维普资讯 http://www.cqvip.com

痛，神经官能症相似，必须细致检查，排除其他疾病。

2.除外横突孔段受压所致的基底动脉供血不全。

3.针刀必须在枕骨骨面上滑动，不可下滑刺入寰枕关节腔。

4.针灸，理疗及单纯牵引适用于不能松解筋膜挛缩，难以达到治疗目的。

5.针刀术无切口，几乎无损伤，定位准确，可直达病变部位进行剥离，使粘连、挛缩松解，也可增加局部血循环。该方法简单，见效快，大大缩短了疗程，在门诊和基层医院均能开展。

（收稿日期：2002-01-21）

临产过程中家属陪伴的正面影响

李 涛* 张香铃*

分娩疼痛是产妇所共有的，是个体的一种不愉快的主观感受。在分娩过程中常因恐惧、紧张形成恶性循环，影响母子的健康。陪伴分娩是一种回归自然的分娩方式，它的临床意义是促使以医护人员为中心的产时护理模式，支持和促进自然分娩提高产科质量。为了达到这一目标，我科从2001年采取护士与家属共同陪伴随产妇度过临产这一过程，取得满意效果，现将临床观察的结果报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：2001年1月至12月，我院共分娩210人，随机陪伴产妇200例作为观察组，同时随机抽取未陪伴产妇作为对照组，两组孕妇均为初产妇、单胎，头位，胎儿的预测体重为2500～4000克，无严重内科合并症及产科并发症，年龄23～34岁，孕周38～41.5周，具有可比性。

2.方法：(1)陪伴分娩的做法：①设置陪伴待产室：设单人房间，布置整洁优雅，配百叶窗帘，床、柜、茶几、电视等，产妇出现规律宫缩后进入陪伴待产室，除助产士按常规观察产程、关心护理产妇外，产妇的亲人（丈夫占90%、母亲占8%，其他占2%）也陪伴在产妇身边。②做好患者的产前宣教，使患者获得良好的产前护理知识。健康教育教材内容包括：妊娠和分娩的生理过程、分娩的方法和技巧，使产妇保持相当的自理能力，以配合分娩的过程。同时提供相关知识的咨询服务。③陪伴分娩技巧：共同讨论孕妇的自我照顾方法。首先，解释临产中卧床休息的重要性、患者宫缩不强时，应劳逸结合，适当休息、防止疲劳。鼓励阅读，听轻音乐、指导患者进营养丰富、热量高、易消化的食物、保持营养和能量，可防止分娩中无力。予以低流量氧气吸入2～3L/min，预防胎儿宫内窘迫。

陪伴者全产程给以产妇心理和情感上的鼓励，表扬产妇取得的进展，使产妇保持信心。使产妇保持最适的体位，并给予舒适的抚摩、轻揉下腹部或腰骶部，按摩阿氏穴减轻产妇腰骶胀痛，产后观察两小时，陪伴者与产妇一同转入爱婴病房。

二、结果

1.心理反应：产妇由亲人陪伴，心理状态相对稳定，陪伴者能随时安慰产妇，鼓励产妇、稳定其情绪，降低产妇的焦虑、恐惧心理，疼痛应激反应减低，而未陪伴产妇则明显差些。

2.产程长短：两组分别做t检验，有陪伴产妇总产程明显短于未陪伴产妇，见表1。

表1 两组产妇产程比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	产程(min)			
		第一产程	第二产程	第三产程	总产程
观察组	130	414.46±186.51	38.38±28.28	10.19±4.47	455.54±198.26
对照组	86	439.88±178.34	41.98±27.53	11.80±6.55	487.67±183.83

注：两组比较，$P<0.01$

3.配合程度：其中98%的有陪伴产妇积极配合，而87%的未陪伴产妇未能配合，哭闹。

4.分娩方式：有陪伴产妇82%顺产、7%胎吸，11%剖宫产；未陪伴产妇52%顺产、3%胎吸，45%剖宫产，两者有很大的差别，见表2。

表2 两组产妇分娩方式比较

组别	例数	分娩方式							
		顺产		产钳助产		吸引产		剖宫产	
		n	%	n	%	n	%	n	%
观察组	210	123	58.6	5	2.4	2	1.0	80	38.1
	200	83	41.5	2	1.0	1	0.5	114	57.0

