

和科室有归属感、认同感。

3.3 人气指数纳入护理质量评价体系 在现有条件下实行“医师选择护士”，将激励竞争机制引入到手术室护理管理中，把“医师选择护士”的结果即人气指数作为对手术室护士工作质量进行评价的重要依据，建立有竞争、有激励的内部运行机制。第二次人气指数即 Maslow 需要论应用后调查医师对护理工作质量及服务满意度都有很大提高。

3.4 以人为本，创建和谐的工作环境 人本原理在现代护理管理中不容忽视<sup>[6]</sup>，第 1 次测评，我们把护士名单随机编号后，公布测评结果，没有公布具体人；第 2 次测评公布了每个人的测评结果，这样做的目的，让人气指数最低者受到尊重，满足了她们心理上安全的需要，为她们创造了一个安全的工作环境，使她们有信心参与护理管理。

3.5 影响人气指数测评的因素 存在社会认知的偏差<sup>[7]</sup>，工作态度考核资料来源于外科医师和手术室护士长，不能完全排除主观因素的影响，同时护士的性格会影响人际关系及沟通技巧，这些因素都会

阻碍对人的准确认知而导致偏见，个体本身的素质及护士对护理职业内涵的理解和感悟影响护理质量，社会对护理工作的理解程度及在管理中能否完全做到实事求是、措施健全、公平竞争等都不同程度影响人气指数测评，从而影响对护理工作的准确评价，应引起管理者的注意。

[ 参 考 文 献 ]

- [ 1 ] 袁耿清主编. 医用心理学 [ M ]. 南京: 东南大学出版社, 1994: 50
- [ 2 ] 胡佩诚主编. 医学心理学 [ M ]. 北京: 北京医科大学出版社, 2000: 47
- [ 3 ] 杨英华主编. 护理管理学 [ M ]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 79-100
- [ 4 ] 王亚南. 分配制度改革后的护理管理探索与体会 [ J ]. 实用护理杂志, 2001, 17(8): 51
- [ 5 ] 戴新娟. 全面质量管理 ( TQM ) 在护理质量管理中的应用 [ J ]. 实用临床医药杂志, 2005, 9(10): 65-67
- [ 6 ] 王武军. 借鉴日本护理经验发展我国护理事业 [ J ]. 中华医院管理杂志, 2003, 19(6): 369
- [ 7 ] 李小妹主编. 护理学导论 [ M ]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001: 66-86

[ 文章编号 ] 1000-2200(2007)01-0110-03

。护理医学。

## 皮瓣移植修复四肢组织缺损的护理

朱爱兰

[ 摘要 ] 目的: 探讨皮瓣移植修复骨科组织缺损的临床护理。方法: 对 72 例行皮瓣移植修复组织缺损的患者术前进行疾病知识宣教, 让其了解皮瓣移植知识及注意事项, 术后护理人员密切观察患者全身和局部皮瓣变化。结果: 72 例行皮瓣移植术后 5 例发生静脉危象, 1 例发生动脉危象, 经及时处理危象解除, 皮瓣成活。结论: 做好围手术期护理, 密切观察病情变化, 发现问题及时处理, 可提高皮瓣的成活率。

[ 关键词 ] 创伤和损伤; 外科皮瓣; 护理

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 622.1 [ 文献标识码 ] A

近几年车祸的发生有增无减, 缺乏劳动自我保护意识的企业工人不断出现手部被机器绞轧伤, 皮瓣移植成为骨科治疗此类组织缺损的常见手段。“三分治疗, 七分护理”, 如何提高皮瓣移植修复骨科组织缺损的护理, 十分重要。2003 年 8 月~2005 年 8 月, 我科对 72 例行皮瓣移植修复组织缺损, 取得良好效果, 现将护理经验作一报道。

### 1 临床资料

本组 72 例, 男 31 例, 女 41 例; 年龄 6~58 岁。急性损伤 68 例, 其中上肢 59 例, 下肢 9 例; 皮肤缺损面积为 1 cm×2 cm~16 cm×20 cm。瘢痕挛缩 4 例。前臂逆行岛状皮瓣修复手背挤压伤 15 例, 锁

骨下带蒂皮瓣修复 1~3 指缺损 18 例, 第二掌骨背动脉带蒂皮瓣修复母指缺损 8 例, “Z”字成形术切除瘢痕局部游离植皮 2 例, 交臂皮瓣修复前臂皮肤损伤 1 例, 大腿转移皮瓣修复前臂内外侧组织缺损 2 例, 腹股沟带蒂皮瓣修复 1~5 指组织缺损 15 例, 腹部管状皮瓣修复手掌瘢痕切除 2 例, 交腿皮瓣修复小腿皮肤缺损 3 例, 小腿带血管蒂逆行皮瓣修复足背皮肤缺损 4 例, 局部转移皮瓣修复内踝皮肤缺损 2 例。组织缺损小、污染轻, 清创后即行皮瓣移植; 组织缺损大, 污染重的清创后择期行皮瓣移植修复组织缺损。对带蒂皮瓣 3~4 周断蒂, 断蒂前做阻流试验, 阻流 2 h 后皮瓣色泽无变化即可断蒂。

