

理解其动作意图,从而使配合工作更加仔细、主动。但我院3D腹腔镜手术开展时间不长,对于其特殊性和术中配合要点,护士还要加强理论学习和操作培训,熟悉所有仪器设备的性能、安装和使用方法,必要时须安排参加医疗组术前讨论,了解术中的特别需要,做到精准配合。开放静脉要避免下肢,一是体位需要,而是要把此类妇科患者的术后下肢深静脉血栓风险降至最低;有研究^[4]报道称妇科手术下肢深静脉发病率约为8%~25%,所以术中体位要采用改良膀胱截石位,角度和高度在不影响操作的前提下,要尽量减小和降低,以增加患者舒适度、减少术后并发症;由于3D腔镜的立体视觉效果,分离和切割更加精确,在完全满足清晰度的前提下可以相对于2D腔镜操作时适当调低气腹压力,以进一步减少气腹过程中可能产生的并发症;3D显示器最佳视线是平视,术中要始终保持操作者正对显示屏,

另外,初期使用偏光镜,无论是医生还是护士,易引起视觉模糊或重影,对操作深度判断有误差,一旦遇有此类情况,要立即调整眼镜盒休息片刻,不过经过一段时间适应,会快速适应。

参考文献

- 1 Tanagho YS, Andriole GL, Paradis AG, et al. 2D versus 3D visualization: impact on laparoscopic proficiency using the fundamentals of laparoscopic surgery skill set[J]. Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2012, 22(9): 865-870.
- 2 冯建萍, 张萍, 李彤来, 等. 妇科手术体位的持续质量改进[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(20): 105-106.
- 3 朱丹, 周力, 主编. 手术室护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 12.
- 4 吴贤, 赵华, 伍翠华. 无瘤操作模式在宫颈癌腹腔镜手术中的应用及评价[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(19): 2943-2944.

[收稿日期 2017-11-17][本文编辑 韦所苏]

护理研讨

经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术的护理

黄玉英, 梁有琼, 韦月珍

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院耳鼻咽喉头颈科

作者简介: 黄玉英(1972-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任护师, 研究方向: 耳鼻咽喉头颈科临床护理及管理。E-mail: huangyuying555@126.com

【摘要】 目的 总结并探讨经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术的护理要点。**方法** 选择该院2016-01~2018-01施行鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术的11例患者, 应用术前术后全面的护理措施。**结果** 11例患者经过治疗和护理后, 其中4例在术后7d内视力提高, 2例出院后1个月复诊视力有提高, 手术前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 5例手术前后视力无改变。**结论** 对经鼻内窥镜下外伤性视神经病变手术患者及时的术前准备和术后并发症的观察与护理, 有利于患者视力恢复, 提高患者的生活质量。

【关键词】 鼻内窥镜; 外伤性视神经病变; 护理

【中图分类号】 R 473.76 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2018)09-0939-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.09.28

外伤性视神经病变(tramatic optic neuropathy, TON)是临床常见的一类眼外伤, 主要指眼眶上方额、颞部遭受突然的钝性外力作用后而导致的视神经病变^[1]。TON的后果较为严重, 68%~78%患者伤后即无光感。因此, 应尽早给予积极治疗, 以及时挽救患者的视功能^[2]。近年来, 鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术因具有手术径路直接、良好的术野照

明和放大倍率下直视操作、微创、并发症少、面部无损伤等特点, 成为治疗TON较理想的手术方式^[3]。我院于2016-01~2018-01共施行11例鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术, 取得良好效果, 现将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院2016-01~2018-01施行

鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术的 11 例患者,均为男性,年龄 14~49(30.6±11.7)岁。受伤至接受手术时间为 2~42(15.5±13.06)d。均为单侧眼,其中左侧眼 6 例,右侧眼 5 例。11 例患者术前视力均为无光感,其中 9 例伤后立即无光感,2 例伤后昏迷,醒后检查无光感。

