维普资讯 http://www.cqvip.com

青光眼，闭角型青光眼，围手术期，护理学 11180(28)

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

的胃肠减压是减少手术后腹胀和防止吻合口瘘的重要措施。护理人员应经常检查胃肠减压是否通畅，并认真记录胃液的量和性质。必要时从胃管内注入中药制剂促进肠蠕动早排气。

7. 手术后应指导病儿早期离床活动，以利于肠功能的恢复。防止肠粘连同时还能增加食欲。

总之，小儿肠梗阻发病多、发病急、但只要我们认真做好各项护理工作，同时积极的配合医生治疗愈后还是很好的。

（收稿：1994—09—16）

53-54

闭角型青光眼的围手术期护理

石家庄市第一医院 李淑珍 祝淑芳

（河北石家庄，邮政编码 050011）

R473.77

青光眼，是以眼压增高，视力下降为主的眼病，伴有典型的视功能减退和眼组织损坏，若延误治疗，将导致失明，是致盲的主要原因之一，必须积极根治。

发病机理：病因未明。闭角型青光眼，临床上多见于 40 岁以上，女性较多。生气、失眠、过劳、长时间阅读、在暗光下工作过久等常为发病诱因。我院眼科 1990 年共收住此类患者 70 名，其中女性为 45，占 64.3%。

治疗：闭角型青光眼，临床主要以手术治疗为主。但在急性发作期，可先用 20%甘露醇 250 毫升快速静点及匹罗卡品 15 分钟 1 次，2 小时后改为 1 小时 1 次，口服醋氮酰胺 250 毫克，103 次，首次加倍，尽快降低眼压，待充血消退后，再行手术为宜。若应用上述各种药物后，观察 24 小时，眼压仍不降，亦应采取紧急措施，如针刺前房放出房水，使眼压下降。临床上一般采取窦小梁切除术、虹膜嵌顿术等术式。闭角型青光眼如果治疗及时，一般预后情况良好。

术前准备及注意事项：

1. 急性期患者因常有眼胀、偏头痛、视力障碍、虹视、瞳孔散大、恶心、呕吐、烦燥、失眠等症状，需适当给予降眼压药物和镇静剂，并保持环境安静，使患者充分休养。

2. 术前用药治疗过程中，注意某些药物的副作用。如醋氮酰胺（碳酸酐酶抑制剂）可引起低钾症，手足麻木、食欲不振等，应以防止。缩瞳药物可使闭角型青光眼好转，但毒扁豆碱或糖甲碘有时反而引起眼压上升，故应密切观察。

3. 闭角型青光眼，多因家庭不和，工作上不顺利，心情不畅，精神抑郁所致，所以必须找出诱发原因，在药物及手术治疗的同时，给患者做耐心细致的思想工作，使其得到安慰和解除精神压力。

4. 术前检查：心电图、胸透、血尿便常规、出凝血时间及血糖、尿糖，有严重心脏病和支气管炎、肺炎、肺结核、糖尿病者不宜手术。心脏病患者易出现危险；支气管炎、肺炎、肺结核患者因咳嗽会影响手术效果；糖尿糖患者术后伤口不易愈合，术中易出血过多。

5. 术前洗澡更换内衣。

6. 剪眼睫毛、冲洗泪道，手术区皮肤清洁，0.25%氯霉素点眼 1 日 6 次。准备眼罩及术中用药如庆大霉素，氟美松等药物。

7. 术前晚服镇静药物安宁 2 片 21 点服，使患者充分休养。并应向患者做好宣传安慰工作，解除其精神上的紧张与焦虑，安定情绪，树立信心。

8. 术晨禁食水，术前口服醋氮酰胺 250 毫克和 20%甘露醇 250 毫升快速静点，15 分钟输完。

术后护理及注意事项：

1. 术后 1 级护理，使患者平卧，头部两侧沙袋固定 48 小时。要求患者卧床休息保持安静，以免影响手术效果。

2. 术后流食 48 小时后改半流食，根据病情拆线前后改为普食。

3. 术后按医嘱用抗菌素，激素及散瞳眼药水等点眼。

4. 如患者烦燥、失眠，可给镇静剂如鲁米那钠 0.2 肌注；腹胀者可局部热敷和表飞明口服等，少数患者呕吐应给止吐剂如维生素 B_1 50 毫克肌注 1 日 2 次，并保持环境安静，使患者充分休养。

