

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手术的优缺点及配合要点, 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, 定时排尿以训练膀胱功能。

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一期处理。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, 同时一期行 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洗液的吸收, 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 $10\text{min}\sim 6\text{h}$ 入院,10例服药后 $2\sim 6\text{h}$ 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一分泌一再吸收,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 $2\sim 5\text{mg}$ 静脉注射作为试探剂量,观察 $5\sim 10\text{min}$ 。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 $3\sim 5\text{d}$ 。乐果中毒患者,常规留院观察治疗 $7\text{d}$ 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MR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 $30\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})\times 12\text{d}$ 第2、3疗程均为吡喹酮 $50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})\times 15\text{d}$ 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