

心理干预对改善子宫全切术患者焦虑、抑郁情绪和生活质量的影响

范幸, 龙玲, 聂雪晴, 樊小兰
长沙市妇幼保健院, 湖南 长沙 410116

摘要: **目的** 探讨心理干预对改善子宫全切术患者焦虑、抑郁情绪和生活质量的影响, 促进患者术后的身心康复。 **方法** 筛选子宫良性病变需行单纯子宫全切术的住院病人 80 例为研究对象, 按照就诊次序随机分为干预组和对照组。干预组在术前及术后 5 d 由专业心理治疗师进行一系列心理干预, 对照组仅接受常规治疗和护理, 不进行心理干预。比较两组患者在术前 1 d、术后 3 个月和术后半年焦虑、抑郁和生活质量水平。 **结果** 两组术前 SDS、SAS 分值差异无统计学意义(均 $P < 0.05$), 干预组在术后 3 个月和 6 个月的 SDS、SAS 分值均明显低于对照组(均 $P < 0.05$)。干预组术前、术后 3 个月和 6 个月的 SDS 和 SAS 评分比较, 差异有统计学意义(SDS: $F = 273.336, P < 0.05$; SAS: $F = 233.96, P < 0.05$)。对照组术前、术后 3 个月和 6 个月的 SDS 和 SAS 评分比较, 差异有统计学意义(SDS: $F = 260.801, P < 0.05$; SAS: $F = 153.61, P < 0.05$); 在生活质量方面, 两组术前差异无统计学意义(均 $P < 0.05$)。术后 3 个月、6 个月干预组在心理功能、社会交往的评分显著高于对照组(均 $P < 0.05$), 术后 6 个月, 干预组在总体生活质量的评分显著高于对照组($t = 2.21, P < 0.05$)。干预组组内比较, 总体生活质量有显著改善($F = 10.983, P < 0.05$), 差异有统计学意义, 在心理功能、独立性、社会交往领域有显著改善(均 $P < 0.01$)。对照组组内的比较, 总体生活质量显著下降($F = 16.901, P < 0.05$), 差异有统计学意义, 在躯体功能、心理功能、独立性、社会交往领域有显著下降(均 $P < 0.01$)。 **结论** 子宫全切术患者术前焦虑、抑郁情绪均处于较高水平, 在围术期运用支持性心理治疗、健康教育、认知治疗等心理干预方法, 有助于改善患者的焦虑、抑郁状态, 减轻心理压力, 增强自信心, 增加社会和家庭支持, 提高生活质量。

关键词: 子宫全切术; 心理干预; 焦虑; 抑郁; 生活质量

中图分类号: R749.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2020)07-0855-04 DOI: 10.3969/j.issn.1006-3110.2020.07.024

基金项目: 长沙市卫生健康委科研课题项目(2017)

作者简介: 范幸(1977-), 女, 本科, 副主任医师, 主要从事妇产科临床工作。

通信作者: 龙玲, E-mail: 941109223@qq.com。

DAO 是反映小肠黏膜结构和功能的较好指标, DAO 水平的改变提示有肠道屏障功能异常, 当肠道屏障受到损伤时, 肠黏膜上皮细胞释放 DAO 增加, DAO 大量进入肠细胞间隙、淋巴管和血流, 使血浆中 DAO 升高。因此 DAO 可以作为一项可靠的评价肠道屏障功能的指标, DAO 是肠道损伤的标志性酶, 能间接反映肠道屏障功能的完整性和损伤程度^[7], 本研究结果显示, 研究组与对照组比较在治疗后外周血 DAO 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后研究组 DOA 水平下降更快, 提示应用谷氨酰胺肠内营养可有效改善肺结核患者的肠道屏障功能, 与陈红发的研究结果相近^[8]。

总之, 部分肺结核患者自身合成的谷氨酰胺不能满足机体需要, 特别是重症肺结核患者, 且对谷氨酰胺的需求量大幅增加。肠内应用谷氨酰胺作为特殊营养底物的肠内营养支持可改善肺结核患者肠屏障功能,

