



30例青少年开角型青光眼的护理体会

陈琳玲 黄志玲 (中山大学孙逸仙纪念医院 广东广州 510120)

摘要:目的 探讨青少年青光眼的护理。方法 对30例青少年开角型青光眼的患者进行身心护理,根据是否手术来进行观察及护理,给予合理的治疗手段和有效的护理措施。结果 患者以一种良好的心态接受治疗及护理,稳定情绪,护理人员具备相应的专科理论操作,从而大大提高治愈率,减少并发症发生,患者对我们的服务也比较满意。结论 对青少年开角型青光眼患者要注重于心理护理,做好健康指导,注意用药安全,配合医生做好护理,共同达到预期目标。

关键词:青少年 青光眼 开角型 护理体会

中图分类号: R473.77 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 14-259-02

青少年开角型青光眼(Juvenile-onset open-angle glaucoma JOAG)其发病原因可能是由于眼内 Schlemm 管、小梁网或是房水静脉出现硬化或变性,导致房水排出系统阻力增加所致^[1]。JOAG 一般男性多见,早期常无明显症状,容易被患者和家长误认为近视或视疲劳,易漏诊和误诊^[2]。高度近视与其密切相关,一般比正常人高3-5倍,特别是近视超过5D者,而近视视盘大多不规则,眼轴延长使眼压的耐受性差,视神经容易损伤^[3],本文通过对30例青少年开角型青光眼的临床护理,探讨其护理经验,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本病区自2012年1月至2016年10月共收治青少年开角型青光眼患者30例,年龄最小8岁,最大25岁,患者发病时间到入院时间间隔7天-3个月。所有病例均依据我国中华医学会第二届眼科学会议通过的青光眼分类方法来诊断^[4]。

1.2 治疗方法

一般常规先予抗感染、降眼压、营养神经及提高机体免疫力等保守治疗,药物疗法,通过抑制房水生成或增加房水经葡萄膜巩膜通道排出等治疗,但在无法达到预期效果或无法耐受长期药物治疗及没有条件使用药物治疗的情况下,选用手术治疗,一般以小梁切除术为主,近年也开展了EX-PRESS青光眼引流钉植入术,并且认为早期手术治疗比长期药物失败后手术的效果更好^[5]。

2 护理体会

2.1 心理护理

首先,入院时应热情接待患者,向患者传授相关的专科知识,缓解不良情绪,避免生硬的语气、冷淡的态度,青少年心理本就不稳定,如不能好好的了解到患者的内心,很难做到有效的沟通^[6]。一般青光眼患者性格比较急躁易怒,而视力下降,甚至失明,心理极度紧张、焦虑、恐惧,所以,医护人员应耐心开导,积极消除患者不良情绪,充分理解患者,主动与其沟通,针对患者的心理特点进行细致的解释和安慰工作,并向患者说明情绪激动、过度劳累、精神创伤都会诱发青光眼的急性发作,应保持稳定的情绪、愉悦的心情、生活规律、劳逸结合、适当的运动:散步、打太极等。自己单独的时候或者卧床时可多听听音乐、多和亲朋好友聊天,不可与他人争论,防止情绪波动引发病情急性发作。对需手术患者需消除手术前的担心及害怕而出现的焦虑、不安的负面影响,应具体向患者介绍手术治疗效果及成功案例,使其以乐观态度面对,积极配合治疗。

2.2 用药指导

目前治疗 JOAG 首选的药物是前列腺素衍生物,应告知患者有部分人会出现虹膜颜色加深、睫毛变长,减轻患者心理负担。此类药物适宜晚上点药,一滴持续时间24小时,每天并不是多滴就好,相反会使眼压升高。需告知患者需要长期用药,

使其有足够的思想准备和良好的心态来配合治疗。JOAG 患者需要药物治疗时,长时间都是院外使用,应告知患者用药的方法和注意事项,定时用药。

2.3 手术前后护理

2.3.1 术前护理:一般药物治疗不理想,可用氩激光小梁成形术(ALT)。但滤过性手术为常用方式,也是首选治疗手段。目的主要是改善房水循环,使眼压正常。手术前应和患者及家属沟通,交待病情变化,术中可发生的并发症及手术预后状况,使心理和物质都做好充分的准备。术前完善常规辅助检查,避免感冒等上呼吸道感染,注意保暖。必要时使用降眼压药物,冲洗泪道,剪睫毛,眼部局部洗眼,按医嘱使用抗生素防术后感染,减少分泌物发生。应戒烟戒酒,避免咳嗽,教会患者有咳嗽冲动时应张口呼吸,用舌尖顶住上腭,以缓解冲动,实在不行,应告诉医生暂停一下,避免手术意外和术后出血的发生。保持愉悦心情,注意睡眠,休息好。

