3.4 出院健康指导

嘱患者保持心情舒畅,1 周内以卧床休息为主,1 周后可进行家务活动或户外活动。适当进食高蛋白、高能量、高维生素、低脂肪食物,帮助伤口愈合和身体恢复[4]。减少可能增加腹压的活动,2 周内不提超过 3 kg 的物体,避免久站、久坐、久蹲等动作,多饮水,多吃新鲜蔬菜和水果,保持大便通畅,防止便秘。沐浴时保持伤口干燥,预防感染。术后有少量阴道分泌物是正常现象,若出现明显腹痛或大量阴道流血应及时来院就诊。术后 1 个月内应禁忌性生活。宫外孕患者中约有 10% ~15% 可再次发生宫外孕。患者病愈后若再次妊娠,应在怀孕 50 d 后进行 B 超检查,以确定是否为宫外妊娠。

[参考文献]

[1] 杨 静,曾 俊,陈小丽. 妇科腹腔镜器械的术中管理与维护[J]. 局解手术学杂志,2013,22(4):447 - 448.

[2] 丰有吉,沈 铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005.

[3] 朱秀英. 腹腔镜治疗宫外孕 26 例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(20):106 - 107.

[4] 高金萍. 68 例宫外孕护理体会[J]. 局解手术学杂志,2012,21(3):341 - 342.

(编辑:雷 艳)

玻璃体切割术联合视网膜切开治疗高度近视眼球内异物临床观察

Vitrectomy combined with retinal incision in treatment of high myopia with intralcular foreign body

蒋 炜,韩 非,吴 燕,张衡頔 (成都军区总医院眼科,四川 成都 610083)

[**关键词**] 玻璃体切割术;视网膜切开;高度近视;球内异物
[**中图分类号**] R779.14;R778.11 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2014)03-0312-02

高度近视眼由于眼球解剖结构的特殊性,较正常眼容易发生视网膜脱离;眼外伤球内异物又常常导致眼内严重的炎症反应。当二者相遇时,眼内的复杂情况可想而知。对于这类患者,我们采取了玻璃体切割联合大范围视网膜切开进行治疗,获得了较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2006 年 1 月至 2011 年 12 月收治 3 例(3 眼)高度近视眼合并球内异物的患者,均为男性;右眼 2 例,左眼 1 例;年龄 32 ~48 岁,平均 39 岁。3 人均为高度近视, -12.00 ~ -20.00 D。视力为 1 眼光感,2 眼手动/眼前。均为眼球穿通伤、球内异物。伤口:1 眼为角膜,1 眼为角巩膜缘,1 眼为巩膜。均发生白内障、视网膜脱离,已完成一期清创缝合。2 眼前部 PVR A3[1],异物为铁块,1 眼后部 PVR P2,异物为石块。

1.2 手术方法

球后阻滞麻醉和表面麻醉,常规巩膜三通道闭合式玻璃体切除,术中先切除白内障,再切除中轴部、基底部及周边部玻璃体。寻找到异物后切除其表面渗出膜,充分游离异物,电凝周围视网膜血管,防止出血,根据异物大小将扁平部切口适当扩大,伸入异物钳摘出异物。缝合切口 1 ~2 针以避免漏水影响手术操作,术中切除玻璃体条索,剥离视网膜前膜,解除玻璃体对视网膜的牵引。由于视网膜瘢痕、嵌顿使视网膜不能平覆,1 眼行 180°、2眼行360°视网膜切开,彻底解除视网膜牵引,恢复视网膜的活动度。重水平覆视网膜,行眼内光凝,气液交换后,玻璃体腔硅油填充。术后给予全身和局部抗感染、消炎治疗。6 ~9 个月后取出硅油,随访 6 ~12 个月。

2 结果

术后矫正视力:1 眼指数/眼前,1 眼 0.02,1 眼 0.05,均较术前提高。术后并发症:①炎症反应。3 眼出现不同程度的房水混浊,其中 2 眼出现前房纤维素样渗出,经激素抗炎、散瞳治疗 3 d 左右均得到控制。②术后眼压偏低。硅油取出后,眼压偏低,1 眼 9 mmHg,2 眼 10 mmHg。未见视网膜脱离。

3 讨论

由于玻璃体切割术的广泛应用,目前对于眼外伤、球内异物已不再是束手无策,大部分患者经过手术,不仅能挽救眼球,还能保留有用视力[1-2]。但是,由于高度近视眼的特殊性,眼轴长、球壁薄、视网膜质量差、伴有多种病理性改变,对于外伤的承受力明显低于正常眼,手术的难度也更大。

高度近视眼伴球内异物出现视网膜瘢痕、视网膜嵌顿、大量增殖膜,视网膜往往被牵拉,导致复位困难,如不能充分松解,是很难复位的。虽然巩膜环扎术可以有效帮助松解视网膜,过去,常常充当玻璃体切割术的辅助手术[3]。但是,本组病例为高度近视眼,巩膜环扎将使眼轴进一步增长,加重近视度数,而且,眼球壁较薄,缝合时有穿透的风险,因此,我们没有采用此术式。此 3 眼,外伤后,眼内炎症反应重、增殖明显,视网膜嵌顿,部分视网膜形成瘢痕,局部切开松解并不能使视网膜完全复位[4]。为此,我们采取了大范围的视网膜切开[5-6],1 眼行 180°、2 眼行 360°视网膜切开,彻底解除牵引,恢复视网膜的活动度。切开

