

认知行为疗法在重症监护后综合征患者中的应用研究

谭颖¹ 桑文凤² 孙利洁³ 李丹凤⁴ 张继荣⁵

¹ 濮阳油田总医院呼吸与危重症医学科, 河南濮阳 457000; ² 新乡医学院护理学院, 河南新乡 453000; 濮阳油田总医院 ³ 重症医学科, ⁴ 呼吸与危重症医学科, ⁵ 护理部, 河南濮阳 457000

通信作者: 桑文凤, Email: sangwenf@163.com

【摘要】 目的 探讨认知行为疗法(CBT)对改善重症监护后综合征(PICS)患者焦虑、抑郁、睡眠、疲乏的效果。**方法** 选择 2022 年 9 月至 2023 年 2 月濮阳油田总医院呼吸重症监护病房(RICU)转出的 60 例 PICS 患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组 30 例。对照组仅给予常规健康教育, 干预组在常规健康教育基础上实施 CBT, 干预 3 个月后观察两组患者干预前后医院焦虑抑郁量表(HADS)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表、疲劳评定量表(FAS)评分的变化。**结果** 两组患者干预前焦虑、抑郁、PSQI、FAS 评分比较差异均无统计学意义, 两组随干预时间延长上述指标均逐渐降低, 干预后 3 个月达到最低水平, 且干预后干预组上述评分均明显低于对照组[焦虑评分(分): 5.06 ± 1.76 比 9.33 ± 1.42 , 抑郁评分(分): 6.93 ± 1.64 比 7.63 ± 1.61 , PSQI 评分(分): 5.27 ± 1.37 比 8.43 ± 2.56 , FAS 评分(分): 5.67 ± 0.47 比 9.97 ± 0.21 , 均 $P < 0.05$]。**结论** 对 PICS 患者实施 CBT 可减轻焦虑和抑郁情绪, 改善患者睡眠质量及疲劳症状, 从而提高患者的生活质量。

【关键词】 认知行为疗法; 重症监护后综合征; 焦虑; 抑郁; 疲劳

基金项目: 河南省新乡市科技攻关计划项目(2019041)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.02.016

The application research of cognitive behavioral therapy in anxiety and depression of patients with post-intensive care syndrome

Tan Ying¹, Sang Wenfeng², Sun Lijie³, Li Danfeng⁴, Zhang Jirong⁵

¹Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Puyang Oilfield General Hospital, Puyang 457000, Henan, China; ²School of Nursing, Xinxiang Medical College, Xinxiang 453000, Henan, China; ³Department of Intensive Care Medicine, ⁴Department of Respiratory and Critical Care Medicine, ⁵Department of Nursing, Puyang Oilfield General Hospital, Puyang 457000, Henan, China

Corresponding author: Sang Wenfeng, Email: sangwenf@163.com

【Abstract】 Objective To explore the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on improving anxiety, depression, sleep, and fatigue in patients with post-intensive care syndrome (PICS). **Methods** Sixty PICS patients transferred from the department of respiratory intensive care unit (RICU) of Puyang Oilfield General Hospital from September 2022 to February 2023 were selected as the study subjects. Patients were divided into a control group and an intervention group using a random number table method, with 30 cases in each group. The control group only received routine health education, while the intervention group received CBT on the basis of routine health education. After 3 months of intervention, the changes in hospital anxiety and depression scale (HADS), Pittsburgh sleep quality index (PSQI), and fatigue assessment scale (FAS) before and after intervention were observed in both groups of patients. **Results** There was no statistically significant difference in anxiety, depression, PSQI, and FAS scores between the two groups of patients before intervention. The scores gradually decreased over time and reached the lowest level at 3 months after intervention. After intervention, the above scores in the intervention group were significantly lower than those in the control group (anxiety score: 5.06 ± 1.76 vs. 9.33 ± 1.42 , depression score: 6.93 ± 1.64 vs. 7.63 ± 1.61 , PSQI score: 5.27 ± 1.37 vs. 8.43 ± 2.56 , FAS score: 5.67 ± 0.47 vs. 9.97 ± 0.21 , all $P < 0.05$). **Conclusion** Implementing CBT for PICS patients can alleviate anxiety and depression, improve their sleep quality and fatigue symptoms, thereby enhancing their quality of life.

