维普资讯 http://www.cqvip.com

员来说，肾移植无疑给他们带来了新的希望。有的人欣喜若狂，对手术的成功盲目乐观，缺少应有的思想准备，有的人缺乏医学知识，对手术有关的解剖生理知识、麻醉情况一无所知，有的人为沉重的经济负担忧虑重重，因而，焦虑、紧张、恐惧、忧郁、悲观等不良心理不同程度地反映在肾移植病员身上，对此，责任护理针对病员不同的心理状态，根据每个病人的个性、职业、文化修养等不同，深入浅出地进行启发开导，帮助病员稳定情绪，以良好的心态迎接手术。同时，责任护士利用书面与口述相结合的形式向病员及家属宣教术后注意事项，如术后排斥反应的表现，正确服药的重要必，伤口置引流管的必要性等。并训练病人在床上使用便器，如何作有效呼吸，有效咳嗽，为术后健康恢复作准备。当病员离开病房接受手术时，责任护士一直送至手术室门口。

三、术后病情观察与护理：肾移植术后，病员需接受一段时间的特护，不能与外界接触。因此，责任护士是与病员接触最多的人，常常在护士的问候中，病员消除了孤独感，在护士的精心照料护理中，病员找到了安全感；而作为责任护士由于职责明确，责任到人，消除了相互推诿依赖的现象，变工作为主动，认真观察病情变化，细致做好每一项基础护理工作。有的责任护士早晨提前上班，交班前，先看看自己负责的病员夜间睡眠情况如何，尿量多少，以便及时掌握病情，及时与经治医生沟通。当病员有疑问时，责任护士总是不厌其烦予以解答，有位女病员术后腰痛难忍，暗自流泪，以为移植肾在作怪，护士发现后，主动给予解释安慰，并轻轻按摩、捶背，使这位女病员破泣为笑。当病员出现情绪波动时，护士千方百计为其排忧解难，有位病员术后出现急性排斥反应，看着逐次减少的尿量，逐日增加的体重，病员或心急如焚或忧郁叹息，情绪反复无常，以为满心的希望将化为泡影，移植将以失败告终。这时护士一边不失时机地给予疏导，一边采取现身说法，请同种疾病的患者介绍自己疾病预后情况，帮助其树立战胜疾病的信心，稳定情绪，配合治疗。

四、出院指导与随访：出院时责任护士认真做好出院指导，详细交谈服药，饮食，自我保健等方面的注意事项，帮助建立健康档案，教会如何正确记录每日体温、血压、尿量等，以便及时反映身体健康状况。嘱其定时随访，并送至大门口，使病员再次感受到医护人员的关心与真诚。整体护理的开展密切了护患关系，有的出院病人按照护士交谈的出院指导进行自我保健取得良好效果时，也不忘打电话向护士汇报。

由于施行系统化整体护理，病员自入院至出院都由责任护士全程负责，自始至终都感受到亲人般的关怀。他们有心事可找责任护士诉说，有困难可找责任护士帮助。消除对病房的陌生感，巩惧感，增加安全感。护患关系建立在一种相互信任相互理解的基础上。

整体护理不仅提供疾病护理，而且重视健康教育。一些老病员反映，过去住院总是被动地接受治疗，对自己的疾病既恐惧又束手无策。现在住院既能得到良好的治疗与护理，又能在护士宣教指导下掌握许多健康保健知识，这对恢复健康延长生命，提高生活质量起到了积极的作用。

整体护理提高了护士在病员心目中的地位，也体出了护士的自我价值。

（收稿：1999-03-09）

小儿先天性普通型巨结肠手术方法改进治疗体会

杨铁成* 邸 荣* 李心元**

小儿先天性巨结肠是临床较常见的一种消化道畸形，尤以婴幼儿多发，并且男性高于女性，有家族遗传倾向。先天性巨结肠的治疗方法有多种，但手术能达到根治。由于巨结肠的类型不同，故手术方式的选择也不相同。1984年以来，我们根据中国医科大学附属二院李亚教授设计改进的Senson's法对七例普通型巨结肠手术治疗，均获满意疗效，现结合文献学习将手术方法和体会进行总结报告。

一、临床资料

1. 一般资料见附表

* 作者单位：114032 鞍山钢铁公司立山医院小儿外科
** 中国医科大学附属二院小儿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

