

新加坡中央医院烧伤中心介绍

杨珍 郭光华

新加坡中央医院是新加坡最大的急救综合性医院,拥有 1 600 余张床位、5 000 余名医务工作者。该院的烧伤中心(以下简称中心)是新加坡惟一拥有烧伤救治技术以及专业设备的科室,在东南亚地区享有很高的声誉。中心有 52 张病床,年平均住院人数为 320 人次,月门诊量为 168 人次。2003 年—2005 年笔者在该中心学习、工作,现对其病区设置、治疗方法作一介绍。

病区结构与设施:该中心住院病区分为 A 区和 C 区。A 区为重症监护病房(ICU),C 区为高度依赖病房(high dependency unit)和普通病房(general ward)。ICU 有 4 间病房,可收治 8 例患者。病房可单独调节温度、湿度和室内外压力差。术毕患者可调高室温,以免发生术后低温;有感染性疾病患者采取室内负压;保护性隔离的患者采取室内正压,以保持室内外空气相对隔离。监护仪和治疗设备可采用悬挂式,病床四周通行无阻,方便进行操作及抢救。高度依赖病房为 2 人间,用来收治病情较重、需密切观察、生活不能自理的患者。普通病房按患者缴费档次划分为 A、B1、B2 级。A 级病房为单人间、B1 级病房为 4 人间、B2 级病房为 5 人间,均配备必要的设施,但后两者的舒适程度略低于前者。

液体补充:严格规范补液治疗,使用 Parkland 公式进行液体量计算,并使用输液泵匀速输入。每 8 小时查 1 次血细胞比容和尿比重,作为补液计划的参考指征。同时监测中心静脉压(CVP)、有创动脉血压(ABP),观察患者的循环血容量和心功能。第 1 个 24 h 后,根据患者具体情况进行补液,不再使用 Parkland 公式。

创面处理:若患者的全身情况许可,主张浸浴后换药,以减少创面细菌生长。深度烧伤或感染严重患者的创面削痂后,使用负压吸引换药装置,可改善局部血供,使肉芽组织良好生长后再行植皮术,效果较好。

功能锻炼:功能锻炼的实施和指导由物理治疗师承担,瘢痕的控制由职能治疗师来完成。物理治疗师自患者入院后就指导其如何减轻水肿、在许可

范围内进行运动;长期卧床的患者为了预防坠积性肺炎的发生,物理治疗师为其进行胸部排痰运动(3 次/d)。职能治疗师早期为患者制作各种夹板来保持肢体的功能位置,后期使用硅胶贴、量身定做压力衣,以控制瘢痕的形成,使患者最大限度地恢复功能且适应日常生活。

营养补充:早期胃肠道营养一般不主张禁食。从入院开始,该中心的营养师就为烧伤面积超过 15% TBSA 的患者制定个体化营养计划:(1)成人:每日所需热量(kJ) = $104.6 \text{ kJ} \times \text{体重} + 167.4 \text{ kJ} \times \text{烧伤面积}$;每日所需蛋白质(g) = $1 \text{ g} \times \text{体重} + 3 \text{ g} \times \text{烧伤面积}$ 。(2)小儿:每日所需热量(kJ) = $251.0 \text{ kJ} \times \text{体重} + 146.4 \text{ kJ} \times \text{烧伤面积}$;每日所需蛋白质(g) = $3 \text{ g} \times \text{体重} + 1 \text{ g} \times \text{烧伤面积}$ 。上述公式中体重、烧伤面积的单位分别为 kg、% TBSA,且分别取各自的系数进行计算。不能口服的患者用营养泵定时、定量经胃管给予。营养师每周定期为所有的患者称量体重,根据体重的减轻或增加随时对营养计划进行修改。

疼痛管理:新加坡已将疼痛作为第 5 项生命体征,在免除患者的疼痛方面达成共识。该中心遵循世界卫生组织(WHO)的“三阶梯止痛法”为患者止痛:疼痛轻的患者给予口服对乙酰氨基酚(商品名扑热息痛)、可待因、曲马朵等;疼痛剧烈者采用静脉持续微量泵入吗啡或由患者自控止痛泵;换药前肌肉注射盐酸哌替啶,对于耐受力差的患者可在全身麻醉下行换药处理。

护理关怀:护理人员分为高级注册护士、注册护士和助理护士。患者的生活护理多由助理护士完成,注册护士着重于患者的身心护理、医嘱的准确填写,高级注册护士除指导上述工作外,还需承担病区的部分管理工作。为保证护理质量,ICU 护患比例基本达到国际要求(3.0~4.0:1.0),高度依赖病房和普通病房护患比例也可达到 1.0~1.5:1.0,护患比例的提高为良好的护理质量提供了保障。由于不留陪伴,护士从心理、生理以及家庭温暖等各层面更多地关注患者,使其反馈满意度达 99% 以上。