【Key words】 Cognitive behavioral therapy; Post-intensive care syndrome; Anxiety; Depressed; Fatigue

Fund program: Science and Technology Research Project of Xinxiang City, Henan Province (2019041)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2025.02.016

重症监护后综合征(post-intensive care syndrome, PICS)是指危重症患者在经历重大疾病和创伤后出现新发的或恶化的一系列认知、精神、躯体等症状改变^[1]。国外学者研究显示,约 60% 的重症患者转出重症监护病房(intensive care unit, ICU)后至少出

现其中一种症状,出院 3 个月后焦虑、抑郁的患病率仍分别为 46%、40%;甚至部分患者在出院 1 年后日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)虽然有所改善,但仍存在不同程度的精神症状问题^[2]。近年来,有学者研究指出, PICS 可能增加失业、失

能、再入院率及家庭经济负担等^[3]。因此,改善危重症患者的不良结局引起了众多学者的关注,但目前国内有关 PICS 的研究报告仍很少,主要研究内容多为影响因素的分析,鲜见原始研究,且多集中在 ICU 住院期间和过渡期^[4],出院后和对转出患者的认知、生理及心理状况的研究也较少。认知行为疗法(cognitive behavior therapy, CBT)是著名神学家 Beck 在 20 世纪 60 年代开发的一种结构化、以认知为导向的心理治疗方法^[5],已在抑郁、焦虑和非理性认知引起的心理、生理问题中广泛应用^[6-7],是目前国际心理学界主流的心理咨询疗法,但尚未在 PICS 患者中应用。本研究通过观察危重症患者的心理状况,探讨早期采用 CBT 实施有效心理干预对缓解 PICS 患者的预后的影响,从而为 PICS 患者的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选择 2022 年 9 月至 2023 年 2 月濮阳油田总医院呼吸 ICU(respiratory ICU, RICU)转出的 60 例 PICS 患者作为研究对象。

1.1.1 纳入标准:① 年龄 ≥ 18 岁;② 曾入住 ICU,诊断符合 ICU 患者意识模糊评估法(confusion assessment method for the ICU, CAM-ICU)PICS 标准^[8];③ 既往无精神疾病;④ 自愿参与本研究。

1.1.2 排除标准:① 听力障碍、视力异常或沟通困难,无法正确理解问卷内容;② 患者家属放弃治疗。

1.1.3 剔除标准:① 实施干预期间患者发生病情变化;② 研究过程中患者因治疗中断或其他原因不能正常完成干预;③ 随访过程中失访。

1.1.4 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并已通过濮阳油田总医院伦理委员会的审查(审批号:2022-03-0023-E01)。资料收集时告知患者及家属研究目的和意义,征得被调查患者及家属知情同意。

1.2 研究分组:本研究中符合入选标准的患者均按 1:1 比例随机分配到干预组(采用 CBT)和对照组(采用常规护理)。随机化序列由一名在试验中不参与临床工作的护理研究者利用 Excel 软件生成。采用自制随机序列卡进行随机分组并达到分配隐藏效果。随机序列卡用 A4 纸制成,打印编号、随机数字及组别后反折 4 折后,外露编号,随机数字和分组情况折在内侧隐藏,最后用胶水密封并盖上密封章。每次入组前剪开一个编号展开后即知分组情况。

1.3 样本量的估算:采用两样本均数比较所需样本

量的公式 $n1=n2=2[(U_{\alpha/2}+U_{\beta})\times\sigma/\delta]^2$; $\alpha=0.05$, $\beta=0.1$,查表得 $U_{0.05/2}=1.96$, $U_{0.1}=1.282$ 。以医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)得分作为主要结局,根据虞瑜等^[9]对 ICU 非机械通气治疗患者的 CBT 干预研究结果,干预后对照组焦虑抑郁平均得分为 (13.48 ± 3.97) 分,干预组焦虑抑郁平均得分为 (9.65 ± 2.45) 分,失访率控制在 20% 以内,每组各需 30 对,最终选取 60 例患者作为研究对象。

