

国内第一套护士分层培训教本

烧伤整形科

护士分层培训

SHAOSHANG ZHENG XING KE HUSHI FENCENG PEIXUN

谭文娟 彭金霞 高虹◎主编



专科护士分层培训丛书

总主编◎程海冬

护士晋升学习教本 护理岗位实习指南



总主编◎程海冬

专科护士分层培训丛书

烧伤整形科

护士分层培训

SHAOSHANG ZHENGXING KE HUSHI
FENCENG PEIXUN

谭文娟 彭金霞 高虹◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

烧伤整形科护士分层培训 / 谭文娟 彭金霞 高虹主编.
— 武汉: 湖北科学技术出版社, 2015.5
(专科护士分层培训丛书 / 程海冬总主编)
ISBN 978-7-5352-7767-1

I. ①烧… II. ①谭… ②彭… ③高… III. ①烧伤—整形
外科学—护理学—技术培训 IV. ①R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字 (2015) 第 092152 号

策 划: 刘 玲

责任编辑: 严 冰

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电话: 027-87679468

地 址: 武汉市雄楚大街 268 号

邮编: 430070

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 武汉立信邦和彩色印刷有限公司

邮编: 430026

787×1092 1/16

11.5 印张 262 千字

2015 年 5 月第 1 版

2015 年 5 月第 1 次印刷

定价: 25.00 元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

《烧伤整形科护士分层培训》编委会

总编审 程海冬

主 编 谭文娟 彭金霞 高 虹

副主编 彭 玲 葛 华 余可斐 杨志宏 张 坤 何雪琴

杨祖泽 于 琼 王 琳 毛娅妮 王均华 陈 霞

杨宗云 谭 利 刘梅讯 徐 莹 付 俊 杜 娟

编 者 张赛圣 鲍红霞 黄玉珠 汪尚晏 王兰英 聂畅莉

李淑萍 张秀霞 刘 薇 孙建琴 贺金蝶

《烧伤整形科护士分层培训》编委名单

(按姓氏汉语拼音排序)

鲍红霞	湖北医药学院附属人民医院
陈霞	湖北省十堰市张湾区花果医院
程海冬	湖北医药学院附属人民医院
杜娟	湖北医药学院附属人民医院
付俊	湖北医药学院附属人民医院
高虹	湖北省丹江口市妇幼保健院
葛华	湖北医药学院附属人民医院
贺金蝶	湖北医药学院附属人民医院
何雪琴	湖北医药学院附属人民医院
黄玉珠	湖北医药学院附属人民医院
李淑萍	湖北医药学院附属人民医院
刘梅讯	湖北医药学院附属太和医院
刘薇	湖北医药学院附属太和医院
毛娅妮	湖北医药学院附属人民医院
聂畅莉	湖北医药学院附属人民医院
彭金霞	湖北医药学院附属人民医院
彭玲	湖北省十堰经济开发区人民医院
孙建琴	湖北医药学院附属太和医院
谭利	湖北医药学院附属太和医院
谭文娟	湖北医药学院附属人民医院
王均华	湖北医药学院附属太和医院
王兰英	湖北医药学院附属人民医院
王琳	湖北医药学院附属东风医院
汪尚晏	湖北医药学院附属人民医院
徐莹	湖北省十堰市东风汽车公司花果医院
杨志宏	湖北医药学院附属人民医院
杨祖泽	湖北省房县人民医院
杨宗云	湖北医药学院附属人民医院
余可斐	湖北医药学院附属太和医院
于琼	湖北省房县人民医院
张坤	河南省新乡市中心医院
张赛圣	湖北医药学院附属人民医院
张秀霞	湖北医药学院附属人民医院

序

目前,我国护士分层培训的文章比较多,但内容大多较为单一,而集专科医疗基础知识和护理技能于一体的在职护士分层培训的书籍更是匮乏,无法满足不同层次临床专业护理人员系统性、规范性培训的需求。

本着实用的原则和满足临床不同层次护士的培训需求,我们根据卫生部关于“中国护理事业发展十二五规划纲要”、“2013年版全国三级甲等医院复审标准”及“各专科护理培训基地”的要求,组织湖北医药学院附属人民医院及各兄弟医院临床专科护理专家、教授及经验丰富的老师编撰了本套“专科护士分层培训丛书”,旨在提高不同层次护士的专科知识及操作技能,也方便了从业者的学习和管理者的考核。

