

· 骨科护理 ·

椎体压缩性骨折减压 Dick 棒内固定术的护理

河南省洛阳正骨医院(471002)

余雪霞 周聚玲

1996 年 4 月~1997 年 1 月我科以减压 Dick 棒内固定术治疗胸腰段脊柱骨折脱位合并脊髓损伤 30 例,手术通过顺利,术后恢复满意,住院天数少,感染率低,现报告如下。

临床资料

本组 30 例中男 22 例,女 8 例;年龄 18~63 岁;病变部位:T₉、T₁₁ 椎体各 1 例,T₁₂ 椎体 5 例,L₁ 椎体 17 例,L_{2,3} 椎体 5 例,L₅ 椎体 1 例。骨折类型:均为压缩屈曲型。30 例中截瘫 21 例,不全瘫 9 例。均在局麻下行 Dick 棒内固定术。住院时间最短 10 天,最长 29 天,平均 16.8 天。期间未发生 1 例切口感染及其它护理并发症。

护理措施

1. 术前护理:①心理护理。②练习深呼吸:胸腰段骨折后因后腹膜血肿、骨折疼痛等,影响病人的呼吸功能。故术前要鼓励病人多做深呼吸运动,尤其年龄较大者,要预防术后肺部的并发症。③尿管护理:每日清洁尿道口 2 次,对术前留置导尿者要在严格无菌操作下插粗细适宜的一次性双腔尿管,并鼓励病人多喝水,保持引流通畅。④掌握病情:术前须对神经损伤情况做全面了解,认真测生命体征,防止感冒。⑤严格备皮,按医嘱术前用药。

2. 术中护理:①此类手术持续时间长,有的合并他处损伤需时更长,且损伤大,出血多,应密切观察生命体征,每 10 分钟测血压一次,随时做好急救准备。对心电图监护者,要保证导联的正确位置。输血时随时观察反应。保持尿管通畅,及时放尿。②手术后期,因上 Dick 棒时动作较大,加之病人俯卧时间长,往往因疼痛、肢体酸痛、麻木,尤其年龄大且瘦弱者会出现烦躁、心急、气促等,应及时给氧气吸入,帮病人擦汗。

3. 术后护理。①术后应保持脊柱水平使患者平卧于木板床上,测体温、脉搏、呼吸,血压每 30 分钟测一次,注意病人反应,认真检查各管道位置,观察双下肢感觉及运动情况,保证液体或血顺利输入。②注意伤口渗血情况,保持敷料清洁干燥。伤口处常规放置一次性输血器做负压引流,期间要保持通畅,防压迫、脱落,注

意观察引流物的颜色、量的变化;倾倒引流物时应钳紧引流管,防气体和液体倒流,并在恢复引流袋呈负压状态时再与引流管连接。一般术后 48~72 小时,引流量每日少于 30~50ml 即可拔管。

4. 并发症的预防:①防褥疮:这是术后护理的关键,既要求勤翻身,又讲究翻身方法。我们的做法是:病人回房后先平卧 2 小时后,酌情每 2~4 小时轴型翻身一次;翻身时脊柱要保持平直,勿屈曲、扭转,每次体位改变 90°,避免拖、拉、推,应将病人抬起,翻后对截瘫病人要取舒适卧位,并用滑石粉按摩受压部位,注意保持床铺整洁、无渣屑皱折。决不可因病人身体重或管道多而减少翻身次数。②防尿路感染:应每日清洁消毒尿道口 2 次,保持导尿管通畅,注意尿色及量的变化。能自行排尿者术后 3 小时放尿后拔除导尿管。对不能自行排尿者,我们尽早开始夹管训练膀胱功能,并于每次放尿时鼓励病人使用腹压或做下腹部按摩,争取在术后 2~3 日采用腹部按摩挤压排尿方法代替留置导尿管。③防肺部感染:Ramsay 观察到截瘫病人进行呼吸锻炼者肺活量可增加 12%~16%。故对卧床病人(包括截瘫)应尽早开始呼吸功能锻炼,鼓励多咳嗽,辅助排痰。④防关节僵硬和肌肉挛缩:适时正确的功能锻炼对保持关节灵活性、促进全身神经肌肉系统的功能恢复有重要作用。故术后第 2 天就要进行双上肢的伸屈、内收、外展锻炼,每日 5~6 次,即使对完全瘫痪的肢体也要树立信心,每日 3~4 次给病人做双下肢按摩、做被动运动,防止术后畸形,减轻肌肉萎缩。⑤注意饮食防便秘:病人长期卧床,肠蠕动减慢,常常发生腹胀和便秘,严重影响食欲。故应加强病人的饮食和情志护理,关心病人排便情况。多给清淡、易消化、富含营养的食品,忌煎炸厚腻之品,鼓励病人在胃肠排空后多喝水(饭后即饮易稀释胃液),养成定时排便习惯。若术后 2 日无大便者,给予蜂蜜或番泻叶代茶饮,并配合腹部按摩(循肠蠕动方向推揉)。