### 2 护理

2.1 术前护理 (1) 心理护理。进行必要的心理疏导, 建立良好的护患关系, 树立患者战胜疾病的信心, 使患者能够有效地配合术前、术后的治疗和护理

[ 收稿日期 ] 2005-10-19

[ 作者单位 ] 安徽省蚌埠市第三人民医院 骨科, 233000

[ 作者简介 ] 朱爱兰 (1975-), 女, 护士。

工作。(2)术前皮肤准备。将皮肤准备范围内毛发剃净,再清洗擦干,并认真检查供皮区皮肤与血管,注意有无炎症、瘢痕、皮癣等,禁止在供皮区域注射或穿刺。术晨用 3%碘酒消毒供皮区 75%乙醇脱碘后用无菌巾包扎。(3)病房准备。彻底清扫病房,用 1:1 000 苯扎溴铵溶液喷雾或用 0.1 g/100 ml 乳酸蒸熏,通风后使用,室温维持在 22~25℃,湿度 50%~60%。病房严禁患者及家属吸烟,因香烟中的尼古丁有收缩血管作用,导致血管痉挛<sup>[1]</sup>。(4)其它。训练患者床上使用大小便器,以适应术后卧床需要。手术前 1 天晚上可给适当镇静剂,以保证患者睡眠充分。术晨常规测体温、脉搏、呼吸、血压。

2.2 术后一般护理 (1)术后每小时测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度 1 次,直至平稳,注意观察全身皮肤及黏膜有无出血点及淤斑。(2)密切观察移植皮瓣切口渗血情况。在正常情况下 1~2 天有少量渗血,若术后 5~7 天切口仍有少量渗血可能为感染创面慢性出血所致,应及时处理。(3)抬高患肢 10~20 cm,保持患肢略高于心脏水平,妥善固定、制动。

2.3 移植皮瓣的观察与护理 (1)色泽。皮瓣的色泽是判断皮瓣血运的主要依据<sup>[2]</sup>。皮瓣微红或鲜红表示血运良好,发绀为血运障碍的表现,灰白或苍白为小动脉供血不足或阻塞。观察时应避免干扰因素,应将烤灯偏离或关掉,在自然光线下观察皮瓣的颜色。(2)温度。皮温的变化是判断移植后血液循环情况最为敏感和有效的方法。皮瓣的温度应等于或略高于健侧 1~2℃。如低于健侧 3~4℃,且皮瓣变化为苍白,毛细血管充血反应消失,用拇指指腹触摸时皮瓣的张力低为动脉供血不足,可立即保暖,静脉滴注右旋糖酐等措施。在一般情况下皮温维持在 31℃以上则属正常。(3)毛细血管充盈试验。用一次性 20 ml 注射器针筒的活塞部分,将圆形端轻轻按压皮瓣的“观察窗”,并迅速移开可见一圆形的苍白区,且在 1~2 s 内迅速恢复,说明毛细血管反应良好,若超过 5 s 说明毛细血管反应差,是动脉供血不足的表现,若按压后局部不退色,提示静脉血管栓塞的可能<sup>[3]</sup>。(4)肿胀程度。皮瓣的表面应有正常的褶皱,皮瓣肿胀为皮瓣充血、静脉回流不畅所致,应适当抬高患肢,松解敷料,用棉签自移植皮瓣远端朝近心端滚动按摩,促进静脉回流,或拆除数针缝线,放出少量淤血。(5)血管危象的观察和护理。皮瓣移植后血管危象多发生在术后 72 h 内,尤其 12~24 h 是观察的关键期<sup>[4]</sup>。寒冷、疼痛、香烟的刺激、血容量不足、术后炎症均可导致血管痉挛,继发血栓形成动脉危象。本组 72 例术后常规行抗炎、抗凝、抗痉挛治疗,1 例发生动脉危象,术后 14 h 皮瓣温度低于健侧 3~4℃,颜色苍白,毛细血管

