

并处理活动性出血及管道堵塞,预防管道滑脱。

1.2.2.6 康复指导 嘱患者患肢功能锻炼及重建乳房塑形锻炼,劳逸结合;合理营养,避免过度肥胖;遵医嘱服药,5年内避孕,因为妊娠可提高乳腺癌复发可能性^[10];告知复诊的时间及自查乳房的方法;鼓励患者自强自信,保持心情愉快及良好的睡眠,根据身体康复情况早日回归家庭和社会。

2 结 果

16例患者乳房重建均获成功,无护理并发症。随访2~24个月,平均15个月,1例乳头部分坏死,坏死痂脱落后不影响整体外观。全组病例均无局部复发及远处转移,乳房亦无挛缩等并发症发生,患侧上肢功能及淋巴回流恢复情况良好。全组病例2个月均已恢复正常的家庭生活,除1例患者在家休息外,其余15例患者均已返回原工作岗位。

3 讨 论

乳腺癌是一种身心疾病,很多患者治疗结束后身心残缺,不能正常地回归到生活、工作中,难以再次融入社会。背阔肌带蒂肌皮瓣I期乳房重建手术的临床应用,给患者提供了更加人性化的治疗,使乳腺癌治疗的目的由单纯提高生存率逐渐向提高生存质量上转变,同时,也给护理工作提出了更高的要求,患者及家属术前心理负担重,期望值高,术后舒适度降低、并发症多^[11]。因此,护理过程中术前充分准备,做好全面的心理评估,同步做好患者及家属的心理护理,术后做好病情观察、舒适护理、再造乳房护理、患肢功能锻炼及康复指导,能提高手术的成功率,降低术后并发症,利于疾病的康复。

由于传统的乳腺癌根治手术切除了乳房、摧毁了女性的第二性征、破坏了女性的曲线美,严重伤害了女性的外在形象和内在自信,对患者及其家庭和谐、生活质量都带来了很明显的影 响,使女性乳腺癌根治术后的婚姻、生活质量低于一般人群。乳腺癌改良根治性术后同期行乳房重建,在保证安全的基础上,恢复了患者的形体,改善了患者的生活质量。更符合生理-心理-社会医学模式的总体健康状况要求,因此,正被越来越多的患者接受^[12]。患者可以在无明显身体畸形的状态中生活,在参加社交活动中无身体畸形的自卑感,从而减少了心理障碍

• 临床护理 •

负压封闭引流技术加外支架治疗胫腓骨开放性骨折围术期的护理干预

姜明菊

(海南省儋州市农垦那大医院骨科 571700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)34-4227-03

胫腓骨骨折多为粉碎性、开放性骨折,在临床上常见。骨和软组织损伤重,并发症多,治疗有一定困难^[1],而应用外固定支架加封闭式负压引流技术(vacuum sealing drainage, VSD)在有效稳定骨折的同时,用封闭式负压引流技术覆盖创面,不仅能充分引流,改善局部微循环和促进组织水肿消退,负压下刺激肉芽组织生长,同时与周围环境隔离,抑制细菌生长,有效控制感染,加快创面愈合^[2]。本科自2009年1月至2012年11月采用外固定支架加负压封闭引流装置治疗胫腓骨开放性骨折合并软组织缺损、骨外露患者40例,经过围术期的精心护理

的发生,提高了患者的生活质量,促进患者早日回归家庭和社会。

参考文献:

