

结果对听力是否正常做出判断,要对新生儿进行后期的监测与随访^[7]。现在 AABR 通常与 TEOAE 联用,使听力筛查工作进入了一个崭新的阶段,两者的联合应用不但弥补了 AABR 容易对中耳病变造成漏诊问题,而且能弥补 TEOAE 不能反映蜗后的听神经或中枢神经听觉通路的情况,因而可以有效避免假阳性和假阴性的出现率,减少漏诊人数,降低听力障碍新生儿数量,为促进疾病的早发现、早治疗奠定了基础。

3.2 护理要点研究讨论 新生儿听力障碍性疾病在临床上的发病率为 3‰左右,由于新生儿的生理特殊性,早期的听力障碍是不容易通过常规的检查及父母的观察而发现,潜藏性较高。为了方便新生儿进行听力筛查,前期有针对性的优质护理服务显得尤为重要。优质护理服务是指以为患者服务为中心,对基础护理实施强化,对护理责任进行落实,对护理深层涵义进行挖掘,最终目的是提高整体的护理水平。优质护理服务可以为新生儿听力障碍者实施人性化的护理,不但可以提高新生儿听力筛查通过率、降低假阳性、假阴性结果出现率,而且对减轻家长的忧虑感起到很大的作用。新生儿进行听力筛查应该在安静状态下即睡眠时进行,这样可以避免某些外源性因素对听力测试结果的影响^[8]。本院通过干预性护理措施的实施,对护理方式等进行了改革,使新型护理具有能保持新生儿在进行听力筛查之前的安静状态、减少哭闹利于睡眠等优点,而且,对外耳道也进行了仔细清洁,这样不但可以减少在听力检查中刺激性声音的影响,而且会使检查结果更加准确。此外,对家长也进行了焦虑状态进行了心理疏导,避免其对新生儿的连带影响,减轻了产妇的焦虑感,方便听力筛查工作的顺利进行。

总之,护理是新生儿进行听力筛查中非常重要的环节,其直接影响着听力筛查结果的准确性。护理工作者应加强自身素质,对新生儿进行全面、综合性护理,加强人文关怀,使患儿

家属对护理工作满意。

综上所述,本研究通过数据分析证实了 AABR 在新生儿听力筛查中的重要作用及探讨了临床护理要点,对听力障碍儿童的后续治疗具有积极意义。

参考文献

[1] 娄志武,忻蓉,雷朝霞,等.快速听性脑干反应在新生儿听力筛查中的应用价值[J].中国儿童保健杂志,2008,16(1):117-118.

[2] 徐发林,邢秋景,程秀永.听觉脑干反应和耳声发射在高危儿听力筛查中的应用[J].中国当代儿科杂志,2008,10(4):460-463.

[3] 王玉璟,滕铁波,张东红.296 例新生儿听力筛查异常听性脑干反应的临床应用[J].中国妇幼保健,2012,27(5):704-706.

[4] 杨玲,屈政朋,黄明芳.听性脑干反应在高危新生儿筛选中的作用分析[J].中外医疗,2012,31(4):110.

[5] 黄跃,甘金梅,蒋鸣惊,等.自动听性脑干反应在新生儿听力筛查中的价值[J].实用临床医学,2012,13(2):76-77.

[6] 唐红剑,黄鑫,刘强和,等.耳声发射与自动听性脑干反应联合应用对新生儿听力筛查的临床意义[J].广西医科大学学报,2012,29(6):942-943.

[7] 曾帅,周沫.自动听性脑干反应技术应用于新生儿听力筛查的临床分析与护理[J].护理学报,2009,16(7):49-51.

[8] 王玲,王蓓丽.3 105 例新生儿听力筛查的护理体会[J].安徽卫生职业技术学院学报,2013,12(6):71.

