

超声乳化及小切口白内障摘除术疗效比较

何 平(陕西省商洛市第二人民医院眼科 726000)

【关键词】 硬核白内障； 超声乳化小切口； 疗效比较
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.03.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)03-0430-02

白内障是使视力下降的第一致盲眼病,也是眼科的常见病之一^[1]。治疗白内障的有效方法仍然是手术治疗,近年来白内障手术日趋完善,特别是白内障超声乳化吸除术和小切口白内障摘除术是目前眼科临床中应用最为广泛的白内障手术方法。对于软核,特别是Ⅳ级核以下白内障应用超声乳化吸除术,术后并发症少、视力恢复快,无疑是目前最佳的手术方法^[2]。但对于Ⅳ、Ⅴ级硬核性白内障容易引起术后严重的角膜水肿,后囊破裂可致玻璃体溢出,瞳孔变形,甚至玻璃体牵拉造成囊样黄斑水肿或视网膜脱离等并发症,导致患者视力恢复不佳^[3-4]。而小切口白内障摘除术对眼球组织损伤小,术后切口恢复快则避免了这一并发症出现。同时由于其设备简单、易于掌握、安全性高、植入后符合生理要求等优点,成为治疗硬核白内障不可替代的手术方式^[5]。为了比较超声乳化白内障摘除术和小切口白内障摘除术治疗硬核性白内障的临床效果,本院眼科中心 2011 年 3 月至 2013 年 3 月接受相关性白内障手术患者 153 例(156 眼)分别行小切口摘除术和超声乳化摘除术,本文对其临床疗效进行观察比较,且手术操作者由同一人完成,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 153 例(156 眼)均为年龄相差性白内障,其中男 87 例(89 眼),女 66 例(67 眼);年龄 65~91 岁,平均 73.8 岁;术前视力为光感~0.1。采用 Emery 分级法,Ⅳ级核 95 眼、Ⅴ级核 61 眼。全部病例经检查全身情况均无严重的心脑血管疾病,排除眼部其他病变。按手术方式将其分为两组,观察组 77 例(79 眼),采用小切口白内障摘除术,其中男 43 例(44 眼),女 34 例(35 眼),年龄 68~91 岁,平均 74.1 岁;Ⅳ级核 47 眼,Ⅴ级核 32 眼。对照组 76 例(77 眼),采用超声乳化白内障摘除术,其中男 43 例(44 眼),女 33 例(33 眼),年龄 65~89 岁,平均 73.5 岁;Ⅳ级核 47 眼,Ⅴ级核 30 眼。两组患者在年龄、基础疾病、核的硬性分级等方面差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 小切口白内障摘除术术前 1~3 d 使用抗菌药物滴眼液滴术眼。术前散瞳,常规消毒,麻醉为表面麻醉联合球旁麻醉。倍诺喜滴眼液(参天公司)联合 2%利多卡因及 0.75%布比卡因各 2 mL 行球旁麻醉。于颞上方(右眼)或鼻上方(左眼)角膜缘处剪开球结膜,稍做分离;尖刀片在 11 点位角角膜缘后 1.5 mm 处切开 1/2 厚巩膜组织,做一长约 6 mm 反眉形切口,隧道刀进入透明角膜缘内,穿刺刀进入前房并注入黏弹剂;连续环形撕囊,行晶状体核水分离、水分层后,旋核、使晶状体核进入前房。扩大切口并使内口大于外口,用环匙伸入晶状体核下娩核,注吸残留的晶体皮质,囊袋内植入人工晶体。注入吸眼内残留黏弹剂,检查切口是否有渗漏的现象。单眼包

扎,术后第 2 天开始给予抗菌药物及皮质类固醇激素滴眼液滴眼。

1.2.2 超声乳化的白内障摘除术麻醉同样为表面麻醉联合球旁麻醉,术中切口制作方法是在 11 点位做 3 mm 宽透明角膜缘切口,3 点位做角膜缘内辅助切口,前房注入黏弹剂,连续环形撕囊,充分水分离,转动晶状体核,采用拦截劈核技术乳化吸出灌注抽吸残留皮质,抛光后囊膜,前房内注入黏弹剂,囊袋内植入后房型人工晶状体^[6]。抽吸黏弹剂并注入平衡盐液,恢复前房,密闭切口。

