维普资讯 http://www.cqvip.com

浅谈脑瘤病人术后的心理治疗及护理

严静玲* 付 博* 廉晓宇*

脑瘤病较其它科疾病均重。手术复杂，风险很大，且是唯一的治疗方法，加之病人对此患的疾病缺乏应有的了解，除个别神志不清的病人例外，思想负担均较重，多会产生紧张、焦虑、恐惧等不良的心理反应，个别还有轻生的念头，影响病人的治疗和愈后。因此、脑瘤病人术后的心理治疗及护理极为重要。

自1991年5月至今我科收诊的138例清醒的脑瘤术后患者的心理治疗及护理效果均较满意。

一、临床资料

听神经瘤30例，垂体腺瘤33例，脑膜瘤40例，动脉瘤35例；男72例，女66例，年龄3～62岁，12岁以下为18例。

二、讨论

1.在密切观察病情，给予专科护理同时，更为密切的了解病人的心理状态及其手术，及时发现病人因疾病所致的心理障碍，以便给予相应的心理护理。

2.病人术后醒来，主动告诉病人手术已顺利完成、介绍自己是他(她)的责任护士，并简要介绍相关仪器使用目的，各种导管及导联的作用，卧床、卧位、饮食及休息的重要性。

3.多与病人交谈，了解病人的顾虑，深入浅出地讲解有关疾病知识，介绍类似成功的病例。

4.服务热情周到，做好家属的思想工作，避免勤于探视病人。

5.预料病人可能出现的不良反应，给予解释及相应的护理，让病人知道有些不良反应是很快可以恢复的。

6.对于患儿尤其是不能合作者，主动与之接触，与他们交友，经常给予表扬及鼓励，使他(她)们保持最优的心理状态配合治疗。

7.对有轻生念头者除上述心理护理外，还要加以专护，以情感唤回病人对生活的渴望。

8.对于恢复期及即将出院的病人，在康复护理的同时加一些娱乐活动。

(收稿：2000-10-26)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院神经外科

手术室护士工作中的危险因素及防护措施

史春英* 袁桂珍* 孙兰英*

我院手术室每年完成急症及择期手术4000多例，为院里赢得了社会效益和经济效益。但工作中我们体会到手术室护士工作繁重，节奏紧张、长时间处在密闭的特殊环境中，且不可避免地接触病人的血液、多种化学消毒剂、空气中残余的麻醉剂、噪声等对人体健康不利的因素，影响了护士的身心健康。如何正视手术室这些危险因素，切实加强职业防护管理，十分重要，我们结合工作实践、总结探讨如下。

一、手术室护士工作中的危险因素

1、疾病感染的危险

手术中经常使用一些锋利的器械、如：手术刀、剪、缝合针等，医护在传递过程中容易损伤自己和他人。护士在术中经常接触病人的血液、体液及病理组织、因此，术中意外损伤后容易感染乙型肝炎、丙型肝炎和爱滋病等。有文献记载：约有11、7%的手术室工作人员存在意外的血液直接接触，也有资料显示因职业引起的感染途径中针刺损伤占80%。

2.各种化学消毒剂的危害

手术室里手术间、手术器械消毒、病理标本处理等都要使用一些化学消毒剂、如：福尔马林、甲苯、戊二醛、环氧乙烷等，这些化学制剂对人体的皮肤、呼吸道、神经系统都有一定影响，使人体免疫力下降，环氧乙烷、乙醇、甲苯还能诱发细胞突变，并具有累积效应。

3.空气中残余麻醉气体的不良影响

手术间内有时由于麻醉机故障或手术后排放残余的吸入性麻醉药，容易造成手术间空气中吸入性麻醉药浓度过高，如：氧化亚氮使DNA合成降低抑制骨髓造血功能，安氟醚长期吸入对肝脏不利，日积月累，对护士健康特别是对孕期工作人员有不良影响。近几年我院手术室有几名护士在生育期出现不良现象，2人孕后流产、1胎孕后死胎。

4.噪声污染

手术室平均噪声是60～65分贝，但常接近90分贝，工作中我们分析，噪声主要来自麻醉呼吸机、电动吸引器、电凝、器械车轮摩擦、工作人员对话(主要是与工作无关的嬉笑)。噪声可引起人体的生理、心理应激反应，人体内分泌、心血管、神经系统等发生改变，使工作人员反应迟钝，注意力不集中，影响语言的沟通，易出差错，关系着手术的成败。

5.其它

手术室护士经常高度精神紧张，遇有急、重症手术更为明显，遇大手术或连台手术时，经常超时间超负荷工作，造成身心

* 154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院手术学教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

疲劳，表现为心情焦虑，植物神经功能紊乱，患慢性胃炎、胃溃疡，静脉曲张的人较多。另外，手术室易燃易爆气体、液体较多，应用电器多，有的患者需行X线下手术，如果不注意这些方面的防护，也容易造成伤害。

