

理组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者围术期寒战、术中低温、术后发热发生率比较[n(%)]

组别	n	寒战反应	低温低于 36 ℃	低温低于 35 ℃	外感发热反应
常规护理组	174	61(35.06)	70(40.23)	113(64.94)	127(72.99)
保温干预组	174	9(5.17)	12(6.90)	4(2.30)	32(18.39)
χ^2		6.63	5.73	28.84	5.23
P		0.00	0.00	0.00	0.00

3 讨 论

低温是围手术期一种继发的病理表现,据报道有 50%~80%的成年患者可发生术后低体温^[6-7]。术中低体温使手术中机体代谢明显加速,患者机体能量消耗大幅增加,继而出现寒战、体温升高、心率加快等一系列失代偿表现,影响患者的手术质量及术后恢复^[8-9]。研究显示,对患者进行围手术期综合保温干预,能明显提高手术效率,增加手术成功率,缩短住院时间。本研究以全子宫切除术患者为例,术中保温干预措施的实施明显缩短了麻醉时间、手术时间,患者术中输血量、冲洗量、尿量及术后 24 h 引流量也均减少,且术中保温措施的实施使患者术后麻醉苏醒时间大大缩短。

本研究对经腹全子宫切除术患者围术期不同时间段的生命体征进行比较,较常规护理组,保温干预组患者的收缩压、舒张压、体温及心率更为稳定,进入手术室直至术后 24 h,生命体征测量起伏不明显,组内差异无统计学意义($P>0.05$)。其原因可能为:术中保温能缓解因麻醉药品造成的体温调节中枢受抑制的情况;避免因低温引起的交感神经兴奋,进而使去甲肾上腺素水平增加而引起心血管疾病相关症状的发生;解决因术中血制品、液体温度低于体温而造成的体温下降、环境温度过低等因素引发的机体热平衡打破现象。

综合保温措施能降低术中低体温的发生率、寒战发生率及发热的发生率,减少术后感染等多种并发症的发生^[10]。通过术前手术室温度的调节(22~24 ℃),预加温术中所需血制品、液体,术中加盖棉被,放置肩部保暖垫,使用变温毯,输入预加

温后的液体等措施,能有效防止术中低体温的发生。本研究综合应用各项保温措施,集观察、监测、调节于一体,动态稳定经腹全子宫切除术患者体温。

综上所述,保温干预能有效稳定经腹全子宫切除术患者围术期的生命体征,降低术中低体温、寒战及术后发热的发生率,进而提高手术效率,促进患者康复。

参考文献

[1] 谢开梅. 不同方式的子宫切除术对子宫肌瘤患者生理心理影响的研究[J]. 中华现代妇产科学杂志, 2009, 6(1): 7-10.

[2] 张秀平, 任杰平. 手术中期患者低体温原因分析与护理研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(16): 1833-1835.

[3] 王世泉, 王世端. 麻醉意外[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 180-206.

[4] 陈鹏. 术中保温对手术患者的影响[J]. 中国保健营养, 2014, 25(7): 4664-4665.

[5] 徐启明, 李文硕. 临床麻醉学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 169.

[6] 敖兵, 何晓珍, 关惠军. 保温干预对老年腹部手术患者生命体征的影响[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(10): 781-783.

[7] 唐珊珊, 刘彦玲, 马卫青. 两种不同温度灌注液在经皮肾脏手术中的应用效果分析[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(13): 1196-1197.

[8] 汪苗琴. 剖宫产术中保温对前置胎盘患者出血的影响[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(7): 914-915.

[9] 黄丽, 何小云, 黄慧瑜, 等. 综合保温措施在 PACU 全麻术后预防寒战的效果分析[J]. 中国医学创新, 2014, 11(13): 122-124.

[10] 许力, 赵晶, 黄宇光, 等. 术中保温对患者核心体温的影响[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(16): 53-56.

(收稿日期: 2015-07-18 修回日期: 2015-09-28)

• 临床探讨 •

心理干预在造血干细胞移植中的应用

李玲琍, 陈美佳, 张 敏(四川大学华西医院血液科, 成都 610041)

【摘要】 目的 探讨心理干预在造血干细胞移植中的应用。**方法** 将 70 例造血干细胞移植患者按随机数字法分为对照组和研究组各 35 例。对照组按照移植传统常规护理, 研究组在常规护理基础上进行心理干预。根据两组造血干细胞移植患者遵医行为、疾病认知、服药依从性、饮食情况及患者满意度进行分析比较。**结果** 经过心理干预后, 研究组患者从遵医行为、疾病认知、服药依从性、预防感染、饮食情况、满意度方面明显好于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 心理干预能改善患者情绪, 保持乐观积极的态度主动配合医疗护理, 提高患者的依从性, 预防或减少并发症的发生, 提高移植成功率, 提高患者的生活质量。

