

• 临床探讨 •

心理护理干预在多功能电离子手术患者中的应用

韩秋然

(河北省保定市第一医院体检中心 071000)

摘要:目的 研究心理护理干预在多功能电离子手术患者中的应用价值。方法 选取 2015 年 1 月至 2016 年 10 月在该院皮肤科使用多功能电离子手术治疗机治疗的皮肤病患者 160 例作为研究对象,采用随机抽签方法分为研究组和对照组,每组各 80 例。两组均采用相同的治疗方法,对照组患者实施常规护理干预,研究组患者在对照组护理干预的基础上实施心理护理干预。比较两组患者的临床疗效,焦虑、抑郁症状评分,以及患者护理满意度等。结果 研究组患者治愈率为 97.5%,明显高于对照组的 87.5%,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患者术后 6 个月复发率为 2.5%,明显低于对照组的 10.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,研究组患者 SAS 与 SDS 评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。研究组患者护理满意度为 98.75%,明显高于对照组的 88.75%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 多功能电离子手术治疗机治疗皮肤病,在常规护理干预的基础上配合心理护理干预,可以明显提高临床疗效,改善患者的焦虑、抑郁症状,减少并发症发生率,降低复发率,值得临床推广应用。

关键词:多功能电离子手术治疗机; 皮肤病; 心理护理干预; 临床疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.044 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)24-3680-03

皮肤病属于皮肤及皮肤附属器官疾病的总称,是临床常见疾病之一^[1]。多功能电离子手术治疗机是治疗皮肤病的主要仪器,在临床中日益受到人们的关注。皮肤病一方面会给患者身体健康带来不良影响,另一方面也会给患者带来焦虑及抑郁等不良心理^[2-3]。相关资料显示,有 20%~30% 的皮肤病患者存在不良情绪^[4]。在临床实践中发现,不良情绪容易给皮肤病患者造成不良影响,影响其治疗效果。为此,有必要在皮肤病治疗过程中实施心理护理干预,以改善患者的负性情绪,进而促进预后。本研究对本院 2015 年 1 月至 2016 年 10 月皮肤科使用多功能电离子手术治疗机治疗的 80 例皮肤病患者在实施常规护理干预的基础上实施心理护理干预,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 10 月在本院皮肤科使用多功能电离子手术治疗机治疗的皮肤病患者 160 例作为研究对象,采用随机抽签方法分为研究组和对照组,每组各 80 例。对照组男 30 例,女 50 例;年龄 21~62 岁,平均(48.6±3.5)岁;疾病类型:寻常疣 30 例,扁平疣 40 例,丝状疣 10 例。研究组男 31 例,女 49 例;年龄 22~61 岁,平均(47.7±3.2)岁;寻常疣 31 例,扁平疣 39 例,丝状疣 10 例。两组患者性别、年龄、疾病类型等基线资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)无严重的心、脑等重要器官疾病者;(2)均签署知情同意书愿意接受本研究。

1.2.2 排除标准 (1)精神病患者;(2)凝血功能障碍者;(3)治疗依从性差者;(4)手术不配合者;(5)存在沟通障碍者。

1.3 治疗方法 两组患者均采用相同的多功能电离子手术治疗机治疗,对照组患者实施常规护理干预。(1)术前护理:护理人员做好患者病变区准备工作,将病变部位洗净,并对患者疼痛比较敏感的病变部位给予 2%利多卡因注射液局部麻醉。术前要检查多功能电离子手术治疗机是否运行正常,并掌握治疗机的操作方法及使用注意事项。护理人员要在手术室门口设置警示牌,并对治疗区保持清洁卫生、消毒,预防烟雾污染与疾病传播。(2)术中护理:由于多功能电离子手术治疗机在治

疗过程中会产生烟雾及火花,所以操作人员及患者均要加强眼睛护理,比如戴上防护镜,同时安装吸烟雾的装置。(3)术后护理:指导患者皮损病变区内 1 周不要与水接触,确保清洁、干燥、卫生。叮嘱患者禁酒,防止剧烈运动,避免出汗而延缓皮损的恢复。研究组患者在对照组护理的基础上实施心理护理,(1)术前心理护理:根据患者皮肤病特点及就医情况,由护理人员实施“一对一”深度访谈,了解患者目前对疾病的认识、疾病对其心理的影响、目前存在哪些方面的心理问题等。根据访谈结果,分析判断影响患者健康的心理特征,科学制订个性化心理护理计划,并对患者实施该护理计划,帮助其解决目前存在的心理问题,启发诱导其把压抑情感倾吐出来,摆脱心理上的不适,对一些发生在颜面部或经常暴露在体表的疾病,给予患者心理支持,加强心理疏导,让其树立正确的疾病观,并树立战胜疾病的信心。护理人员要在患者治疗前实施心理护理干预,向患者认真讲解治疗方案、治疗注意事项,进而消除患者的顾虑,提高患者治疗依从性及决心。(2)术后心理护理:术后对患者进行口头教育,详细介绍患者治疗情况,让患者对自身皮肤病的治疗有一个比较充分的了解,反复向患者讲解治疗及护理的相关知识,进而消除患者术后紧张、焦虑及抑郁的负性心理,促进患者疾病尽快康复。