同时可提高机体细胞免疫功能。

参考文献

- [1] 赵紫平, 陈安基. 星状神经节阻滞对结核患者免疫功能的影响[J]. 实用预防医学, 2018, 25(10): 110-111.
- [2] 韩海燕. 丙氨酰-谷氨酰胺对危重症患者肠屏障功能及免疫功能的影响研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(14): 1607-1609.
- [3] 林燕. 谷氨酰胺保护肠屏障功能的机制与临床应用研究进展[J]. 国际儿科学杂志, 2017(6): 385-388.
- [4] 高孟秋. 《WS 288-2017 肺结核诊断》新标准中关于临床诊断患者判定的解析[J]. 中国防痨杂志, 2018(3): 243-246.
- [5] 庞增, 何日东, 陈勇军, 等. 不同治疗时期肺结核患者 T 淋巴细胞亚群的动态变化及临床意义[J]. 现代医院, 2018, 18(4): 543-545.
- [6] 吕群. 谷氨酰胺和生长激素联合强化营养对重症肺结核病人免疫调理的影响[J]. 临床肺科杂志, 2007, 12(10): 1054-1056.
- [7] 易俊, 刘小伟. 炎症性肠病的肠道屏障功能研究进展[J]. 中华炎性肠病杂志, 2019, 3(1): 41-44.
- [8] 陈红发. 丙氨酰-谷氨酰胺对危重症患者肠屏障功能及免疫功能的影响[J]. 医学信息, 2016, 29(32): 55-55.

收稿日期: 2020-03-23

子宫全切术是妇科治疗中比较常见的一种手术方法,主要用于治疗子宫腺肌症、子宫肌瘤、子宫内膜疾病等^[1]。子宫是女性生殖器中的重要器官,它对于女性的精神生活具有重要的意义。全子宫切除手术作为一种创伤性手术,对患者是一种应激源,部分患者在术前担心手术是否能成功、术后是否会发生并发症、失去子宫是否会影响性生活的和谐、加速衰老等问题,对这些问题的担心容易引起焦虑、抑郁等负面情绪,进而对患者的生活质量产生不良影响^[2-3]。研究表明^[4],子宫全切术患者在术前存在明显的焦虑、抑郁等负面情绪。术后 12 月仅有 38% 患者能成功适应术后生活,大部分女性在术后出现应激反应,并且认为子宫切除后自己的性功能减退或是自身性别特征的缺失。

子宫全切手术对患者的心理健康和生活质量会产生不容忽视的负面影响,因此在保证疾病得到有效治疗的同时也应该通过心理干预缓解患者的负面情绪,提高患者术后的生活质量。本研究综合考虑子宫全切手术对患者心理状况和生活质量方面的影响,通过心理治疗师将多种心理干预方式综合运用,追踪了解心理干预能否促进患者术后的身心康复。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2017 年 5 月—2018 年 12 月在长沙市某三甲妇幼保健院妇科病房筛选患子宫良性病变需行单纯子宫全切术的住院病人 80 例为研究对象。入组标准:(1)≤48 岁的已婚妇女,丈夫健在,无明显的婚姻冲突,排除分居、离婚;(2)术前经临床诊断为子宫肌瘤,需择期行腹式子宫全切术。排除双卵巢病变史、恶性肿瘤病史、妇科大手术史;(3)文化程度:小学级以上;(4)家庭经济有稳定来源(5)排除患有严重躯体疾病和精神疾病者,或近三个月发生重大生活变故者。按照就诊次序随机分为干预组和对照组,干预组 43 名,平均年龄(45.33±2.4),对照组 37 名,平均年龄(44.97±2.24)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 研究工具 焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)和抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[5]由美国 Duke 大学教授 William W. K. Zung 编制,用于测量焦虑、抑郁状态程度的自评心理量表,可评估受测者一周内焦虑、抑郁程度,是临床上最常用的情绪状态测量工具之一。两个量表均为 4 点计分(完全不符合,比较不符合,比较符合,完全符合)。分别有 20 个条目,正向评分题依次评分 1~4 粗分,而反向评分题测评 4~1 粗分,各个条目得分相加为总粗分,总粗分乘以 1.25 后取整数值得到标准分。

