

足, 可使气机通畅; 太溪穴有益肾滋阴, 增液润燥之功; 太白穴为健脾要穴, 还能调控血糖指数。通过刺激穴位, 发挥协调脏腑、平衡阴阳的作用, 同时还具有疏通经络、气血调和的功效, 引邪出表、去除邪气, 促进机体正常生理平衡恢复, 以起到疾病治疗的效果, 且促进血液循环, 改善细胞代谢, 提高机体免疫力, 改善患者预后^[15]。

综上, 对 2 型糖尿病足患者实施中西医结合护理, 在有效改善症状的同时, 促进创面愈合, 降低血糖, 全面改善生活质量, 取得理想的预后结果。

〔参考文献〕

- (1) 张秋妹, 戴蕾, 林梅蓉. 中西医结合护理对 2 型糖尿病周围神经病变的影响 (J). 糖尿病新世界, 2021, 24(21): 176-179.
- (2) 罗青. 中西医护理干预措施对糖尿病足转归的效果及促进糖尿病足溃疡创口愈合的研究 (J). 中国社区医师, 2021, 37(18): 163-164.
- (3) 张榕. 中西医结合在治疗糖尿病足患者中的护理干预探讨 (J). 糖尿病新世界, 2021, 24(9): 130-132, 136.
- (4) 高磊, 王江宁, 尹叶锋. 2019《国际糖尿病足工作组糖尿病足预防和指南》解读 (J). 中国修复重建外科杂志, 2020, 34(1): 16-20.
- (5) 陈婉. 中西医结合综合护理对糖尿病足患者临床观察 (J). 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(18): 119-121.
- (6) 仲婷婷. 中西医结合护理运用于糖尿病足患者效果观察 (J). 中医临床研究, 2019, 11(25): 130-132.
- (7) 高英宏, 王华. 中西医结合护理糖尿病足的临床效果评价 (J). 吉林医学, 2019, 40(6): 1411-1412.
- (8) 何海英. 中西医结合治疗与护理干预 0 级糖尿病足临床研究 (J). 新中医, 2019, 51(3): 249-251.
- (9) 钟丽琼, 曾庆萍, 王秋琴, 等. 中西医结合护理对 2 型糖尿病足患者创面愈合和生活质量的影响 (J). 内蒙古医学杂志, 2018, 50(9): 1141-1142.
- (10) 汤万好, 何怡, 谢小兰. 路径式中西医结合优化护理在糖尿病足 Wagner 2~3 级溃疡患者中的应用 (J). 齐鲁护理杂志, 2021, 27(1): 140-142.
- (11) 陈明环. 中西医结合治疗糖尿病足坏疽合并下肢神经病变的效果观察 (J). 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20(7): 78-80.
- (12) 曹蓓, 李红, 戴强, 等. 自拟益气活血方浴足配合西药对 2 型糖尿病合并足背动脉硬化患者下肢血流动力学、凝血-纤溶系统的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(6): 597-601.
- (13) 蔡敏, 高璐璐, 龚文静, 等. 中药湿渍技术与中药熏蒸技术在非缺血性糖尿病足坏疽患者护理中的效果比较 (J). 实用临床医药杂志, 2019, 23(15): 112-115.
- (14) 陈祥燕, 陈祥莺, 黄小红. 精细化护理在老年重症糖尿病足伤口患者中的应用 (J). 中国卫生标准管理, 2020, 11(4): 138-140.
- (15) 严悦颜, 徐旭, 冯芸. 精细化护理在老年重症糖尿病足伤口患者中的应用 (J). 齐鲁护理杂志, 2019, 25(15): 104-106.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)13-0126-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.13.039

