

呈阳性者此药则不能使用,不仅增加了家长的经济负担,而且还延缓了患儿接受治疗的时间^[8]。

本研究中对照组患儿在药物使用过程中出现 6 例不良反应,实验组皮试阴性患儿在药物使用过程中出现 4 例不良反应,两组不良反应比较差异无统计学意义($P>0.05$)。因此,在临床工作中,头孢孟多酯皮试液在 4℃ 的冰箱内妥善保存可以使用 8 h,此方法可以在临床推广应用。

基于实际工作的需要,本科对头孢孟多酯皮试液分 2 个时段(即 9:00~13:00、13:00~17:00)使用,与现配现用方法对比观察,并运用统计学方法分析,其结果差异无统计学意义($P>0.05$),自然就解决了目前存在的诸多问题。自从本科运用了新的皮试方法,既提高了皮试液使用率,又减少护士反复配制同一种皮试液所花费的时间,减轻了护士的工作量,提高了工作效率,更重要的是简化了患儿的皮试流程,缩短了患儿等候的时间,减轻了家长的经济负担,为患儿就诊、治疗提供了快捷、优质的服务,受到了患儿家属的一致好评。

参考文献

[1] 李小萍. 基础护理学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,

2006:1-3.

[2] 方晴雯,俞佳. 头孢哌酮皮试液的稳定性考察[J]. 医药导报,2009,28(10):1356-1357.
 [3] 张美霞,厉琳琳. 自制青霉素皮试液的有效期测试[J]. 中国药业,2010,19(19):12-13.
 [4] 徐旭娟,范义凤. 三种头孢菌素皮试液稳定性的临床研究及观察[J]. 现代护理,2003,9(6):463-464.
 [5] 杨建华,王松芝,胡君萍,等. 头孢噻肟钠皮试液稳定性考察[J]. 新疆医科大学学报,2001,24(4):359-360.
 [6] 姜丽安. 新编护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:5.
 [7] 李翠芳,胡雪琴,黄肿甜. 优化流程工作方式在门诊注射室工作中的应用[J]. 国际护理学,2012,32(8):1428-1430.
 [8] 郑秀华,熊建华,酆曼丽. 美洛西林钠皮试液稳定性考察及有效期预测[J]. 中国药业,2006,15(12):6-7.

(收稿日期:2013-07-02 修回日期:2013-09-11)

导管冲洗联合负压封闭引流术在行植皮术前的应用及护理

余建英,廖淑梅[△](第三军医大学大坪医院关节四肢外科,重庆 400042)

【摘要】 目的 提高皮肤软组织缺损的治疗效果,减少组织损伤,减少并发症,缩短治疗时间。**方法** 自 2011 年 9 月至 2012 年 3 月对 10 例大面积皮肤缺损、软组织损伤严重感染的患者,分别行导管冲洗+负压封闭引流(VSD)5~7 d(实验组 5 例)及传统换药 10~14 d(对照组 5 例)后取同侧或对侧皮肤行植皮术。**结果** 实验组皮瓣均一期存活,无并发症,住院时间 22~30 d;对照组皮瓣 2 例存活,无并发症,住院时间为 40~45 d,2 例术后联合导管冲洗与 VSD 术 2~3 d 存活,1 例失败导致下肢截肢。**结论** 导管冲洗+VSD 术可减少传统换药次数,减轻患者痛苦,增加手术成功率,减少住院日,减轻患者的经济负担。

【关键词】 导管冲洗; 负压封闭引流; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.063 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0265-02

随着现代工业及交通的高速发展,车祸伤、化学伤导致的大面积皮肤、软组织缺损日益上升^[1]。在临床大面积皮肤、软组织损伤、Ⅲ期压疮经保守治疗后效果不明显者,通常采用皮瓣移植术。但是皮瓣移植术成活的关键却是能否彻底控制植皮区感染。

负压封闭引流(VSD)技术是由德国 ULM 大学创伤外科 Fleischman 博士首创^[2],该系统可促进创面、腔隙内的渗液、坏死组织及时排出体外,隔绝创面与外界环境之间的感染机会^[3],促进创面修复,使肉芽组织快速生长。1994 年裴华德教授等从德国引进、发展并改良。2005 年武汉维斯第公司总结各家之长,自主研发出中国自己的 VSD 一次性负压引流专用敷料。近年来,国内通过大量临床试验表明,VSD 在治疗各种复杂缺损创面或促进移植皮肤成活等方面取得了良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 9 月至 2012 年 3 月 10 例大面积皮肤缺损、软组织损伤严重感染的患者,其中男 6 例,女 4 例,年龄 20~75 岁,平均 51 岁;车祸伤 4 例,碾压伤 2 例,高处坠落伤 2 例,压疮 2 例。损伤部位:(1)左小腿中段前方皮肤撕脱,骨质外露,气味恶臭,创面感染 2 例;(2)左胫骨平台开放性骨折,左膝外侧区皮肤撕脱、部分缺损,创面严重污染 2 例;(3)

