

俯卧位神经外科手术病人眼部并发症的预防与护理

陆朝蓉

(江苏省盐城市第一人民医院手术室, 江苏 224006)

关键词 神经外科手术 俯卧位 眼部并发症 护理

中图分类号: R473.76 **文献标识码**: B **文章编号**: 1002-6975(2008)16-1527-02

神经外科手术常需将患者安置在俯卧位并在气管插管全身麻醉下完成手术。90%的手术病人全麻后眼睑闭合不全,眼球外露,术前应用抑制腺体分泌的麻醉药也会引起眼球干燥;术中体位摆放不当或忽视对眼部的护理,使患者视力受损。俯卧位时患者接触马蹄形头架的位置不当也是导致眼部受损的危险因素之一^[1]。我院手术室 2006 年 1 月~2007 年 12 月对 69 例手术病人采取有效的眼部护理措施,预防并发症,效果甚好,报告如下。

1 临床资料

69 例手术患者均为 2006 年 1 月~2007 年 12 月我院择期手术的神经外科全麻病人,其中,男 39 例,女 28 例,年龄 37~68 岁,平均 58.2 岁。平均手术时间 4~6 h,麻醉方法为全麻,手术体位为俯卧位。

2 术中眼部受损的危险因素

2.1 神经外科手术常须采取俯卧位,为满足手术的需要,头面部需放在马蹄形支架上,体位改变后身体负重点和支撑点相应改变。采用膝胸卧位、俯卧位和使用马蹄形头托是导致失明的原因,可能与直接作用于眼球的压力导致眼内压的升高,超过了视网膜的灌注压有关;同时俯卧位时头部出现静脉性充血、淤血,以上情况共同导致视觉器官的氧供不足;另外,视神经在视神经骨管内,被硬脑膜固定在管壁,活动度小,一旦眉弓或眼眶受压,眼球扭曲,导致视神经纤维部分牵拉,也可引起不可逆病理改变。

2.2 有文献报道^[2],高血压、糖尿病及视神经解剖结构因素与缺血性神经病变有关,眼内压增加可阻止血流进入眼球,同时高血压病、糖尿病患者眼动

脉、视网膜中央动脉的血流动力学改变为低流速、低流量、高阻力型;眼动脉呈缺血样改变,血流减慢和组织供氧减少;糖尿病患者血小板的粘附和聚凝功能异常及血液成分的改变和粘稠度增高都会引起视网膜中央动脉循环障碍和缺血。

2.3 神经外科手术时间相对较长,平均 4~6 h,长时间的压迫可导致眼部的局部组织缺血缺氧,由于视网膜内层对缺氧极为敏感,只要缺氧数分钟,即可造成视网膜细胞受损,治疗困难。

2.4 由于患者始终面部朝下,巡回护士难以观察病情,有时术前消毒液、手术过程中的血液及生理盐水冲洗液都会渗入病人双眼,上述液体在眼内停留时间过长,也会引起手术后严重的球结膜充血、水肿、细菌性结膜炎等眼部并发症。

2.5 因麻醉药品的肌肉松弛作用导致眼睑松弛,保护性反射作用大部分消失或减弱,病人已基本上失去了自主调节能力^[3]。

2.6 在术中病人体位根据手术需要被动移动导致面部支持点移位,眼眶直接受累。

3 护理措施

3.1 术前 1 d 访视患者,进行术前宣教,解除患者的顾虑,减轻其思想负担,注意观察病人的眼部情况、视力及各种并发症,并对高血压、糖尿病患者督促其服用降压药和降血糖药。

3.2 术前巡回护士应准备好各种手术器械和用物,认真检查手术床的各种配件、马蹄形琼脂头圈及其它体位垫,润滑好头架的各个关节。

3.3 协助麻醉医生进行麻醉并牢固固定气管插管,麻醉效果满意后用金霉素眼膏涂抹眼睑,同时覆盖 3 M 透明敷料保护眼部。病人采取俯卧位,面部朝下,头放置在马蹄形头架上并将眼部及气管插管悬空。胸、髂脊下及双下肢分别垫海绵垫,下肢抬高 15°,马蹄形头架表面质地应避免过硬或过软,可采

