

人咬伤致双眼眼睑大面积全层缺损患者一例的护理

徐燕娟,杜娜,曾长娟

(上海交通大学医学院附属第九人民医院 护理部,上海 200011)

人类咬伤是第三种最常见的哺乳动物咬伤类型,仅次于狗和猫,一般受伤部位多为指端^[1],鲜见有双眼眼睑咬伤。眼睑是眼球的天然屏障,解剖位置特殊,功能极为重要。眼睑的瞬间运动对保持眼睛的健康至关重要^[2],可因合并泪小管断裂,泪道功能受损而引起长期溢泪等不适;还可因眼睑皮肤合并睑板结膜全层撕裂,导致眼睑功能损伤,睁眼闭合困难,并且容貌的改变也会对患者的心理造成极大的影响^[3]。我科收治1例双眼眼睑大面积人咬伤患者,经过12 d的治疗和护理,患者病情稳定,皮瓣存活良好。4个月后行二期手术,恢复良好。现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,75岁,2022年8月28日双眼眼睑被人咬伤,致眼部流血,伴眼痛、眼红,于我院急诊就诊。予以清创换药,破伤风人免疫球蛋白、狂犬疫苗注射,甲硝唑氯化钠注射液、注射用头孢拉定静脉滴注,为进一步诊治收入我科。专科检查:双眼视力指数>1 cm,双眼眼压指测正常,右侧上睑中央1/3全层缺损,左侧上睑4/5全层缺损,左侧可见眉弓及额部裂伤;双眼下睑皮肤外毗至内眦全层缺损达下眶缘,可见眶隔膨出,双眼下方泪小管缺失;双眼结膜充血水肿,左眼角膜中央上皮损伤,晶状体轻混;右眼颞侧角膜上皮损伤,晶状体轻混。

1.2 治疗与转归 患者伤口彻底清创,予抗生素静脉滴注,伤口暴露48 h后于8月30日全身麻醉下行“双眼眼睑缺损修复术+带蒂复合组织瓣成形术+游离皮瓣切取移植术+口唇黏膜、硬腭切取移植术+眼睑结膜裂伤缝合术”。术后给予一级护理,心电监护,氧气3 L/min吸入,留置鼻胃管及导尿管,头部右偏15°,双眼皮纱布覆盖,口唇黏膜取皮处清洁干燥,硬腭敷料打包在位,左前臂伤口加压包扎,腹部取皮处敷料覆盖。术后10 d,患者双眼眼睑皮瓣存活,左前臂游离皮片在位,左侧耳后、腹部取皮处伤口愈合良好,口唇伤口初步

愈合,去除硬腭打包敷料,予以出院。随访4个多月,患者双眼眼睑移植皮肤存活良好,于2023年2月7日全身麻醉下行“双眼眼睑缘重建术+内外眦成形术+结膜囊成形术+羊膜移植术”。术后给予抗感染等对症治疗,于2月10日出院,门诊随访。

2 护理

2.1 破伤风及狂犬病的预防 患者为人咬伤,其被唾液接触的伤口属于污染伤口^[4],是破伤风的易感伤口。破伤风梭菌分泌的神经毒素经皮肤或黏膜侵入人体,轻微的刺激即易诱发全身强直性发作,从而导致各种并发症,甚至引起死亡^[5]。狂犬病主要通过破损的皮肤或黏膜侵入人体,表现为特异性恐风、恐水、咽肌痉挛、进行性瘫痪等。大多数人对于狂犬病暴露后的处置,停留于动物咬伤后。然而,有文献^[6]报道,人咬伤比动物咬伤更严重,所有患者均应按照动物咬伤后的处理方法,暴露后处置是暴露后预防狂犬病的唯一有效手段。在对患者急诊伤口彻底冲洗后,立即安排破伤风人免疫球蛋白肌肉注射,并按照5针法程序于患者上臂三角肌肌肉内注射狂犬病疫苗,给予密切观察,未出现任何不良反应。住院期间安排患者于单人病室,保持环境安静,避免声、光、风的不良刺激,操作尽可能集中进行,动作轻柔,拉起床旁两侧护栏。同时加强呼吸道管理,给予氧气吸入,床旁备吸引盘及气管切开护理包,严格做好消毒隔离及用物的终末处理工作。

