

· 临床护理 ·

电烧伤后皮瓣移植围手术期的护理

刘廷敏,陶莉莉,黄贤慧,王 静

(第三军医大学西南医院烧伤研究所,重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.10.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)10-1037-02

电烧伤后对人体组织、肌肉、血管损伤严重,常需手术治疗,而皮瓣移植术又是其主要的手术方法。成功的皮瓣移植手术利于烧损肌腱、血管、骨、关节等组织的再生和恢复,同时可以封闭创面,防止深部组织感染,加重组织渐进性坏死导致截肢^[1]。本组资料主要是针对电烧伤后行带蒂皮瓣术围手术期的护理进行分析,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科 2007 年 12 月至 2009 年 12 月收治电烧伤患者 22 例,其中男 18 例,女 4 例,年龄 20~45 岁。行右前臂腹部带蒂皮瓣术 12 例,右手大拇指腹部皮瓣术 8 例,下肢交叉皮瓣术 1 例,头部局部转移皮瓣术 1 例。

1.2 手术方法 患者取仰卧位,全麻成功后,常规消毒铺巾,手术分两组进行,一组予创面彻底清创,清除坏死组织,彻底止血;另一组设计皮瓣,取皮瓣成功后观察皮瓣血运良好,将皮瓣转移至清创后的创面,置引流管一根,缝合固定好皮瓣。术毕。

2 结 果

22 例患者经过精心护理,术后皮瓣均存活良好。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 电烧伤伤病情急,病情重,烧伤深,愈合难,常需要手术治疗。面对电烧伤对身体的损伤,对手术的恐惧,加之致残率高,患者高度恐惧和害怕,这样恶劣的情绪状态只会加重病情。大量研究表明这种情绪会引起血压升高,心率增快,直接影响手术效果^[2]。术前给患者耐心讲解早期皮瓣移植术可最大限度降低截肢率,保全肢体。强调手术的必要性和重要性。向患者和家属介绍其经管教授、医生、责任护士、麻醉方法、手术方式及术前、术后如何配合等,从而增强战胜疾病的信心,建立信任感,产生安全感,尽快帮助患者适应角色的转换,情绪稳定,配合手术治疗。

3.1.2 完善术前相关检查及准备

3.1.2.1 电烧伤后患者可伴或不伴短暂意识丧失,心跳、呼吸暂停等,虽经现场处理患者往往无上述表现,但仍可造成头晕、心悸、心律不齐、心电图异常等,所以电烧伤患者术前应常规行心电图检查^[3],病情需要还需做 CT 等检查。由于电烧伤患者伤情变化快,严重患者随时有发生心跳、呼吸再次停止及大出血的可能,做必要的检查时应在专业护送工作人员及有丰富临床经验的医护人员陪护下,备好抢救用物及药品,如简易呼吸气囊、肾上腺素等,如有输液情况应保证检查过程中液体足够,防止液体走空。如突发病情变化,应就近抢救,切不可将患者推回至病房,要争分夺秒,以免延误。

3.1.2.2 做好备皮、药物过敏试验、禁食水等术前常规准备。做好相关化验检查如血常规、肾功能、心肌酶谱、凝血功能、交叉配血试验、根据手术及患者病情需要由血库准备足够的全血或血浆等。电烧伤后常规予破伤风皮试,皮试阴性后肌注破伤风抗毒素,预防厌氧菌感染所致的破伤风,如皮试阳性则需采

用脱敏注射疗法或肌注破伤风免疫球蛋白。

3.1.2.3 纠正水电解质及酸碱平衡,积极抗休克,贫血者适量输血,保证心、肝、肾、脑、肺等重要脏器功能。电烧伤引起深部组织损伤远远超过皮肤的烧伤范围,渗液量大,必须保证充足的液体输注,注意碱化尿液,严密观察患者神志、生命体征、远端动脉搏动情况、指(趾)端血循环、出血情况、尿量、有无血红蛋白及肌红蛋白尿等,做好记录。

3.1.2.4 完善相关病情说明、手术、麻醉同意书的签署工作,把需要带入手术室的物品、药品与手术室人员做好交接,填写“手术患者交接单”,患者接去手术室后用光催化空气消毒净化器消毒空气,用臭氧消毒器消毒床单后,注意自然通风,以驱除消毒时产生的臭氧。根据手术情况铺好麻醉床,备好术后可能用的吸氧装置、吸痰装置、心电监护仪、有创血压监护仪、呼吸机等,在患者术后返回病房前使用护架烤灯提高室温。保持室温在 25℃左右,湿度 50%~60%。

