维普资讯 http://www.cqvip.com

手部电烧伤的护理体会

李丽华* 赵新巍* 王 鑫*

电烧伤通常指电接触损伤，它既包括热力损伤，又包括电离损伤。故其对机体的损伤程度比热烧伤严重。电烧伤最常见部位为手。我科自1992年至1994年共收治手部电烧伤36例，占同时全部电烧伤病人的73%，占全部烧伤病人的4.3%。以上36例全部经过手术治疗而痊愈，截指率占31%，故存在一定的致残率，病人身心非常痛苦。因此，本文通过对这36例手部电烧伤患者的护理，总结出一套护理程序如下。

一、加强心理护理：由于对手功能的重视，患者常畏惧残疾和截肢，因而对预后没有信心，有的甚至产生自卑，自暴自弃的心理，因此我们医护人员要从爱伤观念出发，积极向病人解释病情，耐心疏导病人的心理障碍，消除病人思想疑虑和自卑心理，使之同医生密切配合，设计手术方案，最大限度地保留患者手的功能和完整性，使患者保持最佳的心理状态和情绪，增强治病信心。

二、密切观察病情：病人入院后，要密切观察病情，经常巡视病房，并注意防止感染，患手行暴露疗法，清创后涂SD－Ag或涂碘保痂，使之处于功能位并抬高，使其不受压，并随时观察患手有无进行性肿胀、末梢血运及皮温是否降低等，一旦发现功能障碍进行性加重，需要行焦痂切开减压以维持血液循环。由于电流通过血管组织导致血管内皮损伤、脱落，随时有患肢出血的可能，所以除经常巡视病房观察病情外，床边常规备止血带，每日重点观察有无出血，并作为交班内容之一，一旦发现出血，立即通知医生并协助医生处理。

三、切断可能导致感染的任何途径：病房要严格执行消毒隔离制度，经常开窗通风，定期进行空气细菌培养及紫外线灯消毒，每日二次，每次30 min。患手暴露的创面应妥善处理，换药时严格执行无菌操作，并遵医嘱用红外线灯照射患处，局部观察患手有无感染，如红肿、发热、触痛、渗液量等，并及时做创面细菌培养及药敏，同时观察全身反应情况，如体温、神态、血压、脉搏、尿量、尿液性质等，防止发生败血症、血红蛋白尿等。一旦发生败血症，应用多种有效杀菌药，注意可按半衰期给药，以达到相应的血药浓度。

四、手术治疗：一周后，待病情平稳，病变界限及深度明确，无溶痂，无感染，无继发血管损伤时，可根据情况实施具体手术。原则是从爱伤观念出发，最大限度地保留手功能及完整美观。大多数行腹部带蒂皮瓣转移术，术后注意观察皮瓣温度、颜色、血运及有无分泌物。病人须制动，防止蒂牵拉及扭转，否则手术失败。待局部血运通畅，无感染，无并发症，一般3周左右即可断蒂。

五、康复期的护理：此期间除避免受伤因素外，主要是指导病人进行功能锻炼，这也是决定患手功能恢复程度的最关键步骤，要向患者解释拇、示、中指、占手功能的75%。只要坚持功能锻炼，多数人都会恢复或基本恢复手功能的。要向患者举出一些既往患者有效锻炼的实例，以加强患者的信心，克服自卑心理。针对每个患者的不同情况，制定不同的锻炼计划，要循序渐进地练习。初始可以练习对抗挛缩轴方向的运动，逐渐练习屈曲、伸直、抓捏、对掌、对指等精神动作，并随时向患者强调锻炼的重要性，使患者自觉地进行功能锻炼，早日康复。

六、部分患者将涉及晚期整形，这时护理的重点仍然是心理护理，作为医护人员要向患者普及整形科学知识，使患者认识到手术的目的是创造完美，恢复自然。经过多次同患者的心理交流，大部分患者消除了畏惧，而主动愿意接受二期手术。

以上是对手部电烧伤患者的一些护理体会。特别需要指出的是，加强心理护理和康复期护理是护理程序中两大关键环节，而心理护理又决定着此程序的全局疗效。今后需要在临床护理工作中不断提高，使病人取得更好的疗效，减少致残率。

（收稿日期：2002－08－25）

* 作者单位：150001 哈尔滨医科大学第一临床医院整形烧伤科

高频超声诊断小儿腹股沟斜疝

金国应* 曹 霞* 王 薇* 王 良*

小儿腹股沟疝是小儿外科常见急腹症，我科对1998年11月至2002年4月在本院就诊的28例腹股沟疝进行超声观察，所有病例均经手术证实。现报告如下。

一、资料与方法

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院物理诊断科