

重庆医学, 2014, 8(33): 4472-4475.

- [6] 邓为民, 侯雨生, 杨景明, 等. 下腔静脉滤器植入联合导管溶栓治疗下肢深静脉血栓形成 55 例分析[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 12(2): 134-135.
- [7] 袁洪志, 谷涌泉. 下肢深静脉血栓形成介入溶栓治疗的疗效[J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(3): 233-235.
- [8] 刘春江, 陈世远, 王孝高, 等. 置管溶栓与单纯抗凝对比治疗下肢深静脉血栓疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中华普通外科杂志, 2014, 29(4): 16-22.
- [9] 胡竞, 江峰, 胡骥琼. 超声引导置管溶栓治疗下肢深静脉血栓[J]. 中国介入影像与治疗学, 2014, 18(2): 73-76.
- [10] Okabe T, Araki H, Yakushiji T, et al. Local injection of
- 临床探讨 •

tissue-plasminogen activator using a pulse spray catheter as a treatment option for proximal deep vein thrombosis: A case report[J]. J Cardiol Cases, 2014, 10(5): 163-166.

- [11] 陈千益, 王华, 胡晓曼, 等. 导管接触性溶栓治疗 70 岁及以上患者急性下肢深静脉血栓形成的临床效果及安全性[J]. 中华老年医学杂志, 2016, 35(2): 216-220.
- [12] 李福东, 周兴明, 常西海. 导管直接溶栓治疗急性下肢深静脉血栓形成 25 例观察[J]. 山东医药, 2014, 18(17): 103-104.

(收稿日期: 2017-02-22 修回日期: 2017-04-29)

聚焦解决模式干预抑郁症在患者家属心理护理中的应用价值

杨向群

(重庆市精神卫生中心药剂科 401121)

摘要:目的 探讨聚焦解决模式干预在抑郁症患者家属心理护理中的应用价值。方法 选取 2013 年 5 月至 2016 年 4 月于该院接受抑郁症治疗患者的陪护家属 100 例, 随机分为对照组和观察组, 每组各 50 例, 对照组给予常规心理护理; 观察组患者家属进行聚焦解决模式干预护理。要求护理人员认真、真实记录患者家属在陪同患者治疗过程中的心理问题, 并对其进行针对性心理教育, 在此基础上在接待室内对患者家属进行一对一干预, 每次干预时间控制在 20~30 min, 每天进行一次。干预前、后干预效果评价采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)完成。对于个别干预效果不佳的患者家属, 护理人员可增加一对一的干预内容和时间, 并时刻评估干预效果。结果 两组患者家属干预后 SAS、SDS 评分均较干预前明显降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 且观察组患者家属降低效果更明显。结论 聚焦解决模式能够明显改善抑郁症患者家属的焦虑和抑郁症状, 适合于抑郁症患者家属的心理护理, 对患者家属心理护理有实用价值。

关键词: 抑郁症; 家属; 聚焦解决模式; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.043 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)16-2446-03

抑郁症属于临床常见的心理性疾病, 是由于生理、社会环境和心理等多种因素共同作用导致患者出现的精神疾病^[1]。抑郁症患者通常不愿意参加社会活动, 并且会将自己封闭在某个空间, 不与他人进行沟通交流, 久而久之可能诱发自杀等恶性事件发生^[2]。由于抑郁症的患病特点给社会、家庭带来沉重负担, 同时也给长期照料患者的家属带来了负面的身心影响, 因此, 有必要对抑郁症患者家属实施相应的心理护理, 从而改善其生活质量^[3]。近年来, 聚焦解决模式(SFA)被广泛应用于临床护理中, 但是其对抑郁症陪护家属的心理干预效果报道较少^[4]。本研究对 SFA 对抑郁症患者陪护家属的心理干预效果进行探讨, 效果令人满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2016 年 4 月于本院接受抑郁症治疗患者的陪护家属 100 例, 随机分为对照组(给予常规心理护理)和观察组(进行 SFA 干预护理), 每组各 50 例, 男 40 例, 女 60 例; 包括父母 42 例, 配偶 33 例, 子女 20 例, 兄弟姐妹 5 例; 平均年龄(44.6±6.5)岁; 文化程度: 高中及以下 48 例, 大专及以上 52 例。两组陪护家属的一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 患者及其陪护家属的纳入与排除标准