以时间护理为中心的干预对首发精神分裂症患者危险行为及精神症状的影响

蔺晓培 侯晓娜 李晓慧

(洛阳市第五人民医院, 河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 **目的:** 研究以时间护理为中心的干预对首发精神分裂症患者危险行为及精神症状的影响。**方法:** 采用随机分组的方法将 2020 年 5 月至 2021 年 5 月期间在洛阳市第五人民医院诊治的 94 例首发精神分裂症患者分为对照组与观察组, 每组 47 例。对照组患者给予精神分裂症患者常规护理干预, 观察组患者在此基础上给予以时间护理为中心的干预。应用社会功能评定量表 (SSPI) 评估社会功能, 威斯康星卡片分类测验 (WCST) 评估认知功能。比较两组患者的危险行为情况, 借助阳性和阴性症状量表 (PANSS) 判断患者干预前后精神症状。**结果:** 干预后两组患者的 SSPI 评分均有不同程度提高, 且干预后观察组患者 SSPI 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后两组患者的完成分类数评分均有不同提高, 随机错误数、持续错误数、总错误数均评分有不同程度下降, 且干预后观察组患者的完成分类数评分高于对照组, 随机错误数、持续错误数、总错误数均评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后观察组患者的危险行为总发生率为 4.26%, 低于对照组的 17.02%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预后两组患者的 PANSS 评分均有不同程度下降, 且干预后观察组患者的 PANSS 评分低于对照组,

〔收稿日期〕 2022-04-27

〔作者简介〕 蔺晓培, 女, 主管护师, 主要研究方向是精神科疾病的护理, 精神科病房管理。

差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 给予以时间护理为中心干预的首发精神分裂症患者社会功能和认知功能提升, 危险行为减少, 精神症状改善。

〔关键词〕 首发精神分裂症; 时间护理; 护理学

〔中图分类号〕 R 749.3 〔文献标识码〕 B

精神分裂症是发病于各个年龄段的精神科常见疾病, 临床至今尚未完全明确精神分裂症的发病机制。区别于普通疾病的护理, 精神分裂症的护理重点在于确保患者生命安全, 特别是防止患者出现冲动、伤人等行为, 该行为是一种复杂的社会行为, 必须实施有效护理措施, 加强监管和防护^[1]。时间护理是一种以生物钟为基础, 开展护理工作的精神病患者护理模式, 护理人员对患者各个时间段的行为进行监督和调适。有研究表明^[2], 相比常规护理, 以时间护理为中心的干预有助于减少患者危险行为, 控制精神症状。精神分裂症临床症状表现各异, 病程长, 病情易反复且迁延难愈, 预后效果不理想。可见, 改善精神分裂症患者治疗、护理难度, 有效的护理很关键。为研究以时间护理为中心的干预对首发精神分裂症患者危险行为及精神症状的影响, 本研究选取在洛阳市第五人民医院诊治的 94 例患者作为对象展开研究。

1 对象与方法

1.1 资料来源

采用随机分组的方法将 2020 年 5 月至 2021 年 5 月期间在洛阳市第五人民医院诊治的 94 例首发精神分裂症患者分为对照组与观察组, 每组 47 例。对照组男性 27 例, 女性 20 例; 年龄 30~42 岁, 平均年龄 (36.28 ± 5.18) 岁; 病程 7~16 个月, 平均病程 (11.46 ± 4.18) 个月; 教育年限 9~15 年, 平均受教育年限 (12.12 ± 2.63) 年。观察组男性 24 例, 女性 23 例; 年龄 32~42 岁, 平均年龄 (37.03 ± 4.15) 岁; 病程 6~16 个月, 平均病程 (10.92 ± 4.26) 个月; 教育年限 9~15 年, 平均受教育年限 (12.19 ± 2.71) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究符合洛阳市第五人民医院医学伦理委员会准 (20200328)。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合精神分裂症临床诊断标准^[3], 且首次发病者; (2) 入组前未接受其他护理干预者; (3) 存在强制性思维、行为孤僻等; (4) 治疗前实验室检查无明显异常者; (5) 病情处于稳定期者; (6) 临床资料完整且能正常沟通交流者; (7) 患者及家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 病因为器质性病变者; (2) 患有恶性肿瘤者; (3) 智力低下者; (4) 合并其他躯体疾病者; (5) 有药物或酒精成瘾史者; (6) 自

