

論 文 彙 集

燒 傷 護 理 論 文 專 輯

(21)

中國人民
解 放 軍 第 四 軍 醫 大 學

1 9 6 4 . 5 .

目 录

一、燒伤后靜脉炎与靜脉通道的护理.....	陈玉英	舒丽容 (1)
二、燒伤小儿并发消化不良的飲食护理.....	刘雨琴	魏钊菊 (3)
三、应用塑料胃管喂养唇部严重燒伤小儿的体会 (附三例报告)	魏钊菊	刘雨琴 (7)
四、燒伤病員游离植皮后的护理工作.....	李治惠	卢秀琼 (11)
五、顏面燒伤护理上的几个問題.....		穆国芬 (15)
六、严重燒伤病員气管切开的护理.....	李玉如	李成金 (19)

燒伤后靜脈炎与靜脈輸液通道的护理

一院燒伤科 舒丽容 陈英玉

大面积燒伤病員，由于广泛皮肤的损伤，可选为輸液之表淺靜脉較少，这些病例在临床治疗中往往需要多次或持續輸入各种液体与特殊葯物，珍惜每一靜脉輸液通道，有其重要意义；靜脉炎的发生将使許多治疗产生了困难，化膿性靜脉炎更可成为細菌源源入血的病灶，构成难以控制的敗血症，危及病人的生命。所以，如何防止或減少靜脉炎的发生是燒伤护理中的一个重要課題。本文仅从护理的角度，提出一些我們工作中的体会：

自1958年—1962年底，我院收治的700余例燒伤病員中，曾发生靜脉炎者102例，发病率为14.6%。发病率較高虽与这組病例多数曾进行多次或持續靜脉輸液有关，但若注意到如下的一些問題，发病率有可能减低：

1. 靜脉炎发生与輸液时间的关系：

102例并发靜脉炎者，发生于連續輸液24小时以内者只17例（16.7%），发生于連續輸液24小时以上者83例（81.3%）。可見，連續輸液24小时以上者較易发生靜脉炎。

2. 进行靜脉切开輸液者有較易发生靜脉炎的傾向：

本組之102例靜脉炎中，采用靜脉切开輸液者83例（81.3%）。采取靜脉切开輸液者，該輸液通道使用时间往往較长。但我科另一組連續輸液在24小时以上而未发生靜脉炎之84例中，有69例系采用靜脉穿刺者，其中并有14例曾連續輸液3天以上，6例連續輸液在5天以上。可見，靜脉切开輸液之靜脉穿刺輸液者，有較易发生靜脉炎的傾向。

3. 在靜脉切开輸液中，留置塑料管者更易发生靜脉炎。

已查出之14例次置入塑料管中有12例次发生了靜脉炎，且有3例次发生了化膿性靜脉炎。

4. 靜脉滴注某些刺激性葯物，較易并发靜脉炎。

本組102例中有50例含有此因素，如曾分別靜脉注入高滲糖、四环素、土霉素、万古霉素等。

5. 靜脉輸液处邻近創面或不得已而通过創面者，感染的机会增多。

本組并发靜脉炎后，在靜脉輸液处曾进行細菌培养者14例，培养結果与血培养相一致者已发现有11例。

6. 根据我們的体会，靜脉輸液处护理不当也可导致靜脉炎。如輸液針头及肢体固定不良，局部敷料复盖不严，敷料被漏出液体或膿液、尿液浸湿未及时更換等。

通过我們的护理观察，靜脉炎发生一般有下列三个过程：

1. 开始輸液局部或沿靜脉走向出現疼痛（尤以向靜脉內冲注液体时更甚），輸液不暢，反复檢查无針头阻塞，导管位置不当等因素。靜脉周圍之軟組織紅腫尚不明显。此时，不宜反复冲洗或挤压輸液导管。如停止輸液，局部热敷，症状常迅速消退，少有全身影响。

这一阶段可认为单纯性静脉炎。

2. 沿静脉走向，软组织出现红肿，如静脉系在未烧伤皮肤下，可看到发红条索，疼痛与压痛加剧。如静脉分布在四肢，可在腹股沟、腋窝等处发现局部淋巴结肿大或压痛。全身常伴有感染症状。值得注意的是输液仍然可以通过。这时必须引起临床的重视，除治疗方面应加用抗菌素外，护理方面应立即报告医生，尽早停止输液，或采用局部红外线照射，局部抗菌素游子透入等。如果继续保留该输液通道，很易发展为下一阶段。输液处红肿易被早期创周常有的蜂窝组织炎所掩盖，延迟静脉炎的发现。我们近期曾收治一病例，于伤后5天诉输液的肢体疼痛，当时创缘1—3厘米范围内有明显红肿，曾只注意有蜂窝组织炎而未注意静脉炎的处理，其后疼痛加剧，红肿更加明显，全身出现败血症症状，再予检查，发现伴有静脉炎存在。经高位结扎及剥除术后，病情好转。此前，连续一周血培养均为金黄色葡萄球菌生长，与输液局部脓液培养结果相一致。