1.4 护理方法

1.4.1 对照组:采用常规护理,患者转至普通病房后责任护士通过图片、面对面指导及视频讲解的方式进行常规疾病护理指导,包括用药、饮食、体位、功能训练、心理护理等。按照患者病情及护理要求制定护理计划,密切观察患者生命体征、意识变化,动态观察患者皮肤、分泌物、排泄物、引流量、用药效果、有无药物不良反应等,及时评价护理计划和效果,改进护理质量。

1.4.2 干预组:采用 CBT。

1.4.2.1 成立 CBT 小组:选择医生 1 名、研究护士 2 名、心理咨询师 2 名及重症方向的护理研究生 1 名组成 CBT 小组,小组各成员分工如下:认知行为干预方案的设计工作由 2 名重症护理专家和 1 名心理咨询师负责,2 名研究护士负责检索相关文献,制订 CBT 专家函询资料,1 名护理研究生负责数据统计与分析等工作。

1.4.2.2 CBT 干预方案制定:通过系统检索国内外 CBT、PICS 患者的相关研究制定干预方案初稿,然后进行专家函询确定 CBT 的干预形式、时间、频次及评价指标,初步构建 CBT 的干预方案,最后选取 15 例进行了预实验,进而形成干预方案终稿(表 1)。

1.4.2.3 CBT 方案实施:在常规护理基础上给予患者 CBT 干预,主要包括:向患者介绍干预方案、CBT 的过程及相关知识等,家属及患者同意后签署知情同意书,并由家属添加微信入组后确立第 1 次干预时间。具体内容见表 1。

1.5 观察指标及方法

1.5.1 焦虑抑郁评价:采用 HADS 评价患者的焦虑和抑郁情况,该量表由 Zigmond 等^[10]于 1983 年编制而成,国内叶维菲等^[11]对其汉化,量表分为抑郁和焦虑 2 个部分,各占 7 个条目,共 14 个条目,采用 Likert 4 级记分法,总得分均为 0~21 分,具体得分如下:正常 <7 分;轻度焦虑/抑郁 7~10 分;中

