

48(8):722-724.

[6] 张志刚,张松,阳红华,等.干扰素与静脉丙球联合治疗新生儿病毒性肺炎临床效果研究[J].当代医学,2012,18(1):128-129.

[7] 何志萍,吴雅娟.干扰素在新生儿呼吸道合胞病毒肺炎的临床疗效观察[J].当代医学,2015,21(33):127-128.

• 临床探讨 •

[8] 焦爱萍,秋艳萍.注射重组人干扰素 α -1b 治疗病毒性肺炎患儿的耐受性及安全性研究[J].医学理论与实践,2015,28(24):3316-3318.

(收稿日期:2016-08-12 修回日期:2016-10-21)

肾移植术后抑郁焦虑与死亡风险的关系

余红梅¹,叶娟²,叶启发^{1△}

(武汉大学中南医院:1.肝胆研究院二区;2.消毒供应中心 430071)

摘要:目的 对肾移植患者的心理健康状况进行调查,对比分析肾移植手术 2 年后生存与死亡患者的焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)得分。方法 对该院住院接受肾移植治疗术后 1 周患者进行 SAS 和 SDS 问卷调查,了解患者出现焦虑、抑郁不良心理状态的情况,并于 2 年后回访调查这些患者的生存状况,根据这些患者的生存状况分为存活组与死亡组,对比 2 组患者在肾移植术后 1 周的 SAS 和 SDS 得分分类的分布情况。结果 肾移植术后患者出现焦虑的发生率为 22.8%,抑郁的发生率为 26.8%;存活组与死亡组患者在肾移植术后 1 周的 SAS 和 SDS 得分分类的分布情况不同,死亡组较存活组出现更多的焦虑、抑郁患者,差异有统计学意义($P=0.011,0.016$)。结论 接受肾移植治疗的患者术后容易出现焦虑、抑郁的不良心理状态,焦虑、抑郁会影响患者的生存情况。

关键词:肾移植; 焦虑; 抑郁; 死亡风险

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)02-0242-03

肾移植是目前治疗终末期肾脏疾病最好的方法。越来越多的终末期肾脏病患者接受了肾移植治疗,形成一个常年依赖器官移植免疫抑制治疗的移植人群。在这一移植人群中,抑郁和焦虑是常见的心理健康问题^[1]。虽然肾移植人群的心理问题严重影响着肾移植患者的生活质量和存活率,但是对抑郁和焦虑造成肾移植患者死亡风险的科学研究还十分缺乏。严重的焦虑和抑郁会导致抑郁症,而抑郁症能使移植后患者的病死率增加^[2-3]。对于移植人群中的抑郁症患者,可以通过药物和心理治疗的干预有效治疗抑郁症。而对于存在抑郁和焦虑问题但没有患抑郁症的肾移植人群,由于目前研究的缺乏,他们遭受的抑郁和焦虑问题与死亡风险的关系尚不明确,如何使他们拥有更好的生活质量,提高存活率,关注心理健康十分必要。本研究旨在通过对比肾移植手术 2 年后生存与死亡者焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)得分,研究肾移植术后抑郁、焦虑与死亡风险的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该研究在调查对象知情且自愿参与的前提下开展。研究对象为 2012 年 12 月至 2013 年 12 月本院收治的接受了肾移植治疗的终末期肾脏病患者,共 123 例,其中男 87 例,女 36 例。肾移植术后 2 年回访生存状况。依据研究对象的生存状况分为存活组和死亡组,存活组($n=99$)中男 70 例,女 29 例;死亡组($n=24$)中男 17 例,女 7 例。2 组患者一般情况和肾移植相关情况中的各项资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。肾移植患者的一般情况及相关情况分别见表 1、2。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 于肾移植术后 1 周对患者进行问卷调查,评估其心理状态。在调查对象知情且自愿参与的前提下,让其

认真阅读调查表上的指导语,完全明白题目及选项意思的情况下填写问卷。对阅读或书写有困难的对象,在调查员的帮助下使其理解并完成问卷。并于 2 年后通过电话联系这些患者,回访其生存状况。

