少 30 min, 以分散注意力。开始患者多不理睬, 根据患者的情况反复进行沟通, 2~3 次教育以后, 15 例患者开始减轻焦虑, 愿意与主管护士交谈, 倾诉内心的顾虑, 这时要认真倾听, 及时解答患者提出的疑问。进食增加、睡眠有所好转, 经过 5~8 次的交谈以后, 患者饮食、睡眠改善, 对疾病治疗及生活信心逐渐提高。

3.2 安全护理

3.2.1 自杀是艾滋病合并抑郁症患者最危险且严重的症状。艾滋病大多数因为卖淫嫖娼、吸毒而感染, 患者在家中很难面对亲人, 在社会遭受到别人的歧视, 并且还有巨大的经济负担, 是社会及家庭的累赘。这类患者常有自杀的念头, 因此要加强巡视, 密切观察患者的情绪变化及异常言行, 如有些患者有时会流露出厌世想法和收藏危险物品, 所以要严加防范, 避免意外的发生, 尤其中午、夜间交接班护理人员较少时, 各班护士要多巡视病房, 发现患者异常行为, 及时报告医生, 及时采取措施, 以免发生意外。例如一例吸毒的 28 岁男性患者, 想到自己对家人是罪过, 死了可以解脱, 在凌晨 5 点多, 家属睡着的时候, 利用白天隐藏的玻璃瓶打碎, 割桡动脉自杀, 幸好值班护士

查房及时发现,对患者积极抢救治疗,抢救成功后患者还是寻找机会自杀。后来医护人员加强对患者的防患及心理疏导,家属的配合,经心理咨询师及红丝带自愿者的教育后,患者渐渐恢复了生活的信心,配合治疗,最后好转出院。

3.2.2 由于传染病房不像精神病房是封闭的管理,所以这类患者尽量安排靠近护士站的病房,经常清查患者的床铺及衣服口袋有无异物及药物,但要尊重患者。病房的电源电路设在较高处,夜间要锁好科室各个出口的门,洗澡时水温避免过高,防止患者故意烫伤,患者上厕所时间长,要及时查看。要求家属 24 h 陪护,形影不离,密切观察患者行为,有无突然的改变,如主动将自己珍藏的财物捐赠出来,或是把自己的意图明讲出来,或患者言谈中流露出想“解脱”的想法,应及时报告医护人员,采取有效的防护措施。严格管理好危险物品,如刀片、剪刀、热水瓶等不能随意放置,防止患者自伤。本科曾有 1 例 42 岁的女性患者把她的存折交给陪她的妹妹,并且交代要照顾她的两个孩子及父母,趁家属不注意准备跳河,家属将情况告诉医护人员后,医护人员立即拨打患者电话,在电话里与患者沟通,拖延时间,尽快寻找到患者,家属及医护人员共同劝导、鼓励患者,经过 2 个多小时的沟通,患者终于消除自杀思想。

3.2.3 在治疗上各种管道要妥善固定,尤其是中心静脉置管的患者,要告诫患者不能自行拔出,必要时用约束带约束肢体,防止患者拔出导致大出血及感染。测试体温时,对严重抑郁患者如无特殊要求,尽量测量腋温,严防患者咬吞体温计^[3]。

3.3 加强治疗依从性 依从性直接影响疾病的治疗及耐药性,抗逆转录酶及抗抑郁药都需要长期服药。强调抗逆转录酶药物要按量、对时、对点服药的重要性。艾滋病合并抑郁症患者服药依从性较差,开始把药发给患者,部分总说等一会再吃,事实上他们总是把药丢掉或下次发药还没吃。后来本院医护人员亲自监督患者服药,每次按时发药,一定要看到患者药物完全吞下以后才能离开。对部分患者,服药后,应仔细检查口腔,防止患者积存抗抑郁症药物自杀,同时加强家属健康教育,出院以后请家属监督,定时电话随访,不能自行减药或停药。

