维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 方法

1.2.1 液基细胞学检测 用毛刷取宫颈内鳞柱交界处细胞置于保存液中,由病理医生最后诊断。按照TBS分类法,结果分为正常细胞、不典型鳞状细胞(ASCUS)、低度鳞状上皮内瘤变(LSIL)、高度鳞状上皮内瘤变(HSIL)及癌。

1.2.2 阴道镜检查 TCT报告病变在ASCUS以上者行阴道镜检查。先用棉签擦去宫颈表面及阴道内分泌物后,观察鳞柱交界的改变及血管分布情况,再于宫颈表面涂3%醋酸溶液30~60 s后镜下观察,出现白色上皮镶嵌、点状及各种异型血管,脑回状改变为异常转化区。接着行碘溶液试验,柱状上皮、未成熟化生上皮、角化上皮、非典型上皮,碘不着色为碘试验阳性区。在病变最严重处进行多点活检,正常转化区则常规取移行带3、6、9、12点处行宫颈搔刮术。

1.2.3 病理组织学检查 根据病变程度,分为慢性炎症、宫颈上皮内瘤变1级(CIN1)、宫颈上皮内瘤变2级(CIN11)、宫颈上皮内瘤变3级(CIN111)、癌。

2 结果

液基细胞学检测出低度鳞状上皮内瘤变以上病变9例,误诊5例,漏诊2例。阴道镜检查出低度鳞状上皮内瘤变以上病变10例,误诊1例,漏诊1例。

3 讨论

3.1 宫颈细胞学检查的意义及其影响因素

应用宫颈脱落细胞学筛查,可以极早发现宫颈上皮内瘤变,降低宫颈癌的发病率和死亡率。宫颈早期病变以年轻患者居多,因此,主张20岁以上有性生活史的妇女应每年进行一次细胞学检查。TCT检查因取材方便,无创伤,可作为筛查宫颈病变的参考指标,但不能以此确定宫颈病变的程度。有时由于取材细胞数量不足及显微镜下读片注意力分散,易造成漏诊。

3.2 阴道镜检查对宫颈病变的诊断价值

阴道镜通过图象直接观察宫颈鳞柱交界的病变,涂3%的醋酸后出现白色上皮,涂复方碘溶液后出现特征性改变,在可疑部位活检,提示准确性、特异性。

3.3 宫颈细胞学检查联合阴道镜对宫颈癌筛查

宫颈癌的发生与早婚、多产、多性伴及HPV感染有关[1-3]。目前宫颈癌发生的危险因素有增长趋势,及时诊断治疗,早期宫颈癌是可以治愈的。宫颈细胞学检查为宫颈病变普查的重要手段,但敏感性不高。阴道镜作为一种内镜检查直接观察宫颈病变,迅速鉴别良、恶性病变,并提供可靠的活检部位,提高诊断的准确性,补充细胞学检查的不足,降低漏诊率。因此,细胞学检查结合阴道镜对早期宫颈病变的诊断有重要意义。

[参考文献]

[1] 郭 昕. c-myc和p53蛋白在宫颈癌组织中的表达及临床意义[J]. 局解手术学杂志,2005,14(3):147-148.

[2] 邱爱东,乌恩奇,任 源,等. 四川地区宫颈癌患者组织中部分高危HPV亚型感染及E6基因序列分析[J]. 中国生物制品学杂志,2006,19(5):441-444.

[3] 董丽萍, 吴虹桥, 李建华. 40岁以下妇女宫颈癌39例临床分析[J]. 实用医技杂志,2006,13(18):3271-3272.

(编辑:蒋登金)

激光电凝术治疗大隐静脉曲张的护理体会

尹素文,赵 丽 (鞍山钢铁集团公司立山医院,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 静脉曲张;大隐静脉;激光电凝;护理
[中图分类号] R543.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0141-02

大隐静脉曲张是临床较常见的下肢静脉疾患之一,多发生在老年病人,轻者表现静脉曲张,重者下肢肿胀,皮肤色素沉着甚至发生溃疡感染而丧失劳动能力,必须引起注意。自2006年3月至9月,我科采用激光电凝术治疗38例,共50条曲张大隐静脉,疗效显著,现就临床观察和护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男性26例,女性12例,年龄26~76岁不等,平均住院4 d。左下肢静脉曲张15例,右下肢静脉曲张19例,双下肢静脉曲张10例。绝大部分病例下肢皮肤血管外观呈蛇曲状,个别活动后感觉肿胀。

1.2 方法

硬膜外麻醉,仰卧位,常规消毒后于卵圆窝处作2 cm切口,将大隐静脉近端及其属支予以结扎(症状轻者可不结扎),再将其远端用套管针穿刺,取出针芯,注入含250 U/ml肝素生理盐水10 ml,然后用5 F导引管插入并以此为通道将激光光纤插入大隐静脉主干(预设激光治疗仪:12~13 W半导体激光,0.2~0.3 cm/s),逐步拔除光纤进行脉冲烧灼电凝,到穿刺处0.5 cm处停止激光输出,并拔出导管。激光烧灼过程中静脉走行以湿盐水纱布加压。对其它部位的曲张静脉用18号穿刺针直接插入光纤进行电凝治疗。最后患肢用弹力纱布固定。

