

玻璃体切除术治疗眼底疾病的手术配合

朱海燕, 陶 男, 吴光红, 张 林

作者单位: (230031) 中国安徽省合肥市, 合肥爱尔眼科医院手术室

作者简介: 朱海燕, 护士长。

通讯作者: 朱海燕. zitengtuo@163. com

收稿日期: 2010-05-31 修回日期: 2010-10-08

朱海燕, 陶男, 吴光红, 等. 玻璃体切除术治疗眼底疾病的手术配合. 国际眼科杂志 2010; 10(11): 2221-2222

0 引言

玻璃体切除术是高水准现代显微眼科手术, 手术难度大, 设备条件要求高^[1], 是治疗复杂的玻璃体视网膜疾病唯一的复明途径。手术能否成功, 除主刀医生的操作技术外, 手术配合也是至关重要的。针对我院 2009-01/10 实施玻璃体切除术的 124 例患者进行回顾性手术配合汇总如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我院 2009-01/10 共行玻璃体切除术患者 124 例, 男 72 例, 女 52 例, 年龄 19~81 岁, 其中孔源性视网膜脱离 75 例, 糖尿病眼底病变 2 例, 视网膜静脉阻塞及继发玻璃体积血 36 例, 玻璃体混浊及穿透伤 11 例, 术前视力: 手动/眼前 20cm~0.2, 眼压: 9~22(平均 13) mmHg。

1.2 方法 术前 1d 巡回护士携“术前访视单”到病房, 访视患者, 向患者介绍有关手术、麻醉以及手术相关情况和注意事项。耐心讲解手术方法, 提高患者对疾病的认识, 树立战胜疾病的信心, 消除他们的不安和恐惧心理, 并取得他们的理解和配合, 并请患者在访视单上签名。准备眼科常规手术敷料及器械包各 1 个, 玻璃体切除套包 1 个。一次性注射器 5mL 1 支, 10mL 1 支, 3L 眼科手术专用切口膜 1 个, 7-0, 8-0 可吸收缝线各 1 包, 一次性输液器 1 个, 手术用黏弹剂 1 支。配制灌注液 1 瓶平衡液 + 200g/L 高糖 1mL + 碳酸氢钠 10mL + 地塞米松 2.5mg + 肾上腺素 0.5mL, 检查手术床并调至适当高度, 手术显微镜置于床的左侧中部, 脚踏开关置于术者左脚位置, 如术中需准备激光机, 将机器置于床的左侧靠近患者中部位置, 脚踏开关置于术者两脚中间位置, 准备好心电监护仪和吸氧设备, 玻璃体切除机放置床的右侧头部位置。将患者取平卧位, 适当固定, 常规核对患者患眼, 检查化验单, 协助医生进行麻醉, 用备好 20g/L 利多卡因 + 7.5g/L 布比卡因混合液行球后及球周麻醉。灌注液瓶放置于输液架高于手术眼约 30~35cm, 连接高纯氮气与玻璃体切除机, 气体压力调压 0.6MPa, 接电源, 与器械护士配合, 正确连接管线, 正确无误后打开主开关, 选择后节, 切换到后段玻璃体切除, 使之处于正常工作状态。严密观察患者生命体征的变化, 尤其是血压、心率的变化。术中护士及时询问患者情

况, 本组 124 例患者常规吸氧及 75 例老年患者心电监护。密切观察手术进程, 及时供应手术所需物品。器械护士配合铺巾, 连接各种管道。密切配合医生递器械清点用物, 整理台面保持整洁。术毕眼内滴典必殊及阿托品眼膏, 纱布覆盖术眼, 眼罩胶布固定。平车送患者回病房, 嘱其取俯卧位或坐姿头低位, 利于气体对视网膜起支撑作用。因术中用比重轻的 C₃F₈ (氟化烷) 作眼内充填物, 以暂时分隔液化的玻璃体和视网膜下间隙, 借其表面张力闭塞视网膜裂孔, 阻断液流, 使视网膜色素上皮-脉络膜毛细血管泵能排除视网膜下液, 牢固粘连视网膜脉络膜。术后认真清点器械, 立即彻底清洗器械及导管, 导管外用 750mL/L 乙醇纱布擦净血渍。玻璃体切除机关机后的显示屏面用蒸馏水擦干净后机套盖好, 放于干燥阴凉处。用 750mL/L 乙醇冲洗玻璃体切除头、玻璃体切除管、吸引管、灌注管, 并用 950mL/L 乙醇将其排尽, 以免杂质沉淀堵塞管道, 导光纤及电凝头用浸有 750mL/L 乙醇的纱布小心擦洗后套上保护套, 清洗保护好固定于专用盒内。

