

- 182-189.
- [2] 王真,刘保萍,边焕茹,等.院前肌肉注射与静脉注射治疗癫痫持续状态的疗效对比[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(11):1338-1339.
- [3] 钱旭萍.持续性静脉泵入咪达唑仑治疗小儿癫痫持续状态 73 例的护理干预体会[J].中国药业,2013,22(11):63-64.
- [4] Trink A, Höfler J, Zerbs A, et al. Efficacy and safety of intravenous valproate for status epilepticus; a systematic review[J]. CNS Drugs, 2014, 28(7): 623-639.
- [5] 赵丹丹,刘冰楠.持续性静脉泵入咪达唑仑治疗小儿癫痫持续状态的护理干预[J].中国医药指南,2012,10(17):661-662.
- [6] Upreti C, Otero R, Partida C, et al. Altered neurotransmitter release, vesicle recycling and presynaptic structure in the pilocarpine model of temporal lobe epilepsy[J]. Brain, 2012, 135(Pt3): 869-885.
- [7] Reddy DS, Kuruba R. Experimental models of status epilepticus and neuronal injury for evaluation of therapeutic interventions[J]. Int J Mol Sci, 2013, 14(9): 18284-18318.
- [8] 尹淮祥,周瑞,陈兰举,等.微量泵维持静脉注射咪达唑仑治疗惊厥持续状态疗效观察[J].安徽医药,2013,17(4):644-645.
- [9] 卫梅.药物治疗难治性癫痫持续状态的疗效及安全性评价[J].现代预防医学,2011,37(15):3137-3138.
- [10] Ferguson M, Bianchi MT, Sutter R, et al. Calculating the risk benefit equation for aggressive treatment of non-convulsive status epilepticus[J]. Neurocrit Care, 2013, 18(2):216-227.
- [11] Drexel M, Preidt AP, Sperk G. Sequel of spontaneous seizures after kainic acid-induced status epilepticus and associated neuropathological changes in the subiculum and entorhinal cortex[J]. Neuropharmacology, 2012, 63(5):806-817.
- [12] Kozhemyakin M, Rajasekaran K, Todorovic MS, et al. Somatostatin type-2 receptor activation inhibits glutamate release and prevents status epilepticus[J]. Neurobiol Dis, 2013, 54(6):94-104.
- [13] 张新立.微量泵持续泵入咪达唑仑治疗惊厥持续状态疗效观察[J].临床医学,2014,41(6):104-105.
- [14] 刘峰,雷刚.咪达唑仑对难治性癫痫持续状态的疗效分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(11):1401.
- [15] 尹玥.咪达唑仑持续静脉滴注治疗 90 例癫痫频繁发作患者的疗效观察及护理体会[J].中外医疗,2012,32(12):166-167.

(收稿日期:2015-06-25 修回日期:2015-09-15)

• 临床探讨 •

共情护理对抑郁症患者的抑郁情绪及生活功能的改善作用

贺国文,赵咏梅,周洁(湖北省黄冈市中心医院呼吸内科 438000)

【摘要】 目的 探讨共情护理对抑郁症患者的抑郁情绪及生活功能的改善作用。方法 选择 2012 年 1 月至 2014 年 8 月本院收治的抑郁症患者 110 例,按照数字列表法随机平均分为观察组和对照组,其中对照组 55 例患者进行常规护理,观察组 55 例患者进行共情式护理,治疗 6 周后,比较两组患者的临床护理满意度评分情况,其中包括关心与爱护、服务与技术、环境与指导及总分评分情况,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)减分情况及住院患者护士观察量表评分情况,其中包括社会兴趣、社会能力、个人卫生及抑郁情况。结果 (1)观察组患者的关心与爱护评分、服务与技术评分、环境与指导评分及护理满意度总分评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($t_1=6.28, t_2=5.13, t_3=4.46, t_4=3.62; P<0.05$);(2)观察组患者的 HAMD 减分与 SDS 减分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($t_1=11.36, t_2=8.27; P<0.05$);(3)观察组患者的社会兴趣评分、社会能力评分、个人卫生情况评分及抑郁评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($t_1=3.79, t_2=4.21, t_3=4.15, t_4=8.26; P<0.05$)。结论 对抑郁症患者实施共情护理,能够提高患者的临床满意度,缓解其抑郁情绪,并且可以改善其生活质量,值得临床大力推广应用。

