

外科清创术中患者病情变化原因分析及护理对策

谢大琼(四川省内江市第二人民医院 641100)

【摘要】 目的 对普外科患者在进行清创术中病情变化的原因、危险因素进行分析,并探讨护理措施。**方法** 观察记录清创术中患者的表征,分析记录发生病情变化的原因。**结果** 患者在清创术中由于情绪紧张、恐惧、疼痛、出血等原因诱发头晕、恶心、面色苍白、血压下降、肢体发软;患者自身疾病也会导致窒息、神志模糊。**结论** 对创伤患者在进行清创术时应加强病情观察,增加预见性和相应的急救措施,同时要规范患者处置流程,确保手术顺利进行和患者早日康复。

【关键词】 清创术; 危险因素; 病情变化; 护理措施

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)18-2386-02

近年来由于农村城市化步伐的加快、城市道路建设的迅猛发展、人口增长等综合因素导致急诊创伤患者逐年增加。据统计,2006 年以来本院急诊患者以 30% 的速度递增,其中外科占 20%。一些患者来院时生命体征平稳,而在清创室清创缝合的过程中往往出现程度不同的病情变化。如果不采取积极有力的预防及护理措施,轻者出现摔伤意外,重者出现休克,甚至发生生命危险。现对在临床工作中发现的各种病情变化进行原因分析,并提出相应的护理对策。

1 临床资料

2006 年 1 月至 2011 年 12 月,共接诊清创患者 11 528 例,其中有 153 例患者在清创术中发生病情变化,男 113 例,女 40 例,年龄 16~89 岁。表现为面色苍白、头晕、胸闷不适、恶心呕吐、血压下降、烦躁不安、神志模糊甚至昏迷等。其中 6 例发生呼吸停止,经气管插管、机械通气后转监护室进一步监护。

2 原因分析

2.1 血管抑制性晕厥^[1]

2.1.1 消毒剂(碘、酊)的刺激 观察患者中有 53 例因为表皮大面积、多处擦伤,于清创消毒时,主诉疼痛难忍,几分钟后出现晕厥现象。

2.1.2 情绪激动 2 例割腕自杀患者,拒绝接受清创治疗。由于在强行手术的过程中消耗大量体力,加上情绪激动等因素,在清创缝合的过程中出现晕厥现象。

2.2 迷走神经反射性低血压

2.2.1 疼痛刺激 清创术要求在清洗消毒后去除伤口内所有的机油、铁屑、污泥等异物的基础上再进行伤口的缝合。对一些创面较大、较深、污染严重的伤口,往往需要较长时间的清洁伤口过程,还要对组织内血管、神经、肌肉、肌腱等进行探查和功能检查。而清创术中应用的是局部麻醉,止痛效果有一定的局限性。再加上消毒药液对伤口内黏膜的直接刺激,往往导致那些对局麻药不敏感或疼痛阈值低的患者在清创过程中出现病情变化。观察的患者中有 23 例是因为此原因而出现面色苍白、胸闷不适、血压下降等现象。

2.2.2 就诊时间 时间延误过长 14 例,患者手指创伤后,尽管创面不大,出血量不多,但从受伤到医院就诊后清创,近则需要 30 min,远者需要 2~3 h。一路颠簸及疼痛等因素,致清创之前就出现手脚冰冷、眼冒金星等症状。术中出现面色苍白、血压下降。

2.2.3 不良的视觉刺激 本组中 1 例手掌及手指机床压伤,2 例手指机器绞伤,4 例纽扣嵌入伤,9 例炸药炸伤,7 例刀砍伤,3 例酒瓶玻璃砸伤来院清创,其皮开肉绽的不规则伤口,旁人看上去血肉模糊,惨不忍睹,患者自己看了更要忍受躯体和致

残心理的双重煎熬。这些患者尽管年轻,平时身体也健康,但在清创术中还是出现短暂的血压下降现象。

2.3 药物反应 多数手指创伤患者来急诊外科要求先注射止痛针,结果有 4 例患者注射盐酸哌替啶后清创,均出现头晕、面色苍白、恶心呕吐及直立性低血压症状。

2.4 体位改变 1 例车祸伤致面部全层裂开、面部动脉破裂的患者,来清创时已建立静脉通路。血压 112/72 mm Hg,心率 93 次/分钟,包扎伤口渗血不止,出血量大,在清创消毒寻找动脉破裂口的时候需要患者侧转身体。几分钟后患者喊叫、挣扎,随即出现面色、口唇苍白,大汗淋漓,测血压 61/42 mm Hg,心率 128 次/分钟,即停止清创,取平卧位,开通第二路静脉,输注代血浆。30 min 后患者安静,皮肤干燥,血压逐渐回升。