伤自杀观念严重者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予生理环境管理 (保持病房干净卫生、定期进行通风, 并在房间内摆放花朵或绿植)、心理护理 (积极与患者进行沟通, 了解其心理状况, 引导患者积极向上的心情面对生活)、用药指导 (叮嘱患者按时用药, 并早中晚监督患者用药) 和随机健康教育 (定期给予患者讲解精神分裂症的相关知识, 并组织讲座, 对患者疑问进行解答) 等首发精神分裂症患者常规护理干预。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予以时间护理为中心的干预, 主要分为基础护理时间护理、健康教育时间护理、生命体征监测时间护理、饮食时间护理和运动中的时间护理五部分。(1) 基础护理时间护理: 以患者作息时间为依据, 为患者制订个性化护理方案。有晨起习惯的患者, 早晨即对其进行心理疏导, 帮助患者完成生活自理等; 晚上临睡前, 帮助患者打水泡脚、听助眠音乐。(2) 健康教育时间护理: 将相对较为安静的 18:00 至 20:00 时间段选为健康教育时间, 通过小游戏、观看幻灯片、讲座等形式, 对患者进行心理疏导和健康宣教, 时间控制在 1 h 左右。(3) 生命体征监测时间护理: 为确保生命体征监测信息的准确性, 每日 7:00、19:00 测量体温, 每日 10:00、18:00 测量血压。(4) 饮食时间护理: 固定患者用餐时间, 早餐时间 7:00 至 7:30, 中餐时间 11:00 至 12:00, 晚餐时间 18:00 至 18:30, 并指定详细的用餐量, 三餐热量比例控制在 1:2:2, 保证患者营养需求。病情较轻者, 在护理人员陪同下用餐; 伴有糖尿病患者, 少食多餐, 用餐时间延长。饮食应以少食多餐, 饮食清淡为原则。(5) 运动中的时间护理: 精力相对充沛, 大脑活动亢奋的上午, 安排患者进行慢跑、太极拳等有氧运动, 时间 15 min; 下午困乏患者, 则安排简单的球类运动等。同时, 增加患者亲社会行为, 引导患者回归家庭和社会, 加强同伴间的交流, 如每周让家属至少探视 1 次。干预期间, 由医护人员正确把控患者行为, 避免对他人造成伤害。协助患者积极规划未来, 了解患者近期遇到的难题与困惑, 并帮助其解决。在为患者辅助制订计划时, 注意计划的可实施性, 避免患者产生落差, 增加精神症状。

两组患者上述护理干预措施的干预时间均为 1 个月。

1.4 观察指标

(1) 社会功能^[4]: 住院精神患者社会功能评定量表 (scale social function psychosis inpatients, SSPI) 用于评估患者社会功能, 该量表包括日常生活能力 (3 项)、动性和交往情况 (4 项)、社会技能 (5 项) 三个维度构成, 共 12 项条目构成, 每项条目采用 1~4 分的 4 级评分法评定, 总分值 48 分, 分值越高代表社会功能越高。

(2) 认知功能: 应用威斯康星卡片分类测验 (Wisconsin card sorting test, WCST) 评估干预前后患者认知功能, 该测验量表包括完成分类数 (10 分)、随机错误数 (10 分)、持续错误数 (50 分) 和总错误数 (50 分) 四项, 完成分类数与认知功能呈正比, 剩余三项与认知功能呈反比。

(3) 精神症状^[5]: 借助阳性与阴性症状量表 (positive and negative syndrome scale, PANSS) 判断患者干预前后精神症状, 该量表包括阳性症状评分 (7 项)、阴性症状评分 (7 项) 和一般精神病理状况 (6 项) 内容, 每项评分 1~7 分, 分值越低代表精神症状越佳。

(4) 危险行为^[6]: 采用欧冠国家重性精神疾病管理治疗项目技术指导方案对患者危险行为进行分级, 共分为 0~5 级。0 级: 无暴力行为; 1 级: 口头威胁, 喊叫, 但无打砸行为; 2 级: 有打砸行为, 局限在家中, 针对财物, 能被劝说制止; 3 级: 打砸行为明显, 针对财物, 无法接受劝说而停止; 4 级: 打砸行为持续, 针对财物/人, 无法接受劝说而停止; 5 级: 有纵火、爆炸等行为, 持管制性危险武器进行暴力行为。等级越高发生危险行为的可能性越高。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 SSPI 评分比较

