

中西医结合康复护理模式对双相情感障碍患者情绪稳定性及生活质量的干预效果

李艳 吴爱民 (通讯作者)

十堰市中医医院 湖北 十堰 442000

【摘要】目的：分析中西医结合康复护理模式对双相情感障碍（BD）患者情绪稳定性及生活质量的干预效果。方法：选取2023年1月~2024年12月收治的104例BD患者，随机数字表法分组，对照组52例行常规康复护理，研究组52例行中西医结合康复护理模式，对比两组情绪稳定性、病耻感、主观幸福感及生活质量。结果：研究组干预后阳性情绪评分较对照组更高，阴性情绪评分较对照组更低（ $P<0.05$ ）；研究组干预后ISMI评分较对照组更低，GWB、GQOLI-74各项评分较对照组更高（ $P<0.05$ ）。结论：BD患者应用中西医结合康复护理模式，可提高情绪稳定性，减轻患者病耻感，有利于主观幸福感、生活质量提高。

【关键词】：中西医结合；康复护理模式；双相情感障碍；情绪稳定性；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.085

双相情感障碍（Bipolar Disorder, BD）是临床常见精神障碍，患者情绪可在短时间内极端波动，包括躁狂或轻躁狂发作与抑郁反复交替出现，不仅影响个体情感功能，还会降低生活质量^[1]。目前，临床治疗多以药物控制为主，并结合心理干预与社会支持，但仍有部分患者存在情绪调节能力不足、病耻感较强等问题^[2]。近年来，中西医结合护理逐渐在精神心理领域受到重视，该模式在常规西医护理基础上，融入中医的辨证施护与特色非药物疗法，如情志调摄、耳穴贴压等，注重身心同治与个体化干预，对改善情绪失调、增强自我调节能力具有独特优势^[3]。然而，目前有关中西医结合康复护理对双相情感障碍的报道较少。基于此，本研究旨在分析中西医结合康复护理模式对双相情感障碍患者情绪稳定性及生活质量的干预效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月~2024年12月收治的104例BD患者。

纳入标准：（1）符合双相情感障碍诊断标准；（2）首次发病；（3）年龄 >18 岁；（4）病情处于稳定期；（5）病历资料完整。

排除标准：（1）存在严重自杀倾向者；（2）存在意识不清者；（3）既往有酗酒史者；（4）合并脑卒中、外伤所致精神心理疾病者；（5）合并肢体活动障碍者。

随机数字表法分组，对照组52例中男29例，女23例，年龄36~67（ 51.49 ± 3.48 ）岁；体质量指数（BMI）16.8~28.4（ 22.89 ± 1.27 ） kg/m^2 ；病程1~5（ 2.88 ± 0.35 ）年。研究组52例中男27例，女25例，年龄38~68（ 52.21 ± 3.19 ）岁；BMI 16.5~28.8（ 23.01 ± 1.26 ） kg/m^2 ；病程1~5（ 2.72 ± 0.41 ）年。两组资料比较， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组行常规康复护理，包括讲解疾病知识，强调配合事项，引导患者提出问题，并给予专业解答；遵医嘱指导患者用药，采用暗示法、鼓励法等开展心理疏导，指导患者正确放松身心方法，给予生活指导，并指导患者合理运动。

研究组行中西医结合康复护理：

（1）用药指导：指导患者严格遵医嘱服用奥氮平、丙戊酸镁片等药物，每日记录用药情况包括剂量、次数、感受及不良反应等，医生以此为参照对治疗方案进行合理调整。

（2）健康宣教：通过视频、疾病手册等，讲解疾病知识，强调规范服药对预后改善的作用，并提醒自我管理的重要性；协助患者识别并规避可能导致病情复发或加重因素。

（3）心理疏导：以个性化访谈方式评估患者情绪稳定性，鼓励患者聆听音乐、观看感兴趣视频等，转移注意力。

（4）生活干预：了解患者饮食喜好，结合膳食金字塔原则，指定个体化饮食方案；指导患者生活注意事项，一同规划运动方案，每日运动 $\geq 30\text{min}$ 。

（5）中医康复护理：①情志护理：顺情纵欲法：鼓励患者适度宣泄情绪，满足其合理心理需求，减轻心理压力。移情易性法：引导患者回顾愉快经历，明确人生价值与目标，培养兴趣爱好，积极参与社会活动及康复训练。安神静志法：训练患者通过深呼吸、放松训练、静坐或静卧等方式舒缓情绪、宁心安神。两组均干预3个月。

