

## 《现代医院》杂志栏目

现代化纵论	专业技术篇
学科进展	论著·论述
实验与应用研究	临床经验
传统医学	医技诊疗
临床药学	护理技术
心理医学	医改实践
质量管理	应急管理
文化建设	人力资源
后勤支持	信息服务
社区卫生服务	预防保健
医师手记	港澳台链接
科技新知	辞海查新
院刊集锦	医院采撷篇

### 杂志社服务电话

020—83310901  
83310902

### 历年期刊

更多>>

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索





## 影响视网膜脱离复位术后患者被动体位依从性的原因及护理

[ 作者: 梁国丽 连玉 曾惠琪 ] 来源: 本站原创 阅读数: 185

(广州中山大学中山眼科中心, 广东广州 510060)

**摘要** 目的 探讨视网膜脱离复位术后被动体位的依从性及护理方法, 提高患者的遵医行为, 促进疗效。方法 对110例复杂性视网膜脱离行玻璃体切割联合眼内气体/硅油填充术患者术后采取被动体位, 对其依从性进行评价, 提出相应的护理对策, 观察护理效果。结果 患者均保持正确的被动体位休息, 视网膜平伏, 无并发症发生。结论 视网膜脱离的患者最重要的是手术治疗, 而术后的体位控制是手术成功的关键[1], 通过有效的护理措施, 减轻不适, 提高患者的依从性, 使其能有效的坚持被动体位休息, 有利于提高疗效, 减少并发症的发生。

复杂性视网膜脱离是指那些不能用常规巩膜扣带术治疗以及以往认为无治疗希望的视网膜脱离, 临床表现为多发性或大马蹄形裂孔、高度近视性黄斑裂孔、巨大裂孔以及伴有增殖性玻璃体视网膜病变的视网膜脱离[1]。玻璃体切割联合眼内填充术是目前治疗复杂性视网膜脱离的主要手术方法[2]。由于手术的特殊性, 术后的被动体位依从性直接关系到手术的成功率。而玻璃体切除手术后的患者承受着疾病和体位带来的双重痛苦, 大部分患者依从性差, 不能执行被动体位, 从而严重影响视网膜的复位甚至会引起多种并发症的发生。现将护理体会报告如下:

### 1、临床资料

2009年1月—2009年6月我科收治了110例复杂性视网膜脱离的患者, 其中男68例, 女42例, 年龄最大78岁, 最小11岁, 均行玻璃体切割联合眼内气体/硅油填充手术, 需保持被动体位休息。

### 2、调查方式

通过与患者面对面的交流, 临床观察、询问和发放问卷调查等方式, 对影响患者被动体位依从性的原因进行分析: 主要原因为舒适的变化及出现并发症。

### 3、结果

本组有12例术后出现暂时性高血压、110例均出现舒适的变化。经有针对性的个体化护理, 患者能坚持被动体位每日18小时以上, 仅2名老年人合并心血管疾病患者不能坚持, 夜间改侧卧位休息。110例视网膜平伏治愈出院。

### 4、护理对策

4、1 心理护理 由于该手术复杂、难度大, 及术后需长时间保持相应的体位, 大多数患者及家属对此产生紧张、焦虑、恐惧等心理反应, 做好心理护理, 加强与患者的沟通, 并请经治疗后康复的患者介绍切身体会, 增强信心, 主动配合手术及术后坚持被动体位休息。

4、2 健康教育 向患者及家属解释玻璃体腔填充物的物理特性, 说明体位的目的, 讲解体位在疾病康复和预防并发症中的作用, 并交代相关注意事项。指导患者采取正确的体位姿势, 并告知正确体位坚持得越长时间, 裂孔的封闭和视力恢复的情况越好[3]。