2 结果

经过以上措施的实施后, 本组病例无意外发生, 124 例手术患者均顺利完成手术, 术中患者生命体征平稳, 术后眼底检查所有病例的玻璃体腔透亮, 无继发眼底出血和视网膜脱离, 无感染发生。

3 讨论

3.1 玻璃体切除术 玻璃体切除术是眼科手术中较复杂精细的一项手术, 所用器械、仪器较多。因此, 手术室护士要熟知仪器的功能, 能按不同患者调节各种参数, 及时解决突发问题。专人管理各类显微精密器械, 熟知手术步骤, 密切观察手术进展, 严格无菌操作。按手术要求调整灌注液高度及气液交换的气体压力, 以防眼内压过高或过低, 造成手术失败。积水盒内液体不宜过满, 以防逆行感染或污水进入机器。推注硅油时, 将三通管灌注液一端关闭, 保证整条管道通畅, 连接牢固, 以免硅油外漏或漏气; 推注时动作均匀、缓慢、持续。通过我们认真、细致、有序的工作, 使患者手术时间相对缩短, 保证了手术的顺利进行。

3.2 玻璃体切除手术对护理的要求 术前充分准备, 术中医生、护士及患者的良好配合是手术顺利进行的重要条件。手术所需的仪器设备、材料、物品和手术操作程序都有其特殊性, 要求护士必须熟练配合手术。因手术在局部麻醉下进行, 所以要求患者有一定的心理承受能力和稳定的情绪。陌生的手术室环境常使患者心理上产生恐惧和不安, 手术室护士要通过亲切的交谈, 多和患者沟通, 让其熟悉手术室环境, 消除紧张情绪。同时讲解手术中的注意事项, 取得患者配合。手术护士不但需要熟悉玻璃体切除

手术的整个操作过程,而且要有较好操作能力以及仪器常见故障的排除能力。我科护士针对患者的情况,在术前进行访视,术中熟练配合、严密观察生命体征以及与手术医生的良好沟通,使患者情绪稳定并取得了患者良好的配合,为手术的成功奠定了基础。

3.3 术后注意器械保养 玻璃体切除手术所有的仪器和显微器械昂贵而精细,所以手术结束后护士一定要注意手术仪器和显微器械的正确清洁和保养,避免手术器械丢失及损坏,保证下次手术顺利进行。玻璃体切除术是眼科手术中较复杂精细的手术,其成功与诸多因素相关,其中玻璃体切除机状态、手术器械的完备、术者熟练的显微操作技术、护士及患者的配合,都极大影响着手术的效果。

(1)充分的术前准备,对手术顺利完成起到积极作用。玻璃体切除手术中使用的仪器设备其状态好坏直接影响手术的效果,因此应有专人负责保养及维护。术前1d将所需设备安置到位,并检查其性能。(2)密切的术中配合,是手术成功的关键。巡回护士应熟练掌握各种仪器性能及操作步骤,密切观察病情变化。器械护士必须能熟练掌握每件器械的名称及正确安装与使用,以保证术中正确、及时的传递,缩短手术时间。尤其是玻璃体切除机器的正确使用,是提高玻璃体切除手术成功率、减少并发症的重要保证及关键环节。

