维普资讯 http://www.cqvip.com

观察心率(律)的变化,定时听诊双侧肺部呼吸音,注意胸廓的起伏幅度,病人有无自主呼吸及呼吸困难,有无呼吸对抗等。此外,还应观察口唇及四肢末梢循环有无发绀,血钾、尿量、尿液pH的变化,如有异常,及时报告医生,以便于给予恰当的处理。

3.2 机械通气治疗过程中的护理

3.2.1 呼吸参数的调节:到目前为止,机械通气治疗仍是最重要的呼吸治疗支持手段之一,当 $FiO_2 > 0.5$, $PaO_2 < 60$ mmHg,应及时给予机械通气治疗。在机械通气治疗过程中,我们采用压力通气模式(PCV)并控制气道峰压(PIP) < 2.94 ~ 3.43kPa, PEEP从0.29 ~ 0.45 kPa开始逐渐增加,维持气道峰压不变,至潮气顺应性从增加到减低,确定为理想PEEP,一般不超过1.47 kPa,氧合不足时适当延长吸气时间或反比通气。PCV通气模式的吸气流量为减速波形,有利于气体交换和增加氧合,并可保证非均质的肺内各区带正常气道压不超过预定气压值,降低肺损伤的发生。为较快纠正机体严重缺氧,短时间内可使 $FiO_2 > 0.8$,长时间则应使 $FiO_2 < 0.5$,以避免氧中毒的危险。在呼吸机治疗期间,应根据血气分析结果,及时调节呼吸参数。

3.2.2 气道的护理:严重创伤易致ARDS者支气管分泌物增多,咳嗽乏力,痰血滞留气管,再加上气管插管或气管切开,易并发肺部感染,因而及时正确的吸痰,保持呼吸道的通畅就显得非常重要。我们常规采取按需吸痰,当听诊肺部有痰鸣音或 SpO_2 低于90%时,先吸入纯氧2 min,再进行吸痰,每次不超过10 s,当肺部痰液较多,短时间吸痰效果不佳时,我们采用纤维支气管镜进行肺部灌洗。特别强调的是湿化器设置的温度以低于体表温度2℃为标准,以利于气道的湿化,痰液的稀释。在呼吸机治疗期间,应严密监测生命体征的变化,特别是脉搏血氧饱和度的变化和血气分析。长时间的机械通气治疗易导致呼吸机依赖,增加肺损伤和呼吸机相关性肺炎发生的机率,因此应早期脱机。当患者自主呼吸开始恢复,潮气量和呼吸频率适当,便将PCV通气模式改为同步间歇指令通气(SIMV),并逐渐减少预置呼吸频率,每次减少1 ~ 2次/分,至患者呼吸平稳,动脉血气分析正常, $PaO_2/FiO_2 > 300$,即可脱机。

3.3 出入量的管理

ARDS时肺间质与肺泡水肿,液体潴溜增加。液体入量应适当控制,前3 d入量宜少于出量,每日保持500 ~ 1000 ml的体液负平衡,在血液动力学状态稳定的情况下,可适当使用利尿剂。因此准确记录每小时的出入液体量,以防止液体的大进大出而加重肺水肿,持续中心静脉压监测就显得非常重要。早期输液应以晶体为主,在毛细血管内皮损伤逐渐恢复后,可适当使用胶体,以提高血浆胶体渗透压,促进间质及肺泡内液体回吸收。

3.4 药物治疗过程中的观察护理

3.4.1 糖皮质激素应用的观察:早期大量应用地塞米松可保护肺毛细血管内皮细胞,减少毛细血管渗出,减轻炎症反应,缓解支气管痉挛,但严重创伤后患者易并发消化道大出血,而使用糖皮质激素后更易导致上消化道大出血,除常规使用 H_2 受体阻滞剂或质子泵抑制剂等预防上消化道大出血外,还应严密观察胃液、大便的颜色、性状、量,并作常规检查。