1.2 手术方法 采用全身麻醉,配合术中控制性低血压状态。在鼻内窥镜下打开全组筛窦,暴露并开放蝶窦前壁,清除蝶、筛窦内的凝血块及碎骨片。术中以电钻或剥离子去除视神经管内侧壁及眶尖部骨质,切开视神经鞘膜及总腱环,用明胶海绵及可吸收性止血材料填塞术腔。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理 (1)心理护理:外伤性视神经病变的患者因突然头部外伤,立即出现单侧或双侧的视力快速下降,而手术不一定能使视力恢复,对此,患者易产生焦虑、恐惧等负性情绪^[4]。我们首先对患者进行心理开导,指出尽早手术对视力恢复的重要性,列举手术成功的病例,增强他们手术信心。同时告诉其视力恢复时间会较长,降低患者心理期望值,以免术后产生悲观情绪。(2)安全护理:因患者一侧或双侧视力障碍,有出现跌倒的风险,应移去障碍物,保持通道通畅,鼓励患者尽快熟悉病房环境,病房门尽量全开或全关,保持地面干燥,防滑倒,留陪人 1 名,协助患者日常生活。(3)病情观察:术前密切观察患者生命体征、神志、瞳孔、视力的变化,及时做好记录。因患者需同时进行大剂量激素冲击和神经营养等药物治疗,注意观察有无药物不良反应。观察有无脑脊液鼻漏,如怀疑有脑脊液鼻漏,应抬高床头,注意预防逆行颅内感染。本组有 1 例入院时伴有脑脊液鼻漏,经细心护理未出现逆行颅内感染。(4)术前准备:尽快完善手术前的各项检查,术前剪鼻毛、清理鼻腔。术前禁食 10 h,禁饮 6 h。向患者及家属反复强调术前准备的重要性,争取家属的密切配合。术前 30 min 按医嘱给药。

1.3.2 术后护理 (1)体位护理:全麻术后取平卧头侧位,清醒后改为半卧位以利于鼻、口咽分泌物流出,减少头面部充血,减少伤口局部的出血和水肿,减轻头疼症状。同时还可避免术后脑脊液漏引起的逆行感染。(2)饮食护理:术后第 1 天以高蛋白、高维生素冷流质饮食为宜,禁用吸管,因吸管吮吸时用力可能加重伤口出血及加剧疼痛。鼻腔填塞纱条取出后可改为半流食,多食蔬菜、水果及粗纤维食物,多饮水,忌吃辛辣、刺激性食物,保持大便通畅,避免

用力大便造成的颅内压增高和鼻出血。(3)伤眼视力恢复观察:从术后第 1 天起,每天检查患者伤眼视力恢复情况,先检查伤眼有无光感,眼前手动情况以及让患者数指,根据患者看到的视标距离计算患者的视力,同时请眼科医生检查眼底情况。本组患者术后 7 d 内视力提高 4 例,均为逐渐恢复的过程,每天的视力检查可掌握患者视神经恢复情况。(4)鼻出血的观察及护理:鼻窦手术无法缝合,只能通过鼻腔填塞止血,术后严密观察生命体征和鼻出血情况,有少量混合鼻腔分泌物的淡红色血水流出,此为正常现象。如鼻前部有持续鲜血流出,或患者有频繁吞咽动作,提示鼻腔内有活动性出血,应及时通知医生给予处理。指导患者头面部勿用热敷,可适当冷敷。勿用力打喷嚏,禁止私自拔除鼻腔填塞物。本组 11 例患者术后无明显鼻出血症状。(5)脑脊液鼻漏的观察及护理:术前颅底骨折及硬脑膜撕裂、术中视神经管磨除不恰当及开放筛窦均是造成脑脊液鼻漏的常见原因。术后应密切观察鼻腔渗出液的性质与量,是否有清亮液体经鼻后壁流入咽腔,如有这种情况,提示有脑脊液鼻漏发生的可能性,应及时报告医生处理。嘱患者不要用力擤鼻,术后 1~2 d 内不要做弯腰低头取物的动作,勿剧烈运动,禁止往鼻腔填塞不洁物品,防止逆行感染。观察患者的头痛主诉,有无喷射状呕吐,瞳孔的变化等。本组 11 例患者入院时伴脑脊液鼻漏 1 例,于术中给予修补,术后无脑脊液鼻漏。(6)眶内血肿、眶蜂窝组织炎的观察护理:外伤容易造成眶部及颅底骨折,而为了彻底清除病变,手术中可能需人为将眶纸样板部分去除,术后要注意观察眶周及内眦处有无瘀血、肿胀,球结膜有无出血,眼球有无突出,有无眼球活动受限。指导患者术后眼部勿按压、勿热敷,评估眼部疼痛的改变。本组 11 例患者入院时伴有眶内血肿 5 例,术后并发眶内血肿 2 例,无眶蜂窝组织炎。

1.3.3 出院复诊指导 因视神经的恢复需要一个过程,同时鼻内窥镜手术后鼻腔需定时清理,嘱患者出院后定期回院复诊,3 个月内每 15 d 复查 1 次,3 个月以后每月复诊 1 次,直至半年。

