

护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片对癌症抑郁焦虑患者生活质量的影响

江燕丽, 姬生威, 王萍(湖北省黄冈市中心医院肿瘤科 438000)

【摘要】目的 研究护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片对癌症抑郁焦虑患者生活质量的影响。**方法** 选取 2013 年 3 月到 2014 年 3 月黄冈市中心医院收治的癌症抑郁焦虑患者 120 例, 分为 I、II 和 III 组, 每组 40 例, I 组给予传统护理, II 组给予护理干预和安慰剂, III 组给予护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗。采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评价患者抑郁和焦虑情况, 比较 3 组临床疗效、HAMD 评分、HAMA 评分、生活质量改善情况。**结果** 治疗后 II 组和 III 组 HAMD 评分和 HAMA 评分分别为(19.8±0.3)、(15.4±0.2)、(14.9±0.5)、(11.4±0.1)分, 与治疗前比较差异有统计学意义($t=12.032, 11.895, P=0.013, 0.014; t=12.752, 13.029, P=0.011, 0.009$), III 组明显低于 II 组, 两组比较差异有统计学意义($t=10.032, 9.893, P=0.023, 0.029$); I 组总有效率为 17.5%(7/40), II 组总有效率为 67.5%(27/40), III 组总有效率为 92.5%(37/40), 3 组比较差异有统计学意义($F=49.782, P=0.024$); 3 组生活质量改善有效率分别为 12.5%(5/40)、67.5%(27/40)、95.0%(38/40), 差异有统计学意义($F=49.621, P=0.017$)。**结论** 护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片能显著改善患者抑郁和焦虑情况, 改善患者生活质量。

【关键词】 护理干预; 氟哌噻吨美利曲辛片; 抑郁焦虑; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3581-02

癌症是一种严重威胁患者生命健康的疾病, 在治疗过程中会给患者带来较大的痛苦, 患者难免产生焦虑和抑郁情绪。据统计, 癌症患者伴随焦虑和抑郁症者高达 50%, 严重影响患者的生活质量^[1]。焦虑和抑郁又会显著增加治疗过程中的不良反应, 影响其治疗效果。同时也促进肿瘤的转移、恶化和复发, 引起住院时间的延长。合理控制抑郁和焦虑能显著改善癌症患者的生活质量, 增强其治疗效果。本研究旨在分析护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片对癌症抑郁和焦虑患者生活质量的影响, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月到 2014 年 3 月本院收治的癌症抑郁患者 120 例, 所有患者均确诊为恶性肿瘤, 且预期寿命超过 3 个月, 均符合抑郁和焦虑的诊断标准^[2]。排除处于病危期、过去 3 个月滥用药物或者乙醇者、正在应用其他抗抑郁药物者。将患者分为 I、II 和 III 组, I 组 40 例, 男 21 例, 女 19 例, 年龄 45~80 岁, 平均(58.2±0.5)岁; II 组 40 例, 男 20 例, 女 20 例, 年龄 45~79 岁, 平均(57.9±0.4)岁; III 组 40 例, 男 21 例, 女 19 例, 年龄 45~80 岁, 平均(58.1±0.2)岁。3 组患者年龄和性别比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。本研究经伦理委员会批准, 所有患者均知情同意并签订知情同意书。

1.2 方法 I 组在癌症治疗的基础上给予传统护理。II 组在 I 组治疗的基础上给予护理干预, 具体做法如下: (1) 认识干预。根据适当的情况向家属及其患者解释疾病的生理、临床表现和治疗方法, 将病情演变、疼痛和持续时间向患者解释, 让患者及其家属有一个笼统的认识; (2) 基础护理。入院时评估患者的生活质量, 包括睡眠、身体、文化和家庭; (3) 情绪干预。应用暗示法、意向法及现身法给患者, 给患者提供一个发泄内心的机会; (4) 感觉干预。注意和患者交流, 让患者读书、看报、听

音乐, 使患者保持一个乐观和积极的心态。同时给予患者安慰剂, 1 片/天。III 组给予患者上述护理干预, 同时给予氟哌噻吨美利曲辛片, 20 mg/d。3 组均治疗 6 周。

