

时一般采取序贯方式(即放化疗结束接着 CIK 治疗),但放化疗还未结束时,往往免疫功能严重受损,不得不中断疗程。由于,鼻咽癌患者普遍经济相对困难,且时间宝贵,有时不得不采取同步方式(即放化疗同时 CIK 治疗),本研究发现同步方式不仅节省了时间,节省了经费,且对患者的免疫功能有较好的帮助,让患者在治疗前、中、后均保持较好的免疫状态。

参考文献

[1] Nagaraj S, Ziske C, Schmidt-Wolf IGH. Human cytokine-induced killer cells have enhanced in vitro cytolytic activity via non-viral interleukin-2 gene transfer[J]. Genet Vaccines Ther, 2004, 2:12.

[2] 黄辉, 俞红, 林云璐. CD4<sup>+</sup>-T 细胞的抗癌作用[J]. 国外医学免疫学分册, 2000, 23(1): 51-53.

[3] Nozoe T, Maeham Y, Sugimachi K. Preoperative sorting of circulating T lymphocytes in patients with esophageal squamous cell carcinoma: its prognostic significance[J]. World J Gastroenterology, 2005, 11(42): 6689-6693.

[4] Gabrilovich D, Pisarev V. Tumor escape from immuneresponse: mechanisms and targets of activity[J]. Curr Drug Targets, 2003, 4(7): 525-536.

[5] Kacani L, Wurm M, Schennach H, et al. Immunostimulatory effects of soluble factors secreted by head and neck squamous cell carcinoma on dendritic cells and T lymphocytes[J]. Oral Oncol, 2003, 39(7): 672-679.

(收稿日期: 2012-02-28)

• 临床研究 •

# PAMM 人工晶体在白内障摘除术中后囊膜破裂时 I 期植入的效果

张汉滨, 孙光涛(湖北省汉川市人民医院 431600)

**【摘要】 目的** 评价 PAMM 硬性人工晶体在白内障摘除术中后囊膜破裂时 I 期植入的方法和疗效。**方法** 160 眼老年性白内障摘除术中后囊膜破裂 14 眼, I 期植入 PAMM 硬性人工晶体。**结果** 术后 1 周矫正视力大于或等于 0.3 者 12 例(85.7%), ≥0.05~<0.3 者 1 例(7.1%), <0.05 者 1 例(7.1%)。所有人工晶体光学中心均位于瞳孔区。**结论** 后囊膜破裂时 I 期植入 PAMM 硬性人工晶体, 可取得满意的效果。

**【关键词】** 后囊膜破裂; PAMM; 一期悬吊式; 人工晶体

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.15.051 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2012)15-1916-01

白内障摘除术后后囊膜破裂是较常见而严重的并发症, 由于种种原因, 致使眼内缺乏足够的囊膜支撑, 从而导致普通后房型人工晶体无法植入, 将影响患者的最终视力。本科从 2010 年 5~9 月, 对 14 眼行普通后房型 PMMA 人工晶体 I 期睫状沟悬吊术, 疗效满意, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组共 14 例(14 眼)。其中男 9 例, 女 5 例; 年龄 46~85 岁。视力为光感~0.1, 病例中老年性白内障 10 例, 并发性白内障 1 例, 外伤性白内障 2 例, 晶体半脱位 1 例。所有病例眼压正常, 其中瞳孔不能充分散大者 1 例。

**1.2 后囊膜破裂发生时间** 小切口白内障手法碎核时后囊破裂 4 例 28.5%, 超声乳化碎核时后囊破裂 4 例 28.5%, 抽吸皮质时后囊膜破裂 5 例 35.7%, 外伤性白内障前后囊破裂 1 例 7.0%。

**1.3 使用材料** 术中使用缝线为 Alconl 0-0 带长直针聚丙烯缝线(一端为长直针, 另一端为铲针), 人工晶体为一体式普通后房型 PMMA 人工晶体, 植入前热灼 2 襟顶端, 使能管住线结, 光学直径 505 mm, 全长 12.5 mm, A 常数分别为 118.4。使用带前段玻切功能的 MTP 超声乳化系统, 在德国产 Zeiss 眼科手术显微镜下施行手术。

**1.4 手术方法** 所有白内障手术患者均采用角巩缘隧道切口, 发现晶状体后囊膜破裂, 导致前房加深, 且出现玻璃体溢入前房或溢出切口时, 立即停止眼内操作。防止破口继续扩大及玻璃体溢出, 向前房内注入少许透明质酸钠, 以防止后囊膜破裂口继续扩大, 确保后囊膜前后压力平衡。超声乳化仪的灌注

