

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.19.042

超敏 C 反应蛋白在不同分期糖尿病视网膜病变患者中的变化及意义

付琳¹, 袁霞^{2△}, 钱波¹

1. 陕西省西安市北方医院检验科, 陕西西安 710043; 2. 陕西省商洛市中心医院眼科, 陕西商洛 726000

摘要:目的 分析超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)在不同分期糖尿病视网膜病变(DR)患者中的变化及意义。方法 选择 2016 年 9 月至 2018 年 12 月在西安市北方医院内分泌科诊治的 78 例 DR 患者作为研究对象, 其中非增殖期组 40 例, 增殖期组 38 例, 另外选择同期体检的健康者 52 例纳入对照组。比较 3 组研究对象一般资料, 采用免疫透射比浊法检测血清 hs-CRP 水平, 并分析导致 DR 增殖期发生的主要因素。结果 3 组研究对象的年龄、性别、饮酒史比例等情况比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。增殖期组的糖化血红蛋白、合并高血压与吸烟比例明显高于非增殖期组和对照组, 且非增殖期组的上述指标也明显高于对照组, 增殖期组病程明显高于非增殖期组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。增殖期组患者的血清 hs-CRP 水平明显高于非增殖期组和对照组, 且非增殖期组患者血清 hs-CRP 水平明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。Spearman 分析显示, DR 分期与 hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压、吸烟史呈显著正相关($P<0.05$); Logistic 多因素回归分析显示, hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压为导致 DR 增殖期发生的主要因素($P<0.05$)。结论 hs-CRP 在增殖期 DR 患者中呈现高表达状况, 且 hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压为导致 DR 增殖期发生的主要因素。

关键词:超敏 C 反应蛋白; 临床分期; 糖尿病视网膜病变; 相关性

中图分类号:R587.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)19-2881-03

糖尿病视网膜病变(DR)是临床上最常见的视网膜新生血管性疾病之一,也是糖尿病的主要并发症之一。研究发现,DR 发生率随糖尿病病程进展逐渐升高,我国糖尿病患者中 DR 的患病率达 40.0%,已成为成人主要致盲眼病之一^[1]。目前,DR 的发病机制还不完全明了,早期病理改变包括毛细血管闭塞、视网膜屏障破坏、微血管瘤形成、毛细血管内皮细胞的基底膜增厚等。DR 临床分期有利于指导判断患者的病情,也可为临床选择治疗方案提供参考。当前 DR 的临床分期具有简便、易于掌握等优点,但是多为肉眼观察,定量不足,导致分期可能存在主观性差异^[2]。超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)是一种主要由肝脏合成的蛋白质,健康人血清中含量极微,当有炎症、感染、创伤时 hs-CRP 会升高^[3]。hs-CRP 作为一种非特异性的组织损伤产物,可对全身炎症反应进行评估、监测,以及进行预后判定。本研究分析了 hs-CRP 在不同分期糖尿病视网膜病变患者中的变化及意义,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 9 月至 2018 年 12 月在西安市北方医院内分泌科诊治的 78 例 DR 患者作为研究对象,纳入标准:患者年龄 40~70 岁;符合 DR 的诊断标准,即裂隙灯常规眼前节检查及眼底荧光造影检查确诊;入院前均未接受过玻璃体切除手术;临床资料完整;一般认知功能正常,日常生活能力未受损。排除标准:严重的心、肝、肺、肾等脏器功能不全患者;