2.2 感染的预防 口腔中细菌种类多,人咬伤伤口大多是混合性感染,包括革兰阴性菌及革兰阳性菌^[7]。牙齿、唾液直接与患者伤口接触,使致病菌直接污染伤口,如清创不彻底,会使致病菌在患者伤口大量繁殖,极易发生感染^[8]。由于患者年龄较大且有糖尿病史10余年、吸烟史40余年,术后给予患者注射用头孢呋辛钠1.5 g,2次/d;注射用甲基强的松龙10 mg,1次/d,静脉滴注;局部自内眦滴左氧氟沙星滴眼液,4次/d;复方氯己定含漱液含漱。同时,做好护理观察工作:(1)监测早晨空腹及早餐后2 h血糖,患者晨空腹血糖维持于6.6~8.8 mmol/L,早餐后2 h血糖稳定于8.4~10.2 mmol/L;(2)观察生命体征,尤其是体温的变化,患者术后3 d内体温波动于36.8~38.1℃,经物理降温后,第4天起体温恢

【收稿日期】 2023-11-10 【修回日期】 2024-06-05

【基金项目】 上海交通大学医学院2021年护理学科人才队伍建设项目(SJTUHLXK2021);上海市护理学会2022年优秀青年人才育苗计划

【作者简介】 徐燕娟,护师,本科,电话:021-23271699-5586

【通信作者】 曾长娟,电话:021-23271699-5586

复正常;(3)动态观察患者血象变化,及时与医生有效沟通,患者术后隔天1次的血常规检测,白细胞稳定于 $7.5 \times 10^9/L \sim 10.68 \times 10^9/L$,住院期间伤口愈合良好,未出现感染征象;(4)指导患者学会并掌握腹式呼吸和有效咳嗽咳痰的方法,以防术后发生肺部感染。同时,告知患者烟草中的尼古丁等有害物质对皮瓣的存活有影响,加强戒烟的健康宣教,使患者充分理解并配合^[9]。

2.3 暴露性角膜炎的预防 患者因眼睑缺损面积广泛且累及角膜,导致眼球失去屏障保护,极易造成角膜溃疡,如果控制不好,可导致严重暴露性角膜炎,甚至失明。治疗暴露性角膜炎的原则是去除暴露因素、保护角膜上皮和维持眼表的湿润^[10]。术前给予患者玻璃酸钠滴眼液滴眼,红霉素眼膏涂抹,1次/1h;夜间采用凡士林纱布覆盖,以形成物理屏障保护角膜,并定期用生理盐水溶液纱布从患者内眦向外眦进行擦拭清洁。在护理过程中,将患者眼部护理用品单独放置,严格规范手卫生,并仔细观察角膜有无异常,发现问题及时告知医生。病室内温度控制在 $18 \sim 22^\circ\text{C}$,湿度控制于 $50\% \sim 60\%$,以避免患者因温度过高或湿度过低,导致泪液过度蒸发,角膜干燥,引发一系列症状^[11]。

2.4 皮瓣移植的护理 患者术中根据右眼皮肤缺损面积,自右侧颞部、颊部转皮瓣修复右眼,内眦部留置引流片1根。根据左眼皮肤缺损面积,取左前臂桡静脉带蒂皮瓣,覆盖于左侧眶区,将血管蒂经皮下隧道自耳前切口引出,与颞浅动静脉吻合,缝合带蒂皮瓣与左侧眶周皮肤,皮下留置引流片2根,内眦留置1根。根据前臂皮瓣大小,切取腹部皮片修复缺损,缝合腹部切口。本例皮瓣修复手术复杂,难度大。游离皮瓣的存活在于血管危象的预防与处理,皮瓣危象和坏死的发生率分别为 $3.50\% \sim 5.00\%$ 和 $1.80\% \sim 2.30\%$,故皮瓣的术后护理及有效的观察是保证皮瓣良好存活的关键^[12],同时还决定了本例手术是否成功。对其采取个性化的皮瓣护理如下。

2.4.1 体位护理 患者术后 $12 \sim 24\text{h}$,组织皮瓣与创面未建立血液循环,仅靠移植血管维持血供,头颈部制动对于保障血供尤为重要^[12]。患者术中将血管蒂经皮下隧道自左侧耳前切口引出,与颞浅动静脉吻合,耳前留置引流片2根,故在患者头部左侧放置盐袋,从而保持头面部相对右偏 15° 。由于患者有严格的体位要求,提前告知患者床上排便的原因和重要性,使患者充分理解并配合,同时术前即开始训练。

2.4.2 皮瓣危象的观察与预防 血管危象一般发生在术后 72h 内,故应做到严密观察:术后 $1 \sim 3\text{d}$,观察皮瓣1次/1h;术后 $4 \sim 5\text{d}$,观察皮瓣1次/2h;术

