维普资讯 http://www.cqvip.com

硬膜外导管治疗慢性泪囊炎的体会

杨东丽，伏文建 （新疆兵团奎屯医院眼科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 慢性泪囊炎；硬膜外导管
[中图分类号] R777.23 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)05-0357-01

慢性泪囊炎是眼科常见病、多发病之一。我科于1999年1月至2004年11月用一次性硬膜外导管治疗慢性泪囊炎60例(60只眼)，取得满意疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共60例，其中男11例，女49例；年龄19～60岁，平均32岁；病程1～5年。

1.2 治疗方法

取外径0.7 mm的硬脊膜外麻醉导管，用75%酒精或20%戊二醛浸泡30 min，再以生理盐水冲洗。患者取坐位，1%丁卡因泪小点表面麻醉，1%丁卡因与1%麻黄素棉片放置于下鼻道麻醉，收缩下鼻道。对于耐受力较差的患者，可用1%利多卡因做滑车下及眶下神经阻滞麻醉。扩张泪小点后，用直径0.9 mm泪道探针探通并留置10 min，取出探针后立即插入硬膜外导管(保留导丝)，然后用鼻镜撑开鼻孔，从下鼻道取出棉片，用镊子将导管拔出鼻外，从上端取出导丝。近泪小点处将导管打结，用酒精灯火熔化打结处使其光滑，将鼻腔内导管向下拉，使打结点恰好位于泪小点处，再将鼻腔处导管打结，剪去多余导管。术后应用抗生素、激素治疗3 d，6～10个月后拔管。

[收稿日期] 2005-06-08 [修回日期] 2005-08-28

2 结果

拔管后随访半年至4年，50例泪道冲洗通畅，无溢泪、流脓，1年以上无复发；10例流脓症状消失，流泪减轻，但冲洗欠通畅。

3 讨论

用硬膜外导管做泪道支撑物，待炎症水肿消退、粘膜修复后再拔管，可防止泪道探通后再粘连。该手术不破坏泪道正常结构，操作简便、安全，疗效较好。对于泪囊功能差、先天性小泪囊以及炎症较长或较重者，拔管后泪道再次粘连时可改施其他手术，如鼻腔泪囊吻合术、YAG激光、内窥镜下泪囊鼻腔造孔术等。

该手术可发生假道形成、鼻粘膜出血、术后结膜炎等并发症，术者必须熟知泪道的解剖形态，操作时用力适度、动作轻柔。术前彻底冲洗泪道，术后应采取有效抗感染治疗，应用激素减轻水肿，减少瘢痕形成。

本文认为插管后要保证足够的带管时间，一般为6～10个月，带管时间小于3个月者远期疗效均不佳，延长带管时间，拔管后半年坚持泪道冲洗，可进一步提高疗效。

（编辑：雷 艳）

急性冠脉综合征的急救与护理

周远秀 （第三军医大学附属西南医院心内科 重庆 400038）

[关键词] 冠脉综合征；急救；护理
[中图分类号] R541.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)05-0357-02

急性冠脉综合征(ACS)是由于冠状动脉内粥样斑快破裂、表面破损或出现裂纹、继而出血和血栓形成，引起冠状动脉不完全或完全性阻塞所致，是导致心源性死亡的重要原因。我院2004年1月至12月收治351急性冠脉综合征患者，经过急救治疗和精心的护理，取得了满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

本组患者351例，年龄33～94岁，其中男216例，女性135例。全部病历符合急性冠脉综合征诊断标准，其中急性心肌梗塞患38例，不稳定性心绞痛311例，心源性猝死2例。

[收稿日期]2005-04-16 [修回日期]2005-05-29

2 急性冠脉综合征的抢救

立即安置冠心病监护病房，行心电、血压、呼吸监护并做好记录。吸氧有利于提高血氧含量，改善缺血心肌的氧供，从而限制梗死范围的扩大。绝对卧床，谢绝探视，保持环境安静，防止不良刺激。应用吗啡，要强调有效止痛，能减少梗死范围扩大和并发症的产生。急性心肌梗死常伴有烦躁不安，恐惧感或濒死感而使梗死范围扩大，加重病情。

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 护理

3.1 溶栓护理

按常规吸氧、心电监护，口服硝酸脂类、血管紧张素转化酶抑制剂及静脉滴注硝酸甘油等治疗，并即刻给予口服肠溶阿斯匹林、氯吡格雷。溶栓前后记录心电图。尿激酶25万U稀释后静注、尿激酶50万U溶于生理盐水100 ml中，于30 min内静脉内注入。溶栓后给予肝素12 500 U加生理盐水500 ml中输液泵滴注，监测凝血三项，心肌酶谱。