湖北医药学院附属人民医院,位于南水北调中线水源地、也是东风汽车诞生地——十堰市。医院创立于1982年,是一家集医疗、科研、教学、急救、预防、保健为一体的大型综合性现代化医院,系国家三级甲等医院,曾荣获多项国家级荣誉称号和奖项;开放床位2800余张,临床护理专业人员已发展到1200余人。

本套“专科护士分层培训丛书”是以最新颁布的全国高等医药教材建设研究会“十二五规划教材”为蓝本,吸纳了国内外各专科医疗护理领域的新知识、新技术和新理念,集系统性、规范性、实用性于一体。

本套丛书于2014年4月首次出版发行了10个独立分册:《内科护士分层培训》、《外科护士分层培训》、《妇产科护士分层培训》、《儿科护士分层培训》、《五官科护士分层培训》、《肿瘤科护士分层培训》、《中医科护士分层培训》、《急诊科护士分层培训》、《手术室护士分层培训》、《消毒供应中心护士分层培训》。后应广大读者的要求和临床专科的需要,今将陆续出版《烧伤整形科护士分层培训》、《皮肤科护士分层培训》、《精神科护士分层培训》、《康复科护士分层培训》、《影像科护士分层培训》等系列丛书。各分册均由专科医学基础知识、专科检查、专科护理操作、专科护理应急、专科常用药物及专科护士分层题库及答案组成。本套丛书注重分层培训的科学性、创新性和可操作性,对临床护理有明确的指导作用,填补专科护士分层培训教本的空白,是各专科不同层次护理人员、进修生学习培训和考评考核的重要参考书。

本丛书经全体参编人员多年的辛勤工作和湖北科学技术出版社编审老师的热心支持,方得以顺利付梓出版。在此一并表示衷心感谢。本套丛书在国内属首次编撰,不足之处在所难免,敬请读者见谅并指正。

编委会

2015年4月

前 言

烧伤外科和整形外科是两个相互独立,又相互渗透、相互补充,各具特色的专业学科。现代烧伤治疗,主张早期进行整形技术干预,将烧伤后遗畸形和皮肤功能损害程度降到最低。随着新方法新技术的广泛应用,极大促进了学科不断发展。同时,烧伤整形护理也将随着学科的发展及护理观念、内涵的更新得到拓展。要求护士具有扎实的专科知识和操作技能。而护士的工作经历(经验)、学历层次、职业素养等原因决定了护士的层级性,这种层级性直接关乎护士对疾病干预的效果。因此,在学习和临床实践中,需要有分层教学和培训的施教意识。这对于加强专科护士培训,提升护士的执业能力,提高护理质量都有积极作用。正是基于这样的考量,我们编写出版了《烧伤整形科护士分层培训》这本专科分层培训、学习的教本。

本书根据护理人员的职称、学历、工作年限和工作能力的不同,将护士分为:0~1年新护士、1~3年低年资护士、3~5年低年资成熟护士和6年及6年以上专科护士四个层次,分别从专科医学基础知识、专科检查、专科护理操作、专科护理应急、专科护理常规(包含了专科新技术、新业务及危重患者护理常规)、专科常用药物等方面进行分层级规范化培训,并附有专科分层题库及答案。本书注重培训的科学性、指导性和操作性,是目前烧伤整形科护士唯一的分层培训教本。此书是烧伤整形科临床各层次护理人员、进修实习生等学习培训的教材和考评考核的重要参考书。

本书在编写、审定、出版过程中,得到湖北医药学院附属人民医院及各兄弟医院临床医疗护理专家、教授及湖北科技出版社的热情指导和帮助,在此表示衷心感谢!因编者水平有限,疏漏和不当之处在所难免,敬请读者批评指正。