3.1.2.5 患者病情涉及多个科室时,应及时邀请有关科室专家教授,组织会诊,并根据会诊意见及时采取必要的治疗手段和护理方法。

3.2 术后护理

3.2.1 体位护理 患者术后先去枕平卧 6 h,待呼吸、循环功能稳定,意识清醒,在不影响手术效果的前提下调整体位。严格术肢皮瓣固定、制动,将肢体的关节保持在功能位,防止皮瓣移位,影响成活率,甚至导致皮瓣坏死。术肢应抬高,略高于心脏水平 10°~15°左右,利于静脉回流,减轻水肿^[4]。翻身、做检查或换药时均要防止皮瓣过度牵拉,保持皮瓣承受无张力或最小张力,以改善局部血供,防止局部受压。加强巡视,特别是夜间,防止患者熟睡皮瓣撕脱,导致二次手术及出血意外。病区戒烟,为患者营造一个安静舒适的治疗环境,保证床单清洁、舒适、无碎屑。皮瓣移植术要求患者卧床时间长,应加强生活护理,做好病床上必要的活动训练,加强压疮风险评估,严格皮肤护理的交接班。电击伤致血管壁损伤,易形成血栓,在做肢体活动时防止局部皮肤按摩及热敷,以免栓子脱落引起动脉栓塞导致肢体坏死。

3.2.2 病情观察及护理

3.2.2.1 手术后注意观察体温变化,脉搏的频率、节律、强度,以及呼吸节律、频率、深浅,血压是否正常等,同时注意神志情况。体温高时,及时予物理降温或药物降温,30 min 后复测体温。高热时做血液细菌培养,根据培养结果再次选择合理有效抗生素。

3.2.2.2 观察术区伤口敷料包扎的松紧度,观察有无出血及渗血。如有渗血应将外层敷料作上标记,增加观察频率。如渗血范围加大,应及时报告医生进行止血处理,防止失血过多致休克危及生命,并立即测脉搏、血压,遵医嘱及时输血。禁止在术区输血、输液、测血压,以免产生皮下血肿。床尾常规备止血带,并熟练掌握可能出血部位的止血方法。

3.2.2.3 皮瓣血运观察的护理,皮瓣温度、颜色是直接反映皮瓣能否成活的一个重要指标,观察内容包括皮瓣的颜色、温度、毛细血管充盈时间、动脉搏动、肢体肿胀情况等^[5]。术后 48 h 内至少 2 h 观察 1 次,血运差时 20~30 min 观察 1 次,做好报告、记录及处理方法。按时监测患肢皮温,应保持在 33~35℃,可稍高于正常皮温 1~2℃。如皮瓣温度低于健肢皮温 2℃以上提示可能发生血循环障碍。为防止皮瓣血管痉挛,造成皮瓣血供不足,可使用 TDP 烤灯局部照射皮瓣,照射前先预热 5~10 min,距离皮瓣 40~50 cm,防止过近照射致烫伤,过远达不到效果。每次 30~60 min,根据皮瓣情况决定每日照射次数。正常的皮瓣颜色红润、温暖,毛细血管充盈时间正常,动脉搏动可触及,无明显肿胀。如皮瓣苍白,提示动脉痉挛或栓塞;皮瓣发紫或暗红,提示静脉回流受阻;如出现大片或全部暗紫红色,提示静脉完全栓塞,应立即报告医生并做相应处理。皮瓣移植术后可有轻微肿胀,3 d 后逐渐消退,如肿胀明显应测其周径以追踪观察是否加重,及时寻找原因并处理,否则可能造成皮瓣坏死。可用 30% 硫酸镁粉湿敷于皮瓣处,效果较好。毛细血管充盈时间检查方法为用消毒棉签压迫皮瓣让皮肤呈苍白后立即移开棉签,记录皮瓣颜色由苍白转为红润的时间则为毛细血管的充盈时间。正常为 1~2 s,如延长提示有血液障碍发生^[6]。

3.2.2.4 观察尿量,准确记录出入量,每小时尿量,尿液颜色、性状,观察有无血红蛋白尿及肌红蛋白尿等,遵医嘱留取尿标本及时送检。

3.2.3 营养支持 电烧伤患者机体处于高消耗过程,手术后更应鼓励患者多进食高蛋白、高维生素、高热量食物,如鸡蛋、各种汤类、绿色蔬菜、新鲜水果,防止便秘,以免腹内压增加导致皮瓣移位及加重血管痉挛。如进食不能满足机体需要还可将患者所需的糖、脂、蛋白质、电解质、微量元素等营养物质放于 3 L 袋中,采用静脉营养支持疗法,提高机体营养及抵抗力。