神经发育迟滞、癫痫、药物滥用及中枢神经系统感染性疾病史患者;自身免疫性疾病患者,或有应用免疫抑制剂史患者。参照中华医学会眼底病组制定的 DR 分类标准对患者临床分期进行判定,Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ期为非增殖期,Ⅳ、Ⅴ期为增殖期。Ⅰ期:视网膜有小出血点;Ⅱ期:视网膜有出血斑;Ⅲ期:在Ⅰ期与Ⅱ期病变的基础上视网膜有灰白色“软性渗出”。Ⅳ期:视网膜玻璃体出血;Ⅴ期:视网膜有新生血管和纤维增殖。78 例 DR 患者中非增殖期 40 例(非增殖期组),其中Ⅰ期 22 例,Ⅱ期 10 例,Ⅲ期 8 例;增殖期 38 例(增殖期组),其中Ⅳ期 32 例,Ⅴ期 6 例。另外,选择同期本院体检健康者 52 例纳入对照组。3 组研究对象的年龄、性别、饮酒史等情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),增殖期组的病程、糖化血红蛋白、合并高血压与吸烟史比例明显高于非增殖期组,且非增殖期组与增殖期组的糖化血红蛋白、合并高血压及吸烟史比例明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

1.2 方法 所有研究对象在入院当天抽取肘静脉血 3 mL,不抗凝,静置 2 h 后 3 000 r/min 离心 10 min,分离上层血清,置于 Eppendor 管内,−20 ℃冰箱内保存。采用快速免疫透射比浊法检测血清 hs-CRP 水平,试剂盒由卡迈舒(上海)生物科技有限公司提供。同时收集所有研究对象的病史资料,包括年龄、性别、病程、糖化血红蛋白、合并高血压等并发症、吸烟史、饮酒史等情况。

△ 通信作者, E-mail: ijc04y@163.com。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,多组间比较采用方差分析,多组间中的两两比较采用 SNK-*q* 检验;计数资料以例数或百分

率表示,组间比较采用 χ^2 检验,多组间中的两组比较采用 Fisher 确切概率法;多因素分析采用 Logistic 回归分析;相关分析采用 Spearman 分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 3 组研究对象一般资料比较

组别	<i>n</i>	男/女 (<i>n</i> / <i>n</i>)	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	饮酒史 [<i>n</i> (%)]	病程 ($\bar{x}\pm s$,年)	糖化血红蛋白 ($\bar{x}\pm s$,%)	高血压 [<i>n</i> (%)]	吸烟史 [<i>n</i> (%)]
对照组	52	27/25	54.25±4.13	16(30.8)	—	10.14±2.25	2(3.8)	4(7.7)
非增殖期组	40	22/18	54.33±4.25	12(30.0)	1.83±0.33*	12.34±2.45*#	4(10.0)*#	7(17.5)*#
增殖期组	38	20/18	54.11±5.14	11(28.9)	2.67±0.44	14.19±2.78#	15(39.5)#	22(57.9)#

注:与增殖期组比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$;—为无数据

2 结 果

2.1 3 组研究对象 hs-CRP 水平比较 对照组、非增殖期组、增殖期组 hs-CRP 水平分别为(1.32±0.26)、(4.66±2.49)、(14.01±1.30)mg/L,3 组 hs-CRP 水平比较,差异有统计学意义($F=752.722,P<0.001$)。增殖期组的血清 hs-CRP 水平明显高于非增殖期组和对照组,且非增殖期组血清 hs-CRP 水平也明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 相关性分析 在 78 例患者中,Spearman 相关分析显示,DR 分期与 hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压、吸烟史均呈显著正相关($r=0.829,P=0.000$; $r=0.763,P=0.000$; $r=0.497,P=0.093$; $r=0.411,P=0.170$; $r=0.381,P=0.024$)。Logistic 多因素回归分析显示,hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压为导致 DR 增殖期发生的主要因素($P<0.05$)。见表 2。

表 2 DR 增殖期发生的多因素分析

变量	β	SE	Wald	OR	95%CI
hs-CRP	0.924	0.316	5.893	1.334	1.218~4.298
病程	0.420	1.504	8.334	1.672	1.333~4.134
糖化血红蛋白	3.662	0.996	4.984	1.201	1.094~4.871
高血压	1.004	1.130	6.333	2.873	1.944~9.113