2.5 循环血量减少 1 例车祸至头皮大面积撕脱伤,2 例上下肢中动脉破裂患者术前出血量较大,血压、心率正常。清创消毒后探查血管破裂口的过程中,因继续出血等原因致面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细数、血压下降、呼吸急促等休克症状。

2.6 心理精神因素 有 25 例全身情况好、伤口不大患者,由于对缝合手术流露出过度的恐惧心理,且对出血量的多少和病情进展的相互关系认识不足,术前表现焦急、忧虑、担心和害怕。结果在术中出现程度不同的头晕、心慌、胸闷等症状。

2.7 呕吐物、血液反流 3 例重型颅脑创伤、神志昏迷患者,缝合口腔内伤口的过程中,突然脸色发绀,呼吸停止。即予气管插管后吸出大量血液后呼吸机辅助呼吸。

2.8 其他 1 例因摔伤致下颌皮肤裂伤的患者在清创缝合过程中突然呼吸急促、面色发绀、意识丧失。经气管插管等系列抢救后,CT 报告为气管破裂、纵膈气肿,即送监护室进一步监护和抢救。

3 护理对策

3.1 病情观察

3.1.1 重视患者主诉 清创术前、中、后均要询问患者有无不适主诉,及时了解病情的细微变化。

3.1.2 注意步态的变化 步行来到清创室的患者,术前、术后须注意观察有无步态不稳的情况,因为晕厥患者首先表现为头晕眼花、站立不稳。

3.1.3 注意口唇、面色及皮肤色泽、温度、湿度的变化 发绀在一定程度上反映了缺氧的程度,应观察口唇、面色有无青紫现象。皮肤色泽、温度、湿度的情况反映了末梢血管的充盈与否,皮肤苍白、湿冷是休克的征象。

3.1.4 观察神志、瞳孔、心率、呼吸、血压的变化 头、胸、腹创伤,四肢动脉破裂、复合伤等清创患者应定时监测生命体征及瞳孔、神志的变化,以及时发现休克及其他病情变化的先兆。

3.2 护理对策

3.2.1 清创室环境 及时处理沾满血液的手术包布、敷料,清除手术台等带血痕迹,清创室应保持整洁舒适,以减少对患者的不良刺激。

3.2.2 体位安置 清创手术患者无论手术大小均应给予平卧位,增加舒适感的同时增加回心血量,以避免低血压甚至晕厥的发生。预防坠床、摔伤等意外。

3.2.3 了解既往病史 清创术前应了解并熟悉患者病史,以便有针对性地观察病情,预防术中可能发生的病情变化,及时准确地采取积极有效的护理措施。

3.2.4 术前有效止血、止痛 根据受伤部位采取有效的止血措施,如指压相应出血部位动脉、加压包扎止血、抬高患肢、应用止血气囊等,最大限度地减少出血量,防止因出血量多,循环血量骤降而导致休克。清创术应用无痛碘消毒,因人而异酌情调整局麻用量,最大限度减少疼痛刺激。

3.2.5 急救准备 使氧气、吸引器、简易呼吸器、气管插管等急救物品及平衡液、代血浆等输液用物时刻呈备用状态,确保仪器性能良好,药物不过期、不变质。

3.2.6 防止窒息 酒醉、神志模糊、口腔、咽喉部位出血患者应取平卧头侧位或侧卧位,以免血液、分泌物、呕吐物反流窒息。术中加强巡回,备好吸引器,以免因体位改变、口腔内出血量剧增等引起窒息意外。

3.2.7 用药护理 熟悉术前用药的作用、目的及药物可能引起的不良反应,以便加强对药效的观察和护理。

3.2.8 加强心理护理 焦虑情绪和行为反应可直接影响到生理平衡^[2]。

4 讨 论

对一切开放性创伤,特别是有泥土污染和损伤严重、无生活力的肌肉者,最好在伤后 6 h 内清创^[3-4]。如受伤已超过 6 h,可加在使用大量抗生素的情况下,进行彻底的清创术,术后发生感染的机会就少。防止感染的发生是治疗开放性损伤的主要原则,做好清创术就成为治疗开放性损伤的关键^[5]。