SAS 标准分的分界值为 50 分:<50 分为正常,≥50 分为焦虑;SDS 标准分的分界值为 53 分,<53 分为正常,≥53 分为抑郁。

WHO 生活质量测定量表-100^[6],共有 100 个条目,每 4 个条目构成 1 个因子,共 25 个因子。该量表是 WHO 组织 20 余个国家和地区共同研制的跨国家、跨文化并适用于一般人群的普适性量表。量表由 6 个领域(躯体、心理、独立性、社会交往、环境、信仰)的 24 个方面外加一个总的健康状况构成,其中,躯体功能包括疼痛、精力、睡眠 3 个方面;心理功能包括积极感受、思考、自尊、身材与相貌、消极感受 5 个方面;独立性包括移动性、日常生活能力、对药物及医疗手段的依赖性、工作能力 4 个方面;社会交往领域包括人际关系、社会支持、性生活 3 个方面;环境包括社会安全保障、住房环境、经济来源等 8 个方面。得分越高,生活质量越好。除总体生活质量因子外,其他 24 个因子组成 6 个维度(共 30 项),即躯体功能、心理功能、独立性、社会交往、环境和信仰。所有条目采用 1~5 分评分,通过累加来计算因子分和维度分。

1.3 方法 所有心理测量和心理干预均在独立、安静的心理诊室进行,由专业心理咨询师指导研究对象进行心理测量,并签署知情同意书。两组患者均在术前 1 d、术后 3 个月和术后半年进行心理自评量表评估,采用 SAS、SDS 评估患者的焦虑、抑郁水平。通过 WHO 生活质量测定量表-100 对两组患者的生活质量进行评估。

干预组在术前及术后 5 d 由专业心理治疗师进行一系列心理干预。对照组仅接受常规治疗和护理,不进行心理干预。对干预组的患者于住院期间(包括术前和术后)进行心理干预(具体方法详见下),术前的重点放在患者对即将临近手术和丧失子宫的态度和情绪反应上,在术后则重点探讨对性的调节和对社会生活的适应,并根据患者的实际心理问题随时作出调整。

①支持性心理治疗:于日常医务工作中进行并贯穿始终。本研究中首先和患者建立良好的医患关系,然后采取解释、鼓励、安慰、保证和暗示等方法,目的在于使患者消除对手术的各种恐惧心理和思想顾虑,增强自信心,获得安全感。

②健康教育:针对患者(主要)及其伴侣进行,采取个别进行和集体进行两种方法相结合,术前 1 d 和术后 5 d 各进行 2 次,每次 2~2.5 h。包括基础知识教育和性健康教育。

③个别深入的心理治疗:采用认知行为疗法中的合理情绪疗法,同时辅以肌肉放松训练,每次 15~

20 min。

④家庭和社会支持性心理治疗,针对配偶进行,每次 15 min,术前、术后各进行 1 次。本研究首先对配偶进行手术意义、方式、术后护理等方面的知识讲解,然后指导术前、术后在情感上、生活上体贴、照顾患者,在各方面关心、鼓励、安慰病人,给病人以温暖和信心。

1.4 数据处理 采用 SPSS 19.0 软件对数据进行统计分析,计数资料采用例数(%)表示,行 χ^2 检验;计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两样本均数比较采用 t 检验,多组样本均数比较采用方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 人口学资料比较 两组患者被试平均年龄为(45.16 \pm 2.32)岁;出生地:农村人口占 55%,城镇人口占 25%,城市人口占 20%;文化程度:高中及大专占 52.50%,初中占 28.80%,小学占 12.50%,文盲占 6.30%。干预组与对照组在年龄、出生地、文化程度、生育状况等方面差异无统计学意义(均 $P>0.05$),见表 1。

表 1 两组人口学资料比较

特征	干预组($n=43$)	对照组($n=37$)	统计值	P 值
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	45.33 \pm 2.40	44.97 \pm 2.24	$t=0.68$	0.50
出生地($n, \%$)			$\chi^2=0.75$	0.69
城市	10(23.26)	6(16.22)		
城镇	11(25.58)	9(24.32)		
农村	22(51.16)	22(59.46)		
文化程度($n, \%$)			$\chi^2=0.02$	0.88
在初中及以下	23(53.49)	23(62.16)		
高中及大专	15(34.88)	14(37.84)		
生育状况($n, \%$)				0.18 ^a
已生育	42(97.67)	33(89.19)		
未生育	1(2.33)	4(10.81)		

注:a 采用 Fisher 精确概率法。

2.2 抑郁、焦虑水平比较 两组的术前 SDS ($t=0.03, P>0.05$)、SAS ($t=0.16, P>0.05$) 得分差异无统计学意义。心理干预后,干预组在术后 3 个月和 6