1.2.2 调查工具 使用 SAS 和 SDS 评估患者的心理状态。SAS 用于衡量个体焦虑状态的轻重程度,共有 20 个项目,按症状出现频率评定出 4 个等级,分为正向评分和反向评分,标准总分=总分 $\times 1.25$ 。依据中国常模,焦虑评定的标准分分界值为 50 分,50~59 分提示轻度焦虑,60~69 分提示中度焦虑,70 分及以上提示重度焦虑。SDS 直观地反映抑郁患者的主观感受,同样有 20 个项目,按症状出现频率评定出 4 个等级,分为正向评分和反向评分,标准总分=总分 $\times 1.25$ 。依据中国常模,抑郁评定的标准分分界值为 53 分,53~62 分提示轻度抑郁,63~72 分提示中度抑郁,73 分及以上提示重度抑郁^[4]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析,等级资料的比较应用 Mann-Whitney U 秩和检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组肾移植术后 1 周心理状态调查结果 对 123 例肾移植患者进行 SAS、SDS 统计,结果见表 3。肾移植术后患者容易出现焦虑、抑郁的情况,焦虑的发生率为 22.8%,抑郁的发生率为 26.8%。

2.2 对存活组与死亡组的 SAS、SDS 分类分布情况 结果见表 4。存活组与死亡组患者在肾移植术后 1 周的 SAS 和 SDS 得分分类的分布情况不同,差异有统计学意义($P<0.05$)。死亡组较存活组出现更多的焦虑、抑郁患者,死亡组的焦虑率(41.6%)高于存活组的焦虑率(18.1%),差异有统计学意义($P<0.05$),死亡组的抑郁率(45.9%)高于存活组的抑郁率

(22.3%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 肾移植术后患者的一般情况 ($n=123$)

项目	组别	人数(n)	构成比(%)
性别	男	87	70.7
	女	36	29.3
年龄(周岁)	22~30	29	23.6
	31~40	37	30.1
	41~50	42	34.1
	51~60	11	8.9
	61~69	4	3.3
婚姻状况	未婚	25	20.3
	已婚	91	74.0
	离婚	7	5.7
学历	初中及以下	31	25.2
	高中	46	37.4
	大专	19	15.4
	本科及以上	27	22.0
居住地区	城市	70	56.9
	农村	53	46.1
家庭人均收入(元)	<2 000	55	44.7
	2 000~4 000	37	30.1
	>4 000	31	25.2
医保类型	自费	32	26.0
	农村合作医疗	55	44.7
	城镇及以上医保	36	29.3

表 2 肾移植相关情况 ($n=123$)

项目	组别	人数(n)	构成比(%)
肾源	活体	46	37.4
	尸体	77	62.6
并发症	无并发症	33	26.8
	肺部感染	34	27.6
	高血压	52	42.3
	其他并发症	4	3.3

表 3 各组肾移植术后患者 SAS 和 SDS 得分情况

项目	组别	存活组($n=99$)		死亡组($n=24$)	
		人数(n)	构成比(%)	人数(n)	构成比(%)
SAS 得分	无焦虑	81	81.8	14	58.3
	轻度焦虑	13	13.1	6	25.0
	中度焦虑	4	4.0	2	8.3
	重度焦虑	1	1.0	2	8.3
SDS 得分	无抑郁	77	77.8	13	54.2
	轻度抑郁	16	16.2	7	29.2
	中度抑郁	5	5.1	3	12.5
	重度抑郁	1	1.0	1	4.2

表 4 生存组与死亡组肾移植术后患者 SAS 和 SDS 分类分布情况的对比分析

项目	组别	n	秩均值	秩和	Z	P
SAS 分类分布	存活组	99	59.04	5 845.0	-2.6	0.011
	死亡组	24	74.21	1 781.0		
SDS 分类分布	存活组	99	59.05	5 845.5	-2.4	0.016
	死亡组	24	74.19	1 780.5		

3 讨 论

本次研究调查结果显示,肾移植术后患者容易出现焦虑、抑郁的情况,焦虑的发生率为 22.8%,抑郁的发生率为 26.8%。依据肾移植术后 2 年回访生存状态的结果将 SAS 和 SDS 得分情况进行组间对比统计分析,发现在肾移植术后 2 年内发生死亡的患者比存活的患者,在肾移植术后 1 周有更加严重的焦虑、抑郁的情况。因此,应当充分利用客观评估结果,注意肾移植术后患者的心理健康状况,及时干预。