干预后两组患者的 SSPI 评分均有不同程度提高, 且干预后观察组患者 SSPI 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者干预前后 SSPI 评分比较 ($n = 47, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	日常生活能力	动性和交往情况	社会技能	总评分
对照组	干预前	5.09 ± 0.57	8.09 ± 1.42	9.36 ± 1.15	22.54 ± 3.14
	干预后	8.16 ± 0.96 ^a	11.95 ± 1.45 ^a	13.13 ± 1.71 ^a	33.24 ± 4.12 ^a
观察组	干预前	5.13 ± 0.51	8.17 ± 1.34	9.43 ± 1.09	22.73 ± 2.94
	干预后	9.89 ± 0.82 ^{ab}	14.03 ± 1.50 ^{ab}	16.02 ± 1.80 ^{ab}	39.94 ± 4.12 ^{ab}

注: SSPI—社会功能评定量表。
与同组干预前比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后认知功能评分比较

干预后两组患者的完成分类数评分均有不同提高, 随机错误数、持续错误数、总错误数均评分有不同程度下降, 且干预后观察组患者的完成分类数评分高于对照组, 随机错误数、持续错误数、总错误数均评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者干预前后认知功能评分比较 ($n = 47, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	完成分类数	随机错误数	持续错误数	总错误数
对照组	干预前	5.19 ± 0.81	5.39 ± 1.30	27.43 ± 5.34	35.23 ± 4.34
	干预后	6.36 ± 0.89 ^c	4.19 ± 0.81 ^c	17.73 ± 5.32 ^c	23.34 ± 5.32 ^c
观察组	干预前	5.23 ± 0.74	5.41 ± 1.28	27.51 ± 5.20	35.41 ± 4.18
	干预后	7.17 ± 0.70 ^{cd}	3.82 ± 0.63 ^{cd}	15.28 ± 4.81 ^{cd}	18.49 ± 4.34 ^{cd}

注: 与同组干预前比较, ^c $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^d $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预后危险行为发生率比较

干预后观察组患者的危险行为总发生率为 4.26%, 低于对照组的 17.02%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者干预后危险行为发生率比较 ($n = 47, n(\%)$)

组别	1 级	2 级	3 级	4 级	总发生
对照组	3(6.38)	2(4.26)	2(4.26)	1(2.13)	8(17.02)
观察组	1(2.13)	1(2.13)	0(0.00)	0(0.00)	2(4.26) ^c

注: 与对照组比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者干预前后 PANSS 评分比较

干预后两组患者的 PANSS 评分均有不同程度下降, 且干预后观察组患者的 PANSS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者干预前后 PANSS 评分比较 ($n = 47, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	阳性症状评分	阴性症状评分	一般精神病理状况	总评分
对照组	干预前	21.63 ± 2.41	34.62 ± 5.19	40.86 ± 5.48	97.11 ± 13.08
	干预后	15.63 ± 4.19 ^f	22.61 ± 3.64 ^f	32.16 ± 1.47 ^f	70.40 ± 9.30 ^f
观察组	干预前	21.70 ± 2.35	35.01 ± 4.85	40.45 ± 5.61	97.16 ± 12.81
	干预后	11.20 ± 3.85 ^{fg}	16.58 ± 3.15 ^{fg}	24.26 ± 1.52 ^{fg}	52.04 ± 8.52 ^{fg}

注: PANSS—阳性与阴性症状量表。
与同组干预前比较, ^f $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, ^g $P < 0.05$ 。

3 讨论

精神分裂症是一种慢性疾病, 发病率、复发率、致

残率均较高, 该类精神卫生问题已成为我国重大公共卫生问题。虽然目前对于精神分裂症患者危险行为的发生

机制尚不明了,临床专家一致认为受社会心理、生物等综合影响。精神分裂症患者行为和思维会受各种精神症状控制,且患者缺乏自控能力,现实检验能力不足,因而易出现打砸、伤人等危险行为。时间护理注重护理时效性,通过人体生物节律,在最合适的时间对患者进行生理、心理和用药等护理,强调动态地开展护理^[8]。