后 $6 \sim 7\text{d}$,观察皮瓣1次/3h;并做好详细记录及交接班,出现异常情况,立即报告医生处理。观察皮瓣的要点是:(1)患者皮瓣颜色与供皮区基本一致,如颜色变暗或紫绀,提示静脉回流受阻;如颜色苍白则提示动脉缺血。(2)患者皮瓣温度与周围皮温相差 $0.5 \sim 2.0^\circ\text{C}$,若低于周围皮温 2.0°C 以上,提示可能发生血液循环障碍;若皮温突然增高或超过正常范围,局部有刺痛感或疼痛持续加重,提示有感染可能。(3)患者皮瓣的肿胀情况,术后皮瓣均有水肿的过程,一般 $3 \sim 4\text{d}$ 后逐渐改善,如出现皮瓣塌陷,皮纹增多,提示动脉供血不足;如皮纹消失,张力增大,甚则出现水泡,提示静脉回流受阻。(4)毛细血管充盈试验:用棉签轻轻按压患者皮瓣,皮肤颜色变白,移去棉签, $1 \sim 2\text{s}$ 内皮肤颜色再度变红为正常情况,若超过 5s ,多提示循环功能转差。同时,利用烤灯使皮瓣保暖,用 60W 烤灯距离移植皮瓣 45cm 左右照射,每次 30min ,4次/d。照射时注意控制距离,不可过近或过远;照射时用湿纱布覆盖在移植皮瓣上,对皮瓣加以保护,防止损伤组织^[13]。

2.4.3 供皮区护理 患者左侧前臂肢端加压包扎,在护理过程中,保持抬高 $15^\circ \sim 30^\circ$,注意松紧适宜,每6h观察外露皮肤颜色和腕部动脉搏动情况,一旦患者出现手指青紫、淤血、肿胀持续加剧,及时通知医生。告知患者皮片感知觉恢复需要一段时间,注意上肢避免碰撞及用水时防止烫伤。患者腹部取皮处敷料覆盖,注意保持清洁干燥,观察伤口渗出情况以及是否出现红、肿、热、痛的局部刺激症状。

2.5 营养支持与口腔护理 患者术中取硬腭黏膜修复左眼上睑睑板,取口唇黏膜覆盖双眼眼表,将桡静脉带蒂皮瓣血管蒂与颞浅动静脉吻合。为了避免患者血管吻合口因进食咀嚼等动作发生破裂的可能,同时考虑到患者创伤较大,需要加强营养的支持,故术中留置鼻胃管一根。在术后6h后,遵医嘱给予肠内营养乳剂经鼻胃管进行早期营养支持,规范鼻饲护理和口腔护理。患者于术后第三日拔除鼻胃管,顺利进食冷流质,3d后进食冷半流质,于9月8日去除口内硬腭打包敷料后进食软食。在患者可经口进食后,认真落实宣教工作,告知患者饮食以优质蛋白为主,嘱进食后用复方氯己定含漱液漱口,后期注意避免食用坚果、多壳或过硬、过咸的食物,避免引起口唇及硬腭伤口的出血及疼痛。患者术后隔天一次的血常规、电解质检测,血红蛋白偏低,维持于 $98 \sim 107\text{g/L}$, K^+ 稳定于 $3.54 \sim 4.5\text{mmol/L}$,告知患者注意加强后期的营养支持。

2.6 心理护理 眼外伤除了会影响患者视力致生活质量下降外,还易使患者出现焦虑、抑郁等不良情

绪^[14]。患者突遭横祸,因面部软组织缺损产生不适感、疼痛感,面对陌生的医疗环境和医护人员,患者缺乏安全感和有恐惧紧张的情绪。心理护理干预可有效消除外伤患者的焦虑、抑郁等不良情绪,提升护理的满意度^[15]。在护理过程中,用更多的耐心与患者进行沟通,有针对性的对患者开展了心理干预;同时,将延续性护理延伸至患者家庭,积极建议家属给予患者足够的陪伴和交流,在精神上多多鼓励,帮助患者树立自信心,缓解心理压力和提高生活质量^[16]。通过心理护理,患者在整个住院期间,心理均处于较平稳的状态,积极配合各项治疗以及护理工作,对预后及后期手术抱有乐观积极的态度。

2.7 出院指导护理 告知患者按时定期复查的重要性,做好患者短时间内皮瓣会出现感觉迟钝现象的解释工作;同时,告知患者在生活中避免强紫外线照射皮肤,冬季注意保暖,防止冻伤皮瓣。由于患者目前双眼皮瓣覆盖致不能视物,因此要注意防止摔跤和保护皮肤,防止造成外力或皮肤破损的伤害。

【关键词】 眼睑缺损;破伤风;狂犬病;皮瓣移植;围术期护理
doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2024.08.027