(收稿日期:2015-01-20 修回日期:2015-03-17)

• 临床探讨 •

护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者心理倾向的影响

江燕丽,王大荣,苏梅芳(湖北省黄冈市中心医院肿瘤科 438000)

【摘要】 目的 研究护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者心理倾向的影响。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月该院收治的妇科恶性肿瘤术后化疗患者 210 例为研究组,另外选取健康志愿者 100 例为对照组,研究组给予患者护理干预,应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)以及 Wallston 多维度健康心理控制源量表(MHLC)来评价入选者的焦虑和抑郁以及心理控制源倾向。**结果** 研究组 SDS 评分、SAS 评分、CHLC 评分以及 PHLC 评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),研究组 IHLC 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P=0.026$);SDS 评分、SAS 评分和 IHLC 评分、PHLC 评分呈负相关($r=-0.832,0.673,P=0.025,0.024$; $r=-0.784,-0.858,P=0.026,0.021$),和 CHLC 呈正相关关系($r=0.528,P=0.031;r=0.482,P=0.029$);干预后研究组 SDS 评分、SAS 评分、CHLC 评分以及 PHLC 评分明显低于干预前,差异有统计学意义($P<0.05$);IHLC 评分与干预前比较,差异无统计学意义($t=4.034,P=0.093$)。**结论** 妇科恶性肿瘤化疗患者会出现焦虑和抑郁等心理倾向,护理干预能明显改善恶性肿瘤化疗患者心理倾向。

【关键词】 护理干预; 恶性肿瘤; 化疗; 心理倾向
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.13.064 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)13-1957-03

妇科恶性肿瘤是妇女常见疾病,最常见的主要有宫颈癌、卵巢癌和子宫内膜癌。手术是治疗恶性肿瘤的主要方法,术后化疗是常见的辅助治疗手段。化疗在一定程度上会给患者带来负面效应,患者会承受病程、情绪以及不良反应等影响,同时也会产生一定的心理上的不良情绪,给治疗带来较大的影响^[1]。本研究对妇科恶性肿瘤术后化疗患者实施护理干预,并

观察对患者心理倾向的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 3 月至 2014 年 3 月本院收治的妇科恶性肿瘤术后化疗患者 210 例为研究组,年龄 27~70 岁,平均(56.2±0.9)岁,化疗疗程为 2~10 个,平均(4.6±0.3)个,其中卵巢癌 123 例,子宫内膜癌 39 例,子宫肉瘤 18 例,侵

蚀性葡萄胎 21 例,卵巢癌 9 例。化疗方法为顺铂/卡铂+泰素 132 例,顺铂/卡铂+阿霉素+环磷酰胺 25 例,顺铂/卡铂+长春新碱+博来霉素 31 例,其他方案 22 例。所有患者既往均无精神疾病或者意识障碍,无记忆力、理解力和定向力等认知功能障碍,并且排除胃肠道疾病和脑转移的患者。另外选取健康志愿者 100 例为对照组,年龄 27~70 岁,平均(57.1±0.4)岁,所选健康者均无严重内科疾病、精神疾病以及认知功能障碍。本研究经伦理委员会批准,所有入选者均知情同意并签订知情同意书。

1.2 护理方法 (1)健康教育:所有患者入院后均发放《健康宣传手册》,根据患者的疾病、病史、文化程度以及心理状况进行知识宣讲,并向患者介绍病房和医院的环境,以及需要的常规检查和相关制度。(2)化疗前:根据患者的病情选择化疗方案,并向患者讲解相关疾病的治疗,讲述化疗的方法和作用,以及其治疗的必要性,嘱咐患者化疗期间应该注意的事项。(3)化疗中:向患者讲解心理因素对疾病的作用,让患者充满信心,并且有战胜疾病的欲望,并且向患者讲解调节心理的方法。(4)化疗后:给患者讲述化疗后可能出现的不良反应,并告知其处理方法,排除患者的恐惧心理,嘱咐患者多食用蔬菜和水果,保持口腔卫生。注意日常休息,以便提高患者自身的免疫力。(5)心理支持:患者对癌症容易出现惧怕心理,对癌症缺乏一个正确的认识,因此容易产生恐惧和焦虑等不良情绪,此时应该正确的引导患者,向患者提供治疗疾病的相关信息,并且给患者讲述成功的治疗案例,向患者家属讲述鼓励的重要性,及时给予患者温暖和安慰,减少患者的孤独感和焦虑抑郁情绪。指导患者放松和转移注意力的方法,让患者保持轻松和愉快的心情。(6)放松训练:患者平卧,双眼微微闭上,将其左右手放置在腹部和胸前部静静的呼吸,每次呼吸的时间保持在 15 s 左右,其呼吸的频率保持在每分钟 6 次左右。

