

版社, 2006: 287-290.

[2] 王建伟, 傅小飞. 人狂犬病免疫球蛋白联合狂犬病疫苗对暴露后患者伤口愈合的影响[J]. 中华传染病杂志, 2009, 27(4): 493-494.

[3] 李根平, 王玉琳, 刘燕, 等. 人狂犬病免疫球蛋白的使用效果观察[J]. 微生物学免疫学进展, 2004, 32(1): 32-34.

(收稿日期: 2010-08-06)

小儿视网膜母细胞瘤的整体护理体会

胡金梅, 朱新枝(湖北医药学院附属人民医院眼科, 湖北十堰 442000)

【关键词】 视网膜母细胞瘤; 护理; 儿童

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.083 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)04-0509-02

视网膜母细胞瘤(retinoblastoma, RB)是一种起源于视网膜神经上皮细胞的恶性肿瘤,是婴幼儿最常见的眼内恶性肿瘤,严重危害小儿视力和生命^[1]。手术治疗仍为目前大多数RB患儿采取的治疗方式^[2]。RB治疗难度大,患者绝大多数为小儿,治疗及护理上往往得不到有效的配合。为提高治疗与护理效果,现总结本院21例RB患儿的临床及护理资料,讨论如下。

1 临床资料

收集2005年1月至2010年1月在本科行眼球摘除术的RB患儿21例。其中2例为双眼患病,共23只眼。男性13例,女性8例,年龄6个月至5岁。就诊时病情:眼内生长期10例(12只眼);青光眼期6例,眼外蔓延期5例。21例全部经眼底检查及玻璃体检查,并全部行眼眶MSCT轴位平扫;CT检查结果均示:病眼内见斑点状、斑片状钙化灶,所有病例术前诊断与术后病理诊断相符合。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 病房保持安静、整洁、舒适,定时开窗通风,让患儿有充足的睡眠,营造家庭式病房的气氛,检查患儿手指甲,避免指甲过长抓伤皮肤和患眼,指导家长合理添加辅食,多给患儿吃水果、蔬菜、蛋白质等食物。保证营养供给。

2.1.2 心理护理 RB患儿及家属心理比较复杂,主要表现为心理负担过重,如:焦虑与担心、后悔与自责、怕羞与自卑及接受与无奈等心理^[3]。通过本组病例分析发现RB患儿的心理护理宜分为两部分进行,即患儿的心理护理与家长的心理护理。二者应以家长为主、患儿为辅,这是由于患儿系特殊人群所决定的。对患儿的护理应依靠语言和非语言行为结合方式与之交流;在语言功能尚未发育完善的情况下,用语言与其直接沟通相对困难,应经常巡视病房,多运用非语言行为与患儿拉近距离,传递一种爱,让患儿尽可能消除对环境及医务人员的陌生感和恐惧感。对有自我意识的患儿,能依据成人的教导来判断失误者,应采用鼓励和夸奖的语言,多给予肯定和积极的暗示,鼓励其克服自卑心理。与患儿的心理相比,RB患儿家长的心理负担更为严重,这种心理负担往往以担忧、焦虑的情绪表现最为突出。父母与患儿接触最为密切,他们的情绪很容易影响到患儿。因此应根据家长性别、文化程度和接受能力不同,采取不同的方式与其沟通,了解RB的危害性、治疗方式及手术摘除眼球的必要性。鼓励、支持患儿与家长表达内心感受,以了解其压力原因和心理需求,以便有针对性地对其心理进行更有效的护理。另外,对较小的患儿,尤其是不能与其用语言沟通者,父母则是最佳的沟通桥梁。父母对患儿的心理护理往往比护理人员更为简单有效。本组有3例尚不完全具备

语言功能和1例5岁的患儿入院后极其不配合治疗与护理,入院2d后经过其家长的有效心理干预,患儿均能够较好地积极配合治疗与护理,使护理工作顺利进行,故在对RB患儿的心理护理中,家长的心理护理更为重要。

2.1.3 术前护理准备 术前协助完善常规检查;常规使用0.3%妥布霉素眼药水滴眼2~3d,4次/天,清洁结膜囊,对不能配合治疗的患儿可将正确滴眼方法教会家长让家长为其滴眼或在患儿熟睡后由护理人员操作;术前要求患儿禁食、禁饮6~8h,以确保术中麻醉安全。