编者

2015年4月

目 录

第一章 烧伤整形科医学基础知识.....	1
第一节 烧伤整形概述.....	1
第二节 烧伤分期及临床表现.....	2
第三节 烧伤治疗.....	3
第四节 烧伤创面处理.....	6
第五节 烧伤营养.....	9
第六节 特殊烧伤	10
第七节 烧伤并发症	12
第八节 烧伤整形康复	13
第九节 烧伤预防	15
第二章 烧伤整形科相关检查	18
第一节 实验室检查	18
第二节 特殊检查	22
第三章 烧伤整形科护理操作	27
第四章 烧伤整形科护理应急流程	60
第五章 烧伤整形科护理常规	68
第一节 烧伤护理常规	68
第二节 整形美容护理常规	75
第六章 烧伤整形科常用药物	83
第一节 烧伤整形科抗休克药物	83
第二节 烧伤整形科抗感染药物	86
第三节 烧伤整形科补充水及电解质药物	90
第四节 烧伤整形科静脉营养药物	93
第五节 烧伤整形科止血药物	95
第六节 烧伤整形科改善微循环药物	97
第七节 烧伤整形科保护胃粘膜药物	99
第八节 烧伤整形科口服药.....	100
第九节 烧伤整形科外用药.....	102

第十节 烧伤整形科止痛药.....	105
第十一节 烧伤整形科其他用药.....	107
第十二节 烧伤整形科常用消毒剂.....	109
第十三节 烧伤整形科特殊敷料.....	110
第七章 烧伤整形科护士分层培训题库及答案.....	113
第一节 烧伤整形科(0~1 年护士)题库及答案	113
第二节 烧伤整形科(1~3 年护士)题库及答案	130
第三节 烧伤整形科(3~5 年护士)题库及答案	146
第四节 烧伤整形科(6 年及 6 年以上护士)题库及答案	160
参 考 文 献.....	175

第一章 烧伤整形科医学基础知识

第一节 烧伤整形概述

1. 常见烧伤的原因有哪些？

答：常见的烧伤原因有热力烧伤、火焰烧伤、化学烧伤、电烧伤、放射性烧伤。

2. 什么是热力烧伤？

答：热力烧伤包括火焰、炽热金属所致的烧伤，也包括各种热液、蒸汽所致的烫伤。无论平时还是战时，热力烧伤最多见，约占各种烧伤原因的85%~90%。

3. 什么是化学烧伤？

答：化学物质在接触人体后，除立即损伤外，还可继续侵入或被吸收，导致进行性局部损害或全身性中毒。损害程度与化学物质的性质、剂量、浓度、接触时间的长短有关。

4. 化学烧伤的物质有哪些？

答：强酸、强碱、苯酚、甲苯（有机溶剂）、芥子气、磷、核辐射等。

5. 什么是电烧伤？

答：电烧伤指由电所致的烧伤，包括电弧烧伤和电接触烧伤。

6. 什么是放射性烧伤？

答：放射性烧伤是由射线所致的烧伤，平时可见于放射治疗和诊断时计量过大或时间过长所致 β 射线和X射线的损伤，战时则见于原子弹或氢弹爆炸时的烧伤。

7. 烧伤面积估算常见方法有哪些？

答：九分法、手掌法。

8. 什么是烧伤面积手掌法？

答：以伤员自己的手掌估计烧伤面积，五指并拢的手掌，相当于自己体表面积1%。此法适用于小面积烧伤的估计。

9. 什么是烧伤面积九分法？

答：头面颈 333（9% $\times$ 1）；手前臂上臂 567（9% $\times$ 2）；躯干会阴 13，13，1（27：9% $\times$ 3）；臀为5足为7，小腿大腿 13，21（9% $\times$ 5+1%）。

10. 婴幼儿烧伤面积的估算方法是什么？

答：婴幼儿头大，下肢小，可按下法计算：头颈部面积 = $[9 + (12 - \text{年龄})]\%$ ，双下肢面积 = $[46 - (12 - \text{年龄})]\%$ 。

11. 烧伤深度是如何判定的？

答：普遍采用三度四分法，即Ⅰ°、浅Ⅱ°、深Ⅱ°、Ⅲ°。

12. 烧伤严重程度是如何划分的？

答：我国常用下列分度法：①轻度烧伤：Ⅱ°烧伤面积10%以下。②中度烧伤：Ⅱ°烧伤

面积 11%~30%，或有Ⅲ°烧伤但面积不足 10%。③重度烧伤：烧伤总面积 31%~50%；或Ⅲ°烧伤面积 11%~20%；或Ⅱ°、Ⅲ°烧伤面积虽不到上述百分比，但已发生休克等并发症，或存在较重的吸入性损伤、复合伤等。④特重烧伤：烧伤总面积 50%以上；或Ⅲ°烧伤 20%以上。

