术野,为完整切除肿瘤,缩短手术时间,提高手术效果,提供保障[6]。因骨肿瘤患者在心理上有不同程度的异常,巡回护士术前访视应尽可能增强患者治疗疾病的信心,解除患者后顾之忧。进入患者体内的液体都必须进行加温,以避免患者出现低体温及低血压现象。术前器械、物品的充分准备,术中快捷有效、准确到位的配合,保障手术顺利进行。骨科手术不可避免的要进行术中 X 线定位,职业暴露中的射线防护措施及设备应保障工作人员及公众的健康与安全[7]。

因手术为选择性动脉栓塞后进行骨盆肿瘤切除及骨盆重建手术,手术需安排在一体化复合杂交手术室手术进行,无菌要求高。骨科器械,血管缝合器械,各种止血材料,缝线,均应检查日期,完好性以备使用。术中严格执行无菌技术和无瘤原则,严密观察手术进程。术中未使用的器械应以无菌单遮盖,减少感染概率。手术过程中及时用生理盐水纱布保护创面,将肿瘤用纱布包裹,当肿瘤切除后,所有接触肿瘤的器械与肿瘤一起及时放于标本盆内妥善保管,严禁将切除肿瘤时用过的器械和纱布再次使用于正常组织,并用灭菌注射用水反复冲洗,切口周围加盖无菌单,更换所有纱布、器械、手套等物品。术中传递假体时使用不接触传递,避免直接传递,减少接触,降低感染概率。

人工半骨盆置换手术较大,出血较多,护理人员必须具有强烈的责任心,丰富的专业知识,严格的无菌技术和查对制度,术中密切配合医生严密监护患者的生命体征,准确记录尿量、失血量,及时提示医生输液、输血补充血容量。有效全面的护理配合及护理是缩短手术时间,提高手术质量的关键。骨盆肿瘤切除及重建手术难度大、风险高,充分的术前准备、术中配合及护理,对缩短手术时间、减少术中出血、降低术后并发症、起着至关重要的作用。

[参考文献]

[1] 孙 伟,马小军,张 帆,等. 半骨盆置换术治疗骨盆恶性肿瘤的中远期随访[J]. 中国矫形外科杂志,2012,20(19):1797.

[2] 马 贵,田建明,叶 华,等. 骨盆肿瘤术前经导管动脉栓塞治疗的价值[J]. 临床放射学杂志,2002,21(11):897.

[3] 喻其敏,罗小艳. 心理护理干预对骨科择期手术患者心理状况的作用[J]. 局解手术学杂志,2010,19(4):301.

[4] 黄晓明. 腹腔冲洗液温度对胃肠手术术后麻醉苏醒及并发症的影响[J]. 中外医学研究,2013,11(10):147.

[5] 彭伟雄,梁洁红. 骨水泥型人工股骨头置换术中严重骨水泥反应的临床分析[J]. 中华关节外科杂志,2011,5(4):451.

[6] 李海涛,解 皓,柴 斌,等. 骶骨肿瘤术前动脉栓塞的疗效分析[J]. 临床合理用药志,2010,3(9):28.

[7] 赵用强,吴家兵,卢 锐,等. 医用诊断 X 射线防护工作中的问题探讨[J]. 中国辐射卫生杂志,2012,21(1):18.

(编辑:左艳芳)

白内障超声乳化联合人工晶体植入治疗的临床护理

Clinical nursing of phacoemulsification combined with intraocular lens implantation

黄 霞,吴 密,陈晓红 (海南省农垦那大医院五官科,海南 儋州 571700)