【关键词】 抑郁症; 共情护理; 抑郁情绪; 生活功能

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0659-03

抑郁症是一种具有高复发率、高患病率、高自杀率、高致残率等特点的精神障碍,目前该病已经成为全世界范围内造成精神残疾的最主要原因,亦是我国存在的重要的公共卫生问题^[1]。由于患者抑郁症的病因尚未明确,使抑郁症的护理及治疗困难重重^[2]。但在精神科进行护理过程中,医护人员站在患者的角度,正确地感知患者的情绪,从而准确地识别及评价患者的情感,并且给予合理的反馈,进行共情护理,可以改善抑郁患者的生活功能并缓解其抑郁情绪,与此同时,还能够提高患者对医护人员工作的满意度,改善患者护理以及治疗的效

果^[3]。本研究中,选择 2012 年 1 月至 2014 年 8 月本院收治的抑郁症患者 110 例,其中部分患者进行共情式护理取得了较好的临床效果,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 8 月本院收治的抑郁症患者 110 例,其中男 59 例,女 51 例;年龄 20~62 岁,平均(42.62±6.38)岁;病程为 5 个月至 10 年,平均(5.36±1.14)年;住院时间 13~35 d,平均(25.68±6.13)d;文化程度:小学文化患者 19 例,初中文化患者 41 例,高中文化患者 13

例,大专及以上学历文化患者 37 例。所有患者按照数字列表法随即平均分为观察组和对照组,其中对照组 55 例患者进行常规护理,观察组 55 例患者进行共情式护理。观察组 55 例,其中男 30 例,女 25 例;年龄 21~62 岁,平均(42.68±6.41)岁;病程为 6 个月至 10 年,平均(5.41±1.16)年;住院时间 14~35 d,平均(25.71±6.32)d;文化程度:小学文化患者 10 例,初中文化患者 20 例,高中文化患者 7 例,大专及以上学历文化患者 18 例。对照组 55 例,其中男 29 例,女 26 例;年龄 20~61 岁,平均(42.57±6.35)岁;病程为 5 个月至 10 年,平均(5.33±1.09)年;住院时间为 13~34 d,平均(25.66±6.01) d;文化程度:小学文化患者 9 例,初中文化患者 21 例,高中文化患者 6 例,大专及以上学历文化患者 19 例。两组患者年龄、性别、病程、住院时间及文化程度等一般资料进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已获得医院伦理委员会的同意批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)年龄 20~65 岁;(2)病程为 5 个月至 10 年;(3)所有患者能够配合研究,且可以完成问卷调查;(4)所有患者抑郁症状均符合诊断标准第 3 版及中国精神障碍分类中抑郁症发作的诊断标准^[4];(5)患者签署知情同意书,依从性好。排除标准^[5]:(1)有明显自杀倾向者;(2)有严重肺肝肾疾病患者,严重感染性疾病患者,严重脑器质性患者,血液免疫及恶性肿瘤等疾病患者;(3)双向情感障碍患者;(4)药物滥用者及酒精依赖者。

1.3 方法 全部患者住院后均进行抗抑郁治疗,给药及治疗情况完全一致。对照组患者给予传统健康教育方法进行护理,观察组患者在给予传统健康教育方法护理的基础上进行共情护理。其具体措施为:首先,医护人员要学会积极倾听,应该认真倾听患者的诉说,患者在诉说过程中,医护人员不要打断并且不作任何价值判定,同时通过眼神示意、话语及点头等方式鼓励患者。医护人员在倾听患者诉说内容的同时,还应仔细留意患者的表情,从而提高自身对情感的敏感性,增加医患间的共情反应。其次,进行共情体验,医患人员应当站在患者角度上体会患者的痛苦及不幸,认真分析患者的反馈信息,通过对患者动作、言语及表情等观察,有效提高医护人员对患者情绪体验能力及心理认知能力等,积极有效地改善患者的临床症状。治疗 6 周后,比较两组患者的临床护理满意度评分情况,其中包括关心与爱护、服务与技术、环境与指导及总分评分情况,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)评分情况及住院患者护士观察量表(NOSIE)评分情况,其中包括社会兴趣、社会能力、个人卫生及抑郁情况。