1.3 观察指标

（1）情绪稳定性：干预前后评估正性和负面情绪自评量表（PANAS），包括阳性情绪、负面情绪2个维度，各项50分，评分与阳性/负面情绪成正比。

（2）病耻感：干预前后评估精神疾病病耻感量表（ISMI），

包括疏远、刻板印象、歧视经历、对抗病耻感及社交回避，各项1~4分，评分与病耻感成正比。

(3) 主观幸福感：干预前后评估总体幸福感量表(GWB)，包括精力、对情感和行为的控制、生活满足感等内容，评分与主观幸福感成正比。

(4) 生活质量：干预前后评估生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)，包括躯体、社会及心理功能、物质生活，各项100分，评分与生活质量成正比。

1.4 统计学方法

SPSS23.0 软件处理数据，($\bar{x}\pm s$) 表计量资料(t 检验)，% 表计数资料(χ^2 检验)。P<0.05 即有统计学差异。

2 结果

2.1 两组情绪稳定性对比

研究组干预后正性情绪评分较对照组更高[(35.15±3.09)分 vs (30.29±4.12)分]，负性情绪评分较对照组更低[(16.21±2.54)分 vs (19.78±3.22)分](P<0.05)，见表1。

表1 两组情绪稳定性比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	52	52			
正性情绪	干预前	25.77±4.49	26.12±4.37	0.402	0.687
	干预后	30.29±4.12a	35.15±3.09a	6.805	<0.001
负性情绪	干预前	24.59±4.11	25.01±3.89	0.535	0.593
	干预后	19.78±3.22a	16.21±2.54a	6.277	<0.001

注：与干预前比较，aP<0.05。

2.2 两组病耻感、主观幸福感对比

研究组干预后 ISMI 评分较对照组更低[(9.45±2.06)分 vs (12.16±2.51)分]，GWB 评分较对照组更高[(81.55±15.01)分 vs (72.16±14.39)分](P<0.05)，见表2。

表2 两组病耻感、主观幸福感比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	52	52			
ISMI	干预前	16.69±3.25	16.47±3.34	0.340	0.734
	干预后	12.16±2.51a	9.45±2.06a	6.018	<0.001
GWB	干预前	63.78±10.55	64.12±10.37	0.165	0.868
	干预后	72.16±14.39a	81.55±15.01a	3.256	0.001

注：与干预前比较，aP<0.05。

2.3 两组生活质量对比

研究组干预后 GQOLI-74 各项评分较对照组更高(P<0.05)，见表3。

表3 两组生活质量比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	研究组	t	P	
例数	52	52			
物质生活	干预前	75.29±3.45	74.89±3.58	0.580	0.563
	干预后	75.25±2.66a	87.15±3.12a	20.929	<0.001
躯体功能	干预前	71.98±4.56	72.05±4.63	0.077	0.938
	干预后	79.49±4.85a	82.51±6.46a	2.695	0.008
社会功能	干预前	71.26±3.22	71.37±3.16	0.175	0.860
	干预后	76.19±5.22a	83.65±5.34a	7.203	<0.001
心理功能	干预前	68.45±2.22	68.63±2.19	0.416	0.678
	干预后	76.45±3.05a	84.19±3.21a	12.604	<0.001

注：与干预前比较，aP<0.05。

3 讨论

BD 是一种以情绪剧烈波动为特征的慢性精神疾病，病程迁延、复发率高，对患者的心理社会功能及生活质量造成严重损害。目前临床以药物治疗为基础，辅以心理干预和康复支持，但仍有部分患者存在情绪控制不佳、生活质量低下等问题^[4]。常规康复护理多侧重于健康教育、用药监督与心理疏导，虽具有一定效果，但在改善情绪调控和提升整体康复质量方面仍显不足。因此，构建一种整合多维度干预策略的护理模式显得尤为迫切^[5]。近年来，中西医结合护理在慢性病及心身疾病管理中的应用逐渐增多，其强调“整体观念”与“辨证施护”，通过药物与非药物疗法相结合，兼顾身心同治，为双相情感障碍的康复提供了新思路^[6]。

