

# 住院糖尿病患者抑郁状况分析及对策

陈祖香 付小红  
(江西省人民医院 南昌 330006)

**摘要:**目的:探讨住院糖尿病患者抑郁症的发生原因、相关因素及相应的护理干预对策。方法:采用 zung 自评抑郁量表、问卷调查表调查 180 例住院糖尿病患者的抑郁状态以及发生原因和相关因素。结果:性别、婚姻、家庭环境、社会支持与抑郁症状有关,抑郁发生原因 49.30%与经济状态有关,42.25%与环境因素有关,39.44%与病情加重有关,14.08%与生活不能自理有关。结论:实行相应的护理干预可以减轻患者的抑郁状况,有利于疾病的治疗。  
**关键词:**糖尿病;抑郁症;护理干预

中图分类号:R 473.5 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2009)03-0056-03

糖尿病是一种由多种病因引起以慢性高血糖为特征的内分泌代谢疾病。WHO1997 年报告,全世界约有 1.35 亿糖尿病患者,预测到 2025 年将上升到 3 亿<sup>[1]</sup>。糖尿病不仅可引起多系统损害,而且常常并发抑郁症,影响治疗效果和预后,增加糖尿病并发症的危险性。本文通过对 180 例住院糖尿病患者心理抑郁状况进行分析,探讨相应的干预对策,以

时间应相对固定,饭后 1h 较为合适,此时血糖相对较高,运动不易发生低血糖。对于血糖控制理想者,清晨运动前应适量进食。运动强度应相对固定,切忌运动量忽高忽低。

2.3 用药 为使药物发挥最佳降糖效果,减少副作用,根据各类药物的作用特点指导患者服药。患者必须掌握低血糖反应的症状及处理方法,服用降糖药物期间一旦出现低血糖反应,如饥饿、恶心、呕吐、无力、心悸、出冷汗、面色苍白等症状时,自己应会做应急处理,如立即进食,或饮糖水饮料等。外出时应随身携带糖尿病卡及糖块,以防低血糖反应。老年糖尿病患者应在医生的协助和指导下用药,不可擅自改药和停药,严格掌握用药时间、剂量、可能出现的副作用。

2.4 自我监测与并发症防治 糖尿病如控制不当,可引起多器官、多系统损害,因此,患者应学会自我监测血糖、尿糖,掌握血糖、尿糖正常值,及早识别并发症。要求患者记录监测结果和自我舒适感,以体验参与治疗的经历和相应效果,增强克服困难、持之以恒地遵循医嘱的信心。

### 3 结果

表 1 糖尿病病人饮食干预前后各指标比较 例(%)

| n              | 血糖 |          | 血红蛋白     |          | 白蛋白      |          |
|----------------|----|----------|----------|----------|----------|----------|
|                | 正常 | 异常       | 正常       | 异常       | 正常       | 异常       |
| 干预前            | 78 | 36(46.2) | 42(53.8) | 36(46.2) | 38(48.7) | 40(51.3) |
| 干预后            | 78 | 56(71.8) | 22(28.2) | 49(62.8) | 29(37.2) | 54(69.2) |
| χ <sup>2</sup> |    | 8.69     |          | 4.36     |          | 6.78     |
| P              |    | <0.05    |          | <0.05    |          | <0.01    |

### 4 讨论

人们普遍认为糖尿病患者进行营养治疗的重点应以适当的血糖、血脂、血压和体重水平为目标。

提高疗效,减少并发症,改善预后。

### 1 对象与方法

1.1 对象 随机选取 2004 年 9 月~2006 年 8 月在我科住院的糖尿病患者 180 例。年龄 35~86 岁,男性 68 例,女性 112 例,已婚 110 例,单身(未婚、离异、丧偶)70 例。既往无精神病史。

### 1.2 方法

蛋白质每日摄入量不足 0.8g/kg,机体就会发生负氮平衡,绝大多数情况下,仍建议糖尿病人按每天总能量的 10%~20%摄入蛋白质。传统观点认为,蛋白质的主要来源是植物蛋白,但其非必需氨基酸的含量高,生物利用率小,可加重肾脏负担。而动物蛋白质必需氨基酸的含量高,利用率高。动物食品中的奶类、禽蛋类、水产类的蛋白质营养价值最好,有利于保护肾脏。因此对糖尿病早期肾病的防治,除控制糖代谢紊乱外,选用优质蛋白质饮食也是必不可少的措施<sup>[2]</sup>。

