DOI:10.16016/j.1000-5404.2000.08.014

力变化确定最大膀胱容量，在50%最大膀胱容量时进行研究，使各组膀胱均处于相对一致的功能负荷状态。本实验以膀胱压上升达到大于前10 min的2倍时的膀胱容量作为最大膀胱容量，其依据为：在顺应性正常的膀胱，在达到最大尿意容量以前膀胱压力均无明显升高，而超过最大尿意容量以后膀胱压将迅速上升，直至出现逼尿肌收缩和排尿。

3.2 早期糖尿病膀胱收缩功能变化

临床尿动力学研究发现糖尿病可有不稳定膀胱、低顺应性膀胱、膀胱收缩亢进、膀胱收缩受损和膀胱感觉迟钝等膀胱功能改变[4]。本研究显示：①糖尿病早期即有逼尿肌收缩受损，表现为逼尿肌最大收缩力和持续收缩能力下降。这与Latifpour等[5]的研究结果不一致，其可能的原因为动物模型的耐受性及链脲佐菌素用量不同；②本研究中糖尿病鼠膀胱均未见逼尿肌条收缩力增加现象，临床尿动力学检查发现某些糖尿病患者的逼尿肌收缩亢进、不稳定膀胱可能与糖尿病病程、植物神经累积程度等因素有关。

3.3 早期糖尿病膀胱舒张能力变化

膀胱功能正常的重要标志是储尿期保持膀胱内低压状态，与膀胱舒张功能密切相关。本研究显示糖尿病早期膀胱舒张能力也有下降。目前尚未见同类研究结果的报道。因此本实验对糖尿病和正常膀胱的cAMP含量进行对照研究。CAMP参与肌球蛋白轻链激酶磷酸化，从而导致肌球蛋白轻链脱磷酸和平滑肌舒张。结果显示糖尿病鼠膀胱cAMP含量显著下降，从生化角度证实糖尿病早期膀胱即已出现舒张功能的异常，可能是临床所见低顺应性膀胱的重要原因。

参考文献：

[1] Kanda M. Effect of ONO-2235, an aldose reductase inhibitor on muscarinic receptors and contractile response of the urinary bladder in rats with streptozotocin-induced diabetes[J]. Jpn J Pharmacol, 1997, 73(3): 221—228.
[2] Menendez V, Cofar F, Tabbor W R, *et al*. Urodynamic evaluation in simutaneous insulin dependent diabetes mellitus and stage renal disease[J]. J Urol, 1996, 155(6): 2 001—2 004.
[3] 李炎唐. 泌尿外科高科技[M]. 北京：军事医学出版社，1996. 136—148.
[4] Griffith D F. Hydrodynamics and mechanics of the bladder[A]. In: Mundy A R, Stephenson T P, Wein A J ed. Urodynamics [M]. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1994. 71—86.
[5] Latifpour J, Nishimoto T, Marian M J, *et al*. Differential regulation of bladder beta-adrenergic and muscarinic receptors in experimental diabetes[J]. Diabetes, 1991, 40: 1 150—1 156.

（编辑 王 红）

经验与短篇

文章编号：1000-5404(2000)08-0746-01

20例射频消融患者的整体护理体会

Integrate nursing experience on 20 radiofrequecy ablation patients

熊志君，王叶丽 （第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所心血管内科，重庆 400042）

我们对1998年9月至12月我院收治的20例射频消融患者进行了整体护理，效果良好，现报告如下。

1 一般资料

20例患者中，男12例，女8例，均经心内电生理检测及食道调搏确诊，其中房室结双径路13例，房室旁道7例。发作时室上性心率均在180次/min以上。所有病人均有头晕、心悸乏力等症状，有5例曾发生一过性意识丧失。

20例患者均在手中进行规范的心电生理检查及靶点标测，13例房室结双径路患者，用房室结改良消融术；7例房室旁道患者采用常规旁道射频消融术。所有手术一次成功，平均住院日为12 d。

2 护理

2.1 术前护理

患者入院后均按护理程序对其实施整体护理，在收集资料时发现所有患者均对手术感到恐惧（占100%），5例患者曾发生过一过性意识丧失，有晕厥的危险（占25%）。故提出如下诊断：①恐惧与手术有关；②有晕厥发生危险与过速心率有关。针对护理诊断分别给予以下护理措施：①护士对病人和蔼可亲，

（下转753页）

作者简介：熊志君（1971—），女，重庆市合川市人，护师。电话：(023)68757325
收稿日期：2000-02-11；修回日期：2000-06-12

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

量相比较差异仍有显著性, 病理改变在 1 周后才出现好转。说明即使不完全性脊髓损伤, 伤后在无治疗的情况下, 一旦脊髓血流量遭受损害, 其恢复需要较长时间。这也提示我们: 为防止伤部脊髓病理变化及功能损害加重, 应寻找能在早期保护和尽快促进脊髓血流量恢复的有效方法。由于在实验中发现动物脊髓血流量恢复较慢, 因此适当延长改善血供的药物对减缓脊髓病理改变及促进脊髓功能恢复是否有益有待于进一步研究。