1.2.1 患者纳入标准 (1)符合抑郁症的诊断标准^[5]; (2)无器质性疾病和其他精神障碍性疾病。

1.2.2 陪护家属纳入标准 (1)与患者长期共同居住; (2)无精神疾病; (3)表达力和理解力正常, 能独立完成量表的填写; (4)签署知情同意书。

1.2.3 患者及陪护家属排除标准 (1)不自愿参与研究者; (2)有严重躯体疾病无法参加者; (3)因各种原因不能继续参加, 主动要求退出者。

1.3 心理干预方法

1.3.1 干预方案 入院时护士与家属及患者建立良好的信任关系, 由专业的心理医师和精神科护理医师做好干预措施制订, 对不同组别实施不同的干预措施, 选择安静的环境进行干预治疗。每天干预一次, 每次 20~30 min。

1.3.2 具体干预措施 对照组陪护家属接受常规心理干预, 具体护理措施如下: 主要目的是通过寻找问题的原因确立针对性解决方案。首先, 护理人员应主动关心抑郁症患者家属, 给予其心理支持, 鼓励其勇敢面对现实。对于出现焦虑等不良情绪的陪护家属, 应进行积极的沟通与交流, 告知其疏通不良情绪的方法, 如哭泣、听音乐、深呼吸、冥想、与人聊天等。对于对抑郁症认识不到位的陪护家属, 应耐心向其讲解疾病相关知识, 改变其不良认知, 同时以容易理解的方式解答家属疑问, 帮助其树立积极乐观的生活态度。观察组患者家属接受 SFA 进行心理护理, 具体步骤如下: (1)描述问题。加强与患者家属之间的沟通与交流、及时查阅相关医疗记录、对患者家属进行客观、全面的了解并做好资料收集工作, 在此基础上找出患者家属存在的个体问题, 引导患者家属认识问题、面对问题, 通过相关心理方面的调控, 协助患者家属解决问题, 有效克服心理上的障碍。如家属主诉其内心的痛苦时, 可以尝试提问“你是怎么熬过来的? 你都用过一些什么办法减轻痛苦?”此阶段的实施需选择合适的时间和环境, 以取得家属的信任, 增强家属信

心,从而为日后实施干预措施奠定基础。(2)构建可行目标。通过与患者家属沟通,全面了解患者与家属的健康需求指数,引导患者家属建立符合自身需求的适应性目标,提倡患者家属从简单到困难入手,从生活小事开始进行改变,建立前瞻性思维方式,若问题得到解决,患者家属的生理及心理状况又会有什么样的不同,可将患者家属自我描述的情况作为患者的治疗目标。在此阶段,护理人员可根据具体情况对患者家属进行询问,“若问题解决,您自己感觉会有什么样的变化呢”,通过探讨的方式进一步了解患者家属的心理诉求。(3)探查例外。护理人员在与患者的沟通与交流过程中,还可与患者家属一同探讨之前治疗过程中的“成功体验”,与患者家属一同思考如何让过去的成功再次出现,例如在生存质量及症状缓解方面。此方面工作的开展,主要通过良好的沟通进行,护理人员可利用讲座、宣传册等多种表现形式,由浅入深、层层深入的方式进行,营造互动交流的空间氛围,在此环境中传递正能量。如提起这些问题“过去问题不严重的时候,你都是怎样的?”(4)给予反馈。在积极开展各项工作的同时,护理人员还应定期关注评价指标,时刻关注患者家属心态上的变化,挖掘患者家属的自身优势,并及时对患者家属的进步进行夸奖,带动患者家属的积极性,以及完成前期所定目标的能动性;若评价指标均无变化,护理人员可根据实际情况修订,并改变教育内容及方法,在实际护理过程中不断完善干预措施。(5)评价进步。在这一阶段,刻意化提问常被用来帮助患者家属澄清所发生的进步。例如:“假如你期望的状态是 10 分,你过去的状态是 1 分,那么你现在的状态是几分?”一旦个体在原来的基础上有所进步,护理人员应给予患者家属充分的肯定,并引导患者家属进一步朝着自己期望的方向奋斗。

