

尿管松脱引起大出血,于术后第 1 天取下纱布节,观察有无出血情况,并随时妥善固定尿管,防止扭曲、折叠和脱落。术后常规留置尿管行膀胱冲洗,易发生尿路感染^[4]。每日行尿道口护理 2 次,每周更换引流袋 2 次,引流袋的位置不能高于膀胱水平,防止逆行感染,留置尿管期间及拔出尿管后指导患者多饮水,每天 2 000~3 000 mL,以达到冲洗尿路的作用。

3.3.6 拔除尿管的指导 术后约 5~7 d 可拔出尿管,患者会产生焦虑紧张的心理,担心不能自然排尿,应耐心向患者解释拔出尿管的目的,告知患者长期留置尿管容易发生泌尿系感染。而拔管后可能会出现尿失禁、尿频或溢尿,一般都是暂时性的。为减轻拔管后出现的尿失禁和尿频现象,一般在术后 2~3 d 指导患者练习收缩腹肌、臀肌及肛门括约肌,告知患者尿失禁和尿频现象一般在术后 1~2 周可缓解,以消除其紧张焦虑心理^[3]。

4 出院指导

4.1 指导患者回家以后以积极的心态适应术后的生活,力求生活自理。

4.2 进食高热量、高蛋白、低脂、粗纤维的饮食,多饮水,每天 2 000 mL 以上,以达到冲洗尿路的作用。

4.3 遵医嘱口服抗感染的药物,详细交代用药的方法和注意事项,防止泌尿系统感染,缓解尿频症状,定期复查尿常规、尿流率及膀胱残余尿量。

4.4 告知患者预防继发性出血。前列腺窝创面未完全愈合之前,在 1~3 个月之内,仍有继发性出血的可能。指导患者避免辛辣的饮食,戒烟戒酒,多吃粗纤维饮食,多吃蔬菜水果,保持大便通畅,勿用力排便;术后 1~3 个月内避免骑自行车及剧烈运动,1 个月内避免性生活,一旦发生出血,血块形成,造成排尿困难,应及时来院处理。

4.5 出院后如发生尿频、尿急、排尿困难等症状时,可能发生泌尿系统感染,或并发尿道狭窄,应及时到医院检查,如有狭窄者定期行尿道扩张,直至排尿通畅。

4.6 预防溢尿。由于尿道括约肌仍处于松弛状态,术后 3~6 个月仍有可能出现溢尿现象,指导患者进行肛门括约肌收缩训练,慢慢恢复。

4.7 注意附睾炎的发生。附睾炎常在术后 1~4 周发生,出院

后若出现阴囊肿大、疼痛、发热等症状,应及时到医院就诊。

5 体会

5.1 健康教育的最终目的,是帮助患者建立健康的行为,达到最佳的健康状态,它不仅是连接卫生知识与行为改变的桥梁,更是一种治疗手段^[5]。通过系统性有针对性的健康教育,让患者掌握前列腺增生疾病的相关知识,对于其在接受治疗、预防术后并发症、避免术后出血等方面都能起到积极作用。

5.2 通过健康教育的实施,可以提高护士的自身素质和专科知识水平。护士仅有护理专业知识是不够的,还需要掌握专科疾病的预防、保健、康复护理知识。要提高健康教育的能力,首先要加强护士的在职培训,对护士有系统、分层次地进行护理理论、健康教育、相关知识的学习。通过每周 2 次的晨间提问,每周 1 次的整体护理交班,每月 1 次的业务学习、护理查房,督促护士不断地学习专科知识,促进护理人员自觉钻研业务的积极性,拓宽知识面,提高专科知识,提高护理人员的自身素质和修养。

5.3 通过健康教育改变护患关系,提高患者对医务人员的信任度和满意度,激发护士工作的积极性。同时在工作中通过良好的护患沟通,加强彼此之间的交流,增加护士对患者的关心和爱心,建立良好的护患关系,提高患者对医务人员的满意度。

参考文献

- [1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2004:1203.
- [2] 周郁秋. 护理心理学[M]. 北京:人民军医出版社, 2006: 137-139.
- [3] 叶锦, 靳风烁, 李黔生. 微创泌尿外科护理手册[M]. 北京:人民军医出版社, 2009:129-131.
- [4] 鲍隆梅. 经尿道前列腺电切术后的健康教育[J]. 中国老年保健医学, 2008, 6(3): 3-90.
- [5] 张雨生, 崔志敏, 侯月影, 等. 69 例浅谈老年性高血压患者的整体护理体会[J]. 当代医学, 2009, 4(33): 110-111.