1.3 评价指标 应用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)来评价入选者的焦虑和抑郁情况,其分数越高表示焦虑和抑郁症状越严重^[2]。应用 Wallston 多维度健康心理控制源量表(MHLC)评价患者的心理倾向,该量表又可以分为内控性量表(IHLC)、有势力他人量表(PHLC)和机遇量表(CHLC)3 个分量表。共计 18 个项目,按照 6 级评分制度,每道题的分值为 1~6 分,其高分表示患者具有较强的倾向性^[3]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 *t* 检验,应用 Pearson 进行相关性分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组各观察指标比较 研究组 SDS 评分、SAS 评分、CHLC 评分以及 PHLC 评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),研究组 IHLC 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组各观察指标比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	SDS	SAS	CHLC	PHLC	IHLC
对照组	210	41.5±0.1	30.9±1.3	20.1±0.2	14.9±0.4	14.9±0.4
研究组	100	56.3±0.4	62.5±0.2	25.2±0.8	27.4±1.1	20.8±0.6
<i>t</i>		10.321	9.784	10.042	9.673	10.321
<i>P</i>		0.023	0.026	0.021	0.028	0.026

2.2 相关性分析 由 Pearson 相关性分析可知,SDS 评分、SAS 评分和 IHLC 评分、呈负相关($r = -0.832, 0.673, P =$

$0.025, 0.024; r = -0.784, -0.858, P = 0.026, 0.021$),和 CHLC 呈正相关关系($r = 0.528, P = 0.031; r = 0.482, P = 0.029$)。

2.3 研究组干预前、后各指标比较 干预后研究组 SDS 评分、SAS 评分、CHLC 评分及 PHLC 评分明显低于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$);IHLC 评分与干预前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 研究组干预前、后各指标比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	SDS	SAS	CHLC	PHLC	IHLC
干预前	56.3±0.4	62.5±0.2	25.2±0.8	27.4±1.1	20.8±0.6
干预后	44.5±0.5	46.6±0.9	17.2±0.7	18.9±0.6	22.4±0.4
<i>t</i>	9.842	8.879	9.051	9.683	4.034
<i>P</i>	0.027	0.031	0.026	0.032	0.093

3 讨 论

恶性肿瘤是身心性的疾病,各大权威均强调心理因素在癌症方面的作用,癌症的发生和发展与心理因素有关,其患者的存活时间也和心理因素有较大的关系。妇科的恶性肿瘤患者会有慢性消耗性的表现,手术后患者体虚,加上化疗对患者的毒副作用,患者难免会感到痛苦,心理上产生各种不良反应^[4]。心理上的各种不良反应也会引起自身免疫系统的正常功能受到抑制,导致癌症患者的抵抗力大大下降,进而加速患者的死亡^[5]。据不完全统计,有 61.3% 的癌症患者会出现焦虑,66.3% 的癌症患者会伴随抑郁症状,这些不良反应也会动摇患者的治疗信心,加重患者的心理负担,降低患者的生活质量。之前临床上治疗癌症大多建立在生物医学模式的理论之上,大多注重手术、化疗和放疗在治疗中的作用,而忽视患者的心理对疾病的影响。导致治疗效果不一,和预期值有较大差距^[6]。

