

WUGUANKE

“十一五”规划教材

HULIXUE

吴玉华 主编

shiyiwu

guihua

jiaocai

新编中等卫生学校护理专业教材

五官科护理学



 江西出版集团
江西科学技术出版社

新编中等卫生学校护理专业教材

五官科护理学

主 编: 吴玉华

副主编: 徐 强 陈德荣

编 者 (按姓氏笔画排序)

- | | |
|-----|---------------|
| 王 磊 | (江西护理职业技术学院) |
| 朱文憬 | (赣州卫生学校) |
| 陈德荣 | (南昌市卫生学校) |
| 吴玉华 | (新余高等专科学校医学系) |
| 沈 林 | (江西护理职业技术学院) |
| 金 宪 | (南昌大学第二附属医院) |
| 徐 强 | (江西护理职业技术学院) |



 江西出版集团
江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

五官科护理学/吴玉华主编. —南昌:江西科学技术出版社,2008.5

新编中等卫生学校护理专业教材

ISBN 978 - 7 - 5390 - 3336 - 5

I. 五… II. 吴… III. 五官科学:护理学 - 专业学校 - 教材 IV. R473.76

中国版本图书馆CIP数据核字(2008)第058139号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:KX2008017

图书代码:J08356 - 101

五官科护理学

吴玉华主编

出版	江西出版集团·江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街2号附1号
	邮编:330009 电话:(0791)6623491 6639342(传真)
印刷	南昌市红星印刷有限公司
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	260千字
印张	11.5
印数	4000册
版次	2008年5月第1版 2008年5月第1次印刷
书号	ISBN 978 - 7 - 5390 - 3336 - 5
定价	18.50元

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

前 言

为了适应职业教育和卫生事业改革与发展对中等职业教育的要求,在江西省卫生行政部门的大力支持下,由江西科学技术出版社组织安排,我们编写了这本教材。

本教材的编写坚持以新标准、高起点为基本要求,贯彻以人为本的方针,突出“贴近学生、贴近岗位、贴近社会”的原则,从培养高素质、实用型中级卫生人员的实际出发,全面落实素质教育,注重对学生创新能力的培养及岗位职业技能的训练。教材的内容遵循专业培养目标,强调“三基”(基础理论、基础知识、基本技能),体现“五性”(科学性、思想性、实用性、可读性、创新性)。本书因眼、耳鼻咽喉和口腔三个学科的专业特点,教学内容分科细、病种多,而教学时数较少,故我们以各科常见病、多发病及严重危害人体健康的疾病作为教学的内容,突出护理专业的特征与需要,并以护理程序为主线,充分体现以病人为中心的整体护理来进行本书的编写。教材共九章,第一至三章为眼科护理学;第四至六章为耳鼻咽喉科护理学;第七至九章为口腔科护理学。由于在基础医学课程中,眼、耳鼻咽喉和口腔科的解剖学、生理学内容讲授较少,所以本书各篇章首先讲解相关的应用解剖生理,其次是护理概述和常用的护理检查及操作技术,然后结合各学科特点介绍常见病病人的护理。目的是使学生通过本教材的系统学习和训练,掌握必要的理论知识和娴熟的操作技能,以适应临床工作需要。

本教材依据2007年全国中等卫生职业教育教学计划和教学大纲,以及《执业护士资格考试大纲》的要求编写,供中等卫生学校护理专业、助产专业使用,也可作为其他专业的学生用书。

在编写本书的过程中,得到了各位编者所在单位领导的大力支持,在此,谨向他们致以衷心的感谢!

护理专业在快速发展,护理知识也在不断更新,由于我们水平有限和编写时间仓促,书中难免有不足之处,敬请批评指正。

编 者

2008年3月

目 录

绪 论		• 1
第一章	第一节 眼球的应用解剖生理	• 3
眼的应用解剖	第二节 视路的应用解剖生理	• 6
生理	第三节 眼附属器的应用解剖生理	• 7
第二章	第一节 眼科病人的护理评估及常用护理诊断	• 10
眼科病人的护理	第二节 眼科护理管理及常用护理技术操作	• 18
概述		
第三章	第一节 眼睑及泪器病人的护理	• 24
眼科病人的护理	第二节 结膜病病人的护理	• 26
	第三节 角膜炎病人的护理	• 30
	第四节 白内障病人的护理	• 34
	第五节 青光眼病人的护理	• 39
	第六节 葡萄膜、视网膜疾病病人的护理	• 45
	第七节 屈光不正、老视与斜、弱视病人的护理	• 51
	第八节 眼外伤病人的护理	• 55



