

2例人工角膜移植术后二期柱镜植入伴自体耳软骨移植术的护理

刘璐 严晶 黄绍辉 刘华

(天津医科大学眼科医院,天津 300384)

摘要 总结2例人工角膜移植术后柱镜植入伴前部玻切及自体耳软骨移植术患者的护理。术前做好心理护理、安全护理,术后严密观察患者眼部及耳部病情变化,及时发现术后并发症,做好预防感染措施。合理用药,有效提高了患者术眼视力,有效避免了并发症发生的可能。

关键词 人工角膜移植;自体耳软骨移植;护理

中图分类号 R473.77 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.05.024 文章编号 1006-9143(2019)05-0586-03

人工角膜是用异质成形材料制成的用于替代混浊角膜而提高患者视力的一种特殊装置,是目前使这些患者获得复明的方法之一^[1],也是成功率较高的一种手术。但是眼角膜化学伤、热烧伤、多次角膜移植失败、严重干眼症、天疱疮及 Steven-Johnson 综合征患者,角膜移植的成功率很低。为了提高生活质量,二期植入柱镜可提高患者视力,患者术中伴前玻璃体切除术为预防术后青光眼并发症的发生,采用自体耳软骨移植结膜,起到支撑人工角膜,更好的预防角膜溶解的发生。人工角膜柱镜植入伴前部玻切及自体耳软骨移植术的术前术后护理配合及治疗对手术的成功起着重要作用。我科行人工角膜柱镜植入伴前部玻切及自体耳软骨移植术2例,取得了理想的效果,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 病例1:患者男,54岁,工人,初中文化。患者双眼碱烧伤30年,左眼实行角膜移植手术8次,左眼白内障摘除术后10年,患者一期行人工角膜移植术后2个月,术眼恢复良好,为进一步行人工角膜二期移植手术来就诊。眼部检查:左眼远视力为手动/眼前,指测眼压 Tn,泪道不通,未见分泌物。入院第3天行“左眼人工角膜柱镜植入+玻璃体切除+自体耳软骨移植术”术后连续2天静脉给予患者克林霉素 0.6 g+0.9%氯化钠注射液 100 mL 预防感染治疗。眼部给予加替沙星滴眼液、贝复舒凝胶点眼治疗。口服甲钴胺片营养神经治疗。患者术后最佳视力恢复至 0.12,指测眼压 Tn,耳部切口对合良好,患者于术后第5天出院。病例2:患者男,53岁,工人,高中文化。患者双眼碱水烧伤2年,伤及双眼及颜面部,随即视物不见,就诊于当地医院,给予局部用药、注射治疗。患者左眼实行角膜移植术1次,术后半年

术眼感染角膜炎,感染已控制。患者一期行人工角膜移植术联合经巩膜睫状体冷冻术后2个月,术眼恢复良好,为进一步行人工角膜二期移植手术来就诊。眼部检查:左眼远视力为光感,指测眼压 Tn,泪道冲洗通畅,未见分泌物。入院第5天行“左眼人工角膜柱镜植入+白内障摘除术+玻璃体切除+自体耳软骨移植术”,术后连续2天静脉给予克林霉素 0.6 g+0.9%氯化钠注射液 100 mL 预防感染治疗。眼部左氧氟沙星凝胶、托百士膏、贝复舒凝胶点眼治疗。口服维生素 B₁、甲钴胺片、灯盏细辛片、益脉康胶囊、沃丽汀片,营养神经、促进玻璃体混浊吸收及改善眼底血管微循环治疗。患者术后第2天出现左眼胀痛感,与眼压偏高有关,眼压指测 Tn+1,静脉给予甘露醇注射液 500 mL、醋甲唑胺片口服。后眼压仍偏高,停甘露醇静脉输入,给予2%美开朗、派立明、阿法根点眼降眼压治疗。患者术后第9天眼压恢复平稳,指测眼压 Tn。术后最佳视力恢复至 0.2。于术后1个月出院。

1.2 手术方法 本组2例患者均采用仰卧位,常规消毒铺巾,开睑器开睑,0.4%奥布卡因表面麻醉,有机碘冲洗结膜囊,灌注液冲洗结膜囊。剪开颞上方结膜,插入32G套管;在角膜缘后做灌注切口、光导口,环钻钻取人工角膜支架中央区角结膜,取下支架中央环,玻切头切除前部玻璃体,支架中央固定人工柱镜。平镜下切割后部玻璃体。可吸收线缝合灌注口、光导纤维口。耳廓皮肤消毒后,2%利多卡因 0.5 mL 耳廓皮下麻醉,外科刀划开耳廓边缘皮肤,暴露软骨组织,剪取块状软骨,大小约 3 mm×4 mm,缝合耳廓皮肤。角膜板层刀分离鼻侧支架上板层角膜,植入软骨组织于角膜板层间,可吸收缝线固定缝合,间断缝合黏膜切口,术闭球旁注射地塞米松 5 mg,结膜囊涂典必殊膏,纱布包眼。其中1例患者术中取下支架中央环后,15度侧切刀环形切除后部角膜,暴露混浊晶体,机械法将晶体核粉碎并取出。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 一般护理 协助患者完善各项眼部检查,同时检查胸片、心电图、血常规、生化免疫、及凝血检查、尿常规,排除影响手术的其他疾病。嘱患者进食高营养、高维生素、易消化的食物,多食水果、蔬菜,保持大便通畅。术前保证良好睡眠,其中1例因环境改变睡眠不佳,遵医嘱给予镇静药睡前口服。

