

传统的护理干预只关注于病因,或只关注于心理或行为等相比,聚焦解决模式不仅把解决病人的问题作为心理干预的一部分,如不良情绪和心理反应等,更强调挖掘病人自身的正性力量和积极品质,培养其应对能力和适应能力,从而提高病人的生活质量。这与典慧娟等^[14]研究相一致。该模式通过鼓励和赞扬,病人被尊重的心理需要得到满足,能够使病人看到希望,从而提高病人的生命意义水平。

综上所述,聚焦解决模式作为一种心理干预模式,对提高脑胶质瘤术后病人的自我管理效能感和生命意义水平充分显示了其优越性,同时促进了护患关系的和谐发展。

【参考文献】

[1] 黄 丽,骆 宏. 焦点解决模式:理论和应用[M]. 北京:人民卫生出版社,2010. 1-6.

[2] Vogelaar L, Van't Spijker A, Vogelaar T, *et al*. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease [J]. J Crohns Colitis, 2011, 5(6): 585-591.

[3] 王春霞,钱 茜,杨承健. 聚焦解决模式对老年冠心病合并 2 型糖尿病病人自我感受负担和负性情绪的影响[J]. 中华现代护理杂志,2016,23(29):3708-3712.

[4] 钱会娟,袁长蓉. 中文版癌症自我管理效能量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志,2011,46(1):87-89.

[5] 夏浩志,汪 洋,宋 慧,等. 癌症病人生命意义量表编制及信效度测评[J]. 中国实用护理杂志,2015,31:900-903.

[6] 陈圣攀,左晓坤,夏 鹰. 脑胶质瘤的治疗进展[J]. 中华神

经创伤外科电子杂志,2017,3(2):105-108.

[7] Edgar H. Tyson PH.D. Baffour Ph.D. Arts-based strengths: a solution-focused intervention with adolescents in an acute care psychiatric setting [J]. J Adv Nurs, 2004, 31(3): 213-227.

[8] 王丽春,叶丽花,胡慧群. 聚焦解决模式在肿瘤科护士心理干预中的应用[J]. 护理与康复,2012,11(5):403-407.

[9] Vogelaar L, Van't Spijker A, Vogelaar T, *et al*. Solution focused therapy: a promising new tool in the management of fatigue in Crohn's disease patients psychological interventions for the management of fatigue in Crohn's disease [J]. J Crohns Colitis, 2014, 5(6): 585-591.

[10] Mcallister M, Billett S, Moyle W, *et al*. Use of a think aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution focused training in self harm for emergency nurses [J]. J Psychiat Ment Health Nurs, 2016, 16(2): 121-128.

[11] Neilson-Clayton H, Brownlee K. Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families [J]. J Psychiatr oncol, 2012, 20(1): 1-13.

[12] 汤菊萍,顾利慧,孙庆玲,等. 聚焦解决模式在膀胱疼痛综合征/问炎病人护理干预中的应用[J]. 解放军护理杂志, 2011,28(1B):12-14.

[13] 曾 琨,刘凤英. 聚焦解决模式在假性延髓性麻痹病人吞咽功能训练中的应用效果[J]. 护理研究, 2011, 25(8): 2197-2199.

[14] 典慧娟,杨 莘,穆 红. 聚焦解决模式在提高老年人全髋关节置换术后生活质量中的应用[J]. 护理管理杂志, 2014, 14(2): 123-125.

(2017-12-29 收稿,2018-02-06 修回)

1 例合并原发性免疫性血小板减少和糖尿病病人 垂体腺瘤术后脑脊液漏和尿崩症的护理

卢 红

【关键词】 垂体腺瘤;原发性免疫性血小板减少;糖尿病;脑脊液漏;尿崩症;护理

【文章编号】 1009-153X(2018)03-0210-02 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 473.6

2016 年 6 月 16 日收治 1 例垂体腺瘤合并原发性免疫性血小板减少和糖尿病病人,经鼻蝶入路手术切除垂体腺瘤后

出现脑脊液漏、尿崩症,经过护理治疗,7 月 22 日康复出院,现报道如下。

1 病例资料

女,64 岁。因无明显诱因出现视力障碍、双眼视力逐渐

减退、模糊 4 个月于 2016 年 6 月 16 日入院。外院头颅 CT 显示垂体腺瘤。入院时右眼无光感,左眼视力 0.8。术前白细胞总数 $13.09 \times 10^9/L$, 血红蛋白浓度 109 g/L , 血小板总数 $109 \times 10^9/L$, 空腹血糖 10.7 mmol/L 。予抗生素控制感染,控制血糖,输注血小板,肾上腺糖皮质激素治疗。6 月 20 日行内镜下经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术。术中静脉滴注 1 单位治疗量血小板和 2 单位 A 型红细胞悬液。6 月 21 后血常规示白细胞总数 $12.35 \times 10^9/L$; 血红蛋白浓度 108 g/L ; 血小板总数 $173 \times 10^9/L$ 。术后体温正常,出现脑脊液鼻漏、低钠血症。6 月 29 日复查头颅 MRI 示病变残留,于 7 月 12 日再次行内镜下经鼻蝶鞍区病变切除术+腹部取脂肪蝶窦填塞术+腰大池引流术。术中静脉滴注 1 单位治疗量血小板。7 月 12 日术后白细胞总数 $8.53 \times 10^9/L$; 血红蛋白浓度 93 g/L ; 血小板总数 $210 \times 10^9/L$ 。术后体温正常。7 月 14 日拔除腰大池引流管。7 月 15 日出现电解质紊乱、轻度尿崩,口服醋酸去氨加压素片,纠正电解质失衡,继续控制血糖治疗。7 月 18 日鼻漏停止。7 月 22 日出院,出院时电解质正常、尿量正常,右眼视力较前好转,左眼视力无明显改善。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 肾上腺糖皮质激素治疗不良反应观察 原发免疫性血小板减少,既往称特发性血小板减少性紫癜,治疗一线方案为泼尼松等糖皮质激素治疗。糖皮质激素治疗后可出现不良反应,如急性胃黏膜病变、骨质疏松、股骨头坏死、免疫力下降导致感染等。给予质子泵抑制剂预防急性胃黏膜病变,口服钙片预防骨质疏松,抗生素治疗控制感染。