3. 化脓性静脉炎：即静脉腔内脓栓或静脉周围之脓肿形成。这种情况的发生很易导致全身感染的播散，局部细菌可源源入血，而不易控制。例702，杨××，烧伤面积85%，60/Ⅲ，左颈外静脉切开插入塑料管输液，3天后局部出现明显红肿，疼痛，但输液仍通畅，继续输液至次日方拔出，静脉周围发现积脓，三次细菌培养均为金黄色葡萄球菌生长，该例血培养连续7次均为同种细菌，顽固而不易控制，与静脉切口处之化脓性病灶不无关系。

综上所述，我们初步认为，对烧伤病员进行静脉输液时，供为输液之静脉一次连续使用之时间，最好不超过24小时。能够用静脉穿刺者尽量避免静脉切开。我们体会带塑料管针头作小静脉穿刺优越性较多（已另有文论述）。静脉中留置塑料管（特别是非医用之塑料管），若非迫不得已者应予避免。无论静脉切开或穿刺，应尽量远距烧伤创面。静脉注射刺激性较强之药物时，有导致静脉炎发生之因素，必须注意稀释成适当浓度，与其他非刺激性液体交替输入。输液处应加强护理，每日以碘酒酒精消毒，无菌纱布包扎。注意观察静脉炎的早期症状，以便及时发现。对曾通过或接近创面进行输液之陈旧切口，仍应时常检查是否有潜藏感染灶。

静脉炎的发生与发展，常有三个过程，我们强调在找不出针头阻塞而出现输液不甚通畅或冲注液体时病员呼痛，即应及早注意静脉炎的发生。烧伤早期创周易有蜂窝组织炎发生，容易掩盖静脉炎之表面体征，应予特别注意。

（陈英玉 校对）

燒伤小儿并发消化不良的飲食护理

第七軍医大学第一附属医院燒伤科 魏鉅蒞 刘雨琴

燒伤小儿并发消化不良者甚为常見。我院四年来收治燒伤小儿 219 例中，发生消化不良者 45 例，发生率为 20.5%（腹瀉次数平均每天多于 5 次，持續在三天以上者）。消化不良的发生不仅严重影响了小儿的营养，而且由于大便次数增加，易于污染燒伤創面，增加了感染的机会。本文結合 45 例燒伤小儿消化不良的原因分析，談談我們护理的体会。

一、原因及护理

燒伤小儿的消化不良与燒伤严重程度有密切的关系。

表 1 消化不良与面积关系

面积 (%)	总例数	发生数	发生率 %
10%以下	53	5	9.4
10—30	112	20	17.8
30—50	35	12	34.2
50%以上	11*	8	72.7

* 休克期死亡五例未計算在內。

从表 1 可以看出，消化不良的发生率，随着燒伤面积的逐增而明显增加。燒伤小儿消化不良的发生率与年龄的关系，不象前者那样明显从表 2 可以看出。

表 2 消化不良与年龄的关系

年龄	总例数	发生数	发生率 %
1 岁以下	33	8	24
1—3 岁	103	24	23.3
3 岁以上	83	13	15.6
合計	219	45	20.5

在一岁以下的小儿与 1—3 岁的发生率几乎无差别。这一类与一般非燒伤小儿的消化不良多发生在一岁以內者不同。上述說明在燒伤小儿較非燒伤小儿易于发生消化不良。

在 45 例燒伤小儿中，共发生 54 次消化不良（有 9 例曾发生两次），其发生原因如表 3 所

示。

表3 45例消化不良主要原因

原因	敗血症 毒血症	护理不当	飲食习 慣改变	伤前消 化不良	长期消耗营养不良 (晚期入院)	藥物	总 数
次 数	31	8	6	6	4	3	58*

* 三例有两种以上原因。

1. 敗血症与毒血症：为最常见的原因，占53.5%，尤其是敗血症时多見，我們統計了曾发生敗血症的25例燒伤小儿，有15例曾发生过重度消化不良。

敗血症与毒血症时期易发生消化不良，无疑与感染直接影响有关。但除此之外，我們認為对于燒伤敗血症或毒血症所造成的消化道功能紊乱認識不够，未能合理調节飲食，也是发生消化不良的不可忽視的原因。如在敗血症或毒血症消化功能低下的情况下，盲目地追求高蛋白、高热量的飲食，另外在燒伤小儿敗血症时，也有表现为异常的食欲亢进或貪食，而造成摄食偏多，引起消化不良，并不少見。

2. 护理不当或飲食习惯改变：共14例，占24.1%，也是一个重要原因。其中护理不当而致严重消化不良的8例中，再細致分析其原因有五点：

(1) 对燒伤后胃腸功能紊乱認識不足，休克期給食过早过多。如例327周××，一岁多，伤后有輕度休克，表現煩躁不安、煩渴，哭鬧等，当时由于护理的同志沒有經驗，誤認為是飢餓，于伤后25小时开始喂水及牛奶。为满足其要求，口服量控制不严，在半小时内曾給水四次，总量达220毫升，患儿仍然哭鬧不休，相隔一小时又給牛奶180毫升。至伤后48小时即腹瀉11次，导致重度消化不良。

