

• 护理研究 •

烧伤瘢痕整形患者的围术期链式护理

曹凤琪 刘秋秋

中南大学湘雅医院 410008

【摘要】目的 探讨烧伤后瘢痕整形手术患者围术期链式护理的应用效果。**方法** 选取我院 2018 年 1 月到 6 月收治的烧伤后瘢痕整形手术患者 40 例为研究对象(对照组), 7 月至 12 月收治的烧伤后瘢痕整形手术患者 40 例为观察组, 两组患者术前各种情况比较无差异。对照组患者接受常规护理, 观察组患者予以围术期链式护理, 病区责任护士、手术护士与麻醉恢复室(PACU)护士组成链式护理团队, 给患者实施围术期无缝隙的护理, 比较两组患者心理状态和并发症发生率。**结果** 对照组和观察组患者护理前不存在心理状态上的统计学差异($P > 0.05$), 观察组护理后 SAS 评分为(43.9±4.2)分, SDS 评分为(45.4±2.7)分, 与对照组的(57.2±2.5)分和(58.5±3.6)分相比, 数据间有统计学差异存在($P < 0.05$); 对照组和观察组出现并发症的概率分别为 22.5% 和 5.0%, 数据间有统计学差异存在($P < 0.05$)。**结论** 围术期链式护理能有效缓解烧伤后瘢痕整形手术患者焦虑抑郁等负面情绪, 术前、术中及术后全程规范的护理, 及时发现并正确处理术后并发症发生风险, 取得了很好的治疗效果。

【关键词】 瘢痕整形; 围术期护理; 心理状态; 并发症**【中图分类号】** R473.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2019) 01-244-03

瘢痕是人体在受到创伤后, 创口愈合过程中自然形成的一种良性肿块组织^[1], 人体组织被烧伤治愈后形成瘢痕, 影响患者的美观与肢体功能, 对患者的心理创伤也非常大, 尤其是年轻女性患者。瘢痕整形是解决烧伤患者痛苦最重要的后续治疗, 它对瘢痕挛缩所致的外貌损伤和功能障碍有着良好的修复作用, 进而改善患者生活质量。瘢痕整形手术疗效不仅受手术团队人员技术水平的影响, 也与围术期护理密切相关^[2]。为使烧伤后瘢痕整形患者获得良好的治疗效果, 我们针对手术患者的特点实施有效的围术期护理措施, 取得了很好的效果, 现总结报道如下。

1 一般资料

选取 2018 年 1 月至 6 月我院整形美容科收治烧伤瘢痕整形患者 40 例为对照组, 男 25 例, 女 15 例, 年龄 2~56 岁, 平均年龄 13±4.12 岁, 颈部瘢痕 12 例, 肢体瘢痕 23 例, 躯干部位瘢痕 5 例, 2018 年 7 月至 12 月收治的烧伤瘢痕整形患者 40 例为观察组, 男 23 例, 女 17 例, 年龄 3~53 岁, 平均年龄 12±3.12 岁, 颈部瘢痕 13 例, 肢体瘢痕 22 例, 躯干部位瘢痕 25 例, 均在全身麻醉下行瘢痕切除皮瓣移植术。

2 围术期链式护理

2.1 术前护理

2.1.1 评估与护理干预

2.1.1.1 患者全身及瘢痕局部情况的评估与护理干预

根据患者体重及各种检查、生化检验的结果评估患者的营养及疾病状况, 了解重要脏器的功能, 对于营养不良的患者制定相应的营养改善计划, 指导患者增加营养; 颈部瘢痕患者测量患者头左右转动及头后仰的程度、下颌活动度及张口情况, 肢体瘢痕应评估肢体的活动度、畸形程度、外形及体位, 进行详细记录, 准备合适的软枕, 帮助患者取舒适卧位。

2.1.1.2 患者心理状况评估与心理护理

烧伤后瘢痕形成患者会担心自己的容貌或受伤肢体出现功能性障碍, 很容易出现焦虑、恐惧、紧张的情绪, 利用焦虑自评量表评估患者心理状况, 焦虑评分平均值为 69±6.23, 针对评估量表中间条目的情况进行心理护理; 护理人员要多与患者沟通, 了解患者的真实想法及患者对疾病的认知及家庭的支持情况, 耐心解答患者的各项问题, 帮助

