

玻璃体切割术治疗视网膜脱离的护理

吴云燕 王芳 孔冬

R77 B

复杂的视网膜脱离需做玻璃体手术,它不仅能去除玻璃体牵引,起到比巩膜扣带更为直接的效果,还可清除混浊的中间质为检查治疗创造条件,切去玻璃体后形成的空间,可注入空气、惰性气体和硅油,从内填塞使视网膜复位,而做好术前、术后护理是手术成功的关键之一,现将玻璃体切割加硅油或气体注入术的护理介绍如下。

1 临床资料

35 例中,男 17 例,女 18 例,共 43 眼,年龄 18~46 岁,平均 32 岁。术前眼底检查均发现视网膜脱离并找到裂洞。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 术前卧床休息,嘱患者绝对卧床休息,并处于裂洞最低位置的卧位,以利于视网膜的自行平复及网膜下液的吸收。

2.1.2 做好心理护理。护士主动与患者谈心,关心体贴、尊重患者,提高患者对医护人员的信任,加强沟通,让患者了解病情及治疗效果。以典型病例说服患者,以增强战胜疾病的信心。说明手术的必要性和安全性,解释术前各项准备的目的和意义,使患者主动与医护配合。

2.1.3 术前避免眼球转动(眼罩遮盖或双眼包扎),防止因剧烈转动或轻微震动而使视网膜受牵拉而加重病情。头部勿用力活动,以免诱发新的裂洞形成。

2.1.4 术前用抗生素眼药水点眼,7 次/d 以清洗结膜囊,防止术后感染。用 1% 阿托品,AST 膏涂眼,充分散大瞳孔,以利于局部休息和眼底检查。

2.1.5 手术当日,按医嘱散瞳,镇静,消除紧张情绪以利于手术进行。

2.2 术后护理

2.2.1 术后为防止玻璃体出血,应严格限制眼球运动,尤其是术中有出血者。双眼盖眼包扎 3~5 天。

2.2.2 一般玻璃体手术患者不强调整对卧床,常用仰卧位(注气患者除外),协助患者进食及大小便。

2.2.3 对复杂的玻璃体手术行气-液交换或玻璃体内注气者,术后应严格选择体位,包括俯卧位、坐位、低头位、侧卧位等,原则上使裂孔处于最高位,术后前 5 天,保持体位每日应不少于 16 小时,尤其是应用膨胀气体者,在气体膨胀时进入视网膜下前房内可导致新的并发症。

2.2.4 保持大便通畅,以免用力排便导致视网膜重新脱离。术后应进行半流质饮食,多吃水果和蔬菜,应补充足够的热量和蛋白质。

2.2.5 防止受凉,避免咳嗽,每日测体温 1 次,术后常规应用抗生素预防感染。

3 出院指导

术后 3 个月内仍避免过度运动及过重体力劳动,至少每月应检查 1 次玻璃体及视网膜情况,3 个月后可参加一般社会活动及恢复正常工作。注意用眼卫生,头部勿用力,半月后门诊复查。

参 考 文 献

- [1] 刘宗琦等主编.实用眼科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1999
- [2] 宋聚主编.手术学全集:眼科卷[M].北京:人民军医出版社,1994

作者单位:山东省立医院(山东济南)
邮 编 250021 收稿日期 2002-08-27

• 短篇报道 •

甲硝唑致血糖升高及糖尿 1 例

隋延辉 赵淑青 李克英

R97 B

1 病例介绍

患者男,48 岁。因牙周炎于 2001 年 8 月 5 日给甲硝唑(山东省莒南制药厂生产,批号,001201)0.2 tid 口服。次日早晨发现尿液微红,无尿急、尿频及其他不适,即查尿常规示:红细胞“++++”,糖“++++”。又查空腹血糖为 8.1 mmol/L。追问病史,该病人于 2001 年 5 月份健康体检时一切正常,血糖 4.9 mmol/L 近期无多饮、多食等糖尿病表现,因此怀疑为甲硝唑所致。即停用甲硝唑,改用氧氟喹诺酮类加生理盐水静滴治疗。2 日后复查尿常规正常,空腹血糖为 5.1 mmol/L,继续治疗 2 日痊愈。

2 讨论

甲硝唑有强大的杀灭滴虫的作用,对阿米巴原虫也有杀灭作用,此外本药有抗厌氧菌作用,可用于治疗厌氧菌感染引起的盆腔炎、牙周炎等。据报道,其不良反应有消化道不适,如食欲不振、恶心、呕吐等,偶有头痛、失眠、白细胞减少等,少数病人有膀胱炎、排尿困难等^[1]。本病例尿常规示红细胞“++++”即为膀胱炎的表现。甲硝唑引起血糖升高尚未见报道,其毒理不详,有待今后研究,但应提醒用药时注意。

参 考 文 献

- [1] 陈新谦,金有豫主编.新编药物学[M].第 14 版.北京:人民卫生出版社,1998:125

作者单位:山东省青州荣军医院 邮编 262500 收稿日期 2002-05-08