

多学科干预对冠心病患者心理状态的影响研究

戴炳媛¹, 丛晓银², 彭 澎³, 李 燕⁴, 徐 婕⁴, 武晓泓⁴, 陆 慧⁵, 沈 艳¹, 卢 珊^{4*}

(¹南京林业大学综合门诊部, 江苏 南京 210037; ²南京医科大学第一附属医院临床心理科, ³心内科, ⁴门诊部, 江苏 南京 210029; ⁵南京医学大学公共卫生学院, 江苏 南京 211166)

[摘要] 目的:探讨多学科团队合作健康教育对门诊冠心病(coronary heart disease, CHD)患者焦虑抑郁等心理状态的干预效果。方法:随机选择南京市某医院 126 例门诊冠心病患者,实施 1 年多学科合作健康教育。采用 9 条目患者健康问卷(PHQ-9)、广泛性焦虑自评量表(GAD-7)和躯体症状群量表(PHQ-15)进行干预前后患者心理状况的评定。结果:干预前患者焦虑、抑郁及躯体症状困扰的检出率均较高。经多学科合作教育后,重度和轻度患者心理障碍症状的检出率均明显降低($P<0.05$)。干预后患者的冠心病知晓率(50.1%)、治疗率(38.9%)、血压达标率(9.1%)和血脂达标率(4.2%)均较基线水平有所提高。体重指数(BMI)、臀围、腰围和收缩压也都有明显改善($P<0.05$)。结论:多学科合作健康教育能在一定程度上改善 CHD 患者的多种危险因素,对缓解冠心病患者的焦虑抑郁、减少躯体症状困扰有积极作用。

[关键词] 冠心病; 焦虑; 抑郁; 健康教育

[中图分类号] R541.4

[文献标志码] A

[文章编号] 1007-4368(2017)12-1646-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20171230

流行病学证据也表明,在冠心病(coronary heart disease, CHD)患者中普遍存在心理问题,20%~35%的患者合并负面心理情绪,其中焦虑、抑郁最普遍;躯体症状在医院也十分常见,负面心理情绪对于患者疾病的发展及预后都存在很大影响^[1]。因此,对于冠心病伴焦虑、抑郁等情感障碍的患者应给予相应的健康教育,这对控制冠心病发展,改善预后具有重要临床意义。

在临床有较为常见的多学科合作诊疗(multi-disciplinary team treatment, MDT)模式。该种模式通常由两个以上相关学科,一般包括多个学科的专家,形成相对固定的专家组,针对某一器官或系统疾病,通过定期、定时、定址的会议,提出诊疗意见^[2]。MDT能发挥各学科的专业优势和协作来提高诊疗水平。本研究拟借鉴这种模式,采用多学科合作健康教育(multidisciplinary cooperative health education, MCHE)对门诊CHD患者开展健康干预,并对效果进行评估。

1 对象和方法

1.1 对象

本次调查对象为 2013 年 1 月—2015 年 1 月南京市某一级甲等医院门诊规律就诊、自愿接受 MCHE 的 126 例 CHD 患者。入选标准:①符合冠心

病诊断标准;②小学及以上文化水平;③无精神疾病史,患者及家属知情同意并自愿参加此研究。排除标准:①意识不清;②精神智力障碍;③肢体运动障碍;④语言表达障碍;⑤脑、肝、肺、肾等重要脏器疾病末期。

1.2 方法

1.2.1 观察指标

对每名调查对象在教育前后进行体格测量和实验室监测。主要包括身高、体重、腰围和臀围等体格指标,舒张压和收缩压等血压指标,甘油三酯(triglyceride, TG)、总胆固醇(total cholesterol, TC)、低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein-cholesterol, HDL-C)等血脂指标的测定。检测过程均按照临床操作规范并进行严格质控。