[收稿日期] 2006-11-15 [修回日期] 2007-01-10

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

本组病例术后6 h进食并离床活动,抗炎3~4 d出院。随访表明除个别病例局部有硬条感,除穿刺部位瘀斑外,其余无不良反应。

3 讨论

3.1 术前护理

首先做好心理护理,由于激光治疗大隐静脉曲张是项新技术,一些病人和家属对该方法不了解,持怀疑态度,有恐惧心理。护士要主动接近病人及家属,利用多媒体等相关资讯详细解释和说明治疗对改善病人临床病症的原理和意义,使他们消除对激光电凝手术是否成功的紧张心理和对手术费用产生的焦虑心理,还结合成功病例的现身说法来增加病人的信心,使其主动配合治疗。其次是做好术前各项准备工作,保证手术的安全进行。如血常规、凝血两项、肝、肾功能和血糖检测,心肺透视、心电图和彩色多普勒超声检查患侧下肢深静脉有无异常,除患侧下肢备皮外,术日晨嘱禁食并洗肠1次。

3.2 术后护理

病人回病室后取平卧位,患肢抬高15~30度,血压脉搏每小时测1次,3次正常后停止。对高龄和术前有心脑血管病者要适当给予吸氧,并心电监测24 h。观察患侧下肢足背与足趾有无水肿和皮肤颜色改变。穿刺部位有无渗血和血肿形成,当发现有改变时要报告医生适当松动弹力绷带改善血液循环。术后6 h进食并离床活动,因为长时间卧床双下肢过度伸展,会阻碍下肢静脉回流,导致深静脉血栓形成,影响疗效。另外个别患者手术后发生尿潴留,护理时要及时导尿,注意尿道口消毒。病人出院后指导科学饮食,坚持适当的运动,穿医用弹力袜3个月。

总之,与传统手术相比,激光电凝治疗大隐静脉曲张具有损伤小,疗程短,改善症状效果好等优点,相应的护理措施和必需的健康宣教能进一步的提高治愈率。

(编辑:蒋登金)

经皮激光椎间盘减压术的护理体会

郭晓燕 (新疆兵团奎屯中医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 激光;椎间盘;护理
[中图分类号] R681.53 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)02-0142-02

椎间盘突出的激光疗法是利用激光能量使椎间盘内的髓核空洞化,降低椎间盘的压力,缓解和消除神经的压迫而达到治疗目的,此疗法称为"经皮激光椎间盘减压术"(percutaneous laser disc decompression PLDD),是一种治疗颈、腰椎间盘突出症的新技术。本文旨在探索PLDD的围手术期护理的方法以提高PLDD的疗效。通过对41例PLDD病人进行围手术期护理,均获得满意疗效,无1例并发症发生,现报告如下。

1 临床资料

我科自2005年3月至2006年8月共进行经皮激光椎间盘减压术治疗颈、腰椎间盘突出的患者100人次,按JOA标准取得满意疗效。PLDD是把穿刺针插入椎间盘中央,然后拔除针芯,插入激光光纤进行照射,照射后拔出穿刺针,包扎创口结束手术。

2 结果与讨论

2.1 心理护理

接受PLDD治疗的颈、腰椎间盘突出的病人一般存在以下心理问题:对手术期望过高,因为PLDD是一新技术,病人及家属往往对手术存在较高期望值,所以术前应对患者进行适当的心理护理,应告知病人椎间盘突出是一种复杂的疾病,PLDD后症状可能不会消失或不能在短时间内完全消失。其原因有可能同时存在第3腰椎横突综合症、臀上皮神经炎、腰三角综合症、棘间韧带炎等病,需要术后进行针刀、局部封闭、推拿等治疗。因神经受压时间长故病情恢复慢,必要时术后要配合理疗、神经阻滞针灸等治疗。PLDD与其他治疗方法一样,有效率约为80%。使病人及家属能够理解,从而配合术后治疗,并有效减少术后医患纠纷。患者往往对术中的疼痛存在恐惧,对术后是否会产生瘫痪存在疑问,护理人员可针对性的介绍PLDD的手术过程及安全性,增强病人的信心,同时也告知病人有可能出现的情况,使病人有一定的思想准备。

2.2 术前护理

对于腰椎间盘突出的病人应提前告知术中可能存在因穿刺针触及神经根而出现下肢反射痛的情况,使病人减少恐惧,并嘱病人出现上述情况时应及时告诉手术医师,使之做出正确的判断。术前应使病人练习带腰围。对于颈椎间盘突出的病人,术前应戒烟,有咳嗽的应予以适当的治疗,以免术中病人咳嗽影响穿刺的准确性。对于要作颈PLDD的病人为了术中穿刺的方便,术前要在护士的指导下用病人的四个手指将气管向穿刺点的对侧推移训练。方法是如果穿刺点在右侧,病人则用左侧的四个手指将气管推向左侧;穿刺点在左侧反之。术前要使病人练习带颈托,告知患者术中要使用C型臂X光机透视,对

[收稿日期] 2006-10-15 [修回日期] 2007-01-12