1.3 疗效评价 (1) 应用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评价患者抑郁和焦虑情况, 分数越高表示情况越差^[3]。(2) 疗效评价。根据 HAMD 和 HAMA 的减分率来评价疗效: 痊愈指患者的减分率超过 75%; 显效指患者的减分率介于 50%~75%; 有效指患者的减分率介于 25%~50%; 无效指患者的减分率小于 25%。总有效=痊愈+显效^[4]。(3) 生活质量应用卡氏评分标准进行评价。显效指治疗后患者提分超过 10 分; 稳定指患者治疗后提分或者下降在 10 分之内; 无效指患者治疗后下降 10 分以上^[5]。有效率=显效率+稳定率。

1.4 统计学处理 全部数据均在 SPSS19.0 软件上统计, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组比较采用 t 检验, 两组间计数资料采用 χ^2 检验, 3 组之间采用 F 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组治疗前、后 HAMD 和 HAMA 评分变化 见表 1。由表 1 可见, 治疗后 II 组和 III 组 HAMD 评分和 HAMA 评分分别为(19.8±0.3)、(15.4±0.2)分和(14.9±0.5)、(11.4±0.1)分, 与治疗前比较差异有统计学意义($t=12.032, 11.895, P=0.013, 0.014; t=12.752, 13.029, P=0.011, 0.009$), III 组明显低于 II 组, 两组比较差异有统计学意义($t=10.032, 9.893, P=0.023, 0.029$)。

2.2 3 组临床疗效比较 见表 2。由表 2 可见, I 组总有效率为 17.5%(7/40), II 组总有效率为 67.5%(27/40), III 组总有效率为 92.5%(37/40), 3 组比较差异有统计学意义($F=49.782, P=0.024$)。

表 1 3 组治疗前、后 HAMD 和 HAMA 评分变化($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | HAMD 评分 | | HAMA 评分 | |
|-------|----------|----------|----------|----------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| I 组 | 32.8±0.4 | 30.1±0.5 | 20.5±0.8 | 19.5±0.4 |
| II 组 | 33.2±0.5 | 19.8±0.3 | 20.9±0.2 | 14.9±0.5 |
| III 组 | 33.4±0.8 | 15.4±0.2 | 20.9±0.7 | 11.4±0.1 |

表 2 3 组临床疗效比较[n(%)]

| 组别 | n | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效 |
|-------|----|----------|----------|----------|---------|------------------------|
| I 组 | 40 | 3(7.5) | 4(10.0) | 24(60.0) | 9(22.5) | 7(17.5) |
| II 组 | 40 | 12(30.0) | 15(37.5) | 11(27.5) | 2(5.0) | 27(67.5) ^{ab} |
| III 组 | 40 | 15(37.5) | 22(55.0) | 3(7.5) | 0(0.0) | 37(92.5) ^{ab} |

注: II、III 组与 I 组比较, $\chi^2 = 11.872$, ^a $P = 0.025$; $\chi^2 = 12.032$, ^a $P = 0.023$; III 组与 II 组比较, $\chi^2 = 11.065$, ^b $P = 0.027$ 。

2.3 3 组生活质量改善情况比较 见表 3。由表 3 可见, 3 组生活质量改善有效率分别为 12.5%(5/40)、67.5%(27/40)、95.0%(38/40), 差异有统计学意义($F = 49.621$, $P = 0.017$)。

表 3 3 组生活质量改善情况比较[n(%)]

| 组别 | n | 显效 | 稳定 | 无效 | 总有效 |
|-------|----|----------|----------|----------|------------------------|
| I 组 | 40 | 2(5.0) | 3(7.5) | 35(87.5) | 5(12.5) |
| II 组 | 40 | 12(30.0) | 15(37.5) | 13(32.5) | 27(67.5) ^{ab} |
| III 组 | 40 | 15(37.5) | 23(57.5) | 2(5.0) | 38(95.0) ^{ab} |

注: II、III 组与 I 组比较, $\chi^2 = 11.273$, ^a $P = 0.027$; $\chi^2 = 12.019$, ^a $P = 0.024$; III 组与 II 组比较, $\chi^2 = 11.084$, ^b $P = 0.025$ 。