(2) 食量偏多，尤其是食欲亢进的小儿。

(3) 进食不均，時間安排不当。

(4) 食物調配不当，如牛奶濃度不适当，蛋白或油脂过多，食糖过多等。

(5) 护理人员不固定，不能系統观察小儿的飲食、消化情况及掌握喂养方法。

飲食习惯改变所致消化不良(6例)，多見者为伤前飲食以米飯为主，来院后改吃牛奶，或伤前母乳喂养，伤后因无菌隔离所限，改为人工喂养等引起消化不良。实际上，飲食习惯改变也与飲食护理未能及时了解患儿习惯、加以注意和調节有关。

此类原因引起消化不良如能加强护理，細致观察患儿对飲食的反映，常可避免发生。

燒伤小儿消化不良的表现，与一般未燒伤小儿无何明显差别。但由于多在严重燒伤敗血症与毒血症的基础上发生，病情的发展往往比較迅速和严重。在护理工作上应特別注意观察，及时报告医生。

二、消化不良的喂养，原則上与非燒伤小儿相似

1. 輕度者：应适当減少飲食量，注意选择易消化的食物。牛奶稀釋成1:1或1:2。密切

觀察大便性質，如消化情況有所改善，可逐漸增加飲食量，如未改善則應進一步控制飲食。

2. 重度者：常合併脫水與電解質紊亂，應進行靜脈補液糾正之。同時禁食，一般禁食12—24小時，其後可先給米湯、稀釋的牛奶（牛奶：水=1:1, 1:2 或 1:3），牛奶量應比正常少 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ ，每4—6小時一次，不足的水份在兩次喂奶之間補充。牛奶以脫脂乳或脫脂酸牛奶為佳，加糖1—2%。待病情改善後，漸漸增加飲食量，切忌猛增。

三、預 防

我們體會在飲食護理上應注意以下幾點：

1. 休克期的飲食護理：在嚴重燒傷小兒，特別是有嚴重休克者，消化道機能處於低下狀態，腸蠕動常常是減弱的，因此在休克期內不宜給以豐富的飲食。此種小兒除靜脈補液外，一般只給口服少量糖水。待休克期度過後，腸鳴音恢復正常開始進流質飲食（嬰兒為米湯、牛奶）。但其量比正常小兒略低，給食前後觀察腸蠕動情況，對決定飲食的量頗有幫助。

2. 敗血症與毒血症時期的飲食護理：在此期間，小兒常日漸消瘦，由於局部或全身感染，小兒有高燒存在，機體的消耗甚大，增加營養促進創面癒合和增加機體抵抗力，醫護人員往往希望小兒能攝入較高的熱量和蛋白質。而有時對小兒的消化道機能考慮不夠，特別在敗血症期有時出現異常的食欲亢進，則更易造成消化不良。

我們體會在此期內主要應根據燒傷小兒消化道功能情況調節飲食，要求飲食量少質高，易於消化。根據患兒的個別情況，制定食譜，注意觀察胃腸道反應。少給產氣食物。切忌盲目地追求熱量和蛋白質。

