

86(3):273-280.

[11] Tajika M, Niwa Y, Bhatia V, et al. Comparison of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for large colorectal tumors[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2011, 23(11):1042-1049.

• 临床护理 •

心理干预对首次确诊梅毒患者心理压力的影响

王维韦, 孙仁山, 伍津津, 周金玲, 张梅, 彭超霞
(第三军医大学大坪医院皮肤科, 重庆 400042)

[12] Lian J, Chen S, Zhang Y, et al. A meta-analysis of endoscopic submucosal dissection and EMR for early gastric cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2012, 76(4):763-770.

(收稿日期: 2012-07-08 修回日期: 2012-11-27)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.047

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)02-0353-02

梅毒是由苍白螺旋体感染所引起的一种慢性传播疾病, 几乎可侵犯全身各器官, 并产生多种多样的症状和体征。梅毒主要是通过性交传染, 也可以通过胎盘传给下一代而发生先天性梅毒^[1]。患者由于感染了梅毒往往感到羞愧, 加上因疾病本身而带来的巨大心理压力, 患者常表现出警惕、孤独、忧郁、焦虑、恐惧, 甚至对社会不满等不良情绪^[2]。为了解首次确诊为梅毒的患者的心理压力, 探讨心理干预对患者心理状态的影响, 笔者对 2008 年 8 月至 2011 年 8 月在本科首次确诊为梅毒的 34 例住院患者进行了研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本科 2008 年 8 月至 2011 年 8 月首次确诊为梅毒的 34 例住院患者, 诊断均符合目前国内梅毒实验室诊断标准^[3], 其中, 男 20 例, 女 14 例; 年龄 21~76 岁, 平均(42.5±13.5)岁。将其平均分为干预组和对照组, 各 17 例。其中, 干预组: 男 10 例, 女 7 例; 年龄 22~76 岁, 平均(42.8±13.9)岁; 对照组: 男 10 例, 女 7 例; 年龄 21~72 岁, 平均(42.3±13.6)岁。两组患者在性别、年龄及文化程度方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 均住院 14 d。

1.2 方法

1.2.1 观察指标 采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)对两组患者进行心理状态的评价。

1.2.2 调查方法 两组患者入院后均按常规梅毒治疗方案给予药物治疗和护理, 采用 SAS 和 SDS 进行患者心理测评。干预组患者在此基础上给予心理护理, 由责任护士与首次确诊为梅毒的患者进行深入交流, 了解患者现有的不良心理状态, 根据收集到的结果对患者进行耐心的健康知识宣教及心理护理, 告知患者梅毒的传播途径、分期、需注意的相关事项、治疗的重要性、临床预后及复诊时间, 同情并安慰患者, 使患者感受到温暖, 让患者了解疾病得到控制后并不影响正常的工作与生活, 责任护士在患者住院期间, 每日与之进行交流, 并对其心理状态进行评估。对照组患者由责任护士进行一般的健康知识宣教, 每周只进行 1~2 次交流。每位患者出院前再进行一次测评。

1.2.3 判定标准 使用 SDS 及 SAS 调查两组患者在心理干预前、后的心理变化。患者在充分了解后自行填写, 共 20 个项目, 每项评定采用 4 分制计分, 将 20 项总分乘以 1.25, 得标准分, 将其分为 4 个等级, 50 分为划界限, 50~<60 分为轻度焦

虑或抑郁, 60~<70 分为中度焦虑或抑郁, ≥ 70 分为重度焦虑或抑郁^[4]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组和干预组患者心理干预前的 SAS、SDS 评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预组患者经心理干预后, SAS、SDS 评分均明显低于干预前($P<0.05$); 而对照组心理干预前、后, SAS、SDS 评分的差异无统计学意义($P>0.05$)。心理干预后, 干预组患者的 SAS、SDS 评分均明显低于对照组($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者心理干预前、后 SAS、SDS 评分的比较($\bar{x}\pm s$, 分, $n=17$)

组别	SAS	SDS
对照组		
干预前	58.0±10.9	56.7±11.7
干预后	53.6±10.6	54.9±12.3
干预组		
干预前	57.4±12.4	56.6±11.4
干预后	41.2±10.8 ^{ab}	39.5±9.3 ^{ab}

^a: $P<0.05$, 与干预组干预前比较; ^b: $P<0.05$, 与对照组干预后比较。

3 讨论

首次确诊为梅毒的患者通常不愿接受检查结果而进行多次复查, 严重时, 患者会出现抑郁、报复社会, 甚至产生自杀念头。笔者所选用的 SAS 及 SDS 已广泛应用于临床实践^[5]。研究表明干预组患者接受心理干预后, 焦虑和抑郁心理较对照组明显好转。

作为护理人员, 笔者的体会如下: (1) 尊重患者隐私。护理人员要尊重这类患者的隐私, 不能表现出歧视与冷漠^[6], 应采用单独交谈方式与患者进行交流, 交谈时注意语气和语调, 态度诚恳、耐心倾听, 使患者感受到护理人员对他的关心与帮助。每次交流都应建立在充分信任的基础上, 让患者敞开心扉, 放松紧张心情, 达到深入了解患者心理变化的目的。(2) 加强健康知识宣教。患者因初次确诊为梅毒, 对该疾病的发生机制缺