注：两组比较，$P<0.01$

5.产后出血量：有陪伴产妇出血量产后2h和产后24h内明显少于未陪伴产妇，见表3。

表3 两组产妇产后出血量比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	产后2h内		产后24h内	
	例数	出血量	例数	出血量
观察组	130	136.46±54.46	210	277.05±105.01
对照组	86	191.40±130.06	200	331.00±171.04

注：两组比较，$P<0.01$

* 作者单位：833700 新疆伊犁州奎屯医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

1.陪伴分娩是产妇及其家属的普遍需求,有关资料表明,98%以上的产妇有恐惧感。焦虑恐惧是心理应激的正常表现,而过强的应激结果将导致一系列病理反应,如子宫收缩下降,疼痛敏感,而疼痛又加重焦虑、恐惧,造成恶性循环,从而抑制大脑皮层,影响正常宫缩,导致宫缩乏力,继发产程延长,使产后出血增加。产妇疼痛时哭闹不仅消耗体力过度换气,会导致胎儿宫内窘迫、宫内缺氧,使新生儿窒息的发生率增加。产妇由亲人陪伴,陪产者能随时安慰鼓励产妇,使其情绪稳定,降低产妇的焦虑恐惧心理,并可协助产妇进食补充能量,从而促进产程进展,降低产后出血及新生儿窒息的发病率。陪产还可增加母亲的信心,减少母亲的忧虑,增加抚养孩子的自信,促进母乳喂养和减少产后忧郁发生等。

本文资料显示,陪伴产妇产时心理反应,分娩方式,配合程度,产后出血量与对照组均有显著差异,主要原因可能是:(1)分娩对于产妇来说是一种伴随不安的期待体验,尤其是我国的初产妇较多,缺乏对分娩过程的认识,过分担心分娩过程的疼痛,因而对分娩存在着紧张恐惧心理,陪伴分娩改善了产妇的周围环境,使其不再感到孤独无助,有安全感和满足感,因而体力充沛,产程进展顺利,心理压力大为减轻。(2)陪伴产妇分娩过程中心理状态相对稳定,情绪愉快,产妇自信心和忍耐力增强,对疼痛的耐受性提高,因而就能很好的利用宫缩间歇时间休息,减力体力消耗,从而可产生有效宫缩,使产程进展顺利,产后出血量减少。未陪伴产妇剖宫产率高,很重要的一个原因是由于产妇心理因素造成。如不良的心理状态促进产妇难以忍受分娩的痛苦,提出尽早结束分娩的过分要求,人为干扰正常的分娩过程,导致产科干预增多,剖宫产率上升。

2.陪伴分娩的护理:(1)陪伴者在孕妇产检时就接受必要的陪伴分娩培训,才能适应分娩时的情景,并能更好的调节医患关系,发挥陪伴者应起的作用。(2)严格执行消毒隔离制度。陪伴者进入产房时须换专用拖鞋,洗手,穿隔离衣,戴帽,戴口罩。陪伴待产室应每日用消毒拖把拖地2次,紫外线消毒一日两次,终末用消毒液擦拭室内物品。(3)提高产科人员的技术水平重视产科护士的素质培养,以适应产妇为中心的新的产时模式,陪伴分娩是对医护人员的工作检查,是对医护人员的监督。这就要求医护人员不断提高业务水平,增加服务意识。只有这样,才能密切医患关系,最大限度减少医疗纠纷发生。

(收稿日期:2002-01-22)

水痘和带状疱诊患者的观察与护理

李艳华* 王仁霞*

水痘和带状疱疹是由同一病毒即水痘—带状疱疹病毒所引起的不同表现的两种疾病,水痘是原发感染,以全身出现水疱疹为特征。带状疱疹是潜伏在感觉神经节的病毒再激活后引起的皮肤感染,沿感觉神经在相应节段引起疱疹,该病毒抵抗力强,不耐热,不耐酸、对乙醚敏感,不能在痂皮中存活。人群对水痘普遍易感,本病以冬春季节发病为高峰,感染水痘可获持久免疫,但可发生带状疱疹。现将护理体会报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组30例,水痘18例,带状疱疹12例,年龄5~50岁,平均27.5岁,水痘表现为水疱疹。带状疱疹表现为成簇皮疹,30例患者经治疗后全部痊愈。

2.临床表现:水痘前驱症状轻,年长儿童或成年人可有上呼吸道感染症状,出疹期,水痘疱疹液透明,数小时后混浊,伴皮肤瘙痒,1~2个月后干枯,结痂,痂皮无传染性,皮疹分批连续出现。粘膜处疱疹破裂后形成溃疡,免疫功能缺陷者引起内脏损害,病死率高。带状疱疹沿神经节分布,出现成群皮疹,沿神经节段局部皮肤疼痛、瘙痒,感觉异常,免疫功能缺陷者,可侵袭脊髓。

