

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2021.02.024

## 视网膜母细胞瘤眼球摘除术的护理配合\*

邓文容, 宋碧英, 刘 华, 许 欢, 李 佳, 胡 盼<sup>△</sup>

陆军军医大学大坪医院眼科, 重庆 400042

**摘要:**目的 分析视网膜母细胞瘤患儿施行眼球摘除术的心理护理措施,为眼球摘除术提供护理保障。方法 选择该院眼科 2015 年 3 月至 2019 年 12 月收治的 23 例视网膜母细胞瘤并施行眼球摘除术的患儿为研究对象,总结护理配合中有效的护理措施。结果 23 例全身麻醉下施行眼球摘除术的患儿均治愈出院,未发生术后感染及手术并发症。随访 1~4 年,其中 1 例患儿视网膜母细胞瘤复发后发生颅内转移,经治疗无效死亡,其余患儿无复发。结论 做好患儿及患儿家长的心理护理及优质的手术配合,可有效减轻患儿及家长的心理负担,保证患儿手术和麻醉安全,提高手术效率。

**关键词:**视网膜母细胞瘤; 眼球摘除术; 心理支持**中图法分类号:**R779.7**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2021)02-0230-03

视网膜母细胞瘤(RB)是一种儿童最常见的眼部恶性肿瘤<sup>[1-3]</sup>,好发于婴幼儿时期,发病率为 1:21 000~1:14 000<sup>[4]</sup>,据统计患儿多在 3 岁前发病,严重危害患儿的视力和生命<sup>[5-8]</sup>。为了挽救患儿生命,目前主要的治疗方法是眼球摘除术<sup>[9-10]</sup>,该手术是一种破坏性、毁容性手术,给家长和患儿带来巨大的身心痛苦和精神创伤。因此,本院对 23 例全身麻醉后施行眼球摘除术的 RB 患儿进行有效的心理护理及优质的手术配合,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2015 年 3 月至 2019 年 12 月施行眼球摘除术的 RB 患儿 23 例,其中男 10 例,女 13 例;年龄 1~3 岁,中位年龄 2.7 岁;均为单眼发病。临床表现:早期患儿视力减退,不能目视,经瞳孔见黄白色反光,俗称“黑蒙猫眼”;晚期患儿球结膜充血、疼痛、流泪、畏光、眼球突出。入院均给予眼底检查、眼球 B 超、眼眶 CT 或 MRI 检查,确诊为 RB,肿瘤已占眼底面积 1/4 以上的,均行眼球摘除术。

**1.2 方法** 所有患儿经过医院质量管理委员会的同意并签字后行眼球摘除术。入室常规行心电监护,面罩吸氧,氧流量 5 L/min,静脉诱导麻醉(丙泊酚 2 mg/kg,舒芬太尼 0.5 μg/kg,苯磺酸顺式阿曲库铵 0.2 mg/kg),待肌肉松弛效果良好后经口气管插管,术中 3%七氟烷持续吸入维持麻醉(氧流量 2 L/min)。消毒铺巾后施行眼球摘除术:用开睑器撑开上、下眼睑,360°分离球结膜,离断眼外肌,距球后约 10 mm 剪断视神经,剝除眼球,彻底止血,缝合眼外肌和球结膜后绷带加压包扎术眼。

## 1.3 术前护理

**1.3.1 心理护理** (1)患儿的年龄较小,离开父母会

对手术室的环境感到陌生、恐惧,需根据患儿的年龄和病情进行多方面心理护理。多与患儿进行情感交流,并全面了解患儿性格及心理特征,采用搂抱、抚摸、观看动画片、声东击西的方式,找到患儿的兴趣爱好,鼓励患儿尽快适应陌生环境,增加患儿的配合度和依从性。(2)多与患儿家长有效沟通,讲解 RB 的相关知识及目前的医疗技术水平。可使家长了解手术全过程,对全身麻醉手术可能出现的躁动反应作好解释。观察患儿家长的心理状态,必要时进行“一对一”心理支持。①帮助患儿家长宣泄不良情绪,针对其存在的心理问题及时进行疏导,减轻精神压力。②保持平衡的心态,帮助其树立信心,以减轻不良情绪。③指导家长进行放松冥想训练,达到身心放松释放压力,以解除紧张、心理不适。