3 讨 论

DR 是糖尿病严重的慢性微血管病变和常见的失明原因之一,也是造成近视的主要原因之一。视网膜微循环障碍是 DR 的病理基础,特别是广泛的视网膜缺血、缺氧可引起视网膜水肿,形成新生血管和纤维增生,从而导致严重的视力丧失^[3]。判定临床分期对 DR 的诊断具有重要意义,圆形、边界清楚的红色斑点(微血管瘤)是 DR 的特征性改变,特别是 DR 增殖期可表现为视网膜出血、脱离,可见圆形斑点,新生血管位于视网膜平面或伸入玻璃体腔,硬性渗出为黄白色沉着物^[4]。本研究显示,在 78 例患者中,判定为非增殖期 40 例,其中Ⅰ期 22 例,Ⅱ期 10 例,Ⅲ期 8 例;判断为增殖期 38 例,其中Ⅳ期 32 例,Ⅴ期 6 例,表明 DR 增殖期的发生率比较高。

随着临床实践及相关基础研究的深入开展,临床逐步认识到多种细胞因子在 DR 发生、发展过程中发挥着重要作用。hs-CRP 是肝脏在机体受到刺激作用下产生和释放的一种反应物,主要由肝脏合成,此外,肺泡巨噬细胞、肾脏也能诱导表达合成该因子^[5]。在 DR 发病早期,hs-CRP 表达水平就会明显升高;随着病情的好转,其水平又可快速恢复至正常水平;随着病情的恶化 hs-CRP 表达水平可急剧升高^[6]。hs-CRP 可通过与凋亡细胞膜磷脂或细菌、真菌、胆碱结合,促使内源性或外源性配体物质的清除,激活补体,调理吞噬功能^[7]。本研究显示,增殖期组的血清 hs-CRP 水平明显高于非增殖期组和对照组,且非增殖期组也明显高于对照组。hs-CRP 可增强吞噬细胞的吞噬作用,对中性粒细胞具有调节作用,诱导内皮细胞致炎因子的表达,在持续的炎症反应和自身免疫功能下降过程中,血清 hs-CRP 水平明显升高,血管内皮损伤,炎性细胞持续浸润,从而导致 DR 病情恶化,诱发进入增殖期。

DR 的发生、发展是一个很长的临床过程,根据血糖控制情况、生活行为、合并全身其他病变及个体差异等,其病情发展也有不同^[8]。传统临床分期主要依靠眼病表现、眼底照相与眼底荧光血管造影表现,有一定的主观性与滞后性,因此,加强血液学检测意义重大^[9]。本研究中 3 组研究对象的年龄、性别、饮酒史等情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),增殖期组的病程、糖化血红蛋白、合并高血压及吸烟史比例明显高于非增殖期组,且增殖期组及非增殖期组的糖化血红蛋白、合并高血压及吸烟史比例明显高于对照组,同时 Spearman 分析结果显示,DR 分期与 hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压、吸烟史呈显著正相关;Logistic 多因素回归分析结果显示,hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压为导致 DR 增殖期发生的主要因素。从机制上分析,hs-CRP 是急性炎症反应的重要标志物,且升高的幅度随着感染的加重呈现出递增的趋势,hs-CRP 与糖化血红蛋白升高,以及 DR 患者的眼球壁扩张,视网膜神经节细胞营养不良,单位面积内视网膜上的神经节细胞减少,脉络膜视网膜

缺血缺氧,细胞轴突变性,疾病恶化关系密切。当患者病程长且合并高血压时,患者今后进入增殖期的概率越大,特别是高血压可使红细胞对氧的亲合力增大,加重眼部组织缺氧程度,也可造成视网膜代谢改变,使 hs-CRP 增加,从而形成恶性循环。本研究也有一定的不足,样本量比较少,且影响 DR 患者临床分期的指标也比较多,导致本研究可能存在研究偏倚,将在后续研究中深入分析。

