

## 20例高度近视固定性内斜视的护理

# The Nursing of 20 Cases of High Myopia Complicated with Fixed Esotropia

李秀玲, 林菁, 肖惠明\*, 何青冬

中山大学中山眼科中心 中国, 广州 510060

Xiuling Li, Jing Lin, Huiming Xiao\*, Qingdong He

Zhongshan Ophthalmic Center, Sun Yat-sen University, Guangzhou 510060, China

### 摘要

总结 20 例高度近视固定性内斜视的护理经验。认为术前做好心理护理及自我护理管理教育; 术后做好眼部的观察和护理, 密切观察眼部症状, 及时处理并发症, 详细做好出院宣教及电话回访, 是保证治疗效果, 预防并发症, 提高患者生活质量的关键。《眼科学报》2015;30:119-121。

关键词: 高度近视; 固定性内斜视; 护理

### Abstract

To summarize the nursing experience of 20 cases of high myopia complicated with fixed esotropia. Before surgery, psychological nursing and self-care education were necessary. After the operation, ocular symptoms and complications should be closely observed and treatment in a timely manner. Explicit instructions after discharge and telephone follow-up played a pivotal role in improving clinical efficacy, preventing complications and enhancing patients' quality of life. (*Eye Science* 2015; 30:119-121)

Keywords: high myopia; fixed esotropia; nursing

高度近视固定性内斜视属于少见的特殊类型斜视, 多见于 40 岁以后中老年人, 多为渐进性, 眼球向各个方向运动障碍, 最后眼球固定于极度内转位或内下转位, 严重者瞳孔可被完全遮挡; 不但影响视功能, 而且严重影响患者外观。而手术的目的在于加强外转功能, 矫正眼位, 纠正代偿头位<sup>[1]</sup>。由于手术复杂, 难度系数大, 术后不良反应多, 此类患者承受着很大的心理压力, 护理比其它共同性斜视更为棘手。因此护士更要关心爱护患者, 术前心理护理, 减轻焦虑, 对手术治疗采取积极的态度; 鼓励患者自理, 做好自我护理管理教育。术后做好眼部的观察和护理, 注意并发症的预防和护理, 对帮助患者顺利配合手术, 减轻术后并发症, 提高患者生活质量起着重要作用。自 2010 年 1 月~2014 年 12 月共收治高度近视固定性内斜视患者 20 例 (30 只眼), 取得满意疗效。现将护理报告如下。

## 1 一般资料

高度近视固定性内斜视患者 20 例 (30 只眼)。其中男 4 例 (6 只眼), 女 16 例 (24 只眼); 年龄: 42~73 岁。眼底: 高度近视眼底。斜视度:  $> +45^\circ$ 。矫正视力: 光感~0.4, 合并代偿头位 12 例。20 例均在全麻下手术。14 例行内直肌后退, 外直肌和上直肌部分联结, 巩膜缝线调整术。6 例行内直肌后退, 外直肌和上直肌部分联结, 眶骨膜固定术, 巩膜缝线调整术。单眼手术 12 例, 双眼手术 8 例。

## 2 护理

### 2.1 心理护理, 减轻焦虑感

患者由于高度近视, 生活不便; 加上内斜度数逐渐加大, 眼球运动受到明显限制。对患者的生活质量造成极大影响, 对手术效果期望值较高; 既渴望改善美观和视力, 又害怕手术失败或发生术后并发症, 导致较强的焦虑。护士应通过沟通交流、结合各种有效的心理疗法。如心灵重塑疗法, 进行积极的心理临床治疗, 帮助患者有效摆脱困扰, 消除抑郁、自卑、偏执等不良情绪及情感, 逐步形成独立自信、乐观坚

强的意志<sup>[2]</sup>。主动了解患者的需求,及时给予帮助,鼓励和引导患者说出焦虑的心理感受,并提出有关疾病与手术方面的问题。分析焦虑的原因,给予解释说明,以减轻患者的担忧。详细讲解患者关于手术方面的疑问。鼓励患者同低视力病友交谈,病友间互相介绍一些生活经验,互相鼓励,共同战胜疾病。根据患者的文化程度采用不同宣教方法。如文化程度较低的患者邀请家属一起参与患者的心理疏导,对文化程度较高的患者主要帮助患者树立面对困难的信心和勇气。

## 2.2 代偿头位的护理

(1)部分患者因为代偿头位表现出过度在意他人的眼光,认为自己容貌跟别人不一样。将自己的生活圈逐步缩小,不愿意接触亲友。责任护士应热情向患者做自我介绍,介绍主管医生,及住院环境,消除患者对陌生环境的不适和恐惧,告诫病友间不嘲笑、不歧视患者。告知术后随着眼球运动功能的恢复,部分患者可消除代偿头位,消除或减轻患者因代偿头位产生的自卑心理。(2)代偿头位的患者由于眼球运动障碍,生活中容易发生碰撞。护士必须保持患者的日常活动空间宽敞、明亮。床头柜,椅子等应用钝边设计。日常物品放置在固定、易于拿取的位置。尽量避免与患儿同住一室,导致碰撞。可以在家属的陪伴下散步,走路时最好靠路边行走。