1.4 观察指标 患者家属的抑郁状态评定采用抑郁状态量表(SDS)评分^[6];焦虑状态评定采用焦虑自评量表(SAS)评分,反映家属抑郁和焦虑程度,其中 SAS 和 SDS 共 20 项,每项得分为 1~4 分,1 分为没有或者很少有,2 分为有时有,3 分表示经常有,4 分表示总是有。将 20 个项目得分相加后乘以 1.25 即得到标准得分,如果标准得分在 70 分以上为重度焦虑、抑郁;>60~70 分为中度焦虑、抑郁;50~60 分为轻度焦虑、抑郁^[7]。测评过程由护士讲解测评要求,家属独立完成测评项目。

1.5 统计学处理 本研究所有数据采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者家属干预前、后 SDS 和 SAS 评分比较见表 1。由测量表报道可知,国内常规人群的 SAS、SDS 评分分别为(41.90±2.60)、(41.40±1.83)分。两组干预前的 SAS、SDS 评分无明显差距,差异均无统计学意义($P > 0.05$),但两组干预前的得分均比国内常规人群得分高,处于轻度焦虑、抑郁状态。干预后,两组 SAS、SDS 评分均较干预前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且观察组降低更明显,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者家属 SDS、SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分, $n=50$)

组别	SDS		SAS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56.21±6.34	45.11±4.87*	51.39±4.41	40.33±4.05*
观察组	55.62±5.50	33.12±3.54*#	50.88±3.95	31.45±3.09*#
<i>t</i>	0.85	5.87	0.73	4.94
<i>P</i>	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$;与对照组干预后比较,# $P < 0.05$

3 讨 论

抑郁症即抑郁性障碍,是指由各种原因引起的以抑郁为主要症状的一组心境障碍或情感障碍^[8]。有研究显示,有 10%~15% 的抑郁症患者会面临自杀的风险,且发作持续时间较长,易反复发作,部分可有残留症状或转为慢性^[9]。由于抑郁疾病的特殊性,导致许多家庭的日常生活和社会功能都受到负面影响。有研究显示,抑郁症患者陪护家属会出现不同程度的紧张、焦虑、抑郁和恐惧等心理问题^[10]。因此,社会在重视抑郁症患者治疗的同时也需要关注患者家属的心理健康,这需要护理人员在抑郁症患者住院期间对陪护家属实施家庭心理护理。

近年来,SFA 已被广泛应用于临床,SFA 是有学者于 20 世纪 80 年代提出的心理干预模式,在早期发展中主要开展患者的临床心理治疗及咨询工作,其主要优势在于善于挖掘人体自身的资源优势,关注个体系统的综合性作用,而且通俗易懂,便于护理人员学习,基于多方面显著特性,SFA 现已在国际临床护理中得到广泛应用^[11]。邹小芳等^[12]应用 SFA 对合并焦虑、抑郁的慢性阻塞性肺疾病患者的护理效果进行了探讨,其研究结果显示,接受 SFA 护理的患者其自我效能评分明显高于接受常规护理的患者,其认为 SFA 能够缓解慢性阻塞性肺疾病患者的焦虑和抑郁症状。