综上所述,hs-CRP 在增殖期 DR 患者中呈现高表达状况,且 hs-CRP、病程、糖化血红蛋白、高血压为导致 DR 增殖期发生的主要因素。

参考文献

- [1] ARYAN Z, GHAJAR A, FAGHIHI-KASHANI S, et al. Baseline high-sensitivity C-reactive protein predicts macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes: a population-based study [J]. Ann Nutr Metab, 2018, 72(4): 287-295.
- [2] 王霖霞, 苏娜, 张云娜, 等. 25 羟维生素 D₃、hs-CRP 与糖尿病视网膜病变相关性研究 [J]. 河北医科大学学报, 2018, 39(10): 1149-1152.
- [3] 李佳. 中性粒细胞/淋巴细胞、血小板/淋巴细胞、平均血

- 小板体积和超敏 CRP 在糖尿病视网膜病变中的预测价值 [J]. 河北医药, 2018, 40(7): 1039-1042.
- [4] 刘珍容, 张明. 2 型糖尿病增生性视网膜病变患者血管内皮生长因子及炎症介质水平改变的临床研究 [J]. 临床眼科杂志, 2018, 26(4): 301-304.
- [5] 李鑫, 王镁, 佟旭, 等. 2 型糖尿病合并代谢性炎症综合征的危险因素研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(31): 3823-3826.
- [6] 孙晓菲, 董其娟, 于江红, 等. 血清超敏 C-反应蛋白和降钙素原与 D-二聚体及纤维蛋白原在糖尿病足感染患者中的变化分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(12): 2706-2709.
- [7] 徐莹, 吴乃君, 金秀平, 等. 超敏 C 反应蛋白与糖尿病视网膜病变的相关性研究 [J]. 河北联合大学学报(医学版), 2017, 19(3): 222-225.
- [8] 湛金金, 严涛. 探讨不同分期糖尿病视网膜病变患者多焦视网膜电图及超敏血清 C 反应蛋白水平变化及意义 [J]. 临床眼科杂志, 2017, 25(4): 299-301.
- [9] 刘晖, 刘刚, 罗莉丽. 胱抑素 C 及 Chemerin 在糖尿病视网膜病变患者血清中表达的临床意义 [J]. 标记免疫分析与临床, 2017, 24(3): 297-301.

(收稿日期: 2019-02-10 修回日期: 2019-05-21)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.19.043

日记式心理教育在妊娠合并胰腺炎中的应用价值

南海琼, 辛利萍

西电集团医院妇产科, 陕西西安 710077

摘要:目的 探讨日记式心理教育在妊娠合并胰腺炎中的应用价值。方法 以 2015 年 7 月至 2019 年 3 月该院诊断为妊娠合并胰腺炎的 60 例患者为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各 30 例。对照组采用常规健康宣教, 观察组给予日记式心理教育, 比较两组患者干预前后的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分, 并比较两组患者的生活质量、不良妊娠结局。结果 干预后, 观察组 SAS、SDS 评分分别为(52.4±6.7)、(55.6±8.3)分, 均明显低于对照组的(58.3±6.4)、(62.4±8.8)分, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 干预后两组患者生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)评分与干预前比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 但生理功能(PF)、活力(VT)、总体健康(GH)、社会功能(SF)、精神健康(MH)、情感职能(RE)评分较干预前均明显升高, 且观察组均明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 观察组不良妊娠结局发生率为 23.3%, 与对照组的 40.0% 比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 日记式心理教育能明显改善妊娠合并胰腺炎患者的负性情绪及生活质量, 值得临床推广应用。

关键词: 日记式心理教育; 妊娠合并糖尿病; 胰腺炎

中图法分类号: R473.71; R714.25

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)19-2883-04

妊娠合并胰腺炎并不常见, 通常好发于孕晚期及产后 6 周内, 孕产妇和围生期儿的病死率较高, 一旦发生需积极控制病情, 以免疾病进行性恶化。妊娠合并胰腺炎孕妇不仅要承受各种怀孕带来的不适, 还需积极配合医师治疗, 并保持良好的情绪, 避免胎儿受到情绪波动, 因此, 恰当的心理护理十分重要^[1]。集束化护理、品管圈护理等在护理管理上优势明显, 但在心理护理方面作用不大, 且孕妇极易出现反感情

