维普资讯 http://www.cqvip.com

据采用t检验处理。

2 结果

CNSL组CSF DD水平(0.5885±0.1491) mg/L,明显高于AL组(0.1960±0.0911) mg/L,缓解组(0.1088±0.0412)mg/L和对照组(0.0762±0.0310)mg/L($P<0.01$)。AL组CSF DD水平明显高于缓解组和对照组($P<0.01$)。

3 讨论

结果显示,CNSL患者CSF DD水平明显高于正常对照组CSF DD水平,且随CNSL的缓解而降至正常水平,其结果与Eclache[3]等的结果相一致,提示CSF DD检测对CNSL诊断及疗效判定有一定实用价值。本组17例CNSL患者中2例虽经放疗及鞘内注射化疗药物治疗,病情未能缓解,其DD水平分别为0.4701 mg/L, 0.5311 mg/L, 升至0.56113 mg/L, 0.6312 mg/L两患者分别于3周及5周后死亡。这提示动态DD水平可评价患者预后。AL组CSF DD明显高于缓解组和正常对照组,我们认为此组病例中可能有经临床和CSF常规检查无法确诊的CNSL患者,对此尚需进一步研究。

[参考文献]

[1] 张云南,沈 娣. 血液病诊断及疗效标准[M].北京:科学出版社,1998.187-189.
[2] 徐 勇,霍 梅,余 涟,等.凝血酶原片段F_{1+2}、凝血酶-抗凝血酶复合物和D-二聚体定量测定在DIC早期诊断中的应用[J].中华血液学杂志,2000,21(9): 497-498.
[3] Wada H, Wakita Y, Nakase T, *et al*. Diagnosis of pre-disseminated intravascular coagulation stage with hemostatic molecular markers[J]. Pol J Pharmacol, 1996, 48(2): 225-228.

(编辑:邱全光)

颌骨正畸术的护理

刘可俗, 宋 伟, 黄艳君
(佳木斯大学附属口腔医院, 黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 颌骨正畸术;护理
[中图分类号] R682 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0067-02

颌骨畸形是指因颌骨发育异常所引起的颌骨体积、形态,及上下颌骨之间及其与其它颅颌面骨骼之间的关系异常,因此随之伴发的牙颌关系及口颌系统功能异常与颜面形态异常[1]。

近年来随着生活水平的不断提高,希望通过手术改变畸形状态,恢复正常功能和容貌的患者逐渐增多。我院整形外科从1999年10月至2002年10月三年间共收治颌骨畸形患者21例,经过手术整形及术后周密的护理,21例患者均取得了满意的效果。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者21例,男13例,女8例。年龄20~32岁。上颌前突5例,下颌前突13例,下颌偏斜3例。平均住院日数20 d。

2 护理体会

2.1 心理护理

颌骨正畸手术是整形美容手术,所以与其他接受外科手术的患者相比,颌骨畸形患者对于手术治疗存在的焦虑心理更为强烈,患者常常表现出多疑、不安、反复询问一个问题等。我们以此作为心理护理的切入点,针对患者的心理问题给予相应的心理安慰,尽量减轻患者的心理不良反应,使患者能够在一种良好的心态下接受手术。

2.1.1 帮助患者减轻焦虑 患者往往会担心手术效果不理想或出现并发症等问题,可以通过详细介绍手术方法、展示以往类似手术的前后对比照片等形式使患者建立充分的信心。对手术期望值过高的患者,应具体说明手术可能达到和不可能达到的效果,使其对手术有一个正确的认识。

2.1.2 鼓励患者建立信心 对术后出现的疼痛、肿胀、进食困难等问题,立即给予相应的处理。及时向患者说明这些现象都是正常的,无需紧张,要使患者真正认识到,良好的心态和充分的信心是尽快恢复健康的重要保证。

2.2 全麻术后护理

正颌外科的危险性主要在于术后窒息。因此应特别注意保持呼吸道通畅,及时吸出口鼻咽腔分泌物、渗出物,严密观察术区及喉头肿胀情况,备好气管切开包,以防万一。

2.3 术后不良反应的护理

2.3.1 肿胀 术后24 h可用冰袋冷敷手术部位,以减轻局部肿胀。

2.3.2 出血 轻度渗血可加压包扎止血,出血量多时用明胶海绵及纱条塞紧压迫止血。

2.3.3 疼痛 保持病室环境安静整洁,适当的鼓励可以使疼痛有所缓解。但多数患者术后12 h内仍需用止痛药。

2.4 口腔护理

及时、有效的口腔护理是预防创口感染,保证手术成功的关键,尤其是有口内创口及作植骨的患者。此类患者术后口内有较多的结扎钢丝及带环,所以口腔护理时不宜用棉球擦拭,而应用注射器冲洗。口腔冲洗每日至少2次,要尽量冲洗干净、彻底。同时还应检查咬颌关系是否正确,颌间固定有无松动、断裂,如发现上述情况,立即通知医生进行处理。