3. 小兒在入院時應主動向家長詢問小兒的飲食習慣。

4. 建立飲食制度，使小兒養成習慣，打針、服藥、換藥等，應盡量避免放在進食前後，以致小兒精神緊張，影響食欲及消化。同時注意飲食色、香、味的調節，多變花樣。

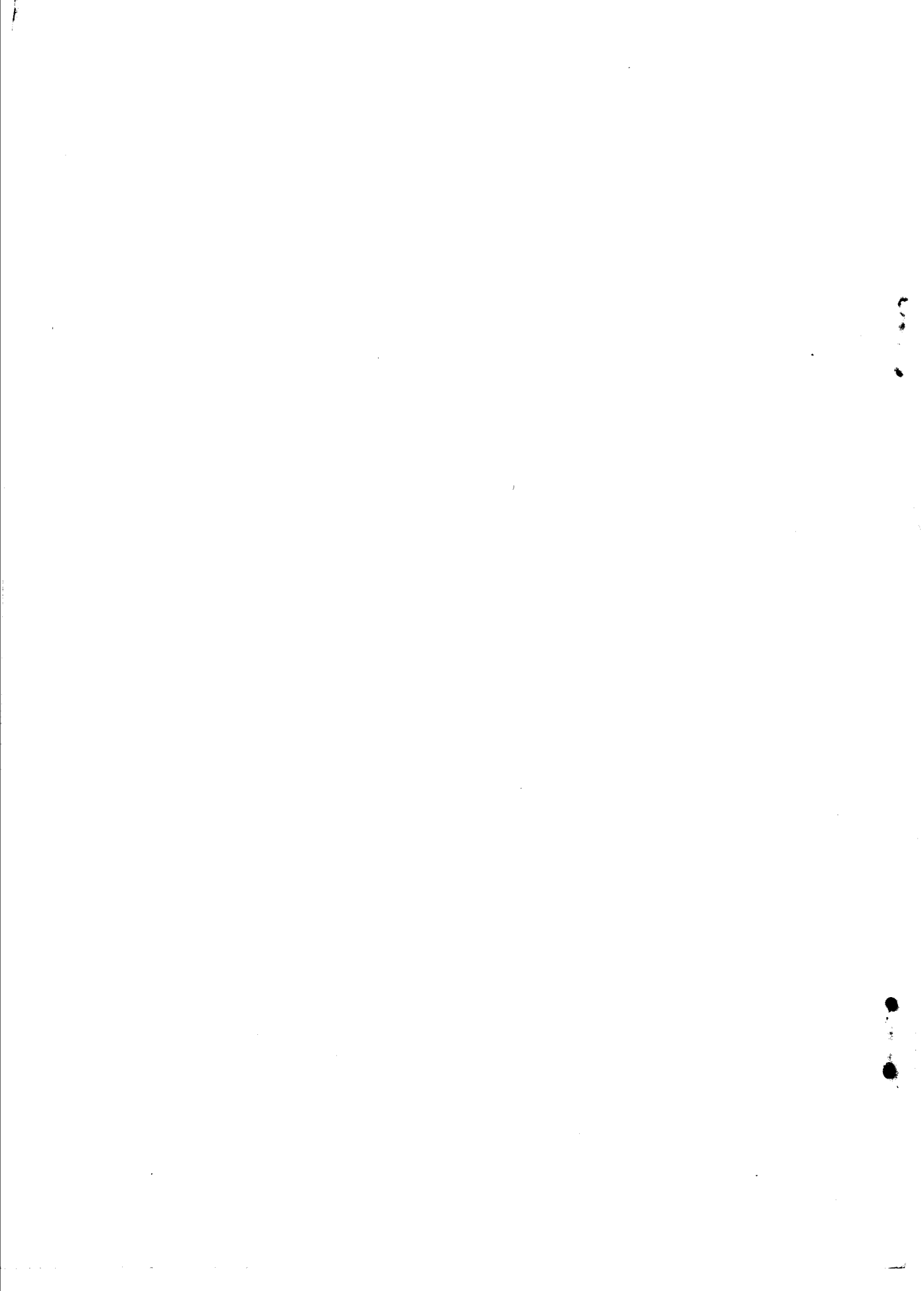
5. 嚴重燒傷的小兒，護士交班時應詳細交代小兒的飲食習慣及量等注意點。

小 結

一、本文介紹了我院四年來護理45例燒傷小兒併發消化不良的體會。

二、本文認為在燒傷小兒消化不良的飲食護理中，首先應注意其發生原因的分析。細致及系統地觀察患兒對飲食、藥物的反應，傷前及入院前的生活習慣、疾患等非常重要。及時除去原因，常可見立竿見影之效果。並提出了幾點預防的意見。

（魏鉅菊 校對）



应用塑料胃管喂养唇部严重烧伤小儿的体会

(附二例报告)

一院烧伤科 魏鉅蒨 刘雨琴

在常見的小儿面部烧伤，特别是唇部深度烧伤，給护理工作带来一个难题——怎样喂好飲食。在我院近四年来收治的 219 例烧伤小儿中顏面三度烧伤 5 例，有三例合并唇頰部深度烧伤采用塑料管鼻飼飲食，收到了滿意的效果。现将我們的体会加以介紹，借供参考。

唇頰部深度烧伤后，早期因焦痂压迫，晚期因瘢痕攣縮致使小儿張口困难或不能吮吸和咀嚼，严重影响了进食。对于此种情况，我們以往曾采用注射器滴喂（取一段塑料管接于針头上伸入口內）或放橡皮胃管（或导尿管）鼻飼等方法喂食，虽收到一些效果，但尚不令人滿意。如注射器滴喂法不易掌握速度，太快則吞咽不及，易于噎咳；太慢則不能滿足小儿要求，且喂食時間过长，飲食易冷或因吞咽气体較多，影响食欲或引起反胃。橡皮胃管或导尿管較粗，管腔較小，不便于飲食的注入。加之橡皮管本身刺激性較大，长期留置易于引起局部炎症。此外橡皮管有一种特殊的臭味，易影响食欲，甚至引起嘔吐。

1962 年我們使用塑料管代替胃管，給三例唇頰部深度烧伤小儿鼻飼飲食，分別留置了 100 天，74 天及 37 天，收到了滿意的效果。

病案报告

例 643 田×，女，2 岁，火焰烧伤，总面积 55%，三度 26%，顏面部烧伤深达皮下組織及肌肉，有中度呼吸道烧伤，伤后立即行气管切开。伤后第二天起用注射器滴喂糖水或流汁飲食，至伤后 18 天左右，面部焦痂自溶脫落，頰、下頷骨及齿外露，进食时食物外溢。后改用鼻飼，因鼻部深度烧伤后攣縮鼻孔縮小，橡皮导尿管无法插入，而采用直徑 2.5 毫米之塑料管方插入。由于插管困难，故插入后較长期留置，一般 7—10 天取出消毒一次，共放置 100 天，沒有引起不良反应，对小儿营养的保証起了重要的作用。此患儿度过了两次敗血症，經過六次植皮手术，143 天痊愈出院。