(收稿日期:2013-01-14 修回日期:2013-03-02)

13 例溶组织内阿米巴误诊原因分析

唐 宏, 谭钦伟, 苏 伦(重庆市云阳县人民医院检验科, 重庆 404500)

【关键词】 溶组织内阿米巴; 误诊; 临床医生; 检验技师; 患者

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.092 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1628-02

溶组织内阿米巴属内阿米巴科的内阿米巴属。溶组织内阿米巴可分包裹和滋养体两个不同时期,成熟的 4 核包裹为感染期。溶组织内阿米巴滋养体可侵入肠黏膜,吞噬红细胞,破坏肠壁,引起肠壁溃疡,也可随血流进入其他组织或器官,引起肠外溶组织内阿米巴病。临床过程可分急性和慢性。急性期的临床症状从轻度、间歇性腹泻到暴发性、致死性的痢疾不等。被误诊的患者临床症状往往是轻度、间歇性腹泻数十日,有时加重表现为一日有数次或数十次腹泻,粪便呈果酱色、奇臭并带血和黏液,80%的患者有局限性腹痛、不适、胃肠胀气、里急后重、厌食、恶心呕吐等。慢性阿米巴病的特点长期表现为间歇性腹泻、腹痛、胃肠胀气和体质量下降,可持续 1 年以上,甚

至达 5 年之久^[1]。

2006 年 1 月至 2012 年 12 月在本院确诊为溶组织内阿米巴感染的患者共 13 例,年龄 30~82 岁,平均 56 岁;男 3 例,女 10 例;12 例为边远山区农民,1 例为县城居民,农村患者多于城镇患者^[2];均有典型的酱色黏液便或酱色黏液脓血便,且有腥臭味;发病期间,12 例有明显里急后重感,1 例里急后重感不明显;入院诊断“重度贫血”1 例,也是病史最长的 1 例,此患者是在昆明市务工的农民,于 2006 年 1 月 1 日以“重度贫血”入院,因腹泻、果酱样大便 6 个月,乏力、头昏、面色苍白 1 月;“急性肠炎”8 例,“慢性肠炎”3 例,“腹泻”1 例;住院治疗 12~19 d 出院,症状完全消失,痊愈出院 12 例,病情好转,强烈要求出院

1 例;每天大便 6~10 次 11 例,每天大便少于 6 次 1 例,每天大便多于 10 次 1 例;自述曾以“慢性结肠炎”间断性治疗 10 例,其中 1 例述劳累后经常出现果冻样大便,偶有脓血便,病史长达 5 年之久,该患者体质较差,5 年内不同时间发病时症状差异大,有时患“细菌性肠炎”可能性大;大便镜检可见溶组织内阿米巴包囊 9 例,大便镜检可见溶组织内阿米巴包囊和滋养体 4 例;确诊之前,已经联合使用甲硝唑或替硝唑 12 例;确诊之后,单用甲硝唑或替硝唑治愈 11 例,联用左氧氟沙星、复方磺胺甲噁唑治愈各 1 例。结合上述 13 例误诊病例分析,导致临床误诊的原因主要表现在以下几方面。

1 患者的原因

- 1.1 由于患者临床表现不典型,间断性治疗后自觉症状缓解就忽视继续治疗,病原体未及时彻底控制。
- 1.2 患者就诊时向医生提供的信息不完整、不准确。特别是大便的性状、颜色、有无脓血、有无腥臭味、迁延的病史和接受过不规范、不系统治疗等信息未能全面准确提供给主治医师。
- 1.3 患者送检的大便样本不典型、不足量、不及时。检查溶组织内阿米巴滋养体,应于排便后迅速送检,立即检查,冬季需采取保暖措施^[3]。但现实工作中及时送检和保暖很少做到。
- 1.4 边远山区农民,由于路程远,认为进县城治疗腹泻大可不必,大部分患者选择在当地个体诊所治疗。
- 1.5 近年来,云阳县青壮年大都外出务工,家中常是老人和孩子,老人不可能长时间离家到县城检查和治疗;患者年老体弱,农活繁重,易过度疲劳,身体抵抗力下降导致溶组织内阿米巴感染。
- 1.6 农村卫生生条件差,感染溶组织内阿米巴的机会大。

