

翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植的观察护理

刘志虹 李莉燕 万明玉
(江西省人民医院 南昌 330006)

摘要:目的:探讨自体角膜缘干细胞移植治疗翼状胬肉的护理措施。方法:对 72 例 80 眼翼状胬肉患者行翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植术,并观察护理。结果:术后随访 6~24 个月,70 例 78 眼无复发,2 例 2 眼患者 18 个月后复发,未出现植片脱落、坏死、感染等并发症。结论:翼状胬肉切除联合角膜缘干细胞移植是治疗翼状胬肉、防止复发的有效方法,完善周密的护理措施是促进患者康复的重要保证。

关键词:翼状胬肉;角膜缘干细胞;移植;护理

中图分类号:R 473.77

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)01-0075-02

翼状胬肉是眼科常见病、多发病,轻者影响美观及引起眼部刺激症状,重者累及瞳孔区,可造成严重视力障碍、睑球粘连、穹隆部结膜变短、眼球运动受限等并发症。最有效的治疗方法仍然是手术。但传统的翼状胬肉单纯切除,术后复发率高,有资料统计达 30%~50%^[1]。为了寻找更有效的治疗方法,近几年来随着对角膜缘干细胞深入研究,我科于 2005 年 1 月~2006 年 12 月在手术显微镜下采用翼状胬肉切除加自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉 72 例 80 眼,同时配合制定和实施相对科学合理的护理措施,发现其治愈率提高至 90%以上,复发率大大减少。现将其观察及护理报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 72 例 80 眼,其中男性 31 例(34 眼),女性 41 例(46 眼);年龄 30~66 岁,平均年龄 46 岁;原发性 64 例,复发性 8 例。所有患者胬肉头部进入角膜缘内 3mm 以上。

1.2 手术方法 (1)制作植床:2%利多卡因注射液 0.3mL 胬肉体部结膜下浸润麻醉,用刀片剥离胬肉头部,用显微结膜剪钝性分离球结膜和胬肉体部,剪除胬肉组织,修剪球结膜。(2)制作植片:在上方 12 点方位球结膜下注射 2%利多卡因注射液 0.1mL,取 4mm×4mm 带角膜缘干细胞的球结膜。(3)移植:将植片角膜缘对位缝合于植床角膜缘,平铺,用进口 10-0 线在角膜缘间断固定两针后,连续缝合球结膜,在转折处缝线应穿过浅层巩膜。上方缺损球结膜可不处理,10d 后拆除结膜缝线。

1.3 结果 本组 72 例 80 眼术后 1 周内结膜充血,组织轻度水肿,裸露角膜上皮重建,未出现植片脱落、坏死、感染,植片全部生长良好。随访 6~24 个月,其中 2 例复发,70 例角膜光滑透明,无新生血管及结膜增生组织侵入。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 自体角膜缘干细胞治疗翼状胬肉是一项新开展的手术,术前要告知患者及家属。老

年人很担心术中疼痛、术后植片不愈合、胬肉复发而产生恐惧及焦虑心理。针对这些问题,护士应用柔和的语言、耐心的态度多与患者接触、交谈,做好心理评估,向患者详细讲述手术,麻醉的方式、方法,手术的目的、效果,主治医师的技术,干细胞移植的优点及术前准备的方法、目的。指导手术后的护理配合,以消除患者对手术知识缺乏造成的紧张、恐惧感,缓解心理压力,以最佳的心理状态接受手术。

2.1.2 术前准备 协助患者做好眼部及全身检查,包括胸透、心电图、三大常规、出凝血时间、血糖等,检查视力、眼压、瞳孔以及眼球运动情况。了解有关过敏史,女性患者避开月经期。术前滴抗生素眼药水 3d,术前 1d 洗头沐浴,更换清洁衣裤。术前 30min 常规用生理盐水 250mL 加庆大霉素 8 万 U 冲洗结膜囊,肌注鲁米那 0.1g 及止血敏 0.5g。

2.2 术中护理 由护士搀扶患者进手术室,并态度和蔼、语言亲切地安慰患者,消除患者因对手术室陌生而产生的恐惧感。因患者在清醒状态下接受手术,所以护理人员要关注患者,若有不适及时纠正,以利手术顺利进行。如无菌巾敷盖口鼻有时引起呼吸困难,应立即抬高无菌巾支架并嘱其深呼吸。术中患者感到疼痛、紧张,可采用非语言沟通技巧,如握紧患者的手并安慰他,使患者产生安全感,稳定情绪、使肌肉放松,更好地配合手术,必要时滴镇痛剂。术中配备性能良好显微镜及显微器械,术毕交代注意事项,护送病人安返病房。

2.3 术后护理

2.3.1 基础护理 术毕回病房及时与手术室护士床头交接班,了解术中情况,取平卧头高位,注意尽量减少头部活动,嘱患者不可用力咳嗽、大声谈笑,切忌用手揉眼,要闭目休息,以减少眼球运动,避免意外碰撞,以利于角膜上皮的生长与修复。术后嘱患者多吃新鲜蔬菜、水果及营养丰富的食物,禁食辛辣带刺激性及坚硬食物,保持大便通畅,避免用力排便引起植片下出血。由于患者包扎术眼,活动不便,护士应给予生活帮助。