绪, 抵触以上护理管理。基于妊娠合并胰腺炎孕妇心理压力大、苦闷、悲观等负性情绪特点, 本研究拟用日记式心理教育对其进行护理。该模式属于认知疗法^[2], 通过写日记向自己倾诉, 还可记录日常情绪变化, 护士将日记与护理文化结合起来, 更好地为患者制订护理计划, 继而改善患者负性情绪。本研究以 60 例妊娠合并胰腺炎患者为例, 分析日记式心理教育的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2015 年 7 月至 2019 年 3 月本院诊断为妊娠合并胰腺炎的 60 例患者为研究对象, 纳入标准: (1) 实验室检查发现三酰甘油、尿淀粉酶、血淀粉酶升高, B 超显示为胰腺炎; (2) 病历资料完整, 病程记录详细; (3) 意识清楚。排除标准: (1) 存在认知功能障碍、精神疾病、沟通困难; (2) 初中及以下文化程度; (3) 住院第 1 天死亡; (4) 合并其他严重基础性疾病, 如腹腔感染、冠心病、脑血管疾病等可能导致不良预后。按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各 30 例。观察组患者年龄 22~31 岁, 平均 (26.7 ± 3.4) 岁; 首次妊娠 9 例, 平均孕周 (30.3 ± 4.6) 周; 病因包括高脂血症 15 例, 胆源性 13 例, 饮食因素 2 例; 轻度急性胰腺炎 19 例, 中度急性胰腺炎 11 例; 文化程度包括高中 8 例, 本科及以上 22 例。对照组患者年龄 24~33 岁, 平均 (28.3 ± 4.5) 岁; 首次妊娠 10 例, 平均孕周 (31.5 ± 4.7) 周; 病因包括高脂血症 17 例, 胆源性 12 例, 饮食因素 1 例; 轻度急性胰腺炎 23 例, 中度急性胰腺炎 7 例; 文化程度包括高中 5 例, 本科及以上 25 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经过本院伦理委员会批准后进行, 所有患者及家属均自愿加入本研究, 且签署知情同意书。

1.2 方法 患者入院后均给予抑制胰酶分泌对症治疗, 住院期间, 对照组予以常规健康宣教, 包括妊娠合并胰腺炎的原因、症状及注意事项, 对有负性情绪的患者进行心理疏导, 指导家属给予情感支持。观察组予以日记式心理教育, 护理程序如下: (1) 首先建立护理小组, 选取 4 名护士为组员, 包括 2 名护师及 2 名护士, 护士长为组长。护士长首先组织入组护士进行心理教育讲座, 并邀请心理学专家参与讨论, 深入分析患者怀孕-出现胰腺炎临床症状-诊断-住院这一过程中的心路历程, 对即将可能出现的情况, 包括患者处于愤怒期, 产生强烈反应, 抗拒各项诊断及治疗行为, 或者出现极度悲观情绪, 处于抑郁状态, 不抵抗但也不会主动参与治疗的行为, 依次制订不同的日记本。针对悲观患者, 制作图文共享的日记本, 标注日期、住院天数、孕周基本信息, 均以图文或卡通文字展示, 在每页附上鼓励的漫画图片, 同时将妊娠合并胰腺炎的发病机制、相关治疗过程、护理重点以漫画形式插入日记本, 在日记本后几页附上有关胰腺炎智力问答的题目。针对情绪亢进的患者, 可不制作图文, 以婴儿图片作为日记本背景图片, 或者附上该患者既往产检中有关婴儿的彩超图, 以及有关胰腺炎的自护知识, 强调孕妇心情愉悦对胎儿成长的重要性相关知识。(2) 沟通, 有效的沟通能保证后面的护理措施正常进行, 因此, 责任护士在患者住院第 1 天时先进行沟通, 倾听患者关于自己患胰腺炎的看法, 对于部分过激言论, 护士首先给予理解, 耐心倾听后再提出自