2 结 果

2.1 两组术后视力比较 见表 1。通过对两组患者术后视力比较,观察组患者术后视力更好,差异有统计学意义($P<0.05$)

表 1 两组术后视力分布比较(眼)						
组别	<i>n</i>	0.05~0.29	>0.29~0.49	>0.49~0.79	>0.79~1.00	>1.00
观察组	79	7	25	32	11	4
对照组	77	11	35	22	6	3

2.2 两组术后并发症比较 见表 2。两组患者术后并发症发生的比例相比,观察组术后并发症发生的比例明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组术后并发症比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	切口闭合不良	角膜水肿	虹膜炎性反应	后囊破裂
观察组	79	2(2.5)	6(7.6)	1(1.3)	2(2.5)
对照组	77	3(3.9)	11(14.3)	4(5.2)	3(3.9)

3 讨 论

白内障超声乳化吸出联合人工晶体植入术具有较多优点,近年已逐步在我国普及开展,超声乳化技术已进入全新时代。该法术后恢复快,散光轻,效果好,但对于大而硬的核超声乳化术仍是一个难点。硬核性及过熟白内障的超声乳化时间过长、超声能量高、负压较高等因素限制了其应用^[7];特别是易致角膜内皮损伤,角膜水肿,切口闭合不良,后囊破裂等严重并发症;再加之超声乳化手术需放置折叠人工晶体,否则其优势也不能充分体现,故其设备昂贵,操作复杂,技术要求高,手术成本较大,在基层及一些偏远山区难以广泛开展。同时在经济相对滞后地区,仍然以老年性Ⅳ级以上硬核白内障居多,而小切口白内障囊外摘除术具有超声乳化技术,小切口这一优点和无需特殊设备,简单易行,特别是避免了在处理硬核时,因超声乳化时的较高能量,较高负压和较长时间对角膜内皮、悬韧带等损伤因而更安全,且其效果可与超声乳化技术媲美^[8]。

通过本研究发现,与超声乳化白内障摘除术相比,小切口

白内障摘除术在Ⅳ、Ⅴ级硬核白内障中有以下优点:(1)具有超声乳化一样的小切口,组织损伤小,术后闭合好,无需缝合。(2)对角膜内皮损伤小,术后视力恢复快,散光轻微。(3)手术时间短,手术成本低廉,操作简单^[9]。(4)易于掌握,安全,植入后符合生理要求,非常适合在经济欠发达的基层医院开展。

参考文献

[1] 王新. 老年人白内障超声乳化术后低视力临床分析[J]. 眼科新进展, 2009, 29(12): 931-932.
 [2] 罗光辉. 小切口白内障手术和超声乳化白内障摘除术的临床疗效对比分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(8): 36.
 [3] Johansson B, Lundstrom M, Monton P, et al. Capsule complication during cataract surgery: Long-term outcomes; Swedish Capsule Rupture Study Group report 3[J]. J Cataract Refract Surg, 2009, 35(10): 1694-1698.
 [4] Jakobsson G, Montan P, Zetterberg M, et al. Capsule complication during cataract surgery; Retinal detachment after cata-

ract surgery with capsule complication; Swedish Capsule Rupture Study Group report 4[J]. J Cataract Refract Surg, 2009, 35(10): 1699-1705.
 [5] 李启红. 小切口或中小切口白内障摘除术在基层医院的应用[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 13(14): 124.
 [6] 何守志, 杨贵舫. 超声乳化白内障手术学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 156-174.
 [7] 吴萍. 小切口非超声乳化白内障摘除术中并发症分析[J]. 中国医药指南, 2010, 8(1): 74-75.
 [8] 张效房, 吕勇, 马静, 等. 介绍一种小切口非超声乳化人工晶状体植入手术[J]. 眼外伤职业眼病杂志, 2000, 22(5): 501-502.
 [9] 刘祖国, 罗丽辉, 张振平, 等. 超声乳化白内障吸除术后泪膜的变化[J]. 中华眼科杂志, 2002, 38(5): 274-277.