1.4 视力数据评估 用 5-LogMAR 视力检测作统计数据:无光感为 0.0;光感为 1.0;手动为 2.0;指数为 3.0;0.1 为 4.0;1.0 为 5.0。统计患者术前视力和出院后 1 个月视力。

1.5 统计学方法 应用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

11例 TON 患者视力从术前的(0.0 ± 0.0)提高到术后的(1.09 ± 1.37),平均提高(1.09 ± 1.37),术前术后比较差异有统计学意义($t = -2.226, P < 0.05$)。术后患者出院1个月复查视力情况:视力无光感为45.45%(5/11),有光感为27.27%(3/11),能见手动为9.09%(1/11),能见指数为9.09%(1/11),国际标准视力表检测0.1为9.09%(1/11)。见表1。

表1 11例 TON 患者手术前后的视力比较(n)

患者序号	术前视力	出院后1个月视力	视力提高程度
1	无光感(0.0)	无光感(0.0)	0.0
2	无光感(0.0)	无光感(0.0)	0.0
3	无光感(0.0)	无光感(0.0)	0.0
4	无光感(0.0)	无光感(0.0)	0.0
5	无光感(0.0)	无光感(0.0)	0.0
6	无光感(0.0)	光感(1.0)	1.0
7	无光感(0.0)	光感(1.0)	1.0
8	无光感(0.0)	光感(1.0)	1.0
9	无光感(0.0)	手动(2.0)	2.0
10	无光感(0.0)	指数(3.0)	3.0
11	无光感(0.0)	0.1(4.0)	4.0

注: $t = -2.226, P = 0.026$

3 讨论

随着我国人民生活水平的日益提高,交通意外发生率逐年升高,外伤性视神经损伤性病变发生率也在日益增多,该病致残率高,严重影响患者的生活质量。从表1的视力比较中可发现,施行鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术对治疗外伤性视神经损伤性病变有效($P < 0.05$)。当患者出现外伤性视神经损伤性病变时,病情允许应尽快实施鼻内窥镜下经鼻视神经管减压术已成为共识^[2,5],手术最好能在伤后2d内进行^[6]。从11例患者不同受伤时间的视力比较中可发现,患者术前受伤的时间长短与术后

的视力提高情况呈反比,患者受伤后越快进行手术,术后恢复视力的效果越好。但由于外伤性视神经损伤性病变患者首诊常在眼科,而手术施行科室为耳鼻咽喉头颈外科,临床常出现患者先在眼科进行药物治疗无效后才转院、转科进行手术,错失了治疗的最佳时期。本组患者11例患者中只有1例患者是伤后2d进行的手术,术后视力由无光感提高到0.1。因此,提高眼科医护人员对此病的治疗方案的认识尤为重要,同时跨学科的治疗也对护理提出了新要求,在熟练掌握耳鼻咽喉头颈外科专科护理的同时,也要掌握眼科、颅脑外科的相关护理知识。我们在接诊患者时,应作为急症处理,术前应尽快完善各项准备和做好宣教,同时注意观察患者的伤后并发症和用药反应,稳定患者病情,以达到尽快手术的目的;因手术腔小、手术部位解剖位置复杂,术后并发症多,术后护理应重点观察患者有无脑脊液漏、鼻出血、眶周血肿及感染等并发症,并采取相应的护理措施,减少并发症的发生。同时注意观察和记录患者视力的改变,给予相应的人文关怀。定期通知患者回院复诊也是保证手术疗效的一个重要措施。

参考文献

- Zimmerer R, Rana M, Schumann P, et al. Diagnosis and treatment of optic nerve trauma[J]. Facial Plast Surg, 2014, 30(5): 518-527.
- 中华医学会眼科学分会神经眼科学组. 我国外伤性视神经病变内窥镜下经鼻视神经管减压术专家共识(2016年)[J]. 中华眼科杂志, 2016, 52(12): 889-893.
- 周跃飞, 冯枫, 侯红武, 等. 内镜经鼻视神经管减压和经颅减压术的对比研究[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2013, 18(8): 364-366.
- 张银琴, 罗兴莉. 一例复杂眼外伤患者经鼻内窥镜下行蝶窦开放及视神经管减压术的护理[J]. 重庆医学, 2017, 46(3): 427-428.
- 李珍, 岳靓, 李筱勇, 等. 视神经减压术治疗外伤性视神经病变[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2012, 34(6): 406-408.
- 谢民强, 龙镇, 李仲汉, 等. 外伤性视神经损伤经鼻内窥镜视神经减压术时期选择及疗效观察[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(3): 197-202.

[收稿日期 2018-05-06][本文编辑 蓝斯琪]