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403040
[**收稿日期**] 2013-11-20 [**修回日期**] 2014-01-18

前,需要做充分的电凝止血,尽量多保留正常的视网膜组织,术中避免触碰色素膜,以免增加术后炎症反应。由于视网膜大范围切开,需要长期顶压,填充材料宜选择硅油,如果未发生乳化,建议硅油取出术适当延后,以确保视网膜复位[6]。

虽然大范围视网膜切开可以复位视网膜,但由于其创伤较大,可能出现严重的并发症,应严格掌握手术指征[6]:①视网膜僵硬、皱缩和纤维化,纤维增殖引起的视网膜牵拉和缩短,应用常规玻璃体膜剥离手术不能使视网膜复位;②严重的外伤性视网膜嵌顿出现广泛的 PVR;③PVR 合并大面积的视网膜下增殖;④巨大裂孔性视网膜脱离合并裂孔卷边、增殖、皱缩;⑤严重的视网膜下出血、脉络膜上腔积血等。

视网膜大范围切开对眼球内的干扰较大,炎症反应也相应增加,术后抗炎应该更积极。由于色素膜暴露,房水循环的巩膜流出道增加,硅油取出后,眼压可能偏低,需进一步观察。

综上所述,玻璃体切割术联合大范围视网膜切开可以有效治疗严重增殖的高度近视眼伴球内异物。

[参考文献]

[1] 黎晓新,姜燕荣. 角巩膜破裂伤后视网膜脱离合并视网膜嵌顿的玻璃体手术方法探讨[J]. 北京大学学报(医学版),2002,34(5):615-617.

[2] 吴惠琴,赵燕麟,王 彤. 玻璃体视网膜手术治疗复杂性眼外伤的临床分析[J]. 国际眼科杂志,2007,7(6):1731-1733.

[3] 仇宜解,刘国军,马海华,等. 玻璃体切割联合巩膜扣带术治疗复杂性视网膜脱离扣带作用的评价[J]. 中国实用眼科杂志,2003,21(1):11-13.

[4] 赵静如,盖春柳,陈晓隆,等. 玻璃体切割术治疗复杂眼外伤的临床研究[J]. 国际眼科杂志,2011,11(3):545-547.

[5] 邱新文,周朝晖,李定章. 视网膜切开切除术治疗难治性复杂性视网膜脱离[J]. 中国实用眼科杂志,2011,29(11):1162-1166.

[6] 刘 映,张少冲. 360 度视网膜切开术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中国实用眼科杂志,2008,26(10):1117-1119.

(编辑:余汇洋)

维持血液透析过程中并发上消化道出血的病因及护理

Etiological analysis and nursing care for maintenance hemodialysis patients complicated with upper gastrointestinal hemorrhage

陈志林[1],王海花[1],郭彩虹[1],田 敏[2] (海南医学院附属医院:1. ICU;2. 肾内科,海南 海口 570102)

[关键词] 血液透析;上消化道出血;病因;护理
[中图分类号] R573.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2014)03-0313-02

维持透析患者往往应用较大剂量的抗凝剂,增加了上消化道出血的风险。研究表明幽门螺杆菌感染、肾功能损害、凝血功能障碍、低血钙、胃泌素水平增高是尿毒症并发上消化道出血的危险因素[1-3]。透析过程中并发急性上消化道出血导致循环障碍,即加重了肾功能衰竭,严重者可危及生命,处理不当易导致医患纠纷的发生。认识血液透析患者并发急性上消化道出血的病因,采取合理的护理,可有效减少上消化道出血的风险。为此,本研究分析了我院 2010 年以来 86 例维持血液透析患者中并发急性上消化道出血患者的病因,并对其护理措施进行总结汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2010 年 1 月至 2013 年 6 月我院血透中心行维持血液透析中并发急性上消化道出血的患者作为研究对象。纳入标准:①均为慢性肾功能不全(尿毒症期),维持血液透析患者;②透析过程中出现呕血、黑便等临床表现;③均有急诊胃镜检查结果,消化道出血病因明确;④病例资料完整。符合上述纳入标准的患者共 86 例,其中男 58 例,女 28 例,年龄 36~78 岁,平均(66.8±12.2)岁。透析时间 18~68 个月,平均(42.2±16.6)个月。肾基础病包括:慢性肾小球肾炎 46 例,糖尿病肾病 22 例,高血压肾病 12 例,狼疮性肾炎 4 例,梗阻性肾衰 2 例。

1.2 出血后救治方法

透析过程中患者出现呕血、黑便等表现时,及时检查血常规、粪便常规及潜血,给予抑酸、止血、补液、必要时输血等治疗。根据患者病情尽早安排急诊胃镜检查以明确病因,并在胃镜下进行止血治疗,主要包括胃镜下止血药物喷洒、止血钛夹、硬化剂注射、电凝止血等。血液透析改为无肝素透析。

1.3 护理干预

1.3.1 上机前护理 上机前向患者及家属讲明急性上消化道出血是长期维持透析患者常见的并发症之一。详细了解患者近期有无上腹痛、恶心、呕吐、反酸、呕血、黑便等消化道症状,有无活动性溃疡、胃炎、肝硬化、便潜血阳性病史,对有明确活动性出血表现者,如呕血、黑便、活动性溃疡等,尽量安排无肝素透析。

1.3.2 透析过程中护理 透析过程中严密观察患者有无呕血、黑便、头晕、乏力等不适,密切观察血压、心率。如出现上述

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403041
[收稿日期] 2014-03-20 [修回日期] 2014-04-05