

模评测数据(采用 1~5 分的 5 级评分法),总分超过 160 分,或阳性项目数量超过 43 项,或任一因子分超过 2 分,即可考虑筛选阳性,需作进一步检查。一般规定 9 个因子中任一因子分值或总均分 ≥ 3 分即判为阳性,表示受试者有中等程度以上的心理健康问题。本研究 42 例入选地震伤残患者 SCL-90 评分与全国常模数据的比较结果详见表 1,表中数据显示,地震伤残患者在躯体化、抑郁、恐怖、偏执以及其它因子方面与全国常模数据间差异均有统计学意义($P < 0.01$ 或 0.05),其中躯体化、抑郁、恐怖以及其他因子项目得分显著高于全国常模水平(均 $P < 0.01$),而偏执因子项目得分显著低于全国常模水平($P < 0.05$)。

表 1 本研究入选地震伤残患者 SCL-90 各因子评分结果与全国常模数据比较(分, $\bar{x} \pm s$)

评测因子	地震伤残患者	全国常模	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
躯体化	1.86 $\pm$ 0.67	1.37 $\pm$ 0.48	4.958	0.000
强迫症状	1.71 $\pm$ 0.40	1.62 $\pm$ 0.58	1.446	0.156
人际敏感	1.54 $\pm$ 0.37	1.65 $\pm$ 0.61	-1.944	0.059
抑郁	1.69 $\pm$ 0.43	1.50 $\pm$ 0.59	2.764	0.009
焦虑	1.50 $\pm$ 0.41	1.39 $\pm$ 0.43	1.663	0.104
敌对	1.50 $\pm$ 0.40	1.46 $\pm$ 0.55	0.643	0.523
恐怖	1.42 $\pm$ 0.30	1.23 $\pm$ 0.41	4.082	0.000
偏执	1.31 $\pm$ 0.29	1.43 $\pm$ 0.57	-2.684	0.010
精神病性	1.36 $\pm$ 0.25	1.29 $\pm$ 0.42	1.747	0.088
其他	1.94 $\pm$ 0.53	1.48 $\pm$ 0.46	5.598	0.000

三、讨论

尽管本次调查的样本例数有限,但从数据分析,地震伤残患者躯体化、恐怖和抑郁症状明显,与临床观察结果基本相符。分析其原因可能包括以下方面:首先由于地震伤残患者经历过地震这种灾害性事件,大部分地震患者在震后都会有短期(一般为 6~8 周)创伤后应激反应,康复初期阶段这种反应尚未完

全消失,如在生理方面主要表现为腹泻、食欲下降、头痛、疲乏、失眠、做恶梦、容易惊吓、感觉呼吸困难或窒息、肌肉紧张等躯体症状;在情绪方面则容易出现害怕、焦虑、恐惧、怀疑、不信任、沮丧、忧郁、悲伤、易怒、绝望、无助、麻木、否认、孤独、紧张、不安、愤怒、烦躁、自责、过分敏感或警觉、无法放松、持续担忧等;在认知方面常出现注意力不集中、缺乏自信、无法作决定、健忘、不能将思想从危机事件中转移等;在行为方面的表现包括反复消毒洗手、社交退缩、逃避与疏离、不敢出门、害怕见人、暴饮暴食、容易自责或怪罪他人、不易信任他人等。在另一方面,地震伤残患者除上述表现以外,通常还有较严重的肢体残疾,因此地震伤残患者心理变化也应部分遵循伤残患者康复心理变化规律(包括经历无知期、震惊期、否认期、抑郁期、承认期和适应期共 6 个不同心理阶段),同样也会造成患者在躯体化、恐怖、抑郁等方面的症状表现,可见创伤后应激反应与伤残后心理变化过程相互重叠,因此地震伤残患者在康复初期的心理问题更加复杂且突出。

本次研究的调查人数有限,调查样本量偏小,我们将在以后研究中增加样本数量,并且在下一步研究中还将调查病种类型、是否位于地震重灾区、是否丧失直系亲属、是否有亲属陪护进行治疗等因素对康复干预疗效的影响。

参 考 文 献

- [1] 汪向东,王希林,马弘,著. 心理卫生评定量表手册. 北京:中国心理卫生杂志社出版,1999:31-35.
- [2] 张本,王学义. 唐山大地震心理创伤后应激障碍的抽样调查研究. 中华精神科杂志,1999,32:106.
- [3] 姜乾金. 伤残患者康复心理行为问题. 中国康复,1989,4:27.
- [4] 张明园,编著. 精神科评定量表手册. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:17-27.

