

系统饮食干预对老年抑郁症患者营养情况的影响

喻红, 夏倩, 杨涛, 黄丽娟, 杨娜, 黄雪花

四川大学华西医院精神科儿童老年病房, 四川 成都 610041

摘要: **目的** 探讨对老年抑郁症患者行系统饮食干预的效果, 及对患者焦虑、抑郁等负性情绪和营养情况的影响。**方法** 选取 2015 年 1 月至 2016 年 8 月老年抑郁症患者 108 例, 依据护理方式的不同分为观察组 ($n=54$) 和对照组 ($n=54$)。对照组给予常规饮食干预, 观察组在此基础上给予系统饮食干预, 两组均连续干预 3 个月。分别采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评价两组干预前后焦虑、抑郁等负性情绪; 检测并比较两组干预前后营养指标情况。**结果** 观察组治疗总有效率显著高于对照组 (79.63% vs 61.11%, $P<0.05$); 干预 3 个月后, 两组患者 SAS、SDS 评分均显著降低, 且观察组较对照组显著下降 ($P<0.05$, $P<0.01$); 干预 3 个月后, 两组血清白蛋白 (Alb)、血红蛋白 (Hb) 及前白蛋白 (PA) 水平, 肱三头肌皮褶厚度 (TSF)、上肢肌围 (MAMC) 均显著高于干预前, 且观察组显著高于对照组 ($P<0.05$, $P<0.01$)。**结论** 系统饮食干预可有效改善老年抑郁症患者的营养状况, 提高临床疗效, 有助于缓解患者焦虑、抑郁状态, 利于其病情恢复。

关键词: 系统饮食干预; 抑郁症; 老年; 营养; 负性情绪

中图分类号: R 749.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1146-04

抑郁症属于临床上常见的一种精神疾病, 且常发于 60 岁以上的老年精神障碍阶段。该病常见的临床表现有焦虑、烦躁、激越等, 同时还伴有部分机体功能减退和认知功能障碍^[1-4], 其中食欲不振属于较为常见的一种表现形式。由于多数老年患者常合并其他基础疾病, 致机体免疫功能严重降低, 长期处于营养不良状态, 最终恶化病情^[5]。有研究报道, 对老年抑郁症患者实施系统饮食干预能有效改善患者临床症状, 提高治疗效果^[6-8]。本研究观察对老年抑郁症患者行系统饮食干预的效果及对患者焦虑、抑郁等负性情绪及营养情况的影响, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 搜集本院精神科 2015 年 1 月至 2016 年 8 月收治的老年抑郁症患者 108 例, 所有入组患者均符合 CCMD-3^[9] 中有关抑郁症的诊断标准。纳入标准: (1) 符合诊断标准者; (2) 年龄 ≥ 60 岁者; (3) 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分超过 24 分者; (4) 对本研究不存在禁忌症者。排除标准: (1) 严重营养不良者; (2) 合并心、肝、胃等脏器严重受损者; (3) 认知功能障碍, 无法清楚表达自己意识者; (4) 存在内分泌和免疫系统疾患者; (5) 依从性较差者。本研究经过所有参与患者本人及其家属的知情同意。将全部入组人员按照不同的干预模式分为观察组和

对照组, 各 54 例。其中观察组男 28 例, 女 26 例, 年龄 61~78 (68.03 ± 1.71) 岁, 病程 (9.29 ± 3.08) 年, HAMD 评分 (25.17 ± 6.03) 分。对照组男 27 例, 女 27 例, 年龄 60~76 (67.54 ± 1.65) 岁, 病程 (9.31 ± 3.05) 年, HAMD 评分 (25.21 ± 6.01) 分。两组性别、年龄、病程、HAMD 评分等主要一般资料比较均无统计学差异 (P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组行常规饮食护理, 由医护人员向患者及其家属讲解合理正确饮食的重要性, 并指导患者日常饮食。观察组在对照组的基础上行系统饮食干预, 患者入院后首先进行相关检测以评估其营养状况, 且能量需求据个体情况而定, 并由专门营养师制定饮食方案, 具体干预措施为: (1) 结合患者的口味偏爱、饮食习惯为其制定个体化饮食方案。可对入院患者前 3 d 实施一日三餐, 对于病情较重者, 若其产生自责、不安、拒食行为可采用鼻饲管治疗。(2) 选取新鲜、柔嫩食材, 并将其进行精细加工, 嘱患者采取少量多餐饮食方式, 并对每日摄取营养不足的患者, 可于正餐外依据个体类型, 如低脂型、糖尿病型患者适当补充优质蛋白, 一方面可维持机体营养所需, 另一方面又能平衡血脂血糖; 针对牙口不好, 咀嚼功能较差的患者可将正餐主食与蔬菜混合捣碎打成糊状, 并需保证患者每日所需的瓜果蔬菜量。(3) 确保患者机体所需的维生素及营养矿物质。机体若未摄入充足的磷会加剧患者厌食、贫血症状; 未摄入足够的维生素 C 会造成患者食欲不振, 营养不良, 体重下降; 同时应增加患者维生素 A、维生素 E 的摄入, 多