第四章	第一节	鼻的应用解剖生理	• 60
耳鼻咽喉的应用解剖生理	第二节	咽的应用解剖生理	• 64
	第三节	喉的应用解剖生理	• 66
	第四节	气管、支气管及食管的应用解剖生理	• 68
	第五节	耳的应用解剖生理	• 70
第五章	第一节	耳鼻咽喉科病人的护理评估及常用诊断	• 76
耳鼻咽喉病人的护理概述	第二节	耳鼻咽喉科护理管理与常用护理技术操作	• 80
第六章	第一节	耳科病人的护理	• 86
耳鼻咽喉科病人的护理	第二节	鼻科病人的护理	• 99
	第三节	咽科病人的护理	• 111
	第四节	喉科病人的护理	• 122
	第五节	耳鼻咽喉、气管及食管异物病人的护理	• 128
第七章	第一节	口腔的应用解剖生理	• 132
口腔颌面部的应用解剖生理	第二节	牙齿及牙周组织的应用解剖生理	• 133
	第三节	颌面部应用解剖生理	• 135
第八章	第一节	口腔科病人的护理评估及常用护理诊断	• 137
口腔科病人的护理概述	第二节	口腔科护理管理及常用护理技术操作	• 140

第九章 口腔科病人的护 理	第一节	牙体及牙髓组织病人的护理	• 146
	第二节	牙周病病人的护理	• 152
	第三节	口腔黏膜病人的护理	• 154
	第四节	口腔颌面部感染病人的护理	• 159
	第五节	口腔颌面部损伤病人的护理	• 163
附录	附录一	眼科常用药物	• 169
	附录二	耳鼻咽喉科常用药物	• 173

绪 论

一、五官科护理学的定义和范围

五官科护理学是研究如何对人的五官及其病人进行整体护理的一门临床护理学科。它包括眼科护理、耳鼻咽喉科护理和口腔科护理三部分,属于临床护理学的一个分支学科。本学科从护理学角度,观察眼、耳、鼻、咽、喉、口等器官的健康状况和疾病状态,进行护理评估,作出护理诊断,制定护理计划,提出预期目标和护理措施;通过实施与评估,探讨用护理学的技术方法,并与医疗密切配合,做好各种治疗护理工作,从而解决五官科病人的健康问题,使其尽快康复,促使其从疾病状态向健康状态转化。

二、五官科护理的特殊性

五官位于头面部,具有视、听、味、嗅、位置等特殊功能,且与身体的其他脏器联系紧密,因此,五官功能的正常,对维持人体各器官的正常功能具有重要意义。如鼻咽喉为呼吸系统的门户,肺部的炎症常与上呼吸道感染有关;眼睛是心灵和疾病的窗口,如心情不佳时,可表现为眼无神;糖尿病、高血压等疾病可引起眼底和内耳的损害;五官的病变(龋病、鼻窦炎、扁桃体炎等)会引起心脏、肾脏、关节等疾病,成为全身性疾病的病灶。因此对五官的护理显得尤为重要,而良好的护理也能使病人的身心尽快地恢复健康。

此外,五官科各器官之间在解剖、生理和病理上也有着密切的关系。如咽喉部多为深在和细小腔洞,且相互关联。鼻、咽、喉有共同的生理功能,构成了上呼吸道,而只有在上呼吸道功能正常时,耳部才能完成正常的生理功能,其影响程度非常显著。鼻和鼻窦的炎性改变,常可引起咽喉炎、中耳炎;鼻窦肿瘤常影响到眼眶、口腔;口腔某些牙齿疾病亦可影响到鼻窦等。而眼球从解剖结构来看,既精密又脆弱,若发生炎症或外伤,常可导致视力减退或失明。如角膜异物剔除后,若护理不当,则可发生感染致角膜溃疡,严重者还可发生角膜穿孔。

因此,学习或从事五官科护理工作,必须树立整体观念,必须注重全身与局部的关系,并了解药物史、家族史和环境因素等。我国的医学模式和护理模式正发生着深刻的变化,已从被动执行医嘱的护理,转为面对病人的需要及出现的各种问题,主动促进其全面康复的护理;从单纯的疾病护理,扩展为对病人的整体护理;从局限在医院内的护理,到面向社区人群健康服务的护理;从单纯的临床治疗护理,延伸到对病人的心理护理。这些都决定了五官科护理不仅要病人的疾病进行护理,更重要的是还需要关心病人的心理和生理的需求,同时还应考虑到病人的家庭、环境和社会的状况,并树立



