

· 临床护理 ·

疏肝解郁胶囊配合综合心理干预对脑卒中后抑郁症的 30 例分析

吴进纯, 杨波[△], 罗成凤, 阳川, 曹国兴, 谭小林

(重庆市精神卫生中心精神科 401147)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.04.015

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)04-0419-02

脑卒中后抑郁症(post stroke depression, PSD)是指脑卒中后引发的抑郁症,不但增加脑卒中患者的住院天数和病死率,也在一定程度上影响患者的神经功能、认知功能等方面的恢复,明显影响患者的生活质量。近年来,越来越多的研究认为,对 PSD 患者早期干预治疗,尤其是加强心理护理干预对患者的全面康复起重要作用^[1-2]。既往研究结果显示,心理护理干预配合药物治疗对 PSD 有显著疗效^[3-4]。舒肝解郁胶囊是目前治疗抑郁症的中成药,因其不良反应较小,患者治疗依从性较好,尤其适宜于合并躯体疾病的老年抑郁症患者^[5]。因此,本研究运用心理护理干预联合疏肝解郁胶囊对 PSD 患者进行 6 周的治疗观察,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 10 月至 2013 年 2 月本院 PSD 患者 60 例,年龄 35~72 岁,平均(55.2±9.3)岁,其中男 35 例,女 25 例,病程 2~12 个月,平均(7.8±5.4)个月。入选患者分为:联合治疗组(观察组)30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 35~70 岁,平均(55.3±8.7)岁,治疗前汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分 17~28 分,平均(23.5±2.1)分;疏肝解郁胶囊组(对照组)30 例,男 17 例,女 13 例,年龄 34~72 岁,平均(55.1±10.3)岁,治疗前 HAMD 评分 18~27 分,平均(23.3±1.9)分。两组性别、年龄、HAMD 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。入组标准:符合国际疾病分类(ICD-10)脑卒中诊断标准,经颅脑 CT 检查证实,患脑血管病病程 3 周以上,处于缓解期;符合中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)中规定的器质性抑郁综合征诊断标准^[6],HAMD 评分基线总分大于或等于 17 分。排除标准:既往有精神病史、癫痫者;伴有明显意识障碍、智能障碍者;伴有失语、失认等症状不能配合者;乙醇及药物依赖者;合并有严重肝、肾疾病或其他系统疾病者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者的基础治疗均相同(包括改善微循环、对症治疗及常规护理),并予以口服疏肝解郁胶囊(成都康弘药业股份有限公司生产)1 次 2 粒,1 日 2 次,早晚各 1 次;观察组在此基础上予以综合性心理护理干预措施,包括支持性心理治疗、认知性心理治疗及行为干预,每周 2 次心理治疗,每次 1 h,疗程均为 6 周。

1.2.2 心理学量表检测 采用 HAMD 17 项版本^[7]评定抑郁的严重程度,在治疗前及治疗后第 1、2、4、6 周分别进行 HAMD 量表评分,总分小于 8 分为无抑郁,8~16 分为轻度抑郁,17~23 分为中度抑郁, ≥ 24 分为重度抑郁。疗效按国内现行 4 级临床标准评定,以 HAMD 量表减分率评定疗效, $\geq 75\%$ 为临床痊愈,50%~74% 为显著进步,25%~49% 为好转, $< 25\%$ 为无效。临床痊愈+显著进步=显效率。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行分析,计数

资料比较采用 χ^2 检验,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

2.1 临床疗效评定 经过 6 周治疗后,观察组显效率为 76.67%(23/30),总有效率 96.67%(29/30);对照组显效率为 43.33%(13/30),总有效率为 83.33%(25/30),两组显效率比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.62, P<0.05$),两组总有效率比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.67, P>0.05$)。

2.2 观察组与对照组 HAMD 治疗前后评分比较 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	研究组	对照组
治疗前总分(分)	23.5±2.1	23.3±1.9
疗后第 1 周末总分(分)	19.2±3.5 ^a	20.8±2.7 ^a
减分率(%)	18.3±8.2 ^b	10.7±8.4
疗后第 2 周末总分(分)	14.4±4.9 ^a	18.2±5.3 ^a
减分率(%)	38.7±12.3 ^b	21.9±7.1
疗后第 4 周末总分(分)	8.7±5.4 ^a	14.1±4.6 ^a
减分率(%)	62.9±9.8 ^b	39.5±13.7
疗后第 6 周末总分(分)	6.5±4.8 ^a	10.6±5.2 ^a
减分率(%)	72.3±10.5	54.5±11.2

