维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

随着社会的发展、人口的老龄化、社会竞争的日趋激烈，很容易导致情绪不稳定、精神压抑、自我控制能力下降等。这些可使生理机能的减退，并在体内各种机制的作用下发生消化性溃疡。近年来消化性溃疡的发病率逐步上升，主要以男性十二指肠溃疡增多为主，且发病率和病死率随年龄增长而增高[1-2]。由于病人缺乏消化性溃疡的相关知识，加上不良生活方式及饮食习惯、自我保健知识的缺乏和服药依从性差等原因使得该病复发率高。这提示我们采取综合性健康教育方式、给予全方位的护理干预、重视身心健康，是降低消化性溃疡发病率和复发率的有效途径。消化性溃疡的发生除与幽门螺旋菌感染，药物及饮食有关外，心理社会因素也是其重要的因素。观察发现心理社会因素对患者疾病的转归、发生、发展有直接的影响，因此了解患者住院期间的心理变化，选择合适的教育方法可提高健康教育的质量，保证患者得到及时有效的健康教育，消除患者负性心理，提高患者对疾病的正确认识，增强患者应对变化的信心和能力，达到促进康复的目的[3]。

[参考文献]

[1] 王华静. 浅谈护患关系[J]. 武汉大学学报,2005,10(26):113.
[2] 康慧鑫，彭丹丹. 通过QC活动提高术前健康教育质量[J]. 局解手术学杂志,2006,15(5):357.
[3] 杨晓娟，王玉凤，商 敏. 消化性溃疡病人的健康教育[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2007,28(3):382-383.

（编辑：周小林）

一种改良颅脑CT定位法

侯培玺[1]，刘 军[2]，郭 锋[2]，费 昶[2]（1.临沂市费县梁邱中心卫生院，山东 费县 273416；2.临沂市人民医院神经外科，山东 临沂 276000）

[关键词] 脑内血肿；定位；CT
[中图分类号] R651；R743.34 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0441-02

颅脑CT扫描是常用的脑内血肿诊断方法，可以确定病灶的性质、大小、部位和程度。采用颅脑CT定位的介入性血肿抽吸术，具有定位准确、损伤轻微、操作简便、清除积血彻底等特点，是目前治疗急性脑出血的最佳方法之一[1-2]。本文介绍一种改良颅脑CT定位方法，供同行参考。

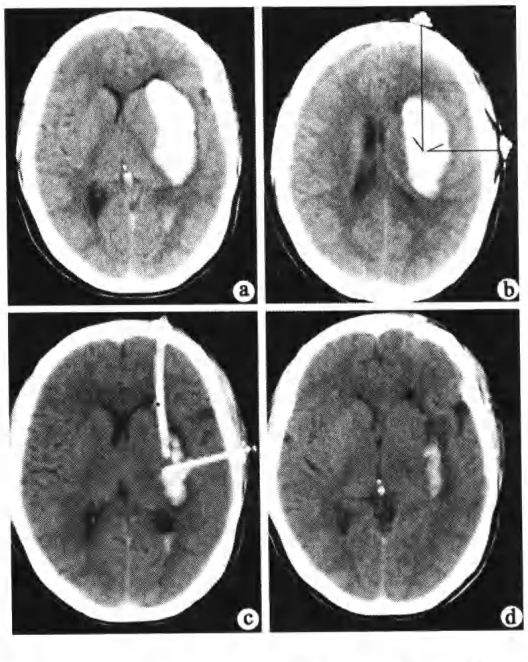
1 资料与方法

1.1 临床资料

2005年1月～2006年6月，颅脑CT定位清除术治疗高血压脑出血患者72例，男43例，女29例；年龄42～84岁，平均62.5岁。出血量根据田氏公式计算，20～30 ml 6例，30～50 ml 32例，50 ml以上34例。

1.2 方法

以1例49岁女性患者为例，介绍改良颅脑CT定位方法。该患者因突发昏迷2.5 h入院，行颅脑CT检查示左外囊区出血（图1a）。选出血肿面积最大平面，利用角尺测量，在患者头皮上简易定位，初步确定两个穿刺点，用电极片标记穿刺点，再次行颅脑CT，根据电极片和标记靶点的位置进一步确定两个穿刺点的位置、穿刺的角度、方向和深度（图1b）。头皮消毒，穿刺点浸润麻醉，手摇钻钻孔，用外径4 mm硅胶管按所测定的深度和方向穿刺，达血肿腔后拔出穿刺针芯，即可抽出陈旧性血，证明穿刺成功后，硅胶管留置于血肿腔内。1 d后复查CT，血肿量明显减少，双引流管头端位于血肿腔中央（图1c）。3 d后拔除引流管，复查CT示脑内血肿少量残留（图1d）。



a：左外囊区出血；b：头颅表面双电极片示两个穿刺点的位置，双箭头示穿刺角度、方向和深度；c：1 d后复查CT；d：3 d复查CT

图1 颅脑CT照片

[收稿日期] 2007-08-30 [修回日期] 2007-09-30

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果与讨论

全组病例经上述治疗后,比较残存血肿量与原始血肿量以计算血肿清除率。清除率大于50%的61例,清除率在30%~50%的8例,3例血肿完全消失。72例中,死亡12例(16.7%),其余患者半年随诊,基本痊愈7例(9.7%),显著改善25例(34.7%),改善7例(9.7%),恶化1例(1.3%)。

