维普资讯 http://www.cqvip.com

应考虑肠管撕裂、烫伤或网膜、肠管嵌顿于穿刺孔部位，应及时报告医生作相应处理。③泌尿系并发症：腹腔镜手术泌尿系损伤常见于重度子宫内膜异位症或曾有盆腔手术史、盆腔广泛粘连的患者，患者术后出现尿量少、血尿、耻骨联合上疼痛、胀满感时应高度怀疑膀胱及输尿管损伤。④术后患者切口周围皮下淤血、瘀斑：由于术中损伤腹壁血管所致，一般可于2周内自然消散，若瘀斑面积通层增大，患者诉剧烈疼痛时，多为小血管持续出血，报告医生及时处理。腹腔镜术后2～3 d内阴道可能少量出血，属正常现象，应耐心向患者说明，以免引起病人不必要的恐慌。

3 出院指导

病人一般术后2～3 d即可出院，由于患者都有不同程度盆腔炎，其中输卵管炎占多数，所以出院后必需继续抗炎治疗1周；月经干净后3～7 d再行输卵管通液治疗2～3次；注意营养，选择高蛋白、高维生素饮食，注意粗细搭配；注意个人卫生，月经期适当休息，用消毒月经垫，经期避免性生活，勤洗澡，勤换内衣，可选用淋浴，以防污水进入阴道，引起感染；保持良好的心境，避免情绪激动，适当参加锻炼，增强自信心，有利于疾病康复。

[参考文献]

[1] 罗宇芳，廖伟春，李舒刚，等．腹腔镜治疗异位妊娠62例临床分析[J].局解手术学杂志，2004，13(4)：246－247.
[2] 严翠群，罗润华．多囊卵巢综合征行腹腔镜手术的护理[J].护士进修杂志，1999，14(3)：32.

(编辑：张天飞)

一次性硬膜外导管置入治疗泪道阻塞病人的护理

孟宪玲，张新兰 (新疆兵团奎屯医院，新疆 奎屯 833200)

[关键词] 鼻泪管；泪道阻塞；硬膜外导管；护理
[中图分类号] R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)02－0135－02

泪道阻塞为眼科常见的泪器病，表现为溢泪、溢脓，脓性分泌物影响外观，常常使病人烦躁、焦虑不安，严重影响工作、学习、生活。1999年12月至2003年2月，我科采用一次性硬膜外导管置入治疗泪道阻塞疾病65例(65只眼)，效果良好，现将治疗方法及其护理报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共65例(65只眼)，男25例，女40例，年龄24～65岁，平均39.5岁。其中右眼42例，左眼23例，双眼无，病程3个月至10年。其中慢性泪囊炎致鼻泪管阻塞61例，泪总管阻塞1例，泪囊鼻腔吻合术复发1例，眼外伤畸形愈合2例，经碘油造影证实泪道阻塞。

1.2 方法

病人取坐位，用碘伏棉球消毒眼睑内眦部及周围皮肤，用1%地卡因1 ml湿润棉签按压泪小点5～10 min进行麻醉。用泪点扩张器充分扩张下泪小点，庆大霉素冲洗液(生理盐水加庆大霉素8万U，地塞米松5 mg)冲洗泪囊，用探针自下泪小点探通泪道，将一次性硬膜外导管沿探通的泪道轻轻插入，用枪状镊将导管下端从同侧鼻腔取出，此时硬膜外导管已位于泪道，用庆大霉素冲洗液冲洗泪道通畅，冲洗液自导管溢出，然后将导管上端在泪小点处打结固定，下端在鼻腔打结。剪断上端及鼻腔内多余硬膜外导管，眼部辅料包扎，送病人回病房。术后第一天，消炎眼液点眼。根据情况，半年后拔管，拔管后，每周冲洗泪道一次，用消炎眼液点眼1月。

[收稿日期]2004－10－15 [修回日期] 2004－12－20

2 结果

65例(65只眼)病人拔管当日泪道冲洗全部畅通。随访半年至1年，54例泪道冲洗全部通畅，溢泪症状消失；10例拔管后经冲洗1月后泪道通畅，溢泪症状改善或消失；1例拔管1年后，再次不通，溢泪症状复现，泪道阻塞症状复发。治愈率83.7%(54/65)，好转率15.3%(10/65)，复发率1.5%(1/65)。

3 护理

采用边与病人交谈边手术的方法，分散病人的注意力，减少术中不适感，使病人保持松弛状态，并随时告知病人手术进行到何程度及询问病人的感受，对病人的积极配合给予鼓励。一次性硬膜外导管置入后，术眼敷料包扎，嘱病人注意休息，住院观察4～5 d。术后第一天开始点眼，局部用碘伏棉签消毒，注意观察病人的反应。由于硬膜外导管置入泪道，早期眼部和鼻腔内会有轻微异物感，告诉不必紧张。嘱病人眼部瘙痒及其他不适时，勿用力揉擦眼球，以免擦伤角膜、结膜造成眼部感染。病人出院时要详细说明术后继续点眼药的目的、方法、注意事项，嘱病人注意眼部卫生，保持眼部清洁，按时点眼，每周复查一次。如果眼部有不适，应及时复诊，不要用手拽拉导管，以免损伤泪道，造成手术失败。拔管后，每周冲洗泪道一次，消炎眼液持续点眼1月。

4 讨论

正常情况下，泪小管壁很薄，内径0.5 mm，但富有弹性(可扩张至3倍)，而正常泪管仅一裂隙，膨大时近似圆柱形，平均直径4 mm，最狭处也有1.5 mm[1]。泪道阻塞常规治疗为行泪囊鼻腔吻合术，由于泪囊鼻腔吻合术具有手术创伤大，出血多，

