

认知行为干预在冠心病介入术后护理中的应用价值

张艳苹

(河南省义马煤业集团股份有限公司总医院心内科 三门峡 472300)

摘要:目的:探究在冠心病介入术后护理中应用认知行为干预的效果。方法:选取 2017 年 5 月~2018 年 10 月收治的 90 例接受冠心病介入治疗的患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组术后接受常规护理干预,观察组术后在常规护理干预的基础上接受认知行为干预。结果:干预前,两组焦虑状态评分、抑郁状态评分、6 min 步行实验结果和自我效能评分相比较,无显著差异($P>0.05$);干预 8 周后,观察组焦虑和抑郁状态评分均明显低于对照组,6 min 步行实验结果和自我效能评分均明显高于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组并发症发生率为 4.44%,低于对照组的 22.22%,差异显著($P<0.05$)。结论:在常规护理的基础上,对接受介入手术治疗的冠心病患者术后护理实施认知行为干预,能够显著改善患者焦虑和抑郁状态,提高其自我效能,降低并发症发生率,促进术后康复。

关键词:冠心病;介入治疗;常规护理干预;认知行为干预

中图分类号:R473.54

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.080

介入治疗能够解决药物治疗无法解决的问题,但是由于患者往往对该治疗手段不了解,加上对疾病的认知不足,极易发生焦虑、抑郁等不良情绪,治疗依从性较差,对治疗效果造成不同程度的影响^[1]。认知行为干预是目前临床常用的心理干预措施,对减轻患者负面心理有着极为显著的效果。本研究将认知行为干预应用到冠心病介入术后护理中,取得了显著效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2017 年 5 月~2018 年 10 月收治的 90 例接受冠心病介入治疗的患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 45 例。观察组男 28 例,女 17 例;年龄 45~72 岁,平均年龄(62.35 ± 4.24)岁;心绞痛 19 例,心肌梗死 26 例;学历:高中以下 20 例,高中或高中以上 25 例。对照组男 26 例,女 19 例;年龄 46~74 岁,平均年龄(62.39 ± 4.20)岁;心绞痛 21 例,心肌梗死 24 例;学历:高中以下 22 例,高中或高中以上 23 例。两组患者的一般资料相比较,无统计学差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经过我院医学伦理委员会批准。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:满足冠心病介入术治疗的各项指征;无精神及认知障碍,可有效沟通,能够自行阅读和理解相关量表内容并填写;同意加入本研究,并签署知情同意书。(2)排除标准:合并糖尿病、高血压;有凝血功能障碍;近期接受过手术治疗。

1.3 护理方法

1.3.1 对照组 接受冠心病介入治疗术后,仅实施院内常规护理干预。包括病情监测、用药护理、饮食指导、生活护理、并发症护理及出院指导等。干预持续 8 周。

1.3.2 观察组 接受冠心病介入治疗术后,在常规护理的基础上实施认知行为干预。干预持续 8 周,出院后可于医院观察室进行。护理人员应根据入院评估及术前访谈资料详细了解患者对自身病情和手术相关知识的认知程度,确定认知行为干预的重点内容。在实施认知行为干预过程中,可建议家属共同参与,在一定程度上能增强认知行为干预的效果。具体干预措施如下:(1)认知干预(1 次/d,30 min/次)。灵活应用沟通技巧与患者面对面进行交谈,以真诚且友善的态度与患者进行交流与沟通,在建立良好护患关系的基础上,对患者的诉说认真聆听,掌握患者对疾病治疗的具体需求与对介入术的认知情况,分析患者的认知偏差,找出其行为、情绪方面所存在的不良问题,并将其指出,进一步对错误的原因进行分析,使其明确错误认知的危害,纠正不良思维方式;对于情绪不稳定者,如已存在焦虑、抑郁等负性情绪者,应向其讲解心理调节的正确方法,并给予其安慰及鼓励,增强患者战胜疾病的信心,减轻不良情绪。(2)行为干预(2 次/周,30 min/次,也可根据患者需要进行调整),包括放松训练、康复练习等。放松训练:嘱患者保持安静,取仰卧位,头部抬高 45° 左右,双臂自然放于身体两侧,稍微分开双腿,闭眼,放松肌肉,深呼吸,指导患者进行自我暗示,促使肌肉进一步放松,30 min/次。康复练习:指导患者进行床上肢体运动,待其病情好转之后,再根据患者具体病情制定运动方案,合理控制运动强度。

