维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3

·短篇与个案·

玻璃体视网膜手术联合眼内激光光凝术的护理配合

冯晓霞* 沈永霞 张 艳*

玻璃体视网膜手术是眼科治疗玻璃体、视网膜疾病的首要手段，它使以往无法治疗的复杂性视网膜脱离得以挽救。然而，这种手术所需的仪器设备和手术器械精密复杂且品种较多，要使手术能够顺利进行，手术中的护理配合也极为重要。我院从1982年开展玻璃体视网膜手术以来，积累了较多的护理配合经验，随着仪器设备和手术器械的不断更新和增多，也对手术护理配合提出了更高的要求。现对1998.1～1998.10我科在玻璃体视网膜手术中联合使用激光光凝术的护理配合进行总结。

一、临床资料：男性97例，女性49例。最小年龄4岁，最大年龄76岁。伴有明显增殖性玻璃体视网膜病变或巨大裂孔的视网膜脱离、眼内炎、眼外伤及球内异物、糖尿病性视网膜病变，以及其他视网膜血管疾病引起的玻璃体积血或牵引性视网膜脱离。

二、手术方法：1. 手术器械 采用美国Storz公司的DP3062型玻璃体切割机，其中附配有超声粉碎、眼内电凝、气液交换等功能。手术显微镜为Leica MD840，美国Coherent公司Ultima2000型便携式激光机。各种规格的手术角膜接触镜及反像镜。眼内手术器械如视网膜镊、视网膜剪、膜剥离钩、排液针等。准备好眼内灌注液以及眼内填充物如过氟化碳体、硅油和C3F8、C2F6、SF6等。2. 手术基本操作 常规局部麻醉，显微镜下开行经扁平部置玻璃体切割术的常规三通道，放置眼内灌注头及角膜接触镜。启动玻璃体切割机，在直视下行玻璃体切割，根据病变情况使用各种眼内手术器械和眼内填充物。部分病人在术中需进行晶体超声粉碎，眼内电凝，气液交换和巩膜硅胶环扎或垫压术，大多数病人需采用视网膜激光光凝术。

三、手术中护士的配合：1. 心理护理 护士要具有高度的同情心和责任感。手术前1天应去看病人并了解病情。向病人介绍医生是怎样反复研究病情和手术方案，使病人感到医护人员对其病情是十分了解；对手术是极为负责的。介绍术中如何配合医生做好手术和术后休息的体位，术中头部尽量不动，不咳嗽、不用力憋气，避免造成手术误伤，术后俯卧位有利于视网膜平伏等。2. 手术体位 术中应取平卧，垫置带槽软枕以固定头部。调整头部高度适中，过低患者感觉不舒适，但过高则影响医生手术操作。3. 备齐手术物品 术前检查显微镜、玻璃体切割机及驱动气瓶或气泵的压力、眼内激光机，确定其是否能够正常运转，备用件如眼内导光纤维，激光光导纤维和玻璃体切割头是否齐备，以供临时更换。检查显微器械完好无损后进行高温灭菌处理。不耐高温、高压的光导纤维可采用40%甲醛24小时密闭熏蒸或环氧已烷消毒灭菌。4. 手术中配合 手术开始后，协助医生调节好显微镜的视野、焦距和瞳距。使用玻璃体切割机时，严密接好各种管道，按医生要求调节好切割频率、抽吸负压和照明亮度，气液交换时根据情况随时调整眼内压。

按手术需要提前将激光机开机，待激光机自检完毕后，按医师要求调节激光的曝光时间、输出能量、输出方式(单发或连击)和输出波长。为防止视网膜过度损伤，输出能量应由小到大逐渐增加。如显微镜未安装激光防护装置，为预防误伤医生，需给术者戴上激光防护眼镜，空置的显微镜目镜要用镜头罩遮盖，以防误伤临时到场的参观者。

术中巡回护士不得随意离开手术间，要严密观察病人的生命体征，以防发生麻醉药品过敏和眼心反射以及其它原因引起的呼吸和心血管意外，对糖尿病病人尚需注意低血糖反应。密切注意各种仪器的工作情况，根据医师要求及时改动切割频率、眼内压和激光输出能量，尤其要防止因驱动气瓶压力不足造成玻璃体切割机停机。5. 术毕护理 术毕告知病人按医嘱采取体位，对要求俯卧位者应在包眼时垫上塑料眼罩以防眼球受压。护送病人时注意推车平稳，避免震动。

由于玻璃体视网膜手术仪器及手术器械精密且昂

* 作者单位：610041 成都市华西医科大学附属第一医院眼科手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

