维普资讯 http://www.cqvip.com

底宫后壁触摸一遍，检查有无肌瘤存在。⑦同新式剖宫产一样不缝合腹膜，但不将大网膜下拉至腹膜破口处，而将大网膜及腹腔其它内容物推向子宫上后方。让子宫下段前壁对腹膜切口处。⑧腹直肌间断缝合2针，将两侧腹直肌并拢以加固腹壁切口，筋膜用可吸收线连续缝合，皮下脂肪不缝合，皮肤用4号丝线行皮缘下埋缝。(2)新式剖宫产术 同马彦彦主编的新式剖宫产。

二、结果

见表1，表2。

表1 两组手术时间出血量比较

组别	例数	手术时间(min)	手术出血量(ml)
观察组	910	21.1±4.6	188±63
对照组	400	18.5±4.5	190±61

注：两组手术时间比较，P<0.05

表2 两组术后切口情况及病率比较

组别	例数	感染及脂肪液化		线周炎及红肿硬节		病率	
		例数	%	例数	%	例数	%
观察组	910	0	0	5	0.05%	30	3.3%
对照组	400	2	0.5%	83	20.8%	16	4.0%

注：两组比较，P<0.01

新式剖宫产有3例二次开腹手术，有一例是宫外孕手术，开腹见有粘连，两例是二次剖宫产术，1例有粘连，1例无粘连。

改良的新式剖宫产术有两例二次剖宫产开腹均未见有粘连。在改良的新式剖宫产中，有妊娠合并糖尿病的，有过度肥胖，体重达120kg者，皮下脂肪均未缝合，切口均为甲级愈合。

3.讨论

我院1998年引进新式剖宫产术，2000年将此术式改进成为具有我院特色的改良的新式剖宫产术。从2000年至今已成为定型的术式。现已应用近1000例，深受欢迎。切口选择在Pfannenstial皱壁处，该处脂肪层最薄，沿皮纹有自然对合倾向，为皮下脂肪层不缝合提供了自然愈合的条件。该切口处，血管少，脂肪层钝性拉开，又尽量保留了完整的腹壁浅动静脉，创面出血少，也为脂肪不缝合促进自然愈合创造了条件。用皮钩拉开脂肪层比用手指拉开对脂肪挫伤小。两侧略向外上斜形剪开筋膜，并略长于皮肤切口，可增加腹壁切口的径线，减少出头的困难。子宫下段切开小口后，术者及助手将食指伸进切口向两侧绷紧，但不撕开切口，这样绷紧后，子宫切口上断裂的血管被绷紧肌层压迫闭合，这样可减少发生羊水栓塞的机会，待羊水基本吸净后，再向两侧撕开切口。不徒手剥离胎盘，而是按摩子宫体，促其收缩。胎盘自然剥离，牵拉脐带娩出胎盘。同时吸净羊膜腔内残留的羊水，也是减少发生羊水栓塞的预防要点，且胎盘小叶可剥离完整。用纱布清擦宫腔可将残留的内膜清除。同时纱布擦后又有止血作用。宫腔内膜出血减少，用碘伏清擦子宫下段对宫口开大者，多次阴道检查者，上行的阴道病原微生物起消毒杀伤作用，减少宫内膜炎及子宫切口感染的发生，降低术后病率。子宫缝合后，将子宫恢复成前倾位，有利于宫腔内血的排出，大网膜，肠管等推向子宫后上方。前段屈的子宫体位于腹膜后防止网膜肠管与前腹壁粘连。腹膜不缝合减轻术后的疼痛，且腹膜愈合光滑。皮下脂肪层不缝合，减少缝线异物的残留，且自然对合不会出现对合错位。作者遇到皮下脂肪最厚达7cm，亦愈合良好。910例手术无一例感染裂开，这在剖宫产手术切口愈合上是少见的。皮肤行皮缘埋缝，虽手术时间略延长了2~3min，但切口皮缘对合好，无大针距的缝线牵拉痛，术后切口疼痛轻，无缝线周围炎。愈合后平整呈线状、无红肿硬节、无针眼疤痕。站立时切口疤痕位于腹壁皱折内，不影响腹壁的美观，深受年轻女性的欢迎。

(收稿日期：2002-03-05)

腹腔镜下肾囊肿切除术的准备和配合

朱劲松* 赵 云* 周 鸿**

腹腔镜下肾囊肿切除术具有创伤小，患者痛苦轻，术后恢复快等优点，是泌尿外科发展史上又一里程碑。在有条件的大医院有完全取代开放手术的趋势。现将我院近一年来开展的腹腔镜下肾囊肿切除术的准备与配合总结如下。

