维普资讯 http://www.cqvip.com

1例爆炸伤后右大腿电雷管取出术的手术配合

秦筱静,聂智容,郑朝敏 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所手术室,重庆 400042)

[关键词] 手术;爆炸伤;电雷管
[中图分类号] R136.37;R61 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0283-01

电雷管是一种用于爆破的高危险产品,完整电雷管仅在4伏电压下即可引爆。我院于2005年9月29日完成了1例爆炸伤后右大腿遗留完整电雷管取出术,患者于术后两周康复出院,现将手术配合体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男性,53岁,农民,因电雷管爆炸伤及右臂、右背、右大腿,X片显示右大腿内侧可见雷管一枚,伤后即在当地医院行右臂、右背、右大腿清创术,未取雷管。伤后2 d入我院时查体右前臂、右背部散在皮肤挫伤,已结痂;右股骨大转子处可见2.3 cm×0.5 cm边缘不规则裂口,腹股沟中下点2 cm处可扪及4.5 cm×1.0 cm管状物,边界清楚,触、压痛明显,能扪及股动脉搏动。股骨外上踝部位皮肤可见3.0 cm×1.5 cm皮肤裂伤。

1.2 治疗方案

经多位专家会诊论证,患者右大腿内异物为未爆炸之完整电雷管,4伏电压即可引爆,雷管下方为股动脉、股静脉及股神经,如果爆炸患者及周遭人群均有生命危险,因此手术是必须的,同时手术也具有极大的风险,必须拟订禁止使用与电有关治疗方案,心、肺功能的监测只能由相关专家望、听、触、叩综合临床经验来完成,医护人员必须在配备好扫雷防护装具的情况下为患者实施清创、扩创术及右大腿异物(雷管)取出术。

1.3 术前准备

患者睡眠、饮食不佳,加上疼痛、焦虑,精神非常差,但强烈的求生欲望使其对手术期望很高。术前访视及手术开始前,我们根据患者的心理,鼓励其一定要有信心,稳定情绪,保持身心的平稳状态,积极配合手术。选择一间较为宽敞的手术室,转移走手术间内所有仪器设备,准备立式血压计一台、听诊器一付,急救车备用,另监护仪、除颤仪等抢救设备置手术间门外备用。特殊物品准备包括:①紧急借调6套扫雷防护装具;②常规深部清创手术用敷料及器械包,两把充分绝缘橡皮套血管钳,另备经腹入路的抢救器械一套;③3%双氧水、0.5%碘伏溶液、凡士林油纱条、潘氏引流条、14号T型管或菌型管;④紧急备血3 000 ml,血浆800 ml,以防意外,另一取血车备用。患者右大腿内异物为未爆炸之完整电雷管,随时有爆炸可能,搬运过程中动作要轻、稳,严禁震动、碰撞,搬运通道保持畅通安全,专人开道,禁止带电仪器的出现,以防引爆雷管。

2 结果

患者术后常规抗炎、止血、对症治疗,10 d后再行右大腿爆炸伤二期缝合术。全身多处软组织挫伤愈合,右侧腹股沟切口及右大腿切口对合整齐,无渗血、渗液及分泌物,住院14 d后出院。门诊随访无并发症。

3 讨论

患者进入手术室即建立双静脉通道,以备发生意外时给药和补液同时快速进行,因术中禁止监护仪及呼吸机的使用,故采取硬膜外麻醉,巡回护士协助安置麻醉体位,患侧在上,专人固定腿,保持右下肢绝对制动,翻身动作要轻柔,健肢稍屈膝,两腿间垫软枕,硬膜外置管成功后固定导管,协助患者平卧。患者取去枕仰卧位,消毒铺单均不可抬高挪动患者右下肢,以免挤压雷管。术中由于监护设备的禁用,对于患者生命体征的观测就更为重要和困难。术中每两分钟数一次脉搏,五分钟量一次血压,报知麻醉医生并记录;并随时观察面色、唇色、意识、瞳孔、呕吐、疼痛、呼吸等生理病理反射;关注手术进程,雷管一旦安全取出并送离手术室,即刻安置监护设备。

器械护士上台后,整理好器械台,用14号T型管或菌型管套在血管钳前端,做成两把橡皮套钳,备钳夹雷管用。手术切口以腹股沟中点下方2 cm处为中点,上下切开,切口长约15 cm,逐层切开皮肤、皮下,术中见一约2 cm×0.5 cm圆柱形雷管位于股动脉及股静脉前方,电信引完整。以橡皮套钳轻轻夹出雷管置于垫了棉垫的弯盘内,马上交由专业人士处理。手术仅开始9分钟即完成了关键的步骤。取雷管的钳子立即下台,避免二次污染,将股骨大转子处裂口扩创,清除沾染组织,找到窦道,分别以双氧水、生理盐水、碘伏溶液冲洗伤口及窦道,双向安置潘氏引流条,油纱填塞,等感染控制二期手术时再予缝合,用纱布棉垫包扎伤口。

电雷管是一种高危险产品,如果处理不当,患者及周围人群均有生命危险,所以手术有极大的风险。经我院专家的会诊论证,医护人员的精心治疗和护理,成功地完成了此例爆炸伤后右大腿遗留完整电雷管取出术。通过手术的配合,促使我们不断学习新业务、新技术,在护理实践中不断总结经验提高护理水平。

(编辑:张天飞)

[收稿日期] 2007-03-30 [修回日期] 2007-04-18