食水果,提高免疫抵抗力;亦每日食入定量的芝麻、核桃、粗纤维食物以平衡机体营养。(4)保证每日营养所需的热量和蛋白质。多摄入鱼肉、瘦肉、鸡蛋等优质蛋白。对于血脂相对偏高的患者可食用动物蛋白质,素食者应多食用腰果、杏仁及花生等坚果。(5)控制每日饮食中的盐、味精和酱油的摄入量,并禁食辛辣刺激食材。两组均连续干预 3 个月。

1.3 观察指标及疗效评定标准 (1)据 HAMD 减分率^[10]判定临床疗效:痊愈为 HAMD 减分率超过 75% 以上;显效为 HAMD 减分率 50% ~ 74%;有效为 HAMD 减分率介于 25% ~ 49%;无效即为小于 25%。总有效率 = (痊愈 + 显效)例数/总例数 × 100%。(2)采用焦虑自评量表(SAS)^[11]和抑郁自评量表(SDS)^[12]对两组患者干预前和干预后 3 个月焦虑、抑郁等负性情绪状态进行评估,分值越低,提示焦虑、抑郁等负性情绪程度越轻。(3)采集两组患者干预 3 个月后晨起空腹静脉血 3 ml,并经 3 000 r/min 离心分离血清,检测并比较两组患者干预后血清白蛋白(Alb)、血红蛋白(Hb)及前白蛋白(PA)等营养学血液相关指标,同时测定患者肱三头肌皮褶厚度(TSF)、上皮肌围(MAMC)。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 20.0 软件对数据进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内干预前后比较采用配对 *t* 检验,两组间比较采用独立 *t* 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 两组患者干预前后营养情况比较 ($n = 54, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	Alb(g/L)	Hb(g/L)	PA(g/L)	TSF(mm)	MAMC(mm)
观察组	干预前	32.22 ± 2.98	110.67 ± 15.44	206.49 ± 21.55	10.11 ± 1.97	20.15 ± 1.15
	干预 3 个月	41.09 ± 3.19 ^{bd}	136.57 ± 17.63 ^{bc}	259.61 ± 28.39 ^{bd}	14.05 ± 4.13 ^{bc}	24.87 ± 2.24 ^{bd}
对照组	干预前	32.25 ± 3.05	111.55 ± 14.32	207.50 ± 22.04	10.12 ± 2.01	20.27 ± 1.09
	干预 3 个月	33.44 ± 2.88 ^a	129.48 ± 15.07 ^b	231.97 ± 30.68 ^b	12.24 ± 3.25 ^b	20.86 ± 1.36 ^a

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与对照组比较,^c $P < 0.05$,^d $P < 0.01$ 。

3 讨论

现阶段,我国已进入老龄化模式,老年人口已超过 1.52 亿,约占人口总数的 10.6%,并可能于 2040 年至 2050 年达到峰值^[13-15]。据流行病学调查显示,老年抑郁症患者的患病率为 7% ~ 10%,且躯体存在疾患的老年人患病率可高达 50%^[16-20]。老年抑郁症的发生同心理状态、躯体功能多种因素密切相关,且发病初期不易察觉,常被视为情绪不佳,心情沮丧,进而错过治疗机会^[21-23]。近年来,医学界更加关注老年抑郁症患者的治疗、预后康复过程,并有研究表明,饮食习惯在老年抑郁症患者中具有重要意义,采

