

重症监护病人不良心理反应的分析与护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/293/2021_2022__E9_87_8D_E7_97_87_E7_9B_91_E6_c67_293601.htm

心、肺、食道等大手术后及严重胸部创伤患者为治疗护理需要常住监护病房，尽管监护病房拥有完善的设备，高素质的医疗护理人员，严密的监测，整体化的治疗护理，仍有近50%的病人在监护期间出现不良的心理反应。这种不良的心理反应我们称之为ICU综合症，可表现为定向障碍、记忆和判断力受损、焦虑、恐惧和抑郁，甚至拒绝治疗，影响疾病预后。随着医学模式的改变，以病人为中心的整体护理的开展，降低ICU综合症的发生率是对护理工作提出的更高层次的要求。下面将我科对3例典型ICU综合症患者的护理介绍如下：1基本资料 1.1

例1：患者，男，45岁，心脏瓣膜置换术后带气管插管返回病房，行呼吸机辅助呼吸，全麻清醒后剧烈躁动，险些将胸腔引流管拔出，随之出现低心排症状，夜间多次镇静，效果不佳，待病人稳定后，于次日上午9点拔除气管插管。询问后得知，患者对时间、地点定向力消失，不能回忆手术当夜情形。

结合患者病情判断可能系术后谵妄。1.2例2：患者，女，29岁，房间隔缺损修补术后第二日，骤发快速心律失常，心率达160次/分以上，立即采取相应措施，压迫眶上神经，予以药物对症治疗，半小时后缓解。患者由于过分紧张，此后两天内一直情绪激动，怀疑手术疗效。1.3例3：患者，男，67岁，术前有冠心病史，肺功能差，食管癌切除术后胸腔引流液较多，氧合功能较差，术后第二日夜間，并发急性心功能不全、急性肺水肿，综合处理后好转，于术后第5天拔除

气管插管，后精神萎靡、抑郁、怀疑预后，耐心解释无效。后转出ICU，经家属陪伴、疾病痊愈后逐渐好转。

2护理

2.1 实施程序

2.1.1 做出恰当的心理评定。

使用观察法和询问法，全面采集患者的心理信息，对其心理状态进行客观的评定，划分等级，并根据性质和强度做出正确的护理诊断。如例1患者，心理状态差-谵妄；例2患者，心理状态差-恐惧焦虑；例3患者，心理状态差-抑郁。

2.1.2 分析主要原因和影响因素。

分析结果显示例1患者，由于长时间的体外循环，导致继发性脑供血不足及脑缺氧，术后出现谵妄。例2患者由于病情变化快，目睹医生护士围着自己忙碌，加上听觉刺激，接受了不良的暗示信息，心理承受能力较差。例3患者由于病情反复，对疾病的认知不完整，无法快速适应角色转变，而产生抑郁和猜疑。

2.1.3 选择适宜对策。

建立良好的护患关系，重视与病人的心理沟通，增强病人对医护人员的信任。避免因技术因素、治疗手段对患者造成的伤害，尽可能缩短病程。调动患者的内在潜力，引导病人恰当地采用心理防御机制，例1患者经反复纠正时间、地点后顺利康复；例2患者经反复解释、积极治疗护理，待病情逐渐稳定后，心理状态趋于正常。例3患者经解释劝说无效，观察、评估效果，并确定新的方案，调整对策，适当允许家人探视，提前搬出监护病房与家人团聚。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com