[收稿日期] 2003-10-20 [修回日期] 2003-12-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.5 饮食护理

由于颌间结扎，而且结扎的时间比较长，所以要特别注意患者的营养状态，营养摄入不足，不利于创口的愈合。术后病人应给予高热量、高蛋白、富含维生素的流食。必要时可给予鼻饲。口饲流食时，注意注入食物应从磨牙后区间隙进入口腔，以防止创口感染。

3 出院指导

通常患者在出院后一段时间内仍要进行颌间固定，所以相关的出院指导是非常必要。告知患者各种固定类型的固定时间，一般单侧颌间固定4~6周，双侧颌间固定6~8周。固定期间口腔制动，餐后及时进行口腔含漱。拆除固定后，应做试探性的张口和咀嚼练习，以尽快恢复正常的咬颌功能。嘱患者定期来院复查，如咬颌关系恢复不良可到正畸科进一步做正畸治疗。

[参考文献]

[1] 王 炜. 整形外科学[M]. 杭州：浙江科学技术出版社，1999. 751.

（编辑：左艳芳）

结肠造口的护理体会

陈晓曼，赵媛莉，宋 娟
（第三军医大学附属西南医院普通外科，重庆 400038）

[关键词] 肠造口；护理
[中图分类号] R656.9；R248.2 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)01-0068-02

随着社会经济的发展和生活水平的提高，结肠造口患者术后的生活质量问题日渐受到重视。医务工作者逐步转变了传统观念，从“只重治疗”，到日益重视患者术后的生活质量。本文总结了112例结肠造口术后患者的护理，现将护理体会报告如下。

1 临床资料

我科在2001年4月至2003年4月共施行112例结肠造口术，其中男性患者64例，女性患者48例，平均年龄42岁，术后发生造口周围炎9例，造口出血（均由肠粘膜擦伤引起）2例，造口狭窄2例，造口回缩1例，造口旁疝1例，经过对症治疗均得到恢复。

2 心理护理

结肠造口不只是影响患者的形象，还会给患者的生活带来不便，往往患者在思想上不能接受，尤其是需行永久性结肠造口的患者，常表现为悲观、消极、忧虑及恐惧，甚至是拒绝手术。医护人员必须掌握丰富的理论知识和临床经验，才能更好地对患者及家属做好解释，详细讲解有关疾病治疗、手术、造口方面的知识，让患者清楚它的重要性、必要性，认识到造口的护理并非难事，必要时让结肠造口术后康复患者现身说法，使其在直观上有一定的认识，同时让家属也多给予鼓励，共同努力使患者树立战胜疾病的信心。术后要多关心患者，手把手教会家属、病人使用造口器材，避免并发症的发生，还可以介绍患者参加造口联谊会，让患者对生活更加充满信心。

3 术前的定位

结肠造口的位置是否恰当，直接影响患者的自我护理（如影响造口袋的粘贴）和引起一些并发症，从而影响患者的生活质量和康复。我科1例患者造口位置在皮肤凹陷处，还有1例患者造口位置靠近髂前上棘，不利于造口袋的密闭粘贴，稀薄大便容易漏出，早期均发生了造口周围炎。所以选择造口位置时应注意患者便于护理，粘贴造口袋方便，取不同体位都能看清造口。一般造口位于腹直肌，皮肤要健康、无凹陷、无瘢痕、无皱褶、无骨性突起，不影响衣服的穿戴，如：男性扎腰带一般与脐平，女性扎腰带比较高，在脐上2~3 cm[1]，造口要避开上述位置。

4 腹部切口的保护

结肠造口刚开放的一段时间内，大便较稀且次数很多，如果造口袋未粘贴牢固容易发生侧漏，而污染腹部切口，造成腹部切口感染。故我们一般让患者避开腹部切口的一边侧卧，选择粘贴性好的造口袋，腹部切口用表面为透气型薄膜的敷料，以保护切口。

5 造口器材的选择及使用

5.1 造口袋

112例患者中7例发生了造口周围炎，是因造口袋的选择或使用不当造成，正确的选择和使用造口袋是成功护理的关键，医务工作人员一定要尽职尽责的去指导患者。结肠造口刚开放时，造口有不同程度的水肿，大便常较稀且次数很多，根据我们的经验，此时最好用一件式开口袋（底板材料粘贴性好、不易过敏），它的优点是：不用撕下造口袋，直接可以清除大便，既避免了反复撕贴造口袋造成的皮肤破损，又避免了两件式造口袋使用中，袋子扣上底板时对造口处产生压力，而导致疼痛或水肿肠管出血的可能，且不易发生侧漏及过敏。但一件式开口袋清洗时不太方便，待造口水肿减轻或消退可选用两件式造口袋。如要选用非粘贴式底板时，建议最好在大便成型的情况下

[收稿日期] 2003-09-10 [修回日期] 2003-09-30