维普资讯 http://www.cqvip.com

超声乳化术治疗白内障的临床应用

付宇鹏,朱玉萍 (佳木斯市中心医院二部眼科,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 白内障;超声乳化;手术方法
[中图分类号] R274.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0428-01

白内障是眼科常见疾病,也是老年人致盲主要原因。大多数白内障患者经手术治疗可复明。白内障超声乳化术以切口小,不缝线,手术时间短,术后视力恢复快的特点被眼科界广泛认可,并迅速普及。现将2003年至2005年所做的150例超声乳化手术结果与体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组150例(182眼),男88例,女62例;年龄45~87岁,平均68.2岁。老年性白内障130例(162只眼),外伤性白内障15例(15只眼),并发性白内障5例(5只眼)。术前视力为光感0.15m,晶体硬度:Ⅱ级核118只眼、Ⅲ级核59只眼、Ⅳ级核5只眼。

1.2 手术方法

术前常规散瞳检查,测量角膜曲率。眼B型超声波检查,眼A超声测量,计算出人工晶体植入数据。常规测眼压及冲洗泪道。术前30 min扩瞳,倍诺喜表面麻醉。开睑器开睑,做11~1点以角膜缘为基底的结膜瓣,热灼止血,用3.2 mm钻石刀做巩膜隧道切口,于透明角膜缘9点处做辅助切口,并注入前房粘弹剂,用刺囊针做5~6 mm直径环形撕囊,行水分离和/或水分层;超声乳化晶体核(能量45%~70%,时间0.8~5.6 min,负压15.94~17.26 kPa),抽吸残留皮质,行后囊抛光,扩大隧道切口至5.5 mm,植入后房型晶体,清除前房粘弹剂,切口无须缝合。球结膜下注射庆大霉素和地塞米松,包封术眼。术后口服抗生素和糖皮质激素,术后1天开放术眼,典必殊药水点眼。对有并发症者根据眼部情况做相应处理。

2 结果

手术第一天视力<0.3,占19.5%;0.3≤视力<0.8,占63.2%;视力≥0.8,占17.5%。术后一周视力<0.3,占10.2;0.3≤视力<0.8,占70%;视力≥0.8,占19.8%。术后1周平均散光(1.25±0.45)D,一个月后散光情况基本回复术前状态。并发症主要是术中后囊膜破裂3例,前房出血1例,术后角膜内皮水肿25例,多在2~4 d消退,术后虹膜后粘连1例。

3 讨论

白内障摘除人工晶体植入术是治疗白内障的有效方法。通过本组150例患者手术结果分析,超声乳化手术优点:①切口小只需3~5.5 mm切口即可吸出白内障并植入人工晶体,不但减轻了手术对角膜的损伤、降低切口本身及缝线对角膜曲率的影响,有利于术后视力的恢复,同时也减少了一系列并发症的发生。②手术时间短。为了确保超乳手术顺利完成,对于术中一些常见问题需予谨慎对待:①保持稳定的前房,切口不宜太大,以免漏液造成前房消失;掌握好脚踏控制,以稳定前房;吊瓶高度要适宜,保持瓶内适当的灌注液,避免前房消失及超声热能损伤角膜。②硬核处理,如核过硬则不宜强行超声吸除,可用晶体圈套器取出晶体核,以避免因超声能量过强或时间过长损伤角膜。③避免术中并发症的发生。超声乳化术中可能会发生诸如:虹膜损伤,眼内出血,前囊撕裂,后囊破裂,晶体掉入玻璃体腔及角膜热灼伤等并发症,要预防此类并发症的发生首先要根据手术适应证合理选择患者,其次是术中严格执行技术操作规范,熟练手术操作。此外需要注意的是术后角膜水肿的问题。超乳术后部分患者会出现轻度角膜水肿现象,多可在术后2~4 d消退。而如因术中超声能量过大,时间过长,超乳头与角膜距离过近,晶体碎片损伤角膜内皮或术中切口太小,使引流不畅而致角膜切口处热灼伤等原因造成角膜内皮难以恢复性损伤而导致角膜功能失代偿,此为超声乳化术中严重的并发症,对此一定要高度重视。

[收稿日期] 2006-09-15 [修回日期] 2006-11-10

(编辑:蒋登金)

护理沟通在ICU中的应用

谢先会,江瑞雪,王 静 (第三军医大学附属西南医院ICU,重庆 400038)

[关键词] 护理;沟通;ICU
[中图分类号] R473.5;R395.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)06-0428-02

随着现代医学科学的发展和医疗设备的不断更新,各种监护技术逐渐普及应用,很大程度上减轻了ICU护理人员的工作负担,使其有了更多时间去关心患者的心理问题。良好护患关系的建立可提高病人的依从性,是治疗成功的关键。我科运用沟通的技巧与病人建立起良好的护患关系,现将体会报告如下。