重症脑室出血脑室外引流管的监测及护理体会

王桦

(浙江省金华市中心医院 金华 321000)

关键词:脑出血;引流;护理;监测

中图分类号:R 473.74

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)01-0076-02

重症脑室出血系指原发性或继发性全脑室出血,起病急,进展快,病情凶险,病死率极高。我院神经外科近 2 年来采取钻孔血肿抽吸及双侧侧脑室外引流,联合尿激酶灌注冲洗为主的综合治疗方案治疗重症脑室出血患者 38 例,由于密切监测引流管脑脊液的变化,发现异常及早采取措施,有效逆转了病情,取得了较好的临床效果。现将引流管的监测及其护理体会报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 38 例,男 25 例,女 13 例,年龄 36~75 岁,平均 58 岁,均为 2006 年 1 月~2007 年 10 月收治自发性脑出血患者。4 例为原发性脑室出血,34 例为继发脑室出血。

1.2 引流方法 本组患者经头颅 CT 诊断证实后,立即行钻孔双侧侧脑室外引流。可先用生理盐水 5mL 从一侧脑室轻轻灌洗 3~4 次,若灌洗时注射器有阻力,另一侧引流管无冲洗液流出,说明室间孔不通。此时必须先测颅内压,看有无脑疝先兆,然后再用 5mL 生理盐水溶解尿激酶 2~3 万 U 灌注。每天

2.3.2 眼部护理 术后用无菌纱布遮盖术眼 1d,每天换药,换药时动作轻柔,勿挤压术眼。注意观察角膜及植片情况,缝线是否脱落,术后眼部不适、异物感是手术后比较普遍的症状,告知患者不能用力揉眼及碰撞术眼,减少眼睑、眼球活动,防止植片移动,保证植片与植床对合好,无翻卷,有利于移植片愈合。术后 48h 内不接触热的东西,以免创口出血。半月内勿洗术眼,防止洗澡水、洗发水进入术眼。术后用复方新霉素眼药水点眼,每天 6 次,贝复舒眼药水点眼,每天 6 次,动作要轻柔,手及眼药水瓶不能碰眼睛,两种眼药水之间应间隔 2~3min。如有分泌物怀疑感染征象时,应及时报告医生处理,同时注意观察角膜、巩膜及虹膜情况^[2]。

2.3.3 出院指导 患者出院后仍应继续用药,耐心地教会患者正确滴眼药水和涂眼药膏的方法。注意用眼卫生,点眼药水之前要用肥皂水洗手,滴眼药水时不可压迫眼球植片,保护术眼,避免揉搓或挤压术眼。洗脸时不要用力洗眼,避免用力瞬目,外出时戴防护眼镜,以免灰尘进入眼中,避免感染。生活要有规律,睡眠要充足。避免强光刺激,少看电视、电脑、

1~2 次,若条件允许,可夹管 2~3h,以利于尿激酶的充分作用。若颅内压高于 400mmH₂O,或有脑疝先兆,则暂缓灌注,采用药物降低颅内压。

1.3 预后 38 例病人经侧脑室引流加尿激酶灌注为主的综合治疗,痊愈 8 例,好转 17 例,无效 3 例(植物人),死亡 10 例,总有效率 65.8%。

2 监测及护理体会

2.1 引流液量及颜色的观察 引流液量越大,说明脑脊液循环通路梗阻越严重,若引流量超过 450mL/d,提示循环通路完全梗阻。本组病例中完全梗阻者 21 例,经抽吸、灌洗、尿激酶灌注、腰穿放脑脊液,16 例逐渐再通。若引流量减少,提示脑脊液循环通路逐渐再通,引流脑脊液颜色逐渐变浅为正常。若引流一向通畅,引流液突然转红,突然血块阻塞或量增多,说明有再出血,本组再出血 4 例。引流液一直为红色提示有持续出血。引流液由清变混浊,提示可能有感染,宜留取脑脊液常规检查和培养。

2.2 保持引流管通畅 完全畅通的引流管有随呼吸上下波动的液面,波动幅度为 10mm 左右,如波书,防止眼睛过度疲劳引起充血。告知患者定期复查,出院后一般每周检查 1 次,1~6 个月内每月检查 1 次,6 个月后每 3 个月查 1 次至 2 年。

3 讨论

本手术减少赘肉复发率的主要原因可能为屏障作用,能有效地阻止新生血管及异常结膜入侵角膜,从而防止翼状赘肉的复发,同时为受损的角膜缘提供新的干细胞来源,通过干细胞的增殖分化来修复受损的角膜表面,重建角膜缘,改善角膜缘周围基质微环境。

科学、合理、到位的术前、术中、术后护理,是保证植片如期愈合、杜绝感染、降低复发率的基本保证,为了达到此目的,除手术创新、规范外,护理人员对新知识新技术的认识程度也非常重要,从而采取切实有效的护理措施,配合手术成功,提高疗效。

参考文献

[1]严密,李美玉,陈家祺,等.眼科学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1996.69
[2]姜桂荣,成新莲,于泽秋,等.介绍一种新的滴眼方法[J].齐鲁护理杂志,2002,8(10):792

(收稿日期:2008-01-08)