表 1 CBT 在 PICS 患者中的干预方案

时间	干预形式	干预目的	干预内容
第 1 次干预 (患者转出 ICU 后 2 d)	个体指导	建立治疗联盟,帮助患者进行心理建设	① 干预者向患者进行自我介绍,讲解 CBT 的目的和意义;② 评估患者生命体征及对于此次 CBT 干预知识的接受程度;③ 采用苏格拉底式提问鼓励患者积极用语言或非语言的方式表达目前的困扰问题;④ 帮助患者了解自身疾病的详细情况,纠正其对疾病的不正确认知;⑤ 做好咨询补充,明确患者咨询问题清单;⑥ 向患者简单介绍认知行为治疗的程序和内容,以及治疗过程中常见的情况,如我会做笔记,偶尔会打断你的谈话,对医护人员的言语和行为有不满的话应该怎么处理等。
第 2 次干预 (患者转出 ICU 后 4 d)	个体指导	识别患者自动性思维,明确咨询目标	① 对患者进行心境评估,用心理问卷量表或情绪标尺评估患者情绪状态;② 按照情绪强度对情绪事件进行排序,确定强度最高的事件,并按照强度 0%~100% 进行打分(数字越接近 100%,表示情绪越强烈);③ 获取患者最新信息,询问患者从上次谈话到这次生活有哪些变化?④ 指导患者识别自动思维,医护人员通过提问、自我模仿等方法帮助患者找出导致不良反应情绪的思想:提问内容可根据自己的事实经历来进行;⑤ 帮助患者归纳出不良思想出现的一般规律,如患者对约束、某些治疗存在错误认识,容易认为护士是在有意伤害自己,故出现抵触心理,护士应及时识别患者错误认知,并归纳这种不良思想出现的一般规律;⑥ 询问患者出现某种情绪(如抑郁、焦虑、恐惧)时自己脑海中有何变化?通常会这些意味着什么?自己对这种思维的相信程度?⑦ 布置家庭作业,向患者及家属讲解填写自动思维量表的意义与目的,若患者不方便时可以让人帮忙记录自动思维的情景、次数。
第 3 次干预 (患者转出 ICU 后 6 d)	干预团队+患者	识别认知性错误,认知重建	① 检查家庭作业完成情况,帮助患者认识自动思维:了解患者的想法是什么?如:当患者听到别人议论工作时,会立刻产生这样类似的自动思维,我可能失业了,我可能花光了家里的积蓄,我可能以后都要使用假肢了等。情绪:伤心-行为:回避。患者每次回避都在强化这个信念,所以护士要帮助编制一条能让患者信服的合理信念来代替它,反驳它。如:是的,我目前经济状况不好,但我有能力带来幸福,我正在尝试,只要坚持就会成功;② 思维评价:想法是否准确?想法是否有益。如:患者知道自己留置尿管,他可能会想自己是不是不会正常排尿了?会不会以后自己离不开尿管了?会不会被家人、朋友嫌弃,我们要告诉患者留置尿管是暂时的,尿管不仅可以帮助我们恢复机体各个器官功能,还可以方便医护人员观察到你的尿量,好好配合治疗,很快就会拔管的;③ 思维矫正:如患者白细胞计数偏低,会认为自己的检查不合格,认为自己疾病加重了,护士应及时纠正患者的错误认知,告诉患者虽然你的白细胞计数低,但其他各项指标是正常的,只是身体在提示我们需要更加保护自己了;④ 布置日常活动计划,如放松训练内容(音乐、想象疗法、肌肉放松训练)等;⑤ 教会患者应对自动思维的方法,如制作应急卡片、运用替代思维,将替代思维录制成音频、提前预演等技巧。
第 4 次干预 (患者出院前 1 d)	干预团队+患者	行为矫正	① 帮助患者进行“真实性检验”,消除错误认知带来的恐惧,如:患者胃管拔出后不敢进食,可以鼓励患者少量饮水和进食一些流食,以不感到呛咳为宜,让患者进行检验,逐渐意识到自己的错误观念;② 帮助患者“去中心化”,让患者认识到自己并非被别人议论的中心,如:气管切开、留置胃管的患者,常不敢与人交流,怕自己的形象让别人嘲笑,要告知患者这些管路是帮助早日恢复的,只是暂时的治疗需要等,能脱离呼吸机,你已经很厉害了,相信你的身体恢复会越来越好的;③ 忧虑和焦虑水平的监控:多数患者往往认为焦虑、抑郁情绪会一直不变地持续下去,其实情绪是有开始-高峰-消退的过程,鼓励患者对自己的焦虑和抑郁水平加以控制,帮他们认识到情绪波动的特点,从而增加治疗的信心;④ 激发患者的潜能:采用苏格拉底对话形式或提问的方式,以及鼓励患者不断尝试的方法来激发本身的潜能,从而达到提高解决问题的能力及应对技能。用心理问卷量表或情绪标尺评估患者情绪状态,(与之前的测评结果相比)以便更加清楚了解咨询效果,测评结束后给予患者适当奖励,可在语言或行为上给与肯定,如举手点赞,发放心愿卡片,帮助患者养成积极的信念;⑤ 给患者布置家庭作业,可以是总结本次谈话的内容,或者制定下次谈话的项目清单,并咨询患者对完成这项作业的可能性有多大?完成这项作业会有什么问题?
第 5 次干预 (出院当天)	干预团队+患者	治疗结束小结	① 医务人员帮助患者梳理治疗目标;② 向患者示范怎样完成家庭作业,如何填写自动思维记录表,如何想向他人求助等人际互动类家庭作业;③ 告知患者认知行为干预的训练计划,让患者更有安全感,帮助患者减轻失落或分离焦虑;④ 告知患者问题反复的应对方法,如果没有能力处理自己的负面情绪时,应寻求医护人员帮助。
第 6 次干预 (出院 3 d)	微信及电话方式干预	巩固强化	① 通过团体微信视频方式发放 CBT 健康宣教讲课,及时解答患者及家庭主要照顾者提出的问题;若患者对微信使用不熟悉或身体不方便可由家人或其照顾者帮忙查看干预内容,并协助患者完成干预内容;② 指导患者在日常生活中强化训练自己的思维模式,完成家庭作业;③ 鼓励患者采用演示及模仿等形式宣泄负面情绪,熟练掌握验证假设以及认知治疗技术的思维;④ 鼓励患者出院后与家人多沟通,多听音乐,练习渐进式放松训练,并每周在微信群里分享交流;⑤ 鼓励患者加强营养,帮助重拾兴趣爱好及生活技能,提高患者对生活的热情。
第 7 次干预 (出院后 1 周)	微信及电话方式干预	社交技能的指导	① 通过团体微信视频方式发放练习放松训练技能视频及音频,如渐进式肌肉放松、呼吸放松训练、冥想等;② 在微信小组里分享练习后的心得体会,以及遇到的困惑和问题,课题小组人员及时给予解答指导;③ 鼓励家属采用角色互换的方法倾听患者心声;④ 家庭作业:练习“真实性检验”“去中心化”等干预技能。
第 8 次干预 (出院后 2 周)	微信及电话方式干预	回顾与总结	① 总结以往每次 CBT 的主题及各个治疗小结,鼓励患者及家属回顾 CBT 的治疗过程及感受,帮助患者系统、清晰地了解 CBT 的相关知识;② 鼓励患者和家属讨论放松训练的练习心得及技能掌握情况;③ 指导患者和家属处理干预结束所造成的离愁及不安情绪。