4、3 舒适的护理 根据体位采用舒适的护理用具: 如面朝下俯卧位患者可采用额颞伏台[4]、“U”型枕等帮助患者坚持面向下体位, 以减轻被动体位引起的不适, 保证患者的口鼻能顺畅呼吸, 以免胸闷、心慌。并指导患者在面朝下的情况下, 以俯卧面朝下及坐位面朝下两种体位交替进行, 以增加患者的耐受时间, 并配合听音乐、听新闻的方式分散其注意力。因术后活动受限, 局部长期受压, 血液循环障碍, 因此要特别加强患者受压部位的护理, 如长时间俯卧可使肌肉过度疲劳, 引起颈腰部酸痛, 予颈部自上而下的按摩, 以放松肌肉, 减轻疲劳。头低位可使血液循环缓慢、头面部出现肿胀, 在角膜上皮完整和没有活动性出血者, 通过术后早期进行眼部热敷, 改善眼部血液循环, 促进眼部的炎症产物吸收, 减轻肿胀。本组仅有2名老年人合并心血管疾病患者不能长时间坚持相应的被动体位, 夜间改侧卧位休息, 余患者均能按需保持被动体位。

### 4、4 并发症的观察及护理

4、4、1 高血压 由于硅油对睫状体的机械性刺激可使房水生成增多, 硅油注入过量或硅油泡引起瞳孔阻滞可使眼压升高[5]。膨胀气体注入后就开始膨胀, 72小时达到高峰[6]。因此, 术后1—3天, 每天监测眼压, 对眼痛, 伴同侧头痛、恶心、呕吐的患者, 警惕高血压的发生。一旦发生, 给予解释、安慰, 及时遵医嘱使用降药物并协助医生做好前房穿刺, 观察疗效。本组12例患者术后出现暂时性高血压, 通过处理后眼压恢复正常。

4、4、2 感染 多发生在术后1—3天内。术后密切观察病情, 注意患者是否自觉眼痛、头痛、视力锐减等症状, 每天检查术眼, 注意有无前房积脓, 必要时作房水闪辉检查。本组110例无发生术后感染。如发生感染应立即局部

及全身应用大剂量抗生素，并作细菌培养及药敏试验，化脓性眼内炎应及时做玻璃体切割术联合眼内注射抗生素，做好消毒隔离措施。

4、4、3反应性葡萄膜炎 表现为眼痛或头痛加重，眼球压痛明显，结膜混合性充血。嘱患者安静休息，按医嘱局部或全身应用糖皮质激素。

4、4、4角膜上皮缺损 予局部应用促上皮愈合滴眼药，可作双眼加压绑带包扎以促进角膜上皮生长，在角膜上皮未愈合之前不宜过多局部用药。

4、5出院指导 在出院前，给患者制定详细的出院指导资料，告知患者出院后继续坚持被动体位的目的、重要性及持续时间，对于依从性差的患者，强调家属加强督促，按医嘱坚持所需体位。

#### 5、小结

玻璃体切割联合眼内填充术是目前治疗复杂性视网膜脱离的主要手术方法。由于手术的特殊性，术后的被动体位依从性直接关系到手术的成功率。通过对本组的护理，体会到做好心理护理及健康教育，注重舒适的护理，重视并发症的观察及护理，做好出院指导，能大大提高患者术后坚持被动体位的依从性，从而提高了疗效，减少并发症的发生。

#### 参考文献

[1] 李绍珍.眼科手术学[M].2版.北京：人民卫生出版社，1997：603—733.

[2] 张卯年. 马志忠 .玻璃体显微手术学[M]. 今盾出版社,1994：78—172.

[3]刘文.视网膜脱离显微手术学.北京人民卫生出版社,174-176

[4] 吴素虹 黄思建 黄雯,等.颞颥伏台在现代玻璃体视网膜显微术后护理中的应用.中国实用护理杂志,2006年10月1日第22卷第10期上旬版37—38

[5] 吴素虹.临床眼科护理学.北京：人民卫生出版社，2007.10.140

[6] 黄思建 吴素虹 黄雯,等.复杂性视网膜脱离患者的整体护理.现代医院,2006年5月第6卷第5期98—99

[6] 黄思建 吴素虹 黄雯,等.复杂性视网膜脱离患者的整体护理.现代医院,2006年5月第6卷第5期98—99

[关于我们](#) | [版权信息](#) | [免责声明](#) | [合作](#) | [招聘](#) | [友情链接](#) | [网站导航](#)

Copyright© 2010《现代医院》杂志社 | 粤ICP05105826号

地址：广州市惠福西路进步里2号之一1楼 邮编 510180

电话：020-83310901 83310902 传真：020-83308884

E-mail : xxddy@163.com