

※眼科护理

65 例眼睑恶性肿瘤切除联合 I 期眼睑修复术的护理

张琼 万凌光 吴津

【摘要】 总结了 65 例眼睑恶性肿瘤切除联合 I 期眼睑修复术的围手术期护理。术前做好皮肤准备,术后注重切口包扎技术、眼部换药、用药与观察、预防感染、健康教育等。患者均切口 I 期愈合,眼睑修复效果良好,无并发症发生。

【关键词】 眼睑肿瘤; 修复外科手术; 护理

**Nursing care of 65 patients undergoing eyelid malignant tumor resection combined with primary eyelid reconstruction/
ZHANG Qiong, WAN Ling-guang, WU Jin**

【Abstract】 This paper summarizes the perioperative nursing of 65 patients undergoing eyelid malignant tumor resection combined with primary eyelid reconstruction. The nursing care focused on routine preoperative preparations as well as postoperative care of incision dressing, dressing change, medication administration and monitoring, prevention of infections and health education. All the patients had I-phase wound healing and good shape of eyelid repair without postoperative complications.

【Key words】 Eyelid Neoplasms; Reconstructive Surgical Procedures; Nursing Care

眼睑恶性肿瘤主要包括基底细胞癌、鳞状细胞癌、皮脂腺癌、恶性黑色素瘤等,发病率占眼睑肿瘤的 39%以上^[1]。临床治疗方法主要采用手术切除肿瘤联合眼睑修复术,手术要求在力争切净肿瘤的基础上,达到恢复眼睑功能和美容的完美结合^[2]。我院 2006 年 8 月至 2008 年 6 月共收治此类患者 71 例,除 3 例行眶内容剜出术,3 例放弃治疗外,其余 65 例患者经手术治疗和精心护理,术后眼睑外观及功能的修复效果均良好,现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

65 例患者中,男 37 例,女 28 例;右眼 33 例,左眼 32 例;上睑 28 例,下睑 33 例,内眦部 4 例。患者年龄在 31~84 岁,平均年龄为(64.38±12.51)岁。经病理学确诊,基底细胞癌 37 例,皮脂腺癌(包括睑板腺癌)18 例,鳞状细胞癌 8 例,小圆细胞恶性肿瘤 1 例,淋巴瘤 1 例。

1.2 治疗效果

65 例患者出院时切口均 I 期愈合,眼睑修复效果良好。患者术后随访时间 6 个月至 2 年不等,6 个月随访时患者均眼睑位置正常,眼睑活动自如,闭合功能良好,眼睑无内翻、外翻及下垂。供皮区愈合良好,无并发症。1 例患者在术后第 2 天发生角膜上皮擦伤,可能与术后换药包扎时患眼未完全闭合,眼垫纱布擦伤有关,经抗生素眼膏重新加压包扎处理 1d 后,角膜上皮愈合。

2 手术方法

根据眼睑肿块切除后其缺损的位置、大小和深度不同,选择了以下几种手术方式。①18 例切除肿块后直接缝合切口,或联合外眦切开和松解术。②肿块切除后仅用不同供区皮片或黏膜修补缺损的共 10 例;单纯取健眼睑板结膜瓣修补缺损的 11 例。游离皮片 9 例取自耳后、上臂;1 例黏膜取自自体唇黏膜。另有 1 例采用异体结膜移植。③上、下睑大于 50%的全层性组织大缺损分别采用 Cutler-Beard 桥状瓣重建术和改良的 Hughes 术^[3],共 20 例。其中 11 例 Cutler-Beard 桥状瓣重建术需制作下睑全层皮肌瓣,桥式滑行向上缝合于上睑缺损部位,2~4 个月后行睑裂切开成形术;9 例改良的 Hughes 术则从上睑取睑板结膜瓣重建下睑大缺损的后层,再取上睑皮肤带蒂皮瓣或游离皮片(2 例)重建前层。2~3 个月后行 Hughes 缝合分裂术(睑裂切开术)加睑成形术。④采用局部皮瓣转移修补缺损者 5 例,比如采用 Tenzel 皮瓣(起自颞侧的半圆形肌蒂皮瓣^[4])修复上睑缺损;上睑皮瓣转移修补下睑缺损;作 Grabbell 皮瓣(眉间皮瓣)旋转覆盖内眦缺损等。其中 1 例联合左锁骨上皮片移植。