度焦虑/抑郁 11~14 分;重度焦虑/抑郁 ≥ 15 分,无症状 0~7 分;症状可疑 8~10 分;肯定存在症状 11~21 分。HADS 总体、焦虑分量表、抑郁分量表的 Cronbach's α 系数分别为 0.879、0.806、0.806。

1.5.2 睡眠质量评价:采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表评价患者

的睡眠质量,该量表由 Buysse 等^[12]于 1989 年编制,刘贤臣等^[13]于 1996 年进行汉化,该量表多用于评价近 30 d 的睡眠质量,包含 19 个自评条目和 5 个他评条目,共 7 个维度,包括:每日睡眠质量、具体时间、每日睡眠时长、效果评价、是否存在睡眠障碍、是否存在日间功能障碍、助眠药物服用。该量

表总分 0~21 分,采用 Likert 4 级记分法,得分越高代表睡眠质量越差。以总分 >5 分为判断睡眠质量好坏的标准。

1.5.3 疲劳情况评价:采用疲劳评定量表(fatigue assessment scale, FAS)评价患者的疲劳情况, FAS 于 1993 年由 Schwart 等^[14]制定,共包含 29 个条目,4 个因子亚量表,其中因子 1 亚量表是最常用的评价疲劳的量表之一,每个条目按照 7 级评定法记分,从完全同意到完全不同意分别记分为 1~7 分,每个因子得分为各个条目得分相加后的总分平均值,通常以 4 分为界,≥4 分表示可能存在疲劳,其 Cronbach's α 系数为 0.880~0.900。

1.6 统计学方法:使用 SPSS 25.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以例表示,采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料干预前后比较采用配对 t 检验或重复测量的方差分析;两组干预前后数值的比较采用重复测量方差分析。缺失值用个体最近时间点的观察值代替,以恢复试验设计的均衡性。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 PICS 患者焦虑和抑郁评分比较(表 2):两组干预前焦虑、抑郁评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预组和对照组患者在干预后 1 个月、3 个月焦虑和抑郁评分均明显低于干预前,且干预组干预后的焦虑、抑郁评分均明显低于同期对照组(均 $P < 0.05$),说明基于 CBT 的干预方案能改善患者焦虑、抑郁,但对照组在减轻患者焦虑、抑郁中的长期效果不及干预组。