护士在接待急诊清创时,除了完成常规的护理操作进行紧张的术前准备外,还应该考虑到急诊患者强烈的情绪反应以及对病情和手术的直接影 响;在进行清创术时应加强病情观察,增加预见性和相应的急救措施,针对急诊患者不同的心理状态做好术前宣教,关切地询问、解释和熟练、轻柔地操作,均可影响患者的心理状态。护士可简要地询问病史,严密观察病情,认真、迅速、沉着、熟练地进行术前的各项准备,从言谈举止上给患者以适当的安慰和必要的心理指导,嘱咐患者勿直视受伤部位,减轻他们紧张、恐惧和焦虑心理^[6]。采取转移疏导疗法,通过交谈和耐心倾听,让患者把引起焦虑的原因表达出来,减轻心理压力,达到精神上的解脱;有针对性地向患者介绍与手术有关的知识,说明手术的必要性和安全性,减轻患者的焦虑反应,稳定术前情绪,使其积极主动接受治疗,同时要规范患者处置流程,确保手术顺利进行和患者早日康复。

参考文献

- [1] 黄素群,郑蓉,郑静,等. 外伤患者在清创术中发生晕厥及不适症状的原因发现及护理[J]. 重庆医学,2005,34(1): 152.
- [2] 刘英,吴兰笛,周红. 急诊手术患者焦虑对生命体征的影响[J]. 中华护理杂志,1989,33(11):661.
- [3] 陈先云,陈蜀岚,刘华. 地震伤员开放性伤口感染相关因[J]. 四川医学,2009,30(5):737-739.
- [4] 杨建,石应康,冯锡强,等. 胸伤合并多发伤的临床特征与分型救治 10 738 例创伤住院患者回顾研究[J]. 中华创伤杂志,2002,18(5):283-286.
- [5] 曾米加. 清创术在汶川地震伤员肢体创伤处理中的作用[J]. 检验医学与临床,2010,7(3):262-263.
- [6] 李维光. 焦虑的诊断与护理[J]. 中华护理杂志,1989,24(12):752.

(收稿日期:2012-06-05)

临床护理路径在腰椎椎管狭窄患者围术期中的应用

李玉萍(四川省雅安市人民医院 625000)

【摘要】 目的 探讨临床护理路径在腰椎椎管狭窄患者围术期中的应用价值。**方法** 对 2010~2011 年雅安市人民医院收治的 46 例腰椎椎管狭窄患者,随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。分析观察组和对照组护理相关项目和并发症发生情况。观察组接受路径护理而对照组接受常规的护理。**结果** 所有患者 1 周后随访:对照组 17 例重复输液通道建立 4 例,占 23%,静脉炎 3 例,占 17%;观察组 29 例重复输液通道建立 1 例,占 3%。静脉炎 1 例,占 3%,卧床护理期间患者情况,对照组 17 例,肺部感染 2 例,占 11%,尿路感染 2 例,占 11%,腹胀 3 例,占 18%,误吸 1 例,占 6%;观察组 29 例,肺部感染 2 例,占 6%,尿路感染 3 例,占 10%,腹胀 1 例,占 3%,无 1 例误吸。**结论** 路径护理能显著提高腰椎椎管狭窄患者围术期的护理质量,并发症发生较少,提高患者及家属的满意度。

【关键词】 腰椎椎管狭窄; 临床护理路径; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.083 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)18-2387-02

腰椎管狭窄症是由于椎管发生的骨性和(或)纤维性狭窄引起的脊髓、马尾及脊神经根的压迫而出现相应的神经功能障碍^[1]。目前我国人口老年化,发病比例高。为探讨腰椎椎管狭窄患者围术期的最佳护理方法,2010~2011 年本科收治的 46 例腰椎椎管狭窄患者,随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。分析观察组和对照组护理,相关项目和并发症发生情况。观察组接受路径护理,而对照组接受常规护理,其效果现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2009~2011 年本科收治 46 例腰椎椎管狭窄患者,其中男 37 例,占 80%,女 9 例,占 20%,年龄 58~84 岁,平均 68 岁。随机分为观察组 29 例和对照组 17 例。

1.2 方法 患者入院后由责任护士对其进行护理,对照组护理模式,按一般方式进行;而观察组护理模式,按制定好的路径护理内容进行。护士长对责任护士路径护理实施情况进行监