维普资讯 http://www.cqvip.com

术后留有瘢痕等缺点[2]。改用一次性硬膜外导管置入泪道，扩张和探通泪道，具有操作简便、损伤小、定位准确、快捷、无面部瘢痕，并发症少等优点，而且花费少，病人易于接受。泪道探通置管、拔管、冲洗这一过程，可使药液从泪道流过，达到消炎的目的。拔管后，在护理操作中，冲洗动作要轻稳，避免损伤泪道及粘膜。护士应了解该手术原理、操作过程、泪道的解剖结构，熟练掌握各种器械药物功能和性质，术中责任心要强，应与医生配合默契。做好术前病人的心理护理，充分调动病人的主观能动性使其积极配合，是手术顺利进行的保障。指导病人术后正确用药定期复查，按时泪道冲洗，可降低术后炎症反应

[参考文献]

[1] 姚达强，李 琳，刘春民．内高频电灼治疗泪道阻塞[J]．眼科杂志，1998，7(2)：95．

[2] 潘志强，叶 青，张文华，等．电烧灼治疗慢性泪囊炎[J]．眼科杂志，1999，8(2)：46．

（编辑：张天飞）

肺不张的诊断及其影响因素

宁守国 （鞍山钢铁集团公司立山医院内科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 肺不张；诊断
[中图分类号] R563.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)02－0136－02

肺不张是肺部疾病中常见的征象，病因较多，常意味着支气管腔有阻塞性病变存在，现就肺不张的诊断及其影响因素作一简介。

1 肺不张的诊断和影响因素

X线检查是肺不张的主要诊断手段，典型的X线征象容易识别，但在下列情况下诊断较困难。

1.1 早期肺不张的诊断

支气管腔受到阻塞时，只有当相应的肺组织内大量的空气被吸收后，X线检查时才能显示出密度增高影，故根据密度改变来诊断肺不张常为时较迟。为及早发现肺不张，应注意肺门的位置，叶间裂(水平裂或斜裂)的方向、肺门和纵隔影的大小及正常支气管和隆凸的改变。对于疑有急性(早期)肺不张的患者，除常规的X线检查外，有条件时可作CT扫描检查，它较常规的X线能更早地显示肺部减少的通气和灌注区，更清楚地显示肺不张的部位和范围。使用薄层切面(thin-section)的CT扫描，还能更详细的了解支气管腔内的情况。

1.2 影响诊断的因素

胸腔的某些结构对肺不张的X线表现具有一定的影响，例如肺韧带(亦称下肺韧带)，它起源于肺门，向下侧方伸展，紧连横膈，偶尔此类韧带不与横膈相连时，即成游离的镰状边缘，若此时合并下叶不张时，则X线上见不到典型的三角形征象，而呈圆形或球形改变。有时邻近过度膨胀的肺抬举不张的肺，使其离开壁层胸膜，改变肺不张的形态。其他如肺实质性病变、慢性阻塞性肺疾病的肺大泡等，均可使肺不张的X线表现发生改变，给临床诊断带来一定困难。为此，可采取CT、MR等检查，以便清楚的显示纵隔和肺门的结构。

2 各肺叶不张的主要X线表现

2.1 下叶肺不张

大多累及各基底段，偶尔同时累及背支段(B6)，其典型的X线征象是近中、后、下三角形致密影，肺和横膈间正常交界面消失。归纳其X线表现的主要特点是：肺不张方向朝向后中；肺门位置降低(常见)；肺门大小减小(但在肺门淋巴结肿大时可不减小)；纵隔左侧被降主动脉遮盖，右侧之水平裂亦向下后；横膈升高(不常见)；肋间隙缩小；主支气管呈垂直方向。

2.2 右上叶不张

常被误诊为局部实变或纵隔肿瘤，其X线的主要表现是：肺不张朝向内上方；肺门位置上升；肺门大小减小；纵隔阴影增宽；水平裂上移；横膈升高、吊起(由于下肺韧带牵拉)；肋间隙无明显狭窄；中间主支气管和中叶支气管转向水平位，气管右移[1]。

2.3 左上叶不张

肺不张位于前上方向，侧位胸片上斜裂之前移为其主要发现，由于左上叶容积大，肺门的改变(升高)突出而容易识别。大约有50%的病人左纵隔边缘消失，前连结线(anterior junction line)移位，另有50%的病例，因下叶背段上支(B6a)过度膨胀，使原已消失的主动脉弓和上部降主动脉的阴影轮廓隐约可见，而呈现一主动脉周透亮带(Periaor-tic lucency)，横膈上吊、肋间隙狭窄明显，左主支气管水平向移位。

2.4 中叶不张

右肺中叶不张时，右心缘消失，呈三角形致密影，前弓位摄片显示更清，其X线的主要特征是：肺不张方向、肺门位置、肺门大小均不变；纵隔影被遮盖；斜裂向上内，水平裂向下内转向；横膈前端抬高；肋间隙无明显狭窄；右中叶支气压管呈水平位。

3 纤支镜对肺不张的诊断

目前纤支镜已成为肺不张病因诊断的一种重要手段，现将有关问题归纳如下。

3.1 主要的病因

据大多数文献报告，除右肺中叶外，引起各叶肺不张的原因仍以肿瘤占首位，我们总结的80例中，肺癌占62.5%，在老年患者中，则高达80.3%。其次为炎症(12.5%～19%)和结核

[收稿日期] 2004－12－25 [修回日期] 2005－01－28