3.治疗方法:(1)早诊断。(2)早治疗、积极应用抗病毒药物,并对患者处理,如局部神经痛是最常见症状,应营养神经。(3)防止并发症,防止肺炎,脑炎及其他中毒症状,眼部有疱疹者滴眼液,有面瘫及听觉症状者还可应用抗病毒药液的无菌棉球塞双耳,以防耳道疱疹,有皮肤感染者,按外科换药治疗,加用抗病毒药并保持干燥,康复期注意休息,少食刺激性食物,禁烟酒,加强原发病的治疗。

二、护理体会

1.心理护理:皮疹位于表皮,外观随时可见,患者情绪紧张,担心皮肤留有瘢痕或色素沉着,护士应主动热情向患者介绍治病知识,做好疾病宣教,消除心理压力,护理人员应增强责任心,关心,体贴,安慰患者,取得其配合,树立战胜疾病信心,积极配合治疗和护理。

2.皮肤护理:衣服,被褥经常更换,保持干燥。皮肤瘙痒可应用0.25%炉甘石洗剂或是5%碳酸氢钠溶液局部清擦,修剪指甲,防止抓伤皮肤。水泡破裂后或未破者可用无菌针刺破,用无菌棉球挤干液体,再涂双氧水,并使双氧水进入泡内,产生泡沫,反复进行,直至泡沫减少,愈后结痂不留色素沉着,不复发,治愈率达100%。

3.对其他症状也要注意观察:(1)注意有无肝部,肺部及脑

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯铁路医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

损伤，老年人应注意有无心绞痛或溃疡性疼痛，膀胱功能障碍和脊髓炎发生。(2)心肌损伤者卧床休息，注意心率，心律，ST—T 改变。(3)排尿困难者积极采取有效措施，防止泌尿系统感染。(4)肝，脑损伤时，或有共济失调，应防止外伤。观察有无头痛，皮肤黄染及转氨酶增高，性情转变等。(5)发热时卧床休息，保证充足睡眠，情绪稳定，补充足够营养，水分，及时给予物理降温，小儿防惊厥。

4.艾灸治疗带状疱疹的护理

艾灸加快血液循环，促进炎症渗出的吸收，减轻神经末梢压迫症状，降低炎症介质含量，艾灸局部可温经理气，疏通经脉，扶正祛邪。许多患者施灸后即感局部舒适，疼痛减轻，并且缩短疼痛时间，操作简单，费用低，安全，无不良反应。施灸时应注意，对空腹，年老，过饱，过度疲劳、灸法恐惧者，以及局部神经末梢受损，感觉障碍者，谨慎施灸，防止烫伤，晕灸，孕妇防止流产，一但局部施灸过量，出现水泡，应及时用滑石粉加压包扎或涂 1%龙胆紫。

5.预防

1.呼吸传染性强，呼吸道隔离，主要通过飞沫和直接接触传播，采取房间隔离。

2.水痘患者应隔离至疱疹结痂出疹后 7d。

3.污染的用具单独处理，用物不得互相借用，单独使用。

4.对于高危人群可注射丙种类蛋白，或带状疱疹免疫球蛋白，可以减轻发病后症状。

5.试用水痘-带状疱疹减毒活疫苗来免疫易感者。

(收稿日期：2002-01-22)

不典型急性心肌梗死 32 例误诊临床分析

刘艳姝* 张英萍* 王建华* 赵智宏*

近年来不典型急性心肌梗死发病率有上升趋势，临床上误诊情况也较常见。为提高对本病认识，进一步探讨本病的发病情况及临床特点，本文收集了近年国内医学文献报告的不典型急性心肌梗死误诊病例 32 例，就其临床特点及误诊情况进行分析。

一、资料与方法

1.临床资料：(1)30 例误诊患者中，男性 22 例，女性 10 例；年龄 42～74 岁。既往糖尿病 9 例，慢支、肺气肿 7 例，脑梗塞 3 例。在门诊或急诊误诊 27 例，入院后误诊 5 例。误诊时间 1h～3d。全部患者无心前区疼痛或仅有轻微胸闷症状。

