维普资讯 http://www.cqvip.com

4例肠系膜上动脉综合症诊治体会

秦 冰，秦克义 （营口市中心医院普通外科，辽宁 营口 115000）

[关键词] 肠系膜上动脉综合症；肠梗阻；外科治疗
[中图分类号] R656.64; R656.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0355-01

肠系膜上动脉综合症是十二指肠水平部受压而产生的高位不完全性肠梗阻，从而导致胆汁、胰液、胃内容物下行困难而返流入胃，属先天肠系膜上动脉与腹主动脉夹角过小而引起[1]。我院1985年至2004年收治肠系膜上动脉综合症病例4例，应用手术和非手术治疗取得了满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例4例，其中男1例，女3例。年龄19~55岁，平均年龄35岁。临床主要症状为餐后上腹胀痛，重者为阵发性绞痛，伴濒发呕吐，初为食物，后为胆汁样液体，取膝肘位或俯卧位常能缓解疼痛和呕吐。4例患者均反复发作，于我院及外院多次住院，最后因"柏油样大便"以胆道出血伴失血休克入院。钡餐透视发现胃下垂、蠕动迟缓、十二指肠迂曲扩张，升段不见钡剂通过；电视下见十二指肠呈来回摆动，所谓"钟摆征"，十二指肠3~4段间钡剂被笔直截流，呈所谓刀切样"笔杆征"。1例合并胃溃疡，1例合并十二指溃疡。

1.2 治疗方法

2例行非手术治疗，近期疗效尚可。2例行Treitz韧带松解术，其中1例合并胃溃疡者行胃大部切除术；另1例合并十二指肠溃疡者行高选迷切术。

2 结果

2例手术治愈，2例保守治疗症状缓解。

3 讨论

肠系膜上动脉压迫综合症，又称十二指肠淤滞症。其发病的主要原因是先天发育缺陷，十二指肠悬韧带(Treitz韧)过短，使十二指肠升部向左上方过度牵制，加之肠系膜上动脉与腹主动脉夹角过小，30°以下形成十二指肠梗阻，食物淤积和肠液返流[2-3]。发作时多伴随剧烈呕吐和疼痛，按胃炎或溃疡治疗往往无效。碱性返流液体是产生胃或十二指肠溃疡的重要原因。发作数日后造成脱水、拒食而消瘦，于是可出现临床缓解之假象。缓解期病人一旦再增加进食，再次复发，周而复始，病人极为痛苦，病人往往采取限食和膝肘位来缓解疼痛和发作次数。据作者观察在基层此病并不少见，但由于基层医生对此病了解甚少，造成长期误诊，病人就诊时往往已有并发症。作者认为此病主要应与下列疾病相鉴别：①胆道蛔虫症，这在农村尤其应引起注意。剧痛、吐胆汁、发作时喜取膝肘位等易使二病混淆；但胆道蛔虫有吐蛔虫史及全身壮态较好，B超及X线钡餐检查可鉴别；②溃疡病，溃疡病有典型病史，也可借B超及X线鉴别，当然合并溃疡病时，要注意二者可同时存在。作者特别强调，术中一定注意Treitz韧带的位置，一定要松解到位，至于合并十二指肠溃疡者推荐高选迷切术，而合并胃溃疡者以胃大部切除术为首选，以行结肠前胃空肠吻合为妥，不主张切断十二指肠移至动脉前吻合等术式。

[参考文献]
[1] 秦克义，李洪声.肠系膜上动脉综合症合并溃疡1例报告[J].医师进修杂志，1988,11(4):38.
[2] 许龙水，陈振强，唐大治.肠系膜上动脉硬化综合征的X线诊断[J].中国初级卫生保健，2006,20(4):93-94.
[3] 张苹芝，郭 平.彩超对肠系膜上动脉压迫综合征的诊断价值[J].实用医技杂志，2006,13(6):881-882.

[收稿日期] 2006-07-16 [修回日期] 2006-08-20
（编辑：郭光金）

恶性骨肉瘤截肢患者的心理护理

陈丽丰 （解放军92医院骨科一区，福建 南平 353000）

[关键词] 截肢；术前术后；心理护理
[中图分类号] R687.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)05-0355-02

骨肉瘤是最常见的恶性肿瘤，青少年发病率最高，截肢术是治疗骨肉瘤的首选方案。由于骨肉瘤患者的思想活动和心理状态比其他患者复杂，不及时纠正，可影响治疗的效果和预后，需加强心理护理。我院2003年至2005年共收治骨肉瘤8例，通过治疗和护理，患者治愈出院，现将我们在护理过程中加强心理护理的体会报告如下。

1 临床资料

[收稿日期] 2006-06-15 [修回日期] 2006-08-12

维普资讯 http://www.cqvip.com

骨肉瘤患者8例,均为男性,年龄18~30岁。其中右肱骨骨肉瘤3例,行右肩关节离断术;股骨髁上骨肉瘤2例,股骨远端骨肉瘤3例,行股骨上段离断术。通过治疗和护理,收到满意的效果,患者平均住院14 d,术后伤口一期愈合,治愈出院。