整体护理观念,只有这样才能使病人又好又快地恢复健康。因此,学习或从事五官科护理工作的相关人员只有在专业知识、工作能力、服务质量上精益求精,并将所有知识融会贯通,才能真正全面提高护理质量,更好地为患者服务。

第一章 眼的应用解剖生理

眼为视觉器官,包括眼球、视路和眼附属器三部分。

眼球接受外界光线成像于视网膜,信息由视路传导至视皮质而产生视觉。眼附属器对眼球起到保护、运动等作用。

第一节 眼球的应用解剖生理

眼球略呈球形,正常成人的眼球前后径平均为 24mm,垂直径平均为 23mm,水平径平均为 23.5mm。眼球位于眼眶前部,大部分受眶骨壁保护,借眶筋膜、韧带与眶壁联系,周围有眶脂肪垫衬,以减少眼球的震动,其前面有眼睑保护。

眼球分为眼球壁和眼球内容两部分(图 1-1-1)。

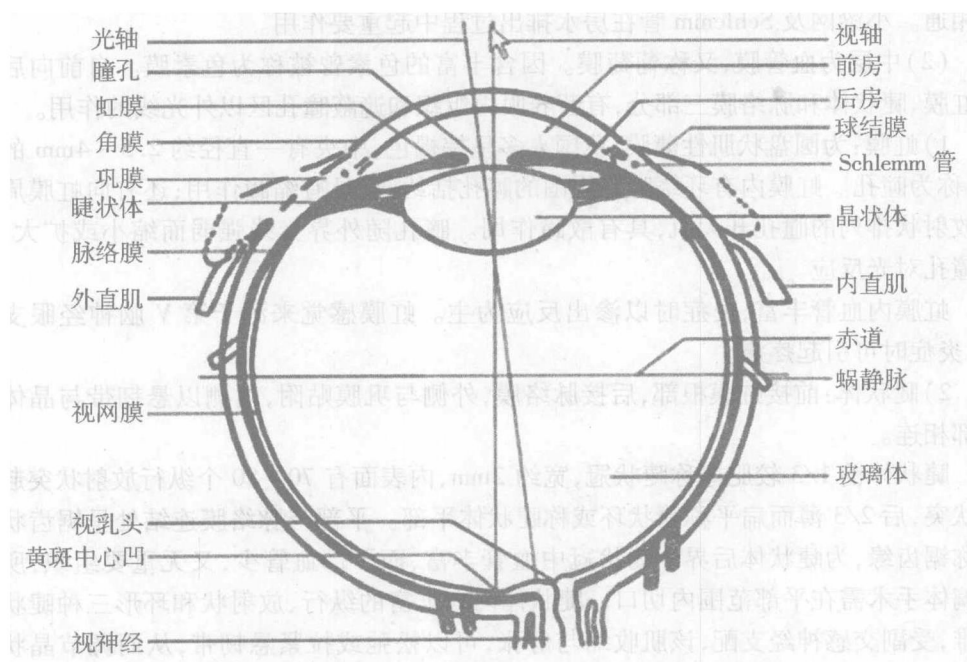


图 1-1-1 眼球水平切面图

(一) 眼球壁

眼球壁由外、中、内三层膜构成。

(1)外层由坚韧致密的纤维组织构成,故称纤维膜,有保护眼内组织和维持眼球形状的生理功能。角膜有透光和屈光作用。其前面 $1/6$ 为透明的角膜,后面 $5/6$ 为瓷白色不透明的巩膜,两者移行部为角巩膜缘。

1)角膜:略呈横椭圆形,横径为 $11.5 \sim 12\text{mm}$,垂直径为 $10.5 \sim 11\text{mm}$,角膜中央部厚度为 $0.5 \sim 0.6\text{mm}$,周边为 $0.8 \sim 1\text{mm}$ 。

