同时,家属由于要照料病人,常常影响工作、生活和睡眠,日常生活被彻底打乱。由于应激可使人产生焦虑、恐怖、抑郁等情绪[1],面对这么多应激原的刺激,亲属如果不能采取有效的应对措施,则必然会导致心理和生理的不良反应。

3.3　心理应激与焦虑抑郁

本研究结果表明,临终病人亲属应激水平与其焦虑抑郁呈明显的正相关,说明应激分越高,焦虑抑郁越严重。临终病人作为家属的应激原,使家属的应激水平提高,产生焦虑和抑郁等情绪障碍,反过来家属的不良情绪又可以作用于病人。因此,要提高病人的生活质量,必须顾及家属的心理障碍问题[4]。

参考文献

1　沈渔邨. 精神病学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2001. 69,214-215.
2　汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999. 194,235.
3　郝伟. 精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 116.
4　陈虹,姜潮,刘启贵,等. 晚期癌症患者焦虑抑郁及相关因素的研究[J]. 中国临床心理学杂志,2002,10(2):108-110.

(收稿日期:2004-10-29)

·护理经验·

腹腔镜下小网膜孔置管灌洗治疗重症胰腺炎的设计性护理

曲惠红　李家辉

(贵州省贵阳市第一人民医院,贵州 贵阳 550002)

关键词　腹腔镜　小网膜孔　重症胰腺炎　腹腔引流术　设计护理

中图分类号:R657.5^{+}1,R473.6　文献标识码:B　文章编号:1002-6975(2005)04-0308-01

我们应用腹腔镜引导置管早期小网膜孔置管灌洗治疗急性重症胰腺炎(SAP)10 例,取得满意疗效。本文就该科研项目的临床设计性护理进行探讨。

1　对象与方法

研究对象为 2002～2003 年收治的 SAP 20 例,分手术组和非手术组各 10 例。手术组所有病例于诊断明确后 24 h 内行腹腔镜引导小网膜孔置管引流术,手术指征为:NAP 并胰源性腹水,弥漫性腹膜炎。手术方式为:在硬膜外麻醉下常规建立气腹后,置入腹腔镜探查腹腔,显露小网膜孔,并置入 26 号带侧孔橡皮引流管于小网膜孔自然引流大、小腹膜腔。术后即以生理盐水 1 000 ml 冲洗腹腔,以后以生理盐水 500 ml 和 0.5%甲硝唑液 200 ml 每 4 h 交替灌注腹腔,灌注液注入腹腔后保留 15 min 后开放,灌洗至腹膜炎症消除,腹水转清并小于 20 ml/d 后拔管。两组病例诊断明确即查白介素 2(IL_2)和白介素 6(IL_6),并于非手术或手术治疗后 24h 复查。

2　配合科研的设计性护理要求

2.1　明确研究对象　作好病例筛选,按照中华医学会外科学会胰腺学《重症胰腺炎的临床诊断标准》选择确诊病例,对入院待诊病人及时作腹部 CT、血常规、血、尿、淀粉酶及判断有无器官功能障碍的相关检查,迅速确诊后即留取血标本。

2.2　判断有无手术指征　对确诊 SAP 并有弥漫性腹膜炎者行腹穿作腹水常规、淀粉酶测定及培养,药敏试验,在明确为胰源性腹水后即作好急诊手术准备。

2.3　手术中护理配合　SAP 者病情都很危重,因此手术配合十分重要。在接到手术通知后应迅速准备手术器械,作好设备连接,按科研设计要求作好影像资料的摄录工作,术中密切监护病人生命征变化并作好记录。在手术室的密切配合下,本组手术时间都控制在 30 min 内,使手术对病人内环境的影响降到最小,病人得以平稳渡过手术关。

2.4　统一非手术疗法　两组治疗期间均给予生理盐水 500 ml 加前列腺素 E 0.2 mg/d 静滴,氟美松 10 mg/d 静滴 3～5 d 及禁食、胃肠减压、抗炎、对症支持。

2.5　疗效观察　两组治疗期间每天观察腹部症候、生命征,器官功能相关指标,IL_2、IL_6、血、尿、淀粉酶等变化到恢复正常,并做好记录。

3　护理体会

SAP 病例少,有手术指征并同意手术者更少,因此在病例筛选时要做到有计划、迅速、准确地选择好科研病例。对手术病人要作耐心细致的解释工作,争取得到知情同意。治疗过程中要统一治疗方法,否则会造成科研资源损失,科研周期延长。我们应用设计护理的方法进行科研配合,完成了科研设计要求的技术指标和时间指标,得到了手术组疗效优于非手术组的结论,达到了科研的预期目标。

(收稿日期:2004-11-26)

作者简介:曲惠红(1967—),女,辽宁,大专,主管护师,从事手术室护理工作

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net