己的看法。同时, 护士还可从患者家属了解更多的信息, 包括患者成长状态、对疾病的知晓度、对腹中胎儿的期望及未来生活的规划等, 从而对患者的基础信息和性格有基本印象, 第 2 天再发放日记本。(3) 引导, 发放日记本后, 责任护士引导患者以记日记形式记录当日心情变化, 如指导患者在日记本上记录每次护理操作, 并写下感想, 例如在静脉输注药物后, 患者可记录如下: 宝宝, 刚才妈妈在静脉输注药物, 听护士阿姨说, 这是抑制胰酶分泌, 宝宝不要害怕, 妈妈也不会害怕的。或者记录自己某时刻的心情: 宝宝, 听护士阿姨和医生叔叔讲, 今天妈妈的血淀粉酶下降了, 逐渐恢复正常了, 但是妈妈还是没有什么胃口, 皮肤也变得不好了, 身上还很痛, 快点给妈妈些鼓励吧。除记录基础生命体征外, 护士还应指导患者适当采用艺术字及卡通人物的形式描述心情, 护士还可发放一盒彩笔, 让患者自行选择颜色填充图画, 转移患者负性情绪。(4) 督查, 责任护士应督促患者每日写日记, 对写作水平无要求, 可采用流水账形式, 也可采用上述记录形式, 内容不限, 但是要求患者每日记录, 并在征求患者同意的基础上每日查阅日记, 了解患者心理状态及发生负性情绪的原因, 包括对外界的看法, 根据不同的原因再进行针对性干预。对注重隐私保护, 或比较敏感的患者, 护士予以开导、抚慰, 强调本次日记式心理教育对母亲、胎儿的重要性, 并连同家属一起, 叮嘱患者按时记日记。(5) 反馈, 查阅患者的日记后, 针对患者的疑虑、抑郁、悲观等情绪, 护士应及时与心理咨询师联系, 必要时进行一对一访谈。但是针对病房环境及治疗方案的疑虑, 护士可制作妊娠合并胰腺炎的 PPT, 向患者讲解胰腺炎的发生、临床表现、必要的治疗及其意义, 以及遵医行为的重要性。如针对病房环境存在不满, 护士应客观评估病房环境, 并向患者解释。

1.3 观察指标 (1) 干预前后, 采用焦虑自评量表 (SAS) 及抑郁自评量表 (SDS) 评估患者焦虑和抑郁情况^[3]。按照医院通用标准 (心理测试软件), 并参照心理评估量表手册进行划分, SAS 标准分 < 50 分为无焦虑, $50 \sim < 60$ 分为轻度焦虑, $60 \sim < 70$ 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑。SDS 共 20 个条目, 抑郁严重程度评估标准与 SAS 评分标准一致。(2) 采用中文版健康调查简表 (SF-36 量表) 评估患者生活质量^[4], 该量表共 36 个条目, 8 个维度, 包括生理功能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、活力 (VT)、总体健康 (GH)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH) 等维度。(2) 统计两组患者治疗期间不良妊娠结局发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理及统计学分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内比较采用配对样本 t 检验; 计数资料以例数或百分率表

示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 干预前后两组患者 SAS、SDS 评分比较 干预前两组患者 SAS、SDS 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后两组患者 SAS、SDS 评分较干预前均明显下降,且观察组评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 干预前后两组患者生活质量评分比较 干预前两组患者各项生活质量评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后两组患者 PF、VT、GH、SF、MH、RE 评分较干预前明显升高,且观察组均明显高

于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);但两组患者 RP、BP 评分较干预前无明显变化,差异均无有统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 1 干预前后两组患者 SAS、SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时间	SAS 评分	SDS 评分
观察组	30	干预前	63.4±13.6	67.7±14.4
		干预后	52.4±6.7*△	55.6±8.3*△
对照组	30	干预前	64.5±14.2	68.3±14.8
		干预后	58.3±6.4*	62.4±8.8*