(收稿日期:2008-11-09)

(本文编辑:易 浩)

· 短篇论著 ·

膀胱训练在 14 例地震致脊髓损伤患者中的应用

汪敏 谢粟梅 张意辉

脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)是一种较为常见的严重致残性病变。根据脊髓损伤平面的不同可以直接损坏位于骶髓的排尿中枢或者脊髓内上、下传的神经通路,引起膀胱尿道的功能障碍,主要表现为尿潴留和尿失禁,如不采取积极有效的护理措施,则会延缓康复进程,降低患者的生活质量,甚至发生严重并发症,导致患者死亡。因此,早期介入膀胱功能训练可协助患者尽早建立反射性膀胱^[1],预防泌尿系统并发症,保护肾脏并改善膀胱功能,提高患者生活质量。2008 年 6 月至 9 月,我院对 14 例地震致脊髓损伤患者从入院开始即进行膀胱功能训练,取得了较好的疗效。报道如下。

一、一般资料

2008 年 6 月至 9 月间,我院共收治地震致脊髓损伤的患者 14 例,其中男 8 例,女 6 例;年龄 24~67 岁,平均 42.2 岁。所有患者均是在五一二汶川地震中受伤,均为农民,文化程度较低,其中有 2 例患者入院时有骶尾部压疮。

所有患者均于入院后即刻开始膀胱功能训练,具体操作方法如下。

针对 14 例患者制定定时、定量饮水和定时排尿的制度。每日 7 时至 20 时 30 分,每小时饮水 125 ml 或者每隔 1 h 饮水 250 ml(饮水量应该包括进食时所摄入的液体量),午间 12 时 30 分至 14 时 30 分和 20 时 30 分至第 2 天 7 时不饮水,一般在饮水 250 ml 后 2~4 h 排尿 1 次,每次导尿时应进行排尿意识

训练,嘱患者作正常排尿动作,所有患者均采用坐位排尿的方式。

对脊髓休克期患者采用留置尿管法。留置尿管期间,患者定时、定量饮水,夹闭尿管,定时开放,夜间睡眠时持续开放尿管,以保证患者得到充分的睡眠。留置尿管易引发泌尿系统感染和结石,每日应行膀胱灌洗,冲洗液常用生理盐水或呋喃西林溶液。随着患者脊髓休克的逐渐恢复,便可产生不自主性排尿,但这种排尿并不充分,膀胱不能将尿液排空,会留有大量残余尿。这时,应拔除尿管,开始行间歇性导尿。每次导尿前,应配合使用各种辅助方法进行膀胱训练,建立反射排尿。寻找刺激排尿反射的触发点,如叩击耻骨上区,摩擦大腿内侧,牵拉阴毛,挤压阴茎头部,扩张肛门等,促使出现自发性排尿反射。已经形成反射性膀胱者可以用手指轻叩耻骨上区,引起膀胱逼尿肌收缩而尽量排空膀胱;叩击时宜轻而快,叩击频率为 50 ~ 100 次/min,连续叩击 1 min。然后,用手法辅助进行膀胱训练,主要采用以下 3 种方法:①激发技术——通过牵张、叩击耻骨上、会阴区、大腿内侧,挤压阴茎,进行肛门刺激等诱发排尿。②屏气法——屏气可增加腹压,通过增加的腹部压力压迫膀胱以达到排尿的目的。③Crede 手法压法——用拳头由脐部深按压,逐渐缓慢向耻骨方向滚动,压迫膀胱促使尿液排出。使用此手法应该注意从脐部开始,以避免耻骨上加压尿液返流引起肾盂积水(此手法不宜用于休克期尿道括约肌痉挛和恢复期逼尿肌反射亢进的患者)。部分坐位下具备手功能的患者可采用自我清洁导尿法:患者用肥皂洗手后,用清洁的手将一次性尿管向尿道中插入,直到见到尿液流出为止,同时应挤压膀胱,尽量清除膀胱底部的尿沉渣(可在导尿管外部涂搽油性制剂以便顺利插入,导尿结束时缓慢拔出导尿管)。

