转探头90°左右,输尿管呈长轴切面,表现为细管状。检查中,体瘦者要轻压探头;体胖者,先轻压探头,后逐渐加重压力,以排开肠道气体。

2 结果

超声诊断输尿管中段结石72例,左侧47例,右侧25例。72例患者均经手术或碎石排石证实,诊断准确率为100%。结石最大1.3 cm×0.8 cm,最小0.5 cm×0.4 cm。与髂血管交叉之前输尿管内结石32例,与髂血管交叉之后输尿管内结石40例。手术治疗8例,排石或碎石治疗64例。

3 讨论

正常人的输尿管,由于其管腔细、位置深,又容易受到肠道内容物及其复杂成分,特别是气体回声的干扰,超声不易显示。但当输尿管受阻,其管腔扩大时,管腔内充盈的尿液构成良好的声学反射界面,超声则较易显示。根据输尿管跨过髂血管的解剖特点,可将髂血管作为显示输尿管中段的标志,以确定输尿管与髂血管的交叉,若找到输尿管中段内的强回声斑并伴声影,结石诊断则可以确定[2-3]。

对有一过性剧烈疼痛或较剧烈疼痛病史者,首先要想到泌尿系结石的可能,尤其经超声检查发现肾积水后,对有脐周疼痛者,要考虑输尿管中段结石的可能。正确掌握超声检查输尿管中段结石的方法很重要,先从肾积水开始,寻找到肾盂输尿管连接部确认积水的输尿管,然后再向下逐步寻找输尿管上段和/或末端,然后重点观察输尿管中段。

当然,除了要结合输尿管走行的特点,更要运用检查的技巧,方可诊断输尿管中段结石。但必须指出,超声检查未能发现结石者,也不能排除输尿管结石,若能采用多部位、多切面的观察,结合临床资料综合分析,可以不断提高超声诊断水平,为临床的诊断与治疗可提供可靠的佐证。

[参考文献]

[1] 李伯义,吕国荣,王静意. 髂总动脉在超声诊断输尿管中段结石的参照价值[J]. 局解手术学杂志,1999,8(2):36.
[2] 曾国华,李 逊,钟 文,等. 微创经皮肾镜取石术治疗肾下盏结石[J]. 中华泌尿外科杂志,2006,27(6):14-16.
[3] 杜联芳,李 凡,姜露莹,等. 超声造影在肾占位性病变中的应用. 中华超声影像学杂志,2006,15(11):18-20.

(编辑:侯晓宇)

专区收治地震伤员对护理服务的需求

戴 路 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 创伤;护理需求;地震
[中图分类号] R64;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0283-02

汶川大地震造成大量人员伤亡。我科集中收治了69位从地震灾区转移后送的伤员,为了使受灾同胞早日康复,切实做好患者护理工作,我科从地震伤员的心理、生理、饮食、专科技术等方面进行综合护理,取得满意的效果,现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者69例,其中男28例,女41例;年龄在11~89岁,平均51.4岁,其中60岁以上的高龄伤员26例,占收治患者的36%;均为地震时楼房倒塌或重物砸伤,经当地医院初步治疗,于伤后4~8 d转送到我院。患者中有33例为多发伤,23例为四肢骨折,5例脊柱骨折及截瘫,3例髋部损伤及骨盆骨折,2例肋骨骨折,2例皮肤挫裂伤,1例挤压伤。伤员经治疗后均痊愈出院。

1.2 伤员对护理服务需求调查分析的方法

通过护士与患者的交流,观察患者的面部表情,言语表达,情绪变化,对治疗护理的配合程度等进行综合分析。

[收稿日期] 2009-04-10 [修回日期] 2009-05-20

2 调查结果

在需求方面,患者普遍将"尽快减轻症状"作为第一选择,其次排序是疾病的知情、和家人保持联系、医生护士多巡视、多与患者谈心。

3 讨论

3.1 病房环境管理

病房环境直接影响患者在住院过程中的舒适度和满意度[1]。为确保伤员入院后得到有效救治的同时还有"家"的感觉,我科为伤员及家属提供了适合他们治疗和生活的良好环境和条件,并为患者及家属进行心理疏导,给患者温馨的感觉;同时减轻患者的陌生感、孤独感和无助感,使患者舒适、安心接受治疗。

3.2 个性化护理

汶川大地震使伤员产生恐惧心理,失去平静,思维混乱,出现严重的心理障碍。根据患者的心理特点,进行针对性的护理[2-3],主要包括如下内容:①交流性护理 针对有焦虑、恐惧心理的患者,进行心理疏导;②常识性护理 护理人员通过疾病和康复知识的宣教向患者提供最新的医疗信息,缓解其紧张心理

