



64 层螺旋 CT 血管造影在蛛网膜下腔出血诊断的临床运用及护理

刘丽娟

福建医科大学附属闽东医院放射影像科 福建福安 355000

【摘要】目的 探讨 64 层螺旋 CT 血管造影在蛛网膜下腔出血诊断的临床运用及护理注意事项。**方法** 2016 年 1 月 -2018 年 1 月, 回顾性分析在我院就诊的蛛网膜下腔出血患者 51 例, 全部患者均行 64 层螺旋 CT 血管造影检查和数字减影血管造影, 观察对比两种方式阳性检出率、特异性和敏感度。**结果** 64 层螺旋 CT 阳性检出率为 92.16% 与数字减影血管造影 90.20% 相比差异无统计学意义, $P > 0.05$; 64 层螺旋 CT 血管造影特异性和敏感度分别为 97.22% 和 100%, 高于数字减影血管造影 95.33% 和 98.77%, 但差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。**结论** 在蛛网膜下腔出血诊断中, 64 层螺旋 CT 诊断结果理想, 且操作安全, 具有较高的特异性和敏感性, 值得进一步推广。

【关键词】 蛛网膜下腔出血; 64 层螺旋 CT 血管造影; 临床诊断; 护理工作

【中图分类号】 R473.74 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 03-140-02

蛛网膜下腔出血属神经科常见疾病, 病情较为危重, 中老年人群发病率较高, 临床诱发因素较多, 具体以颅内动脉瘤破裂为主, 且动静脉畸形、血管炎和烟雾病均会诱发此病^[1]。而针对蛛网膜下腔出血患者, 必须给予及时的救治, 以此缓解病症危害, 而及时科学的诊断是临床救治的关键, 其中 64 层螺旋 CT 血管造影诊断优势明显, 检查时间短且安全性高, 受到患者的普遍认可^[2]。本次研究基于上述背景, 探讨了 64 层螺旋 CT 血管造影在蛛网膜下腔出血诊断的临床运用及护理注意事项, 现详述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016 年 1 月 -2018 年 1 月, 回顾性分析在我院诊断的蛛网膜下腔出血患者 51 例, 男 27 例, 女 24 例, 年龄 39-62 岁, 平均 (50.83 ± 2.89) 岁, 全部患者均以突发性剧烈头痛就诊, 其中 12 例伴有意识障碍, 9 例伴有持续昏迷。本次研究经由我院伦理委员会批准通过, 全部患者知情并自愿参与, 其均为首次发病、排除心脑血管等严重功能障碍患者。

1.2 诊断方法

64 层螺旋 CT 血管造影检查: 使用我院 64 层螺旋 CT 扫描仪, 检查时一次性采集患者 64 层图像, 患者取仰卧位, 行

螺旋容积扫描, 参数设置: 管电流: 120-150mA, 管电压: 120kV, 重建间隔: 0.65mm, 采集时间 0.6s, 扫描范围为颅顶到枢椎齿状突。常规平扫结合加强扫描, 使用非离子造影剂, 注入患者肘前静脉, 注射时使用高压注射器, 合理控制注射速度, 具体为 3.0-3.5ml/s, 总量控制为 60-80ml。操作人员利用工作站对图形进行处理, 投影时取最大密度, 并配合开展三维重建技术。

数字减影血管造影检查: 在上述检查 1 周后, 患者行数字减影血管造影检查, 使用我院数字减影机, 给予患者局部麻醉, 并经股动脉插管, 开展全脑血管造影, 造影剂同 64 层螺旋 CT 血管造影, 用量控制为 100-200ml。

1.3 观察指标

观察对比两组患者阳性检出率、敏感度和特异性。

1.4 统计学处理

采用 SPSS24.0 统计软件对本次数据进行分析处理, 计数资料以例数(率)表示, 卡方检验。对比有统计学意义参照 $P < 0.05$ 。

2 结果

64 层螺旋 CT 阳性检出率为 92.16% 与数字减影血管造影 90.20% 相比差异无统计学意义, $P > 0.05$, 详见表 1。

表 1: 两组患者护理总有效率对比 [n(%)]