在本实验中, 动物的运动功能、运动诱发电位的潜伏期、P1、N1 波波幅、脊髓病理改变和脊髓血流量呈现出一致的恢复, 在 6 周时和对照组运动诱发电位潜伏期、P1 波波幅、脊髓血流量相比较差异不显著, 但其运动功能和 N1 波波幅仍未达到正常水平。笔者认为可能与以下因素有关: ①不完全性脊髓损伤后, 由于在急性期部分神经元和神经纤维的变性坏死, 因此仍遗留一定的功能障碍。②对动物观察时间短或脊髓功能的完全恢复落后于脊髓血流量恢复。③在脊髓损伤的恢复期, 动物肢体的肌肉出现退行性变。

参考文献:

[1] 过邦辅, 汤华丰, 陆宸照, 等. 实用性外伤性截瘫的研究. 第一部分: 脊髓腹侧撞击器及实验方法[J]. 中华骨科杂志, 1984, 4(1): 50—53.

[2] Tarlov I M. Spinal cord compression studies III. Time limits for recovery after gradual compression in dogs[J]. Arch Neurol Psychiatr, 1954, 71: 272—276.

[3] Tarlov I M, Herz E. Spinal cord compression studies[J]. Arch Neurol Psychiatr, 1954, 72: 43—48.

[4] Wang C X, Nuttin B J, Gybels J M. Motor evoked potentials in a static load model of spinal cord injury in the rat[J]. Neurosurgery, 1993, 32(2): 269—273.

[5] Stewart W B, Wagner F C. Vascular permeability changes in the contused feline spinal cord[J]. Brain Res, 1979, 169(1): 163—167.

[6] Guha A, Tator C H, Rochon J. Spinal cord blood flow and systemic blood pressure after experimental spinal cord injury in rats[J]. Stroke, 1989, 20(3): 372—377.

(编辑　汪勤俭)

(上接 746 页)

完成护理技术操作时动作敏捷、熟练、准确, 仪表端庄大方, 取得患者对医护人员及医院的信任; 每日作晨间护理时, 关心询问病人夜间睡眠情况、进食情况、精神状况等, 专门抽出约 30 min 的时间与患者谈心, 并给患者讲解手术的简要经过及我院医疗技术水平和对相同疾病的治疗效果; 陪同患者度过术前准备时间, 为患者备皮、皮试, 与陪伴一道给患者更衣, 然后进入放射科, 通过以上护理所有病人在术前的恐惧情绪都大为缓解。②给患者讲明晕厥与疾病的关系, 规劝患者不要单独外出, 以免发生不测, 对频发意识丧失的患者严禁外出, 还要教会患者自测脉率, 若大于 180 次/min 应立即与医护人员联系。

2.2　术后护理

针对防止并发症(即心律失常、出血、感染、血栓形成)和心理护理为主要护理问题而采取一系列护理措施。

2.2.1　术后 24 h 内护理　术后患者在 CCU 室监护 24 h, 护理工作者必须密切观测心电图的变化及做好患者的心理护理。特别是对房室结改良消融术后的患者更应密切观察, 有研究表明, 在术中及术后 24 h 内房室结改良消融术发生房室传导障碍, 导致心律和心率改变的机率均显著高于房室旁道消融[1]。因此, 应密切观测患者心率、心律及 P-R 间期。耐心给患者讲解监护的重要性, 细语安慰, 嘱患者配合治疗, 经过精心护理, 20 例患者均平安转出 CCU。

2.2.2　24 h 后的护理　转出 CCU 的患者紧张、焦虑的心理基本得到纠正, 但心律失常仍可发生, 房室结传导障碍是房室结改良术后最危险的并发症, 同时可有术后延迟出现的病例[1]。因此, 仍应密切观察患者的心率、心律及 P-R 间期变化及有无头晕和心悸的症状再度发生, 若有异常应立即与医生联系。每日穿刺点换药 1 次, 防止感染。

3　体会

"以病人为中心, 做到护理功能到位", 要求护士落实护理措施, 有计划地为病人解决问题, 最大限度地满足病人需要, 这是整体护理的实质所在[2]。因此, 整体护理射频消融术的患者, 其成功的关键在于熟练地严格地应用护理程序, 做到护理功能到位。术前全面了解掌握患者各方面的情况, (病情、家属、经济、生理、心理、文化水准等)制定整体护理的措施, 以护士精湛娴熟的护理技术和良好有效的民主理护理方法消除患者焦虑与恐惧。术后密切观察病情变化, 做好心理护理是有关防止并发症的有效方法之一。

关键词: 射频消融; 整体护理
中图法分类号: R540.46　文献标识码: B

参考文献:

[1] 李淑荣, 李　洁, 梅　静, 等. 射频消融房室结改良术心电监护分析[J]. 中华护理杂志, 1998, 33(10): 562—564.

[2] 徐微微, 曾锦霞, 陈俑莲, 等. 整体护理到位管理[J]. 护理学杂志, 1998, 13(6): 323—325.

(编辑　谢义霞)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net