【关键词】 心理干预; 造血干细胞移植; 应用

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2016. 05. 035 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)05-0663-03

心理干预是指在心理学理论指导下有计划、有步骤地对特定对象的心理活动、行为问题或者个性特征施加影响, 使之发生朝预期目标变化的过程, 它包括心理治疗、心理咨询、心理康复、心理危机干预^[1]。造血干细胞移植通过大剂量放化疗或者

其他免疫抑制预处理, 清除受者体内肿瘤细胞及异常克隆细胞, 阻断发病机制, 然后把自体或异体造血干细胞移植给受者, 使受者重新建立正常的造血和免疫功能, 从而达到治疗目的。由于在移植过程中存在各种影响治疗效果的负面因素, 比如:

高额的医疗费用、治疗引起的一些不良反应等,患者的心理往往会受到很大的影响。而且造血干细胞移植过程复杂,特别是移植过程中各种相关并发症及与外界隔离无法与亲朋好友进行直接交流,使患者出现较大心理波动^[2]。心理压力不良情绪可以减弱机体的防御机制,不利于疾病的治疗与康复^[3]。因此,研究造血干细胞移植患者的心理状态,同时采取相应的心理干预措施,对患者的身心康复十分重要。本研究采取心理干预的方式,通过两组患者的比较,评估心理干预在造血干细胞移植中的重要性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2015 年 2 月本院层流室收治的造血干细胞移植患者 70 例,按随机分配原则分为研究组与对照组各 35 例。研究组男 15 例,女 20 例;年龄 14~59 岁,平均(31.13±7.47)岁;患者住院天数 22~67 d,平均(31.6±6.7)d。对照组男 18 例,女 17 例;年龄 18~61 岁,平均(33.46±5.76)岁;患者住院天数 30~61 d,平均(33.7±4.5)d。两组患者在年龄、性别、移植种类(骨髓、外周血、自体、自体)及病种(白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、再生障碍性贫血)等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组按照造血干细胞移植的护理常规进行护理。研究组除接受常规护理外,同时按照心理干预程序进行护理。研究组从缓解患者心理问题、促进医护患合作、个性化护理及提升患者依从性四个方面,针对患者治疗全流程展开心理干预。

1.2.1 缓解患者心理问题 造血干细胞移植患者常见心理问题有:焦虑恐惧紧张;预感性悲哀;兴奋和抑郁^[4]。临床采用的针对性护理措施如下:(1)主动介绍医护人员,帮助患者尽快熟悉环境,消除陌生感,说明造血干细胞移植的目的及重要性,增强患者战胜疾病的信心,使患者能够主动配合医护人员的各项操作。(2)患者表现为沮丧哭泣,懒言少语,食欲下降。护理人员应该提供舒适的环境,随时与患者交流疾病的相关信息,并提示好转信息,增强患者的治疗信心。鼓励家属多支持患者,给予正性言语的鼓励,经常巡视,及时发现患者的心理问题。同时避免提及一些疾病的负面信息,如医疗费用昂贵、相同类型患者的治愈效果差等。及时了解随着疾病出现的各种心理问题,并分析原因,采取相应的干预和辅导^[5]。(3)常发生在移植后的恢复阶段,患者一方面会对移植成功感到兴奋,另一方面又会焦虑出仓后的相关事宜。此期护理人员应向患者说明移植已经成功,血象慢慢恢复。让患者坚定信心消除顾虑,做好患者家属的思想工作,同时指导家属出仓后的相关注意事项,引导患者进行积极的生活。

1.2.2 促进医护患合作 在患者未入住层流室前,患者感到心理压力主要来自做治疗决定后,希望治愈的心情及恐惧操作的痛苦,担心死于移植中是该期的主要心理问题。患者在心理上会经过疑虑期、惊恐期、认可期、失望期和乐观期的心理变化过程^[6]。所以,护理人员应先带领患者在层流室过道参观层流室的外观,告知患者为何要入住层流室,讲解入住层流室的相关注意事项。同时可以让参观者与层流室患者通过对讲机对话,让住过层流室患者对即将入住层流室的患者现身说法。进行一些患者相关注意事项的指导,以消除患者对层流室的神秘感,减轻患者紧张及孤独感。护理人员参与医生与患者的术前谈话,充分了解患者的心理状况,建立好造血干细胞移植患者的个人信息档案。与家属交谈以便进一步深入了解患者的想法,并获得家属对医疗护理工作方面的支持。同时也要

告诉患者入住层流室是一个漫长的过程。离开家人的期间可能会感到很孤独,还要承受化疗后身体方面的痛苦,如呕吐、低谷期带来的感染等。通过与患者及家属的对话,根据每位患者的不同情况进行心理方面的评估,并制定出因人而异的相对应的护理方案。

