

心理护理干预联合氟西汀治疗功能性消化不良的临床疗效观察

曾海燕¹, 赵 燕², 贺旭红³

(1. 衡阳市中医医院消化内科, 湖南 衡阳 421001; 2. 衡阳市中医医院护理部;
3. 衡阳市中医医院颈肩腰腿痛科)

摘要: **目的** 心理护理干预联合氟西汀治疗功能性消化不良(FD)的临床疗效。 **方法** 纳入2011年1月~2013年12月于本院消化科住院的FD患者112例,回顾性分成常规护理组、用药组、心理干预组和用药加心理干预组,每组均为28例,4周为一疗程,共观察一个疗程。观察四组患者治疗前后抑郁自评量表(SAS)、焦虑自评量表(SDS)评分变化及临床疗效。 **结果** 四组患者治疗后抑郁自评量表、焦虑自评量表评分较治疗前均有明显改善,用药组加心理干预组与常规护理组、用药组及心理干预组组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),临床疗效组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。 **结论** 心理护理干预联合氟西汀可改善患者焦虑抑郁情况、提高功能性消化不良疗效,对功能性消化不良有较好疗效,值得临床推广。

关键词: 氟西汀; 心理护理; 功能性消化不良

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** B

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是消化科常见疾病,发病率高,其发病机制不十分清楚,目前认为可能与幽门螺杆菌感染、精神应激因素、遗传因素等有关^[1]。其中,精神、心理异常和社会压力在FD的发病中起重要作用^[2]。近两年,在常规药物治疗的基础上联合心理护理干预及氟西汀对FD进行临床随机对照研究,效果显著,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2011年1月~2013年12月于本院消化科住院的FD患者112例,病例入选标准参照罗马Ⅲ标准^[3],必须包括以下1条或多条:(1)餐后饱胀不适;(2)早饱感;(3)上腹痛;(4)上腹烧灼感;并且没有可解释症状的器质性疾病(包括胃镜检查)的证据。诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以上标准,且同时伴有抑郁焦虑症状,抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SAS)及焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SDS)评分分别大于50分及53分。排除严重心、肝、肺、肾疾病以及既往有神

经或精神疾病家族史患者。将112例患者回顾性分为常规护理组、用药组、心理干预组和用药加心理干预组,每组各28例。其中用药加心理干预组男15例,女13例;平均年龄 40.0 ± 3.6 岁。常规护理组男16例,女12例;平均年龄 41.0 ± 2.8 岁。用药组男13例,女15例;平均年龄 41.0 ± 2.4 岁。心理干预组男14例,女14例;平均年龄 40.0 ± 3.2 岁。四组性别、年龄、病程、病情严重程度等比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 评估方法 评估方法通过参考相关文献运用对照治疗前后SAS及SDS量表评分进行评估^[4],四组病人均在SAS及SDS量表评分前进行指导说明,让患者充分理解每项内容的评估方法,之后由患者进行自评。临床症状评分根据患者治疗前后的症状改善情况进行评价,评价标准为:0分为临床症状消失;1分为具有轻微的临床症状,但对日常生活并不影响;2分为具有较重的临床症状,对部分日常生活有所影响;3分为具有严重的临床症状,对日常生活有严重的影响。

1.2.2 基础治疗 以腹胀、嗝气等胃肠动力障碍为主者口服枸橼酸莫沙比利片(鲁南贝特制药有限公司,药准字H19990317,批号:120110),5 mg,3次/

天;以腹痛、烧心为主者口服奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司,药准字 J20080097),20 mg,1 次/天。常规护理组仅予基础治疗。心理干预组在基础治疗上给予心理护理干预。

1.2.3 用药组 在基础治疗上予氟西汀胶囊(礼来苏州制药有限公司,药准字 J20080016)口服,20 mg,1 次/天。用药加心理干预组在基础治疗上予氟西汀胶囊(礼来苏州制药有限公司药准字 J20080016)口服,20 mg,1 次/天,同时进行心理护理干预。