13. 什么是特重烧伤？

答：是指烧伤总面积 50%以上或Ⅲ°烧伤面积 20%以上的烧伤。

14. 皮肤的结构有哪些？

答：表皮、真皮和皮下组织，并含有附属器官（汗腺、皮脂腺、指甲、趾甲）以及血管、淋巴管、神经和肌肉等。

15. 皮肤有哪些功能？

答：保护功能、感觉功能、调节体温功能、分泌与排泄功能、吸收功能、呼吸功能。

第二节 烧伤分期及临床表现

1. 根据烧伤病理生理特点，一般将烧伤临床发展过程分为哪几期？

答：体液渗出期（休克期）、感染期、创面修复期。

2. 烧伤休克临床表现有哪些？

答：①心率增快、脉搏细弱。②血压下降。③呼吸浅、快。④尿量减少。⑤口渴难忍。⑥烦躁不安。⑦肢端凉，畏冷。⑧血液浓缩（血细胞比容升高）、低钠血症、低蛋白、酸中毒。

3. I°烧伤有哪些临床特点？

答：轻度红、肿、热、痛，感觉过敏，无水疱，又称“红斑伤”。

4. 浅Ⅱ°烧伤有哪些临床特点？

答：红肿，有大小不等的水疱，疱液清亮淡黄色，创面红润、潮湿，疼痛明显，常在 1~2 周愈合，不留瘢痕，可有色素改变。

5. 深Ⅱ°烧伤有哪些临床特点？

答：肿胀、散在的小水疱，创面基底红、白相间，可见栓塞凝固的血管网，感觉迟钝，无明显疼痛，愈合时间约 3~4 周，有瘢痕，如发生感染，需手术植皮愈合。

6. Ⅲ°烧伤有哪些临床特点？

答：全层皮肤烧伤，可深达肌肉甚至骨骼、内脏器官等，创面蜡白或焦黄，甚至炭化，硬如皮革，干燥，无渗液，发凉，针刺和拔毛无痛觉。可见粗大栓塞的树枝状血管网，3~4 周后焦痂脱落，创面修复有赖于手术植皮或上皮自创缘健康皮肤生长，多形成瘢痕，且常造成畸形，又称为焦痂型烧伤。

7. 烧伤感染的原因有哪些？

答：①创面感染：皮肤屏障破坏、坏死组织和渗出。②内源性感染：肠黏膜屏障应激性损害，肠道微生物、内毒素移位。③吸入性损伤，继发肺部感染。④医源性感染：静脉导管感染。

第三节 烧伤治疗

1. 烧伤的治疗原则有哪些？

答：①早期及时补液，迅速纠正低血容量休克，维持呼吸道通畅。②使用有效抗生素，及时有效地防治全身性感染。③尽早切除深度烧伤组织，用自、异体皮移植覆盖，促进创面修复，减少感染来源。④治疗吸入性损伤，防治脏器功能障碍。⑤实施早期救治与功能恢复重建一体化理念，早期重视心理、外观和功能的恢复。

2. 烧伤现场急救措施有哪些？

答：(1) 迅速去除致伤原因包括尽快扑灭火焰、脱去着火或沸液浸渍的衣服。防吸入性损伤；离开密闭和通风不良的现场；中小面积烧伤冷水冲洗。

(2) 妥善保护创面用干净敷料或布类保护创面，或行简单包扎后送医院处理。避免用有色药物涂抹，增加对烧伤深度判定的困难。

(3) 保持呼吸道通畅：火焰烧伤常伴烟雾、热力等吸入性损伤，应注意保持呼吸道通畅。

(4) 其他救治措施：①严重大面积烧伤早期避免长途转送，必须转送者应建立静脉输液通道，途中继续输液，保证呼吸道通畅。②安慰和鼓励患者，使其情绪稳定。疼痛剧烈可酌情使用地西泮、哌替啶（杜冷丁）等。

3. 冷水冲洗的优点有哪些？

答：迅速降温，减少热力向组织深层传导，可以减轻烧伤深度，清洁创面，减轻疼痛。

4. 烧伤休克的观察指标有哪些？

答：①每小时尿量每公斤体重不低于 1ml。②患者安静，无烦躁不安。③无明显口渴。④脉搏、心跳有力，脉率在 120 次/分以下。⑤收缩压维持在 90mmHg、脉压在 20mmHg 以上。⑥呼吸平稳。⑦有条件者可检测中心静脉压、血气、血乳酸等。