例 774 胡××，男，4 月。火焰烧伤，总面积 30%，三度 23%，中度呼吸道烧伤，曾行气管切开。头、頸部三度烧伤，嘴唇严重縮窄（图 1），不能經口进食。自伤后第三天起，置塑料管鼻飼飲食，共 74 天，其中一次 38 天未取出，无何不良反应。伤后 85 天嘴唇經整形手术后拔除胃管，90 天痊愈出院。

例 778 郭××，女，2 个月。火焰烧伤，总面积 16%，三度 8%，口唇深度烧伤。伤后尚能口服进食，但常有溢乳及咳喘。伤后 4—6 天，采用断續塑料管鼻飼及口服，至伤后 42

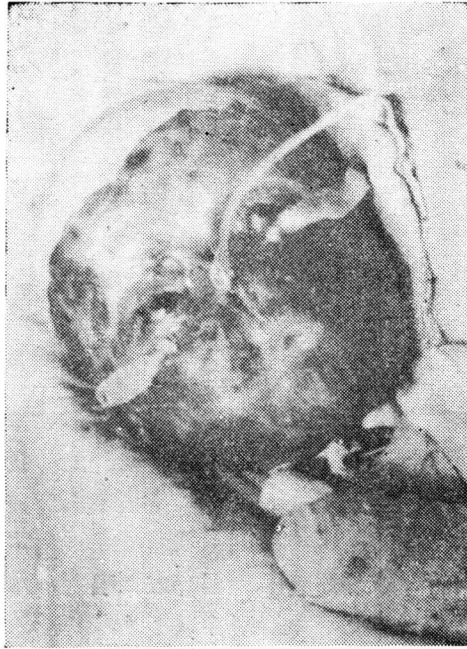


图1 胡××

天，因鼻孔縮小及口周疤痕攣縮，进食困难，故采用长期塑料管鼻飼，先后共放置37天，无何不良反应，78天痊愈出院。

体 会

通过上述三例使用塑料管鼻飼法解决了喂食問題，保証病員营养摄入，有如下几点体会：

一、塑料管的选择：系采用一般医用聚氯乙烯塑料管，粗细与长度，按患儿年龄而定。此三例系采用管粗2.5毫米（内徑2毫米），长50—60厘米。前端修齐，剪去棱角（以免刺伤粘膜），后端套一段軟橡皮管便于与注射器銜接及折迭包扎（如图2）。

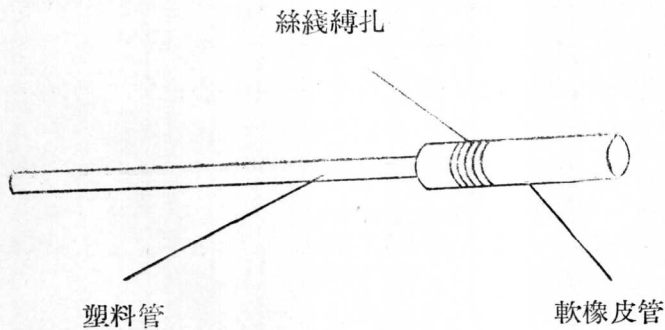


图2 塑料胃管之制备

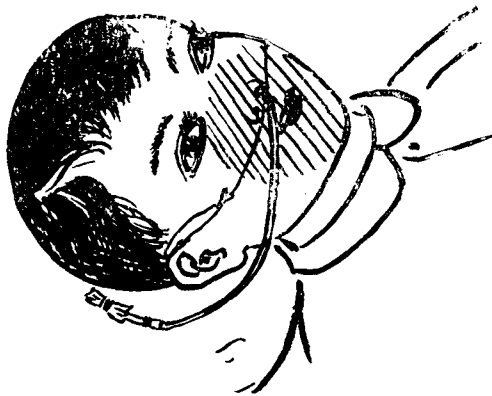
二、放安胃管注意点：

1. 除准备一般鼻饲法之全套用物外，并准备消毒碗，内盛消毒热水，将已消毒之塑料管置入，使其变软。另备胶布、丝线及布带。

2. 准备好病人卧位。

3. 自热水中取出塑料管，尽快涂以润滑剂然后安放。若一次未能成功，管子变硬，则须重新在热水中泡软后再插。

4. 固定：颜面烧伤不能用胶布直接固定，可采用先用细条胶布绕贴塑料管一周，在胶布条上缚扎丝线（丝线长度应使两端足以越过创面），丝线连接于布带上，布带绕过双耳上缘至枕后固定（参看图3）。



▨ 示意烧伤区域

图3 塑料胃管之固定

5. 喂饮食及药物后须用温开水冲洗管子，以保持通畅，牛奶或流汁若沉渣过多，应用纱布过滤后再注入，酸性药物不能与牛奶混合，以免产生凝块堵塞管腔。

三、优点：我们初步认为用塑料管代替橡皮胃管，有以下优点：

1. 管壁薄，管腔大。同等粗细的塑料管与橡皮胃管比较，管腔（内径）可大1—2.5毫米，因此可以选用较细之塑料管，不但容易插入，且不易堵塞。

2. 刺激性小，长期保留无何不良反应。

3. 无特殊气味，不致影响食欲或引起呕吐。

4. 来源方便、经济。

5. 久置不变形。

四、我们应用的塑料管（非特制的），尚有缺点。如比较硬（可用加热法克服），插管时可能损伤粘膜，不能耐受折迭，可引起打折致使管子不通。若能选用质地优良之塑料管或

可避免。

小 結

本文介紹了在严重口唇部燒伤患儿应用普通塑料管代替橡皮管鼻饲的方法，并附三例报告。认为塑料管較橡皮管有如下优点：（1）管壁薄，管腔大，不易堵塞；（2）刺激性較小，較长期留置无何不良反应；（3）无特殊臭味；（4）来源方便經濟。

