维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.4

门诊手术病人预防术后感染的健康教育探讨

柳丹陵*

术后感染一直是医院管理人员和外科医务人员关心的医疗质量的综合指标,也是做好整体护理工作的一个重要指标。如何更好地预防术后感染,在实践工作中,我们认为手术室医务工作者的健康教育知识与做好病员的术前、术中、术后有关预防术后切口感染的健康教育使两者有效结合,对预防术后感染有着积极重要的意义。门诊手术具有手术时间短,病员流动大而且病员不住院,全靠院外的健康知识的特点,因此做好门诊手术健康教育具有很重要的意义。

一、术后感染的定义

即患者手术前不存在、也不处于潜伏期,而发生在手术之后的感染。

二、实践方法

1.手术室质量管理知识和技能是手术室医务工作者应掌握的预防术后感染的健康教育知识和技能:(1)手术室工作人员要做到严格无菌操作,先做无菌手术,后做污染手术,严禁同时实行无菌和污染手术。(2)头部手术者应在术前理发(或剃头),其它部位应在术前清洗皮肤或洗澡(泌尿科环切术应在术前备皮)。(3)进行各项操作时严格无菌技术操作规程,操作前用2%过氧乙酸溶液浸泡洗手。(4)特殊感染手术后器械应按特殊感染器械处理。(5)术后彻底擦洗手术室,紫外线空气消毒,每周大扫除一次,每月空气培养一次。(6)手术间陈设规范,严格区分无菌区、清洁区、污染区。(7)术者手指细菌培养每月一次,器械消毒液每周更换1次。各手术泡手液每月更换1次。(8)做好充分的术前准备,尽量缩短手术持续时间。

2.做好病员术前、术中、术后有关预防术后感染的健康教育:(1)术前:门诊手术病人的特点是流动大,一般不住院观察。术前应督促病人洗澡、检查备皮情况、术前抗生素的预防性应用、做好缓解病人紧张情绪的工作,使之在手术的过程中更好地配合医生、护士工作,使手术顺利进行,缩短手术时间,降低感染率,保暖、加强营养,增强抵抗力。(2)术中:指导病人穿病员服、换鞋进入手术室,特别是局麻手术,术中不要随便动作,若不注意就会污染术野,手术野消毒范围准确,在手术过程中严格执行无菌操作制度。(3)术后:门诊手术病人、术后不住院,要求这时做好病员术后感染预防的健康教育非常重要,通常做法是:嘱咐病员按时按量服用抗生素、手术切口不要随意揭开,要保持干燥,注意观察切口渗出物情况,定期到门诊换药、拆线,请医务人员检查切口情况。人工流产病员强调术后服用抗生素,30 d内不能同房等措施,以示其重要性。

三、讨论

通过以上方式开展以预防病员术后感染的健康教育,收到了很好的效果。首先加强了医务工作者的责任心,提高了医务工作者的技术水平,在指导病员的过程中,不断地学习总结经验,增加了预防术后感染的知识。病员普遍认为经过预防感染的健康教育使他们更加清楚地了解到自己手术后应做些什么和不应做什么的某些指导,对加强自身的防护起到了积极的作用,也大大降低了手术后的感染率。

(收稿日期:2002-10-26)

* 作者单位:400038 重庆市第三军医大学西南医院门诊部

手部瘢痕挛缩的治疗体会

莫忆南* 李崇杰* 邢洪涛*

手部的烧伤、电击伤、辗压撕脱及严重外伤痊愈后,常遗留不同程度的瘢痕挛缩,并影响手部的正常功能。所以,对手部重症瘢痕挛缩的治疗和修复是十分必要。虽然随着现代外科技术的发展,对手部烧伤电击伤、辗压伤的治疗有较多方法,但仍有很多病例因手部损伤后的瘢痕挛缩所致功能障碍,需要做晚期修复手术。我院从1992年2月至2001年5月收治各类手部瘢痕挛缩45例,经不同方法治疗,均收到较满意效果。

一、资料与方法

1.临床资料:本组45例,男性26例,女性19例。年龄4~52岁。手背部瘢痕29例,其中,中度挛缩(爪形手)5例,重度挛缩畸形2例(冰冻手),并指畸形与指蹼挛缩9例,指间关节畸形5例,拇内收畸形6例,指甲畸形2例,手掌部瘢痕16例,其

* 作者单位:110024 沈阳医学院附属中心医院手外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中,掌背瘢痕挛缩9例,掌心瘢痕挛缩4例,拳状粘连3例。

2.手术方法:(1)线状瘢痕挛缩行"Z"字成形术;(2)瘢痕切除及游离植皮术;(3)皮瓣移植术;(4)掌指关节、指间关节畸形的功能位融合术。(5)虎口瘢痕挛缩的皮瓣修复术。

