后路胸腰椎手术体位的巧安置

王 敏,曾 俊 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科,重庆 400038)

[关键词] 胸椎;腰椎;骨折
[中图分类号] R683.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0361-01

经后路的胸腰椎骨折手术都采用俯卧位,常伴有腰椎不稳的情况。因此,在安置此类手术体位时,护理人员应注意安全、稳定、迅速、有效等问题,为防止加重病人损伤造成不良后果,我们从2003年开始,对此类手术体位的安置方法进行了改进,先让病人在手术推床上麻醉后,再将病人平稳的托到手术床上,取得了良好的效果,值得临床推广,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例共156例,年龄13~65岁。全身麻醉106例,硬膜外麻醉50例;内固定手术103例,椎间盘手术53例。病人全都按照新的安置方法安置手术体位后,无一例因摆放手术体位不当引起并发症。

1.2 体位安置方法

安置步骤如下:①用手术推床将病人接入手术间后,严格核对病人各种信息;②将手术推床调整与手术床平齐后固定;③在病人的左上肢建立静脉通道,协助麻醉医生进行麻醉;④在手术床上摆放好手术所需俯卧位的体位物品,并用中单、治疗巾包裹体位物品,以防止交叉感染和压疮;⑤安放体位时由麻醉医生负责托病人的头部,并保护好气管插管;病人身体两侧各1名医生;护士处于病人右侧,关闭尿管将尿袋置于病人两腿之间;⑥病人右侧手术床边的手术医生和护士应双手平伸置于病人的胸腰部和臀、大腿部,待病人左侧推床边的医生联合麻醉医生托起病人呈右侧卧位后,再由他们将病人面部向下平放于手术体位垫上;⑦护士将手术推床迅速撤出,再按手术需要确定并妥善安置,固定病人头部、四肢及各种管道,检查体位安置的安全性和有效性,麻醉医生应检查各种监护导线的有效性,并严密观察病人的情况。

2 体会

后路胸腰椎手术传统采用直接在手术床上安置俯卧位的方法,此法需要在医生托起病人后,由护士将体位垫塞于病人与手术床之间,这样不仅需要反复多次抬起病人,加重了此类病人的损害,而且还会造成手术床单不平整增加压疮等并发症发生的机率。手术推床直接平稳的将病人翻转到手术床的俯卧位垫上的方法,既满足了稳定、安全、迅速、有效的安置原则又使此类手术的体位安置一步到位,减少操作步骤。利用此方法减少了安置体位的时间,降低了手术暴露时间,防止病人发生体温过低。在安置过程中,需要各医护人员的密切合作,动作轻柔,协调一致,防止加重病人损伤。其他手术的俯卧位均可采用此种方法安置。

[收稿日期] 2008-07-10 [修回日期] 2008-08-22

(编辑:张天飞)

水胶体敷料治疗肛周烧伤溃疡创面1例

雷 英,徐 琰 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所普通外科,重庆 400042)

[关键词] 水胶体;烧伤;敷料
[中图分类号] R647 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0361-02

对于小面积烧伤创面,采用油纱覆盖、外涂龙胆紫等是经典的治疗方法[1],但其创面愈合不甚理想,而水胶体敷料的使用更接近Ⅱ度以下烧伤创面愈合的需要。作者采用水胶体敷料成功治愈肛周烧伤溃疡创面1例,取得了满意的效果。现报告如下。

1 临床资料

患者女,57岁,2006年9月18日经骶尾入路行直肠管状腺瘤切除术,术中肛周不慎被电刀烧伤,术毕医嘱予龙胆紫涂抹烧伤创面,至2006年10月7日创面未愈合而转入我科。局部检查肛门左侧可见5 cm×3.5 cm溃疡创面,50%为黑色焦痂,50%为黄色坏死组织,少量血浆样渗液,肛门右侧有一个3.5 cm×3 cm黄色溃疡创面,少量血浆样渗液,患者诉疼痛明显,影响行走,判断为浅Ⅱ度烧伤溃疡创面。患者营养正常,无内科疾患,未服用类固醇药物。因排便时易污染创面,且大小便沾染创面时疼痛加剧,患者精神紧张,进食减少,睡眠差。

[收稿日期] 2008-06-29 [修回日期] 2008-07-17

2 治疗与结果

用等渗盐水清洗创面,创面周围皮肤予酒精消毒,待干。将DuoDerm标准愈合敷料覆盖于创面,并予3M透明薄膜外固定,每日1次。第2天见左侧创面黑痂软化,予剪刀清除,露出黄色腐肉,原黄色腐肉清除50%,并转红润。右侧创面黄色腐肉清除50%,并转红。继续予DuoDerm覆盖清创处理。经过2次敷料清创后两处创面黄色坏死组织完全清除,创面红润,渗液减少,溃疡面逐渐缩小,出现上皮化。此时改用DuoDerm超薄愈合敷料覆盖创面,2~3 d换药1次,经2次换药后创面愈合无瘢痕。