2.2 术后护理

2.2.3 术后ICU内的护理 患儿由手术室送入ICU后,立即将患儿去枕平卧,头偏向一侧,观察呼吸道有无分泌物,如有立即清除,必要时吸痰,以保持呼吸道通畅,以防患儿窒息及吸入性肺炎等严重并发症发生。严密观测并记录患儿意识、体温、脉搏、呼吸及血氧饱和度,对不会讲话的患儿,护士要依据行为和生理变化进行连续仔细的观察并作出判断。给予低流量氧气吸入,待患儿完全清醒4~6h后进流质饮食。麻醉消失后手术创伤产生疼痛,一般给予心理支持和讲故事,有条件者可适量播放患儿喜欢的动画片音乐,以降低机体对疼痛的感受性,必要时遵医嘱应用止痛剂。对组织水肿引起眼压升高导致的疼痛,手术当天给予冰敷,以减轻结膜水肿。术后绷带不宜包扎过紧,可在耳下的绷带处剪开1~2cm以缓解疼痛,减轻眼-心反应所致的疼痛^[4]。

2.2.4 术后病房内护理 患儿麻醉清醒且各项生命体征正常后,经医生观察确认已度过危险期后可转入普通病房在家长的陪同下进行护理。此阶段的护理主要是术眼的护理及并发症的观察。术后采用绷带加压包扎患眼7d,防止眼内出血及结膜水肿。随时观察敷料有无松动、脱位、污染、潮湿或过度压迫健眼和患侧耳朵。告知家长术眼包扎的目的及要气,避免碰撞、揉擦术眼,对患儿好动及因疼痛不适不配合的情况,护理人员均告知家长并获得配合采用给予患儿双手适当制动的办法。术眼一般为术后48h后第一次换药,换药要遵守无菌操作,动作轻柔。不必取出眼模,注意观察结膜囊内结膜线是否在位或松动,结膜囊内有无分泌物及其性状,创口对合情况、结膜颜色、炎性反应程度,眼睑能否闭合以及球结膜是否水肿、脱出等。使用抗生素眼液或生理盐水清洗结膜囊。以后每天换药1次,7d拆除结膜缝线。

2.3 出院指导 出院后嘱患儿及家长注意眼部卫生,按时滴用抗生素眼药水及涂眼膏。给予高热量、高蛋白、高维生素的食物,以增强患儿体质。嘱术后1个月可考虑佩戴眼片,教会家长保持义眼和结膜的方法,每晚用清水清洗义眼。如结膜囊分泌物多且有异味时,应及时就诊。提醒家长注意患儿用眼

安全,防止意外伤害,定期到医院做眼科检查,特别是健眼的情况。

3 讨 论

RB 是婴幼儿较常见的眼内恶性肿瘤。临床上的治疗主要有光凝、放射、冷冻、化学和手术等。目前我国 RB 的治疗仍以手术为主,这主要是因为发现时多为晚期,错过了保守治疗的时机^[5-7]。作为这一特殊群体行眼球摘除术和眶内容物剜除术对患儿及家长在心理、精神及身体上均为巨大的创伤,难以被患者及家属接受,故该病的手术治疗心理护理尤为重要。术前加强心理护理,可增强患儿及家长的依从性和配合;术后密切观察病情和精心护理,可降低手术并发症;出院时做好科学指导,对于术后恢复健康具有重要意义。

参考文献

[1] 阎洪禄,高建鲁. 小儿眼科学[M]. 北京:人民卫生出版

社,2002:240-244.

[2] 乔丽珊,方严. 视网膜母细胞瘤的临床特点和治疗分析[J]. 临床眼科杂志,2007,15(3):239-241.

[3] 邓美娜. 对视网膜母细胞瘤患儿亲属照护体验的质性研究[J]. 临床护理,2009,23(6):1474-1475.

[4] 陈惠芳. 义眼座植入术后疼痛原因分析及护理对策[J]. 解放军护理杂志,2007,24(1):46-47.

[5] 梅芳,陈志钧,徐再兴. 小儿视网膜母细胞瘤 17 例[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报,2008,22(1):25-26.

[6] 马春霞,李晓玲. 视网膜母细胞瘤患儿 20 例围手术期的护理体会[J]. 陕西医学杂志,2007,36(8):1081-1082.

[7] 徐美芳,张莉华. 视网膜母细胞瘤患儿诊治中的护理体会[J]. 实用临床医学,2006,7(8):135-137.

