

脊髓损伤患者的心理护理体会

左风云, 王 凤(重庆市职业病防治院康复科 400060)

【摘要】 目的 总结心理护理是脊髓损伤患者护理中必不可少的重要内容。**方法** 对 2007 年 6 月至 2009 年 12 月重庆市第六人民医院收治的 48 例脊髓损伤患者进行回顾分析, 根据脊髓损伤患者性别、年龄, 采用心理支持、心理疏导、认知和行为矫正、音乐等心理护理, 建立良好的护患关系, 使患者主动配合治疗。**结果** 对脊髓损伤患者进行针对性的心理分析而实施心理护理, 可使患者稳定情绪, 促进残存功能恢复, 提高生活自理能力和功能独立性, 早日回归社会和家庭。**结论** 心理护理贯穿于脊髓损伤患者护理全过程, 运用心理学理论和技巧, 采取各种方式和途径, 使患者获得最佳心身状态, 营造适宜的人际氛围和舒适的治疗和训练环境, 使患者尽早恢复心理健康, 减少并发症、减少致残和减轻残疾带来的功能障碍, 提高生活自理能力和功能独立性, 减轻社会和家庭负担。

【关键词】 脊髓损伤; 心理护理; 康复

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.070 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)04-0495-02

脊髓损伤是因各种致病因素引起的脊髓结构和功能损害, 绝大部分无法彻底治愈, 造成终生残疾, 严重影响患者生活自理能力和功能独立性, 给社会和家庭带来沉重的负担, 及时治疗、精心护理至关重要。心理护理贯穿于脊髓损伤患者护理全过程的每个环节, 运用心理学理论和技巧, 采取各种方式和途径, 使患者获得最适应心身状态, 营造适宜的人际氛围和舒适的治疗和训练环境, 使患者尽早恢复心理健康, 积极主动配合治疗, 减少并发症、减少致残和减轻残疾带来的功能障碍, 提高生活自理能力和功能独立性, 促进患者早日康复, 减轻社会和家庭负担。本文就本院收治的 48 例脊髓损伤患者不同时期心理变化实施的心理护理报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者资料来自本院 2007 年 6 月至 2009 年 12 月接诊的脊髓损伤患者, 共 48 例, 诊断均符合美国脊髓损伤学会标准, 其中男 41 例, 女 7 例, 年龄 22~68 岁, 平均(32.08±10.06)岁。

1.2 受伤原因及主要症状 48 例中车祸伤 10 例, 坠落伤 16 例, 塌方引起 18 例, 其他 4 例。均为脊髓骨折手术患者, 损伤水平: 颈段 15 例, 胸段 19 例, 腰段 14 例。主要是下肢瘫痪、感觉丧失或减退。

2 护 理

2.1 急性期的心理分析及护理 脊髓损伤多为突发事件, 特别是重物砸伤和坠落伤所致的脊椎骨折, 常合并多发伤, 此时患者损伤机制复杂, 处理不好往往危及生命, 患者缺乏心理准备, 应急反应差, 表现出紧张、恐惧、焦虑、忧郁等情绪, 其心理活动大致分为否认期、愤怒期、妥协期、抑郁期 4 个阶段^[1]。正确的搬运、固定、体位、通气、循环, 可避免脊柱脊髓进一步损伤, 得到最及时的治疗使创伤减少到最低限度。心理护理是急性期患者必不可少的重要内容, 关心安慰患者, 消除紧张情绪, 使其保持镇静。首先, 应给患者亲切感和信任感, 患者一进入医院, 患者及家属求医心非常迫切, 有绝路逢生之感, 此时, 医护人员应当做到紧张而又热情地接诊, 亲切而又耐心地询问, 悉心体贴关怀周到, 使患者感到可信、可敬。其次, 给患者安全感, 医护人员的医德和技术是患者获得安全感的基础, 为了帮助患者缓解心理冲突, 减轻精神痛苦, 护理人员应针对每个患者的具体情况做好心理疏导工作, 使患者能够身心放松, 感到安全踏实, 积极配合检查治疗, 早日明确诊断, 得到准确及时的救治, 为临床治疗期争取最佳时机的治疗和处理。

2.2 临床治疗期的心理分析及护理

2.2.1 手术前 脊髓骨折手术前的主要心理特点: 一是害怕, 二是担心。害怕的是疼痛和死亡, 担心的是出意外、致残与瘫痪等。大量临床观察和研究证明, 患者手术前的恐惧和焦虑, 将直接影响手术效果, 如伤口愈合慢、致残程度等, 这种恶劣的情绪状态还易于影响残存功能的恢复, 导致严重的并发症, 因此手术前的心理护理具有极为重要的意义, 为此, 应当进行术前咨询。