1.2.3 个性化的护理 患者在入住层流室前已经饱受疾病折磨和化疗带来的痛苦。入住层流室后,层流室是一个完全封闭的环境,患者的主要心理问题是孤独压抑。在一个陌生的环境里没有家人的陪伴,活动范围受限,与亲人沟通少,面对的医务人员是全副武装,加上对疾病的预后以及不良反应的担心及药物所带来的副作用,使患者很容易出现紧张和焦虑的情绪^[7]。患者还会担心层流室机器的噪音,饮食的限制,无菌条件的要求及 PICC 置管后活动的限制等,患者会明显表现出焦虑状态。所以,针对此时期患者的心理状态,护理人员要做到以下六点:(1)护理人员在患者入住当天等患者沐浴更衣后带领患者参观层流室内部结构,以消除患者到新环境中的神秘感,介绍医护人员,讲解层流室内各项设施的使用。(2)向患者讲解造血干细胞移植的重要性,造血干细胞的输注方法,移植的各个阶段可能会出现各种并发症及预防措施,帮助患者树立战胜疾病的信心。(3)尊重患者的各项隐私,尊重患者的知情同意权,做所有操作时均告知患者操作的目的、方法及相关注意事项,取得患者的配合,减轻患者的焦虑。(4)利用所有机会与患者进行交流,引导患者说出心中的想法,减轻患者的压力。分散患者对疾病方面的注意力,从而采取相对应的措施减轻患者身体上的痛苦,减轻患者的心理压力。(5)利用电视机或者平板电脑等娱乐项目,分散患者的注意力,转移患者焦虑的情绪。降低交感神经的兴奋性,学会放松,缓解身体带来的不适感,乐观对待移植过程,提高层流室内的生活质量^[8]。(6)患者入住层流室期间尽可能多地让患者保持与原生态环境的联系,减轻孤独和陌生感,加强医护患者的交流。调动患者治疗积极性,针对移植的不同时期向患者讲解不同时期的知识及注意事项,从而减轻患者的焦虑,增加患者的安全感和亲切感。

1.2.4 提升患者的依从性 临床护理从四个方面提升患者依从性:(1)患者基本上都是经过数次化疗后才选择造血干细胞移植,但造血干细胞移植是一个骨髓的治疗,化疗药用的剂量大。和以前剂量的化疗药相比,患者各方面的副作用更强烈,使患者从生理、心理方面都无法接受。护理人员应及时对患者进行正性言语鼓励、引导患者讲出身体各方面的不适,以便医护人员采取相对应措施,减轻患者的痛苦。由于层流室是一个孤独的环境,在患者身体情况允许的情况下,从保护隐私的角度,洗澡等都是由患者独立完成。但化疗药剂量大会引起患者的头昏乏力,但患者又不愿麻烦护理人员而可能导致跌倒。所以每班护理人员均要评估患者的身体状况及心理状况,帮助患者进行相关的生活护理。而对于一些不愿意透露自己想法的患者,要运用暗示的方法提醒患者面对自己的角色,大胆说出内心的想法,并寻求护理人员的帮助。向患者说明良好的心理状态可以增加进食量,鼓励患者进食清淡饮食,少食多餐,尽量多吃炖煮食物,少吃煎炸食品,嘱患者呕吐后仍需要进食,促进胃肠的蠕动,减少对胃黏膜的刺激。(2)造血干细胞移植的 7~14 d 为低谷期,患者的血象各项指标会明显下降。这段时间护理人员应该帮助患者预防感染,指导患者注意口腔肛周等的卫生^[9]。有些患者不愿意对医护人员讲出隐私部位的不适而延缓医生发现症状而进行治疗。护理人员应该每天在本着尊重患者人格和尊严的前提下,鼓励患者及时说出身体部位的不

适,从而进行积极的治疗。(3)造血干细胞移植的 14~21 d,血象的各项指标会慢慢上升。同时患者的不适感也会慢慢减轻。这段时间内护理人员在评估患者身体及心理状况后,可以引导患者做一些力所能及的活动,比如室内散步、自行沐浴等。协助患者建立良好的生活方式及健康的生活习惯,为出层流室后的正常生活慢慢过渡。(4)患者出院后护理人员应向患者讲解要严格按照医嘱用药,切勿自行停药或减量。定期门诊复查,继续保持良好的生活习惯,患者对于回归到正常的生活和学习还存在顾虑^[10]。护理人员应鼓励患者减轻心理方面的压力,

保持良好的自信心。

1.2.5 评价指标 记录两组患者的遵医行为、疾病认知、服药依从性、饮食情况、满意度五个指标数据,比较其护理效果。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件对数据进行处理及统计学分析,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

研究组患者的护理效果优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的护理效果比较[n(%)]