2.3.2 术后护理:手术结束后安返病区,患者应保持平卧位或健侧卧位安静休息,枕头适当垫高。避免俯卧位。若术中有前房出血,24小时内应取半坐卧位,减少活动,按医嘱使用止血药。若术中无前房出血的,术后2小时后可适当活动,但动作幅度不能过大,不能剧烈运动。如打喷嚏、大力咳嗽,防止脉络膜脱离等并发症。手术术后眼因瞳孔变形影响视力或角膜缘上方有滤过泡,都应和患者解释清楚,有何不适应及时报告医生。术后饮食应以软食为主,易消化、不辛辣、不坚硬或刺激性食物,以免影响术后疗效。嘱其患者多吃水果、蔬菜,保持大便通畅,不能暴饮暴食,少量多次饮水为宜,一次饮水量不超过300ml。避免用力咳嗽、用力排便等行为。注意用眼卫生,保护术眼,不能用手触摸或揉眼,不要用力挤眼,术后1周禁止洗头,2周内禁止俯身洗头,可用仰卧洗头法。术后每天配合医生进行检查,观察角膜、前房、瞳孔和结膜等情况,眼压控制效果,视力等情况。

2.4 出院指导

出院时,教会患者和家属应如何正确滴眼药水方法,多种眼药水滴用时应间隔5-10分钟,以减少不良反应的发生。注意眼部卫生清洁,避免压迫眼球和触及滤过泡。按医嘱用药,不能私自停药、加药,定时用药。定期监测视力、眼压等情况。定期复查,终身随诊,如出现视力减退、头痛、眼胀等立即到医院就诊。出院后多休息,保持良好心情,情绪稳定,避免用眼过度、剧烈运动等。保持良好睡眠,睡眠不好者应及早解决。注意生活规律化、劳逸结合。避免在光线暗的环境下看电视、用电脑和玩手机。饮食清淡,24小时饮水量不能超过2000ml。忌食用胶原蛋白的食物,如猪脚、凤爪、深海鱼等;忌烟酒和辛辣刺激性食物;保持大便通畅,减少腹部压力,防止便秘。

3 小结

(下转第261页)



对照组对应的指标数据为20例(40%)、20例(40.0%)、10例(20.0%)，两组对比差异不大($P > 0.05$)，不具有统计学意义。

3 讨论

我国近年来脑卒中的发生率以及缺血性脑梗死所占的比例显著升高，因此尽早开通闭塞的血管可减少或者预防出现急性脑梗死神经系统的并发症。动脉溶栓术不仅可以延长急性脑梗死患者治疗的“时间窗”并且其治疗药物浓度远高于通过静脉途径给药，并且可增加闭塞血管的开通率。金敏^[4]等认为急性脑梗死患者病情变化较快，并且进行神经介入手术治疗自身存在着高风险，因此医生和护理应该紧密合作，实施围手术期的护理干预和康复教育，可提高护理满意度，降低并发症的发生率，这与本次研究结果相一致：在本次研究结果中显示，给予围手术期护理干预的观察组其护理满意度为92.0%远高于对照组患者的72.0%，并且观察组患者并发症的发生率为4.0%远低于对照组的28.0%。相关报道表明^[5]，急性脑梗死患者进行早期治疗可挽救缺血“半暗带”的脑细胞，而对于“时间就是大脑”在抢救急性脑梗死患者中这个说法得到了学者的抑制认同，因此护士和医师应该从每个治疗环节加快流程，最大程度缩短时间进行溶栓治疗。护士在实施护理干预时应重视强化业务学习，掌握急性脑梗死的治疗过程，尽可能做到争分夺秒^[6-7]。另外，护士还应该掌握溶栓和抗凝等药物的配置和使用，比如使用阿替普酶进行溶栓治疗

时，应该先使用附带溶媒溶解，再使用平衡生理盐水按照一定的比例进行稀释，并且在使用过程中尽可能选用微泵进行精确的输注；进行血管内介入操作过程中应该严格遵守医嘱进行全身肝素化，同时要准备好拮抗剂鱼精蛋白，以避免在术中出血时可迅速中和肝素。

