

## 小儿烫伤 58 例健康教育

吕秀清, 廉秀岩, 徐喜艳

(威海市立医院 山东 威海 264200)

2006 年 10 月~2007 年 10 月,我们将健康教育应用于 58 例烫伤患儿的治疗、护理中,取得满意效果。现将健康教育体会报告如下。

### 1 临床资料

本组 58 例,男 35 例,女 23 例,5 个月~12 岁。烫伤面积为 4%~57%。烫伤原因:沸水、热汤烫伤,保温瓶爆碎烫伤,洗澡水烫伤,跌入或撞倒盛有热物的器皿,热水袋使用不当,火锅、火炉烫伤,其中不慎掉入农村惯用无防护锅灶者烫伤最严重。其中仅 9 例用自来水冲洗 30~60s,32 例未做任何处理即入院,13 例涂抹酱油、面酱、香油等,4 例烫伤后即脱热衣造成面部或其他部位再次严重烫伤。患儿烫伤多是由于家长看护不周、疏忽大意、缺乏预防烫伤知识及烫伤后应急措施不当造成。

### 2 健康教育

2.1 预防性宣传 家长、看护者应加强看护,采取有效的防护措施。平时盛有热汤、沸水的容器不要放在桌子边缘;予小儿奶瓶吸吮前要先检查温度,并将瓶盖旋紧;热水壶、热锅不要放在地上,应远离小儿且放在小儿不宜触及的地方;为小儿沐浴时应先放冷水再加热水;慎用热水袋,必须用时水温不宜太高,一般 50℃左右,且应排净空气、拧紧、用毛巾包裹后再使用;幼儿园、托儿所保育员在儿童就餐时要注意防止其嬉闹、打斗,以免不慎烫伤。另外,加强教育,使儿童从小树立安全防范意识,家长及看护者应及时提醒小儿什么物品不能接触,为加强印象,迅速建立稳定的条件反射,还可以在严密监护下,有意识地让孩子接触沸水、热汤、火焰等,使其感受烫、烧的可怕和危险。

2.2 烫伤后现场急救处理 小儿皮肤薄、嫩,对热的耐受力较成人差,因此,及时有效的院前干预对维持患儿生命、减轻患儿痛苦、减少瘢痕形成有重要意义,现场急救原则总结为冲、脱、泡。冲即烫伤后立即用自来水冲洗 10min,以快速降低皮肤表面温度,避免不冲洗即脱热衣造成其它部位再次烫伤。脱,即充分浸湿、凉透后,小心除去衣服,不可强行脱衣,以免弄破水泡,再将烫伤部位浸泡于洁净的冷水中即应用冷疗法。烫伤后越早用冷水浸泡效果越佳,水温越低效果越好,用冷水浸泡时间不少于 30min,既可减轻创面疼痛,又能阻止热力的

继续损害,减少创面的渗出及水肿,减轻烫伤的程度。但发生大面积烫伤要及时入院治疗,因为大面积冷疗可使中心体温下降,给机体以冷刺激,不利于抗休克<sup>[1]</sup>。烫伤后避免使用面酱、醋、猪油等或用其它偏方涂抹创面,以防创面污染加深。

2.3 住院期间健康教育 住院病房空气要流通,温度 28~32℃,相对湿度 40%~50%,注意保暖,减少人员探视,以减少创面感染机会。烫伤渗出较多,蛋白质经创面丢失较多,高热、创面蒸发属高代谢状态,营养补充对患儿创面恢复很重要,应给予鸡蛋、牛奶、鱼、骨头汤、猪蹄汤、鸡肉等高蛋白、高维生素、高热量、易消化饮食,以增强机体抵抗力,促进创面恢复,必要时经静脉给予营养支持。

2.4 出院后指导 创面愈合后由于新生创面皮肤较嫩、痒,易损伤,可为小儿戴手套或套小袜子以防小儿抓、挠伤,创面外喷疤复新或涂康瑞保软膏止痒、抗瘢痕。避免风吹、日晒和冻伤创面,面部有创面者出门时要带宽边太阳帽。向小儿家属解释功能锻炼的重要性,以免怕小儿疼痛而不坚持,尤其对手、腕部等关节部位要进行关节的运动,预防关节挛缩,影响功能者需择期整形治疗。

