维普资讯 http://www.cqvip.com

优势。上述因素都必须在卫生保健资源是有限的这一大前提下来考虑。卫生保健的很多决策都包含有资源的因素：例如我们常常会将一种干预措施潜在的价值与其潜在的资源消耗量相比较，从而作出决策。当一个临床护士无法作出决断时，就应该考虑到这方面的因素。

在专业培训中，我们学到了基本的病理生理机制，同时掌握了评估、计划、干预、评价的技能。通过观察临床上对病人的处理、结果及二者的内在关系积累临床经验，从而使上述技能得到进一步提高。研究证据可以完善临床经验，但并不能取代它。临床经验是使护士避免照本宣科及教条主义的关键因素。

病人无时无刻不在表现着他们的主观意愿，如选择治疗方式、拒绝治疗、渴望更好的指导、寻求新的治疗方法等等。当今，病人接触临床医学信息的机会远远超过以前，特别是那些患有慢性疾病的病人，甚至比医生护士更了解自己的病情。虽然病人在临床决策中所扮演的角色通常不为医护人员所重视，但其在大多数决策中是非常重要的。显然，在不久的将来，病人能够在自身卫生保健的决策中发挥更充分的作用。

3 针对循证卫生保健过分强调了随机对照试验和系统评价的重要性

循证卫生保健要求针对特殊的临床问题提供最有效的证据。随机对照试验(randomised controlled trial, RCT)是评价护理干预有效性最恰当的手段。如Hialmarson等利用RCT评估利用吸烟者帮助病人戒烟的有效性，Vyhlidal等用RCT评估不同的减压方法预防褥疮的有效性。采用随机对照试验的理由是通过对病人的随机分配，已知和未知的可能对结果产生影响的因素被均匀分配在各组中，以确保各组最终结果的不同确实与干预措施有关。

曾经有人认为我们过分的强调了随机对照试验的重要性。但我们认为随机对照实验正是循证护理科学性和先进性的重要体现之一。回顾历史，我们常常可以发现，很多时候某种卫生保健措施看起来对于某个病人或许有效，但当利用RCT对其进行评估时，其有效性往往被质疑，有时甚至表现出是有害的。例如为新生儿穿睡衣、手术前备皮等，最有说服力的就是我们当中很少有人会去买那些未经过随机对照试验确认安全性和有效性的药品。

最近，研究者们越来越强调系统评价(Systematic review)对研究文献的重要性。从广义上来说，合适的研究都是系统评价取样和统计的对象。单个研究的特点和结果被总结、定量、编码、输入数据库，如果合适的话，可以象其它定量数据一样进行统计分析。这种将多个研究的结果进行统计或Meta分析的好处在于其扩大了样本含量，使得我们对治疗的效果有一个更精确的估计。通过严格的系统分析，我们可以给护士提供与某个特殊主题相关的所有方法学上合理的研究的概要信息，在大多数情况下，这比单个研究的结果要有说服力得多。

就象属于定量研究(quantitative research)的随机对照试验和系统评价是评估护理干预最有效的方法一样，定质研究(qualitative research)是了解病人的经验、态度、信仰的最好的手段。护理干预研究的结果可以让护士知道在部分病人中某种干预的最佳效果。但护士不可能因此发现和解释诸如病人为什么对这种干预存在依从性障碍、这种治疗对病人的日常生活存在什么影响、疾病对病人意味着什么或如何对病人进行调整以适应某种治疗方法等问题。严格的定质研究应该包括明确的研究目的、有深度的数据分析和对各种可能的解释的评价。

现代的护理实践不仅需要丰富的临床经验，更需要可靠的科研依据，任何护理决策的制定应遵循和应用科学依据。循证护理将护理研究和护理实践有机的结合起来，使护理真正成为一门以研究为基础的专业，证明了护理对健康保健的独特贡献，并支持护理人员寻求进一步的专业权威和自治。

(收稿日期：2003-06-17)

脾囊肿一例报告

李 锐* 林大富

1 资料与方法

病例，女，26岁，左上腹胀闷不适逐渐加重6月余于2000年6月10日入院。无黄疸、发热，无腹痛、便血及恶心呕吐，无消瘦、乏力。体格检查：腹软，未见腹壁静脉曲张，左上腹可触及肿块，表面光滑，大小约14 cm×10 cm×8 cm，质地中等偏软，活动度尚可，无触压痛。B超报告：左上腹囊肿。入院后CT报告：左上腹囊性肿块，胰尾囊肿。血常规：白细胞6.0×10^9，红细胞3.90×10^{12}，血小板180 G/L，患者无外伤及胰腺炎病史，术前讨论考虑胰尾囊肿可能性大，大网膜囊肿不能排除。于2000年6月15日在硬膜外麻醉下行剖腹探查术，见脾下极单房性囊肿，大小约13 cm×10 cm×8 cm，囊内淡黄色液体。行脾下极切迹少血管区处切除部分脾及囊肿，将脾创面内翻大网膜包埋缝合。