费，术毕应及时整理所用物品，清洁器械前保持完好。重复使用的玻璃体切割头可用蒸馏水和酒精冲洗，吸干管腔内液体置烘箱烘干后，用环氧乙烷消毒。显微镜、玻璃体切割机、激光机各开关复位、防尘、防潮、防碰撞，妥善保管。

四、讨论：1. 病人患眼疾后，由于视觉障碍，感知外界信息减少，心理上造成极大的压抑和忧虑，尤其是经过多次手术仍未治愈者和已有一眼完全失明而且无法治疗，担心眼疾无法治愈和双眼永久失明。玻璃体视网膜手术的时间长，一般情况下超过2小时，长时间的固定头位和因组织粘连造成麻醉效果不良，可使病人感到不适或痛苦，给予病人周到，精心的护理，可缓解病人的焦虑、压抑、紧张情绪，有助于手术的顺利完成。2. 玻璃体视网膜手术是直接将各种器械伸入眼内进行操作，任何微小的操作不当均可造成严重的后果甚至失明，因此除手术技巧外，对设备要求特别高。由于手术仪器设备和器械精密复杂，为使手术能够顺利进行，手术护理配合人员不但要熟悉手术步骤，还要完全掌握各种仪器开关的功能和管件的对接，以便术中根据医生要求及时开通管道或更改仪器数据。手术期间，如玻璃体切割机的驱动气体的压力不足可造成停机而影响手术，尤其是在进行气液交换时，突然停机可引起眼内出血和视网膜脱离。因此，在无电动气泵的情况下，术前需检查压缩气瓶的压力，保障足够的压力可供该台手术使用就显得极为重要。3. 眼内激光光凝术是玻璃体视网膜手术中常用而极为有效的治疗手段，它可在手术中即可进行视网膜裂孔封闭和全视网膜光凝，由于眼内激光是直接作用于视网膜色素上皮层，疗效较电凝和冷冻确切并且损伤较少，同时可避免因眼睑和结膜水肿而无法在术后安置三面镜进行视网膜激光光凝术，目前已有部分开展玻璃体视网膜手术的医院配备了这种仪器。值得注意的是，眼内激光机导光探头是非固定的，因此激光的发射方向也是随意的，同时其类型及生产厂家不同，激光的波长也各异，所以为了避免误伤手术室的工作人员，激光的防护就显得极为重要。一般的激光机配有可安装在手术显微镜上的防护滤光镜，但大多只能对主刀医生起到保护作用，助手通常使用滤光眼镜防护。巡回护士在挑选防护眼镜时应注意该眼镜的防护波长是否在激光机的发射波长内，同时以镜头罩盖在空置的显微镜镜头并提醒非手术人员注意，以免误伤。

玻璃体视网膜手术是比较复杂且难度较高的手术之一。高质量的术中护理配合，可为手术的成功创造有利条件。

（收稿：1999-03-23）

230-231 原发性 腹膜后肿瘤 围手术期 处理 33

原发性腹膜后肿瘤的围手术期处理

李彩云* 孙在典* 张才兴*

R735.405

原发性腹膜后肿瘤早期缺乏特异性症状、体征，多数患者就诊时肿瘤体积较大，侵润周围脏器，手术难度大，围手术期处理对能否成功切除肿瘤及减少术后并发症至关重要，我院自1990年～1997年手术切除6例，报告如下。

一、临床资料：6例中男性1例，女性5例。年龄32岁～75岁，平均52岁。病程1个月～48个月，平均12个月。肿瘤部位：腹腔3例，腹盆腔2例，盆腔1例。病例类型：间皮肉瘤、圆细胞型肉瘤、何杰金氏病、平滑肌肉瘤、恶性嗜铬细胞瘤、良性畸胎瘤各一例。手术方式：完整切除2例，部分切除1例，包膜内剜除1例，联合周围脏器切除2例，联合脏器分别为左肾及脾、胰尾、降结肠。其中1例恶性嗜铬细胞瘤术后5月复发，再次手术时发生大出血。

二、讨论：原发性腹膜后肿瘤多呈膨胀性生长，易对其邻近器官、重要血管的解剖造成改变，增加手术切除的难度。正确的围手术期处理至关重要。

1. 术前细致必要的辅助检查。①B超及CT：明确肿瘤部位、大小、包膜情况及其与毗邻器官、大血管的关系，了解肝脏、腹主动脉旁淋巴结有无转移。②MRI：进一步明确肿瘤部位，了解邻近血管是否受压及包绕，下腔静脉内有无癌栓。③胃肠道钡餐：了解胃肠道有无移位及瘤体侵润。④静脉肾盂造影或逆行插管造影：了解肾、输尿管受压、移位状况，输尿管走向及双肾功能。

* 作者单位：310004 浙江省杭州市解放军475医院