

# 急性闭角型青光眼急性发作期术前术后的护理

李玉莲

作者单位: (423000) 中国湖南省郴州市第一人民医院眼科  
作者简介: 李玉莲, 主管护师, 护士长。  
通讯作者: 李玉莲. zengzhicheng1979@ sina. com  
收稿日期: 2010-11-12 修回日期: 2010-12-08

李玉莲. 急性闭角型青光眼急性发作期术前术后的护理. 国际眼科杂志 2011; 11(1): 181-182

## 0 引言

急性闭角型青光眼的急性发作期是眼科急诊之一。致盲率极高, 如治疗不及时, 严重者数天内失明, 处理不当也受影响, 应积极救治, 在最短的时间内降低眼压, 开放房角, 尽可能避免永久性周边虹膜前粘连产生, 挽救患者的视功能。我科于 2009-01/2010-10 共收治 146 例 146 眼急性发作期闭角型青光眼患者, 现将术前术后护理体会报告如下。

## 1 对象

急性发作期闭角型青光眼患者 146 例, 其中女 98 例 98 眼, 男 48 例 48 眼, 年龄 45 ~ 84 岁, 急性发作眼均为单眼。入院时患者视力为手动 ~ 0.5, 眼压 47 ~ 68mmHg。

## 2 急救护理

**2.1 开放绿色通道及护理** 急性闭角型青光眼急性发作是眼科的急症, 患者入院时头痛、眼痛剧烈, 非常烦躁, 有的会发出呻吟, 希望得到医生护士的重视和救治。接诊时护士应开启绿色通道, 先扶患者到病房卧床休息, 按医生的口头医嘱立即进行救治。

**2.2 局部降眼压、抗炎及护理** 急性发作眼给予 10g/L 匹罗卡品眼药水滴眼直到房角开放, 眼压恢复正常或进行手术时为止, 未发作的对侧眼滴 10g/L 匹罗卡品眼药水 2 ~ 3 次/d, 以预防其发作。滴眼时要压迫泪囊区 2 ~ 3min 以减少毛果芸香碱在鼻黏膜的吸收, 偶尔出现眩晕、气喘、脉快、流涎、多汗等应考虑可能是匹罗卡品中毒症状, 需及时报告医生进行相应处理。急性发作眼给予 5g/L 噻吗心安眼液滴眼, 2 次/d, 维持至手术, 为减少全身副作用, 局部点药后同样需压迫泪囊区 2 ~ 3min, 此药物能减少房水生成而降低眼压, 但可引起心率减慢, 所以有支气管哮喘、肺源性心脏病患者在用药过程中应注意监测心率变化。如果急性发作眼前房炎症反应较重者, 给予复方妥布霉素眼药水滴眼, 4 ~ 6 次/d。

**2.3 全身降眼压及护理** 给予 200g/L 甘露醇注射液 250mL 静脉滴注, 要求甘露醇要放在 1 组液体的第 1 瓶静脉滴注, 用 9 号针头或套管针穿刺粗血管, 250mL 甘露醇的滴速调至 128 滴/min 以上, 保证 30min 内滴完。滴完后会有口干舌燥的感觉, 但不能马上喝水, 并且接瓶的液体要减慢输液速度至 50 滴/min 左右, 以免达不到降眼压的作用。200g/L 甘露醇注射液是一种高渗性组织脱水利尿剂, 既能降低眼压, 又可因迅速利尿、脱水而导致低血钠、低血钾, 表现为血容量不足、心律失常、低血压、意识障碍、肠麻痹、肌无力等, 因此注意监测血电解质, 防止水电解质

紊乱, 心肺功能不全患者应慎用, 同时应密切观察心率及血压变化。治疗中同时要注意避免甘露醇漏出血管外, 少量漏出局部组织会发生肿胀, 热敷后可消退, 但若漏出较多会引起局部组织坏死。口服减少房水生成药物, 醋甲唑胺 50mg/次, 2 次/d, 服用时注意询问与观察有无四肢麻木、恶心、食欲不振、血尿或皮疹, 一旦发生立即停用。

