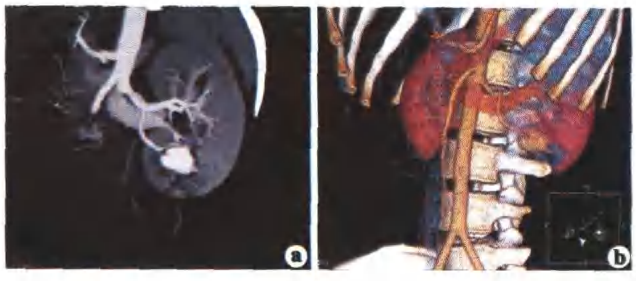
维普资讯 http://www.cqvip.com

后有血肿。术中修补结肠裂口、清除血肿后，肾脏裂口用明胶海绵填塞后间断缝合肾脏。术后病情平稳，尿管引流出淡黄色尿液。术后第13天突然出现左腰部疼痛并鲜红色血尿，约200 ml，无血块。经过止血药物治疗后，血尿暂时停止。8 h后又出现鲜红色血尿，约400 ml。转至泌尿科后立即行16排螺旋CT平扫、增强扫描。快速最大密度投影法(MIP)、容积重建(VR)等后处理技术图像重建，示左肾动脉和腹主动脉交角处发出的左副肾动脉至左肾下极，末端有造影剂溢出(图1)。立即行DSA血管造影并用明胶海绵栓塞左副肾动脉。术后血尿消失，卧床休息2周后腰痛消失，无血尿，排泄性尿路造影无异常，随访6个月无血尿。



a：MIP示左副肾动脉末端造影剂溢出形成高密度团块影；b：VR示左副肾动脉于肾静脉前达肾下极，末端造影剂溢出

图1 左副肾动脉出血MIP和VR图像

2 讨论

CT对肾外伤的定性诊断率达100%，与临床分型一致，同时可发现腹部合并伤，具有无创、安全和迅速的特点，已经成为肾外伤的主要检查方法[1]。副肾动脉直径常约2.4 mm，CTA副肾动脉的发现率为93%[2]。DSA曾被认为是诊断肾血管病变的金标准，目前16排螺旋CT强大的后处理技术可重建出和DSA相媲美的图像，有取代DSA的趋势。CT同时可以进行CTA，不仅得到和DSA相同特异性的血管影像，还具有以下优点：①无创，病人痛苦小，费用相对降低。②无需选择性造影，CTA常规1次静脉注射造影剂全身动脉显像，可对扫描范围的血管情况进行更全面的观察。DSA常需要选择性造影进行血管显示，费时、创伤大，有赖于操作者经验，可能得不到满意的成像效果。③显示周围解剖结构，可确定血管和周围结构的毗邻关系，为疾病诊断提供更多的信息。④可重复性MIP等多种图像重建可发现更细、更小的动脉。有报道CTA可显示4～5级的肾动脉分支和直径1.2 mm的副肾动脉[2-3]。三维重建图像细腻、清晰、立体感强，可多方位、多角度显示副肾动脉的空间解剖关系，有利于选择治疗方式和术前准备。本例CT检查后快速行图像重建，迅速明确诊断并及时行左肾下极动脉栓塞，减少了出血量，赢得了抢救时间。

[参考文献]

[1] 张艳斌，林 政，胡仲荣，等. 闭合性肾损伤的CT诊断价值[J]. 临床医学，2002，22(2)：10－11.
[2] 彭令荣，韩希年. 16层螺旋CT副肾动脉分析[J]. 中国医学计算机成像杂志，2006，12(2)：109－112.
[3] 王锦良，李天然，钱根年，等. 多层螺旋CT血管造影的影响分析[J]. 实用医技杂志，2005，12(8)：2164－2166.

(编辑：余汇洋)

脑卒中抑郁心理康复的护理干预

刘亚萍[1]，郭爱莉[1]，李月芹[1]，曹 珍[2] (1.佳木斯中心医院二部康复科；2.佳木斯传染医院传染科，黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 脑卒中；抑郁；心理康复
[中图分类号] R743.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0432-02

脑卒中是严重危害人类健康的疾病。它不仅导致患者生理上的残疾，而且对患者认知、情感等心理过程也有较大的损害。近年来，国内外学者逐渐认识到脑卒中患者存在着各种心理障碍，其中抑郁是脑卒中后最常见的情绪变化。据国内外资料报告，脑卒中后抑郁发病率约为23%～76%[1]，因此，脑卒中后抑郁患者的心理康复十分重要。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2006年2月以来在我科治疗的脑卒中患者中选择出经医学中心多模式方法诊断(MMADD)存在抑郁心理的患者35例，其中男28例，女7例。年龄50～76岁。病程3～18个月，平均9个月。左侧偏瘫13例，右侧偏瘫22例。

1.2 治疗方法

运用心理中的分析疗法、认知疗法、支持疗法和行为疗法等提高患者对偏瘫本质的认识，减轻、克服抑郁情绪，接受现实。采取方法：①个别交谈。了解患者思想情况，观察情绪变化，找出心理冲突的问题有针对性解决；②集体治疗。互相交流康复训练中的体会，学习生活自理的具体方法，请进步显著的患者用亲身体会来激励其他患者的康复欲望。在针对性选用脑卒中药物治疗同时，对焦虑或抑郁情绪严重的患者可使用一些抗焦虑或抗抑郁药。