组织学上将角膜由外向内分为 5 层:①上皮细胞层:由 5~6 层上皮细胞组成,再生能力强,损伤后能快速修复且不留瘢痕;②前弹力层:是一层均质透明膜,损伤后不能再生;③基质层:约占全角膜厚度的 90%,主要由多层与角膜表面平行排列的胶原纤维板组成,损伤后无再生能力,形成瘢痕;④后弹力层:为坚韧而有弹性的透明均质膜,损伤后能再生修复;⑤内皮细胞层:仅为一层立方上皮,具有角膜-房水屏障作用,损伤后不能再生,靠临近细胞的移行与扩展修复。

角膜组织和生理的特点有:①透明、无血管,以适应光学需要;②感觉敏锐:含有丰富的三叉神经末梢的睫状神经末梢纤维,分布于上皮细胞和实质层内;③代谢缓慢:由于角膜无血管,其营养物质和氧气只能从角膜缘血管网、房水、泪液及大气中获得,故在病理情况下,修复过程较慢。

2)巩膜:质韧,不透明,呈瓷白色。由致密的胶原纤维及弹力纤维交错构成。

3)角巩膜缘:是角膜和巩膜相互移行衔接处。灰白色半透明,宽约 1mm 。该处结构薄弱,眼球顿挫伤时,易发生破裂。深部有环形的 Schlemm 管,向内经小梁网与前房角相通。小梁网及 Schlemm 管在房水排出过程中起重要作用。

(2)中层为血管膜,又称葡萄膜。因含丰富的色素曾被称为色素膜。自前向后分为虹膜、睫状体和脉络膜三部分,有营养眼内组织和遮蔽瞳孔区以外光线的作用。

1)虹膜:为圆盘状肌性薄膜,我国人多呈棕褐色,中央有一直径约 $2.5 \sim 4\text{mm}$ 的圆孔,称为瞳孔。虹膜内有环绕瞳孔周围的瞳孔括约肌,具有缩瞳作用;还有向虹膜周边呈放射状排列的瞳孔开大肌,具有散瞳作用。瞳孔随外界光线强弱而缩小或扩大,称为瞳孔对光反应。

虹膜内血管丰富,炎症时以渗出反应为主。虹膜感觉来源于第 V 脑神经眼支分支,炎症时可引起疼痛。

2)睫状体:前接虹膜根部,后接脉络膜,外侧与巩膜贴附,内侧以悬韧带与晶体赤道部相连。

睫状体前 $1/3$ 较肥厚称睫状冠,宽约 2mm ,内表面有 $70 \sim 80$ 个纵行放射状突起称睫状突,后 $2/3$ 薄而扁平称睫状环或称睫状体平部。平部与脉络膜連結处呈锯齿状弯曲称锯齿缘,为睫状体后界。睫状冠中血管丰富,而平部血管少,又无重要组织,所以玻璃体手术需在平部范围内切口。睫状体内有丰富的纵行、放射状和环形三种睫状肌纤维,受副交感神经支配,该肌收缩与舒张,可以松弛或拉紧悬韧带,从而调节晶状体的厚度,使屈光力根据需要增强或减弱。睫状体内富含血管和三叉神经末梢,当炎症时可产生渗出物并引起显著疼痛。

3)脉络膜:为血管膜的后部,前起锯齿缘,后止于视乳头周围,介于视网膜与巩膜之间,有丰富的血管和色素细胞。有充分遮光暗房作用,能提高视网膜的像质。脉络

膜血液主要来自睫状后短动脉,且血管多、血容量大,约占眼球血液总量的65%。脉络膜无感觉神经分布,故脉络膜炎不引起疼痛。

(3)内层:为视网膜,是一层透明的薄膜。前起锯齿缘,后止视乳头,其外与脉络膜紧贴,其内与玻璃体相邻。按胚胎发育来源,视网膜可分为二层,外层为色素上皮层,内层为视网膜感光层。二者间有潜在间隙,临床上视网膜脱离即由此处分离。

视网膜后极部有一直径约2mm的浅漏斗状小凹陷区,称为黄斑,因该区含有丰富的叶黄素而得名。黄斑区无血管,但此区色素上皮细胞含有较多色素,因此在检眼镜下颜色较暗。其中央有一小凹为黄斑中心凹,可见反光点称中心凹反射。视轴正对终点即黄斑中心凹,是视觉最敏锐的部位。