3.1 以时间护理为中心干预的患者社会功能和认知功能提高

对于精神分裂症患者,除改善患者精神症状外,有效提升患者社会功能和认识功能,对于促使患者早日回归社会具有重要治疗意义。首发精神分裂症患者常伴随多疑、多惧等临床特征^[9],往往社会功能受损严重,社会功能缺陷是该类患者的重要特征,社会功能的恢复与病情的进展、精神衰退的发展等密切相关。精神分裂症患者早期阶段已出现记忆损伤,认知功能受损。本研究结果提示,给予以时间护理为中心干预的患者 SSPI 量表日常生活能力、动性和交往情况、社会技能评分和总评分均升高,且均明显高于常规护理干预患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。此外,以时间护理为中心干预的患者完成分类数有所升高,观察组高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);随机错误数、持续错误数和总错误数低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示患者社会功能和认知功能提高。

3.2 以时间护理为中心干预的患者危险行为减少

国外研究显示,相比普通人群,精神分裂症患者攻击风险提升 3~5 倍。而国内有关研究也称^[10],30% 的住院精神分裂症患者出现危险行为,是该类疾病患者风险较高的不安定因素之一。减少危险行为的发生已成为社会备受关注的课题。本研究用欧冠国家重性精神疾病管理治疗项目技术指导方案对患者危险行为进行分级,研究结果显示,干预后,给予以时间护理为中心干预的患者危险行为总发生率为 4.26%,明显低于常规护理干预患者的 17.02%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

3.3 以时间护理为中心干预的患者精神状况改善

既往研究显示^[11],精神症状与危险行为关系密切。首发精神分裂症患者基体中枢神经免疫表现异常活跃,影响患者机体皮质-纹状体-丘脑环路的调节,患者阳性及阴性精神症状表现突出。本研究结果提示,给予以时间护理为中心干预的患者 PANSS 量表阳性症状评分、

阴性症状评分、一般精神病理状况和总评分均下降,且均明显低于常规护理干预患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。表明患者的精神症状改善。分析其中的原因,以时间护理为中心的护理以患者作息时间为依据,为患者制订个性化护理方案;对患者进行心理疏导和健康宣教;掌握患者生命体征,合理用药;干预患者饮食;分时段开展相应运动,整体改善患者精神面貌,从而促进患者精神状况的改善^[7]。

综上所述,给予以时间护理为中心干预的首发精神分裂症患者社会功能和认知功能提升,危险行为减少,精神症状改善。

〔参考文献〕

- (1) 仪玉伟,闫芳,靳玉宏,等.精神分裂症住院患者危险行为的影响因素分析(J).首都医科大学学报,2021,42(2):323-327.
- (2) 林晓妹.时间护理在精神分裂症患者健康教育中的应用价值及预后分析(J).当代护士(中旬刊),2019,26(8):114-117.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (M). 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000: 78-85.
- (4) 陈如梦,王琰,陈剑华,等. ICD-11 精神与行为障碍(草案)关于精神分裂症和其他原发性精神障碍诊断标准的进展(J).中华精神科杂志,2017,50(5):345-347.
- (5) 姚晶,崔界峰,陈楠,等.简明阴性症状量表中文版的效度、信度检验(J).中国心理卫生杂志,2014,28(4):302-307.
- (6) 傅廷东,徐小洁.重性精神病患者发生危险行为的干预分析(J).福建医药杂志,2018,40(1):168-169.
- (7) 张作记.行为医学量表手册(M).北京:中华医学电子音像出版社,2005.
- (8) 曹小莉,吴晓慧.时间护理在精神分裂症患者健康教育中的应用效果(J).当代护士(中旬刊),2018,25(10):102-103.
- (9) 尹华卿.社区多部门系统干预模式对慢性精神分裂症患者症状、社会功能及生存质量的干预效果研究(J).中国全科医学,2018,21(16):1998-2002.
- (10) 周芯蕾,李娟.我国社区严重精神障碍患者高风险行为危险因素 Meta 分析(J).中国慢性病预防与控制,2020,28(7):545-548.
- (11) 银燕,余建英,熊智.影响精神分裂症病人攻击行为的相关因素分析(J).护理研究,2019,33(21):3667-3671.