用树脂类材质。

3.4 手术过程中器械护士和巡回护士应密切观察手术进展程度,主动、准确地配合手术医生的操作,减少术中等候以缩短整个手术时间。

3.5 巡回护士每隔 30 min 对病人的前额、颧骨等支撑点进行按摩,并检查头部是否移位。为了便于观察病人眼部情况和气管插管情况,我们在头架下部安装一面反光镜,护士可通过镜子观察到病人的情况,同时使用触摸的方法检查病人的眼部是否受压,发现异常及时汇报医生进行处理。

3.6 手术结束时,认真检查病人的面部皮肤情况及眼部周围皮肤情况,发现问题及时处理。

总之,俯卧位神经外科手术,由于体位、年龄、手术时间、麻醉等因素,造成循环生理的改变、软组织和神经血管、肌肉保护性作用减弱,皮肤长时间受

压,制动性活动受限,特别是面部及眼部的受压更容易引起并发症的发生,护士只要做好术前宣教和访视,术中加强眼部护理,认真观察病人的病情变化,严防眼部受压,能显著减少手术后眼部并发症的发生,促进患者早日康复。

参 考 文 献

- [1] 尹学军,谢卫农. 脊柱手术时俯卧位致患者左眼失明 1 例[J]. 中华麻醉学杂志,2005,25(4):287-288.
- [2] 崔燕辉,曾华,胡其义,等. 外科脊柱手术后视力损伤一例[J]. 中华眼科杂志,2003,39(1):52-53.
- [3] 许太武,丁玉兴,李小亮,等. 俯卧位下地心引力及机械性干涉对脊柱手术呼吸功能影响的临床研究[J]. 中华骨科杂志,1997,17(4):253-255.

(收稿日期:2008-05-08)

心脏外科手术后病人的管道护理

何亚东 黎冕洁

(贵州遵义医院,贵州 遵义 563002)

关键词 心脏外科手术 管道 护理

中图分类号:R473.6 文献标识码:B 文章编号:1002-6975(2008)16-1528-02

心脏手术后的护理除严密对心、肺、肾功能的监护、呼吸道管理外,患者所携带的各种管道的护理尤为重要。我科 2003 年 1 月~2007 年 12 月共收治心脏手术患者 230 例,术后均送入 ICU 进行监护治疗,通过加强对患者携带的各种管道的护理,使患者平安转出监护室,现将经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 230 例,男 126 例,女 104 例,年龄 5 个月~72 岁,术前诊断:房间隔缺损、室间隔缺损、法洛四联征、二尖瓣或三尖瓣狭窄及关闭不全、动脉导管未闭。

1.2 方法 除 6 例动脉导管未闭外,其余手术均在气管插管加静脉复合麻醉并低温体外循环下施行;术后患者送入 ICU 时均带有气管插管、三腔中心静脉置管、心包、纵隔引流管、有创动脉置管、外周静脉

留置管、导尿管,有胃肠胀气时留置胃管。

1.3 结果 除 5 例因多器官功能衰竭死亡外,其余均顺利转出 ICU。

2 管道的护理

2.1 气管插管的护理

2.1.1 患者入 ICU 前应根据患者的体重及病情调节好呼吸机的各种参数,患者术后送入 ICU 后,立即接上呼吸机,观察呼吸机运行情况以及患者的面色、口唇、四肢末梢的颜色;测量气管插管的外露长度,听诊双肺呼吸音是否一致,查看指脉氧(SPO_2)是否 >0.95 以上,测量插管气囊的压力。立即作床旁胸部 X 光片,了解气管插管确切的位置。每班测量气管插管距门齿或鼻尖的距离及插管气囊的压力并记录;用寸带妥善固定气管插管,约束带妥善固定患者四肢。

2.1.2 气管插管气囊的管理 为防止因气管导管太粗,或气囊压力过高,气管黏膜受压致局部组织缺血、坏死、出血。气囊常规每 6~8 h 放气一次,每次