视网膜神经感觉层主要由三级神经元构成,即光感受器、双极细胞和神经节细胞。视网膜光感受器接受光线刺激形成神经冲动,向双极细胞和神经节细胞传递,然后再沿视路将信息传导到视中枢形成视觉。第一级神经元为光感受器,分为视杆细胞和视锥细胞两种。前者感弱光,后者感强光、色觉。黄斑区主要有视锥细胞分布,而无视杆细胞。中心凹处只有锥细胞,且神经元的传递呈单线连接,故视力非常敏锐。离开中心凹后视锥细胞密度明显降低而视杆细胞逐渐增多。临床上黄斑区病变时,视力明显下降;周边部视网膜病变时,因视杆细胞受损而发生夜盲。视杆细胞含有视紫红质,在其合成过程中,维生素A起重要作用,故当维生素A缺乏时会影响视紫红质的合成,导致夜盲。

黄斑鼻侧约3mm处有一直径约1.5mm,境界清楚的淡红色圆形结构称为视乳头,又称视盘,是节细胞神经纤维汇集向视中枢传递穿出眼球的部位。其表面中央有一小漏斗状凹陷,称为生理凹陷。视乳头处无感光细胞,不形成视觉,在视野上称为生理盲点。

锯齿缘为脉络膜与睫状体交界处的标志,此处视网膜薄弱,血管稀少,易发生病变。

视网膜血管为终末血管,是人体唯一用检眼镜即可直视观察到的血管,其结构与心脑血管相似,故可通过观察眼底血管状态估计心脑血管功能。此外,通过检眼镜检查也有助于高血压、动脉硬化、糖尿病等的临床诊断和病情的判定。

(二) 眼球内容

眼球内容包括房水、晶状体和玻璃体,均为无血管和神经的透明物质,是光线进入眼内达视网膜的通路,与角膜一并称为眼的屈光间质,具有屈光的作用,二者共同构成眼的屈光系统。

1. 房水

房水由睫状体的睫状突上皮产生,充满后房与前房,为透明水样液。全量为0.15~0.3ml。其主要成分是水,占98.75%;亦含有少量的氯化物、蛋白质、维生素C、尿素及无机盐等。pH值约为7.3~7.5,呈弱碱性。当眼内炎症、手术或眼外伤时,蛋白含量增高。此外,房水还具有营养角膜、晶状体、玻璃体和维持正常眼压的功能。

房水的循环途径为由睫状突产生后进入后房,经瞳孔到前房,再从前房角小梁网Schlemm管,然后经集液管和房水静脉,最后入巩膜表层的睫状前静脉而回到血液循

环。少部分房水则经虹膜表面隐窝被吸收和从脉络膜上腔排出(图 1-1-2)。

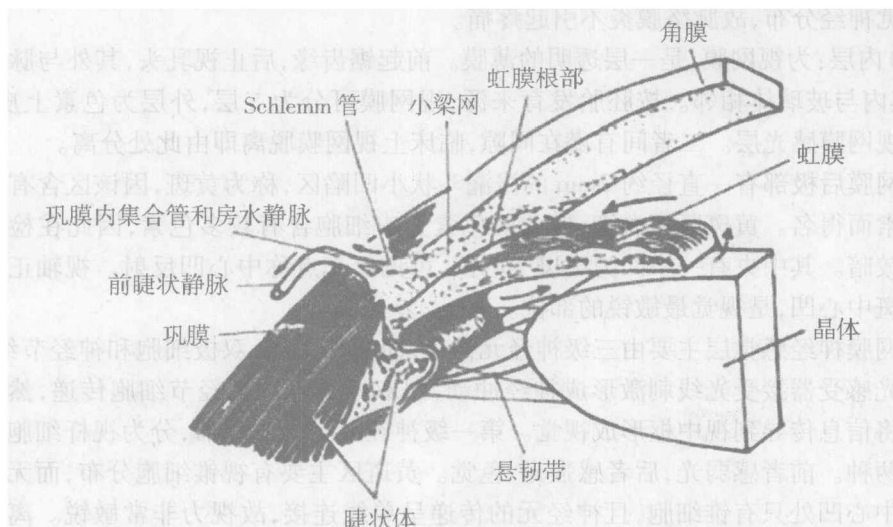


图 1-1-2 前房角解剖结构与房水循环

2. 晶状体

晶状体位于虹膜和玻璃体之间,两边借助悬韧带与睫状体相连,是一富有弹性的双凸面圆形透明体,由囊、皮质和核三部分组成。晶状体无血管,其营养来自房水,房水代谢变化或囊损伤时可导致晶状体混浊发生白内障。晶状体的功能是参与眼的调节作用。随着年龄的增长,晶状体弹性减弱,调节作用下降,出现老视。