二、结果与讨论

手部瘢痕挛缩对手的影响较其他部位瘢痕对机体功能的影响更为严重,在治疗上应以恢复手的功能为主要目的。同时应兼顾手的美观形态,以手术治疗效果为最佳。现就其方法讨论以下几点:

1.线状瘢痕挛缩"Z"成形术:本组病例指间关节线状瘢痕挛缩3例,通过"Z"字成形术,利用皮瓣重新配置和改变组织的牵引方向,增加组织的长度,解除挛缩畸形。体会:(1) Z切口与轴的角度以60~70°为宜;(2) 三角形皮瓣以正常皮肤为主,并有充分的宽度以保证血液供应,三角皮瓣的尖略呈圆形,以防坏死;(3)缝合皮距要小;(4)较长的线状瘢痕,可连续设计多个Z形切口。

2.瘢痕切除及游离植皮术:本组5例手掌部瘢痕挛缩并指蹼粘连,掌指关节呈屈曲状,行瘢痕切除游离植皮术。体会:(1)彻底切除瘢痕组织,沿瘢痕组织与正常组织交界处切口,不符合手部切口原则的切口,其边缘呈锯齿状,如近指蹼处。(2)瘢痕挛缩严重与深部重要组织粘连者需将瘢痕分层切除,使重要组织(如神经、血管等)不裸露。(3)放松止血带,创面彻底止血,测得皮肤缺损大小。取中厚或全厚皮片移植创面,打包加压固定,注意创面基底部均为有血运的组织是保证皮片或成活的必备条件。

3.皮瓣移植:本组病例15例因瘢痕切除后有重要组织裸露如神经、肌腱、血管、骨骼、关节等,或需再次手术修复的肌腱、神经、血管、骨关节而应用皮瓣移植。合并掌指关节掌背侧挛缩畸形,如本组3例较严重爪形手畸形,同时矫正掌指关节背伸畸形,切除瘢痕后,充分松解关节周围粘连,侧副韧带切除,背侧关节囊切除,行腹股沟轴形皮瓣移植修复。

4.虎口瘢痕挛缩与拇内收畸形:本组3例虎口挛缩较轻病例采用连续"Z"成形术,效果满意。2例较严重病采用拇内收肌止点切除,拇指外展、内旋对掌位后,克氏针内固定后,采用腹胸轴形皮瓣和前臂骨间背侧岛状皮瓣修复。

5.指间关节畸形:(1)严重者行关节融合术。本组3例合并中央腱束断裂,侧腱束滑脱,不具备伸肌腱修复的条件,故行指间关节功能位融合术。(2)中央腱束修复:视情况而选择之。本组只有2例选择此方法,因此损伤范围小,瘢痕少,并有少量皮下组织,其侧腱束无明显粘连,且关节有一定活动度。

6.掌指关节畸形:本组病例均伴有关节脱位及半脱位,均行侧副韧带切除,背侧关节囊切开,关节内松解,松解后被动屈掌指关节可达60~70°。

7.指蹼挛缩的处理:本组较轻病例采用不等边三角形皮瓣Z成形与单个三角形皮瓣插入术皮瓣加植皮修复术;本组较严重病例采用彻底切除瘢痕,加深指蹼并植入中厚皮片修复。

8.勾甲畸形:本组3例严重指甲畸形采用指腹横行鱼口状切口,向上翻起,以克氏针内固定后取足趾趾腹皮瓣游离移植术,均取得满意疗效。

(收稿日期:20020-10-26)

纵隔脂肪瘤二例

李兴富* 陈晓光*

一、临床资料

病例1,男,43岁。CT检查,前上纵隔见有3.2 cm×4.3 cm×4.5 cm低密度肿块影,边缘光整,密度均匀。CT值为-108 Hu,周围组织器官无受压等异常改变。CT诊断为纵隔脂肪瘤。病例2,51岁,自觉胸部不适前来医院就诊。查体:右下肺呼吸音减弱,其他无异常体症。胸部正位及右侧位片检查,右肺下野右心缘旁可见有9.3 cm×9.6 cm巨大的圆形肿块影,边缘光整,密度均匀,内缘与心影重叠。肿块内可见肺纹理走行影像。右侧位,在膈肌上前胸壁后可见一近似三角形的肿块影,大小约9.0 cm×7.0 cm左右,边缘光整,密度均匀。X线诊断:肺内占位性病变,建议CT检查。CT扫描所见:右肺下野心缘旁可见8.0 cm×8.2 cm不规则低密度肿块影,边缘光整,密度均匀,CT值-129 Hu。CT诊断为纵隔脂肪瘤。手术病理证实纵隔脂肪瘤。

二、结果与讨论

纵隔脂肪瘤在临床上相对较少见。好发部位为前纵隔下部及心膈角处,但可发生在纵隔内任何部位。病理上肿瘤由成熟脂肪组织组成,外周有包膜,边界清楚。临床上脂肪瘤多无

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院放射科