随着医学模式的改变和发展,现代临床更加注重以人为本的模式,医护工作者越来越注重患者的心理因素对疾病的影响^[7]。本研究对妇科恶性肿瘤术后化疗患者进行护理干预,通过多方面的护理干预可以明显增强患者的治疗信心,减轻患者的焦虑和抑郁情绪,家属给予患者安慰可以大大减少患者的恐惧感和孤独感^[8]。本研究应用 SAS、SDS 来评价患者的焦虑和抑郁,采用 MHLC 来评价患者的心理倾向,该系统可以评估个体在遭受到躯体健康威胁的时候所表现出的态度和应对的策略,其中 IHLC 的分数越高说明患者积极采取措施应对的越好,可以评估对应激事件的反应。PHLC 表示获得支持和帮助较多,较容易接受建议。CHLC 分数越高表示患者的态度被动、消极和过度依赖他人^[9]。本研究发现,研究组 SDS 评分、SAS 评分明显高于对照组,充分说明妇科恶性肿瘤术后化疗患者存在焦虑和抑郁症状。且 SDS 评分、SAS 评分和 IHLC 评分、PHLC 评分呈负相关,和 CHLC 呈正相关关系。可知 IHLC 评分、PHLC 评分越低患者越容易出现焦虑和抑郁症状。干预后,研究组 SDS 评分、SAS 评分、CHLC 评分以及 PHLC 评分明显降低,和其他研究结果具有一致性^[10],提示护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者具有较好的效果,能明显降低患者焦虑和抑郁情况,改善其心理倾向。

综上所述,护理干预对妇科恶性肿瘤术后化疗患者的负面心理和心理控制源倾向具有较好的改善作用,其心理应激水平降低,对疾病的应对方式改变,使患者足够重视疾病,和以正确的态度对待,进而提高治疗的依从性。

参考文献

[1] 熊芳芳,林细吟,卜秀青,等. 妇科恶性肿瘤术后化疗患者癌因性疲乏状况的调查分析[J]. 中国药房,2013,24(20):1843-1845.

[2] 汪娟,张平,宋旭红,等. 恶性肿瘤患者术后化疗期创伤后成长状况调查[J]. 护理学杂志,2012,27(6):15-17.

[3] 赵慧,刘秋红,才会敏. 恶性脑肿瘤术后化疗患者焦虑情绪的特点分析及护理[J]. 临床合理用药杂志,2014,7(15):168-169.

[4] 熊芳芳,林细吟,卜秀青,等. 妇科恶性肿瘤术后化疗患者癌因性疲乏与抑郁的相关性研究[J]. 激光杂志,2012,33(4):83-84.

[5] 胡倩倩,王维利,宋江艳,等. 肿瘤术后化疗病人抑郁与人格特征的相关性分析[J]. 护理研究,2011,25(6):542-543.

[6] 胥丹,唐晓,郑敏. 三例恶性肿瘤患者术后化疗期间出现精神异常的护理[J]. 海南医学,2011,39(19):145-146.

[7] 宋江艳,王维利,李惠萍. 治疗性沟通系统对肿瘤术后化疗伴发抑郁情绪患者的效果研究[J]. 中华护理杂志,2010,45(11):982-985.

[8] 张丽红. 心理护理对妇科恶性肿瘤术后病人焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 护理研究,2010,24(1):32-34.

[9] 李昆,安力彬,路潜,等. 妇科恶性肿瘤术后下肢淋巴水肿的评估与管理研究进展[J]. 护理学杂志,2013,28(24):79-82.

[10] 康红. 临床路径护理对妇科肿瘤化疗中的效果评价[J]. 四川医学,2011,32(2):290-292.

