

早期应用效果显著。

2.4 水痘发病后无特效疗法,预防水痘积极有效的措施是接种疫苗。国外相关研究证实成人和儿童接种水痘疫苗6周后的抗体水平至少可以保护10年使之免于发病,所以世界上许多国家都将水痘疫苗纳入有资助的推荐接种疫苗之列^[3]。周立波等^[10]通过对章丘市水痘流行病学分析,提出水痘疫苗接种1剂次保护率为84.62%,但随着时间的推移保护率出现衰退现象,建议接种水痘疫苗后3~5年内接种第2剂次水痘疫苗,以提高人群特别是大龄人群的免疫水平,有效防止相关疾病的发生和流行。

参考文献

- 1 陈灏珠.实用内科学(上册)[M].第10版.北京:人民卫生出版社出版,1999:305-307.
- 2 John Murtagh 著,梁万年主译.全科医学[M].第4版.北京:人民军医出版社出版,2013:787-789.
- 3 揭汝流,杜玉忠,孙小康,等.清远市2008-2012年水痘流行特征分析[J].实用预防医学,2014,21(3):305-307.
- 4 张发香,张迟,郑莉,等.湖北省水痘流行病学分析[J].公共卫生与预防医学,2008,19(2):46-47.
- 5 季梅,王红芳,付英华.成人水痘77例临床分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2012,28(10):704.
- 6 梅册芳,朱韶宣.带状疱疹600例的临床分析[J].中国临床新医学,2011,4(9):834-835.
- 7 左鹏,徐永健,熊盛道,等.成人肾移植术后并发水痘性肺炎1例[J].内科急危重症杂志,2008,14(2):105-106.
- 8 李朝霞,刘复周.放化疗治疗成人小细胞肺癌引起水痘性肺炎1例[J].临床肿瘤学杂志,2012,17(9):863-864.
- 9 谷杰,唐杰,周仲强,等.麻疹疫苗在水痘-带状疱疹治疗中的作用及其可能机制[J].中国生物制品学杂志,2013,26(7):1047-1048.
- 10 周立波,曹传昭,高建同.2010-2013年章丘市水痘流行病学分析[J].预防医学论坛,2015,21(4):301-303.

[收稿日期 2015-12-21][本文编辑 刘京虹]

护理研讨

雷珠单抗对增殖性糖尿病视网膜膜病变患者行玻璃体切割术的影响及护理

曾乃仁

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院眼科

作者简介:曾乃仁(1987-),女,大学本科,学士学位,护师,研究方向:眼科临床护理。E-mail:zengnairen@163.com

[摘要] 目的 观察玻璃体腔内注射雷珠单抗对增殖性糖尿病视网膜膜病变(PDR)行玻璃体切割手术治疗效果的影响,探讨有效的护理方法。方法 PDR患者70例(70眼),随机分为实验组35例(35眼)和对照组35例(35眼)。实验组玻璃体腔内注射雷珠单抗0.5 mg,行玻璃体切割术;对照组直接行玻璃体切割术。两组患者均做好术前、术后护理及术后随访。结果 实验组平均手术时间、术中出血及医源性裂孔、填充硅油发生率均低于对照组($P < 0.05$);两组术后视力均得到提高,实验组脱盲率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。玻璃体腔注射后未发生相关并发症。结论 PDR患者在玻璃体切割术前注射雷珠单抗可减少手术中的出血量,提高术野的清晰度,缩短手术时间,减少医源性裂孔及填充硅油的发生,避免术后并发症。系统而有效的护理对完成整个治疗及获得更好的术后视力具有重要的意义。

[关键词] 雷珠单抗; 增殖性糖尿病视网膜膜病变; 玻璃体切割术; 护理

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)04-0344-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.04.24

增殖性糖尿病视网膜膜病变(proliferative diabetic retinopathy, PDR)是糖尿病性微血管病变最严重并发症之一,是糖尿病患者视力最大的威胁,是目前中老年患者致盲最常见的原因^[1]。玻璃体切割术是

目前临床上治疗该症的主要手段之一,而术前玻璃体腔注射雷珠单抗可迅速消退视网膜新生血管、明显减轻血管渗漏,其效果已得到多数学者的认可^[2]。我们将玻璃体切割术前玻璃体腔内注射雷珠单抗应

