• 刊授继教 •

视网膜中央动脉阻塞的护理研究进展

樊敏^{1,2}

(1. 成都市第一人民医院, 四川 成都 610041;
2. 成都市中西医结合医院, 四川 成都 610041)

[摘要] 视网膜中央动脉阻塞是眼科急症之一, 这种血管意外可导致盲目的严重后果, 因此探讨急救护理与中西医结合护理两者结合在视网膜中央动脉阻塞治疗中的作用十分重要。在治疗中, 通过急救护理和中西医结合护理两者的结合, 能明显改善患者视力, 降低致盲率, 减轻患者痛苦。护理人员掌握视网膜中央动脉阻塞的两种护理方法, 对该疾病患者的治疗和康复具有重要的意义和价值。

[关键词] 视网膜中央动脉阻塞; 急救; 中西医结合; 护理

[中图分类号] R473.77

[文献标识码] A

DOI 10.11851/j.issn.1673-1557.2016.04.027

优先数字出版地址: <http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1688.R.20160624.1117.004.html>

视网膜中央动脉阻塞是由于各种栓塞、血栓形成或动脉痉挛等因素导致视网膜中央动脉主干或主要分支血流中断, 引起视网膜组织缺血、缺氧、变性、坏死的致盲性疾病, 是一种严重的眼科急症^[1]。临床特征是患者一眼突发视力无痛性丧失。视网膜中央动脉完全阻塞时, 视力即刻或于几分钟内完全消失。有些患者发病前有阵发性黑蒙史。多数患者初诊时视力在指数与光感之间^[2]。如果抢救不及时, 可能导致永久性的视力损害。

目前在西医扩张血管、降低眼压、增加血氧含量常规治疗的基础上, 郑永军、张国范、孔令松等^[3-7]用中医中药技术有效地行气活血, 解郁通络, 改善微循环供血, 增加局部组织氧供, 对急性视网膜中央动脉阻塞的临床抢救及后期恢复具有积极的作用。本文就该病的急救护理和中西医结合护理研究进展综述如下。

1 视网膜中央动脉阻塞的发病机理及现状

1.1 中西医发病机理 本病西医发病机理主要为动脉壁改变、动脉痉挛、栓塞及眼球后麻醉时球后出血及外科手术时俯卧位全身麻醉后等全身或局部因素导致动脉管腔狭窄, 供血不足而致患者视力下降甚至失明^[1-2]。本病归属中医学“暴盲”范畴, 中医学认为其发病与情感、饮食有关, 由阴阳失调, 气血紊乱, 致气滞血瘀, 气虚血瘀、痰热上壅、阴虚阳亢导致血络瘀阻, 目窍失养而成本病^[8-9]。

1.2 现状 视网膜中央动脉阻塞发病率约为1/10 000~1/5 000, 比视网膜静脉阻塞少见, 约为后者

的1/7。多发生在60~70岁者占73%, 平均发病年龄为62岁, 特别是伴有心血管疾病者。多为单眼发病, 左右眼发病率无差别。双眼发病者少见, 仅占1%~2%, 个别报告有高达13%者。男性比女性发病率高^[10], 男女之比约为2:1。

近年国内资料显示^[11,9], 随着人口趋于老龄化, 老年人糖尿病、动脉硬化、高血压、心脏病等心血管系统疾病发病率增加, 该病的发病率有明显上升趋势。据统计, 视网膜中央动脉阻塞患者致盲率高达90%, 预后差, 严重影响患者的生活质量。

视网膜对局部缺氧极敏感, 目前一般认为视网膜完全缺血时间超过90 min 则光感受器的死亡将不可逆转^[12-13]。因此, 对视网膜中央动脉阻塞患者, 快速有效的急救措施和优质的临床护理是救治成功的关键和保证。

2 急救护理

对视网膜中央动脉阻塞应作为眼科急重症对待, 原则上要紧急抢救视力, 分秒必争, 积极做好急救配合与护理, 尽可能抢救患者的部分视力^[14]。

2.1 吸氧 立即持续吸氧6 h, 流量为3 L/min^[15], 或低流量吸入95%的氧气与5%的二氧化碳混合气体, 连续3 d, 白天每1 h吸1次, 夜间每4 h吸1次, 每次10 min^[16]。应告知患者氧气摄入可改善视网膜缺氧, 提高视功能; 二氧化碳是一种血管扩张剂, 能使视网膜的血流增加, 以提高患者依从性、积极配合。护士认真记录给氧时间、氧流量、停氧时间, 用氧期间指导家属