2.2 两组 PICS 患者 PSQI 评分比较(表 2):干预前两组 PSQI 评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预组和对照组患者干预后 1 个月、3 个月的 PSQI 评分均明显低于干预前,且干预后干预组 PSQI 评分均明显低于对照组(均 $P < 0.05$),说明

CBT 干预方案均能有效改善患者的睡眠,但干预组的效果更显著($P < 0.05$)。

2.3 两组 PICS 患者 FAS 评分比较(表 2):干预前两组患者 FAS 评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);干预组和对照组干预后 1 个月、3 个月的 FAS 评分均较干预前明显降低($P < 0.05$),且以干预组的下降程度更显著($P < 0.05$)。

3 讨论

3.1 CBT 可改善 PICS 患者焦虑、抑郁情况:国外多项研究表明,对危重症患者实施早期认知锻炼^[15]及心理筛查^[16]可以提前帮助医护人员了解其认知水平及心理状况,指导患者进行心理干预,从而预防 PICS 的发生并改善生活质量。临床上 PICS 的护理干预研究形式较单一,多集中在 ICU 住院期间,对其出院后的生理及心理状况关注较少,且常规护理多以健康教育为主,较难达到预期效果, CBT 是国际上认可的安全且有效的非药物治疗方法^[17],其着重考虑个体的扭曲及错误认知,以改变个体的不合理认知,从而进行相应的行为矫正,减少负面情绪的产生,帮助患者建立正确的认知,从而对事情做出积极的应对行为^[18]。多项研究显示, CBT 对改善睡眠、调节负性情绪、促进患者身体恢复均有良好的疗效^[19-21]。本研究对照组和干预组干预后 1 个月及 3 个月的焦虑、抑郁评分均明显高于干预前,且干预组干预后焦虑、抑郁评分均明显高于对照组,说明 CBT 对 PICS 患者预后有积极作用。可能与干预中通过“认知重建”“识别自动思维”“思维矫正”“真实性检验”及“去中心化”等手段帮助患者消除了错误认知带来的恐惧,进而通过练习放松训练技能视频及音频,如渐进式肌肉放松、呼吸放松训练、冥想等均改善了患者的焦虑、抑郁等症状,这与 Janse 等^[22]的研究结果一致,认知行为干预的过程是大脑对事件进行评估、分析、认知重建的过程,不仅可以纠正造成心理问题的根本原因,并通过放松训练、运动达到治愈的效果。

3.2 CBT 可改善 PICS 患者的睡眠质量:有研究显示, PICS 患者存在不同程度的睡眠形态紊乱^[23]。主要是由于重症患者的睡眠质量受到频繁的临床护理操作、长时间的灯光刺激、仪器设备报警声干扰、肢体约束等多种因素的影响。本研究结果显示, CBT 干预后干预组 PSQI 评分明显低

表 2 两组 PICS 患者各时间点焦虑、抑郁、PSQI、FAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	焦虑评分(分)			抑郁评分(分)		
		干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月
干预组	30	12.23 $\pm$ 2.35	8.46 $\pm$ 1.65 ^a	5.06 $\pm$ 1.76 ^a	11.17 $\pm$ 1.44	8.03 $\pm$ 1.09 ^a	6.93 $\pm$ 1.64 ^a
对照组	30	11.67 $\pm$ 2.10	10.30 $\pm$ 2.07 ^{ab}	9.33 $\pm$ 1.42 ^{ab}	11.50 $\pm$ 1.10	7.93 $\pm$ 1.38 ^{ab}	7.63 $\pm$ 1.61 ^{ab}
组别	例数 (例)	PSQI 评分(分)			FAS 评分(分)		
		干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月
干预组	30	17.20 $\pm$ 1.50	9.43 $\pm$ 1.04 ^a	5.27 $\pm$ 1.37 ^a	16.07 $\pm$ 6.03	10.40 $\pm$ 7.54 ^a	5.67 $\pm$ 0.47 ^a
对照组	30	16.33 $\pm$ 1.74	12.76 $\pm$ 1.55 ^{ab}	8.43 $\pm$ 2.56 ^{ab}	15.53 $\pm$ 7.30	12.23 $\pm$ 24.99 ^{ab}	9.97 $\pm$ 0.21 ^{ab}