（魏鉅菊 校对）

燒傷病員游离植皮后的护理工作

第七軍醫大學第一附屬醫院燒傷科 李治慧 盧秀瓊

消灭創面是防治燒傷敗血症極重要的措施。目前，自体植皮是最終消灭三度燒傷創面的唯一方法。有关植皮成活率的因素很多。我院五年来（1958—1963）对200例深度燒傷病員进行了435例次游离植皮。本文通过435例次游离植皮影响皮片成活原因的分析、結合临床护理的体会，对影响游离植皮的术后护理工作提出我們的一些看法和体会，并略加討論以供参考。

資料介紹

一、200例435例次游离植皮的方法与术前、术后的創面处理：

寸

（一）游离植皮均采用刃厚或中厚皮片（徒手或派氏取皮机取皮，皮厚約10—20毫米%）。皮片自小片皮至邮票大小不等，一般为0.25—2.0厘米見方。

（二）創面准备：本組435例次均系焦痂自然分离蚕食脫痂后的肉芽創面游离植皮。术前准备同一般植皮常规。創面要求肉芽清洁。术前湿敷1—2天。湿敷溶液常用的为生理盐水，并根据創面感染不同菌种，用不同抗菌素溶液（注一）。

（三）术后創面处理：主要为下列三种形式：

1. 包扎法：共380次。

2. 半暴露法：共64次。

（1）肉层大网眼紗布固定皮片（注二）：外用脫脂湿敷垫湿敷，并用消毒油紙包扎（不便包扎处，可免包扎）。以防止水份蒸发，每6—8小时更換一次，并經常保持湿润。

（2）湿紗布綑帶法：內层仍以大网眼紗布固定皮片，外用湿紗布卷帶螺旋形包扎1—2层，更換時間同前法。

（3）稀薄凡士林油紗直接复盖于植皮創面上。

3. 暴露法：皮片直接暴露于空气中，不盖任何敷料，或仅用网眼紗布固定，共27次。

二、皮片存活情况：

本組植皮435例次中，存活率在80%以上者（認為良好），共249例次，占57.2%。在60—80%者（認為較好），共85例次，占19.8%。在60%以下者（認為不良或失敗），共97例次，占22.3%。記錄不詳4例次，占0.9%。

三、影响皮片存活的各种因素（參見表一）：

表一 影响皮片存活的因素 (134例次材料)

影响因素	創面基底差	术理后不当护	术染后严重感	全身情况差	皮片厚度不合适度	深二度誤	診为三度	皮过片冷藏久	記錄不詳	合計
例次	40	37	27	12	5	5	2	6	134例次	
%	29.83	27.52	20.14	9.15	3.71	3.71	1.47	4.47	100%	

如表一所示，护理不当仅次于創面基底差，成为影响皮片存活的重要因素，共37例次，占27.52%。

四、护理不当影响皮片存活的原因 (見表二)，

表二 护理不当影响皮片存活的原因

原因	制动不良	引流不好	干涸結痂	皮片撕脫	受压	汚染	合計
次数	29	5	3	3	2	2	39

一、良好的制动：

烧伤肉芽創面上的游离植皮，是将取下之皮片直接貼于肉芽面上，术后48小时内主要依賴淋巴液維持营养，48小时后則逐漸建立血运。因此在术后2—3天以内，良好的制动是游离植皮能否存活的关键之一。本組的435次植皮中，有29次因为制动不良影响了皮片的成活，占护理不当原因中的首位(59.4)。因制动不良影响皮片存活的29例次中，均集中在包扎組中。一般认为包扎疗法的制动較半暴露或暴露疗法好，护理上易对制动方面注意不够，特别是对关节等部位。我们认为应做到：

(一) 术前給病人讲明制动的重要意义及术后注意事項，以取得病人的合作。有些特殊队位，在术前即应开始指导或訓練。术后应細心体贴加强病人的生活照顾，做好护理清洁工作，协助翻身。交接班都必须交体位維持情况，检查敷料，避免松脱滑动等。这些看来是零星的小事，但如果做不好就会使皮片失败。我們曾有一例下肢植皮，由于交待不清楚，病人植皮后下床吃饭，致皮片移动，植皮失败。某些特殊部位，如頸部、关节、肛周等，还应加以其它方法制动。