个月的 SDS 分值均明显低于对照组($t=-4.70, P<0.01; t=-2.57, P<0.05$);干预组在术后 3 个月和 6 个月 SAS 分值均明显低于对照组($t=-4.14, P<0.01; t=-5.11, P<0.01$)差异有统计学意义。干预组术前、术后 3 个月和 6 个月的 SDS 和 SAS 评分比较,差异有统计学意义($F=273.34, P<0.01; F=233.96, P<0.01$);对照组术前、术后 3 个月和 6 个月的 SDS 和 SAS 评分比较,差异有统计学意义($F=260.80, P<0.01; F=153.61, P<0.01$)。

表 2 两组不同时间点 SDS、SAS 分值比较(分, $\bar{x}\pm s$)

抑郁/焦虑	时间	干预组($n=43$)	对照组($n=37$)
SDS	术前	64.45 \pm 8.13	64.39 \pm 8.46
	术后 3 个月	46.47 \pm 3.32	50.94 \pm 5.12 ^a
	术后 6 个月	41.00 \pm 4.19	43.41 \pm 4.18 ^b
SAS	术前	57.91 \pm 7.60	57.60 \pm 9.39
	术后 3 个月	42.84 \pm 3.34	46.98 \pm 5.48 ^a
	术后 6 个月	37.02 \pm 3.16	41.23 \pm 4.19 ^a

注:与干预组比较,a $P<0.01$;b $P<0.05$ 。

2.3 生活质量评分的比较 两组在术前、术后 3 个月和 6 个月的生活质量及其 6 个领域评分的比较。干预组和对照组的组间比较(见表 3)。两组在术前生活质量及其 6 个领域评分无显著差异($P>0.05$);术后 3 个月,干预组在心理功能、社会交往($P<0.01$)的评分显著高于对照组;术后 6 个月,干预组在总体生活质量($P<0.05$)、心理功能、社会交往($P<0.01$)的评分显著高于对照组。

干预组术前、术后 3 个月和 6 个月的比较,总体生活质量有显著改善($F=10.98, P<0.01$),差异有统计学意义;在心理功能、独立性、社会交往领域有显著改善($P<0.01$)。对照组术前、术后 3 个月和 6 个月的比较,总体生活质量显著下降($F=16.90, P<0.01$),差异有统计学意义;在躯体功能、心理功能、独立性、社会交往领域评分有下降($P<0.01$)。

表 3 两组不同时间点生活质量评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

维度	术前			术后 3 个月			术后 6 个月		
	干预组($n=43$)	对照组($n=37$)	t 值	干预组($n=43$)	对照组($n=37$)	t 值	干预组($n=43$)	对照组($n=37$)	t 值
躯体功能	36.47 \pm 2.72	35.92 \pm 3.18	0.83	35.86 \pm 2.97	35.35 \pm 3.17	0.74	36.42 \pm 3.14	34.84 \pm 3.38	2.17
心理功能	60.42 \pm 3.81	60.81 \pm 2.90	-0.51	62.47 \pm 3.63	56.73 \pm 2.65	7.95 ^a	63.74 \pm 3.93	54.59 \pm 2.80	11.80 ^a
独立性	49.02 \pm 2.17	48.38 \pm 2.44	1.25	46.41 \pm 2.13	46.30 \pm 2.08	0.22	46.30 \pm 2.06	46.08 \pm 2.40	0.44
社会交往	39.91 \pm 1.44	40.16 \pm 1.48	-0.78	44.09 \pm 1.34	35.68 \pm 2.38	19.82 ^a	44.88 \pm 1.31	35.32 \pm 2.53	21.65 ^a

续表 3

维度	术前			术后 3 个月			术后 6 个月		
	干预组 (n=43)	对照组 (n=37)	t 值	干预组 (n=43)	对照组 (n=37)	t 值	干预组 (n=43)	对照组 (n=37)	t 值
环境	95.86±2	95.14±1.89	1.66	95.72±1.85	95.00±1.76	1.17	95.26±1.90	95.92±1.93	1.51
信仰	10.98±0.41	11.12±0.46	-1.36	11.05±0.43	11.08±0.43	-0.36	11.07±0.24	11.02±0.31	-0.62
总体生活质量	78.51±5.79	80.27±6.31	-1.30	78.88±5.26	77.32±6	1.24	81.05±5.18	78.22±6.28	2.21 ^b