- [1] 莫森,柳光宇,吕力琅,等. 乳腺癌筛查研究进展[J]. 肿瘤,2012,32(9):748-754.
- [2] 韩学东,甄林林,施建华,等. 即刻乳房再造在乳腺肿瘤手术中的应用[J]. 实用医学杂志,2010,26(10):1799-1801.
- [3] 熊凌云,孙家明. 背阔肌皮瓣乳房重建的治疗现状与进展[J]. 中国美容医学,2010,19(7):1090-1093.
- [4] 马婷婷,赵岳. 家属同步健康教育对乳腺癌患者焦虑的影响[J]. 护理研究,2011,25(3):791-792.
- [5] 李慧,关山,刘晶晶. 乳腺癌切除同期乳房再造术的围手术期护理[J]. 中华现代护理杂志,2011,15(17):1797-1798.
- [6] 刘芳,史冬雷,季伟平,等. 腺癌乳房即刻重建术患者的围手术期护理[J]. 现代护理杂志,2007,13(24):2259-2260.
- [7] 吴珍. 乳腺癌根治性切除同期背阔肌皮瓣乳房再造术37例术后护理[J]. 齐鲁护理杂志,2009,15(4):1-3.
- [8] 陈楚吟,傅月珍. 乳腺癌患者背阔肌皮瓣I期乳房重建术后的护理[J]. 广东医学,2009,30(12):1942-1943.
- [9] 王巧真. 乳腺癌改良根治I期乳房重建术13例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2011,17(2):69-70.
- [10] 季丽军. 乳腺癌改良根治术加乳房重建术的围手术期护理[J]. 护理实践与研究,2012,9(24):63-65.
- [11] 李德全,刘剑仑,韦长元,等. 即刻乳房重建术后并发症的初步探讨[J]. 广西医科大学学报,2011,28(5):748-750.
- [12] 齐彦文,李健宁,李比. 乳腺癌术后即刻乳房重建的适应证及手术方法的选择[J]. 中国美容医学,2009,18(4):568-570.

(收稿日期:2013-09-22 修回日期:2013-10-08)

干预,取得满意疗效。现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者40例,其中,男26例,女14例,年龄21~53岁,平均35.6岁,其中17例车祸伤,11例坠落伤,12例绞榨伤。骨折均属Ⅱ~Ⅲ度开放性骨折,骨外露皮肤软组织缺损面积最小的5cm×6cm,最大的20cm×5cm,平均为8cm×6cm。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 (1)清创:彻底清除创面失活及坏死组织、

脓液、渗液和异物。(2)复位及有效固定:骨折复位后用单边外固定支架固定。(3)设计、覆盖 VSD 敷料:根据创面外形、大小合理设计、覆盖敷料,并覆盖生物半透膜。(4)连接负压吸引装置,调节有效负压源持续负压吸引,7~14 d 后解除负压引流装置。

1.2.2 术前护理 心理护理:胫腓骨开放性骨折属突发事件,意外受伤,患者易产生紧张、恐惧和焦虑等心理变化,因此应关心安慰患者,完善各项术前准备的同时,耐心向患者介绍新技术 VSD 治疗程序、注意事项、可能出现的问题、预期目标和成功病例,做好患者及家属的健康宣教,使患者以及家属积极配合治疗与护理^[3],增强患者康复信心。用物准备:负压源(使用中心负压)、压力表、负压吸引器、透明硅胶负压引流管。

1.2.3 术后护理

1.2.3.1 保持有效的负压封闭引流 术后正确连接负压引流装置,保持各管道连接紧密避免漏气,开放负压,根据病情一般调整负压在 -450~-125 mm Hg 之间。术后保持有效负压是负压封闭引流成败的关键^[4],负压有效的标志是填入的 VSD 材料明显塌陷,薄膜下无积液,反之提示负压失效。由于开放性损伤创面感染严重,炎性分泌物多,创面渗出物中含大量蛋白质、胶体,易沉积于管壁^[5],堵塞引流管而阻断负压源,因此,护士应妥善固定引流管保持引流通畅,避免引流管受压、扭曲、打折、脱落。严密观察并记录引流液的颜色、量及性状,严密观察引流管有无堵塞而阻断负压源,观察伤口表面 VSD 敷料是否塌陷,敷料中引流管是否压迫或者折叠,定时挤捏,始终保持 VSD 材料塌陷紧贴创面,内管形态明显凸现。一旦发现异常立即查找原因并及时报告医生处理。每天定时更换引流瓶,及时倾倒引流液,避免引流瓶内液体过多时吸入负压装置或回流到 VSD 敷料内从而影响治疗效果。更换时应先用血管钳封闭引流管,再关闭负压源。