本研究就 SFA 干预抑郁症患者家属在心理护理中的应用价值进行分析发现,接受常规心理干预的对照组和接受 SFA 心理护理的观察组其抑郁、焦虑情绪均得到明显改善,但是观察组改善更明显。这可能是由于单纯通过寻找问题原因来实施解决方案可能会忽略有利事件的发生。此外,患者家属在面对医疗费用、治疗见效慢等短时间内不能解决的问题时通常容易出现消极、悲观的情绪,并且情绪极易受抑郁症患者的影响,患者家属产生的焦虑、担心、恐惧等不良情绪,反而影响了抑郁症患者的治疗,对照组在患者治疗无望的压力下会消极应对心理干预。SFA 护理干预可以很好地解决该问题,SFA 能够充分调动患者家属解决问题的积极性,让患者家属正确面对生活挫折,使其自尊心得到极大满足,并且学会如何处置困难,利用内在潜力和自身资源应对身边的焦虑和抑郁。此外,护理人员与患者家属的深入沟通也能够让其感受到关心和支持,减轻其在照料抑郁症患者中的无助感,提高其心理承受能力。

综上所述,本研究认为,抑郁症患者家属接受 SFA 心理护理效果明显,能够明显改善其抑郁与焦虑症状,提高患者及患者家属的生活质量,适合于抑郁症患者家属的心理护理。

参考文献

- [1] Stern AF. The hospital anxiety and depression scale[J]. Occup Med,2014,64(5):361-370.
- [2] 杨菊琼,李杰刚. 抑郁症患者的家庭护理干预[J]. 中国实用医药,2012,7(10):269-270.
- [3] 徐扬,王俊凤. 心理干预对抑郁症患者家属生活质量的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2014,10(6):911-913.
- [4] 黄江彬. 聚焦解决模式护理干预对直肠癌永久性结肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(9):1008-1010.
- [5] 刘彩霞. 聚焦解决模式在抑郁症患者家属心理护理中的应用[J]. 中华内科杂志,2016,13(4):107-110.
- [6] 张丹,高辉,周亚楠,等. 三种量表评价心房颤动患者焦虑抑郁的比较[J]. 中国医药,2014,9(4):58-59.
- [7] 易俊. 儿童青少年抑郁症研究[J]. 中外医学研究,2014,12(33):127-128.

[8] 侯丽君,赵晓峰. WHO 生存质量简表评价脑卒中患者信度及效度研究[J/CD]. 中华针灸电子杂志, 2013, 2(1): 5-8.

[9] 李淑丽. 抑郁症患者自杀行为的防范与护理[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2012, 15(9): 141-142.

[10] 朱水华,孔令军,彭晶. 青少年抑郁症患者家庭功能及家庭治疗与干预研究[J]. 中国医学创新, 2014, 11(27): 118-120.

[11] Saleh ES, Gomaa Z, Jamal RA. Psychosocial burden on in-

• 临床探讨 •

formal caregivers of patients with bipolar mood disorders [J]. Middle East Current Psychiatry, 2013, 20(4): 216-222.

[12] 邹小芳,于书慧,刘青,等. 应用聚焦解决模式对合并焦虑、抑郁的慢性阻塞性肺疾病患者进行延续护理的效果[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(8): 11-14.

(收稿日期:2017-01-18 修回日期:2017-03-26)

加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响

苟中富¹, 王建新¹, 刘思美¹, 张金平¹, 张庆²
(四川省巴中市中医院:1. 肾内科;2. 检验科 636000)

摘要:目的 探讨以和解少阳法为主要治法组成的加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响。方法 选取该院 2013 年 12 月至 2015 年 12 月肾内科收治的慢性肾小球肾炎患者 120 例,采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例。对照组患者予降压、纠正电解质紊乱、酸碱平衡、低盐优质蛋白饮食等常规基础治疗,观察组在对照组治疗的基础上联合服用加味小柴胡汤,比较两组 24 h 尿蛋白定量,肾功能指标:尿素氮(BUN)、肌酐(Scr)、肾小球滤过率(GFR),以及 IgA 与 IgG 水平。结果 治疗后,观察组 24 h 尿蛋白定量明显下降,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者 BUN、Scr、GFR 差异无统计学意义,治疗后两组患者 Scr、GFR 差异无统计学意义($P > 0.05$),BUN 较治疗前有所下降,且观察组 BUN 更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患者 IgA 与 IgG 水平差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者 IgA 与 IgG 均较治疗前有所上升,且观察组 IgA 与 IgG 水平更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 加味小柴胡汤可以降低慢性肾小球肾炎患者 24 h 尿蛋白定量,保护肾功能,提高免疫功能。