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同期比较,^b $P < 0.05$

于对照组,推测主要是 CBT 纠正并改变了患者不合理的睡眠认知,通过放松训练降低了入睡时的阻抗从而间接减少了睡眠觉醒次数和时间等。对照组干预后 1 个月、3 个月 PSQI 评分的下降趋势明显低于同期干预组,这与夏青^[24]的研究结果一致。主要是由于患者出院后远离了 ICU 环境、灯光仪器设备干扰、回归家庭等睡眠质量在一定程度上有了改善。

3.3 CBT 可改善 PICS 患者疲劳症状: 国外学者研究显示,ICU 幸存者出院后会有不同程度的疲劳乏力症状,甚至在出院后 6 个月和 12 个月时 FAS 评分占比分别为 70% 和 66%^[25]。本研究干预前两组患者 FAS 评分比较差异无统计学意义,干预组干预后 1 个月、3 个月 FAS 评分较干预前明显降低,说明认知行为对减轻疲劳效果显著,这与佴丽萍等^[26]的研究结果一致,且对照组干预后 1 个月和 3 个月亦均较干预前明显降低,这与 Whisenant 等^[27]的研究一致,说明疲劳症状会随着时间推移有所改善,但仍值得关注。分析原因可能与本研究运用了系统的心理疏导,通过改变患者的错位认知,针对性提出具体干预手段,帮助患者解决问题,增加了患者的治疗信心,此外配合放松训练及运动疗法增强了患者肢体的肌力。

4 结 论

基于 CBT 的干预方案可有效减轻 PICS 患者的焦虑和抑郁情绪,改善疲劳乏力症状。本研究纳入了 60 例 PICS 患者,样本的代表性有限,且只对研究对象进行了 3 个月的随访,因此只能初步论证干预方案对研究对象的短期效果,不能观察到干预方案的远期影响及干预对象的生活质量。后续有待进行多中心、大样本研究,并适当延长随访时间及改变随访形式,以进一步验证本研究设计的认知行为干预方案在 PICS 人群患者中应用的有效性和科学性。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Dunn H, Balas MC, Hetland B, et al. Post-intensive care syndrome: a review for the primary care NP [J]. Nurse Pract, 2022, 47 (11): 15–22. DOI: 10.1097/01.NPR.0000884864.28090.e9.
- [2] Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, et al. Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness [J]. Crit Care Med, 2018, 46 (9): 1393–1401. DOI: 10.1097/CCM.0000000000003218.
- [3] Collinson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management [J]. Breathe (Sheff), 2019, 15 (2): 98–101. DOI: 10.1183/20734735.0013–2019.
- [4] 张军, 赵心阳, 栾正刚, 等. 过渡期护理模式对 ICU 后综合征患者生存质量的影响 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2022, 29 (2): 218–221. DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2022.02.019.
- [5] Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence [J]. Dialogues Clin