2.1.2 心理护理 2例患者均为中年男性,视力严重受损,且病程较长,多次角膜移植效果欠佳,经济方面和身体上承受了很大的煎熬,思想负担重,既对手术抱有希望,又担心手术失败,导致仅有的一点视力丧失。因此,责任护士主动帮助患者,对患者生活上的不便给予帮助,向患者介绍人工角膜移植的相关知识,让患者充分了解手术的目的,多鼓励患者,同时嘱患者家属多关心患者,2例患者均心态平稳,积极配合各项治疗。

2.1.3 术前准备 术前每日双眼滴左氧氟沙星滴眼液6次,托百士膏睡前点双眼,预防术后感染,常规冲洗泪道,2例患者泪道均未见分泌物,但其中1例患者泪道不通。术前教会患者咳嗽、打喷嚏的应急措施,如舌尖顶住上颚,张口深呼吸,使症状能有所缓解,确实忍不住要及时告诉医生,避免引起手术意外。术日晨起为患者术眼标记,术前30 min给予克林霉素0.6 g+0.9%氯化钠注射液100 mL静脉点滴预防感染。

2.1.4 体位训练 由于术中术后均需采取仰卧位,所以术前训练患者能够保持平卧、床上起居,同时定时按摩躯体受压部位,防止术后并发症发生。

2.2 术后护理

2.2.1 眼部观察及护理 术后观察患者术眼的敷料有无渗血、渗液,有无眼胀、疼痛的症状。1例患者敷料渗液较明显,通知医生后给予术眼换药1次,更换新敷料,保证患者眼部舒适。术后第1天打开纱布换药、滴抗生素眼药。每日用生理盐水擦拭眼部周围皮肤3次,严格无菌操作,教会患者及家属六步洗手法,防止交叉感染。术后第1天更换眼罩,并每日清洁眼罩3次。向患者说明点眼药、眼罩佩戴方法及清洗方法,注意保护术眼,不要用力挤眼,避免碰撞眼部,避免剧烈运动,保持眼部清洁,必要时配戴防护镜。Ⅱ期植入柱镜后,避免对镜柱表面的摩擦,影响柱镜光学质量。2例患者因理解能力不同,护士手把手教会患者及家属点药及洗手的方法,出院前2例患

者均做到操作正确,经半年随访,未发生术眼感染。

2.2.2 用药护理 术后应用左氧氟沙星凝胶、托百士膏、贝复舒凝胶修复眼表治疗,给予维生素B₁、甲钴胺片、灯盏细辛片营养神经及改善眼底血管循环治疗,其中1例患者加用沃丽汀口服,促进玻璃体混浊吸收。1例患者用药期间甲钴胺片口服营养神经的作用不显著,改为甲钴胺肌肉注射,效果明显。

2.2.3 安全护理 患者术后视力有所恢复,但因视野缺损且另一只眼盲,活动时需注意安全,嘱家属24 h陪伴患者,护士经常巡视病房,及时处理存在的安全隐患,将患者生活用品放置固定位置,保持病房整洁,2例患者住院期间未发生安全意外。

2.2.4 饮食指导 术后前3天给予半流质饮食,避免吃过硬的食物,以免咀嚼肌过度用力影响伤口愈合。鼓励患者多进食易消化、纤维素多的食物,3天后可进食高营养、高蛋白、高纤维素的食物,以增加机体免疫力,有利于促进伤口愈合。同时还要避免过度低头、用力咳嗽,保持大便通畅,防止排便用力造成植片松动、眼内出血。

2.2.5 耳部护理 术后观察耳部有无出血、渗血,注意观察缝线及伤口愈合情况,每日使用Ⅲ型安尔碘消毒伤口,保持敷料干燥、清洁、无污染,不过多的擦洗伤口,以免影响伤口愈合,严格无菌操作,预防感染。2例患者耳部均未发生感染,伤口愈合良好,7~10天拆除皮肤缝线。

2.2.6 功能训练 向患者及家属说明功能训练的重要性。告知患者术后视力恢复需要一定时间,不要过于着急,责任护士帮助患者辨认视物,循序渐进,注意休息,以不疲劳为宜。2例患者出院时视力恢复到0.12~0.2。

2.3 并发症观察

2.3.1 眼压高 术后密切观察患者术眼有无眼痛、眼胀。其中1例患者术后出现眼痛、眼胀,考虑眼压偏高,嘱患者每次饮水量<500 mL,以防止血容量骤增而引起眼压升高。避免长时间低头,病室光线不要太暗、衣着(特别是衣领)不宜过紧,以免影响颈部血液循环导致眼压升高。遵医嘱给予尼目克司口服降眼压治疗,同时给予降眼压滴眼液滴眼治疗,术后第7天患者眼压恢复平稳。