**1.3.2 环境设置** 设置室内温度为 24~26℃,湿度为 50%~60%。由于小儿体温调节中枢尚未发育成熟,体表面积大且散热快、皮下脂肪少等<sup>[11]</sup>,全身麻醉后受麻醉药物作用,机体产热与散热容易受到外界温度影响。加强手术室温度管理,合理调整,待患儿入室前 15 min 及术毕掀开铺巾前 15 min 时,调节手术室温度至 28~30℃,以尽可能避免冷环境刺激,减少热量散失<sup>[12]</sup>,防止术中出血、切口感染、苏醒延迟,降低对循环系统和中枢神经系统的影响<sup>[13]</sup>。

**1.3.3 术前准备** (1)告知患儿家长术前禁食的目的及重要性,防止胃内容物返流,引起呼吸道梗阻和吸入性肺炎,甚至窒息。根据小儿生理特点按不同年龄进行标准<sup>[14]</sup>,1~2 岁术前禁食 6 h,禁饮 3 h;2 岁以上术前禁食 8 h,禁饮 4 h。(2)准备相应麻醉药品及气管插管物品,根据患儿年龄及体质量计算麻醉药品剂量及气管插管型号。(3)检查麻醉机、心电监护仪

\* 基金项目:重庆市技术创新与应用发展专项面上项目(2019msxmX0264)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail:420025040@qq.com。

本文引用格式:邓文容,宋碧英,刘华,等.视网膜母细胞瘤眼球摘除术的护理配合[J].检验医学与临床,2021,18(2):230-232.

及吸引装置连接并测试完好,随时处于备用状态。  
(4)做好患儿安全核查,入室前与麻醉医师、手术医师共同参与,根据病历资料对患儿进行腕带信息、眼部识别、手术方式认真核查并在麻醉实施前、手术开始前、离室前再次核对,认真执行并填写 Time Out 时间和三方签字。

#### 1.4 术中护理

**1.4.1 眼心反射预防和处理** 术中严密观察监护仪心率和心音的节律及频率变化。当出现心电监护仪报警声,提示心电图心动过缓,P-R 间期延长,心音频率减慢,立即告知手术医生暂停操作,否则容易出现眼心反射。当心率减慢超过基础心率值 10%~20% 是典型的眼心反射表现,并且有持续下降的趋势或心率减慢超过基础心率值 30% 以上,给予阿托品静脉推注,同时观察心率是否回升<sup>[15]</sup>。告知手术医生操作要轻柔、避免过度牵拉肌肉和压迫眼球,大多数患儿心率都可回升,待心率恢复后再继续手术。

**1.4.2 确保管路连接是否通畅** 保持静脉通畅,通畅的静脉通道是麻醉及手术给药的生命线,检查内容包括三通管连接、输液速度、术中加药情况;麻醉机的回路通道、螺纹管和气管导管连接口有无松脱现象,麻醉机有无漏气现象,确保电源是否连接到位。根据手术进展,随时添加手术所需的耗材。

#### 1.5 术后护理

**1.5.1 麻醉苏醒期观察** 手术结束后,麻醉作用逐渐消失,患儿的意识逐渐变为清醒,需尽快拔管。气管拔除后,采取侧卧位,立即吸氧,严密观察患儿的面色和呼吸。

**1.5.2 做好安全防护措施** (1)要用带有床栏和约束带的复苏床,对患儿应妥善固定,合理约束,注意保暖。(2)手术完毕尽早拔除输液器,以免患儿发生躁动。(3)由于麻醉药效的消失,患儿的疼痛感越来越强,以及对术眼遮盖引起的黑暗产生恐惧感,出现烦躁、哭闹、肢体挣扎或有攻击行为,应守护在患儿身边进行心理干预和适当约束,安抚患儿的情绪,给予更多的心理支持<sup>[16]</sup>。

**1.5.3 严格控制出室指征** (1)当患儿神志清醒,呼吸平稳,使氧饱和度在 95% 以上,尽早与家属见面,实现患儿的愿望。(2)在转运过程中要保持复苏床固定,保护好患儿,注意安全,出手术间由麻醉医生和巡回护士共同护送。(3)给家属交代注意事项,观察患儿的呼吸和面色,告知禁食时间和体位的摆放以及呕吐物正确处理方法。

