疾病[1],临床表现为黑便、呕血、头昏、心悸等。上消化道大量出血不仅导致失血性休克危及生命,还对病人的心理产生巨大的影响。为了达到更好的治疗效果,我科对2007年12月至2008年7月收治的150例肝硬化并发上消化道出血患者加强了心理干预,取得了满意的疗效。现报告如下。

1 临床资料

本组患者150例,男90例,女60例,年龄30~70岁,平均45岁。经胃镜确诊均为食管、胃底静脉破裂出血。

2 结果

本组患者经治疗均好转出院,平均住院13.57 d。针对患者存在的心理问题,我们有针对性地进行了心理干预,消除患者不良心理,增强了患者战胜疾病的信心,使其以最佳的心理状态积极配合治疗与护理,从而提高了治疗效果和生存质量。

3 心理问题及心理干预措施

3.1 焦虑恐惧心理

肝硬化并发上消化道出血的病人,常常会因为大出血、反复出血而恐惧、焦虑,难以忍受疾病的折磨,同时因为出血而伴有头晕、眼花、心悸、乏力或出冷汗、脉速、血压下降甚至昏厥、休克等症状而顾虑较重,情绪不稳,不愿接受治疗[2]。例如:某病人45岁,确诊为肝硬化食道胃底静脉曲张破裂出血,经止血药物治疗效果欠佳,急需双气囊三腔管牵引压迫止血。由于10年前因同样的出血原因而下过一次双气囊三腔管而留有恐惧痛苦的阴影,现再次出现食道胃底静脉曲张破裂大出血,危急关头双气囊三腔管是抢救生命的唯一希望,家属做不通思想工作。此时,我们以充满关爱的语言安慰、鼓励患者,向他分析解释目前的病情,尽可能消除其紧张、消极、恐惧的心理,帮助他树立战胜疾病的信心。患者最终同意了积极配合治疗,出血停止顺利出院,现患者行肝移植术后近一年,一般状况良好。

3.2 孤独抑郁心理

病人由于长期住院,与家人隔离,打乱了正常生活习惯,表现心情抑郁、少言寡语、孤独失望,由于缺乏对出血的发病和预后的了解、思想上压力大使患者性格比较孤僻。针对这种情况护理人员一定要密切观察患者的心理变化,用充满爱心的语言帮助患者,向患者传递现代医学能够有效控制病情的信息,以解除其过重的思想负担,树立战胜病魔的信心。

3.3 消极绝望心理

肝硬化伴上消化道出血的患者住院时间长,陪护的家属久而久之会间断陪护,态度冷淡等。同时住院经费高,这对患者及家属是很沉重的经济负担,不少患者表现出失望的情绪,有的还会出现自杀行为。护理人员要对家属和陪伴者进行健康医学和心理学教育,使他们增强信心,让他们明白亲人的关爱、支持会更有力量,病人会更能接受,从而增强病人的正性情感。对于经费过度困难的病人,可帮助他们争取社会的援助,增强病人对治疗疾病的信心。

3.4 急躁激动心理

患者表现为心神不定、惶恐不安、食欲不振。此种心理多见于急性出血的患者,因为病情较急较重,患者毫无思想准备,患病后突感失助,同时情绪易激动,易发脾气。特别对于再次出血的患者,怀疑尚未止血或有新的出血,情绪极为烦躁。对于患者的焦虑心理,护理人员应热情耐心,多给患者以关心和抚慰,并对疾病情况作解释说明,以解除各种疑虑,使疾病尽早痊愈。

4 体会

随着"生理-心理-社会"整体化护理医学模式的改变,心理因素在疾病转归中的作用日益受到重视。心理护理成为新的护理模式的一个重要内容。为了适应新的护理模式的改变,护士不仅要有良好的临床护理技术和技能,而且要不断学习心理学,掌握多方面的心理知识,了解和掌握病人的各种心理需要,及时发现病人的心理变化,对病人进行有效的心理护理[3]。

[参考文献]

[1] 李定国,范 平. 食管和胃底静脉曲张破裂出血的预防[J]. 中华消化杂志,2002,22(11):645.
[2] 孙莲娣. 肝硬化合并急性上消化道大出血的护理体会[J]. 实用医学杂志,2007,23(8):1263.
[3] 潘孝银,康春妹. 心理护理对患者的作用[J]. 宜春学院学报(自然科学),2002,24(6):99-100.

(编辑:黄春霞)

28例小儿先天性肌性斜颈诊治体会

侯春生[1],张 涛[1],杨铁成[2] (1.鞍山市铁东区医院骨科;2.鞍山市双山医院小儿外科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 斜颈;矫形外科;治疗
[中图分类号] R682.1;S857.16 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0439-02

小儿先天性肌性斜颈临床较常见,在小儿矫形外科中占5.2%~12.4%。此病若在婴、幼儿期未做合理矫正,可随年龄增长导致头面畸形,不仅影响美容而且也对小儿及其家属心理上增加一定负担[1]。现将1995年至2006年我院收治的28例大龄儿童先天性肌性斜颈的诊治体会报告如下。