2.主要表现为腹部不适、恶心、呕吐误诊为胃肠炎黄 14 例(43.8%)；咳嗽、咯痰、气急、喘憋误诊为慢支、肺气肿 8 例(25%)；左肩部、颈部疼痛误诊为颈椎病、肩周炎 5 例(15.6%)；嗜睡或肢体无力误诊为脑梗塞 3 例(9.38%)；生气后心悸、躁动不安，情绪激动误诊为心脏神经官能症 2 例(6.25%)。

二、结果

30 例患者经动态观察心电图变化，心肌酶检查确诊为急性心肌梗死，经抗凝、溶栓、改善心功能、抗心律失常治疗后 27 例好转出院，3 例因心源性休克、1 例因心脏破裂死亡。

三、讨论

由于不典型急性心肌梗死患者临床表现多样，缺乏典型心前区疼痛症状，易于造成误诊、漏诊，分析其原因如下：

某些患者特别是老年人神经系统功能减退，对于疼痛不敏感，痛阈升高；或者因急性心肌梗死的严重并发症如心力衰竭、心源性休克掩盖了疼痛症状；糖尿病患者由于自主神经损伤，无明显疼痛；既往曾患脑血管病的患者感觉迟钝等原因均可以使急性心肌梗死患者无明显心前区疼痛症状。据文献报道老年人无痛性心肌梗死的发病率为 18.6%～52.8%。本组患者中既往糖尿病 9 例，脑梗塞 3 例，说明糖尿病及脑梗塞不典型心肌梗死患者中发生率较高。

本组 32 例误诊患者中，误认胃肠炎占 43.8%，由于心肌梗死时梗死部位心肌缺血缺氧，刺激心脏表面的迷走神经传入纤维感受器，反射性引起胃肠肌痉挛，引起恶心、呕吐症状。急性心肌梗死心功能不全发生率较高，患者表现为咳嗽，气喘等症状，某些患者原有慢支、肺气肿病史，容易造成误诊。心肌梗死后心肌细胞乏氧，代谢产物如腺苷等刺激心脏交感神经传入纤维沿胸交感神经 1－5 节传入大脑中枢，疼痛向颈 2 至胸 10 放射，而误诊为颈椎病、肩周炎等。心肌梗死心排血量下降造成脑灌流不足引起嗜睡，肢体无力等症状，易误诊为脑梗塞。这种患者往往梗塞面积较大，容易出现严重心衰、心源性休克。对于原有神经官能症患者，特别是年轻女性，由于生气等原因表现为情绪激动，躁动不安，医生极易诊断为神经官能症、癔症等。综合上述原因，不典型急性心肌梗死，往往被误诊为消化系统、呼吸系统及脑血管疾病等。

为了避免急性心肌梗死的误诊，临床医师必须拓宽思路，提高对不典型急性心肌梗死认识，认识其多种多样的临床表现，进行细致全面体格检查和必要的辅助检查如心电图、心肌酶检查，特别对于老年人常规进行心电图检查。同时需要强调的是要注意观察患者病情变化，动态观察心电图情况，谨防心肌梗死漏诊、误诊。

(收稿日期：2002-01-14)

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院循环科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

急性心肌梗塞患者溶栓前后护理

郭桂荣* 任淑芹*

我科自2000年10月至2001年10月对22例急性心肌梗塞(AMI)患者进行溶栓治疗,溶栓后均取得良好效果,现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

本组22例中男13例、女9例、年龄34~70岁,平均62岁,以上病例均符合WHO急性AMI诊断标准。溶栓药物有重组链激酶、尿激酶。

二、溶栓前护理

本组80%患者对AMI所致的严重后果—死亡、不够了解。首先对其进行健康教育,做为责任护士要对患者及家属讲解AMI危害性、一旦患者有此病、生活质量受到影响,将会失去健康生活,所以早期治疗具有重要意义。溶栓前多数患者会担心溶栓效果,产生焦虑、恐惧、精神紧张、情绪激动等不良心理,负责护士要介绍溶栓药物的作用,副作用并根据患者年龄、文化程度、家庭状况等情况进行沟通与疏导,详细解释本科医疗水平及有关AMI患者康复病例,提供有关护理方面信息一专人监护。通过健康教育,使患者克服了紧张、焦虑情绪、保持平稳状态,以最佳心理状态配合治疗。溶栓前,护士准确采集各项血标本送检,包括血小板、血常规、血型、凝血酶原时间、出凝血时间、心纤维蛋白原等,并密切监测血压变化。