1.2.4 疗程 4 周为一疗程,共观察一个疗程。

1.3 心理护理干预方法

①加强 FD 的相关医学教育,通过座谈会、讲座及宣传资料手册等途径,让患者从 FD 的病因、发病机制、治疗方法、良好预后等方面充分了解本病的发展过程,解除患者的心理恐慌,以正确的心态对待本病的治疗。②与患者家属充分沟通,取得患者家属的理解与信任,督促患者家属配合医护人员做好患者的心理疏导工作,积极开导鼓励患者主动与医护人员及外界交流,拓展生活圈,适当体育锻炼,保证充足的睡眠时间,培养良好的生活方式及作息规律。形成“医护—患者—家属—社会”四位一体的良好沟通网络,营造一个积极融洽的治疗氛围。③根据患者的教育水平、年龄、个性及治疗过程中患者心理变化情况个体化调节心理护理干预的方式(及重点,有的放矢,提高心理辅导的效果)。④可采取以下行为训练方法:(1)松弛训练:方法有渐进性肌肉松弛、引导想象、沉思、呼吸松弛、音乐等;(2)暗示疗法:通过护理人员的解释、安慰、鼓励、保证,并给予恰当的暗示,借用现身说法,举出有效实例,提高

治疗依从性和治疗信心;(3)活动日记。记录每日活动情况^[5]。

1.4 观察指标

治疗前后临床症状学积分。治疗前后 SAS 评分、SDS 评分。

1.5 疗效评定标准

疗效评定标准参照心理卫生评定量表手册(增订版)制定^[6]。疗效指数 = 治疗前后症状积分差值 / 治疗前症状积分 × 100%。根据疗效指数评定疗效:显效:疗效指数 75% 以上;有效:疗效指数 51% ~ 75%;无效:疗效指数 ≤ 50%。总有效 = 显效 + 有效。SAS 评分焦虑分级标准:50 ~ 59 分为轻度焦虑;60 ~ 69 分为中度焦虑;70 分以上为重度焦虑。SDS 评分抑郁分级标准:抑郁严重度 = 各条目累计分 / 80。0.5 以下者为无抑郁;0.5 ~ 0.59 为轻微至轻度抑郁;0.6 ~ 0.69 为中至重度;0.7 以上为重度抑郁。

1.6 统计方法

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS13.0 进行统计分析,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 四组治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较

四组患者组内治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后用药加心理干预组与常规护理组、用药组及心理干预组组间比较,SAS 及 SDS 评分改善差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 四组患者治疗前后 SAS 及 SDS 评分比较(分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
用药加心理干预组	28	58.1 ± 5.8	47.2 ± 6.2 ^a	57.6 ± 5.6	48.3 ± 4.9 ^a
常规护理组	28	57.9 ± 6.2	52.0 ± 5.9 ^{ab}	58.0 ± 4.4	53.2 ± 5.6 ^{ab}
心理干预组	28	58.4 ± 6.1	48.2 ± 6.0 ^{ab}	57.8 ± 5.3	49.3 ± 4.3 ^{ab}
用药组	28	58.6 ± 5.7	53.0 ± 6.1 ^{ab}	58.2 ± 5.1	52.5 ± 5.8 ^{ab}

与同组治疗前比较,a: $P < 0.05$;与用药加心理干预组比较,b: $P < 0.05$

2.2 四组患者临床疗效比较

表 2 所示,用药加心理干预组与常规护理组、心理干预组、用药组组间临床疗效比较差异有统计学

意义($P < 0.05$),用药加心理干预组临床疗效显著优于常规护理组($\chi^2 = 13.913, P < 0.05$)。

表2 四组患者临床疗效比较(例)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
用药加心理干预组	28	20	7	1	96.4% ^a
常规护理组	28	9	10	9	75.0%
心理干预组	28	14	10	4	85.7%
用药组	28	13	12	3	89.2%

