维普资讯 http://www.cqvip.com

高他们的专业素质，有效地抵制住假冒伪劣眼镜，保障配镜者的身体健康。培训内容应包括：①眼镜基础知识、计量基础知识、配装眼镜国家标准。②眼的解剖，着重讲述眼的结构。③眼的生理及光学知识。④验光应遵循的原则，及怎样开出处方。⑤配装眼镜的原则，一副合格的配装眼镜，应严格按照验光处方制作。即保证其五项技术指标合格，还要考虑装配外形的美观。⑥如何正确使用眼镜工作计量器具，它包括验光镜片箱、焦度计、验光仪及瞳距测量仪等。随着眼科光学技术的不断进步与推广，各种新型材料的眼镜片及眼镜架层出不穷。为此，就要求在眼镜配制与眼镜质量监督工作中陆续完善各种检测方法。以帮助眼镜从业人员开拓视野，扩大知识面。⑦通过培训、考核，合格者发给上岗证，做到持证上岗。

四、眼镜从业人员要自觉提高质量意识

保护眼睛、矫正眼睛屈光不正，最直接有效的办法就是配戴一副适合自己眼球特点的眼镜。眼镜质量的好坏直接影响人的视力健康。一副质量合格的眼镜能使人眼明心亮，而一副不合格或劣质眼镜，直接伤害眼睛，造成头痛、恶心、视力减退，影响人们身心健康。近年来，眼镜质量问题已成为全社会普遍关心的一个问题。可有些经营者本身没有配镜能力和手段，却为了经济利益，给患者配眼镜。有的眼镜店以窗玻璃材料制作眼镜，假水晶片，假树脂片泛滥成灾。眼镜质量低劣的问题，有历史原因，如眼镜是小商品，眼镜属跨行业，多部门管理，眼镜检测仪器落后等；也有新时期出现的问题，如从业人员成份复杂、经济利益驱动，市场法律法规不完善，职业教育或培训尚未普及等。进行培训，是为了提高眼镜业主的业务素质，除此之外，还应从思想上引起他们对眼镜质量的高度重视。我们要特别列举一些配镜不合格致伤致残而遭顾客投诉，结果不得不重做，甚至赔偿的例子，让从业人员认识到后果的严重性；同时还要以实例说明市场竞争的残酷性，不重质量，欺骗消费者的企业随时会被淘汰，保证质量才是立足之本，从这两方面促使业主自觉提高产品质量意识。正确引导从业人员主动建立适合自身经营方式的质量保证体系，从进货验收、视力验光、仪器操作及员工注意事项等，应以书面形式制定出严格的管理体制并自觉遵守。

综上所述：保证眼镜质量，打击假冒伪劣眼镜，净化眼镜市场是保护人民身体健康的大事情。我们只有依法加强日常监督管理，加大执法力度，使眼镜从业人员牢固树立"质量第一"的观念，只有全社会各行各业行动起来，假冒伪劣眼镜才没有立足之地，"光明工程"才会落实到实处，屈光不正的患者才会得到真正的光明。

（收稿：2000-09-13）

肝胆胰疾病合并糖尿病的围手术期处理

徐宝庆* 孙 备** 赵金鹏**

糖尿病（DM）是由于胰岛素分泌不足引起的、以高血糖为主要特征的全身代谢性疾病。肝胆胰疾病手术较复杂、危险性大，若合并糖尿病，手术死亡率则成倍增加。自1994年4月至1999年8月我科共收治肝胆胰疾病手术病人885例，其中合并糖尿病的14例，占1.58%。现就此14例病人的疾病分布特点及其围手术期的处理体会报告如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组14例，男性8例，女性6例，男女比例为1.5:1。年龄21～70岁，平均53.2岁，50岁以上9例，占64.3%。显性糖尿病10例，占71.4%，其中Ⅰ型糖尿病1例，Ⅱ型糖尿病9例。平均病史7.8年，隐性糖尿病4例均为Ⅱ型糖尿病。