### 3 讨论

由于小儿发育不成熟,动作不协调,尤其 1~5 岁幼儿逃避危害的能力弱,且好奇心强,容易受到伤害。烫伤是小儿意外伤害最常见的类型之一。烫伤后遗留的瘢痕,对小儿的外貌、体形、肢体功能及心理等方面可造成不同程度的负性影响,值得引起高度重视<sup>[2]</sup>。我们在治疗的同时进行健康教育,以患儿的切身经历,教育患儿及家长、亲属、保育人员等注意小儿烫伤的防范,养成健康的行为习惯预防烫伤,并向其广泛宣传烫伤的相关知识,从预防看手,大大减少小儿的烧、烫伤发生,减轻烫伤的程度,减少瘢痕形成。

### 参考文献:

- [1] 贺连香,刘永芳主编.烧伤、整形、美容分册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2005,67.
- [2] 官莉,吴红梅.烫伤患儿家长的健康教育需求调查[J].中国健康教育,2004,20(2):175.

收稿日期:2008-01-12

## 全麻下斜视矫正手术患儿家属健康教育

吴云燕,孔冬,李莉,朱丽霞,王芳,郭玲

(山东省立医院 山东 济南 250021)

2006 年 9 月~2007 年 9 月,我院对 46 例斜视患儿在全麻下行斜视矫正手术,通过对患儿家属进行及时、有针对性的

健康教育,增加手术的安全性,保证手术的顺利进行,使患儿康复取得良好的效果。现将健康教育体会报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 46 例,男 28 例,女 18 例,1~6 岁。双眼斜视 38 例,单眼 8 例,均在全麻下行斜视矫正术。

1.2 方法 我们在予以入院教育的基础上,对患儿家属采取口头讲解、书面讲解、答疑等形式,有针对性地实施了全程健康教育,减轻了患儿家属紧张、焦虑的情绪,协同护士护理患儿,使手术顺利进行。

## 2 健康教育

### 2.1 术前健康教育

2.1.1 入院指导 患儿入院时,患儿家属担心治疗措施、效果及医疗费用,易产生焦虑、恐惧心理。责任护士要热情接待新入院的患儿及家属,详细讲解住院须知及各项规章制度,使患儿家属有受尊重感、安全感和信任感,建立融洽的护患关系,乐于协助护士使患儿顺利接受各种治疗和护理。

2.1.2 辅助检查指导 根据治疗需要,患儿需做血常规、大小便常规、心电图、凝血酶原时间等检查。检查前要讲明各项检查的目的、注意事项及配合要求。

2.1.3 术前准备 患儿手术前,家长往往对麻醉有顾虑,担心麻醉药物对孩子智力有影响,特别是选择全身麻醉时,患儿家属的思想顾虑更大。此时应耐心向其做好解释工作,讲解患儿被麻醉后只是暂时失去对疼痛刺激的反应,仍保留某些神经系统的反射,保持正常的生命体征,如呼吸,心跳,血压,脉搏等;医生会选择合适的麻醉剂量,随着手术的进行,麻醉的作用逐渐减退,手术结束后,麻醉的作用消失,机体又恢复正常的工作。同时向患儿家属详细说明手术的方法、方式、麻醉方法及术前准备的目的、意义等,消除患儿家属的紧张恐惧心理,取得其配合。患儿术前 4~6h 开始禁食,应向患儿家属反复强调全身麻醉术前禁食的重要性,以防止因麻醉或手术过程中的呕吐而引起窒息,危及生命。