(收稿日期: 2014-06-03 修回日期: 2014-10-06)

沟通技巧在留置胃管中的应用

江 霞¹, 余 霞^{2△}, 张宝华¹, 郎拥军³ (重庆市丰都县人民医院: 1. 科教科; 2. 重症监护室; 3. 行政办 408200)

【关键词】 沟通技巧; 留置胃管; 应用

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 03. 065 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)03-0431-02

在临床诊疗过程中, 给患者留置胃管的主要目的是排除患者胃肠道内积液、积气, 减轻腹胀、腹痛症状, 并达到治疗作用; 有利于手术视野的暴露; 某些消化系统手术后, 起支撑作用和减少胃、肠消化液对吻合口的腐蚀作用, 有利于吻合口的恢复, 如: 肠梗阻患者、食管癌根治术、食管破裂修补术、胃十二指肠手术等; 某些需经胃肠道营养的患者^[1]。文献检索和临床调查发现, 护患沟通现状不容乐观, 其中护士的沟通能力尚需提高^[2]。给予留置胃管时需要患者的理解和配合, 如果医务人员在为患者留置胃管时的方法不当或语气、动作生硬, 都会给患者造成一种紧张和恐惧心理, 使其配合度降低, 成功率也降低。为了提高留置胃管的成功率, 减轻反复安置胃管给患者带来不必要的痛苦, 在留置胃管的各个环节找出影响沟通的因素, 应用好沟通技巧, 调动好患者配合的积极性是关键。

1 影响留置胃管护患沟通的因素

1.1 环境因素 包括物理环境、心理环境、语言环境^[3]。由于医院的特定环境和留置胃管的操作过程, 使患者容易产生紧张、恐惧、抗拒, 从而引起家属的担心、焦虑和不理解, 如果护士的语言生硬, 导致沟通受限。

1.2 患者因素 特别是学龄前儿童、山区老年农民, 由于年幼和年老, 知识缺乏, 理解能力差, 短时间内难以接受留置胃管的操作方法。有的患者由于进行过其他创伤性治疗后, 对所有治疗都产生抵触情绪。另外, 患者及其家属对留置胃管的目的、意义等认识不够, 或某些患者比较娇气, 极度不配合, 都会导致胃管不能顺利置入。

1.3 护士因素 护士的工作责任心、知识面及操作能力是影响护患沟通的直接因素。如护士专业操作、沟通技巧不熟练, 掌握的专业及沟通知识面狭窄, 表达能力差, 精神面貌及情绪不稳定, 无法满足患者的要求, 难以得到患者的信赖, 为此, 将妨碍护患之间的良好沟通。

2 沟通技巧

沟通是人与人之间的信息传递和交流过程。良好的护患沟通能帮助护士全面了解患者, 缩短护患之间的距离, 增加患者的信任感, 有效的沟通能提高护理质量^[4]。沟通前应了解患者的个人经历、文化层次、兴趣、价值观、感受和情绪。理解、关怀患者, 正确把握好沟通的时间、环境, 让其觉得被尊重和重视^[5]。用通俗易懂的语言、保持微笑、从容、和蔼可亲、诚恳、同情、关怀、体贴的态度, 争取患者的注意, 获得患者的了解, 得到患者的接纳, 赢得患者的信任, 缩短护患之间的距离, 能被患者接受和理解。并因人而异采取不同的沟通方式与患者进行沟通。对老年人患者, 沟通交谈时应使用尊重、关心、体贴的语言, 并辅以积极有效的倾听方式。对小儿, 应在平静气氛中进行, 采取耐心、哄骗、溺爱、表扬等方式。从而增强交流效果, 达到最佳沟通的目的。

2.1 留置胃管前的沟通 首先要创造一个轻松、温馨的环境, 让患者消除紧张、恐惧的心理。认真倾听患者讲述恐惧留置胃管的原因, 表示对患者同情、关心, 并耐心地用通俗易懂的语言给予讲解留置胃管的目的、必要性, 讲解、说明留置胃管的每一个步骤及配合方法, 使患者能理解和掌握, 以取得同意和最佳

△ 通讯作者, E-mail: 1074668941@qq. com。