3.4.2 血管活性药物应用的观察:病人并发ARDS时,机体严重缺氧,会对心功能造成损害,同时存在肺动脉压力增加,肺小血管痉挛及微血栓形成。适当使用血管扩张剂,可减轻心脏前后负荷,同时也可扩张肺血管,解除肺小血管痉挛,改善肺循环。在应用血管扩张剂时,应严密监测血液动力学状态的变化,为及时调整其用量提供准确的依据。最好由输液泵经中心静脉通道输注血管扩张剂,以防止药物对小血管的刺激。特别注意的是严禁经输注血管扩张剂的通道推注药物,以免使血液动力学的波动太大,从而影响疾病的转归。

3.5 原发病的治疗与护理

严重创伤致ARDS在治疗上比较复杂,原则上应早期诊断,尽快治疗,治疗上既要注意创伤的处理,又要及时治疗多发伤所致的休克和缺氧。如多发性骨折,有可能发生脂肪栓塞,进而加重肺部损伤,故应对患者的骨折实行切实可行的固定,防止患者躁动。对于多发性骨折,有继续出血的可能,要注意观察,防止失血性休克。

总之,我们在积极治疗创伤的同时,通过呼吸机辅助治疗及在护理环节上提出积极的措施,保持生命体征平稳,防止多器官功能衰竭的发生,在多发伤致ARDS的治疗和护理上取得了比较满意的效果。

(收稿日期:2003 - 03 - 09)

一体化护理在同种异体肢体移植中的应用

延凤梅* 杨 威* 和 晖* 弥金霞*

同种异体肢体移植的成功给手缺如患者带来了重获"新手"的希望。中国哈医大一院成功地为3例患者进行了同种异体肢体移植手术。两例是双前臂移植,一例是全前臂移植。现报告如下。

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

1 资料与方法

1.1 临床资料

第1例,男性,18岁。入院前一年不幸被火车轧掉双下肢。双手因冻伤在腕上截肢,左、右前臂保留长度约21 cm,X光片示左右桡骨长度为18 cm,尺骨长度为21 cm。切口甲级愈合,全身状态良好。手术于2001年1月13日,行双手同种异体移植,本例为世界第4例,亚洲第2例。

第2例,男性,51岁。该患者于一年半前不幸在一次爆炸事故中,左前臂被炸掉,仅残留肘下5 cm,X光片示左尺骨残留4 cm,桡骨残留3 cm,且呈屈曲位,患者右上肢于肘上8 cm处缺如,左下肢于大腿上端缺如。切口甲级愈合,全身状态良好。于2001年6月23日行左侧前臂移植术。本例为世界第一例全前臂异体移植。

第3例,男性,50岁。该患者于21个月前在工作中不幸被机器绞掉双手。在当地医院行双手断肢再植术,术后因吻合的动脉栓塞,且发生较严重的感染,双手行开放式解脱术,经再次手术后伤口愈合。入我院时检查右前臂桡骨残留8 cm,尺骨残留10 cm,左前臂桡骨残留11 cm,左尺骨残留13 cm。2002年10月13日在全麻下行同种异体双前臂移植。本例为世界首例双前臂异体移植。

1.2 心理护理评估

1.2.1 术前处理:①术前心理评估及护理:手或肢体缺失的患者均有不同程度的心理异常和恢复完整肢体的强烈愿望。由于生活上的不便,而产生悲观、自卑的心理。目前假肢的功能和形态都不能使患者完全满意。因此,患者希望能进行异体肢体移植。为此,我们要与患者及家属进行深入的交谈,在肯定其愿望的同时,也对其说明手术的风险,长期应用免疫抑制剂的危险,使患者在明明白白的情况下做手术的决定。在等待供体的过程中,与患者进行深入的交谈,疏导其焦虑的心情,使其以最佳的心态迎接手术的到来。②术前肢体训练:3例患者由于肢体缺失时间较长,断肢已有肌肉萎缩,我们采取意念的方法,让患者想象自己的握拳、伸指,为术后的早期功能训练打好基础。

1.2.2 术后处理:①术后心理评估及护理:在术前就告知患者手术后可能出现的情况以及医生要采取的措施,并进行心理训练,在术后前2周每天进行心理治疗。②减轻疼痛:疼痛可引起米格5-羟色胺释放使血管收缩,造成术后血管危象的发生。以止痛药物止痛为基础,语言安慰为辅,用分散注意力、精神放松和集中注意力进行必要训练交替进行来减轻和预防疼痛的发生。③交谈疏导:用整洁的仪表、端庄举止、上下班前同患者亲切问候和告别,治疗空余时间与患者交谈等,增强患者对医护人员信任感和战胜困难的信心。④心理舒畅:每日依患者的兴趣和爱好,为患者订阅书刊、报纸;应用电话、电视、VCD等手段使患者清除寂寞及孤独感,增加与外界的沟通,过正常人的生活。⑤心理指导:手术后注意事项及免疫抑制剂使用,增强自我防护意识和与医护人员的配合程度。