3 护理

3.1 术前护理

协助完成各项术前检查和用药,做好心理护理和术前健康教育,取得患者配合。剪除术眼睫毛。女患者将术眼侧头发梳理成百脚辫,辫子编结位置上下错位,利于术后加压包扎敷料服帖,不易滑脱。根据手术方案做好供皮区的皮肤准备,取耳后皮片者共 8 例,剃除耳廓后 3~5cm 范围的头发;唇黏膜移植者 1 例,术前 1~2d 进食后用口服漱口水漱口,保持口腔清洁。其他供皮区(上臂 3 例、左锁骨上 1 例)均于手术当日在手术室备皮。先按需在上左臂内侧或锁骨上近颈侧部位用尺、记号笔画出皮片大小,再用苯扎溴铵消毒皮肤,范围超过皮片四周 3~4cm,消毒后用消毒治疗巾覆盖包扎备用。

DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2010.01.013

作者单位:200031 上海市 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院护理部
(张琼),眼科病房(万凌光,吴津)

张琼:女,本科,副主任护师,护理部副主任,E-mail:qiongzhang64@126.com

2009-04-10 收稿

3.2 术后护理

3.2.1 切口包扎

术后包扎前嘱患者保持闭目状态,敷料平整服帖,包扎松紧适度,转移瓣蒂部不予加压,移植片以植片紧贴为原则^[4],起到制动作用,减少术眼活动,防止移动、出血,以利于移植瓣或睑板生长愈合。术后眼部加压包扎时间因术式、切口愈合情况不同而异。直接缝合术,加压包扎 1d;结膜移植、取健眼睑板结膜瓣修补后层缺损者及采用 Tenzel 等带蒂皮瓣修补术者,包扎 2-3d;采用游离皮片修补缺损者,置加压棉块包扎 5-7d;采用 Cutter-Beard 桥状瓣重建术和改良 Hughes 术者,包扎 3-6d。

3.2.2 眼部观察与护理

3.2.2.1 加压包扎期间的观察

无可疑并发症时,游离皮片植皮的压迫敷料及压迫绷带不可打开,须在手术后 5-7d 后方可打开换药。在此之前,通过观察敷料有无脓性渗液、特殊臭味、植皮处有无疼痛、体温是否升高、白细胞计数是否增加来判断移植片的安危^[5]。本组游离皮片植皮的患者加压包扎期间,敷料多为少量淡血性渗出,无异味,植皮处无持续性疼痛,患者体温正常,移植片均成活。其余术式者,加压包扎期间每天协助医生换药。平时注意观察患者切口敷料有无渗血渗液、有无松脱移位,渗液多、敷料松脱时通知医生重新更换敷料包扎,渗血较多时,根据医嘱予以止血药物,并观察用药效果。注意询问患者眼部舒适度,有无眼内异物感、干燥、疼痛等不适,如有不适,及时汇报医生,查找原因,配合医生给予相应的处置。本组病例观察中发现,1 例取健眼睑板移植患者,术后第 2 天主诉术眼疼痛,检查发现为角膜上皮擦伤,可能与换药包扎时患眼未完全闭合,眼垫纱布擦伤有关,给予迪可多抗生素眼膏重新包扎处理 1d 后,角膜上皮愈合。

3.2.2.2 换药的方法及换药时的观察和护理

护士通过了解手术的具体方法,掌握各缝合口的张力方向。换药时擦拭动作轻柔,擦拭方向循切口路径且不使切口张力加大。同时观察缝线是否在位、有无眼脸红肿、疼痛、分泌物增加,转移瓣有无结节、硬块,每日检查移植瓣色泽以了解皮瓣血运情况,发现皮瓣发绀,首先检查皮瓣敷料是否过紧,调整敷料,局部按摩^[4]。本组皮瓣均为淡红或暗红色,无一发生坏死。睑缘有较宽缺口者(如作 Tenzel 皮瓣修复术者等),因切口愈合和瘢痕收缩后易造成眼脸切迹、皮肤浅凹或局部倒睫,手术缝合时,常将上睑缘缝线固定到颊部(下睑缘缝线固定到额部)牵引,使睑缘稍隆起,愈合后可使睑缘呈一直线^[6]。此类患者共 4 例,在换药和滴眼液时注意观察牵引线有无松脱,并保持此线适度的牵引张力,不可过松,也不可过度牵引,术后一般保留 4-5d 或至皮肤拆线时一同拆除。其中 1 例患者术后第 1 天换药时,因实习医生不了解牵引线的作用而误剪此线,上级医生通过重置牵引线而解决问题,无不良后果发生。4 例患者切口愈合后睑缘均恢复效果好,无切迹或凹陷等现象。