乏了解。护理人员首先应告知患者梅毒作为一种病毒感染,其主要传播途径及临床表现,使患者明白早期正规治疗的重要性,避免并发症的发生;告知其治疗期间应禁止性生活,避免再感染及感染他人,治疗后还应定期复诊。(3)患者及家属心理的护理。治疗梅毒需花费一定的费用,患者一般会难以启齿告诉家人,害怕亲属的远离和社会的歧视,背负了巨大的心理压力。有些家属不谅解,护理人员应单独与其进行交流,让家属也了解该疾病,打消其顾虑,家人的关心与谅解可使患者安心治疗。(4)帮助患者重返社会。护理人员要让患者充分了解梅毒,树立信心,打消患者出院后的顾虑。如患者初次确诊并无其他并发症,经积极治疗后可重新走入社会,进行正常的工作,但要避免劳累,生活作息要规律,注意个人卫生,多进行适当的体育锻炼,增强自身抵抗力。

总之,对首次确诊为梅毒的患者,护理人员不仅要指导其进行正规的药物治疗,还要以护理伦理学的要求提升护理道德^[7],为患者实施心理治疗,帮助他们早日康复。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010.

- [2] 戴莉,温志超,王瑞彬,等. 健康教育在盆腔炎合并梅毒患者中的应用[J]. 中国性科学,2011,20(3):13-14.
- [3] 陈华根. 梅毒的实验室诊断及临床应用[J]. 实用医技杂志,2010,17(3):245-246.
- [4] 李小琴. 心理护理对癌症化疗患者心理状态的影响[J]. 中国实用护理杂志,2010,26(12):44-45.
- [5] 朱爱珍. 围术期梅毒患者的心理干预[J]. 现代实用医学,2009,21(8):898-899.
- [6] 李慧,张萌. 神经梅毒治疗和护理进展[J]. 中华现代护理杂志,2007,18(28):2715-2717.
- [7] 周小红. 从护理伦理学的角度关爱骨科梅毒病人[J]. 临床医学工程,2010,17(1):98-99.

(收稿日期:2012-09-21 修回日期:2012-11-27)

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010.

90 岁以上前列腺增生症患者经尿道电切术 20 例护理

刘世芳,胡 华,吴嗣清,付 炼

(重庆市第五人民医院泌尿外科 400062)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)03-0354-02

经尿道前列腺电切除术(transurethral resection of the prostate, TURP)是治疗良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)的金标准,而高龄 BPH 患者常合并有一种或多种基础疾病,有报道高达 83.3%^[1],特别是当前列腺体积较大,手术时间长,患者年龄超过 80 岁以及有急性尿潴留患者,将增加 TURP 手术风险和并发症,给护理工作带来较大的难度。而 90 岁以上高龄患者行 TURP 的护理,临床尚未见有报告。本文在总结 90 岁以上前列腺增生症行 TURP 报道的基础上^[2],对 90 岁以上前列腺增生症患者行 TURP 的护理进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 6 月至 2011 年 11 月 20 例患者,年龄 90~97 岁,平均 91.7 岁,术后住院 4~20 d,平均 8.6 d。20 例中有急性尿潴留 14 例,其中 3 例行耻骨上膀胱造瘘。前列腺增大,Ⅰ:9 例,Ⅱ:7 例,Ⅲ:4 例。合并心脏疾病 10 例(冠心病 5 例,心肌缺血 4 例,房性早搏 3 例,心房纤颤 1 例,心力衰竭 1 例,频发室早、完全性左束支阻滞、术前安置临时起搏器 1 例)。高血压 3 例。脑梗死 2 例。中度贫血 2 例。低蛋白血症 3 例。老年痴呆 1 例。膀胱结石 2 例。肾功能不全 1 例。慢性支气管炎、肺气肿 1 例。肺部感染 1 例。肺癌 1 例。其中合并 2 种及以上疾病者 10 例。按 Sohlegel 氏前列腺增生症手术危险性分类均为Ⅱ~Ⅲ级中等手术危险。Karnofsky 体能状况评分:

20 例患者均大于或等于 40 分且小于或等于 80 分,即生活不能自理,需特别照顾及治疗。根据美国麻醉医师协会(ASA)麻醉危险身体状况分级,Ⅰ:4 例,Ⅱ:11 例,Ⅲ:5 例,全组病例均在持续硬膜外麻醉下完成手术。

1.2 护理

1.2.1 术前基础疾病和体力状况评估 本组合并基础疾病最多为心血管疾病 10 例(50%)和肺部疾病 3 例,根据评估结果重点制定了相应的心肺护理计划和护理措施。加强了对心血管疾病的护理,每日进行生命体征和用药情况等的观察。长期慢性咳嗽肺功能差者,术前训练深呼吸和有效咳嗽。低蛋白血症、贫血者则加强营养支持。每例高龄患者采用 Karnofsky 体能状况评分,对了解患者体能状况,制定个体化的护理计划,特别是生活护理和基础护理实施有指导意义,评分越低,对患者的生活护理、基础护理的协助应更多,达到满足患者生活所需,预防并发症的发生。

1.2.2 评估心理特点,做好心理护理 90 岁以上高龄患者手术除有恐惧、紧张的心理外常有焦虑情绪、悲观心理,对手术的信心往往不足。对治疗效果持怀疑态度,担心手术风险。因此,术前充分理解同情患者,耐心与患者沟通,特别是重视取得家属的支持和密切配合,对于减轻患者术前的紧张恐惧心理,有着重要的作用。也可采用与同种疾病患者进行交流,了解手术的方法与医生的技术水平,增强患者的安全感。有研究表