#### 2 结 果

23 例全身麻醉下施行眼球摘除术的 RB 患儿均治愈出院,未发生术后感染及手术并发症。随访 1~4 年,其中 1 例患儿 RB 复发后发生颅内转移,经治疗无效死亡,其余患儿无复发,目前生活质量均可。

#### 3 讨 论

对于病情处于晚期的 RB 患儿,主要的治疗方法

为施行眼球摘除,防止发生颅内及远处转移,但许多家长都难以承受,容易产生心理应激反应而出现情绪极度悲伤与焦虑。因此,做好心理护理,帮助家长做好自我心理调整,给予更多的心理支持。除此之外,术前讲解麻醉风险及手术安全性,增加家长对疾病治疗的信心。部分患儿家长可能仍然处于消极状态,存在对疾病不合理的认知,以及过度焦虑、紧张,需纠正其对疾病的重新认识,指导放松冥想训练,帮助其减轻由于缺乏信息而导致的心理恐惧。

由于中枢神经系统的功能尚未恢复<sup>[17]</sup>,全身麻醉患儿生理代偿能力有限,术后麻醉药、肌松药残留,意识恢复不完全,术眼遮盖,患儿在一定时间内处于短暂视力缺失,呈部分或完全黑暗,诱发患儿黑暗恐惧症的发生<sup>[18]</sup>,患儿易烦躁、恐惧、哭闹,使眼部周围体温升高,可能导致细菌生长。观察敷料有无渗血、污染或松脱现象。如敷料渗湿或污染要及时更换,以免增加感染的机会。因患儿自制力差,应避免其用手抓敷料,防止伤口开裂或出血,必要时给予双手制动。

对于部分麻醉后出现强烈反抗的患儿,需要及时安抚,给予适当约束和精神支持,避免意外伤的发生。麻醉的并发症很多,呼吸系统并发症仍然是小儿全身麻醉致死的主要原因,因小儿气道生理解剖功能尚未发育成熟,与成年人相比,麻醉风险较大。因此,需了解并熟悉小儿气道的生理特征,做好气管插管和气管拔管的准备,制订相应的管理措施,确保手术安全,降低麻醉风险。

通过对 23 例 RB 患儿施行眼球摘除术,做好有效的心理干预和精心的手术护理配合,是手术成功的重要保障。因此,护理人员除了要有较强的应急能力,还要有过硬的专业技能,可保证手术顺利完成,充分提高手术室的护理工作效率。

#### 参考文献

- [1] RAO R, HONAVAR S G. Retinoblastoma[J]. Indian J Pediatr, 2017, 84(12): 937-944.
- [2] 迟林, 邓红. 视网膜母细胞瘤患者细胞免疫功能状态的变化[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(2): 172-176.
- [3] ABRAMSON D H. Retinoblastoma in the 20th century: past success and future challenges the Weisenfeld lecture[J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2015, 46(8): 2684-2691.
- [4] 段宏莉, 汤福静. 视网膜母细胞瘤患者的围手术期护理体会[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(42): 123-124.
- [5] ZHANG Q, CHENG Y, HUANG L. Inhibitory effect of carboplatin in combination with bevacizumab on human retinoblastoma in an in vitro and in vivo model[J]. Oncol Lett, 2017, 14(5): 5326-5332.
- [6] 符小林, 李漠汉, 符密. MiR-215 和 RUNX1 在视网膜母细胞瘤中的表达水平及临床意义[J]. 中国医师杂志, 2018, 20(9): 1310-1315.
- [7] 薛康, 任慧, 张锐, 等. 玻璃体腔注射马法兰治疗视网膜母

细胞瘤难治性玻璃体种植短期疗效观察[J]. 中华眼科杂志, 2017, 53(8): 570-574.

[8] FABIAN I D, STACEY A W, CHOWDHURY T, et al. High-risk histopathology features in primary and secondary enucleated international intraocular retinoblastoma classification group D eyes[J]. Ophthalmology, 2017, 124(6): 851-858.

[9] 边烨馨. 婴幼儿视网膜母细胞瘤的围手术期护理[J]. 当代护士, 2019, 26(5): 89-90.

[10] 夏杰军, 范若思, 姜华, 等. 玻璃体腔注射拓扑替康治疗视网膜母细胞瘤顽固性玻璃体种植短期疗效观察[J]. 中华眼底病杂志, 2018, 34(5): 458-461.