糖尿病患者对微量元素的需要与正常人并无不同。对铁元素的需要也不例外,如男子每日失铁 1mg,女子失铁 1.5mg,需要及时补充。除了感染和慢性炎症因素外,铁缺乏是血红蛋白下降致贫血中最常见的原因。血红蛋白在从肺输送氧到组织的过程中起关键性作用,它的含量降低将会引起不同程度的慢性组织缺氧。老年人群营养状况评价,需从多方面进行,其中的临床实验室检测结果可从一侧面反映机体某些特殊营养的功能及营养不良的潜在危险。有文献指出,即使健康的老年人也报告有下列营养素的缺乏:VitB<sub>6</sub>、VitB<sub>12</sub>、VitD、叶酸、钙、锌<sup>[3]</sup>。因此,临床上老年糖尿病人的膳食需要,更应根据其健康状况来确定,以维持其良好的营养状况。

### 参考文献

[1] 威仁锋.诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1999.507-511  
[2] 王青玲,魏玉臻,王素霞.不同饮食对非胰岛素依赖型糖尿病早期肾病影响的观察[J].中华护理杂志,2000,35(3):148  
[3] 闻之梅,陈君石.现代营养学[M].北京:人民卫生出版社,1998.267-281

(收稿日期:2008-07-14)

1.2.1 采用 zung 自评抑郁量表 (SDS)<sup>[2]</sup> 该量表由 20 个问题组成, 每个问题代表 1 种症状, 按照发生频率分为 1~4 级评分, 将 20 个问题得分相加得到 SDS 总分 (20~80 分), 抑郁严重程度指数 = 受试者总分 / 80, 指数在 0.5 以下表明无抑郁, 0.5~0.59 为轻度抑郁, 0.6~0.69 为中度抑郁, 0.7 以上为重度抑郁。问卷调查表由作者自行设计, 内容为患者一般资料及患者担心的 15 个问题组成, 用于调查抑郁状况发生的相关因素及原因。发放调查表前先向患者说明本次调查的目的和意义, 由患者自行填写, 填写后立即收回。本次调查共发放问卷 185 份, 收回有效问卷 180 份, 有效率 97.30%。

1.2.2 统计方法 统计资料采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为两组比较具有显著性差别,  $P < 0.01$  为两组比较具有极显著性差别。

2 结果

2.1 糖尿病患者抑郁有关因素 见表 1。婚姻与抑郁之间存在着明显的关系, 单身糖尿病患者更容易发生抑郁症; 家庭环境差和社会支持差的患者发生抑郁症状明显多于家庭环境好和社会支持好的患者, 差异有显著性意义, 提示糖尿病患者需要来自社会、家庭、亲朋、特别是配偶的关心和支持; 此外, 女性患者发生抑郁明显多于男性, 差异显著, 这可能与女性生理、社会和心理综合因素有关。

|      |    | 表1 糖尿病患者抑郁有关因素 |    |     | 例        |            |
|------|----|----------------|----|-----|----------|------------|
| 项目   |    | n              | 抑郁 | 非抑郁 | $\chi^2$ | P 值        |
| 性别   | 男  | 68             | 10 | 58  | 28.00    | $P < 0.01$ |
|      | 女  | 112            | 61 | 51  |          |            |
| 婚姻   | 已婚 | 110            | 29 | 81  | 20.26    | $P < 0.01$ |
|      | 单身 | 70             | 42 | 28  |          |            |
| 家庭环境 | 好  | 145            | 48 | 97  | 12.55    | $P < 0.01$ |
|      | 差  | 35             | 23 | 12  |          |            |
| 社会支持 | 好  | 150            | 50 | 100 | 14.07    | $P < 0.01$ |
|      | 差  | 30             | 21 | 9   |          |            |