手术前心理咨询应由权威的医生和护士完成, 耐心听取患者的意见和要求, 向亲属详细交代病情, 阐明手术的重要性和必要性, 对术后需用引流管、导尿管及需在身上安置钢板或钢钉固定等附加器材者, 术前应向患者及家属说明, 使患者醒来后不致惧怕; 如需作气管插管或术后放置鼻胃管的患者, 因将影响说话应事先告诉他们到时如何表示自己的需求, 对于危险性大、手术复杂、心理负担重的患者, 还要介绍有关专家是怎样反复研究其病情并确定最佳手术方案的, 并突出强调他本人在手术中的有利条件等, 使患者深感医护人员对其病情十分了解, 对手术是极为负责的。另外, 做过类似脊髓骨折手术的患者, 对术前患者的情绪影响较大, 护士可有针对性的组织交流, 可使患者正视现实, 稳定情绪, 顺应医护计划。

术前焦虑程度对手术效果及预后残疾恢复的快慢也有很大的影响, 有轻度焦虑者效果较好, 严重焦虑者预后不佳, 而无焦虑者效果往往更差, 这是因为无焦虑的患者对医生或护士过度依赖, 过分放心, 对生理上带来的不可避免的痛苦缺乏应有的心理准备。患者对病房及手术室环境和气氛极为敏感, 十分重视医生和护士的言谈举止, 所以, 医生和护士都应端庄大方、态度和蔼、言语亲切, 使患者产生安全感, 避免给患者的一切不良刺激, 术中一旦发现病情变化或发生意外, 医护人员要沉着冷静, 不可张皇失措, 以免给患者造成恐怖和紧张。

2.2.2 手术后 脊髓损伤患者经过手术, 尤其是合并多发伤的患者, 一旦从麻醉中醒来, 意识到自己已经活过来, 颇感侥幸心理, 这时他们渴望知道疾病的真实情况和手术效果, 由于躯体组织受到不同的损伤, 都会体验到刀口疼痛, 加之躯体不能自主活动, 特别是带有颈托或有钢板或钢钉固定脊椎及周围组织的患者, 多产生焦躁不安的心理, 开始感到痛苦难熬, 2~3 d 后疼痛缓解后, 又担心预后残疾的程度, 能否站立和行走等等。因此对脊髓损伤术后患者的心理护理应重点抓好以下几个环节^[2]。

2.2.2.1 及时告知手术效果 当患者回到病房或是从麻醉中刚刚醒过来, 医生护士应以亲切和蔼的语言进行安慰、鼓励, 告

诉患者手术进行得很顺利,目的已达到,只要忍受几天刀口疼痛的痛苦就能逐渐恢复健康。有些患者可能产生新的疑惑,不仅怕痛苦,更怕伤口裂开钢板或钢针以及支架脱落,理应咳嗽排痰,但患者顾虑重重,甚至强忍咳嗽,这时护士应当重复讲述术前训练的咳嗽方法,鼓励患者大胆咳嗽排痰,传达有利的信息,给予鼓励和支持,以免患者过度痛苦和焦虑。

2.2.2.2 帮助患者克服抑郁反应 当患者平静下来之后,大都出现抑郁反应、不愿说话、不愿适当活动、易激怒、食欲不振及睡眠不佳等,患者的这种心理状态如不及时的排除,必将影响患者的心肺及消化功能,容易产生营养不良、循环不畅或继发感染等。所以要努力帮助患者解决抑郁情绪,准确地分析患者的性格、气质和心理特点,注意他们不多的言语涵义,主动关心和体贴他们。某些生活不便处细致照顾,如喂饭、协助发信息与亲朋好友交流等。总之,使患者意识到既然已顺利渡过手术关,就要争取早日恢复健康,减少残障。

2.2.2.3 鼓励患者积极对待人生 脊髓损伤患者手术后大都要经过7~14 d以上的恢复过程,如手术预后良好,即使再痛苦也有补偿的希望,对预后不良的患者,护士术前要交代清楚,并给予同情、支持和鼓励,让他们勇敢地承认现实,接纳现实,积极对待人生。

2.3 残疾期患者的心理分析及护理 脊髓损伤患者受伤致残后,其心理变化一般经过5个阶段:震惊阶段、否定阶段、抑郁反应阶段、对抗独立阶段和适应阶段^[3]。

2.3.1 震惊阶段 患者对突然的伤害还没来得及进行心理上整合、领悟和理解,表现为情感上麻木,或惊呆,或无感觉、无反应,多在入院头几天或手术后自认为看不到什么希望时出现,在此阶段,护士应到床边,给予温暖的安慰和鼓励,为以后的心理护理打下良好的基础。