## 2.3 自我护理管理教育

高度近视固定性内斜视患者均为中老年人,部分患者合并高血压、糖尿病,护士术前术后均要指导控制血糖、血压的方法,并讲明其重要性,以取得患者配合。术前详细评估患者视力及生活自理能力。通过收集患者的病史,评估视力受损的程度,现在的心理感受,平常的生活习惯等综合判断患者生活自理能力。指导患者自我护理,反复告诉患者生活用品摆放位置,强化低视力患者的触觉、感知觉,让其逐渐熟悉环境,鼓励进行力所能及的活动,如漱口、洗脸、洗澡、入厕、进食等。使低视力患者在心理和行为方面逐渐适应生活上的不便。对于矫正视力 $>0.1$ ,却认为自己生活已经无法自理,害怕跌倒、碰撞等意外,不论是不是自己力所能及的事情,均要求家属或护士帮助或陪伴。护士应以鼓励自理为主,协助护理为辅,发挥患者的主观能动性,使患者逐渐恢复自理能力<sup>[3]</sup>。并改善患者的病房环境,提高病室的灯光亮度,夜间病房保留灯光,贴大字体的警示标语;床头卡贴防跌倒、防坠床标识。热水壶,水杯等危险物品放在固定的地方。除了戴近视眼镜外,利用放大镜、望远镜使患者在低视力的情况下获得有效的视功能。对生活无法自理的患

者,协助做好患者的生活护理,多巡视,杜绝发生跌倒、坠床等事件的发生,帮助患者顺利配合手术。

## 2.4 术前护理

固定性内斜视手术目的是改善视觉功能,矫正眼位,纠正代偿头位,尽可能恢复眼球的运动功能。护士应向患者讲解疾病有关知识,用通俗易懂的语言向患者介绍手术的目的、方法、原理并列举成功病例,使患者既能主动配合治疗,又不产生过高的期望值。术前评估患者全身情况,完善辅助检查并了解有无异常指标。询问患者两周之内有无感冒、咳嗽、发热,注意观察患者有无眼红、分泌物多等症状,如有异常,及时报告医生,暂停手术。嘱患者术前禁食禁饮,告知患者术前禁食禁饮的目的是防止术中呕吐,导致窒息,取得患者的充分配合。

## 2.5 术后护理

### 2.5.1 一般护理

术后返回病房后与麻醉医师认真交接,了解患者术中的情况,严密监测生命体征。取去枕、平卧头偏向一侧,至患者完全清醒,防止呕吐物返流误入气管导致窒息等意外发生。患者完全清醒后可进食少量温水,观察如无呛咳,吞咽功能恢复,方可进食流质,第一次进食量不可过多。由于术中牵拉眼肌,部分患者可能有眼-胃肠反射。术后出现恶心、呕吐。护士应向患者和家属做好解释,出现恶心呕吐时,应暂停饮食,呕吐后可用温开水漱口,协助患者清理呕吐物。呕吐严重时,遵医嘱给予止吐药,并静脉补充营养和水分。本组有2例患者,术后出现恶心、呕吐,遵医嘱肌肉注射灭吐灵后症状缓解。

### 2.5.2 眼部的护理

术后弹性绷带加压包扎可达到加压止血和减少眼球运动的目的。应向患者解释术后绷带加压包扎的重要性,嘱患者闭目休息,告知其不可松动绷带。观察敷料有无渗血渗液,松脱、移位、是否过紧或不适。如渗血明显者,严密观察有无活动性出血。如绷带松脱,或渗血、渗液过多,应马上给予更换。如包扎过紧,可在两耳上方垂直绷带剪开1~2 cm。双眼包扎的患者,应向其做好安全指导,双侧加床栏,呼叫器放在患者触手可及的位置,患者呼叫时,及时赶到,经常巡视病房,了解患者生活所需,及时解决。术后第一天即可拆除绷带,开放点眼。告知准确、及时的遵医嘱局部用药的重要性。如眼部有眼泪流出,可用干净纸巾轻轻吸干,切不可来回揉搓。告知患者这是由于术眼调整缝线导致的,等调整缝线吸收后,炎症反应消失,流泪症状会自然消失。

