

通知医生,并可给予快速补液、止血,同时备血,必要时做好手术治疗的准备^[7]。

3 出院指导

患者对出院后健康知识的掌握与配合是影响患者预后至关键的因素,所以要在患者出院前,做好健康宣教,引起其重视。因 ESD 术后病变处存在术后急性溃疡,且此种溃疡是全黏膜层被切除后的缺损,黏膜下基底层暴露,应该严格控制饮食,告知患者严格禁食坚硬及刺激性强的食物,密切观察大便颜色,警惕术后溃疡及修复过程中的出血。ESD 术后患者出院后如出现胸骨后疼痛、持续性腹痛、呕血、黑便,应及时就诊,尽早复查胃镜,观察创面恢复和愈合情况^[8]。

综上所述,ESD 具有如下优点:(1)个体化治疗,针对性强;(2)可以在不进行外科手术的情况下通过 ESD 获得完整的组织病理标本;(3)一次性完整切除率高,明显减少了组织的残留和复发^[9];(4)同一患者可以接受多次 ESD 治疗,同时一次也可以进行多部位治疗。ESD 是损伤小、恢复快、并发症少、住院时间短的新型内镜下手术^[10]。ESD 术后的护理配合十分重要,做好了可起到事半功倍的效果,特别是术前的心理护理、术后的饮食护理及并发症的观察尤为重要。

参考文献:

[1] 韩英. 经内镜大肠黏膜下层剥离术(ESD)——现状和展望[J]. 现代消化及介入诊疗, 2009, 14(2): 63.

• 临床护理 •

- [2] 陆秋云,戈之铮. 经内镜黏膜下剥离术在早期胃肠道肿瘤中的应用[J]. 国际消化病杂志, 2009, 29(2): 133-135.
- [3] 何珠芳,倪慧. 内镜下黏膜切除术治疗上消化道隆起性病变的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(33): 5026-5027.
- [4] 莱文智,姜泊. 内镜下消化病微创治疗护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 258-260.
- [5] 杨桥兰. 内镜黏膜下剥离术治疗早期胃癌的护理[J]. 中华现代护理学杂志, 2009, 6(2): 130-131.
- [6] 李薇,邱成丽,栾琰. 1 例胃镜下早期胃癌黏膜剥离术后并发穿孔的护理体会[J]. 西南军医, 2010, 11(12): 110-111.
- [7] 江华,郭继忠,刘勤芳,等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道黏膜下病变的护理[J]. 当代护士, 2009, 11(2): 2134-2136.
- [8] 赵阿红. 早期胃癌患者内镜黏膜下剥离术治疗的护理[J]. 护理学报, 2010, 18(7): 45.
- [9] 纪海玲,郑静怡,覃冬香. EMR 治疗消化道早期肿瘤及癌前病变的护理[J]. 广州医药, 2007, 38(5): 77-78.
- [10] 周平红,姚礼庆,徐美东,等. 内镜黏膜下剥离术治疗消化道固有肌层肿瘤[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(1): 22-25.

(收稿日期: 2011-01-08)

精神病患者家属心理干预对照研究

朱跃平,唐丽,冉江峰,邓梅

(重庆市精神卫生中心 401147)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2011. 15. 044

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)15-1552-02

不同国家精神病患者得到的医疗照顾模式是不同的,我国的精神病患者主要是与其家属共同生活,疾病缓解期多由家属照顾,其家属的心理健康状况对患者的病情变化密切相关,这是不容忽视的社会因素之一^[1-2]。为了解精神病患者家属的心理健康状况及采取心理护理干预措施的效果,作者对此进行调查,并采取了相应的干预措施,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按中国精神疾病分类和诊断标准第 3 版(CCMD-3)^[3],入组 54 例患者均符合重性精神病诊断,其病种构成为:精神分裂症 30 例,酒精中毒性精神障碍 14 例,器质性精神障碍 10 例。将其家属(患者父母、配偶或子女共 180 人)随机分为观察组(96 人)与对照组(84 人):(1)观察组中男 41 人,女 55 人;年龄 18~62 岁,平均(37±18.4)岁;文化程度为小学 25 人,中学 53 人,大学 18 人;职业为工人 48 人,干部 25 人,农民 23 人。(2)对照组 84 人中男 36 人,女 48 人;年龄 16~61 岁,平均(38±16.5)岁;文化程度为小学 18 人,中学 39 人,大学 27 人;职业为工人 47 人,干部 17 人,农民 20 人。两组在年龄、性别、职业、文化程度等经比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对两组精神病患者进行常规抗精神病药物等治

疗。观察组再分成 5 个小组开展工作,专业人员对患者家属进行心理干预 1 年,具体措施包括:(1)专业知识和技能教育,每 2 周为患者家属举行精神疾病相关知识、药物指导及患者家属应对技能的知识讲座;(2)心理护理干预,每周组织患者和患者家属开展集体心理治疗,鼓励患者和患者家属间多沟通信息,宣泄自身情感,培养社交技巧等。采用 90 项症状自评量表(SCL-90)^[4]于入组时和干预后对两组患者家属进行心理状况调查。