头换成玻璃体切割头, 采用低灌注压或在无灌注下进行干性玻璃体切割术, 直至瞳孔恢复圆形, 无玻璃体压迫变形, 术中残留晶体皮质一起切除, 再注入透明质酸钠。术中根据后囊破孔的位置、范围采用不同植入方式植入后房型不同光学平面直径人工晶体。若破裂范围太大, 则改植入悬吊式人工晶体。行 3 点和 9 点处以穹隆为基底的宽约 4 mm 球结膜瓣。分别于 3 点和 9 点处角巩膜缘后 3 mm 制作宽约 1 mm 板层式巩膜隧道(不要切穿巩膜)。长直针由 9 点钟处巩膜隧道顶端水平刺入后房, 经由瞳孔中央, 再由 3 点处巩膜隧道顶端扎入一皮试针头, 将长直针插入皮试针孔内, 引出长直针, 从上方巩膜隧道切口钩出缝线, 剪断, 分别系于人工晶体上祥和下祥中央, 由上方切口植入人工晶体, 轻轻拉紧缝线, 分别固定于板层式巩膜隧道内。

## 2 结果

**2.1 术后效果** 术后 1 周矫正视力大于或等于 0.3 者 12 例(85.7%), ≥0.05~<0.3 者 1 例(7.1%), <0.05 者 1 例(7.1%), 未见人工晶体移位、倾斜者, 无人工晶体脱落现象。

**2.2 手术并发症** 术中前房少量出血 1 例。局部扩散于虹膜面。系手术中进针时损伤虹膜根部所致, 可自行停止。术后角膜内皮轻度水肿 2 例, 虹膜炎性反应 2 例, 经局部妥布霉素/地塞米松点眼。托吡卡胺散瞳, 静脉滴注青霉素和地塞米松, 3~5 d 后全部好转。1 例出现眼压增高, 角膜雾状水肿, 给予静脉滴注甘露醇、地塞米松, 3 d 后好转。

## 3 讨论

小切口白内障摘除联合人工晶体植入(下转第 1968 页)

### 3 讨 论

社区护理是在社区范围内开展以健康为中心向个人家庭及人群提供的集预防、保健、医疗康复、健康教育和计划生育技术指导为一体的系统化整体护理,是社区卫生服务的重要组成部分<sup>[2]</sup>。随着社会的进步与发展,人们对生活质量要求提高等问题的出现,社区护理在护理领域具有越来越重要的地位。人口结构的变化、健康老龄化观念的提高、疾病谱的改变、慢性疾病的需要、家庭结构扩大化、医疗费用居高不下、看病难、住院难等客观现象的存在,都给社区护理带来了巨大的挑战<sup>[3]</sup>。如何有效地利用有限的护理资源对出院后患者进行最好的社区护理,提高他们的生活幸福度,是社区护理应该重视与解决的课题。

会阴烧伤因部位特殊,患者存在害羞心理,因对功能恢复的重视,会引起患者的焦虑与抑郁。这些负面情绪都会影响到随访者出院后生活与工作质量,也会不同程度影响到患者伤口瘢痕的完全修复。对出院后患者采用适当的护理干预措施,缓解患者的不良情绪,提高生活、工作质量,促进伤口的进一步修复,是会阴烧伤整体护理的重要组成部分。

对随访者进行一般护理指导,纠正患者一些不良的生活习惯,利于随访者病情的康复及整体健康水平的提高。在此过程中,卫生和知识宣教非常重要,并伴随整个护理,其过程中<sup>[4]</sup>。会阴烧伤护理,其心理护理非常重要,可以缓解患者焦虑等不良情绪,利于疾病的康复。在此过程中首先要建立良好的护患关系,护患双方为实现共同的目的而达到心理上的相容和满足,是开展好护理工作的必备条件<sup>[5]</sup>。进行有效的沟通,让患者愿意对护理人员倾诉心理的困扰,取得患者的信任。要有同

恒心,耐心、细致地为患者服务及解决患者的问题,通过各种努力为受访者提供良好的心理护理,让患者轻松地渡过疾病恢复期。会阴烧伤者的整体康复还需要社会的支持,特别是家庭成员的理解与帮助。因此,在护理过程中也应重视对家庭成员进行宣教等护理干预,让家庭成员尽最大的努力协助患者促使烧伤完全康复。

