

理、心理以及社会功能三个方面密切相关^[12]。过去的护理措施主要针对疾病本身实施基础护理,虽然能够很好地延长患者的生存时间,但是却忽略了疾病对患者心理的影响以及社会功能的改变,同时单纯治疗疾病而将患者的生活质量置于脑后。护理干预已经成为整个治疗过程的一部分,这也是临床诊治的发展趋势。对于实施喉癌手术的患者,需要积极制订护理干预措施,首先让患者对自身疾病相关知识有一定的了解,明白自身所患疾病的情况,最大限度的让患者产生对医护人员的信任感,从心理上愿意配合医生的诊治工作。喉癌术后第 1 天,由于麻醉效果消失,会出现一些不良反应、剧烈疼痛以及手术应激反应,再加上气管插管等操作的刺激,使得患者无法发出声音;面对突如其来的情况,患者会出现烦躁、悲观以及抑郁等心理状态,拒绝与人交流,此时护理人员应给予耐心的解释,使其明白这是术后正常现象,在以后的恢复治疗中会逐渐的改善。患者由于过分担忧康复效果,害怕以后出现不能发音、进食及吞咽困难等诸多问题,心理积聚的不良情绪会越来越多。有研究指出,实施喉癌手术术后约 1/3 的患者临床症状能够逐渐得到缓解,但是心理问题会越来越明显,主要表现为易怒、焦虑,多是由于无法正常发音导致交流障碍、害怕疾病再次复发以及术后容貌出现变化等等,这些问题同样是影响患者术后功能恢复速度所不可忽视的原因^[13]。

临床护理人员在实施护理的过程中发现,大多数患者不了解喉癌的相关信息以及相应的治疗方法,内心常极其恐惧,由于在实施治疗时存在抵触心理且情绪不佳,不能积极配合医生的诊治工作,而对临床治疗效果产生一定的影响。治疗过程中实施健康教育对喉癌患者术后具有重大意义,通过患者对相关疾病信息的了解,促进其配合医生进行积极的治疗。健康教育具有个体化和群体化两种模式,对喉癌患者实施两种教育模式可提升患者战胜疾病的信心,进而提升其生活质量。因此,对于喉癌手术患者应积极的实施健康教育,改变患者的不良心理状态,使其积极面对疾病的治疗和康复训练,提升生活质量,具有显著的临床意义。本研究显示,观察组患者术后第 7 天的 HAMA、HAMD 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),即焦虑和抑郁情绪得到了缓解;两组出院第 10 天的睡眠情况及出院第 20 天的生活质量比较,观察组各项指标

均明显优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),即观察组患者的生活质量得到了明显的改善。

综上所述,对实施喉癌手术的患者积极进行健康教育干预及心理护理干预措施,可最大限度降低患者的负面情绪,提高睡眠质量和生活质量,临床效果显著,值得在临床上广泛应用。

参考文献

- [1] 肖健香,谢雪颜,刘美华.综合护理干预对喉切除术后患者生活质量的研究[J].天津护理,2009,17(1):5-7.
- [2] 盛海燕,周丽红,杨秀谨,等.综合护理干预对喉癌患者生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2011,17(11):15-17.
- [3] 郭红丽,赵丽颖,徐敏.护理干预对喉癌患者术后生存质量的影响[J].辽宁医学院学报,2011,32(2):163-164.
- [4] 刘雅倩.综合康复干预对喉切除患者生活质量的影响分析[J].川北医学院学报,2011,20(1):65-67.
- [5] 陶春花.喉癌患者术后心理分析及护理干预[J].吉林医学,2010,31(36):6830.
- [6] 范渝茜,王道萍.护理干预对喉癌全切术后放疗患者生活质量的影响[J].现代医药卫生,2007,25(21):3237-3239.
- [7] 周梁.保留喉功能的喉癌外科治疗[J].听力学及言语疾病杂志,2010,18(1):2-5.
- [8] 刘永琴,李菊芳.心理行为干预对全喉切除术后病人焦虑和抑郁影响的研究[J].2009,23(9):2405-2406.
- [9] 刘永琴,张秀甫.心理行为干预对全喉切除术后病人生存质量的影响[J].护理研究,2009,23(9):2287-2290.
- [10] 王飞. Ad-ING4-OSM 联合放疗对喉癌抑瘤增效的体内外实验研究[D].蚌埠医学院,2012.
- [11] 段晓磊.胃癌癌化疗患者应对方式在症状负担与生活质量间的中介效应研究[D].第二军医大学,2013.
- [12] 王翠江.乳腺癌长期存活者的生活质量与积极心理品质的关系[D].山东大学,2013.
- [13] 王晓庆.规范化疼痛教育对胃癌手术患者术后镇痛自我管理行为的干预研究[D].南京中医药大学,2013.