CHD 知晓率为已知自己患有 CHD 的人数与所有 CHD 患者人数的比。CHD 的治疗率为在接受 CHD 治疗的人数与所有 CHD 患者人数的比。血压达标率为血压达标的人数与所有 CHD 患者人数的比。血脂达标率为血脂达标的人数与所有 CHD 患者人数的比。

1.2.2 问卷调查

采用自评量表对入组患者进行教育前后调查。调查表内容除患者的一般情况和 CHD 知识评估外,使用以下 3 个评估心理状态的筛查工具:① 9 条目患者健康问卷(patient health questionnaire-9,

[基金项目] 江苏省高校自然科学研究面上项目(16KJD320001)

*通信作者(Corresponding author), E-mail:myfriend007@126.com

PHQ-9),是筛查和评估抑郁症状的自评量表,共 9 个条目,每个条目采用 0(完全不会)~3(几乎每天)级评分。总分值范围 0~4 分为无抑郁症状;5~9 分为轻度抑郁症状;10~14 分为中度抑郁症状; ≥ 15 分为重度抑郁症状;②7 条目广泛性焦虑自评量表(generalized anxiety disorder-7, GAD-7),是用于广泛性焦虑的筛查与症状严重度评估的自评量表,共 7 个条目,每个条目采用 0(完全不会)~3(几乎每天)级评分。总分值范围 0~4 分为无广泛性焦虑症状;5~9 分为轻度焦虑症状;10~14 分为中度焦虑症状; ≥ 15 分为重度焦虑症状;③躯体症状群量表(patient health questionnaire-15, PHQ-15),是识别和评估躯体症状或症状群困扰的自评量表,共 15 个条目,每个条目采用 0(没有困扰)~2(很多困扰)。总分值范围 0~4 分为无躯体症状困扰;5~9 分为轻度躯体症状困扰;10~14 分为中度躯体症状困扰; ≥ 15 分为重度躯体症状困扰。

1.2.3 健教干预

对入组患者及家属采用 MCHE 模式进行 1 年的干预。针对冠心病患者的康复过程涉及心理、营养、康复、护理等多个亚专科,医院专门成立全院范围的工作组,参与科室包括心血管内科、老年科、营养科、临床心理科、康复科等。健康教育形式有义诊咨询、联谊活动、媒体宣传等,采用集体健康教育和个体指导相结合的方式:①集体健康教育课程针对冠心病的诊断、药物使用、血压监测、并发症筛查与治疗、合理饮食、适当运动、心理干预等相关内容及患者热衷的话题向患者详细讲解;②个体指导根据焦虑、抑郁或群体症状困扰的筛查结果,5~9 分之间随机观察,定期随访复查,10 分以上达中度水平需要咨询、随访和(或)药物治疗。达到重度水平的需积极药物治疗或者心理治疗,必要时建议转诊。同时采用综合干预方案,患者通过心理咨询师的疏导,营养师指导合理膳食,专科护士指导合理用药,同时发放相关宣传小册子及有关资料杂志。让患者自己搭配饮食,营养师点评并根据每个人的情况制定饮食计划。由护理学组向患者介绍血压监测、氧疗、生活护理的方法,由运动康复科医师向患者介绍合理运动的方法以及生活方式的改善。举办义诊咨询活动向患者详细解答课堂上遗留问题,现场诊断并给予治疗建议。

1.3 统计学方法

调查数据采用 SPSS19.0 统计软件处理分析,数据以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料比较采用 t

检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者一般特征

本次共干预 126 例冠心病患者,其中男 68 例(54.0%),女 58 例(46.0%);患者平均年龄(62.2 ± 6.1)岁,其中最年轻 44 岁,最大年龄 79 岁。

2.2 干预前后冠心病危险因素的变化

CHD 患者接受 MCHE 后的结果显示,冠心病知晓率从干预前的 31.5% 提高到干预后的 50.1%;治疗率从干预前的 26.7% 提高到干预后的 38.9%;血压达标率从干预前的 6.8% 提高到干预后的 9.1%;血脂达标率从干预前的 3.1% 提高到干预后的 4.2%。干预前其他相关危险因素,包括体重指数(body mass index, BMI)、腰围、臀围普遍超过正常人,血压血脂较高;干预后 BMI、臀围、腰围、收缩压都有明显改善,差异具有统计学意义($P<0.05$,表 1)。