注意用氧安全^[17-19]。经急救处理视力有所恢复时,可辅以高压氧治疗^[20]。

2.2 血管扩张剂 一经确诊立即吸入亚硝酸异戊酯 0.2 mL/次,每2 h 一次,连续2次;或舌下含化硝酸甘油 0.3~0.6 mg^[21];球后注射阿托品 1 mg 或妥拉苏林 12.5~25 mg或球分及颞浅动脉旁注射复方樟柳碱注射液各 2 mL^[22],以扩张视网膜动脉及解除痉挛。注意球后注射后,用无菌棉球按压注射点 5~10 min,并观察患者有无眼球突出^[23],以避免发生球后血肿^[5,17,19]。

2.3 溶栓抗凝治疗 遵医嘱予凯时注射液 2 mL 加于 0.9% NS 20 mL 中静脉推注;速避凝 0.4 mL 皮下注射^[22]。

2.4 眼球按摩 示范并指导患者用手指以中等力度加压按摩眼球 10~15 s,然后突然松开 5~10 s,如此重复按摩至少 15 min,使眼压下降,加强视网膜动脉扩张程度。如果是栓子引起的阻塞,此方法可使栓子随血流移向较小分支,改善视网膜血流灌注^[4,19]。

2.5 降低眼压 前房穿刺可使眼压急速降低^[10,17-19],口服乙酰唑胺、静脉注射甘露醇也可降眼压^[10]。静脉给药时,应选择较粗的血管,将滴数调至 100~120 滴/min,输液时嘱患者平卧,输液完毕不能猛起,以防头晕;输液后 2 h 内不可大量饮水,以保证降眼压效果^[24]。同时,密切观察眼压变化,定时测量眼压^[25];注意患者主诉,观察有无前额疼痛、眼球持续胀痛等高眼压症状。

2.6 密切观察视力变化 如果能在视网膜缺血、坏死等不可逆损害之前恢复血液循环,改善缺氧状况,则患者视力有望迅速提高^[26]。由于患者视力急剧下降,甚至无光感,因而对视力变化特别敏感,因此,要定时查视力,在急救期内,舌下含化硝酸甘油 30 min 后查 1 次,以后每 1 h 查 1 次;第 2 天每 2 h 查 1 次;急救期后每日查 2 次,发现异常及时通知医生做好相应处理^[27-28]。

2.7 药物副作用的观察及护理 由于患者常伴有糖尿病、动脉硬化、高血压、心脏病等心血管系统疾病,因此,急救用药过程中应监测血压、血糖、尿量、心功能情况^[29],做好相关疾病的观察护理,以利于患者症状的改善。大量使用血管扩张剂时,指导患者在出现头痛、眩晕、口干、面色潮红症状时勿紧张,症状可在连续用药过程中自行消失^[23];但起床时,动作要轻缓,勿突然站立,以免出现体位性低血压而晕倒。

3 中西医结合护理

3.1 接诊护理 护士在接诊时通过望、闻、问诊,快速听声,观察患者的神、色、形、态、头颈、五官、舌象、皮肤,测量生命体征,积极实施急救措施后,全面系统地

了解患者在生活起居、饮食、睡眠、情志、二便等方面的情况,为下一步辨证施护打下基础^[30,8]。

3.2 生活护理 嘱患者卧床休息,避免头部震动并减少低头弯腰、呛咳等使眼压增高的动作^[18]。将常用物品放在患者易于取放的位置,尽量定位放置。由于患者视力低下,故应加强巡视,为患者提供不能自理部分的帮助,有条件的应留家属陪护,室内尽量减少大型、坚硬、危险、高温物品放置,以防止跌倒、坠床、烫伤等意外发生。嘱咐患者保持大便通畅,预防便秘;勿用力大便,防止腹压、眼压的增高^[23]。戒烟酒^[9],尼古丁是制造血栓的原料,饮酒过量可使血压增高。

3.3 情志护理 情绪对疾病的预后影响较大,肝郁不舒、气机不畅对本身已狭窄或堵塞的视网膜中央动脉有害无利。而本病患者,由于发病迅速,特别是完全阻塞的患者,由于视力突然丧失,多表现为不同程度的恐惧、多疑敏感、抑郁悲观,依赖心理增强^[31],急切期盼恢复视功能。这些不良的心理应激反应会引起高级神经系统紊乱,使血管活性物质增加、小动脉痉挛,从而加重视网膜缺血,加重病情^[22]。因此情志护理对本病患者非常重要。医护人员要理解患者的心情,关心、体贴患者^[12,18],向患者耐心讲解此病的相关知识和介绍成功案例^[21],使其对预后有充分的认识,树立战胜疾病的信心;及时给予患者安慰和正确的疏导,各种操作熟练利落,遇到紧急情况要沉着冷静,不能出现对患者不利的言语和表情^[31-32]。尤其是对合并高血压的患者,更应嘱其放松,配合治疗,避免紧张情绪引起血压升高、加重病情而影响治疗效果^[12,18]。同时,告诫家属不要用偏方或私自乱用药,以免发生严重后果^[31]。