[收稿日期] 2005-09-09 [修回日期] 2006-09-23

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 建立良好的护患关系

护士面对神志清醒的患者,护士应以愉快、积极的情绪感染患者,以减轻其对ICU的恐惧心理。当昏迷病人醒来时,看到陌生的环境、陌生的人,会非常紧张,这时护士要立即来到他身旁,微笑着向他介绍病情和现在状态,并告诉病人不要担心,我们随时在您身边,使病人有安全感。在整个谈话中要保持微笑,这个看似简单的动作意义非常,它能使病人消除恐惧,同时也缩短了护患的距离。

2 尊重患者是沟通的基础

根据患者的年龄,用合适的称谓同他们交谈,交谈时语言诚恳、态度和蔼。ICU患者因治疗护理的需要大都全身裸露,而面对他们的却多是年轻女护士,这会令很多男性患者感到人格丧失。因此,应尽量为他们穿些内衣。重症患者的身体虚弱,都需要安静地休息,这就要求护理人员不但要做到说话、操作、开关门窗轻,还要重视现代高技术在ICU内应用带来的不利影响,如各种仪器工作的声音、监护仪的报警声音,以及众多的导联线限制患者的活动等。

3 语言是沟通的重要工具

针对患者年龄、性格、职业的不同,选择不同的谈话方式和内容,要紧紧围绕患者的病情治疗为主题,将谈话限制在患者需要的信息范围内。人处逆境、面对不幸时,希望得到别人的安慰和鼓励,对于老年人及感情脆弱的患者,应多用安慰性语言,对于患儿应多用鼓励性语言。现代医学、护理学的发展,要求护士不但要熟练掌握专科理论及护理技术,还必须具有各个领域的常识。只有掌握了全面的知识,才能对患者提出的各种问题做出有科学依据的回答,取得患者信任。对心理敏感的患者,我们要使用积极的暗示,如在碘试验皮试后,为避免不良暗示,不要对患者讲"您如果感觉到有头晕、头痛、胸闷等就及时告诉我们",而可以对患者说"您如果感觉哪儿不舒服就及时对我们讲"。

4 倾听是沟通的有效手段

倾听,不仅是指听到对方说话这样一种单纯的生理过程,而是包括了生理的、认识的和情感过程。倾听过程包括了接受口语和体语这两种信息。护士要全神贯注地听患者倾诉,注意保持眼神的交流,并给予恰当的反应,如适时地以语言或点头表示接受对方说的内容,希望他继续讲下去,不要随便打断患者的讲话,以示尊重。唤醒是对每个病人必做的工作。当病人还处于昏迷状态时,呼唤他的名字,做每一项操作都象对清醒病人一样不断地同他说话,刺激他的听觉神经,帮助他早日清醒。

5 充分运用非语言沟通

在为患者进行护理操作时,要善用非语言交流。护理过程中常用的非语言信息包括面部表情、目光接触、身体的姿势和运动以及必要的触摸(对儿童、重患者)。如触摸发热患者的额部,给咳痰患者准备好去痰用具,帮患者掖一下被角等动作,可体现出亲情的关怀,从而增强信任,增加尊医行为,最终获得满意的治疗效果。护士的各项护理操作均应熟练掌握,做到及时、准确、有条不紊。熟练的操作技术也是一种综合性的非语言交流,是维系沟通效果的纽带。

(编辑:左艳芳)

癌性腹水腹腔化疗的护理

杨 凤 (第三军医大学附属西南医院全军消化专科中心,重庆 400038)

[关键词]护理;癌;腹水;化疗
[中图分类号]R473.5 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2006)06-0429-02

癌性腹水腹腔化疗因其疗效好、安全、经济负担轻,易于操作等优点,近期已被临床广泛采用。腹腔内灌注大剂量化疗药物会产生多种毒副反应,加上病人身体虚弱,免疫机能低下,如稍有不慎,病人可因种种并发症而危及生命。因此,加强安全护理就显得尤为重要。我科2002年5月至2006年5月共收治患者42例,通过对腹腔化疗过程中化疗所致毒副反应及其并发症的观察并采取了相应的护理措施,取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者42例,其中男32例,女10例,年龄28~64岁,平均年龄46岁。原发性肝癌16例,转移性肝癌6例,胃癌14例,转移性卵巢癌4例,原发性腹膜间皮细胞瘤2例,全部经病理和细胞学确诊,经腹水检查,均查出癌性细胞且有不同程度的低蛋白血症,A/G比值倒置或电解质紊乱。

1.2 治疗方法

操作前嘱患者排空小便,以免误伤膀胱。要注意避开局部肿瘤、粘连等。根据病情取半卧位或左侧卧位,左髂前上棘与脐连线的外1/3和中1/3交点直接穿刺,根据患者腹水量,酌情缓慢放出腹水,将化疗药物丝裂霉素或5-Fu用生理盐水稀释后加温至38℃左右,直接注入腹腔内,同时给于速尿、血浆、人血白蛋白、钾、钠等进行利尿、提高胶体渗透压、补充电解质。

1.3 疗效判断标准

按WHO标准判断治疗结果,完全缓解(CR):腹水消失达4周以上;部分缓解(PR):腹水减少1/2以上,达4周以上;无变化(NC)。

[收稿日期]2005-09-09 [修回日期]2006-09-23