表 1 干预前后冠心病危险因素水平比较

($n=126, \bar{x}\pm s$)

观察指标	干预前	干预后	t 值	P 值
BMI(kg/m ²)	26.3 \pm 3.8	23.7 \pm 3.2	17.696	<0.001
臀围(cm)	103.8 \pm 9.7	97.5 \pm 9.2	16.323	<0.001
腰围(cm)	96.8 \pm 9.3	94.3 \pm 9.4	5.860	<0.001
收缩压(mmHg)	143.0 \pm 9.9	125.1 \pm 8.3	23.191	<0.001
舒张压(mmHg)	102.7 \pm 9.6	102.5 \pm 14.3	0.426	0.671
TG(mmol/L)	2.8 \pm 1.9	2.4 \pm 1.6	1.778	0.078
TC(mmol/L)	4.9 \pm 1.7	4.6 \pm 2.0	1.352	0.179
HDL-C(mmol/L)	1.2 \pm 0.7	1.2 \pm 0.8	0.556	0.579
LDL-C(mmol/L)	3.1 \pm 1.6	3.0 \pm 1.5	0.637	0.525

2.3 干预前后心理状况筛查结果比较

基线心理评估时,CHD 患者轻度心理障碍(5~9 分)检出率最高。其中,轻度抑郁检出率为 20.8%,轻度焦虑检出率为 18.7%,轻度具体症状困扰检出率为 23.7%。MCHE 干预后,患者各类型的轻度心理障碍检出率都有所降低(轻度抑郁:16.3%,轻度焦虑:10.4%,轻度躯体症状困扰:17.2%),差异均具有统计学意义($P<0.05$,表 2~4)。

基线评估时,中度心理障碍(10~14 分)的检出率为 4%~9%,其中中度抑郁检出率为 8.6%,中度焦虑检出率为 2.0%,中度躯体症状困扰检出率为 2.6%。MCHE 干预后,患者各类型的轻度心理障碍检出率下降(中度抑郁:4.0%,轻度焦虑:2.0%,轻度躯体症状困扰:2.6%),但差别均没有统计学意义

($P>0.05$)。重度心理障碍(≥ 15 分)检出率的改善也较为明显。

表 2 干预前后 CHD 患者 PHQ-9 筛查结果比较 (n=126)

观察指标	干预前(%)	干预后(%)	χ^2 值	P 值
轻度抑郁(5~9分)	20.8	16.3	0.079	0.032
中度抑郁(10~14分)	8.6	4.0	1.078	0.334
重度抑郁(≥ 15 分)	6.3	0.7	2.759	0.009

表 3 干预前后(GAD-7)筛查结果比较 (n=126)

观察指标	干预前(%)	干预后(%)	χ^2 值	P 值
轻度焦虑(5~9分)	18.7	10.4	0.095	0.047
中度焦虑(10~14分)	3.6	2.0	0.896	0.256
重度焦虑(≥ 15 分)	6.3	0.7	2.759	0.009

表 4 干预前后 PHQ-15 筛查结果比较 (n=126)

观察指标	干预前(%)	干预后(%)	χ^2 值	P 值
轻度困扰(5~9分)	23.7	17.2	0.067	0.031
中度困扰(10~14分)	7.0	2.6	0.865	0.543
重度困扰(≥ 15 分)	6.3	0.7	2.759	0.009

