

• 调查报告 •

慢性乙肝患者精神卫生状况及个性特征调查分析

福建师范大学医院 (福州 350007) 郭少清 孙芳¹ 包伟

【摘要】目的 通过调查问卷〔症状自评量表 (SCL-90)、匹兹堡睡眠质量表 (PSQI)、艾森克个性问卷 (EPQ)〕相结合的方式调查慢性乙肝患者的精神卫生状况及个性特征。**方法** 采用心理测验量表实施问卷调查的方式,对 35 例慢性乙肝患者与 35 例体检健康人群进行比对。分析慢性乙肝患者的精神卫生状况及个性特征,以便为临床治疗提供更好的支持和帮助。**结果** 根据症状自评量表调查显示,慢性乙肝患者的躯体化、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对因子分值高于健康人群 (P 值均 <0.05)。睡眠质量调查显示,慢性乙肝患者的睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能因子分值及总分均高于健康人群 (P 值均 <0.05)。艾森克个性调查显示慢性乙肝病人神经质分值高于健康人群 ($P < 0.05$)。**结论** 慢性乙肝患者的精神卫生状况差于健康人群,且存在个性特征异常,情绪不稳定,需要予以重视并注意进行心理干预及生活指导。

【关键词】 慢性乙肝; 精神卫生; 个性特征

【中图分类号】 R512.62 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2022)06-0121-03

慢性乙肝是一类由乙型肝炎嗜肝病毒导致的以肝损害为主的传染性疾病。我国慢性乙肝患者群体庞大,大约 3 千万人^[1]。慢性乙肝传染性强,病情迁延易反复,目前仍没有特效药物,难以根治,部分患者可以发展为肝硬化或肝癌、肝衰竭乃至危及生命。因此,慢性乙肝患者常存在慢性应激,且产生心理问题^[2]。本文调查慢性乙肝患者精神卫生情况及个性特征,对部分慢性乙肝患者与健康人进行心理测量信息收集,再将其比对,根据调查结果,分析原因,并提出措施建议,以指导临床。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 研究对象为 2021 年 1—11 月我院诊治的 35 例慢性乙肝患者,符合中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎防治方案》诊断标准,排除急性病毒性肝炎、重型肝炎、妊娠期及哺乳期妇女,及其他严重躯体疾病。其中,男 20 例,女 15 例;年龄 23~58 (42.03 ± 9.08) 岁;病程 1~30 (11.86 ± 9.24) 年。初中以上文化程度。另选择 35 例我院体检健康人群为对照,其中,男 20 例,女 15 例;年龄 24~60 (44.49 ± 7.93) 岁。初中以上文化程度。两组年龄、性别、文化程度等一般资料具有可比性,差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。所有受试者均知情同意。

1.2 方法: 采用症状自评量表 (SCL-90)、匹兹堡睡眠质量表 (PSQI)、艾森克个性问卷 (EPQ) 调查作为评估量表进行评价。测评者为具备心理测量丰富经验的医师,先向受试者详细介绍、解释测评内容和目的,在统一指导语下开展工作。1) SCL-90: 又名 90 项症状清单,该量表共有 90 个项目,包括较广泛的精神症状学,由受试者根据自己 1 周来的情况和严重程度按 1~5 级评分,得分越高表示心理问题越重。2) PSQI: 包括睡眠时间、入睡时间、睡眠效率、睡眠质量、睡眠障碍、日间功能、催眠药物 7 个因子。每个因子按 0~3 分计分,累计各因子分得出 PSQI 总分,总分为 0~

21 分, ≥ 7 分表示存在睡眠障碍。分值与睡眠质量呈负相关,得分越高表示睡眠质量越差。3) EPQ: 已经过多种心理实验考察,广泛应用于医学、教育、司法等领域,内容较适合我国国情。共有 88 个项目,分为 N (情绪稳定性)、P (精神质) 也称为偏强性、E (内外向)、L (掩饰性),从 4 个维度测定受试者个性特征,先评出各维度粗分,再换算成 T 标准分进行分析处理。共发放调查表 72 份,收回有效答卷 70 份,有效率 97%。

1.3 统计学方法: 使用 SPSS 20.0 统计学软件对数据分析处理。计数资料以百分数表示,组间比较行 χ^2 检验;计量资料以均数 \pm 标准差表示,组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SCL-90 调查情况: 慢性乙肝患者的躯体化、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对项目因子分值高于健康人群,经比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。强迫症状、偏执、恐怖、精神病性、其他项目的因子分两组比较的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 慢性乙肝患者 SCL-90 与健康人群对比
($n=35$, 分, $\bar{x} \pm s$)