1.2.3.2 体位护理 抬高患肢,以高于心脏水平为宜,以促进远端静脉血和淋巴回流,减轻肿胀,保持外固定架及引流管固定妥善,搬动患肢时,托扶外固定架上下端,避免出现剪切力及引流管受压、扭曲、打折或脱落等。

1.2.3.3 饮食指导 指导患者进高蛋白、高钙、高热量、高维生素富含胶原蛋白易消化食物,以加强营养,增强机体抵抗力,促进创面愈合。多吃新鲜蔬菜和水果及粗纤维食物,保持大便通畅。

1.2.3.4 创面的观察护理 VSD 能及时有效地清除创面的渗液及坏死组织,减少创面的细菌菌落数,降低伤口感染率,促进创面血供的恢复,增加血管通透性,促进水肿消退及肉芽组织生成等^[6]。因此,应保持负压值维持在有效范围内、封闭半透膜完好无损,确保无漏气,引流通畅,引流管管型明显凸现。并密切观察创面有无出血、异味及创面肉芽组织的生长情况,是否由苍白、暗红转为鲜红色,创面周围皮肤有无水泡、红肿、渗液,倾听患者主诉,患处有无疼痛、瘙痒等,如发现引流管内有大量新鲜血液被吸出时,应立即撤除负压,并立即通知医生及时处理,必要时停用负压引流。如创缘皮肤出现红肿、水泡,提示对透明贴膜过敏,应立即停用。本组中未发生创面出血及透明贴膜过敏情况。

1.2.3.5 维持外固定支架固定效能及针孔感染的预防和护理

(1)保持外固定架位置妥善,密切观察外固定支架是否松动、滑脱,针锁是否紧固,观察患肢末梢血液循环、感觉、运动情况,发现异常告知医生及时调整,防止因固定过紧造成缺血性挛缩。(2)观察外固定架针眼处有无红肿、渗出物、异常气味、疼

痛等,密切观察体温变化,注意针眼局部有无感染征象,发现异常告知医生及时处理。保持针孔周围皮肤清洁干燥,每日按医嘱予 75% 的乙醇消毒外固定架针眼 2 次,防止针孔感染。指导家属不可自行去除针孔处痂皮。本组无 1 例针孔感染发生。

1.2.3.6 预防骨筋膜室综合征 骨筋膜室综合征常由创伤骨折的血肿和组织水肿使骨筋膜室内压力增高所致,多见于小腿^[7]。应严密观察患肢肿胀程度、皮肤温度、感觉、运动和末梢血运情况,如发现肢体末端温度降低、瘀紫、麻木、痉挛加重,立即通知医生及时处理,避免抬高患肢,局部禁止按摩、热敷、加压包扎等,以免进一步加重组织缺血,造成肌肉坏死。本组无 1 例骨筋膜室综合征发生。

1.2.3.7 康复指导 术后 24 h 患者病情允许便可开始主动的进行功能锻炼,功能锻炼宜循序渐进。指导利用骨科牵引床进行上臂活动锻炼,以训练臂力,以便下地时用拐,进行踝泵运动、膝关节伸屈运动和股四头肌等长收缩运动,7~14 d 解除负压引流装置后,视病情患肢下地不负重活动,待有骨痂形成,可逐渐负重,根据骨折愈合情况,拆除外固定架。

1.2.3.8 健康教育 (1)采用多种形式向患者及其家属介绍 VSD 材料的性能及优点,使患者及家属易于掌握,能积极配合医务人员。(2)告知使用过程中的注意事项,如不要牵拉、压迫、折叠引流管;避免接触尖锐锋利的物体,以免损伤封闭膜,造成密封不严,影响负压引流效果;也不要随意调节负压大小。(3)应用温馨提示卡。如:为了您的安全,请爱护负压引流设备!请勿在压力表周围悬挂物品。(4)外固定架上有较多针梗,避免挂在盖被上导致患肢牵拉疼痛,外固定支架螺帽不能自行随意松动、调整^[8]。