1.3 疗效评定

采用MMADD抑郁分级进行评定分为：①较重抑郁；②中

[收稿日期] 2007-05-06 [修回日期] 2007-09-28

维普资讯 http://www.cqvip.com

度抑郁;③无抑郁。

2 结果

35例患者每周评定1次,连续8周,结果见表1。

表1 心理康复抑郁程度变化(n)

抑郁分级	1周	2周	3周	4周	5周	6周	7周	8周
较重抑郁	14	13	11	9	7	5	3	1
中度抑郁	21	20	18	15	12	10	6	4
无抑郁	0	2	6	11	16	20	26	30

3 讨论

抑郁发生的因素主要有:①"性格"是脑卒中后抑郁的因素之一。"内向"患者抑郁分明高于"外向"患者。"内向"患者不常把自己心理的压抑表达出来,独自承受巨大的身心压力,所以容易发生抑郁。②通过临床观察,经济状况也是脑卒中后抑郁的因素。本组患者大多是退休人员,经济收入不高,而且脑卒中又是一种较危重的疾病,费用高,住院时间长,这些因素均可对个人或家庭经济构成冲击,导致思想负担加重而抑郁。③国内外的研究显示,生活自理能力与抑郁症状的发生密切相关,本组35例患者均有不同程度的肢体活动障碍。他们自理能力差,对生活失去信心,对家庭产生内疚感,所以极易产生抑郁情绪。[1]。在心理康复时注意:以生理-心理-社会医学模式来认识疾病和患者。医务人员必须注意自身形象及行为,避免在患者面前说出或做出有害于他们心理健康的语言和行为。采取一般性和特殊性相结合的方法,从患者实际情况出发,找准患者的心理障碍,对症治疗。

脑卒中患者因脑的损伤,从四肢健全、生活及工作正常的人,变成了行动困难、生活难以自理的人,特别是发病初期由于立即痊愈的希望破灭后,往往陷于绝望和抑郁焦虑。患者表现为少言淡漠,缺乏主动性,在生活上过分依赖他人,对治疗和训练持怀疑态度[2]。本组患者积极进行心理疏导,促使其摆脱这种状况,但由于抑郁症持续时间较长,影响患者的全面康复,其肢体功能及ADC评分都较低,反过来功能障碍又导致抑郁症的发生或加剧,所以,脑卒中后抑郁心理康复尤为重要。

[参考文献]

[1] 刘永珍,龙 洁.卒中后抑郁的流行病学研究现状[J].国外医学·脑血管分册,2000,12(6):340-342.
[2] 于 兰,朱子龙,张琳英.脑卒中的早期康复治疗[J].局解手术学杂志,2003,12(3):233-235.

(编辑:朱志立)

经尿道电切治疗女性膀胱颈梗阻的护理体会

田秀珍,袁瑾蔓 (百色市人民医院门诊部,广西 百色 533000)

[关键词] 膀胱梗阻;电切;护理
[中图分类号] R694.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0433-02

经尿道膀胱颈电切术是目前治疗女性膀胱颈梗阻的首选方法。我院2000年1月至2004年9月采用经尿道治疗女性膀胱颈梗阻18例,效果满意,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组18例,年龄56~68岁,平均62岁,患者均有尿频、尿急及明显的排尿困难。合并慢性尿潴留8例,急性尿潴留3例,尿路感染6例。血BUN、Cr增高者5例,经B超或IVP检查:8例伴有不同程度的单侧或双肾积水10例,残余尿量70~180 ml。

2 护理与讨论

2.1 术前护理

2.1.1 术前准备 膀胱颈梗阻患者一般年龄较大,全身各脏器功能逐渐衰退,常合并有慢支、高血压病、糖尿病等,术前积极有效控制合并症,对减少术后并发症,提高手术成功率非常重要。慢支患者术前遵医嘱应用敏感抗生素控制肺部感染,改善肺功能,减轻呼吸困难。高血压患者积极有效控制血压,使血压稳定控制在19.05/12.24 kPa左右,合并糖尿病的患者,请内分泌科专家指导用药,控制血糖在6~10 mmol/L。对有氮质血症、残余尿量较多或并发感染的患者遵医嘱给予留置导尿管,应用抗生素抗感染,保证尿管引流通畅,充分引流尿液,以改善肾功能和控制感染,鼓励患者大量饮水。

2.1.2 心理护理 老年人由于家庭社会角色的改变及对新环境适应能力差,长期受尿频尿急、排尿困难等症状的困扰,以及反复留置尿管,入院后紧张、恐惧、焦虑不安。我们以热情友好的态度接待她们,用亲切礼貌的语言详细介绍主管医生,主管护士,同室病友,病区环境及探视制度,帮助他们尽快熟悉住院环境,引导和协调病员之间、护患之间关系,鼓励他们适应新的群体生活,以温和通俗易懂的语言向患者及家属介绍有关疾病方面的知识,说明手术的必要性,使患者及家属了解该手术操作较简单、创伤小、出血少、并发症低、恢复快,并告知患者术后注意事项及可能出现的不适症状。解除思想顾虑,使患者在最佳状态下接受手术。

2.2 术后护理

连接多功能监护仪,严密观察血压、心率的变化,如发现血

[收稿日期] 2007-06-07 [修回日期] 2007-08-20