用于 PDR 患者的治疗中,并与单纯行玻璃体切割术后疗效进行对比,现将结果及护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014-04 ~ 2015-04 在我科住院行玻璃体切割术的 70 例 PDR 患者为研究对象,所有患者经 B 超、眼底彩色照相检查,均存在玻璃体积血、机化膜形成,和(或)合并局限性牵拉性视网膜脱离的症状。随机分为实验组和对照组,其中实验组玻璃体切除术注射雷珠单抗,对照组单纯行玻璃体切割术。两组患者在年龄、性别、病情、病史等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 [$n, (\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	糖尿病史 (年)	术前 盲目数
		男	女			
实验组	35	18	17	55 ± 10.2	14.5 ± 4.7	30
对照组	35	20	15	53 ± 11.3	14.3 ± 5.1	30
t/χ^2	-	0.230		0.773	1.995	0.000
P	-	0.631		0.440	0.865	1.000

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 所有患者均在术前控制好血压、血糖。对照组患者直接行玻璃体切割术,实验组在玻璃体腔注射雷珠单抗 0.5 mg 后 7 ~ 10 d 行玻璃体切割术,其操作与手术均由同一术者完成。其中实验组左氧氟沙星眼液滴患眼 3 d 后行玻璃体腔注射雷珠单抗(2 mg/0.2 ml/支,北京诺华制药有限公司生产)0.5 mg,操作步骤:常规消毒铺巾,表麻下冲洗结膜囊,用 1 ml 注射器抽取雷珠单抗 0.5 mg,自角巩膜缘 3.5 mm 处睫状体平坦部穿刺注入玻璃体腔。两组患者均由手术者用爱尔康 Constellation 高速玻切机根据患者的病情行玻璃体切割 + 前膜剥膜 + 视网膜激光光凝 + 气液交换 + 硅油眼内填充术。

1.2.2 护理方法

1.2.2.1 心理护理 PDR 患者视力低下,生活自理能力差,对本身疾病缺乏足够的认识,担心治疗效果,心理负担重,会产生不同程度的恐惧、担忧、怀疑等不良情况^[3]。因此,手术前后,护理人员积极与患者及家属沟通,使其了解疾病的发病机制、治疗方法、手术的操作步骤及流程,介绍成功病例,消除患者的不良情绪,解除思想顾虑,帮助患者树立战胜疾病的信心,使其主动配合治疗及护理。

1.2.2.2 基础护理 协助患者及家属完成血尿常规、肝肾功能、免疫三项、凝血功能、胸片、心电图等

术前检查,了解有无过敏史,血压、血糖是否控制在正常范围内;协助医生完善各项眼部检查:视力、眼压、眼底、眼底荧光造影等。术前用抗生素眼药水滴眼 3 d,清洁结膜囊,预防术后感染。术前冲洗泪道,生理盐水结膜囊冲洗,充分散瞳术眼,及时做好术前准备。

1.2.2.3 眼部护理 术日应加强巡视,观察眼部情况,有无分泌物及疼痛,观察充血及伤口愈合情况,教会患者正确咳嗽,避免剧烈咳嗽及用力闭眼,保持大便通畅。术后第 1 天早上,打开术眼敷料,按医嘱给予抗生素眼液点眼,点眼时严格执行无菌操作,注意保持术眼周围清洁,避免术眼感染。密切观察眼压情况,如患者出现头痛、恶心、呕吐等症状,应及时报告医生,立即控制眼压。

1.2.2.4 体位护理 玻璃体腔注射雷珠单抗后嘱病人卧床休息,限制头部用力活动,避免突然翻身和坐起。如果玻璃体腔内填充气体或硅油,术后要求患者采取俯卧位,并帮助患者取正确的体位,向其强调俯卧位的重要性。定时协助患者活动四肢,适当变换姿势,坐卧交替,改变身体承重的着力点,以减轻颈、胸、腹不适,热毛巾轻敷面部,促进血液循环,减轻肿胀;也可以使用马蹄形充气垫,有助于术后恢复^[4]。

1.2.2.5 并发症护理 注意观察患者眼部情况,有无分泌物增多及疼痛加剧,了解患者是否存在眼部感染;观察术眼充血情况,倾听患者主诉有无眼前黑朦、视力下降,了解患者是否存在眼内出血;观察眼压变化情况,询问患者是否出现术眼胀痛、恶心、呕吐等症状,了解患者是否眼压升高,若出现异常应及时报告医生处理。

1.3 观察指标 记录手术过程中两组患者手术时间、手术出血量、有无医源性裂孔及硅油填充,术后随访 6 个月最佳矫正视力。疗效评定标准:(1)改善。术后视力提高 ≥ 2 行。(2)稳定。术后视力波动在 1 行以内。(3)下降。术后视力下降 ≥ 2 行。(4)特殊情况。术前视力手动(HM)的患者,改善指标为术后视力达到 1 m/指数(FC)以上;下降指标为发展为光感(LP)或无光感(NLP)。

1.4 统计学方法 应用 SPSS21.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中情况比较 实验组与对照组手术时间、术中出血及医源裂孔、填充硅油发生情况比较差