1.4 观察指标 (1)两组护理干预期间血肿、局部出血等并发症发生率。(2)两组焦虑和抑郁状态评分。分别于术前 1 d、术后 8 周进行焦虑和抑郁状态评分。采用焦虑自评量表(SAS)评估两组焦虑状态,采用抑郁自评量表(SDS)评估两组抑郁状态,两个

量表均包括 20 个条目,总分 100 分。SAS 评分 ≥ 50 分即存在焦虑,评分越高,则焦虑越严重;SDS 评分 ≥ 53 分即存在抑郁,评分越高,则抑郁越严重。(3)两组自我效能感。两组分别于术前 1 d、术后 8 周采用一般自我效能感量表(GSES)评价,评价内容包括 10 项,每项 1~4 分,总分 40 分,分数越高,则自我效能感越高。(4)两组 6 min 步行实验结果。两组分别于术前 1 d、术后 8 周进行 6 min 步行实验(6MWT)。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS24.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后焦虑和抑郁状态评分比较 干预前,两组焦虑和抑郁状态评分相比较,无显著差异($P>0.05$);干预 8 周后,观察组焦虑和抑郁状态评分均明显低于对照组,差异显著($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组干预前后焦虑和抑郁状态评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS 评分				SDS 评分			
		术前 1 d	术后 8 周	t	P	术前 1 d	术后 8 周	t	P
对照组	45	64.18 $\pm$ 4.24	39.33 $\pm$ 5.26	24.674	0.000	63.11 $\pm$ 5.34	37.71 $\pm$ 3.51	26.664	0.000
观察组	45	64.15 $\pm$ 4.22	34.16 $\pm$ 4.48	32.689	0.000	62.87 $\pm$ 5.47	31.26 $\pm$ 3.19	33.487	0.000
t		0.034	5.020			0.211	9.122		
P		0.972	0.001			0.8337	0.002		

2.2 两组 6MWT 和自我效能评分比较 干预前,两组 6MWT 和自我效能评分相比较,无显著差异($P>$

0.05);干预 8 周后,观察组 6MWT 和自我效能评分均明显高于对照组,差异显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 6MWT 和自我效能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	6MWT(m)				自我效能评分(分)			
		术前 1 d	术后 8 周	t	P	术前 1 d	术后 8 周	t	P
对照组	45	158.18 $\pm$ 14.12	340.27 $\pm$ 15.89	57.463	0.000	22.12 $\pm$ 2.35	28.68 $\pm$ 3.42	10.605	0.000
观察组	45	158.15 $\pm$ 14.18	438.14 $\pm$ 20.52	75.302	0.000	21.90 $\pm$ 2.45	33.16 $\pm$ 3.20	18.742	0.000
t		0.010	25.297			0.435	6.417		
P		0.990	0.000			0.662	0.002		

2.3 两组并发症发生率比较 对照组发生血肿 3 例、局部出血 5 例、低血压 2 例;观察组发生血肿 1 例、局部出血 1 例。观察组并发症发生率为 4.44%,低于对照组的 22.22%,差异显著($P<0.05$)。

3 讨论

在疾病的发生、发展及转归过程中,心理因素往往起着重要作用。疾病可对人的感知造成一定影响,从而引起患者不同的心理反应,并与疾病相互作用,进一步影响临床治疗效果及预后。冠心病患者的焦虑、抑郁状态往往是其常见的精神障碍。介入手术是目前广泛应用于冠心病诊断与治疗的一项先进技术,由于患者对其不了解和出于对手术的成败的担忧,加上介入手术本身对于患者而言是一种严重的心理应激原,可诱发或加重冠心病患者的焦虑、抑郁状态^[2]。