1.4 观察指标 (1)术后 15 d 观察患者临床疗效^[5]。治愈:只需一次性炭化、气化,10~14 d 脱痂;好转:需再次炭化、气化。(2)比较两组患者护理干预前、后焦虑自评量表(SAS)^[6]、抑郁自评量表(SDS)^[7]评分。SAS 共 20 个项目,主要评定患者的焦虑程度,累积各条目得分为 SAS 总分,总分越高,提示焦虑程度越重;SDS 共 20 个项目,主要评定患者的抑郁程度,累积各条目得分为 SDS 总分,总分越高,提示抑郁情绪越严重。(3)对患者护理满意度进行调查。护理满意度分为十分满意、满意、一般、不满意 4 个等级。(4)术后复发情况。术后平均随访 6 个月,观察患者复发情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。研究组患者治愈率为

97.5%,明显高于对照组的 87.5%,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患者术后 6 个月复发率为 2.5%,明显低于对照组的 10.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]				
组别	n	治愈	好转	术后 6 个月复发
对照组	80	70(87.5)	10(12.5)	8(10.0)
研究组	80	78(97.5)	2(2.5)	2(2.5)
χ^2		9.172	8.046	7.335
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较 见表 2。干预前,两组患者 SAS 与 SDS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,研究组患者 SAS 与 SDS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	80	51.85±3.65	45.27±1.86	52.07±4.17	40.85±3.05
研究组	80	52.17±3.43	33.84±2.06	52.46±4.33	31.77±3.36
t		0.168	10.326	0.172	9.805
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者护理满意度比较 见表 3。研究组患者护理满意度为 98.75%,明显高于对照组的 88.75%,差异有统计学意义($\chi^2=11.326,P<0.05$)。

表 3 两组患者护理满意度比较[n(%)]					
组别	n	十分满意	满意和一般	不满意	满意合计
对照组	80	54(67.5)	17(21.2)	9(11.2)	71(88.7)
研究组	80	70(87.5)	9(11.2)	1(1.2)	79(98.7)

3 讨 论

应用多功能电离子手术治疗机治疗皮肤病,主要是通过笔针触头和病灶组织间存在的极小气隙产生极高的电场强度,诱发气体分子发生电离,形成等离子火花,进而凝固及炭化病灶组织,同时也可起到止血的作用^[8]。有研究证实,多功能电离子手术治疗机治疗皮肤病具有操作简单、无皮肤损伤,伤口愈合时间较短、愈合后不留疤痕、无色素沉着等优势^[9]。此外,在治疗过程中,操作人员操作技巧的熟练程度、患者的配合程度均会影响治疗效果^[10]。

有资料显示,患者配合度差与患者心理因素密切相关^[11]。近年来,皮肤病患者心理因素的交互关系日益受到医护人员的关注^[12-14]。皮肤病患者极易存在抑郁、焦虑、烦躁、不安等负面情绪。医护人员在加强患者临床治疗的同时,不应忽视患者的心理状况,一旦发现患者存在焦虑及抑郁等情绪,要对患者实施心理疏导干预,以缓解患者的不良情绪,提高患者治疗配合度及依从性^[15]。

在临床上,常规护理干预缺乏针对性强的心理干预措施。为此,应在对患者实施常规护理干预的基础上加用心理干预。本研究结果显示,研究组患者治愈率为 97.5%,明显高于对照组的 87.5%,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组患者术后

6 个月复发率为 2.5%,明显低于对照组的 10.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者 SAS 与 SDS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,研究组患者 SAS 与 SDS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。研究组患者护理满意度为 98.75%,明显高于对照组的 88.75%,差异有统计学意义($P<0.05$)。由此说明,对皮肤病患者加强心理干预能够提高疗效,缓解患者焦虑及抑郁等不良情绪,提高患者护理满意度,降低复发率。

综上所述,在多功能电离子手术治疗机治疗与常规护理干预的基础上,加用针对性强、系统化的心理护理干预措施,可以有效改善患者的心理状态,促进患者尽快康复,提高患者护理满意度,降低复发率。心理护理干预值得在多功能电离子手术治疗机治疗皮肤病中推广应用。

参考文献

[1] Warren RB, Weatherhead SC, Smith CH, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the safe and effective prescribing of methotrexate for skin disease 2016 [J]. British J Dermatol, 2016, 175(1): 23-44.