2 结果

2.1 两组患者干预后临床疗效比较 系统饮食干预 3 个月后,观察组痊愈 15 例,显效 28 例,有效 8 例,无效 3 例,总有效率为 79.63% (43/54);对照组痊愈 8 例,显效 25 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率为 61.11% (33/54);观察组总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者 SAS、SDS 评分比较 干预前两组 SAS、SDS 评分比较无统计学差异 (P 均 > 0.05),干预 3 个月后,两组 SAS、SDS 评分均较干预前明显下降,且观察组各组评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 1。

2.3 两组患者干预前后营养情况比较 干预前两组营养情况相关指标比较无统计学差异 (P 均 > 0.05),干预 3 个月后,两组 Alb、Hb、PA 水平,TSF、MAMC 均明显高于干预前 ($P < 0.05$, $P < 0.01$),且观察组较对照组的各营养指标情况显著升高 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。见表 2。

表 1 两组患者 SAS、SDS 评分比较 ($n = 54$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SAS	SDS
观察组	干预前	57.49 ± 5.67	58.25 ± 6.38
	干预 3 个月	45.36 ± 3.19 ^{bd}	32.74 ± 4.33 ^{bc}
对照组	干预前	56.91 ± 5.85	58.31 ± 6.41
	干预 3 个月	54.96 ± 3.25 ^a	33.15 ± 4.29 ^b

注:与干预前比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$;与对照组比较,^c $P < 0.05$,^d $P < 0.01$ 。

取科学合理的饮食干预可有效抑制病情进展^[24-26]。

老年患者营养不良问题是全球共同关注的问题,其受多种因素控制,而老年抑郁症患者的营养健康问题更应受到广泛关注。本研究结果显示,观察组总有效率显著高于对照组,同时干预 3 个月后,两组 Alb、Hb、PA 水平及 TSF、MAMC 均较干预前明显升高,且观察组显著高于对照组。推测是对照组采用的饮食方案较为随意,每餐营养不够均衡,致机体摄入营养成分不充足,进而出现营养不良现象,观察组给予的系统饮食干预可在明确机体营养情况下,并结合其消化功能,制定每日所需摄入的能量,且患者需遵循要求饮食优质蛋白、微量矿物质,以保证能量所需,加快

病情恢复,同相关报道相似^[27-30]。目前,临床治疗老年抑郁症仍是以药物治疗为主,且相关文献表明,老年群体胃肠道血流减少、变缓虽不会对脂溶性药物吸收造成影响,但会推迟药物达峰时间,延长其半衰期,加之老年患者脂肪含量多,会扩大药物在体内的分布容积,而减弱的肝肾功能可降低其排泄能力,增多机体血浆游离药物浓度,而且老年抑郁症患者中枢神经系统更易对药物产生敏感度,加剧药物不良反应发生,加重患者负性情绪^[31-34]。本研究结果显示,干预3个月后两组 SAS、SDS 评分均显著降低,且观察组显著低于对照组。推测是系统饮食干预会增加机体血清蛋白含量,提高药物结合率,降低药物不良反应发生率,进而减缓患者负性情绪状态,更有利于疾病的治疗,同时系统饮食干预强调营养均衡,可涉及硒等微量矿物质的摄入,以提高患者兴奋度,加快病情恢复,同相关报道吻合^[35-36]。

综上所述,对老年抑郁症患者给予系统饮食干预可明显改善机体营养状态,有效缓解其焦虑、抑郁程度,更有助于病情的恢复,疗效确切。

参考文献

[1] Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression [J]. *Biol Psychiatry*, 2010, 67(5): 446-457.

[2] Alexopoulos GS, Morimoto SS. The inflammation hypothesis in geriatric depression [J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011, 26(11): 1109-1118.

[3] Alalade E, Denny K, Potter G, et al. Altered cerebellar-cerebral functional connectivity in geriatric depression [J]. *PLoS ONE*, 2011, 6(5): e20035.

[4] Bai F, Shu N, Yuan Y, et al. Topologically convergent and divergent structural connectivity patterns between patients with remitted geriatric depression and amnesic mild cognitive impairment [J]. *J Neurosci*, 2012, 32(12): 4307-4318.

[5] Park M, Untützer J. Geriatric depression in primary care [J]. *Psychiatr Clin North Am*, 2011, 34(2): 469-487, ix-x.

[6] Allgaier AK, Kramer D, Saravo B, et al. Beside the geriatric depression scale: the WHO-five well-being index as a valid screening tool for depression in nursing homes [J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013, 28(11): 1197-1204.

