

负压封闭引流技术负压封闭引流术的护理

韦 娅(重庆市南川区人民医院 408400)

【摘要】 目的 探讨负压封闭引流技术(VSD)的护理。**方法** 通过对 38 例感染、骨髓炎、伤口愈合不良等患者行 VSD 的手术配合。**结果** 38 例患者伤口感染控制,创面缩小,肉芽组织新鲜,伤口逐渐愈合。**结论** 加强 VSD 的手术配合是确保治疗效果的关键。

【关键词】 负压封闭引流技术; 手术配合; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2234-02

负压封闭引流技术(vacuum sealing drainage, VSD)在治疗软组织创面感染上的良好效果得到越来越多的推崇,而且不断地发展和改进,现已应用于感染、坏死、骨髓炎及大面积伤口愈合不良的治疗上,并且治疗后效果良好^[1]。跟传统的引流技术相比,VSD 将点状引流改为创面全方位引流,使开放性伤口转成闭合性伤口,减少换药及开放伤口的频率,从而防止外界细菌入侵,减少感染机会,改善创面血液循环。

1 资料与方法

1.1 一般资料 分析本院从 2010 年 5 月至 2012 年 5 月应用 VSD 技术治疗各种不同程度的创面患者 38 例,其中严重感染 24 例,骨髓炎 5 例,皮肤坏死及愈合不良 9 例。

1.2 材料 由 3 部分组成:(1)一次性 VSD 负压引流敷料(采用武汉维斯第)是由高分子聚合材料、聚乙烯醇制成的医用泡沫敷料,为创面封闭主体,厚度 0.8 mm,微孔直径 0.3~0.5 mm,泡沫内置 2 根有多个孔的硬性硅胶引流管,管径 0.5 mm。(2)生物透性薄膜由美国 3M 公司生产,生物相容好,对皮肤无刺激性,具有良好的透气性。(3)负压引流瓶用国产普通负压瓶,维持负压力 40~60 kPa^[2]。

1.3 方法 彻底清除创面坏死组织及异物,根据创面的大小和形态修剪泡沫材料,填充和封闭创面,将带有引流管泡沫填入创面,确保材料与创面充分地接触,不留死腔,尽可能避免直接接触较大的血管和神经。引流管从创缘正常组织截孔引出或直接从创面引出,用半透膜粘贴封闭整个创面,用 75% 的乙醇清洗创面周围皮肤,祛除油脂和污物,再用干纱布擦干,以确保薄膜与皮肤粘贴封闭。将引流管接通负压,维持负压力 40~60 kPa。5~7 d 后开启创面,如无炎症且肉芽新鲜可行 II 期缝合或植皮。

1.4 术前护理 术前 1~2 d 到病房了解患者一般情况,包括患者入院原因、经过、一般生命体征、目前状况等等,尤其是目前患者创面的情况,是否感染、渗液,创面的大小、位置,详细记录下并在术前设计好 VSD 材料的用量及大概形状等,同时估计需用的引流管,要做冲洗的还应考虑冲洗管的数量,以及三腔接管的准备。除此之外,在予患者做术前宣教时,充分了解患者的目前心理状况。对于需做 VSD 手术的患者一般情绪比较低落,因为治疗时间长,且费用相对来说较高,且有可能感染不能控制创面不能愈合等,所以在术前向其介绍 VSD 治疗原理,使患者对手术有比较详细的了解,对手术有一定的信心,尽量缓解患者的心理压力,使其保持良好和最佳的状态,并在术前预防性地向其交代术后的注意事项及可能出现的情况及应对措施等。在对患者做充分了解和对其宣教后,还应与主刀医生进行交流,探讨安放 VSD 的方法及注意事项等。术前准备是十分重要的,只有在充分做好术前准备的条件下,才能保证手术有条不紊的顺利进行,是手术成功的第一步。

1.5 术中护理

1.5.1 在患者接进手术室时,麻醉之前,耐心与患者进行交流,消除患者紧张的情绪,因大多数患者系骨折患者,应配合搬运患者,保护患肢。麻醉成功后,揭开伤口辅料,此时主要是配合医生进行,包括手术部位的消毒。因大多数手术为感染创面,而且创面较大,所以铺手术治疗单时应注意防止感染,并保持相对清洁及绝对无菌的隔离,保持手术部位的清洁,最大程度减少手术部位的污染。

