维普资讯 http://www.cqvip.com

精神障碍等后遗症，心理的变化是异常剧烈的。这些智能、性格或情绪等心理方面的改变，不仅直接影响着治病，也对病后生活有着密切关系。因此，心理护理是神经科护理的重要措施之一，护理人员在初次与患者接触时，及时向患者介绍病房环境及住院规则，就要给患者留下美好的印象，以利在以后的护理工作中，能顺利地开展心理护理工作，并把这一工作贯穿在整个治疗过程中。

一、应深入了解患者的心理活动和需要，根据患者的不同情况，有目的、有计划地去向患者了解情况，掌握心理状态，解决心理问题。护理人员在其中扮演的角色，不再是单纯的照顾者，更是教育者、管理者。护理人员要以高度的责任心，和蔼可亲的语言，动之以情、晓之以理、不急躁、不厌烦，热心周到的服务和娴熟的技术，精心照料，为患者解除痛苦。另一方面，让其家属学会心理护理，有助于出院后提高患者生存质量。

二、对于恢复期的脑中风患者，护理人员应针对其特点进行宣传教育、健康教育，患者最关心的是他们的疾病和健康，获得健康知识是他们迫切的需要。责任护士要从各个渠道收集患者的资料，了解病情、生活习惯、生活环境、心理状况，然后向他们介绍疾病的病因、诱因、发展过程、预后等相关知识以及所使用药物的作用、副作用、注意事项等。尽力解答他们的疑问，应向他们介绍，随着疾病的治疗好转，偏瘫症状会减轻、恢复的。可举同类疾病曾住院治疗医患配合默契，恢复良好的实例给他们听，以鼓励他们，增强战胜疾病的信心和勇气。对于病期过长，病情过重，确实难以恢复者，也应说明要面对疾病后遗症的现实，鼓起勇气，积极进行代偿性和适应性的功能锻炼，重新开拓生活领域，使情绪上不过于紧张，思想上又高度重视。保持其心态在正常范围内，善于控制不愉快的情绪，胸怀开阔，乐与他人交往，善与他人建立良好的关系，只有这样好的生活环境，才能使脑中风的患者早日恢复正常生活，有利于身心健康。另外，在心理护理之外，还应做到：1. 为了防止褥疮形成，应该经常翻身和按摩，一般先按摩健侧，再按摩患侧，并对全身大关节及容易受压的地方进行按摩。使关节被动运动，促进血流循环。2. 床上运动，在护理人员的帮助下，床上正确体位、坐位，站立平衡训练，重心转移和下肢的运动控制训练。3. 开始站立时，护士或家属给予搀扶或适当的支撑物，如拐杖、腿支架等，再练习站直、站稳、站久，然后撤开支撑物移动身体。同时配合按摩、功能性电刺激及利用脚踏车，手摇车训练，由肢体正常的一侧带动瘫痪的一侧肢体被动训练。4. 迈步，当患者站稳10～15min而无疲劳感时，可开始步态锻炼，迈步时不可硬拉，如瘫痪肢体抬举不便，可用一根套绳套于患者脚中部，协助抬脚起步。在行走时还应防止跌倒，注意患侧踝关节的位置以及患者能否耐受，以免发生意外，加重病情，而影响下一步锻炼。强度以患肢肌肉有酸胀感或轻度不适为宜。5. 微细动作锻炼，上肢功能的锻炼，应以大关节被动运动，逐步到小关节被动活动、如肩、肘、腕、指关节。主要练习抬臂、握拳、抓拿、拾物等微细功能的锻炼。

三、语言的康复训练，有的患者既听不懂又不会说，内心非常痛苦，表现为不同程度的焦虑、恐惧、失望、消极等心理。所以首先要与患者建立良好的护患关系，以树立其自信心，解除心理压力，并向其家属说明早期、反复言语能力得到最大程度的恢复，从而提高患者社会适应能力。鼓励用语言表达意思。从一个简单的字、词、耐心教患者发音说话，或用图表表达意思，逐步训练患者的语言功能。

通过整体护理使脑中风患者会得到很好的恢复，重新树立生活的信心。

（收稿日期：2002-03-06）

改良的新式剖宫产术

李历红* 杨 晶* 杨松梅*

我院自2000年4月始对新式剖宫产进行了改良，根据剖宫产术局部解剖的特点及有关剖宫产的专著的论述，结合我科多年剖宫产的经验，对剖宫产切口的位置、缝合处理方法、胎盘的娩出、子宫切口的缝合等作了改良，至今已施行了910例，效果较满意，现报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料：设2000年4月至2002年1月在我院采用改良的新式剖宫产术910例为观察组，1999年2月至12月采用新式剖宫产术400例为对照组。两组年龄均在22至45岁，孕周为34～41周，均为随机选择病例。

2. 方法：(1)改良的新式剖宫产术，改良之处：①切口选Pfannenstial皱皮切口，在皱纹线内，随皱纹弧形长13～14cm，只切开皮肤。②脂肪及筋膜层同新式剖宫产，只在切口中央切开3cm长，但脂肪层不用手指拉开，而用皮钩钝性拉开，皮钩沿筋膜表面向两侧上方半弧形拉开脂肪层，再斜向两侧上方剪开筋膜层。③胎儿娩出后，助手继续吸净宫腔内残余的羊水，术者一边按摩子宫，一边牵拉脐带，不徒手剥离胎盘，促其胎盘自然剥离。④胎盘娩出后，用纱布擦宫腔1周，对临产已破膜者或宫口开大者，加用碘伏擦宫腔下段一周。⑤缝合子宫切口时先将对侧角单独缝合一针，其余再按新式剖宫产单层连续缝合，最后与角部开始缝的一针线头打结。⑥子宫缝合完毕后，将子宫底向前复位呈前倾屈位，在复位同时，术者的手也同时将宫

* 作者单位：114000 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科

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