异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。玻璃体腔注射后未发生相关并发症。

2.2 两组术后6个月视力比较 实验组术后6个月脱盲(视力 ≥ 0.05)率为82.9%(29/35),对照组脱盲率为57.1%(20/35),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 5.510, P = 0.019$)。见表3。

表2 两组术中情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	大量出血 (眼)	医源性裂孔 (眼)	填充硅油 (眼)
试验组	35	82.69 $\pm$ 12.56	6	3	7
对照组	35	116.11 $\pm$ 16.23	15	11	16
t/χ^2	-	1.995	5.510	5.714	5.245
P	-	0.000	0.019	0.017	0.022

表3 两组术后6个月视力比较(n)

组别	例数	LP-HM		FC		0.02~0.04		0.05~0.30		≥ 0.30	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
试验组	35	13	1	8	3	9	2	4	23	1	6
对照组	35	14	4	8	5	8	6	4	15	1	5
t/χ^2	-	0.060	14.339	0.000	0.141	0.078	1.270	0.000	3.684	0.000	5.510
P	-	0.806	0.000	1.000	0.707	0.780	0.260	1.000	0.054	1.000	0.019

3 讨论

3.1 PDR患者大多已患糖尿病多年,面临着可能遭受失明的痛苦,容易出现脾气暴躁、易怒,难以控制情绪,而玻璃体切割术前玻璃体腔注射雷珠单抗,大幅增加了治疗费用,加重了患者的恐惧心理,故而依从性差。已有研究表明,对住院患者采用针对性的心理护理,能增强患者对医护人员的信任感和对抗疾病的信心,调动患者遵医行为的积极性,从而提高护理质量和医患关系满意度^[5]。

3.2 研究表明糖尿病并发症的发生与发展不仅与整体血糖控制水平密切相关,也与血糖波动性密切相关。血糖波动性越大,并发症的发生率越高、预后越差^[6]。视网膜病变是糖尿病患者眼部最主要的并发症,预防和治疗的关键在于早期诊治,控制血糖水平。患者入院后血糖不稳定,也容易引起眼内出血、伤口愈合不好、术后感染等,我们应指导患者控制饮食,遵循糖尿病的饮食原则,注意劳逸结合,稳定糖尿病的病情,防止并发症的发生,提高治疗效果。

3.3 PDR的特征是形成新生血管,增殖性纤维膜进入玻璃体,牵拉视网膜使视网膜脱离出现缺血、缺氧症状,导致严重视力障碍。玻璃体切割术是治疗PDR的主要手段,手术过程中常会遇到持续出血、难止血的问题,大量的出血降低了手术视野的清晰度,延长手术时间,增加手术难度,从而增加术中损伤视网膜的风险。而术前玻璃体腔注射雷珠单抗具有抑制新生血管的作用,使新生血管渗透及炎症反应明显减少或消失,减少手术过程中剥膜时的出血

量,使得手术视野清晰,减少手术操作,缩短手术时间,减轻视网膜水肿,减少医源性裂孔及硅油填充的发生,从而降低手术难度^[7]。在本组病例的远期疗效观察中,术后6个月脱盲率实验组为82.9%(29/35),高于对照组的57.1%(20/35),两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。亦说明玻璃体切割术前玻璃体腔内注射雷珠单抗在治疗PDR方面有优越性,值得临床推广。本次研究临床观察样本较少,随访时间短,故对其术前最佳的注射时间及确切的疗效论证有限,应扩大样本后进一步深入研究。

参考文献

- 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2005: 2165-2171.
- 常以力,章福宝,曾莉. 血管内皮生长抑制剂治疗视网膜新生血管性疾病[J]. 眼科新进展,2011,31(6):594-597.
- 汤如. 健康教育对老年性黄斑变性患者焦虑心理的影响[J]. 现代护理,2006,12(8):778-779.
- 杨丽红. 玻璃体手术治疗糖尿病性视网膜病变的护理[J]. 护士进修杂志,2009,24(1):78-79.
- 洪华丽,王英,肖信,等. 护理干预对角膜屈光手术后遵医行为及视觉满意度的影响[J]. 中国临床新医学,2015,8(4):364-367.
- 王亚娇,龙艳,苏珂. 血糖波动及降钙素基因相关肽对糖尿病微血管病变影响的研究进展[J]. 中国临床新医学,2013,6(1):83-86.
- 王祥硅,李永平,李石毅. Avastin在增生型糖尿病视网膜病变手术中的应用及作用机制[J]. 中华实验眼科杂志,2011,29(1):53-57.

[收稿日期 2015-10-29][本文编辑 杨光和]