1.3 统计学处理 统计分析采用 SPSS10.0 统计软件,对原始数据采用 χ^2 检验和 t 检验分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者家属的心理状态比较 两组在入组时都存在不同程度的心理问题(表 1),差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组经 1 年心理干预后,SCL-90 总分、阳性症状痛苦水平、总症状指数、阳性症状平均分与入组时比较差异有统计学意义($P<0.01$),与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 两组 SCL-90 因子分比较 两组以强迫、焦虑、抑郁、人际关系及其他(如饮食、睡眠)症状较为突出(表 2),观察组经心理干预后与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组的 SCL-90 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	总分	阳性症状痛苦水平	总症状指数	阳性症状平均分
观察组(n=96)				
入组时	178.12±54.68	3.86±1.76	2.21±0.68	2.65±0.48
1年末	106.36±16.47*△	1.87±1.23*△	1.26±0.21*△	1.37±0.51*△
对照组(n=84)				
入组时	171.62±43.35	3.80±2.48	2.10±0.36	2.30±0.74
1年末	162.67±36.87	3.84±3.87	1.45±0.32	2.48±0.76

*: P<0.01, 与入组时比较; △: P<0.01, 组间比较。

表 2 两组患者家属 SCL-90 各因子评分结果比较($\bar{x} \pm s$)

因子	观察组(n=96)		对照组(n=84)	
	入组时	干预后	入组时	干预后
躯体化	1.86±0.59	1.42±0.38*	1.32±0.75*	1.47±0.73△
强迫	2.24±0.45	1.41±0.42*	2.02±0.58	1.74±0.62△
人际敏感	2.52±1.19	1.38±0.45*	2.27±0.48	1.98±0.46△
抑郁	2.04±0.74	1.61±0.62*	2.27±0.48	1.91±0.47△
焦虑	2.08±1.34	1.42±0.41*	2.04±1.14	1.68±0.43△
敌意	2.14±1.22	1.34±0.42*	1.51±0.48	1.62±0.84△
恐怖	1.64±0.53	1.25±0.36*	1.49±0.74	1.28±0.42△
偏执	1.94±1.52	1.38±0.47*	1.46±0.49	1.21±0.52△
精神病性	1.72±1.21	1.13±0.29*	1.48±0.74	1.20±0.75△
其他	2.35±0.87	1.32±0.75*	2.02±0.82	1.95±0.73△

△: P>0.05, 与入组时比较; *: P<0.01, 组间比较。

3 讨 论

3.1 有研究显示,影响精神疾病患者疗效和社会功能康复的主要原因为:治疗合作程度,服药依从性,患者的社会功能状况,以及是否对患者家庭进行了一定的家庭干预和患者亲属的精神卫生知识教育^[5]。由于精神病多为慢性疾病,因此需要得到较长期的医疗照顾,一些国家是以机构看护为主,而我国则多为传统家庭照顾为主^[6-7],其家庭成员心理状况如何,值得研究。本组资料显示,精神病患者家属心理健康水平欠佳,两组患者家属 SCL-90 总分、阳性症状痛苦水平、总症状指数、阳性症状平均分均较高。由此可见精神病患者对其家属在心理上造成的影响具有普遍性,因子分较高的为抑郁、强迫、人际关系及其他(如饮食、睡眠)等方面,与文献报道相似^[8]。

3.2 经对精神病患者家属(观察组)进行心理评价和为期 12 个月心理护理干预后,观察组患者家属 SCL-90 总分和因子分降低与对照组比较有明显差异,提示心理护理干预能提高精神病患者家属的心理健康水平和心理应对技巧,同时也能进一步提高其家庭职能,提高精神病患者的心理康复水平,并有利于其社会功能的康复^[9-10]。由于样本不够大,有待扩大样本进一步深入探索研究,不断总结各类精神病患者家属心理护理干预的各种模式,为患者提供更好的医疗服务。

[J]. 中华护理杂志,2003,38(2):132-134.

[2] 郭珍,张明园. 神经症和情感障碍患者的家庭照料负担[J]. 上海精神医学,1997,9(3):169.

[3] 陈彦方. CCMD-3 相关精神障碍的治疗与护理[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001:268-270.

[4] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2 版. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:17.

[5] 翁正,张敬悬,柴新生,等. 家庭教育对精神分裂症患者社区康复作用的对照研究[J]. 中华神经精神科杂志,1994,8(5):206-207.

[6] 武连英,孙建华. 出院精神患者的家庭护理[J]. 青岛医药卫生,2009,41(4):312-313.

[7] 崔凤琢. 社区精神病患者家庭护理干预的效果评价[J]. 临床护理杂志,2005,4(6):9-10.

[8] 赵宝龙,王祖承. 精神分裂症患者家庭干预的 3 年随访[J]. 中华精神科杂志,2002,33(4):233-236.

[9] 冉超群,黄燕. 心理护理在精神科患者及其家属中的应用[J]. 中华现代内科学杂志,2007,4(2):184-185.

[10] 周勇,刘嵩迎. 精神分裂症患者家庭环境与父母教养方式分析[J]. 重庆医学,2010,39(15):2025.

参考文献:

[1] 李峥. 精神分裂症患者/家属(心理)教育和干预的研究

(收稿日期:2011-01-14 修回日期:2011-03-12)