2 结果

术后10 d出院。术后病理报告：脾表皮样囊肿。随访两年，B超检查正常，血常规正常。

3 讨论

脾囊肿临床少见，文献报道在42000例尸检中发现32例，

* 作者单位：361003 福建省厦门市解放军174医院外二科

维普资讯 http://www.cqvip.com

1600次脾切除中遇到5例。临床症状表现无特异性，故目前主要根据影象学检查予以明确诊断。本病例B超及CT均报告左上腹囊肿，未能明确诊断，主要原因是脾囊肿病例较少见，临床医生对本病认识不足，尤其是下极囊肿，位于胰尾与脾脏之间，影象学判断困难。可辅助以下检查诊断脾囊肿，X线检查：腹部平片见脾影增大，左膈肌抬高。假性囊肿当脾包虫囊壁钙化时，可见钙化影。如有条件，行同位素扫描，可显示脾脏有缺损区，对病变的性质、解剖位置及大小有诊断价值。同时临床医生对于左上腹囊性肿块要考虑脾囊肿可能，如肿块随呼吸上下活动，则要高度怀疑。本病治疗一般认为小的、无症状的脾囊肿无须治疗，可给予定期B超检测观察，无明显增大，可不手术治疗；大的、有压迫症状和有破裂可能的囊肿，以及寄生虫性、感染性囊肿应为手术指征。脾脏对于人体抗感染免疫功能方面有重要作用。Buntain报道，脾切除后病人发生急性暴发性感染的发病率是正常人的50～200倍。故现在主张手术时尽量保留脾功能手术。但巨大的脾囊肿与周围广泛粘连，有感染表现或者位于脾门区，可行全脾切除，同时取健康脾组织作自体移植，以维持脾功能。脾囊肿切开外引流袋形手术现已基本不用，仅用于囊肿并发感染，脾脏与周围粘连病例，但寄生虫性囊肿绝对禁忌，因手术可引起播散危险。本例术前考虑胰腺囊肿，术后确诊脾囊肿，临床不易被确诊，值得进一步总结。

（收稿日期：2003－05－30）

泰士WCH型胃肠起搏器在临床应用的疗效观察

葛淑芝* 孙丽波* 罗崇红*

普外科胃肠手术后的病人，以往采用促进胃肠功能恢复的方法，主要是鼓励病员早期离床活动，以增强胃肠蠕动，而达到早期排气。我科于2001年8月至2001年10月应用了泰士WCH型胃肠起搏器。对32例胃肠手术后患者进行了随机对照临床实验，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

应用对象均为我科胃肠手术后住院病人，年龄18～74岁。本组共32例，其中男性23例，女性19例。随机分为治疗组和对照组两组。胃手术后病人各12例，胆道手术后病人各9例，肠道手术后病人各11例。

1.2 材料与方法

1.2.1 材料：WCH型胃肠起搏器一台，由主机、线控器、电极线、电极片组成。

1.2.2 操作方法：备齐用物，向病人解释，征得同意后，让病人取平卧或斜卧位。按治疗仪的幅值调节，将幅值调节至最小值，装配电极片，电极线分别插入胃、肠治疗电极插座，去除皮肤表面油污和角质，用95%酒精棉球充分擦试体表胃肠起搏器定位点，至皮肤发红，使皮肤具有良好的导电性，将电极片贴附于体表胃肠起搏器定位点，打开电源，设定治疗时间，调节治疗频率（胃起搏3次/分，肠起搏10次/分）与合适的幅值进行治疗，术后第二天开始治疗，每天二次，每次40 min，直到正常排气。

1.3 禁忌症及注意事项

1.3.1 禁忌症：严重出血性消化道疾病。①严重心脑肺功能不全者；②肠梗阻；③明确诊断为溃疡病、消化道肿瘤及肝、胆、胰器质性病变；④妊娠及哺乳期妇女。

1.3.2 注意事项：①正常治疗时，患者腹部贴电极片皮肤应有轻微的针刺感灼热感，必须随时了解患者感觉，及时调整输出幅值，以获得最佳治疗效果。②个别患者腹部贴电极处皮肤若无轻微针刺感或灼热感，应重新清洁皮肤或调节幅值，加大输出电压。③禁止与医用电子仪器同时使用。

2 结果

采用随机分组方法将胃肠手术后病人分为两组，治疗组和对照组。各32例。治疗组：常规治疗加胃肠起搏器治疗；对照组：常规治疗。由附表所示治疗后两组病例在排气时间有非常显著性差异（$P<0.01$）。充分表明胃肠起搏器能有效缩短胃肠手术后排气时间。

附表 治疗后两组胃肠功能恢复（排气）时间比较（$\bar{x}\pm s$）

组 别	总例数	胃手术后 (n=12)	胆道手术后 (n=9)	肠手术后 (n=11)
治疗组	32	59.76±11.14	61.33±13.56	74.45±9.67
对照组	32	86.25±19.54	88.89±22.39	94.72±16.62

注：两组比较，$P<0.01$

3 讨论

泰士WCH胃肠起搏器是一种胃肠功能性疾病治疗仪，人的消化系统各器官（食道、胃和肠等）的正常功能是依靠他们之间协调的蠕动来完成的，而胃肠的蠕动是由胃肠电起步点发出

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一附属医院普外二科