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

进行肢体主动锻炼,如肢体伸屈动作等,以防止肢体肌肉废用性萎缩。

肠外瘘患者要取得较好的治疗效果,不但要加强瘘口周围局部皮肤的护理,还应强调患者的整体护理,以及早期的全胃肠外营养支持,生长抑素(善得定、施他定等)的使用;后期的肠内营养治疗,生长激素(思增等)的使用等全身的综合治疗。只有这样,才能获得满意效果。

[参考文献]

[1] 黎介寿,任建安,尹 路. 肠外瘘的治疗[J]. 中华外科杂志, 2002, 40(2): 100-103.
[2] 王耀琴,田丽萍,郝彩琴. 肠外瘘病人营养治疗的护理[J]. 家庭护士,2008,6(2):337-338.
[3] 牛伟新,王洪山. 小肠瘘的诊断和治疗[J]. 国际外科学杂志, 2007,34(8): 508-509.

(编辑:兰阳军)

关节镜下胫骨髁间前棘骨折内固定术的手术配合

官晓庆,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] 关节镜;髁间棘骨折;手术配合
[中图分类号] R683.42;R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)05-0363-01

胫骨髁间前棘骨折是一种复杂的关节内骨折,传统的胫骨髁间棘骨折的手术治疗需暴露膝关节腔,手术创伤大,术后关节功能恢复不满意[1]。我院2002年5月至2007年12月关节镜下治疗胫骨髁间前棘骨折43例,通过精心的术前准备,术中配合,取得了良好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者43例,其中男30例,女13例,年龄18~54岁。所有病例均为闭合性损伤。伤后至手术时间为3~40 d。

1.2 方法

选择膝关节镜的前方内外侧标准切口探查关节腔,探查时详细了解骨折块形态、移位方向和程度,是否合并其它关节内损伤。根据术前检查和术中观察,决定骨折复位和固定方式。镜下确认复位满意后,旋入空心松质骨螺钉内固定。手术配合主要有:①确保镜下视野清晰;②合理的手术体位;③正确灭菌或保养关节镜;④采集并存档关节镜的影像资料。

2 结果

手术过程顺利,在护士熟练的手术配合下,节约了手术时间,不仅促进了伤口愈合,还使手术住院时间缩短,术后满意率达100%。

3 讨论

确保镜下视野清晰,保持灌洗压力和水流通畅是获得清晰视野和手术成功的关键[2]。关节腔持续灌注一定的液体,维持腔隙内压力。灌注液若不连续,会造成手术视野模糊不清,影响手术操作,延长手术时间。适当的压力和准确计时都可为医生提供良好的保证。争取在一次止血带时间内完成手术操作,否则,术中松止血带不但出血多,而且在再一次打止血带时因关节腔有大量积血,会造成视野的不清晰,影响医生的操作,还需花不必要的时间进行关节腔清理。合理的手术体位可方便医生操作,节约手术时间,我院采用的健肢外展患肢下垂体位给术者提供了充足的操作空间,腿部固定架牢固的固定于患侧大腿根部,满足了膝关节镜手术中内、外翻膝关节,增大关节间隙,充分暴露手术部位的需要。另外考虑术中需"C"臂X线机透视,健侧下肢在不损伤肌肉神经等前提下尽可能外展。

关节镜器械结构复杂、专用性强、材料特殊、价格昂贵,若灭菌或保养不善将造成器械损坏,影响正常使用[3]。关节镜设备和器械由关节镜专科护士专人保管和养护,最大程度降低了术中出现故障的概率,使所有设备处于最佳工作状态,以利于医师的手术操作。关节镜的影像资料具有重要的临床、科研、教学等价值,由关节镜专科护士负责每台手术影像资料的采集并存档。根据病人需要为其刻录光碟并详细讲解,增加手术透明度及病人信任感。

器械护士及巡回护士术前必须做好各项准备工作,熟悉手术的各个步骤,配合及时到位,以确保手术的顺利进行,缩短手术时间,尽可能减少止血带对病人引起的不良反应。通过对43例关节镜下胫骨髁间前棘骨折复位内固定手术的配合,我们体会到良好的医护配合及充分的护理准备不仅可以提高手术效率,更在一定程度上使手术后患者达到优良的效果。

[参考文献]

[1] 戴 祝,唐进军,陈志伟,等. 关节镜下治疗前交叉韧带止点胫骨髁间棘骨折[J]. 南方大学学报(医学版),2007,35(2):189.
[2] 岳 蕤,曾 俊. 自动升降压力可控灌注装置的制作及在手术中的应用[J]. 局解手术学杂志,2005,14(3):200.
[3] 侯筱魁. 关节镜手术学[M]. 第2版. 上海:上海科学技术出版社, 2003.3-6.

(编辑:左艳芳)

[收稿日期] 2008-06-29 [修回日期] 2008-07-17