3. 玻璃体

玻璃体为透明的胶质体,主要成分为水,含有微量胶原纤维、蛋白质及酸性粘多糖等物质,有粘性。玻璃体前面有一凹面,称膝状窝,以容纳晶状体。玻璃体除有屈光功能外,主要是对视网膜和眼球壁起支持作用。但玻璃体无血管,代谢缓慢,且不能再生,其营养来自脉络膜和房水。

第二节 视路的应用解剖生理

视路,是视觉冲动传导的神经通路。临床上,通常指从视神经开始,经视交叉、视束、外侧膝状体、视放射到枕叶视中枢的神经传导径路。

视网膜神经纤维汇集于眼底后极部,形成视神经乳头,其纤维通过巩膜筛板出眼球,形成视神经。它向后向内至眶尖通过视神经孔,进入颅腔。两侧视神经来自视网膜鼻侧的纤维在蝶鞍处交叉到对侧,与同侧的视网膜颞侧纤维合成左右视束,视束绕过大脑脚外侧终止到外侧膝状体更换神经元,新的视纤维经过内囊、颞叶形成视放射,终止于枕叶皮质纹状区的视中枢。视神经按其部位划分为:眼内段、眶内段、管内段和颅内段四部分。

视路各部分的神经纤维排列极有规律,因此,当视路不同部位受损,则出现相应的

视野改变(图1-2-1)。这种变化对眼底病及颅内占位性病变的定位诊断有很大意义。此外,视神经鞘膜是由三层脑膜延续而来,当颅内压升高时,可引起视乳头水肿。

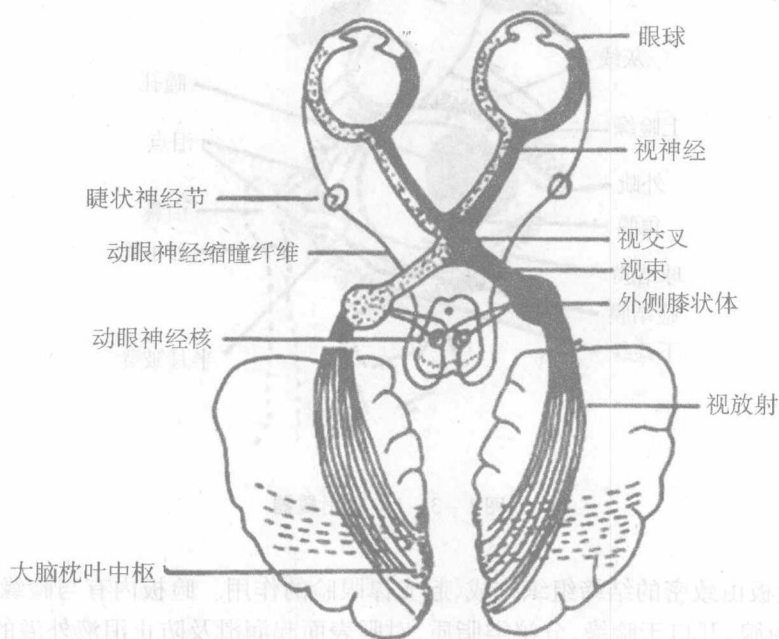


图1-2-1 视路示意图

第三节 眼附属器的应用解剖生理

眼的附属器包括眼睑、结膜、泪器、眼外肌和眼眶(图1-3-1)。

一、眼睑

眼睑覆盖于眼球前面,分上睑和下睑。上下眼睑间的裂隙为睑裂,其内外联结处分别称为内眦和外眦。眼睑游离缘称为睑缘,分前后两唇,两唇间有一条灰线为皮肤与黏膜的交界处。前唇有整齐的睫毛生长,毛囊周围有皮脂腺及变态汗腺开口于毛囊;后唇有一排睑板腺的开口。上下睑缘的内侧各有一乳头状突起,中央有小孔,称为泪点,为泪小管开口处。

眼睑组织由外向内分为五层:

- (1) 皮肤层是人体最柔薄的皮肤之一,易形成皱褶,利于眼睑的开闭活动。
- (2) 皮下组织层为疏松结缔组织和少量脂肪,肾病和局部炎症时易出现水肿。
- (3) 肌层根据其纤维方向和作用的不同,可分为三种肌肉。①眼轮匝肌:肌纤维走行与睑裂平行呈环形。受面神经支配,司眼睑闭合。②提上睑肌:起于视神经孔周围的总腱环,沿眼眶上壁向前至眶缘呈扇形分开,附着于睑板前面及上睑皮肤。由动眼神经支配,收缩时使上睑提起。③Müller氏肌为一平滑肌,受交感神经支配,收缩时使

