

同室病友,有礼貌地称呼患者,耐心解答患者提出的问题,进行每项操作前先解释,以取得同意^[8]。当患者长时间采取强迫体位不能耐受而悲观失望,甚至欠合作时,我们切记要耐心细致的做好解释工作,在尊重患者的基础上,使其领悟到体位的重要性,主动自觉地配合医护人员的治疗和护理。

3.5 满足患者自我实现的需要 随着患者病情的恢复,可鼓励患者在病房、走廊适当的走动,如需低头位的患者仍要保持低头,走动时速度要慢,也可以组织患者在一起相互交流、互相鼓励,使患者重建奋发向上的精神,满足自我实现的愿望,为身心全面康复、重返社会做好准备。

老年视网膜脱离患者术后疼痛发生率为74.4%,术后疼痛最常见原因为手术切口疼痛,而眼压升高是引起中度以上疼痛的主要因素。我们针对不同原因引起的疼痛采取了相应的护理措施,并根据美国心理学家亚的拉罕哈罗德·马斯洛的需要层次论,从生理需要、安全需要、爱与

归属的需要、自尊的需要、和自我实现的需要等五个方面结合老年患者的特点进行了全面细致的护理,使老年视网膜脱离患者术后免受疼痛,较舒适的、主动自觉的并且有尊严的顺利度过术后反应期,促进了患者的恢复。

参考文献

- 1 毕娜,姚梅芳,黄津芳,等. 瓣膜置换术后疼痛及不舒适原因分析与护理对策. 中华护理杂志 2000;35(3):139
- 2 陆宇晗. 临床应用疼痛评估标尺的效果观察. 实用护理杂志 1999;15(11):36
- 3 刘文. 视网膜脱离显微手术学. 北京:人民卫生出版社 2007:561
- 4 李绍珍. 眼科手术学. 北京:人民卫生出版社 1997:701
- 5 宋琛,马志中. 眼科手术学. 北京:人民军医出版社 2008:593
- 6 刘鲁霞. 护理干预防止视网膜脱离术后再次脱离. 护士进修杂志 2001;16(12):922
- 7 赖小玲. 玻璃体腔内注气术治疗黄斑裂孔视网膜脱离的体位护理. 护士进修杂志 2000;15(10):753
- 8 康淑贞,张令美. 严重烧伤患者的心理分析及护理. 齐鲁护理杂志 2003;9(8):574-575

· 临床报告 ·

两种羧基磷灰石义眼座植入术的比较和运用

刘卓

作者单位:(545000)中国广西壮族自治区柳州市人民医院眼科
作者简介:刘卓,女,医学学士,主治医师,研究方向:眼前段临床研究、眼底病。

通讯作者:刘卓. ltlz111@sina.com

收稿日期:2010-05-20 修回日期:2010-07-13

Comparison and application of two methods implantation of hydroxyapatite artificial eye

Zhuo Liu

Department of Ophthalmology, the People's Hospital of Liuzhou City, Liuzhou 545000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China

Correspondence to: Zhuo Liu. Department of Ophthalmology, the People's Hospital of Liuzhou City, Liuzhou 545000, Guangxi Zhuang Autonomous Region, China. ltlz111@sina.com

Received:2010-05-20 Accepted:2010-07-13

Abstract

- **AIM:** To compare the clinical effect of the implantation of the hydroxyapatite(HA) artificial eye.
- **METHODS:** Totally 24 cases 24 eyes underwent two different operation methods using I stage implantation of the HA artificial eye: HA artificial eye implantation in vertebra under the double deck sclera cap and the HA artificial eye sclera cavea implantation after cutting off the cranial nerve. The complication, condition at and after operation were observed. The follow-up time was not shorter than 3 months.

• **RESULTS:** One to three months after operation the tressis vulnus cicatrization was I stage in 24 eyes, without the exposure of the artificial eye, without the rejection and infectnion of the artificial, the eye eyehole shaping is good. Postoperation effectiveness was good in 24 cases.

• **CONCLUSION:** Different cases are treated with two different methods; the performance is convenient; the complication is low; and postoperation effectiveness is good.

• **KEYWORDS:** hydroxyapatite artificial eye; implantation in the I stage

Liu Z. Comparison and application of two methods implantation of hydroxyapatite artificial eye. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(8):1614-1615

摘要

目的:观察比较羧基磷灰石(hydroxyapatite, HA)义眼座植入术的临床效果。

方法:对24例24眼行I期HA义眼座植入术采用不同的术式:双层帽状巩膜下义眼座肌锥内植入;断视神经巩膜腔原位义眼座植入法。观察手术中、术后情况及并发症,术后随访时间 ≥ 3 mo。

结果:术后1~3mo,创口I期愈合24眼,无义眼座暴露、排斥、感染者,术后眼窝成形好。24例I期植入术后效果好。

结论:针对不同的病例采用两种不同术式,操作简便,易于掌握,并发症少,术后效果好。

关键词:羧基磷灰石义眼座;植入I期手术

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 08. 062

刘卓. 两种羧基磷灰石义眼座植入术的比较和运用. 国际眼科杂志 2010; 10(8): 1614-1615

0 引言

羟基磷灰石 (hydroxyapatite, HA) 义眼座作为一种眶内充填物, 以其良好的生物相容性、活动性、较好的美容效果被广泛应用于临床, 各种原因引起需行眼球摘出或原眼球缺失者, 均有要求行义眼安装者。目前理想的方法是行眼内容物剜出后 I 期或 II 期 HA 植入^[1], 矫正眼球摘除术后出现的眼睑凹陷。植入义眼座的方式有多种, 在不断的临床实践及改进中, 2003-02/2009-03 采用自己改良的术式: (1) 双层帽状巩膜下义眼座肌锥内植入。(2) 断视神经巩膜腔原位义眼座植入法。针对不同的病例采用相应的术式, I 期手术植入国产羧基磷灰石义眼座 24 例, 均得到了良好的效果。