[7] Li Z, Jeon YH, Low LF, et al. Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes [J]. *Int Psychogeriatr*, 2015, 27(9): 1495.

[8] Gerritsen DL, Leontjevas R, Smalbrugge M, et al. Act in case of depression: a care program for reducing depression in nursing homes [J]. *European Geriatric Medicine*, 2014, 5: S3-S4.

[9] 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3) [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.

[10] 中国卒中患者营养管理专家共识组. 中国卒中患者营养管理专

家共识 [J]. *中国脑血管病杂志*, 2007, 46(5): 211-213.

[11] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表 (SAS) [J]. *上海精神医学*, 1984(2): 73-74.

[12] 刘贤臣, 戴郑生. 抑郁自评量表 (SDS) 医学生调查结果的因子分析 [J]. *中国临床心理学杂志*, 1994, 2(3): 151-154.

[13] 黄世敬, 雷小明, 张颖. 老年抑郁症发病机制的研究进展 [J]. *医学综述*, 2013, 19(1): 1-4.

[14] Tarakel E, Zenginler Y, Kaya Mutlu E. Chronic pain, depression symptoms and daily living independency level among geriatrics in nursing home [J]. *Agri*, 2015, 27(1): 35-41.

[15] Liebel DV, Powers BA, Hauenstein EJ. Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability [J]. *Res Gerontol Nurs*, 2015, 8(3): 130-139.

[16] Ahmadi SM, Mohammadi MR, Mostafavi SA, et al. Dependence of the geriatric depression on nutritional status and anthropometric indices in elderly population [J]. *Iran J Psychiatry*, 2013, 8(2): 92.

[17] Alves de Rezende CH, Coelho LM, Oliveira LM, et al. Dependence of the geriatric depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients [J]. *J Nutr Health Aging*, 2009, 13(7): 617-621.

[18] Heuberger R, Wong H. The association between depression and widowhood and nutritional status in older adults [J]. *Geriatr Nurs*, 2014, 35(6): 428-433.

[19] Keshavarzi S, Ahmadi SM, Lankarani KB. The Impact of depression and malnutrition on health-related quality of life among the elderly iranians [J]. *Glob J Health Sci*, 2014, 7(3): 161-170.

[20] Smoliner C, Norman K, Wagner KH, et al. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly [J]. *Br J Nutr*, 2009, 102(11): 1663-1667.

[21] Allgaier AK, Kramer D, Mergl R, et al. Validity of the geriatric depression scale in nursing home residents: comparison of GDS-15, GDS-8, and GDS-4 [J]. *Psychiatr Prax*, 2011, 38(6): 280-286.

[22] Verkaik R, Francke AL, van Meijel B, et al. The introduction of a nursing guideline on depression at psychogeriatric nursing home wards: effects on certified nurse assistants [J]. *Int J Nurs Stud*, 2011, 48(6): 710-719.

[23] Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, et al. Which version of the geriatric depression scale is most useful in medical settings and nursing homes? Diagnostic validity meta-analysis [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2010, 18(12): 1066-1077.

[24] 谢绮, 周萍, 何青松. 系统化护理干预对老年抑郁症的影响 [J]. *实用临床医学*, 2016, 17(3): 86-87, 97.

[25] Hao JF, Cui HM, Han JM, et al. Tele-ICU: the way forward in geriatric care [J]. *Aging Clin Exp Res*, 2014, 26(6): 575-582.

[26] Drageset J, Eide GE, Hauge S. Symptoms of depression, sadness and sense of coherence (coping) among cognitively intact older people with cancer living in nursing homes—a mixed-methods study [J]. *PeerJ*, 2016, 4: e2096.

[27] 张冬红, 崔萍. 系统饮食治疗对老年抑郁症患者营养状况的影响 [J]. *护理学杂志*, 2011, 26(1): 82-84.