2 心理护理

2.1 术前护理

骨肉瘤一旦确诊,患者往往产生恐惧、忧郁、焦虑不安等情绪,对手术的成功与否持怀疑态度,担心手术的不成功和病情的再复发,对手术治疗产生畏难情绪,治疗信心不足,拒绝截肢。

护士接诊时主动热情,积极协助医生做好治疗工作,并向患者讲明治疗的重要性。对需要截肢的患者,护理人员应及时向患者和家属说明截肢的理由,耐心的做好解释工作,并细心的观察患者的思想状况,关心体贴患者,建立良好的护患关系,使他们对护士产生信任感,认识疾病,消除心理的顾虑和绝望的情绪,鼓起战胜疾病的信心,主动配合治疗。

2.2 术后护理

对患者积极鼓励,耐心的疏导,并向患者和家属介绍情绪对伤口愈合的影响,稳定患者的情绪;对产生忧郁、孤独甚至有自杀念头的患者,不配合治疗绝望的患者,加以劝导,并动员家属一起劝说,给予更大的支持和关怀,鼓励患者战胜痛苦,配合治疗。

做好生活护理,护士要以实际行动关心帮助患者,增强他们战胜疾病、创造新生活的信心。做好家属、单位和社区服务工作,组织社会关心、爱护患者,多与患者交流,使他们消除消极的情绪,让他们感受到大家庭的温暖,减轻患者的心理压力。根据患者的年龄、个性、爱好开展娱乐性服务,使患者保持愉快的心情接受治疗。指导患者功能锻炼,早日摆脱依赖的心理,鼓励指导患者多进行简单到复杂的功能锻炼,逐步达到生活的自理,做生活的强者,回报家庭和社会。

(编辑:张天飞)

手术人员无菌技术操作现状分析及改进措施

左艳芳 (第三军医大学基础医学部外科应用解剖与手术学教研室,重庆 400038)

[**关键词**] 无菌技术;现状分析;改进措施
[**中图分类号**] R613 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2006)05-0356-02

手术室感染是当前医院管理中的一个重要课题,它的发生率是评价医护质量及管理水平的一个重要指标,有效控制医院感染的关键措施为:清洁、消毒、灭菌、无菌技术、隔离、合理使用抗生素、监测和通过监测进行效果评价。无菌技术不仅是外科医生必备的操作技术,也是医务工作者必备的基本素质。本文就手术人员无菌技术操作现状分析并提出改进措施。

1 外科无菌技术操作现状分析

手术室人员外科无菌技术操作存在无菌观念淡漠和操作不规范的问题,是手术成败的重要因素。有些人员对规范的洗手、穿手术衣、术区消毒、铺单掌握较好,但是,因为手术无菌技术涉及的范围很广,在任何一个范围的手术中,外科无菌技术的要求都无时不在、无处不在,很难建立涉及手术每一个步骤的完整无菌观念。无菌技术不仅要树立牢固的无菌观念,并能自觉地、灵活地应用于相应的诊疗工作中,而且要有正规的操作技术。在实际操作中常常发生以下现象:开包时手触及包布内角、取物时跨越无菌区、接触污染区取器械、取水,器械纱布无意中污染后再使用;使用持物钳时水平持钳,甚至倒置;钳取放时不闭合;取无菌溶液开瓶盖时,两拇指将瓶盖边缘紧贴瓶口向上推,污染的瓶塞边缘触及瓶口造成瓶口污染,倒液方法不妥引起水珠回溅,无菌巾被打湿污染等。

2 外科无菌技术操作的改进措施

2.1 无菌观念的养成

解决上述问题并不难,关键是强化无菌观念,使操作者认识到无菌观念不强将会使病人获得医源性感染,为病人带来痛苦或危及病人的生命。在平时的业务学习中反复强调无菌原则和技术方法,在手术、穿刺、注射、插管、换药等操作过程中必须遵守。医护人员在手术过程中防止违反无菌原则的最根本的方法就是隔离,将无菌区和无菌器械与污染区和污染器械严格分开。在手术过程中,随时指出医护人员违反无菌原则的动作,加深医护人员对无菌原则的认识,使无菌观念最终体现手术操作过程中。不仅是洗手、穿手术衣、术区消毒、铺单等,更重要的是贯穿整个手术全过程。

2.2 外科无菌技术操作的改进

无菌技术就是在进行手术操作时,避免细菌污染用物及手术区域的操作方法。在任何困难的条件下,都要因地制宜的采取各种措施,做好无菌技术操作。对于执行无菌技术不正确而造成的污染现象,一般认为接触污染的可能性远远超过空气污染。例如避免戴无菌手套卷边污染问题,按照教科书的方法,在戴第2只手套时,由于手套腕部的周径小于手掌部的周径,手指插入反折部,使已狭窄手套腕部更狭窄,在另一只手插入过

[**收稿日期**] 2006-08-18 [**修回日期**] 2006-09-10