

**3.2.2.3 皮瓣血运观察的护理**,皮瓣温度、颜色是直接反映皮瓣能否成活的一个重要指标,观察内容包括皮瓣的颜色、温度、毛细血管充盈时间、动脉搏动、肢体肿胀情况等<sup>[5]</sup>。术后 48 h 内至少 2 h 观察 1 次,血运差时 20~30 min 观察 1 次,做好报告、记录及处理方法。按时监测患肢皮温,应保持在 33~35℃,可稍高于正常皮温 1~2℃。如皮瓣温度低于健肢皮温 2℃以上提示可能发生血循环障碍。为防止皮瓣血管痉挛,造成皮瓣血供不足,可使用 TDP 烤灯局部照射皮瓣,照射前先预热 5~10 min,距离皮瓣 40~50 cm,防止过近照射致烫伤,过远达不到效果。每次 30~60 min,根据皮瓣情况决定每日照射次数。正常的皮瓣颜色红润、温暖,毛细血管充盈时间正常,动脉搏动可触及,无明显肿胀。如皮瓣苍白,提示动脉痉挛或栓塞;皮瓣发紫或暗红,提示静脉回流受阻;如出现大片或全部暗紫红色,提示静脉完全栓塞,应立即报告医生并做相应处理。皮瓣移植术后可有轻微肿胀,3 d 后逐渐消退,如肿胀明显应测其周径以追踪观察是否加重,及时寻找原因并处理,否则可能造成皮瓣坏死。可用 30% 硫酸镁粉湿敷于皮瓣处,效果较好。毛细血管充盈时间检查方法为用消毒棉签压迫皮瓣让皮肤呈苍白后立即移开棉签,记录皮瓣颜色由苍白转为红润的时间则为毛细血管的充盈时间。正常为 1~2 s,如延长提示有血液障碍发生<sup>[6]</sup>。

**3.2.2.4 观察尿量**,准确记录出入量,每小时尿量,尿液颜色、性状,观察有无血红蛋白尿及肌红蛋白尿等,遵医嘱留取尿标本及时送检。

**3.2.3 营养支持** 电烧伤患者机体处于高消耗过程,手术后更应鼓励患者多进食高蛋白、高维生素、高热量食物,如鸡蛋、各种汤类、绿色蔬菜、新鲜水果,防止便秘,以免腹内压增加导致皮瓣移位及加重血管痉挛。如进食不能满足机体需要还可将患者所需的糖、脂、蛋白质、电解质、微量元素等营养物质放于 3 L 袋中,采用静脉营养支持疗法,提高机体营养及抵抗力。

**3.2.4 用药护理** 术后常规应用足量有效抗生素防止皮瓣下发生感染;使用降低血液黏滞性药物如低分子右旋糖酐;使用低分子肝素钠、肠溶阿司匹林等防止血管痉挛及血栓形成;应用促进回流的药物如 B-7 叶皂苷钠减轻组织水肿;使用改善微循环的药物如前列地尔注射液。按时输注药物,多种药物使用应注意各药物的性质,注意药物之间的相互作用及有无配伍禁忌、中毒反应,观察用药后的效果。特别在使用溶栓药物时应更应注意严密观察患者神志、脉搏、呼吸、血压,防止血栓脱落栓塞心、脑、肺;注意观察创面、消化道等有无出血倾向,有无便血、呕血等症状,及时留取大便可潜血试验。做到早期发现,早

• 临床护理 •

期处理。

### 3.2.5 引流管护理

**3.2.5.1 防止皮瓣下感染**,术后可于皮瓣下放置引流,在未拔除引流前应做好以下护理:保持引流通畅,观察引流液性状、颜色、量,每班及时倾倒引流装置内血液,并准确用量杯或注射器测量并记录。引流出血性液体过多时应及时通知医生,寻找原因,正确处理。