因子	慢性乙肝组	健康人群组	t 值	P 值
躯体化	1.71 ± 0.52	1.33 ± 0.34	3.572	0.001
强迫症状	1.64 ± 0.49	1.63 ± 0.48	0.024	0.981
人际关系敏感	1.85 ± 0.56	1.42 ± 0.40	3.724	0.000
抑郁	1.92 ± 0.66	1.50 ± 0.54	2.925	0.005
焦虑	1.92 ± 0.80	1.34 ± 0.44	3.802	0.000
敌对	1.77 ± 0.52	1.44 ± 0.41	2.906	0.005
恐怖	1.21 ± 0.44	1.17 ± 0.25	0.431	0.668
偏执	1.36 ± 0.45	1.35 ± 0.35	0.050	0.960
精神病性	1.33 ± 0.41	1.27 ± 0.33	0.665	0.508
其他项目	1.58 ± 0.53	1.60 ± 0.46	0.165	0.869

1 福建医科大学孟超肝胆医院

2.2 PSQI 睡眠质量调查:慢性乙肝患者的睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能因子分值及总分均高于健康人群,经比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 2 慢性乙肝患者 PSQI 与健康人群对比
($n=35$, 分, $\bar{x} \pm s$)

因子	慢性乙肝组	健康人群组	t 值	P 值
睡眠质量	1.68±0.79	0.77±0.80	4.770	0.000
入睡时间	1.65±1.05	0.88±0.75	3.512	0.001
睡眠时间	1.42±1.00	0.77±1.05	2.658	0.010
睡眠效率	1.25±1.09	0.65±0.68	2.752	0.008
睡眠障碍	1.34±0.63	0.97±0.56	2.570	0.012
催眠药物	0.51±1.03	0.05±0.23	2.537	0.013
日间功能障碍	1.42±0.97	0.54±0.56	4.646	0.000
PSQI 总分	9.31±2.88	4.65±2.16	7.629	0.000

2.3 EPQ 调查情况:慢性乙肝病人神经质分值高于健康人群,经比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$),内外向、精神质、掩饰性维度比较的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 慢性乙肝患者 EPQ 与健康人群对比结果
($n=35$, 分, $\bar{x} \pm s$)

维度	慢性乙肝组	健康人群组	t 值	P 值
内外向	46.51±10.67	50.17±10.99	1.412	0.163
情绪稳定性	55.80±12.90	46.17±12.18	3.209	0.002
精神质	49.51±9.69	46.11±7.60	1.632	0.107
掩饰性	45.77±8.76	47.17±9.75	0.631	0.530

3 讨论

调查结果显示,慢性乙肝患者相比于健康人群精神卫生状况不良,睡眠质量差,个性特征异常。甚至有研究表明,我国乙肝患者属于自杀的高危人群^[3]。分析原因有以下几个方面:1)慢性乙肝患者临床症状多,乏力、厌油、腹胀、食欲不振、肝区隐痛、黄疸,或外观皮肤黝黑、肝掌、蜘蛛痣等,导致躯体化分值升高。部分患者过于关注躯体症状,不敢运动,体质量增加,或为增加营养、提高免疫力,服用多种保健品,反而影响肝功能恢复。2)慢性乙肝患者常因为担心病毒传染性,减少与家人朋友的交流互动,同时,长期就医也使得经济负担沉重,可致亲密关系受影响,情感受挫,渐渐导致人际关系敏感,自我评价低,敌对情绪、焦虑、抑郁。3)研究显示,长期伴有心理障碍的患者,多数会出现睡眠障碍,并且这种刺激因素长期存在则会形成慢性失眠^[4]。睡眠不仅可以消除疲劳,使机体得到休养,让消化道及相关脏器合成能量物质以供活动时使用,还可使肝脏血流量增加,给予肝脏更多的营养、氧气,有助于肝细胞更好的康复。睡眠质量低则会精神不振、烦躁焦虑、情绪不稳定,注意力不集中等。与正常人群比对,慢性乙肝患者更多见睡眠障碍,这与马军梅的研究一致^[5]。4)EPQ 中神经质维度代表人的情绪稳定性,可说明紧张不安的焦虑水平,并

