

Belkin 危机干预三模式在 1 例下肢截肢患者围术期心理支持中的作用

广东省粤北人民医院心血管内科（韶关 512025） 周启林

2001 年 Rita Charon 提出了叙事医学的概念^[1]。研究表明，叙事医学能增加患者的依从性，减少负面情绪，改善治疗预后^[2-3]。截肢手术是挽救下肢坏疽患者生命不得已而采取的治疗方式。皮斌等^[4]发现，患者截肢术前有较强的疾病不确定感和不安全感，术后表现出抑郁等负面情绪。本文通过叙事医学的形式讲述一个老年女性因心房颤动出现下肢坏疽，截肢术后伤口长达 7 个月的延迟愈合的病例。运用 Belkin 危机干预三模式对患者术前术后进行心理危机干预^[5]，用极大的耐心和家庭的积极支持最后让患者活下来并治愈出院。

1 临床资料

患者女，75 岁，因活动后气促伴双下肢水肿 21 天，于 2019 年 6 月收治我院。入院诊断：二尖瓣重度关闭不全，心力衰竭，心功能Ⅳ级；心房颤动；左下肢皮肤部分感染。入院后予以左下肢伤口换药，发现伤口皮肤发白，逐渐清理发现皮下有巨大慢性溃疡，经下肢动脉造影后显示下肢动脉缺血严重，已无法行下肢动脉介入治疗。入院第 7 天，左下肢皮肤出现典型干性坏疽，见图 1。



图 1 下肢干性坏疽

医生和患者及家属的沟通过程：“患者出现了下肢肌肉坏死，这与患者的心脏病是密切相关的，目前的心脏疾病还不足以致命，但下肢的坏疽会引发感染，严重的会出现败血症休克致命，目前的医学技术无法通过药物来治疗这种坏疽，只能手术截肢”。患者及家属听到截肢两字，沉默了很久。在接下来长达一周的时间不愿意说话，出现失眠，情绪烦躁，不愿意进食，治疗不配合。对于是否接受截肢手术，采取回避、逃避的消极应对。我想，任何人面临肢体的残缺都会有复杂的心情，生活的不方便，残肢的不美观，还有手术可能发生的并发症，患者的再三考量是医生必须理解的艰难选择。“医生，我们之所以选择比较难决定，是因为几个原因：一个是母亲年纪已经 70 多岁了，我们三兄妹都不在父母身边，如果截肢后不能装假肢，母亲将终身躺在床上或

是坐轮椅，日常的生活照顾是个大问题。即使我们请人照顾，终究是患者不方便。另外，母亲的房颤疾病无法治愈，日后还有可能导致另一侧肢体的栓塞甚至坏死。这种反复的疾病打击我们实在是受不了，有时候觉得长痛不如短痛，一死了之更好。但如果不截肢，这种坏疽引发的肌肉坏死，发热，疼痛，甚至肌肉长蛆，虽然可以致命一了百了，但这个过程的痛苦，如果时间太长，就是一场活生生的折磨”。听完患者及女儿的诉求，我表达了与患者感同身受的心情，但面对疾病，医生仅仅有同情心是远远不够的，解决患者的苦难才是根本。我反复思量如何让患者接受双方都认可的方案。患者目前的心理选择困难主要是考虑截肢后的不方便，担心卧床和坐轮椅带来的负担。我决定给患者及女儿看一段视频，通过分享视频里的故事，给患者树立决心与增强其勇气。视频讲述的是 69 岁无腿老人夏伯渝年轻时攀登珠穆朗玛峰，因为冻坏下肢而截肢，后来安装假肢后用无比坚强的勇气与力量再次成功登顶珠峰。他的视频看哭了很多，具有强大的正能量。看完视频，患者及女儿都感觉充满勇气，平静地接受了截肢方案，截掉了左下肢大腿中段以下。度过围手术期后，满以为换药拆线就可以出院了。可是意想不到的事情发生了，患者截肢的伤口发生了感染，巨大的死腔有拳头大小，坏死组织大量渗出，伤口发白，见图 2。



图 2 术后残端感染

坏死物培养见奇异变形杆菌。面对如此大的创面，骨科建议从大腿根部截肢，专家会诊后都认为大创面合并奇异变形感染靠换药来愈合已经不可能了。这个时候家属表现出了对医务人员的责怪与不信任，想想这巨大的创面感染，未来的痛苦不得不让母亲承受，言语中常有责怪、指责。虽有不理解，虽有不和谐的医患关系，但接下来的治疗是不得不面对的选择。原手术医生建议若想保全生命，只能从髋关节处截肢。但患者和家属坚决拒绝了医生的建议，表达了他们的观点：“既然这次大腿中下段截肢伤口无法愈合，再从髋关

节截肢也可能伤口无法愈合,无论是心理上,还是身体上,都无法接受再次麻醉和手术。我们决定了,相信医生,就按照保守治疗,继续换药,清理死腔,抗感染治疗。能愈合就愈合,如果愈合不了,发生感染或者并发危及生命的并发症,我们不怪医生,请医生理解并接受我们作为患者及家属的诉求。”作为医生,尊重患者的选择是法律赋予患者的权利,接下来我们坚持使用负压冲洗,换药,抗感染,加强营养等各种治疗方案。患者每次换药都强忍着剧痛,但始终积极配合,3 个子女轮流床边照护,用亲情鼓舞着患者。功夫不负有心人,在长达 7 个月的时间里,伤口一天天好起来,最后竟然完全疤痕愈合。见图 3。