(二) 对于小儿病人，要取得其充分合作，是很困难的，除在植皮固定时，考虑其习惯体位外。对于植皮肢体，必要时应加以夹板或石膏托固定。更重要的要熟悉患儿心理，了解其要求，勿过冷过热、定时喂养、随时处理大小便、保持清洁，不使小儿因飢餓或不适而煩躁乱动。患儿双手应加約束或包扎、以免搔抓植皮区。

(三) 石膏托固定者，除应注意有无压迫、肢体血运、石膏有无折断等外，还应注意石膏是否松动，翻身时是否改換了石膏托的位置。本組一例小儿，在小腿背側植皮，数日后，

石膏托松动，植皮区与石膏托摩擦，致皮片全部失败。再次植皮时，注意了上述的因素，植皮100%成活。所以已经石膏托固定后，也应密切注意制动，不能认为石膏托固定就万事大吉了。

(四) 在半暴露法植皮中，良好的制动主要依赖于大网眼纱布与皮片间的肉芽紧密粘连。因此在护理工作中要密切注意防止网眼纱布的移动，主要是防止敷料摩擦及病人搔抓。敷贴网眼纱布应与创面紧密接触，并超过创缘1.5—2厘米，或用胶水粘连网眼纱布边缘。在每次更换湿敷时，应当事先充分湿润，或边湿润边去除，不要因交换湿敷移动网眼纱布、皮片，或损害创面而致出血。可将敷料反折与创面成最小角度，一手持钳子，夹棉球轻压网眼纱布，缓缓取下。如发现粘连太紧，说明更换间隙时间太长，或两次交换之间湿润不够，两次交换湿敷时间以6—8小时为宜，每次湿敷宜均匀湿透，水份不宜过多，以免皮片泡浮。由于注意了上述操作以后，64例次植皮中，无一例因制动不良而失败。

(五) 暴露植皮时应避免与床单摩擦，清除皮片间隙中之脓液时，只能轻压，不能来回摩擦。暴露植皮常用于某些特殊部位小块创面植皮，因此护理上更须注意。

二、注意引流与防止干涸结痂：

37例中，引流不畅，干涸结痂者8次，占第二位。

(一) 在包扎植皮中，护理上应及时观察有无恶臭、疼痛等。如怀疑有脓液积聚，应及时的更换，改用吸水性能强的敷料，并可根据情况改用半暴露疗法。

(二) 半暴露湿敷植皮的优点是：便于随时移除脓性分泌物。本组使用的半暴露湿敷植皮中，64次有62次是成功的，皮片成活率达97—100%，但仍有两例由于经验不足，湿敷垫未完全贴紧，保持湿润不够，部分皮片包埋在干涸痂皮与积脓中坏死，成活率仅达到50—70%，根据64例次的经验，我们认为，要达到良好引流目的，应作好如下几点：

1. 湿敷垫必须平整贴于创面，不留死腔。湿敷垫应略大于创面，包扎时轻轻加压，使湿敷垫与创面紧密接触。

2. 湿敷垫应经常保持湿润，如湿敷垫较厚，外层报纸包扎合适，一般6小时更换一次即可，如果换湿敷时间长，则应中途加滴生理盐水以保持湿润。我们曾遇到一例，由于植皮后没有湿敷，皮片结成脓痂后再湿敷也不能脱痂，终致皮片失败。第二次在同一区域植皮，同样条件，但植皮后立即湿敷，且注意了保持湿润，皮片100%成活。

在湿敷加滴生理盐水过程中，如果没有详细检查，常常水仅加在湿敷垫上，而下面仍是干的，没有达到皮片间引流目的。此外，湿敷垫应选择吸水性能良好的脱脂纱布。

3. 更换湿敷时，如发现脓液积于网眼中，应用棉球轻轻拭去，直到能看清大网眼纱布眼孔为止。如果在48小时内即发现网眼纱布有积脓现象，应缩短换药间隔时间。

如用湿绷带包扎法，因敷料较薄(仅为1—2层绷带)，故必须更加注意经常保持湿润与压力均匀。

(三) 在暴露法植皮中，因无敷料引流，故必须随时以棉球清除皮片间分泌物，不使结痂。发现皮片有浮动，或皮下有积液、积血时，应轻压挤出。

三、防止污染、防止撕脱与摩擦皮片：

这方面的問題涉及范围较广，除一般注意无菌隔离外，仅就以下几方面的問題略谈几点

体会：

(一) 作好一般护理，防止大小便等感染：

1. 床铺保持清洁干燥，防止大小便及其他水液浸湿敷料，如已浸湿，应在无菌条件下更换外层敷料。

2. 体位的选择应便于大小便护理，尤其是小儿，某些部位如臀部、腰背部等处，特别是幼儿又不能伏卧者可用油纸保护敷料，并将躯干抬高，采坡斜位，避免尿液倒流。双下肢，尤其是双大腿植皮亦可采用油纸保护敷料，将双下肢尽力分开成一个大八字形抬高，以免大小便污染。