[28] Farrington E, Moller M. Relationship of vitamin D3 deficiency to depression in older adults: a systematic review of the literature from 2008-2013 [J]. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2013, 9

- (8):506.
- [29] Saka B, Ozkaya H, Karisik E, et al. Malnutrition in nursing home and its association with sarcopenia and mortality[J]. *European Geriatric Medicine*, 2013, 4: S125.
- [30] Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008, 16(11): 914-921.
- [31] 王百灵, 孙波, 王金东. 老年抑郁症合并高血压患者营养状况的影响因素研究 [J]. *中国社区医师: 医学专业*, 2012, 14(20): 176.
- [32] Jee YJ, Lee YB. Factors influencing depression among elderly patients in geriatric hospitals [J]. *J Phys Ther Sci*, 2013, 25(11): 1445.
- [33] Chang CF, Lin MH, Wang J, et al. The relationship between geriatric depression and health-promoting behaviors among community-dwelling seniors [J]. *Journal of Nursing Research*, 2013, 21(2): 75-82.
- [34] Jeon YH, Low LF, Chenoweth L, et al. Best practice in assessing depression in nursing homes [J]. *Int Psychogeriatr*, 2013, 25: S60.
- [35] Radhakrishnan S, Nayeem A. Prevalence of depression among geriatric population in a rural area in Tamilnadu [J]. *Int J Nutr Pharmacol Neurol Dis*, 2013, 3(3): 309.
- [36] Simning A, Simons KV. Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: a systematic review [J]. *Int Psychogeriatr*, 2017, 29(2): 209-226.

收稿日期: 2017-02-20 修回日期: 2017-03-27 编辑: 王国品

· 护 理 ·

品管圈对提升双 J 管患者教育落实率的作用

张海艳¹, 王小娟², 赵文彩¹, 姜亚卓¹, 刘全海¹, 程永毅¹

1. 陕西省人民医院泌尿外科, 陕西 西安 710061; 2. 陕西省人民医院儿童病院二病区, 陕西 西安 710061

摘要: **目的** 探讨品管圈对提升双 J 管患者教育落实率的方法和效果。**方法** 2015 年 2 月至 2015 年 4 月选取 56 例为对照组, 2015 年 5 月到 2015 年 7 月选取 56 例为观察组, 对照组延续品管圈活动前的教育方式, 采用要因图、层别法以及戴明环管理方法, 分析双 J 管患者教育未落实原因, 确定改善重点, 提出改进的对策和计划, 观察组实施改进后的教育方式, 采用落实情况调研表评价落实情况。**结果** 对照组教育落实率仅为 35.7%, 显著低于观察组的 82.1%, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组置留双 J 管尿路感染、血尿、膀胱刺激症、腰部酸痛等并发症发生率均较对照组显著降低, 两组差异有统计学意义 (P 均 < 0.05); 活动团队成员品管圈手法、团队精神、脑力开发、沟通协调、活动信心、荣幸责任等方面能力评分较活动前显著提高, 活动前后各项能力评分差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。**结论** 品管圈活动可以现在提升双 J 管患者教育落实率, 降低留双 J 管期间相关并发症的发生, 提升科室护理团队综合能力和科室护理标准化管理水平。

关键词: 品管圈; 双 J 管; 患者教育; 落实率; 并发症; 护理

中图分类号: R 473.6 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1149-05

双 J 管又被称为“猪尾巴管”, 是一种两端卷曲的多孔空腔管道, 两端分别固定于膀胱和肾盂, 起到引流、支撑、促进排石的作用^[1]。对泌尿外科患者放置双 J 管可防止术后漏尿、输尿管狭窄或解除输尿管梗阻, 还具有保护肾脏的功能^[2]。但置留双 J 管不当易出现血尿、尿路刺激症、腰痛、尿路感染等并发症^[3]。大部分患者仅在医院观察 1 周左右, 而一般术后 1~3 个月才会拔管, 患者需要携带双 J 管出院, 因此带管期间观察和护理均在院外自行完成, 患者遵医行为和自我护理能力直接影响康复^[4]。所以, 对携带双 J 管患者进行教育非常重要, 但健康教育由于护

士、患者或者教育方式等原因落实率低, 本研究拟在我院开展品管圈主题活动, 探讨其在提升双 J 管患者教育落实率中的作用, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取 2015 年 2 月至 7 月在我院住院手术并滞留双 J 管的患者 112 名。其中 2015 年 2 月至 4 月选取 56 例为对照组, 2015 年 5 月至 7 月选取 56 例为观察组。其中观察组男性 35 例, 女性 21 例, 年龄 20~48(35.1 ± 8.3) 岁, 病程(7.1 ± 2.1)d; 对照组男性 34 例, 女性 22 例, 年龄 22~46(34.8 ± 8.2) 岁, 病程(7.2 ± 2.3)d, 两组患者一般资料比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。所有纳入患者均无精神疾病, 对研究知情同意。