2.2 糖尿病抑郁因素与抑郁度关系 见表 2。单身糖尿病、家庭环境差和社会支持差的患者中重度抑郁发病率多于已婚糖尿病、家庭环境好和社会支持好的患者。

|      |    | 表2 糖尿病抑郁因素与抑郁程度关系 |      |    |   | 例 |
|------|----|-------------------|------|----|---|---|
| 项目   |    | 抑郁例数              | 抑郁程度 |    |   | 重 |
|      |    |                   | 轻    | 中  | 重 |   |
| 性别   | 男  | 10                | 6    | 3  | 1 |   |
|      | 女  | 61                | 35   | 23 | 3 |   |
| 婚姻   | 已婚 | 29                | 15   | 14 | 0 |   |
|      | 单身 | 42                | 26   | 12 | 4 |   |
| 家庭环境 | 好  | 48                | 32   | 16 | 0 |   |
|      | 差  | 23                | 9    | 10 | 4 |   |
| 社会支持 | 好  | 50                | 30   | 20 | 0 |   |
|      | 差  | 21                | 11   | 6  | 4 |   |

3 抑郁状况原因分析

问卷调查表中设置了 15 个患者担心的问题 (糖尿病病情的了解程度; 长期用药的态度; 饮食治

疗的坚持性; 治疗费用支付情况; 家庭经济状况; 住院环境的适应; 对医护人员的服务满意度; 病友之间的关系; 疾病治疗的效果认知; 家人的关心和支持程度; 是否有糖尿病并发症发生; 疾病是否影响正常工作; 生活能否自理; 后期胰岛素治疗的接受程度; 糖尿病预后的态度)。调查结果提示心理、病理和社会因素均会导致抑郁症状的发生。其中 49.30% (35 例) 与经济状况有关, 42.25% (30 例) 与环境因素有关, 39.44% (28 例) 与病情加重有关, 14.08% (10 例) 与生活不能自理有关。其中影响较大的是经济状况、环境因素和病情加重。

4 相应的干预对策

4.1 心理干预 准确评估患者的心理状况是实施有效干预的前提: 糖尿病病程长, 并发症多, 患者需终身用药, 最常见的负性情绪变化是过度担心、焦虑和抑郁。识别其负性情绪的反映程度, 对实施心理干预非常重要。适度焦虑有益于个体更好地适应变化, 有利于个体通过自我调节而保持身心平衡。而过度焦虑和抑郁, 则可削弱机体免疫功能, 引起内分泌失调, 加重病情。因此, 护士必须明确评估患者心理状况, 通过评估, 及时准确地将有心理危机的患者筛别出来, 并帮助其克服不良情绪, 及时化解其心理危机, 以良好的情绪面对疾病及治疗。相关研究提示, 情绪不稳定的人对各种刺激反映过于强烈易产生焦虑、紧张、情绪抑郁, 此情绪一旦被激发, 很难平静下来<sup>[3]</sup>。因此, 在护理过程中对患者要耐心、细致, 及时观察患者的情绪反应。在对患者进行各种治疗前要耐心地向患者解释操作目的, 态度和蔼, 寻求患者配合。与患者交流时, 要注意自己的姿势、眼神、面部表情、肢体语言、衣着情况, 给患者一种可亲、可近、可信的印象, 在患者面前不可有不耐烦的表现, 否则, 会加重抑郁程度。给患者讲解有关糖尿病方面的知识, 做好健康教育, 使其保持情绪稳定, 面对现实, 配合治疗和护理, 充分发挥主观能动性, 让患者树立与疾病作斗争的信心, 在护患活动中取得护患双受益<sup>[4]</sup>。

4.2 加强饮食治疗与药物治疗的指导 向患者讲述饮食治疗的重要性, 使其理解饮食治疗与药物治疗同等重要, 自觉地配合。因糖尿病往往需终身用药, 根据患者病情和经济承受能力与医生协商为患者选择成本低、效果好、副作用小的治疗方案, 并仔细地向患者解释各种药物的名称、用药方法、注意事项及用药过程中可能出现的副作用及处理方法。告知患者糖尿病只要坚持长期合理用药并配合饮食治疗, 病情就能得到控制, 从而降低并发症的发

普罗帕酮转复阵发性室上性心动过速疗效观察

王健

(江西省九江市中医医院 九江 332000)