2.3.2 否定阶段 当患者逐渐领悟到自己身体遭受到了巨大伤害,并有终生残疾的情况下,便自觉或不自觉地采取心理防卫机制,即否认终生残疾的现实,就像什么事也没发生一样,以避免心理上的痛苦。否定阶段可持续几天到数月,它对防止患者精神崩溃有积极作用,只有当否定影响康复治疗时,才需设法帮助患者结束否定阶段。最直接的方法是如实告知患者病情残疾程度,使患者很快结束否定而进入抑郁期。

2.3.3 抑郁反应阶段 患者了解到自己将终生残疾后,心情骤变,极度痛苦和悲哀,心理上往往难以承受残疾这个残酷的现实,有些患者甚至出现轻生想法和自杀行为。此期重点给予患者支持、温暖和希望,让患者看到自己的前途和希望,防止心理崩溃,让患者慢慢渡过此阶段^[4]。

2.3.4 对抗独立反应阶段 患者遇到巨大挫折后,失去自信心,不相信自己能独立,出现明显的依赖心理。护士应鼓励患者面对现实,将来仍然可以走向社会,发挥潜力,多依靠自己。否则总依靠他人不是长久的办法^[5]。

2.3.5 适应阶段 患者表现为承认自己终生残疾,并在情感上、认知上和行为上愿意采取一定的策略去适应残疾。在此阶段对患者承认残疾给予赞赏,鼓励患者积极正确地应付残疾,帮助患者正视现实,接受目前处境,改正错误信念,应鼓励患者以积极向上的心态,合理的信念“躯体残疾不等于无用,残疾人同样可实现个人价值”,给他们讲海伦·凯勒、张海迪等残疾名人的故事,让他们树立正确的信念,认为自己虽然给社会和家庭带来一定的经济负担,但社会和家人还是非常关心自己,并不断强调人是社会的,人不能离开社会群体和家庭。护士要真

诚的理解和接受并鼓励患者说出心中的苦恼与烦闷,使其产生共鸣和被理解,增强他们的自信心,改善情绪障碍,为下阶段的康复训练打下坚实的基础^[6]。

2.4 康复期的心理分析及护理 脊髓损伤患者进入康复期时心理活动主要是康复效果、工伤残疾的考虑等级评定、补偿等问题。常出现情绪低落,自信心降低,焦虑暴躁,自卑自责,对外界产生敌意,严重者孤僻自闭,严重影响学习、生活和社会交往及家庭。希望尽可能把所有康复治疗手段都用上,达到最好的效果。应该给患者及家属做好解释及心理疏导工作,告诉他们康复训练针对的是残障功能的改善,日常生活能力的提高和功能独立性的提高,很难用治愈、基本治愈的标准来衡量,只能与康复训练前相比较。让他们知道康复训练的目的,鼓励他们积极配合训练,以争取最佳效果。

此期应设法转移患者的注意力,鼓励其多与病友交流,看到病友们恢复良好的康复状态,积极参加一些行之有效的娱乐活动,简单的操作训练;制订操作训练目标时应依据具体病情,目标应使患者经努力后容易达到,以缓解其负性情绪,看到康复的希望。护士在患者面前保持镇静,与患者交流时态度要自然亲切,充满信心,使患者得到良好的暗示,以利于他们树立康复的信心。给患者创造良好的康复训练环境,与患者进行心理沟通,使其能积极配合康复功能训练;给患者听听音乐以缓解紧张情绪;带患者去人群集中的地方,使其能尽早适应社会及家庭。

总之,对脊髓损伤患者根据不同时期的心理变化情况进行针对性的心理分析而实施心理护理,可使患者稳定情绪,促进残存功能恢复,提高生活自理能力和功能独立性,早日回归社会和家庭。

3 讨 论

心理护理贯穿于脊髓损伤患者护理全过程的每一个环节,运用心理学理论和技巧,采取各种方式和途径,使患者获得最佳身心状态,树立战胜疾病的信心,稳定患者情绪,可使患者主动、积极、乐观面对不幸的遭遇,接受并配合治疗,尽早进行功能训练,减少并发症的发生,使残存功能得到最大化改善,促进残存功能早日恢复,有效提高生活自理能力和功能独立性,对患者的早日康复及回归社会具有重要意义。

参考文献

- [1] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:61-63.
- [2] 林菊英. 社区护理[M]. 北京:北京科技出版社,1998:47-48.
- [3] 曾园山,李晓滨,郭家松,等. 督脉电针与神经干细胞移植在脊髓损伤修复中的作用[J]. 中国康复医学杂志,2005,20(6):468-470.
- [4] 李雅云. 脊髓损伤患者的心理护理及康复指导[J]. 吉林医学,2010,31(10):1401-1402.
- [5] 刘霞,张朝晖. 心理护理干预对外伤后脊髓损伤患者的影响[J]. 中国现代医生,2010,48(2):61-65.
- [5] 张善欣,周方,边剑英. 心理护理在脊髓损伤患者功能康复中的作用[J]. 临床误诊误治,2009,22(7):49-50.