3.4 中医特色护理 以活血化瘀,通经活络,清热泻火,疏风明目。

3.4.1 遵医嘱静脉滴注活血化瘀中成药制剂 可选用复方丹参注射液或血栓通注射液等^[22]。

3.4.2 协助医师针刺 眶周穴位有睛明、球后、瞳子、承泣、攒竹、太阳等;远端穴位有风池、合谷、内关、翳风、足光明^[8]。每天选眶周穴位 2 个,远端穴位 2 个,轮流使用,留针 15 min 强刺激不留针,每天 1 次,10 次为 1 个疗程。

3.4.3 耳穴埋豆 取肝、胆、脾、肾心、耳尖、目 1、目 2、眼、脑干、神门等穴^[8],每 2 天 1 次,双耳交替。

3.4.4 穴位注射 灵光针(复方樟柳碱注射液)双太阳穴注射各 1 mL,每天 1 次,10 次为 1 个疗程。每 2 个疗程间隔 5~7 d^[33-34]。

3.4.5 穴位放血 取耳尖穴,刺放少许血液^[8],每天 1 次,双耳交替。

3.4.6 中药汤剂 服用时间、温度和方法依病情、药

性而定,注意观察服药后的效果,并向患者做好药物相关知识的宣教,一般中药汤剂宜温服,通窍药物勿久煎,应沸水加入^[30]。可选择免煎制剂,方便患者服用。

3.5 相关疾病护理 如有糖尿病、高血压等全身疾病应积极治疗,并做好相关疾病的护理,控制好血压、血糖^[11]。指导应用胰岛素治疗的糖尿病患者按时进食糖尿病饮食,避免出现低血糖反应;指导高血压患者进食低盐低脂饮食,注意劳逸结合,保持乐观情绪,坚持长期的饮食、运动、药物治疗,将血压控制在接近正常水平。

3.6 病室环境 病室应根据病证性质不同而定^[4]。寒证、阳虚证者,多有畏寒怕风,宜安置在向阳温暖的病室内,使患者感到舒适;热证、阴虚证者,多有恶热喜凉之求,可集中在背阴凉爽病室内,使患者感到凉爽、舒适、心静,利于养病。病室内经常通风换气,保持室内空气新鲜。通风要根据四季气候和病证不同而异,但切忌对流风。病室的温度、湿度要适宜,温度以18~20℃为宜,但阳虚证、寒证者应偏高些;阴虚证、热证者可略低些。湿度一般保持在50%~60%。病室应保持安静,减少噪声及探视,嘱其静心休养,以休体养息,培育正气,利于脏腑功能的恢复,达到早日康复的目的^[6]。

3.7 饮食护理 宣教进食高维生素、高蛋白、低盐、低糖、低脂的易消化清淡饮食。保持大便通畅,可多食芹菜等高纤维蔬菜,既可辅助降血压,又可预防便秘^[16]。可在菜肴中加入生姜、葱、蒜等调料,忌生冷、辛辣、助阳食物^[30]。可食萝卜、黑木耳、桃子等蔬菜水果以活血行气、明目利疾,也可常用菊花、枸杞子泡茶代饮,以明目清火^[24]。

4 健康宣教

健康宣教主要内容如下:(1)积极向患者讲解疾病知识,特别是有心血管疾病的患者,应做系统性检查,对因治疗,预防另一只眼发病^[2]。宣教用眼卫生,避免熬夜及长时间的近距离用眼^[18]。(2)指导患者合理饮食,注意营养均衡,如有糖尿病、高血压,则规范进食糖尿病饮食和低盐低脂饮食^[4,8,11,18]。(3)劳逸结合,避免剧烈活动、疲劳、精神紧张、情绪波动等各种不良刺激^[12,18],切忌大喜大悲,减少血管阻塞的发生率^[24]。(4)此病与全身血管病紧密相关,特别是老年人应注意高血压、糖尿病、动脉硬化、高眼压等,应注意相关用药情况及病情控制^[11]。(5)本病好发于冬季,因天气寒冷,血管收缩,血流速度减慢,血黏滞度高者血小板聚集形成小栓子而阻塞的概率大^[24],故心血管患者在冬季特别要注意防寒保暖,避免受凉。(6)教会患者自行按摩眼球的方法,指导患者如果出院后复