一、临床资料

本组男性3例，女性3例，年龄34~69岁，平均年龄54岁。除一般常规外，术前两天流质饮食，术前清洁灌肠，插导尿管。

二、术前准备

①腹腔镜肾囊肿切除手术器械；②摄录像监视系统；③CO2气体钢瓶及全自动气腹机；④电切电凝系统；⑤冲洗吸引系统；

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院手术室

** 哈尔滨医科大学预防保健医院检查门诊部

维普资讯 http://www.cqvip.com

⑥特制的水囊：可用16F导尿管与手术手套、连接制成水囊。⑦麻醉：根据患者的实际情况，可行全麻插管或硬膜外麻醉。

三、手术操作配合

1.患者侧卧，患侧在上，进行常规皮肤消毒，铺无菌敷料。

2.先于腋中线髂嵴上方做一15mm长横行切口，切开皮肤后，用血管钳交叉分开皮下组织及肌层。用食指戳破腰背筋膜并分出一间隙，从该处入水囊扩张，向水囊内注射生理盐水400～800ml，放置5min，扩张腹膜后间隙形成腹膜后腔，放出水囊内液体，将水囊取出，于该切口置入10mm腹腔镜并充气，维持腹膜后压力1.2～2.0 kPa，灌注量维持在1.2～2.5 L/min。

3.于腋前后线肋下水平分别做5mm切口，置入5mm套管及器械。

4.在腹腔镜直视下操作，剪开肾周筋膜，分离肾脏周围脂肪组织，显露肾脏，找到肾囊肿，将囊肿表面脂肪分离到囊肿完全暴露，提起囊壁，剪开囊肿，吸出囊内液体，在距肾实质约0.5cm处，用电凝剪刀将囊壁剪除。囊肿边缘电凝。用生理盐水冲洗术野后吸净，查无活动性出血，置入腹膜后引流管，放出CO_2气体，取出各套管，缝合切口，手术完毕。

小结：腹腔镜下肾囊肿切除术的顺利完成，需手术室人员的整体配合、密切分工和合作，有条不紊的工作，参加手术人员了解和熟悉仪器设备性能，主要手术步骤，手术过程中能积极主动地参与。

（收稿日期：2002-03-07）

运动性失语后抑郁状况调查及护理对策

张丽杰* 刘玉荣*

运动性失语是由优势侧额下回后端的盖部及三角部皮质，及言语运动中枢病变引起的，表现为能理解别人的语言，但不能用语言回答别人的问话。抑郁则是运动性失语后心理活动失调的常见表现之一，不仅影响患者的生活质量，而且阻碍其他功能的康复，针对运动性失语患者的抑郁和失语采取有效的护理对策十分必要。因此，笔者对运动性失语患者的抑郁状况进行了调查分析，并提出相应的护理对策。

一、资料与方法

1.调查对象：2001年1月至12月的住院患者102例，男59例，女43例，平均年龄（65.5±12.5）岁。均是各种原因引起的运动性失语患者，采用Benson(1979)分类法确定为运动性失语。

2.调查内容：第一部分，采用抑郁自评量表(CES-D)，评定患者是否存在抑郁症状。CES-D共20个项目，每项按0～3分4级评分，总分≤15分为无抑郁症状，总分＞15分为存在抑郁症状。第二部分，失语检查参照王新得等制定的汉语失语检查法，结合临床特点进行改革，1.自发言语，2.系列言语，3.复述，4.命名。

二、结果

1.运动性失语患者抑郁发生率：住院102例中，CES-D＞15分33例（32.3%）。

2.脑血管病患者抑郁发生相关因素：运动性失语和抑郁呈显著正相关（R＞1）。

三、讨论

1.语言功能的恢复：运动性失语组（又称表达性失语组）康复训练：本组患者给人一种"心理明白，有话说不出"的感觉，表现为发音或构音障碍，如发音不准，吐字不清，语调、语速异常，常伴有书写障碍，训练时要与实物及动作结合起来、反复复述句子。①松弛疗法：嘱患者双目微闭、全身放松，排除一切杂念。通过松弛四肢、躯干和颈部肌肉而达到松弛发音器官肌群的目的。②发音器官的训练：口唇运动，舌运动，软腭抬高及鼓腮训练，配合口语动作进行练习。③发音训练：先教患者发单音"啊"、"呀"等，并在此基础上进行音量、音调的控制及共鸣的训练。④呼吸训练：控制气流可降低咽喉部的肌张力，使发音语调、音节、节奏得到控制。⑤言语清晰度训练：由单音开始，由易到难，先练辅音，然后与元音拼读，并进行速度控制和言语节奏的练习。同时还要配合肢体活动训练，如扣钮扣、梳头、握笔等，训练手的灵活性。握笔手势正确后练习书写，右手瘫疾则用左手，达到每日一记，以助恢复词汇、语句的记忆，提高表达能力及书面语言能力。对于运动性失语患者，可利用视觉和听觉反馈来代偿其丧失的动觉反馈，能使患者重新学会对言语肌肉的运动控制，而发出正确的声音。良好的心理准备是语言康复训练成功的基础和保障，运动性失语患者能理解别人的语言，而言语康复又不能急于求成，所以帮助患者建立和巩固语言康复的信心和决心非常重要，有趣的训练内容，适当的学习难度，舒适的训练环境，也是防止患者产生厌烦情绪，保持良好心理状态的条件。综上所述，只要坚持早期训练、循序渐进、反复强化、持之以恒的原则，均会取得不同程度的效果，从而减少并发症，提高患者的生活质量和社会效益。

2.对抑郁患者的护理

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医院神经内科