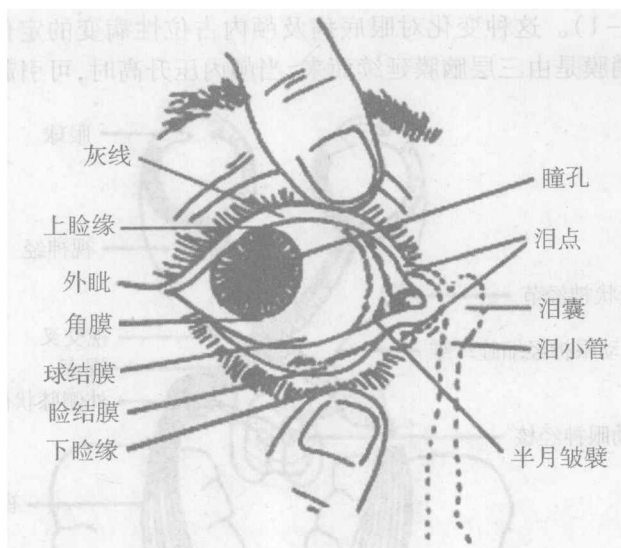


图 1-3-1 眼附属器

睑裂增大。

(4) 睑板由致密的结缔组织构成,起支撑眼睑的作用。睑板内有与睑缘垂直、排列整齐的睑板腺,开口于睑缘,分泌类脂质,对眼表面起润滑及防止泪液外溢的作用。

(5) 睑结膜为紧贴在睑板内表面的黏膜组织。

二、结膜

结膜是一层透明的黏膜,覆盖在眼睑的后面和眼球前面。按其解剖部位可分为睑结膜、球结膜和穹窿结膜。这三部分结膜和角膜在眼球前面形成一个以睑裂为开口的囊状为结膜囊。

(1) 睑结膜:紧贴睑板后面,不能被推动,正常情况下可见纵行走行的小血管和部分睑板腺管。距上睑缘后唇约 2mm 处有一与睑缘平行的浅沟,称为上睑下沟,较易存留小异物。

(2) 球结膜:覆盖于眼球前部巩膜表面,止于角巩膜缘,可被推动。

(3) 穹窿结膜:为睑结膜和球结膜的移行处,组织疏松,多皱褶,利于眼球运动。结膜组织内分布有副泪腺和杯状细胞,分别分泌泪液和黏液,对眼球具有协助湿润作用。

三、泪器

泪器包括泪腺和泪道两部分(图 1-3-2)。

(1) 泪腺分泌泪液,位于眼眶外上方的泪腺窝内,被提上睑肌腱膜分隔为眶部泪腺和睑部泪腺。泪腺的排出管约 10~12 根,开口于外上方穹窿结膜。

(2) 泪道为泪液的排出通道。

1) 泪点:为泪道的起始部,位于上下睑缘内侧的乳头状突起上,为圆形小孔结构,贴附于眼球表面。

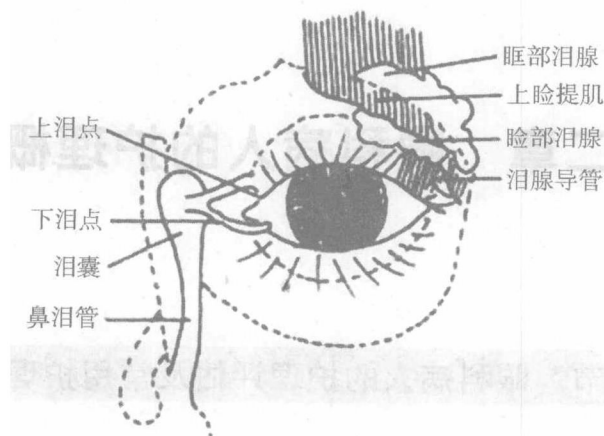


图 1-3-2 泪器解剖图

2) 泪小管: 为连接泪点与泪囊的小管。从泪点开始, 先垂直于睑缘, 长 1~2mm, 然后转与睑缘水平方向向内, 长约 8mm。上、下泪小管汇合后或分别进入泪囊。

