维普资讯 http://www.cqvip.com



动脉、肾静脉、肾盂及输尿管,其中肾动脉主干在距肾门约2 cm处分支,一支较粗,直接进入肾门,另一较细分支(上极动脉)则向上由肾的前面深入肾上端皮质(图1)。测量肾动脉主干直径为3.5 mm,较粗分支直径为2.4 mm,较细分支直径为1.5 mm。由肾动脉发支至肾上端(上极动脉)的情况较多见,约占21.8%[2]。但是这样粗的上极动脉合并肾形态异常的变异较少见。

## 2 讨论

肾是实质性器官,外形似蚕豆,分为上下两端,内外两侧缘和前后两面。上端宽而薄,下端窄而厚。肾的前面较凸,朝向前外侧;肾的后面较平,紧贴腹后壁。外侧缘凸隆;内侧缘中部凹陷,是肾血管、输尿管、神经及淋巴管出入之处,称为肾门。肾的毗邻关系中左肾前方上部为胃后壁,中部为胰,下部为空肠袢及结肠左曲,左肾中、上部宽厚畸形,在行左肾切除术时,更要注意勿伤及胰体和胰尾。肾动脉(一级支)入肾门之前,多分为前、后两干(二级支),由前、后干再分出段动脉(三级支)。在肾窦内,前干在肾盂的前方,发出上段动脉、上前段动脉、下前段动脉和下段动脉。后干在肾盂的后方,入肾后延续为后段动脉。每条段动脉均有独立供血区域,各段动脉之间无吻合。肾动脉的变异比较常见,不经肾门而在肾上端入肾的动脉称为上极动脉,经下端入肾的动脉,称为下极动脉。上、下极动脉起自肾动脉、腹主动脉或腹主动脉与肾动脉起始部的交角处。上、下极动脉与上、下段动脉在肾内的供血区域一致,只是起点、行程和入肾的部位不同。手术时应重视上、下极动脉,易损伤导致出血以及肾上端或下端的缺血性坏死。本例肾上极动脉较粗大,此类变异较少见,值得临床注意。有的肾动脉在肾静脉平面以下起自腹主动脉,经肾静脉的后面上行,然后绕至前方进入肾门。此种肾动脉可压迫肾静脉,可能是直立性高血压的病因之一。

[参考文献]

[1] 黄 瀛. 中国人的解剖学数值[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 190-203.

[2] 张为龙. 国人器官外肾脏动脉的观察[J]. 解剖学报, 1963,6(4): 356-357.

(编辑:余汇洋)

# 眼部注射患者的心理反应及护理对策

徐 燕,王沪渝 (第三军医大学附属西南医院眼科,重庆 400038)

[关键词] 眼部注射;心理反应;护理对策
[中图分类号] R246.82 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0292-02

眼部注射是眼科较为常见的一种治疗方法,部分患者对这种注射方法缺乏足够的认识和了解,出现各种心理反应,如不能正确应对,会影响甚至延误治疗。现对2004年1月至2006年12月本科住院患者中施行眼部注射患者的心理反应加以分析并总结护理对策,现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

眼部注射患者456例,注射眼共556只,其中结膜下注射眼200只,球周注射眼123只,后腾氏囊注射眼150只,球后注射眼83只,单眼注射356例,双眼注射100例。

### 1.2 方法

1.2.1 结膜下注射 操作者左手拇指和食指分开上下眼睑,嘱患者向注射部位的相反方向注视,针尖斜面向上,斜面全部进入球结膜后缓慢注入药物。

1.2.2 球周注射 嘱病人向内上方注视不动,以3.5 cm牙科针头,垂直于下睑外1/3与中1/3交界处垂直进针约1~1.5 cm,抽吸无回血,缓慢推入药物。

1.2.3 球后注射 嘱病人向内上方注视不动,以3.5 cm牙科针头,垂直于下睑外1/3与中1/3交界处垂直进针约1 cm后,转向鼻上方斜刺向眶尖方向进针总长约3 cm,抽吸无回血再缓慢推入药物。

1.2.4 后腾氏囊注射 嘱患者向鼻上方注视不动,于患眼下睑内1/3与中1/3交界处呈60°进针1~1.5 cm,抽吸无回血,缓慢推入药物。

## 2 患者表现及心理分析

### 2.1 焦虑和恐惧

325例患者初次接受眼部注射,无心理准备,没听说过眼部还可以注射,对眼部注射完全不了解,既惧怕疼痛,又担心后果,往往出现心慌、四肢发凉、身体发抖、出汗甚至哭泣,其中8例患者请求不行眼部注射。也有少数患者表现出盲目心理,他们对罹患疾病以及眼部注射不了解,又不认真听取护理人员的讲解宣教,注射时主诉疼痛难忍,躁动埋怨医护人员。7~10岁患儿面对陌生的护理人员,独自躺在换药室治疗床上接受眼部注射感到恐惧和孤独,强烈要求家人在旁陪伴,否则就拒绝注射。