发或另一眼出现一过性或阵发性黑蒙、视力下降^[2],应保持镇静,先立即吸入亚硝酸异戊酯或舌下含服硝酸甘油,再到就近医院医治^[25];或在6~12h内积极就医,以免失去最佳治疗时机,同时自行按摩眼球^[3,8,10,12,17-19]。(7)出院后第1周、半个月、1个月、3个月时定期门诊随访,检查视力。

综上所述,急救护理与中西医结合护理在视网膜中央动脉阻塞治疗中的作用十分重要,护理人员除了可以参考上述的中西医结合护理,还应继续探索并丰富新的有效的临床护理手段,以更有效地降低视网膜中央动脉阻塞的致盲率,带给患者光明,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1]李凤鸣. 中华眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:226.
- [2]赵堪兴,杨培增. 视网膜血管病[J]. 眼科学,2012,4(7):199-202.
- [3]郑永军. 中西医结合治疗急性视网膜中央动脉阻塞疗效的观察[J]. 求医问药:学术版,2012,10(3):489.
- [4]张国范,张蕊,张立君. 中西医结合救治视网膜中央动脉阻塞(附32例报告)[J]. 中国急救医学,2001,21(1):53.
- [5]孔令松. 论中西医结合治疗急性视网膜中央动脉阻塞[J]. 大众健康:理论版,2012(9):189-189.
- [6]刘晋荣. 中西医结合治疗急性视网膜中央动脉阻塞疗效观察[J]. 西部医学,2010,22(8):1495-1496,1498.
- [7]陈伟丽,巢国俊. 中西医结合治疗视网膜中央动脉阻塞疗效观察[J]. 中国中医眼科杂志,2007,17(6):334-335.
- [8]段俊国. 中西医结合眼科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:264-267.
- [9]宋志燕,蒋菊蓉,卢仙月. 高血压伴视网膜中央动脉阻塞院前院后中西医结合急救护理[J]. 中国中医急症,2011,20(9):1530-1539.
- [10]刘家琦,李凤鸣. 实用眼科学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2010:409.
- [11]王润生,吕沛霖,韩晓星,等. 高脂血症与视网膜中央动脉阻塞发病的关系[J]. 中国实用眼科杂志,2004,22(2):128-129.
- [12]陈敏. 视网膜中央动脉阻塞患者的临床护理简述[J]. 中外健康文摘,2013(31):250-251.
- [13]张慧蓉. 眼微循环及其相关疾病[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993:107-108.
- [14]龚秀英. 11例视网膜中央动脉阻塞急救与预后[J]. 咸宁学院学报:医学版,2006,20(3):247.
- [15]孙则红,王志学,梁勇,等. 视网膜中央动脉阻塞的急救与护理[J]. 护士进修杂志,2011,26(4):372-373.
- [16]郑粉善. 视网膜中央动脉阻塞78例的急救护理[J]. 慢性病学杂志,2010,12(12):1760,1763.

(下转第312页)

[10]许继哈,苏永静,黄贤丽,等. 脑卒中患者延续性护理的研究进展[J]. 现代临床护理,2012,11(6):83-86.

[11]赵雪萍,薛小玲,卢珏,等. 协同护理干预对脑卒中患者生活方式影响研究[J]. 护士进修杂志,2012,27(18):1664-1666.

[12]冯凤谊,陆映香,左琴,等. 社区健康教育对脑卒中患者压疮预防的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(3):121-122.

[13]王静,叶冬青,汪凯. 中国居民超重或肥胖、吸烟、饮酒与脑卒中关系的 Meta 分析[J]. 中华预防医学杂志,2008,42(2):115-118.

[14]霍焱,张莉琴. 开展以家庭为中心的脑卒中护理[J]. 海军总医院学报,2003,16(4):249-251, 257.

[15]戎艳琴,井坤娟. Orem 自理理论在脑卒中患者中的应用现状与思考[J]. 医学研究与教育,2015,32(3):95-98.

[16]罗坚,梁德贞,梁琴. 脑梗死偏瘫患者康复护理进展[J]. 护士进修杂志,2015,30(2):125-127.

[17]许晓燕,樊敏. 脑卒中临床康复护理的发展现状[J]. 解放军护理杂志,2011,28(18):25-26, 29.