[收稿日期] 2008-08-10 [修回日期] 2008-09-19

1 临床资料

本组患者28例,其中男13例,女15例。年龄为7~15岁。左侧斜颈占9例,右侧占19例。根据周永德氏病理分型法[1]可分为肌肉型8例、混合型10例及纤维型10例。28例患者中行胸骨头切断术3例、胸骨头及锁骨头切断术5例、胸骨头锁骨头及乳突头切断术4例、胸骨头锁骨头切断加深筋骨膜松解术6例、胸锁乳突肌切断并部分切除术5例、胸锁乳突肌部分切除深筋膜切除术3例、胸锁乳突肌部分切除加筋膜及斜角肌切断术2例,平均住院日为9.5 d。本组病例全部治愈,无并发症发生。

2 讨论

2.1 肌性斜颈发生的病因

肌性斜颈发生的病因及病理机制至今尚不完全清楚,一般认为肌性斜颈是由一侧胸锁乳突肌发生纤维性挛缩后所形成的畸形。有人认为是指胎儿期由于血管痉挛引起患侧胸锁乳突肌供血不足或难产(如臀位产等)发生肌肉出血引起肌肉纤维化[2]。它通常发生的规律是小儿出生2~3周时,在一侧胸锁乳突肌处可触及梭形肿块,质硬而固定,约3~4个月后肿块逐渐消失,大多在半岁至3岁时发生挛缩并出现典型的斜颈体征,故该病诊断不难。若在婴幼儿期未能发现此病并且未得到及时有效的治疗。斜颈畸形将继续发展导致面部畸形改变的特征:患侧面部自上而下缩小,眼和耳不在一个水平位上,而是在畸形位,但面容对称性的改变不很突出,经矫正后两耳的畸形就比较突出。并且日久患侧软组织也会发生适应性缩短,颈深筋膜 开始变厚而收缩,前斜角肌和中斜角肌均缩短颈动脉鞘和血管也随之发生相应的缩短。颈部畸形的发生与发展同病变侧胸锁乳突肌的组织病理变化及分型有关,所以临床治疗也是根据病理的分型来决定矫正的治疗方式[3]。

2.2 肌性斜颈治疗方法的选择

1岁以内小儿可选择用非手术方法治疗,即对病变部位热敷、按摩,采用领圈固定或用沙袋保持头部于矫正位等。对非手术治疗无效或1岁以上,并且已有明显的胸锁乳突肌挛缩时可选择手术治疗,手术将胸锁乳突肌下端即胸骨头和锁骨头处切断,或者分别切除1~2 cm,术后再辅以石膏固定于矫正位,疗效很好,本组病例全部经手术治疗最终获得治愈。对大龄儿童,由于病程较长,手术行单纯的胸锁乳突肌下端切断术术后往往不能取得满意的矫正效果,如能在原手术的基础上再扩大松解范围,其疗效较为可靠。手术范围扩大的主要依据是胸锁乳突肌的病损类型。对纤维型肌性斜颈手术松解范围要广,而肌肉型则手术范围小。本组有1例14岁大龄儿,术中见胸骨头紧张,轻度挛缩,但锁骨头及深部组织均无紧张改变,故行单纯胸骨头切断术结果也获得满意疗效。关于手术治疗的年龄选择一般在1~4岁时进行较为合理,因为4岁以前治疗可以达到颈部功能和面部美容两方面的满意。本组病例的治疗,由于是大龄儿童较多虽已最大限度地恢复了颈部的功能活动但也有个别遗留下美容的欠缺,尚需逐渐恢复或进一步治疗。

[参考文献]

[1] 周永德,刘正全,吉士俊,等. 肌性斜颈分型及透射电镜以观察[J]. 中华小儿外科杂志,1989,(10):221.
[2] 郑州淮. 先天性肌性斜颈的治疗原则[J]. 中华小儿外科杂志,1997,(4):245.
[3] 张锡庆. 先天性肌性斜颈的治疗体会[J]. 中华小儿外科杂志,1997,(4):243.

(编辑:兰阳军)

断肢(指)再植术后的护理体会

翟淑云,邹 力 (牡丹江林业中心医院骨外科三病区,黑龙江 牡丹江 157011)

[关键词] 断肢;断指;再植;血管危象
[中图分类号] R658.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0440-02

断肢(指)再植是一项细致和复杂的手术,难度系数较大,涉及到血管、神经吻合。随着显微外科技术的不断深入发展,各种高难度的断肢(指)再植手术在临床上相继获得成功。近年来,我院的断肢(指)再植手术技术不断提高,手术成功率较高,本文将断肢(指)再植术后的护理体会进行总结报告。

1 临床资料

本组收集2005年至2008年的断肢(指)病例共60例,其中男38例,女22例。上臂完全离断伤4例,前臂不完全离断伤8例,拇指完全离断伤7例,旋转挤压性断指6例,电锯伤及切割伤断指35例。手术成功率100%,成活率98%,除2例出现静脉栓塞外,其余均获得了再植成功。

2 护理体会

对断肢(指)再植手术术后病人的护理应注意:①病室要求,单人病房,室温保持在25~30℃,湿度50%~60%,室内禁烟,紫外线消毒每日1~2次,每次30 min。②体位,严格卧床1~7 d,7~10 d后可侧卧位,患肢抬高,高于心脏10~20 cm。监测肢体及断肢(指)血运情况及皮温,如出现肢体血运障碍、皮温下降、血管危象时应及时处理[1-2],患肢(指)保暖,用60~100 W照灯局部照射,照射距离为30~40 cm。③药物治疗,根据病情做细菌培养及药敏实验,选用适宜的抗生素。肌肉注射

[收稿日期] 2008-08-20 [修回日期] 2008-10-05