(收稿日期:2014-04-17 修回日期:2014-08-20)

老年精神病患者并发高血压的护理分析

张云白(江苏省无锡市精神卫生中心精神科 214151)

【摘要】目的 探讨对老年精神病并发高血压患者实施综合护理的效果。**方法** 选取 2011 年 1 月至 2013 年 12 月于无锡市精神卫生中心就诊的 100 例老年精神病并发高血压患者,分为观察组和对照组;对照组采取常规护理,观察组采用综合护理,分析比较两组患者的焦虑程度、事故发生率、血压平均值变化以及满意度结果。**结果** 观察组患者焦虑程度整体上较对照组患者轻,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的事故发生率和收缩压均值明显低于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$);而两组患者舒张压均值比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者满意度明显高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 通过对老年精神病并发高血压患者采用综合护理后,患者的精神状况、焦虑情况有所好转,事故发生率明显减少,血压也得到有效改善,同时获得了相当高的满意度,值得临床广泛应用。

【关键词】 老年人; 精神病患者; 高血压; 并发症; 护理效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.23.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)23-3381-03

随着生活水平的提高,人们的生存年限也大大地延长,使得步入老年阶段的人群不断增加;在社会、生活双重压力,或是

疾病给身心带来的巨大挑战下,从而引发一系列精神问题,老年人尤其突出^[1]。目前,临床上老年精神病患者治疗主要依靠

抗精神病药物为主,但也出现了一些新型辅助治疗方案,如心理疗法、物理疗法等。老年精神病患者好敏感生疑,易焦虑、抑郁;思维受限、生活懒散、行为退缩;并具有缺乏积极性、孤独、生活能力低下等表现^[2]。另外,情绪的剧烈波动,饮食不均衡,生活作息不规律等易导致老年精神病患者并发高血压,临床上以血压升高为主要表现,主要通过降压药控制血压^[3]。但仅仅依靠药物无法真正改善老年精神病患者生活能力低下及高血压的状况。为此,本院采取综合性的护理措施并取得了一定的效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2013 年 12 月于本院就诊的老年精神病并发高血压患者 100 例,分为观察组和对照组,各 50 例。观察组男 24 例,女 26 例;年龄 64~81 岁,平均(72.0±2.6)岁;对照组男 23 例,女 27 例;年龄 63~79 岁,平均(71.0±2.4)岁。两组患者在年龄、性别、精神症状等一般资料方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理措施 对照组患者采取常规护理,观察组患者采用综合性护理,包括生活、心理、安全、用药护理及物理疗法几个方面,具体如下。

1.2.1 生活护理 (1)饮食方面:老年精神病患者适合给予高蛋白、高维生素、高热量、低脂、低糖、清淡易消化饮食,并发高血压患者更应注重低盐饮食,忌咸菜、腌制食品等。由于精神病患者的特殊性,老年患者可能会出现拒绝饮食,无法自主进食等情况,需要护理人员精心护理,协助患者进食或完全喂食。要留心观察老年精神病患者饮食行为,督促患者饮食均衡,避免挑食等不良习惯。注意有无因牙齿问题而导致进食困难的患者,及时给予对症治疗。(2)睡眠方面:老年精神病患者多出现睡眠障碍,难以入睡或早醒。由于神经系统紊乱,部分患者夜间异常兴奋,也有部分患者异常抑郁或焦虑,均可导致失眠。对夜间兴奋、吵闹扰民的患者加以劝阻,必要时采取强制措施;失眠严重的可遵医嘱给予药物帮助睡觉,以保证患者拥有足够的睡眠。(3)行为方面:老年精神病患者由于神经系统障碍,可出现更衣、如厕、上下楼梯等行为缺如,护理人员应勤助老年患者更换衣服、勤擦洗,保持身体干净,促进皮肤代谢。如厕障碍者需要随身照顾,以免大小便污染衣服,避免随地大小便的现象。老年患者视力减弱,应时刻关注其走路,尤其在上下楼梯,需要随时搀扶。尤其注意高血压严重患者,避免意外摔倒的发生。

1.2.2 心理护理 老年精神病并发高血压患者与其他老年患者一样,甚至由于他们自身精神病的困扰,存在更多的心理问题。家庭、社会、疾病等压力使得老年患者更易产生焦虑或抑郁,丧偶等相关重大事件无一不刺激着情绪的变化,这对于病情进展是一种恶性因素。护理人员应充分关注老年患者的言情感表,及时加以开导、关心以及鼓励,可调动家庭和社会支持系统,开展大型座谈会,彼此打开心扉进行交流,从而缓解老年患者的孤独感;解释治疗的有效性,帮助患者树立信心,消除绝望。做到不嘲笑、不责骂患者,宽容对待每位老年患者,争取获得其信任。对于躁动难制服的患者,必要时采取行动,满足患者的合理需求,使其在心理上获取一定的抚慰。