本研究将中医情志调摄、耳穴贴压、八段锦等传统疗法与现代精神科康复护理措施相结合，发现研究组干预后正性情绪评分较对照组更高，负性情绪评分较对照组更低；提示该模式可维持患者情绪稳定。分析原因，西医护理中健康宣教可纠正患者错误认知，心理疏导可帮助患者改善情绪，而配合中医情志护理，其中“安神静志法”与“移情易性法”引导患者进行情绪再评估与认知重构，帮助其建立积极的情绪调节策略，因此可提高患者情绪稳定性。其次，八段锦练习作为一种低强度身心运动，有助于调节自主神经功能，增强机体抗应激能力；而耳穴贴压刺激特定穴位(如神门、交感)可能通过神经-内分泌机制调节5-羟色胺等神经递质水平，从而缓解焦虑和抑郁情绪^[7-8]。本研究还发现，研究组干预后 ISMI 评分较对照组更低，

GWB、GQOLI-74 各项评分较对照组更高；提示该模式用于 BD 患者干预，可减轻病耻感，提高主观幸福感，有利于生活质量提高。双相情感障碍患者常因社会歧视、自我标签化和病感认知偏差而产生强烈的羞耻感和自我否定，传统护理虽进行疾病教育，但多缺乏具有文化契合度和情感包容性的干预手段^[9]。在减轻病耻感方面，本研究引入的中医情志调护方法如“顺情纵欲法”，鼓励患者在安全环境中宣泄情绪并获得护理人员的共情与支持，有助于减少情感压抑；同时，通过团体八段锦练习和群体健康教育，可增强患者归属感和社会互动，在一定程度上消解其孤立感和被排斥感。在提升主观幸福感方面，通过“移情易性法”引导患者重新发掘个人爱好、参与社会活动及设定人生目标，可增强其自我效能感和生命意义感；膳食与运动指导则从机体健康层面改善患者整体状态，为基础情绪提供

了生理支持。此外，中医理念中“形神合一”的整体观贯穿于干预全程，使患者感受到更人性化和个体化的关怀，从而提升患者主观幸福体验。此外，在生活质量方面，常规护理多集中于疾病管理，而中西医结合康复护理模式则通过系统化干预多路径改善患者整体功能：如科学膳食与规律运动增强了体质和精力，情志护理与耳穴贴压稳定情绪基础，八段锦和群体活动促进社会功能恢复^[10]。此外，该模式特别强调患者主动参与和自我记录，如用药感受反馈、训练日志等，这一过程不仅强化了护患合作，也提高了患者对自身健康的掌控感，从而进一步促进生活质量的全面提升。

综上所述，BD 患者应用中西医结合康复护理模式进行干预，有利于提高生活质量，可减轻病耻感，改善患者情绪稳定性，并提高主观幸福感。

参考文献：

- [1] 袁月荣,王玉成,唐倩如,等.2011—2022年宁波市海曙区精神分裂症和双相情感障碍患者在册情况及影响因素[J].中国慢性病预防与控制,2024,32(10):796-800.
- [2] 王兰兰,沈子童,陈长浩.血清 IL-1 β 、TNF- α 及 BDNF 在双相情感障碍中的水平变化及相关性分析[J].中国实验诊断学,2024,28(08):946-950.
- [3] 李自艳,刘鑫子,尹冬青,等.基于复杂网络与线性回归分析双相情感障碍患者常见躯体症状与五态人格、情绪症状的相关性[J].中医杂志,2024,65(14):1464-1468.
- [4] 李萍,冯虹,陶科伟,等.中医五行音乐联合“三联”放松训练对双相情感障碍维持期患者失眠的影响[J].中华全科医学,2024,22(12):2097-2099+2171.
- [5] 王琳,王琴.双相情感障碍患者缓解期认知功能损害特点及与日常生活能力及生活质量的关系[J].精神医学杂志,2024,37(03):249-252.
- [6] 石小润,李玉华,沈敏.参与型护理联合心理干预模式对双相情感障碍患者暴力行为、抑郁自杀态度及自我接纳的影响[J].海南医学,2024,35(09):1333-1336.
- [7] 潘婵媛.深部经颅磁刺激辅助治疗双相情感障碍抑郁发作的疗效及对血清 BDNF 的影响[J].精神医学杂志,2024,37(02):197-200.
- [8] 魏敏,朱金雅,李玉华.团体认知行为疗法干预对青年双相情感障碍患者心理健康水平、主观幸福感的影响[J].海南医学,2024,35(03):416-419.
- [9] 喻军海,李清,万娜萍.血清 UA、HDL、NGF 及游离甲状腺素水平与双相情感障碍患者病情严重程度的相关性分析[J].检验医学与临床,2023,20(21):3114-3117.
- [10] 王莉,陈长浩,史玉珍,等.Cox 健康行为互动模式干预对双相情感障碍患者临床症状、生活质量及机体炎症因子的影响[J].川北医学院学报,2023,38(10):1430-1434.