**3.2.5.2 留置尿管者**做好会阴部护理,保持尿道口及尿管清洁,每日用碘伏棉球擦拭尿道口。及时更换一次性尿袋及尿管。尿袋不得高于耻骨联合,防止尿液逆流引起尿路感染。

**3.2.6 术后疼痛护理及心理护理** 手术后疼痛能引起机体生理生理改变而影响患者术后体质恢复,并促发或加重呼吸、泌尿、消化及心血管系统的各种并发症,直接影响预后,应加以重视。要设法去除或减少疼痛加重的因素,保持病房安静,为患者提供舒适休息的条件。给患者讲解有关疼痛的知识及协助使用恰当的无创性解决疼痛的措施如听音乐、看报纸等。必要时给予镇痛剂。由于皮瓣术后还面临断蒂术甚至还需要多次手术,患者易产生消极情绪,烦躁不安,护理人员应多关心患者,多和患者谈心,多支持患者,鼓励患者树立战胜疾病的信心和生活的勇气<sup>[7-8]</sup>。

### 参考文献:

- [1] 黎鳌,杨宗城.黎鳌烧伤学[M].上海:上海科学技术出版社,2001:192-198.
- [2] 郭应禄,祝学光.外科学[M].北京:北京大学医学出版社,2003:120-128.
- [3] 杨宗城,汪仕良,周一平.实用烧伤外科手册[M].北京:人民军医出版社,2001:155-172.
- [4] 修培宏,米凯.围手术期治疗与护理基本知识问答[M].北京:中国医药科技出版社,2004:393-399.
- [5] 吴声跃.皮瓣移植术的观察与护理[J].重庆医学,2008,37(16):1871-1872.
- [6] 党世明.外科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2004:155-159.
- [7] 葛绳德,夏照帆.现代烧伤外科手术并发症的预防与处理[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008:323-340.
- [8] 唐玲.1例巨大腹壁纤维肉瘤围手术期的护理[J].重庆医学,2009,38(1):133-134.

(收稿日期:2010-09-25 修回日期:2010-11-17)

## 一种新型新生儿沐浴充气塑料垫的应用研究

贺顺红<sup>1</sup>,刘明会<sup>2</sup>,王玉洁<sup>3</sup>

(重庆市涪陵区妇幼保健院:1. 护理部;2. 妇产科;3. 新生儿科 408000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.10.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)10-1038-03

新生儿沐浴是新生儿护理的一项基本护理操作,在为大量新生儿沐浴时,目前多数医院以卧式淋浴为主<sup>[1]</sup>,即在浴池内放置泡沫垫的淋浴方法,此方法在防止新生儿院内感染和保证新生儿安全方面有一定作用,但操作者感觉费力,新生儿感觉不适,泡沫垫不易清洗和消毒。本研究通过自制一种新生儿沐

浴充气塑料垫,改变沐浴方式,经临床应用,效果显著,现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2010 年 4~8 月在本院住院正常分娩的新生儿 239 例。孕周 37~41 周,体质量 3 000~4 000 g,出生

时 1、5、10 min 阿氏评分均为 10 分。随机分为改良组和常规组,两组基本情况比较无显著差异,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 制作方法 新生儿沐浴充气塑料垫由环形的充气垫圈、支承垫及头枕组成,支承垫和头枕位于充气垫圈内侧之间,与充气垫圈联为一体,充气垫圈的一端向上倾斜,头枕位于充气垫圈的倾斜端,其内设置有与充气垫圈内腔连通的充气内腔,支承垫内设置有与充气垫圈内腔连通的充气内腔。在头枕与支承垫的连接处开设有通孔,在支承垫上开设有漏水孔。在头枕与支承垫的连接处设置有两只凸台,两只凸台突出于支承垫和头枕的上表面,其分别位于通孔的两侧,沿充气垫圈横向并以充气垫圈中轴线对称布置,凸台内设置有与充气垫圈内腔连通的充气内腔,并且支承垫的充气内腔通过凸台的充气内腔与头枕的充气内腔连通,见图 1~3。