1.4 疗效判定标准 疗效判定标准:(1)临床护理满意度的判定^[6]:采用“医院护理工作满意度调查表”对治疗后的患者进行调查,其中得分越高则表示满意度越高;(2)抑郁情况的判定^[7]:采用 HAMD 对治疗后患者进行调查,得分越高者则表示其抑郁程度越严重;(3)生活功能的判定^[8]:采用 NOSIE 进行评定,其中分值越低则表示能力越强。

1.5 观察指标 (1)比较两组患者的临床护理满意度评分情况,其中包括关心与爱护、服务与技术、环境与指导及总分评分情况;(2)比较治疗后两组患者 HAMD、SDS 减分情况;(3)比较治疗后两组患者 NOSIE 评分情况,其中包括社会兴趣、社会能力、个人卫生及抑郁情况。

1.6 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件对数据进行处理及统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计

数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床护理满意度评分情况比较 经过 6 周治疗结束后,观察组患者的关心与爱护评分、服务与技术评分、环境与指导评分及护理满意度总分评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床护理满意度评分情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	关心与爱护	服务与技术	环境与指导	总分
观察组	55	38.16±6.49	51.22±8.43	25.47±5.02	128.25±12.37
对照组	55	27.26±5.74	40.08±7.71	20.11±3.09	110.49±9.62
t		6.28	5.13	4.46	3.62
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者 HAMD、SDS 减分情况比较 观察组患者的 HAMD 减分与 SDS 减分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 HAMD、SDS 减分情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	患者例数	HAMD	SDS
观察组	55	11.39±2.62	25.98±3.74
对照组	55	5.86±1.17	7.45±2.13
t		11.36	8.27
P		<0.05	<0.05

2.3 两组患者 NOSIE 评分情况比较 观察组患者的社会兴趣评分、社会能力评分、个人卫生情况评分及抑郁评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 NOSIE 评分情况比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	社会兴趣	社会能力	个人卫生	抑郁
观察组	55	8.72±1.73	8.43±2.29	5.81±1.23	4.82±1.59
对照组	55	10.16±1.68	10.36±2.15	7.22±2.01	7.34±1.82
t		3.79	4.21	4.15	8.26
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

抑郁症是一种较为常见的精神障碍性疾病,其发生主要与应对方式、个性特征、神经递质等多方面因素有关^[9-10]。抑郁症作为一组异质性症状综合征,只要患上该病即可出现植物神经功能的紊乱及精神运动功能明显减低。因为该病患者具有很强的自残、自杀倾向,因此,对住院治疗的抑郁症患者一般采用“看管式”的护理模式进行护理。但是,近些年来,随着护理理念的提升及现代医学模式的改进,护理工作的重心从“疾病治疗”转为“生物—心理—社会”模式的护理观点深入人心,患者除了需要“精湛技术”的护理技术外,更需要获得积极有效的心理护理,进而才能促进患者缓解心理压力,最终实现治疗目的^[11]。然而抑郁症患者与健康者的思维模式差别较大,其内心郁结,对人及事物都比较淡漠,在此种情况下,读懂患者的内心世界,选择正确的方式引导患者,使其不良的情绪疏散,对治疗的成功具有重要作用。

共情是一种个体体验他人内心世界就像体验自身内心的

能力。共情护理是护患沟通的一种精髓,它可以让医护人员通过倾听患者的诉说,确切了解患者的内心的思维及情感,并且通过自身的经验及知识,对患者的情感、人格及经历进行正确的分析,使患者感受到被关爱理解,从而获得情感上的满足^[12]。本研究中,观察组患者的关心与爱护评分、服务与技术评分、环境与指导评分及护理满意度总分评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的 HAMD 减分与 SDS 减分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的社会兴趣评分、社会能力评分、个人卫生情况评分及抑郁评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对抑郁症患者实施共情护理,能够提高患者的临床满意度,缓解其抑郁情绪,并且可以改善其生活质量,值得临床大力推广应用。

参考文献

[1] 戴奕仙,王皎华,张梅. 抑郁症自杀未遂患者心理护理干预效果分析[J]. 中国公共卫生,2012,28(4):544-545.
 [2] 向燕卿,张德源,彭文平,等. 心理干预在抑郁症患者康复护理中的应用效果[J]. 重庆医学,2013,42(31):3846-3847.
 [3] 蔺桂瑞. 共情使用中的误区及共情能力的提高[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(6):409-410.
 [4] 陈付英,刘志华,邱艳芬. 共情护理在肝移植受体患者中