注:与干预组比较,a P<0.01;b P<0.05。

3 讨 论

子宫这一身体器官对于女性有特殊意义,是女性身份和性吸引力的标志。Utz-Billing 等^[7]关于子宫全切患者术前对疾病认知及期望的研究发现,88% 的患者认为疾病影响了生活质量,并有 49% 的患者担心日后健康状况,28% 的患者对疾病感到害怕。Gath 等^[8]在研究中发现,在子宫全切术前有 55% 的妇女在情绪上有明显的障碍,主要为焦虑和抑郁,而这些症状在一般健康人群中的发生率仅为 12%~14%。近一半的女性在子宫切除术前存在明显的焦虑、抑郁情绪,即使手术成功,患者术后仍然会因为疼痛等因素出现新的心理问题,导致患者焦虑及抑郁情绪持续存在,严重影响患者的生活质量^[9]。本研究表明,术前干预组和对照组的焦虑、抑郁情绪均处于较高水平,术后 3 个月和 6 个月对照组的焦虑、抑郁水平显著高于干预组。在心理干预后,干预组患者术后的情绪状态有明显改善。不同于一般外科手术,子宫全切术的患者在术前、术后易出现焦虑、抑郁情绪,且难以自然消退和缓解。

在生活质量方面,有研究表明^[10-11],疾病对患者功能的损害越严重,生活质量越差,即生活质量与疾病对功能损害的严重程度有关。对生活质量的损害主要见于心理功能维度,如体象因子和负性情感因子等。还有研究发现^[12],心理干预对乳腺癌化疗患者生活质量具有积极影响,可改善患者家庭功能,并提升其希望水平,还能提高患者对生活的适应及应对能力。本研究发现,手术前后干预组的生活质量有明显改善,具体表现在心理功能、独立性、社会交往;而对照组的生活质量在术后出现明显下降,也体现在心理功能、独立性、社会交往。本研究发现术后 3 个月、6 个月干预组在心理功能、社会交往和总体生活质量显著优于对照组。说明心理干预对于患者生活质量的改善有显著效果,表现在:(1)减轻心理压力和消极想法,增加积极想法,增强对自己的身体相貌的自信心;(2)增加社会支持,改善人际关系;(3)提高应对日常生活以及工作

的积极性。

本研究尝试将心理干预技术运用于子宫全切手术患者,并追踪观察患者的情绪状况和生活质量,结果表明心理干预能有效的改善患者术后的情绪和生活质量。因此,掌握和运用心理干预的原理和适用范围、方法的知识,有利于拓展妇科治疗学的新领域,并为心理干预在妇科临床得到推广应用打下良好基础。

参考文献

[1] Vollenhoven B. Introduction; the epidemiology of uterine leiomyomas [J]. Baillieres Clin Obstet Gynaecol, 1998, 12(2):169-176.

[2] Popovic M, Berzaczy D, Puchner S, et al. Long-term quality of life assessment among patients undergoing uterine fibroid embolization [J]. AJR Am J Roentgenol, 2009, 193(1):267-271.

[3] 李晨阳. 积极心理干预对子宫肌瘤全子宫切除术患者负性情绪及护理满意度的影响[J]. 四川解剖学杂志, 2018, 26(3):39-40, 46.

[4] 赵俊, 金琴, 史欣. 全子宫切除患者术后抑郁症状与人格特征和社会支持的相关性[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(4):581-584.

[5] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998:141-183.

[6] Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, et al. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHO-QOL) instrument[J]. Clin Epidemiol, 2000, 53:1-12.

[7] Utz-Billing I, Rothmann K, Kentenich H, et al. Pretherapeutic worries, expectations, wishes and knowledge of women with uterine fibroids [J]. J Psychosom Obstet Gynaecol, 2006, 66(8):763.

[8] Gath D, Cooper P, Day A. Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy [J]. Br J Psychiatry, 1982, 140:335-342.

[9] 段得琬, 王临虹, 赵更力, 等. 妇产科身心学[M]. 北京:中国人口出版社, 1993:128-342.

[10] 张辉, 李果, 刘扬帆, 等. 217 例乳腺癌患者配偶的压力及生活质量调查[J]. 实用预防医学, 2019, 26(4):484-486.

[11] 叶玲燕, 李俊, 吴明东. 社会支持对老年冠心病患者应对方式及生活质量的影响[J]. 实用预防医学, 2018, 25(7):863-865.

[12] 李涵冰, 青晓, 王小清, 等. 家属同步阶段性认知疗法配合心理干预对乳腺癌患者家庭功能、希望水平、心理一致感及生活质量的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(11):1729-1733.

收稿日期:2019-12-19