3. 面颌部植皮应注意防止进餐时的污染。

(二) 防止擦掉、抓掉皮片：

每个护理人员在广泛包扎的情况下，应对于植皮部位有确切的了解，即在翻身、更换床单等，护理时，防止摩擦。患儿植皮，还应注意避免手脚抓擦。

对于已摩擦之皮片，能保留者可试探保留，有时还有存活希望，应及时交由医生处理。

(三) 包扎疗法必须做好以下几点：

1. 包扎敷料厚度不能过薄，至少不少于2厘米，以便吸收分泌物并避免分泌物浸透而带进感染。交接班时均应检查与交待。

2. 防止换药时的污染与撕脱：

(1) 第一次换药时间：一般不得早于术后72小时，常在术后4至7天。

(2) 换药时环境要求应严格，应在其它感染创面换药之前进行。

(3) 换药者在换药前应先了解皮片部位。换内层敷料时，应先用盐水充分湿润，后使敷料反折与创面成最小角度缓缓从边缘揭下或剪去。

(四) 防止受压：背部植皮可采取伏卧位，肢体植皮可悬吊，抬高，躯干环形创面的植皮可按体侧交替进行。

小 结

一、本文在分析了本院五年来(1958—1963)200例435次烧伤创面游离植皮影响皮片存活原因后，发现植皮后护理不当是仅次于创面基底不良的重要原因。因此进一步分析了植皮后护理不当的诸因素，主要是制动不良(占22/37)，其次为引流不好，干涸结痂(共8例，占8/37)等所致。

二、本文针对植皮后护理不当诸因素，结合护理的体会，对如何做好烧伤创面游离植皮后的制动、引流及防止干涸等工作，进行了讨论。并简要的介绍了防止污染、摩擦、撕脱皮片等的方法。

注：

注一、湿敷溶液：生理盐水、1:5000呋喃西林、1:1000或1:2000新霉素、1:1000氯霉素。

注二、大网眼纱布：用一般新的细纱布抽纱制成，纵横眼孔一般为0.3—0.4厘米，根据皮片大小眼孔可伸缩。

(卢秀琼 校对)

顏面燒伤护理上的几个問題

第七軍医大学第一附属医院燒伤科 穆国芬

顏面暴露于外，易被燒伤。五年多来，我院收治913例燒伤伤员中，有顏面燒伤者达528例，占57.8%。顏面燒伤常伴有不同程度的眼、耳、鼻、口腔和呼吸道燒伤，如本組伤员有呼吸道燒伤者146例，占顏面部燒伤之27.7%，有耳壳燒伤者达90%，故并发症也較其他部位燒伤为多。顏面部深度燒伤愈合后的疤痕攣縮，常导致較其他部位为严重之后果，对伤员的身心影响均較大，所以顏面燒伤患者之护理显得更为重要。现将我們对528例顏面燒伤伤员的护理体会介紹如下：

一、顏面燒伤的患者特别是小儿在早期更易发生休克或并发脑水肿，故在同等面积与深度的条件下，对顏面部燒伤更应提高警惕，要注意观察休克之指标，对血压、脉率等的测量不可放松，发现情况及时报告。顏面部燒伤后，局部习見有急剧肿胀，我們常将头部稍抬高15度（約相当于头下垫一普通枕头），可能有利于血液、淋巴液的回流，但在抬头时不可过高、过猛，应特别注意两点：（1）体位性休克，在使用冬眠藥物后应特别小心，（2）伴有脑水肿时，头部突然抬高可形成脑疝，甚而死亡，我們有过这样惨痛教訓。

二、注意呼吸道通畅：顏面部燒伤时常伴有呼吸道燒伤。当有密闭空間受伤历史，并且鼻毛燒焦时，要注意有无声嘶出現，若有此情况則說明燒伤已累及声門，有引起窒息的危險。当发现声嘶应报告医生。在顏面燒伤合并呼吸道中度以上燒伤尤以有頸部Ⅲ度燒伤时，应注意呼吸道通畅，常规准备气管切开会用工具，如条件許可应准备人工呼吸器。

三、早期創面的护理：中心課題是如何防止感染，現分別敘述如下：

1. 常规剃除毛发、眉毛、胡须（在Ⅱ度以上燒伤时，一般均已燒焦）。至于剃发，在女性伤员，常受到患者本人的阻撓，顏面燒伤較輕者，这种阻力也越大。有时，不得已我們采取了变通的办法，即戴消毒帽将头发卷入帽內，或仅将与燒伤区域相邻接的一部分头发剃去。看来，除了燒伤部位很局限，或损伤甚表浅者外，这样变通的办法是不值得推广的，因为有时面部渗液流至头发，将发粘成一团，最后还不能逃脱剪发，而更糟的是，如果引起头皮感染，处理起来更是棘手。所以对于女性患者一般应常规剃发，不能姑息、迁就，应尽量劝說其不要冒不剃发而遭致感染的危險。

2. 顏面部燒伤公認以采取暴露疗法最为适宜，我們的全部病例均采用此法。

从实际护理工作中，我們体会到，对于顏面Ⅱ度創面在渗液阶段（一般为伤后2—3天內），最好的方法是用盐水棉球經常蘸吸，或用“快速湿敷”，即将1—2层生理盐水紗布擰干后平整地貼在創面表面，隔5—10分钟再移去，根据渗液多少1—2小时或更长时间交換一次，这种方法移除渗液的效果頗为滿意。