1.2.3 物理疗法 当患者的思想、情感或意志行为受到某种外界因素影响,利用物理方法(如电波、超声波或某种更先进的仪器)对老年精神病并发高血压患者进行治疗。对于急性期精

神病患者可以选择无抽搐电休克治疗,以期快速控制症状。

1.2.4 安全护理 老年精神病患者因精神问题使其反应能力减弱、记忆力衰退、视力下降,行走时容易发生摔倒、碰撞等意外。另外,老年患者的骨头脆弱易折,发生意外后容易骨折,尤其并发高血压的患者,多伴存心、脑血管疾病,一旦外界刺激,血管易破裂,抢救不及时将严重影响生命安全。护理人员应做防跌倒、防坠床等醒目标识,老年患者的鞋底应防滑,裤脚不宜过长,病房地砖应防滑或加防滑垫,病房及走廊应减少设施物品,保持道路通畅。卫生间应设置救护铃。同时,告知家属也应注意患者的出入安全。对于老年精神病患者要时刻关注情绪变化,尤其是思维受幻觉、妄想支配且内容不暴露的患者,应严防意外的发生。对有自伤、自杀、伤人倾向的患者应重点监护,同时关注有严重抑郁情绪的患者。

1.2.5 用药护理 老年精神病患者应遵医嘱给予抗精神药物;另外,并发高血压患者,应结合降压药物治疗,护理人员须严格遵医嘱发药,并保证患者无漏服、误服、延服药物等现象的发生。由于老年患者记忆力减退,神志不很清晰,须监督服药,确保用药准确,以便医生更好地掌握病情,准确增减药物剂量。同时,向患者及家属宣教遵医嘱服药对病情的重要性,引起大家的重视,利于更好的治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 焦虑自评量表(SAS) 主要反映的是有焦虑倾向者的主观感受,分为 4 级:1 级表示没有或很少时间有,2 级表示有时有,3 级表示大部分时间有,4 级表示绝大部分或全部时间有;判断标准:50 分为分界值,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分及其以上为重度焦虑。

1.3.2 事故发生率与血压平均值 记录发生跌倒、坠床等意外的患者例数,计算其占总例数的百分比;监测患者血压,记录治疗期间患者平均收缩压以及舒张压。

1.3.3 满意率 采取本院自制的满意度问卷调查分析,主要从护理人员的服务态度、责任心、专业素质、患者焦虑改善度及舒适度等方面来评价,总分为 100 分,60 分为分界值,小于 60 分为“差”,60~70 分为“中”,70~80 分为“良”,大于或等于 80 分为“优”,满意率计算为评“优”和“良”总例数与患者总例数的比值。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SAS 检测结果比较 进行综合护理后,观察组患者的 SAS 检测结果显示,轻度焦虑 41 例、中度焦虑 8 例、重度焦虑 1 例;对照组患者中,轻度焦虑 17 例、中度焦虑 23 例、重度焦虑 10 例;观察组中、重度焦虑患者均明显少于对照组,而轻度焦虑患者明显多于对照组,两组相比差异均具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者事故发生率和血压均值比较 观察组 10 例患者发生事故,发生率为 20.0%;收缩压均值为(142.0±10.2)mm Hg,舒张压均值为(89.0±6.3)mm Hg。对照组 42 例患者发生事故,发生率为 84.0%;收缩压均值为(150.0±12.4)mm Hg,舒张压均值为(91.0±7.6)mm Hg。观察组患者事故发生率和收缩压均值均明显低于对照组,两组相比差异具有统

计学意义 ($P < 0.05$); 而观察组患者舒张压均值与对照组相比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者事故发生率及血压均值

组别	收缩压均值 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)	舒张压 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)	事故发生率 [n(%)]
观察组	142.0 \pm 10.2 ^a	89.0 \pm 6.3	10(20.0) ^a
对照组	150.0 \pm 12.4	91.0 \pm 7.6	42(84.0)

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组满意度调查比较 观察组患者对护理满意度评“优”“良”“中”“差”分别有 36、10、3、1 例,满意率为 92.00%;对照组患者评“优”“良”“中”“差”分别有 19、10、15、6 例,满意率为 58.00%;观察组患者满意率明显高于对照组,比较差别具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组满意度调查比较

