

# 综合护理干预对双相情感障碍躁狂发作效果及对认知功能和生活质量的影响

项剑虹

双相情感障碍是较为常见的一种精神科心境障碍疾病,是既有躁狂或轻狂发作,同时又存在抑郁发作的疾病,严重影响患者生活质量和认知功能,且影响社会不安定<sup>[1,2]</sup>。故而采取及时有效的治疗方法和护理干预尤为重要<sup>[3]</sup>。本次研究旨在分析综合护理干预对双相情感障碍躁狂发作效果及对患者认知功能和生活质量的影响。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选自2014年3月至2015年9月期间金华市第二医院收治的双相情感障碍躁狂发作患者86例,均依据《CCMD-3中国精神障碍分类与诊断

标准》<sup>[4]</sup>中相关诊断标准。入组标准:①Beek-Rafelsen躁狂量表(Bech-Rafaelsdn mania rating scale, BRME)评分>20分;②年龄20~50岁。排除标准:①脑器质性疾病所致的精神障碍;②妊娠或哺乳期妇女;③心肺肾功能严重异常者;④由于激素或内分泌异常等原因引起的躁狂发作。入组的86例中,男53例、女33例;年龄20~50岁,平均(32.18±6.42)岁;病程5~28 d,平均(16.24±3.46)d;BRME评分23~30分,平均(27.42±3.48)分。随机数字表法随机分为综合护理干预组43例与常规干预组43例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表1 两组一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	平均病程/d	平均BRME评分/分
综合干预组	43	27/16	31.79±6.34	15.89±3.62	27.13±3.59
常规干预组	43	26/17	32.49±6.58	16.61±3.25	27.58±3.40

1.2 干预方法 综合干预组于患者入院后采用综合护理干预,如下:①心理干预:护理人员应制定与患者及其家属沟通计划,定期与其及焦虑,建立良好护患关系,且认真倾听患者主诉,按照患者自身情况,引导患者能够自己讲出情感体验,使护理人员能够及时疏导患者心理状态;②生活护理干预:护理人员应安置患者住在容易观察的大房间,并且保证整洁舒适及光线明亮的环境,从而有助于调动患者积极良好的情绪。同时还应做好重点巡视,做好相关危险品保管工作,为患者消除不安全因素;③睡眠护理干预:双相情感障碍躁狂发作患者不多伴睡眠障碍,如入睡困难、早醒、易醒等。护理人员应尽可能为患者创造一种安静、舒适、光线和温湿度适宜的睡眠环境,并且给予患者安排规律的生

活,督促患者白天多进行活动,减少卧床,按照患者病情给予安眠药确保睡眠;④康复训练干预:护理人员应按照患者自身情况,给予患者安排参加适宜的训练活动,可按照患者年龄、身体状况,指导其进行适当的运动种类,如太极拳等,提高强身健体,疏通脉络及调畅气机作用;同时护理人员还应强化患者思维能力,引导患者写心得、阅读等,且通过患者实际想法进行护理训练计划调整;⑤遵医行为干预:护理人员应先患者讲解坚持服药的重要性,确保用药安全,避免出现病情复发。常规干预组于患者入院后采用常规护理干预,主要包括患者入院常规指导,讲解疾病相关知识,及治疗相关注意事项,提高患者治疗依从性,且与患者进行日常交流,疏导患者,从而消除患者不良心理情绪。

1.3 观察指标 ①观察两组患者的护理满意率。评价采用由本院自行设计满意调查表,调查量表经5

位护理部专家进行内容效度评阅,CVI系数为0.95,具有较高的可靠性。分为满意、一般满意及不满意。  
 ②观察两组患者BRME评分干预前和干预4周后变化,BRME量表评分标准:评定内容包括动作、自我评价、言语、接触、意念飘忽、睡眠、性兴趣、语音与喧闹程度、情绪、敌意或破坏、工作初评,每项评分为0~4分。  
 ③观察两组患者生活质量各量表评分干预前和干预4周后变化,采用SF-36调查量表进行评估,量表包含8个维度36个问题。均为0~100分,得分越高则表明患者健康状态越好,生活质量越高;  
 ④观察两组患者认知功能干预前和干预4周后改善情况,采用韦氏记忆量表(Wechsler memory scale, WMS)评分,包括瞬时记忆、短时记忆、长时记忆、记忆商数,评分越高,改善越好。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件处理。计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示。计量资料比较采用t检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组护理满意率比较见表2