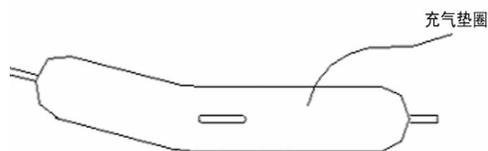


图 1 新生儿沐浴充气垫的主视示意图

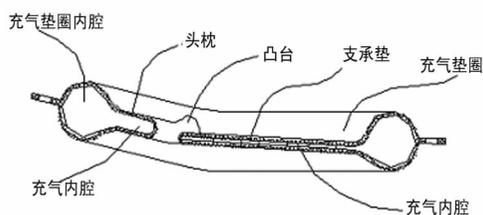


图 2 新生儿沐浴充气垫的主视剖面示意图

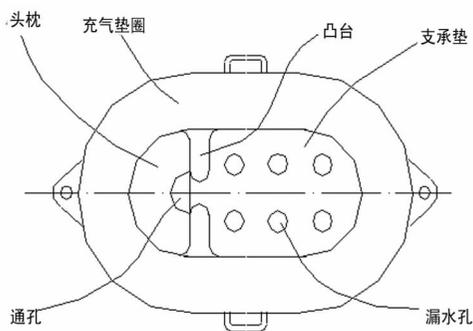


图 3 新生儿沐浴充气垫的俯视图

1.2.2 使用方法 对所有为新生儿沐浴的护理人员进行培训,掌握新生儿沐浴充气塑料垫的使用方法。在相同室温 26~28℃、水温 38~40℃下,新生儿在沐浴前 1 h 喂养后,按统一的标准和方法进行沐浴。常规组按照传统的新生儿沐浴方法,护士以环抱式手法,洗净新生儿脸及头发后以先仰后俯的体位进行沐浴,其具体方法为:由护士左手握住新生儿左肩关节,左前臂托住新生儿头颈部将新生儿仰卧于浴池的海绵垫上淋浴,洗净胸部和四肢后,护士右手握住新生儿的左肩关节翻转新生儿使其俯卧于护士的右前臂上洗净颈背部、臀部等。改良组采用新生儿沐浴充气塑料垫,将新生儿仰卧在充气垫支承垫凹槽内进行沐浴,具体方法为:将新生儿沐浴充气塑料垫放置于浴池内,充气塑料垫高度保持与操作者的腰平齐。沐浴时,将婴儿放置于充气垫圈内支承垫的凹槽内,婴儿头颈部枕于充气垫的头枕上,护士先采取仰头洗头法洗头,再双手对

婴儿进行颈、胸腹部、腹股沟、四肢沐浴,然后侧卧进行后背、臀部沐浴(图 4)。



图 4 新生儿沐浴时体位

1.2.3 评价指标 (1)婴儿哭闹:观察新生儿在沐浴前、沐浴中是否安静、舒适或哭闹不安,有无伴拥抱反射等,并对新生儿状态进行比较,新生儿无哭闹为安静,反之为哭闹;在哭闹声中新生儿同时出现拥抱反射时为拥抱反射,反之为无。(2)沐浴时间:用秒表记录新生儿开始沐浴和结束时的时间。

1.3 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件包,采用 *t* 检验、 $\chi^2$  检验进行统计学分析。

2 结果

2.1 两组新生儿沐浴时间比较 见表 1。

表 1 两组新生儿沐浴时间比较 ( $\bar{x} \pm s, \text{min}$ )

组别	<i>n</i>	沐浴时间(min)
常规组	116	3.50 ± 0.15
改良组	123	3.38 ± 0.52
<i>t</i>		1.34
<i>P</i>		>0.05

2.2 两组新生儿沐浴前、沐浴中状态比较 见表 2。

表 2 两组新生儿沐浴前、沐浴中状态比较 (*n*)

组别	<i>n</i>	沐浴前		沐浴中	
		哭	安静	哭	安静
常规组	116	12	104	95	21
改良组	123	15	108	31	92
$\chi^2$		0.20		76.98	
<i>P</i>		>0.05		<0.01	

