

· 经验介绍 ·

支持性照护方案对原发性三叉神经痛病人心理应激、疼痛及满意度的影响

伍成华 易 倍

【摘要】目的 探讨支持性照护方案在原发性三叉神经痛病人中的应用效果。**方法** 回顾性分析 2019 年 1 月至 2020 年 4 月收治的 85 例原发性三叉神经痛的临床资料,采用常规护理 41 例(对照组),在对照组基础上联合实施支持性照护方案 44 例(观察组)。干预前后采用视觉模拟量表(VAS)、现有疼痛强度量表(PPI)评估疼痛改善情况,采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估焦虑、抑郁状态,采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估睡眠情况,采用自制护理满意度量表评价护理满意度。**结果** 护理干预后,两组 VAS 评分、PPI 评分、HAMA 评分、HAMD 评分、PSQI 评分均明显降低($P<0.05$),而且观察组均明显低于对照组($P<0.05$)。观察组护理满意度(95.45%)明显高于对照组(78.05%, $P<0.05$)。**结论** 对原发性三叉神经痛病人实施支持性照护护理,能够有效改善心理状态、睡眠质量,缓解疼痛程度,提高护理满意度。

【关键词】 原发性三叉神经痛;支持性照护方案;心理应激;疼痛程度;睡眠质量;满意度

【文章编号】 1009-153X(2020)12-0869-03 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 745.1⁺; R 473.6

剧烈疼痛可给病人造成较大的生理和心理应激,使病人产生焦虑、烦躁甚至抑郁等不良情绪,影响病人的睡眠质量以及免疫功能,降低病人的治疗依从性甚至拒绝治疗^[1,2]。有学者指出对三叉神经痛病人进行临床治疗的同时给予有效的护理干预,有助于降低病人心理应激水平,改善疼痛程度,提高治疗依从性^[3]。本文探讨支持性照护方案在原发性三叉神经痛病人中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准:①病程 3 个月~3 年;②原发性三叉神经痛;③具有小学以上的文化水平,语言交流无障碍。排除标准:①既往有精神疾病、心理疾病、中枢神经系统疾病史以及存在严重认知功能障碍;②具有长期饮酒史、药物依赖史;③近期曾经历重大变故事件导致情绪不稳定。选取 2019 年 1 月至 2020 年 4 月收治的原发性三叉神经痛 85 例,按照护理方法分为对照组(41 例)和观察组(44 例)。两组病人的一般资料无统计学差异($P>0.05$,表 1)。

1.2 护理方法 对照组病人入院后予以常规三叉神经痛护理。观察组病人在对照组基础上联合实施支

持性照护方案,入院后采用自制问卷获取病人的支持性照护需求,实施针对性护理干预:①心理情感支持,结合病人本身的性格特征及情绪状态,灵活进行心理护理工作,提高其心理承受能力和抗压能力;②健康信息支持,采用一对一健康宣教、印发宣传手册、专家讲座、微信及微博等“互联网+”新媒体等不同渠道向病人提供包括疾病特点、用药注意事项、饮食指导等在内的健康信息;③社会支持,鼓励家属多陪伴病人,多与病人进行互动,采取谈心、分享身边趣事以及做游戏等方式促进病人与家庭之间的互动交流,让病人感受到家庭的支持与温暖;④症状支持,指导并帮助病人进行颜面疼痛按摩,每次按摩 10 min,每日早晚按摩 1 次,同时采用音乐、心理暗示或借用轻松、积极的话题分散病人对疼痛的注意力,以缓解疼痛,指导病人正确掌握呼吸方式,以最大化扩张胸腔,降低横膈,减缓呼吸频率,缓解疼痛症状。

1.3 观察指标 ①疼痛情况评价:干预前后采用视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)^[4]、现有疼痛强度量表(present pain intensity, PPI)^[5]评估疼痛改善情况。②心理状态评价:汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)^[6]、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)^[7]评估焦虑、抑郁状态。③睡眠质量评价:采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[8]进行评价。④护理满意度评价:采用自制护理满意度量表评价,采用 4 级评分法,满意、基本满意、一般、差,总满意度=(满

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.12.019

作者单位:410007 长沙,湖南省第二人民医院神经外科(伍成华、易倍)