2.3.2 感染性眼内炎 感染性眼内炎是非常严重的并发症,炎症反应迅速波及眼内组织和液体,主要由细菌或霉菌感染所致^[2]。术后遵医嘱给予抗生素滴眼液治疗,严格无菌操作,严密观察术眼病情变化。2例患

应用 INBONE® II 全踝系统行人工踝关节置换术的护理配合

郭超 李亚会

(天津市天津医院,天津 300211)

摘要 总结3例应用INBONE® II全踝系统行人工踝关节置换手术的护理配合,术前对INBONE® II全踝系统手术器械进行培训,熟练掌握对手术步骤。完善术前准备,重点部位皮肤的保护,严格遵守无菌原则,医护人员默契配合。

关键词 骨关节炎;踝关节置换;护理配合

中图分类号 R473.6 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.05.025 文章编号 1006-9143(2019)05-0588-02

踝关节炎是足踝外科常见疾病之一,严重者可丧失肢体功能,对生活和工作均造成极大影响。全踝关节置换术可作为患者终末期踝关节炎一种安全有效的治疗方法^[1]。我院目前应用的INBONE® II全踝系统,该系统延续上一代优秀设计的同时,增加槽沟形关节结合法、距骨额外固定、前后位长型胫骨托等,可明显改善踝关节的功能。我院于2017年1月至2018年11月分别为3例踝关节炎患者施行应用INBONE® II全踝系统的踝关节置换手术,均获得成功。现将手术配合报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组INBONE® II全踝系统患者3例,男1例,女2例,年龄56~63岁,均为骨关节炎患者。3例患者均行踝关节置换术。

作者简介:郭超,男,护师,本科

者均未发生感染性眼内炎。

2.3.3 角膜组织溶解与房水渗漏 角膜溶解的发生与患者本身的眼表条件、组织相容性和术者的缝合技巧都有一定的相关性,常可造成人工角膜与组织间界面结合不严密而导致房水渗漏,晚期可导致植入物移位或脱出、上皮植入、眼内炎及视网膜脱离等。2例患者均病情稳定,未出现角膜溶解与房水渗漏。

2.4 出院指导及随访 嘱患者出院后仍然不要剧烈运动,勿从事过重的体力劳动,注意保护术眼,按时点眼药,保证术眼的健康。加强出院随访工作,建立人工角膜移植术后随访登记本,重点关注患者眼压及角膜溶解情况,定期以电话的方式进行随访,多与患者及家属进行有效沟通,及时帮助患者解答疑惑,如出现眼红,眼痛、眼胀等不适及时随诊。饮食注意清淡,辛辣刺激的食物尽量少吃,保持心情愉悦,规律生活,劳逸结合,保证充足的睡眠。嘱患者出院后1周、1个月、3个月来院复查,以后每半年复查1次,

1.2 手术方法 全身麻醉与神经阻滞麻醉联合。麻醉完成,下肢手术消毒铺巾,驱血,上止血带。将患足置于足托上固定,取踝关节正中切口,将足背血管神经两侧拉开,暴露踝关节,咬除增生骨赘。在胫骨远端、距骨近端截骨,暴露胫骨髓腔,经3D大型C臂定位,在足底部做切口,打入髓腔定位针,经透视位置良好后,给予钻头定位,胫骨扩髓器扩髓,测量胫骨、距骨大小,于定位器下截骨至合适平面,试模,选择合适胫骨、距骨假体,预涂骨水泥,安装假体及衬垫^[2],待骨水泥固化稳定后,检查踝关节活动度、稳定性和力线,最后生理盐水彻底冲洗关节、止血,放置引流管,缝合伤口,松止血带(平均止血带时间为150±20分钟),手术时间4~5小时,术中失血量100 mL,术后患者一般情况均良好,未出现手术并发症。

2 护理配合

2.1 医护人员培训 由器械厂商工程师为手术医师

不适随诊。

3 小结

人工角膜移植适合穿透角膜移植难于成功的患者,而且是严重角膜瘢痕的血管化,严重眼睑或泪液功能不良患者有效的复明手段,二期植入柱镜后使患者视力明显得到提高。对于人工角膜移植术后二期柱镜植入伴前部玻璃体切除及自体耳软骨移植术的患者,做好眼部及耳部的观察和护理,并且要重视患者的主诉,发现眼压升高及时通知医生,迅速、准确地执行医嘱,及时给予处理,可有效防止并发症的发生。出院后对患者有针对性地进行随访,可最大限度地提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 许凤,王林菊,封雅玲,等.连续性护理干预对角膜移植术后疗效的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,12(10):1469-1471.
- [2] 李燕,刘莉,李满梅,等.复杂性角膜盲患者行人工角膜移植术的围手术期护理[J].护士进修杂志,2014,29(1):54-55.

(2017-11-29 收稿,2018-10-09 修回)