患者积极地面对治疗; 在手术前, 护理人员要详细向患者介绍手术的过程、作用及一些成功的案例, 提升患者对手术治疗的信心。

2.1.2 手术区域皮肤准备

保障整形手术的治疗效果最重要的措施之一是预防手术部位感染, 其重要措施之一是术前手术部位皮肤的准备; 瘢痕的组织学特点: 表层为菲薄的上皮结构, 仅由几层上皮细胞组成; 深层为增厚的结缔组织, 主要为胶原纤维, 血管稀少, 质地坚韧, 无弹力纤维以及真皮乳头、毛囊和腺体等皮肤附属结构。针对瘢痕组织的特点指导患者使用温水清洁手术部位皮肤, 必要时使用无刺激性的清洁剂, 每天 2~3 次, 清除皮肤上的污垢, 软化瘢痕, 同时促进肢体血液循环, 清洗时注意勿损伤皮肤, 对于存在溃疡者, 应按医嘱涂抹相应的药物, 可使用银离子敷料保护创面。

2.2 术中护理

2.2.1 术前访视

手术护士于术前 1 天进行术前访视, 通过阅读电子病历, 了解患者的病情及各种检验检查结果, 并与手术医生及责任护士进行沟通, 掌握病情的特点; 询问患者的基本情况, 评估患者的心理状态, 对患者进行适当的护理体查, 了解患者外周血管情况、瘢痕处皮肤完整性、头颈部的活动情况及张口大小、肢体畸形的情况等, 针对性进行心理疏导与生活护理指导, 利用图文手册及宣教视频对患者进行术前宣教, 让患者了解手术、麻醉的配合要求及自我护理技能, 减轻紧张的情绪, 降低手术麻醉风险。

2.2.2 术前准备

手术护士根据术前评估情况, 准备好气管切开包、各种急救设施与急救药物、中心吸引及吸痰管、氧气等, 备好可视喉镜及纤支镜等困难插管设备, 使各种物品在麻醉前均处于备用状态, 做好困难插管的准备; 同时应准备无菌手术器械及耗品、手术设备与体位用物等。

2.2.3 术中安全管理

手术护士与麻醉医生必须密切关注患者的生命体征, 尤其是血氧饱和度与气道压力, 必要时做血气分析, 术中手术护士应提醒术者保护气管导管, 由于瘢痕组织无毛囊等皮肤

附属物,影响散热,术中应监测患者的体温,根据体温情况采取有效的保温/降温措施,维持体温的恒定,同时保证有效的静脉输液通路,维持患者的循环稳定。

2.3 术后护理

2.3.1 疼痛护理

疼痛是第五大生命体征,消除疼痛是患者的权利,减轻疼痛是医务人员的职责,对于瘢痕整形术后的患者疼痛护理时对于成人选用疼痛尺来评估患者的疼痛程度,疼痛尺上有对疼痛程度具体描述的1—10数值,让患者去体会感受其疼痛在某个数值上,0分为无痛,1—3分为轻度疼痛,4—6分为重度疼痛,7—10分为重度疼痛;对于小孩用面部表情测量图(FES)来评估疼痛程度。轻度疼痛每天评估一次,中重度疼痛为Q8h,按照本院制订的疼痛评分记录表规范记录患者疼痛评分情况,根据数值的变化采取相应的处理。护理人员应提供优质的护理服务,多给与关心、体贴与照护,协助患者取舒适的体位;采取多种方式分散患者注意力,缓解对疼痛的关注度,如根据患者的喜好播放轻音乐、主题电视、戏曲等;营造安静、整洁舒适的病区环境;指导家属的亲情陪伴与支持;中重度疼痛患者可根据医嘱给与止痛药物,注意观察给药后的反应,及时评估止痛效果并记录。