三、溶栓护理

1.溶栓用药过程的监测:由于溶栓药物与用药时间、梗塞面积有关,因此,确诊后必须分秒必争,积极配合医生选择最佳给药途径,治疗前建立2~3个静脉通路,以防溶栓过程中出血时急救,根据医嘱及时、准确地使用溶栓剂,调整好滴数,以保证溶栓治疗的疗效。

2.凝血与纤溶系统的监护与防治:溶栓过程中最常见的并发症是粘膜及脏器出血,除溶栓前准确采集血标本外,开始溶栓2h左右以及之后、视需要每6h进行有关凝血及纤溶系统各项血标本采集和送检,在溶栓期间应密切观察患者生命体征的变化,注意有无皮肤瘀点、牙龈出血、鼻衄、血尿、咯血、黑便、颅内出血等,一旦发现有出血倾向,应立即通知医生,并停止溶栓治疗,采取措施控制出血,必要时准备输血。

3.严密监测血压:由于血压高是导致溶栓引起出血的主要危险因素,不易溶栓治疗,急性AMI患者大约50%患者血压下降,使用重组链激酶溶栓,则常会出现血压下降副作用。因此,应严密监测血压变化,治疗前后每15~30min测量血压一次,并详细记录,发现异常,及时协助医生予以相应处理。

4.心电监护:急性AMI患者典型临床表现有心律失常,多发生在1周内,尤以24h最多见,应用溶栓药物后也会出现再灌注性心律失常,是引起死亡主要原因之一。所以心电监护十分重要,护士必须掌握有关心电知识,及时发现心率,心律变化,备好急救药品及设备,如有异常,及时报告医生,采取有效措施。

小结:通过对急性AMI患者溶栓前后不同健康需求,进行健康教育指导及正确熟练的护理技巧,使抢救成功率达到了理想的程度,AMI复发率降低了95%,提高了患者生活质量。

(收稿日期:2002-01-09)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯铁路医院循环内科

用无水酒精注射治疗切口多发性种植癌的效果观察

边 拜* 叶尔布拉提*

一、临床资料

病例,男,68岁,主诉为阵发性刺激性咳嗽、咳痰、痰中带少量鲜红血丝、伴有胸痛、心悸、呼吸困难10d入院,查体:体质消瘦,右侧肋间隙变窄,目测呼吸运动受限、倍颤及音减弱、胸部X线摄片显示,右肺门区见大片模糊影,密度不均,侧位片见右肺下叶背段大片密度增强影,右肋隔角变钝,右肺门见小片钙化灶。纤维支气管镜发现右肺下叶背段支气管开口处粘膜充血水肿,管腔内壁突起狭窄。CT检查显示,右肺下叶背段见

* 作者单位:833200 新疆奎屯市州医院外一科

维普资讯 http://www.cqvip.com

约10cm×12cm大软组织块影，其内偏中心空洞，空洞内示结节状影突起，病灶与后胸壁紧贴，纵隔内有较小淋巴结影。临床诊断为右下叶肺癌。在全麻下行肺癌根治术。病检为鳞癌(Ⅲ级)。术后治愈出院。患者术后5个月原胸腔闭氏引流处出现了3cm×2cm、1.2cm×1.0cm、0.6cm×0.5cm的质硬，表面不光滑之肿瘤，活检为种植癌。确诊后分别在瘤体内注射无水酒精治愈出院，又过半年同侧胸部切口又长出2个同样种植癌，分别约0.8cm×0.5cm、0.5cm×0.5cm大，亦以上同样方法注射纯酒精治疗，瘤体消失。

二、结果和讨论

切口多次出现多个种植癌，可能是手术过程中被污染或残留癌组织细胞复发。该患者在术中发现肿瘤已浸润胸壁组织，并有少量血性胸水，虽然术中进行清扫浸润病灶，术后清洗切口等，但肉眼无法彻底清除癌细胞。术后5月至1年中胸部切口两次长出5个大小不等的癌肿，加之患者拒绝再次手术治疗的情况下，作者采用99.9%无水酒精(乙醇)做肿瘤内注射杀死癌细胞。具体操作方法是，常规消毒手术区，铺好无菌单，先用1%利多卡因在瘤体周围正常组织麻醉好后再用20ml 8号针头注射器抽好无水酒精20ml，距肿瘤根部正常组织约35°进针，深度根据肿瘤基底部调整，从基底部开始逐层注射至顶部，使瘤体变灰白色为止。一般一次注射可以治愈，用量5ml～25ml左右。不良反应为局部剧烈刺痛及创面愈合时间较长，对人体无毒副作用，它对组织细胞具有较强的腐蚀作用，能使癌细胞蛋白质迅速地凝固、变性、坏死、脱落，从而达到治愈体表癌肿的目的，经过以上治疗，患者切口未再复发种植癌，效果满意。