3 讨论

3.1 MCHE 提高 CHD 患者的心理状况

有研究表明,社会心理因素在心血管发生、发展、表现和转归中起重要作用,并可导致心血管事件的发生率和病死率增加,对患者的预后造成不利影响^[3]。目前针对门诊 CHD 患者心理状态的研究较少。本研究的初步结果显示,CHD 患者重度和轻度焦虑、抑郁及躯体症状类似困扰的检出率均较高。经多学科教育后,轻度和重度患者的心理障碍(焦虑、抑郁等)检出率均明显降低($P<0.05$),患者的心理状态明显改善。

3.2 MCHE 改善 CHD 患者多种危险因素水平

本研究基线调查时,患者知晓率(31.5%)、治疗率(26.7%)、血压达标率(6.8%)和血脂达标率(3.1%)都相对较低,BMI、腰围、臀围普遍超过正常人,这可能与平时健康教育不到位及患者依从性较差有关。经多学科健康教育后,患者的知信行较前均有所改善,其中 CHD 知晓率(50.1%)、治疗率(38.9%)、血压达标率(9.1%)、血脂达标率(4.2%)较前有所升高。在综合健康教育背景下,疾病相关危险因素中 BMI、臀围、腰围、收缩压都有明显改善($P<0.05$)。本研究实施的多学科合作健康教育,在医院场所充分利用专家优势、开展多样化的活动,使门诊 CHD 患者了解疾病风险和多样化、个体化的防治措施,均对 CHD 患者多种危险因素产生了影响,进而也可能提高患者对治疗的信心和对疾病症状的心理

适应性,减少 CHD 患者对介入手术风险、植入支架对以后日常活动的担心;减少对长期服药存在心理负担;降低肥胖患者长期减重效果不明显存在心理挫败感。通过减少这些心理负担,有助于避免和改善焦虑抑郁的心理状况。

3.3 MCHE 的经验

医院传统医疗模式的主管医生侧重于自己的诊疗专业,缺乏整体诊疗的思维^[4-5],并且在健康教育时也是侧重于本学科的内容,涉及面比较窄。本研究中的多学科合作模式由各科室专业医护人员全程协作分别介绍 CHD 治疗相关知识与内容,缓解患者心理压力,引导其积极参与治疗。这种合作模式有助于提升医疗水平,也使护理组等科室的人员在专业知识与技能、健康教育能力及多学科合作能力等方面有明显的提高^[6-7]。对患者而言,召集患者与家属共同参与多学科合作健康教育,能使患者与家属正确认识疾病并能充分理解和配合治疗,以积极的态度参与治疗全过程,督促家属为患者提供积极有效的家庭支持,减轻患者心理压力和抑郁状况,提高患者对疾病的认识,有利于提高治疗依从性,促进患者的遵医行为和治疗效果。医疗讲堂、定期跟踪回访等教育形式,增进医患间沟通交流,使患者感到关心和爱护,有效提高医院临床流程管理的水平,同时有效加强学科合作和学科间交叉互动,达到为患者提供全面、全程优质服务的目的。

[参考文献]

- [1] 李艳芳,薛宇全,刘长海,等.慢性心力衰竭患者焦虑抑郁影响因素调查[J].医学临床研究,2012,29(2):301-303
- [2] 高解春,赵蓉,杜宁.开展多学科综合诊治协作提供整合门诊服务[J].医院院长论坛-首都医科大学学报(社会科学版),2014,11(1):14-17
- [3] 杨菊贤,陈启稚.焦虑与惊恐对心血管疾病的影响(续上期)[J].中国全科医学,2001,4(6):466-468
- [4] 杜宁,于广军.上海市级医院开设整合门诊的实践[J].中国医院管理,2012,32(3):44-45
- [5] 钟珊,季晓辉.江苏省城市社区卫生服务机构健康教育现状及问题分析[J].南京医科大学学报(社会科学版),2010,10(4):271-276
- [6] Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes[J]. New Engl J Med, 2012, 366(17): 1577-1585
- [7] 叶平,李勇,谭艳,等.以联合门诊为突破点探索医院学科整合之路[J].西南国防医药,2014,24(4):444-445