充血反应消失,用拇指指腹触摸时张力低,经检查松解敷料解除蒂部受压,局部用 60 W 烤灯持续照射保暖,灯距 40~60 cm 防止局部灼伤<sup>[5]</sup>,静脉输入血管扩张剂 1 h 后好转。5 例静脉危象,术后 24 h 皮瓣青紫、肿胀、皮纹消失,皮瓣张力高并有水泡形成,采取抬高患肢,松解敷料,拆除张力部位 1~2 针缝线或针刺放血后好转。(6)疼痛的护理。疼痛可使机体释放 5 羟色胺等疼痛介质,其具有强烈的缩血管作用,可导致血管腔闭塞或血栓形成<sup>[6]</sup>。(7)预防感染的护理。除术前细致地做好皮肤护理,术前、术后合理应用抗生素外,房间应每日定时通风 2 次,紫外线照射 2 次,消毒液拖地 2 次。密切观察患者体温和疼痛情况,及时处理、隔离入室的患者必须先更换消毒衣裤,除生活必需品外其它衣物、用具不得携入室内,工作人员入室前必须穿戴衣帽、口罩,检查切口时应先用 1:1 000 苯扎溴铵洗手,严格限制探视人员,防止交叉感染。

2.4 功能锻炼 功能锻炼的内容和方法应根据患者伤情、部位、性质、手术方法和全身情况而区别制定。功能锻炼分三期。(1)早期:术后 1 周,治疗的目的是保证皮瓣成活及预防切口感染,此期可轻微的被动活动健指,幅度要小,以不引起切口疼痛牵拉皮瓣为原则,即可促进血液循环,又可避免发生血管痉挛。(2)中期:术后第 2 周,皮瓣与周围组织逐渐建立血液循环,血运状况较稳定,可以对没受伤手指进行早期功能锻炼,方法以主动活动为主,被动活动为辅,活动范围由小到大,时间由短至长,仍以不造成伤口疼痛和不增加皮瓣张力为原则,防止手关节僵硬。(3)后期:术后 3 周到完全愈合,指导患者主动被动活动手的各关节,可作屈、伸手指、内收、外展对掌运动,按循序渐进原则,以恢复手指的抓、捏、握功能。

### 3 讨论

通过皮瓣移植可修复各种原因所致的创面<sup>[7,8]</sup>、各种先天性畸形及后天创伤所致瘢痕挛缩。其中皮瓣游离移植应用更多,通过小血管吻合技术游离移植一次可移植到受区,可缩短疗程,减轻患者痛苦及经济负担,提高治疗效率。护理的关键是术前重视心理护理,术后加强体位护理,但应遵守:不影响移植皮瓣的血供;不可使移植皮瓣受压;防止移植血管吻合处发生扭曲和张力;有利局部引流;遵守各种麻醉后的护理要求。密切观察移植皮瓣颜色、温度及肿胀程度,注意与健侧对比,做好患者的疼痛护理,术中除保证麻醉效果以外,术后应用静脉镇痛泵持续镇痛 48~72 h 各项护理操作动作应轻柔,同时加强心理护理,主动关心、体贴、安慰患者,使其精神愉快,减少各种可能引发皮瓣失活的应激源。加

强护理人员的责任心,及早发现动静脉危象,及时处理,为移植皮瓣成活创造条件。

### [ 参 考 文 献 ]

- [ 1 ] 戴 莲. 桥式交叉皮瓣移植修复下肢创伤术后的护理 6例 [ J ]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(7A): 25-26
- [ 2 ] 杨 华, 张洁萍, 董文君. 1例桥式交叉游离背阔肌肌皮瓣移植术的围手术期护理 [ J ]. 中华护理杂志, 2005, 40(8): 584-585
- [ 3 ] 郑秀萍. 皮瓣肌皮瓣修复组织缺损的观察与护理 208例 [ J ]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(2B): 23-24
- [ 4 ] 金 芳主编. 骨科临床实用护理 [ M ]. 北京: 科学技术文献出版社, 2005: 298-304.

- [ 5 ] 何红霞, 倪淑红, 章明霞, 等. 1例吻合血管肌皮瓣加腓骨移植修复瘢痕挛缩胫骨缺损的护理 [ J ]. 中华护理杂志, 2004, 39(11): 822-823.
- [ 6 ] 杜 克, 王守志主编. 骨科护理学 [ M ]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 670-676.
- [ 7 ] 杨文彬, 杨 珂. 腓肠神经血管蒂逆行皮瓣修复小腿及踝部软组织缺损 [ J ]. 蚌埠医学院学报, 2003, 28(4): 341-342
- [ 8 ] 郑 兵, 胡必寺. 腓肠神经逆行岛状皮瓣修复足部软组织缺损 [ J ]. 实用临床医药杂志, 2004, 8(1): 61-63.