5. 术后少数患者不易床上小便，可用膀胱局部热敷或者用已过水声引导患者小便，经上述措

维普资讯 http://www.cqvip.com

施无效者，可采取导尿。

6. 如患者便秘，可用缓泻剂如果导片口服，开塞露外用等。

7. 术后手术眼与健康眼有明显不同，如瞳孔散大光线不能集中地射入眼内，因而影响视力。滤过手术后在角膜缘上方有滤过泡，这易引起患者疑虑，甚至自己用针挑拨滤过泡，严重破坏手术效果，并导致术后感染。因此向患者详细介绍术后情况，妥善保护手术眼。

8. 4～5 天拆线后，按医嘱可行活动。少数患者术后眼压不降，可根据医嘱督促患者每日定时做眼球按摩，或者局部热敷。如患者有前房出血，可以半卧位姿势绝对卧床休息。

9. 出院时嘱患者定时来院复查，并告知所用药物的用法。一部分病人仍需继续用药控制眼压，定期复查或随时就诊。

例如：患者陈文朝女 48 岁，职业，售货员。1992 年 5 月份因右眼胀痛，视物不清，右侧偏头疼到我院就诊。经查：患者眼球结膜充血、虹膜萎缩、瞳孔散大状、视力右 0.06 左 1.0，压右 11.73KPa，左 3.73KPa，诊断为右眼急性闭简型青光眼，住院治疗。先采取降眼压措施，后于 5 月 11 日行右眼巩膜下嵌术。术后常规换药，注射青霉素 5 天，服强的松 5 天，出院时视力达右眼 1.0 左眼 1.5，眼压右 2.31KPa 左 3.25KPa，前房深浅正常，瞳孔呈钥匙状，晶体清。

（收稿：1994—12—18）

降低臀位围产儿死亡率的处置

石家庄医专附属医院妇产科　陈素霞

（河北石家庄，邮政编码 050031）

臀位是产科常见的异常胎位，其围产儿死亡率明显高于头位，如经阴道分娩易发生脐带脱垂，围产儿窒息及死亡等。为了适应围产医学的发展，正确处理好臀位病人是降低臀位围产儿死亡的关键，现将臀位病人处理情况报道如下：

一、加强围产期保健

1. 产前检查中发现臀位病人及时纠正胎位，一般于妊娠 32～34 周，可选择膝胸卧位，艾炙及激光至阴穴；甩臀运动，外倒转术等，将臀先露变为头先露，是降低围产儿死亡的重要指施。

2. 防止胎膜早破产的发生：妊娠晚期避免长期站立，过度劳累及性生活，一旦发生破膜立即卧位抬高臀部，防止脐带脱垂的发生。

3. 做好临产前的工作：对于已无法进行纠正的臀位患者，临产前做好“B”超检查，了解脐带情况及胎儿大小，明确臀先露类型，提早收住院。

二、分娩期处理

正确选择臀位分娩方式是减少新生儿窒息及产伤的重要条件。

1. 对胎儿过大、过期、足先露，临界骨盆等适当放宽剖宫产指征，试产过程中，只能至臀部拨露，如宫缩乏力，产道扩张不良等。及时停止阴道分娩，改为剖宫产，确实可以降低新生儿窒息及死亡率。

2. 对早产儿和低体重儿选择阴道分娩为好，但在助产过程中应积极预防和处理好脐带脱垂。臀先露阴道助产术必须等宫口开全充分扩张掌握好“堵”法，正确掌握分娩机转，后出胎头困难，可选用产钳助产，切忌紧张忙乱，盲目牵拉，痛乱分娩机转。分娩过程中需加强胎心临护，及早发现胎儿宫内窘迫，牵拉过程中行会阴侧切，做好会阴部阻滞麻醉，以利放松阴道出口。

3. 经阴道分娩中诊断脐带先露和脱垂，采用肛查，听胎心改变，如发生脐带脱垂，主要是避免脐带受压，且还纳后易再脱落，而导致胎儿更加缺氧，所以还纳成功应就地剖宫产抢救胎儿生命。

4. 做好新生儿抢救复苏工作。

（收稿：1994－12－28）