且在个性中神经质维度对心理症状影响最大。调查结果显示:慢性乙肝患者情绪不稳定,常可出现焦虑、担忧、易怒,情绪反应强烈,情绪被激发后平复有困难,以至于可能做出不理智行为。

从生理生化角度来看,肝脏具有解毒和代谢功能,肝脏微循环血管床、肝小叶内存在大量交感神经,肝细胞上存在应激性激素受体^[6]。慢性乙肝患者不良的精神卫生状况,不稳定的个性特征可引发:1)机体的基础代谢增加,代谢产物增多,肝脏代谢负担大;2)调节肝脏活动的外周交感、副交感神经递质分泌异常,肝脏微循环障碍,继而肝功能异常;3)免疫功能失调,免疫细胞数下降,中枢及外周炎症因子上调^[7-8]。与此同时,慢性乙肝患者肝细胞受损,肝脏对激素的灭活能力下降,也可导致内分泌紊乱,中枢神经递质分泌失调,引发焦虑、抑郁、睡眠质量差、情绪不稳定;因此,肝脏与情志变化密切相关,两者相互影响,互为因果,可形成恶性循环。

基于上述因素,建议采取如下改善措施:1)加强健康教育,积极指导患者食用高热量、清淡、易消化饮食,避免饮酒,少量多餐,避免增加肠胃负担。提高对疾病的认识,理性客观,积极面对。了解心理学相关知识,学会自我调节,加强情绪控制能力,合理安全的疏导情绪。2)养成健康的生活习惯。保证良好的睡眠环境,按时规律作息,避免熬夜,建立睡眠与床的良性联系,选择合适自己的放松小程序,睡前多做渐进性肌肉放松、呼吸放松、意念放松等训练。劳逸结合,保持适当运动,有计划地进行一些适度的肢体训练,如八段锦、太极,皆可改善情绪及睡眠质量。鼓励患者培养兴趣爱好,体验新鲜事,参加各种娱乐活动,丰富业余生活,如:音乐、书法、下棋等,放松身心,抵抗焦虑。3)加大慢性乙肝患者的社会支持度。家属积极主动与其沟通、交流,给予更多的关心、理解。医务人员与患者建立良好关系,关注慢性乙肝患者的心理状态,加强心理疏导工作,促进慢性乙肝患者自我悦纳,提升价值感,培养健康的个性,改善人际关系。

综上所述,慢性乙肝患者的精神卫生状况及个性特征与疾病发展、预后密不可分,临床上应及时掌握患者心理动态,重视生活指导与心理工作,对促进康复,提高生活质量,具有积极意义。

参考文献

- [1] 赵明霞. 慢性乙肝患者焦虑抑郁心理对睡眠质量的影响研究 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2018, 5 (2): 177-179.
- [2] 尚丽, 李荣宽. 慢性肝病患者的心理状态分析 [D]. 辽宁: 大连医科大学, 2017.
- [3] 宋建花. 共情护理对慢性乙肝伴焦虑抑郁患者心理状况及生活质量的影响 [J]. 黑龙江医学, 2021, 45 (8): 854-856.
- [4] 姚悦, 张会君, 王东辉. 老年慢性乙型肝炎病毒性肝炎患者心理困扰在感知压力对睡眠质量影响之间的中介作用 [J]. 中国老年学杂志, 2019 (22): 5627-5630.
- [5] 马军梅. 如何改善乙肝患者的睡眠 [J]. 保健医苑, 2021 (8): 40-41.

(下转第 175 页)

并梗阻腰痛症状,甚至感染性休克者先予以床边经皮肾穿刺造瘘引流,待体温正常 3 天后再进行手术。

本文结果显示,术前明确尿路感染的患者,即使经过术前的围手术期干预处理,发生 SIRS 的风险仍加大,这是因为:1) 术前尿培养与肾盂尿培养不一致,抗感染药物针对性不强^[10]。结石仍附着大量细菌和脓苔,碎石过程中大量释放细菌。2) 结石梗阻导致肾盂内细菌积聚无法排出,术前抗感染未能全部杀灭肾盂尿液或结石的细菌。因此术前必要的充分引流及得到肾盂尿液的药敏结果尤为重要。如果术前无法得到肾盂尿液,宜常规做术中肾盂尿液培养药敏,以其进一步证实尿路感染,并得到准确的感染细菌及药敏结果,指导术后抗感染治疗。本文结果显示,肾盂尿培养阳性的患者发生 SIRS 的概率增加。