[**摘 要**] **目的** 观察白内障超声乳化联合人工晶体植入术的临床护理方法及疗效。**方法** 对 2011 年 1 月至 2013 年 12 月入我科行白内障超声乳化联合人工晶体植入治疗的 81 例(102 只眼)患者的资料进行回顾分析,总结围手术期及术后护理经验。**结果** 患者均顺利完成手术,经过手术治疗和系统性综合护理干预,术后患者视力得到不同程度提高,60 只眼(58.8%)视力大于 0.6,32 只眼(31.4%)视力为 0.3~0.6,10 只眼(9.8%)视力为 0.1~0.3。术后 1 d,11 只眼(10.8%)出现暂时高眼压,经过合理治疗和护理干预,术后 3 d 均恢复正常,术后 1 周眼压与术前相比未见明显差异($P>0.05$)。**结论** 白内障超声乳化联合人工晶体植入能显著改善患者视力和生活质量,系统性综合护理干预可减少术后并发症的发生,是手术成功的重要保证,可提高治疗效果和患者满意度。

[**关键词**] 白内障;超声乳化术;人工晶体;护理

[**中图分类号**] R473.77 [**文献标识码**] B [**文章编号**] 1672-5042(2015)01-0099-02

随着显微技术和人工晶体材料的不断发展,白内障超声乳化联合人工晶体植入术已成为白内障治疗的重要方法。该手术具有损伤小、反应轻、术后屈光稳定、愈合快等优点[1]。由于接受手术者多为老年人,基础疾病多,心理波动大,增加了术后并发症的发生率[2]。因此,系统性综合护理干预在围手术期尤为重要。2011 年 1 月至 2013 年 12 月对我院 81 例(102 只眼)行白内障超声乳化联合人工晶体植入治疗的患者实施系统性综合护理干预,取得了满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者 81 例(102 只眼),男 38 例 44 只眼,女 43 例 58 只眼,年龄 8~85 岁,平均(61.7±8.9)岁。81 例患者中老年性白

doi:10.11659/jjssx.08E014047

[**收稿日期**] 2014-08-20 [**修回日期**] 2014-09-05

内障 67 例 85 只眼,外伤性白内障 11 例 11 只眼,先天性白内障 3 例 6 只眼。术前矫正视力从光感到 0.3。研究方案通过医院医学伦理委员会批准同意。患者及家属均签署知情同意书。

1.2 手术方法

患者常规消毒、铺巾,在爱尔凯因表面麻醉下,于上方角膜缘后 1 mm 结膜切口,前房注入粘弹剂,用撕囊针行连续环行撕囊。采用瑞士 Oertli CataRhex 型超声乳化仪超声乳化晶状体核,并吸出皮质。将有晶体眼后房型人工晶体装入配套推注器,囊袋内植入 ICL,用特制调位钩将其四角调入虹膜后睫状沟,缩瞳后置换出粘弹剂,水密切口。术后术眼涂妥布霉素地塞米松眼膏,无菌敷料包扎术眼。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 入院后由责任护士对患者进行系统性健康教育,采用讲解、知识宣传手册等形式向患者讲解手术过程、术中配合要点、术后注意事项,保证手术顺利进行。术前测量患者眼压,控制在 10 ~ 20 mmHg 正常范围,术前 15 min 使用散瞳药,瞳孔中度散大即可,以免过度散大诱发眼压增高。

1.3.2 术后护理 术后由责任护士向患者及家属讲述注意事项,勿揉眼及术眼敷料,嘱患者尽量避免低头、咳嗽、打喷嚏等,防止眼内压升高诱发人工晶体脱位或创口出血等并发症发生。术后当天每小时巡视病房 1 次,观察敷料有无松脱、渗血、渗液,询问患者有无眼痛、头痛、呕吐等眼压升高不适。如发现患者有眼压升高、前房变浅,应及时向医生反应,配合其对症处理。术后 24 h 开始滴妥布霉素地塞米松滴眼液,每天 4 ~ 6 次,切忌压迫眼球。做好患者饮食指导,嘱患者清淡饮食、忌坚硬食物、忌烟酒,以免引发切口裂开或出血。