5. 常用的休克复苏液体有哪些？

答：①胶体：理想的胶体为血浆，其次有全血、人血白蛋白和各种血浆代用品。②电解质溶液：常用的为复方氯化钠溶液，其次有生理盐水、5%碳酸氢钠溶液。③水分：常用的为 5%葡萄糖溶液和 10%葡萄糖溶液。

6. 胶体溶液作用是什么？

答：通过补充胶体颗粒，增强胶体渗透压，以维持血浆容量。

7. 常用的补液治疗公式有哪些？

答：①Evans 公式：是美国 Evans 在 1952 年首先提出的。②Brook 公式：是美军 Brook 医学中心在 Evans 公式基础上改变的。③Parkland 公式：是美国 Baxter1968 年提出的。④瑞金公式：是瑞金医院烧伤科根据烧伤治疗经验提出的。

8. 什么是液体冲击疗法？

答：在 1h 内，补给电解质溶液和胶体溶液 1000ml 以上。目的是在短时间内快速补给，可以补充欠缺，尚有多余，以便引出尿液。这时需要监护心功能变化，防止心力衰竭。

9. 休克期患者静脉输液应注意什么?

答: 深静脉穿刺者, 观察穿刺部位是否固定, 确保输液通畅, 保证输入速度。烦躁不安者, 防止输液通道阻塞或滑脱, 贻误液体复苏时间。

10. 烧伤全身感染的临床表现有哪些?

答: ①性格的改变, 初始时仅有些兴奋、多语、定向障碍, 继而可出现幻觉、迫害妄想, 甚至大喊大叫; 也有表现对周围环境淡漠。②体温的骤升或骤降, 波动幅度较大 ($1\sim 2^{\circ}\text{C}$)。③心率加快 (成人常在 140 次/分以上)。④呼吸急促。⑤创面骤变, 常可一夜之间出现创面生长停滞、创缘变锐、干枯、出血坏死斑等。⑥白细胞计数骤升或骤降。

11. 烧伤全身感染的防治措施有哪些?

答: ①及时纠正休克, 防治组织器官缺血缺氧损害。②正确处理创面, 早期切痂、削痂植皮。③根据细菌培养, 合理应用和选择抗生素, 预防二重感染 (如真菌感染)。④综合措施, 包括营养支持、纠正水与电解质紊乱、维护脏器功能等。

12. 烧伤患者的侵入性操作有哪些?

答: 危重烧伤患者由于经常要进行多次或多途径的侵入性操作如气管切开、长时间的留置导尿、动静脉插管、留置胃管以及术后的各种引流管等。

13. 烧伤感染的侵入途径有哪些?

答: 创面、静脉导管、呼吸道感染、肠源性感染。

14. 烧伤患者常见的外周静脉注射部位有哪些?

答: 头皮静脉、四肢的表浅静脉、躯干表浅静脉、焦痂下静脉。

15. 何时选择头皮静脉?

答: 头皮静脉注射适用于末梢循环充盈不佳, 表浅静脉无法寻找时; 大面积烧伤无法进行四肢静脉穿刺时; 小儿常选用的静脉有: 颞浅静脉、耳后静脉、枕静脉以及它们的分支。

16. 头皮静脉如何穿刺?

答: 先剔除毛发, 根据静脉的解剖位置, 用指压法或来回推行法按压, 促使局部静脉充盈, 并确定有无搏动, 如有搏动说明是动脉不能进行穿刺, 确定无搏动时再探查其方向和深浅, 进行穿刺。穿刺角度一般在 10° 以内, 穿刺入皮下后即可刺入静脉, 见回血后再沿静脉方向进针少许, 然后固定。对于烦躁的患者或小儿应用胶布或头套妥善固定, 防止滑脱。

17. 如何选择四肢浅表静脉?

答: 用无创面、皮肤完整处的静脉, 如手背、足背、踝部等处的浅静脉、小隐静脉、大隐静脉、前臂内侧静脉、贵要静脉、正中静脉、头静脉等; 无感染的焦痂下及已愈合创面下的静脉。

18. 如何选择躯干浅表静脉?

答: 躯干浅表静脉注射适用于不能进行四肢静脉及头皮静脉注射时。常选择的静脉有: 躯干前侧和两侧的静脉, 其中以下腹部髂静脉和腋下静脉最为粗直, 其次是躯干的两侧。

19. 如何进行躯干浅表静脉注射?