【中图分类号】 R47 【文献标识码】 A

【文章编号】 2097-1826(2024)08-00114-03

【参考文献】

- [1] 杨帆,潘黎明,吴薇薇,等.人咬伤感染的临床诊治分析[J].中国实验诊断学,2018,22(9):1570-1571.
- [2] 沙士珂,王新娟,马路生.暴露性角膜炎治疗的研究进展[J].国际眼科杂志,2018,18(11):1986-1989.
- [3] 张新向,田传本.眼睑犬咬伤 32 例临床治疗[J].中国眼外伤职业眼病杂志,2014,36(2):151.
- [4] 王传林.外伤后破伤风预防规范(T/CADERM 3001—2019)[J].创伤外科杂志,2020,22(1):1-4.
- [5] 张炜.成人破伤风急诊预防及诊疗专家共识[J].解放军医学杂志,2018,43(12):991-1001.
- [6] 周航,李昱,陈瑞丰,等.狂犬病预防控制技术指南(2016 版)[J].中华流行病学杂志,2016,37(02):139-163.
- [7] 赵维彦,李炳万,梁丽蓉.手部人咬伤的治疗[J].实用手外科杂志,2007,21(1):36.
- [8] 徐英,杨静,马秀芬,等.5 例患儿被人咬伤伤口的护理[J].护理学报,2013,20(10A):67-68.
- [9] 周湘,杜宁,刘昕.薄型股前外侧皮瓣修复舌体缺损对患者语音功能的影响及皮瓣坏死危险因素分析[J].中国美容整形外科杂志,2022,33(3):147-150.
- [10] 许行艳,周友弟.暴露性角膜炎的治疗进展[J].国际医药卫生导报,2022,28(12):1633-1635.
- [11] 吴玉华,王思花,汤萍.脑卒中昏迷患者暴露性角膜炎的预防与护理[J].当代护士:中旬刊,2015(9):5-7.
- [12] 王当当.口腔癌行股前外侧皮瓣游离移植修复术后的皮瓣护理[J].当代护士:下旬刊,2019,26(27):65-67.
- [13] 姜文森.游离皮瓣移植修复头颈部恶性肿瘤根治切除术后组织缺损围手术期护理[J].中国医疗美容,2023,13(10):78-81.
- [14] 郭晶莹.心理护理干预对严重眼外伤手术患者生活质量的影响探讨[J].中国医药指南,2019,17(12):269-270.
- [15] 李登阳.焦点式心理护理对眼外伤手术患者负性情绪的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(11):1569-1571.
- [16] 朱华美,应莉莉,胡丹红,等.延续性护理对轻度脑外伤患者心理和生命质量影响的研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(16):1235-1239.

(本文编辑:王园园)

(上接第 46 页)

进行这种隐性技能的培训,需要进一步深入研究并开发相应的课程。本研究编制的 CKD 管理专科护士核心力量表不仅包括知识和技能,还强调长期、有效和持续的慢病管理。因此,该量表可作为 CKD 管理专科护士核心能力的测评工具,并为开展专科护士培训提供指导。

3.3 局限性与展望 目前,国内外尚无针对 CKD 管理专科护士核心能力的测评工具,因此未进行效标关联效度分析。CKD 管理专科护士核心力量表为自评量表,在实际应用中应结合客观他评指标,确保评价结果的客观性与科学性。探索性因子分析发现部分条目在 2 个因子上载荷较高且与原定属性不一致,今后将进一步对量表进行验证,分析条目内涵,检验量表的适用性。

【参考文献】

- [1] OBRADOR G T, LEVIN A. CKD hotspots: challenges and areas of opportunity[J]. Semin Nephrol, 2019, 39(3): 308-314.
- [2] ANDRASSY K M. Comments on 'KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease'[J]. Kidney Int, 2013, 84(3): 622-623.
- [3] 石钰,陈艳,邓俊娜,等.慢性肾脏病个案管理模式的构建及应用[J].中国护理管理,2019,19(5):647-651.
- [4] GU J, LUO L, LI C, et al. Effects of a modified six-sigma-methodology-based training program on core competencies in rehabilitation nurse specialists[J]. J Korean Acad Nurs, 2023, 53(4): 412-425.
- [5] 邢曼霞,梁艳婷,苏晴,等.我国专科护士培训研究的可视化分析[J].中华护理教育,2022,19(3):273-276.
- [6] PATTON R M. American Nurses Association[J]. Disaster Med Public Health Prep, 2007, 1(1): 8.
- [7] 吴明隆. 问卷统计分析实务: SPSS 操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2010: 158-298.
- [8] 吴明隆. 结构方程模型: AMOS 的操作与应用[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2017: 213-214.
- [9] CHEN H, PU L, HE S, et al. Status and associated factors of gerontological nurse specialists' core competency: a national cross-sectional study[J/OL]. [2023-12-01]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10362742/>. DOI: 10.1186/s12877-023-04153-0.

(本文编辑:王园园)