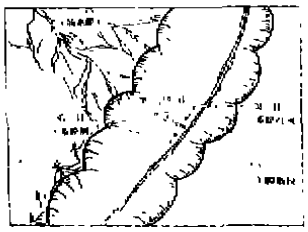
附表 临床病例资料

病例	性别	年龄(岁)	体重(公斤)	主要症状与体征	X线钡剂灌肠拍片	术中所见	病理报告	并发症	住院日
1	男	0.5	6.0	生后第三天排出胎粪,以后腹胀便秘,查:腹隆起,未触及包块,无压痛	直肠痉挛距肛门5厘米长,移行段2.5厘米,结肠扩张长达10厘米	直肠变细狭窄,乙状结肠扩张宽6厘米	直肠肌层及粘膜肌层神经节细胞缺如	无	18
2	男	4	14.5	生后第四天排出胎粪,婴儿期腹胀,便秘,查:全腹隆起,可见肠型	直肠痉挛距肛门8厘米长,移行段3厘米长,乙状及降、横结肠扩张长达40厘米	直肠变细狭窄,全结肠扩张,宽7.5厘米	符合先天性巨结肠改变	污粪	21
3	女	5	18	生后第二天排出胎粪,婴儿期腹胀,便秘,查:腹隆起,左侧腹触及索条状包块	直肠痉挛距肛门长4.5厘米,移行段3厘米,乙状结肠扩张,长达25厘米	直肠变细狭窄,乙状结肠扩张,宽7厘米	符合先天性巨结肠改变	污粪	22
4	男	6	20	生后第三天排出胎粪,婴儿期腹胀,便秘,查:腹部隆起,偶见肠型	直肠痉挛距肛门长6厘米,移行段2.5厘米,乙状及降结肠扩张长达20厘米	直肠及部分乙状结肠变细,降及横结肠扩张宽6厘米	符合先天性巨结肠改变	无	22
5	男	4	15	生后第三天排出胎粪.婴儿期腹胀及便秘,查:腹部隆起,左下腹触有索条状包块	直肠痉挛距肛门长5厘米,移行段3厘米长,乙状及降结肠扩张总长22厘米	直肠变细狭窄,乙状及降结肠扩张,宽5.5厘米	符合先天性巨结肠改变	无	24
6	男	5	16.4	生后第二天排出胎粪,婴儿期腹胀及便秘,有时呕吐,查:全腹胀,有肠型	直肠痉挛距肛门长4.5厘米,移行段2.5厘米长,乙状及降结肠扩张长达20厘米	直肠变细狭窄,乙状及降结肠扩张,宽6厘米	符合先天性巨结肠改变	吻合口漏	36
7	男	7	21	生后第三天排出胎粪,婴幼儿期腹胀及便秘,查:腹部隆起,左下腹触及包块	直肠痉挛距肛门长5厘米,移行段3厘米,乙状及降结肠扩张总长25厘米	直肠变细,乙状及降结肠扩张,宽6.5厘米	符合先天性巨结肠改变	无	20

2. 改进的 Swenson's 手术方法简介:(1)全麻,仰卧位,常规消毒皮肤,留置导尿。(2)左侧经腹直肌切口,确认病变肠段后游离乙状结肠和直肠,在盆腔腹膜返折上3厘米处切开,再将直肠向下游离至肛门皮肤(齿状线)。(3)在切除结肠和予定肠吻口处,先用黑色丝线分别缝在肠管系膜侧和系膜对侧的结肠带上做标记,称这为第一针和第二针。要求两针相距间离2.5厘米。再用白色丝线分别缝在第一针与第二针连线中间的两侧结肠侧壁上做标记,又称之为第三针与第四针(见附图)。(4)改成截石位,手指扩肛后用两把卵圆钳(最好用空颈钳)从肛门插入直肠,钳夹两侧肠内壁,将游离充分的结、直肠外翻拖出肛门外。(5)切断直肠。要求远端保留长度是:距齿状线皮缘:12点处长2.5厘米;6点处长1厘米;3点和9点处各长1.5厘米,待吻合时用。(6)在予先已做好缝线标记处切断结肠,逐将第一针与6点处吻合;第二针与12点处吻合;第三、四针分别与3点和9点处吻合,吻合时先吻粘膜肌层,后吻合浆肌层,吻毕将外翻之肠管再由肛门送回腹腔。吻合口前方距肛门皮缘高5厘米,后方为1厘米,呈前高后低斜形吻合口。(7)更换手术衣及手套,缝合固定结肠,逐层关腹,术毕。

3. 治疗转归:本组七例均采用上述方法手术,结果1例在术后第九天吻合口后方裂开1.5厘米,经长时间(十二天)禁食及抗炎治疗后愈合,另有2例出院后一年内表现污粪,以后自行好转。经5~8年随访,小儿生长发育正常,无不良反应。