本文的结果显示,结石负荷并无明显增加术后 SIRS 风险,这与有关的文献结果不符^[7]。笔者认为,结石负荷并不是术后 SIRS 发生的独立影响因素;但结石负荷增大,可能导致手术时间延长,手术残余结石增加,术前肾盂梗阻加重尿路感染,从而可能提高发生 SIRS 的风险。因此控制手术时间,加大碎石效率减少残石,可以抵消结石负荷所带来的不利因素。

本文结果显示,虽然术前我们都把血糖控制在理想水平,但糖尿病患者术后 SIRS 风险仍然明显增高。因为糖尿病患者的部分免疫功能缺陷,是难以通过控制血糖纠正的^[11]。所以,对于糖尿病患者,应警惕 SIRS 的发生,手术时间应相对缩短,抗生素应用上应加强。

本文未采用多因素分析,存在不足;但单因素分析结果可以对 PCNL 术后 SIRS 影响因素的进一步探索提供线索,为后续研究提供参考。

综上所述,笔者认为术前尿路感染、糖尿病史、手术时间 > 60 min、术中肾盂尿培养阳性与术后发生 SIRS 可能存在关联,基于上述因素有助于预测术后发生 SIRS 的可能性。对于潜在的高风险病例应积极采取相应的干预措施;术前出现尿路感染,应术前充分引流,围手术期应用抗生素积极治疗;术中应控制好灌注压力和流量,充分引流,把握好手术时间;对于老年女性及糖尿病患者,手术时间相对应缩短,抗生素应加强。

参考文献

- [1] Singh P, Yadav S, Singh A, et al. Systemic inflammatory response syndrome following percutaneous nephrolithotomy: assessment of risk factors and their impact on patient outcomes [J]. Urol Int, 2016, 96 (2): 207-211.
- [2] Angus D C, Poll T V D. Severe sepsis and septic shock [J]. N Engl J Med, 2013, 369 (9): 840-851.
- [3] Bansal S, Pawar P, Sawant A, et al. Predictive factors for fever and sepsis following percutaneous nephrolithotomy: a review of 580 patients [J]. Urol Ann, 2017, 9 (3): 230-233
- [4] Kreydin E, Eisner B H. Risk factors for sepsis after percutaneous renal stone surgery. [J]. Nat Rev Urol, 2013, 10 (10): 598-605.
- [5] Omar M, Noble M, Sivalingam S, et al. Systemic inflammatory response syndrome after percutaneous nephrolithotomy: a randomized single-blind clinical trial evaluating the impact of irrigation pressure [J]. J Urol, 2016, 196 (1): 109-114.
- [6] 周志华, 吴杰英, 李科, 等. 微通道经皮肾镜碎石联合取石网篮治疗复杂性肾结石的应用 [J]. 中华腔镜泌尿外科杂志: 电子版, 2015, 9 (3): 185-188.
- [7] Ramaraju K, Paranjothi A K, Namperumal-samy D B, et al. Predictors of systemic inflammatory response syndrome following percutaneous nephrolithotomy [J]. Urol Ann, 2016, 8 (4): 449-453.
- [8] 范钧泓, 吴文起, 朱玮, 等. 经皮肾镜取石术后全身炎症反应综合征的相关危险因素分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2017, 38 (11): 857-861.
- [9] 郑彬, 詹河涓, 陈岳. 微创经皮肾镜取石术与开放手术治疗鹿角形肾结石的比较 [J]. 中国内镜杂志, 2011, 17 (10): 1060-1063.
- [10] Walton-Diaz A, Vinay J I, Barahona J, et al. Concordance of renal stone culture: PMUC, RPUC, RSC and post-PCNL, sepsis-a non-randomized prospective observation cohort study [J]. International Urology & Nephrology, 2017, 49 (1): 31.
- [11] Trevelin S C, Carlos D, Beretta M, et al. Diabetes mellitus and sepsis: a challenging association [J]. Shock, 2017, 47 (3): 276-287.

(上接第 122 页)

- [6] 胡瑞华. 核苷类似物、干扰素及心理治疗对慢性乙肝患者的疗效及对心理状态的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49 (1): 141-144.
- [7] 高磊, 何伟, 步金宝. 慢性肝病患者焦虑及抑郁评估分析及临

床意义 [J]. 吉林医学, 2010, 31 (34): 6233-6234.

- [8] 郑亚彬, 姜有珠, 刘娜. 慢性肝病住院患者生活质量与疲劳及睡眠状况的相关性研究 [J]. 现代医学, 2018, 46 (7): 788-792.