^a: $P<0.01$,与治疗前组内比较;^b: $P<0.05$,与对照组比较。

2.3 两组不良反应比较 治疗 6 周末,观察组 TESS 评分为(2.7±2.1)分,对照组为(3.8±1.6)分,两组比较差异有统计学意义($t=2.28, P<0.05$)。观察组出现轻度头晕 3 例,恶心 2 例,口干 2 例;对照组出现恶心 4 例,口干 3 例,头晕 3 例,乏力 1 例。两组不良反应均较轻微,患者多能耐受,无需特殊处理。两组治疗前与治疗 6 周末血、尿常规,肝、肾功能及心电图检查均无显著变化。

3 讨论

由于 PSD 发病率高且对患者功能恢复易产生不良影响,很多学者对 PSD 的病因及发病机制进行了研究。内源性机制认为,额叶基底部的病变与 PSD 的关系较为密切,可能与大脑损害所致的去甲肾上腺素和 5-羟色胺之间的平衡失调有关。外源性机制认为,脑卒中后家庭和社会的支持、经济状况、运动功能的障碍以及就业能力的改变等均可导致患者的心理平衡失调,从而导致抑郁的发生^[8-10]。因此,除了针对脑部本身的器质性疾病进行药物治疗外,心理社会干预会对患者的预后发挥十分重要的作用。有研究显示,应用心理治疗和抗抑郁剂均可改善抑郁症状,而联合应用疗效显著优于单纯药物治疗^[3-4],本研究结果支持上述结论。本研究在治疗 2 周末,观察组 HAMD 减分率已经超过 25%,提示联合治疗组起效更快;治疗后各个观察时点,两组间的 HAMD 减分率差异均有统计学意义($P<0.05$),提示心理护理在 PSD 的治疗与康复中具有明显的增效作用^[11]。

既往研究发现, PSD 患者的焦虑、躯体化症状表现突出, 因此, 在 PSD 患者发病急性期, 心理干预着重于及时解除其紧张、恐惧及焦虑情绪, 在支持性心理治疗基础上, 建立良好的护患关系, 在运用认知疗法进行心理护理时, 护士应具有较好的洞察力和客观分析、解释问题的能力。针对轻度 PSD 患者, 早期心理干预往往能取得良好效果; 中度 PSD 患者, 大多伴有语言功能障碍, 对治疗持怀疑态度, 更应注重与患者的语言交流, 引导与鼓励患者, 提高自信心; 重度 PSD 患者, 需要专业心理辅导师进行专业疏导, 并加强抗抑郁剂的治疗。伴有认知功能损害的 PSD 患者, 通常抗抑郁治疗疗效较差, 部分患者甚至发展为痴呆, 故对于 PSD 患者要尽早的进行心理干预。

疏肝解郁胶囊是中医专家论证组方, 由贯叶金丝桃和刺五加两味药物组成的纯中药复合制剂, 两药合用具有疏肝解郁, 健脾安神功效, 其可能的抗抑郁机制为抑制中枢的 5-HT、DA 和 NE 等神经递质的再摄取, 使突触间隙的单胺递质浓度升高以及对单胺氧化酶的抑制作用而产生抗抑郁效果。有文献报道, 轻、中度抑郁患者使用疏肝解郁胶囊与新型抗抑郁剂艾司西酞普兰治疗疗效相当^[12]。

因此, 对于合并躯体疾病的老年抑郁症患者, 心理护理干预联合疏肝解郁胶囊治疗疗效好, 安全性高, 患者依从性好。

参考文献:

- [1] 杨润芳. 心理护理对脑卒中后抑郁症影响程度分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(9): 174-175.
 - [2] 范继关, 赵福云, 孔媛. 心理护理对脑卒中后抑郁患者康复的影响[J]. 四川精神卫生, 2008, 21(1): 52-53.
 - [3] 成雅琴. 心理护理干预配合药物对脑卒中后抑郁症的疗效观察[J]. 全科护理, 2008, 7(5): 350, 354.
- 临床护理 •