**2.4 镇痛镇静护理** 急性发作期青光眼患者常有剧烈眼痛、头痛、视力明显下降症状, 所以患者常产生烦躁、焦虑、悲观失望的心理。故要关心安慰患者, 耐心讲解急性闭角型青光眼的诱发因素, 与情绪激动, 精神压抑有密切联系, 鼓励患者放松心情, 多与医护人员及病友进行沟通; 同时可以给予鲁米那口服或肌肉注射, 使患者情绪安静。

## 3 术前护理

**3.1 心理护理** 被确诊青光眼的患者中大部分有畏惧心理, 害怕手术及术后效果不好。针对患者的这种心理状态, 护士应一对一的讲解, 用体贴、安慰、鼓励性语言向患者做耐心的解释, 劝慰并疏导, 用通俗的语言说明准备采取的手术方法, 介绍成功治疗的病例, 从而使患者消除对接受手术治疗的恐惧, 达到最佳的心理状态。

**3.2 一般护理** 患者入院时护理人员热情地接待患者, 用亲切和通俗易懂的语言与患者交谈, 使患者消除陌生感, 为他们创造一个良好的病区环境, 使患者在轻松的氛围中了解疾病的发生、发展和治疗、恢复及保健的全过程。室内过暗、过于拥挤可能造成青光眼患者紧迫感、压抑诱发眼压、不适甚至眼压升高, 所以患者要安排居住在环境明亮、简洁、安静的病室, 有利于患者情绪稳定、平和, 对保持眼压的相对平稳有一定好处。

**3.3 术前准备** 术前 1d 剪除眼睫毛, 冲洗泪道和结膜囊, 向患者交代术中的注意事项及配合手术的方法, 如学会眼球向上下左右转动、固视, 术中避免咳嗽、打喷嚏的方法等。术前嘱咐患者做好洗头、洗澡等清洁卫生工作。术前一晚可服用镇静药, 保证充足睡眠。术前 30min 遵医嘱快速静脉滴注 200g/L 甘露醇 250mL, 以减少手术并发症, 肌肉注射鲁米那 100mg 镇静。

## 4 结果

经过手术治疗和护理, 视力均有不同程度提高, 视力 0.4 ~ 0.8, 患者平均住院时间为 5.65d, 眼压控制在 8 ~ 18mmHg, 达到预期眼压目标, 手术后全部病例头痛、眼痛症状消失, 术眼均无严重并发症发生。

## 5 术后护理

**5.1 预防感染与抗炎** 青光眼术后由于手术切口未完全愈合, 术眼抗感染能力下降, 要叮嘱患者注意用眼卫生, 不要用手揉眼。局部给予复方妥布霉素眼药水滴眼, 每 2h 1 次, 滴眼药水时护士应该注意眼分泌物和结膜充血情况, 及时将异常情况告诉医生。全身给予青霉素 320 万 U 加入生理盐水 100mL 中静脉滴注, 2 次/d, 连用 5d, 同时给予地塞米松 10mg 加入生理盐水 100mL 中静脉滴注, 1 次/d, 连用 3d 以抗炎, 在全身使用糖皮质激素过程中我们要注意药物的副作用及禁忌证。

**5.2 密切观察病情变化** 角膜水肿是最常见的术后并发症,通常1wk之内会自行消退。术后患眼如有出血现象,即给予半卧位或高枕卧位,使血液沉积于前房下方,并及时报告医生,进一步止血治疗,一般保守治疗1wk内积血可逐渐吸收。异物感多因眼内缝线刺激所致,不需处理。患眼因可能发生反应性虹膜睫状体炎,需常规滴用散瞳药,以防发生虹膜后粘连,非手术眼也需继续滴用缩瞳药,治疗或防止诱发青光眼。

**5.3 眼球按摩** 对术后滤泡滤过不良、眼压控制效果不理想的患者进行眼球按摩。滤过手术后眼球按摩是形成良好滤泡的主要护理手段,术后早期按摩可驱除阻塞于巩膜切口的血凝块、炎症渗出,中晚期按摩使房水冲刷巩膜切口防止关闭,还有抑制成纤维细胞作用,有助于形成理想滤泡,眼球按摩方法:按住下眼睑向上压眼球,每次压10s停10s,共5~10次,根据眼压的高低每日按1~4次。眼球按摩时间:一般在术后6~7d(拆除结膜缝线之后),只要前房形成、无出血、眼压>10mmHg时即开始,在患者住院期间即教会其眼球按摩的正确方法,嘱其术后必须坚持定期自我按摩。