答: 选择静脉后, 先用左手食指压迫静脉的近端, 用同一手的拇指在远端慢慢向上推行, 使静脉充盈, 穿刺角度较小基本与皮肤平行, 然后固定。

20. 如何进行焦痂下静脉注射?

答: 适用于不能进行四肢静脉、头皮静脉以及躯干静脉注射时, 选择无感染的焦痂下静脉, 往往选择Ⅲ°干燥透明焦痂下的静脉, 用手指沿静脉用力向近端推行, 触到轻度弹性感觉, 表明静脉内有血液充盈, 可行穿刺, 进针后见回血, 再进针少许, 然后固定。

21. 烧伤患者常用的中心静脉置管部位有哪些?

答: ①锁骨下静脉。②股静脉。③颈内静脉。

22. 动脉置管常用部位有哪些?

答: ①桡动脉。②股动脉。

23. 大面积深度烧伤治疗原则有哪些?

答: ①早期及时补液, 迅速纠正低血容量休克, 维持呼吸道通畅。②使用有效抗生素, 及时有效地防治全身性感染。③尽早切除深度烧伤组织, 用自、异体皮移植覆盖, 促进创面修复, 减少感染来源。④积极治疗严重吸入性损伤, 采取有效措施防治脏器功能障碍。⑤实施早期救治与功能恢复重建一体化理念, 早期重视心理、外观和功能的恢复。

24. 什么是皮瓣移植?

答: 是自体皮肤移植的一种类型, 适用于修复软组织严重缺损, 肌腱、神经、血管裸露, 血液循环差的深度创面, 特别是功能部位, 可分为为带蒂皮瓣移植和游离皮瓣移植两类。

25. 什么是瘢痕?

答: 是物理、生物、化学等因素的损害作用于人体皮肤软组织, 导致皮肤软组织的严重损伤而不能完全自行正常修复, 转由纤维组织替代修复留下的痕迹。

26. 什么是瘢痕疙瘩?

答: 是以强大增生能力为特点的瘢痕, 并向四周皮肤呈蟹足样浸润, 又称为蟹足肿, 可视为局限于真皮层的一种良性肿瘤。

27. 烧伤病房的设备和仪器有哪些?

答: ①设备塔。②悬挂输液瓶的天轨。③微量输液泵。④生命体征监护仪。⑤呼吸机、心脏除颤仪、心电图机、急救物品车等都是烧伤病房应具备的设备和仪器。

28. 烧伤病房的空气消毒是怎样进行的?

答: ①日常室内清洁工作后, 用 1000mg/L 的含氯消毒液湿扫地面每天 2 次, 开窗通风, 注意室温的变化。②紫外线照射病室每天 2 次, 每次 15~20min。③乳酸熏蒸法: 纯乳酸 0.3~0.5ml/m³, 加等量的水加热, 关闭门窗 30~60min 后, 通风换气。④空气净化器: 通过高效滤过器把微生物排除在外, 使室内空气洁净, 减少交叉感染源。但要定时清洁过滤网, 定时检测维修。⑤抽湿机: 适用于梅雨季节, 降低室内湿度, 维持于 18%~28%。

29. 烧伤患者的污敷料是怎样处理的?

答: 敷料收集后清洗、烘干、整理、打包、高压灭菌处理后备用。内层敷料、各种油质敷料及绷带、一次性敷料集中置于黄色医疗废物袋中, 由专人送院部医疗废弃物暂存处, 做焚毁处理。

30. 烧伤病房常见的耐药菌有哪些?

答: 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌、耐万古霉素肠球菌、耐药鲍曼不动杆菌、耐药铜绿假

单胞菌等。

31. 烧伤患者翻身床使用的海绵是怎样消毒处理的?

答: ① 一人一用一灭菌, 防止交叉感染。② 各类污海绵先用清洁剂清洗、晾干, 送消毒中心进行环氧乙烷消毒灭菌。③ 消毒灭菌后的海绵按各种规格分类后, 集中放置于一室, 以便按需选择使用。

(彭金霞 杨志宏 杨祖泽 杨宗云 付俊 张赛圣)

第四节 烧伤创面处理

1. 什么是冷疗?