1.5.2 在术前准备完善后,除配合医生手术外,在医生的指导下,设计好 VSD 辅料的安放位置、形状、大小等。一般来说,VSD 的大小刚好贴附整个创面或边缘超过皮肤不能大于 1 cm。一般伤口创面是不规则的,在剪接材料的过程中应考虑好引流管的走行,利于安放过程中适合薄膜的贴覆,最大限度保持 VSD 辅料的平整性,防止贴覆过程中的漏气。考虑引流管的出口位置,因为如果有多根引流管,出口处可能需三腔管连接,以减少负压引流瓶的需要量和利于很好地调节负压强度。安放前,可用乙醇擦拭创面周围皮肤,一方面擦掉周围污物,另一方面是减少皮肤表面油脂,这样薄膜可以粘贴得更稳。在医生贴覆薄膜时,帮助固定 VSD 辅料,并跟着贴覆薄膜的走向,用干纱布擦干即将要粘贴的部位,使其粘贴得更加平整和牢靠。引流管出口处是最难部位,根据经验,先让薄膜绕引流管一周,再闭合性与皮肤粘贴,这样可以避免因引流管的活动而引起薄膜掀开而产生漏气。安放结束后,连接负压,检查 VSD。

1.5.3 若需安放冲洗管,可在辅料上做“X”型半切口,将冲洗管用针刺破数个孔,并无折叠地埋于槽内,用针线固定。

1.6 术后护理 手术结束后,在患者清醒后嘱其勿动患肢,再次检查 VSD,一般检查方法为:一看,看 VSD 中引流管的管型是否清晰,若有管型没有显露,表示周围有漏气的情况。看引流管是否通畅,若没液体吸引出,考虑引流管是否有折叠情况,若有冲洗管,还应检查冲洗液体的通畅度,可以调节流速检查。看薄膜周围有无水泡或渗液,如果薄膜不能保持湿润,其黏附性会很差,会产生漏气,负压也不能存在。二听,仔细听薄膜周围是否有漏气的声音,找到后立即用新的薄膜覆盖,再次检查。三按,适当按压 VSD,检查其贴覆是否紧密和按压周围有无薄膜掀开。四关负压,关闭负压,再次接上,查看 VSD 能否贴实,和 VSD 的膨胀度。在搬动患者时,保护患肢 VSD 的稳定,勿牵扯引流管,送手术室时再次用以上方法检查,发现问题及时补救。患者回病房后,对其和家属详细宣教,指导患肢摆放位置,教会家属如何观察 VSD 的引流情况,如有意外情况立即报告医生。

2 结 果

38 例患者伤口感染控制,创面缩小,肉芽组织新鲜,伤口

逐渐愈合。

3 讨 论

封闭引流技术是治疗严重软组织缺损合并感染早期治疗的理想选择,对难治性感染性伤口、经久不愈的溃疡、皮肤缺损、慢性感染性创面、车祸伤创面、烧伤创口及各种手术后伤口感染具有良好的疗效。在护理方面 VSD 维持有效的负压状态极为重要,是治疗成败的关键。加强创面观察及负压装置管理,保持引流通畅,引流中防止引流管发生堵塞,维持有效负压,才能保证封闭式负压引流治疗的成功。此方法操作简单,避免患者每天换药的痛苦,减少伤口感染^[3];术后护理方便创面愈合快、并发症少、疗程缩短、效果显著、整体降低治疗费用,在临床上值得推广。

VSD 治疗关键在于安放方法的掌握,作者就此谈几点体会:(1)安放 VSD 前仔细评估患者,尤其是创面大小、部位等,术前大概估计 VSD 敷料的形状和所需的用量,术中的剪切和两个或两个以上敷料的拼接是很重要的。(2)安放 VSD 之前应仔细检查伤口是否有活动性出血,有血管活动性出血的情况

下是不能安放的。(3)术后检查 VSD 情况是至关重要的,包括在以后的护理中,这是 VSD 成功的关键。(4)注意心理辅导,只有在医、患、护的良好配合下治疗才能成功。

参考文献

[1] DeFranzo AJ, Argenta LC, Marks MW, et al. The use of vacuum-assisted closure therapy for the treatment of lower-extremity wounds with exposed bone[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2001, 108(5): 1184-1191.

[2] 裘华德, 宋九宏. 负压封闭引流技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 22.

[3] 王学文, 范小淘, 李伟, 等. 负压封闭引流技术在骨科的临床应用[J]. *中国骨与关节损伤杂志*, 2006, 23(7): 583-584.