1.3.3 出院指导 告知患者注意事项,加强个人卫生,勿用力揉眼球,避免长时间弯腰、低头或重体力劳动,防止晶体脱落。出院后定期门诊随访复查,检测眼压,如有不适及时就诊。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,计数资料以例或率的形式表示;计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

术后 1 周随访,患者视力得到不同程度提高(表 1)。术后 1 d,11 只眼(10.8%)出现暂时高眼压,给予局部及全身降眼压对症处理后,术后 3 d 均恢复正常,术后 1 周眼压与术前相比未见明显差异(表 1)。

表 1 手术前及术后 1 周视力及眼压变化比较

时间	视力(只)				眼压(mmHg)
	<0.1	0.1 ~ 0.3	0.3 ~ 0.6	>0.6	
术前	70	32	0	0	17.4 ± 4.51
术后	0	10	32	60	15.6 ± 2.78 *

*:与术前比较,$P > 0.05$

3 讨论

白内障超声乳化联合后房型人工晶体植入术作为近年来开展的一项新技术,患者及家属对于手术方法和并发症等认识不够,大部分接受治疗的患者为老年人,术前常担心手术疗效及并发症。不良心理因素可诱发房角关闭,引起眼压升高等从而影响手术治疗[3],因此,术前做好充分的心理护理尤为重要。由于患者基本为老年人,部分患者文化水平低,经济条件差,对手术期望较高,这就要求护理人员要做好沟通工作,术前根据患者文化水平,用通俗语言解释手术基本方案和临床疗效,讲解手术的可行性和优越性,消除患者顾虑,增强治疗信心。良好的健康教育是该手术的护理重点[4]。术前由责任护士对患者做好充分的健康教育,建立良好的医患信任关系,使患者能遵医嘱充分做好术前准备、掌握术中配合要点、熟悉术后注意事项,最大限度减少手术并发症的发生,缩短住院时间,提高治疗疗效。

眼压升高是超声乳化联合人工晶体植入治疗白内障术后最常见的并发症[5]。常见原因为手术创伤、前房内粘弹剂残留、炎症、晶体皮质残留等。高眼压还可造成角膜水肿,导致术后早期视力不佳,甚至不如术前[6]。在药物降压的同时要注意做好患者思想工作,耐心讲解术后早期高眼压并发症的原因及处理方法,消除患者的思想顾虑,使患者能积极配合医护人员及时对症处理。对于出现高眼压患者,护理人员应密切观察病情,详细询问患者有无不适,及时向医生汇报病情,配合对症处理。本组患者经过手术治疗和精心护理患者视力得到明显改善,术后未见严重并发症发生,也说明了只要系统性综合护理干预即可有效减少术后并发症的发生,是手术成功的重要保证。

[参考文献]

[1] Pakravan M, Afroozifar M, Yazdani S. Corneal Biomechanical Changes Following Trabeculectomy, Phaco-trabeculectomy, Ahmed Glaucoma Valve Implantation and Phacoemulsification[J]. J Ophthalmic Vis Res, 2014,9(1):7 - 13.

[2] 胡勇花. 青光眼术后行白内障微切口超声乳化吸出术的护理[J]. 护士进修杂志,2014,29(7): 776 - 668.

[3] 刘洪超, 曲庆卫. 超声乳化白内障手术的社区健康教育[J]. 实用护理杂志, 2001,17(5):29.

[4] 汪再琼,汪敏琴,周美珍,等. 临床护理途径在白内障手术患者围手术期中的应用[J]. 局解手术学杂志,2012,21(1):64.

[5] 朱俊东,谢丽莲,陈文芳. 白内障超声乳化术的并发症及处理[J]. 国际眼科杂志,2013,13(1):88 - 91.

[6] Sayman Muslubas IB, Kandemir B, Aydin Oral AY, et al. Long-term vision-threatening complications of phakic intraocular lens implantation for high myopia [J]. Int J Ophthalmol, 2014,7(2):376 - 380.

(编辑:左艳芳)