2 结 果

本组 40 例病例,术后保持有效负压和引流通畅,加强营养支持、康复指导及有效的护理干预,患者均治愈出院,随访 8 个月至 1 年无 1 例出现感染。

3 讨 论

3.1 外固定支架在有效稳定骨折的同时,用封闭式负压引流技术覆盖创面,在保持负压引流的作用下,促进创面局部组织血液循环,刺激肉芽组织生长,保持创面干燥,预防创面感染,加速创面愈合,减少了抗菌药物的应用,患者不必经历频繁换药的疼痛刺激,减轻了患者的痛苦,同时外固定支架固定可靠,不限制关节活动,可早期行功能锻炼^[9],避免因长期不能行功能锻炼造成的肌肉萎缩、关节僵硬等并发症,缩短了住院时间,降低了医疗费用,大大提高了临床治疗效果,提高了患者满意度,也减轻了医护人员的工作量,值得临床推广应用。

3.2 VSD 虽能减轻临床换药工作量,封闭的透明的半透性贴膜利于对创面的观察,方便护理,但护理人员也不能疏于管理,为提高疗效,护理人员应勤于观察,作好记录,并注意做到以下护理干预:(1)保证有效的负压值,确保封闭半透膜完好无损无漏气,保持负压引流管引流通畅。(2)告知患者及家属不要牵拉、压迫、折叠引流管;避免接触尖锐锋利的物体而损伤封闭膜,造成密封不严,影响负压引流效果;也不要随意调节负压大小。(3)加强术后饮食、体位、护理观察要点及注意事项的健康宣教。(4)加强功能锻炼及康复指导。总之,加强围术期护理干预是促进患者早日康复的关键。

参考文献:

[1] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2012:793.

- [2] 李艳华,崔爱琴,张俊娥. 负压封闭引流技术在皮肤软组织缺损中应用的护理观察[J]. 中外医疗, 2010, 29(1): 166-167.
- [3] 寇丽红. 感染性骨折不愈合病人开放性植骨治疗的护理[J]. 护理研究, 2007, 21(4): 212.
- [4] 何旭. 负压封闭引流技术修复软组织缺损的观察与护理[J]. 临床护理, 2010, 2(3): 203-204.
- [5] 袁晓妮,杜永秀,朱静. 改良负压封闭引流装置治疗开放性损伤的疗效观察及护理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23

(23):2177-2178.

- [6] 裘华德,宋九宏. 负压封闭引流技术[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:134-135.
- [7] 吴在德,吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2012:725.
- [8] 吴新军,尹芝华. 骨外固定治疗尺骨鹰嘴骨折的康复训练[J]. 重庆医学, 2005, 34(7): 1018-1019.

(收稿日期:2013-09-15 修回日期:2013-10-28)

• 临床护理 •

卫生列车手术室手术器械的管理

王亚玲¹, 杨天德^{2△}

(第三军医大学新桥医院:1. 护理部;2. 麻醉科, 重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.34.053

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)34-4229-01

卫生列车手术室作为一个移动性的手术救治单元,在各种应急救援和战时发挥很大的作用,但同时由于列车空间有限,并且在行进中会有物资补给困难和治疗手术类物品消毒灭菌难以规范化处理等相关难题。而手术器械是卫生列车手术室最基本的配备物品。各种手术器械完好无损,功能正常是手术顺利进行的必要保障。由于各种条件的限制,如何能以最简便可行的方式管理好手术器械是值得思考的问题,现对本院卫生列车手术室手术器械的管理进行了简单总结,现报道如下。

1 手术中器械的使用

(1)合理选用器械包,使用手术器械时轻拿轻放,尖端及锐利部分应加保护套,防止损坏。使用和保养时要经常检查其性能,各种刀剪是否锐利、钳类器械闭合是否良好,咬合是否紧密,器械关节部位螺丝有无缺失等,精密贵重器械应特别注意保护锐利部份,避免失灵及零件遗失^[1];(2)禁止将手术器械浸泡在生理盐水中,术中应保持器械清洁,使用后及时用无菌湿纱布去除器械表面的污渍、血迹,防止污物残留;(3)禁止用手术钳、持针器、剪刀等精细器械捻剪钢丝,以免发生器械不可修复的损坏;(4)手术结束后应及时收回各种器械,以免损坏与丢失;(5)不得随意投掷、搬弄手术器械,搬运及存储过程中避免器械受压;(6)精细、贵重器械应与其他器械分开放置,避免被碰撞、受挤压^[5]。

