

除尿管后临床症状均明显改善,18 例患者有短时间终末血尿及尿痛。本组并发急性附睾炎 3 例,暂时性尿失禁 2 例,均于术后 1 周内恢复。

3 护理

3.1 术前准备 术前了解患者全身状况及合并症情况,积极治疗合并症如调整血压,应用抗生素行雾化吸入以控制肺部感染,输入极化液营养心肌改善心肺功能,控制血糖水平,肾功能不全者行持续导尿并注意记录尿量变化,协助判断肾功能恢复情况等。

3.2 心理护理 术前耐心向患者讲解前列腺增生症的有关知识和 TURP 手术的优点及配合要点,注意关心和尊重患者,建立良好的护患关系,取得患者的信任,消除其紧张、恐惧心理,使其了解病情及手术治疗的预期效果,增强患者战胜疾病的信心。

3.3 术后护理 术后膀胱潮式引流,保证引流通畅,避免因小组织块及血块阻塞导致膀胱过度充盈及继发出血。注意观察引流液的性状,判断出血量的多少,以便及时处理;长期卧床患者,定期变换体位,加强皮肤护理,增进局部血液循环,加强营养,避免褥疮的发生<sup>[1]</sup>;术后加强呼吸道管理,合理应用有效抗生素以预防或控制肺部感染;留置导尿管前夹闭尿管,定时放尿以训练膀胱功能。

3.4 健康教育 嘱患者 3 个月避免剧烈运动。合理膳食,多食新鲜蔬菜、水果,保持大便畅通,预防便秘;多饮水,2000ml/d 以上,预防尿潴留,出现尿流变细,排尿困难、血尿等异常情况时及时复查,术后 3 个月内避免性生活。

4 讨论

4.1 高危前列腺增生患者多不能耐受二次手术,对合并膀胱疾患的患者应争取 I 期处理。本组 3 例合并膀胱多发结石患者,2 例采用腔内技术碎石,1 例行下腹部小切口膀胱切开取石,膀胱造瘘,同时 I 期行 TURP;3 例合并膀胱肿瘤者,先用蒸馏水冲洗,肿瘤切除后立即予丝裂霉素 - C 膀胱灌注并保留 20min,使用 4% 甘露醇冲洗后再行 TURP,术后未出现尿道、前列腺窝肿瘤种植转移及尿道狭窄。使用 4% 甘露醇等张液低压膀胱灌注可有效减少灌注液的吸收,提高手术安全性。

4.2 TURP 具有适应症广、创伤小,恢复快、住院时间短等优点,对高危前列腺增生患者加强术前、术后护理,可有效减少并发症的发生,是一种安全有效的治疗方法。

参考文献:

[1] 梁兰萍,朱美玉,陈智春. 褥疮预防的进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2000,6(2):142.

收稿日期:2005-09-12

# 视网膜脱离 203 例护理体会

王 芳 孔 冬 吴云燕(山东省立医院 山东 济南 250021)

自 2001 年我院开展整体护理以来,对 203 例视网膜脱离患者运用护理程序加强围术期护理,患者身心得到了及时恢复,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组男 98 例,女 105 例,14 ~ 67 岁,平均 42 岁,单纯巩膜冷凝加环扎加硅胶填压术 132 例,玻璃体切割加视网膜复位术 61 例。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 患者常因环境改变,担心手术效果而呈现情绪低落,悲观失望情绪,我们要针对患者的不同情况,以诚恳的语言,向患者讲解手术的必要性,以典型病例说服患者,帮助患者树立战胜疾病的信心,消除顾虑<sup>[1]</sup>。

2.1.2 一般护理 ①手术前绝对卧床休息,采取裂洞最低位置的卧位,以利于视网膜的自行平复和视网膜下液体的吸收。②多食高蛋白、高维生素、易消化的食物,避免食物过硬,以防因用力咀嚼诱发新的裂洞形成,糖尿病患者避免含糖高的食物,多食蔬菜水果,保持大便通畅。术前口服鲁米那 60mg,如失眠患者可肌内注射安定 10mg,以保证充足的睡眠,控制患者的情绪。