本文作者改良了颅脑CT定位方法,应用双电极片在头颅表面作为定位标志行颅脑CT扫描,根据电极片和标记靶点的位置确定两个穿刺点的位置、穿刺的角度、方向和深度。该方法穿刺准确、直观,操作简单迅速,可在最短时间内进行定位穿刺,尽早解除血肿压迫,避免或减轻脑水肿的发生,防止脑疝形成,值得临床参考应用。

[参考文献]

[1] 张志远,闫少琴,马 荣. 急性脑出血的CT定位及介入性治疗的探讨(附96例对比分析)[J]. 中国医学影像技术,1999,15(9):684-685.

[2] 涂 勇,王 红. 一种新的颅内病变定位方法脑-CT定位贴[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(4):179.

(编辑:余汇洋)

3例腔镜下胰体尾及脾切除术的护理配合

苟 丽,陈志美,程富英,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 脾肿瘤;胰腺肿瘤;内镜;手术配合
[中图分类号] R733.2;R735.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0442-01

脾及胰腺肿瘤传统手术方法需在患者腹部切开约30 cm长的切口,给患者带来极大的创伤及相应并发症,术后恢复慢,影响美观。我院2007年3月至今为3位患者行腔镜下胰体尾及脾切除术。现将手术配合体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共3例,年龄50~58岁,平均年龄54岁。行腔镜下胰体尾及脾切除术,出血约200 ml。术后无并发症发生,手术效果满意。

1.2 手术方法

患者取截石位,作左脐旁切口,放置气腹针,建立人工气腹。在腔镜下用5 mm超声刀分离胃结肠韧带、脾结肠韧带及粘连带,游离脾结肠韧带,用12 mm生物夹夹闭大的血管,在胰腺上缘显露出脾动脉及脾静脉,分别用生物夹夹闭并用超声止血刀离断胰腺体尾部,用超声刀彻底止血;游离脾肾韧带、脾膈韧带,用12 mm生物夹离断脾动脉、脾静脉血管,直至完整游离切除脾脏。3例手术均顺利,无切口感染和肺部并发症,术后7~10 d出院。

2 护理配合

巡回护士在右侧上肢建立静脉通道,协助麻醉医生行全麻气管插管及麻醉成功后行右颈内静脉穿刺,确保术中输液、输血的通畅。建立人工气腹时,注意压力维持在1.6~1.87 kPa,以防止出现皮下气肿。手术护士要熟悉手术步骤,掌握各种器械的使用方法,正确安装超声刀头及生物夹,在手术中准确传递器械并协助手术医生进行操作。用腹腔镜专用标本袋装切下的脾脏及胰腺组织,切开脐水平腋前线点与胰上3 cm点连线的Trocar穿刺点,从切口取出脾脏及胰腺组织。协助医生连接冲洗器,用灭菌蒸馏水1 000 ml冲洗腹腔,并退出各种器械,安置粗乳胶引流管1根。清点器械及用物无误后,Prolene线做皮内缝合切口并用敷贴包扎。

3 讨论

手术器械与内镜器械均属于贵重物品,因此在使用时应认真清点、检查完整性,防止碰撞、摔落,及时擦净血迹保持清洁,取放器械时动作轻柔,防止人为原因致手术器械损坏。巡回护士要严格执行操作规程,熟练掌握内镜及超声刀等仪器的使用方法和性能,熟悉手术步骤和配合,术中密切观察病情变化,在手术过程中协助麻醉医师观察生命体征的变化确保手术顺利进行。正确有效操作仪器设备,确保病人手术安全。严格控制人工气腹压力及每分钟进气量,防止出现皮下气肿。手术护士要掌握各种器械、内镜、超声刀等仪器的使用方法和手术步骤,术中积极、主动、默契、准确传递手术物品,有效的缩短了手术时间,是保证患者安全的重要环节。

术前患者往往承受很大的心理压力,尤其是临近手术时心理压力更大,所以对患者的治疗和护理不仅仅局限在生理方面,还应该对心理问题给予足够的重视。我们通过护理活动与病人建立起一种很人性化的、信赖的关系;一种关怀和心理暗示,确保病人在护理上的完整性和连续性,使病人对护士建立了相互信赖合作的护患关系,从而保证了手术顺利进行,确保围手术期安全。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2007-07-10 [修回日期] 2007-10-02