(收稿日期:2015-01-15 修回日期:2015-03-12)

• 临床探讨 •

氯丙嗪联合认知行为疗法在强迫症患者中的应用

胡绍英(湖北省十堰东风汽车公司茅箭医院精神科 442000)

【摘要】 目的 探讨氯丙嗪联合认知行为疗法在强迫症患者治疗中的临床效果。**方法** 将 2012 年 5 月至 2014 年 5 月该院收治的 80 例强迫症患者随机分为给予氯丙嗪治疗联合常规精神科护理疗法的对照组,和在此基础上给予认知行为护理疗法的试验组,每组 40 例。比较两组患者的治疗效果。**结果** 在治疗后第 4、8 周时,试验组患者的耶鲁布朗强迫量表(Y-BOCS)评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 将认知行为疗法应用于强迫症患者的治疗中,效果明显、有利于患者的康复。

【关键词】 强迫症; 氯丙嗪; 认知行为护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.13.065 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)13-1959-02

强迫症是一种发病原因尚未明确的精神疾病,主要表现为强迫行为和强迫观念,患者大多会伴有中度甚至重度的社会功能障碍,病情迁延不愈,治疗棘手,给强迫症患者及其家人带来巨大的经济以及心理负担,严重影响患者的生活以及社会交往^[1]。本院在 2012 年 5 月至 2014 年 5 月,对收治的强迫症患者在给予氯丙嗪等药物治疗的基础之上给予认知行为疗法,取得了理想的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月至 2014 年 5 月本院住院的强迫症患者 80 例,均符合中国精神障碍诊断标准第 3 版强迫症的诊断标准,耶鲁布朗强迫量表(Y-BOCS)评分大于 18 分;上述患者均能配合治疗,均无脑器质性病变、均无药物依赖。将 80 例患者随机分为试验组和对照组,每组 40 例。试验组患者中,男 22 例,女 18 例,年龄 26~41 岁,平均(25.5±3.3)岁,初中文化 10 例,高中及以上文化 30 例;对照组患者中,男 23 例,女 17 例,年龄 23~43 岁,平均(26.8±4.0)岁,初中文化 11 例,高中及以上文化 29 例。两组患者的性别、年龄、文化程度等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均给予氯丙嗪治疗,首次给予 50 mg 每天,2 周内将用药量达到 200~300 mg 每天,对照组患者给予常规的精神科护理和健康教育。试验组患者在上述治疗的基础上给予认知行为疗法;认知行为治疗要建立以治疗为目的的良好人际关系基础之上。嘱强迫症患者,自己找出症状,给其布置作业,嘱患者将自己的想法及行为记录下来,与患者讨论

其症状与患者自己认知间的关联,使患者从中逐步意识到自己认知方面的错误。当患者一旦意识到本身是不自觉地受着强迫心理的支配,便会重新认识和对待强迫思维和行为,临床症状随之逐渐减轻,病情得到好转。(1)认知干预:首先对患者进行健康教育,使患者对本身疾病有所认知,了解疾病对患者情绪、社交和康复等方面的影响,并且告知患者对疾病的认知能够影响情绪、态度和思维;与此同时,根据患者本身的具体情况,帮助患者知道本身认知方面存在的不足,告知患者错误认知可能带来的危害,帮助其树立对疾病的正确认知方法;(2)行为干预:使用暴露行为治疗方法,有意使患者处在不舒服的环境,并在此时给予患者有效的指导方法来缓解患者焦虑和紧张的情绪,帮助他们适应环境;(3)心理干预:与患者主动的交流,了解他们内心的焦虑、不安和恐惧,并且向其提供帮助,让获得良好治疗的患者诉说治疗经历,以此来增强其他患者的治疗信心,鼓励患者与家人多交流,使其得到家庭的温暖和帮助;(4)思维日记:指导患者每天写日记,每天将自己紧张、不安、焦虑的想法和活动以及在治疗中的心理变化记录下来,以此来掌握疾病的治疗技巧,获得更好的效果。

1.3 疗效判断标准 在治疗前、治疗后第 4、8 周,采用 Y-BOCS 对两组患者的治疗效果进行评价。Y-BOCS 量表包括强迫总分(0~40 分)、强迫思维(0~20 分)和强迫行为(0~20 分),总分越高,意味着患者的强迫行为越强烈^[2]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 对数据进行分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异