(收稿日期: 2012-06-06)

加快康复外科理念在肝癌患者围术期护理的效果观察

万小琴(重庆永川区中医院护理部 402160)

【摘要】 目的 观察在肝癌患者围术期应用加速康复外科护理的效果,探讨肝癌手术患者的优质护理方法。**方法** 选择近 5 年于该院实施手术治疗的肝癌患者 83 例,将患者分为康复护理组 44 例和常规护理组 39 例,常规护理组采用肝癌患者围术期常规护理,康复护理组在常规围术期护理的基础上采用加速康复外科护理,对比两组肝癌患者围术期的护理效果。**结果** 采用快速康复外科护理的患者术后 2、5 d 肝功能恢复情况显著优于常规护理组($P < 0.05$);康复组患者术后一般情况显著优于常规护理组($P < 0.01$)。**结论** 对肝癌术患者在围术期实施加速康复外科护理是安全、有效、可行的。

【关键词】 肝癌; 围术期; 加快康复外科; 护理
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.076 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)17-2235-02

加速康复外科(FTS)理念近年来在外科手术患者的围术期护理中应用越来越广泛,该理念主要是在患者围术期减少患者生理和心理上的创伤,从而减少围术期的应激反应和并发症^[1],同时,可缩短患者术后康复所需的时间。加速康复外科理念在胆道和肠道疾病的手术患者围术期护理中应用较多且已取得较好的效果,但应用于肝癌手术切除患者的报道较少^[2-3],本研究对肝癌患者围术期应用加速外科护理,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2006 年 1 月至 2011 年 3 月于本院实施手术治疗的肝癌患者 83 例,男性 55 例,女性 28 例,年龄最大 70 岁,年龄最小 32 岁,病程 3 个月至 1.5 年,主要表现为腹部包块、纳差、体质量减轻等。纳入标准:年龄 20~70 岁,所有患者均经细胞学和病理学证实为原发性肝细胞癌,肝功能 Child 分级为 A 级、B 级,所有患者均签署手术知情同意书并存在肝癌切除适应证;排除发现远期血行播散、体表淋巴结转移及存在严重心脑血管疾病或其他器官功能障碍的患者。将 83 例肝癌手术患者分为康复护理组和常规护理组,两组临床资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理组 对 39 例患者采用肝癌患者围术期常规护理。手术前护理:指导患者常规禁食 8~12 h,禁饮 4 h,排空胃肠道。熟悉患者病历资料,并向患者进行常规术前宣教,予

患者常规心理护理。术后护理:术后 1~2 d 内查看患者切口恢复情况、各种管道是否堵塞、引流液的色和量、镇痛效果、并发症等情况,协助患者翻身、拍背、咳痰并鼓励患者下床活动,观察患者胃肠道功能恢复情况,若胃肠道恢复蠕动,肛门可排气、排便且无腹痛、腹胀,可先进食流质食物,然后是半流质食物,再到普通食物。

1.2.2 康复护理组 对 44 例肝癌患者在常规围术期护理的基础上采用加速康复外科护理,一般护理方式如常规护理组。加速康复外科护理:于术前 2 d 予患者实施详细心理护理,消除患者恐惧、焦虑等不良情绪。术前禁食、禁饮较常规护理组宽松,为术前 6 h 禁食固体食物及 4 h 饮 500 mL 10% 的葡萄糖液。术中室温调节在 25~26 ℃,患者体温保持 37 ℃,以及温度为 50%~60%^[4]。不予患者置入导尿管和胃管,腹腔引流管视术中出血量及止血情况而定是否留置,术后患者出现尿潴留则予导尿,各种管道视引流液的色、量及性质而决定拔除时机。患者无明显不适,术后 4 h 可饮水,12 h 可进食流质食物。鼓励患者尽早床上活动(术后 6 h)及下床活动(术后 1 d),开始如伸展四肢等,然后活动强度可循序渐进,从而避免深静脉血栓形成^[5]。术后 2~3 d 患者体温、进食正常,切口无感染,可自行活动及镇痛满意即可达出院标准。

1.3 观察指标 观察记录两组患者的肝功能恢复情况和丙氨酸氨基转移酶(ALT)、总胆红素(TBIL)、清蛋白(ALB)、血糖(GLU)变化,及术后一般情况(包括肛门排气时间、下床活动