3.4 抗抑郁症类药物不良反应的观察和护理 注意观察有无中枢神经系统损害引起的头晕、麻木、头疼、疲劳、乏力等,如果症状轻微,可观察处理,服药时间长或减量后可缓解;如出现癫痫症状时应给患者取侧卧位,口腔放纱布缠绕的口垫,防止咬伤舌头,及时清除呼吸道分泌物,防止窒息,保护肢体,以免损

伤;如出现烦躁、精神恍惚、冲动及恶心、呕吐等 5-羟色胺综合征时应换药,安抚患者及对症处理。如出现心律失常者,及时联系医生,给心得安等药物治疗即可;出现体位性低血压者,告知患者变换体位要慢,可以避免。

3.5 生活护理

3.5.1 饮食的护理 抑郁症的患者往往伴随胃肠功能下降,不思饮食,不想参加日常的一些活动,对一切事物都不感兴趣,生活自理能力明显下降。针对这些情况,护士要多督促患者,耐心劝导,鼓励患者进食。对抑郁性木僵的患者,如不听劝说可对其实行鼻饲。一旦症状缓解要鼓励其进食。维持适当的营养与个人生活上的照顾。食欲不振、便秘是抑郁症患者常出现的问题,应选择患者平时较喜欢吃的并且含粗纤维食物,陪伴患者用餐,可少量多餐。如因患者觉得自己没有价值,不应该吃饭时,可让患者从事一些为别人做事的活动,如此可以协助患者接受食物。若患者坚持不吃,体质量持续减轻,则必须采取进一步措施,如喂食,必要时输液以此维持适当的水分和营养。

3.5.2 对睡眠障碍的患者,应鼓励和陪伴患者在白天多参加文体活动,入睡前喝热饮,温水浴等,以促进患者睡眠。抑郁症患者由于情绪低落、缺少自发性、被动、退缩,因此常不注重自己的衣着和个人卫生,应给予提供和协助完成。

艾滋病合并抑郁,这种情绪可降低机体免疫力,使病情加重,服药依从性差,降低疗效,同时有较高的自杀及自残率,护理过程中护士要积极沟通与心理疏导,还需要家庭和社会的关爱,做好各种防患措施,防止意外发生,使患者消除抑郁树立生活及战胜疾病的信心,发挥患者主动性,积极参与配合治疗,促进患者早日康复,提高生活质量。

参考文献

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南:精神病分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:44.
- [2] 王伟,王培席,张中华. 评判思维在艾滋病护理过程中的应用[J]. 中华现代护理杂志,2008,14(23):2524-2525.
- [3] 王丽霞,赵卓玫. 抑郁症患者的临床特点及护理体会[J]. 护士进修杂志,2008,23(20):1919.

(收稿日期:2012-02-26)

老年患者医院感染的调查和护理对策

陈 娟(江苏省徐州市中心医院老年风湿科 221009)

【摘要】 目的 探讨老年患者医院感染的现状及护理干预措施。方法 对该院 2011 年 1~12 月老年科医院感染患者 136 例进行回顾性分析。结果 感染部位占前三位的是下呼吸道(50.7%)、泌尿道、血液;基础疾病以脑血管疾病(27.9%)居多,其次为呼吸系统和泌尿系统疾病;病原菌以真菌(21.3%)最多,其次为铜绿假单胞菌和大肠埃希菌。结论 加强病区管理,严格执行消毒隔离制度,严格遵守无菌原则,合理使用抗菌药物,加强免疫支持治疗是预防老年患者医院感染的有效护理对策。

【关键词】 医院感染; 护理; 老年

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.19.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)19-2505-02

老年患者在脑血管疾病、呼吸系统疾病、肿瘤、泌尿系统疾病、糖尿病等疾病的基础上,住院时间长、实施各种侵入性操作、抗菌药物的应用等,容易发生医院感染。老年患者医院感染发生率达 9.05%~19.5%^[1-2],均明显高于同期住院患者,

且治疗相对困难。医院感染不仅延长老年患者的住院时间、增加医疗费用,而且是导致老年患者死亡的重要因素^[2]。因此,对老年患者医院感染的调查和制订有效的护理对策有极其重要的意义。本文通过对 2011 年 1~12 月本院老年患者医院感