3.1 肾移植术后 1 周患者的心理状态分析及心理护理重点
肾移植术后 1 周患者焦虑、抑郁的发生率最高,程度也最重^[5]。由于面临排斥反应、初期心理整合问题以及药物不良反应等多种因素的威胁,患者往往产生很大精神压力,情绪容易紧张^[6-7]。通过本调查研究发现,虽然大部分的肾移植患者都能较平稳地度过这一特殊时期,但是,由于肾移植患者所面对的生物、心理和社会多方面的压力,还有部分患者受经济实力差或文化水平低接受理解能力差等自身因素的影响,造成肾移植患者容易产生强烈的心理反应^[8]。

面对这种情况,对肾移植患者的护理需要充分注意患者的心理状态,及早对心理状态不佳的患者进行心理干预。心理干预实际上是通过医务人员语言,为肾移植患者提供正确的康复知识,提高其对肾移植术后康复的认识,增强其自信心。在肾移植术后初期患者生活不能自理,还应该加强生活护理,并鼓励患者适当活动,及早恢复生活自理有助于自信心的强化^[9-10]。鼓励患者与医生护士、家属及其他患者多交流,沟通正确的康复知识,消除患者的顾虑,坚定战胜疾病的信心。对经济状况不佳的患者,由于担心移植手术的高额费用带来的经济负担,心理负担相对较重,让患者认识到拥有健康的身体才能解决面对的困难,通过正面的教育增强其战胜疾病的信心。

为了更好地了解肾移植患者的心理状态,在注意观察肾移植患者情绪的同时,还应该多利用科学客观的心理分析工具,如 SAS 和 SDS 等,通过科学测量及时客观地掌握肾移植患者的心理状态,及早科学地干预能够给肾移植患者最大的帮助。

3.2 不同组肾移植患者术后 1 周心理状态的对比分析 统计对比发现存活组与死亡组患者在肾移植术后 1 周的 SAS 和 SDS 得分分类的分布情况不同,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。死亡组较存活组出现更多的焦虑、抑郁患者,死亡组的焦虑率(41.67%)高于存活组的焦虑率(18.18%),差异有统计学意义 ($P < 0.05$),死亡组的抑郁率(45.83%)高于存活组的抑郁率(22.22%),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。这些结果说明肾移植术后 1 周患者的不良心理状态可能与肾移植患者的生存率有关。所以及早发现肾移植患者的不良心理状态并及时予以干预能够对提高肾移植患者的生存率非常有帮助。

综上所述,面对日益庞大的接受肾移植治疗的患者群体,

了解他们术后容易出现的焦虑、抑郁不良心理状态,认识到焦虑、抑郁可能会影响这些患者的生存率,及早发现肾移植患者的不良心理状态并干预可以有效提高他们的生存率。

参考文献

[1] Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, et al. Depression and anxiety as risk factors for morbidity and mortality after organ transplantation: a systematic review and Meta-Analysis[J]. Transplantation, 2015, 100(5): 988-1003.

[2] Dobbels F, Skeans MA, Snyder JJ, et al. Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of medicare claims [J]. Am J Kidney Dis, 2008, 51(5): 819-828.

[3] Novak M, Molnar MZ, Szeifert L, et al. Depressive symptoms and mortality in patients after kidney transplantation: a prospective prevalent cohort study[J]. Psychosom Med, 2010, 72(6): 527-534.

[4] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993.

[5] 张佩芳, 张晓萍, 廖婧, 等. 肾移植患者术后各阶段心理状态调查分析及对策[J]. 中华护理杂志, 2006, 41(7): 618-620.

[6] Berney-Martinet S, Key F, Bell L, et al. Psychological profile of adolescents with a kidney transplant [J]. Pediatr Transplant, 2009, 13(6): 701-710.

[7] 曲珊, 明茗. 肾移植术后家庭指导的护理进展[J]. 中国医学创新, 2014, 11(28): 154-156.