二、防护措施

1.规范围手术期各项操作，降低疾病感染机率

术前我们要求护士做好自检，有皮肤破损的不安排病毒携带者的手术配台：术前一天护士要访视病人，查看病历，了解病人病情及病毒携带情况，以便术中重点防护。术中严格规范各项操作，一旦出现刀割或针刺损伤，要立即挤出少许血液，高效碘消毒局部，更换无菌手套，严重时换人。术后器械、敷料、病人的分泌物、排泄物及护士的双手必须按院内感染控制办的要求去消毒、处理。新毕业护士要求健康体检，注射乙肝疫苗，做好围手术期的安全防护，最大限度降低护士疾病感染机率。

2.化学消毒剂的使用及残余麻醉气体的处理

要求护士准确掌握消毒剂的配制、使用方法及注意事项，避免直接接触，使用时戴防护手套、口罩，溅入眼睛或皮肤，立即清水反复冲洗，条件允许可单设物品熏消间，并且要有排气设备。特殊手术间空气熏蒸消毒后，在符合无菌标准的前提下，适当通风，减少刺激气味对工作人员的伤害。麻醉科要保证麻醉机正常运转，泄漏量最小，麻醉废气尽量排放室外，合理安排孕期护士工作，怀孕4～6个月安排器械室工作。

3.噪声污染的处理

噪声之所以未引起手术室人员重视，关键是缺乏对噪声的认识，为此，我们进行了专题讲座，从思想上行动上自觉控制。对科室所有仪器设备定期进行普查、检修、上润滑剂，消除异常噪声。要求手术人员必须严格遵守规章制度，不许在室内嬉戏打闹，不许谈论与手术无关的事，术中尽量减少进出的次数和频繁的走动，对参观人员严格限制，加强管理。

4.科学合理排班，减轻护士身心压力

手术室工作环境特殊，劳动强度大，工作中要注意合理安排、调整每个人参加急症、洗手和巡回工作的次数，改进工作流程，尽量减少体力消耗，保证工作连续性，缓解身心疲劳。对大台或连台手术，创造条件，中午替换洗手护士下台进午餐，稍做休息，使身心得以缓冲，提高工作效率。手术室易燃易爆气体、液体应定点存放，有明显标准，电器及线路请有关人员定期维修，消除灾害隐患。

小结：根据我们手术室的客观条件，针对工作中实际存在的各种危险因素，我们采取相应的防护措施，完善管理制度，收到较好的效果。工作中让护士明确危险因素是客观存在的，但工作中只要安全操作，也是可以防护的，消除恐惧感，在完成工作的前提下，努力去创造一个适合自己和病人的整洁、清新、安静、安全的手术环境。

（收稿：2000-11-20）

直肠癌术后局部复发18例的诊治体会

刘纪炎* 洪堂灿*

直肠癌术后局部复发如发现早、处理方法得当，有时仍能取得较为满意的疗效。少部分病例可获得根治性治疗，足见早期发现的重要性。本文通过一些具体病例及以往的经验总结如下：

一、临床资料

局部复发病例是从我院1994～1998年87例直肠癌根治术后病人中整理出来的，不包括失访及肝转移病例，其中Mile's术48例，Bacon术11例，Dixon法28例，而复发分别是Mile's术后9例，Bacon术后3例，Dixon术后6例。其中区域复发7例，吻合口周围复发3例，会阴复发8例。至目前生存6例，死亡12例，获得根治性切除5例，姑息切除4例，未作手术9例，获得根治的5例分别是3例吻合口复发，1例作Bacon法，2例作Mile's术获得切除。2例会阴单个结节复发，经阴道获得切除。所有手术切除组病理报告均与原病理分型相同。

二、讨论

1.复发率：本组复发率20.7%（不包括肝转移），获得再次手术的机会接近30%，从本组分析看直肠下段癌复发率高。

2.复发因素：年龄、病理分型、分期、浸润程度，淋巴结数目及部位均是影响因素。术中无瘤技术则是重要因素。其中一例32岁的女性病人，第一次手术为Dixon术，14个月复查发现原吻合口下2～3cm处有蚕豆大小结节，经病理证实属复发，分析原因，可能是术者在术中习惯于在钳上方切除肿瘤，这样操作固然方便，但易把脱落癌细胞种植到损伤的直肠粘膜上，从而导致复发。

3.早期诊断：术后定期随访是早期发现的必要条件。①会阴触摸，肛指检，女性病人阴道指检都是必不可少的检查手段。本组2例会阴复发是通过阴道指检获早期发现。②CEA测定，早期病人局部复发约有50%血浆CEA升高。③CT检查的重要性在于作动态观察，因为盆腔组织器官较多，加之术后解剖结构改变，单凭一次CT很难发现早期病变，动态CT情况就大不一样。具体方法是术后出院时作盆腔CT检查留底，然后术后1个月、3个月、6个月、1年，以后每年一次CT检查，进行比较以发现异常病灶。本组1例是通过此方法发现。④结肠镜主要对吻合口周围复发有帮助。真正的吻合口复发少见，往往是从

* 作者单位：312500 浙江省新昌县人民医院外科