1.3 体能康复

1.3.1 三餐前后,使用"口泰"与碳酸氢钠溶液交替漱口,防止口腔糜烂,促进排痰。

1.3.2 扩胸运动,活动四肢未固定关节和腹肌,每日3次,每次20 min,防止肺部及皮肤并发症。

1.3.3 每日为患者用温水毛巾进行全身擦洗,每日按摩一次,消除肌肉疲劳,改善皮肤营养。

1.3.4 按时进餐,给予高蛋白、高营养、高维生素易消化饮食,合理搭配膳食、营养均衡、保证全身、主要是移植肢体的营养供应,从食疗方面促进肢体功能康复。

1.3.5 锻炼与休息的合理调整,移植手术康复后期,不要长期卧床,以免造成全身关节的废用,也不利于加大肺活量,进行有效氧的气体交换,可以进行缓慢步行,扩大视野,调整心理,全身功能也得到提高。因为劳累才能更好的进食,也是良好的睡眠质量的保证。

1.4 康复计划及措施

1.4.1 早期康复计划(术后2~4周):原则在应用免疫抑制的基础上,以物理疗法为主,辅以运动疗法和心理治疗,防治感染,加速消肿,促进伤口愈合。①按摩:在治疗师指导下,术后24 h开始轻微被动活动掌指和指间关节,每日3次,每次3 min,防止掌指指关节僵直。②理疗:红外线1次/天,扩张局部血管,增加血流速度,促进渗出物吸收和伤口愈合。超短波1次/天改善血液循环,消除肿胀,促进伤口愈合。③药物:口服扩血管和神经营养药物。烟酸10 mg、地巴唑10 mg、VB1 10 mg、VC 0.2g,3次/天口服。④心理康复:心理康复师设法掌握患者的心理状态,通过反复心理会谈,给予患者心理支持,让患者迅速度过忧郁期,消除各种神经症,充分调动患者参加康复训练的积极性。

1.4.2 中期康复(5~12周):原则以运动疗法为主,辅以物理疗法,防止关节僵直,松解粘连肌腱,改善关节活动度,预防肌肉萎缩。①2个月后拆除外固定石膏托,开始主、被动伸屈指关节。②指关节CPM训练,1次/天,30分/次,采用美国BTE公司生产的关节康复训练评估仪,进行指关节的CTM训练。③作业疗法:抓提、梳头、系鞋带、书写等训练。

1.4.3 后期康复(12周以后):在体疗理疗师辅助下,大强度主被动训练为主要手段,多从事日常生活、家务劳动等活动,逐步承担一定社会工作。

2 结果

3例患者由于年龄、社会阅历、文化层次的不同,出现不同的反应。

例1,由于年龄小,耐受力差,出现一定程度的紧张、焦虑、忧郁,对护理他的家属发脾气,虽然我们做了大量工作,但术后一周内上述表现仍持续存在,程度有轻重波动。随着病情稳定和移植手功能恢复进展良好,焦虑、紧张等情绪有所缓解。术后一个月后,患者心态与常人相似,通过早期体能康复训练,患者未出现任何并发症。现该患者的双手已经能穿衣服、拿扣子、刷牙、洗脸、玩游戏机、打扑克、拾起直径小于2 cm的小石

维普资讯 http://www.cqvip.com

子,洗衣服等。患者现在心理愉快的接受进一步的体能练习。患者现术后26个月。

例2,由于年龄较大,社会阅历丰富,文化层次较高,虽然也产生心理问题,但是通过与其交谈、沟通、介绍国内外成功病例,患者很快调整心态,积极主动配合治疗与护理。现在病人能自己洗脸、刷牙、吃饭、按遥控器、下棋、打电话等。心情愉快地重新投入到他热爱的工作当中。患者术后21个月。