(收稿日期：2002-01-07)

应用扩张皮瓣及MEDPOR支架行全耳再造的护理

毕秀芝* 岳超英* 林丽丽*

全耳廓再造术治疗先天性小耳畸形，是整形外科手术中非常复杂的手术之一，因为耳的结构复杂，外耳廓凹凸，结构分明，皮肤和软骨菲薄，且具有弹性，所以再造困难。我院应用扩张皮瓣及MEDPOR支架行全耳再造，取得了良好的临床效果。与传统的应用自体肋软骨雕刻支架行耳再造相比，具有结构清楚，损伤小，患儿手术年龄提前等优点。现将护理体会介绍如下。

一、资料与方法

1.临床资料：6例10耳，2例双侧小耳畸形，4例单侧小耳畸形。成人2例，5～7岁儿童4例，男4例，女2例。先天性小耳畸形5例，狗咬伤1例。

2.MEDPOR支架简介：MEDPOR耳支架，由聚乙烯材料合成，分成两部分：1耳轮部分由弯曲螺旋的耳轮框架构成；2基坐部分，构成耳的精细结构。应用时将耳轮部分安装在基坐上，根据患者所需的大小，高低进行调整，将两部分用尼龙编织缝线固定，耳支架制作完成。此支架性能好，对人体无害，无排斥，不致癌。

3.手术过程与方法：(1)埋置扩张器；(2)扩张器注水期；(3)扩张器取出全耳再造：患者全麻，在耳后发际内设计长约4厘米的弧形切口线，用23号圆刀沿设计切口，切开皮肤皮下层，分离出饱满的扩张器，锐、钝性分离，剥离纤维膜，扩大剥离范围，根据需要安装MEDPOR支架，修剪固定，缝合于皮下，充分止血，皮下放置多孔引流胶管，双耳再造要使双耳对称，大小相等，耳廓上端与眉平齐，缝合切口，包扎固定。

二、临床护理

1.心理护理：(1)患者有此缺陷，有自卑心理，听力差，形态不好，害怕别人笑话，对生活缺乏信心，学习成绩不好，不合群，喜欢独处，不愿与人交流，缺少获得知识的信息。(2)家长有自责心理，对孩子百依百顺，娇惯溺爱，使其专横玩皮。(3)知识缺乏，不了解MEDPOR的形态、性能、经济负担重，患者及家属恐惧焦虑。(4)护理人员应用护理程序做好患者的心理护理，加强沟通，及时提出护理问题，制定计划，给予必要的，及时的解释，使其充分了解病情，手术方法，耳支架的性能，形态，术后效果，治疗过程，所需费用，手术医生的技术状况。使其有充分的思想准备，消除恐惧心理，乐于接受治疗，积极配合手术。

2.术前准备：检查扩张后的皮肤有无炎症，湿疹等，备皮时切勿损伤扩张后的皮肤。参加医生的术前讨论，了解手术方法，术后可能出现的情况，准备好所需物品，如MEDPOR耳支架，负压引流装置，根据患者年龄大小，准备不同型号的气囊尿管。

3.术后护理：(1)全麻术后护理，其目的是引出残血和渗出液，预防感染，使扩张皮瓣均匀一致地紧密贴附在耳支架上。严密观察患者的生命体征，保持呼吸道通畅，妥善固定尿管，引流管，防止坠床，注意保暖。(2)负压引流的护理：MEDPOR支