维普资讯 http://www.cqvip.com



附图 改进的Swenson手术方法

二、讨论和体会：1. 小儿先天性巨结肠的病因与诊断：先天性巨结肠的主要病因是直肠或乙状结肠肠壁间神经节细胞缺如。胚胎学的研究证明，是一种胃肠神经发育停顿、是外胚层神经脊细胞没有移行到肠壁内去之故。由于肠壁神经节细胞缺如，使病变肠管（直肠或乙状结肠）失去正常功能，处于痉挛状态，粪便不能排出而长时间滞留在结肠内导致其扩张、形成巨结肠。根据病变肠管的高低和长短，临床上分为普通型、短段型和特殊型三种。先天性巨结肠的临床表现主要有：新生儿期排出胎便时间延迟，以后表现便秘、腹胀，小儿发生营养不良甚至贫血。X线钡剂灌肠侧位拍片可见病变肠管分成狭窄、移行和扩张三部分，非常有助于诊断。此外，直肠测压，直肠粘膜活检或做乙酰胆碱酶活性检查等都可诊断。2. 小儿先天性巨结肠的治疗：先天性巨结肠的治疗包括非手术和手术两种方法。其手术方式较多，主要是根据类型而定，本组病例皆为普通型，所以采用改进后的Swenson's法。值得提出的是，无论选择哪一种术式，都要求术前纠正小儿营养不良，充分洗肠和适当的肠道消炎以保证手术成功。3. 改进"Swenson's"法的手术优点：我们认为，该术式具有操作简单，损伤小，可以一次达到根治的特点，最适合6个月以上小儿先天性普通型巨结肠的治疗。由于手术将游离病变肠段、切除、吻合分开操作，从根本上避免了腹腔与盆腔的污染；直肠末端与结肠吻合是一期进行，保持了结肠与直肠的连续性比较符合生理；吻合口是前高后低斜形也不会发生狭窄，故术后无需扩肛。本组虽有一例发生吻合口后方裂开，2例一年内出现污粪、以后都逐渐好转，无其他并发症。改进后的Swenson's法是治疗小儿先天性普通型巨结肠比较理想的术式。

（收稿：1998-11-21）

234-235 路政交通事故 医疗保险费用 管理 36

路政交通事故医疗保险费用管理的体会

王克奇* 何顺伦 宋善仪

R47.1

交通事故随着现代化交通的发展而逐年增多。我院1997年至1998年收治交通事故伤员住院747人，占总住院人数17424人的4.3%，是其它外伤病人341人的2.2倍。每次车祸受伤人数不等、伤情轻重不一，重者需住院治疗。住院医疗费用管理涉及到保险部门、交警、事故车主、医生、伤员五个方面。伤员在医疗过程中，要求医生开大处方、人情方、自费和保健药品，使得本来药品价格高昂，而费用剧增，保险方和车主因医疗费用难以承受，造成医院信誉降低，交警方在处理事故过程难度增大。如何保证各方面利益，特别是伤者医疗过程中的合法权益、院方必须做到因病施治，合理检查，合理用药，合理收费，是路政交通事故医疗保险制度实施成败的关键。保险方、交警方、院方加强管理运行机制的改革，完善管理制度和措施，提供优质的服务，合理收费，是达到上述目标的保证。

1996年以来，我院和保险方、交警方拟订合同，主要是对交通事故车方已投医疗保险伤员住院期间的管理措施，进行了认真有效的管理，收到了明显的效果。现将情况介绍如下。

一、完善运行机制和管理方案：1. 院方成立管理办公室，抽调素质好、坚持原则的医师、护理人员专门负责。人员分工，并明确各自岗位职责。2. 保险方、交警方与医院签定合同，规定各方任务和职责，规范管理措施及违章、违约的惩处办法。3. 院前急救和分诊，车祸伤发生后，交警通知医院参与抢救，重伤员住院治疗。入院标准，严格按照"卫生部疾病诊断标准"执行。入院时要求门诊病历完整，辅检资料齐全，经医疗管理办审核后办理入院，轻伤门诊治疗。4. 一律实行双联单，即：处方、辅检单、收费、治疗单、服药卡等复写留底查对。用药合理、准确与医嘱相符，按处方日开药。严禁开大处方、人情方、违者费用自付。认真书写病历，做到诊断有依据，治疗有方案，必要的辅检齐全，掌握疾病转归，及时动员病人出院。不准挂牌冒名顶替住院，否则，由主管医师付费。5. 病员转院，经科内会诊后提出，院领导

* 作者单位：637300 四川省南部县人民医院