通讯作者:易 倍, E-mail: dufigiho@126.com

意+基本满意)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0软件分析;计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 描述,采用 t 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人疼痛程度改善情况比较 干预后,两组VAS、PPI评分均明显降低($P<0.05$),而且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组病人心理状态比较 干预后,两组HAMA、HAMD评分均显著降低($P<0.05$),而且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

2.3 两组病人睡眠质量比较 干预后,两组PSQI各项目评分均明显降低($P<0.05$),而且观察组明显低于对照组($P<0.05$)。见表2。

2.4 两组病人护理满意度比较 对照组护理非常满意13例,基本满意19例,一般8例,差1例;观察组护理非常满意31例,基本满意11例,一般2例。观察组护理满意度(95.45%)显著高于对照组(78.05%, $P<0.05$)。

3 讨论

支持性照护方案是与现代护理模式发展趋势相符的综合护理模式,是指在疾病的治疗过程中,为减

轻或控制疾病及治疗引起的社会、心理、情感以及时间等问题,或预防疾病和治疗可能引起的症状、不良反应,进而改善病人身心状况,提高病人生活质量,而为病人及其家属提供的包括生理支持、症状支持、心理情感支持、信息支持以及社会支持等各项照护措施和健康指导的护理干预方案,是一种注重人文关怀,以病人为中心的专业性护理模式^[9]。我们将支持性照护方案应用于原发性三叉神经痛病人的临床护理干预中,通过每日与病人进行沟通交流,掌握病人的心理状态,并对病人的需求予以评估;针对病人的评估结果给予心理情感支持、社会支持、技术支持以及信息支持等,病人的心理状态、睡眠质量、疼痛程度以及护理满意度均显著优于常规护理病人。这说明支持性照护方案在原发性三叉神经痛治疗中的重要价值。

原发性三叉神经痛病人大多伴有焦虑、抑郁等消极情绪,而有效的心理支持及社会支持能够有效缓解病人的不良心理情绪并提高治疗依从性^[10]。我们通过动员医护人员、病人家属、朋友、同事以及病友等多层社会关系共同帮助病人消除悲观、绝望情绪,改善心理状态,并保持一个愉悦、稳定的心态面对长时间的治疗过程,在为病人提供精神支持方面发挥显著作用^[11]。同时重视对病人的技术支持,通过现场教学的方式向病人教导如何通过按摩操作、

表1 两组护理干预前后疼痛、焦虑抑郁情绪改善情况比较(分)

组别	VAS评分		PPI评分		HAMA评分		HAMD评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	4.51±1.10	1.70±1.02*	3.87±0.81	1.67±0.75*	20.65±2.10	16.27±1.74*	19.79±2.31	17.84±2.01*
观察组	4.54±0.96	0.81±0.56**	3.70±0.79	0.64±0.34**	20.45±1.98	11.34±1.23**	20.01±2.44	15.01±1.56**

注:与干预前相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$;VAS. 视觉模拟量表;PPI. 现有疼痛强度量表;HAMA. 汉密尔顿焦虑量表;HAMD. 汉密尔顿焦虑量表

表2 两组病人PSQI评分比较(分)

评分项目	干预前		干预后	
	观察组	对照组	观察组	对照组
睡眠质量	1.94±0.64	1.92±0.72	0.86±0.17**	1.44±0.36*
日间功能	1.78±0.88	1.74±0.84	1.02±0.22**	1.46±0.26*
催眠药物	1.70±0.55	1.74±0.50	0.89±0.20**	1.47±0.27*
入睡时间	1.84±0.55	1.78±0.67	0.94±0.27**	1.55±0.41*
睡眠障碍	1.96±0.52	1.98±0.51	0.86±0.22**	1.52±0.44*
睡眠效率	1.84±0.55	1.80±0.52	0.77±0.22**	1.52±0.49*
睡眠时间	1.93±0.47	1.87±0.46	0.83±0.17**	1.62±0.30*
PSQI总分	15.38±2.60	15.04±3.11	8.63±2.72**	11.67±2.21*

注:与干预前相应值比,* $P<0.05$;与对照组相应值比,# $P<0.05$;PSQI. 匹兹堡睡眠质量指数