关键词: 普罗帕酮; 心动过速; 药物治疗

中图分类号: R 541.71

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0058-02

阵发性室上性心动过速 (PSVT) 是临床常见的心律失常, 可出现于有或无器质性心脏病病人, 常呈阵发性发作, 发作时因心排血量下降可伴有胸闷、头晕等症状, 或原有器质性心脏病加重而危及生命。因此及时终止阵发性室上性心动过速极为重要。本文选用普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速 28 例, 效果良好。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 28 例均为急诊病人, 其中男 16 例, 女 12 例, 年龄 16~68 岁。不明原因 23 例, 冠心病 2 例, 高血压心脏病 2 例, 预激综合征 1 例。发病时均经 I2 导联心电图确诊为 PSVT, 心率 160~210 次 /min。反复发作 10 例, 最多 1 例反复发作 11 次, 发病至就诊时间 6min~7h。临床表现为突然胸闷、心悸、气短, 乏力; 常规颈动脉窦按摩、做 Valsalva 动作、压迫眼球及刺激咽后壁均无效。

1.2 治疗方法 患者经心电图证实为 PSVT, 立即建立静脉通道, 心电及血压监测, 普罗帕酮 70mg (1.0~1.5mg/kg) 加入 10mL10%GS, 5~10min 内缓慢静注, 观察 15~20min; 无效重复以上剂量, 观察 30min; 如尚未转复再用 70mg 静推, 总量不超过 210mg。每次推注时密切观察病人用药后的反应及心电图变化。若 PSVT 终止, 立即停止推注; 用药前及终止发作时记录 12 导联心电图。

1.3 疗效判断 阵发性室上性心动过速转复为窦律后 2h 未再发作者为有效。累积用药达 210mg 且观察 30min 后 PSVT 仍未复律者为无效。

2 结果

2.1 疗效 用药后 10min 内起效 18 例, 15min 后起效者 6 例, 30min 以上起效 2 例, 最快者于静注 2min 转复, 最慢者于注药后 55min 转复; 普罗帕酮生, 缓解抑郁情绪。

4.3 建立良好的社会支持系统 糖尿病病程长, 故良好的社会支持系统, 可以预防和降低患者抑郁情绪的发生。对住院病人来说, 除了医护人员给予其精神支持外, 还要充分发挥家人、朋友、同事及社会团体的支持作用, 特别是家人对生活不能自理者不能嫌弃, 鼓励其家属、亲友经常探视, 给予生活上及

最小用量为 20mg, 最大用量为 210mg。有效 26 例, 有效率 92.86%; 无效 2 例, 占 7.14%。无效者改用其他药物。

2.2 副作用 头晕恶心呕吐、房性期前收缩、窦性心动过缓(心率 46 次 /min) 各 1 例, I 度房室传导阻滞、室性期前收缩各 2 例, 均未作任何处理自动缓解。未发现严重的心律失常及心脏停搏。

3 讨论

PSVT 是临床常见心律失常之一, 绝大多数由折返机制所致, 部分由于自律性增高及触发活动所致, 常见类型有房室结折返性心动过速和房室折返性心动过速。折返性心动过速的持续存在, 有赖于折返环路各部分组织的传导时间总和长于各组织的 ERP, 若任何一部分组织的 ERP 长于传导时间总和或某部分组织发生阻滞时均可终止折返的发生<sup>[1]</sup>。

普罗帕酮为 Ic 类抗心律失常药物, 对整个传导系统和房室旁路有明显的抑制作用, 能显著延长房室结、旁道、房室快通道和慢通道的 ERP, 抑制房室传导, 变单向阻滞为双向阻滞而终止折返。它能明显地抑制房室结快慢径路及旁道的逆向 ERP, 从而快速有效地终止房室结及房室折返性心动过速。本组有效率为 92.86%, 未发现明显副作用。我们认为静注普罗帕酮终止 PSVT 安全, 起效快, 疗效高, 可作为急诊处理 PSVT 首选药物。虽然普罗帕酮安全有效, 但也不可盲目使用。据报道其不良反应发生率为 17.7%<sup>[2]</sup>, 亦有注射普罗帕酮致心脏停搏及室颤的报道<sup>[3,4]</sup>, 故使用时应掌握个体化差异及适应证。我们认为单次首剂最好 35~70mg, 无效时, 观察 15~20min 再重复使用, 应避免一次性使用过大剂量; 静脉推注药物一定要在心电监护下进行, 无情感上的支持、照顾, 缓解其抑郁情绪。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.798  
[2]戴晓阳.护理心理学[M].北京:人民卫生出版社,1999.94-95  
[3]龚耀先.修订艾森个性问卷手册[M].湖南医学院,1983.63  
[4]郑蔼玲.一例乳腺癌患者手术期的心理支持 [J].天津护理杂志, 2003,3(11):149

(收稿日期: 2008-09-27)