关键词:加味小柴胡汤; 慢性肾小球肾炎; 肾功能; 尿蛋白; 免疫功能

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2448-03

慢性肾小球肾炎是以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现,起病方式各不相同,病情迁延,病变缓慢进展,可有不同程度的肾功能减退,最终将发展为慢性肾衰竭的一组肾小球疾病。慢性肾小球肾炎的治疗以防止或延缓肾功能进行性恶化,改善或缓解临床症状及防治严重合并症为主要目的。目前现代医学治疗慢性肾小球肾炎的药物大多使用血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂类药物,部分患者选用免疫抑制剂、肾上腺皮质激素,但远期疗效欠佳。慢性肾小球肾炎属中医“水肿”、“虚劳”等病范畴,中医现已普遍认为本病属本虚标实,本虚主要责之脾肺肾,但与肾虚关系最密切;标实为外感、水湿、湿热、淤血等。脏腑虚损,湿热瘀阻,三焦气机不畅,决渎失职是慢性肾小球肾炎发病的主要病理机制。基于慢性肾小球肾炎本虚标实,病情迁延的病理特点,只有虚实兼顾,标本同治,才能取得良好的疗效^[1]。加味小柴胡汤可助正达邪、疏导三焦气机,使气机调畅以达到扶正祛邪的目的^[2]。本研究旨在探讨以和解少阳法为主的加味小柴胡汤对慢性肾小球肾炎患者肾功能、尿蛋白、免疫功能的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 12 月至 2015 年 12 月肾内科收治的慢性肾小球肾炎患者 120 例,男 63 例,女 57 例;年龄 16~72 岁,平均(47.59±6.52)岁;病程 6~22 个月;其中膜性肾病 17 例,系膜毛细血管性肾炎 28 例,系膜增生性肾炎 48 例,局灶性肾炎 16 例,增生硬化性肾炎 11 例。采用随机数字表法分为对照组与观察组,每组各 60 例。两组患者性别、年龄、病程、病理类型等一般资料比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照叶任高主编《内科学》第 5 版慢性肾小球肾炎诊断标准。

1.2.2 中医证候标准 参照《伤寒论》“少阳篇”拟定:(1)患者见口苦、咽干、目眩,或心烦喜呕、胸胁苦满、往来寒热、不欲饮食 7 症中的 1 症;(2)舌淡红,苔薄白,脉弦;(3)近 2 个月有外感病史。

1.3 纳入和排除标准

1.3.1 纳入标准 (1)临床资料完整,能按时服药;(2)志愿参加本研究并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 (1)妊娠、哺乳期女性;(2)合并精神病患者;(3)合并严重心脑血管疾病、急慢性肝脏疾病、造血系统疾病者。

1.4 方法 对照组患者予降压、纠正电解质紊乱、酸碱平衡、低盐优质蛋白饮食等常规基础治疗,观察组在对照组治疗的基础上联合服用加味小柴胡汤,药物组成如下:柴胡 20 g,党参 30 g,黄芩 15 g,半夏 15 g,大枣 3 枚,生姜 3 片,炙甘草 10 g,黄芪 30 g,黄精 30 g,淫羊藿 30 g。兼血淤者加虎杖 15 g,桃仁 15 g;湿热甚者加薏苡仁 30 g,石韦 20 g;兼水肿者加车前子 20 g,茯苓 30 g;兼热毒者加白花蛇舌草 30 g,蒲公英 30 g。每剂水煎至 600 mL,每日 3 次,每次 200 mL,饭后温服。2 d 一剂,2 个月为 1 个疗程,1 个疗程后统计疗效。

1.5 观察指标 (1)治疗前、后 24 h 尿蛋白定量,肾功能指标:尿素氮(BUN)、肌酐(Scr)、肾小球滤过率(GFR)。(2)免疫功能评估。在治疗前 1 d、治疗结束后采用免疫法检测 IgA 与 IgG 水平。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 22.0 软件进行数据统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P <$