由表2可见,综合干预组总满意率高于常规干预组,差异有统计学意义( $\chi^2=8.44, P<0.05$ )。

**表2 两组护理满意率比较**

组别	护理满意率/例			总满意率/例(%)
	满意	一般满意	不满意	
综合干预组	35	7	1	42(97.68)*
常规干预组	23	10	10	33(76.74)

注:\*.与常规干预组比较, $P<0.05$ 。

### 2.2 两组BRME评分比较见表3

**表3 两组BRME评分比较/分**

组别	干预前	干预后
综合干预组	27.13±3.59	16.82±2.87**
常规干预组	27.58±3.40	22.18±3.21

注:\*.与干预前比较, $P<0.05$ ;#.与常规干预组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,两组BRME评分干预前比较,差异无统计学意义( $t=0.60, P>0.05$ )。两组BRME评分干预后明显比干预前降低,差异均为统计学意义( $t$ 分别=14.71、7.57, $P$ 均 $<0.05$ ),且综合干预组BRME评分干预后低于常规干预组,差异有统计学意义( $t=8.16, P<0.05$ )。

### 2.3 两组生活质量各量表评分比较见表4

**表4 两组生活质量各量表评分比较/分**

量表	综合干预组		常规干预组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理功能	40.45±5.21	68.14±5.78**	41.34±4.80	51.45±6.03*
精神健康	42.95±6.15	73.25±6.90**	42.21±6.85	57.71±6.51*
躯体疼痛	51.50±6.19	70.03±5.91**	52.13±7.01	62.31±6.09*
生理职能	40.76±6.46	61.42±5.19**	39.68±6.28	50.82±5.47*
情感职能	34.21±4.78	58.35±7.21**	33.45±5.18	45.29±5.24*
生命活力	42.41±6.12	64.26±5.79**	41.85±5.41	52.56±6.49*
社会功能	38.91±6.34	64.41±5.21**	39.57±6.50	51.27±6.08*
总体健康	42.01±5.78	68.38±7.13**	41.52±6.03	56.27±6.34*

注:\*.与同组干预前比较, $P<0.05$ ;#.与常规干预组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,综合干预组和常规干预组患者治疗前的生理功能、精神健康、躯体疼痛、生理职能、情感职能、生命活力、社会功能及总体健康评分比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别=0.82、0.53、0.44、0.79、0.71、0.45、0.48、0.39, $P$ 均 $>0.05$ );两组患者治疗后生理功能、精神健康、躯体疼痛、生理职能、情感职能、生命活力、社会功能及总体健康评分均高于治

疗前,差异均有统计学意义( $t$ 分别=23.33、21.50、14.20、16.35、18.30、17.01、20.38、18.84;8.60、10.76、7.19、8.77、10.54、8.31、8.62、11.05, $P$ 均 $<0.05$ );且综合干预组干预后各评分均高于常规干预组干预后,差异均有统计学意义( $t$ 分别=13.10、10.74、5.97、9.22、9.61、8.82、10.76、8.32, $P$ 均 $<0.05$ )。

### 2.4 两组WMS评分比较见表5

表5 两组患者的WME评分比较/分

量表	综合干预组		常规干预组	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理功能	11.03 ± 1.27	13.89 ± 1.08*#	11.45 ± 1.39	12.74 ± 1.13*
精神健康	50.84 ± 2.34	58.93 ± 2.68*#	51.13 ± 2.17	54.37 ± 2.59*
躯体疼痛	6.58 ± 3.08	41.38 ± 2.25*#	36.10 ± 2.89	38.37 ± 2.19*
生理职能	92.34 ± 3.49	103.54 ± 4.35*#	91.79 ± 3.56	95.68 ± 4.19*