2.1.2 监测血糖 术前控制血糖,监测空腹和三餐后 2 h 血糖;使术前血糖波动情况满足手术条件。

2.2 术后护理

2.2.1 病情监测 术后 24 h 密切观察神志及瞳孔变化;每小时测量脉搏、呼吸、血压;倾听病人主诉有无头痛、恶心、呕吐等颅内压增高症状。观察视力视野的改变、是否有癫痫发生情况,出现异常及时处理。

2.2.2 监测血糖 三餐前皮下注射门冬胰岛素;睡前皮下注射甘精胰岛素注射液;三餐中口服阿卡波糖控制血糖。监测空腹和三餐后 2 h 血糖。术后血糖控制理想标准在 $4.4\sim11.1\text{ mmol/L}$ 。

2.2.3 监测血常规 术后监测白细胞总数变化,了解是否出现感染。二次术后白细胞总数升高期间,予静脉使用抗生素治疗。监测血小板情况,避免因为血小板减少引起的出血。第一次术后血小板总数 $173 \times 10^9/L$, 7 d 内血小板总数均偏低,加之出现脑脊液鼻漏,静脉滴注氨甲环酸氯化钠注射液(200

ml/次 , 1 次/d)。第二次术后血小板总数正常($210 \times 10^9/L$)、未出现鼻漏,未使用氨甲环酸氯化钠治疗。

2.2.4 脑脊液的观察 两次术后双鼻孔均使用海绵填塞。第一次术后鼻腔间断流淡红色清亮液体,血糖试纸检测显示数值,提示该液体含糖为脑脊液。双鼻孔海绵填塞物被拔除后,间断流出的淡红色清亮液体。第一次术后床头抬高 30° ,卧床 2 周,利于脑部血液回流,减少脑组织充血水肿,同时借助重力作用使脑组织移向颅底手术硬脑膜缝合处,有助于硬脑膜裂缝局部粘连而尽早封闭。第二次手术因为垂体腺瘤切除范围增大,术中进行腹部取脂肪蝶窦填塞术+腰大池引流术。术后双鼻腔海绵填塞,带回腰大池引流管。留置腰大池引流目的是降低颅内压,减少硬脑膜张力,预防术后脑脊液鼻漏。术后卧床 2 周,抬高床头 30° (留置腰大池引流管期间平卧)。引流管保持通畅,防止扭曲、打折、脱管,每天引流量控制在 $200\sim300\text{ ml}$ 。注意观察引流液速度、颜色、性质,同时留意病人是否有头痛、呕吐现象。引流速度过快或量过多,易发生低颅内压。

2.2.5 监测水、电解质 术后 3 d 留置尿管监测每小时尿量及 24 h 尿量。术后 4 d 拔除尿管,监测每次尿量及 24 h 尿量至术后 10 d。发生连续 3 每小时尿量 $>200\text{ ml}$,临时口服醋酸去氨加压素片 0.05 mg 。每日监测血钾、血钠的变化,及时调整。血钠偏低时易发生脑细胞水肿,警惕颅内压增高,可静脉补充和(或)口服 10% 氯化钠。低钾血症时,口服补钾为最安全的补钾途径。

2.2.6 垂体激素水平监测 由于手术对垂体的损伤,不同程度的影响到垂体的分泌和贮存,因此术后监测垂体各项激素水平的改变非常重要。

2.2.6.1 促肾上腺皮质激素和皮质醇监测 术后监测皮质醇间接反映促肾上腺皮质激素分泌情况。术后糖皮质激素治疗既是对症原发性免疫性血小板减少的治疗方案,也是垂体腺瘤术后治疗的常规方案。术后 3 d 每日监测促肾上腺皮质激素和皮质醇变化,之后间隔 7 d 复查一次。使用糖皮质激素期间,不良反应观察同术前。

2.2.6.2 促甲状腺素和甲状腺功能监测 甲状腺功能偏低,每日晨起空腹口服左甲状腺素钠片进行替代治疗。

2.2.6.3 性激素六项监测 本文病例性激素六项指标正常。

3 体会

垂体腺瘤术后脑脊液鼻漏和尿崩症发生率较高。熟悉尿崩症的临床表现及诊断标准,有利于及时到位的观察,尽可能早的发现尿崩症。尿崩症及时获得纠正,避免和减少更多的并发症的出现,利于早日康复,缩短住院时间。

(2016-12-13 收稿,2017-01-10 修回)