(收稿日期:2010-08-14)

全自动血凝仪的使用体会

郭凌云(甘肃省武山县人民医院检验科 741300)

【关键词】 血凝仪; 纤维蛋白原; 凝血酶原时间; 凝血酶时间

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.084 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0510-02

本院自 2002 年开始用 ACL200 全自动血凝仪测定凝血酶原时间(PT)、纤维蛋白原(Fib)、活化部分凝血酶原时间(APTT)、凝血酶时间(TT)。APTT 测定作为内源性凝血系统、PT 测定作为外源性凝血系统的过筛试验较玻片法测凝血时间有明显的优越性。

1 材料与方 法

1.1 材料 0.109 mmol/L 枸橼酸钠,ACL200 全自动血凝仪,美国 IL 公司生产的 PT、Fib、APTT、TT 试剂,参比血浆,离心机,一次性塑料试管、分析盘、样品杯。

1.2 方法 用 0.109 mmol/L 枸橼酸钠 0.21 mL 加 1.8 mL 静脉血,混匀后,3 000 r/min 离心 10 min,取血浆 0.5 mL 在 ACL200 全自动血凝仪上测定 PT、Fib、APTT、TT。

2 结 果

全自动血凝仪法测 PT 的结果可以以秒(s)、活动度(%)、比率(R/INR)表示,APTT、TT 的结果以秒(s)、比率(R/INR)表示^[1]。全自动血凝仪可以测凝血因子,对缺乏因子Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ等的标本,均可显示出来。而玻片法测凝血时间从毛细血管采血,由于采血过程中常可混入较多的组织液,即使缺乏因子Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ等,也很难从凝血时间中显示出来,结果只能以秒(s)表示。

3 讨 论

3.1 标本采集的要求 要求抗凝比例适当,红细胞比容大于 55%或小于 20%,可使浆的抗凝比例不合适。此时,按下列公式使用抗凝剂:0.001 85×血(mL)×(100-Hct)。标本要求无污染,且标本要及时分离,普通离心机 3 000 r/min 离心 10 min。标本宜在 2 h 内测定。时间过久 V 因子可能在室温中消失,以及Ⅶ因子可在冷的条件下活化。如采血量过少、血凝时,则应退回标本,要求重抽。混浊、黄疸、高血脂、严重溶血可影响结果。血红蛋白(Hb)和胆红素(Bil)等对凝血分析仪测定 Fib 有影响。Hb 对 Fib 测定的回归方程为 $Y = -2.387X$ ($Y =$ Hb 对 Fib 测定的干扰量 g/L, $X =$ Hb 浓度 mmol/L)。Bil 对

Fib 测定干扰的回归方程为 $Y = -0.002 856X + 0.1224$ ($Y =$ Bil 对 Fib 测定的干扰量 g/L, $X =$ Bil 浓度 μ mol/L)。对于明显溶血或黄疸的标本,需同时测定标本的 Hb 或 Bil 深度浓度,然后用上述回归公式计算出干扰量来给以校正,使结果真正反映标本中 Fib 的含量。

3.2 试剂的使用与保存 PT、Fib、APTT、TT 试剂从冰箱取出后使用之前,均需在 15~25 ℃ 预温 30 min,用前轻轻混匀,不可剧烈摇动。这些试剂价格昂贵,因此,试剂的节约问题显得非常重要。作者用样品杯盛试剂来代替试剂船(因试剂船的底面积大)的方法用于小样本的检测(一次检测少于 5 个样品)。不过此法得注意仪器吸样针的吸样情况,如果试剂不够吸得随时加上。PT、Fib 试剂在 15 ℃ 条件下可稳定保存 1 d,在 2~8 ℃ 可保存 5 d。APTT 试剂在 15 ℃ 条件下可保存 2 d,在 2~8 ℃ 可保存 15 d。TT 的试剂原液在 2~8 ℃ 可保存 15 d。参比血浆在 15~25 ℃ 至少可保存 4 h,在 -20 ℃ 至少可保存 24 h。试剂不用时,随时放冰箱保存^[2]。

3.3 分析盘的利用 为了最大限度地利用分析盘,用做组合测试的分析盘仍用来做组合测试,用做单项测试的分析盘仍用来做单项测试。

3.4 异常结果的处理 当 PT、APTT、TT 结果显示 No Coag 时,说明样品在读取时间内未凝集,用延长程序再做。确证无凝集形成,以大于 249 s 报告 APTT,以大于 169 s 报告 PT。当 PT、APTT、TT 显示 Coag Error 时,即为已经凝集的样品或者 $Fib < 1.77 \mu$ mol/L。当 PT、Fib、APTT、TT 定标血浆值打黑框时,说明定标血浆值超过了 PT 参考值的 $\pm 9\%$,R 值和 INR 值均不给出,超过了 Fib 参考值的 $\pm 20\%$,不给出标本的 Fib 值;超过了 APTT 参考值的 $\pm 15\%$,R 值不给出,超过了 TT 参考值的 $\pm 20\%$,R 值不给出,当 Fib 标本值大于 23.6 μ mol/L 时,结果打黑框。当 Fib 标本值打 * * * 时,说明 $Fib > 26.5 \mu$ mol/L。以上两种情况,均应将标本用稀释 1 : 1 稀释标本后重测。当标本 Fib 值在 11.8~23.6 μ mol/L 时,