和满足对知识的需求;③支持性护理 对生活失去信心的伤员,护理人员应有足够的耐心和毅力,运用大量的事实反复说教为主,关心、鼓励为辅,用温存、体贴的语言安慰、鼓励患者,战胜痛苦,获得康复;④ 强制性护理 对拒绝治疗者,可使用应用镇静剂,待伤员情绪稍有稳定后,再动员家属、朋友共同做思想工作,引导伤员将负性心理变为正性心理;⑤注意护理服务艺术面对这样一些心理及生理创伤严重的患者,提倡"不、情、乐、全、换"五字服务艺术。"不"即不对患者及家属说一个不字,想方设法解决所提出的困难和疑问。"情"即真情相对,以情动人。"乐"即千方百计让患者得到快乐。"全"即提倡全天候、全方位、全过程的服务。"换"是指以心换心、换位思考,以适应伤员的特殊需求。

3.3 指导功能锻炼

早期恰当的功能锻炼,可防止关节僵硬,肌肉萎缩,促进血液循环,加速骨折愈合,从而缩短疗程,早日恢复正常功能[2]。我们将功能锻炼的原则、方法、注意事项等向伤员介绍清楚,使伤员解除顾虑,调动主观能动性。注意功能锻炼要循序渐进,以不感到疲劳,不加重骨折端的疼痛为宜。

在医护人员和患者的共同努力,通过上述的综合护理治疗,我院所收治的69例地震伤员全部治愈出院,取得了很好的社会效益。

[参考文献]

[1] 仇珂珂. 对新入院患者实施心理护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2006,15(6):385.

[2] 蔡雄鑫. 护理心理学[M]. 南京:南京大学出版社,1988.91-164.

[3] 向国春. 严重创伤急救与护理研究进展[J]. 局解手术学杂志, 2006,15(5):338-340.

(编辑:兰阳军)

39例妇科腹腔镜子宫切除患者围手术期的护理

原桂荣,祝美洲 (鞍山市双山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 腹腔镜子宫切除手术;围术期;护理

[中图分类号] R713;R248.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0284-02

腹腔镜子宫切除手术具有不开腹、创伤小、恢复快,术后疼痛轻等优点,而且缩短了住院时间,术后腹部几乎不留瘢痕。良好的围术期护理是手术成功的关键,是患者安全顺利康复的保障[1]。我院在2008年1至12月共施行腹腔镜子宫切除手术39例,效果满意,现将围术期的护理报告如下。

1 临床资料

本组患者39例,年龄38~56岁。其中子宫肌瘤30例,子宫肌腺病9例。患者需行全身麻醉,取膀胱截石位,腹壁皮肤、会阴、阴道消毒,常规铺消毒巾,置入举宫器。自脐孔处气腹针穿刺,CO_2气腹形成,气腹维持压力14 mmHg,横形切口开脐孔下缘皮肤长10 mm,10 mm套管针穿刺进入腹腔,放入腹腔镜检查。明确诊断后全部病例均行次全子宫切除术。

2 护理

2.1 术前护理

由于多数患者认为子宫切除会影响性生活,情绪比较紧张,顾虑较大,对手术了解不够。根据患者心理特点,主动做好术前宣教工作,到病房看望患者,仔细倾听其对病痛的陈述,应用专业知识,用简明扼要、通俗易懂的语言耐心地向患者阐明手术的重要性和必要性,说明子宫切除不会影响性生活,使患者逐渐对所要进行的手术有充分的思想准备,做到坦然、镇静、愉快地接受手术。术前全身皮肤清洁,尤其要注意脐部的清洁,最好用棉棒蘸肥皂水或植物油将脐孔内的污垢去除。术前12 h禁食,6 h禁水,以防止因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。因子宫切除手术需放置举宫器,于术前一日阴道冲洗2次,以防感染[2]。

2.2 术中护理

巡回护士在手术中密切观察患者的反应。患者采取膀胱截石位,约束带固定膝关节,肩部上肩托,并用衬垫以防坠落;待腹腔镜进腹后将床头摇至头低脚高位,呈30°。因CO_2气腹过大,会使体温下降,因此巡回护士在术中注意加强保暖,室温控制在22~26 ℃,以防发生术中低温。

2.3 术后护理

全麻尚未完全清醒患者,去枕平卧,将头偏向一侧,保持呼吸道畅通,并及时给予O_2吸入。平卧6 h后改为半卧位,并可逐渐离床活动。注意观察血压、脉搏、呼吸和氧饱和度,特别是氧饱和度不得低于90%。术后禁食、禁水6 h,以后可进半流质饮食,但不要给患者甜牛奶、豆奶粉等含糖饮料,以防加重肠胀气。保持引流管通畅,妥善固定,一般需留置导尿6 h。合并肺部疾病患者,给予拍背、排痰、雾化吸入,促使痰液排出,以防肺不张。上腹疼痛主要由于手术中人工气腹使7~12肋的神经受到刺激及膈肌向上移位,伸展引起。应向患者解释疼痛的原因,一般疼痛于术后第2天开始逐渐减轻至缓解。如疼痛剧烈可按医嘱使用镇痛剂缓解疼痛。本组有2例患者因疼痛予镇痛剂治疗,其余37例未用镇痛剂。术后护士应密切观察患者的生命特征,观察穿刺孔伤口有无渗血、渗液。若血压下降,引流量增多且鲜红色,应考虑内出血可能,应立即通知医生采取

[收稿日期] 2009-05-24 [修回日期] 2009-06-25