**5.4 一般护理** 手术后嘱患者心情平静,避免心情激动,因心情激动易引起前房出血。手术后静卧1~2d,取平卧位,不要取俯卧位,因俯卧位时玻璃体、晶状体等眼内组织推挤虹膜,使房角变窄<sup>[1]</sup>。如有前房出血可取半坐卧位,不得低头,用力闭眼、睁眼、挤眼或用手揉眼,勿大声说笑,防止碰伤眼部。保证患者的饮食要软、易消化,流汁且要少食多餐。因患者术后需卧床休息,胃肠蠕动减慢,饮食过量、过硬均不宜消化。适当给予通便药物,防止眼内出血、浅前房等的发生,有利于切口的愈合。

## 6 出院指导

保持局部清洁,预防感染,思想放松,生活有规律。避免过于用力,少看电视和电影,亦不宜在暗室内久留,以免瞳孔散大,眼压升高。饮食易多吃蔬菜水果,清淡饮食,禁止吸烟、饮酒、喝咖啡和浓茶、吃辣椒等刺激性食物。保持大便通畅,便秘者可服缓泻剂。多饮富含维生素C的饮料,1次饮水量注意不超过300mL,因饮水过多,血液稀释,血浆渗透压降低,使眼内房水增多,眼压升高。有高血压、糖尿病者应注意控制血压、血糖。青光眼患者通常禁忌使用散瞳剂,以及内服或注射阿托品、654-2颠茄类药物。青光眼手术的主要目的是控制眼压,阻止病情发展,保存和改善视功能,对于视神经的保护性治疗应该成为术

后最重要的治疗,故特别要强调术后复诊的重要性,复诊时间:虹膜切除术每2wk复查1次,1mo后改为每2mo1次,若眼压不升高者6mo复查1次,滤过性手术术后早期复查1次/wk,1mo后改为每2wk1次,眼压控制良好后1次/mo,6mo后每3~6mo复查1次。如患者术后出现眼部疼痛、分泌物多、视物模糊、虹视现象、视力下降等情况应及时到医院就诊。

## 7 讨论

急性闭角性青光眼是眼科急症,也是致盲的主要因素之一,以眼压急剧升高并伴有相应症状和眼前段组织改变为特征,其病理性眼压升高是其主要危险因素,导致的视神经节细胞进行性死亡往往不可逆转。临床上对急性闭角性青光眼急性大发作的患者,一旦确诊应立即采取最有效的措施,在最短的时间内将眼压降至正常或接近正常水平<sup>[2]</sup>。所以降眼压急救护理的运用对于减少组织损害,保护患者已有视功能十分重要,同时也只有在通过药物降低眼压、控制炎症后,手术才能取得满意疗效。青光眼因其个体差异大,抗青光眼手术并发症相对较多,患者的视神经节细胞相对比较脆弱,所要求的预期眼压各不相同,这就要求我们护理人员要具备相应的专科疾病知识、以及高度的职业道德和综合素质,密切观察术后病情变化,出院后详细告诉患者如何避免青光眼诱发因素发生,强调复查的重要性,帮助患者获得预期的降压效果,减少手术并发症的发生,获得理想的视功能。多数急性闭角性青光眼患者急性发作前都有情绪波动及精神刺激因素存在。在该病发作时,视力骤降、眼胀、眼痛、头痛、恶心、呕吐等明显躯体症状更增加患者心理障碍,加重病情。由此可见,心理因素与急性闭角型青光眼的发生、程度、疗效、转归密切相关<sup>[3]</sup>。良好的护理干预能够增强患者治疗的信心,以良好的状态接受治疗,从而极大的促进了疾病的康复。

## 参考文献

- 1 石芹. 急性闭角型青光眼的围手术期护理. 哈尔滨医学 2005; 25(6):1075
- 2 余敏斌,周鄂生,邓大明,等. 原发性急性闭角型青光眼高眼压水平及持续时间对视力影响. 中国实用眼科杂志 1999; 17(9):530-532
- 3 方红雁. 急性闭角型青光眼的心理变化特征及心理护理干预. 中华全科医学 2009; 7(3):273-275