2. 合并糖尿病的肝胆胰疾病分类情况及治疗效果，见表1

死亡原因：急性重症胰腺炎组中合并糖尿病病人死于多器官功能不全2例，死于酮症酸中毒、感染性休克1例。胆石症、胆囊炎组中合并糖尿病病人死于多器官功能不全1例。

表1 合并糖尿病的肝胆胰疾病分类及治疗效果

疾病名称	手术例数	合并Dm例数	百分比	平均年龄	手术死亡例数	百分比	合并Dm死亡数	占死亡数百分比
急性重症胰腺炎	26	4	15.4%	35岁	6	23.7%	3	50%
肝脓肿	15	3	20%	48岁	0			
胆石症、胆囊炎	249	7	2.8%	64岁	3	1.2%	1	33.3%
其他疾病	595				5	0.84%		

二、结果和讨论

1. 手术对糖尿病人的不利影响：(1)糖尿病的诊断：可根据临床症状、测空腹血糖及葡萄糖耐量试验而确诊，但对隐性糖尿病应特别警惕，术前常规测血糖、对较重的病人应测尿酮体。(2)手术的不利影响：①手术应激所引起的神经一内分泌反应，将使血糖进一步升高。大手术可使血糖升高约0.33～0.

* 作者单位：150774 黑龙江省延寿县六团医院
** 哈尔滨医科大学附属第一临床医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

44mmol/L。②易引起严重的心脑血管及肾脏并发症，尤以患多年Ⅱ型糖尿病病人较多。③由于糖尿病病人常存在植物神经病变，血管舒缩的神经调节能力差，出血，血容量丧失，椎管内麻醉等易引起低血压及休克。在麻醉药物的选择上应避免应用对碳水化合物代谢影响较大的药物，尽量不用乙醚、氯乙烷等药物。镇静剂使用量宜小。④高血糖将使血浆渗透压升高，抑制白细胞的吞噬能力，同时高血糖有利于细菌生长繁殖，从而导致糖尿病病人的抗感染能力降低，易发生感染，特别是化脓性细菌，真菌，结核杆菌及某些病毒感染。⑤由于代谢紊乱及纤维母细胞功能低下等原因，手术切口及内脏缝合创面愈合能力下降，术后应警惕发生瘘及手术切口裂开。

2.围手术期的血糖控制：合并糖尿病的肝胆胰疾病处理重点在于有效控制血糖水平，维持机体内环境稳定，促进伤口愈合，防治感染，降低并发症的发生率，而血糖控制是其围手术期处理的关键因素。

(1)对择期手术病人(显性糖尿病)术前全部停用口服降糖药，采用胰岛素皮下注射，使血糖控制在6.6～10mmol/L水平，尿糖(+～++)稳定1～3天后即可手术。我们认为因肝胆胰疾病手术创伤大，禁食水时间相对长，术前控制血糖在理想范围而且平衡1～3天后再手术，加之术前胰岛素应用规律的掌握，有利于术中术后胰岛素的应用及降低术后并发症的发生率。

(2)术前应测血糖一次，保持在6.6～10mmol/L水平。如手术时间少于2小时，可不用胰岛素5%葡萄糖溶液静注；如估计手术时间超过2小时，则应每2小时测血糖一次，同时应用胰岛素5%葡萄糖液静脉滴注。按5%葡萄糖液500ml加入胰岛素4～8单位，以每小时滴注胰岛素0.5～1.5单位速度另行静脉通路输入。血糖波动不宜超过2mmo/L。

(3)术后应每2～6小时测血糖一次，直至病情平稳后改12～24小时测血糖一次。如需禁食病人一般每日输入葡萄糖200～250g左右，同时应防止低血钾的发生。糖与胰岛素的临床应用的比例见表2。同时因个体差异及对糖、胰岛素进入体内利用率不同、注意滴速勿快，以免引起低血糖。理想的处理是使病人保持在轻微的高血糖和糖尿、即血糖在7.22mmol/L(130mg/L)和尿糖在(±)为佳。任何时候都要避免胰岛素过量而致低血糖，血糖偏低的危险性远远大于血糖偏高。

