理结果显示:急性化脓性阑尾炎并周围炎。

3 讨论

急性阑尾炎及空腔脏器穿孔是外科常见的急腹症,根据病史、体格检查、实验室检查及其它辅助检查均可诊断明确。而当两者合并同时出现,患者又无法提供明确的外伤史和既往疾病史时,容易造成空腔脏器穿孔漏诊[1]。急性阑尾炎所致腹痛为局限性感染性疾病腹痛,其特点是起病慢,腹痛开始较轻,呈钝痛,并进行性加重。而穿孔性疾病腹痛发生突然,一开始就十分剧烈,并在穿孔前一般已有症状,病变部位有局限性压痛、反跳痛或肌紧张,迅速扩散至全腹,短期内出现弥漫性腹膜炎和全身炎症反应,严重者出现中毒性休克。本例患者入院时腹膜刺激征不明显,仅有脐周压痛,肠鸣音稍弱。仅作为一般"肠痉挛"予以解痉对症治疗。而患者腹痛无缓解,直至出现转移性右下腹疼痛及明显腹膜炎体征,仍只常规考虑"急性阑尾炎"。究其原因是:肠破裂口较小,由于肠粘膜外翻,凝血块、食物残渣堵塞或反应性肠蠕动抑制或痉挛,肠内容物暂时不外溢,数小时内可无明显腹痛及腹膜刺激征。当肠蠕动恢复或堵塞物脱落时,肠内容物逐渐外溢才表现出明显的腹膜炎症状[2]。其次右下腹穿刺阴性及腹部立位X平片未见游离气体等假阴性结果也给本例患者造成漏诊。反复多部位诊断性腹腔穿刺,其简便、快捷、经济、安全、准确率高。

在手术治疗急性弥漫性腹膜炎的过程中,切口应根据原发病变脏器所在部位而定,如不能确定原发病变位于哪个脏器,应以正中切口或右侧经腹直肌切口为宜[3]。对破裂小肠进行手术修补或切除,恢复肠腔的闭合完整性,彻底冲洗腹腔,除去炎性渗出物,合理使用有效的引流,应视为小肠破裂手术的基本原则[2]。

总之,导致急腹症的原因多种多样,表现各异,临床医生只有通过认真的体格检查,对腹痛情况的严密观察,才能分清主次矛盾,做出准确决策,减少漏诊、误诊及误治。

[参考文献]

[1] 孟 镔,胡振龙,曹 剑,等.阑尾炎临床局解手术学分析[J].局解手术学杂志,2006,15(3):208-209.

[2] 郑 海,陈 明,陈庆永,等.外伤性小肠破裂的诊治[J].腹部外科,2009,22(1):20-22.

[3] 张 波,周总光.急性化脓性腹膜炎的诊断和处理原则[J].腹部外科,2009,22(1):12-13.

(编辑:张天飞)

ICU紧张综合征患者的护理体会

朱卫红 (中南大学湘雅附三医院神经内科ICU,湖南 长沙 410007)

[关键词] 危重患者;ICU紧张综合征;护理
[中图分类号] R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0290-02

ICU紧张综合征是指患者在ICU监护过程中出现的以精神障碍为主,兼有其他表现的一组临床综合征。在重症监护室的患者,由于病情危重,对监护室环境不适应,部分病人表现出紧张不安、血压上升、焦虑、寒战、胡言乱语和害怕等症状。本文就如何帮助病人缓解和消除这些不良因素,医护人员应对患者开展有针对性的护理报告如下。

1 临床资料

我院神经内科2007年6月至2008年12月收治100例危重病患者,年龄35~95岁,经诊断分别为脑出血、脑梗塞、蛛网膜下腔出血、重症肌无力、格林巴利等,35%的患者在住院期间(患者昏迷期无法评估除外)发生不同程度的ICU紧张综合征。

2 护理

2.1 强调人性化护理

护理人员应热情接待病人,主动介绍ICU环境及特点,解释与疾病有关的知识。患者失语或气管插管,人工气道等影响正常语言交流时,护士应通过面部表情,肢体语言,如手势、点头或摇头,写字板等方法交流,以了解病人的想法和要求,满足其需要。耐心解答病人及家属的各种提问,做到与病人有关信息及时反馈,使病人安心,家属放心[1]。医护人员尽可能减少患者全身裸露的次数和时间,在为患者擦浴、导尿、灌肠等处置时,应给予遮挡。注意保护病人的隐私,使病人感到被尊重,防止不安、抑郁的产生[2]。在抢救重危病人时,尽量避免其他患者在场。有条件的单位,ICU另设抢救间,一般情况下床与床之间应有布帘相隔。由于每个人的社会地位、文化层次及宗教信仰不同,对疾病的态度、治疗中的文化需求也不同,护士应向患者做好解释工作。文化修养较高的干部、知识分子,希望了解更多有关的医学知识,护士应耐心向患者解释。对文化层次较低的、或来自偏远和贫困地区的患者,护士需反复讲明按时服药或接受某种治疗的意义。

2.2 严谨而规范的护理

每位护理人员应掌握娴熟、规范的护理操作技术,在执行操作时尽量减轻病人的痛苦,使其产生依赖感,更好地配合治疗护理。护理人员应掌握专科理论知识,严密观察患者生命体征,及时发现病情变化,并与医生取得联系,增加病人的安全感。护理人员应做到四轻:说话轻、走路轻、开门轻、关门轻。尽量调低呼吸机、监护仪、输液泵等的报警音量,当警报响起时

[收稿日期] 2009-03-01 [修回日期] 2009-03-26

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