2.3.2 皮瓣的观察与护理

瘢痕整形手术患者,大部分是采用瘢痕切除皮瓣修复术,术后护理人员应及时观察并准确判断移植皮瓣的供血情况,严密观察皮瓣的血运情况,通过皮温、肤色、肿胀程度、毛细血管反应等指标,进行细致全面的观察,做到尽早发现情况尽早处理。术后皮瓣血运障碍,若为动脉痉挛则采取保温、镇静、止痛、补充血容量,应用扩容及疏通微循环、扩张血管的药物,有条件时可行高压氧治疗;若静脉回流障碍则给予敷料加压包扎,抬高肢体或皮瓣远端,采取体位引流,可用手指轻轻由皮瓣远端向蒂端按摩等方法,还可拆除部分缝线,应用肝素、利多卡因生理盐水溶液浸湿创缘,或剪开已结扎的创面边缘的小静脉,使积血流出,待3~5天循环重新建立,静脉回流改善。

预防术后皮瓣移植部位的感染是手术成功的条件及皮瓣成活的关键,保持患者伤口敷料的清洁、干燥,如果有渗出或者污物要及时进行清洁和更换,时刻注意渗出物的形状、颜色和气味,及时有效地使用抗生素。加强营养,进食富含蛋白质、维生素、纤维素、电解质的容易消化食物,提高自己身体的免疫力,预防手术部位感染。

2.3.3 活动指导

术后早起要注意保护皮瓣部位,最好使用外固定制动,避免活动时损伤皮瓣。肘部、腋窝瘢痕整形患者不宜尽早下床休息,宜在拆线后7天才可以下床活动;会阴部或肛门瘢痕整形的患者在手术后应坚持一周左右的无渣饮食,以避免大小便造成的手术创口感染。

2.4 观察指标

运用 zung 氏焦虑自评量表(SAS)和 zung 氏抑郁自评量表(SDS)对两组患者护理前后的心理状态进行判定^[3]。SAS得分在50分以下表明患者不存在焦虑情绪,50—59分有轻度焦虑情绪,60—69分为中度焦虑情绪,大于70分为重度焦虑情绪;SDS评分低于53分证明患者情绪正常,53—62分为轻度抑郁,63—72分为中度抑郁,大于72分为重度抑郁,得分越高,表明患者负面情绪越明显。同时进行两组并发症发生率的对比。

2.5 统计学处理

在统计学软件 SPSS22.0 中录入 80 例烧伤后瘢痕整形手术患者的研究数据,心理状态评分用 $\bar{x} \pm s$ 和 t 表示检验,两组出现并发症的概率由百分数(%)和 χ^2 表示检验,当 P 值在 0.05 以内时,可判定数据间存在统计学差异。

3 结果

3.1 两组护理前后心理状态对比

两组患者不存在护理前的心理状态差异($P > 0.05$),观察组护理后 SAS 评分和 SDS 评分明显低于对照组,数据间有统计学差异存在($P < 0.05$),具体内容如下表 1 所示。

表 1: 两组护理前后心理状态对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	70.4 ± 1.2	57.2 ± 2.5	71.5 ± 1.8	58.5 ± 3.6
观察组	40	70.6 ± 1.5	43.9 ± 4.2	71.2 ± 2.0	45.4 ± 2.7
t		0.658	17.210	0.705	18.411
P		0.256	0.000	0.241	0.000

3.2 两组并发症发生率对比结果

观察组出现并发症的概率为 5.0%,与对照组的 22.5% 相比,数据间有统计学差异存在($P < 0.05$),具体内容如下表 2 所示。

表 2: 两组并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	切口感染	关节疼痛	神经损伤	并发症
对照组	40	4 (4.0)	3 (7.5)	2 (5.0)	9 (22.5)
观察组	40	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.0)
χ^2					5.164
P					0.023

4 讨论

烧伤后人体组织的修复是以结缔组织替代,不能完全达到组织学的再生,是皮肤结构与功能异常的、不健全的组织,在修复过程中,由于全身或局部各种因素的影响,导致瘢痕组织的过度增生而形成增生性瘢痕或瘢痕疙瘩,不仅会破坏容貌外观,而且可导致功能障碍,影响患者的自身美观和生活质量,给患者带来极大的心理压力和经济负担。瘢痕整形是治疗烧伤后瘢痕挛缩,恢复容貌外观和肢体功能,以减轻患者的心理负担,达到提升患者生活质量的目的。