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

表 2 干预前后两组患者生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时间	PF	RP	BP	VT	GH	SF	RE	MH
观察组	30	干预前	62.5±6.3	65.4±7.3	64.5±5.2	51.2±4.3	53.3±5.2	56.7±8.2	54.5±7.5	53.4±5.6
		干预后	66.7±7.2*△	67.3±7.7	62.3±4.5	65.4±4.3*△	66.3±4.5*△	73.5±9.4*△	64.3±6.5*△	73.2±5.3*△
对照组	30	干预前	61.2±6.5	63.4±7.6	64.6±5.3	50.3±4.5	52.6±5.7	55.4±6.5	51.8±7.2	50.2±5.4
		干预后	62.4±5.8	65.3±6.5	60.5±4.3	52.3±3.2	60.3±4.8*	67.2±8.7*	58.7±6.8*	63.4±5.7*

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

2.3 两组患者妊娠结局比较 对照组 8 例因胎儿发生宫内窘迫早产,4 例炎症病情较轻,行腹腔引流,不良结局总发生率为 40.0%;观察组 5 例因胎儿发生宫内窘迫早产,2 例胆囊切除,不良妊娠结局总发生率为 23.3%。两组不良妊娠结局总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

脂源性因素是导致妊娠合并胰腺炎的首要因素,如患者发生重度急性胰腺炎,将被迫终止妊娠,且胎儿可能出现宫内窘迫、低血钙等不良妊娠结局^[5-6],而母体在接受各项治疗时还要承受巨大的压力,往往出现悲观、内疚、抑郁等负性情绪,极不利于胎儿的生长发育^[7-8]。因此,在进行胰腺炎治疗时如何进行心理护理,帮助患者在住院治疗中保持良好的心态十分重要。日记式心理教育是一种特殊的心理治疗法^[9],以文字或图画的形式记录心理变化及日常生活中印象深刻的事情,对患者而言,通过记录心理变化,将想象的内容变为实实在在存在的东西,不仅起到转移注意力作用,同时能回顾、反思^[10];对责任护士而言,护士查阅日记后能更加清楚地了解患者的心理状态及服务需求,继而采取对应的护理措施。本研究中,针对不同类型的患者,其日记本设计风格不同,更符合患者的心理状态,让患者更愿意主动写下内心活动。另外,护士应鼓励患者养成写日记的好习惯,并在日记中捕获患者当前心理状态,从第一手资料中充分挖掘有用信息,包括患者对生活的规划、孩子的期许及治疗期间对医生护士的看法,再根据收集的信息采取心理护理。本研究中,干预后观察组 SAS、SDS 评分较干预前明显下降,且观察组明显低于对照组,不仅说

明心理护理非常必要,同时证实日记式心理教育更有助于患者转移负性情绪^[11-12]。但在 SF-36 评分中,两组患者 RP、BP 评分无明显差异,笔者分析,本研究中虽无重度胰腺炎患者,但疾病带来的疼痛、生理方面的问题不可避免,且患者还面临着终止妊娠的风险,无法正常妊娠^[13],因此这两项分数较干预前变动不大。但干预后两组患者 PF、VT、GH、SF、MH、RE 评分较干预前明显升高,且观察组分数明显高于对照组,可见实施日记式心理教育后,患者能主动表达自己的想法,以文字记录的形式与护士间接沟通,从而保持积极向上的心态,从根本上认识到自己的责任及积极生存的价值,因此,观察组患者生活质量提高明显。另外,两组患者不良妊娠结局比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但两组均出现胎儿宫内窘迫的情况,可能由于胰腺炎母体出现缺氧症,微动脉供血不足所致^[12-13],临床需提高警惕。

综上所述,妊娠合并胰腺炎患者容易出现负性情绪,护士应及时进行心理护理,避免患者负性情绪的产生,影响胎儿生长发育。而日记式心理教育能帮助患者主动表达自己的想法,转移负性情绪,具有较高的应用价值。

参考文献

[1] SAFI F, TOUMEH A, ABUISSA QADAN M A, et al. Management of familial hypertriglyceridemia-induced pancreatitis during pregnancy with therapeutic plasma exchange: a case report and review of literature[J]. Am J Ther 2014, 21(5): e134-e136.

[2] 钟小容, 潘雨萍, 陶健敏. 日记式心理教育干预对复发性