答: 在烧伤后用冷水对创面淋洗、浸泡或冷敷, 以减轻疼痛、阻止热力的继续损害及减少渗出及水肿, 温度一般认为 $5\sim 20^{\circ}\text{C}$ 为宜, 可采用清水或自来水, 持续时间, 应以冷源去除后不痛或稍痛为准, 一般在 $20\sim 30\text{min}$ 。冷疗具有一定的机械清洗作用。

2. 冷疗的使用范围是什么?

答: 冷疗适用于中小面积烧伤, 特别是肢体和头面部烧伤, 通常不适合大面积烧伤。大面积冷疗可使中心体温下降, 给予机体冷刺激, 不利于抗休克。

3. 创面处理的主要目的是什么?

答: 保护及清洁创面, 减轻损害与疼痛, 减少创面感染, 促进创面愈合, 减少瘢痕的形成, 最大限度地恢复功能。同时可以减少渗出和热能丢失, 以节制全身的消耗。

4. 创面处理的原则是什么?

答: ① 浅度烧伤创面: 防止和减轻感染, 保存残存的上皮组织, 为再上皮化提供适宜的环境。② 深度烧伤创面: 尽早去除坏死组织和覆盖创面, 使创面永久性闭合。深Ⅱ°创面采用削痂手术去除坏死组织。Ⅲ°烧伤创面采用切痂手术去除坏死组织。③ 考虑修复后的功能: 在手、关节等处用大张中厚皮移植。累及肌腱、关节宜采用皮瓣修复。

5. 常用的创面处理方法有哪些?

答: 早期清创、包扎疗法、暴露疗法、半暴露疗法、浸泡或浸浴、各类手术。

6. 早期清创的目的是什么?

答: ① 将创面上烧坏的浮皮、毛发, 粘在创面上的衣服碎片, 泥土、污染物质、残留的致伤因子等清除掉, 使创面清洁、干净, 避免创面进一步损害, 减轻疼痛。② 封闭创面, 减少液体外渗和细菌的侵袭。

7. 早期清创的时机是什么?

答: ① 未发生休克的中小面积的烧伤患者, 伤后可立即进行清创, 应争取在伤后 $6\sim 8\text{h}$ 内进行。② 已发生休克或有发生休克可能的大面积烧伤患者, 一般待休克已被控制后再进行清创。③ 若伴有复合伤 (如骨折、颅脑外伤、吸入性损伤等), 应先处理复合伤或保持呼吸道通畅, 再清创。

8. 什么是包扎疗法?

答: 用敷料包扎创面, 使之与外界隔离, 以保护创面, 使创面渗出物、分泌物得到充分引流, 便于创面局部应用抗感染、促进上皮生长的药物, 利于肢体固定、制动和保暖。

9. 包扎疗法适应证有哪些？

答：肢体烧伤、小儿或躁动不合作的患者，四肢供皮区和受皮区皮片的固定。

10. 包扎时保持各关节的功能位的方法有哪些？

答：膝关节伸 150° ，踝关节背屈 90° ，腕关节在水平位，手包扎时不能采用通常的功能位，应保持拇指外展对掌，掌指关节屈曲 80° ，各指间关节伸直。

11. 什么是暴露疗法？

答：是将烧伤创面暴露于干热空气中，不用敷料覆盖或包扎，使创面的渗液及坏死组织干燥结痂，以暂时保护创面。

12. 暴露疗法适应证有哪些？

答：头面部、颈部、臀部、会阴部等不便于包扎的创面；躯干烧伤者不能长期受压，需经常翻身改变体位；铜绿假单胞菌或霉菌感染时，宜改用暴露疗法。

13. 什么是半暴露疗法？

答：是指将一单层油纱布或含有各种抗生素的油纱布依创面形状剪成相应大小，紧贴在创面上，任其暴露变干的方法。

14. 半暴露疗法的适应证有哪些？

答：①不便于包扎的躯干、颈、肩、腋、腹股沟、口周、鼻或会阴周围的烧伤创面，植皮创面和供皮区。②深Ⅱ°烧伤、坏死组织已脱落正在上皮化的创面。③严重铜绿假单胞菌感染的创面。