4.1 实施链式心理护理,保障患者最佳的心理状态

烧伤后瘢痕患者由于外观及功能均受到损伤,给患者带来沉重的心理压力,特变是女性患者,焦虑与抑郁评分均达到重度(70分以上),手术与麻醉也会增加患者的心理负担,不良的心理反应将增加手术与麻醉的风险,影响术后的恢复,因此我们采取链式心理模式,即由病区的责任护士、手术护士、麻醉恢复室护士对患者的心理问题进行有效交流与规范的交接,分别在患者治疗的各阶段均关注患者的心理,针对性的进行心理护理与指导,关心、体贴与照护,同时指导患者家属的亲情陪伴与支持,使患者的焦虑降低到轻度(低于41分)。

4.2 链式护理措施提高皮瓣的成活率

术后皮瓣成活是手术成功的关键,需要术前对手术区域皮肤的完善准备;术中手术护士与术者的密切配合,缩短皮瓣的缺血时间,精准的手术缝合;术后密切关注皮瓣区域的温度、颜色、血运等情况,及时发现血管痉挛、血肿、静脉回流的问题,及时报告医生,正确处理。

4.3 围术期全程感控预防,提高手术效果

(下转第 247 页)

通力以及自我意识力较差,极易在陌生治疗环境中出现焦虑、紧张、恐慌等不良情绪,治疗顺应性差,影响治疗效果,病情易反复发作,加大患儿治疗痛苦^[4]。因此,在给予新生儿肺炎疾病治疗基础上配合相应护理措施对于改善患儿预后具有积极意义。亲情式护理模式坚持以患儿为工作中心,要求各护理人员树立视为患者为亲人的工作服务理念,以对待自己亲人态度给予患者关心与爱护,尊重与理患者特殊需求,使各项护理工作充分体现人性化。本文将亲情式护理模式应用于新生儿感染性肺炎护理中,分别从健康宣教、病情对症护理、环境护理等方面入手,采用轻柔语气诱导患儿遵从医护人员工作,向家属普及疾病治疗相关健康知识以及患儿疾病康复情况,加深家属对于医疗工作的理解,增加对于医护人员工作信任感,有助于拉近护患距离,构建和谐护患关系。大量临床研究表明,高度信任感、良好护患关系是保障治疗工作顺利开展的^[5]。本文研究结果表明,观察组相关治疗时间均显著短于对照组($P < 0.05$)。说明实施亲情式护理模式可保障各项护理工作落实到位,有助于缩短治疗时间,促进患儿早期康复。同时密切关注患者病情变化,根据病情需要给予呼吸道、保温、喂养等护理服务,一旦发现异常情

况应及时告知主治医师进行处理,避免各种不良反应的发生,进一步提高护理质量。本文研究结果表明,在实施护理干预后,观察组 Apgar 评分、CPIS 评分指标均显著优于对照组($P < 0.05$)。说明实施亲情式护理模式可通过全面化护理措施改善新生儿身体状态,减轻肺炎炎症。

综上所述,在新生儿感染性肺炎护理中实施亲情式护理模式,效果显著,值得在临床上推广应用。

参考文献:

- [1] 朱婷.人性化护理在新生儿肺炎护理中的护理效果分析[J].医学信息,2015,28(22):139-140.
- [2] 李团员.新生儿肺炎护理中人性化护理模式的综合效果分析[J].医药前沿,2016,6(11):247-248.
- [3] 朱灵娇,赵灵芳,张凌姿.静注人免疫球蛋白在治疗新生儿感染性肺炎治疗与干预中的效果观察[J].中国生化药物杂志,2017,37(8):388-389.
- [4] 李玉霞.人性化护理模式在新生儿肺炎护理中的效果分析[J].中国继续医学教育,2017,9(9):243-244.
- [5] 罗娜.新生儿肺炎护理中人性化护理模式的效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,v.3(11):99+104.

