

浅谈玻璃体切割术的手术配合

舒秀梅

(江西省人民医院 南昌 330006)

关键词:玻璃体切割术;手术配合;仪器;器械的保管;使用与消毒

中图分类号:R 473.77

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.064

玻璃体切割术所用仪器设备昂贵、精密、容易损坏,如何保管好有关仪器、器械及配合好手术,是手术室护士的重要职责。近一年来,我们配合医生成功完成了 57 例 57 眼玻璃体切割手术,术中术后无 1 例感染,取得了较满意疗效。现将手术配合报道如下:

1 临床资料

本组患者 57 例 57 眼,男 39 例 39 眼,女 18 例 18 眼,年龄 11~75 岁,平均年龄 43 岁。其中各种原

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取 2009 年 3~4 月我院内科住院的病人 200 例,其中男 115 例,女 85 例,年龄 16~76 岁,平均 46 岁,文化程度不等,均无凝血功能障碍,意识清楚,愿意配合。

1.2 方法 将 200 例病人随机分为观察组和对照组各 100 例,观察组静脉穿刺成功后用一次性无菌输液敷贴固定采血针针柄,采血完毕,先分离试管与采血针,再用右手拇指、食指反折采血针管,拔针前先揭开针头右侧一半的敷贴,暴露针头及穿刺点,左手拇指横向轻按于针眼上方的敷贴上,告知病人准备拔针并缓慢拔针,当针头即将离开皮肤时迅速拔出针头,此时压力由轻力改为中力,并将撕开的一半敷贴与针眼右侧皮肤形成一微小褶皱,持续按压 5min,敷贴留于皮肤 0.5~1h。对照组穿刺时不采用敷贴固定针柄,采血后同法分离试管与采血针,反折采血针管,左手用无菌干棉签垂直轻按于针眼上方,同法迅速拔针,此时压力改为中力持续按压 5min^[1]。

1.3 评价方法 出血:皮肤穿刺处有渗血。肿胀或淤血:淤斑直径 >1mm 为有淤血。疼痛:询问病人局部有无疼痛感。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件统计,进行 χ^2 检验。

1.5 结果 两组按压效果比较见表 1。

表 1 两组按压效果比较 例(%)

组别	n	出血	肿胀或淤血	疼痛
观察组	100	8(8)*	6(6)*	20(20)*
对照组	100	12(12)	15(15)	30(30)

注:与对照组比较,*P<0.05。

因引起的复杂性视网膜脱离患者 19 例,糖尿病增殖性视网膜病变 5 例,各种原因引起的严重的玻璃体积血 18 例,眼内炎 9 例,眼内异物 4 例,晶状体全脱位 2 例。

2 手术配合

2.1 仪器及器械的准备 按手术通知单准备手术器械及检查仪器运转状态。手术前 1d 准备手术包并高压灭菌,随后清点领取玻璃体切割手术器械,术前 24h 将一些不耐高温的管道等(下转第 84 页)

2 讨论

用真空负压采血针静脉采血后传统的按压法一般采用无菌干棉签直压法按压穿刺点,这样能同时按住皮肤与血管的两个针眼,减少出血的机会,但由于棉签接触面积小,按压容易移位,导致出血和皮下血肿;同时棉签按压法稳定性稍差,力度不易掌握,棉签质地又较硬,病人疼痛感较明显;另外由于病人按压过程中容易好奇,按压时间不足便放松棉签去看针眼,往往引起出血,造成心理恐慌^[2]。

无菌敷贴用于真空负压采血针采血,既可以有效固定针柄,防止针头在血管内移位和滑出,减轻病人的疼痛与紧张,拔针后又可以短期内保持穿刺点的无菌,透气性及吸水性良好,不易引起皮肤过敏;按压的范围一般大于 1cm²,压力较均匀,可同时按住两个针眼,操作者易掌握,有效减少了出血和皮下血肿的发生,病人采血时和拔针后的心理恐惧感也会减少。护士操作时应向患者解释采用敷贴按压时不要随意减少按压时间,也不要将按压的手指移位或揉搓穿刺部位。如有出血或血肿也不能盲目热敷,这样会加重出血^[3]。

研究表明,采用无菌敷贴按压采血针穿刺点效果明显优于传统的棉签按压法,该法取材方便,操作简单,实用性强,值得临床用于真空负压采血后拔针的按压。

参考文献

- [1]秦春霞,王连平,杨荣娟.应用输液贴拔针按压止血方法探讨[J].护理学杂志,2007,1(1):47-48
- [2]邵英.真空负压静脉穿刺抽血拔针方法的改进[J].护理学杂志,2006,6(11):29
- [3]孙静,顾颖,张淑梅.静脉输液拔针后应用输液贴按压止血效果观察[J].中国实用医药,2008,1(2):129-130

(收稿日期:2010-03-15)

0.02mL/只,然后攻毒,以后再滴特异性抗人三价流感病毒 IgY,0.02mL/只,1次/d,共计5次。D组:特异性抗人三价流感病毒 IgY 预防组:D-1组:攻毒前1d、6h、1h分别用特异性抗人三价流感病毒 IgY 滴鼻,0.02mL/只,然后攻毒,攻毒后再滴非特异性 IgY,0.02mL/只,1次/d,共计5次。D-2组:攻毒前1d、6h、1h分别用特异性抗人三价流感病毒 IgY 滴鼻,0.02mL/只,然后攻毒,攻毒后再用特异性抗人三价流感病毒 IgY 滴鼻,0.02mL/只,1次/d,共计5次。上述各组均为鼻腔攻击10个LD₅₀,0.02mL/只,各组动物均为10只,雌雄各半。观察时间为攻毒后10d。