2 临床医生的原因

- 2.1 由于针对溶组织内阿米巴病有效果显著且价格低廉的药物,现在由溶组织内阿米巴感染导致严重腹泻致死病例很少发生,所以临床医生对长期有慢性腹泻的患者诊治警惕性不高。
- 2.2 临床医生对腹泻患者的大便性状没有引起足够重视。大部分医生对患者的大便性状不会亲眼目睹;或者对溶组织内阿米巴痢疾的大便性状认识不到位,与细菌性痢疾的大便性状混淆。
- 2.3 临床医生给腹泻患者常规性的使用甲硝唑等抗阿米巴、抗厌氧菌药物^[4],或多种抗菌物联合使用,患者数天后自觉症状缓解就及时出院,但临床医生没有完全认识患者生病的病原菌和治疗有效的因果关系。患者病情复发且接受不彻底治疗,如此反复,导致患者腹泻迁延不愈。
- 2.4 住院医生经验不足,对轻症患者未及时请上级医师查房。部分科室对三级医师查房制度落实到位。

3 检验技师的原因

- 3.1 近年来各类自动化设备的普及,医院对经济效益的过高追求,检验科内部对常规检查项目的质量管理工作有明显的忽视。
- 3.2 检验科安排作常规检验的技术人员人数明显不足。他们为了赶速度而忽视质量;或者因标本积压,检验时间延长,致使溶组织内阿米巴滋养体失去活力。
- 3.3 近年来基层医院对临床检验工作中镜检项目教学工作不重视,对执业资格和独立操作时间把关不严,常安排低年资技师、进修生、实习生从事临床检验工作,他们对典型的溶组织内阿米巴滋养体和包囊常常不能识别。
- 3.4 检验技师缺乏基本的临床联系能力。对典型的酱色黏液便或酱色黏液脓血便认识不到位,难想到此类标本要着重检查是否有溶组织内阿米巴包囊和滋养体,更不易做到优先、及时检查此类大便标本。
- 3.5 部分低年资技师很难做到不耻下问。总有一些人不愿暴露自己在业务能力上的不足,宁愿放过不认识的非常有诊断价值的标本,也不愿向上级技师请教,同时也失去了自身提高的机会。更有甚者,上级技师在看到典型的溶组织内阿米巴滋养体和包囊,让大家在镜下观察学习时,他们也不会主动学习。

4 病源学特性的原因

- 4.1 溶组织内阿米巴病的潜伏期 2~26 d 不等,以 2 周多见。起病突然或隐匿,可呈暴发性或迁延性^[1]。误诊患者多为隐匿、迁延性。
- 4.2 病情迁延的慢性病例,患者大便中多见 2 核或 4 核溶组织内阿米巴包囊,溶组织内阿米巴滋养体难见^[5]。不少检验技师将溶组织内阿米巴包囊误认成白细胞或脓细胞。

参考文献

[1] 李雍龙,管晓虹. 人体寄生虫学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2005:33-38.

[2] 蒋雪花,杨龙,王娟. 药物保留灌肠治疗阿米巴痢疾 1 例[J]. 河北医学,2011,33(12):1919-1920.

[3] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:302.

[4] 谢立信. 诊疗常规[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1999:357-358.

[5] 辜淑英,邱财丽,李佩贤. 溶组织内阿米巴致慢性腹痛腹泻 1 例[J]. 检验医学与临床,2010,7(8):765-766.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-02-28)

城乡结合部适龄妇女宫颈癌及乳腺癌筛查结果分析

苗 杰,王翠侠,海明颖,赵 杰,祖建霞,李艳玲,徐晓云,王荣英(北京市朝阳区东风社区卫生服务中心,北京 100016)

【关键词】 宫颈癌; 乳腺癌; 筛查
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.12.093 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)12-1629-02

宫颈癌、乳腺癌(以下简称“两癌”)筛查是指对适龄女性(35~59 岁)进行免费检查,目的在于提高女性对疾病的重视程度和预防意识,降低疾病发病率。笔者 2012 年 4~5 月对辖区内适龄女性进行了两癌筛查,现将结果报道如下。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料 户籍在本辖区的 35~59 岁妇女,遵照全面动员、自愿参加的原则,按北京市“两癌”筛查常规进行筛查服务,宫颈癌和乳腺癌分别筛查 1 363 例和 1 411 例。