- [4] 马海玉. 对脑卒中后抑郁症患者心理护理的疗效分析[J]. 当代医学, 2010, 16(15): 108.
- [5] 吕菁, 袁惠敏, 杨卫红, 等. 老年心力衰竭合并抑郁症中西药抗抑郁治疗研究[J]. 精神医学杂志, 2010, 25(3): 179-181.
- [6] 中华医学会精神科分会编. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 60.
- [7] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 湖南: 湖南科学技术出版社, 1998: 121-126.
- [8] 王夫侠, 何梅, 冯慧. 脑卒中后抑郁症相关因素及心理护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2000, 6(5): 377.
- [9] Flaster M, Sharma A, Rao M. Poststroke depression: a review emphasizing the role of prophylactic treatment and synergy with treatment for motor recovery [J]. Top Stroke Rehabil Acta Med Port, 2013, 20(2): 139-150.
- [10] Camões Barbosa A, Sequeira Medeiros L, Duarte N, et al. Predictors of poststroke depression: a retrospective study in a rehabilitation unit [J]. Acta Med Port, 2011, Suppl 2: 175-180.
- [11] 张菊芳. 心理护理在脑卒中后抑郁症治疗中的积极作用[J]. 河南实用神经疾病杂志, 2004, 7(3): 26-27.
- [12] 张福坚. 疏肝解郁胶囊与艾司西酞普兰治疗抑郁症对照研究[J]. 中国中医药咨讯, 2011, 3(6): 10-11.

(收稿日期: 2013-10-10 修回日期: 2013-12-17)

护理干预对开放病房中精神病患者走失的影响

姜森林, 张 宁, 许云华[△]

(重庆三峡中心医院平湖分院综合办公室, 重庆万州 404000)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 04. 016

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)04-0420-02

患者出走属于精神科重要危急事件。精神障碍患者的出走不仅会使治疗中断, 而且还有可能导致走失、自伤、他伤、伤害他人或其他多种严重后果, 极易导致医患纠纷。精神科病房实施开放式管理可以减少患者的不良心理反应、提高临床疗效、改善社会功能、提高生活质量, 但开放式病房患者出走更便利, 防范更困难, 因此必须引起高度重视^[1]。本研究通过对此类患者进行了护理干预, 有效地降低了患者走失的发生率, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1~10 月、2012 年 1~10 月, 本院早期心理卫生干预科(开放式精神科病房)分别收住精神病患者 194 例、238 例, 均符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)诊断标准^[2], 患者年龄 15~59 岁, 平均 37 岁, 能配合完成心理护理与健康指导等。两组病例基本情况比较见表 1。两组病例基本情况差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 一般干预方法 (1)改善环境。护理部与病区认真调

研, 向医院申请改进加固了病区阳台防盗网, 安装病区铁门(患者出入病区的惟一通道), 相对保证了病区安全。要求患者统一着病员服, 便于患者出入病区时辨认。(2)完善制度和措施, 健全而完善的制度是降低医疗护理风险系数, 保障患者和医护人员人身安全的基本保证^[3]。根据开放病房特点, 在原有精神科规章制度的基础上制定了《精神科开放式病区管理规范》、《病区陪护与探视制度》、《患者作息制度》、《患者出入登记制度》、《患者出入医院大门请假制度》及《护理应急预案》; 成立以护士长为组长的病区护理风险管理小组, 及时评估本单元医疗护理风险的相关因素, 每月召开 1 次安全教育会议; 同时优化精神科护理记事栏, 改善目视化管理效果, 一目了然地了解和记忆患者的综合信息, 提高护理人员的工作效率^[4]。(3)加强护士责任心、慎独修养及病区重点时段管理。精神科护理中强调工作的预见性, 要求准确、全面地评估患者的病情, 密切观察其言行, 判断患者有无发生自杀、走失、攻击和暴力行为等危险信号, 并采取有效的干预措施^[5]。同时只有强化护士的慎独修