5. 出院指导:脊柱损伤内固定后恢复时间较长,而急诊观察室病人周转较快,故出院指导非常重要。嘱病人睡硬板床,避风寒湿邪侵袭,加强功能锻炼,三个月

内不宜做过度前屈运动。嘱家属应不断和医务人员
进行联系,及时进行医疗和护理咨询等。

(收稿:1997-03-14)

一例多发性骨折并发脂肪栓塞患者的护理体会

天津市天津医院(3002111)

杨雪华 谢菲

现就我科治疗的一例多发性骨折并发脂肪栓塞的
护理体会介绍如下。

一般资料

××,男,30岁,因车祸致伤于1997年7月7日诊
断为右股骨上段及右胫腓骨中段粉碎性骨折入院。入
院后即行牵引治疗,检查病人见胸前发现出血点,即高
度怀疑脂肪栓塞,经会诊后确定诊断。伤后7小时出现
昏迷,伴抽动及尿失禁表现,即转入监护病房。检查:
T37℃,P136次/分,R24次/分,BP17.3/11.9kPa,
SaO₂94%,神志不清,双侧瞳孔等大等圆,光反射迟钝,
双肺呼吸音粗,可闻及痰鸣,胸式及腹式呼吸存在,胸
前出血点,下睑结膜可见出血点。诊断:脂肪栓塞(完全
型)。治疗主要为:支持呼吸,纠正低氧血症,保护脑和
神经系统功能,应用皮质类固醇大剂量激素治疗,保护
重要器官。经过抢救治疗,病人神志清醒,Gcs评分由
5'升至15',脂肪栓塞综合征之心、肺、脑症状已消失,
由监护病房转出。

护理体会

支持呼吸,纠正低氧血症。脂肪栓塞死亡原因多由
于呼吸障碍发生低血氧引起,因此目前认为治疗呼吸
功能障碍,纠正低氧血症是最基本的治疗措施。

1. 高流量气管切开处给氧的护理:(1)患者昏迷,
躁动,应加强对病人的巡视。必要时给予约束带加以约
束,防止气管套管的脱出及氧气管的移位,翻身时注意
勿过份扭动颈部,气管套管系带固定牢固,经常检查松
紧度是否适宜。(2)因给氧流量大,所以湿化瓶内的水
应少于湿化瓶的1/2,以免流量太大将湿化瓶中的水冲
出并沿管道流向病人,此时病人昏迷,易吸入肺内。(3)
湿化瓶内的冷开水应每日更换,加强对湿化瓶中水的
观察,因高流量吸氧,湿化瓶内水很快流失,所以应及
时补充,以免吸入干燥氧气。(4)吸氧管应每日更换,气

切伤口应每日常规换药,以保持气切伤口的清洁,并
注意保持口腔清洁,口腔护理每日三次。(5)加强吸痰,
病人处于昏迷状态,因此应加强巡视,及时吸痰,吸痰
时应轻提慢旋,充分吸痰,但每次吸痰不能超过15秒
钟,不可连续吸痰,以防气管粘膜受损,吸痰吸引压力
一般为-100~-140mmHg,吸痰前加大潮气量,记录
吸引物性状及量,进行心肺听诊并记录结果。(6)加强
雾化,每日雾化吸入一日三次,且气管套管内滴入气溶
合剂1ml,每一小时一次,防止痰液的粘稠,利于吸痰,
有效保持呼吸道通畅,及时清除口腔及呼吸道分泌物,
气管套管用盐水纱布覆盖。(7)保持室内空气新鲜,
保持温度18℃~20℃,湿度50%~60%。(8)加强无菌
技术操作,使用一次性无菌吸痰管,操作时使用无菌手
套,吸痰罐每日更换,口鼻及气切处的吸痰罐应分开使
用。负压吸引瓶每日消毒,防止逆行感染及医源性感
染。(9)定期送检痰培养,配合医生选用合理抗生素。
(10)随时备气管切开包一个,以防脱管时使用。

本例病人经气管切开处给氧治疗后,PaO₂达
105mmHg,治疗效果满意,患者清醒后给予拔除气管
套管。

2. 加强对生命体征的监测:应用床旁心电监护仪
对病人的生命体征进行24小时连续监测。密切观察病
人的呼吸、心律、瞳孔、意识。对神志不清,躁动,抽搐的
病人应加强巡视,密切观察,必要时给予约束带约束,
放好床档,防止摔落及受损,此期间要严格按照昏迷病
人进行护理,躁动明显时给予鲁米那钠或冬非合剂肌
注。另外应每2小时翻身,按摩受压皮肤,防止肺部感
染及褥疮。

在护理操作中,动作轻柔,对患肢尽量少搬动,以
避免脂肪滴更多地进入血液。

(收稿:1998-02-24)