要反应迅速,及时处理,以利于病人的休息和充足睡眠。病房要定时开窗通风透气,保证空气新鲜。室内应保持恒定适宜的温湿度,光线柔和,与昼夜节律相一致。

2.3 做好心理护理

对事先知道要进入ICU监护的病人,要进行心理护理,耐心地讲明ICU监护的目的,使病人事先有良好的心理准备,避免紧张、焦虑、恐惧心理的发生。要讲解重症监护的重要性和必要性,使病人减轻心理负担,同时让家属了解病人的病情,取得家属的配合。常和病人谈心,耐心倾听病人诉说,了解病人的种种情况,及时给予开解指导,以消除各种不利因素。让病人听一些优雅舒缓的音乐,音乐刺激可使脑垂体释放内啡肽而起到镇痛作用,缓和交感神经的过度紧张,减少或预防ICU综合征的出现[3]。同时要鼓励患者树立战胜疾病的信心,对促进其康复极有裨益。医护人员要及时发现和做好家属的思想工作,解除他们的顾虑,同时给予医学知识讲解和伦理道德教育,向病人的家属及时通报病情,达到医患和谐,既有利于治疗,又可防止各种精神症状的发生。

[参考文献]

[1] 吴 虹. 非语言交流与病人心理及护理[J]. 实用护理杂志,1996,12(1):33.

[2] 史铁英. 患者的心理护理[J]. 实用护理杂志,1997,13(6):325.

[3] 谢先会,江瑞雪,王 静. 护理沟通在ICU中的应用[J]. 局解手术学杂志,2006,15(6):428-429.

(编辑:黄春霞)

1例阴茎完全离断再植术的手术配合

毛秀丽,吴治敏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 阴茎离断;阴茎再植术;手术配合

[中图分类号] R697.15;R616.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0291-02

阴茎离断伤较少见,多为完全性离断,均应手术治疗[1]。2008年6月26日我科对1例阴茎完全离断患者应用显微外科技术行血管、神经、输精管吻合,术后未发生感染,阴茎存活。现将手术配合体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,22岁,因精神分裂症自行用菜刀将阴茎自根部完全切断,4 h后入院。患者面色苍白、神情淡漠。阴茎自根部完全离断,双侧睾丸自阴囊上部翻出,切缘整齐,阴茎根部创面有陈旧性血迹、创面污染严重、大量阴毛黏附。迅速将离断的阴茎保存于无菌盘内,用4 ℃枸橼酸盐嘌呤溶液保存,并用肝素液冲净海绵体内积存淤血,避免血栓。

1.2 手术方法与配合

1.2.1 手术方法 病人双腿屈膝仰卧位,会阴部贴上脑外科贴膜并将贴膜尾端接于污水桶内,手术床摇成头高脚低位使冲洗水流入污水桶内。常规消毒铺单。将尿管从尿道外口插入膀胱,3/0可吸收缝线行尿道吻合,再用5/0可吸收缝线行海绵体吻合。在放大10倍的显微镜下用9/0的非吸收线吻合阴茎双侧背深动脉及双侧静脉、阴茎背神经,缝合时洗手护士用5 U/mL的肝素盐水冲洗吻合的血管,防止血栓形成,并用0.9%氯化钠注射液热敷吻合的血管,解除血管痉挛,保持血管通畅。吻合成功后再用罂素碱与0.9%氯化钠的混合液冲洗吻合的血管,以扩张血管,降低血管粘稠度,避免血流受阻而栓塞血管。

1.2.2 术后护理 阴囊下部用棉垫托起垫高,将阴茎固定于与腹壁成垂直的位置,以促进再植睾丸或阴茎的静脉回流,减轻局部肿胀。并用40 cm×4 cm的胶布交叉固定于髂骨和坐骨位置,能有效固定阴茎,防止并发症。

2 结果

术后10 d拆线并拔除尿管,伤口愈口良好,未发生感染,术后阴茎存活,住院16 d后痊愈出院。

3 体会

阴茎离断伤由于出血较多创面污染较重,有效清创是再植前的重要环节。为防止清创过程中液体浸湿床单,造成病人术中低体温的发生,病人腰部以下垫防水单。阴茎截断后再植的时间6 h是临界点。因此要在接到手术通知时在术前做好充分的准备工作,争取时间。离断的阴茎应妥善保存,避免再次污染与丢失。术前注重与病人及家属的有效沟通,向其说明手术的风险性与预后情况。实行手术全过程不间断陪伴制度。术后家属多关心病人的行为变化,避免悲剧的再次发生。该病人为精神分裂症患者,而精神分裂症患者的主要表现为幻觉、妄想、思维障碍、情感障碍、行为障碍等。在术后麻醉恢复期也应注意病人的心理护理,避免强烈的声响、医护人员的言行等刺激病人再次发病。

熟悉阴茎、精索及阴囊的解剖是再植手术的基础。由于这种损伤不常见,较难积累再植手术的经验。因此,熟悉相应的解剖,精确吻合相应的血管、神经尤为必要。阴茎、睾丸、阴囊均有各自的血管供应,应分别吻合[2-3]。在手术过程中与手术医生做到有效及时的沟通,关注手术的进程,及时提供手术用物。洗手护士应妥善保管好血管吻合的缝针和血管吻合器械;

[收稿日期] 2009-05-14 [修回日期] 2009-06-16

巡回护士应注意病人的病情变化，特别是血压的变化，使血压保持在12 Kp(1 mmHg = 0.133 kPa)以上，这样利于离断阴茎血液循环的恢复。并注意为病人保暖，由于大量的失血和大量消毒溶液的冲洗容易对病人造成低体温，术中巡回护士应注意为病人保暖。

[参考文献]

[1] 陈忠羡，陈元庄，陈立新，等. 阴茎撕脱离断伤再植成功一例[J]. 中华显微外科杂志，2004，27(1)：50.