表2 静脉滴注胰岛素控制血糖的方案

血糖浓度(mmol/L)	5%葡萄糖500ml应加RI(U)	RI滴注速率(U/h)
<5	0	0
5～10	4～8	0.5～1.5
10～20	8～12	1.5～2.0
>20	12～26	2.0～3.0

3.其他处理：(1)控制感染：根据感染病因，细菌培养及药敏试验选择广谱，足量高效抗生素。在应用时应顾及对厌氧菌的控制，术前30分钟应用1次抗生素注射对预防或控制感染有积极效果。(2)积极预防高糖高渗非酮性昏迷(HHNC)或酮症酸中毒的发生：因HHNC的病死率可高达20%～40%，所以应引起高度重视。定时监测血糖、尿糖，血糖不宜超过11.1mmol/L，尿糖定量不超过(+～++)。用脂肪乳剂供给部分非蛋白热量及逐渐增加全日葡萄糖用量，这都可能减少HHNC的发生。(3)防止多器官功能不全的发生：多器官功能不全是近期提出的、过去称为多器官功能衰竭，文献报道合并4个脏器以上功能衰竭的死亡率将达100%。本文报告合并糖尿病死亡的4例中，有3例死于多器官功能不全，占75%，对此我们应加以重视，加强肝胆胰疾病围手术期的管理。(4)TPN应用：①应注意感染的发生。②应用时为避免发生胰岛素过量引起的低血糖，可将计算所需的胰岛素总量的2/3加入营养液袋中，再根据临床检测结果调整皮下注射胰岛素补充量。据报道用微量泵单独注射胰岛素，可避免将胰岛素混于营养袋内输入不利于剂量调整，及高分子输液袋吸附胰岛素降低其效价的弊病。(5)引流管的管理：因肝胆胰疾病病人手术时多需放置尿管、胃管或腹腔引流管，这些都是造成感染的潜在因素。保证引流管的通畅、及时正确拔管，有利于减少感染的发生。(6)血糖仪的管理：应用自动血糖仪者最好与医院的血糖测定仪校对2次，准确后再使用，以避免因仪器使用不当，造成测定血糖不准出现意外。我科发现2例因试纸保存不当出现测试血糖不准，最大差达5mmol/L，因发现及时方未出现严重后果。

肝胆胰疾病合并糖尿病病人在其围手术期死亡率高、易并发感染性疾病、Ⅱ型糖尿病人多。静脉应用胰岛素是控制血糖的安全有效方法，加强围手术期的处理，可减少并发症并降低其死亡率。

(收稿：2000-10-08)

(接第60页)

外覆盖无菌湿式纱布，常规应用a-糜蛋白酶400U、庆大霉素4万U、地塞米松5mg及生理盐水20ml混合液定时行气管内滴入，每小时一次，以防止痰液结痂，阻塞呼吸道。

4.口腔护理：每日给予0.9%生理盐水和0.02%呋喃西林液交替口腔冲洗，每日6次。患者口腔内创面较严重，张口受限，使大量分泌物及渗血贮流口底，影响口内创面愈合，及时吸出口内分泌物，预防口内感染。

5.局部创口的护理：患者伤口被尘土、麦粒等污染严重，易致创面感染，应用合理足量的抗生素是预防的关键。创面缝合后，可用敷料加压包扎三天，以减少出血和预防感染。采用75%酒精擦拭创面，保持伤口清洁，促进血液循环，使伤口尽快愈合。

6.饮食护理：由于伤口牵拉疼痛或颌间固定后不能咀嚼食物，应给予高蛋白、高热量、多维生素的流质饮食，防止用力咀嚼，利于伤口恢复。当全身情况好转，导致呼吸道阻塞，局部水肿及移位器官复位等因素消除后可拔管，改为半流质饮食。

7.预防和治疗各种并发症：指导患者合理的进行张口练习，每天由护士协助用压舌板或开口器被动张口练习6～10次，每次15min，并结合理疗、热敷等治疗，直到病情好转。

(收稿：2000-10-08)