组别	例数	动脉瘤	血管畸形	阳性率
64 层螺旋 CT 血管造影	51	38 (74.51)	9 (17.65)	47 (92.16)
数字减影血管造影	51	37 (72.55)	9 (17.65)	46 (90.20)
χ^2	--	--	--	6.050
P	--	--	--	0.014

64 层螺旋 CT 血管造影特异性和敏感度分别为 97.22% 和 100%, 高于数字减影血管造影 95.33% 和 98.77%, 但差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。

3 讨论

在蛛网膜下腔出血诊断中, 数字减影血管造影被视为金标准, 但是其操作复杂且对患者具有伤害性, 患者依从性较低, 临床诊断存在明显的局限性, 同时有的患者血管条件不佳, 使得造影导管无法到位, 导致检查失败^[3-4]。随着 64 层螺旋 CT 诊断技术的发展, 其扫描速度和质量不断提升, 在蛛网膜下腔出血诊断中发挥着重要的作用, 其具有辐射小、时间短和无创伤性优势, 同时其动脉瘤显示较为清晰, 并能够显示颅内血管的相对空间结构, 并反应其具体关系, 可为后续

诊断提供有效依据。并且蛛网膜下腔出血的首要诱因为颅内动脉瘤破裂, 而 64 层螺旋 CT 血管造影可对颅骨和动脉瘤的关系进行探查, 尤其对颅底血管瘤特异性较高, 在最大限度上杜绝了漏诊情况。

同时在具体诊断过程中, 工作人员需结合患者实际情况, 给予其科学合理的护理干预, 护理人员在接待患者时需与其进行密切交谈, 了解患者实际情况, 明确其是否存在检查禁忌症, 获取其既往病史信息, 为后续诊断提供有效参考治疗, 同时在交流过程中需评估患者情绪状态, 很多患者处于对自身病情的担忧和恐惧, 会伴有焦虑、不安等情绪, 对检查造成不良影响, 基于此护理人员需对其情绪进行疏导, 向其介

(下转第 141 页)



急诊科护士与病人沟通技巧的临床应用

张 晖 刘春红

新疆心脑血管医院

【摘要】医院急诊科是医院护理工作的窗口和重要组成部分,是和外界接触最频繁的临床科室,护理工作的好坏直接反应医院的护理整体水平,过去急诊科的护理质量片面强调了护理床单位的整洁、抢救设备的清洁、以及护士的各项操作技能,而忽视了患者的需求,新的医患矛盾不断出现,对医疗接待工作提出了新的要求,只有加强与病人沟通,掌握沟通技巧,善待病人,才能重塑白衣天使的形象。

【关键词】急诊科;护士;沟通技巧

【中图分类号】R472.2 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1674-9561(2018)03-141-01

随着人们医学知识的普及及法制观念的增强,患者自我保护意识不断提高,对医务人员期望值也不断攀升,患者在急诊科停留时间短,对接待工作提出了新的要求,只有掌握沟通技巧,才能减少医疗纠纷的发生。

1 沟通技巧的临床应用

语言是护士与病人沟通的重要工具,医患沟通是免不了的,所以为什么不好好说话呢?这样既能留自己一份好心情,也能送别人一份温馨。沟通不是万能的,但离开了沟通是万万不能的,护士要善于抓住与患者交谈的契机,选择恰当的称呼往往是我们与病人建立良好关系的起点。到急诊科的病人一般病情起病较急、危、重。患者停留时间较短,若护士能记住患者名字,则更能让患者感到护士的关注,从而消除紧张、恐惧心理。要善于抓住与患者交谈的契机,无论为病人做任何治疗,都必须用语言与患者进行沟通,以解除其思想顾虑和负担,取得积极配合,谈话要有针对性,与人交流不是闲聊,而应是有主题,有目的的交谈。要针对病人年龄、性格、职业的不同,选择不同说话方式和内容,要紧紧围绕病人的病情和治疗,不要海阔天空,漫无边际,要善于控制说话的局面,将谈话控制在对治疗有帮助的范围内,对于小孩要多用鼓励性的语言。