2 手术器械清洗、保养、打包流程

(1)术毕手术护士将器械与敷料分类放置后,洗手护士应将刀剪、缝针线团,以及特殊器械分开放置,不可与其他器械混在一起清洗。刀片立即取下,防止误伤,缝针不可拿到水管下冲洗,避免缝针被冲入下水道,日久造成堵塞。如无洗手护士的手术,辅助护士应代替洗手护士管好器械^[2-3];(2)器械核对清点完毕,应立即清洗,污染器械需先进行初步消毒处理后,方可按常规清洗。对于各种零件,组成较复杂的器械,手术结束应由洗手护士负责处理,手术完毕,应将所有螺丝旋紧,以防脱落遗失。在水槽内清洗时将螺丝旋松洗净螺纹内血迹后,再旋紧。有关节的器械应打开关节,在活动外冲洗。用毛刷按齿纹顺序刷洗干净,不使血块纤维组织等异物嵌入齿缝。清洗完毕,将器械擦干,置于酶清洗液中浸泡,时间按使用说明进行。

之后再彻底清洗擦干,将器械放入专用器械润滑油中浸泡 2 min 取出待干。按要求打包消毒。即器械必须有经过水洗、酶洗、清洗、擦干、上油、分类打包后方可送去灭菌;(3)器械在打包前必须经过严格检查,保证每把器械性能良好,无锈、无血迹;(4)器械打包时应遵循器械分类、摆放固定、先重后轻、先常用后备用、分类排序、先小后大、先直后弯、先短后长、弯头朝左的原则;(5)器械包装时,器械名称与数量应与核查本上的器械名称、数目、每包器械总数相一致;(6)需高压灭菌的器械包内必须放置压力蒸汽灭菌指示卡,器械包外贴压力蒸汽灭菌指示胶带,并在胶带上注明器械包名称、灭菌日期、过期日期,查包者、打包者双方签名后方可送去灭菌;(7)包装要建立起无菌阻隔系统^[1]尽量使用无纺布或纸塑包装材料并保证包装有效^[4-5];(8)经过灭菌的手术器械包必须存放在专用的无菌物品柜内由专人统一进行管理、安排、调配、发放^[6];(9)器械包在使用过程中由手术护士管理,术中发生器械损坏应用黑色丝线做标记,以提示该器械不能使用,术毕及时更换。

3 手术器械的灭菌

由于卫生列车上条件的限制,对耐热的手术器械可采用电热产蒸汽的小型电热灭菌器灭菌。按产品说明进行操作,使用过程中应注意:(1)正确进行灭菌物品准备,灭菌包不宜太大,约 30 cm×30 cm×25 cm;包裹不宜过紧;金属包的重量不超过 7 kg,敷料包不超过 5 kg^[7];(2)正确装锅,需灭菌的物品放入灭菌器不能超过其容积的 80%,每个灭菌包放置之间留有间隙,并垂直竖放。注意不要将敷料、布类等怕湿的灭菌包靠近灭菌器门及四壁;金属类灭菌包放于灭菌器下层,敷料类灭菌包放于灭菌器上层,以防吸入较多的冷凝水造成湿包^[8];(3)对不耐热的手术用品如麻醉机附件、塑料橡胶制品等。首选一次性无菌包装的产品,如无一次性包装则可采用化学灭菌方法处理,2%碱性、强化酸性戊二醛均可应用,浸泡 10 h 可达到灭菌效果^[8]。紧急情况下,也可采用 0.5%碘伏浸泡 10 min,浸泡时注意彻底清洗器械表面的血迹和组织残渣等有机物,以保证消毒可靠。浸泡有关节的器械时,应将关节打开,要将器械全部浸入碘伏液中,注意避免浸泡不完全的情况发生。浸泡完成后取出器械,用无菌生理盐水冲洗,无菌纱(下转第 4232 页)