[8] 孙颖, 李静, 刘雅英. 肾移植患者的心理状态及其干预措施[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2008, 12(5): 921-924.

[9] 任春霞. 肾移植康复期的护理进展[J]. 安徽医学, 2009, 30(12): 1488-1491.

[10] 李静, 吴东娟, 董艳, 等. 肾移植患者社会支持的现状[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(4): 21-23.

(收稿日期: 2016-08-19 修回日期: 2016-10-21)

时效性激励护理模式对糖尿病足患者自我管理行为能力的影响

高 岩, 尹淑环

(中国医科大学附属盛京医院内分泌科, 沈阳 110004)

摘要:目的 探讨时效性激励护理模式对糖尿病足患者自我管理行为能力的影响。方法 选择住院接受治疗的糖尿病足患者 120 例为研究对象, 应用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组给予常规健康指导及出院随访, 观察组在此基础上应用时效性激励护理模式。于入院当日、出院时、出院 3 个月采用自我管理行为能力量表评价 2 组患者的自我管理行为能力。结果 观察组出院时及出院 3 个月自我管理行为能力得分分别为 (4.99±1.47) 分、(6.19±1.63) 分, 明显高于对照组 (4.38±1.41) 分、(5.18±1.54) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 应用时效性激励护理模式能有效提高糖尿病足患者的自我管理行为能力。

关键词: 糖尿病足; 时效性激励; 自我管理行为能力

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.02.034 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)02-0244-04

糖尿病足是糖尿病主要慢性并发症之一, 是以糖尿病并发的血管、神经病变为基础, 引起足部麻木、疼痛、皮肤溃疡甚至肢端坏疽等病变的总称, 是糖尿病患者致残的主要原因^[1]。由于足部不同程度的破损, 导致患者不能进行正常的行走与日常生活, 自我形象严重受损, 足部的治疗过程复杂且花费较多, 病情严重还需要进行手术局部截趾甚至截肢, 给患者和家属带来巨大的压力和焦虑恐惧。由于患者的负性情绪加之对疾病知识的匮乏和对日常生活护理的无助, 严重影响了治疗效果及生存质量。时效性激励原则是指把握激励的有效时机, 使用切实可行的激励语言及有效时机及时激励患者, 有利于将患者的疾病康复激情推向高潮, 使患者积极地进行连续有效的治疗及护理^[2]。本科病房自 2014 年 1 月以来, 对收治的糖尿病足患者采用时效性激励护理模式进行综合护理干预及延伸服务, 取得了良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 1 月至 2015 年 12 月在本科进行糖尿病足治疗的 120 例患者作为研究对象, 其中男 67 例, 女

53 例。纳入标准: (1) 符合糖尿病足分级及诊断标准^[3]; (2) 患者或家属能够接受定期随访; (3) 自愿参加的非流动居民, 并签署知情同意书。排除标准: (1) 有认知障碍; (2) 严重的糖尿病并发症者, 心、肝、肾功能严重损害者; (3) 口服糖皮质激素史者; (4) 正在参与其他干预性研究者。应用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 60 例, 其中观察组男 35 例, 女 25 例, 年龄 37~75 岁, 平均 (52.1±5.5) 岁。文化程度: 初中及小学 35 例, 占 58.33%; 高中 19 例, 占 31.67%; 大专及以上 6 例, 占 10.00%。病程 8~25 年, 平均 (12.25±4.51) 年。体质量 52~79 kg, 平均 (65.15±16.15) kg; 体质量指数 (BMI) 18~28 kg/m², 平均 (24.25±4.39) kg/m²。空腹血糖 6.12~13.46 mmol/L, 平均 (8.98±1.67) mmol/L; 餐后 2 h 血糖 7.16~22.95 mmol/L, 平均 (13.97±5.26) mmol/L。根据糖尿病足 Wagner 分级标准, 其中 1 级糖尿病足 4 例, 2 级糖尿病足 13 例, 3 级糖尿病足 18 例, 4 级糖尿病足 20 例, 5 级糖尿病足 5 例。对照组男 32 例, 女 28 例, 年龄 39~79 岁, 平均 (54.2±4.7) 岁。文化程度: 初中及小学 37 例, 占 61.67%; 高中 18 例,