3 讨论

3.1 使用新生儿沐浴充气塑料垫在沐浴过程中新生儿感到更安全舒适 新生儿刚娩出时,因环境温度突然改变产生本能的反应——啼哭,以后随着大脑皮层和感觉器官的发育,啼哭逐渐和情绪联系在一起,如饥饿、过暖、响声、受刺激等都能引起啼哭<sup>[1]</sup>。新生儿情绪的产生与生理需要是否满足直接相关<sup>[2]</sup>。从表 2 看,传统的沐浴方法和新生儿沐浴充气塑料垫沐浴方法相比,新生儿在沐浴前都吃饱了,生理需要得到了满足,较为安静,两组比较差异无统计学意义(*P*>0.05);新生儿在沐浴中哭闹并伴有拥抱反射且两组相比差异有统计学意义(*P*<0.01),从新生儿沐浴产生的啼哭并伴有拥抱反射不难发现,新生儿对安全需要表现异常突出。传统的淋浴方法新生儿除了头、臀有依靠外,四周是悬空的,缺乏安全感,哭闹较厉害;同时水直接淋到新生儿身上会因水温不稳定致新生儿烫伤或着凉。有报道,新生儿沐浴安全隐患为新生儿烫伤或着凉;防范对策为在沐浴过程中,水应先淋到工作人员手再接触新生儿皮肤<sup>[4]</sup>。而新生儿沐浴充气塑料垫在普通平台泡沫垫基础上进行了改良,充气塑料垫圈好像一个摇篮,婴儿仰卧于“摇篮内”,感觉似妈妈的怀抱,而且护士可以双手对其身体进行抚

摸,给新生儿一种安全感;同时在冲洗时能够对婴儿起到挡护作用,缓解因水温不稳定时直接烫伤或冻着婴儿。充气塑料垫圈的一端向上倾斜,在沐浴时,能够使位于充气塑料垫中的婴儿处于头高脚低的舒适体位。舒适是平静安宁,没有疼痛和焦虑的轻松自在的感觉<sup>[4]</sup>,从表 2 可见,改良组新生儿在沐浴过程中较常规组安静,两组相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。头枕与支承垫连接处设置的通气孔不仅可作为充气塑料垫中水的排放出口,婴儿侧卧洗背部时,婴儿也不会脱离充气塑料垫,方便冲洗头部的残留沐浴液。支承垫上开设的漏水孔可用于排水,防止水在充气塑料垫中的聚集,避免了新生儿窒息的发生,同时支承垫也可以避免护士不小心未握住新生儿导致新生儿滑脱的安全事故。

### 3.2 使用新生儿沐浴充气塑料垫使护士在沐浴过程中更省力

正确的沐浴姿势有助于人体正常生理功能的进行,并且只需最小的能量输出,就能发挥最大的工作效率。不正确的姿势,易使肌肉产生紧张和疲劳,严重时可能造成肌肉、肌腱劳损,影响人的健康<sup>[5]</sup>。传统的沐浴方法,护士需要分别伸出左、右手臂支撑新生儿大部分体质量,同时为了防止固定水龙头的水溅入新生儿眼、耳、口、鼻及护士的衣服,护士必须弯腰为新生儿沐浴,从力学的杠杆和平衡原理来讲,护士会付出更大的能量并易产生肌肉紧张和疲劳。使用新生儿沐浴充气塑料垫为新生儿沐浴时,沐浴充气塑料垫处于与护士平腰位置,将婴儿放置于充气塑料垫圈内的支承垫上,婴儿的头部则枕于头枕上,护士不需要用手支撑新生儿身体,同时护士可以不弯腰即可用双手对婴儿进行沐浴,整个沐浴过程更舒适和省力,而且也不会有大量水渍溅到护士身上,也不需要围裙就可以轻松完成整个沐浴过程。

3.3 使用新生儿沐浴充气塑料垫未降低护士的工作效率 从表 1 看,传统沐浴法和新生儿沐浴充气塑料垫沐浴法相比,护士所用的时间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),不会降低护士工作效率。

3.4 新生儿沐浴充气塑料垫便于清洗和消毒 新生儿每日沐浴结束后应清洗消毒沐浴用品,如沐浴池、沐浴喷头、沐浴垫

等<sup>[6]</sup>。泡沫垫表面因为大量的凹槽和内部疏松的结构,易吸附水和污物,不易清洗和消毒,也不易晾干,易生霉和滋生细菌。新生儿沐浴充气塑料垫表面光滑,内部充气,不易吸附水和污物,可以冲洗清洁,浸泡或擦拭消毒,在控制新生儿院内感染方面效果更好。