右大腿皮肤撕脱缺损 1 例;(4)双侧跟骨骨折,双侧胫腓骨严重粉碎性骨折,右小腿下段内侧皮肤撕脱 1 例;(5)右下肢开放性多发骨折,右小腿中段前方大片皮肤撕脱 2 例;(6)骶尾部Ⅲ期压疮,骨质外露,气味恶臭 2 例。按治疗方法的不同分为实验组和对照组,每组 5 例。

1.2 方法 实验组:将实验组患者送入手术室。进入手术室,待患者麻醉成功后,取仰卧位,常规消毒、铺巾。修剪坏死组织及皮肤,用过氧化氢溶液及生理盐水反复冲洗伤口,将创面拭干。将 Vacuseal 材料修剪成与创面大小相一致的形状,覆贴于创面,边缘可间断缝合数针固定,将泡沫材料上的 2 根硅胶管从远离创面约 5 cm 处正常皮下组织中戳孔引出。将创面周围皮肤清洁干燥,用生物透性膜粘贴封闭整个创面至创面边缘约 3~4 cm。将患者送回病房,连接输液管及中心负压装置。对照组:采用传统换药方法。

1.3 护理与观察

1.3.1 负压的观察 保持恒定有效的负压是决定控制感染的主要因素,一般维持在 200~300 mm Hg。负压值过大可致出血;过小影响引流效果。因此负压值过大、过小均不利于创面的愈合和皮片的成活。负压有效的标志是创面敷料明显塌陷,创面干燥、无液体聚集。如果 VSD 敷料隆起,提示引流管堵塞

[△] 通讯作者, E-mail:LSMZXR@126.com.

或打折;若伴有气体的嘶嘶声,提示管道连接处或 VSD 敷料贴膜周围漏气,应及时检查管道和敷料贴膜,通知医生给予处理。

1.3.2 引流管的护理 妥善固定引流管,保持引流管通畅,防止引流管脱落、堵塞。保持创面有效负压(200~300 mm Hg),每间隔 2~4 h 夹闭引流管远端,关闭负压源,打开输液器开关,快速注入氯化钠溶液,待 VSD 泡沫材料因液体注入充分鼓起即关闭输液器开关,停留 5~10 min 后,重新开负压源持续吸引。如果分泌物多并黏稠应适当缩短冲洗间隔时间,分泌物少可延长冲洗间隔时间。VSD 敷料注入氯化钠溶液后再吸引可使其充分浸泡,使 VSD 泡沫材料充分舒展,有利于黏附在 VSD 材料表面和微孔壁内的坏死组织充分溶解、脱落,保持 VSD 材料的通畅性;有利于软化引流管中的血性凝固物。

1.3.3 引流液的观察 正常的引流液为稀薄的暗红色液体,若发现引流液持续为鲜红色,提示创面有损伤的血管活动出血,应马上关闭负压,通知医生处理。认真观察并记录引流量及其性质的变化。

1.3.4 负压引流瓶的更换 倾倒瓶内的引流液时必须先用双血管钳上下夹住伤口引流管,然后进行倾倒,接负压瓶,调好中心负压后方能松开止血钳,防止漏气。

2 结 果

实验组皮瓣均一期存活,无并发症,住院时间为 22~30 d;对照组皮瓣 2 例存活,无并发症,住院时间为 40~45 d,2 例术后因失败积极运用导管冲洗+VSD 后存活,住院时间为 55~60 d,1 例失败导致下肢截肢。

3 讨 论

3.1 导管冲洗+VSD 优点 (1)防止 VSD 引流管堵塞,联合导管冲洗,可有效减少引流不畅;(2)促进局部血液循环,加快创面血液供应,促进肉芽组织生长^[4];(3)有效减轻创面及周围组织水肿,降低血管通透性,增加移植皮片与创面的贴合度;