[ 文章编号 ] 1000-2200(2007)01-0112-02

。 护理医学 。

## 依达拉奉治疗脑梗死急性期的观察及护理

郑 艳, 王小芳, 王文祥

[ 关键词 ] 脑梗死; 依达拉奉; 护理

[ 中国图书资料分类法分类号 ] R 743.33

[ 文献标识码 ] B

脑梗死在脑血管病中最常见,约占 75%,严重地威胁着人类的健康,其致残率和死亡率极高。为了寻找有效的治疗手段,广大的医学工作者一直以来进行了艰苦的探索,以提高患者生活质量,降低患者的致残率和病死率<sup>[1,2]</sup>。依达拉奉(edaravone)是一种脑保护剂,可清除自由基,抑制脂质过氧化,对神经细胞起到保护作用,可在改善脑供血的同时,保护脑组织尽可能少受各种代谢毒物的损害,从而改善预后。2004年4月~2005年4月,我科应用依达拉奉治疗脑梗死急性期患者40例,取得满意的效果,现将护理体会作一报道。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 脑梗死急性期40例均经CT或MR检查证实,符合1995年第四届全国脑血管会议制定的诊断标准<sup>[3]</sup>。但有下列情况者不予入选:(1)严重肝肾功能不全;(2)合并心力衰竭;(3)内源性出血倾向;(4)年龄80岁以上。本组男28例,女12例;年龄48~76岁。根据神经功能缺损程度计分,轻、中、重型分别为18例、20例和2例。

1.2 治疗方法 均在发病后24h内开始用药,依达拉奉每次30mg(3支),2次/天,加入生理盐水100ml中静脉滴注,30min内滴完,用药期间根据病情应用降压、脱水、抗感染药物等,疗程为2周,2周后进行疗效评定。

1.3 疗效评定 治疗2周后根据1995年全国脑血管会议制定的神经功能缺损程度及生活状态进行评分<sup>[4]</sup>标准为:神经功能缺损评分降低90%~100%为基本痊愈,46%~89%为显著进步,18%~45%为进步,0%~17%为无变化。

1.4 结果 基本治愈14例,显著进步16例,进步6例,无变化4例,治疗后血小板计数、出血时间无明显变化,肝肾肾功能未见明显损害。

### 2 护理

2.1 给药注意事项 用药前及用药开始后应进行尿素氮、

肌酸酐、谷草转氨酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酸激酶、红细胞、血小板等肝肾功能及血液学检测,出现异常和少尿等症状时,立即停药。给药结束后继续密切观察。本品必须用生理盐水稀释(与含有糖分的输液混合时,可使依达拉奉浓度降低),严格控制输液速度,30min内滴完。若超出30min,药效将降低。因老年人生理机能低下,出现不良反应时,应停止给药并适当处理。一般而言,高龄患者(80岁以上)应慎用。本组有2例在用药过程中出现丙氨酸氨基转移酶轻度升高,1例出现皮疹,未经减药,停药后自行恢复。

### 2.2 密切观察病情变化

2.2.1 严格掌握禁忌证 正确区分药物的正常反应和毒副作用,如用药后头痛、头晕明显缓解,面部及四肢瘫、失语、精神状态、饮食、睡眠情况均有不同程度的改善。个别患者出现患肢胀、麻、痛、周身发热是感觉和运动功能恢复的先兆,无需处理可自行缓解。

2.2.2 血压监测 急性脑梗死住院患者中,80%以上有高血压<sup>[4]</sup>,一般而言,应避免使用或慎用降压药。急性脑梗死患者,血管自动调节机能受损,脑血流在很大程度上取决于动脉血压,明显降低平均动脉压可能对缺血脑组织有不利影响<sup>[4]</sup>,只有在连续2~3次测得收缩压>23.3kPa或平均血压>17.3kPa时,才考虑使用温和的抗高血压药物治疗,血压水平保持在18.7~21.3/10.0~12.0kPa较为适宜。

2.2.3 一般护理 病室要阳光充足、整洁、安全、舒适。保持患者心情舒畅,避免情绪激动。肢体功能障碍的患者取功能位,每2h协助更换体位1次,注意避免拖、拉、推,并使用气垫床。做好皮肤护理,骨突部位给予按摩。加强肢体的功能锻炼,防止肌肉萎缩、关节挛缩。锻炼方法从简单到复杂,从室内到室外,每天2~3次。保持大便通畅,养成每日定时排便的习惯,避免用力排便,3天以上未大便者可给予缓泻剂(番泻叶)或甘油低压灌肠。

2.2.4 饮食护理 指导患者进优质蛋白、低胆固醇、低盐、清淡易消化饮食,禁吃蛋黄、动物肝脏、肾脏、脂肪,多食谷类、鱼、虾类、蛋清及绿叶蔬菜。并注意进食含钾量高的食

[ 收稿日期 ] 2005-08-08

[ 作者单位 ] 海军安庆医院 神经内科,安徽 安庆 246003

[ 作者简介 ] 郑 艳(1977-),女,护师。