### 2.2 悲观和绝望

多见于接受较长疗程治疗的青壮年患者,承受着来自事业、社会、家庭等多种压力,患上诸如反复发作的虹膜睫状体

[收稿日期] 2007-03-20 [修回日期] 2007-04-13

维普资讯 http://www.cqvip.com



炎、视神经炎、葡萄膜炎等眼科疾病，对于他们来说是一个很大的精神打击，加上长疗程的眼部注射使得他们在治疗过程中表现出抑郁、悲观、失望甚至绝望，有的唉声叹气，表情麻木，有的甚至流露出厌世的情绪。有的患者经过一段时间的治疗，病情无明显好转，随着病情逐步加重及并发症的出现，对治疗方法产生怀疑，失去治疗信心。

### 2.3 主观感觉异常

治疗过程中19例患者表现出对声音、气味等外界刺激非常敏感，尤其关注其他患者对治疗的反应。患者主诉体位、姿势不舒服，空气中有异味而胸闷、憋气，其他患者的呻吟或护患谈话过于大声而心悸、眩晕，此时测量患者的脉搏、心率、血压往往处于正常范围之内。

## 3 护理对策

### 3.1 建立干预基础

建立良好的护患关系，护士主动向患者介绍自己，以亲切礼貌的语言、适当的称呼与患者交谈，认真倾听患者的讲述，耐心解答患者提出的问题，并记住患者的姓名，树立良好的第一印象，取得患者及家属的信任与配合。

定时通风换气保持换药室空气清新，温度及湿度适宜，避免噪音等不良刺激，为老年、敏感患者进行眼部注射时尽量避免为婴幼儿治疗，以免小儿哭闹加重其他患者紧张、敏感情绪。

### 3.2 交流与疏导

针对眼部注射患者治疗的心理，护士应该根据患者的性格、职业、文化程度等，恰当地向患者解释病情、眼部注射的必要性、注射后可能出现的情况及安全措施，消除患者的顾虑，鼓励其诉说内心的真实感受，使其对眼部注射有充分的心理准备，在交流过程中需注意使用通俗易懂的语言或形象话比喻来说明，对患儿可使用肢体性语言，边抚摸边鼓励，并可允许家属在患儿旁边陪伴。

### 3.3 行为干预与心理暗示

指导患者运用简单的自我放松技术，注射后询问患者有何反应，嘱其放松，如进行缓慢有节律的深呼吸，使其在短时间内身心放松，转移注意力，在一定程度上消除恐惧或减轻焦虑反应，行为的调节、控制能反馈影响患者的心理及生理，对有心慌、胸闷、眩晕等躯体症状的患者效果尤其显著。注射过程中，由于表面麻醉作用进针时疼痛并不明显，而推注药物时胀痛最为强烈，利用这一特点对患者进行心理暗示，即在进针后询问患者是否感到疼痛并告知患者注射已经开始，使患者能够耐受进而顺利完成注射，积极的暗示能够有效的改善心身反应，帮助患者克服焦虑、抑郁、恐惧、绝望等情绪。

（编辑：张天飞）

# 颅脑术后急性心因性反应的观察与护理

郎晓芳，黄 威 （中国医科大学附属第一医院神经外科，辽宁 沈阳 110001）

[关键词] 颅脑手术；急性心因性反应；护理
[中图分类号] R651.15；R473.6 [文献标识码] B [文章编号]1672-5042(2007)04-0293-02

急性心因性反应是由剧烈的、异乎寻常的精神刺激、生活事件或持续困境的作用所引发的精神障碍。颅脑手术作为一种剧烈的生活事件，有可能导致病人急性心因性反应的发生。围手术期应注意心理护理，及时发现病情，并给予正确的护理。本文就我院2000年8月至2005年8月颅脑手术后发生急性心因性反应病例11例的观察与护理报告如下。

## 1 资料与方法

本组颅脑手术后发生急性心因性反应病例11例，全部病例符合CCMD-2-R[1]急性心因性反应诊断标准。其中男病人1例，女病人10例，平均年龄43.7岁。病人以不同程度意识障碍为主要表现3人，占27.3%，以精神错乱、定向力障碍、注意力狭窄常见；以激越、喊叫为主要表现6人，占54.5%，其中1人有自伤行为；以消极抑郁为主要表现2人，占18.2%，表现为缄默少言、不愿离床活动。

[收稿日期] 2007-02-10 [修回日期] 2007-04-16

## 2 结果

经过积极治疗精心护理，11位病人的临床症状均完全缓解，病程(6.7±4.2) d。其中8位病人单纯通过心理治疗和护理治愈，占72.7%，其余3位病人在心理治疗和护理的基础上应用了药物治疗，最终治愈，占27。3%。

## 3 讨论

急性心因性反应是由相当强烈并持续一段时间的精神创伤性生活事件直接引发的精神障碍，精神症状在遭受刺激后数分钟或数小时出现。颅脑手术作为一种严重的生活事件，构成强应激源。部分病人由于个性胆怯、敏感或神经类型偏弱，对应应激源的应付能力较低，就有可能发生急性心因性反应[2]。本组病例中女性、性格内向、无职业和文化程度较低的病人居多，这与有关报道[3]相一致，其原因应与此类人群对应应激源的应付能力偏低有关，因此临床过程中应对此类人群给予更多关注。

急性心因性反应的临床症状包括意识障碍和精神运动障碍。以意识障碍占优势者表现为不同程度的意识障碍，但以精