3.2.2.3 去除加压包扎后的观察和护理

去除加压包扎后,根据医嘱术眼滴抗生素眼液,3 次/d。

滴药时动作轻柔,不牵拉、翻转眼脸。行睑裂缝合者,眼液从缝合处滴入,使药液慢慢渗入眼内。术后由于瘢痕收缩,组织修复等原因可能引起眼脸闭合不全,需认真观察眼脸闭合情况。本组患者眼脸闭合均正常。观察切口情况,重视患者主诉。根据医嘱给予全身和局部使用抗生素,保持敷料干燥、清洁,换药和滴眼药水时注意无菌操作。本组患者未发生感染。

3.2.3 供皮区的观察和护理

取健侧眼部睑板移植者,术后第 1 天起,予以抗生素眼液滴眼,观察眼脸有无红肿、疼痛,保持眼部清洁,11 例患者供区眼脸均愈合良好;取口腔黏膜者,进食后给予漱口液漱口,观察创面渗血情况。取耳后或上臂等部位皮片者,注意观察供皮部位缝线,切口愈合情况,保持供皮区切口清洁、干燥,预防感染。通过观察和护理,本组共 13 例取皮片或黏膜的供区均愈合情况好,无感染发生。

3.2.4 健康教育

告知患者以软食为主,避免进食坚硬的食物,防止咀嚼时牵拉眼肌和切口,影响切口愈合。取口腔黏膜的患者,术后宜食温凉流质,1-2d 后改为半流质,切口愈合后改为普食。嘱患者保持切口处清洁、干燥。加强眼部保护,尤其年老患者应有家属陪伴,防止眼部碰撞。内眦重建术后需在移植部位位置加压棉团,应注意避免碰触移植部位棉团。避免挤眼,勿用手揉眼,以免影响切口愈合。新移植的皮肤抵抗力低,拆线后每天在移植的皮肤表面涂抗生素眼膏,外出时用敷料遮盖,1 个月内避免外界风、沙、阳光刺激^[5]。术眼的皮肤移植片感觉恢复需要半年至 1 年^[6],嘱患者用温水洗脸,以防烫伤。洗脸时动作轻柔,勿牵拉移植片。注意保暖,预防上呼吸道感染,避免咳嗽、打喷嚏等,防止切口裂开、出血等并发症。按医嘱定期随访,一般术后 2-3 周第 1 次复查,以后每 2-4 周复查 1 次,半年后每 6-12 个月随访 1 次。睑缘缝合者,嘱其出院后 3 个月左右再来院行睑缘切开术。

4 体会

本组患者手术术式多样、复杂,术后观察和护理对手术成功修复眼脸、恢复眼脸功能、容貌及眼部舒适度至关重要。护理中应特别注重切口包扎技术;眼部换药、用药与观察到位;重视患者主诉;注意无菌操作;认真做好患者及家属的健康教育。有效的护理措施,是手术成功的重要保障之一。

参考文献

- [1] 葛坚.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:132-133.
- [2] 罗燕,郑大文,王湘.眼脸恶性肿瘤切除及眼脸再造术[J].中国实用眼科杂志,2002,20(5):394-395.
- [3] 谢立信.眼科学——理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2003:416-422.
- [4] 李冬梅.眼脸手术图谱[M].北京:北京科学技术出版社,2006:254-290.
- [5] 宋琛,马志中.眼科学[M].2 版.北京:人民军医出版社,2008:79-107.
- [6] 郑日忠,张清福,方媛,等.眼科学图谱[M].天津:天津科学技术出版社,1996:76.