### 2.5.3 并发症的观察和护理

(1)疼痛,由于患者均为大度数斜视,手术较为

复杂,加上担心手术效果,对疼痛更加敏感。当患者主诉疼痛时,应区分切口疼痛,或角膜上皮剥脱及损伤引起的疼痛。护士应经常巡视病房,主动关心患者,倾听患者主诉,解除其紧张情绪。遵医嘱给予止痛剂,评估用药后的效果。因疼痛夜间不能入睡者,遵医嘱给予镇静安眠药。如患者疼痛明显,伴有畏光、流泪等症状。应高度怀疑角膜上皮剥脱及损伤。立即报告医生及时用广谱抗菌素及营养角膜眼膏包眼。本组1例患者术后主诉疼痛,无畏光、流泪等症状,予口服必理通后疼痛缓解。(2)复视,发生的原因是:手术前双眼形成异常的视网膜对应,在斜视恢复正位后,破坏了原来建立的共同视觉引起。护士主动关心患者,予心理安慰及安全指导。告知术后复视在一定角度来讲是好事(证明双眼视觉的恢复),指导患者只要看清楚物像,不要追模糊物像,一般一周后会逐渐消失,如患者越紧张越去找复像,复像就越难消失。上下阶梯动作宜缓慢,看清楚楼梯后再行动,避免跌倒、坠床、烫伤等事故的发生。必要时协助做好生活护理,本组8例复视患者出院后电话回访2周~2个月后,复视消失。(3)结膜肉芽肿,由于调整缝线引起的慢性异物刺激肉芽增生引起。发生结膜肉芽肿时应局部应用皮质类固醇类药物。对于过敏体质者,出院后定期电话回访,如术后2周结膜肉芽肿仍未消除,应及时回医院复诊,拆除调整缝线。本组1例患者术后第一天出现结膜肉芽肿,予口服强的松片3天,2周后复诊,结膜肉芽肿消除。

## 2.6 出院指导

高度近视固定性内斜视患者,由于手术复杂,术后眼部反应较其它斜视患者更为明显,责任护士在做出院宣教时,应向患者反复强调定时、定量局部用药的重要性。提高患者的用药依从性。眶骨膜固定患者,告知出院后一周必须回院复诊,根据眼部情况,拆除眶骨膜缝线。出院时眼位欠矫者,告知是治疗需要有计划设计的,多数2个月可恢复正位,手术的成功与否,必须2个月后门诊复诊才能确定,消除患者顾虑。出院后嘱患者可继续配戴原有眼镜,复诊时由医生确定是否需重新验光配镜。养成良好的卫生习惯,注意用眼卫生,术后1个月内避免游泳,预防眼部感染。告知患者眼部疲劳可能会加深近视度数,可使固定性内斜视复发。复视患者出院时,应向其强调复视不能开车,不能进行高空作业。避免安全事故的发生。

## 2.7 电话回访

电话回访能增强患者遵医行为,落实出院计

划,提高患者随访依从性。高度近视固定性内斜视患者由于视力差,手术复杂,术后反应明显。责任护士从出院后一周开始电话回访。以后根据第一次回访情况,制定回访计划并做好记录。根据患者手术的时间,个体差异,回访的侧重点不同。第一次回访重点询问有无按时用药,术后眼部不适感有无逐渐减轻,眼球运动障碍,代偿头位有无好转,复视有无逐渐消失。了解患者对健康教育的需求,针对性做好相应宣教。再次强调按时用药,注意眼部卫生、正确用眼的重要性。第二次电话回访,一般为出院后2个月,责任护士应事先与主管医生沟通,了解患者有无按时复诊,眼位是否恢复正位,有无再次出现眼球运动障碍,眼部炎症反应有无消除等情况。根据收集到的资料,指导患者再次复查的时机并给予相应指导。了解低视力患者生活自理能力。鼓励患者自理,将残存视力发挥到最大限度。动员家庭成员参与和支持,指导家居环境摆设的安全,提高患者的生活质量。

## 小结

高度近视固定性内斜视患者通常内斜度数多大于 $45^\circ$ 。视力可低至光感,严重影响患者的外观及视功能。手术治疗的目的在于改善眼位的同时,尽可能恢复眼球的运动功能。本组病例均为手术难度系数高,护理难度大的患者。因此,除了做好常规护理工作外,还要在术前做好患者的心理护理、健康指导,讲明手术的原理,根据患者的自理能力,做好自我管理教育和安全宣教,将残存视力发挥到最大限度。另外,术后重点掌握并发症的观察和护理,详细的出院指导,定时电话回访,使患者在配合医务人员的同时,充分理解固定性内斜视矫正后,随着肌肉纤维化,内斜视有再次出现的可能<sup>4</sup>;高度近视及高度近视引起的眼轴继续增长导致的眼底病变仍存在,向患者强调出院后仍需定期检查眼底情况,既提高患者的遵医行为,也避免了因术前盲目乐观导致术后的心理落差。

## 参考文献

- 1 陈静,封利霞.高度近视合并固定性内斜视的手术治疗探讨[J].中国斜视与小儿眼科杂志,2011,19:156.
- 2 Watkinson S.Managing depression in older people with visual impairment[J].Nurs Older People,2011,23:23-28.
- 3 田碧珊,肖惠明,植翠明.盲目病人的心理分析及护理[J].中华护理杂志,2002,37:129
- 4 李月平,赵堪兴,马惠芝.高度近视继发性内斜视的手术治疗探讨[J].中国实用眼科杂志,2008,26(2):135.