### 2.2 术后健康教育

2.2.1 监测生命体征 术后即行心电监护,向患儿家属讲明监护目的。严密观察患儿神志、瞳孔、心率、心律、血压及体温的变化,若出现异常情况应立即通知医生。

2.2.2 全麻术后的观察 患儿全麻术后处于不完全清醒的状态,嘱患儿家属密切观察患儿的呼吸频率和节律,保持呼吸道通畅。因患儿胃呈水平位,贲门括约肌发育不完善,植物神经调节功能不成熟,容易发生呕吐造成误吸。同时由于禁食及麻醉时间太长,也应告知患儿家属注意观察术后低血糖反应,如患儿出现面色及口唇苍白、出汗等症状,应及时通知医护人员,使患儿得到及时的处理。

2.2.3 术眼的观察 嘱患儿家属防止患儿用手抓眼部。患儿常因术后眼痛或滴眼液引起不适而哭闹,患儿家属要哄慰患儿,避免患儿长时间哭闹影响手术切口愈合。患儿术后术眼包扎 2~3d,交代患儿家属避免弄湿敷料。

2.2.4 饮食指导 患儿未完全清醒前应禁食,清醒后给予流质饮食。保持患儿大便通畅,使其多进新鲜蔬菜、水果及粗纤维食物。对有便秘的患儿,可给予小儿开塞露通便,以防患儿排便时屏气用力,影响手术切口的愈合。

2.3 出院指导 出院前指导患儿家属正确使用滴眼液的方法:用手指轻拉患儿的下眼睑,充分暴露下结膜囊,将药液滴于结膜囊内,将上眼睑提起,使整个结膜囊内充盈药水。如使用散瞳药液时,应按压泪小点 2~3min,以免药液经鼻泪管吸收进体内。讲明各种眼药的作用及使用次数,讲解坚持为患儿滴眼、保持眼部卫生的重要性,勿让患儿用手抓眼或揉眼。患儿洗澡时,避免水溅入术眼,防止感染。患儿家属应勤剪指甲,保持双手清洁,以免指甲刺伤患儿眼部。应使患儿进食富含维生素的新鲜蔬菜、水果,以促进手术切口的愈合。患儿手术虽已取得成功,但还需要定期检查眼底情况,以便及早发现问题,得到及时处理,所以应向患儿家属强调定期复查的重要性,应在患儿出院后 1 周带其回院复查。注意观察患儿眼部情况,如发现异常,应及时随诊<sup>[1]</sup>。

### 参考文献:

[1] 黄雯,吴素虹,黄思建.对视网膜病变行巩膜外冷凝术早产儿母亲的健康教育[J].中国实用护理杂志(上旬版),2006,22(3):54-55.

收稿日期:2008-01-15

## 手术患者术前访视体会

冯瑞娟,杜黎明,张艳红,刘淑萍

(山东省千佛山医院 山东 济南 250014)

近年来,我院对手术患者术前进行访视,以避免或减少护患纠纷,提高护理质量。现将体会报告如下。

### 1 术前访视的目的

通过开展术前访视,让患者及其家属了解手术治疗的基本情况、注意事项、手术环境,一方面可在一定程度上缓解患者的心理压力,减轻手术治疗给其带来的思想顾虑和恐惧,指导患者主动配合麻醉和手术等;另一方面对了解术中可能出现的特殊情况,留存相关客观、可核实的“证据”,减少医疗纠纷的发生。

### 2 实施方法

2.1 采取定期专人访视 术前 1d 下午访视手术患者,手术

当日晨会由访视者将重点和有特殊情况的患者做交班。过去巡回护士自己在术前日下午访视次日手术患者存在如下问题:①通过观察发现当日手术结束时间不同,访视患者的时间不能保证,造成护士未有充足的时间与患者交谈,另外由于访视时间不一和疏漏,向患者解释的不一样,常常引起同病室手术患者的误解。②护士长对护士不便管理,以往下手术台护士去病房访视次日手术患者,造成护士长每日下午对护士工作时间动态失控,常常在急需调配工作时,护理人员到不了位。③大量的人员外出流动易造成污染。同时也浪费人力、物力。④实践证明巡回护士即使是术前访视自己的患者,手术当日在问患者是否认识该护士,多数患者记不住,使访视效