参考文献

- [1] 孟云, 周宏斌, 朱言亮. 动脉溶栓术联用尤瑞克林对急性后循环脑梗死患者预后的影响[J]. 头用临床医药杂志, 2014, 18(9): 51-54.
- [2] 金敏, 周大勇, 沈利明. 急性脑梗死行动脉溶栓术患者的围术期护理[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(09): 49-50.
- [3] 毛燕君, 许秀芳, 李海燕. 介入治疗护理学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2013: 224-228.
- [4] 唐龙冲, 李新鸿, 郑湛云. 急性脑梗死动脉溶栓血管再通对患者近期预后影响[J]. 航空航天医学杂志, 2013, 24(04): 456-457.
- [5] 邓思梅, 苏观湛, 陈清华. 急性脑梗死在不同时间窗溶栓治疗及护理干预对患者预后的影响[J]. 吉林医学, 2015, 36(10): 2156-2157.
- [6] 付俊芝. 护理干预在不同时间窗进行脑梗死溶栓治疗中的应用[J]. 中国实用医药, 2012, 7(24): 240.
- [7] 皮燕华, 郭雪林. 急性脑梗死超早期尿激酶静脉溶栓治疗并发症的预防及早期护理干预[J]. 浙江临床医学, 2012, 14(1): 124.

(上接第257页)

学理论与实践, 2017, 30(24):3721-3722.

[7] Burman B E, Mukhtar N A, Toy B C, et al. Hepatitis B Management in Vulnerable Populations: Gaps in Disease Monitoring and Opportunities for Improved Care[J]. Digestive Diseases & Sciences, 2014, 59(1):46-56.

[8] 单颖. 血浆置换患者治疗中健康教育及综合护理干预的应用效果[J]. 中国医药导报, 2015, 12(30):149-152.

[9] 翁云钦. 人工肝支持系统治疗重症肝炎护理中实施舒适护理

的临床价值[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(02):179-181.

[10] 王凤荣. 血浆置换术治疗重型肝病护理体会[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9(06):138-140.

[11] 佟静. 综合护理干预对血浆置换术患者的影响[J]. 社区医学杂志, 2017, 15(06):47-48.

[12] 朱丽萍, 王春霞. 针对性护理干预对血浆置换治疗重症肝炎患者的影响[J]. 系统医学, 2017, 2(12):138-141.

[13] 周明芬, 肖巧玲, 潘志敏. 风险管理在血浆置换医院感染预防与控制中的应用[J]. 中国医药科学, 2015, 5(21):192-194.

(上接第258页)

中的配合度, 使其在手术环境中有安全感, 消除了紧张与恐惧, 为手术的顺利实施创造了有利条件。同时注重体位、保温防湿和体温护理, 降低了并发症的发生几率, 促进了术后病情恢复。此外, 密切关注患者病情变化, 并做好术后回访护理, 能够及时地处理突发状况, 减少并发症发生的同时, 提高了护理质量和患者的满意度, 有效地保障了手术疗效, 改善了患者预后。本研究中, 观察组患者并发症发生率、术后SAS评分、SDS评分均小低于对照组($P < 0.05$), 数据说明, 综合护理干预在经尿道前列腺电切术后患者中的应用中降低了患者心理负担, 减少了并发症的发生几率, 提高了治疗效果,

改善术后生活质量, 有推广应用意义。

参考文献

- [1] 高玲梅. 手术室护理干预对经尿道前列腺电切术患者手术效果的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017(38):81.
- [2] 陈丹, 王秋萍. 优质护理干预在经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2018(4):49-52.
- [3] 唐小霞. 综合护理干预在经尿道前列腺电切术中的应用效果[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(3):151-152.
- [4] 苏建红, 曾赛丽, 罗秀庭等. 对经尿道前列腺电切术患者实施综合护理干预的临床效果及对尿失禁的影响[J]. 中国实用医药, 2016, 11(16):231-232.

(上接第259页)

JOAG是青光眼致盲疾病之一, 由于房水外流受阻而引起高血压造成角膜水肿, 视网膜、视神经损伤等疾病。应早发现、早诊断、及时治疗。而对此病注重于心理护理、健康指导, 积极配合治疗, 终身随访。用药或手术改善眼压, 使其房水减少或房水外流通畅。因个体差异比较大, 用药安全要到位, 因此要求护理人员具备相应的专业知识, 做好健康指导, 配合医生做好护理, 共同达到预期目标。

参考文献

- [1] 赵堪兴, 杨培增. 青光眼[J]. 眼科学, 2012, 7(50):152-170.

[2] 梁燕, 陈颖利. 青光眼手术患者护理体会[J]. 现代医药卫生, 2014, 30(15):2550-2551.

[3] 曲小娟. 预防宣教和护理指导对青光眼滤过性术后低眼压的影响[J]. 中国健康营养, 2013, 02(下):938.

[4] 张晓林. 62例青光眼患者的护理体会[J]. 临床护理, 2013, 9(12):165-166.

[5] 林静仪, 叶荣花, 卢素芬. 开角型青光眼患者行EX-PRESS青光眼引流钉植入围手术期护理[J]. 现代临床护理, 2013, 12(8):49-51.

[6] 罗晓燕. 心理护理在眼科护理中的应用体会[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 4:227-228.