认知行为干预是结合认知理论学习及行为治疗措施的一种系统的心理干预方法^[3]。每个人都是一个独立的个体,对事物的感受及认知都是不同的,再加上知识层次、文化水平及周围环境都存在巨大差异,每个人对事物的感受及认知也往往存在显著差异。当个体的认知与理解出现偏差并对心理、情感造成不良影响时,会进一步引起不良情绪和行为^[4]。

认知行为干预主要通过通过对患者的不良认知进行纠正,改变其对自身、他人及事物的固有、偏执的看法和态度,以消除其不良认知、情绪与思维^[5]。本研究对 90 例接受介入手术治疗的冠心病患者术后分别实施常规护理干预和常规护理干预+认知行为干预,结果显示,干预前两组焦虑状态评分、抑郁状态评分、6 min 步行实验结果和自我效能评分相比较,无显著差异($P>0.05$);干预 8 周后,观察组焦虑和抑郁状态评分均明显低于对照组,6 min 步行实验结果和自我效能评分均明显高于对照组,差异显著($P<0.05$);观察组并发症发生率为 4.44%,低于对照组的 22.22%,差异显著($P<0.05$)。这说明在常规护理基础上,对接受介入手术治疗的冠心病患者术后实施认知行为干预,能够显著改善患者的焦虑和抑郁状态,提高其治疗依从性,降低并发症发生率,最终促进预后改善。这可能是由于焦虑和抑郁形成多为患者对于疾病的认知偏差所造成的,认知行为干预通过对患者错误认知的纠正,同时采用放松训练、康复练习等方法,可帮助患者逐步摆脱不良情绪,减轻心理应激反应对躯体健康的损害,降低并发症发生率,促进其心功能的恢复。综上所述,在冠心病介入术后护理中应用认知行为 (下转第 168 页)

食为主,逐渐过渡到正常饮食,以清淡易消化为主,并指导其多食用高蛋白食物,加强营养。

1.4 观察指标 (1)比较两组术后康复情况,即术后 3 d 疼痛评分、术后肛门首次排气时间。其中疼痛采用疼痛视觉模拟量表(VAS)评定,总分 10 分,分值与疼痛呈正比。(2)统计两组干预前及干预 3 d 后的自我效能感。采用自我效能感量表(GSES)评估,共 10 项内容,每项 1~4 分,总分 40 分,分值越高,自我效能感越强。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS24.0 统计软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后康复情况比较 观察组术后肛门首次排气时间较对照组短,且术后疼痛评分较对照组低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后康复情况比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	术后肛门首次排气时间(h)	VAS 评分(分)
观察组	41	16.23± 3.10	1.46± 0.58
对照组	41	22.47± 3.58	2.89± 0.64
t		8.437	10.601
P		<0.001	<0.001

2.2 两组 GSES 评分比较 干预前,观察组 GSES 评分为(15.68± 2.63)分,与对照组的(16.01± 2.86)分相比较,无明显差异($t=0.544, P=0.588$);干预 3 d 后,观察组 GSES 评分为(35.12± 1.24)分,高于对照组的(29.47± 2.32)分,差异显著($t=13.753, P<0.001$)。

3 讨论

以往传统护理观念通常认为手术作为应激源会降低机体免疫功能,引发多种并发症,而术后通过多模式介入以减少并发症的效果并不理想^[5]。近年来,FTS 理念、手术室优质护理逐渐被广泛应用于围术期手术护理工作中,并取得了良好效果^[6]。周远秀等^[7]研究证实,FTS 理念可促进高龄高危前列腺增生患者术后排气,减少并发症,加速康复,提高护理满意度。张妮等^[8]研究发现,在胃肠道手术患者护理中,手术室优质护理可加速术后伤口愈合,减少并发