组别	优(n)	良(n)	中(n)	差(n)	满意率(%)
观察组	36	10	3	1	92.00 ^a
对照组	19	10	15	6	58.00

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

随着现代社会生活水平的显著提高,老年化问题越来越突出^[4]。据相关报道,我国的老年人口所占比例仍处于不断上升阶段,各种疾病的患病率也逐渐提高,尤其是老年精神病^[5]。老年精神病患者有着以下特点:(1)神经衰弱,老年患者常有记忆力减退、反应力迟钝、性格孤僻、好生疑、精神状态不佳等症状。(2)行为能力减弱,老年患者生活能力大大降低,直至失去自我照顾能力,需要依赖他人的协助甚至完全性帮助才能够维持生活。(3)机体功能减弱,服用抗精神药物和高血压药物后,其耐药性差,药物不良反应明显,出现头晕、眼花,胃肠功能紊乱等。(4)免疫力下降,身体素质的弱化,使得老年患者抵抗力严重衰退,易受到病原菌的侵袭,成为易感人群^[6]。因此,需要对老年患者引起重视,对于有精神疾病的老年患者治疗也逐渐成为研究的热点^[7]。

老年精神病并发高血压患者,更需受到重视。高血压是一种常见病和多发病,也是一种慢性病,患者早期症状不明显,或仅出现头晕、头痛等症状,其不是单独性的疾病,常常是诱发心、脑血管疾病和肾病的高危因素^[8]。如果患者得不到恰当的治疗,会发展为脑卒中、肾衰竭、心肌梗死等严重并发症。饮食不均衡、作息不规律,或是药物等均会导致血压的升高。有研

究表明,我国心、脑血管疾病死亡人数占总死亡人数的 40% 以上,高血压成为了重大的隐患^[9]。对于高血压的治疗,主要还是以药物降压为主,另外,加强饮食护理,控制体质量,坚定信心也很重要。虽然治愈的可能性很小,但理想的控制需要严格的自我要求,单纯的高血压并不可怕,其引发的心、脑、肾及血管的病变更令人担忧^[10]。当然,对于患有精神疾病的老年患者来说,降压治疗是相当困难的,老年精神病患者的记忆力以及遵医行为差,加上性格古怪、难以掌控,对医护人员的专业素质是一种考验,也增加了对医护工作者的要求。

综上所述,对于老年精神病并发高血压患者,传统的治疗效果不佳,采用多方面综合治疗及护理,获得了良好的疗效,也取得了较好的满意度,值得临床推广。

参考文献

- [1] 张冬阳. 老年精神病患者药物不良反应 302 例观察与护理[J]. 中国民康医学, 2010, 22(14): 1848-1849.
- [2] 王凤艳, 张精范. 浅谈精神病患者的健康教育[J]. 当代医学, 2009, 15(34): 135-136.
- [3] 张秋红. 老年精神病患者的护理风险分析与防范对策[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(16): 153-154.
- [4] 王荣花, 赵玉香. 奥瑞姆自理理论在慢性精神分裂症患者康复中的应用[J]. 中国医学创新, 2010, 7(11): 116-117.
- [5] 陈汝文. 奥瑞姆自护模式在香港社区个案护理中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(3): 355-357.
- [6] 尹定富, 曹秀英, 冯锦, 等. 丁螺环酮联合米氮平治疗老年期抑郁症的对照研究[J]. 实用老年医学, 2011, 25(1): 56-57.
- [7] 姚秀钰, 李峥, 胡丽丽, 等. 住院精神病患者攻击行为相关因素分析[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1): 8-11.
- [8] 王玉丽, 白常林, 颜淑环. 老年精神病患者对护理的需求[J]. 中国民康医学, 2009, 21(14): 1715.
- [9] 宋新勤, 余学, 贾金鼎, 等. 住院精神患者攻击行为分析及护理干预[J]. 中国伤残医学, 2010, 18(1): 30-31.
- [10] 陈鸾凤. 老年期精神病患者的临床观察及护理[J]. 健康天地, 2010, 4(3): 10.

(收稿日期: 2014-02-19 修回日期: 2014-06-20)

统计资料类型

统计资料共有三种类型: 计量资料、计数资料和等级资料。按变量值性质可将统计资料分为定量资料和定性资料。

定量资料又称计量资料, 指通过度量衡的方法, 测量每一个观察单位的某项研究指标的量的大小, 得到的一系列数据资料, 其特点为具有度量衡单位、多为连续性资料、可通过测量得到, 如身高、红细胞计数、某一物质在人体内的浓度等有一定单位的资料。

定性资料分为计数资料和等级资料。计数资料为将全体观测单位(受试对象)按某种性质或特征分组, 然后分别清点各组观察单位(受试对象)的个数, 其特点是没有度量衡单位, 多为间断性资料, 如某研究根据患者性别将受试对象分为男性组和女性组, 男性组有 72 例, 女性组有 70 例, 即为计数资料。等级资料是介于计量资料和计数资料之间的一种资料, 可通过半定量的方法测量, 其特点是每一个观察单位(受试对象)没有确切值, 各组之间仅有性质上的差别或程度上的不同, 如根据某种药物的治疗效果, 将患者分为治愈、好转、无效或死亡。