注:\*与同组干预前比较,  $P < 0.05$ ; #与常规干预组干预后比较,  $P < 0.05$ 。

由表5可见,两组瞬时记忆、短时记忆、长时记忆、记忆商数WME评分治疗前比较,差异均无统计学意义( $t$ 分别=1.46、0.60、0.75、0.72,  $P$ 均 $>0.05$ );两组瞬时记忆、短时记忆、长时记忆、记忆商数WME评分治疗后明显增加,差异均有统计学意义( $t$ 分别=11.25、14.91、8.25、13.17; 4.72、6.29、4.11、4.64,  $P$ 均 $<0.05$ );综合干预组瞬时记忆、短时记忆、长时记忆、记忆商数WME评分治疗后高于常规干预组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=4.82、8.02、6.29、8.53,  $P$ 均 $<0.05$ )。

### 3 讨论

双相情感障碍躁狂发作患者由于存在情感认知,护理干预目的主要是加强患者心理护理、制定科学合理的日常护理计划以及纠正患者错误认知<sup>[5,6]</sup>。本次研究主要采用心理护理干预、生活护理干预、睡眠护理干预、康复训练干预、遵医行为干预。由于精神科大多患者是封闭式管理,尤其是双相情感障碍抑郁患者,以负性情绪为主;本次研究采用心理干预初期主要是与患者建立良好的护患关系,待病情缓解时,由心理治疗是进行针对性心理疏导,改变患者错误认知,提高自信,促进康复。由于双相情感障碍抑郁患者主动性差,采用康复训练干预能够激发患者对生活和工作的情绪,进而提高社交技能。本次研究结果显示,综合干预组总满意率高于常规干预组,综合干预组BRME评分干预后低于常规干预组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明综合干预组可明显提高护理满意率,从而提高患者治疗依从性,且可通过降低BRME评分,减轻患者躁狂发作。双相情感障碍躁狂发作由于其生活料理低下、社会交往功能出现严重障碍、饮食睡眠紊乱,且常伴自伤、伤人以及自杀等现象,使患者生活质量受到严重影响<sup>[7]</sup>。故而护理干预对于改善患者生活质量尤为重要。本次研究结果显示,综合干预组生理功能、精神健康、躯体疼痛、生理职能、情感职能、生命活力、社会功能及总体健

康评分治疗后高于常规干预组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明综合护理干预可明显改善双相情感障碍躁狂发作患者生活质量。认知功能障碍是双相情感障碍躁狂发作患者常见的一种症状,且认知功能恢复是漫长的过程,采用综合护理干预虽能够短期使认知功能恢复,但长期还需家庭护理<sup>[8]</sup>。本次研究结果显示,综合干预组瞬时记忆、短时记忆、长时记忆、记忆商数WME评分治疗后高于常规干预组( $P$ 均 $<0.05$ ),说明综合护理干预可明显改善双相情感障碍躁狂发作患者认知功能。

综上,综合护理干预对双相情感障碍躁狂发作效果显著,可明显改善患者认知功能,改善患者生活质量。

### 参考文献

- 1 沈辉,张毅,费慧,等.首次为躁狂发作或抑郁发作的双相情感障碍 I 型患者临床特征的比较[J]. 临床精神医学杂志, 2013, 23(5): 318-320.
- 2 代高坤,周勇,陈仁德.富马酸喹硫平联合丙戊酸钠治疗双相情感障碍躁狂相临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(1): 161-162.
- 3 肖媛媛.系统护理干预对双相情感障碍躁狂发作患者认知功能的影响[J]. 中国卫生产业, 2014, 5(12): 49-50.
- 4 中华医学会精神科分会. CCMD3 中国精神障碍技术与诊断标准[M]. 第3版. 济南: 山东科技出版社, 2001. 87-87.
- 5 张毅宏,张翔,吴怀安,等.双相情感障碍发病因素及防治对策探讨[J]. 中国初级卫生保健, 2006, 20(7): 56-58.
- 6 韦安尚.门诊双相情感障碍100例临床分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(8): 62-63.
- 7 向东,陈良梅,蔺华利.双相情感障碍认知功能损害特点的研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2008, 17(11): 1007-1009.
- 8 邱田,蒙华庆.双相情感障碍的认知功能研究进展[J]. 重庆医学, 2009, 38(8): 995-996.

(收稿日期 2016-03-16)

(本文编辑 蔡华波)