图 3 术后残端愈合

随访 1 年时间,患者已经能依靠拐杖独立行走和生活。一家人都觉得当时的选择与坚持是正确的,虽然带点残疾,但能活在当下,仍是一件幸福的事情。

2 讨论

2019 年中国残疾人事业发展统计公报中,我国目前肢体残疾人 553.6 万。许多患者在接受截肢手术前会面临各方面的选择和压力,产生严重的负面情绪,包括悲观,严重焦虑,甚至绝望自杀。帮助患者消除负面情绪影响,冷静地接受截肢方案,树立战胜疾病的强大心理,是医务人员必须做的围手术期工作。

在本例中,我们采用了 Belkin 提出的危机干预 3 种模式:平衡模式,认知模式和心理社会转变模式^[6]。平衡模式适合早期干预,注重早期的心理情绪稳定。因为患者起初不愿意接受截肢方案,最初的心理状态是先治疗看看,要是死

得快,倒也能接受。但后来的疾病发展没有按照预期发展,反而出现了疾病的胶着和慢性迁延,特别是慢性的肢体疼痛让患者无法忍受,不能不冷静地接受截肢方案。在这个阶段,我们采用了耐心的倾听,尊重患者的选择,引导患者以平静的心理状态接受最佳治疗方案。认知模式适用于危机稳定后,认为当事人产生错误或歪曲的认知,需要校正其错误的思维方式。为了让患者接受截肢后意味着重生和生活的不依赖,我们请患者和家属一起观看 69 岁无腿老人夏伯渝攀登珠穆朗玛峰的视频。其强大的意志力和科技力量带给患者强烈的震撼和鼓舞。心理社会转变模式强调利用当事人内部和外部的所有社会资源,帮助其提高对危机事件的应对能力。患者担心截肢术后瘫痪在床,无人照看,连累儿女。我们鼓励患者家属反复给患者强调,一定照顾好老人家的日常生活,并不离不弃地陪伴。手术后发生的长达 7 个月的伤口感染,患者女儿长达 200 多个日日夜夜的病房陪伴也证明了家属的力量。

在本例患者的长时间住院中,患者及家属有短时的对医务人员的不信任,指责等,但我们始终保持对患者高度的责任感和治疗优先、生命权高于一切的原则,运用社会控制理论,挖掘“社会-心理-生理”资源,推动“医患信任危机干预”转向“和谐医患关系建设”,为患者的完全康复进行良好的心理支持,也取得了良好的医患互动。

参考文献

- [1] 赵青,王留,蔡晓婷,等.叙事医学在全科住培学员培训中的重要启示[J].中国继续医学教育,2020,12(7):60-63.
- [2] 朱建勋.叙事医学干预对老年病患者心理健康的影响[J].中国医学伦理学,2019,32(2):173-176.
- [3] 朱小玲,何红,张晓义,等.叙事医学在糖尿病中、高危足患者健康教育中的应用[J].江苏医药,2015,41(11):1330-1332.
- [4] 皮斌,杨柠溪.围术期骨科车祸截肢患者心理社会需求及临床人文干预—基于叙事医学的视角[J].中国医学伦理学,2019,32(2):177-181.
- [5] 罗丹,肖水源.个体危机干预中的伦理学问题[J].医学与哲学:人文社会医学版,2007,4:23-25.
- [6] 刘东苗,李鑫,李殊,等.截肢患者创伤后应激障碍与社会支持的纵向研究[J].中华护理杂志,2019,49(1):965-969.
- [7] 高瑶,邹霞,高军.miRNA在卵巢癌诊治及预后预测中作用的研究进展[J].山东医药,2019,59(3):87-90.
- [8] Casimiro M C, Velasco-Velázquez M, Aguirre-Alvarado C, et al. Overview of cyclins D1 function in cancer and the CDK inhibitor landscape: past and present[J]. Expert Opin Investig Drugs, 2014, 23(3): 295-304.
- [9] Kanter M, Turan G, Usta C, et al. Survivin and cyclin D1 expressions are associated with malignant potential in mucinous ovarian neoplasms[J]. J Mol Histol, 2016, 47(2): 145-152.
- [10] 胡观丽,张晶波,董洁,等.雌激素受体 α 、 β 及细胞周期蛋白 D1、癌基因蛋白质 P21 在子宫内膜癌组织中的表达及临床意义[J].安徽医药,2019,23(9):1769-1773.
- [11] Iwona K A, Iina R, Anna F, et al. PIK3CA amplification associates with resistance to chemotherapy in ovarian cancer patients[J]. Cancer Biology & Therapy, 2009, 8(1): 1-6.
- [12] Chan K K, Leung T H, Chan D W, et al. Targeting estrogen receptor subtypes (ER α and ER β) with selective ER modulators in ovarian cancer[J]. J Endocrinol, 2014, 221(2): 325-336.

(上接第 122 页)