(4)能有效将创面内渗出物引流,从而能够较好地控制创面感染^[5];(5)创面封闭能减轻多次换药给患者带来的痛苦,减少医护人员工作量,防止交叉感染。

3.2 VSD 术后注意事项 在应用 VSD 过程中,有效的护理观察也起着至关重要的作用。(1)注意维持有效和恒定的负压值,防止因负压过大,组织液和淋巴液吸出过多,导致局部血供不良影响创面愈合^[6];负压过小,不能有效将坏死组织及渗液排出体外。(2)注意观察患肢肿胀情况,敷料渗出情况,如患肢肿胀,敷料渗出较多,是否引流管堵塞。(3)严密监测冲洗量及引流量,计算二者是否达到平衡。

参考文献

[1] 张焯峰,郑佛标,林佛波,等. 封闭负压吸引存腹部带蒂真皮下血管网皮瓣修复手部热伤中的临床应用[J]. 中华损伤与修复杂志,2009,4(1):53-56.

[2] Fleischmann W, Strecker W, Bombelli M. Vacuum sealing a treatment of soft damage in open fractures [J]. Unfallchirurg, 1993, 96(9):488-492.

[3] 袁松青,幸玉芝. VSD 负压封闭引流在骨科的应用及护理[J]. 中国实用医学,2013,8(1):204.

[4] 罗莉. VSD 治疗皮肤软组织缺损的护理[J]. 内蒙古医学杂志,2011,43(9):1145-1146.

[5] 蔡伟凡,闫振升,林谦,等. 封闭负压引流技术(VSD)在四肢复杂创面修复中的应用[J]. 生物骨材料与临床研究,2013,10(1):62.

[6] 李小红,樊海英,陈代丽. 16 例负压封闭引流(VSD)治疗感染创面的护理要点[J]. 四川医学,2012,33(1):191.

(收稿日期:2013-07-28 修回日期:2013-09-01)

围麻醉手术期老年患者体温变化相关因素和策略分析

陈 燕(复旦大学附属华东医院手术室,上海 200040)

【摘要】 目的 探讨老年人麻醉手术期间体温降低的相关因素及策略分析。**方法** 选择 60 岁以上的老年人 100 例,择期行下腹部以及下肢手术,根据麻醉方式分为全身麻醉组(I A 组)53 例,椎管内麻醉组(I B 组)47 例;根据手术时间分为短时间手术组(II A 组)45 例和长时间手术组(II B 组)55 例;根据保温措施分为保温组(III A 组)58 例和对照组(III B 组)42 例。**结果** 从麻醉前、切皮开始手术、经过腹腔或伤口冲洗后,直至手术结束患者体温均显示明显降低($P < 0.01$)。其中 I A 组在切皮时、冲洗时以及术毕体温均较 I B 组明显降低($P < 0.01$);II B 组体温也在各个观察阶段较 II A 组明显降低;采用特别 III A 组体温与 III B 组的各个观察时点相比有明显改善($P < 0.01$),但仍然较麻醉前降低($P < 0.01$)。**结论** 老年人麻醉手术期间更容易导致低体温,术中应做好保暖护理,对减少老年患者麻醉手术期间以及术后各种并发症,提高手术成功率具有十分重要的意义。

【关键词】 围术期; 麻醉; 老年人; 体温

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.02.064 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)02-0266-02

体温对人体的各项功能的正常运转至关重要,麻醉手术期间体温一般会低于 35 ℃,称为低体温,发生率 50%~70%^[1]。老年人体温下降会引发严重并发症,其体温监测和保温措施亦已成为护理工作的重点。本文通过对老年人围麻醉手术期体温改变相关因素和护理策略进行探讨,旨在为临床合理预防和护理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月至 2012 年 6 月本院 60 岁以上、择期行下腹部以及下肢手术的老年患者 100 例,美国麻

醉师协会(ASA)分级为 I~III 级,其中男 61 例,女 39 例;年龄 60~91 岁,平均(75.3±1.8)岁;泌尿科手术 35 例,妇科手术 28 例,下肢骨折内固定术及髌关节置换术 37 例。术前无发热,无神经内分泌系统疾病。根据麻醉方式,分别为全身麻醉组(I A 组)53 例,椎管内麻醉组(I B 组)47 例;根据手术时间长短初分组,2 h 以内为短时间手术组(II A 组)45 例,2 h 以上为长时间手术组(II B 组)55 例;根据是否采用特别保温措施分为保温组(III A 组)58 例和对照组(III B 组)42 例。

1.2 方法 手术室温度设定为 24~26 ℃,术前未用药,手术