[2] Matteredne U, Diepgen TL, Weisshaar E. Effects of a health-educational and psychological intervention on socio-cognitive determinants of skin protection behaviour in individuals with occupational dermatoses[J]. Int Arch Occup Environ Health, 2010, 83(2): 183-189.

[3] 李娜,冉群兰,涂颖. 中医情志护理在皮肤病中的运用[J]. 皮肤病与性病, 2016, 38(5): 339-341.

[4] 丁静芳. 过敏性皮肤病患者心理状况分析及护理研究[J]. 基层医学论坛, 2016, 18(3): 372-373.

[5] Schlapbach C, Navarini AA. The continuing evolution of targeted therapy for inflammatory skin disease[J]. Semin Immunopathol, 2016, 38(1): 123-133.

[6] 刘巧,吴伟伟,王爱民,等. 系统性心理行为干预对银屑病患者影响的研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2011, 10(1): 56-58.

[7] 谢海莉,李惠敏,马国威. 心理行为干预联合药物治疗寻常型银屑病疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2013, 29(7): 481-482.

[8] Platter M, Hofer M, Hölzl C, et al. Supporting cardiac patient physical activity; a brief health psychological intervention[J]. Wien Klin Wochenschr, 2016, 128(5): 1-7.

[9] 吕操,白忠,钮燕,等. 多功能电离子手术联合药物治疗耳廓瘢痕疙瘩的临床疗效观察[J]. 中国现代医学杂志, 2016, 26(7): 93-95.

[10] 金贞爱. GX-ⅢE 型多功能电离子手术治疗机联合局部封闭干扰素治疗肛周尖锐湿疣的疗效观察[J]. 慢性病学杂志, 2010, 12(6): 503.

[11] 张赛玉,蔡志菱. 慢性皮肤病患者用药依从性差的影响因素及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2014, 11(1): 70-71.

[12] Li S, Ganguli-Indra G, Indra AK. Lipidomic analysis of epidermal lipids: a tool to predict progression of inflammatory skin disease in humans [J]. Expert Rev Proteomics, 2016, 13(5): 451-456.

[13] Nikrahan GR, Suarez L, Asgari K, et al. Positive Psychology Interventions for Patients With Heart Disease: A Pre-

- liminary Randomized Trial[J]. Psychosomatics, 2016, 57 (4):348-358.
- [14] 柳风琴,路霞,王燕. 皮肤病患者外涂用药依从性差的原因分析及护理对策[J]. 宁夏医学杂志, 2016, 38(10):975-976.
- 临床探讨 •
- [15] 刘国艳,高强,张晓杰. 皮肤病患者心身现状与心理行为干预[J]. 国际皮肤性病杂志, 2010, 36(5):279-281.
- (收稿日期:2017-05-05 修回日期:2017-07-12)

Load-sharing 评分应用于胸腰椎段脊柱骨折治疗的可行性及安全性分析

王恩梁

(海南省琼海市人民医院骨科 571400)

摘要:目的 探讨 Load-sharing 评分应用于胸腰椎段脊柱骨折治疗的可行性及安全性。方法 选取于该院诊治的胸腰椎段脊柱骨折患者 80 例作为研究对象,术前通过采用 Load-sharing 评分对患者进行评估,根据评估分值选择不同的手术入路方式,其中 4 分 $\leq$ Load-sharing 评分 $\leq$ 6 分的患者 36 例行后路短节段内固定术,作为 A 组;Load-sharing 评分 $>$ 6 分且不伴脱位,骨折椎后方结构完整的 16 例患者行前路内固定+骨折椎体次切术+前路植骨术,作为 B 组;评分 $>$ 6 分且伴有脱位或后方结构不完整者的 28 例患者行前后路联合+骨折椎体次切术+前路植骨术,作为 C 组。对所有患者进行随访,观察手术效果及并发症发生情况。**结果** 经手术治疗后,3 种手术方案中的后凸角、椎体压缩、椎管占位改善情况明显优于手术前,差异均有统计学意义($P<0.05$);日本骨科协会评估治疗分数评分较手术前均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$),本组患者腰背神经功能恢复均较好,仅有 7.5% 的患者出现轻微并发症。**结论** Load-sharing 评分指导胸腰椎段脊柱骨折行不同手术方案治疗效果良好,对临床手术入路的选择具有一定的参考价值。