[11] 刘燕梅, 李莲英, 李雪清. 术中低体温的危险因素和防护措施研究进展[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(5): 440-443.

[12] 陈晓红. 术中低体温发生的相关因素及护理预防对策[J]. 中外医学研究, 2018, 16(22): 55-57.

[13] 陈伟伟, 张芳, 章传叶. 老年患者术中低体温的原因分析及预防进展[J]. 中国临床护理, 2016, 8(1): 84-87.

[14] 庄心良. 现代麻醉学(上册)[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1145-1146.

[15] 潘茸, 丁成芬. 门诊眼科治疗中严重眼心反射的预防救治研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(1): 123-124.

[16] 王蕾, 刘淑贤. 婴幼儿斜视术后无眼垫遮盖降低黑暗恐惧的临床观察[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(23): 3593-3594.

[17] 聂冰清, 许强, 武庆平. 小儿术前焦虑水平与七氟烷麻醉苏醒期躁动的相关性研究[J]. 华中科技大学学报(医学版), 2017, 46(2): 201-204.

[18] 董翠兰, 何芝香, 杨娟, 等. 眼科儿童黑暗恐惧程度的社会影响因素初探[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(2): 53-56.

(收稿日期: 2020-04-21 修回日期: 2020-08-29)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 02. 025

### 3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平的影响<sup>\*</sup>

罗 强, 付 晴, 翁 羽<sup>△</sup>

重庆市綦江区人民医院检验科, 重庆 401420

**摘 要:**目的 探讨 3 种抗病毒治疗方案对艾滋病(AIDS)患者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平的影响。方法 选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在该院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 根据治疗方法将患者分为 A、B、C 组, 每组 36 例。A 组患者给予拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平治疗, B 组患者给予齐多夫定+拉米夫定+司他夫定治疗, C 组患者给予拉米夫定+奈韦拉平+依非韦伦治疗。3 组患者均在治疗前、治疗后 1、6、12 个月后进行 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平的检测; 观察治疗 12 个月内 3 组患者不良反应发生情况。结果 3 组患者治疗后 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平逐渐升高( $P<0.05$ ); 治疗前、治疗 1 个月时, 3 组患者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗 6、12 个月后, A 组 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平明显高于 B 组、C 组( $P<0.05$ )。A 组患者胃肠不适、皮肤瘙痒发生率明显低于 B 组、C 组( $P<0.05$ ); A 组患者肝功能异常、血糖偏高、血液毒性的发生率均低于 B、C 两组, 但差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 3 种抗病毒治疗方案均可使 AIDS 患者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平升高, 其中拉米夫定+齐多夫定+奈韦拉平方案疗效最明显, 患者的不良反应最少。

**关键词:** 抗病毒治疗; 艾滋病; CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞

中图法分类号: R512. 91

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2021)02-0232-03

艾滋病(AIDS)是感染人类免疫缺陷病毒(HIV)后引起的传染病, 严重危害患者身心健康和生命, 全球 AIDS 患者逐年增加, 引起广泛关注<sup>[1]</sup>。免疫学指标 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平可判断 AIDS 患者状况、免疫活化度, HIV 感染后, CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平降低, 细胞免疫功能下降, 而高效抗反转录病毒治疗(HAART)可有效抑制 HIV, 重建免疫功能, 但长期使用会产生不良反应<sup>[2]</sup>。本研究选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在本院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 分析 3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患

者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平的影响, 现将结果报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2017 年 6 月至 2018 年 10 月在本院行抗病毒治疗的 108 例 AIDS 患者为研究对象, 根据治疗方法将患者分为 A、B、C 组, 每组 36 例。纳入标准: (1) 患者经检查 HIV 抗体阳性, 均符合中华医学会感染病学分会制定的《艾滋病诊疗指南(2018 版)》诊断标准<sup>[3]</sup>; CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平 $<350/\text{mm}^3$ ; (2) 患者及家属知情同意抗病毒治疗; (3) 首次进行抗病毒治疗。排除标准: (1) 合并有全身性疾病, 包括

\* 基金项目: 重庆市綦江区科技计划项目(2019077)。

<sup>△</sup> 通信作者, E-mail: 9355231@qq. com。

本文引用格式: 罗强, 付晴, 翁羽. 3 种抗病毒治疗方案对 AIDS 患者 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(2): 232-