参考文献

1 喻长泰,陈茂盛.临床眼科手术学.武汉:湖北科学出版社.2005:5

·眼科护理·

羊膜覆盖术治疗义眼台暴露的护理与体会

祁玉,朱海燕,刘迪

作者单位:(230031)中国安徽省合肥市,合肥爱尔眼科医院

作者简介:祁玉,护师。

通讯作者:朱海燕, zitengtuo@163.com

投稿日期:2010-05-31 修回日期:2010-10-08

祁玉,朱海燕,刘迪.羊膜覆盖术治疗义眼台暴露的护理与体会.
国际眼科杂志 2010;10(11):2222-2223

0 引言

随着生活水平的不断提高,眼部美容越来越为人们所重视,各种原因引起的眼球摘除后,义眼台的安装已逐渐成为常规治疗,它能够减少眶脂肪的萎缩,保持眶隔张力,维持眼部的正常形态,具有眼部的美容效果。作为材料的羟基磷灰石(hydroxyapatite, HA),来自于天然的珊瑚石,作为植入人体材料,具有较好的组织相容性,排斥反应低的特点,已成为制作义眼台植入的首选材料^[1]。虽然效果良好,但是由于各种临床因素,仍有一定义眼台暴露情况的发生,需要进一步的处理和精心护理。我院2006-10/2008-06对16例义眼台暴露者,采用羊膜覆盖术,经过精心护理,取得了令人满意的效果。

1 对象和方法

1.1 对象 选取本院2006-10/2008-06义眼台植入术后不同程度义眼台暴露16例,中度12例,直径4~8mm;重度4例,直径>8mm。其中义眼台加异体巩膜植入6例,无包裹植入10例。平均年龄34.8岁。右眼9例,左眼7例。眼球摘除病史:眼外伤7例,视网膜母细胞瘤2例,新生血管性青光眼6例,眼球萎缩1例。暴露的义眼台位置良好,无突出、移位现象。义眼台暴露的原因,排斥反应9例、轻度感染4例、结膜张力高或循环差坏死3例。

1.2 方法 处置方法因病因不同而不同。首先材料羊膜补片取自健康产妇的新鲜胎盘,实验室辅助检查排除乙肝、梅毒、艾滋病抗体阳性等异常者。将剖宫产取出的胎盘生理盐水充分冲洗后,在显微镜下仔细分离羊膜后浸泡于庆大霉素、生理盐水中备用。术前患眼的结膜囊及暴露义眼台表面用抗生素充分冲洗,常规消毒,结膜囊下浸润麻醉。对于结膜组织坏死的病例,剪除坏死的组织,将双层羊膜覆盖片比照义眼台暴露部分的范围大2~3mm进行修剪,将修整的羊膜覆盖片覆盖义眼台表面,分层缝合筋膜及结膜。结膜囊涂眼药膏包扎,术后抗炎。对于排斥反应的病例,双层羊膜覆盖片比照义眼台暴露部分的范围大6~7mm,将结膜分离义眼台,羊膜片尽可能大范围包裹义眼台于结膜下,结膜缝合羊膜上,减少结膜与义眼台的直接接触,局部涂可的松眼膏。轻度感染,局部抗生素冲洗后,再将双层羊膜覆盖片比照义眼台暴露部分的范围大1~2mm进行修剪,将修整的羊膜覆盖片覆盖义眼台表面,缝合于结膜。

2 结果

本组有13例I期愈合,3例前部球结膜及筋膜局部愈合不良,其中为糖尿病患者。本组,配戴义眼片外观满意、活动良好。

3 讨论

3.1 术前护理 心理护理:眼球摘除是致残手术,常使患者身心受到伤害,加上初次手术未能成功又造成了忧虑和沮丧,希望通过美容整形手术改善面部缺陷,缓解心灵的创伤,对手术期望值过高,同时由于医学知识缺乏,因而内心难以承受再次手术。我们对患者表示同情与理解积极给予心理疏导,向患者解释羟基磷灰石义眼台植入物是目前最适合于人类组织的自然物资,术后并发症的发生任何