2.2 术中护理 手术室环境、工作人员服装,都给患者产生心理压力,护理人员应主动与患者谈心,关心体贴患者,如询问体位是否舒适,眼痛情况等,耐心指导患者配合手术、术中不要谈及与疾病无关的内容,以免增加患者的不信任感。

2.3 术后护理

2.3.1 体位护理 单纯硅胶填压者采取裂洞最低位置的卧位,手术由于在玻璃体腔内注入惰性气体或硅油等,利用其向上的浮力使脱离的视网膜复位,术后要告诉患者采取俯卧位的目的,以取得合作<sup>[2]</sup>。俯卧位时间过长,患者易产生消极情绪,对治疗失去信心,护理人员应定期督促患者保持面部朝下的不同体位,如坐姿,简单卧姿,并在骨突处置膨松的棉枕,以免局部长期受压。俯卧位者(尤其是肥胖患者)由于卧位时间长,姿势较固定,易致呼吸循环不畅,发生体位性低血压,术后 3d 监测血压,2 次/d。

2.3.2 对症护理 为使视网膜稳定复位,在玻璃体切除术后常注入膨胀气体,术后 6 ~ 8h 气体体积增加最快,在监测眼压的同时向患者解释疼痛的原因,关心安慰患者,帮助患者采取舒适的卧位,分散患者的注意力,遵医嘱给止痛剂,眼压高者给降眼压的药物,恶心呕吐者暂禁食,给止吐药,呕吐剧烈、严重影响进食者要注意体液及电解质变化,计算出入量,适量补充营养及电解质。

2.3.3 眼部护理 保持敷料清洁干燥,定时换药,预防交叉感染,术后 2d 滴眼液滴眼,如点必舒滴眼 7 次/d,滴眼时注意动作轻柔,勿压迫眼球,滴阿托品等散瞳药时要压迫泪囊 3 ~ 5min,告诉患者头部勿用力活动,勿用手揉眼及碰撞术眼,以免诱发新的裂洞。

3 出院指导

遵医嘱合理用药,护士通过示范教会患者及家属点眼的

方法、注意事项及药物的配制方法等。术后定期复查,硅油注入者 3 个月应取出硅油,以减少硅油对晶体及角膜的损害,告诉患者如出现视力下降,眼前黑影飘动或云雾状遮挡时,立即到医院就诊。手术后半年内禁止一切剧烈活动,包括重体力劳动,避免跑跳等体育运动,防止复发。

参考文献:

- [1] 侯春风,张鲁平,尹玉霞,等.视网膜脱离术患者体位的护理[J].齐鲁护理杂志,2004,10(11):869.  
[2] 齐方梅.视网膜脱离术后患者卧位的研究[J].齐鲁护理杂志,2002,8(1):4-5.

收稿日期:2005-08-23

## 急性有机磷农药中毒 108 例护理体会

周希莲 刘梅(德州市人民医院 山东德州 253014)

2003 年 1 月~2005 年 4 月,我院共收治 108 例有机磷农药中毒患者,经彻底迅速清除毒物,同时使用阿托品、氯磷定等解毒药物治疗,给予精心护理,效果显著,现将护理体会报告如下。

### 1 临床资料

本组 108 例,男 21 例,女 87 例,8~83 岁;误服 18 例,自杀 80 例,皮肤吸收 10 例。98 例中毒者服药后 10min~6h 入院,10 例服药后 2~6h 入院。

### 2 救护措施

2.1 清除毒物 经口服有机磷农药中毒者,洗胃及时、彻底是抢救成功的关键。洗胃时应注意出入量的平衡,至洗胃液无色、无味为止。对于重度中毒的患者,洗胃后必须留置胃管,一方面为减少有机磷农药从胃黏膜吸收-分泌-再吸收,可行必要的重复洗胃;另一方面可以观察有无上消化道出血,可从胃管内注入止血药物,同时还可以对昏迷患者进行鼻饲,保证能量及营养的供应<sup>[1]</sup>。本组有 4 例重度中毒患者,次日抽出胃液中仍存在有机磷农药气味,采取重复洗胃,获得满意效果。洗胃后必须清洗口腔及全身皮肤,更换衣服,避免口腔黏膜及皮肤残留的吸收。经皮肤有机磷农药中毒者,首先要彻底清洗皮肤及更换衣服。