3.5 使用新生儿沐浴充气塑料垫护理人员不易产生腰肌劳损和肩周炎 长期弯腰工作者,腰部肌肉持续呈紧张状态,使小血管受压,供血不足,代谢产物积累,刺激局部而形成损伤性炎症导致腰肌劳损<sup>[7]</sup>。肩周炎的原因之一,长期过度活动、姿势不良等所产生的慢性致伤力是主要的激发因素。使用新生儿沐浴充气塑料垫为新生儿沐浴时,护士不需弯腰,同时手臂不需长期伸出支撑新生儿体质量,护理人员不易发生腰肌劳损和肩周炎。本研究未对护理人员发生腰肌劳损和肩周炎与新生儿沐浴的关系进行相关统计,有待进一步研究。

### 参考文献:

- [1] 何国平,喻坚.实用护理学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1654-1656.
- [2] 沈小明,金星明.行为儿科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2003:15-17.
- [3] 黄蕙.新生儿沐浴的安全隐患及护理对策[J].医学创新研究,2008,8(5):132-133.
- [4] 殷磊.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,2002:151-154.
- [5] 甘兰君.护理学基础[M].北京:人民卫生出版社,1991:45-47.
- [6] 胡必杰,郭燕红,高光明.医院感染预防与控制标准操作规程[M].上海:上海科学技术出版社,2010:27-35.
- [7] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2007:852-866.

(收稿日期:2010-10-10 修回日期:2010-11-10)

(上接第 1036 页)

围不容乐观。没有扎实的理论知识做基础,在临床实践中难免会遇到很多困难和不适应,进而又会影响到学习的积极性,形成恶性循环。所以,应强调培养实习医师学习和应用信息的能力,将一些科学的思维方法及正确学习行为作为其一种习惯,深深根植在其生活中,使他们从被动的知识获取者转变为主动的、积极高效的终身自我教育者。

5.4 惧怕失败 正确的临床思维来源于不断的临床经验总结。临床医师在日常医疗实践的过程中,不断总结经验 and 吸取教训,不断克服错误的临床思维,促进正确临床思维的发展和形成。有些实习医师因惧怕失败后被他人嘲笑或看不起,所以不敢回答问题,不敢提出问题,也不敢去解决问题。“人云亦云”和“一朝被蛇咬、十年怕草绳”都是不行的。俗语说:“失败是成功之母”、“吃一堑、长一智”。要勇于从自己和他人的失败中汲取教训,以后不再犯同样的错误。如果老是害怕失败而裹足不前,将白白浪费掉许多锻炼机会,患者也得不到最佳治疗,不利于医学事业和实习医师自身的发展。

### 参考文献:

- [1] 赵运果,于丽霞,李忠臣.也谈医德医风[J].邯郸医学高

等专科学校学报,1994,7(1):55-57.

- [2] 王琼,吴小翎.医患沟通从医学生抓起[J].重庆医学,2010,39(1):123-124.
- [3] 陈道荣,王丕龙.如何提高实习医生的医患沟通能力[J].医学教育探索,2009,8(7):823-824.
- [4] 熊建琼,谢先会,邓朝霞.加强实习医生临床思维能力的培养[J].局解手术学杂志,2006,15(1):40-41.
- [5] 左国庆,王羽,宋家虎.加强临床教学基地建设,确保医学人才培养质量[J].重庆医学,2010,39(4):499-500.
- [6] 陈哲,缪国斌,李晓东.对七年制医学生内科主动式教学查房模式的效果评价[J].中国病案,2010,11(1):63-64.
- [7] 朱波,高加蓉,陈正堂.浅谈医学生循证医学观念的培养[J].局解手术学杂志,2005,14(1):40-41.
- [8] 洪新,毕玉田.医学生客观结构化临床考试的实践与探索[J].重庆医学,2009,38(15):1983-1984.

(收稿日期:2010-10-08 修回日期:2010-11-17)