组别	n	遵医行为	疾病认知	服药依从性	预防感染	饮食情况	护理满意
对照组	35	16(45.7)	17(48.6)	16(45.7)	20(57.1)	18(51.4)	13(37.1)
研究组	35	32(91.4)	33(94.3)	32(91.4)	28(80.0)	30(85.7)	33(94.3)
χ^2		16.970	17.920	16.970	4.242	9.546	25.362
P		0	0	0	0.039	0.002	0

注:与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨 论

3.1 心理干预能有效改善患者的营养状况 造血干细胞患者承受来自疾病本身和化疗药副作用带来的恶心呕吐等副反应,导致患者的进食情况差,营养不良从而影响免疫系统的功能恢复。护理人员应该每天评估造血干细胞移植患者的营养状况及进食情况。每天早晨关注患者的体质量情况,同时要对患者实施具体的护理指导。使患者认识到营养不良所带来的不良影响,使患者能够坚持做到少食多餐以减少胃肠道的不适。患者对移植期间营养治疗能有一个比较全面的了解,认识到遵医行为的重要性,使患者移植期间的营养能够得到有效的保障。

3.2 心理干预提高了患者的依从性和满意度 采取心理干预措施后,患者对护理的满意度得到明显提高。护理人员通过每天的身体状况与心理方面的评估,及时了解患者的内心想法,与患者进行有效的沟通。及时解决患者的困难,满足其合理的要求,对患者各方面的进步提出肯定,让患者意识到自己是治疗的主人。同时坚定患者的治疗信念,坚定战胜疾病的信心。患者在层流室期间缺乏亲人的陪伴,通过与患者的接触,让患者视天天相见的护理人员如亲人。患者在移植期间受到护理人员热情的服务和耐心细致的指导,从而建立了融洽的护患关系,提高患者对医护人员的满意度。但是心理干预还有个体差异性,心理干预还要提倡人性化和个性化的服务。研究组依据患者及家属的家庭背景、文化程度、生活环境及所掌握的部分医学知识等进行有针对性的培训,让患者逐步意识到心理因素在造血干细胞移植中的作用。同时提高患者对自身疾病的认识能力,能够主动配合医护人员完成各项治疗,确保造血干细胞移植的成功率。

3.3 心理干预有效降低造血干细胞移植并发症 本研究证明,对于造血干细胞移植患者进行心理干预,可以有效减少并发症的发生。预防是降低并发症发生的关键,增强患者对预防并发症发生的风险意识,使患者从被动地接受护理人员的护理提升到对自己的主动管理,从而预防或减少并发症的发生,降低医疗费用,提高移植的成功率。

总之,心理干预是造血干细胞移植的重要措施,造血干细胞移植患者普遍存在不良心理及应激反应。心理干预贯穿移植全过程,有着药物治疗所达不到的效果。护理人员应该有良好的心理素质、高尚的职业道德及强烈的责任感。针对患者移

植不同时期的心理变化,进行适时的心理干预。本研究显示,运用心理干预手段,根据患者的个体差异制定相对应的护理措施及心理指导,给予患者移植相关知识指导及心理疏导,可以改善患者情绪,保持乐观积极的态度主动配合医疗护理,提高患者的依从性,预防或减少并发症的发生,提高移植成功率,提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 姚树桥,孙学礼.医学心理学[M].北京:人民卫生出版社,2009:147-192.

[2] 朱雪莹.造血干细胞移植患者的心理特征与心理护理[J].现代医药卫生,2014,30(11):1755-1756.

[3] 陈淑玲,王树青.造血干细胞移植患者心理健康与社会支持情况及相关性分析[J].齐鲁护理杂志,2013,19(20):18-20.

[4] 张未,沈闵,钱泓,等.心理干预在小儿造血干细胞移植中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(19):2945-2946.

[5] 王永珍.层流无菌病房造血干细胞移植患者的心理特点与护理对策[J].中国误诊学杂志,2011,11(32):8014-8015.

[6] 姜玲玲,朱冬林.36 例造血干细胞移植患者的心理特征与护理对策[J].贵阳中医学院学报,2013,35(5):241-242.

[7] 周静.造血干细胞移植患者心理护理现状[J].全科护理,2012,10(24):2293-2295.

[8] 王叶红,朱文娟,董丽丽,等.应用创新性心理干预模式对减轻多发性骨髓瘤患者骨痛的效果观察[J].中华保健医学杂志,2014,16(1):32-33.

[9] 唐玉梅,孙晶晶,许德香.预见性护理干预在造血干细胞移植中的作用[J].中华全科医学,2012,10(6):977-979.

[10] 解文君,马新娟,王蓓,等.恶性血液病造血干细胞移植患者心理体验的质性研究[J].护理研究,2013,27(33):3736-3739.