例3,是一个转业军人,忍耐力非常强,不愿意给别人添麻烦,针对这些情况,我们经常与他沟通,让他安心。现患者愉快地接受"新手",并积极配合我们进行早期功能练习。患者术后5个月。

3 讨论

手的结构精细,是人们的重要劳动器官。在社会活动中,手可传递信息、表达感情,是人们完整健美的重要部分。因此,异体移植不只是使手成活,还必须最大限度地恢复其功能和美观。为此移植肢体的康复治疗非常必要。

3.1 应建立一体化全程康复的观点

本文认为,将康复视为术后才开始的功能训练,是一种狭义的概念,欠妥的观点。断肢(指)再植,特别是异体手移植的康复医疗必须建立起一个整体的、系列的、全程的康复观念,即手术治疗前这一阶段亦应纳入康复治疗的范围,并与术中的妥善正确处理,术后不同时期积极的功能训练与处理一起作为护理康复的一个环节而予以实施。术前、术中与术后处理的三个环节,对于肢体(指)功能的恢复是一个完整的、紧密衔接的康复链,因此称之为"一体化功能康复"。对3例移植患者,我们就特别注意了术前的心理指导、残肢的肌肉训练,术后早期功能训练等各个环节,因此移植肢体获得了较好的功能。

异体移植的康复是一个长期的系统工程,患者虽然在住院期间接受了手术和康复治疗,但尚需在家庭和社会进行系统的后期康复治疗,使患者得到正规的连续治疗才能使临床效果令人满意。

3.2 术前、术后心理康复的重要性和必要性

异体肢体移植患者的心理与其它内脏器官移植患者的心理不同。患者渴望获得"新手",其可加速克服四肢缺失而带来的心理和生理创伤。当患者看到一双陌生的手连接在自己的肢体上时,心理上一定受到巨大的震憾,必须对其继续进行心理康复治疗和安慰。当患者醒来后,医护人员应多与患者交谈,鼓励他早期进行活动,使其从心理上完全接受移植,术后采用留置高位硬膜外麻醉的方法止痛效果好、持续时间长外,还可以避免肌注止痛药对患者造成的刺激。患者如得到家人的支持和鼓舞,其心理可得到极大的安慰。此外,应建立舒适环境,创造温馨氛围,并予以鼓励。通过以上措施患者保持乐观、愉快、良好的心态。

3.3 异体移植康复免疫抑制剂的监测与应用

异体手移植术后2~3周,若患者状态稳定,创口愈合佳、无感染,即可拆线、停用抗生素。但免疫抑制剂要长期应用,要对患者讲清免疫抑制剂的重要性,让其自觉按时服药。在应用免疫抑制剂期间,要定期监测血常规、生化全项、血药浓度、并不断减少免疫抑制剂的用量。随着药量的逐渐减少,患者的信心也越来越强。

总之,异体手移植是一项新的手术,世界上开展不多,许多领域还要进一步的探索和积累经验。对于异体肢体移植的康复,应重视和实施手术后功能训练,应有一体化的全程观念,心理与生理并重,才能取得良好的效果。

(收稿日期:2003-04-30)

颜面部烧伤的护理体会

王 鑫*

颜面部是人体的暴露部位,极易在烧伤过程中受损而导致畸形和功能障碍,如何正确处理颜面部的烧伤,可直接影响今后的功能及外形,如早期处理不当,则会造成严重畸形而给病人精神和肉体带来极大的痛苦,因此,除得到有效的治疗外,护理工作也是十分重要的。现将颜面部烧伤的护理体会汇报告如下。

1 临床资料

我科2002年共收治烧伤病人326例,其中颜面部烧伤66例,占5%,针对这些病人我科采取了不同的护理措施,收到了一定的效果。

2 创面的护理

病员取头高位或半坐卧位(休克除外),有利于呼吸,进食及改善头颈部静脉回流而减轻颜面水肿。

采用暴露疗法,创面涂SD-Ag,用药后病人疼痛明显减轻,创面渗出逐渐减少并可迅速形成干痂,感染机会也相对降低。

颜面部烧伤的病人应将头发剃除,以避免创面的继发污染,这些病人大多合并耳、眼、鼻及呼吸道烧伤,一旦发生感染,

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院整形烧伤外科