3.2 病情观察

密切观察心率、心律、血压及有无出血倾向。一般再灌注性心律失常多发生在溶栓后30 min左右，发生死亡危险多为最初数小时内，最常见原因为严重心律失常或休克。因此，对梗塞范围大，程度重的AMI病人的早期护理要高度重视，及时捕捉心电图的瞬时变化，以便及时有效处理心律失常。尿激酶属促纤维蛋白溶解剂，能使血栓及血浆中纤溶酶原被激活，由此会引起出血倾向，故需严密观察。创伤性操作越多，出血发生率越高，因此，溶栓治疗应密切观察凝血三项、血常规，要求静脉穿刺一次成功，静脉输液通道及采血通道要使用静脉留置针，以避免静脉用药及抽血化验时反复穿刺增加出血危险性。

3.3 行心脏介入术的护理

3.3.1 术前护理　AMI早期(发病6 h以内)可应用PTCA使闭塞的冠状动脉再通，从而挽救缺血的心肌，缩小梗塞面积。因此，一旦确诊并具备了手术条件者应尽快与导管室取得联系，同时及时、迅速地做好术前准备，腹股沟手术野备皮、做好青霉素皮试、碘过敏试验；建立有效的静脉通道。在快速做术前准备的同时，简明扼要向患者讲解手术的大致过程，做好心理护理。

3.3.2 术后护理　胸痛的观察及护理：由于AMI时病人体内呈应激性反应，血液高凝状态及粥样斑块不稳定性，致使急诊介入术的急性血管闭塞更易发生。因此术后应置患者于CCU病房，给予持续心电、血压、呼吸监护，动态观察心电图及胸痛情况，发现异常及时处理。由于术前及术中尿激酶和肝素的应用，故需严密观察出血倾向的发生，如：股动脉穿刺点有否渗血和血肿、术侧肢体温度、色泽、足背动脉搏动情况，皮肤粘膜瘀斑瘀点，牙龈出血、血尿及便血，还应观察意识、瞳孔、血压变化，以便及早发现颅内出血。术后观察有无冠状动脉穿孔、心律失常、低血压和休克、造影剂不良反应等并发症发生。

4 健康教育

冠心病与生活行为方式及营养因素有很密切的关系。近几年来，AMI的治疗取得了很大进展，但预防工作一直是薄弱环节，以至其发病率呈上升趋势，预防AMI的发生和发生AMI后能否得到及时有效的救治是护理健康教育的重要环节。因此要大力宣传和普及冠心病知识，去除发病诱因，养成健康的生活方式，识别AMI的前驱症状，尽早就医；患者一旦确诊AMI，应争分夺秒地争取有效的救治。

(编辑：左艳芳)

手术学实验室的建设与管理

窦贺荣，韩世发，贾桂林　(武警医学院动物实验中心，天津 300162)

[关键词] 手术学实验室；建设；管理
[中图分类号] R612　[文献标识码] B　[文章编号] 1672-5042(2005)05-0358-02

随着医学及相关学科的发展，医院手术室的建设与改造已取得巨大进展，突出的改变是布局更合理，空气净化标准更高，从而出现了大量的百级、千级净化手术室(间)[1-2]。而医学院校的手术学实验室建设则明显滞后，两者差距过大，使学生从学校到医院的感觉差距悬殊，难以适应。为此，我校在建造手术学实验室前进行了充分的调研与论证，尽量缩小两者的差距，使学员从学校到医院能够较快适应。现就其建设与管理讨论如下。

1 手术学实验室的布局

手术学实验室的建设应遵循下列原则：①模拟医院手术室；②配有动物术前准备、术后观察及饲养的房间；③具有教学功能。我校的手术学实验室与动物实验中心建在一起，总建筑面积为600 m^2，占据一层。另外配有动物观察室、电视监控室、阶梯教室等。

1.1 整体布局

手术学实验室应模拟医院手术室(图1)，设有三个走廊。中间为清洁走廊，是实验人员进入的通道；两边为污染走廊，是动物和污物进出的通道，做到人、物分流。中间走廊分为非限制区、半限制区和限制区。每个区域之间均用双向门分隔，并有醒目的文字标示。非限制区内设有更衣室、准备室、音像设备控制室等，是学员进入实验室最先接触的地方，在此区域内的活动不受限制；半限制区内设有器械室、敷料室、消毒室、洗涤室等，洗涤室与外走廊相通，术后需要洗涤的物品可以从此进入；限制区内设有洗手间、实验室，实验室的门应为双向门。

[收稿日期] 2005-05-12　[修回日期] 2005-06-28