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

维普资讯 http://www.cqvip.com

(1)心理治疗:运动性失语患者能理解别人的语言,但不能用口语表达自己的情感,因此常表现烦躁、易怒,情绪抑郁等,所以严密观察病情,及时发现抑郁症状,早期开展有效的治疗与护理。当患者出现悲伤,兴趣下降,注意力不集中,早醒、食欲减退、思维缓慢紧张,焦虑、绝望、自杀倾向时,应想到存在抑郁症的可能,及时用CES-D抑郁评定量表检查,并做简易认识评定量表痴呆评定量表、失语的检测,当抑郁症状积分达到抑郁症诊断标准时,开始抗抑郁治疗,同时采取积极有效的治疗及护理。

由于早期患者的悲观、忧愁情绪对治疗护理产生一定拒受心理,不愿配合各种检查、治疗与护理。要耐心地给他们分析内在疾病与外在症状之间的关系,分析情绪与健康的关系,及时给他们传递治疗效果、躯体恢复进展等信息,让他们看到疾病治愈的希望,增强战胜疾病的信心。患者在短时间内从一个正常人变成一个残废人,不能从事社会工作和所喜爱的活动、日常生活不能自理,在考虑到自己将要长期卧床成为家人的"累赘"时,常出现抑郁情绪。对此类患者我们不急躁、不厌烦,以高度的责任心,晓之以理,动之以情,精心照料,对患者提出的问题耐心做好解释,尊重患者,使其消除恐惧及疑虑,从而对医院产生安全感、信任感,安心住院接受治疗。

(2)提供良好的家庭护理:有研究表明,社会支持不够是导致运动性失语后抑郁的因素之一。本研究表明担心家人嫌弃、无家属照料、家庭经济状况差的患者抑郁发生率较高,可能与此类患者产生被抛弃感,以及经济状况不良限制了进一步的康复治疗和训练有关。相当多的患者需要在家庭中得到进一步护理和锻炼,因此家庭护理对运动性失语患者极为重要。护理人员从患者住院期间即开始向家属,尤其是照料者提供科学的护理和协助锻炼的方法,要求家属参与护理计划的制定,向家属强调把对患者的情感支持、关心帮助、创造温暖愉快的家庭生活氛围等心理护理的内容与康复训练相结合,贯穿在家庭康复护理的全过程中。

(收稿日期:2002-03-06)

米非司酮和米索前列醇终止妊娠180例临床观察

陈 莉* 代翠婷*

我院从2000年3月至2001年9月应用米非司酮(北京第三制药厂生产)和米索前列醇(澳大利亚Searle药厂生产),终止10~15.3周妊娠共180例,现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:年龄18~31岁,小于25岁120例,大于25岁的60例,均身体健康,无肝肾疾病,子宫无器质性病变。孕次首次110例,孕次≥2次70例。妇科检查子宫大小符合孕周,B超确诊为宫内妊娠的妇女。

2.方法:米非司酮空腹服用,2h后进食,第一天清晨50 mg,12 h后再服25 mg,同样剂量连服2d,共50 mg,第三天清晨再空腹顿服米索前列醇600μg,6 h内观察胎儿未排出者,每隔2h加服一片(200 μg)米索,最大剂量米索未超过1000μg(5片),患者均留院观察至胎儿及胎盘、胎膜完全排出,观察服药后生命体征、宫缩及阴道流血情况,记录胎儿及胎盘、胎膜排出时间、完整性、阴道出血情况、月经复潮情况。

3.判定标准:(1)完全流产。用药后胎儿及胎盘、胎膜完全排出,阴道出血自行停止,子宫大小恢复正常,月经正常来潮。(2)不完全流产(有效)。用药后胎儿排出,胎盘、胎膜部分排出或未排出,出血较多,妇科检查宫口有组织堵塞,或B超提示宫内有残留物,行清宫术,清出残余胎盘、胎膜组织。(3)失败(行钳刮术或引产术)。用药后未见胎儿及附属物排出,无明显阴道流血或阴道流血量多于月经,妇检宫颈软、宫口松,子宫大小符合孕周,改行钳刮术或引产术终止妊娠。

二、结果

本组180例中,完全流产150例,成功率83.3%。不完全流产,行清宫术20例,不完全流产率为11.1%。失败改行钳刮10例,失败率5.6%,其中≤25岁且初次妊娠者完全流产率为90%。

三、讨论

本文应用米非司酮配伍米索前列醇终止10~15.3周妊娠,180例均在服药12 h内终止妊娠。对150例完全流产者,应给予益母草、乌鸡白凤丸等辅助治疗,可加强子宫收缩,以缩短阴道流血时间,并嘱其注意营养及休息,摄入高蛋白及高热量食物。对30例未完全流产者,应及时给予手术处理,以防止因失血过多引起失血性休克,术后预防性抗炎及止血治疗,并嘱患者注意个人卫生,保持外阴清洁,血净前禁止盆浴,一月内禁止性生活。通过对引产患者的观察及护理,使患者顺利渡过围手术期、手术期、流产期,从而迅速恢复健康,尽早重返工作岗位。

(收稿日期:2002-03-26)

* 作者单位:833200 新疆奎屯市伊犁州医院妇产科