3 讨论

DuoDerm内层由亲水胶态微粒的明胶、果胶和羧甲基纤维素钠构成水胶体配方,具有保湿性,为创面提供湿性愈合环境,并促进创面的自溶性清创。其外层为不透气聚亚安酯泡沫,造成敷料内外创面氧气浓度分压差,低氧的环境可促进血管增生,抑制细菌生长,加速创面愈合。同时水胶体片状敷料顺应性好,可随皮肤伸缩而延展,活动不太受限,外观好,患者舒适[1]。外层再予3M透明薄膜固定,增强了敷料与创面的密闭,尽可能减少大小便污染创面。溃疡创面局部处理过程包括清洁、清创及敷料的应用。本例黑痂溃疡创面无感染征兆,患者感局部疼痛系溃疡刺激真皮内痛觉神经所致,少量渗液为含红细胞的淡红色透明浆性液,创面黄色组织为血纤维蛋白渗出凝固、紧密粘着于创面,器械清创不适合,且创面位于肛周,易被大小便污染,所以使用水胶体敷料覆盖创面[2-3]。

当创面完成清创进入表皮细胞增殖、上皮爬行期,选择使用DuoDerm超薄愈合敷料,其成分与DuoDerm标准愈合敷料内层相同(无外层聚亚安酯泡沫),继续为创面提供微酸、低氧的密闭湿润愈合环境,加快表皮细胞的迁移。超薄敷料厚度只有0.5 mm,因此时创面清创完毕渗液减少,进入上皮爬行期,选择超薄敷料可塑性强,覆盖创面更服帖,可防止大小便污染创面,同时增强患者舒适感,顺利完成上皮爬行。因此,对小面积烧伤创面处理,水胶体是一种理想的敷料。

在换药期间对病人进行积极的心理疏导,每次换药均告知其创面进展情况,解除患者因创面不愈合带来的心理压力,使其积极配合治疗。创面愈合是一个复杂的过程,不同愈合阶段应充分评估,并结合患者个体情况,选择恰当的清洁和清创方式,同时根据敷料的特性,正确选择应用,以达到最佳治疗效果。

[参考文献]

[1] 姚庆君,胡大海,董茂龙. 水胶体治疗小面积Ⅱ度烧伤创面的临床研究[J]. 第四军医大学学报,2005,26(6):548-550.

[2] 赵 勇,于冬梅,赵佐庆. 生肌象皮膏治疗小面积深度烧伤创面14例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2006,15(2):110.

[3] Schulze HJ. Clincal evulation of TIELLE plus dressing in the management of exuding chronic wounds[J]. BrJ Connunity Nurs,2003,8(11 Suppl):18-22.

(编辑:左艳芳)

肠瘘患者的皮肤护理

陈晓铮,吴锦明 (解放军第92医院九病区,福建 南平 353000)

[关键词] 胃肠道;瘘;护理
[中图分类号] R574.05;R248.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0362-02

肠外瘘是胃肠术后的严重并发症之一,由于大量肠液丢失引起水、电解质与酸碱平衡紊乱,又使胃肠道失去吸收、消化与营养的功能,导致营养不良、感染、败血症及多脏器功能衰竭[1-3]。所漏出的消化液对周围皮肤腐蚀性很强,导致皮肤疼痛、红肿、糜烂及坏死。因此,在肠外瘘患者的护理中,皮肤护理尤为重要。本文就肠外瘘的护理报告如下。

1 皮肤护理

胃肠手术后,如果发生肠外瘘,首先应及时清除肠液。临床上一般应用双腔负压引流管吸去漏出的肠液,减少对周围组织的刺激,有利于炎症水肿的消退与肉芽组织的生长。要敞露瘘口,最好应用红外灯或频谱仪照射瘘口及其周围皮肤,保持局部清洁、干燥,不利于细菌生长繁殖,切忌用厚棉垫包捂瘘口。应及时更换敷料,保持皮肤清洁干燥。如瘘口周围皮肤有发炎者,常规清洗皮肤后,可涂抹氧化锌、氢氧化铝或其他抗生素软膏,再覆盖凡士林纱布保护。对皮肤炎症较重或有糜烂的患者,予以局部涂胶体敷料,如水胶体的粉剂、膏剂,效果极好。

2 讨论

肠外瘘患者由于长期卧床、感染引起的体温升高、血糖高、营养丢失、低蛋白血症造成水肿等导致皮肤抵抗力差,加之肠液、冲洗液,使皮肤常处于潮湿状态,易发生压疮。因此,加强基础护理至关重要。针对患者身体状况,给予铺气垫床,每两小时翻身拍背、协助床上活动并按摩骨突处。每日为患者进行温水擦浴,随时更换污染的被单,保持床单清洁、平整,保持患者皮肤清洁干燥,避免局部受压。在患者病情稳定后,指导其

[收稿日期] 2008-07-05 [修回日期] 2008-08-17