症。本研究将 FTS 理念联合手术室优质护理干预应用于前列腺增生伴膀胱结石患者的护理工作中,结果发现,观察组术后肛门首次排气时间短于对照组,且术后 VAS 评分低于对照组($P<0.05$),可见该干预模式可加速患者术后康复进程,减轻疼痛。FTS 理念指导下施行手术室优质护理干预,期间注重术前疾病及手术相关知识宣教,可提高患者康复意识,而加强术前心理防护有利于提高患者自我效能感,增强治疗配合度;术中注重患者体位、生命体征监护、体温等护理干预,可确保手术顺利进行;术后在 FTS 理念指导下进行延续性镇痛护理,可有效缓解患者术后疼痛;术后注重患者管道、膀胱、饮食及早期下床活动干预,可有效促进患者早期功能恢复,加速康复进程,提高预后效果^[9-10]。干预 3 d 后,观察组 GSES 评分高于对照组($P<0.05$),可见 FTS 理念联合手术室优质护理干预可显著增强患者自我效能感,提高治疗信心,增加治疗配合度。

参考文献

[1]吴淑智.联用钦激光碎石术和经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症合并膀胱结石的效果研究[J].当代医药论丛,2016,14(7):185-186

[2]宋思霖.快速康复外科理念在经尿道绿激光前列腺汽化术治疗高龄高危前列腺增生病人术后护理中的应用[J].全科护理,2018,16(32):4036-4038

[3]胡玉丽,温晓红,徐菊玲,等.快速康复外科理念在髋部骨折术后早期活动中的应用进展[J].护士进修杂志,2017,32(22):2041-2043

[4]李琼.手术室优质护理干预对手术患者应激反应、负性情绪及预后的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):135-137

[5]杨力敏,季敏莉,郑斯文,等.40 例微创手术治疗前列腺增生合并膀胱结石患者的围手术期护理[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):196-197

[6]Ercil H,Altunkol A,Alma E,et al.Comparison of Ho: Yag laser and pneumatic lithotripsy combined with transurethral prostatectomy in high burden bladder stones with benign prostatic hyperplasia [J]. Asian J Surg,2016,39(4):238-242

[7]周远秀,李雪梅,王永权.快速康复外科理念在高龄高危前列腺增生患者术后护理中的应用[J].第三军医大学学报,2013,35(15):1647-1649

[8]张妮,胡敏,王颖.手术室优质护理对胃肠道手术患者切口愈合及预后的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(6):114-117

[9]覃凌峰.小儿膀胱结石经皮膀胱穿刺输尿管镜下钦激光碎石术治疗的围术期护理[J].实用临床医药杂志,2016,20(12):127-129

[10]黄冬香,邓瑜,梁思励.腔镜下治疗前列腺增生合并膀胱结石的围手术期护理效果分析[J].中国医药科学,2016,6(22):118-120

(收稿日期: 2019-10-28)

(上接第 164 页)干预的效果显著,值得临床推广。

参考文献

[1]顾丽萍.延续性自我管理教育对介入治疗冠心病患者疾病自我管理能力的影 响[J].河北医药,2017,39(1):154-157

[2]章明勇,詹石斐,陈晓,等.心脏康复干预对冠心病 PCI 术后患者生活质量及心功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(2): 130-132

[3]赵嫦娥,聂珂.认知行为干预对心脏介入手术患者术后心理状态的影响[J].山西医药杂志,2018,47(14):1728-1730

[4]杨红,李芳,范谦,等.认知行为干预对心脏介入手术病人术后焦虑和抑郁状态的影响[J].护理研究(上旬版),2015,29(6):2011-2013

[5]曹美英,邱慧.认知行为干预在心脏介入术后护理中的应用价值研究[J].中国全科医学,2017,20(S1):188-189

(收稿日期: 2019-10-15)