2.2 解毒药物的应用 患者送至医院后,在洗胃或进行皮肤清洗的同时,必须立即建立静脉通道,静脉注射阿托品。阿托品的用量一般根据中毒程度及个体差异而定,开始时可根据病情轻重选用 2~5mg 静脉注射作为试探剂量,观察 5~10min。如果面色苍白、瞳孔缩小等体征毫无变化迹象,则宜迅速增加剂量,阿托品的使用应遵循早期、足量、反复的原则,使其尽快达到阿托品化后逐渐减量。重度患者也可采用

一次剂量阿托品化方法。在使用阿托品的同时,根据不同中毒程度,使用不同剂量的胆碱酯酶复能剂。同时常规使用利尿剂,既可防止或减轻肺水肿及脑水肿,又可加速毒物的排泄。

2.3 阿托品化的临床观察 阿托品化即临床出现瞳孔较前扩大、口干、皮肤干燥和颜面潮红、肺部湿啰音消失及心率加快。在临床中,有部分阿托品化患者,瞳孔扩大与心率加快表现不一致,故必须综合观察来判断。

2.4 输血治疗 严重中毒患者可输新鲜血液以补充胆碱酯酶,因为有机磷农药在人体内与胆碱酯酶结合,形成磷酸化胆碱酯酶,且比较稳定,失去分解乙酰胆碱的活力。故重度中毒患者,没有输血禁忌证的情况下,主张早期输新鲜血以补充血中胆碱酯酶,以提高抢救成功率。本组有 2 例采取输新鲜血配合治疗,取得了良好效果。

2.5 病情观察 入院早期密切观察瞳孔、神志、皮温、心率、呼吸、肺部啰音等,并作为使用阿托品依据及判断病情进展的根据<sup>[2]</sup>。作好对症治疗,可有效防止肺水肿、脑水肿、呼吸循环衰竭等并发症,防止心律失常及心肌损害。中毒症状好转后,至少观察 3~5d。乐果中毒患者,常规留院观察治疗 7d,以免病情反跳。

参考文献:

- [1] 张红.有机磷农药中毒急救护理体会[J].齐鲁护理杂志,2005,11(4):346.  
[2] 赵芳,李志玲.有机磷中毒迟发性神经病患者的心理分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2005,11(7):851.

收稿日期:2005-09-12

## 癫痫型脑囊虫病 15 例护理体会

柳国芳 滕文慧 赵倩(青岛大学医学院附属医院 山东青岛 266003)

癫痫是脑囊虫病的主要症状及后遗症之一,癫痫型脑囊虫病占脑囊虫病的 50% 以上。2000 年 7 月以来,我院收治癫痫型脑囊虫病 15 例,现将护理体会报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 15 例,男 11 例,女 4 例,21~52 岁,均经 CT 或 MRI 检查证实,脑脊液及血液囊虫抗体 PHA 检测呈阳性,病程 1~16 年,发作频率 2 次/10 年~17 次/年,其中

全身性发作 11 例,部分性发作 3 例,混合性发作 1 例。

1.2 方法 抗囊治疗<sup>[1]</sup>:第 1 疗程吡喹酮 30mg/(kg·d)×12d,第 2、3 疗程均为吡喹酮 50mg/(kg·d)×15d,每疗程间隔 2 个月。同时服用苯妥英钠、卡马西平等,辅助应用维脑路通和(或)复方丹参等活血化瘀药物及脱水剂、激素治疗。

### 2 结果

经抗囊及抗癫痫治疗后随访 1~2 年,逐渐停药无癫痫