的应用[J]. 护士进修杂志,2011,26(14):1319-1320.
 [5] 段思羽,赵庆华. 中风后抑郁症的中医护理干预疗效探析[J]. 时珍国医国药,2012,23(7):1842-1843.
 [6] 向燕卿,盛久灵,张德源. 延续性护理干预对抑郁症患者治疗依从性的影响[J]. 现代预防医学,2014,41(4):678-680.
 [7] 高颖,陶筱琴. 团体心理治疗技术在抑郁症护理中的应用[J]. 江苏医药,2012,38(18):2226-2227.
 [8] 廖震华,王文强,丁丽君,等. 社区重性抑郁障碍患者自杀相关特征及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2014,17(20):2300-2305.
 [9] 万向军,刘红艺,王立新,等. 脑卒中后抑郁症患者 102 例多元心理护理[J]. 中国老年学杂志,2011,31(10):1855-1857.
 [10] 郑彩霞. 老年病诱发抑郁症患者的心理疏导与精神护理[J]. 广东医学,2013,34(17):2745-2747.
 [11] 杨晓梅,唐金凤,葛晓红,等. 老年 COPD 合并抑郁症患者心理护理干预的研究[J]. 山东医药,2010,50(24):32.
 [12] 罗维,瞿广素. 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[J]. 第三军医大学学报,2012,34(18):1918-1919.

(收稿日期:2015-06-25 修回日期:2015-10-12)

• 临床探讨 •

保温干预对经腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响

韩宇洲,贺敏,郜恋恋(中国石油天然气集团公司中心医院妇产科,河北廊坊 065000)

【摘要】 目的 探讨保温干预对经腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响。方法 选取 2013 年 5 月至 2014 年 12 月本院行经腹全子宫切除术的患者 348 例,随机分为常规护理组和保温干预组各 174 例,其中保温干预组在常规护理组的基础上采用综合保温干预。比较两组患者围术期相关临床观察指标、生命体征、寒战、术中低温及术后发热发生率的差异。结果 两组患者的麻醉时间、手术时间、术中输液量、术中冲洗量、尿量、苏醒时间及术后 24 h 引流量比较,差异均具有统计学意义($P < 0.05$);常规护理组患者的收缩压、舒张压、体温及心率随着手术的进行波动明显,差异有统计学意义($P < 0.05$),而保温干预组患者则保持相对稳定,差异无统计学意义($P > 0.05$);保温干预组的寒战反应、术中低温及术后发热明显少于常规护理组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 保温干预能够有效降低经腹全子宫切除术患者围术期低温、寒战、术后发热发生率,有效稳定患者的生命体征,降低手术风险,促进手术伤口愈合。

【关键词】 保温干预; 经腹全子宫切除术; 围术期; 生命体征

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0661-03

子宫作为女性孕育胎儿的产所,在生活中具有特殊的生理意义和精神意义。随着子宫腺肌症、子宫肌瘤、子宫内膜癌等的发病率逐年上升,全子宫切除术已成一种重要的妇科治疗手段^[1]。其中,经腹全子宫切除术患者常因体液流失、术时长等综合因素影响,导致体温变化过快,进而影响患者的心脏功能、基础代谢等。体温作为人重要的生命体征,保证了机体各项生理功能的维持。低体温出现可以引起药物代谢缓慢、苏醒延迟、呼吸抑制,严重者甚至发生心功能异常。在手术过程中,50%~70%患者会出现低体温(腋温小于 36℃)的现象,对患者采取适当的保温措施对患者有很大影响^[2]。因此,本研究对 174 名经腹全子宫切除术患者进行综合保温干预,观察其对经

腹全子宫切除术患者围术期相关指标的影响,为临床预防低体温、稳定患者生命体征提供一定的理论依据,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2014 年 12 月本院行经腹全子宫切除术的患者作为研究对象。入选标准:(1)具备行经腹全子宫切除术的手术指征,患者病种不限;(2)经医院伦理学委员会批准,患者知情同意,自愿接受综合保温干预。排除标准:(1)术前合并各种感染的患者;(2)患有高血压、糖尿病等基础疾病的患者;(3)合并有心血管、肝、肾和血液系统等严重原发性疾病的患者。共纳入 348 例行经腹全子宫切除术