与常规护理组比较, a: $P < 0.05$

3 讨 论

FD的病因和发病机制尚未阐明,目前认为,精神、心理因素在FD的病理机制中起重要作用^[7]。FD人群中抑郁、焦虑、睡眠障碍等精神症状显著高于正常人群^[8-9],从而影响其身心健康、生活质量及临床疗效。研究指出,必须重视疾病的精神因素,当单纯的生物疗法效果差或无效时,要及时辅以抗抑郁药及心理支持治疗,特别是对存在抑郁等情绪障碍的功能性消化不良患者更要引起足够的注意^[10],药物治疗辅以心理护理干预可明显改善功能性消化不良患者的健康相关生活质量,使患者获得较好的远期效果。

FD患者的治疗目前仍以抑酸、促胃肠动力、抗HP菌等对症治疗为主,精神症状明显者可加用三环类抗抑郁药或选择性5-羟色胺再摄取抑制剂等。氟西汀作为一种选择性5-羟色胺再摄取抑制剂,对于FD患者的抑郁等精神症状有较好疗效^[11]。本研究中,实验组在常规药物加氟西汀治疗的基础上,配合心理护理干预措施。通过对患者进行健康宣教,提高患者对本病的认识,解除患者恐惧心理;动员家属积极参与诊疗过程,加强心理疏导,形成“医护—患者—家属—社会”四位一体的良好沟通网络,同时根据治疗过程当中患者心理变化个体化调整干预的方向与重点,确保心理疏导的效果最大化。本文结果表明,用药组加心理护理组SAS、SDS评分在治疗后均明显优于对照组($P < 0.05$),临床疗效用药组加心理护理组也优于其它组($P < 0.05$),说明通过心理护理干预可以有

效缓解患者焦虑及抑郁的情绪,从而提高临床疗效,值得临床进一步研究及推广。

参考文献:

- [1] Futagami S, Shimpuku M, Yin Y, et al. Shimpuku Pathophysiology of Functional Dyspepsia [J]. J Nippon Med Sch, 2011, 78 (5): 280-285.
- [2] Silva RA, Pinheiro RT, Silva RA, et al. Functional dyspepsia and depression as an associated factor [J]. Arq Gastroenterol, 2006, 43 (4): 293-298.
- [3] Theodor AV, Roxana G, Andrei MV. Functional dyspepsia today [J]. Maedica, 2013, 8 (1): 68-74.
- [4] 李敬阳,刘畅,洪英杰,等.综合性治疗功能性消化不良的临床观察[J].中国心理卫生杂志,2004,18(6),432-434.
- [5] 杨广富.行为护理的提出与探讨[J].中国行为医学科学,2002,11(6):702-705.
- [6] 汪向东,姜长青,马弘,等.心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志(增订版),1999:12.
- [7] Yarandi SS, Christie J. Functional dyspepsia in review: pathophysiology and challenges in the diagnosis and management due to coexisting gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome [J]. Gastroenterol Res Pract, 2013, 16: 1-8.
- [8] Sattar A, Salih M, Jafri W. Burden of common mental disorders in patients with functional dyspepsia [J]. J Pak Med Assoc, 2010, 60 (12): 995-997.
- [9] Futagami SI, Shimpuku M, Yamawaki H, et al. Sleep disorders in functional dyspepsia and future therapy [J]. J Nippon Med Sch, 2013, 80 (2): 104-109.
- [10] 傅根莲,金淑.心理护理在功能性消化不良治疗中的作用[J].现代中西医结合杂志,2005,14(7):931-932.
- [11] Wu CY, Chou L, Chen Hpl. Effect of fluoxetine on symptoms and gastric dysrhythmia in patients with functional dyspepsia [J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50 (49): 278-283.

(此文编辑:蒋湘莲)