患者是需要关爱的,尤其是来自与医务人员的关爱在患者的眼里,只有医务人员才能解除他们的病痛,所以医务人员的一颦一笑,一言一行都会让病人及家属留下深刻的印象,产生巨大的心理暗示,所以医务人员的关爱可以弥合矛盾,可以减少分歧,更可以有效化解医患纠纷。

规范文明用语,提高服务质量要求护士着装规范整洁大方,谦虚有礼,用真诚的微笑和亲切的语言接待患者,要使用“请”、“需要帮助吗”“谢谢”等礼貌用语,病人询问

时,不说“不知道”。规范化文明用语使患者感到宾至如归,平易近人,从而缩短与病人的感情距离。

善于用非语言交流,非语言交流的信息是不使用语言的交流,通过人的目光、表情、动作和空间距离等来进行人与人之间的信息交流。语言交流除了能辅助有语言的作用外,还具有较强的表现力、吸引力、又可跨越语言不通的障碍。所以比语言性信息更富有感染力。

语言交流的信息是间断的,而非语言交流的信息是不间断、连续的。人与人只要在一起,就会自然而然的传递信息。因此,有人认为非语言交流的重要性甚至超过语言信号系统包括面部表情,目光接触,身体的姿势和运动,以及必要的触摸如儿童、重病人。对患者的关心体贴,可以体现在一个细微的动作中,摸摸发热患者的额头,在为患者做完治疗后帮患者放下衣袖。

敬业的态度能赢得患者的理解,敬业是护士的基本属性,你的辛苦付出可以换取患者的尊重,敬业的护士可以远离医疗纠纷。

总之,急诊科担负着全院急危重患者的抢救、转运的工作,每天与不同性格、要求的患者接触。因患者在科室停留的时间短,病情症状各不相同,护士除规范护理行为,加强安全管理,提高护理质量外,掌握沟通技巧,善待病人,才能更好的树立白衣天使的形象。

参考文献:

- [1] 林茜,施姬.护理需要人文关怀[J].中国实用护理杂志,2005;21(11):56~57
- [2] 王伟智,刘苏君.护士专业形象与交流技巧,69
- [3] 李燕花,唐锦幸.人性化护理在急诊患者护理中的应用效果分析[J].中国实用护理杂志,2015(22):154-155

(上接第140页)

绍检查的实际情况,说明注意事项,并告知其积极配合的重要性,必要时适当播放舒缓音乐,调节患者情绪状态。此外在检查过程中护理人员尽量满足患者合理要求,注意遮挡,配合操作人员完成检查,检查后对患者进行安抚,适当讲解疾病相关知识,避免患者在等待结果时胡思乱想。

综上,在蛛网膜下腔出血诊断中,64层螺旋CT诊断结果理想,且操作安全,值得进一步推广。

参考文献:

- [1] 马天赐,徐学权,王继芳,等.256排CT血管造影对

自发性蛛网膜下腔出血病因的诊断价值[J].解放军预防医学杂志,2016,34(s1):260-260,271.

- [2] 周炜,刘冷.三维CT血管造影与3D-DSA对蛛网膜下腔出血疑诊为颅内动脉瘤患者的诊疗价值研究[J].山西医药杂志,2017,46(13):1565-1567.

- [3] 何珍,张继扬,徐勤,等.胚胎型大脑后动脉伴颅内动脉瘤的多层螺旋CT血管造影分析[J].中国临床医学影像杂志,2016,27(8):538-542.

- [4] 边锐,许友松,程超,等.自发性蛛网膜下腔出血首次脑血管造影阴性病例的临床分析[J].大连医科大学学报,2016,38(1):81-83.