[2] 万江华，靳风烁. 阴茎疣状癌1例临床分析[J]. 局解手术学杂志，2008，17(2)：135.

[3] 刘之俊，苏秋菊，赵美玲，等. 阴茎阴囊根部离断显微再植成功1例分析[J]. 临床泌尿外科杂志，2001，16(10)：476-475.

(编辑：张天飞)

1例重症急性胰腺炎继发胰腺假性囊肿的护理

冉江平 (第三军医大学附属西南医院全军肝胆外科研究所，重庆 400038)

[关键词] 急性胰腺炎；胰腺假性囊肿；护理

[中图分类号] R657.5；R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0292-01

重症急性胰腺炎(SAP)是临床上常见的危重急腹症之一，其发病急骤，病情复杂，并发症较多，预后较差，死亡率可高达20%[1]。急性期恢复后的近期继发病主要是假性胰腺囊肿和复发性胰腺炎[2]。我科2003年10月17日收治1例重症急性胰腺炎继发胰腺假性囊肿的患者，现将护理体会报告如下。

1 临床资料

患者为老年男性，因急性胰腺炎入院。入院后经过禁食、胃肠减压、抗感染、抑制胰液分泌、营养支持等保守治疗后病员情况好转，12 d后复查CT示慢性胰腺炎伴胰尾假性囊肿形成，3 d后在进少量流质饮食后腹胀明显加重并伴全腹压痛，尿淀粉酶测定181.1 IU/L，提示胰腺炎复发，予对症治疗后症状逐渐缓解，住院3个月后康复出院。

2 护理体会

2.1 积极抢救

患者入院时呈急性痛苦面容、休克血压、心率快，病情危重。立即予胃肠减压、持续心电监护、持续高流量吸氧、维持有效循环血量与水、电解质及酸碱平衡。通过抢救后患者血压逐渐回升到14.23/9.31 kPa，心率下降到120次/分。病情稳定后仍严密监测生命体征变化，准确记录出入量，特别是对尿量的观察，作为循环血量的有效观察指标。

2.2 饮食管理

饮食管理在急性胰腺炎治疗过程中尤为重要。在病情未控制之前病员绝对禁食、禁饮，持续胃肠减压。恢复饮食时，应指导病人饮用少量温凉白开水，无恶心呕吐或腹胀等不良反应后再指导病人进食清米粥，并强调少食多餐。该病员进食后因胰液分泌增加而致使囊肿增大，胰液外渗导致病情加重，再次予胃肠减压控制胰液分泌，直至病情稳定。病员每次进食时应严密观察有无腹胀、腹痛等不良反应，每日复查血、尿淀粉酶，恢复进食过程中不可放松对病情的观察，以免再次发生病情变化。

2.3 预防及控制感染

病员入院时呈感染性休克，虽然经过积极抢救脱离危险，但由于病情重，血象持续偏高，感染仍然存在。长期禁食体质虚弱导致抵抗力下降，加上长时间深静脉插管及留置胃管、尿管等，发生二重感染的机会极大。护理上应做到积极预防与控制感染：①每日3%碳酸氢钠溶液漱口防止霉菌感染；②深静脉穿刺点每日密切观察有无红肿等管源性感染症状；③保持床铺整洁、平整、干燥，严格交接皮肤状况，防止发生褥疮；④由于老年病员呼吸道黏膜萎缩、纤毛运动减弱、巨噬细胞的吞噬功能减退，气道分泌物易于滞留[3]，再加上长期卧床，活动减少，使呼吸道内的痰液不易排出，易造成肺部感染。应指导病员采取半卧位；定时协助翻身、拍背；常规吸氧；雾化吸入协助排痰等。通过上诉措施，本例病员未出现院内感染。

近年来随着对SAP病理生理的不断深入认识，对SAP的治疗已经逐渐统一于个体化的治疗方案原则和以保守治疗为主、适时外科干预的综合治疗模式[4]。文献报道急性胰腺炎约10%～30%可继发胰腺假性囊肿，多数发生在急性期3个月以内，假性囊肿的自然消退率为7%～60%。此病例虽通过早期抢救处理控制了病情，但因其病情复杂与迁延造成了治疗和护理的难度。因此，我们只有通过不断的临床病例学习和经验积累，把握疾病的发生与转归，提高护理工作能力以便更好地为患者服务。

[参考文献]

[1] 王成友. 重症急性胰腺炎治疗模式的50年变迁[J]. 肝胆外科杂志，2003，11(1)：13-14.

[2] 王炳煌. 急性重症胰腺炎非手术治疗复后的转归和结果[J]. 中华肝胆杂志，2000，12(6)：424-426.

[3] 陈献红. 老年人急性胰腺炎保守治疗40例护理[J]. 杭州师范学院学报，2007，27(2)：119-120.

[4] 姜洪池，孙 备，陆朝阳. 重症急性胰腺炎基本治疗原则初探[J]. 中华外科杂志，2007，45(1)：6-8.

[收稿日期] 2009-04-26 [修回日期] 2009-05-20

(编辑：黄春霞)