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com

架，质地稍硬，粘贴皮瓣的能力较肋软骨支架差，因此负压引流，护理至关重要。要将负压吸力固定在0.02～0.03MPa，切忌吸力一会大一会小，负压吸引要持续3～5d。双侧耳应用三通双侧耳吸引。防止引流管滑脱，打折，堵塞，用夹子将其固定在床头。严密观察负压引流液的颜色和引出量。术后当天每30min观察1次，保持引流通畅，随时挤压引流管，必要时用注射器注入生理盐水，以解除引流管梗阻，确保负压吸引有效，使扩张皮瓣确切地贴附在耳支架上，皮瓣与支架之间无积液，无死腔，使再造耳外形佳，结构清楚，待引流管引流出液体全部为黄绿色渗出液或无引流液时可拔出引流管。(3)皮肤的观察护理：耐心，仔细地观察术区皮肤的颜色、血运、皮温、毛细血管反应及肿胀程度，发现异常及时处理，如发现某一点皮肤颜色苍白，说明此处张力过大，要暂时停止吸引，调整张力。将松弛处皮肤向紧张处皮肤推移，减张后重新吸引，保持局部温度，必要时应用烤灯照射，使表浅小血管扩张，血流加速，组织营养和新陈代谢改善，促使渗出液的吸收。应用60～100W灯炮，距离为40～60cm。(4)体位和饮食的护理：双耳再造，要求仰卧取头中立，头可垫一软枕，单侧耳键侧卧位，防止挤压再造耳，卧床3d，忌辛辣油腻食物，防止尿路感染，保持大小便通畅。(5)预防感染：应用抗生素，严格无菌技术，必要时可局部用药，做药敏，通过负压引流管注入抗生素，保留一段时间后吸出。加强营养增强抵抗力。(6)预防并发症：因MEDPOR支架质地稍硬，应用此支架行耳再造最严重的并发症就是皮肤坏死。护理人员要格外注意，加强皮瓣的护理，要早期发现，及时处理，一定要在48h之内处理好，降低局部张力，调整负压，加强换药，注意观察，千万不要让假体裸露。保持耳支架的固定位置，避免挤压碰撞。

(收稿日期：2002-01-07)

SF-82双极妇科电熨器治疗370例宫颈糜烂疗效观察

娄志文* 王淑清* 宫 丽* 刘雪飞*

子宫颈糜烂是生育期妇女的常见病，多发病，常于分娩，流产或手术损伤宫颈后发生。也有一部分是由于与阴道直接延续的宫颈鳞状上皮受到阴道内各种感染的影响，发生炎症浸润，上皮脱落成形成糜烂，此病可发展生成生殖道浸润癌。因此，对宫颈炎患者需要采取积极有效的防治措施。现就1999年至2001年我院采用ST-82双极妇科电熨器治疗宫颈糜烂370例，随访一年后，疗效满意，现将治疗体会介绍如下。

一、资料与方法

1.临床资料：1999年3月至2000年3月，我院共收治宫颈糜烂患者370例，年龄组为23～48岁，25～40岁发病率为75%。绝大多数以白带增多，腰腹坠痛为主诉，查体见阴道分泌物增多，宫颈外口处有宫颈糜烂部分，外观呈细颗粒状的红色区，部分患者有接触性点状出血。

2.治疗方法：患者取膀胱截石位，常规用2%的新洁尔灭消毒外阴、阴道，窥阴器暴露宫颈，用碘酒、酒精消毒宫颈，干棉球擦净宫颈粘液及窥器内积存的消毒液，然后把电熨器强度旋扭转到10，接通电源，把电极轻压在糜烂处，踏上脚踏开关，慢慢地旋转电极并前移，直到糜烂处全部电熨完毕，使创面呈暗黄色为止，同时，观察电熨处有无出血，如有出血，可再次加压电熨止血，近宫颈内口处电熨程度应略重一些，治疗后创面涂1%的龙胆紫。

3.治愈标准：术后3d，坏死痂皮脱落，分泌物增多，呈水样，7d后部分患者有血性分泌物，一般两周后阴道分泌物逐渐减少，40d之后复查，宫颈创面全部消失，宫颈光滑，如遇好转未愈者，可做第二次治疗。

二、结果

治疗370例患者，治愈370例，治愈总有效率是100%，一次治愈率为98%，其中Ⅰ度宫颈糜烂为105例，治愈105例，治愈率100%；Ⅱ度宫颈糜烂204例，治愈204例，治愈率100%；Ⅲ度宫颈糜烂65例，治愈63例，治愈率93%；2例仅为好转，做第二次治疗后痊愈。

三、讨论

1.宫颈糜烂的治疗方法很多，如冷冻、激光、外用药物以及宫颈椎形切除术等，在大量的妇女病普查中，发病率较高的是宫颈糜烂。临床治疗表明，使SF-82双极妇科电熨器，对各度宫颈糜烂具有一次性治愈率高，治疗时间短，愈合快，术中术后副反应轻，止血效果好等特点，并有复发性小，简便易行等优点，适合广大基层医院使用。