3) 泪囊: 位于内眦深处的泪囊窝内。其上方为盲端, 为内眦韧带覆盖, 下方与鼻泪管相连, 长约 12mm。

4) 鼻泪管: 位于骨性鼻泪管内, 向下开口于下鼻道前端, 长约 18mm。

泪液中含有溶菌酶、免疫球蛋白、补体 and 无机盐等, 故泪液不仅有湿润眼球, 清洁结膜囊作用, 还有一定的杀菌能力。泪液排入结膜囊后, 大部分在眼球表面蒸发, 其余依靠瞬目运动和泪小管的虹吸作用进入泪道。若泪道阻塞, 则会引起泪溢; 若泪液分泌不足, 也会引起干眼性角膜结膜炎。

四、眼外肌

眼外肌是支配眼球运动的肌肉。每眼有 4 条直肌和 2 条斜肌, 4 条直肌分别为上直肌、下直肌、内直肌和外直肌, 主要对眼球起上转、下转、内收和外展作用; 2 条斜肌分别为上斜肌和下斜肌, 主要起内旋、外旋作用。外直肌由外展神经支配, 上斜肌由滑车神经支配, 其余眼外肌皆由动眼神经支配。所有眼外肌相互配合与协调, 保证两眼灵活运动, 从而实现双眼单视功能。眼外肌病变或受损可导致斜视、复视和弱视等。

五、眼眶

眼眶为由额骨、蝶骨、筛骨、腭骨、泪骨、上颌骨和颧骨构成的四面锥形骨窝, 开口向前, 尖朝向后。成人眶深 4~5cm, 有上下内外四壁, 外侧壁稍偏后, 利于外侧视野开阔, 但受外伤的概率也大, 其他三壁骨质较薄, 且与鼻窦毗邻, 故鼻窦的炎症和肿瘤常累及眶内。眶壁上有视神经孔、眶上裂和眶下裂, 内有视神经和血管通过。

眶内有眼球、眼外肌、泪腺、血管、神经和筋膜等, 其间充有脂肪, 起软垫保护作用。

在视神经与外直肌之间, 以及眶尖前约 1cm 处, 有一睫状神经节, 眼内手术时行球后麻醉, 即阻断该神经节。

第二章 眼科病人的护理概述

第一节 眼科病人的护理评估及常用护理诊断

一、基本特征

1. 症状体征突出

由于眼的结构精细且功能特殊,眼部发生病变时的症状、体征均很突出,病人多有明确的主诉,可直接或借助检查仪器观察到或被检查到,故确定眼科病人的护理诊断及制订相应的护理措施比较容易。例如,视功能障碍、眼痛、流泪、分泌物、角膜混浊、眼底病变等。

2. 存在较明显的心理症状

眼是人体最重要的器官之一,亦是特殊的感觉器官,人从外界环境获取的信息中,约90%是由视觉通道传入的。由于眼的位置和功能的重要性及特殊性,眼病时的患者的痛苦感受尤为显著,心理因素的影响明显。例如,眼科手术病人多有紧张、焦虑和恐惧心理;情绪激动可诱发急性闭角型青光眼的发作,而发作时的剧烈眼痛又会引起病人焦虑、烦躁、失眠等心理失衡;眼睑畸形可使病人产生自卑心理等。

3. 可伴有全身相关病症

许多眼病可从全身找到原因,有些眼病就是全身病的眼部表现。例如,风湿性关节炎可引起虹膜睫状体炎;高血压动脉硬化、糖尿病可引起眼底出血,维生素A缺乏可引起角膜软化症等。此外,还有不少眼病可引起全身症状。例如,急性闭角型青光眼引起剧烈头痛、恶心、呕吐等全身症状;眶蜂窝织炎引起头痛、高热等全身症状。

4. 护理体检以眼部为主

眼科病人的护理体检应着重眼部检查,如视功能检查、眼附属器检查、眼球前段检查、眼底检查及眼压检查等;检查时常借助视力表、手电筒、检眼镜、裂隙灯显微镜、眼压计等获得视力、外眼、内眼和眼压等方面的情况及其变化。

二、护理评估

眼科病人的护理评估是有计划的、系统的搜集资料的过程,是整个护理程序的基础。通过护理评估了解病人目前的健康状况,并评价其过去和现在的应对状态,是提出护理问题、制定护理计划的依据。