[18]杨卜凡,杨应成,刘昊,等. 卒中后抑郁对预后影响的研究进展[J]. 医学综述,2016,22(1):101-104.

[19]WHYTE E M, MULSANT B H. Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment[J]. Biol Psychiatry, 2002, 52(3): 253-264.

[20]GRAY R J, MYINT P K, ELENDR F, et al. A depression recognition and treatment package for families living with stroke (DepReT - Stroke): study protocol for a randomised

controlled trial[J]. Trials, 2011, 12(1): 105.

[21]王洪平. 同步家属健康教育对 17 例脑卒中患者远期生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(4):21-22.

[22]程波,袁芳. 对脑卒中康复期患者实施延续护理的研究进展[J]. 护理学杂志,2014,29(4):84-85.

[23]王雪梅,石霞,刘美玲. 对脑卒中携带胃管病人实施连续护理干预效果的研究[J]. 护理研究,2011,25(4):322-324.

[24]PRINGLE J, HENDRY C, MCLAFFERTY E. A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers [J]. J Clin Nurs, 2008, 17(18): 2384-2397.

[25]谭永霞,戚晓昆. 规范康复治疗对脑卒中偏瘫患者肢体功能的影响[C]//2008 年天坛国际脑血管病会议论文集,北京,2008.

[26]JORDAN L C, HILLIS A E. Disorders of speech and language: aphasia, apraxia and dysarthria [J]. Curr Opin Neurol, 2006, 19(6): 580-585.

[27]BAKHEIT A M, SHAW S, BARRETT L, et al. A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia[J]. Clin Rehabil, 2007, 21(10): 885-894.

[28]WANG Yilong, XU Jie, ZHAO Xingquan, et al. Association of hypertension with stroke recurrence depends on ischemic stroke subtype[J]. Stroke, 2013, 44(5): 1232-1237.

(收稿日期:2016-03-17)

(上接第 309 页)

[17]刘淑贤. 同仁眼科专科护理操作技术规范与评分标准 [M]. 北京:科学出版社,2009:115.

[18]曾继红. 眼科护理手册[M]. 北京:科学出版社,2011:122-126.

[19]韩杰. 眼科临床护理手册[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:34-35.

[20]张雪菲,刘平,单飞雪. 高压氧治疗视网膜中央动脉栓塞 [J]. 中国急救医学,2000,20(1):44.

[21]覃梅勤,李水玲,苏丽金,等. 67 例视网膜中央动脉阻塞患者的临床整体护理[J]. 当代护士:专科版,2013(10):81-82.

[22]张晨清,沈一青. 视网膜中央动脉阻塞的急救护理[J]. 中国实用医药,2010,5(8):190-191.

[23]李静华,胡玮,傅红霞. 视网膜中央动脉阻塞患者 1 例救治成功的护理[J]. 护理与康复,2012,11(11):1101-1102.

[24]刘耀玲,万爱玉. 视网膜中央动脉阻塞的急救护理与预防 [J]. 内蒙古中医药,2010,29(1):164-165.

[25]姜海兰. 视网膜中央动脉阻塞 28 例急救护理[J]. 内蒙古医学杂志,2012,44(17):84-85.

[26]苏丽金,林婉意,叶瑞芬. 58 例视网膜中央动脉阻塞病人的护理[J]. 全科护理,2006,4(15):17-18.

[27]韩点,崔元日,纪元,等. 视网膜中央动脉阻塞 22 例临床观察护理[J]. 中国医药导报,2009,6(22):151-152.

[28]刘秀坚. 视网膜中央动脉阻塞的急救护理[J]. 临床护理杂志,2006,5(2):33-34.

[29]郝鑫娅,薛梅,路小棉. 视网膜中央动脉阻塞病人的急救护理[J]. 全科护理,2013,11(20):1862-1863.

[30]廖如蓉,熊晓玲. 中医护理“三基”知识问答[M]. 成都:四川科学技术出版社,2007:442-443.

[31]张平云. 视网膜中央动脉阻塞患者的心理状态和心理护理 [J]. 中国医药指南,2008,6(12):143-144.

[32]张彩侠,袁静萍,刘耀玲. 视网膜中央动脉阻塞患者的心理护理[J]. 内蒙古中医药,2013,32(19):175-176.

[33]王莉. 复方樟柳碱 II 号治疗间接性视神经挫伤[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2001,11(23):694.

[34]郭庆,郭齐亮,张魏魏,等. 复方樟柳碱治疗视网膜中央动脉阻塞 40 例[J]. 眼科新进展,2008,28(11):845-846.

(收稿日期:2016-03-14)