(上接第 243 页)

淋巴瘤患者在长期化疗治疗中,因化疗引起的不良反应影响,患者会出现不同程度的癌性疲乏。癌性疲乏在临床上也叫癌性疲劳综合征,是恶性肿瘤常见的并发症之一。癌性疲乏的产生于患者的肿瘤治疗方法和时间有关,癌性疲乏会影响患者持续产生一种主观性疲劳体验。这些体验会影响患者的正常生活,加重患者的心理障碍,从而导致患者病情更加严重,降低患者的生活质量。所以,要改善患者的癌性疲乏,必须要提高患者对于肿瘤的认知度,提高患者的心理、生理状态。人性化护理是以尊重患者的生命价值、人格尊严和隐私为指导理念,通过护理干预为患者营造一个舒适的治疗环境,从而让患者感受到医护人员的关心^[5]。人性化护理的最终目的是改善患者的心理、生理以及社会状况,从而促使患者这些方面趋向于健康发展。对于淋巴瘤化疗患者,人性化护理更佳注重给予此类患者的人性化关怀和照顾^[6]。作为一种新型的护理模式,人性化护理在“以患者为中心”的理念下,认真为患者进行护理服务,在服务中注重个性化和人性化的侧重,从而提高护理质量,改善患者的一般表现。本文研究结果显示在护理效果的对比中,观察组患者的 Piper 评分、SQLI 评分相较于对照组更高,组间对比差异明显,在统

计学上具有差异性表现($P < 0.05$)。在护理满意率的对比上,观察组为 90.6% (39/43),而对照组为 72.0% (31/43),两组患者对比具有统计学差异($P < 0.05$)。

综上所述,淋巴瘤患者采取化疗治疗时,会因为化疗副作用以及淋巴瘤影响出现癌因性疲乏。给予患者人性化护理干预,能够提高患者的自我护理能力,从而提高患者的生活质量,改善癌因性疲乏的发生情况,适合在临床上推广和应用。

参考文献:

- [1] 文钰.自我管理干预对喉癌术后患者癌因性疲乏的应用效果研究[D].山西医科大学,2018.
- [2] 郝香敏.健康指导和人文关怀对癌症患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2017,23(13):59-61.
- [3] 郑淑华,林雪棉.人性化护理在淋巴瘤化疗伴癌因性疲乏患者中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(08):89-91.
- [4] 李真,王立英,张丽.姑息性护理在肺癌病人癌因性疲乏的应用进展[J].全科护理,2017,15(11):1303-1305.
- [5] 安采华.胃癌术后患者压力、心理复原力、一般自我效能感对癌因性疲乏的影响研究[D].石河子大学,2016.
- [6] 王静.肺癌术后加强人性化护理对预后影响分析[J].吉林医学,2015,36(13):2874-2875.

(上接第 245 页)

术后感染是导致手术失败的主要原因之一,因此在患者围手术期全程均应采取有效的感控预防措施,术前病区护士应指导患者正确地清洁瘢痕部位的皮肤,保护取皮瓣区免受损伤,指导患者规范地进行手卫生,术中保障洁净生物手术环境、合格的无菌物品、严格的无菌技术操作及规范使用围手术期抗生素;术后高度关注伤口敷料,发现被血压浸湿立即更换,合理抗生素,有效预防手术部位感染。

烧伤后瘢痕整形手术治疗能对烧伤后瘢痕挛缩所导致容貌外观的损坏或患肢功能障碍进行有效的修复,以减低患者的心理负担,恢复患肢的功能,最终达到提升患者生活质量的目的^[4]。手术的成败主要是手术医生的手术技术与护理团

队(责任护士、手术护士、PACU 护士)的精细护理,链式护理真正实现了围术期无缝隙护理。

参考文献:

- [1] 康华,陶剑.围术期护理在烧伤后瘢痕整形手术患者护理中的应用效果[J].中国当代医药,2018,25(27):195-197.
- [2] 李宝,左燕妮,殷永红.烧伤后期瘢痕整形儿复合植皮手术的美容效果分析[J].西南国防医药,2017,27(12):1306-1309.
- [3] 华英,吐逊阿依·哈斯木,张怡,et al.认知行为干预对年轻女性烧伤瘢痕整形患者的影响[J].中国临床护理,2018,10(2):126-129.
- [4] 赵立娟.烧伤后瘢痕整形手术的围手术期护理探讨[J].中国医疗美容,2016,6(1):85-86.