3.2.4 用药护理 术后常规应用足量有效抗生素防止皮瓣下发生感染;使用降低血液黏滞性药物如低分子右旋糖酐;使用低分子肝素钠、肠溶阿司匹林等防止血管痉挛及血栓形成;应用促进回流的药物如 B-7 叶皂苷钠减轻组织水肿;使用改善微循环的药物如前列地尔注射液。按时输注药物,多种药物使用应注意各药物的性质,注意药物之间的相互作用及有无配伍禁忌、中毒反应,观察用药后的效果。特别在使用溶栓药物时应更应注意严密观察患者神志、脉搏、呼吸、血压,防止血栓脱落栓塞心、脑、肺;注意观察创面、消化道等有无出血倾向,有无便血、呕血等症状,及时留取大便可潜血试验。做到早期发现,早

• 临床护理 •

期处理。

3.2.5 引流管护理

3.2.5.1 防止皮瓣下感染,术后可于皮瓣下放置引流,在未拔除引流前应做好以下护理:保持引流通畅,观察引流液性状、颜色、量,每班及时倾倒引流装置内血液,并准确用量杯或注射器测量并记录。引流出血液液体过多时应及时通知医生,寻找原因,正确处理。

3.2.5.2 留置尿管者做好会阴部护理,保持尿道口及尿管清洁,每日用碘伏棉球擦拭尿道口。及时更换一次性尿袋及尿管。尿袋不得高于耻骨联合,防止尿液逆流引起尿路感染。

3.2.6 术后疼痛护理及心理护理 手术后疼痛能引起机体生理生理改变而影响患者术后体质恢复,并促发或加重呼吸、泌尿、消化及心血管系统的各种并发症,直接影响预后,应加以重视。要设法去除或减少疼痛加重的因素,保持病房安静,为患者提供舒适休息的条件。给患者讲解有关疼痛的知识及协助使用恰当的无创性解决疼痛的措施如听音乐、看报纸等。必要时给予镇痛剂。由于皮瓣术后还面临断蒂术甚至还需要多次手术,患者易产生消极情绪,烦躁不安,护理人员应多关心患者,多和患者谈心,多支持患者,鼓励患者树立战胜疾病的信心和生活的勇气^[7-8]。

参考文献:

- [1] 黎鳌,杨宗城.黎鳌烧伤学[M].上海:上海科学技术出版社,2001:192-198.
- [2] 郭应禄,祝学光.外科学[M].北京:北京大学医学出版社,2003:120-128.
- [3] 杨宗城,汪仕良,周一平.实用烧伤外科手册[M].北京:人民军医出版社,2001:155-172.
- [4] 修培宏,米凯.围手术期治疗与护理基本知识问答[M].北京:中国医药科技出版社,2004:393-399.
- [5] 吴声跃.皮瓣移植术的观察与护理[J].重庆医学,2008,37(16):1871-1872.
- [6] 党世明.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2004:155-159.
- [7] 葛绳德,夏照帆.现代烧伤外科手术并发症的预防与处理[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008:323-340.
- [8] 唐玲.1例巨大腹壁纤维肉瘤围手术期的护理[J].重庆医学,2009,38(1):133-134.

(收稿日期:2010-09-25 修回日期:2010-11-17)

一种新型新生儿沐浴充气塑料垫的应用研究

贺顺红¹,刘明会²,王玉洁³

(重庆市涪陵区妇幼保健院:1. 护理部;2. 妇产科;3. 新生儿科 408000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.10.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)10-1038-03

新生儿沐浴是新生儿护理的一项基本护理操作,在为大量新生儿沐浴时,目前多数医院以卧式淋浴为主^[1],即在浴池内放置泡沫垫的淋浴方法,此方法在防止新生儿院内感染和保证新生儿安全方面有一定作用,但操作者感觉费力,新生儿感觉不适,泡沫垫不易清洗和消毒。本研究通过自制一种新生儿沐

浴充气塑料垫,改变沐浴方式,经临床应用,效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 4~8 月在本院住院正常分娩的新生儿 239 例。孕周 37~41 周,体质量 3 000~4 000 g,出生