2 结果

表1 特异性抗人三价流感病毒 IgY 不同给药方案对小鼠保护结果

组别	动物数量(只)	攻毒剂量(LD ₅₀)	死亡数量(只)	平均死亡天数(d)
A	10	-	0	-
B	10	10	9	4.9
C	10	10	7*	5.6
D-1	10	10	3**△	6.7
D-2	10	10	2**△	7.5

注:与B组比较,*P<0.05,**P<0.01;与C组比较,△P<0.01。

从表1可以看出D组小鼠病死率明显减少,和B组比较有极显著性差异(P<0.01);C组小鼠病死率明显减少,和B组比较也有显著性差异(P<0.05);D组小鼠病死率比C组明显减少,两组比较有极显著性差异(P<0.01)。说明特异性抗人三价流感病毒 IgY 可以预防流感病毒的攻击,在小鼠体内具有一定的保护作用。

3 讨论

从试验小鼠病死率来看,B、C组小鼠死亡时间

(上接第81页)器械用40%甲醛熏蒸灭菌,并检查玻璃体切割机、冷冻器、眼内激光机是否正常。手术前1h,用高压消毒锅消毒器械并清点记录。

2.2 手术中的配合 0.5%碘伏常规消毒眼睑及周围皮肤,铺巾,开睑,切开球结膜,牵引好四条直肌,安装好显微镜,用穿刺刀在角巩膜缘做三个切口,穿刺刀用完后插上海绵保护套放消毒盒内以免碰撞,插入导光纤及切割头,安放灌注管,放置角膜前置镜。开启玻璃体切割机,选择程序和数据。

2.3 术中灌注液的使用 (1)根据眼部细菌的种类在灌注液内加入不同的抗生素,一般在500mL灌注液内加入庆大霉素2万单位。(2)调整灌注液的高度和流速,一般高度为离眼球45~60cm。若切割晶状体或玻璃体时发生出血,要提高灌注液以增加灌注压;切割玻璃体后极部时要降低灌注压;同时,在手术台上要根据角膜水肿程度来调整灌注液的高度。(3)灌注液即将滴完时要及时更换新的灌注液,切勿将空气灌注眼内而影响手术的正常进行。

比较集中,二者差异不显著;D-1、D-2两组与B组相比存活率明显提高,且差异有显著意义。说明特异性抗人三价流感病毒 IgY 在小鼠体内具有一定的保护作用。而D-1和D-2两组相比较,差异不大,但D-2组稍优于D-1组。可能由于感染流感后,马上给IgY,病毒活性会受到一定影响。

特异性IgY抗体实验研究证明,其可预防龋齿^[2],防止胆囊纤维化患者绿脓杆菌的反复感染^[3];治疗婴幼儿轮状病毒性腹泻^[4]、急性和慢性咽喉炎^[5]以及幽门螺杆菌性胃炎^[6]。本实验研究显示,特异性抗人三价流感病毒抗体有预防和治疗流感的可行性,为流感的生物防治提供理论依据和新的防治手段。

参考文献

[1]Service R F. Researchers seek new weapon against the flu[J]. Science, 1997,275(5301):756-757
 [2]Hatta H, Tsuda K, Ozeki M, et al. Passive immunization against dental plaque formation in humans: effect of a mouth rinse containing egg yolk antibodies (IgY) specific to Streptococcus mutans[J]. Caries Res, 1997,31(4):268-274
 [3]Kollberg H, Carlander D, Olesen H, et al. Oral administration of specific yolk antibodies (IgY) may prevent Pseudomonas aeruginosa infections in patients with cystic fibrosis: A phase I feasibility study [J]. Pediatr Pulmonol, 2003,35(6):433-440
 [4]Sarker SA, Casswall TH, Juneja LR, et al. Randomized, placebo-controlled, clinical trial of hyperimmunized chicken egg yolk immunoglobulin in children with rotavirus diarrhea [J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2001,32(1):19-25
 [5]谢民强,蒙永祥,李仲汉,等. 特异性免疫球蛋白 Y 治疗急性慢性咽炎的疗效观察[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2004,39(2): 51-54
 [6]Suzuki H, Nomura S, Masaoka T, et al. Effect of dietary anti-Helicobacter pylori-urease immunoglobulin Y on Helicobacter pylori infection[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2004,20(S1):185-192

(收稿日期: 2010-03-11)

2.4 玻璃体切割器的使用 (1)严格按照仪器的操作程序,先开电源,再开氮气总开关。正确连接各种管道,调整所需程序及数据,使其处于良好工作状态。(2)手术结束后,将玻切机余气排出,关闭氮气、电源,并用玻璃体切割机罩罩好,避免尘埃落入仪器内。

2.5 器械的保管与清洗 (1)玻切头用蒸馏水或75%酒精冲洗干净并吹干,消毒后待用。(2)硅油推进器及灌注管用75%酒精浸泡,然后将其中的硅油冲洗干净并擦干放回原处。(3)角膜接触镜用蒸馏水洗净,用柔软棉制品或丝绸擦干,放回盒内,清点入柜。(4)手术结束后,使用超声波清洁剂清洗(可加入少量清洗剂)手术器械,眼内镊、眼内剪要拿在手上,将器械使用一端放入水中清洗,待干燥后上油,清点放柜。在清洗器械时,切勿让器械互相碰撞。每次使用后,须立即尽快冲洗干净,不要让血痂或组织干涸在器械上,特别对器械的关节部位要仔细清洗后烘干。

(收稿日期: 2009-11-04)