- Neurosci, 2015, 17 (3): 337–346. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin.
- [6] Ivlev I, Beil TL, Haynes JS, et al. Rapid evidence review of digital cognitive-behavioral therapy for adolescents with depression [J]. J Adolesc Health, 2022, 71 (1): 14–29. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.01.220.
- [7] Stefan S, Cristea IA, Szentagotai Tatar A, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial [J]. J Clin Psychol, 2019, 75 (7): 1188–1202. DOI: 10.1002/jclp.22779.
- [8] Steinseth EB, Høye S, Hov R. Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses—a mixed-methods study [J]. Intensive Crit Care Nurs, 2018, 47: 23–29. DOI: 10.1016/j.iccn.2018.04.005.
- [9] 虞瑜, 沙芬芳. 认知行为疗法在 ICU 非机械通气治疗患者焦虑管理中的应用 [J]. 医院管理论坛, 2015, 32 (9): 17–19, 22.
- [10] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale [J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67 (6): 361–70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
- [11] 叶维菲. 100 例住院心脏病病人的焦虑抑郁调查 [J]. 上海精神医学, 1993, 5 (4): 253–255, 248.
- [12] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989, 28 (2): 193–213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- [13] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究 [J]. 中华精神科杂志, 1996, 29 (2): 103–107.
- [14] Schwartz JE, Jandorf L, Krupp LB. The measurement of fatigue: a new instrument [J]. J Psychosom Res, 1993, 37 (7): 753–762. DOI: 10.1016/0022-3999(93)90104-n.
- [15] Taito S, Yamauchi K, Tsujimoto Y, et al. A systematic review and meta-analysis of physical rehabilitation following intensive care unit discharge [J]. BMJ Open, 2019, 9 (6): e026075. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026075.
- [16] Milton A, Brück E, Schandl A, et al. Early psychological screening of intensive care unit survivors: a prospective cohort study [J]. Crit Care, 2017, 21 (1): 273. DOI: 10.1186/s13054-017-1813-z.
- [17] 王珊, 尤慧华, 成园园, 等. 基于认知行为疗法的护理干预在喉癌患者中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28 (12): 1649–1652. DOI: 10.3760/cma.j.cn115682-20211020-04727.
- [18] Birtel MD, Crisp RJ. Psychotherapy and social change: utilizing principles of cognitive-behavioral therapy to help develop new prejudice-reduction interventions [J]. Front Psychol, 2015, 6: 1771. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01771.
- [19] Barrios Araya SC, Masalan Apip MP, Ferrada Calvo XV, et al. Sleep quality and fatigue in construction workers: effect of a cognitive behavioral intervention [J]. J Occup Environ Med, 2023, 65 (3): 235–241. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002716.
- [20] Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, et al. Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis [J]. JAMA Psychiatry, 2019, 76 (7): 700–707. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0268.
- [21] Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence [J]. Dialogues Clin Neurosci, 2011, 13 (4): 413–421. DOI: 10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte.
- [22] Janse A, Worm-Smeitink M, Bleijenberg G, et al. Efficacy of web-based cognitive-behavioural therapy for chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial [J]. Br J Psychiatry, 2018, 212 (2): 112–118. DOI: 10.1192/bjp.2017.22.
- [23] 郑静, 陈林, 李宝宝, 等. 成人 ICU 病人睡眠促进策略的证据总结 [J]. 循证护理, 2021, 7 (2): 157–162. DOI: 10.12102/j.issn.2095-8668.2021.02.003.
- [24] 夏青. 急诊重症监护病房患者发生 ICU 综合征的影响因素分析与防护对策 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (6): 11–13. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2020.06.004.
- [25] Neufeld KJ, Leoutsakos JS, Yan H, et al. Fatigue symptoms during the first year following ARDS [J]. Chest, 2020, 158 (3): 999–1007. DOI: 10.1016/j.chest.2020.03.059.
- [26] 佴丽萍, 韦晓庆, 唐帆, 等. 认知行为疗法改善肿瘤患者癌因性疲乏的 Meta 分析 [J]. 重庆医学, 2020, 49 (23): 3985–3990. DOI: 10.3969/j.issn.1671-8348.2020.23.028.
- [27] Whisenant M, Wong B, Mitchell SA, et al. Distinct trajectories of fatigue and sleep disturbance in women receiving chemotherapy for breast cancer [J]. Oncol Nurs Forum, 2017, 44 (6): 739–750. DOI: 10.1188/17.ONF.739-750.

(收稿日期: 2024-08-01)

(责任编辑: 邸美仙)