关键词:Load-sharing 评分; 胸腰椎段脊柱骨折; 可行性; 手术入路

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)24-3682-03

脊柱骨折多由间接外力(如交通事故、自然灾害、高空坠落等)引起,多见于男性,需要及早进行科学有效的治疗,以减少骨折对神经及身体机能的影响^[1]。胸腰椎段脊柱受固定胸椎及活动腰椎的影响,损伤概率较高,且易发生多种并发症,增加治疗难度。对此处骨折一般需进行手术治疗,临床治疗手段不一,存在较大差异。相关研究显示,Load-sharing 评分对脊柱骨折入路方案的选择有重要指导意义,可有效提高临床手术效果,受到临床医生及专业人士的一致认可^[2-3]。基于此,本研究通过选取于本院行胸腰椎段脊柱骨折手术的 80 例患者作为研究对象,观察 Load-sharing 评分指导下不同手术方案治疗的可行性及安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月至 2016 年 2 月于本院诊治的胸腰椎段脊柱骨折患者 80 例,男 52 例,女 28 例;年龄 23~65 岁,平均(37.45 $\pm$ 7.46)岁;骨折涉及 T₁₁ 9 例, T₁₂ 28 例, L₁ 32 例, L₂ 11 例;因高空坠落导致 30 例,因车祸导致 28 例,重物压伤 16 例,其他情况 6 例。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)影像学检查结果显示胸腰部脊椎 T₁₁~L₂ 节段有骨折现象并及时进行手术治疗者;(2)签订知情同意书并积极配合者;(3)均伴有术前脊髓功能损伤者;(4)年龄大于 18 岁者。

1.2.2 排除标准 (1)具有精神方面的疾病或理解能力低于正常水平者;(2)具有其他重大器质性病变,如心脑血管病变或造血功能异常者;(3)身体极度虚弱或下肢残疾者;(4)不能完成本研究或不能完整提供一般资料者;(5)具有陈旧性骨折、多节段骨折或合并多种外伤者。

1.3 方法 术前对患者进行影像学检查:拍摄前、后及侧位 X 线片,同时进行 CT 及 MRI 检查,观察椎体压缩程度,计算椎体楔变角度数,经三维 CT 观察椎管占位情况,统计 Load-sha-

ring 评分。根据 Load-sharing 分值讨论合适的手术入路方式,制订手术方案,其中 4 分 $\leq$ Load-sharing 评分 $\leq$ 6 分的患者 36 例行后路短节段内固定术,作为 A 组(36 例);Load-sharing 评分 $>$ 6 分且不伴脱位,骨折椎体后方结构完整者的 16 例患者行前路内固定+骨折椎体次切术+前路植骨术,作为 B 组(16 例);评分 $>$ 6 分且伴有脱位或后方结构不完整的 28 例患者行前后路联合+骨折椎体次切术+前路植骨术,作为 C 组(28 例)。对所有患者于术后进行为期半年的上门或电话随访,观察患者预后情况。Load-sharing 评分^[4]:X 线片检查结果显示后凸角 $>25^\circ$ 为 3 分, $15^\circ\leq$ 后凸角 $\leq 25^\circ$ 为 2 分,后凸角 $<15^\circ$ 为 1 分;X 线片检查结果显示椎体压缩体积 $>60\%$ 为 3 分, $30\%\leq$ 椎体压缩体积 $\leq 60\%$ 为 2 分,椎体压缩体积 $<30\%$ 为 1 分;椎管内骨块占位 $>50\%$ 为 3 分, $30\%\leq$ 椎管内骨块占位 $\leq 50\%$ 为 2 分,椎管内骨块占位 $<30\%$ 为 1 分。后凸角、椎体压缩程度及椎管内骨块占位 3 项得分相加即为 Load-sharing 评分。

1.4 观察指标

1.4.1 影像学检查 于手术前、后对患者进行影像学检查,观察记录患者后凸角、椎体压缩体积、椎管内骨块占位的改善情况,并进行统计分析。

1.4.2 手术效果及神经功能恢复情况 通过日本骨科协会评估治疗分数(JOA)进行评分,于手术前、后对患者进行问卷调查,患者结合自身情况进行填写,不方便填写者可由家属协助。JOA 问卷包括腰痛(3 分)、下肢痛及麻木(3 分)、步行能力(3 分)、直腿抬高试验(2 分)、感觉障碍(2 分)和运动障碍(2 分)6 项,各项分数总和即为 JOA 评分,分值越高,表示状况越好。神经功能恢复情况根据美国脊髓损伤协会(ASIA)评分进行判定^[5],对患者进行检查,统计感觉和运动评分。观察手术前和手术半年后神经功能恢复情况。ASIA 评分分为 5 级:A 级表现为骶段 S₄~S₅ 无任何感觉及运动功能,为完全性损害;B 级