3 讨 论

癌症是严重影响患者生命健康的疾病, 据统计, 其发生率大约为 29%~50%, 而且癌症在治疗过程中会给患者带来一定的痛苦, 加上疾病本身的痛苦, 癌症患者难免产生抑郁和焦虑心理。据统计, 大约有 50% 的患者存在抑郁^[6]。现阶段, 没有足够的证据可以证实抑郁和焦虑会导致癌症, 但有文献报道抑郁可以使患者的生理功能降低, 并且可以降低癌症患者的生存率, 严重影响患者的康复和治疗, 进而影响患者的生活质量^[7]。护理干预会从以人为本的整体出发, 从社会和疾病等多方面对患者进行护理, 在护理的各个环节中, 应该注意做好家属的工作, 指导家属给予患者情感上的关爱, 在生活上给予照顾, 鼓励患者, 减轻其孤独感, 增强其战胜疾病的信心。本研究发现, 治疗后 II 组和 III 组 HAMD 评分和 HAMA 评分显著降低, 且 III 组明显低于 II 组, 充分说明护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片治疗癌症抑郁和焦虑具有较好的效果, 能显著改善其焦虑和抑郁情况^[8]。

大多数学者认为, 抑郁症和脑内神经递质存在较大的关系, 其中 5-羟色胺(5-HT)、儿茶酚胺及乙酰胆碱等会影响患者的情绪, 其中 5-HT 的再摄取受到抑制可以显著改善患者的焦虑和抑郁情绪。氟哌噻吨美利曲辛片可以选择性抑制 5-HT

的再摄取, 进而使突间间隙 5-HT 的浓度增加, 可以显著控制患者的焦虑和抑郁症状^[9]。本研究发现, I 组总有效率为 17.5%(7/40), II 组总有效率为 67.5%(27/40), III 组总有效率为 92.5%(37/40), 与文献^[10]研究结果具有一致性。提示护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片对癌症患者焦虑和抑郁具有较好的效果, 显著改善患者的焦虑和抑郁症状。本研究还发现, 3 组生活质量改善有效率分别为 12.5%(5/40)、67.5%(27/40)、95.0%(38/40), 提示护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片可以显著改善癌症抑郁和焦虑患者的生活质量, 有助于患者康复。

综上所述, 癌症是严重威胁人类健康的疾病, 比较容易伴随焦虑和抑郁情绪, 而焦虑和抑郁不利于患者的康复和治疗。护理干预联合氟哌噻吨美利曲辛片对癌症焦虑和抑郁具有较好的效果, 显著改善其焦虑和抑郁情况, 同时还能提高患者的生活质量, 进而促进患者康复。

参考文献

- [1] 高良会, 邓春继, 颜景祥, 等. 认知治疗和西酞普兰联合治疗对癌症抑郁患者的疗效观察[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(9): 1300-1301.
- [2] 原岩波, 黄薛冰, 舒良, 等. 度洛西汀与帕罗西汀治疗抑郁症的多中心双盲对照研究[J]. 中国新药杂志, 2011, 20(4): 334-338.
- [3] 史周印, 王艳, 孙杰, 等. 西酞普兰对围化疗期癌症抑郁患者的临床疗效分析[J]. 现代预防医学, 2010, 36(18): 3564-3565.
- [4] 汪崇琦, 黄泳, 李赣龙, 等. 电针结合帕罗西汀对抑郁症患者 HAMD 量表各因子分值的影响[J]. 上海针灸学杂志, 2010, 29(3): 154-157.
- [5] 赵文英, 吴万春. 心理危机干预改善晚期乳腺癌患者生活质量的研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2010, 15(1): 101-105.
- [6] 罗红, 刘永芳, 吴曼丽, 等. 癌症患者抑郁症及护理研究进展[J]. 职业与健康, 2011, 27(16): 1890-1892.
- [7] 张凤莲, 韩彩霞. 老年癌症病人抑郁现象的调查[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(6): 452-453.
- [8] 费慧芝, 王涵, 胡小娅, 等. 帕罗西汀抗抑郁作用涉及改善氧化应激状态、HPA 轴功能和海马源性神经营养因子表达[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2012, 17(10): 1137-1142.
- [9] 张天燕, 杨娟丽, 张健, 等. 癌症患者生存质量影响因素分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2013, 20(3): 166-171.
- [10] 张天燕, 安波, 刘荣祯, 等. 癌症患者抑郁情绪与社会支持的调查分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20(8): 1146-1148.