会阴烧伤除了在医院进行积极的治疗与护理外,通过家庭社区护理能更好地促进患者康复,在整体护理程序中具有非常重要的作用。

通过生活指导、药物治疗、心理安抚、家庭成员配合指导、角色转换促进等综合社区护理措施可提升会阴烧伤患者的院后工作与生活幸福度,促进患者早日康复。

### 参考文献

- [1] Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories[M]. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2004: 178-179.
- [2] 李明子. 社区护理学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 8.
- [3] 李春玉, 全胜姬. 国内外社区护理现状及发展方向[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(6): 475-477.
- [4] 魏秀华, 宋长富, 邵克伟. 烧伤患者的社区护理与指导[J]. 实用医疗杂志, 2004, 12(11): 2596-2597.
- [5] 冯彦云. 护患沟通技巧及方法在社区护理中的应用[J]. 吉林医学, 2010, 32(31): 5837.

(收稿日期: 2012-02-18)

(上接第 1916 页)

术,后囊膜破裂是最常见的并发症之一<sup>[1]</sup>。由于这种并发症的发生,常常使手术后大泡性角膜病变,黄斑囊样水肿和视网膜脱离的发生率增高,因此,必须积极预防和妥善处理。后囊膜破裂处理及对策:以往在无前段玻璃体切割器时处理后囊膜破裂溢出的玻璃体,常用玻璃体剪除<sup>[2]</sup>,破裂口处注入粘弹剂压回玻璃体,但效果常不理想。因后囊膜破裂后晶状体皮质和玻璃体混在一起,单纯灌吸法无法吸出残余晶体皮质,更谈不上人工晶体植入。若手术中发现前房突然加深清亮,说明后囊膜已经破裂,立即停止灌注,观察破裂口的大小和位置,以及晶体核、皮质和玻璃体 3 者关系。脱出玻璃体处理:圈出晶体核后,部分关闭扩大的隧道切口,前房玻璃体切割术中必须低灌注压下进行,以免灌注压大,灌注液进入玻璃体腔加大后囊膜裂孔,增加玻璃体溢出<sup>[3]</sup>,必要时采用无灌注下玻璃体“干切”技术。适当增加玻璃体切割头负压吸引有利于玻璃体和残留晶体皮质一起切割干净。

由于种种原因,眼内缺乏足够的晶体囊膜支撑,普通后房型人工晶体无法正常固定于眼内。虽然可以使用悬吊式人工晶体,但其价格昂贵,难以满足临时应急的需要,而不植入人工晶体将对患者视力造成很大影响。白内障手术中,若后囊膜破裂小于 1/4,发现及时,玻璃体前界膜尚完整,玻璃体未疝出,则人工晶体仍可按原定计划植入;倘若后囊膜破裂较大,囊袋脱位较明显者,则只能将人工晶体植入睫状沟内,甚至考虑用缝线将其固定。后房型 PMMA 人工晶体的双袢均为改良 C

形袢,以人工晶体双袢与光学部的两处切点连线,此连线的中垂线分别与人工晶体双袢相交于两点,以此两点作为悬吊线的系结位置。以此方法悬吊后,人工晶体重心平稳,位置居中,不扭转,不倾斜。人工晶体植入后,常规用缩瞳剂缩瞳,使瞳孔缩小并恢复圆形。若仍有瞳孔变形,说明仍有玻璃体或条带牵拉,可再行人工晶体表面瞳孔变形处玻璃体切割,直至瞳孔恢复圆形居中为止。作者认为,主要使用前段玻璃体切割术,能在形成前房的前提下彻底清除残余晶状体皮质以及前房玻璃体,并在术中尽量保留残余的晶状体前、后囊膜,可为 I 期植入后房型人工晶体提供条件,而且防止了术后因玻璃体条索黏附于手术切口和(或)前房玻璃体存留引起的一系列术后远、近期并发症。

### 参考文献

- [1] 李建军, 赵瑞博, 林红, 等. 白内障后囊破裂人工晶状体睫状沟固与植入前房疗效比较[J]. 国际眼科, 2010, 10(3): 535-537.
- [2] 胡博杰, 李崧荣. 白内障手术晶状体后囊破裂临床分析[J]. 中国实用眼科杂志, 2009, 27(11): 1307.
- [3] 洪荣照, 吴护平. 超声乳化白内障手术中后囊膜破裂的 I 期后房型人工晶体植入术[J]. 中华眼科杂志, 1998, 34(2): 93-95.

(收稿日期: 2012-02-28)