1 对象和方法

1.1 对象 选 2003-05/2008-06 共 24 例 24 眼在本院行 I 期 HA 义眼座植入患者, 男 13 例, 女 11 例, 年龄 22 ~ 68 岁, 其中外伤后 5 例, 角巩膜葡萄肿 5 例, 眼球萎缩 10 例。所用 24 枚义眼座均为国产天然羧基磷灰石义眼座, 孔径 200 μ m, 直径为 16, 18, 20mm 3 种规格。手术适应证: (1) 无法挽回视力以减轻痛苦。(2) 严重的眼球破裂伤, 避免交感性眼炎。(3) 有美容要求的。其中 14 例采用术式 1, 10 例采用术式 2。术后随访时间 \geq 3mo。

1.2 方法 术前超声仪测量眼球直径, 选择合适的义眼座。眼球萎缩, 巩膜腔狭小, 测量眼球直径 16mm 以下者, 行术式 1, 双层帽状巩膜下义眼座肌锥内植入: 常规消毒, 行球后神经阻滞麻醉及球结膜下局部麻醉后, 分离球周做外直肌牵引线。沿角膜缘剪除全角膜, 行眼内容物剜除。将外直肌止端剪断, 夹持球后视神经 1min 后剪断视神经。翻转出后部巩膜进一步清除残留葡萄膜组织, 30g/L 碘酊烧灼巩膜腔。暴露好肌锥, 从离断的外直肌侧将义眼座植入双层巩膜后肌锥中。将巩膜切口连续缝合, 前后巩膜即形成双层巩膜壳。再将外直肌缝合回原巩膜附着处。最后分层连续缝合筋膜与结膜。结膜囊内安放合适的薄型眼膜予以支撑, 术眼加压包扎。对于无眼球萎缩, 眼球直径 > 16mm 者行术式 2, 断视神经巩膜腔原位义眼座植入法: 消毒、麻醉、眼内容物剜除 (同上述术式 1) 后, 于 2:00, 8:00 方位将巩膜放射状剪至赤道后呈两瓣, 清除干净葡萄膜组织, 30g/L 碘酊烧灼处理后, 于 4 条直肌间作 4mm \times 6mm 巩膜窗, 将用稀释的庆大霉素浸泡 > 30min 的义眼座

放入巩膜腔内, 上下连续缝合肌瓣, 使巩膜完全包裹好义眼座, 再分层连续缝合筋膜与结膜, 结膜囊放薄型眼膜予以支撑, 术眼加压包扎。术后均常规用抗生素、止血药, 酌情使用皮质类固醇。加压包扎 48 ~ 72h 后, 拆除敷料, 局部清洁、滴眼药水。视结膜切口愈合情况, 一般 4wk 后将眼膜更换为薄型义眼片。

2 结果

所有的 HA 植入术后, 无 1 例出现义眼座暴露、感染等并发症, 创口愈合良好, 术后反应较轻, 恢复快。仅 3 例术后 6 ~ 12d 出现球结膜局部裂开, 经保守治疗后愈合好。本组患者术后随访 2 ~ 14d, 创口 I 期甲级愈合, 无感染、交感性眼炎, \geq 3mo 无义眼座暴露、排斥等严重并发症。术后眼窝成型良好, 安装仿真义眼片后, 活动度良好, 水平方向 10° ~ 15° , 垂直方向 5° ~ 10° 。

3 讨论

HA 义眼座 I 期植入术式有很多种, 多数常规方法为: 摘除眼球, 义眼座植入肌锥, 与直肌结扎缝合固定或将处理后的巩膜壳包裹义眼座后缝合 4 条眼外肌固定; 或行巩膜 4 瓣剖切, 剪除视神经包裹义眼座, 再缝合巩膜壳等。这样手术复杂, 耗时, 眼外肌生理附着破坏大, 巩膜血供降低。针对不同适应证患者, 可归纳为巩膜腔容积足够与巩膜腔容积不足两种, 采用上述两种方法均可对症行义眼座植入术, 两种术式都具有以下特点: (1) 不切断或尽量少断眼外肌及其伴行血管, 保持本身血供, 巩膜不易坏死术后活动度好。(2) 手术快捷、简单。其中: 术式 1, 只离断外直肌, 眼外肌生理附着破坏小, 视神经剪断, 术野良好, 葡萄膜易剥离干净, 义眼最大面积与眶组织接触利于血管化, 双重巩膜屏障减少暴露率。对眼球萎缩者尤为合适。无需应用异体巩膜包裹, 避免原料缺乏, 异体溶解, 排斥等问题。据臧梅香等^[2]报道该术式发生上睑凹陷明显低于其他术式。术式 2, 不断视神经、出血少, 术后反应轻, 巩膜腔位于生理位置不前移, 有利于义眼座固定于眶深部, 不易损伤总腱环、避免术后眼球运动不佳。

综上所述, 义眼座植入术的关键是: 减少义眼座暴露、感染率, 具有良好活动度。针对不同病例, 各采用上述两种术式, 操作简便、易于掌握、改善原有术式的不足之处, 效果良好。

参考文献

- 1 徐乃江, 朱参敏, 杨丽. 实用眼整形美容手术学. 河南: 郑州大学出版社 2003: 240-242
- 2 臧梅香, 苏安庭, 葛正光, 等. 改良羟基磷石灰义眼台一期植入防治植入物暴露的临床观察. 眼外伤职业眼病杂志 2007; 29(5): 381-382