2.注意事项：(1)遇有宫颈炎急性期禁忌，同时做细胞或活检检查，排出早期宫颈癌。(2)阴道炎患者治愈后再行电熨术治疗。(3)电熨治疗应在月经干净后3d内施行。(4)术后禁房事40d左右。(5)重症宫颈糜烂患者电熨治疗后10～20d左右有创面渗血者，用30%的福尔马林溶液涂出血部位并压迫10min左右即可止血。

(收稿日期：2002-02-05)

* 作者单位：166500 黑龙江省肇源县妇幼保健院

维普资讯 http://www.cqvip.com

尿激酶静脉溶栓治疗 20 例急性心肌梗塞

朱英杰*

近年来,对于老年患者急性心肌梗塞(AMI)普遍开展溶栓治疗尚有争议。我院自 1997 年 7 月至 2000 年 7 月对用尿激酶静脉溶栓治疗发病在 6h 以内的 AMI 患者进行对比观察。

一、资料与方法

1.病例选择:老年组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 65~85 岁,平均(71.2±4.2)岁。非老年组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 35~64 岁,平均(55.2~4.8)岁。两组患者除年龄差异有显著性意义($P<0.01$)外,其他各项差异均无显著性意义。

2.病例入选和冠脉再通标准均参照中华心血管病杂志编委会推荐方案,并除非溶栓禁忌证,但年龄不设上限。均选用国产尿激酶(广东天普制药有限公司)150 万 U 溶于生理盐水 100ml, 30min 内静脉滴入,同时均辅以口服阿斯匹林或皮下肝素及常规治疗。

二、结果

在开始输注尿激酶溶栓剂的 2h 内,老年组疼痛明显减轻者 23 例(77%),非老年组 24 例(80%)。老年组 S-T 段回降≥50%者 22 例(73%),非老年组 23 例(77%)。老年组心肌酶峰值前移者 19 例(63%),非老年组 18 例(60%)。而老年组出现再灌注心律失常者 24 例(80%),非老年组 25 例(83%)。两组间各项再通指标比较差异均无显著性($P>0.05$)。老年组再通率为 73%(22/30),非老年组也为 73%(22/30)。老年组 5 周内病死率为 15%(5/30),其中再通组猝死 1 例,未通组因顽固心衰死亡 2 例;非老年组溶栓未通因猝死,心源性休克死亡 2 例。轻度出血者两组各 1 例。以上各项指标比较两组差异无显著意义。

三、讨论

AMI 溶栓后血管再通能明显降低病死率目前已被公认。有人报道溶栓能使老年患者 AMI 病死率从 20.7% 下降到 17.3%。本组病例溶栓的再通与未通患者的病死率分别为 7.1% 和 33.3%,与文献报道大致相符。另外,我们对老年患者 AMI 溶栓后的出血副作用进行监测,发现老年组仅 1 例牙龈出血,无 1 例脑出血,虽然溶栓治疗时对老年患者有较高的出血危险性,但从价格、危险和得益多方面考虑,认为老年患者 AMI 患者实施溶栓治疗是一项有益而且有效的措施。

(收稿日期:2001-12-12)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市铁路医院急诊科

15 例慢性阑尾炎治疗体会

赵立志* 赵云波*

阑尾炎是外科常见病及多发病,由于急性期治疗不规范,往往形成慢性炎症反应,给患者造成不必要的精神及经济负担,最终仍需手术切除病变的阑尾。本院 2001 年收治 15 例慢性阑尾炎,均行手术治疗,现报告如下。

一、临床资料

本组 15 例,男 10 例,女 5 例。年龄 25~62 岁。阑尾被炎性包块包裹并与后腹膜粘连 3 例;与周围肠管粘连 4 例;1 例异位阑尾与右膈粘连。15 例患者进腹后,均见有少量脓性物或脓痂。

二、结果

15 例患者入院前均经多次大量抗生素保守治疗无效。入院后经术前准备在硬膜外麻醉下取经麦氏点切口,1 例异位阑尾切口向上延长后切除,3 例与后腹膜粘连的行逆行切除。在分离粘连时,后腹膜出血难以控制、给予明胶海棉压迫止血,与肠管粘连的细心分离,有渗血的给予纱布压迫止血、荷包缝合包埋阑尾残端;生理盐水、甲硝唑等反复冲洗腹腔后关腹,术后抗生素给予足量、联合使用,术后平均住院 11d 出院,术后并发肠粘连 3 例,切口感染 1 例。

三、讨论

阑尾在儿童及青壮年时期具有发达的淋巴组织,是与机体

* 作者单位:154101 黑龙江省鹤岗市铁路医院