

玻璃体切除术治疗视网膜脱离的术前护理 216 例分析

任 慧

作者单位:(100853) 中国北京市,中国人民解放军总医院神经内科

作者简介:任慧,女,毕业于北京军医学院,护师。

通讯作者:任慧. yoyobiabiapa@126.com

收稿日期:2010-02-01 修回日期:2010-02-28

任慧. 玻璃体切除术治疗视网膜脱离的术前护理 216 例分析. 国际眼科杂志 2010;10(3):612

0 引言

视网膜脱离是指视网膜神经上皮与色素上皮分离,根据不同的发病原因可分为孔源性视网膜脱离、牵拉性视网膜脱离以及渗出性视网膜脱离。临床上以孔源性视网膜脱离多见。随着玻璃体切除技术的发展,视网膜脱离手术的成功率有了很大提高。玻璃体手术主要是在球后浸润麻醉下,采用玻璃体切除仪切除玻璃体,光凝封闭裂孔,惰性气体或硅油玻璃体腔内充填的手术方式,使视网膜复位,恢复视力。玻璃体手术治疗过程复杂,术后并发症多,随着这一技术普及,手术前的护理变得尤为重要,正确、周到、细致的术前护理对减少术后并发症,提高手术成功率有着重要的作用。总结我院 2008-01/2009-01 216 例视网膜脱离行玻璃体切除术的术前护理,现报告如下。

1 临床资料

我院 2008-01/2009-01 连续收治视网膜脱离 216 例 216 眼,男 156 例 156 眼,女 60 例 60 眼,年龄 2~75 岁。其中孔源性视网膜脱离 127 例 127 眼,牵拉性视网膜脱离 89 例 89 眼。行玻璃体切除长效气体 C_3F_8 注入 91 例 91 眼,硅油置换填充 125 例 125 眼。美国博士伦公司生产的 Mullilum 型玻璃体切除器,局部麻醉下常规巩膜三通道闭合式玻璃体切除手术, C_3F_8 或硅油内充填。结果术后裂孔闭合、视网膜复位 216 眼(100%),其中行 C_3F_8 充填 91 眼(42.1%),硅油充填 125 眼(57.9%)。患者入院后护士应热情、积极主动接待患者,介绍医院环境、科室基本情况,对其进行健康教育。心理护理患者因视力障碍影响工作、生活,情绪上往往表现焦虑、抑郁、精神高度紧张,加之手术本身难度大,术中术后并发症多,有时为获取一点点视力提高,需多次手术,也可能反复手术视力都不能提高,这些因素往往进一步的加重患者的顾虑和恐惧。护士应尽可能的通过对患者实施健康教育传授相关的知识,疏解患者的忧虑和恐惧,既实事求是的让患者了解此次手术的目的意义,可能发生的并发症及较差的视力预后、防治方法,让患者和家属对这些不利因素有正确的认识,介绍病房内手术成功的患者与之交流,提高战胜疾病的信心。根据患者病情,适当进行体位训练。首先向患者耐心解释术后保持正确体位的重要性和必要性;术后保持正确的体位有利于视网膜裂孔闭合、视网膜下液吸收进而可以促进视网膜的复位。患者如术中注气或硅油充填,需按医嘱取“头低位”,指导患者俯卧时用软棉枕垫于胸部,头降低 $20^\circ \sim 30^\circ$,将口、鼻、术眼露出、使呼吸通畅,术眼不受压,正确卧位可以减轻患者关节、肌肉的疲劳。在保证俯卧

位的时间前提下训练患者有效地变换体位,保持颜面部和地面平行,如头低位、头低站位、双膝跪式头低位、行走时低头位,1~2 次/d。协助患者完善各项常规检查,教会患者防止咳嗽、打喷嚏的方法(用舌尖顶压上腭或用手指掐人中),以便配合手术;高血压患者控制血压在 140/90mmHg 以下,糖尿病患者控制血糖在 7mmol/L,遵医嘱应用抗生素眼药水点眼,术前 1d 洗澡、更衣做好皮肤卫生;术当日剪眼睫毛,冲洗泪道及结膜囊,清洁消毒眼睑及眼周皮肤,术前 1~2h 给复方托品酰胺眼液点眼散瞳,以便手术。

2 讨论

玻璃体切除术是眼科的最复杂的手术之一,手术对患者是一种严重的心理应激源,它可以通过心理上的疑惧和生理上的创伤直接影响患者的正常心理活动,并由此对术后康复产生影响。不良的情绪往往导致患者的生命质量下降,影响治疗的效果^[1,2]。玻璃体切除手术患者的情绪问题应引起临床医生护士的高度关注,以便进行有针对性的干预。患者多因视力突然下降,尤其是视网膜脱离的患者,大多年纪较轻,心理负担较重,对疾病的相关知识不了解,对治疗的效果存在疑虑,患者既有要求手术的迫切愿望,又惧怕手术,害怕手术不成功反而使身心及经济方面增加很多负担,导致情绪低落,烦躁易怒^[3]。严重糖尿病性视网膜病变变为年龄较大患者,且病程较长,视力低下,生活自理能力差,加之术后要求的特殊体位,更加重了患者的思想负担,因此,护士应从心理上针对影响患者的不良因素,以心理疏导为主,做好患者的情绪稳定工作。应以热情的态度、温和的语言与患者沟通,向其讲解疾病的相关知识,各种检查的目的和意义以及手术的必要性^[4,5]。可用典型病例说服患者,以增强对疾病的认识,术前向患者介绍手术方案,以及该术式的优点、方法和注意事项,使其认识到视网膜脱离手术时间长,术后恢复较慢,同时又要实事求是地讲明术后可能出现的并发症以及较差的视力预后,从而使患者正确面对疾病所带来的各种压力,培养健康向上的情绪和人生观,用积极的态度对待疾病,减轻紧张、焦虑和抑郁,从而达到稳定病情配合手术的目的^[6]。玻璃体手术的开展使许多过去认为不能治疗的许多视网膜脱离得到了治愈,玻璃体手术比较复杂,对手术前后的护理要求很高^[7]。通过对上述 216 例患者护理的观察,我们认为科学的护理措施,严密的病情观察以及术前的精心护理,对提高手术成功率、减少并发症有着不可忽视的重要作用。患者疾病的恢复、生活质量的提高与护理人员的专业知识和业务技能有着千丝万缕的联系,因此我们护理人员要在工作中不断学习,总结经验,才能更好地为广大眼科患者服务。

参考文献

- 1 Gallemore RP, Thomas EL. Minimally invasive vitreoretinal surgery. *Review of Ophthalmology* 2002;9:11-16
- 2 陶海,侯宝杰,吴海洋,等. 微创玻璃体切除手术的现状. *中华眼底病杂志* 2004;20(3):200
- 3 黎晓新,王景照. 玻璃体视网膜手术学. 北京:人民卫生出版社 2000;101
- 4 葛坚. 眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005;8
- 5 张秀丽,朱云,常增芳,等. 术前体位对提高孔源性视网膜脱离手术成功率的探讨. *中国实用护理杂志* 2004;20(1):34
- 6 王顺清,冯先琼. 视网膜脱离手术患者的护理. *实用护理杂志* 2003;19(8):47
- 7 Fujii GY, De Juan E, Humayun MS, et al. Initial experience using the transconjunctival sutureless vitrectomy system for vitreoretinal surgery. *Ophthalmology* 2002;109(10):1814-1820