15. 湿敷作用有哪些？

答：使创面上的脓液、脓痂、坏死组织等得以引流与清除，用于肉芽创面植皮前的准备，加速创面清洁。同时也可加速脱痂，促进焦痂（痂皮）分离。

16. 湿敷的适应证有哪些？

答：脓液较多的创面和肉芽创面植皮前的准备。

17. 什么是浸浴或浸泡？

答：是将患者身体的全部或一部分浸于温热盐水或药液中一定时间。应用于全身的称浸浴，局部的称为浸泡。

18. 浸浴或浸泡的作用有哪些？

答：①可以比较彻底地清除创面脓液或疏松的脓痂和坏死组织。②可减少创面的细菌与毒素。③可使痂皮或焦痂软化，促进分离，便于剪痂，有利于引流焦痂下脓液。④可控制感染，促使严重烧伤后期残留的顽固小创面愈合。⑤因浸浴后敷料去除容易，可减少患者换药时的疼痛。⑥患者可在水中活动，促进循环、改善功能。

19. 创面感染征象有哪些？

答：①皮片或生物敷料下积脓。②创面出现异味。③出现体温增高或低体温。④心率异常增快。⑤创缘出现炎性浸润。

20. 烧伤创面覆盖物有哪些？

答：①生物敷料：包括同种异体皮和异种皮。②人工合成敷料：常用的有水胶体敷料、藻酸盐敷料、水凝胶敷料、泡沫敷料等。③生物合成敷料：是一种理想的烧伤创面覆盖物，既提供了相当于表皮的功能，又能适合成纤维细胞的生长。

21. 使用烧伤创面覆盖物的适应证有哪些？

答：①深度烧伤创面去除坏死组织的裸露创面，如切痂、削痂创面，和扩创创面。②浅度烧伤创面。③供皮区。

22. 使用烧伤创面覆盖物的禁忌证有哪些？

答：①烧伤创面存在坏死组织，如焦痂。②深Ⅱ°烧伤的新鲜创面。③严重感染创面。

23. 什么是削痂术？

答：是用辊轴式取皮刀将烧伤坏死组织彻底去除，以最大限度保留有生机的上皮细胞或正常的脂肪组织的方法。削痂术主要应用于深Ⅱ°烧伤、混合和Ⅲ°烧伤的创面。

24. 什么是切痂术？

答：是将深度烧伤坏死组织（焦痂）切除，以彻底清除病灶，控制感染，减轻全身反应的方法。切痂术主要应用于Ⅲ°烧伤、感染的深度创面、化学烧伤（黄磷、络盐及有毒物质）、特殊部位（手、足、关节等部位）的Ⅲ°烧伤创面。

25. 什么是扩创术？

答：是应用手术刀或组织剪刀将已失去切削痂手术时机，焦痂开始溶解或感染且有部分肉芽组织的创面进行清除的手术方法。

26. 什么是自体皮移植术？

答：是以辊轴式取皮刀（电动取皮刀）或以鼓式取皮机或以手术刀的方法将患者自身皮肤切削取下，并移植于切削痂后的新鲜创面或清创后的肉芽创面上，以覆盖创面的一种手术方法。

27. 自体皮、异体（种）皮移植后创面出血如何处理？

答：一般采用包扎疗法，压力均匀，不使皮片移动，术后经常观察手术部位外敷料有无渗血，如有，可用笔在渗血部位做记号，如渗血范围扩大，应及时检查创面，予以止血。

28. 自体皮肤移植常用的方法有哪些？

答：①游离皮片移植。②皮瓣移植。

29. 游离皮片移植根据切取皮片的厚度可区分为哪些？

答：①刃厚皮片。②中厚皮片。③全原皮片。

30. 皮瓣移植手术有哪些？

答：①带蒂皮瓣。②游离皮瓣手术。

31. 大面积Ⅲ°烧伤的植皮术有哪些？

答：①自体微粒植皮。②大张异体皮开洞嵌植自体皮。

32. 观察皮瓣血运情况的方法有哪些？

答：主要观察游离皮瓣的皮肤颜色，动脉搏动情况，皮肤毛细血管反应等，如肤色红润，动脉搏动良好，是循环良好的标志；如苍白不足、动脉搏动微弱或停搏，局部温度下降为动脉供血不足的表现。皮瓣发绀、水肿、毛细血管充盈缓慢，为静脉回流不畅的表现，常发生在术后2~3d，应每4~6h测游离皮瓣的皮温，并记录。

33. 烧伤手术前供皮区皮肤如何准备？

答：患者一般情况允许时，应于术前1d沐浴。供皮区应于术前1d备皮，应避免使用刺激性较强的杀菌消毒剂，以免损害表皮，降低皮片活力。在术前1日将供皮区剃毛（儿童除