残余尿量测定及间歇性导尿:测量前嘱患者饮水 300 ~ 500 ml,待膀胱充盈后嘱患者取坐位,采用膀胱训练方法诱导其自行排尿,记录排出量。排尿后立即导尿,所导出的为残余尿。残余尿量多少是判断膀胱功能的一个重要依据。残余尿量 > 150 ml,说明膀胱功能差;残余尿量 < 80 ml,膀胱功能满意;残余尿量在 80 ~ 150 ml 之间,表示膀胱功能中等。可根据残余尿量的多少安排间歇导尿次数。残余尿量 > 300 ml 的患者,每 4 h 导尿 1 次;残余尿量为 201 ml ~ 300 ml 的患者,每 6 h 导尿 1 次;残余尿量为 100 ml ~ 200 ml 的患者,每 8 h 导尿 1 次,残余尿量 < 100 ml 的患者可终止导尿。

二、结果

所有患者经膀胱训练后,有 12 例顺利地拔除了尿管,成功建立了反射性膀胱。剩余 2 例患者因骶尾部压疮而无法按规程进行膀胱训练。

三、讨论

SCI 患者膀胱功能障碍常引起严重的尿潴留和尿路感染,甚至发生肾衰竭,成为最主要的死因之一。治疗的首要目标是利用适当的尿液引流方式,以达到膀胱内低压性尿潴留和低压性尿排泄,防止尿路感染、膀胱过度膨胀、膀胱壁损害、尿液反流、肾功能减退和结石病。治疗的最终目的是改善逼尿肌与膀胱括约肌的协调功能,建立自主性排尿节律。有研究证明,不同时期所采取的不正确导尿方式是导致尿路感染等并发症的一个重要因素。多数学者都把发生尿路并发症的高低作为评价不同导尿法优劣的标准^[3]。

膀胱训练在脊髓损伤患者的治疗中起着重要的作用,并贯穿治疗与康复的始终。为了预防或减轻膀胱功能障碍带来的排尿障碍,护理上应做到:①从入院开始管理排尿,作膀胱、尿道生理解剖和脊髓损伤膀胱功能训练等知识的培训和指导;②尽早实现间歇导尿,指导患者及家属进行膀胱功能训练;③进行排尿意识训练,使患者建立定期排尿的习惯;④通过膀胱功能训练尽早建立反射性膀胱。

由于膀胱功能训练,在一定程度上加强或改善了膀胱逼尿肌和括约肌之间的协同作用,有利于排尿反射的形成^[2]。通过定期排尿,排尿意识训练,使协同肌配合,逐渐形成排尿反射。使膀胱功能训练有了显著效果,降低了泌尿系感染及膀胱结石的发生率。

参 考 文 献

- [1] 马红玲. 护理干预对脊髓损伤伴截瘫膀胱功能训练的影响. 淮海医药, 2007, 25: 223.
- [2] 时美芳, 杨在英, 吴雄妹, 等. 尿潴留患者间歇性导尿与留置导尿管细菌学检测的临床观察. 中华物理医学与康复杂志, 2001, 23: 220.
- [3] 周国昌, 唐和虎, 周天健. 脊髓损伤患者的反射性排尿与自主神经反射. 中国脊柱脊髓杂志, 1993, 3: 252-254.

(收稿日期: 2008-10-16)

(本文编辑: 阮仕衡)

《中华物理医学与康复杂志》2008 年第 12 期“继续教育园地”答题卡

(文章见本期 862-863 页, 测试题见本期 807 页)

姓 名	_____	性别	_____	1.	A	B	C	D
职 称	_____			2.	A	B	C	D
工作单位	_____			3.	A	B	C	D
联系电话	_____	邮编	_____	4.	A	B	C	D
地 址	_____			5.	A	B	C	D

答题卡请寄: 430030 武汉市解放大道 1095 号同济医院《中华物理医学与康复杂志》编辑部收(该答题卡复印有效)